

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Giltig från: 2025-05-07

Innehållsansvar: Andreas Westerlind, (andwe1), Överläkare

Giltig till: 2027-05-06

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Revideringar i denna version

Ändringar är rödmarkerade.

Syfte

Rutinen syftar till att ge en enhetlig vård samt dokumentation baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat. Att systematisera och effektivisera omvårdnadsarbetet och säkerställa patientens vård och omhändertagande på ett optimalt sätt, samt att förebygga risker och tidigt identifiera brister. Samt underlätta introduktionen av nya medarbetare.

Ansvar

Medicinskt ansvarig sektionschef på enheten är tillsammans med vårdenhetschefen på enheten ansvarig för att rutinen är känd och följs.

Arbetsbeskrivning

BAKGRUND

Aneurysm är ett tillstånd där blodkärlen vidgas pga. försvagning av alla tre lagren av kärlväggen.



Genom aorta transporteras stora mängder blod. Eftersom blodtrycket i artärerna är högt kan en artär, som förlorat sin elasticitet och utvecklat en sjuklig vidgning, brista. Om ett aneurysm brister får man stora inre blödningar som kan orsaka svåra hjärnskador eller chocktillstånd, beroende på var blödningen inträffar. Det är ett livsfarligt tillstånd som kräver omedelbar sjukhusvård.

Orsak till aneurysm är onormal svaghet i det mellersta vägglagret:

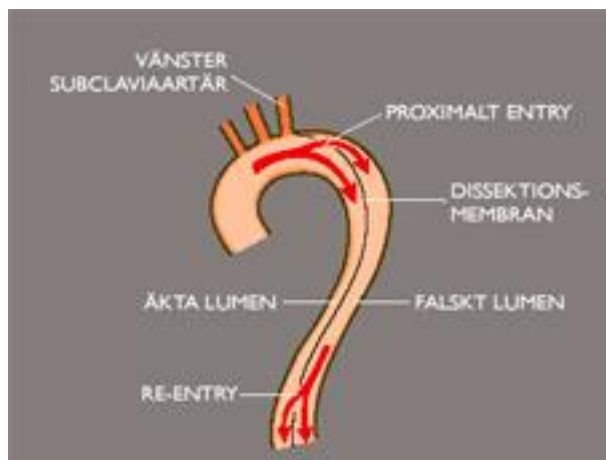
- Arterioskleros
- Icke inflammatorisk mediadegeneration tex Marfan, Ehler-Danlos
- Aorit, infektiös tex Syfilis icke infektiös tex Takayasu, RA, jättecellsarerit
- Trauma

Symptom saknas i de flesta fall. I de fall det förekommer kan ett thorakalt aneurysm ge symptom som smärta i bröstet, heshet och ihållande hosta. Eftersom många helt saknar symptom är det vanligt att ett aneurysm upptäcks i samband med andra undersökningar.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Behandling; ett aneurysm behandlas alltid om det finns risk att det skall brista. Den vanligaste behandlingen är kirurgi där man syr in ett graft av syntetmaterial som exkluderar aneurysmet. Stentgraftsbehandling är också en behandlingsmetod.

Dissektion är ett tillstånd då vävnadslagren i aortaväggen separeras, vilket gör att blod banar sig en väg mellan vägglagren parallellt med den normala blodströmmen i aorta.



Det huvudsakliga kännetecknet för aortadissektion är initialt en bristning i kärnväggens innersta lager. Denna bristning breder sedan ut sig till det mellersta lagret och orsakar en klyvning av aortaväggen, varvid en äkta och en falsk lumen skapas. Både den äkta och den falska lumen genomströmmas av blod i varierande grad. Komplikationerna av en aortadissektion kan antingen vara att blodflödet till njurar, lever, mjälte och ben minskar pga ett hämrat blodflöde i den äkta blodkanalen. Sprider sig kärnbristningen motströms kan den också skada aortaklaffen. Detta är direkt livshotande komplikation. En annan livshotande komplikation är att kärnväggen brister helt, pga att den försvagats genom klyvningen, med stora blödningar som följd. Det finns två olika typer av aortadissektion. Dissektionen i aorta ascendens kallas typ-A och dissektion i aorta descendens typ-B. Bägge typerna medför akuta besvär och hög dödlighet utan omedelbar behandling.

