

Gäller för: Uppvakning NÄL, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus
Innehållsansvar: Helena Liwenborg, (helli40), Ivasjuksköterska
Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Giltig från: 2025-05-19

Giltig till: 2027-05-14

(Para)Thyreoideaoperation - Postoperativ vård

Revidering i denna version

Ändringar under rubriker: Lokal; Övervakningsrutin; Prover; Nutrition & Mobilisering;
Övrigt.

Bakgrund

Hyperplastisk sjukdom; Autoimmunsjukdom; Malignitet.

Syfte

Att alla patienter som genomgår en tyreoidea operation skall få en god och säker
postoperativ vård.

Vilka berörs

Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som postoperativt möter patienter som
opererats för tyreoideasjukdom.

Kirurgiskt ingrepp

- Hemityreoidektomi (Halva sköldkörteln tas bort): Kolloidstruma, toxiskt adenom,
misstanke om malignitet.
- Hemityreoidektomi och ensidig central lymfkörtelutrymning: Misstanke om
malignitet.
- Total tyreoidektomi: Kolloidstruma, tyreotoxikos, malignitet.
- Total tyreoidektomi och central lymfkörtelutrymning, i vissa fall även utrymning
av lymfkörtlar i lateralt i halsen: Malignitet.
- Paratyreoidektomi (Borttagning av bisköldkörtel/körtlar) Hyperparatyreoidism.

Operationstid vanligen 1-3 timmar. Blodförluster brukar vara små 10-200ml.

Anestesi

Generell anestesi.

Lokal

Patienterna vårdas postoperativt på UVA. 6 timmar postoperativt bedöms alla patienten, om pre- & postoperativa förloppet varit okomplicerat, som uppvakningsklar.

Vårdnivå sänks till motsvarande ”vårdnivå vårdavdelning” gällande övervakning och tillsyn, alternativt går polikliniskt planerad patient hem efter 6 timmar postoperativt. De patienter som kvarstannar på sjukhuset över natten gör det på UVA på sk. ”planerad platsbrist/FDV-plats”.

Viktigt att UVA-personal markerar ”**Klar för utskrivning**” i Orbit i samband med att patienten bedöms ej längre vara i behov av vårdnivå UVA, då denne hade kunnat åka till vårdavdelning för fortsatt vård.

Speciell omvårdnad

Cirkulatoriskt/Respiratoriskt

Risk för postoperativ blödning som kan leda till andningspåverkan.

Blödning kan leda till kompression av halsvenerna, vilket leder till ödem i halsen med hotad luftväg till följd samt ett ökat intrakraniellt tryck. Risk för inklämning av hjärnan.

Misstänks akut hotande blödning i halsen postoperativt ska suturerna avlägsnas akut och såret öppnas redan på UVA, innan narkos/intubation.

Så kallat ”Strumakit” innehållande material för att akut kunna öppna upp operationssåret hänger vid Inneliggande Navet samt på Vuxenakutvagnen.

Tidiga signaler som kan vara tecken på akut blödning:

- Svullnad
- Tät känsla i halsen
- Eventuellt synbart hematom

Sena signaler som kan vara tecken på akut blödning:

- Dyspné
- Stridor
- Agitation

Patienten ska ha stödstrumpor på sig fram till morgonen efter operation. Gärna längre om patienten önskar.

Strumporna är patientens och kan tas med hem.

Ej Fragmin rutinmässigt.

Övervakningsrutiner

Patienten opereras i dagkirurgisk vård (poliklinisk) eller inom FDV-vård.

Anamnes samt planerad operation avgör huruvida patienten planeras polikliniskt eller inneliggande/övernattande. (Se bilaga 1).

Alla patienter ska i 4 timmar vara uppkopplad med:

- Arytmiövervakning
- Saturation
- Andningsfrekvens

Därefter:

Poliklinisk patient: Kopplas bort från övervakningen 4 timmar postop om allt är stabilt.

