

Lavrisikofødende ved en kvinneklinikk – hvordan føder de?

Sammendrag

Bakgrunn. Vi ønsket å undersøke det obstetriske resultatet for lavrisikofødende ved Sykehuset Buskerud. Undersøkelsen ble foretatt før et formalisert differensiert fødetilbud var innført.

Materiale og metode. I perioden 1.1.–30.6. 2002 var det 920 fødsler ved avdelingen. Retrospektivt identifiserte vi 520 lavrisikofødende (56,5 % av alle fødende) med spontan fødselsstart etter definerte kriterier. Det var 197 førstegangsfødende (37,9 %) og 323 flergangsfødende (62,1 %).

Resultater. Av de 520 lavrisikofødende hadde 466 barn (89,6 %) apgarskåre ≥ 8 etter ett minutt og 509 barn (98,7 %) apgarskåre ≥ 8 etter fem minutter. Det var 10,4 % operative forløsninger totalt i lavrisikogruppen (2,7 % keisersnitt, 7,7 % vakuumekestraksjon). Blant førstegangsfødende var det 19,7 % operative forløsninger og hos flergangsfødende 4,6 %. Det var påfallende mange i lavrisikogruppen som ble stimulert (38,7 %) med oksytocin (62 % av førstegangs- og 24 % av flergangsfødende), ofte uten klar indikasjon. Blant oksytocinstimulerte førstegangsfødende var det 31,2 % som hadde operative forløsninger, mot 1,3 % blant ikke-stimulerte. Det var 22,3 % i lavrisikogruppen som fikk epiduralanalgesi, og av disse ble 91,4 % oksytocinstimulert. Det var 3,1 % med sfinkterruptur i lavrisikogruppen.

Fortolkning. Fødselshjelpen til lavrisikofødende ved en kvinneklinikk er fokusert på fremgang i fødselen. Hyppig bruk av riestimulerende midler og epiduralanalgesi gir trolig økt frekvens av operative forløsninger. Når fremgang bedømmes, må fysiologiske grenser for latensfase og aktiv fase respekteres.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Margit Sveaass Moen
Marit Holmen
Solveig Tollefsrud
Rune Rolland
 runrol@so-hf.no
 Fødeavdelingen
 Kvinneklinikken
 Sykehuset Buskerud
 3004 Drammen

Stortinget vedtok i 2001 at gravide i Norge skal ha et desentralisert og differensiert fødetilbud (1). På dette tidspunkt var det ingen systematisert differensiering av omsorgsnivå ved Fødeavdelingen ved Sykehuset Buskerud. Alle fikk samme tilbud. Artikler fra land med differensiert fødetilbud og erfaringer fra Norge angir at patologiske tilstander relatert til fødselen er avhengig av hvor fødselen finner sted (2–4). Når fødselen skjer ved fødeavdelinger og kvinneklinikker, hvor søkelyset er rettet mot tidlig oppsporing av patologiske forandringer, er intervensjonsfrekvensen høy, uten at det obstetriske resultatet målt i morbiditet og mortalitet er bedre (5). Vi har utført en retrospektiv analyse av fødselsforløpet hos friske kvinner med normalt svangerskap som hjelp i kartleggingen av behovet for et differensiert fødetilbud.

Materiale og metode

Journalene til alle kvinner som fødte i perioden 1.1. til og med 30.6. 2002 ble analysert. Det var totalt 920 fødsler i perioden. En lavrisikogruppe ble retrospektivt identifisert.

