

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Giltig från: 2026-06-09

Innehållsansvar: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

Giltig till: 2028-06-09

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Hyperemesis och graviditetsillamående

Revideringar i denna version

Ny definition av hyperemesis, tillägg av PUQE-score, behandlingssteg utifrån symtombild.

2024-01-04: Endast tagit bort felaktiga färgmarkeringar i rubrikerna.

2024-11-07: Ny innehållsansvarig. Tillägg av länk under stycke Efter 18+0: Uppföljningsbesök på Spec-MVC.

2025-05-19: Tillägg av ny behandling Bonjesta (samma som Xonvea men annan beredningsform). Ändring från Primperan till Metoclopramid pga Primperan i tablett utgått.

2026-03-30: Tillägg av SU hemma.

Innehållsförteckning

Revideringar i denna version	1
Innehållsförteckning	1
Syfte	1
Bakgrund och definition	2
Handläggning/åtgärder.....	2
Uppföljning, utvärdering och revision	11
Ansvar	11
Granskare/arbetsgrupp	12
Referenser	12

Syfte

Att beskriva handläggning och behandling av patienter med hyperemesis gravidarum.

Bakgrund och definition

Illamående och kräkningar under graviditet är vanligt. Man räknar med att cirka 80 % drabbas. Symptomen börjar vanligtvis mellan graviditetsvecka 4 till 9 med mest uttalade symtom mellan graviditetsvecka 7 och 12. Hos de flesta försvinner symtomen vid 12 till 20 graviditetsveckor och få har fortsatta symtom efter 20 graviditetsveckor. Hyperemesis gravidarum drabbar 0,5–2 % av de gravida och definieras som:

- Illamående eller kräkningar, varav minst den ena av allvarlig grad
- Debut av symptom i tidig graviditet (före v 16)
- Oförmåga att äta och/eller dricka normalt
- Kraftig begränsning av dagliga aktiviteter
- Tecken på dehydrering anses vara bidragande, men inte nödvändigt för diagnos (t.ex. elektrolytrubbningar och viktnedgång på 5 % jämfört med den pregravida vikten.)
- Ketonuri anses bidragande, men krävs inte för diagnos

Hyperemesis kan kräva inläggande sjukhusvård eller behandling och uppföljning via regelbundna polikliniska besök.

Etiologin är oklar men tros bero på att ökade nivåer av S-hCG och östrogen påverkar gastrointestinal-kanalen med ökad sekretion och minskad motilitet men även sköldkörtel-hormonpåverkan. Dessutom är placenta- och aptithormonet GDF15 förhöjt hos de med hyperemesis och identifierad som en genetisk riskfaktor. Hormonet aktiverar kräkcentrum i hjärnan, vilket leder till illamående och kräkning

Malnutrition och vitaminbrist kan leda till anemi och perifera neuropatier samt ovanliga men allvarliga komplikationer som Wernicke-Korsakoff encefalopati och central pontin myelinolys. Upprepade kräkningar kan ge upphov till esofagusskada och Mallory-Weiss blödning.

Handläggning/åtgärder

Hyperemesis gravidarium är en klinisk uteslutningsdiagnos. Det är viktigt att överväga andra medicinska eller psykiatriska orsaker till symtomen t.ex. gastrointestinala eller infektiösa orsaker såsom gastrit, ulcus, pyelonefrit, kolecystit, hepatit, appendicit, pankreatit; neurologiska orsaker såsom migrän; metabola orsaker såsom hyperkalcemi, Addisons sjukdom eller hypertyreos; psykiatriska orsaker såsom olika typer av åtstörningar. Differentialdiagnostiskt bör man även

tänka på graviditetsrelaterade tillstånd som mola eller i senare graviditet; preeklampsi. Kända riskfaktorer för att utveckla hyperemesis gravidarum är hyperemesis vid tidigare graviditet, flerbörd, låg ålder och genomgången gastric-bypass.

