

**METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO
DOSTĘPNE W SZPITALU MIEJSKIM SP. Z O. O.
W RUDZIE ŚLĄSKIEJ**

BÓL PORODOWY

Ból jest zjawiskiem towarzyszącym porodowi siłami natury, spełniającym w porodzie określoną rolę.

Ból jest sygnałem, że poród się rozpoczął i postępuje, ból wywołuje odruchowe czynności, służące temu, by matka, nawet bez specjalnej edukacji, umiała urodzić swoje dziecko.

Mniej więcej połowa rodzących odczuwa ból porodowy jako niewielki lub umiarkowany, a pozostałe – jako silny lub bardzo silny. Dlatego w łagodzeniu tego bólu stosuje się różne metody, ich dobór zależy od indywidualnych cech pacjentki (tzw. próg bólowy) i od etapu i zaawansowania a akcji porodowej.

ŁAGODZENIE BÓLU W PORODZIE FIZJOLOGICZNYM

Poród fizjologiczny powinien przebiegać w sposób całkowicie naturalny, nie powinien być modyfikowany żadnymi lekami ani zabiegami, w takim porodzie wystarczające są tzw. niefarmakologiczne metody uśmierzania bólu.

Są one bezpieczne, nie mają działań ubocznych, pacjentka może uzgodnić z położną ich dobór, wybrać tę, która jej najbardziej odpowiada, a – co najważniejsze – te metody wspierają naturalny mechanizm porodu.

Metody niefarmakologiczne:

- Utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej poprzez przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych (gumowa piłka, worek sako)
- Techniki oddechowe i relaksacyjne – oddychanie torem przeponowym, zsynchronizowane z przebiegiem fali skurczowej;
- Masaż relaksacyjny – wykonywany najczęściej przez osobę towarzyszącą kobiecie w trakcie porodu lub przez położną;
- Przeciwucisk – metoda zbliżona do masażu polegająca na wykonywaniu w określonych okolicach ciała silnego ucisku trwającego tyle samo, co skurcz macicy;
- Ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu (okolica lędźwiowo-krzyżowa i podbrzusze) oraz łagodzące na kark i czoło;
- Masaż chustami Rebozo;
- Przeskórna stymulacja nerwów (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
- Akupresura;
- Immersja wodna – łagodzące działanie wody podczas porodu oraz poród w wodzie;
- Muzykoterapia;
- Aromaterapia.

PORÓD MEDYKALIZOWANY (NIEFIZJOLOGICZNY)

Jeśli przebieg porodu wymaga zastosowania aktywnego postępowania medycznego, wprowadzenia różnych medycznych procedur i leków, w tym farmakologicznych metod łagodzenia bólu – to już nie mamy do czynienia z porodem fizjologicznym.

W takim wypadku konieczne jest zastosowanie dodatkowego nadzoru nad rodzącą i płodem, wykonanie dodatkowych badań, uzyskanie pisemnej zgody pacjentki na każdą z proponowanych jej metod uśmierzenia bólu. O doborze tych metod decyduje lekarz ginekolog prowadzący poród, co uzależnia od stanu pacjentki i przebiegu akcji porodowej.

Mimo, że bardzo często w różnych mediach pojawia się określenie „znieczulenie porodu”, w rzeczywistości nie mamy do czynienia ze „znieczuleniem” tylko z „analgezyją”.

Na czym polega różnica?

Znieczulenie = Zniesienie bólu i wszystkich innych rodzajów czucia (dotyk, temperatura). Często także zniesienie czynności mięśni.

Dobre do operacji, ale nie do porodu!

Analgezyja = Uśmierzenie bólu, bez zniesienia innych rodzajów czucia i bez wpływu na czynność mięśni.

To właśnie jest nam potrzebne przy porodzie!

CO JEST NASZYM CELEM W ANALGEZJI PORODU?

- Zmniejszyć dolegliwości bólowe do poziomu akceptowanego przez rodzącą (niekoniecznie do zera)
- Nie doprowadzić do znieczulenia, czyli zniesienia czucia i ruchów mięśni, aby poród mógł przebiegać prawidłowo i nie trzeba było ingerować operacyjnie

Metody farmakologiczne łagodzenia bólu porodowego:

1. Analgezyja wziewna mieszaniną 50% podtlenku azotu i 50% tlenu
2. Dożylnie lub domięśniowe stosowanie opioidów (silnych leków przeciwbólowych)
3. Analgezyja regionalna (zniesienie czucia bólu tylko w niektórych okolicach ciała, w tym wypadku w rejonie brzucha, miednicy, krocza).

