

Partus normalis, den normale fødsel

Formål

- At undgå fødselsrelaterede skader for mor og barn.
- At støtte, opmuntre, lede og vejlede kvinden(familien)gennem et i videst muligt omfang atraumatisk (fysisk og psykisk) og ikke unødigt langstrakt fødselsforløb.
- I tide at kunne afgøre, hvornår det normale, jordemoderledede fødselsforløb ændres til et patologisk fødselsforløb som ledes af jordemoder og obstetiker i fællesskab.

Dette søges opnået ved jordemoderens konstante omsorg i tæt samarbejde med den fødende og hendes ledsager og med respekt for deres forventninger til fødslen

Patient- og/eller personalemålgruppe

Jordemødre, jordemoderstuderende, social og sundhedsassistenter, sygehjælpere, sygeplejersker, læger og medicinstuderende, der er tilknyttet G0131, G0231 og G0232.

Definition/ afgrænsning

Vejledningen drejer sig om den spontant indsættende, ukompliceret forløbende og afsluttende fødsel af et enkelt levende barn, med normalt fosterskøn, +/- 2SD (+/- 22 %) født i bagehovedpræsentation ved terminen (37 uger + 0 dage - 41 uger + 6 dage).

Fødslen kan stadig betegnes som normal, hvis der anvendes:

- Hindepunktur (orificium > eller = 6 cm)
- Ve-stimulation med syntocinondrop (ved fuldt dilateret orificium)
- Epiduralblokkade
- Scalp-ph
- Episotomi eller der forekommer mindre bristninger(grad 1 og 2)

Hvis der er tvivl om en fødsel kan betegnes som værende normal henvises til ICD10 koderne.

Fremgangsmåde

1. Før ankomst til fødegang

Kvinden eller en pårørende henvender sig i de fleste tilfælde telefonisk til fødegangen, når der er tegn på at fødslen er i gang. Efter telefonkonsultation aftales med jordemoderen, om kvinden skal ses umiddelbar, eller henvende sig telefonisk senere. Såfremt det aftales, at kvinden forbliver hjemme noteres aftalen i DocuLive.

2. Modtagelse og undersøgelse af kvinden ved ankomst til fødegangen

Når kvinden ankommer til fødegangen, gøres følgende observationer/undersøgelser:

- Vurdering af kvindens psykiske ressourcer.

- Udvendig undersøgelse med henblik på uterus' størrelse, barnets lejrning, caputs stand og fosterskøn.
- Vurdering af barnets tilstand med træstetoskop eller doptone, der lyttes i 1 minut umiddelbart efter en ve. Der tilbydes Door-step CTG, se [Kardiotokografi\(CTG\) før fødslen](#)
- Vurdering af ve-aktiviteten manuelt.
- Vaginal exploration med vurdering af collums længde og placering, orificiums dilatation, caputs stand og rotation, kontakten mellem caput og orificium, tykkelsen af nedre segment.
- Observation af +/- vandafgang, spænding i hinderne.
- Måling af moderens puls og BT. Hvis der har været vandafgang > 6 timer, hvis kvinden virker febril eller ved tachycardi hos barnet, måles temperatur.
- Som led i modtagelsen gennemføres en samtale med kvinden og manden, hvis han er til stede, om hvordan graviditeten er gået og om forventninger og ønsker til fødslen. Kvinden og vir bliver informeret om at forventninger og ønsker vil blive indfriet i det omfang det er muligt

3. Udvidelsesfasen, latente del (første del af den engelske: first stage)

Definition: Kvinden er i fødsels latente fase, når der er regelmæssig ve-aktivitet, som modner og afkorter collum og/eller udvider orificium.

3.1 Varigheden af den latente fase

Flere studier beskriver forlænget latente fase som: førstegangsfødende: >20 timer
flergangsfødende: >14 timer

I vurderingen af, den latente fase, skal der tages hensyn til:

- Hvor påvirket kvinden er af varigheden
- Hvor længe der har været veer, som har gjort, at hun ikke har kunnet hvile/sove.
- Har kvinden tidligere har henvendt sig på fødeafdelingen
- Hvordan er kvindens fysiske og psykiske ressourcer i det hele taget.

