

T15 Graviditet, fødsel og amming

Publisert: 17.02.2016

Bjørn Backe (T15.1 T15.2), Hedvig Nordeng (T15.3)

Innhold

T15.1	Graviditet	s.1	T15.2.4	Post partum blødning	s.10
T15.1.1	Kvalme	s.1	T15.3	Amming	s.11
T15.1.2	Hypertensive tilstander.....	s.3	T15.3.1	Såre brystknopper	s.11
T15.1.2.1	Kronisk hypertensjon og svangerskap	s.3	T15.3.2	Mastitt	s.12
T15.1.2.2	Svangerskapsindusert hypertensjon	s.4	T15.3.3	Brystabscess	s.13
T15.1.2.3	Preeklampsi	s.4	T15.3.4	Candidainfeksjon på brystene	s.13
T15.1.3	Svangerskapsindusert diabetes	s.6	T15.3.5	Smerter ved amming	s.14
T15.1.4	Epilepsi ved graviditet	s.6	T15.3.6	Manglende eller svak utdrivningsrefleks	s.14
T15.1.5	Ødemer	s.6	T15.3.7	Liten melkeproduksjon.....	s.15
T15.1.6	Bekkenløsning	s.6	T15.3.8	Hemning av laktasjon	s.15
T15.1.7	Blødning i første halvdel av svangerskapet	s.6	T15.3.9	Andre spesielle ammeproblemer.....	s.15
T15.1.8	Truende preterm fødsel	s.7	T15.3.9.1	Vasospasmer i brystknoppene – Raynauds fenomen	s.15
T15.1.9	Medikamentell abort	s.8	T15.3.9.2	Eksem på brystknoppene	s.16
T15.1.10	Kosttilskudd under svangerskap	s.8	T15.3.10	Prevensjon i ammeperioden	s.16
T15.2	Fødsel	s.9	T15.4	Kilder.....	s.17
T15.2.1	Rhesus-(D)-immunisering	s.9			
T15.2.2	Induksjon av fødsel	s.10			
T15.2.3	Cervixmodning med prostaglandiner ...	s.10			

T15.1. Graviditet

Publisert: 17.02.2016

Se også: [Graviditet og legemidler \(G7\)](#)

...

[Gynekologiske sykdommer og antikonsepsjon \(T14\)](#)

[Infeksjoner i gynekologien \(T14.6\)](#)

T15.1.1. Kvalme

Publisert: 17.02.2016
Sist endret: 03.09.2018

Kort oppsummering

- **Diagnostikk:** Hb, hematokrit, elektrolytter, kreatinin, leverenzymmer, blodgass, TSH/FT4, albumin og ketoner i urin. Ved vekttap > 5 %, tegn til dehydrering og nedsatt allmenntilstand er innleggelse nødvendig.
- **Legemiddelbehandling:** *Førstegenerasjons antihistaminer* (meklozin og prometazin). Metoklopramid er andrevalg ved hyperemesis i forbindelse med hospitalisering. Metylprednisolon kan forsøkes i sykehus ved intraktable tilstander.

Hyperemesis gravidarum

Generelt

Kvalme (emesis gravidarum) i første trimester (første 12 uker) av svangerskapet er et normalfenomen. Som oftest krever det ikke legemiddelterapi, og tilstanden går over spontant. En generell grunnregel er å unngå bruk av legemidler i første trimester. Når kvalme og brekninger fører til redusert allmenntilstand med dehydrering, vekttap og elektrolyttforstyrrelser, brukes betegnelsen hyperemesis gravidarum. Dette forekommer anslagsvis hos 0,5 % av alle gravide. Slike pasienter bør innlegges.

Etiologi

Ukjent. Hormonell årsak (rask økning av HCG) er postulert, men er ikke sikkert fastslått. Genetisk disposisjon diskuteres. Det er ingen holdepunkter for at tilstanden er utløst av psykologiske faktorer. Hyperemesis opptrer oftere hos kvinner med samme problem i tidligere svangerskap. Det er også økt hyppighet ved flerlingsvangerskap, blæremola, og i Norge, hos innvandrere fra ikke-vestlige land. Forekommer også noe hyppigere i svangerskap hvor fosteret er en pike.

Symptomer

Varierer fra lett kvalme periodevis til vedvarende kvalme og brekninger med redusert allmenntilstand. Søvnmangel, dehydrering, oliguri, elektrolyttforstyrrelser (hypokalemi), ketonuri. Kan ubehandlet føre til lever- og nyresvikt samt Wernickes encefalopati (vitamin B1-mangel).

Diagnostikk

Ved hyperemesis: Hb, hematokrit, elektrolytter, kreatinin, leverenzymmer, blodgasser (syre-base-status), TSH/FT4, albumin og ketoner i urin. Graviditetsbetinget HCG-utløst hypertyreose kan også gi forbigående brekninger/hyperemesis. Differensialdiagnoser: Spiseforstyrrelser, hypertyreose.

Pregnancy-Unique-Quantification of Emesis (PUQE) Bruk av det validerte spørreskjemaet PUQE gir mål på intensiteten av plager, bedre grunnlag for diagnostikk og objektiv vurdering av behandlingseffekt. Ved PUQE-skåre ≥ 13 må sykehusinnleggelse/poliklinisk behandling vurderes.

Se [Veileder i fødselshjelp - Emesis og hyperemesis gravidarum, Legeforeningen 2014](#)

Behandling

- **Generelt:** Kvalme og brekninger hos gravide er i regelen forbigående, og legemiddelbehandling kan vanligvis unngås. Først hvis brekninger og kvalme blir så uttalte at de interfererer vesentlig med pasientens næringsinntak eller daglige gjøremål, kommer legemiddelbehandling på tale. Hvis det oppstår vekttap $> 5\%$, tegn til dehydrering og nedsatt allmenntilstand, er innleggelse nødvendig. Behandling ved innleggelse består i hovedsak av væske og næring samt tilførsel av vitaminer. Akupressur ved håndleddet (CP 6) har effekt i enkelte studier. Akupunktur og ingefær har også en viss effekt.
- **Legemiddelbehandling:** Til tross for at tilstanden er så vanlig, er det svært få kontrollerte kliniske undersøkelser av god kvalitet.
 - a) *Førstegenerasjons antihistaminer* virker antiemetisk, sederende og har en viss antikolinerg effekt. Meklozin og prometazin har dokumentert effekt på svangerskapskvalme. Teratogen effekt har ikke vært påvist. Best studert er meklozin, som også har vært mest brukt. Doseringsregler: Pasienten rådes til å prøve seg frem for å holde dosen så lav som mulig. Seponer så fort som mulig. Se også [Antihistaminer \(H1-antagonister\) \(G7.1.1\)](#)
 - b) *Dopaminreseptorantagonisten* metoklopramid er andrevalget ved hyperemesis i forbindelse med hospitalisering, men det er usikkert om effekten er bedre. Studier har vist at metoklopramid sannsynligvis er trygt å bruke. *Serotoninantagonisten* ondansetron bør ikke brukes ved svangerskapsutløst kvalme. Se også [Metoklopramid \(G7.1.13\)](#) og [Ondansetron \(G7.1.15\)](#)
 - c) I to studier har *glukokortikoider* peroralt hatt en mulig effekt på kvalme og oppkast. (Metylprednisolon kan forsøkes i sykehus ved intractable tilstander. 30–50 mg \times 1 i 3 døgn, så nedtrappende doser.)
 - d) Vitamin B6 har vært undersøkt og har ikke større effekt enn placebo.