Analgezyja wziewna mieszaniną 50% podtlenku azotu i 50% tlenu

Jest stosunkowo bezpieczna, gdyż nie wpływa na czynność skurczową macicy, rodząca może sama decydować o potrzebie wdychania kolejnej objętości gazu, praktycznie nie istnieje ryzyko przedawkowania.

Pacjentka powinna za pomocą urządzenia dozującego (ustnika) zacząć wdychać gaz na początku skurczu, efekt występuje po ok. 50 sekundach od inhalacji. Po szczycie skurczu należy przerwać wdychanie gazu aż do początku kolejnego skurczu. Oddychanie powinno być głębokie, ale nie za szybkie, by uniknąć tzw. hiperwentylacji.

Ta metoda analgezji może się przyczynić do zwolnienia tętna u płodu, choć nie wynika to z niedotlenienia, gdyż pacjentka i płód podczas wdychania podtlenku otrzymują także dwukrotnie więcej tlenu. Niemniej jednak akcja serca dziecka musi być często, a nawet stale kontrolowana (podłączenie KTG czyli kardiologii).

U rodzącej może wystąpić większa skłonność do nudności i wymiotów, a pod koniec wdychania gazu mogą na krótko wystąpić objawy niewielkiego „oszołomienia”.

Dożylne lub domięśniowe stosowanie silnych leków przeciwbólowych

W naszych warunkach stosowana jest głównie Petydyna (Dolargan) w postaci wstrzyknięcia domięśniowego, podskórnego lub dożylnego.

Powinna ona być stosowana na początku pierwszego okresu porodu, gdyż przenika przez łożysko do płodu i zastosowana tuż przed urodzeniem dziecka powoduje, że dziecko po urodzeniu jest pod wpływem leku, czyli może być mało aktywne, senne, gorzej oddychać, może z opóźnieniem zaczynać ssać pokarm.

U rodzącej Petydyna powoduje działanie sedacyjne (uspokajające, powodujące niewielką senność), nudności, wymioty, zaburzenia opróżniania żołądka, depresję oddechową czyli zmniejszenie częstości oddechów, a także może przyspieszyć rozwieranie szyjki macicy. Z tego względu pacjentka powinna być częściej badana położniczo, monitorowana w zakresie oddychania, powinno się częściej badać tętno płodu.

Powtarzane podawanie leku powoduje jego kumulację, czyli większe stężenia w organizmie matki i płodu. Dlatego do sześciu godzin od podania ostatniej dawki leku (także po porodzie) matka i noworodek muszą być nadzorowani pod kątem zaburzeń oddychania.

Inne leki przeciwbólne, które podaje się podczas porodu (Paracetamol, Pyralgina) nie zaburzają oddychania matki ani dziecka, ale ich dawkowanie ze względu na inne możliwe objawy uboczne jest ograniczone do pojedynczego podania.

