

# Förlossningsbristning – Sfinkterskada – diagnostik och uppföljning - KKHS

---

## Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Definitioner](#)

[Diagnostik](#)

[Åtgärd](#)

[Levatorskada](#)

[Läkemedelsbehandling](#)

[Förberedelser inför suturering på operationsavdelning](#)

[Suturering:](#)

[Dokumentation](#)

[Diagnossättning](#)

[Arbetsrutin för återkoppling](#)

[Uppföljning och omvårdnad på BB](#)

[Bristningsregistret](#)

[Inför hemgång](#)

[Undersökning enligt checklista](#)

[Sjukgymnast](#)

[Sårruptur](#)

[Uppföljning](#)

[Återbesök](#)

[Vid återbesöket:](#)

[Om patient har kvarvarande besvär efter sin bristning](#)

[Planering inför nästa förlossning vid grad 3- och 4-bristning](#)

[Bilaga 1: Mall för suturering](#)

[Bilaga 2: Op-mall grad 2 bristning](#)

[Bilaga 3: Op-mall perineotomi](#)

[Bilaga 4: Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV](#)

[Bilaga 5: Fråga Se Känn](#)

[Bilaga 6: Hänvisningskarta SU](#)

[Länkar](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Sammanfattning

Riktlinjen avser handläggning av förlossningsbristningar oavsett grad samt perineotomi. Suturering ska ske under optimala förhållanden med rätt kompetens. Korrekt diagnostik, behandling och uppföljning är avgörande för resultatet. Om problem uppstår ska kvinnor som drabbats av en förlossningsbristning följas och behandlas på rätt vårdnivå. Se [Eftervård gravid-bäckenbotten- KHV Halland](#), [Sena besvär efter förlossningsskada-KK HS](#) samt [Hänvisningskarta SU för patienter från VG-regionen](#).

Innehållet i denna riktlinje baseras på ett regionövergripande tvärprofessionellt arbete, i överensstämmelse med nationellt framtaget arbetssätt, se hemsida [Bäckenbottenutbildning.se](#) och där [samlade rekommendationer](#).

## Definitioner

<b>Svenskt namn</b>	<b>Kod</b>	<b>Beskrivning</b>
<b>Första gradens bristning</b>	O70.0	<u>Skada på huden i vulva, labiae eller vagina.</u> <i>Behöver sutureras endast med ytliga suturer. Slidmyningens form motsvarar den före förlossningen.</i>
<b>Andra gradens bristning</b>	O70.1	<u>Skada på perineala muskler/fästen men inte ändtarmsmuskeln.</u> <i>Slidmyningens form är påverkad och bör återställas vid suturering. Vid isolerad vaginalbristning utan påverkan på perineum ska den beskrivas separat. Djup räknas vinkelrätt från vaginalväggens yta och till bristningens djupaste del. Längd räknas i hud/ slemhinneplanet.</i>
	O70.1a	Perinealbristning grad 2 som omfattar mindre än halva perinealkroppen.  <i>Bristningen omfattar upp till halva perinealkroppen. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i>  "Liten grad 2"
	O70.1b	Perinealbristning grad 2 som omfattar mer än halva perinealkroppen .  <i>Bristningen omfattar mer än halva perinealkroppen. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei eller fästena för dessa muskler. Kan innefatta mindre än 2 cm djup vaginalbristning.</i>  "Medelstor grad 2"
	O70.1c	Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm i nedre delen av vagina.  <i>Bristningen i vagina är upp till 4 cm lång. Bristningen omfattar perinealkroppen, är upp till 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei, m puboanalis, m pubovisceralis eller fästena för dessa muskler samt septum rektovaginale.</i>  "Stor grad 2 med nedre vaginalbristning"
	O70.1d	Perinealbristning grad 2 som omfattar perinealkroppen och bristning djupare än 2 cm som når till övre delen av vagina.  <i>Bristningen omfattar perinealkroppen, är mer än 4 cm lång samt är mer än 2 cm djup. Det motsvaras av m. bulbokavernosus, m. transversus perinei, m puboanalis, m pubovisceralis eller fästena för dessa muskler samt septum rektovaginale.</i>  "Stor grad 2 med hög vaginalbristning"
	O70.1e	Unilateral skada på m. levator ani  <i>Skada på ena sidans m levator ani ventralt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfylen. Diagnosen kan</i>

---

*användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.*

---

O70.1f Bilateral skada på m. levator ani

*Skada på båda sidors m levator ani ventralt om perinealplanet. M levator ani är fragmenterad eller avlöst från symfysen. Diagnosen kan användas ensam eller i kombination med annan bristningsdiagnos.*

---

O70.1W Perinealbristning grad 2, annan specificerad

---

O70.1X Perinealbristning grad 2, ospecificerad

---

**Isolerad vaginalruptur** O71.4 Perineum och sfinktrar hela, ej penetrerande ruptur av vaginalvägg högre upp

---

**Isolerad fullväggsskada** O71.8 Penetrerande fullväggsskada mellan tarm och vagina ovanför sfinkterkomplexet.

*Sfinkterkomplexet är inte påverkat.*

---

**Tredje gradens bristning** Skada på perineum och analsfinkter

O70.2

---

O70.2C Sfinkterruptur, mindre än halva externa sfinktern

*Analkanalens runda form bibehållen, främre väggen är täckt av vävnad där en del utgörs av extern sfinkter.*

---

O70.2D Sfinkterruptur, mer än halva av den externa sfinktern (inkl total ruptur av externa sfinktern utan engagemang av interna sfinktern)

*Analkanalens runda form är påverkad men den interna sfinktern syns hel*

---

O70.2E Sfinkterruptur, ruptur av både externa och interna sfinktern. *Analkanalens runda form är påverkad och endast rektalslemhinnan är hel*

---

O70.2F Isolerad skada på den interna sfinktern

*Den externa sfinktern är hel men det finns en ursparning i bakre slidväggen oralt om den där bara tarmvägg känns. Den interna sfinktern syns i kanterna och/eller med ultraljud. Klassas som sfinkterskada i Bristningsregistret*

---

O70.2X Sfinkterruptur, ospecificerad- utan närmare diagnostik

---

**Fjärde gradens bristning** O70.3 Fullväggsskada genom perineum, analsfinktrar och tarmvägg i analkanal som kan sträcka sig upp i rektum.

*Skadan i huden fortsätter ovanför linea dentata där huden i anus öppning övergår i tarmslemhinna i analkanal. Den interna sfinktern som börjar vid linea dentata är då delad.*

*Utesluter fullväggsskada mellan tarm och vagina ovanför sfinkterkomplexet utan sfinkterruptur, O71.8 och skada på huden i perineum fram till linea dentata*

## Diagnostik

Det kan vara en fördel att inspektera perineum före förlossningen i samband med vaginal undersökning. Vid behov kan man ställa kompletterande frågor kring förra förlossningen och funktionen därefter samt eventuellt dokumentera detta. Patienten ska ha en god smärtlindring och bedövning inför diagnostik och under suturering av eventuell förlossningsbristning. Transcutan Pudendusblockad, TPDB läggs med fördel strax efter barnet är förlöst. Se rutin [Pudendusblockad](#).

