

Instrumentell vaginal forløsning. Føde/Barsel SSHF

Side 1 av 2

 Dokument ID:
I.4.8.1.2-10

 Godkjent dato:
19.10.2023

 Gyldig til:
19.10.2026

 Revisjon:
6.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrik/Fødsel SSHF

HENSIKT

Avslutte fødselen.

INDIKASJON

Forløsning etter CTG / STAN kriterier.
 Langsom fremgang i utdrivningstiden.
 Lette utdrivningstiden pga sykdom hos mor.
 Sliten mor.

FREM GANGSMÅTE

Utføres på indikasjon av gynekolog.
 Valget av forløsningsmetode/instrument er opp til den enkelte lege. Tang foretrekkes dersom man må forløse instrumentelt før uke 34, samt ved HIV, Hepatitt, ansiktspresentasjon og føtale koagulopati.

Forberedelser:

- Tom urinblære.
- Mormunnen skal være utslettet og fosterhode bør stå ved spinatransversalen (nivå 0) eller lavere. Maksimalt 2/5 av hodet palpabelt over symfyen. Angi hodets posisjon og nivå. Intrapartum ultralyd kan med fordel benyttes.
- God analgesi: epidural-, pudendus- eller infiltrasjonsanestesi.
- Barnelege eller anestesipersonell kontaktes ved behov.
- **SSF:** Anestesisykepleier tilkalles ved operativ vaginal forløsning. Operasjonsstua varsles når man forventer en eventuell vanskelig operativ vaginal forløsning der man muligens må konvertere til en sectio grad1.

Forløsning:

- Forløsningen bør være avsluttet innen 20 min. Barnepleier gir beskjed når det er gått 10 min.
- Dersom det ikke er descens av fosterhodet på senest 3. drag med tang / 4.drag med vakuumpump, avbrytes forsøket.
- Dersom koppen glipper kan den reappliseres 2 ganger
- Dra i samme retning som bekkenets akse.
- Hold igjen i utskjæringen for å hindre at hodet forløses for raskt. Det minsker rupturfaren. Kvinnen skal i minst mulig grad trykke med når hodet står i utskjæringen
- Perineum støttes.
- Episiotomi vurderes (lav terskel ved tang og hos Para O), men først når perineum buker.
- OBS skulderdystoci!

Alltid pH fra navlesnor umiddelbart etter forløsning.

Tang:

- God analgesi skal tilstrebes, fortrinnsvis pudendal.
- Hold tangen mot perineum slik du vil anlegge den
- Venstre tangbransje anlegges først, deretter høyre. Låsen må kunne lukkes lett.
- Fosterhode med pilsømmen i likevidden (+/- 45 gr)
- Risynkrone drag hvis det ikke haster. Ellers kan en trekke uavhengig av ri.

Utarbeidet av:

Prosedyrevalg Obstetrik SSHF

Fagansvarlig:

**Seksjonsoverlege Føde/barsel
SSK, Bente Maltby**

Godkjent av:

**Mikkel Høiberg, på vegne av
fagdirektøren**

		Instrumentell vaginal forløsning. Føde/Barsel SSHF			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.4.8.1.2-10	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/barsel SSK, Bente Maltby	Godkjent dato: 19.10.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 6.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fødsel SSHF

- Ved forløsning hvor det ikke haster, kan man ta av tangen på dette stadiet og la kvinnen trykke ut barnet.
- Ved occiput posterior og forhodeforløsning må det legges episiotomi. Forløsningen foregår i tre tempi:
 1. Trekk nedover til omdreiningspunktet (hypomochlion), hhv. Store fontanelle og panne, står under symfyen.
 2. Elever håndtakene for forløsning av bakhodet.
 3. Senk håndtakene for forløsning av ansiktet.

Vakuum:

- Metallkopp 5 eller 6 anlegges på fosterhodet. Det tilstrebes at koppens sentrum plasseres ca 3 cm foran kanten på lille fontanelle.
- Opprett et vakuum på 0,2 kg/cm² og sjekk på nytt kroppens plassering og mulig interponert maternelt vev.
- Vakuomet senkes til 0,6-0,8 kg/cm² i ett trinn, sjekk på nytt for interponert vev.
- Koppen bør kun reappliseres en gang dersom den løser totalt.
- Mislykkes vakuumeleksjonen, kan tangforsøk vurderes dersom hodet står sluttrotert på bekkenbunnen, før en evt. konverterer til sectio.

Silikonkopp og kiwikopp:

Hodet skal stå på bekkenbunnen, helst i utskjæringen (unntak: forløsning av tvilling 2).

Dokumenteres i Partus (Operasjonsmodul).

Samtale med paret i barseltiden i etterkant av operativ vaginal forløsning anbefales.

Kryssreferanser

[I.4.8.1.2-2](#)

[Blodgass - prøvetaking fra navlesnor, Føde/Barsel SSHF](#)

[I.4.8.1.2-9](#)

[Fosterovervåkning under fødsel. Føde/Barsel SSHF](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-6](#)

[Tilkalling av barnelege og anestesilege ved kompliserte forløsninger. Føden SSK.](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: [Veileder i fødselshjelp \(2020\)](https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/operativ-vaginal-forlosning/): Operativ vaginal forløsning. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/operativ-vaginal-forlosning/> (16.12.20)