

# Hyperemesis gravidarum (HG) – KK HS

---

## Hitta i dokumentet

[Bakgrund](#)

[Symtom](#)

[Utredning](#)

[Behandling och vårdnivå](#)

[Poliklinisk behandling](#)

[Sluten vård](#)

[Behandling dagvård](#)

[Behandling slutenvård](#)

[Terapieresistent hyperemesis](#)

[Hyperemesis i sen graviditet](#)

[Diabetes och hyperemesis](#)

[Referenser](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Bakgrund

Graviditetsillamående förekommer i ca 70 - 80 % av alla graviditeter. I regel kraftigast symtom vecka 9–11 och klingar av vecka 16-20. Ca 10 % har bestående illamående graviditeten ut. Vid hyperemesis gravidarum (HG) har patienten svåra symtom med illamående och kräkningar, vilket förekommer hos 1–2 % av alla graviditeter. Uppkomstmekanismerna tros vara multifaktoriella. Genetiska faktorer och stigande s-hCG-nivåer inverkar. Duplex, mola och höga östrogennivåer bidrar, liksom ett eventuellt samband mellan kolonisering med *Helicobacter pylori*. Högt återfallsrisk vid framtida graviditeter. Neonatala risker är låg födelsevikt, prematur förlossning och påverkan på neurologisk utveckling.

## Symtom

- Svårt illamående och kräkningar
- Viktnedgång ( $\geq 5$  % eller mer av pregravid vikt)
- Minskad miktionsfrekvens
- Dehydrering med påföljande symtom:
  - Huvudvärk
  - Förvirring
  - Svimning
  - Gulsot
  - Extrem trötthet

## Differentialdiagnoser

- Tyreotoxikos
- Uremi
- UVI, pyelonefrit
- Gastrit, pankreatit, andra orsaker till akut buk
- Diabetes ketoacidosis
- Inducerade kräkningar
- CNS-sjukdomar såsom infektion eller tumör

## Utredning

PUQE-skalan är validerad och kan användas för skattning av allvarlighetsgrad och utvärdering av symtom över tid.

### PUQE- 24-skala, (Pregnancy Unique Quantification of Emesis score) 3-15 poäng

1. Av de senaste 24 timmarna, under hur lång tid har du mått illa?

Inte alls (1)    1 h (2)            2-3 h (3)            4-6 h (4)            >6 h (5)

2. Av de senaste 24 timmarna, hur många gånger har du kräkt?

Inte alls (1)    1-2 ggr (2)            3-4 ggr (3)            5-6 ggr (4)            7 gånger (5)

3. Av de senaste 24 timmarna, hur många gånger har du ulkat eller haft kväljningar utan att få upp något?

Inga (1)            1-2 ggr (2)            3-4 (3)                    5-6 ggr (4)            7 ggr (5)

(Poäng:  $\leq 6$ p = milda besvär, 7-12 = måttliga,  $\geq 13$  = svåra)

### Status

- Vitalparametrar  
Puls, blodtryck, andningsfrekvens, saturation, temperatur
- Kliniska tecken på dehydrering  
Nedsatt hudturgor, torr i munslemhinnan, takykardi, hypotoni.
- Vikt  
Tas vid första besöket, oavsett om patienten läggs in, för ev. framtida besök.
- Ultraljud  
Vid HG ska ultraljud göras vid första läkarbesöket för att bedöma viabilitet och förekomst av duplex eller mola.

### Labb

Beroende på PUQE-score kan följande prover vara aktuella.

- U-ketoner  
Vid svår HG är det oftast 3+ ketoner eller mer. Vid mindre än 3+ behövs ingen ytterligare provtagning.
- Blodprover (HG-prover): Hb, EVF, Na, K, krea
- ASAT, ALAT.  
Påverkas vid allvarlig HG, vid grav undernäring kan även koagulationsrubbningsrubbningar förekomma.
- TSH och T4  
För att utesluta hypertyreos som orsak till HG, tas enbart vid första akutbesöket eller vid försämring under trimester 2 och 3. Gestationell hyperthyreos vanligt.

