

Episiotomi

Endring siden forrige versjon

Ingen endringer

Hensikt

Sikre at personalet er kjent med indikasjon for og utførelse av episiotomi.

Målgruppe

Leger og jordmødre ved føde-barselseksjonen

Fremgangsmåte

Generelt

- Episiotomi kan redusere risikoen for grad 3 og 4 rupturer hos førstegangsfødende med makrosomi eller instrumentell forløsning eller occiput posterior.
- Rutinemessig bruk av episiotomi anbefales ikke.
- Hos førstegangsfødende bør episiotomi anlegges mer liberalt enn hos flergangsfødende.
- Optimal forekomst av episiotomi er ikke kjent.
- Ved SØ brukes lateral episiotomi (klipp mellom klokken 4 og 5. Vinkelen av klippet bør være minst 60 grader fra midtlinjen)
- Median episiotomi øker risikoen for sfinkterskader og skal ikke brukes.

Indikasjon

- Truende fosterasfyksi når man ønsker å hente ut barnet raskt.
- Prematuritet.
- Seteleie.
- Instrumentell forløsning (behov hos de fleste førstegangsfødende, vurderes individuelt hos flergangsfødende).
- Makrosomi, særlig hos førstegangsfødende.
- Forlenget stadium II hvor vanskelig forløsning forventes, spesielt hvis risikofaktorer for skulderdystoci er til stede.
- Vurderes ved tidligere sfinkterruptur.

Arbeidsprosess

- Lokalanestesi i form av infiltrasjon med Marcain/Xylocain (hvis ikke kvinnen har en EDA).
- Episiotomien anlegges med episiotomisaks når barnets hode er i utskjæringen. Det bør anlegges lateral episiotomi. Klipp mellom klokken 4 og 5. Vinkelen av klippet bør være minst 60 grader fra midtlinjen.
- Perineumstøtte og hodestøtte med to hender i tillegg til god kommunikasjon med den fødende ved alle fødsler, både spontane og instrumentelle.
 - En hånd bremser hodets forløsningshastighet ved kroning
 - Den andre hånden støtter perineum med modifisert Ritgens manøver ("finske grepet"). Med fingrene "klemmer" man sammen fra sidene for å lette trykket i midtlinjen av bakre perineum

Suturering

- Gradere skaden/episiotomien.
- 2-0 sutur brukes i de fleste tilfeller.
- Hvis mulig kontinuerlig sutur i vagina
- Ved dyp episiotomi/skade i perineum lukkes den i flere lag.
- Huden lukkes fortrinnsvis subcutant med fortløpende ufarget 3-0 sutur.
- For stram suturering gir dårlig sirkulasjon i vevet og dårligere tilheling.
- Rektaleksplorert alltid etter suturering

Dokumenter i Partus.

Referanser

[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)

Vedlegg

Slutt på Prosedyre