

Postoperativ omvårdnad efter lungkirurgi avd. 12-25

Förändringar sedan föregående version

Nytt dokument enligt ny mall.

Sammanfattning

Vi arbetar idag med ett samlat lungkoncept för patienter som opereras hos oss. Observera att för patienter som pulmectomeras så har de ett särskilt program då omvårdnaden skiljer sig. Utvecklingen går framåt idag görs operationer via VATS- video assisted thoracoscopic surgery eller RATS –robot assisted thoracoscopic surgery. Vi utför färre och färre ingrepp med thorakotomisnitt. Ingreppen kan vara segmentresektion kilresektion lobectomi pleurectomi m.fl.

Innehållsförteckning

Obligatorisk om fler än fem sidor i dokumentet.

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	1
Bakgrund och syfte	2
Förutsättningar.....	Error! Bookmark not defined.
Utförande.....	Error! Bookmark not defined.
Relaterad information	5
Arbetsgrupp	5
Källförteckning	4

Bakgrund och syfte

Postoperativ omvårdnad bedrivs idag på flera ställen inom sjukhuset samt i regionen därav detta dokument som syftar till att ge en enhetlig vård samt dokumentation baserad på kunskap, erfarenhet och forskningsresultat. För att säkerställa kvalitet, säkerhet och effektivisera vården beskriver vi den postoperativa omvårdnaden i dokumentet. Dokumentet är också till för att underlätta för nya medarbetare.

Avgränsningar

Målgrupp vårdpersonal som har hand om patienten postoperativt efter lungkirurgi.

Diagnosgrupper, patienter som genomgått lungkirurgi, med undantag för pulmectomerade patienter.

Förberedelser

Preoperativt tas patienten emot på mottagningen och skrivs in, alternativt inneliggande och de skrivs då in på avdelningen. Vi gör upp en preliminär plan med patienten, som dokumenteras i vårdplan i Melior. Postoperativt finns en checklista som kirurgen ska fylla i direkt på operation. På uppvak ska patienten få med sig till avdelningen ”patientens egen checklista”.

Uppvak är på tima alternativt tiva/operation

Sårjournal ska läggas upp på operation annars på uppvaket.

Kontroller

DAG o (operationsdagen) Puls, blodtryck, Pox, AF, blödning och luftläckage x 6 (v. 4:e timme)

Temp x 2 samt efter behov.

VAS i samband med övriga kontroller

PEP 10 x3 andetag varje vaken timma (obs! vid luftläckage ur drän ta bort utandingsmotståndet,)

Om patienten har TEDA görs teda kontroller varje pass och fylls i teda protokollet

Dokumentation, alla kontroller förs in på observationskontroll kurvan.

DAG 1 Puls, blodtryck, Pox, AF, ev. vätska ur drän om de är kvar, och luftläckage x3 (en gång per pass)

Temp x 2 samt efter behov

VAS i samband med övriga kontroller

PEP 10 x3 andetag varje vaken timma (obs! vid luftläckage ur drän ta bort utandingsmotståndet).

Om patienten har TEDA görs teda kontroller varje pass och fylls i teda protokollet.

Blodprover morgonen dag 1 blodstatus, el och leverstatus. Därefter prover vb.

Dokumentation alla kontroller förs in på observationskontroll kurvan.

Speciell omvårdnad:

Dränbehandling - drändragning ordinerar alltid av läkare, se vidare under Dränrutin.

Trombosprofylax- under hela dränagebehandlingen och tills patienten är mobiliserad ges inj. Fragmin enligt läkarordination (minst 5 dagar). Går patienten hem tidigare skickar vi med dem resterande hem.

Vätskemätning- Dag 0 tills urinobs avslutad. Om patienten har KAD tills den är avvecklade. OBS till skillnad från hjärtopererade med hjärt-lungmaskin, så har lungopererade patienter ofta ett vätske underskott (peroperativa vätskeförluster samt drämförluster (empyem inte sällan feber). Vätskeunderskottet bör kompenseras per os i första hand därefter parenteralt. Kontroll av vätske intag görs i samband med övriga kontroller. Munstatus- bör övervakas, risk för svampbeläggning

Vikt- om vårdtid över 5 dagar tas vikt måndag och torsdagar. Obs för nutrition och ev. behov av att upprätta plan för nutrition samt kcalregistrering.

