

DAKIR scenarie Akut og Kir

Læringsmål

Overordnet

Hurtig og effektiv diagnostik, behandling og pleje af Dakir patienter – perforeret hulorgan, tarmiskæmi og ileus.

Vagtholdet (dag, aften og nat) skal demonstrere praktisk viden i forhold til at foretage resuscitation af Dakir patienten, bringe patienten sikker frem til definitiv diagnostik, behandling og planlægning af det postoperative forløb.

Øvrige

1. Vagtholdet (dag, aften og nat) skal kunne opbygge et teamsamarbejde omkring den truede patient ved at benytte sig af
 - a. Kommunikation ved hjælp af EWS, ABCDE, ISBAR og Closed loop
 - b. Arbejde med forskellige teamledere afhængig af hvem holdet består af – sygeplejerske, kirurgisk læge og anæstesilæge
 - c. Afpasse størrelsen af teamet, afhængig af patientens grad af kompleksitet.
2. Vagtholdet skal demonstrere praktisk viden vedrørende hvornår en patient er en akut højrisiko abdominal kirurgisk patient (Dakir)
 - a. Hvad målet for den initiale behandling er og hvad tidsrammen er
3. Vagtholdet skal kunne iværksætte resuscitation og klargøring til operation – fremgår af videns bokse.
4. Vagtholdet skal demonstrere praktisk viden om
 - a. hvilke best.ord. sæt, smartphrases og flowskemaer der skal anvendes i forbindelse med både det præoperative og det postoperative forløb
 - b. hvordan man får patienten gjort klar til op, hvordan man booker patienten og sikre sig at det kører

Deltagere – målgrupper

Sygeplejersker, læger, sosu. Dvs. vagtholdet scenarie

Metode

In situ simulation – benytter grundlæggende alle de normale faciliteter. Hvis ikke - specificeres dette.

Fuld skala med dukke

Tidsplan:

Der er 1 time til scenariet

10 min. intro inkl. intro til stuen

15 min. til første del

10 min. debriefing 1. del

12 min. til anden del af scenariet

10 min. til sidste debriefing

3 min. til nyt hold.

Rollefordeling:

En person snakker for dukken og giver vitale værdier

En person svarer telefon til læger, anæstesi, OP, mm.

Kursisternes rolle

Dækker egen funktion

Deltagere: SPL., SSA, forvagt, bagvagt

Kort om metoden – In situ simulationen

Læringsmiljø

- Venligt, imødekommende og fordomsfrit. Men også med et meget klart fokus på, at det netop er i et simulationscenter man kan fejle uden at blive bortdømt. Og uden at patienterne kommer til skade.
- På sigt må forskning vise om simulationstræning med præcision forudsiger hvordan den enkelte deltager kommer til at virke i dagligdagen.

Pre-briefing

- Introduktion til processen øger graden af deltagelse blandt kursisterne
- Mål med simulationen
- Facilitator er ikke en lærer
- Hvad er forventningerne til deltagerne

3D

Debriefing

- Beskrivelsesfasen
 - Faktuel, hvad skete der? Hvad gjorde du?
- Analysefasen
 - Mere dybdegående beskrivelse, hvad gik godt? Refleksion
- Anvendelsesfasen
 - Næste gang? Tage med hjem?

Patientbeskrivelse 1 (nummerering i forhold til tidsforløbet)

Anamnese 1

Case: 59-årig kvinde Yrsa, 3 dage med turevise abd smerter, nu konstante smerter med turevise forværringer. Det sidste døgn ikke haft hverken afføring eller flatus. Kvalme og opkastninger.

Appendektomeret for ca. 30 år siden.

Gammel Københavner arbejdede på bryggeri og Skandinavisk tobakskompani. Bor nu helårs i sommerhus i Nykøbing Sjælland.

Kol, vindueskikker og i blodfortyndende behandling.

Objektivt

Pat. kaster op. Bleg, ikke ligbleg. Ligger så stille som muligt

EWS score: 6

A	Ia.	
B	Tachypnø	
C	BT 85 Puls 100	
D	Ingen neurologisk udfald, dog urolig, men ikke kommunikativ pga. +/- kvalme og opkastninger.	
E	Direkte ømhed i høj nedre abdominal kvadrant	

BV kontaktet på operationsstuen af forvagt

CT scanning tilsyneladende med ileus. Pat. har et enkelt venflon. Fået taget blodprøver. Men i øvrigt er der ikke sket yderligere i akut modtagelsen. Er tilsyneladende stabil.