FDV-patient: Uppkopplade enl. ovan i ytterligare 2 timmar. Fram till 6 timmar postop.

Blodtryckskontroller minimum:

- Var 15:e minut Första 2 timmar postop.
- Var 30:e minut 2-4 timmar postop.
- Var 60:e minut 4-6 timmar postop om FDV/övernattande patient.

Därefter utifrån NEWS-handlingsplan.

Ta alltid blodtryck inför natten och på morgon, samt vid försämring/behov, på de patienter som sover kvar över natten.

Prover

Operationsdagen 4 timmar postop:

Hemityreoidektomi: Inga blodprover

Total tyreoidektomi: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4), PTH

Paratyreoidektomi: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4), PTH

Dag 1 efter operationen, inneliggande patienter:

Hemityreoidektomi: Inga blodprover

Total tyreoidektomi: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4)

Paratyreoidektomi: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4)

PTH även till morgonen då PTH ligger < 1,0 pmol/L 6 timmar efter operation.

Postoperativa kriterier för att konvertera patient från poliklinisk till FDV/överliggande på UVA:

- Symtom på hypocalcemi
- Misstänkt hematom / svullnad
- Ej sjunkande PTH
- Dysfagi
- Heshet
- Kräkning
- Hypertoni

- Dysnpe
- Operationsslut efter kl 14.

Kommunikation & Neurologi

Risk finns för nerv recurrensskada som leder till stämbandspares. Röstens blir då hes och "läckande". Vid recurrensskada kan även sväljningsmotoriken bli lätt påverkad. I så fall behöver man instruera patienten att svälja medvetet, noggrant och försiktigt. Kirurgen mäter nerv recurrens funktion under operationen. Vid misstänkt pares ska det överrapporteras när patienten kommer till UVA. Ibland finns skada även om det inte visade sig under operationen.

I de flesta fall är recurrensskadan övergående och röstens återställs inom 3-6 månader. I extrema fall kan bilateral stämbandspares uppkomma. Detta kan leda till svår andnöd. Intubationsberedskap.

Hypoparatyroidism uppkommer om alltför mycket parathyreoideavävnad tagits bort eller skadats under ingreppet, eller om kvarvarande paratyreoidea inte kommit i gång än. Hypoparatyroidism leder till hypokalcemi och symtom i form av stickningar i fingrar, fötter, läppar samt krampkänsla i händerna.

Vanligtvis finns vid behovs-ordination på Calcibus/Calcitugg samt Etalpa i Melior. Dessa patienter (framför allt de patienter det ska tas blodprover på 4 timmar postop) riskerar att utveckla hypokalcemi. Läkemedlen ska ges enligt ordination vid symtom eller vid avvikande blodprover 4 timmar postoperativt.

Kontakta operatören om ordinationer saknas.

Hud

Förbandsobservation minimum 1 ggr/timme.

Inspektera halsen noggrant, känn efter ev. s.c. emfysem, viktigt att notera nytillkommen svullnad/s.c. emfysem. Kontakta operatören i sådana fall.

Vid något enstaka tillfälle lägges dränage. Om dränage finnes – Kontrollera att det är öppet och aktivt.

Det finns steristrips på såret. Det behövs inget ytterligare förband.

Patienterna har oftast en PVK i foten. Denna behövs perioperativt pga. den drapering patienten då har.

PVK i foten ska seponeras när patienten kommer till UVA, om annan fungerande venväg finns.

PVK:n i foten gör att kompressionsstrumpan sitter fel. Därav viktigt att denna PVK tas ut så snart det är säkert, för att kompressionen i stödstrumpan ska vara korrekt.

Nutrition & Mobilisering

0-2 timmar postop: Fasta.

2-4 timmar postop: Flyta klara, svalt/kallt. Bra att börja med isglass mot halssmärta.

4 timmar postop: Fri kost.

Första 4 timmarna postop: Mobilisering endast till toaletten, i övrigt vila i sängen.

Därefter:

Om stabil, välmående patient - Fri mobilisering inom UVA:s lokaler.

