

**Initial bedömning**

A Luftväg	Gravida har svullna slemhinnor. Var försiktig med mun-svalgtub/näskantarell.
B Andning	Ofta viss fysiologisk hyperventilation och förhöjt andningsmedelläge.
C Cirkulation	Symtomgivande lågt blodtryck i liggande kan bero på vena cava syndrom eller i allvarliga fall blödning. Högt blodtryck kan tala för havandeskapsförgiftning.
D Medvetande	Havandeskapsförgiftning kan ge grumlat medvetande, ljuskänslighet och kramper.
E Kroppsundersökning	Ödem? Synlig pågående blödning? Känn över uterus!

**Riktad anamnes**

S Vattenavgång? Blödning? Missfärgat fostervatten? Graviditetsvecka? Beräknad partus?

- O Värkdebut?  
 P  
 Q Tid mellan värkar? Kontinuerlig smärta?  
 R Utstrålning  
 S Svårighetsgrad. VAS. Smärtvandring?  
 T Hur länge har besvären varat? Tidigare erfarenhet av liknande symtom?

- A  
 M  
 P Förstföderska? Tidigare normala förlossningar? Tidigare sectio? Diabetes? Hypertoni?  
 L  
 E Trauma?

**Undersökning**

<b>Vital-parametrar /status</b>	Basal (AF, auskultation, saturation, PF, rytm, pulskvalitet, BT, vakenhet, temp)
<b>Riktad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synlig fosterdel (huvud/hand/fot)? Navelsträng?</li> <li>• P-glucos vid diabetes</li> </ul>

## Behandling

**Basal** (fri luftväg, assistera andningen v.b, oxygen, venväg enligt ”Prehospital undersökning och behandling”).

- Lasta patienten med benen i färdriktningen/ Öka värmen
- Vänster sidoläge under transporten
- Kontakta förlossningsavdelningen
- Vid förlossning, **stanna bilen** och hjälps åt.

## Specifik

- Vid värkar utan uppehåll/ onormalt fosterläge, rådgör med förlossningsavdelning. Förbered ev. inj. **terbutalin** 0,5 mg/ml, 0,5 ml s.c.
- Vid kramper: Behandla med inj. **midazolam** 5 mg/ml, 1-2 ml i.v.  
**Om förlossning inte kan undvikas! Stanna fordonet!**

Patient halvsittande med benen uppdragna.

1. Konstatera krystvärkar (fosterhuvudet syns under värk).
  2. När barnets huvud är framme, känn försiktigt efter om navelsträngen ligger runt halsen som då förs över huvud eller axlar vid nästa krystning. Dra inte. I yttersta nödfall sätt 2 peanger nära varandra på navelsträngen och klipp av emellan. Vira loss navelsträngen. Låt peangerna sitta kvar.
  3. Låt huvudet rotera spontant så att barnet tittar åt sidan.
  4. Om axeln sitter fast: Fatta huvudet över öronen.
  5. Vid krystning tryck lätt nedåt. För in fingret i barnets armhåla och hjälp övre axeln ut.
  6. Gör samma sak med den andra axeln.
  7. Torka barnet torrt. Lägg barnet direkt på moderns bröst/mage. Svep över torr duk/filt Sätt på mössa/ Notera födelsetiden.
  8. Vid kort navelsträng överväg avnavling, minst 10 cm från navelfästet (efter avslutade pulsationer). Låt peangerna sitta kvar.
  9. Notera om barnet andas och skriker. Bedöm andning, hjärtfrekvens, muskeltonus, och hudfärg.
  10. Stimulera genom att frotera över ryggen. Håll barnet i dränageläge. Vid behov torka ur munnen. Flöda eventuellt syrgas över näsan, generellt bör man vara mycket restriktiv med syrgas till nyfödda.
  11. Vid hjärtfrekvens <100/min ventileras barnet.
  12. Gör HLR vid hjärtfrekvens <60/min.
  13. Förhindra avkyllning. Varm omgivning.
- Moderkakan lossnar i regel inom ca 30 min. Ofta syns en begränsad blödning. Håll i navelsträngen, men drag ej, och be patienten krysta. Lägg ett lätt stöd på magen. Notera tidpunkt för placentaavgång.

**Sätesbjudning**

- Synligt säte och/eller fot/hand. Försök undvika krystning under värk. Prioritera snabb intransport om inte kraftigt framskridande förlopp under nästa värk för då måste förlossning ske på plats.
- Rör ej barnet förrän navelfästet är ute. Drag aldrig i barnet men uppmana till krystning när navelfästet syns. Då måste hela barnet ut under nästa värk. Fatta om barnets höfter och hjälp barnets huvud ut i en mjuk rörelse mot moderns mage.

**Neonatal HLR**

< vecka 22	ingen HLR
vecka 22 till 22+6	stötta med sugning, sidoläge, filter – ingen HLR
≥ vecka 23	neonatal HLR

**Övervakning**

- Basal (ABCD, vitalparametrar/-status).
- Värkintervall.