

Lagodzenie bólów podczas porodu – często zadawane pytania

Q: What will labour feel like?

Co będzie czuć podczas porodu?

W czasie ciąży mięśnie macicy mogą się co jakiś czas napinać. Są to tzw. skurcze przepowiadające lub skurcze Braxtona-Hicksa. Gdy rozpocznie się właściwa akcja porodowa, skurcze te stają się regularne i znacznie silniejsze.

Napinaniu się mięśni podczas skurczów może towarzyszyć ból przypominający bóle menstruacyjne, przybierający zwykle na sile w miarę postępowania akcji porodowej. Bóle porodowe to kwestia indywidualna i każda kobieta odczuwa je w inny sposób.

Zazwyczaj pierwszy poród jest najdłuższy.

Jeżeli do wywołania (sprowokowania) lub przyspieszenia akcji porodowej użyte zostaną leki, skurcze mogą być bardziej bolesne.

Większość kobiet stosuje szereg metod pomagających poradzić sobie z bólami porodowymi¹. Bardzo pomocne jest elastyczne i otwarte podejście.

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

Q: How do I prepare for labour?

Jak przygotować się do porodu?

W przygotowaniu do porodu pomagają zajęcia w ramach szkoły rodzenia (antenatal parenting classes). Zajęcia te prowadzone są przez położne i organizacje zajmujące się oferowaniem wsparcia w opiece nad dzieckiem i w przygotowaniu się do porodu. Zajęcia pomagają zrozumieć, co dzieje się w trakcie porodu, co często pomaga zmniejszyć odczuwany niepokój.

Podczas zajęć w szkole rodzenia położna udziela informacji o opcjach łagodzenia bólu dostępnych dla rodziców. Osoby pragnące uzyskać bardziej szczegółowe informacje na temat znieczulenia zewnątrzoponowego (epidural – podawanego w formie zastrzyku w plecy i znieczulającego dolną połowę ciała) położna może umówić na rozmowę z anestezjologiem. O dostępnych opcjach łagodzenia bólu warto porozmawiać z położną nawet w przypadku braku możliwości uczestniczenia w szkole rodzenia. Kwestie te można następnie omówić z położną przyjmującą poród. Na to, jak bolesnie odczuwa się poród wpływ może mieć miejsce, w którym poród się odbywa. Kobiety dobrze czujące się w miejscu, w którym będą rodzić, są bardziej odpężone i na myśl o nadchodzącym porodzie odczuwają mniejszy niepokój². Z tego powodu niektóre kobiety wybierają poród w domu, inne natomiast pewniej czują się w szpitalu lub ośrodku porodowym (birth centre), wiedząc, że mają tam do dyspozycji specjalistyczną pomoc i opiekę. Wiele szpitali

stara się, by sale porodowe wyglądały przytulnie i zachęca przyszłych rodziców do przyniesienia ze sobą ulubionej muzyki, przy której rodzica będzie czuła się spokojniejsza.

Jeżeli poród ma odbyć się w szpitalu lub ośrodku porodowym, pomocne może być wcześniejsze sprawdzenie, jakie udogodnienia są w nim dostępne.

Pomocna podczas porodu może być obecność osoby towarzyszącej³. Wybranej osobie towarzyszącej należy wyjaśnić swoje obawy i życzenia, aby w trakcie porodu mogła pomóc rodzącej skupić się na tych potrzebach i oczekiwaniach.

2. Waldenström 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 GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Base de données des révisions systématiques Cochrane* 2003, édition 3. Numéro d'article : CD003766. Date de publication : 10.1002/14651858.CD003766.

Q: What simple methods can I use to help me cope with contractions?

Jakie proste sposoby mogłabym wykorzystać, aby łatwiej znieść ból podczas skurczów?

- Spokojny oddech może zwiększyć ilość dostarczanego do mięśni tlenu i w konsekwencji złagodzić intensywność odczuwanego bólu. Koncentrowanie się na oddechu może również odwrócić od bólu uwagę.
- Odprezienie się podczas odczuwania bólu nie jest łatwe, dlatego warto ćwiczyć te umiejętności przed porodem. Istnieje wiele różnych sposobów na nauczenie się technik relaksacyjnych.
- Duża ulga i pokrzepienie podczas porodu może przynieść masaż.

