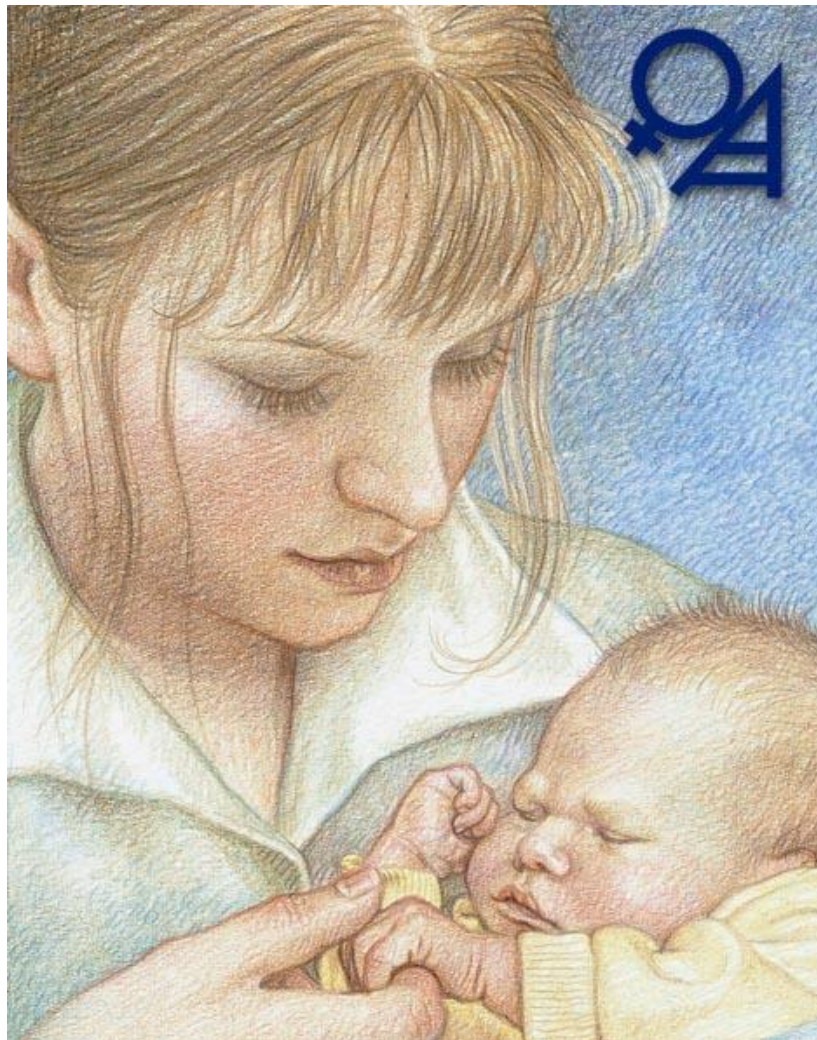


Verkjameðferð í fæðingu

Bæklingi þessum er ætlað að gefa þér almennar upplýsingar um verki við fæðingu og hvað hægt er að gera til að lina þá. Leitaðu upplýsinga, hjá þeim sem sinna þér á meðgöngunni, um hvaða úrræði standa til boða á þeim stað sem þú ætlar að fæða. Við vonum, að þegar þú veist hvers þú mátt vænta og með hjálp þeirrar verkjameðferðar sem þörf er á, verði fæðing barns þíns ánægjuleg reynsla.

Í bæklingi þessum höfum við stuðst við heimildir og listi yfir þær má finna á blaðsíðu 15.

Þessi bæklingur er saminn af Obstetric Anaesthetists' Association.



Við hverju má búast þegar fæðing hefst?

- Þegar líður að lokum meðgöngunnar geturðu orðið vör við að legið harðnar við og við (samdrættir). Þegar fæðing hefst byrja hríðar sem eru reglulegir samdrættir og mikið kröftugri en áður.
- Hríðunum fylgja oftast verkir sem líkjast sárum túrverkjum og versna venjulega mikið þegar líður á fæðinguna. Verkirnir geta verið misslæmir.
- Fyrsta fæðing þín er venjulega lengst og erfiðust.
- Stundum þarf að framkalla fæðingu eða örva hana ef framgangur er hægur en það getur gert fæðinguna sárari.
- Flestar konur notast við margskonar leiðir til að fást við fæðingaverkina (sjá heimild 1 á blaðsíðu 15). Það er mikilvægt að vera opin fyrir því að prófa það sem er í boði og útiloka ekki neitt.

