



Omsorgsfull behandling av graviditetsdiabetes främjar välmående både för den gravida kvinnan och för barnet som kommer att födas

18.5.2014

Graviditetsdiabetes innebär att den gravida kvinnans blodglukosvärde (det så kallade blodsockret) är förhöjt. Graviditetsdiabetes uppkommer i allmänhet redan under den första graviditeten. Vid behandlingen är kosten det viktigaste, men ibland är man tvungen att också använda läkemedelsbehandling, främst insulin.

Vad beror graviditetsdiabetes på?

Orsaken till de förhöjda glukosvärdena kan vara insulinresistens, vilket betyder att insulinets verkan i kroppen är försvagad, eller att vissa celler i bukspottskörteln utsöndrar otillräckligt med insulin sämre. Under graviditetens senare skeden förstärks insulinresistensen när mängden fett i kvinnans kropp ökar och placentan (moderkakan) utsöndrar mera av vissa hormoner när graviditeten framskrider.

Hur diagnostiserar man graviditetsdiabetes?

Graviditetsdiabetes diagnostiseras med ett två timmars glukosbelastningsprov. Provet görs på nästan alla gravida kvinnor. Undantagna är endast förstföderskor yngre än 25 år med normal vikt om det inte förekommer typ 2 diabetes hos de närmaste släktingarna, och omföderskor under 40 år som inte har haft graviditetsdiabetes och som inte tidigare har fött stora barn (så kallad makrosomi).

Glukosbelastningsprovet görs huvudsakligen under graviditetsveckorna 24–28, men om man bedömer att risken för den gravida att insjukna är stor (viktindex BMI är minst 35 kg/m², tidigare graviditetsdiabetes eller socker i urinen i början av graviditeten eller om det förekommer typ 2 diabetes hos de närmaste släktingarna) gör man provet redan under graviditetsveckorna 12–16. Om resultatet då är normalt förnyar man provet under graviditetsveckorna 24–28.

Hurdant är glukosbelastningsprovet och var gör man det?

Glukosbelastningsprovet görs i första hand på mödrarådgivningen. Före provet ska man vara utan att äta i 12 timmar. Man börjar undersökningen på morgonen klockan 8–10. Först tas ett blodprov och sedan dricker den gravida kvinnan under fem minuter 75 gram glukos upplöst i 300 ml vatten. Kvinnan blir kvar på platsen och efter en och två timmar tas det nya blodprov. Tillräckligt med tid ska därför reserveras för provet.

Hur vet jag om jag har graviditetsdiabetes?

När glukoshalten i blodet överstiger vissa gränsvärden talar man om graviditetsdiabetes. Arbetsgruppen för God medicinsk praxis rekommenderar följande gränsvärden för graviditetsdiabetes:

- fastevärde $\geq 5,3$ mmol/l
- värdet efter en timme $\geq 10,0$ mmol/l
- värdet efter två timmar $\geq 8,6$ mmol/l.

Kvinnan har graviditetsdiabetes om ett av de tre värdena är avvikande.



Det är viktigt att själv följa med sitt blodglukosvärde

Om man har diagnostiserat graviditetsdiabetes hos den gravida får hon på rådgivningen lära sig att själv följa med sitt blodglukosvärde. Hon får också med sig en mätare och mätstickor för att följa med blodsockret hemma.

Målsättningen är att blodsockervärdena på morgonen före morgonmålet är under 5,5 mmol/l och en timme efter måltider under 7,8 mmol/l.

Största vikten läggs vid kosten, men det är också viktigt med motion

Hörnstenen vid behandling av graviditetsdiabetes är uttryckligen en hälsosam och mångsidig kost som garanterar en lämplig mängd energi och näringsämnen. Då minskar behovet av insulinbehandling, barnets och moderns vikt stiger inte för mycket och risken för förnyad graviditetsdiabetes vid följande graviditeter minskar.

Måltidsrytmen ska vara regelbunden: morgonmål, lunch, middag och kvällsbit samt vid behov ett till två mellanmål.

I kosten ska gärna ingå kolhydrater med hög fiberhalt: grönsaker, frukt och bär minst ett halvt kilo per dag samt spannmålsprodukter som innehåller minst 10 procent fibrer. Tillräckligt intag av mjukt fett är viktigt: på brödet växtmargarin med fetthalt 60–70 procent, oljebaserad salladssås, växtolja vid matlagningen och fet fisk minst två gånger i veckan. Man kan minska på mängden hårt fett till exempel genom att använda fettfria mjölkprodukter, ostar med mindre än 17 procent fett och charkuterier med mindre än 4 procent. Proteiner får man genom att äta bland annat fisk, höna, fettfattigt kött, baljväxter och mjölkprodukter.

För personer med normal vikt rekommenderas en kost som innehåller 1 800–2 000 kilokalorier och för överviktiga och feta 1 600–1 800 kilokalorier per dag.

Det är tryggt att motionera också för gravida kvinnor om graviditeten fortskrider utan problem (som till exempel pre-eklampsi det vill säga graviditetsförgiftning, avtagande fostertillväxt eller tilltagande sammandragningar).

[Bra motionsinstruktioner finns i det elektroniska bakgrundsmaterialet till den egentliga rekommendationen \(på finska\).](#)

Vid behov läkemedelsbehandling (i första hand insulin) jämsides med en bra kost

Om det inte räcker med kostbehandling (blodsockrets fastevärde är upprepade gånger över 5,5 mmol/l eller över 7,8 mmol/l en timme efter måltiden) behövs dessutom läkemedelsbehandling.

