

Riktlinjer för handläggning av ryggbedövning (spinal och/eller epiduralanalogi) vid vaginal förlossning – utfärdade av SFAI:s delförening för obstetrisk anestesi

Inledning: Ryggbedövning vid förlossningssmärta inkluderar epidural, spinal samt kombinerad spinal/epidural. Kombinerad spinal/epidural används sparsamt som förlossningsanalogi i Sverige och behandlas inte specifikt i denna riktlinje. För patienter som behandlas med LMWH eller har känd koagulationsrubning finns särskild riktlinje.

Kompetens: Anestesiolog som anlägger ryggbedövning vid förlossning ska vara väl förtrogen med den valda tekniken och insatt i de speciella fysiologiska förhållanden som råder hos den gravida/födande kvinnan. Barnmorskan skall väl känna till de övervakningskrav som gäller och de komplikationer som kan inträffa vid de olika typerna av ryggbedövning. Återkommande fortbildning av barnmorskorna bör ombesörjas av ansvarig anestesiolog.

Ansvarsförhållanden: Beslut om anläggande av ryggbedövning ska alltid föregås av anestesiologens bedömning av och information till patienten. Sedan bedövningen lagts har obstetriker, barnmorska och anestesiolog ett delat ansvar för patienten. Barnmorskan utför den rutinemässiga övervakningen, administrerar läkemedel efter skriftlig ordination samt vidtar primära åtgärder vid komplikationer eller biverkningar av ryggbedövningen. Anestesiologen bär dock huvudansvaret för ryggbedövningen. Vid problem ska ansvarig anestesiolog omedelbart kontaktas.

Tillgänglighet: Tiden från begäran om ryggbedövning till utförande skall vara så kort som möjligt och bör inte överstiga 30 minuter under ordinarie arbetstid eller 60 minuter under jourtid.

Övervakning: Obstetrikers och barnmorskans övervakning av fostret regleras ej i dessa riktlinjer. Övervakning av patienten syftar till att utvärdera ryggbedövningens effekt och att tidigt upptäcka komplikationer.

Vid anläggning av samtliga typer av ryggbedövning skall övervakning av patientens allmäntillstånd, hemodynamiska status och vakenhetsgrad ske med täta intervall under de första 20 minuterna. Patienter som fått intrathecal opioid får dessutom inte lämnas utan personal under denna tid.

Vid kontinuerlig epidural infusion samt Patient Controlled Epidural Analgesia, PCEA, ska dessa kontroller därefter ske minst en gång per timme.

Vid intermittent top-up bolus-förfarande eller personaladministrerad extra-dos gäller samma övervakning som vid bedövningens start, efter varje given bolusdos.

Efter avslutad epidural ska övervakningen fortsätta två timmar efter senast givna dos och inkludera övervakning av allmäntillstånd och vakenhetsgrad hos det nyfödda barnet.

Urinblåsans funktion skall kontrolleras i minst 10 timmar efter förlossningen.

Effekten av ryggbedövningen bör utvärderas genom användande av subjektiv smärtskala, exempelvis VAS.

Utvärdering av eventuell motorblockad bör ske en gång per timme och skall ske om patienten mobiliseras. Uppegående patient bör använda gåstol eller levande stöd.

Komplikationer: Allvarliga komplikationer i samband med ryggbedövning härrör sig till teknik och läkemedelsadministration.

Vid *epiduralt* givna lokalanestetika utgörs dessa av hypotension, systemtoxicitet samt accidentell spinal anesthesi. Vid tillägg av opioid tillkommer risk för sedering och andningsdepression. Lindrig vanlig biverkning är klåda.

Vid *intrathecalt* given fettlöslig opioid är klåda och hypotension (20%) vanliga bieffekter. En sällsynt komplikation är andningsdepression. Komplikationen är potentiellt livshotande och föregås inte alltid av somnolens. Andningsdepression behandlas omgående med naloxone i.v. Risken för andningsdepression vid *intrathecalt* givet opioid ökar markant om opioid tidigare är givet, oavsett administrationssätt. Detta bör beaktas i den kliniska situationen om spinal anläggs efter en epidural. *Särskilt riskfyllt är att ge sufentanil intrathecalt som förlossningsanalgesi efter opioid-innehållande epiduralbedövning.*

Det finns inte stöd för att utfärda någon absolut tidgräns mellan *parenteralt* givet opioid och *epiduralbedövning* innehållande kortverkande opioid. Skärpt uppmärksamhet med avseende på ovanstående biverkningar rekommenderas.

Läkemedel och utrustning för behandling av komplikationer eller biverkningar till ryggbedövningen skall finnas omedelbart tillgängliga på förlossningsavdelningen.

Dokumentation: Vid ryggbedövning ska insticksnivå, antal stick, nål-storlek dokumenteras, så även övervägningar och riskbedömningar. Givna läkemedel och läkemedelsordinationer dokumenteras enligt föreskrifter. Eventuella komplikationer såsom parestesier, blödning och durapunktion dokumenteras.

Uppföljning:

Statistik bör följas beträffande

- Frekvens och typ av ryggbedövning vid vaginal förlossning
- Frekvens och typ av komplikationer till ryggbedövning vid vaginal förlossning
- Utfall när det gäller förlossningssätt och patienttillfredställelse i samband med ryggbedövning vid vaginal förlossning

Reviderad mars 2008