

Rumpert abdominal aorta aneurisme - Kirurgisk akuttforløp

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Pasientforløp
Sist endret: 30.12.2020

FORLØPSEIER: Seksjonsleder Karseksjon Kirurgi.

1. Henvisning

Pasient ankommer sykehuset med ambulanse eller privat oppmøte etter eget initiativ / fastlege / legevakt.

En pasient med rupturert abdominal aorta aneurisme (rAAA) er livstruende syk og må tas hånd om straks ved Sykehuset i Vestfold uten noen form for ikke-medisinsk forsinkelse samt umiddelbar diagnostikk og behandling i akuttmottak/operasjonsstue.

2. Varslinger

NB: Karkirurg skal ved en karkirurgisk elektiv konsultasjon notere ned i DIPS og kjernejournal (kritisk info) at pasienten har et kjent aorta aneurisme. Dette vil bidra til at AMK lettere vil erkjenne tilstanden ved ruptur på et senere tidspunkt.

Fra **ambulansen** ønskes følgende opplysninger (der dette er tilgjengelig) til karkirurg (aktiv tid, tlf 1104) eller Vakthavende kir LiS (vakttid, tlf 1101):

ISBAR benyttes

- **I = Identifikasjon**
 - Oppgi hvem og hvor du er
 - Oppgi pasientens personalia
 - Estimert ankomsttid Akuttmottak
- **S = Situasjonen**
 - Jeg ringer fordi pasienten har (minst 1 av)
 - Diagnostisert AAA, og nå akutte magesmerter
 - Akutte magesmerter og pulserende hevelse i buken
 - Akutte magesmerter og synkope eller blodtrykksfall
 - Akutte magesmerter strålende mot rygg og eller lyske, og svingende blodtrykk (lavt med symptomer, forbigående bedring i perioder)
 - Symptomene startet eller ble mye verre kl.....
- **B = Bakgrunn**
 - Hjerne- kar historikk, familiær belastning
 - Om pasienten står på **antikoagulantia**
(Arixtra, Eliquis, Fragmin, Heparin, Innohep, Klexane, Lixiana, Marevan, Pradaxa, Warfarin, Xarelto)
 - Om pasienten står på **platehemmere?**
(Albyl, Acetylsalisylsyre, Asasantin, Brilique, Clopidogrel, Efiend, Persantin, Aponova, Diproasorin, Plavix, Ticlid)
- **A = Aktuell tilstand (klinisk og vitale parametre-status)**
 - A: Luftvei
 - B: Respirasjonsfrekvens, SpO2
 - C: Puls, BT
 - D: GCS, Verbal Numerisk Skala
 - E: Temperatur
- **R = Råd (gi eller be om råd til videre behandling)**

- Umiddelbare tiltak
- Medikamentdosering/smertelindring
- Væske

Der **karkirurg / vakthavende kir LiS** er kjent med pasient om erkjent/mulig rAAA varsles ansvarlig anestesilege, tlf 1111 så fort som mulig. Gjelder både Telemark- og Vestfoldpasienter. Opplysninger oppgis som nevnt over der dette er kjent.

Karkirurg eller **vakthavende kir LiS** varsler radiolog, tlf 1117, call 70-8318 der det er ønskelig med radiologisk ekspertise (UL/CT). Evt om radiolog skal møte i akuttmottak. Enkelte pasienter med spørsmål om rAAA har vært til CT ved Sykehuset Telemark. Hos disse pasientene ber karkirurg Sykehuset Telemark om at undersøkelsen umiddelbart sendes til Radiologisk avdeling ved SiV med beskrivelse så snart denne foreligger og med relevante, tidligere undersøkelser til sammenligning.

Karkirurg eller **vakthavende kir LiS** varsler operasjonssykepleier koordinator, tlf 2800.

Ansvarlig anestesilege videreformidler til fasilitator (tlf 2820) dagtid på hverdager, eller ansvarlig anesthesi sykepleier (tlf 2820) kveld/natt/helg. I en hyperakutt situasjon kontaktes anesthesisykepleier på tlf 2826. Ansvarlig anestesilege vurderer å istandgjøre en operasjonsstue / holde igjen planlagt program. Stue 3 foretrekkes der dette er mulig.

Anestesilege (eller delegerer til anesthesisykepleier) varsler blodbank, tlf 3080 for rekvirering av [Akutt blødningspakke](#) og evt. framskaffelse av «[antidot](#)» [mot antikoagulantia](#).

