

Barnaföderskor underbehandlas

Bara 21 av 55 kliniker ger rutinmässigt livmodersammandragande medel i efterbördsskedet

I en nyligen publicerad, svensk studie dras slutsatsen att oxytocin bör ges till alla barnaföderskor. Men enligt en enkät, besvarad av samtliga förlossningsavdelningar i Sverige, var det 1995 bara 21 av 55 kliniker som gav livmodersammandragande medel som rutin. Om rutinerna är oförändrade idag underbehandlas svenska barnaföderskor, menar artikel-författarna.

Post partum-blödning är globalt sett den största orsaken till maternell morbiditet och mortalitet. Sedan införandet av läkemedel med livmoderkontraherande effekt på 1930-talet har mödradödligheten i post partum-blödning reducerats från 1/3 000 förlossningar till 1/60 000 under 1980-talet [1]. Motsvarande siffra för u-länder är än idag 50 gånger högre. Förutom medicinsk behandling av post partum-blödning har även utbyggd mödravård, förbättringar i nutrition och socioekonomisk utveckling samt tillgång till antibiotika och blodtransfusion bidragit till den minskade mödramortaliteten [2].

Definition på blödning varierar

Post partum-blödning har varierande definition i olika länder. Blödningsmängd större än 500 ml har använts i anglosaxiska länder [3], medan WHOs klassifikation (ICD 9), större än 600 ml, har använts i Sverige. Metaanalys av tillgängliga randomiserade studier visar entydigt att behandling med livmodersammandragande farmaka minskar fre-

Författare

KERSTIN FOGELSTAM
barnmorska

LENNART NORDSTRÖM

med dr, överläkare; båda förlossningsavdelningen, kvinnokliniken, Östersunds sjukhus.

FOTO: GREGOR JANHEDÖSTEUNDS SJUKHUS

Livmodersammandragande medel i efterbördsskedet. Artikelförfattarna rekommenderar rutinmässig oxytocinbehandling till alla kvinnor efter vaginal förlossning. Preparatet är atoxiskt, billigt och därför kostnadseffektivt, skriver de.

kvansen post partum-blödning med 40 procent [4]. Vid vår klinik har vi funnit en incidens av post partum-blödning större än 600 ml förvånansvärt hög, 18 procent, trots rutinmässig användning av oxytocin [opubl data, 1992]. Vi spekulerade över den kliniska relevansen av denna diagnos i en miljö av friska, välnutrierade kvinnor, då ju de flesta som får diagnosen »atonisk blödning efter förlossning» är helt opåverkade i puerperiet.

Vår hypotes var att en klinisk mer relevant gräns för diagnosen post partum-blödning skulle vara större än 800 ml (arbiträrt vald) samt att rutinmässig oxytocinbehandling inte var nödvändig. Vi genomförde därför en randomi-

serad, dubbelblind studie och jämförde oxytocin (Partocon) med koksalt i efterbördsskedet [5]. Samtidigt sände vi ut en enkät till alla förlossningsavdelningar i Sverige för att klarlägga aktuella rutiner för bruk av livmodersammandragande medel i efterbördsskedet.

I januari 1995 skickades enkäten till landets alla 55 förlossningsavdelningar med frågor angående rutiner för farmakologisk behandling i efterbördsskedet. Efter påstötning till några inkom svar från alla 55 klinikerna! Enkäten besvarades av avdelningschef eller medicinskt ledningsansvarig läkare.

Tabell I visar vilka rutiner som användes för farmakologisk be-

handling i efterbördsskedet vid tidpunkten för enkäten. Vid 25 kliniker gavs behandling bara till patienter som tillhörde definierade riskgrupper (Tabell II). Förstahandsval av preparat vid de olika klinikerna var oxytocin (Partocon/Syntocinon), n = 48, och ergometrine (Methergin), n = 7.

