

Ryggbedövning som smärtlindring vid förlossning



Information till dig som ska föda barn

Denna information beskriver hur det går till att få ryggbedövning vid förlossning samt metodens för- och nackdelar. Födande kvinnor utgör generellt en lågriskgrupp för allvarliga biverkningar till ryggbedövning, men för fullständighetens skull tas även mycket ovanliga biverkningar upp.

Allmänt

Ryggbedövning är en av de smärtlindringstekniker som kan användas under förlossning. Det är den effektivaste och vetenskapligt bäst dokumenterade metoden, men också den mest komplicerade. Metoden innebär att ett lokalbedövningsmedel blockerar nerverna som förmedlar smärta från livmodern. Ryggbedövning läggs av narkosläkare (anestesiolog) och är ett gemensamt namn på:

- Epiduralbedövning (EDA)
- Spinalbedövning (intraduralbedövning)
- Kombinerad spinal- och epiduralbedövning (CSE)

Benämningen ”stå-upp-epidural” också kallad ”lägdos-” eller ”sufenta-epidural”, brukar användas när lokalbedövningsmedlet blandas med ett morfinliknande medel (sufentanil eller fentanyl). Därigenom kan dosen lokalbedövningsmedel minskas och därmed några av ryggbedövningens negativa effekter. Denna teknik dominerar i Sverige idag.



Fördelar med ryggbedövning

- Ger den i särklass effektivaste smärtlindringen och ökar därmed möjligheten att åstadkomma ett effektivt värkarbete.
- Medvetandet påverkas ej.
- Minskar halten av stresshormoner i blodet. Vid havandeskapsförgiftning (preeklampsi) eller allvarlig hjärt- eller lungsjukdom hos den födande kvinnan kan detta vara särskilt gynnsamt.
- Förbättrar blodflödet i moderkakan och därmed syresättningen till barnet. Detta är särskilt viktigt vid havandeskapsförgiftning.
- Kan normalisera ett ineffektivt värkarbete.
- Kan också användas om förlossningen behöver avslutas med kejsarsnitt.

Vilka mammor kan inte få ryggbedövning?

Ryggbedövning är inte lämpligt:

- Vid rubbning av blodets levringsförmåga; antingen medfödd, orsakad av sjukdom eller av s.k. blodförtunnande läkemedel.
- Vid infektion i huden, där insticket ska göras, eller vid svår allmäninfektion.
- Vid allvarlig sjukdom i nervsystemet.
- Vid vissa ryggsjukdomar.

Om man har en sjukdom eller tar läkemedel som kan vara ett hinder för ryggbedövning är det ofta värdefullt att i god tid före planerad förlossning träffa en narkosläkare för att diskutera val av smärtlindningsmetod.

Tatueringar i ryggslutet är sällan något praktiskt problem. I regel kan narkosläkaren välja ett insticksställe vid sidan om tatueringen.



Så går det till att få ryggbedövning

När mamman i samråd med barnmorska eller förlossningsläkare önskar ryggbedövning tillkallas narkosläkare. På de flesta sjukhus i Sverige finns narkosläkare på plats dygnet runt, och man behöver sällan vänta mer än 30 minuter under dagtid respektive 60 minuter på jourtid. Att få ryggbedövning tar oftast inte lång tid, men om man är kraftigt överviktig, tidigare har opererats i ryggen eller har sned rygg, skolios, kan det däremot ta längre tid eller innebära att läkaren inte kan ge någon ryggbedövning alls.

Epiduralbedövning

Epiduralbedövning läggs oftast när värkarbetet är ordentligt igång, och livmoderhalsen är vidgad till 3-4 cm. Smärtlindringen under öppningsskedet är oftast mycket god, men under krystskedet kan många uppleva en tryckande känsla i underlivet och mot ändtarmen.

1. Efter att en venkateter ("droppnål") har satts, får mamman lägga sig på sidan. För att utrymmet mellan kotutskotten ska bli så stort som möjligt får mamman ligga i "fosterställning", med knäna uppdagna och hakan mot bröstet. Alternativt kan mamman sitta på sängkanten "som en hösäck".
2. Narkosläkaren steriltvättar ryggen och lägger en ytlig lokalbedövning i huden. Denna kan orsaka en snabbt övergående svidande eller brännande smärta. Därefter förs en särskild epiduralnål mellan två ryggkotor i ländryggen in till det s.k. epiduralrummet – utrymmet utanför hårda ryggmärgshinnan, duran, ett spaltformat millimeterbrett hålrum alldeles utanför ryggmärgskanalen.
3. Genom nålen förs en tunn plastslang, epiduralkatetern, in. Ibland kan mamman då uppleva en obehaglig pirrande, stötliknande känsla ut i sidan, höften eller något ben, beroende på att slangen kommer i kontakt med en nervrot. Detta är kortvarigt och ofarligt. Därefter avlägsnas nålen och slangen fästs ordentligt på ryggen med tejp. Narkosläkare ger den första dosen av lokalbedövningsmedlet, oftast i kombination med ett morfinliknande preparat.
4. Den smärtstillande effekten brukar vara märkbar efter 5-15 minuter men full effekt nås efter 20-30 minuter. Därefter kan man så länge som smärtlindring behövs fylla på läkemedel genom slangen, epiduralkatetern. Antingen gör barnmorskan det eller så kopplas katetern till en pump. På vissa förlossningsavdelningar kan mamman själv styra denna tillförsel genom en knapp kopplad till pumpen (kallas PCEA – patientkontrollerad epiduralanalgesi).



