

Informacja dla Pacjentki na temat dostępnych metod łagodzenia bólu porodowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu.

Pragniemy przedstawić Pani najważniejsze informacje na temat możliwości łagodzenia bólu porodowego dostępne w MSzS w Radomiu. Szczegółowe informacje otrzyma Pani od lekarza położnika oraz anestezjologa w trakcie konsultacji przed porodem.

Łagodzenie bólu porodowego czyli **analgeza** bólu porodowego obejmuje **metody niefarmakologiczne i farmakologiczne**.

Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego dostępne w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu obejmują:

utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, drabinki, materac, sznury porodowe, krzesło porodowe; techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne, zimne bądź ciepłe okłady, muzykoterapia, akupresura;

Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego są stosowane przez położną odpowiedzialną za prowadzenie porodu fizjologicznego lub przez osobę bliską, a w porodzie nieprzebiegającym fizjologicznie przez położną z pomocą osoby bliskiej po poinformowaniu lekarza położnika. Dobór metody uzgadniany jest wcześniej z rodzącą.

Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego dostępne w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o. w Radomiu obejmują:

1. Analgezę wziewną;
2. Dożylną lub domięśniową stosowanie opioidów;
3. Analgezę regionalną

Ad. 1 Analgeza wziewna:

Do analgezji wziewnej używany jest ENTONOX - mieszanina podtlenku azotu i tlenu, nazywanym potocznie „gazem rozweselającym”.

Użycie mieszanki gazów jest bezpieczną a zarazem bezpłatną metodą łagodzenia bólu porodowego bardzo prostą w użyciu. Metoda ta polega na wdychaniu mieszanki gazów leczniczych (podtlenku azotu i tlenu) przez maseczkę lub ustnik, który jest połączony ze zbiornikiem mieszanki. Rodząca kobieta powinna rozpocząć wdychanie gazu krótko przed rozpoczynającym się skurczem, aby uzyskać na szczycie skurczu pożądaną działanie przeciwbólowe. Działanie odczuwane jest po 4-5 wdechach (30-50 s) od inhalacji, a początek działania wiąże się z szybkością i głębokością wdechu wykonanego przez rodzącą. Pełen efekt działania Entonoxu można uzyskać po upływie 2-3 minut. Równocześnie ważne jest przestanie wdychania gazu na szczycie skurczu, aby uniknąć intensywnego działania leku w przerwie między skurczami i zminimalizować prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych, takich jak: ospałość, zawroty głowy, nudności, wymioty. Jeśli te objawy są niekomfortowe dla rodzącej kobiety, może zaprzestać inhalacji, a działanie Entonoxu ustąpi w ciągu kilku minut. Przy stosowaniu mieszanki gazów, rodząca kobieta

może mieć suchość w ustach dlatego ważne jest picie wody po każdym skurczu. Metoda ta może być stosowana w I, II, III okresie porodu. Nie zapewnia ona całkowitego uśmierzenia bólu porodowego, ale łagodzi jego odczucie. Kobiety delikatniej go odczuwają, mają poczucie, że zszedł na dalszy plan. Gaz działa relaksująco, zmniejsza lęk, powoduje uczucie euforii, dlatego niektóre kobiety nazywają go „gazem rozweselającym”. Efekt tego nie polega na ciągłym się śmianiu, ale poprawia kobiecie samopoczucie, daje niewielkie oszołomienie. Świadomość i podstawowe odruchy w trakcie akcji porodowej są zachowane, dzięki czemu współpraca rodzącej kobiety z personelem medycznym nie jest zaburzona. Nie wpływa na zahamowanie czynności skurczowej, a w efekcie nie powoduje wydłużenia akcji porodowej. Nie odnotowano również negatywnego wpływu na dziecko i punktację Apgar.

Przeciwwskazaniami do zastosowania analgezji wziewnej są:

- niedrożność górnych dróg oddechowych
- rozedma płuc
- choroba obturacyjna płuc
- stwardnienie rozsiane
- choroby psychiczne
- porfiria
- niedobory witaminy B12 i kwasu foliowego

Entonox można stosować z innymi metodami łagodzenia bólu porodowego.

Ad. 2. Dożylna lub domięśniowa stosowanie opioidów.

Opioidy to silne leki przeciwbólowe, które można stosować w postaci podaży dożylniej lub domięśniowej w celu łagodzenia bólu porodowego. Najczęściej stosowanym opioidem jest fentanyl.

