

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.2.12-8	Anestesi	Jl Post	Joakim Iver Post	Jl Post	10.08	30.05.2024	30.05.2026
Inngrepets varighet	30–60 minutter						
Anestesiform(er)	Generell anestesi med inhalasjonsmidler og intravenøse midler						
Øvrige medikamenter	- Deksametason, ondansetron, oksytocin, glyseroltrinitrat, natriumsitrat, cefazolin Blødningsboks: traneksamsyre, oksytocin, metylergometrin, karboprost, misoprostol						
Leie	Begge armer ut. Ryggleie med $\geq 8^\circ$ 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	- Akutt sectio i GA (grad 1-sectio): - 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 - Natriumsitrat 30 mL p.o. - Tegn til vanskelig luftvei. Videolaryngoskop skal være lett tilgjengelig - Ta rede på nakke, tenner, gap; spør om allergier, faste medikamenter, fastestatus - Informere og berolige pasienten - Preoksygenering med 100 % O₂ til EtO₂ ≥ 90 %, ev. PEEP på indikasjon - Fedmepute fjernes etter luftveissikring, og operasjonsbord tippes $\geq 8^\circ$ mot venstre						
Innledning GA	- 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 - Tiopental 5–7 mg/kg - Suksameton 1–1,5 mg/kg TBW						
Vedlikehold GA	- Før avnavling: - 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: - 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	- Tilstreb å få pasienten selvpustende mot slutten av inngrepet - Alltid ventrikkelaspirasjon før ekstubasjon						
Postoperative vurderinger	- 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						

 SØRLANDET SYKEHU		Sectio i generell anestesi • ANE SSA			Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOA.AIO.SSA.2.12-8	Utarbeidet av: JI Post	Fagansvarlig: JI Post	Godkjent dato: 30.05.2024	Godkjent av: Joakim Iver Post	Revisjon: 10.08

Somatikk Arendal/Anestesi, intensiv, operasjon/ANESTESI/Pasientbehandling/Gynekologi og obstetikk