

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07

Prematurbörd – riktlinjer för handläggning

Revidering i denna version

Endast ändring av teckensnitt i denna version.

Bakgrund

Definition hotande förtidsbörd: Graviditet <37 veckor och kombinationen:

- Sammandragningar (>2/10 minuter) under minst 30 minuter
- Cervixpåverkan (öppen >1 cm eller utplånad >50 % eller slutet cervixkanal <25 mm)

Vid förlossning <37 veckor ges profylax antibiotika på grund av risk GBS infektion, se rutin GBS

Vid vattenavgång, se även rutin Vattenavgång <34 veckor

Nedanstående indelning tjänar som riktlinjer för handläggning vid hotande prematurbörd.

OBS att en osäkerhet alltid finns i datering av graviditetslängden och individuell bedömning får göras tillsammans med neonatolog. Det är viktigt att föräldrarna får stöd och hjälp i alla situationer som rör mycket prematur förlossning och senabort. Förmedla kontakt med kurator och/eller sjukhuspräst. Ordna med återbesök och uppföljning.

Prevention av förtidsbörd, se sista avsnittet

Före 22+0 veckor

Inga aktiva åtgärder för behandling av fostret är indicerade. Patienten vårdas i allmänhet på gynavdelning med gynjournal, men kan vid behov överflyttas till förlossningsavdelning för smärtlindring och hjälp i samband med framfödandet. Diagnos O03.9 Missfall eller O02.1 Missed abortion.

Hotande prematurbörd vecka 22+0 – 27+6 till Förlossning SU

Patienten vårdas på förlossningsavd/antenatalavd. Journal i Obstetrix. Förlossning registreras i förlossningsloggare. Även dödfödda registreras från och med vecka 22 som barn.

Graviditet med omedelbart hotande risk för prematur förlossning från graviditetsvecka 22+0 kan omhändertas på specialförlossningen SU för möjlighet till optimal neonatal intensivvård. Samråd med neonatolog som kontaktar neonatolog på Östra sjukhuset. När neonatal på Östra sjukhuset gett klartecken för överflyttning kontaktas Kvinnokliniken, Östra sjukhuset (KKÖ) för övertag av patienten.

Innan avresa påbörjas ges vid behov

- **tokolys med dropp Tractocile/eventuellt tablett Diklofenak 50 - 100 mg**
- **kortisonprofylax med Betapred ges från graviditetsvecka 23+0 om förlossning misstänks bli inom en vecka**
- **MgSO₄ ges för neuroprotektion vid graviditetslängd <32+0, se separat rutin**

[Magnesiumsulfatbehandling för neuroprotektion vid hotande förtidsbörd graviditetsvecka <32+0](#)

Helikoptertransport fördel vid risk för snar förlossning. Barnmorska medföljer normalt inte helikoptertransport, men vid behov i ambulans. Barnpersonal medföljer inte antenatala transporter.

Om förlossningen bedöms för nära förestående för säker transport till Göteborg kontaktas barnläkare och avdelning 34 inför **prematurförlossning här**. Levande födda mycket prematura barn bedöms av barnläkare som avgör om aktiva åtgärder ska göras och om barnet ska överföras till BK. Prematura barn som övergående uppvisat livstecken registreras som barn oberoende av graviditetslängd. Dödsbevis, kort barnjournal och FV2 skrivs då av barnläkare.

Hotande prematurbörd mellan vecka 28+0 och 33+6 Förlossning NÄL

Barnläkare och avdelning 34 informeras i god tid innan förlossning och neonatolog kallas till förlossning om graviditet <30+0 veckor.

Värkhämmande behandling (Tokolys)

Indikation: För att hinna ge profylax Betapred eller för att möjliggöra transport. Grundprincip är endast en behandlingsomgång tokolys under max 48 timmar. Tokolys ges inte vid misstänkt chorioamnionit, pågående blödning och/eller misstänkt ablatio.

Tokolytisk behandling

Tractocile (Atosiban) förstahandsval vid behov av tokolys. Bricanyl (Terbutalin) endast vid känd kontraindikation mot Tractocile. För Bricanyl-infusion, se sista sidan.

Bricanylinjektion

Initialt kan 0,5 ml Bricanyl 0,25 mg/ml ges subcutant (alternativt långsamt intravenöst).

Steroidbehandling för barnets lungmognad

Betapred 12 mg intramuskulärt x II med 24 timmars intervall

Indikation: Från och med graviditetsvecka 23+0. Förlossning förväntas inom en vecka. Endast en omgång Betapred ges normalt.

MgSO₄

Ges för neuroprotektion vid graviditetslängd <32+0, se separat rutin [Magnesiumsulfatbehandling för neuroprotektion vid hotande förtidsbörd graviditetsvecka <32+0](#)

Antibiotika

Prematur förlossning innebär riskgrupp för GBS, profylax under förlossning enligt rutin GBS

Vid positiv odling urin eller cervix behandlas enligt resistensbestämning.

Vid kliniska tecken på chorioamnionit utan odlings svar, behandling som i rutin PPRM.

Fortsatt vård

Patienten vilar på antenatalavdelning med säng-toa-dusch. När sammandragningar upphört kan patienten mobiliseras. Fragminprofylax behövs oftast inte om inte andra riskfaktorer för DVT. Vård på sjukhus eller i hemmet bestäms av gestationsålder, cervixpåverkan, bjudning, avstånd hem.

