Załącznik nr 1

do procedury „Procedura postępowania „Łagodzenie bólu w czasie porodu za pomocą analgezji zewnątrzoponowej w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu”

Łagodzenie bólu w czasie porodu za pomocą analgezji zewnątrzoponowej

Informacja dla kobiet przygotowujących się do porodu

Jedną z technik łagodzenia bólu porodowego jest znieczulenie regionalne w postaci tzw. analgezji zewnątrzoponowej. Jest to metoda najskuteczniejsza i najlepiej udokumentowana naukowo, ale też najbardziej skomplikowana. Rodząca poddana temu rodzajowi analgezji jest w pełni przytomna i współpracująca, co pozwala jej czynnie uczestniczyć w przebiegu porodu i w pełni cieszyć się z narodzin dziecka. Analgezja zewnątrzoponowa wykonywana jest przez lekarza anestezjologa. Polega ona na wprowadzeniu w dolnym odcinku kręgosłupa przez specjalną igłę cewnika do kanału kręgowego kręgosłupa. Przez cewnik podaje się lek miejscowo znieczulający, który blokuje nerwy przewodzące ból do rdzenia kręgowego.

Zalety analgezji zewnątrzoponowej

- Jest najskuteczniejszą metodą łagodzenia bólu porodowego, dzięki czemu umożliwia lepszą efektywność skurczów porodowych.
- Nie upośledza przytomności rodzącej.
- Obniża poziom hormonów stresowych we krwi. Może być to szczególnie korzystne w zatruciu ciążowym (stanie przedrzucawkowym) lub ciężkich chorobach serca i płuc rodzącej.
- Zwiększa przepływ krwi w łożysku, co poprawia dostarczanie tlenu do dziecka. Jest to szczególnie ważne w zatruciu ciążowym.
- Pomaga normalizować nieefektywną czynność skurczową macicy.
- Często pozwala przyspieszyć postęp porodu
- Można ją wykorzystać do znieczulenia cięcia cesarskiego, gdy zachodzi taka potrzeba i jest dostateczna ilość czasu.

U kogo nie można zastosować analgezji zewnątrzoponowej?

Analgezji zewnątrzoponowej nie można stosować, gdy obecne są:

1. Zaburzenia krzepliwości krwi. Zaburzenia te mogą być wrodzone, mogą być następstwem chorób lub spowodowane stosowaniem leków przeciwkrzepliwych.

2. Zakażenie skóry w miejscu założenia cewnika zewnątrzoponowego lub ciężka uogólniona infekcja.
3. Niektóre choroby neurologiczne.
4. Niektóre choroby kręgosłupa.

Tatuaż na skórze pleców zwykle nie jest przeszkodą w wykonaniu analgezji zewnątrzoponowej. W takich sytuacjach zazwyczaj anestezjologowi udaje się znaleźć miejsce na skórze odpowiednie do założenia cewnika zewnątrzoponowego.

Jak wykonuje się analgezję zewnątrzoponową?

Analgezję zewnątrzoponowa w czasie porodu może wykonać anestezjolog przebywający przez cały czas porodu na bloku porodowym.

Analgezję zewnątrzoponową porodu można wykonać na każdym etapie trwającego porodu tzn. od chwili pojawienia się utrwalonej czynności skurczowej macicy oraz od rozwarcia szyjki macicy na 1cm aż do pełnego rozwarcia szyjki macicy.

Po założeniu cewnika dożylnego do żyły na grzbiecie dłoni lub przedramieniu rodząca przyjmuje pozycję siedzącą z maksymalnie zgarbionym kręgosłupem (tzw. pozycja „koci grzbiet") lub kładzie się na boku z przyciągniętymi kolanami do klatki piersiowej i możliwie najbardziej uwypuklonym kręgosłupem. Dzięki temu przestrzeń między kręgami rozszerza się, co ułatwia założenie cewnika zewnątrzoponowego.

Najpierw anestezjolog, po umyciu skóry pleców środkiem odkażającym, znieczula skórę i tkankę podskórną w miejscu planowanego wprowadzenia igły. Może to wywoływać uczucie niewielkiego pieczenia, które szybko ustępuje. Następnie między dwoma sąsiednimi kręgami lędźwiowymi wprowadza się specjalną igłę i lokalizuje tzw. przestrzeń zewnątrzoponową – znajduje się ona w kanale kręgowym na zewnątrz tzw. opony twardej, pokrywającej rdzeń kręgowy i nerwy z niego wychodzące.