Alle gravide med ett barn i hodeleie født til termin etter et ukomplisert svangerskap ble inkludert. Fødselen hadde startet spontant. Kvinnene ble definert i fødsel når de hadde regelmessige rier, avflatet cervix, åpen for 3 cm eller mer. Eksklusjonskriteriene var følgende:

- Epilepsi
- Tromboemboliske komplikasjoner
- Insulinkrevende diabetes
- Alvorlig psykiatrisk sykdom/lidelse
- Tidligere keisersnitt
- Alvorlig hjerte-/kar-/lungelidelser
- Preeklampsi
- Foster med påviste misdannelser
- Vekstavvik
- Flerlingsvangerskap
- Leieavvik
- Overtidig svangerskap
- Elektive keisersnitt
- Induksjon

389 kvinner ble ekskludert etter fastsatte kriterier. Ti måtte ekskluderes på grunn av datafeil i systemet og en på grunn av feilregistrering. Undersøkellesgruppen bestod derfor av 520 kvinner (56,5 % av alle fødende).

Etter ankomst til fødeavdelingen ble det tatt et innkomstkardiotokogram (CTG), og kvinnen ble videre ledsaget av jordmor. Det ble tatt nytt kardiotokogram hver fjerde time i åpningsfasen. I utdrivningsfasen ble det tilstrebet kontinuerlig registrering. Jordmor hadde fått delegert ansvar til å bruke oksytocin (Syntocinon) som riestimulerende medikament, både i åpnings- og utdrivningsfasen. Ved avvik ble lege konsultert. Data ble samlet fra helsekortet, partogram, hovedkort og legenes journalnotater, fortløpende standardisert og lagt inn i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Det er utført frekvensanalyser, og khikvadrattest ble brukt for statistisk evaluering.

Resultater

I undersøkelsen var det 197 førstegangsfødende (P0, 37,9 %) og 323 flergangsfødende (P1+, 62,1 %). Gjennomsnittsalderen var 28 år for P0 ($\pm 4,4$ SD) og 31 år for P1+ ($\pm 4,3$ SD). Vektøkningen gjennom graviditeten var gjennomsnittlig 15,1 kg ($\pm 5,27$ SD) for P0 og 14,3 kg ($\pm 5,24$ SD) for P1+.

Åpningstidens aktive fase hos P0 var gjennomsnittlig 5,7 timer ($\pm 2,9$ SD) og utdrivningsfasen 35 minutter ($\pm 20,1$ SD). Hos flergangsfødende var disse fasene henholdsvis 3,2 timer ($\pm 1,9$ SD) og 13,5 minutter ($\pm 12,6$ SD). 303 kvinner (58,3 %) fikk ingen medikamentell smertelindring eller epiduralanalgesi. Av disse var 65 førstegangs- og 238 flergangsfødende ($p < 0,001$). Epiduralanalgesi (EDA) ble gitt til 116 kvinner (22,3 %), hvorav 81 var førstegangsfødende (41,1 % av P0) og 35 flergangsfødende (10,8 % av P1+). For medikamentell smertelindring er disse tallene 101, 51 førstegangsfødende og 50 flergangsfødende.

Hovedbudskap

- Hos lavrisikofødende som føder ved større kvinneklinikker, må fysiologiske grenser for åpningstidens latensfase og aktiv fase respekteres
- Intervensjoner må bare skje på tydelige og journalførte indikasjoner
- Kvinner som føder ved kvinneklinikker, må også få et differensiert fødetilbud

Tabell 1 Totalt antall fødsler, operative forløsninger og underfordeling av kvinnene i P0 og P1+

	Totalt N = 520 (%)	P0 n = 197 (%)	P1+ n = 323 (%)
Spontan fødsel	466 (89,6)	158 (80,2)	305 (94,4)
Keisersnitt	14 (2,7)	10 (5)	4 (1,2)
Vakuumekstraksjon	40 (7,7)	29 (14,7)	11 (3,4)

Tabell 1 viser fødselsforløpet i hele gruppen og fordelt mellom første- og flergangsfødende. Både når det gjelder keisersnitt ($p < 0,01$) og vakuumekstraksjon ($p < 0,001$), ble det utført signifikant flere operative forløsninger i P0-gruppen.

