



Svangerskap - Skader og traumer

D44535

Utgave:
3.02Gjelder fra:
24.03.2023

Side 1 av 4

Hensikt og omfang

- Bidra til å identifisere og behandle traumer og skader i svangerskapet

Ansvar/målgruppe

- Helsepersonell

Bakgrunn

- 5% av gravide opplever traumer - Trafikkulykker 2/3, fall og fysisk vold 1/3
- Ved livstruende skader er risiko for fosterdød 40-50%, ved ikke- livstruende skader er risiko for fosterdød 1-5%. Det som truer fosteret er hypoxi, anemi, direkte skader og prematur fødsel.
- Mor er sjelden alvorlig skadet ved henvisning/kontakt grunnet skade. Unntakene er store multitraumer etter trafikkulykker, alvorlige fallskader og få, men livstruende skader etter vold og overgrep.

Handling

- Gravide med traumer behandles initialt som ikke-gravide pasienter. Behandling før uke 24 rettes primært mot mors overlevelse og helse. Behandlingen må ivareta begge pasientene når fosteret antas å være levedyktig.

Utredning ved mulig skade

- Rutinemessig kontroll i 2. linjetjenesten
- Alle kvinner etter svangerskapsuke 16 skal innlegges til observasjon
- Registrer svangerskapslengde, historikk, skadeanamnese, også om mulig vold, se [Hvordan avdekke vold i svangerskapsomsorgen](#) (1)

Undersøkelse

- Ta med UL/doppler til akuttmottak for vurdering av fosteret
- Gynekolog vurderer behov for sectio mens mor stabiliseres
- Nødvendig radiologisk diagnostikk gjennomføres etter vanlige kriterier. Vurder å bruke MR isteden for CT ved behov for diagnostikk av bekken/nedre del av abdomen/rygg. Vurder CT abdomen/bekken med 25% reduksjon i effektiv dose.
- Væskeresuscitering av mor har spesiell prioritet – gi krystalloider
- Unngå kompresjon av vena cava, skråleie om mulig. Etter diagnostikk – venstre sideleie med støtte.
- Traumer (skarpe) i øvre del av abdomen håndteres vanligvis best med eksplorativ laparotomi. Skader i nedre del kan i større grad håndteres konservativt, med laparoskopi eller med såreksplorasjon.
- Diagnostisk peritoneal lavage legges over umbilicus etter vanlige kriterier

Fokus på mulig placentalløsning

- Registrer bevissthetstilstand, hud, BT, puls, respirasjon
- Vurdering av ytre skader
- Vurdering av smerter, vaginalblødning, vannavgang
- CTG; ved kontraksjoner mer enn 1 hver 10. min. eller andre avvik forlenges overvåkning
- Forløsning overveies ved patologi på CTG
- Lungemodning: Ved graviditet 24-34 uker gis steroider hvis man forventer behov for forløsning; Betametason 12 mg i.m. Gjenta etter 24 timer. Se [Fødsel - Preterm fødsel- truende preterm fødsel](#)
- Ultralyd for vurdering av foster/placenta og eventuelt vaginal ultralyd med vurdering av cervixstatus

Supplerende undersøkelser

- Blodprøver, bakteriologi, radiologi, nevrologiske undersøkelser etc utfra skadeomfang og svangerskapets varighet

Observasjon

- Minst 24 timer etter traume/skade selv om skaden synes liten
- Observasjon av bevissthetstilstand, hud, BT, puls, respirasjon, smerte, blødning og vannavgang utfra symptomer og løpende funn. Se [Fødsel- preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang \(PROM\)](#)
- Rhesusprofylakse: Gi Anti-D innen 72 timer ved Rh negativ mor
- Gravide med lette til moderate traumer kontrolleres etter 2 uker

Tocolyse

- Ved truende prematur fødsel, se [Fødsel - Preterm fødsel- truende preterm fødsel](#)

Sectio

- Sectio gjøres unntaksvis på graviditet under 24 uker og kun på maternell indikasjon
- Kan bli nødvendig på maternell indikasjon ved for eksempel placentalløsning eller for å bedre maternelle sirkulasjonsforhold ved resuscitering av kvinnen
- Ved graviditet >24-25 uker vurderer sectio ved
 - placentalløsning
 - uterusruptur
 - penetrerende abdominalskaade
 - multitraumatisert mor med levende barn
 - >50% brannskade hos mor
 - fostervannsemboli
 - maternell død – levende barn
- Sectio kan bli nødvendig på føtal indikasjon ved truende asfyxi hos antatt levedyktig foster

Induksjon av fødsel

- Kan bli nødvendig etter vannavgang, se [Fødsel- preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang \(PROM\)](#), ev. [Fødsel - Induksjon, igangsettelse](#).
-

Alvorlige komplikasjoner

Placentaløsning

- Vaginalblødning hos ca 70%, ømhet over uterus, hyppige kontraksjoner, økt irritabilitet av uterus, konstante smerter – ikke rier, kvalme, brekninger, sirkulatorisk påvirkning

Uterusruptur

- Abdominalsmerter, vaginalblødning, hypotensjon, sjokk, avvikende leie, fosteret kan palperes gjennom abdominalvegg, bendels fure

Føtomaternell blødning

- Anemi hos fosteret, akutt/kronisk, hydrops, PI MCA >1,5. Føtalt blodvolum ca. 90ml/kg. Tap av mer enn 20 ml er alvorlig. Flowcytometri kan ikke brukes akutt.

Fostervannsemboli

- Kan utløses av skade på uterus/placenta, livstruende tilstand, ARDS utvikling og DIC

Prematur vannavgang

- Vanlig diagnostikk og behandling. Svangerskapslengde er avgjørende for risiko for fosterskade. Infeksjonsrisiko og stor risiko for prematur fødsel.

Brannskader

- Obs karbonmonoksid i mors blod – gir stor risiko for føtal hypoksi da CO bindes lett til føtalt hemoglobin. Vurder trykkammerbehandling. Kontakt Haukeland universitetssykehus eller Oslo universitetssykehus.

Hjertestans hos mor

- Utfør AHLR, følg [Voksne - Resuscitering - Nasjonal retningslinje](#)
- Sørg for venstreforskyvning av uterus ved hjelp av en av følgende:
 - En person drar/dytter uterus over mot mors venstre side
 - 30 graders skråleie med teppe/pute under høyre hoft. Benyttes kun hvis man er alene om resusciteringen.

Referanser

[SI/17.01-16](#)

[SI/17.12-11](#)

[SI/17.24-19](#)

[SI/17.24-31](#)

[SI/17.24-32](#)

[Traumemanualen - OUS](#)

[HLR - Hjerte-Lungeredning, hovedprosedyre](#)

[Fødsel - Induksjon, igangsettelse](#)

[Fødsel - Preterm fødsel, truende preterm fødsel](#)

[Fødsel - Preterm vannavgang \(pPROM\) og primær vannavgang \(PROM\)](#)

1. Helsedirektoratet 2014. Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold. [Internett]. [hentet 24.03.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-oslo-og-akershus/dokument-fmoa/helse->

Utgave: 3.02	Svangerskap - Skader og traumer	D44535 Side 4 av 4
-----------------	--	-----------------------

[og-omsorg/is-2181-nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen---hvordan-avdekke-vold.pdf](#)