

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Giltig från: 2026-05-12

Innehållsansvar: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Giltig till: 2028-05-31

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Vattenavgång före 37 fulla graviditetsveckor

Revideringar i denna version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Rutin för diagnostik och handläggning av vattenavgång från och med vecka 20+0.

PPROM, Preterm Prelabour Rupture of Membranes, utgör ungefär 25–30 % av all hotande förtidsbörd. PPROM är förenat med en ökad risk för komplikationer för både foster och moder. Handläggningen innebär en balansgång mellan riskerna att förlänga tiden i livmodern mot riskerna vid prematurbörd.

Arbetsbeskrivning

Definition

Vattenavgång utan etablerade värkar från och med vecka 20+0.

Diagnostik

Alla patienter med misstänkt vattenavgång innan vecka 22+0 hänvisas till gynmottagningen dagtid och akutmottagningen jourtid. Alla patienter med misstänkt vattenavgång i vecka 22+0–37+0 som hänvänder sig per telefon ska komma till förlossningen Skaraborgs Sjukhus Skövde. Vid kontakt nattetid kan patienten avvakta till morgonen (säte, duplex, tvärläge och oklart fosterläge undantagna).

Patienten omhändertas initialt av barnmorska som tar anamnes och palperar fosterläge. Om inte kliniskt klar vattenavgång görs spekulumunder-

sökning med sterila instrument av läkare. Kriterier för fastställande av vattenavgång:

- Vätskeflöde ur cervix och/eller vätskenivå i bakre fornix är säkra kriterier på vattenavgång.
 - Om vattenavgång inte kan bekräftas direkt kan patienten gå upp och röra på sig under någon timme för att därefter genomgå ny spekulumundersökning.
- Vid klar anamnes på vattenavgång men osäkerhet efter spekulumundersökning kan Amnisuretest användas.
- Klar anamnes på vattenavgång där man vid ultraljud ser oligohydramnios tyder på vattenavgång.

Handläggning

- Tidpunkten för vattenavgång fastställs så gott det går.
- Ansvarig läkare på förlossningen informeras om patienten vid graviditetslängd $< 37+0$.
- CTG kopplas vid bekräftad vattenavgång från och med graviditetsvecka $24+0$. CTG 8002 kopplas från och med vecka $26+0$.
- Vid graviditetslängd $\geq 18+0$ ska patienten vårdas av barnmorska om det föreligger smärtsamma sammandragningar eller om man bedömt att ett missfall är nära förestående.

Gestationsålder till och med vecka 22+6

Individuell plan upprättas. Om graviditetslängd under 20 veckor är chansen för ett levande barn 15 % och risken för allvarligt handikapp, bland annat lunghypoplasi, 50 %. Vid graviditetslängd upp till vecka $21+6$ tolkas det som begynnande missfall och det finns då möjlighet att avsluta graviditeten utan godkännande från Socialstyrelsen. Om patienten önskar avsluta graviditeten följs styrdokumentet [Abort – handläggning och läkemedelsordination](#). Vid misstanke om missbildning, IUGR eller vid upprepade missfall kan PAD på foster och/eller placenta övervägas. Vid kliniska tecken på infektion – överväg att avbryta graviditeten.

Utredning

- Urinodling.
- Temp.
- Vaginalodling, både allmän odling och STI-provtagning.
- CRP.
- Ultraljud med bestämning av fosterläge, viktskattning och foster-vattenmängd. Observera att det föreligger en ökad frekvens av missbildningar i denna patientgrupp!

Vid exspektativ handläggning fram till och med vecka 21+6

- Vård i hemmet.
- Temp-mätning två gånger dagligen
 - Om temp > 37,9° – kontakt med gyn.
- Återbesök vecka 22+0.

Vecka 22+0–22+6

Steroider och tokolys kan i vissa fall övervägas efter kontakt med obstetrikbakjour på Östra.

Gestationsålder 23+0–33+6

Utredning

- CTG-registrering under minst 30 minuter från och med graviditetsvecka 24+0. CTG 8002 från och med graviditetsvecka 26+0.
- Temp.
- Urinodling.
- Vaginalodling, både allmän odling och STI-provtagning.
- CRP.
- Ultraljud med bestämning av fosterläge, viktskattning och foster-vattenmängd. Observera att det föreligger en ökad frekvens av missbildningar i denna patientgrupp!

