



Äitiysneuvolaohjeet

Päivitetty 22.2.23

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin ky. • 13530 Hämeenlinna • Puh. 03 6291

Hämeenlinnan yksikkö
Ahvenistontie 20
13530 HÄMEENLINNA
vaihe 03 6291

Riihimäen yksikkö
Kontiontie 77, 11120 RIIHIMÄKI
PL 140, 11101 RIIHIMÄKI
vaihe 019 744 51

Sinua kuunnellen.....



www.khshp.fi



Sisällys

1 RASKAUDEN SEURANTA JA SYNNYTTÄMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA....	4
1.1. Kanta-Hämeen keskussairaalan äitiyspoliklinikka.....	4
1.2. Forssan sairaalan äitiyspoliklinikka.....	4
1.3. Läheteeseen kirjattavat tiedot.....	5
1.4. Synnyttäminen Kanta-Hämeessä	5
1.4.1. Synnytysvalmennus.....	6
1.4.2. Kotisyntyminen	6
2 SIKIÖSEULONNAT.....	6
2.1. Sikiöseulonnan periaatteet.....	6
2.2. Sikiöseulonnan vaihtoehdot.....	7
2.2.1. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus	7
2.2.2. Varhaisraskauden yhdistelmäseulonta.....	8
2.2.3. Jos varhaisraskauden yhdistelmäseulan ajankohta on ohittunut.....	9
2.2.4. Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi.....	9
2.2.5. Jatkotutkimukset.....	10
2.3. Seulontaultraäänitutkimukseen vaikuttavia tekijöitä.....	10
3 RASKAUDEN SUUNNITTELUVAIHEESSA	10
3.1. Foolihappolisä.....	10
3.2. Läheteindikaatiot raskauden suunnitteluvaiheessa.....	11
3.2.1. Odottajan pitkäaikaissairaudet	11
3.2.2. Toistuvat keskenmenot.....	11
4 RASKAUDEN ALUSSA.....	11
4.1. Odottajan pitkäaikaissairaudet	11
4.2. Suvun perinnölliset sairaudet	15
4.3. Aiempi komplisoitunut raskaus	15
4.4. Huumausaineiden, alkoholin ja lääkkeiden (= HAL) väärinkäyttäjät.....	15
4.5. ASA-profylaksia.....	16
4.6. Ympärileikatut odottajat.....	17
5 RASKAUDEN AIKANA.....	17
5.1. Odottajasta johtuvat syyt	17
5.1.1. Raskaushypertensio tai pre-eklampsia	17
5.1.2. Raskausdiabetes	18
5.1.3. Raskaushepatoosi	20
5.1.4. Anemia	21
5.1.5. Raskaudenaikainen verenvuoto.....	22
5.1.6. Raskauspahoinvointi.....	22
5.1.7. Ennenaikaiset supistukset, kohdunkaulan kypsyminen, aiempi LOOP-konisaatio.....	23



5.1.8. Synnytystavan arviointi	23
5.1.9. Poikkeava kohdun kasvu tai lapsiveden määrä.....	24
5.1.10. Laskettu aika ohitettu	24
5.1.11. Synnytyspelko	24
5.1.12. Infektiosairaudet	25
5.2. Sikiöstä johtuvat syyt.....	29
5.2.1. Kasvun hidastuminen tai nopeutuminen	29
5.2.2. Poikkeava syke.....	29
5.2.3. Poikkeava tarjonta	29
5.2.4. Monisikiöinen raskaus	29
5.3. Ulkomailta muuttaneet.....	29
6 PÄIVYSTYSLÄHETTEEN INDIKAATIOT	30
7 SUOSITUS ANTI-D-PROFYLAKSIASTA	31
8 B-STREPTOKOKKI.....	31
9 SYNNYTYKSEN JÄLKEEN.....	32
9.1. Imetyspoliklinikka	32
9.2. Seksuaaliterveyspoliklinikka	32
9.3. Synnytyksen jälkeiset ongelmat	32
9.4. Synnytyksen jälkitarkastus	32

HOITOSUOSITUSTEN PERUSTEET JA PÄIVITTÄMINEN

Hoitosuositukset perustuvat neuvoloiden käyttämään Äitiysneuvolaopas – suosituksia äitiysneuvolatoimintaan ([Linkki: THL opas 29](#)) ja Valtioneuvoston asetukseen 338/2011 ([Linkki: asetus 338/2011](#)). THL:n opaskirjaa voi edelleen käyttää perusohjekirjana, jonka ohjeita seuraavat lisäykset täydentävät. Ohjeisto noudattaa pääosin HUS:n Naistensairaalan julkaiseman Haikarakansion ja TAYS:n äitiyspoliklinikan ohjeistoa.

Ajankohtaista tietoa jatkuvasti päivitettyinä löytyy HUS Naistentautien ja synnytysten tuottamasta verkkopalvelusta. Naistalo.fi tarjoaa tietoa ja tukea naistentauteihin ja synnytyksiin liittyen naisille, perheille ja ammattilaisille ([Linkki: Naistalo](#)).

Tämä opas päivitetään tarvittaessa. Päivityksistä ilmoitetaan neuvoloiden esimiehille.



1 RASKAUDEN SEURANTA JA SYNNYTTÄMINEN KANTA-HÄMEEN KESKUSSAIRAALASSA

1.1. Kanta-Hämeen keskussairaalan äitiyspoliklinikka

Kanta-Hämeen keskussairaalan äitiyspoliklinikka on lähetepoliklinikka, jonne muista sairaalan poliklinikoista poiketen käy myös terveydenhoitajan tekemä lähete. Lähetteenä käytetään sähköistä lähetettä (Lifecare-potilastietojärjestelmä). Lähettäjä arvio lähetteen kiireellisyyden, mutta erikoissairaanhoidossa tehdään lähetetietojen valossa lopullinen arvio vastaanottoajan kiireellisyydestä. Äitiyspoliklinikalle voi tehdä sähköisenä lähetteenä myös konsultaatiopyynnön, johon pyritään vastaamaan muutaman arkipäivän kuluessa. Kohdassa 1.3. on listattu lähetteeseen toivottavia tietoja. Neuvolan tehtävä on informoida asiakasta muun muassa yhteisrekisteristä ja Kanta-palveluista.

Päivystysläheteellä lähetetään välitöntä hoitoa vaativat potilaat. Raskauteen liittyvät päivystykselliset ongelmat hoidetaan

- ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana
 - virka-aikana ensisijaisesti naistentautien poliklinikalla
 - virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystyksessä
- ensimmäisen raskauskolmanneksen (yleensä varhaisraskauden yhdistelmäseulan tai yleisen UÄ-tutkimuksen) jälkeen niin virka- kuin päivystysaikana äitiyspoliklinikalla

Alkuraskauden seulonta- ja rakenneultraäänitutkimukset tehdään Hämeenlinnan yksikön äitiyspoliklinikalla (Asetus 338/2011) sekä Riihimäen yksikössä. Mikäli sikiöseulonnan UÄ-käyntiin ei liity lääkärin vastaanottoa, odottaja varaa omatoomisesti seulonta-ajan molempiin seulontayksiköihin samasta ajanvarausnumerosta (puh 03–629 2103 ma-pe klo 8–14).

Hämeenlinnan yksikön äitiyspoliklinikan puhelinnumerot **VAIN** terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön ovat

- sihteerille **03 – 629 2182**
- kättilölle **03 – 629 3159**
- konsultoivalle synnytyslääkärille **0500 – 482040**.

1.2. Forssan sairaalan äitiyspoliklinikka

Forssan sairaalassa toimii äitiyspoliklinikka, jonne ko. sairaalan piiriin kuuluvien kuntien odottajat voidaan lähettää suoraan seuraavilla indikaatioilla:

- lasketun ajan ylittyminen (h41)
- SF-mitan kasvu yli +2SD-käyrän (korkeintaan dieettihoitoinen GDM)
- ennenaikaiset supistukset

□

Muilla indikaatioilla lähete toivotaan kohdistettavan Kanta-Hämeen keskussairaalan äitiyspoliklinikalle äitiysneuvolaohjeiden mukaisesti.

1.3. Läheteeseen kirjattavat tiedot

Äitiyspoliklinikalle tehtävästä läheteestä toivotaan löytyvän seuraavat tiedot:

- Synnyttäjän ikä, graviditeetti ja pariteetti (G,P)
- Pitkäaikaissairaudet ja lääkitykset
- Allergiat
- Aiemmin tehdyt leikkaukset
 - ensisijaisesti vatsan alueen leikkaukset, kohtutoimenpiteet (kaavinnat) ja kohdunkaulan toimenpiteet (loop-konisaatiot)
- Synnyttäjän pituus ja BMI ennen raskautta
- Synnyttäjän veriryhmä ja sikiön veriryhmä, jos tutkittu
 - anti-D-profylaksiat, jos annettu
- Aiempien raskauksien ja synnytyksien ajankohta ja kulku, millä raskausviikoilla synnyttänyt, vastasyntyneiden syntymäpaino
- Tupakointi kyllä/ei
- Maahanmuuttajilla tarpeen mukaan
 - Ympärileikattu kyllä/ei
 - TBC-seulonnan tulos (ks. 5.3)
 - tulkin tarve kirjattava myös riskitietoihin ja tarkistettava maksaja (mikä kieli?)
- Mikäli odottajalla erityisiä ongelmia (HAL-tausta, sosiaaliset ongelmat, lastensuojelun asiakkuus)
- Nykyraskaudesta:
 - Raskauden kesto läheteen tekohetkellä lähete (helpottaa vastaanottoajan ajankohdan suunnittelua)
 - Spontaanialkuinen/taustalla lapsettomuushoidot (mitä?)
 - Sikiöseulonnat (= 1. trimesterin seula ja rakenneseula)
 - jos osallistunut molempiin sikiöseulontoihin normaalein löydöksiin, läheteeseen maininta: sikiöseulonnat normaalit
 - OGTT-tulos/tulokset, jos tehty
 - jos OGTT-seulonta normaali, läheteeseen maininta OGTT-seula normaali
 - Raskauden kulku
 - jos ongelma esim. verenpaineiden suhteen, alkuraskauden RR-tason kirjaaminen läheteeseen suotavaa
 - tieto, onko ollut käyntejä äitiyspkl:lla, millä raskausviikoilla ja minkä vuoksi?
- Kysymyksen asettelu nykyongelmasta, selvitys synnyttäjän/sikiön kliinisestä voinnista (synnyttäjän poikkeavat oireet, kuten kutina), tarvittavista löydöksistä (laboratoriotulokset, verenpaine, SF-mitta jne.)

1.4. Synnyttäminen Kanta-Hämeessä

Hämeenlinnan, Riihimäen ja Forssan alueen **synnytykset on keskitetty Hämeenlinnaan**. Päivystysasetuksen mukaisesti synnytys-, lasten- sekä

□

anestesiaalääkäri ovat aina toimintavalmiudessa. Sairaalassa toimii vastasyntyneiden teho- ja tarkkailuosasto. Synnytykset raskausviikkoon 32 asti on keskitetty valtakunnallisen suosituksen mukaisesti yliopistosairaalaan.

Synnyttäjältä ei edellytetä yhteydenottoa sairaalaan ennen synnytyssaliin saapumista, mutta tarvittaessa neuvoja voi kysyä synnytyssalin numerosta 24/7 **03 – 629 2108**.

1.4.1. Synnytysvalmennus

Kanta-Hämeen keskussairaalassa järjestetään ensisynnyttäjille synnytysvalmennusta lauantaisin. Valmennuskäynti kestää kaksi tuntia. Kerran kuukaudessa järjestetään ensisijaisesti uudelleensynnyttäjille suunnattuja tunnin kestäviä tutustumiskäyntejä synnytyssaleihin.

Ajanvaraus synnytysvalmennukseen ja tutustumiskäynteihin, sekä tarkemmat tiedot löytyvät internetin kautta khshp.fi → palvelut → synnytys → äitiyspoliklinikka. Nettisivuilta löytyy myös [Synnytysvalmennus](#) –video.

Riihimäen neuvoloiden järjestämään synnytysvalmennukseen kuuluu Kanta-Hämeen keskussairaalan synnytyssalin kättilön pitämä valmennusosio kuukausittain.

