		<b>Fagspesifikke prosedyrer</b>		<b>Kliniske fagprosedyrer</b>	
<b>Stimulering av rier og langsom fremgang. Føde/Barsel SSHF</b>				Side 1 av 3	
Dokument ID: <b>I.4.8.1.2-12</b>		Godkjent dato: <b>12.03.2024</b>	Gyldig til: <b>12.03.2028</b>	Revisjon: <b>11.02</b>	

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer\Obstetrikk\Fødsel SSHF

## MÅLGRUPPE

Kvinner som er i aktiv fødsel.

## HENSIKT

Fremgang i fødselen.

## ANSVAR

Jordmor/gynekolog

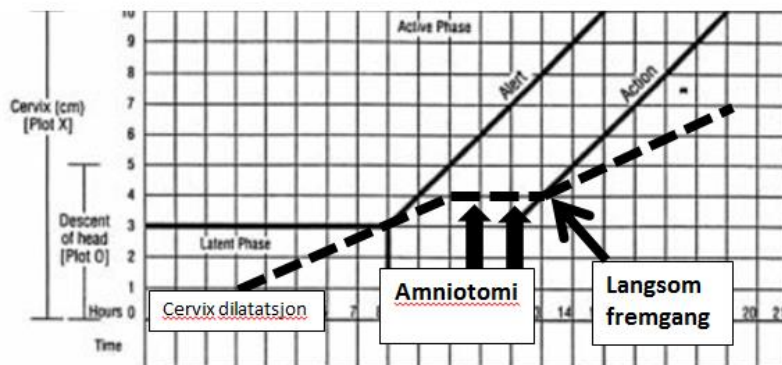
## FREM GANGSMÅTE

### Definisjon av aktiv fødsel:

Mormunnen 4 cm, avflatet og regelmessige rier. Først da markeres funn i fødepartogrammet.

### Definisjon av langsom fremgang i åpningstiden (WHO):

Når linjen for mormunnsåpningen (alert line) krysser tiltakslinjen (action line) i partogrammet.



WHO anbefaler nå start av aktiv fødsel ved 5 cm og har ingen definisjon for når fødselen defineres som protrahert (langsom fremgang). Vi opprettholder derfor den tidligere definisjonen med bruk av action line inntil videre.

### Preventive tiltak for å unngå langsom fremgang i åpningstiden:

- En-til-en-oppfølgning tilstrebes
- Kvinnen bør oppmuntres til å være i aktivitet, spise og drikke
- God smertelindring
- Amniotomi
- Akupunktur
- Spesifikke stillinger / stillingsendringer
- Tømme urinblære

### Tiltak ved langsom fremgang i åpningstiden:

- Kontakt lege som bør legge en plan for videre tiltak og forløp. Viktig med god informasjon til kvinnen. Vurder feilinnstilling. Lav terskel for bruk av perineal ultralyd.

Utarbeidet av: <b>Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF</b>	Fagansvarlig: <b>Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen</b>	Godkjent av: <b>For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo</b>	
--	--	--	--

		<b>Stimulering av rier og langsom fremgang. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 3</b>
Dokument-id: I.4.8.1.2-12	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Janne Rossen	Godkjent dato: 12.03.2024	Godkjent av: For fagdirektør, overlege Per Kristian Hyldmo	Revisjon: 11.02

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetrikk\Fødsel SSHF

- Oxytocindrypp (se nederst). Dersom ingen fremgang etter 2 timer med oxytocinstimulering, kontaktes lege for ny vurdering og plan, hvor sectio skal vurderes.
- Tiltak dokumenteres i partogrammet i Partus med tidspunkt og indikasjon

#### Håndtering av 2.stadiet av fødselen (passiv og aktiv fase):

- Total varighet bør ikke overstige 4 timer hos førstegangs fødende og 3 timer hos flergangsfødende. Lag en plan og vurder tiltak. Etter 1 time uten fremgang vurderes tiltak. Senest etter 2 timer uten fremgang kontaktes lege og vurdering av oxytocin drypp.
- Aktiv trykking kan avvendes dersom ledende del ikke er kommet ned på bekkenbunnen. Dette gjelder så lenge kvinnen er i velbefinnende og det ikke er tegn til asfyksi eller infeksjon. Se prosedyre [Fosterovervåking under fødsel SSHF](#).
- Gynekolog kontaktes senest etter 60 min med aktiv trykking for vurdering av operativ vaginal forløsning.

Hvis fosterhodet er i occiput anterior posisjon og dypt i bekkenet (station + 3 eller avstanden til fosterets skalle er < 20 mm målt med ultralyd) er det stor sannsynlighet for spontan fødsel. Hos disse kvinnene kan operativ forløsning avvendes ytterligere dersom CTG er normal, kvinnen samtykker og er i velbefinnende. Aktiv fase (trykktiden) bør ikke vare lenger enn 1,5 timer. Se prosedyre [Fosterovervåking under fødsel SSHF](#).

#### Stimulering av rier med oxytocindrypp:

- Før oppstart skal CTG registrering alltid foreligge. Deretter kontinuerlig overvåking av fosterlyd og rier med CTG/STAN.
- Dokumenter i Partus med tidspunkt og indikasjon, rienes styrke, varighet og intervall. Husk at responsen på Oxytocin og påfølgende dosering er svært individuell.
- Utvis forsiktighet ved tidligere sectio og patologisk CTG.
- **Ved patologisk CTG skal lege alltid involveres før oppstart, også i utdrivingen.**
- **Overstimulering\* kan føre til asfyksi hos fosteret, utslitt mor, uterusruptur og unødvendige instrumentelle forløsninger.** Vurder å gi tokolyse (Bolusdose [Atociban \(Tractocile®\)](#) 7,5 mg/ml i doseringen 0,9 ml = 6,75mg).
- Vurder alltid seponering, eventuelt reduksjon av oxytocindryppet når det er fremgang i fødselen og cervix er minst 5 cm dilatert. Dette gjelder særlig hos flergangsfødende.

\*Overstimulering:

> 5 rier per 10 minutter i to påfølgende 10-minutters-perioder eller i gjennomsnitt over 30 minutter. Koblede rier og repeterende rier >2 minutters varighet er uttrykk for hypertont uterus (med eller uten stimulering)

#### **Dosering oksytocindrypp:**

Oxytocin (Oxytocin®, Syntocinon®) 5 IE blandes i 500 ml NaCl 0,9 % eller Ringer infusjonsveske (alternativt 10IE i 1000ml) på infusjonspumpe.

Begynn med 15-30 ml/t, øk så 30 ml/t hver 30 min (alternativt 15ml/t hver 15.min) til 3-5 gode rier/10 min. Max 180 ml/t i 4 timer.

Steady state oppnås etter 20-40 minutter. I utdrivingstiden kan mengden oxytocin økes utover 180 ml/t etter konferering med gynekolog.

#### **Kryssreferanser**

[I.4..1.1-13](#)

[I.4..1.2-9](#)

[Selektering av gravide og fødekvinne SSHF](#)

[Fosterovervåking under fødsel. Føde/Barsel SSHF](#)

#### **Eksterne referanser**

Dokument-id:  
I.4.8.1.2-12Utarbeidet av:  
Prosedyreutvalg obstetikk  
SSHfFagansvarlig:  
Seksjonsoverlege  
Føde/Barsel SSK, Janne  
RossenGodkjent dato:  
12.03.2024Godkjent av:  
For fagdirektør, overlege  
Per Kristian HyldmoRevisjon:  
11.02

Fagspesifikke prosedyrer\Fødselshjelp og kvinnesykdommer\Gynekologi\Fellesprosedyrer Obstetikk\Fødsel SSHF

Norsk gynekologisk forening: Veileder i fødselshjelp (2020): Stimulering av rier. Hentet fra

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/stimulering-av-rier/> (07.01.21)