## Behandling och vårdnivå

### Medicinsk behandling mot illamående

- T Postafen 1 x 2-4
- T Lergigan comp 1 x 3-4.
- T. Beviplex forte 1 x 3 (Innehåller kombination av vitaminer där pyridoxin, B6, har effekt mot illamåendet) Tidigare gavs T. Pyridoxin 40 mg x 2 i 3 dagar, men detta är avregistrerat. Finns dock att licensbeställa eller via hälsobutik, maximalt 100

mg/dygn. T Beviplex innehåller totalt sett lägre dos vit B6 (15 mg). Därför kan kuren vid behov förlängas i 6 dagar.

- T. Xonvea (pyridoxin 10 mg/doxylsmin 10 mg. Dosering: 2 tabletter till kvällen, kan efter 3 dagar ökas till 1+0+2, 1+1+2.

### Handläggning

Patienter med anamnes som talar för HE, inga kliniska dehydreringstecken och viktnedgång  $\leq 5\%$  av pregravid vikt, sköts av patientens ansvariga barnmorska (PAB) på KHV. Antiemetisk läkemedelsbehandling eller alternativ metod. Vitamintillskott. Kontroll av vikt och urin 1-2 ggr per vecka.

**Läkare på Kvinnohälsovården (KHV)** kontaktas vid behov:

- Ställningstagande till sjukskrivning. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer, 25–50 % i lättmätliga fall, 100 % vid uttalade fall i upp till 2 månader. Diagnoskod: O21.
- Ultraljudsundersökning och övervägande av differentialdiagnoser.
- Vid svårare besvär och ketonuri kan läkare på KHV kontakta gynavdelning för planering av parenteral vätska: I dessa fall skall läkaranteckning skrivas i Obstetrix där det ska ingå anamnes samt status, AT och ultraljud som underlag för avd-läkares anteckning i VAS för dagvård.

### Milda symtom

PUQE-score  $<6p$ , ingen påverkan i allmäntillstånd, normala blodprover och u-ketoner max 1+. Handläggs av barnmorska på (KHV), information och rådgivning.

- Kostråd: Mindre portioner, men tätt mellan måltiderna. Undvika tom magsäck. Små salta kex och kalla drycker, eller annat som patienten lättare får behålla.
- Vila och stressreducering enligt information på [1177.se](http://1177.se) om graviditetsillamående.
- Akupressurband – sitter över P6 eller bakom öronen.
- Ingefära har säkerställd evidens och finns receptfritt. Effekt inom 4 dygn om det fungerar. Kapsel 250 mg 1x2-4, alternativt tebrygd av färsk ingefära. Ska inte tas av patienter med diabetes, trombosprofylax eller gallbesvär.
- Omeprazol 20 mg x 1, kan köpas receptfritt.
- Råd om eventuell medicinsk behandling, ev recept kontakt läkare via JO20.

### Måttliga symtom

PUQE-score 7-12p

- Kräkningar längre än 24 timmar eller 5–6 kräkningar senaste 12 timmarna
- Diskreta förändringar i elstatus eller moderat ketonuri (2+ med påverkat AT eller 3+)

I dessa fall är det indicerat med parenteral vätskebehandling. Läkarbedömning ska ske första gången dagvårdstillfället i graviditeten. Läkare på KHV eller gynjour gör då undersökning samt skriver en plan för behandling och provtagning. Kontakta gynavdelningen och se till att journalanteckning finns utskriven snarast.

Vid upprepat behov av vätskebehandling kan patienten själv kontakta avdelningen och sjuksköterska eller barnmorska kan påbörja vätskebehandling. Informera avdelningsläkare vid behov och inför hemgång eller vid avvikande förlopp, svårt sjuk patient med mera.