1.4.2 Kotisyntyminen

Ensisijaisena vaihtoehtona suositellaan aina sairaalasyntymistä. Kotisyntymistä suunnittelevasta odottajasta toivotaan lähetettäväksi äitiyspoliklinikalle, missä käydään läpi synnytykseen liittyviä riskejä ja pyritään yhteisymmärryksessä tekemään synnyttäjälle yksilöllinen sairaalasyntymissuunnitelma potilaan toiveita kunnioittaen. Esimerkiksi vesisyntyminen on Kanta-Hämeessä mahdollista.

2 SIKIÖSEULONNAT

2.1. Sikiöseulonnan periaatteet

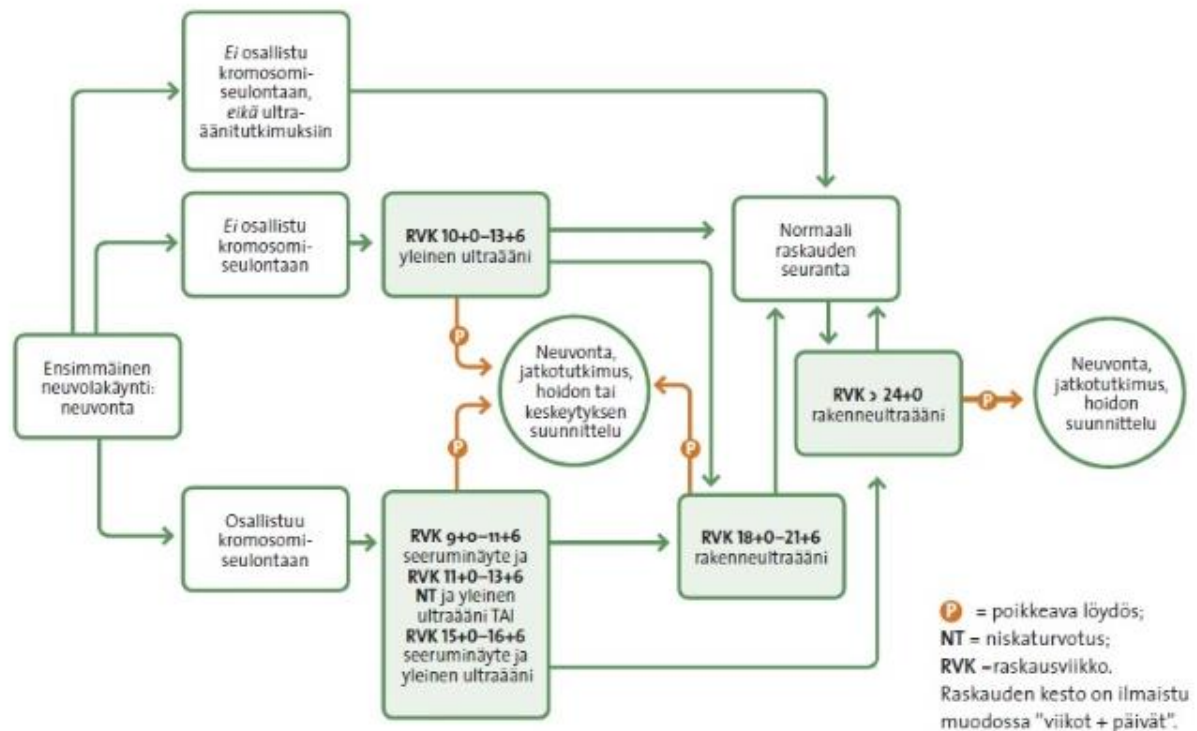
Suomen laissa on säädetty vuonna 2007 seulonta-asetuslaki (määritetty 1339/2006, päivitys 1339/2011), joka velvoittaa jokaisen kunnan järjestämään sikiöseulonnan.

Sikiöseulonnan tarkoitus on löytää mahdollisimman varhain oireettomia raskauksista sikiön kehityshäiriöitä tai rakennepoikkeavuuksia. Tavoitteena on parantaa sikiön ja lapsen hoitomahdollisuuksia ja vähentää sairastavuutta ja imeväiskuolleisuutta.

Sikiöseulontaan liittyvä neuvonta tapahtuu neuvolassa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksella on seulontoihin liittyvä opaskirjanen, jota suositellaan jaettavaksi kaikille ([Linkki: THL opaskirja](#)). Hyödyllistä tietoa sikiöseulonnoista on tarjolla myös HUS Naistalon nettisivuilla ([Linkki: HUS Naistalo](#)).

□

Sikiöseulontoihin osallistuminen on vapaaehtoista. Sikiöseulonnat löytävät 80–85 prosenttia sikiön kromosomipoikkeavuuksista sekä valtaosan merkittävistä sikiön rakennepoikkeavuuksista. Kaikkia sikiön kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksia tai sairauksia ei siis kuitenkaan voida raskausaikana löytää. Neuvonnan jälkeen perhe päättää, haluaako osallistua sikiöseulontaan ja perheelle sopiva hoitopolku valitaan seuraavan kaavakuvan vaihtoehdoista.



Kuva: Sikiöseulonnat – opas raskaana oleville. THL 2009.

2.2. Sikiöseulonnan vaihtoehdot

Terveydenhoitaja arvioi raskauden keston käytettävissä olevien tietojen perusteella (viimeisten kuukautisten alkamispäivä, kuukautiskierron pituus, kohdun koko jne.). Pelkkää raskauden keston määrittystä ei pääsääntöisesti tehdä äitiyspoliklinikalla. Mikäli raskauden kesto ei pystytä neuvolassa määrittämään riittävällä tarkkuudella, voidaan tehdä lähete äitiyspoliklinikan arvioon.

2.2.1. Varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus

Seulonta-asetuksen mukaan kaikille raskaana oleville tulee tarjota varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus raskausviikoilla 10+0 – 13+6. Kanta-Hämeen keskussairaalassa varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus pyritään tekemään h12+0 – 13+6 paremman näkyvyyden takaamiseksi.

Varhaisraskauden yleisessä UÄ-tutkimuksessa tarkistetaan sikiöiden lukumäärä, elossa olo, perusrakenteet ja varmistetaan raskauden kesto. Niskaturvotusta ei mitata.



2.2.2. Varhaisraskauden yhdistelmäseulonta

Kromosomipoikkeavuuksia etsitään ensisijaisesti varhaisraskauden yhdistelmäseulonnalla. Yhdistelmäseulonnassa varhainen seerumiseulatutkimus otetaan ennen ultraäänitutkimusta raskausviikoilla **9+0 – 11+6**. Paras ajankohta käydä laboratoriossa on kuitenkin silloin, kun 10 raskausviikkoa on täynnä. Varhaisessa seerumiseulatutkimuksessa määritetään seerumin vapaan PAPP-A:n ja vapaan hCG-betan pitoisuudet. Seulontaan kuuluva varhaisraskauden yleinen ultraäänitutkimus sekä niskaturvotusmittaus pyritään Kanta-Hämeessä tekemään raskausviikoilla **12+0–13+6**. Yhdistämällä seerumiseulatulokset, niskaturvotus, äidin ikä, paino, tupakointi sekä mahdolliset aiemmat trisomiat voidaan väestöstä seuloa noin 5 % odottajista, joiden joukossa on yli 80 % 21-trisomiatapauksista. Seulontatulokset on ”positiivinen” ja merkitsee kohonnutta 21-trisomian riskiä, kun riskisuhde on $\geq 1:250$ (1:1–1:250).

Varhaisraskauden yhdistelmäseula

- **Neuvolan terveydenhoitaja**
 - antaa yleisen neuvonnan varhaisraskauden yhdistelmäseulonnasta korostaen sen vapaaehtoisuutta sekä informoi odottajaa
 - ❖ Mitä sikiöseulonta tarkoittaa? Miksi seulontoja tehdään? Mitä seulonnalla on mahdollista löytää ja mitä ei?
 - huolehtii, että Lifecaren äitiyspolulta löytyvät tarvittavat tiedot riskiluvun laskemista varten (viimeisten kuukautisten alkamispäivä, paino, etnisyys, tupakointi, insuliinihoito, aiemmat trisomiat)
 - tekee verikoepyynnön omaan laboratorioon (**tutkimusnumero 9648**)
- **Verinäyte**
 - odottaja varaa itse näytteenottoajan laboratoriosta
 - otetaan raskausviikolla 9+0–11+6, näytteenotto tulisi pyrkiä ajoittamaan viikoille **10–10+6**, näin voimme välttää osan liian aikaisin tai myöhään otetuista näytteistä. Verikokeen ja ultraäänitutkimuksen väliin on hyvä jäädä kuitenkin **VÄHINTÄÄN** viikko, jotta vastaukset ovat käytettävissä ultraäänitutkimuksen yhteydessä.
 - verinäytevastaus kirjataan Forssan seudun neuvoloissa terveydenhoitajan toimesta Lifecare NEUVO-lehdelle. Samoin toimitaan niiden odottajien kohdalla, joilla on kieltoja tietojen luovuttamisesta.
- **Äitiyspoliklinikan ultraäänitutkimus**
 - pyritään tekemään raskausviikolla 12+0–13+6.
 - Jos ultraäänitutkimuskäyntiin ei liity lääkärin vastaanottoa, **odottaja varaa itse ajan äitiyspoliklinikalta puhelinnumerosta 03 – 629 2103 ma–pe klo 8–14**
 - Jos asiointi puhelimitse ei odottajalta kielivaikeuksien vuoksi onnistu, toivotaan ajanvarausta tehtäväksi neuvolasta käsin.
 - Jos seulontaultraäänitutkimuksen yhteydessä tarvitaan lääkärin vastaanottoa (ks. 4), neuvolan terveydenhoitaja tekee lähetteen äitiyspoliklinikalle. Tällöin odottajalle ilmoitetaan sekä ultraäänitutkimus- että lääkärin vastaanottoaika, eikä odottaja itse tee ajanvarausta.



- **Riskisuhde** lasketaan seulontatutkimuksen yhteydessä ja seulontaposiitiivisille (riskisuhde $\geq 1:250$) annetaan äitiyspoliklinikassa neuvonta ja tarjotaan jatkotutkimuksia.

2.2.3. Jos varhaisraskauden yhdistelmäseulan ajankohta on ohittunut

Jos ensimmäisellä neuvolakäynnillä raskauden kesto on pidemmällä kuin h11+6, tehdään lähete Äitiyspoliklinikalle. Äitiyspoliklinikalla odottaja saa neuvonnan seulontavaihtoehdoista keskiraskaudessa.

2.2.4. Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien selvittämiseksi

Merkittäviä sikiön epämuodostumia esiintyy arviolta 1,5–3% raskauksista. Näistä valtaosa pystytään löytämään raskauden aikaisilla seulontatutkimuksilla.

Ultraäänitutkimus vaikeiden rakennepoikkeavuuksien toteamiseksi tehdään kättilön vastaanotolla raskausviikolla 18+0–21+6 (yleisimmin h19+0–20+6) tai raskausviikon 24 jälkeen, jos pariskunta ei halua raskaudenkeskeytysmahdollisuutta. Samalla varmistetaan oikea raskauden kesto (ellei sitä ole tehty jo aiemmin), määritetään istukan sijainti, lapsiveden määrä sekä lapsen varhainen kasvu.

Raskausviikoilla 18+0–21+6 (keskimäärin h19+0–h20+6) suoritettavan rakenneultraäänitutkimuksen ensisijainen tavoite on tunnistaa sikiön vaikeat rakennepoikkeavuudet niin, että mahdolliset sikiön jatkotutkimukset ehditään suorittaa ennen kuin raskaus on kestänyt 24+0 viikkoa. Tällöin raskaana olevalla on niin halutessaan mahdollisuus saada raskaudenkeskeytys sikiön vaikean rakennepoikkeavuuden perusteella.

Raskausviikon 24+0 jälkeen tapahtuvan rakenneultraäänitutkimuksen tavoitteena on tunnistaa sellaiset sikiön rakennepoikkeavuudet, joiden kohdalla syntyvän lapsen ennustetta voidaan mahdollisesti parantaa ohjaamalla raskauden seuranta ja synnytys hyvin varustettuun sairaalaan. Synnytyksen ajankohta ja synnytyspaikka voidaan suunnitella tarkoituksenmukaisesti, esimerkiksi ottaen huomioon lastenkirurgiset hoitokeinot.