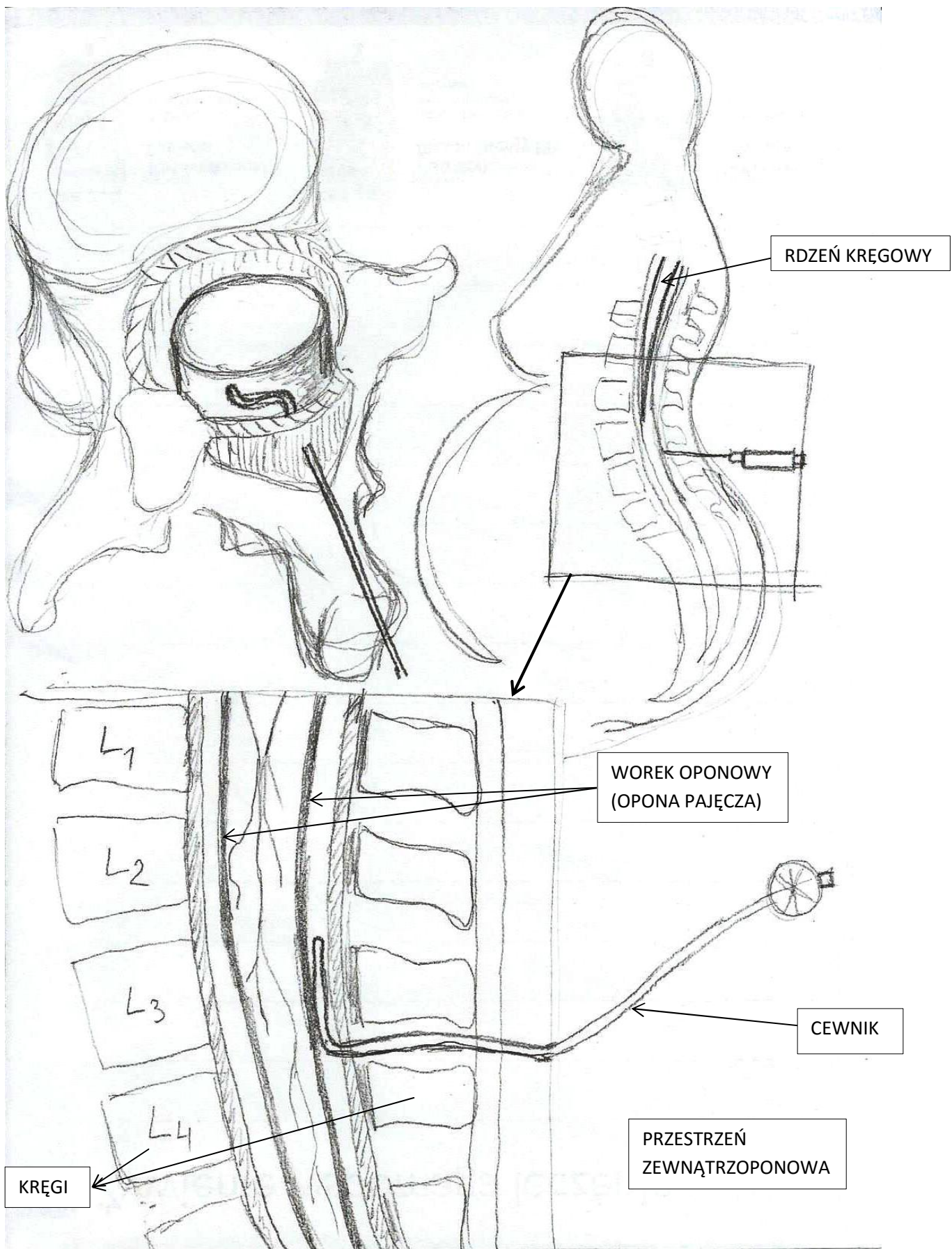
Analgezia regionalna

Wskazania do niej są następujące:

- Nietolerancja bólu (wskazanie subiektywne)
- Brak oczekiwanej skuteczności metod nefarmakologicznych i farmakologicznych
- Medyczne/lekarskie

Najczęściej stosuje się analgezię zewnątrzoponową ciągłą (czyli z zastosowaniem cewnika).

Cewnik jest zakładany przez igłę w okolicy lędźwiowej, na wysokości pasa (talii), igła jest następnie usuwana, a miękki, cienki, długi cewnik pozostaje - przez cały czas porodu. Przez cewnik podaje się kolejne porcje leku miejscowo znieczulającego w zależności od potrzeb (zwykle co 60-90 minut). Lek miejscowo znieczulający dzięki temu, że jest podawany w takim, a nie innym miejscu, działa tylko na te nerwy, które unerwiają macicę, miednicę, krocze – czyli okolicę, w której jest zlokalizowany ból w czasie porodu.



Zarówno sposób zakładania cewnika, jak i okolica, w której się on znajduje (wewnątrz kanału kręgowego, gdzie przebiegają nerwy unerwiające dolną połowę ciała) powodują, że ta metoda analgezji, choć najskuteczniejsza, jest też obciążona możliwością wystąpienia powikłań.

