

ULGA W BÓLU PORODOWYM

Ta broszura zawiera kilka informacji dotyczących bólu porodowego i sposobów jego zapobiegania. Będziesz musiała zasięgnąć dodatkowych informacji o metodach zapobiegania bólom dostępnym w twoim szpitalu od opiekujących się tobą osób. Mamy nadzieję, że wiedząc czego możesz się spodziewać i mając możliwość zmniejszenia swojego cierpienia jeżeli będzie to konieczne, narodziny Twojego dziecka będą dla Ciebie pięknym doświadczeniem.

Jak będziesz się czuła podczas porodu?

Możesz odczuwać okresowe skurcze macicy w końcowym etapie ciąży. Skurcze te stają się znacznie silniejsze i regularne, kiedy rozpoczyna się poród. Mogą one powodować ból, który z początku może przypominać silny ból miesiączkowy, ale zazwyczaj przybiera na sile w dalszych fazach porodu. Siła bólu jest zróżnicowana. Pierwszy poród jest zazwyczaj najdłuższy i najcięższy. Ból może jeszcze bardziej przybrać na sile, jeżeli konieczne będzie sztuczne wspomaganie rozpoczęcia porodu lub jego stymulacja kiedy będzie przebiegał zbyt wolno. Ponad 90% kobiet potrzebuje jakiejś formy zmniejszenia bólu.

Przygotowania do porodu.

Pomocne mogą być zajęcia przedporodowe prowadzone przez położne znające szpital, w którym będziesz rodzić. Dostarczą Ci one informacji o ciąży, porodzie i opiece nad Twoim dzieckiem. Dowiesz się, czego możesz się spodziewać będąc w szpitalu, jakie procedury mogą być konieczne i dlaczego. Zrozumienie tego co może się dziać podczas porodu sprawi, że poczujesz się spokojniejsza. Może w tym również pomóc wizyta w szpitalu, w którym będziesz rodzić. Wszystko to pomoże Ci się odprężyć i zrelaksować.

W trakcie ciąży fizjoterapeuci i położne poinstruuja Cię jak kontrolować oddychanie i jak radzić sobie ze skurczami. Nauczą Cię również prawidłowych sposobów poruszania się i przyjmowania odpowiednich pozycji podczas pracy oraz umiejętności odprężania się aby zminimalizować obciążenie stawów i grzbietu w trakcie i po zakończeniu ciąży.

Na zajęciach możesz się również dowiedzieć o używanych formach zapobiegania bólowi. Jeżeli potrzebujesz dodatkowych rad dotyczących konkretnych sposobów zmniejszania bólu poproś o kontakt z anestezjologiem, który powie Ci jakie metody są dla Ciebie odpowiednie. Anestezjolog to lekarz, którzy wykonują znieczulenia zewnątrzoponowe i mogą doradzić w kwestii innych form znieczulenia. W niektórych szpitalach prowadzą one stałe spotkania dotyczące ulgi w bólu porodowym dla matek i ich partnerów.

Jakie istnieją sposoby zapobiegania bólom porodowym?

Istnieje kilka sposobów aby pomóc Ci radzić sobie z bólem. Nieocenione jest wsparcie drugiej osoby. Ważna jest także relaksacja oraz ruch. Ciepłe kąpiele i masaż, szczególnie pleców, mogą Ci pomóc się odprężyć i zmniejszyć odczuwany ból. Pomaga w tym także muzyka.

Trudno jest ustalić najlepszą dla Ciebie metodę zapobiegania bólowi porodowemu przed pierwszym porodem ponieważ nikt nie zna Twojej wrażliwości na ból porodowy. Opiekująca się tobą położna jest najlepszym źródłem informacji. Poniżej znajdziesz dane dotyczące głównych metod zapobiegania bólom porodowym, z których możesz skorzystać.

