

HYPEREMESIS GRAVIDARUM KEZELÉSÉNEK TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI

BALOGH ANDREA, PÉTER-HÉDERI DÓRA, SZERLETICS TAMARA MÁRIA, BODÓ GABRIELLA
SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT KLINIKAI KÖZPONT, KÖZPONTI GYÓGYSZERTÁR

Bevezetés:

A terhes nők 70-80 %-a tapasztal hányást a várandósság alatt, főleg az első trimeszterben. Hyperemesis gravidarum (HG), azaz vészes terhességi hányás a terhességek 0,3-2,3%-ban fordul elő, jellemzően a 8-20. gesztációs hét között, azonban a betegségben szenvedő nők 10-20%-át terhességük egész ideje alatt végigkíséri, és 1-5%-uk kórházi ellátást igényel. A leggyakoribb tünetek az ismétlődő hányás (≥ 3 naponta), epehányás, vérhányás, hirtelen testsúlycsökkenés (testsúly több, mint 5%-a, vagy 3 kg-nál több), malnutríció, izomvesztés, kiszáradás, ketonuria, elektrolit háztartás felborulása, kimerültség, vitamin- és ásványianyag hiány. A betegség kezelés nélkül sokkal súlyosabbá válhat, és kihat a magzat egészségügyi állapotára. Tanulmányok szerint HG-ban szenvedő nők gyermeke nagyobb valószínűséggel jön világra alacsony születési súllyal, valamint a koraszülés kockázata is magasabb.

A HG etiológiája ismeretlen, kiváltó tényezők lehetnek a terhességi hormonok (HCG, ösztrogén) magas szintje, vitaminhiány, helytelen táplálkozás, pajzsmirigy túlműködés, reflux betegség vagy H. pylori fertőzés.

Kórházi kezelés szükséges, hogy minél hamarabb pótolják a folyadék-, a vitamin- és ásványianyag-hiányt, valamint rendezzék az elektrolit háztartást. Nemzetközi irodalomban lévő adatok szerint a kórházban alkalmazott kezelés intravénás folyadékpótlásból, vitaminok, antihisztaminok, antiemetikumok és szteroidok alkalmazásából, valamint enterális vagy teljes parenterális táplálásból (TPN) áll. [1-4] Az ajánlott hatóanyagokat, adagolásokat az **1. táblázat** tartalmazza.

A betegség súlyosságát a PUQE-24 score (Pregnancy Unique-Quantification of Emesis 24 hours) alapján állapíthatjuk meg. A kérdéseket a **2. táblázat** tartalmazza.

Célkitűzés, módszerek:

Célul tűztük ki a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Szülészeti- és Nőgyógyászati Klinikáján a HG-ban szenvedő gravidák jelenleg a klinikán alkalmazott terápiájának retrospektív áttekintését, a vizsgált időszak után felvett gravidák PUQE-24 indexének meghatározását, anamnézisének felvételét, és a gyógyszereszi intervenció nyújtotta további lehetőségeket.

Eredmények:

2022. 02. 01-05. 01. között 9 gravidát kezeltek HG-mal klinikánkon. Az életkoruk $26,3 \pm 5,85$ év volt, átlagosan a $8,9 \pm 2,57$ gesztációs hétben jártak (**1. ábra**). 55,56%-uknak első terhessége, 22,22%-uknak második, illetve szintén 22,22%-uknak harmadik terhessége volt (**2. ábra**). A kórházban töltött napok száma $5,6 \pm 1,24$, a kezelt napok száma pedig $4,4 \pm 1,67$ volt. 44,44%-uknak volt társbetegsége, és szintén 44,44%-uk szedett valamilyen gyógyszert/étrendkiegészítőt. Több napos hányingerre/hányásra panaszkodtak, naponta többször hánytak. A gravidák BMI-je $22,3 \pm 5,27$ kg/m² volt, és a kórházban töltött idő alatt átlagosan $1,33 \pm 1,87$ kg-ot fogytak. A betegek 77,78%-a normál, 11,11% vegetáriánus, szintén 11,11%-uk epés étrendet követett. Bent fekvésük alatt napi 3000 ml infúziót kaptak (2x500 ml 5%-os glükóz, 2x500 ml Ringerlaktát, 2x500 ml Sterofundin-G), B6-, illetve C-vitaminnal kiegészítve. Egy grvida ondansetron- és B1-vitamint injekciót kapott két napig, két grvida promethazin hatóanyag tartalmú injekciót 4 napig és 3 grvida metoclopramidot tartalmazó injekciót bent fekvésük során napi egyszer. A betegek adatait, valamint az alkalmazott terápiát a **3. táblázat** tartalmazza.

