

## Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF

Side 1 av 6

Dokument ID:  
1.3.9.5-24Godkjent dato:  
22.10.2024Gyldig til:  
22.10.2026Revisjon:  
9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

**Omfang**

Prosedyren omhandler pasienter med hyperemesis gravidarum.

**Hensikt**

Sikre at kvinner med hyperemesis gravidarum får forsvarlig og god behandling.

**Ansvar**

Lege og sykepleier med ansvar for pasienter med hyperemesis gravidarum har ansvar for å følge prosedyren.

**Koding**

O21.0 Hyperemesis gravidarum

O21.1 Hyperemesis gravidarum med metabolske forstyrrelser

**Definisjon**

Vedvarende kvalme, brekninger og oppkast i svangerskap som debuterer før 20 uker og fører til redusert allmentilstand med dehydrering, vekttap, væske- og elektrolytt- forstyrrelser som ikke skyldes annen kvalmefrembringende sykdom.

**Klinikk**

- Vedvarende kvalme, brekninger, oppkast, økt spyttproduksjon og dyspepsi
- Vekttap og dehydrering
- Bruk SUKK-skjema til å skåre pasienten.

**SUKK<sup>1</sup>- Svangerskaps Utløst Kvalme Kvantifisering.**

Engelsk: PUQE –Pregnancy-unique Quantification of Emesis

Anbefalinger:

Ved moderat besvær (SUKK-skår 7 – 12) anbefales antiemetika og oppfølging, ved alvorlig hyperemesis gravidarum (SUKK-skår  $\geq 13$ ) vil oftest sykehusbehandling være nødvendig.

**I løpet av de siste 24 timene:****1. Hvor mange (klokke) timer har du følt deg kvalm eller uvel i magen?**

Antall timer	> 6 t	4-6 t	2-3 t	1 t	0 t
Poeng	5	4	3	2	1

**2. Hvor mange ganger har du kastet opp?**

Antall ganger	> 7	5-6	3-4	1-2	0
Poeng	5	4	3	2	1

**3. Hvor mange ganger har du hatt brekninger (uten at noe er blitt kastet opp)?**

Antall ganger	>7	5-6	3-4	1-2	0
Poeng	5	4	3	2	1

<sup>1</sup> publisert i *Veileder for fødselshjelp* 2014, kapittel 7 *Emesis og hyperemesis gravidarum*.

		<b>Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 2</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.3.9.5-24	Utarbeidet av: Marte Ween-Velken	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/Jeanne Mette Goderstad/Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Mild emesis: 3 – 6 poeng      Moderat: 7 – 12 poeng      Alvorlig: 13+ poeng

**Vurdering av velbefinnende:** På en skala fra 0-10, angi ditt generelle velbefinnende nå; 0= verst tenkelig, 10= like bra som jeg hadde det før jeg ble gravid.

### Undersøkelser

- Generell klinisk undersøkelse med BT, puls, hydreringsstatus
- Gynekologisk undersøkelse med ultralydundersøkelse (mola? flerlinger?)
- Blodprøver ved innleggelse: Gyn profil: hyperemesis: Hb, hct, Na, K, Cl, Ca, kreatinin, ASAT, ALAT, LD, fritt T4, TSH. Kontroll-blodprøver etter det kliniske bildet  
Transaminasestigning sees hos opptil 50 %. Opptil 2/3 kan ha unormale thyreoideaprøver, oftest økt fT4 og nedsatt TSH (=biokjemisk hypertyreose). Normal TRAS gjør autoimmun hypertyreose meget lite sannsynlig. Hvis klinisk eutyreote; ingen behandling.
- Urinstix (ketoner og protein) ved innleggelse, deretter daglig ketoner inntil negativ. (men ketonuri er ikke et krav til diagnosen)
- Førre drikke- og kost-liste, beregne energiinntaket

### Behandling

- Del ut informasjonsskrivet: [Ekstrem svangerskapskvalme \(hyperemesis\)](#)
- Generelle råd/ikke-medikamentell behandling:
  - Kostråd (kjeks, toast, ris, banan, lett mat), unngå triggere, nok søvn, akupunktur/akupressur, psykoterapi
  - Vurdere å ta tabletter på kvelden enn morgenen, hvis mest morgenkvalme.
  - Prøveseponere p.o. jerntilskudd som kan gi kvalme direkte eller indirekte via obstipasjon.

