

Preoperativa rutiner, ASA, preoperativ provtagning/utredning, operations- och intensivvårdskliniken Högländssjukhuset Eksjö

Det är den operationsanmälande läkaren som ansvarar för att rutinerna fullföljs, så att patientsäkerheten ökar. Det åligger därför varje läkare, som anmäler patienter till operation, att:

1. Ta upp anamnes.
2. Utföra fysikalisk undersökning.
3. Beställa preoperativa prover enligt PM.
4. Se till att op-anmälningsblanketten är vederbörligen ifylld.
5. Patienterna kan därefter indelas enligt följande:

Friska patienter och patienter med sjukdomar som inte är funktionsbegränsande (ASA 1 - 2).

ASA-klass 1 **Frisk patient.**

ASA-klass 2 **Patient med måttligt uttalat sjukdomstillstånd som inte orsakar funktionell begränsning.** Exempelvis: diabetes utan komplikation, välkontrollerad hypertension, lindrig organisk hjärtsjukdom. Barn yngre än 3 mån. Förekomst av ASD, öppetstående ductus arteriosus.

Dessa patienter kan anmälas för poliklinisk- eller inläggande operation. Patienter behöver inte gå till narkosmottagningen för preoperativ bedömning. Operationsanmälan ska bedömas av narkosläkare.

Patienter med sjukdomar som är funktionsbegränsande, men i stabilt skede (ASA 3).

ASA-klass 3 **Patient med allvarligt sjukdomstillstånd som orsakar funktionell begränsning.** Den funktionella begränsningen kan antingen betingas av den aktuella sjukdomen som patienten ska opereras för eller av annan patologisk process. Exempelvis: diabetes med komplikation, angina pectoris, genomgången hjärtinfarkt (>6 veckor), adipositas, måttligt uttalad lungsjukdom. Barn med esofagusatresi, hjärtmissbildningar som opereras med öppen hjärtkirurgi, intrakraniell tryckstegring.

Dessa patienter ska gå till narkosmottagningen för preoperativ bedömning. Om patienter är sängbundna kontaktas narkosläkare för preoperativ bedömning på avdelningen. Gäller såväl polikliniska som inläggande patienter.

Patienter med funktionsbegränsande systemsjukdom i icke stabilt skede (ASA 4).

ASA-klass 4 **Patient med svår systemsjukdom som är potentiellt livshotande.** Den funktionella begränsningen kan antingen betingas av den aktuella sjukdomen som patienten ska opereras för eller annan patologisk process. Exempelvis: organisk hjärtsjukdom med uttalad hjärtinsufficiens, angina pectoris i vila, nyligen (<6 veckor) genomgången hjärtinfarkt. Avancerad lung-, njur- eller leverinsufficiens. Barn med gastroschisis som erfordrar operation i neonatalperioden, akut neonatal hjärtkirurgi.

Narkoskonsult skrivs och ring IVA-läkare. Patienten ska träffa narkosläkare.

ASA-klass 5 **Moribund patient** som inte förväntas överleva 24 timmar vare sig med eller utan operation. Exempelvis: patient med rupturerat aortaaneurysm i chock, medvetlös patient med stor intrakraniell blödning.

Handläggs alltid i samråd med IVA-läkare.

ASA-klass 6 en **Avliden patient** där hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort och som ska genomgå en donationsoperation. (dessa patienter ligger alltid på en intensivvårdsavdelning och handläggs av IVA-läkare enligt särskilda rutiner.

ASA-klassificering innebär en **funktionsbedömning** av patienten omedelbart före anesthesiinledningen. Bedömningen skall således baseras på **patientens aktuella hälsotillstånd** och hänsyn ska **inte** tas till typ av ingrepp som patienten ska genomgå. Vid funktionsbedömning av akut patient ska ASA-klass-numret följas av bokstaven A, ex ASA 2A. Klassificeringen har modifierats att även innefatta exempel för pediatrik anesthesi.

Preoperativ provtagning/utredning

Anvisningar för operatörer/avdelningar/mottagningar.

Nedanstående riktlinjer gäller i på Högländssjukhuset och täcker normalriskkirurgin. Operationsanmälande läkare ansvarar för att fylla i de grönvita fälten i den perioperativa journalen. Algoritmen styr den preoperativa provtagningen och utredningen om inga lokala vårdprogram för ingreppet anger något annat.

