

Postoperativ vård vid axel- och humerusingrepp med axelprotes och osteosyntes (märgspikning, plattfixation och skruvar)

Förändringar sedan föregående version

Ingen förändring i texten, endast ändrat datum.

Bakgrund och syfte

Standardisera ortopediska postoperativa rutiner för säkrare patientvård.

Orsaker till axel-/humerusoperation kan vara: artros, reumatism samt axel-/humerusfraktur. Ortopediska ingrepp som utförs då är:

1. Axelprotes – cementerad eller ocementerad

- a) Anatomisk totalprotes – liknar kroppens normala anatomi och ersätter de utslitna ledytorna med protesdelar.
- b) Anatomisk halvprotes – ersätter den förstörda ledytan endast på humerus och förutsätter att ledskålen i skulderbladet inte är försliten. Halvprotes används väldigt sällan nuförtiden.
- c) Omvänd totalprotes – som namnet säger byter ledkomponenterna plats med varandra; ledkulan sätts fast på skulderbladet och ledskålen på överarmen. Används ofta vid komplicerade tillstånd som stora bendefekter eller frakturer eller när axelns småmuskler (rotatorkuffen) är dåliga eller saknas. De äldre patienterna med frakturer får i stort sett alltid en omvänd frakturprotes. (Dessa patienter faller under begreppet ”fragila patienter” och påminner om höftfrakturpatienterna.)

2. Osteosyntes – stabilisering av axel-/humerusfraktur och utförs med märgspikning, plattfixation eller skruvar.

Utförande

Perioperativt

Interscalen plexusblockad, vanligen i generell anestesi. Patientens position under operation är halvsittande (beach chair) vilket medför påtaglig risk för hypotoni, särskilt hos äldre patienter. Därför har de flesta patienterna artärnål och noradrenalininfusion under operation och fortsättningsvis ett tag på postop.

I undantagsfall kan man överväga att operera en vaken patient med plexusanestesi. Exempelvis vid multistjuka patienter eller mycket svåra luftvägar, kan operation utföras endast i plexusblockad och sedation, efter överenskommelse med operatören.

Postoperativt

- a) Basal övervakning
Eventuella målrelaterade ordinationer avseende Hb, blodtryck, b-glukos
- b) Smärtlindring
De flesta patienter får i första hand plexusblockad som vanligtvis kompletteras med Paracetamol samt Oxiconon och/eller NSAID (Eterocoxib alt Dynastat).
- c) Antibiotikaproylax på postop – enligt Meliors läkemedelsmodul
Alla axeloperationer får engångsdos med dubbla antibiotika, helst 30 minuter före operationsstart i form av Cloxacillin 2 g + Bensyl PC 4 g. Vid PC-allergi ges Klindamycin 600 mg x 1 eller Klindamycin 600 mg x 3 enl. protesschema. Vid protes ges dubbla antibiotika 3 gånger enl. protesschema.
- d) Trombosproylax på postop – enligt Meliors läkemedelsmodul
Om operationen tar längre tid än 3 timmar eller om det finns riskfaktorer för trombos, bör Fragmin ges i 10 dagar.
- e) Patientläge / mobilisering
Alla patienter som opererats med axelgrepp får ett axelförband för att smärtlindra och för att hjälpa patienten att skydda armen vid plexusanestesi. Patienter som opererats i axlarna är generellt stabilt fixerade och så länge armen ligger i axelförband och armen inte lyfts ut ifrån kroppen mer än ett par decimeter är risken liten att något oönskat händer. Att trä på kläder på den nyopererade armen rekommenderas *inte*.

Eventuella komplikationer

Blödning (arteriell / venös) - ovanligt:

1. Kontrollera distalstatus (färg, värme och puls).
2. Kontrollera och förstärk förband. Byte av förband endast om det är mättat eller om det finns risk för läckage. Aseptik vid förbandsbyte.
3. Kontakta operatören.

Illamående (Frekvent komplikation efter narkos)

Ge sedvanliga antiemetiska läkemedel enligt rutin och kontakta narkosläkaren.

Blockadsläpp

Om plexusblockad släpper tidigt, medan patienten är kvar på postop, kontakta narkosläkaren för bedömning om eventuellt ny blockad.

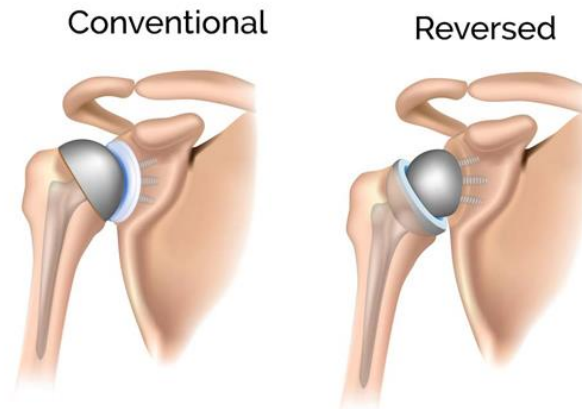
Plexusbiverkningar

- Ipsilateral frenikusparens (halvsidig diafragma-pares) inträffar i princip i 100 % av fallen. Ger ca 20–25% sänkt lungfunktion men har ingen klinisk betydelse för lungfriska patienter. Kan däremot ge andningssvårigheter hos patienter med svår lungsjukdom som redan har sänkt lungkapacitet, svår KOL etc. varför interscalenblockad är kontraindicerat vid svår andningspåverkan eller preoperativ nervpåverkan på den kontralaterala sidan. Kontakta narkosläkare vid andningssvårighet.
Bedövning av ipsilateralt stämband (heshet) och Horners syndrom (ögonlockptosis) på samma sida där blockaden är lagd.
- Pneumothorax – ovanligt men det har förekommit.

Dessa biverkningar är övergående efter att blockaden släpper.

Postoperativ vårdtid

Minst två timmar.



Granskare/arbetsgrupp

Martin Paulsson, Ortopedimottagningen Mölndal

Arbetsgrupp för postoperativa rutiner.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet An-Op-IVA Mölndal

Innehållsansvar: Dragana Sesevic, (drama), Överläkare

Godkänd av: Karin Löwhagen, (karer20), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9805-1593997-2268

Version: 2.0

Giltig från: 2024-11-24

Giltig till: 2026-11-18