ALLA vaginalförlösta kvinnor ska undersökas med palpation via ett finger i analkanalen och ett i vagina för att få en uppfattning om mellangårdens, perinealkroppens, tjocklek. Två personer (barnmorskor eller läkare) ska undersöka patienten för att diagnosticera misstänkt förlossningsbristning. Vid uppskattad perinealkroppshöjd <1,5cm ska man överväga att tillkalla läkare för bedömning. Vid misstanke om sfinkterruptur skall alltid läkare tillkallas för bedömning.

## Åtgärd

### Grad 1–2 samt perineotomi:

Kan i de flesta fall sutureras på förlossningsavdelning av barnmorska. Man skall alltid vara 2 barnmorskor vid suturering för att säkerställa att sutureringen blir optimal och att behandlingsresultatet blir bättre.

### Grad 3–4 (samt komplicerad grad 2 bristning):

Sutureras av 2 läkare på operationsavdelning. Soturering kan ske inom 24 timmar, men det är önskvärt om det sker i anslutning till förlossningen. Fördelen med att vänta är att man kan säkerställa optimal kirurgisk kompetens och att låta vävnaden svullna av.

Bristningsmapp/Sfinktermapp ska följa alla patienter med grad 3–4 bristning. Denna innehåller checklista, patientinformation och uppföljning.

## Levatorskada

Vid en djup vaginalbristning som engagerar hela bakväggen syns ofta fettvävnad i rupturen vilket kan inge misstanke om levatorskada. Riklig blödning och vaginalhematom kan också vara tecken på levatorskada. Vid unilateral levatorskada kan det synas en asymmetri vid inspektion där mellangården och anus ligger överdragen mot den hela sidan jämfört med medellinjen tänkt från crena ani till främre kommissuren. Vid bilateral total skada känns inga muskler ut mot bäckenväggarna vid vaginal palpation. Anus är inte indragen utan hänger i samma plan som vaginas öppning. Vid misstanke om levatorskada skall läkare tillkallas för bedömning. Patient med misstänkt levatorskada skall undersökas och skrivas ut av läkare vid hemgång. Patienten skall då informeras om att djupare muskler i bäckenbotten kan ha blivit skadade i samband med förlossningen men att detta inte alltid ger besvär. Detta följs upp i samband med återbesöket.

## Läkemedelsbehandling

Läkemedelspaket i NCS: sfinkter/svår bristning  
(Cefuroxim 1,5g, Metronidazol 1,5g, Paraffinemulsion, Alvedon, Ipren)

Ordineras vid:

- Förlossningsbristning grad 3–4: alla patienter
- Förlossningsbristning grad 2: Efter läkarbedömning.
- Perineotomi: Vid instrumentell förlossning och/eller efter läkarbedömning.

För att motverka obstipation ges mjukgörande medel, till exempel paraffinemulsion samt smärtstillande vid behov till alla patienter med förlossningsbristning. Finns som generell ordination i Varberg. I Halmstad finns läkemedelspaket "grad 2" som favorit i NCS.

## Förberedelser inför suturering på operationsavdelning

- Operationsanmälan prio 24 timmar, sutur av förlossningsskada grad 1–2 (KVÅ-kod MBC30) eller grad 3–4 (KVÅ-kod MBC33).
- Bastest skickas vid blödning > 500 ml.
- Hb.
- Patienten hålls fastande, Ringer-Acetat kopplas.
- KAD sätts. Denna dras efter 6 timmar. Kan vid behov sitta kvar längre tid om smärta/svullnad.
- Antibiotikaprofylax (Cefuroxim 1,5g iv och Metronidazol 1,5g iv alt Klindamycin vid allergi) ges till alla patienter 1–2 timmar preoperativt (kan även ges upp till 1–2 timmar postoperativt).
- Läkemedelspaket "sfinkter/svår bristning" ordineras i NCS.

## Suturering:

Bristningen sutureras för att återställa anatomin på bästa sätt. Var god se [backenbottenutbildning.se](https://backenbottenutbildning.se) eller [Mall för suturering](#) (bilaga 1). Var gärna två vid sutureringen. Försäkra dig om bra ljusförhållande, använd spekulum och fransyskor vid behov. Identifiera anatomiska strukturer, rectovaginala fascian, m. transversus perinei samt m. bulbocavernosus. Om fortlöpande suturering, använd stoppknutar.

Suturmaterial: Monocryl/Biosyn 3-0 till analslemhinna, Vicryl/Biosyn 3-0 till interna sfinktern, Vicryl/Polysorb 2-0 (alt 0) till externa sfinktern, Vicryl/Polysorb 2-0 (alt 3-0) för inre suturering av vaginalbristning (2-1-1-1/1-1-1-1 slag). Monocryl 4-0 till hud och slemhinna (minst 1-1-1-1 slag).

## Dokumentation

Bristning grad 1 dokumenteras i Obstetrix under sökord Bristning/klipp.  
Bristning grad 2–4 samt perineotomi dokumenteras i Obstetrix operationsmall – Suture av förlossningsskada. Se bilaga [Op-mall](#).

Efter förlossningen ger förlösande barnmorska muntlig information till kvinnan samt markerar bristningens omfattning i patientinformationen. Viktigt att dokumentera strukturer man har identifierat och suturerat samt bedömning av sfinktern. På BB upprepas informationen innan patienten går hem.

Operationsberättelsen skall kompletteras med ”PISA”:  
Här anges olika mycket beroende på grad av bristning.

#### **Grad 3–4**

- Perinealkroppens tjocklek **före** suturering: vid bidigital palpation <1 cm/1–2 cm/>2cm
- Interna sfinktern: bedöms hel/skadad/ej undersökt. Ultraljud: Ja/Nej
- Suturmaterial: anges
- Antibiotika: givet / (ej givet)

#### **Grad 2 samt perineotomi** (Glöm inte att dokumentera bedömningen av externa respektive interna sfinktern)

- Perinealkroppens tjocklek **före** suturering: vid bidigital palpation <1 cm/1–2 cm/>2cm
- Suturmaterial: anges
- Antibiotikaproylax om detta är givet

### **Diagnossättning**

Diagnos sätts av operatören i samband med dokumentation. Vid grad 2 bristning kommer operationsmallen automatiskt välja en diagnoskod. Operatören måste därför själv komplettera med rätt diagnoskod.

