

Obstruktiv sömnapné, perioperativ vård

Sammanfattning

Bedömning/riskvärdering av patientens postoperativa vårdbehov.

Beakta:

1. Graden av sömnapné
2. Typ av kirurgi
3. Typ av anestesi
4. Om opioider används eller inte

Förutsättningar

Förbättra omhändertagandet och öka säkerheten pre/postoperativt av patienter med sömnapné.

Berör läkare och sjuksköterskor på vårdavdelningar, operation och uppvakningsavdelning som vårdar patienter med sömnapné.

Bakgrund

Obstruktiv sömnapné (OSA) innebär återkommande andningsstopp under sömn. Om sömnapnéen kan kopplas till dagtrötthet benämns den obstruktiv sömnapné syndrom (OSAS). Apnéerna kännetecknas rent mekaniskt av en kollaps av svalget under sömn. Sjukdomen är vanligare hos patienter med BMI > 30 och de flesta som drabbas är män. OSA har rapporterats hos cirka 10 % av kvinnor och 20 % av män i åldern 30 – 60 år. 200 000 svenskar uppskattas lida av obstruktiv sömnapné.

Patienter med sömnapné utgör en speciell riskgrupp med avseende på luftvägsproblem och respirationsstörningar. Dessa patienter har ofta en kollapsande övre luftväg, vilket kan försvåra eller omöjliggöra maskventilation eller intubation. Respirationsstörningar med förvärrad sömnapné kan kvarstå i dagar efter generell anestesi, även efter en kort anestesi.

Patienter med OSA är *mycket* känsliga för opioider.

Genomförande

Om misstanke väcks om sömnapné kan frågeformuläret STOP-bang användas för att hitta riskpatienterna och planera för ett säkrare omhändertagande.

Därutöver tar man hänsyn till typ av kirurgi och val av anestesi samt användandet av opioider. Dessa adderas och riskvärderas för beslut om postoperativ vårdnivå.

Patienter som har BMI > 40 är väldigt ofta underventilerade. En bra vägledning kan då vara att ta en preoperativ blodgas för att bedöma patientens respirationsstatus innan sövning och operation.

Patienter där sannolikheten är stor att de lider av OSA borde utredas och detta sker hos andningsresursteamet (ART). ART har för närvarande 1 års väntetid och cirka 1000 stycken remisser/år. Därför kommer utredningen troligen inte kunna ske preoperativt om inte det operativa ingreppet kan skjutas upp ett antal månader. Diskutera med anmälände operatör om operationsindikation och vårdnivå postoperativt.

Enda behandling av OSA, som är effektiv, är viktminskning och CPAP-behandling.

Perioperativ rekommendation till patient med OSA

1. Viktminskning
2. Om patienten har en CPAP-maskin hemma SKA denna tas med till sjukhuset.

3. Ingen alkohol under dagarna innan operation och ingen sömnmedicinering kvällen innan.
4. Undvik premedicinering med bensodiazepiner eller opioider.
5. Utvärdera alltid luftvägen noggrant och förbered för en svår luftväg.
6. Anestesival:
 - I första hand lokalanestesi
 - Regional periferblockad
 - Spinal eller EDA
 - Generell anestesi

Peroperativt

Sedering med kortverkande preparat (propofol) kan användas i tillägg.

Om opioid används (även enstaka doser och även remifentanyl) så flyttas patienten upp i riskbedömning och chansen att skrivas hem från den postoperativa enheten minskar.

Generell anestesi:

- Överväg RSI
- Preoxygenera generöst och använd PEEP
- Intubera/extubera patienten med höjd huvudända
- OSA patienter har ökad risk för reflux/aspiration pga. ökat andningsarbete
- Reversera till TOF > 90 %

Postoperativt

- Patienten ska ej ligga platt på rygg. Höjd huvudända eller sidoläge.
- Använder patienten CPAP hemma bör man extubera direkt till CPAP
- Monitorering med POX, EKG, BT och vakenhet
- Patientens tid på postoperativ avdelning förlängs med 2 timmar jämfört med patienter utan OSA
- Om patienten får en sömnagné (POX < 90 % med ofri luftväg) förlängs postoperativa vårdtiden ytterligare 2

timmar. Om patienten får en andra apné stannar patienten kvar på postoperativa avdelningen över natten.

- Om patienten stannar över natten endast pga. sömnapné och för övrigt frisk, fortsatt övervakning med endast kontinuerlig POX.

STOP BANG – frågeformulär

1. SNARKNINGAR

Snarkar du högljutt?

2. TRÖTTHET

Är du ofta trött, utmattad eller sömning dagtid?

3. OBSERVERAT

Har någon observerat att du haft andningsuppehåll under sömn?

4. BLODTRYCK

Behandlas du för högt blodtryck?

5. BMI

> 35 kg/m²

6. ÅLDER

Över 50 år

7. Nackens omkrets

8. A) 41 cm kvinnor

9. B) 43 cm män

10. Kön

Man ?

Hög risk för OSA: 5 – 8 ”ja”

Måttlig risk: 3 – 4 ”ja”

Låg risk: 0 – 2 ”ja”

Riskbedömning vid operation av patient med OSA

Typ av kirurgi/anestesi	Grav OSA	Måttlig OSA	Mild OSA
Stor patientpåverkan - generell anestesi - övre luftvägskirurgi - laparotomi	IVA eller postop	Postop	Avdelning
Måttlig patientpåverkan - laparoskopisk bukkirurgi - höft/knäplastik	Postop	Postop eller avdelning	Avdelning
Liten patientpåverkan - lokalbedövning - perifer blockad - kirurgi på extremiteter - ytlig kirurgi	Avdelning eller hem	Hem	Hem

Utskrivning från postoperativ avdelning

- Om patient skrivs ut till avdelning görs det för att patienten anses klara sig själv med egen CPAP maskin. Övervakning med POX och tillsyn.
- Om patienten har komorbiditet (t.ex. ischemisk hjärtsjukdom, KOL, obesitas) höj vårdnivån.
- Om patienten har en välfungerande behandling med CPAP sedan tidigare OCH har med sig sin maskin, överväg att sänka vårdnivån ett steg.
- Om tveksamhet råder om vårdnivå, följ säkerhetsprincipen och höj en vårdnivå.
- Om patienten skrivs ut till hemmet ska detta göras i samråd med anestesilog och operatör.
- Om patienten ska smärt stillas med opioider så ska patienten ha provat detta under postoperativa vården utan tendenser till apnéer.
- Patienten ska rådas till att inte ta någon sömnmedicin eller alkohol kommande vecka.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesiklinik, Anestesi operation och intensivvård

Innehållsansvar: Zvonimir Nakic, (zvona1), Överläkare

Godkänd av: Martin Henricson, (marhe193), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9004-593667208-34

Version: 5.0

Giltig från: 2026-02-04

Giltig till: 2028-02-03