

## FORDYPNINGSTOFF TIL HELSEPERSONELL

Les også brosjyren: *GODE RÅD OM SVANGERSKAPSKVALME*

Svangerskapskvalme er den vanligste svangerskapsrelaterte plagen og oppstår hos opptil 80 % av alle gravide<sup>1,2,3</sup>. Omtrent halvparten av alle gravide kaster opp pga kvalmen. Kvalmen er ofte mest intens rundt 9. svangerskapsuke, og hos de fleste forsvinner kvalmen etter første trimester. Hos opptil 15 % vedvarer kvalmen utover 16. svangerskapsuke<sup>1,2,3</sup>.

Årsaken til svangerskapskvalmen er ikke kjent. Den kan skyldes hormonpåvirkninger, men årsaken er trolig multifaktoriell. Med unntak av ekstremtilfeller, er det ikke vist at fosteret tar skade av svangerskapskvalmen. For kvinnen derimot er det vist at kvalmen ofte går utover livskvaliteten, daglige gjøremål og hennes psykiske helse<sup>4,5</sup>. Rundt 1 % av gravide har den mest alvorlige formen for svangerskapskvalme som betegnes hyperemesis gravidarum<sup>1,2</sup>. Kvalmen og brekningene er så intense at den innvirker på kvinnens næringsinntak og forårsaker væske- og elektrolyttforstyrrelser. Karakteristiske trekk er vedvarende oppkast, vekttap mer enn 5 %, ketonuria, elektrolyttforstyrrelser og dehydrering. Behandling av hyperemesis gravidarum er en spesialistoppgave. Sykehusinnleggelse kan være nødvendig<sup>1</sup>.

### Skåring av alvorlighetsgraden av kvalme

Det finnes et enkelt spørreskjema, SUKK: Svangerskaps Utløst Kvalme Kvantifisering (på engelsk «Pregnancy Unique Questionnaire of Emesis and Nausea» (PUQE)), som er utviklet for å kartlegge alvorlighetsgraden av svangerskapskvalme<sup>6</sup>. Her summeres skåren på tre enkle spørsmål om kvalmen det siste døgnet.

Norske behandlingsretningslinjer anbefaler bruk av SUKK<sup>1,5</sup>. Ved moderat emesis (skår 7–12) anbefales antiemetika og oppfølging. Ved alvorlig hyperemesis gravidarum (skår  $\geq 13$ ) vil oftest sykehusinnleggelse være nødvendig for rehydrering og korrigerende elektrolyttforstyrrelser med intravenøs væske.

**Tabell 1.** Skåring av svangerskapskvalme (SUCC skår)<sup>1,5</sup>

I løpet av de siste 24 timene....				
1. Hvor mange (klokke) timer har du følt deg kvalm eller uvel i magen?				
Over 6 timer	4 – 6 timer	2 – 3 timer	$\leq 1$ time	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng
2. Hvor mange ganger har du kastet opp?				
Over 7 ganger	5 – 6 ganger	3 – 4 ganger	1 – 2 ganger	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng
3. Hvor mange ganger har du hatt brekninger (uten at noe er blitt kastet opp)?				
Over 7 ganger	5 – 6 ganger	3 – 4 ganger	1 – 2 ganger	Ikke i det hele tatt
5 poeng	4 poeng	3 poeng	2 poeng	1 poeng

Poengene fra de tre spørsmålene summeres til en totalskår.

**Mild emesis: 3 – 6 poeng    Moderat emesis: 7 – 12 poeng    Alvorlig emesis: 13+ poeng.**

I tillegg anbefales det å vurdere hvor sterkt kvalmen innvirker på hvordan kvinnen har det. Dette bør også tas hensyn til ved vurdering av behov for medisinerings.

**Vurdering av velbefinnende:** På en skala fra 0 – 10, angi ditt generelle velbefinnende nå: 0 = verst tenkelig, 10 = like bra som jeg hadde det før jeg ble gravid. Spørsmålet indikerer i hvor stor grad kvalmen påvirker kvinnens livskvalitet.

## Behandling av svangerskapskvalme

Det er viktig at helsepersonell tilbyr tidlig og god rådgivning og støtte<sup>1,2,3</sup>. Dette vil kunne forhindre utvikling av mer alvorlig kvalme og at kvalmen går utover kvinnens livskvalitet og ernæringsstatus.

Livsstil- og kostholdsendringer inkluderer å få i seg litt mat jevnlig (for eksempel tørre kjeks ol.), gjerne hver time eller annenhver time, og drikke rikelig med væske. Kvinnene bør spise før de blir sultne fordi tom magesekk kan forverre kvalmen når de først spiser. Drikke bør inntas i flere små porsjoner gjennom hele dagen. For mange vil livsstil- og kostholdsendringer alene likevel ikke være tilstrekkelig.

