



MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds universitet

Perinealskydd vid förlossning

Observationer på en förlossningsklinik i Finland

Författare: Maria Andersson och Cathrine Sarvik

Handledare: Eva Persson

Fältstudie

Juni 2005

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Perinealskydd vid förlossning

Observationer på en förlossningsklinik i Finland

Författare: Maria Andersson och Cathrine Sarvik

Handledare: Eva Persson

Fältstudie

Juni 2005

Abstrakt

Under de senaste decennierna har frekvensen rapporterade sfinkterrupturer ökat i Sverige. Kvinnor med sfinkterskador i samband med förlossningen löper en ökad risk att drabbas av anal- och urininkontinens. Studier har visat att nulliparitet och instrumentell förlossning är en signifikant riskfaktor för sfinkterrupturer. Förlängd krystning med >60 minuter hade samband med ökad rupturrisk, liksom avsaknad av perinealskydd och/eller dålig överblick över perineum vid framfödandet. Forskning har även visat att barnets födelsevikt, moderns ålder, uppräta förlossningsställningar, värkstimulerande dropp och perineotomier ökade risken för sfinkterrupturer. Syftet med fältstudien var att observera finska barnmorskors användande av perinealskydd och faktorer som kan ha betydelse för uppkomsten av sfinkterrupturer. Metoden var att studera de finska barnmorskornas perinealskydd. Författarna valde Finland för observationerna eftersom frekvensen sfinkterrupturer är lägre där än i övriga Norden. En modifierad form av Ritgens handgrepp med tänjande av introitus och perineum samt ett oforcerat förlossningsförlopp utan yttre press var de omvårdnadsåtgärder som observerades.

Nyckelord

Perinealskydd, vaginal förlossning, perinealskada, sfinkterrupturer

Institutionen för omvårdnad
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Förord

Författarna vill tacka personalen på Helsingfors Universitet Central Sjukhus (HUCS) förlossningsklinik. Speciellt tack till barnmorskorna Ulla, Jaana, Merja, Hannele, Pirjo, Pirjo, Terhi, Eija, Päivi, Päivi, Kaisa och Tina. Vi tackar också Johan Molin, läkare vid Kvinnokliniken UMAS, för att han varit behjälplig med att ta fram statistik till vår fältstudie. Allra sist men inte minst vill vi rikta ett alldeles speciellt tack till Eva Persson, vår handledare, som har bidragit med goda tankar och idéer på studiens uppläggning och innehåll.

Finska för barnmorskor

Välkommen	Tervetuloa
Barnmorska	Kätilö
Förlossning	Synnytys
Ont	Kipeä
Smärtlindring	Kivunlievitys
Värkar	Poltto
Fostervattenavgång	Lapsivesi mennyt
Blödning	Verenvuoto
Dropp	Tippa
Äta	Syödä
Dricka	Juoda
Kissa	Pissata
Tryck/press neråt	Painaa alaspäin
Krystkänsla	Tarve työntää
Krysta	Työntää
Fortsätt bara	Jatkaa vaan
Igen/en gång till	Viela
Lite till	Vielä vähän
Andas	Hengittää
Grattis	Onnea
Flicka	Tyttö
Pojke	Poika
Tack	Kiitos
Bra	Hyvä

Innehållsförteckning

Abstrakt	1
Förord	2
Finska för barnmorskor	2
Introduktion.....	4
Introduktion.....	4
Bakgrund	4
Historik	4
Anatomi/perinealskydd	5
Bristningar	7
Riskfaktorer för perinealskada.....	7
Nulliparitet	7
Stort barn.....	7
Moderns ålder	8
Förlossningsställningar.....	8
Oforcerad-forcerad krystning.....	8
Förlängd krystning	9
Syntocinon.....	9
Perineotomi	9
Instrumentell förlossning	10
Förlossningstidpunkt	10
Pågående projekt	11
Utbildning och undervisning	12
Syfte	13
Metod	13
Urval	13
Genomförande	13
Etisk avvägning	13
Resultat	14
HUCS	14
Nulliparitet	14
Stort barn.....	14
Moderns ålder	14
Förlossningsställningar.....	14
Oforcerad/forcerad krystning.....	15
Förlängd krystning	15
EDA/Syntocinon	15
Perineotomi	15
Instrumentell förlossning	15
Förlossningstidpunkt	15
Perinealskydd.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	17
Konklusion.....	20
Referenser.....	21
Sammanställning av observationerna på HUCS	23

Introduktion

Från de flesta kvinnokliniker i Sverige har en stigande sfinkterrupturfrekvens rapporterats under 80-och 90-talen (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, SFOG, 2001). Det har ifrågasatts om detta utgör en äkta ökning av andelen sfinkterrupturer eller om ökningen är orsakad av förändrad och möjligen förbättrad rapportering. I litteraturen finns det inte mycket beskrivet om hur barnmorskan på bästa sätt kan förebygga perineala rupturer eller om manuellt perinealskydd vid barnets framfödande kan påverka andelen sfinkterrupturer i positiv riktning (Bennet, 1999; Zetterström, Lopès, Anzén, Norman, Holmström & Mellgren 1999; Pirhonen, Grenman, Haadem, Gudmundsson, Lindqvist & Siihola et al. 1998). En relativt stor andel kvinnor får kvarstående besvär efter sfinkterrupturer i samband med förlossning, särskilt inkontinens för gas och/eller faeces (Zetterström et al. 1999). I Pirhonen et al. (1998) studie, gjord i Åbo, användes rutinmässigt manuellt perinealskydd vilket tolkades som anledningen till deras låga (0,4 %) sfinkterrupturfrekvens. Backe och Sahlin (2005) har sammanställt statistik från födelseregister i de nordiska länderna. Från Danmark, 2003 och Sverige, 2002 rapporterades siffror på 3,2 % respektive 3,8 % för sfinkterrupturer. Från båda länderna rapporteras en ökning av sfinkterrupturfrekvensen. Siffror från Norge 2002 visar att 4,3 % av de födande får sfinkterrupturer. Finland har undgått ökningen i förekomsten av sfinkterskador. År 2002 fick 0,5 % av kvinnor som födde vaginalt en sfinkterruptur. Författarna till denna fältstudie valde därför att åka till Finland för att observera finska barnmorskors perinealskydd. Då författarna gjort sin barnmorskepraktik på Universitetssjukhuset Malmö Allmänna sjukhus (UMAS) redovisas förlossningsstatistik för 2000-2004 i arbetet.

