

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Robert Olin, (robo12), Överläkare

Granskad av: Robert Olin, (robo12), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-22

Giltig till: 2028-03-20

Aortaaneurysm

Sammanfattning

Rutinen omfattar handläggning vid aortaaneurysm, pre- och postoperativa åtgärder, utskrivningsplanering och uppföljning vid öppen operation av bukaortaaneurysm.

Förutsättningar

Vid röntgenundersökningar kan aortaaneurysm upptäckas. Om diametern är över 3 cm kallas patient till kirurgmottagningen för bedömning. Aortascreening med ultraljud erbjuds även samtliga 65-åriga män och vid upptäckt av vidgad kroppspulsåder hänvisas patienten till kirurgmottagningen. Vissa patienter följs upp med nya röntgenundersökningar och vissa sätts upp för operation.

Operation

Ingreppet innebär att aneurysmet öppnas och att ett konstgjort kärl läggs in. Kärldraften kan vara rak eller Y-formad (om den ska kopplas på iliaca- eller femoraliskärlen).

Indikation

Patienter som har ett aneurysm över 5,5 cm (kvinnor över 5,0 cm) eller har symtom opereras. Vid snabbväxande aneurysm kan det behöva opereras tidigare innan de har uppnått denna diameter. Detta gäller även vid säckformade aneurysm.

CT-buk görs i utredningssyfte av aneurysmet.

Vårdtid

5–8 dagar

Genomförande

Inläggningsförberedelser

En vecka före operationen kallas patienten för ett polikliniskt besök på kirurgmottagningen för ett planeringssamtal. Detta besök innefattar:

- Inskrivningssamtal av kärlkirurg, (denna del kan vara avklarad från tidigare besök på kirurgmottagen). Genomgång av medicinlistan sker. Trombosprofylax och ev. Antibiotikaprofylax ordinerar. Om patienten medicinerar med Waran eller DOAK-preparat ska detta vara utsatt och förberett vid planeringssamtalet.
- Samtal med narkosläkare för preoperativ bedömning.
- Ankomstsamtal med planeringssjuksköterska. Patient får även skriftlig patientinfo om ingreppet.
Vid ankomstsamtalet kartläggs även patientens hemsituation, behov av hjälp i hemmet eller sannolika behov efter ingreppet. Om behov finns startas ett ärende i Samsa till kommunen.

Preoperativa åtgärder

Provtagning/Undersökning

- Hb, LPK, TPK, APTT, PK, P4, blodgruppering tas enligt gällande rutin. Om möjligt ordinerar prover inför besöket och tas vida vårdcentralen. Annars tas de vid mottagningsbesöket.
- EKG tas enligt rutin
- Bastest och blodplasma beställs enligt riktlinje, [Preoperativa förberedelser för operationsavdelningarna vid SÄS](#). Om narkos bedömer behov av ytterligare prover inför operation ombesörjs detta av operationsplaneraren.
- Ursprungsvikt tas på kirurgmottagningen.

Normalt sett planeras operationsdag in och patient går sedan direkt till operationsmottagningen vid inläggningen. Vid vissa situationer bokas patient in till hotellet natten innan.

Inskrivning på sjukhus

Nutrition

- Patient får äta och dricka som vanligt dagen före operation.
- Ingen fast föda efter 24:00. Inga drycker efter 06:00
- Intravenös vätsketerapi ges enligt anestesiklinikens riktlinjer.

Hud/Vävnad

- Patient ska duscha och tvätta håret med vanlig tvål kvällen före operation samt operationsdagens morgon.

Smärta/sinnesintryck

- Premedicinering ges enligt riktlinje, [Premedicinering inför anestesi](#).
- Informera om visuell analog skala – VAS.

Postoperativ vård

Postoperativt vårdas patienten oftast 2 dygn på IVA.

