 HELSE BERGEN Haukeland universitetssjukehus	<h2>Hyperemesis gravidarum</h2>
Kategori: Pasientbehandling/Fagprosedyrer/Annet/Annet 3	Gyldig fra/til: 18.01.2024/18.01.2026
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Gynekologisk seksjon generell	Versjon: 5.06
Godkjenner: Albrechtsen, Susanne	Retningslinje
Dok. ansvarlig: Heidi Thornhill	Dok.id: D36590

DEFINISJON

Vedvarende kvalme, brekninger og oppkast i svangerskap som debuterer før 20 uker og som fører til redusert allmenntilstand med dehydrering, vekttap og væske- og elektrolyttforstyrrelser og ikke skyldes annen sykdom (DD: gastroenteritt, cystitt, pancreatitt, labyrintitt m.fl).

KLINIKK:

- Kvalme, brekninger, ptyalisme, dyspepsi:
- Vekttap:
- Dehydrering:
- Utilstrekkelig næringsinntak:
- Elektrolyttforstyrrelser:
- Ketose
- Metabolsk alkalose
- Forhøyede levertransaminaser
- Thyrotoksikose (rask puls, skjelvinger)

US:

SUKK-skår* kvantifiserer grad av kvalme
Pregravid vekt – Dagens vekt (måles!)
Lite diurese, lavt BT, høy puls, tørre slimhinner, høy Hb/htk
s-Prealbumin, ketonuri, vekttap
Hyponatremi, hypokalemi, magnesium, fosfat
Ketonuri (Urin stix), mål på lavt matinntak
evt Syre-/base (ved hypotensjon, dårlig pas)
ASAT, ALAT, LDH
TSH, fritt T4, T3^u evt. Thyroideaantistoff

*SUKK-skjema

1: Hvor mange (klokke) timer har du følt deg kvalm eller uvel i magen

Over 6 timer 5 poeng	4-6 timer 4 poeng	2-3 timer 3 poeng	≤1 time 2 poeng	Ikke i det hele tatt 1 poeng
-------------------------	----------------------	----------------------	--------------------	---------------------------------

2: Hvor mange ganger har du kastet opp

Over 7 ganger 5 poeng	5-6 ganger 4 poeng	3-4 ganger 3 poeng	1-2 ganger 2 poeng	Ikke i det hele tatt 1 poeng
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------

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

Over 7 ganger 5 poeng	5-6 ganger 4 poeng	3-4 ganger 3 poeng	1-2 ganger 2 poeng	Ikke i det hele tatt 1 poeng
--------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------------

Mild: 3-6 poeng Moderat: 7-12 poeng Alvorlig NVP/HG: ≥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.

Patologiske thyroideaperøver:

Biokjemisk hyperthyreose med forhøyet fritt T₄ og lavt TSH pga kryssreaksjon med HCG). Pasientene er klinisk euthyreote. Forekommer hos 20 – 60 % av pasientene med HG, normaliseres oftest mellom 15.-19. svangerskapsuger.

Graves´ sykdom kan debutere i svangerskapet; klinisk thyrotoksikose, struma og fritt T4 økt, TSH lav samt påvisbare thyroideaantistoffer. De fleste kan utredes ved KKB.

MÅL MED BEHANDLING ER:

- Å redusere/eliminere kvalme
 - Gjenopprette væske-/elektrolyttbalanse og ernæringsstatus
 - Gjenopprette livskvalitet
- Gi antiemetika
Væske-/ernæring
Psykososial støtte

US ved første konsultasjon:

SUKK-skår, Vekt, BT/Puls, vurdere hydrering, ultralyd: levende foster, flerlinger eller mola?
Blodprøver: Hgb, Hkt, Na, K, Cl, Ca, Fosfat, Magnesium, TSH, fritt T₄, kreatinin, ASAT, ALAT, LDH, Prealbumin. Urin stix mhp ketonuri. Evt. kapillær syer-/base

Informasjon til pasient:

Kvalmestillende er viktig! Tilstand er verst for kvinnen, med god behandling, sikre væske-/ernæringsstatus, ikke farlig for fosteret. Redusert risiko for abort (sml ingen/kun lite kvalme). Miljøskifte kan ha betydning. Psykososial støtte viktig.