Q: How could using a birthing pool during labour help?

W czym może pomóc korzystanie w czasie porodu z wanny porodowej?

Badania wykazały, że kobiety rodzące w wodzie mniej intensywnie odczuwają bóle porodowe i że niższe jest wtedy prawdopodobieństwo konieczności skorzystania przez nie ze znieczulenia zewnątrzoponowego celem złagodzenia bólu⁴. Istnieją pewne obawy, że zbyt ciepła woda może sprawić, że dziecko będzie podczas porodu wykazywać oznaki dystresu (stanu zagrożenia), ale badania pokazują, że poród w wodzie nie stwarza dla matki ani dla dziecka zagrożenia większego niż poród poza wodą. Jeżeli poród będzie odbywał się w wodzie, położna nadal będzie czuwać nad jego prawidłowym przebiegiem i monitorować stan dziecka.

Wiele oddziałów porodowych jest wyposażonych w wanny porodowe, ale nie zawsze są one dostępne. Warto zapytać swojej położnej, czy w danym szpitalu jest wanna porodowa i czy nie istnieją w danym przypadku żadne przeciwwskazania do skorzystania z niej.

4. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Base de données des révisions systématiques Cochrane* 2009, édition 2.

[DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3]

Q: What complementary therapies are these (these do not use medications) and how could they help?

Jakie (nieopierające się na środkach farmakologicznych) metody znieczulania dostępne są w ramach medycyny komplementarnej i w jaki sposób mogą one mi pomóc?

Wyniki niektórych badań wykazały, że terapie komplementarne pomagają kobietom poprzez dawanie im poczucia kontroli nad akcją porodową, dzięki czemu do złagodzenia bólu potrzebują one mniejszej ilości środków farmakologicznych⁵. Rozważając możliwość skorzystania z medycyny komplementarnej, należy jednak koniecznie zasięgnąć porady specjalisty w tym zakresie. Bardzo niewiele oddziałów położniczych świadczy tego rodzaju usługi w ramach państwowej służby zdrowia, dlatego odpowiednio wykwalifikowanego terapeuty należy znaleźć przed porodem.

- Aromaterapia polega na stosowaniu skoncentrowanych olejków eterycznych celem zmniejszenia odczuwanego strachu, poprawienia ogólnego samopoczucia i dodania sobie otuchy i odwagi.
- Refleksologia opiera się na założeniu, że pewne punkty na dloniach i stopach związane są z punktami w innych częściach ciała. Nie wiemy, na jakiej zasadzie działa ten proces, ale mechanizm ten może być zbliżony do sposobu działania akupunktury (zob. poniżej). Refleksolog masuje zazwyczaj te punkty na stopach i dloniach, które odpowiadają częściom ciała kobiety, w których odczuwa ona ból podczas porodu.
- Hipnoza może pomóc w odwróceniu uwagi rodzącej od odczuwanego przez nią bólu. Istnieje możliwość zastosowania autohipnozy (której można nauczyć się wcześniej) – konieczne jest wtedy wycwiczenie tej umiejętności przed porodem. Drugą możliwością jest obecność hipnoterapeuty podczas porodu.
- Akupunktura polega na nakłuwaniu igłami określonych punktów na ciele celem zmniejszenia bólu. Terapeuta musi w tym przypadku być obecny podczas porodu.

Inne terapie obejmują homeopatię (wykorzystywanie do zmniejszenia bólu bardzo rozcieńczonych substancji) oraz środki ziołowe.

5. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2006, édition 4. Numéro d'article : CD003521. Date de publication : 10.1002/14651858.CD003521.pub2.

Q: What is TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulation)?

Czym jest TENS (przezskórna elektryczna stymulacja włókien nerwowych)?

