OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Gäller för: Kvinnoklinik
Innehållsansvar: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare
Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef
Giltig från: 2026-08-10
Giltig till: 2028-08-05

Perinealbristning grad 1–2 samt episiotomi suturering, instruktion för operatören

Sammanfattning

Dokumentet beskriver praktiska rutiner kring primär suturering av förlossnings-bristningar grad 1 och 2 samt episiotomi samt ger råd till operatören om undersökning/bedömning av bristning, operationsteknik samt diagnossättning.

Förändringar sedan föregående version

Riktlinje är baserad på tidigare riktlinje med namn ”Vaginalbristning grad 1 - 2, instruktion för barnmorska”. Ändring avser:

1. Xylocain spray ersätts med **Lidokain-nafazolin spray.**

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1
Förändringar sedan föregående version 1
Bakgrund och syfte 2
Förutsättningar 2
Genomförande 2
Smärtlindring 3
Undersökningsteknik 3
Sutureringsteknik 4

VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Dokumentation.....7
Diagnos 8
Arbetsgrupp.....8
Källförteckning 8

Bakgrund och syfte

Sammanställning av evidensbaserad kunskap av Gynzone samt www.backenbottenutbildning.se. De allra flesta kvinnor får någon grad av förlossningsskada i samband med sin förlossning. Det skiljer sig mellan först-föderskor och omföderskor. Cirka 18 % av kvinnorna får en grad 1-bristning och cirka 40 % får en grad 2-bristning har man tidigare sagt. Dock prevalensen för grad 2-bristningar varierar i olika studier. Hittills rapporterad förekomst av andra gradens bristningar har varierat mellan 37 % och 78 %.

Förekomst av perinealklipp/episiotomi är väl kartlagd och har varierat under åren. År 2024 utfördes i landet perinealklipp vid 6,3% (5,8% på SÄS) av alla vaginala förlossningar bland förstföderskor (Årsrapporter | Graviditetsregistret).

Handläggning av bristningar grad 3 – 4 beskrivs inte i denna riktlinje utan har en egen riktlinje.

Samtliga förlossningsbristningar sys i direkt anslutning till förlossning.
Målet med suturering är att återskapa normal anatomi i bäckenbotten.

Förutsättningar

Det är viktigt att skapa optimala förhållanden för att kunna inspektera bristningen och ställa rätt diagnos. Lägg rent under patienten och ta på rena handskar samt ett munskydd. Lägg patientens ben i benstöd för att hon skall kunna slappna av. Ha en bra belysning. Var god och se råd om operationstvätt och dukning i en särskild riktlinje.

Genomförande

Den som suturerar ska kunna anatomi och ha fullgod utbildning inom suturering av perineala bristningar.

Det bör vara **två barnmorskor** vid bedömning av bristningen och även i början av primär suturering, framför allt om ansvarig barnmorska är mindre erfaren (SFOG-rekommendation).

Det är helt okej att vänta med suturering upp till 8 – 12 timmar ifall vävnads-svullnad är extrem och förväntas minska under tiden, eller för att sikta på att operera under dagen när kompetens och full personalstyrka finns tillgänglig.

Smärtlindring

För att kunna sy optimalt och få ett bra resultat måste en god smärtlindring ges, gärna n. pudendus blockad. Det är bättre att vänta en stund för att få fullgod effekt. Vid större bristningar hinner också svullnaden lägga sig innan suturering startas. En rekommendation enligt Gynzone är att man lägger en bedövningsgel innan placentas avgång för att den sedan skall ha hunnit verka innan inspektionen.

Xylocain gel 2 % - Vänta några minuter efter applikationen för att få fullgod effekt.

Lidokain-nafazolin (ofärgad) APL, Näs-/munhålelösning 34 mg/ml + 0,17 mg/ml (icke spritbaserad) - Rekommenderad dos cirka 5 - 10 puffar. Vänta 5 - 10 minuter på effekten som sedan håller i sig upp till 30 minuter.