Poliklinisk behandling (kan vurderes ved lett til moderat grad av HG)

- Klinisk lett dehydrering
- Normale elektrolytter
- Vekttap <10% av pregravid vekt
- Ingen sterk mistanke om annen årsak til kvalme og brekninger enn svangerskapet
- Vurdere kvinnens livssituasjon slik at behandling med antiemetika og evt. rehydrering, kan gjennomføres ambulant.

Innleggelse (hvis pasienten ikke oppfyller kriterier for poliklinisk behandling)

- Oppnevne pasientansvarlig lege/sykepleier/jordmor, henvise sosionom/psyk. hvis langvarig innleggelse/pasients ønske.
- Hyperemesispasienter, uansett gestasjonsalder, skal fortrinnsvis til Seksjon for gynekologi og gynekologisk kreft.

BEHANDLING

Antiemetika: fast dosering heller enn ved behov, kombiner ulike medikamentgrupper

- Tabl. Embagyn® (doxylamin/pyridoxin) 1 tablett vesp i to dager, øk opp ihht Felleskatalogen,
- alternativt Xonvea® (doxylamin/pyridoxin) 2 tabl vesp, øk ihht Felleskatalogen.
- **og evt.** Tabl. Stemetil® (proklorperazin) 10 mg x 3 p.o.
- evt. Largactil® (Klorpromazin) 10-25 mg x 3 p.o.
- *eller* Largactil® (Klorpromazin) i.v. infusjon. Registreringsfritak. 25 mg i 1000 ml 5 % glucose over 24 timer.
- **og evt.** Zofran® (Ondansetron) 4-8 mg x 2 p.o., evt. 4 mg x 2 i.m.
- I alvorlige og terapieresistente tilfeller kan man gi 40 mg metylprednisolon i.v. per os i 3 dager, så halvering av dosen hver 3. dag ilp 1-2 uker. Hvis ingen effekt etter 3-4 dager, seponer.

Antacida: Omeprazol (Losec®) 20 mg x 1, spør om pasient har mye dyspepsi/sure oppstøt

Ernæringsveiledning – Hyppige men små mengder mat/drikkes, gjerne proteinrik.

- Multivitamintilskudd, inkludert Folat 400mcg.
- Tiamin (vitamin B1) 3mg, 4tbl x1
- Ved >1 ukes sykehusopphold; henvise til ernæringsfysiolog.

