

Titel

Pijnstilling tijdens de bevalling

Specialisme

Obstetrie en gynaecologie

Soort document

Zwangereninformatie

Inhoud

1. Inleiding
2. Hoe ontstaat pijn tijdens de bevalling?
3. Invloed op de pijn
4. Hoe kan de pijn worden bestreden?
5. Pijnbehandelingen met medicijnen
6. Wat is een goede medicamenteuze pijnbehandeling?
7. Begeleiding tijdens de bevalling
8. Voorlichting en het maken van een keuze
9. De belangrijkste feiten over de ruggenprik, pethidine en remifentanil in schema
10. Heb je nog vragen?
11. Hoe is deze tekst tot stand gekomen?

1. Inleiding

De geboorte van een kind is een intensieve en vaak heftige ervaring, zowel lichamelijk als emotioneel. Vlak voor en tijdens de bevalling gebeurt er veel in het lichaam. Aan het einde van de zwangerschap bereidt het lichaam zich voor op de geboorte, zodat de baby door de baarmoedermond en de vagina naar buiten kan komen. De baarmoedermond en het geboortekanaal moeten zich als het ware uitrekken, zodat de baby voldoende ruimte heeft om geboren te worden. Dit is eigenlijk altijd pijnlijk, maar hoe erg de pijn wordt beleefd, verschilt sterk van vrouw tot vrouw en van bevalling tot bevalling.

2. Hoe ontstaat pijn tijdens de bevalling?

Pijn tijdens de bevalling wordt veroorzaakt door de weeën. Weeën zijn samentrekkingen van de baarmoeder. De weeën komen in twee fasen: de ontsluiting en de uitdrijving.

Ontsluiting

Tijdens de ontsluiting rekken de weeën het onderste deel van de baarmoeder en de baarmoedermond uit, waardoor de baarmoedermond zich opent en het hoofd van de baby kan indalen. Dit alles veroorzaakt pijn, vooral in de buik. Je kunt ook pijn hebben in de rug, in de benen, in de onderbuik en vagina en rondom de anus. In de fase van de ontsluiting kun je de weeën wegzuchten en daarmee de pijn zo goed mogelijk onder controle houden.

Uitdrijving

De uitdrijvingsfase begint als er genoeg ontsluiting is. In deze fase mag je tijdens de weeën meepersen. De pijn wordt nu veroorzaakt door uitrekking van het geboortekanaal en het gebied

rond de bilnaad. Die pijn is meestal scherper en zit meer op één plek dan bij de ontsluitingsweeën.

Hoeveel pijn de bevalling doet, verschilt per vrouw en per bevalling. Sommige vrouwen ervaren erg veel en ondraaglijke pijn, voor anderen valt de pijn mee. De geboorte van het eerste kind kan heel pijnlijk zijn, terwijl de tweede meevalt. Ook de pijn tijdens het persen verschilt van vrouw tot vrouw; sommige vrouwen zijn opgelucht dat ze mee mogen persen, bij anderen doet het persen juist het meeste pijn.

3. Invloed op de pijn

Het is niet van te voren te voorspellen hoe pijnlijk een bevalling zal zijn. Er zijn wel enkele factoren bekend die de pijn tijdens de bevalling kunnen verminderen of juist verergeren:

- De bevalling van het eerste kind is vaak pijnlijker dan volgende bevallingen.
- Angst voor de bevalling of voor pijn verergert de pijn vaak.
- Een goede begeleiding en ondersteuning tijdens de bevalling kan de pijn verminderen.
- Vrouwen die in een huiselijke omgeving bevallen ervaren minder pijn. Een ziekenhuiskamer die huiselijk is ingericht heeft hetzelfde effect.

4. Hoe kan de pijn worden bestreden?

Pijnbestrijding tijdens de bevalling kan met of zonder medicijnen. Je kunt de pijn bijvoorbeeld tegengaan met een bad of douche, beweging en van houding veranderen, massage en geboorte-TENS (Transcutane Elektrische NeuroStimulatie). Deze behandelingen zonder medicijnen zijn goed mogelijk bij een thuisbevalling.