Orsak till dissektion är:

- samtliga tidigare nämnda till aneurysm samt
- Hypertoni (80%)
- Hereditet
- Graviditet

Aortadissektion är det vanligast förekommande akuta besväret på aortan. Det är 2-3 gånger så vanligt som ett aneurysm. Tre fjärdedelar av dissektionerna inträffar i åldern mellan 40-70 år. Män drabbas oftare än kvinnor. Dissektion i aorta ascendens är direkt livshotande med en dödlighet över 30 % inom det första dygnet, om tillståndet lämnas obehandlat.

Beroende på vilken utveckling kärnbristningen har får den drabbade olika symptom. Vanligt förekommande akuta symptom är dock plötslig svår huggande smärta i bröstet som strålar ut i ryggen. Diagnos av aortadissektionen kan ställas med hjälp av datortomografi och UCG.

Behandling vid typ-A dissektioner, i aorta ascendens; krävs ofta en akut operation för att undvika livshotande komplikationer. Under operationen sys ett graft av syntetmaterial, som exkluderar dissektionen, in i det skadade kärlet. Vid typ-B dissektioner, aorta descendens; kan en stor del av allvarliga komplikationer avvärras med blodtryckssänkande medicinering.

I övriga fall krävs operativt ingrepp eller stentgraftbehandling.

**SPECIELL
OMVÅRDNAD**

UCG, CT eller MR:

Behovet av UCG eller CT/MR är individuellt och ordinerar av operatör eller avdelningsläkare.

Som bas för fortsatt uppföljning ska alla patienter som opererats för dissektion göra CT aorta postoperativt. Göteborgspatienter gör CT aorta på SU och regionspatienter gör CT aorta på hemortssjukhuset.

Trombosprofylax och antikoagulation:

[Rutin Postoperativ trombosprofylax och antikoagulation.](#)

- **Alla** patienter som genomgått hjärtoperation skall ha trombosprofylax i form av Fragmin sc, dosering efter vikt.
- Patienter med mekanisk klaff har **livslång** Waranbehandling. För Waranbehandlade ges Fragmin tills PK-INR är över 1,8.
- Patienter med: -biologisk protes i aorta, biologisk compositegraft behöver **ej** Waranbehandlas men ska ha T. Trombyl 75 mg livslångt.
- Patienter som får **supracoronart graft** får Fragmin under vårdtiden, men behöver **ej** Waranbehandlas.

OBS!!!

Blodtryck, puls och saturation;

Dag 1 x 12

Dag 2 x 6

Därefter x 2

I övrigt efter behov.

Hos patienter med dissektion bör blodtrycket vara kontrollerat, d.v.s. ej över 120 mmHg systoliskt, om stabil urinproduktion kan upprätthållas. Detta gäller om patienten har kvarvarande dissektion, vilket ofta är fallet. OBS! Viktigt att blodtrycket mäts i samma arm.

Dokumentera i Melior

Patienter med aneurysm bör initialt ha maxtryck på 140 mmHg systoliskt.

Temp;

Tas x 2

I övrigt efter behov

Alla kontroller dokumenteras i patientens observationskurva.

Vid förhöjd temp >38,5 och vid frossa;

Blododla enl. [Rutin Blododling.](#)

Infektionsprover CRP och LPK.

Inspektera alla infarter och sår, odla vid misstanke om infektion.

Andningsfrekvens;

Räknas vid behov.

O2-behandling;

Dokumenteras på "Tiva blad" därefter i Melior.

Drän;

Mediastinala och/eller pleuradrän.

Dränvätskan mäts:

Dag 1 x 24

Därefter x 1 eller vid behov.

Dränen dras vanligtvis Dag 1 eller 2 av läkare eller delegerad sjuksköterska.

Efter drändragning, tvätta dränhålerna med Descutansvamp, sätt på steristrip och Mepilex Border. [Rutin Drändragning efter hjärtkirurgi.](#)

Pep-mask/ventil;

Utprovas av sjukgymnasten.

10 andetag + huffing X 3 varje vaken timma.

**OBSERVATION/
ÖVERVAKNING**

[Rutin Pep mask/munstycke](#)

CPAP- behandling;

Kan vara nödvändig vid atelektaser och postoperativ hjärtsvikt.
Ordineras av läkare. [Rutin CPAP.](#)

Inhalationsbehandling;

Sker på läkarordination [Rutin Inhalationsläkemedel.](#)
Inhalationskoppen sköljs ur varje gång innan påfyllning.

Morgonvikt;

Följs dagligen till dess att patienten når sin ursprungsvikt.

Vätskebalansräkning;

Önskad balans ordineras av läkaren på rondan.
Vätskelista förs efter behov.
Perspiratio räknas in i balansen. [Rutin Perspiratio.](#)
Dränvätska räknas också in i balansen.

