

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad  
Innehållsansvar: Per Persson, (perpe8), Överläkare  
Granskad av: Per Persson, (perpe8), Överläkare  
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-20  
Giltig till: 2028-01-20

# Omvårdnad - Ventrikelsond på IVA och Postop

## Revideringar i denna version

260120 Tillägg om vikten av regelbunden aktiv aspiration vid dubbellumensond. PIVA och Postop har både enkellumen- och dubbellumensond.

## Syfte

Att säkerställa korrekt hantering av ventrikelsond.

## Arbetsbeskrivning

### Bakgrund och kontraindikationer

IVA-patienter bör i allmänhet förses med nasogastrisk ventrikelsond (V-sond), vanligen i form av en nasogastrisk sond, för dränering av ventrikeln och/eller för att om möjligt kunna administrera mediciner och nutrieras enteralt tidigt under vårdförloppet. Om patienten bedöms behöva längre tids nutrition via sond bör man när behovet av avlastning minskat byta till en tunnare så kallad nutritionssond.

### **Kontraindikationer mot insättning av v-sond:**

- Uttalade koagulationsrubbnings
- Skallbasfrakturer
- Ansiktstrauma – bedömning görs från fall till fall beroende på skada

### **Särskilda situationer**

Vid nyligen genomgången esofaguskirurgi, esofagustrauma, esofagusperforation eller komplicerad anatomi efter tidigare genomgången kirurgi bör sondsättning ske i samråd med

ansvarig kirurgläkare. Vid nyligen genomgången behandling mot blödande esofagusvaricer bör sondaättning ske i samråd med ansvarig gastroenterolog, se nedan.

## **Sondaättning och lägeskontroll**

### **Storlek**

På CIVA/NIVA finns dubbellumensond (ofta kallad Salemsond) i storlekarna 12, 14, 16, 18, 20 F samt nutritionssond 10 F.

På PIVA finns dubbellumensonder i storlekarna 12 och 14 F samt nutritionssond 10 F. Enkellumensond finns i storlek 16 F, 80 cm. På Postop finns enkellumensond i storlek 16 F, 80 cm.

Som standard väljs oftast 14–16 F sond men vid ileus och andra tillstånd som kräver säker avlastning av större mängder ventrikelinnehåll väljs lämpligen en större storlek, ex 18 alt 20 F. Nutritionssond ger ingen möjlighet att avlasta ventrikeln och sätts generellt senare i förloppet när det bedöms finnas behov av längre tids nutrition via sond. För info kring avlastning och dränage av ventrikel, se nedan.

### **Utförare**

Dubbellumensond sätts av läkare eller sjuksköterska med kunskap om tillvägagångssättet. Nutritionssond sätts av läkare eller av sjuksköterska på läkares delegation. Vid svårighet att sätta sond på sövda patienter används i första hand laryngoskop tillsammans med Magills tång för att föra ned sonden och i sista hand används gastroskop. Det vanligaste sättet att avgöra lämplig längd är att använda avståndet näsvinge-öronsribb-processus xiphoideus (bröstbenets nedre kant) +10 cm. Hos en vuxen innebär detta ca 55–65 cm. En rimlig bedömning av sondens införda längd ska alltid göras.

### **Lägeskontroll vid sondaättning**

Felaktigt läge innebär en ökad risk för komplikationer, ex aspiration, och därför är det viktigt med verifiering av sondens läge i samband med sondaättning. Kurrtest, dvs. att luft insuffleras samtidigt som man auskulterar vid ventrikelns förväntade läge, har låg sensitivitet och specificitet och är otillräckligt för att bekräfta korrekt läge. Rikligt utbyte av maginnehåll räcker generellt som kontroll vid sond i avlastande syfte. **Innan tillförsel av nutrition eller mediciner ska sondläget kontrolleras med slätröntgen.** Förslagsvis görs detta om möjligt i samband med planerad lungröntgen. Efter att korrekt läge verifieras med röntgen markeras nivån på sonden vid näsvingen med märkpena eller tejp. Sondens djup (cm) avläses och dokumenteras under V-sond på dygnsjournalen.

Nutritionssonders läge ska **alltid** röntgenverifieras innan användning. Sondens är märkt med röntgentätt material men vid svårighet att identifiera sonden på lungröntgen kan den med

fördel fyllas med kontrastmedel. Sondens ledare ska avvecklas **FÖRE** röntgen då detta kan rubba sondens läge.

## **Esofagusvaricer**

Förekomsten av esofagusvaricer kontraindicerar inte sondsättning då det med stor sannolikhet inte ökar risken för akut blödning. Undantaget är esofagusvaricer som nyligen (under pågående vårdtillfälle) ligaturbehandlats pga. blödning. Vid dessa tillfällen sätts sond i första hand av ansvarig gastroenterolog i samband med ligaturbehandling. Om detta inte skett och patienten behöver en ventrikelsond bör denna sättas efter samråd med ansvarig gastroenterolog. Efter varicerblödning rekommenderas att V-sond används under så kort tid som möjligt för att minska infektionsrisken.

