



National klinisk retningslinje om førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang)

Quick guide

Indikation for vestimulation med oxytocin, første stadiums aktive fase

Overvej vestimulation med oxytocin inden for en time, efter at diagnosen dystoci er stillet i første stadiums aktive fase, såfremt der er vandafgang og < 5 veer/10 min.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Det er god praksis at gøre status med erfaren kollega ved mistanke om dystoci i aktiv fase.

Det er god praksis ved dystoci i aktiv fase uden vandafgang at foretage amniotomi og afvente fremgang i yderligere 1-2 timer, inden eventuel vestimulation med oxytocin.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Ved erfaren kollega forstås f.eks. afdelingsjordemoder eller læge afhængigt af lokale forhold.

Status inkluderer bl.a. en vurdering af følgende (jf. fødselstjeklisten og Sdroppakken i Sikre Fødsler):

- Fosterhjerteraktion, herunder indikation for CTG
- Den fødendes perspektiv
- Risikofaktorer
- Tilstedeværelse af disproportio (mekanisk misforhold)
- Hovedets stand og rotation
- Vandafgang
- Vemønster
- Progression i cervikale forhold (f.eks. vurderet vha. partogram).

Overvej dystocidiagnosen nøje, når livmodermunden er dilateret 4-6 cm.

Ved den fødendes perspektiv forstås præferencer, behov for smertelindring samt



fysisk og psykisk tilstand.

Indikation for vestimulation med oxytocin, andet stadium

Det er god praksis at gøre status med erfaren kollega ved mistanke om dystoci i nedtrængningsfasen.

Det er god praksis at gøre status med erfaren kollega ved mistanke om dystoci i uddrivningsfasen, dog senest efter 1 time.

Det er god praksis at overveje stimulation med oxytocin i andet stadium, hvis der er dystoci og <5 veer/10 min.

Det er god praksis at overveje forløsning (kejsersnit eller instrumentel), når uddrivningsfasen har varet 2 timer. Forløsning bør overvejes tidligere, hvis den fødende kvinde ønsker det, eller hvis det skønnes, at uddrivningsfasen vil komme til at strække ud over 2 timer.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Ved erfaren kollega forstås f.eks. afdelingsjordemoder eller læge afhængigt af lokale forhold.

Status inkluderer bl.a. en vurdering af følgende (jf. fødselstjeklisten og Sdroppakken i Sikre Fødsler ⁽⁵⁾):

- Fosterhjerteraktion, herunder indikation for CTG
- Den fødendes perspektiv
- Risikofaktorer
- Tilstedeværelse af disproportio (mekanisk misforhold)
- Hovedets stand og rotation
- Vandafgang
- Vemønster
- Progression i cervikale forhold (f.eks. vurderet vha. partogram).
- Vandladning/blæretømning.

Ved den fødendes perspektiv forstås præferencer, behov for smertelindring samt fysisk og psykisk tilstand.



Doseringsregimer for oxytocin

Overvej vestimulation med oxytocin i startdoseringen 3,3 mU/minut = 20 ml/time ved en opløsning af 10 IE oxytocin i 1000 ml isotonisk natriumkloridinfusionsvæske.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Hvis der er tilfredsstillende fremgang ved < 5 veer/10 minutter, er der ikke indikation for at øge infusionshastigheden yderligere.

Inden vestimulation med oxytocin begyndes, bør man gennemgå tjeklisten i Sikre Fødslers S-droppakke.

Det er god praksis at øge dosis med 3,3 mU/min=20 ml/time hvert 20. minut, indtil der er opnået maksimalt 5 veer/10 minutter.

Det er ikke god praksis at lade doseringen overstige 180 ml/time = 30 mU/minut.*

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Produktresuméet for Syntocinon® angiver højeste infusionshastighed på 120 ml/time (20 millienheder/min, 40 dråber/min), men angiver, at der i sjældne tilfælde kan kræves en højere hastighed (6). På baggrund af klinisk erfaring og litteraturgennemgangen finder arbejdsgruppen, at det i særlige tilfælde og efter fagligt skøn kan være relevant at øge infusionshastigheden op til 180 ml/time under forudsætning af normal fosterhjerteraktion og vehyppighed ikke over 5 pr. 10 minutter. Indikationen for øgning af infusionshastigheden skal altid journalføres.



