OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus
Innehållsansvar: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare
Granskad av: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare
Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Giltig från: 2026-11-10
Giltig till: 2028-11-10

Smärtlindring postpartum SÄS

Bakgrund och syfte

Styrdokumentet fastställer vanlig behandling för smärta postpartum samt belyser frågan kring läkemedelsval i relation till amning.

Smärtlindring postpartum behövs efter kejsarsnitt, suturering av bristning eller klipp samt vid kraftiga eftervärkar. Riktlinjen avser friska patienter med fullgångna och friska barn.

Innehållsförteckning

Bakgrund och syfte 1

Innehållsförteckning 1

Genomförande 1

VAS registrering 4

Barnets förutsättningar 5

Källförteckning 6

Arbetsgrupp 6

Genomförande

Smärtlindring efter kejsarsnitt första tolv timmarna

1. Innan sectio får kvinnan paracetamol peroralt. På operation får kvinnan vid behov Parecoxib och Betametason intravenöst som smärtlindring. **Härefter**

Bassmärtlindring enligt läkemedelsmall (s.3)
eller Generella ordination (GO) om patienten har opererats med spinal anestesi.

2. Om patienten har opererats i generell anestesi:

- Rekommenderas anläggning av lokal anestesi i såret subkutant med förslagsvis Ropivacain 2,5 mg/ml 20 ml.
- Har patienten epidural kan man ge morfin för epidural administrering i epiduralen innan väckning.

3. Vid fortsatta problem med smärta postoperativt som inte går att hantera enligt ovanstående, alternativt patienter som förväntas ha problem med postoperativ smärta (t.ex. på grund av större multipla myom, större såryta efter större ingrepp eller adherenslösning), rekommenderas tidig kontakt med narkosläkare för diskussion kring lämplig smärtlindring. Har patienten en EDA kan man låta denna sitta kvar och använda för fortsatt smärtlindring.

- Morfin spinalt: Ger en mycket effektiv smärtlindring. En liten mängd morfin för epiduralt/spinalt bruk används jämfört med andra administrationssätt, vilket är en fördel med tanke på att det blir ytterst lite morfin i modersmjölken. Se PM spinala opioider - övervakningsrutiner för mer information.
- TENS rekommenderas till alla postoperativt om ingen tydlig kontraindikation föreligger (kontraindikation: pacemaker, inopererad nervstimulering. Försiktighet vid epilepsi och hud som inte är hel).
- **Vid smärtgenombrott, för kvinnor som har nylagd morfinspinal inom 12 timmar, ges tablett Morfin 5 mg. Då behövs extra kontroller på vakenhet/andningsfrekvens var 30 minut de närmaste 2 timmarna**. Efter dessa 12 timmar 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, ska avstämning ske med neonatolog**.

- Anläggning av Morfin med ivPCA (= patient kontrollerad analgesi, se speciellt PM för metoden). PCA-pumpen startas upp på postoperativ avdelning. Patienten 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. Vid smärt-genombrott för kvinnor med ivPCA **ges ej morfin förutom i PCA-systemet.** Kontakta i stället narkosjour. Vanlig behandlingstid 1–2 dygn.

Bassmärtlindring enligt läkemedelsmall

Används vid förlossningsbristningar och/eller klipp samt eftervärkar och kan ordineras av läkare eller på generell ordination av patientansvarig barnmorska. Vid kejsarsnitt är bassmärtlindring som regel ordinerad via patientansvarig läkare redan preoperativt.

- Tablett paracetamol 500 mg 2 tabl x 4 på fast schema. Försiktighet: Leversjukdom eller leverpåverkan. Om samtidig behandling med annat paracetamolinnehållande analgetika (till exempel Panocod®, Citodon ®) måste paracetamol minskas med tanke på maxdos 4 gram per dygn. Behandlingen fortsätter i normalfallet till och med dygn 3, därefter individuell ordination. I de fall då tabletter är olämpligt (framför allt vid svårt illamående och kräkning) överväg intravenöst paracetamol i stället för tablett paracetamol 500 mg.
- Tablett Ibuprofen 400 mg 1 x 3. Försiktighet: Astma, lever-, hjärt- eller njursvikt, gastrit-ulcus anamnes. Ska ej ges till astmapatienter som reagerat på andra NSAID-preparat eller acetylsalisylsyra med till exempel urticaria, ödem

etcetera. Detta på grund av risk för korsreaktion. Ges ej vid ökad blödningsbenägenhet eller vid förhöjd risk för postoperativ blödning.

- Om patienten efter vaginal förlossning upplever smärta VAS >=4 trots bassmärtlindring, var god se avsnitt “Vid behov av extra smärtlindring ges Opioider” s.4.