Metody alternatywne

Jest wiele sposobów, aby pomóc Ci w radzeniu sobie z bólem, w szczególności we wczesnej fazie porodu. W niektórych z nich pomoc może bliska Ci osoba. Wiele osób twierdzi, że sposoby te są bardzo pomocne pomimo tego, że nie da się stwierdzić dokładnie w jakim stopniu przynoszą one ulgę. Zapytaj się czy któraś z tych metod jest dostępna w twoim szpitalu.

- Aromaterapia - Hipnoza
- Homeopatia - Ziołolecznictwo
- Terapia manualna - Akupunktura

Przezskórna stymulacja elektryczna (TENS)

- Delikatny bodziec elektryczny jest przesyłany przez cztery płaskie elektrody przyklejone do twoich pleców. Wywołuje to uczucie łaskotania. Sama możesz kontrolować natężenie prądu.
- Metoda ta pomaga czasami ukoić bóle pleców w początkowej fazie porodu. Jeżeli istnieje taka możliwość możesz zacząć stosować stymulację elektryczną będąc jeszcze w domu. W niektórych szpitalach istnieje możliwość wypożyczenia potrzebnych do tego urządzeń.
- Stymulacja elektryczna nie ma niekorzystnego wpływu na płód.

Niektórym kobietom stymulacja elektryczna (TENS) wystarcza jako jedyna metoda zmniejszenia bólu porodowego. Jest jednak bardziej prawdopodobne, że będziesz potrzebowała innych form znieczulenia w późniejszych stadiach porodu.

Entonox

(50/50 mieszanina podtlenku azotu i tlenu)

- Wdychasz ten gaz przez maskę lub ustnik
- Jest to metoda prosta i szybka w działaniu a jej efekty szybko zanikają
- Czasami może wywoływać krótkotrwałe zawroty głowy i nudności
- Metoda ta nie zagraża twojemu dziecku i dostarcza Ci dodatkowego tlenu, który może bardzo korzystnie wpływać na stan Twój i Twojego dziecka
- Środek ten nie usunie całkowicie bólu ale może być bardzo pomocny
- Może zostać wykorzystany w każdym stadium porodu

Sama kontrolujesz ilość gazu jaką wdychasz ale **aby uzyskać najlepsze rezultaty konieczne jest dobre wycucie czasu**. Powinnaś zacząć go wdychać w momencie kiedy poczujesz nadchodzący skurcz aby odczuć jego działanie w momencie kiedy ból będzie największy. Aby uniknąć zawrotów głowy i uczucia mrowienia nie powinnaś używać tej metody pomiędzy skurczami ani w dłuższych okresach czasu. W niektórych szpitalach do gazu dodawane są inne substancje aby zwiększyć jego skuteczność ale mogą one sprawić, że będziesz się czuła bardziej senna.

Petydyna (w Polsce – Dolargan)

- Zazwyczaj podawana przez położne w formie domięśniowego zastrzyku.

- Może sprawić, że będziesz senna, ale może również sprawić, że będziesz się mniej przejmowała odczuwanym bólem.
- Może również wywoływać nudności, ale powinnaś otrzymać środek, który zredukuje ten efekt.
- Petydyna może wywołać senność u twojego dziecka. Zastrzyk z antidotum może być podany po porodzie. Wpływ środka na twoje dziecko jest minimalny, kiedy Petydyna jest zaaplikowana *zaraz* przed porodem.
- Opóźnia opróżnianie żołądka co może być niebezpieczne w razie konieczności zastosowania ogólnego znieczulenia. Jeżeli podano Ci petydynę nie powinnaś jeść ani korzystać z rodzenia w wannie.
- Może opóźnić możliwość karmienia piersią.
- Ma mniejsze właściwości znieczulające niż Entonox.

Petydyna w mniejszym stopniu redukuje ból niż Entonox. Jednak wiele matek twierdzi, że czują się po niej bardziej zrelaksowane i lepiej radzą sobie z bólem. Dla niektórych kobiet działanie Petydyny jest niezadowolające.

Może być ona również podawana dożylnie aby szybciej uzyskać efekt. Ponadto niektóre szpitale wykorzystują przyrząd (tzw. PCA – znieczulenie kontrolowane przez pacjenta), który pozwala na aplikowanie sobie małych dawek leku kiedy czujesz, że tego potrzebujesz.

