

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Giltig från: 2024-11-26

Innehållsansvar: Anders Winterfeldt, (andwi1), Överläkare

Giltig till: 2026-11-26

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Sövning av barn – SkaS Falköping

Revideringar i denna version

Förlängd giltighet.

Bakgrund, syfte och mål

Tillämpas i Falköping.

Arbetsbeskrivning vid sövning av barn i Falköping, ”Falköpingsmetoden”.

Arbetsbeskrivning

Urval: I övrigt friska små ÖNH-barn upp till 10 år.

Förberedelse

Ingen premedicinering ges i normalfallet, men i vissa fall kan Dexdor nasalt övervägas. Dosen är då 2 mikrogram/kg. Barnet får EMLA-/Rapydanplåster innan och nålsättning sker innan ankomst till operationssal. Sedvanlig preoperativ information.

Om nålsättning misslyckas eller om barnet bedöms som alltför ovilligt till samarbete, bör man informera både barn och föräldrar om maskinduktionen och dess tillvägagångssätt.

Sövning

Induktion:

Så fort barnet kommer in på sal, kopplas saturationsklämman på och barnet sövs direkt med Propofol, 3-4 mg/kg. Fentanyl ges efter att larynxmask satts. Om barnet är samarbetsvilligt och nyfiket, kan EKG-plattor sättas på när barnet är vaket. Om nålsättning misslyckats preoperativt, görs inga försök till detta med vaket barn, barnet sövs då på mask. Efter att barnet sövts ner appliceras EKG-övervak och i förekommande fall sätts nu venflon. Barnet spontanandas Sevorane i hög koncentration tills tillräckligt anestesidjup uppnåtts och sedan sätts larynxmask ner.

Efter detta sänks Sevorane-koncentrationen till cirka 4 % och försiktigt titreras Fentanyl upp till slutdos, cirka 1 mikrogram/kg. Dynastat ges 0,4 mg/kg.

Paracetamol ges 15 mg/kg efter induktionen tillsammans med Betapred 4 mg.

Underhåll

Spontanandning Sevorane/luft/syrgas. Vid tonsillotomi max syrgaskoncentration 30 %.

Ett vanligt problem är att munspärren som används stryper ventilationen. OM så sker måste barnet intuberas, detta görs enklast genom att Sevorane-koncentrationen höjs till 8 % i cirka 2 minuter, sedan är det vanligtvis goda intubationsförhållanden. Om munspärren blockerar tuben görs max ett nytt försök med en ny dylik innan man väljer intubation. OBS! Innan eventuell intubation bör barnet ha fått hela sin Fentanyl-dos.

Lämpligen använder man sig av PSV-Pro som ventilationsmode.

Oavsett om barnet har larynxmask eller är intuberat, eftersträvas spontanandning.

Avslut

Under blodstillningsfasen stängs Sevorane av och när MAC-värdet är ca 0,5, ges Propofol i titrerad dos upp till minst induktionsdos, alltså 3 mg/kg. Det är viktigt att detta ges under övervakning av spontanandningen, som måste bibehållas.

Om barnet har larynxmask, flyttas barnet till sängen och läggs på sidan med larynxmask på plats. Syrgastub hängs vid fotändan på sängen och kateter kopplas som leder syrgasen till larynxmasken. Saturationsmätare kopplas som följer med barnet. När barnet lämnar salen bör allt Propofol vara givet. Barnet överflyttas sedan till postop.

Om barnet är intuberat, ges Propofol enligt ovan och barnet extuberas i djup narkos och ska då ha fått minst 2 mg Propofol/kg innan tuben dras. Spontanandning ska vara etablerad. Barnet flyttas sedan över i säng och får istället syrgas via en tratt.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VO3 Anestesi Operation Intensivvård

Innehållsansvar: Anders Winterfeldt, (andwi1), Överläkare

Godkänd av: Annelie Sundén Gustavsson, (annsu1), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9695-1808319850-265

Version: 6.0

Giltig från: 2024-11-26

Giltig till: 2026-11-26