Högre gräns mer relevant

I Sverige har bruket av livmodersammandragande medel i efterbördsskedet under det senaste decenniet minskat trots entydiga resultat från tidigare randomiserade studier om nyttan av rutinmässig behandling. Man kunde dock från ett svenskt perspektiv ifrågasätta den kliniska relevansen av dessa studier. I en svensk omgivning med huvudsakligen friska, välnärda barnaföderskor har 100 ml extra blödning troligen ingen avgörande effekt på hälsa och välbefinnande. Vi spekulerade på detta sätt och postulerade att en högre gräns för post partum-blödning (större än 800

ml) var kliniskt mer relevant. En randomiserad studie med oxytocin (10 IE intravenöst) eller placebobehandling genomfördes [5]. Som förväntat fann vi drygt 100 ml större medelblödning bland dem som erhöill placebo (koksalt) jämfört med de oxytocinbehandlade. Emellertid fann vi också signifikant fler med post partum-blödning större än 800 ml (15,2 procent jämfört med 8,8 procent). Placebogruppen behövde dessutom oftare tilläggsbehandling med ergometrin och hade signifikant fler kvinnor med Hb lägre än 100 g/l dag två efter förlossningen. Anemin innebar längre vårdtid på sjukhuset.

Av enkäten framgick att endast 38 procent av förlossningsavdelningarna rutinmässigt behandlade alla, något som några årtionden tidigare var en självklarhet för de flesta i obstetrisk praktik. I den randomiserade studien var den största enskilda riskfaktorn för post partum-blödning stort barn (större än 4 500 g). Denna faktor fanns med hos endast 32 procent (8/25) av de kliniker som endast behandlade patienter med riskfaktorer. Vanligaste riskfaktorn i enkäten var anamnes på post partum-blödning vid tidigare förlossning. Emellertid visade vår randomiserade studie att anamnes från en patient i tidigt värkarbete endast identifierade hälften av det förväntade antalet (9 procent mot förväntat 18 procent).

Omföderns har ansetts blöda mer under efterbördsskedet [6]. I vår studie blödde kvinnor med placebobehandling mer oavsett paritet, även om signifikans endast nåddes för andra- och tredje-gångsföderns. I enkäten uppgav tre kliniker att tidigare förlossningar var en riskfaktor, men valde olika gränsdragningar (andra-, tredje- respektive fjärdegångsföderns).

Bättre resultat per injektion om alla behandlas

Om profylaktisk behandling till riskgrupper för post partum-blödning större än 800 ml (andra- och tredje-gångsföderns och födelsevikt större än 4 500 g) hade applicerats i den randomiserade studien skulle 72 procent av den vaginalt förlösta populationen ha behövt behandlas, därtill ett antal på indikation [5]. Identifikation av »riskfall» leder således till att en stor del av barnaföderns korna ändå får behandling, men att sannolikheten av att injektionen förhindrar kliniskt signifikant post partum-blödning minskar. Man kan också uttrycka det enligt följande: om rutinmässig behandling ges till alla undviks en post partum-blödning större än 800 ml för var 17:e injektion; ges det bara till ovan specificerade riskgrupper är motsvarande siffra en på 27 injektioner [5].

I enkäten fann vi att hos en övervä-

Tabell I. Riktlinjer för behandling i efterbördsskedet vid 55 svenska förlossningsavdelningar. * = ej svarat i ett fall.

Rutinmässig behandling till alla	21 (38 procent)
Överväger att sluta	5
Profylaktisk behandling endast till riskgrupper	25 (46 procent)
Överväger att sluta	1*
Behandling endast på klinisk indikation (blödning)	9 (16 procent)
Överväger att börja rutinmässigt	2*

gande del av klinikerna gavs oxytocin som förstahandsalternativ. Det finns två skäl att rekommendera detta. Preparatet har nästan inga sidoeffekter och kan ges till hypertoni-/preeklampsipatienter utan negativ effekt på blodtrycket. Det har dessutom mindre effekt på cervix, och därigenom placentalretention, än ergometrinpreparat [7]. Utomlands används ofta ett kombinationspreparat av oxytocin och ergometrin (Syntometrin). Detta har i vissa studier hävdats vara bättre än enbart oxytocin. Detta gäller emellertid bara post partum-blödning av mindre volym, och dessutom förekommer sidoeffekter mer ofta [7]. Ergometrin var andrahandsval hos alla som valt oxytocin i första linjen och oxytocin för de sju kliniker som gav ergometrin som första åtgärd. Alla kliniker använde prostaglandinpreparat som tredje alternativ, sannolikt på grund av deras gastrointestinala biverkningar.

