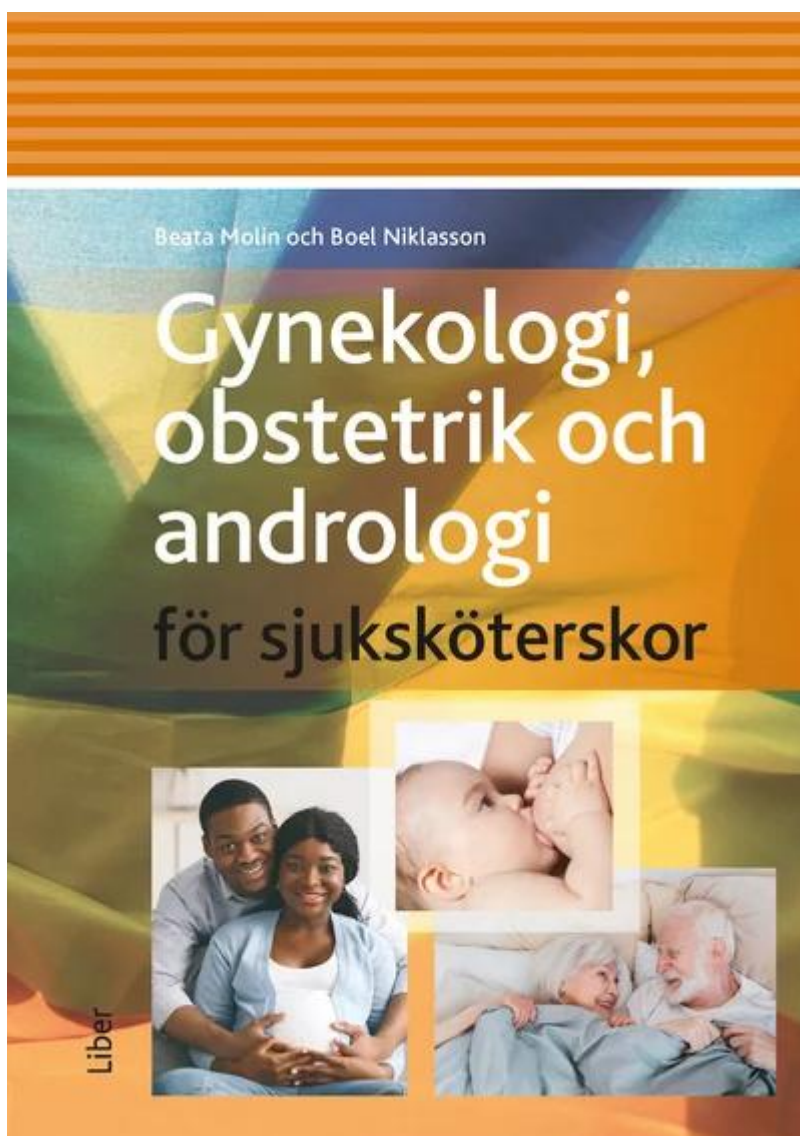




Tillägg till Gynekologi, obstetrik och andrologi för sjuksköterskor

Graviditetskomplikationer

Hypertoni

Cirka 6–8 % av alla gravida drabbas av någon form av blodtrycksstegring, varav hypertoni är en av de vanligaste graviditetskomplikationerna. Hypertoni definieras som blodtryck $\geq 140/90$ mm Hg uppmätt vid två tillfällen med minst 15 minuters intervall.

Kronisk hypertoni är en diagnos som ställs innan kvinnan blir gravid eller före graviditetsvecka 20. Kvinnor med kronisk hypertoni har en ökad risk för att utveckla preeklampsi senare i graviditeten. Hit räknas även kvinnor som har ett normalt blodtryck tack vare antihypertensiv behandling.

Graviditetshypertoni debuterar efter graviditetsvecka 20. Det systoliska blodtrycket är då ≥ 140 mm Hg och/eller det diastoliska ≥ 90 mm Hg, uppmätt vid två tillfällen med 15 minuters intervall. Det är medelvärde som anges. Blodtrycket normaliseras oftast inom 12 veckor post partum, men kan stiga på nytt vid senare graviditeter. Om hypertoni, proteinuri eller avvikande provsvar kvarstår i samband med efterkontrollen remitteras kvinnan vidare till öppenvården för fortsatta kontroller.

Svår hypertoni innebär att det systoliska blodtrycket är ≥ 160 mm Hg och/eller det diastoliska blodtrycket ≥ 110 mm Hg.

Preeklampsi

Preeklampsi (havandeskapsförgiftning) är ett tillstånd som uppträder efter graviditetsvecka 20. Det kännetecknas av hypertoni samt organpåverkan hos modern. Cirka 3–7 % av alla gravida insjuknar i preeklampsi.

Orsaken till preeklampsi är inte helt klarlagd, men genetisk predisposition, immunologiska mekanismer och störd placentautveckling är några av de teorier som har föreslagits. En teori är att en bristfällig omvandling av spiralartärerna i uterusväggen leder till nedsatt blodflöde till placenta. Detta kan orsaka placentaischemi och försämra gas- och näringsutbytet mellan mor och foster, vilket är en förklaring till varför fostret blir tillväxthämmat. Den ischemiska placentan frisätter inflammatoriska och kärlpåverkande faktorer som bidrar till endoteldysfunktion, vasokonstriktion och organskada hos modern. Den generella vasokonstriktionen, särskilt i kärlen i uterus, placenta och njurar, är en viktig del av sjukdomsprocessen vid preeklampsi.

