PROTOCOL

Pijnstilling tijdens de baring

Auteur	Vivian Ketting
Gemaakt in	Januari 2025
Herzien	Januari 2028

Doelgroep of bestemd voor of verantwoordelijkheden/bevoegdheden

Eerste en tweedelijns verloskundige zorgverleners

Doel en omschrijving

Het doel van dit protocol is een eenduidige voorlichting aan zwangere vrouwen over pijnstilling. Het beoogt een leidraad te zijn voor de dagelijkse praktijk van de pijnbehandeling bij de bevalling en hiermee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het geeft informatie over de beschikbaarheid van pijnstilling in het Groene Hart Ziekenhuis en wanneer een consult of overdracht plaatsvindt.

Inleiding baringspijn

Een deel van de vrouwen heeft angst voor pijn bij de bevalling. Toch heeft baringspijn een functie. Zo heeft het invloed op het baringsgedrag en het zet talrijke nuttige stressmechanismen in werking: de stijging van catecholamine-, cortisol- en oxytocinespiegels in het bloed is belangrijk voor de voortgang van de baring en werkt motivatie- en prestatie verhogend.

Baringspijn is in sterke mate bepaald door individuele interpretatie en anticipatie (afhankelijk van de verwachtingen van een patiënt) en hangt van vele psychische, somatische, contextuele en culturele factoren af. Voorlichting over baringspijn kan de beleving en verwachtingen van een patiënt positief beïnvloeden.

Informatie voorziening

In het laatste trimester wordt gevraagd of de zwangere informatie wil over de diverse vormen van pijnstilling. Indien een zwangere dit wenst wordt er informatie over de diverse vormen gegeven. Hierbij worden zowel natuurlijke manieren van pijnstilling (warmte, ademhaling, houdingen, TENS) van pijnstilling als medicamenteuze methodes besproken. Hierbij kan de NVOG/KNOV folder behulpzaam zijn. Een goed voorgelichte patiënt is op de hoogte van mogelijkheden en onmogelijkheden van pijnbehandeling, beschikbaarheid van epidurale analgesie en het tijdsinterval tussen indicatiestelling en werkelijke pijnbehandeling.

Ook in de terugkoppeling na de partus naar de verloskundige en het kraamcentrum (zowel mondeling als schriftelijk) is het van belang eventueel toegepaste pijnstilling te benoemen.

Indicaties/Contra indicaties/Complicaties en Beschrijving van de werkwijze

Pijnstilling in het GHZ

Pijnstilling tijdens de baring kan gegeven worden indien een cliënt zelf hierom vraagt, op een moment dat het verantwoord is tijdens de baring en er op dat moment geen contra-indicaties voor die vorm van pijnstilling aanwezig zijn. Omdat een optimale conditie van het ongeboren kind een voorwaarde is voor het toepassen van pijnstilling dient vooraf gestart te zijn met continue CTG-registratie.

Mogelijkheden:

- Epiduraal anesthesie
- Remifentanil
- Pethidine

Epidurale anesthesie

Epidurale analgesie is, wat de balans tussen effectiviteit en de veiligheid voor moeder en kind betreft, de pijnbehandeling van eerste keuze. Bij epiduraal anesthesie vind altijd complete overdracht van de zorg naar de 2e lijn plaats. Vanaf het moment van het verzoek voor epiduraal tot effectieve pijnstilling duurt gemiddeld 60 minuten.

Complicaties

De vrouw dient geïnformeerd te worden dat epidurale analgesie gepaard kan gaan met:

- Noodzaak tot bijstimulatie en langere uitdrijvingsduur (gemiddeld 16 minuten)
- Licht verhoogde kans op een vaginale kunstverlossing
- Hypotensie
- Motorisch blok en/ of urineretentie
- Infectieuze complicaties/ meningitis verschijnselen
- Postspinale hoofdpijn
- Maternale temperatuurstijging met als gevolg dat bij het vaststellen van een temperatuur ≥ 38ºC antibiotica behandeling nodig kan zijn, de kinderarts zonodig wordt geraadpleegd voor het neonataal sepsisprotocol en overplaatsing van de pasgeborene naar de afdeling neonatologie noodzakelijk kan zijn.