Undirbúningur fyrir fæðingu

Foreldrafræðslunámsskeið eru gagnlegur undirbúningur fyrir fæðinguna. Ljósmeður eða aðrir aðilar sem bjóða upp á þessi námsskeið veita fólki stuðning varðandi foreldrahlutverkið og fæðinguna. Námsskeiðin hjálpa þér að skilja hvað gerist við fæðinguna en það getur minnkað áhyggjur þínar. Á námsskeiðunum munu ljósmeður kynna hvað í boði er til að slá á verkina við fæðinguna. Ef þú þarft ýtarlegri upplýsingar um utanbastsdeyfingu (sprauta í bakið á þér til að deyfa neðri hluta líkamans) getur ljósmóðir séð um að þú fái að tala við svæfingalækni. Ef þú hefur ekki möguleika á að sækja undirbúningsnámsskeiðin getur þú samt sem áður spurt ljósmóður þína um hvað stendur til boða til að minnka verkina. Þú ert þá betur undir það búin að geta rætt þau mál við ljósmóðurina sem verður með þér í fæðingunni. Staðurinn sem þú velur til að fæða barnið þitt getur haft áhrif á sársaukaupplifun þína. Ef þú ert örugg og þér líður vel á þeim stað sem þú velur verðurðu afslappaðri og minna kvíðin vegna fæðingarinnar (sjá heimild 2 á blaðsíðu 15). Sumar konur munu því velja að eiga barnið heima meðan aðrar konur eru öruggari með að þann stuðning sem er í boði á sjúkrahúsum og fæðingastofnunum. Á mörgum sjúkrahúsum er reynt að útbúa fæðingaherbergin þannig að þau verði sem heimilislegust og þér gefin möguleiki á að spila þá tónlist sem hjálpar þér að slaka á. Ef þú ætlar að fæða á sjúkrahúsi eða fæðingastofnun getur verið hjálplegt að fá að skoða sig um og kanna hvaða aðstaða er í boði.

Meðan á fæðingunni stendur getur hjálpað að hafa með sér maka eða vin til stuðnings (sjá heimild 3 á blaðsíðu 15). Það er mikilvægt að þú ræðir við þann sem verður með þér um hvað það er sem þú hefur áhyggjur af og hvað þú ætlast til svo þau geti hjálpað þér að einbeita þér meðan á fæðingunni stendur.

Hvers konar verkjastilling er í boði?

Það er erfitt fyrir þig að vita fyrirfram hverskonar verkjastilling passar þér best. Ljós móðirin sem er með þér við fæðinguna er sá aðili sem best getur hjálpað þér. Hér á eftir eru nokkrar staðreyndir um helstu verkjastillingar sem gætu staðið þér til boða.

Sjálfs hjálp

- Róleg öndun eykur súrefnið fyrir vöðvana og minnkar verkina. Meðan þú einbeitir þér að öndunina hugsarðu minna um verkina á meðan.
- Það getur verið erfitt að slaka á meðan þú ert með verki. Þess vegna getur verið gagnlegt að æfa sig áður en fæðingin byrjar. Það eru margar aðferðir sem þú getur lært til að ná fram slökun.
- Nudd getur verið notalegt og slakandi.



Notkun fæðingalaugar í fæðingu

Það eru ekki margar rannsóknir sem hafa kannað kosti og galla þess að nota fæðingalaug. Samt sem áður hefur verið sýnt fram á að verkir verða minni og það eru minni líkur á því að þú þurfir utanbastsdeygingu til að minnka verkina (sjá heimild 4 á blaðsíðu 15). Það er þó rétt að hafa í huga að ef vatnið er of heitt getur það valdið aukinni streitu hjá barninu en rannsóknir hafa þó sýnt að það er hvorki aukin áhætta fyrir þig né barnið þitt að vera ofan í fæðingarlaug í fæðingunni. Ljós móðirin mun fylgjast með framgangi fæðingar og fylgjast með líðan barnsins. Margar fæðingarstofnanir hafa fæðingalaugar en það er ekki öruggt að þær verði lausar þegar þú þarft á þeim að halda. Kannaðu hjá ljósmóður þinni hvort til eru laugar og hvort það sé mögulegt fyrir þig að nota þær.

Óhefðbundnar aðferðir

(þær byggja ekki á notkun lyfja)

Óhefðbundnar aðferðir (til dæmis, ilmkjarnaolíumeðferð) getur hjálpað sumum konum að takast á við verkina í fæðingu. Ef þú hefur hugsað þér að notfæra þér þessar aðferðir er mikilvægt að þú fái ráðleggingar frá einstaklingum sem hafa kunnáttu til þess. Bæklingur þessi fjallar ekki um hómópatíu (notkun á mjög daufum blöndum til að minnka verki) og grasalækningar (efni unnin úr jurtum).