Äitiyspoliklinikalla perinatologin vastaanotolle rakenneseulontaan ohjataan ne odottajat, joilla on aiemmassa raskaudessa ollut sikiön synnynnäinen anomalia, geneettinen tai kromosomipoikkeavuus tai sikiöanomaliaa epäillään nykyisessä raskaudessa. Perinatologin rakenneseulonnassa käyvät myös tyypin 1 ja 2 diabeetikot, monokoriaaliset geminit sekä sellaiset odottajat, joilla alkuraskauden yhdistelmäseulonnan tulos on poikkeava tai niskaturvotus ollut siinä suurentunut. Jos raskauteen liittyy teratogeenialtistus, rakenneseulonta tehdään myös tuolloin perinatologin vastaanotolla. Lääkärin tekemästä laajennetusta rakenneultraäänitutkimuksesta peritään poliklinikkamaksu.



2.2.5. Jatkotutkimukset

Mikäli varhaisraskauden yhdistelmäseulonnan perusteella saatu kromosomipoikkeavuusriski on korkea tai sikiöltä löytyy rakennepoikkeavuuksia, tarjotaan raskaana olevalle neuvonnan lisäksi jatkotutkimuksia. Jatkotutkimuksina voidaan tehdä odottajan verinäytteestä tehtävä NIPT-tutkimus tai kajoava eli invasiivinen tutkimus istukasta/lapsivedestä. Istukkanäytetutkimukset tehdään Tampereen Yliopistollisessa sairaalassa, kun taas lapsivesinäytteet voidaan ottaa KHKS:n Äitiyspoliklinikalla. Invasiivisiin jatkotutkimuksiin liittyy pieni, 0,5–1%:n keskenmenoriski. Myös kaikki jatkotutkimukset ovat vapaaehtoisia.

2.3. Seulontaultraäänitutkimukseen vaikuttavia tekijöitä

Raskauden aikana ultraäänitutkimus tehdään joko vatsanpeitteiden päältä tai emättimen kautta. Joskus joudutaan käyttämään molempia tapoja parhaan mahdollisen näkyvyyden saamiseksi.

Varhaisraskaudessa tutkimus tehdään lähes aina emättimen kautta, mutta jo ensimmäisen seulontatutkimuksen yhteydessä sikiö on useimmiten tarkasteltavissa vatsanpeitteiden päältä. Alkuraskaudessa kohdun asento ja virtsarakon täyttöaste vaikuttavat näkyvyyteen. Myös sikiön asento voi joskus hankaloittaa tutkimuksen tekemistä. Jos kohdussa on kaksi tai useampi sikiö, ultraäänitutkimus vaatii enemmän aikaa ja on usein haasteellisempää.

Ylipaino ja lihavuus heikentävät ultraäänitutkimuksen näkyvyyttä, sillä ultraääniaalto läpäisee huonommin rasvakudosta. Mitä kauempana katsottava kohde on, sen huonompi on näkyvyys. Runsas rasvakerros vaikeuttaa myös itse tutkimuksen tekemistä ja heikentää ultraäänen luotettavuutta. Napakorut saattavat aiheuttaa katvealueita ja vaurioittaa ultraäänianturia minkä vuoksi korut tulisi poistaa ennen tutkimusta.

3 RASKAUDEN SUUNNITTELUVAIHEESSA

3.1. Foolihappolisä

Foolihapon puute lisää sikiön hermostoputken sulkeutumishäiriöitä (neural tube defect = NTD), minkä vuoksi kaikille raskautta suunnitteleville ja raskaana oleville suositellaan 0,4 mg/vrk foolihappolisää kahden kuukauden ajan ennen hedelmöitymistä, 12 ensimmäisen raskausviikon aikana sekä imetyksen aikana.

Kohtalainen NTD-riski on tyypin 1 ja 2 diabeetikoilla, epilepsiaa tai suolistotulehdusta sairastavilla, lihavuusleikatuilla naisilla, keliaakikoilla, runsaasti tupakoivilla ja alkoholia käyttävillä sekä niillä naisilla, joiden painoindeksi (BMI) on yli 35 tai käytössä on hyvin yksipuolinen ruokavalio. Tällöin suositellaan foolihappolisäksi 1 mg/vrk ennen raskautta ja ensimmäisten 12 raskausviikon ajan. Lihavuusleikatuilla foolihapposubstituution annos säilyy samana läpi raskauden ja myös imetysaikana.

□

Suuri NTD-riski on vanhemmilla, joilla on ollut aiemmin (yhteinen tai aiemman puolison kanssa) NTD-lapsi tai –sikiö tai äidillä tai isällä on itsellään ollut NTD. Tällöin suositellaan foolihapposubstituutiota korotetulla annoksella, 5 mg/vrk (esim eRec Acid Folic 5 mg tabl N:o C) vähintään kaksi kuukautta ennen suunniteltua raskautta ja ensimmäisten 12 raskausviikon ajan.

3.2. Lähetedikaatiot raskauden suunnitteluvaiheessa

3.2.1. Odottajan pitkäaikaissairaudet

Naisen pitkäaikaissairaudet tulee hoitaa mahdollisimman hyvään tasapainoon jo ennen raskautta. Lääkitykset tulee tarvittaessa vaihtaa raskaudelle turvallisiksi ([Linkki: gravbase/lactbase](#)).

Lähete voi toimia konsultaationa, jolloin kyseisen erikoisalan lääkäri arvioi, riittääkö kirjallinen ohjeistus vai kutsutaanko potilas poliklinikalle käymään. Lääkärin lähete tai konsultaatio äitiyspoliklinikalle ja/tai muun erikoisalan poliklinikalle on suositeltava jo raskauden suunnitteluvaiheessa, jos potilaalla on:

- insuliinihoitoinen diabetes: (äitiyspkl +) sisätautien pkl
- lääkehoitoinen epilepsia: neurologian pkl
- SLE: äitiyspkl + sisätautien pkl
- synnynnäinen tai hankittu sydänsairaus: kardiologin konsultaatio
- vakava tromboembolinen sairaus: hematologin konsultaatio
- HIV: infektio­lääkärin konsultaatio

- suvun vakava perinnöllinen sairaus: mikäli perhe tarvitsee perinnöllisyysneuvontaa, lääkärin lähete TAYS:n perinnöllisyyspoliklinikalle

3.2.2. Toistuvat keskenmenot

Jos potilaalla on ollut kolme tai useampia alkuraskauden keskenmenoja tai kaksi keskenmenoa, joista toinen ajoittunut toiselle raskauskolmannekselle, eikä taustoja ole vielä tutkittu, tehdään lääkärin lähete gynekologian poliklinikalle.

4 RASKAUDEN ALUSSA

4.1. Odottajan pitkäaikaissairaudet

Diabetes

Tyypin 1 ja 2 diabetespotilaat olisi lähetettävä mahdollisimman varhain äitiyspoliklinikalle + sisätautilääkärille. Huolellinen verensokeriseuranta olisi aloitettava heti raskauden tultua ilmi. Korotettu foolihapposubstituutio (ks. 3.1.) on aloitettava jo raskauden suunnitteluvaiheessa, viimeistään heti raskauden tultua ilmi.



Epilepsia

Lähete toimitetaan äitiyspoliklinikalle heti kun raskaus on todettu. Oireettomia potilaita, joiden lääkitys on lopetettu, ei tarvitse lähettää. Epilepsialääkkeitä käyttäville tulisi aloittaa avohoidossa korotettu foolihapposubstituutio (ks. 3.1.), mikäli sitä ei ole aloitettu jo raskauden suunnitteluvaiheessa. Epileptikot jatkavat yleensä oman neurologisen hoitopaikkansa kontrolleissa raskauden aikana.

Kehkosairaudet (esim. astma) ja allergiat

Astmapotilaiden akuutit tilanteet hoidetaan astman yleisten hoitoperiaatteiden mukaisesti. Kaikki inhaloitavat astmalääkkeet ovat raskaudenkin aikana sallittuja. Astman hoitotasapainoa seurataan mittaamalla uloshengityksen huippuarvoja (PEF).

- Lähete keuhkolääkärille, jos hoitotasapaino on huono tai jos käytössä on leukotrieenisalpaaja.

Uniapneapotilaat ohjataan keuhkolääkärin arvioon ja lähetetään äitiyspoliklinikalle.

Allergiat hoidetaan avohoidossa. Lähete on perusteltu vain, jos on kyse sellaisesta lääkeallergiasta, jolla on merkitystä synnytyksen hoidossa.

Kilpirauhassairaudet

Hypotyreoosi

- Tyroksiinin tarve suurenee heti alkuraskaudessa, minkä takia tyroksiiniannosta lisätään 25 µg/vrk:ssa heti, kun hypotyreoosipotilaan raskaus on tiedossa.
- S-TSH kontrolloidaan neuvolassa 4–6 viikon välein ad h20, tämän jälkeen harvempi seuranta riittää, esim kertaalleen h30.
- Jos T4-v on viiterajoissa, mutta TSH yli viiterajan, nostetaan tyroksiiniannosta 50µg/vrk 4 viikon välein, kunnes TSH on viitealueella. S-TSH:n tavoite < 2,5 mU/l.
- Neuvola lähettää vain ongelmatapaukset (jolloin yleensä tarvitaan sisätautilääkärin konsultaatiota). Raskauden aikana todetusta hypotyreoosista toivotaan lähetettä äitiyspoliklinikalle.
- Heti synnytyksen jälkeen palataan raskautta edeltäneeseen tyroksiiniannokseen. TSH ja T4-v kontrolloidaan synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä.

Hypertyreoosi

- Heti alkuraskaudessa määritetään TSH, T4-v, TSHRab ja konsultoidaan sisätautilääkärinä, joka määrää hoidon. Lisäksi lähete äitiyspoliklinikalle raskauden seuranta varten.
- Potilaat, joilla TSHRab on koholla, syke seurannat neuvolassa h20 alkaen kuukauden välein ja jos sikiön syketaajuus > 160–170/min → lähete äitiyspoliklinikalle.

Laihdutusleikatut potilaat

Jos potilaalle on tehty aiemmin laihdutusleikkaus, potilas lähetetään äitiyspoliklinikalle. Laihdutusleikatuille potilaille tulee aloittaa korotettu foolihapposubstituutio (ks. 3.1). Sokerirasiitusta ei tehdä, vaan



raskausdiabeteksen toteamiseksi tehdään verensokeriseurantaa h24–28. Laihdutusleikatulla odottajalla tulisi heti alkuraskaudessa täydentää monipuolista ruokavaliota rutiininomaisilla vitamiini- ja kivennäisainelaisilla (ks. naistalo.fi).

Munuaissairaudet

Lähete äitiyspoliklinikalle ASA-profylaksian aloittamista varten (ks. 4.5). Lisäksi nefrologin konsultaatio tarvittaessa.

Neurologiset sairaudet

Migreenipotilaita tai oireettomia MS-tautipotilaita ei tarvitse lähettää äitiyspoliklinikalle. MS-taudin lääkitys voi olla aihe äitiyspoliklinikan seurannalle. Seurannan tarpeesta harvinaisempien neurologisten sairauksien kohdalla kannattaa konsultoida tilanteen mukaan neurologia ja/tai synnytyslääkärää.

Psyykkiset sairaudet

Pääsääntöisesti psyykkisten sairauksien seuranta ja lääkityksen sopivuus arvioidaan aiemmassa hoitopaikassa sekä neuvolassa. Lähettämistä äitiyspoliklinikalle suositellaan, jos raskaana olevalla on käytössään runsas psykelääkitys, hoitotasapaino on huono tai esiintyy huolestuttavia psykososiaalisia ongelmia. SSRI-lääkkeiden vähentämistä/lopettamista arvioidaan yksilöllisesti odottajan psyykkisen voinnin mukaan.

Reuma ja muut sidekudossairaudet

Oireetonta tai lievaoireista nivelreumaa sairastavan raskautta seurataan neuvolassa. Neuvolassa tulee huomioida potilaan mahdollisen lääkityksen vaikutukset raskauteen. Äitiyspoliklinikalle lähetetään vaikeaoireiset nivelreumaa sairastavat ja potilaat, joilla on sidekudossairaus (SLE, MCTD, Sjögrenin syndrooma) tai synnyttäjällä on todettu positiiviset fosfolipidivasta-aineet tai liukoiset tumavasta-aineet, kuten SSA- tai SSB-vasta-aineet.