Geboorte-TENS werkt als volgt. Via een apparaatje kun je jezelf kleine stroomstootjes geven. Daarbij bepaal je zelf hoe sterk de stroomstootjes zijn. Je bedient het apparaatje zelf, wat een gevoel van controle kan geven. Via elektrodes (draadjes die op de rug geplakt zitten) gaan de stroomstootjes het lichaam binnen. Dat geeft een prikkelend of tintelend gevoel, vergelijkbaar met koude handen die gaan tintelen als ze weer warm worden. Geboorte-TENS neemt de pijn niet helemaal weg, maar vermindert de pijn bij sommige vrouwen wel. Het heeft geen schadelijke gevolgen voor de zwangere of de baby.

Pijnbehandeling met medicijnen gebeurt altijd in het ziekenhuis. De meest gebruikte methoden in Nederland zijn:

- epidurale analgesie (ruggenprik)
- injecties met pethidine
- behandeling via een infuus met remifentanil.

Deze vorm van pijnbestrijding is vooralsnog niet beschikbaar in het SKB. Dit gezien het feit dat epidurale analgesie wat betreft de balans tussen effectiviteit van de pijnbehandeling en veiligheid voor moeder en kind superieur is ten opzichte van remifentanil. Epidurale analgesie is 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar in het SKB.

Bij al deze behandelingen moet de gezondheid van moeder en kind goed in de gaten gehouden worden. De hartslag, bloeddruk en ademhaling worden daarom voortdurend gecontroleerd, net als de conditie van het kind. Hiervoor is speciale apparatuur nodig en daarom moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden.

5. Pijnbehandelingen met medicijnen

Epidurale analgesie (de ruggenprik)

De ruggenprik geeft het beste resultaat voor moeder en kind. De ruggenprik wordt uitgevoerd door een anesthesioloog. Er wordt eerst een plaatselijke verdoving gegeven: een prik in de huid van de rug waardoor de huid ongevoelig wordt. Daarna brengt de anesthesioloog via een prik onder in de rug een dun slangetje in het lichaam. Dit is de ruggenprik. Dankzij de plaatselijke verdoving is deze ruggenprik niet erg pijnlijk. Via het slangetje loopt er tijdens de hele bevalling een pijnstillende vloeistof in de rug. De pijn verdwijnt niet meteen na de ruggenprik, dit duurt ongeveer een kwartier. In het merendeel van de gevallen is een ruggenprik adequate pijnstilling tijdens de ontsluiting, de uitdrijving van de baby en het eventuele hechten na de bevalling. Na de bevalling wordt het slangetje weer verwijderd.

Bij een ruggenprik zijn wel enkele voorzorgen nodig. Er wordt vocht toegediend via een infuus om een te lage bloeddruk te voorkomen. Na de ruggenprik kan iemand niet goed meer plassen. Daarom kan de verpleegkundige of verloskundige een slangetje (katheter) in de blaas inbrengen om de urine af te voeren.

De hartslag en bloeddruk van moeder en de hartslag van het kind moeten zorgvuldig gecontroleerd worden. Dit gebeurt met speciale bewakingsapparatuur. De reden voor de deze extra bewaking is, dat door de ruggenprik (tijdelijk) een lage bloeddruk kan ontstaan. Hierop kan de baby reageren met een tragere hartslag. Zodra dit met de bewakingsapparatuur wordt gezien, wordt er extra vocht via het infuus toegediend. Daardoor kan de bloeddruk en ook de hartslag van het kind weer normaal worden.

