

Da er hun i bedrøfvit strid

REDAKSJONELT

MALTAU JM

*Det skeer dog i Guds rige,
En qvinde, hendis fødsels tid
Naar at dend er forhaande
Da er hun i bedrøfvit strid
Og stæd i megen vaande
Men naar barnet det er fød
Da glemmer hun sin smerte
Hun tar barnet i sit skjød
Og glædis i sit hjerte.*

Petter Dass (1647-1707)
Fra Evangeliesangene

Et individuelt tilpasset analgesitilbud er en vesentlig forutsetning for god obstetrisk praksis.

Selv om den ideelle metode for fødselsanalgesi dessverre fortsatt ikke finnes, var det et stort fremskritt da kontinuerlig lumbal epiduralanestesi ble innført ved mange av våre fødeavdelinger på 1970- og 80-tallet. Metoden innfridde kravet til langvarig analgesi uten medikamentelle bivirkninger, men medførte en blokada som reduserte rivevirkning, kvinnens mulighet til å bevege seg i sengen og trykketringen. Ut fra manges erfaring ble risikoen for operativ forløsning økt (1).

Som det fremgår av tre artikler i dette nummer av Tidsskriftet (2-4) er det i løpet av de senere år gjennomført veldokumenterte forbedringer som gjør at epiduralmetoden nærmer seg de ideelle krav. Ved å kombinere lokalanestesimidlet med et opiat oppnås gjensidig potensering slik at doseringen av begge medikamenter kan holdes på et meget lavt nivå. Den motoriske affeksjon blir så svak at kvinnen kan bevege seg i sengen og om ønskelig være oppegående (walking extradurals) (5). Den fødende har også mulighet til å styre infusjonshastigheten via pumpe og derved selv kontrollere situasjonen, en metode som skårer høyt hos kvinnene selv. En avansert variant som kan nyttes er kombinasjon av spinal- og epiduralanalgesi. Fordelen er en nesten umiddelbar analgesi og høy tilfredshetsskåre hos de fødende, men bivirkningene er foreløpig noe uavklarte (6).

Vi har altså fått vesentlig bedre muligheter til å hjelpe kvinner i de vanskeligste og mest besværlige fødesituasjonene. Erfaringer fra Bærum sykehus og Sentralsjukehuset i Rogaland tyder på at utstrakt bruk av "lavdose kombinasjonsepidural" ikke øker risikoen for keisersnitt. Dette er i samsvar med omfattende data fra USA (7).

I lys av den positive utvikling er det overraskende at epiduralanalgesi ikke har fått økende anvendelse her i landet. Artikkelen til Dahl og medarbeidere (2) kan gi inntrykk av at den samlede bruk er redusert. Imidlertid viser tall fra Medisinsk fødselsregister at andelen kvinner som fikk epiduralbedøvelse i 1996 var den samme som i 1986 (10,6/100 versus 10,7/100 fødsler) (8). Stabiliteten er bemerkelsesverdig, også sett på bakgrunn av den reduserte bruk av petidin og reserwasjoner når det gjelder lystgass (9), noe som burde tendere til å øke behovet for epiduralbedøvelse.

En faktor som dessverre i vesentlig grad begrenser bruken, er at epidural smertelindring er teknisk krevende og forutsetter erfaren anestesilege. Videre er behovet uforutsigbart gjennom døgnet. I praksis er det derfor bare de større avdelinger med døgkontinuerlig anestesistervice som kan gi dette tilbud.

En interessant observasjon er at til tross for et høyst varierende analgesitilbud, vurderte mer enn 90% av jordmødrene tilbudet ved egen avdeling som godt eller svært godt (2). Dette står i kontrast til undersøkelsen av Hoel & Lind fra 1988 (11) da ledelsen ved ca. 90% av fødeavdelingene mente at mer kunne gjøres for å bedre analgesitilbudet. Det fremgår også at jordmødre, fødselsleger og anestesileger vurderer behovet ganske ulikt. Det antydes at noe av forklaringen på dette kan være mangel på entusiasme for og kunnskap om metoden og forskjellig holdning til fødselshjelp generelt (3).

Ved samarbeid mellom jordmødre, fødselsleger og anestesileger må det kunne oppnås større grad av konsensus når det gjelder bruk av epiduralbedøvelse og eventuelle alternative metoder. Alle avdelinger må raskt kunne utarbeide skriftlig informasjon om sitt smertelindringstilbud.

Et sentralt spørsmål som vi ikke har svar på, er hva brukerne, det vil si dagens fødende, mener. Behovsangivelsen ville trolig blitt høy dersom kvinnene selv ble spurt under og etter fødselen. Lind & Hoels undersøkelser (10, 11) viste at en relativt stor andel også i ettetid husket fødselen som en svært smertefull og ubehagelig opplevelse.

Kanskje er tiden inne for at kvinnens eget ønske i større grad vektlegges som indikasjon for epiduralbedøvelse? Målet må være at flest mulig av de fødende opplever fødselen som positiv, trygg og mest mulig fri fra hemmende smerte og angst. Forbedringer innenfor eksisterende rammer er mulig!

Jan Martin Maltau

LITTERATUR:

1. Thorp JA. Does epidural analgesic technique influence mode of delivery? Acta Anaesthesiol Scand 1998; 42:281-3.
2. Dahl V, Hagen IE, Ræder J. Smertelindring ved fødsler i norske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118:1693-6.
3. Søreide E, Smedvig JP, Smedvig E. Epidural smertelindring ved fødsel - venn eller fiende? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1703-5.
4. Breivik H. Komplikasjoner under og etter operasjoner og fødsler utført i spinal- eller epiduralanestesi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1708-16.
5. Elton CD, Ali P, Mushambi MC. "Walking extradurals" in labour: a step forward? Br J Obstet Gynaecol 1997; 79:551-3.
6. McLoughlin L, Jenkins JG, Elton CD, My AE. Combined spinal-extradural analgesia in labour and post-dural puncture headache. Br J Anaesth 1998; 80: 123-4.
7. Hawkins JL, Gibbs CP, Orleans M, Martin-Salvaj G, Beaty B. Obstetrics anesthesia work force survey, 1981 versus 1992. Anesthesiology 1997; 87: 135-43.
8. Fødsler i Norge gjennom 30 år. Bergen: Medisinsk fødselsregister, 1998.
9. Shaw ADS, Morgan M. Nitrous oxide: time to stop laughing? Anaesthesia 1998; 53: 213-5.

10. Lind B. Hvordan behandler vi de fødende. Fakta om fødsler. Oslo: Johan Grundt Tanum, 1970.
11. Hoel TM, Lind B. Analgesitilbudet til fødende i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 2963-4.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no