

Treystum náttúrunni þegar það á við:

Umönnun og meðferð á þriðja stigi fæðingar

Inngangur

Í nóvember 2003 var gefin út sameiginleg yfirlýsing (International Joint Policy Statement) af Alþjóðasamtökum kvensjúkdóma- og fæðingarlækna (FIGO) og Alþjóðasamtökum ljósmæðra (ICM) um að beita eigi virkri meðferð á þriðja stigi fæðingar til að fyrirbyggja blæðingu eftir fæðingu. Kynning í þessu Ljósmæðrablaði, snýr að þeim hluta yfirlýsingarinnar, sem segir að hana þurfi að kynna í löndum allra aðildarfélaga. Yfirlýsingin var þýdd af Önnu Haarde fyrir Ljósmæðrafélag Íslands og Félag íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna.

Reynir Tómas Geirsson prófessor í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum hefur skrifað innlegg fyrir hönd kvensjúkdóma- og fæðingarlækna sem birtist hér í blaðinu.

Við vorum beðnar um að koma með innlegg inn í þessa umræðu út frá sjónarhorni ljósmæðra. Lokaverkefni Kristbjargar í ljósmóðurfræði árið 2001, fjallaði um þriðja stig fæðingar, umönnun ljósmóður og blæðingar eftir fæðingar og vann hún það undir leiðsögn Ólafar Ástu. Auk þess hefur Kristbjörg tekið þátt í vinnu við gerð verklagsreglna á LSH um þriðja stig fæðingar og blæðingar eftir fæðingu.

Umönnun ljósmóður á þriðja stigi fæðingar

Markmið með umönnun á þriðja stigi fæðingar er að fylgjan og belgir fæðist heil og að koma í veg fyrir blæðingu eftir fæðingu. Þegar talað er um blæðingu eftir fæðingu er átt við óeðlilega blæðingu eftir fæðingu sem samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar er 500 ml eða meira.

Levy (1990) skilgreinir að gæði umönnunar í tengslum við þriðja stig fæðingar feli í sér:

1. Meðgöngueftirlit, sem tryggir að hin verðandi móðir sé eins heilbrigð og



Kristbjörg Magnúsdóttir,
ljósmóðir
og
Ólöf Ásta Ólafsdóttir,
lektor í ljósmóðurfræði

hægt er og segir til um hvar æskilegast er að hún sé á þriðja stigi fæðingar.

2. Góða umönnun á fyrsta og öðru stigi fæðingar, þannig að móðirin hefji þriðja stig fæðingar með leg sem getur dregist saman.
3. Góða umönnun á þriðja stigi fæðingar, þannig að fylgjan og belgir fæðist heil og blæðing verði í lágmarki.

Þrenns konar meðferð sem veitt er á þriðja stigi fæðingar hefur verið skilgreind, virk meðferð (active management), lífeðlisfræðileg umönnun (physiological management) og ósamstæð meðferð (piecemeal approach), sem er í raun sambland af báðum hinum aðferðunum.

Virk meðferð

Farið er ítarlega í virka meðferð í yfirlýsingunni sem er birt annars staðar í blaðinu og einnig í grein Reynis Tómasar. Því munum við ekki að lýsa henni hér en koma inn á hana í umræðum síðar og leggjum í staðinn áherslu á lífeðlisfræðilega umönnun (physiological management) því í henni felst að í raun er ekki veitt meðferð en í staðinn er lögð áhersla á að trufla ekki lífeðlisfræðilegt ferli.

Lífeðlisfræðileg umönnun

Lífeðlisfræðileg umönnun á þriðja stigi fæðingar byggir á þeim hugmyndum að náttúran hafi þróað með sér lífeðlisfræðilegt ferli, sem við eigum að treysta, því það virkar fullnægjandi í flestum tilfellum, þegar það fylgir í kjölfarið á eðlilegu fyrsta og öðru stigi fæðingar (Inch, 1985). Michel Odent (1998) hefur skoðað lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi fæðingar og segir hann það hlutverk ljósmóður að hafa áhrif á umhverfi í fæðingu og skapa hlýlegt andrúmsloft. Atriði sem hann bendir á eru næði, hlýja, rökkvað ljós og engar truflanir, þá finnst móðurinni hún örugg og henni ekki ógnað. Í þessu umhverfi getur konan fylgt innri þörf og eðlilegu taugalífeðlisfræðilegu ferli, sem ýtir undir losun oxýtósíns hjá móðurinni sem þörf er á til þess að fylgjan losni og það í sjálfu sér er vörn gegn blæðingu eftir fæðingu.