Der bør som hovedregel ikke foretages HSP eller ve-stimulation med Syntocinon i den latente fase, hvis denne ikke er forlænget.

Hvis fremgang er påkrævet, så kan hindeløsning forsøges først.

Hvis HSP og Syntocinon-drop skal anvendes, er det efter følgende princip:

- Først foretages amniotomi
- Hvis nødvendigt (efter ca. 2 timer) ve-stimulation med syntocinon.

NB: HSP og syntocinon har ringe effekt hos førstegangsfødende, hvis collum ikke er udslettet.

3.2 Overvejelser i relation til evt. indlæggelse af kvinden i den latente fase

Undersøgelser har vist at:

- Kvinden som hovedregel ikke bør indlægges på fødegangen, før hun er i aktiv fødsel, da det giver længere fødsler og flere indgreb.
- Tryghed i den latente fase er associeret med kortere fødselsforløb, færre indgreb og bedre føtalt udkomme.

Derfor skal mødet med den fødende i den latente fase prioriteres, både i telefonen og når hun kommer til fødegangen.

Hvis kvinden, efter samtale med og rådgivning fra jordemoderen, føler sig tryk ved at tage hjem, bør hun støttes i det.

Kvinden bør som hovedregel først indlægges på fødeafdelingen, når hun er i fødselens aktive fase. Hvis kvinden føler sig utryk ved at tage hjem og/eller har behov for jordemoderfaglig omsorg, men ikke vurderes i den aktive fase kan hun tilbydes at blive på svangregangen. Der oprettes ”indlæggelse til fødsel” i DocuLive.

Med hensyn til vandafgang, se [PROM, vandafgang uden veer til termin](#)

NB: Går ve-aktiviteten i ro, kan hun atter gå hjem - også nogle timer efter hun f.eks. har fået akupunktur eller morfin.

Rådgivning til en kvinde i latent fase kan f.eks. indeholde:

- Beskrivelse af hvad den latente fase er, at det er normalt den tager lang tid, og at det kommer til at gå hurtigere, når hun går ind i den aktive fase.
- Anbefaling af hvile, også selvom kvinden ikke umiddelbart tror hun kan.
- Anbefaling af mad og drikke.
- At kvinden gerne må tage 1 g paracetamol, evt. som suppositorie.
- Anbefaling af varmt bad, varme omslag. Evt. tilbud om hindeløsning - efter individuel vurdering.
- Vurdering af smerter og evt. tilbud om smertelindring.

3.3 Barnet i den latente fase

Hvis kvinden er indlagt, følges barnets tilstand ved at lytte hjertelyd i 60 sekunder umiddelbart efter en ve, ca. 2 gange i timen, samt før og efter vaginalexploration.

Overvågning af barnets tilstand kan efter klinisk skøn og praktiske forhold gennemføres med større tidsintervaller (f.eks. ved kvittering af lavement, når den fødende er i brusebad, sover, går tur m.v.).

3.4 Smertelindring i den latente fase

Varmt bad, akupunktur eller morfin kan anvendes. Morfin bør primært gives for at opnå sederende effekt og i mindre grad som smertelindrende og er kun lidt smertelindrende, se vejledning vedr. smertelindring.

Epiduralblokade bør som hovedregel ikke anvendes i den latente fase, da der muligvis er sammenhæng mellem tidligt anlagt epidural og større risiko for sectio (bl.a. på grund af risiko for temperatur stigning). Desuden risikerer man at anlægge epidural på en kvinde, som ikke er i fødsel.

4. Udvidelsesfasen, aktiv del (senere del af det engelske: first stage)

Definition: Kvinden er i fødselns aktive fase, når der er regelmæssig, god ve-aktivitet og orificium er 4 cm dilateret. Hos førstegangsfødende skal collum være udslettet. Veerne skal som hovedregel komme med et interval på mindre end eller lig 5 minutter.

Der oprettes ”partogramnotat” i DocuLive og partogram påbegyndes.

Ved orificium på 4cm vil 60 % af fødende være i aktiv fase og ved 5cm er det 90 %. Ved overgangen til aktiv fase, sker der en acceleration i dilatationsraten.