Nivåfördelning

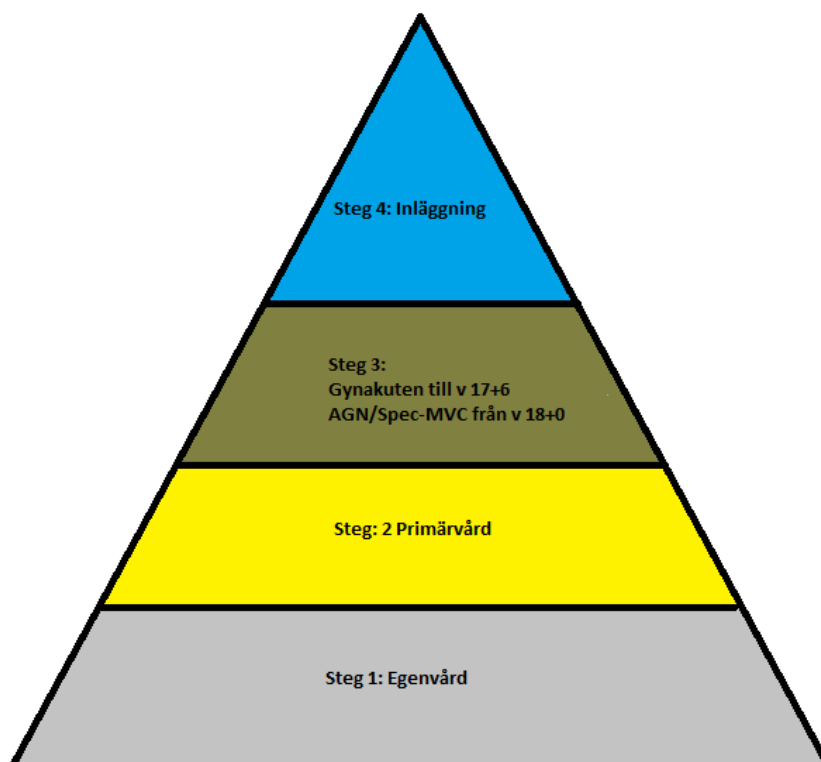
Med hjälp av den validerade metoden PUQE-24-score (Pregnancy Unique-Quantification of Emesis score) kan man mäta allvarligheten av illamåendet under ett dygn, samt utvärdera behandlingseffekten.

	1 poäng	2 poäng	3 poäng	4 poäng	5 poäng
Duration av illamående de senaste 24 timmarna	0	≤1 timme	2 till 3 timmar	4 till 6 timmar	>6 timmar
Antal kräkningar de senaste 24 timmarna	0	1 till 2	3 till 4	5 till 6	≥7
Antal ulkningar eller kväljningar de senaste 24 timmarna?	0	1 till 2	3 till 4	5 till 6	≥7

4- 6 p = milda besvär

7-12 p = måttliga besvär

≥13 = svåra besvär



Steg 1: Egenvård

PUQE-score 4-6 p, milda besvär. Råd kring små portioner mat och dryck, minskad stress och mer vila. Det finns bra råd på länk 1177.se.

Receptfri behandling:

- T. Postafen 25 mg, 1x2-4.
- Akupressur över P6
- Ev. Ingefära. Kapslar på 250 mg finns att köpa receptfritt. Max 1000 mg dagl. Ska inte tas av kvinnor med gallbesvär, trombosprofylax eller de med diabetes. Livsmedelsverket råder till försiktighet kring kosttillskott. Studier på möss har visat en viss ökad risk för missbildningar vid intag av ingefära.

Steg 2: Primärvård

<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/barn--gravid/graviditet/graviditetsbesvar-och-sjukdomar/graviditetsillamående/>

Patienter som inte blir tillräckligt symptomlindrade av egenvård (steg 1) ska i första hand hänvisas till vårdcentral och inte barnmorskemottagning enligt avtal i VGR.