Suolistosairaudet

Colitis ulcerosa, Crohnin tauti

- lähetetään äitiyspoliklinikalle vain, jos oireita, anemia, usean lääkkeen yhdistelmähoito tai tehty laaja leikkaus.

Sydänsairaudet

Raskaana olevat potilaat, joilla on synnynnäinen sydänvika tai sydänsairaus, tulee lähettää äitiyspoliklinikalle ja kardiologin arvioon. Hyvänlaatuisiksi tulkitut rytmihäiriöt ja lisäläyönnit eivät vaadi äitiyspoliklinikan seurantaa.

Syöpätaudit

Jos potilaalla on aiemmin hoidettu syöpä tai raskauden aikana aktiivinen syöpätauti, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

Tromboemboliset taudit

Mikäli odottajalla on raskausaikana käytössä pienimolekyylarinen hepariini, lähetetään potilas äitiyspoliklinikalle viimeistään synnytyksen suunnittelua varten. Raskauden aikana Marevan-hoito on vasta-aiheinen.

□

Hoito-annoksella pienimolekyylarista hepariinia käytetään raskauden aikana, jos potilaalla on tuore raskauden aikainen trombi, keinoläppä, pysyvä Marevan-hoito ennen raskautta tai tuore, vakava fosfolipidivastaa-ainesyndrooma. Nämä potilaat lähetetään mielellään jo raskauden suunnitteluvaiheessa äitiyspoliklinikalle.

Trombiprofylaksian tarpeeseen vaikuttaa potilaan hyytymishäiriön tyyppi ja sukuanamneesi. Trombiprofylaksia aloitetaan neuvolassa.

Raskaudenaikaisen trombiprofylaksian indikaatiot:

- Aikaisempi syvä laskimotukos/keuhkoembolia, sinus tai portatromboosi liittyen väistyneeseen riskitekijään (esim. operaatio/immobilisaatio), aiempi pinnallinen > 5 cm tromboflebiitti:
 - Aloitus synnytystä seuraavana päivänä jatkuen ad 6 viikkoa. Hoitoannos alkuraskauden painon mukaan. Mahdollisesti aikaisemmin (loppuraskaudessa), jos muitakin riskitekijöitä.
- Idiopaattinen aikaisempi syvä laskimotukos tai keuhkoembolia, joka on liittynyt raskauteen, trombofiliaan tai estrogeenihoitoon (yhdistelmäehkäisyvalmisteet):
 - Aloitus yleensä 1. trimesterissä jatkuen ad 6 vkoa postpartum
 - Harkinnanvaraisesti aloitus myöhemmin (pyrittävä arvioimaan absoluuttista tulppariskiä)
- Oireeton trombofilia heterotsygoottisena: perinnöllinen (F V tai F II mutaatio, proteiini S- tai C-puutos) tai hankittu trombofilia (merkittävä fosfolipidivasta-ainepositiivisuus) ilman raskauskomplikaatioita tai tukosanamneesia:
 - Positiivinen sukuanamneesi (jollakin 1. asteen sukulaisella (vanhemmat, sisarukset tai lapset) on ollut tukos) → Aloitus postpartum jatkaen ad 6 viikkoa
 - Ei sukuanamneesia → trombiprofylaksia ei välttämätön edes lapsivuodeaikana.
- Oireeton homotsygootti tai kombinoitu trombofilia:
 - Lähetetään arvioon äitiyspoliklinikalle

Trombiprofylaksian toteutus pienimolekyylarisella hepariinilla:

Potilaan paino	enoksapariini	daltepariini
< 50 kg	20 mg x 1	2500 IU x 1
50–90 kg	40 mg x 1	5000 IU x 1
90–130 kg	60 mg x 1	7500 IU x 1
> 130kg	80 mg x 1	10 000 IU x 1

Tai tintsapariini 4500 IU x 1 painosta riippumatta

Raskauden aikana todettavan pinnallisen laskimotulehduksen hoidoksi aloitetaan pienimolekyylarinen hepariini korotetulla profylaksia-annoksella (50% hoitoannoksesta) 6 viikon ajaksi, minkä jälkeen jatketaan normaalilla profylaksia-annoksella loppuraskauden ajan ja 6 viikkoa synnytyksen jälkeen. Syvän laskimotukoksen mahdollisuus tulee poissulkea.



Päivitetty 4.10.22/TVK

Verenpainetauti

Neuvolassa selvitetään soveltuvatko potilaan lääkkeet raskauden aikana käytettäväksi. Neuvolasta voidaan puhelimitse konsultoida sisätauti- tai synnytyslääkärinä. Lähetä äitiyspoliklinikalle ASA-profylaksian aloittamista (ks. 4.5) ja raskauden seurantaan varten.

Verenvuototaudit

Potilaat, joilla esiintyy poikkeavaa verenvuototaipumusta, mm. von Willebrandin tauti tai trombosytopenia, lähetetään äitiyspoliklinikalle.

4.2. Suvun perinnölliset sairaudet

Suurimmasta osasta tiedossa olevista perinnöllisistä geenivirheistä voidaan nykyisin tehdä sikiödiagnostiikkaa. Erityisesti tulee ottaa huomioon sikiön ja vastasyntyneen verenvuotoalttiutta lisäävät periytyvät sairaudet, kuten hemofiliat ja von Willebrandin tauti. Neuvolasta tehdään lähete/konsultaatio äitiyspoliklinikalle.

4.3. Aiempi komplisoitunut raskaus

Äitiyspoliklinikalle lähetetään ne äidit jo heti raskauden alussa, joilla aiemmassa raskaudessa on ollut ongelmia alkua- tai keskiraskaudessa. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi vaikea varhainen kasvuhidastuma, vaikea tai varhainen pre-eklampsia, keskiraskauden keskenmeno tai hyvin ennenaikainen synnytys tai fetus mortuus. Aiemman raskauden ongelmat voivat olla aihe ASA-profylaksialle (ks. 4.5.).

4.4. Huumausaineiden, alkoholin ja lääkkeiden (= HAL) väärinkäyttäjät

Neuvolan ensikäynnillä (ja/tai tarvittaessa myöhemmin raskauden aikana) otetaan puheeksi odottajan päihteidenkäyttö kysymällä mahdollisista päihteistä/päihdetaustasta sekä tehdään alkoholinkäyttöä kartoittava AUDIT-testi. Odottaja lähetetään äitiyspoliklinikalle HAL-poliklinikan seurantarpeen arvioon, jos neuvolassa käy ilmi huumausaineiden käyttöä, lääkkeiden väärinkäyttöä ja/tai AUDIT-pisteiden ollessa ≥ 8 . Jos epäily päihteiden käytöstä syntyy myöhemmin raskauden aikana, lähetetään odottaja äitiyspoliklinikalle asian tullessa esiin.

Neuvolassa otetaan seulontanäytteet (veriryhmä, HIV, kuppa sekä HBsAg) tavalliseen tapaan ja tarvittaessa tutkitaan C-hepatiitti (ks 5.1.12). Muita näytteitä otetaan HAL-poliklinikalla tilanteen mukaan. Odottajan päihteitä käyttävältä kumppanilta seulotaan myös HBsAg vastasyntyneen rokotusten ohjelmoimiseksi.

HAL-poliklinikka seuraa odottajia normaalien neuvolakäyntien lisäksi odottajan henkilökohtaisen hoitosuunnitelman mukaisesti. Seuranta toteutetaan yhteistyössä neuvolan, sosiaalitoimen ja muiden tarvittavien tahojen kanssa. HAL-poliklinikan ensikäynnillä tehdään arvio yhdessä odottajan kanssa HAL-seurannan tarpeesta. HAL-seuranta on vapaaehtoista. Kun odottaja lähetetään HAL-poliklinikan arvioon, on

□

neuvolan informoitava lähettämistä ja lähetteen syystä asianmukaisesti odottajaa.

Asianmukainen lääkkeidenkäyttö sairauden hoidon vuoksi EI ole lähettämiskriteerit HAL-poliklinikalle. Tarvittaessa lääkityksen vuoksi asiassa voi konsultoida äitiyspoliklinikkaa tai odottajan voi lähettää tavanomaisten lähettämiskäytäntöjen mukaan äitiyspoliklinikalle. Psykkiset / sosiaaliset ongelmat ilman pähteidenkäyttöä EI ole lähettämiskriteerit HAL-poliklinikalle.

Runsas tupakointi hidastaa sikiön kasvua. Tupakoitsijoita ei yleensä tarvitse lähettää äitiyspoliklinikalle, vaan tupakoinnin vähentämiseen tähtäävä neuvonta tulisi hoitaa neuvolassa. Lyhytvaikutteisia nikotiinikorvaustuotteita voidaan käyttää raskauden aikana.

4.5. ASA-profylaksia

Pre-eklampsia voidaan karkeasti jakaa varhaiseen (<h34) ja myöhäiseen (≥h34). Varhaisen pre-eklampsian taustalla on usein istukan toimintahäiriö, joka on seurausta istukan varhaiskehityksen häiriöstä. Pre-eklampsia verenkierroon vapautuu välittäjäaineita, joiden toimintaan elimistössä aspiriini vaikuttaa ja näin ehkäisee pre-eklampsian kehittymistä. Riskiryhmille aloitetaan neuvolassa ASA-hoito (esimerkiksi Primaspan®) 100mg x 1 per os iltaisin h12–16 jatkuen ad h36. Niistä uudelleensynnyttäjistä, joilla ollut vaikea sikiön kasvuhidastuma tai varhainen pre-eklampsia (< h34) pyydetään lähetettävä äitiyspoliklinikan seurannan järjestämistä varten.

Taulukko: ASA-profylaksia 100mg/vrk iltaisin suositellaan raskausviikosta h12+0 (–h16+0) alkaen jatkuen h36+0 asti niille raskaana oleville, joilla seuraavat riskitekijäkriteerit täyttyvät:

Yksikin seuraavista kriteereistä täyttyy:

Odottajan

- krooninen verenpainetauti
- SLE tai fosfolipidivasta-aineet positiiviset
- krooninen munuaissairaus
- tyypin 1 tai 2 diabetes

Aiempaan raskauteen liittyvät riskitekijät

- pre-eklampsia
- istukan vajaatoiminnan aiheuttama sikiön kasvuhäiriö (todettu poikkeavalla napavaltimo- tai kohtuvaltimovirtauksella tai PAD:ssä istukan vaikeat iskeemiset muutokset)
- istukkaperäinen sikiön kohtukuolema (istukassa vaikeat iskeemiset muutokset)

Vähintään kaksi seuraavista kriteereistä täyttyy:

- ensisynnyttäjäisyys
- ≥ 40 vuoden ikä
- BMI > 30 kg/m²
- sukuhistoria (äidillä tai sisarella pre-eklampsia)

□

- keinoalkuinen raskaus luovutetulla munasolulla
- raskauksien väli > 10 vuotta
- monisikiöraskaus
- ensimmäisen raskauskolmanneksen yhdistelmäseulonnessa PAPP-A MoM alle 0,4

ASA-profylaksian vasta-aiheet ovat:

- ASA-allergia tai sairastettu mahahaava
- verenvuodolle altistava sairaus
- vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta (glomerulussuodatus alle 30 ml/min)

Linkki: [#Potilasohje](#)

Päivitetty 4.10.22 TVK, MJ

4.6. Ympärileikatut odottajat

Infibulaation, faraonisen eli tyypin III ympärileikkauksen jälkeen lähetetään potilas jo alkuraskaudessa **naistentautien poliklinikalle** defibulaatioharkintaan. Tarvittaessa defibulaatio pyritään tekemään h16–20. Raskauden aikana defibulaatio ei yleensä ole tarpeen, mikäli virtsaputken suu on näkyvässä ja gynekologinen tutkimus onnistuu.

5 RASKAUDEN AIKANA

5.1. Odottajasta johtuvat syyt

5.1.1. Raskaushypertensio tai pre-eklampsia

Verenpaine (RR) tulisi mitata standardoidusti vähintään 15 min levon jälkeen istuen. Odottaja ohjataan äitiyspoliklinikalle, jos neuvolaseurannassa todetaan:

- RR toistuvasti > 140/90mmHg tai kertaalleen > 160/100mmHg.
- Toistuvasti peräkkäisissä mittauksissa systolisen paineen nousu > 30 mmHg tai diastolisen paineen nousu > 15 mmHg lähtöarvoista yhdistettynä muihin oireisiin tai löydöksiin.
- U-prot toistuvasti + tai kerran ++ ja virtsatieinfektio on poissuljettu
- Päivystyslähete tarvittaessa (ks. 6)

Jos potilas on hyvävointinen, eikä verenpaineen taso ylitä yo lähettämiskriteereitä, ohjelmoidaan tiheät neivolakontrollit (= verenpaineen mittaus 2–3 x/vko neivolassa tai mahdollisuuksien mukaan kotiseuranta).