Det finnes flere kvalmestillende legemidler som trygt kan brukes av gravide (se behandlingsalgorimen i ref. 1). De ulike legemidlene som anbefales i norske retningslinjer for behandling av svangerskapskvalme vises i tabell 2.

**Tabell 2.** Anbefalte kvalmestillende legemidler til behandling av svangerskapskvalme i Norge<sup>1</sup>.

Legemiddelgruppe	Legemiddel (Preparatnavn)	Dosering
<b>Med indikasjon til behandling av svangerskapskvalme</b>		
Antihistaminer	Doksylamin + pyridoksin 20mg/20mg (Embagn®)	Startdose: 1 tablett ved leggetid på dag 1 og dag 2. Maks. anbefalt dose er 2 tabletter daglig (40 mg/40 mg)
	Doksylamin + pyridoksin 10mg/10mg (Xonvea®)	2 tabletter daglig. Maks. anbefalt daglig dose er 4 tabletter (1 om morgenen, 1 midt på dagen og 2 ved leggetid).
<b>Basert på kliniske retningslinjer, utenfor indikasjon</b>		
	Meklozin (Postafen®)	25 mg x 1-2 ganger daglig
	Prometazin (Phenergan®)	25 mg kveld / 25 mg x 2-3 ganger daglig
Dopamin-antagonister	Metoklopramid (Afipran®)	10 mg x 3 ganger daglig.  Obs risiko for neurologiske bivirkninger. Se omtale i tekst.
	Proklorperazin (Stemetil®)	5-10 mg x 2-3 ganger daglig.
	Klorpromazin (Largactil®)	10 mg x 2-3 ganger daglig. Fås på registreringsfritak.
5HT <sub>3</sub> -antagonister	Ondansetron (Zofran®)	4-8 mg x 2 ganger daglig. Se omtale i tekst.

Andel gravide som bruker legemidler mot svangerskapskvalme varierer betydelig mellom forskjellige land, fra ca. 15 % i Norge og England til over 30 % i USA<sup>7</sup>.

## Antihistaminer

To preparater med doksylamin i kombinasjon med vitamin B6 (pyridoksin) har godkjent indikasjon til bruk ved svangerskapskvalme i Norge: Xonvea® (10 mg/10 mg) og Embagn® (20mg/20mg). Disse er derfor førstevalget ved behov for farmakologisk behandling av svangerskapskvalme. De er formulert som depot-/slow-release tabletter slik at virkestoffet frigis overtid og gir en lengre kvalmestillende virkning.

Antihistaminer virker på brekningscenteret og har blitt brukt i en årrekke mot svangerskapskvalme. Den samlede dokumentasjonen tilsier at antihistaminene er trygge å bruke for gravide<sup>8</sup>. Mesteparten av

forskning på antiemetika hos gravide foreligger for de eldre såkalte 1. generasjons antihistaminene, som f.eks. doksylamin, prometazin og meklozin. Den vanligste bivirkningen er trøtthet.

## **Andre legemidler**

En Cochrane-gjennomgang på tiltak mot svangerskapskvalme fra 2015 gjennomgikk 41 vitenskapelige studier og konkluderte med at enkelte studier tyder på at antihistaminer, Vitamin B6 (pyridoksin) og andre kvalmestillende legemidler kan redusere alvorlighetsgraden av kvalme og oppkast, men at det ikke foreligger godt nok kunnskapsgrunnlag til å anbefale et legemiddel fremfor et annet<sup>6</sup>.

## **Metoklopramid**

Statens legemiddelverk (SLV) anbefaler at metoklopramid brukes i høyst 5 dager for å redusere risikoen for bivirkninger som ufrivillige muskelbevegelser som rykninger og tics<sup>9</sup>. Bivirkningene oppstår vanligvis innen 1-3 dager. Dersom kvinnen ikke opplever slike bivirkninger innen denne tiden, vil de mest sannsynlig ikke oppstå. Ved alvorlig svangerskapskvalme kan metoklopramid brukes utover 5 dager. Slik bruk forutsetter at kvinnen får god effekt av metoklopramid, ikke opplever slike bivirkninger og at lege har vurdert at det er behov for behandling utover 5 dager. Bruk utover 3 måneder anbefales svært sjelden pga. risiko for tardive dyskinesier.

## **Dopaminantagonister**

Dopaminantagonister virker på brekningscenteret og har også blitt brukt i en årrekke mot svangerskapskvalme. Samlet sett er det ikke holdepunkter på at bruk av disse midlene er skadelige for fosteret ved bruk i første trimester<sup>8</sup>. Enkelte kilder advarer mot bruk i siste trimester på grunn av risiko for nevrologiske bivirkninger hos nyfødte ved bruk av dopaminantagonister og risiko for blodtrykksfall hos kvinnen (proklorperazin)<sup>2</sup>.