### Svår hyperemesis

PUQE-score 13p eller mer

- Signifikant elektrolyttrubbning som inte kan korrigeras snabbt. (Na <120 mmol/l, K <2,9).
- Viktnedgång >3 kg eller 5 % av kroppsvikt
- Kraftig ketonuri (>3+)
- Ihållande kräkningar efter poliklinisk behandling eller utebliven effekt trots en vecka med dagvård.

Det är i dessa fall indicerat med inläggning för slutenvård.

## Poliklinisk behandling

Patienter med inga eller lätta dehydreringstecken, normala eller nästan normala elektrolyter och viktnedgång ≤ 10 % av pregravid vikt, kan behandlas polikliniskt som dagvårdspatienter. Avstämning görs med läkare 2 ggr/ vecka eller vid behov. När patienten försörjer sig tillfredsställande och viktnedgången upphört, kan behandlingen avslutas. Telefonuppföljning efter ca ½ vecka. Avdelningen handlägger recidiv inom 1 vecka och därefter övertas ansvaret åter av KHV.

## Sluten vård

Patienter med svår dehydrering, derangerade laboratorieprover, viktnedgång ≥ 10 % av pregravid vikt eller som inte förbättrats efter en veckas poliklinisk behandling blir aktuella för sluten vård. Ställningstagande till TPN och trombosprofylax samt ytterligare utredning.

## Behandling dagvård

- Koppla 1000 ml NaCl (2 timmar infusionstakt).
- Ta HG-prover (Hb, EVF, Na, K, krea).
- Koppla 1000 ml buffrad glukos 5 % (Glukos Na K), eventuellt med tillsatser 40 Na/20K beroende på elstatus (2 timmar infusionstakt).
- Överväg tiamininjektion för att förhindra Wernickes ecefalopati.
- Primperan inj 10 mg v.b.
- Fortsätt med per oral antiemetika. Beveiplex forte 1 x 3 i 3–6 dagar.

## Behandling slutenvård

- Patienten läggs in för vätskebehandling, antiemetika samt kontroll och eventuellt justering av elektrolyter.
- Ta utökade blodprover (Hb, EVF, Na, K, Krea, ALAT, ALP, bilirubin). Urinsticka. Överväg provtagning för Helicobacter pylori.
- Läkarbedömning. Överväg och uteslut differentialdiagnoser. Gastroskopi?
- Tiamininjektion för att förhindra Wernickes encefalopati.
- Daglig vikt.
- Överväg kontakt med kurator, dietist, sjukgymnast.
- CVK/Midline för infart.
- Överväg trombosprofylax.

## Tilläggspreparat vid svår, terapiresistent hyperemesis

- T. Primperan 10 mg v.b. alternativt Primperan 5 mg/ml i.v. (Supp Proklorperazin 25 mg x 2 går att beställa via Apoteket APL)

- K. Omeprazol 20 mg x 1 – 2 särskilt vid misstanke om esofagit eller ulcus.
- T. Ondansetron 4 mg x 1– 3 (endast efter v 12 p.g.a liten riskökning av läpp-käk-gomspalt, men kan ges tidigare i svåra fall av hyperemesis). Finns också som sublingual beredningsform.
- Kortison kan övervägas mot terapieresistent hyperemesis.
- TPN i samråd med dietist.
- Trombosprofylax
- Gastroduodenal sond kan övervägas efter kontakt med dietist.

### **Tiamin (vitamin B1)**

Tiamin (vitamin B1) är nödvändigt för metabolism av kolhydrater och aminosyror. Kroppen har depåer för ca 14 dagar. Wernickes encefalopati kan utvecklas vid intag av kolhydrater med tomma tiamindepåer och kan medföra hjärnskador som ibland är irreversibla. Hög risk för mortalitet och missfall. Initiala symtom är dubbelseende, konfusion och ataxi. Symtomen reverseras i regel vid tiamintillförsel.

