

Verkjameðferð í fæðingu

Bæklingi þessum er ætlað að gefa þér almennar upplýsingar um verki við fæðingu og hvað hægt er að gera til að lina þá. Leitaðu upplýsinga, hjá þeim sem sinna þér á meðgöngunni, um hvaða úrræði standa til boða á þeim stað sem þú ætlar að fæða. Við vonum, að þegar þú veist hvers þú mátt vænta og með hjálp þeirrar verkjameðferðar sem þörf er á, verði fæðing barns þíns ánægjuleg reynsla.

Við hverju má búast þegar fæðing hefst?

Þegar líður að lokum meðgöngunnar geturðu orðið vör við að legið harðnar við og við. Þegar fæðing hefst byrja hríðar sem eru reglulegir samdrættir og mikið kröftugri en áður. Hríðunum fylgja oftast verkir sem líkjast sárum túrverkjum og versna venjulega mikið þegar líður á fæðinguna. Verkirnir geta verið misslæmir. Fyrsta fæðing þín er venjulega lengst og erfiðust. Stundum þarf að framkalla fæðingu eða örva hana ef framgangur er hægur en þetta getur gert fæðinguna sárari. Meira en 90% af konum telja að þær þurfi einhvers konar verkjameðferð.

Undirbúningur fyrir fæðingu

Það er gagnlegt að sækja foreldrafræðslunámskeið sem ljósmæður bjóða upp á. Ljósmæður geta líka gefið upplýsingar um fæðingadeild þá sem þú ætlar að eiga barn þitt á. Þær geta gefið þér upplýsingar um meðgöngu, fæðingu og umönnun barns þíns. Þær munu veita þér upplýsingar um hvers þú mátt vænta þegar þú kemur á fæðingadeildina, hvaða meðferð gæti þurft að veita og hvers vegna. Þú verður rólegri ef þú ert meðvituð um hvað getur gerst í fæðingunni. Eins getur verið hjálplegt að fá að heimsækja fæðingadeildina þar sem þú áætlast að eiga barn þitt. Allt þetta mun hjálpa þér að slappa af og ráða betur við fæðinguna. Meðan á meðgöngu stendur munu ljósmæður eða sjúkraþjálfar kenna þér að stjórna önduninni og aðferðir sem hjálpa þér að ráða við hríðirnar. Þau munu einnig leiðbeina þér með hreyfingar og réttar stellingar við vinnu og hvernig á að slaka á þannig að minni vandamál verði vegna álags á liði og bak, bæði á meðgöngu og eftir fæðingu.

Á námskeiðinu ættir þú einnig að fá upplýsingar um þær aðferðir sem völ er á til að minnka verki við fæðingu. Þú getur farið fram á að fá viðtal við svæfingalækni ef þú vilt frekari upplýsingar um vissar verkjameðferðir og hvort þær geti gagnast þér. Svæfingalæknar leggja utanbastsdeyfingu (epidural deyfingu) og þeir geta einnig gefið upplýsingar um aðrar aðferðir sem eru verkjastillandi. Sum staðar halda þeir reglulega fyrirlestra um verkjameðferð fyrir verðandi mæður og maka þeirra.

Hvers konar verkjastilling er í boði?

Það eru margar aðferðir sem geta hjálpað þér að ráða við verkina. Stuðningsaðili er ómetanlegur. Slökun er mikilvæg og að hreyfa sig getur hjálpað. Bað í volgu

vatni og nudd, sérstaklega á bakið getur hjálpað þér að slaka á og linað verkina. Tónlist getur einnig hjálpað.

Það er erfitt fyrir þig að vita fyrirfram hverskonar verkjastilling passar þér best. Ljós módúrin sem er með þér við fæðinguna er sú sem getur best aðstoðað þig. Hér á eftir eru nokkrar staðreyndir um helstu verkjastillingar sem þér gæti staðið til boða.

Óhefðbundnar aðferðir

Það eru fjölmargar leiðir sem geta hjálpað þér að lina verkina, sérstaklega í byrjun fæðingarinnar. Maki þinn getur hjálpað til við sumar þeirra. Jafnvel þó raunveruleg verkjastilling þeirra sé óviss finnst sumum mikil hjálp í þeim. Þú getur kannað hvort eitthvað af þessum aðferðum standi til boða á fæðingadeild þinni.