## **Ondansetron**

Ondansetron er forebeholdt de tilfellene der behandling med andre kvalmestillende ikke har gitt god nok effekt. I 2019 kom imidlertid Statens legemiddelverk (SLV) og europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) med advarsel om bruk av ondansetron i første trimester pga. en svært liten økt risiko for åpen leppe-gane spalte<sup>10</sup>. Risikoen tilsvarer 3 ekstra tilfeller per 10 000 eksponerte i første trimester<sup>10</sup>. Studier har gitt motstridende resultater med hensyn til en mulig liten økt risiko for hjertemisdannelser (gjelder 1. trimester bruk).

## **Pyridoksin = Vitamin B<sub>6</sub>**

Norske anbefalinger er pyridoksin 40 mg morgen og kveld<sup>1</sup>. Virkningsmekanismen til vitamin B<sub>6</sub> ved svangerskapskvalme er ukjent.

## **Ingefær**

Ingefær er klassifisert som en handelsvare. Den eksakte virkningsmekanismen til ingefær mot kvalme er uklar. I forskningssammenheng har man i de fleste studier brukt 250 mg ingefær i kapslerform fire ganger daglig (1g – 1.5g). I disse dosene kan ingefær ha effekt på svangerskapskvalmen<sup>1</sup>. Det har ikke vært påvist skadelige effekter hos fosteret eller den gravide ved bruk av ingefær i svangerskapet. En gjennomgang av dyrestudier utført av Mattilsynet i Danmark (2018) konkluderte med at et høyt inntak av ingefær kan gi økt fare for embryo- og fosterdød i rottestudier. Danske myndigheter fraråder derfor gravide å drikke ingefærshots (inneholder opptil 23 g frisk ingefærrot) og innta kosttilskudd som inneholder høye doser ingefær (> 1 gram daglig) fordi det mangler studier på om høyere doser er trygt for fosteret.

## **Komorbiditet**

Mange gravide med svangerskapskvalme vil også være plaget med halsbrann og sure oppstøt. Dette kan forverre kvalmeplagene. Helsepersonell bør spørre om slike plager og undersøke om det er nødvendig med tiltak (se brosjyren om Halsbrann og sure oppstøt hos gravide og ammende).

---

## Referanser

**Anbefalt litteratur:** Heitmann K, Havnen GC. Behandling av alvorlig svangerskapskvalme. Utposten 2019; 48: 46-48.

1. Trovik J, Nordeng H, Tellum JE, Lomsdal S, Tjessem I, Vikanes Å. [Emesis & Hyperemesis gravidarum](#), Kap 7. I: Veileder i fødselshjelp. Oslo: Norsk gynekologisk forening. Den norske legeförening, 2020.
2. Smith JA, Fox KA, Clark A. Treatment and outcome of nausea and vomiting of pregnancy. Version 105.0. In: UpToDate. [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no) (Sist oppdatert: 7. august 2019).
3. Heitmann K, Havnen GC. Behandling av alvorlig svangerskapskvalme. Utposten 2019; 48: 46-48.
4. Heitmann K, Nordeng H, Havnen GC, *et al.* The burden of nausea and vomiting during pregnancy: severe impacts on quality of life, daily life functioning and willingness to become pregnant again - results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:75.
5. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ *et al.* Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) identifies patients with hyperemesis gravidarum and poor nutritional intake: a prospective cohort validation study. *PLoS ONE* 2015; 10: e0119962.
6. Matthews A, *et al.* Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD007575.
7. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, *et al.* Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open* 2014;4:e004365.
8. Schaefer C, Peters P Miller RK, editors. *Drugs during pregnancy and lactation 2015*; 3rd ed.: 78-84.
9. Statens legemiddelverk. Nye anbefalinger ved bruk av metoklopramid (Afipran). [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) (Publisert: 29. juli 2013).
10. European Medicines Agency. [PRAC recommendations on signals - Adopted at the 8-11 July 2019 PRAC meeting](#). 2019.

---

**Fordypningsstoffet** er utgitt av en tverrfaglig forfattergruppe og utarbeidet på grunnlag av tilgjengelig litteratur og ressurser på publiseringstidspunktet i samråd med eksterne sakkyndige. Brosjyren må ikke erstatte hjelp fra helsepersonell. Helsepersonell er selv ansvarlig for bruk av brosjyrens innhold i rådgivning eller pasientbehandling.

**Forfattergruppe:** H. Nordeng (farmasøyt, Farmasøytisk institutt, UiO), Mari Falck (barnelege, Oslo Universitetssykehus), A.M. Brænd (helsestasjonslege, Institutt for helse og samfunn, UiO), A.D. Midtsund (helsesykepleier, Oslo kommune). G C. Havnen (farmasøyt, RELIS Sør-Øst, Tryggmammamedisin.no).

**Gjennomlest av:** Marthe-Lise Næss-Andresen (Fastlege og stipendiat ved Institutt for Helse og Samfunn UiO). Revidert utgave mars 2024. Det kan siteres fra brosjyren dersom kilden oppgis.