Det är viktigt att ge tillskott av vitamin B1 för patienter som haft kraftigt nedsatt nutritionsstatus under åtminstone 14 dagar. Injektionen ges före glukos/kolhydrater. Tiamin förekommer i bl.a. frukostflingor och müsli, fläskkött, inälvsmat, vetegroddar, solrosfrön och bröd (Livsmedelsverket 2020).

Tidigare preparat med intravenösa B-vitaminer (Neurobion och Betabion) är avregistrerade, parallellimporterat alternativ finns och Neurobion importeras på licens. Dock anses Thiamine som förstahandsval, då detta ges i.v. vilket innebär mindre smärta för patienten.

- Inj Thiamine Ebb 50mg/ml 3 ml i.v. ges till patienter med svår hyperemesis vid första vårdtillfället på vårdavdelning. Kan upprepas veckovis ifall patienten inte får vitamin B1 via kost eller multivitamin. I svåra fall kan ökad dos krävas (t.ex. 3 gånger per vecka) efter läkarordination.
- Alt Inj. Neurobion 3 ml i.m (avregistrerat).

### **Kombinationspreparat med vitaminer**

Tidigare preparat mot illamående T Pyridoxin 40 mg (1 x 2 i 3 dagar) är avregistrerat och kan endast tillhandahållas som apotekstillverkat läkemedel från Apoteket APL. Kan i vissa fall köpas på hälsobutik, dos 100 mg x 1 max.

Preparat med multivitamin (t.ex. Mitt val gravid, Multivitamin gravid) innehåller tillräckliga mängder vitaminer för det ökade behovet under graviditeten. Patienter med HG ska uppmuntras att inta dessa.

T. Beviplex forte 1 x 3 ges i minst 3 dagar i anslutning till varje vårdtillfälle. Obs! Dygnsdosen av pyridoxin blir endast 45 mg vid denna behandlingsregim. Förläng kuren vid behov.

### **Terapieresistent hyperemesis**

Följande behandlingar bör användas restriktivt. Övervägs när allt annat prövats och kvinnans situation bedöms allvarlig.

### **Kortikosteroider**

T. Prednisolon 40-60 mg per dygn fördelat på 3 doser. Nedtrappning i form av dossänkning vart 3:e dygn, med totalt 2-3 veckors behandlingstid.

Inj. Solu-Cortef 100 mg x 2 är ett inledande alternativ om patienten inte kan svälja tabletter.

### **Total parenteral nutrition (TPN)**

Total, eller partiell, parenteral nutrition övervägs i samråd med dietist. Upplägg för preparat, dosering, provtagning och andra kontroller görs tillsammans med dietist.

TPN kan administreras via PVK eller CVK (företrädesvis PICC-line) och dosering beräknas utifrån estimerat kaloribehov, cirka 30 kcal/kg KV/dygn. Hos adipös patient något lägre.

**Administrering PVK:** Nutriflex Lipid Peri. Innehåller cirka 0,75 kcal/ml. D.v.s 1 kcal/1,33 ml. Dosering (ml): 30 x 1,33 x KV. Behandlingstiden bör inte överstiga 7 dagar.

**Administrering CVK:** Nutriflex Lipid Plus innehåller ca 1 kcal/ml. Dosering (ml): 30 x KV.

Tillsatser: Tracel - 1 ampull 10 ml, Soluvit – 1 flaska och Vitalipid Adult – 10 ml.  
Infusionstid 16-24 timmar, uppehåll kan göras under pågående infusion vid behov.

Kom ihåg att bedöma totalt vätskeintag och ev förluster. Vid TPN kan fortsatt tillförsel av klara vätskor behövas, framförallt vid Nutriflex lipid plus, då volymen blir lägre. Kontrollprover om behandlingen blir långvarig: elektrolyter, Mg, Fosfat, Calcium, blodsocker. Eventuellt triglycerider och urea, vilka båda stiger vid övernutrition. Temp. Utvärdering vikt.

