

Maria Bäckman, barnmorskestuderande

Lill Hagman, barnmorskestuderande; båda Högskolan i Kalmar

Lena Lendahls, barnmorska, Lyckeby vårdcentral, universitetsadjunkt, Högskolan i Kalmar (lena.lendahls@tbleking.se)

Smärtlindring vid medicinsk abort – avsevärda skillnader mellan kliniker

■ Sveriges abortlag ger kvinnan rätt att bestämma om hon vill avbryta eller fullfölja sin graviditet. Före utgången av vecka 8 kan hon välja mellan två abortmetoder, kirurgisk eller medicinsk. Den metod som väljs bör ge lägsta risk för komplikationer, på både kort och lång sikt, samt vara skonsam för kvinnan. En noggrann anamnes och gynekologisk undersökning minskar risken för komplikationer.

Medicinsk abort har blivit en alltmer använd metod. 1999 utfördes 30 712 aborter i Sverige, av dessa var 40 procent medicinska. Det råder dock stora skillnader mellan olika delar av landet när det gäller val av metod. I vissa delar av landet används medicinsk abort i 10 procent av de tidiga aborterna, i andra delar av landet är frekvensen så hög som 70 procent. Orsakerna till detta är säkert flera, till exempel en negativ syn på förändrade vårdrutiner, läkarnas attityd till nya metoder och ekonomiska faktorer [1, 2].

Effektiv metod

I Sverige godkändes medicinska aborter 1992 och är tillåtna till och med 63:e graviditetsdagen. En kombination av mifepriston och gemeprost är en effektiv icke kirurgisk metod för att avbryta graviditeter fram till och med åtta fullgångna graviditetsveckor. Den rekommenderade dosen är 600 mg mifepriston följt av 1 mg gemeprost 48 timmar senare. Det kliniska förloppet motsvarar ett spontant missfall. Kvinnan börjar som regel att blöda, och utstötningen av graviditeten sker oftast kort tid efter prostaglandinbehandlingen. Blödningsen liknar en riklig och långvarig menstruation. Frekvensen kompletta aborter är omkring 97 procent efter denna behandling. I cirka 2 procent blir aborten inkomplett och i cirka 1 procent misslyckas behandlingen och graviditeten fortsätter. Frekvensen skrapningar på grund av riklig blödning är cirka 1 procent. Infektionsfrekvensen är mycket låg, omkring 1 procent. Under normala betingelser beräknas denna behandling ta 4–6 timmar. Ibland förlängs vårdtiden på grund av att kvinnan erhållit mycket högpotent smärtlindring [2].

Urquhart och medarbetare genomförde en multicenterstudie i England där de studerade säkerheten och effektiviteten av kombinationen mifepriston och gemeprost. I studien deltog 1 018 abortsökande kvinnor med gestationslängd mindre än 63 dagar. Behandlingen de erhöll var 600 mg mifepriston per os, följt av vagitorium gemeprost 1 mg 48 timmar senare

SAMMANFATTAT

Kvinnor som genomgår medicinsk abort har olika behov av smärtlindring. Många upplever svår smärta.

En jämförande studie mellan kvinnoklinikerna i Kalmar och Karlskrona visar att det råder avsevärda skillnader mellan klinikerna vad gäller smärtlindring.

I Kalmar ges oftast paracetamol och dextropropoxifen i samband med aborten, medan det i Karlskrona vanligtvis ges diklofenak som suppositorier.

I Kalmar får 42 procent av kvinnorna narkotiskt preparat vid aborten. I Karlskrona är motsvarande siffra 8 procent.

för att inducera aborten. I 94,8 procent av fallen blev aborten komplett, och i resterande 5,2 procent fick exeres genomföras. Det fanns inget samband mellan graviditetslängd och komplett respektive inte komplett abort. Narkotiska analgetika erhöll 38,1 procent av de kvinnor som inte fött barn, medan motsvarande siffra för dem som fött barn var 10,7 procent. Smärtlindringsbehovet föreföll också vara relaterat till tidigare svår dysmenorré då dessa kvinnor i 56 procent av fallen erhöll narkotiska analgetika, jämfört med 23 procent av de kvinnor som inte haft dysmenorré [3].

