UNDERSØKELSE AV GRAVID I ALLE TRIMESTRE

Svangerskapsomsorg er repeterte rutineundersøkelser av friske gravide kvinner uten spesifikke symptomer, for å oppdage komplikasjoner og obstetriske tilstander som krever spesiell oppmerksomhet. Alle undersøkelser er frivillige, selv om det er sterkt anbefalt å gjennomføre alt.

Den gravide kan velge å gjennomføre oppfølging hos lege eller jordmor. Kvinnen får «Helsekort for gravide» ved første møte, som er kvinnens svangerskapsdokument og skal medbringes til hver time.

Sist oppdatert: 27.04.21

FØR UNDERSØKELSEN

Fortell hva som skal skje ved aktuelle besøk. Se på «Helsekort for gravide» for å se hva som ble gjort sist.

Håndhygiene før og etter undersøkelsene.

UTSTYRSLISTE

Vekt, målebånd, blodtrykksmåler, urinstix, doppler-apparat

FØRSTE BESØK – UKE 10-12

Første besøk bør gjennomføres kort tid etter at graviditeten er konstatert, slik at råd og informasjon om levevaner, samt justering av eventuelle medikamenter kan bli foretatt tidlig i svangerskapet.

Ved første besøk skal man kartlegge morens helsetilstand, gi generell informasjon om svangerskapsomsorgen, gi informasjon om symptomer på sykdom som kan oppstå i svangerskapet, samt avtale fremtidige svangerskapskontroller. Hensikten ved dette besøket er å finne ut om kvinnen trenger spesialist-oppfølging i tillegg til oppfølgning hos jordmor eller allmennlege.

- Fyll inn helsekort for gravide
- Regne ut gestasjonsalder ut fra siste menstruasjon, informere og henvise til rutine-ultralyd (svangerskapsuke 17-19).
- Høyde og vekt måles. Regn ut KMI (kg/m2). Viktig med både dagens og førgravid vekt.
- Blodtrykk (BT): gjøres på standardisert måte, se blodtrykksundersøkelse. Mål på samme arm gjennom hele svangerskapet.
- Urinanalyse: se etter proteinuri og glukosuri. Dypp urinstixen i urinprøven, og les av når fargene skifter.
- Urindyrkning for å avdekke asymptomatisk bakteriuri.
- Blodprøver, serologisk screening og blodtyping:
  a. Tas av alle: Hb, s-ferritin, ABO, RhD, hepatitt B, HIV, syfilis.
  b. Tas på indikasjon: HbA1c, rubella, MRSA, hepatitt C, toxoplasmose, klamydia.
- En generell klinisk undersøkelse gjøres hvis nødvendig. Denne vil kunne innebære undersøkelse av hjerte, lunge, abdomen, nevrologisk status, lymfestatus. Se egne manualer.
- Gynekologisk undersøkelse gjøres ikke rutinemessig, kun på indikasjon.

ANDRE KONTROLL – CA. UKE 18

Hos friske kvinner med noramle svangerskap, er det ikke behov for mer enn én kontroll før rutineultralyd ved uke 18.

TREDJE KONTROLL – CA. UKE 24

SF-mål, fosterlyd, BT, urin og vekt. Gi svar på blodprøver tatt ved forrige kontroll. RhD-negative gis tilbud om RhD-typing av foster. Oral glukosebelastningstest på indikasjon.

FJERDE OG SENERE KONTROLLER

4.KONTROLL (28 UKER):
SF, BT, urin, vekt, fosterlyd, Hb og kontroll av Rh-antistoffer hos Rh-negative. Ved RhD-positive foster gis anti-D profylakse i uke 28.

5.KONTROLL (32 UKER):
SF, BT, urin, vekt, fosterlyd, informasjon om amming.

6.KONTROLL (36 UKER):
SF, BT urin, vekt, fosterlyd, fosterleie.

7.KONTROLL (38 UKER):
SF, BT, urin, vekt, fosterlyd, fosterleie.

8.KONTROLL (40 UKER):
SF, BT, urin, vekt, fosterlyd, fosterleie. Hvis kvinnen ikke har født til uke 41+2 tar hun direkte kontakt med svangerskapspoliklinikken og får time dagen etter for overtidskontroll. (Dette er rutine ved St.Olavs hospital, kan variere på andre steder.) Hvis kvinnen ikke har gått i spontan fødsel ved uke 42+0 anbefaler man induksjon.

SYMFYSE-FUNDUS (SF) MÅL

SF-mål gjøres etter 24 uker, før dette har den ingen klinisk verdi. Dette er et noe upresist mål, men dersom det gjøres likt hver gang kan det gi nyttig informasjon om fosterveksten. Dersom kvinnen er overvektig vil SF-mål ikke oppdage vekstdeviasjoner like godt, og det er viktig å huske at overvektige kvinner har større risiko for å få både barn som er vekstretarderte og barn som er for store.

