

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Giltig från: 2025-11-11

Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Giltig till: 2027-11-25

Granskad av: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Thoracoabdominell esofagusresektion

Postoperativ vård

Revidering i denna version

251014 Ny information gällande utskrivning till KIMA avd 136 med artärnål och pågående inf Noradrenalin 0,1mg/ml iv.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått thoracoabdominell esofagusresektion.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Ingreppet innebär resektion av esofagus pga malignitet. Det genomförs genom laparotomi alternativt laparoskopi, respektive thoracotomi alternativt thorakoskopi. Beroende på tumörens läge ersätts resikerad esofagus med tubulerad uppdragen ventrikel, eller uppdragen jejunum-eller colonslynga.

Komplikationer

Stor risk för respiratoriska komplikationer såsom pneumothorax, ödem och atelektaser. Även anastomosinsufficiens kan uppkomma, vilket kan ge symptom såsom tex feber, takykardi och hypotoni.

Pre-och perop

Patienten är i behov av TEDA som läggs dagen innan operation på nivå Th 6 - 8. TEDA:n testas och utvärderas. CVK läggs antingen dagen innan operation eller på operationsdagen. Artärnål läggs på operationsdagen.

IVA-säng ska märkas med patientens ID och bakavdelning. Sängen lämnas till operation 8. Meddela personalen på operation.

Postop särskilda ordinationer / kontroller

- Viktigt att patienten har höjd huvudända 30 grader pga livslång aspirationsrisk då övre magmunnen bortopererats. I samband med lägesändring kan patienten kortvarigt läggas i planläge för att underlätta förflyttning i säng.
- Lungröntgen utförs vid ankomst till PIVA.
- Kontroll av thoraxdränage (dras senare på kirurgavdelningen).
- PEP (10 andetag x 3 varje vaken timme) påbörjas så fort som möjligt efter extubation.
- Patienter som har ventrikelsond ska i möjligaste mån behandlas med CPAP. Det är viktigt att ventrikelsonden är öppen pga risk för aspiration. Målet är CPAP-behandling minst 30 min x 4 per dygn. Peep ordineras av ansvarig narkosläkare.
- Ofta är patienten i behov av inhalationer vilket ordineras av ansvarig läkare, se läkemedelsmodul i Melior.
- Ventrikelsond får inte justeras blint pga risk för skada på esofagus. Kontakta kirurgens husjour.
- Inj Pantoloc 40 mg x 2 iv ges om patienten har ventrikeln kvar.

Provtagning

Op dag: blodgas. Vid stor blödning perop tas även TPK, PK, APTT, Fibrinogen och TEG.

Postop dag 1: blodgas, CRP, LPK, TPK, APTT, PK, S-krea och Leverstatus.

Smärtlindring

TEDA med inf Bupivacain 1mg/ml, Fentanyl 2µg/ml och Adrenalin 2µg/ml.

TEDA kontrolleras och testas när patienten är vaken.

Inf Paracetamol iv, undvik NSAID.

Antibiotikaproylax

Ordnation av kirurg, se läkemedelsmodul i Melior. Förlängd antibiotikaproylax kan ges vid långvarig operationstid.

Trombosproylax

Op dag: Inj Fragmin 2500 IE sc tidigast 6 timmar efter avslutad op.

Postop dag 1: Inj Fragmin 5000 IE sc kl 20.00.

Vätskebehandling/Nutrition

Op dag:

Viktigt att räkna och följa patientens vätskebalans. Det är risk för övervätskning och ödem, trots samtidigt behov av volym pga blödning peroperativt samt läckage av vätska via pleuradrän.

CVP mätes minst 4 gånger/dygn

Diures $>0,5$ ml/kg/h

Ventrikelsond ska vara öppen. Inget får ges per os eller i ventrikelsond.

Inga läkemedel får ges i jejunostomin.

Postop dag 1:

Vätskebalans beräknas fortsatt noggrant pga risk för övervätskning och ödem. Ofta är patienten i behov av negativ vätskebalans.

CVP mäts minst 4 gånger/dygn

Daglig vikt

Diures $>0,5$ ml/kg/h

Basalt behov av vätska 30ml/kg/dygn

Enteral nutrition via jejunostomi med sondnäring Isosource protein 10 ml/h i nutritionspump påbörjas enligt ordination av operatör. Ökning av mängd enteral nutrition genomförs efter ordination och enligt "Lathund för pre-och postoperativ vård vid esofagusresektion med ventikeltub".

Jejunostomi spolats med kranvatten 50 ml. Gäller även i samband med uppstart av enteral nutrition.

Får dricka klar näringsdryck 240 ml 1st under dygnet.

Ventrikelsond ska vara öppen. Ventrikelsond skall vara kvar i tre dygn, dras endast på kirurgens ordination.

Mobilisering

Op dag:

Höjd huvudända 30 grader, alternativt hjärtläge i säng. I samband med lägesändring kan patienten kortvarigt läggas i planläge för att underlätta förflyttning i säng.

Mobilisering till sängkant eftersträvas inom 2–4 timmar.

Postop dag 1:

Höjd huvudända 30 grader. I samband med lägesändring kan patienten kortvarigt läggas i planläge för att underlätta förflyttning i säng.

Mobilisering till stående och fåtölj flera gånger under dygnet.

Fixering thoraxdränage

Thoraxdränaget ska vara tejpats med två remsor längs med dränslangen vid kopplingen från patienten till slangens till thoraxdränaget.

Duoderm (tjock/tunn) ska ligga närmast huden vid insticket för att sluta tätt runt dränaget, vid läckage använd ett ytterförband, tex Tegaderm Foam Adhesiv.

Dränslangen får inte knickas eller ligga direkt mot huden, bolstra med Ligasano och fixera med Medipore.



Lägg dränslangen utefter madrassen och se till att den inte knickas. Töm slangens på vätska ner i behållaren vid behov, vilket behöver göras kontinuerligt. Låt inte dränslangen forma en hängande slynga så att vattenlås bildas.

Om dränslangarna åker isär, stäng omedelbart dränaget till patienten med två klädda peanger.

Postoperativ vårdtid och utskrivning till vårdavd

Vanligen är patienten i behov av två dygns vårdtid på PIVA.

Patienten skrivs ut till KIMA avd 136 med artärnål och vid behov pågående inf Noradrenalin iv. Maxdos inf Noradrenalin 0,1 mg/ml är 0,05ug/kg/min vid utskrivning. Inf Noradrenalin med styrkan 0,1mg/ml ska administreras i sprutpump och storlek på sprutan ska vara 50 ml. Infusionen ska vara kopplad till CVK i grå medial skänkel utan bärardropp enl styrdokument [CVK riktlinjer för AnOpIva](#). Sprutans infusions slang kopplas till CVK-lumen med injektionsventil (utan tre-

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

vägskran). Personal från avd hämtar patienten på PIVA och tar med egen sprutpump som byts på PIVA i samband med överflytt till KIMA avd 136.

Relaterad information

[CVK riktlinjer för AnOpIva](#)

[NIV Uppkoppling](#)

[Thoraxdrän Oasis](#)

Granskare/arbetsgrupp

Christian Mårtensson Överläkare Kirurgi, Omr 5 SU

Erika Wanne Instruktor PIVA och Postop, AnOpIva, Omr 5 SU

Jonas Grevsten Överläkare AnOpIva, Omr 5 SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska, Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning, Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Granskad av: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1548

Version: 19.0

Giltig från: 2025-11-11

Giltig till: 2027-11-25