

## PIJNBESTRIJDING TIJDENS DE BEVALLING

1. Inleiding
2. Hoe ontstaat pijn tijdens de bevalling?
3. Invloed op de pijn
4. Hoe kan de pijn worden bestreden?
5. Pijnbehandelingen met medicijnen
6. Wat is een goede medicamenteuze pijnbehandeling?
7. Begeleiding tijdens de bevalling
8. Voorlichting en het maken van een keuze
9. De belangrijkste feiten over de ruggenprik, pethidine en remifentanil in schema
10. Heeft u nog vragen?
11. Hoe is deze tekst tot stand gekomen?

### 1. Inleiding

De geboorte van een kind is een intensieve en vaak heftige ervaring, zowel lichamelijk als emotioneel. Vlak voor en tijdens de bevalling gebeurt er veel in uw lichaam. Aan het einde van de zwangerschap bereidt uw lichaam zich voor op de geboorte, zodat de baby door de baarmoedermond en de vagina naar buiten kan komen. De baarmoedermond en het geboortekanaal moeten zich als het ware uitrekken, zodat de baby voldoende ruimte heeft om geboren te worden. Dit is eigenlijk altijd pijnlijk, maar hoe erg de pijn wordt beleefd, verschilt sterk van vrouw tot vrouw en van bevalling tot bevalling.

### 2. Hoe ontstaat pijn tijdens de bevalling?

Pijn tijdens de bevalling wordt veroorzaakt door de weeën. Weeën zijn samentrekkingen van de baarmoeder. De weeën komen in twee fasen: de ontsluiting en de uitdrijving.

#### *Ontsluiting*

Tijdens de ontsluiting rekken de weeën het onderste deel van de baarmoeder en de baarmoedermond uit, waardoor de baarmoedermond zich opent en het hoofd van de baby kan indalen. Dit alles veroorzaakt pijn, vooral in de buik. U kunt ook pijn hebben in de rug, in de benen, in de onderbuik en vagina, en rondom de anus.

In de fase van de ontsluiting kunt u de weeën wegzuchten en daarmee de pijn zo goed mogelijk onder controle houden.

#### *Uitdrijving*

De uitdrijvingsfase begint als er genoeg ontsluiting is. In deze fase mag u tijdens de weeën meepersen. De pijn wordt nu veroorzaakt door uitrekking van het geboortekanaal en het

gebied rond de bilnaad. Die pijn is meestal scherper en zit meer op één plek dan bij de ontsluitingsweeën.

Hoeveel pijn de bevalling doet, verschilt per vrouw en per bevalling. Sommige vrouwen ervaren erg veel en ondraaglijke pijn, voor anderen valt de pijn mee. De geboorte van het eerste kind kan heel pijnlijk zijn, terwijl de tweede meevalt. Ook de pijn tijdens het persen verschilt van vrouw tot vrouw; sommige vrouwen zijn opgelucht dat ze mee mogen persen, bij anderen doet het persen juist het meeste pijn.

### 3. Invloed op de pijn

Het is niet van te voren te voorspellen hoe pijnlijk een bevalling zal zijn. Er zijn wel enkele factoren bekend die de pijn tijdens de bevalling kunnen verminderen of juist verergeren:

- De bevalling van het eerste kind is vaak pijnlijker dan volgende bevallingen.
- Angst voor de bevalling of voor pijn verergert de pijn vaak.
- Een goede begeleiding en ondersteuning tijdens de bevalling kan de pijn verminderen.
- Vrouwen die in een huiselijke omgeving bevallen ervaren minder pijn. Een ziekenhuiskamer die huiselijk is ingericht heeft hetzelfde effect.

### 4. Hoe kan de pijn worden bestreden?

Pijnbestrijding tijdens de bevalling kan met of zonder medicijnen. U kunt de pijn bijvoorbeeld tegengaan met een bad of douche, beweging en van houding veranderen, massage en geboorte-*TENS* (Transcutane Elektrische NeuroStimulatie). Deze behandelingen zonder medicijnen zijn goed mogelijk bij een thuisbevalling.

Geboorte-*TENS* werkt als volgt. Via een apparaatje kunt u zichzelf kleine stroomstootjes geven. Daarbij bepaalt u zelf hoe sterk de stroomstootjes zijn. U bedient het apparaatje zelf - wat een gevoel van controle kan geven. Via elektrodes (draadjes die op de rug geplakt zitten) gaan de stroomstootjes het lichaam binnen. Dat geeft een prikkelend of tintelend gevoel, vergelijkbaar met koude handen die gaan tintelen als ze weer warm worden. Geboorte-*TENS* neemt de pijn niet helemaal weg, maar vermindert de pijn bij sommige vrouwen wel. Het heeft geen schadelijke gevolgen voor de zwangere of de baby.

Pijnbehandeling met medicijnen gebeurt altijd in het ziekenhuis. De meest gebruikte methoden in Nederland zijn:

- epidurale analgesie (ruggenprik);
- injecties met pethidine;
- behandeling via een infuus met remifentanil.

Bij al deze behandelingen moet de gezondheid van moeder en kind goed in de gaten gehouden worden. Uw hartslag, bloeddruk en ademhaling worden daarom voortdurend gecontroleerd, net als de conditie van het kind. Hiervoor is speciale apparatuur nodig en daarom moet de bevalling in het ziekenhuis plaatsvinden.

## 5. Pijnbehandelingen met medicijnen

### *Epidurale analgesie/de ruggenprik*

De ruggenprik geeft het beste resultaat voor moeder en kind. De ruggenprik wordt uitgevoerd door een anesthesioloog. Niet ieder ziekenhuis heeft 24 uur per dag een anesthesioloog beschikbaar, waardoor het mogelijk is dat u in uw ziekenhuis niet op ieder moment een ruggenprik kunt krijgen.

U krijgt eerst een plaatselijke verdoving: een prik in de huid van uw rug waardoor de huid ongevoelig wordt. Daarna brengt de anesthesioloog via een prik onder in uw rug een dun slangetje in uw lichaam. Dit is de ruggenprik. Dankzij de plaatselijke verdoving is deze ruggenprik niet erg pijnlijk. Via het slangetje krijgt u tijdens de hele bevalling een pijnstillende vloeistof in uw rug.

De pijn verdwijnt niet meteen na de ruggenprik, dit duurt ongeveer een kwartier. Als de pijnstilling eenmaal werkt voelt u geen pijn meer tijdens de ontsluiting, de uitdrijving van de baby en het eventuele hechten na de bevalling. Na de bevalling wordt het slangetje weer verwijderd.

Bij een ruggenprik zijn wel enkele voorzorgen nodig. U krijgt vocht toegediend via een infuus om een te lage bloeddruk te voorkomen. Na de ruggenprik kunt u niet goed meer plassen. Daarom kan de arts een slangetje (katheter) in de blaas inbrengen om de urine af te voeren. De hartslag en bloeddruk van u en uw kind moeten zorgvuldig gecontroleerd worden, Dit gebeurt met speciale bewakingsapparatuur. De reden voor de deze extra bewaking is, dat u door de ruggenprik (tijdelijk) een lage bloeddruk kunt krijgen. Hierop kan de baby reageren met een tragere hartslag. Zodra dit met de bewakingsapparatuur wordt gezien, krijgt u extra vocht via het infuus toegediend. Daardoor kan uw bloeddruk en ook de hartslag van uw kind weer normaal worden.

### *Bijwerkingen van de ruggenprik*

Een ruggenprik kan de volgende tijdelijke bijwerkingen hebben:

- Het gevoel in uw beenspieren kan tijdens de bevalling minder zijn, waardoor u niet kunt lopen.
- Uw lichaamstemperatuur kan stijgen. Het is dan lastig te bepalen of u koorts hebt door de ruggenprik of door een infectie. Het kan zijn dat de kinderarts uw kind daardoor extra moet onderzoeken.
- Het persen kan wat langer duren.
- U hebt een grotere kans op een vaginale kunstverlossing, een bevalling met een vacuümpomp of verlostang.
- U kunt jeuk krijgen door de ruggenprik.
- Direct na de ruggenprik kunt u suf en slaperig worden.
- Een klein aantal vrouwen krijgt hoofdpijn. Dit heeft te maken met techniek die de anesthesioloog gebruikt tijdens het prikken.

De ruggenprik is niet slecht voor de gezondheid van uw kind. U kunt ook gewoon borstvoeding geven.

*Pethidine*

Pethidine wordt toegediend via een injectie in uw bil of bovenbeen. Deze behandeling is altijd beschikbaar, in ieder ziekenhuis en op ieder tijdstip. Het werkt na ongeveer een kwartier: de ergste pijn wordt dan wat minder. Sommige vrouwen soezen weg of slapen zelfs. Pethidine werkt twee tot vier uur.

