

Lavemang - neonatalverksamheten

Förändringar sedan föregående version

Ny rutin

Innehållsförteckning

Obligatorisk om fler än fem sidor i dokumentet.

Förändringar sedan föregående version	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund och syfte	1
Förutsättningar.....	2
Utförande.....	3
Arbetsgrupp	6
Källförteckning	6

Bakgrund och syfte

Lavemang brukar definieras som att när vätska förs in via ändtarmen för att stimulera peristaltiken eller mjuka upp den hårda avföringen i ändtarmen. Underburna barn har inte sällan problem att tömma tarmen, vilket är vanligare i takt med ökad underburenhet. Såväl tarmmotoriken, tarmens mikroflora och tarmslemhinnan är omogen. Hos extremt underburna barn accepteras en senare första mekoniumavgång än hos fullgångna men om det underburna barnet ej haft mekoniumavgång på ca 3-4 dagar har de flesta neonatalavdelningar rutiner kring åtgärder. Det saknas dock evidens för vilka åtgärder som är bästa behandling för försenad mekoniumavgång och problem

att tömma tarmen regelbundet under vårdtiden hos mycket och extremt för tidigt födda barn. Rutiner kring lavemangsbehandling skiljer sig därför mycket åt mellan olika neonatalenheter I arsenalen finns rektal stimulering, lavemang med koksalt, lavemang med koksalt blandat med olja, lavemang med acetylcystein, med mera. I Göteborg använder vi för närvarande framför allt koksaltlavemang utan vare sig olja eller acetylcystein.

Förutsättningar

Indikation:

1. Vid utebliven mekoniumavgång efter 3–4 dagar hos barn födda före GV 28+0
2. För att underlätta mattoleransen hos underburna barn (vid gastrointestinal hypomotilitet, icke koordinerad peristaltik vilket kan visa sig i form av uppspända tarmar, matretentioner, dålig viktuppgång) för att förkorta tiden till fullmatning
3. Vid mekoniumpluggsyndrom som leder till mekaniskt tarmhinder
4. Vid tömningssvårigheter hos underburna fullmatade barn som har svårt att krysta ut avföring (t.ex. svag bukmuskulatur och omogen tarmmotorik)
5. Vid förstoppning t.ex. vid misstanke om Hirschsprungs sjukdom eller relaterad till sjukdom (CF) eller läkemedel. Lavemang ges då i samråd med barnkirurg.
6. Inför visa röntgenundersökningar, efter kirurgisk ingrepp om barnet inte har kommit igång att bajsas t.ex. efter stor bukoperation för tarmatresi, bukväggsdefekt, andra medfödda missbildningar.

Avgränsningar

Kontraindikation:

1. Första 3 levnadsdagarna hos barn födda före GV 28+0 (risk för plötsliga blodtrycksförändringar)
2. NEC/tarminflammation, anal fissur, rektalt trauma
3. Under första 5 dagarna efter tarmoperation- tillfråga kirurgen i dessa fall
4. Oklara bukbesvär där NEC eller ileus misstänks, men inte är bekräftat än t.ex uppspänd öm buk, kräkningar eller ökade retentioner, klingande eller inga tarm ljud, tarmblödning, allmän påverkan, matningssvårigheter

Förberedelser

Material:

Underlägg under barnet, rena handskar och förkläde (enl basala hygienrutiner), spruta 10 eller 20ml, vitt vaselin, mellankoppling/adapter för att koppla sprutan till tappningskateter, tröstnapp, smakportion vid behov, koksalt för lavemangsvätska

Rekommenderad storlek på tarmsonden utifrån barnets vikt:

Ch5 nutritionssond	för barn i GV 22 – 23
Ch8 (blå)-	för barn under 1 kg
Ch10 (svart)-	för barn under 1,5 kg
Ch12 (vit)-	för barn över 1,5 kg

Utförande

Lavemang för stimulering när tarmen inte kommit igång:

- 1)Värm upp lavemangsvätskan så att den blir kroppstempererad (ca 37 grader)
- 2)Lägg barnet i sidoläge - med fördel på vänster sida - i ett bekvämt, hopkrupet läge med stöd för armar och ben
- 3)Barnet bör få något varmt om överkroppen för att underlätta god omhållning och för att motverka nedkylning
- 4)Det ska finnas en person avsatt för att stödja barnet
- 5)Med fördel kan lite bröstmjolk och napp erbjudas för att bidra till lugn och tröst
- 6)Smörj toppen av katetern (tarmsonden) med mycket vaselin
- 7)Fyll tarmsonden med NaCl 0,9% innan kateterns förs in för att undvika att extra luft ges till barnet
- 8)För in katetern tills du känner motstånd (max 3-5 cm beroende på gestationsålder) utan att forcera och ge sedan vätskan sakta under ett jämnt tryck (som en långsam bolus). Om barnet krystar koppla loss sonden och släpp ut vattnet. Katetern kan försiktigt föras ut och in för att hjälpa vatten och avföring att komma ut men får inte "vevas runt"
- 9)Observera alltid för smärta, cirkulationspåverkan eller desaturation. Om barnet blir påverkat avslutas tarmsonderingen.
- 10)Släpp ut vätskan. Katetern kastas efter varje behandling.
 - a. Dokumentera i journalen och utvärdera:
 - b. Vad som kom i utbyte: avföring, gaser, kom all lavemangsvätska ut
 - c. Utvärdera barnets mående efter lavemanget: lugnare? mjukare mage? Bukomfång vid behov?
 - d. Beskriv avföringen:
 - konsistens (vattnig, mjuk, grynig, hård)
 - färg (gul, orange, grön, brun, mekonium, vit)
 - mängd (spår, litet-a, stort- A)
- 11)Lavemang ges alltid på läkarordination. Antal och mängd ordinerar av ansvarig läkare.
- 12)Volym på koksalt (NaCl 0,9%) för lavemangsvätska:

- a. För barn som väger <2kg ges 5ml/kg 1-3ggr per dag
- b. För barn som väger >2kg ges max 10ml/kg 1-3 ggr per dag i steg om 10-20ml. Vid mikrokolon får man ge i steg om 5-10ml. Man får inte ge mer än 20ml på en gång annars ökar man risken för perforation.
- c. På stora barn kan 5ml lämnas i upplösande syfte.