- Ilmolíumeðferð (Aromatherapy)
- Homopatía
- Svæða- og viðbragðsmeðferð (Reflexology)
- Dáleiðsla (Hypnosis)
- Grasalækningar (Herbalism)
- Nálastungur (Acupuncture)

Taugaörvun um rafskaut á húð (TENS)

- Vægur rafstraumur er látin fara um fjögur flöt rafskaut sem eru fest við bakið á þér. Þetta veldur kitlandi tilfinningu. Þú getur sjálf stillt styrk straumsins.
- Þetta hjálpar stundum í byrjun fæðingar sérstaklega við bakverkjunum. Ef þú leigir þetta getur þú sjálf byrjað að nota þetta heima. Sum sjúkrahús lána þetta út.
- Þetta hefur engin neikvæð áhrif á barn þitt.

Þó þú getir mögulega komist í gegnum fæðinguna með raförvun þá er líklegra að þú þurfir einhverskonar aðra hjálp á seinni stigum hennar.

Glaðloft (Entonox)

(50% blanda af hláturgasi og súrefni)

- Þú andar þessu að þér gegnum grímu eða munnstykki.
- Þetta er einfalt, hraðvirkt og stuttvirkt.
- Stundum kemur svimatilfinning eða smá ógleði í smá tíma.
- Þetta skaðar ekki barnið og gefur þér auka súrefni sem getur verið jákvætt fyrir þig og barnið.
- Þetta verkjastillir ekki fullkomlega en getur hjálpað
- Þetta má nota hvenær sem er meðan á fæðingunni stendur.

Þú stjórnar því sjálf hvað þú notar glaðloftið mikið. Það er mikilvægt að þú byrjar að nota það strax og þú finnur að hríð er að koma því þá verður verkun í hámarki þegar verkirnir eru verstir. Tímasetningin er því mikilvæg. Þú ættir ekki að nota það milli hríða eða langan tíma í einu, því það getur orsakað svima og

dofatilfinningu. Sumstaðar er öðrum efnum blandað í glaðloftið til að gera það kröftugara en jafnframt gerir það þig syfjaðri.

Petidín

- Venjulega er það ljósmóðir sem gefur lyfið með sprautu í vöðva.
- Getur gert þig syfjaða, en getur líka létt af þér áhyggjun vegna verkjanna.
- Getur valdið ógleði, en hægt er að gefa þér lyf sem minnkar ógleðina.
- Getur gert barnið syfjað, en hægt er að sprauta það með mótlyfi eftir fæðingu. Ef petidín er gefið rétt fyrir fæðingu eru áhrif þess á barnið óveruleg.
- Það seinkar magatæmingu sem getur verið hættulegt ef þarf að svæfa þig. Þú skalt hvorki borða eða nota fæðingalaug ef búíð er að gefa þér petidín.
- Hefur minni áhrif á verki en hláturgas.

Þó petidín sé áhrifamínna en hláturgas finnst mörgum mæðrum það gefa þeim meiri slökun og gera þær færari um að takast á við verkina, sumar eru þó vonsviknar með áhrifin.

Það má einnig gefa lyfið beint í æð til að flýta fyrir verkuninni. Sumstaðar eru notaðar dælur sem þú stýrir með því að ýta á takka (kallað sjúklingastýrð verkjastilling, PCA) og er þá fyrirfram ákveðinn smáskammtur af lyfinu gefin í æð þegar þér finnst þörf á.

Önnur lyf sem eru gefin með sprautu

Petidín er lyf sem ljósmæður hafa leyfi til að nota, en mörg önnur svipuð lyf hafa verið notuð til að lina fæðingahríðir. Þau sem mætti nefna eru t.d. heróín, fentanýl, meptazinol, sem sumstaðar þykja gefa betri verkun. Þau virka öll á svipaðan hátt og petidín.

