

Gäller för: Radiologi Kungälv, Operation Kungälv, Kungälv Sjukhus, Kirurgi-  
ortopedi och urologimottagning Kungälv, Intensivvårdsavdelning Kungälv  
Innehållsansvar: Hebtalla Bashir, (hebba1), Specialistläkare  
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad  
Godkänd av: Philipp Meijering, (phime1), Chefläkare

Giltig från: 2025-05-19

Giltig till: 2027-05-19

# **Förberedelse och eftervård inför PTC- Perkutan transhepatisk cholecystografi: Nyinläggning**

## **Syfte**

Information är framtagen för att säkerställa en god och säker vård och ge ett strukturerat arbetssätt för omhändertagandet före och efter ingreppet vid inläggning av PTC-dränage.

## **Bakgrund**

Avlastning av gallvägar vid gallstas på grund av en högtstående strikturerande process i gallvägarna, när ERCP misslyckas. Ett dränage läggs ultraljudslett perkutant in i gallvägarna ner till duodenum (intern PTC) eller i gallvägarna ovan hindret (extern PTC). PTC genomförs med narkosstöd (sedering som rutin och generell anestesi på indikation) samt lokalbedövning.

## **Arbetsbeskrivning**

- Remiss till röntgen.
- Röntgensjuksköterska efter diskussion med röntgenläkare bokar en lämplig tid på röntgen och samordnar med narkosstöd via operationsbryggan 98 370. Röntgensjuksköterskan ringer till patientens avdelning och anger den bokade tiden.

- Avdelningssköterskan informerar remitterande kirurg om tiden så att kirurgen operationsanmäler i **Orbit** enligt rutin och det är **obligatoriskt med telefonkontakt till narkosläkare** för narkosbedömning\*, dagtid 98 676, jourtid 98 428.
- Patienten är oftast ineliggande eller kallas hemifrån till avdelning för förberedelser.

\*Vid samtal till narkosläkare anges övriga sjukdomar och sjukdomstillstånd av särskild relevans, till exempel förhöjd aspirationsrisk och svår smärta. Rutinmässigt görs undersökningen i sederig, men vid indikation kan det bli aktuellt med generell anestesi med sövning på operationssal innan transport till röntgen med intuberad och sövd patient.

## Förberedelser

- Provtagning:
  - Blodgruppering och Bastest
  - Hb, TPK, PK, APTT: Blödningsprover ska finnas vid remissprioritering och ej äldre än 24 timmar vid ingreppet

Koagulationsprover:

- PK korrigeras om  $>1,5$
  - TPK transfusion om  $<50 \times 10^9/L$
  - APTT korrigeras om  $> 1,5 \times$  normalvärde (normalvärde 24–32)
- Blodförtunnande medel ska vara utsatta enligt rutin. Patienten skall ha normalt koagulationsstatus.

Utsättning av läkemedel angivet i tid före ingreppet:

- Waran: bedöms kliniskt (vanligtvis 3–5 dygn), målvärde  $PK \leq 1,5$
- LMH (Fragmin, Innohep, Klexane): 24 timmars uppehåll, dvs 1 eller 2 doser
- Trombyl: 5 dygn

- Övriga trombocythämmare:
  - Plavix, Brilique: 5 dygn
  - Efiect: 7 dygn
  - Persantin, Asasantin: 2 dygn
- NOAK (Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana)
  - GFR >30: 2 dygn
- GFR <30: 3 dygn
  - GFR <30 + Pradaxa: 4 dygn
- NSAID
  - Ibuprofen, diklofenak, ketoprofen: 1 dygn
  - Pronaxen, celecoxib: 2 dygn
  - Nabumeton, piroxicam: 10 dygn
  
- Fastande: Ingen mat per os minst 6 h före undersökningen. Klara drycker går bra fram till 2 h innan undersökningen om det inte är förhöjd aspirationsrisk.
- Dubbeldusch med Hibbiscrub eller Descutan. D.v.s. användning av 2 svampar vid ett och samma tillfälle.
- PVK (perifer ven kateter) med pågående vätskeinfusion (ordineras på avdelningen).
- Vid behov av generell anestesi kontaktas ledningsansvarig sjuksköterska IVA av ansvarig narkosläkare innan ingreppet för att kunna planera för postoperativ plats.
- Patienten skall ankomma till röntgen i säng och iförd patientskjorta.

## Eftervård

- Om patienten har fått mindre sedering, är helt vaken och stabil i vitala parametrar och utan misstanke om komplikation, kan den återgå direkt till avd. från röntgen. Om patienten är fortsatt påverkad av sederande, kontaktar narkospersonal,

ledningsansvarig sjuksköterska på IVA 98 599 för en postoperativ plats.

- Patienten ligger på kirurgavdelning eller dagvården om polikliniskt ingrepp under några timmar för observation (ibland initialt på postoperativ avdelning enligt ovan). Blodtryckskontroller var 15:e minut under första timmen och sedan var 30:e minut under 3 timmar. Patienten får äta efter 2 timmar om välmående. Efter 4 timmar får patienten vara uppegående under ytterligare 1 timme och kan därefter skrivas ut om poliklinisk patient. Vid avvikande kontroller eller komplikation (exempelvis blödning och gallläckage som kan ge buksmärta) kontaktas ansvarig läkare på avdelning eller dagbakjour om poliklinisk patient.
- PTC spolås enligt ordination från ansvarig läkare.  
**OBS! Aspirera aldrig en PTC!**
- Extern PTC stängs aldrig.
- Sängläge 4 h relaterat till blödningsrisk.
- Kontroll av insticksställe och gallmängd i påsen.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Radiologi Kungälv, Operation Kungälv, Kungälv  
Sjukhus, Kirurgi- ortopedi och urologimottagning Kungälv,  
Intensivvårdsavdelning Kungälv

**Innehållsansvar:** Hebtalla Bashir, (hebb1), Specialistläkare

**Granskad av:** Cecilia Engström Mattisson, (cecha4), Enhetschef,  
Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare, Hanne Wallström,  
(hansv11), Verksamhetschef, Joakim Samuelsson, (joasa14),  
Verksamhetschef, Morten Strinnholm, (morst2), Enhetschef,  
Johan Kling, (johkl), Verksamhetschef, Leif Torén, (leito1),  
Enhetschef

**Godkänd av:** Philipp Meijering, (phime1), Chefläkare

**Dokument-ID:** SV9045-1469236134-182

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-05-19

**Giltig till:** 2027-05-19