OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Verksamhet Obstetrik
Innehållsansvar: Karin Breding, (karbr13), Överläkare
Godkänd av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef
Giltig från: 2026-11-12
Giltig till: 2028-11-11

Smärtbehandling postpartum

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen.

Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC.
Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Revideringar i denna version

Förtydligande angående smärtbehandling efter kejsarsnitt och vaginal födsel.

Bakgrund

Det har varit en återkommande diskussion mellan barnmorskor, obstetriker och barnläkare om vad och hur mycket smärtlindring man kan ge postpartum med tanke på amning.

Arbetsbeskrivning

Nedanstående rekommendationer gäller för friska mödrar med fullgångna, friska barn. Eventuell allergi ska efterhöras innan preparat ges.

Smärtlindring efter kejsarsnitt - första tolv timmarna

OBS – vid operationen ges i.v Dynastat (NSAID) som smärtlindrande om ej kontraindicerat. Tidigast 8 timmar efter Dynastat kan nästa dos antiinflammtorisk medicin ges (Ibuprofen, Pronaxen, Voltaren m fl).

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Grundläggande smärtlindringsmetoder

1) Morfin spinalt: Förstahandsmetod, bör kunna tillämpas för de allra flesta. Ger en mycket effektiv smärtlindring. En liten mängd morfin används jämfört med andra administrationssätt, vilket är en fördel med tanke på att det blir ytterst lite morfin i modersmjölken. Se speciellt PM för morfin spinal.

TENS rekommenderas till alla postoperativt om ingen tydlig kontraindikation föreligger (kontraindikation: pacemaker, inopererad nervstimulering. Försiktighet vid epilepsi och hud som inte är hel).

1. Vid smärtgenombrott, för kvinnor som har nylagd morfinspinal inom 12 tim;
2. Om patienten vårdas på Postop ges i första hand inj Morfin 3-5 mg i.v
3. Om patienten vårdas på Förlossningsavdelning ges istället i första hand tabl Morfin 10 mg p.o.
   Vid extradoser morfin enligt ovan behövs extra kontroller på vakenhet/andningsfrekvens var 30 min närmaste 2 timmarna.

Efter de första 12 timmarna ges morfin i.v 3-5 mg. Vid illamående ges inj Ondansetron 8 mg i.v. Då amningen kommit igång är det viktigt att hålla morfindosen låg. Om barnet är extra sårbart, t. ex. prematurt, skall avstämning ske med neonatolog.

2) Morfin med ivPCA (= patient kontrollerad analgesi, se speciellt PM för metoden)

Aktuellt för de kvinnor som **ej** erhållit morfin spinalt, dvs:

4. De som opererats i generell anestesi och därför ej erhållit spinalbedövning eller
5. De som opererats i spinalanestesi men av något skäl ej fått morfin tillsatt i spinalen.

AnOpIVA tillhandahåller läkemedel till PCA-pumpen och startar upp denna på UVA. Pat kan trycka på pumpen hur ofta som helst men får max 2,5 mg morfin/15 min = maxdos 10 mg morfin/tim. Detta är standardinställning. Personalen på BB läser av hur många gånger patienten aktiverat pumpen per dygn. Vid frekventa tryck bör ökad smärtlindringsdos övervägas.

6. Vid smärtgenombrott för kvinnor med ivPCA ges ej morfin förutom i PCA-systemet. Kontakta i stället narkosjour Op 2, tel 35128.

Vanlig behandlingstid 1–2 dygn.

Övrig smärtlindring (vaginal förlossning, kejsarsnitt efter 12 timmar)

7. Paracetamol 500 mg 2 x 4
8. Ibuprofen 400 mg 1 x 4 (första 3 vårddygnen, därefter 1 x 3)

Vid behov av ytterligare smärtlindring

9. Tabl Morfin 10 mg p.o efter läkarordination. Detta kan ges som enstaka dos vilket definieras som max 1 ggr/dygn de första 2 dygnen.
10. Vid ytterligare behov av morfin kan 2-3 doser/dygn under de första 3 dagarna ges.

    OBS - Risken för påverkan av barnet är mycket liten då det är tidigt och mors bröstmjölk ännu inte kommit igång. Barnet bör stanna på BB så länge moder kräver smärtlindring med morfin. Upplevs barnet som påverkat kontaktas neonataljour för bedömning.

11. Vid smärta från förlossningsbristning kan Asolsprit på binda användas om patienten upplever lindring. Evidensen är svag och ska bara användas så länge patienten är på BB.

Eftervärkar

12. TENS.
13. Alvedon/Ibuprofen enligt ovan.
14. Vid långdragen/svår smärtproblematik där ovanstående ej räcker är det viktigt att en individuell plan för patienten görs upp, gärna i samråd med anestesiolog.

Smärtlindring på fast dosering

Ordineras via smärtmall i Melior. Mallen kan även sättas in av BM/ssk i ansvarig läkares namn.

A) Tablett paracetamol 500 mg 2 tabl x 4 på fast schema.

Försiktighet: Leversjukdom eller leverpåverkan.

Om samtidig behandling med annat paracetamolinnehållande analgetika (t ex Panocod®, Citodon ®) måste paracetamol minskas med tanke på maxdos 4 gram per dygn.

Behandlingen fortsätter i normalfallet till dygn 3, därefter individuell ordination.

B) Tablett Ibuprofen 400 mg 1 x 4 (första tre vårddygnen, därefter 1 x 3).

Försiktighet: Astma, lever- hjärt- eller njursvikt, gastrit-ulkus anamnes.

Skall ej ges till astmapatienter som reagerat på andra NSAID preparat eller acetylsalisylsyra med t ex urticaria, ödem etc. Detta på grund av risk för korsreaktion.

Ges ej vid ökad blödningsbenägenhet eller vid förhöjd risk för postoperativ blödning.

VAS registrering

Vid inskrivning för planerade kejsarsnitt informeras kvinnan av ansvarig barnmorska om avdelningens smärtbehandlingsrutiner och får demonstrerat VAS-stickan.

VAS registreras var tredje timme under den vakna tiden. VAS görs helst både i vila och i rörelse. När kvinnan sover skrivs ¨S¨. Första VAS-skattningen görs snarast möjligt efter operationen. Då VAS ≥ 4 bedöms kvinnan ej vara adekvat smärtlindrad och extramedicinering bör ges.

Övrigt

I de fall då tabletter är olämpligt (framförallt vid svårt illamående och kräkning): Överväg intravenöst paracetamol i stället för tablett paracetamol 500 mg.

Anläggning av s.k Liablandning (Ropivacain 2 mg/ml; 150 ml=300mg samt Adrenalin 0,1mg; 5 ml=0,5mg) kan ges i samband med sectio där patienten ej fått spinal bedövning. Detta kan läggas intraabdominellt och/eller subcutant i samband med att man sluter buken.

Granskare/arbetsgrupp

Anna Berlin VÖL AnOpIVA, Karin Breding VÖL BB, Lena Otterlind VÖL Förlossningen, Hanna Michaelsson, specialistläkare, processansvarig ESEC-processen, Anna-Karin Ringqvist Bm,

Uppföljning, utvärdering och revision

Ansvarig för revision: Karin Breding, Överläkare

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Karin Breding, (karbr13), Överläkare

Godkänd av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-246

Version: 10.0

Giltig från: 2026-11-12

Giltig till: 2028-11-11