Utanbastsdeyfing

- Er gefin í gegnum mjóa slöngu sem er lögð í bakið.
- Flóknasta aðferðin og lögð af svæfingalækni.
- Hefur lítil áhrif á barnið.
- Smá hætta á höfuðverk.
- Getur lækkað blóðþrýsting.
- Áhrifamesta aðferðin til að slá á verki.

Hverjir eiga að fá utanbastsdeyfingu?

Flestir eiga að geta fengið utanbastsdeyfingu, en vissir fylgikvillar meðgöngu og blóðstorkugallar geta gert það að verkum að deyfingin er ekki heppileg. Ef fæðing þín er löng og erfið getur verið að ljósmóðir þín eða fæðingalæknir ráðleggi þér þessa deyfingu. Við þær aðstæður er deyfingin hagstæð bæði fyrir þig og barnið.

Hvernig er deyfingin lögð?

Fyrst þarf að setja æðalegg í handlegg hjá þér og gefa vökva. Þetta er oft nauðsynlegt að gera í fæðingunni af öðrum ástæðum. Þú þarf síðan að leggjast á hliðina og beygja þig saman eða setjast upp og beygja þig fram á við. Bakið er því næst sótthreinsað og smá staðdeyfing sett í húðina en sjálf stungan inn að utanbastinu er venjulega ekki sár. Örfín plastslanga er þrædd gegnum nálina að taugunum sem leiða verkina frá leginu. Gætni þarf til að forðast það að gat komi á pokann (bastið) sem umlykur mænuvökvann og mænuna því annars er hættu á höfuðverk eftir á. Það er því mikilvægt að vera kyrr meðan svæfingalæknirinn leggur deyfinguna, en eftir að slangan er komin á sinn stað er í lagi að hreyfa sig.

Strax og slangan er komin á sinn stað má sprauta í hana verkjastillandi lyfjum eins oft og þarf eða gefa þau með dælu. Meðan deyfingin er að verka mælir ljósmóðirin blóðþrýstinginn reglulega. Svæfingalæknirinn og ljósmóðirin munu einnig ganga úr skugga um að deyfingin verki nægilega. Það tekur venjulega um 20 mínútur að fá fulla verkun en einstöku sinnum er verkunin ekki nægjanleg í byrjun og þá þarf að lagfæra hana.

Hver eru áhrifin?

- Í dag er yfirleitt mögulegt að slá á verkina án þess að því fylgi dofatilfinning eða þungir fætur, svokölluð göngudeyfing.
- Utanbastdeyfing á ekki að orsaka sljóleika eða ógleði og seinkar venjulega ekki magatæmingu.
- Einstöku sinnum lækkar blóðþrýstingurinn, þess vegna ertu með vökva í æð.
- Utanbastsdeyfing getur lengt annað stig fæðingarinnar og minnkað rembingstilfinninguna. Einstöku sinnum getur því þurft að hjálpa til við fæðinguna með sogklukku eða töng en venjuleg fæðing er samt langlíklegust.
- Deyfingin minnkar stressið tengt fæðingunni sem er gott fyrir barnið
- Deyfingin hefur ekki neikvæð áhrif á brjóstgjöf, frekar að hún verði auðveldari.
- Í Bretlandi eru líkur minni en einn á móti hundrað að þú fái slæman höfuðverk sem rekja má til deyfingarinnar, þetta hlutfall getur verið breytilegt milli fæðingadeilda svo þú getur kannað það ef þú vilt. Ef þú færð höfuðverk af deyfingunni þá er hægt að meðhöndla það. Upplýsingabæklingur sem er byggður á bæklingi sem gefinn er út af Royal College and the Association of Anaesthesia er fáanlegur og heitir Höfuðverkur eftir mænuvökva- og utanbastsdeyfingar.
- Bakverkur er algengur á meðgöngu og er oft áfram eftir fæðinguna þegar þú sinnir barninu. Það eru nú traustar heimildir fyrir því að

utanbastsdeyfing veldur ekki langvarandi bakverk, en þú getur þó fundið eymsli á stungustað í nokkra daga á eftir.

- Um það bil ein af hverjum 2000 mæðrum fá skyntruflanir eða dofatilfinningu niður í fót eftir fæðinguna. Þetta vandamál orsakast oftast af fæðingunni sjálfri en ekki deyfingunni. Aðrir alvarlegri fylgikvillar eru enn sjaldgæfari.