Legemiddelomtaler og preparater

...

[Histamin H1-antagonister \(L9.1\)](#)

[Meklozin \(L9.1.4.2\)](#)

[Metoklopramid \(L19.3.1\)](#)

...

[Prometazin \(L9.1.3.3\)](#)

Kilder

[Kvalme](#)

Aktuelle nettressurser

- Veileder i fødselshjelp (Norsk gynekologisk forening 2014) Kvalme: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Emesis-og-hyperemesis-gravidarum/>

T15.1.2. Hypertensive tilstander

T15.1.2.1. Kronisk hypertensjon og svangerskap

Publisert: 17.02.2016

Kort oppsummering

- **Legemiddelbehandling:** Adrenerge betareseptorantagonister (labetalol). Ev. kalsiumantagonister (nifedipin) i kombinasjon med en betareseptorantagonist.

Etiologi

Se [Hypertensjon \(T8.1\)](#)

Definisjon

Kjent kronisk hypertensjon (blodtrykk 140/90) som er diagnostisert før svangerskapet, eller hypertensjon som diagnostiseres før uke 20 i svangerskapet.

Epidemiologi

Kronisk hypertensjon øker risikoen for utvikling av preeklampsi og dermed også risikoen for placentasvikt med føtal veksthemning.

Symptomer

Forhøyet blodtrykk, subjektive symptomer mangler i regelen.

Fysiologisk skjer en reduksjon av blodtrykket utover i svangerskapet. Det vil si at dersom blodtrykket er forhøyet ved starten av svangerskapet, vil det ofte normaliseres i løpet av noen få uker. I siste trimester stiger blodtrykket igjen til samme nivå som tidlig i svangerskapet, eller høyere.

Behandling

- **Ikke-medikamentell behandling:** Pga. den fysiologiske blodtrykksreduksjonen kan mange pasienter med kjent essensiell hypertensjon klare seg godt uten legemidler frem til slutten av svangerskapet. Ved forhøyet blodtrykk vil hvile og avlastning kunne ha gunstig effekt hos mange pasienter. Hos ellers friske gravide er grensen for blodtrykksbehandling høyere enn ved blodtrykksbehandling generelt, fordi gravide i regelen er friske unge mennesker som godt tåler et litt høyt trykk i noen uker, og fordi placentaperfusjonen er direkte avhengig av blodtrykket som derfor ikke bør senkes for mye og for brått. Dersom det ikke foreligger vaskulære komplikasjoner, vil diastoliske verdier på 100 mm Hg være grensen for å starte behandling for å unngå vaskulære komplikasjoner hos moren. Målet med blodtrykksbehandlingen er diastolisk blodtrykk 90–100 mm Hg. Hos gravide med hypertensive eller diabetiske organskader må behandling startes tidligere. Her er behandlingsmålet diastolisk trykk 85–95 mm Hg.
- **Medikamentell behandling**
 - a) Metyldopa har vært mye brukt til behandling av essensiell hypertensjon hos gravide. Langtidsstudier har vist at det er trygt for fosteret. Sedasjon forekommer ganske ofte som bivirkning. Metyldopa er avregistrert i Norge, men kan skaffes på godkjenningsfritak. Spesialistoppgave.
 - b) *Adrenerge betareseptorantagonister* kan være assosiert med vekstretardasjon, men størrelsen av denne risiko er uklar. Labetalol er et vel dokumentert preparat som er trygt for fosteret, og som ofte brukes til gravide.
 - c) *Kalsiumantagonister* (nifedipin) brukes av og til i kombinasjon med en betareseptorantagonist. Hvis blodtrykket er kritisk høyt, kan nifedipin tablett (10 mg) gi trykkreduksjon etter få minutter. I slike tilfeller med behandling av hypertensiv krise må man være klar over at blodtilførselen til placenta også blir redusert slik at tilstanden til fosteret kan påvirkes.
- **Antihypertensiva som ikke skal brukes i svangerskapet**
 - a) *Diuretika* skal **ikke** brukes i svangerskapet, se [Behandling](#)
 - b) *ACE-hemmere og angiotensin II-reseptorantagonister* skal **ikke** brukes av gravide. Det foreligger risiko for nyreskader hos fosteret, vekstretardasjon og fosterdød, spesielt ved eksponering i 2. eller 3. trimester.

Kvinner som står på slike legemidler bør planlegge graviditeten og skifte til andre antihypertensiva før de blir gravide.

Legemiddelomtaler og preparater

Adrenerge betareseptorantagonister (L8.2)

Dihydropyridiner (L8.5.1)

Labetalol (L8.3.2)

Metyldopa (L8.7.1)

Nifedipin (L8.5.1.8)

Sympatikushemmere (L8.7)

T15.1.2.2. Svangerskapsindusert hypertensjon

Publisert: 17.02.2016

Definisjon

Blodtrykk 140/90 mm Hg som inntreer etter 20 fullgatte svangerskapsuger, oftest i de siste uker før termin, hos tidligere normotensiv kvinne. Ikke ledsagende proteinuri (jfr. preeklampsi). Hvis blodtrykket fortsatt er for høyt 6–12 uker etter fødselen, er det en kronisk hypertensjon som har debutert i svangerskapet.

Etiologi

Stort sett ukjent. En teori er at svangerskapsindusert hypertensjon uttrykker en latent hypertensjon, fordi mange av pasientene senere utvikler hypertensjon. En annen teori er at svangerskapsindusert hypertensjon er en manifestasjon av preeklampsisyndromet.

Symptomer

Ingen utover funn av forhøyet blodtrykk.

Behandling

Hypertensjon er oftest ufarlig for mor og foster. Behandlingsmålet ved antihypertensiv behandling er blodtrykk under 150/100. Nøye kontroll og herunder også kontroll av fostervekst er viktig med tanke på utvikling av preeklampsi (se [Preeklampsi](#)). Diagnosen kan egentlig først stilles i ettertid, når svangerskapet er over.