MOŻLIWE POWIKŁANIA ANALGEZJI REGIONALNEJ:

- Niewystarczająca analgeza (jednostronna, „w łaty”)
- Bóle kręgosłupa (zjawisko powszechne podczas i po ciąży, nawet, jeśli nie stosowano tej metody analgezji)
- Przebicie opony twardej podczas zakładania cewnika (0,5-1% znieczuleń)
- Popunkcyjne bóle głowy (0,25-0,5% znieczuleń)
- Trudności w oddawaniu moczu
- Świąd skóry
- Nudności i wymioty
- Wzrost temperatury ciała rodzącej (niezwiązany z infekcją)
- Dreszcze
- Spadek ciśnienia tętniczego
- Zmniejszenie liczby oddechów
- Objawy alergii na leki
- Krwiak lub ropień w okolicy wkłucia (tkanka podskórna, kanał kręgowy) - mogą spowodować trwałe ubytki neurologiczne, także niedowład kończyn dolnych,
- Uszkodzenie cewnika i pozostawienie jego fragmentu w kanale kręgowym
- Niezamierzony rozległy blok podpajęczynówkowy (czyli wystąpienie znieczulenia jak do operacji),
- Niezamierzone donaczyniowe podanie leku, skutkujące wystąpieniem objawów toksycznych (drgawki, a nawet zatrzymanie krążenia)
- Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
- Zespół „ogona końskiego” (zaburzenia czucia w rejonie krocza i ud, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca)

Zdecydowana większość tych objawów jest przejściowa, można je skutecznie łagodzić i nie wywołują groźnych i trwałych skutków. Przemijające, częściowe zaburzenia czynności nerwów, jak niewielki ubytek czucia, drętwienia na pewnym obszarze skóry, niewielkie osłabienie niektórych mięśni kończyn dolnych zdarzają się raz na 1000 tego rodzaju znieczuleń. Z kolei powikłania naprawdę poważne i trwałe ubytki neurologiczne, w tym porażenie nerwów z niedowładem kończyn utrzymujące się dłużej, niż 6 miesięcy, zdarzają się niezwykle rzadko (1 raz na 15 000 znieczuleń).

Niemniej jednak, aby zminimalizować ryzyko powikłań, należy ściśle przestrzegać zasad postępowania i przeciwwskazań (odstąpić od wykonania analgezji jeśli takowe występują), a także nadzorować intensywnie rodzącą przy pomocy urządzeń monitorujących.

PRZECIWWSKAZANIA DO ANALGEZJI REGIONALNEJ:

- a) Brak zgody pacjentki
- b) Brak akceptacji ze strony ginekologa prowadzącego poród

- c) Brak współpracy z pacjentką (zaburzenia świadomości, znaczny niepokój)
- d) Zaburzenia krzepnięcia krwi,
- e) Leczenie lekami wpływającymi na krzepliwość krwi
- f) Trombocytopenia (stężenie płytek krwi < 100 tys/L),
- g) Zakażenie skóry w miejscu wkłucia, tatuaże i różne zmiany skórne w miejscu wkłucia, np. zmiany łuszczycowe
- h) Niektóre choroby ośrodkowego układu nerwowego (guzy, zakażenia, SM),
- i) Niektóre choroby i wady serca

W niektórych sytuacjach anestezjolog może zaproponować inną metodę analgezji regionalnej.

Może to być analgezia podpajęczynówkowa lub łączona analgezia podpajęczynówkowa i zewnątrzoponowa ciągła.

Pierwsza z nich polega na jednokrotnym podaniu małej dawki leku do przestrzeni podpajęcznej, czyli do płynu otaczającego nerwy przechodzące przez kanał kręgowy. Działa szybko, jest technicznie dość łatwa do wykonania, ale jej efekt jest krótkotrwały i mniej przewidywalny, niż przy analgezji zewnątrzoponowej (może powodować znaczne osłabienie mięśni, spadek ciśnienia krwi). Dlatego może być stosowana tylko w nielicznych sytuacjach, zwłaszcza wtedy, gdy poród jest już znacznie zaawansowany i nie ma warunków do założenia cewnika zewnątrzoponowego.

Druga metoda – to połączenie obu poprzednich (analgezia podpajęczna oraz cewnik zewnątrzoponowy). Jest technicznie trudniejsza do wykonania, wymaga odpowiedniego doboru dawek leków, łączy zalety obu metod, ale też i możliwość powikłań jest większa. Jest bardziej odpowiednia do cięcia cesarskiego lub do analgezji porodu u kobiet obciążonych różnymi chorobami układu krążenia.