Urinmätning;

Dag 1 x 24.
Fr.o.m. Dag 2 vid behov.
KAD avlägsnas så tidigt som möjligt, dock senast Dag 2.
Den dag som KAD dras mäts alltid urinen.
Patienten bör ha kissat inom 6 timmar, annars görs en bladderscan, och man bör överväga om patienten skall tappas eller om man skall sätta ny KAD.

Indikationer om KAD ska sitta kvar:

- Hjärtsvikt
- Njursvikt
- Sängbunden patient

Viktuppgång är inte en indikation på kvarsittande KAD.

Elimination:

Kontrollera att patienten har haft avföring. Ge Laxantia vid behov.

Hud;

Nylondränsuturer ut 12 dagar efter drändragning, sätt på Steristrip.

Agraffer tas v.a efter 12dagar och resterande efter 14dagar.

[Rutin Suturdragning.](#)

Operationsförband kontrolleras dagligen, vid behov: förstärk eller byt.

[Rutin Förbandsteknikoch skötselrutiner för sår samt operationssnitt.](#)

Dag 4 inspekteras opsnittet, oftast i samband med dusch.

Före dusch tvättas snitten med Descutan och Meporeförband sätts på.

Skriv in status i Melior sårjournal.

Pacemakerelektroder inspekteras också dagligen.

Infektion;

Odlå alla misstänkta sårinfektioner efter operation.

Följ Hb, LPK, TPK, proteiner och CRP x 2 per vecka (mån- och torsdag).

För sårjournal i Melior. [Rutin Riktlinjer för sårdocumentation i Melior.](#)

Nutrition;

[Rutin Nutrition.](#)

Munstatus;

Inspektion av patientens mun skall göras dagligen då risken för svamp är stor. Vid behov ges M. Mycostatin®

P-Glucos;

tas 30 minuter innan måltid på diabetiker. Patienter med Novorapid-infusion

tas P-Glucos enligt schema. [Rutin Novorapidinfusion](#)

Smärta;

Patienten skall ordineras kontinuerlig smärtlindring i adekvat dos, så att patientens smärta inte hämmar andning och aktivitet. Smärtskatta enl VAS samt utvärdera given analgetika. Ytterligare information

[Rutin Smärtbehandling med opioid-intravenöst PCA.](#)

Psykosocialt;

Det är inte ovanligt att patienten efter operationen blir nedstämd.

Viktigt att ge patienten tid för samtal. Vid behov kan kurator kopplas in.

ÖVRIGT

Utskrivningsplanering;

För Göteborgspatienter som är **över** 65 år och i behov av rehabilitering faxas remiss, för bedömning av geriatriker, till avd 603 som är en geriatrisk rehabiliteringsavdelning på Högsbo. Remissen skrivs och faxas av ansvarig sjuksköterska faxnr: 16 52 44.

De patienter som går till hemmet har 14 dagar öppen retur, till mottagningen

i första hand men de ska höra av sig innan de kan komma, under joutid och helger får de ringa till vårdavdelningen.

Eventuella undantag beslutas och dokumenteras i Melior av PAL eller avdelningsläkare.

Dagtid kan patient även ringa till thoraxmottagningen 342 16 66.

och övrig tid till vårdavdelningen.
Innan inläggning ska jouren vidtalas/konsulteras.

Efter 14 dagar kontakt med Kontaktpunkten tel 342 24 00.

Göteborgspatienter som Waranbehandlas och går direkt till hemmet skall anmälas till AK-mottagningen i samband med hemgång.

[AVK-behandling](#).

Remissen till AK-mottagningen skall fyllas i av läkare.

Remissen måste vara AK-mottagningen tillhanda senast kl. 14.00 för att handläggas samma dag.

Göteborgspatienter har möjlighet att vara med i "Kom i gång" grupp.

Sjukgymnasten sköter information och remisshantering. Startar cirka 2 veckor efter hemkomst.

Hjärtskola finns på respektive sjukhus: Mölndal, Sahlgrenska, Östra Sjukhuset. De patienter som tillhör Angered har sin hjärtskola på Östra Sjukhuset.

Patienter utanför Göteborgsområdet eftervårdas på hemortssjukhuset.

För beställning av transport; [Rutin Ambulans och sjuktransport](#).

Patienter som skrivs ut till hemmet beställs taxi från hemortskommunen.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Andreas Westerlind, (andwe1), Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-259

Version: 7.0

Giltig från: 2025-05-07

Giltig till: 2027-05-06