Kilder

[Svangerskapsindusert hypertensjon](#)

T15.1.2.3. Preeklampsi

Publisert: 17.02.2016

Kort oppsummering

- **Symptomer:** Hypertensjon og proteinuri. Ved forverring hodepine, flimring for øynene, smerter i epigastriet, kvalme og uvelhet og redusert allmenntilstand. HELLP-syndromet (Hemolyse – Elevated Liver enzymes – Low Platelets).
- **Diagnostikk:** BT. Urinstix, ev. albumin-kreatinin-ratio. ALAT, LD og haptoglobin. Ultralyd mtp. fostervekst. CTG og dopplermåling av blodstrøm i arteria umbilicalis.
- **Legemiddelbehandling** av blodtrykket kan være indisert på maternelle indikasjoner. Aktuelle legemidler er labetalol, ev. nifedipin. Magnesiumsulfat i.v. til forebygging av eklamptisk anfall i sykehus, diazepam utenfor sykehus ved eklampsi.

Definisjon

Blodtrykk 140/90 mm Hg og proteinuri (1+ eller mer på urinstiks) som inntreer etter 20 fullgatte svangerskapsuger. Definisjonen krever at blodtrykket skal være forhøyet ved minst to målinger med mer enn 6 timers mellomrom. Det samme gjelder påvisning av proteinuri som også skal skje i to prøver, med mindre det er 2+ eller mer. Definisjonen av proteinuri er proteinutskillelse på mer enn 0,3 g/døgn (tilsvarer 1+ på stiks).

Etiologi

Multifaktoriell, i hovedsak ukjent. Genetiske faktorer spiller en rolle, både maternell og paternell arv. Flere kandidatgener diskuteres. Noen av de viktigste faktorer som disponerer er diabetes, hypertoni, tvillinggraviditet, første svangerskap, alvorlig preeklampsi i tidligere svangerskap. Mekanismen bak preeklampsi er at mangelfull

utvikling av blodforsyningen til placenta (mangelfull omdanning av spiralarterier) fører til iskemi av hele eller deler av placenta. Det oppstår nekroser, infarkter og fibrosering i placenta, og stoffer frisettes og går over i maternell sirkulasjon og fører til endotelskade med utløsning av hypertoni og proteinuri. Fosteret kan få for lite oksygen slik at det oppstår kronisk hypoksemi med acidose og forsinket vekst. Placentaløsning kan også forekomme, særlig ved høyt blodtrykk.

Epidemiologi, profylakse

Preeklampsi forekommer hos 3-4 % av alle gravide, og er en av de hyppigste og mest alvorlige svangerskapskomplikasjonene. Preeklampsi er den vanligste årsak til maternelle dødsfall i Norge. Det er vist at profylaktisk behandling med lavdose acetylsalisylsyre (75 mg daglig) gir en moderat reduksjon av risiko for preeklampsi. Risikoreduksjonen er større ved preterm preeklampsi. Behandling med acetylsalisylsyre bør bare gjøres i samråd med spesialist, og gravide som får profylakse bør også følges med ultralyd med tanke på vurdering av fostervekst.

Symptomer

Utover hypertensjon og proteinuri er det i regelen ingen symptomer i starten av preeklampsisykdommer. Preeklampsi er en progressiv og uforutsigbar tilstand. Det kan ta uker før tilstanden forverres, men det kan også skje meget hurtig. Ved forverring oppstår subjektive symptomer som hodepine, flimring for øynene, smerter i epigastriet, kvalme og uvelhet og redusert allmenntilstand.

En spesiell form for preeklampsi er *HELLP-syndromet* (Hemolyse – Elevated Liver enzymes – Low Platelets). Ved HELLP sees typisk smerter i epigastriet eller under høyre kostalbue, ev. kvalme og oppkast. Diagnosen sikres ved blodprøver (se nedenfor).

Kvinner med preeklampsi bør følges nøye opp. Hvis det oppstår subjektive symptomer som hodepine, flimring for øynene, smerter i epigastriet og nedsatt allmenntilstand, tyder det på alvorlig forverring eller truende eklampsi. Disse pasientene er kritisk syke og skal transporteres til sykehus umiddelbart, med kyndig ledsager som må være forberedt på å behandle kramper.

Eklampsi er GTK-kramper (generelle tonisk-kloniske kramper) som sannsynligvis utløses av spasmer i cerebrale kar. Eklampsi kan oppstå i svangerskap og under fødsel, men også i dagene etter fødselen. Ofte er blodtrykket svært høyt, og hjerneblødning kan oppstå.

Diagnostikk

Diagnosen preeklampsi er basert på blodtrykksmåling og urinundersøkelse med tanke på protein. Kvantitering av protein (måling av albumin-kreatinin-ratio) kan være aktuelt. Det kan også være aktuelt å utelukke andre årsaker til proteinuri, som urinveisinfeksjon. For å undersøke om leveren er påvirket tas ALAT. Hemolyse diagnostiseres ved hjelp av LD og haptoglobin. Fostervekst estimeres ved ultralyd. Fosterovervåking skjer ved hjelp av CTG og dopplermåling av blodstrøm i arteria umbilicalis.

Behandling

Det finnes ingen kurativ behandling av preeklampsi annet enn forløsning. Øvrig behandling er ekspektativ. Utfordringen er å avslutte svangerskapet i rett tid før det oppstår en forverring som kan skade kvinnen eller fosteret. Når diagnosen preeklampsi er stilt, skal pasienten tas hånd om av spesialisthelsetjenesten. Innleggelse i sykehus er vanlig, men preeklampsi kan også følges poliklinisk. Legemiddelbehandling av blodtrykket kan være indisert på maternelle indikasjoner hvis fosteret er for immaturt til at forløsning er mulig. Slik behandling har ingen innvirkning på sykdomsprosessen. Det er ingen holdepunkter for at blodtrykksbehandling bedrer prognosen for barnet. Aktuelle legemidler er labetalol, ev. nifedipin. Magnesiumsulfat kan gis intravenøst ved truende eklampsi til forebygging av eklamptisk anfall og gis ved eklampsi for å forebygge nye anfall. Se for øvrig [Kronisk hypertensjon og svangerskap](#).

Ved eklampsi utenfor sykehus er det vanlig å gi diazepam intravenøst eller rektalt for å stoppe kramper og forebygge nye kramper. I sykehus brukes magnesiumsulfat intravenøst.

Legemiddelomtaler og preparater

[Acetylsalisylsyre \(L17.1.1.1\)](#)

[Adrenerge alfa-1/betareseptorantagonister \(L8.3\)](#)

...

...

