

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Godkänd av: Ann-Christine "Annchi" Andreasson, (annan1), Medicinsk sekreterar

Giltig från: 2023-06-14

Giltig till: 2025-06-14

Hotande förtidsbörd och prematur vattenavgång till och med vecka 36 + 6.

Sammanfattning

Handläggning av hotande förtidsbörd och prematur vattenavgång till och med vecka 36 + 6.

[\(PPROM < v.22 + 0 – se rutin KKöstra sid 2\)](#)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund och syfte	2
Förutsättningar	2
Genomförande.....	2
Hotande extrem förtidsbörd med eller utan vattenavgång vecka 22+0 – 22+6.....	2
Prematura sammandragningar med cervixpåverkan utan vattenavgång vecka 23+0 – 33+6	2
Prematur vattenavgång utan värkar vecka 23 + 0 – 33 + 6:	3
Vård inneliggande/på patienthotellet (före vecka 32 + 0 enkelbörd, alla instabila fosterlägen, alla som ej är huvudändläge, och alla flerbörder före 37 + 0)	4
Vistelse i hemmet (oftast från och med 32 + 0/34 + 0 enkelbörd, se ovan):.....	5
Prematur vattenavgång utan värkar från och med vecka 34 + 0.....	5
Korioamnionit:.....	5
Förlossning, rutiner:.....	6

Vårdnivå i förhållande till graviditetslängd, vid hotande förtidsbörd.....	6
Vid alla transporter ska följande uppgifter göras:.....	7
Diagnoser	7
Åtgärdskod:.....	8
Dokumentinformation.....	8

Bakgrund och syfte

Se sammanfattning

Förutsättningar

Gravida kvinnor som från och med vecka 22 + 0 har buksmärter, sammandragningar, riklig slemblandad flytning, vaginal blödning eller misstänkt vattenavgång bedöms primärt på förlossningsavdelningen (inte på AVC eller av dagjour).

När gravid patient vårdas på gynekologisk vårdavdelning (prematur vattenavgång, blödning, etc) har gynavdelningens läkare ansvaret för vården. Obestriker konsulteras för planering av handläggning och undersökningar.

Genomförande

Hotande extrem förtidsbörd med eller utan vattenavgång vecka 22+0 – 22+6

Transport till regionsjukhus/högspecialiserad neonatalvård om kvinnan är transportabel.

Steroider och tokolys övervägs – kontakta bakjour på specialistförlossningen KK Östra, Göteborg, (tel. 031 – 343 52 44) för ordinationsdiskussion.

Vid oundviklig förlossning hos patient man inte hinner transportera, ska neonatolog vara närvarande vid förlossningen och initiering av HLR ska övervägas.

Prematura sammandragningar med cervixpåverkan utan vattenavgång vecka 23+0 – 33+6

- Definition cervixpåverkan: mjuk, öppen >1 cm eller >50% utplåningsgrad eller slutet cervixkanal <25 mm lång (om ej känd pregravid kort cervix).
- Handläggning:
CTG minst 30 minuter (ej CTG före vecka 24 + 0)

Urinodling

Temp

Spekulumundersökning för bedömning av vagina och cervix

Försiktig cervixpalpation (för bedömning av station och riktning)

Vaginalt ultraljud för mätning av cervixlängd (mått på slutna delen)

Abdominellt ultraljud med viktskattning, biofysisk profil, DVP (fostervattenmängd)

Tokolys (till och med vecka 33 + 6) – länk riktlinje ”[Tokolytisk behandling vid prematurt värkarbete](#)”.

Steroidbehandling (till och med vecka 33 + 6) – länk riktlinje ”[Farmakologisk induktion av fetal lungmognad](#)”.

- Vid tillkomst av vattenavgång ska tokolys ej ges när steroidbehandling är avslutad.
- Överväg [MgSO₄-bolus för neuroprotektion inför förlossning <vecka 32 + 0.](#)

Prematur vattenavgång utan värkar vecka 23 + 0 – 33 + 6:

- Handläggning:

Rektaltemp

CTG minst 30 minuter (ej CTG före vecka 24 + 0)

CRP

Urinodling inklusive GBS och klamydia

Vaginalodling för GBS

Spekulumundersökning (efter descutantvätt) för visuell bedömning av cervix och för att verifiera vattenavgång. Vid minsta osäkerhet används AmniSure-test.

Vaginalt ultraljud för mätning av cervixlängd (mått på slutna delen)

Abdominellt ultraljud för fosterläge, viktskattning, biofysisk profil och DVP (fostervattenmängd)

Steroidbehandling ges om förlossningen förväntas ske inom 7 dagar.

Behandlingen har bäst effekt 2 – 7 dagar efter första dosen. En extra dos

Betapred 12 mg i.m kan övervägas om det gått mer än två veckor sedan senaste dosen <vecka 34 + 0. Denna extrados ska planeras in cirka 12 – 24 timmar före

förlossning utan att tokolys ges. Endast en extrados för ges. – länk riktlinje [”Farmakologisk induktion av fetal lungmognad”](#).