Hvað ef þú þarft að fara í aðgerð?

Ef þú þarft að fara í einhverja aðgerð t.d. keisaraskurð eða tangarfæðingu er ekki þörf á svæfingu því utanbastsdeyfinguna er oft hægt að nota í staðinn. Sterkara staðdeyfilyfi ásamt öðrum verkjalyfjum er þá sprautað í deyfislönguna þannig að nægjanleg deyfing fái fyrir aðgerðina. Þetta er öruggara fyrir bæði þig og barnið.

Hvað um mænuvökvadeyfingu?

Utanbastsdeyfing verkar frekar hægt sérstaklega á lokastigum fæðingar. Ef verkjalyfjunum er sprautað beint í pokann sem inniheldur mænuvökvann sem leikur um taugaræturnar verður verkunin mikið hraðari. Þetta kallast mænu(vökva)deyfing. Mikið finni nál er notuð við svona deyfingu saman borið við utanbastsdeyfinguna þannig að hættan á höfuðverk er mjög lítil. Sumstaðar er mænuvökvadeyfing eða bæði mænu- og utanbastsdeyfing notuð til verkjameðferðar í fæðingu. Mænuvökvadeyfing er almennt notuð við keisaraskurði.

Heimildaskrá

Áhrif mismunandi verkjameðferða

- Chamberlain G, Wraight A, Steer P, eds. Pain and its relief in childbirth: *The results of a national survey conducted by the National Birthday Trust*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993:pp49-67.
- Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J* 1981;**125**:357-63.
- Keirse MJNC, Enkin M, Lumley J. Support from caregivers during childbirth. In: *The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*. The Cochrane Collaboration and Update Software, 1995; issue 1.
- Ranta P, Jouppila P, Spalding M, Kangas-Saarela T, Hollmén A, Jouppila R. Parturients' assessment of water blocks, pethidine, nitrous oxide, paracervical and epidural blocks in labour. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 1994;**3**:193-8.
- Carrol D, Tramer M, McQuay H et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation in labour pain: a systemic review. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;**104**:169-75.
- Nikkola EM, Ulla UE, Pentti OK et al. Intravenous fentanyl PCA during labour. *Can J Anaesth* 1997;**44**:1248-55.

- Holdcroft A, Morgan M. An assessment of the analgesic effect in labour of pethidine and 50 per cent nitrous oxide in oxygen (Entonox). *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1974;81:603-7.
- Ross JA, Tunstall ME, Campbell D et al. The use of 0.25% isoflurane premixed in 50% nitrous oxide and oxygen for pain relief in labour. *Anaesthesia* 1999;54:1166-72.
- Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:968-72.
- Harrison RF, Shore M, Woods T, Mathews G, Gardiner J, Unwin A. A comparative study of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), Entonox, pethidine + promazine and lumbar epidural for pain relief in labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66:9-14.
- Wee MYK, Hasan MA, Thomas TA, Isoflurane in labour. *Anaesthesia* 1993;48:369-72.

Áhrif utanbastsdeyfingar á fæðinguna

- Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A, Barrett JFR, Rice A. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labour. (A meta-analysis of 9 randomised trials.) *JAMA* 1998;280:2105-10.
- Zhang J, Klebanoff MA, DerSimonian R. Epidural analgesia in association with duration of labor and mode of delivery: A quantitative review. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:970-7.

Áhrifin á barnið

- Reynolds F. ed: Effects on the baby of maternal analgesia and anaesthesia. London, WB Saunders 1993.
- Huch A, Huch R, Schneider H, Rooth G. Continuous transcutaneous monitoring of fetal oxygen tension during labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1977;84 (Suppl. 1):1-39.
- Belfrage P, Boreus LO, Hartvig P et al. Neonatal depression after obstetrical analgesia with pethidine: the role of the injection-delivery time interval and of the plasma concentrations of pethidine and norpethidine. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981;60:43-9.
- Hamza J, Benlabed M, Orhant E, Escourrou P, Curzi-Dascalova L, Gaultier C. Neonatal pattern of breathing during active and quiet sleep after maternal administration of meperidine. *Pediatr Res* 1992;32:412-6.
- Weiner PC, Hogg MJ, Rosen M. Effects of naloxone on pethidine induced neonatal depression. *BMJ* 1977;2:228-31.
- Crowell MK, Hill PD, Humerick SS. Relationship between obstetric analgesia and time of effective breast feeding. *Journal of Nurse-Midwifery* 1994;39:150-6.

