

Videnskabelig Leder

Kan vi optimere smertelindring under fødsel?

Patricia Duch¹ & Hanne Brix Westergaard²

1) Anæstesiologisk Afdeling, Nordsjællands Hospital Hillerød, 2) Gynækologisk Obstetriske Afdeling, Nordsjællands Hospital Hillerød

Ugeskr Læger 2024;186:V205168. doi: 10.61409/V205168

Smerteoplevelsen under fødsel beskrives af mange kvinder som den kraftigste, de nogensinde har oplevet. God smertelindring er derfor en vigtig parameter i pakken af tilbud for at sikre et trygt fødselsforløb og en vaginal fødsel. En fødepidural er den mest effektive metode til smertelindring og består af medicin administreret gennem et kateter placeret i det lumbale epiduralrum [1]. I flere studier har man undersøgt, om administrationsmetoden af medicinen har indflydelse på smertelindringen, og om en automatisk intermitterende bolus (AIB) frem for kontinuerlig infusion (KI) kan være en fordel.

Blandt kvinder med planlagt vaginal fødsel i 2022 fik 17.200 (29%) en fødepidural [2]. Traditionelt anvender man på de danske fødesteder infusionspumper med KI, men i bl.a. Aalborg, Aabenraa, Viborg og Horsens har man skiftet til boluspumper med AIB. På Nordsjællands Hospital Hillerød er implementeringen af AIB netop startet, efter at man i et lokalt kvalitetssikringsstudie fandt en høj forekomst af smertegennembrud blandt fødende, der fik KI. Blandt 150 fødende, der fik KI (5 ml/t; 0,8 mg/ml bupivacain tilsat sufentanil) i minimum fire timer, havde 91,5% (95% konfidensinterval (KI): 81,7-96,8) behov for én ekstra bolus, og 49,2% (95% KI: 36,8-61,6) fik minimum tre ekstra boli pga. smertegennembrud [3].

I en nyligt publiceret Cochranemetaanalyse med 16 RCT (1.528 fødende) sammenlignedes epiduralpumper med AIB og epiduralpumper med KI. Her fandt man en reduktion af gennembrudssmerter fra 28% med AIB til 20% med KI (relativ risiko = 0,71 (95% KI: 0,55-0,91)) og et lavere forbrug af lokalanalgetika med AIB (mean difference -0,84 mg/h (95% KI: -1,29--0,38)) [4]. Der var ikke signifikant forskel i forekomsten af kejsersnit, instrumentel forløsning, varighed af fødsel eller apgarscore. De inkluderede studier er heterogene, og der konkluderes ikke på den optimale koncentration, hyppighed eller volumen af bolus. Alle resultater blev iht. GRADE vurderet til at være moderat sikre i forhold til estimeret effekt.

Teorien bag en forbedret smertedækning ved AIB er dels, at medicinens udbredelse i

epiduralrummet er større og mere ensartet, når medicinen gives som en hurtigt indsprøjet bolus frem for en langsom infusion, dels at den gives regelmæssigt, før effekten aftager. Regelmæssige boli med et tilstrækkeligt volumen vil derfor udbrede nerveblokaden over flere segmenter og nedsætte forekomsten af gennembrudssmerter [1]. Endelig er koncentrationen af lokalbedøvelsen af betydning for smertereduktion. En høj koncentration giver en dybere blokade, men samtidig øges risikoen for motorisk blokade af underekstremiteterne. Det kan påvirke fødselslængde og øge risikoen for instrumentel forløsning og kejsersnit. Cochranestudiet viser ikke forskel i disse risici. Det tilskrives den lave koncentrationen af lokalanalgetika i begge grupper, som i nyere tid er holdt lav [5].

Oprindeligt gav fagpersonale medicinen i fødepiduraler som bolus ved smertegennembrud. Det var ressourcekrævende, og da infusionspumpen med KI blev markedsført, håbede man på en nemmere håndtering. Det har dog vist sig nødvendigt ofte at skulle supplere KI med ekstra boli pga. smertegennembrud [1]. Dette nye Cochranestudie indikerer, at vi skal overveje at vende tilbage til et rent bolusregime med bolus givet automatisk på faste tidspunkter [4].

Der er fordele, ulemper og risiko for komplikationer ved anvendelse af epidural under fødsel, men når den først er anlagt, må der tilstræbes bedst mulig smertelindring med færrest mulige bivirkninger. I Cochranestudiet finder man, at AIB reducerer forekomsten af gennembrudssmerter med 29% sammenlignet med KI, men selv med AIB oplever 20% smertegennembrud, hvilket tyder på, at smertelindringen under fødsel fortsat kan optimeres.

Vi udøver i Danmark obstetrik og obstetrisk anæstesi på et meget højt niveau og har tradition for samarbejde på tværs af specialerne. Vores viden og teknikker inden for smertelindring udvikles fortsat, og AIB kan være et skridt på vejen til at optimere smertelindring under fødsel. Vi kender endnu ikke de optimale regimer for smertelindring med fødepidural, men det er et spændende område, der fortjener at blive diskuteret og udforsket yderligere.

Korrespondance *Patricia Duch*. E-mail: patricia.duch@regionh.dk

Interessekonflikter Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Nanji JA, Carvalho B. Pain management during labor and vaginal birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;67:100-112. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002
2. Fødselsregisteret. <https://www.esundhed.dk/Emner/Graviditet-foedsler-og-boern/Nyfoedte-og-foedsler-1997-> (22. nov 2023).
3. Bredborg N, Lundstrøm L, Duch P. Forekomst af insufficient fødselsanalgesi på NOH. DASAIM's årsmøde 2022, abstract nr. 0. (tilgængelig ved kontakt til korrespondanceansvarlig forfatter).

4. Tan HS, Zeng Y, Qi Y et al. Automated mandatory bolus versus basal infusion for maintenance of epidural analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;6(6):CD011344. doi: 10.1002/14651858.CD011344.pub3.
5. Anim-Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):CD000331. doi: 10.1002/14651858.CD000331.pub4.