Epidurale analgesie gaat niet gepaard met:

- Verhoogde incidentie van sectio caesarea (wanneer vergeleken met andere pijnstilling); ook niet bij plaatsing in de vroege fase van ontsluiting.
- Rugklachten op langere termijn
- Invloed op het CTG-patroon (zelfs hogere AS en beter neonataal zuur-base evenwicht in verhouding met niet epidurale pijnbehandeling).

Procedure

Bij het plaatsen van een epiduraal is een infuus nodig voor vochttoediening ter voorkoming van een bloeddruk daling. Tevens zal een monitor worden aangesloten voor de registratie van de maternale hartslag, ademhaling, saturatie en bloeddruk. In principe wordt de patiënt met bed en CTG apparaat naar de verkoever gebracht, zodat er tijdens het inbrengen van de epiduraal foetale bewaking is. In de nacht wordt de epiduraal vaak op de verloskamer geplaatst.

De epidurale punctie vindt in het lumbale gebied plaats. De epidurale ruimte wordt op de gebruikelijke wijze door de anesthesioloog geïdentificeerd. De epiduraal katheter wordt enkele centimeters opgevoerd en gefixeerd. De katheter wordt over de rug naar de schouder geleid en afgeplakt. Tot slot wordt er een bacteriefilter geplaatst. Er wordt een bolusinjectie gegeven en vervolgens de pomp aangesloten. Patiënten krijgen een keer per uur een bolus over de pomp. Daarnaast kunnen patiënten zichzelf nog een bolus toedienen. Is dit gereed gaat patiënt weer naar de verloskamer terug.

Het eerste uur na terugkomst van de verkoeverkamer controles a 10 minuten van:

- Automatische pols en bloeddrukmeting
- Ademhaling
- Vingers (tintelingen)
- Bewustzijn (gapen)
- Spraak- en slikmoeilijkheden

Als patiënte stabiel is, genoemde controles elk ½ uur.

Tijdens de partus met epiduraal anesthesie frequent katheteriseren. Na het zetten van de epiduraal eenmalig na 2 uur en daarna a 4 uur katheteriseren, in combinatie bij een VT. Ook post partum dient men na een epiduraal anesthesie à 4 uur te katheteriseren tot het gevoel in de benen en bekkenbodem terug is.

Remifentanil

Remifentanil is een potent opiaat met een korte halfwaardetijd van 3-10 minuten. Hierdoor werkt Remifentanil snel in en werkt het ook snel uit. Door deze eigenschappen is Remifentanil geschikt voor gebruik durante partu, mits de nodige bewakingsapparatuur aanwezig is. Remifentanil geeft betere analgesie dan pethidine, maar epidurale analgesie is superieur. Mogelijke bijwerkingen van Remifentanil zijn maternale ademhalingsdepressie en neonatale ademhalingsdepressie vlak na de geboorte. Om deze redenen is continue bewaking van de zwangere, gedurende het gebruik van Remifentanil noodzakelijk.

Bij gebruik van Remifentanil vind altijd complete overdracht van de zorg naar de 2e lijn plaats.

Contra indicaties

- Zwangeren die een sedativum hebben gekregen.
- Gelijktijdige toediening van opioïden, gebruik van langwerkende opioïden (zoals pethidine) in de vier uur voorafgaand aan de Remifentanil.

Relatieve contra indicaties

- BMI >40, magnesiumsulfaat behandeling, prematuriteit <34 weken, systole <100 mmHg

Counseling

Mogelijke risico's van het gebruik van Remifentanil voor de zwangere en haar ongeboren kind. Lange termijn effecten op het kind zijn vooralsnog onbekend.

Bijwerkingen:

- Zeer vaak (>10%): spierrigiditeit, hypotensie, misselijkheid en braken
- Vaak (1-10%): bradycardie, ademhalingsdepressie, apneu, hoest en jeuk
- Asystolie of hartstilstand komt zeer zelden voor (<0,1% en voornamelijk in combinatie met andere anesthetische middelen)

Procedure

Voorafgaand aan het starten van Remifentanil wordt een infuus geplaatst. Remifentanil PCA mag alleen plaatsvinden onder continue saturatie meting van de moeder en CTG bewaking van het kind.

Tijdens het eerste uur vindt er 1 op 1 begeleiding plaats. Waarvan het eerste half uur door een klinisch verloskundige of arts, het tweede half uur in overleg door een verpleegkundige en anders klinisch verloskundige of arts. Vanwege de noodzaak tot 1 op 1 begeleiding kan er bij drukte afgezien worden van Remifentanil.

