
Oksytocinprofylakse ved fødsel

KORRESPONDANSER

ELLEN BLIX

jordmor

Torbjørn Moe Eggebø & Leif Kaspar Gjessing har skrevet en svært interessant artikkel om blødning etter vaginal fødsel i Tidsskriftet nr. 24/2000 (1).

Nordström og medarbeideres dobbeltblinde randomiserte studie fra 1997 (2) viste en reduksjon i gjennomsnittlig blødning fra 527 ml hos dem som ikke fikk oksytocin til 407 ml hos dem som fikk oksytocin, altså en gjennomsnittlig reduksjon på 120 ml eller 22,8 %. Andel post partum-blødninger over 800 ml ble redusert fra 15,2 % til 8,8 %, altså en forskjell på 6,4 prosentpoeng. Disse resultatene viser oksytocinets evne til å redusere gjennomsnittlig blødning ved fødsel. Med unntak av randomiserte studier finnes det ikke situasjoner hvor ingen fødende får oksytocin. Det er derfor interessant å få belyst effekten av rutinemessig oksytocin sammenliknet med oksytocin ved behov.

Eggebø & Gjessings studie fra Stavanger (1) viste at ved rutinemessig bruk av oksytocin sammenliknet med oksytocin ved behov ble gjennomsnittlig blødning redusert fra 366 ml til 342 ml, altså 24 ml eller 6,6 %. Andel kvinner med blødning over 500 ml ble redusert fra 9,4 % til 8,2 %, altså en forskjell på 1,2 prosentpoeng, og det var en ikke-signifikant reduksjon i andel kvinner som blødde over 1 500 ml fra 0,7 % til 0,4 %. Man må anta at reduksjonen i andel blødninger over 500 ml skyldes at gjennomsnittlig blødning ble redusert. En gjennomsnittlig blødningsforskjell på 24 ml er neppe klinisk relevant, enten blødningen er liten eller stor (selv om den er statistisk signifikant).

Når man skal bestemme om alle fødende skal ha oksytocinprofylakse, er det flere forhold som bør belyses, bl.a. hvilke effekter rutinemessig oksytocin har sammenliknet med oksytocin ved behov på lang sikt, for eksempel på mors hemoglobinnivå et par uker etter fødselen, ammestart og -varighet og infeksjoner hos mor.

Har oksytocin bivirkninger? En oversiktsartikkel fra Cochrane-databasen (3) viser at aktiv håndtering sammenliknet med avventende håndtering av fødselens tredje fase gav økt risiko for kvalme og oppkast hos mor. Aktiv håndtering innebar flere komponenter enn bare oksytocin, så her kan det være andre forhold som spiller inn. Det er en utbredt oppfatning blant jordmødre at oksytocin gir smertefulle etterrier, spesielt hos flergangsfødende.

Er enhver blødningsreduksjon fordelaktig? Eller kan det tenkes at friske kvinner, med spontan fødselsstart og spontan forløsning kan ha en ”fysiologisk blødning”? (Det er ikke så mange år siden vi bekymret oss over at gravide fikk et fall i Hb i svangerskapet.)

Dessuten bør alle fødeavdelinger med jevne mellomrom evaluere andre forhold som påvirker blødning etter fødselen, så som andel kvinner som får episiotomi, epiduralbedøvelse, operativ vaginal forløsning og andel fødsler som blir indusert.

Resultatene fra denne studien gir ikke grunnlag for å hevde at rutinemessig oksytocin er bedre enn oksytocin gitt ved behov.

LITTERATUR

1. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning etter vaginal fødsel Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2860 – 3.
2. Nordström L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Ryhdström H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial. Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 781 – 6.
3. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane review). I: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software, 2000.

Publisert: 10. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.