Bakgrund

Historik

Under de senaste decennierna har frekvensen rapporterade sfinkterrupturer ökat. De drabbade kvinnorna lider både emotionellt, fysiskt och sexuellt. En tredjedel av kvinnorna med sfinkterrupturer uppgav i Wagenius och Laurins studie (2003) att analinkontinens påverkade

dem i det dagliga livet. Trots detta sökte endast ett fåtal av kvinnorna specialistvård för sina besvär vilket förmodligen berodde på att de upplevde problemet pinsamt och svårt att tala om (a.a). Enligt SFOG (2002) har kvinnor med sfinkterskador ca 40-50 % ökad risk för kroniska besvär som gas-, faecesinkontinens, trängningar och smärtor i underlivet. I Zetterström et al. (1999) studie framkom det att 41 % av kvinnor med sfinkterrupturer hade bestående problem med avförings- och gasinkontinens fem månader efter förlossningen. Av UMAS förlossningsstatistik (2004) framgår att 3707 kvinnor förlöstes och av dessa ådrog sig 127 kvinnor (4 %) sfinkterrupturer (J. Molin, personlig kommunikation, april, 2005).

Anatomi/perinealskydd

Perineum är det område hos kvinnan som ligger mellan anus och vaginalmyrningen. Anatomiskt är det muskulatur och bindväv som utgör bäckenhålans nedre begränsningar. Perineums funktion är att stödja och bära upp bäckenbottenorganen. Under krystningsskedet blir perineum vid framfödandet av huvudet hög och spänd (Faxelid, Hogg & Kaplan, 2001; Benett, 1999). Iakttagelser och inspektion av perineum under utdrivningsskedet innebär att barnmorskan kan upptäcka tidiga tecken på bristningar. En vitnande perineum kan tyda på risk för bristningar och ibland ses små blodsdroppar på perineum vilket kan tyda på bristningar på insidan. En låg perineum med samtidiga tecken på bristning kan öka risken för en totalruptur dvs. bristningar i ytlig vävnad, muskler i perineum och analsfinktern samt i rektalslemhinnan. För att kunna minska risken för bristningar kan kvinnan förbereda perineum med massage några veckor före beräknad partus (a.a). Massage av perineum hos förstföderskor under de sista veckorna före partus gjorde i Eason, Labrecque, Wells och Feldman (2002) studie att kvinnorna hade en något mindre risk för bristningar och rupturer. Kvinnan kan också informeras och uppmuntras om vikten av att slappna av och krysta försiktigt då huvudet framföds. När barnets huvud ska ut skyddar barnmorskan perineum med en hand och håller tillbaka huvudet med den andra under några krystvärkar (se bild A och B). Syftet med denna manöver är att tillåta perineum att tänja ut vävnaden sakta så att penetreringen av introitus inte sker för snabbt, då detta kan leda till stora bristningar (Jandér & Lyrenäs, 2001).

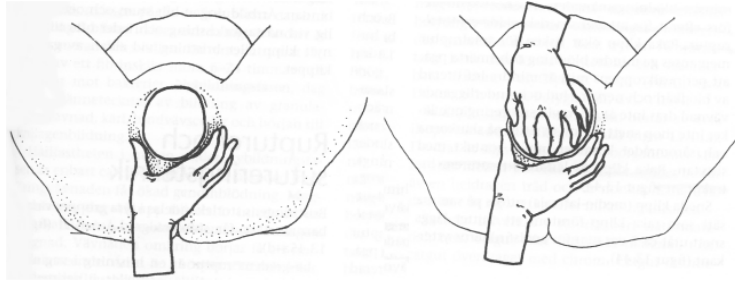


Bild A.

Bild B.

Figur 1. Faxelid et al. sid 175, (2001).

I Pirhonens et al. (1998) studie som jämförde rutiner i samband med förlossning mellan en klinik i Åbo, Finland, med låg (0.4 %) frekvens sfinkterrupturer och kvinnokliniken i Malmö med relativt hög (2.7 %) frekvens, visades skillnader i handläggningsrutiner mellan klinikerna. I Åbo användes rutinmässigt manuellt perinealskydd (med eller utan Ritgens handgrepp, se bild C och D) men inte i Malmö, vilket tolkades som huvudorsaken till skillnaden i andelen sfinkterrupturer. I McCandlish (2001) studie jämfördes två olika sätt att utföra perinealskydd. I den ena gruppen användes alltid manuellt handgrepp och i den andra gruppen fanns en avvaktande hållning och perinealskydd användes endast vid behov. I den första gruppen var sfinkterrupturerna något mindre, dock ej signifikant. Enligt SFOG:s rapport (2001) är avsaknad av perinealskydd en ökad risk för sfinkterrupturer. De rekommenderar alltid perinealskydd med eller utan Ritgens handgrepp och att sörja för en god överblick över perineum.

Perinealskydd med Ritgens handgrepp görs genom att barnmorskan håller vänster hand på barnets huvud. Det är den handen som ”bromsar” huvudet om det ser ut att komma för snabbt. Med fingrarna kan barnmorskan försiktigt föra tillbaka labia och den uttunnande perineum när huvudet skär igenom. Den högra handens tumme och pekfinger placeras på var sin sida om introitus och de övriga fingrarna söker efter ett tag om fostrets haka (SFOG, rapport nr 46, 2001).

