

# Færre komplikasjoner uten oksytocin

Endrete rutiner for bruk av oksytocin har ført til færre akutte keisersnitt og alvorlige rifter på fødeavdelingen ved Stavanger universitetssykehus.

Av **Elsa Lindtjørn**, jordmor Stavanger universitetssykehus

**F**lere studier har vist en sammenheng mellom bruken av medikamentet oksytocin og fødselsasfyxi. Vi begynte derfor å se på vår egen bruk av medikamentet på fødeavdelingen ved Stavanger universitetssykehus (SUS).

En mer liberal bruk av oksytocin startet på begynnelsen av 1990-tallet da «active management of labour» ble introdusert. I Irland, ved National Maternity Hospital i Dublin, ville de forsikre kvinnene om at den aktive fase av fødselen ikke skulle ha en varighet over 12 timer. Dersom mormunnen åpnet seg mindre enn én centimeter per time etter to timer hos førstegangsfødende og etter fire timer hos flergangsfødende,

management of labour». Bruken av oxytocinstimulering ved fødsler økte fra sju prosent i 1998–1999 til nesten 30 prosent i 2000–2007. I Norge ble 50 prosent av førstegangsfødende og 20 prosent av flergangsfødende stimulert. Selin har i en svensk studie vist at bruken av oksytocin er tilfeldig.

Stimulering med oksytocin forkorter fødselsforløpet, men det er ikke vist at bruk av oksytocin reduserer behovet for operative forløsninger, selv om medikamentet har vært brukt til denne indikasjonen i over 40 år.

Hensikten med studien var å undersøke om strukturert bruk av oksytocin fører til endret fødselsutfall.

**«Kanskje tid i seg selv må ses på som et virkemiddel for å oppnå en normal fødsel.»**

ble stimulering med oksytocin brukt. Active management of labour medførte økt bruk av oksytocin.

Kvinneklivnikken på SUS tilstrebet også «Active

## Metode

Høsten 2009 gjennomførte vi en tverrfaglig diskusjon i avdelingen, både på ledernivå og blant personale. Målet var å kartlegge hva den enkelte opplevde som fordeler og ulemper med oksytocin.

Fra 2010 bestemte vi oss for å innta en avventende holdning der kryssing av tiltakslinjen i partogrammet ble indikasjon for stimulering. Vi har konsekvent brukt WHO sitt partogram i denne prosessen. Start av fødsel



**UKOMPLISERT  
FØDSEL:** Ved å endre  
rutiner for bruk av oksy-  
tocin, har antallet kom-  
plikasjoner gått ned ved  
Stavanger Universitets-  
sykehus. Illustrasjons-  
foto: Colourbox.

TABELL 1 STIMULERING

	1 stadium	Totalt
2009	9,8%	22,0%
2010	6,3%	13,0 %
2011	7,2%	14,6%

blir definert som fire centimeter åpning og regelmessige rier. Varsellinjen følger én cm/time og tiltakslinjen er forskjøvet fire timer.

Rutinen for induksjon ble endret i 2011. Nå avventer vi tre timer fra amniotomi til eventuell oxytocin-stimulering, mot tidligere én time.

Det var i begynnelsen motstand mot disse endringene, men på bakgrunn av den tverrfaglige prosessen ble rutinene endret i kvalitetshåndboka. Vi gjorde deretter en kvalitetssikringsstudie der vi undersøkte bruken av oksytocin hos 9827 kvinner som hadde født på SUS i perioden januar 2009 til juli 2011.

Parametrene som ble sammenliknet i de to tidsperiodene:

- Oxytocinstimulering
  - Akutte sectio
  - Sphincterrupturer
  - Operative vaginale fødsler
  - Postpartumbldning over 1000ml
  - Asfyktiske barn
  - Andel fødsler med varighet over 12 timer
- Vi brukte SPSS for å analysere resultatene.

**Resultater**

Bruken av oksytocin gikk samlet ned fra 30 prosent i 2007, til 22 prosent i 2009 til 14,6 prosent i 2011 (Tabell 1). Frekvensen av stimulering i Robson gruppe

TABELL 2

	Akutt CS (%)	Op vag (%)	Blødn 1000 (%)	Rift (%)	MC (%)
2009	9,9	14,1	3,1	2,2	0,3
2010	8,8	13,0	3,4	1,4	0,6
2011	7,9	12,3	3,3	1,6	0,1

p=0,01      p=0,06      p=0,01

rer fra 2,2 prosent til 1,6 prosent (p=0,01). Imidlertid har det i samme tidsperiode vært vektlagt forebygging av rifter. Likevel viser materialet at 16 prosent av riftene kan tilskrives oksytocin.

Det var også en reduksjon i operative vaginale forløsninger på 2 prosent, men denne reduksjonen er grensesignifikant. (p=0,06)

Blødninger over 1000 ml og antall barn med alvorlig asfyxi viser ingen signifikant nedgang, men tallene for sistnevnte er svært små.

Det var i samme periode en økning i antallet langvarige fødsler (>12 timer) fra 5,1 prosent til 7,4 prosent.

## «Jordmødre og leger ved avdelingen ser sjeldnere barn med alvorlig asfyxi.»

1 gikk ned til 30 prosent og i Robson 3 til 6 – 7 prosent. Halvparten av kvinnene får oksytocin stimulering i første stadium og halvparten i andre stadium.

Tabell 2 viser noen viktige resultater: Fra 2009 til 2011 registrerte vi en signifikant nedgang i akutte sectio fra 9,9 prosent til 7,9 prosent (p=0,01). I samme tidsperiode observerte vi en nedgang i sphincterruptu-



**ENDELIG OVER:** Noen ganger kan man la tiden i seg selv være et virkemiddel for å oppnå en trygg og normal fødsel. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

## Diskusjon

Studien viser at endrete rutiner for oxytocinstimulering ga tydelig reduksjon i akutte sectio og alvorlige rifter.

Den endrete praksisen ble fulgt opp med hyppige diskusjoner og fokus på resultat og forsvarlighet. Fortløpende resultater ble månedlig presentert for personalet.

Til tross for at reduksjonen i antall asfyktiske barn ikke er signifikant, opplever både jordmødre og leger i avdelingen at en sjeldnere ser barn med alvorlig asfyxi. Faggruppen som gjennomgår alle CTG/STAN-registreringer bemerker også at det sjeldnere foreligger patologiske eller preterminale registreringer. Vi vil samle mer data på dette.

Ved å forholde oss aktivt til varsel- og tiltakslinjene har vi fått økt fokus på ikke-medikamentelle tiltak som fysisk aktivitet, god ernæring, hvile og andre faktorer som fremmer den naturlige fødsel. Selv om dette for enkelte kvinner gir et noe lengre fødselsforløp, må kanskje tid i seg selv ses på som et virkemiddel for å

oppnå en normal fødsel med færre intervensjoner og komplikasjoner. ■

## Litteratur:

1. O'Driscoll K, Meagher D, Robson M. Active management of labour: the Dublin experience. Edinburgh: Mosby; 2004.
2. Selin L, Almstrom E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*. 2009;88:1352-7.
3. Yli BM, Kro GA, Rasmussen S, Khouy J, Noren H, Amer-Wahlin I, et al. How does the duration of active pushing in labor affect neonatal outcomes? *Journal of perinatal medicine*. 2012;40:171-8.
4. Blix E, Pettersen SH, Eriksen H, Royset B, Pedersen EH, Oian P. Bruk av oxytocin som ristimulerende medikament etter spontan fødselsstart. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 2002;122:1359-62.
5. Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/veileder-i-fødselshjelp-2008
6. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Proactive Support of Labor The challenge of Normal Childbirth. Cambridge University Press 2009.
7. Blix E, Kumle M, Oian P. Hvor lenge kan en normal fødsel vare? *Tidsskr Nor Legeforen*. 2008; 128:686-9.
8. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.
9. [http://eqs-kk.sus.no/exportkk/docs/doc\\_16357/index.html](http://eqs-kk.sus.no/exportkk/docs/doc_16357/index.html)