Monitoring tijdens het eerste uur:

- Continue saturatiemeting
- A 5 minuten hartfrequentie en bloeddruk
- A 10 minuten ademhalingsfrequentie en sedatiescore

Na het eerste uur: continue saturatiemeting en a 30 minuten hartfequentie, bloeddruk, ademhalingsfrequentie en sedatiescore. Omdat na het eerste uur niet standaard meer 1 op 1 begeleiding meer gegeven wordt, wordt de partner en/ of andere aanwezigen geïnstrueerd om de verpleegkundige te waarschuwen bij sufheid en ademhalingsdepressie.

Bij start persen wordt de toediening van Remifentanil gestaakt.

NB: alleen de zwangere mag de knop voor toediening bedienen!

Pethidine

Pethidine is een opiaat dat tijdens de partus eenmalig gegeven kan worden om de pijn te verminderen. De werkingsduur is 2-4 uur. Het is direct beschikbaar (na blijk van optimale foetale conditie). Bij een consult Pethidine beoordeelt de dienstdoende assistent of verloskundige zelf de cliënt, ook wordt middels CTG de foetale conditie in beeld gebracht. Een goede overdracht op papier is hierbij noodzakelijk met het verloop van de zwangerschap en baring tot het moment van consult. Indien de verwijzer een eerstelijns verloskundige is en de primaire indicatie baringspijn betreft, blijft cliënte na toediening van de pethidine onder begeleiding van de eerste lijn en is verdere CTG bewaking niet geïndiceerd. Alleen gedurende het consult (de tijd dat het CTG loopt tot toediening van de pethidine) valt patiënt onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn. Na de toediening van de pethidine mag het CTG direct worden afgekoppeld als er op dat moment sprake is van een normaal CTG.

Nadelen

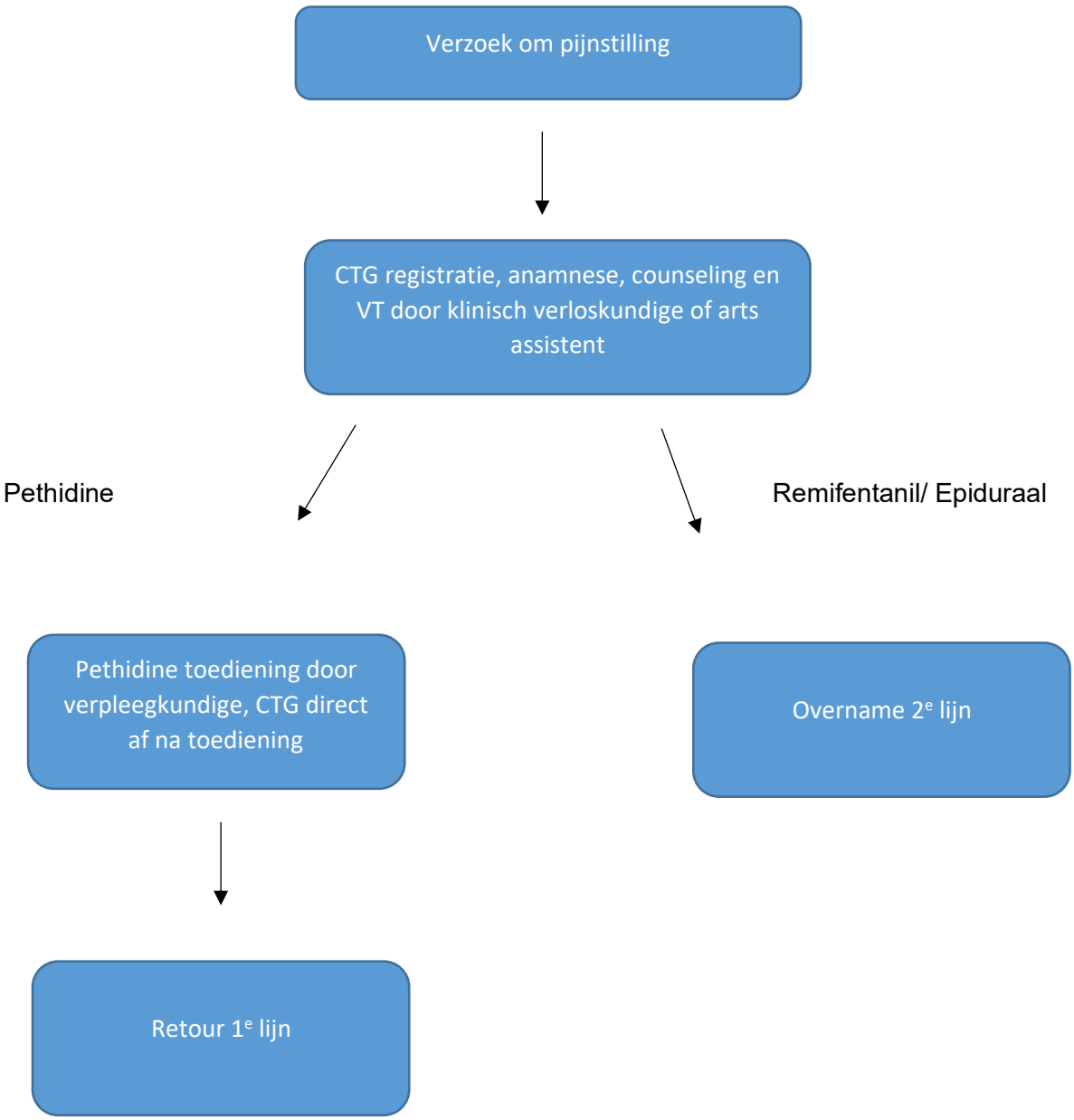
- Slechts bij ongeveer 25% een effectieve vorm van pijnbehandeling
- Bijwerking van misselijkheid en braken
- Slaperig gevoel/sedatie, waardoor minder bewust meemaken van de bevalling
- Kan mogelijk ademdepressie veroorzaken bij de neonaat direct na de geboorte vooral als de laatste dosering 1 tot 3 uur voor geboorte is gegeven (indien men hier bang voor is kan met de dienstdoende assistent of verloskundige worden overlegd om evt Naloxon te geven).