Behandling

- Betametason (Betapred) ges enligt styrdokumentet [Prematurbörd – kortisonbehandling](#) om förlossning förväntas ske inom 7 dygn.
- Farmakologisk tokolys bör endast övervägas för patienter där man önskar skjuta upp förlossningen för att antingen hinna ge steroider och/eller transportera patienten till annat sjukhus enligt styrdokumentet [Prematura sammandragningar](#). Tecken på infektion är kontraindikation för tokolytisk behandling.
- Antibiotika ges vid GBS-kolonisation eller tecken på klinisk chorioamnionit (illaluktande fostervatten, ömhet över uterus, temp $\geq 38^\circ$, CRP-stegring, fostertakykardi eller maternell takykardi).
 - vid GBS-kolonisering utan aktivt förlossningsarbete behandlas patienten med penicillin V 1 g x 3 i 7 dagar. Vid pc-allergi ges erytromycin 500 mg x 2 i 5 dagar, se styrdokument.
 - Bensylpenicillin ges vid aktivt förlossningsarbete, se

- styrdokument.
- Vid pc-allergi ges antibiotika enligt styrdokumentet för GBS.
 - Vid positiv urinodling ges antibiotika enligt resistensbestämning.
 - Vid klinisk chorioamnionit utan odlings svar ges injektion cefotaxim 1 g x 4 iv och infusion azitromycin 500 mg x 1 iv i 2 dygn, därefter cefadroxil 1 g x 2 samt azitromycin 250 mg x 1 po i ytterligare 5 dygn.
 - Vid stark misstanke om anaerob infektion ersätts cefotaxim av injektion meropenem 0,5 g x 4 iv eller injektion piperacillin/tazobaktam 4 g x 4 iv.
- Om förväntad förlossning inom 24 timmar vid graviditetslängd < vecka 32+0 ges magnesiumsulfat som neuroprotektion enligt styrdokumentet [Magnesiumsulfatbehandling \(MgSO4\) för neuroprotektion vid hotande förtidsbörd före vecka 32+0](#).

Vecka 23+0–29+6

För handläggning, var god se rubrik Vårdnivå nedan.

Vecka 30+0–33+6

Inneliggande vård på SkaS

- Barnmorska har ankomstsamtal.
- Vårdas i bo-rum på förlossningen SkaS.
- Patienten ska inte rekommenderas hårdare restriktioner än sängtoa-matsal.
- Grundprincipen är att patienten är så mobiliserad att Fragminprofylax inte behövs.
- CTG en gång dagligen samt vid sammandragningar och/eller blödning.
- Temp två gånger dagligen.
- Kontroll av fostervatten på bindan; färg och lukt.
- Ultraljud med viktskattning och fostervattenmängd varannan vecka.
- Om patienten får sammandragningar görs steril spekulumentersökning och vaginalt ultraljud.
- CRP två gånger per vecka eller vid kliniska tecken på infektion.
- Överväg förlossningsinduktion/förlossning med sectio vid kliniska tecken på chorioamnionit.

- Om patienten kommer i spontant värkarbete, efter att kortisonbehandling givits, ska förlossningen inte stoppas.
- Individuell föräldrautbildning.
- Patienten sjukskrivs 100 %.

Gestationsålder 34+0–36+6

Utredning

- CTG 8002.
- Temp.
- Urinodling.
- Vaginalodling.
- CRP.
- Palpation och ultraljud för att fastställa fosterläge.

Handläggning

- Patienten sjukskrivs fram till vecka 37+0.
- Induktion i vecka 37+0 (eller sectio om indikation föreligger)
 - ***OBS! Förlös tidigare (induktion eller sectio) om det finns tecken på infektion eller om fostret är påverkat på något vis.***
- Om patienten kommer i spontant värkarbete ska förlossningen inte stoppas.
- Vid GBS-kolonisering utan aktivt förlossningsarbete behandlas patienten med penicillin V 1 g x 3 i 7 dagar. Vid pc-allergi ges erytromycin 500 mg x 2 i 5 dagar, se styrdokument.
- Bensylpenicillin ges vid aktivt förlossningsarbete, se styrdokument.
- Vid pc-allergi ges antibiotika enligt styrdokumentet för GBS.
- Vid positiv urinodling ges antibiotika enligt resistensbestämning.
- Ultraljud med viktskattning varannan vecka.

