

VSV-Zeeland

Medicamenteuze pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Datum invoering: 2024

Datum revisie:

Inleiding en achtergrond: Toepassing van medicamenteuze pijnstilling tijdens de baring is één van de voornaamste redenen van overdracht van 1^e naar 2^e lijn. Middelen die binnen het Admiraal de Ruyter ziekenhuis (ADRZ) ter pijnstilling worden aangeboden zijn: epidurale anesthesie (EDA) en de opioïde Nalbufine. Remifentanil wordt in het ADRZ niet toegediend. Pethidine, al dan niet in combinatie met Phenergan, wordt tijdens de zwangerschap als sedatie toegepast, niet durante partu.

Doel:

Het formuleren van een eenduidig beleid en uniforme informatievoorziening over het onderwerp pijnstilling tijdens de baring binnen VSV Zeeland. Met als doel het vergroten van de cliënttevredenheid en de kwaliteit van zorg.

Toepassingsgebied:

Obstetrie.

Bevoegdheid:

- Voorlichting partus en counseling t.a.v. pijnstilling tijdens zwangerschap en bij pijnstillingswens: eerste lijn en klinisch verloskundige
- Besluiten welke methode van pijnstilling wordt toegepast: klinisch verloskundige en gynaecoloog
- Infuus prikken en bewaken vitale functies: anesthesioloog, anesthesieverpleegkundigen, O&G-verpleegkundigen, klinisch verloskundige en gynaecoloog.
- Overleg met de anesthesioloog: gynaecoloog

Definities:

Baringspijn is een acute, hevige pijn in de buik en/of rug die optreedt ten gevolge van de weeën en die meestal toeneemt tijdens de ontsluitingsfase. De ervaring van baringspijn is een complexe, subjectieve, multi-dimensionele reactie op sensorische stimuli die optreden tijdens de bevalling.

Werkwijze tijdens de zwangerschap

- Rond 30w AM: folders 'Jouw bevalling, hoe bereid je je voor' en 'Jouw bevalling, hoe ga je om met pijn?' meegeven (zie bijlage) en/of verwijzen naar de website www.deverloeskundige.nl of www.degynaecoloog.nl
- Consult omstreeks 32- 36 w AM om het volgende te bespreken: beladvies t.a.v. partus, indien gewenst het geboorteplan bespreken en uitleg over baringshoudingen/ natuurlijke pijnstillingsmethoden en toepassing medicamenteuze pijnstilling.
- Continue ondersteuning tijdens de baring verlaagt de noodzaak tot pijnstilling. De steun/begeleiding hoeft niet afkomstig te zijn van een verloskundige. Begeleiding door de kraamzorg/ doula of verpleegkundige hebben hetzelfde effect.
- Wanneer een cliënt/patiënt ervan overtuigd is dat ze met (primaire) EDA wil bevallen: in cliëntenoverleg bespreken. Gynaecoloog overlegt per mail met anesthesist of cliënt op het POS-spreekuur van de anesthesist gezien moet worden. De cliënt wordt durante partu verwezen.
- Bij sedatie in het kader van time-out, in principe volgende ochtend retour 1^e lijn, tenzij een medische indicatie is ontstaan.

Werkwijze tijdens bevalling:

- Voorafgaand zijn de natuurlijke methoden zoals massage, warmte, wisselen van houding, douche/bad en continue begeleiding al aangeboden/uitgeprobeerd.
- Overdracht 2^e lijn: eerstelijns verloskundige belt dienstdoende gynaecoloog en opent de HUB (indien dit nog niet het geval is) voor overdracht gegevens cliënte. Gynaecoloog informeert klinisch verloskundige.

Counseling t.a.v. pijnstilling, hierbij moet minimaal aan bod komen:

- Methode van pijnstilling afhankelijk van mate en vordering ontsluiting en pariteit.
- Keuze altijd bij cliënte, maar klinisch verloskundige/gynaecoloog geeft meest passende advies, aangepast op de individuele cliënte.

Counseling nalbufine:

- Intramusculaire injectie, welke vrij snel inwerkt (binnen enkele minuten), na 1-2 uur op het hoogtepunt van pijnstillend effect en gemiddeld na 4 uur uitgewerkt is.
- Meer ontspanning tussen contracties.
- Pijn wordt vaak als minder 'scherp' ervaren.
- Sederend effect op moeder en foetus, waardoor moeder zich ook suf kan voelen en niet alles helder meekrijgt.
- Niet mogelijk indien partus in minder dan 1 uur te verwachten is in verband met ademhalings-suppressie pasgeborene.
- Nalbufine is een opiaat, een morfine-achtige stof. Misselijkheid komt zelden voor.
- Moeder wordt geadviseerd in bed te blijven vanwege het sederende effect.
- Voordat Nalbufine wordt toegediend, vindt eerst een 30min CTG-controle plaats om de conditie van het kind te beoordelen.