Inne leki podawane w formie zastrzyku.

Petydyna jest lekiem dopuszczonym do użytku przez położne, ale grupa podobnych leków jest również używana w celu zmniejszenia bólu porodowego. Warto wymienienia to dimorfina, fentanyl i meptazydol; niektórzy pacjenci uważają, że leki te przynoszą im większą ulgę. Ich działanie jest podobne do Petydyny.

Znieczulenia zewnątrzoponowe

- Podawane przez małą rurkę w twoich plecach.
- Najbardziej skomplikowana metoda stosowana przez anestezjologów.
- Mały wpływ na dziecko.
- Małe prawdopodobieństwo wystąpienia bólu głowy.
- Może spowodować spadek ciśnienia krwi.
- Najbardziej efektywna metoda znieczulenia.

Kto powinien otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe?

Większość ludzi może zostać poddana temu znieczuleniu. Może być ono niewskazane w przypadkach niektórych powikłań dotyczących ciąży i zaburzeniach krzepnięcia. Twój lekarz prowadzący albo położna mogą polecić Ci takie znieczulenie jeżeli twoja poprzedni poród był wyjątkowo skomplikowany lub długi. Skorzystasz na tym Ty i twoje dziecko.

Na czym to polega?

Najpierw trzeba podłączyć kroplówkę. Podczas porodu jest to również często konieczne z innych względów. Zostaniesz poproszona o to aby skulić się leżąc na boku albo usiąść pochyłona do przodu. Twoje plecy zostaną umyte i podane zostanie Ci podskórne znieczulenie miejscowe co sprawi, że zaaplikowanie znieczulenia zewnątrzoponowego nie powinno w ogóle boleć. Mała rurka zostanie umieszczona w twoich plecach blisko nerwów

przenoszących ból z twojej macicy. Konieczne jest wyczucie aby nie naruszyć torebki z płynem, która otacza rdzeń kręgowy gdyż może to spowodować wystąpienie bólu głowy. Ważne jest zatem abyś nie ruszała się podczas zakładania znieczulenia przez anestezjologa. Będziesz się mogła swobodnie ruszać kiedy rurka będzie już na swoim miejscu.

Środki zmniejszające ból mogą być teraz podawane kiedy jest to tylko konieczne lub w sposób ciągły przez pompkę. W trakcie działania znieczulenia zewnątrzoponowego twoje ciśnienie będzie regularnie mierzone przez położną. Anestezjolog i położna będą również sprawdzać czy znieczulenie działa prawidłowo. Zazwyczaj efekt pojawia się po 20 minutach jednak czasami zdarza się, że znieczulenie nie działa dobrze od samego początku i konieczne są pewne modyfikacje.

Jakie są skutki?

- Obecnie możliwa jest redukcja bólu bez drętwienia i „ciężkich nóg”, tzw. „mobilne znieczulenie zewnątrzoponowe”.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe nie powinno wywoływać senności i nudności ani nie opóźnia opróżnienia żołądka w normalnych warunkach.
- Czasami może obniżyć ciśnienie i dlatego jesteś podłączona do kroplówki.
- Początkowo może wywoływać dreszcze, które jednak zazwyczaj szybko ustępują.
- Może wydłużyć drugą fazę porodu i zmniejszyć uczucie konieczności parcia jednak z czasem macica powinna sama wypchnąć dziecko. Masz większą szansę na normalny poród ze znieczuleniem zewnątrzoponowym niż jakimkolwiek innym.
- Unikasz dzięki niemu większości stresu związanego z porodem co korzystnie wpływa na Twoje dziecko.
- Znieczulenie to nie wpływa niekorzystnie na karmienie piersią a nawet często pomaga.
- W Wielkiej Brytanii istnieje 1% szansy wystąpienia bólu głowy po znieczuleniu zewnątrzoponowym. Liczba ta może być jednak inna w różnych szpitalach. Można wyeliminować ból głowy występujący po znieczuleniu.
- Bóle pleców są częste podczas ciąży i trwają również po porodzie kiedy opiekujesz się swoim dzieckiem. Istnieją mocne dowody na to, że znieczulenie zewnątrzoponowe nie wywołuje długotrwałego bólu pleców chociaż możesz czuć miejscową wrażliwość przez dzień lub dwa.
- Około 1 na 2000 matek odczuwa mrowienie lub kłucie wzdłuż jednej nogi po urodzeniu dziecka. Problemy te wynikają raczej z samego faktu porodu a nie są wywołane przez znieczulenie. Inne poważniejsze powikłania występują jeszcze rzadziej.