Det er utført episiotomi på 115 kvinner (22,1%), 83 P0 (42,1%) og 32 P1+ (9,9%) ($p < 0,001$). Det er 182 (56,3%) P1+ med rift grad 1 og 2, mot 59 (29,9%) P0. I hele materialet er det 16 kvinner (3,1%) med grad 3- og grad 4-rifter. Fire av disse har også fått episiotomi. Det er henholdsvis 17 (8,6%) P0 og 79 (24,5%) P1+ som ikke har rifter eller episiotomi ($p < 0,001$).

Gjennomsnittlig blødning post partum er estimert til 338 ml (± 220 SD). 31 kvinner hadde blodtap på 500–1 000 ml (6%) og 12 (2,3%) hadde blodtap over 1 000 ml.

Gjennomsnittlig fødselsvekt var 3 630 g (± 474 SD). Det ble født 15 barn over 4 500 g (2,9%), tre av førstegangsfødende og 12 av flergangsfødende. To barn var over 5 000 g. 520 levende barn ble født, 466 (89,6%) hadde apgarskåre ≥ 8 etter ett minutt, 509 (98,7%) apgarskåre ≥ 8 etter fem minutter. Det var ingen perinatale dødsfall i lavrisikogruppen.

201 kvinner (38,7%) ble stimulert med oksytocin, 122 (62%) førstegangsfødende og 79 (24,4%) flergangsfødende ($p < 0,001$). Hos 20% av de stimulerte var det ingen forandring på cervixåpning de siste to timene før de begynte med oksytocin. Det var imidlertid fremgang på partogrammet hos 74,6%, og oksytocin ble gitt uten dokumentert indikasjon. Av 116 som fikk epiduralanalgesi, ble 106 stimulert med oksytocin (91,4%). Av 404 uten denne form for analgesi ble 95 (23,5%) stimulert med oksytocin ($p < 0,001$).

En av 75 førstegangsfødende uten oksytocinstimulering ble operativt forløst. I gruppen av oksytocinstimulerte førstegangsfødende ($n = 122$) fødte 84 (68,9%) spontant, 28 (23%) ble assistert med vakuumekstraksjon og ti (8,2%) med keisersnitt. Totalt antall operative forløsninger i stimuleringsgruppen var derfor 38 (31,2%), mot 1,3% i den ikke-stimulerte gruppen ($p < 0,001$).

I gruppen flergangsfødende ($n = 244$) uten oksytocinstimulering ble to operative forløsninger utført (0,8%). Av de 79 flergangsfødende som ble stimulert med oksytocin, ble 13 (16,5%) operativt forløst ($p < 0,001$).

Det var 309 som verken ble stimulert med oksytocin eller fikk epiduralanalgesi. Tre (1%) av disse ble forløst operativt. I gruppen som fikk oksytocin ($n = 95$), men ikke epiduralanalgesi, ble 21 operativt forløst ($p < 0,001$).

I gruppen stimulert med oksytocin ($n = 201$) ble det rapportert blodtap mer enn 500 ml i 25 (12,4%) tilfeller. I gruppen som ikke fikk oksytocin ($n = 319$), hadde 18 (5,6%) et slikt blodtap ($p < 0,01$).

Diskusjon

I vår undersøkelse ble 56,5% definert som lavrisikofødende. Holt og medarbeidere (3) fant at 69,3% kunne føde ved lavrisikoenhet (modifisert fødestue). Forskjellen kan bero på strengere seleksjonskriterier i vår studie.

Selv om alle kom spontant i fødsel, ble 38,7% stimulert med oksytocin i løpet av prosessen. Data fra andre norske avdelinger viser stimuleringsprosent på 48 (6) og 34 (7). I de tre studiene er det ulike kriterier for inklusjon og eksklusjon i datamaterialet. Med våre strenge kriterier hadde vi forventet mindre bruk av oksytocin. Ved Tynset fødestue gis oksytocin til 7,7% (avdelingsjormor Mariann Eggen, personlig meddelelse).