### **Arbetsrutin för återkoppling**

När en patient drabbats av en grad 3-4 bristning (sfinkterruptur) ska ansvarig barnmorska och/eller läkare fylla i ett protokoll. Detta sker helst innan arbetspasset avslutas. Protokollet finns utskrivet på förlossningen samt är tillgängligt nedan i Bilaga 4, [Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV](#)

#### **När vederbörande fyllt i protokollet lämnar man det till bristningsgruppen för statistik**

Viktigast är egen reflektion och att man själv går igenom förloppet samt funderar på om man kunde gjort något annorlunda. Vid instrumentell förlossning skall ansvarig barnmorska och ansvarig läkare fylla i protokollet och reflektera tillsammans. Vid önskemål kan vederbörande också få ett samtal med lämplig person i bristningsgruppen. Samtalet sker då i lugn och ro på avsatt tid. Det går ut på att utvärdera om bristningen var undvikbar och vad vi kan lära oss av händelsen. Det viktigaste syftet är att ansvarig personal går ifrån mötet stärkt och med en känsla av trygg kompetens.

Vid önskemål kan genomgång ske på docka för att träna på det som vederbörande önskar.

Vikten av att ha ett öppet klimat på arbetsplatsen där vederbörande vid kommande förlossning kan be om extra stöd, om så önskas, är stor. Även barnmorska och/eller läkare som varit ansvariga tidigare i förloppet kan i vissa fall gagnas av protokoll och återkoppling.

Övriga inkopplade så som undersköterska och assisterande barnmorska kommer inte inkluderas i återkopplingen utan får vid behov av samtal själva ta initiativ till detta.

## Uppföljning och omvårdnad på BB

Skriftlig [patientinformation](#) (finns på flera språk) överlämnas och barnmorskan/läkaren ger också en muntlig information samt markerar bristningens omfattning i patientinformationen. Det är av stor vikt att man säkerställer att dialog kring informationen sker och att patienten ges tillfälle att ställa sina frågor (se rekommendationer [backenbottenutbildning.se](#)).

Säkerställ att adekvat smärtlindring ges, uppmärksamma blåsfunktion och tarmfunktion under vårdtiden. Viktigt att motverka obstipation. Klinikfavorit i NCS se läkemedelsbehandling ovan. Patienten rekommenderas att fortsätta behandling och egenvård efter utskrivning. Ibland kan man behöva rekommendera ytterligare bulkmedel (Visiblin, Inolaxol) eller Movikol, Moxalole och rikligt med vätska.

Patienter med grad 3–4 bristning (samt övrig komplicerad bristning vid behov): Barnmorska ringer sjukgymnast för planering av individuellt möte med sjukgymnast på BB.

Halmstad: Barnmorska på BB skriver remiss till sjukgymnast.

Varberg: Utskrivande läkare skriver remiss till sjukgymnast

## Bristningsregistret

Är ett nationellt kvalitetsregister för uppföljning av förlossningsbristningar. Alla patienter med grad 2–4 bristning samt perineotomi informeras om inkludering i [bristningsregistret](#). Säkerställ att patienten har registrerat sig på 1177. Annars rekommendera att patienten gör detta. Finns även som app. Då kommer alla uppföljande enkäter från bristningsregistret automatiskt till uppgiven mailadress och patienten ges möjlighet till uppföljning av sin förlossningsbristning. Patienten fyller initialt i en allmän hälsodeklaration och får sedan en enkät efter 8 veckor respektive 1 år.

## Inför hemgång

Alla kvinnor med grad 2–4 bristning, perineotomi, isolerad vaginalruptur, misstänkt levatorskada eller oklara symptom ska undersökas på BB innan hemgång eller i samband med återbesöket på BB-mottagningen vid tidig hemgång. Detta för att upptäcka tecken på infektion, hematom, sårruptur eller andra komplikationer.

Fråga om smärta, avförings-/gas- eller urinvägsbesvär. Normalisera, informera och hänvisa till patientinformationen om förlossningsbristning. Säkerställ att kvinnan kan ta till sig den skriftliga informationen. Informera om vikten av att delta i bristningsregistret. Se till att patienten vet var hon skall vända sig vid eventuella besvär efter sin bristning.

Patient med:

- grad 1–2 bristning och/eller som genomgått perineotomi skrivs ut av barnmorska.

- komplicerad grad 2 bristning (inkl misstänkt levatorskada), hematom eller grad 3–4 bristning skrivs ut av läkare. Remiss till sjukgymnast vid grad 3–4 bristning samt vid misstänkt levatorskada. Kan även övervägas vid annan komplicerad grad 2 bristning.

## Undersökning enligt checklista

Undersökning ska ske i gynstol. Vulva inspekteras tillsammans med kvinnan med hjälp av en spegel.

- Hur ser mellangården ut, är den väl uppbyggd?
- Är analöppningen symmetrisk, rynkad och rund?
- Suturraden? Oretad? Glipar? Ruptur?
- Känn försiktigt med ett finger i slidan för att känna att det är symmetriskt och att det inte finns tecken på hematom eller infektion.
- Hematom? smärta, asymmetri, inre svullnad.
- Infektionstecken? svullnad, smärta, värmeökning, avvikande lukt, rodnade sårkanter.
- Be kvinnan knipa lite och att slappna av för att säkerställa att hon hittar muskelkontrollen, framför allt avspänningen. Det är viktigt för att motverka överspänning och smärta i efterförloppet.
- Titta efter hemorrojder och ge råd om receptfria krämer och stolpiller om det behövs.

Vid avvikande fynd kontakta läkare.

Dokumentation: Undersökning utan anmärkning enligt checklista ovan. Detta och eventuella avvikelser samt åtgärder dokumenteras i löpande text under sökordet Bristning i Obstetrix.

## Sjukgymnast

Ger individuell information till alla patienter med grad 3–4 bristning. Följer upp grad 3 – 4 bristning, misstänkt levatorskada och vid behov övriga komplicerade grad 2 bristningar efter 6–8 veckor.

HSV: Utomlänspatienter erbjuds tid till sjukgymnast på HSV. Om patienten hellre önskar uppföljning hos sjukgymnast i Göteborg bör remiss skickas till Östra eller Sahlgrenska, ej till vårdcentral i Göteborg. Sjukgymnast brukar diskutera var uppföljningen ska ske vid patientbesöket på BB och meddelar barnmorska vart remissen ska skickas.

## Sårruptur

Evidens kring resuturering är bristfällig. Klinisk erfarenhet tyder dock på att klipp eller bristning som rupturerar kan åtgärdas direkt eller inom en till två veckor. Fördelen med att resuturera är att patienten får mindre smärta och i de flesta fall ett bättre slutresultat. Sker rupturen senare så får individuell bedömning göras. Orsaken till sårruptur är dock ofta en infektion som behöver behandlas först. Sårodling samt eventuell blododling före start av antibiotikabehandling. Antibiotikabehandling intravenöst eller per os, beroende på svårighetsgrad. Lämpligt att vänta med resuturering (2-) 3 dygn efter påbörjad



antibiotikabehandling. Vid intravenösa antibiotika räcker 24 timmar (3 doser) (ref bäckenbottencentrum Malmö). Fortsatt antibiotikabehandling minst 3 dygn efter suturering. Förstahandsalternativ: Tabl. Amoxicillin/Klavuransyra 500 mg x 3 + Metronidazol 400 mg x 3. Vid behov av intravenöst antibiotika: Piperacillin/Tazobactam. Vid resuturering efter sårruptur kan man överväga icke resorberar sutur i huden för bättre hållfasthet. Man kan med fördel fota bristningen och lägga upp bilder i VidiView för att följa förloppet.