Poliklinisk vård

Vid enkelbörd om CTG är invändningsfri, fostervattnet inte missfärgat eller illaluktande och det föreligger ruckbart eller fixerat huvudläge får patienten återvända till hemmet. Coitus och badkarsbad avråds, men i övrigt inga förhållningsregler. Kontroll av temp görs två gånger dagligen. Om temp > 37,9° ska kontakt tas med förlossningen och patienten komma in för bedömning. Detsamma gäller om färgen på fostervattnet ändras.

Skriftlig information [Information till dig som har vattenavgång utan värkar](#) lämnas till patienten vid hemgång.

Poliklinisk CTG-registrering med CTG 8002 utförs varannan dag på förlossningsavdelningen Skaraborgs Sjukhus Skövde alternativt specialist-MVC Skaraborgs Sjukhus Lidköping. Vid kontrollerna görs en klinisk bedömning av barnmorskan, temp tas och två gånger per vecka även CRP.

Om läkare inte är tillgänglig för CTG-signering på Skaraborgs Sjukhus Lidköping kan förlossningsavdelningen Skaraborgs Sjukhus Skövde kontaktas och förlossningsjour där signera kurvan.

Inneliggande vård

Vid flerbörd, sätesläge, instabilt läge eller om föregående fosterdel är rörlig läggs patienten in för observation. Detsamma gäller vid CTG-påverkan, missfärgat fostervatten, om patienten har sammandragningar, om patienten har feber eller andra infektionstecken.

- Temp-kontroll två gånger dagligen.
- Daglig uppsikt på fostervattenfärg.
- CRP-kontroll två gånger per vecka och vid kliniska tecken på infektion.

Vårdnivå

≤ vecka 21+6

När patienten når vecka 22+0 ska kontakt tas med Östra Sjukhuset för eventuell överflyttning, se blankett [Vårdplanering för obstetriska patienter vid överflyttning från SkaS Skövde](#).

Om graviditeten avslutas handläggs detta på SkaS enligt styrdokumentet [Abort – handläggning och läkemedelsordination](#).

Vecka 22+0–22+6

- Informera neonataljour på SkaS.
- Kontakta Östra sjukhuset för eventuell överflyttning, se blankett [Vårdplanering för obstetriska patienter vid överflyttning från SkaS Skövde](#).
- Steroider och tokolys kan övervägas efter kontakt med obstetrikbakjour på Östra.
- Vid oundviklig förlossning hos patient man inte hinner transportera ska neonatolog vara närvarande vid förlossningen och initiering av HLR övervägas.

- För obstetriska överväganden var god se SUs styrdokument [Prematurbörd – hotande med sammandragningar, PTL – preterm labour](#).

Vecka 23+0–26+6

- Informera neonataljour på SkaS.
- Kontakta Östra sjukhuset för överflyttning, se blankett [Vårdplanering för obstetriska patienter vid överflyttning från SkaS Skövde](#).
- Vid oundviklig förlossning hos patient man inte hinner transportera ska neonatalteam vara närvarande vid förlossningen.
- För obstetriska överväganden var god se SUs styrdokument [Prematurbörd – hotande med sammandragningar, PTL – preterm labour](#).

Vecka 27+0–29+6

- Informera neonataljour på SkaS.
- Kontakta NÄL för överflyttning, se blankett [Vårdplanering för obstetriska patienter vid överflyttning från SkaS Skövde](#).
- Vid oundviklig förlossning hos patient man inte hinner transportera ska neonatalteam vara närvarande vid förlossningen.

Vecka 30+0–36+6

- Övervakning och förlossning sker i första hand på SkaS.
- Informera neonataljour.
- Information kring neonatalvård och besök på neodelen.
- Överväg initial neonatalvård på förlossningsrummet enligt styrdokumentet [Hud mot hud efter förlossning – neonatalvård](#).