WPLYW ANALGEZJI REGIONALNEJ NA PRZEBIEG PORODU

Analgezia regionalna może modyfikować przebieg porodu, choć zwykle nie ma to wpływu na stan dziecka (o ile nie dojdzie do groźnych, czyli rzadko się zdarzających powikłań).

I okres porodu w analgezji zewnątrzoponowej może się wydłużyć o kilkanaście – kilkadziesiąt minut,

II okres porodu może się wydłużyć o kilka – kilkanaście minut

Przy „zbyt dobrej” analgezji może wzrosnąć szansa porodu zabiegowego (kleszcze, vacuum) lub cięcia cesarskiego.

JAKIE WARUNKI MUSZĄ BYĆ SPEŁNIONE, BY MOŻNA WYKONAĆ ANALGEZJĘ ZEWNĄTRZOPONOWĄ?

1. Pacjentka musi wyrazić i udokumentować podpisem świadomą zgodę. Musi się to odbyć podczas konsultacji anestezjologicznej przed rozpoczęciem porodu lub na samym jego początku, kiedy ból i stres nie ograniczają możliwości podejmowania świadomej decyzji.

W świetle interpretacji prawa przez polskie sądy zgoda uzyskana w warunkach silnego stresu oraz po zastosowaniu leków, np. opioidowych – jest nieważna!

2. Należy założyć wenflon do żyły i wykonać badania krwi pod kątem zaburzeń krzepnięcia.
3. Lekarz ginekolog prowadzący poród musi ustalić wskazania do takiej analgezji.
4. Anestezjolog musi wykluczyć istnienie przeciwwskazań.
5. Czynność skurczowa macicy musi być ustabilizowana (skurcze w regularnych kilkuminutowych odstępach)
6. Rozwarcie ujścia zewnętrznego szyjki macicy musi osiągnąć:

cm u pierworódek

3 cm u wieloródek

W szczególnych przypadkach lekarz może zdecydować o wcześniejszym rozpoczęciu analgezji (> 1 cm rozwarcia)

JAK PRZEBIEGA PORÓD W WARUNKACH ANALGEZJI REGIONALNEJ?

Analgezja zewnątrzoponowa nie działa natychmiast!

Zakładanie cewnika może trwać kilkanaście minut lub dłużej, podane leki zaczynają działać po kilku - kilkunastu minutach, dlatego w zaawansowanym porodzie może być za późno na wykonanie takiej analgezji.

W trakcie i krótko po podaniu leków znieczulających należy się stosować do zaleceń lekarza anestezjologa i położnej odnośnie przyjmowanej pozycji ciała (leżenie na boku, pozycja półsiedząca itp.). Należy informować lekarza o stopniu nasilenia bólu w skali od 0 do 10 (0 – brak bólu, 10 – najsilniejszy ból, jaki można sobie wyobrazić). W tym czasie będzie często mierzone ciśnienie krwi, tętno pacjentki i płodu.

Gdy stan rodzącej jest stabilny - może ona swobodnie się poruszać, przyjmować dowolne pozycje, ale podczas wstawiania z łóżka należy zachować ostrożność, gdyż nogi mogą być nieco osłabione.

W czasie porodu w znieczuleniu nie należy jeść stałych pokarmów. Można pić, ale tylko przezroczyste niegazowane płyny (woda, herbata, napoje izotoniczne).

W II okresie porodu możliwość wstawiania i chodzenia może być bardzo ograniczona.

Podczas porodu fizjologicznego działa tzw. odruch Fergussona - ból „party”, tj. nacisk główki dziecka na krocze, wywołuje odruchową potrzebę parcia u rodzącej.

Analgezja (każda, ale w szczególności regionalna) osłabia ten odruch.

Aby poród przebiegał dobrze, trzeba sobie przypomnieć wszystko, czego pacjentka nauczyła się w szkole rodzenia, uważnie słuchać położnej i lekarza, stosować się do ich poleceń, nie zapominać o właściwym oddychaniu.

Po porodzie analgezja działa jeszcze przez pewien czas, ale cewnik zewnątrzoponowy jest usuwany zaraz po urodzeniu łożyska i ewentualnym zaszyciu naciętego krocza, gdyż analgezja zewnątrzoponowa po porodzie siłami natury nie jest potrzebna.