Counseling Epidurale anesthesie:

- Meest effectieve methode van pijnstilling tijdens de baring.
- Het ADRZ biedt 24u per dag, 7 dagen per week epidurale anesthesie aan.
- Verhoogde kans op koorts (van 11 tot 18%) (en daarmee ook tachycardie en koorts bij de pasgeborene) Bij maternale koorts en tachycardie kan antibiotica IV worden gegeven.
- Verhoogde kans op een bloeddrukdaling.
- Verminderde maternale mobiliteit (niet stevig op benen kunnen staan, dus advies in bed te blijven/ verblijfscatheter).
- Mogelijk verhoogde kans op een kunstverlossing (niet sectio) in vergelijking met pijnstilling middels andere opioïde.
- Langere bevallingsduur in vergelijking met pethidine*. Gemiddeld duurt de ontsluitingsfase 27 minuten langer, de uitdrijving 16 minuten.
- 20% meer kans op bijstimulatie middels oxytocine.
- Zo nodig wordt bij volledige ontsluiting, de EDA-infusie stopgezet en gewacht op persdrang.
- Neonaten van moeders waarbij epidurale anesthesie is gegeven hebben een lager risico op een PH < 7.2 in vergelijking met andere pijnstillingsvormen. Er is geen verschil in de apgarscore of NICU opname na 5 min.
- Verhoogde kans op urineretentie (2-18%) (bijlage 2)

Voorafgaand aan de toediening van pijnstilling moet minimaal 30 minuten CTG-registratie plaatsvinden om de foetale conditie te beoordelen. De klinisch verloskundige/ gynaecoloog beoordeelt het CTG volgens de FIGO-classificatie. Indien deze normaal wordt bevonden, kan inwendig onderzoek uitgevoerd worden en in overleg met de cliënte de wijze van pijnstilling vastgesteld.

Werkwijze Nalbufine:

<https://iprova.domain.lan/portal/#/document/a14ba863-b8c3-4573-bf6e-2ee74e5b993d>

Werkwijze EDA:

<https://iprova.domain.lan/portal/#/document/be2c3b4d-4558-4563-a69f-73698dcfb625>

Nazorg:

Tijdens de partus wordt de tevredenheid over de pijnstilling regelmatig geëvalueerd. Tijdens het kraambed wordt de begeleiding en pijnstilling durante partu in z'n geheel geëvalueerd. Bij bijzonderheden of ontevredenheid in het kraambed of tijdens de nacontrole, wordt dit kortgesloten met de personen die een rol hebben gespeeld tijdens de bevalling.

*Er wordt geen pethidine toegediend durante partu, enkel ter sedatie. Er zijn geen onderzoeken bekend waarbij epidurale anesthesie wordt vergeleken met nalbufine, aangezien dit middel nog zeer zelden wordt gebruikt. Het zijn wel beiden morfine-achtige stoffen met ongeveer dezelfde halfwaardetijd.

Literatuur:

- KNOVstandpunt voorlichting over pijn en pijnbehandelingen tijdens de baring (2013);
- NVOG-richtlijn medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling (2020);
- Federatie medisch specialisten: pijnbehandeling tijdens de bevalling (2020)
- Verloskundige Indicatielijst (herziene onderwerpen 2021);
- Protocol pijnstilling durante partu van Weel Bethesda ziekenhuis, Dirksland.

Auteurs herziene versie:

Elke Lindenbergh (klinisch verloskundige)

Marjelle Jacobsen (eerstelijns verloskundige)

Bijlage 1

Druk op rechtermuisknop om onderstaande linken te openen

Folder: hoe ga je om met de pijn?

[https://deverloeskundige.nl/uploads/deverloeskundige.nl/knov_client_downloads/42/file/Voll edige folder pijn herziening okt 2014.pdf](https://deverloeskundige.nl/uploads/deverloeskundige.nl/knov_client_downloads/42/file/Voll%20edige_folder_pijn_herziening_okt_2014.pdf)

Filmpje: hoe ga je om met de pijn?

<http://deverloeskundige.nl/over-de-verloeskundige/subtekstpagina/223/jouw-bevalling-hoe-ga-je-om-met-pijn/>

Filmpje: hoe gaat een ruggenprik?

<https://www.youtube.com/watch?v=ZfZV-5Jhyg4&feature=youtu.be>

Folder: welke baringshouding past bij jou?

