

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 34 NÄL
Innehållsansvar: Jenny Lövbrand, (jenlo2), Överläkare
Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-09-23

Giltig till: 2027-09-23

Abstinensbedömning av nyfödd efter intrauterin drogexponering

Bakgrund

Ett barn som har exponerats för droger (och läkemedel) intrauterint har risk att utveckla drogabstinens, s.k. neonatal abstinens syndrom (NAS). NAS involverar både det centrala samt det autonoma nervsystemet och mag-tarmkanalen vilket kan leda till omfattande symtomatologi.

NAS utvecklas oftast efter opioidexponering (morfin, kodein, dextropropoxifen, metadon samt subutex) men förekommer även vid exponering för centralstimulantia (amfetamin, kokain,), bensodiazepiner samt antidepressiva (SSRI, SNRI och TCA).

Sammanfattning/syfte

Syftet med detta PM är att i tid identifiera de individer som riskerar att drabbas av NAS, att utreda dem på ett systematiskt sätt samt att klargöra hur man behandlar och följer upp dessa barn.

Åtgärder

Om man misstänker att ett barn kan komma att utveckla NAS ska man identifiera detta redan på förlossningen eller BB. Ett välmående barn kan följa med sina föräldrar till BB. Ett urinprov för toxscreening bör tas så snart som möjligt. (se bilaga 2) Det är dock föräldrarna som bestämmer om vi får ta provet. Vägrar föräldrarna bör socialjouren kontaktas för ev. omhändertagande av barnet. Toxscreening utförs på drogplatta ”abcMulti 16-88”, finns i förrådet på avd 34. Vid positivt utfall bör urinprov också skickas till kemlab för att säkerställa samt kvantifiera mängden droger i urinen.

Vid nio timmars ålder bör man påbörja bedömning i enlighet med skattningsinstrumentet Finneganskalan. (se bilaga 1) och dessa bör man fortsätta med var 3:e till 4:e timma beroende på hur ofta barnet äter. Skattningen gäller för de närmaste timmarna innan bedömningen, således ej en ögonblicksbild.

Vid ev. symtomdebut ska man också utesluta andra orsaker till symtomen såsom hypoglykemi, elektrolytrubbningar, infektion, metabolisk sjukdom eller tarmhinder.

Behandling

Behandlingen är i första hand icke-farmakologisk. Man ska eftersträva att hantera bebisens varsamt i en miljö som är lugn och tyst. Mat så ofta bebisens vill, tröstnapp och undvika att väcka. Insvepning i filt kan lugna, liksom hud-mot-hud-vård och amning. Den enda kontraindikationen mot amning är HIV-infektion eller aktivt drogmissbruk.

I andra hand kan farmakologisk behandling bli aktuell.

Behandling ska sättas in om bebisens har klinik som vid abstinens samt:

Om medelsumman från tre Finnegansskattningar är >8

Om medelsumman från två Finnegansskattningar är >12

Om ett bedömningstillfälle har skattning >17

Po dosering av injektionslösning Morfin Special 0,4mg/ml

Skattad poäng:

- 8-10 0,25 mg/kg/dygn fördelat på 4 doser
- 11-13 0,5 mg/kg/dygn fördelat på 4 doser
- 14-16 0,75 mg/kg/ dygn fördelat på 4 doser
- >17 1 mg/kg/dygn fördelat på 4 doser

Efter påbörjad behandling ska barnet övervakas med puls och pox. Övervakning ska kvarstå under ytterligare 2 dygn efter att all behandling är utsatt.

Eftersträva genomsnittssumma < 8, annars bör dosen justeras. Om skattningarna ligger stabilt < 8 under 48 timmar kan man börja minska dygnsdosen med 10-15%. Morfinet kan helt sättas ut när dygnsdosen understiger 0,08mg/kg.

Vid multidrogeponering och alltid vid kramper kan man i tillägg ge injektionslösning Fenemal 20mg/ml. Först en laddningsdos om 10 mg/kg kan ges iv, im el po, därefter underhåll om 3-5(-10) mg/kg/dygn fördelat på 2-3doser. Fenemal trappas ut med 1mg/kg/dygn varannan dag.

Vid svår opioid- eller metadonabstinens kan man med fördel lägga till klonidin till behandlingen, Det ges i första hand som injektionslösning Catapressan eller som mixtur Klonidinhydroklorid. Man ger först en mindre dos om 0,5-1 mikrogram/kg för att utröna effekten på blodtryck och puls. Därefter kan man ge 0,5-1,25 mikrogram/kg x 4-6. Långsam uttrappning under loppet av flera dagar för att undvika snabba effekter på blodtrycket.

Uppföljning

Barn med behandlingskrävande NAS behöver följas upp avseende sin psykomotoriska utveckling. Vid utskrivning från avdelningen ska patienten sättas upp för uppföljning enligt intermediärprogrammet med första kontroll vid sex månaders ålder. På orter där det erbjuds Spec-BVC ska remiss skickas dit för uppföljning.