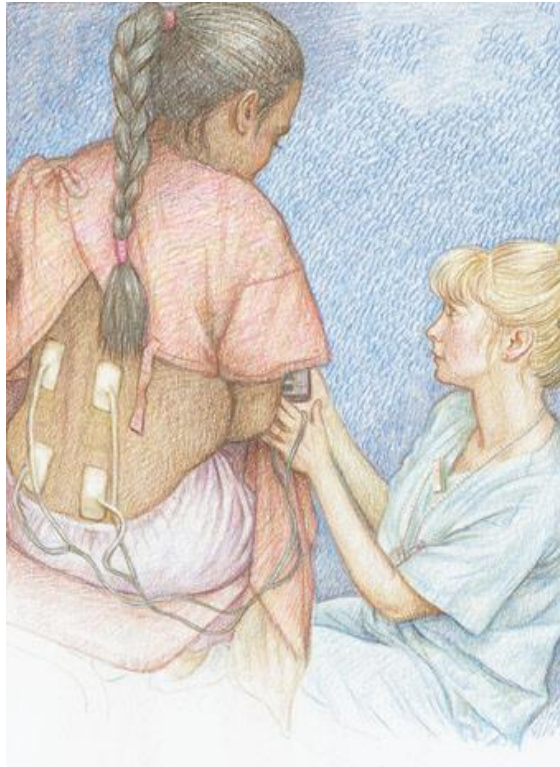
- **Ilmkjarnaolíumeðferð** felur í sér að notaðar eru óblandaðar ilmkjarnaolíur til þess að minnka kvíða, bæta líðan og hvetja þig til að berjast áfram

- **Svæða- og viðbragðsmeferð** byggir á því að punktar á höndum og fótum tengjast punktum annarsstaðar á líkama þínum. Við vitum ekki hvernig þetta virkar en það getur verið á svipaðan hátt og nálastungumeðferðin (sjá á eftir). Sá sem gefur meðferðina nuddar venjulega þá punkta á fótunum sem tengjast þeim hluta líkamans sem verkjar í.

- **Dáleiðsla og nálarstungumeðferð**

Báðar þessar aðferðir eru notaðar af fjölda kvenna til að hjálpa þeim gegnum fæðingu. Mjög fáar fæðingaeiningar sem tengjast NHS veita þessa þjónustu þannig að þú verður sjálf fyrir fæðinguna að útvega þér hæfan aðila. Dáleiðsla getur dregið athyglina frá verkjunum. Hægt er að þjálfá sjálfa sig í dáleiðslu (sjálf-dáleiðsla) meðan á meðgöngu stendur. Annars verður þú að hafa dáleiðanda með þér í fæðingunni.

Nálastungumeðferð byggir á því að nálum er stungið í punkta á líkama þínum til að minnka verkina. Meðferðaraðilinn þarf að vera með þér á meðan á fæðingu stendur. Nokkrar rannsóknir benda til þess að konur sem fá þessa meðferð gangi betur að takast á við fæðinguna og noti minna af lyfjum til að minnka verkina (sjá heimildir á blaðsíðu 15). Samt sem áður eru ekki allsstaðar til staðar þjálfaðir meðferðaraðilar og þjónusta þeirra getur verið frekar dýr.



Taugaörvun um rafskaut á húð (TENS)

- Vægur rafstraumur er látin fara um fjögur flöt rafskaut sem eru fest við bakið á þér. Þetta veldur kitlandi tilfinningu. Þú getur sjálf stillt styrk straumsins.
- Þetta hjálpar stundum í byrjun fæðingar sérstaklega við bakverkjunum. Ef þú leigir þetta getur þú sjálf byrjað að nota þetta heima. Sum sjúkrahús lána þetta út.
- Þetta hefur engin neikvæð áhrif á barn þitt.

Þó þú getir mögulega komist í gegnum fæðinguna með raförvun þá er líkleggra að þú þurfir einhverskonar aðra hjálp á seinni stigum hennar.

Glaðloft (Entonox)

(50% blanda af hláturgasi og súrefni)

- Þú andar þessu að þér gegnum grímu eða munnstykki.
- Þetta er einfalt, hraðvirkt og stuttvirkt.
- Stundum kemur svimatilfinning eða velgja í smá tíma.
- Þetta skaðar ekki barnið og gefur þér auka súrefni sem getur verið jákvætt fyrir þig og barnið.
- Þetta verkjastillir ekki fullkomlega en getur hjálpað
- Þetta má nota hvenær sem er meðan á fæðingunni stendur.