Referenser

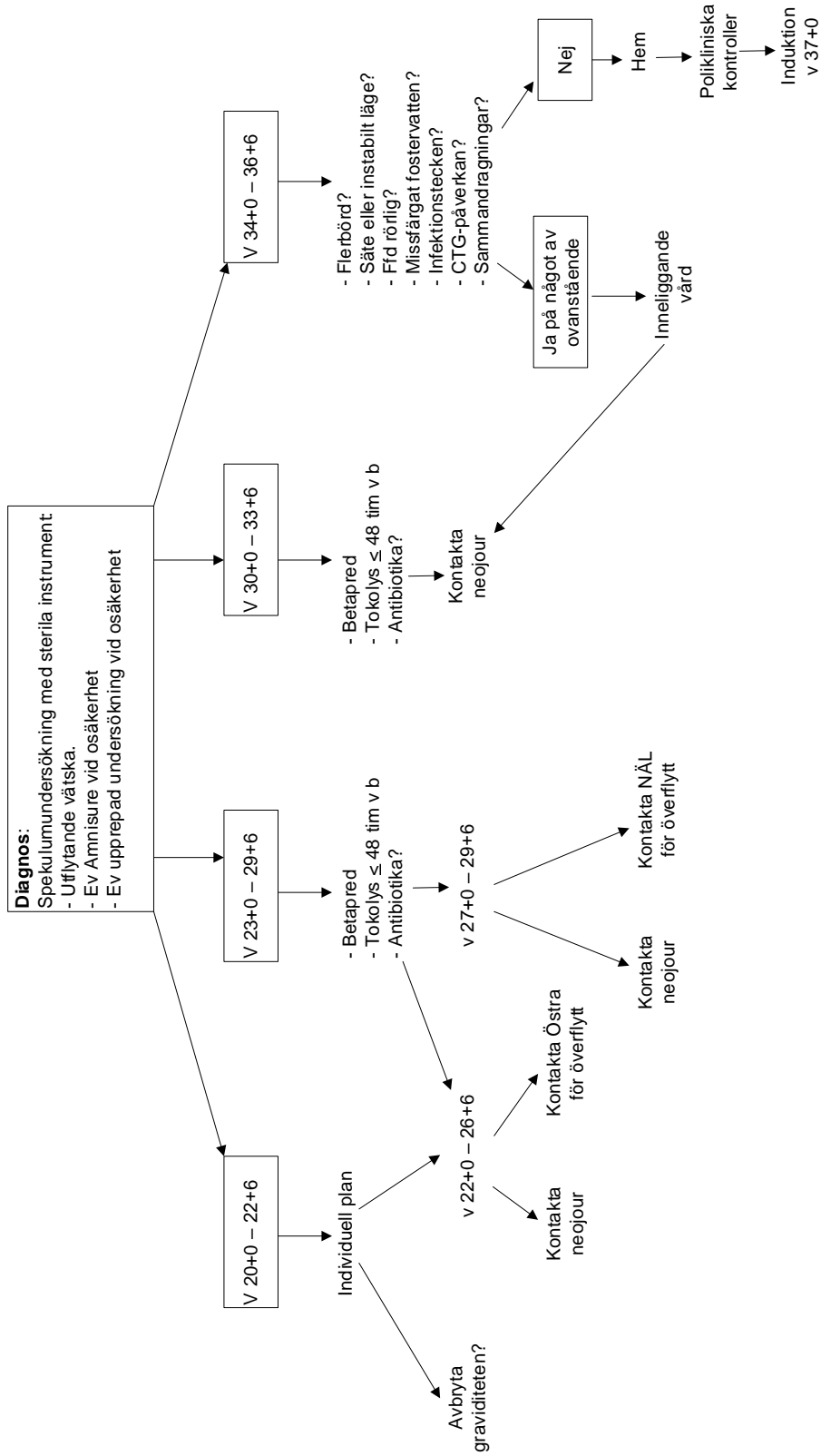
Styrdokument SU [PPROM – Hotande prematurbörd med för tidig vattenavgång graviditetsvecka 18+0–33+6 \(Enkel och flerbörd\)](#).

Styrdokument SU [PPROM – Hotande prematurbörd med för tidig vattenavgång graviditetsvecka 34+0–36+6](#).

Bond DM, et al. [Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome](#) Cochrane Database Syst Rev. 2017 Mar 3;3:CD004735. doi: 10.1002/14651858.CD004735.pub4.

PPROM

Vattenavgång < v 37+0



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: SKAS9716-1940753776-298

Version: 9.0

Giltig från: 2026-05-12

Giltig till: 2028-05-31