

Actilysebehandling - kateterbasert (endovaskulær) trombolyse - Radiologisk avdeling SSK

Dokumentplassering:

II.DKS.Rad SSK.3.1.2-4

Godkjent dato:

24.04.2025

Gyldig til:

24.04.2027

Dato endret:

24.04.2025

Revisjon:

8.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/Radiologisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Angio/Angiografiprosedyrer

DISTRIBUSJONSLISTE: EK, Eventuelt hvor godkjent papirversjon finnes.

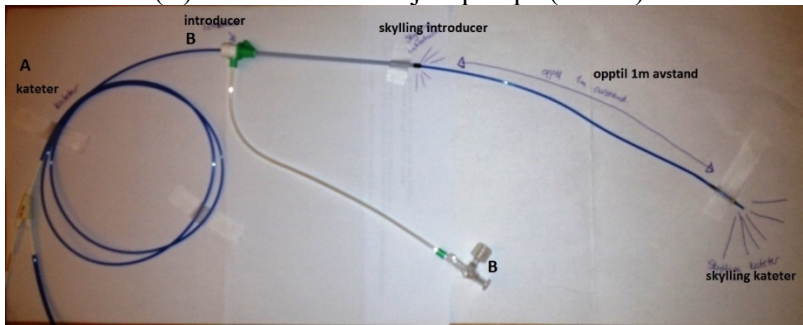
ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Justert gjennomføring, actilyse infusjon skal i utgangspunktet fortsette etter 20 timer, til neste røntgen kontroll.

**Under Actilysebehandling skal pasienten observeres på intensiv avdeling.
Kirurgisk avdeling (karkirurg) er ansvarlig for pasienten.**

<u>Pasientforberedelser:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasienten skal være innlagt (kar)kirurgisk avdeling og innkomstjournal skal foreligge. - Rutineblodprøver skal være tatt: Hgb, APTT, blodgruppe, kreatinin, tr.cyt, INR og blodtyping. - Pasienten skal ha <u>1 veneflon</u> som kan benyttes til blodtransfusjon og <u>innlagt blærekateter</u>. - Pasienten skal ligge på Rombofil-madrass (gi beskjed om dette til avd., evt. må dette skaffes til laben i løpet av prosedyren). - Henvissende lege (karkirurg) skal ha meldt pasient til intensiv. - Radiograf varsler og intensiv god tid i forveien om at det er påbegynt en actilysepasient, og senest når pasienten ankommer røntgen!
<u>Behandling:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Behandling settes i gang av radiolog basert på henvisning fra karkirurg. - Pasienten skal faste 2 timer før hver kontroll-angio. Utover dette er det opp til ansvarlig anestesilege/karkirurg å vurdere hvor vidt pasienten kan spise, med tanke på faren for nød kirurgi. - <u>Flatt ryngleie under hele actilysebehandlingen. Obs ikke "knekk" i lysken.</u> Ved behov kan pasienten bli snudd til siden som en tømmerstokk.
<u>Eventuelle komplikasjoner:</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Blødning fra innstikkstedet. - Mage/tarmblødning. - Retroperitoneal blødning. - Compartmentsyndrom. - Hjerneblødning/infarkt.
<u>Medikamenter:</u>	<p><u>Dosering skal forordnes av radiolog i Metavision.</u></p> <p><u>Actilyse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 20 mg Actilyse blandes i 20 ml sterilt vann (=1mg/ml). - Det gis <u>10mg bolus</u> ved rtg avd. - Resten, <u>10mg</u>, blandes i 490ml NaCl 9mg/ml og kobles til infusjonspumpe. - Infusjonshastighet: Ved 10mg/500ml: <u>25ml/t</u> (Gir ~0,5mg Actilyse/time) <p>Actilysen gis i det arterielle <u>kateteret(A)</u> satt inn av røntgen. Den skal IKKE gis i veneflon!</p> <p><u>Heparin</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Start samtidig døgkontinuerlig <u>arteriell infusjon</u> av <u>20 000 IE Heparin</u> oppløst i <u>500 ml NaCl 9mg/ml</u> eller <u>Ringer</u> via introducer (B).

 SØRLANDET SYKEHUS	Actilysebehandling - kateterbasert (endovaskulær) trombolyse - Radiologisk avdeling SSK			Side: 2 Av: 3	
Dokumentplassering: II.DKS.Rad SSK.3.1.2-4	Utarbeidet av: Frode Kleveland/Elin Strøm	Fagansvarlig: Pål Johan Stokkeland/Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 24.04.2025	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 8.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/Radiologisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Angio/Angiografiprosedyrer

