

Gäller för: VE An Op IVA

Innehållsansvar: Linda Borg Hähnert, (linbo7), Specialistläkare

Granskad av: Åsa Appelqvist, (asaap), Enhetschef

Godkänd av: Helene Sackari, (helma18), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-28

Giltig till: 2027-11-26

Spinalanestesi med sufentanil + bupivakain vid vaginal förlossning

Revideringar i denna version

Omfattande omarbetning av dokumentet.

Bakgrund, syfte och mål

Spinalanestesi med Sufenta (sufentanil) + Marcain (bupivakain) under förlossning.

Effektiv smärtlindringsmetod med snabbt anslag som bedövar under både öppnings- och utdrivningskedje och kan vara mindre komplicerat än epiduralinläggning.

Arbetsbeskrivning

Indikation:

Snabba, smärtsamma förlossningar hos framför allt omfödorskor där EDA inte är aktuell. Förlossningspatient med förväntat snabbt förlossningsförlopp, det vill säga förlossningen antas vara avslutad inom 2 timmar.

Kontraindikationer:

Sedvanliga kontraindikationer för ryggbedövning:
Koagulationspåverkan, neurologisk sjukdom, hypovolemi.

För mer information vid ryggstick och hemostasrubbning och antikoagulationsbehandling, se riktlinje [Obstetrisk Regionalanestesi och hemostas version 2](#)

OBS! Försiktighet om opiat de senaste 6 timmarna! Kan ge andningsdepression hos moder om opiat given, oavsett administreringsätt (intravenöst, EDA, per os).

Fosterasfyxi

Läkemedel:

Sufenta (sufentanil) **5 mikrogram/ml 1,5 ml = 7,5 mikrogram**

Marcain (bupivakain) **spinal 5 mg/ml 0,4 ml = 2 mg**

Metod:

- Vålfungerande intravenös infart. Testas innan spinal anläggs.
- Patienten kan vara sittande eller liggande i vänster sidoläge.
- Sterilitet som vid rutin vid spinal anestesi.
- Anestesiolog dukar upp tvättset, steril duk, atraumatisk NRFit spinalnål och övrigt material. Läkemedel tillhandahålls av förlossningspersonalen.
- Förlossningsspinal bör läggas långsamt inom nivåerna L3-L5. Effekt förväntas inom några minuter.
- Anestesiolog dokumenterar given spinal i Orbit.
- Anestesiolog bör kvarstanna 15-20 minuter efter anläggandet.
- Blandningen förväntas ge analgesi i 1,5-2,5 timmar.
- Om bedövningen går ur innan patienten är förlöst, överväg i första hand förlossningsepidual. I undantagsfall kan spinalbedövningen upprepas. EDA kan anläggas på patienter med spinalanalgesi, men bör inte startas förrän smärtlindringen börjat avta.

Övervakning:

- Blodtryck mäts var 5:e minut + vid behov upp till 30 minuter.
- Medvetande och andningsfrekvens kontrolleras var 30 minut i 2 timmar.

Somnolens är en varningssignal, en somnolent patient ska därför aldrig lämnas ensam.

Biverkningar:

- *Fetal bradykardi:* Kommer inom 20 minuter och normaliseras oftast inom 10 minuter.
- *Andningsdepression:* Beskrivet inom 30 – 120 minuter. Ovanligt med ovanstående doser, men ökad risk vid tidigare (<6h) given opiat oavsett administreringsätt. Kontakta anestesiolog. Behandlas med syrgas, eventuellt maskventilation samt Naloxon 0,4 mg/ml intravenöst.

- *Blodtrycksfall:* 20-30% av utgångsvärdet. Ses hos cirka 20%. Behandlas med vänster sidoläge, vätska och vid behov vasopressor. Fenylefrin 0,1 mg/ml ska finnas inne på sal innan anläggandet av spinal.
- *Klåda:* Om svår sådan ge Naloxon 0,4 mg/ml, spädd med 9 ml NaCl till koncentration 0,04 mg/ml. Ge 2,5 ml det vill säga 0,1 mg intravenöst.
- *Sedation:* Märkbar sedation kan förekomma.
- *Urinretention:* Vanligare vid spinal än vid EDA. Tappning/KAD vid behov.
- Om indikation för sectio uppstår. Överväg spinal endast om minst 60 minuter har förflutit sedan anlagd spinal. Annars svårvärderat vilken mängd läkemedel som ska ges och risk för högt anslag är stor.

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: SKAS9695-1808319850-259

Version: 10.0

Giltig från: 2025-11-28

Giltig till: 2027-11-26