



## **Keisaraskurður:** ***Valkostir, svæfing eða deyfing***



Eitt af hverjum fimm börnum fæðast með keisaraskurði og tveir þriðju af þeim verða óvænt. Jafnvel þó þú reiknir ekki með að fara í keisaraskurð gætir þú haft gagn af því að lesa þetta yfir.

*Caesarean section: your choice of anaesthesia.  
First Edition March 2003  
Translated into Icelandic August 2007*

## ***Það að eignast barn er ógleymanleg reynsla***

Keisaraskurður þarf ekki að vera verri upplifun en það að fæða á eðlilegan hátt. Ef þú lendir í því skaltu ekki líta á þig sem misheppnaða. Það sem skipir höfuðmáli er að bæði þú og barnið þitt séu örugg. Keisaraskurður getur verið besta leiðin til þess.

Það eru margir valkostir hvað varðar svæfingu og deyfingu við keisaraskurði. Þessi bæklingur útskýrir ýmsa af valkostunum. Þú getur rætt valkostina við svæfingalækni þinn.

Fæðingasvæfingalæknar eru læknar sem eru sérhæfðir í svæfingaumönnun og gæslu þungaðra kvenna og barna þeirra.

Keisaraskurður getur verið fyrirfram ákveðinn, þetta er kallaður valkeisari. Þetta er oft ráðlegast ef það eru auknar líkur á fylgikvillum við eðlilega fæðingu. Eitt dæmi um slíkt er ef barnið er í óeðlilegri stöðu undir lok meðgöngu.

Stundum er keisaraskurður ákveðinn með litlum fyrirvara, oftast þegar fæðingin er þegar hafin. Þetta kallast bráðakeisari. Ástæðan getur verið hægur framgangur fæðingar, barninu er farið að líða illa eða hvoru tveggja.

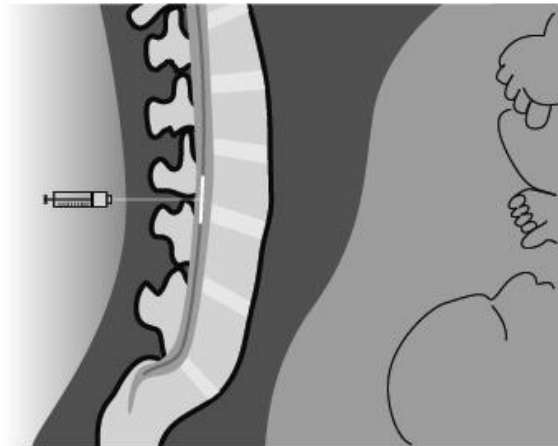
Fæðingalæknir þinn mun upplýsa þig um ástæðurnar fyrir keisaraskurðinum og fá samþykki þitt fyrir þeirri ákvörðun.

## **Svæfing eða deyfing**

Flestir keisaraskurðir eru gerðir í deyfingu. Þú ert vakandi en tilfinning í neðrihluta líkamans er deyfð. Þetta er yfirleitt öruggara fyrir móður og barn og gefur bæði þér og maka þínum möguleika á að takast saman á við fæðinguna. Einstöku sinnum er ráðleggra að svæfa.

### **Þrjár aðferðir við deyfingu:**

1. **Mænuvökvadeyfing.** Langalgengasta aðferðin. Hægt að nota bæði við valkeisara og bráðakeisara. Taugaræturnar og sá hluti mænunnar sem sér um skynjun frá neðrihluta líkamans (og vöðvastjórnun) liggja í vökvafylltum poka innan í hryggsúlunni. Staðdeyfilyf er sprautað í vökvann með mjög finni nál. Mænuvökvadeyfing virkar mjög hratt og aðeins þarf að gefa mjög lítinn skammt af deyfiefninu.



2. **Utanbastsdeyfing** – Grönn plastslanga er þrædd inn að mænuvökvapokanum, nálægt þeim stað sem verkjataugarnar frá leginu koma inn. Utanbastsdeyfing er oft notuð til verkjameðferðar við fæðingu og er þá notuð mikið þynnt deyfiblanda. Hægt er að gera deyfinguna kröftugri með því að nota sterkari deyfilausn.

