

**ERAS - ANESTESI TIL ÅPEN COLORECTAL OG ØVRE ABDOMINAL KIRURGI**

Side 1 av 2

Dokument ID:

**II.SOK.AIO.SSK.2.a-48**

Gruppe:

□

Godkjent dato:

**21.11.2022**

Gyldig til:

**21.11.2024**

Revisjon:

**4.03**

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 åpen colorectal og øvre abdominalkirurgi etter ERAS-prinsippet

## Ansvar

Pasientene kommer til en grundig preoperativ samtale med anestesilege og kirurg i god tid før operasjonsdato for å sikre at planlagt anestesi kan gjennomføres.

## FREMGANGSMÅTE

### Premedikasjon

Paracetamol 1,5-2g

Deksamethason 8-12 mg, gis sammen med næringsdrikk 2 t før operasjonsstart.

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

Faste medikamenter med de unntak anesthesiavdelingens aktuelle retningslinjer tilsier.

### Generelt under anestesi

- BAIR hugger på høyeste innstilling til alle pasienter, reguleres videre etter pasientens temperatur.
- Antibiotikaproylakse etter ordinasjon av kirurg

### Epidural

**Øvre laparotomi;** Ventrikkel, hø.sidig hemicolectomi, colon transversum. Tilstreb nivå **Th7-8**

**Nedre laparotomi;** Ve.sidig hemicolectomi, sigmoideumreseksjon,rectum. Tilstreb nivå **Th 9-10**

Epiduralen aktiveres om mulig peroperativt, (sirkulatorisk stabilitet).

### Anestesi

Anestesimetoden bør spesialtilpasses hver enkelt pasient, slik at eldre med komorbiditet får en dertil egnet anestesi.

Dersom mulig TCI med Propofol og Remifentanyl og Desfluran. Fentanyl etter behov (0,15-0,3 mg)

Ondansetron 4 mg gis rett etter innledning

Ventikkelsonde etter intubasjon

Blærekateter

Ved blodtrykksfall;

- Efedrin 10mg iv / Fenylefrin 0,1-0,2mg iv, dersom det ikke er tegn til hypovolemi
- Ved vedvarende MAP< 65 og/eller HR>100 vurder Noradrenalin-infusjon.

Utarbeidet av:

**I. Boge Kirsti Menning**

Først utgitt:

**09.04.2014**

Fagansvarlig:

**Kirsti Menning**

Godkjent av:

**Avd.leder Grete K. Erdvik**

 SØRLANDET SYKEHU		<b>ERAS - Anestesi til åpen colorectal og øvre abdominal kirurgi</b>			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-48	Utarbeidet av: I. Boge Kirsti Menning	Fagansvarlig: Kirsti Menning	Godkjent dato: 21.11.2022	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 4.03

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

**Muskelrelaksasjon:** Gastrokirurgiske pasienter til laparotomi bør i utgangspunktet relaxeres ved intubasjon og videre relaksasjon gis i samarbeid med kirurg.

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 3ml/kg/time
- Ved hypovolemi vurder væskestøt med krystalloider
- Blod gis i samråd med kirurg

#### Postoperativ smertebehandling

- Paracetamol 1g X 4
- EDA standard blanding 5-15ml/t, evt bolus

Ved behov etter fjerning av epidural; Oxycontin 10mg X2, evt Oxynorm 5mg X 0-4

Planlagt overvåkning på postoperativ avdeling er 2-4t etter avtale med opererende kirurg. Dersom EDA-infusjonen ikke gir tilstrekkelig smertelindring, bør EDA-kateteret legges om.