Andning/cirkulation

- Daglig vikt ska tas till ursprungsvikt är uppnådd.
- Patienten ska ligga ”back” vätskemässigt postoperativt, administrera vid behov diuretika.
- Hb och elstatus följs de första postoperativa dagarna därefter enligt ordination.
- Patient ska andningsträna med BA-tub för att undvika komplikationer från andningsvägarna.
- Risk för artäremboli postoperativt. Därför kontrolleras färg, värme/kyla och ev. förändring av smärta i benen. Dessutom kontrolleras ankeltryck bilateralt på avdelningen förslagsvis dag 3 postoperativt och ankel-brachialindex räknas ut. Syftet med detta är att identifiera eventuell embolisering med cirkulationspåverkan.
- Temperaturkontroll två ggr/dag.

Aktivitet

- Fysioterapeut kopplas in.
- Fri mobilisering postoperativt. Börja med att mobilisera patient till sängkant och bygg sedan på successivt med ADL.
- Patient ska ej använda hävert pga. risk för sårruptur.
- Det kan bli aktuellt med gördel runt buken för att underlätta mobiliseringen och undvika risk för sårruptur.

Nutrition

- Patienten skall äta och dricka som vanligt. Alltid vätskelista initialt. Vid behov ges dropp enligt ordination.

- Patienten har alltid CVK postoperativt som avvecklas efter ordination.
- Det är vanligt med illamående efter operationen p.g.a. postoperativ tarmparalys.

Elimination

- Patient får kad ihop med EDA och för urinmätning postoperativt. Kad avvecklas sedan när eda:n avvecklas.
- Urinmätning de första postoperativa dyggen.
- Vätskedrivande behandling är vanligt de första postoperativa dyggen för att forcera diures (främst under iva-tiden).
- Observation av att gaser går och att avföringen kommer igång p.g.a. postoperativ tarmparalys.

Hud/vävnad

- Daglig kontroll av förband och byte vid behov. Lyft helst inte på förbanden de första postoperativa dyggen p.g.a. risk för sårinfektion.
- Dokumentera utförd sårvård i omvårdnadstatus eller vid behov i sårjournal.

Smärta/sinnesintryck

- Patienten har i regel EDA med morfin i (Bupivacain-fentanyl-adrenalin (Breivik) och paracetamol som smärtlindring. Smärtmottagningen är inkopplade för rådgivning vid behov.
- EDA:n brukar sättas ut 3:e till 4:e dygnet efter operation. Inför utsättning av EDA:n behöver det finnas en plan. Ofta sätts långverkande morfin in + kortverkande vid behov. Viktigt att ge långverkande när EDA:n stängs av direkt och initialt vara frikostig med kortverkande morfin.
- När patienten har vistats på IVA blir vissa tillfälligt förvirrade. Var uppmärksam på eventuellt behov av insatser.

Sömn

- Genom god och lugn omvårdnad samt god smärtlindring skapas tillfälle till god nattsömn.
- Ge insomningstablett vb.

Utskrivningsplanering

Det är vanligt med trötthet och matleda upp till flera månader efter ingreppet. Uppmana patienten till att försöka komma igång och vara i rörelse och att äta en allsidig kost.

Uppmana rökande patient att fortsätta sitt rökstopp sex veckor efter operationen för att minska komplikationsriskerna. Uppmuntra de som ej påbörjat sitt rökstopp preoperativt att göra detta postoperativt. Uppmuntra till permanent rökstopp.

Åtgärder

Suturtagning 14 dagar postoperativt, om man inte sytt intrakutant. Skicka med remiss till distriktsjuksköterska.

Uppföljning/återbesök

- Återbesök sker 4–6 veckor postoperativt till kärlläkare.
- Efterfråga om patienten är rökare och om denne vid sitt operativa ingrepp genomfört rökstopp.

Sjukskrivning

I regel sjukskrivning fram till återbesöket (ca 6–8 veckor).

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Robert Olin, (robo12), Överläkare

Granskad av: Robert Olin, (robo12), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9004-593667208-134

Version: 5.0

Giltig från: 2026-03-22

Giltig till: 2028-03-20