Nb. Soms kan ook pethidine in combinatie met phenergan worden gegeven voor een zogenaamd ‘slaapconsult’. Dit is beschreven in een separaat protocol sedatie.

Overdracht/consult

Zodra er een pijnstillingsvraag ontstaat is het de bedoeling dat de verloskundig zorgverlener zorg draagt voor een adequate en volledige consultvraag, dan wel overname. Dit houdt in dat er gegevens beschikbaar zijn. In samenspraak met dienstdoende, verloskundige en barende wordt gekeken welke pijnstillingsmethode de voorkeur heeft.

Stroomdiagram



Geraadpleegde bronnen

Dit protocol is gebaseerd op de richtlijn 'pijnbehandeling tijdens de bevalling' (NVOG, 03-07-2020) en het protocol 'pijnbestrijding baring-remifentanil' (LUMC, 11 juli 2022).

1. Howell, C.J., Kidd, C., Roberts, W., et al., (2001), A randomized controlled trial of epidural compared with nonepidual for analgesia in labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108: 27-33.
2. Jain, S., Arya, V.K., Gopalan, S., et al., (2003), Analgesic efficiency of intramuscular opioids versus epidural analgesia in labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 83: 19-27.
3. Halpern, S.H., Muir, H., Breen, T.W., et al., (2004), A Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Patiënt-Controlled Epidural with Intravenous Analgesia for Pain Relief in Labor. *Anesthesia and Analgesia*, 99: 1532-1538.
4. Woerlee GM, (2005), *Gerry's Real World Guide to Pharmacokinetics & Other Things*, pub Matador, Engeland, and by Booklocker USA
5. Hill D. The use of remifentanil in obstetrics. Anesthesiol Clin. 2008 Mar;26(1):169-82, viii

6. Hill D. Remifentanil in obstetrics. Curr Opin Anaesthesiol. 2008 Jun;21(3):270-4.
7. Volikas I, Butwick A, Wilkinson C, Pleming A, Nicholson G. Maternal and neonatal side-effects of remifentanil patiënt-controlled analgesia in labour. Br J Anaesth 2005 Oct;95(4):504-9.
8. Kan, R.E., Hughes, S.C., Rosen, M.A., et al., (1998), Intravenous Remifentanil: Placental Transfer, Maternal and Neonatal Effects. *Anesthesiology*, 88: 1467-1474