- Podczas przezskórnej elektrycznej stymulacji włókien nerwowych (transcutaneous electrical nerve stimulation, w skrócie TENS) przez cztery płaskie elektrody przymocowane do pleców rodzącej przepływają łagodne impulsy elektryczne, co wywołuje uczucie mrowienia. Rodząca może sama regulować siłę natężenia impulsów.
- Metoda TENS jest czasem pomocna w początkowej fazie porodu, szczególnie do zmniejszenia bólu w plecach. Wynajęcie aparatu do TENS oznacza, że stosowanie tej metody można rozpocząć już w domu. W niektórych szpitalach istnieje możliwość wypożyczenia aparatu szpitalnego.
- Nie ma znanych dowodów, które wskazywałyby na to, że przezskórna elektryczna stymulacja włókien nerwowych ma szkodliwy wpływ na dziecko.
- Choć odczuwany ból można kontrolować wyłącznie za pomocą TENS, bardziej prawdopodobne jest, że w późniejszej fazie porodu konieczne będzie zastosowanie również jakiejś innej metody łagodzenia bólu.

Q: What is entonox (gas and air) and how could I use it?

Co to jest Entonox („gas and air”) i jak go stosować?

Entonox to mieszanina gazów, składająca się w 50% z podtlenku azotu, a w 50% z tlenu. W języku angielskim środek ten jest czasem określany jako „gas and air”.

- Entonox® wdycha się przez maskę lub ustnik.
- Taka forma znieczulenia jest prosta w użyciu, a środek zaczyna działać szybko i przestaje działać w ciągu kilku minut.
- Gaz ten może czasem wywoływać krótkotrwale zawroty głowy lub nudności.
- Środek nie ma szkodliwego wpływu na dziecko i zapewnia organizmowi matki dodatkową ilość tlenu, co może być korzystne i dla niej, i dla dziecka.
- Entonox® nie eliminuje bólu całkowicie, ale może pomóc w jego złagodzeniu.
- Środek ten można stosować w dowolnym momencie porodu.

Rodząca może regulować ilość wdychanego środka, ale najlepsze efekty daje jego wdychanie we właściwym momencie. Wdychanie Entonoxu® należy rozpocząć przy pierwszych oznakach nadchodzącego skurczu, aby pełne efekty jego działania zbiegły się w czasie z momentem odczuwania najsilniejszego bólu. Środka nie należy natomiast wdychać pomiędzy skurczami ani przez zbyt długi okres czasu, ponieważ może on powodować zawroty głowy i uczucie mrowienia. W niektórych szpitalach do Entonoxu® mogą być dodawane inne substancje celem zwiększenia jego skuteczności, ale substancje te mogą wywoływać u rodzącej senność.

Q: What are opioids (morphine/pethidine/diamorphine etc)?

Czym sa opioidy (morfina/ petydyna/ diamorfina itp.)?

Opioidy to srodki przeciwbólowe. Wszystkie srodki z tej grupy maja zblizony sposob dzialania. Do opioidów stosowanych powszechnie na oddzialach polozniczych naleza m.in. morfina, petydyna i diamorfina (coraz czesciej stosowana w Wielkiej Brytanii)⁷. Badania wykazaly, ze kobiety, które otrzymaly diamorfine w postaci zastrzyku domiesniowego, sa zadowolone z otrzymanego znieczulenia czesciej niz kobiety, które otrzymaly petydyne⁸. Inne opioidy to np. meptazinol, fentanyl i remifentanyl.

- Opioidy podaje zazwyczaj polozna, wykonujac zastrzyk do jednego z duzych miesni na rece lub nodze pacjentki.
- Stopien lagodzenia bólu przy zastosowaniu tej metody jest czesto ograniczony. Srodek zaczyna dzialac po ok. pół godzinie, a jego efekty utrzymuja sie przez kilka godzin.
- Opioidy sa mniej skuteczne w usmierzaniu bólów porodowych niz Entonox®.
- Choc skuteczność opioidów w lagodzeniu bólu moze byc ograniczona, niektóre kobiety twierdza, ze srodki te sprawiaja, ze czuja sie spokojniejsze i mniej obawiaja sie bólu⁶.
- Inne kobiety sa rozczarowane dzialaniem przeciwbólowym opioidów i twierdza, ze czuly po nich, ze maja mniejsza kontrole nad przebiegiem porodu.

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. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.

8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDvIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.

Q: What side effects do opioids (morphine/diamorphine/pethidine) have?

Jakie sa skutki uboczne opioidów (morfiny/diamorfiny/petydyny)?