[Elektrolyttkonsentrater \(L23.6.2.1\)](#)

[Labetalol \(L8.3.2\)](#)

[Nifedipin \(L8.5.1.8\)](#)

Kilder

[Preeklampsi](#)

T15.1.3. Svangerskapsindusert diabetes

Publisert: 17.02.2016

Se T.3.1 Diabetes mellitus om ...

T15.1.4. Epilepsi ved graviditet

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Se ...

Aktuelle nettressurser

- Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi (Epilepsiselskapet 2011)

T15.1.5. Ødemer

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Mer enn halvparten av friske, gravide kvinner har ødemer. Ødemer alene uten ledsagende proteinuri og hypertoni (dvs. preeklampsi) er sjelden uttrykk for patologi, men skyldes den fysiologiske økningen av interstitiell væske i svangerskapet.

Behandling

Diuretika skal ikke gis til gravide. Det påvirker barnets vekst og kan føre til elektrolyttforstyrrelse hos den nyfødte. Spesifikk behandling av ødemer hos gravide er ikke indisert.

T15.1.6. Bekkenløsning

Publisert: 17.02.2016

Diagnose

Bekkenløsning eller bekkenleddssyndromet er smerter lokalisert til iliosakralleddene og/eller symfyen. Cirka 1/6 av alle gravide har slike plager, som i regelen går over spontant etter fødselen.

Behandling

Råd for avlastning av bekkenet. Fysisk aktivitet bør holdes innenfor smertegrensen. Henvisning til fysioterapeut kan være aktuelt. Kontrollerte studier har vist effekt av fysioterapi i form av trening og stabiliserende øvelser, og også av akupunktur. Legemidler har ingen plass i behandlingen av bekkenløsning.

T15.1.7. Blødning i første halvdel av svangerskapet

Publisert: 17.02.2016

Definisjon

Vaginalblødning uten riaktivitet i svangerskapets 1. eller begynnelsen av 2. trimester. Uttrykket *truende abort* brukes ikke i moderne gynekologi.

Symptomer

Blødning som kommer fra cervikalkanalen uten ledsagende smerter, hvor det ikke foreligger lokal årsak (f.eks. cervixcancer, postkoital blødning). Relativt vanlig tilstand, rundt 1/5 av alle som føder har hatt en blødning i svangerskapet.

Diagnostikk

Med ultralyd avgjøres raskt om fosteret lever. Hvis fosteret er dødt, eller man ikke finner noe foster, tyder blødningen oftest på starten av spontan abort. Ektopisk graviditet er en av differensialdiagnosene. Andre årsaker til vaginalblødning, spesielt livmorhalskreft, må alltid tas i mente.

Behandling

Dersom det foreligger spontan abort (missed abortion) kan man enten vente, gi legemidler (misoprostol) for å fremskynde prosessen eller revidere kirurgisk. Blødningsmengden, uterusstørrelse, svangerskapets lengde og kvinnens holdning er blant de faktorer som avgjør valg av prosedyre.

Lever fosteret, er det overveiende sannsynlig at svangerskapet vil fortsette. Da er behandling med legemidler ikke indisert. Det er vanlig å gi råd om avlastning inntil blødningene er stoppet, men avlastning er sannsynligvis uten vesentlig betydning for prognosen, og uttrykket truende abort brukes ikke.

Legemiddelomtaler og preparater

Misoprostol (L15.1.4)

T15.1.8. Truende preterm fødsel

Publisert: 17.02.2016

Definisjon

Gravide over 22 fullgåtte uker og mindre enn 37 fullgåtte uker hvor man mistenker eller har påvist rier.

Symptomer

Se definisjon. Ev. ledsaget av vannavgang, åpen mormunn.

Diagnostikk

Pasienten bør uten opphold innlegges i sykehus til vurdering og ev. behandling. Undersøkelser av livmorhals utenfor sykehus anbefales generelt ikke, bare i spesielle tilfeller.

Behandling

Sengeleie er uten dokumentert effekt. Rihemmende behandling er dokumentert å kunne utsette fødselen i 48 timer, men har ingen dokumentert effekt på barnets prognose.

- Oksytocinantagonisten atosiban har omtrent samme effekt som adrenerge beta-2-agonister, men har færre maternelle bivirkninger enn beta-2-agonistene.
- Det er rapportert alvorlige kardiovaskulære bivirkninger (lungeødem, hjerteinfarkt) etter bruk av terbutalin for å stoppe premature rier. Fosteret blir også påvirket. Peroral behandling med terbutalin er ikke effektivt og bør ikke brukes.
- *Prostaglandinsyntesehemmere* (ikke-steroid antiinflammatoriske midler – indometacin) har også vært brukt og er sannsynligvis mer effektive rihemmere enn adrenerge beta-2-agonister. Imidlertid kan de ha alvorlige bivirkninger hos fosteret (prematur lukking av ductus arteriosus med risiko for pulmonal hypertensjon, oliguri med oligohydramnion, intrakraniell blødning). Tilbakeholdenhet bør utvises.
- *Kalsiumblokker* (nifedipin) er foreløpig lite brukt i Norge, men er mer effektivt enn atosiban i å utsette fødselen. Doserer peroralt.
- *Glukokortikoider* (betametason 12 mg) bør gis ved truende preterm fødsel over 23 fullgåtte uker og mindre enn 34 fullgåtte uker for å øke lungemodningen hos foster. Bør ideelt få en virketid på 24 timer før fødsel, men bør gis selv om fødsel kan forventes tidligere.

Legemiddelomtaler og preparater

...

Atosiban (L15.3.1)

...

...

Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID) (L17.1.1)

Indometacin (L17.1.1.8)

Kalsiumantagonister (L8.5)

[Nifedipin \(L8.5.1.8\)](#)

T15.1.9. Medikamentell abort

Publisert: 30.07.2018

Generelt

Svangerskapsavbrudd kan induseres ved å gi mifepriston etterfulgt to døgn etter av misoprostol. Dette kan skje som hjemmeabort eller under innleggelse, ev. som dagpasient. Pasienten må følges opp etterpå med svangerskapstest (-HCG), fordi behandlingen mislykkes hos noen (ca. 2 %) som da må gjennomgå kirurgisk abort.

Dosering og administrasjon

Det gis først mifepriston 200 mg peroralt. Pasienten avventer hjemme, og to døgn etter gis misoprostol vaginalt som tablett. Det finnes forskjellige regimer, f.eks. 0,8 mg misoprostol (4 tablett á 0,2 mg) gitt vaginalt som engangsdose og deretter, hvis ingen effekt etter 4–6 timer, 0,4 mg misoprostol peroralt hver 3. time.

Legemiddelomtaler og preparater

[Mifepriston \(L15.2.1\)](#)

[Misoprostol \(L15.1.4\)](#)

Kilder

[Medikamentell abort](#)

T15.1.10. Kosttilskudd under svangerskap

Publisert: 30.07.2018

Jerntilskudd

Gravide bør i første trimester få tilbud om måling av serumferritin for vurdering av jernstatus.