Dystoci i andet stadium hos fødende med epidural

Det er god praksis at tillade samme varighed af nedtrængningsfasen hos førstegangsfødende kvinder med og uden epidural.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Ved dystoci hos fødende med epidural bør man altid overveje andre mulige årsager til langsom progression.

Ikke-medikamentelle tiltag, intravenøs væsketerapi

Overvej at tilbyde intravenøs behandling med isoton Ringer laktat som supplement til frit peroralt væskeindtag ved mistanke om dehydrering eller ved langsom fremgang (dvs. allerede før der er gået 4 timer, og før kriterierne for dystoci er opfyldt).

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Man bør vurdere den fødendes væskebalance (indtag, opkastninger og vandladning) ved langsom fremgang i fødslen. Det er vigtigt, at den intravenøse væske, som den fødende eventuelt tilbydes, er en isoton elektrolytopløsning (eksempelvis isoton Ringer laktat). Indtil der foreligger yderligere dokumentation, foreslår arbejdsgruppen en infusionshastighed på 125-250 ml/time efter vurdering af den fødendes væskebalance. Hos kvinder med epidural bør man være særligt opmærksom på blæretømning, hvis kvinden får intravenøs væske.

Ikke-medikamentelle tiltag, akupunktur

Anvend kun akupunktur som intervention ved dystoci efter nøje overvejelse. Den foreliggende evidens har hverken kunnet påvise gavnlige eller skadelige effekter.

Svag anbefaling mod

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Hvis akupunktur anvendes ved dystoci, bør man registrere brugen med henblik på en senere kvalitetsopfølgning med beskrivelse af patientgruppe, virkninger og bivirkninger. Diagnosekoden for akupunktur ved vesvækkelse er BKXA31.



Det er ikke god praksis, at relevante tilbud som amniotomi og stimulation af veer med oxytocin udsættes til fordel for akupunktur.

Det er god praksis, at den fødende oplyses om, at der ikke foreligger videnskabelig dokumentation for hverken gavnlige eller skadelige effekter ved anvendelse af akupunktur ved dystoci.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

Ikke-medikamentelle tiltag, rebozo

Sundhedsstyrelsen kan hverken anbefale for eller imod rebozo, da der ikke foreligger evidens for interventionens gavnlige eller skadelige virkninger.

Såfremt man tilbyder rebozo, er det god praksis at brugen dokumenteres med henblik på kvalitetsopfølgning.

Ved tilbud om rebozo er det god praksis at oplyse den fødende kvinde om, at behandlingens effekter og mulige skadevirkninger er udokumenterede.

Opdatering er ikke vurderet nødvendig i 2017

Diagnosekoden for rebozo er BKXA9A.



Ikke-medikamentelle tiltag, amniotomi

Det er god praksis ved dystoci i første stadiums aktive fase (udvidelsesfasen) at foretage amniotomi og afvente fremgang i yderligere 1-2 timer før vestimulation med oxytocin.

Det er god praksis ved dystoci i nedtrængningsfasen at foretage amniotomi og afvente fremgang i 1 time før vestimulation med oxytocin.

Det er god praksis ved dystoci i uddrivelsesfasen at foretage amniotomi og afvente fremgang i 20 minutter før vestimulation med oxytocin.

God praksis (konsensus)

Opdatering er ikke vurderet nødvendig i 2017

Man bør foretage en individuel vurdering af risikofaktorer for navlesnorsfremfald (højtstående hoved, polyhydramnios), før der udføres amniotomi.

Ved langvarig vandafgang skal den fødende observeres for tegn på infektion efter gældende lokale retningslinjer.

Varighed af vestimulation med oxytocin

Det er god praksis efter vestimulation med oxytocin i 4 timer i første stadiums aktive fase (udvidelsesfasen), at den jordemoder, der har ansvar for fødslen, gør status.

Det er god praksis ved < 2 cm dilatation af livmodermunden efter 4 timers vestimulation med oxytocin at gøre status med en erfaren kollega.

