

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Malin Pasanen, (malpa12), Underläkare, ST

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-31

Missfall och blödning i tidig graviditet

Förändringar sedan föregående version

Revidering markerad med gult.

Bakgrund, syfte och mål

Vägledning för handläggning av patienter med missfallsdiagnoser och del av handläggning vid blödning i tidig graviditet.

Arbetsbeskrivning

Riktlinjer för telefonrådgivning angående blödning i tidig graviditet

- Graviditetslängd < 7 veckor enligt sista mens.
 - Vid upp till måttlig blödning och ingen eller ringa smärt rekommenderas expektans och nytt graviditetstest i hemmet efter 2 veckor.
 - Vid riklig blödning och/eller måttlig smärta rekommenderas kontakt med gynmottagningen dagtid.
- Graviditetslängd > 7 veckor enligt sista mens.
 - Vid måttlig blödning och/eller måttlig smärts rekommenderas kontakt med gynmottagningen dagtid.
 - Vid riklig blödning och/eller kraftig smärta rekommenderas hänvisning till gynmottagningen alternativt akuten jourtid.

Definition riklig blödning: blöder igenom 2 bindor per timme i mer än 3 timmar.

Definition kraftig smärta: smärta som inte kan kuperas med receptfria läkemedel i fulldos

Allmänna åtgärder vid konstaterat missfall

- Ta ställning till hur snabbt patienten behöver handläggas. Vid pågående missfall i vecka 18+1 eller senare bör patienten efter initial bedömning i första hand vårdas på förlossningen på grund av ökad blödningsrisk.
- Ta Hb, och om operativ åtgärd kan bli aktuell, även blodgruppering och bastest.
- Informera om förlopp, blödning, smärta/smärtlindring, infektions-tecken samt hygienråd och ge även skriftlig information med missfallsbroschyr.
- Erbjud kuratorskontakt.
- Fråga om preventivmedelsbehov (se mer information nedan).
- Den läkare som konstaterar missfallet ska skicka journalkopia till patientens barnmorskemottagning för kännedom.
- Kvinnor < 40 år som drabbats av minst tre konsekutiva missfall i första trimestern i nuvarande relation, ska informeras om att paret kan söka utredning vid infertilitetsmottagningen om de sedan tidigare inte har ett gemensamt barn.
 - Vid blödning i tidig graviditet hos kvinna med tidigare upprepade missfall, utan annan orsak, kan man överväga att behandla med vaginalt progesteron 400 mg x 2 till och med graviditetsvecka 16. Se RMR [Upprepade missfall – handläggning](#).
- Genetisk/fostermedicinsk utredning vid missfall före RUL utförs inte annat än i undantagsfall och då endast efter kontakt med ultraljudsobstetriker.

Rh-profylax

Rh-profylax ska ges till alla Rh-negativa kvinnor med graviditetslängd på minst 12+0, vilka bär på ett Rh-positivt foster, eller foster med okänd Rh och vilka inte redan är RhD-immuniserade. Vid instrumentell utrymning av livmodern (vakuumaspiration (VA) eller aspirationskit) ska Rh-profylax ges oavsett graviditetslängd. Injektion Rhophylac 1 500 IE i förfylld spruta i m. Se styrdokument [Rh-profylax inom kvinnosjukvård](#).

Missfall

I. Tom kavitet

- a. Om graviditet sedan tidigare *inte* är konstaterad intrauterin så ska den handläggas som en graviditet med oklar lokalisation, PUL (pregnancy of unknown location). Se styrdokument [Graviditet med oklar lokalisation \(PUL\)](#) från Sahlgrenska för handläggning.

- b. Om uterus är tom och graviditeten sedan tidigare är konstaterad intrauterin med ultraljud är diagnosen komplett missfall. Ingen uppföljning behövs. Uppmana patienten att ta eget graviditetstest efter 4 veckor, ny kontakt om positivt.

II. Inkomplett missfall < 12+0 graviditetsveckor (uterusstorlek)

Definition: ingen synlig hinnsäck eller foster, men kvarvarande material och symtom i form av cervixpåverkan, blödning eller smärta.

- a) Om graviditeten sedan tidigare *inte* är konstaterad intrauterin så ska den handläggas som en graviditet med oklar lokalisation, PUL.
- b) Akut inläggning vid:
- Cirkulatoriskt påverkad patient.
 - Stor, pågående blödning.
 - Patienten har infektion och/eller feber.
 - Starkt smärtpåverkad patient, där smärtan inte kan kuperas adekvat.
- c) Vid tidigare konstaterad intrauterin graviditet handläggs missfall genom:

-Expektans vid uterusstorlek $\leq 10+0$.