Bijwerkingen van de ruggenprik

Een ruggenprik kan de volgende tijdelijke bijwerkingen hebben:

- Het gevoel in de beenspieren kan tijdens de bevalling minder zijn, waardoor je niet kunt lopen.
- De lichaamstemperatuur kan stijgen. Het is dan lastig te bepalen of je koorts hebt door de ruggenprik of door een infectie. Het kan zijn dat de kinderarts je kindje daardoor extra moet onderzoeken.
- Het persen kan wat langer duren.
- Er is een grotere kans op een vaginale kunstverlossing, een bevalling met een vacuümpomp of verlostang.
- Er kan jeuk ontstaan door de ruggenprik.
- Direct na de ruggenprik kun je suf en slaperig worden.
- Een klein aantal vrouwen krijgt hoofdpijn. Dit heeft te maken met techniek die de anesthesioloog gebruikt tijdens het prikken.

De ruggenprik is niet slecht voor de gezondheid van het kind. Borstvoeding kan ook veilig worden gegeven.

Pethidine

Pethidine wordt toegediend via een injectie in bil of bovenbeen. Deze behandeling is altijd beschikbaar, in ieder ziekenhuis en op ieder tijdstip. Het werkt na ongeveer een kwartier: de ergste pijn wordt dan wat minder. Sommige vrouwen soezen weg of slapen zelfs. Pethidine werkt twee tot vier uur. Ongeveer een kwart van de vrouwen die pethidine krijgen, is tevreden

over het pijnstillende effect. Dit is veel minder dan bij een ruggenprik. Een ander nadeel is dat je na een pethidine-injectie niet meer mag rondlopen.

De belangrijkste bijwerkingen zijn misselijkheid en sufheid, waardoor de geboorte misschien minder bewust wordt meemaakt. Ook de baby kan wat suf worden van dit middel. Dit gebeurt vooral als pethidine kort voor de geboorte is toegediend.

Remifentanil

Remifentanil is vooralsnog niet beschikbaar in het SKB. Derhalve is de informatie betreffende deze medicatie niet toegevoegd.

6. Wat is een goede medicamenteuze pijnbehandeling?

De ruggenprik (epidurale analgesie) is de meest effectieve en veilige pijnbehandeling voor moeder en kind. Een ruggenprik geeft goede pijnstilling, zowel tijdens de ontsluiting als tijdens het persen. De ruggenprik is echter nog niet in elk ziekenhuis in Nederland 24 uur per dag mogelijk. In het SKB is een ruggenprik in principe 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar. Soms kan het plaatsen van de ruggenprik langer op zich laten wachten als er een spoedgeval is, aangezien een ruggenprik geen spoedeisende zorg is.

Pethidine en Remifentanil onderdrukken de pijn minder goed dan een ruggenprik, Toch zijn deze middelen in sommige situaties een goede keus. Bijvoorbeeld wanneer je erg moe bent en tot rust moet komen, wanneer de pijnbehandeling nog maar kort hoeft te werken (2-3 uur) of wanneer je geen ruggenprik wilt of kunt krijgen.

7. Begeleiding tijdens de bevalling

Goede ondersteuning tijdens de bevalling is erg belangrijk, ook als je medicijnen krijgt tegen de pijn. Goede ondersteuning houdt in dat verloskundige zorgverleners en een partner of iemand anders steeds aanwezig en beschikbaar zijn als je aangeeft steun nodig te hebben. Verder is het belangrijk dat hulpverleners goede informatie geven over het opvangen van de weeën en hierbij ondersteunen. Door een vroegtijdige inzet van de kraamverzorgende kan het gevoel van veiligheid en pijnbeleving, door rust en ondersteuning voor de vrouw in en haar partner worden bevorderd. Tot slot helpt het als je bevalt op een plaats waar je prettig en veilig voelt.

8. Voorlichting en het maken van een keuze

Je kunt meestal zelf kiezen of u een pijnbehandeling wilt of niet. Daarvoor moet je de voor- en nadelen van de verschillende pijnbehandelingen kennen. De verloskundige, gynaecoloog of huisarts geeft je daarom rond de 30e week van de zwangerschap informatie over pijn en de diverse (medicamenteuze) pijnbehandelingen. Deze informatie is ook schriftelijk beschikbaar, in folders en op Internet.