Sårruptur diagnoskod: O90.1  
Op-kod vid resuturering: KVÅ-kod: MWA00

## Uppföljning

Vid problem av bristning inom en vecka efter förlossning, hänvisas patienten till förlossningsavdelning för kontroll.

Vid problem av bristning mer än en vecka efter förlossning, se separat vårdriktlinje: [Sena besvär efter förlossningsskada - KK HS](#) alternativt [Hänvisningskarta VG-regionen](#).

## Återbesök

### Grad 2 bristning

Efterkontroll hos barnmorska KHV. Återbesök till läkare KHV vid behov vid komplicerad grad 2 bristning. Se grad 3–4 bristning nedan.

Var god se [Eftervård gravid-bäckenbotten KHV Halland](#) samt Bilaga 5 [Fråga Se Känn](#)

### Misstänkt levatorskada

Återbesök till läkare KHV efter 10 veckor. Se grad 3–4 bristning nedan.

### Grad 3–4 bristning

#### Varberg:

Återbesök hos läkare på KHV efter cirka 10 veckor. Patienten bokar själv via sin PAB. Bokas i första hand till operatör och i andra hand till obstetrisk specialist. (Om operatör är gynekolog och vill se patienten själv på återbesök så får vederbörande boka detta själv och meddela patient.)

Utomlänspatienter erbjuds återbesök till operatör eller obstetrisk specialist på förlossningsmottagningen. Planeras i samråd med utskrivande läkare.

#### Halmstad:

Återbesök hos läkare på KHV efter cirka 10 veckor. Patienten bokar själv via sin PAB. Om möjligt till operatören och vid behov till Graviditets- och ultraljudsmottagningen. Planeras i samråd med utskrivande läkare. Uppmärksamhet på utomlänspatienter som kan behöva bokas till Graviditets och ultraljudsmottagningen.

### Vid återbesöket:

Går man igenom noggrann anamnes avseende smärta, dyspareuni, gas/faecesinkontinens mm, samt status. [Rådgivning vid problem efter förlossning \(backenbottenutbildning.se\)](#)

## Om patient har kvarvarande besvär efter sin bristning

Vid akuta besvär: Skrivs remiss till gyn.

Vid övriga besvär: Utvärdera behov av fortsatt kontakt med sjukgymnast? Samråd gärna med sjukgymnast och vid behov förnyad remiss. Skriv remiss till bristningsbarnmorska för uppföljning och bevakning av patienten.

Vid komplicerade besvär individuell uppföljning, samråd med bristningsbarnmorska, bäckenbottenteam vid behov. Om kvinnan har fortsatta besvär 1 år efter sin förlossning bör hon få en läkarbedömning och vid behov erbjudas 3D-ultraljud för diagnos av levatorskada.

## Planering inför nästa förlossning vid grad 3- och 4-bristning

Patienten ska erbjudas läkarbesök vid ny graviditet.

Viktigt med information och diskussion med patienten. Patientens önskemål ska beaktas.

Förlossningssätt vid ny graviditet bedöms individuellt baserat på kvarstående besvär och skadans omfattning. Kvinnor som någon gång efter sfinkterruptur har reopererats eller haft långvariga besvär ska erbjudas elektivt sectio. Kvinnor utan besvär eller efter eget önskemål kan förlösas vaginalt.

## Bilaga 1: Mall för suturering

**Identifiera graden av bristning.** Undersök alltid med ett finger rektalt. Det är ofta en fördel att ha kvar ett finger i rectum när man suturerar.

### Vaginal bristning

Om ett rektocel lätt kan provoceras är det stor risk för bristning i rektovaginal fascia. Identifiera med fördel fascian med två böjda peanger/fransyskor. Sy i två lager fortlöpande med början proximalt, först fascian och sedan slemhinnan. Förankra rectovaginala fascian ner mot perinealkroppen. Slemhinne lagret adapterar också hymen. Kontrollera att vaginalmynningen genomsläpper 2–3 fingrar. Suturmaterial: multifilament (t ex Vicryl), 2–0 i fascialagret och i slemhinnan.

### Perineal bristning grad 3 och 4

Analslemhinna sys med enstaka alternativt med fortlöpande sutur monofilament till exempel Monocryl 3–0. Knuten ska placeras mot vagina. Interna sfinktern sys fortlöpande med multifilament (t ex Vicryl 3–0). Externa sfinktern sys med enstaka madrasssuturer, 2–4 stycken end to end alternativt med "overlap". För att undvika att det "skär" kan man ta med muskelfascian i stygnen. Lämpligt suturmaterial är multifilament (t ex Vicryl 0 eller 2–0).

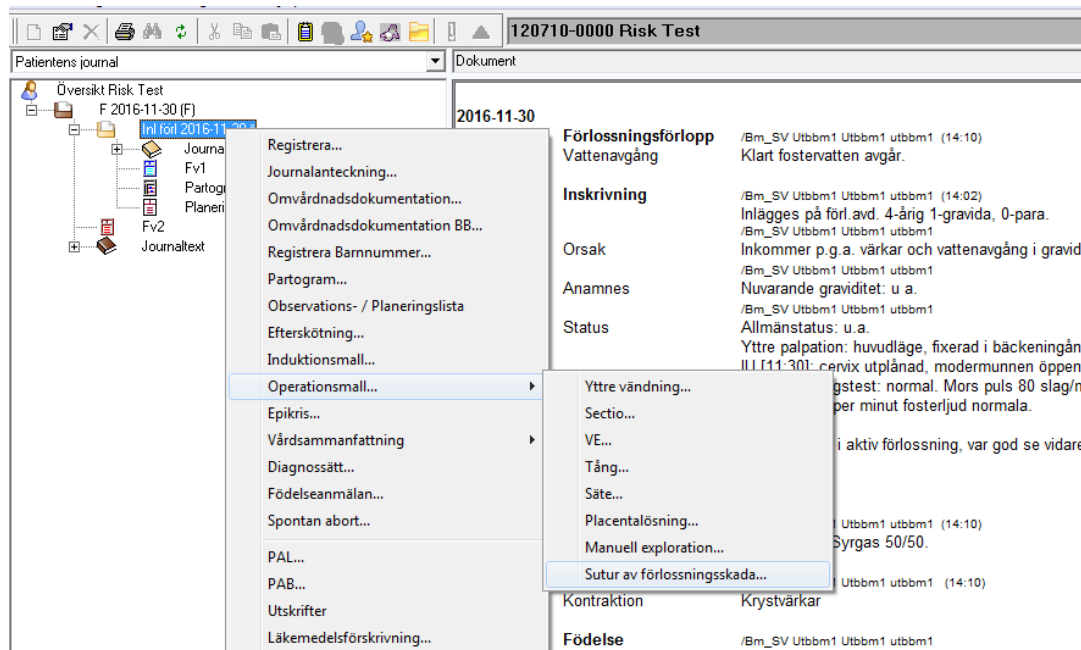
### Perineal bristning grad 2 och perineotomi

Om bristning uppkommit i vagina, sys den först ner till hymenplan, se ovan. Identifiera musculus transversus perinei under huden lateralt, gärna med hjälp av fransyskor. Sy med enstaka eller fortlöpande sutur. Sök efter musculus bulbocavernosus i labia majora och adaptera ner i perinealkroppen. Försäkra dig om att du fått ett bra tag som innefattar muskelfascia, annars är det risk att suturen "skär". Om fortlöpande sutur används, ska en stoppknut göras innan övergång till lagret ovanför. Sy fascian fortlöpande under perinealhuden nerifrån och upp. Suturmaterial: multifilament (t ex Vicryl 2–0). Avsluta med intracutan hudsutur eller enstaka hudsutur. Försök att undvika att knutarna hamnar i introitus.

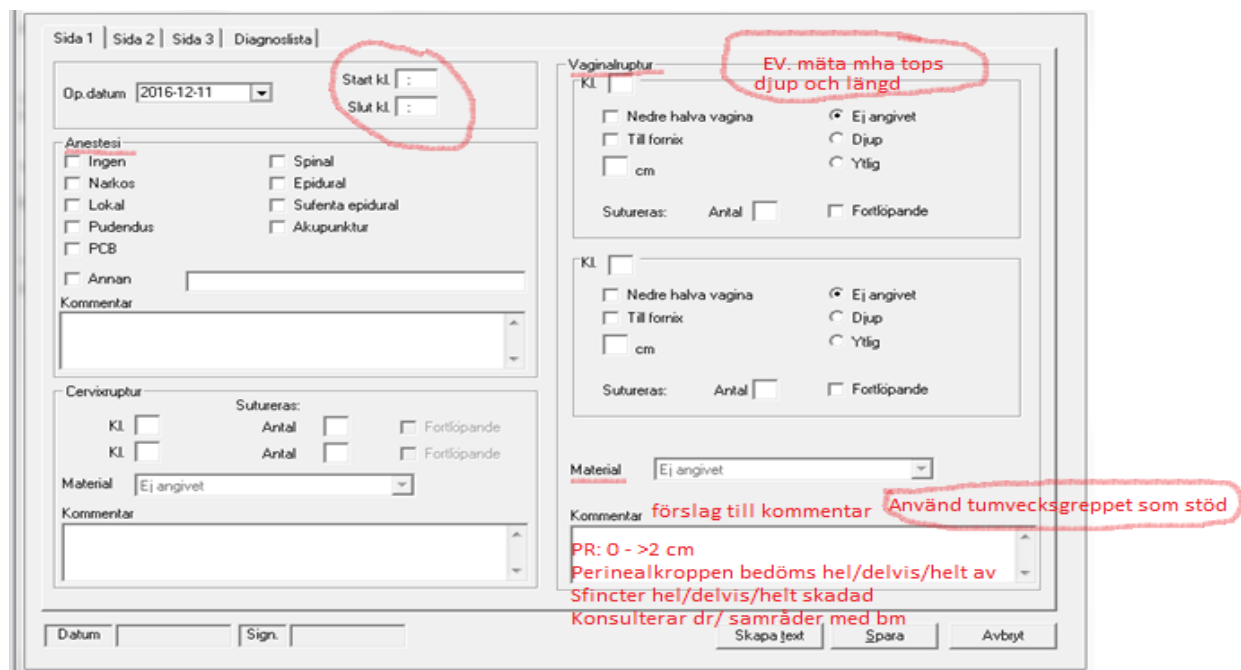
### Perineal bristning grad 1

Huden utanför hymenalringen och huden i perineum kan med fördel slutas med en fortlöpande, kaststygn eller intracutant monofilament tråd (t ex Monocryl 3–0 eller 4–0). Syr man subcutant kan man även använda multifilamentsutur (t ex Vicryl rapid). Den ska däremot inte sys igenom intakt hud. Det är inte huden som ska hålla ihop mellangården utan de underliggande muskelfästena.

## Bilaga 2: Op-mall grad 2 bristning



The screenshot shows a medical software interface for a patient named '120710-0000 Risk Test'. The left pane shows a tree view of the patient's journal with a menu open over the 'Inl. torl 2016-11-30' entry. The menu includes options like 'Registrera...', 'Journalanteckning...', and 'Sutur av förlossningsskada...'. The right pane shows medical notes for '2016-11-30' under the heading 'Förlossningsförlopp Vattenavgång'. The notes describe the patient's condition during labor, including 'Inskrivning', 'Orsak', 'Anamnes', 'Status', 'Kontraktion', and 'Födelse'. The 'Sutur av förlossningsskada...' option is highlighted in the menu.



The screenshot shows a surgical template form for 'Vaginalruptur'. The form includes fields for 'Op.datum' (2016-12-11), 'Start kl.', and 'Slut kl.'. There are sections for 'Anestesi', 'Cervixruptur', and 'Vaginalruptur'. The 'Vaginalruptur' section has checkboxes for 'Nedre halva vagina', 'Till fornix', and 'cm', and radio buttons for 'Ej angivet', 'Djup', and 'Ytlig'. There are also fields for 'Sutureras: Antal' and 'Fortlopande'. A 'Material' dropdown is set to 'Ej angivet'. A 'Kommentar' field contains the text: 'PR: 0 - >2 cm Perinealkroppen bedöms hel/delvis/helt av Sfincter hel/delvis/helt skadad Konsulterar dr/ samråder med bm'. Handwritten red annotations include: 'EV- mäta mha tops djup och längd' (circled), 'Använd tumvecksgreppet som stöd' (circled), and 'förslag till kommentar' (underlined).

>= 2 cm Mest sannolikt att PK bedöms hel el delvis av och att sfincter muskulaturen är hel

1 - 2 cm PK kan vara hel/delvisa av/av. Sfinctermuskulaturen kan vara svår att bedömma. Om tveksam konsultera kollega och/eller doktor

< 1 cm Sannolikt är PK av och sfinctermuskulaturen är skadad. Konsultera doktor.

KKHS

Fastställd av: Verksamhetschef, Godkänt: 2024-04-15

Huvudförfattare: Holmström Sandra HS KK

Sutur av förlossningsskada 120710-0000 Risk Test /utbbm1

Sida 1 Sida 2 Sida 3 Diagnostiklista

Perinealruptur

Ej angivet  Grad II  Grad III  Grad IV

Grad III

Ej angivet  
 Total sfinkterruptur  
 Partiell sfinkterruptur

Ej angivet  
 < halva sfinktern  
 > halva sfinktern

Sutureras: Antal

Teknik:  Ej angivet  End to end  Overlap

Material:

Kommentar

Grad IV

Slemhinne ruptur  cm

Sutureras: Antal  Fortlöpande

Material:

Sfinktern sutureras med Antal

Teknik:  Ej angivet  End to end  Overlap

Material:

Kommentar

Perineum

Sutureras: Antal  Flerfald  Fortlöpande

Material:

2016-12-11  
7:00

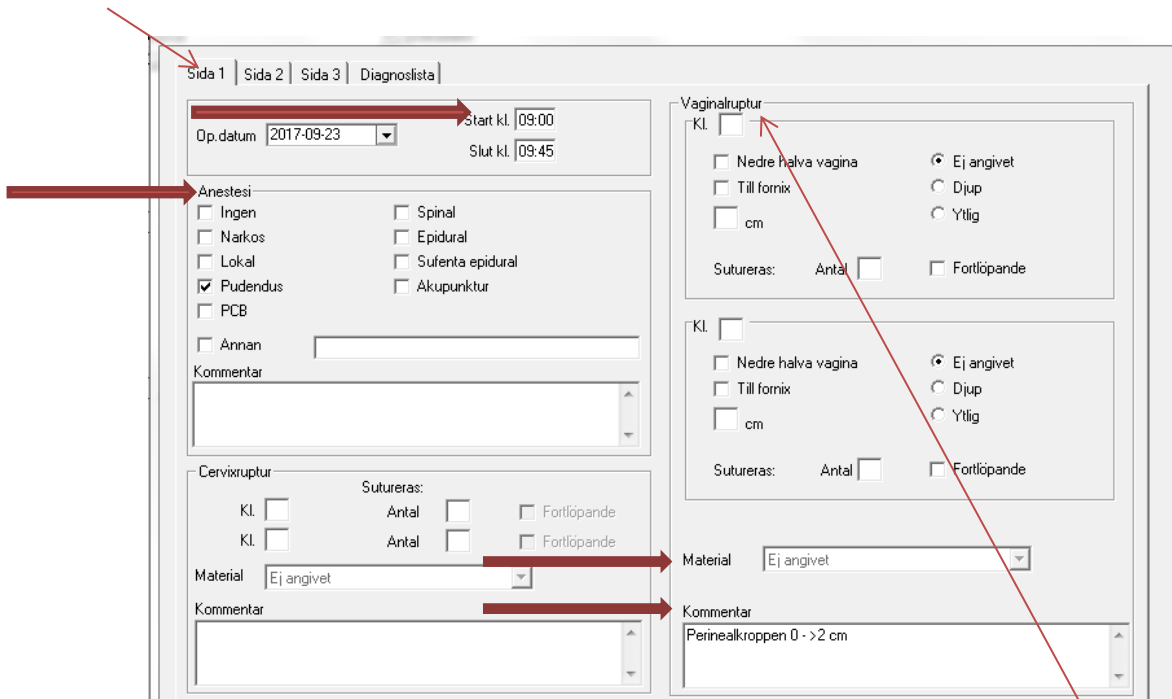
**Operationsberättelse**  
Sutur

/Bm\_SV Utbbm1 Utbbm1 utbbm1 (17:38)

[OS]Sutur av förlossningsskada Diagnos och op. koder: O70.1 och MBC30  
Operationsdatum: 2016-12-11. Början kl: 17:00. Slut kl: 17:20  
Anestesi: Transcutan PDB.

Det har uppstått en ytlig vaginalruptur kl: 5 i nedre halva vagina och en djup vaginalruptur, 3 cm, kl: 7 till fornix samt en perinealruptur grad II.  
Vagina sutureras kl. 5 med 2 Vicryl, samt kl: 7 med fortlöpande Vicryl.  
Huden sutureras intracutant. Suturerna ska ej tas bort.  
Blödningen uppmättes till 50 ml.  
Torkkontroll utförs.  
Ingreppet bedöms okomplicerat.

### Bilaga 3: Op-mall perineotomi



Sida 1 | Sida 2 | Sida 3 | Diagnoslista

Op.datum: 2017-09-23 Start kl. 09:00 Slut kl. 09:45

**Anestesi**

- Ingen
- Narkos
- Lokal
- Pudendus
- PCB
- Annan

Spinal

Epidural

Sufenta epidural

Akupunktur

Kommentar

**Cervixruptur**

Sutureras:  Antal  Fortlöpande

Kl.  Nedre halva vagina

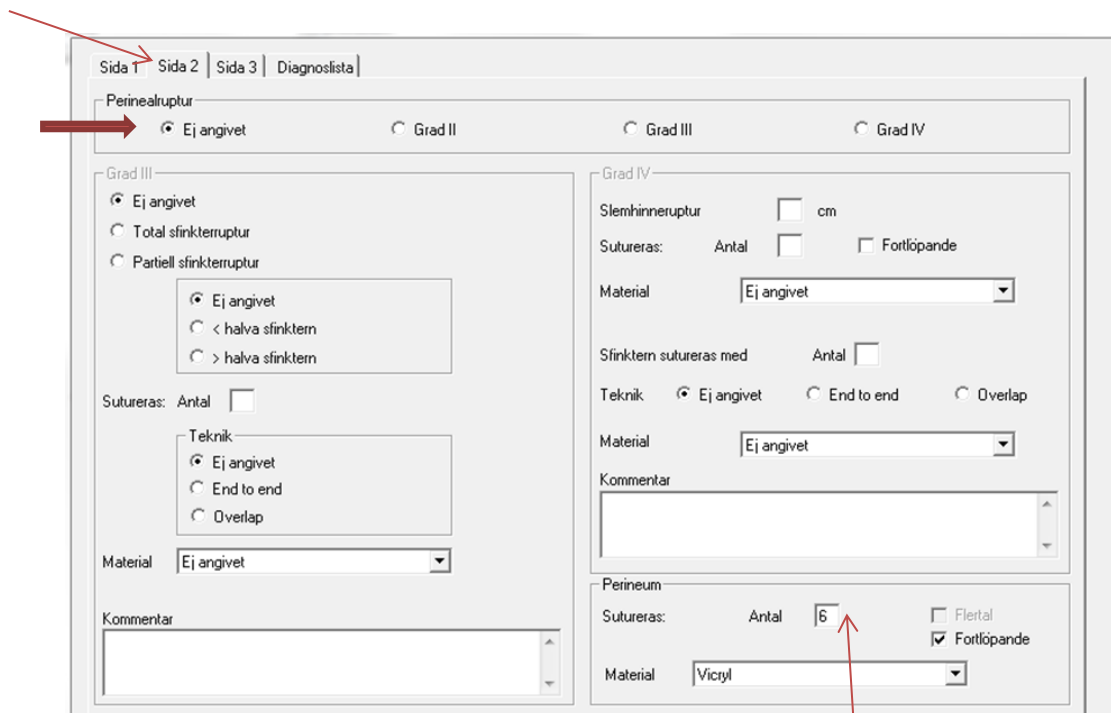
Kl.  Till fornix

cm

Material: Ej angivet

Kommentar: Perinealkroppen 0 - >2 cm

Om (vaginal)bristning utöver POS har uppstått använd även ruta för vaginalruptur annars lämna tom!



Sida 1 | Sida 2 | Sida 3 | Diagnoslista

**Perinealruptur**

Ej angivet  Grad II  Grad III  Grad IV

**Grad III**

- Ej angivet
- Total sfinkterruptur
- Partiell sfinkterruptur

< halva sfinktern

> halva sfinktern

Sutureras: Antal

Teknik:  Ej angivet  End to end  Overlap

Material: Ej angivet

Kommentar

**Grad IV**

Slemhinneruptur  cm

Sutureras: Antal  Fortlöpande

Material: Ej angivet

Sfinktern sutureras med: Antal

Teknik:  Ej angivet  End to end  Overlap

Material: Ej angivet

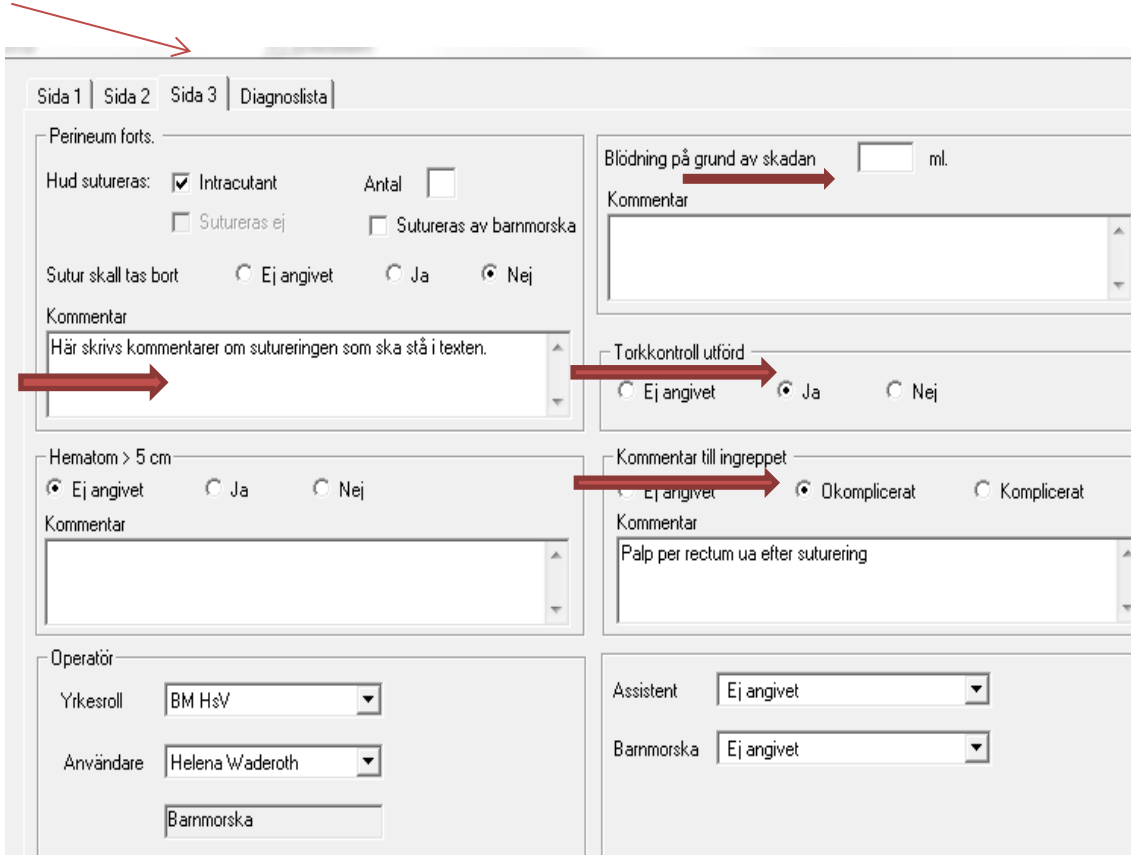
Kommentar

**Perineum**

Sutureras: Antal  Flertal  Fortlöpande

Material: Vicryl

Vid ENDAST POS används rutan "Ej angivet".  
Vid SAMTIDIG grad II bristning UTÖVER POS, använd rutan "grad II" rutan.  
Här avses suturering av perinealkroppen= de inre stygnen i klippet.  
Övriga kommentarer till bristningen som man vill ha i löpande text lämnas på sida 3!



The screenshot shows a medical form with several sections. Red arrows point to the following elements:

- An arrow points to the "Sida 3" tab at the top.
- An arrow points to the "Intracutant" checkbox under "Hud sutureras".
- An arrow points to the "Sutureras ej" checkbox.
- An arrow points to the "Ej angivet" radio button under "Sutur skall tas bort".
- An arrow points to the "Kommentar" text area containing the text "Här skrivs kommentarer om sutureringen som ska stå i texten."
- An arrow points to the "Blödning på grund av skadan" input field.
- An arrow points to the "Torkkontroll utförd" section, specifically the "Ja" radio button.
- An arrow points to the "Kommentar till ingreppet" section, specifically the "Ej angivet" radio button.
- An arrow points to the "Palp per rectum ua efter suturering" text area.

Glöm inte att kryssa i POS på Fv1:an för att generera en diagnos!

#### Bilaga 4: Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV

Barnmorska: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Diagnos: \_\_\_\_\_

Läkare: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_

Patient id.

Förstföderska	Omföderska			
<b>Vem förlöste</b>	Barnmorska	Läkare	Student	
<b>Förlossningssätt</b>	Vaginal	VE	Tång	Traktion

<b>Var riskbedömning gjord?</b>	Ja	Nej	Dokumenterad
<b>Tidigare kejsarsnitt</b>	Ja		Nej
<b>Tidigare sfinkterskada</b>	Ja		Nej
<b>Könsstympad</b>	Ja		Nej
<b>Perineums höjd (alt. ange i cm)</b>	Låg	Medel	Hög
<b>Svullnad i yttre genitalia</b>	Mycket	Ringa	Ingen
<b>Sekundär värksvaghet</b>	Ja		Nej
<b>Var krystsamtal genomfört?</b>	Ja		Nej
<b>Aktiv krystning</b>	<30 min	30-60 min	>60 min
<b>När huvudet stod i genomskärning</b>	Krystande kvinna		Flåsande Kvinna
<b>Påskyndades utdrivningen p.g.a oro för fosterljudspåverkan</b>	Ja		Nej
<b>Oxytocininf. I utdrivningskedet</b>	Ja		Nej
<b>– Om ja:</b>	Sänktes	Stationärt	Ökades
<b>POS</b>	Ja		Nej
<b>Skulderdystoci</b>	Ja		Nej
<b>Hade kvinnan smärtlindring</b>	Ja		Nej
<b>Om Ja – vilken:</b>			
<b>Kollegialt stöd</b>	Ja		Nej

Förlossningsställning: \_\_\_\_\_

Typ av perinealskydd: \_\_\_\_\_

Barnvikt: \_\_\_\_\_

Reflektioner: \_\_\_\_\_



## Bilaga 5: Fråga Se Känn

### Fråga

- ❖ Har du problem med underlivet?
- ❖ Hur känns underlivet?
- ❖ Upplevs någon svullnad?
- ❖ Hur fungerar det att kissa? Läcker det urin?
- ❖ Hur fungerar det att bajsas? Läcker det gaser? Läcker det avföring?
- ❖ Hur fungerar det med samliv/sex?

#### Uppmärksamma:

- Tyngdkänsla
- Skav
- Stramhet
- Smärta
- Öppenhetkänsla
- Globuskänsla
- Ofullständig tarmtömning
- Inkontinens

### Se

- ❖ Inspektera vulva, gärna tillsammans med kvinnan med hjälpspegel
- ❖ Inspektera rynkning kring anus. Slutet, cirkulärt anus?

#### Uppmärksamma:

- Hög perineum
- Låg perineum
- Hymenkanterna långt isär
- Bristande symmetri i rynkmönster runt anus **tillsammans** med anamnes gas-/faecesläckage
- Kompensation vid knip - spänner säte, insida lår, håller andan

### Känn

- ❖ Känn åt sidorna för att hitta den långa knipmuskeln, m. puborektalis
- ❖ Be kvinnan knipa:

Bedöm knipförmågan enligt skala 0-5 nedan:

0. Ingen muskelanspänning alls
1. Förnimmelse av anspänning
2. Svag anspänning
3. Moderat anspänning
4. God anspänning
5. Riktigt stark anspänning

#### Uppmärksamma:

- Svag eller utebliven knipförmåga

## Bilaga 6: Hänvisningskarta SU

Syftet med hänvisningskartan är att patienten ska hänvisas till rätt instans beroende på symtom och tidsintervall efter förlossningen. Lokala variationer kan förekomma och finns förklarade sist i dokumentet. Förklaring till förkortningar, typ av remiss samt länk till patientinformation finns också i slutet av dokumentet.

Besvär/fynd	0-3 mån	4-6 mån	6-12 mån	>12 mån
<b>Svagt knip</b>	Egenvårdsråd -BMM Fys-ÖV		Fys-ÖV	
<b>Urinläckage</b>	Egenvårdsråd - BMM, Fys-ÖV + VC för förskrivning av skydd (Totalt urinläckage → Obstetrisk mott inom 1 v)	Fys-ÖV + VC ( <a href="#">RMR urininkontinens</a> )		
<b>Gasläckage</b>	Fys-ÖV		Gyn-ÖV, Fys-SV → Gyn-SV	
<b>Faecesinkontinens</b>	Obstetrisk mott (1 v) Fys-SV	Gyn-ÖV: ev. remiss → Fys-SV	Gyn-ÖV: → Fys-SV + ev. remiss → kolorectal*	Gyn-ÖV: → Fys-SV + ev. remiss → kolorectal*, Gyn-SV
<b>Samlagssmärta</b>	Egenvårdsråd BMM, →Läkare vid behov	Gyn-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV om hög tonus	Gyn-ÖV, Fys-ÖV, SMC/Vulvamott
<b>Bäckenbottensmärta, tyngd/tryck/obehag</b>	Egenvårdsråd-BMM, →Läkare vid behov, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV Fys-SV vid behov	
<b>Misstanke om framfall</b>	Bm BMM, →Läkare vid behov, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, Fys-ÖV	Gyn-ÖV, ev. remiss → Gyn-SV	
<b>Bäckensmärta</b>	Fys-ÖV, VC →Läkare vid nydebuterad bäckensmärta Fys-ÖV, VC ( <a href="#">RMR ansvarsfördelning allmänmedicin och gynekologi</a> )			
<b>Stygn som gått upp/glipar, ärrsmärta efter grad I-II</b>	Bm BMM, →Läkare vid behov Obstetrisk mott /Bristningsmott	Gyn-ÖV	Gyn-ÖV, ev. remiss → Gyn-SV	

Besvär/fynd	0-3 mån	4-6 mån	6-12 mån	>12 mån
<b>Sfinkterskada (grad III-IV) (Sköts av slutenvården, rutin finns)</b>	Fys-SV → Obstetrisk mott	Fys-SV, Vid besvär, åter till operatör	Fys-SV, Kolorectal	

## Remisser

Fys-ÖV: Inget remisskrav, patient bokar själv till fysioterapeut inom kvinnohälsa  
Fys-SV: Egenremiss, läkarremiss eller remiss från primärvårdsfysioterapeut  
Gyn-ÖV: Egenremiss  
Gyn-SV: Läkarremiss  
Obstetrisk mott: Barnmorskeremiss  
Bristningsmottagning SU: barnmorska  
Kolorectal: Remiss från gynekolog/obstetriker efter 6 mån konservativ behandling  
Sexualmedicinskt centrum: Egenremiss alternativt remiss från vårdgivare

## Förkortningar

Fys-ÖV: Fysioterapeut öppenvård  
Fys-SV: Fysioterapeut slutenvård  
Gyn-ÖV: Gyn öppenvård  
Gyn-SV: Gyn slutenvård  
VC: Vårdcentral  
BMM: Barnmorskemottagning  
Läkare: Läkare på BMM, läkare på kvinnoklinik  
SMC: Sexualmedicinskt centrum  
RMR: Regional medicinsk riktlinje

## Länkar

[Sfinkterskada- Checklista - KK Varberg](#) (Rutin)  
[Sfinkterskada-Flödesschema - KK Varberg](#) (Rutin)  
[Sfinkterskada - Info om din förlossningsbristning- KKV](#) (Patientinformation)  
[Förlossningsbristning - profylax - KKHS](#) (Riktlinje med bilaga blankett: Uppföljning sfinkterrupturer grad III-IV)

Sfinktermappen, protokoll för den enskilda patienten. Finns på förlossningsavdelningen.

## Uppdaterat från föregående version

240411: Mindre ändringar i stycke "Diagnostik" och "Åtgärd".  
240206: Lagt till stycke, När vederbörande fyllt i protokollet lämnar man det till bristningsgruppen för statistik och rubrik, Arbetsrutin för återkoppling. Lagt till Bilaga Bilaga 4: Uppföljning av sfinkterrupturer grad III-IV.  
230512: Ändrat titeln, ändrat tid för prioritering i operationsanmälan. Förtydligande när antibiotikaprofylax skall ges. Tagit bort en inaktuell mening kring återbesök. Lagt till diagnoskod för sårruptur.  
220304: Ny vårdriktlinje, ersätter vårdriktlinje Sfinkterskador samt vårdriktlinje Förlossningsbristning-omvårdnad och uppföljning.