AOP skal skrives af kir forvagt.

Hvad kursisterne præsenteres for	Hvad facilitator gør	Læringsmål
Plejepersonalet Pat. kaster op. Er smerteforpint Bleg.	Separat information af plejepersonale.	Opbygge teamfunktion og resuscitation. I praksis kunne benytte flowskema for Dakir-tidsgrænser Booke patient på op. Alt incl. Stille OP indikation. Benytte best.ord sæt. Stilling til behandlingsniveau.
Vagthavende BV Kender sygehistorien fra kir. forvagt	Separat information af vagthavende Journal 1 udleveres.	Beskrive lejring til OP, stomimarkere, BAC test klar, kontakt til OP og anæstesilæge, sondeanlæggelse, PVK, info pårørende, AB klargøring i SP? Pårørende kontaktes.

Dukke 1

Slaskedukke.

Der skal lægges venflon, 2 stk. Sonde til sug (sluttes til). Gives metronidazol og pitazo. Stomimarkeres. Måles ud til TED

TIMEOU- INDLEDENDE RESUCITATION Debriefing.

Videns bokse

Kirurgisk bagvagts ansvars- og funktionsområde

Den kirurgisk bagvagt er overordnet ansvarlig for hele Dakir forløbet.

1. Sikre diagnosen – om nødvendigt se patient inden der er foretaget CT scanning
2. Hun/han er den der bestemmer om det er en Dakir patient
3. Formidle kommunikation til alle involverede parter i det tværfaglige og multidisciplinære forløb. Alle 7 lægeroller er i spil.
4. Sikre at patienterne gennemgår alle relevante præoperative forberedelser, bookes korrekt til operationsgang og anæstesi.
5. Sikre at patienten gennemgår alle relevante postoperative begivenheder
6. I et samarbejde med et samarbejde med anæstesiologisk vagthavende tage stilling til hvor patienten skal observeres- og behandles de første 24 timer Derfor anbefales det at patienter der er ældre end 75 år eller har ASA 3-5 bør observeres på intensiv/intermediær-afsnit efter operation for ileus eller perforeret hulorgan i minimum 24 timer postoperativt.

Obligatoriske procesindikatorer:

- 1) Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling indenfor 3 time ef-ter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).
- 2) Andelen af patienter, der får målt serumlaktat indenfor 60 minutter efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).
- 3) Andel af patienter der har fået lavet CT scanning indenfor 2 timer efter an-komst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).
- 4) Andelen af patienter, der får præoperativ optimering eller som går direkte til operation, svarende til indenfor fire timer efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).
- 5) Andelen af patienter, der opereres indenfor seks timer efter ankomst til sy-gehus for patienter, der er opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sy-gehus (målsætning $\geq 90\%$).
- 6) Andelen af patienter med høj mortalitetsrisiko, som indlægges på interme-diært afsnit i (mindst) 24 timer (målsætning $\geq 90\%$).
- 7) Andel af patienter der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation (mål-sætning $\geq 90\%$).

Med enkelte undtagelser genfindes de obligatoriske indikatorer i Akut Kirurgi Databasen og evidensgrundlaget for indikatorer fremgår af dokumentalistrapport for Akut Kirurgi Databasen.

DAKIR: Akutte Højrisiko Abdominalkirurgiske Patienter
LKT Akut Kirurgi gruppen/version 1/april 2022



FLOWSKEMA DAKIR

ILEUS PERFORERET HULORGAN TARMISKÆMI

Ved mindste mistanke om DAKIR +
Inden for 30 minutter fra ankomst til AKA

AKA sekretær:

- Benyt DAKIR symptomliste
- Husk DAKIR-label på meldeseddel
- Bestil DAKIR blodprøver (særaftale inkl. BAC+laktat), ventyler + EKG
- Adviser koordinerende sygeplejerske/AKA-flowmaster

AKA sygeplejerske:

- Triage (obs stærke smerter → orange triage)
- Overvågning
- SOFA vurderingsskema
- Anlæg mindst 1 grønt PVK.
- Adviser AKA BV/AKA-flowmaster + koordinerende sygeplejerske

AKA FV/MV:

- ABCDE
- Objektiv undersøgelse inkl. rektal eksploration
- qSOFA/SOFA
- evt. FAST skanning
- Konferer med AKA BV/AKA-flowmaster (8-3942) / kir FV (8-1753)
- ABC-ustabil patient kontakt anæstesi FV (8-4139)

Fortsat mistanke om DAKIR +
Inden for 1 time fra ankomst til AKA

AKA sygeplejerske:

- Husk FASTE + tørste
- Opsæt iv antibiotika (< 1 t): 4 g pip/tazo + 1,5 g metronidazol) obs CAVE
- Frigiv+ dokumenter antibiotika tidstro i MDA!
- Giv smertestillende iv
- Tjek 1 grønt pvk anlagt
- Anlæg ventrikelsonde til svagt sug
- 1 L NaCl/Ringer
- 2 L ilt ved sat < 92
- qSOFA ≥ 2: KAD + a-gas

AKA FV/MV:

- Ordinere straks best./ordsæt
- HOL KIR diagnostik (dakir):
- DAKIR CT abdomen (< 2 t)
 - Antibiotika: iv 4 g pip/tazo + 1,5 g metronidazol
 - CAVE: iv 1,5 g cefuroxim + 1,5 g metronidazol
 - Væskeplan: 1-2 L NaCl/Ringer. Obs diabetes GI/GIK drop
 - Smertestillende: iv morfin 5 mg x 6 pn eller iv oxynorm 5 mg x 4 (ved nyresvigt)
 - Kvalmestillende: iv ondansetron 4 mg x 4 ved behov
 - Febernedsættende iv PCM 1 g

DAKIR CT abdomen (< 2 t)

- Den gode henvisning: OBS diagnosen, tidl. kirurgi, almen tilstand, objektive fund, evt. feber, laktat, infektionstal
- AKA BV/flowmaster kontakt vagthavende radiolog (8-4799) i tidsrummet 08-23
- AKA FV/MV kontakt vagthavende radiolog i tidsrummet 23-08
- Beregn GFR ud fra venøs kreatinin: http://www.touchcalc.com/e_gfr
- Informere portør om DAKIR patient!

CT abdomen påviser ileus/perforeret hulorgan/tarmiskæmi
AKA FV/BV kontakter kirurgisk BV (8-1748)

Patient klargøres til operation ≤ 6 t

Patient indlægges til observation på 12-5

Akutfdelingen

Operationsstue klar < 1 t fra OP indikation:
Patient forbliver i AKA

Kirurgisk Afdeling

Stabil patient: indlægges på kir. afdeling 12-5
Ustabil patient: opvågning/ITA – konferer med anæstesi FV (8-4139) + kirurgisk BV (8-1748)

Meldes ved AKA FV til kir FV (8-1753)

Meldes ved AKA-sygeplejerske til koordinerende kirurgisk sygeplejerske (8-1756)

Tjekliste: iv AB, ilt, væske, BAC, evt sonde og KAD

AKA sygeplejerske:

- Frigiv præoperativ best.ord
- Klargør patient til OP i SP: PROCEDURE under SYGEPLEJE-DOK

Tjekliste:

iv AB, sonde, ilt, væske, KAD og BAC, TED, Fragmin 2500IE, hospitalstøj, evt rasering.
Pak patients personlige ejendele

AKA FV/MV:

- AOP (beskriv tidl. kirurgi, evt kig i Patobank)
- Behandlingsloft
- FMK
- Adviser AKA BV/flowmaster + AKA sygeplejerske om plan

Tjekliste:

iv AB, sonde, ilt, væske, KAD og BAC, TED, Fragmin 2500IE

Kirurgisk sygeplejerske

- Frigiv præ-og postoperativ best.ordsæt
- Klargør patient til OP i SP: PROCEDURE under SYGEPLEJE-DOK

Tjekliste:

iv AB, sonde, ilt, væske, KAD BAC, TED, Fragmin 2500IE, hospitalstøj, evt. rasering
Pak patients personlige ejendele

Kirurgisk FV/BV:

- Best./ordsæt: HOL KIR Præ - og postop (dakir)
- Operationsoplæg + case
- Meld til OP sygeplejerske (8-1667)
- Kontakt anæstesi FV mhp. præ-tilsyn 8-4139/8-1661
- Informer patient (+pårørende) om OP + risici
- Behandlingsloft

