

Sugklocka - handläggning vid förlossning (Vakuumextraktion, förkortat VE)

Revideringar i denna version

Ingen ändring av innehåll bara kontrollerat.

Sammanfattning

Förlossning med sugklocka: teknik, förutsättningar och genomförande.

Målgrupp: Läkare vid kvinnokliniken.

Förutsättningar

- Gör vaginal undersökning för att säkerställa att det är kron- /hjässbjudning och att vertex har passerat spinalplanet.
- Yttre palpation
- Bra kommunikation med kvinnan och viljan att medverka aktivt.
- Bastest
- PVK
- Extra barnmorska i rummet.
- Värdera indikationen. Finns andra åtgärder som kan provas först (t.ex. lägesändringar, öka/minska oxytocindropp) för att undvika onödig VE. Finns det misstanke om disproportion? Kontrollera bakgrundsfaktorer (t.ex. symfys- fundusmått). Relativ kontra- indikation gr v <32+0 och fetal koagulopati samt vid smittorisk för fostret.

- Bedövning: Transkutan eller vaginal pudendusblockad om tid finns, lokal infiltrationsanestesi vid behov.
- Töm urinblåsan vid behov (om tid finns; använd kort urintappningskateter - ej den långa smala).
- Avlägsna ev. skalpelektrod om den sitter i närheten av applikationsområdet för sugklockan. Om detta görs ska fosterljuden registreras med yttre dosa (OBS! att den ej tar in mammapuls) eller en ny skalpelektrod sätts när sugklockan applicerats.
- Värdera behov av oxytocindropp.
- Tillkalla barnläkare – den som ringer barnläkare ska informera om det är dåliga fosterljud eller värksvaghet som är indikationen, samt om det är prematurförlossning.

Genomförande

- [”Time out”](#) – vet patienten och partnern om att det ska läggas sugklocka och varför? Teammedlemmars namn och profession, om inte känt sedan tidigare.
- Sänk trycket till 0,2 och palpera därefter runt sugklockans kant för att kontrollera att ingen maternell vävnad interponerats mellan sugklockan och barnets huvud.
Om sugklockan sitter bra sänks sedan trycket direkt till 0,8 för klockstorlek 50 mm (med 60 mm-klockan kan trycket bli 1,0) och påbörja därefter extraktionen.
- Vanligtvis drar man värksynkront. Vid gravt patologiska fosterljud och/eller svaga, glesa värkar kan det vara nödvändigt med dragning även under värkpaus. Yttre press bör undvikas. På de två första dragningarna ska det märkas att huvudet följer, annars skall man konvertera till sectio.
- Klocksläpp beroende på otillräckligt undertryck:
Kontrollera att slangen till vakuumsugen inte är knickad eller otät. Att vakuumet pyser ut under klockans framkant beror oftast på felaktig dragteknik. Om det blir klocksläpp

trots adekvat utrustning och korrekt dragteknik skall klockförsöket **avbrytas efter två klocksläpp.**

- **Undersköterskan** kontrollerar att slangar sitter fast, sköter trycksänkningen och protokoll, antecknar klockslag för insättning av klocka och antal dragningar och meddelar när 10 respektive 15 min har passerat och stämmer av med läkaren i efterhand antal dragningar.

Dragteknik

- Dra värksynkront och i förlossningskanalens riktning – d.v.s. neråt-bakåt tills huvudet ”rundat symfyssen”, därefter mer horisontellt, och slutligen något uppåt.
Perinealskyddet utförs med fördel av operatören, som då också kan effektivisera extraktionen genom att perineum förs bakåt och undan klockans dragriktning.
- **Perineotomi/klipp** är inte obligatoriskt om vävnaderna är eftergivliga, men behövs oftare vid sugklocka än vid spontanförlossning, särskilt på förstföderskor och/eller vid kraftigt påverkade fosterljud då extraktionstiden skall vara så kort som möjligt. Det läggs först när huvudet står mot bäckenbotten.
- När huvudet framfötts ska vakuumet släppas och sugklockan avlägsnas försiktigt för att inte i onödan traumatisera skalphuden. Därefter förlöses kroppen med samma handgrepp som vid spontanförlossning, inklusive åtgärder för att avlasta och skydda perineum. Operatören kan förlösa, men även överlåta detta moment till barnmorska/barnmorskestudent enligt överenskommelse – viktigt att överlämnandet då sker snabbt och i värkpaus, så att inte kvinnan krystar ut barnet utan att vare sig doktors eller barnmorskans händer stöttar perineum.

- Efter tre dragningar bör förlossningen vara nära förestående. Vid mer än fem dragningar eller en extraktionstid över 15 minuter liksom efter 2 klocksläpp kan man förutse att även ett tidigare ej asfyktiskt barn kan vara påverkat.
- Misslyckad VE bör följas av sectio. Man kan då, för att underlätta detta, som avslutning på VE-försöket vaginalt försöka skjuta upp fosterhuvudet.
- Extraktionstidens övre gräns är 20 minuter oavsett indikation. Vid gravt patologisk CTG-kurva kan även 20 minuter vara oacceptabelt lång tid om det skulle gå fortare att få ut barnet med urakut sectio.

Traktion

Traktion (istället för extraktion) kan användas vid värksvaghet, där fosterhuvudet stannat upp en bit ovan bäckenbotten. Man drar då ner huvudet tills det börjar synas i vulva, och avlägsnar sedan sugklockan och låter kvinnan krysta ut barnet själv. Om man drar tills huvudet står igenomskärning och huvudet sedan kommer på nästa värk räknas det inte som traktion, utan extraktion. (Även vid traktion ska förlossningen diagnoskodas med O81.4-.)

Val av klockstorlek

Vanligtvis används storlek 50 mm. Efter ett klocksläpp kan man vid nytt försök ev. välja storlek 60 mm, för att inte fostersvulsten ska fylla ut hela utrymmet i klockan redan från början. Storlek 40 mm kan användas om det är svårt att få på en större klocka t.ex. vid Tv2 ovan spinae eller om huvudet är litet. Dock skall sugklocka användas med försiktighet vid måttlig prematuritet, och ska i princip inte användas om graviditetsvecka <32+0. Vid litet huvud är det extra viktigt att bedöma bjudning och använda rätt dragteknik, så att inte klockan "vandrar" på fosterhuvudet och under extraktionens gång vid vidöppet läge glider över från hjässa till

panna-ansikte. Barnmorskan (PAB) samlar inblandade för utvärdering av team-arbetet.

Time-Out inför VE

(läses av assisterande BM eller PAB eller undersköterska)

1. Presentation
2. Indikation för VE
3. Bakgrundsfaktorer
4. Är patienten informerad? Samtycke givet?
5. Barnpersonal tillkallade? Extra barnmorska?
6. Yttre och inre palpation gjord?
7. Urinblåsan tappad?
8. Bedövning förberett? (läkemedlet uppdraget, sax framme)
9. Oxytocindropp förberett/kopplat/pågår?
10. Operatören ansvarar för perinealskydd.
11. I första hand förlöser operatören.

Diagnoskoder

- O81.4A Förlossning med sugklocka, framstupa kronbjudning
- O81.4B Förlossning med sugklocka, vidöppen hjässbjudning
- O81.4W Förlossning med sugklocka, annan specificerad huvudbjudning
- O81.4X Förlossning med sugklocka, ospecificerad bjudning
- O81.5 Förlossning med kombination av sugklocka eller tång
- O66.5 Misslyckat försök att förlösa med sugklocka eller tång, förlossningen fullföljd med kejsarsnitt (Diagnoskod avseende indikationen för ingreppet, t.ex. hotande fosterasfyxi/värksvaghet ska också anges).

Operationskoder

MAE00	Utgångsextraktion
MAE03	Vakuumextraktion, medelhög eller hög
MAC20	Traktion (ej extraktion) med sugklocka
MAE20	Försök till vakuumextraktion

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, specialistläkare, kvinnokliniken, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, kvinna och barn, SÄS

Nyckelord

Sugklocka, vacuumextraktion, VE, klockstorlek, klocksläpp, dragteknik

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-171

Version: 7.0

Giltig från: 2025-03-27

Giltig till: 2027-03-26