Þú stjórnar því sjálf hvað þú notar glaðloftið mikið en tímasetningin er mjög mikilvæg. Það er mikilvægt að þú byrjar að nota það strax og þú finnur að hríð er að koma því þá verður verkun í hámarki þegar verkirnir eru verstir. Þú ættir ekki að nota það milli hríða eða langan tíma í einu, því það getur orsakað svima og dofatilfinningu. Sumstaðar er öðrum efnum blandað í glaðloftið til að gera það kröftugara en jafnframt gerir það þig syfjaðri.



Ópíóíðar: morfínlík verkjalyf

Ópíóíðar eru verkjalyf eins og petidín og díamorfín (sem er meira og meira notað í Bretlandi). Dæmi um aðra ópíóíða eru morfín, meptazínol, fentanýl og remifentanýl. Öll þessi lyf verka á svipaðan hátt.

- Ljósmóðir gefur þau venjulega með því að sprauta þeim í stóran vöðva á hand- eða fótlegg.
- Verkjastilling er oft takmörkuð. Byrjar eftir hálf tíma og stendur nokkrar klukkustundir.
- Það verkar ekki eins vel og hláturgas.
- Þó verkjastillingin geti verið takmörkuð finnst sumum konum að þær nái að slaka á og hafi minni áhyggjur af verkjunum (sjá heimild 6 á blaðsíður 15)
- Aðrar konur verða fyrir vonbrigðum vegna áhrifa ópíóíða á verkina og finnst eins og þær hafi minni stjórn á ástandinu.

Aukaverkanir

- Ópíóíðar geta gert þig þreytta.
- Þeir geta valdið ógleði en oft er gefið með þeim ógleðistillandi lyf.
- Þeir seinka magatæmingu sem getur verið vandamál ef þarf að svæfa þig.
- Þeir geta hægt á önduninni. Þá þarf að gefa þér súrefni og fylgjast með súrefnismettuninni.
- Þeir geta tafið að barnið taki fyrsta andartakið en það er hægt að gefa því sprautu til fyrirbyggja það.
- Þeir geta gert barnið syfjað og valdið því að það nærast ekki eðlilega (sérstaklega eftir petidín).
- Ef þú færð ópíóíða rétt fyrir fæðinguna verða áhrif þess á barnið lítil.

Sjúklingastjórnun verkjastilling (PCA)

Það er einnig hægt að gefa ópíóíða beint í æð, en þá koma áhrifin fyrr. Þetta er gert með pumpu sem þú stjórnar sjálf með því að ýta á hnapp tengdan pumpunni. Þessi aðferð er notuð á nokkrum sjúkrahúsum ef utanbastsdeyfing (sprauta í bakið á þér til að deyfa neðrihluta líkamans) er ekki möguleg eða þú vilt ekki fá hana.

Með þessari aðferð getur þú gefið þér smá skammta af ópíóíðum þegar þú þarft. Þú stjórnar því hve mikið þú færð. Til öryggis er dælan þó stillt þannig að viss tími þarf að líða milli skammta. Samt sem áður er það svo að ef þú þarft að nota þessa meðferð í langan tíma getur lyfið hlaðist upp í líkamanum og valdið aukaverkunum bæði hjá þér og barninu. Nokkrar fæðingaeiningar nota ópíóíð sem nefnist remifentanil (sjá heimild 7 og 8 á blaðsíðu 15). Það lyf brotnar mjög hratt niður í líkamanum þannig að áhrif þess standa stutt. Þetta er kröftugt verkjalyf en hægir einnig auðveldlega á önduninni og því þarf að fylgjast náið með þér á meðan. Þó er auðvelt að laga það og það hefur ekki áhrif á barnið.

Utanbasts- og mænudeyfingar

- Utanbasts- og mænudeyfing er flóknasta verkjastillandi aðferðin og er lögð af svæfingalækni.
- Svæfingalæknir er læknir sem er sérþjálfður í m.a. deyfingum og svæfingum. Verkjaleyfi í aðgerðum næst með því svæfa sjúklinginn eða leggja hjá honum utanbasts- eða mænudeyfingu. Frekari upplýsingar um þessar aðferðir og keisaraskurði má fá í bæklingnum Keisaraskurður: Valkostir, svæfing eða deyfing. Á síðustu síðu þessa bæklingu eru upplýsingar um hvar þú getur nálgast þennan bækling.
- Utanbasts- og mænudeyfingar eru virkustu verkjastillandi aðferðirnar.
- Þegar lögð er utanbastsdeyfing er stungið með nál í neðrihluta hryggjarins og síðan þræddur leggur (mjög grönn slanga) inn að taugarótunum í hryggnum hjá þér. Nálin er síðan tekin og leggurinn notaður til að gefa verkjastillandi lyf meðan á fæðingunni stendur. Verkjalyfin geta verið staðdeyfilyf sem deyfir taugarar, smá skammtar af ópíóíðum eða blanda af þeim báðum.
- Það getur tekið um 40 mínútur þar til deyfingin nær að verka (þá er tekin með bæði tíminn sem tekur að leggja deyfinguna og láta hana virka).
- Þú átt ekki að finna fyrir syfju eða ógleði af utanbastsdeyfingu.
- Utanbastsdeyfing eykur líkur þess að nota þurfi sogklukku eða töng við fæðinguna.
- Venjulega er hægt að nota deyfilegginn til að verkjastilla ef leggja þarf sogklukku, töng eða gera keisaraskurð.
- Utanbastsdeyfing hefur nánast engin áhrif á barnið.

