

 SØRLANDET SYKEHUS		PASIENTER OG BRUKERE		Prosedyre
SECTION - GRAD 2				Side 1 av 3
Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-8	Gruppe: □	Godkjent dato: 17.06.2024	Gyldig til: 17.06.2025	Revisjon: 2.04

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

DEFINISJON

Gjelder sectio (grad 2), hvor barnet skal være ute **innen 20 minutter**.

Teamet består av anestesisykepl, operasjonssykepl, anestesilege, gynekolog, pediater og laboratoriet. Varsling skjer ved gruppeoppkall. Displayet viser «GRAD 2 SECTIO».

BESKRIVELSE

1. Gynekolog beslutter at *akutt sectio med forløsning innen 20 minutter* skal iverksettes.
2. Jordmor / gynekolog er ansvarlig for å aktivere gruppeoppkall av teamet.
3. Jordmor er ansvarlig for at helsekort for gravide følger pasienten og at blødningsboks tas med
4. Teamet møter umiddelbart opp på **operasjonsstue 9**. Er stue 9 opptatt brukes nærmeste stue etter avtale.
5. Pediater går til asfyxibordet og klargjør for mottak av forløst barn.
6. Bioingeniør møter direkte på operasjonsstue 9, evt. alternativ stue, for prøvetagning evt. mottak av prøve.

Anestesi:

Fokusert anesthesiologisk vurdering må ikke unnlates (spør pasient, sjekk helsekort):

- Vurder luftvei, tidligere anestesiproblemer
- Nåværende og tidligere obstetrisk historie, for eksempel preklampsi, PPH, beliggenhet av placenta
- Faste medisiner, allergier

Anestesimetode:

Regionalanestesi er førstevalg, men man må forvente 15 min fra «stuetid start» til «klart for operasjon»

- Top- up av velfungerende fødepidural på operasjonsstuen
- Spinalanestesi

Generell anestesi dersom regionalanestesi er kontraindisert eller ikke kan gjennomføres innen tidsfristen. Tett kommunikasjon med gynekolog er viktig

Kontraindikasjoner for regionalanestesi:

- Blødningstilstander, koagulasjonsdefekt, blodfortynnende medikamenter
- Andre vanlige retningslinjer for ikke gravide (manglende samtykke, allergi, infeksjon på innstikksted, hypovolemi, ect)

Forberedelse før anestesistart:

- Sørg for at anesthesiapparat og alt utstyr er kontrollert, inkludert intubasjonsutstyr, sug og vippefunksjon på bordet
- Na-citrat 20-30 ml po
- SaO₂, EKG, NIBT (venstre arm, minimum 3 min intervall)
- Sikre adekvat iv tilgang (to venekanyler, minimum grønn a 1,3 mm)
- Varm ringer acetat infusjon skal være etablert
- Operatør skal være til stede når spinalanestesi settes/ EDA toppes
- Ha klart opptrukket fenylefrin, alternativ vurder Noradrenalin infusjon.
- Cefazolin 2 g iv gis på operasjonsstuen og startes så tidlig som mulig før operasjonsstart. Ved allergi gis Klindamycin (Dalacin) 600 mg iv

□

Utarbeidet av: K Anschütz K Menning	Først utgitt: 17.02.2007	Fagansvarlig: Stefan Hyler	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	
---	------------------------------------	--------------------------------------	--	--

 SØRLANDET SYKEHU		Sectio - Grad 2 SSK			Side: 2 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-8	Utarbeidet av: K Anschütz K Menning	Fagansvarlig: Stefan Hylér	Godkjent dato: 17.06.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.04

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Top-Up Epidural:

Hvis den fødende har en velfungerende Epidural, kan anestesilege vurdere Top-up.