Tjekliste + AOP og FMK

Anæstesi FV

- Prætilsyn
- Præoperativ optimering
- Evt. epidural, a-kanyler, 2-lumen CVK
- Behandlingsloft i samråd med kir. BV
- Informer patient (+pårørende)

Tjekliste:

Iv AB, 2 PVK, sonde, KAD, væskeplan, Fragmin, evt. koagulationsanalyser

Lommekort: Sygepleje til DAKIR patienter POD 0-5

AKUT/OBS stue, Forvagt kaldes til overflytningsnotat

Læs OP beskrivelse og overflytningsnotat fra ITA

Frigive BestOrd til alle dage OBS sorteres så dem der er relevante frigives og øvrige seponeres. Dette gøres i forbindelse med modtagelse fra Opvågning/ITA sammen med første EWS.

Brug dagligt opgavelisten til enten tjekliste eller til at dokumentere ud fra. Det er vigtigt alle sygeplejeopgaver udføres, eks. CAM screening, tyggegummi, mobilisering, tilsyn af cikatrice mm.

Mobilisering skal dokumenteres tidstro
i *Vurderingskema Gastro daglig sygepleje* i række *Mobilisering*

Mobilisering - intervention
Hjælp til mobilisering
Mobiliseringsrestriktioner
Hjælpemidler til mobilisering
Mobilisering
Mobilisering (antal gange)
Mobilisering (tid pr. gang)
Bevægeapparatshjælpemidler
Mobilisering - patientvejledning

Kostform skal dokumenteres i *Vurderingskema*;
Ernæring, så snart den kendes,
Se operationsbeskrivelsen og
opdateres dagligt.

Kost
Kostform
Konsistens af mad
Konsistens af drikke

Ernæring: Følg vejledning om ernæring til DAKIR forløb

Når BestOrd frigives vil der ligge blodprøver til de første 5 dage, på POD 2 inkl. ernæringsprøver.

Smertebehandling:

- Epidural og Paracetamol eller
- Almindelig smertebehandling med Paracetamol, Ibuprofen og Morfin

Forberedelse til stuegang:

- Væskebalance og vægt
- Sonde, KAD, evt. dræn
- Smerter
- Mave tarm funktion, tyggegummi, evt. stomi
- Cikatrice
- CAM screening
- EWS- ABCDE status
- Ernæringsstatus

Stuegang:

Tværfaglig hos patienten

Vigtigt med information til patienten om forløbet.

Vigtigt at information til patient gentages. Har behov for motivation til mobilisering, ernæring væskeindtag for hurtigst muligt at komme sig.

Stuegangsnotat udføres af lægen ved brug af Smarttekst

Forberedelse til stuegang. – sygeplejerske stuegangs- og plejeansvarlig:

- Væskebalance og vægt
- Sonde, KAD, evt. dræn
- Smerter
 - Hvile
 - Bevægelse
- Mave tarm funktion, tyggegummi, evt. stomi
- Cikatrice
- CAM screening
- EWS- ABCDE status
- Ernæringsstatus
- CNS-Psykisk
- Er udskrivesproces startet? Foreløbig udskrivesdato/ er der indlæggelsesrapport?

 Best./ord.

Ryd alle best./ord.

HOL KIR Diagnostik (dakir) 

 Administrer brugerversioner  Fjern best./ord.-sæt

Vigtigt CAVE og DIAGNOSE skal udfyldes først.

- LKT - Akut kirurgi

 Generelt

 Behandlingsniveau Klik for flere

☒ Genoplivning, fuld behandling
Best./ord.-detaljer

 Sygepleje

 HOL DAKIR Sygepleje Klik for flere

 Laboratorieprøver

 HOL DAKIR Blodprøver Klik for flere

 Billeddiagnostik

 HOL DAKIR CT scanning Klik for flere

 I.V.-terapi

 HOL DAKIR Væske Klik for flere

☒ NaCl isoton infusion
1.000 ml, Intravenøs anvendelse, Kun én gang, i dag kl. 14:24
Indikationer: til væsketerapi

 Lægemidler

 HOL DAKIR Medicin uden allergi Klik for flere

 Supplerende ordinationerr

Best./ord.-sæt

HOL KIR Præ - og postop (dakir) ⤴

[Administrer brugerversioner](#) [Fjern best./ord.-sæt](#)

Vigtigt CAVE og DIAGNOSE skal udfyldes først.

