

Eklampsi. Føde/Barsel SSHF

Side 1 av 3

Dokument ID:
1.3.9.1.5-8Godkjent dato:
26.09.2023Gyldig til:
26.09.2026Revisjon:
5.01

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetikk/Fellesprosedyrer obstetikk

HENSIKT

Sikre håndtering og monitorering av kvinner med eklamptisk anfall.

MÅLGRUPPE

Kvinner med eklampsi eller truende eklampsi i svangerskap, fødsel og barseltid.

ANSVAR

Gynekolog, jordmor, anestesilege

FREM GANGSMÅTEDefinisjon


Generelle kramper under siste halvdel av svangerskapet, fødsel eller første uke etter fødsel, der epilepsi eller andre sykdommer ikke er årsak.

RisikofaktorerAlvorlig preeklampsi med kliniske symptomer: Intens pannehodepine, kvalme, smerter i epigastriet, synsforstyrrelser og irritabilitet/uro.

Hos 25 % vil bare lett preeklampsi / hypertensjon være registrert før det eklamptiske anfall.

Eklampsi-boks med medikamenter og prosedyrer ligger på:**SSA:** Medisinrommet på fødeavdelingen**SSK:** Medisinrommet på fødeavdelingen, Obsposten og Barsel A**SSF:** Medisinrom på barsel, rød boks**Handlingsplan:**

1. Bli hos pasienten og pass på at hun ikke faller ut av senga. **Frie luftveier**, stabilt sideleie.
2. **Tilkall hjelp øyeblikkelig:** Jordmor, gynekolog og anestesipersonell.
3. **Intravenøs tilgang:** 2 grønne PVK
4. Behandle og stopp krampene med **Magnesiumsulfat** (MgSO₄)
Bivirkninger: rødme, kvalme, hypotensjon, bradykardi, respirasjonshemming, nedsatt dype reflekser. (Diazepam 10-20mg iv/rektalvæske skal kun brukes dersom MgSO₄ ikke er tilgjengelig, da det ikke har like god krampeeffekt, og vil påvirke barnet etter forløsning.)
Se tabell nedenfor.

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|  | | Eklamsi. Føde/Barsel SSHF | | | Side: 2 Av: 3 |
| Dokument-id: I.3.9.1.5-8 | Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby | Godkjent dato: 26.09.2023 | Godkjent av: Mikkel Høiberg | Revisjon: 5.01 |

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fellesprosedyrer obstetrikk

| | Medikament/administrasjon | Dosering |
|-------------------------------|---|---|
| Bolusdose | Bland MgSO ₄ 2 x 10 ml (=20 mmol) med 20 ml NaCl 9mg/ml til totalvolum 40 ml. Gi 35 ml av dette (=17,5 mmol) | Gi 35 ml av dette (=17,5 mmol) langsomt iv i løpet av minst 5 min, helst bruke 10-15 min. Bolusdosen (35ml=17,5 mmol) kan med fordel gis med sprøytepumpe. Disse 35 ml gis over 15 minutter (dvs. hastigheten er 140 ml/t) |
| Kontinuerlig infusjon | 450 ml NaCl 9 mg/ml (trekk ut 50 ml av en 500 ml flaske) blandes med MgSO ₄ 5 x 10 ml (50 mmol) til et totalvolum på 500ml (konsentrasjonen av MgSO ₄ blir 0,1 mmol/ml) | Infusjonsstart 40 ml/t (= 4mmol/time = 1g/time) Dosen kan økes til 60 ml/t, ev. 80 ml/t hvis ikke oppnådd terapeutisk nivå. |
| Ved nye eklampsianfall | Dersom dette skjer under pågående infusjon, gis ny bolusdose. | Gi 35 ml av dette (=17,5 mmol) langsomt iv i løpet av minst 5 min, helst bruke 10-15 min. Bolusdosen (35ml=17,5 mmol) kan med fordel gis med sprøytepumpe. Disse 35 ml gis over 15 minutter (dvs. hastigheten er 140 ml/t) |

A) Kontroll av terapi

Evt. toksiske bivirkninger av MgSO₄ kan sees ved opphevet patellarrefleks, respirasjonshemming og nedsatt urinproduksjon. Magnesiumintoksikasjon er uvanlig ved normal nyrefunksjon


- Urinkateter med timediuresser legges inn når mor er stabilisert.
- Ved mistanke om toksisitet/overdosering kontrolleres patellarreflex og respirasjonsfrekvens
- Serumkonsentrasjon av magnesium styrer ikke infusjonshastigheten, men kan måles etter behov (Terapeutisk nivå: 2–4 mmol/l).