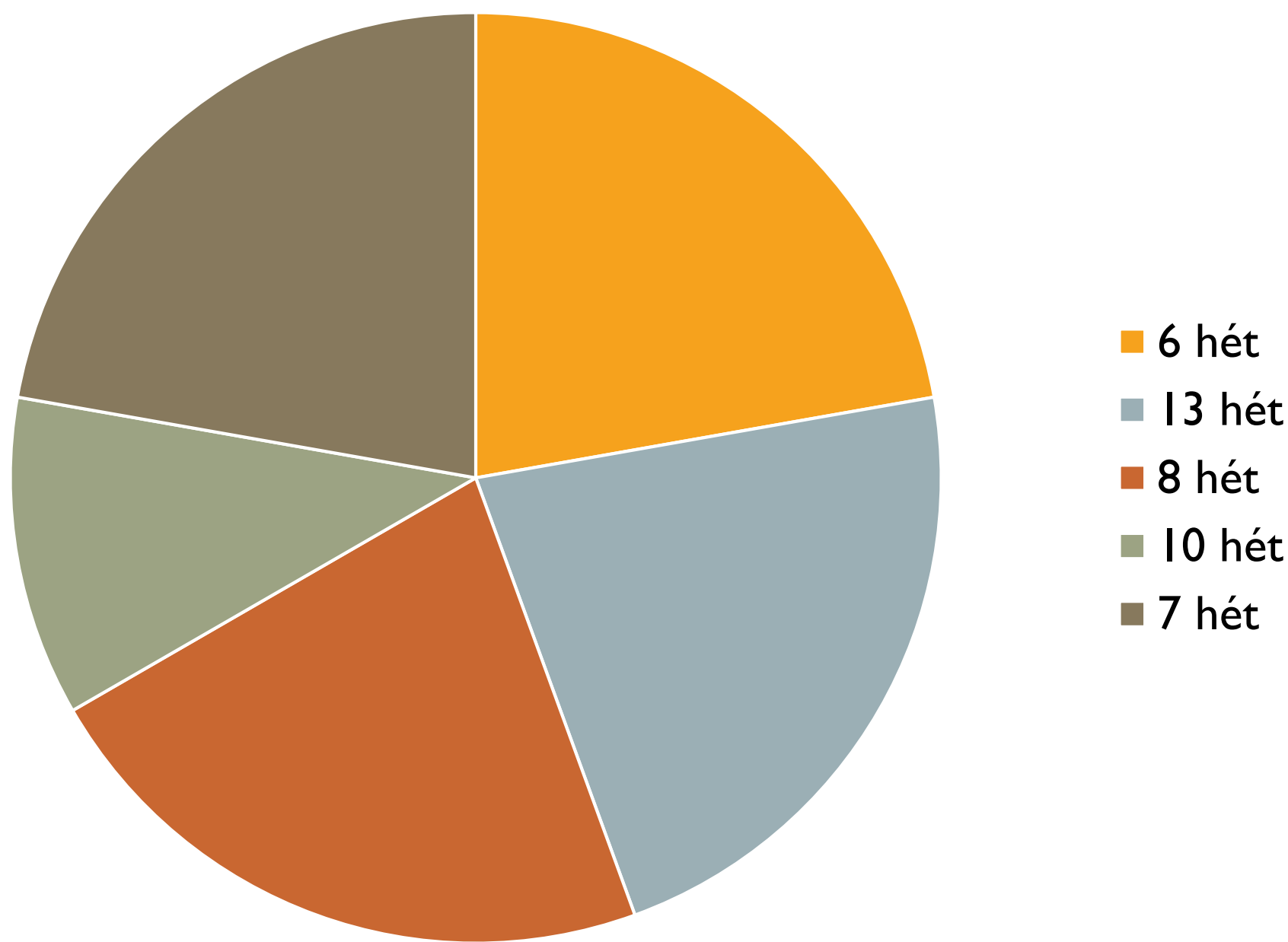
FDA	Hatóanyag	Beviteli mód	Ajánlott dózis
A	Pyridoxin (B6-vitamin)	orális	20 mg 8 óránként (max. 200 mg/nap)
B	Ondansetron	orális/iv	4-8 mg 8-12 óránként/8 mg 12 óránként iv
	Metoclopramid	orális/iv	5-10 mg 6-8 óránként
	Diphenhydramine	orális/iv	25-50 mg 6-8 óránként
	Dimenhydrinate	orális/iv/rektális	50 mg 6-8 óránként
C	Promethazine	orális/iv	12,5-25 mg 4-6 óránként
	Prednisolone	orális	40-60 mg naponta
-	Gyömbér	orális	1g naponta