1. Om Postafen ej är tillräckligt, sätt ut och byt till Lergigan comp eller Xonvea/Bonjesta:
 - **T. Lergigan comp** 10 mg/50 mg/10 mg, 1x3-4.(Max 10 per dygn) Om dålig effekt kan en eller flera tabletter bytas ut mot **T. Lergigan** 25 mg (max 4 per dygn) som ger en bättre effekt mot illamåendet, men även en sedativ effekt som biverkan.
 - Överväg att avsluta per oral järnbehandling pga järn kan öka illamående. Vid manifest järnbristanemi där per oralt järn inte kan ges, överväg iv järn.
 - Ställningstagande till omplacering på arbetet eller sjukskriving, i första hand deltid och i andra hand heltid.
2. **Xonvea**, (doxylamin/pyridoxin) 2-4 tabl dagl. Depo-beredning, avsedd för kontinuerlig behandling och ej vid behov. Ingår ej i högkostnadsskyddet. I studier en mycket blygsam effekt på illamående och kräkningar.
3. **Bonjesta** (doxylamin/pyridoxin) 1-2 tabl dagl. Samma verkningsmekanism som Xonvea, men modifierad frisättning för att minska antalet tabletter.

Läkemedel som kan övervägas till samtliga patienter med hyperemesis i tillägg till övrig antiemetisk behandling

4. **T. Metoclopramide 10 mg**, max 1x3 i maximalt 5 dagar. Långvarig behandling i tidig graviditet kan ge upphov till extrapyramidala biverkningar hos mamman, varför kurer om fem dagar rekommenderas. Kuren kan upprepas efter några dagars uppehåll. Ingen missbildningsrisk föreligger. Försiktighet i slutet

av graviditeten då metoklopramid teoretiskt skulle kunna ge upphov till extrapyramidala biverkningar hos barnet.

- **T. Beviplex forte 1x3.** Ges vid risk för malnutrition och Wernicke-Korsakoffs syndrom.
- **T. Omeprazol 20 mg, 1x1.** Indicerat vid frekventa kräkningar eller refluxbesvär.
- Om blodiga kräkningar **T. Omeprazol 40 mg x 1.** Vid blodiga kräkningar överväg gastroskopi.

Steg 3: Akuten

Hänvisning till Kvinnokliniken om patienten trots steg 1 och 2 har ihållande kräkningar eller allvarligt illamående. Fram till och med v. 17+6 hör patienten till gynakuten på Sahlgrenska Universitetssjukhus. Från v 18+0 hänvisas patienten till Akuten för gravida och nyförlösta (AGN) på Östra Sjukhuset.

Undersköterska/SSK/BM

- PUQE-score, se frågor och poäng ovan i detta PM
- Kontroll av blodtryck, puls, vikt, urinsticka, gravtest (på gynakuten)
- Om milda besvär på PUQE-score (≤ 6 p); ge råd i triagen enligt steg 1 och 2 i detta PM. Behov av recept från läkare? Patienten kan därefter sannolikt hänvisas hem.
- Om 7 p eller mer på PUQE-score (måttliga eller svåra besvär): Sätt dropp 1000 ml NaCl innan läkarbedömning. På gynakuten ge även Primperan iv inj 5 mg/ml, 1 ml. Max 30 mg per dygn. Undvik i slutet av graviditeten pga teoretisk risk för extrapyramidala biverkningar hos barnet.
- Om ≥ 13 poäng på PUQE-score eller om patienten ska läggas in; provta Hb, Na, K, Ca, Cl, Mg, Fosfat, kreatinin. Proverna skickas akut.