Symptomer ved overdosering:

- Respirasjonshemming: avbryt magnesiuminfusjon ved respirasjon < 16/min, gi oksygen på maske.
- Nedsatt urinproduksjon: <25ml/time/ eller <100 ml på 4 timer; reduseres magnesiuminfusjon til 2mmol/t = 10 ml/t
- Opphevet patellarrefleks: avbryt magnesiuminfusjon og observer respirasjon (Når refleksen kommer tilbake start infusjon med redusert dose.)

B) Antidot

Kalsiumglubionat: 10 ml (Calcium-Sandoz[®], Calciumglukonat[®]) (9 mg kalsiumglubionat/ml) skal finnes i rommet og gis langsomt iv ved behov.

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
|  | | Eklampsi. Føde/Barsel SSHF | | | Side: 3 Av: 3 |
| Dokument-id: I.3.9.1.5-8 | Utarbeidet av: Prosedyreutvalg obstetrikk SSHF | Fagansvarlig: Seksjonsoverlege Føde/Barsel SSK, Bente Maltby | Godkjent dato: 26.09.2023 | Godkjent av: Mikkel Høiberg | Revisjon: 5.01 |

Fagspesifikke prosedyrer/Fødselshjelp og kvinnesykdommer/Gynekologi/Fellesprosedyrer Obstetrikk/Fellesprosedyrer obstetrik

C) Generelt

- Kvinnen flyttes til intensivavdelingen for stabilisering og videre behandling. Overvåk deretter fosterlyden.
- Kvinnen må skjermes for støy og stress. Smerter/kontraksjoner må smertelindres.
- Kontinuerlig BT- monitorering, ktr blodprøver (trombocytopeni, koagulasjon)
- **Mor må være stabilisert før forløsning.** Det er sjelden indikasjon for akutt sectio i narkose. Det vil som regel innebære at evt keisersnitt tidligst kan utføres 1-3 timer etter det eklampsiske anfall.
- Vaginal forløsning vurderes hvis kvinnen er i langt framskreden fødsel (tang foretrekkes)
- Ved ekstrem prematuritet (< 28 uker) kan det vurderes å vente på begynnende Celestoneffekt. Øvrig hvis forløsning ikke kan forventes innen 12 - 18 timer, gjøres sectio.
- Behandlingen med magnesiumsulfat bør fortsette ca 24 timer etter forløsning eller ca 24 timer etter eklampsi anfall dersom postpartum. Hun bør overvåkes på intensiv inntil minst 2 timer etter seponering av MgSO4-infusjonen.
- Dersom MgSO4-infusjon gis på indikasjon nevroproteksjon, gis behandling inntil fødsel, men maksimalt 24 timer og gjentas ikke.

I situasjoner der stabilisering/behandling av mor kommer i strid med at det er indikasjon for forløsning på føtal indikasjon, har mor prioritet.

INNHALDSFORTEGNELSE EKLAMPSIBOKS:

| | |
|---|------------------------|
| 7 x 10 ml Magnesiumsulfat (MgSO4) 1 mmol/ml | 50 ml sprøyte |
| Infusjonssett til 50 ml sprøyte | 20 ml sprøyte |
| 2 x 10 ml NaCl | Opptrekkskanyler 2 stk |
| 500 ml NaCl | Infusjonssett |

Kryssreferanser

[I.2.2-37](#) [Blandekort voksne - LABETALOL \(Trandate®, Labetalol S.A.L.F.®\)](#)
[Føde/Barsel - SSHF](#)

[I.3.9.1.2-10](#) [Prematur fødsel <GA 34+0 - behandling og profylakse. Føde/Barsel SSHF](#)

Eksterne referanser

Norsk gynekologisk forening: [Veileder i fødselshjelp \(2020\): Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#). Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselslshjelp/hypertensive-svangerskapskomplikasjoner-og-eklampsi/> (20.01.21)