

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad
Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare
Granskad av: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-27

Giltig till: 2028-03-22

Hypofysnära kirurgi Postoperativ vård

Revideringar i denna version

251216 Höjd huvudända 20-30 grader.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner av patienter som genomgått hypofysnära kirurgi.

Arbetsbeskrivning

Eventuella komplikationer

Diabetes insipidus – oförmåga att koncentrera urinen på grund av nedsatt ADH-insöndring efter operation

Störd vätskebalans och elektrolytrubbningar

Intrakraniell blödning/stroke

Näsblödning

Försämrad syn

Kontroller/åtgärder

- Neurologiska kontroller görs enligt specifik kontrollista ”Neurologiska kontroller”. Kontroller tas var 15:e minut de 4 första timmarna, därefter var 30:e minut i 2 timmar, därefter 1 gång/timme.
- Förändringar i neurologiskt status, försämrad vakenhet, pupiller med trög eller ingen reaktion ska genast rapporteras till ansvarig narkosläkare och neurokirurgjour.
- Temperatur följs. Om patienten har feber och inte är insatt på Solu-Cortef iv kan patienten behöva kortison. Kontakta ansvarig neurokirurg för ordination.

Diures

Urinmängd ska följas kontinuerligt, helst timdiures.

Vid stora urinmängder (>125 - 150 ml/timme) ersätt med vätska iv i första hand. Om fortsatt stora urinmängder bör ansvarig neurokirurg eller endokrinolog ta ställning till Minirin-behandling. Minirin skall dock aldrig ges utan att kontrollera specifik vikt, U-Na, U-K, U-osmolalitet, S-osmolalitet och blodgas innan.

Vätskebalans +/-0 eftersträvas.

Stor försiktighet med diuretika till dessa patienter.

Nutrition

Patienten svälter till morgonen efter (minst 12 timmar postop). Får dricka lite vatten för att svälja mediciner.

Specifik provtagning

Täta blodgaser för elektrolytkontroll, minst var 12:e timme.

Specifik vikt (mått på urinens densitet), U-Na, U-K, U-osmolalitet, S-osmolalitet tas enligt ovan vid misstanke om diabetes insipidus.

Mobilisering / Läge

Patienten ska ha höjd huvudända 20-30 grader. Mobilisering enligt neurokirurg.

Specifikt vid de olika operationsteknikerna

Postoperativt –specifikt vid transsphenoidal operation

Patienten är oftast mycket täppt i näsan, ska dock INTE få näsdroppar eller dylikt. Oftast lämpligast med O2-behandling på mask, brukar vara ordinerat från narkos. Det rinner ofta blodtillblandad vätska från näsan, observans på att det kan vara likvorläckage. Patienten får INTE snyta sig. Om det rinner blod, kontakta ansvarig neurokirurg.

Postoperativt –specifikt vid transkraniell operation (via kraniotomi)

Kontroller på vakenhet såsom vid andra intrakraniella operationer. Patienten kan svullna upp över ögonen.

Postoperativ vårdtid

Postoperativ övervakning över natt. Övervakning kan vanligtvis ske på NUVA eller avd 10/23 om stabila vitala parametrar.

Relaterad information

[KPN-kortvak \(Kriteriebaserad Postoperativ vård vid Neurokirurgi\)](#)

[Hypofystumörer](#)

Granskare/arbetsgrupp

Erika Wanne Instruktor PIVA och Postop, AnOpIVA Omr 5 SU

Jonas Grevsten Överläkare AnOpIva Omr 5, SU

Thomas Skoglund Överläkare, Neurosjukvård Omr 6 SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Postoperativ vård Sahlgrenska,
Neurointensivvårdsavdelning, Central intensivvårdsavdelning,
Avdelning 95B postoperativ vård, Avdelning 95A postoperativ
vård, Avdelning 22 postoperativ intensivvård

Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Granskad av: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1116

Version: 6.0

Giltig från: 2025-12-27

Giltig till: 2028-03-22