

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Giltig från: 2026-03-13

Innehållsansvar: Linda Borg Hähnert, (linbo7), Specialistläkare

Giltig till: 2028-03-13

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Preeklampsi – generell anestesi

Revideringar i denna version

Omfattande förändringar.

Bakgrund, syfte och mål

Preeklampsi och generell anestesi vid kejsarsnitt där regional anestesi är kontraindicerat på grund av uttalad koagulationspåverkan, lungödem eller påverkad medvetandegrad. Gäller även för icke-obstetriska kirurgiska åtgärder. Eklampsi är INTE indikation för urakut snitt.

För patogenes, klinisk bild, diagnostik och behandling se styrdokument: [Preeklampsi och graviditetsinducerad hypertoni - handläggning](#) samt [SFAI:s riktlinjer preeklampsi](#).

Arbetsbeskrivning

Multidisciplinärt samarbete och klara strategier för hantering av preeklampsi (PE) har belysts i många aktuella publikationer. Patienter med svår PE bör handläggas av specialist i obstetrik i samarbete med specialist i anestesi och intensivvård.

Det är av yttersta vikt att anestesilog har varit delaktig i handläggningen preoperativt och kunnat planera för korrekt anestesimetod. Att larma för omedelbart kejsarsnitt utan att dessa åtgärder vidtagits kan utsätta mamman för livsfara.

Individuell narkosbedömning ska göras tidigt i förlossningsarbete. Behov av avancerad övervakning och eventuell intensivvård bör diskuteras.

Noggrann preoperativ luftvägsbedömning ska ske. Luftvägsstatus kan försämrans under pågående förlossning (larynxödem samt lättblödande). Videolaryngoskopi används i första hand.

Före sövning bör blodtrycket vara reglerat (mindre eller lika 150/105 – 140/90) med labetalol (Trandate) och/eller hydralazin (Nepresol).

Föreligger ett svårreglerat blodtryck bör invasiv blodtrycksmonitorering med artärnål övervägas. Har inte magnesium getts tas även 20ml Addex Magnesium in och ställs på narkosbordet.

Rekommenderade doser:

- **Labetalol (Trandate): Ge 20 mg iv under 2 minuter**, max 200 mg.
- **Hydralazin (Nepresol): Ge 5-10 mg under 2 minuter**. Kan upprepas.

Intubation kan förorsaka kraftig blodtrycksstegring med risk för hjärnblödning eller lungödem. Specifika åtgärder krävs för att dämpa blodtrycksreaktionen. Även vid extubationen kan blodtrycksreglering behövas.

Som stabilisering inför sövning kan följande metoder, ensamt eller i kombination, dämpa blodtrycksreaktionen vid intubationen.

- **Magnesiumsulfat (Addex-Magnesium 1 mmol/ml)**
Magnesium kan förebygga kramper och stabilisera arytmier. Om magnesium inte getts tidigare kan en bolusdos under 5 minuter ges. 20 ml Addex Magnesium (1 mmol/ml) späds med 20 ml NaCl 9 mg/ml. Total volym: 40 ml (magnesium 0,5 mmol/ml). Vid tidspress och för att stabilisera eventuella arytmier inför sövning kan 20 mmol Addex Magnesium (1 mmol/ml) tillsättas i 100 ml NaCl (9 mg/ml) och hängas parallellt med sövning.

Efter bolusdos ges underhållsbehandling enligt förlossningens styrdokument. [Magnesium \(Addex-Magnesium\) vid eklampsi - spädningsschema](#)

Magnesium potentierar effekten av icke -depolariserande muskelrelaxantia och kalciumkanalblockerare.

- **Nitroglycerin 2 mcg/kg (100–300 mcg) iv**

Sövning

Sövning sker med **Alfentanil 10 mikrogram/kg, propofol 3 mg/kg** och muskelrelaxantia **Celocurin 1 mg/kg** eller Esmeron 1 mg/kg.

Vid användning av opioider kan barnet få andningsdepression.

Rokuronium är associerat med sämre Apgar vid 1 minut, men den kliniska relevansen är tveksam.

Intubation görs med videolaryngoskop.

Pre-/perioperativ monitorering

Behovet av vasopressorstöd är vanligen lågt hos patienter med PE jämfört med friska gravida. A-nål vid resistent hypertoni.

Oxytocin bör titreras i små doser (motsvarande 0,5 E = 0,83 mikrogram/min) under kontinuerlig utvärdering. Samtliga uterotona läkemedel ger hemodynamisk påverkan, särskilt uttalad vid kombinationer. Även misoprostol kan öka blodtrycket. *Metylergometrin (methergin) kan utlösa hypertensiv kris och är kontraindicerat vid hypertoni.*

Vätsketillförsel ska vara restriktiv. Max 2 liter/dygn inklusive infusioner. Intravenös vätska bör ges med maximalt 80 ml/h (1 ml/kg/h) såväl före som efter förlossning tills dess antidiuretiskt hormonpåslag minskar och naturlig diures ökar, vanligtvis 36–48 timmar postpartum.

Blodförlust ersätts enligt gängse principer för obstetrisk blödning enligt SSTH, "Hemostas vid allvarlig blödning".

Postoperativ monitorering

Risk för komplikationer fortsätter, hypertension, lungödem, venös tromboembolism, stroke samt luftvägsproblem. Ungefär 1% av alla PE patienter drabbas av eklampsi – kramper eller medvetslöshet. [Eklampsi - behandling](#)

Första åtgärd är stabilisering av vitala funktioner enligt ABCD.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Linda Borg Hähnert, (linbo7), Specialistläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-224

Version: 15.0

Giltig från: 2026-03-13

Giltig till: 2028-03-13