

Vannavgang

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 07.03.2024

1. HENSIKT

Sikre optimal behandling vannavgang.

2. ANSVAR

Jordmor, lege

3. FREMGANGSMÅTE

Definisjon:

pPROM: vannavgang < 37 uker, mer enn 1 time før riene starter.

PROM: vannavgang fra uke 37+0 uten ledsagende rieaktivitet

For utfyllende tekst se Nasjonal veileder i fødselshjelp – [pPROM og PROM](#)

Telefonrådgiving ved spørsmål om vannavgang uten rier:

- Jordmor spør om fosterets leie, farge på fostervannet, fosterbevegelser, feber, kvinnens helse før og under svangerskapet.
- Kvinnen anbefales kontroll ved fødeavdelingen umiddelbart ved ustabil leie, tverrleie, seteleie, misfarget fostervann, pPROM eller andre indikasjoner.
- Ved normalt svangerskap etter uke 37+0 anbefales kvinnen kontroll ved fødeavdelingen samme dag eller neste morgen, ved pPROM anbefales kontroll så raskt som mulig.

Liggende transport og sengeleie

Liggende transport vurderes ved ustabil leie, tverrleie, seteleie og dersom ledende del står svært høyt og bevegelig over bekkeninngangen.

Dersom hodet er bevegelig i bekkeninngangen er det ikke nødvendig med liggende transport eller sengeleie.

Diagnostikk/undersøkelse av alle med spørsmål om vannavgang:

- Pasienten tas imot av jordmor.
- Anamnese. Undersøke bind/truser, eventuelt gå oppe med bind/klut i en time.
- Beskriv fostervannet og fastslå tidspunktet for vannavgang.
- ONEWS.
- Vaginaleksplorasjon kun på indikasjon, økt risiko for infeksjon.

Ved pPROM:

- Lege tilkalles ved pPROM eller usikkerhet om PROM.
- Gynekologisk undersøkelse. Ta baktus.
- Ultralydundersøkelse med tanke på leie, fostervannsmengde, biometri og cervixlengde. Fostervannslomme nedenfor forliggende del taler mot vannavgang.
- Ved tvil om vannavgang, ta Amnisure.

Videre undersøkelser:

- Samme undersøkelser som for kvinner i fødsel. Se [Mottak av kvinner i fødsel](#)
- Temperatur, rektalt (deretter 2 ganger per døgn)

3.1 Behandling

1. Før uke 20+0

Pasienten informeres om dårlig prognose. Poliklinisk oppfølging i de fleste tilfeller.

2. Uke 20+0 - uke 22+6

Individuell vurdering med hensyn til behandling og innleggelse på sykehus. Dersom det ikke er infeksjonstegn, kan pasienten kontrolleres poliklinisk. Se [Truende preterm fødsel](#)

3. Uke 23+0 - uke 33+6

Ved truende fødsel gis betametason 12 mg intramuskulært, gjentas etter 24 timer.

Se [Truende preterm fødsel](#)

Antibiotikabehandling

Benzylpenicillin 1,2 g (2 mill. IE) iv. x 6 i 3 døgn. Ved penicillinallergi: Klindamycin 600 mg iv x 3.

Deretter fenoxymetylpenicillin tabletter 660 mg x 4 i 5-7 døgn. Ved penicillinallergi: klindamycin 300 mg x 4.

Før uke 28, eventuelt frem til uke 32:

Cefuroxim 1,5 g iv x 3 i 2-3 døgn.

Deretter klaritromycin tabletter 500 mg x 1 i 5-7 døgn, eventuelt kombinert med cefalexin tabletter 500 mg x 3.

Tokolyse

Tokolyse gis ved behov men ikke ved tegn til chorioamnionitis, abruptio placenta eller truende fosterasfyxi. Se [Truende preterm fødsel](#)

Magnesiumsulfat:

Gis ved forventet fødsel innen 24 timer og svangerskapsvarighet 23+0 til 31+6.

Se [Truende preterm fødsel](#)

4. Uke 34+0 - uke 36+6

Pasienten legges inn for antibiotikaproylaks: benzylpenicillin 1,2 g (2 mill. IE) iv x 6 inntil negativt dyrkningssvar foreligger eller fødsel.

Ved penicillinallergi: klindamycin 600 mg iv x 3

Umiddelbar induksjon anbefales ved følgende tilstander:

Misfarget fostervann.

Feber og ømhet over uterus.

Patologiske CTG-forandringer.

Ved mistanke om chorioamnionitt.

Induksjon fra uke 34+0 ved kjent kolonisering med GBS i vagina/rectum/urin.

5. Etter uke 37+0

Ved normalt svangerskap, klart fostervann, hodet festet i bekkeninngangen, normal fosterlyd og uten infeksjonstegn kan kvinnen sendes hjem.

- Kvinnen må ta kontakt med fødeavdelingen hvis hun kjenner mindre liv, får feber, blødning mer enn normalt, illeluktende/grønnlig fostervann eller hvis riene starter.
- Avvent spontane rier i 24 timer. Hvis kvinnen ikke har rier startes induksjon i dette tidsrommet, vanligvis på formiddagen.
- Ved misfarget fostervann, feber og ømhet over uterus, føtal takykardi eller andre patologiske CTG-forandringer, anbefales induksjon umiddelbart.
- Ustabilt leie, tverrleie, ledende del høyt og bevegelig over bekkeninngangen: Kvinnen anbefales sengeleie med WC-lov, lytte til fosterlyden etter toalettbesøk, etter individuell vurdering.

- Ved GBS i urin/vagina/rektum anbefales umiddelbar antibiotika behandling ved vannavgang og induksjon så snart som mulig.
- Ved vannavgang >18 timer, vurder å gi profylaktisk antibiotika i aktiv fødsel. Benzylpenicillin 1,2 g (2 mill. IE) iv. x 6 frem til forløsning. Ved penicillinallergi: Klindamycin 600 mg iv x 3.

4. GENERELT

Ved tegn til chorioamnionitt skal det startes antibiotikabehandling umiddelbart og snarlig forløsning er indisert. Se veileder, [link](#)

5. INTERNE REFERANSER

2.1.5.4.1.3.9	Truende preterm fødsel
2.1.5.4.1.4.8	Fosterovervåking under fødsel
2.1.5.4.1.4.10	Induksjon av fødsel
2.1.5.4.1.4.16	Mottak av kvinner i fødsel

6. EKSTERNE REFERANSER

[Nasjonal veileder i fødselshjelp 2020](#)

7. VEDLEGG