

Rotablator, PCI-senteret, SSA

Side 1 av 6

Dokumentplassering:
II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11Godkjent dato:
23.05.2023Revideres innen:
23.05.2025Sist endret:
23.05.2023Revisjon:
2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

ENDRINGER FRA FORRIGE VERSJON: Endret godkj.ansv. Gjennomgått av fagansv. Forlenget gyldighet 2 nye år uten endringer.

Enkel i bruk, tøff mot kalk.

Hensikt:

Rotasjon atherektomi er indisert for korte, komplekse lesjoner. Det er også hensiktsmessig for lesjoner som er forkalket, ostial stenose, eller antas å være upassende for utvidelse med ballong angioplastikk. Kan også være effektiv i noen tilfeller ved restenose etter PCI. Rotablator er et borr som styres av luft under trykk. Hastigheten på borret overvåkes digitalt og måles i RPM (omdreininger per minutt).

Gjør klar:

- 1000 ml NaCl 9 mg/ml (i overtrykkmansjett)

- 10.000 E Heparin
- 10 mg Verapamil
- 10 mg Glycerylnitrat

tilsatt:

- Overtrykkmansjett på overtrykk 200 – 250 mmHg
- Dekke vanlig sterilt bord som ved PCI
- Iv slange + treveiskran (gis sterilt på bordet)
- Ha tilgjengelig Pacemaker ved RCA lesjoner
- Atropin

Klargjøring av pasient:

- Pasienten gis 1 g Paracet og får 2 venefloner (minst rosa, helst grønn)
- Gjøres klar som til vanlig PCI + ha lyske klar
- Koble til iv-væske
- Defibrilator-pads

Utstyr:

- 6 – 7 fr radialisintroduser eller 7 – 8 fr femoralisintroduser
- Guide etter størrelse på borr
- Y stykke (OKAY II)
- Roatwire
- Rotablator Advanced
- Ekkoapparat tilgjengelig

Utarbeidet av:
Slobodan Calic/Reda
Luksiene/Kristin Blågestad
Aagetvedt/Anne-Gry
Haakstad

Fagansvarlig:
Slobodan Calic

Verifisert av:
□

Godkjent av:
Geir Noraberg

Dok.nr:
D51126

Dokument-id:
II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11Utarbeidet av:
Slobodan Calic/Reda
Luksiene/Kristin Blågestad
Aagetvedt/Anne-Gry
HaakstadFagansvarlig:
Slobodan CalicGodkjent dato:
23.05.2023Godkjent av:
Geir NorabergRevisjon:
2.00

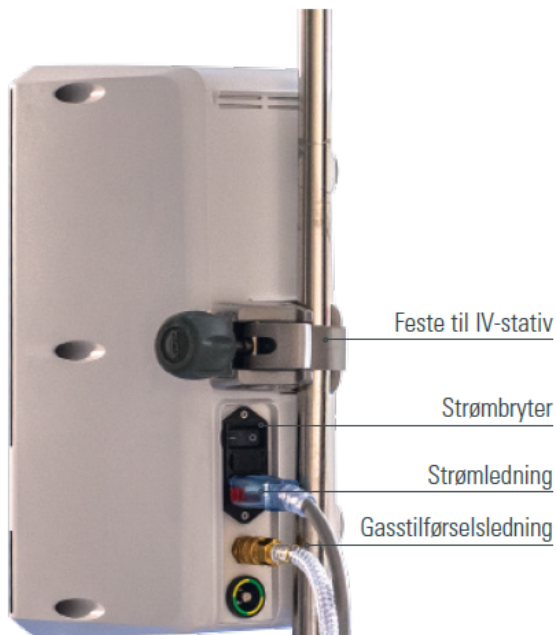
Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

ROTAPRO™ konsoll




Konsoloppsett

1



- 1 Koble luftslangen til luftforsyningen og til baksiden av konsollen
- 2 Koble til strømledningen
- 3 Åpne trykkluftventilen for å forsyne konsollen med trykkgass
- 4 Trykk inn strømbryteren på konsollen
- 5 Kontroller på målerne at systemtrykket er riktig

		Rotablator, PCI-senteret, SSA			Side: 3 Av: 6
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11	Utarbeidet av: Slobodan Calic/Reda Luksiene/Kristin Blågestad Aagetvedt/Anne-Gry Haakstad	Fagansvarlig: Slobodan Calic	Godkjent dato: 23.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

Fremgangsmåte:



- Koble på Rotablatorkonsollen
- Rotawire må være på plass før rotablatorsettet åpnes
- Rotablator **kobles til konsollen**
- Rotablatorborret skal på Rotawire før Testing (DRAW)
- DRAW utføres før borret føres gjennom Y-stykket



Innføringsenhet-tilkoblinger:


- A** Fiberoptisk kontakt
- B** Elektrisk kontakt
- C** Gassledningskontakt

DRAW:

D =	Drypp	Væsken koble til, skal alltid dryppe.
R =	Rotasjon	150 – 160 RPM. (Justeres på selve konsollen. Aktiveres ved å trykke på blå knapp på rotablateren).
A =	Advanser	Føre frem og tilbake borret før Y-stykket!!!
W =	Wirebrake	Sjekke bremsen. Dynaglider på, (lyser grønt) Trykk inn øverste sorte knapp  wire låst Begge sorte knapper inn  wire fri/bevegelig

Innføringsenhetens funksjonsknapper:




 SØRLANDET SYKEHU	Rotablator, PCI-senteret, SSA				Side: 4 Av: 6
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11	Utarbeidet av: Slobodan Calic/Reda Luksiene/Kristin Blågestad Aagetvedt/Anne-Gry Haakstad	Fagansvarlig: Slobodan Calic	Godkjent dato: 23.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig



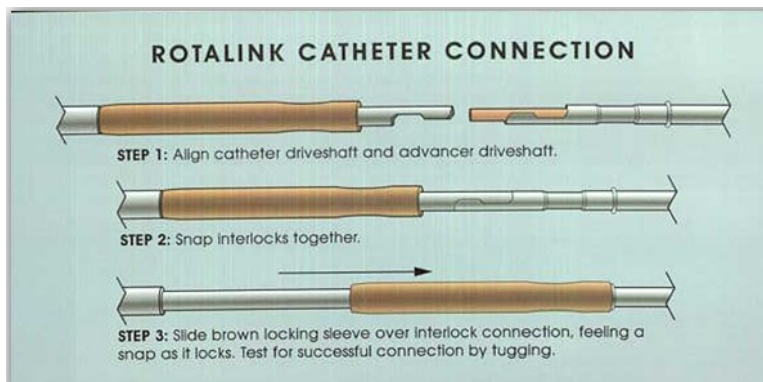
- Dynaglider brukes kun til transportetappe, (inn og ut med borr)
- Borret må gjennom Y-konektor, før Dynaglider settes på.
- (før eksportetappen begynner)
- Wire-Clip torque festes i innføringsenheten, men ikke for hardt, når borret føres inn (for da aktiveres bremsen).
- Wire-Clip torque løsnes fra innføringsenheten når rotablator-borret skal ut igjen.
- Torquen skal ikke tas av wire før borret er utenfor Y-konektoren.
- Borret føres frem (til lesjonen) m/Dynaglide.
- Ass. bruker venstre hånd på innføringsenheten og følger med wire-plassering

		Rotablator, PCI-senteret, SSA			Side: 5 Av: 6
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11	Utarbeidet av: Slobodan Calic/Reda Luksiene/Kristin Blågestad Aagetvedt/Anne-Gry Haakstad	Fagansvarlig: Slobodan Calic	Godkjent dato: 23.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

SELVE BORRINGEN

<ul style="list-style-type: none"> • Blå rund knapp: 	Brukes kun til boring, frem og tilbake
<ul style="list-style-type: none"> • Boring: 	<ul style="list-style-type: none"> - Max 15 sek. (Telles høyt fra 10 sek) - Vent 30 sek. mellom hver ny boring
SKAL MAX BORRE 5 MIN. TIL SAMMEN M/ETT BORR. BYTT DA TIL NYTT BORR.	




AVSLUTNING:

1. Operatøren styrer innføringsenheten
2. Ass. holder Y-stykket, gjennomlyser, og passer wire-plasseringen

Unngå luper på borr-wiren. Kan skape friksjon, slik at det blir vanskelig å få av borr-wiren.

Ved bytte av borr; TA ALLTID DRAW-TESTEN.

		Rotablator, PCI-senteret, SSA			Side: 6 Av: 6
Dokument-id: II.SOA.MEA.2.MED.KAR-11	Utarbeidet av: Slobodan Calic/Reda Luksiene/Kristin Blågestad Aagetvedt/Anne-Gry Haakstad	Fagansvarlig: Slobodan Calic	Godkjent dato: 23.05.2023	Godkjent av: Geir Noraberg	Revisjon: 2.00

Klinikknivå/Somatikk Arendal/Medisinsk avd. SSA/Pasienter og brukere/Medisinskfaglig

OBSERVASJONER:

<ul style="list-style-type: none"> Arytmi, bradykardi og AV-blokk kan forekomme: 	Vurder Pacemaker.
<ul style="list-style-type: none"> EKG: 	Vær obs på EKG-endringer pasienten kan få distal embolisering
<ul style="list-style-type: none"> BT: 	BT-fall kan være tegn til tamponade og perforasjon. Ha lett tilgjengelig EKKO-apparat. Høyt BT har pasienten smerter? Tissetrengt? Økt blødningsfare ved høyt BT, kan behandles med trandate eller nitro infusjon. Må pasienten tisse ha bekken eller flaske behandlingen.
<ul style="list-style-type: none"> Respirasjon: 	O2 metning, frekvens og tegn til lungeødem
<ul style="list-style-type: none"> Smerter: 	Får pasienten smerter undervis gi morfin etter ordinasjon fra legen. Ved smerter i arm eller lyske kan dette være tegn til blødning.
<ul style="list-style-type: none"> Klar og orientert pasient? 	En pasient som endrer oppførsel under prosedyre, plutselig uklar tale bør en undersøke om det har oppstått et slag/luftemboli og lignende.
<ul style="list-style-type: none"> Systolisk BT bør være over 90 – 100 mmHg (for å unngå noflow i åren). 	

KOMPLIKASJONER

- Disseksjon
- Distal arterie spasmer
- Bradykardi, AV Blokk
- Perikardvæske tamponade

KONTRAINDIKASJONER

- Ikke anbefalt når en lesjon inneholder trombe. Trombotiske lesjoner bør behandles med ballonger, stenter eller trombolyse.
- Venegraft er også kontraindisert pga økt risiko for embolisering som kan føre til redusert flow eller ingen flow.
- Tidligere stentet område er relativ kontraindikasjon.

Kryssreferanser

Eksterne referanser