Þegar stuðst er við lífeðlisfræðilega umönnun á þriðja stigi fæðingar er lífeðlisfræðilegum breytingum sem verða á leginu leyft að hafa sinn gang án inn-gripa. Umönnunin felur þá í sér að gefa ekki samdráttarlyf og skilja ekki á milli móður og barns fyrir en fylgjan er fædd. Sumar skilgreiningar gera þó ráð fyrir að skilið sé á milli móður og barns þegar sláttur er hættur í naflastrengnum og þá sé opnað fyrir móðurenda naflastrengsins og hann fái að blæða frítt. Þegar vart verður merkja um að fylgjan

hafi losnað og hún farin að síga, er móðirin beðin um að nota krafta sína eða þyngdarafl til að fæða fylgjuna. Ekki er athugað hvort samdráttur sé í leginu fyrr en eftir að fylgjan er fædd (Akins, 1994; Begley, 1990; Brown, 1989; Featherstone, 1999; McDonald, 1999).

Í skilgreiningum á lífeðlisfræðilegri umönnun er sagt að óæskilegt sé að beita stjórnunni togi á naflastrenginn (controlled cord traction). Stroud og Cochrane (1990) segja að yfirleitt sé best að forðast að koma við naflastrenginn, það er ekki að toga í hann, en biðja móðurina að rembast þegar samdráttur er í leginu, því það auki líkurnar á að fylgjan fæðist sjálfkrafa, ásamt belgjum.

Ósamstæð meðferð

Ósamstæð meðferð felur í sér alla aðra umönnun á þriðja stigi fæðingar en þá sem fellur undir skilgreiningu á virkri meðferð eða lífeðlisfræðilegri umönnun (Gyte, 1994). Oft er verið að blanda saman sitt lítið af hverju úr hvorri aðferð fyrir sig án þess að fylgja að fullu annarri hvorri. Gyte (1994) skoðaði og gagnrýndi margar þeirra rannsókna sem notaðar voru þá og eru enn til grundvallar í Cochrane gagnagrunninum og benti hún á ýmsa galla þeirra og að alltaf þurfi að skoða kerfisbundin yfirlit (meta-analýsa) út frá gæðum þeirra rannsókna sem notaðar eru og hvað sé verið að bera saman. Í nokkrum rannsóknanna hafði komið fram að virk meðferð lækkar tíðni blæðinga eftir fæðingu borið saman við lífeðlisfræðilega umönnun. Hún segir að slík túlkun og niðurstaða sé gagnrýniverð þar sem að í þessum rannsóknum sé verið að bera saman ósamstæða meðferð í stað lífeðlisfræðilegrar umönnunar. Í tveimur rannsóknanna megi sýna fram á að meira en 50% kvenna í hópnum sem átti að fá lífeðlisfræðilega umönnun hafi fengið ósamstæða meðferð og því verið eðlilegt að virk meðferð kæmi betur út.

Nýleg kerfisbundin yfirlit í Cochrane gagnagrunninum hafa sýnt að venjubundin virk meðferð sé betri heldur en að biðja átekta og gefa lyf þegar þörf sýnist á því (sem einnig mætti kalla ósamstæða meðferð), blæðing sé þá marktækt minni (Elbourne, Prendiville, Carroli, Wood, McDonald, 2005, Prendiville, Elbourne, McDonald, 2005). Viðmið fyrir úrtaki þessara rannsókna voru einungis að konur

fæddu um fæðingarveg og ekki var tekið tillit til annarra þátta sem gætu haft áhrif svo sem um notkun syntocinon, deyfinga og fleira. Ennþá vantar sam-
anburðarrannsóknir á virkri meðferð og lífeðlisfræðilegri umönnun.

Hvenær ætti að styðjast við lífeðlisfræðilega umönnun og hvenær nota virka meðferð?

Eðlilegt er að veita lífeðlisfræðilega umönnun þegar kona fæðir eðlilega án allra inngripa, þar með talið án verkjalyfjagjafar og örvunar með lyfjum. Einnig á að hafa í huga hvort áhættuþættir fyrir blæðingu eftir fæðingu séu til staðar og hvort fæðingin hafi verið mjög hröð eða langdregin. Að sjálf-sögðu skiptir upplýst val konu hér miklu máli.

Í yfirlýsingunni er sagt að bjóða skuli öllum konum virka meðferð á þriðja stigi fæðingar. Ekki er um fyrir-mæli að ræða og þetta innlegg í um-ræðu um þriðja stig fæðingar er til þess fallið að fá ljósmæður til að huga betur að þriðja stigi fæðingar og velta fyrir sér hvaða umönnun og meðferð þær veita.

