

Gäller för: Intensivvårdsavdelning Kungälv

Giltig från: 2025-06-30

Innehållsansvar: Anna Berg Olofsson, (annol140), Ivasjuksköterska

Giltig till: 2027-06-23

Granskad av: Biljana Manasieva, (bilma), Enhetschef

Godkänd av: Jesper Wallskog, (jeswa1), Överläkare

# Postop – Höftledsplastik

## Förändringar sedan föregående version

Patienten skickas till vårdavdelning via röntgen.

## Syfte

För att säkerställa en god och säker vård för patienter som opereras för höftledsplastik.

## Bakgrund

### Operationsindikation

Artros uppstår i leden när brosket som täcker höftkula och ledpanna försvunnit och den underliggande benvävnaden blottläggs, vilket orsakar smärta med nedsatt rörlighet. Andra indikationer kan vara proteslossning, frakturer genom lårbenshalsen, reumatoid artrit eller tumörer.

### Kirurgiskt ingrepp

Den defekta höftleden byts ut mot en ledprotes. Ingreppet utförs i sidoläge. Protesen kan vara hel- eller delprotes. Vid helprotes byts både höftkula och ledpanna ut. Mjukdelar delas/löses av från fäste, därefter sågas lårbenshalsen av och ersätts av en protesstam ned i lårbenet. På denna fästes ett huvud som oftast är av metall. Ledpannan fräses ur och ersätts av en cup. Leden kan därefter reponeras.

Vid delprotes sätts endast protesstam och proteshuvud men ingen cup. Olika protestyper och olika operationstekniker förekommer.

### Anestesiform

Spinalanestesi i anpassad dos, viktigt att patienten återfår rörligheten snabbt postoperativt. Vid behov ges spinalanestesi i kombination med sedering. Generell anestesi ges i de fall spinalanestesi inte är lämplig.

# Arbetsbeskrivning

Se stödande dokument: [Postoperativ vård](#) för generella instruktioner.

## Specifik övervakning och observation

### Cirkulation

Risk för blodtrycksfall och bradykardi i samband med att spinalbedövningen släpper.

Cyklokapron ges för att minska blodförlusten. Dos 1 ges på operation.

Dos 2 ges ca 3 timmar efter dos nr 1, se kirurg- och ortopedklinikens

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

### Nutrition

Patienten får dricka klara drycker men inte äta innan spinalbedövningen har släppt. Motiveringen är att eventuella komplikationer skall identifieras innan patienten får äta.

### Njurfunktion/urinvägar

Patienten skall tömma blåsan innan operation. Bladderscan skall alltid utföras på operation efter avslutat ingrepp. KAD sätts enbart enligt särskild ordination.

Postoperativt följs [Blåsövervakning i samband med operation](#) – Vårdhandboken.

### Hud/vävnad

Svullnad i låret kan förekomma.

Förbandsbyte skall undvikas, särskilt på IVA. Om förbandet är mättat eller där risk finns för läckage, skall det förstärkas med ocklusivt förband, även om ett litet läckage har uppstått. Detta under förutsättning att patienten inom kort (ca 30 min) kommer till vårdavdelningen. Viktigt med rapportering så att förbandsbyte sker snarast när patienten kommer till vårdavdelning.

Skall förbandet bytas på IVA, görs det sterilt.

Avlasta hämlarna vid behov för att förebygga trycksår på hämlarna speciellt om patienten är immobiliserad pga. intakt spinal under flera timmar.

### Aktivitet/rörelse

Kontrollera Bromage och distalstatus. Uppmana patienten till fottramp och djupandning.

När spinalens effekt försvunnit – Bromage 0/0 - mobiliseras patienten till sängkanten, får stå upp med gåbord samt ta några steg, det opererade benet kan belastas direkt.

Tidig mobilisering är viktigt. Mobilisering har en smärtlindrande effekt då aktivitet i höftleden ökar cirkulationen, minskar svullnaden och därmed smärtan postoperativt.

Mobilisering ur sängen kan göras från båda sidor. Ibland kan det vara mindre smärtsamt att mobiliseras med den opererade sidan ut först. Tillvägagångssättet vid mobilisering anpassas individuellt utifrån den enskilda patienten. Rumpan flyttas närmare sängkanten. I sittande ställning får patienten inte luta sig längre fram än att händerna når knäna. Patienten sträcker fram det opererade benet och reser sig med tyngden på det icke-opererade benet med hjälp av gåbord.

Huvudändan får höjas till smärtgränsen.

Höften får inte flektera mer än 90 grader.

Patienten får ligga på sidan, använd kuddar så att benen inte korsas.

## Smärta/sömn

Kontrollera VAS. Bassmärtlindring enligt ordination.

Viktigt med **täta** Bromagekontroller för att i tidigt skede kunna ge peroral smärtlindring med K. Oxikodon, överväg att ge redan vid Bromage 2 för att undvika iv medicinering. Vid smärtgenombrott ges analgetika i.v. enligt rutin [Postoperativ smärtlindring](#)

## Trombosprofylax

Alla patienter skall ha trombosprofylax, se rutin [Trombosprofylax vid elektiv höft- och knäledsplastik](#)

## Antibiotikaprofylax

Alla patienter skall ha antibiotikaprofylax, se rutin [Antibiotikaprofylax vid ortopedisk kirurgi](#)

## Vid utskrivning till vårdavdelning

Skicka om möjligt patienten via röntgen till vårdavdelning. Följande kriterier måste vara uppfyllda, annars skickar vi patienten direkt till vårdavdelning:

- Remiss för postoperativ röntgen måste vara skriven.
- Röntgen måste ha tid. Vi ringer till röntgen när patienten är utskrivningsklar och om de inte har tid skickas patienten direkt

till vårdavdelning. Patienten skall inte bli kvar på postop i väntan på röntgen.

- Patienten måste kunna ta sig från sängen till röntgenbordet och måste därför ha mobiliserats till stående utan problem.

## Relaterad information

Rutin: [Höftledsplastik](#) – Kirurg- och ortopedkliniken

[Blåsövervakning i samband med operation](#) – Vårdhandboken

Rutin: [Förbandbyte höft-, knä- och axelprotes](#)

**Barium id: 32 834**

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Intensivvårdsavdelning Kungälv

**Innehållsansvar:** Anna Berg Olofsson, (annol140),  
Ivasjuksköterska

**Granskad av:** Biljana Manasieva, (bilma), Enhetschef

**Godkänd av:** Jesper Wallskog, (jeswa1), Överläkare

**Dokument-ID:** SV9761-782711715-291

**Version:** 7.0

**Giltig från:** 2025-06-30

**Giltig till:** 2027-06-23