- Srodki tego rodzaju moga powodowac sennosc.
- Opioidy moga wywolowac mdlosci, choc zazwyczaj podawane sa leki przeciw nudnosciom, aby temu zapobiec.
- Leki te opóźniają opróżnianie żołądka, co może stanowić problem w razie konieczności podania znieczulenia ogólnego.
- Srodki te moga spowalniać oddychanie. Jeżeli do tego dojdzie, rodzacej może zostać podany przez maskę oddechowa tlen i monitorowany może być poziom tlenu w organizmie.
- Opioidy moga opóźnić moment zaczerpnięcia przez dziecko pierwszego oddechu, ale można mu w tym pomóc poprzez podanie zastrzyku.
- Leki te moga sprawić, że dziecko będzie sennie, co może oznaczać, że nie będzie ono pobierać pokarmu tak dobrze, jak czynia to noworodki, których matki nie otrzymały tego rodzaju znieczulenia (szczególnie, jeżeli matce podana została petydyna).
- Jeżeli opioidy podane zostaną tuż przed urodzeniem się dziecka, ich wpływ na nie jest bardzo mały.

Q: What is Patient-controlled intravenous analgesia (PCIA)?

Czym jest samodzielne kontrolowane znieczulenie dożylnie (patient-controlled intravenous analgesia, PCIA)?

Opioidy mogą być podawane również bezpośrednio dożylnie (co zapewnia ich szybsze działanie) za pomocą specjalnej pompy umożliwiającej pacjentce samodzielną kontrolę dawki poprzez naciskanie specjalnego przycisku. PCIA oferowane jest w niektórych szpitalach pacjentkom, u których zastosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego (epidural – zastrzyk w plecy celem znieczulenia dolnej połowy ciała) nie jest możliwe i pacjentkom, które takiego znieczulenia nie chcą.

PCIA umożliwia rodzacej aplikowanie niewielkich dawek opioidów wtedy, gdy odczuwa taką potrzebę. Rodzica ma kontrolę nad wielkością przyjmowanej dawki. Ze względów bezpieczeństwa pompa ogranicza szybkość podawania opioidu, niemniej jeżeli PCIA stosowane jest przez długi okres czasu, niektóre opioidy mogą gromadzić się w organizmie, co może prowadzić do nasilenia skutków ubocznych odczuwanych przez matkę i dziecko.

W niektórych oddziałach położniczych w ramach PCIA podawany jest opioid o nazwie remifentanyl^{9,10}. Organizm bardzo szybko rozkłada ten lek, dlatego też skutki każdej dawki nie utrzymują się długo. Ma on silne działanie przeciwbólowe, ale przy jego stosowaniu istnieje też większe prawdopodobieństwo spowolnienia oddychania, dlatego trzeba je uważnie kontrolować. W przypadku około jednej na sto kobiet stosujących remifentanyl w postaci PCIA konieczne może być przerwanie podawania tego środka, ponieważ oddech zostaje spowolniony zbyt mocno¹¹. Na tyle mocne spowolnienie oddechu, by stanowiło to poważny problem, występuje rzadko¹².

Remifentanyl w postaci PCIA ma bardzo mały wpływ na dziecko.

9 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.

10 Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. British Journal of Anaesthesia 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanyl. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). Acta Anaesthesiologica Belgica 2009; 60: 75-82

12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanyl for labour analgesia: time to draw breath? Anaesthesia 2013; 68: 231–235.

Q: What are epidurals?

Czym jest znieczulenie zewnątrzoponowe (epidural)?

Znieczulenie zewnątrzoponowe to najbardziej złożona metoda usmierzenia bólu i podaje ją anestezyjolog. Anestezyjolog (anestetysta) to lekarz specjalizujący się w podawaniu środków przeciwbólowych oraz znieczulaniu pacjentów i opieka nad nimi podczas operacji. Znieczulenie do zabiegu operacyjnego może zostać podane w postaci znieczulenia ogólnego (general anaesthesia), znieczulenia zewnątrzoponowego (epidural) lub znieczulenia rdzeniowego (czyli podpajecznikowego – spinal). Więcej informacji na temat tych typów znieczulenia do cięcia cesarskiego znajduje się w zestawieniu informacji zatytułowanym „Caesarean section FAQ's” (Ciecie cesarskie – często zadawane pytania).

