

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: 2025-09-17

Giltig till: 2027-12-17

Osteotomi kotresektion lumbalt-thorakalt Postoperativ vård

Revidering i denna version

250916 Förtydligande gällande postoperativa kontroller.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått osteotomi kotresektion lumbalt-thorakalt.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Kotpelaren delas med uttagning av en kil alternativt borttagning av hela kotan vid de ovanliga fall då det rör sig om en primär skelettumör. Fixering med stag. Ingreppet kan utföras med både främre och bakre metod. Vid främre ingrepp utförs ibland thoracotomi.

Pre-och perop

Patienten får i regel artärnål, CVK och ev transfusions-CVK. Ibland används cellsaver och ev Cardiac Outputmätning.

Komplikationer

Stort ingrepp med risk för betydande blödning. Hematom i operationsområdet kan ge neurologisk påverkan i benen. Bukläge under operationen kan ge plexuspåverkan i övre extremiteten.

Smärtproblematik. Dessa patienter har större risk för peroperativ nervskada än andra ryggpatienter. De skall ej ha EDA för att man snabbare och säkrare skall kunna upptäcka sådan skada.

Kontroller/Åtgärder

- Kontrollera och dokumentera motorik och känsel i armar och ben direkt postoperativt. Därefter kontrolleras motorik och känsel var 3:e timme.
- Kontrollera extensionsförmåga i fötter, kramförmåga i händer och sensibilitet i perineum/ridbyxområdet.
- Var uppmärksam på pirrningar, domningar, känselbortfall samt oförmåga att röra armar och ben.
- Dokumentera på specifik kontrollista ”Ryggkirurgi postoperativa kontroller”. Om invändningsfria kontroller kan de glesas ut.
- Vid avvikelse skall operatör eller ryggbakjour kontaktas. (OBS ta reda på ev bortfall preoperativt, om oförändrat eller bättre, ingen åtgärd)

Särskilda ordinationer

Lungröntgen vid thorakalt ingrepp.

Specifik provtagning

Op dag: Blodgas. Vid stor peroperativ blödning tas TPK, APTT, PK, Fibrinogen och TEG.

Postop dag 1: Blodgas, Krea, leverstatus, PK, APTT, CRP, LPK och TPK.

Smärtlindring

Ej EDA eller intrathecal smärtlindring, se komplikationer.

PCA startas vid behov postoperativt för att möta smärtlindringsbehov vid full mobilisering.

Paracetamol och Oxiconon. Bekräfta alltid med operatör innan eventuell engångsdos NSAID.

Antibiotikaproylax

Vanligen inj Cloxacillin och Bensyl-pc x 3 iv första dygnet. Se läkemedelsmodul i Melior.

Trombosproylax

Vanligen inj Fragmin sc. Se läkemedelsmodul i Melior.

Vätskebehandling

Kan vara volymkrävande pga stor peroperativ blödning. Drän dras på vårdavdelning.

Mobilisering

Ordineras av operatör. Patienten får i regel röra sig fritt i sängen, men behöver vanligen hjälp av en eller flera personer. Patienten bör ha kuddar under knän bilateralt för att avlasta ryggen och därmed uppleva mindre smärta. Patienten behöver inte mobiliseras till stående på postoperativ avdelning.

Postoperativ vårdtid

Är i behov av postoperativ övervakning första natten.

Relaterad information

[Ryggkirurgi stor - anestesirutin](#)

Granskare/arbetsgrupp

Catharina Parai Överläkare Ortopedi, Omr 3, SU

Erika Wanne Instruktör PIVA och Postop, AnOpIva, Omr 5, SU

Jonas Grevsten Överläkare AnOpIva, Omr 5, 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: SU9805-1593997-1311

Version: 6.0

Giltig från: 2025-09-17

Giltig till: 2027-12-17