I första hand används insulin, men i specialfall kan man på mödrapolikliniken överväga att använda metformin eller metformin och insulin tillsammans. Insulindosen regleras enligt den gravida kvinnans egna blodglukosmätningar. Under graviditetsveckorna 20–32 kan insulinbehovet växa betydligt eftersom insulinresistensen tilltar.

Metforminbehandlingen ska avbrytas om kvinnan får klar vätskebrist (till exempel vid magsjukdom med feber), ett dygn innan planerad förlossning eller när det förekommer regelbundna sammandragningar som tecken på att förlossningen kommit igång. Insulinbehandlingen avslutas när barnet föds. Efter förlossningen följer man med kvinnans blodglukos under en till tre



dagar på morgonen och efter måltiderna så man ser om hon ännu behöver insulin.

Inverkan av graviditetsdiabetes på fostret, den nyfödda och senare under barndomen

Vid graviditetsdiabetes kan fostret bli stort; man talar om makrosomi. Med makrosomi förstår man ett fullgånget barn vars födelsevikt är över 4,5 kg. Makrosomi kan ge upphov till problem vid förlossningen. Ett barn med makrosomi har också större risk för syrebrist.

Blodglukosvärdet hos ett nyfött barn till en kvinna med graviditetsdiabetes kan vara avvikande lågt; man talar om hypoglykemi. Risken finns att energitillförseln till den nyföddas hjärna störs, så det kan behövas amning och matning oftare än vanligt (med två timmars intervall). Om den nyföddas blodglukosvärde är under 1,5 mmol/l ger man barnet en så kallad glukosinfusion. Det betyder att den nyfödda får glukos intravenöst.

Det har framkommit att risken för olika problem hos barn till kvinnor med graviditetsdiabetes är förhöjd också senare; de verkar ha mera störningar i blodets glukosbalans, övervikt eller metabolt syndrom än den övriga befolkningen.

Inverkan av graviditetsdiabetes på kvinnan

En kvinna med graviditetsdiabetes har större risk att få graviditetshypertension (förhöjt blodtryck efter den tjugonde graviditetsveckan) eller pre-eklampsi, det vill säga graviditetsförgiftning.

Graviditetsdiabetes kommer ofta på nytt; ungefär var tredje omfödelska insjuknar igen. Man kan försöka påverka detta redan innan följande graviditet med hälsosam kost,

genom att undvika övervikt och att gå upp i vikt samt med att motionera mera.

Förlossningen

Förlossningen för kvinnor med graviditetsdiabetes sköts på ett förlossningssjukhus där man är insatt i diabetesvård och där det finns beredskap för intensivbehandling och uppföljning av nyfödda.

Om kvinnan har graviditetsdiabetes som behandlas enbart med kost kan graviditeten gå sju till tio dagar över den beräknade tiden, förutsatt att blodsockerbalansen är bra och det inte förekommer graviditetskomplikationer. Om kvinnans graviditetsdiabetes behandlas med läkemedel ska man överväga att sätta i gång förlossningen efter 38 graviditetsveckor (senast vid den beräknade tiden).

Vaginal förlossning är i allmänhet möjlig om man uppskattar att fostret väger under fyra kg. Om vikten uppskattas vara 4–4,5 kg, väljer man förlossningssätt individuellt, men om vikten uppskattas vara över 4,5 kg rekommenderas kejsarsnitt.

Uppföljning av mor och barn

Om kvinnan har haft graviditetsdiabetes gör man nästa glukosbelastningsprov på rådgivningen eller hälsocentralen; 6–12 veckor efter förlossningen om hon har fått insulinbehandling, annars ett år efter förlossningen – till exempel i samband med barnets omfattande hälsogranskning vid 8 eller 18 månaders ålder. Om ett enda värde är avvikande (fastevärde över 6,1 mmol/l eller två timmars värde över 7,8 mmol/l) skickas kvinnan för uppföljning till en läkare inom primärvården.

Om resultatet på glukosbelastningen är normalt är uppföljningsintervallet tre år,



men om värdet är förhöjt sker uppföljningen årligen.

Graviditetsdiabetes är också förknippad med en större risk att insjukna i typ 2 diabetes senare. Man följer senare med kvinnans vikt, midjemått, blodtryck och blodfetter (bland annat kolesterol).

För barnets del ska man på rådgivningen och inom skolhälsovården beakta den förhöjda risken för övervikt, störningar i blodets glukosbalans och metabolt syndrom.

Graviditetsdiabetes i Finland i siffror

År 2011 var resultatet av glukosbelastningsprovet avvikande hos 12,5 procent de gravida kvinnorna. För 1,7 procent påbörjade man insulinbehandling. Cirka 20 procent av graviditetsdiabetikerna insjuknar i graviditetshypertension eller pre-eklampsi.

Texten har utgående från Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation uppdaterats av ansvariga redaktören **Kirsi Tarnanen**, och den har granskats av arbetsgruppens ordförande, professor, specialistläkaren i internmedicin **Risto Kaaja** från Åbo universitet, universitetslektor **Tarja Kinnunen** från enheten för hälsovetenskap vid Tammerfors universitet och redaktören för God medicinsk praxis, specialistläkaren i gynekologi och obstetrik **Piia Vuorela** från Borgå sjukhus, HNS.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är

bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.

