SANNA-KAISA KUKKO
kätilö, TtM, hoitotyön kliininen asiantuntija
TAYS, naistentautien ja synnytysten vastuualue

JUKKA UOTILA
dosentti, osastonylilääkäri
TAYS, naistentautien ja synnytysten vastuualue

Synnytyksen latenssivaihe ja sen hoito

- Latenssivaihe ajoittuu synnytyksen alkuun, jolloin kohdunsuu ei supistuksista huolimatta vielä avaudu merkittävästi.
- Vaikka latenssivaiheessa ei yleensä ole tarvetta puuttua synnytyksen kulkuun, synnyttäjien joukosta pitää tunnistaa ne, joilla vaihe uhkaa pitkittyä.
- Pärjäämismittarilla voidaan havaita, jos synnyttäjän voimavarat uhkaavat ylittyä.
- Latenssivaiheen hoito tulee räätälöidä synnyttäjän tarpeiden ja pärjäämisen mukaisesti.

Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen; avautumis-, ponnistus- ja jälkeisvaiheeseen. Avautumisvaiheen ensimmäisiä tunteja nimitetään usein synnytyksen latenssivaiheeksi erotukseksi myöhemmästä aktiivisen avautumisen vaiheesta. Latenssivaiheessa kohdunsuun avautuminen on hyvin hidasta tai mitattavaa avautumista ei havaita lainkaan (1,2).

Suurin osa synnyttäjistä saapuu sairaalaan latenssivaiheen aikana. Useimmiten ohjeeksi on annettu saapua sairaalaan silloin, kun säännölliset supistukset ovat kestäneet kahden tunnin ajan. Tiukasta tuntirajasta on kuitenkin enenevästi siirrytty ohjaamaan synnyttäjiä tunnustelemaan supistustensa laatua ja tulemaan sairaalaan, kun kotona ei enää ole turvallinen olo. Osa synnyttäjistä pärjää synnytyksen alkuvaiheen supistusten kanssa kotona, mutta osa kokee sairaalan turvallisempana paikkana odottaa synnytyksen etenemistä.

Synnytyksen käynnistyminen ei ole aina yksiselitteistä.

Synnytyksen käynnistyminen ei ole aina yksiselitteistä. Perinteisesti se on määritelty alkavaksi säännöllisten supistusten alusta (3), mutta synnyttäjiltä kysyttäessä vain noin 60 % ilmoitti synnytyksen käynnistyneen supistuksilla. Muita käynnistymisen merkkejä synnyttäjien kokemuksen mukaan olivat verensekainen vuoto, maha-suolikanavan oireet, muuttunut unirytmi ja vaikeudet hengittää tai liikkua (4). Säännöllisen supistustoiminnan alku voi olla myös ammattilaiselle vaikeasti määritettävissä, sillä supistusten tiheys ja voimakkuus vaihtelevat.

Omassa sairaalassamme synnytyksen kesto lasketaan säännöllisistä, vähintään kymmenen minuutin välein tulevista supistuksista. Mikäli kuitenkin supistuksissa on ollut yli 2 tunnin tauko tai supistukset ovat aluksi olleet heikkoja, synnytyksen alkamisaikaa on pohdittu yhdessä synnyttäjän kanssa. Synnytyskertomukseen kirjattu synnytyksen kesto on siis osittain tulkinnanvarainen ja saattaa vaihdella sen mukaan, kuinka asiaa synnyttäjältä kysytään.

Hämmennystä voi lisätä se, että sairaalan epätarkassa kielenkäytössä käynnistyneellä synnytyksellä viitataan usein synnytyksen progressiiviseen etenemiseen eli aktiiviseen avautumisvaiheeseen. Lisäksi saatetaan puhua, että synnytys ei ole ”kunnolla käynnissä”, kun tarkoitetaan joko synnytystä edeltävää epäsäännöllistä supistelua tai latenssivaihetta. Myös kirjallisuudessa käsitteellä ”synnytyksen käynnistyminen” voidaan tarkoittaa hetkeä, jolloin säännölliset supistukset ovat alkaneet, tiettyä kohdunsuun aukeamista, supistusten kipeytymistä tai näitä kaikkia (3).

