

Peripartální život ohrožující krvácení

Peripartální život ohrožující krvácení můžeme vysvětlit jako velice rychle narůstající krevní ztrátu v odhadu přibližně **nad 1500 ml**.

Etiologie

V mnoha případech si můžeme pod peripartálním život ohrožujícím krvácením představit :

1. **primárně porodnické nechirurgické krvácení** - příčina je poté nejčastěji hypotonie až atonie dělohy;
2. **primárně chirurgické krvácení** - příčiny jsou poté poruchy odlučování placenty nebo různá porodnická poranění;
3. **poruchy koagulace** - příčinou může být i diseminovaná intravaskulární koagulopatie.

Největším nebezpečím u krvácení je, že může probíhat tiše, proto je potřeba, aby porodní asistentka ženu pravidelně po porodu kontrolovala.

Hlavní předpoklady minimalizace

Hlavními předpoklady, kterými minimalizujeme vznik peripartálního život ohrožujícího krvácení je **prevence, včasná diagnóza a efektivní léčba**. Efektivní léčba peripartálního krvácení si žádá přesnou koordinaci a multidisciplinární přístup. Cílem léčby **není pouze záchrana života**, ale nejlépe i možné **zachování reprodukčního zdraví**.

Organizace

Základy možného rychlého řešení nastalé situace jsou:

- vypracovaný **krizový plán**;
- **vymezení jednotlivých pozic a práce** odborných členů krizového plánu;
- vedení průběžné **dokumentace** o peripartálním život ohrožujícím krvácení;
- **řízení veškeré organizace práce a pokynů jedním člověkem s odborností**.

Stabilizace stavu rodičky

Nezákladnější je zjištění příčiny vzniku peripartálního krvácení a odstranění její odstranění. Dále lokalizujeme zdroj krvácení prostřednictvím vyšetření v zrcadlech, ultrazvukem či palpačně bimanuálním vyšetřením. Zhodnotíme a zajistíme životní funkce. Podáme kyslík. Pomocí žilního vstupu podáme náhrady tekutin. Cestou i.v. podáme uterotonika. Musíme zajistit, aby rodička netrpěla hypotermií, popřípadě zahájíme její léčbu. Zavedeme močový katétr a zvážíme druh další léčby peripartálního život ohrožujícího krvácení.

Laboratorní vyšetření

Odebraný vzorek krve pošleme na:

- vyšetření **krevního obrazu**;
- vyšetření **hladin fibrinogenu**;
- základní **koagulační vyšetření**;
- orientační test **srážlivosti krve s trombinem**;
- **předtransfuzní vyšetření**.

Postup první pomoci při hypotonii až atonii dělohy

Postup č.1: masáž dělohy, podání uterotonic i.v. (oxytocin, karbetocin, methylergometrin), podání prostaglandinů i.v. infuzí či i.m. do děložního svalu, provedení instrumentální nebo digitální revize děložní.

Postup č.2 (při selhání postupu č.1): odstraníme koagula, podáme uterotonika i.v., aplikace Bakriho balónkového katétru nebo provedení poševní tamponády.

Postup č.3 (při selhání postupu č.2): provedení chirurgické intervence (podvaz aa.uterinae a aa.ovaricae, B-Lynchova sutura dělohy, apod.), provedení selektivní katetrizační embolizace arterieae uterinae, můžeme zvážit podání rekombinantního aktivovaného faktoru VII.

Postup č.4 (při selhání všech předchozích postupů): zde se přikláníme k hysterektomii z důvodu devastujícího poranění celé dělohy a z důvodu možného zdroje sepse, které představuje sama děloha.

Podpora koagulace

Abychom obnovili celkovou účinnost hemostatického mechanismu a koagulaci podpořili, je potřeba dodržet opatření:

- maximální **korekce hypotermie**;
- maximální **korekce acidózy**;
- korekce parametrů celé **systémové homeostázy**;
- **korekce hypokalcémie**.

Optimální hodnoty koagulačních faktorů

Erytrocyty

Minimální hodnota hemoglobinu by měla představovat **70g/l**. Poměr podaných transfuzních jednotek plazmy ku tranfuzním jednotkám erytrocytů by měla být 1:1, nejvýše 1:1,5.

Plazma

Minimální hodnota podané plazmy na úvod se předpokládá mezi **15 až 20 ml/kg**.

Trombocyty

Pokud by došlo k poklesu množství trombocytů v těle pod $70 \times 10^9/l$ doporučuje se podání trombocytů.

Fibrinogen

Pokud dojde k poklesu fibrinogenu v těle pod 1,5-2 g/l doporučuje se podání fibrinogenu.

Rekombinantní aktivovaný faktor VII(rFVIIa)

Když se setkáme se selháním všech dosud možných postupů, přikláníme se k podání rekombinantního aktivovaného faktoru VII (rFVIIa) zejména i z důvodu možného zamezení zničení dělohy, kdy bychom museli být nuceni provést hysterektomii. Úvodní dávka i.v. představuje 90-120 µg/kg.

Po zajištění životního stavu rodičky se dále provádí **tromboprofylaxe** ve formě **nízkomolekulárního heparinu**.

Odkazy

Související články

- Těhotenství
- Krvácivé stavy v těhotenství
- Krvácivé stavy v porodnictví
- Porod

Použitá literatura

- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel, a kolektiv. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3.přepracované a doplněné vydání vydání. Praha. 2014. 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.