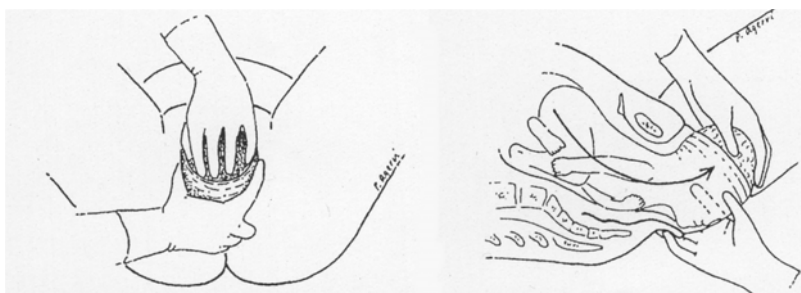


Bild C.

Bild D.

Figur 2. (SFOG, s 42, 2001).

Bristningar

Av alla kvinnor som föder vaginalt får 85 % någon form av bristning (McCandlish, 2001).

Bristningens storlek delas in i fyra grupper varav barnmorskan får suturera grad 1 och 2. Grad 3 och 4 ska alltid sutureras av läkare (Kettle, 2004).

- *Grad 1* – vaginalslemhinna, introitus och huden, men inte underliggande vävnad
- *Grad 2* – vaginalslemhinna, introitus, huden och muskler i perinealvävnad, men inte i sfinktern
- *Grad 3* – vaginalslemhinna, introitus, huden, muskler i perinealvävnad och sfinktern
- *Grad 4* – vaginalslemhinna, introitus, huden, muskler i perinealvävnad, samt sfinktern och rektalslemhinnan

Figur 3. Definition av bristning (Kettle, 2004).

Instrumentell förlossning, fosterasfyxi och vaginal prematur förlossning kan vara indikationer för perineotomi. Perineotomier läggs medialt (rakt klipp) eller medio-lateralt (snett klipp). För att minska blödningsmängden görs det när perineum är utspänt. Perinealskydd utförs efteråt för att minska risken för totalruptur (State of the Art, 2001).

Riskfaktorer för perinealskada

Nulliparitet

I flera studier har det framkommit att förstföderskor har en större risk för sfinkterrupturer. Både Zetterström et al. (1999) och Jandér och Lyrenäs (2001) har kommit fram till att nulliparitet var en signifikant riskfaktor för sfinkterrupturer. Detta är också beskrivet av Faxelid, Hogg & Kaplan, 2001 och Samuelsson, 2002. Förlossningsstatistik från Malmö UMAS (2000-2004) bekräftar även detta (se tabell 1, s 11).

Stort barn

Hos kvinnor med högt Body Mass Index (BMI), > 30, ökar risken för komplikationer både vid såväl operativa som normala förlossningar och hos överviktiga kvinnor är det även vanligare med förlossningsskador. En av orsakerna till detta är en högre vikt hos barn till

obesa kvinnor. Dessutom tar utdrivningsskedet längre tid (Samuelsson, 2002). UMAS förlossningsstatistik visar emellertid att BMI inte hade någon inverkan på perinealskador, (se tabell 1). Jandér och Lyrenäs (2001) menar att om barnets vikt är > 4000 g ökar risken för perinealrupturer. Andra orsaker till stora barn är överburenhet, barn till mammor med diabetes och ärftlighet (a.a.). Som framgår av tabell 1, s 11, visar statistiken att det föreligger en signifikant ökad risk för perineala skador om barnet väger >5000gr.

Moderns ålder

Om moderns ålder är över 35 år ökar risken för perinealrupturer. Detta beror antagligen på mindre elastisk perinealvävnad (Jandér & Lyrenäs, 2001).

Förlossningsställningar

Valet av förlossningsställning kan också påverka graden av perineala skador. I en studie av Shorten, Donsante och Shorten (2002) framkom det att olika förlossningsställningar hade olika effekt på perineum. Sidoläge var den mest gynnsamma förlossningsställningen för att minska risken för perineala skador och episiotomi utfördes mer sällan på dessa kvinnor. Speciellt hos förstföderskor utgjorde huksittande ställning störst risk för sfinkterruptur. I Zetterstöm et al. (1999) studie fanns det en indikation på att knästående ställning utgjorde en ökad risk för sfinkterrupturer. Detta bekräftades även i studien av Jandér och Lyrenäs (2001) där resultatet visade att upprätta positioner som huksittande, knästående och stående ger en ökad risk för sfinkterrupturer. I dessa positioner kan kvinnan krysta med väldigt stor kraft samtidigt som barnmorskan får svårt att kontrollera och skydda perineum.

Oforcerad-forcerad krystning

Oforcerad krystning innebär att kvinnan krystar efter sin egen krystimpuls och tar paus emellan. Vid forcerad krystning är det barnmorskan som styr kvinnan när och hur länge hon skall krysta. Denna teknik användas t ex om kvinnan inte känner sina krystvärkar eller om barnet måste utförskaffas fort. Forcerad krystning leder till ökad risk för patologiska fosterljud, lägre pH i navelsträngsblod och risk för lägre Apgarpoäng samt ökad risk för perinealskador (Faxelid et al. 2001). Om krystskedet sker för fort kan barnmorskan be kvinnan att andas ut när perineum börjar se ansträngd ut och barnmorskan kan vid behov hålla emot under värk. Detta kan göras genom att ena handen utanpå perineum och med andra handen försiktigt vägleda ut barnets huvud så att trycket minskar mot perineum (Faxelid et al. 2001; Bennet, 1999; Sultan & Fernando, 2001). Enligt författarnas upplevelse under sin

praktiktid användes yttre press relativt ofta i Malmö, i samband med hotande fosterasfyxi eller uttröttad moder.

Förlängd krystning

I Samuelssons avhandling (2002) framkom det att förlängd krystning med >60 minuter och perinealt ödem hade samband med ökad rupturrisk, liksom avsaknad av perinealskydd och/eller dålig överblick över perineum vid framfödandet. Jandér och Lyrenäs (2001) kom fram till att om vävnaden i perineum var mindre elastisk kunde förlossningen ta längre tid och därmed öka risken för sfinkterrupturer. I Malmö ökar risken markant för att få en perinealskada i samband med förlossningen om krystskeppet varar >60 minuter. Det är även statistiskt signifikant att risken inte ökar om krystskeppet är <15 minuter (se tabell 1).

