

Gäller för: Anestesi-operation-intensivvård gemensam
Innehållsansvar: Anna Juran, (annju6), Överläkare
Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-22

Giltig till: 2027-12-22

PICC-line (Perifert inlagd central venkateter)

Revidering i denna version

Mindre ändringar.

Bakgrund

PICC-line är en central infart och ett alternativ till CVK. Den väljs företrädevis vid förväntat medellångt (> 1 månad) -långt behov av central infart då den rätt skött kan ligga i kärlet i upp till ett år.

Syfte

Att besvara de vanligaste frågorna som kommer upp vad gäller skötsel, hantering och handläggning av komplikationer som kan uppkomma vid användning av PICC-line.

Vilka berörs

Läkare och sjuksköterskor som kommer i kontakt med och förväntas hantera skötsel av redan inlagd PICC-line.

Inläggning

Katetern läggs in av läkare eller specialutbildade sjuksköterskor som med hjälp av ultraljud placerar katetern i något av överarmens kärl.

Katetern förs in så att spetsen placeras centralt, idealt i nedre tredjedelen av vena cava superior. Katetern kontrollröntgas vid behov, för kontroll av spetsläge.

Katetern

Katetern som används i NU-sjukvården är av polyuretan och har en ventil distalt (Power PICC Solo) som är stängd då den inte används. Ventilen öppnas vid aspiration eller vid administration av vätska men är annars stängd för utflöde av blod eller inflöde av luft.

Användning

En PICC kan användas till administrering av alla typer av läkemedel, inklusive cytostatika, blodprodukter, TPN samt för blodprovstagning. Fungerar även vid högtrycksinjektioner med motorspruta på upp till 5 ml/s vid 300 psi (ex på röntgen).

Synpunkter att ta i beaktande när man väljer CVK eller PICC-line

Inläggning är relativt enkel för patienten (mindre ingrepp). Katetern läggs in av specialutbildad sjuksköterska eller narkosläkare. Det är minimal risk för allvarliga inläggningskomplikationer; pneumothorax förekommer inte. Inget behov av heparinisering. Kräver, liksom CVK, omläggning varje vecka.

PICC-line kan vara att föredra vid medel- till långvarigt behov av intravenös behandling (1 månad upp till ca 1 år), till exempel adjuvanta och palliativa situationer eller vid tillstånd som inte tillåter central access via vena subclavia eller vena jugularis

PICC-line skall inte läggas in vid sår, infektion, eksem eller trombos i armen, om patienten vill simma eller styrketräna under behandlingsperioden, om patienten har känd njursjukdom som riskerar att komma att behöva dialysfistel.

Inför inläggning

Vid behov av kärlaccess som man själv inte löser på avd/ mottagning, skickas alltid "Remiss Kärlaccess" (finns under korr/intyg i Melior).

Om det från remittenten är bedömt att patienten har behov av PICC-

line, kan detta gärna skrivas på remissen. Är man osäker på vilken typ av kärlaccess som patienten är i behov av beskriver man bara behovets art. SOL på op kommer att ta ställning till och besluta om vilken typ av infart som läggs beroende på patientens förutsättningar och behov. Remissen faxas till op NÄL/ UVA Uddevalla enligt instruktionerna på remissen.

Rutiner efter inläggning

Ingreppet dokumenteras i Melior och registreras av ansvarig inläggare i operations PICC-line register. Om röntgenkontroll av kateterläge planeras, skall detta göras och läget godkännas innan katetern får användas.

Informationsbroschyr för patient/vårdgivare lämnas till patienten. Där står mer att läsa om skötsel och omläggning.

Handhavande

Hanteringen av PICC-line sker med samma teknik och aseptik som hantering av vanlig CVK. En vilande PICC-line spolas, läggs om och inspekteras 1 gång/vecka.

På katetern ska backventil med positivt avslut (för närvarande "Caresite") alltid sitta, och ingenting (kork eller dylikt) på denna.

