Graviditetsillamående (ICD-10 O21.0) och Hyperemesis (ICD-10 O21.1)

Bakgrund

Illamående och kräkning förekommer hos upp till 80 % av alla gravida. Debuterar vanligen i graviditetsvecka 6 – 8 och avstannar ofta runt vecka 12 – 16. För 90 % har det upphört efter vecka 16 – 20.

Hyperemesis gravidarum definieras som illamående och kräkningar med debut före graviditetsvecka 16, varav minst det ena av allvarlig grad, oförmåga att äta och/eller dricka normalt samt kraftig begränsning i dagliga aktiviteter. Tecken på uttorkning anses vara bidragande men inte nödvändigt. 0,3 – 3 % drabbas av hyperemesis gravidarum. Riskfaktorer är tidigare graviditeter med hyperemesis gravidarum, flerbörd, mola och ätstörningar. Vid tidigare ätstörning tidig läkarkontakt, om pågående ätstörning remiss till behandlande klinik.

Folsyra och b-vitamin prekonceptionell kan skydda mot graviditetsillamående.

Gravida med typ-1 diabetes har ökad risk för ketoacidos. Frikostig provtagning inklusive u-ketoner och bedömning av denna grupp.

Med hjälp av metoden PUQE-score (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis score) kan man mäta allvarlighetsgraden vid graviditetsillamående samt utvärdera behandlingseffekten.

PUQE-score

Poängen under svaren på de 3 frågorna nedan räknas ihop

- < 6 poäng = milda besvär
- 7 – 12 poäng = måttliga besvär
- ≥ 13 poäng = svåra besvär

Fråga 1	Av de senaste 24 timmarna, under hur lång tid har du mått illa?				
	Inte alls	≤ 1 timma	1-3 timmar	4-6 timmar	> 6 timmar
	1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng

Fråga 2	Under de senaste 24 timmarna, hur många gånger har du kräkts?				
	Inte alls	1-2 gånger	3-4 gånger	5-6 gånger	≥ 7 gånger

	1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng

Fråga 3	Under de senaste 24 timmarna, hur många gånger har du ulkat eller haft kväljningar utan att få upp något?				
	Inga	1-2 gånger	3-4 gånger	5-6 gånger	≥ 7 gånger
	1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng

Graviditetsillamående - handläggning på KHV

PUQE-score < 6 poäng. Opåverkad allmänstatus.

- Informera om illamåendets godartade natur.
- Ät ofta och små mål. Kex på morgonen. Kolsyrade kalla drycker tolereras ofta bättre än andra. Undvik mat som förvärrar symtom, det är individuellt men ofta stekt, fet och starkt kryddad mat.
- Vätskeersättning mellan måltider
- Bedöm behov av vitamintillskott.
- Sätt ut järntabletter vid behov.

Behandling – om ovanstående inte är tillräckligt

Kan med fördel kombineras då de har olika verkningsmekanism.

- Akupressurband – över P6.
- Ingefärakapslar, receptfritt, maxdos 1 kapsel/dag.
- Tablett Pyridoxin (Vit B6) 40 mg, 1 x 3 (kan köpa som kosttillskott).
- Tablett Postafen 25 mg, 1 x 2 (receptfritt).
- Tuggummi Calma 20 mg, 1 x 3-4 (receptfritt).
- Omeprazol 20 mg x 1 vid frekventa kräkningar.

Terapiresistens

- Konsult med läkare på KHV eller distriktsläkare.
- Tablett Lergigan comp, 1-2 x 3-4, max 10 tabletter/dag (försiktighet i tredje trimestern).
- Tablett Lergigan 25 mg, 1 till natten. Observera maxdos av ingående substans om samtidig behandling med Lergigan comp (försiktighet i tredje trimestern).
- Tablett Xonvea, tas fastande. Inledningsvis 2 tabletter till natten dag 1 och 2. Om inte tillräcklig effekt ökning med 1 tablett på morgonen dag 3. På dag 4 ökas vid behov till 1 + 1 + 2 tabletter. Utvärderas tidigast efter 5 dagar.
- Behandlingar kan med fördel kombineras förutom Lergigan, Xonvea och Postafen som ska ges var för sig.

Först efter att ovanstående behandlingar har initierats samt utvärderats med hjälp av PUQE-score kontaktas KK-mottagningen eller KHV med resurs för infusions/akupunkturbehandling.