Syntocinon

Syntocinondropp som värkstimulering är associerat med sfinkterrupturer pga snabbare och mer forcerat förlossningsförlopp. Stimuleringen resulterar i mycket kraftigare värkar och möjligheten till kontroll vid utdrivningen försämras (Samuelsson, 2002). Epiduralanestesi (EDA) leder ofta till värksvaghet och därmed ett ökat användande av Syntocinondropp (State of the Art, SOTA, 2001). På UMAS (2004) fick 11,8 % vaginalförlösta kvinnor EDA. Statistiken visar även att 28,3 % av kvinnorna fick Syntocinon intravenöst i samband med förlossningen (J. Molin, personlig kommunikation, april, 2005). Som framgår av tabell 1, s 11, ger Syntocinondropp en fem gånger högre risk för sfinkterrupturer.

Perineotomi

Spontana bristningar föredras framför perineotomi eftersom de läker bättre, snabbare och ger mindre smärtor och svullnad (Röckner, 1991; SOTA, 2001). I en studie av Shorten et al. (2002) framkom det att det har stor betydelse vem som förlöser och vilken teknik som används vid normala förlossningar, avseende risken för sfinkterrupturer. Perineotomi var fem gånger mindre vanligt när barnmorskor förlöste jämfört med när obstetriker förlöste. Vid barnmorskornas förlossningar förekom färre bristningar i perineum som behövde sutureras och betydligt fler intakta perineum. Studien visade också att när barnmorskestuderande förlöste förekom mindre bristningar samt att de utförde mindre antal perineotomier än obstetriker. Jandér och Lyrenäs (2001) kom fram till att det finns ett stort samband mellan medial perineotomi och sfinkterrupturer. Medio-laterala perineotomier är därför att föredra men bör enligt författarna även det användas restriktivt pga. risken för komplikationer då

bristningen kan fortsätta efter klippet och förvärras betydligt. Malmöstatistiken över perineotomier (2004) var 15,6 %.

Instrumentell förlossning

Sugklocka har generellt ansetts ge färre perinealskador än tång under förlossningens slut. I Jandérs och Lyrenäs studie (2001) var sugklocka en stor riskfaktor för sfinkterrupturer. Halvhög sugklocka hade en högre risk för perinealskador än utgångsklocka. Bidragande orsaker till det höga antalet sfinkterrupturer vid användandet av sugklocka kunde vara inkorrekt teknik av läkaren eller att läkaren drar ut barnets huvud för snabbt och ibland inte i förlossningskanalens riktning (a.a). I Wagenius och Laurins (2003) studie föranledde inte instrumentell förlossning en ökad frekvens av analinkontinens. På UMAS (2004) avslutades 5,3 % av förlossningarna med sugklocka och 0,5 % med tång. Barnmorskeförlossningarna i Malmö har en sfinkterrupturfrekvens på 3 %. Läkarna har en spridning på 3-29 % ruptur vid instrumentell förlossning (J. Molin, personlig kommunikation, april, 2005).

Förlossningstidpunkt

I Jandérs och Lyrenäs studie (2001) var det signifikant fler sfinkterrupturer som uppkom sent på natten mellan kl 03 och kl 06. Anledningen till detta var inte känd. Det kunde bero på att denna tid på dygnet har barnmorskan och läkaren svårare att vara alerta. Trötthet och sämre koncentration från personalen i kombination med att den födande kvinnan också är trött och därmed hade svårare att samarbeta kunde vara bidragande orsaker (a.a.).

Tabell 1. Statistik från förlossningsavdelningen i Malmö, år 2000-2004, över olika riskfaktorer för sfinkterrupturer

	Antal patienter	Rupturer	Frekvens (%)	OR	95% CI
1. Krystskedets längd					
<15 min	4244	42	1	0,3	0,2-0,4
15-60 min	6198	194	3,1	1	
61-120 min	3592	222	6,2	2	1,7-2,5
>120 min	1063	79	7,4	2,5	1,9-3,3
2. Paritet					
0-para	8148	397	4,7	3,5	2,8-4,4
Omfödarska	6968	97	1,4	1	
3. Syntocinondropp					
Ja	4352	221	5,1	1,8	1,5-2,1
Nej	10745	316	2,9	1	
4. EDA					
Ja	1966	113	5,7	1,8	1,5-2,3
Nej	13131	424	3,2	1	
5. Födelsevikt					
>5000 g	46	5	10	3,1	1,2-7,9
4500-4999	413	23	5,6	1,5	1,0-2,3
4000-4499	2123	113	5,3	1,4	1,1-1,8
3500-3999	5299	201	3,8	1	
3000-3499	5140	113	2,2	0,6	0,5-0,7
<3000	2058	29	1,4	0,4	0,2-0,5
6. Body Mass Index					
>35	437	10	2,3	0,8	0,4-1,5
30-34,9	743	20	2,7	0,9	0,6-1,5
25-29,9	2080	69	3,3	1,1	0,8-1,6
20-24,9	4001	116	2,9	1	
<20	986	29	2,9	1	0,7-1,5

Pågående projekt

När Pirhonen et al. (1998) hade publicerat sin studie startades ett projekt i Jönköping för att minska frekvensen perinealskador i samband med förlossning. Tre barnmorskor och en gynekolog åkte till Åbo för att studera deras rutiner för perinealskydd. Detta har resulterat i att barnmorskor och läkare på förlossningskliniken i Jönköping arbetar aktivt för att minska antalet sfinkterrupturer. Riktlinjer för personalen blev att utföra ett aktivt perinealskydd, kontinuerligt repetera detta på avdelningen och lära upp nyanställda. Inga förlossningsställningar användes där barnmorskan inte hade uppsikt över perineum. Vid instrumentell förlossning utför barnmorskan perinealskydd i samband med att läkaren gör en vakuumentraktion (VE). Traktion föredras framför extraktion. Perineotomifrekvensen minskade på fem år, från 24 % till 5,7 %. När huvudet är ute läggs stor vikt på att axlarna framföds i förlossningskanalens riktning. Efter förlossningen fyller barnmorskan och läkaren i ett formulär där trolig orsak till bristningen/rupturen noteras. Dessa formulär utvärderas

efteråt och på så sätt förbättras rutinerna hela tiden. Projektet kommer att avslutas i slutet på maj 2005. De ansvariga för projektet i Jönköping har även ansökt om att få presentera sitt resultat i samband med Barnmorskeförbundets forskningsforum i november 2005 (K. Borg, personlig kommunikation, april, 2005).

