

Orthopädie & Unfallchirurgie

Coxarthrose Rapid Recovery

Richtlinie

Ein Rapid Recovery Protokoll bei primären Hüfttotalprothesenimplantation zur Behandlung einer Coxarthrose in Ergänzung zur Richtlinie der allgemeinen Coxarthrose. [OUU Hüfte RL Coxarthrose.docx](#)

1 Grundpfeiler

- Möglichst komplette Information möglichst früh in EPIC
- *Standardisierung* wo möglich, individuelle Therapie wo nötig
- *Demedicalization*, die Patientinnen und Patienten sollen sich möglichst nicht «krank» fühlen und so wenig wie möglich Medizinbehandlungen erfahren (“reduce to the max”)

2 Zuweisung

- Komplette Nebendiagnosen geprechartet vor Sprechstunde
- Komplette aktuelle Medikation geprechartet vor Sprechstunde

3 Sprechstunde

- Medikamentenabgleich in EPIC bestätigen
- Risikofaktoren abfragen
 - OSAS: CPAP vorhanden? Unbedingt mitbringen, sonst 1 Nacht AWR
 - Spezielle Antikörper? (ggf. für Bestellung spezifischer EKs nötig)
 - Anmeldung [PBM](#)
 - Verordnen Tranexamsäure falls keine Kontraindikation
 - Wording: Zwei Nächte stationär (“Two is enough”)
 - Austritt klären und wenn möglich mündlich fixieren
 - nach Hause (wenn Unterstützung im gleichen Haushalt oder temporäres Wohnen mit Unterstützung möglich)
 - Kur, wenn keine Unterstützung zu Hause bei gesunden Pat
 - Rehabilitation, wenn krank, alt, Treppen und/oder allein (restriktive Indikation)
 - Akutgeriatrie, wenn internistisch krank und alt, aber ohne Demenz, Delir oder IPS-Aufenthalt nach OP
 - Anmeldung an ATM muss bei OP-Anmeldung in der Sprechstunde erfolgen
 - Prehab durch interne Physio -> Verordnung mitgeben
 - Dekolonisierung-> Instruktion und Rezept abgeben
 - Wo möglich, Spinalanästhesie promoten und in OP-Anmeldung für Anästhesie vermerken (in Absprache mit OperateurIn)

4 Behandlungskonzept

Vor Eintritt

- Planung eine Woche vor OP-Termin definiert
- Realistische Zeitangaben (Verlängerungsfaktoren beachten)

Beim Eintritt

- Analgesie gemäss Anä-Konzept Luzern
- Die Pat müssen in der Tagesklinik sehr zeitnah für die chirurgische Freigabe gesehen werden (bei der/dem erste/n Patientin/Patienten muss auch der Medikamentenabgleich gemacht werden)

Operation

- Nur eine Seite pro Tag (ausnahmsweise Seitenwechsel nur einmal pro OP-Tag)
- Kein Harnblasen-Katheter
- Rahmenabdeckung
- Bikini-Inzision
- Standardisiertes Instrumentarium und OP-Ablauf
- Psoas-Block
- Wundverschluss mit Stratafix und Dermabond Prineo
- Keine Wickelung
- Kein Hüftgurt
- Keine ATS

Postoperativ stationär

- Analgesie gemäss Anä-Konzept
- 1. Mobilisation am OP-Tag (wenn möglich in Tagschicht)
- Eigene Kleider anziehen, sobald auf Station (Motivation durch die Pflege)
- Wenn Schwellung-> Coldpack und Sandsack (kein direkter Kontakt mit Dermabond Prineo!)
- Wenn Blut durch Dermabond Prineo drückt, mit Longuette abtupfen, Longuette auflegen. Keine Manipulation, nichts aufkleben!
- Venflon ex am 1. postop Tag nach Hb-Kontrolle (falls durchgeführt) und bei normalen Vitalparametern
- 1. postop Tag: 1 Ganglänge morgens, Treppen nachmittags, Röntgen
- 2. postop: Austritt nach Hause und in Kur (auch möglich nach Austritt nach Hause)
- 3. postop: Spätester Austritt in Rehab (intern Ziel: 2d)
- Austrittskriterien: Analgesie kontrolliert per os, Wunde trocken, Rx i. O., Treppensteigen s/s möglich (nur bei Austritt nach Hause und wenn Treppen vorhanden)
- Keine orale therapeutische Antikoagulation oder orale Thromboseprophylaxe so lange stationär. Wenn Wunden trocken und im OP-Bericht nichts anderweitig erwähnt, kann ab dem 2. postoperativen Tag schrittweise Fragmin auf eine therapeutische Dosis gesteigert werden, appliziert verteilt auf zwei Dosen täglich

Postoperativ ambulant

- Orale Thromboseprophylaxe mit Xarelto ab Austritt
- Orale *therapeutische* Antikoagulation mit Xarelto frühestens ab dem 3. postoperativen Tag (Instruktion Fragmin ab 1. Gabe stationär)
- Verbandkontrolle bei HÄ/HA 3-5 Tage nach Austritt
- Prineo-Entfernung zwei Wochen postoperativ durch HÄ/HA
- Vollbelastung ohne Stöcke frühestens nach vier Wochen