**Poliklinisk behandling** forutsetter 1 døgns innleggelse for utredning og blodprøver (hovedregel). Aktuelt ved lett til moderat grad av hyperemesis: Lett dehydrering, normale/lett avvikende elektrolytter, vekttap <10% av pregravid vekt, ingen sterk mistanke om annen årsak til kvalme og brekninger og der livssituasjonen tillater ambulant behandling.

- Vektkontroll x 1 per uke, u-stix hver gang, blodprøver ukentlig. Klinisk us og ultralyd ved behov.

**Innleggelse ved alvorlig hyperemesis** ved vekttap>10% og ketonuri eller der poliklinisk behandling ikke er mulig

- Urinstix daglig og vektmåling hver 2.dag. Blodprøver etter vurdering.

Dersom forløpet er forventet å vare bør lege henvisse til Picline innleggelse. Se [PICC-line - pasientinformasjon](#) og [Picline - bruksområde, observasjon og stell - SSHF](#)

### A.Væske og vitamintilskudd

- I.v. væske 2000- 3000ml pr døgn de første par dager for å korrigere dehydrering, siden hver 2.-3. dag eller sjeldnere ved behov *OBS: Bruk krystalloider (Ringer/NaCl 0,9%), da glukose kan forverre B1 induisert encefalopati. (evt se flowskjema i nasjonal veileder)*
- Multivit 1 tbl x 1
- Tiamin (vit B1) 150 mg 1tbl/ dag

		<b>Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 3</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.3.9.5-24	Utarbeidet av: Marte Ween-Velken	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/Jeanne Mette Goderstad/Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

- Folat 0,4 mg x 1 inntil 12 uker
- Oppkast 2-3 uker sammenhengende: Tiamin (vitamin B1) 100mg oppløst i 100 ml 0,9% NaCl gitt over ½ - 1 time iv.

## B. Antiemetika

Før man vurderer effekt av et antiemetisk medikament bør pasienten ha brukt det over flere dager. Tidligere norsk tradisjon for monoterapi. Det er ikke nødvendig, og kombinasjonsbruk kan gi synergi-effekt.

Mild kvalme:

Pyridoksin (vitamin B6),  
evt. ingefær (ikke ved reflux)  
Legg til antihistamin H1 antagonist:  
Meklozin (Postafen®) eller prometazin (Phenergan®),

Mild til moderat kvalme:

Legg til dopamin-antagonist:  
Metoklopramin (African®), proklorperazine (Stemetil®) eller klorpromazin (Largactil®)

Moderat til alvorlig kvalme:

Legg til serotonin-antagonist (5-HT3-antagonist):  
Ondansetron (Zofran®)

Alvorlige, terapiresistente tilfeller:

Legg til glukokortikoid (prednisolon, hydrokortison)

## C. Tilleggsbehandling

- Reflux: Det har vist positiv effekt av å behandle refluksplager samtidig. Alle disse preparatene ansees som sikre, anbefales å prøves i denne rekkefølgen:
  1. Antacida (Titalac®, Novaluzid®, Gaviscon®)
  2. H2-antagonist: Famotidin (Pepcin ®): 10 mg x 2 ( reseptfritt)
  3. Protonpumpehemme: Omeprazol (Losec®): 20mg daglig
Obs Helicobacter pylori-infeksjon og hyperemesis. Ved utpregete plager kan eradikering vurderes etter graviditetsuke 11 (obs! klarytromycin i 1. trimester):
- Obstipasjon hos gravide: Opptil 40 % av gravide blir obstiperte, og dette kan også forverre/gi kvalme. Også antiemetika kan gi obstipasjon (særlig Ondansetron). Alle midler mot obstipasjon registrert i Norge kan brukes i graviditet, frasett metylnaltrekson (Relistor®), hvor det ikke foreligger sikkerhetsdata. Ved truende abort/ prematur fødsel må forsiktighet utvises.
  1. I bunn; Fiberrik mat, tilstrekkelig væske (2L per dag), regelmessig mosjon
  2. Romoppfyllende midler (Vi-siblin, Lunelax)  
Lokalvirkende laksantia (Movicol, Lactulose)
  3. Deretter/ eller i tillegg: Bisakodyl (Toilax), sennaholdige legemidler (Senokot, Pursennid) Laksoberal dråper kan brukes. Bisakodyl tbl eller miniklyster foretrekkes over sennapreparater.