Läkare

- Anamnes. Duration, grad och frekvens av illamående, ulkningar och kräkningar (PUQE-score). Egenvård och läkemedel? Tidigare/nuvarande sjukdomar. Psykiatrisk anamnes. Tänk på differentialdiagnoser.
- Vikt jämfört med pregravid vikt noteras i journalen
- Status: Miktionsfrekvens, hudturgor, torra slemhinnor, törst, takykardi. Gynekologiskt ultraljud om det inte tidigare är gjort.
- Vid samtida diabetes är det viktigt att tänka på ketoacidosis, ta blodketoner. [Diabetes typ 1 under graviditet](#)

- Beslut om vårdnivå för patienter med hyperemesis:

Alt 1: Hemgång med råd och behandling:

5. Gå igenom behandlingstrappan och lägg ev till **Metoclopramide** 10 mg x 3 i 5 d, OBS! försiktighet i slutet av graviditeten graviditeten pga teoretisk risk för extrapyramidala biverkningar hos barnet. I tidig graviditet finns en teoretisk risk för extrapyramidala biverkningar hos mor om kontinuerlig behandling, varför kurer om fem dagar rekommenderas. Kuren kan upprepas efter några dagars uppehåll.
- Patienten får lov att gå hem om välmående och har kunnat äta på akuten.

Alt 2: Poliklinisk behandling på akuten:

- Poliklinisk behandling ges till de som fortsatt är kliniskt påverkade efter NaCl och inte kan äta/dricka.
- Om patient på gynakuten ännu inte fått: ge Primperan iv inj 5 mg/ml, 1 ml. Max 30 mg per dygn. Undvik i slutet av graviditeten pga teoretisk risk för extrapyramidala biverkningar hos barnet.
- Överväg **Neurobion** im inj 3 ml och glukosdropp. OBS! Ge neurobion innan glukosinfusion för att inte förvärra symtom med laktatansamling. Neurobion finns på licens, om det ej finns tillgängligt på kliniken kan **Thiamin** 50mg/ml 3ml iv ges istället.
- Pantoloc 40 mg iv till de med svåra gastritbesvär kan övervägas.
- 6. Gå igenom behandlingstrappan och lägg ev till **Metoclopramide** 10 mg x 3 i 5 d, kuren kan upprepas efter några dagars uppehåll. OBS! försiktighet i slutet av graviditeten graviditeten pga teoretisk risk för extrapyramidala biverkningar hos barnet.
- Patienten får lov att gå hem om välmående och har kunnat äta på akuten.

Alt 3: Inläggning (steg 4):

- Patienter som bör läggas in är de med något av följande:
- Svårt illamående (PUQE-score ≥ 13 poäng)
- Påtagliga elektrolyttrubbningar (riktmått Na < 120 mmol/l, K $< 2,9$)
- Kraftig ketonuri ($> 3+$ ketoner)
- Nedsatt allmäntillstånd
- Kraftig viktnedgång ($> 5\%$ från pregravid vikt)

Steg 4: Inläggning

- Skrivs in som slutenvård. Planeras stanna en natt (eller tills patienten är rehydrerad), därefter polikliniserad vård. För tidigt gravida på avd. 68 (avd. 67 på helger), Sahlgrenska sjukhuset. För senare graviditet Spec-BB avd 315.
- Gå igenom behandlingstrappan och lägg till ytterligare läkemedel om behov finns. Överväg trombosprofylax.

Läkemedel vid inneliggande vård/dagsjukvård

- **Inj Neurobion 3 ml** i.m. Innehåller vitamin B6, B1, B12. Minskar risken för Wernicke Korsakoffs syndrom som orsakas av tiaminbrist (vit B1) i kombination med malnutrition. Obs! kolhydrattillförsel innan tiamin kan förvärra symtomen p.g.a. laktatansamling. Undvik därför (till patient som har risk att utveckla WKS) att ge glukosinfusion precis innan Neurobion-injektion, glukosdropp kan ges tidigast 30min efter given Neurobion. Neurobion finns på licens, om det ej finns tillgängligt på kliniken kan **Thiamin 50mg/ml 3ml iv** ges i stället. **Upprepas 1 gång/månad vid ihållande besvär som kan ge malnutrition.**

Steg 1

- **T. Lergigan comp 10 mg/50 mg/10 mg**, 1x4 En eller flera tabletter kan om dålig effekt bytas ut mot T. Lergigan 25 mg som ger en bättre effekt på illamåendet, men ger också samtidigt en sedativ effekt som biverkan. Lergigan comp kan bytas ut mot **Lergigan 25 mg 2x3/dag**.
- **Xonvea 1x 2-4** eller **Bonjesta 1x1-2**
- Överväg **Primperan iv inj 5 mg/ml**, 1 ml. Max 30 mg per dygn och **Omeprazol 20 mg**

Steg 2 dvs. terapieresistent hyperemesis

- **T. Ondansetron 4–8 mg 1x3-4**. Ska inte ges före graviditetsvecka 10+0 (p.g.a. att man i vissa studier sett en ökad missbildningsrisk vad gäller läpp-gom samt hjärta vilka anläggs under tidigare graviditetsveckor).