Ut i fra måleresultatene bør følgende råd gis: Serumferritin over 70 µg/L: Tilskudd ikke nødvendig Serumferritin 30–70 µg/L: Tilskudd av 40 mg jern per dag fra uke 18–20 og ut svangerskapet Serumferritin under 30 µg/L: Tilskudd av 60 mg jern per dag fra uke 18–20 og ut svangerskapet.

Serumferritin måles før utgangen av uke 15.

I fravær av serumferritinmåling anbefales alle gravide tilskudd av 40 mg jern per dag fra uke 18–20 og ut svangerskapet.

Se ...

Folattilskudd

I studier er det vist at folattilskudd på 0,4 mg daglig startet før konsepsjon og til 13. svangerskapsuke reduserer insidens av nevrالرrørdefekter. Kvinner som planlegger svangerskap eller som kan regne med å bli gravide, anbefales å ta 0,4 mg folat daglig som kosttilskudd fra siste måned før forventet befruktning og de første 3 måneder av svangerskap. Kvinner som tidligere har fått barn med nevrالرrørdefekt, eller hvor kvinnen selv eller partner har slik defekt, samt kvinner som behandles med antiepileptika som valproat og karbamazepin anbefales et tilskudd på 4 mg folat daglig i samme periode.

Legemiddelomtale og preparater, se

...

Vitamin A-tilskudd

Det anbefales daglig inntak av tran. Lever som hovedrett i et måltid bør frarådes på grunn av for høye mengder av vitamin A. Jordmor eller lege bør fortelle gravide at de bør unngå inntak av flere ulike kostholdstilskudd som inneholder vitamin A.

Legemiddelomtale og preparater, se

[Vitamin A \(L23.1.1.1\)](#)

Vitamin D-tilskudd

Det anbefales gravide å ta 10 µg vitamin D per dag. Gravide og kvinner som ammer anbefales å ta tran for å få dekket vitamin D-behovet. 5 ml tran gir 10 µg vitamin D. Alternativt kan gravide velge et multivitaminpreparat eller vitamin D-dråper.

Legemiddelomtale og preparater, se

[Vitamin D og analoger \(L23.1.1.2\)](#)

Faglige retningslinjer og veiledere fra Helsedirektoratet:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen [IS-1179, Hdir 2005, under revisjon 2015]

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen – kortversjon [IS-1339]

A national clinical guideline for antenatal care – short version [IS-1339E]

Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus (Helsedirektoratet 2013)

Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP) og Helsedirektoratet. 2013)

Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi. (Konsensusrapport Epilepsiselskapet 2011)

T15.2. Fødsel

Publisert: 17.02.2016

T15.2.1. Rhesus-(D)-immunisering

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Rhesus (Rh)-negative kvinner som er gravide med et Rh-positivt foster kan bli immunisert i forbindelse med abort (spontan eller provosert), i graviditet eller under fødsel (eller ved transfusjon av Rh-positivt blod/erytrocytter). Ved nytt svangerskap med et Rh-positivt foster kan en sekundær immunrespons induseres med risiko for hemolyse hos fosteret/barnet.

Behandling

D-antigenet er det mest immunogene, og problemet opptrer hyppigst og er av størst klinisk betydning i dette systemet, men kan også oppstå i C- og E-systemet. Immuniseringen i D-systemet kan motvirkes ved å gi Rh-(D)-negative kvinner immunglobulin mot D-faktoren (anti-D) innen 72 timer etter eksponering (fødsel, abort, ekstreuterint svangerskap, buktraumer der en mistenker føtomaternal blødning). Ved fødsel hos Rh-(D)-negative kvinner tas prøve fra navlesnorblod, og hvis barnet er Rhesus-(D)-positiv, skal mor ha anti-D-profylakse.

Anti-D kan gis rutinemessig i svangerskapet til Rh-negative kvinner, for å hindre immunisering som oppstår i svangerskapet. Det ville være en fordel å begrense denne profylaksen til de cirka 85 % som har et Rh-D positivt barn. Rh-D egenskapen til fosteret kan testes ved å undersøke cellefritt DNA i mors blod. Dersom det påvises basesekvenser som er spesifikke for Rh-D egenskapen er fosteret Rh-D-positivt og da bør moren behandles med anti-D i svangerskapet, i tillegg til ved fødselen. Dette opplegget er innført i flere land (f. eks. Danmark, Sverige, Nederland, UK) og vurderes nå tatt i bruk i Norge.

Legemiddelomtale og preparater, se

[Humant immunglobulin mot Rhesus-\(D\)-immunisering \(L1.7.4\)](#)

T15.2.2. Induksjon av fødsel

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Fødsel som induseres pga. en tilstand hos foster eller mor som tilsier at svangerskapet bør avsluttes, og hvor det ikke er kontraindikasjon mot vaginal fødsel.

Behandling

Ved moden cervix (Bishop score > 5–6) kan fødsel induseres ved amniotomi og/eller infusjon av oksytocin.

Hvis cervix er umoden, kan fødsel induseres med misoprostol peroralt (50 µg) eller vaginalt (25 µg) hver 3.–6. time. Dette er like effektivt som andre metoder til induksjon av fødsel. Peroral dosering medfører mindre risiko for hyperstimulering enn vaginal dosering. Misoprostol er kontraindisert ved tidligere keisersnitt pga. risiko for uterusruptur.

Legemiddelomtale og preparater, se

...

[Misoprostol \(L15.1.4\)](#)

Kilder

[Induksjon av fødsel](#)

T15.2.3. Cervixmodning med prostaglandiner

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Ved induksjon av fødsel og umoden cervix (Bishop score < 5), kan cervixmodning induseres ved hjelp av prostaglandiner.

Legemiddelomtaler og preparater

[Prostaglandiner/prostaglandinanaloger \(L15.1\)](#)

T15.2.4. Post partum blødning

Publisert: 17.02.2016
Sist endret: 22.09.2016

Definisjon

Blødning > 500 ml de første 24 timer etter fødsel eller sen etterblødning > 24 timer etter fødsel.

Diagnostikk

Atoni av uterus er den vanligste årsaken. Diagnosen stilles ved palpasjon. Andre årsaker er placentaretenjon og rifter i fødselskanalen. Koagulasjonsdefekter en sjelden årsak.

Profylakse

Som profylakse brukes oksytocin 10 E intramuskulært eller intravenøst når barnet er født. Det er dokumentert at dette reduserer forekomsten av atonisk post partum blødning, og generell profylakse anbefales derfor. Alternativt kan man gi misoprostol tabletter 0,2 mg. 2 tabletter gis rektalt straks barnet er født, men effekt kan ikke forventes før etter minst 20 minutter.

