

Hyperemesis - illamående och kräkningar vid graviditet

Dokument-id i Barium
21596

Dokumentserie
skas/med

Giltigt t.o.m.
2022-03-31

Version
9

Innehållsansvarig: Gerald Wallsterson (gerwa2) (Läkare Gynekologi/K3 Barn och Kvinna/Skaraborgs Sjukhus)

Granskad av: Gerald Wallsterson (gerwa2) (Läkare Gynekologi/K3 Barn och Kvinna/Skaraborgs Sjukhus)

Godkänd av: Maria Söderberg (marso7) (Ledningsgrupp K3/K3 Barn och Kvinna/Skaraborgs Sjukhus)

verksamhetschef

Publicerad för: K3 Barn och Kvinna

Revideringar i denna version

Rättat till en länk.

Bakgrund

Illamående och kräkning under graviditet är väldigt vanligt och förekommer hos cirka 50–90 % av alla gravida. Etiologin är inte klarlagd men hormonella förändringar tros vara en av huvudorsakerna. Besvären debuterar vanligen mellan graviditetsvecka 4 och 8. Hos de flesta klingar besvären av successivt och försvinner senast i graviditetsvecka 20, men hos cirka 10 % kvarstår besvären fram till förlossningen. Hyperemesis är en svår form av graviditetsillamående och kräkningar, incidens 0,5–2 %, som innebär så uttalade besvär att det leder till dehydrering, elektrolytrubbningar, viktning och ketonuri vilket i sin tur ofta medför behov av sjukhusvård antingen inläggande eller via dagsjukvård. Kända riskfaktorer för att utveckla hyperemesis är: hyperemesis vid tidigare graviditet, flerbörd, mola, låg ålder, ätstörning, hypertyreos, mag-tarmbesvär, psykisk sjukdom och genomgången gastric bypass (GBP).

Arbetsbeskrivning

Egenvård

Som ett första steg i behandlingen bör råd ges om egenvård och receptfri behandling. Andra alternativ är tablett Postafen 25 mg, 1 x 2 och tablett Pyridoxin (vitamin B6) 40 mg, 1 x 3. Minskar framför allt illamående men inte kräkningar. Man kan också överväga att avsluta eventuell järnbehandling. Om fortsatt ihållande kräkningar trots ovanstående bokas patienten till gynekologisk dagjour för bedömning om behov finns av dagsjukvård alternativt slutenvård.

Mottagningsbedömning

Provtagning och kontroller inför läkarbesök:

- Urinsticka, minst 1+ ketoner för diagnos.
- Elstatus, Mg, Fosfat och Hb.
- Blodtryck och puls.
- Vikt.

Anamnes och undersökning

Vid besöket bör nedanstående uppgifter inhämtas:

Duration, grad och frekvens av illamående och kräkning. Andra orsaker till kräkning? Differentialdiagnoser? Tidigare och nuvarande sjukdomar, som exempelvis gastrit (HP) och tyreoidesjukdom samt läkemedel. Bedöm dehydreringsgrad: miktionsfrekvens och mängd, hudturgor, torra slemhinnor, törst, takykardi. Ultraljud kan påvisa duplexgraviditet eller patologisk graviditet som mola. Ska göras vid första besöket om ej tidigare utfört.

Behandling

Syftet är att minska symtom på illamående och kräkningar, korrigera dehydrering och elektrolytrubbningar och förhindra komplikationer.

Läkemedel för egenvård i hemmet

Följande är exempel på läkemedel som går att använda var för sig eller i kombination. Starta lämpligen med de receptfria alternativen.

- Tablett Pyridoxin (vitamin B6) 40 mg, 1 x 3, receptfritt.
- Tablett Postafen 25 mg, 1 x 2–4, receptfritt.
- Tablett Lergigan comp 10/50 mg, 1 x 2–4, receptbelagt. Kan bytas mot Lergigan 25 mg som är mer potent mot illamående men ger mer biverkningar i form av trötthet.
- Tablett Primperan 10 mg, 1 x 3, receptbelagt. OBS! Risk för biverkningar tardiv dyskinesi extrapyramidala biverkningar.
- Kapsel Omeprazol 20 mg, 1 x 1 vid frekventa kräkningar, vissa förpackningar är receptbelagda.
- Eventuellt D-vitamintillskott (mörkhyade kvinnor, heltäckande kläder).

Ondansetron-Zofran 4 mg, 1 x 3, ska enligt nya studier undvikas i största möjliga utsträckning till gravida på grund av ökad risk för hjärtmissbildning hos fostret. Ska inte ges förrän efter vecka 12.

Ta ställning till vårdnivå – dagsjukvård eller behov av slutenvård? Skriv in på gynavdelning 42 med ordinationer i Melior.

Ta ställning till Neurobion.

Vid mer än 3 veckors ihållande kräkningar ska man överväga injektion Neurobion i m 3 ml, en gång per dag i 3 dagar. Neurobion ges innan tillförsel av glukos då det annars kan förvärra. Detta ges på grund av risk för B1 (tiamin)-brist. B1-brist kan leda till irreversibla neurologiska skador i form av bland annat ögonmuskelpareser, koordinationsstörning, förvirring och demens (Wernickes Korsakoffs syndrom). Dag 4 kan man gå över till per oral behandling med till exempel tablett Beviplex Forte, 1 x 3 i minst 4 veckor.

OBS! Kvinnor som genomgått gastric bypass ska behandlas med Neurobion på vida indikationer då de har ett försämrat upptag av vitamin B1. Kroppens förråd av vitamin B1 är litet och en brist kan därför utvecklas extra snabbt hos dessa kvinnor.

Dagsjukvård

Patient överförs till gynavdelning 42.

Ordinera:

1. 1 000 ml NaCl (infusionshastighet 1–2 timmar).
2. 1 000 ml NaCl. Kaliumtillsats justeras efter elektrolytstatus, max 40 mmol/liter (2–3 timmar). Om behov av tillsatser kan med fördel Glukos 5 % med 40 Na 20 K väljas + eventuellt extra tillsatser utifrån elstatus.

Planera besök var tredje dag med målet att ge infusion med 2 liter vätska/besök. Vid återbesök görs kontroller som vid första besöket, kontakt med gynjour efter svar på elektrolytstatus inför andra litern vätska för ordination av eventuellt kaliumtillskott.

Slutenvård

Vid påverkat allmäntillstånd, påtagliga elektrolytrubbningar och 4+ eller mer i ketoner, bör slutenvård övervägas. U-ketoner är ett osäkert mått men kan bidra till helhetsbedömningen.

Överväg trombosprofilax.

Dokument-id i Barium
21596

Dokumentserie
skas/med

Giltigt t.o.m.
2022-03-31

Version
9

Kontroller på avdelningen

Dagligen bör elstatus, blodtryck och urinsticka med ketoner kontrolleras. Överväg om det finns behov av urinodling. Vätskebalans ska kontrolleras (vätskelista, urinmätning). Vikt registreras var tredje dag. Sträva efter urinproduktion > 1 liter per dygn.

Vätskebehandling

Dygn 1

Målet är att minst 3 liter vätska ska ges.

- 1 000 ml NaCl.
- 1 000 ml Glukos 5 % med 40 mmol Na + 20 mmol K + eventuella tillsatser.
- 1 000 ml Ringer-Acetat.

Dygn 2

1 000 ml glukos 5 % med 40 mmol Na + 20 mmol K + eventuellt extra tillsatser som bedöms utefter elstatus.

1 000 ml Ringer-Acetat, eventuell tillsats.

1 000 ml glukos 5 % med 40 mmol Na + 20 mmol K + eventuellt extra tillsatser som bedöms utefter elstatus.

Tillsatser: vid låga Mg och/eller fosfatvärden – ge 20 mmol Mg (Addex-Magnesiumsulfat 2,5 g = 20 mmol) respektive fosfat (Addex Glykofos). Nytt elstatus nästa dag.

Vid låga K-värden kan man tillsätta 40 mmol K till de 20 som redan ingår (alltså 1 000 ml Glukos 5 % med elektrolyter + 40 mmol Kaliumtillsats. Totalt därmed 60 mmol Kalium och 40 mmol Na per 1 000 ml Glukos 5 %).

Dygn 3

Som dygn 2, men där man lämpligen går över till glukos 10 % med elektrolyter om patienten inte alls kan försörja sig per os. Glukos 10 % är anpassad för perifert bruk och det alternativ som rekommenderas enligt Västra Götalandsregionens riktlinjer, men kan eventuellt vara mer kärllretande.

Terapiresistens

Vid försämring eller oförändrade besvär trots insatta åtgärder bör annan orsak till besvären övervägas.

Kontroll av T4, TSH, leverstatus, amylas, b-glukos. Diagnostik för att utesluta Helicobacter Pyloriinfektion kan övervägas.

Steroidbehandling kan vara ett alternativ vid utebliven bättring trots samtliga ovanstående behandlingar/åtgärder och uteslutande av differentialdiagnoser. Beslut om att påbörja kortisonbehandling förutsätter en individuell bedömning och bör endast övervägas för patienter med svåra behandlingsrefraktära besvär. Förslag till behandlingsschema:

| | |
|-----------|-----------------------------------|
| Dag 1–3 | Tablett Prednisolon 10 mg, 3 x 1. |
| Dag 4–7 | Tablett Prednisolon 10 mg, 2 x 1. |
| Dag 8–11 | Tablett Prednisolon 10 mg, 1 x 1. |
| Dag 12–16 | Tablett Prednisolon 5 mg. |
| Dag 17 | Utsättning. |

Dokument-id i Barium
21596

Dokumentserie
skas/med

Giltigt t.o.m.
2022-03-31

Version
9

Om peroral behandling är omöjlig kan eventuellt injektionsbehandling med kortison övervägas. I dagsläget finns inga klara riktlinjer för dosering.

Nutritionsbehandling

Om behov av nutritionsbehandling föreligger sker detta lämpligen i första hand med Clini-feeding sond. Avdelningsläkare eller jourläkare kan tillkallas för hjälp med sondsättning om osäkerhet finns hos ansvarig barnmorska/sjuksköterska. Sondläge behöver inte kontrolleras rutinmässigt med röntgen, men om osäkerhet föreligger avseende sondläge kan buköversikt med frågeställning "Sondläge?" utföras innan sonden tas i bruk. Total parenteral nutrition (TPN) ska helst undvikas på grund av högre komplikationsrisk.

Sjukskrivning

Vid lättare besvär rekommenderas 25–50 % och vid uttalade besvär 100 % sjukskrivning i upp till 2 månader enligt Socialstyrelsens beslutsstöd. Diagnos O21.

Patientinformation

SUs patientinformation om graviditetsillamående på olika språk:

[Svenska](#) (se under rubrik Avdelning 67 och gynekologmottagningen – Övrigt)

[Arabiska](#)

[Engelska](#)

[Persiska](#)

[Somaliska](#)

[Sorani](#)

[Spanska](#)

[Spanska \(med svenska tidsangivelser\)](#)

Arbetsgrupp

Texten är granskad och godkänd av dr Johan Bjarby, anestesikliniken och dr Björn Havel, kardiologkliniken.

Referenser

Hyperemesis gravidarum: current perspectives. McCarthy et al. Int J Womens health 2014; 6:719–725.

www.janusinfo.se/behandling/expertutlatande/obstetrik-och-gynekologi

www.internetmedicin.se