

Riskfyllt dricka mycket under förlossning



MIKAEL NORMAN, professor, sektionschef, neonatala intensivvårdsavdelningen, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Stockholm mikael.norman@ki.se

Hyponatremi och vattenförgiftning har tidigare diskuterats i Läkartidningen, senast i samband med för högt vätskeintag under maratonsport [1].

För några år sedan beskrev vi och andra flera fall av allvarlig vattenförgiftning i ett annat sammanhang. Det gällde födande kvinnor som hade druckit för mycket – delvis på uppmaning av vårdpersonal.

Kvinnorna uppvisade onormal trötthet, huvudvärk och illamående. I vissa fall tillstötte medvetandesänkning och kramper, symtom som under pågående förlossning lätt kan missuppfattas ha andra orsaker än vattenförgiftning. Flera nyfödda barn uppvisade också allvarlig hyponatremi med svåra neurologiska symtom, som kunde tillskrivas vattenförgiftning av fostret [2, 3].

En ny svensk studie visar nu att dessa svåra fall sannolikt bara är toppen av ett isberg och att problemet med hyponatremi under förlossning är större och har fler dimensioner än vad som hitintills varit känt. Vibeke Moen och medarbetare har kartlagt sambanden mellan vätskeintag och natriumnivåer i plasma hos 287 födande kvinnor [4]. Resultaten presenteras i BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology den 28 januari och visar att bland kvinnor som erhållit/intaget >2,5 liter vätska under förlossning uppvisade var fjärde (26 procent) hyponatremi definierad som plasma-Na \leq 130 mmol/l.

Som jämförelse uppvisade kvinnor som intagit <1 liter vätska under förlossningen hyponatremi i endast 1 procent av fallen (ingen kvinna hade hyponatremi vid intagning på sjukhus). Bland födande kvinnor som utvecklade hyponatremi sågs ett jämnt vätskeintag på ca 300 ml/timme. Vätsketillförseln pågick längre än hos övriga kvinnor, och den skedde huvudsakligen genom att kvinnorna drack fritt.

Sambandet mellan högre vätskeintag

och hyponatremi kvarstod efter justering för samtidig administration av oxytocin eller intravenös vätska. En större utspädning av plasmakoncentrationerna av natrium korrelerade vidare med längre utdrivningsskede och med att fler förlossningar avslutades med sugklocka eller kejsarsnitt på indikation värksvagheter.

Natriumkoncentrationen i navelsträngsblod från de nyfödda barnen korrelerade med moderns nivåer. Ett maternellt vätskeintag >2,5 liter var associerat med högre födelsevikt och högre frekvens av neonatala andningsstörningar och av >10 procent viktfall post partum än hos barn till kvinnor med lågt vätskeintag (<1 liter) – samtliga observationer väl förenliga med fetal övervätskning.

Författarnas slutsatser är flera och de kliniska implikationerna viktiga. För det första: hyponatremi under förlossning är betydligt vanligare än vad som tidigare varit känt, även vid mer måttligt vätskeintag. Födande kvinnor bör därför avrådas från att dricka mycket. För det andra rekommenderar artikelförfattarna att vätskeintaget – oralt och parenteralt – under förlossning ska monitoreras. Intravenös administration av hypotona lösningar bör också undvikas.

Det intressanta sambandet mellan högt vätskeintag, hyponatremi och värksvagheter behöver utredas vidare – huruvida det rör sig om nedsatt kontraktilitet i myometriet, neuroendokrin dysfunktion eller en helt annan och hitintills okänd förklaring återstår att se.

Det är bra att risken för övervätskning under förlossning på detta sätt uppmärksammas och diskuteras. Om inga eller felaktiga råd ges, är problemet med övervätskning av mor och barn sannolikt större än risken för intorkning. Att graviditet innebär en fysiologisk vätskeretention och att många kvinnor är svullna vid tiden för förlossning kan bidra till övervätskningsrisken, liksom endogen frisättning av oxytocin under värkarbetet, vilket försvårar utsöndring av vatten så länge förlossning pågår.

Detta betyder inte att födande kvinnor ska avstå helt från att dricka. Vikten av



Foto: Adrienne Hart-Davis/SPL

Övervätskning är en reell risk hos födande kvinnor.

adekvat närings- och vätsketillförsel under förlossning har tidigare belysts [5], även om flera frågetecken kvarstår. Vi vet ännu inte om hyponatremirisken gäller alla eller enbart en subgrupp kvinnor. Det förefaller också rimligt att dryckens sammansättning har betydelse och att det är just intaget av saltfria lösningar (som vatten) som är problematiskt.

Slutligen, frågan om vad som är för mycket dryck besvaras inte i Moens och medarbetares artikel. Här finns ingen trygg evidensbas att luta sig mot [6, 7] – man får tänka själv. Min egen rekommendation till födande kvinnor som inte behandlas med parenteral vätska blir att i normalfallet dricka om de är törstiga och då högst 2–2,5 liter vätska per dygn eller i genomsnitt 1 deciliter per timme.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Johansson S, Lindow S, Kapadia H, Norman M. Perinatal water intoxication due to excessive oral water intake during labour. Acta Paediatrica. 2002;91:811-4.
- Moen V, Brudin L, Rundgren M, Irestedt L. Hyponatremia complicating labour – rare or unrecognized? A prospective observational study. BJOG. In press.
- Scheepers HC, Essed GG, Brouns F. Aspects of food and fluid intake during labour. Policies of midwives and obstetricians in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1998;78:37-40.
- Toohill J, Soong B, Flenady V. Interventions for ketosis during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(3):CD004230.
- Singata M, Tranmer JE. Restricting oral fluid and food intake during labour. (Protocol) Cochrane Database Syst Rev. 2002;(4): CD003930.

SAMMANFATTAT

Högt vätskeintag under förlossning uppvisar samband med hyponatremi, värksvagheter och ökad användning av sugklocka respektive kejsarsnitt. **Födande kvinnor** som dricker mycket kan utsätta sig själva och barnet för fara – i värsta fall uppstår vattenförgiftning. **Detta är viktig** ny kunskap för födande kvinnor och personal i förlossningsvården.