- Kotelko DM, Faulk DL, Rottman RL, et al. A controlled comparison of maternal analgesia: effects on neonatal nutritional sucking behavior. *Anesthesiology* 1995;83:A927.
- Hirose M, Hara Y, Hosokawa T, Tanaka Y. The effect of postoperative analgesia with continuous epidural bupivacaine after cesarean section on the amount of breast feeding and infant weight gain. *Anesth Analg* 1996;82:1166-9.

Áhrifin á meltingarvegi

- Petring OU, Adelhof B, Erinmadsen J, Angelo H, Jelert H. Epidural anaesthesia does not delay early postoperative gastric emptying in man. *Acta Anaesthesiol Scand* 1984;28:393-5.
- Nimmo WS, Wilson J, Prescott LF. Narcotic analgesia and delayed gastric emptying during labour. *Lancet* 1975;i:890-3.

Tíðni fylgikvilla

- **Áhrif á vöðvakraft**
 - Russell R, Reynolds F. Epidural infusion of low-dose bupivacaine and opioid in labour. Does reducing motor block increase the spontaneous delivery rate? *Anaesthesia* 1996;51:266-73.
 - Collis RE, Davies DWL, Aveling W. Randomised comparison of combined spinal-epidural with standard epidural analgesia in labour. *Lancet* 1995;345:1413-6.
- **Höfuðverkur**
 - Gleeson C, Reynolds F. Accidental dural puncture rates in UK obstetric practice. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 1998;67:242-6.
 - Paech MJ, Godkin R, Webster S. Complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective analysis of 10995 cases. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 1998;7:5-11.
- **Engin tengsl við bakverki**
 - Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *BMJ* 1996;312:1384-8.
 - Breen TW, Ransil BJ, Groves P, Oriol NE. Factors associated with back pain after childbirth. *Anesthesiology* 1994;81:29-34.
 - Macarthur A, Macarthur C, Weeks S. Epidural anesthesia and long term back pain after delivery: a prospective cohort study. *BMJ* 1995;311:1336-9.
 - Loughnan BA, Carli F, Romney M, Dore C, Gordon H. The influence of epidural analgesia on the development of new backache in primiparous women: report of a randomized controlled trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 1997;6:203-4.

Taugaskemdir við fæðingu

- Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. Br J Anaesth 1995;75:522-6.
 - Paech MJ, Godkin R, Webster S. Complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective analysis of 10995 cases. International Journal of Obstetric Anesthesia 1998;7:5-11.
 - Loo CC, Dahlgren G, Irestedt L. Neurological complications in obstetric regional anaesthesia. International Journal of Obstetric Anesthesia 2000;9:99-124.
-
- Bæklingur þessi er þýddur úr ensku með leyfi Obstetric Anaesthetists' Association (OAA).
 - Vefsíða Obstetric Anaesthetists' Association er www.oaa-anaes.ac.uk.
 - Að þýðingunni hafa komið svæfingalæknir, ljósmóðir og móðir.
 - Innhald bæklingins er almennt og ekki aðlagað að íslenskum aðstæðum.
 - Upplýsingar í þessu kveri eru byggðar á traustum heimildum, hluti þeirra er talin upp hér að framan.
 - Frekari upplýsingar um verkjameðferð í fæðingu má fá með því að skoða myndbandið/diskinn **“Coping with Labour Pain”** sem er framleiddur af OAA.
 - Bæklingur gerður í samvinnu Royal College og OAA og fjallar um höfuðverk í kjölfar mænuvökva- og utanbastsdeyfingar er aðgengilegur á neti þeirra.
 - OAA hef einnig gert bækling fyrir mæður sem nefnist **Keisaraskurður: hvað stendur til boða.**