

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: 2026-03-19

Giltig till: 2028-06-18

# Diskbräck, cervikalt främre

## Postoperativ vård

### Revidering i denna version

260312 Förtydligande gällande postoperativa kontroller. Halskrage används inte.

### Syfte

Säkerställa och förtydliga rutiner i postoperativ vård av patienter som genomgått kirurgi pga cervikalt diskbräck.

### Arbetsbeskrivning

### Bakgrund

Cervikalt diskbräck, ev med ryggmärgspåverkan. Hyperextension undviks vid medullär påverkan. Ingreppet innebär extirpation av diskbräck framifrån. Vanligen med främre implantat i diskpartiet samt främre plattfixation.

### Preop

Patienten bör ha fått sin ordinarie analgetika preoperativt. Preoperativt neurologiskt status skall vara dokumenterat.

### Komplikationer

Hematom i operationsområdet kan ge neurologisk påverkan. Blödning mot trachea kan ge hastigt mekaniskt luftvägshinder.

## Kontroller/Åtgärder

Operationsområdet ska inspekteras med avseende på svullnad och blödning.

- Motorik och känsel i armar och ben kontrolleras direkt postoperativt. Därefter kontrolleras motorik och känsel var tredje timme om komplikationsfritt.
- Kontrollera extensionsförmåga i fötter, kramförmåga i händer och sensibilitet i perineum/ridbyxområdet.
- Var uppmärksam på pinnningar, domningar, känselbortfall samt oförmåga att röra armar och ben.
- Dokumentera på särskild kontrollista ”Ryggkirurgi postoperativa kontroller”. Om invändningsfria kontroller kan de glesas ut.
- Vid avvikelse ska operatör eller ryggbakjour kontaktas (OBS ta reda på ev bortfall preoperativt, om oförändrat eller bättre, ingen åtgärd).

## Särskildaordinationer

Om mekaniskt luftvägshinder pga blödning uppstår, ska suturerna klippas upp med sax och såret debrideras med peang. OBS! Om patienten har ryggmärgspåverkan krävs fiberintubation om reintubation blir aktuellt.

## Specifik provtagning

Hb och ev blodgas.

## Smärtlindring

Inf Paracetamol och Inj Oxikodon iv. Undvik NSAID. Opioidnaiva patienter skall ej ha PCA med kontinuerlig morfininfusion. Patienterna återinsätts på sin ordinarie analgetiska medicinerings så snart som möjligt.

## Antibiotikaprofylax

Vanligen ges Inj Cloxacillin iv. Ordineras av kirurg, se läkemedelsmodul i Melior.

## Trombosprofylax

Vanligen ges ingen trombosprofylax. Om patienten har riskfaktorer för trombos ges Inj Fragmin sc. Ordineras av kirurg, se läkemedelsmodul i Melior.

## Vätskebehandling

Patienten ska inte övervätskas pga risk för svullnad i operationsområde.

## Mobilisering

Ska ordineras av operatör. Vanligen fri mobilisering. Får ej använda sänghävert.

## Postoperativ vårdtid

Individuell anpassning. Normalt kort uppvak (diskbråck, dekompression, främre fusioner på en nivå). Kirurgisk åtgärd som innebär främre fusion på 2 nivåer, större blödningsrisk, eller där ansvarig kirurg eller anestesilog sett andra medicinska skäl, är patienten i behov av övervakning 4 timmar postoperativt.

## Relaterad information

[Ryggkirurgi Stor - anestesirutin](#)

[Ryggkirurgi Liten - anestesirutin](#)

## Granskare/arbetsgrupp

Christina Berger Sektionschef Ortopedi, Omr 3, SU

Erika Wanne Instruktör PIVA och Postop, AnOpIVA, Omr 5, SU

Jesper Hallsten 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:** SU9805-1593997-987

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2026-03-19

**Giltig till:** 2028-06-18