

Ryggbedövning på förlossningsavdelning och gynekologisk avdelning

Gäller för: Anestesikliniken

Faktaägare:

Anders Lindgaard Andersen, ansvarig överläkare gynsektionen, operationsenheten Växjö

Anna-Marit Löfmark, medicinskt ledningsansvarig läkare, operationsenheten Växjö

Innehållsförteckning

Ryggbedövning på förlossningsavdelning och gynekologisk avdelning	1
1 Epiduralbedövning (EDA)	2
1.1 Kontraindikationer:	2
1.2 Koagulation	2
1.3 Insticksnivå	3
1.4 Initialdos	3
1.5 Kontinuerlig infusion	3
1.6 Bolusdos	4
1.7 Utvärdering	4
1.8 Övervakning	4
1.8.1 Blodtrycket	4
1.8.2 Andningsfrekvensen	4
1.8.3 Urinblåsans funktion (miktionsförmåga!)	4
2 Spinalbedövning med Sufentanil	5
2.1 Dosförslag	5
2.2 Indikationer	5
2.3 Fördelar	5
2.4 Nackdelar	5
2.5 Övervakning	5

1 Epiduralbedövning (EDA)

Vid önskemål om förlossningsepidual dagtid kontaktas driftsansvarig narkosläkare på telefon 8199. Jourtid tas kontakt med narkosjouren på telefon 8371. Vårarbetet skall vara etablerat, men särskild öppningsgrad av cervix behöver inte inväntas. Tidig EDA bör övervägas vid preeklampsi och BMI>40. Uppgifter skall lämnas om graviditetskomplikationer, andra sjukdomar och tidigare EDA eller sectio. Dessutom skall meddelas om patienten fått annan form av smärtlindring (Morfin givet inom 6 timmar i kombination med Sufenta-EDA ökar risken för andningsdepression!). Genomspolad och kontrollerad PVK ska finnas. CTG-registrering är obligatorisk.

Innan EDA anlägges skall narkosläkaren bedöma och informera patienten. Sedan bedövningen har lagts har förlossningsläkare, barnmorska och narkosläkare ett delat ansvar för patienten. Narkosläkaren har dock huvudansvaret för ryggbedövningen. Barnmorskan utför dock den rutinmäsiga övervakningen och konsulterar narkosläkaren vid otillräcklig smärtlindring eller andra EDA-relaterade problem. Ansvarig barnmorska kan själv ge bolusdos och dra upp ny infusionspruta.

Sufentanil (Sufenta) är en mycket lipofil opioid, som har ett snabbt anslag med en relativt kort duration vid epidural administrering. I kombination med bupivacain (Marcaïn) får man en potentiering och förlängd duration av den analgetiska effekten. Vid de doser som rekommenderas är risken för andningsdepression liten. I större doser kan andningsdepression förekomma, men kommer tidigt, dvs inom två timmar. Någon påverkan på barnet har ej noterats med rekommenderade doser.

1.1 Kontraindikationer:

- Blödningsbenägenhet
- Hypovolemi pga blödning
- Lokal infektion vid insticksstället
- Överkänslighet för anestesimedlen
- Neurologisk sjukdom (relativ - kontakta erfaren kollega vid tveksamheter)

1.2 Koagulation

Kontroll av TPK, APTT och PK enligt nedan:

- Lätt preeklampsi, prover < 6 timmar
- Svår preeklampsi, prover < 2 timmar
- Intrauterin fosterdöd, prover < 6timmar

För patienter som medicinerar med lågmolekylärt heparin (Fragmin 5000 E x 1 eller Klexane 40 mg x 1) och som inte har annan koagulationspåverkan kan epidural läggas 10 timmar efter föregående dos. Vid högre dosering än ovan ska minst 24 timmar gått sedan föregående dos innan epidural läggs.

Observera att vid dragning eller justering av EDA-katetern är risken för blödning lika stor som vid anläggandet. Således ska det gå minst 10 timmar från senaste dosen lågmolekylärt heparin innan epiduralkateter får avlägsnas. Patienter med hemostasrubbing, t.ex vid preeklampsi, ska ha normala hemostasprover innan dragning

[Se länk SFAI:s hemsida.](#)

1.3 Insticksnivå

Förlossningsepiduraler anläggs lämpligast i interstitium nivå L2-L3 eller L3-L4.