Mænudeyfing og samantvinnuð mænu- og utanbastsdeyfing (CSE)

Utanbastsdeyfingin verkar frekar hægt sem er galli ef fæðing er langt gengin. Ef verkjalyfið er gefið beint í pokann sem umlykur mænuvökvan virkar það strax. Þetta er það sem kallast mænudeyfing. Ekki er hægt að sprauta nema einu sinni því enginn leggur er lagður eins og við utanbastsdeyfingu. Ef lagður er utanbastsleggur líka er aðferðin kölluð samantvinnuð mænu- og utanbastsdeyfing. Á nokkrum stöðum er þessi aðferð notuð hjá nánast öllum konum sem þurfa á kröftugri verkjameðferð að halda í stað þess að leggja bara utanbastsdeyfingu. Annarsstaðar er þessi aðferð aðeins notuð í undantekningartilfellum.

Hverjar geta fengið utanbastsdeyfingu og hverjar ekki?

Flestir geta fengið utanbastsdeyfingu en nokkur vandamál (eins og klofinn hryggur, fyrri aðgerðir á hrygg eða blóðstorkuvandamál) geta komið í veg fyrir að þú getir fengið hana. Best er að þú kannir þetta áður en kemur að fæðingunni. Ef vandamál tengjast fæðingunni eða hún dregst á langinn er hugsanlegt að ljósmóðirin eða fæðingalæknirinn ráðleggi þér að fá utanbastsdeyfingu til að hjálpa þér eða barninu. Ef þú ert í yfirþyngd getur verið erfiðara og tímafrekara að leggja utanbastsdeyfinguna. Samt sem áður virkar hún jafn vel og hjá öðrum þegar hún er kominn á sinn stað.

Hvernig er deyfingin lögð?

Fyrst þarf að setja æðalegg í handlegg hjá þér og gefa vökva. Það getur þó verið að þú sért þegar komin með æðalegg og jafnvel vökva af öðrum ástæðum t.d. ef þú hefur þurft hríðarörvandi lyf eða ógleðistillandi lyf. Þú þarf síðan að leggjast á hliðina og beygja þig saman eða setjast upp og beygja þig fram á við. Bakið er því næst sótthreinsað og smá staðdeyfing sett í húðina en sjálf stungan inn að utanbastinu er venjulega ekki sár. Örfín plastslanga er þrædd gegnum nálina að taugunum sem leiða verkina frá leginu. Gætni þarf til að forðast það að gat komi á pokann (bastið) sem umlykur mænuvökvann og mænuna því annars er hætta á höfuðverk eftir á. Það er því mikilvægt að vera kyrr meðan svæfingalæknirinn leggur deyfinguna, en eftir að slangan er komin á sinn stað er í lagi að hreyfa sig. Strax og slangan er komin á sinn stað má sprauta í hana verkjastillandi lyfjum. Venjulega tekur um 20 mínútur að leggja deyfinguna og 20 mínútur fyrir hana að ná fullri verkun.

Meðan deyfingin er að virka mælir ljósmóðirin blóðþrýstinginn reglulega. Svæfingalæknirinn og ljósmóðirin munu einnig ganga úr skugga um að deyfingin verki nægilega með því að athuga hvort kuldaskynið er horfið á kvið og fótum. Einstöku sinnum er verkunin ekki nægjanleg í byrjun og þá þarf svæfingalæknirinn að lagfæra deyfinguna eða jafnvel leggja hana aftur. Meðan á fæðingu stendur má endurtaka lyfjagjöfina í legginn, nota pumpu til að dæla smá skammti stöðugt í legginn eða nota pumpu sem þú stjórnar sjálf (PCEA). Með pumpu sem þú stýrir sjálf getur þú gefið þér skammt af verkjalyfinu þegar þú þarft með því að ýta á hnapp sem tengist pumpunni. Spítalar bjóða venjulega aðeins upp á eina eða tvær af ofannefndum aðferðum til að gefa lyfin í deyfilegginn. Eftir hverja gjöf í deyfilegginn þarf að fylgjast með blóðþrýstingnum á sama hátt og í byrjun. Markmiðið með utanbastsdeyfingunni er að slá á verkina frá hríðunum. Venjulega slær deyfingin líka vel á verkina þegar barnið fæðist.