Om mängden som kommer ut i utbytet är betydligt mindre än den som man applicerat ska man kontrollera för:

- stopp i katetern
- ändra barnets position
- observera blöjan för vätska,
- dokumentera hur mycket vätska man gav,
- om barnet retinerat vätska trots åtgärder ska man kontakta läkare och kontrollera elektrolyterna

*I vissa utvalda fall kan Acetylcystein 100mg/ml 2-5ml 1-2ggr/dygn ges för att lösa upp seg avföring.

Lavemang vid tömningssvårigheter- tarmsköljning

- för avföringar som sitter längre upp i tarmen
- ska utföras av barnkirurg med tarmsond lång 20–40 cm (På vår avdelning finns lång sond Ch5(grå) och Ch10(blå))

Komplikationer:

- Tarmperforation (viktigt att inte använda för små tarmsonder eller matsonder då dessa lättare kan perforera tarmen);
Läkaren ska ge ordination om storlek av katetern och hur djupt man ska föra in spetsen. T.ex för de som väger:
 - mindre än 2 kilo - 2-3cm lång in i tarmen
 - de som väger 2-6 kg - 5cm.
- Blödning/hematom
När man passerar katetern kan den orsaka irritation på tarmensslemhinnan eller anus. Om blod kommer i stor mängd ska man kontakta läkare. För att undvika lokalt trauma får man ge lavemang oftare under kortare tid.
- Nedkylning- ge lavemang oftare under kortare tid
- Man kan få stopp/hinder att föra in katetern den önskade längden. Vid hinder/om man känner resistens:
 - ska man inte forcera katetern,
 - man får inte suga tillbaka vätskan med sprutan.
 - Ändra barnets position, vänta 30 min och försöka igen med att rotera (snurra, inte "veva") katetern försiktigt medan man för in den.
 - Vid utebliven effekt kontakta läkare.

- Retinerad vätska med elektrolytrubbning
- Blockerad sond med feces- svårt att få in vätskan.
Dra ut sonden, undersöka änden och spola katetern innan man testat ge lavemang igen.

Växande prematura barn med svårigheter att tömma tarmen

Orsaker:

Kombination av flera faktorer vilka barnet kommer att växa ur med tiden:

- Kaloririk modersmjölkersättning med extra järn
- Reducerad muskeltonus vilket resulterar i att barnet blir mer ansträngt för krysta ut.
- Omogna tarmar
- Ökad förekomst av komjölksproteinsallergi hos underburna barn

Innan ställningstagande till lavemang

I stället för att ingripa med lavemang försök initialt med:

- Håll bebisen upprätt mot din axel
- Ändra modersmjölkersättning i samråd med dietist
- För att stimulera peristaltiken kan man testa pipning (rektal stimulering) innan man ger lavemang. Kort tarmsond med vaselin förs in försiktigt någon cm (max 3 cm) i ändtarmen med benen lätt uppdragna.
- Vid smärtsam defekation lokalbedövning med Xylocain/glycerin

Differentialdiagnos

Om barnet inte kan bajsas själv även när avföringarna blivit mjuka ska man utesluta följande tillstånd: hypothyreoidism, hypokalcemia, hypokalemi, proteinallergi, cystisk fibros, läkemedelorsakad förstoppning: från opiater, vit D intoxication, Hirschsprungs sjukdom, anatomiska anala missbildningar t. ex. striktur, ryggmärgsskada, fjättrad ryggmärg, försvagad bukmuskulatur, myopati

När ska man ge lavemang:

Vid följande symtom efter att man ha uteslutit sepsis/akut buk eller andra orsaker till förstoppning än prematuritet och utebliven effekt av ovannämnda behandlingsmetoder

- vid matintolerans
- vid dåligt tillväxt
- obehag/tillbud relaterade till förstoppning

Frekvens

- lavemang dagligen i en vecka därefter varannan dag (ESPGHAN rekommendationer för spädbarn).
- Frekvensen av lavemang bestäms utifrån deras effektivitet.
- Vid utebliven effekt efter 2 ggr lavemang och fortfarande uppblåst mage eller inget utbyte ska man kontakta kirurgerna.

När ska man sluta ge lavemang?

Det finns bristande evidens för hur länge lavemangsbehandling ska pågå hos nyfödda fullgångna och underburna barn. Pågående lavemangsbehandling bör dagligen utvärderas avseende behov av fortsatt behandling och avslutas så snart det är möjligt.

Avsteg från rutinen

”Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i journalsystemet om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från styrdokumentet rapporteras i MedControl PRO.”

Arbetsgrupp

Anders Elfvin, Evdalina Marinova, Frida Börjesson

Personer som arbetat fram styrdokumentet

Källförteckning

Obligatoriskt om källor använts.

Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, Faure C, Langendam MW, Nurko S, Staiano A, Vandenplas Y, Benninga MA; European Society for Pediatric

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology.

Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN.

J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Feb;58(2):258-74.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet AnOpIva neonatal barn

Innehållsansvar: Anders Elfvin, (andel3), Överläkare/Professor

Godkänd av: Angela Hanson, (angha), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9774-1570060579-943

Version: 2.0

Giltig från: 2025-09-10

Giltig till: 2027-09-10