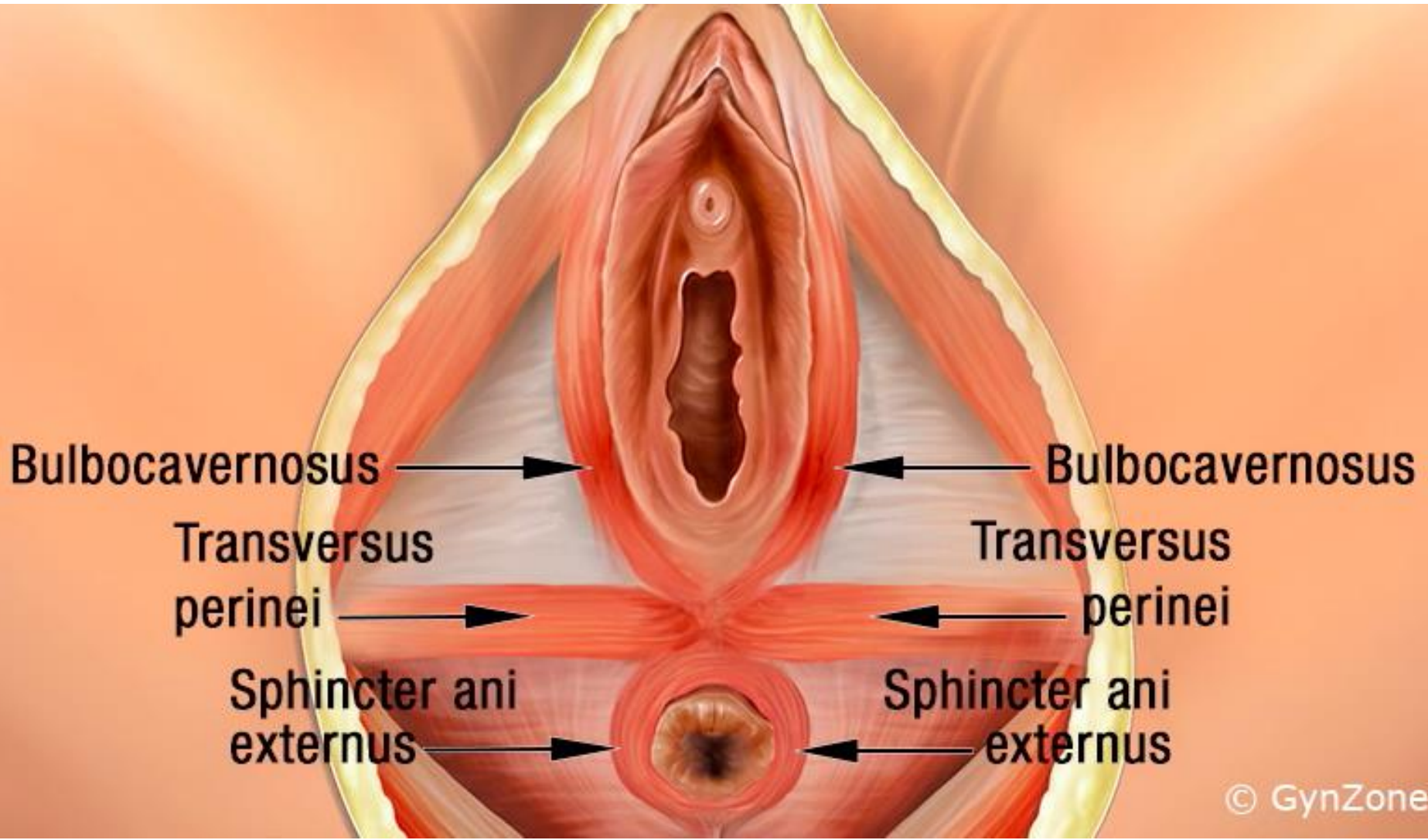


Forebygging av rifter

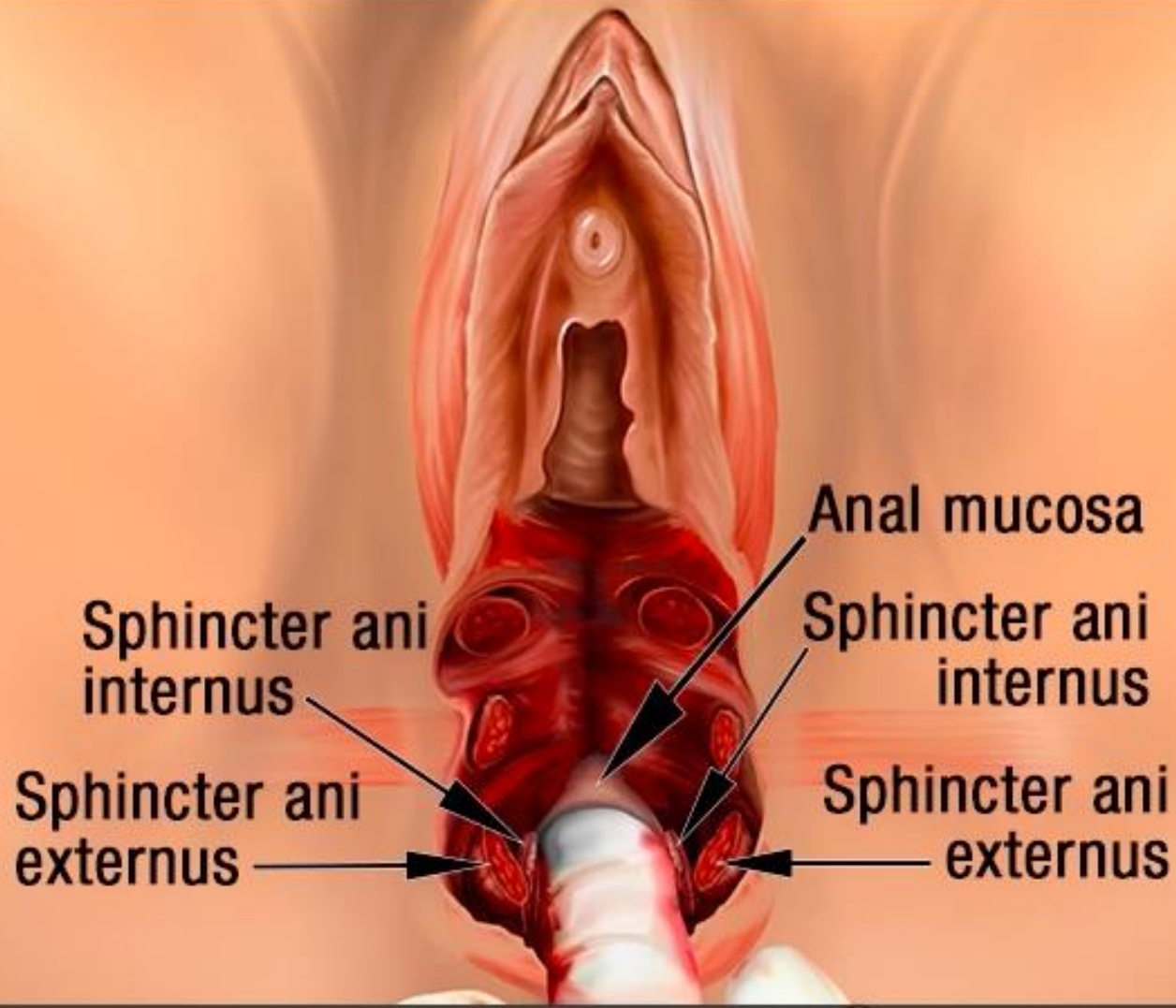
Klassifisering av fødselsrifter

- **Grad 1:** Overflatisk skade av hud i perineum eller vaginalslimhinne.
- **Grad 2:** Dyp perinealskade med affeksjon av muskulatur i perineum, men uten affeksjon av m. sphincter ani eksternus (EAS).
- **Grad 3:** Skade av perineum som involverer analsfinkter.
 - **3a:** Ruptur av < 50% av EAS
