

		<b>Fagspesifikke prosedyrer</b>		<b>Prosedyre</b>
<b>Avnavling av nyfødte. Føde/Barsel SSHF</b>				Side 1 av 3
Dokument ID: <b>1.4.8.1.2-1</b>		Godkjent dato: <b>07.11.2023</b>	Gyldig til: <b>07.11.2027</b>	Revisjon: <b>2.06</b>

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

Prosedyren er adaptert fra Helsebiblioteket.no. Bakgrunn, forskning og referanser: Se **Eksterne referanser**.

## HENSIKT OG MÅLGRUPPE

Sikre nyfødte en optimal start på livet utenfor livmoren gjennom transfusjon av fullblod og stamceller via navlesnoren. Unngå uheldige intervensjoner og komplikasjoner i fødselens etterbyrdsfase.

## ANSVAR

Leger, jordmødre, barnepleiere.

## UTSTYR

2 sterile arteriepinsetter  
 Navlestrikk  
 Steril saks  
 Sterile hansker  
 Evt sterile kompresser v/behov

## FØLGENDE ANBEFALINGER GIS:

- Sen avnavling (1–3 minutter) er anbefalt i alle fødsler (inkludert sectio og premature) samtidig som man ivaretar barnets essensielle behov.
- Tidlig avnavling (< 1 minutt) er ikke anbefalt med mindre barnet må flyttes for intensiv resuscitering. Ved behov for overtrykksventilasjon, kan dette startes før avnavling, forutsatt at der er personell og utstyr tilgjengelig ved barnet.
- Avnavling bør gjøres som en aseptisk prosedyre for å unngå infeksjon. Navlesnoren stenges av med to arteriepinsetter, kuttet 2–3 cm fra huden, og det settes på strikk eller klemme.

## Unntak fra sen avnavling

Følgende tilstander innebærer høy risiko for alvorlig hyperbilirubinemi og/eller polycytemi:

- Mottaker i TTTS (tvilling til tvilling transfusjonssyndrom)
- Barn av mødre med insulinkrevende diabetes
- SGA-barn
- Barn av mødre med kjent antistoffutvikling

Avnavling så fort som mulig, evt. blodprøve til blodgassanalyse tas på dobbelklampet navlesnor.

## FREM GANGSMÅTE

- Oxytocin gis til mor etter vanlig prosedyre, før avnavling.
- Tørk av barnet, forebygg varmetap og gjør en første bedømming av vitalitet.
- Evt. blodprøvetaking til blodgassanalyse på pulserende navlesnor innen 30 sek.
- Barnet legges på mors bryst etter prøvetaking, eller direkte (transfusjonen tar lenger tid).
- Avnavling etter 1–3 minutter eller når pulsasjon er opphørt og navlesnoren er hvit/slapp.

## Sectio

Gynekolog / Jordmor holder barnet lavt første 30 sekunder.

Gynekolog / Jordmor tar blodprøver ved akutt sectio.

## Vannfødsel

Pass på at barnet ikke løftes for høyt over placentanivå, tapp heller ut litt vann.

Utarbeidet av: <b>Kunnskapssenter +          Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF</b>	Fagansvarlig: <b>Kunnskapssenter,          Seksjonsoverlege BUA</b>	Godkjent av: <b>Per Engstrand</b>	
---	--	--------------------------------------	--

		<b>Avnavling av nyfødte. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b>
					<b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.1.2-1	Utarbeidet av: Kunnskapssenter + Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Kunnskapssenter, Seksjonsoverlege BUA	Godkjent dato: 07.11.2023	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 2.06

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

## Spesielle forhold

### **Premature barn**

Hold barnet lavt de første 30 sekundene, forebygg varmetap.  
Planlegg å sette av en stump på minimum 30 cm ved avnavling.

### **32–36 uker**

- Barnet kan være hos mor hvis tilstanden tillater det.

### **Under 32 uker**

- Hold kroppen godt samlet.
- Vurder behov for ventileringstøtte med maske og bag, eller NEO-puff etter 30 sekunder.
- Avnavles etter minimum 1 minutt eller i samråd med barnelege.
- Flyttes til asfyksibord for videre behandling.

### **Under 28 uker**

- Pakk kroppen inn i plastikkpose for å unngå unødig varmetap.
- Avnavling i samråd med barnelege.
- Sectio: Tilstreb forløsning i hele hinner.
- Etter hinnerivning holdes placenta opp over barnet på asfyksibordet.

### **Truende asfyksi/mulig behov for resuscitering**

- Avvent avnavling, plasser barnet lavere enn placenta om mulig, gi Oxytocin til mor.
- Tørk og stimuler barnet kraftig på ryggen.
- Følg videre [Norsk Resusciteringsråds algoritme for resuscitering](#) av nyfødte (sjekk hjerterefrekvens, respirasjon, tonus).
- Ved hjerateksjon < 100 og gispning/apne, start ventilering med maske/bag og vanlig romluft så fort som mulig. Dette kan gjøres med intakt navlesnor dersom utstyr og kvalifisert personell er tilgjengelig ved fødesengen.

**Ved knapp tid/ikke mulig å starte ventilering:** Melk navlesnoren langsomt 3 ganger mot barnet med en hastighet på 10 cm i sekundet.

**Manglende respons/helt livløst barn:** Avnavle barnet (minimum 30 cm fra navlen) og flytt til asfyksibordet for HLR (2 personer ivaretar HLR, 1 person melker navlestump).

### **Ved navlesnor stramt rundt halsen**

- Dersom navlesnoren virker kort og stram, forsøk å forløse barnet ved å foreta såkalt summersault-manøver
- Avnavling i vulva gjøres kun unntaksvis, for å få forløst barnet, med fare for å forverre en evt asfyksi/hypovolemi.
- Navlestumpen melkes langsomt med en hastighet på 10 cm per sek.
- Ved behov for resuscitering, følg [Norsk Resusciteringsråds algoritme for resuscitering av nyfødte](#)

### **Sectio i narkose (katastrofesectio)**

- Vurder barnets tilstand, ved behov for resuscitering, se ovenfor.
- Dersom barnet har det bra, avnavling etter minimum 1 minutt.
- Ha beredskap klar til å behandle barnet for eventuelle bivirkninger av narkosemidler, konferer med anestesilege/barnelege.

## **KRYSSREFERANSER**

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-1](#) [Asfyksi SSK](#)

Dokument-id: I.4.8.1.2-1	Utarbeidet av: Kunnskapssenter + Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Kunnskapssenter, Seksjonsoverlege BUA	Godkjent dato: 07.11.2023	Godkjent av: Per Engstrand	Revisjon: 2.06
-----------------------------	---	---	---------------------------------	-------------------------------	-------------------

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