

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning Östra

Giltig från: 2026-05-11

Innehållsansvar: Elin Hultgren, (eliu3), Sektionschef

Giltig till: 2028-05-08

Granskad av: Catharina Lundgren, (catlu4), Vårdenhetschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Laparocentes

Revideringar i denna version

Förtydligande av punktionsställe och hur länge provrör sparas samt medlemmar i arbetsgruppen.

Syfte

Ge tydliga rutiner för genomförande av laparocentes.

Ansvar

Respektive linjeförordnad ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

Indikationer

Den dominerande orsaken till ascites är levercirros med portahypertension, men vart femte fall har en annan genes. Ascitestappning skall genomföras i diagnostiskt syfte vid debut av ascites eller vid misstanke om spontan bakteriell peritonit och i terapeutiskt syfte hos patienter med känd bakomliggande sjukdom och spänd ascites.

Kontraindikationer

Koagulopati är en ingen absolut kontraindikation och flera studier har visat att laparocentes kan genomföras på ett säkert sätt utan föregående transfusion av blodprodukter även vid högt PK och låga trombocyter hos patienter med levercirros. Rutinmässig transfusion av plasma och/eller trombocyter rekommenderas därför inte. Laparocentes ska ej genomföras vid disseminerad intravasal koagulation (DIC). Punktionen ska inte ske i operationsärr eller i områden med hudinfektion, hematom eller synliga subkutana vener.

Förberedelse/Material

Dagen innan skall PK-INR, TPK och ev. blodgruppering (om färskfrusen plasma skall ges) kontrolleras på de utan cirros. Vid cirros med stabilt förlopp är detta inte nödvändigt enligt ovan.

Om läkaren önskar ska allt vara sterilt dukat:

- 2 st 10 ml spruta
- 2 st rosa uppdragningskanyl (1,2 x 40 mm)
- 2 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)

Mät alltid mängden ascites och se till att detta dokumenteras i Melior!

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 (McBurney's punkt på vänster sida). 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. Ffa. huden och det smärtskänsliga peritoneum ska bedövas ordentlig. 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. Cirkulatorisk påverkan kan inträffa efter tappning av stora mängder ascites. Detta kan leda till hypotoni, hyponatremi och njurpåverkan. Risken för cirkulatorisk påverkan minskar vid användning av albumin som plasmaexpander. Vid tappning av mer än 5 liter ascites ska albumin tillföras som volymsubstitution enligt ordinationsmallen i läkemedelsmodulen under avd 355 (8 g per liter tappad ascites, d.v.s. en flaska 100ml Albumin 200 g/l per 2,5 liter tappad ascites). Maximalt ges dock 400 ml albumin. Har patienten ascites p.g.a. hjärtsvikt eller cancersjukdom ska det inte ges albumin rutinmässigt. Blödningar är sällsynta om man inte perforerar vidgade vener eller arteria epigastrica inferior och kräver sällan operativ åtgärd. Även infektioner är extremt sällsynta om ingen tarmperforation inträffar.

Kontroller

Innan tappningen startar ska patienten vägas. Blodtryck tas precis innan ingreppets gång, förutsatt att patienten är cirkulatoriskt stabil och välmående. Om inte klampas dränet och ansvarig läkare kontaktas. För att undvika infektion dras dränet senast efter 12 timmar. 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 i en stjärna 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. Patienten ska alltid vägas även efter tappningen. Informera patienten om att ta det lugnt 24 timmar efter

tappningen. Undvik tunga lyft, fysisk träning och ansträngande aktiviteter. Övervaka insticksstället. Håll området rent och torrt. Informera patienten om att undvika att bada i badkar, pooler eller bastu de första 48 timmarna. Var uppmärksam på rodnad, värmeökning, ökande smärta, svullnad eller feber över 38 grader. Dessa kan vara tecken på infektion. Det kan komma mindre mängder vätska från insticksstället. Använd ett torrt förband och byt det vid behov. Lätt smärta eller obehag vid insticksstället kan förekomma. Om patienten är inne via väntelistan och ska hem samma dag skicka då med skriftlig information om "Patientinformation efter ascitestappning".

Ascitesprover

Ascites-analyser som alltid skall tas vid en förstagångs-ascites: albumin (även i serum för jämförelse om det ej är taget), protein, LPK/neutrofila och odling (varvid det är viktigt att använda blododlingsteknik). Cytologi är motiverat vid misstanke om peritonealcarcinom. TB-odling är endast aktuell vid klinisk TB-misstanke. Amylas bör endast undersökas vid misstanke om läckande pankreascysta. Vid upprepade ascitestappningar hos en patient med cirros skall **alltid LPK/neutrofila tas** för att utesluta spontan bakteriell peritonit.

Förstagångstappning

Albumin 1st 5 ml EDTA-rör (lila). Förtryckt labbestetikett. Vänd minst 5ggr fram och tillbaks. Förvaras svalt.

Protein 1st 5 ml EDTA-rör (lila) fyll till ½ blanda väl. Förtryckt labbestetikett. Får endast fyllas till hälften. Vänd minst 5ggr fram och tillbaks. Förvaras svalt.

LPK 1st EDTA-rör (lila). Förtryckt labbestetikett (som heter LPK neutrofi). Får endast fyllas till hälften.

Diff/Neutrofila Analyseras om LPK är förhöjt, tas från rör för LPK

Odling (aerob och anaerob) Urinodlingsrör fullt. Förtryckt labbestetikett, välj punktat odling och ascites under fliken bakt i labbest.

Ställ provet i kylen om det inte går någon transport. Baktlab ombesörjer att vätskan sprutas in i odlingsflaskorna.

Specialfall

Amylas Urinodlingsrör. Förtryckt labbestetikett. Förvaras svalt.

Cytologi 50 ml plaströr som fylls med 45 ml ascites, tillsätt några droppar Heparin och skaka om så att det blandar sig. Blank labbestetikett + Cytologiremiss. Läkaren skall fylla i att det är ”ofixerad vätska” och ”ascites” på remissen. Skickas till cytologlab SU/Sahlgrenska.

TB-odling Urinodlingsrör fullt. Förtryckt labbestetikett, välj ascites.

Uppföljning och utvärdering

Revisionsansvarig ansvarar för uppföljning och utvärdering. Avvikelser hanteras enligt SU:s riktlinjer för MedControl Pro.

Granskare/arbetsgrupp

Elin Hultgren, sektionschef
Catharina Lundgren, vårdenhetschef
Lisa Lejon, sektionsledare
Jasmine Abdowod, sjuksköterska

Bilaga

[Kontrollista](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Medicin Geriatrik och Akutmottagning
Östra

Innehållsansvar: Elin Hultgren, (eliu3), Sektionschef

Granskad av: Catharina Lundgren, (catlu4), Vårdenhetschef

Godkänd av: Sofia Ekdahl, (sofek1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9882-597462984-13

Version: 15.0

Giltig från: 2026-05-11

Giltig till: 2028-05-08