Dokumentation- om vårdtid över 7 dagar skrivs omvårdnadsstatus.

Telemetriövervakning- endast vb. (obs alltid uppkopplade efter en

pulmectomi).

Elimination- Om ej KAD satt på op,(operationer som beräknas ta mindre än 2 timmar undviker vi KAD sättning) bladderscan på uppvaket. Tappning av urin ska utföras vid urinvolym >500 ml och om patienten inte kan tömma blåsan spontant. Urinobs på avdelningen enligt rutin.

Patienten bör ha kissat inom 6 timmar postoperativt, urinretention kontrolleras med bladderscan och ev, åtgärd (urintappning). Dokumentera i Melior.

Om patienten fått KAD och mobiliserats kan den dras dag 1. Obs om patienten har TEDA kan vi överväga att ha kad kvar ytterligare ett dygn R/T anamnes mobilisering och mängd per timme den går med.

Magen – stor risk för förstoppning. Patienter står på Movicol 1 pkt x2/dag.

Viktigt att patient kan tillgodose sig vätska för att uppnå effekt, bukstatus varje

Pass, dokumenteras i Melior. om patienten inte tolererar Movicol kan

Laxoberaldroppar ges. Vi kan också komplettera med katrinplommondryck.

OBS Laxoberaldroppar ska ges oavsett från Dag 3 om patient ej

skött magen, 7–10 droppar. Komplettera med Primperan iv, (fungerar som tarmstimulerande) obs på kreatinivärde innan.

Sårjournal- operationsförband samt dränhål inspekteras dagligen. Dusch dag 4 med förband och därefter tvättas snittet med klorhexidinlösning 2% och läggs om med Mepore. Om patienten gått hem tidigare ges muntlig och skriftlig information om förfarandet. De kan då duscha dag 4 med förband därefter tvättas med tvål och vatten och därefter förband över om agraffer suturer eller om skorpa finns.

Smärta- Grundsmärtlindring vid lungkirurgi:

1 g Alvedon x3, ett gram extra vb nattetid.

Tablett Oxycontin.

Kapsel oxynorm vb

Kapsel Celebra obs ej vid njurinsufficiens och ej till patienter om genom gått kirurgi för pneumothorax.

Tablett Catapresan vb obs ej om blodtryck systoliskt är under 100 mmHg.

Vid TEDA behandling

Utskrivning

Patienten går oftast direkt hem. Vissa patienter som opererats för empyem eller har komplikationer och som har annat hemsjukhus än SU, kan bli transporterade tillbaka dit när operatör ok detta. Patienter som går direkt skall få med sig.

1. Hemgångsbroschyr för lungopererade och samtal så att de vet vad de ska observera den närmaste tiden hemma, och att de vet vart de ska vända sig vid behov.
2. Distriktssjuksköterskeremiss för borttagande av sutur/agraffer
3. Information om snitt skötsel
4. Utskrivningssamtal läkare, med recept ev. sjukskrivning mm.
5. Läkemedelsberättelse
6. Fragminsprutor (upp till 5 dagar postoperativt)

Vid utskrivning ska slutanteckning av sjuksköterska göras. Patienter som skrivs ut till hemmet har "öppen retur" till avdelningen vid problem som är relaterade till operationen. Dagtid vardagar ringer de till vår mottagning övrig tid direkt till avdelningen. Göteborgspatienter som behöver ytterligare rehabilitering och är över 65 år kan remiss till geriatrik rehab skrivas, alternativt att vi med patientens tillåtelse skriver in i SAMSA.

Övrig uppföljning sker som regel ho in remitterande enhet, som ska meddelas med epikriskopia och önskemål om uppföljning.

Patient som skickas till hemsjukhus sedvanlig utskrivning och dokumentation ska medfölja patienten.

I vissa fall sker återbesök till ansvarig kirurg, när detta önskas ska operatören meddela detta och samordnare ordnar då tid på thoraxmottagningen.

Relaterad information

[Dränbehandling på Thorax.docx](#)

[Drändragning efter lungkirurgi på avd 12-25.docx](#)

Arbetsgrupp

Thoraxkirurg

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Thorax och kardiologi

Innehållsansvar: Maya Landenhed Smith, (maysm1),
Överläkare

Godkänd av: Kristofer Skoglund, (krisk3), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9777-819499373-548

Version: 2.0

Giltig från: 2025-10-29

Giltig till: 2027-10-29