

## Hyperemesis

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 03.11.2020

### 1. HENSIKT

Adekvat behandling av pasienter med hyperemesis gravidarum og selektering til rett behandlingsnivå. Redusere symptomer og komplikasjoner som følge av hyperemesis.

### 2. ANSVAR

Lege, sykepleier, jordmor

### 3. FREMGANGSMÅTE

Definisjon hyperemesis: Uttalt kvalme og oppkast som starter før svangeskaps uke 22.

Klinikk:

- Vekttap (>5 % av pregravid vekt), dehydrering
- Hyponatriemi, hypokalemi, hypochloremi, lavt urinstoff
- Metabolsk hypochloremisk alkalose
- Ketose/ ketonuri
- Leverpåvirkning (stigning i levertransaminaser)
- Biokjemisk hypertyreose, T4 stiger og TSH synker, men pasienten er klinisk eutyrot og trenger ingen behandling.

Differensialdiagnoser:

- UVI
- Gastro-intestinale sykdommer (magesår el.)
- Endokrine sykdommer (hypertyreoidisme, hyperparatyreoidisme, diabetes, porfyri)
- Nevrologiske sykdommer (cerebral tumor)
- Krystallsyke og lignende
- Psykiatri (intox, spiseforstyrrelser)

#### 3.1 Første konsultasjon pga hyperemesis

Pasienten møter på gynekologisk poliklinikk, og tas i mot av lege og sykepleier på ø-hjelp poliklinikk. Alle undersøkelser gjøres på poliklinikken. Pasienten tar blodprøver i 1. etasje på prøvetakningsstasjonen.

Lege skriver notat som beskriver videre behandling, bestiller blodprøver til neste konsultasjon og gir pasienten resept på evt medikamenter.

Pasienten skal henvises til gynekologisk poliklinikk, og settes opp på Hyperemesis liste KVIHYPEREM. Prosedyrekode WLGX60-Akupunktur

#### Undersøkelser ved mottak av lege:

- Generell klinisk us.: BT, puls, vekt, dehydrering
- Ultralyd for å verifisere normal graviditet, tvillinger eller mola.
- Blodprøver bestilles; under analysegrupper *diverse*- hyperemesisstatus. Ved klinisk mistanke om hypotyreose bestilles også TSH og T4. Ved langvarig sykdom bestilles i tillegg Mg, P og Ca. Blodprøvesvar sendes vakthavende gynekolog på ettermiddag.
- Urin: ketoner, nitritt, protein
- Diurese, måles om nødvendig, væske inn og væske ut. Link til [observasjonsskjema](#).
- Vurdere henvisning til klinisk ernæringsfysiolog ved mistanke om spiseforstyrrelse.
- PUQE score (se punkt 4):

- PUQE score <13: pasienten kan behandles poliklinisk og trenger ofte ikke væskebehandling.
- PUQE score >13: innleggelse vurderes på Barsel 4C

### 3.2 Poliklinisk væskebehandling

Når pasienten er vurdert av lege på ø-hjelp poliklinikk, gjøres avtalekontroll ved gynekologisk poliklinikk når hyperemesis liste foreligger (KVIHYPEREM). Hvis pasienten er dårlig, og det ikke er plass på ettermiddagsliste, må pas. inn på liste på dagtid.

**NB!** Jordmor på gynekologisk poliklinikk gir kun intravenøs væske uten tilsetninger, og ingen iv medikamenter. Alle medikamenter som evt gis må derfor være i tablettform.

#### Jordmor på gynekologisk poliklinikk:

- Kontrollerer ved hver konsultasjon urin, vekt og blodprøvesvar.
- Sender blodprøvesvar til vakthavende lege, slik at han/hun signerer disse.
- Konferer med vakthavende lege på Føde-barsel 4C dersom det er avvik på prøvene (kontaktes på personlig calling – se vaktliste).
- Gir avtalt behandling (se legenotat i DIPS).
- Behov for videre væskebehandling dersom pasienten fortsatt har ketoner i urinen og/eller fortsatt kaster opp daglig/ ikke spiser. Dersom det er behov for videre væskebehandling kan jordmor avtale nye kontroller opp til en uke fremover uten å konferere med lege. Ved behov for kontroller utover dette skal lege konfereres.
- Jordmor oppretter kontakt og poliklinisk notat i DIPS og koder kontakten.  
Diagnosekode: O21.1 Sterke svangerskapsbrekninger med metabolske forstyrrelser.  
Prosedrekode: WBG00 Intravenøs injeksjon/infusjon av legemiddel. Takst: 201b og 204b.

#### Behandling av lett-moderat hyperemesis gravidarum, PUQE score <13:

Poliklinisk behandling foretrekkes. Regelmessig oppfølging av samme lege/jordmor bestrebes.

Diettbehandling, evt. henvisning til ernæringsfysiolog ved behov.

- Folat 0,4 mg x 1 (seponer jerntabletter – kan gi kvalme)
- Vanlig kost, lite og ofte, drikk ofte, unngå sterke lukter, strek mat osv.
- Ingefærkapsel 250-1000 mg/dag (kjøpes reseptfritt på apotek)
- B6 tilskudd AFI-B6 40 mg x 1 po
- B1 tilskudd (Tiamin tbl 3 mg x 3) til kvinner som kaster opp i 2 uker sammenhengende.
- Akupressur (armbånd/ massasje) eller akupunktur over P6 punktet kan lindre kvalme hos noen kvinner. Punktet ligger tre av kvinnens fingerbredder proksimalt for håndleddsfolden, mellom sene palmaris lingus og flexor carpi radialis.