1. táblázat HG-ban alkalmazható hatóanyagok és ajánlott adagolásuk

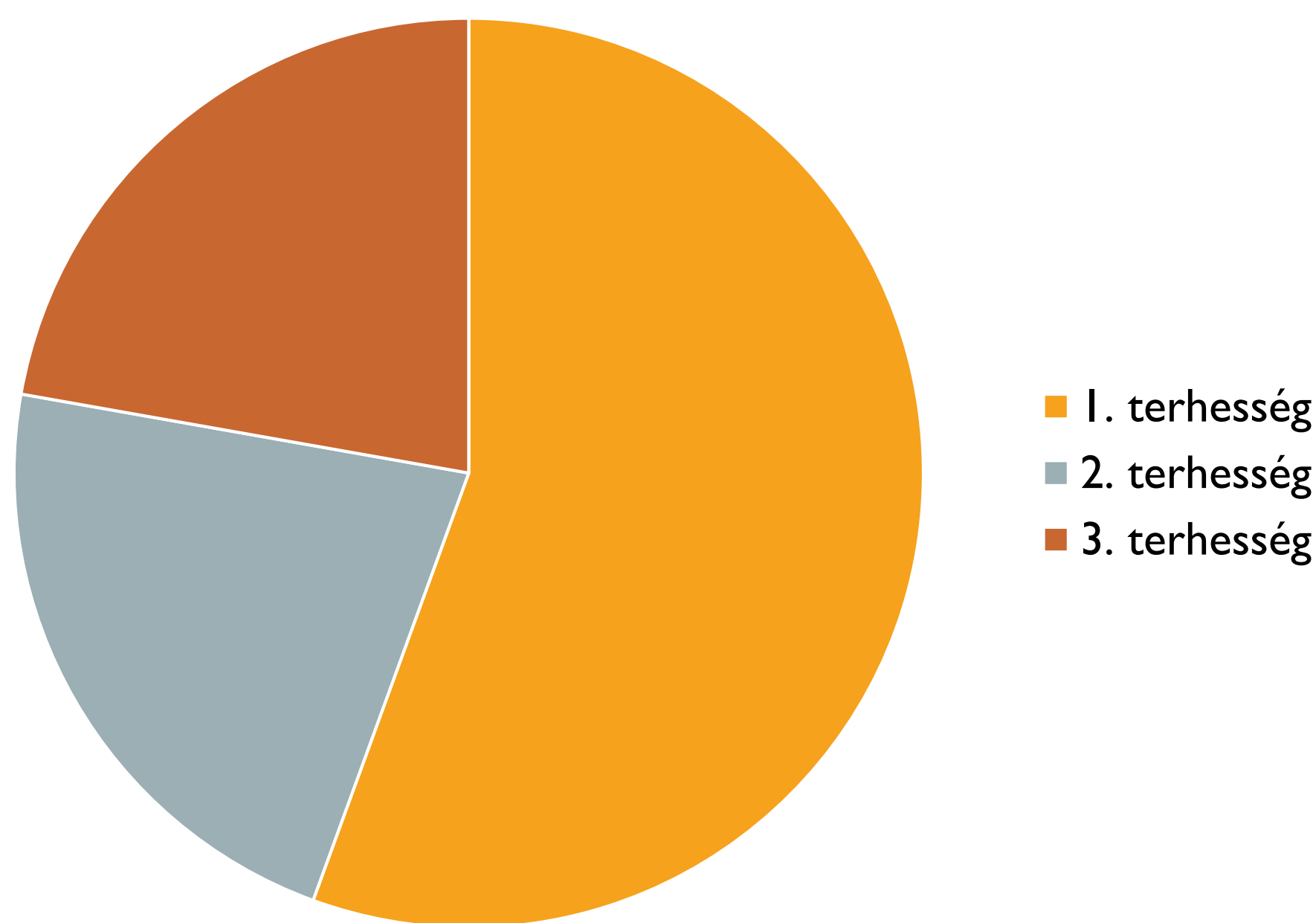
Az elmúlt 24 órában hányszor émelygett?	Egyáltalán nem (1 pont)	1 óránál kevesebb ideig (2 pont)	2-3 órát (3 pont)	4-6 órát (4 pont)	6 óránál több ideig (5 pont)
Hányt-e az elmúlt 24 órában?	Nem (1 pont)	1-2-szer (2 pont)	3-4-szer (3 pont)	5-6-szor (4 pont)	7-szer, vagy többször (5 pont)
Az elmúlt 24 órában hányszor volt hányingere/öklendezett?	Egyszer sem (1 pont)	1-2-szer (2 pont)	3-4-szer (3 pont)	5-6-szor (4 pont)	7-szer, vagy annál többször (5 pont)
Enyhe: ≤ 6 pont		Közepes: 7-12 pont		Súlyos: ≥ 13 pont	