Steg 3 (enstaka fall)

- **T. Prednisolon 10 mg** enligt nedtrappande schema. Inte före graviditetsvecka 10+0.

Dag 1 T. Prednisolon 10 mg 1x3 i tre dagar, därefter nedtrappning under 12 dagar.

Dag 4 T. Prednisolon 10 mg 1x2 i fyra dagar. Dag 8 T. Prednisolon 10 mg 1x1 i fyra dagar.

Dag 12 T. Prednisolon 10 mg 0,5 tabl x 1 i fyra dagar. Dag 16 T.
Prednisolon utsätts.

Vätskebehandling (till alla inneliggande)

Dygn 1

- 1,0 L NaCl
- 1,0 L Glukos 5 % med 40 mmol Na och 20 mmol K Viktigt! Vid glukosinfusion, tänk på inj Neurobion/Tiamin
- 1,0 L Ringer-Acetat
- Om urinproduktion < 1 L/dygn, ytterligare 1,0 L NaCl eller Ringer-Acetat beroende på kloridnivå

Följande vårddygn (2–3 L/dygn)

- 1,0 L Glukos 5 % med 40 mmol Na och 20 mmol K + ev. extra utifrån patientens elstatus
- 1,0 L Ringer-Acetat
- 1,0 L Glukos 5 % med 40 mmol Na och 20 mmol K + ev. extra utifrån patientens elstatus

Kontroller på avdelningen

- Viktkontroll varannan dag före frukost på avd 315.
- U-ketoner varje dag tills normalisering, därefter varannan dag. Tas även vid nytt vårdtillfälle, vid öppen retur. Obs! Svaret styr ej om patienten måste kvarstanna, det avgörs av hur patienten mår.
- Prover: Hb, Na, K, Cl, Mg, fosfat, krea dagligen tills normalisering. Bedöms och signeras av läkare.
- TSH dagen efter inläggning om det inte tagits på MVC under aktuell graviditet.
- Vätskelista och urinlista. Urinlista till urinproduktion >1 L/dygn.

Överväg

- Akupunktur/akupressurarmband
- Trombosprofylax - särskilt vid dehydrering och immobilisering
- Fullnutrition/enteral nutrition eller TPN.
- CVK i samråd med narkos.
- Kuratorkontakt.

Hemgång

- Vid hemgång från Sahlgrenska: Öppen retur fram till vecka 17+6, därefter hör patienten till obstetrikern på Östra

- Hyperemesispatienter innan v 18+0 rondas av avdelningsansvarig läkare på avd. 68, men sköts huvudsakligen av barnmorska eller sjuksköterska med särskild delegation från VEC + VÖL. Kan skrivas ut av barnmorska eller sjuksköterska med särskild delegation. Vid osäkerhet rådgör med läkare
- Vid hemgång från Östra: PAL skall utses på spec-MVC för fortsatt behandlingsplan och poliklinisk uppföljning. Gärna första besöket inom två veckor.