 - **3b:** Ruptur av > 50% av EAS
 - **3c:** Ruptur av EAS og m. sfinkter ani internus (IAS)
- **Grad 4:** Skade av perineum som involverer analsfinkter og anal/rektumslimhinne.

Anatomi



Rift grad 4



Forekomst av rifter grad 3 og 4 og episiotomi ved St. Olav og nasjonalt

Vi startet fokuseringen på forebygging av store rifter i juni 2011

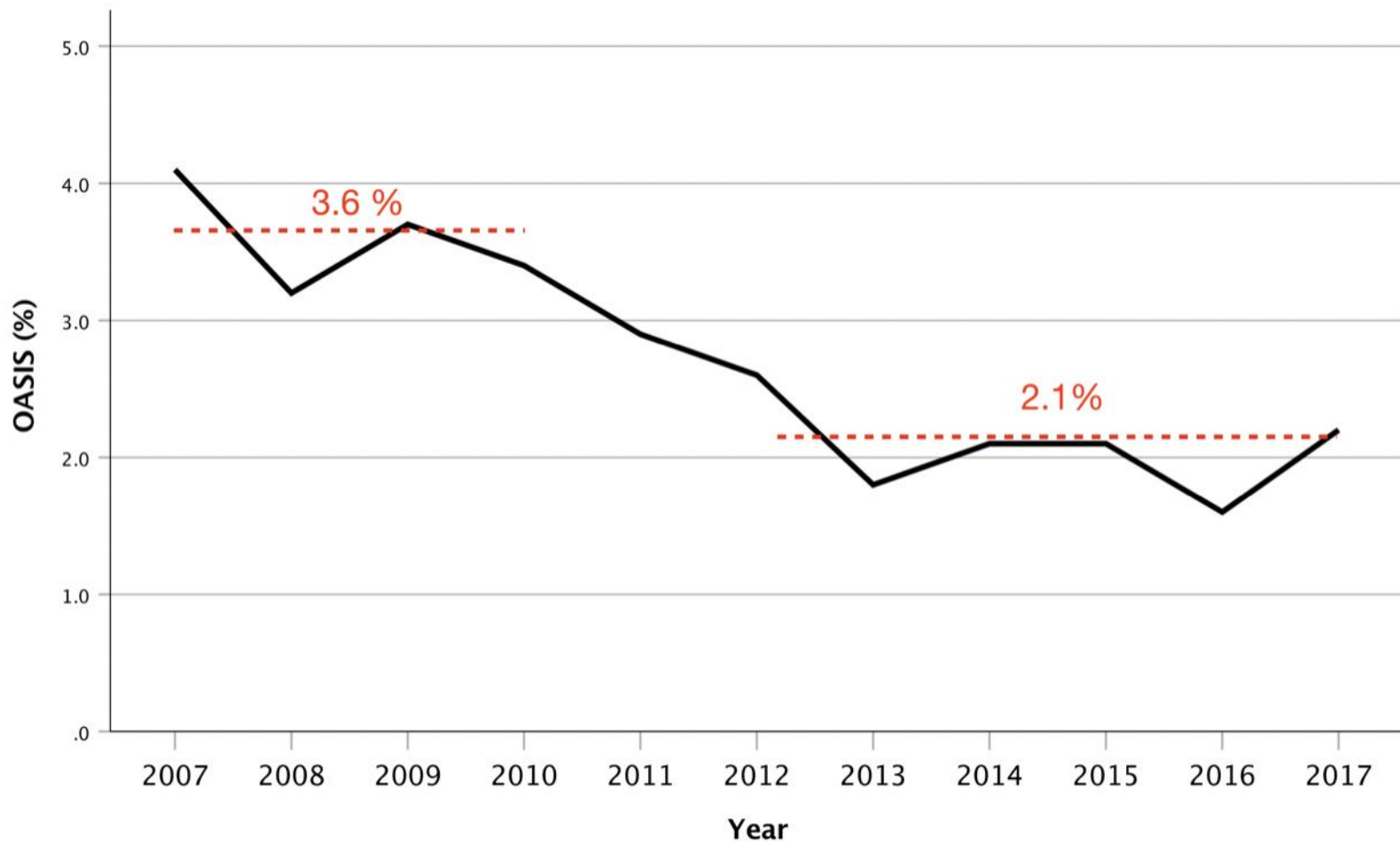
Høyere forekomst før det:

4,1% i 2007, 3,4% i 2010 og 2,9% i 2011

Årstall	Rifter St. Olav	Rifter Norge (MFR)	Episiotomi St. Olav
2014	2,1%	1,9%	13,6%
2015	2,0%	1,8%	12%
2016	1,5%	1,8%	11,4%
2017	2,2%	1,7%	13,8%
2018	1,9%	1,6%	11,8%
2019	1,6%	1,6%	13,4%
2020	1,8%	1,5%	13,8%
2021 (nov)	2,3% (!)		13,4

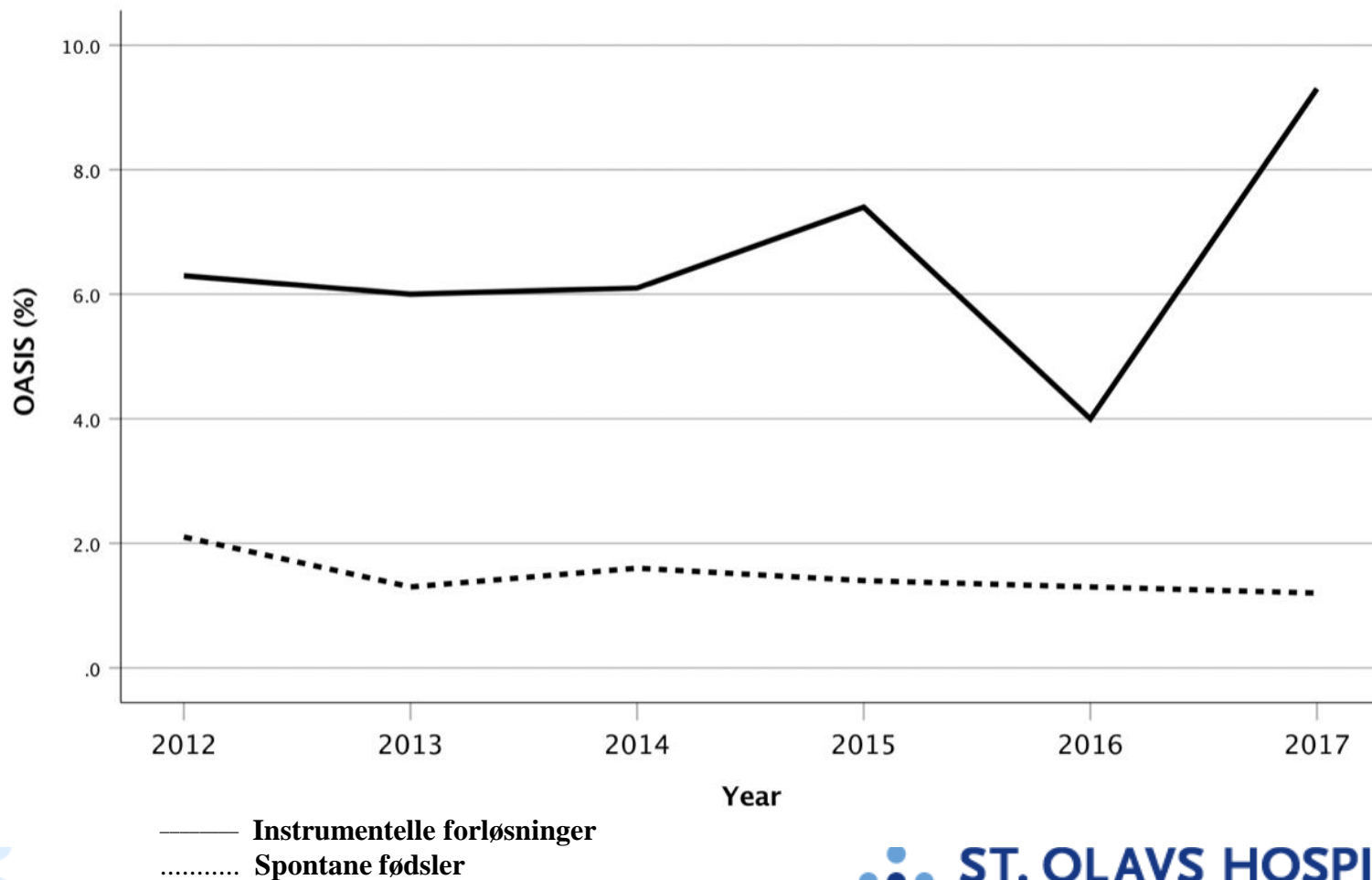
Trend og gjennomsnitt for sfinkterruptur (OASIS) før og etter tiltak

Enlinger, hodeleie, over uke 37+0, St. Olavs hospital



Resultater fra årene 2012-2017

Trend for sfinkterruptur (OASIS) for instrumentelle fødsler og spontane fødsler hos enlinger med hodeleie over uke 37+0 ved St. Olavs hospital 2012-2017 .



