

## Truende preterm fødsel

Gjelder for: Kirurgisk klinikk/Kreft- og kirurgiavdeling/Føde- og barselseksjon  
Dokumenttype: Retningslinje  
Sist endret: 27.08.2024

### 1. HENSIKT

Definisjon og behandling ved truende for tidlig fødsel. Redusere mortalitet og morbiditet ved for tidlig fødsel. Redusere overbehandling av pasienter med kort livmorhals.

### 2. ANSVAR

Jordmor, lege

### 3. FREMGANGSMÅTE

Se nasjonal veileder i fødselshjelp - [Preterm fødsel](#).

**3.1 Definisjoner:** For tidlig fødsel er fødsel før 37+0 uker.

#### Behandlingsmessig avgrensning av truende for tidlig fødsel

1. Svangerskapsvarighet mellom 24+0 og 33+6 uker (individuell vurdering <24 uker)
2. Regelmessige rier (mer enn 2 rier per 10 minutter) + minst en av følgende:
  - a. Cervixpåvirkning
    1. Cervix forkortet ved transvaginal ultralyd (< 25 mm)
    2. Cervix åpning palpatorisk
  - b. Vannavgang (se [Vannavgang](#))

#### 3.2 Diagnostikk

- Prøve til fibronektintest.
- Vaginal inspeksjon med bakterieprøve.
- Vaginal ultralyd – måling av cervixlengde.
- Eventuelt eksplorasjon – ikke ved vannavgang.
- CTG-registrering etter indikasjon og svangerskapsvarighet.
- Klinisk bedømming av riaktivitet.
- Temperatur og evt. blodprøver.
- Ultralyd av fosteret (leie, fostervannsmengde, føtometri evt. blodstrømsmålning).
- Urinprøve (stix og urindyrkning).
- ONEWS

#### 3.3 Behandling

Kvinner med truende for tidlig der behandling startes skal innlegges.

##### Steroidbehandling

Lungemodning med steroider gis ved truende fødsel mellom 23+0 og 33+6 uker. Individuell vurdering mellom 22+5 og 23+0 uker, etter konferanse med OUS. Gi Betametason (Celeston Chronodose) 12 mg i.m. Gjentas etter 24 timer.

En kan vurdere gjentatt behandling når det er mer enn 1 uke etter siste dose dersom pas er <34 uker, det er truende preterm fødsel og det er sannsynlig at fødselen vil skje innen 1 uke. Det gis da ny kur med Celeston 12 mg i.m. som gjentas etter 24 timer.

Bivirkninger: Steroider kan maskere tegn til infeksjon.

Steroider kan gi hyperglykemi hos gravide diabetikere. Kontroller blodsukker hyppig hos gravide med diabetes. Se [Gravide med kjent diabetes type 1 og type 2](#) for insulin plan.

Det kan tilkomme CTG forandringer 2-4 dager etter behandling (reduisert variabilitet og reaktivitet).

### Tokolyse

Hensikten med tokolyse er å utsette fødsel i noen døgn slik at fosteret kan få effekt av lungemodning med steroider og/eller bli transportert til OUS.

Indikasjon:

Truende fødsel ved svangerskapslengde mellom 23+0 og 33+6 uker. Tokolyse <23 uker anbefales ikke.

Kontraindikasjoner:

Tokolyse skal ikke gis ved mistanke om

1. Morkakeløsning
2. Chorioamnionitt
3. Truende asfyksi
4. Alvorlig preeklampsi eller eklampsi

Behandlingsalternativer:

1. Atosiban (Tractocile)

Første dose: Atosiban 7,5 mg/ml, 0,9 ml (hetteglass 0,9 ml) = 6,75 mg intravenøst over minst ett minutt.

Etterfølges umiddelbart av kontinuerlig infusjon Atosiban 7,5 mg/ml, (hetteglass 5 ml).

10 ml, dvs. 2 hetteglass, fortynnes med 90 ml NaCl0,9 %/Ringer/Glukose 5 %.

(Konsentrasjon på 0,75 mg/ml oppnås ved å trekke 10 ml fra 100 ml infusjonspose og erstatte dette med 10 ml Atosibankonsentrat.)

a. Høydoseinfusjon i 3 timer: 18 mg/time = 24 ml/time

b. Lavdoseinfusjon i 45 timer: 6 mg/time = 8 ml/time

2. Nifedipin

Dosering: Nifedipin (Adalat) 20 mg tabl. initialt. Deretter gis nifedipin 10-20 mg tabl. 3-4 ganger daglig. Anbefalt maksimaldose per dag er 60 mg. Døgndoser over 60 mg er assosiert med 3-4 ganger økt risiko for bivirkninger (hypotensjon, oppkast, flushing, hodepine, kvalme).

3. Indometacin (Indocid)

Individuell vurdering som singelterapi. Kan brukes i tillegg til atosiban.