Avlägsnande

Låt patienten ligga med armen i 90° ut från kroppen då PICC avlägsnas, gärna med värme på 15 minuter innan. Risken för luftemboli vid avlägsnande av PICC anses mycket låg. Det kan ändå vara klokt att, för säkerhets skull, sätta ett transparent förband över kompressen över insticket efter avlägsnandet och be patienten ta bort detta dagen efter.

Om katetern avlägsnas pga kateterskada eller pga inläggningskomplikation ska PICC-lineteamet kontaktas (tel 010-4351516).

Komplikationer

Blödning

Det är vanligt att det sipprar lite blod runt insticket den första eller de första dagarna.

Mekanisk flebit i överarmen

Ömhet, smärta, rodnad eller värmeökning i PICC-sidans överarm. Kan förebyggas genom att lägga värme på överarmen (vetekudde eller liknande de första dagarna). Smärtlindring med Paracetamol eller NSAID, smörj med Hirudoidsalva.

Mekanisk flebit förekommer ytterst sällan efter ultraljudsledd inläggning i överarmen.

Tromboser

Symtom på trombos på samma sida som PICC-infarten sitter kan vara ödem i arm, skuldra, nacke eller ansikte. Eventuellt vidgade vener i armveck, överarm, skuldra och hals, beroende på trombosens utsträckning. Rodnad och smärta över kärlsträngarna kan förekomma, även plötslig blödning från insticksstället.

Åtgärd: Om katetern ej behövs bör man ta bort den, men **först efter 2-5 dagars antikoagulantibehandling**, för att minska risken för lungemboli. (Fragmin/Heparin, samma dosering som vid DVT).

Fungerar katetern och man behöver den, bör man låta den vara kvar och använda den med samtidig antikoagulantibehandling, som skall pågå så länge katetern är kvar.

Infektioner

God hygien hos personal och patient är den viktigaste åtgärden för att förebygga infektion.

Vid lokal insticksinfektion kan ofta katetern behållas och infektionen behandlas framgångsrikt peroralt. Odlå alltid från stickstället (allmänodling, MRSA)

Systemisk/generell infektion (sepsis): feber och/eller frossa, allmänpåverkan. Infektionsdiagnosen måste ofta baseras på en

sammanvägning av symtom, kliniska fynd och laboratoriedata. Man strävar, om möjligt, efter att behålla PICC-katetern, men bedömning måste ske från fall till fall. Katetern kan användas om den fungerar.

Ocklusion orsakad av blod, fibrinbeläggning eller fettemulsion

Actilysebehandling vid ocklusion:

1 ml (1 mg/ml) Actilyse blandas med 0,5 ml NaCl och injiceras i katetern. Vänta 30 min.

Försök aspirera. Är detta inte möjligt försöker man spola in i katetern.

Vid framgång är det mycket viktigt att man mekaniskt spolar rent katetern med fysiologiskt koksalt med minst 10 ml x 4.

Får man inget backflöde upprepa med ytterligare Actilyse 1 mg/ml, 0,1 ml var 5:e minut till max 0,3 ml.

Actilyse i små ampuller kan beställas via apoteket.

Observera att etanol inte kan användas, för det löser upp själva katetern.

Kateterdislokation – Om katetern har rört sig mer än någon enstaka centimeter bör PICC-inläggande sköterska kontaktas (010-4351516). Vid osäkerhet kan en vanlig slätröntgen med frontalbild där armarna är utefter sidorna visa kateterspetsdjupet.

Referenser

[Vårdhandboken referenser](#)

SFAI's rekommendationer [PICC-line, CVK](#)

JL Baskin **Management of occlusion and thrombosis associated with long-term indwelling central venous catheters**, Lancet, 374, Issue 9684 (2009) sid 159-169

AYY Lee, JS Ginsberg **Venous thrombosis of the upper extremities**

Curr Opin Cardiovasc Med, 5 (2001), pp. 207-214

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi-operation-intensivvård gemensam

Innehållsansvar: Anna Juran, (annju6), Överläkare

Granskad av: Katarina Strid, (katst), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10033-657870698-47

Version: 8.0

Giltig från: 2025-12-22

Giltig till: 2027-12-22