I Helsingborg - Lund startades också ett projekt efter publiceringen av Malmö-Åbo studien (Pirhonen et al. 1998) under ledning av Dr Håkan Rydström. Analysen pågår för tillfället. Den preliminära analysen av Helsingborgsmaterialet visar dock att Ritgens handgrepp inte har någon effekt på rupturfrekvensen. Bortfallet blev dock större än förväntat och nu studeras på vilket sätt detta har kunnat påverka resultatet (H. Rydström, personlig kommunikation, mars, 2005).

Utbildning och undervisning

En samarbetsgrupp i SFOG och Svenska Barnmorske Förbundet (SBF) vars uppdrag var att föreslå gemensamma åtgärder för att minimera sfinkterskador kom fram till att det var viktigt att ta reda på hur undervisningen av blivande barnmorskor och blivande gynekologer sker. Vid förfrågan till de olika lärosätena för läkar- och barnmorskeutbildningar framkom det att konsensus saknas angående utbildningarnas undervisning om perineal- och sfinkterskador. Allt ifrån "inget specifikt" till rekommendation av perinealskydd och Ritgens handgrepp lärs ut som förebyggande åtgärder. Utbildning av blivande specialistläkare inom gynekologi och obstetrik sker idag ofta på så sätt att den blivande specialisten, tidigt i utbildningen, introduceras genom bredvidgång med barnmorska under ett par veckor. Således är barnmorskans förhållningssätt till perinealskydd även väsentligt för våra blivande specialister. Samarbetsgruppen var även enig om att ett prestigelöst samarbete på våra förlossningsavdelningar där den som har längst erfarenhet ska kunna bjuda på denna erfarenhet och dela med sig till yngre kollegor oavsett profession är viktigt (SFOG & SBF, 2002; Bennet, 1999).

Författarna önskar studera vilka åtgärder som görs i Finland för att förhindra bristningar och rupturer med förhoppningen att i framtiden kunna minska antalet sfinkterskador under förlossning.

Syfte

Syftet med fältstudien var att observera finska barnmorskors användande av perinealskydd och faktorer som kan ha betydelse för uppkomsten av sfinkterrupturer.

Metod

Urval

Urvalet var de kvinnor som kunde följas under utdrivningsskedet på Helsingfors universitets centralsjukhus (HUUCS) förlossningsklinik i Finland.

Genomförande

En fältstudie har genomförts på förlossningskliniken vid HUUCS. Författarna vistades i 12 dagar i Helsingfors varav sju dagar på förlossningskliniken. Inför observationerna utarbetades en mall som utgick ifrån de riskfaktorer beskrivna i bakgrunden. Författarna valde Finland för observationerna eftersom frekvensen sfinkterrupturer är mycket lägre där än i Sverige. Olika former av perinealskydd som de finska barnmorskorna använde sig av för att minska bristningar och rupturer under förlossningen studerades. Författarna har informerat all berörd personal om examensarbetet och dess observationer. De födande kvinnorna har tillfrågats om de ville delta i observationerna och fått möjlighet att avstå.

Etisk avvägning

Enligt forskningsetiska principer finns inget material som kan identifiera enskilda personer. Alla inblandade har blivit tillfrågade om att delta i observationen och även fått möjlighet att

avstå från delaktighet. Respekt och ödmjukhet har visats alla inblandade (Etiska deklARATIONER och riktlinjer, 1990).

Resultat

HUCS

På förlossningskliniken förlöstes 4684 kvinnor år 2004. Under perioden författarna vistades där observerades 16 kvinnor i förlossningens slutskede. Dessa kvinnor blev omhändertagna av 12 olika barnmorskor. Alla kvinnorna förlöstes i fullgången tid. Ingen var överburen enligt HUCS kriterier för överburenhet, som är 41+3 veckor. Inte någon av kvinnorna fick en sfinkterruptur. Mallen över riskfaktorerna som låg till grund för observationerna redovisas fortlöpande i resultatet och presenteras även i tabellform (se bilaga 1). HUCS hade ingen tillgänglig statistik över sfinkterrupturer och dess riskfaktorer.

Nulliparitet

Av de observerade kvinnorna vid HUCS förlossningsavdelning var sju stycken förstföderskor och nio omföderskor.

Stort barn

Barnen hade födelsevikter mellan 2914 g och 4270 g.

Moderns ålder

De observerade kvinnorna hade en åldersintervall mellan 19-40 år.

Förlossningsställningar

Alla kvinnorna i studien var sängliggande största delen av förlossningsförloppet och uppmanades av barnmorskorna till lägesändring från sida till sida. Kvinnor förlöstes sedan i halvsittande förlossningsställning. Detta enligt barnmorskorna som då skulle kunna ha en bra överblick på perineum och ge ett optimalt perinealskydd.

Oforcerad/forcerad krystning

De flesta kvinnorna (15 av 16) fick följa sin kropps egen takt i krystskeket. Barnmorskorna styrde inte förloppet även om kvinnorna använde sig av fel andnings eller krystteknik. Var det glest mellan värkarna inväntade barnmorskan en ny värk och forcerade inte förloppet. En förlossning avslutades med sugklocka. Läkaren och barnmorskan tog då över och var tvungna att forcera förloppet pga. dåliga fosterhjärtljud. Yttre press får enligt klinikledningen aldrig användas om inte barnet måste utförskaffas omedelbart pga. ökad sfinkter- och uterusrupturrisk. I akuta situationer föredras syntocinondropp eller sugklocka.

Förlängd krystning

Ingen av kvinnorna som observerades krystade >60 minuter.

EDA/Syntocinon

Av 16 kvinnor fick 13 st (81 %) EDA som smärtlindringsalternativ. Detta var högre än HUUS statistik för EDA som år 2004 var 64,9 %. Vid två förlossningar gick förloppet så fort att kvinnorna inte hann få EDA trots att de hade önskat det. En av dessa kvinnor inducerades med hjälp av syntocinondropp. Värkstimulerande dropp gavs till alla kvinnor som hade EDA.

Perineotomi

På en av kvinnorna i studien utfördes ett medio-lateralt högerklipp pga hotande fosterasfyxi. HUUS statistik för perineotomier (2004) var 31,1 %. Enligt barnmorskorna på kliniken har denna frekvens sjunkit de senaste åren, pga att de idag inte klipper alla förstföderskor rutinmässigt.

Instrumentell förlossning

En förlossning avslutades med en utgångsklocka (Kiwi) pga hotande fosterasfyxi. På HUUS är det endast läkare som utför instrumentella förlossningar. Statistiken över hur många förlossningar som avslutades med VE (2004) var 7,7 %.

Förlossningstidpunkt

Författarna till studien utförde observationerna på dag och kvällstid och kunde därför inte göra några iakttagelser nattetid.

Perinealskydd

Alla barnmorskorna använde sig av någon form av perinealskydd. Av 12 barnmorskor använde sig nio av det som i studien beskrivs som modifierad Ritgen (se bild C, s 6). De kontrollerade huvudets genomskärning med ena handen som då ”bromsar” huvudet om det ser ut att komma för snabbt. Med fingrarna förde barnmorskan tillbaka labia och den uttunnande perineum när huvudet skar igenom. Tummen och pekfingeret på den andra handen tryckte mot perineum medan de övriga fingrarna stöttade ändtarmen för att minska huvudets tryck. En barnmorska använde sig av Ritgens handgrepp (se bild D, s 6). En hade endast perinealskydd (se bild A, s 6) medan en använde sig av alternativ A pga. att förlossningen avslutades med en sugklocka. Författarna observerade också att de flesta barnmorskor aktivt tånjde introitus och perineum i samband med att barnets huvud syns i vulva.

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att göra icke delaktiga observationer när de finska barnmorskornas handhavande under utdrivningsskedet skulle studeras. Det finska språket gjorde det lättare att förhålla sig passiv men det kan ha ökat risken för att kommunikation mellan barnmorskan och den födande kvinnan gick förlorad.

All berörd personal hade informerats om examensarbetet och observationerna som skulle utföras. Resultatet kunde eventuellt ha blivit annorlunda om denna information inte hade givits. Barnmorskorna hade kanske ett mer aktivt förhållningssätt när de visste vad som skulle studeras. Observationerna gav dock en bild av hur den gamla traditionella manuella färdigheten av perinealskydd användes.

Resultatdiskussion

Det är viktigt att barnmorskan känner till riskfaktorerna för uppkomst av perineala bristningar och vad konsekvenserna blir samt vilka åtgärder som bör göras för att undvika detta. Många riskfaktorer påverkar varandra t ex. om kvinnan är förstföderska och barnet är stort kan detta leda till ett förlängt krystskede samt behov av värkstimulerande dropp. Detta kan tillsammans ge en ökad risk för skador på perineum pga att förlossningen forceras.

Av de observerade kvinnorna vid HUCS förlossningsavdelning var sju stycken förstföderskor och nio omföderskor. Ingen av kvinnorna fick en sfinkterruptur. I artiklarna av Zetterström et al. (1999); Jandér och Lyrenäs (2001) samt Samuelsson et al. (2001) framkom det att nulliparitet var en signifikant riskfaktor för sfinkterrupturer. Enligt UMAS statistiken löpte förstföderskor den överlägset mest signifikanta risken för sfinkterrupturer (3,5 gånger ökad risk). HUCS hade ingen tillgänglig statistik över sfinkterrupturer. Barnmorskorna berättade att frekvensen kunde vara 4-5/månad. Enligt barnmorskorna fördubblades frekvensen i slutet av 2004 och all personal blev involverade i att ta reda på vad detta kunde bero på. Frekvensen sjönk igen efter ett par månader utan att några åtgärder hade vidtagits. Förlossningskliniken väntar på ett datasystem för att börja föra datajournal (idag skrivs allt för hand). Personalen hoppas då att de lättare ska kunna få en överblick över olika komplikationer i samband med förlossning. En anledning till att sfinkterrupturfrekvensen sjönk igen så snabbt kan vara att när all personal blev medvetna om ökningen, började de omedvetet att tänka på vilken överblick de hade över perineum.

Enligt Jandér och Lyrenäs (2001) ökade risken för perinealrupturer om barnets vikt var över 4000 g. Två barn i studien vägde över denna vikt och av dessa kvinnor fick den ena ingen bristning alls och den andra en perinealbristning grad 2. Denna bristning kunde också bero på att kvinnan var förstföderska och att förlossningen forcerades med hjälp av en sugklocka. På UMAS visade statistiken 2000-2004 ingen signifikant ökning av sfinkterrupturer om barnet vägde <5000 g (se tabell 1, s11).

De observerade kvinnorna hade ett åldersintervall mellan 19-40 år. Jandér och Lyrenäs (2001) menade att om moderns ålder var >35 år ökade risken för sfinkterrupturer pga. mindre elastisk vävnad. Sex av kvinnorna i studien var över 35 år. Alla fick perinealbristning, grad ett eller

två. Detta kan bero på att dessa kvinnor pga. sin ålder hade mindre elastisk vävnad eller andra bidragande faktorer.

Författarna ville även studera förlossningsställningens betydelse på perinealskador. Enligt J. Molin (personlig kommunikation, april, 2005) föder 95 % av kvinnorna i Malmö halvsittande. Ett resultat av en studie skulle därför inte kunna leda till några slutsatser om hur förlossningsställningen kan påverka frekvensen av bristningar och rupturer. Vid observationerna i Finland fann författarna att alla kvinnor i studien förlöstes i halvsittande ställning. Barnmorskorna bekräftade att detta var den vanligaste förlossningsställningen på denna klinik för att de kunde ha en bra överblick över perineum och därmed utföra ett bra perinealskydd samt minska risken för perineala ödem och därmed bristningar. Enligt Shorten et al. (2002); Zetterström et al. (1999); Jandér och Lyrenäs (2001) studier visade det sig att upprätta positioner gav en ökad risk för sfinkterrupturer. Detta kan bero på att barnmorskan har sämre kontroll över perineum eller beror det på kvinnans möjlighet att krysta med större kraft och därmed forcera förloppet samtidigt som barnmorskan inte kan ha ett bra perinealskydd.

Alla kvinnor utom en krystade i sin egen takt. Barnmorskorna forcerade inte förloppet. En förlossning avslutades med sugklocka pga. hotande fosterasfyxi och förloppet blev därmed forcerat. Enligt Sultan och Fernando (2001) kunde forcerat förlopp leda till patologiska fosterljud och risk för lägre Apgarpoäng samt skador på perineum. Enligt Samuelsson (2002) ökade risken för sfinkterrupturer om krystskedet var över en timme. Inga kvinnor som observerades krystade >60 minuter.

På HUICS förlossningsklinik hade barnmorskorna en mycket positiv attityd till EDA. De påpekade även att dagens kvinnor ville ha full kontroll över förloppet och krävde en god smärtlindring. En känd komplikation till EDA är värksvaghet vilket bekräftas av SOTA (2001). Kvinnorna i studien var alla sängliggande under största delen av förlossningen och var endast uppe vid toalettbesök. Vissa barnmorskor uppmanade kvinnorna att vända sig från sida till sida. Denna bristande mobilitet i kombination med att kvinnorna hade en EDA bidrog till ökad risk för värksvaghet, vilket innebar att de sedan fick värkstimulerande dropp. 13 kvinnor (81 %) i studien fick EDA som smärtlindringsalternativ. Detta är mer än statistiken från HUICS (2004) visade. Materialet i denna studie är dock så litet att någon signifikans ej kan påvisas. Värkstimulerande dropp gavs till alla kvinnor i studien som hade EDA. Enligt

Samuelsson (2002) ökade risken för sfinkterrupturer när förlossningsförloppet forcerades med hjälp av Syntocinondropp, vilket gav en 1,8 gånger högre risk för sfinkterrupturer enligt UMAS statistik (se tabell 1, s 11). Syntocinon är en känd riskfaktor men även bakomliggande orsaker till användandet av värförstärkande dropp ger en högre risk för rupturer. En anledning kan vara att kvinnan börjar krysta aktivt för tidigt. När EDA används som smärtlindringsmetod kan den andra fasen i krystskedet bli kortare eftersom kvinnorna inte har någon krystkänsla och därmed inte kan börja krysta för tidigt.

Ytterligare en negativ följd till EDA var att de observerade barnmorskorna i studien inte var inne på förlossningsrummet. Kvinnorna hade mindre ont och de finska barnmorskorna upplevde därmed att kvinnorna inte behövde deras stöd i lika stor omfattning. På UMAS (2004) fick 11,8 % vaginalförlösta kvinnor EDA jämfört med HUUS 64,9 % under samma tidsperiod. Den höga frekvensen EDA i Finland kan bero på att kvinnorna känner sig otrygga och har svårare att hantera smärta utan stöd och närvaro av ”sin” barnmorska.

I Malmö finns det inga riktlinjer eller PM för hur perinealskydd bör utföras. Enligt författarnas uppfattning ligger detta till grund för barnmorskornas olika handhavande vid perinealskydd. Pirhonen et al. (1998) skriver att barnmorskorna i Malmö tillåter barnets huvud framfödas naturligt samtidigt som hon håller en hand endast mot perineum. Dom flesta finska barnmorskor (10 av 12) som observerades kontrollerade huvudets genomskärning med ena handen samtidigt som tumme och pekfinger på den andra handen tryckte mot perineum, medan de övriga fingrarna stöttade mot ändtarmen för att minska huvudets tryck (se bild C, s 6). Detta perinealskydd kan ge ett bättre samarbete med kvinnan och därmed ett bättre samarbete som kan minska risken för sfinkterrupturer. Författarna iakttog dessutom att alla barnmorskor alltid använde perinealskydd oavsett hur förlossningen avslutades. I studien framkom också att flertalet av barnmorskorna tånjde introitus och perineum från det att huvudet syntes i vulva. Ingen av barnmorskorna använde sig av yttre press, vilket kan vara anledningen till att denna behandling i kombination med perinealskydd har en gynnsam effekt på sfinkterrupturfrekvensen.

På UMAS visar statistik från 2004 att sfinkterrupturfrekvensen var 4 %. Barnmorskorna hade en frekvens på 3 % och läkarna en frekvens mellan 3-29 %. Läkarnas variation kan bero på att inte alla följer förlossningskanalens riktning och ökar påfrestningen på perineum i större utsträckning samt att de endast är inblandade i instrumentella förlossningar. I Jönköping arbetar personalen med aktivt perinealskydd som repeteras kontinuerligt i parträning. Stor vikt

läggs då på att huvud och axlar framföds i förlossningskanalens riktning. Om denna metod införs på alla kliniker skulle kanske antalet sfinkterrupturer minska.

I McCandlish (2001) studie fick 85 % av kvinnorna någon form av bristning. Enligt Shorten et al. (2002) hade det stor betydelse för sfinkterrupturfrekvensen vem som förlöste kvinnan och hur detta gick till. Barnmorskeförlossningarna hade betydligt mindre och färre bristningar i perineum som behövde sutureras än läkarförlossningarna. Även vid barnmorskestudenternas förlossningar förekom färre bristningar och klipp än vid obstetrikernas. Studien baserades på 2891 normala vaginala förlossningar i Australien, alltså inga sugklockor, förlossningstånger eller kejsarsnitt. Sfinkterrupturfrekvensen (1998-2000) var i studien 0,9 %. Finland har, till skillnad från Sverige, Norge och Danmark, en ännu lägre frekvens sfinkterskador (Backe & Sahlin, 2005). År 2002 fick 0,5 % av kvinnor som födde vaginalt i Finland en ruptur. Förklaringen kan vara att finsk obstetrisk tradition har hållit på gamla traditionella manuella färdigheter med att stötta perineum under födseln och att sörja för en kontrollerad genomskärning av huvudet.

Trötthet och sämre koncentration i samarbetet mellan personalen och den födande kvinnan kunde vara en orsak till Jandérs och Lyrenäs (2001) resultat som visade att det var signifikant fler rupturer mellan kl 03 och kl 06 på natten. Författarna till studien utförde observationerna på dag och kvällstid och kunde därför inte göra några iakttagelser nattetid.

Konklusion

En modifierad form av Ritgens handgrepp, tånjande av introitus och perineum samt ett oforcerat förlossningsförlopp utan yttre press är de omvårdnadsåtgärder författarna observerade de finska barnmorskorna utföra, för att förhindra sfinkterrupturer. Det är viktigt att barnmorskan och läkaren känner till riskfaktorerna för uppkomst av sfinkterrupturer och vad konsekvenserna blir samt vilka åtgärder som bör göras för att förhindra detta. För att kunna uppnå detta behövs det riktlinjer på klinikerna samt teamträning med alla yrkeskategorier delaktiga. Detta för att förhindra sfinkterrupturer eftersom dessa ofta leder till psykosociala konsekvenser och därmed nedsatt livskvalitet.

Referenser

- Backe, B., & Sahlin, Y. (2005). For mange fødande får sfinkterrupturer. *Nor Lægeforen* 5, 125.
- Bennet, R. (1999). *Myles textbook for midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone, (13th ed.).
- Eason, E., Labecque, M., Wells, G., & Feldman, P. (2002). Preventing Perineal Trauma during Childbirth. A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*. 95:3, 464-470.
- Etiska deklARATIONER och riktlinjer; för hälso- och sjukvården och det sociala området. Stockholm; 1990.
- Faxelid, E., Hogg, B., & Kaplan., A. (2001). *Lärobok för barnmorskor*. Lund: Studentlitteratur.
- Jandér, C., & Lyrenäs, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 80, 229-234.
- McCandlish, R. (2001). Perineal Trauma: Prevention and Treatment. *Journal of Midwifery & Womens Health*. 46:6, 396-401.
- Medicinsk faktabas – State of the Art (SOTA). (2001). *Handläggning av normal förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen, (SOSFS 1995:5).
- Röckner, G. *Reconsideration of the use of Episiotomy in Primiparas. A study in obstetric care*. (1991). Department of Obstetrics and Gynaecology, Karolinska Institutet, Huddinge University Hospital.
- Pirhonen, JP., Grenman, SE., Haadem, K., Gudmundsson, S., Lindqvist, P., Siihola, S. et al. (1998). Frequency of anal sphincter rupture at delivery in Sweden and Finland – results of difference in manual help to the baby's head. *Acta Obstetricia Gynecologica*. 77, 974-7.
- Kettle, C. (2004). Methods and materials used in perineal repair. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*. Guideline, no.23, 1-8.
- Samuelsson, E. (2002). *A prospective studie on obstetrical tears*. Göteborgs Universitet. Vasastadens bokbinderi AB.
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) och Svenska Barnmorske Förbundet (SBF), (2002).
- Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). (2001). Arbets- och referensgrupp. *Anal inkontinens hos kvinnor. Utredning och behandling*. Rapport nr: 46, 41-9.
- Sultan, A.H.; & Fernando, R. (2001). Maternal obstetric injury. *Obstet Gynecol*. 11, 279-284.

Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth Position, Accoucheur, and Perinael Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth. *Blackwell Science*. 29:1, 18-27.

Wagenius, J., & Laurin, J. (2003). Clinical symptoms after anal sphincter rupture: a retrospective study. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*. 82, 246-50.

Zetterström, J., Lopès, A., Anzén, B., Norman, M., Holmström, B., & Mellgren, A. (1999). Anal sphincter tears at vaginal delivery – risk factors and clinical outcome of primary repair. *Obstet Gynecol*. 94, 21-8.

Sammanställning av observationerna på HUCS

	♀1	♀2	♀3	♀4	♀5	♀6	♀7	♀8	♀9	♀10	♀11	♀12	♀13	♀14	♀15	♀16
Para	I	III	I	0	I	0	III	0	0	I	0	I	I	0	0	I
Ålder	33	37	36	26	27	19	40	28	39	30	20	38	32	30	37	34
Syntocinondropp	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
EDA	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Yttre press	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
VE/Tång	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	VE Utgångs	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Perineotomi	Nej	Nej	Nej	Höger	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Höger	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Förlossnings- Ställning	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt Benstöd	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt	Halvsitt
Forcerad/oforcerad Krystning	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Forcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Forcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad	Oforcerad
Tid krystske	30 min	58 min	20 min	27 min	15 min	55 min	5 min	60 min	25 min	13 min	43 min	8 min	10 min	55 min	40 min	30 min
Perinealskydd*	A	C	C	C	C	D	C	A	C	C	C	C	C	C	C	C
Bjudning	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Vidöppen	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn	Framstupa kronbjudn
Bristning/ruptur	Nej	Labia Grad 2	Grad 2	Klipp	Nej	Labia Vaginal	Grad 1	Labia Grad 2	Labia Grad 1	Grad 1	Klipp Vaginal	Grad 2	Grad 2	Grad 2	Grad 2	Nej
Barnets vikt	4270g	3690g	3488g	2914g	3815g	3750g	3628g	4065g	3194g	3740g	3440g	3405g	3332g	3224g	3678g	3596g

*A: Perinealskydd, B: Perinealskydd, C: Modifierad Ritgen, D: Ritgens handgrepp, se bilder s 6