Bør ikke gis >48 timer.

Dosering: Indometacin 100 mg supp. engangsdose, deretter 50 mg x 3 i inntil 48 timer.

Kontraindikasjoner: Ulcussykdom, astma, alvorlig nyresykdom, oligohydramnion.

### Magnesiumsulfat:

Kan redusere forekomsten av CP hos premature barn.

Gis til kvinner med truende prematur fødsel mellom uke 23+0 - 31+6.

Behandling inntil fødsel, maksimalt 24 timer og gjentas ikke. Ved prematurt keisersnitt startes magnesiumsulfat ca 4 timer før forløsning og pågår til operasjonsstart.

Doseres som ved truende eklampsi.

	Medikament/administrasjon	Dosering
<b>Bolusdose</b>	<b>Ferdigblandet MgSO<sub>4</sub>-bolus fra apotek:</b> Magnesiumsulfat 0,5 mmol/ml. Injeksjonsvæske 50 ml.	Gi 35 ml (= 17,5 mmol) langsomt intravenøst i løpet av minst 5 minutter, bruk helst 10-15 minutter
	<b>Bland MgSO<sub>4</sub>-bolus selv:</b> Bland Magnesiumsulfat 2 x 10 ml (=20 mmol) med 20 ml NaCl 9 mg/ml til totalvolum 40 ml.	Gi 35 ml av dette (=17,5 mmol) over 15 min (hastighet = 140 ml/t)
<b>Kontinuerlig infusjon</b>	Trekk ut 50 ml fra 500 ml NaCl 9 mg/ml. Tilsett 50 ml Magnesiumsulfat (5 x 10 ml = 50 mmol) til et totalvolum på 500 ml. Konsentrasjon 0,1 mmol/ml.	Infusjonsstart 40 ml/time (= 4mmol/time = 1g/time) Dosen kan økes til 60 ml/time, evt til 80 ml/time hvis ikke oppnådd terapeutisk nivå.

Ved infusjon:

Jordmor/barnepleier tilstede kontinuerlig.

Anestesilege informeres om behandlingen.  
To venekanyler og permanent kateter med timediuress.  
Antidot Calciumglukonat på fødestua.

Overvåkning:

Toksiske bivirkninger av MgSO<sub>4</sub> kan sees som opphevet patellarrefleks, respirasjonshemming og nedsatt urinproduksjon. Magnesiumintoksikasjon er uvanlig hos kvinner med normal nyrefunksjon.

- CTG ved oppstart så lang det er mulig, ellers på vanlig obstetrisk indikasjon.
- Kvinnen overvåkes hvert 15. min de første 2 timene, deretter med 30-60 minutters intervaller: BT, respirasjonsfrekvens, patellarrefleks (høyre/venstre), diurese ml/t.
- Opphevet patellarrefleks: Dersom patellarrefleksen forsvinner, avbrytes magnesiuminfusjon. Observer respirasjonen. Når patellarrefleksen kommer tilbake, begynn infusjonen igjen med redusert dose 0,5 g/time (20 ml/time), forutsatt at respirasjonen er normal.
- Respirasjonshemming: Dersom respirasjonsfrekvens < 16/minutt, avbrytes infusjonen. Gi O<sub>2</sub> på maske. Hold frie luftveier. Ved uttalt respirasjonsdepresjon gis antidot (se nedenfor). Ved respirasjonsstans: intuber og ventiler umiddelbart. Gi antidot (se nedenfor).
- Nedsatt urinproduksjon: Dersom urinproduksjonen er < 25 ml/time, men andre symptomer på Magnesium intoksikasjon ikke foreligger, reduseres infusjonshastighet til 0,5 g/time (20 ml/time).
- Serumnivåer av magnesium kontrolleres ved symptomer på overdosering. Terapeutisk nivå: 2-4 mmol/l.
- Antidot Calciumglukonat; 20 ml (2 ampuller) Calciumglukonat 10 ml/2,25 mmol, iv over 10 minutter ved tegn på overdosering.

#### **Antibiotikabehandling:**

Kan vurderes til kvinner i etablert preterm fødsel.

Benzylpenicillin 1,2 g x 6 iv inntil fødsel. (Se [Vannavgang](#) for AB behandling ved pPROM)

#### **Sengeleie**

Er ikke dokumentert som effektiv behandling og anbefales ikke.

### **3.4 Oppfølging av kvinner med høy risiko og profylaktisk behandling**

Se veileder.

## **4. GENERELT**

### **5. INTERNE REFERANSER**

[1.6.1.11.1](#)

[Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#)

[2.1.5.4.1.3.13](#)

[Vannavgang](#)

### **6. EKSTERNE REFERANSER**

[Fødselshjelp - veileder 2020](#)

## **7. VEDLEGG**