Ongeveer een kwart van de vrouwen die pethidine krijgen, is tevreden over het pijnstillende effect. Dit is veel minder dan bij een ruggenprik. Een ander nadeel is dat u na een pethidine-injectie niet meer mag rondlopen.

De belangrijkste bijwerkingen zijn misselijkheid en sufheid, waardoor u de geboorte misschien minder bewust meemaakt. Ook de baby kan wat suf worden van dit middel. Dit gebeurt vooral als pethidine kort voor de geboorte is toegediend.

*Remifentanil*

Remifentanil is een nieuwe pijnbehandeling tijdens de bevalling. Dit middel is in Nederland slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen beschikbaar. Remifentanil wordt toegediend via een slangetje in de arm (infuus) dat vastzit aan een pompje met een drukknop, waardoor u zelf de hoeveelheid pijnmedicatie kunt bepalen. Een overdosis is niet mogelijk. Remifentanil werkt snel: ongeveer 1 minuut nadat u de knop indrukt is het effect merkbaar. Het middel is krachtiger dan pethidine.

Remifentanil kan er soms voor zorgen dat u minder goed ademhaalt, waardoor de hoeveelheid zuurstof in uw bloed tijdelijk afneemt. Controle van het zuurstofgehalte in het bloed wordt dan ook aanbevolen bij gebruik van remifentanil, dit gebeurt meestal met een sensor om uw vinger. De effectiviteit en veiligheid van remifentanil zijn momenteel nog in onderzoek.

**6. Wat is een goede medicamenteuze pijnbehandeling?**

De ruggenprik (epidurale analgesie) is de meest effectieve en veilige pijnbehandeling voor moeder en kind. Een ruggenprik geeft goede pijnstilling, zowel tijdens de ontsluiting als tijdens het persen. De ruggenprik is echter nog niet in elk ziekenhuis in Nederland 24 uur per dag mogelijk. Ziekenhuizen werken wel aan een grotere beschikbaarheid.

Pethidine en remifentanil onderdrukken de pijn minder goed dan een ruggenprik, Toch zijn deze middelen in sommige situaties een goede keus. Bijvoorbeeld wanneer u erg moe bent en tot rust moet komen, wanneer de pijnbehandeling nog maar kort hoeft te werken (2-3 uur) of wanneer u geen ruggenprik wilt of kunt krijgen.

**7. Begeleiding tijdens de bevalling**

Goede ondersteuning tijdens de bevalling is erg belangrijk, ook als u medicijnen krijgt tegen de pijn. Goede ondersteuning houdt in dat verloskundige zorgverleners en de partner of iemand anders steeds aanwezig en beschikbaar zijn als u aangeeft steun nodig te hebben. Verder is het belangrijk dat hulpverleners goede informatie geven over het opvangen van de weeën, en hierbij ondersteunen. Tot slot helpt het als u bevalt op een plaats waar u zich prettig en veilig voelt.

**8. Voorlichting en het maken van een keuze**

U kunt meestal zelf kiezen of u een pijnbehandeling wilt of niet. Daarvoor moet u de voor- en nadelen van de verschillende pijnbehandelingen kennen. Uw verloskundige, gynaecoloog of huisarts geeft u daarom rond de 30<sup>e</sup> week van de zwangerschap informatie over pijn en de diverse (medicamenteuze) pijnbehandelingen. Deze informatie is ook schriftelijk beschikbaar, in folders en op Internet.

#### *Keuze maken*

Tijdens de zwangerschap of tijdens de bevalling kunt u aangeven dat u medicijnen tegen de pijn wilt. U kunt dus al voor de bevalling met de arts of verloskundige overleggen wat de meest geschikte pijnbehandeling is. Deze keuze wordt dan in het medisch dossier of het geboortepan opgenomen.

Het kan zijn dat de pijnbehandeling van uw keuze niet mogelijk is in het ziekenhuis waar u wilt bevallen. U krijgt dan een verwijzing naar een ziekenhuis waar deze behandeling wel beschikbaar is.

#### *Gesprek met de anesthesioloog*

Misschien heeft u specifieke vragen over pijnbestrijding die de verloskundige zorgverlener niet kan beantwoorden. Dan kunt u tijdens de zwangerschap een verwijzing krijgen naar de anesthesioloog, die uw vragen beantwoordt. Dit is gebeurt vaak ook als er een kans bestaat op complicaties bij de pijnbehandeling van uw voorkeur,

#### *Keuze veranderen*

U kunt uw keuze altijd weer aanpassen, Misschien hebt u gevraagd om pijnbehandeling, maar is de bevalling minder pijnlijk dan verwacht. Dan kunt u van de pijnbehandeling afzien. Andersom geldt hetzelfde: als u van tevoren hebt gezegd dat u geen medicamenteuze pijnbehandeling wilt, dan kunt u hier tijdens de bevalling alsnog om vragen. Probeer daarmee dan niet te wachten tot de pijn echt totaal onhoudbaar is, want het kan even duren voordat de pijnbehandeling geregeld is. Als u denkt dat pijnbehandeling later tijdens de bevalling wel eens nodig zou kunnen zijn, is het verstandig dat vast te zeggen zodat de voorbereidingen getroffen kunnen worden. Het is niet erg als het dan uiteindelijk toch niet nodig is.

#### *Andere pijnbehandeling dan gewenst*

Het kan ook gebeuren dat u een bepaalde pijnbehandeling voor ogen hebt, maar dat de verloskundige zorgverlener of anesthesioloog een andere behandeling voorstelt. Daarvoor is dan meestal een medische reden. U krijgt bijvoorbeeld waarschijnlijk geen ruggenprik als er stoornissen in de bloedstolling ontstaan. Ook bij infecties, bepaalde neurologische aandoeningen of afwijkingen aan de wervelkolom is een ruggenprik niet altijd mogelijk.

### **9. De belangrijkste feiten over de ruggenprik, pethidine en remifentanil in schema**

<i>Pijn-behandeling</i>	<i>Manier van toediening</i>	<i>Beschikbaarheid</i>	<i>Duur pijn-behandeling</i>	<i>Effect op pijn</i>	<i>Bijwerkingen en effecten</i>
Ruggenprik	Infuus in rug, eventueel met een	In 65% van de ziekenhuizen	Tijdens hele bevalling	Goed	U kunt niet meer rondlopen, en er is een kans op bloeddrukdaling,

	pompje dat u zelf kunt bedienen				koorts en langere duur uitdrijving  Geen effect op de baby.
Pethidine	Injectie in bil of bovenbeen	In alle ziekenhuizen	2-4 uur	Matig	U kunt niet meer rondlopen en u kunt last krijgen van sufheid en misselijkheid  Baby: sufheid
Remifentanil	Infuus in arm met pompje dat u zelf kunt bedienen	In ziekenhuizen waar onderzoek naar remifentanil wordt gedaan	4 uur	Redelijk goed	Sufheid, misselijkheid, bloeddrukdaling en problemen met de ademhaling Baby: niet bekend

\* bron: www.Kindenziekenhuis.nl 19-11-2008 keuze informatie systeem gezinsgerichte zorg.

### 10. Heeft u nog vragen?

Bespreek uw vragen met uw gynaecoloog, verloskundige of huisarts: zij zijn altijd bereid al uw vragen te beantwoorden.

### 11. Hoe is deze tekst tot stand gekomen?

Deze tekst is gebaseerd op de richtlijn *Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling* en geschreven door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG), de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), de patiëntenvereniging Kind en Ziekenhuis, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA), in samenwerking met medewerkers van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, met als opdrachtgever ZonMw.

**Auteurs:** Frans Roumen, Marieke Paarlberg en Addy Drogdrop.

© 2010 NVOG

*Het copyright en de verantwoordelijkheid voor deze folder berusten bij de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) in Utrecht. Leden van de NVOG mogen deze folder, mits integraal, onverkort en met bronvermelding, zonder toestemming vermenigvuldigen.*

*Folders en brochures van de NVOG behandelen verschillende verloskundige en gynaecologische klachten, aandoeningen, onderzoeken en behandelingen. Zo krijgt u een beeld van wat u normaliter aan zorg en voorlichting kunt verwachten. Wij hopen dat u met deze informatie weloverwogen beslissingen kunt nemen. Soms geeft de gynaecoloog u*

*andere informatie of adviezen, bijvoorbeeld omdat uw situatie anders is of omdat men in het ziekenhuis andere procedures volgt. Schriftelijke voorlichting is altijd een aanvulling op het gesprek met de gynaecoloog. Daarom is de NVOG niet juridisch aansprakelijk voor eventuele tekortkomingen van deze folder. Wel heeft de Commissie Communicatie van de NVOG zeer veel aandacht besteed aan de inhoud. Dit betekent dat er geen belangrijke fouten in deze folder staan, en dat de meerderheid van de Nederlandse gynaecologen het eens is met de inhoud.*

*Andere folders en brochures op het gebied van de verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde kunt u vinden op de website van de NVOG: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl), rubriek voorlichting.*