

Gäller för: Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska

Giltig från: 2025-07-03

Innehållsansvar: Alexandru Ilie, (aleil1), Överläkare

Giltig till: 2027-07-03

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Colorektalkirurgi An 1 o 2 - anestesirutin

Förändringar sedan föregående version

Första versionen

Syfte och Innehåll

Styrdokumentet är framtaget då Colorektalkirurgi flyttas från Östra till Operation 1 o 8 SU/SS. Dokumentet syftar till att beskriva anestesi och anestesiologiska beaktanden i samband med colorektalkirurgi.

Innehåll

Förändringar sedan föregående version	1
Bakgrund och syfte	Error! Bookmark not defined.
Arbetsbeskrivning vid laparoskopiska ingrepp	4
Anestesi	4
Induktion	4
Underhåll	4
Utrustning	4
Läkemedel	4
Peroperativ vätsketerapi	4
målstyrt sätt	Error! Bookmark not defined.
Premedicinering	4
.....	5
Positionering/Operationsbord.....	5
I samband med benstödsläge.....	5
Värmemetod	5

Trombosprofylax	6
Antibiotikaprofylax	6
Smärta.....	6
PONV profylax	6
Anestesiologiska beaktanden	6
Arbetsbeskrivning vid öppen kirurgi.....	7
Anestesi	7
Induktion	7
Underhåll	7
Utrustning.....	7
Läkemedel	7
Peroperativ vätsketerapi	7
Premedicinering	7
Positionering/Operationsbord.....	8
I samband med benstödsläge.....	8
Värmemetod	8
Trombosprofylax	8
Antibiotikaprofylax	8
Smärta.....	9
PONV profylax	9
Anestesiologiska beaktanden	9
Arbetsbeskrivning vid rectumamputation	10
Anestesi	10
EDA Th 9-11. Peroperativ stark blandning. Generell anestesi, Intubation.....	10
Induktion	10
Utrustning.....	10
Läkemedel	10
Peroperativ vätsketerapi	10
Premedicinering	10
Positionering.....	10
Operationsbord	10

I samband med benstödsläge.....	11
Bukläge.....	11
Värmemetod.....	12
Trombosprofylax.....	13
Smärta.....	13
PONV profylax.....	13
Betapred Ondansetron om inte givit i premedicineringen. Vid hög risk PONV kompletteras.....	13
med Dridol.....	13
Anestesiologiska beaktanden Eliminera risker i samband med positionering individuellt. Polstra för att undvika tryckskador. Noggrann bedömning av vätskebalans och volymstatus.....	13
Byggande av buklägesbordet med hjälp av fjärrkontrollen.	13
Arbetsgrupp	14

Arbetsbeskrivning vid laparoskopiska ingrepp

Följande operationer görs laparoskopiskt

Vänstersidig hemicolektomi

Rektopexi

Högersidig hemicolektomi

Rektumamputation

Främre resektion

Sigmoideumresektion

Ileocekal resektion

Sigmoideumsstomi

Anestesi

EDA Th 9-11. Peroperativ infusion EDA blandning.

Generell anestesi, Intubation.

Induktion

Propofol / Fentanyl som förstahands val. Remifentanyl i andra hand., Rocuronium

Underhåll

Sevofluran/ Fentanyl i första hand . TCI Propofol / Remifentanyl i andra hand.

Utrustning

3 PVK varav 2 minimum 1.8 alt 2.0 Långa infusions slangar till arm som är inbäddad

Blodtrycksmanchett (tips; vänd med slangarna uppåt mot huvudet så knickas dem inte)

Ventrikelsond (dras innan väckning)

Artärkateter

Urinkateter

CVK på medicinsk indikation

Temperaturmätning

Läkemedel

Fenylefrin, Noradrenalin 0.04mg/ml

Peroperativ vätsketerapi

Plasmalyte 1.5 ml /kg . Kan kompletteras med bolus Plasmalyte eller Albumin på ett målstyrt sätt.

Premedicinering

Patienten är bedömd på Östra. Premed enl ord

Positionering/Operationsbord



Standardbord med benplattor special (alltid med bensärplattor).

Patienten ligger direkt på **Pink pad madrass**.

Vänster arm på armbord.

Höger arm inbäddad vid vänstersidig hemicolektomi, Främre resektion, Rektopexi, Sigmoideumresektion el stomi, Subtotal kolektomi och vid rectumamputation.

Höger arm på armbord.

Vänster arm inbäddad vid Högersidig hemicolektomi och Ileocekal resektion.

