

 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Stimulering av rier</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 13.05.2024/13.05.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fødeavdelingen	Versjon: 9.02
Godkjenner: Kessler, Jørg	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Ferenc Macsali	Dok.id: D13824

Presisering:

Tiltak for å øke hyppighet og styrke på riene hos kvinner som er i **aktiv** fødsel. Overstimulering defineres som > 5 rier/10 min eller varighet av ri > 2 minutter.

Om rier er gode eller dårlige avhenger av deres

- Styrke. CTG registrerer rienes frekvens og varighet, ikke deres styrke. Styrken vurderes ved palpasjon av uterus under ri og ut fra fødselens fremgang. Styrken på riene kan relateres til dannelse av fødselssvulst.
- Varighet
- Hyppighet. Som hovedregel bør frekvensen under stimulering ikke overstige 4 rier/10 minutter hos para 0, 5 rier/10 minutter hos para 1(+).

Indikasjoner og dokumentasjon

1.stadium:

- Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml®) i.v. infusjon kan gis ved protraisert fødsel/langsom fremgang **som skyldes dårlige rier** i fødselens 1. stadium. Tiltakslinjen i partogrammet skal være brutt/passert (WHO partogram med fire timer mellom varsel og tiltakslinje).
- Lege skal kontaktes. Man skal ha gjennomgått TRYGG FØDSEL sjekkliste før oppstart av oxytocinstimulering.
- Oxytocin skal som hovedregel ikke gis når hinnene er intakte. Gjør amniotomi seinest 1 time før tiltakslinjen er brutt. Amniotomi regnes som et mykt tiltak. I den perioden skal det også være fokus på andre «myke tiltak». Start oxytocininfusjon hvis riene fortsatt er ineffektive. I noen situasjoner kan det være riktig å starte ristimulering tidligere enn ved brutt tiltakslinje (f.eks ved mistanke om infeksjon, fostertachycardi) Vær da spesielt nøye med dokumentasjonen.
- Oxytocin skal i hovedregel ikke gis hvis CTG er patologisk. Avviker man fra dette, må det dokumenteres i journal.
- Oxytocin skal ikke gis ved tegn på overstimulering av uterus, dvs >5 rier/10 minutter.
- Partogrammet skal påføres indikasjon for stimuleringen og navn på den jordmor eller lege som beslutter at oxytocindryppet skal gis.
- TRYGG FØDSEL sjekklisten: «Time out» skal gjennomgås hver 2.-4. time, samt ved hvert vaktskifte og ved nyoppståtte risikofaktorer hos mor eller barn (for eksempel endring i CTG mønsteret).
- Stimulering av rier hos kvinner med intrauterin fosterdød følger de samme indikasjoner, doseringer og håndtering som er beskrevet i denne prosedyren. Vær oppmerksom på at risiko for uterusruptur er tilstede også hos kvinner med avdødt foster.

2.stadium:

Dersom det foreligger langsom fremgang og ineffektive rier i fødselens 2.stadium, kan man starte opp oxytocin infusjon. Man må da være sikker på at

det ikke foreligger feilinnstilling. TRYGG FØDSEL sjekkliste skal gjennomgås på forhånd.

Praktisk fremgangsmåte

1. Oxytocin (Oxytocin 10IU/ml®) 10 IE blandes i 1000 ml Ringer-acetat. Konsentrasjon: 10 mIE/ml.
2. Startdose 30 ml/t = 5 mIE/min
3. Dosen økes inntil hver halvtime med 30 ml/t = 5 mIE/min inntil "gode rier" (5 per 15 min).
4. Maksimaldose 180 ml/t = 30 mIE/min. Etter ordinasjon av lege kan infusjonshastigheten økes ytterligere.
5. Infusjonshastigheten reduseres trinnvis ved rier hyppigere enn 4 rier/10min. Den reduseres også ved progresjon i fødselen på >1 cm pr. time. Ved gode rier og rask progresjon av fødselen skal oxytocindryppet seponeres.
6. Fødselen overvåkes med CTG. Hvis kurven er normal og der ikke er annen grunn til CTG-registrering (kfr.metode F20,"Overvåking av fosterlyden under fødsel"), kan det gjøres korte opphold i registreringen.
7. Ved CTG-forandringer som kan gi mistanke om føtal asfyxi eller ved hypertont riaktivitet (ristorm), avbrytes infusjonen umiddelbart. Lege informeres. Atosiban (Tractocile®) i.v. kan være aktuelt. [Se metode F10 "Truende for tidlig fødsel"](#).
8. Dersom der, tross gode rier, ikke er fremgang i fødselen i løpet av to timer, skal jordmor kontakte lege for felles «Time out» gjennomgang.
9. Etter fødselen kan infusjonshastigheten forbigående økes for å få god kontraksjon av uterus. Vær oppmerksom på blodtrykksfall. Seponeres når uterus er godt kontrahert og der ikke er unormal blødning.

Merk: Oxytocin har en antidiuretisk effekt.

Dette innebærer risiko for:

- Væskeretensjon i fødsel med fare for hyponatremi. Fare for hyponatremi økes ytterligere ved samtidig tilførsel av intravenøs væske (f eks glukose/insulin drypp ved diabetes, Ringer Acetat ved feber hos mor). Vurder blodprøve og måling av elektrolytter ved symptomer på hyponatremi (hodepine, uvelhet, kvalme, letargi, apati, desorientering) eller en positiv væskebalanse >1500 ml
- Urinretensjon og overfylt blære grunnet raskt økende diurese etter fødsel