

Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til:04.08.2019/04.08.2021
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklubben/Fødeavdelingen	Versjon: 4.00
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Prosedyre
Dok. ansvarlig: Kessler, Jörg	Dok.id: D13900

- Målet er tilstrekkelig analgesi eller anestesi til forløsning.
- Forutsetter felles risikovurdering: obstetrisk versus anesthesiologisk risiko.
- Krever fortløpende god kommunikasjon anestesilege/obstetriker om:
  - Tidsaspekt
  - Rier, trykkekraft
- **Vakuüm: god analgesi**, men riene og trykkekraft ønskes mest mulig bevart
  - Pudendus-/infiltrasjonsanestesi oftest tilstrekkelig dersom kvinnen ikke har en velfungerende epiduralanestesi. Obs. maksimaldoser for lokalanestesimidler (Metode F30).
  - EDA kan forsterkes etter tidsaspekt med:
    - Nesacain 30 mg/ml
    - Xylocain 20 mg/ml + Adrenalin 5µg/ml
    - Marcain 5 mg/ml
    - Naropin 7,5 mg/ml
 Tommefingerregel: 30 – 50 % av sectiodosering + 5 -10 ml NaCl
  - Spinalanestesi: Optimal bedøvelse til vakuüm/tang (bedre effekt sakralt enn EDA).  
Dosering som ved fødespinal.

Anestesipersonell tilstede til barnet er forløst dersom kvinnen har forsterket epiduralanestesi eller spinalanestesi. Er kvinnen stabil og har førlighet i bena, kan hun etter forløsningen forbli på fødestuen uten videre overvåkning.

Dokumentasjon på anestesijournal, registrering i Orbit.

- **Utskjæringstang: god analgesi**, ikke avhengig av rier og trykkekraft på samme måten som vakuüm. Analgesi, og overvåkning se ovenfor.
- **Bekkenhuletang/rotasjonstang: anestesi**, nærmest på lik linje med sectio.
  - EDA: forsterkes etter tidsaspekt med:
    - Nesacain 30 mg/ml
    - Xylocain 20 mg/ml + adrenalin 5µg/ml
    - Marcain 2,5-5 mg/ml
    - Naropin 2-7,5 mg/ml
 Tommefingerregel: 80 -100 % av sectiodosering  
 EDA som ikke virker optimalt i perineum, kan suppleres av obstetriker med pudendus-/infiltrasjonsanestesi; obs. maksimaldoser for lokalanestesimidler (Metode F30).
  - SA: optimal bedøvelse til bekkenhuletang/rotasjonstang
    - Marcain 5 mg/ml (plain): 1-1,5 ml
    - Evtl. Sufenta 2,5-5 µg eller Fentanyl 10-20 µg

Anestesilege og anestesisykepleier til stede til barnet er født. Overvåkning på postoperativ seksjon etter vanlige kriterier.

Dokumentasjon på anestesijournal, registrering i Orbit.

- **Anestesiberedskap ved vaginal tvillingfødsel/setefødsel**

- Etter avtale med obstetriker
- **ENTEN: velfungerende epiduralkateter**  
**ELLER: anesthesiapparat tilkoblet på fødestuen**
- Anestesipersonell behøver ikke å være fysisk til stede på fødestuen, men må være tilgjengelig i umiddelbar nærhet.
- I en alarmsituasjon gis det anestesi i tilsvarende dosering som ved akutt keisersnitt grad I.

Dokumentasjon på anestesijournal, og registrering i Orbit.  
Overvåkning på postoperativ seksjon etter vanlige kriterier.

- **Kombinert vending og uttrekning på fot av tvilling II**

- Oftest **hasteinngrep**
- Kan utføres i **godt virkende** epidural-/spinalanestesi
- Uterusrelaksasjon med nitroglycerin: 1 støt (0,4 mg) Nitrolingual® munnspray på munnslimhinnen uten samtidig innånding. Sprayen holdes mest mulig vertikalt med sprayhodet opp og så nær den åpne munnen som mulig. **Skal ikke inhaleres.**
  - \* Dersom ønsket effekt ikke oppnås innen 60 sek, kan ytterligere ett støt gis.
  - \* Kontroller pasientens puls og blodtrykk. Ved blodtrykksfall gis efedrin 5-10 mg i.v.
- Dersom vendingen er eller antas å kunne bli vanskelig, gis generell anestesi med intubasjonsnarkose. Sevofluran Fi > 1 % for uterusrelaksasjon.

- **Sutur av episiotomier og fødselsskader i vulva, vagina og perineum**

- Se metode F47

- **Manuell uthenting av placenta**

1) Hastegrad:

Obstetriker avgjør hvor hurtig inngrepet må utføres. Anestesilegen vil da kunne velge anestesimetode i henhold til oppgitt tidsfrist. Dersom anestesi ikke er oppnådd innen ønsket tid brukes gen. anestesi dersom det ikke er spesielle kontraindikasjoner.

2) Metodevalg

a) Umiddelbart inngrep:

i) Generell anestesi med intubasjonsnarkose

- Thiopenton 5 mg/kg
- Curacit 1,2 - 1,5 mg/kg
- Eventuelt opiat etter at pasienten er stabilisert

ii) Dersom pasienten har blødd > 1 - 1,5 l og fortsatt blør, bør det brukes

- Ketalar 1,2 mg/kg (gravid vekt)
- Eventuelt diazepam 2,5 - 5 mg
- Eventuelt opiat

**Inngrepet utføres fortrinnsvis på fødestuen (unntak stue B og C og Storken) for å unngå unødvendig transport av ustabile pasienter.**

b) Innen 5 – 40 minutter:

- i) Blødning < 1 l; pasienten har epiduralkateter
  - Xylocain 20 mg/ml med 5 µg adrenalin      **10 – (15) ml ED**
  - Leptanal 0,05 mg/ml kan eventuelt brukes      1 – 2 ml ED
  - Eventuelt Nesacain 30 mg/ml      **10 – (15) ml ED**
- ii) Blødning < 1 l, pasienten har ikke epiduralkateter
  - Spinalanestesi med Marcain 5 mg/ml tung      1,5 – 2 ml spinalt
- iii) Blødning > 1 – 1,5 l
  - Det må nøye vurderes om epiduralkateter kan benyttes
  - Hvis ikke, gis intubasjonsnarkose med Ketalar
  - Eventuelt PCB og sedasjon med Rapifen/Dormicum

**Link til KSK metodebok i Anestesi – KK/øyes:**

Anestesiberedskap ved kirurgisk førløsning på fødeavdelingen:

[https://kskhus.prosedyrer.no/index.php?action=showtopic&topic=XE3GFhSa&book\\_request=anestesikkhus](https://kskhus.prosedyrer.no/index.php?action=showtopic&topic=XE3GFhSa&book_request=anestesikkhus)

Anestesi ved manuell uthenting av placenta eller sutur av fødselsrift:

[https://kskhus.prosedyrer.no/index.php?action=showtopic&topic=AKD8rX2p&book\\_request=anestesikkhus](https://kskhus.prosedyrer.no/index.php?action=showtopic&topic=AKD8rX2p&book_request=anestesikkhus)