Keuze maken

Tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling kun je aangeven dat je medicijnen tegen de pijn wilt. Je kunt dus al voor de bevalling met de arts of verloskundige overleggen wat de meest geschikte pijnbehandeling is. Deze keuze wordt dan in het medisch dossier of het geboortepan opgenomen.

Het kan zijn dat de pijnbehandeling van jouw keuze niet mogelijk is in het ziekenhuis waar je wilt bevallen. Je krijgt dan een verwijzing naar een ziekenhuis waar deze behandeling wel beschikbaar is.

Gesprek met de anesthesioloog

Misschien heb je specifieke vragen over pijnbestrijding die de verloskundige zorgverlener niet kan beantwoorden. Dan kun je tijdens de zwangerschap een verwijzing krijgen naar de anesthesioloog, die de vragen beantwoordt. Dit is gebeurt vaak ook als er een kans bestaat op complicaties bij de pijnbehandeling van jouw voorkeur.

Keuze veranderen

Je kunt jouw keuze altijd weer aanpassen, Misschien heb je gevraagd om pijnbehandeling, maar is de bevalling minder pijnlijk dan verwacht. Dan kun je van de pijnbehandeling afzien. Andersom geldt hetzelfde: als je van tevoren hebt gezegd dat je geen medicamenteuze pijnbehandeling wilt, dan kun je hier tijdens de bevalling alsnog om vragen. Probeer daarmee dan niet te wachten tot de pijn echt totaal onhoudbaar is, want het kan even duren voordat de pijnbehandeling geregeld is. Als je denkt dat pijnbehandeling later tijdens de bevalling wel eens nodig zou kunnen zijn, is het verstandig dat vast te zeggen zodat de voorbereidingen getroffen kunnen worden. Het is niet erg als het dan uiteindelijk toch niet nodig is.

Andere pijnbehandeling dan gewenst

Het kan ook gebeuren dat je een bepaalde pijnbehandeling voor ogen hebt, maar dat de verloskundige zorgverlener of anesthesioloog een andere behandeling voorstelt. Daarvoor is dan meestal een medische reden. Je krijgt bijvoorbeeld waarschijnlijk geen ruggenprik als er stoornissen in de bloedstolling ontstaan. Ook bij infecties, bepaalde neurologische aandoeningen of afwijkingen aan de wervelkolom is een ruggenprik niet altijd mogelijk.

9. De belangrijkste feiten over de ruggenprik, pethidine en remifentanil in schema

	Manier van toediening	Beschikbaarheid	Duur behandeling	Effect op pijn	Bijwerkingen en effecten
Ruggenprik	Infuus in rug, eventueel met een pompje dat je zelf kunt bedienen	In 65% van de ziekenhuizen In SKB 24/7 beschikbaar	Tijdens hele bevalling	Goed	Je kunt niet meer rondlopen, en er is een kans op bloeddrukdaling, koorts en langere duur uitdrijving Geen effect op de baby
Pethidine	Injectie in bil of bovenbeen	In alle ziekenhuizen	2-4 uur	Matig	Je kunt niet meer rondlopen en u kunt last krijgen van sufheid en misselijkheid Baby: sufheid
Remifentanil	Infuus in arm met pompje dat je zelf kunt bedienen	In ziekenhuizen waar onderzoek naar remifentanil wordt verricht. In SKB niet beschikbaar	4 uur	Redelijk goed	Sufheid, misselijkheid, bloeddrukdaling en problemen met de ademhaling Baby: niet bekend

10. Heb je nog vragen?

Bespreek vragen met de gynaecoloog, verloskundige of huisarts: zij zijn altijd bereid alle vragen te beantwoorden.

11. Hoe is deze tekst tot stand gekomen?

Deze tekst is gebaseerd op de richtlijn Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling welke is geschreven door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de patiëntenvereniging Kind en Ziekenhuis, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), in samenwerking met medewerkers van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, met als opdrachtgever ZonMw. De tekst is deels aangepast voor het VSV Achterhoek Oost

Datum protocol

Gepubliceerd in 2014, herzien in 2018