Hvenær á að skilja á milli og hvenær á að gefa samdráttarlyf? Í yfirlýsingunni er sagt að gefa eigi samdráttarlyf á fyrstu mínútu eftir fæðingu barnsins og skilja á milli, þegar sláttur er hættur í naflastreng og áður en stjórnunni togi á naflastreng er beitt. Þetta er ekki í sam-ræmi við verklagsreglu um eðlilega fæðingu (Verklagsreglur Handbók Kvinnadeildar LSH, 2004) þar segir að gefa skuli samdráttarlyf eftir fæðingu barns þegar skilið hafi verið á milli. Vert er að benda á að mismunandi sjón-armið hafa komið fram um hvernig best sé að hafa virka meðferð. Flestar skilgreiningar á virkri meðferð segja að snemma eigi að skilja á milli móður og barns og margar nefna að það skuli gera fyrir gjöf samdráttarlyfja (Brown, 1989; McDonald, 1999; Prendiville, Elbourne og McDonald, 2005). Þá segir Gyte (1994) að gjöf samdráttarlyfja, án þess að skilið sé snemma á milli, sé ein af leiðum ósamstæðrar meðferðar.

Við lifum á tímum verklagsreglna og klínískra leiðbeininga, sem eiga að vera leiðbeinandi en ekki fyrir-mæli. Við eigum samt áfram að nota eigin dóm-greind, reynslu, kunnáttu og innsæi. Líklega geta ljósmæður og lækmar verið sammála um að það sem kallað hefur verið klínískt nef er mikilvægt og að

stundum má biðja meðvitað, láta lífeðlisfræðilegum þáttum eftir að virka þegar ekki blæðir. Þá er það líka skráð í fæðingarlýsinguna, á sama hátt eins og þegar um virka meðferð er að ræða. Þetta er í samræmi við verklagsreglur LSH um eðlilega fæðingu en í vel völdum tilfellum geta ljósmæður sleppt því að gefa syntocinon á þriðja stigi fæðingar.

Allir eru líklega sammála um að þegar til staðar eru áhættuþættir fyrir blæðingu eftir fæðingu á að veita virka meðferð á þriðja stigi fæðingar. Sýnt hefur verið fram á að það minnkar tíðni blæðinga eftir fæðingu (McDonald, 1999). Í þeim tilfellum nýttist yfirlýsing og leiðbeiningar FIGO og ICM vel. Í öðrum aðstæðum ætti að styðjast við lífeðlisfræðilega umönnun og skrá hana, í samræmi við hugmyndafræðilegan grunn ljósmóðurfræðinnar eins og hún birtist í námskrá í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands (Námskrá í ljósmóðurfræði 1995 - 2005, Háskóli Íslands) og í Hugmyndafræði og stefnu Ljósmæðrafélags Íslands (Ljósmæðrafélag Íslands, 2000) um að barneign sé lífeðlisfræðilegt ferli en ekki sjúkdómur sem nái til meðgöngu, fæðingar og sængurlegu, og mótist af tilfinningalegum og félagslegum þáttum. Samkvæmt þessari nálgun er meðganga og fæðing eðlileg þar til annað kemur í ljós eða eitthvað fer úrskaiðis.

Venjubundin virk meðferð fyrir allar konur, til að fyrirbyggja óeðlilega blæðingu eftir fæðingu er þannig í anda læknisfræðilegrar nálgunar þar, sem því er haldið fram að engin fæðing sé eðlileg fyrr en hún er afstaðin (Bryar, 1995, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, 1995).

Lokaorð

Ljóst er að ljósmæður verða að hafa þekkingu á lífeðlisfræðilegri umönnun og hafa hugrekki og færni til að vinna rétt miðað við aðstæður hverju sinni. Ef ljósmæður gera þetta ekki þá er hætta á að ljósmæðranemar hvorki sjái né læri lífeðlisfræðilega umönnun. Þetta á einnig við um virka meðferð en í yfirlýsingunni kemur fram að tryggja þurfi kennslu í réttum vinnubrögðum virkrar meðferðar.

Skort hefur festu og samræmingu í kennslu um þriðja stig fæðingar og ekki er víst að allir séu með hugmyndafræði lífeðlisfræðilegrar umönnunar á hreinu og þekki handtök virkrar meðferðar. Fylgjufæðingin hefur jafnvel orðið út undan í klínísku námi og starfsþjálfun.