Stosowanie opioidów może wiązać się z występowaniem skutków ubocznych, do których należą:

mdłości,
wymioty,
zawroty głowy,
zaburzenia orientacji,
zaburzenia równowagi,
senność
zaburzenia oddychania, bezdech

Opioidowe leki analgetyczne, takie jak Fentanyl przenikają przez barierę łożyskową, i mogą działać usypiająco na noworodka, a także zaburzać czynność serca u noworodka.

Ad. 3 Analgezja regionalna porodu

Informacje ogólne

Łagodzenie bólu porodowego z wykorzystaniem analgezji regionalnej polega na podaniu do przestrzeni kanału kręgowego, w pobliżu nerwów przewodzących ból leków znieczulających. Ten sposób łagodzenia bólu porodowego pozwala na świadome przeżycie momentu narodzin dziecka, zachowanie pełnej aktywności ruchowej i świadomości

podczas porodu, a co za tym idzie poród w preferowanej przez pacjentkę pozycji, właściwą współpracę z zespołem lekarzy i położnych.

W analgezji regionalnej wykorzystywane są następujące metody:

Ciągła analgeza zewnątrzoponowa - do przestrzeni zewnątrzoponowej (przestrzeń w obrębie kanału kręgowego) na poziomie odcinka lędźwiowego kręgosłupa wprowadzany jest przez igłę cewnik, który umożliwia podawanie w sposób ciągły lub w odstępach czasu odpowiednich dawek leków znieczulających. Złagodzenie bólu odczuwane jest już w 10-15 min. po podaniu pierwszej dawki leków. W zależności od potrzeb rodzącej i czasu trwania porodu podawane są kolejne dawki leków znieczulających. Jeżeli konieczne są dodatkowe zabiegi po zakończeniu porodu – znieczulenie jest kontynuowane. Po zakończeniu porodu cewnik zewnątrzoponowy jest bezboleśnie usuwany. Ciągła analgeza zewnątrzoponowa porodu to obecnie najczęściej wykorzystywana technika łagodzenia bólu porodowego.

Analgeza podpajęczynówkowa – podanie leków znieczulających do przestrzeni podpajęczynówkowej (bezpośrednio do płynu mózgowo rdzeniowego) w odcinku lędźwiowym

Ciągła analgeza podpajęczynówkowa – założenie cewnika do przestrzeni podpajęczynówkowej, przez który podawane są leki znieczulające

Połączona analgeza podpajęczynówkowo-zewnątrzoponowa - wstrzyknięcie do przestrzeni podpajęczynówkowej w odcinku lędźwiowym leków znieczulających i założenie cewnika do przestrzeni zewnątrzoponowej.

Decyzję o rodzaju analgezji regionalnej porodu podejmuje lekarz anestezjolog na podstawie oceny sytuacji klinicznej pacjentki i wskazań do tego zabiegu.

Wszystkie metody regionalnej analgezji porodu wymagają współpracy ze strony pacjentki!!!

Dla zapewnienia maksymalnego bezpieczeństwa w czasie porodu konieczne jest monitorowanie zarówno parametrów życiowych matki (ciśnienie tętnicze, czynność serca, saturacja krwi) jak i czynności serca płodu.

Aktualna wiedza medyczna nie potwierdza związku niższej punktacji Apgar noworodków ani zwiększonej ilości cięć cesarskich, czy porodów zabiegowych w przypadku zastosowania analgezji regionalnej w porodzie. Istnieją sprzeczne informacje dotyczące wydłużania porodu oraz zwiększenia zapotrzebowania na oksytocynę na skutek analgezji regionalnej. Brak dowodów naukowych oraz obserwacje kliniczne pozwalają stwierdzić, że prawidłowo przeprowadzone znieczulenie porodu (przy prawidłowym prowadzeniu porodu) nie tylko nie wydłuża, ale skraca czas I okresu porodu. W II okresie porodu możemy obserwować wolniejszy postęp u rodzących w znieczuleniu regionalnym, głównie w związku z zaburzeniem odruchu parcia. Nie jest to jednak nic patologicznego. Ogólnoświatowe standardy opieki położniczej uwzględniają ten fakt w postaci wydłużenia norm dla prawidłowego II okresu porodu u rodzącej w znieczuleniu regionalnym.