Sumar konur kjósa að vera ekki alveg tilfinningalausar í fæðingunni svo þær átti sig betur á því hvenær þær eiga að rembast. Utanbastsdeyfinguna er ekki hægt að stilla nákvæmlega, þannig að ef þú vilt ekki vera alveg tilfinningalaus þegar barnið fæðist er viðbúið að það verði líka óþægilegt. Núna er venjulega mögulegt að verkjastilla án þess að það geri neðri hluta líkamans tilfinningaminni og minnki vöðvakraftinn í fótunum. Þessi nýja aðferð kallast „utanbastsdeyfing sem leyfir gang“. Þú getur gefið barni þínu brjóst þó að þú hafið fengið utanbastsdeyfingu.

Hvað ef þú þarft að fara í aðgerð?

Ef þú þarft að fara í keisaraskurð er utanbastsdeyfingin oft notuð í stað þess að svæfa. Sterkara staðdeyfilyf er notað sem gerir neðri hluta líkamans tilfinningalausan. Þetta er öruggara en svæfing fyrir bæði þig og barnið. Ef þú þarft að fara í keisaraskurð og ert ekki með utanbastsdeyfingu má í staðin nota mænudeyfingu. Þá er notuð kröftugri deyfing en þegar mænudeyfing er gefin í fæðingu. Frekari upplýsingar um utanbasts- og mænudeyfingu fyrir keisaraskurði má fá í bæklingnum Keisaraskurður: Valkostir, svæfing eða deyfing. Á síðustu síðu þessa bæklingu eru upplýsingar um hvar þú getur nálgast þann bækling.

Kostir og gallar utanbastsdeyfingar

Hvernig öflum við upplýsinganna?

Við fáum upplýsingar okkar úr slembirannsóknnum eða úr fjöldarannsóknnum.

- Það kallast slembirannsókn þegar konan er meðhöndluð annað hvort með þessari eða hinni aðferðinni og áhrif þeirra síðan borin saman. Slembival ræður hvora meðferðina konan hlýtur (eins og hlutkesti). Rannsóknirnar bera venjulega saman konur sem fá utanbastsdeyfingu og konur sem fá aðra verkjameðferð (eins og ópíumlíkt lyf eða hláturgas) í fæðingunni.

Heimild 9 á blaðsíðu 15 er samantekt allra birtra slembirannsóknna sem fjalla um utanbastsdeygingu í fæðingu. Samanburðurinn var gerður af Cochrane gagnagrunninum, sem er óháð vísindastofnun. Áhrif utanbastsdeyginga sem verður fjallað um hér á eftir er úr þessum gagnagrunni nema annað sé tekið fram.

Í nokkrum slembirannsóknnum hafa allar konurnar fengið utanbastsdeygingu en magn ópíumlíkra lyfja hefur verið slembiákvarðað.

- Fjöldarannsókn er notuð til að athuga hvað gerist við deyginguna og á eftir. Þetta er eina leiðin til að kanna mjög sjaldgæfar upptakomur.

Eftirfarandi upplýsingar byggja á niðurstöðum slembirannsóknna.

Kostir þess að fá utanbastsdeygingu

- Utanbastsdeyging slær betur á verki en nokkur önnur meðferð.
- Með utanbastsdeygingu verður sýrustig blóðs nýburans eðlilegra (sjá heimild 10 á blaðsíðu 15).
- Með utanbastsdeygingu þarf sjaldnar að nota lyf til að örva öndun nýburans en þegar notaðir eru ópíóíðar sem gefnir eru á annan hátt (í vöðva eða æð)

Þættir sem utanbastsdeyging hefur ekki áhrif á

- Með utanbastsdeygingu er ekki aukin hættu á keisaraskurði.
- Það er ekki aukin hættu á langvarandi bakvandamálum. Bakverkir eru algengir á meðgöngu og einnig á eftir. Það getur verið aumur blettur á bakinu eftir utanbastsdeyginguna, en það er sjaldgæft að það standi mánuðum saman. (sjá heimild 11 á blaðsíðu 15).