		<b>Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 4</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.3.9.5-24	Utarbeidet av: Marte Ween-Velken	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/Jeanne Mette Goderstad/Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

- Sondeernæring vurderes hvis tilstanden ikke bedrer seg og vekttap foreligger. Nasojejunal sonde nedlegges gastroskopisk: Basalbehov sondeernæring per døgn er kvinnens kroppsvekt x 30 = ml/døgn.
- Ernærings supplement med delvis parenteral ernæring i perifer vene kan gis over kortere periode eller i påvente av sondeernæring.
- CVK og total parenteral ernæring bare dersom sondeernæring mislykkes.
- Korrigjer elektrolyttforstyrrelser:
  1. Hypokalemi: Tilsett 20-60mmol/l KCl i 1000ml NaCl, evt. p.o Kajos.
  2. Hypocalcemi ofte grunnet hypomagnesemi: korrigjer magnesium først (2g = 16 meq magnesiumsulfat som 10%-oppløsning i 20 min, fulgt av 1g magnesiumsulfat i 100ml over 2 timer i.v., så korrektur av calcium (1-2g calciumgluconat i 50ml 50%-dekstrose).
- Kaloritilskudd/drikk etter behov
- Klexane 40 mg s.c. 1x (60 mg ved vekt >90 kg) daglig ved innleggelse vurderes etter mobiliseringsgrad.  
(Dehydrering og immobilisering øker risiko for trombose)

#### Planlegging av utskrivelse

Inneliggende pasient skrives ut med utskrivningsblankett med plan for videre oppfølging. Hun følges enten ved poliklinikk eller i primærhelsetjenesten med vektkontroll og u-stix ukentlig, klinisk us, blodprøver og ultralyd etter klinisk skjønn.

Ved oppfølging av primærhelsetjeneste: Send PLO

#### Ved oppfølging på poliklinikk:

Alltid ta kontakt poliklinikken på tlf for videre avtale:

SSA: 37 01 41 86

SSK: 38 07 40 61 eller 38 07 40 62

SSF: 38 32 73 10

Skrives pasienten ut i helgen kontaktes gyn.pol på mandag morgen. Be pasienten om å ta kontakt dersom hun ikke har hørt noe fra gyn.pol.

Dagbehandling 2-3 x/uke. NB visittlege; husk koding og diktering.

Skriftlig plan!

#### Oversikt medikamentell behandling:

Medikament-gruppe	Preparatnavn	Dosering	Kommentarer, bivirkninger, forsiktighetsregler
Ingefærprodukter		250 mg x 4	Fersk, som te, i andre drikkevarer, kapsler- fås på helsekost og apotek. Frarådes ved samtidig reflux
Pyridoksin (Vit B6)	Pyridoksin/vitamin B6 reseptfritt	40 mg x 2-4 (maks 200 mg/dg)	God sikkerhetsprofil, få bivirkninger. God effekt mot kvalme, noe mindre mot oppkast
<b>Antihistaminer</b>			Sedasjon, munntørrhet,
Meclozin	Postafen 10-pakn reseptfritt	25 mg x 1-2 (maks 100 mg/dg)	God sikkerhetsprofil
Prometazin	Phenergan	25 mg vesper, evt 25 mg x 2-3	God sikkerhetsprofil Ikke i.v. → gangren!