Både første- og flergangsfødende som ikke blir stimulert med oksytocin, har stor sjanse for spontan fødsel (98,7% og 99,2%). Hos førstegangsfødende som får oksytocin, blir derimot 31,2% operativt forløst og hos flergangsfødende 20,3%.

Epiduralanalgesi øker faren for operativ forløsning (8), men dette blir ikke bekreftet i to andre studier hvor den eneste signifikante forskjellen er en liten forlengelse av fødselen (9, 10). Ved epiduralanalgesi er det vanskelig å bedømme rieaktiviteten uten frekvent vaginal undersøkelse og/eller intrauterin trykkmåling. Det er allikevel en utbredt oppfatning at epiduralanalgesi gir mindre effektive rier. I vår undersøkelse ble 91,4% av kvinnene med epidural stimulert med oksytocin – dette til tross for at det i mange tilfeller var dokumentert fremgang på partogrammet.

Andre eksempler på liberal bruk av oksytocin er der dette blir gitt til kvinner med aktiv fase under fem timer, utdrivningsfase på mindre enn 60 minutter og stimulering selv om partogrammet viste fremgang. Langsom fremgang, sliten mor og truende asfyksi er de mest vanlige årsakene til operativ forløsning. Det var signifikant flere operative forløsninger utført hos oksytocinstimulerte enn hos dem som ikke var stimulert. I disse tilfellene vil en høy riefrekvens føre til hurtigere bruk av mors ressurser og også til redusert oksygenering av fosteret i de kortere riepauzene. Også ved elektiv innledning av fødselen hos førstefødende tiltar faren for operativ forløsning sammenliknet med hos kvinner med spontan fødselsstart (11).

Komplikasjonsraten hos oksytocinstimulerte er påfallende og kan ikke uten videre tilskrives oksytocin. Ved sammenlikning av alder, kroppsmasseindeks før graviditeten og barnets vekt er det ingen forskjell mellom oksytocinstimulerte og ikke-stimulerte. I den stimulerte gruppen var det flere som hadde lagt på seg mer enn 20 kg enn i den ikke-stimulerte gruppen ($p < 0,001$). Korregerer vi for denne faktoren og andre faktorer som kan påvirke fødselsforløpet (barn over 4,5 kg, mor lavere enn 155 cm, aktiv fase på mer enn ti timer og utdrivningsfase på mer enn 60 minutter), forblir likevel konstateringen at flere operative forløsninger utføres hos ikke-stimulerte kvinner: 0,8% operative forløsninger hos ikke-stimulerte, mot 23,5% hos oksytocinstimulerte, $p < 0,001$.

Alvorlige rifter (grad ≥ 3) oppstod hos 16 kvinner (3,1%) hvor fire også hadde episiotomi. Valbø & Kristoffersen oppgir en frekvens på 2,4% partiell eller total sfinkterruptur ved vaginal forløsning ved Asker og Bærum sykehus (12). Medisinsk fødselsregister rapporterer en sfinkterrupturfrekvens på 4,3% ved vaginale fødsler. En stigning i antall alvorlige rupturer er rapportert fra Sverige og Danmark (13). Antall alvorlige rupturer i Norge synes å tilta (13). Langtidskonsekvensene av sfinkterrupturer er alvorlige. Vi bør derfor sette søkelyset på hvordan perineum kan skjermes under fødsel.

Cleary og medarbeidere (5) rapporterte en gruppe friske førstegangsfødende definert som «standard primipara». Likevel viste undersøkelsen stor spredning i operative forløsninger, bruk av oksytocin, fødselens varighet og andre variabler, avhengig av fødeinstitusjon. Reime og medarbeidere (14) påpeker at det er forskjellige holdninger og forventninger rundt en fødsel hos jordmødre utenfor sykehus, hos fastleger og hos obstetrikere tilknyttet sykehus med undervisning. En mer aggressiv, ikke-avventende holdning ses hos dem som arbeider ved større sykehus.