Fordeling instrumentell og spontan

2014:	5,7% store rifter ved vakuum (tang vs. vakuum?) 1,6% ved normal fødsel
2015:	6,4% store rifter ved vakuum (tang vs. vakuum?) 1,5% ved normal fødsel
2016:	3,3% store rifter ved vakuum (0 ved tang, kun lagt 8) 1,3% ved normal fødsel
2017:	9,3% ved tang og vakuum (16% (4stk) ved tang, 8% (28stk) ved vakuum) 1,2% ved normal fødsel
2019:	5,6% ved vakuum og tang 1,0% ved normal fødsel
2020 :	5,5% ved vakuum og tang 1,4% ved normal fødsel
2021 (t.o.m sept)	9,4% ved vakuum og tang 1.3% ved normal fødsel

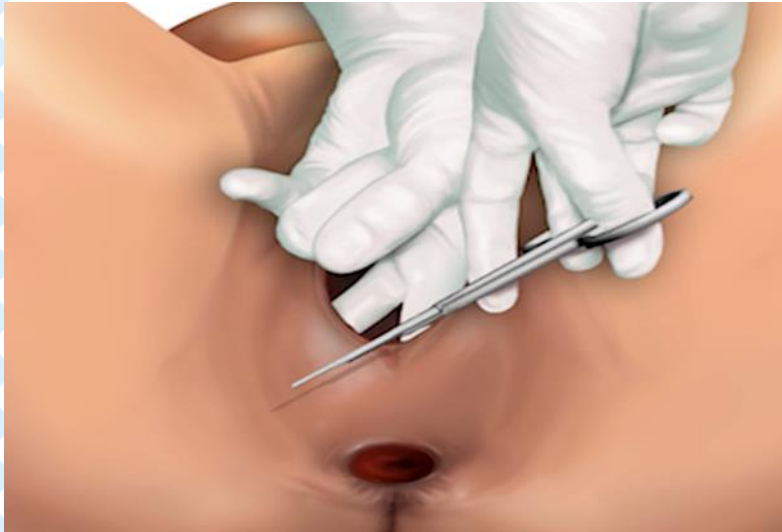
Risikofaktorer:

- **Operativ forløsning** (tang er verst)
- **Førstegangsfødende**
- Manglende støtting/bremsing av hode og skulder
- Stort barn
- Styrtfødsel / ukontrollert trykking (obs oxytocindrypp!)
- Episiotomi i midtlinjen (rett ned) eller med vinkel $< 45^\circ$
- Omskjæring (obs arrvev selv om hun ikke er gjensydd/infibulert)
- Tidligere perinealrifter grad 3 og 4.
- Occiput posterior
- Økende alder hos mor
- Lang trykketid

Episiotomi

- Episiotomi beskytter muligens ved instrumentell forløsning, ikke ved spontanfødsel (støttet i studien fra oss)
- Mediolateral episiotomi er definert med startpunkt 0-0,5 cm fra midtpunktet og vinkel 45-80°. **Dette er anbefalt.**
Den bør legges med vinkel > 60° !!!
- Lateral episiotomi er definert med startpunkt ≥ 1 cm fra fourchetten (nederst i midten av introitus), og legges 45-80° skrått ut fra startpunktet

