

# Behandling af svær postpartum blødning

Svær PPH – blødning > 1000 ml

Blødning > 30% af blodvolumen – i reglen behov for blodkomponentterapi

Livstruende blødning – klinisk hypovolæmisk shock

## Blodkomponentterapi

### LIVSTRUENDE BLØDNING

- Der anlægges venflon \* 2
- I ventetid på blodprodukter gives bolus krystalloid 500-1000 ml – revurder kredsløb efter hver bolus
- SAG-M:FFP:Trc gives 3:3:1

### Kontrolleret pågående blødning (stabilt kredsløb)

- **SAG-M** - ved akut blødning – Hgb < 6 mM
- **FFP** - Vejledt af TEM, alternativt ved INR > 2, APPT > 45 s eller Fibrinogen < 3  $\mu$ M – 20 ml/kg
  - Efter SAG-M\*6, herefter SAG-M:FFP 1:1
- **Trombocyt koncentrat (trc)** - Vejledt af TEM, eller Trc < 60 – 5 ml/kg
  - Efter SAG-M+FFP  $\geq$  12, herefter SAG-M:Trc 5:1

## Øvrig terapi

- Tranexamsyre (TXA) 1 g iv. gives tidligst muligt, gentages efter 30 min
  - Gentages efter blodprodukt \* 10
  - Overvej TXA 1 g iv. \* 6 i ét døgn
- Fibrinogen 25 mg/kg iv. – 1 g kan gives ”blindt”, dog i reglen iht. TEM
- CAVE – Hypotermi, Acidose og Hypo-Calcæmi

## Monitorering

- A-pkt – pH, P-Calcium
- ROTEM (tromboelastometri) - Tages hurtigst muligt ved svær PPH – samtidigt med DIC profil
  - Kontrolleres løbende på OP såvel som i ITA
- DIC (profil)
  - Kontrolleres hver 4. time

I særlige tilfælde hvor livstruende blødning består trods optimal medicinsk, uterin, transfusionsmedicinsk og kirurgiske forsøg på hæmostase kan rFVIIa overvejes