

Gäller för: Kvinnosjukvård

Innehållsansvar: Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

Godkänd av: Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-04-23

Giltig till: 2027-04-23

# Anemiprofylax och graviditet

## Revidering i denna version

Förtydligande avseende gränser för normalt Hb.

## Sammanfattning/syfte

Under graviditet ökar järnbehovet och det överskrider ofta kostens innehåll av järn. Järnabsorptionen i tarmen ökar för att möta detta behov och patienten bör rekommenderas att äta järnrik kost.

Under normal graviditet ökar plasmavolymen mer (cirka 50 %) än erythrocytvolymen (cirka 25 %) och en fysiologisk sänkning av Hb sker. Normalt Hb för tidig graviditet är  $\geq 110$  g/l och i vecka 28  $\geq 105$  g/l.

Järnbrist är den överlägset vanligaste orsaken till anemi under graviditet. Andra orsaker kan vara folsyrabrist, B12-brist, infektion, inflammatorisk tarmsjukdom, celiaki eller njurinsufficiens. Även ökad risk hos veganer, patienter som väntar tvillingar/trillingar eller har tätt mellan graviditeterna.

Ferritin speglar järndepåerna i kroppen och anses vara det laboratorieprov som bäst identifierar behov av järnmedicinering – lågt värde talar för järnbrist. Ferritin ökar bland annat vid inflammatoriska tillstånd och kan vara svårtolkat.

## Provtagning/handläggning

Kontroll S-Ferritin (järnbrist) och Hb (anemi) i graviditetsvecka 10 - 12. Kontroll av Hb i graviditetsvecka 25 och 35.

Vid S-Ferritin  $< 30$   $\mu\text{g/l}$  bör patienten påbörja järntillskott med 100 mg järn dagligen. Vid S-Ferritin på mellan 30 och 149  $\mu\text{g/l}$  påbörjas järntillskott med 30 - 50 mg järn dagligen (till exempel 100 mg järn varannan till var tredje dag).

Järnmedicin ska tas på fastande mage annars absorberas bara hälften av den intagna dosen.

Järnpreparat att rekommendera: Duroferon depottablett 100 mg eller Niferex kapsel 100 mg.

Handläggning av provsvar från första besöket:

### **Ferritin värde upp till 149 mikrog/l och normalt Hb**

Järntillskott enligt instruktion under rubrik Provtagning/handläggning

### **Ferritinvärde upp till 149 mikrog/l och lågt Hb**

Behandla med järn 100 mg Fe<sup>++</sup> dagligen. Ta om Hb efter 2 - 3 veckor. Om Hb ökar fortsätt behandlingen.

Om dålig följsamhet till järnbehandlingen på grund av biverkningar, mag/tarmsbesvär, kan patienten prova;

- Att sänka doseringen på järnbehandlingen. Hellre lite järn regelbundet än inget järn alls.
- Annat preparat än Duroferon eller Niferex som finns på marknaden och som räknas som kosttillskott
- Tänk på att tidsseparera, 2 timmar, järnbehandling från exempelvis antacida: Novalucol, Novalucid, Link: bulklaxantia: Lactulos, Lunelax, ViSiblin, Inolaxol, Fiberform, Levaxin, kaffe.

Om Hb inte ökat kontrollera compliance;

Tar patienten tablettarna? Tarmsjukdom, bristande upptag, inflammation?

Blödning: ulcus, gastrit, hemorroider?

Kostanamnes? Medicinering: NSAID, ASA, antacida, Levaxin, bulklaxantia?

Hereditet, etnisk bakgrund?

Skriv remiss till vårdcentralen för anemiutredning. Lågt kapillärt Hb ska vidimeras med ett venöst taget Hb. Poängtera att patienten är gravid och att det är viktigt med en skyndsam handläggning. Om utredning på vårdcentral resulterar i en järnbristanemi tar doktor på planeringsrund eller på antenatalmottagning ställning till behov av intravenöst järn och vid behov kan den gravida patienten få det preparat som är upphandlat på kliniken.

[Intravenös järnbehandling patientinformation, barnmorskemottagningar VGR](#)

### **Högt Hb (>150 g/l)**

Remiss till vårdcentral.

### **Vid höga ferritinvärden**

150 mikrog/l och högre, se [Riktlinje Järntillskott under graviditet, barnmorskemottagningar VGR](#)

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Kvinnosjukvård

**Innehållsansvar:** Anna-Karin Broman, (annbr25), Överläkare

**Godkänd av:** Jenny Antonsson, (jenal12), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** NU10091-662869119-76

**Version:** 32.0

**Giltig från:** 2025-04-23

**Giltig till:** 2027-04-23