4.1 Kvinden i udvidelsesfasen, aktiv del

Der tages stilling til, om der skal tilbydes lavement, hvis det ikke allerede er gjort.

Kvinden opfordres til at lade vandet ofte, så blæren så vidt muligt er tom under sidste del af udvidelsesfasen og i uddrivningsfasen.

Kvinden støttes fysisk og psykisk, herunder hjælpes til rette med vejrtrækning samt forskellige arbejds- og hvilestillinger, der fremmer barnets rotation og nedtrængning, og som støtter kvindens aktive medvirken. Som udgangspunkt skal kvinden hjælpes til stillinger, som gør at hun føler sig godt tilpas. Rygliggende stilling bør undgås, da det giver svagere veer og lavere PH hos barnet. Let tiltet rygleje kan dog anvendes. Sideleje på den side hvor barnets ryg er, fremmer rotation fra uregelmæssig til regelmæssig præsentation af caput. Det samme gør det at stå på alle fire.

Jordemoderen bør være til stede på fødestuen, når kvinden har behov for det med henblik på den effekt det har i form af smertelindring og forebyggelse af vesvækkelse og indgreb.

Den fødende tilbydes mad og drikke, som hun har lyst dog ikke mælkeprodukter.

Kvinden opfordres til at drikke sød saft eller spise druesukker, hvis hun ikke har lyst til andet. Barnefaderen eller anden pårørende medinddrages og gives omsorg efter behov

4.2 Barnet i udvidelsesfasen, aktiv del

Barnets hjertelyd lyttes over 60 sekunder, gerne 12 x 5 sekunder, umiddelbart efter en ca. hvert 15.–30. minut, samt før og efter vaginaleksploration. Overvågning af barnets tilstand kan efter klinisk skøn og praktiske forhold gennemføres med større tidsintervaller (f.eks. ved kvittering af lavement, når den fødende er i brusebad, sover, går tur m.v.)

4.3 Fødselns progression

Veerne kontrolleres manuelt. Veerne bør tiltage i styrke, hyppighed og varighed og resultere i dilatation af orificium samt caputs nedtrængning og rotation.

Caputs nedtrængning følges med fjerde håndgreb og vaginal-exploration. Der vaginaleksploreres, når der er vandafgang specielt med henblik på navlesnorsfremfald og når jordemoderen i øvrigt skønner, der er behov for status med henblik på fødselns progression og vejledning til kvinden.

Ved hver vaginaleksploration registreres:

- Collum længde og placering,
- Orificiums dilatation og eftergivelighed,
- Kontakten mellem caput og orificium,

- Vandafgang/størrelse af hindeblære/spænding i hinderne,
- Tykkelse af nedre segment,
- Caput stand og rotation,
- Fødselssvulst.

Grundig registrering ved hver vaginaexploration gør det nemmere at vurdere fremgangen og årsagen til evt. dystoci. LINK følger snarest

Kvinden opfordres til relevant bevægelse/lejring afhængig af explorationsfundet.

Dystoci foreligger, hvis dilatationen i fødselns aktive fase er mindre end ½ cm pr. time vurderet over 3-4 timer.

Den normale fødsel kan indeholde perioder med ve-svækkelse, som opstår efter en længere periode med gode veer og normal fremgang. Ve-svækkelse kan være hensigtsmæssig for mor og barn. Længere ve-pauser og mindre kraftige veer kan give moderen mulighed for hvile, barnets pH i blodet kan stige og det kan forbedre livmoderens evne til at trække sig sammen, når veerne igen rejser sig. Trænger den fødende til hvile, og kan hvile uden at være forpint, kan jordemoderen støtte hende heri og skaffe den fornødne ro, forudsat at barnets tilstand er god. Efter ca. 3 timer bør der igen ske normal fremgang i fødslen.

4.4 Smertelindring i udvidelsesfasen, aktiv del

Kvinden tilbydes den smertelindring, hun har behov for.

Der er følgende muligheder:

Ikke-medicinske: Bevægelse, lejring, brusebad, karbad, varme omslag, massage, vejtrækning, akupunktur, sterilvandspapler, TENS, samt jordemoderens psykiske støtte.