Znieczulenie zewnątrzoponowe – podstawowe informacje

- Znieczulenie zewnątrzoponowe to najskuteczniejsza metoda usmierzenia bólu.
- Aby podać znieczulenie zewnątrzoponowe, anestezyjolog wprowadza specjalną igłę do dolnej części pleców pacjenta, a następnie za jej pomocą w pobliżu nerwów do kręgosłupa wprowadza cewnik (bardzo cienka plastikowa rurka). Igła zostaje następnie wyciągnięta i pozostaje sam cewnik, przez który podczas porodu podawany jest środek znieczulający. Środkiem znieczulającym do znieczulenia zewnątrzoponowego może być środek do blokady miejscowej (znieczulający nerwy), niewielkie dawki opioidów lub połączenie obu tych środków.
- Uzyskanie pełnych efektów znieczulenia zewnątrzoponowego może zająć 40 minut (włączając czas potrzebny na wprowadzenie cewnika i rozpoczęcie działania środków przeciwbólowych).
- Znieczulenie zewnątrzoponowe nie powinno powodować senności ani nudności.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe zwiększa prawdopodobieństwo konieczności użycia przez położniczkę próżniociągu (specjalnej nakładki ssacej zakładanej na główkę płodu) lub kleszczy do wydobycia dziecka.
- Przy znieczuleniu zewnątrzoponowym istnieje zazwyczaj możliwość podania dodatkowej ilości środka znieczulającego do usmierzenia bólu w razie konieczności użycia próżniociągu, kleszczy lub porodu w drodze cięcia cesarskiego.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe nie ma prawie żadnego wpływu na dziecko.

Q: What are spinal and combined spinal epidurals (CSE)?

Czym jest znieczulenie rdzeniowe (spinal) i łączone znieczulenie rdzeniowo-zewnątrzoponowe (combined spinal-epidural, CSE)?

Czas oczekiwania na rozpoczęcie działania znieczulenia zewnątrzoponowego jest stosunkowo długi, szczególnie jeżeli zostało ono podane późno w trakcie porodu. Jeżeli jednak leki przeciwbólowe podane zostaną bezpośrednio do przestrzeni podpajeczynówkowej otaczającej nerwy rdzeniowe, zaczynają one działać znacznie szybciej. Tego rodzaju znieczulenie określane jest znieczuleniem rdzeniowym lub podpajeczynówkowym (spinal). W przeciwieństwie do znieczulenia zewnątrzoponowego, znieczulenie rdzeniowe podawane jest w postaci jednego zastrzyku, bez wprowadzania cewnika. Jeżeli podczas podania znieczulenia rdzeniowego jednocześnie wprowadzony zostaje cewnik, taki zabieg nazywany jest łączonym znieczuleniem rdzeniowo-zewnątrzoponowym (combined spinal-epidural).

W niektórych szpitalach łączone znieczulenie rdzeniowo-zewnątrzoponowe podawane jest prawie każdej kobiecie pragnącej zamiast znieczulenia zewnątrzoponowego otrzymać silny środek przeciwbólowy. W innych szpitalach łączone znieczulenie rdzeniowo-zewnątrzoponowe stosowane jest wyłącznie w przypadku niewielkiej liczby pacjentek.

Q: Can everyone have an epidural?

Czy każdy może otrzymać znieczulenie zewnątrzoponowe?

Znieczulenie zewnątrzoponowe można podać prawie każdemu pacjentowi, choć należy pamiętać, że pewne problemy zdrowotne (np. rozstęp kręgosłupa tylny, przebyte operacje pleców lub problemy z krzepnięciem krwi) mogą oznaczać, że w danym przypadku zastosowanie tego rodzaju znieczulenia może nie być możliwe. Informacji w tej kwestii najlepiej zasięgnąć odpowiednio wcześniej przed porodem. Jeżeli poród jest skomplikowany lub długi, położna bądź położnik może zasugerować podanie znieczulenia zewnątrzoponowego celem pomocy rodzącej lub dziecku.