Plassering av episiotomi

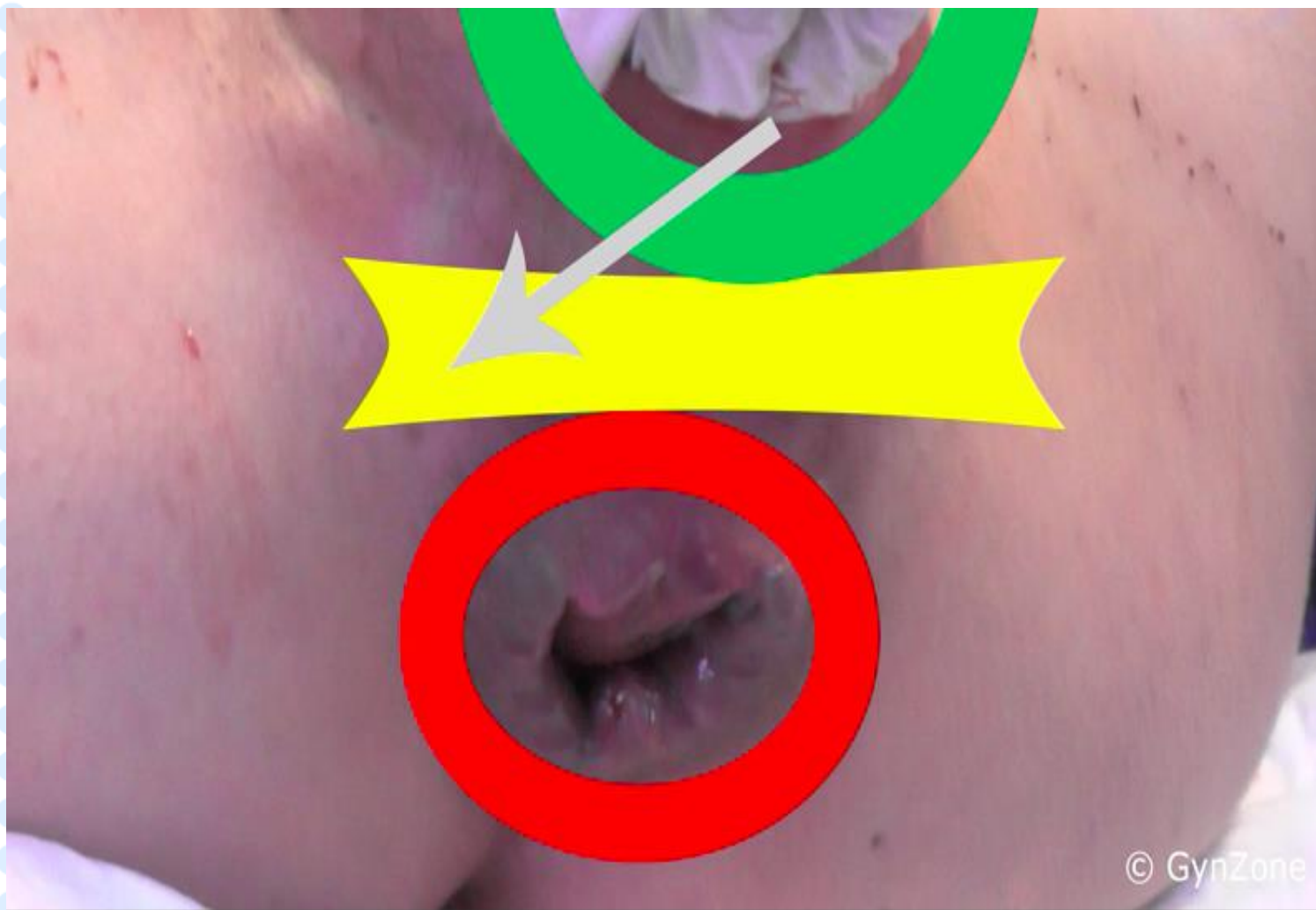


Dansk episiotomi



Norsk episiotomi

Illustrasjon GynZone



Grønt er klart, gult er fare, rødt er stopp!

Forebygging ved fødsel

Alle leger og jordmødre tilknyttet Fødeavdelingen ved St. Olavs hospital skal hvert år gjennomgå trening på støtting av perineum / forebygging av store fødselsrifter.

Nedenfor er listet opp gode prinsipper ved forløsning:

- Aktiv ledelse av trykkingen
- God oversikt over perineum
- Brems farten. Den fødende skal puste barnet ut på de siste riene, ikke trykke. Informer kvinnen om dette på forhånd, og gi tydelig veiledning underveis. Utskjæringen skal skje langsomt og kontrollert. Dette gjelder også ved vannfødsler.
- Støtting av perineum med den ene hånden. Den andre hånden bremser farten til hodet.
- Varme kluter på perineum under trykking er vist å forebygge rifter, men bør fjernes når hodet kroner for å øke følsomheten i den støttende hånden.
- Behold hånden på perineum til skuldrene er forløst. Skånsom forløsning av skuldre. løft gjerne hodet forsiktig opp og forløs bakerste skulder først.



Forebygging fortsatt

- Tilstrebe to jordmødre under forløsningen for faglig støtte og felles vurdering – se oppgaver for jordmor 2 neste slide
- Episiotomi legges ikke rutinemessig, men på indikasjon. Mediolateral episiotomi bør vinkles 60° (minimum 45°) skrått ut fra midtlinjen. Obs! Hodet kan skyte ut i stor fart når episiotomi er lagt – brems med en hånd!
- Fundustrykk skal ikke brukes.
- Ved instrumentell forløsning – vurder å ta av vakuumblokk eller tangbransjer når hodet står i utskjæringen. Hvis fosterlyden tillater det, bruk litt ekstra tid for skånsom forløsning av hode og skuldre.
- Unngå å skifte forløser når hodet buker – det er lett å miste fokus i dette stadiet hvis man skifter.
- Vær ekstra skånsom med forløsningsteknikken der kvinnen tidligere har hatt sfinkterskade. Hun bør forløses av erfaren og kompetent jordmor eller lege.



Oppgaver for jordmor 2

- Kvinner som har risiko for ruptur prioriteres med 2 jordmødre dersom det er travelt i avdelingen

Risiko:

- 1.gangs fødende
 - Stort barn
 - Operativ forløsning (vakuum/tang)
 - Langvarig fødsel, spesielt lang trykketid
 - Kort utdrivningsfase
 - Tidligere perinealruptur grad 3/4
- Kvinnen forberedes på at en annen jordmor kommer inn
 - Jordmor 1 avtaler tidlig i fødselsforløpet med annen jordmor som skal bistå.
 - Jordmor 1 ringer på når hodet ikke glir tilbake i ripausen
 - Jordmor 2 observerer primært, gir råd sekundært.
 - Jordmor 2 gir tilbakemelding og diskuterer fødselen etterpå



Illustrasjonsfoto av ulike håndgrep brukt til støtte av perineum vedlagt sykehusets prosedyre "Perinealrifter. Forebygging av rifter, suturteknikk og oppfølging" (bilder mottatt fra Ullevål sykehus, ingen annen referanse tilgjengelig).