Medicinske, som kan kombineres med de ikke medicinske: N2O-O2, morfin og epiduralblokada . smertelindring under fødslen Link følger snarest

5. Uddrivningsfasen (eng.: second stage)

Definition: Uddrivningsfasen varer fra orificum er helt udslettet og indtil barnet er født.

Presseperioden er den sidste del af uddrivningsfasen.

Der skelnes mellem:

- Nedtrængningsfasen
- Pressefasen

5.1 Kvinden i uddrivningsfasen

Moderen støttes fysisk og psykisk og informeres om, hvad der nu sker i kroppen og hvad hun kan forvente.

Moderens almentilstand observeres, herunder hendes reaktion på veerne og hendes psykiske tilstand i øvrigt. Barnefaderen eller anden pårørende medinddrages og gives omsorg efter behov.

5.2 Barnet i uddrivningsfasen

Barnets tilstand observeres i første del af uddrivningsfasen på samme måde som i udvidningsfasen. I pressefasen lyttes hjertelyd ca. hvert 5. min. og/eller efter hver ve

5.3 Fødselns progression

Nedtrængningsfasen

Når orificium er fuldt dilateret, afventes veernes effekt på caputs stand. Caput bør rotere fuldt og komme helt ned på bækkenbunden ved veernes egen kraft, kombineret med spontane "smånyk" fra moderen. Moderen bør således ikke afholdes fra at give efter for presstrangen, når orificium er udslettet ej heller bør kvinden opfordres til at presse aktivt i lange, seje pres. Jordmoderen bør vejlede kvinden i at følge veernes rytme, under forudsætning af, at der ikke er tale om kraftigt pres under det meste af veen.

Pressefasen

Når caput er helt på bækkenbunden, gerne synligt i vulva, bør kvinden fortsat støttes i at følge kroppens spontane pressearbejde. Kun hvis kvindens egen pressteknik medfører ringe eller ingen progression, eller hvis barnets tilstand kræver hurtigere forløsning, vejledes kvinden i at støtte presseveerne med valsalva-manøvre (holde vejret, lukke glottis, bruge bugpresen).

Hvis der opstår vesvækkelse i nedtrængningsfasen, og den fødende kan hvile, kan jordmoderen støtte hende heri, forudsat at barnet har det godt. Kvinden lejres på den side, hvor barnets ryg er. Hvis veerne ikke rejser sig af sig selv i løbet af ca. 1 time, tilbydes kvinden HSP/Syntocinon-drop.

Tidsperspektiver i uddrivningsfasen Dystoci [Dystoci diagnose og behandling af](#) i uddrivningsfasen vurderes ud fra manglende eller dårlig progression frem for længden af uddrivningsfasen.

Nedtrængningsfasen: Caputs nedtrængning, afventer spontant forløb, dog max. 2 timer (3 timer med epidural). Hvis fødslen efter 2 timer (3 timer) ikke er gået over i pressefasen, er der tale om dystoci. Hvis kvinden tidligere har født vaginalt bør status ske før.

Pressefasen: Efter at kvinden er begyndt at presse aktivt, bør der være fremgang. Skønnes manglende eller ringe fremgang der skyldes dårlige veer, kan kvinden tilbydes fødestol/toiletsæde (kun kortvarigt med henblik på pressteknik), stående stilling, hug-siddende stilling, brystvorte stimulation, akupunktur, tømning af blæren.

Er det ikke tilstrækkeligt bør veerne stimuleres.

Efter 1 times aktivt pres, påsættes kontinuerlig CTG og konfereres med afdelingsjordmoderen.

Har der ikke været overbevisende fremgang i løbet af 1 times aktivt pres, bør der foretages vurdering af obstetrisk læge med henblik på, hvordan der skal handles (ve-stimulation, evt. ændring af pressestilling, evt. scalp-pH, evt. forløsning).

5.4 Smertelindring i uddrivningsfasen og ved suturering

I første del af uddrivningsfasen kan kvinden tilbydes samme former for smertelindring som i udvidningsfasen, dog ikke morfin. Epidural skal som hovedregel ikke afbrydes i uddrivningsfasen. I pressefasen er der følgende muligheder for medicinsk smertelindring:

- Lidocain-gel kan smøres på perineums yderside

- Der kan anlægges pudendus-blokade eller infiltrationsanalgesi.
- Som ikke medicinsk smertelindring kan bruges en varm vaskeklud, som kan lægges på perineum og akupunktur.

