

Gäller för: VE An Op IVA

Innehållsansvar: Silke Wagener, (silwa), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-05-04

Giltig till: 2028-04-28

Anestesi vid buklarm "rädda buken"

Förändringar sedan föregående version
Nytt styrdokument.

Bakgrund och syfte

Mortaliteten i samband med akut laparotomi är högre i jämförelse med elektiva ingrepp. Ofta är patienten allmänpåverkad och/eller har organsystem som sviktar. Detta är ett tidskritiskt tillstånd vilket kräver ett skyndsamt och korrekt omhändertagande, ett multiprofessionellt beslutsfattande och en välfungerande vårdkedja.

Syftet är att införa protokollbaserad standardiserad vård.

Som ett stöd i omhändertagandet finns ett kliniskt formulär som kan användas som checklista.

Arbetsbeskrivning

Preoperativt

I samband med att en patient som ingår i projektet operationsanmäls för en akut laparotomi/skopi, tar ansvarig kirurg kontakt med narkosjouren (32020) telefonledes. Kirurgen avgör angelägenhetsgrad enligt sedvanlig prioritering i Orbit. Narkosjouren ska snarast möjligt bedöma patienten där denna befinner sig, oftast på akutmottagningen. Dagtid delegeras bedömning med fördel till kirurgansvarig på operation men ska ske utan större dröjsmål. Är narkosjouren upptagen ansvarar denne för att IVA-jour eller bakjour genomför bedömningen. Då ska tillsammans med kirurgjouren göras en plan för hur tiden fram till operation bäst används samt ta ställning till eventuella vårdbegränsningar.

Vårdnivå

- Var skall patienten fysiskt befinna sig före operationen?

Behandlingsbegränsningar

- Är några behandlingsbegränsningar aktuella? Vid behov involveras specialistkompetent anestesilog i synnerhet i de fall där behandlingsbegränsningar kan komma att bli aktuella.

Optimering

- Volyms-/cirkulationsstatus och vätskeordination. Plan för smärtlindring. Preoperativ uppslangning? Aktuell för EDA?

2 och 6-timmarspatienter

2-timmarspatient får antas vara sämre än 6-timmarspatient. Dessa ska i första hand handläggas på Postop 1. IVA-koordinatörn kontaktas tel. 78700, hen fördelar personal. Tiden utnyttjas med fördel till att aktivt volymoptimera, stabilisera och "slinga upp" patienten. Är EDA aktuell ska den anläggas här. Om patienten tål det cirkulatoriskt kan man också med fördel aktivera denna för bra preoperativ smärtlindring.

Vilken vårdnivå dessa patienter ska vårdas preoperativt på avgörs i slutändan av narkosjouren.

Urakuta patienter

Om narkosläkare inte redan är på plats hos patienten går dessa patienter utan något dröjsmål direkt till operation. Då de kan antas vara i mycket dåligt skick ska specialistkompetent narkosläkare omedelbart möta upp patienten på operationssalen. Narkosjouren, om ej själv specialist, tillser att detta sker. Målsättningen är INTE att patienterna ska sövas omedelbart utan ansvarig specialist får tillsammans med kirurgen balansera rescucitering kontra Op-start. Hypovolema patienter ska fyllas på innan induktion. Ketanestinfusion bör övervägas, antingen som underhåll eller som del i perioperativ smärtlindring. EDA-anläggande har ingen plats här!

EDA

Om EDA planeras som smärtlindring ska den anläggas i god tid utan att fördröja operationsstarten, avhängigt tid på dygnet kan logistiken se olika ut. Om patient opereras dagtid ska det utföras på Postop 1 alternativt sal 15/16 på operation. Under jourtid avgörs lokalitet från fall till fall, givetvis är operationssal ett alternativ.

Kontraindikationer: sedvanliga

Perioperativt

- RSI
- Videolaryngoskop rekommenderas som standard.
- Vid induktion närvarar narkosköterska/or och narkosläkare. Bestäm vem som sköter cirkulation respektive luftväg.
- Vid sövning av instabil patient eller definierat skör patient ska specialistkompetent anestesilog närvara.