I samband med benstödsläge

Flera operationsmetoder innebär att patienten ska ligga i benstödsläge under en tid på operation. Följ de riktlinjer som vi har i samband med detta.

[Positionering i benstödsläge op 1 o 8 \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

Narkosslangar fästs vid patientens huvud för att skapa fritt utrymme för kirurg.

Narkosapparat flyttas bort så långt det går.

Ingreppet utförs vanligen i **trendelenburgläge**. Kontrollera att patienten inte glider.

Viktigt med **tubfixering** i rätt läge för att undvika dislokation vid tippning. Säkerställ att kuffen på tuben placeras precis under stämbanden.

Ögontejp obligatorsikt. Använd Cornea care eller Tegaderm för att undvika att maginnehåll som kommer upp kan skada ögonen.

Skvaller kompresser i näsan för att undvika att maginnehåll rinner förbi i v-sond i näsan.

Värmemetod

Equator värmetycke

Trombosprofylax

Se Melior

Antibiotikaprofylax

Ja, Se Melior

Smärta

EDA

Oxikodon (högre dos om TCI används)

Paracetamol

Clonidin

PONV profylax

Betapred, Ondansetron om inte givit i premedicineringen. Vid hög risk PONV kompletteras med Dridol.

Anestesiologiska beaktanden

Eliminera risker i samband med positionering individuellt. Polstra för att undvika tryckskador.

Noggrann bedömning av vätskebalans och volymstatus.

Observera blödning.

Arbetsbeskrivning vid öppen kirurgi

Anestesi

EDA Th 9-11. Peroperativ stark blandning. Generell anestesi, Intubation

Induktion

Propofol / Fentanyl som förstahands val. Remifentanyl i andra hand., Rocuronium

Underhåll

Sevofluran/ Fentanyl i första hand . TCI Propofol / Remifentanyl i andra hand.

Utrustning

3 PVK varav 2 minimum 1.8 alt 2.0 Långa
infusions slangar till arm som är inbäddad

Ventrikelsond (dras innan väckning)

Urinkateter

Temperaturmätning

Blodtrycksmanschett (tips; vänd med slangarna
uppåt mot huvudet så knickas dem inte)

Artärkateter

CVK på medicinsk indikation

Läkemedel

Fenylefrin

Noradrenalin 0.04mg/ml

Peroperativ vätsketerapi

Plasmalyte 3 ml/kg

Kan kompletteras med bolus Plasmalyte eller Albumin på ett målstyrt sätt.

Premedicinering

Patienten är bedömd på Östra. Premed enl ord

Positionering/Operationsbord

Standardbord med benplattor special.



Patienten ligger direkt på **Pink pad madrass**

Bägge armar på armbord

I samband med benstödsläge

Flera operationsmetoder innebär att patienten ska ligga i benstödsläge under en tid på operation. Följ de riktlinjer som vi har i samband med detta.

[Positionering i benstödsläge op 1 o 8 \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

Narkosslangar fästs vid patientens huvud för att skapa fritt utrymme för kirurg.

Narkosapparat flyttas bort så långt det går.

Ingreppet utförs vanligen i **trendelenburgläge**. Kontrollera att patienten inte glider.

Viktigt med **tubfixering** i rätt läge för att undvika dislokation vid tippning. Säkerställ att kuffen på tuben placeras precis under stämbanden.

Ögontejp obligatorsikt. Använd Cornea care eller Tegaderm för att undvika att maginnehåll som kommer upp kan skada ögonen.

Skvaller kompresser i näsan för att undvika att maginnehåll rinner förbi i v-sond i näsan.

Värmemetod

Equator värmetäcke

Trombosprofylax

Se Melior

Antibiotikaprofylax

Ja, Se Melior

Smärta

EDA

Oxikodon (högre dos om TCI används)

Paracetamol

Clonidin

PONV profylax

Betapred, Ondansetron om inte givit i premedicineringen. Vid hög risk PONV kompletteras med Dridol.

Anestesiologiska beaktanden

Eliminera risker i samband med positionering individuellt. Polstra för att undvika tryckskador.

Noggrann bedömning av vätskebalans och volymstatus.

Observera blödning.

Arbetsbeskrivning vid rectumamputation

Anestesi

EDA Th 9-11. Peroperativ stark blandning. Generell anestesi, Intubation.

Induktion

Propofol / Fentanyl som förstahands val. Remifentanyl i andra hand., Rocuronium

Underhåll

Sevofluran/ Fentanyl i första hand . TCI Propofol / Remifentanyl i andra hand.