- LKT - Akut kirurgi
- Akut abdomen
- Ileus

▼ Generelt

- ▶ HOL Dakir Operationsbestilling Klik for flere
- ▶ Kir Behandlingsniveau Klik for flere
 - ☒ Genoplivning, fuld behandling
Best./ord.-detaljer

▼ Sygepleje

- ▶ HOL Dakir Sygepleje Præ Klik for flere
- ▶ Kir Dakir Sygepleje POD 0 Klik for flere
- ▼ Hol Dakir Sygepleje POD 1

ABCDE-princippet:

Princippet er et pædagogisk arbejdsredskab, der ved en enkel og ensartet tilgang til den akut kritisk syge patient sikrer ro og overblik samt prioritering af det vigtigste.

A: Airway - fri og sikker luftvej, ilt.

B: Breathing - sufficient respiration/ventilation.

C: Circulation - kredsløbsvurdering og optimering.

D: Disability - bevidsthedsniveau og neurologisk status, inkl. BS.

E: Exposure - undersøg hele patienten, temperatur - undgå afkøling.

Sikker mundtlig kommunikation er en række strategier og redskaber, der er væsentlige for en entydig kommunikation, et sikkert samarbejde og et godt arbejdsmiljø.

Briefing: En kort timeout forud for modtagelsen af en patient eller ved en akut opstået situation.

Opsummeringer: Udføres ved hjælp af ABCDE-princippet og skal skabe overblik og forslag til løsninger af diverse opgaver og prioritering af disse.

Nødbremsen: Anvendes ved sikkerhedsproblemer, hvor problemet erklæres, og der opnås enighed om, hvordan problemet løses.

Closed loops: Teammedlemmet gentager teamleders eller teamkoordinators besked, så det sikres, at beskeden er forstået.

ISBAR er et systematisk redskab til kommunikation OM patient behandling. Sygeplejerske benytter teknikken ved kald på vagthavende. Vagthavende benytter teknikken ved kald på anæstesien.

I	IDENTIFIKATION • Sig dit navn, din funktion og afdeling eller afsnit • Sig patientens navn, alder og afdeling
S	SITUATION • "Jeg ringer fordi... (beskriv)" • "Jeg har målt følgende værdier: BT__ / __ Puls__ RF__ SAT__ Temp__" <i>eller</i> • "Jeg har observeret væsentlige ændringer i BT/Puls/ RF/bevidsthedsniveau/Sat/hudfarve/EKG/Sår/GI/Gyn"
B	BAGGRUND • Indlæggelsesdiagnose og -dato • Kort referat af sygehistorie indtil nu
A	ANALYSE • "Jeg mener, at problemet er... (beskriv)" • "Problemet er nok kardielt/respiratorisk/neurologisk/.." • "Jeg kender ikke problemet, men pt. har fået det værre" • "Patienten er ustabil. Vi må gøre noget" • "Jeg er bekymret"
R	RÅD • "Skal vi ikke...(beskriv)" • "Hvad synes du, at jeg skal gøre?" • "Hvilke undersøgelser vil du foreslå" • "Hvad mener du, at jeg skal observere og hvor ofte" • "Hvornår skal vi tales ved igen?"

Fra EWS til ABCDE eller omvendt

En ABCDE gennemgang er en systematisk og prioriteret metode/fremgangsmåde til vurdering og behandling af patienter med akut sygdom eller skade. Den prioriterede metode medfører at de mest livstruende organer først vurderes og søges stabiliseret.

EWS er en aggregeret score der udregnes på baggrund af en række vitale værdier (RF, SAT, Bt, P, Tp, AVPU). Til den aggregeret score en tilhørende handlingsalgoritme, hvor førstevalget er ABCDE optimering.

Formålet med EWS er at sikre rettidig og ensartet vurdering og identifikation af begyndende udvikling af kritisk sygdom hos indlagte patienter. At der tidligt opspores og rettidigt iværksættes relevante handlinger på baggrund af **konstaterede forværringer** i indlagte patienters tilstand. DVS ændringer i patientens tilstand er vigtige at identificere for hurtigt at kunne iværksætte handlinger.

I ABCDE gennemgangen får man hjælp at de eksakte værdier der er målt ved EWS:

A: SAT, O₂

B: SAT, RF, evt. A-pkt.