Við utanbastsdeyfingu þarf að gefa stærri skammt af staðdeyfilyfi heldur en við mænuvökvadeyfingu og deyfingin er lengur að virka. Hægt er að endurtaka og bæta á deyfinguna ef þarf.

3. **Bæði mænuvökva- og utanbastsdeyfing.** Mænuvökvadeyfingin er notuð við keisaraskurðinn. Utanbastsdeyfinguna má nota ef gefa þarf meiri deyfingu og til verkjastillingar eftir aðgerðina.

## **Svæfing**

Ef þú verður svæfð veist þú ekkert af þér meðan keisaraskurðurinn fer fram. Svæfing er notuð minna nú en áður. Það getur þurft að grípa til hennar við bráðakeisara, ef ekki er hægt að nota deyfingu eða ef þú treystir þér alls ekki til að vera vakandi.

Það sem mælir með eða á móti þessum aðferðum ræðum við seinna í þessum bæklingi. Áður er mikilvægt að fara yfir hvað gerist þegar keisaraskurður er ákveðinn.

## **Undirbúningur vegna aðgerðar**

Konan kemur inn á spítalann fyrir aðgerðina og ljósmóðir talar við hana auk þess sem blóðprufur vegna aðgerðarinnar eru teknar. Hún útskýrir hvað gerist. Stundum fara konurnar síðan heim og koma aftur að morgni aðgerðardags en annarstaðar er konan inniliggjandi nóttina fyrir aðgerðina. Stundum eru gefnar töflur sem draga úr sýruframleiðslu magans og hindra ógleði. Þetta er gefið að kvöldi aðgerðardags og að morgni. Þetta verður útskýrt fyrir þér.

## **Viðtal svæfingalæknis**

Svæfingalæknir talar við þig fyrir aðgerðina. Hann athugar fyrri heilsu og svæfingar. Það er möguleg að hann biðji um ýtarlegri rannsóknir og prufur. Svæfingalæknirinn mun ræða við þig um hvað stendur til boða og svar við spurningum þínum.



## **Aðgerðardagurinn**

Ljósmóðirinn mun staðfesta aðgerðartímann og fylgjast með að þú fái þau lyf sem þú þarft. Það gæti þurft að raka hárin af aðgerðarstaðnum. Armband með nafni þínu verður sett á þig.

Sumstaðar eru settir sérstakir teygjusokkar sem eiga að hindra segamyndum í bláæðum fótanna. Þú ferð í sérstök skurðstofuföt. Sá aðili sem ætlar að vera með þér í keisaraskurðinum fær einnig sérstök föt og fylgir þér að skurðstofunum.

Þegar þú kemur á skurðstofuna eru tengdar við þig leiðslur sem mæla hjá þér blóðþrýsting, hjartsláttarhraða og súrefnismagnið í blóðinu. Þetta er alveg sársaukalaust. Æðaleggur er settur í æð á höndinni og vökvi tengdur við.

### **Hvað gerist ef deyfing er notuð?**

Deyfing er lögð í sitjandi stellingu eða hliðarlegu og þú ert beðin að setja krippu á bakið.

Svæfingarlæknir sóttthreinsar bakið með kaldri lausn.

Það er fundið heppilegt bil í neðri hluta baks og er staðdeyfinu sprautað undir húðina þannig að hún dofnar. Stundum sviður við þessa húðdeyfinu.



Við mænudeyfinu er notuð örfín nál sem stungið er í bakið. Þetta veldur venjulega engum sársauka en straumur getur komið niður í fót og þú skalt segja frá því ef þú finnur þennan straum.

Mikilvægt er að vera alveg hreyfingalaus á meðan deyfingin er lögð.

Þegar nál er komin á réttan stað er staðdeyfilyfinu sprautað og nálin fjarlægð.