- < h34 taudinkuva voi olla nopeasti etenevä ja aggressiivisempi → huolellinen potilasohjaus, tarvittaessa päivystykseen hakeutuminen (ks. 6)

Turvotus ja runsas painonnousu loppuraskaudessa ilman verenpaineen nousua ja proteinuriaa ovat vaarattomia ja fysiologisia muutoksia.



5.1.2. Raskausdiabetes

Raskausdiabeteksestä on julkaistu Käypä hoito-suositus ([Linkki: Käypä hoito -suositus](#)).

Pääsääntö on, että 2 h glukoosirasituskoetehdään kaikille paitsi matalan riskin odottajille h24–28

Seulonnan ulkopuolella ainoastaan:

- Alle 25-vuotias normaalipainoinen (BMI ≤ 25) ensisynnyttäjä tai
- Alle 40-vuotias normaalipainoinen (BMI ≤ 25) uudelleensynnyttäjä, jolla ei aiemmin makrosomia lapsia

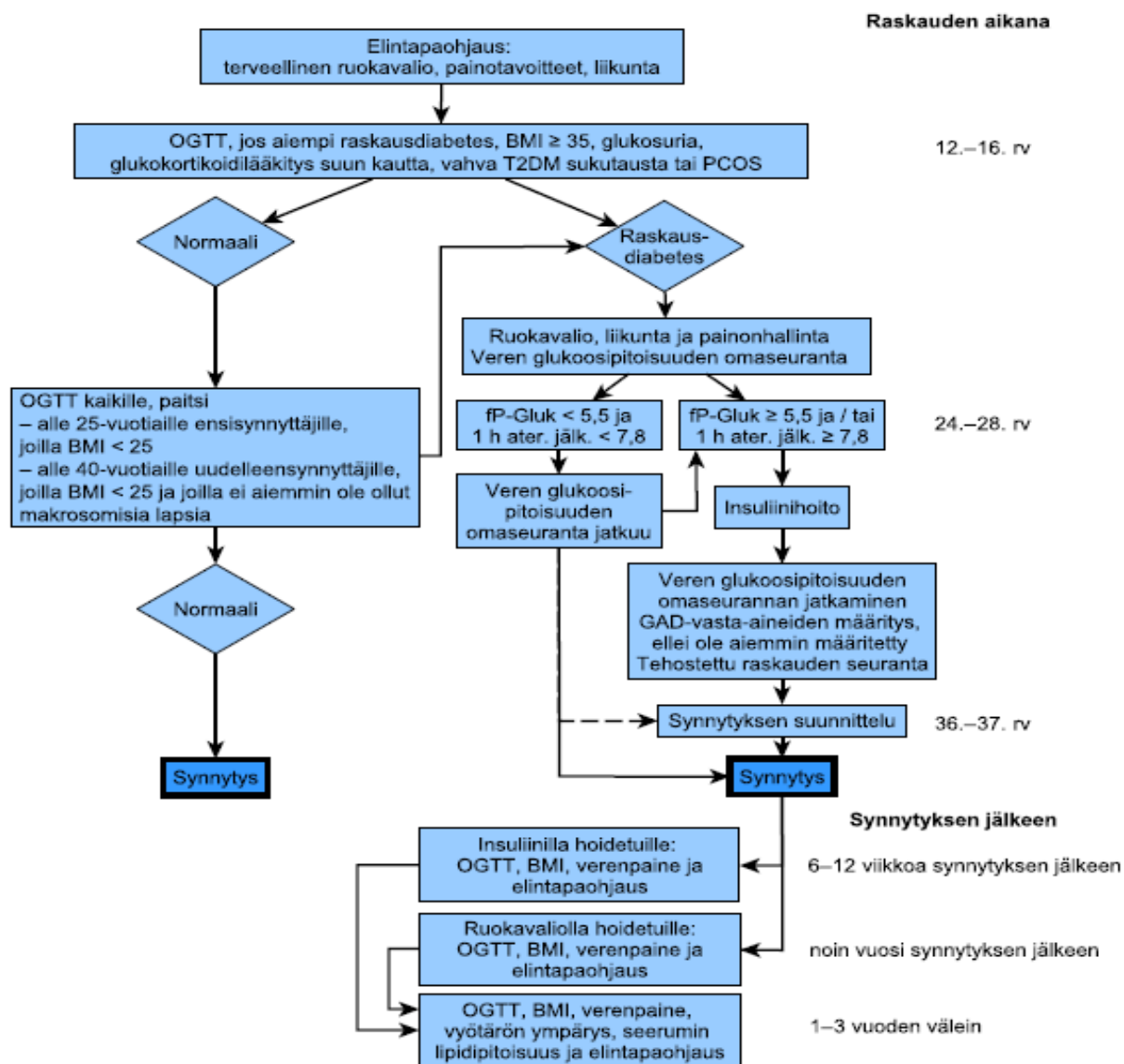
Rasitus tehdään jo h12–16, jos potilaalla on:

- Lähtö-BMI ≥ 35
- Gestaatiidiabetes aikaisemmassa raskaudessa
- PCOS (polykystiset munasarjat)
- Vahva tyyppi II diabeteksen sukurasitus (omalla vanhemmilla, isovanhemmilla tai sisaruksilla)
- Glukosuria
- Käytössä suun kautta kortikosteroidilääkitys

Raskausdiabetesdiagnoosi tehdään, jos yksi arvo kolmesta on raja-arvoinen tai poikkeava. Tällöin sokerirasitusta ei toisteta h24–28, vaan potilaalle annetaan ruokavalio- ja liikuntaohjaus sekä ohjataan verensokeriseurantaan läpi raskauden. Jos suuren riskin potilaalla glukoosirasitus on normaali alkuraskaudessa (h12–16), sokerirasituskoetehdään h24–28.

Kahden tunnin oraalisen sokerirasituksen raja-arvot (75 g glukoosia)

	Patologinen, jos vähintään (mmol/l):		
Aika	0 h	1 h	2 h
Laskimoverinäyte	≥ 5,3	≥ 10,0	≥ 8,6



Verensokerin kotiseuranta

Raskausdiabetesdiagnoosin jälkeen odottajalle opetetaan neuvolassa verensokerin oma- eli kotiseuranta.

Kotiseurannassa verensokeri mitataan kuuden päivän ajan (6–7 vsmittausta/vrk).

- Aamulla ennen aamupalaa (paastoarvo) + 1h aamupalan jälkeen
- 1h lounaan ja päivällisen jälkeen (tarvittaessa myös ennen pääaterioita)

Kotiseurannan aikana käytössä on diabetesruokavalio. Tarkka diabeetikon ruokavalio-ohjaus ja sallittu painonnousu raskausaikana (ks. Käypä hoito

□

suositus) käydään neuvolassa läpi kaikkien kanssa, joilla on yksikin poikkeava arvo sokerirasituskokeessa.

Tavoiteverensokerit (kapillaariplasma) ovat ennen ateriota < 5,5 mmol/l ja aterioiden jälkeen < 7,8 mmol/l.

Mikäli verensokerin kotiseurannassa on

- 0–1 poikkeavaa arvoa, riittää raskausdiabeteksen hoitoon ruokavaliohoito ja neuvolaseuranta. Sokeriseurantaa jatketaan yksilöllisesti läpi raskauden. Mikäli glukoosirasitus on poikkeava jo alkuraskaudessa ja kotiseuranta on normaali, tulee tiiviimpi (6 vrk:n mittainen) verensokerin kotiseuranta toistaa h26– 28.
- paastoglukoosi viikon aikana kahdesti tai useammin $\geq 5,5$ TAI aterianjälkeinen glukoosiarvo kahdesti tai useammin $\geq 7,8$, tehdään neuvolasta lähete äitiyspkl:lle. Läheteeseen liitetään tiedot verensokerin kotiseurannasta.

Raskauden seuranta

Dieettihoitoisen raskausdiabeetikon seuranta tapahtuu neuvolassa normaaliin tapaan. Mikäli dieettihoitoisella raskausdiabeetikolla todetaan runsas painonnousu, kookas SF-mitta tai odottajan verensokeriseuranta on puutteellinen, tehdään lähete äitiyspkl:lle h36–38 sikiön koon tarkastukseen ja synnytystapa-arvioon.

Lääkehoitoisia raskausdiabeetikoita seurataan äitiyspoliklinikalla.

Raskausdiabeetikon pitkäaikaisseuranta

Perusterveydenhuollossa ohjelmoidaan

- glukoosirasituskoe 6–12 viikkoa synnytyksen jälkeen, jos potilaalla oli metformiini- tai insuliinihoitoinen raskausdiabetes
- glukoosirasituskoe vuoden kuluttua, jos kyseessä oli dieettihoitoinen raskausdiabetes
- pitkäaikaisseuranta jatkuu 1–3 vuoden välein loppuelämän ajan (glukoosirasituskoe, BMI, RR, S-lipidit, vyötärön ympärysmittaus) Käypä hoito –suosituksen ohjeistuksen mukaisesti.

5.1.3. Raskaushepatoosi

Hepatogestoosin oireena ilmenee terveen ihon kutinaa erityisesti kämmenissä ja jalkapohjissa. Epäiltäessä hepatogestoosia otetaan odottajasta P-ALAT ja paastonäytteestä sappihapot. Kiireellinen lähete äitiyspoliklinikalle tehdään, jos jompikumpi arvoista on oireisella potilaalla koholla.

Voimakasoireiset potilaat tai jos sappihapot (paastoarvosta) > 30, lähetetään päivystyksenä (ks. 6).

□

Synnytyksen jälkitarkastuksen yhteydessä suositellaan kontrolloimaan maksa-arvot.

5.1.4. Anemia

Raskaana olevalla naisella hemoglobiini laskee hemodiluutiosta johtuen ja hemoglobiini on usein ei-raskaana olevien viitetason alapuolella. Raskausaikana raudantarve lisääntyy merkittävästi. Odottajan anemia määritellään seuraavasti: Hb < 105 keskiraskaudessa tai Hb < 110 alkuraskaudessa tai loppuraskaudessa. Yleisin syy mikrosytääriseen anemiaan (MCV ≤ 80) on raudanpuute. Muita syitä anemisoitumiselle ovat mm B12- tai foolihapon puute, odottajan pitkäaikaissairaudet, keliakia/suolistovuoto tai lähinnä maahanmuuttajilla esiintyvät perinnölliset hemoglobinopatit. Tarvittaessa muut anemian syyt selvitetään rautahoitoa edeltävästi, jos niitä on syytä epäillä.

Anemian oireena on tykyttely, hengästyminen sekä väsymys etenkin raskautukseen liittyen. Mikäli anemia on kehittynyt hitaasti, voi se olla lähes oireeton.

Raudanpuuteanemia voidaan todeta määrittämällä alkuraskaudessa PVK, ferritiini ja CRP. Ferritiiniarvo alle 30 tarkoittaa alentuneita rautavarastoja ja arvo ≤ 15 olemattomia rautavarastoja (kun CRP on normaali). Kaikilta raskaana olevilta mitataan Hb neuvolassa raskausviikoilla 8–12, 24–26 ja 36. Mikäli anemia todetaan, aloitetaan rautasubstituutio, koska useimmiten raskaana olevan potilaan anemia johtuu raudan puutteesta. Riskiryhmään kuuluvilta (ks. ao. luettelo) suositellaan alkuraskaudessa määritettäväksi PVK, CRP ja ferritiini. Mikäli rautasubstituutio aloitetaan alkuraskaudessa raudanpuutteisille (ferritiini alle 30), voidaan estää tilanteen kehittyminen anemiaksi.