Takykardi, feber, bröstsmärta och konfusion kan bero på s.k. refeedingsyndrom, men annan orsak bör uteslutas. Vid misstanke om detta minskas tillförseln/sänks infusionstakten. TPN ska helst ges nattetid, sträva efter att vara hemma dagtid om möjligt. Vid långvarig TPN kan man överväga att ta hjälp av hemsjukvården för administration i hemmet.

### **Gastroduodenalsond**

För att underlätta föda. Sonden ligger i duodenum och har en tyngd för att förhindra att den kommer upp i samband med kräkningar. Inläggs via röntgen. Endast i samråd med dietist.

### **Hyperemesis i sen graviditet**

I sen graviditet finns andra differentialdiagnoser och övervakningsbehov att överväga. Vid långvarig sjukdom bör gastroskopi övervägas och man kan komplettera provtagning med t.ex. ALAT, LD, ALP, amylas, bilirubin, albumin, Ca, Mg, Cl, glukos, standardbikarbonat, venöst pH, arteriellt syra-basstatus, S-kortisol.

Mellan graviditetsvecka 20+0 och 25+6 i samråd med obstetriker.

Från graviditetsvecka 26+0 skall all behandling av hyperemesis ske på förlossning/BB.

### **Viktnedgång $\geq 5\%$ av pregravid vikt**

- Dietist skall inkopplas
- B-vitamin samt vätskebehandling enligt ovan. I svåra fall kan ökad dos B-vitamin krävas efter läkarordination
- Psykolog/ kuratorskontakt skall erbjudas
- PAL skall utses
- Vårdplan skall upprättas
- Sköts i första hand polikliniskt via förlossningsavdelning/BB. Öppen retur
- Vikt vid varje besök samt avstämning med läkare kring fortsatt behandling

- Patienter som inte förbättrats efter en veckas poliklinisk behandling blir aktuella för sluten vård
- När patienten försörjer sig tillfredsställande och viktnedgången upphört kan behandlingen avslutas

### **Viktning $\geq 10$ % av pregravid vikt**

- Slutenvård
- Daglig vikt
- Överväg multidisciplinärt team: ex obstetriker, dietist, psykolog, endokrinolog, gastroenterolog etc
- Indikation för TPN samt trombosprofylax
- Viktskattning var fjärde vecka från och med vecka 28
- När patienten förbättrats kan man övergå till poliklinisk behandling

### **Diabetes och hyperemesis**

V.g. se separat vårdriktlinje [Diabetes - hyperemesis hos gravid kvinna med diabetes](#)

### **Referenser**

1. Kopp Kallner, Al-Nashi, Graviditetsillamående och kräkningar, [www.internetmedicin.se](http://www.internetmedicin.se), 2022-09-23
2. O'Donnell A, McParlin C, Robson SC, Beyer F, Moloney E, Bryant A, et al. Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: a systematic review and economic assessment. Health Technol Assess 2016;20(74).
3. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowswell T, Doyle M. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. The Cochrane Library 2014, Issue 3
4. <http://www.1177.se/Halland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Graviditetsillamaende/>
5. Danielsson B, Wikner BN. Undvik ondansetron vid vanligt graviditetsillamående. Läkartidningen. 2015;112:DDD6
6. Danielsson B, Wikner BN, et al. Reprod Toxicol J. 2015;50:134-7
7. RCOG Green-top Guideline No. 69. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum. 2016
8. Webinar 31/1 2023, dr Marie-Therese Vinnars, Att må illa under graviditeten hör väl till, eller? - CampusPharma

#### **Uppdaterat från föregående version**

Juni- 23: Större ändringar i hela dokumentet.

Januari -23: Ny riktlinje. Ersätter Hyperemesis gravidarum – KKV.