Smärta vanligaste bieffekten

Baird undersökte den minsta effektiva dosen av mifepriston och vilken typ av prostaglandin som gav minsta möjliga sidoeffekter utan att förlora i säkerhet. I studien där över 1 000 kvinnor deltog testades skillnaden mellan 400, 500 och 600 mg mifepriston, men man fann ingen signifikant skillnad i effektivitet mellan doserna. Däremot fann man att 0,5 mg gemeprost visade sig vara lika effektivt som 1 mg och att den lägre dosen gav mycket mindre smärta [4].

I en studie av Sandström och medarbetare där 64 kvinnor indelade i två grupper ingick testades att ge gemeprost 24 respektive 48 timmar efter mifepristonadministrering. Smärta

Tabell I. Smärtlindring vid medicinsk abort vid kvinnoklinikerna i Kalmar och Karlskrona.

Smärtlindring	Kalmar (N=100)	Karlskrona (N=100)	Totalt (N=200)
Paracetamol/ Dextropropoxifen	48	6	54
Diklofenak		58	58
Paracetamol/ Dextropropoxifen/ Diklofenak		15	15
Paracetamol/Diklofenak		8	8
Narkotiska preparat	42	8	50
Annan smärtlindring	7	2	9
Ingen smärtlindring	3	3	6

var den bieffekt flest kvinnor rapporterade. Narkotiska analgetika gavs till 40 procent av patienterna. Smärtan noterades som starkast två timmar efter prostaglandinadministreringen. Det var ingen skillnad i smärta mellan de båda grupperna [5].

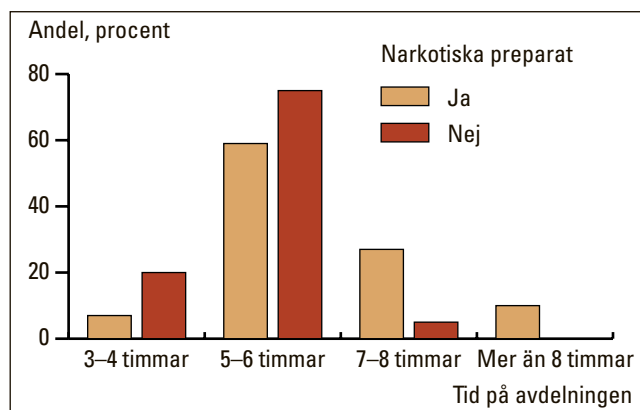
Jämförelse mellan kvinnokliniker

Syftet med studien vid kvinnoklinikerna i Kalmar och Karlskrona var att kartlägga och jämföra det faktiska användandet av smärtlindring vid medicinsk abort. Under 1999 utgjorde de medicinska aborterna vid kvinnokliniken i Karlskrona 33,4 procent av det totala antalet aborter, motsvarande siffra för Kalmar var 55,7 procent. Studien är en retrospektiv kartläggning genom journalgranskning av 100 patientjournaler från respektive klinik. Av totalt 180 journaler har 100 slumpmässigt valts ut i Kalmar samt 100 journaler av totalt 122 i Karlskrona. Det slumpmässiga urvalet bestod av de tio första medicinska aborterna i varje kalendermånad. Sju kvinnor hade spontanaborterat och fick uteslutas ur studien. Dessa journaler ersattes med sju andra journaler. De variabler som studerats är ålder, paritet, tidigare aborter, antalet fulla graviditetsveckor, antal timmar på avdelningen, typ av smärtlindring och uppföljande graviditetstest. Sambandsanalyser genomfördes med χ^2 -test.