Symtom

Symtomen är diffusa, vilket gör att tillståndet är svårt att diagnostisera i ett tidigt skede. Preeklampsi medför påverkan på olika organ, t.ex. njurarna, med signifikant proteinuri och njurinsufficiens som följd, och levern med smärta i epigastriet eller under höger arcus samt transaminasstegring. Koagulationen är också påverkad, bland annat på grund av ett minskat antal trombocyter. Blodstatusprover, koagulationsprover och prover för leverenzymmer och njurfunktion kan påvisa graden av organpåverkan.

Preeklampsi kan ge neurologiska symtom som svår huvudvärk, synstörningar och i svåra fall kramper (eklampsi). Symtomen anses bero på endoteldysfunktion och störd autoreglering av hjärnan. Endoteldysfunktion innebär att blodkärlens innersta cellskikt fungerar sämre, vilket leder till ökad kärlsammandragning, ökad kärlpermeabilitet och påverkan på organens blodförsörjning. Detta kan ge upphov till ödem och neurologiska symtom. Synstörningar kan uppstå till följd av förändringar i retinala och cerebrala kärl.

En ospecifik sjukdomskänsla kan också förekomma. Plötslig ansikts- och/eller allmän svullnad är ett annat observandum. Den nedsatta placentafunktionen kan leda till försämrade syre- och näringstillförsel till fostret, vilken kan orsaka intrauterin tillväxthämning.

Behandling

Vid inskrivning på barnmorskemottagning samt under uppföljningen av graviditeten tas blodtryck, urinsticka och anamnes i syfte att bland annat hitta kvinnor med ökad risk för preeklampsi. Riskfaktorer är bland annat tidigare preeklampsi eller eklampsi, tidigare graviditetshypertoni, ålder > 40, BMI > 30, diabetes mellitus, njursjukdom och IVF med äggdonation. Tillståndet är också vanligare hos förstföderskor.

Trots en förbättrad kontroll och vård av kvinnan är preeklampsi en betydande orsak till maternell och fetal morbiditet och mortalitet. I dagsläget är den enda behandlingen att förlösa modern. Här uppstår en svår balansgång mellan moderns hälsa och påverkan på fostret samtidigt som det gäller att hitta den optimala tidpunkten för förlossningen, dvs. då fostret inte är alltför prematurt.

Om det finns risk för prematur förlossning kan kvinnan behandlas med antihypertensiva läkemedel för att minska risken för stroke och med kortison för att påskynda lugnmognaden hos fostret. Preeklampsi ligger bakom cirka 15 % av alla prematura förlossningar och ungefär en tredjedel av fallen med intrauterin tillväxthämning (IUGR).

Eklampsi

Eklampsi innebär generaliserade krampanfall som uppträder hos kvinnor med preeklampsi och som inte kan förklaras av annan neurologisk sjukdom.

Eklampsi kan uppträda före, under och efter förlossningen, oftast inom det första dygnet post partum. De bakomliggande mekanismerna är inte helt klarlagda, men endoteldysfunktion, störd autoreglering av hjärnans blodflöde och cerebralt ödem anses bidra till utvecklingen av kramper. I Sverige utvecklar cirka 1–2 % av kvinnorna med preeklampsi eklampsi.

Symtom

Symtomen är generella kramper med eller utan proteinuri eller blodtrycksstegring.

Behandling

Förutom sedvanlig behandling av generella kramper ska kvinnan behandlas i ett rofyllt, tyst och svagt upplyst rum med så få stimuli som möjligt. Lugn och ro kan bidra till att förebygga krampanfall. Eftersom blodtrycket kan vara stresskänsligt bör stress och oro undvikas i så stor utsträckning som möjligt.

Vid kramper är risken för syrebrist hos kvinna och foster ökad, vilket föranleder adekvat ventilering. Behandling med magnesiumsulfat rekommenderas i samband med pågående kramper. Kvinnan bör dessutom få en 24 timmars preventiv behandling för att förhindra nya kramper. Hon bör dessutom omgående förlösas, men först bör hennes situation vara stabil och syresättningen optimal.

HELLP-syndrom

HELLP-syndrom (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets*) är en svår form av preeklampsi som medför en allvarlig påverkan på koagulationen.

HELLP förekommer hos cirka 0,5–0,9 % av alla gravida och hos cirka 10–20 % av de kvinnor som drabbas av svår eklampsi.

Symtom

Symtomen är en generell organpåverkan, framför allt av levern och därmed en ökad risk för ruptur och blödningar. Blodanalys visar koagulationspåverkan och förhöjda leverenzymmer.

Behandling

HELLP-syndrom har vanligtvis ett snabbt förlopp och behandlas genom att förlösa kvinnan med akut kejsarsnitt innan koagulationspåverkan utgör en risk för allvarliga blödningar.

Litteratur

Gidlöf, S. & Nisell, H. (2010). ABC om preeklampsi. *Läkartidningen*, 51–52:3288–92

Hansson, S., Hjertberg, R. & Hellgren, M. (2026). Preeklampsi och eklampsi – utredning. Hämtad 2026-08-10 från <https://www.internetmedicin.se/obstetrik-och-gynekologi/preeklampsi-och-eklampsi-utredning>.

SFOG (2022). Riktlinjer för hypertonisjukdomar under graviditet. Hämtad 2026-08-10 från [pe-riktlinje.pdf](#).