

Ascites - Innleggelse av kateter og tapping

D38851

Utgave:
4.01

Gjelder fra:
16.09.2025

Side 1 av 3

Hensikt og omfang

- Sikre riktig behandling av pasienter som danner ascites i buken.
- Sikre forsvarlig prøvetaking og forsendelse ved eventuell cytologi.

Ansvar/målgruppe

- Helsepersonell i poliklinikker og sengeposter
- Lege har ansvar for ascitestappingen
- Annet helsepersonell har ansvar for å klargjøre utstyr og assistere ved ascitestapping

Bakgrunn

- Ascites er en økt væskemengde i bukhulen. Mengde kan variere avhengig av tilstand/sykdom, og tapping gjøres etter individuell vurdering. Ascitespunksjon utføres ved at en kanyle settes gjennom bukveggen i lokalanestesi. Ascitesvæsken tappes gjennom en slange i lukket drenasje.

Ascitespunksjon utføres for:

- å redusere væskemengden og de symptomer den forårsaker
- å undersøke ascitesvæsken
- å sette inn legemiddel i bukhulen

Handling

Forberedelser

- Informer pasienten om formål og prosedyre
- Før prosedyren skal svar på trombocytter, kreatinin og INR foreligge. Kontroller INR- verdi dersom pasienten har leversvikt eller står på antikoagulasjonsbehandling, og informer utførende lege om type og dato for ev. seponering av medikament før tapping. Skrives i henvisningen.
- Dekk opp med sterilt utstyr, følg lokale rutiner
- Legg pasienten i ryggleie
- Legg ev. inn PVK, i tilfelle behov for i.v. tilgang i forbindelse med prosedyren, følg [Perifert venekateter \(PVK\): innleggelse](#).
- Sørg for at pasienten har tømt urinblæren, for å unngå ev. punksjon under prosedyren
- Faste er ikke nødvendig

Under prosedyren

- Ev. måle vekt, og omkrets av abdomen
- Observer blødningsstatus hos pasienter som står på antikoagulasjonsbehandling
- Lokaliser innstikksted over egnet asciteslomme med ultralyd, merk av på huden
- Følg prosedyre [Prinsipper for aseptisk teknikk ved ikke-kirurgiske prosedyrer](#)
- Dekk til pasienten med steril duk
- Vask innstikkstedet med antiseptikum

Utgave: 4.01	Ascites - Innleggelse av kateter og tapping	D38851 Side 2 av 3
-----------------	--	-----------------------

- Sett lokalbedøvelse med lokalanestetikum m/adrenalin
- Utfør punksjon og ascitestapping, koble til treveiskran på drenet før mellomstykket og kateterposen
- Fikser drenet
- Observer hud, puls, BT og respirasjon
- Ved tapping av store mengder ascites, vurder behov for intravenøs væske
- Ved diagnostisk tapping, aspirer direkte 60 ml på sprøyte, som fordeles på:
 - Blodkulturflasker (aerob, anaerob, ev. sopp)
 - Kjemisk analyse (Leukocytter, nøytrofile, erytrocytter, albumin til SAAG, transudat. Ev analyse, triglycider, bilirubin, totalprotein)
- Hvis væsken skal sendes til cytologisk undersøkelse; fixer 10 ml ascites i 50 % sprit, 10 ml, på sterilt glass. Sendes med remisse i luftputekonvolutt til Avdeling for Patologi, SI Lillehammer.

Etter prosedyren

- Observeres i 2-3 timer etter tapping; hud, puls, BT og respirasjon
- Sengeleie i 2 timer etter tapping
- Dersom pasienten blir uvel; steng drenet en kort periode og mål BT. Det kan skyldes blodtrykksfall ved hurtig tapping eller endret intraabdominalt trykk.
- Det anbefales tapping av 2–4 liter om gangen, men trolig kan pasienter med malign ascites tåle større tappevolum uten å få påvirket blodtrykk og puls (hemodynamiske komplikasjoner). Plasma ekspansjon er ikke anbefalt ved stor tapping av væske ved malign ascites pga. manglende effekt.
- Unntaksvis kan det tappes opp til 10 liter i løpet av 1-4 timer, dette regnes som trygt dersom pasienten får plasma ekspansjon med Albumin etter tapping. For pasienter som er hypotensive, har forhøyet kreatinin og/eller hyponatremi anbefales å tappe 5L/døgn.
- Plasma ekspansjon påbegynnes direkte etter tapping med Albumin 200 mg/ml, 8g per liter tappet ascites (eks 5 L tappet ascites skal ha 40 g Albumin).
- Tøm oppsamlingsposen; mål og dokumenter mengde ascites
- Ev. måle vekt, og omkrets av abdomen
- Observer ev. lekkasje fra innstikkstedet
- Pasienten kan mobiliseres med innlagt dren
- Drenet ligger vanligvis 1-3 døgn, lenger tid kan vurderes ved stor ascites-produksjon og/eller i terminal fase. Obs. infeksjon.
- Komplikasjoner kan være lekkasje fra innstikksted, blødning, tarmperforasjon, sirkulasjonssvikt, infeksjon, nyresvikt eller leverencephalopati
- Drenasjesystemet skiftes etter produsentens anvisninger, følg [Prinsipper for aseptisk teknikk ved ikke-kirurgiske prosedyrer](#)
- Ikke-tømbart drenasjesystem skal skiftes når tilfredsstillende vakuum ikke kan opprettholdes, og/eller drenasjebeholderen er $\frac{3}{4}$ fylt
- Tømbart drenasjesystem tømmes innen det er $\frac{3}{4}$ fylt. Benytt engangshansker og tørk av enden med absorberende papir.
- Innen dren og drenasjesystem skilles fra hverandre, skal drensamlingen-koblingen desinfiseres med et spritholdig middel (f.eks. etanol 70-85 % eller klorhexidinsprit 0,5%)
- Drenet tilkobles et nytt sterilt drenasjesystem
- Fjern drenet etter forordning av lege og når all ascites er drenert

Utgave: 4.01	Ascites - Innleggelse av kateter og tapping	D38851 Side 3 av 3
-----------------	--	-----------------------

Referanser

[SI/17.34-01](#)

[Perifert venekateter \(PVK\): innleggelse](#)

[SI/17.34-02](#)

[Prinsipper for aseptisk teknikk ved ikke-kirurgiske prosedyrer](#)

Metodebok. Metodebok.no. Lindrende behandling [Internett]. [oppdatert 10. okt 2024; hentet 16. sept 2025]. Tilgjengelig fra: [Metodebok](#)