Håndgrep 1



Flat hånd, tett på perineum.



Håndgrep 2



Hånden samler perineum.

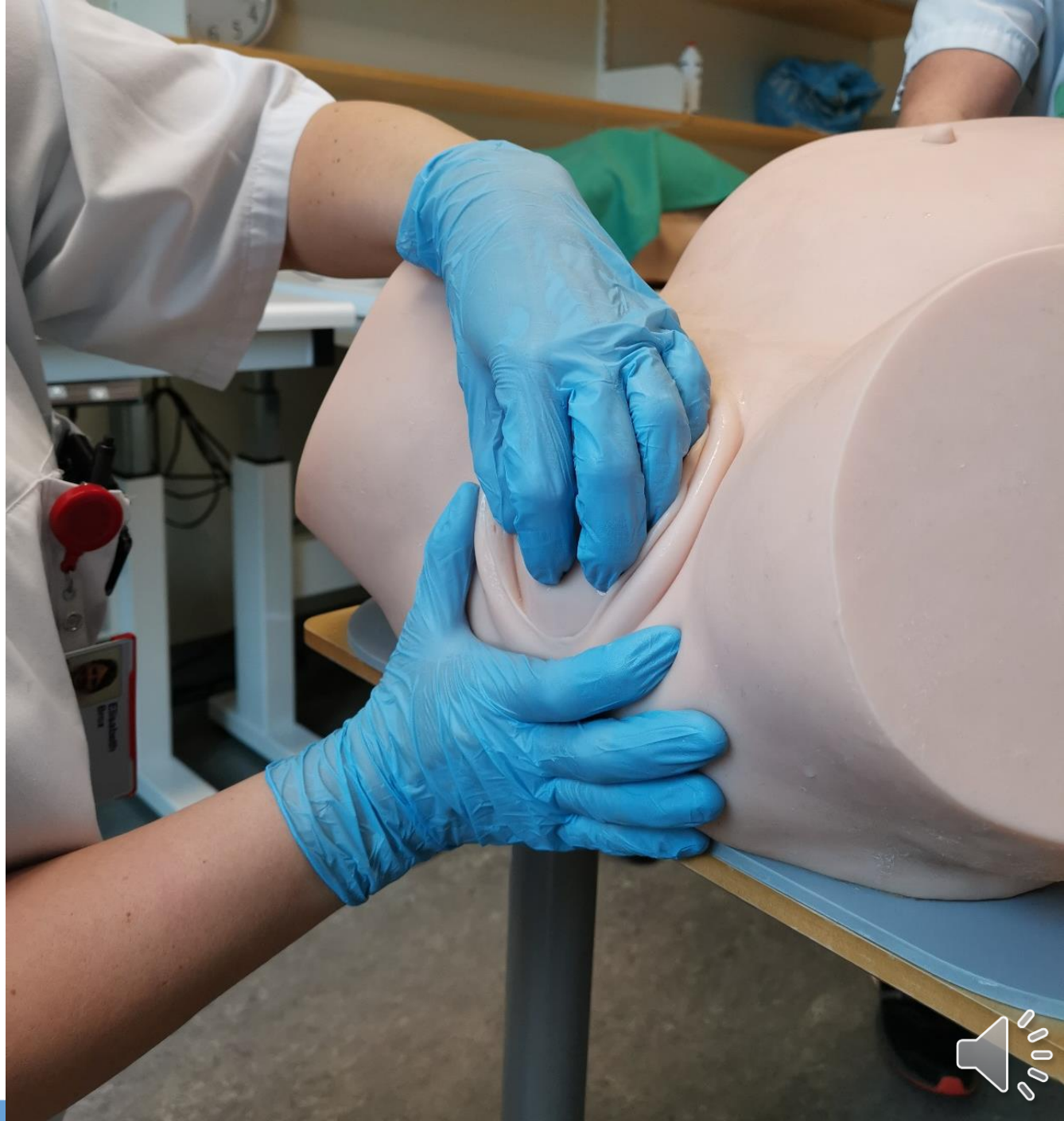


Håndgrep 3



Modifisert Ritgens håndgrep











Suturering av store rifter

- Suturering av grad 3 og 4 rifter skal fortrinnsvis gjøres på operasjonsstuen. Hvis nødvendig kan inngrepet vente noen timer (sørg eventuelt for hemostase).
- Operasjonen skal utføres eller assisteres av erfaren og kompetent operatør.
- Adekvat anestesi, i hovedregel regional anestesi (spinal). Sikre god oversikt.

Oppfølging på barsel

- Avlaste sfinktermuskulaturen ved å unngå voluminøs og hard avføring. Kvinner med rift grad 3 eller 4 har oftere hematom og smerter post partum.
- Normal kost. Rikelig drikke.
- Laktulose 15 ml x 2 i fire uker.
- Paracet 1 gram x4 og Ibox 400 mg x4.
- Lokal behandling av hematom ved for eksempel bruk av isbind.
- Førstedagstilsyn av lege, helst operatør.
- Se på rift før hjemreise og la kvinnen selv se på med speil.
- Gi pasientinformasjonsskriv til kvinnen.