W przypadku osób otyłych podanie znieczulenia zewnątrzoponowego może być trudniejsze i trwać dłużej. Niemniej po jego wprowadzeniu i rozpoczęciu działania rodząca może korzystać ze wszystkich korzyści, jakie ono przynosi.

Q: What is the procedure for putting in an epidural?

Na czym polega procedura podania znieczulenia zewnątrzoponowego (epidural)?

Najpierw do żyły na ręce lub ramieniu wprowadza się kaniulę (cienka plastikowa rurka), przez którą zazwyczaj podaje się rodzącej także dożylny wlew kroplowy (kroplówkę). Kroplówka podczas porodu może być konieczna z innych względów, np. do podania leku mającego na celu przyspieszenie akcji porodowej lub w przypadku wystąpienia mdłości. Następnie położna prosi pacjentkę o skulenie się w pozycji leżącej na boku lub pochylenie w pozycji siedzącej do przodu, a anestezjolog przeciera jej plecy środkiem antyseptycznym i znieczula miejscowo skórę (robiąc zastrzyk), dzięki czemu podanie znieczulenia zewnątrzoponowego zazwyczaj nie jest specjalnie bolesne. Następnie w pobliżu nerwów w kręgosłupie wprowadzony zostaje cewnik. Podczas tej procedury anestezjolog musi zachować ostrożność, aby nie przebić opony z płynem otaczającym rdzeń kręgowy, ponieważ może to spowodować późniejszy ból głowy. Z tego powodu ważne jest, by podczas wprowadzania przez anestezjologa cewnika rodząca pozostała bez ruchu, ale później, po przymocowaniu cewnika taśmą, może znów zacząć się ruszać. Przez założony cewnik rodzącej podawane są środki przeciwbólowe.

Q: How long does an epidural take to work?

Jak długo trzeba czekać, aby znieczulenie zewnątrzoponowe zaczęło działać?

Proces podania znieczulenia zewnątrzoponowego trwa zazwyczaj około 20 minut, a efekty zaczyna ono przynosić po kolejnych 20 minutach. Po podaniu znieczulenia (zanim zacznie ono działać w pełni) położna regularnie sprawdza ciśnienie krwi rodzącej. Anestezjolog sprawdza zazwyczaj, czy środek znieczulający działa na właściwe nerwy, spryskując brzuch i nogi rodzącej zimnym sprayem lub przykładając tam kostki lodu i pytając, jak intensywne jest uczucie zimna. Zdarza się, że znieczulenie zewnątrzoponowe nie działa skutecznie od pierwszego razu, dlatego anestezjolog musi je wyregulować, a czasem nawet wyjąć cewnik i wprowadzić go ponownie.

Q: What can be done to keep the epidural working after it has been put in?

Co można zrobić po założeniu cewnika, aby znieczulenie zewnątrzoponowe nie przestawało działać?

Za pomocą cewnika w czasie porodu rodzącej można podawać dodatkowe dawki środków przeciwbólowych: w postaci szybkiego zastrzyku (tzw. top-up), przy użyciu pompy zapewniającej wolny, stały przepływ środka, bądź też za pomocą pompy do samodzielnie kontrolowanego znieczulenia zewnątrzoponowego (patient-controlled epidural analgesia, PCEA). Pompa do PCEA umożliwia rodzącej samodzielne aplikowanie dawek środka przeciwbólowego wtedy, gdy jest to jej potrzebne, za pomocą guzika, w który wyposażona jest pompa.

W większości szpitali dostępna jest zazwyczaj tylko jedna (czasem dwie) z powyższych metod uzupełniania znieczulenia zewnątrzoponowego.

Po każdej dodatkowej dawce znieczulenia zewnątrzoponowego położna regularnie bada ciśnienie krwi rodzącej, tak jak miało to miejsce po podaniu pierwszej dawki tego znieczulenia.

Q: What is a mobile epidural?

Czym jest „ruchome” znieczulenie zewnątrzoponowe?

O ruchomym znieczuleniu zewnątrzoponowym mówimy wtedy, gdy bóle porodowe zostają złagodzone, ale pacjentka zachowuje czucie w dolnej części ciała, a jej nogi nie robią się słabe. Stopnia znieczulenia zewnątrzoponowego nie da się precyzyjnie wyregulować, co oznacza, że jeżeli rodząca pragnie zachować w momencie narodzin dziecka pewien stopień czucia, istnieje ryzyko, że podczas porodu będzie także doznawać pewnego dyskomfortu.