Det er god praksis at overveje yderligere 2 timers vestimulation med oxytocin, hvis der ikke er opnået tilfredsstillende vemønster (maksimalt 5 veer /10 minutter) efter 4 timer.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2017

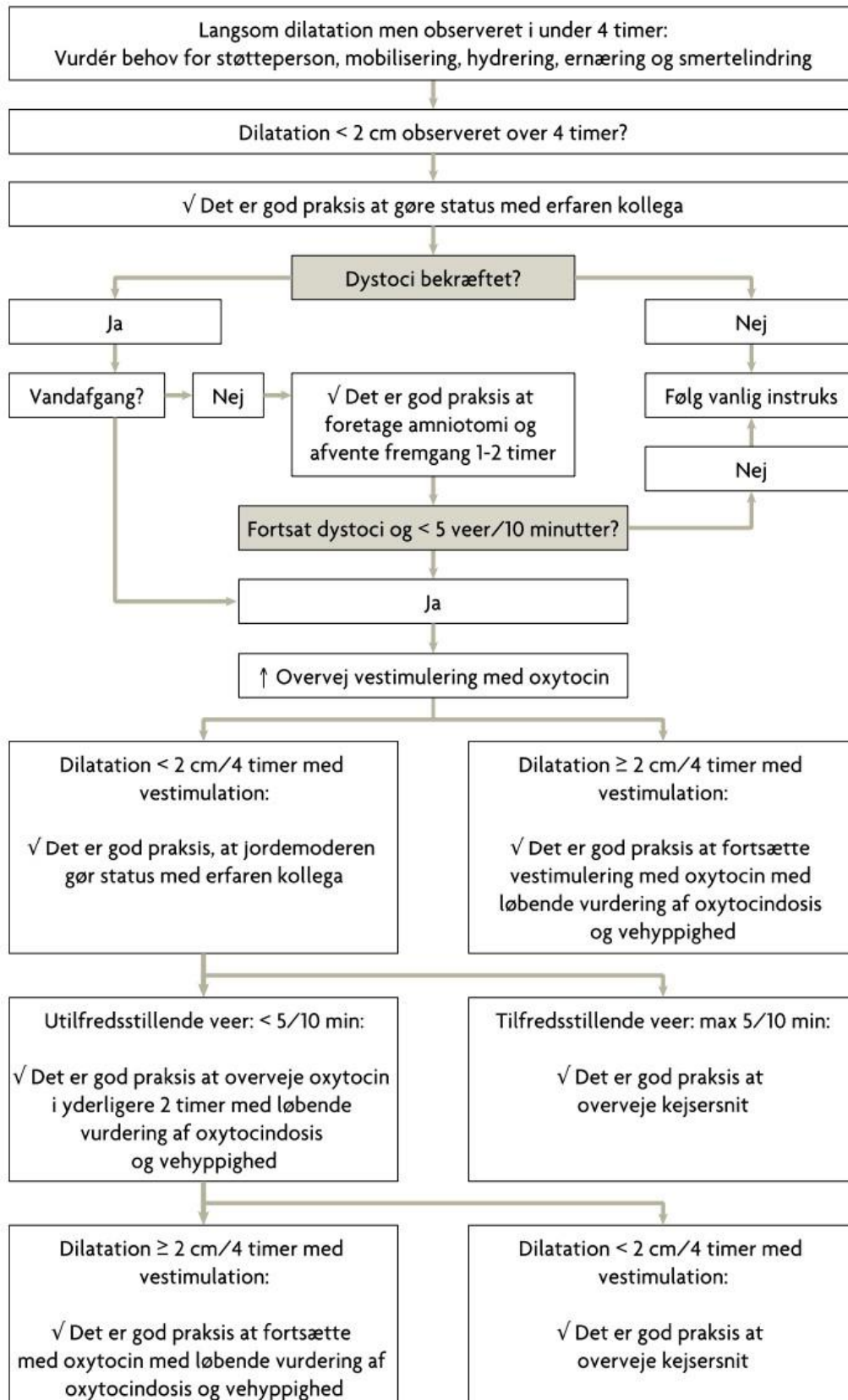
Ved erfaren kollega forstås f.eks. afdelingsjordemoder eller læge afhængigt af lokale forhold. Status inkluderer bl.a. en vurdering af følgende (jf. fødselstjeklisten og Sdroppakken i Sikre Fødsler):



- Fosterhjerteraktion, herunder indikation for CTG
- Den fødendes perspektiv
- Risikofaktorer
- Tilstedeværelse af disproportio (mekanisk misforhold)
- Hovedets stand og rotation
- Vandafgang
- Vemønster
- Progression i cervikale forhold (f.eks. vurderet vha. partogram).
- Ved den fødendes perspektiv forstås præferencer, behov for smertelindring samt fysisk og psykisk tilstand.

