

Fødsel - langsom fremgang, ristimulering med oxytocin

Endring siden forrige versjon

Ingen faglige endringer

Hensikt

Sikre at medarbeidere er kjent med håndtering av langsom fremgang og riktig bruk av oxytocin under fød

Målgruppe

Leger og jordmødre på kvinneklinikken.

Fremgangsmåte

Fødselens tre stadier

- Første stadium varer fra riene starter frem til cervix er utslettet (10cm). Dette stadiet deles i:
 - *Latens fase*: Kvinnens oppfattelse av smertefulle kontraksjoner frem til cervix er avflatet og dilatert til 4 cm.
 - *Aktiv fase/åpningsfasen*: Regelmessige kontraksjoner (>2/10 minutter), avflatet cervix med en dilatasjon på 4 cm, frem til utslettet cervix.
- Andre stadium varer fra cervix er utslettet til barnet er født. Dette stadiet deles i:
 - *Passiv fase*: Varer fra cervix er dilatert 10 cm frem til kvinnen starter å trykke.
 - *Aktiv fase*: Varer fra kvinnen starter å trykke til barnet er født.
- Tredje stadium er tiden fra barnet er født til placenta er forløst. Se kapittel [Blødning - postpartum](#).

Fødselens første stadium:

Latensfasen

Generelt anbefales det at kvinnene ikke blir innlagt i latensfasen. Imidlertid har noen kvinner så mye smerter at de har behov for innleggelse, omsorg og evt. smertelindring. Epiduralanalgesi kan startes i latensfasen uten å øke risikoen for sectio selv om varigheten av fødselens andre stadium kan bli lengre. Oppfølgingen må tilpasses den enkeltes behov.

Latensfasens varighet:

Det er ingen konsensus om varighet av latensfasen, individuell vurdering av jordmor og lege. Ved langvarig latensfase (forslagsvis over 20 timer for førstegangs fødende og over 14 timer for flergangs fødende), bør kvinnen vurderes av lege for eventuell induksjon. Langvarig latensfase er assosiert med ugunstig maternalt og neonatalt utkomme. CTG registrering hver 6. time dersom kvinnen er inneliggende i latensfasen.

Åpningsfasen/aktiv fase

- Start av aktiv fødsel er som hovedregel ved 4 cm cervixdilatasjon, regelmessige rier (>2/10 minutter) og avflatet cervix.
- Partogrammet startes ved aktiv fødsel.
- Bruk varsel om tiltakslinje med 4 timers forsinkelse.

Definisjon av langsom fremgang i åpningsfasen

- Definisjon: når mormunnsåpningen krysser tiltakslinjen eller ved manglende fremgang i løpet av 4 timer.
- Aktiv fase / åpningsfasen varer vanligvis ikke lengre enn 12 timer hos førstegangs fødende og 10 timer hos flergangs fødende

Tiltak ved langsom fremgang i åpningsfasen:

- Tilkall lege ved langsom fremgang.

- Lege bør undersøke pasienten for diagnostikk av årsaken til langsom fremgang (palpasjon og ultralyd), vurdere CTG og rihypighet i samarbeid med jordmor.
- Feilinnstilling? Vurder og dokumenter palpasjons og ultralydfunn:
 - Fosterets stilling (rygg mot mors venstre eller høyre side)
 - Fosterhodets posisjon (hvor peker lille fontanelle, eks occiput anterior med lille fontanelle kl 1)
 - Fosterhodets nivå/descens i fødselskanalen
 - Ultralydundersøkelse bedrer diagnostikken av fosterets stilling/posisjon/nivå og anbefales utført.
- Risvekkelse? Fostersvulst taler mot risvekkelse. Vurder rifrekvens og varighet av riene.
- Ved feilinnstilling, vurder mulighet for korreksjon (manuell rotasjon av hodet, stillingsendring).
- Sannsynligheten for at dilatasjonen av cervix først akselererer etter 5 cm, ansees som stor. Sectio på indikasjon langsom fremgang bør derfor unngås før cervix er dilatert 5 cm da kvinnen fremdeles kan være i latens fasen. I disse tilfellene foreslås å revurdere tidspunktet for start av aktiv fødsel før ny plan for håndtering vurderes av lege, jordmor og kvinnen selv.

Tiltak for å forebygge langsom fremgang

- Mobilisering og stillingsendring.
- Ekstra væsketilførsel, enten per os eller IV, minimum 1 time før tiltakslinjen er nådd.
- Ernæring.
- Tømme urinblæren.
- Amniotomi kan med fordel utføres før tiltakslinjen er nådd for å forebygge langsom fremgang.
- Tilstrebe kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor ved aktiv fødsel. Fra 6 cm mormunnsåpning bør jordmor være kontinuerlig til stede hos den fødende (bør ikke forlate fødestuen mer enn 10 min i strekk uten avløsning).

Ristimulering med oxytocin ved langsom fremgang i åpningsfasen

- Oxytocin stimulering kan være aktuelt dersom risvekkelse er årsak til langsom fremgang, se «administrering og dosering av oxytocin» nedenfor samt [Oxytocindrypp - sjekkliste](#).
- Forutsetning for ristimulering med oxytocin er at vannavgang, spontan eller ved amniotomi, ikke har gitt tilstrekkelig effekt.
- Før ristimulering bør diagnostikk av langsom fremgang utføres og feilinnstillinger samt åpenbare mekaniske misforhold utelukkes.
- Før oppstart med oxytocin signeres CTG og godkjennes for oppstart av oxytocin av vakthavende lege eller vaktansvarlig jordmor.
- Ristimulering startes så snart mormunnsåpningen har krysset tiltakslinjen.