Því er nauðsynlegt að skerpa vinnubrögð og rétt að nota tækifærið nú þegar þessi yfirlýsing hefur komið fram. Mikilvægt er að nám í ljósmóðurfræðum við Háskóla Íslands leggi aukna áherslu á þessa þætti um þriðja stig fæðingar í bóklegri kennslu og einnig að þessari þekkingu sé viðhaldið í starfi. Við munum leggja okkar af mörkum og kennsla um þessa þætti mun verða endurskoðuð næsta ár.

Einnig má hafa í huga að skipuleggja þjónustu og verkaskiptingu lækna og ljósmæðra í samræmi við þá hugmyndafræði sem þjónustan byggir á hverju sinni, þ.e. að skilgreina betur milli eðlilegra fæðinga, áhættufæðinga eða fæðinga þar sem læknisfræðileg meðferð er nauðsynleg.

Ósamstæð meðferð getur haft áhrif á blæðingu eftir fæðingu og má velta fyrir sér hvort orsök mikilla blæðinga á fæðingardeild LSH liggja í því að meðferð á þriðja stigi sé ósamstæð í stað þess að vera virk eða lífeðlisfræðileg en mikilvægt er að farið sé eftir leiðbeiningum um virka meðferð og/eða lífeðlisfræðilega umönnun. Fróðlegt væri að skoða þessa þætti með fagryniadferðum.

Meginniðurstöður fræðilegrar úttektar Kristbjargar Magnúsdóttur (2001) voru einmitt þær að mikilvægt sé að greina aðstæður hverju sinni og taka ákvörðun um hvor eða hvaða meðferð eigi við, því verst sé að blanda öllu saman.

Umönnun á þriðja stigi fæðingar er mikilvæg til að fyrirbyggja blæðingu eftir fæðingu. Við ljósmæður vitum að blæðing eftir fæðingu getur verið alvarleg og að oft er hægt að fyrirbyggja hana, með réttum vinnubrögðum og með því að treysta náttúrunni, þegar það á við.

Heimildir

- Akins, S. (1994). Postpartum hemorrhage: A 90s approach to an age-old problem. *Journal of Nurse-Midwifery*. 39 (2 suppl.); 123S-134S.
- Begley, C.M. (1990). A comparison of active and physiological management of the third stage of labour. *Midwifery*. 6; 3-17.
- Brown, A. (1989). After birth. *Nursing times*. 85(38); 52-54.
- Bryar, R.M. (1995). *Theory for midwifery practice*. Mc Millan Press. London.
- Elbourne, DR. Prendiville, WJ. Carroli, G. Wood, J. McDonald, S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour (2005). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. Sótt 30. maí 2005.
- Featherstone, I.E. (1999). Physiological third

- stage of labour. *British journal of midwifery*. 7(4); 216-221.
- Gyte, G. (1994). Evaluation of the meta-analyses on the effects, on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour. *Midwifery*. 10(4); 183-199.
- Inch, S. (1985). Management of the third stage of labour - Another cascade of intervention. *Midwifery*. 1(2); 114-122.
- Kristbjörg Magnúsdóttir (2001). Meðferð á þriðja stigi fæðingar og blæðingar eftir fæðingu. Óbirt lokaverkefni til embættisprófs í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands.
- Levy, V. (1990). The midwife's management of the third stage of labour. Í J.Alexander, V. Levy og S. Roch (ritstj.), *Midwifery practice: Intrapartum care: A researchbased approach* (137-153). Houndsmille: MacMillan.
- Ljósmæðrafélag Íslands (2000). Hugmyndafræði og stefna. Reykjavík: Ljósmæðrafélag Íslands.
- McDonald, S. (1999). Physiology and mana-

- gement of the third stage of labour. Í V.R. Bennett og L.K. Brown (ritstj.), *Myles textbook for midwives* (465-485) (13. útgáfa). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Odent, M. (1998). Don't manage the third stage of labour. *The practicing midwife*. 1(9); 31-33.
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (1995). Breytingar og þróun á námi í ljósmóðurfræði. *Ljósmæðrablaðið*, 73,2, 14-29.
- Prendiville, WJ. Elbourne, D. McDonald, S.(2005). Active versus expectant management in the third stage of labour Cochrane Pregnancy and Childbirth Group *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. Sótt 30. maí 2005.
- Stroud, R. og Cochrane, S. (1990). Midwives managing without drugs. *Nursing times*. 86(48); 70-71.
- Verklagsreglur Handbók kvennadeildar Landspítala Háskólasjúkrahúss (2004 13.01). Eðlileg Fæðing, Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.



Verzlunin Móðurást er flutt í Hamraborg 7. Kópavogi

Sængurgjafir
Ungbarnafatnaður
Brjóstagjafabrjóstahaldarar
Handpumpur og hjálpartæki
Mjaltavélaleiga

