

		PASIENTER OG BRUKERE		Retningslinje
ERAS - ANESTESI TIL LAPAROSKOPISK COLON- OG RECTUMKIRURGI				Side 1 av 2
Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-47	Gruppe: ¶	Godkjent dato: 21.11.2022	Gyldig til: 21.11.2024	Revisjon: 3.03

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Hensikt

Retningslinjen er utarbeidet for at gjennomføringen av anestesi til pasienter som gjennomgår gastrokirurgiske inngrep skal være ensartet og dermed tilby pasientene et optimalt og veltilpasset pasientforløp.

Gastrokirurgisk avdeling har innført ERAS prinsippet i pasientforløpet. Dette medfører at pasientene som kommer til elektive inngrep er normalt hydrert.

Omfang

Retningslinjen gjelder alle pasienter som skal til laparoskopiske gastrokirurgiske inngrep etter ERAS-prinsippet

Ansvar

Pasientene kommer til grundige preoperative samtaler med kirurg og anestesilege i god tid før operasjonsdato for å sikre at planlagt anestesi kan gjennomføres

FREM GANGSMÅTE

Premedikasjon

- Paracetamol 1,5-2g
- Oxycontin 10mg
- Deksamethason 8-12mg, gis sammen med næringsdrikk 2 t før operasjonsstart.

Dosene reduseres ved vekt <65 kg og alder >70 år.

Faste medikamenter med de unntak anesthesiavdelingens aktuelle retningslinjer tilsier

Generelt

- Anestesiapparatet plasseres så langt oppe ved hodeenden som mulig slik at det er plass til to kirurger til høyre for hode og skulder
- Minimum to gode venøse tilganger
- BAIR-Hugger plasseres på pasientens venstre side, innstilling reguleres etter pasientens temperatur
- Antibiotika-profylakse etter ordinasjon av kirurg

Leiring

- Økt risiko for trykk -og leiringsskader
- Begge armene leires ned langs siden, ved sigmoideumreseksjon kun høyre. OBS at hendene er fri fra benstøttene
- Tuben i venstre side
- Leires etter intubasjon med antiskli og hodepute
- Foreslå "normalt" leie for kirurg X1/ time

Utarbeidet av: I. Boge, M.S. Kirsti Menning	Først utgitt: 10.04.2014	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	¶
---	------------------------------------	--	--	---

 SØRLANDET SYKEHU		ERAS - Anestesi til laparoscopisk colon- og rectumkirurgi			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-47	Utarbeidet av: I. Boge, M.S. Kirsti Menning	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent dato: 21.11.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 3.03

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Anestesi

- Anestesimetoden bør spesialtilpasses hver enkelt pasient, slik at eldre med komorbiditet får en dertil egnet anestesi
- Dersom mulig TCI med Propofol, Remifentanyl og Desfluran. Fentanyl etter behov (0,15-0,30 mg)
- Ondansetron 4mg rett etter innledning
- Ventrikkelsonde etter intubasjon
- Kateter med temperaturmål
- Alle pasienter skal ha PEEP 5-10 under inngrepet
- Ved blodtrykksfall; - Efedrin 10 mg iv, dersom det ikke er tegn til hypovolemi
 - Evt Fenylefrin 0,1-0,2 mg iv
- Ved vedvarende MAP<65 og/eller HR >100, vurder Noradrenalin-infusjon

Muskelrelaksasjon: Gastrokirurgiske pasienter til laparoskopi bør i utgangspunktet relakseres ved intubasjon og videre relaksasjon gis i samarbeid med kirurg. Spesielt ved inngrep opp mot diafragma og langvarige colon-inngrep ned mot bekkenet bør relaksasjonen opprettholdes gjennom inngrepet.

TOF eller NMT monitorering skal som hovedregel brukes på disse pasientene, spesielt på de pasienter hvor man forventer gjentatte doseringer av muskelrelaksasjon. Reversering vurderes når pasienten har flere utslag på TOF/NMT. Vurder eventuelt Suggamadex ved tegn til overcurarisering ved operasjonsslutt for å unngå forlenget avslutningsfase og rest-curarisering.

Væske – normovolemi ønskelig

- Tilstreb Ringeracetat ca 10ml/kg 1.time, deretter ca 3 ml/kg/t
- Ved hypovolemi vurder væsketøt med krystalloider.
- Blod gis i samråd med kirurg

Postoperativ smertelindring

- Paracetamol 1g X 4
- Oxycontin 10mg X 2 (redusert dose ved nyresvikt/høy alder)
- V.b. Oxynorm 5mg X 0-4

Eksterne referanser