

Titel:		Dokumenttyp	
<b>Kvalitetsnorm för peritonektomi</b>		<b>Kvalitetsnorm</b>	
Godkänt av:	<b>Rainer Dörenberg /</b>	Godkänt den:	2012-01-18
Kategori:	Vård/medicinska riktlinjer,		
Skapat av:	Madelaine Boberg, Eva Stenfelt	Skapat den:	2010-01-06
Granskad av:	Christina Paulsen, Helgi Birgisson, Emma Pontén		
Reviderat av:	Madelaine Boberg	Reviderat den:	2012-01-18

## Innehållsförteckning

## Sidan

[Inledning](#)

**1**

### Bakgrund och specifika omvårdnadsåtgärder

♦ [Peritonektomi](#)

**2**

### Allmänna omvårdnadsåtgärder

♦ [Rond – speciella ordinationsrutiner](#)

**3**

♦ [Andning- och cirkulationskontroll](#)

**4**

♦ [Cytostatikahantering](#)

**5**

♦ [Motorik/sensorikkontroll](#)

**7**

♦ [Smärta](#)

**7**

[Referenser](#)

**7**

## Inledning

Följande kvalitetsnorm är avsedd att användas tillsammans med standardvårdplan för postoperativ vård enligt innehållsförteckningen.

- ♦ Peritonektomi

## **Peritonektomi**

Utförs vid peritoneal carcinos där primärtumören har utgått ifrån appendix, colorectal cancer, ovarialcancer, ventrikeltumor samt primär peritonealcarcinos s.k. mesotheliom. Patienterna ska inte ha någon hematogen tumorspridning (inga lever-, lung- eller extraabdominella metastaser). För att de skall kunna klara av den omfattande operationen samt cytostatikabehandlingen, skall patienterna preoperativt ha ett gott allmäntillstånd.

Peritonektomi innebär att man tar bort all synlig tumörväxt i den angripna delen av peritoneum och övriga visceral (inre) organ i sin helhet, utan att traumatisera vävnaden eller dela mitt i tumören. Peritonektomin utförs enbart på den tumörangripna delen av peritoneum. Om rectalanastomoser är utförda görs en avlastande stomi.

Efter peritonektomin utförs ev. en Hypertermisk (41-43 grader) Intra Peritoneal Intraoperativ Cytostatikabehandling (HIPIC). Patienten kyls ner innan hypertermibehandlingen börjar till 33-34 graders kroppstemperatur, för att inte sedan bli för varm.

### **Cirkulation**

Peritonektomifasen innebär stora vätske- och albuminförluster pga den stora sårytan. Det är ovanligt med någon större blödning (totalblödning oftast 1000-2000 ml).

- ♦ Lab.prover enligt ordination.
- ♦ Rond enligt särskilt rutin – se "Rond – speciella ordinationsrutiner", sid 4.

### **Andning**

Postoperativt behandlas patienten i respirator tills kroppstemperaturen åter är normal. Diafragmaparalys och pleurarift med risk för pneumothorax och pleuravätska kan orsakas av det operativa ingreppet i diafragmamuskeln eller dess närhet.

- ♦ Vid thoraxdränage – se separat postoperativ rutin "Thoraxdränage – skötsel och kontroll".

### **Elimination**

Postoperativt har patienten fyra passiva dränage för att bli dränerade ut kvarvarande cytostatika från buken. ♦ Se rutin för cytostatikahantering, sid 6.

Cytostatika är ofta nefrotoxiska och kan leda till nedsatt urinproduktion.

Anastomosläckage – kan förekomma.

Nedsatt cirkulation till stomin, t ex en kärlskada, kan leda till ischemi.

- ♦ Observera stomins utseende (färg och svullnad) och stomipåsens innehåll och dess utseende.
- ♦ Kontakta anestesilog vid förändrat utseende av stomin. Kontakta vid behov även kirurg i samråd med anesthesiologen.

### **Hud**

- ♦ Förstärk med absorptionsförband vid behov. Om ytterligare förstärkning behövs, ta bort underliggande förstärkning innan nytt absorptionsförband läggs på.
  - ♦ Om patienten ligger kvar på Postop mer än ett dygn så skall operationsförband och förband runt dränagen bytas ut.
- Immobilisering och smärtlindring via epiduralkateter kan ge nedsatt känsel och ökad risk för trycksår.
- ♦ Avlasta hälar, sidoläge vid behov.

- ♦ Bukgjordel: Alla patienter har gjordel postoperativt, se till att tillräckligt stort hål finns i gjördeln för stomien.

## Aktivitet

Stor risk föreligger för trombo-embolism.

♣ Mobilisering – sitta på sängkanten och ev. sitta i fåtölj dagen efter operation, helst redan på förmiddagen.

## Rond - Speciella ordinationsrutiner

Efter ankomst från CIVA ska en ordentlig sitt rond utföras tillsammans med patientansvarig sjuksköterska. Ordinationerna ska gälla i minst ett dygn framåt och ronden upprepas en gång/dygn så länge patienten kvarligg på Postop.avd.

