



Riktlinjer för handläggning av ryggbedövning (spinal och/eller epiduralanalogi) vid vaginal förlossning

Nr 21-6

Antagen av SFOAI december 2012

Antagen av SFAIs styrelse 2013-03-15

Författare: Författare: Susanne Ledin Eriksson, Birgitta Birgisdottir, Anette Hein, Maria Häggström, Ove Karlsson, Nina Kjellqvist, Katarina Levin, Michael Rådström

Inledning:

Ryggbedövning vid förlossningssmärta inkluderar epidural, spinal samt kombinerad spinal/epidural. Kombinerad spinal/epidural används sparsamt som förlossnings- analgesi i Sverige och behandlas inte specifikt i denna riktlinje. För patienter som behandlas med LMWH eller har känd koagulationsrubbnig finns särskild riktlinje. Information ska erbjudas till mamman, exempelvis [SFOAI.s patientinformation](#).

Kompetens:

Anestesiolog som anlägger ryggbedövning vid förlossning ska vara väl förtrogen med den valda tekniken och insatt i de speciella fysiologiska förhållanden som råder hos den gravida/födande kvinnan. Barnmorskan skall väl känna till de övervakningskrav som gäller och de komplikationer som kan inträffa vid de olika typerna av ryggbedövning. Återkommande fortbildning av barnmorskorna bör ombesörjas av ansvarig anestesiolog.

Ansvarsförhållanden:

Beslut om anläggande av ryggbedövning ska alltid föregås av anestesilogens bedömning av patienten. Om förlossningsförloppet är normalt kan ansvarig obstetriker delegera ordinationen av ryggbedövning till ansvarig barnmorska. Vid obstetriska komplikationer förutsätts att ansvarig obstetriker personligen bedömer patienten. Anestesiologen bär huvudansvaret för ryggbedövningen och kan välja att avstå från ryggbedövning om denna bedöms olämplig. Sedan bedövningen lagts har obstetriker, barnmorska och anestesiolog ett delat ansvar för patienten. Barnmorskan utför den rutinmässiga övervakningen, administrerar läkemedel efter skriftlig ordination samt vidtar primära åtgärder vid komplikationer eller biverkningar av ryggbedövningen. Vid problem ska ansvarig anestesiolog omedelbart kontaktas.

Tillgänglighet:

Tiden från begäran om ryggbedövning till utförande skall vara så kort som möjligt och bör inte överstiga 30 minuter under ordinarie arbetstid eller 60 minuter under jourtid.

Övervakning:

Obstetrikers och barnmorskas övervakning av fostret regleras ej i dessa riktlinjer. Övervakning av patienten syftar till att utvärdera ryggbedövningens effekt och att tidigt upptäcka komplikationer.

- Vid anläggning av samtliga typer av ryggbedövning skall övervakning av patientens allmäntillstånd, hemodynamiska status och vakenhetsgrad ske med täta intervall under de första 20 minuterna. Patienter som fått intratecalt opioid får dessutom inte lämnas utan personal under denna tid.
- Vid kontinuerlig epidural infusion samt Patient Controlled Epidural Analgesia, PCEA, ska dessa kontroller därefter ske minst en gång per timme.
- Vid intermittent top-up bolus-förfarande eller personaladministrerad extra-dos gäller samma övervakning som vid bedövningens start, efter varje given bolusdos.
- Efter avslutad epidural ska övervakningen fortsätta två timmar efter senast givna dos och inkludera övervakning av allmäntillstånd och vakenhetsgrad hos det nyfödda barnet. Urinblåsans funktion skall kontrolleras i minst 10 timmar efter förlossningen.
- Effekten av ryggbedövningen bör utvärderas genom användande av subjektiv smärtskala, exempelvis VAS.
- Utvärdering av eventuell motorblockad bör ske en gång per timme och skall ske om patienten mobiliseras. Uppegående patient bör använda gåstol eller levande stöd.

Komplikationer:

Allvarliga komplikationer i samband med ryggbedövning härrör sig till teknik och läkemedelsadministration.

Rutiner för handläggning av accidentell durapunktion ska finnas på respektive anestesiklinik och förlossningsavdelning.

Vid *epiduralt* givna lokalanestetika utgörs dessa av hypotension, systemtoxicitet samt accidentell spinal anestesi. Vid tillägg av opioid tillkommer risk för sedering och andningsdepression. Lindrig vanlig biverkning är klåda.

Vid *intratecalt* given fettlöslig opioid är klåda och hypotension (20%) vanliga bieffekter. En sällsynt komplikation är andningsdepression. Komplikationen är potentiellt livshotande och föregås inte alltid av somnolens. Andningsdepression behandlas omgående med naloxone i.v.

Risken för andningsdepression vid *intratecalt* givet opioid ökar markant om opioid tidigare är givet, oavsett administrationsätt. Detta bör beaktas i den kliniska situationen om spinalanläggs efter en epidural. *Särskilt riskfyllt är att ge sufentanil intratecalt som förlossningsanalgesi efter opioid-innehållande epiduralbedövning.*

Det finns inte stöd för att utfärda någon absolut tidgräns mellan *parenteralt* givet opioid och *epidural* bedövning innehållande kortverkande opioid. Skärpt uppmärksamhet med avseende på ovanstående biverkningar rekommenderas.

Läkemedel och utrustning för behandling av komplikationer eller biverkningar till ryggbedövningen skall finnas omedelbart tillgängliga på förlossningsavdelningen.

Dokumentation:

Vid ryggbedövning ska insticksnivå, antal stick, nål-storlek dokumenteras, så även övervägningar och riskbedömningar. Givna läkemedel och läkemedelsordinationer dokumenteras enligt föreskrifter. Eventuella komplikationer såsom parestesier, blödning och durapunktion dokumenteras.

Uppföljning:

Statistik bör följas beträffande

- Frekvens och typ av ryggbedövning vid vaginal förlossning
- Frekvens och typ av komplikationer till ryggbedövning vid vaginal förlossning
- Utfall när det gäller förlossningssätt och patienttillfredställelse i samband med ryggbedövning vid vaginal förlossning

SFOAI december 2012