



VSV: Verloskundige kringen van: de Kempen-Eindhoven-Strabrecht Máxima Medisch Centrum, Veldhoven

Richtlijn 26

Datum invoering: november 2010

Datum laatste revisie: april 2015

Pijnbestrijding tijdens de baring

deel 1: Transmuraal

Uitgangspunt: iedere barende heeft recht op een vorm van pijnstilling tijdens de baring. Dat kan bestaan uit:

1. intensieve begeleiding ingeval dat
 - dat gewenst is
 - de baring te ver gevorderd is om medicamenteuze pijnstilling toe te dienen
2. het toedienen van medicamenteuze pijnstilling.

Voorlichting:

Iedere zwangere in ons VSV

- ontvangt de folder: 'hoe ga je om met pijn' (eerstelijns) of pijnbestrijding tijdens de bevalling' (tweedelijns)
- krijgt mondeling in het derde trimester (of desgewenst eerder) voorlichting over pijnbestrijding.

Medicamenteuze pijnbestrijding maakt een verwijzing naar en overname door de tweedelijns noodzakelijk.

Keus van pijnbestrijding

1. Niet medicamenteuze pijnbestrijding kan onder andere bestaan uit het veranderen van houding, het bewegen op een skippybal, massage, het nemen van een warm bad en intensieve begeleiding (zoveel als mogelijk) waarbij de hulpverlener de vrouw door de bevalling coacht.
2. Medicamenteuze pijnbestrijding:
 - a. Pethidine wordt in MMC toegediend indien
 - i. de baring nog niet begonnen is maar er wel behoefte is aan sedatie;
 - b. Epiduraal analgesie (EDA) wordt toegediend indien
 - i. de barende erom vraagt;
 - ii. op advies van de verloskundige hulpverlener en de barende akkoord is.
 - c. Remifentanyl is geschikt voor vrouwen met een contra-indicatie voor epidurale analgesie en vervangt pethidine als pijnstiller durante partu.

Deel 2 : intramuraal

De patiënte wordt overgedragen aan de klinisch verloskundige of dienstdoende arts.

a. Pethidine:

Het toedienen van pethidine wordt gerealiseerd nadat de zwangere is onderzocht (handgrepen van Leopold, vaginaal toucher en CTG registratie van minstens 30 minuten) door een verloskundige hulpverlener van Máxima Medisch Centrum. Dosering is afhankelijk van lichaamsgewicht.

ontslag na partus met pethidine::

Mocht de zwangere toch in partu raken en bevallen in minder dan 4 uur van te voren pethidine heeft gehad, wordt het kind nagekeken door de kinderarts. Afhankelijk van de bevindingen mag het kind met de moeder mee naar huis of worden zij opgenomen op de afdeling of de kinderafdeling.

b. Epiduraal analgesie:

De epiduraal analgesie wordt aangevraagd bij de anesthesie door de gynaecoloog, AIOS, ANIOS gynaecologie. De barende gaat naar de recovery (of op de afdeling afhankelijk van de keuze van de anesthesioloog) voor een epiduraal analgesie nadat ze is onderzocht (handgrepen van Leopold, vaginaal toucher en CTG registratie van minstens 30 minuten) door een verloskundige hulpverlener van Máxima Medisch Centrum. De anesthesieploeg probeert het verzoek tot het zetten van een epiduraal zo snel mogelijk te realiseren en meldt bij de aanvraag de verwachte wachttijd. Er is continu CTG bewaking.

Indien de barende verwezen is vanuit de eerstelijns geeft de arts assistent of verloskundige aan hoelang het ongeveer zal duren voordat de barende de EDA zal kunnen krijgen, zodat ze zelf ook een inschatting kan maken voor verdere begeleiding.

Mocht na de 30 minuten CTG de baring snel vorderen en pijnstilling geen optie meer is, kan de patiënte terug verwezen worden naar de eerstelijns verloskundige.

Als voorbereiding wordt een preload (NaCl 0.9% 500cc) gegeven via een infuus, de anesthesielijst ingevuld en telemetrie aangesloten ter bewaking van het kind in utero.

Vóór het verlaten van de recovery of het vertrek van de anesthesioloog van de afdeling controleert de anesthesioloog of de EDA voldoende pijnverlichting geeft.

Op de afdeling wordt de automatische bloeddrukmeter aangesloten (begin: om de 15 minuten, later om de 30 min), een blaaskatheter ingebracht en wordt de temperatuur gemeten om de 2 uur.

