

Gäller för: Anestesi 5 Sahlgrenska, Intervention 1 Sahlgrenska, Verksamhet  
Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska  
Innehållsansvar: Carl Hallgren, (carha40), Överläkare  
Godkänd av: Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-02-05

Giltig till: 2028-02-05

# Premedicinering Dexdor/ Cerebral datortomografi på barn

## Revideringar i denna version

**Denna rutin gäller för:** Operation 5 Röntgenanestesi och Intervention 1 Hybrid och intervention

## Arbetsbeskrivning

**Patient** CT kontroll efter kranioplastik. Undersökningen är på 20–30 sek och det räcker oftast med premedicineringen (se nedan). EMLA behövs i regel inte och patienten kan ha sina ordinarie innerkläder på sig.

**Premedicinering** Vid okomplicerad luftväg ges Dexdor (dexmedetomidin) nasalt redan på vårdavdelningen 45 minuter innan undersökningen. Om CT beräknas till kl. 08.00 får första patienten få sin dos kl. 7:15. För att bestämma tidpunkten för administrering till nästpåföljande patienter tas kontakt mellan narkos- och avdelningspersonal.

**Standarddosen är 3 µg/kg.** Anslagstiden är ca 20-40 min och halveringstiden är ca 2 h. Administrering sker med MAD (Mucosal Atomization Device) kopplad till 1 ml injektionsspruta. För att förfylla MAD, dra upp extra volym läkemedel i sprutan (ca 0,1 ml), koppla sedan MAD till injektionssprutan. Efter injektion blir den resterande dosen på 0,1 ml läkemedel kvar i MAD delen. Spruta inte

efter med luft. Volymen per näsborre bör inte överstiga 0,2ml. För större barn innebär det att flera sprayningar sker i vardera näsborren (0,1-0,2 ml vid varje sprayning) med 30 sek intervall. Större volymer rinner ner i svalget där absorptionen av Dexdor är ca 10 %. Patienten behöver närvaro av personal alt. förälder under väntetiden efter applikation. Om den första dosen inte haft tillräcklig effekt, kan ytterligare en dos på 2–3 µg/kg ges nasalt i samråd med ansvarig anestesilog.

<b>Dexdor lös.</b>		<b>Med förfylld</b>		<b>Med förfylld</b>		<b>Med förfylld</b>	
<b>100 µg/ml</b>		<b>MAD* (0,1 ml)</b>		<b>MAD* (0,1 ml)</b>		<b>MAD* (0,1 ml)</b>	
Givet nasalt							
<b>Vikt (Kg)</b>	<b>1 µg/kg</b>	<b>1 µg/kg</b>	<b>2 µg/kg</b>	<b>2 µg/kg</b>	<b>3 µg/kg</b>	<b>3 µg/kg</b>	<b>3 µg/kg</b>
<b>10</b>	0,1 ml	0,2 ml	0,2 ml	<b>0,3 ml</b>	0,3 ml	0,4 ml	0,4 ml
<b>11</b>	0,11 ml	0,21 ml	0,22 ml	<b>0,32 ml</b>	0,33 ml	0,43 ml	0,43 ml
<b>12</b>	0,12 ml	0,22 ml	0,24 ml	<b>0,34 ml</b>	0,36 ml	0,46 ml	0,46 ml
<b>13</b>	0,13 ml	0,23 ml	0,26 ml	<b>0,36 ml</b>	0,39 ml	0,49 ml	0,49 ml
<b>14</b>	0,14 ml	0,24 ml	0,28 ml	<b>0,38 ml</b>	0,42 ml	0,52 ml	0,52 ml
<b>15</b>	0,15 ml	0,25 ml	0,30 ml	<b>0,40 ml</b>	0,45 ml	0,55 ml	0,55 ml
<b>16</b>	0,16 ml	0,26 ml	0,32 ml	<b>0,42 ml</b>	0,48 ml	0,58 ml	0,58 ml
<b>17</b>	0,17 ml	0,27 ml	0,34 ml	<b>0,44 ml</b>	0,51 ml	0,61 ml	0,61 ml
<b>18</b>	0,18 ml	0,28 ml	0,36 ml	<b>0,46 ml</b>	0,54 ml	0,64 ml	0,64 ml
<b>19</b>	0,19 ml	0,29 ml	0,38 ml	<b>0,48 ml</b>	0,57 ml	0,67 ml	0,67 ml
<b>20</b>	0,2 ml	0,30 ml	0,40 ml	<b>0,50 ml</b>	0,60 ml	0,70 ml	0,70 ml

**Monitorering** Perioperativt monitoring dokumenteras. Som regel räcker det med puls och saturation från pulsoximetri. Vid risk för hemodynamisk påverkan, använd EKG och non-invasivt blodtryck.

**Anestesi** Räcker inte premedicinering eller om sedation inte bedöms som lämpligt, behöver patienten i regel sövas. Maskinduktion fungerar ofta bra. Omgivningens trygghet har stor betydelse för barnets upplevelse. Berätta vad som händer, god kommunikation. Efter preoxygenering ge syrgas 30 % / lustgas 70 % under

någon minut. Ge sevoflurane i ökande doser. Om det går, försök att smyga in sevoflurane. Sätt en svalgtub när barnet är nedsövt och spontanandas.

En tratt med syrgas (>10 liter) sätts vid luftvägen. Barnet läggs efteråt i sidoläge i sängen och får fortsatt syrgas.

Är maskinduktion inte lämplig får patienten intravenös induktion. Inhalation syrgas 30% / lustgas 70% kan prövas som smärtstillande inför nålsticket. Addera gärna xylocain 10 mg/ml, 1 ml i första sprutan propofol.

Om barnet har problem med luftvägar eller andra missbildningar som kan skapa problem, kan det vara bra att inför väckning ta upp barnet till Operation 5.

## **Positionering**

Ryggläge

## **Övrigt**

Ibland önskas ögonundersökning i samband med atortomografin.  
Ögondroppar Tropicamide 0,5 %, en droppe i vardera öga då barnet har somnat. Kontrollera efter 5 minuter, om ingen pupilldilatation, ge 1 droppe till.  
Ögonen ska vara slutna under datorundersökningen.  
Neuroophthalmolog tillkallas när dator-undersökningen är klar.  
Undersökningstid: 5 minuter.  
Informera anhöriga om, att undvika starkt ljus i ögonen på barnet.  
Röntgen-protokollet ska medfölja patienten till avdelningen.

## **Postoperativt**

Övervakning på UVA. Bradykardi kan förekomma senare i förloppet, som på UVA. Försiktig mobilisering på uppvaket och gärna tidigt intag av klara drycker såsom vatten och saft.

## **Ansvar**

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs. Vårdenhetschef och/eller vårdenhetsöverläkare har ansvaret för utförandet av rutinen samt för att rutinen är känd och följs på respektive enhet.

## Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschefen har det övergripande ansvaret för att rutinen följs upp och utvärderas. Vårdenhetschef och/eller vårdenhetsöverläkare har ansvar för att rutinen följs upp och utvärderas på respektive enhet.

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Anestesi 5 Sahlgrenska, Intervention 1 Sahlgrenska,  
Verksamhet Anestesi-Operation-Intensivvård Sahlgrenska

**Innehållsansvar:** Carl Hallgren, (carha40), Överläkare

**Godkänd av:** Peter Dahm, (petda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9805-1593997-936

**Version:** 11.0

**Giltig från:** 2026-02-05

**Giltig till:** 2028-02-05