Poliklinisk patient: Mobiliseras till Relaxen.

FDV-patient: 6 timmar postoperativt – All kontinuerlig övervakning kopplas bort även då patienten befinner sig på sin sängplats. Det är okej att patienten vårdas på patientplats med möjlighet att påkalla personal med signalknapp. Ej behov av plats på övervakningstorg (så kallat vårdnivå vårdavdelning).

Tillsyn minimum 1 ggr/timme.

Övrigt

Poliklinisk vård alt. FDV-vård. Patienterna går vanligtvis hem direkt från UVA.

Så snart patient är pigg och redo för det kan denne med fördel få utskrivningsmeddelandet, för att läsa och förbereda sig inför utskrivningssamtal med läkare.

Skicka alltid med patienterna **1 förpackning hudfärgade steristrips** hem.

FDV-patient: Mår patienten bra morgonen efter operation tar patient på sig privata kläder, sitter i relaxen och äter frukost.

Endokrinkirurg kommer till UVA för att ronda och skriva ut dessa patienter ca. kl. 08 morgonen dagen efter operation.

Recept ska finnas för Levaxin och eventuellt Etalpa, Calcitugg/Calcichew.

Vid behov kan patient behöva få med sig tabletter vid hemgång.

Detta utifrån operatörens bedömning.

Operatören tar hand om sjukskrivning och utskrivningsmeddelande.

Operatören tar ställning till ev. behov av ytterligare provtagning inom en snar framtid.

Om behov; Beställ, skriv ut och ge patienten underlag för provtagning vid hemgång.

Bilaga 1 - Kriterier för poliklinisk thyreoideakirurgi

Bilaga 1- Kriterier för poliklinisk thyreoideakirurgi

Polikliniska patienter:

Hemityreoidektomi (halva sköldkörteln tas bort)

- Inga prover.
- Patient är kvar på UVA i totalt 6 timmar, hemgång efter 6 timmar.
- Operatören ska komma förbi att bedöma status och informera patient 4-6 timmar postop. Observation samt tydlig kommunikation med ssk. och usk. på UVA angående hemgång.

Kompletterande hemityreoidektomi (patienten har tagit bort halva sköldkörteln tidigare)

- Prover: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4), PTH efter 4 timmar.
- Patient är kvar på UVA i totalt 6 timmar, hemgång efter 6 timmar.
- Operatören ska komma förbi att bedöma status och informera patient 4-6 timmar postop. Observation samt tydlig kommunikation med ssk. och usk. på UVA angående hemgång.

Paratyreoidektomi (borttagning av bisköldkörtel/arna)

- Prover: p-Ca, jon-Ca (pH 7,4), PTH efter 4 timmar.
- Patient är kvar på UVA i totalt 6 timmar, hemgång efter 6 timmar.
- Operatören ska komma förbi att bedöma status och informera patient 4-6 timmar postop. Observation samt tydlig kommunikation med ssk. och usk. på UVA angående hemgång.

Inklusionskriterier:

- Hemityreoidektomi (max diameter nodul \leq 4cm)
- Istmusresektion
- Unilateral halsexploration för hyperparatyroidism
- motiverad patient
- ASA 1-2

Exklusionskriterier:

- Antikoagulantia
- Ensamboende
- Nedsatt kommunikationsförmåga/minnessvikt
- Starkt önskemål att stanna kvar på sjukhuset
- Resväg > 1 timma till NÄL / SKAS
- Svårighet att ta sig akut till sjukhus
- BMI >35
- ASA 3-4
- Komorbiditet
- Re-operation

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Uppvakning NÄL, Uppvakning 3 Uddevalla sjukhus

Innehållsansvar: Helena Liwenborg, (helli40), Ivasjuksköterska

Godkänd av: Lars Brühne, (larbr6), Överläkare

Dokument-ID: NU10093-1252922689-246

Version: 16.0

Giltig från: 2025-05-19

Giltig till: 2027-05-14