C: Bt, P

D: AVPU, evt. BS

E: Tp

Ved ABCDE gennemgangen anvendes SE-FØL-LYT, som er klinisk redskab, hvor sygeplejerske/læge/ SSA anvender sine sanser. SE-FØL-LYT giver vigtig information om patientens tilstand.

Spørgsmål

	Spørgsmål	Svar
1	Hvornår skal der senest være fortaget Dakir CT scanning	2 timer efter indlæggelse
2	Hvornår skal patient senest været opereret	6 timer efter indlæggelsen
3	Hvad er ISBAR?	Kommunikations teknik når man ringer til kollega
4	Hvad er Closed loop?	Internt kommunikationsredskab når man er sammen på stuen
5	Kan du beskrive rammen for hvor patient skal observeres de første 24 timer?	Ekspertgruppen for LKT Akut Kirurgi anbefaler, at alle patienter efter operation for ileus eller perforeret hulorgan med en høj vurderet 30-dages mortalitetsrisiko observeres på intensiv/intermediærafsnit i minimum 24 timer postoperativt. Da der ikke er entydig konsensus/evidens for hvilke scoringssystemer der registreres nationalt, defineres dette pragmatisk som alle patienter der er ældre end 75 år eller har ASA 3-5. Såfremt andre scoringssystemer anvendes, anbefales det, at disse vurderinger supplerer de i databasen anvendte kriterier således at alle med en 30- dages mortalitetsrisiko på 5% ligeledes observeres på intermediærafsnit i 24 timer.
6	Skal patienterne have antibiotika inden operationen?	Ja
7	Ved du hvor langt ned man gerne vil have 30- og 90 dages mortaliteten?	15 henholdsvis 20 procent
8	Nævn så mange som muligt af de faktorer sygeplejersken skal have styr på til stuegang	Forberedelse til stuegang - sygeplejerske: • Væskebalance og vægt • Sonde, KAD, evt. dræn • Smerter ○ Hvile ○ Bevægelse • Mave tarm funktion, tyggegummi, evt. stomi • Cikatrice • CAM screening • EWS- ABCDE status • Ernæringsstatus • CNS-Psykisk • Er udskrivesproces startet?
9	Skal alle patient have en ernæringsplan?	Ja
10	Hvor mange forskellige ernæringskategorier arbejder man med?	4

Bilag

Journal 1

Sygehistorie - Yrsa

AOP

59-årig kvinde, kommer ind via 112 grundet akutte mavesmerter

Tidligere kirurgi:

- Opereret for højresidig lyskebrok (for mange år siden, fremgår ej i SP)
- appendektomeret efter appendicitis med peritonitis

Aktuelle

Bælteformet smerter i nedre del af abdomen, gradvist indsættende mavesmerter siden i går aftes, ingen udstråling, turvise smerter varende i minutter, strammende, spændende, skarpe smerter, ingen forudgået febrilia. Ikke været syg op til forløbet. sparsom afføring dette 2 dage, sparsom flatus. Kastet op 2 x i nat. Gradvis progression, ringer til vagtlægen som anbefaler ham at se smerterne an ved aftensmadstid. Forværring, lægger sig i sengen men vågner af disse og føler markant forværring. Forsøgt med Panodil og nogle gamle morfintabletter uden effekt. Ringer igen til vagtlægen, men kunne ikke komme igennem, ringer derfor 112. VAS helt op til 10. aktuel let bedring

abdomen. flad og blød, direkte + indirekte ømhed suprapubisk. nat.tarmlyde. uømme nyreloger

Konklusion og Plan

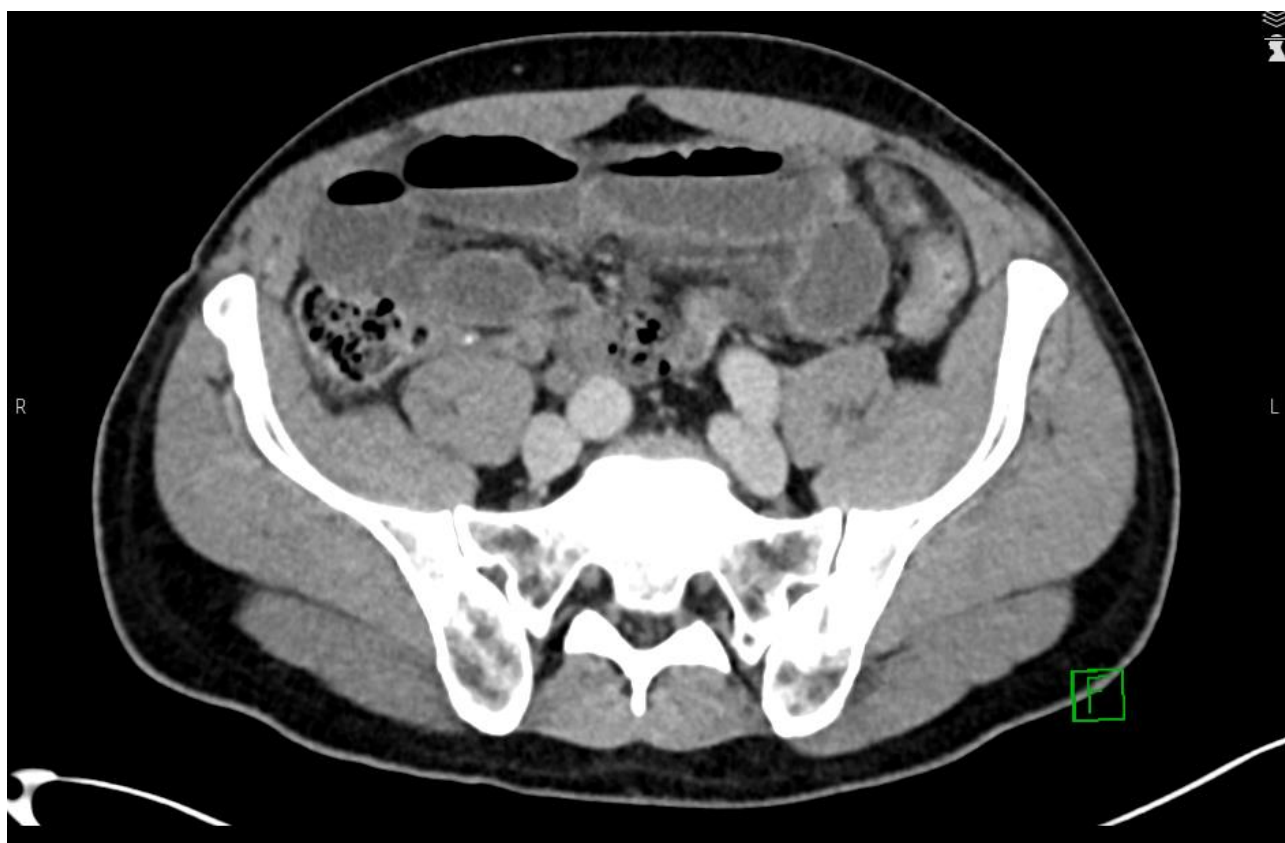
59 årig mand, tidl. appendektomi samt hø.sidig lyskebrok indlægges grundet akutte mavesmerter. Lokaliseret til nedre abdomen suprapubisk. Gradvis debut og nu forværring i nat. Turevise mavesmerter helt op til VAS 10. Pt. er objektivt udtalt smerteforværring. Paraklinisk og u-stix er helt upåfaldende.