Wanneer de pijn terug komt, de EDAkatheter uitwendig gezien lijkt goed te zitten, er nog geen volkomen ontsluiting is of het caput nog te hoog staat om aan te nemen dat de uitdrijvingsfase snel zal aanvangen, zal in eerste instantie in overleg met de dienstdoende arts van de afdeling een bolus (5cc) gegeven worden en de pompstand met 2 ml opgehoogd worden. (tenzij de pomp al op de maximale stand van 14 ml /uur staat) Wanneer de pijnbestrijding inadequaat blijkt, zal de dienstdoende arts contact opnemen met de anesthesioloog om desgewenst een nieuwe EDA te prikken.

De EDA pomp blijft aanstaan tot na de geboorte van de placenta, het inspecteren en eventueel hechten van het perineum. De EDA lijn in principe kan nog gebruikt kan worden bij een mogelijk operatieve ingreep (SC).

In geval van hypotensie (absolute waarde syst < 100 en/of diast < 60 of afwijkingen op het CTG vanwege een lage bloeddruk) wordt na overleg met de dienstdoende arts van de afdeling voluylte 500ml gegeven. Dat laatste moet SNEL inlopen. Indien daarop de bloeddruk niet voldoende stijgt wordt efedrine toegediend. De indicatiestelling en het bepalen van de dosering wordt gedaan door de arts van de afdeling eventueel in overleg met de dienstdoende anesthesioloog.

Bij het stijgen van de maternale temperatuur naar > 38,0 °C (in oor gemeten eventueel rectaal), wordt de maternale temperatuur ieder uur gemeten. In geval van foetale tachycardie wordt het toedienen van antibiotica overwogen. Voor het starten van de antibiotica moet eerst een vagina-rectumkweek worden afgenomen. Indien de temperatuur $\geq 38,5$ °C rectaal, en/of koude rilling moet er een bloedkweek worden afgenomen.

De anesthesioloog moet worden geïnformeerd indien er vermoeden is op een locale infectie (insteekplaats/abces) en/of indien er aanwijzingen zijn voor beginnende meningitis of meningeale prikkeling (hoofdpijn, koorts, nekstijfheid).

In geval van maternale temperatuur van > 38,0 °C wordt postpartum de kinderarts in consult gevraagd ongeacht de temperatuur van het kind.

Ontslag na partus met EDA

Bij vrouwen die een EDA hebben gehad wordt de katheter à demeure nog tot twee uur postpartum in situ gelaten of opnieuw ingebracht. Na spontane mictie mag ze naar huis.
(zie transmurale richtlijn: mictie peripartaal)

c. Remifentanyl

Remifentanyl wordt vooralsnog off label gebruikt en kan alleen gebruikt worden onder door de inspectie opgelegde voorwaarden.

De indicatie voor Remifentanil betreft vooral vrouwen die in korte tijd gaan bevallen en waarbij geen epiduraal analgesie mogelijk is.

Bij vrouwen met ernstige pijn, die door omstandigheden langdurig moeten wachten op epidurale analgesie kan, na overleg met de dienstdoende gynaecoloog, worden besloten Remifentanil ter overbrugging te geven.

De keuze tot het gebruik van remifentanil PCA dient te voldoen aan de volgende punten:

De keuze tot het toedienen van Remifentanil PCA geschiedt op medische gronden en wordt gesteld door de daarvoor specifiek geschoolde arts en klinische verloskundige na informed consent van de patiënt;

Aangezien het gebruik van Remifentanil nog punt van discussie is, kan er nooit sprake zijn van een vrije keuze door de patiënt tussen epidurale en Remifentanil analgesie.

Contra indicaties voor het gebruik van Remifentanyl:

Enkele belangrijke absolute contra-indicaties zijn: overgevoeligheid voor opiaten, gebruik van opiaten (bijvoorbeeld pethidine) binnen vier uur voor toediening van Remifentanil en het simultane

gebruik van Entonox en Remifentanil. Relatieve contra-indicaties zijn o.a.: BMI > 40, magnesiumsulfaat behandeling en prematuriteit < 34 weken.

Voor verdere toepassing zie richtlijn remifentanyl

Literatuur: Jouw bevalling: hoe ga je om met pijn? folder KNOV

Voorlichtingsbrochure NVOG

CBO richtlijn pijnbestrijding

MMC richtlijn remifentanyl

Werkgroep: Mascha Roovers, Annette Malk, Jef Beerens, Leon Mulders, Carola Duysters, Lidewijde Jongmans

Herziening: Laura de Wit-Zuurdendonk, Ank van der Heijden, Lidewijde Jongmans