



Inngrep	Sectio i generell anestesi						
Diagnose	Vanligvis føtal indikasjon, ev. maternell medisinsk/humanitær indikasjon						
Dokumentplassering	Avdeling	Utarbeidet av	Godkjent av	Fagansvarlig	Revisjon	Godkjent fra	Gyldig til
II.SOA.AIO.SSA.2.1-53	Anestesi	Jl Post	Joakim Iver Post	Jl Post	10.04	30.05.2024	30.05.2026
Inngrepets varighet	30–60 minutter						
Anestesiform(er)	Generell anestesi med inhalasjonsmidler og intravenøse midler						
Øvrige medikamenter	<ul style="list-style-type: none"> Deksametason, ondansetron, oksytocin, glyseroltrinitrat, natriumsitrat Blødningsboks: traneksamsyre, oksytocin, metylergometrin, karboprost, misoprostol 						
Leie	Begge armer ut. Ryggleie med 15° venstretippet operasjonsbord. Operasjonsbord settes i nullposisjon straks etter forløsning av barn						
Spesielle hensyn	30–60 minutter						
Luftveier			Profylakse				
×	Endotrakealtube med mandreng		×	Antibiotikaprofylakse (operatør ordinerer)			
			×	Tromboseprofylakse (operatør ordinerer)			
			×	POKO (jf. retningslinje og Anestesiplan sectio • ANE SSA)			
Utstyr			Overvåkning				
×	PVK × 2		×	SpO ₂ , EKG, NIBT			
×	Ventrikkelsonde		×	Temperaturmål			
×	Foleykateter (legges ev. etter kirurgi)		×	Arteriekanyle ved alvorlig preeklampsi			
Preoperativt	<ul style="list-style-type: none"> Akutt sectio i GA (grad 1-sectio): <ul style="list-style-type: none"> Operatør gir rapport ved ankomst operasjonsstue og avgjør om det er tid til vask og dekking og ev. foleykateter før kirurgistart Minimale anestesiforberedelser: GA kan innledes med én velfungerende i.v. tilgang og kun pulsoksymetri som overvåkning Operatør skal stå klar til å operere ved innledning av GA Tegn til vanskelig luftvei. Videolaryngoskop skal være lett tilgjengelig Ta rede på nakke, tenner, gap; spør om allergier, faste medikamenter, fastestatus Informer og berolig pasienten Preoksygenering med 100 % O₂ til EtO₂ ≥ 90 %, ev. PEEP på indikasjon Fedmepute fjernes etter luftveissikring, og operasjonsbord tippes 15° mot venstre 						
Innledning GA	<ul style="list-style-type: none"> Streng RSI hvor bolus tiopental og bolus suksameton gis fortløpende og uten opphold. Cricoidtrykk skal alltid vurderes. Se Rapid sequence induction (RSI) hos voksne pasienter • ANE SSA <ul style="list-style-type: none"> Tiopental 5–7 mg/kg Suksameton 1–1,5 mg/kg TBW 						
Vedlikehold GA	<ul style="list-style-type: none"> Før avnavling: <ul style="list-style-type: none"> Ved verifisert tubeleie: sevofluran 8 % de 8 første pustene (manuell ventilasjon) Reduser FGF og FiO₂ etter metning med anestesigass, og gå over til kontrollert ventilasjon med mål EtCO₂ ca. 4 kPa (lett hyperventilering) Umiddelbart etter avnavling: <ul style="list-style-type: none"> Nullstill operasjonsbordet Seponer sevofluran, øk FGF og vask ut anestesigass Fentanyl 0,2–0,3 mg i.v. Overgang til propofol: enten titrere med håndsprøyte 20–60 mg i.v., eller TCI Deksametason 16 mg langsomt i.v., ondansetron 4 mg i.v. Oksytocin titreres 						
Kirurgiske vurderinger	Uterotonika og antibiotikaprofylakse gis på operatørs forordning, se hovedprosedyre						
Avslutning GA	<ul style="list-style-type: none"> Tilstreb å få pasienten selvpustende mot slutten av inngrepet Alltid ventrikkelaspirasjon før ekstubasjon 						
Postoperative vurderinger	<ul style="list-style-type: none"> Postoperative smerter: Alle skal ha standard postoperative forordninger (se hovedprosedyre og Anestesiplan sectio • ANE SSA). Pasienter som har EDK, men som forløses i GA, gis 8–12 mL bupivakain 2,5 mg/mL tilsatt 2 mg morfin epidural før seponering av EDK POKO ved bruk av uterotonika utover 5 E oksytocin 						