

Gäller för: Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska,
Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska
Innehållsansvar: Alexandru Ilie, (aleil1), Överläkare
Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-12-17

Giltig till: 2027-12-17

Veno-venös bypass

Revideringar i denna version

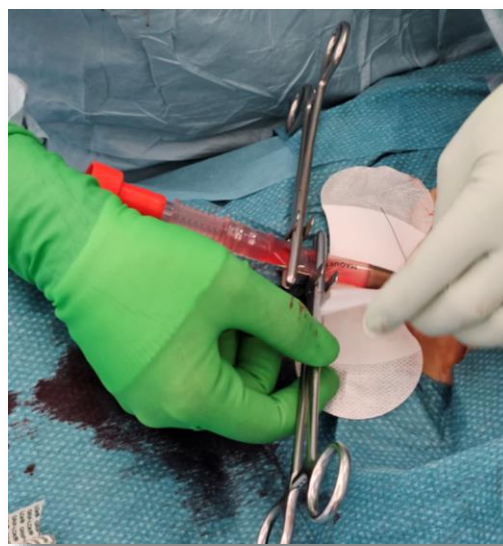
Flera alternativa kärl tillagda för att passa olika ingrepp. Bilder som illustrerar utförandet.

Arbetsbeskrivning

Veno-venös bypass kräver kanylering av v. femoralis och v. jugularis interna alt. v. axillaris med grova katetrar efter att patienten tvättats och klätts inför kirurgi. Vilken sida som katetrarna ska sitta på avgörs beroende på ingreppets art. Bakjournskompetent anestesilog utför kanyleringen tillsammans med erfaren operationssjuksköterska.

Använd v. jugularis interna/v. axillaris (kateterstorlek 15 Fr) och v. femoralis (kateterstorlek 17 Fr) för inläggning. Om v. jugularis interna/v. axillaris är ockluderade är andrahandsvalet v. subclavia.

1. Använd ultraljud, och om det är svårigheter vid inläggningen, kan röntgenläkare tillkallas för assistans med punktion och inläggning. Vid dilatation får dilatatorn bara stickas någon centimeter in i kärlet. Kolla att ledaren flyter fritt vid varje dilatation och observera att ledaren är väldigt lång så att man för den inte allt för långt in. Backflödet skall vara helt invändningsfritt när katetern är på plats. Sätt 2 peanger mot varandra för att hindra backflöde eller luft att komma in i cirkulationen, se bild t.h.



- Om patienten har TEDA bör koksaltlösning användas vid genomspolning av katetrarna under inläggning, annars kan heparinkoksalt 10E/ml användas. I slutet läggs dock alltid 15ml av heparinlös (heparinlösning 10 IE/ml) i v. femoralis katetern. Kateterläge kontrolleras med genomlysning och kontrast (heparinlösning aspireras om lagd före röntgenkontroll för att sedan återinläggas). I kanylen som läggs i v. jugularis kopplas spoldropp (RA) i sidokanal när katetern är på plats alternativt heparinlösning som i femoralis och stängt för droppet. Till den kopplas mellanstycke (med röda proppar på ändarna).
- Varje kateter fixeras noggrant med "thoraxdränsutur" och med speciellt kardborreförband



- Kateterläget skall röntgenkontrolleras med kontrast och detta skall ske i närvaro av radiolog. Remiss får skrivas i remiss (undersöknings nr. 38303, kateterläge på op). Ring röntgen och förvarna radiolog i god tid.

Telefon dagtid 28772 (7.30–16) jourtid 27150. Vid minsta tveksamhet om läget eller funktionen, får katetern inte användas. Låt den då sitta kvar under operationen. Dragning av felplacerad supradiafragmatisk kateter görs med beredskap för thorakotomi, efter att operationen är slut.

Vid start och avslut av veno-venös bypass, skall narkosläkare alltid vara på salen, men hög närvaro bör även eftersträvas under hela VV-bypass förloppet. Enklast/snabbast är att kirurgerna drar femoralis katetern och suturerar i ljumsken vid operationens slut. Narkosläkaren drar den supradiafragmatiska katetern, komprimerar och knyter "thoraxdränsuturen"

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Anestesi 1 och 2 Sahlgrenska, Operation 1 och 8 Sahlgrenska, Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

Innehållsansvar: Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare

Granskad av: Alexandru Ille, (aleil1), Överläkare, Johan Teandersson, (johte5), Instruktör

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1661

Version: 14.0

Giltig från: 2025-12-17

Giltig till: 2027-12-17