Utrustning

Spiraltub

3 PVK varav 2 minimum 1.8 alt 2.0

Långa infusions slangar om en arm som är inbäddad

Ventrikelsond (dras innan väckning)

Urinkateter

Temperaturmätning

Blodtrycksmanschett (tips; vänd med slangarna uppåt mot huvudet så knickas dem inte)

Artärkateter

CVK på medicinsk indikation

Läkemedel

Fenylefrin. Noradrenalin 0.04mg/ml

Peroperativ vätsketerapi

Plasmalyte 1.5 ml /kg . Kan kompletteras med bolus Plasmalyte eller Abumin på ett målstyrt sätt.

Premedicinering

Patienten är bedömd på Östra. Premed enl ord

Positionering

Under den laparoskopiska delen ska patienten ligga på vanligt bord med **Vänster arm** på armbord. Höger arm inbäddad.

Operationsbord

Börjar på standardbord med benplattor special. Bygges om till buklägesbord enligt anvisning längst ner i metodkortet.

Positionering i samband med benstödsläge

Följ de riktlinjer som vi har i samband med detta.. [Positionering i benstödsläge op 1 o 8 \(vgregion.se\)](#)

Positionering i samband med Bukläge

Inför bukläge lyftes patienten till ett vändbord för att man sedan ska kunna bygga om standardbordet till ett buklägesbord.

Standardbord. Ta bort huvudplattan (om patienten inte är väldigt lång) Proneface. Använd bönelägeskudde för att buken ska hänga fritt och för att nacken inte ska vara extenderad.

Patienten får prova ut läget innan sövning.

Följande behövs till en normalstor patient:



De blå kuddarna under bönelägeskudden. Den finns i två storlekar (en lång, en kort) så man behöver prova ut vilken som känns bäst.



För den större patienten kan det bli aktuellt med de grå större "H" kuddarna för att få till ett läge.

Eller så kanske det passar bättre med ortopedens tvärgående tempurullar. Man får prova sig fram.



Patienten måste ligga bekvämt. Huvudet i proneview som inte trycker på ögon, näsa eller mun och tänk på att du kan se ögonbrynen när du kikar i spegeln. Om patienten får ett ökat tryck på trigeminusnerven kan det orsaka svår smärta för patienten.

Nacken ska vara neutral, dvs i förlängning av ryggraden.

Buken ska hänga fritt! Detta är mycket viktigt för att undvika v. cava inferior kompression och att säkerställa att blodet passerar lätt till hjärtat från den nedre delen av kroppen. Yttre tryck på buken kan leda till cirkulatorisk instabilitet.

Narkosslangar fästs vid patientens huvud för att skapa fritt utrymme för kirurg

Narkosapparat flyttas bort så långt det går.

Ingreppet utförs vanligen i **trendelenburgläge** och tidvis i benstödsläge. Kontrollera att patienten inte glider.

Viktigt med **tubfixering** i rätt läge för att undvika dislokation vid tippning. Säkerställ att kuffen på tuben placeras precis under stämbanden.

Ögontejp obligatorsikt. Använd Cornea care eller Tegadern för att undvika att maginnehall som kommer upp kan skada ögonen.

skvaller kompresser i näsan för att undvika att maginnehall rinner förbi iv-sond i näsan.

Värmemetod

Equator värmetäck

Trombosprofylax

Se Melior

Antibiotikaprofylax

Ja, Se Melior

Smärta

EDA

Oxikodon (högre dos om TCI används)

Paracetamol

Clonidin

PONV profylax

Betapred Ondansetron om inte givit i premedicineringen. Vid hög risk PONV kompletteras med Dridol

Anestesiologiska beaktanden

Eliminera risker i samband med positionering individuellt. Polstra för att undvika tryckskador.

Noggrann bedömning av vätskebalans och volymstatus.

Observera blödning.

Byggande av buklägesbordet med hjälp av fjärrkontrollen.

- Från mittenläget (startläge)
Slida bordet mot huvudändan ca 10 cm
Gul pil
- Vinkla bordet **Blå pil**
- Vinkla benplattorna **röd pil**
(obs tryck på knappen i mitten för att få bägge benen **grå pil**)
- Höj huvudändan **grön pil**
- Dra isär benplattorna för hand och vinkla lite åt sidan
- Reglera så nacken ligger bra **Svart pil**



Med dessa spakar regleras
bensärplattorna



Arbetsgrupp

Annette Verlinden avdlärare op 1 o 8, Omr5 SU/SS

Ann-Sofie Karlsson Operationssjuksköterska och teknikansvarig op 1 o 8, Omr 5 SU/SS

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska

Innehållsansvar: Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2687

Version: 2.0

Giltig från: 2025-07-03

Giltig till: 2027-07-03