

Gäller för: Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

Innehållsansvar: Randolph Schnorbus, (ransc1), Sektionschef

Godkänd av: Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-08-25

Giltig till: 2027-03-10

# Colorektal kirurgi – laparoskopiska ingrepp

## Denna rutin gäller för

Operation 1, AnOpIVA Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

## Revideringar i denna version

2020-01-15 Ingen ändring i dokumentet.

## Syfte

Säkerställa rutiner kring laparoskopiska colorektala ingrepp

## Arbetsbeskrivning

### Ordination av läkemedel

- Premedicinering ges enligt ordination på operationsmottagningen
- Kirurgläkare ansvarar för eventuell ordination av antibiotika och trombosprofylax
- Antibiotika ges på operationsavdelningen innan operationsstart
- Spinal läggs vid laparoskopiska colorektala ingrepp.
- EDA läggs vid rectumamputation.

### Förberedelser på operationsavdelningen

- Patienten ska utrustas med tre (3) infarter

- (minst två (2) grövre infarter för vätsketillförsel och en (1) separat för läkemedel)
- Patientskjorta tas av och läggs ovanpå patienten
- Blodtrycksmanschetten ska vändas med slangarna uppåt mot huvudet
- Patienten ska ligga så långt ner på operationsbordet som möjligt för att senare läggas i benstöd (ej utanför madrassen)

## Ingrepp och upplägg

Ingrepp	Armarnas läge	Upplägg (A eller B)	Infusionspump läge (Höger eller vänster sida om patienten)	Fri plats för kirurgen att stå
Högersidig hemicolectomi	Höger arm ut	B	Höger sida	Vänster sida fri
Vänstersidig hemicolektomi	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Främre resektion	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Ileocekal resektion	Höger arm ut	B	Höger sida	Vänster sida fri
Rektopexi	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Rektum amputation	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Sigmoideumresektion	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Sigmoideostomi	Vänster arm ut	A	Vänster sida	Höger sida fri
Subtotal coektomi	Ingen arm ut Båda armarna bäddas in	A	I mån av plats	Båda sidor fria

Bilder på placering/upplägg (A eller B) av patient och apparatur finns i "colorektal plockärm" på salarna

## Armarnas läge/en arm utmed patienten sida (se ingrepp och upplägg ovan)

- Armen som ska bäddas in utmed patientens sida ska ha venflon med slangförlängning för vätsketillförsel. Extra infusions slang tejpas utmed patientens arm och märks vid huvudända med "PVK och storlek"
- Handen som bäddas in ska polstras med "wellbandrulle" i handflatan samt runt venflon "korken" (för att undvika tryckskador)
- Tummen bör ligga uppåt (för att undvika tryckskador)
- Lägg ett örngott mellan bål och arm, för att undvika hud mot hud.
- Inspektera armhålan att hud mot hud undviks
- Inspektera att handen/armen inte kläms mot armstöd

- Vid de flesta colrektala laparoskopiska ingrepp räcker det att en (1) arm är inbäddad!
- Använd s.k. ”Laktritsbåge” istället för ”vanliga narkosbågen”
- Då båda armarna bäddas in så måste alla infarter ha extra slangförlängning
- Säkerställ att infusions slangarna är ordentligt fästa, fria och inte kan ”knickas”
- En separat infart ska finnas fri för eventuell inotrop behandling

## Anestesi

- TCI (Target Controlled Infusion)
  - **Induktion:** Propofol och Remifentanil (Ultiva®)
  - **Underhåll:** Underhåll: TCI med Ultiva® samt inhalation Sevoflurane®
- Intubationstuben tejpas
- Undvik svalgtub (svullnad i ansikte pga. Trendelenburgläge)
- V-sond sätts som dras innan väckning
- Urinkateter med tempmätning (termistor) sätts
- Förse patienten med öronproppar alternativt hörselskydd
- Förse patienten med värmetycke
- Förse patienten med ögonskydd
- Vid längre ingrepp förse patienten med artärnål. Helst på armen som inte är inbäddad. (Oftast vänster arm)
- Om artärnål måste sättas i den inbäddade armen behövs speciellt långt artärtryckset
- Slangstöd för narkoslangar plockas bort.
- Narkoslangar fästs vid patientens huvud med ett speciellt metallstöd (Fritt utrymme skapas för kirurgen på den sida där armen är inbäddad)
- Anestesibyrå förflyttas till vänster sida vid dörren (möjliggöra plats för kirurgerna)
- Narkosapparat förflyttas bort från patienten så långt det går (möjliggöra plats för kirurgerna)
- Målstyrd vätsketillförsel enligt ERAS koncept). Se separat rutin ”ERAS -Enhanced Recovery After Surgery”
- Antiemetisk profylax enligt ordination
- Postoperativ smärtlindring ges enligt ordination i god tid (minst 30 minuter) före väckning

## Per operativt

- Ingreppen utförs vanligen i Trendelenburgläge och tidvis i benstödsläge
- Observera riskfaktorer för eventuella tryckskador och/eller compartment
- Tid i benstödsläge är två (2) timmar se separat rutin  
”Uppläggning av patient i benstöd”

## Ansvar

Personal på operation 1 ansvarar för att arbeta utefter denna rutin. Vårdenhetsöverläkaren ansvarar för att rutinen är känd och följs. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar och lagar.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Vårdenhetsöverläkaren har ansvaret för att rutinen följs upp, utvärderas och revideras. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga avvikelser från rutin rapporteras i MedControl PRO.

## Dokumentation

Styrande dokument arkiveras i Barium. Redovisande dokument ska hanteras enligt sjukhusets gällande rutiner för arkivering av allmänna handlingar.

## Granskare/arbetsgrupp

Marie Johansson, sektionsledare, Operation 1, AnOpIVA Östra, område 5, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Anestesi Operation IVA Östra

**Innehållsansvar:** Randolph Schnorbus, (ransc1), Sektionschef

**Godkänd av:** Martin Hubrich, (marhu11), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-583

**Version:** 10.0

**Giltig från:** 2025-08-25

**Giltig till:** 2027-03-10