Kvinnornas ålder varierade mellan 13 och 48 år. Två kvinnor var under 15 år, 14 kvinnor var 40 år eller äldre. Resterande 184 kvinnor återfanns däremellan. Ingen signifikant skillnad i åldersfördelning kunde ses mellan klinikerna. Drygt hälften av kvinnorna hade inte fött barn före genomgången abort, 94 kvinnor hade fött 1–3 barn och 5 kvinnor hade fött 4–5 barn. Här kunde heller ingen signifikant skillnad ses mellan klinikerna. I Kalmar utfördes drygt hälften av aborterna i graviditetsvecka 3–6 (52) medan det i Karlskrona var vanligare att aborten utfördes i vecka 7–9 (67). 135 kvinnor hade inte genomgått någon abort tidigare, 43 kvinnor en abort, 16 kvinnor två aborter, 5 kvinnor tre aborter och en kvinna fyra aborter. Ingen skillnad kunde ses mellan klinikerna.

Skilnader i praxis

I Kalmar ges initialt, i samband med gemeprostandministreringen, kombinationen dextropropoxifen 100 mg och paracetamol 1 g, suppositorium paracetamol 500 mg eller vid behov injektion ketobemidon 5 mg intramuskulärt. Kvinnokliniken i Karlskrona utför ett vaginalt ultraljud på de kvinnor som börjat blöda när de kommer för administrering av gemeprostandministreringen. Om aborten redan är komplett efter intaget av mifepriston behandlas inte kvinnan med gemeprostandministreringen. I Karlskrona ges suppositorium diklofenak 50 mg i samband med gemeprostandministreringen. Vid behov av ytterligare smärtlindring ges suppositorium paracetamol 500 mg eller injektion morfin 5 mg intramuskulärt. Efter administrering av gemeprostandministreringen får kvinnan vistas på av-



Figur 1. De narkotiska preparatens inverkan på hur länge kvinnorna vårdades på avdelning.

delning, vanligtvis 4–6 timmar. Hon har möjlighet att ha någon anhörig hos sig och som regel också tillgång till eget rum. Barnmorska eller sjuksköterska sköter omvårdnaden av kvinnan. I Karlskrona får kvinnan vända sig till primärvården (mödrahälsovården) vid besök före och efter aborten. I Kalmar sköts detta av kvinnokliniken. I båda fallen har kvinnan möjlighet till kuratorskontakt.

Resultatet av preparatfördelningen vid båda klinikerna framgår av Tabell I. I Kalmar gavs en kombination av paracetamol till tre kvinnor, ytterligare fyra kvinnor hade erhållit paracetamol/dextropropoxifen och paracetamol 500 mg. I Karlskrona gavs enbart paracetamol 500 mg till en kvinna. En av de kvinnor som erhöll diklofenak fick dessutom paracetamol 500 mg. Narkotiska preparat används i betydligt större omfattning i Kalmar än i Karlskrona ($P=0,001$). Kvinnor under 25 år erhöll mer narkotisk smärtlindring än kvinnor över 25 år ($P=0,004$) liksom de kvinnor som aldrig tidigare fött barn ($P=0,001$). De narkotiska preparatens inverkan på hur länge kvinnorna vårdades på avdelning redovisas i Figur 1. De patienter som vårdades mer än åtta timmar hade samtliga erhållit narkotisk smärtlindring. Det förelåg ingen signifikant skillnad i användandet av narkotiska preparat eller i vilken graviditetsvecka aborten genomfördes. Uppföljande graviditetstest görs rutinmässigt i både Kalmar och Karlskrona. I Kalmar görs ett U-HCG (humant koriongonadotropin) efter fyra veckor och i Karlskrona ett S-HCG efter två veckor. Studien visar att i Kalmar var 2 aborter av 100 inte kompletta och ledde till exeres. I Karlskrona var motsvarande siffra 6 av 100.

NSAID-preparat bör undvikas

I Sandströms studie tycks smärtproblematiken överensstämma med den hos kvinnorna som genomgår medicinsk abort i Kalmar [5]. Av resultatet framgår att mer narkotiska preparat användes som smärtlindring i Kalmar än i Karlskrona. Efter som valet av analgetika vid gemeprostandministreringen skiljer sig mellan klinikerna kan skillnaden bero på detta. Diklofenak, som är ett NSAID-preparat (non steroid antiinflammatorisk drog), kan hämma eller påverka prostaglandinsyntesen samt metabolismen och bör därför undvikas.

