

Gäller för: VE An Op IVA

Giltig från: 2025-11-28

Innehållsansvar: Linda Borg Hähnert, (linbo7), Specialistläkare

Giltig till: 2027-11-25

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Ryggbedövning vid obstetrisk anestesi - provtagning

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet. Tillägg av länk angående riktlinjer Obstetrisk regionalanestesi och hemostas.

Bakgrund, syfte och mål

Beskriver provtagning före ryggbedövning (epidural/spinal) vid obstetrisk anestesi vid preeklampsi samt intrauterin fosterdöd.

Arbetsbeskrivning

Patientgrupp: **Förlossningspatient med preeklampsi**

PE och HELLP kan medföra ökad blödningsbenägenhet. Dessa tillstånd kan snabbt förvärras. Vid koagulationspåverkan är regional anestesi relativt kontraindicerat. Inga generella riktlinjer kan utfärdas vid dessa tillstånd, utan individuell bedömning och riskavvägning måste göras.

Första tecknet på koagulationspåverkan är trombocytopeni. Om behov av ryggbedövning är brådskande behöver **PK/INR och APTT kontrolleras endast vid trombocytantal under $100 \times 10^9/L$** . Vid sjunkande trombocytantal, bör fullständigt koagulationsstatus kontrolleras även vid högre trombocytnivåer, speciellt vid snabbt sjunkande nivåer. Trombocytantalet är hos patienter med PE/HELLP instabilt och funktionen ofta försämrade. Snabbt sjunkande trombocytnivå är sannolikt av större betydelse än det absoluta värdet. Vid låga trombocytantal, överväg trombocyttransfusion.

Vid **lätt PE** kan ryggbedövning övervägas vid TPK över $100 \times 10^9/L$ och provtagningen är utförd **inom 6 timmar**. TPK under $100 \times 10^9/L$ är ett tecken på organpåverkan d.v.s. egentligen svår PE.

Vid **svår PE/HELLP** kan ryggbedövning övervägas när TPK över $100 \times 10^9/L$ och provtagningen är utförd **inom 2 timmar**. TPK $< 100 \times 10^9/L$ är ett tecken på organpåverkan, d v s svår PE. Vid TPK $80-100 \times 10^9/L$ kan ryggbedövning övervägas efter individuell bedömning om provtagning är utförd inom 2 timmar, PK/INR, APTT och fibrinogen är normala.

Vid **dragning eller manipulering** av epiduralkatetern skall **samma hänsyn** tas till koagulationsstatus. Koagulationspåverkan kan också utvecklas efter att ryggbedövningen är lagd, samt post partum, varför uppföljning av epiduralkateter är av stor vikt även efter avlägsnande.

Spinalanestesi vid akut sectio kan ge betydande säkerhetsvinster, vilket innebär att spinalbedövning kan läggas vid hemostaspåverkan eller vid lägre trombocyt nivåer än angivet i ovanstående riktlinjer.

För vägledning vid individuell riskbedömning hänvisas till: [Riktlinje Obstetrisk regionalanestesi och hemostas version 2.](#)

Patientgrupp: Förlossningspatient med intauterin fosterdöd

Risken för koagulationspåverkan ökar vid intrauterin fosterdöd och tilltar med tiden ifrån fosterdöden. Koagulationsstatus med TPK, PK/INR, APTT och fibrinogen utförd **inom 2 timmar** ska finnas innan epiduralen anläggs.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE An Op IVA

Innehållsansvar: Linda Borg Hähnert, (linbo7), Specialistläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-247

Version: 10.0

Giltig från: 2025-11-28

Giltig till: 2027-11-25