Efter 18+0: Uppföljningsbesök på Spec-MVC

- Utvärdera behov av vätskebehandling och göra upp en plan för detta. Patienten kan bokas för poliklinisk vätskebehandling till mottagningen för gravida och nyförlösta.
- Tidig kontakt med dietist. Om patienten fortsatt sköts på BMM, rekommenderas dietist i öppenvården. Om patienten flyttas över helt till spec-MVC ska hon följas av en PAL, dietist bör vara inkopplad, antingen i öppenvård eller på spec-MVC. I nuläget arbetar endast dietisten på spec-MVC med diabetes.
- Utvärdera behov av nutritionsbehandling i form av TPN tidigt. I vissa fall kan man först prova enteral nutrition i nasogastrisk Clinifeedingsond i ventrikel eller i undantagsfall i duodenum. Enteral nutrition innebär mindre risker för patienten gällande tex. infektioner, efterliknar ett normalt kostmönster mer, låter tarmen arbeta och sondvälling kan ibland ges av patienten själv.
- Det saknas evidens för när det är optimalt att starta TPN, beslutet är baserat på kliniken hos patienten.
- Vid beslut om nutritionsbehandling i samråd med dietist skickas remiss till hemsjukvården som förutom ger nutrition enligt instruktioner också sköter omläggning och provtagning. Kvinnor som kräver TPN alternativt EN skall fortsätta följas av PAL på Spec-MVC.
[Parenteral nutrition vid terapiresistent hyperemesis.pdf](#)
- Utvärdera effekt av antiemetisk behandling. Om otillräcklig effekt, ändra preparat. Boka patienten igen för uppföljning alternativt ordna uppföljning till barnmorska på MGN eller barnmorska på ordinarie barnmorskemottagning men skriv en tydlig behandlingsplan av läkemedel som barnmorskan lätt kan följa upp. Du kan välja att skriva ut de preparat du planerar enligt din behandlingsplan alternativt låta barnmorskan meddela dig om patienten behöver recept på ytterligare preparat enligt din behandlingsplan.
- Följa vikt, u-ketoner, Hb, Na, K, Cl, Mg, fosfat, kreatinin.

- Kvinnor som inte har behov av TPN eller EN kan remitteras till ordinarie barnmorskemottagning för fortsatta kontroller och uppföljning.
- Informerar patienten om att om öppen retur till Spec-BB avd 315. Patienten skall förses med telefonnummer till förlösningsskordinatoren 031-343 12 50 och uppmanas ringa innan de kommer in.

När patient med öppen retur kommer till avdelning

- Skrivs in som slutenvård.
 - Prover: Hb, Na, K, Cl, Mg, fosfat, krea (skickas akut).
 - U-ketoner.
 - Kontroll av blodtryck och puls
 - Vikt vid ankomst.
 - Kontakta läkare för insättning av läkemedel.
 - Dropp enligt PM dygn 1 (2-3 liter).
 - Vätskelista och urinmätning. Urinproduktion >1 L/dygn.
 - Kontakta läkare för bedömning av labsvar när dessa kommit.
7. Innan 17+6 kan patient skrivas ut av barnmorska eller sjuksköterska med särskild delegation. Vid osäkerhet rådgör med läkare

Patienter med öppen retur och "SU hemma"

Patienter utan allvarlig elektrolytrubbning och interkurrenta sjukdomar som fått "öppen retur" till avd 68/67, och inte passerat grav vecka 18+0 kan vårdas i hemmet med hjälp av "SU hemma".

Flöde med SU-hemma

8. Patienten kontaktar avd 67/68 för att få komma in för öppen retur
9. Avd-ssk kontaktar SU hemma
10. Om ok för SU hemma så startar de ett vårdtillfälle i melior (öppenvård, närsjukvård hemma). Avd-ssk öppnar och fyller i vårdplan på detta vårdtillfälle samt kontaktar gyn-jouren för ordinerings av läkemedel/dropp i Melior.

Vid ankomst till avdelningen tas:

11. El-status (vid första besöket, därefter vid behov)
12. Vikt (dagligen)
13. Ketonuri (dagligen)
14. O-NEWS (dagligen)

SU hemma ger dropp och läkemedel mot illamående. Vid första besök kontrolleras att Neurobion-injektion har givits, annars ges den.

SU hemma kontrollerar provsvaren. Vid behov ringer SU hemma och diskuterar med gynjouren, som kan nå dygnet runt.