- Kvinnen skal ligge på undersøkelsesbenk på samme måte ved hver undersøkelse, med utstrakte bein. Urinblæren skal være tom.
- Brett ned buksen og trekk opp trøyen slik at hele abdomen er avkledd.
- Palper det høyeste punktet på fundus uteri. Palper symfysen på os pubis.
- Hold enden på målebåndet på symfysen, trekk målebåndet opp over magen, og følg magens form over toppen på fundus. Les av avstanden. Et tips er å ha målebåndet opp-ned slik at du ikke justerer avlesningen til «normale» verdier, men leser av avstanden etter du har gjort målet.
- SF-målet skal skrives inn i kurven på Helsekort for gravide.

PALPASJON AV FOSTERLEIE – LEOPOLDS HÅNDGREP

Hensikten med Leopolds håndgrep er å bestemme fosterets leie i livmoren. Hovedgrunnen til å gjøre undersøkelsen er å finne fostre i seteleie og tverrleie, slik at man kan henvise dem til sykehus for vurdering av fødselsmetode. Denne undersøkelsen gjøres ved uke 36-37. Det er ingen grunn til å gjøre det tidligere, da fosteret kan og vil endre presentasjon før dette tidspunktet.

Ved de første tre håndgrepene står man vendt mot kvinnens ansikt, mens man på det fjerde står vendt mot den gravides føtter. Palper med håndflatene og ikke bare fingrene, da det vil være ubehagelig for kvinnen.

Første håndgrep:
- Begge hender legges flatt på den gravides mage med samlede fingre.
- La hendene gli opp og ned langs uterus for å finne toppen på fundus uteri.

Andre håndgrep:
- Hendene legges på hver side av fundus med flatene vendt mot hverandre.
- Palper på begge sider samtidig.
- Dette grepet gjøres for å bestemme hvilken vei ryggen vender.

Tredje håndgrep:
- Dette grepet skal gjøres med en hånd like over symfysen.
- Palper hvilken del av fosteret som presenterer nedover og hvor langt nede i bekkenet det ligger.
- Rugg forsiktig for å kjenne om fosteret har festet seg.

Fjerde håndgrep (Brukes lite, og ikke rutinemessig):
Dersom den presenterende delen av fosteret er dypt i bekkenet kan det være vanskelig å palpere med tredje håndgrep. Man kan da bruke fjerde håndgrep til å vurdere dybden.

- Stå med ansiktet vendt mot kvinnens føtter.
- Palper hendene med fingrene like ved midten av ligamentum inguinale, og la fingerspissene gli nedad og i dybden.
- Dette grepet brukes til å bestemme forliggende del og hvor dypt fosteret står i bekkeninnganen.

1

2

3

4

- Presentasjonen er delen av fosteret som ligger i nedre del av livmoren. Hode eller sete.
- Leie til fosteret er relasjonen av fosterets langakse til moren: lengdeleie, skråleie eller tverrleie.
- Posisjonen av fosteret er om fosteret ligger med ryggen mot høyre eller venstre.

FOSTERLYD

Fosterlyden kan høres fra uke 24-26 over fosterets rygg. Spør kvinnen om tegn til liv. Auskultasjon av fosterlyd er ikke nødvendig dersom den gravide kjenner normalt med fosterbevegelser. Dersom hun merker mindre liv må hun ta kontakt med sin fødeavdeling. Auskultasjon av fosterets hjertefrekvens gjøres helst med Doppler, men kan også gjøres med jordmorstetoskop. Hjertefrekvensen skal være mellom 110 og 150. I kortere perioder kan frekvensen være høyere, særlig når fosteret er aktivt. Man bør lytte i minst 1 minutt. Hvis man får inn en frekvens < 110, må man kontrollere om det er mors puls som slår inn.

- Dopplerapparat krever gel på abdomen, og man leter etter hjertelyden. Les av frekvens.

- Jordmorstetoskopet plasseres på kvinnens abdomen. Viktig at man ikke er borti stetoskopet når man lytter. Tell hjerterytmen (i minst 1 minutt). Hode eller sete.
Leie til fosteret er relasjonen av fosterets langakse til moren: lengdeleie, skråleie eller tverrleie
Posisjonen av fosteret er om fosteret ligger med ryggen mot høyre eller venstre

KILDER

Undervisning semester IID våren 2018
https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Kap-1-Svangerskapsomsorg/

https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/illustrasjoner/tegninger/leopolds-fire-handgrep/

https://helsedirektoratet.no/Documents/NFR/Svangerskapsomsorgen/Algoritme-oversikt-over-anbefalt-innhold-i-svangerskapsomsorgen.pdf

CAME
Center of Assessment in Medical Education

NTNU
Kunnskap for en bedre verden