Spinalbedövning

Tekniken är likartad den för epiduralbedövning, men istället för att lägga in en plastslang använder narkosläkaren en tunn nål, som förs in genom hårda ryggmärgshinnan, och sprutar läkemedelsblandningen direkt in i ryggmärgsvätskan. Spinalbedövning är oftast enklare att lägga och den smärtstillande effekten sätter in snabbare. Nackdelen är att man inte kan fylla på med ytterligare doser av läkemedel eftersom ingen plastslang läggs in. Tekniken används till omfödorskor i slutet av ett snabbt förlossningsförlopp där förlossningen förväntas vara avslutad inom två timmar – den tid som spinalbedövning ger effekt.

Kombinerad spinal- och epiduralbedövning

Metoden är relativt ny i Sverige och används endast på ett fåtal förlossningskliniker. Tekniken är en kombination av metoderna för spinal- och epiduralbedövning. Först läggs spinal-bedövning och därefter förs slangen, epiduralkatetern, in i epiduralrummet. Metoden ger en snabbt insättande smärtlindring med möjlighet till ytterligare doser.

Nackdelar och risker med ryggbedövning

En del mindre besvärande nackdelar är vanliga, men allvarliga komplikationer är mycket ovanliga. Några nackdelar har dessutom nästan helt försvunnit sedan ”stå-upp-epiduralen” introducerats.

Klåda

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

Svårighet att kissa

Svårighet att kissa förekommer hos 1 av 10. Barnmorskan kontrollerar därför regelbundet urinblåsan under förlossningen så att överfullnad inte uppstår.

Påverkan på muskelkraften

Övergående tyngdkänsla i benen och svårighet att stå eller gå kan förekomma hos 1 av 10. Risken ökar med antalet doser eller mängden lokalbedövningsmedel som givits. Detta är ofarligt och effekten försvinner oftast inom 1-2 timmar.



Påverkan på förlossningsförloppet

Värkarbetet kan dämpas och förlossningsförloppet förlängas något. I sådana fall kan värkstimulerande medel ges i dropp. Krystreflexen kan påverkas och det kan vara något vanligare att sugklocka behöver användas. Genom övergången till "stå-upp-epiduraler" har dessa bieffekter minskat betydligt. Det är därför störst chans att det blir en helt vanlig förlossning även om den födande kvinnan väljer ryggbedövning. Sannolikheten för att förlossningen måste avslutas med kejsarsnitt ökar inte pga ryggbedövning.

Otillräcklig smärtlindrande effekt

Vissa gånger blir effekten av ryggbedövningen inte den förväntade, den tar enbart på ena sidan eller lämnar vissa områden obedövade. Ofta kan man komma till rätta med detta genom att ändra doseringen eller att ändra något på epiduralslangens läge. Ibland behöver ryggbedövningen läggas om. Detta inträffar i ca ett fall av 100.

Huvudvärk

Svår huvudvärk efter ryggbedövning beror oftast på s.k. durapunktion vilket innebär att epiduralnålen oavsiktligt orsakat ett hål i den hårda ryggmärgshinnan, duran. Detta inträffar en gång av 100 och ungefär hälften av dessa kvinnor får huvudvärk. Typiskt för denna huvudvärk är att den kommer i stående eller sittande men försvinner i liggande. Den är ofta intensiv och om den inte går över med hjälp av rikligt 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 för att tätat hålet i ryggmärgshinnan. Lindringen brukar komma snabbt och är vanligen god. I enstaka fall kan behandlingen behöva upprepas.

Blodtrycksfall

Blodtrycksfall kan uppkomma men risken är mycket liten med den nya lågdostekniken och är i regel lätt att behandla med dropp eller blodtryckshöjande medicin. Detta inträffar i ca ett fall av 1000.

Ryggont

Ryggsmärter är vanligt efter förlossning. Flera nyare 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.

Skakningar

Lindriga skakningar (huttingar) kan förekomma under en kortare tid efter att ryggbedövning lagts. Detta är helt ofarligt och går över av sig självt.

Temperaturstegring

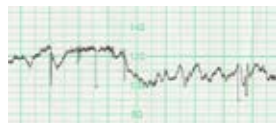
Nyare studier har visat att mammor kan få en lättare temperaturstegring om epiduralbedövning använts under många timmar.

Påverkan på barnets hjärtljud

Tillfälliga förändringar i hjärtfrekvens hos det ofödda barnet har rapporterats efter smärtlindring med ryggbedövning – liksom efter varje form av effektiv smärtlindring. Detta beror sannolikt på den snabba sänkning av halten stresshormoner i mammans blod till följd av en effektiv smärtlindring.

Risk för 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 och är i regel lätt att behandla.



Skador på nervrötter eller ryggmärg

Övergående nervpåverkan, orsakat av att barnets huvud trycker på de nervstammar som löper på bäckenbenets insida, är inte helt ovanligt efter förlossning och har inget samband med ryggbedövning. Allvarlig och bestående nervpåverkan av ryggbedövningen i sig genom t ex blödning, mekanisk skada eller infektion i ryggkanalen är ytterligt sällsynt. I Sverige har risken beskrivits vara ca en på 200 000 bedövningar. Feber, huvudvärk och/eller ryggsmärtor upp till 3 veckor efter ryggbedövning kan vara tecken på allvarlig infektion och bör bedömas av läkare.

Sammanfattning

Ryggbedövning vid förlossning är:

- Den effektivaste smärtlindringsmetoden
- Säker, med mycket små risker för mor och barn

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 referensgruppen för
Obstetrisk anestesi inom Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård.
Innehållet i texten har granskats av Svensk Förening för Obstetrik och
Gynekologi och Svenska Barnmorskeförbundet.*

*Anne Kierkegaard
Gunnar Dahlgren
Bror Gärdelöv
Andreas Harsten
Susanne Ledin-Eriksson
Vibeke Moen
Michael Rådström*