Przez igłę wprowadza się do tej przestrzeni cienki cewnik. Czasami wprowadzaniu cewnika może towarzyszyć nieprzyjemne odczucie drętwienia promieniujące do biodra lub nogi co jest związane z dotknięciem korzenia nerwu przez cewnik. Uczucie to jest krótkotrwałe i niegroźne. Igłę następnie usuwa się a cewnik umocowuje się do skóry za pomocą opatrunku. Przez cewnik anestezjolog podaje początkową dawkę leku miejscowo znieczulającego.

Analgezja zaczyna działać po około 5-15 minutach a pełne działanie występuje po 20-30 minutach od podania środka znieczulającego. Efekt podania pojedynczej dawki środka znieczulającego utrzymuje się 1,5-2 godzin.

Do cewnika zewnątrzoponowego można w miarę potrzeby podawać kolejne dawki leku lub można podłączyć wlew ciągły leku znieczulającego za pomocą pompy infuzyjnej. W czasie analgezji monitoruje się w sposób ciągły stan matki i dziecka.

W trakcie trwania analgezji zewnątrzoponowej nie ma konieczności ograniczania spożywania pokarmów przez rodzącą, poza sytuacjami, które wynikają z postępu porodu oraz z przyjętych w KGiP zasad karencji spożywania płynów i pokarmów przed

zabiegiem cięcia cesarskiego. Natomiast spożywanie klarownych płynów jest bardzo wskazane w trakcie porodu.

Analgezja podpajęczynówkowa

Analgezja podpajęczynówkowa jest trochę podobna do analgezji zewnątrzoponowej. Różni się tym, że zamiast cewnika anestezjolog wprowadza cienką igłę do kanału kręgowego i po przebiciu opony twardej podaje lek znieczulający wprost do płynu mózgowo-rdzeniowego. Analgezję podpajęczynówkową stosuje się czasami, gdy poród szybko postępuje i można spodziewać się, że zakończy się w ciągu dwóch godzin, a więc w czasie, gdy jeszcze działa wspomniane znieczulenie. Jest to również najczęstsza metoda znieczulenia do zabiegu cięcia cesarskiego.

Połączona analgezja zewnątrzoponowa i podpajęczynówkowa

Metoda ta jest bardziej złożona niż powyższe i polega na połączeniu obu rodzajów analgezji: zewnątrzoponowej i podpajęczynówkowej. Najpierw wykonuje się analgezję podpajęczynówkową a następnie wprowadza cewnik do przestrzeni zewnątrzoponowej. Zaletą tej metody jest szybki efekt przeciwbólowy z możliwością podawania kolejnych dawek leku znieczulającego.

Wady i niebezpieczeństwa związane z analgezją zewnątrzoponową.

Niektóre, niezbyt dolegliwe, działania uboczne występują stosunkowo często, natomiast groźne powikłania są bardzo rzadkie.

Świąd: jest dosyć częstym działaniem ubocznym, u których podaje się regionalnie leki opioidowe. Może występować nawet u 50% znieczulonych. Świąd jest zwykle niewielki i nie wymaga specjalnego postępowania.

Trudność w oddaniu moczu: występuje u 1 na 10 znieczulonych. Może wtedy wymagać cewnikowania pęcherza moczowego.

Osłabiona siła mięśni: Czasami może wystąpić uczucie ciężkości nóg utrudniające chodzenie. Zależy to od ilości podanego leku znieczulającego. Jest ono przejściowe i ustępuje najczęściej po 1-2 godzinach.

Wydłużenie czasu trwania porodu: Może wystąpić osłabienie odruchu parcia przez co poród może się wydłużyć. Pomaga wówczas podłączenie kroplówki z lekiem pobudzającym skurcze macicy (oksytocyną). Większe bywa też prawdopodobieństwo konieczności odebrania porodu metodą zabiegową, lecz jeżeli zabiegi takie są konieczne, to ich przeprowadzenie jest ułatwione dzięki analgezji. Stosowanie niskich stężeń leku miejscowo znieczulającego zwykle pozwala tego uniknąć. Nie rośnie prawdopodobieństwo wykonania cięcia cesarskiego.