Råd til deg som har fått perinealrift grad 3 eller 4

I forbindelse med vaginal fødsel er det vanlig at det oppstår rifter i hud og slimhinne i området mellom skjedeinggangen og endetarmsåpningen (perinealrifter). Fødselsrifter og klipp sys etter fødsel. Noen ganger vil perinealriften være mer omfattende enn grad 1 og 2. Dersom riften går dypere og omfatter lukkemuskulaturen for endetarmen, kategoriseres denne som perinealrift grad 3 eller 4.

Her er en forklaring på hvordan perinealrifter inndeles:

- Grad 1: betyr at det bare er en overfladisk rift i mellomkjøttet og slimhinnen i skjeden.
- Grad 2: innebærer en noe dypere rift i mellomkjøttet og slimhinnen i skjeden.
- Grad 3: er skade gjennom deler av eller hele endetarmsmuskelen.
- Grad 4: innebærer at hele endetarmsmuskelen og slimhinnen i endetarmen har revnet.

Det er alltid lege som syr perinealrifter grad 3 eller 4. Lege vil informere om riftens grad etter du har blitt sydd. Du vil få et legetilsyn dagen etter du har født, og du vil evt. få tilsyn av lege utreisedit også.

Avlastning av såret:

Viktig å avlaste endetarmsmuskelen ved å unngå hard avføring. Du kan spise normalt. Det er viktig å drikke rikelig. Spis gjerne fiberrik kost som for eksempel grovt brød, frukt, svsker osv. Vær i normal aktivitet, slik som det føles naturlig for deg etter fødselen.

Du vil få Laktulose/Duphalac 15ml x2 daglig, som gjør avføringen løs. Når du reiser hjem anbefales det at fortsetter å ta Laktulose eller Duphalac i fire uker etter fødselen.

Smertestillende/betennelsesdempende:

Isbind kan lindre de første dagene ved hevelse. Du får det her på avdelingen. Bindet er frosset med litt vann. Du vil få Paracet og Ibux som smertedempende og betennelsesdempende fire ganger i døgnet. Paracet kan du fortsette med å ta en uke etter fødselen. Ibux fortsetter du med to uker etter fødselen.

Sårtilheling:

Normal sårtilheling tar ca 4 uker. Det er ikke anbefalt å drive med aktiv sport. Du bør ikke ha sex i denne perioden. Unngå å bære og løfte mer enn din babys vekt. Suturtrådene trenger ikke å fjernes, for de oppløses av seg selv.

Hygiene:

Det er viktig med god hygiene av underlivet. Du kan dusje med lunkent vann de første ukene. Såpe er ikke nødvendig. Det kan gi svie. Pass på å skifte bind ofte.

Sittestilling:

Prøv å avlaste såret den første tiden. Begrens mest mulig sittende stilling. Ikke sitt direkte, ligg heller i sideleie ved amming. Du kan evt. avlaste ved å sitte på en pute eller opprullet håndkle som en hesteko på stolen.

Bekkenbunnstrening:

Du kan begynne med bekkenbunnstrening så snart du føler overskudd. Du vil få instruksjon av fysioterapeut under oppholdet. På internett kan du se instruksjonsvideo om bekkenbunnstrening på:

<http://www.gynzone.dk/kvinde-liv/baekkenbunden>.

Etterkontroll:

Du blir innkalt til etterkontroll på Gastro Øst, 4. etasje ca. 3-4 måneder etter fødselen hos fysioterapeut med spesiell kompetanse på bekkenbunnsmuskulatur. Fysioterapeuten vil undersøke om arvevet gror fint, om du kniper bekkenbunnsmusklene korrekt og veilede deg videre. Noen få kan ha behov for å henvises videre til gastrokirurg eller gynekolog. Ved en ny graviditet vil du fra svangerskapspoliklinikken få råd om det anbefales vaginal fødsel eller keisersnitt.

Ta kontakt tidligere ved ukontrollert lekkasje for avføring eller ved andre spørsmål. Tlf: 72 57 49 15]



Fysioterapi

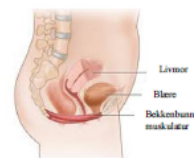
- Jordmor eller lege henviser alle med rift grad 3A-4 til fysioterapeut med spesiell kompetanse på sfinkterruptur og bekkenbunnsmuskulatur.
- De fleste får da tilsyn og veiledning mens de er på barsel. I tillegg blir de automatisk innkalt til etterkontroll hos spesial-fysioterapeut.

Pasientinformasjon etter fødselsskade på lukkemuskulaturen

Du mottar denne informasjonen fordi du under fødsel fikk en skade på bekkenbunnsmuskulaturen som involverer lukkemuskulaturen rundt endetammen. Denne skaden kalles perinealrift grad 3 eller 4 på fagspråket.

Bekkenbunnsmuskulaturen

Bekkenbunnsmuskulaturen danner gulvet i bekkenbunnen og omslutter urinrør, skjede og endetarm. Muskulaturen er med på å støtte opp indre organer, hindre lekkasje av urin, luft og avføring, og er delaktig ved samleie.



Trening av bekkenbunnsmuskulaturen både forebygger og behandler lekkasje og nedfall av underlivsorganer. Det anbefales at du trener bekkenbunnsmuskulaturen for å gjenvinne styrke og funksjon etter både svangerskap, fødsel og muskelskade.