Raskauden aikaisen anemian riskiryhmään kuuluvat odottajat:

- Aikaisempi anemia
- Monisyntyttäjä
- Edellisestä synnytyksestä < 1 vuosi
- Kasvissyöjä
- Voimakkaasta ja pitkäkestoisesta raskauspahoinvoinnista kärsivä
- Runsaista kuukautisista kärsivä
- Maahanmuuttaja
- IBD-potilas
- Huomattavan alipainoinen tai obeesi (BMI ≤ 18 tai ≥ 40)
- Tyypin I/II diabetes
- Tehty lihavuusleikkaus
- Tupakointi

Rautahoito toteutetaan pääsääntöisesti suun kautta. Rautasulfaattivalmisteella annostus on 100–200mg ensisijaisesti joka toinen päivä, sukromiaalisella rautavalmisteella 30–60mg päivittäin annosteltuna. C-vitamiinipitoinen juoma edistää raudan imeytymistä ja kalsiumia sisältävät tuotteet voivat estää raudan imeytymisen kokonaan.

□

Rautahoidon vaikutusta seurataan vähintään kuukauden ajan, Hb nousee noin 10 g/l kolmessa viikossa. Rautahoitoa kannattaa jatkaa läpi raskauden ja 2–3 kk postpartum. Hoitovasteen arvioinnissa ei käytetä ferritiiniä, koska se nousee hitaasti ja on loppuraskaudessa kaikilla fysiologisesti matala. Jos tehokkaasta rautahoidosta huolimatta potilaalla on edelleen anemia, suun kautta otettavaa hoitoa ei voida esim. lihavuusleikkauksen tai vaikeiden suolioireiden takia toteuttaa tai vaikea raudanpuuteanemia todetaan loppuraskaudessa, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle. Lähete äitiyspoliklinikalle tehdään myös kaikista raskaana olevista, jos epäillään muuta kuin raudanpuuteanemiaa tai jos Hb on < 80 tai loppuraskaudessa (h36) alle 100.

Päivitetty 22.2.2023 TVK

5.1.5. Raskaudenaikainen verenvuoto

Alkuraskauden toistuvat tai pitkittyvät verenvuodot ohjataan kiireellisellä läheteellä naistentautien poliklinikalle, mikäli raskauden paikan ja jatkuvuuden varmistaminen ultraäänellä ei onnistu avoterveydenhuollossa. Runsaasti vuotavat ja kivuliaat potilaat lähetetään päivystyksellisesti virka-aikana naistentautien poliklinikalle ja virka-ajan ulkopuolella yhteispäivystykseen. Samoin ne potilaat, joilla vuotoon liittyy epäily kohdunulkoisesta raskaudesta, lähetetään päivystyksellisesti yllä olevien ohjeiden mukaisesti.

Keski- ja loppukolmanneksen niukat tai kohtalaiset verenvuodot ohjataan kiireellisellä läheteellä äitiyspoliklinikalle. Runsaasti vuotavat potilaat tai muuten oireiset lähetetään tai ohjataan päivystyksellisesti (ks. 6).

Rh-negatiivisen odottajan kohdalla tulee tarvittaessa huolehtia anti-D-profylaksiasta (ks. 7).

5.1.6. Raskauspahoinvointi

Raskauspahoinvointia hoidetaan ensisijaisesti neuvolassa. Neuvolassa annetaan raskaana olevalle kotihoito-ohjeita, psyykkistä tukea, ohjataan lepohoito ja tarvittaessa kirjoitetaan sairauslomaa. Doksyylamiini-pyridoksiini-valmistetta (eRec) voidaan käyttää raskauspahoinvoinnin ja -oksentelun hoitoon, kun muut keinot eivät ole auttaneet. Myös pahoinvoinnin lääkehoitoa voidaan käyttää, jos tilanne ei parane kotihoito-ohjein. Raskaana oleville on hyvä aloittaa myös vatsansuojälääke, jos esiintyy pitkittyntä oksentelua. Voimakkaassa tai pitkittyvässä pahoinvoinnissa on hyvä tarkistaa odottajan kilpirauhasarvot. Merkittävä yleiskunnon lasku, laihtuminen ja kuivuminen ovat aiheita sairaalahoitoon. Tuolloin potilas lähetetään ensisijaisesti yhteispäivystykseen. Suonensisäistä nestehoitoa voi kertaluontoisesti toteuttaa myös omassa terveyskeskuksessa.

Päivitetty 22.12.22 TVK



5.1.7. Ennenaikaiset supistukset, kohdunkaulan kypsyminen, aiempi LOOP-konisaatio

Ennenaikaisen synnytyksen riskiä lisää aiempi ennenaikainen synnytys ja LOOP-toimenpide, näistä potilaista toivotaan lähetettä äitiyspoliklinikalle viimeistään keskiraskaudessa.

Poikkeavasti supistelevien odottajien ensisijainen tutkimus- ja seurantapaikka on oma neuvola. Infektioiden poissulkemiseksi otetaan klamydia- ja PLV-näytteet. Oireinen bakteerivaginoosi hoidetaan. Supistusten vuoksi ohjataan tarvittaessa lepohoito ja kirjoitetaan sairaslomaa. Cervix-kontrollit järjestetään neuvolassa 1–3 viikon välein. Jos kohdunsuulla ei tapahdu kypsymistä, ei supistuksiin liity ennenaikaisen synnytyksen uhkaa, eikä lepohoito ole tarpeen.

Odottaja lähetetään äitiyspoliklinikalle, jos ennenaikaiseen (< h34) supistusherkkyyteen liittyy kohdunsuun kypsyminen (cervix = pehmentynyt, lyhentynyt, avautunut, johtoviivassa ja eteen suuntautunut, tarjoutuva osa painaa) tai esiintyy muita ennenaikaisen synnytyksen oireita, kuten painontunne tai vereslimainen vuoto. Päivystyslähetteen indikaatiot: ks. 6.

5.1.8. Synnytystavan arviointi

Lähtökohtana kaikkien synnyttäjien kohdalla on tavanomainen alatiesynnytys. Sektiota suunnitellaan, jos alatiesynnytykselle ilmenee vasta-aiheita. Päätös mahdollisesta keisarileikkauksesta tehdään yleensä loppuraskaudessa. Potilaat lähetetään synnytystapa-arviioon raskausviikoilla 36–37, mikäli:

- epäillään
 - merkittävää sikiön makrosomiaa
 - sikiön perätarjontaa
 - odottajan lantion ahtautta
- edellinen synnytys
 - on tapahtunut sektiolla
 - on ollut komplisoitunut
 - sfinkterruptuura
 - hartiadystokia
 - lapsella Erbin pareesi
- odottajalla
 - taustalla myooman poisto- tai muu leikkaus, missä kohtu on avattu, eikä ole synnyttänyt sen jälkeen alateitse (jos toimenpide tehty muualla, toivotaan toimenpidekertomus lähetteen liitteeksi)
 - alle 18-vuotias ensisynnyttäjä
 - perussairaus tai lääkitys, joka vaikuttaa synnytykseen tai esimerkiksi selkäpuudutuksiin
 - lähtö-BMI on $\geq 45 \text{ kg/m}^2$

Arviot synnytystavasta ja –ajankohdasta tulisi jättää äitiyspoliklinikan tehtäväksi. Ennakoarviointi neuvolassa voi johtaa tarpeettomaan vastakkainasetteluun äitiyspoliklinikalla.



5.1.9. Poikkeava kohdun kasvu tai lapsiveden määrä

Odottajat, joilla SF-mitta kulkee yli +2SD- tai alle -2SD-käyrän lähetetään äitiyspoliklinikalle, jos poikkeama säilyy kahden viikon sisällä tehdyssä kontrollissa. Äidin paino ja vatsanpeitteiden paksuus kannattaa ottaa huomioon, jos sikiötä arvioidaan loppuraskaudessa kookkaaksi symfyysifundusmitan perusteella.

Jos epäillään, että lapsivettä on niukasti tai runsaasti, lähetetään odottaja arvioon äitiyspoliklinikalle. Jos lapsivettä epäillään olevan runsaasti, tarkistetaan, että sokerirasitus on tehty.

5.1.10. Laskettu aika ohitettu

Odottajat ohjataan äitiyspoliklinikalle raskausviikolla h41+0. Yliaikaisuuskontrolliajan varaa terveydenhoitaja. Mikäli asiat ovat kunnossa, odottajan kanssa tehdään yhteisymmärryksessä suunnitelma raskauden seurannasta ja mahdollisesta synnytyksen käynnistämisestä. Neuvolassa olisi hyvä välttää arviota synnytyksen käynnistämisestä tai sen ajankohdasta.

5.1.11. Synnytyspelko

Useimmat odottajat kärsivät jonkinasteisesta synnytyspelosta, jota seulotaan neuvolassa VAS-asteikolla (0 = synnytys ei pelota yhtään, 10 = synnytys pelottaa erittäin paljon). Jos odottaja antaa VAS-lukemaksi ≥ 5 , tulee tilannetta kartoittaa tarkemmin (Linkki: [NEUKO-tietokanta: Synnytyspelko](#)). Synnytykseen liittyvistä peloista tulee ensisijaisesti keskustella neuvolassa.

Ensisynnyttäjille järjestetään Kanta-Hämeen keskussairaалassa synnytysvalmennusta (ks. 1.4.1.). Jos neuvolassa käyty keskustelu synnytykseen liittyvistä asioista ei ole riittävä, ohjataan ensisynnyttäjät osallistumaan synnytysvalmennukseen missä raskauden vaiheessa tahansa. Jos tämän jälkeen odottajalla edelleen on synnytyspelkoa, voidaan tehdä lähete äitiyspoliklinikalle kättilön ja / tai lääkärin vastaanotolle. Jos ensisynnyttäjällä on ehdoton sektioive, voidaan lähete synnytyspelkopoliklinikalle tehdä jo ennen synnytysvalmennuskäyntiä.

Uudelleensynnyttäjille voidaan tehdä synnytyspelkopoliklinikalle lähete heti, kun pelko ilmenee. Mikäli taustalla on aiempi traumaattinen synnytys tai psyykkistä ongelmaa, pelkotilanteen kartoitus tehdään heti alkuraskaudessa ja tarvittaessa lähetetään synnytyspelkopoliklinikalle.

Synnytyspelon vuoksi äitiyspoliklinikka-ajan saaneelle odottajalle lähetetään ajanvarauskirjeen mukana synnytyspelko-kaavake kotona täytettäväksi. Odottaja tuo lomakkeen tullessaan äitiyspoliklinikalle.

Sektio ei ole ensisijainen ratkaisu synnytyspelkoon.



5.1.12. Infektiosairaudet

Genitaalierpes

Primaari herpesinfektio varmistetaan neuvolassa viruksen osoituksella ja/tai serologisilla tutkimuksilla. Hoidetaan neuvolassa asikloviirilla 200 mg x 5 10 päivän ajan. Rajuoireisessa taudissa iv. hoito. Synnytyksen ollessa lähellä konsultoi myös synnytyssairaala.

Residivoiva sekundaariherpes hoidetaan tk:ssa asikloviirilla 200 mg x 5 viiden päivän ajan. Raskausaikana sairastettu primaariherpes ja tiheään uusiutuva residiivierpes ovat indikaatioita estolääkitykselle alkaen h36 (asikloviiri 400 mg x 2) jatkuen synnytykseen asti.

Hepatiitit

Hepatiitti B:n kantajuus seulotaan neuvolassa (HBsAg). Jos HBsAg on positiivinen:

- Informoidaan synnytyssairaala läheteellä vastasyntyneen suojauksen järjestämiseksi (synnytyksessä verieristys) ja rokotusten ohjelmoimiseksi ([Linkki: THL](#)).
- tutkitaan s-ALAT, HBeAg, HBeAb, HBVnH ja HCVAb
 - Jos s-ALAT, normaali ja HBVnH < 200 000 IU/ml, seurataan raskauden kulkua neuvolassa.
 - Jos HBVnH > 200 000 IU/ml, lähetetään potilas infektiolääkärille tenofoviirihoitoharkintaan

Hepatiitti C:n seulontaan käytetään vasta-ainemääritystä (HCVAb). Tämä tulisi tutkia raskaana olevalta, jos

- Raskaana oleva tai synnyttäjä käyttää/on käyttänyt huumeita
- On aiemmin sairastanut hepatiitti-C:n tai muun epäselvän maksatulehduksen/keltataudin (nonA–nonB-hepatiitti)
- On todettu epäselvä maksa-arvojen nousu
- On saanut verensiirtoja tai verituotteita ennen v. 1990
- Potilaalla HBV/HIV tai vankilatuomio
- Partneri on HCV-positiivinen tai huumeiden käyttäjä

jos HVCAb ovat positiiviset, tutkitaan HCV-Nho (virusmäärä) ja positiivisesta tuloksesta informoidaan synnytyssairaala ja odottajalle ohjelmoidaan h36 ALAT ja HCV-Nho. Äitiyspoliklinikalle lähetetään obstetrisin perustein huomioiden mahdollinen HAL-tausta.