Venjulega tekur aðeins örfáar mínútur að leggja deyfinguna en getur tekið lengri tíma ef erfitt er að koma nálinni á réttan stað.

Við utanbastdeyfinu er notuð stærri nál sem hægt er að þræða legg í gegnum inn í utanbastbilið.

Eins og við mænudeyfinu getur komið straumur niður í fót og mikilvægt er að vera hreyfingalaus þar til leggur er kominn á sinn stað en þá getur þú slakað á.

Ef búið er að leggja utanbastlegg á fæðingastofu fyrir venjulega fæðingu er hægt að gefa sterkari deyfingu í legginn ef til keisaraskurðar kæmi. Ef um bráðakeisara er að ræða er ekki alltaf tími til að virkja deyfinguna og þarf þá að grípa til svæfingar.

Fyrstu merki um deyfingu er hiti í fótum og þeir verða þungir. Það getur borið á náladofa. Dofi breiðist upp líkamann.

Svæfingarlæknir kannar útbreiðslu deyfingar með kuldaúða til að meta hvort þú ert nægilega deyfð fyrir aðgerðina. Stundum þarf að breyta legu þinni á skurðarborðinu til að fá betri útbreiðslu deyfingarinnar. Blóðþrýstingur þinn er mældur mjög þétt eftir að deyfing er lögð.

Á þessu stigi er lagður hjá þér þvagleggur og er það ekki óþægilegt þar sem deyfingin er farin að virka. Þvagleggurinn er hafður fram á næsta dag þannig að þú þarft ekki að hafa áhyggjur af þvaglátum.

Áður en aðgerðin hefst ertu lögð á bakið og skurðarborði hallað til vinstri. Ef þú finnur fyrir ógleði eða annari vanlíðan skaltu segja frá því strax. Þetta stafar oftast af blóðþrýstingsfalli í kjölfar deyfingar og svæfingalæknir veitir þá meðferð sem þarf.

Þar til barnið er fætt færðu súrefni í nös sem tryggir að barnið fái nægt súrefni.



## Skurðaðgerðin:

Skurðsvæðið er sótthreinsað og tjald dregið fyrir, sem skilur þig og föðurinn frá aðgerðarsvæðinu. Svæfingalæknir og eða svæfingahjúkrunarfræðingur er hjá þér allan tímann. Þú heyrir undirbúningsklið hinum megin við tjaldið þar sem teymi fæðingalæknis, skurðhjúkrunarfræðinga og ljósmóður eru við vinnu.

Húðin er skorin “bikiniskurði” og á meðan á aðgerð stendur finnur þú fyrir togi og þrýsting en átt ekki að finna fyrir sársauka. Sumar konur hafa lýst því sem einhver sé að “þvo upp” í kviðnum á þeim.

Svæfingalæknir og svæfingahjúkrunarfræðingur eru þér til stuðnings meðan á aðgerð stendur og geta gefið verkjalyf ef þörf er á. Einstaka sinnum getur þurft að gefa fulla svæfingu.

Frá byrjun aðgerðar eru um það bil 10 mínútur þar til barnið fæðist. Strax eftir fæðingu tekur ljósmóðir barnið, þurrkar og sogar úr vitum og læknir af barnadeild skoðar barnið. Eftir það er barnið fært til ykkar.

Eftir fæðinguna er gefið lyf, syntocinon til samdráttar fyrir legið og fæðingu fylgjunnar. Þú færð einnig skammt af sýklalyfjum sem minnka hættu á sárasykingum. Seinni hluti aðgerðarinnar tekur um það bil 30 mínútur. Í lok aðgerðar eða fljótlega eftir aðgerð færðu lyf til verkjastillingar sem eru farin að virka vel áður en deyfingin fer úr líkamanum.



### **Þegar aðgerð er lokið:**

Þú ert færð yfir í rúmið af skurðarborðinu og keyrð yfir á gæsludeild, vöknun þar sem fylgst er náið með þér þar til deyfingin er farin að minnka verulega. Faðir og barn geta undir flestum tilfellum verið hjá þér. Barnið er viktað og þú getur lagt það á brjóst.