VAS registrering

VAS registreras var tredje-fjärde timme under den vakna tiden eller enligt NEWS-ordination. VAS görs helst både i vila och i rörelse. Första VAS skattningen görs snarast möjligt efter operationen. Då VAS ≥ 4 bedöms kvinnan ej vara adekvat smärtlindrad och extramedicinering bör ges.

Vid behov av extra smärtlindring ges Opioider

- Förstahandspreparat: Tablett Oxycodone/Oxynorm (oxicodon) 5 mg eller Injektion 10 mg/ml (maxdosering totalt 30 mg/dygn i max 3 dagar/72 timmar). Om Oxycodone inte upplevs lindrande för patienten, får läkare kontaktas igen **i samråd med läkare som ska göra bedömning** om det finns bakomliggande komplikation (blödning, tarmparalys, hematom i bristningen o.s.v.) till ökad smärta, eller smärtan är resultat av underskattad behov av smärtlindring (t.ex. svår adherenslösning, uterus- och/eller urinblåseruptur, större uterusmyom, hematometra, större bristning, infektion/sårruptur i bristningen o.s.v.).
- Långverkande opioidläkemedel rekommenderas inte till ammande eftersom förlängd frisättning ökar risk för ackumulering och medföljande sedering. I undantagsfall kan långverkande opioid och Naloxon ges (T.Targiniq 5mg/2,5 mg.)
- Kodeinpreparat ges i regel inte postpartum, undantag kan finnas då kodeinpreparat använts under graviditeten. Vgs

regional VGR REK Läkemedel i samband med graviditet och amning - REKlistan.

Barnets förutsättningar

Vid behandling med narkotiskt analgetikum bör barnet observeras för opioidbiverkningar; sedering, andningsdepression och obstipation. Hänsyn måste alltid tas till det normala amnings-/matnings- och avföringsmönstret utifrån dygnsåldern så att normala tillstånd inte feltolkas som biverkningar.

- **Fullgångna och friska sena prematura barn (vecka 35 - 37)**
  Sedvanliga dagliga observationer på BB (i samband med barnskötsel, omvårdnad och amnings-/matningsstöd).
- **Övervakning av prematura barn<35 veckor eller sjuka barn skall diskuteras med neonatologer.**
  Dessa barn övervakas med POX så det finns ingen anledning att begränsa amning eller tillgång till mammans mjölk. Om barnet verkar slött eller har flera apnéer tas ställning till behov av annat än den ammandes bröstmjölk.
- Där det finns behov av ett amningsuppehåll rekommenderas pumpning för att bibehålla mjölkproduktionen (OBS läkemedelshalten minskar inte snabbare till följd av pumpning eftersom mjölkhalten alltid speglar blodhalten).

Utökad observation för fullgångna och friska sena prematura barn (vecka 35 - 37)

Vid behandling i mer än 3 dagar/72 timmar i följd ökas risken för ackumulering och medföljande biverkningar.

Familjen bör uppmärksammas på att vara observant efter tecken på sedering (det vill säga slöhet, matningssvårigheter), obstipation och andningsdepression.

Vid utskrivning från BB rekommenderas ett återbesök till BB-/amningsmottagning eller BVC inom 2 dagar.

Källförteckning

FASS Vårdpersonal: https://fass.se/helth

Startsida Amning | Janusmed: https://janusmed.se/amning

Oxycodone-Drugs and Lactation Database (LactMed®) - NCBI Bookshelf (nih.gov): https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501245/

Länk till Östras Smärtbehandling postpartum

PM övervakning spinala opioider Övervakning spinala opioider

PM PCA pump PCA (Patient Controlled Analgesia)

Arbetsgrupp

Natalia Ödman, överläkare, VÖL, BB, VO Kvinna och barn, SÄS

Micaela Andersson, specialistläkare, VO

anestesi/operation/intensivvård, SÄS

Granskat av:

Aldona Gabrielaitiene, överläkare, VÖL neonatal, VO Kvinna och barn, SÄS

Teresia Svanvik, överläkare, läkarchef VO kvinna och barn, SÄS

Fabian Camling, specialistläkare, VO anestesi/operation/intensivvård

Per Malvemyr, VÖL, postop, VO anestesi/operation/intensivvård

Aghil Ibrahim, överläkare, VO anestesi/operation/intensivvård

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Södra Älvsborgs Sjukhus

Innehållsansvar: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

Granskad av: Natalia Ödman, (natod1), Överläkare

Godkänd av: Jerker Nilson, (jerni1), Chefläkare

Dokument-ID: SAS9642-738863596-955

Version: 5.0

Giltig från: 2026-11-10

Giltig till: 2028-11-10