Q: How will having an epidural affect my baby?

Jaki wpływ na dziecko ma znieczulenie zewnątrzoponowe?

Podanie matce znieczulenia zewnątrzoponowego nie powinno mieć wpływu na stan dziecka w momencie narodzin¹³ – w przypadku noworodków, których matki otrzymały znieczulenie zewnątrzoponowe istnieje nawet mniejsze prawdopodobieństwo obecności kwasu we krwi¹⁴. Otrzymanie znieczulenia zewnątrzoponowego w żaden sposób nie utrudnia karmienia piersią¹⁵.

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2005, édition 4. Numéro d'article : CD000331. Date de publication :

10.1002/14651858.CD000331.pub2.

14 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.

15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. Anaesthesia 2010 65: 145-153.

Q: How could an epidural be used for keeping me comfortable during an operation?

W jaki sposób znieczulenie zewnątrzoponowe może zapewnić mi komfort podczas operacji?

W razie konieczności wykonania cięcia cesarskiego często zamiast znieczulenia ogólnego podawane jest znieczulenie zewnątrzoponowe. W takim wypadku za pomocą cewnika do znieczulenia zewnątrzoponowego podawany jest silny środek znieczulający lokalnie, który na czas operacji znieczulił dolną połowę ciała. Zarówno dla matki, jak i dla dziecka jest to procedura bezpieczniejsza niż znieczulenie ogólne. Sporadycznie zdarza się, że znieczulenie zewnątrzoponowe nie działa wystarczająco skutecznie, aby możliwe było zastosowanie go do cięcia cesarskiego. Zdarza się to średnio u jednej na 20 pacjentek. Jeżeli do tego dojdzie, konieczne może być podanie dodatkowo innego środka znieczulającego, np. znieczulenia rdzeniowego lub ogólnego.

W razie konieczności wykonania cięcia cesarskiego u rodzącej, u której nie został założony cewnik do znieczulenia zewnątrzoponowego, podawane jest zazwyczaj znieczulenie rdzeniowe, jednak dawka zastosowanego środka znieczulającego lokalnie jest wyższa niż dawka znieczulenia rdzeniowego do łagodzenia bólów porodowych.

Wiecej informacji na temat znieczulenia zewnątrzoponowego i rdzeniowego do cięcia cesarskiego znajduje się w zestawieniu informacji zatytułowanym „Caesarean section FAQ's” (Cięcia cesarskie – często zadawane pytania).

Q: Will having an epidural make it more likely for me to need a caesarean section or to have backache afterwards?

Czy znieczulenie zewnątrzoponowe zwiększy ryzyko konieczności wykonania cięcia cesarskiego lub późniejszego wystąpienia bólu pleców?

Znieczulenie zewnątrzoponowe nie zwiększa ryzyka konieczności wykonania cięcia cesarskiego; nie zwiększa też ono ryzyka wystąpienia długotrwałego bólu pleców. Ból pleców to w czasie ciąży powszechna dolegliwość, która często doskwiera również przez pewien czas po porodzie. Miejsce po znieczuleniu zewnątrzoponowym może być tkliwe uciskowo – co w rzadkich przypadkach może utrzymywać się przez kilka miesięcy, ale nie istnieje większe ryzyko długotrwałego bólu pleców^{13,16}.

13. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane 2005, édition 4. Numéro d'article : CD000331. Date de publication :

16 Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. British Medical Journal 1996; 312: 1384-1388.

Q: What are the risks of having an epidural?

Jakie jest ryzyko związane ze znieczuleniem zewnątrzoponowym?

- U jednej na 100-200 kobiet, które otrzymały znieczulenie zewnątrzoponowe może wystąpić ból głowy (link).
- Do trwałego uszkodzenia nerwu podczas znieczulenia zewnątrzoponowego dochodzi bardzo rzadko (nerve damage FAQ link) (u ok. jednej na 24 tys. osób).
- Znieczulenie zewnątrzoponowe może nie złagodzić bólów porodowych wystarczająco dobrze i konieczne może być zastosowanie innych metod usmierzania bólu (u ok. jednej na 8 pacjentek).
- Znieczulenie zewnątrzoponowe zwiększa prawdopodobieństwo konieczności użycia kleszczy do wydobycia dziecka.
- Przy zastosowaniu znieczulenia zewnątrzoponowego drugi etap porodu (faza pełnego rozwarcia szyjki) jest dłuższy i większe jest prawdopodobieństwo konieczności podania leków (oksytocyny) do zwiększenia siły skurczów.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe zwiększa ryzyko wystąpienia niskiego ciśnienia krwi.
- W czasie działania znieczulenia zewnątrzoponowego nogi mogą sprawiać wrażenie słabych.
- Oddawanie moczu może być trudniejsze i konieczne może być założenie do pecherza cewnika celem odprowadzania moczu.
- Znieczulenie zewnątrzoponowe może wywoływać swędzenie.
- U rodzącej może wystąpić niewielka gorączka.

Q: How can having an epidural give me a headache?

Dlaczego znieczulenie zewnątrzoponowe może powodować ból głowy?

U około jednej na sto kobiet otrzymujących znieczulenie zewnątrzoponowe dochodzi do przebiccia igła podczas zabiegu opony otaczającej rdzeń kręgowy (jest to tzw. dural puncture). Jeżeli do tego dojdzie, u pacjentki mogą wystąpić silne bóle głowy, które nieleczone mogą trwać kilka dni lub tygodni. W razie wystąpienia silnego bólu głowy należy zwrócić się o poradę do anestezjologa, który poinformuje o dostępnych rodzajach leczenia (bliższe informacje na ten temat znajdują się w broszurce zatytułowanej „Post dural puncture” – Popunkcyjne bóle głowy).

Pismienictwo

Bibliografia

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. Waldenström 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 GJ, 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 ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. [DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3]
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. Tuckey JP1, Prout RE, Wee MY Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *Int J Obstet Anesth.* 2008 Jan;17(1):3-8. Epub 2007 Nov 5.
8. Wee MYK, Tuckley JP, Thomas P, Bernard S and Jackson D. The IDVIP trial: A two centre double blind randomised controlled trial comparing i.m. diamorphine and i.m. pethidine for labour. *International Journal of Obstetric Anaesthesia.* 2012;21(S1) S15.
9. 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.
10. Volikas I, Butwick A. Maternal and neonatal side effects of remifentanyl PCA. *British Journal of Anaesthesia* 2005; 95: 504-509.

11. Lavand'homme P, Roelants F. Patient-controlled intravenous analgesia as an alternative to epidural analgesia during labor: questioning the use of the short-acting opioid remifentanil. Survey in the French part of Belgium (Wallonia and Brussels). *Acta Anaesthesiologica Belgica* 2009; 60: 75–82
12. Muchatuta NA, Kinsella M. Remifentanil for labour analgesia: time to draw breath? *Anaesthesia* 2013; 68: 231–235.
13. 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.
14. 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: 1344-1353.10A.
15. Wilson MJA, MacArthur C, Cooper, GM, Bick D, Moore PAS, Shennan A. Epidural Analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia* 2010 65: 145-153.
16. Russell R, Dundas R, Reynolds F. Long term backache after childbirth: prospective search for causative factors. *British Medical Journal* 1996; 312: 1384-1388.
17. Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 522-526.
18. Jenkins K, Baker AB. Consent and anaesthetic risk. *Anaesthesia* 2003; 58: 962-984.
19. Jenkins JG, Khan MM. Anaesthesia for Caesarean section: a survey in a UK region from 1992 to 2002. *Anaesthesia* 2003; 58: 1114-1118.
20. Jenkins JG. Some immediate serious complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective study of 145,550 epidurals. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 37-42.
21. Reynolds F. Infection a complication of neuraxial blockade. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2005; 14: 183-188.
22. 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.
23. Rice I, Wee MYK, Thomson K. Obstetric epidurals and chronic adhesive arachnoiditis. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 109-120.
24. Major complications of central neuraxial block: Report on the 3rd National Audit project of the Royal College of anaesthetist. 2009. RCOA