

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin
Innehållsansvar: Christina Stigsson, (chrst19), Sjuksköterska onkologi
Granskad av: Charlotte Palmqvist, (chapa4), Sektionschef
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-26

Giltig till: 2028-01-26

Laparocentes

Revideringar i denna version

2024-04-10 ändringar gjorda under rubrik Arbetsbeskrivning och Granskare.

2026-01-12 förlänger rutin två år, inga medicinska ändringar.

Syfte

Ge tydliga rutiner för genomförande av laparocentes.

Utförande

Förekomst av ascites skall fastställas genom klinisk undersökning och helst ultraljud. Lämpligt punktionsställe är i vänster fossa på en tredjedel av distansen mellan spina iliaca anterior superior och naveln (omvänd McBurney). På så sätt är man lateralt om arteria epigastrica inferior som kan blöda massivt vid punktion. Kontrollera att det inte föreligger en uttalad splenomegali! Efter tvätt med klorhexidinsprit görs en lokalbedövning med nålen vinklad i riktning mot stället för den tänkta punktionen av peritoneum. Framför allt huden och det smärtskänsliga peritoneum ska bedövas ordentligt. Lite ascites aspireras med sprutan för lokalanestesi. Därefter görs en liten stickincision (0,5 cm) med skalpell. Katetern stängs med clip längst bak och förs in i punktionsnålen. Punktion görs i samma riktning som tidigare lokalanestesi. När man når bukhålan matar man in katetern, backar varsamt punktionsnålen så att spetsen ligger utanför buken och delar sedan punktionsnålen. Kateterpåsen kopplas och katetern fästas med kateterplåster samt kompresser och Mefixplåster. Så mycket ascites som möjligt ska avlägsnas. Tappningskatetern ska avlägsnas senast samma dag och inte vara kvar över natten p.g.a. infektionsrisk.

Komplikationer

Ascitesläckage är den vanligaste komplikationen. Vid större läckage kan en stomipåse användas för att kvantifiera läckagemängden och för att förhindra hudmaceration.

Vid större hudincision kan en sutur sättas på incisionstället.

Har patienten ascites p.g.a cancersjukdom eller hjärtsvikt ska det inte ges albumin rutinmässigt. Cirkulatorisk påverkan kan inträffa efter tappning av stora mängder ascites. Detta kan leda till hypotoni, hyponatremi och njurpåverkan.

Blödningar är sällsynta om man inte perforerar vidgade vener eller arteria epigastrica inferior och kräver sällan operativ åtgärd. Om blödning uppstår i samband med ascitestappningen informera ansvarig läkare för ev åtgärd.

Även infektioner är extremt sällsynta om ingen tarmperforation inträffar.

Kontroller

Mät alltid mängden ascites och dokumentera i Melior i mätvärden.

Tappningskatetern avlägsnas av ansvarig sjuksköterska genom att först ta bort fixering och att sedan försiktigt dra ut katetern och sätta på ett tryckförband med kompresser (sterila). Därefter är det bra att sätta Omnistrips över insticksstället med ett tryckförband ovanpå för att förhindra läckage. Vid behov kan det även sättas en stomipåse för att samla upp ev. ascites som läcker.

Ascitesanalyser

Cytologi är motiverat vid misstanke om peritonealcarcinom eller cancer i buken. TB-odling är endast aktuell vid klinisk TB-misstanke. Amylas bör endast undersökas vid misstanke om läckande pankreascysta.

Material

Om läkaren önskar ska allt vara sterilt dukat

- 2 st 10 ml spruta
- 1 st rosa uppdragningskanyl (1,2 x 40 mm)
- 1 st svart engångskanyl för lokalbedövning (0,70 x 50 mm)
- Xylocain® adrenalin 10 mg/ml + 5 µg/ml, 20 ml i injektionsflaska (resterande innehåll i glasflaskan kasseras direkt efter användandet)
- Sterila handskar

- Sterilt omläggningssätt som innehåller: skål, pincett och kompresser
- Klorhexidinsprit 5 mg/ml för desinfektion
- Steril självhäftande hålduk
- Cystofix suprapubiskt kateterset (punktionsnål, kateter, kateterplåster och kateterpåse)
- Skalpell
- Flexitrack
- Behållare för stickande/skärande
- Sax
- Absdynor
- Mefixplåster
- Omnistrips (till avlägsnandet)
- Hållare till tappningspåsen
- Underlägg under patienten
- Lista för mätning av blodtryck och mängden ascites (bilaga 1)

Cytologi

50 ml plaströr som fylls med 45 ml ascites. Om ascites är mycket blodtillblandad tillsätt några droppar Heparin och skaka om så att det blandar sig. Blank Labbest-etikett + Cytologiremiss. Läkaren skall fylla i att det är ”ofixerad vätska” och ”ascites” på remissen. Skickas till cytologlaboratoriet, Sahlgrenska sjukhuset.

Ansvar

Gäller för all personal inom VO Kvinnosjukvård/Område 1/SU. Ansvar för spridning och implementering har verksamhetschef/vårdenhetsöverläkare. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

Granskare/arbetsgrupp

Christina Stigsson, specialsjuksköterska/KPO*, avdelning 67

Charlotte Palmqvist, sektionschef/överläkare, avdelning 67

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Christina Stigsson, (chrst19), Sjuksköterska onkologi

Granskad av: Charlotte Palmqvist, (chapa4), Sektionschef

Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-77

Version: 7.0

Giltig från: 2026-01-26

Giltig till: 2028-01-26