

Axelledsprotos - Anestesi

Bakgrund

Vanligaste bakomliggande orsaken är artros, med svår värk som följd.

Inopererat material är antingen en anatomisk- eller omvänd protos.

Opererade patienter får en betydligt förbättrad smärtsituation.

Syfte

Optimera patientflöde och underlätta perioperativ handläggning.

Förutsättningar

- Inneliggande, elektiv kirurgi.
- Vanlig vårdtid: 1–3 dygn.
- I vissa fall opereras proximala humerusfrakturer med denna metod, med subakut angelägenhetsgrad.

Anestesiförslag

Preoperativ bedömning

Patienterna är vanligen äldre och sköra. Sedvanlig preoperativ bedömning, i tillägg notera om patienten är svårstucken på den icke-opererade sidan.

- Pre-operativ provtagning och EKG enligt rutin.
- BAS-test: ja

Premedicinering

T. Paracetamol:	1 g x 1
T. Oxycontin:	5–10 mg x 1, individuell anpassning
T. Etorcoxib:	60–120 mg x 1, individuell anpassning
T. Omeprazol:	20 mg x 1
T. Betapred:	0.5 mg x 16 (= 8 mg)
T. Postafen:	25 mg x 1 (om ökad PONV-risk)

Sedvanliga kontraindikationer och hänsynstagande enligt rutin.

Anestesiförberedelse på förberedelserum

Upplägg

Optimal positionering i strandstol ("beach chair"). Kudda att sitta på för alla patienter oavsett längd. Axellås läggs bakom ryggen på patienten.

Operatören skall godkänna upplägget innan patienten lämnar förberedelserum.

Kärlaccess

- 2 x PVK, koppla Noradrenalin svag (0.01 mg/ml).
- Artärkateter, koppla artärset.

Infarter anläggs på den icke-opererade armen. Tänk på att vid behov använda fottrygg och v. saphena magna (ventralt om mediala malleolen).

Interscalenär plexus-blockad

Ultraljudsledd blockad för per- och post-operativ smärtlindring. Använd långverkande lokalanestetika, ropivakain 5 eller 7.5 mg/ml, 10–20 ml. Vanligen räcker 15 ml ropivakain 5 mg/ml.

Beakta sedvanliga kontraindikationer och risk för phrenicusparet.

Urinvägskateter (KAD)

Sätts på förberedelserum. Avlägsnas vid anestesislut på op-sal, alt. post-op.

Antibiotika

Standard: Bensylpenicillin 3g och Cloxacillin 2 g. Ges vid 0, 2 och 6 timmar. **Ordination ska göras i Melior av operatör.**

Vid PC-allergi:

- Har patienten enbart haft utslag som varit begränsade och utan påtaglig klåda? Ge sedvanlig ordination enligt ovan.
- Har patienten haft utbredda kliande utslag och/eller angioödem?
Ge Cefotaxim 2 g och Klindamycin 600 mg vid 2 tillfällen (0 och 4 timmar)
- Har patienten haft anafylaxi med luftvägssymtom och /eller blodtrycksfall, svimning? Ge Klindamycin 600 mg vid 2 tillfällen (0 och 4 timmar).

Anestesiinduktion

Luftvägshantering:

- Intubationsnarkos. Patienten sitter i beach chair, som med fördel kan tippas bakåt för att underlätta luftvägshantering.
- Videolaryngoskop skall finnas tillgängligt på op-sal.

Cirkulation:

- Blodtrycksfall om maximalt 30 % av normalt systoliskt blodtryck kan användas som måttstock.
- Alternativt sedvanligt MAP-mål, som då bör sättas något högre än vanligt.
- Perifert noradrenalin startas vid induktion.

Särskild hänsyn skall tas till blodtrycksfall vid induktion, pga. placering i beach chair. Äldre patienter med nedsatt cerebral autoreglering är mer känsliga för blodtrycksfall, särskilt i kombination med detta operationsläge.

Induktionsläkemedel

Induktionsläkemedel enligt ordinerat anestesikort.

Cyklokapron

Strataxen 100 mg/ml, 1 g. Blandas med 100 ml NaCl, ges som intravenös infusion under ca 10 minuter direkt efter induktion.

Anestesiunderhåll

Anestesiläkemedel:

Individuell anpassning vid pre-operativ bedömning. Tre anestesikort tillgängliga:

- TCI propofol + TCI remifentanil.
- Sevofluran + TCI remifentanil.
- Sevofluran + fentanyl

Vid välfungerande och väl visualiserad blockad kan man generellt sett använda lägre doser underhållsläkemedel peroperativt.

BIS

Används på narkosläkares ordination. Generellt sett lämplig endast vid TCI propofol + remifentanil.

Anestesiavslut

Anestesiläkemedel reduceras i god tid, med mål att patienten vaknar i samma ögonblick som förbandet läggs på.

Smärtlindring:

Vid välfungerande blockad räcker minimal dos oxycodon inför väckning, 1–3 (-5) mg iv, 30–45 minuter innan extubation.

Paracetamol iv ges om mer än 4 h förflutit sedan premedicinering gavs.

Catapressan iv kan övervägas i särskilda fall.

Granskare

Ann-Britt Gustavsson, anesthesisjuksköterska, operation Kungälv

Johan Hallström, överläkare, ortopedkliniken Kungälv

Källförteckning

[Axelfraktur-humerusfraktur – märgspikning, plattfixation eller protes](#)

[Standardanestesier Operation 1 Mölndal](#)

[Antibiotikaprofylax vid ortopedisk kirurgi](#)

[Strataxen vid axel-, höft- och knäledsplastik](#)

[Lokalanestetika - LAST, maxdoser](#)

[Premedicinering - vuxna](#)

Hadzic's Peripheral Nerve Blocks and Anatomy for Ultrasound-Guided Regional Anesthesia, 2022

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Operation Kungälv

Innehållsansvar: Richard Adamsson, (ricad1), Underläkare, ST

Godkänd av: Sejal Klingenstierna, (sejpa1), Överläkare

Dokument-ID: SV9761-782711715-1160

Version: 1.0

Giltig från: 2025-02-05

Giltig till: 2027-01-30