- ◆ Fler än 80 % aborterar spontant. Uppmaning att ta ett graviditetstest i hemmet efter 4 veckor och söka gynmottagningen vid fortsatta symtom. Ny bedömning ska då utföras och om fortsatt ej komplett missfall ska i första hand medicinsk behandling ges (enligt nedan), men VA kan övervägas.
- ◆ I utvalda fall kan återbesök ske efter 2 veckor till läkare på gynmottagningen.

- Expektans vid uterusstorlek 10+0–12+0.

- ◆ Patienter vilka har stark önskan om att expektera och kvittera missfallet i hemmet, kan få göra så efter läkarbedömning samt att de snabbt kan söka akut vård vid stor blödning eller allmänpåverkan. Övriga rekommenderas medicinsk behandling på sjukhus enligt nedan. Uppföljande besök ska alltid ske.

- Medicinsk behandling

- ◆ Upp till vecka 10+0 (uterusstorlek) kan behandlingen ges i hemmet, därefter på avdelning.
- ◆ Misoprostol (Cytotec) 0,6 mg per oralt alternativt 0,4 mg sublinguallt. OBS! Vid ringa blödning och stängd yttre modermun kan behandling så som vid uteblivet missfall ordinerars för ökad

effektivitet (se nedan).

- ♦ Smärtbehandling med paracetamol och ibuprofen.
- ♦ Uppföljning behövs oftast inte utan patienten uppmanas att ta ett graviditetstest i hemmet efter 4 veckor och söka gynnottagningen vid fortsatta symtom.

- *Vakuumaspiration*

- ♦ Utförst då:
 - Cirkulatoriskt påverkan föreligger.
 - Medicinsk behandling har misslyckats.
 - Tecken till septisk abort (men förbehandla om möjligt med intravenös antibiotika i något dygn inför ingreppet).
- ♦ Premedicinera inför vakuumexeres med:
 - Misoprostol (Cytotec) 0,4 mg vaginalt 1–3 timmar preoperativt eller 0,4 mg sublinguallt 1 timme preoperativt.

III. Inkomplett missfall $\geq 12+0$ graviditetsveckor (uterusstorlek)

Definition: ingen synlig hinnsäck eller foster, men kvarvarande material och symtom i form av cervixpåverkan, blödning eller smärta.

Lägg in patienten och ta ställning till behandling enligt nedan:

- a) Anmäl för akut VA vid cirkulatoriskt påverkad patient, stor blödning eller infektion med feber (men förbehandla då om möjligt med intravenös antibiotika i något dygn inför ingreppet.
- b) Medicinsk behandling:
 - ♦ Misoprostol (Cytotec) 0,6 mg per oralt alternativt 0,4 mg sublinguallt. Därefter ges Misoprostol 0,4 mg var tredje timme till dess patienten aborterat (max 12 tabletter/dygn).
 - ♦ Om patienten inte aborterat vid midnatt ges Mifegyne 200 mg kl 24 och därefter påbörjas påföljande morgon återigen behandling med Misoprostol enligt ovan.
 - ♦ Smärtlindring ges med NSAID (400 mg Ibuprofen) och paracetamol (1 g) samt eventuellt tillägg av morfinderivat (**Oxycodone**).
 - ♦ Efter att ha aborterat kan 1 ml Oxytocin 8,3 µg/ml ges i v.
 - ♦ Laktationshämmning kan övervägas från vecka 15+0.
- c) Om placenta inte avgått inom 2 timmar ska patienten undersökas i gynstol och om möjligt löses placenta, annars anmäls patienten för VEX.

IV. Uteblivet missfall och ofostrig graviditet

Definition uteblivet missfall: intakt hinnsäck, foster utan hjärtaktivitet, opåverkad cervix, ingen eller ringa blödning.

Definition ofostrig graviditet: intakt tom hinnsäck, opåverkad cervix, ingen eller ringa blödning.

OBS! Om patienten inte är bedömd sedan tidigare kan det vara svårt att avgöra om det verkligen är ett uteblivet missfall/ofostrig graviditet eller om det rör sig om en tidig (eventuellt feldaterad) graviditet. Om det är en önskad graviditet ska i regel nytt ultraljud **erbjudas** efter **cirka** 10 dagar. Om samma ultraljudsbild som vid första besöket kan diagnosen ställas. Om helt säker datering (exempelvis IVF-graviditet eller att levande foster setts vid tidigare ultraljudsundersökning) och det nu inte ses hjärtaktivitet, så ska diagnosen bekräftas av en annan läkare innan behandling ges. Var god se styrdokument [Ultraljudsfynd vid normal tidig intrauterin graviditet](#) eller SFOG råd [Ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet](#).

