

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2024-05-30

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Giltig till: 2026-05-30

Godkänd av: Christina Bergqvist Grivans, (chrgr6), Överläkare

Ileus, pre- och postoperativ vård

Syfte

Att ge en säker vård och ett strukturerat arbetssätt för omhändertagande av patienter perioperativt.

Bakgrund

Vid **högt ileus** har patienten ofta stora vätskeförluster genom kräkningar. Dehydrering med oliguri, och cirkulationssvikt kan snabbt uppträda. Sepsis kan utvecklas senare i förloppet pga translokation av bakterier från tarmen.

Vid **stopp ovan pylorus** uppstår en hypokalemisk, hypokloremisk metabol alkalos, som kräver korrekt substitution med vätska och elektrolyter. Vid högt ileus med stopp på tunntarmsnivå förloras också alkaliskt sekret från pankreas, vilket sammantaget oftast resulterar i neutrala förluster utan syra-bas-rubbning.

Vid **lågt ileus** kan matsmältningsvätskorna resorberas ovan hindret och förlusterna blir mindre än vid hög ileus, patienterna kan vara relativt opåverkade. Vid hinder på kolonnivå utvecklas symtom långsamt pga kolons förmåga att anpassa sig till stora volymer. Vid kolonhinder är kräkning ovanligt eftersom innehållet oftast inte kan backa tillbaka in i tunntarmen. Ett absolut hinder på kolonnivå leder oftast till perforation i caekum där kolonväggen är som tunnast, varför smärta i höger fossa hos en patient med kolonileus är ett illavarslande fynd.

Vid **strangulation** (avsnörning) av en tarmslynga stasas blod upp i den strangulerade tarmbiten och perfusionstrycket i vävnanden sjunker drastiskt, vilket leder till snabb utveckling av nekros. Om ett stort avsnitt av tarmen går i nekros leder vävnadsskadan till allvarlig SIRS och chock. Vid misstanke om cirkulationsstörning i tarmen bör handläggningen därför vara särskilt skyndsam.

Arbetsbeskrivning

Handläggning och operation

Handläggningen av ileus är ofta konservativ med passageröntgen, vätskebehandling och analgetika under kontinuerlig observation, som syftar till att upptäcka tidiga tecken på utveckling av tarmskada.

Operation av ileus är också en möjlighet. Val av handläggning är beroende av många faktorer som exempelvis insjuknandet, inslag av ischemisk smärta, bukstatus, patientrelaterade faktorer som komorbiditet och tidigare bukkirurgi, lab och radiologiska fynd.

Akut operation (direkt eller inom timmar) utförs vid misstanke om strangulation, perforation eller annan specifik klinik i kombination med allvarliga röntgenfynd (ileus med fri vätska i buken, fekalt innehåll i tunntarm, sk closed-loop eller passage som inte gått över i kolon). Dessa patienter är ofta fysiologiskt negativt påverkade.

Subakut operation (inom dygn) kan oftast utföras vid kolonileus, vilket tillåter optimering av patientfysiologin samt även full radiologisk diagnostik och planering avseende eventuell bakomliggande tumörsjukdom.

Kirurgisk åtgärd vid operation av ileus varierar med orsaken till tarmhindret, som kan vara allt från enkel brid, gallsten och inklämt bråck, till tarmtumör och utbredd cancer i bukhålan. Adherenslösning med eller utan tarmresektion och anastomos, liksom stomi, är vanligt.

Anestesiform

Generell anestesi

Preoperativ vård

Vårdas på IVA vid behov av preoperativ uppvätskning och korrigerande av elektrolyter och syra-basbalans.

Följ [checklista inför operation](#)

Provtagning:

Kontrollera att blodgruppering samt bastest finns. Hb, eventuellt EVF, elektrolytstatus inklusive kreatinin.

Vid hög ileus eller allmänpåverkad patient tas blodgas. Även APTT, PK och TPK tas inför epidural anestesi.

Övervakning av vitala funktioner

- Timdiures
- CVT om patienten har CVK
- Överväg artärkateter
- V-sond (max 16 Ch) för avlastning av ventrikeln och för minskad aspirationsrisk. Låt sonden hänga lågt och sug gärna aktivt emellanåt. **OBS!** Den v-sond som tillhandahålls i nuläget dränerar inte ventrikeln passivt. Sugning måste därför ske aktivt via sug eller sondspruta vid upprepade tillfällen.
- Adekvat smärtlindring med paracetamol och opioider. Överväg PCA eller EDA.

[Antibiotikaproylax](#) skall alltid ges inför ileusoperation och ordineras av kirurg.

Postoperativ vård

Se: [Postoperativ vård](#) för generella instruktioner.

Specifik övervakning och observation

Provtagning

Morgonen efter operationen; Hb, EVF, elektrolyter inklusive kreatinin.
Vikt

Respiration

Väsentligt med optimal andningsvård för att motverka utveckling av atelektaser, vilket alltid är en stor risk i samband med tillstånd med ”akut buk”.

Cirkulation

CVT om patienten har CVK.
Artärkateter.

Nutrition

Dryck enligt ordination av operatör/annan kirurg.

Mag/Tarmfunktion

- V-sond som kan avlägsnas efter ordination av kirurg.
- Stomiinneåll - kontroll av stomi – färg, utseende. Bra om stomin finns enkelt tillgänglig för inspektion vid morgonrond, ex om förbandsbyte görs – lämna öppet tills kirurg kontrollerat.

- Auskultera tarmljud.
- Palpera buken – Mjuk/hård, uppspänd?
- [Buktrycksmätning](#) ordineras vid behov av narkosläkare/kirurg.

Njurfunktion/Urinvägar

Timdiures

Hud/Vävnad

Ev dränage, stomi och bryggsuturer. Inspektera stomins färg. Notera blödning.

Aktivitet/Rörelse

Så tidig mobilisering som möjligt. För att underlätta mobilisering kan maggördel användas.

Smärta/Sömn

Individuell smärtlindring ofta med [EDA](#) och/eller [PCA](#)-pump. Opiater hämmar tarmperistaltiken.

[Trombosprofylax](#)

Enligt ordination.

Fortsatt antibiotikabehandling

Ges inte normalt, men vid kontaminerad buk/läckage av tarminnehåll ges antibiotikabehandling enligt kirurgordination.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Godkänd av: Christina Bergqvist Grivans, (chrgr6), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-171

Version: 4.0

Giltig från: 2024-05-30

Giltig till: 2026-05-30