Medikamenter:

- Lidocain 20mg/ml med adrenalin 5 µg (12-20 ml)
 - o (20 ml Lidocain 20 mg/ml tilsettes 1 ml adrenalin 0,1 mg/ml)
- Og Fentanyl 0,05 – 0,1 mg

Eller:

- Chloroprocain (Nesacaine) 30 mg/ml 15- 20 ml (maks 30 ml)

*Cloroprocain har kort halveringstid og må etter 20 min suppleres med bupivacain/ropivacain

Dersom ikke tilfredsstillende epiduralanestesi etter 20 minutter, vurder overgang til generell anestesi

Spinalanestesi:

Innstikksnivå:, L4/L5 eller L3/L4

Nål: Pencilpoint 27/25G (andre nåler kun på indikasjon)

Medikamenter spinalt (veiledende dosering):

- Bupivacain 5 mg/ml 2,0-2,5 ml og
- Fentanyl 15-20 µg

Oppretthold maternalt SBT (systolisk blodtrykk ≥ 90 %, minimum 80 % av baseline)

Behandling av BT fall over 20% eller SBT < 90 mmHg

- Ringeracetat infusjon økes. Senke hodeenden (ikke hvis bupivacain tung er satt)
- Vasopressor:
 - o Hjerterefrekvens 70/min
 - Fenylefrin 0,05 – 0,1 mg iv ved HF >70/min (obs bradykardi som behandles med atropin 0,5 mg)
 - Hvis infusjon med noradrenalin er etablert gi bolus 5-10 µg og øk infusjonshastighet
 - o Hjerterefrekvens < 70/min eller manglende effekt av fenylefrin
 - Efedrin 5-10 mg iv
 - o Hjerterefrekvens < 60/min
 - Atropin 0,5 mg

Etter bedøvelse:

- Gravide pasienter under enhver form for bedøvelse må vippes til venstre mens de ligger på rygg for å unngå aorto-caval kompresjon inntil barnet er forløst
- Vurder å gi O2 på maske hvis det er tegn til føtal stress

Uterusdilatasjon:

Ved stram uterus som vanskeliggjør forløsning av barnet, kan nitroglyserin spray gis etter avtale med operatør.

 SØRLANDET SYKEHU		Seccio - Grad 2 SSK			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-8	Utarbeidet av: K Anschütz K Menning	Fagansvarlig: Stefan Hyler	Godkjent dato: 17.06.2024	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.04

Somatikk Kristiansand/Anestesi, Intensiv, Operasjon/Anestesi - SSK/Pasienter og brukere/Behandlingsrutiner

Etter forløsning:

Oxytocin 3 I.E. langsomt i.v. etter forespørsel fra gynekolog
Dexametason 4-8 mg iv (unntatt ved kontraindikasjoner)
Ibuprofen 400 mg iv (unntatt ved kontraindikasjoner)
Paracet 1000 mg iv
Ondansetron 4 mg

Ved Spinalanestesi (uten fødeepidural)

Etterspør Single-shot LA sårinfiltrasjon av kirurg (f.eks Ropivacain 7.5 mg/ml: 20 ml evt Ropivacain 3.7 mg/ml: 40 ml alt. Bupivacain 5 mg/ml).

Ellers settes TAP-blokade bilat, (f.eks 20 ml Ropivacain 3.75 mg/ml /side)

Obs: Maks dose Bupivacain < 2 mg/kg
Ropivacain < 2.5 mg/kg

Ytterligere uterotonica gis etter avtale med gynekolog. Dersom Oxytocindrypp ordineres, er standard blandingsforhold 50 IE Oxytocin i 500 ml NaCl 0,9%, hastighet 150 ml/time.

(TIPS: I akutte situasjoner for raskere administrering: 10 IE Oxytocin i 100ml NaCl 0,9%)

Total spinal

Høy spinal med bradykardi, hypotensjon og insuffisient respirasjon. Behandling er symptomatisk, eventuelt intubasjon.

Kilde: Metodebok i anestesi Haukeland universitetssykehus –KK, Anestesi til obstetriske pasienter, Elin Bjørnstad. Prosedyren er revidert og tilpasset lokale forhold ved SSK av K. Anschütz og K. Menning

Kryssreferanser

[I.4.8.1.2-9](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-7](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-9](#)

[II.SOK.AIO.SSK.2.a-20](#)

[II.SOK.KKK.FBK.2.2-3](#)

[Postpartum blødning. Føde/Barsel SSHF \(PPB\)](#)

[Seccio - Grad I SSK](#)

[SECTIO - GRAD 3 SSK](#)

[Prostinfenem - medikamentell behandling av postpartum blødning Anestesi SSK](#)

[Seccio. Føde/Barsel SSK](#)

Eksterne referanser