

SOP bei lebensbedrohlicher schwerer peripartaler Blutung

Universitätsklinikum Heidelberg

① **Cave: Denke an erhöhte peripartale Hyperfibrinolyserate!**
Ggf. Tranexamsäure: 1-2 Gramm i.v.

② **Stärkung der Endstrecke (Fibrinogen/Thrombozyten):**
Bei hämodynamisch relevanter, schwerster massiver Blutung:
Initialstoß mit 4-6 Gramm Fibrinogen (Haemocomplettan® i.v., 2 THK
oder
FFP Bolus 30-50 ml/kg KG, 2 THK, 2 Gramm Fibrinogen (Hemocomplettan®)
Ziel: Fibrinogen > 200 mg/dl; Thrombozyten > 75/ nl

③ **Optimierung der Plasmatischen Gerinnung:**
First Line: FFP Bolus: 30 ml/kg KG (s.o.)
Bei bestehender schwerer Blutung, nach Erhalt der Notfallwerte oder fehlen von FFP:
Second line: PPSB 20-25 IE/KG i.v.
CAVE: Kein PPSB bei HIT; Cave bei DIC!!!
Ziel: Quick > 60%; aPTT<40s;

④ **Erweiterte Therapie:**
Klinisch persistierende schwere Blutung
rFVIIa (Novoseven®) 90 µg/kg KG i.v.
Siehe SOP!

Basistherapie

- **Erythrozytentransfusion:**
 - ▶ Hb 8-10 g/dl; Hk > 24- 30%
- Normothermie T > 36.0°C
- Azidoseausgleich: pH > 7,3
- Operative Blutstillung



Indikation: schwerste lebensbedrohliche peripartale Blutung mit keiner primär operativen Behandlungsoption!!



Basisvoraussetzung

pH > 7.2

Temperatur: >35°C

Fibrinogen > 100 mg/dl oder ROTEM: FIBTEM MCF > 12mm

Thrombozyten > 50/nl oder ROTEM: EXTEM MCF > 45mm

~~Hyperfibrinolyse ausgeschlossen/therapiert~~



Blutung operativ weiterhin nicht therapierbar ?



rFVIIa (Novoseven®): 90µg/kg KG



SOP Sulproston (Nalador®) bei Uterusatonie

Universitätsklinikum Heidelberg

CAVE: Kein gleichzeitiger Einsatz von Oxytocin (Syntocinon®) und Sulproston (Nalador®)

Information an Dienstarzt Anaesthesie

Stammlösung: 500 µg Sulproston (Nalador®) in 50 ml NaCl 0,9% als Perfusor

Einschwemmphase: 3 Minuten auf 50 ml/h (8,3 µg/ min.)

Reduktionsphase: 7 Minuten auf 10 ml/ h (1,6 µg/ min.)

Erhaltungsphase: 1- 2 ml/ h (0,16- 0,32 µg/ min.)

Therapie für maximal 12-24 h!

Maximaldosis 1000-1500 µg Sulproston/ 24 h

Kontrolle der Vitalparameter!

Cave

- Koronarspasmen
- Lungenödem
- Kardiovaskuläres Versagen

SOP postpartale Atonie

Universitätsklinikum Heidelberg

Postpartale Atonie

- Kreuzblut
- 4 EK
- Info an Blutbank

Verstärkte
Nachblutung

Info OA Gynäkologie
Info FA Anaesthesie
Info Pflege

Schwere Atonie

Hb Abfall < 1 gr/dl / 1h
Hämodynamische Stabilität

Dynamischer Hb Abfall > 2 gr/dl / 1h
Hämodynamische Instabilität
Drainagenverluste > 200 ml / 30 min

Konservative Therapie

- Oxytocin 3IE Bolus langsam i.v.:
30 IE/500 ml Ringer über 1-3h
- Einmalkatheter (Blase entleeren!)
- Eisblase
- Funduskompression
- SpekulumEinstellung
- ggf. Cürettage

Erweiterte konservative Therapie

- **Oxytocininfusion STOP!**
- Nalador STP 500µg/ 50 ml
 - 3 min 50 ml/h
 - 7 min 10 ml/h
 - dann Reduktion um 1-2 ml/ h
nach Blutungssymptomatik

Operative Therapie

- Cürettage
- B-Lynch-Naht
- Uterina Ligatur
- Hysterektomie
- Gefäßchirurgische Intervention
- Radiologische Intervention

Cave: Naladordosis maximal 1000- 1500 µg/24h

Anaesthesiologische Therapie
Hämodynamisch – Pulmonal - Hämostaseologisch

Anaesthesie:
SOP Peripartale Blutung