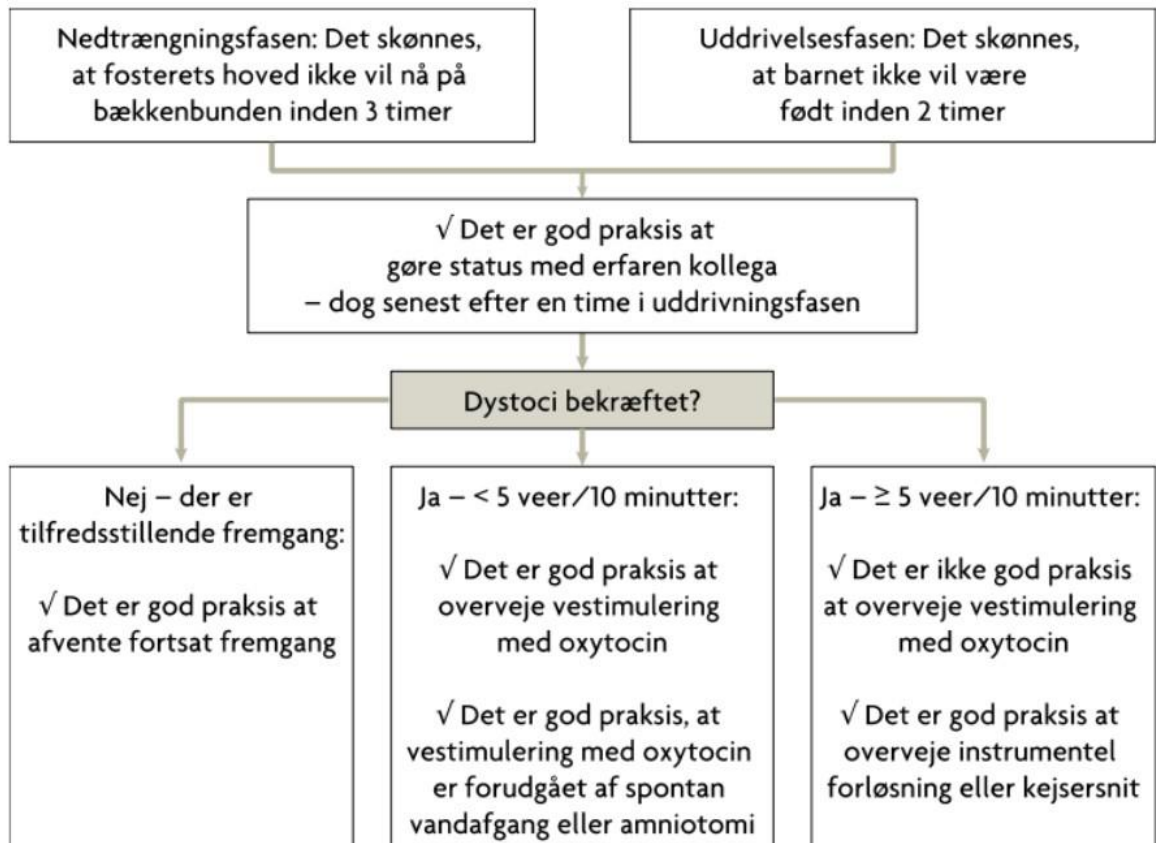


Flowchart for dystoci i første stadiums aktive fase





Flowchart for dystoci i fødselens andet stadium





Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje om førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang). Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje om førstegangsfødende med dystoci (manglende fremgang) er vestimulation med oxytocin med hensyn til indikation og administration samt udvalgte ikke-medikamentelle tiltag, som potentielt kan anvendes til at forebygge og behandle dystoci.

Definition på dystoci:

I denne retningslinje anvendes følgende definition på dystoci hos førstegangsfødende:

Første stadium aktive fase (udvidelsesfasen):

- Livmodermunden åbner sig med < 2 cm vurderet over 4 timer.
- I særlige tilfælde kan diagnosen dog stilles tidligere, hvis det skønnes, at livmodermunden ikke vil åbne sig med 2 cm over 4 timer.

Nedtrængningsfasen:

- Når det skønnes, at ledende fosterdel ikke vil være på bækkenbunden senest efter 3 timer.

Uddrivningsfasen:

- Når det skønnes, at barnet ikke vil være født senest efter 2 timer.

Nyere forskning tyder på, at den aktive fase måske først begynder når livmodermunden har åbnet sig 6 cm, hvorfor dystocidiagnosen bør overvejes nøje, når livmodermunden kun er dilateret 4-6 cm.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk

