

Traume - eksplorativ laparotomi

D38313

 Utgave:
2.00

 Gjelder fra:
31.01.2022

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

- Stabilisere traumepasienten.
- Skader på tarm og andre organer som krever umiddelbar livreddende handling.
- Stanse blødning samt hindre kontaminasjon fra tarminnhold.

Ansvar/målgruppe

- Traumeteamet
- Kirurger
- Operasjonssykepleiere
- Anestesileger og anestesisykepleiere

Handling

Anestesi

- Narkose

Andre forberedelser

- Tid til preoperative forberedelser hos den multitraumatiserte pasient må vurderes da hastegraden vil variere.
- Blærekateter med temperaturmål til timediuresser.
- Sjekk operasjonsfelt og utfør eventuelt hårfjerning.
- Diatermiplate.
- Sterilt utøvende operasjonssykepleier skal brette ut/ha klart 15-25 store kompresser med røntgentråd, og ha klare til pakking ved åpning av buken.
- Justere temperatur på operasjonsstua til 28 grader (traumestuer skal som standard ha dette).

Leie

- Ryggleie

Snitt

- Midtlinjesnitt fra sternumspissen til symfysen for optimal tilgang

Desinfeksjon

Vurderes utfra hastegrad

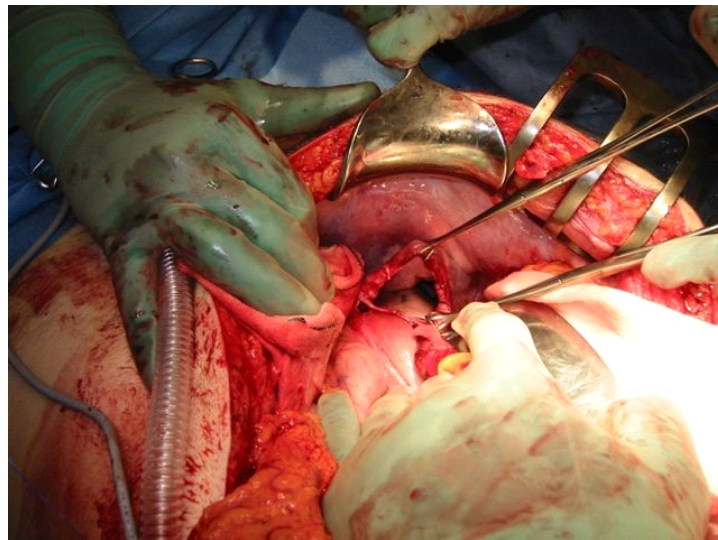
- Klorhexidin 5 mg/ml med farge og sprit til operasjonsfelt
- Klorhexidin 0,5 mg/ml vandig til kateterisering

Dekking

Vurderes utfra hastegrad. Universalsett - dekk stort, firkantdekkning, midaxillærline, mulighet for tilgang i lysker og sternumsplitt.

Prosedyre

- Midtlinjesnitt: fra sternum spissen til symfysen.
- Ved stumpe skader pakkes det med store kompresser slik at man danner en «søyle» på hver side av midtlinjen.
- Påvisning og behandling av blødning er første prioritet. Sannsynlige blødningskilder er lever, milt, krøs og bekken.
- Primær hemostase utføres hvis det kan gjøres raskt. Ved miltblødning fjernes denne. Ved blødning fra lever pakkes det systematisk.
- Arterieskader vurderes behandlet med primærsutur, midlertidig shunt, graft og ligatur.
- Behandling av alvorlig bukblødning kan kombineres med thorakal eller abdominal aortaavklemning for å heve blodtrykke til hjernen og hjertet.
- Systematisk gjennomgang av tynntarm med krøs fra treidske ligament, colon fra proksimalt til rektum, lever, galleblære, ventrikkel med oment, milt og palpasjon av nyrer. Eventuelt genitalia interna.
- Ved skader på GI-tractus ekskluderes det skadede området ved bruk av lineære stapler.
- Liten åpning i bursa omentalis for inspeksjon og palpasjon av ventrikkelens bakside og forsiden av pancreas.
- Kochers manøver med mobilisering av duodenalslyngen.
- For å utelukke diafragmaruptur gjøres grundig palpasjon av begge diafragmakupler.
- Kirurgisk behandling er avhengig av funn, og kan bestå av pakking, ev. supplert med lakenfixasjon av bekken fractur og/eller embolisering.
- Hovedkirurg og sterilt utøvende operasjonssykepleier blir enige om antall kompresser pakket i pasienten og begge dokumenterer dette i pasientjournalen.
- Det skal komme frem av dokumentasjonen hvor mange kompresser som er i buken og hvor mange som er i selve vac-bandasjen. (evt skriv antall duker i buken på med tusj utenpå vac-pac`n på buken).
- Lukking av buken med vac.pack. eller Maxon.
- Definitiv kirurgi utsettes til pasienten er fysiologisk korrigert.
- Det er viktig å følge det intra-abdominale trykket postoperativt hos den multitraumatiserte pasienten ved å måle blæretrykk.
- Alle pasienter som har vært pakket og er utpakket skal ta røntgen for å utelukke at kompresser kan bli glemt.



Diafragmaruptur

Referanser

[SI/17.01-16](#)

[Traumemanualen - OUS](#)