

Förlossningsepidual och Förlossningsspinal

Den första delen av förlossningen, den sk first stage, involverar nerver utgångna från Th10-12 och lämpar sig således bra för en epidural lagd lumbalt där bedövningen sprider sig uppåt. Utdrivningsskedet, det sk second stage, involverar dock sakrala plexus S2-S4 och är svårt att få bra smärtlindrade med en epidural. En förlossningsspinal tar dessa segment bra och detta har blivit en etablerad metod i både Sverige och världen de sista åren. Kontraindikationer är lika för både spinal och epidural, dvs $PK \geq 1,4$, $Tpk \leq 100$, toxprover ≥ 6 timmar gamla, antikoagulantia.

Vid sökning av narkosläkare för förlossningsepidual eller förlossningsspinal förväntas kännedom om patienten i form av tidigare sjukdomar eller graviditetskomplikationer och även var i förlossningsarbetet patienten befinner sig.

Förlossningsepidual

Innan anläggandet skall nål ha satts, Ringeracetat skall ha börjat infunderas och blodtryck skall vara taget. CTG skall användas.

Huden bedövas med Carbocain 10mg/ml. En epidural-kateter läggs på sedvanligt sätt i interstitium L2-L3 el L1-L2 för bäst utbredning. Testdos ges med den färdigblandade lösningen (Narop 1mg/ml + Sufenta 1 μ g/ml). Därefter kopplas den kontinuerliga infusionen med samma blandning på.

Standard epidural:

5ml Carbocain 10mg/ml i huden

5 ml+ 5ml i tesdos av Narop1mg/ml + Sufenta 1 μ g/ml med några minuters mellanrum

5ml /timme av Narop 1mg/ml + Sufenta 1 μ g/ml som kontinuerlig infusion

Om denna blandning och används kan man i Obstetrix dokumentera det som en standard EDA, om andra doser används skall detta dokumenteras i Obstetrix.

Övervakning

Patienten bör kvarstanna i sängen 20-30 minuter, gärna i vä sidoläge för att inte trycka på v.Cava. Blodtryck skall tas under den här tiden. Patienten kan därefter mobiliseras under förutsättning att god kraft i benen föreligger. VAS, allmäntillstånd och sederingsgrad skall kollas 1 gång/timme. Vid VAS över 3 ges en extra bolus dos med 5ml, högst en gång per timme, efter ordination av narkosläkare. Om pat sover skall blodtryck, puls och andningsfrekvens kollas varje timme.

Efter partus

Allmäntillstånd, sederingsgrad, andningsfrekvens, blodtryck och puls kontrolleras på modern, 1 och 2 timmar efter partus. Barnets allmäntillstånd, sederingsgrad och andningsfrekvens kontrolleras också vid samma tillfälle.

Patienten bör kissa var 3e till 5e timme. Risk för urinretention finns med epiduralbedövning.

Indikation förlossnings spinal:

Förväntad snabb förlossning, klart inom 2-3 timmar. Endast i undantagsfall hos förstföderska.

Duration:

90-120 min.

Dos:

Sufenta 5 mikrog/ml- 1,5ml = 7,5 mikrog	dras upp i 2ml spruta
Marcain 5mg/ml- 0,4ml = 2mg.	dras upp i 1ml spruta

Förfarande:

Innan anläggandet av bedövningen skall mamman ha en venkanyl och 200-300ml Ringer Acetat skall ha infunderats. Puls, blodtryck och VAS skall vara dokumenterat.

Bedövningen anläggs efter sedvanlig tvättning i liggande eller i sittande med Sprotte nål. Smärtlindringseffekt ses inom 5-8 min. Mamman stannar i sängen de närmaste 30 minuterna och kan därefter få stiga upp med stöd om hon har Bromage 0 (=kan lyfta benen med sträckta knän).

Fenylefrin 0,1mg/ml skall finnas tillgängligt på rummet vid blodtrycksfall.
Normaldos 0,1mg=1ml åt gången.

Insticksnivå, antal stick, nålstorlek samt given dos skall dokumenteras i Obstetrix liksom eventuella komplikationer såsom parestesier och blödningar .

Övervakning

Under de påföljande 20 minuterna skall mamman övervakas med puls, andningsfrekvens och blodtryck var 5e minut och personal skall finnas på rummet hela tiden. Därefter kontroll en gång per 30 min tills spinalen gått ur.

Om arbetsbelastningen på förlossningen inte tillåter att avvara personal kan inte en förlossningsspinal anläggas.

Barnet skall dessutom kontinuerligt CTG övervakas, i studier uppvisar 0-20% av barnen CTG patologi där orsaken är okänd.

Biverkningar

1. Den farligaste (men ovanliga) biverkningen är andningsdepression pga. intratekalt given opioid, andningsdepressionen föregås ej alltid av somnolens. Andningsdepression pga. Sufenta intratekalt kommer snabbt med max efter 10 min, och om den inte kommit inom första 20-30 min är risken över, till skillnad mot intratekalt givet morfin där andningsdepressionen kan komma efter flera timmar.

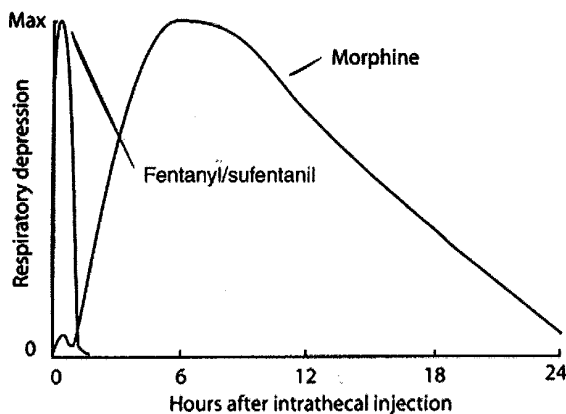


Fig 2
Time to onset of respiratory depression after fentanyl and morphine.

Beh: Ge antidot: Naloxone 0,4mg/ml (0,1-0,2mg räcker oftast= 0,25-0,5ml). Ge Naloxone utan läkarordination vid andningsdepression och sök sedan narkosläkare.

2. Klåda är en vanlig biverkan, oftast lätt till måttlig sådan.

Beh: Tavegyl 1mg/ml, 1-2mg som långsam intravenös injektion.

Om detta inte hjälper kan man överväga Naloxone, men då försvinner också en del av bedövningseffekten.

3. CTG förändringar hos barnet.

4. Blodtrycks fall pga. sympatikusblockad.

Beh: Fenylefrin 0,1mg/ml skall finnas lätt tillgängligt. Ge 0,1mg = 1 ml åt gången vid blodtrycksfall som överstiger 20% av utgångsvärdet.

Vid utdraget förlossningsförlopp med analgesi-förlust kan man följa upp bedövningen med en epidural blockad alt överväga en ny spinal bedövning. Cave opioid dos, extra övervakning rekommenderas, det finns dock ingen absolut tidsgräns.

Referenser:

SFAI riktlinjer för handläggning av ryggbedövning vid vaginal förlossning, 2008

Single shot intrathecal sufentanil with bupivacain in late labour, S Ledin Eriksson, European j of Obst & Gyn and Reproductive Biology 2003;110131-135

Spinalanalgesi vid förlossning, Pm från Södersjukhuset 2002

Lisa Lundström

Specialistläkare Anestesi och Intensivvård

Tomas Björk

överläkare gynekologi och obstetrik