

 Somatikk Kristiansand		Retningslinje
Anestesi til barn (ØNH) - Anestesi SSK		Side 1 av 2
Dokument ID: II.SOK.AIO.SSK.2.a-36	Godkjent dato: 16.01.2025	Gyldig til: 16.01.2026
		Revisjon: 2.04

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

Hensikt

Retningslinjen er utarbeidet for at avdelingen skal ha et førstevalg for anestesiform ved barneanestesi. Når ikke annet er bestemt, skal anestesisykepleier gjøre i stand for slik anestesi.

Omfang

Retningslinjene gjelder hovedsakelig for barn < 7 år til tonsillectomi, adenotomi og paracentese /dren. Anestesilege skal normalt være til stede under operasjonen. Tonsillectomi på barn < 3 år gjøres kun etter avtale og med erfarne overleger som anestesilege og operatør.

Ansvar

Pasientene bedømmes preopr. av anestesilege/anestesisykepleier. Ansvarlig anestesilege er den lege som gjennomfører anestesen. Dersom han/hun mener det er indikasjon for å velge andre anestesiformer må dette meldes anestesisykepleier på aktuell stue før kl 07.35.

Premedikasjon

- Emla eller ametop på hender/føtter hvor det er staset opp og merket av aktuelle vener
- Paracetamol etter liste
- Ibux etter liste
- Sedasjon kun ved behov: Dexdor etter prosedyre (gjelder barn < 5 år) eller Midazolam 0,3 mg/kg (etter liste)

Forberedelse til innledning:

Involvert personale skal være klare, anestesiform og oppgavefordeling avtalt før pasient tas inn på stuen. Teamet har lagt en plan for dosering, tubestørrelse, væskebehov, estimert blodvolum og tolerert blodtap. Obs over 5 % blodtap. Se [Doseringskalkulator, barn Anestesi SSK](#). LIS-leger (anestesi og operatør) skal ha navngitt bakvakt, som kan tilkalles.

Monitorering:

Monitor stilles inn på barnemodus, og alarmer tilpasses barnets alder. Bruk av standard monitorering: S_aO₂, BT og EKG. I tilfeller hvor barna ikke samarbeider prioriterer vi S_aO₂, og så fort som mulig legges BT og EKG på. Cufftrykkmåler brukes for å sjekke cuff-trykket.

Innledning:

A. Med venekanyle

- Heng opp Ringer Ac 500 ml. Hos barn under 10 kg gis væske på pumpe. I tillegg erstattes blodtap. Se [Doseringskalkulator, barn Anestesi SSK](#)
- Atropin anbefales: 0,01 mg/kg iv
- Thiopenthal 3-5 mg/kg. Målet er å opprettholde spontan respirasjon.
- Fortsett med Sevofluran 6-8 % med 100 % oksygen for å oppnå midtstilte pupiller og jevn respirasjon.
- Vurder spontanventilasjon i trykkstøtte/assistert modus for å sikre tilstrekkelig store tidalvolum.
- Før intubasjon reduseres Sevofluran til 2,5 %.
- Gi Alfentanil 20 microgram/kg iv.
- Intuber etter 30-45 sekunder med preformet tube med cuff.
- Til tonsillectomi og adenotomi: Dexametason 0,1 -0,2 mg/kg.
- Fentanyl: Ved tonsillectomi ca 3 microgram/kg. Ved adenotomi 1-2 microgram/kg.

Utarbeidet av: Albrecht Brazel, revidert av S. Hyler	Fagansvarlig: Sandra F Madsen	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	
--	---	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Anestesi til barn (ØNH) - Anestesi SSK				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: II.SOK.AIO.SSK.2.a-36	Utarbeidet av: Albrecht Brazel, revidert av S. Hylér	Fagansvarlig: Sandra F Madsen	Godkjent dato: 16.01.2025	Godkjent av: Avd.leder Grete K. Erdvik	Revisjon: 2.04

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

B. Uten venekanyle (rådfør deg med bakvakt før dette startes)

- Sevofluran 8 % på maske med pasienten på bordet (evt på mor/fars fang initialt).
- Induser Sevofluran 8 % gjennom eksitasjonsstadiet (midtstilte pupiller + jevn respirasjon). Legg venekanyle først når barnet har dyp nok søvn. Husk å redusere sevofluran etter eksitasjonsstadiet. Vurder spontanventilasjon i trykkstøtte modus for å sikre tilstrekkelig store tidalvolum.
- Når venekanyle er anlagt, vurder å gi Atropin 0,01 mg/kg iv.
- Ved midtstilte pupiller og jevn respirasjon gis Alfentanil 20 microgram/kg
- Intuber etter 30-45 sek med preformet tube med cuff.

Vedlikehold:

- Tubeleie verifiseres og tube festes i midtstilling.
- Ventiler med Sevofluran (2,5) -3,5 %, evt tillegg av lystgass (N₂O/O₂: 60/40 %).
- Initialt MAC 1,3-1,5 ved innsetting av GAG.
- V/ Tons: Reduser Sevofluran når første tonsille er ute. Slå av Sevofluran når andre tonsille er ute.
- V/Ad: Reduser/stopp Sevofluran når ad.sengen er ferdig skrappt.
- Obs hemostase kan ta tid.
- Ved behov, titrer med propofol ca 1 mg/kg hvert 8-10 min, og eventuelt Alfentanil (5-(10) mikrogram/kg)
- Ved bruk av lystgass stoppes denne først når kirurgi er ferdig.
- Ved behov for ekstra opioider underveis vurder alfentanil. Titrer 5-10 microgram/kg til effekt. OBS respirasjonsdepresjon.
- **Omtrentlige verdier som må tilpasses hvert barn individuelt!**

Avslutning:

- Kontroller at tupfere og tampong er fjernet. (Primæransvar ligger hos kirurg og operasjonssykepleier)
- Snu barnet i venstre sideleie.
- Sug forsiktig hvis nødvendig i svelg og nese, obs blødningsfare.
- Bruk 100 % oksygen med flow 8 L for å vaske ut N₂O og anestesigass.

Ekstubasjon:

- Krav: PCO₂ < 8, avtagende. Stigende respirasjonsfrekvens (> 10-12). Ekstubasjon utenom eksitasjonsstadiet
- a) **Dyp** ekstubasjon: ved midtstilte pupiller og jevn respirasjon
- b) **Våken** ekstubasjon: når barnet er såpass våkent at det gir sikker kontakt (målrettede bevegelser, slår opp øyene).
- Ha alltid utstyr klart til akutt reintubasjon: Tube, laryngoskop, opptrukket Curacit.

Ved spasme:

1. Kjevetak og 100 % oksygen
2. PEEP >5
3. Propofol 0,5 - 1 mg/kg
4. Evt Curacit (0,3-1,5 mg/kg) – vurder behov for reintubasjon.

Kun paracentese/ dren:

- Innledning med Thiopenthal og Sevofluran (+evt N₂O) som ovenfor nevnt.
- Reduser Sevofluran ved midtstilte pupiller og jevn respirasjon.
- Målet er å holde barnet spontanpustende på maske/ lxm.
- Evt Alfentanil 5 microgram/kg før paracentese. Gjentas ved behov. Obs, bevar barnets egen respirasjon.