Nie wszystkie zainteresowane pacjentki mogą skorzystać z regionalnych metod łagodzenia bólu porodowego. Przeciwwskazania do wykonania analgezji regionalnej porodu wymieniono poniżej:

- zaburzenia krzepnięcia, przyjmowanie leków przeciwzakrzepowych, małopłytkowość < 100tys
- uczulenie na leki znieczulania miejscowego
- niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego
- zakażenie w miejscu wkłucia
- rozległy tatuaż na plecach pokrywający miejsce wykonania znieczulenia
- niektóre choroby i wady serca

Prosimy o przyniesienie do porodu dokumentacji medycznej dotyczącej chorób współistniejących oraz dokładnej listy leków stosowanych w ostatnim miesiącu przed porodem.

Należy także podkreślić, iż regionalne metody łagodzenia bólu porodowego to techniki inwazyjne, podczas których mogą wystąpić działania niepożądane oraz powikłania.

Do najczęściej spotykanych należą:

- Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi (1:7) co powoduje spadek przepływu krwi przez łożysko i może powodować zwolnienia tętna płodu (1: 13). W zdecydowanej większości przypadków są to zaburzenia przejściowe i szybko normalizują się po nawodnieniu pacjentki oraz podaniu tlenu do oddychania. Są to raczej zaburzenia adaptacyjne organizmu do „nowej jakości” porodu w znieczuleniu niż powikłania. Aby zminimalizować ryzyko takiej reakcji, pacjentki przed i w trakcie znieczulenia otrzymują nawodnienie dożylnie.
- Niepełne znieczulenie: „w łaty” lub znieczulenie jednostronne (1: 8): najczęściej zależne od indywidualnych warunków anatomicznych (skrzywienia kręgosłupa, blizny po operacjach kręgosłupa, które utrudniają rozprzestrzenianie się leków znieczulających).
- Świąd skóry (1:50)
- Niezamierzone uszkodzenie naczynia krwionośnego (1:70)
- Niezamierzone nakłucie opony twardej (1:100). Konsekwencją tego powikłania może być popunkcyjny ból głowy występujący od 24 do 48 godzin po nakłuciu. W większości przypadków ustępuje samoistnie w ciągu 7 – 10 dni.
- Przejściowe zaburzenia czucia (1: 1000)

Możliwe są także inne, ale bardzo rzadkie komplikacje:

- Ropień w przestrzeni zewnątrzoponowej i zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych. Powikłania z tej grupy występują u 1 na 145 000 znieczulanych pacjentek.
- Krwiak przestrzeni zewnątrzoponowej – jest to niezmiernie rzadkie powikłanie i występuje w przypadku 1 na 250 000 znieczuleń. Krwiak w przestrzeni zewnątrzoponowej powoduje ucisk i niedokrwienie rdzenia kręgowego. Jedynym leczeniem jest chirurgiczna ewakuacja krwiaka.
- Toksyczne działanie leków miejscowo znieczulających – występuje w przypadku niezamierzonego podania donaczyniowego lub przedawkowania leków miejscowo znieczulających, co może spowodować zaburzenia funkcji mózgu i serca: spadek ciśnienia

krwi, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia świadomości, drgawki, nagłe zatrzymanie krążenia.

- Całkowite znieczulenie rdzeniowe – spowodowane jest przypadkowym przedostaniem się leków znieczulających do przestrzeni podpajęczynówkowej podczas znieczulenia zewnątrzoponowego. Dochodzi wówczas do bardzo dużego spadku ciśnienia tętniczego krwi, nudności, zaburzeń oddychania, spadku częstości rytmu serca, zaburzeń i utraty świadomości, zatrzymania krążenia.
- Wystąpienie nagłej reakcji alergicznej na podane środki znieczulające.

Wykonanie znieczulenia regionalnego porodu poprzedza kwalifikacja lekarza położnika nadzorującego poród oraz konsultacja lekarza anestezjologa, podczas której pacjentka ma możliwość uzyskania wyczerpujących informacji na temat regionalnych metod łagodzenia bólu porodowego.

Wybór metody łagodzenia bólu porodowego:

Osoby sprawujące opiekę nad rodzącą (położna, położnik) uzgadniają z nią sposób postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego, z uwzględnieniem stanu klinicznego oraz dostępnych i stosowanych w szpitalu metod.

Zapoznałam się z treścią „Informacji na temat dostępnych metod łagodzenia bólu porodowego w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu”.

Data oraz podpis pacjentki lub przedstawiciela ustawowego