

Vattenavgång utan värkar i fullgången tid

Kvalitetssäkringsstudie av enkelt protokoll

Vid vattenavgång utan värkar i fullgången tid är det vanligt att inducera förlossningsarbetet. Det optimala tidsintervallet mellan vattenavgång och induktion är inte känt, och praxis varierar mellan olika kliniker i Sverige. Under hela 1994 användes på Södersjukhuset ett enkelt protokoll för handläggningen av detta tillstånd, och en kvalitetssäkringsstudie gjordes. Induktion startades om kvinnan inte hade fått värkar inom ett dygn. Behovet av effektiv smärt lindring visade sig vara stort, och 42 procent av kvinnorna fick epiduralanestesi. Frekvensen instrumentella förlossningar var hög vid omoget cervixstatus. Kejsarsnitt behövde utföras endast hos förstföderskor. Som ett resultat av studien har tiden mellan vattenavgång och induktion av förlossningsarbetet förlängts till två dygn.

Om en förlossning i fullgången tid startar med vattenavgång utan värkar föreligger prematur eller för tidig vattenavgång (FTV). Andelen förlossningar som startar på detta sätt varierar i olika studier och anses i Sverige ligga mellan 5 och 10 procent. Problemen vid för tidig vattenavgång är väl kända. Infektionsrisken ökar om det går för lång tid innan värkarbetet startar, särskilt vid upprepade vaginalundersökningar. Om

man å andra sidan inducerar förlossning i oträngt mål finns risk för värksvaghet, vilket i sin tur leder till fler operativa förlossningar. Flera studier är nyligen gjorda i Sverige där man studerat induktion kontra exspektans vid för tidig vattenavgång [1-4]. Man har i dessa studier valt olika tidsintervall (12, 24, 48 och 72 timmar) mellan vattenavgång och induktion. I praktiken blir det ofta svårt att hålla dessa tider exakt.

Enkelt protokoll

I samband med att vi utarbetade ett enkelt protokoll för den kliniska handläggningen av för tidig vattenavgång ville vi göra en uppföljning efter ett år i form av en kvalitetssäkringsstudie. Under tiden 1 januari–31 december 1994 blev alla först- och omföderskor med graviditetslängd mer än 36 + 0 veckor, foster i huvudbjudning och enkelbörd med för tidig vattenavgång undersökta. Graviditetslängden 36 + 0 veckor valdes av kliniskt praktiska skäl. Vattenavgången diagnostiserades av läkare, antingen genom observation av foster-vatten eller efter steril spekulumundersökning, eventuellt med hjälp av omslag på bromtymolsticka. I protokollet underströks att vaginal palpation skulle undvikas. En 30-minuters kardiografisk (CTG) registrering utfördes, och patienten observerades under minst två timmar. Om hon då inte hade fått värkar, och fostervattnet var klart, gick hon hem för att invänta spontant värkarbete. Om detta uteblev återvände patienten följande morgon. Då först utfördes mognadsbedömning av cervix och odling med avseende på β -hemolyserande streptokocker grupp B (GBS). Om cervix var mogen och det fanns en kvarvarande hinnblåsa gjordes först amniotomi, varefter värkar inducerades med hjälp av oxytocindropp. Om cervix var omoget gavs 3 mg prostaglandin E₂ som vaginaltablett (Prostin) i bakre fornix. Detta fick upprepas högst två gånger. Alla patienter kontaktades per telefon av två av författarna (HA och LÅ) 4–5 veckor efter förlossningen för att efterhöra om de eller barnen fått någon infektion.

Etthundra nittio patienter med för tidig vattenavgång uppfyllde ovan näm-

da kriterier, varav 128 var förstföderskor (till denna grupp räknades även de som tidigare genomgått kejsarsnitt och som inte hade fött vaginalt) och 62 var omföderskor (Tabell I). Antalet förlossningar vid Södersjukhuset var totalt 3 633 under samma tid. Detta ger en FTV-incidens på 5 procent.

