

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: 2025-03-28

Giltig till: 2027-06-28

Spinalstenos lumbalt utan fusion-fixation

Postoperativ vård

Revidering i denna version

250325 Förtydligande av bakgrund, komplikationer och kontroller/åtgärder.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patient som genomgått lumbal dekompression utan fusion-fixation.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Spinal stenos innebär en försnävning av spinalkanalen. I spinalkanalen på längdryggsnivå löper perifera nerver. Dessa ligger omslutna av en hinna som omsluter nerverna med ryggmärgsvätska (likvor). Av olika degenerativa skäl kan spinalkanalen bli knotig och trång, vilket kan ge handikappande nervsymptom ner i benen. Denna problematik kan avhjälpas genom en dekompression, vilket innebär att man kirurgiskt avlägsnar delar av kotbågarna och ligament baktill så att mer plats skapas för nerverna. Inte sällan görs detta på flera nivåer under samma kirurgiska tillfälle. Som regel får dessa patienter ett dränage för att avleda blod under det första dygnet i syfte att minska risken för en blödning i såret som ger ett nytt tryck på nervrötterna.

Preop

Patienten bör ha fått sin ordinarie analgetika preoperativt. Preoperativt neurologiskt status ska vara dokumenterat.

Komplikationer

Man bör vara observant på en postoperativ blödning i operationsområdet, som kan ge neurologisk påverkan i benen, vilket beror på ett fysiskt tryck av blödning mot

nerverna. Patienten ligger som regel i bukläge under operationen. Armarna läggs då i en dykposition, vilket i sällsynta fall kan ge plexuspåverkan i övre extremiteter, vilket man på postop bör vara observant på och meddela berörd kirurg eller jour vid upptäckt.

Kontroller/Åtgärder

- Kontrollera och dokumentera motorik och känsel i armar och ben direkt postoperativt. Därefter kontrolleras motorik och känsel i benen var 3:e timme.
- Kontrollera extensions- och flexionsförmåga i fotleder, kramförmåga i händer och sensibilitet i perineum/ridbyxområdet.
- Var uppmärksam på pirningar, domningar, känselbortfall samt oförmåga att röra armar och ben.
- Dokumentera på specifik kontrollista ”Ryggkirurgi postoperativa kontroller”. Om användningsfria 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).

Specifik provtagning

Hb och ev blodgas.

Smärtlindring

Lokalanestesi i såret. Oxikodon iv och Paracetamol. NSAID går bra. Återinsätts på sin ordinarie perorala analgetika så snart som möjligt.

Antibiotikaproylax

Vanligen ges Cloxacillin iv i ett dygn. Ska ordineras av kirurg och dokumenteras i läkemedelsmodul Melior.

Trombosproylax

Vanligen ingen proylax. Ska ordineras av kirurg och dokumenteras i läkemedelsmodul i Melior.

Vätskebehandling

Får äta och dricka så snart tillståndet tillåter.

Mobilisering

Fri mobilisering, endast patientens smärta begränsar mobiliseringen.

Postoperativ vårdtid

Patienten är vanligen i behov av kort uppvak.

Granskare/arbetsgrupp

Erika Wanne Instruktor PIVA 22 och Postop 95, AnOpIva Omr 5 SU

Jesper Hallsten Specialistläkare Ortopedi, Omr 3, SU

John Hutchins Specialistläkare Ortopedi, Omr 3, 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: SU9805-1593997-1499

Version: 6.0

Giltig från: 2025-03-28

Giltig till: 2027-06-28