Behandling

Manuell kompresjon av uterus, gynekologisk undersøkelse med sutur av rifter, uthenting av placenta og utskrapning av uterinhulen. Oksytocininfusjon, ev. karboprost 0,25 mg intramuskulært eller i myometriet. (Karboprost er et syntetisk prostaglandin, PGF 2, og finnes som Prostinfenem injeksjonsvæske. Kan skaffes på godkjenningsfritak.)

Misoprostol tabletter rektalt (0,2 mg, 2 tabletter av gangen) er pga. resorpsjonstiden ikke førstevalg ved akuttbehandling av atoni.

Metylergometrin 0,1–0,2 mg (Methergin, fås på godkjenningssfritak) kan gis i.v. i.m. eller subkutant. Hypertoni/preeklampsi er en relativ kontraindikasjon.

Ved oksytocininfusjon blandes 10 IE oksytocin ut i 1000 ml 0,9 % NaCl eller Ringer («forsterket drypp» 50 IE i 500ml NaCl/Ringer). Oksytocindrypp med 5 % glukose som har vært vanlig, har ført til hyponatremi ved behandling av alvorlige post partum blødninger, hvor det har vært gitt store mengder med høy infusjonshastighet.

Legemiddelomtaler og preparater

Karboprost (L15.1.3)

Metylergometrin (L15.4.1)

Misoprostol (L15.1.4)

...

Kilder

[Post partum blødning](#)

Aktuelle nettressurser

- Veileder i fødselshjelp (Norsk gynekologisk forening 2014): <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/> eller direktelenke til [veilederen](#)

T15.3. Amming

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Se også [Amming og legemidler \(G8\)](#). Hvis kvinnen trenger hjelp med ammeteknikken, bør hun oppfordres til å ta kontakt med en helsesøster ved helsestasjonen, Ammehjelpen eller en ammepoliklinikk for å få veiledning.

T15.3.1. Såre brystknopper

Publisert: 17.02.2016

Generelt

80–95 % av alle ammende får forbigående såre brystknopper. Forebyggelse og behandling av såre brystknopper fokuserer i dag først og fremst på optimalisering av ammeteknikken. Barnet skal ikke henge i brystet, men ligge med magen inn mot mor med nesen i høyde med brystknoppen. Barnet skal ha vidåpen munn («hamburgergrep», ikke «spagettigrep»), haken inn mot mors bryst og ha sugebevegelser helt bak til ørene.

Etiologi

Feilaktig suge- og ammeteknikk. Overdreven bruk av brystpumpe. Infeksjon med *S. aureus* eller *Candida*.

Behandling

Det viktigste er å identifisere årsaken til sårhet. De fleste sår og sprekker er sugeskapte pga. en ugunstig dieteknikk. Brystskjold bør sjelden brukes for å forebygge eller behandle såre brystknopper fordi denne bruken ikke gjør noe med den underliggende årsaken til sårhet. Hvis brystet lekker melk, kan ammeinnlegg eller melkeoppsamlere brukes slik at ikke brystknoppene blir liggende våte. Såre brystknopper bør vanligvis ikke behandles med legemidler, men la melkedråpene på brystknoppen lufttørkes etter amming. Sår/sprekker kan i enkelte tilfeller gro raskere og bli mindre smertefulle dersom det dekkes med litt nøytral salve, f.eks. ullfett, hvit vaselin (prinsippet «vått på vått, tørt på tørt»). En sjelden gang når brystknoppene er svært såre og utdrivningsrefleksjonen er treg, kan oksytocin nesenspray brukes for å lette utdrivningen. Ved manglende bedring på tross av behandling må andre årsaker til sårhet vurderes på nytt (f.eks. eksem).

Legemiddelomtaler og preparater

Indifferent øyesalve (L7.2.2.1)

...

T15.3.2. Mastitt

Publisert: 17.02.2016
Sist endret: 01.03.2017

Kort oppsummering

- **Diagnostikk:** Melkeprøve til bakteriologisk dyrking ved usikker diagnose eller residiv.
- **Legemiddelbehandling:** Ved manglende effekt av brysttømming eller ved høy feber og redusert allmenntilstand. Førstevalget er dikloksacillin/kloksacillin 500 mg × 4 i 14 døgner (2–4 uker ved residiv). Ved penicillinallergi er førstevalget klindamycin.

Definisjon

Inflammatorisk eller bakteriell betennelse i brystene.

Generelt

Mastitt forekommer hos 10–20 % av alle ammende kvinner. Mastitt opptrer hyppigst de første 6 ukene etter fødselen og ved overgang fra fullamming til delvis amming pga. melkespreng. Vanlige risikofaktorer er feilaktig ammeteknikk, mastitt i tidligere svangerskap, såre/sprukne brystknopper og melkestase.

Etiologi

Bakteriell mastitt skyldes oftest betalaktamaseproduserende gule stafylokokker, som kan infisere brystet via sår eller sprekker i brystknoppene. Infeksjon forårsaket av streptokokker eller E. coli er sjeldnere. *Inflammatorisk mastitt* skyldes trolig interstielt ødem pga. melkestase. Uten hyppig og grundig tømming vil en inflammatorisk mastitt kunne utvikle seg til en bakteriell mastitt.

Symptomer

Smerte, hevelse, rødme og varme i (det) affiserte bryst(et). Systemiske symptomer som feber, frysninger og nedsatt allmenntilstand er vanlig.

Diagnostikk

Det er klinisk vanskelig å skille mellom en inflammatorisk og en bakteriell mastitt. Flere systemiske symptomer, sår eller sprekker på brystknoppene eller nylig utskrivelse fra sykehus øker sannsynligheten for bakteriell mastitt.

Melkeprøve til bakteriologisk dyrking bør tas ved:

- tvil om det foreligger bakteriell mastitt
- manglende bedring
- residiv

Melkeprøve bør tas på sterilt glass på samme måte som urinprøve. CRP kan være høy ved både inflammatorisk og bakteriell mastitt. Den kan likevel gi en indikasjon på alvorlig infeksjon og kan brukes til å følge behandlingen og sykdomsforløpet.