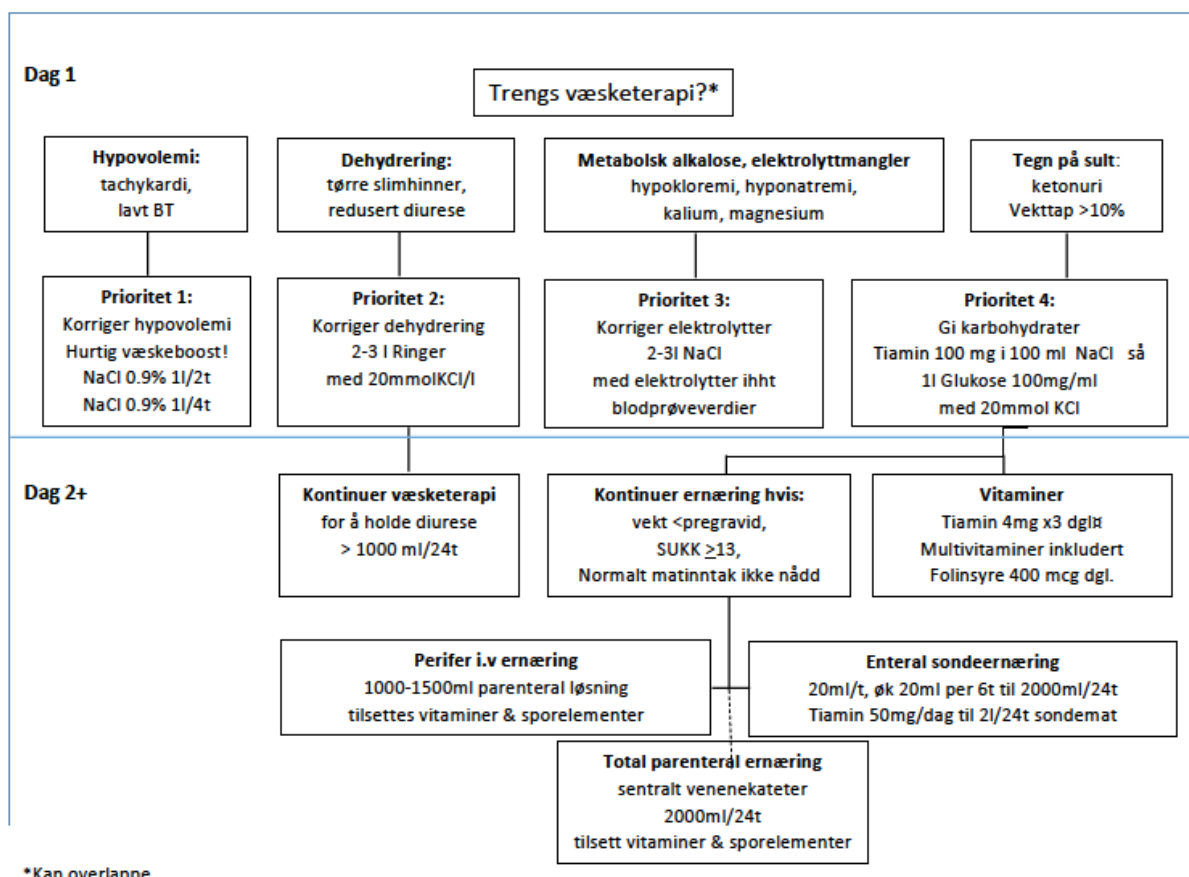
Væsketerapi: (se også flytskjema)

- Ringer 2l i.v. og 1l Glucose 100mg/ml iv gis 250ml/t, hver l tilsatt 20mmol KCl
- Tiamin (vitamin B1) 50 mg x 3 per os alt. 100 mg i 100 ml 0,9% NaCl gitt ilp ½-1 time.
- Ved hyponatremi/hypokloremi/metabolsk alkalose: NaCl heller enn Ringer, ved andre elektrolyttforstyrrelser; tilsett det som mangler (eks. magnesium eller fosfat).
- Intravenøs ernæringssupplement med parenteral ernæring gis 2.-3. døgn om SUKK fortsatt ≥13, prealbumin <20 g/l og/eller ikke reetablert pregravid vekt.
- Oliclinomel N4-550E®/SMOF-Kabiven® tilsatt vitaminer og sporstoffer; Vitalipid og Tracel.

- Sondeernæring vurderes hvis tilstanden ikke bedres og pasienten fortsatt taper vekt. Ventrikkelsonde legges ned av sykepleier.
- Basalbehov sondeernæring i ml/døgn er kvinnens kroppsvekt x 30. Start med 20ml/time, øk med 20ml/t hver 4. time. Hvis 2l/24t ikke kan gis må mer energitett (høyere kaloriinnhold) sondeløsning benyttes. Ved gjentatt sondeoppkast kan gastrokopisk nedlegging forsøkes (henvis medisin gastro).
- SVK og total parenteral ernæring bare dersom sondeernæring mislykkes.

Tromboseprofylakse

- Fragmin 2500 IE sc dgl hos vesentlig sengeliggende pasient.

**OPPFØLGNING**

Pasienten følges opp av lege i samarbeid med sykepleier og eventuelt jordmor. Ved innleggelse > en uke og vanskelig å imøtekomme ernæringsmål (vektøkning) konferer ernæringsfysiolog.