Þegar deyfing fer úr líkama finnur þú fyrir náladofa í fótum. Eftir nokkrar klukkustundir er mátturinn kominn til baka og þú getur lyft fótum. Verkjalyfin virka í nokkurn tíma en þegar þú ferð að finna fyrir verkjum aftur skaltu láta vita. Verkjalyf færðu reglulega og eftir þörfum.

### **Hvað gerist við svæfingu:**

Þú færð þvaglegg áður en þú ert svæfð og jafnframt sopa af magamixtúru. Svæfingalæknir gefur þér súrefni í maska sem er haldið þétt að vitum þér í nokkrar mínútur. Þegar allir eru tilbúnir í skurðteyminu er svæfingalyfjunum sprautað í hendina þar sem þú færð vökvagjöf og rétt áður en þú sofnað finnur þú léttan þrýsting á hálsinn. Það er gert til að fyrirbyggja að magainnihald komist í lungun. Svæfingalyfin virka mjög hratt og þú sofnað samstundis.

Þegar þú ert sofnað er komið fyrir barkarennu sem tengd er öndunarvél sem sér um öndunina fyrir þig á meðan á svæfingunni stendur. Fæðingalæknirinn sér um uppskurðinn og barnið en svæfingalæknirinn sér um svæfinguna og þú upplifir ekkert af þessu.



Þegar þú vaknar getur þú fundið fyrir óþægindum í hálsi eftir barkarennuna og verkjum í skurðsári. Þú ert syfjuð fyrst á eftir og getur fundið fyrir ógleði en ert síðan fljót að jafna þig. Þú ert færð inn á vöknun eftir aðgerðina og munt hitta barn og maka. Þú færð föst verkjalyf og eftir þörfum. Stundum er notuð svokölluð sjúklingastýrð verkjalyfjagjöf, PCA (patient controlled anaesthesia) hjúkrunarfræðingarnir sjá þá um að útskýra þá aðferð.

## **Nokkrar ástæður fyrir svæfingu:**

- Í tilfellum þar sem um storkugalla er að ræða er ekki ráðlegt að leggja deyfingu.
- Ekki er alltaf tími til að leggja deyfingu.

Mjög afbrigðilegt bak getur valdið erfiðleikum við deyfingu.

- Í einstaka tilfellum getur deyfing virkað illa eða alls ekki.

## **Verkjameðferð eftir aðgerð:**

Ýmsar leiðir eru til við verkjastillingu:

- **Deyfing:** við mænu-/utanbastdeyfingu er hægt að gefa langvirkandi sterk verkjalyf.
- Á sumum stöðum er utanbastleggur látinn liggja áfram eftir aðgerð og tengdur sídreypi af verkjalyfjum.
- Stílar oft gefnir í lok aðgerðar.
- **Morfín** eða önnur sterk verkjalyf gefin í æð eða vöðva.
- **Morfín** eða önnur sterk verkjalyf í dreypi: PCA
- **Lyf** í töfluformi, paracetamol, brufen, voltaren

## **Kostir við deyfingu umfram svæfingu:**

- Deyfing venjulega öruggari fyrir þig og barnið.
- Makinn getur tekið þátt í fæðingunni.
- Þú ert ekki syfjuð eftir aðgerðina.
- Þú færð að sjá og snerta barnið þitt fyrir.
- Þú færð góða verkjameðferð eftir aðgerðina.
- Barnið verður líflegra.



## **Gallar við deyfingu í samanburði við svæfingu:**

- Mænu/utanbastdeyfingar geta lækkað blóðþrýsting en það er auðvelt að meðhöndla.
- Geta tekið lengri tíma en svæfing
- Stundum geta deyfingar valdið skjálfta.
- Það getur komið fyrir að deyfing virki illa eða ekki og þá þarf að svæfa.

