OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Operation Uddevalla sjukhus, Operation NÄL
Innehållsansvar: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare
Granskad av: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare
Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-10-06
Giltig till: 2028-10-06

Quadricepsseneruptur

Revidering i denna version

Revidering under rubrik: Anestesiförslag

Bakgrund

Drabbar oftast personer över 40 år som har akut överbelastat låret. Symtomen är smärta, svullnad och en oförmåga att sträcka i knäleden samt lyfta benet rakt från underlaget i liggande läge. Kirurgi är i de flesta fall nödvändig. Senan sys då tillbaka med förstärkta stygn. 0

Syfte

Att skapa ett dokumentstöd för omhändertagande av patient vid operation av quadricepsseneruptur.

Vilka berörs

All personal, Operation NU-sjukvården.

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Anestesiförslag

Premedicinering:

T Paracetamol enl.rutin för premedicinering
T Targiniq ca 0,1–0,2 mg/kg, max 20 mg, dos anpassas till ålder och tidigare opioidkonsumtion
T Arcoxia 60-120 mg

Anestesi:

Alt 1. Spinal: Marcain spinal 5mg/ml
Alt 2. Generell anestesi: LMA TIVA

Postoperativt:

T Paracetamol 1g x 4, from 6 timmar efter premedicinering
T Targiniq ca 0,1 mg/kg, 12 timmar efter första dos
Inj Oxynorm ca 0,05 - 0,1 mg/kg vb.

Blockader:

Femoralisblockad (Ropivacain 5 - 7,5 mg/ml) kan användas för analgesi både pre- och postoperativt.

Utrustning

Standard/basmonitorering. Patientvärmare. Blodtomtsapparat. *Rutin för Blodtomt fält.*

Blodgruppering/bastest

Nej/nej

Praktiska råd

Överväg att använda Mobilizer vid överflytt till operationsbord.

Operationsbord/läge

Valfritt operationsbord/planläge.

Före anestesistart
Har patienten värk, stelhet och/eller domningar i kroppen, framför allt i nacke, axlar och armar? Något med hudkostymen som ska beaktas? Annat? Planera i teamet i fall särskilda åtgärder ska vidtas för att undvika smärta och skador. Dokumentera i operationssköterskejournalen.
Vaken patient deltar i att finna ett bekvämt läge på operationsbordet, *men även vaken patient kan drabbas av tryckskador och nervskador!*

- Placera liftremmarna så att största möjliga effekt fås ut av madrassens formbarhet, dvs. undvik att lägga remmar under skulderblad, sakrum och hälar. Vid ökad skaderisk – överväg att utesluta remmar helt och hållet.
- Huvud och nacke i ett neutralt läge på en kudde.
- Kontrollera att ögonlocken är slutna vid sedering.
- Armarna ska vila på armstöd i ett neutralt läge eller med handflatorna ned mot underlaget. Översträck inte armarnas leder! – Max 90 grader ut från kroppen. Skydda insidan av armbågslederna från tryck! Polstra området runt armbågarna vid behov.
- Kontrollera att textilier och underlag inte orsakar skador pga. sömmar och veck. Patientskjortan ska ligga ”ledigt” runt kroppen.
- Placera EKG-elektroder, kablar/sladdar/slangar och övrig utrustning så att de inte orsakar skador. Byt ibland placering av pulsoximeterproben.
- Skydda särskilt utsatta ställen - där som ben och brosk ligger ytligt; öron, skallben, skulderblad, armbågar, sakrum och hälar.

Håravkortning

Från strax nedanför ljumsken till nedanför knäet.

KAD

Nej

Risker

- **Risk för skador orsakad av positioneringen!**
  Ha en kunskap om riskerna och hur skador undviks. Gör kontinuerliga lägeskontroller och åtgärda sådant som kan innebära en risk. Dokumentera kontroller och åtgärder!
  Ju längre tid som patienten är positionerad på operationsbordet desto större risk. Äldre personer, överviktiga, magra, diabetiker, kärlsjuka och rökare löper en ökad risk.
- **Risk för skador orsakad av blodtomt fält!**
  Ha en kunskap om riskerna och hur skador undviks!

Avslutning/Postoperativt

Inspektera huden; särskilt områden som har varit utsatta för tryck och där ben sticker ut/ligger ytligt. Vid tecken på skada – dokumentera i operationssköterskejournalen och rapportera omgående till samtliga som har varit delaktiga i operationen, sektionsledare samt till UVA-personalen.

Högläge av det opererade benet.

Källa och lästips

Adedeji, R., Oragui, E., Wasim, K., & Maruthainar, N. (2010). The importance of correct patient positioning in theatre and implications of mal-positioning. *Open learning Zone, 20*(4), 143-147.

American Academy of Orthopaedic Surgeons. American Association of Orthopaedic Surgeons. (2013). *Preventing Positioning Injuries: An Anesthesiologist´s Perspectives.* Hämtad 2015-01-21 från http://www.aaos.org/news/aaosnow/jan13/managing7.asp

Bonnaig, N., Dailey, S., & Archdeacon, M. (2014). Proper Patient Positioning and Complication Prevention in Orthopaedic Surgery. *The Journal of Bone & Joint Surgery, Jul 02;96*(13), 1135-1140.

Bouyer-Ferullo, S. (2013). Preventing Perioperative Peripheral Nerve Injuries. *AORN Journal, 97*(1), 110-124.

Knight, David JW., & Mahajan, Ravi P. (2004). Patient positioning in anaesthesia. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain, 4*(5), 160-163.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag.* § 2a och § 2e. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag.* 3 kap. § 1 och 6 kap. § 1, § 2 och § 4. Stockholm: Socialdepartementet.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation Uddevalla sjukhus, Operation NÄL

Innehållsansvar: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare

Granskad av: Johanna Fällén, (johfa11), Överläkare

Godkänd av: Jimmy Bjelkengren, (jimbj), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10093-1252922689-52

Version: 6.0

Giltig från: 2026-10-06

Giltig till: 2028-10-06