Niepełne działanie przeciwbólowe: Niekiedy zdarza się, że analgezja obejmuje tylko jedną stronę ciała lub niektóre miejsca mogą pozostać nie znieczulone. Wystarczy wtedy zwykle podać dodatkową dawkę leku lub zmienić nieco położenie cewnika zewnątrzoponowego. Czasami może wystąpić konieczność ponownego założenia cewnika. Zdarza się to w około jednym przypadku na ok. 100.

Bóle głowy: Silny ból głowy po analgezji zewnątrzoponowej spowodowany jest najczęściej niezamierzonym nakłuciem opony twardej. Zdarza się to stosunkowo rzadko. Charakterystyczną cechą tego bólu jest to, że pojawia się on w pozycji siedzącej lub stojącej i znika w pozycji leżącej. Jeśli nie pomaga przyjmowanie dużej ilości płynów ani leki przeciwbólowe, zaleca się wtedy wykonanie tzw. „łaty z krwi". Zabieg ten polega na wstrzyknięciu niewielkiej ilości własnej krwi pacjentki do przestrzeni zewnątrzoponowej w celu zamknięcia dziury w oponie twardej. Zabieg przynosi zwykle szybką i trwałą ulgę.

Spadek ciśnienia tętniczego: Rzadko spotykany, gdy stosuje się niskie stężenia leku miejscowo znieczulającego. Łatwo daje się wyrównać przez podanie dożylne płynów lub leku podwyższającego ciśnienie krwi.

Bóle pleców: Są powszechnym objawem w trakcie ciąży i często nie ustępują po jej zakończeniu. Analgezja zewnątrzoponowa nie zwiększa ryzyka długotrwałego bólu pleców. Niewielka tkliwość w miejscu wprowadzenia cewnika ustępuje po kilku dniach.

Dreszcze: Występujące krótko po wykonaniu analgezji zewnątrzoponowej dreszcze lub drżenia mięśniowe są zwykle łagodne, całkowicie niegroźne i samoistnie ustępują.

Wzrost temperatury: U kobiet, u których przez wiele godzin stosowano analgezję zewnątrzoponową, obserwowano niewielki wzrost temperatury ciała. Związany on jest z rozszerzeniem naczyń krwionośnych znieczulonej okolicy ciała a nie z potencjalną infekcją i stanem zapalnym. Nie stanowi on powodu do niepokoju.

Zmiany w tętnie płodu: Okresowe zmiany częstości akcji serca płodu obserwowane są w przypadku każdego rodzaju analgezji porodu. Zależy to przypuszczalnie od szybkiego spadku poziomu hormonów stresowych we krwi matki wskutek skutecznego uśmierzenia bólu, przejściowego obniżenia ciśnienia tętniczego rodzącej oraz powodowanych nimi zmian adaptacyjnych przepływu krwi przez łożysko.

Ryzyko przedawkowania leku: Istnieje w przypadku podania leku do płynu mózgowo-rdzeniowego lub do naczynia krwionośnego, zamiast do przestrzeni zewnątrzoponowej. Zdarza się bardzo rzadko – w około jednym przypadku na 10 000 i łatwo poddaje się leczeniu.

Uszkodzenie nerwów lub rdzenia kręgowego: Występowanie przejściowych zaburzeń czynności nerwów, spowodowanych przechodzeniem główki płodu przez kanał rodny i uciskiem korzeni nerwów znajdujących się wewnątrz miednicy, nie jest rzadkie po porodzie i nie ma nic wspólnego z analgezją zewnątrzoponową. Poważne i

trwałe uszkodzenia nerwów spowodowane przez analgezję zewnątrzoponową wskutek ich mechanicznego uszkodzenia, krwawienia lub infekcji są niezwykle rzadkie i ryzyko ich wystąpienia szacowane jest na od 1:13000 do 1:250000 znieczuleń.

Podsumowanie

Analgezja zewnątrzoponowa jest najskuteczniejszą metodą łagodzenia bólu porodowego. Jest metodą pewną, bezpieczną dla matki i dziecka o bardzo niewielkim ryzyku wystąpienia powikłań.

W przypadku jakichkolwiek wątpliwości i potrzeby dodatkowych wyjaśnień można skontaktować się z lekarzem anestezjologiem, który chętnie udzieli wszelkich informacji.