Referenser:

- 1.Kocherlakota, Prabhakar, Neonatal Abstinence Syndrome.Pediatrics 2014;134;e547.
- 2.Bada, Henrietta S et al. Morphine vs Clonidine for Neonatal Abstinence Syndrome. Pediatrics 2015; 135; e384.
- 3.Jansson, Lauren M, Neonatal abstinence syndrome. UpToDate Dec 03, 2018
- 4.Baserat på PM” Nyföddhet: Abstinenssymptom, neonatala efter intrauterin drogexponering. Barn- och ungdomsklinikerna i Östergötland. Författare: Erik Wejryd.
5. Baserat på Rutin” Neurologi- Abstinensbedömning av nyfödd- neonatal. Verksamhet Neonatologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Författare: Karin Jonsson et al.

Bilaga: 1		Datum								
		Tid								
CNS		Sign								
Skrik	Högtonad, tröstbar	2								
	Högtonad, otröstbar	3								
Sömn	Sover < 3 tim efter mat	1								
	Sover < 2 tim efter mat	2								
	Sover < 1 tim efter mat	3								
Mororeflex	Hyperaktiv	2								
	Uttalad hyperaktiv	3								
Tremor	Måttlig vid störning	1								
	Ökad vid störning	2								
	Måttlig utan störning	3								
	Ökad utan störning	4								
Rivmärken	I ansiktet	1								
Tonus	Förhöjd	2								
Kramper	Myoklona ryckningar	3								
	Generella kramper	5								
Andning										
Gäspning	>3-4 ggr/intervall	1								
Näsa	Nästäppa	1								
Nysning	>3-4 ggr/intervall	1								
	Näsvingespel	2								
Takypné >60 andetag/min	Utan indragningar	1								
	Med indragningar	2								
Gastrointestinal										
Sugbeteende	Intensivt	1								
Matbeteende	Svårmatad	2								
Kräkningar	Uppstötningar	2								
	Kaskadkräkningar	3								
Avföring	Lös	2								
	Vattentunn	3								
Övrigt										
Svettning		1								
Feber	37,2 C-38,2 C	1								
	> 38,2 C	2								
Färg	Marmorering	1								

Total poäng										
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dosändring	Höjning									
	Sänkning									
	Läkarsignatur									

Bilaga: 2

Urinary Screening for Various Drugs and Approximate Duration of Detection in the Neonate^{116,118-120}

Substance	Compound/Metabolite/Usage	Duration of Detectability
Alcohol ¹²³	Ethanol	Few h
	Fatty acid ethyl esters	Up to 5 d
	Ethyl glucuronide	Up to 30 h
	Ethyl sulfate	
Amphetamines	Amphetamine	1-2 d
	Methamphetamine	1-2 d
Barbiturate	Short acting	<2 d
	Long acting	1-7 d
Benzodiazepines	Short acting	1-7 d
	Long acting	Up to 30 d
Cocaine	Cocaine	6-8 h
	Metabolites	2-5 d (up to 10-22 d with heavy use)
Marijuana	Single use	1-3 d
	Moderate use	5-7 d
	Heavy	up to 10 d
	Chronic heavy use	up to 30 d
Opiates	Heroin, morphine, codeine	1-2 d
	Hydromorphone, oxycodone	2-4 d
	Methadone	2-3 d
	Methadone metabolite	Up to 6 d
	Buprenorphine ¹²⁴	2-3 d
	Buprenorphine	2-3 d
	Norbuprenorphine	
Phencyclidine		1 to 8 d

1.Kocherlakota, Prabhakar, Neonatal Abstinence Syndrome.Pediatrics 2014;134:e547.

Hjälp till Finnegan-skattningen

- Skattningen utförs var 3:e till var 4:e timma beroende på hur ofta barnet tillmatas
- Mätningen är inte bara en ögonblicksbild på hur barnet betar sig i samband med skötning och matning utan även barnets beteende från förra mätningen ska vägas in
- Alla parametrar ska bedömas, ex måste temperaturen samt andningsfrekvensen mätas vid varje skattning, och protokollet fylls i med den siffran som anges för den parametern som passar in på barnets beteende eller – (streck) om parametern inte uppfylls
- Siffran som anges för den parametern som passar in på barnets beteende kan inte ändras
- Parametern ”rivmärken” får endast poäng varje gång barnet uppvisar nya rivmärken
- ”Hyperaktiv mororeflex” är när mororeflexen avslutas med att barnet darrar i händer och/eller armar. ”Uttalat hyperaktiv mororeflex” är när barnet uppvisar rytmiska ryckningar i händer och/eller armar efter att mororeflexen utlösts
- Om barnet är så påverkat av sin abstinens att sondmatning krävs får barnet poäng för parametern ”svårmatad” tills barnet hämtat sig så pass att sondmatning inte längre behövs, förutsatt att inte sondmatning krävs pga underburenhet och/eller missbildning som förhindrar matning på annat sätt
- Behovet av fortsatt sondmatning ska utvärderas 1 g/dag med amning eller nappflaska. Klarar barnet fortfarande inte av att äta själv fortsätter man sondmatningen tills utvärdering nästa dag

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Barn- och ungdomssjukvård, Avdelning 34 NÄL

Innehållsansvar: Jenny Lövbrand, (jenlo2), Överläkare

Godkänd av: Magdalena Åberg, (magst), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10035-986315719-2

Version: 6.0

Giltig från: 2025-09-23

Giltig till: 2027-09-23