Før suturering af bristning/episiotomi skal der altid tilbydes adækvat smertelindring. Se vejledningen smertelindring under fødsel samt episiotomi. [Suturering af grad 1 og 2 perinealbristninger.episiotomi](#)

5.5 Barnet fødes

- Caput bør fødes i et tæt samarbejde mellem kvindens pres og jordemoderens hænder. Det frarådes at kvinden føder på fødeskammel eller fødestilling, der placerer kvinden i en opretstående stilling, da det giver større risiko for sphincterruptur.
- Jordemoderens ene hånd ligger på caput og styrer caputs fremadskriden, den anden hånd støtter perineum. Episiotomi anlægges på føtal indikation. Anlæggelse af episiotomi beskytter generelt ikke mod sphincterruptur. Spontan rotation af barnets hoved bør afvente næste presseve.
- Barnet bør som hovedregel ikke suges. Når barnet er født, bør der kun suges i næse og mund ved behov. (Cave: sugning dybt i svælget).
- Når barnet er født, kan det lægges op til moderen, hud til hud.
- Der anbefales/tilbydes 10 i.e Syntocinon i.m. til moderen efter barnets fødsel.
- For at medvirke til en moderat transfusion fra placenta til barnet sættes en pean på navlesnoren efter ca. 3 min. Hvis barnet ligger mellem moderens ben, dobbelt afnavles fra navlesnorsarterie efter ca. 1min. Der tages blod fra navlesnoren til syre base bestemmelse, samt Coombs test/evt. typebestemmelse(LINK følger snarest). Barnet skal dækkes til med varme håndklæder. Endelig afnavling kan foregå, mens barnet ligger hos moderen, efter jordemoderens skøn

6. Efterbyrdsfasen (engelsk: third stage)

Definition: Efterbyrdsfasen varer fra barnet er født til moderkagen fødes (sædvanligvis 10-30 minutter).

Der anbefales en aktiv fødsel af placenta, idet det beviseligt mindsker blødningsmængden og risikoen for transfusion

Denne aktive fødsel sker ved en kombination af:

1. Et let og konstant træk i NS
2. 10 IE syntocinon i.m, hvis ikke tidligere givet
3. Navlesnoren tømmes for blod
4. Opfordre kvinden til at fremkalde et host
5. Katheterisation

Hvis moderkagen ikke er født inden ½ time, og der er tilladelig blødning, orienteres afdelingsjordmoderen og herefter udføres de resterende punkter

6. Akupunktur
7. Syntocinon i.v i navlesnoren, 10 IE syntocinon i 19 ml NaCl
8. Nitroglycerin, resoriblet nitroglycerin 0,25 mg sublingualt (virker indenfor 1-2 minutter og kan gentages 4 gange efter behov)
9. BAS-test bør overvejes, evt. tages på OP
10. Anlæggelse af venflon
11. Hvis moderkagen fortsat ikke er født kaldes læge.

7. Efter fødslen, mor og barn

- Forældrene anbefales/tilbydes at barnet får injektion med 1 mg fytomenadion, aktuel koncentration er 10 mg/ml hvilket svarer til, at der skal gives 0,1 ml.
- Barnets respiration, hjerteraktion, reflekser, farve og tonus observeres. Der gives Apgar Score 1 og 5 minutter efter fødslen.
- Efter afnavling tages blod til Coombs test og evt. typebestemmelse.
- Når placenta er født, kontrolleres om den er fuldstændig, om der er infarkter eller koagler.
- Antal kar i navlesnoren kontrolleres.
- Moderkagen vejes.
- Moderens almentilstand, uterus kontraktion samt blødning observeres. Der kugles og trykkes kun, hvis der er blødning eller manglende kontraktion af uterus.
- Samlet blødning noteres i journalen.