		<b>Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 5</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.3.9.5-24	Utarbeidet av: Marte Ween-Velken	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/Jeanne Mette Goderstad/Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

	Hvit resept		Også noe dopamin-antagonistisk virkning
Doksymin 10 mg /pyridoxin 10 mg depotabl.	<i>Xonvea (Storbritannia), Diclegis (USA)</i>	Oppstartsdose: 2 tbl ved sengetid. Kan gis opptil 1 + 1+ 2 tbl.	Uregistrert. Fås på registreringsfritak, men svært dyrt. 1300kr for 20 tbl. Førstevalg i USA og Storbritannia.  Som et alternativ kan man heller forsøke Zonat (doxylamin 12,5 mg), i tillegg til pyrodoxin.tbl (betydelig billigere) Max dose Zonat er 200 mg/dag.
<b>Dopamin-antagonister</b>			Risiko for (varig) dyskinesi (bevegelsesforstyrrelser) hos mor, i så fall umiddelbar seponering viktig. Sedasjon og munntørrhet, som antihistaminer
Metoclopramid	<i>Afipran</i> Hvit resept	10mg x 3	Store studier viser ingen holdepunkter for føtale misdannelser
Perochlorperazin	<i>Stemetil</i>  Hvit resept	tbl. 5-10 mg x 2-3 dgl. /alternativt 25 mg x 1 supp	Kan gi QT-forlengelse
Klorpromazin	<i>Largactil</i> Søknad til Legemiddelverket pga uregistr. – skjemaet «popper opp» ved e-resept	10 mg x 2-3, evt 25 mg x 1 Evt i.v. 12,5 mg i 1000 ml NaCl	Den verste dopamin-antagonisten mtp dyskinesier. Nevrologiske symptomer hos barnet ved bruk i 3. trimester mulig, Mulig blodtrykksfall hos mor ved i.v. admin
Ondansetron (Serotonin-antagonist)	<i>Zofran</i>  Resept på §3b*	4-8mg hver 12. time p.o. eller som bolus i.v	EKG anbefalt, kan gi QT-forlengelse. Vanlige bivirkning er <b>forstoppelse</b> , tretthet, hodepine. Store studier viser motstridende resultater mht fostersikkerhet; muligens assosiert med liten økt risiko for kardiovaskuære anomalier, spesielt septum-defekter. Veie fordeler og ulemper case-by-case før uke 10.
Kortikosteroider	<i>Metylprednisolon</i>  Hvit resept	40 mg p.o./i.v. 3 dager, deretter gradvis nedtrapping ved halvering av dose hver 3. dag	Hvis ingen effekt etter 3-4 dager, seponeres behandlingen. Forsiktighet bør utvises i 1. trimester pga fare for ganespalte.

\* Søknad om individuell refusjon. Begrunn med kostbart legemiddel, andre alternativ forsøkt og alvorlig tilstand. Pasienten må først legge ut og vente på svar for Helfo. Se nasjonal veileder for tips om søknad

### Eksterne referanser

Veileder i gynekologi

Veileder i fødselshjelp <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/emesis-hyperemesis-gravidarum/>

Stavanger universitetssykehus, veileder

 SØRLANDET SYKEHUS		<b>Hyperemesis gravidarum - Prosedyre SSHF</b>			<b>Side: 6</b> <b>Av: 6</b>
Dokument-id: I.3.9.5-24	Utarbeidet av: Marte Ween-Velken	Fagansvarlig: Ingvild Vistad/Jeanne Mette Goderstad/Eberhard Ruff	Godkjent dato: 22.10.2024	Godkjent av: Ingvild Vistad	Revisjon: 9.00

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Prosedyrer Gynekologi

Rikshospitalet veileder

UpToDate: Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy, Smith, Refuerzo, Ramin:

[http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=search\\_result&search=hyperemesis&selectedTitle=1%7E52](http://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?source=search_result&search=hyperemesis&selectedTitle=1%7E52)

Lisbeth Vesterhus, farmasøyt SSHF, foredrag Kvinneklinikken august 2018

Stikkord: Svangerskapskvalme, brekninger, hyperemesis gravidarum, oppkast, Wernicke´s encefalopati

### Kryssreferanser

[I.3.19-12](#)

[PICC-line - bruksområde, observasjon og stell - SSHF](#)

[I.3.19-13](#)

[PICC-line - pasientinformasjon](#)

[I.5.1.7-1](#)

[Ekstrem svangerskapskvalme \(hyperemesis\) - Pasientinformasjon SSHF](#)