

PROCEDURA ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

- I. CEL:** łagodzenie bólu porodowego u rodzących pacjentek.
- II. ZAKRES STOSOWANIA :** oddział położniczy-sala porodowa.
- III. ODPOWIEDZIALNOŚĆ:**
 - 1. Wdrożeniem oraz koordynacją niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego zajmuje się położna prowadząca poród.
 - 2. Za prawidłowy przebieg porodu, w którym dla złagodzenia bólu porodowego są zastosowane środki farmakologiczne, jest odpowiedzialny lekarz położnik.
 - 3. Za realizację procedury analgezji regionalnej w postaci znieczulenia zewnątrzoponowego odpowiedzialność ponosi lekarz anestezjolog prowadzący analgezję regionalną oraz pielęgniarka anestezyjologiczna.

Pacjentka przyjmowana do oddziału jest każdorazowo informowana o możliwościach analgezji bólu porodowego w tym aktualnie dostępnych metodach.

IV. NIEFARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

Procedury niefarmakologiczne mające zastosowanie w szpitalu obejmują:

- a. techniki oddechowe,
- b. ćwiczenia relaksacyjne,
- c. utrzymanie aktywności fizycznej oraz przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych (gumowa piłka, worek sako, drabinki)
- d. imersję wodną oraz
- e. ciepłe lub zimne okłady w miejscach odczuwania bólu.

Dobór metody niefarmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo uzgadniany jest z rodzącą.

V. FARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

Wśród metod farmakologicznych łagodzenia bólu porodowego stosowana jest:

- a. analgezja wziewna w postaci podtlenku azotu,
- b. podawanie leków rozkurczowych oraz
- c. dożylnie lub domięśniowe podanie opioidów
- d. analgezja regionalna (znieczulenie zewnątrzoponowe)

FARMAKOLOGICZNE METODY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO –ZASADY OGÓLNE:

- 1. Wdrożenie metody farmakologicznej wymaga omówienia z pacjentką wpływu danej metody na przebieg porodu oraz dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych.
- 2. Przed realizacją procedury konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody pacjentki.
- 3. Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego są wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania.
- 4. Wdrożenie procedury farmakologicznej poprzedzone jest badaniem położniczym-oceną zaawansowania porodu.

5. Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego wymaga, w czasie stosowania tych metod, nadzoru lekarza położnika i położnej oraz monitorowania rodzącej i płodu obejmującego:
- u rodzącej:
 - a. ocenę funkcji układu oddechowego, w tym liczby oddechów oraz pulsoksymetrię przez co najmniej 6 godzin od ostatniej dawki stosowanego opioidu, uwzględniając rodzaj zastosowanego opioidu i drogi jego podania,
 - b. ocenę funkcji układu krążenia, obejmującą pomiary ciśnienia tętniczego i tętna nie rzadziej niż co 1 godzinę, a w uzasadnionych przypadkach odpowiednio częściej;
 - u płodu – ocenę czynności serca płodu nie rzadziej niż co 15 minut.

ANALGEZJA WZIEWNA

- zastosowanie analgezji wziewnej w postaci podtlenku azotu wymaga zastosowania monitorowania rodzącej oraz płodu (punkt 5 – farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego- zasady ogólne)

DOŻYLNIE LUB DOMIĘŚNIOWE STOSOWANIE OPIOIDÓW

- monitorowanie rodzącej i płodu zgodnie z zasadami opisanymi powyżej
- uwzględnienie ciągłego monitorowania KTG oraz częstszej kontroli rozwierania szyjki macicy ze względu na możliwość skrócenia I okresu porodu oraz możliwą sedację rodzącej

ANALGEZJA REGIONALNA

Analgezia regionalna w postaci znieczulenia zewnątrzoponowego jest wdrażana w czasie porodu w miarę dostępności zespołu anestezjologicznego prowadzącego analgezię regionalną.

Sposób postępowania:

1. Analgezię regionalną rozpoczyna się w aktywnej fazie I okresu porodu, przy rozwarciu co najmniej 1 cm ujścia zewnętrznego szyjki macicy. W uzasadnionych medycznie przypadkach możliwe jest wcześniejsze rozpoczęcie analgezji.
2. Analgezia regionalna jest poprzedzona konsultacją lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu, przeprowadzoną na zlecenie lekarza położnika, nie później niż 30 minut od zgłoszenia lekarzowi prowadzącemu analgezię regionalną porodu takiego zlecenia.
3. Przed zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca uzyskuje od lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu informację o jej przebiegu, wpływie na przebieg porodu i płód, możliwych powikłaniach i działaniach niepożądanych.
4. Podczas porodu z zastosowaniem analgezji regionalnej rodząca pozostaje pod opieką położnej anestezjologicznej lub pielęgniarki anestezjologicznej. Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna sprawująca opiekę nad rodzącą w warunkach analgezji regionalnej współpracuje w zakresie realizacji funkcji leczniczych i diagnostycznych z lekarzem położnikiem i lekarzem prowadzącym analgezię regionalną porodu, z uwzględnieniem podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z zaleceniem lekarskim.
5. Po podaniu leków znieczulenia miejscowego do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej rodząca znajduje się pod bezpośrednim nadzorem lekarza prowadzącego analgezię regionalną porodu przez co najmniej 30 minut.

Badania poprzedzające zastosowanie analgezji regionalnej:

- a. badanie fizykalne i ocena stanu fizycznego rodzącej według skali American Society of Anaesthesiology (ASA);
- b. badania diagnostyczne zgodne z wytycznymi Grupy Roboczej Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- c. badanie położnicze, oceniające postęp porodu, istniejące zagrożenia i stan płodu dokonane

przez lekarza położnika, który będzie nadzoruje przebieg porodu i w razie powikłań położniczych wdraża odpowiednie postępowanie.

Monitorowanie funkcji życiowych:

Przed rozpoczęciem analgezji regionalnej kontrolowane jest:

- a. ciśnienie tętnicze krwi mierzonego w przerwie międzyskurczowej (SAP/DAP),
 - b. czynność serca (HR),
 - c. saturacja krwi obwodowej (SpO2),
 - d. czynność serca płodu (FHR);
- pomiary parametru wymienionego w ppkt.a powtarzane są nie rzadziej niż co 5 minut od podania dawki leku miejscowo znieczulającego inicjującej analgezję przez co najmniej 30 minut do momentu stabilizacji parametrów rodzącej i płodu;
 - ocena stanu rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej jest dokonywana nie rzadziej niż co 90 minut przez lekarza prowadzącego analgezję regionalną porodu i w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej;
 - przy każdym kolejnym podaniu dawki leków miejscowo znieczulających w celu przedłużenia analgezji regionalnej monitorowane są parametry stanu ogólnego pacjentki oraz czynność serca płodu.

VI. DOKUMENTY ZWIĄZANE

1. Karta przebiegu znieczulenia zakładana przez lekarza anestezyjologa, dokumentująca przebieg znieczulenia
2. Dokumentacja lekarska położnika oraz położnej prowadzącej poród