Hepatiittpotilaat saavat imettää. Jos rinnanpäävät ovat rikki, suositellaan imetystaukoa.

Rokotukset A- ja B- hepatiittia kohtaan ovat raskauden aikana mahdollisia, jos odottaja on esimerkiksi matkustamassa endeemiselle alueelle, mutta rutiininomaista rokottamista tulee välttää.

HIV

HIV-positiivinen odottaja lähetetään äitiyspoliklinikalle ja infektiolääkärin konsultaatioon sopivan lääkityksen järjestämistä varten.

**Korona (COVID19)**

Rokottamattomien raskaana olevien riski saada vakava koronavirustauti on suurempi kuin muilla saman ikäisillä naisilla. Koronarokote suojaa tehokkaasti vakavilta tautimuodoilta. Aiemmin muiden koronavirusten (SARS ja MERS) aiheuttamissa raskaudenaikaisissa hengitystieinfektioissa on todettu muun muassa keskenmenoja ja ennenaikaisia synnytyksiä, mutta ei sikiön kehityshäiriöitä. Vertikaalinen tartunta odottajasta sikiöön on nykytiedon valossa mahdollista, mutta se on harvinaista ja merkitykseltään epäselvä. Koronarokotteen voi turvallisesti ottaa raskauden ja imetyksen aikana.

Tromboosiprofylaksia raskaana olevilla tai lapsivuoteisilla

COVID-19-infektioon liittyy suurentunut laskimotukoksen ja keuhkoveritulpan riski. Nykytiedon valossa oireeton tai lieväoireinen raskaana oleva tai lapsivuoteinen COVID-19 potilas ei kuitenkaan tarvitse tukosprofylaksiaa.

Trombiprofylaksia aloitetaan, mikäli potilaalla on *lämpö > 38 astetta tai yskää tai hengenahdistusta, jotka johtavat pääasialliseen > 3 vuorokauden vuodelepoon*. Kuume, yleisvointia heikentävä yskä tai hengenahdistus johtaa trombiprofylaksian aloittamiseen myös ilman vuodelepoa, jos potilaalla on *aikaisempi laskimoveritulppa, tukosalttius, perinnöllinen tai hankittu trombofilia tai muu tukokselle erityisesti altistava tila*, eikä vasta-aiheita ole. Pienimolekyylinen hepariini aloitetaan (LMWH) heti tai viimeistään seuraavana arkipäivänä.

Jos taudin on sairastanut < 32 raskausviikolla hoitoa jatketaan vähintään 10–14 vrk:n ajan (jos potilaalla on jo ennalta tukostaipumus, joka edellyttää LMWH-profylaksiaa synnytyksen jälkeen, LMWH jatkuu myös synnytykseen asti). Jos taudin on sairastanut > 32 raskausviikoilla tai kyseessä on suuren riskin potilas, LMWH jatkuu synnytykseen asti ja 6 viikon ajan synnytyksen jälkeen. Jos synnytys on odotettavissa 12 tunnin sisällä COVID-19-taudin toteamisesta, aloitetaan LMWH-hoito vasta synnytyksen jälkeen.

Taulukko A. Raskaana olevan LMWH-trombiprofylaksian nykypainon mukaiset annokset.

Potilaan paino	Daltepariini (Fragmin®)	Enoksapariini (Inhixa®)
< 50 kg	2500 IU x 1	20 mg x 1
50–90 kg	5000 IU x 1	40 mg x 1
90–130 kg	7500 IU x 1	60 mg x 1
> 130 kg	10000 IU x 1	80 mg x 1

HUOM! Hb > 90 g/l ennen LMWH-hoidon aloitusta!

Lapsivuodeaikana trombiprofylaksiaa jatketaan kuusi (6) viikkoa synnytyksen jälkeen.

□

Taulukko B. Lapsivuodeajan LMWH-trombiprofylaksian nykypainon mukaiset annokset.

Potilaan paino	Daltepariini (Fragmin®)	Enoksapariini (Inhixa®)	Tintsapariini (Innohep®)
50–90 kg*	7500 IU x 1	60 mg x 1	8000 IU x 1
90–130 kg	5000 IU x 2	40 mg x 2	4500 IU x 2
> 130 kg	määritä hyytymistekijät ja konsultoi hematologia		

* Synnytyksen jälkeen ensimmäinen annos daltepariini 5000 IU / enoksapariini 40 mg / tintsapariini 4500 IU

HUOM! Hb > 90 g/l ennen hoidon aloitusta!

Ensisijaisesti LMWH-hoito aloitetaan avoterveydenhuollon kautta. Tarvittaessa LMWH-profylaksiasta voidaan konsultoida erikoissairaanhoidon lääkäriä. Sairaala-apteekki ei järjestä lääkitystä COVID-odottajalle, vaan trombiprofylaksiasta kirjoitetaan eRec.

Raskauden seuranta

Mikäli odottajan COVID-19-infektio on ollut vähäoireinen, raskaus ei vaadi erityistä seurantaa. Mikäli raskaana olevalla on ollut sairaalahoitoa vaativa COVID-19-infektio, tehdään lähete äitiyspk!:lle sikiön kasvuseurannan järjestämistä varten.

Päivitetty 22.12.22 TVK

Listerioosi

Jos odottajan tiedetään altistuneen listerialle ja hänelle tulee kuumeinen flunssan kaltainen oirekuva tai vatsataudin oireita, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle päivystyksellisesti.

Parvorokko

Äidin raskaudenaikaisissa infektioissa parvorokkovirus siirtyy noin 30 %:ssa tapauksista sikiöön. Virus infektoi punasolujen esiasteita ja voi aiheuttaa sikiölle anemian raskauden keskivaiheessa, kun punasolutuotanto on vilkkaimmillaan. Pahimmillaan parvorokkoviruksen aiheuttama sikiön anemia johtaa sikiön vesipöhöön (hydrops), keskenmenoon ja sikiökuolemaan ennen h24. Myöhemmässä vaiheessa sairastetun parvorokon ei odoteta aiheuttavan merkittäviä ongelmia.

- Jos työpaikalla havaitaan parvorokkoa, raskaana olevan serologinen status tulee selvittää. Jos äidillä on vanhaa immuniteettia, hän voi jatkaa työskentelyä turvallisesti mielin.
- Seronegatiivisilta jatkuvasti altistuvilta (esimerkiksi epidemian aikana päiväkodissa työskenteleviltä) raskaana olevilta tutkitaan vasta-aineet 2–3 viikon välein, kunnes epidemia (1–2 kk) on ohi. Jos tuore tartunta todetaan, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle, joka järjestää seurannan sikiön sairauden ja mahdollisen anemian merkkien havaitsemiseksi.

□

- Erityisäitiysvapaata tulisi käyttää vain työtilanteissa, joissa tartuntavaara on ilmeinen. Altistumista voidaan ehkäistä työpistettä vaihtamalla (työterveydenhuolto).

Toksoplasmoosi

Toksoplasmoosin diagnoosi perustuu neuvolassa tehtyihin vasta-ainetutkimuksiin (IgM-luokan vasta-aineet ja IgG-luokan vasta-aineiden matala aviditeetti)

- Lähete tehdään äitiyspoliklinikalle tuoreesta toksoplasmoosista raskauden kestosta riippumatta.

Vesirokko

Valtaosalla niistäkin, jotka eivät tiedä sairastaneensa vesirokkoa, on sille vasta-aineita (vain 1–2 % aikuisväestöstä seronegatiivisia). Vesirokkokontaktin jälkeen määritetään vesirokkovasta-aineet, mikäli odottaja ei tiedä sairastaneensa vesirokkoa.

- Jos seronegatiivisella on vesirokkokontakti, suositellaan neuvolassa aloitettavaksi asikloviirilääkitys 800mg x 5 per os 7 vuorokautta alkaen 7. päivänä kontaktista. Vesirokkovasta-aineet otetaan 14. vuorokauden kohdalla
 - jos tämä näyte negatiivinen, ei jatkotoimia.
 - jos serokonversio todetaan (vasta-aineet nousevat), tehdään lähete äitiyspkl:lle.

Virtsatieinfektiot

Kuumeiset potilaat lähetetään yhteispäivystykseen, muut hoidetaan avohoidossa. Kroonisten virtsatieinfektioiden estolääkitys voidaan hoitaa neuvolassa. Estolääkitys tulee aloittaa odottajalle, joka raskausaikana sairastaa pyelonefriitin tai kaksi virtsatieulehdusta. Ongelmatapauksissa lähete äitiyspoliklinikalle.

Zika-virusinfektio

Zikavirus tarttuu ensisijaisesti hyttysten välityksellä, ja vain yksittäisiä seksin välityksellä tapahtuneita tartuntoja on raportoitu. Oireiden alkamisen jälkeen zikavirusta on verenkierrossa keskimäärin noin viikon, virtsassa noin 1–2 viikkoa, mutta siemennesteessä pidempään. Viruksen säilymisen kestoa siemennesteessä taudinaiheuttamiskykyisenä ei tiedetä. Virus häviää elimistöstä ajan mittaan eikä se voi tulevissa raskauksissa aiheuttaa sikiölle vaurioita.

Raskaana olevia naisia suositellaan välttämään raskauden kestosta riippumatta matkoja epidemia-alueille, missä zikavirus leviää aktiivisesti. Jos matka on välttämätön tai raskaana oleva on parhaillaan epidemia-alueella, on tärkeää suojautua hyttysten pistoilta pukeutumalla pitkähihaisiin ja -lahkeisiin vaaleisiin vaatteisiin, hyttysverkoilla ja kaikissa raskauden vaiheissa turvallisilla hyttyskarkotteilla.

Miehelle suositellaan aktiiviselta zikaepidemia-alueelta palaamisen jälkeen kondomin käyttöä raskaana olevan kumppaninsa kanssa koko loppuraskauden ajan.

□

Spesifinen diagnostiikka on tarpeen epidemia-alueelta palaavalta oireiselta gravidalta, kuitenkin muut samanlaisen oirekuvan aiheuttamat taudit – kuten dengue- ja chikungunyavirusinfektiot – tulisi myös huomioida. Mikäli odottajalla todetaan zika-virusinfektio, lähetetään odottaja äitiyspkl:lle jatkoseurannan järjestämistä varten.

5.2. Sikiöstä johtuvat syyt

5.2.1. Kasvun hidastuminen tai nopeutuminen

Jos neuvolassa tehdyn ultraäänitutkimuksen perusteella sikiön kasvu on hidastunut tai sikiö kasvaa kookkaana, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle. SF-mitan kasvun jättäminen/nopeutuminen (ks. 5.1.9).

Jos epäillään odottajan lantion ja sikiön koon välistä epäsuhtaa, lähetetään synnytystapa-arvioon h36–37 (ks. 5.1.8.)

5.2.2. Poikkeava syke

Sikiön jatkuva bradykardia tai takykardia tai raskausviikon 28 jälkeen todetut runsaat ekstrasystoliat lähetetään päivystyksenä äitiyspoliklinikalle (ks. 6). Odottajan ollessa selinmakuulla bradykardiaa tulee herkästi, bradykardian tulee jatkuva myös kylkimakuulla. Jos sikiön lisälyönnit ovat yksittäisiä, mutta toistuvia tai niitä todetaan ennen raskausviikkoa 28, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

5.2.3. Poikkeava tarjonta

Epäiltäessä loppuraskaudessa perätarjontaa, viisto- tai poikkitilaa lähetetään odottaja äitiyspoliklinikalle tarjonnan tarkistamista, mahdollista ulkokäännöstä ja synnytyksen suunnittelua varten. Ulkokäännösyrityksen otollinen ajankohta on ensisynnyttäjällä h35–36, uudelleensynnyttäjällä h36–37. Perätilasynnytys suunnitellaan yksilöllisesti äitiyspoliklinikalla ja neuvolassa olisi hyvä välttää arviota synnytystavasta.