2. táblázat PUQE-24 index (terhességi hányás-specifikus mennyiségi meghatározó)

1. ábra Gesztációs hetek megoszlása



2. ábra Előző terhességek



Kor	G. hét	Bent töltött napok	Társbetegség	Szedett gyógyszerek/étrendkiegészítők	PUQE-24 score	C-vitamin + B6-vitamin	B1-vitamin	Ondansetron	Metoclopramid	Promethazine
34	6.	5	GERD	Ludea 20 mg sz.e., Ceizel terhesvitamin	8 pont	3 amp.	-	-	-	-
21	13.	7	-	-	12 pont	7 amp.	-	-	-	4 amp.
33	8.	7	halláscsökkenés	-	11 pont	6 amp.	1 amp.	-	-	1 amp.
31	8.	7	-	-	11 pont	5 amp.	1 amp.	2 amp.	-	-
17	13.	6	-	-	12 pont	3 amp.	-	-	-	-
25	10.	7	-	BioTech terhesvitamin, B6-vitamin 20 mg 3x1	13 pont	3 amp.	-	-	1 amp.	-
28	7.	5	hypothyreosis, Leiden heterozigóta	Letrox (levothyroxin) 75 mcg R:I, Duphaston (dydrogesterone) 10 mg 3x1, Clexane 0,4 ml sc. R:I	10 pont	4 amp.	-	-	-	-
27	8.	4	hypothyreosis	Letrox (levothyroxin) 50 mcg R:I	5 pont	2 amp.	-	-	1 amp.	-
21	7.	5	-	-	9 pont	3 amp.	-	-	1 amp.	-

3. táblázat Betegek adatai és alkalmazott terápia

Következtetés:

Következtetésekként elmondható, hogy a HG kezeléséhez kórházi bent fekvés szükséges, hogy a kialakult elektrolit-háztartás zavart és rehidrációt rendezzék. Klinikánkon a betegek átlagosan 5 napot töltöttek bent, mialatt súlyuk több mint 1 kg-mal csökkent. Munkacsoportunknak távolabbi célja a TPN iránti igény felmérése és a klinikumban való alkalmazása a későbbi szövődmények, a koraszülés, és alacsony születési súly megelőzése érdekében.

Irodalom:

- [1] Węgrzyniak, L.J., Repke, J.T. and Ural, S.H. (2012). Treatment of hyperemesis gravidarum. *Reviews in obstetrics & gynecology*, [online] 5(2), pp.78–84. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3410506/>.
- [2] Pan, X., Chu, R., Meng, J., Wang, Q., Zhang, Y., Song, K., Yang, X. and Kong, B. (2021). Hyperemesis gravidarum induced refeeding syndrome causes blood cell destruction: a case report and literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). doi:10.1186/s12884-021-03821-6.
- [3] Liu, C., Zhao, G., Qiao, D., Wang, L., He, Y., Zhao, M., Fan, Y. and Jiang, E. (2022). Emerging Progress in Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum: Challenges and Opportunities. *Frontiers in Medicine*, 8. doi:10.3389/fmed.2021.809270.
- [4] Jueckstock, J., Kaestner, R. and Mylonas, I. (2010). Managing hyperemesis gravidarum: a multimodal challenge. *BMC Medicine*, [online] 8(1). doi:10.1186/1741-7015-8-46.