Vid tillkomst av sammandragningar ska tokolys ges endast om infektion ej föreligger och fortsatt tokolys ej ges när steroidbehandling är avslutad. Grundprincip är att endast en omgång värkhämmande infusion ges. – länk riktlinje [”Tokolytisk behandling vid prematurt värkarbete”](#).

Kontakt med neonatolog. Patient och partner rekommenderas besök på neonatalavdelningen.

- Uppföljning.

Om patienten efter ett par dygn inte har sammandragningar eller infektionstecken kan vistelse på patienthotellet eller i hemmet övervägas. Grundprincipen är att patienten vistas på patienthotellet fram till vecka 32 + 0. Om patienten bor nära sjukhuset och är ett foster i välinställt huvudändläge kan vård i hemmet bli aktuell även vid graviditetslängd <32 + 0.

- Patienten ska vara så pass mobiliserad att trombosprofylax inte behövs (åtminstone säng, toa, dusch, matsal).
- Sjukskrivning 100%

Grundprincipen är förlossning/induktion vid 37 + 0.

Vård inneliggande/på patienthotellet (före vecka 32 + 0 enkelbörd, alla instabila fosterlägen, alla som ej är huvudändläge, och alla flerbörder före 37 + 0)

- Rektaltemp 2 gånger/dag. Läkarbedömning vid temperatur >37,9°C.
- Daglig uppsikt på fostervattenfärgen. Läkarbedömning vid missfärgat fostervatten.
- CTG 1 gång/dag; extra CTG vid sammandragningar, blödning, temperaturstegring.
- CRP 2 gånger/vecka eller vid klinisk infektionsmisstanke.
- Ultraljud inklusive viktskattning varannan vecka
- Om patienten får sammandragningar utförs efter descutantvätt cervixbedömning med spekulumundersökning och vaginalt ultraljud.

Vistelse i hemmet (oftast från och med 32 + 0/34 + 0 enkelbörd, se ovan):

- Rektaltemp 2 gånger/dag, läkarbedömning vid temperatur $>37,9^{\circ}\text{C}$.
- Daglig uppsikt på fostervattenfärgen. Läkarbedömning vid missfärgat fostervatten.
- Kontroll på ANE/AMG varannan dag med CTG, rektaltemp, CRP och klinisk bedömning av barnmorska.
- Om patienten får sammandragningar utförs efter descutantvätt cervixbedömning med spekulumundersökning och vaginalt ultraljud.
- Ultraljud inklusive viktskattning varannan vecka.

Vid tillkomst av infektionstecken – se nedan, korioamnionit.

Prematur vattenavgång utan värkar från och med vecka 34 + 0

- Handläggning och uppföljning: som vid vattenavgång utan värkar vecka 23 + 0 – 33 + 6 men ej steroidbehandling eller tokolys.
- Vid välinställt huvudändläge, klart fostervatten, CTG utan anmärkning och normal temp, och kort inställelsetid till sjukhus, kontroller enligt ”Vistelse i hemmet”.
- Induktion vid 37 + 0
- Vid korioamnionit – se nedan.

Korioamnionit:

- Symtom:

Illaluktande fostervatten

Ömhet över uterus

Temp $\geq 38^{\circ}\text{C}$

CRP stegring

Foster- eller maternell takykardi, signifikant ökning av basal frekvens på CTG även inom normalområdet

- Behandling:

Infusion paracetamol 1 – 2 g i.v.

Antibiotika: Piperacillin/Tazobactam 4g x 3 i.v, vid pc-allergi Klindamycin (Dalacin) 900 mg x 3 i.v.

Induktion. Om det inte går att få patienten in i värkarbete inom några timmar ska sectio övervägas.

Förlossning, rutiner:

[MgSO₄-bolus för neuroprotektion inför förlossning <vecka 32 + 0.](#)

Barnläkare ska vara informerad och rekommenderas närvarande vid förlossning före vecka 36 + 0. Vid extrem prematuritet från och med vecka 22 + 0 ska neonatologi vara närvarande

GBS-profylax ges vid förlossning till och med vecka 36 + 6 (länk riktlinje – [”GBS, handläggning under graviditet och förlossning”](#)).

Sectio på fetal indikation från vecka 24 + 0.

Ingen rutinmässig amniotomi: hela hinnor så länge som möjligt vid extrem/måttlig prematuritet om yttre CTG-registrering är tillfredsställande.

Vid huvudbudning: vaginal förlossning

Vid säte <24 + 0: vaginal förlossning

Vid säte $\geq$ 24 + 0: sectio med undantag av om cervix är retraherad och sätet står mot bäckenbotten, då får förlossning fortsätta vaginalt.

Frikostigt med perineotomi

- Nitroglycerin vid sectio för skonsam extraktion av prematurt foster, samt vid sätesförlossning för att undvika cervixspasm

1 ml nitroglycerin 1 mg/ml späds med 9 ml NaCl, 1 – 2 ml ges direkt i.v. Max relaxation uppnås efter 40 – 80 sekunder med en duration på 60 sekunder. Vid blodtrycksfall överväg injektion Efedrin 5 – 10 mg i.v samt vätskeinfusion.

Vårdnivå i förhållande till graviditetslängd, vid hotande förtidsbörd

- Graviditeter med omedelbart hotande riks för prematur förlossning
vecka 22 + 0 – 22 + 6 kan omhändertas på Specialförlossningen
KK Östra Göteborg (tel bakjour: 031 – 343 52 44).

- Hotande förtidsbörd vecka 23 + 0 – 27 + 6 remitteras till KK Östra Göteborg (tel mellanjour: 031 – 343 52 33).
- Hotande förtidsbörd från och med vecka 28 + 0 vårdas i Borås i samråd med neonatalansvarig läkare.
- OBS: Kontakta alltid neonataljour angående platssituationen. Om det ej finns plats på neonatalavdelningen i Borås ansvarar neonatalläkare för att ordna plats på annat sjukhus.
- Rutiner vid ”Transport till annat sjukhus” se nedan

Vid alla transporter ska följande uppgifter göras:

1. Klargör vilket sjukhus patienten ska transporteras till enligt ovan (läkare).
2. Ordinera eventuellt tokolys och steroidbehandling (läkare).
3. Beställ transport (barnmorska). Fyll i Rapportblad till Ambulanspersonal. Länk [”Rapportblad till Ambulanspersonal vid sekundär transport.pdf \(vgregion.se\)”](#)
4. Skriv konsultationsremiss till mottagande klinik, journalanteckning och om slutenvårdstillfälle även epikris (läkare). Eventuell läkemedels- och labblista i Melior ska skrivas ut (barnmorska/läkare) och skickas med. Fyll i Vårdplaneringsrapportblad. Länk [”Vårdplanering för obstetrisk patient vid överflyttning från SÄS Borås \(vgregion.se\)”](#)
5. Om patienten ska transporteras till sjukhus utanför Västra Götalandsregion: Dra ut kopior av aktuell MVC-journal (MHV1, 2, 3, labblista), alla anteckningar i aktuell F-mapp och ultraljudsmapp. Eventuell läkemedels- och labblista ur Melior (barnmorska/läkare).
6. Strax innan avfärd: Patienten värderas igen för att se att inte tillståndet progredierat så mycket att transport är kontraindicerad (läkare).
7. Som regel följer inte barnmorska eller neo-personal med kortare transporter. Om det bedöms angeläget att barnmorska åker med – tänk på att planera ersättare för barnmorska som åker (beroende på arbetsbelastning på kliniken, till exempel ringa in annan barnmorska hemifrån/omfördela barnmorska från BB eller gynekologisk avdelning).

Diagnoser

- O60.9 Förtidsbörd (förlossning till och med vecka 36 + 6)
- O60.1A Spontan värkarbete med förtidsbörd till och med vecka 27 + 6
- O60.1B Spontan värkarbete med förtidsbörd vecka 28 + 0 – 31 + 6
- O60.1C Spontan värkarbete med förtidsbörd vecka 32 + 0 – 36 + 6
- O60.1X Spontan värkarbete med förtidsbörd graviditetslängd ospecificerad

O60.3A Förtidsbörd utan spontant värkarbete till och med vecka 27 + 6

O60.3B Förtidsbörd utan spontant värkarbete vecka 28 + 0 – 31 + 6

O60.3C Förtidsbörd utan spontant värkarbete vecka 32 + 0 – 36 + 6

O42 För tidig hinnbristning (vecka 22 + 0 – 36 + 6)

O42.0 För tidig hinnbristning, värkarbete börjar inom 24 timmar

O42.1 För tidig hinnbristning, värkarbete börjar efter 24 timmar

O42.2 Värkarbetet fördröjt med terapeutiska åtgärder

O42.9 För tidig hinnbristning, ospecifierad

(Vattenavgång i fullgången tid från och med vecka 37 + 0 = O75.6)

Åtgärds kod:

DM012 Magnesiumsulfat, bolusdos, neuroprotektion vid för tidig förlossning

DM010 GBS-profylax i samband med förlossning

Dokumentinformation

Innehållsansvarig

Pihla Kuusela, överläkare, kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus

Innehållsgranskare

Erica Cedervret Nilsson, verksamhetschef, kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus

Nyckelord:

Hotande, förtidsbörd, extrem, prematura

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Pihla Kuusela, (phiku), Överläkare

Godkänd av: Ann-Christine "Annchi" Andreasson, (annan1), Medicinsk sekreterar

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-75

Version: 11.0

Giltig från: 2023-06-14

Giltig till: 2025-06-14