Gäller för: VE Barn o Kvinna
Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef
Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef
Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-08-31
Giltig till: 2028-08-31

Eklampsi - behandling

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Behandlingsrutin för gravida patienter med krampanfall.

Vid krampanfall

Omedelbara åtgärder

Anfallet varar vanligen 60–90 sekunder och följs av en postictal fas.

- Se till att luftvägarna är fria.
- Kalla förlossningsjour, telefon 782 99 och narkosjour vid behov, telefon 320 20.
- Ge syrgas, använd mask.
- Lägg patienten i sidoläge för att undvika aspiration.
- Koppla pulsoxymeter.
- Perifera infarter 2 st, grön nål.
- Ge magnesium bolusdos (ej Stesolid), se styrdokument Addex-Magnesium vid eklampsi – spädningsschema.

Profylax mot upprepade anfall

Ge magnesium enligt styrdokument Addex-Magnesium vid eklampsi – spädningsschema.

Därefter

- Ta blodprover som vid allvarlig preeklampsi om dessa inte redan finns eller är mer än ½ dygn gamla.

- Registrera CTG på gravida, när kvinnans tillstånd har stabiliserats. Observera att om man ger magnesiumsulfat kan det ge nedsatt variabilitet.

Vid nytt anfall under pågående behandling

Ge bolusdos magnesiumsulfat under 5–10 minuter, se styrdokument Addex-Magnesium vid eklampsi – spädningsschema.

- Vikt < 70 kg halv färdigblandad bolusdos; Magnesiumsulfat (Addex-Magnesium) 0,5 mmol/ml, 17,5 ml i v.
- Vikt > 70 kg hel färdigblandad bolusdos; Magnesiumsulfat (Addex-Magnesium) 0,5 mmol/ml, 35 ml i v.

Terapeutisk och toxisk nivå i serum

Terapeutisk nivå:	2–4 mmol/l
Bortfall av patellarreflexer	4 mmol/l
Andningsdepression	5 mmol/l
Andningsstillestånd	6–7 mmol/l
Hjärtstillestånd	14–15 mmol/l

Övervakning

Patellarreflexer och andningsfrekvens kontrolleras var 10:e minut första 2 timmarna, sedan var 15:e till 60:e minut. Magnesium utskiljs med urinen, varför mätning av timdiures ska ske.

1. Om patellarreflexer faller bort avbryts behandlingen, medan övervakningen fortsätts. När patellarreflexerna återkommer påbörjas behandlingen igen, nu med reducerad dos (2 mmol/timme = 20 ml/timme) under förutsättning att andningsdepression inte föreligger.
2. Om andningsfrekvensen är < 12 per minut avbryts magnesiumbehandlingen. Ge syrgas på mask och håll fria luftvägar. Vid mera uttalad andningsdepression ges antidot, se nedan.
3. Vid timdiures under 25 ml/timme ska dosreduktion till 2 mmol/timme = 20 ml/timme ske. Kontrollera vätskebalans och eventuell blodförlust.

Vid andningsstillestånd ventileras på mask och narkosläkare kallas för hjälp med intubation. Ge antidot, se nedan.

Vid behov kan S-Mg kontrolleras. Fås som akutprov på begäran.

För gravida övervägs induktion (amniotomi och/eller oxytocin) så snart kramperna är under kontroll. Lämpligast är då övervakning med extra-

vak på förlossningsavdelningen. Förlöst patient övervakas i vissa fall bäst på intensivvårdsavdelningen.

Se Övervakningsprotokoll vid magnesiumbehandling.

Antidot

Ska finnas på samma rum som patienten. Injektion Zeltacin (kalciumglukonat) 100 mg/ml. 1 ml späds med 9 ml NaCl 9 mg/ml (0,9 %) injektionsvätska. Efter blandning ska vätskan skakas försiktigt för att säkerställa homogenitet. Granska innan användning och använd lösningen endast om den är klar, färglös eller ljusgul vattenlösning, så gott som fri från synliga partiklar. Ges långsamt i v under 10 minuter vid andningsdepression.

Cave

Ergotamin (Methergin) är kontraindicerat vid samtidig magnesiumbehandling.

Muskelrelaxantia, som används vid generell anestesi potentieras av magnesiumbehandling, varför dosen av dessa bör reduceras. Informera därför narkosläkaren vid magnesiumbehandling.

Vid samtidig behandling med Kalciumantagonist (Lomir, Adalat) kan magnesiumsulfat potentiera den antihypertensiva effekten och ge upphov till svår hypotension, varför försiktighet bör iakttas, men det är ovanligt och därför ingen kontraindikation. Försiktighet får även iakttas med vätsketillförsel på grund av ökad risk för lungödem eller ARDS-liknande sjukdomsbild (oklar genes).

Behandlingstid

Till 24 timmar efter sista krampanfall, dock minst till 24 timmar efter partus. Observera att erfarenhet av behandling utöver 24 timmar är begränsad.

Primärprofylax

Magnesiumbehandling som primärprofylax till patienter med allvarlig preeklampsi kan övervägas. Gravida patienter ska då samtidigt induceras (förlösas). Primärprofylax ska pågå till minst 24 timmar efter partus.

Utredning

Ett typiskt generellt, tonisk-kloniskt krampanfall hos en patient med preeklampsi behöver inte utredas vidare. Remiss är inte heller nödvän-

dig. Vid fokala symtom och/eller mer än ett anfall bör neurolog konsulteras.

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-116

Version: 12.0

Giltig från: 2026-08-31

Giltig till: 2028-08-31