

## Langsom fremgang i fødsel og stimulering av rier

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 07.03.2024

### 1. HENSIKT

Definere langsom framgang i fødsel, og gi retningslinjer for når og hvordan det skal intervereres. Sikre forsvarlig administrering av oksytocin ved langsom framgang i fødsel eller induksjon av fødsel.

### 2. ANSVAR

Jordmor og lege.

### 3. DEFINISJONER:

**Fødselens tre stadier:** Første stadium varer fra riene starter frem til mormunnen er utslettet. Dette stadiet deles i latens fase og aktiv fase. Aktiv fase er definisjon ved mormunnsåpning 4 cm og regelmessige rier. Andre stadium varer fra mormunnen er utslettet til barnet er født, og dette stadiet deles inn i en passiv fase (fram til ledende del har nådd bekkenbunnen) og en aktiv fase (trykktid). Tredje stadium er tiden fra barnet er født til placenta er forløst.

**Partogram med varsellinje og tiltakslinje:** Det benyttes partogram i aktiv fase, med varsellinje, og tiltakslinje forskjøvet fire timer. Varsellinjen følger 1 cm åpning/time.

**Langsom fremgang i første stadium:** Defineres når cervix-åpning krysser tiltakslinjen i partogrammet.

**Langsom fremgang i andre stadium:** Langsom fremgang i andre stadium er ikke klart definert. Parietet, regional analgesi og forsinket descens av hodet påvirker lengden av andre stadium.

Andre stadiums totale varighet bør ikke overstige 4 timer hos førstegangsfødende og 3 timer hos fleregangsfødende. Aktiv fase bør, som hovedregel, ikke overstige 60 minutter, uavhengig av parietet.

Lengre varighet av andre stadium, passiv eller aktiv fase, kan tillates etter individuell vurdering sammen med lege, så lenge det er fremgang.

**Årsaker til langsom fremgang kan være** ineffektive rier, feilinnstilling av hodet, mekaniske misforhold eller en kombinasjon av disse faktorene.

### 4. FREMGANGSMÅTE langsom fremgang

- Fremme normal fremgang i fødsel: Start med tiltak som kontinuerlig tilstedeværelse [Kontinuerlig støtte under aktiv fødsel](#), stillingsendring, tøyøvelser, tømme urinblære, smertelindring, mat og drikke.
- Klinisk undersøkelse av fremgang i fødsel: Vaginalundersøkelse (skjededel, konsistens, posisjon og mormunnens åpning), vurdering av ledende fosterdels nivå, innstilling, posisjon, og vurdering av rier (styrke, varighet og hyppighet). Hyppighet vurderes ut ifra helhetsbilde.
- Lege konfereres ved langsom fremgang.

- Amniotomi skal utføres før evt. oksytocinstimulering. Amniotomi bør vurderes ved mistanke om langsom fremgang og utføres senest ved krysning av tiltakslinjen.
- Oksytocinstimulering anbefales ved langsom framgang som skyldes ineffektive rier, ca en time etter amniotomi ved manglende fremgang.
- Kontinuerlig fosterovervåking ved oksytocinstimulering.
- I den passive delen av andre stadium vurderes fremgang hver time om det foreligger feilinnstilling eller ineffektive rier ved manglende progresjon. Dersom manglende fremgang identifiser behov for ytterligere tiltak.
- Aktiv trykking avventes til hodet er kommet på bekkenbunnen, dersom det ikke er tegn til asfyksi eller infeksjon. Vurder operativ forløsning etter 60 minutter med aktiv trykking, både for første- og flergangsfødende. Dette gjelder også hos kvinner med epiduralanalgesi.
- Ved diagnostisert langsom fremgang lag en plan for tiltak i samråd med kvinnen med mulighet for samvalg dersom situasjonen tillater det.

#### 4.1 Oksytocinstimulering

- Ved spontan fødselsstart: det er ikke anbefalt å starte med oksytocinstimulering før 5 cm åpning.
- Oksytocininfusjon skal ordineres av lege.
- 10 E oksytocin blandes i 1000 ml NaCl 9 mg/ml. Administreres intravenøst med infusjonspumpe.
- Startdose er 30 ml/time. Dosen kan deretter økes hvert 15. minutt med 15 ml/time, til tilfredsstillende respons. I utdrivningsfasen kan man øke med et kortere intervall. Maksimaldose er 180 ml/time.
- Responsen på oksytocin er svært individuell. Hvis oksytocininfusjonen fører til normal/god framgang kan man redusere, evt. seponere og slik redusere risiko for bivirkninger.
- Seponeres når barnet er forløst.
- Ved tidligere sectio er ikke oksytocinstimulering kontraindisert, men dosering over 120 ml/t er forbundet med økt risiko for uterusruptur. Skal observeres med kontinuerlig fosterovervåking, mors vitalia og smerter samt riefrekvens.
- Hver fjerde time skal det gjøres en statusvurdering, og lege konfereres.

##### 4.1.1 Overstimulering

- Overstimulering foreligger ved > 5 rier/10 minutter eller varighet av ri > 2 minutter. Fosterbradycardi eller uttalte deselerasjoner kan være et uttrykk for overstimulering av uterus.
- Ved overstimulering bør oksytocininfusjon stoppes, og lege skal konfereres om videre behandling.
- Vurder å gi Atosiban (Tractocile) bolus for å stoppe riene. Dosering: Atosiban 7,5 mg/ml - 0,9 ml (hetteglass) = 6,75 mg intravenøst over minst ett minutt.

##### 4.1.2 Dokumentasjon

- Vær nøye med dokumentasjon av vurdering av fremgang i fødsel. Indikasjon for oxytocinstimulering, dosering, tidspunkt og hvem som har ordinert, dokumenteres i Partus partogram.

### 4.1.3 Huskelapp oxytocinstimulering

<p><b>Før oppstart:</b></p> <p>Anamnese:          -Induksjon?          -Er hun i aktiv fødsel?          -Er tiltakslinjen brutt?          -Risikofaktorer hos mor/barn?</p> <p>Status:          -Vannavgang?          -Tom blære?          -Rieffrekvens og styrke?          -CTG tolkning          -Palpasjonsfunn, stasjon, innstilling, fødselssvulst, descens</p> <p>Kommunikasjon:          -Er paret informert?          -Konferert med lege?</p>	<p><b>Statusvurdering:</b></p> <p>Ca hver 4.time, ved vaktskifte og ved evt nye risikofaktorer.</p> <p>-Rier</p> <p>-CTG tolkning</p> <p>-Tilfredsstillende progresjon?</p> <p>-Nye risikofaktorer hos mor eller barn?</p> <p>-Konferert med lege?</p> <p>-Beskriv tiltak ved manglende progresjon eller endring i fosterets tilstand.</p>
---	--

## 5. INTERNE REFERANSER

- [2.1.5.4.1.4.8](#) [Fosterovervåking under fødsel](#)  
[2.1.5.4.1.4.14](#) [Langsom fremgang i fødsel og stimulering av rier](#)  
[2.1.5.4.1.4.18](#) [Normal fødsel](#)

## 6. EKSTERNE REFERANSER

[Fødselshjelp - veileder 2020](#)

1. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp 2022. Oslo. Hentet fra: [Stimulering av rier \(legeforeningen.no\)](#)
2. Uterusruptur, kapittel i Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening. (2022). Oslo. Hentet fra: [Uterusruptur \(legeforeningen.no\)](#)