Vid ronden tas hänsyn till:

- ♣ Dag 1 (dagen efter operation) – sedvanlig infusionsregim, d.v.s. ersättning av basalbehov med Buffrad Glucos 50 mg/ml, samt andra nödvändiga infusioner efter behov. Påbörjad infusionsregim från CIVA fortsätter. Ordinationer för påföljande dag skrivs på baksidan av övervakningslistan.
- ♣ Dag 2 – TPN fr.o.m. kl. 06.00 – 06.00 dagen efter. Förslagsvis i form av Nutriflex → Lipid Plus 1250 ml, med tillsats av Vitalip + Soluvit → samt Tracel →. Dessutom, beroende av vätskesituation och B-glucosstatus – Glucos med el. 100 mg/ml, kl. 06.00 – 18.00 resp. kl. 06.00 – 06.00 dagen efter.
- ♣ Ansvarig kirurg ordinerar antibiotika, cytostatika, Klexane →, om suppositorium kan ges eller inte, m.m.
- ♣ Ansvarig anestesilog ordinerar, beroende på operationens omfattning och påverkan på diafragma och lungor:  
Inhal. Combivent → 2,5 ml x 4  
Inj. Nexium → 20-40 mg x 1, iv – till patient som inte är gastrektomerad  
Inf. Paracetamol → 10 mg/ml, 100 ml x 4, sätts ut vid förhöjda leverprover eller efter leverresektion.  
I övrigt sedvanlig smärtbehandling.
- ♣ Lab.prover ordinerar till kl. 06.00 varje morgon i samordning med kirurgens önskemål (se rosa behandlingsblankett) enligt följande – Bl.status, CRP, PK, APT-tid, Fibrinogen, D-Dimer, Antitrombin 3, Krea, Cystatin C, Bilirubin, Alk.fosf, ASAT, ALAT, Albumin, Mg.

Vid saturationsproblem ska CPAP- respektive BIPAP-behandling samt lungröntgen övervägas.

Vid oklarheter ska alltid ansvarig kirurg kontaktas.

Om patienten ligger mer än ett dygn på Postop.avd gäller fortsättningsvis samma ordinationsrutiner som ovan.

Se även postop.rutin "Postoperativ vård – riktlinjer".

## [Tillbaka till innehållsförteckningen](#)

## **Andnings- och cirkulationskontroll**

Tidig upptäckt av andnings- och cirkulationskomplikationer.

### **Skötsel**

- ♦ Lätt höjd huvudända.

### **Observation**

- ♦ Puls och blodtryck – följs kontinuerligt. Noteras var 10:e min. första timmen, därefter var 15:e min. Kan glesas ut när patienten är cirkulatoriskt stabil.
- ♦ Larmgränserna för puls, blodtryck och saturation kan vid behov ändras på övervaknings-skåpet, men får under inga omständigheter stängas av.
- ♦ Andning och saturation – följs kontinuerligt. Noteras var 15:e min. första timmen, därefter varje halvtimme. Kan glesas ut när patienten är respiratoriskt stabil.
- ♦ Temperatur kontrolleras vid ankomst och därefter tre gånger per dygn eller oftare vid behov.
- ♦ CVP – mäts en halvtimme efter ankomst, därefter var 4:e tim. eller enligt ordination.
- ♦ Dränage – funktion (aktivt eller passivt), dränagemängd och utseende (blodigt, seröst, inslag av annan kroppsvätska). Kontrolleras vid ankomsten och därefter vid behov.
- ♦ Op.området och dränagets insticksställe – svullnad, sårvätskans utseende (blodigt, seröst, inslag av annan kroppsvätska). Kontrolleras vid ankomsten och därefter vid behov.
- ♦ Urinmängd.

### **Speciell omvårdnad**

- ♦ Artärblodgas kontrolleras en halvtimme efter ankomst och därefter vid behov.
- ♦ Vätskebalans sammanställs vid ankomst, inför kvälls- och morgonrond eller oftare vid behov.
- ♦ PEP andningsträning genom att blåsa 15 gånger x 2 i en pep-ventil. Upprepas 1 gång/timme eller oftare vid behov.

### **Samordning**

- ♦ Kontakta anestesilog vid förändring av puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation, CVP, Hb, vid temperaturstegring, vid tecken på blödning/svullnad i sårområdet, ökad dränageblödning, vid inte fungerande dränage och vid förändrad urinproduktion.
- ♦ Kontakta operatören i samråd med anesthesiologen vid tecken på större blödning än förväntad eller vid andra problem.

## **[Tillbaka till innehållsförteckningen](#)**

## **Cytostatikahantering**

### **Bakgrund**

Cytostatika är toxiskt, har en lång utsöndringstid och kan förekomma i blod, sårvätska, urin och avföring upp till fem dygn efter avslutad behandling. Intorkade fläckar av ex sårsekret kan innehålla cytostatikarester och damma upp.