## **Deyfingar geta líka valdið:**

- Taugaertingu niður í fót. Kemur fyrir í 1:10.000 deyfingum og getur staðið yfir í vikur-mánuði.
- Kláði í og eftir aðgerð, en auðvelt að meðhöndla.
- Slæmur höfuðverkur getur komið í kjölfar deyfingar, líkur minni en 1:100. Hægt að meðhöndla.
- Eymsli í baki í nokkra daga eftir deyfinguna.

## **Mænu- og utanbastdeyfingar valda ekki krónískum bakverkjum:**

Því miður eru bakverkir mjög algengir eftir fæðingar sérstaklega hjá konum sem hafa haft bakvandamál áður, en mænu/utanbastdeyfingar auka ekki á þau vandamál.

Að eignast barn með keisaraskurði er örugg aðferð og getur verið dýrmæt lífsreynsla. Margar konur óska eftir að vera vakandi á meðan á aðgerð stendur. Aðrar geta þurft á svæfingu að halda eins og áður er getið.

Við vonum að þessar upplýsingar komi þér að gagni vegna keisaraskurðsins.

## **Heimildir**

### ***Keisaraskurður í deyfingu***

Kennedy BW, Thorp JM, Fitch W, Millar K. The theatre environment and the awake patient. *J Obstet Gynaecol* 1992;12:407-411.

Ying LC, Levy V, Shan CO, Hung TW, Wah WK. A qualitative study of the perceptions of Hong Kong Chinese women during caesarean section under regional anaesthesia. *Midwifery* 2001;17:115-22.

### ***Samanburður mismunandi deyinga***

Shibli KU, Russell IF. A survey of anaesthetic techniques used for caesarean section in the UK in 1997. *Int J Obstet Anesth* 2000; 9: 160-7.

Riley ET, Cohen SE, Macario A, Desai JB, Ratner EF. Spinal versus epidural anesthesia for cesarean section: a comparison of time efficiency, costs, charges, and complications. *Anesth Analg* 1995;80:709-12.

Davies SJ, Paech MJ, Welch H, Evans SF, Pavy TJG. Maternal experience during epidural or combined spinepidural anesthesia for cesarean section: a prospective randomized trial. *Anesth Analg* 1997;85:607-13.

Morgan PJ, Halpern S, Lam-McCulloch J. Comparison of maternal satisfaction between epidural and spinal anesthesia for elective Cesarean section. *Can J Anaesth* 2000;47:956-61.

## **Áhrif svæfinga og deyfinga á barnið**

Marx GF, Luykx WM, Cohen S. Fetal-neonatal status following caesarean section for fetal distress. *Br J Anaesth* 1984; 56: 1009-1013.

Abboud TK, Nagappala S, Murakawa K et al. Comparison of the effects of general and regional anesthesia for cesarean section on neonatal neurologic and adaptive capacity scores. *Anesth Anal* 1985; 64: 996-1000.

Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for Cesarean section - effects on neonates. *Anesth Analg* 1989;68:270-5.

Evans CM, Murphy JF, Gray OL, Rosen M. Epidural versus general anaesthesia for elective Caesarean section. Effect on Apgar score and acid-base status of the newborn. *Anaesthesia* 1989;44:778-82.

Mahajan J, Mahajan RP, Singh MM, Anand NK. Anaesthetic technique for elective caesarean section and neurobehavioural status of newborns. *Int J Obstet Anesth* 1993;2:89-93.

Hodgson CA, Wauchob TD. A comparison of spinal and general anaesthesia for elective caesarean section: Effect on neonatal condition at birth. *Int J Obstet Anesth* 1994; 3: 25-30.

Ratcliffe FM, Evans JM. Neonatal wellbeing after elective caesarean delivery with general, spinal and epidural anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol* 1998; 10: 175-81.

Kolatat T, Somboonnanonda A, Lertakyamanee J, Chinachot T, Tritrakarn T, Muangkasem J. Effects of general and regional anesthesia on the neonate (a prospective, randomized trial). *J Med Assoc Thailand* 1999; 82: 40-5.

Dick W, Traub E, Kraus H, Tollner U, Burghard R, Muck J. General anaesthesia versus epidural anaesthesia for primary Caesarean section: A comparative study. *Eur J Anaesthesiol* 1992;9:15-21.