Om uppenbart instabil eller kraftig viktnedgång flyttas patient till avdelning 67/68.

För rådgivning och samordning kan SU hemma också kontakta Ssk / Bm på avdelning 67/68

Kontaktuppgifter:

Telefonnummer Närsjukvård hemma: 35586

Telefonnummer primärjour gyn: 27750 (DYGNET RUNT)

Telefonnummer avdelning- ssk 67/ 68: 21067

ICD-10

O21.0 Lätta graviditetskräkningar

O21.1 Graviditetskräkningar med ämnesomsättningsrubbnig

O21.8 Annat specificerat kräkningstillstånd som komplikation till graviditeten

O21.9 Graviditetskräkningar, ospecificerade

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Obstetrix/Melior, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControl PRO

Medicinsk ledningsansvarig

Erica Ginström Ernstad, sektionschef obstetrik SU

Ansvar

Gäller för patient, läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för

spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Granskare/arbetsgrupp

Carolina Elton, ST-läkare, Linda Englund Ögge överläkare, obstetrikenheten, Susanna Nygren, VÖL Spec-MVC, Anna Hagman, mödrahälsovårdsöverläkare, Karin Jerhamre Sund mödrahälsovårdsöverläkare, Johanna Wiik, överläkare, benign gynekologi, Susanne Sävhed barnmorska, sektionsledare och KPO gynakuten, Susanna Hedelin barnmorska, gynakuten. Mårten Alkmark, överläkare, Erica Ginström Ernstad, sektionschef.

Referenser

Boelig RC et al, Interventions for treating hyperemesis gravidarum (Protocol). SBU-rapport The Cochrane Collaboration, 2015.

Matthews A et al, Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy (Review). The Cochrane Collaboration, 2015.

Caroline Maltepe, Surviving morning sickness successfully: from patient's perception to rational management. *J Popul Ther Clin Pharmacol* Vol 21(3): e555-e564, Dec 11, 2014.

Läkemedelsboken

RCOG. The management of nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum, June 2016.

Vikanes A, Skjaerven R, Grjibovski AM, Gunnes N, Vangen S, Magnus P. Recurrence of hyperemesis gravidarum across generations: population based cohort study. *BMJ*. 2010 Apr 29;340:c2050. doi: 10.1136/bmj.c2050. PMID: 21030362; PMCID: PMC2862151.

Jansen LAW, Koot MH, Van't Hooft J, Dean CR, Bossuyt PMM, Ganzevoort W, Gauw N, Van der Goes BY, Rodenburg J, Roseboom TJ, Painter RC, Grooten IJ. The windsor definition for hyperemesis gravidarum: A multistakeholder international consensus definition. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021 Nov;266:15-22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.09.004. Epub 2021 Sep 10. PMID: 34555550.

Koren G, Boskovic R, Hard M, et al. Motherisk-PUQE (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) scoring system for nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S228.

Koren G, Piwko C, Ahn E, et al. Validation studies of the Pregnancy Unique-Quantification of Emesis (PUQE) scores. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25:241.

Ostenfeld A, Petersen TS, Futtrup TB, Andersen JT, Jensen AK, Westergaard HB, Pedersen LH, Løkkegaard ECL. Validating the effect of Ondansetron and Mirtazapine In Treating hyperemesis gravidarum (VOMIT): protocol for a randomised placebo-controlled trial. *BMJ Open*. 2020 Mar 24;10(3):e034712. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034712. PMID: 32209630; PMCID: PMC7202694.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/table-1-advantages-and-disadvantages-of-different-pharmacological-treatments-for-nausea-and-vomiting-in-pregnancy-pdf-9204302125>

SBU. Behandling av extremt graviditetsillamående (hyperemesis gravidarum): en systematisk översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2022. SBU Utvärderar 355. [accessed date]. Available from: <https://www.sbu.se/355>

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik, Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

Innehållsansvar: Linda Englund Ögge, (linen1), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-191

Version: 14.0

Giltig från: 2026-06-09

Giltig till: 2028-06-09