Infiltration – Carbocain 10 mg/ml - Sprid lokalbedövningen som en solfjäder för god effekt. Ge små doser, max 5 ml/stick. Verkar efter 5 minuter och upp till 2 timmar.

PDB – Pudendusblockad Marcain 2,5 mg/ml - 10 ml på var sida om spinae. Vid transvaginal PDB kommer effekten efter 5 minuter och vid transkutan PDB efter 10 – 15 minuter. Bedövningen håller i sig cirka 2 timmar vid båda metoder. Kan ge känselbortfall i benen och ibland blåstömningssvårigheter som bieffekt, men detta är övergående.

Lustgas

Akupunktur - ”Enligt Gynzone visade det sig att det var bättre med lokal-bedövning än akupunktur i örat”.

Undersökningsteknik

- Identifiera anatomiska strukturer: uretra/klitorisområde, blygdläppar, hymen/hymenplan.
- Undersök vagina. Bristningens lokalisation beskrivs enligt urtavlan (till exempel vaginal bristning klockan 5 och 7), längden och djupet noteras. Synlig fettvävnad i vagina talar för misstänkt levatorskada.
- Fascian (septum rectovaginale) skall vara hel och förankrad mot perineala muskler (undersök alltid även om det handlar om endast bristning grad 1). Skadad fascia yttrar sig som ett hål/grop rakt ner strax bakom perineum/i vagina. **Var god se bild 1.**
  Undersöks med ett finger per rectum och ett finger i vagina.

- Perineal kropp/perineum skall vara 2 – 4 cm (avståndet mellan anal och slidans öppning). Återställd hymenplan är ett riktmärke och skall ligga strax ovanför perineala kroppen.
- Perineala muskler (m. bulbocavernosus, m. transversus superficialis och profundus) identifieras, gärna med hjälp av Allis tång.
- Per rektumundersökning utförs alltid. Det är för att upptäcka eventuella skador i fascia rektovaginale och sfinktrar (extern och intern).
- Vid misstanke om skadad extern eller intern sfinkter och/eller skadad fascia och/eller skadad levatormuskel samt komplicerad bristning/klipp, skall läkare tillkallas för bedömning.
- POS förväntas sys av operatören i första hand.

Sutureringsteknik

1. Val av suturmaterial.

- Suturnål 3–0 skärande (mindre motstånd): sys labia, hud- och slemhinneslitningar för att förhindra sammanväxningar, fascia recto-vaginale (sys av läkare) samt vaginal slemhinna och subkutan vävnad.
- Suturnål 2–0 rund liten/stor: kan sy fascia rectovaginale, vaginal-slemhinnan och perineala muskler samt subkutan vävnad.

2. Använd rätt knytteknik. Det skall alltid vara **2 råbandsknop, var god se bild 2**, oavsett om du gjort dubbelt slag eller ej. https://my.gynzone.com/courses/58-fourth-degree-tears/chapters/217-suturing-continuous-method/watch/717-continuous-technique-animation?referrer=%2Fhome

   eller ”surgical knot tying” https://doktorerna.com/video/kirurgi/.

3. Välj sutureringsteknik som ger **tätast anpassning** mellan sårkanter och **minst suturmaterial** i såret. **Var god se bild 3 och 4.**
4. I områden med **extra tryck/sned dragning/POS** använd helst enstaka suturer som berör muskler. Suturering av vagina och översikt av suturmaterial.
5. Perineala muskler skall alltid förankras mot fascia rectovaginale.
6. GLÖM INTE att suturera **subkutis/underhuden**, vilket går utmärkt att suturera fortlöpande eller med enstaka suturer. **Intrakutana stygn** anläggs vid behov.
7. **Antibiotikaprofylax rekommenderas**

- Vid episiotomi i samband med sugklocka.
- Vid medelstor till stor grad 2-bristning i samband med sugklocka.

- Kan även övervägas vid episiotomi eller medelstor till stor grad 2-bristning i samband med icke instrumentell förlossning, om förekomst av andra riskfaktorer som till exempel fetma, diabetes typ 1, Crohns sjukdom eller komplicerad suturering.
- vid skadad rektalslemhinna eller övrig mycket omfattande skada, oavsett grad av perineal bristning.
- När det dröjt mer än 6 timmar till suturering.

