

**Antenatal ctg**

 Dokument ID:  
**I.4.8.1.1-2**

 Godkjent dato:  
**31.10.2023**

 Gyldig til:  
**31.10.2026**

 Revisjon:  
**6.00**

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrik/Svangerskap SSHF

**MÅLGRUPPE**

Kvinner med mistanke om placentasvikt eller med unormal CTG registrering. Gjelder særlig premature fostre fra uke 26.0 og vekstretarderte fostre.

**HENSIKT**

Optimalisere overvåkingen før fødselsstart.

**ANSVAR**

Jordmor og gynekolog.

**FREM GANGSMÅTE**
Klassifikasjon av antenatal CTG (modifisert)

Klasse	Basalfrekvens	Variabilitet (papirhastighet 1 cm/min)	Deselerasjoner	Akselerasjoner	Tiltak
<b>Normal CTG</b>	110-150 (-160 <32-34 uker) slag/min.	5-25 slag/min.	Enkelte variable deselerasjoner med varighet <30 sek (ukompliserte)	Tilstede (minst to ila 20 min)	Ingen
Ikke normal CTG:					
<b>Suspekt CTG*</b>	100-110 150-160 slag/min (>32 uker) kort bradykardi-episode	< 5 slag/min i 40-80 min	Variable deselerasjoner med varighet 30-60 sek. (ukompliserte)	Fravær av akselerasjoner i 40-80 min	Diagnostisk (ultralyd?)  Overvåking (inleggelse?)
<b>Unormal CTG*</b>	>160 slag /min Vedvarende bradykardi	<5 slag/min. i >80 min., >25 slag/min i >10 minutter, uten akselerasjoner. Sinusoidalt mønster	Gjentatte sene deselerasjoner.  Variable deselerasjoner som varer > 60 sek. (kompliserte)	Fravær av akselerasjoner >80 min	Tiltak (induksjon? forløsning?)
<b>Preterminalt CTG</b>	CTG mønster med fullstendig fravær av variabilitet/reaktivitet med eller uten deselerasjoner eller bradykardi				Forløsning

\* Det er bevisst valgt en annen terminologi (suspekt/unormalt) i forhold til intrapartum CTG (avvikende/patologisk) for å tydeliggjøre at klassifiseringen er annerledes

Korttidsvariabilitet

Dette er en egen metode for å måle variabilitet på – ikke ensbetydende med båndbreddevariabilitet som brukes for øvrig i CTG / STAN vurdering.

Computerbasert måling av korttidsvariabilitet er ennå ikke dokumentert i større prospektive, kontrollerte randomiserte kliniske studier. Store analyser har imidlertid vist sammenheng mellom risiko for fosterdød og føtal acidemi og lav korttidsvariabilitet.

Kan brukes som alternativ eller tillegg til doppler av ductus venosus.

Indikasjon:

- Spesielt overvåking av tidlig veksthemning med sirkulasjonsforstyrrelser
- Metoden er ikke egnet som screeningundersøkelse i normal graviditet.
- Tilstedeværelse av akselerasjoner taler imot metabolsk acidose.

Utarbeidet av:

**Prosedyreutvalg Obstetrik SSHF**

Fagansvarlig:

**Seksjonsoverlege Føde/Barsel**

Godkjent av:

**Mikkel Høyberg, på vegne av fagdirektøren**

 SØRLANDET SYKEHU		<b>Antenatal CTG. Føde/Barsel SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 2</b>
Dokument-id: I.4.8.1.1-2	Utarbeidet av: Prosedyreutvalg Obstetrikk SSHF	Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel	Godkjent dato: 31.10.2023	Godkjent av: Mikkel Høiberg, på vegne av fagdirektøren	Revisjon: 6.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Svangerskap SSHF

CTG maskinen regner ut kortidsvariabiliteten etter 10 min. Den oppdateres i loggen videre hvert 10. min.

#### Verdier korttidsvariabilitet:

- mean uke 24 = 6.2 msek
- mean uke 28 = 7.8 msek

Normalverdier i uke 28 = 4-10 msek

- **4.0 msek: normalt, ikke mistanke om metabolsk acidose.**
- 3-4.0 msek: intensiver overvåkning
- < 3.0 msek: indikerer risiko for acidose hos fosteret. Vurder forløsning. Denne risikoen øker med avtagende korttidsvariabilitet

#### **Kryssreferanser**

#### **Eksterne referanser**

[Veileder i fødselshjelp 2020](#)

Sundstrøm A-K, Rosen D, Rosen K G; Fosterovervåkning

Computerised antenatal fetal heart rate recordings between 24 and 28 weeks of gestation.

[Roberts D, Kumar B, Tincello DG, Walkinshaw SA. BJOG. 2001 Aug; 108\(8\): 858-62.](#)

Metodebok Kvinneklivnikken Haukeland Universitetssykehus