5.2.4. Monisikiöinen raskaus

Monisikiöraskaudet havaitaan yleensä viimeistään varhaisraskauden ultraääniseulonnassa ja raskauden jatkoseuranta ohjelmoidaan tuossa yhteydessä äitiyspoliklinikalle. Monisikiöraskauksia seurataan yhteistyössä neuvolan kanssa. Mikäli ultraäänitutkimusta ei ole tehty ja herää epäily monisikiöraskaudesta, tehdään lähete äitiyspoliklinikalle.

5.3. Ulkomailta muuttaneet

Ulkomailta muuttaneista odottajista ohjelmoidaan neuvolassa normaalirutiinien lisäksi tarvittaessa ulostenäytteet ja keuhkokuva THL:n maaluettelon suositusten mukaisesti ([Linkki: THL](#)). Seulontakeuhkokuva tulee ottaa ennen jokaista synnytystä. Äitiyskorttiin tehdään keuhkokuvauksesta merkintä. Terveystarkastaja tarkistaa THL:n maaluettelosta vastasyntyneen BCG-rokotuskriteerin, joka voi poiketa äidin seulontakeuhkokuvaan kriteeristä.

□

- Seulontakuvauksella pyritään keuhkotuberkuloosin varhaiseen toteamiseen, äidin ja sikiön terveyden parantamiseen ja tartunnan torjuntaan synnytyssairaalassa.
- Keuhkokuva otetaan raskauden viimeisellä kolmanneksella (etu- ja sivukuva) sikiötä suojaten.
- Keuhkokuva on turvallinen, odottajan säteilyrasitus vastaa ihmisen noin viiden vuorokauden aikana luonnosta saamaa säteilymäärää, sikiön säderasitus on huomattavasti pienempi.

Ulkomailta muuttaneilla voi kotimaasta riippuen esiintyä infektioitautien lisäksi myös muita Suomessa harvinaisia tauteja, kuten talassemiaa tai sirppisoluanemiaa, jotka tulisi pitää mielessä raskauden seurannassa.

Jos odottajalle on tehty tyypin III ympärileikkaus, tehdään lähete tarvittaessa naistentautien poliklinikalle alkuraskaudessa (ks. 4.6.)

Tulevan isän B-hepatiittikantajuus tutkitaan THL:n suositusten mukaisesti ([Linkki: THL](#)) odottajan ja vastasyntyneen rokottamistarpeen arvioimiseksi. Seulontakeuhkokuvaus tuberkuloosin toteamiseksi tulisi olla otettu kertaalleen kaikilta odottajan perheenjäseniltä.

6 PÄIVYSTYSLÄHETTEEN INDIKAATIOT

Päivystyksellisesti lähetetään välitöntä hoitoa vaativat potilaat. Äitiyspoliklinikalle lähetetään päivystyksellisesti seuraavin indikaatioin:

- Ennenaikaisen synnytyksen uhka < h35
 - Säännölliset, tihentyvät supistukset h22 jälkeen
 - Ennenaikainen lapsivedenmeno
 - yksittäinen pieni nesteen lirahdus merkitsee harvoin lapsivedenmenoa
- Sikiön liikehälytys
 - Liikelaskenta ohjataan h30 jälkeen
- Poikkeava sikiön syke
 - Sikiön jatkuva bradykardia (syke alle 100/min) tai takykardia (syke yli 180/min)
 - Sikiön lisälyönnit (> 15/min viiden minuutin ajan) raskausviikon h28 jälkeen
- Verinen vuoto > h20
 - Niukka pyyhkiessä tuleva vuoto voidaan lähettää poliklinikalle kiireellisesti
- Voimakas vatsakipu
- Äkilliset pre-eklampsian oireet tai löydökset
 - Nopeasti korkealle kohonnut verenpaine (>160/100)
 - Korkea verenpaine, joka liittyy subjektiivisiin oireisiin tai voimakkaaseen proteinuriaan (++)
- Voimakas kutina loppuraskaudessa tai sappihapot (paastoarvosta) > 30
- Korkea kuume ilman selvää ylähengitystieinfektiota



7 SUOSITUS ANTI-D-PROFYLAKSIASTA

Kaikille RhD-negatiivisille odottajille annetaan seuraavissa tilanteissa anti-D profylaksia raskauden aikana, jos sikiön veriryhmä ei ole tiedossa tai sikiö on RhD-positiivinen:

- Alkuraskauden verenvuodot, spontaanit keskenmenot, kohdunulkoiset raskaudet > h8
- Raskaudenkeskeytykset
- Verenvuodot raskauden aikana
- Ulkokäännökset, vatsanalueen tapaturmat, esim. kaatumiset tai raskaudenaikaiset toimenpiteet

Anti-D-profylaksia tulisi antaa 72 h kuluessa altistumisesta. Jos anti-D-profylaksia on unohtunut, kannattaa se antaa aina kahteen viikkoon asti.

Rutiininomainen raskaudenaikainen suojaus annetaan h28–30 kaikille RhD-negatiivisille odottajille, joiden sikiö on RhD-positiivinen tai jos sikiön veriryhmä ei ole tiedossa. Suojaus annetaan myös synnytyksen jälkeen, jos vastasyntynyt on RhD-positiivinen.

Suomessa käytössä olevat valmisteet ovat Rophylac® 1500 IU (300 µg) ja Rhesonativ® 1250 IU (250 µg).

8 B-STREPTOKOKKI

B-ryhmän streptokokki (GBS) on yksi merkittävimmistä vastasyntyneen vakavia infektiosairauksia aiheuttavista bakteereista. Oireettomista raskaana olevista naisista noin 10–30 %:lla on kyseistä bakteeria peräsuolella tai emättimessä. Synnytyksen aikainen mikrobilääkeprofylaksia estää tehokkaasti lapsen infektoitumisen synnytyskanavasta.

Kaikilta synnyttämään tulevilta äideiltä otetaan PCR-näyte streptokokkibakteerin tutkimiseksi. Näytteen vastaus valmistuu noin tunnin kuluessa. Jos synnyttäjä on GBS-positiivinen, annetaan hänelle antibioottihoito synnytyksen tai vedenmenon yhteydessä. Lapsivedenmenon yhteydessä synnyttäjä ohjataan soittamaan synnytyssaliin ohjeistusta varten. Jos äidin aikaisemmalla lapsella on ollut B-ryhmän streptokokin aiheuttama vakava infektio tai äidillä on ollut nykyraskauden aikana streptokokkibakteerin aiheuttama virtsatietulehdus, annetaan antibioottiprofylaksia joka tapauksessa.

GBS-kantajuutta ei hoideta raskauden aikana. Virtsaviljelyssä todettu GBS hoidetaan antibiootilla.



9 SYNNYTYKSEN JÄLKEEN

9.1. Imetyspoliklinikka

Kanta-Hämeen keskussairaalassa toimii imetyspoliklinikka. Odottaja voidaan ohjata imetyspoliklinikalle neuvolasta jo raskausaikana, jos edelliseen imetykseen on liittynyt erityisiä haasteita. Pääsääntöisesti imetyspoliklinikka on tarkoitettu sairaalasta kotiutuneille äideille. Imetyspoliklinikalle voidaan varata aika synnytysvuodeosaston toimesta sairaalasta kotiutumisen yhteydessä, synnyttänyt nainen voi varata ajan itse kotiutumisen jälkeen tai imetyspoliklinikalle voidaan ohjata neuvolasta. Aika varataan synnytysvuodeosaston kautta (puhelinnumero **03-6292094**). Imetyspoliklinikalle voi hakeutua kuukauden sisällä synnytyksestä. Imetysohjaus on äidille maksutonta.

Imetyspoliklinikka on osa perhepoliklinikkaa, missä toteutetaan myös tarvittavat vastasyntyneen kontrollikäynnit.

9.2. Seksuaaliterveyspoliklinikka

Kanta-Hämeen keskussairaalassa toimii seksuaaliterveyspoliklinikka, jonne voidaan ohjata odottajia jo raskausaikana tai synnytyksen jälkeen, jos ilmenee ongelmia seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa (mm. kehon kuvan muutokset, repeämät). Seksuaaliterveyspoliklinikalle ohjataan läheteellä naistentautien poliklinikan kautta.

9.3. Synnytyksen jälkeiset ongelmat

Synnytyksen jälkitarkastukseen asti synnyttänyt äiti voi hakeutua päivystyksellisesti äitiyspoliklinikalle, jos jälkivuoto muuttuu yhtäkkiä hyvin runsaaksi tai hänellä ilmenee selkeät kohtutulehduksen oireet (korkea kuume, vatsakipu ja pahanhajuinen vuoto). Kohtutulehdusta voidaan lieväoireisena hoitaa avoterveydenhuollossa. Sektion jälkeen ilmenevä korkeakuumeinen infektio lähetetään herkästi äitiyspoliklinikan arvioon.

9.4. Synnytyksen jälkitarkastus

Synnytyksen jälkitarkastus tehdään pääsääntöisesti neuvolassa. Jälkitarkastus ohjelmoidaan äitiyspoliklinikalle, mikäli synnytys on ollut poikkeuksellisen traumaattinen tai synnytyksessä on ollut merkittäviä komplikaatioita. Hätäsektiolla synnyttäneiden sekä fetus mortus – potilaiden jälkitarkastus on äitiyspoliklinikalla.

Synnytyksen jälkeen synnyttäjä arvioi synnytyskokemustaan VAS-asteikolla (0 = erittäin negatiivinen, 10 = erittäin positiivinen). Jos synnyttäjän kokemus on huono (VAS ≤ 5), ohjelmoidaan äitiyspoliklinikan

□

kautta jälkisoitto synnyttäjälle kuukauden kuluttua synnytyksestä ja jälkitarkastus voidaan ohjelmoida äitiyspoliklinikalle tarvittaessa. Neuvolasta voi ohjata äidin synnytyksen jälkeen äitiyspoliklinikalle keskustelemaan synnytyksestä, jos kokemus synnytyksestä muuttuu kotiutumisen jälkeen erittäin negatiiviseksi.

KANTA-HÄMEEN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ
Hämeenlinnan yksikkö
Synnytykset ja naistentaudit / äitiyspoliklinikka

Marian Jaalama

naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, perinatologi

Johanna Reijonen

naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, perinatologi

Elina Silvan

naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

Tiina Vilmi-Kerälä

naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, perinatologi



Potilasohje mini-ASA –hoidosta

Sinulle on suositeltu mini-ASA-hoitoa, eli aspiriinia (esimerkiksi Primaspan® 100mg x 1 iltaisin) pre-eklampsian eli ”raskausmyrkytyksen” riskin pienentämiseksi. Lääkkeen ehkäisyteho on sitä parempi, mitä aiemmin lääkitys aloitetaan. Se tulisi aloittaa raskausviikoilla 12–16. Aspiriini on reseptivapaa tuote eli sitä saa apteekista ilman reseptiä.

Lääkehoito pidentää veren hyytymisaikaa ja tämän vuoksi lääkehoito lopetetaan:

- viimeistään raskausviikolla 36+0
- ennenaikaisen synnytyksen uhatessa (neuvottele tästä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa)
- Sinulla esiintyy veristä vuotoa emättimestä (pieni veriviiru ei haittaa)
- Sinulla esiintyy verioksentelua tai mustia ulosteita, HUOM! rautavalmisteet tummentavat myös ulosteita

Hoidon sivuvaikutuksina voi ilmetä lisääntyneitä taipumusta nenäverenvuotoon, ikenien verenvuotoon tai mustelmaherkkyyttä. Jos sivuvaikutuksia tulee haittaavissa määrin, ota yhteyttä terveydenhuollon ammattilaiseen lääkeannoksen muuttamisen tai lopettamisen arvioimiseksi.

Lääkehoito on hyvä tauottaa kolmen (3) vuorokauden ajaksi ennen pieniä toimenpiteitä (esim. lapsivesipunktio, hampaan tai luomen poisto). Jos sinulle tehdään raskausaikana suurempi leikkaus, keskustele mini-ASA –hoidon tauotuksesta hoitavan lääkärisi kanssa.

Mini-ASA –hoitoa ei voi käyttää, jos sinulla on:

- ASA(aspiriini)-allergia
- vatsahaava
- jokin verenvuodolle altistava sairaus
- vaikea maksan tai munuaisten vajaatoiminta