Vid uteblivet missfall eller ofostrig graviditet kan hinnsäck och placenta fortsätta att växa trots att fostret har gått under. Det kan då vara svårt att bestämma graviditetens längd och man måste se på storlek på hinnsäck samt placenta i förhållande till fosterstorlek. Fråga vid behov en mer erfaren kollega.

Behandling

- a) Medicinsk behandling upp till vecka 10+0 kan ske i hemmet om patienten är fullt frisk, kan göra sig förstådd och förstå instruktioner samt har någon närstående med sig.
 - ◆ Tablett mifepriston (Mifegyn) à 200 mg, 1 st per oralt. Vid missfall kan tablett skickas med hem för att tas vid ett senare tillfälle (OBS! Det skiljer sig från vid inducerad abort).
 - ◆ Efter 24–48 timmar: tablett misoprostol (Cytotec) à 0,2 mg, 4 st vaginalt.
 - ◆ Efter ytterligare 3 timmar: ge 2 st Cytotec vaginalt (eller per oralt om kvinnan börjat blöda).
 - ◆ Smärtlindring i form av paracetamol i kombination med ibuprofen, bör ges en halvtimme innan administration av första dosen misoprostol (Cytotec). Tillägg av morfinderivat vid behov (Oxy Norm).
 - ◆ Uppföljning med ultraljud rekommenderas efter 1–2 veckor. Om ej komplett missfall ges ytterligare medicinsk behandling alternativt VA.

- b) Expektans upp till vecka 10+0.
 - ♦ Har ofta dålig prognos om patienten inte börjat blöda. Vid expektans ska alltid återbesök till läkare ske om 2 veckor.
- c) Vakuumexeres.
 - ♦ Alternativ till medicinsk behandling innan vecka 12+0 (uterusstorlek). Premedicinera inför vakuumexeres med misoprostol (Cytotec) 0,4 mg vaginalt 1–3 timmar preoperativt eller 0,4 mg sublingvalt 1 timme preoperativt.
- d) Medicinsk behandling efter vecka 10+0 (uterusstorlek).
 - ♦ Behandling som vid inducerad abort på klinik vid graviditetslängd 10+1–12+0 respektive från vecka 12+1. Var god se styrdokument Avbrytande av graviditet. Vid missfall kan tablett mifepriston (Mifegyn) skickas med hem för att tas vid ett senare tillfälle. OBS! Det skiljer sig från vid inducerad abort. Överväg vilken smärtlindring patienten kan behöva i hemmet.

Preventivmedel efter missfall

Många graviditeter som slutar i missfall startade som oplanerade och ibland även som oönskade graviditeter. Vid missfall bör därför alla tillfrågas om de har behov av preventivmedel.

Implantat och spiral bör sättas i samband med VA eller när missfallet bedömts som komplett. Samtliga hormonella metoder bör påbörjas direkt efter kirurgisk behandling. **Vid medicinsk behandling bör implantat och övrig hormonell behandling sättas in när missfallet bedöms komplett.**

Cykelbaserad antikonception kan inte påbörjas innan menstruationen återkommit. Rekommendera användande av kondom vid senare start av antikonception än 1 vecka efter missfallet.

Diagnoskoder ICD-10

Komplett missfall utan komplikation, O03.9

Inkomplett missfall utan komplikation, O03.4

Uteblivet missfall, O02.1

Ofostrig graviditet, O02.0

Operationskod

Exeres med vakuumaspiration, MBA00

Referenser

[SFOG-råd för behandling av missfall från FARG 2021.](#)

ARG-rapport nr 78, 2018, [Inducerad abort.](#)

Ultra-ARG [Ultraljudsdiagnostik av missfall i tidig graviditet.](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: VE Barn o Kvinna

Innehållsansvar: Malin Pasanen, (malpa12), Underläkare, ST

Granskad av: Emelie Ottosson, (emery1), Enhetschef

Godkänd av: Marie Hufvudsson, (marjo100), Verksamhetschef

Dokument-ID: SKAS9716-1940753776-328

Version: 7.0

Giltig från: 2026-03-24

Giltig till: 2028-03-31