

Fødsel efter kejsersnit

Denne pjece er til dig, der tidligere har født ved kejsersnit og som nu er gravid igen. Du vil i løbet af graviditeten få tilbudt en samtale med en fødselslæge, hvor I kan aftale, hvordan fødslen skal foregå.

I de fleste tilfælde anbefaler vi, at man stiler imod at føde normalt – også efter at have fået foretaget et kejsersnit.

Der er risiko for komplikationer, både hvis man vælger at føde normalt og hvis man vælger et kejsersnit igen. Disse komplikationer kan du læse om her.

Kejsersnit

Det tager længere tid at komme sig efter et kejsersnit end efter en normal fødsel. Man har flere smerter, og der går ofte længere tid, før amningen fungerer. Man er i gennemsnit indlagt i længere tid bagefter.

Der er øget risiko for infektion i livmoderen eller operationssåret.

Rygbedøvelsen, som anvendes ved de fleste kejsersnit, medfører hos 1-2 % en kraftig hovedpine i tiden efter kejsersnittet. Det kræver en speciel behandling.

Der er risiko for skade på blære, tarm eller andre organer i bughulen under kejsersnittet. Denne risiko er større, hvis man har fået foretaget flere kejsersnit.

Der er øget risiko for kortvarigt vejrtrækningsbesvær hos barnet og dermed for overflytning til børneafdelingen, især hvis kejsersnittet foretages mere end 10 dage før terminen.

Ønsker du et kejsersnit, eller overvejer du det, kan det være en god idé at læse pjecen "Planlagt kejsersnit". Den kan findes på afdelingens hjemmeside (*evt. link*).

Normal fødsel

Der er ca. 65-75 % chance for at føde normalt, hvis du tidligere har født ved kejsersnit. Dette forudsætter, at årsagen til det første kejsersnit ikke stadig er til stede, som fx et snævert bækken.

Efter kejsersnittet vil arret i livmoderen være svagere end resten af livmoderen. Derfor er der en lille risiko (ca. 1 %) for, at livmoderen brister i forbindelse med en efterfølgende fødsel. Risikoen er større, hvis der er gået mindre end 18 måneder mellem fødslerne. Hvis livmoderen brister, kan det være alvorligt både for den fødende og for barnet, fordi moderen kan bløde, og fordi moderkagen kan løsne sig for tidligt. Har vi mistanke om, at livmoderen er ved at bryde, vil vi lave et akut kejsersnit. Et akut kejsersnit indebærer lidt større risiko end et planlagt kejsersnit.

Hvis det er nødvendigt at sætte fødslen i gang, vil vi vurdere, om vi kan prikke hul på fosterhinderne ("tage vandet"). Hvis man kan det, er der stor sandsynlighed for, at man føder normalt. Hvis man ikke kan prikke hul på fosterhinderne, men barnets hoved er kommet godt ned, kan man overveje igangsættelse med

ballonkateter. (Du kan læse mere om ballonkateter i pjecen "Igangsættelse af fødslen" – evt. *link*.) Ellers anbefales oftest kejsersnit.

Hvis du beslutter dig for at forsøge at føde normalt i denne graviditet, vil du og barnet blive overvåget intensivt under fødslen. Derfor tilråder vi, at du kommer ind på fødeafdelingen tidligt i fødslen, når du har regelmæssige veer. Det indebærer, at du og barnet overvåges med CTG (hjerter-/ve-registrering), og at du har en jordemoder hos dig under hele den aktive fødsel bortset fra eventuelt i korte pauser.

Hvis det bliver nødvendigt med et ve-stimulerende drop, vil dette blive brugt med forsigtighed. Hvis der på trods af dette ikke sker en stadig fremgang under fødslen, vil vi anbefale et kejsersnit.

Ved behov for smertelindring har du samme muligheder som alle andre.

Hvis du er i tvivl om hvad du skal vælge, eller har spørgsmål til denne pjece, kan du kontakte din jordemoder eller tale med fødselslægen om det ved den planlagte samtale. Det er en god idé at skrive eventuelle spørgsmål ned på forhånd.

Med venlig hilsen

Personalet på fødeafdelingen.