Mer än hälften fick spontana värkar inom ett dygn

Etthundratjugosex patienter (66 procent) fick spontant värkarbete före återbesöket (dvs inom 24 timmar), av dem var 86 förstföderskor och 40 omföderskor. Tiden från vattenavgång till förlossning var i denna grupp i genomsnitt 27 (7–77) timmar för förstföderskorna och 20 (4–43) timmar för omföderskorna.

Sextiofyra patienter återkom följande morgon utan att ha fått värkar. Då hade 47 (28 först- och 19 omföderskor) ett moget cervixstatus, och värkar inducerades med oxytocindropp. Tiden från induktion till förlossning blev 16 (5–38) timmar för förstföderskorna och 6 (<1–14) timmar för omföderskorna i denna grupp.

Sjutton patienter (14 först- och 3 omföderskor) hade omoget cervixstatus vid återkomsten följande morgon och blev behandlade med prostaglandin. Av dessa blev 14 vaginalförlösta, varav 3 med vakuumentraktion. Tre blev förlösta med kejsarsnitt.

Vakuumentraktion utfördes hos 13 procent, vilket ska jämföras med medelvärdet 9 procent vid Södersjukhuset under samma tid. Antalet kejsarsnitt var 14 (7 procent), medan den totala kejsarsnittsrekvensen var 14 procent (därav 9 procent akuta) under 1994.

Tecken på infektion hos en femtedel

Infektionstecken i form av feber ≥ 38 grader vid två tillfällen under förlossningen fanns hos 18 patienter (9 procent); 11 med spontant värkarbete och 7 med inducerat. Totalt 28 kvinnor fick antibiotika under förlossningen, antingen på grund av kliniska infektionstecken eller på grund av att de uppfyllde klinikens kriterier för antibiotikaproylax vid akut kejsarsnitt. Totalt blev 11

Författare

HELENA ANDERSSON
barnmorska

PETER THOMASSEN
docent, överläkare

GISELA WEGNELIUS
tf överläkare

LISBETH ÅKERLIND
barnmorska; samtliga kvinnokliniken, Södersjukhuset, Stockholm.

Tabell I. Kliniska data beträffande 190 kvinnor med för tidig vattenavgång.

	Förstföderskor N = 128	Omföderskor N = 62
Spontan värkarbete	86	40
förlöst med vakuumextraktion	11	1
förlöst med kejsarsnitt	6	0
Mogen cervix (induktion med oxytocin)	28	19
förlöst med vakuumextraktion	8	2
förlöst med kejsarsnitt	5	0
Omogen cervix (induktion med prostaglandin E2)	14	3
förlöst med vakuumextraktion	3	0
förlöst med kejsarsnitt	3	0

barn (6 procent) behandlade på grund av infektion.

Ganska hög frekvens kejsarsnitt och epiduralanestesi

Flera studier av för tidig vattenavgång är nyligen avslutade i Sverige. Vid kvinnoklinikerna vid Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset har man studerat endast förstföderskor [1-3]. I en stor undersökning från Östra sjukhuset i Göteborg [4] studerade man både först- och omföderskor.

Sextiosex procent av våra patienter fick spontana värkar inom ett dygn, vilket överensstämmer med Göteborgsstudien. Frekvensen vakuumextraktion låg i vår studie på totalt 13 procent (hos förstföderskor 17 procent), vilket ska jämföras med 15 procent i Huddingestudien och 14 procent i Göteborg. Det verkar sålunda som om olika protokoll inte ger någon större skillnad i antalet instrumentella vaginala förlossningar. Vår kejsarsnittsfrekvens på 7 procent (alla förstföderskor!) låg klart högre än i Göteborgsstudien, där kejsarsnitt utfördes hos endast 4 procent av förstföderskorna.

