
Diabetes mellitus hos gravide

ARTIKKEL

HARAM K

THORDARSON H

NEDREBØ BG

REIGSTAD H

Sammendrag

Artikkelen gir en oversikt over diabetes mellitus i svangerskapet på bakgrunn av gjeldende syn i internasjonallitteratur og egne erfaringer.

Ulike komplikasjoner, slik som misdannelser, spontanabort, polyhydramnion, preeklampsi, hypoglykemi, hyperglykemi og ketoacidose er omtalt. Makrosomi er bl.a. avhengig av overvekt hos mor og av høyt blodsukkernivå over tid. Høyt blodsukkernivå i perioden mellom 27. og 32. svangerskapsuke gir tendens til store barn.

Det er tryggere å måle abdominalt omfang hos fosteret med ultralyd enn å bruke gjennomsnittlig abdominal diameter for å stille makrosomidiagnose. Økning av abdominal diameter $\geq 1,2$ cm/uke etter 32. svangerskapsuke kan tyde på makrosomi. Også tykkelse > 13 mm mellom hudoverflaten og humerus proksimalt på overarmen til fosteret taler for stort barn.

Risikoen for makrosomi kan reduseres ved å holde blodsukkernivået hos moren mest mulig normalt, med behandling med diett og insulin. Ved truende for tidlig fødsel bør det gis behandling med kortikosteroider. Slik behandling øker blodsukkernivået og insulindosen må vanligvis økes.

Ved ketoacidose hos en gravid med diabetes mellitus vil det oppstå fosterdød hos 20%. Infeksjonsproblemer, overvåking, indikasjoner for forløsning, neonatale problemer og kliniske momenter ved etterkontrollen er omtalt.

Publisert: 30. november 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.