

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

Giltig från: 2025-04-15

Giltig till: 2027-05-31

Öppen kirurgi för bukaortaaneurysm

Postoperativ vård

Revideringar i denna version

250328 Förtydligande av postoperativa kontroller och särskilda ordinationer, inkl förtydligande gällande varför Modifierad Bromage ska kontrolleras. Information om spinaldränage borttaget. Byte av titel från Aortakirurgi öppen elektiv Postoperativ vård.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått öppen elektiv bukaortakirurgi.

Bakgrund

Ingreppet innebär elektiv kirurgisk åtgärd av bukaortaaneurysm genom öppen teknik (laparotomi), där endovaskulär åtgärd bedöms som mindre gynnsam utifrån patientens anatomi, ålder och samsjuklighet. Vid operationen tas vanligtvis den vidgade delen av aortan bort och ersätts med ett kärlgraft.

Arbetsbeskrivning

Preoperativt

Patienten är i behov av artärkateter i arteria radialis samt CVK och EDA (inläggning om möjligt dagen innan operation).

Komplikationer

Blödning, respiratorisk svikt, njursvikt, tromboemboliska komplikationer som kan orsaka ischemi i nedre extremiteter och mesenterial kärl samt delirium. Patienter som genomgår operationen är ofta hjärt-kärlsjuka och har en förhöjd risk att drabbas av kardiovaskulära komplikationer såsom hjärtinfarkt och stroke.

Kontroller/åtgärder

- Viss risk för postoperativ blödning föreligger efter öppen aortakirurgi. Därav viktigt med noggrann postoperativa övervakning av cirkulationen. Viktigt att kontrollera Hb, se specifik provtagning. Kontakta operatör eller kärlkirurg direkt vid tecken till cirkulationspåverkan som misstänks vara orsakad av blödning.
- Följ timdiures.
- Kontrollera värme/hudtemperatur, färg, palpabel puls, doppler/flödesljud, kapillär återfyllnad samt Modifierad Bromage 0–3 (motorik ben). Om patienten uppvisar tilltagande muskelsvaghet i benen, känselbortfall eller klagar på ryggsmärtor kontaktas omedelbart ansvarig anestesilog och kärlkirurg.
- Genomförs 1 gång/timme eller enligt operatörens önskemål.
- Operatör markerar var palpabel puls känns eller var flödesljud hörs. Har patienten haft palpabel puls vid avslut av operation ska patienten ha det vid de fortsatta kontrollerna. Om palpabel puls behöver inte flödesljud kontrolleras med doppler.
- Dokumentera på särskild kontrollista ”Aortakirurgi postoperativa kontroller”.
- Vid avvikelse skall operatör kontaktas (kärlkirurg).

Särskilda ordinationer

- Hb>100 g/L
- BT-systoliskt <160mmHg för att inte öka risk för blödning från nygjorda anastomoser.
- Särskild hänsyn gällande gränser för blodtryck tas till coronarsjuka patienter. Individuell bedömning.
- MAP för att uppnå diuresmål 0,5–1,0 ml/kg/h.
- Kontroll av Modifierad Bromage. Tromboemboliska komplikationer kan orsaka ischemi i nedre extremiteter, vilket kan leda till neurologiska symtom, se ovan. Risk för spinal ischemi är ovanligt vid öppen kirurgi vid enbart bukaorta.

Specifik provtagning

Op dag: Blodgas med Hb och laktat, minst 3 och 6 timmar postop

Postoperativt dag 1: Blodgas med laktat, LPK, TPK, PK, APTT, CRP, Kreatinin och Leverstatus.

Smärtlindring

Patienten bör ha EDA om inga kontraindikationer föreligger.

Utvärdera EDA:n preoperativt om möjligt, vid ankomst till post op och inför utskrivning till kirurgisk avdelning.

Paracetamol och oxykodon vb.

Om EDA ej är möjlig överväg PCA med oxykodon eller morfin.

NSAID undvikes på grund av risk för njursvikt.

Antibiotikaprofylax

Vanligtvis ges inj Cloxacillin 2g iv, 30 min preop, efter 2 h och efter 8 h. Därefter avslutas profylax. Vid pc allergi ges inj Dalacin 600 mg x 3 iv. Enligt kirurgordination, se läkemedelsmodul i Melior.

Trombosprofylax

Vanligtvis ges inj Fragmin 5000 IE sc 6 h postoperativt. Enligt kirurgordination, se läkemedelsmodul i Melior.

Vätskebehandling

Eftersträva euvolemi perioperativt och postoperativt. Diuresmål: 0.5-1ml/kg/h. Daglig vikt. Fasta postoperativt på operationsdagen. Klar dryck dagen efter operationen vid okomplicerat förlopp.

Mobilisering

Sängläge i 6 timmar. Gärna höjd huvudända 30 grader för att minska risk för respiratoriska komplikationer. Mobilisering till sittande på sängkant efter 6 timmar. Fri mobilisering dagen efter operationen.

Postoperativ vårdtid

Patienten är i behov av postoperativ övervakning under den första natten. Rondas av ansvarig narkosläkare innan utskrivning till vårdavdelning. Utskrivningskriterier ska vara uppfyllda innan utskrivning till vårdavdelning. Det är viktigt att patienten har välfungerande smärtlindring, tillfredställande blodtryck och bevarad diures.

Relaterad information

Powell J T, Sweeting M J, Ulug P et al, Meta-analysis of individual patient from EVAR -1, DREAM, OVER and ACE trials comparing outcomes of endovascular or open repair for abdominal aortic aneurysm over 5 years. BJS 2017; 104: 166-178.

Guay J, KoppS. Epidural pain relief versus systemic opioid-based pain relief for abdominal aortic surgery. Cochrane Database of Systemic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.:CD005059.

Wanhainen A, Verzini F, Van Herzele I et al. Editors Chioce- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019 Clinical Practice Guidelines on the management of Aorto-iliac Artery Aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2019; 57: 8-93.

Granskare/arbetsgrupp

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

Jonas Grevsten Överläkare AnOpIVA, Omr 5 SU

Kristian Smidfelt Överläkare kärkirurgi, Omr 5 SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

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

Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-1682

Version: 5.0

Giltig från: 2025-04-15

Giltig till: 2027-05-31