[Visitation til barselsforløb](#)

Indikatorer

Andelen af forløb, hvor vejledningen er fulgt og anbefalingerne er fulgt, eller afvigelser dokumenteret

Afgrænsning/definitioner

Se under patient og personale målgruppe

Review-gruppe

Forfatter: Marianne Eiberg, jordemoder

Pelse Helms Kaae, jordemoder

Mette Monsrud, jordemoder

Bente Buch, jordemoder

Pia Hove, jordemoder

Nini Møller, Overlæge

Søgeord

Partus normalis, Normal fødsel, fødsel, retentio, fastsiddende, placenta, moderkage

ICD10-koder

00800 Partus spontaneus unifoetatio presentatio capitis

BABZ00 anlæggelse af Epiduralkateter

BAFA6 Smertebehandling med blokade

BAFA7 Smertebehandling med infiltrationsanæstesi

BAFA80 Smertebehandling med akupunktur

BAFA81 Smertebehandling med inhalationsanalgesi

BAFA83 Smertebehandling med zoneterapi

BAFA87 Smertebehandling med sterilvandspapler

BAHY0 smertebehandling med stærkt analgetikum

BJAZ0 Anlæggelse af blærekateter

BKHD0 Behandling med uteruskontraherende middel

BKHD3 Stimulatio laborum medicamentalis

BKHH Behandling med laktationshæmmende middel

BKXA0 Hindeløsning

BKXA1 Accouchement

BKXA31 Vestimulation med akupunktur

BKXB1 Assisteret fødsel af placenta

BKXC0 Kugling af uterus

BKXC1 Kompression af uterus

BMBA03 Skalpvenepunktur

BWFA Symptombehandling med akupunktur

KMAC30 Amnioinfusion under fødslen

KMBC10 Sutur af vagina efter fødslen

KMBC20 Sutur af vulva efter fødslen

KMBC30 Sutur af inkomplet perineumruptur efter fødsel

KTMD00 Episiotomi

Dansk lov

Cirkulære om jordemodervirksomhed, august 2001

Referencer

- [Dystoci i udvidningsperioden, Sandbjerg, 1999](#)
- [Dystoci i uddrivningsperioden, Sandbjerg, 2000](#)
- Falch Larsen (red): Obstetrik, Munkgaard 2001
- [Scott, K et al: A comparison of intermittent and continuous support during labor: A meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1999 May;180\(5\):1054-9](#)
- [E Samuelsson et al: Anal sphincter tears: Prospective study of obstetric risk factors, BJ Obst. and Gyn. 2000 Jul;107\(7\):926-31.](#)
- [Linderkamp, O: Placental transfusion: Determinants and effects. Clin Perinatol 1982 Oct;9\(3\):559-92.](#)
- Chestnut et al: Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor?, [Anesthesiology, 1994 vol. 80, no. 6, s. 1201-1208](#)
- Foong et al: Membrane sweeping in conjunction with labor induction. [Obstet Gynecol, 2000, vol. 95, no. 4, s. 539-542.](#)
- Holt et al: Station and cervical dilatation at epidural placement in predicting cesarean risk [Obstet Gynecol, 1999 vol. 93 no. 2, s. 281-284.](#)
- McNiven et al: An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. [Birth, 1998, vol. 25, no. 1, s. 5-10.](#)
- Peisner D, Rosen M: Latent phase of labor in normal patients: A reassessment. [Obstet Gynecol, 1985, vol. 66, no. 5, s. 644-648.](#)
- Peisner D, Rosen M, 1986: Transition from latent to active labor, [Obstet Gynecol, 1986, vol. 68, no. 4, s. 448-451.](#)

Cochrane:

- [Active versus expectant management of the third stage of labour](#)
- Support from caregivers during at-risk pregnancy [Home-like versus conventional institutional settings for birth](#)
- [Amniotomy to shorten spontaneous labour](#)
- [Immersion in water during pregnancy, labour and birth](#)
- [Home versus hospital birth](#)
- [Support from caregivers during childbirth](#)
- [Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies](#)
- [Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth](#)
- [Continuous electronic fetal heart monitoring during labour](#)
- [Prophylactic syntometrine \(red.:Metergin\) vs oxytocin in the third stage of labour](#)

- [Routine ultrasound in early pregnancy](#)
- [Early vs late discharge postpartum](#)

Henvisninger og links

www.DSOG.dk

www.gyncph.dk (Hvidovre hospitals gynækologisk-obstetriske afdeling)

[Visitation til barselsforløb](#)