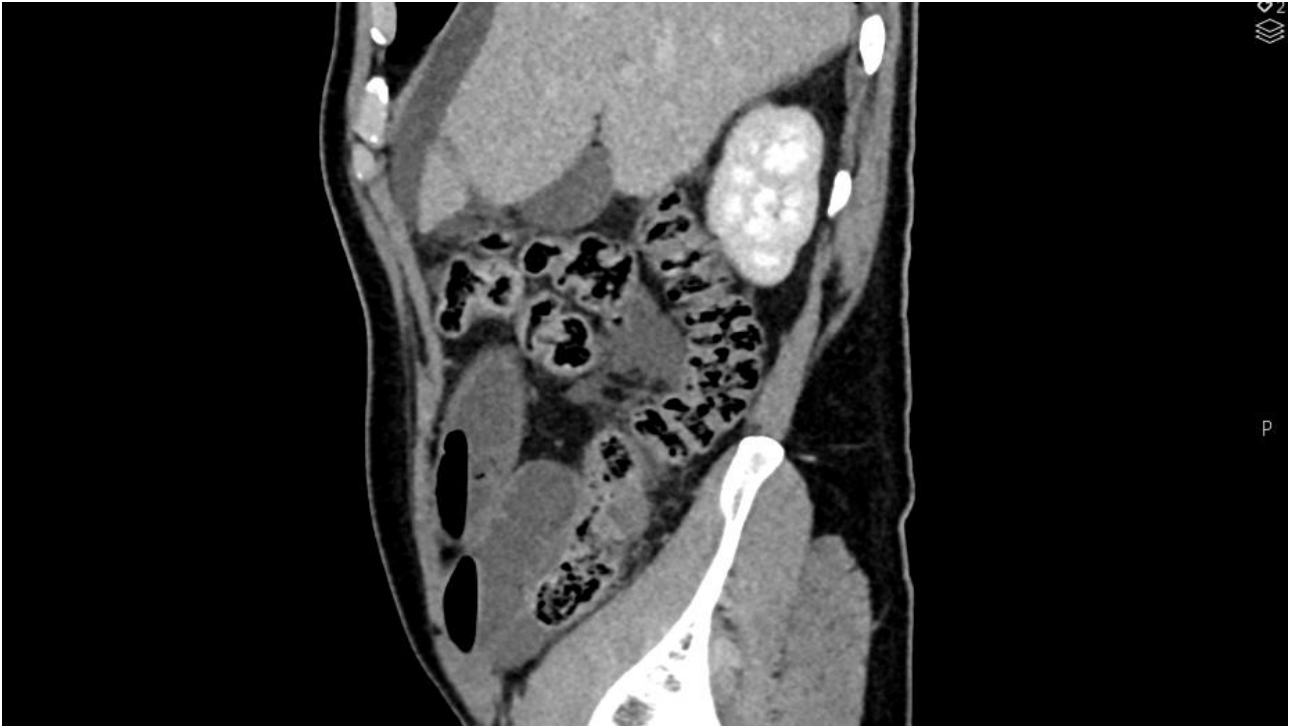
Nyresten? øvrige GI-problematik?

Fortsat uafklaret, fentanyl med god effekt i ambulance.

CT med beskrivelse

CT





CT beskrivelse

CT-skanning af abdomen efter intravenøs kontrast sammenholdt med skanning fra den 28.12.18 viser tyndtarmsileus med flere dilaterede tyndtarmsslynger i højre side af abdomen med diameter op til 3,5 cm medkaliberskift i nedre abdomen grundet formentlig adhærence følger efter tidligere appendektomi. Resten af tyndtarm og colon er upåfaldende med normal kaliber og indhold. Ingen ventrikel retention. Ingen tegn på tarm iskæmi. En del fri væske hovedsagelig omkring leveren. Ingen fri luft. Upåfaldende abdominale organer. Ingen infiltrater eller pleurale ansamlinger basalt i lunger. Upåfaldende knogler.

Konklusion:

Mekanisk tyndtarmsileus formentlig pga. adhærence.

Lidt ascitis.

Operationsbeskrivelse

Fund/patologi

1,5 m sort tyndtarm. Tydelig snørfure 15 cm fra terminale ileum. Man får indtryk af, at krøset fra dette sted ligeledes har været torkveret og en del af dette således også nekrotisk. Colon upåfaldende. Ingen forurening intraabdominalt.

Procedure

Indstik i Palmers point. Med Verres kanyle etableres pneumoperitoneum, 12 mmHg. Der introduceres 12 mm trokar til optik. Ovenstående fund gøres. Man konverterer til nedre midtlinjelaparotomi og adhærencer deles.

Tyndtarmen deles i rask væv med EndoGIA blå magasin 8 cm fra terminale ileum og 1 1/2 m oralt for dette. Med LigaSure deles krøset idet et nekrotisk stykke af dette ligeledes tages ud. Man får blødning fra lille arterie, denne gennemstikkes. Der resterer rigeligt med tyndtarm, dette upåfaldende. Proximalt og distalt for delingsstedet fremstår tyndtarmen fuldstændig vital. Der påsættes tarmtænger, 1 klik, idet der gøres tyndtarmsanastomose ad modum Davos. Anastomosen findes tæt og med god rummelig passage. Hæmostasen sikres.

Facien lukkes med PDS 0 ad modum Israelson. Fascie med porthul lukkes med PDS 2-0, enkeltknode.

Agraffer i huden

Plan/bemærkninger

Tyndtarmsresektion.

Rp. tyndtflydende

Såfremt dette tolereres, kan pt overgå til fuldkost mane.

Rp. EPI ved anæsthesien

Rp. mobilisering