Latenssivaiheen määrittely

Synnytyksen vaiheet on määritelty 1950-luvulla Friedmanin käyrän mukaisesti. Tuolloin 500 ensisynnyttäjän otoksen perusteella kuvattiin käyrän muotoon ajan funktiona kohdunsuun avautuminen ja sikiön tarjoutuvan osan laskeutuminen synnytyskanavassa. Synnytyksen alun hidas vaihe nimitettiin latenssivaiheeksi ja nopeampi vaihe aktiiviseksi vaiheeksi. Latenssivaiheen katsottiin kestävän supistusten alusta siihen, kun kohdunsuu on auki 3–4 cm. Tämän jälkeen synnytys etenee nopeammin, kunnes kohdunsuun aukeaminen hidastuu ennen täyttä aukeamista ja ponnistusvaiheen alkua (1).

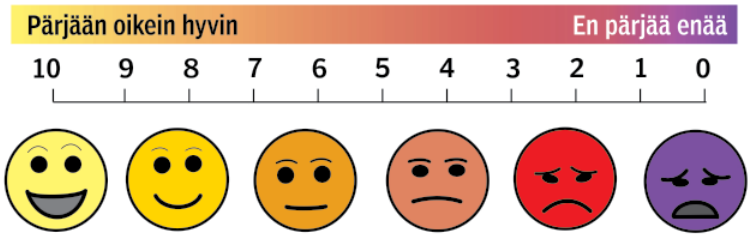
Friedmanin käyrän haastoi vuonna 2001 julkaistu, yli 60 000 synnyttäjän aineistosta koottu käyrä. Taustalla olevan tutkimuksen perusteella osoitettiin, että latenssivaihe oli pidempi kuin

KIRJALLISUUTTA
1 Greulich B, Tarrant B. The latent phase of labour: Diagnosis and Management. J Midwifery Womens Health 2007;52:190–8.
2 NICE guidelines. Intrapartum care (päivitetty 1.2.2017). https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#latent-first-stage-of-labour
3 Hanley GE, Munro S, Greyson D ym. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy and Childbirth 2016;16:71. doi:10.1186/s12884-016-0857-4
4 Gross MM, Haunschild T, Stoexen T, Methner V, Guenter HH. Women´s recognition of the spontaneous onset of labor. Birth 2003;30:267–71.
5 Zhang J, Troendle J, Yancey M. Reassessing the labor curve in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol 2002;187:824–8.
6 WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Geneva: World Health Organization.
7 ACOG. Sage prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:693–711.

VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

KUVIO 1.

Pärjäämismittari (38)



aiemmin oli luultu. Ensisynnyttäjillä se jatkui siihen asti, kun kohdunsuu oli avautunut 6 cm ja uudelleensynnyttäjilläkin yli 5 cm. Ponnistusvaihetta edeltävää taantumaa kohdunsuun avautumisessa ei havaittu, toisin kuin Friedmanin käyrässä (5).

Edelleen esimerkiksi brittiläinen National Institute for Health and Care Excellence (NICE guidelines) määrittelee latenssivaiheen siitä, kun kivuliaat supistukset alkavat, siihen kun kohdunsuu on 4 cm auki (2). WHO ja ACOG (American college of obstetricians and gynecologist) sen sijaan toteavat latenssivaiheen päättyvän siihen, kun kohdunsuu on auki 5–6 cm (6,7). Vuonna 2019 julkaistu Naistentaudit ja synnytys -oppikirja mainitsee aktiivisen avautumisvaiheen alkavan kohdunsuun ollessa auki 4–6 cm (8). TAYS:ssa tekemämme kartoituksen perusteella latenssivaihe päättyi useimmin silloin, kun kohdunsuu oli auki 5–6 cm.

Osa synnyttäjistä tarvitsee ammattilaisen apua jo latenssivaiheessa.

Kaikki latenssivaiheen määritelmät perustuvat jälkikäteiseen graafisen käyrän tulkintaan. Käytännön työssä – kun synnyttäjä ottaa yhteyttä puhelimitse tai saapuu sairaalaan – määritelmistä ei ole apua, vaan arvio tehdään haastattelun, sisätutkimuksen ja osittain intuition perusteella. Tulovaiheessa tehty yksittäinen arvio kohdunsuun tilanteesta ei kerro synnytyksen vaiheesta eikä ennusta synnytyksen etenemistä, sillä latenssivaiheelle tyypillisen hitaan avautumisen toteamiseksi tarvitaan vähintään kaksi tutkimusta.

Synnytyssupistuksia voi olla hankala erottaa ennakoivista supistuksista. Ennakoivat supistukset voivat olla tiheitä ja heikkoja (Alvarez-aallot) tai epäsäännöllisesti tulevia (Braxton-Hicks) supistuksia. Molemmat ovat melko kivuttomia kohdun kovettumisia, eikä niillä ole vaikutusta kohdunsuun avautumiseen (9).

Yleissääntönä voidaan todeta, että epäsäännölliset kivuttomat supistukset liittyvät raskausaikaan ja kivuliaat säännölliset supistukset latenssivaiheeseen. Yleensä synnytyssupistukset ovat kivuliaita, kestoltaan pidempiä ja voimakkaampia. Ne alkavat selän puolelta ja siirtyvät vasta myöhemmin vatsan puolelle, eivätkä heikkene levossa tai asentoa vaihtamalla (10). Täysiaikaisessa raskaudessa jo viiden minuutin välein toistuvat supistukset ennustavat hyvin synnytyksen aktiivisen vaiheen alkamista (11).

Latenssivaiheelle on luonteenomaista, että lupaavastikin käynnistyneen synnytyksen supistukset saattavat hiipua ja loppua kokonaan. Täysiaikaisessa raskaudessa tällaisen ilmiön diagnostisena nimityksenä on labores inhibiti, jonka englanninkielisenä vastineena kansainvälisessä tautiluokituksessa on ”false labor”. Vuonna 2019 kuudella prosentilla TAYS:n synnyttäjistä oli tämä diagnoosi. On kuitenkin huomattava, että välttämättä kaikki diagnoosit eivät tule kirjatuiksi. Lisäksi kirjallisuudessa erityisesti ”false labor” -käsitteellä saatetaan kuvata säännöllisten supistusten loppumisen lisäksi myös synnytystä edeltävää epäsäännöllisen supistelun tilaa (12).

Saapuminen sairaalaan latenssivaiheessa

Latenssivaiheessa olevien osuus kaikista sairaalaan saapuvista synnyttäjistä vaihtelee eri tutkimuksissa välillä 17–47 % (13,14). TAYS:ssa vuonna 2015 tehdyn kartoituksen mukaan 84 %:lla sairaalaan tulleista synnyttäjistä kohdunsuu oli auennut vähemmän kuin 4 cm (ka 2,75 cm) ja näistä 32 %:lla kohdunsuu ei ollut edennyt lähtötilanteestaan yli kahden tunnin seurannan jälkeen. Siten tämän otoksen perusteella voidaan arvioida, että noin 25 % synnyttäjistä saapui sairaalaan latenssivaiheessa.

Aineisto koostui kahden kuukauden aikana sairaalaan synnyttämään tulleista naisista (n = 359). Rajauksia ei tehty raskausviikkojen tai lopullisen syntymätavan suhteen (Kukko, Sanna-Kaisa, toistaiseksi julkaisematon selvitys).

8 Tikkanen M, Tekay A. Synnytyksen vaiheet. Kirjassa: Tapanainen J, Heikinheimo O, Mäkikallio K, Aaltonen R, toim. Naistentaudit ja synnytykset, 6. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim 2019.
9 Dudenhausen JW. Practical Obstetrics. Berlin/Boston: DE Gruyter 2014.
10 Raines DA, Cooper DB. Braxton Hicks Contractions. Kirjassa: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470546/
11 Pates JA, McIntire DD, Leveno KJ. Uterine Contractions Preceding Labor. Obstet Gynecol 2007;110:566–9.
12 Simkin P, Hanson L, Anceta R. The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. John Wiley & Sons, Incorporated, 2017. https://ebookcentral.proquest.com/lib/tampere/detail.action?docID=4816188
13 Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour-Frequencies and birth outcomes in two delivery wards in Sweden. Sex Reprod Healthcare 2013;4:141–6.
14 Rota A, Antolini L, Colgiago E ym. Timing of hospital admission in labour: latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. Women Birth 2018;31:313–8.

TAULUKKO 1.

Aika tulotutkimuksesta synnytykseen alateitse synnyttäneillä

Luokiteltu tulotutkimuksessa määritetyn kohdunsuun avautumisen mukaan. TAYS:n aineisto 10–11/2015.

Kohdunsuun avautuminen tulovaiheessa (cm)	Aika synnytykseen alle 6 h	Aika synnytykseen 6–12 h	Aika synnytykseen 12–24 h	Aika synnytykseen > 24 h	Potilaita (n = 359)
0–1	2 (3 %)	11 (19 %)	20 (33 %)	26 (45 %)	59
1,5–2	9 (9 %)	35 (34 %)	33 (32 %)	25 (25 %)	102
2,5–3	22 (24 %)	42 (47 %)	21 (23 %)	5 (6 %)	90
3,5–4	27 (47 %)	24 (41 %)	6 (10 %)	1 (2 %)	58
4,5–5	24 (75 %)	3 (9,5 %)	3 (9,5 %)	2 (6 %)	32
5,5–10	15 (83 %)	2 (11 %)		1 (6 %)	18

Tutkimusten mukaan sairaalaan saapuminen latenssivaiheessa lisää todennäköisyyttä synnytykseen puuttumiselle (keisarileikkaus, synnytyksen jälkeinen verenvuoto, oksitosiinin käyttö tai mikroverinäytteen otto) kasvattaen näin synnytyksen kustannuksia (15–17). Synnyttäjiä kannustetaankin usein pysymään kotona mahdollisimman pitkään, koska henkilökunta kokee näin suojelevansa synnyttäjiä toimenpiteiltä ja varmistavansa mahdollisimman häiriöttömän synnytyksen (18). Joskus kotiinjäämissuosituksen osasyynä voi olla myös synnytyssalien tilanpuute (19). Käytännön kääntöpuolena saattavat joskus olla matkasynnytykset, saapuminen synnytyssaliin ponnistavana sekä kokemus heikosta tai puuttuvasta kivunlievityksestä (20).

Vaikka suuri osa latenssivaiheen synnyttäjistä pärjää hyvin kotona ja vaikka latenssivaiheessa ei lähtökohtaisesti ole tarvetta synnytyksen interventioihin, monet synnyttäjät kokevat tarvetta ammattilaisen arviolle, läsnäololle ja kannustukselle. Hosekin ym. selvityksessä 41 % vastusti ehdotettua kotiin jäämistä pitkän matkan aiheuttaman turvattomuuden tai liiallisen kivun vuoksi (20).

Omassa tutkimuksessamme kartoitimme aikaa synnyttäjien sairaalaan tulosta lapsen syntymään. Taulukossa 1 kuvataan kartoituksen tulokset jaoteltuna tulovaiheessa mitatun kohdunsuun avautumisen mukaan. Todennäköisyys nopeasti toteutuvaan synnytykseen on ymmärrettävästi suuri, jos kohdunsuu on reilusti auki. Vastaavasti kohdunsuun ollessa vain vähän auki todennäköisyys pitkään odotusaikaan on suuri. On kuitenkin huomattava, että jopa 9 % niistä, joilla kohdunsuu oli tulovaiheessa auki vain 1–2 cm, synnytti alle kuuden tunnin kuluessa.

Tutkimuksen mukaan ensisynnyttäjät toivovat voivansa latenssivaiheen aikana vaikuttaa itse omaan hoitoonsa, mutta olevansa samalla ammattiavun lähettyvillä ja saavansa neuvoa ja ohjausta (21). Synnyttäjät haluavat sairaalaan soittaessaan neuvotella kätilön kanssa sairaalan tulon ajankohdasta ja saada arvion siitä, ovatko heidän kokemansa oireet normaaleja (22).

Päätös sairaalaan lähtemisestä on riippuvainen synnyttäjän kivunsiedosta, synnytyksen etenemisen varmuudesta, ammattilaisen antamista neuvoista ja sairaalaan matkustamiseen liittyvästä huolesta (22). Ne, jotka jäävät mieluummin kotiin, kokevat kodin turvallisemmaksi sen mahdollistaman autonomian ja häiriöttömyyden vuoksi (23). Osa synnyttäjistä tarvitsee ammattilaisen apua jo latenssivaiheessa joko kivun tai turvattomuuden vuoksi (22). Erityisesti kätilöltä saatu jatkuva tuki koetaan hyväksi (23). Joissain sairaaloissa on otettu käyttöön olohuoneita kodinomaiseksi, turvalliseksi tilaksi synnyttäville perheille latenssivaiheen ajaksi (24).

Pitkittynyt latenssivaihe

Latenssivaiheen kesto vaihtelee, mutta pitkittyneeksi se katsotaan, kun supistukset ovat jatkuneet ensisynnyttäjällä 20 tuntia ja uudelleensynnyttäjällä 14 tuntia (2) tai aiemmista synnytyksistä riippumatta 18 tuntia (25). Pitkittynyt latenssivaihe itsessään näyttää liittyvän lisääntyneeseen riskiin synnytyksenaikaisiin toimenpiteisiin ja huonompaan synnytyskokemukseen (15,26). Sen sijaan vastasyntyneen Apgarin pisteisiin pitkittyneellä latenssivaiheella ei näyttäisi olevan vaikutusta (26).

Latenssivaiheen pitkittymisen hoitona on käytetty kipulääkkeitä terapeuttisen levon turvaamiseksi (27) tai kalvojenpuhkaisua tai oksitosiinia synnytyksen vauhdittamiseksi (18).

Bräne ym. tutkivat synnyttäjiä, joilla supistukset olivat kestäneet yli 18 tuntia ilman kohdunsuun tilanteen etenemistä. Kaikki osallistujat saivat parasetamolia ja tsolpideemiä suun kautta sekä 10 mg morfiinia lihakseen. Näin heille pyrittiin turvaamaan mahdollisuus nukkua.

Koeryhmäläiset herätettiin viiden tunnin jälkeen, ja synnytystä ryhdyttiin edistämään. Verrokit saivat levätä, ja tilanne eteni omaan tah-

15 Janssen P, Weissinger S. Women´s perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth 2014;14:182. doi:10.1186/1471-2393-14-182

16 Bailit J, Dierker L, Blanchard M, Mercer B. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. Am Coll Obst Gynecol 2005;105:77–9.

17 Tilden E, Lee V, Griffin E, Caughey A. Cost-Effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. Birth 2015;42:219–26.

18 Bräne E, Olsson A, Andolf E. A randomized controlled trial on early induction compared to expectant management of nulliparous women with prolonged latent phases. Acta Obstet Gynecol Scand 2014;93:1042–9.

19 Spiby H, Walsh D, Green J, Crompton A, Bugg G. Midwives´ beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. Midwifery 2014;30:1036–42.

20 Hosek C, Faucher M, Lankford J, Alexander J. Perceptions of care in women sent home in latent labor. Am J Matern Child Nurs 2014;39:115–21.

21 Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö AK. Primiparous women´s preferences for care during a prolonged latent phase of labour. Sexual Reproductive Healthcare 2015;6:145–50.

22 Edmonds JK, Miley K, Angelini KJ, Shah NT. Decision making about hospital arrival among low-risk nulliparous women after spontaneous labor onset at home. J Midwifery Womens Health 2018;63:455–61.

23 Carlsson I. Being in a safe and thus secure place, the core of early labour: A secondary analysis in a Swedish context. J Qualitative Stud Health Well-being 2016;11:30230. http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30230
24 Paul J, Yount S, Blankstein Breman R ym. Use of an Early Labor Lounge to Promote Admission in Active Labor. J Midwifery Womens Health 2017;62:204–9.
25 Pihl K. Diagnoshandbok för Kvinnosjukvården, 2014 (siteerattu 26.8.2019). https://www.sfog.se/natupplaga/diagbok20142a6c7a5f-dd20-4641-8c5b-219ef3daea8f.pdf
26 Ängeby K, Wilde-Larsson B, Hildingsson I, Sandin-Bojö A-K. Prevalence of Prolonged Latent Phase and Labor Outcomes: Review of Birth Records in a Swedish Population J Midwifery Womens Health 2018;63:33–44.
27 Hunter LP, Chem-Hughes B. Management of prolonged latent phase labor. J Nurse Midwifery 1996,41:83–8.
28 WHO Recommendations for Augmentation of Labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (siteerattu 20.2.2020). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258875/

tiin, ellei synnyttäjä toivonut synnytykseen puuttumista. Tutkimustuloksena todettiin, että sektion todennäköisyys synnytystapana oli molemmissa ryhmissä suuri, mutta ryhmien välillä ei ollut tilastollista eroa synnytystavan, vastasyntyneiden voinnin tai synnytyskokemuksen suhteen (18).

Latenssivaiheessa ei yleensä suositella supistusten lääkkeellistä voimistamista (28), sillä vaihe vasta valmistaa kohtua aktiiviseen avautumiseen eikä ennusta aktiivisen avautumisen nopeutta tai tehokkuutta. Kuitenkin latenssivaiheen uhatessa pitkittyä tarvitaan yksilöllistä arviota ja herkkyyttä vaistota synnytyksen etenemisen edellytykset ja synnyttäjän voimavarat.

Hoitovaihtoehtoina voivat olla terapeuttinen lepo ja tokolyysi tai synnytyksen aktiivinen edistäminen (21,29). Hoitopäätöksiä ei tule tehdä synnyttäjää tutkimatta. On yllättävän yleistä, että latenssivaihetta epäillään pitkittyneeksi tai synnytystä ”käynnistymättömäksi”, mutta kohdunsuun tutkiminen paljastaakin aktiivisen avautumisen tai jopa ponnistusvaiheen alkaneeksi.

Epiduraalipuudutuksen epääminen liian varhaiseen vaiheeseen vetoamalla ei ole perusteltua.

29 Glavind J, Greve T, Gaarskjaer de Wolff M, Kabell Hansen M, Brink Henriksen M. Medication used in Denmark in the latent phase of labor – Do we know what we are doing? Sex Reprod Healthcare 2020;25:100515. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100515
30 Chang M-Y, Wang S-Y, Chen C-H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs 2002;38:68–73.
31 Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD003934.
32 Adams E, Bianchi A. A Practical Approach to Labor Support. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2008;37:106–15.
33 Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD003766.

Kivunlievitys

Äitejä on jo synnytysvalmennuksessa ohjattu kotona tapahtuvaan omahoitoon, jos synnytys käynnistyy supistuksilla. Omahoitoa ovat esimerkiksi liikkuminen, lämmin suihku tai kylpy, kylmä haude ja rentoutuminen musiikin tai hieronnan avulla. Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa on todettu hieronnan vähentävän kipua (30). Cochrane-katsauksen mukaan pystyasento lyhentää synnytyksen kestoa ja vähentää epiduraalipuudutuksen tarvetta (31).

Kätilön tai puolison antama jatkuva tuki, jolla tarkoitetaan emotionaalista, informoivaa, konkreettista, arvostavaa tai sosiaalista tukea (32), on yksi tärkeimpiä tapoja lisätä synnyttäjän tyytyväisyyttä ja kokemusta onnistuneesta kivun hallinnasta. Tällaisella tuella on jopa suurempi merkitys kuin lääkkeellisellä kivunlievityksellä (33).

Lääkkeellisistä kivunlievitysmenetelmistä parasetamolia käytetään tyypillisesti supistuskipujen lieventämiseen kotona ja sairaalassa, ja sen on todettu suoneen annettuna lievittävän kipua paremmin kuin lihakseen annettu tramadoli (34). Cochrane-katsauksen mukaan opiaatit lievittävät kipua jonkin verran, mutta niihin liittyy myös pahoinvointia ja uneliaisuutta (35).

Amerikkalaisten gynekologien ja obstetrikkojen (ACOG) laatiman suosituksen mukaan latenssivaiheen synnyttäjää kannustetaan odottamaan kotona, mikäli synnyttäjän ja sikiön vointi sen sallii. Kivunlievitykseksi suositellaan ensisijaisesti tukea, ohjausta ja lääkkeettömiä kivunlievitysmenetelmiä (36). Lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien, kuten epiduraalipuudutuksen, välttämistä on perusteltu oletamuksella, että lääkkeet saattavat pysäyttää synnytyksen edistymisen, jolloin riski toimenpiteille kasvaa. Kuitenkin lopulta kivuliaisuuden aste ja sietokyky määräävät sen, tarvitseeko synnyttäjä lääkkeellistä kivunlievitystä.

Tutkimusnäyttö epiduraalipuudutuksen vaikutuksesta synnytyksen alkuvaiheen kulkuun on edelleen ristiriitaista. Cochrane-katsauksen mukaan epiduraalipuudutus joko lyhensi tai pidensi synnytyksen ensimmäistä vaihetta, mutta puudutuksen antamisella ei näyttäisi olevan vaikutusta keisarileikkauksen tai toimenpidesynnytyksen todennäköisyyteen tai vastasyntyneen vointiin (37). Näin ollen puudutuksen epääminen liian varhaiseen vaiheeseen vetoamalla ei ole perusteltua.

Pärjäämismittarin (pain coping scale) (38) käyttäminen synnyttäjän voinnin arviointiin (VAS-mittauksen rinnalla tai vaihtoehtona sille) antaa varsinkin latenssivaiheessa mahdollisuuden räätälöidä hoitoa synnyttäjän yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi (36). Pärjäämismittari (kuvio 1) on kipumittarin kaltainen asteikko, jonka avulla synnyttäjä voi kertoa synnytyksen aikaisesta selviytymisestään ja avuntarpeestaan. Asteikon arvo 10 kertoo synnyttäjän pärjäävän hyvin ja arvo 0 kertoo, ettei hän pärjää ollenkaan (12).

Kivun voimakkuuden arviointi on tärkeää, mutta vielä tärkeämpää on kysyä, kuinka synnyttäjä voi ja millaista tukea hän tarvitsee. Pärjäämismittarin kehittäjän, Penny Simkinin mukaan synnyttäjän hoidossa tulee arvioida kivun ja pärjäämisen suhdetta toisiinsa sekä pyrkiä lisäämään synnyttäjän turvallisuuden tunnetta

ja luottamusta. Näin voidaan välttyä pelon, ahdistuksen ja kärsimyksen kokemukselta (12).

Ravitsemus ja uni

Ravitsemuksen ja unen merkityksestä latenssivaiheessa on melko vähän tutkimustietoa. Tranmerin ym. (39) tutkimuksessa synnyttäjillä, jotka söivät normaalisti synnytyksen aikana verrattuna vain veden juomiseen, oli vähemmän synnytyksen pysähtymisiä. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä. Dencker ym. puolestaan selvittivät unen ja syömisen yhteyttä latenssivaiheen kestoon. Tutkimus osoitti, että normaali syöminen vuorokautta ennen synnytystä liittyi lyhyempään synnytyksen kestoon, kun taas pitkä latenssivaihe ja vähäinen uni liittyivät pidempään synnytyksen aktiiviseen vaiheeseen (40).

Loppuraskauteen tai latenssivaiheeseen liittyvä unen puute ei voi olla vaikuttamatta synnyttäjän vointiin. Sairaaloissa käytetään edelleen lääkehoitoa, jotta supistuksiin tulisi tauko ja synnyttäjä saisi levätä. Opiaatin ja unilääkkeen yhdistelmät ovat olleet käytössä jo vuosikymmeniä (1), ja uutta tietoa morfiinin käytöstä latenssivaiheen aikana saataneen lähiaikoina (41). Lääkkeettömistä vaihtoehdoista kylpemisellä on todettu latenssivaiheessa supistuksia rauhoittava vaikutus, jopa niin, että supistukset saattavat loppua (42).

Syömisen rajoittaminen synnytyksen aikana on ollut tapana pitkään. Ravinnotta oloa on perusteltu sillä, että mahdollisen anestesian yhteydessä synnyttäjä saattaa saada mahan sisältöä keuhkoihinsa (Mendelsonin syndrooma). Tätä nykyä yleisanestesiassa tehtävät synnytyksenaikaiset toimenpiteet ovat kuitenkin erittäin harvinaisia, ja yleisesti on jo käytäntönä, että synnyttäjä saa syödä oman mieltymyksen mukaan (6). Käytäntöä tukee myös ruoan ja juoman rajoittamisen hyötyihin ja haittoihin keskittyvä Cochrane-katsaus, jossa rajoittamisella ei havaittu olevan tilastollista vaikutusta keisarileikkauksiin, operatiivisiin synnytyksiin tai Apgarin pisteisiin (43).

Lopuksi

Synnytyksen latenssivaihe on hoidollisesti haasteellinen, sillä kohdunsuun aktiivisen avautumisen vaiheeseen ja lapsen syntymään voi kulua useita tunteja, eikä synnytyksen etenemisestä ole vielä varmuutta. Tällaisessa tilanteessa synnyttäjä on usein turhautunut ja väsynyt.

Lisäksi latenssivaiheen voi tunnistaa varmasti vasta jälkikäteen. Synnyttäjän tarve hoitoon on osattava arvioida, jotta voidaan oikea-aikaisesti joko puuttua synnytyksen kulkuun tai rohkaista synnyttäjää vielä odottamaan synnytyksen edistymistä, mahdollisesti jopa kotona.

Synnytysvalmennuksen avulla voidaan lisätä perheiden ymmärrystä synnytyksen vaiheista ja ohjata esimerkiksi rentoutumiseen ja lääkkeettömien kivunlievitysmenetelmien käyttöön jo kotona. Synnyttävän naisen oma käsitys synnytyksestä vaikuttaa siihen, missä hän kokee olonsa turvalliseksi ja mitä hän odottaa hoidolta (23,44). Sairaalaan saapunut latenssivaiheen synnyttäjä tarvitsee kunnioittavaa ja kannustavaa tukea sekä yksilöllistä tilanteen ja hoidon arviota. ●

34 Meenakshi L, Haq ul A, Rajesh N, Sunder pal S, Surabhi K. Intravenous paracetamol infusion versus intramuscural tramadol as an intrapartum labor analgesic. The journal of obstetrics and gynecology of India 2015;65:17–22.
35 Smith LA, Burns E, Cuthbert A. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2018;6:CD007396.
36 ACOG. Approaches to limit intervention during labor and birth. Obstet Gynecol 2019;133:e164–e173.
37 Sng BL, Leong WL, Zeng Y, Siddiqui FJ, Assam PN, Lim Y, Chan ESY, Si AT. Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. Cochrane Database Syst Rev 2014;10:CD007238.
38 Simkin P. Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. J Perinat Med 2011;20:166–76.
39 Tranmer J, Hodnett E, Hannah M, Stevens B. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:319–28.
40 Dencker A, Berg M, Berqvist L, Lilja H. Identification of latent phase factors associated with active labor duration in low-risk nulliparous women with spontaneous contractions. Acta Obstet Gynecol 2010;89:1034–9.
41 Clinical Trial: Therapeutic Rest in Early Labor, A Study on Morphine Sleep (Siteerattu 25.2.2020). https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03539562
42 Eriksson M, Mattson L-Å, Ladfors L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomized study of 200 women. Midwifery 1997;13:146–8.
43 Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD003930.
44 Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. Midwifery 2018;63:46–51.

SIDONNAISUUDET

Jukka Uotila: Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenyys, asiantuntijalausunnot (PVL, Valvira), apurahat laitokselle (Valtion tutkimusrahoitus).
Sanna-Kaisa Kukko: Ei sidonnaisuuksia.

ENGLISH SUMMARY | www.laakarilehti.fi/english
The latent phase of labour and its treatment

SANNA-KAISA KUKKO
Midwife, M.Sc. (Health Care),
Clinical Nurse Specialist
Tampere University Hospital,
Department of Obstetrics and Gynecology

JUKKA UOTILA
Adjunct Professor, Senior Consultant
Tampere University Hospital,
Department of Obstetrics and Gynecology

The latent phase of labour and its treatment

The latent phase of labour is a stage when the labour has begun but cervical opening is still slow. The duration of the latent phase varies, as does the women's coping. Although there is usually no need to intervene in the delivery process during the latent phase, it is still necessary to identify those at risk of complications. Using a coping scale can identify those whose resources are in danger of decreasing. Care in the latent phase of labour needs to be tailored individually to the women's needs and coping.