Förlossningsätt

Om förlossningen fortskrider trots behandling, utgör prematuritet i sig inte indikation för sectio, utan enbart om tilläggsindikationer föreligger. Vid sätesändläge bedömning utifrån säteskriterier och aktuell situation enligt rutin Sätesändläge. (Säte vid simplex <vecka 33 föranleder sectio om förlossningen inte är så långt framskriden att vaginal förlossning bedöms mer skonsam.)

Hotande prematurbörd mellan vecka 34+0 och 36+6

Vid vecka 34+0 beräknas lungfunktionen i regel vara fullt utvecklad och barnet är tillräckligt moget för att vi **inte aktivt farmakologiskt behöver förhindra förlossning**.

Barn med gestationsålder vecka <35+0 läggs in på neonatalavdelning 34.

K-vitamin

Rutinmässigt ges 1 mg = 0,1 ml Konakion 10 mg/ml intramuskulärt av barnmorskan.

Till barn med födelsevikt <1500 g ges 0,5 mg = 0,05 ml Konakion 10 mg/ml intramuskulärt eller intravenöst.

För barn som ska ha den lägre dosen är det viktigt att barnmorskan och personalen från avdelning 34 kommunicerar tydligt, så att man inte missar att ge Konakion.

Se rutin "[K-vitamin till nyfödda](#)"

Tokolytisk behandling

Tractocile

Målsättningen är att ge behandling under 19 timmar, varefter tokolytisk behandling i de allra flesta fall kan avslutas. Vid fortsatta komplikationer kan behandlingen ges upp till 44 timmar.

För att underlätta vid administrationen är det olika färger på förpackningarna.

Bolusinjektion

Initialt ges bolusinjektion med injektionslösning 7,5 mg/ml 0,9 ml intravenöst under 1 minut.

Högdosinfusion

Efter bolusinjektion ges högdosinfusion med koncentrat 7,5 mg/ml under 3 timmar.

Dra ur och kassera 10 ml från 100 ml NaCl 9 mg/ml/Ringer-Acetat/5 % Glucos. Tillsätt 10 ml Tractocilekoncentrat 7,5 mg/ml (=2 x 5 ml).

Koncentration 75 mg Tractocile/100 ml.

Infusionshastighet 24 ml/timmar (=300 mikrogram/minut)

Lågdosinfusion

Efter tre timmars behandling påbörjas lågdosinfusion. Samma infusionslösning som vid högdosinfusion, men med sänkt infusionshastighet i upp till 44 timmar.

Infusionshastighet 8 ml/timme (= 100 mikrogram/minut).

Bricanyl

Bricanyl infusion 2,5 mg Bricanyl 0,5 mg/ml (5 ampuller à 1 ml) tillsätts i 500 ml 5 % Glucos.

Initial infusionshastighet 120 ml/timme. Kan ökas med 60 ml/timme var 10 minut, max 240 ml/timme.

Har effekt uppnåtts fortsätts infusionen i den terapeutiska dosen 1 timme, för att sedan sänkas med 60 ml/timme varje halvtimme till underhållsdos, det vill säga den lägsta dos som kan ges utan att sammandragningarna återkommer. Om sammandragningarna återkommer höjs infusionen med 60 ml/timme. Infusionen får pågå 8 - 10 timmar, varefter nytt ställningstagande till fortsatt behandling skall ske. Grundprincipen är endast en behandlingsomgång med tokolys under max 48 timmar.

Kontroll av blodtryck, puls och subjektiva besvär (hjärtklappning, darrighet, illamående) 3 gånger/timme under tiden infusionen höjs, därefter varje till varannan timme.

Patientens puls bör inte överstiga 100 slag/minut. Risk för lungödem vid långvarig infusion.

Har patienten inga sammandragningar kan patienten få sova ostört några timmar.

Prevention av förtidsbörd

Patient med enkelbörd som tidigare haft spontan förtidsbörd och/eller sent missfall (fosterstorlek motsvarande andra trimester) erbjuds vaginalt ultraljud för cervixmätning.

Denna undersökning görs mellan 16+0 och 23+6 graviditetsveckor.

Den kan göras i samband med rutinultraljud (RUL) eller som egen undersökning.

Vid cervixlängd \leq 25 mm anses ökad risk för förtidsbörd föreligga och behandling erbjuds enligt nedan.

Patient med enkelbörd och sammanlagt tre eller fler sena missfall och/eller förtidsbörd anses ha ökad risk för förtidsbörd oberoende av cervixmätning.

Patienten kan erbjudas förebyggande behandling enligt nedan.

Förebyggande behandling mot förtidsbörd

Vaginalt progesteron erbjuds patienter med ökad risk för förtidsbörd enligt ovan.

Behandlingen insätts mellan 16+0 och 23+6 graviditetsveckor och avslutas senast vid 36 fulla graviditetsveckor.

Cerclage

Denna behandling kan komma ifråga i särskilda fall, se rutin gällande [cerclage](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Dag Prebensen, (dagpr), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Dokument-ID: NU10091-662869119-189

Version: 10.0

Giltig från: 2025-11-07

Giltig till: 2027-11-07