Hyperemesis – handläggning på KHV/KK-mottagningen

PUQE-score 7 – 12 poäng. Kräkningar längre än 24 timmar eller 5-6 kräkningar senaste 12 timmarna.

- Barnmorska på KHV tar anamnes samt frågar efter nedsatt urinmängder, i telefon eller vid besök. Extra observans på typ 1-diabetes, kontrollera alltid u-ketoner.
- Barnmorska på KHV ordinerar blodstatus, natrium, kalium, kreatinin och klorid.
- Kontrollerar vikt, blodtryck och puls.
- Kliniska tecken på dehydrering: Nedsatt hudturgor, torr i munslemhinnan, snabb puls och lågt blodtryck.

- Om tecken på dehydrering och/eller avvikande prover tar patientansvarig barnmorska på KHV kontakt med KK-mottagningen för infusionbehandling/akupunktur.
- Om avsaknad av dehydrering och högre PUQE-score kan akupunktur på KHV alternativt KKM vara aktuellt, se nedan.
- Överväg kuratorskontakt i första hand via KHV.
- Finns behov av dietist? Skickas i första hand från KHV.

- Barnmorska dokumenterar i Cosmic eller Obstetrix enlig rutin.
- Läkare signerar ordinationer i Cosmic.
- C-doktor kontaktas vid behov för ställningstagande till vårdnivå samt behov av utökad provtagning.

Poliklinisk vård, vätske- och akupunkturbehandling

Poliklinisk parenteral vätskebehandling

Vätskebehandling är indicerat vid dehydrering (hög puls, lågt blodtryck och nedsatta urinmängder, diskreta förändringar i elektrolytstatus/kreatinin).

- Kontrollera svar på prover.
- 1000 ml NaCl på 1 timme.
- 1000 ml Glukos 5 % inklusive elektrolyter utifrån patientens elektrolytstatus på 2 – 3 timmar.
- Barnmorska, eventuellt i samråd med läkare, gör en bedömning om fortsatt behov av parenteral vätska. En till två dagars vätskebehandling brukar ge bra effekt.
- Antiemetika enligt nedan som kombinationsbehandling.
- Om god effekt kan akupunktur avvaktas annars kompletteras.

- Ultraljud görs av barnmorska inom 1 vecka för att utesluta mola eller duplex.
- Dokumentation görs av barnmorska i Cosmic eller Obstetrix enligt rutin.
- Inom 1 vecka kan patienten kontakta KK-mottagningen direkt vid utebliven förbättring.
- Vid behov av uppföljning kan barnmorska på KK-mottagningen skicka messenger i Cosmic till PAB på KHV.

Akupunkturbehandling

Akupunkturbehandling till patient som inte är dehydrerad.

Barnmorska som ger akupunktur ska ha adekvat utbildning samt självständigt kunna bedöma och utföra behandlingen.

- 1 gång/dag i 5-7 dagar.
- Dokumentation görs av barnmorska i Cosmic eller Obstetrix.
- Dagligen nytt ställningstagande till förändrad vårdnivå, eventuellt i samråd med läkare.

Vid upprepade vårdkontakter där behandling inte har gett effekt, boka tid för konsult till KHV-läkare tillsammans med PAB, alternativt fysiskt besök med patient till läkare på KHV. En vårdplan ska upprättas i samråd med läkare, barnmorska och patient.

Farmakologisk behandling – förutom ovanstående, se under inneliggande vård.

Inneliggande vård

PUQE-score ≥ 13.
Vid påtaglig elektrolytrubbning, ketonuri 3+ (tecken på svält), nedsatt allmäntillstånd trots vätskebehandling, akupunktur och/eller viktnedgång > 3 kg eller 5 % och/eller upprepade polikliniska handläggningar ≥ 3 gånger.
Boka tid till läkare för bedömning av inläggning.

Inskrivning av läkare

- **Anamnes**: Kräkningens duration och mönster, lindrande och försämrande omständigheter. Tidigare sjukdomshistoria. Socialt stöd.

- **Status**: Bedöm volymsstatus genom blodtryck, puls, slemhinnor, turgor, mentalt status, vikt inklusive pregravid vikt.

- **Lab**: Blodstatus, natrium, kalium, kreatinin, klorid, urinsticka inklusive u-ketoner, eventuellt urinodling.

Vätskebehandling

Basalt dygnsbehov av vätska 30 ml/kg kroppsvikt. Utöver basalbehovet, ersätt förluster.

