

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: 2025-03-31

Giltig till: 2027-05-31

Diskbräck lumbalt utan fusion-fixation

Postoperativ vård

Revideringar i denna version

250328 Förtydligande av bakgrund, komplikationer och kontroller/åtgärder.

Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått kirurgi av diskbräck lumbalt utan fusion-fixation.

Arbetsbeskrivning

Bakgrund

Diskbräck är ett tillstånd där disken har brustit och kan då bukta in i spinalkanalerna och trycka på nervstrukturer, vilket ger en smärtutstrålning och domning ner i benet och i vissa fall även en muskelsvaghet. En diskektomi kan göras öppet (ca 2-5cm snitt) eller endoskopiskt. Man tar då bort delen av disken som buktar in och trycker på nervstrukturerna. I vissa fall gör man även en dekompression för att säkerställa utrymme för nervstrukturerna. Oftast läggs inget dränage. Om patienten får ett dränage ska det skötas enligt ordination från operatör. Vid en ev durarift (ca 2-5% risk) ska patienten ha planläge i 24 timmar.

Preop

Premedicinerad enligt rutin [Ryggkirurgi Liten - anestesirutin](#) Bör ha fått sin ordinarie analgetika preoperativt. Neurologiskt preoperativt 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 blödningen mot nerverna. Patienterna ligger som regel i bukläge under operationen. Armarna läggs då i en dykposition, vilket i sällsynta fall kan ge plexuspåverkan i övre extremiteter.

Detta bör man på postop vara observant på och meddela berörd kirurg eller jour vid upptäckt.

Kontroller/Åtgärder

- Kontrollera motorik och känsel i armar och ben direkt postoperativt. Därefter kontrolleras motorik och känsel i benen var 3:e timme.
- Kontrollera extensions-och flextionsförmåga 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 invändningsfria kontroller kan de glesas ut.
- Vid avvikelse skall operatör kontaktas. (OBS Ta reda på ev bortfall preoperativt, om oförändrat eller bättre, ingen åtgärd).

Specifik provtagning

Hb och ev blodgas.

Smärtlindring

Lokalanestesi i såret. Oxycodon och Paracetamol. NSAID går bra. Återinsätts på sin ordinarie perorala analgetika så snart som möjligt. Se läkemedelsmodul i Melior.

Antibiotikaprofylax

Vanligen Cloxacillin x 1 iv (engångsdos). Ska ordineras av kirurg, se läkemedelsmodul i Melior,

Trombosprofylax

Vanligen ingen profylax. Ska ordineras av kirurg, läkemedelsmodul i Melior.

Vätskebehandling

Får äta och dricka så fort tillståndet tillåter.

Mobilisering

Fri mobilisering, endast patientens smärta begränsar mobiliseringen (med undantag för durarift då patienten ska ha sängläge i 24 timmar).

Postoperativ vårdtid

Patienten är vanligen i behov av kort uppvak

Relaterad information

[Ryggkirurgi Liten - anestesi](#)

Granskare/arbetsgrupp

Erika Wanne Avdelningslärare PIVA och Postop, An/Op/Iva, 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: SU9805-1593997-986

Version: 6.0

Giltig från: 2025-03-31

Giltig till: 2027-05-31