	<ul style="list-style-type: none"> - Infusjonshastighet <u>15 ml/t</u> (15 000IE/24t). Hos kvinner >70 år og med vekt <70 kg: <u>10 ml/t</u> (10 000IE/24t). - APTT måles etter 1 time fra oppstart. Dersom Heparin-bolus er satt, tas APTT etter 4 timer. - Dersom <u>APTT >80</u> reduseres døgndosen ved å redusere infusjonshastighet til <u>10 ml/t</u> (hos kvinner >70 år og med vekt <70 kg reduseres infusjonshastighet til <u>5 ml/t</u>). - Dosen skal ikke økes ved lav APTT. - APTT tas i tillegg hver morgen kl 0600. <p>Heparinen skal gis i introduceren. Dette er en arteriekran, og skal alltid ha infusjon pågående.</p>
<p><u>Gjennomføring:</u></p>	<p>Intensivsykepleier blir tilkalt mot slutten av trombolysebehandlingen (trenger 20 min. varsel), og tar med oppblandet Heparininfusjon og infusjonspumper med tilhørende pumpesett. Infusjonene blir koblet opp sammen med radiograf/radiolog før pasienten forlater angio lab.</p> <p>Vanligvis tas kontroll på røntgen neste dag før actilyse infusjonen er tom (20 timer). Men hvis kontroll er planlagt til senere enn 20 timer etter oppstart, skal det <u>blandes ny actilyse</u> og fortsette behandlingen, til kontroll er tatt på røntgen.</p> <p>I særskilte tilfeller hvor det <i>ikke</i> er ønskelig med ny actilyse automatisk etter 20 timer, skal dette i så fall være informert av radiolog i forkant, til intensivten.</p> <p>I de tilfeller kobles Heparininfusjonen over fra Introducer (B) og over til det intra-arterielle kateteret (A) frem til neste kontroll på røntgen. Heng opp NaCl eller Ringer til infusjon på introduceren(B) med bruk av infusjonspumpe (50ml/t).</p>  <p>Innstikkstedet kontrolleres med hensyn på blødning, men innpakningen skal IKKE byttes.</p>
<p><u>Intensiv:</u></p>	<p>NB! Dersom det må blandes ny actilyse på intensiv (uten at pas. er på rtg og får 10 mg actilyse som bolus), blandes 10 mg actilyse i 10 ml sterilt vann og videre i 490 ml NaCl = 0,02 mg/ml</p> <p>Pasientene har ofte mye smerter og trenger god smertebehandling (NSAIDs kontraindisert pga ↑blødningstendens).</p> <p>Pasienten skal ha flatt ryggleie under hele actilysebehandlingen. Det er viktig at det ikke blir ”knekk” i lysken. <u>APTT og Hb tas rutinemessig hver 4. time.</u></p> <p>Observer sirkulasjonen i benet og dokumenter hver time på intensivkurven: + eller – puls. Bruk gjerne Doppler, hvis nødvendig. Bruk tusj og marker. Kjenn etter om pas. har puls i</p>

 SØRLANDET SYKEHUS	Actilysebehandling - kateterbasert (endovaskulær) trombolyse - Radiologisk avdeling SSK				Side: 3 Av: 3
Dokumentplassering: II.DKS.Rad SSK.3.1.2-4	Utarbeidet av: Frode Kleveland/Elin Strøm	Fagansvarlig: Pål Johan Stokkeland/Ole Georg Vinorum	Godkjent dato: 24.04.2025	Godkjent av: Heidi Kollstad	Revisjon: 8.00

Klinikk for medisinsk diagnostikk og klinisk service/Radiologisk avdeling SSK/Pasienter og brukere/Angio/Angiografiprosedyrer

	<p>enten arteria dorsalis pedis (ADP) eller arteria tibialis posterior (ATP). Dokumenter perifer temperatur i DIPS. Sjekk innstikksted for actilysekateteret minst en gang per time og dokumenter på intensivkurven. Innpakningen/tegadermen skal ikke byttes. Kontakt kirurg dersom det arterielle kateteret går tett.</p> <p>Under actilysebehandling skal pas. ligge i "tømmerstokk-leie" (flatt leie – men kan ligge som en "tømmerstokk" i sideleie). Etter avsluttet actilyseinfusjon kan pas. heve hjertebrettet 10 – 20 grader. Etter at actilysekateter er fjernet og prosedyre for lukkemetode er ferdig (AngioSeal, FemoSeal, kompr. vha kompresser/tape, FemoStop), kan pas. mobiliseres fritt.</p>
<u>Avslutning:</u>	<p>Kontroll på radiologisk avdeling etter avtale, stort sett neste morgen. <u>Røntgen ringer!</u></p> <p>Etter avsluttet Actilyse og heparininfusjon, gis terapeutisk dose enoksaparin (Klexane) i 2 døgn, 1mg/kg kroppsvekt x2. Første dose gis innen 1 time etter avsluttet angio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - APTT og Hb avsluttes etter avsluttet Actilyse og heparininfusjon. - Følg prosedyre videre for anvendt lukkemekanisme. Finnes på ek-web under røntgen-angio. <p>Pas kan etter hvert spise og flyttes til 3C (kir. kar/th.)</p>