## **Barn**

Nasogastrisk sond på mindre barn sätts ofta i samband med operation eller under sedering. Ventrikelsond på mindre barn sätts ofta i samband med operation eller under sedering. Lägeskontroll vid sondsättning och dagligen görs enligt ovan.

## **Sondstorlek**

Nyfödda - 4 mån. 5 Fr

4 mån – 7 år 6 Fr

Större barn: 8 Fr, men kan användas hos barn från 6 månaders ålder vid behov av mer tjockflytande nutrition.

## **Sonddjup**

Måtta avståndet näsvinge-öronlob-proc. xiphoideus (bröstbenets nedre kant) + några cm beroende på barnets storlek.

## **Daglig användning**

### **Daglig lägeskontroll**

Kontroll av V-sondläge ska göras dagligen innan start av sondmat, innan tillförsel av läkemedel samt vid misstanke om ändrat läge.

Daglig lägeskontroll:

1. Kontrollera att läget inte ändrats med hjälp av lägesmarkeringarna på sonden. Dokumentera läget på dygnsjournalen på raden för V-sondläge.
2. ”Kurrtest” med hjälp av luftinsufflation i ventrikeln.

Vid nytillkomna buk-/bröstmärtor som kan antyda ändrat sondläge, frekventa kräkningar eller uttalad hosta bör sondens läge verifieras på nytt med röntgen

### Avlastning av ventrikel

Efter flera fall av aspiration av maginnehåll i luftvägen trots avlastande dubbellumensond har vikten av aktiv aspiration av dubbellumensond påtalats. Dubbellumensonder av den typ som används på AnOpIVA ger inte en säker avlastning av ventrikeln då de inte säkerställer passivt dränage. Därför ska aspiration i sonden genomföras var 3:e timma. Om stora mängder aspirat (> 500 ml) bör man tillfälligt minska tidsintervallet mellan aspirationer för att säkerställa att stora mängder ventrikelinnehåll inte hinner ansamlas i ventrikeln. Om patienten har en enkellumensond för att avlasta ventrikeln behöver inte aspiration genomföras.

### Enteral läkemedeladministrering via sond

1. Läkemedlen ska iordningställas var för sig för att minska risk för läkemedelsinteraktioner.
2. Depottabletter och enterotabletter får aldrig krossas, men kan i vissa fall lösas upp och ges via sond. I Melior finns information – välj Länkar – Läkemedel: Läkemedelshantering krossning
3. Vid administrering via sond bör patienten om möjligt vara sittande eller halvsittande (30°–45° höjd huvudända). OBS! För vissa patienter är detta kontraindicerat.
4. Följ basala hygienrutiner och arbeta alltid aseptiskt.
5. En lägeskontroll av sonden ska göras innan administrering av läkemedel, se ovan.
6. Använd engångs sondspruta. Vid pågående välling används i 1: a hand lila nutritionsspruta (10 el 50 ml) för att undvika feladministrering.
7. Ge ett läkemedel och spola sonden med 15 ml färskt kranvatten. Om flera olika läkemedel skall administreras spolas sonden med 15 ml färskt kranvatten mellan varje läkemedel.
8. Spola igenom sonden med 30–50 ml färskt kranvatten. Anpassa mängden vatten till sondens storlek och längd. Detta gäller särskilt för barn.
9. När läkemedlet/läkemedlen är administrerade **stäng sonden med en klädd peang i minst 1 timme.**
10. Anteckna mängden vatten du spolar sonden med på dygnsjournalen.

### Salemsond med sug

Ibland behöver sug kopplas på V-sonden för att avlasta tarmarna från de magsafter som bildas i magsäcken. Det är ansvarig kirurg som ordinerar sugnivå.

Koppla upp ett thoraxdränage, Oasis eller Thopaz+. Ställ in ordinerad sugnivå och koppla till V-sonden. Märk dränaget med väl synlig häfta och skriv ventrikel på häftan.

OBS! När patienten skrivs ut till kirurgavdelning från CIVA och har en salemsond, skall den bytas ut till en enkellumen- sond om fortsatt behov av ventrikelavlastning.

## Arbetsgrupp/Granskare

Jacob Holmqvist, Överläkare AnOpIVA Område 5, SU/Sahlgrenska

Axel Josefsson, VÖL GEA SU/Sahlgrenska

Ann-Sofie Brandén, Instruktor CIVA, AnOpIva Område 5, SU/Sahlgrenska

Elisabeth Skarlöv, Teknikansvarig IVA-sjuksköterska PIVA och Postop, AnOpIva Område 5, SU/Sahlgrenska

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

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

**Innehållsansvar:** Per Persson, (perpe8), Överläkare

**Granskad av:** Per Persson, (perpe8), Överläkare

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-2490

**Version:** 3.0

**Giltig från:** 2026-01-20

**Giltig till:** 2028-01-20