## **Verkjameðferð eftir keisaraskurð**

Morrison J D, McGrady E M. Postoperative pain relief. Chapter in: Reynolds F (ed). *Regional analgesia in obstetrics: a millenium update*. London: Springer- Verlag, 2000.

Graham D, Russell IF. A double-blind assessment of the analgesic sparing effect of intrathecal diamorphine (0.3 mg) with spinal anaesthesia for elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 1997; 6: 224-30.

Husaini SW, Russell IF. Intrathecal diamorphine compared with morphine for postoperative analgesia after Caesarean section under spinal anaesthesia. *Br J Anaesth* 1998;81:135-9.

Van de Velde M. What is the best way to provide postoperative pain therapy after caesarean section? *Curr Opin Anaesthesiol* 2000;13:267-70.

## **Tíðni fylgikvilla**

### **Höfuðverkur**

Reynolds F. Dural puncture and headache. Chapter in: Reynolds F (ed). *Regional analgesia in obstetrics: a millenium update*. London: Springer-Verlag, 2000.

### **Bakverkur**

Russell R, Reynolds F. Back pain, pregnancy and childbirth. [Editorial]. *Br Med J* 1997;314:1062-3.

## Taugaskaði

Holdcroft A, Gibberd FB, Hargrove RL, Hawkins DF, Dellaportas CI. Neurological complications associated with pregnancy. Br J Anaesth 1995;75:522-6.

Loo CC, Dahlgren G, Irestedt L. Neurological complications in obstetric regional anaesthesia. Int J Obstet Anesth 2000; 9, 99-124.

Paech MJ, Godkin R, Webster S. Complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia: a prospective analysis of 10,995 cases. Int J Obstet Anesth 1998;7:5-11.

## Ítarefni

Reynolds F (ed). Regional analgesia in obstetrics: a millennium update. London: Springer-Verlag, 2000.

Russell R, Porter J, Scrutton M. Pain Relief In Labour. Ed F Reynolds. London: BMJ Publishing, 1997.

## Þakkir

Upplýsingar í þessum bæklingi eru byggðar á traustum heimildum. Nokkrar þessarar heimilda er að finna á blaðsíðum 13 og 14. Bæklingurinn var samin af nefndinni Information for Mothers sem var á vegum Obstetric Anaesthetists Association.

Dr Michael Wee (chairman), Prof Felicity Reynolds, Dr Michael Bryson, Mrs Carol Bates (RCM representative), Mrs Cathy Groeger (AIMS representative), Mrs Christina Campbell (Consumer representative), Mrs Shaheen Chaudhry (Consumer representative), Dr Michael Kinsella, Dr Geraldine O'Sullivan, Dr Roshan Fernando.

Íslensku þýðinguna unnu Ástríður Jóhannesdóttir, svæfingalæknir, Aðalbjörn Þorsteinsson, svæfingalæknir, Rannveig Rúnarsdóttir, ljósmóðir og Steinunn Björg Birgisdóttir, móðir.

Frekari upplýsingar (enskar) má fá af vefnum [www.youranaesthetic.info](http://www.youranaesthetic.info).

- Myndbandið (DVD diskurinn) "Your anaesthetic for Caesarean section" sem er gerður af Obstetric Anaesthetists Association fjallar einnig um þetta efni.
- Eintök (ensk) af þessum bæklingi og myndbandið er fánlegt frá skrifstofu Obstetric Anaesthetists' Association. Veffang: [www.oaa-anaes.ac.uk](http://www.oaa-anaes.ac.uk).

## OAA Secretariat

PO Box 3219, Barnes

London SW13 9XR

Tel: +44 (0)20 8741 1311

Fax: +44 (0)20 8741 0611

E-mail: [secretariat@oaa-anaes.ac.uk](mailto:secretariat@oaa-anaes.ac.uk)

First Icelandic Edition August 2007

**Fyrsta íslenska þýðingin ágúst 2007**