

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2024-10-15

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Giltig till: 2026-10-15

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

Buktrycksmätning via urinblåsan (intraabdominell tryckmätning)

Syfte

Att kvalitetssäkra mätning av buktryck för att kunna identifiera Intra Abdominal Hypertension (IAH) och förhindra utvecklingen av Abdominal Compartment Syndrome (ACS).

Bakgrund

Bukhålan har en begränsad förmåga att expandera och denna förmåga varierar mellan olika individer. Vid vissa sjukdomstillstånd, som ascites eller komplikationer efter bukkirurgi, ökar trycket i bukhålan. Även sepsis och inflammation kan orsaka ökat tryck i buken genom ischemisk kapillärskada som leder till interstitiellt ödem i tarmar och mesenterium. Tillstånd med intraabdominell tryckstegring kan medföra risk för ACS med åtföljande hypoperfusion av bukorganen (framförallt tarmar och njurar) samt kardiovaskulär påverkan på grund av minskat venöst återflöde och ökad perifer resistens. Även andningen påverkas negativt eftersom IAH minskar den intratorakala volymen och försämrar lungornas compliance. Njurarna är dock det organ som känsligast för ökat tryck i bukhålan och njurfunktion minskar redan vid ett intraabdominellt tryck på 12 mmHg.

Mätning av buktryck förutsätter att patienten har KAD som dränerar blåsan.

Definitioner:

- IAH definieras som en ihållande eller upprepad patologisk förhöjning av det intraabdominella trycket ≥ 12 mmHg.
- I forskningssammanhang anses ACS föreligga om buktrycket >20 mmHg i kombination med nytillkommen organdysfunktion.
- Ur klinisk synvinkel är det mer lämpligt att identifiera ACS som en nytillkommen organsvikt relaterad till IAH, eftersom inget exakt gränsvärde kan avgöra om ACS föreligger eller ej hos den enskilde patienten. Blodtrycksnivå och bukväggens compliance (eftergivlighet) har betydelse för om ACS utvecklas eller ej. Oftast noteras försämrade diures trots adekvat vätsketerapi som första allvarligt tecken på organdysfunktion.

Riskfaktorer för IAH/ACS:

- Tillförsel av stora volymer vätska
- Acidosis, hypotermi, koagulapati
- Minskad eftergivlighet i bukväggen (bukkirurgi, brännskada, trauma)
- Tarmsvullnad (ileus, volvulus, reperfusion efter ischemi, ex bridileus, aortakirurgi)
- Akut pankreatit, ascites
- Sepsis/peritonit
- Obesitas
- Blödningar i buken (postoperativt eller traumatiskt)

Arbetsbeskrivning

Utrustningen ger ett värde i mmHg.

Referensvärden ($1 \text{ cmH}_2\text{O} = 0,73 \text{ mmHg}$)

Normalvärde	5 – 7 mmHg
Grad I	12 – 15 mmHg
Grad II	16 – 20 mmHg
Grad III	21 – 25 mmHg
Grad IV	> 25 mmHg

Tillbehör

- FoleyManometer LV finns vid KAD-påsarna i rena förrådet
- 20 mL NaCl 9 mg/mL
- Spruta 20 mL

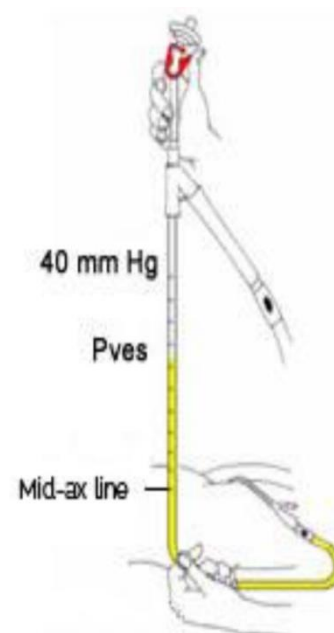
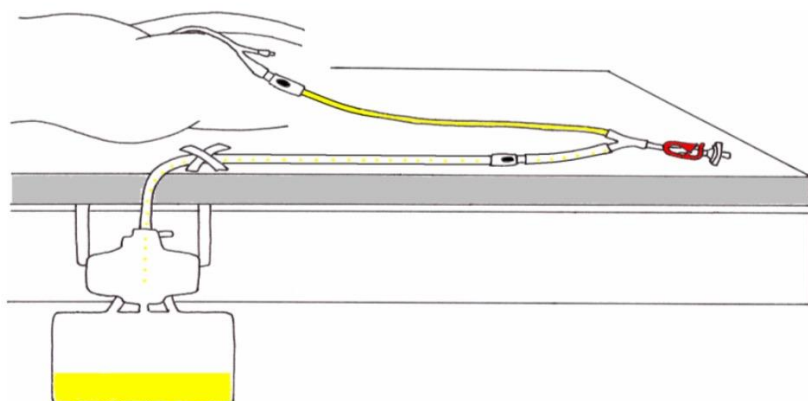
Dokumentation

- Obs-kurvan på någon av eliminationsraderna, samt ev. i Melior.

Uppkoppling av FoleyManometer LV

1. Häng timdiuresmätaren på sängen under patientnivå.
2. Ta upp FoleyManometern ur förpackningen.
Stäng förbindelsen till det bakteriesäkra filtret (den röda slangklämman).
3. Desinficera urinkateterns anslutningsdel före ihopkoppling av FoleyManometern mellan patientens KAD och timdiuresmätare.
Tillse att vattenlås i slangen ej bildas. Fäst v b slangen med peang.
4. Innan mätning kan göras initialt, injicera 20 mL NaCl via den nålfria injektionsporten på FoleyManometern men använd INTE kanyl för att penetrera porten. Detta behöver upprepas vid anuri.





Mätning av det intra-abdominella trycket

1. Lagg patienten i plant ryggläge om detta tillåts.
2. Placera "0 mmHg"-markeringen på manometerslangen vid sidan av patienten i medioaxillärt läge i nivå med höftbenskammen.
3. Lyft filtret vertikalt över patienten och öppna den röda klämman.
4. Läs av urinnivån i stigröret då nivån har stabiliserats i utandningsläge (änd-expiratoriskt läge).
5. **Stäng den röda slangklämman vid filtret då mätningen är avslutad** annars måste FoleyManometer LV bytas p.g.a. vätska i membranet. Placera sedan åter FoleyManometern i dess dränerande position. OBS! Om FoleyManometern töms långsamt >20–30 sek är katetern troligen blockerad.

Byte av FoleyManometern

Byte görs var 7:e dag i samband med byte av timdiuresbehållare eller i samband med att KAD byts.

Referensförteckning

Qvarfordt, P., Björck, M., Styf, J. *Akuta kompartmentsyndrom i extremiteter och buk*. Läkartidningen. 2008;105(40):2765-68

Increased pressure within the abdominal compartment: intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome, A W Kirkpatrick et al, [Curr Opin Crit Care 2016, 22:174 - 185](#) Hämtad 21 maj 2019

[Abdominal compartment syndrome in adults, UpToDate](#) Hämtad 21 maj 2019

Barium id: 30 903

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

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

Dokument-ID: SV9761-782711715-95

Version: 3.0

Giltig från: 2024-10-15

Giltig till: 2026-10-15