- Blodprøver: Nye prøver (inkl.elektrolytter) taes 2. dag, deretter x2/uke
- Urin-stix daglig til neg mhp ketonuri, så x1/uke
- Måle døgnurin daglig til ≥ 1000 ml/24t
- Registrere væskeinntak og mat ved drikke- og kostliste. Beregne energiinntaket
- Vektkontroll x2 pr uke og alltid utskrivningsdag
- Ultralyd x1/uke for å sikre at fosteret fortsatt er vitalt, (ikke vekstmålinger)

UTSKRIVNING

Når SUKK-skår er normalisert og hun enten spiser/drikker tilstrekkelig selv evt ut med sonde hjemme. Kontinuere antiemetika og vitaminer/jern. Sykemelding ofte nødvendig.

Antiemetikaresept. Zofran individuell søknad om refusjon etter §3a, oppgi diagnose Hyperemesis og at Embagyn/Xonvea og Stemetil har vært forsøkt og ikke er tilstrekkelig. I merknad presiser at

Helsedirektoratet har akseptert ondansetron ved HG i henhold til nasjonal terapianbefaling. I punkt Alvorlighetsgrad vis til Veileder i Fødselshjelp og at ubehandlet Hyperemesis er potensielt svært alvorlig for både kvinnen og foster og at ondansetron er akseptert tredjelinjebehandling. Skriv hvor lenge hun har vært alvorlig kvalm samt at hun vil trenge langvarig behandling fremover i svangerskapets kommende måneder.

Ved søknad næringsmidler (parenteral/enteral ernæring) bruk §5-14 og §6.1: tilstander som rammer munn, svelg, spiserør og som hindrer tilførsel av vanlig mat samt opptak av viktige næringsstoffer. Vis til Veileder i fødselshjelp som dokumentasjon for ernæringsbehandling som nasjonal terapianbefaling ved Hyperemesis: Hyperemesis med dårlig ernæringsbehandling er potensielt svært alvorlig for kvinnen (kan gi maternelle dødsfall pga feilernæring) samt alvorlig for fosteret (risiko for vekstretardasjon hos barnet). (Vis evt. også til presisering ved helseministeren «Svar på spørsmål nr 2108» at Helsedirektoratet skulle endre sitt rundskriv om krav om langvarighet av ernæringsbehandling i svangerskap til å være ca tre måneders varighet.)

AMBULANT VÆSKE-/ERNÆRINGSBEHANDLING VED HYPEREMESIS GRAVIDARUM (HG)

Hovedregel: Kvinner med behandlingstrengende HG får initiert behandling som inneliggende (se egen prosedyre), hun kan utskrives når:

- SUKK-skår <13
- diurese >1000ml/døgn= rehydrert
- bekreftet vektøkning fra innkomst: NB veies utskrivningsdag!
- hun enten spiser det hun selv oppfatter som tilnærmet normalt eller har fått sonde

Kvinner som IKKE hadde brukt antiemetika før innleggelse men har respondert godt på dette i avdeling trenger ikke avtalt kontroll KK, anbefales kontroll hos egen lege om en uke.

Andre får tilbudt videre behandling x 2 pr uke ved KK, først etter 3-5 dager

<u>Utskrivning</u>	<u>Første ktr</u>	<u>Neste ktr</u>	<u>Første ktr</u>	<u>Neste ktr</u>
Mandag	torsdag	mandag	torsdag	mandag
Tirsdag	torsdag	mandag	fredag	tirsdag
Onsdag	mandag	torsdag	mandag	onsdag
Torsdag	mandag	torsdag	mandag	torsdag
Fredag	mandag	torsdag	mandag	torsdag
Lørdag	torsdag	mandag	tirsdag	fredag
Søndag	torsdag	mandag	onsdag	fredag

Ved utreise: bestill Hyperemesispakke lab og ordiner væskebehandling i Meona

Ved kontroll: går til lab; ta Hyperemesispakke

Kommer på post: med urinprøve til stix, mål vekt, SUKK-skår, legg veneflon

Væskebehandling: 1000ml Ringer over 1 time (rehydrering)
Thiamin 50mg i.v (forhindrer reernæringsyndrom)

Ernæringstilskudd: 1000ml Glucose 10% m/20mmol KCl* over 4 timer
Glucose infusjonshastighet maks 0,5g/t/kg, ved 50kg; 250ml/t, dvs 11 pr 4 timer
KCl gis for å dekke litt av normalbehov kalium, dvs gis selv om normal serum kalium, skal ØKES ved hypokalemi (legeordinasjon).
KCl kan gis som 20mmol/time (ved 40mmol/time: EKG-overvåkning)

Kvinner med pågående sondeernæring ktr x1/uke, alltid legenotat, men ved <2l sondenæring/døgn, liten diurese/mørk urin eller redusert allmentilstand: gi væskebehandling. Må ordineres individuelt.