Ved landets jordmorstyrte (modifiserte) fødestuer vil 35–70% av populasjonen kunne føde på fødestuen (3, 15). Svangerskapsomsorgen preges av kontinuitet og god seleksjon og fødselsomsorgen av fødselen som normal fysiologisk prosess uten unødvendig bruk av teknologi og intervensjoner. Schmidt, Abelsen & Øian (15) rapporterer at 95,5% av dem som starter fødsel på en fødestue, også føder der, og 1,1% blir forløst instrumentelt. 4,5% ble sendt til sykehus etter at fødselen hadde startet. Av de overflyttede ble 31% operativt forløst. Dette gir en operativ forløsning på 2,5% av alle selekterte. I vår gruppe av friske multipara ble 18 av 323 instrumentelt forløst (5,6%), men hos 16 av disse ble forløsningene utført hos oksytocinstimulerte. Også Holt og medarbeidere (3) angir at seleksjon av lavrisikofødende på en modifisert fødestue gir et obstetrisk resultat med lav komplikasjonsrate og færre instrumentelle forløsninger enn i vår gruppe.

Våre data er derfor i overensstemmelse med det syn at stedet hvor en fødsel planlegges, også er avgjørende for forløpet (16). Større fødeklionikker er opptatt av risikogravide, fødselen blir overvåket som en farlig periode og intervensjonsraten er høy. Holdningen kan lett overføres til lavrisikofødende, spesielt hvis man ikke respekterer fysiologiske grenser for åpningstidens latensfase og aktive fase. En intervensjon hos en lavrisikofødende må bare skje på klar indikasjon, og alle beslutninger må journalføres. Stortingets vedtak (1) er fornuftig når det angis at også kvinner ved fødeavdelinger og kvinneklinikker må få et differensiert fødetilbud.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Vi takker ledelsen ved Kvinneklinikken, Sykehuset Buskerud for tillatelse og støtte til å utføre undersøkelsen og Pål Øian for hans kritiske gjennomgang av manuskriptet.

Litteratur

1. Innst. S. nr. 300 (2000–2001) Innstilling fra sosialkomiteen om akuttmedisinsk beredskap. St.meld. 43 (1999–2000).
2. Alten van D, Eskes M, Treffers PE. The Wormerveer study; selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 656–62.
3. Holt J, Vold IN, Backe B et al. Child births in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 205–12.
4. Moster D, Lie RT, Markestad T. Relation between size of delivery unit and neonatal death in low-risk deliveries: population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1999; 80: 21–5.
5. Cleary R, Beard RW, Chapple J et al. The standard primipara as a basis for inter-unit comparison of maternity care. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 223–9.
6. Kulseng APB, Jensen I, Huseby UBV. Oxytocin brukt som riestimulerende middel under fødsel til friske gravide ved termin. *Vård i Norden* 2003; 23: 22–5.
7. Blix E, Pettersen SH, Eriksen H et al. Bruk av oksytocin som riestimulerende medikament etter spontan fødselsstart. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1359–62.
8. Enkin M, Keirse M, Neilson J et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3. utg. New York: Oxford University Press, 2000.
9. Halpern SH, Leighton BL, Ohlsson A et al. Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor. *JAMA* 1998; 280: 2105–10.
10. Miller AC. The effects of epidural analgesia on uterine activity and labor. *Int J Obstet Anest* 1997; 6: 2–8.
11. Vrouenraets FPJM, Roumen FJME, Dehing CJG et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after medical and elective induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 690–7.
12. Valbø A, Kristoffersen M. Sfinkterskade ved vaginal forløsning. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 591–3.
13. Backe B, Sahlin Y. For mange fødende får sfinkterruptur. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 554.
14. Reime B, Klein MC, Kelly A et al. Do maternity care provider groups have different attitudes towards birth? *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 1388–93.
15. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 731–7.
16. Holt J, Vold IN, Backe B et al. Child births in a modified midwife managed unit: selection and transfer according to intended place of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 206–12.