RYGGBEDÖVNING I SAMBAND MED FÖRLOSSNING

INFORMATION TILL DIG SOM SKALL FÖDA BARN

SFOAI

Denna information beskriver hur det går till att få ryggbedövning vid förlossning samt metodens för- och nackdelar. I Sverige får årligen ca 45000 födande en ryggbedövning i samband med förlossning, de allra flesta får en sk epidural-bedövning. Ryggbedövningen läggs oftast när värkarbetet är ordentligt i gång. Även om smärtan till stor del försvinner brukar en tryckande känsla nedåt och bak mot ändtarmen kvarstå eftersom barnet rör sig nedåt i förlossningskanalen. De flesta som får en ryggbedövning är fortsatt rörliga och kan stå och gå under förlossningen om de så önskar.

Ryggbedövning är en av de smärtlindringstekniker som kan användas under förlossning. Det är den effektivaste och vetenskapligt bäst dokumenterade metoden, men också den mest avancerade. Metoden innebär att en läkemedels-blandning av lokalbedövningsmedel och ett morfinliknande medel (sufentanil eller fentanyl) ges via en tunn plastkateter i ryggen, eller som en engångsdos, och bedövar nerverna som förmedlar smärtan vid värkarbetet. Läkemedlen används i låga doser för att minimera negativa effekter.

Ryggbedövning läggs av narkosläkare (anestesiolog) och är ett gemensamt namn på Epiduralbedövning (EDA), Spinalbedövning, och Kombinerad spinal- och epiduralbedövning (CSE)

Fördelar med ryggbedövning

- Ger oftast en mycket god smärtlindring under framför allt öppningsskedet. För vissa hjälper bedövningen även vid framfödandet. Kan ge möjlighet till vila under värkarbetet.
- Medvetandet påverkas inte.
- Minskar halten av stresshormoner i blodet.
- Bidrar till blodtryckssänkning, vid havandeskapsförgiftning (preeklampsi) eller allvarlig hjärt- eller lungsjukdom hos den födande kvinnan är detta gynnsamt.
- En välfungerande epiduralbedövning kan användas om förlossningen behöver avslutas med kejsarsnitt eller vid andra eventuella operationer.

Nackdelar och risker med ryggbedövning

Allvarliga komplikationer är mycket ovanliga. Med moderna läkemedelsblandningar och låga doser har tidigare förekommande nackdelar kunnat minskas.

Klåda är en vanlig övergående biverkan, upp till 50 procent, när morfinliknande medel ges i ryggbedövningar. Oftast är den mild och kräver ingen särskild behandling.

Svårt att kissa. Barnmorskan kontrollerar därför regelbundet urinblåsan under förlossningen och kan behöva tömma blåsan med en kateter.

Övergående tyngdkänsla i benen och svårighet att stå eller gå, kan förekomma hos 1 av 10. Risken ökar med mängden lokalbedövningsmedel som givits.

Lindriga blodtrycksfall kan uppkomma men risken är liten. Blodtrycket kontrolleras regelbundet efter att ryggbedövning anlagts. Den vanligaste orsaken till blodtrycksfall under förlossning är att den gravida ligger i platt ryggläge, vilket ska undvikas.

Feber. Bland gravida som har epiduralbedövning är temperaturstegring vanligare. Detta kan innebära en ökad risk för värksvaghet och ökat behov av antibiotika. Orsakssambandet är inte klarlagt.

Överdosering. Om läkemedlet avsett för epiduralbedövning av misstag sprutas in i ryggmärgsvätskan (spinalt) eller i ett blodkärl finns risk för överdosering. Detta är mycket ovanligt, inträffar i ca ett fall av 10 000. Detta är anledningen till att mamman övervakas, och beredskap för behandling finns.

Dålig effekt. Vissa gånger blir den smärtlindrande effekten av ryggbedövningen inte den förväntade. Den kan ta mindre på ena sidan eller inom vissa områden. Ofta kan man komma till rätta med detta genom att ändra doseringen eller epiduralkateterns läge. Ibland behöver ryggbedövningen läggas om.

Påverkan på förlossningsförloppet

Värkstimulerande dropp. Värkstimulerande dropp (oxytocin) kan användas för att påskynda förlossningen genom att göra värkarna mer intensiva. Kvinnor som får värkstimulerande dropp önskar därför ofta en ryggbedövning. Likväl är förekomsten av värkstimulerande dropp högre bland kvinnor som fått en ryggbedövning

Förlossningsförlopp. Ryggbedövningen kan ha olika effekt på olika kvinnor. För de flesta kvinnor tar förlossningen lika lång tid som det skulle ha gjort utan ryggbedövning men det finns de som upplever att det går snabbare eller långsammare än vad det skulle gjort utan ryggbedövning. I krystskedet kan impulsen att krysta vara bedövad vilket igenomsnitt ger ett förlängt utdrivningsskede på ca 15-20 min

Sugklocka, tång eller kejsarsnitt. Man ser ingen ökad risk för att förlossningen behöver avslutas med sugklocka, tång eller kejsarsnitt.

Tillfälliga förändringar i hjärtfrekvens hos det ofödda barnet har rapporterats efter smärtlindring med ryggbedövning, framförallt spinalbedövning.

Neurologiska komplikationer:

De flesta neurologiska komplikationerna efter förlossning orsakas av att barnets huvud trycker på nerver, eller att positioner i samband med förlossningen ger sträckningar på nerverna. Incidensen av dessa övergående nervskador är 1-2% av alla gravida, och dessa beror inte på användande av ryggbedövning.

Ryggsmärtor är vanligt efter förlossning. Flera studier visar att risken för långvariga ryggbesvär inte ökar efter ryggbedövning. Däremot beskriver många en lokal ömhet i ryggen och ibland ett blåmärke vid platsen för sticket. Blåmärket försvinner och ömheten går över av sig själv - oftast inom några dagar.

Svår, oftast lägesberoende, huvudvärk efter ryggbedövning kan bero på s.k. durapunktion, vilket innebär att epiduralnålen oavsiktligt orsakat ett hål i den hårda ryggmärgshinnan, duran. Ungefär en av 100 födande som får EDA drabbas av denna huvudvärk. Den är vanligtvis lägesberoende, vilket innebär att den förvärras då man ställer sig upp och blir bättre i liggande. Ibland kan den lägesberoende komponenten saknas. Huvudvärken är ofta intensiv och om den inte går över med hjälp av vätskeintag och värktabletter inom ett dygn brukar behandling med s.k. "blood-patch" rekommenderas. Blood-patch innebär att lite av kvinnans eget blod sprutas in i epiduralrummet. Lindringen brukar komma snabbt och är vanligen god. I enstaka fall kan behandlingen behöva upprepas. Huvudvärk efter förlossning är vanligt oavsett om man fått EDA eller inte, och huruvida man är hjälpt av en sk blood-patch bedöms av narkosläkare.

Allvarlig bestående nervpåverkan av ryggbedövningen genom till exempel blödning, mekanisk skada eller infektion är mycket sällsynt.
Det drabbar 1/240 000, dvs en gång var 3e år i Sverige.

Huvudvärk, feber eller ryggsmärtor upp till 3 veckor efter ryggbedövning kan vara tecken till komplikation och bör bedömas av läkare.

Vilka gravida kan inte få ryggbedövning?

Ryggbedövning är inte lämpligt:

- Vid ökad blödningsbenägenhet; antingen medfödd, orsakad av sjukdom eller av blodförtunnande läkemedel.
- Vid infektion i huden, där insticket ska göras, eller vid svår allmäninfektion.
- Vid vissa sjukdomar i rygg- och nervsystem, däremot är vanliga diskbråck sällan ett hinder.

Om man har en sjukdom eller tar läkemedel som kan vara ett hinder för ryggbedövning är det värdefullt att i god tid före planerad förlossning träffa en narkosläkare för att diskutera val av smärtlindring. Tatueringar i ländryggen är sällan något problem.

Så går det till att få ryggbedövning

När den födande i samråd med barnmorska eller förlossningsläkare önskar ryggbedövning tillkallas narkosläkare. Oftast behövs inga prover tas innan ryggbedövningen anläggs men vid t.ex. preeklampsi skall prover tas på blodets koagulationsförmåga. Att få en ryggbedövning tar oftast inte lång tid, men om man är kraftigt överviktig, tidigare har opererats i ryggen eller har sned rygg kan det ta längre tid. Det kan också innebära att läkaren inte kan lägga någon ryggbedövning alls eller att ryggbedövningen får sämre effekt.

Epiduralbedövning

Epiduralbedövning kan läggas när som helst under förlossningen, men läggs oftast när värkarbetet är ordentligt i gång. Vid t.ex. kraftig övervikt, hjärtsjukdom hos mamman och preeklampsi är det en fördel att lägga epiduralbedövningen tidigt.

Smärtlindringen under öppningsskedet är oftast mycket god, men under krystskedet kan många uppleva en tryckande känsla i underlivet och mot ändtarmen.

Efter att en venkateter har satts, får den födande lägga sig på sidan. För att utrymmet mellan kotutskotten ska bli så stort som möjligt får mamman ligga i ”fosterställning”, med knäna uppdragna och hakan mot bröstet. Alternativt kan mamman sitta på sängkanten ”som en hösäck”.

Narkosläkaren steriltvättar ryggen och lägger lokalbedövning i huden. Hudbedövningen kan orsaka en snabbt övergående svidande känsla. Därefter förs en epiduralnål in mellan två kotutskott i ländryggen till epiduralrummet–utrymmet utanför ryggmärgskanalen. Genom nålen förs en tunn plastslang (epiduralkateter) in. Den födande kan då ibland uppleva en obehaglig pirrande, stötliknande känsla ut i sidan, höften eller något ben. Detta beror på att slangen kommer i kontakt med en nerv. Detta är kortvarigt och ofarligt. Därefter avlägsnas nålen och slangen fästs ordentligt på ryggen med tejp. Efter att den första dosen har givits brukar den smärtstillande effekten vara märkbar efter 15 minuter och full effekt nås efter 20-30 minuter. Därefter kan man så länge som smärtlindring behövs, fylla på läkemedel genom den tunna plastslangen. Detta kan barnmorskan göra, eller så kopplas epiduralkatetern till en pump. På vissa förlossningsavdelningar kan mamman själv styra läkemedelstillförseln genom en knapp kopplad till pumpen (kallas PCEA–patientkontrollerad epiduralanalgesi).

Spinalbedövning

Tekniken liknar den för epiduralbedövning, men i stället för att lägga in en epiduralkateter använder narkosläkaren en tunn nål. Nålen förs in genom hårda ryggmärgshinnan, och narkosläkaren sprutar läkemedelsblandningen direkt i ryggmärgsvätskan och nålen tas bort. Spinalbedövning är oftast enklare att lägga och den smärtstillande effekten kommer snabbare. Nackdelen är att man inte kan fylla på med ytterligare doser av läkemedel eftersom ingen kateter lagts in. Tekniken används framför allt till omföderskor i slutet av ett snabbt förlossningsförlopp där förlossningen förväntas vara avslutad inom två timmar – den tid som spinalbedövning ger effekt.

Kombinerad spinal- och epiduralbedövning

Tekniken är en kombination av metoderna för spinal- och epiduralbedövning. Först läggs spinal-bedövning och därefter förs epiduralkatetern, in i epiduralrummet. Metoden ger en snabbt insättande smärtlindring med möjlighet till ytterligare doser men kan ta lite längre tid att lägga.

Sammanfattning
Ryggbedövning vid förlossning är:

- Den effektivaste smärtlindringsmetoden
- Säker, med mycket små risker för mor och barn
- Ökar inte risken för kejsarsnitt eller sugklocka

Har du några frågor kring ryggbedövning kan du alltid tala med barnmorska inom mödravården. Barnmorska eller gynekolog kan också hjälpa dig att få kontakt med narkosläkare på ditt sjukhus.

Detta informationsmaterial är framtaget av delföreningen SFOAI, Svensk Förening för Obstetrisk Anestesi och Intensivvård inom SFAI, Svensk Förening Anestesi och Intensivvård.

Innehållet i texten har granskats av SFOG, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och Svenska Barnmorskeförbundet.

För referenser vg se Qr kod

SFOAI

Sfoai styrelse 2005. Reviderad 2018
Reviderad 2023-2024 av SFOAIs styrelse
Lisa Lundström, Mikael Wallin, Anette Hein, Susanne Eriksson Ledin, Håkan Rolfsson, Lars Dittlau, Åsa Aldergård, Ove Karlsson