Anestesilege varsler ansvarsvakt intensiv, tlf 2191 slik at det gjøres klart til det postoperative forløpet mtp tilleggsutstyr, infusjoner, respirator, intensivseng.

Ans sykepleier akuttmottak i samarbeid med karkirurg / Lis-lege sørger for å tilkalle ekstra ressurser der pasienten tas imot på akuttrom, f.eks radiograf, radiolog, bioingeniør, anestesilege, anesthesisykepleier.

Ans sykepleier akuttmottak / Pasientansvarlig sykepleier er ansvarlig for å varsle pårørende samt til koordinator sengepost/intensiv der hvor pasienten tas direkte opp til operasjon.

Fasilitator/ansvarlig anesthesisykepleier varsler bioingeniør på calling 70-8138 eller 70-8252 der pasienten tas rett opp fra ambulansegangen til operasjon da man trenger blodprøver + type/screening (som må tas direkte på operasjonsstue). Beskjed: HASTER!

3. Behandling

3.1 Ved ankomst Akuttmottaket med pasient som har påvirkede vitale parametre/ allmennpåvirket før ankomst sykehuset (=ustabil)

- Pasienten må vurderes for 2 mulige forløp:
 - a) Til operasjon
 - b) Terminal pleie

Ad a)

- Møtes av karkirurg der dette er mulig. En ustabil pasient med erkjent rAAA der det foreligger operasjonsindikasjon og ingen kontraindikasjoner kjøres direkte til operasjon 4H uten «stabilisering i akuttrom». Karkirurg melder anestesilege 1111 og koordinator 2800 som på forhånd har blitt varslet om pasienten.
- Anestesilege møter i ambulansegang/akuttrom.
- Hos en ustabil pasient med mistanke om rAAA gjøres en orienterende ultralydundersøkelse i ambulansegangen i akuttmottaket av karkirurg eller radiolog. Verifiseres rAAA, og det foreligger operasjonsindikasjon og ingen kontraindikasjoner, transporteres pasienten til operasjon 4H direkte utenom «stabilisering i akuttrom».
- Der det ikke er tilstede karkirurg i akuttmottaket: Hos en ustabil pasient med mistanke om rAAA gjøres en orienterende ultralydundersøkelse på akuttrom i

akuttmottaket av radiolog. Verifiseres rAAA transporteres pasienten til operasjon 4H direkte utenom «stabilisering i akuttrom».

Ad b)

- Pasienten overføres til sengepost for terminal smertelindring og pleie. Ofte gjøres dette av etiske grunner via PO før det nedskaleres til sengepost.
- Karkirurg / vakthavende kir LiS eller den den legen det er delegert til, skriver evt meldeskjema til operasjon og en inkomstjournal + medikamentkurve når tiden tillater dette.
- Pasienten må innskrives av helsesekretær i akuttmottaket

3.2 Ved ankomst Akuttmottaket med pasient som har upåvirkede vitale parametre/ ikke påvirket allmenntilstand før ankomst sykehuset (=stabil)

- Pasient tas imot på akuttmottak, akuttrom 1.
- Innskrives av helsesekretær
- [Triage](#)
- Klinisk undersøkelse av karkirurg / Vakthavende kir LiS. Har ansvar for at det skrives inkomstjournal og medikamentkurve – kan delegeres.
- Vurderer / henviser til radiologisk undersøkelse – kontakter radiolog (dagtid: tlf 2996, kveld/natt: tlf 1117, call 70-8318); CTa totalaorta

Anestesilege evt anesthesisykepleier kontaktes ved behov. Innleggelser av grove PVK'er / Evt. RIC®-kanyle, a.kran der det er planlagt intervensjon/mer utredning. Se for øvrig [Aortakirurgi - anestesi](#).

- Pasienten må vurderes for 5 mulige forløp:
 - a) Til åpen operasjon
 - b) Til EVAR
 - c) Til PO for ytterligere avklaring
 - d) Transport til OUS - RH
 - e) Terminal pleie

Ad a)

- Karkirurg/ Vakthavende kir LiS fyller ut meldeskjema til operasjon. Karkirurg vurderer om pasienten skal gå via dette akutte pakkeforløpet eller om det kan nedskaleres til «elektiv» [Fast track aorta](#).
- Se varslingsrutine over.

Ad b)

- Karkirurg/ Vakthavende kir LiS fyller ut meldeskjema til operasjon
- Ønske om bruk av angiolog/EVAR-lab diskuteres og planlegges mellom karkirurg, intervensjonsradiolog, tlf dagtid 1003; kveld/natt; 901 19 217 og anestesilege, tlf 1111.