1.4 Initialdos

För smärtlindringen används en färdigberedd lösning av bupivakain 0,6 mg/l och sufentanil 0,5 µg/ml i 100 ml påse. För att dra upp blandningen används särskild ”spike” som passar i påsens anslutning. Obs! Påsen med färdigberedd lösning är ej sterilt förpackad.

10 ml av färdig blandning bupivakain 0,6 mg/ml + sufentanil 0,5 µg/ml.

Om färdig blandning bupivacain/sufentanil inte finns tillgänglig blandas testdos innehållande 3 ml Marcain 2,5 mg/ml + 2 ml sufentanil 5 µg/ml + 5 ml NaCl 9 mg/ml.

Initialdosen delas inte upp, utan hela dosen på 10 ml fungerar både som testdos och terapeutisk dos. Efter cirka fem minuter påbörjas den kontinuerliga infusionen.

1.5 Kontinuerlig infusion

8 - 10 ml/tim av färdig blandning bupivakain 0,6 mg/ml + sufentanil 0,5 µg /ml.

Om färdig blandning bupivacain/sufentanil inte finns tillgänglig blandas i 50 ml spruta **12,5 ml Marcain 2,5 mg/ml + 5 ml Sufentanil 5 µg/ml + 32,5 ml NaCl 9 mg/ml** med infusionshastighet 8-10 ml/h.

Om Sufentanil anses olämpligt som tillägg vid förlossningsepidural, kan enbart Marcain-EDA läggas istället. I så fall ges en initialdos på 6 - 10 ml Marcain 2,5 mg/ml, varav 4 ml som testdos. Här efter fortsättes med kontinuerlig infusion av Marcain 2,5 mg/ml 4 - 6 ml/timme.

1.6 Bolusdos

6 - 10 ml av infusionsblandningen.

Bolusdos ges om initialdosen efter 30 minuter inte har haft tillräcklig smärtlindringseffekt. Bolusdos ges även vid behov under pågående infusion och vid fullvidgad cervix. Smärtlindring under hela förlossningsförloppet eftersträvas.

1.7 Utvärdering

Effekten av epiduralen utvärderas efter 60 minuter.

- Adekvat smärtlindring?
- Sidoskillnad?
- God motorik?

- Om ej adekvat smärtlindring, överväg obstetrisk komplikation.
- Om ej adekvat smärtlindring, kontakt narkosläkare.
- Inför eventuell operation och hos patienter med obesitas är utvärdering extra viktig

1.8 Övervakning

1.8.1 Blodtrycket

Mäts var 5:e minut i 20 minuter efter anläggandet av EDA. **Detta gäller även efter en bolusdos!** Härfter mäts blodtrycket minst en gång per timme.

Vid blodtrycksfall <100 mmHg eller blodtrycksfall 20-30% av utgångstrycket:

- Lägg patienten i vänster sidoläge
- Koppla snabb infusion Ringer-Acetate
- Eventuellt ges 5-10 mg Efedrin intravenöst.

1.8.2 Andningsfrekvensen

Räknas var 30:e minut, om vakenhetsgraden är sänkt, och fortsätter till två timmar efter senast givna dos Sufenta. Understiger andningsfrekvensen 12 andetag/minut avbrytes infusionen och Narcanti 0,04 mg ges intravenöst (kan behöva upprepas).

1.8.3 Urinblåsans funktion (miktionsförmåga!)

Skall kontrolleras i minst 10 timmar efter förlossningen.

Vid svår **klåda** kan Narcanti 0,04 mg behöva ges intravenöst i upprepade doser.

En stor del av patienterna kommer att vara uppegående men bör då ha stöd av gästol eller levande stöd.

2 Spinalbedövning med Sufentanil

Vid ett fåtal indikationer kan det finnas anledning att lägga en förlossningsspinal trots den korta varaktigheten och den vanligt uppträdande klådan. Bradykardi hos foster kan uppträda av flera olika anledningar. Studier visar dock ringa neonatal påverkan. Upprening av förlossningsspinal kan övervägas.

2.1 Dosförslag

- Sufenta 5 µg/ml, 1,0 ml (5µg)
- Marcain spinal 5 mg/ml 0,25-0,5 ml (1,25-2,5mg)

2.2 Indikationer

- Kort tid till förlossningen men mycket svåra smärtor.
- Tekniska problem att lägga EDA.

2.3 Fördelar

- Lätt att lägga
- Snabbt anslag (5-10 minuter)
- Mycket god smärtlindring.

2.4 Nackdelar

- Kort duration (cirka 1,5-2 timmar)
- Klåda vanlig

2.5 Övervakning

- Samma som vid EDA

Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.