

## Indicatie

De indicatie voor een epiduraal is pijnstilling tijdens de ontsluitingsfase van de bevalling. Het doel is altijd een goede pijnbestrijding bij intacte mobiliteit te bereiken. Anders worden de voordelen van de epiduraal qua pijnbestrijding met de geïnduceerde bijwerkingen betaald.

Bij verzoek tot epidurale pijnbestrijding op verloskamers, indien mogelijk, eerst een (hetero-) anamnese afnemen. Medische voorgeschiedenis, zwangerschap beloop, allergieën, stollingsanamnese, indicatie voor ziekenhuisbevalling en voor een epiduraal, recent gemeten aantal cm ontsluiting.

De patiënt zou indien het haar toestond/pijn toelaat over mogelijke risico's van een epiduraal geïnformeerd worden. De epidurale pijnbestijding wordt ip binnen een half uur aangeboden, de verloskundige of gynaecoloog kan besluiten tot 10 mg morfine sc of remifentanil-PCA, mocht dit niet lukken.

## Contra-indicatie

- Weigering patiënt
- Infectie ter plaatse
- Sepsis
- Hypovolaemie/shock
- Stollingsstoornissen te verwachten obv anamnese of medicatie of bij HELLPsyndroom
- Allergie voor lokaal anesthetica

## Relatieve contra-indicatie

- Neurologische afwijkingen
- Niet coöperatieve patiënt
- Snel en/of ver gevorderde ontsluiting (dit is een dynamisch proces, dus niet in getallen uit te drukken)

## Benodigdheden

Chloorhexidine, Infuus, NaCl ampul, Lidocaine 1% en/of 2%, 10+ 50 ml spuit+lijn, Tegaderm, Statlock, Mediporepleister, Verbandsspray.

Epiduraal set: poetsset, steriele handschoenen en jas, mondmaskers voor alle behalve barende, epiduraal naald, filter en epiduraalcatheter.

Efedrine 10ml (5mg/ml)

Atropine 1ml (0,5 mg/ml)

Bupivacaine 0,125% met sufentanil 0,5 mcg/ml (bij en LG < 60 kg zonder sufentanil)

Epiduraal formulier, verrichtingenformulier

## Techniek

Er moet een goed lopend infuus aanwezig zijn. Op dit moment is er geen duidelijke evidentie voor of tegen het vullen vóór een epidurale techniek rondom de bevalling.

In overleg met de gynaecoloog of verloskundige wordt eventueel de Oxytocinepomp tijdelijk gestaakt. Patiënt wordt aangesloten aan monitor met saturatie-, hartfrequentie- en bloeddrukmeting a 5 minuten.

Steriele maatregelen gelden zoals op de OK voor iedereen op de verloskamer behalve patiënt (masker, muts etc.). Niveau van prikken wordt bepaald door de afstand tussen de wervels van de patiënt en de inschatting van anesthesioloog (io) waarbij rekening wordt gehouden met dat de ontsluitingsfase op niveau T10-L1 en de uitdrijving op niveau S2-4 pijnlijk wordt.

Bij voorkeur wordt op niveau L3/4 of L4/5 geprikt.

### **Testdosis (Na aspiratie geen liquor of bloed)**

Lidocaine 2% 3-4 ml via filter (adrenaline 1:200.000 kan overwogen worden)

Let op:

Motorisch Block benen: spinaal liggen van katheter -> Katheter laten zitten om het risico op PSPH (rond 70%) te reduceren.

Intraveneuze ligging zou met deze testdosis niet gedetecteerd worden. Dus bij uitblijvende werking eraan denken.

### **Optoppen (uitsluitend door anesthesioloog (io))**

**Doel is een goede pijnbestrijding met zo min mogelijk motorisch blok te bereiken. Bij een “walking epidural” kan de patiënt met ondersteuning (altijd bij een epiduraal) opstaan en de knieën buigen.**

Bij een epiduraal met negatieve aspiratie en testdosis kan opgetopt worden met 5 ml Bupivacaine 0,125% met Sufentanil 0,5 mcg/ml naar 15 min. Afhankelijk naar effect naar 15 min nog een keer met 5 ml of minder herhalen en opnieuw naar 15 min checken.

Pompstand beginnen met 6 ml/uur Bupivacaine 0,125% met Sufentanil 0,5 mcg/ml. Na het optoppen blokhoogte bepalen en op motoriek uitval testen. Zo nodig opnieuw optoppen.

Als erna geen sensibel blok aantoonbaar is, overweg nieuwe epidurale te plaatsen. De anesthesioloog die de epidurale analgesie heeft toegediend kan na bereiken van het gewenste effect en een stabiele toestand de directe bewaking overdragen aan daartoe deskundige medewerkers.

### **Tips**

- Bij een asymmetrisch blok overweg catheter 1-2 cm terug te trekken en positioneer patiënt op zijde met minder blokkade tijdens en naar het optoppen
- Bij inadequate pijnstilling tijdens uitdrijving (2de fase), dus sacrale pijn, overweg optoppen met standaardoplossing (bupivacaine 0,125% met 0,5 mcg/ml sufentanil) 5 ml gemengd met 5 ml NaCl 0,9% (dus 10 ml bupivacaine 0,0625% met 0,25 mcg/ml sufentanil) terwijl de patiënt in zittende positie is en voor 10 min blijft.

### **Afspraken(voor verpleegkundige op afdeling)**

1. Bij onvoldoende pijnstilling dd anesthesie bellen

2. Bij MAP daling >20% van baseline ->500 ml Tetraspan LET WEL epiduraal formulier in status invullen

3. Bij MAP < 50 mmHg -> Efedrine 5 mg -> 1ml + 500 ml Tetraspan LET WEL verrichtingen buitenlocaties invullen

4. Bij pols < 60/min -> Atropine 0,5 mg (1ml)

5. Altijd dd anesthesie bellen

6. Bij motorisch blok (patiënt kan niet zelfstandig staan), pomp stoppen en herstarten op het moment dat de motoriek hersteld is met een pompstand 2 ml/uur lager dan tevoren.

7. In sommige gevallen zou het niet mogelijk of moeilijk zijn een goede pijnbestrijding zonder motorisch blok te bereiken. Dan moet goed overlegt worden, wat in het individuele geval het belangrijkste is.

## **Monitoring Epiduraal**

Check als patiënt comfortabel en documenteer bloeddruk, ademfrequentie en foetale haart frequentie alle 2 uur tijdens de dag, alle 4 uur 's nachts.

## **Verwijderen epiduraal**

(voorbehouden handeling die door verpleegkundigen wordt verricht) Ook bij het verwijderen op goede stolling letten and de neuraxis en antistollings richtlijn volgen. Bij onvoldoende terugkomen gevoel/motoriek bellen! Zie protocol vplk