Starka skäl för rutinmässig behandling

Vi finner starka skäl för att rekommendera rutinmässig oxytocinbehandling till alla kvinnor efter vaginal förlossning. Preparatet är atoxiskt, billigt

Tabell II. Riskgrupper som ges profylaktisk behandling med livmoderssammandragande medel i efterbördsskedet vid 25 svenska förlossningsavdelningar (multirespons).

Riskgrupper	Antal
Atonisk blödning vid tidigare förlossning	20
Flerbörd	14
Sekundär värksvaghet/långdraget förlöpp	12
Stort barn	8
Polyhydramnion	5
Anemi under graviditeten	4
Blödningstendens/koagulationsdefekt	4
Omföderns (andra-, tredje-, fjärdegångsföderns)	3
Ofullständiga hinnor	3
Fördröjd placentaavgång (>60 min)	2
Vattenavgång >24 timmar	2
Övrigt	3

och därför kostnadseffektivt. Efter adekvat information skall kvinnan givetvis själv bestämma om hon vill ha behandling. Men om rutinerna för farmakologisk behandling under efterbördsskedet inte har förändrats sedan enkäten genomfördes anser vi att svenska barnaföderns korna underbehandlas.

Referenser

- DHDS. Report on confidential enquiries into maternal deaths 1982-1984. London: Her Majesty's stationery office, 1989.
- Moir JC. The history of present day use of ergot. *Can Med Assoc J* 1955; 72: 727-34.
- Samil Suprapti R. Postpartum hemorrhage. In: Ratnam SS, Basker Rao K, Arulkumaran S, eds. *Obstetrics and gynaecology for post-graduates*, vol 1. Madras (India): Orient Longman Ltd, 1992.
- Prendiville W, Elbourne D, Chalmers I. The effect of routine oxytocic administration in the management of the third stage of labour: an overview of the evidence from controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol* 1988; 95: 3-16.
- Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhström H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 781-6.
- Arulkumaran S, Haththotuwa R, Chua S. The management of postpartum hemorrhage. In: Arulkumaran S, Ratnam SS, Basker Rao K, eds. *The management of labour*. Madras (India): Orient Longman Ltd, 1996.
- Yuen PM, Chan NST, Yim SF, Chang AMZ. A randomised double blind comparison of Syntometrine and Syntocinon in the management of the third stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 377-80.

Summary

Parturients undertreated with oxytocics in the third stage of labour; routine treatment given at only 21 of Sweden's 55 labour wards.

Kerstin Fogelstam, Lennart Nordström
Läkartidningen 1998; 95: 1259-60

A questionnaire answered by all 55 Swedish labour wards in 1995 showed oxytocic treatment to be given routinely to all parturients during the third stage of labour at only 38% (21/55) of the units, and that five of these 21 units were considering cessation of the practice. At a further 25 units the treatment was given routinely only in selected risk cases, the most common risk factors being a history of postpartum haemorrhage (a criterion at 20 units), multiple pregnancy (14 units), prolonged labour (12 units), and a large baby (8 units). Of the remaining nine units, where oxytocic treatment was given only on clinical indications (i.e., postpartum haemorrhage), two were considering the introduction of routine treatment. In view of results obtained in a recent randomised, placebo controlled Swedish study, the authors of the article conclude that, if clinical practice in this respect has remained unchanged since the questionnaire study was performed, Swedish parturients are undertreated with oxytocics during the third stage of labour.

Correspondence: Dr Lennart Nordström, Senior Consultant, Dept of Obstetrics and Gynaecology, Östersunds sjukhus, S-831 83 Östersund.