- Antiemetika om nødvendig, så kort tid som mulig. Dersom et medikament ikke virker seponeres det og bytter til et nytt.
  1. Antihistamin: Postafen tbl 25 mg x 1-2. / Phenergan tbl 25 mg x 2-3.
  2. Dopamin: Stemetil tbl 5-10 mg x 2-3 / Largactil tbl 10 mg x 2-3 (ikke i siste trimester). Det må søkes registreringsfritak for hver pasient.
  3. Afipran tbl 10 mg x 3 (anbefales brukt i maks 5 dager)
- Omeprazol tbl 20 mg x 1, ved dyspepsi
- Evt væskebehandling: 1000-2000 ml Ringer eller NaCl over 1-3 timer.

**3.3 Innleggelse:**

- Ved PUQE score >13, alvorlig dehydrering eller behov for å gi intravenøse medikamenter eller tilskudd.
- Under innleggelsen skal pasienten undersøkes daglig med BT, puls, vekt, urin ketoner og blodprøver.
- Ved behov mål diurese og væske inntak. [Drikke- og kostregistreringsskjema \(2.2.5.5.1.3.5.1\)](#)
- Vurdere henvisning til andre avdelinger (behov for gastroskopi, ØNH-tilsyn, KEF eller lignende).

**Behandling av alvorlig hyperemesis PUQE score >13:**

I tillegg til overnevnte behandling kan det være aktuelt med:

- Vanlig kost – pas spiser og drikker det de vil.
- Rehydrering: Start med 2000 ml Ringer eller NaCl over 3-5 timer. Tilsett ved behov: Kalium, Magnesium, Calcium, fosfat og/eller tiamin. Glukose infusjon kan gis etter at Tiamin er gitt (For å unngå Wernickes encefalopati). Vedlikehold er 1000 ml Ringer eller NaCl til pas spiser og drikker selv.
- Tiamin 100 mg i 100 ml NaCl 9mg/ml gitt iv over ½-1 time, til kvinner som har kastet opp i 2 uker sammenhengende.
- Antiemetika: Dersom de overnevnte ikke har effekt kan man forsøke:
  1. Zofran 4-8mg x 2 po eller 4 mg x 2 im
  2. Metylprednisolon tbl 40 mg på/iv i 3 dager, deretter gradvis nedtrapping ved halvering av dosen hver 3. dag, seponeres dersom det ikke er effekt etter 3-4 dager. Gis kun >10 svangerskapsuke pga økt fare for leppeganespalte.
- Sondeernæring gis når symptomene ikke bedres etter 4-5 d og det foreligger vekttap. Henvises til gastromed for nedleggelse av nasojejunalsonde. Sondeernæring pr døgn er ca vekt x 30 = ml/døgn, oftest ca 2000ml.
- Parenteral ernæring: Som supplement parallelt med korrigerende av væske og elektrolyttforstyrrelser. TPN via SVK kun dersom sondeernæring mislykkes.
- Tromboseprofylakse bør vurderes ved sykehusinnleggelse.

**4. GENERELT**

PUQE – score (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis)

1. Hvor mange (klokke) timer har du følt deg kvalm eller uvel i magen i løpet av de siste 12 timene

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 i løpet av de siste 12 timene

≥ 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 å kaste opp) i løpet av de siste 12 timene

≥ 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: 13+

**Vurdering av velbefinnende:**

På en skala fra 0-10, angi ditt velbefinnende nå: 0= verst tenkelig, 10= like bra som før jeg ble gravid

**5. INTERNE REFERANSER**

[2.1.5.4.1.8.1](#) Hyperemesis - akupunktur

## 6. EKSTERNE REFERANSER

- Matthews, A., Haas, D. M., O'Mathúna, D. P. & Dowswell, T. (2015). Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). doi:10.1002/14651858.CD007575.pub4
- Quinlan, J. D. (2017). Nausea and vomiting in pregnancy. I *BMJ Best Practice* Hentet fra <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/999>
- Smith, J. A., Refuerzo, J. S. & Fox, K. A. (2018). Clinical features and evaluation of nausea and vomiting of pregnancy. I C. J. Lockwood (Red.), *UpToDate*. Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?search=hyperemesis&source=search\\_result&selectedTitle=3~56](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?search=hyperemesis&source=search_result&selectedTitle=3~56)
- Smith, J. A., Refuerzo, J. S. & Fox, K. A. (2018). Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy. I C. J. Lockwood (Red.), *UpToDate*. Hentet fra [https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?search=hyperemesis&source=search\\_result&selectedTitle=1~56](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-outcome-of-nausea-and-vomiting-of-pregnancy?search=hyperemesis&source=search_result&selectedTitle=1~56)
- Vikanes, Å., Trovik, J., Tillum, T., Lomsdal, S., Stensløkken, A. & Nesheim, B.-I. (2014). Emesis og hyperemesis gravidarum. I Norsk gynekologisk forening (Red.), *Veileder i fødselshjelp*. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselsjelp-2014/Emesis-og-hyperemesis-gravidarum/>

## 7. VEDLEGG

V01

[Drikke- og kostregistreringsskjema \(2.2.5.5.1.3.5.1\)](#)