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* Effektiv tømming av brystet danner basis i behandling av mastitt og kan alene kurere tilstanden. Melkeuttømming bør forsøkes som eneste behandling det første døgnet, omtrent annenhver time hele dagen, samt minimum to ganger i løpet av natten. Området med «hardt vev» strykes forsiktig i retning av brystknoppen.
- *Medikamentell behandling:* Behandling med antibiotika er indisert ved manglende effekt av brysttømming eller hvis kvinnen har høy feber og redusert allmenntilstand. Førstevalget er dikloksacillin/kloksacillin 500 mg × 4 i 14 døgner. Dobling av dosen de første dagene bør vurderes ved alvorlig infeksjon. Ved penicillinallergi er førstevalget klindamycin 300 mg × 4 i 14 dager. Dobling av dosen opp til 600 mg × 4 kan vurderes ved alvorlig infeksjon. Behandlingsvarigheten er 3–4 uker ved residiv av mastitt. Det er ikke nødvendig å avbryte ammingen under antibiotikabehandlingen, unntatt hvis det er synlig puss i melken. (Testes ved å melke ut litt melk på en bomullsdott.) Ved synlig puss i melken bør kvinnen pumpe og kaste melken fra det affiserte brystet i noen dager etter påbegynt antibiotikabehandling og til melkens utseende er blitt normal.

Legemiddelomtaler og preparater

...

...

...

...

...

T15.3.3. Brystabscess

Publisert: 17.02.2016

Generelt

En liten prosentandel av bakterielle mastitter vil utvikle seg til brystabscess.

Diagnostikk

Mistanke om brystabscess bør utredes med ultralyd.

Behandling

Sikker abscess bør evakueres kirurgisk eller ved ultralydveiledet aspirasjon, skylling og drenerasje, kombinert med antibiotika.

T15.3.4. Candidainfeksjon på brystene

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Vanligst er en overflatisk hudinfeksjon på brystknoppene forårsaket av sopp innen candida-arten (*Candida albicans*), men infeksjon i brystet kan også forekomme.

Symptomer

Sterke, brennende smerter som stråler ut fra brystknoppene, også etter at amming er avsluttet. Enkelte ganger hissig rød hud på brystknoppene, ev. flassing.

Diagnostikk

Det er sjelden *Candida* påvises i melkeprøve ved mikrobiologisk dyrking. Diagnosen stilles på bakgrunn av de kliniske symptomene og ved å utelukke andre årsaker. Risikofaktorer er oral candidainfeksjon (trøske) hos barnet, candidainfeksjon under svangerskapet og nylig avsluttet antibiotikabehandling.

Behandling

Førstevalg er lokalbehandling med klotrimazol krem. Påsmøres etter hver amming inntil 8 ganger per døgn til to dager etter symptomfrihet, men alltid i minst 14 dager.

Barnet som dier skal behandles samtidig for å unngå reinfisering av brystet – selv om barnet ikke har symptomer på candidainfeksjon. Førstevalget er nystatin mikstur (100 000 E = 1 ml 4 ganger daglig) som pensles i munnhulen.

Ved stadig residiverende candidainfeksjon eller når lokalbehandling ikke har effekt: flukonazol tablett, 200 mg første dag, deretter 100 mg daglig i 14 dager.

Barnet kan fortsatt ammes når mor bruker antimykotika.

For å forhindre reinfisering av brystet bør kun engangsammeinnlegg brukes. BH, sengetøy og håndklær må vaskes regelmessig i minst 60 grader varmt vann i hele behandlingsperioden. Pumpeutstyr, flasker, flaskesmokker og smokker må kokes 10 minutter etter hver bruk. Smokker må kokes i 10 minutter hver dag.

Legemiddelomtaler og preparater

...

...

...

T15.3.5. Smerter ved amming

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Det skal ikke være smertefullt å amme. Det er vanlig med ømhet og sårhet i starten av ammeperioden før ammingen er veletablert.

Etiologi

Feilaktig suge- og ammeteknikk. Såre/sprukne brystknopper. Mastitt. Tilstoppede melkeganger. Melkestase. Vasospasmer.

Behandling

Årsaken til smertene bør identifiseres og tiltakene tilpasses deretter. Ved melkestase vil melkeuttømming som regel gi umiddelbar smertelindring. Ved sterke smerter kan melkeutdrivningen bli dårlig. Da kan oksytocin nesep spray lette tømningen. Bruken bør begrenses til akutte situasjoner pga. mulig risiko for undertrykkelse av kroppens egenproduksjon av oksytocin. Paracetamol eller et NSAID (ibuprofen) kan gis ved behov. Ved mastitt er et NSAID som ibuprofen (400 mg x 3) muligens å foretrekke pga. kombinasjon av antiinflammatorisk og analgetisk effekt. Raynauds syndrom lokalisert til brystknoppene kan også føre til smerter i forbindelse med graviditet og amming. Denne tilstanden kan behandles med nifedipin 30 mg daglig.

Legemiddelomtaler og preparater

Ibuprofen (L17.1.1.7)

Ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID) (L17.1.1)

Nifedipin (L8.5.1.8)

...

...

T15.3.6. Manglende eller svak utdrivningsrefleks

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Hormonet oksytocin er ansvarlig for utdrivningsrefleksen. Oksytocin kontraherer de myoepiteliale cellene slik at melken presses fra alveolene og ut i melkegangene.

Etiologi

Utdrivningsrefleksen kan hemmes av sterke smerter eller stress. Dårlig stimulering av området rundt brystknoppen og bruk av brystskjold kan svekke utdrivningsrefleksen.

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* Manuell igangsetting av utdrivningsrefleksen bør forsøkes først: lett rulling/stryking over brystknoppene i noen minutter før amming. Varmepakning på brystet. Rolig ammesituasjon.
- *Medikamentell behandling:* Oksytocin nesep spray 4 E i ett av neseborene et par minutter før amming. Bruken bør begrenses til akutte situasjoner pga. risiko for undertrykkelse av kroppens egenproduksjon av oksytocin.

Legemiddelomtaler og preparater

...

T15.3.7. Liten melkeproduksjon

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Mange kvinner er usikre på om de har nok melk. Melkeproduksjonen stimuleres når brystet tømmes, slik at jo mer barnet drikker, jo mer melk produseres. Melkeproduksjonen kommer vanligvis i gang 2–5 dager etter fødselen. Hormonet prolaktin stimulerer melkeproduksjonen.

Etiologi

Gjentatt dårlig tømming av brystet (korte amninger, sugesvakt barn). Bruk av brystskjold. Bruk av legemidler (østrogener, en sjelden gang antihistaminer).