A jeżeli konieczna będzie operacja?

Jeżeli wymagana będzie jakakolwiek operacja taka jak cesarskie cięcie lub poród wspomagany (np. tzw. Kleszcze) znieczulenie ogólne może nie być konieczne gdyż w wielu wypadkach może je zastąpić znieczulenie zewnątrzoponowe. Silniejsze znieczulenie i inne leki usmierzające ból mogą być podawane przez cewnik zewnątrzoponowy aby zapewnić odpowiednią anestezję podczas operacji. Jest to bezpieczniejsze dla Ciebie i Twojego dziecka.

A znieczulenie rdzeniowe = podpajęczynówkowe ?

Znieczulenia zewnątrzoponowe działają dosyć wolno zwłaszcza w późniejszych etapach porodu. Znieczulenie działa znacznie szybciej jeżeli leki usmierzające ból zostaną podane bezpośrednio do torebki z płynem otaczającej nerwy w Twoich plecach. Metoda ta nazywana jest znieczuleniem rdzeniowym. Do jego przeprowadzenia używana jest znacznie mniejsza igła niż do znieczulenia zewnątrzoponowego przez co ryzyko wystąpienia bólu głowy jest

dużo mniejsze. W niektórych szpitalach znieczulenia te lub ich kombinacje ze znieczuleniami zewnątrzoponowymi są używane do uśmierzania bólu podczas porodu. Anestezja rdzeniowa jest powszechnie używana przy cięciach cesarskich.

Bibliografia :

Zalety różnych sposobów łagodzenia bólu porodowego:

- _ 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.

Wpływ znieczulenia zewnątrzoponowego na przebieg porodu:

- _ 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.

Wpływ znieczulenia na dziecko :

- _ 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, Benlabeled 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.
- 10**
- _ 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.

Wpływ na układ pokarmowy:

- _ 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.

Występowanie powikłań:

i Effect on Mobility

- _ 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.

ii Headaches

- _ 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.

iii Lack of association with backache

- _ 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 anaesthesia 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.

Powikłania neurologiczne porodu:

- _ Holdercroft 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.

- Wiadomości zawarte w tej broszurze oparte są na sprawdzonych informacjach; kilka publikacji, na których jest ona oparta zostało wymienionych na stronach 10 i 11.
- Więcej informacji zawartych jest w filmie pt. „Radzenie sobie z bólem porodowym” wyprodukowanym przez Stowarzyszenie Położniczo-Anestezjologiczne w Wielkiej Brytanii.
- Istnieje również broszura „Podejmowanie decyzji o znieczuleniu zewnątrzoponowym”, której autorem jest firma Portex. Zawiera ona więcej informacji na temat znieczuleń zewnątrzoponowych i podpajęczynówkowych.

Broszura została napisana przez podkomisję Stowarzyszenia Położniczo-Anestezjologicznego Wielkiej Brytanii po konsultacjach z jego członkami, położnymi i przedstawicielami innych profesji oraz organizacjami kobiecymi.

Większa ilość kopii tej broszury może zostać zamówiona poprzez sekretariat Stowarzyszenia Położniczo-Anestezjologicznego w Wielkiej Brytanii.

OAA Secretariat
PO Box 3219, Barnes
London SW13 9XR
Tel: +44 (0)20 8741 1311

Fax: +44 (0)20 8741 0611
Email: secretariat@oaa-anaes.ac.uk
Drugie wydanie, styczeń 2001