Dygn 1

- 1000 ml NaCl. + eventuell injektion Neurobion 3 ml intramuskulärt för att förhindra Wernicke-Korsakoffs syndrom. Ges innan glukosdropp.
- 1000 ml NaCl/Ringer-Acetat.
- 1000 ml Glukos 5 % inklusive elektrolyter utifrån patientens elektrolytstatus.
- Om urinproduktion < 1 liter/dygn ges ytterligare NaCl eller Ringer-Acetat beroende av kloridnivå.
- Om serumkalium är lägre än 3,0 ska även magnesium kontrolleras för eventuell substitution (magneisum är en kotransportör till kalium och underlättar återställning av hypokalemi).
- Neurobion ges på vida indikationer till kvinnor som genomgått gastric bypass, på grund av försämrat upptag av vitamin B1.

Följande dygn

- 1000 ml glukos 5 % inklusive elektrolyter utifrån patientens elektrolytstatus.
- 1000 ml Ringer-Acetat.
- 1000 ml glukos 5 % inklusive elektrolyter utifrån patientens elektrolytstatus.
- Injektion Neurobion dag 2 och 3, därefter tablett Pyridoxin 40 mg, 1 x 3, i fyra veckor.

Då patienten börjar försörja sig själv, ge 1000 ml Ringer-Acetat som stöddropp första dygnet. Näringsdrycker, klara drycker med socker. När dryck fungerar, successiv introduktion av fast föda.

Övervakning

- Vätske- och urinlista (beräkna också förluster i form av saliv).
- Kalorilista.
- Elektrolytstatus och u-ketoner dagligen till normalisering.
- Viktkontroll 1 gång/vecka.
- Remiss till dietist
- Etablera kontakt med kurator, i först hand via KHV.
- Överväg trombosprofylax (dehydrering, immobilisering och graviditet som riskfaktorer).

Behandlingsalternativ

- Tablett Lergigan comp 1 x 3 (försiktighet i slutet av graviditet).
- Tablett Lergigan 25 mg, 1 till natten (försiktighet i slutet av graviditet).
- Akupunktur.
- Tablett Pyridoxin 40 mg, 1 x 3.
- Tablett Primperan 10 mg, 1 x 3 (försiktighet i slutet av graviditet).
- Suppositorie Proklorperazin 25 mg, 1 x 2. APL-tillverkat.

- Injektion Primperan 5 mg/ml 10 mg intramuskulärt eller intravenöst vid behov (försiktighet i slutet av graviditet).
- Tablett Ondansetron 4-8 mg, 1 x 3 (andrahandspreparat efter graviditetsvecka 12)(finns som munlöslig).
- Kapsel Omeprazol 20 mg x 1 vid frekventa kräkningar-

Innan hemgång skall patienten kunna äta och dricka. Inom en vecka efter hemgång kan patienten kontakta avdelningen direkt för eventuell återinläggning.

Ställningstagande till sjukskrivning.

Terapiresistens (inte förbättrad inom en vecka)

- Uteslut andra orsaker till kräkningar.
- Kontrollera TSH, T4, ALAT, bilirubin, Ca, Zn, Mg, fosfat, B-glukos, temp.
- TSH kan vara falskt för lågt under graviditeten. ASAT och ALAT kan påverkas vid allvarlig hyperemesis gravidarum.
- Överväg utredning av Helicobacter Pylori-infektion.
- På strikt indikation Prednisolonbehandling i uttrappning t.ex. 10 mg 1 x 3 i 3 dagar (avsluta behandling utan uttrappning ifall utebliven effekt), 10 mg 1 x 2 i 4 dagar, 10 mg 1 x 1 i 4 dagar, 10 mg 0,5 x 1 i 4 dagar.
- Sondmat vid persisterande ketos, viktnedgång > 1 kg/vecka i 4 efterföljande veckor, alternativt sammanlagd viktnedgång på 6 kg. Tät kontakt med narkosläkare vid sondmat. Uppmärksamhet på refeeding syndrome. TPN skall undvikas på grund av risk för komplikationer.
- För gravida över graviditetsvecka 12 sker konsult med läkare på KHV för planering. Till specialistmödravården för tillväxt enligt rutin för kvinnor med viktuppgång < 2 kg vecka 32.

Evidensgrad

Evidensgrad 1 – 3

Referenser

- www.janusinfo.se
- www.uptodate.com
- www.fass.se
- www.internetmedicin.se

Dokumentansvarig

Delprocess O-M