Áhætta þess að fá utanbastsdeygingu

- Með utanbastsdeygingu eru 14% líkur á því að barnið fæðist með sogklukku eða töng. Án utanbastsdeygingar eru líkurnar 7%.
- Með utanbastsdeygingu er annað stig fæðingarinnar (þegar leghálsinn er orðinn fullopin) lengra og það eru auknar líkur á því að nota þurfi hriðarörvandi lyf (oxytocin).
- Meiri líkur á því að blóðþrýstingur lækki.
- Fætturnir geta verið slappari meðan utanbastsdeygingin er til staðar.
- Það getur reynst erfitt að pissa og mögulega þarf að nota þvaglegg til að tæma blöðruna.
- Þú getur fundið fyrir kláða.
- Hitinn getur hækkað, sem getur valdið streitu hjá barninu.
- Stærri skammtar af ópíóíðum sem blandaðir eru saman við utanbastsdeyginguna geta gert að verkum að gera þurfi ráðstafanir vegna öndunar nýburans (sjá heimild 12 á blaðsíðu 15) og einnig eru hugsanlega auknar líkur á vandamálum við brjóstgjöfin (sjá heimild 13 á blaðsíðu 15)

Önnur áhætta

- Að öllu jöfnu á utanbastsdeyging ekki að auka hættu á höfuðverk. Samt sem áður mun ein af hverjum 50 konum sem fá utanbastsdeygingu verða fyrir því að utanbastsnálin geri gat á pokann sem umlykur mænudevöðvann (eins og við mænudeygingu). Ef þetta gerist er mögulegt að þú fái mjög slæman

höfuðverk sem getur staðið í daga eða vikur ef hann er ekki meðhöndlaður (sjá heimild 14 á blaðsíðu 15). Ef þú færð mjög slæman höfuðverk þarf svæfingalæknir að ræða við þig og ráðleggja um hvaða meðferð er í boði.

Eftirfarandi upplýsingar byggja á niðurstöðum fjöldarannsókna.

- Áhætta af utanbastsdeyfingum og mænudeyfingum má sjá í töflu á blaðsíðu 14 (sjá heimild 15 – 20 á blaðsíðu 15).
- Um það bil ein af hverjum 13.000 konum fær langvarandi taugaskemmdir eftir utanbastsdeyfinguna sem getur lýst sér sem máttleysi eða náladofa eða dofatilfinning í öðrum fætinum. Samt sem áður getur þú fengið taugaskemmdir hvort sem þú færð utanbastsdeyfingu eða ekki (sjá heimild 15 á blaðsíðu 15). Taugaskemmdir í fæðingu eru í raun um 5 sinnum algengari óháð notkun utanbastsdeyfingar þannig að ein af hverjum 2.500 konum getur lent í því.
- Engar rannsóknir benda til þess að utanbastsdeyfing í fæðingu valdi varanlegri mænutaugabólgu (það er bólgu eða verkjum). Sjá heimild 21 á blaðsíðu 15.

Fáðu viðtal við svæfingalækni ef þú ert áhyggjufull vegna hættu á alvarlegum skaða vegna utanbastsdeyfingar.

Áhætta þess að fá utanbasts- eða mænudeyfinngu vegna fæðingaverkja

Tegund áhættu	Tíðni áhættu	Hve algengt?
Marktæk blóðþrýstings lækkun	Ein af hverjum 50 konum	Einstaka sinnum
Ónóg verkjastilling þannig að annað þarf að nota með Ónóg verkun við keisaraskurð þannig að það þarf að svæfa	Ein af hverjum 8 konum Ein af hverjum 20 konum	Algengt Stundum
Svæsinn höfuðverkur	Ein af hverjum 100 konum (utanbastsdeyfing) Ein af hverjum 500 konum (mænudeyfing)	Sjaldgæft
Taugaskaði (dofi eða kraftleysi á fæti)	Tímabundið – ein af hverjum 1000 konum	Sjaldgæft
Áhrif sem standa lengur en 6 mánuði	Varanlegt – ein af hverjum 13.000 konum	Sjaldgæft
Ígerð í utanbasti	Ein af hverjum 50.000 konum	Mjög sjaldgæft
Heilahimnubólga	Ein af hverjum 100.000 konum	Mjög sjaldgæft
Blæðing í utanbast	Ein af hverjum 170.000 konum	Mjög sjaldgæft
Meðvitundarleysi	Ein af hverjum 100.000 konum	Mjög sjaldgæft
Alverlegir skaðar, svo sem lamanir	Ein af hverjum 250.000 konum	Óhemju sjaldgæft

Nákvæmar tölur um suma þessi þætti eru á reiki eða mismunandi eftir birtum heimildum. Tölurnar að ofan eru því áætlaðar og geta verið breytilegar frá einu sjúkrahúsi til annars.