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* Hyppig amming, gjerne annenhver time på dagen og et par ganger på natten i et par dager.
- *Medikamentell behandling:* Metoklopramid kan brukes for stimulering av melkeproduksjonen der alle gode ammeråd er fulgt uten tilstrekkelig effekt. Metoklopramid øker nivået av prolaktin. Studier har vist økning i melkemengden på 60–100 %, men ikke alle ammende har effekt. Dosering: Metoklopramid 10 mg × 3 i 7 dager, deretter gradvis nedtrapping med 10 mg × 2 i 5 dager, så 10 mg × 1 i 5 dager, ev. hver annen dag til slutt. Melkemengden øker hos de fleste etter ca. 2 dager. Hvis det ikke er effekt på melkeproduksjonen etter 5 dager, sammen med hyppig amming/pumping, bør legemidler seponeres. Metoklopramid har da sannsynligvis liten effekt på melkeproduksjonen hos denne kvinnen. Etter seponering sees ofte en reduksjon i melkeproduksjonen. Reduksjonen er mindre ved gradvis nedtrapping. Kvinnen bør informeres om at bruk av metoklopramid for å øke melkeproduksjonen er utenfor godkjent indikasjon og at hun skal seponere legemidler hvis hun opplever ekstrapyrimidale bivirkninger. Ingen av ammeteene på markedet i dag har dokumentert effekt på melkeproduksjonen.

Legemiddelomtaler og preparater

Metoklopramid (L19.3.1)

T15.3.8. Hemning av laktasjon

Publisert: 17.02.2016

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* I de aller fleste tilfellene, så lenge det ikke er en spesiell grunn til det, anbefales ikke-farmakologiske metoder for å hemme laktasjon. Ofte kommer man til målet ved gradvis å redusere mengde og antall uttømminger. Brystene kan bindes opp slik at det oppstår et mottrykk. Kroppen oppfatter at brystene er fulle, og produksjonen avtar.
- *Medikamentell behandling:* Dopaminreseptoragonister virker laktasjonshekkende ved å hemme prolaktin. Førstevalget er kabergolin pga. færre bivirkninger og mindre tendens til rebound-effekt enn andre dopaminagonister.

Legemiddelomtaler og preparater

Dopaminagonister (L6.3.4)

Kabergolin (L6.3.4.2)

T15.3.9. Andre spesielle ammeproblemer

T15.3.9.1. Vasospasmer i brystknoppene – Raynauds fenomen

Publisert: 17.02.2016

Definisjon

Karkonstriksjon som følge av amming eller berøring, som medfører midlertidig iskemi rundt brystknoppene.

Symptomer

Fargeskifte fra røde til hvite ev. blå brystknopper ledsaget av brennende smerte ved berøring.

Etiologi

Dårlig suge- og ammeteknikk. Nikotin. Mye koffein. Kulde. Karkontraherende legemidler. Mye sårhet og smerter. Mastitt. Candidainfeksjon på brystknoppene.

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* Rettes mot årsaken til spasmen
- *Medikamentell behandling:* Nifedipin 10 mg × 3 ved alvorlige tilfeller

Legemiddelomtaler og preparater

Nifedipin (L8.5.1.8)

T15.3.9.2. Eksem på brystknoppene

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Kvinner med atopisk eksem kan få eksem på brystknoppene og områdene rundt under ammeperioden.

Behandling

- *Ikke-medikamentell behandling:* Unngå parfymerte kremer på brystene. Nøytralt tøyvaskemiddel
- *Medikamentell behandling:* For en kort periode (maksimalt 1 uke) kan man i spesielt vanskelige tilfeller benytte en gruppe I eller II glukokortikoidkrem/-salve. Denne påsmøres etter lufttørking rett etter amming for å minske overføring av krem eller salve til barnets munn

Legemiddelomtaler og preparater

Glukokortikoider til bruk på hud og munnslimhinne (L16.3)

T15.3.10. Prevensjon i ammeperioden

Publisert: 17.02.2016

Generelt

Fullamming i seg selv hindrer graviditet i ca. 98 % av tilfellene i opptil 6 måneder etter fødsel, hvis mor ikke har fått igjen menstruasjonen og hvis barnet ammes også om natten.

Behandling

Kvinner som ønsker peroral antikonsepsjon i ammeperioden anbefales å bruke østrogenfrie preparater (gestagenpreparater, minipillen) fremfor kombinasjonspreparater. Høye doser østrogen kan redusere melkeproduksjonen, særlig initialt. Hormonspiral med gestagener, kobberspiral og gestagenimplantater kan også brukes av ammende.

Se også Livmorinnlegg (IUD, spiral) (T14.1.1.1)

Legemiddelomtaler og preparater

Gestagen (antikonsepsjon) (L14.2.2)

Gestagen livmorinnlegg (L14.2.2.3)

Gestagenimplantat (L14.2.2.4)

Perorale gestagener (L14.2.2.1)

Kilder

[Amming](#)

T15.4. Kilder

Amming

Nordeng H, Havnen GC, Spigset O. Legemidler og amming. Tidsskr Nor Lægeforen. 2012; 132: 1089-1093.

Nordeng H, Høye S. Behandling av mastitt. I: Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, Helsedirektoratet, 2013, www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/antibiotika

Hale T. Medications and mother's milk. 16. utgave. Amarillo, TX, USA, Hale Publishing, 2014

Ammeveiledning. Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2009. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Avdelinger/Kvinne-%20og%20barneklinikken/Nasjonale%20kompetansetjenester/Amming/Perm%2016%20desember%202009.pdf> (søkedato 03.05.2015)

Metoklopramid (Afipran) for å øke melkeproduksjonen. Nasjonalt kompetansesenter for amming, 2014. http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/nasjonal-kompetansetjeneste-for-ammings_/Documents/Fagstoff_2014_afipran.pdf (søkedato 03.05.2015)

Kvalme

Jewel D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD00145. DOI: 10.1002/14651858.CD00145.

Kapittel 7. [Emesis og hyperemesis gravidarum](#). Veileder i fødselshjelp (2014), Norsk gynekologisk forening.

Svangerskapsindusert hypertensjon

Abalos E, Duley L, Steyn DW. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2. Art. No.: CD002252. DOI: 10.1002/14651858.CD002252.pub3.

Kapittel 28 [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#). Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp 2014

Preeklampsi

Duley L, Henderson-Smart DJ. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4. Art. No.: CD000127. DOI: 10.1002/14651858.CD000127

Roberge S, Villa P, Nicolaides K, Giguère C, Vainio M, Bakthi A, Ebrashy A, Bujold E. Early Administration of Low-Dose Aspirin for the Prevention of Preterm and Term Preeclampsia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Fetal Diagn Ther 2012;31:141–146 DOI: 10.1159/000336662

Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp 2014: [Hypertensive svangerskapskomplikasjoner og eklampsi](#)

Medikamentell abort

[Provosert abort](#). Veileder i generell gynekologi 2009. Norsk gynekologisk forening.

Induksjon av fødsel

[Kapittel 33 Cervixmodning/Induksjon av fødsel](#). Veileder i fødselshjelp 2014. Norsk gynekologisk forening.

Misoprostol ved igangsetting av fødsel. [Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3–2009](#). Kunnskapssenteret, Oslo 2009 ISBN 978-82-8121-254-1 ISSN 1890-1298

Post partum blødning

Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.pub2.