

Gjenoppliving av nyfødde

REDAKSJONELT

HALLVARD REIGSTAD

Hallvard Reigstad (f. 1952) er seksjonsoverlege ved Nyfødtposten, Barneklubben, Haukeland Sykehus
Barneklubben
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

I dette nummeret av Tidsskriftet blir det presentert internasjonale retningslinjer for gjenoppliving av nyfødde (1) og større born (2), og ein ny norsk studie som tyder på at gjenoppliving med romluft er like bra som gjenoppliving med oksygen, kanskje også betre (3).

Det vitenskaplege grunnlaget for gjenoppliving er magert, men det er viktig med konsensus for å skape god samhandling og tryggleik i situasjonar som mange gongar kan vere både dramatiske og uoversiktlege.

Ved alle fødsler må utstyr for gjenoppliving vere klart. Like viktig er det at alt personell som har med fødsler å gjere må vere trent i gjenoppliving av nyfødde. Det finst i dag inga formalisert sertifisering i prosedyrar innafor medisinen. Noko slikt er heller ikkje ønskeleg, men det er viktig at alle yrkesgrupper som er involvert i fødsler og nyføddomsorg har regelmessige teoretiske og praktiske øvingar i gjenoppliving.

Vi legar har kanskje lett for å tenkje at dette er noko vi kan og ikkje treng trene på. Slike «brannøvingar» er nok like viktige for oss. Akutt alvorleg fødselsasfyksi er såpass sjeldan at alle barnelegar, anestesilegar og gynekologar ikkje kan vente å lære dette ved hjelp av praktisk erfaring under spesialistutdanninga.

Mindre fødeavdelingar har ofte dårlegare beredskap, og dei er også sårbare for kritikk, og på slike avdelingar er det spesielt viktig at alle personellgrupper som deltek under ein fødsel, har øving i basal gjenoppliving av nyfødde. Alle fødeavdelingar bør ha ein godt gjennomtenkt plan tilpassa den beredskapen dei forskjellige personellgrupper har.

European Resuscitation Council har ein grundig gjennomgang av det vi i dag oppfattar som prinsipp for optimal gjenoppliving (1), og er viktig som referanse for lokale protokollar. Den europeiske versjonen er bygd på ein internasjonal konsensus (4).

I akutte situasjonar må ein arbeide etter enkle prinsipp. Vi har i dag fleire gode instruksjonar for gjenoppliving. Både ved Barneklubben, Haukeland Sykehus, og ved Barneavdelingen, Nordland sentralsykehus, er det laga gode instruksjonar i gjenoppliving av nyfødde (5, 6). Ved Haukeland Sykehus lager vi i desse dagar også ein ny versjon av vår instruksjonsvideo. Fleire spesialforeningar har tatt gjenoppliving av nyfødde med i sine anbefalte retningslinjer for sentrale problemstillingar innafor sine fagområde (7, 8).

ABCD-prinsippet (A – airways, B – breathing, C – circulation, D – diagnosis) er like viktig ved gjenoppliving av nyfødde som elles i akuttmedisinen.

Erfaringsmessig set det større krav til teknikk når ein skal ventilere nyfødde, samanlikna med vaksne. Firmaet Lærdal har nyleg marknadsført ei ny dokke som er tilnærma anatomisk riktig som øvingsdokke. Både under spesialistutdanninga og seinare i klinisk praksis er det også viktig at meir uerfarne kollegaer får prøve ventilasjon av asfytiske nyfødde på bag og maske med erfaren lege som instruktør. På same måte må ein lære intubasjon, både på dokke, døde nyfødde (etter samtykke frå foreldre) og ved elektive intubasjonar.

Dei aller fleste born med akutt fødselsasfyksi vil kome seg med adekvat ventilasjon. Studien frå Rikshospitalet viser at ventilasjon er den viktigaste delen av gjenopplivinga, og at dette kan gjerast med enkle middel (3). Likevel skal ein kanskje vere forsiktig med å applisere resultata ukritisk på alle norske born. Vi opplever fødselsasfyksi nokså sjeldan, og då ofte saman med lungesjukdom, der det vil vere rasjonelt å gje oksygen. Men arbeidet er ei påminning om at straks fargen på barnet betrar seg, bør ein redusere oksygentilførselen, anten ved hjelp av oksygenmiksar eller, når ein bruker sjølvexpanderande bag, ved redusere oksygentilførselen.

Medikamentell behandling er såpass sjeldan aktuelt ved akutt fødselsasfyksi at dei færreste av oss hugsar dosar. Flytskjema med prinsipp for behandling og medikamentdosar bør difor vere lett tilgjengelege der det skjer fødslar.

Intensivbehandling av små premature er i dag avansert. Då er det eit paradoks at gjenoppliving av dei same borna egentlig stort sett er nokså primitiv. Internasjonale data viser at ein oppnår betydeleg betre resultat når små premature blir behandla i store avdelingar. Gjenoppliving og intensivbehandling av slike born bør difor i prinsippet berre skje i avdelingar som er så store at ein har erfaring, rutinar og utstyr for å gjennomføre dette på ein skånsom måte.

Eksperimentelle arbeid (9) tyder på at berre kortvarig kraftig ventilasjon av lunger med surfaktantmangel kan føre til betydeleg lungeskade. Ved Barneklubben, Haukeland Sykehus, bruker vi i dag alltid utstyr som kan gje kontrollerte trykk og kontrollert oksygenkonsentrasjon når vi gjenoppliver små premature (Neopuff), vi gir surfaktant tidleg og aksepterer at fargen berre langsamt blir betre så lenge hjerterefrekvensen er normalisert. Erfaringsmessig

vil dei aller fleste små premature respondere på adekvat ventilasjon åleine. Dersom det er nødvendig med medikamentell behandling, er det svært dårlege utsikter til at barnet overlever utan alvorlege sekvele (10).

Gjenoppliving av nyfødde er ein sentral prosedyre som alle som deltek i fødselar må beherske.

LITTERATUR

1. Bland J, Rajka T, Steen PA. Europeisk resuscitasjonsråd Retningslinjer for resuscitering av nyfødte Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 32 – 6.
2. Rajka T, Steen PA, Bland J. Europeisk resuscitasjonsråd Retningslinjer for hjerte-lunge-redning av barn Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 37 – 40.
3. Saugstad OD, Rootwelt T, Aalen OO. Gjenoppliving av nyfødte med romluft eller oksygen Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 25 – 8.
4. www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/e56
5. Markestad T, Finne P, Alsaker T. Gjenopplivning av nyfødte. Video. Bergen: AV-avdelingen, Universitetet i Bergen, 1984.
6. Holt J, Fagerli I. Team rosa nyfødt. Resuscitering, stabilisering og transport av nyfødte. Bodø: Nordland sentralsykehus, 1996.
7. Markestad T, Vold I, Grøgaard J. Behandling av neonatal hypoksi. Kap. 41. Gynekologen, Tidsskrift for Norsk gynekologisk forening 1994; 7:
8. Markestad T. ResusciteringsABC, medikament-dosering. I: Veileder i akutt pediatri. Oslo: Norsk barnelegeforening, 1998.
9. Bjørklund LJ, Ingimarsson J, Curstedt T, John J, Robertson B, Werner O et al. Manual ventilation with a few large breaths at birth compromises the therapeutic effect of subsequent surfactant replacement in immature lambs. Pediatr Res 1997; 42: 348 – 55.
10. Sims DG, Heal CA, Bartle SM. Use of adrenaline and atropine in neonatal resuscitation. Arch Dis Child 1994; 70: F3-F10.

Publisert: 20. januar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. februar 2026.