Bekkenbunnstrening

- For optimal trening av bekkenbunnsmuskulaturen skal du knipe rundt urinrør, skjede og endetarm, og løfte «bunnen» opp og inn i kroppen, for deretter å slippe av. Start med å knipe («nappe») i bekkenbunnen allerede når du er på sykehuset. Knippet skal være innenfor smertegrensen. Gjør flere korte knip hver dag.
- Når du blir sterkere kan du gradvis øke holdetiden og intensiteten til du klarer å knipe i 10 sekunder. Etter endt knip skal du kjenne et tydelig slipp. Det optimale er at du gjennomfører 8-12 knip tre ganger daglig.
- Bekkenbunnstrening kan gjøres i ulike utgangsstillinger. I liggende har du ingen tyngde av bekkenorganer ned på bekkenbunnen og det kan derfor være enklest i starten.
- Bekkenbunnstrening i sittende og stående er tyngre og foretrekkes når du har oppnådd relativt god muskelstyrke.
- Det er viktig at bekkenbunnsmuskulaturen får hvile mellom treningen.
- Ved bekkenbunnstrening bruker du innvendig muskulatur. Bevegelsen er derfor ikke synlig utenfra, og mage, sete og lår skal være helt avspent.
- Knip bekkenbunnen for aktiviteter som hoste, nys og tunge løft for å unngå lekkasje.

Balanser hverdagen mellom aktivitet og hvile. Finn gode hvilestillinger. I begynnelsen kan det være vondt å sitte, da kan hvile i sideleie være et godt alternativ.

Tarntømming

Gå på toalettet når du kjenner trang til å tomme tarmen. Ved toalettbesøk skal bekkenbunnsmuskulaturen være avspent. Å sette føttene på en krakk for å få en mer huksittende sittestilling kan være en god hjelp for mer effektiv tarntømming. Unngå hard avføring med regelmessig og fiberrikt kosthold og tilstrekkelig væskeinntak.



Oppfølging

Etter 4 måneder vil du få tilbud om poliklinisk oppfølging på St.Olavs hospital av fysioterapeut spesialisert på bekkenbunnen. Fysioterapeuten vil undersøke om du kniper bekkenbunnen korrekt og se at arvevet gror fint. Du vil få veiledning og oppfølging hvis du har lekkasje eller smerte i underlivet. Fysioterapeuten vil henvise deg videre til gynekolog eller gastrokirurg ved behov.



Etterkontroll

- Kvinnene får innkalling til etterkontroll 3-4 måneder etter fødsel hos fysioterapeut med spesiell kompetanse på sfinkterruptur og bekkenbunnsmuskulatur på Gastro Øst, 4.etasje.
- De kvinnene som har symptomer på anal- og/eller urininkontinens eller smerter på denne kontrollen får videre oppfølging av samme fysioterapeut. Ved behov blir de henvist gynekolog ved Svangerskapspoliklinikken og/eller gastrokirurg.
- I tillegg skal alle henvises **Perineumpoliklinikken** for kontroll 6-12 måneder etter fødselen.
- Ved vedvarende plager henvises kvinnen i neste svangerskap til svangerskapspoliklinikken for planlegging av fødsel. Regelen er vaginal forløsning. Sectio gjøres etter reoperasjoner, og hvis det er inkontinensproblemer med dårlig sfinkterfunksjon.

Huskeliste for jordmor og lege

- **Samtale/evaluering** mellom jordmor 1 og jordmor 2 eller lege rett etterpå. Hvis ikke dette lar seg gjøre, ta kontakt med leder for gjennomgang med denne eller annen ressursperson.
- **Informere vaktkoordinator.**
- **Fylle ut riftskjema?** Ligger i kasset i journalskapet på øst, i hylle i arbeidsstasjonen på vest. Ferdig utfylte skjema legges i plastmappe samme sted. Jordmødre fyller ut riftskjema i samarbeid med legen ved stor rift etter instrumentell forløsning.
- **Registrer melding i EQS**(pasientskade/nesten-uhell) Alle rifter grad 3b, 3c og 4 skal meldes i EQS som pasientskade/ nesten-uhell av den som har forløst barnet.
- **Henvis kvinnen til fysioterapi og Perineumpoliklinikken, og del ut pasientinfo.**

Viktig å huske på

(Funn fra forskning og utsagn fra pasienter hos oss)

- Snakk **med** kvinnene ved suturering, ikke over hodet på dem. Tenk over vårt nonverbale kroppsspråk.
- Mange føler de får for lite informasjon, også på barsel.
- Ikke svartmal situasjonen, vær positiv, de fleste blir bra!

Aktuelle prosedyrer

Fødeavdelingen

Innhold Relatert Mer info

[GI kommentar](#) [★ Favoritt](#) [✉ E-post](#) [📄 PDF](#) [🖨 Skriv ut](#) [🔗 Handlinger](#) [🔍 Hjelp](#)

Føde - Perinealrifter. Forebygging av rifter, suturteknikk og oppfølging

Forfatter: Oddbjørn Bolås, Anne Mette Skanke Gyldig fra: 17.06.2019 Revisjon: 1.7
Overvik, Tone Selmer-Olsen Revisjonsfrist: ID: 25552
Godkjent av: Elisabeth Balstad Magnussen 15.06.2024

Fysioterapeuter

Innhold Relatert Mer info

[GI kommentar](#) [★ Favoritt](#) [✉ E-post](#) [📄 PDF](#) [🖨 Skriv ut](#) [🔗 Handlinger](#) [🔍 Hjelp](#)

Fysioterapi, kvinnehelse, oppfølging av kvinner med nyoppstått perinealruptur grad 3 og 4

Forfatter: Signe Nilssen Gyldig fra: 08.06.2020 Revisjon: 1.0
Stafne Revisjonsfrist: ID: 42550
Godkjent av: Hilde Strøm
Solberg 08.06.2023