Andelen kvinnor i vår studie som fick epiduralanestesi var 42 procent (81 patienter), vilket är betydligt högre än klinikkens generella frekvens (26 procent). Vi såg ingen väsentlig skillnad i behovet av denna smärtlindring mellan de förstföderskor vars förlossningar startade spontant och dem med inducerad förlossning. Mer än hälften av förstföderskorna i vår studie fick epiduralanestesi, medan denna bedövning gavs till ca 20 procent av förstföderskorna i Göteborgsstudien [4].

Vi tror att skillnaden i frekvensen kejsarsnitt hos förstföderskorna mellan vår studie och Göteborgsstudien delvis kan vara orsakad av vår högre frekvens av epiduralanestesi. Risken för långvarig förlossning ökar vid epiduralanestesi, speciellt om denna anläggs tidigt [5]. Många (9/14) av våra kejsarsnitt utfördes på indikationen värksvaghet, ibland i kombination med infektionstecken.

Hela 9 procent av de patienter som

ingick i studien hade feber under förlossningen. Det är möjligt att man blev mer uppmärksam på tillfälliga temperaturhöjningar på grund av protokollet, men vi vet att för tidig vattenavgång kan vara förorsakad av infektioner i cervix. Temperaturförhöjning är också beskriven efter epiduralanestesi [6]. Sju mödrar (4 procent) uppgav i efterhand att de behandlats för endometrit eller sepsis efter förlossningen, dessutom hade 7 behandlats för cystit. I Huddingestudien rapporterades 5 procent maternella infektioner.

Sex procent av barnen i vår studie fick infektionsbehandling, motsvarande siffror för Huddinge var 2 procent och för KS 4 procent. Kriterierna för infektion var inte lika, varför jämförelse är svår att göra. I Göteborgsstudien var andelen antibiotikabehandlade barn densamma efter tidig induktion (inom 24 timmar) som efter sen induktion (efter tre dygn), nämligen 4,8 respektive 4,5 procent [4].

Enkelt protokoll fungerar väl

Denna studie visar att ett mycket enkelt protokoll, som tar hänsyn mer till den praktiska verkligheten än till strikta tidsintervall från vattenavgång till eventuell induktion, fungerar väl. Vi vill understryka att en förutsättning för att kunna handlägga patienterna på detta sätt är att man inte utför vaginalpalpation före förlossningsstart eller eventuell induktion.

Andelen instrumentella förlossningar respektive kejsarsnitt är jämförbar med genomsnittssiffrorna vid kliniken, och frekvensen infektioner hos barn och moder är låg. I hopp om att fler förlossningar ska kunna starta spontant har vi förlängt intervallet till två dygn mellan diagnos och återkomst för ställningstagande till induktion. Vi tror att det går att minska antalet kejsarsnitt efter induktion föranledd av för tidig vattenavgång, och vi håller också på att studera orsakerna till den höga frekvensen epiduralanestesi hos denna patientgrupp.

Referenser

- Hagskog K, Nisell H, Sarman I, Westgren M. Conservative ambulatory management of prelabor rupture of the membranes at term in nulliparous women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 765-9.
- Granström L, Hammarström M, Hjertberg R, Moberger B, Berg A, Nordlander E. Expectant management in multiparous term pregnant women with premature rupture of membranes and an unripe cervix. *Obstet Gynecol* 1995; 15: 366-72.
- Hjertberg R, Hammarström M, Moberger B, Nordlander E, Granström L. Premature rupture of the membranes (PROM) at term in nulliparous women with a ripe cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 75: 48-53.
- Ladfors L, Mattsson LÅ, Eriksson M, Fall O. A randomised trial of two expectant managements of prelabour rupture of the membranes at 34 to 42 weeks. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103: 755-62.
- Malone FD, Geary M, Chelmsow D, Stronge J, Boylan P, D'Alton ME. Prolonged labor in nulliparas: Lessons from the active management of labor. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 211-5.
- Fusi L, Steer PJ, Maresh MJ, Beard RW. Maternal pyrexia associated with the use of epidural analgesia in labor. *Lancet* 1989; 1: 1250-2.