Heimildir

1. Intrapartum care. Care of healthy women and their babies during childbirth. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 RCOG Press, London.
2. Waldenstrom U Nilsson CA. Experience of childbirth in birth center care. A randomised controlled study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; **73**: 547-554.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Article Number: CD003766. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD003766.
4. Cluett E R, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Article Number: CD000111. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD000111.pub2.
5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Article Number: CD003521. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.
6. Olofsson C, Ekblom A, Ekman-Ordeberg G, Hjelm A, Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1996; **103**: 968-972.
7. Volmanen P, Akural E, Raudaskoski T, Ohtonen P, Alahuhta S. Comparison of remifentanyl and nitrous oxide in labour analgesia. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2005; **49**: 453-458.
8. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; **95**: 504-509.
9. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Article Number: CD000331. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD000331.pub2.
10. Reynolds F, Sharma S, Seed PT. Analgesia in labour and funic acid-base balance: a meta-analysis comparing epidural with systemic opioid analgesia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002; **109**: 1344-1353.
11. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; **312**: 1384-1388.
12. COMET Study Group UK. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *Lancet* 2001; **358**: 19-23.
13. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feierman DE, Martin G, Holzman I. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: a prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005; **103**: 1211-1217.
14. Sudlow C, Warlow C. Epidural blood patching for preventing and treating postdural puncture headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Article Number: CD001791. Date of Issue: 10.1002/14651858.CD001791.
15. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; **75**: 522-526.
16. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; **58**: 962-984.
17. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; **58**: 1114-1118.
18. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anaesthesia* 2005; **14**: 37-42.
19. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anaesthesia* 2005; **14**: 183-188.
20. Ruppen W, Derry S, McQuay H, Moore RA. Incidence of epidural hematoma, infection, and neurologic injury in obstetric patients with epidural analgesia/anaesthesia. *Anesthesiology* 2006; **105**: 394-399.
21. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; **92**: 109-120.

Bæklingur þess var samin af "The Information for Mothers Subcommittee of the Obstetric Anaesthetists' Association".

Í ofanefndri undirnefnd eiga sæti eftirfarandi aðilar:

Dr Michael Kinsella (formaður); Charis Beynon (Fulltrúi National Childbirth Trust); Shaheen Chaudry (Fulltrúi neytanda); Dr Rachel Collis (Sérfræðilæknir svæfingar); Dr Rhona Hughes (Fulltrúi Royal College of Obstetricians and Gynaecologists); Gail Johnson Fulltrúi Royal College of Midwives); Dr Rosie Jones (consultant anaesthetist); Dr Ratnasabapathy Sashidharan (Sérfræðilæknir svæfingar). Sérstakar þakkir færur við Dr Michael Wee (fyrirverandi formaður, Information for Mothers Subcommittee), Dr Michael Bryson, Dr Roshan Fernando and Professor Felicity Reynolds fyrir vinnu þeirra við fyrri útgáfur.

- Upplýsingarnar í bæklingi þessum byggja á áreiðanlegum heimildum. Hluta heimildanna sem stuðst er við má finna í heimildarskránni á blaðsíðu 15.
- Við gefum einnig út bækling sem við köllum Deyfingar og svæfingar fyrir keisaraskurði auk tveggja mynda á tvöföldum DVD disk sem bera heitin Coping with labour pain og Your anaesthetic for Caesarean section.
- Þú getur fundið báða þessa bæklinga á vefsíðu okkar auk fjölda margra þýðinga þeirra.
- Þú getur einnig fengið upplýsingar um verkjameðferð í fæðingu frá vefsíðu National Childbirth Trust, www.nct.org.uk, eða vefsíðunni Midwives Information and Resource Service (MIDIRS) www.infochoice.org.
- Í samstarfi við Royal College of Anaesthetists höfum við sett saman fleiri upplýsingar um utanbastsdeyfingar m.a. Headache after an epidural or spinal anaesthetic og Nerve damage associated with a spinal or epidural injection. Þeim má hlaða niður frá www.youranaesthetic.info.

Hægt er að afla eintaka af báðum bæklingum (fjöldi 50 eða 750) auk tvöfalda DVD disksins með því að nota pöntunarseðilinn sem er á vefsíðunni www.oaformothers.info

OAA Secretariat

Phone: +44 (0)20 8741 1311
E-mail: secretariat@oaa-anaes.ac.uk
Website: www.oaformothers.info

Registered Charity No 1111382
© Obstetric Anaesthetists' Association 2009

3rd edition, January 2008, reprinted October 2009