[https://deverloeskundige.nl/uploads/deverloeskundige.nl/knov_client_downloads/41/file/KN folder A5 bevalhoudingen HR digitaal.pdf](https://deverloeskundige.nl/uploads/deverloeskundige.nl/knov_client_downloads/41/file/KN_folder_A5_bevalhoudingen_HR_digitaal.pdf)

Bijlage 2

INFORMATIEKAART EPIDURALE VERDOVING

Epidurale verdoving bij de bevalling — wat u moet weten

(Deze kaart bevat een samenvatting. Bespreek eventuele onduidelijkheden met uw anesthesioloog).

Inbrengen van de epidurale katheter

- Voorafgaand krijgt u een infuus.
- Terwijl de epidurale katheter wordt ingebracht, mag u niet bewegen en moet u de anesthesioloog waarschuwen als u een wee krijgt.
- Meestal duurt het 20 minuten om de epidurale katheter in te brengen en nog eens 5-15 minuten voor de verdoving werkt.
- In sommige gevallen werkt de epidurale katheter niet goed en moet deze worden aangepast of vervangen.

Voordelen van een epidurale verdoving

- Biedt meestal uitstekende pijnverlichting.
- Soms wordt eerst een spinale verdoving gegeven omdat die sneller werkt.
- De dosis of het type lokale verdoving kan soms variëren, zodat u zich in bed gemakkelijker kunt bewegen.
- Over het algemeen heeft een epidurale verdoving geen invloed op uw baby.
- Indien een keizersnede noodzakelijk blijkt kan de verdoving via de katheter worden aangevuld of versterkt.

Mogelijke problemen bij epidurale verdoving

- Herhaalde toediening van sterkere lokale verdoving kan leiden tot een tijdelijk slap gevoel in de benen en vergroot de kans dat de bevalling met behulp van een vaginale kunstverlossing (vacuümextractie) moet worden uitgevoerd.
- De epidurale verdoving kan de tweede fase van de bevalling mogelijk iets vertragen.
- Lage bloeddruk, jeuk of koorts kunnen tijdens de epidurale verdoving optreden.
- De plek waar de naald wordt ingebracht kan gevoelig worden. Dit is meestal na een paar dagen over. Rugpijn wordt NIET veroorzaakt door de epidurale verdoving en is na elke zwangerschap een normaal verschijnsel.

Op de ommezijde van deze kaart worden belangrijke risico's van epidurale verdoving vermeld.

Vertaling gebaseerd op 'Epidural information card' Obstetric Anaesthetists' Association, januari 2008

INFORMATIEKAART EPIDURALE VERDOVING

Risico van een epidurale of spinale verdooving bij pijnbestrijding tijdens de bevalling

Type risico	Hoe vaak komt dit voor?	Hoe algemeen is het?
Aanzienlijke daling van de bloeddruk	1 op de 50 vrouwen	Af en toe
Verlicht de pijn bij de bevalling onvoldoende, zodat andere vormen van pijnbestrijding noodzakelijk zijn	1 op de 8 vrouwen 1 op de 20 vrouwen	Algemeen
Verlicht de pijn bij de keizersnede onvoldoende, zodat een algehele narcose noodzakelijk is		Soms
Zware hoofdpijn	1 op de 100 vrouwen (epidurale verdooving) 1 op de 500 vrouwen (spinale verdooving)	Komt weinig voor
Zenuwbeschadiging (gevoelloze plek op been of voet of een slap gevoel in het been)	Tijdelijk: 1 op de 1000 vrouwen	Zeldzaam
Gevolgen houden langer dan zes maanden aan	Permanent: 1 op de 13.000 vrouwen	Zeldzaam
Epiduraal abces (infectie)	1 op de 50.000 vrouwen	Zeer zeldzaam
Meningitis (hersenvliesontsteking)	1 op de 100*000 vrouwen 1 op de 170.000 vrouwen	Zeer zeldzaam Zeer zeldzaam
Epiduraal hematoom (bloedstolsel)		
Onvoorziene bewusteloosheid	1 op de 100.000 vrouwen	Zeer zeldzaam

Emstig letsel, waaronder verlamming	1 op de 250.000 vrouwen	Extreem zeldzaam
-------------------------------------	-------------------------	------------------

De genoemde cijfers betreffen schattingen en kunnen per land/regio/ziekenhuis verschillen

Op de ommezijde van deze kaart wordt informatie vermeld over epidurale pijnbestrijding tijdens de bevalling.

Vertaling gebaseerd op Epidural information card' Obstetric Anaesthetists' Association, januari 2008