Legenotat x1/uke eller hvis blodprøver viser elektrolyttforstyrrelse

Sykepleienotat ved hver konsultasjon
KEFkonsultasjon x1/uke

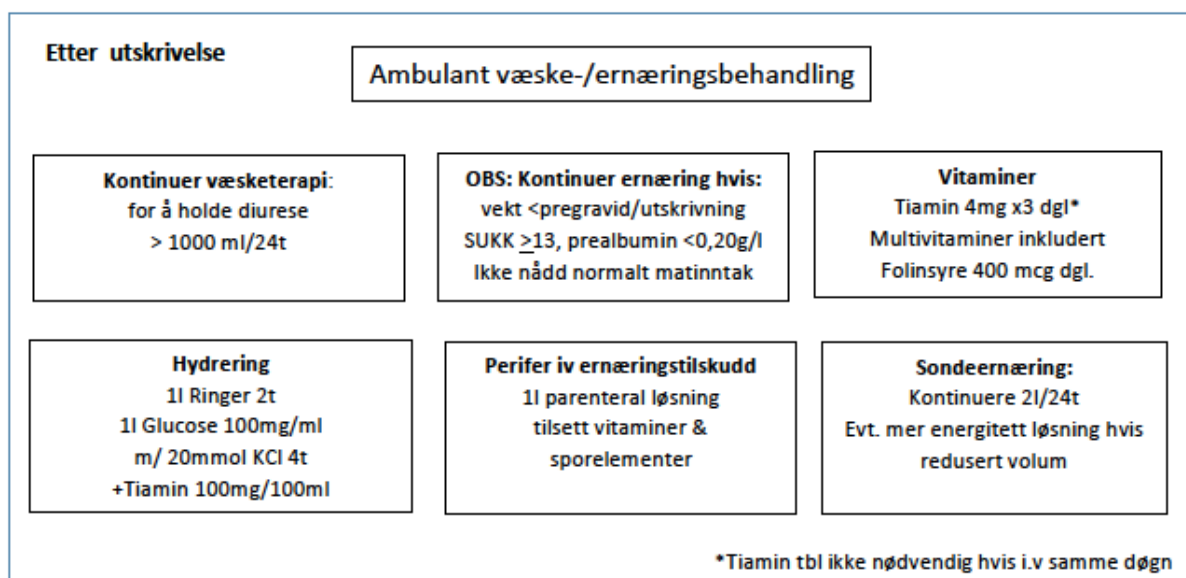
Delmål: -holde SUKKskår <13
-vektoppgang til pregravid vekt
-øke eget næringsinntak
-normal diurese
-kvinnen angir bedet allmenntilstand etter væskeinfusjon

Mål: -sikre vekttoppgang -til pregravidvekt+1 kg innen 12 uker
-reetablere eget normalt næringsinntak

Lengde behandling må fastsettes individuelt av lege i samråd med pasient.

Diagnosekode O21.1 Hyperemesis gravidarum med metabolske forstyrrelser
O25 Underernæring i svangerskap

Prosedyrekode: WBGN 00 væskeinfusjon
WJFX99 vurdering av ernæringsstatus
WJAT10 sondeernæring alene
WJAT25 sonde og i.v ernæring
WJAT55 individuell ernæringsveiledning (KEF)



1. Boelig RC, Barton SJ, Saccone G, Kelly AJ, Edwards SJ, Berghella V. Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a Cochrane systematic review and meta-analysis. The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstet. 2018 Sep;31(18):2492-505. PubMed PMID: 28614956.

Link til nasjonal veileder NGF [Hyperemesis gravidarum NGF 2021](#)