Ad e)

- Karkirurg varsler sengepost og pasienten overføres for terminal smertelindring og pleie etter innledningsvis PO-opphold.
- Pårørende kontaktes av karkirurg.

4. Transport

Ustabil pasient fra ambulansegangen – utføres av ambulanspersonell på bære med an.lege følge

Ustabil pasient fra akuttrom – Utføres av an.lege/an.sykepleier og akuttmottaks sykepleier

- EKG
- SpO2
- Oksygen gis.
- Iv væske kun ved bevisstløshet. Blod gis hvis tilgjengelig.

Stabil pasient – følges av akuttmottakssykepleier.

- BT, evt intraarteriell BT-måling
- Puls
- EKG

- Oksygen
- iv væske ved behov/ordinert

Til OUS- RH: Vurdere behov for luftambulansse/ambulansse ([Intensivtransport til/fra SiV HF Hoveddokument](#) , [Intensivtransport Beslutning og ansvar](#), [Intensivtransport – Sjekklister MTU og medikamenter](#), [Intensivtransport – Sikkerhet](#)) – individuell vurdering (Ring AMK tlf 3500 - rekvireres av anestesilege 1111). Anestesilege 1111 vurderer hvilket personell som skal følge; Anestesilege eller anestesisykepleier.

Overvåkning:

- EKG
- SpO2
- Invasivt BT
- Evt O2, væske, blod-(produkter), vasoaktive medikamenter

Pasient kan evt. legges på PO/intensiv inntil transport kan utføres

Terminal pleie – Portør med akuttmottakssykepleier.

- Ingen overvåkning

5. Postoperativt forløp og oppfølging

De fleste av pasientene som overlever operasjonen vil være til intensivmedisinsk behandling initialt. Forløpet videre er helt avhengig av hvordan situasjonen utvikler seg videre. Fra oftest langvarig rehabilitering til multiorgansvikt og død. En nærmere beskrivelse av forløpet er derfor ikke formålstjenlig.

6. Overflytting fra intensiv/PO til sengepost

Viser til [retn.linje](#).

7. Utskrivelse

- Karkirurg registrerer pasient i NORKAR
- Samtale med lege.
- Resepter, [Epikrise](#) i hånda.
- Koding utføres
- Kontakt med evt rehabiliteringsinstitusjon
- Følge [utreise retningslinje](#)
- Gi ut pasientinformasjon

8. Kontroll

Oppfølging av pasientene etter utskrivelse er også avhengig av evt sekveler. Karkirurger ønsker 30 dagers poliklinisk oppfølging der dette er formålstjenlig.

EVAR pasienter må følges etter egen [kontrollprosedyre](#).

9. ICD-Koding

Disse pasientene har ofte mange komplikasjoner som f.eks. colon ischemi, u.ex ischemi/embolisering/trombosering, amputasjoner, fasciotomier, respiratorbehandling, tracheostomi, myokardinfarkt, pneumoni, nyresvikt og behov av dialyse mm. Det er viktig at man koder kompleksiteten på disse pasientene. For øvrig:

I71 Aorta-aneurisme og aortadisseksjon

I71.0 Aortadisseksjon

I71.3 Abdominalt aorta-aneurisme med ruptur

I71.5 Torakoabdominalt aorta-aneurisme med ruptur

I71.8 Aorta-aneurisme med uspesifisert lokalisasjon, med ruptur

10. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.1.2.2](#)

[Innleggelse - Hastegradsvurdering](#)

1.6.1.2.1.1	Massiv transfusjonspakke - bestilling
1.6.1.2.1.3	Akutt reversering av traumatiske- og medikamentinduserte blødningsforstyrrelser ved alvorlige traumer
1.6.1.2.2.1	Intensivtransport til/fra SiV HF Hoveddokument
1.6.1.2.2.2	Intensivtransport Sikkerhet
1.6.1.2.2.5	Intensivtransport Beslutning og ansvar for pasient
1.6.1.2.2.7	Intensivtransport - ekstern - sjekk av medisinsk teknisk utstyr og innhold medikamentkofferter
1.6.4.3.3.1	Fast-track elektiv aortakirurgi
1.6.6.2.23	Overflytning/utskrivning av pasient fra Intensiv
2.1.5.1.1.2.2.3	Aortakirurgi - anestesi
2.1.5.3.1.3.10	EVAR - Stentgraft

11. EKSTERNE REFERANSER

12. VEDLEGG