8. **Var noga med att räkna torkar när du suturerat klart och skriv detta i journalen.**

Bild 1. Fascia rectovaginale (septum rectovaginale).

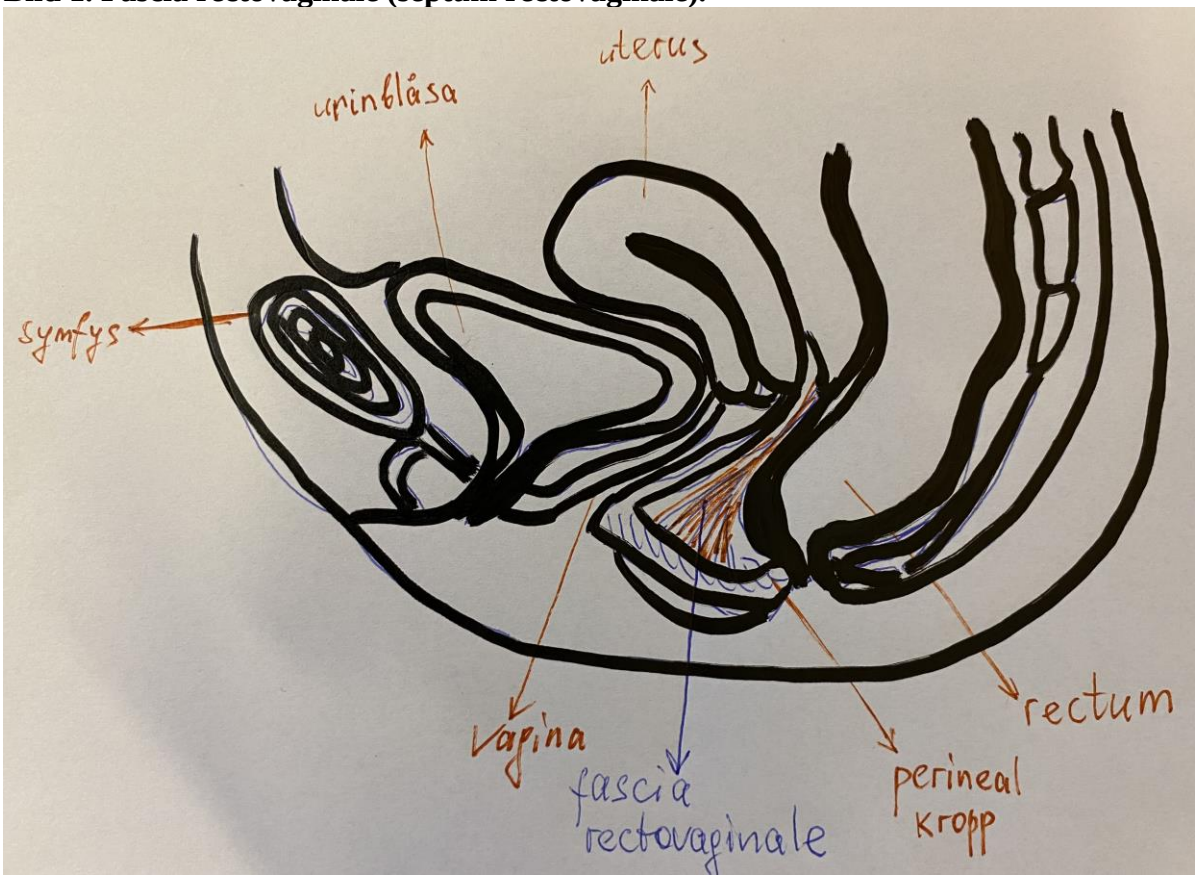


Illustration av bäckenbotten tecknad av N. Ödman, VO Kvinna och barn, SÄS.

Bild 2. Råbandsknop.



Foto: N. Ödman, VO Kvinna och barn, SÄS.

Bild 3. Icke korrekt utseende av suturerat sår/bristning.



Foto: N. Ödman, VO Kvinna och barn, SÄS.

