

Gäller för: Flera enheter - se eftersättsblad

Innehållsansvar: Jonas Grevsten, (jongu5), Överläkare

Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-14

Giltig till: 2026-06-05

Bakre ryggkirurgi med fusion-fixation

Postoperativ vård

Revidering i denna version

240318 Förändring av titel och syfte. ”Dekompression thorakal-lumbal med fusion-fixation” ändrats till ”Bakre ryggkirurgi med fusion-fixation”. Förtydligande av kontroller/åtgärder.

230131 Förtydligande av syfte och postoperativ vårdtid.

201214 Postoperativ vårdtid uppdaterad.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått bakre ryggkirurgi med fusion-fixation.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Innebär dekompression och fusion/fixation med instrument och ev bentransplantat. Utförs vid spinal stenosis, reumatoid artrit med instabilitet samt spondylolistes, skelettmetastaser, kotfraktur. Neurologiskt bortfall kan föreligga preoperativt.

Preoperativt

Patienten bör ha fått sin ordinarie dos analgetika. Patienten är i behov av artärnål och CVK övervägs vid tumörryggar, frakturer och stora ingrepp. Preoperativt status ska vara dokumenterat.

Komplikationer

Blödning i operationsområdet kan ge neurologisk påverkan i benen.
Bukläge under operationen kan ge plexuspåverkan i övre extremiteten.
Smärtproblematik.

Kontroller /åtgärder

Kontrollera och dokumentera motorik och känsel i armar. Kontrollera extensionsförmåga i fötter, kramförmåga i händer och sensibilitet i perineum/ridbyxområdet. Var uppmärksam på pinnningar, domningar, känselbortfall och oförmåga att röra armar och ben. Detta kontrolleras direkt postoperativt. Därefter genomförs kontroller var 3:e timme. Om invändningsfria kontroller kan de glesas ut. Vid avvikelse ska operatör kontaktas.

Dokumentera på specifik kontrollista ”Ryggkirurgi postoperativa kontroller” vid förväntad vårdtid > 3 timmar.

Dränage till crista ska alltid vara passivt.

Specifik provtagning

Blodgas tas, för övrigt individuellt beroende på patientens eventuella grundsjukdomar.

Smärtlindring

Vanligen lokalanestetika i såret. Behandling med Paracetamol och Oxikodon. PCA startas postoperativt vid behov för att möta smärtlindringsbehov vid full mobilisering på vårdavdelning. Bekräfta alltid med operatör innan eventuell engångsdos NSAID. Återinsätt ordinarie, perorala, analgetika så snart som möjligt.

Antibiotikaprofylax

Kirurgordination, se läkemedelsmodul i Melior. Vanligen ges inj Cloxacillin x 3 iv i 1 dygn.

Trombosprofylax

Kirurgordination, se läkemedelsmodul i Melior. Vanligen ges inj Fragmin sc.

Vätskebehandling

Får äta och dricka så fort tillståndet tillåter.

Mobilisering

Ska ordineras av operatör. Vanligen fri mobilisering och att mobiliseras till stående 2–3 timmar efter kirurgi.

Postoperativ vårdtid

Individuell anpassning. Kirurgisk åtgärd på 1 till 2 nivåer är endast i behov av kortare postoperativ vård. Kirurgisk åtgärd på flera nivåer och/med instrument är i behov av övervakning i 6 timmar postoperativt.

Granskare/arbetsgrupp

Per Wessberg Överläkare Ortopedi, Omr 3 SU

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

Jonas Grevsten Överläkare AnOpIva, Omr 5, SU

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård
Sahlgrenska, Verksamhet An-Op-IVA Mölndal, Postoperativ vård
Sahlgrenska, Operation 1 Mölndal, Neurointensivvårdsavdelning,
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: SU9805-1593997-979

Version: 8.0

Giltig från: 2025-04-14

Giltig till: 2026-06-05