### **Syfte**

Att följa arbetarskyddsstyrelsen och Akademiska Sjukhusets föreskrifter och rekommendationer vid användande av cytostatika och hantering av cytostatikaavfall. Att minimera kontaminationsriskerna för all personal vid vård av patienter som behandlas med cytostatika. Om gravida och ammande kvinnor inte vill handa patienter som genomgår cytostatikabehandling skall detta respekteras.

### **Skyddsutrustning vid allmän vård**

- Plastförkläde (engångs).
- Munskydd med ögonvisir eller glasögon vid risk för stänk.
- Nitrilhandskar (blåa).

### **Skyddsutrustning vid omläggning och vid tillsättande av cytostatika i dränage**

- Plastförkläde (engångs). Slängs efter användning.
- Munskydd med ögonvisir eller glasögon.
- Nitrilhandskar (blåa).

### **Hantering av utsöndrade kroppsvätskor**

- Urin och avföring från bäcken, samt kräkningar får försiktigt hällas ut i kall spolo (varm spolo medför aerosolbildning).
- Undvik att spilla, skydda alltid med underlägg när risk finns för spill.
- Spillbox (handskar, skoskydd, munskydd, skyddsrock, skyddsglasögon, tvättduk, pulver som suger upp spillet, slev, avfallspåsar, varningsskyltar samt en bruksanvisning), används om t ex urin eller dränageinnehåll hamnar på golvet. Spillboxarna (beställs från förrådet) finns i sköljrummet.
- Vid spill på oskyddad hud - skölj med vatten i minst fem minuter, därefter noggrann tvätt med tvål och vatten och desinfektera med spritbaserat desinfektionsmedel.
- Vid stänk i ögonen – skölj genast i rinnande vatten från närmaste vattenkran eller med ögondusch (flaskan står vid handfatet mitt på salen och i läkemedelsrummet). Ta ur eventuella kontaktlinser. Kontakta ögonläkare.

### **Engångsmaterial**

- Använd stor gul riskavfallsbox.  
Märk boxen med riskavfallsetikett, kryssa i rutan och skriv cytostatika på den tomma raden. Märk boxen med tape märkt "cytostatika".
- Allt engångsmaterial slängs som riskavfall, ex förband och skyddskläder.
- Dränage-, stomi-, sond- och urinpåsar (urinpåsar endast om det ej är timurin, som är tömbar) slängs med sitt innehåll efter det att slangen knutits ihop.
- Tomma injektionssprutor, infusionspåsar (stängda aggregat) och ampuller kastas som de är i riskavfall.
- Fyllda sprutor och kanyler läggs först i plastdunk för stickande och skärande och sedan i riskavfallsboxen.
- Cytostatika i obrutna förpackningar returneras till apoteket för vidare destruktion.

## **Flergångsmaterial**

- Desinficeras i diskmaskin eller spoldesinfektor på sedvanligt sätt.

## **Textilier**

- Lägg i en speciell vattenlöslig plastsäck (tvätten tvättas i denna) som stoppas i en röd textiltvättsäck. Säckarna finns i sköljrummet.
- Fyll inte säckarna till mer än två tredjedelar.
- Rulla ner ärmar och ben på använda kläder.
- Töm fickorna.
- Lägg i tvätten plagg för plagg.
- Skicka alltid tvätten vid varje hämtningstillfälle även om säcken inte är full.
- Förslut säckarna var för sig med säckband eller najtråd.

## **Städning**

- Vid spill på golvet används samma skyddsutrustning som vid läckage av kroppsvätskor, med tillägg av skoskydd. Spillet torkas upp med absorberande material. Golvet torkas sedan med vatten och alkaliskt rengöringsmedel, inte sprit! För sanering av större spill används spillbox – se Hantering av utsöndrade kroppsvätskor.
- Slutstäd – panel, sladdar och annan utrustning – se "Rengöringsrutiner Postop".

## **[Tillbaka till innehållsförteckningen](#)**

## **Motorik/sensorikkontroll**

För tidig upptäckt av förändrad motorik/sensorik vid smärtlindring via epiduralkateter.

### **Observation**

- ♦ Kontrollera motorik vid ankomst, därefter 1 gång/timme enligt Bromageskalan.

### **Aktivitet**

- ♦ Vickar fötter, böjer och lyfter fötter/ben. God eller nedsatt känsel. Känner bortdomningar.

### **Samordning**

- ♦ Kontakta anestesilog vid påverkad motorik/sensorik.

## **Smärta**

### **Läkemedelshantering**

- ♦ Ge analgetika enligt Smärtenhetens PM för smärtlindring, generell lista eller enligt ordination.

### **Samordning**

- ♦ Kontakta anestesilog vid smärta som är svårare än förväntad. Kontakta vid behov även kirurgen i samråd med anesthesiologen.

## **Referenser**

Anestesikompendium, *Dörenberg m fl.* Åttonde upplagan 2004 M & M AB Uppsala  
Pseudomyxoma peritonei: A heterogenic disease with a variable prognosis, *H. Mahteme, W. Graf.*  
Läkartidningen 2003;100: 2936-40.  
Medicinsk Terminologi, *Bengt I. Lindskog*, 1998 Nordiska Bokhandelns förlag

[Tillbaka till innehållsförteckningen](#)