

Hyperemesis gravidarum

Endring siden forrige versjon

Lagt til Largactil under peroral behandling

Hensikt

Sikre at pasienter med hyperemesis gravidarum mottar god og helhetlig behandling og pleie.

Målgruppe

Medarbeidere ved Kvinneklinikken

Fremgangsmåte

Generelt

Svangerskapsbetinget emesis er et vanlig fenomen i første trimester og forsvinner som regel ubehandlet etter 12. til 14. svangerskapsuke. En liten del av gravide kvinner (0,1-1 %) utvikler hyperemesis med vedvarende kvalme, brekninger og vekttap som krever behandling. Disse innlegges som øyeblikkelig hjelp via gynekologisk poliklinikk eller akuttmottak.

Definisjon

Hyperemesis gravidarum: Svangerskapsbrekninger, vedvarende kvalme og oppkast i svangerskapet.

Arbeidsprosess

Innkomst:

- Gi pasienten informasjon om nødvendigheten av mest mulig ro under oppholdet.
- For å vurdere grad av symptomer kan [PUQE \(Pregnancy-Unique-Quantification of Emesis\) - skåringsskjema](#) være til hjelp.
- Levere ut [Svangerskapsbrekninger, informasjon til pasienter og pårørende](#).
- Kvinnen kan spise og drikke det hun har lyst på, bør spise ofte og lite, og forsøke å drikke. Hun bør unngå sterkt krydret, tungt fordøyelig mat. Faste har ingen effekt på kvalmen.
- Pasienten veies. OBS: vektnedgang >5-7 %, sammenlignet med pregravid vekt.
- Legge inn perifer venekanylene og administrere forordnet væskebehandling.
- Kontrollere at følgende blodprøver er tatt: Hb, Hk, Leukocytter, Na, K, Kreatinin, Albumin, Bilirubin, ASAT, ALAT, amylase
- Ved mistanke om hypertyreose: TSH og FT4. HCG har stimulerende effekt på tyreoida via TSH reseptor, og kan føre til HCG-indusert hypertyreose. For å skille mellom autoimmun stoffskiftesykdom og HCG-indusert hypertyreose må TRAS måles. Ved HCG-indusert hypertyreose vil det som regel være klinisk bedring og normalisering av TSH/FT4 i andre trimester.
- Ved langvarig sykdom: Mg, P, Ca, Cl
- På indikasjon: gastroskopi

Daglige observasjoner:

- Ketoner i urin
- Hyppighet av oppkast/brekninger
- Måle drikke og dokumentere matinntak
- Pasientens allmenntilstand

Andre observasjoner:

- Vekt x 2/uke
- Bestille blodprøver etter legens forordning
- BT og puls x 2/uke, eventuelt oftere ved legens forordning

Innleggelse av hyperemesis: Sykehus eller KAD

Ved behov for innleggelse av hyperemesis må det vurderes om pasienten kan behandles i KAD eller på sykehuset.

For inklusjonskriterier i KAD, se prosedyre [Hyperemesis gravidarum - KAD behandlingsregime](#).

Legevaktslege skal reservere plass i KAD hvis pasient kan behandles der, men pasienten må sendes til sykehus for vurdering før innleggelse i KAD. Sykehuslege må sende notat til KAD hvor det fremgår anamnese, undersøkelser og behandlingsplan. Sykehuset må bekrefte at pasienten kommer til reservert KAD plass, dette kan gjøres av sykepleier.

Medisinsk behandling:

- Largactil (klorpromazin) 12,5mg i 1000ml NaCl i.v. i løpet av de første 12 timer.
- Largactil (klorpromazin) 12,5mg i 1000ml Ringer i.v. i løpet av de neste 12 timer.
Til sammen 25mg Largactil i.v. pr.døgn.
- Multivitamin tbl. x 1 pr. døgn.
- Multivit. B-ampuller 2ml i.m. 2x/uke.
- Vurdere behov for tromboembolisk profylakse hos immobilisert pasient.
- Korrigere evt. Elektrolyttforstyrrelser (se under).

Perorale behandlingsalternativer:

- Postafen (meclozin) p.o. 25mg x 1-2
- Afipran (metoclopramid) p.o. 10mg x 2-3 / supp. 20mg x 2-3
- Stemetil (prochlorperazin) p.o. 5-10mg x 2-3
- Phenergan (prometazin) p.o. 25mg x 2-3
- Largactil (klorpromazin) p.o. 12,5mg x 2-3

OBS!

Afipran, Stemetil og Largactil bør ikke brukes av gravide i 3. trimester.

Følgende medikamenter kan vurderes hvis alt annet er forsøkt og situasjonen for kvinnen er ytterst alvorlig:

- Kortikosteroider: Dosering: 40 mg metylprednisolon per os de 3 første dager, deretter gradvis nedtrapping ved halvering av dosen hver 3. dag. Hvis ingen effekt er oppnådd etter 3-4 dager seponeres behandlingen. Forsiktighet bør utvises i 1. trimester.
- Zofran tabletter (Ondansetron) 4-8 mg x 2 per os.

Hvis tilstanden ikke bedrer seg kan det være aktuelt med sondeernæring. Sonden legges i jejunum via gastroscopi. TPN perifert eller sentralt kan være et alternativ. OBS! Vitaminer og sporstoffer skal tilsettes.

Korreksjon av elektrolyttforstyrrelser:

- Hyponatremi:
Lett: Na 130-136
Moderat: Na 120-129
Alvorlig: Na < 120
Lett hyponatremi kan korrigeres med væskebehandling. Moderat/alvorlig hyponatremi krever forsiktig korrigerende. Prosedyre [Hyponatremi - diagnostikk og behandling](#).
- Hypokalemi:
Lett K 3.0-3.5
Moderat: K 2.5-2.9
Alvorlig: K < 2.5
Hypokalemi kan korrigeres ved peroralt tilskudd av Kajos mikstur eller Kaleorid tabletter. Hvis pasient ikke kan ta peroralt tilsettes 20-40 mmol KCl i 1000 ml glukose 5%, Ringer eller NaCl. Skal gå inn over 4-6 timer.

Tromboseprofylakse

Vurder om det er behov for tromboseprofylakse ved immobilisering over 4 dager. Det gis Fragmin 5000IE ved vekt < 90 kg, og Fragmin 7500 IE ved vekt > 90 kg.

Ved utskrivelse

Det er viktig at pasienter fortsetter med kvalmestillende hjemme for å unngå reinnleggelser. Informasjon om kostråd og behov for vitamintilskudd.

Referanser

[F/2.2.11-05](#)

[Hyperemesis gravidarum - KAD behandlingsregime](#)

[F/2.2.11-27](#)

[PUQE \(Pregnancy-Unique-Quantification of Emesis\) - skåringsskjema](#)

[A4.2/3.2.3-01](#)

[Svangerskapsbrekninger, informasjon til pasienter og pårørende](#)

[A5.8.1/3.1-09](#)

[Hyponatremi - diagnostikk og behandling](#)

[Relis.no - Produsentuavhengig legemiddelinformasjon](#)

[Emesis & Hyperemesis gravidarum, NGF veileder i fødselshjelp](#)

[Veileder i fødselshjelp. Norsk gynekologisk forening](#)

Vedlegg

Slutt på Prosedyre