Journalgranskningen gav inget svar på om patienten hade någon anhörig med sig under aborten. Det hade varit intressant att studera om detta minskar analgetikabehovet. En studie av Guilbert och Roter visar att det har stor betydelse för den abortsökande kvinnans smärtupplevelse om en anhörig medföljer eller inte [6].

Hjälpmiddel för skattning av smärta

Dokumentationen om smärta vid medicinsk abort kan vara svår att genomföra. Vid journalgranskningen framkom att

ingen smärtskattning var gjord. Ett exempel på hjälpmedel för skattning av smärta är VAS (visuell analog skala), som är ett enkelt instrument för patienten att använda. En annan metod för att skatta smärta hos kvinnor som genomgår medicinsk abort kan vara att be dem fylla i ett frågeformulär efter det att aborten är genomförd. Smith och medarbetare testade och gav ut ett sådant 1979 [7].

Att ge misoprostol som ett alternativ till gemeprostat kan vara ett sätt att minska smärtan eftersom studier har visat att kvinnorna har mycket mindre ont efter intag av misoprostol än efter behandling med gemeprostat [8]. Suppositorium diklofenak som smärtprefylax verkar vara ett bättre alternativ än paracetamol och dextropropoxyfen för att undvika användandet av narkotiska medel.

Referenser

1. Att förebygga oönskade graviditeter. Sammanställning av föreläsningar från en konferens om oönskade graviditeter och abort anordnad av Folkhälsoinstitutet den 15 december 1999. URL: <http://www.fhi.se/shop/>
2. Abort i Sverige. Linköping: Svensk förening för obstetrik och gynekologi; 1994. Rapport nr 27.
3. Urquhart Templeton AA, Shinewi F, Chapman M, Hawkins K, McGarry J, Rodger M, et al. The efficacy and tolerance of mifepristone and prostaglandin in termination of pregnancy of less than 63 days gestation; UK Multicentre study – final results. *Contraception* 1997;55(1):1-5.
4. Baird DT. Clinical use of mifepristone (RU 486). *Ann Med* 1993; 25:65-9.
5. Sandström O, Brooks L, Schantz A, Grinstead J, Grinstead L, Duelund Jacobsen J, et al. Interruption of early pregnancy with mifepristone in combination with gemeprostat. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:806-9.
6. Guilbert E, Roter D. Assessment of satisfaction with induced abortion procedure. *J Psychol* 1997;131:157-66.
7. Smith GM, Stubblefield PG, Chirchirillo L, McCarthy MJ. Pain of first trimester abortion: its quantification and relations with other variables. *Am J Obstet Gynecol* 1979;133:489-98.
8. Thong KJ, Baird DT. Induction of abortion with mifepristone and misoprostol in early pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99(12): 1004-7.

SUMMARY

Pain relief in medical abortion – considerable differences between departments

Maria Bäckman, Lill Hagman, Lena Lendahls

Läkartidningen 2002;99: 1825-7

Women undergoing medical abortions require different types of pain relief, severe pain being a problem. This study compared the pain relief required during a medical abortion at the Departments of Gynecology in Kalmar and Karlskrona. The case notes of 100 women at each department were examined. Considerable differences between the two departments were found. In Kalmar women were mainly given paracetamol and dextropropoxyphen at the start of the procedure, while in Karlskrona women were usually given suppository diclofenac. In Kalmar 42 per cent of the women needed some form of opiate during the abortion, while in Karlskrona only 8 per cent required opiates.

Correspondence: Lena Lendahls, Vårdcentralen, SE-371 62 Lyckeby, Sweden (lana.lendahls@ltblekinge.se)

Särtryck

Läkartidningen

Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fanconi och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien.

Priset är 210 kronor

Kvinnorna och männen bakom syndromen



Beställer härmed.....ex
av boken

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till Läkartidningen
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker