

Instrumentell förlossning med sugklocka

Råd för utfärdande av klinikrutiner/PM

Författare: Ylva Vladic Stjernholm SFOG, Marianne Weichselbraun SBF, Mia Ahlberg SBF och Isis Amer-Wäblin SFOG

Detta dokument ska ses som en sammanställning och värdering av idag bästa kända kunskap inom det beskrivna området. Syftet är att dokumentet ska kunna tjäna som förlaga vid framtagande av klinikvisa rutiner/PM. Innehållet kommer att fortlöpande uppdateras. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion, och författarna kan inte i juridisk mening hållas ansvariga för innehållet.

Instrumentell förlossning

Instrumentell förlossning innebär en ökad risk för sfinkterskador, skulderdystoci, intra- och extracerebrala fetala blödningar. Ingreppet bör endast utföras då risken med att avvakta spontan vaginal förlossning bedöms vara större än riskerna med åtgärden.

Läkare avgör när en förlossning ska avslutas med sugklocka efter samråd med barnmorska och klartecken från den födande kvinnan. Den instrumentella förlossningen är oftast en traumatisk upplevelse för föräldrarna. Att bevara/skapa lugn på salen, ett gott teamarbete med all personal och god kommunikation med föräldrarna är en förutsättning.

Proaktiv riskbedömning

Bestäm fostrets station och bjudning i bäckenet.

Definitioner

- Hög extraktion – vertex ovan spinalplanet – utgör kontraindikation mot sugklocka
- Medelhög extraktion – vertex vid spinalplanet
- Utgångsextraktion – vertex vid bäckenbotten

Enligt SFOG och SBF kan barnmorska förlösa instrumentellt på vitalindikation efter delegation av läkare.

Indikationer

- Utdraget utdrivningsskede, uttröttad mamma
- Hotande fosterasfyxi

Kontraindikationer

- Vertex har inte passerat spinalplanet
- Ofullständig dilaterad livmoderhals
- Patologisk bjudning – ansikte, panna, säte
- Misstänkt disproportion mellan foster och bäcken
- Prematuritet < 34 v, skattad fostervikt < 2 kg
- Försiktighet 34 – 36 v
- Misstänkt fetal koagulationsstörning

Traktion till bäckenbotten är att föredra om möjligt. Kan minska risken för sfinkterskador och upplevas mindre traumatiskt av kvinnan.

Metod

- Genomför Checklista inför Vakuumentraktion
- Kortbädd och benstöd. Placera klockan över ”flexion point” (3 cm framför bakre fontanellen). Placering av instrumentet vid vidöppen bjudning är mer sakralt
- Skalpelektroden avlägsnas. Fosterljud avlyssnas via yttre registrering eller ny elektrod appliceras. Kontinuerligt CTG eftersträvas. Ansvarig barnmorska eller assisterande barnmorska ansvarar för kontroll av fosterljud
- Sänk initialt trycket till 0.2 kg/cm². Kontrollera att det är fritt runt klockkanten varefter trycket sänks till 0.8 kg/cm². Dra värksynkront nedåt i bäckenaxelns riktning under aktiv krystning. Den fria handens tumme placeras på klockan och pekfingeret på fosterhuvudet under symfyssen för att kontrollera att huvudet följer under extraktionen. Behåll lätt dragning under värkpaus för att undvika att barnet glider tillbaka. Riktmarke är att patienten ska vara förlöst inom **15 min**. Vid klocksläpp - överväg om dragriktningen är korrekt.
- Perinealskydd är obligatoriskt. Utförs av operatör eller barnmorska. Perineotomi kan utföras efter individuell bedömning.
- Vid förväntad svår extraktion rekommenderas metallklocka. Tänk på alternativet att utföra extraktionen på operationssal för att möjliggöra snabb konvertering till sectio.
- Avbryt extraktionen och överväg att konvertera till sectio om:
 - Två klocksläpp
 - Fosterhuvudet inte följer i samband med dragning
 - Fosterhuvudet inte står vid bäckenbotten efter tre värksynkrona dragningar
 - Efter max sex dragningar
 - Kvinnan inte förväntas vara förlöst inom 15 (– 20) min inklusive anläggningstid

Avdelad person tar syra-basstatus i navelsträng från såväl artär som ven.

Referenser

Berglund S, et al. Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990-2005. *BJOG* 2008; 115: 316

Hofmeyr GJ, et al. New design rigid and soft vacuum extractor cups: a preliminary comparison of traction forces. *BJOG* 1990; 97: 681

Laine K, et al. Decreasing the incidence of anal sphincter tears during delivery. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1053

Malmström T. Vacuum extractor, an obstetrical instrument. *AOGS* 1954; 33: 1

Milkovský P, Watson WJ. Obstetric vacuum extraction: state of the art in the new millennium. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56: 736

Sadan O, et al. What to do after a failed vacuum delivery? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 107: 151