Fødselens andre stadium

- Andre stadium varer fra mormunnen er utslettet til barnet er født. Inndeles i:
 - *Passiv fase*: Varer fra cervix er dilatert 10 cm frem til kvinnen starter å trykke.
 - *Aktiv fase*: Varer fra kvinnen starter å trykke til barnet er født.
- Med mindre det er tegn til asfyksi, infeksjon eller langsom fremgang, er det vanlig å avvente aktiv trykking til hodet er kommet på bekkenbunnen, dog har dette ikke vist å øke sannsynligheten for spontant fødsel. Vurder om det foreligger feilinnstilling ved manglende descens av hodet.

Definisjon av langsom fremgang i andre stadium

- Trykketid (aktiv utdrivning) 60 min. Gjelder både for første og flergangsfødende med eller uten epiduralanalgesi.
- Passiv utdrivning 1 time hos flergangsfødende (tid fra mm 10 cm uten at mor trykker). Gjelder med eller uten epiduralanalgesi.
- Passiv utdrivning 2 timer hos førstegangsfødende (tid fra mm 10 cm uten at mor trykker). Gjelder med eller uten epiduralanalgesi.
- Langsom fremgang i andre stadium hos flergangsfødende er i større grad assosiert med feilinnstillinger.

Tiltak:

- Lege tilkalles ved langsom fremgang i andre stadium.

- Lege undersøker pasienten og i samarbeid med jordmor legger plan for videre tiltak.
 - Palpasjon, ultralyd, vurdere CTG og rihyppighet
 - Feilinnstilling?
 - Risvekkelse?
 - Ineffektiv trykking? Vurder «dralaken».
- Vurder operativ forløsning etter 60 minutters trykkesid.
- Forløsningsmetode vurderes av lege.
- Sannsynligheten for spontan fødsel avtar med varigheten av trykkesiden.
- **Kontinuerlig CTG/STAN ved trykkesid over 30 minutter.** Risikoen for asfyksi øker med trykkesiden.

Hvis fosterhodet er i occiput anterior posisjon og dypt i bekkenet (under spinae eller avstanden til fosterets skalle er < 20 mm målt med ultralyd) er det stor sannsynlighet for spontan fødsel.

Lengden av fødselen påvirker risikoen for chorionamnionitt, postpartumblødning og perinatalt utfall og må vurderes individuelt hos den enkelte kvinne.

Administrering/dosering av oxytocin:

- Før oxytocin gis, informeres den fødende om hva hun skal få og hvorfor.
- All stimulering med oxytocin under fødsel (også ved sekundær risvekkelse) skal konfereres med og ordineres av lege. Ved langsom fremgang bør lege tilse pasienten, se over.
- Vaktansvarlig jordmor informeres ved oppstart oxytocinstimulering.
- Før oppstart med oxytocin skal CTG signeres og godkjennes for oppstart av oxytocin av vakthavende lege eller vaktansvarlig jordmor.
- Ved tidligere sectio gir infusjonshastigheter over 120 ml/time økt fare for uterusruptur (4 ganger økt risiko) og bør bare brukes under nøye overvåkning.
- Det er stor individuell variasjon i hvor mye oxytocinstimulering som er nødvendig, samt hvor mye som er «for mye», og infusjonshastigheten bør tilpasses individuelt. Ved behov for økning av oxytocininfusjonen hurtigere eller til høyere doser enn angitt maksdose, må lege tilkalles for vurdering.
- Overstimulering defineres som > 5 rier per 10 minutter i to påfølgende 10-minutters-perioder eller i gjennomsnitt over 30 minutter. Koblede rier og repeterende rier >2 minutters varighet er uttrykk for hypertont uterus (med eller uten stimulering).
- Ved overstimulering bør lege konfereres. Lege tolker og signerer CTG samt legger plan for videre oppfølging. Lege vurderer selv behovet for å tilse pasienten.

Oxytocindrypp; 5 IE (=5000 mU) blandes i 500 ml liter 0,9 % NaCl. Bruk infusjonspumpe.

- **Startdose er 30ml/time (5 mU/min.)**
- **Deretter kan dosen økes hvert 15. minutt med 15ml/time (2,5 mU/min).**
- **Maksimaldose er 180 ml/time (30 mU/min).**
- Dosen økes gradvis til adekvat fremgang (maks 5 rier per 10 minutter, se over). Når denne er oppnådd, skal ikke dryppet økes ytterligere.
- Kontinuerlig overvåkning med CTG eller STAN.
- Ved avvikende eller patologisk CTG reduseres eller seponeres oxytocin og lege informeres. Lege tolker og signerer CTG, samt legger plan for videre oppfølging og vurderer selv behovet for å tilse pasienten.

Bruk av 0,1ml (1 IE) oxytocin intravenøst (eller intramuskulært) ved risvekkelse i slutfasen av fødselen er forbundet med risiko for overstimulering med påfølgende fosterasfyksi og bør unngås. Dersom risvekkelse oppstår når fosterhodet kroner og man regner med at hodet vil bli forløst ved neste ri, kan dette noen ganger vurderes som et alternativ.

Komplikasjoner ved ristimulering med oxytocin:

- Intrauterin asfyksi.
- Uterusruptur (Tidl. sectio, multipara).
- Utslitt mor.
- Atoniblødning.

Referanser

[A4.2/3.1.2-54](#)

[Oxytocindrypp - sjekkliste](#)

[A4.2/3.1.2-57](#)

[Blødning - postpartum](#)

[Fødselshjelp \(NGF\) - veileder](#)

Vedlegg

Andre kilder/litteraturliste

1.

Slutt på Prosedyre