Bild 4. Korrekt utseende av suturerat sår/bristning.

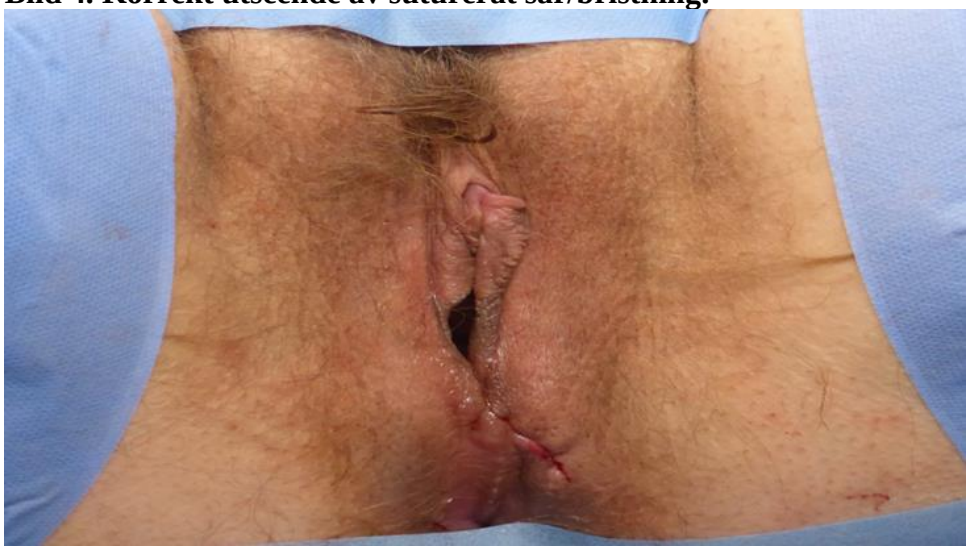


Foto: N. Ödman, VO Kvinna och barn, SÄS.

Dokumentation

Dokumentation av bristning grad 1 och perinealklipp sker i texten i Obstetrix.

Bristningar grad 2 dokumenteras i operationsmall i Obstetrix.

Glöm ej att ange om antibiotikaprofylax är givet eller ej vid perinealklipp.

Diagnos

Grad 1: Ytlig spricka i vaginalslemhinnan eller i den perineala huden samt bristningar i labia minora eller majora.

Grad 2: Bristning som omfattar musculus bulbocavernosus samt musculus transversus perinei med eller utan vaginal bristning och/eller skada på levatormuskel.

Episiotomi/klipp kodas med hjälp av åtgärdskod TMA00.

Var god se Tabell Perinealskador.

Arbetsgrupp

Natalia Ödman, Överläkare, Kvinnokliniken, SÄS Borås

Carina Lundgren, Barnmorska, Förlossningsavdelningen, Kvinnokliniken, SÄS Borås

Corina Lindström, Barnmorska, Förlossningsavdelningen, Kvinnokliniken, SÄS Borås

Illustration av bäckenbotten på bild 1 är tecknat av Natalia Ödman.

Foton på bild 2, 3 och 4 är tagna av Natalia Ödman, Kvinnokliniken, SÄS Borås.

Källförteckning

1. Start (backenbottenutbildning.se)
2. Login (gynzone.com)
3. Assisted vaginal birth - UpToDate
4. Under rubriken ”Antibiotics”
5. Humphreys ABC, Linsell L, Knight M. Factors associated with infection after operative vaginal birth-a secondary analysis of a randomized controlled trial of prophylactic antibiotics for the prevention of infection following operative vaginal birth. Am J Obstet Gynecol 2023; 228:328.e1.
6. 4.Prophylactic antibiotics in the prevention of infection after operative vaginal delivery (ANODE): a multicentre randomised controlled trial - PubMed (nih.gov) 2019
7. Antibiotic prophylaxis for episiotomy repair following vaginal birth - Bonet, M - 2017 | Cochrane Library

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-251

Version: 6.0

Giltig från: 2026-08-10

Giltig till: 2028-08-05