Basen

- Anamnes – (hjärt-lungfunktion, sjukdomar, allergi, medicinering). Som underlag används ”Hälsodeklarationsblanketten”.
- Fysikalisk undersökning – hjärta-lungor och blodtryck.
- Algoritmen – preoperativ utredning genomförd enligt algoritm på operationsjournalen med undantag för ingrepp i lokalanesthesi eller IVRA.

Ingrepp i lokalanestesi/IVRA

Inga preoperativa prover eller undersökningar behövs.

Laboratorieprover

Inget laboratorieprov eller diagnostisk screening är rutinmässigt nödvändigt.

Labbprover är giltiga i 3 månader om tillståndet är stationärt.

- Hb ska finnas inför ingrepp med signifikant blödningsrisk.
- Riktad provtagning görs vid konstaterad/misstänkt sjukdom enligt algoritm på operationsanmälan.
- Inför stor kirurgi med blödningsrisk bör blod/elstatus tas även på övrigt friska.

Vilo-EKG

- EKG tas vid speciella tillstånd enligt algoritmen på operationsanmälan.
- Ålder i sig är ingen indikation för EKG.
- EKG är giltigt i 12 månader, förutsatt att patientens tillstånd är oförändrat.

Hjärt-lungröntgen

- Hjärt-lungröntgen behövs inte rutinmässigt på patienter med känd, adekvat behandlad och stabil hjärt-lungsjukdom.

Blodgruppering/BAS-test/blodbeställning

- Blodgruppering, och BAS-test (antikroppscreening), behövs endast inför operativa ingrepp där patienten bedöms kunna komma i behov av blod, enligt riktlinjer på respektive klinik. Enbart preoperativ blodgruppering är av ringa värde, och gör inte att blod kan fås fram snabbare om behov uppstår.
- Om BAS-test finns kan man få fram blod inom 5—10 minuter. Reservera därför endast vid stor risk för snabbt behov.
- Om BAS-test inte finns tar det cirka 45 minuter att få fram blod. Det får inte fortare om patienten har blodgrupperats innan.

UKG

Behövs mycket sällan! Enbart hörbara blåsljud är inte indikation för UKG, om det inte är starkt (> grad 3) eller ger klar misstanke om aortastenosis (pm I2 dx och fortlett till carotiderna), eller om det samtidigt föreligger symtom på allvarligt klafffel (t.ex. yrsel, syncope, arytmier, speciella förmaksflimmer, inkomp, angina, lågt diast blodtryck med mera), eller EKG-förändringar. Inför större kirurgi är indikationen starkare än inför mindre kirurgi.

Medicinkonsult

Att patienten har hjärt-kärlsjukdomar etc. är normalt inte indikation för medicinkonsult. Är man tveksam kontaktar man narkosläkare för diskussion om behov. Frågeställning vid medicinkonsult är inte om patienten är operabel eller

om det är ökad risk, det kan bara operatör och anestesilog tillsammans värdera, utan frågeställningen är om patienten är i optimalt skick, eller om de kan göra ytterligare för att optimera patienten.

Allvarlig blödningsanamnes

25 % av befolkningen tycker subjektivt att de blöder lätt, utan korrelation till faktisk blödning vid operationer. Den vanligaste orsak till faktisk ökad blödningsbenägenhet är läkemedel.

Blödningsutredning kan vara indicerat på de som har blödningsbesvär i det dagliga livet. Svarar patienten ja på frågan i Hälsodeklarationen om blödningsbenägenhet, eller har blödarsjuka i släkten, måste man fördjupa anamnesen. Viktig information kan då fås om patienten opererats eller fött barn innan, och hur blödningen var då.

Om det framkommer allvarlig blödningsbenägenhet i anamnesen ska koagulationsprover tas (PK;APtt, Trc). Även om patienten står läkemedel som ökar blödningsbenägenheten, ska koagulationsprover kontrolleras. Observandum är att eventuell trombocyttdysfunktion (som är den vanligaste störningen) inte fångas av koagulationsprover, då blödningstid inte längre analyseras.

Allmänt kan koagulationsprover ge falsk trygghet, (kan blöda trots normalt TPK, PK och APTT) eller skapa onödig oro (hos de som har påverkade värden, men inte blöder mer ändå). Om anamnesen är mycket anmärkningsvärd kan det finnas indikation för utredning även om PK och APTT är normala.

Röntgen halsrygg på RA-patienter

- Patient som ska genomgå operation i narkos och har symtom som kan härröras från nacken såsom rörelseinskränkning, smärta och/eller neurologiska symtom.
- Tidigare undersökning gäller 12 månader vid stationärt tillstånd.