- Anestesiolog anpassar anestesiform och underhåll efter den kliniska situationen.
 - Vasopressor i form av Noradrenalin skall finnas gående i pump eller som push-dos.
- Artärnål till instabil/skör patient.
- Pulsiocare används med fördel vid förväntat lång operationstid, instabil patient eller tänkt anastomos som del i målstyrd vätsketerapi (styrdokument kommer).
- BIS för att undvika att översöva, i synnerhet på patienter över 60 år. Vid Ketanestinfusion blir BIS svårtolkat.
- Anestesiologen ska göra tydlig plan med behandlingsmål vad gäller perioperativ blodtryckskontroll.

Postoperativ plan för smärtlindring, vårdnivå och eventuellt CVK-behov (förväntad paralys etc) ska diskuteras med kirurg. CVK anläggs då innan väckning.

Checklistan fylls i med de modaliteter som använts och eventuella anestesirelaterade komplikationer gemensamt av anesthesi-SSK och anestesiolog.

Perioperativa behandlingsmål enligt *ERAS for emergency laparotomy*:

- Transfusion: Hb 70-90 g/l
- P-glukos: 7-10 mmol/l
- MAP: 60-65 mmHg
- Cardiac Index >2,2 liter/min/m²
- BIS 40-60
- Korrigera ev. avvikande elektrolyter
- Normotermi

Dessa värden kan användas som utgångspunkt.

Smärtlindring

Multimodal smärtbehandling i opiatsparande syfte är målet. För att minska:

- Den perioperativa stressresponsen
- Risken för tarmparalys
- Postoperativ andningssvikt
- Risken för delirium

samt för att främja mobilisering.

Perioperativ EDA (om cirkulationen tillåter) vid öppen bukkirurgi är opiatsparande, leder till mindre tarmparalys och minskar risken för postoperativa lungkomplikationer.

Remifentanil används med fördel vid induktion och underhåll i lägsta möjliga dos. Starta postoperativ smärtlindring i god tid innan

väckning för att minska risken för opiatinducerad hyperalgesi.

NSAID är det enligt ERAS tillåtet (annan kontraindikation?) att använda och ej förknippat med ökad risk för anastomosinsufficiens (operatören avgör i slutändan).

Om patienten har EDA kan man överväga en COX2-hämmare.

Rektusskideblockad kan anläggas av kirurgen och kan vara effektiv mot sårsmärtan men inte vid "inflammatorisk buk".

Ketanestinfusion perioperativt till patienter som ej hinner eller kan få EDA.

Använd pump-program "Esketamin 5mg/ml" och Ketanest/Esketamine 5mg/ml i 20-ml spruta och förprogrammerade doserna i "Ketanest (Esketamine) – Anestesi"

OBS! längst ned i Rutinen

Postoperativt

Narkosläkare ansvarar för att senast 30 minuter efter patientens ankomst till Postop, tillsammans med postop-sköterska, göra en tydlig plan med mål för:

- Respiration
- Cirkulation
- Diures
- Vätskebehandling
- Smärtbehandling

Målen följs kontinuerligt och om patienten inte uppfyller dem eller trenden går åt fel håll kontaktas ansvarig narkosläkare, vilken ansvarar för att på nytt bedöma patienten och justera plan och mål.

Jobba aktivt med PEP-ventil, djupa andetag och mobilisering. Höga doser av opiater är inte förstahandsåtgärden för att åstadkomma detta. Låg tröskel för att anlägga EDA på patienter med smärta som ej hunnit få detta före operation.

Patienten kvarstannar på postop tills samtliga uppsatta mål är uppfyllda, patienten uppfyller sedvanliga utskrivningskriterier och har fått godkänt av ansvarig narkosläkare att gå till avdelningen.

Innan patient lämnar postop tar man ställning till om det finns behov av PIG (Post Intensivvårds Grupp). PIG kan vara aktuellt för patienter som är särskilt sköra eller de som legat längre tid än förväntat på postop och haft ett långt och komplicerat postoperativt förlopp (mest troligt har de patienterna flyttats till IVA).

Om beslut om PIG ansvarar postop-sköterska för att meddela IVA-koordinatorn detta på tel. 787 00.

Referenser

Timjan TJ, Karlsson O, Sernert N, Prytz M.

Standardized perioperative management in acute abdominal surgery:
Swedish SMASH controlled study. The British journal of surgery.

2023; 110(6): 710-6

Enhanced Recovery after Surgery (ERAS®) Society

Concensus Guidelines for Emergency Laparotomy Part 1-3

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE An Op IVA

Innehållsansvar: Silke Wagener, (silwa), Överläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-367

Version: 2.0

Giltig från: 2026-05-04

Giltig till: 2028-04-28