

Postpartumblödning

Förändringar sedan föregående version

Inga förändringar sedan föregående version.

Sammanfattning

Blödning efter förlossning är ett livshotande tillstånd som ofta kommer oväntat och kan ha ett snabbt och dramatiskt förlopp. De akuta åtgärderna innefattar att stoppa pågående blödning, diagnostisera blödningsorsaken samt att handla snabbt och systematiskt. Be om hjälp så att flera åtgärder kan utföras samtidigt!

Innehållsförteckning

Förändringar sedan föregående version	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	1
Förutsättningar.....	2
Riskfaktorer	2
Genomförande	2
Rutinmässig handläggning av efterbördsskedet	2
Blödning före placenta-avgång, placentaretention.....	4
Blödning efter placenta-avgång	4
Ballongkateter.....	7
Operativ åtgärd	8
Annan blödningsorsak	8

Dokumentinformation	9
Länkförteckning	10

Förutsättningar

Tänk 4 T:

Tonus – atoni (50 - 80%)

Trauma – uterus-, cervix-, vaginalruptur (15 - 35%)

Tissue – placentaretention/placentarester (10%)

Trombin – hemostasrubbingar (1%)

Riskfaktorer

- Tidigare förlossning med stor blödning eller manuell placentalösning
- Tidigare sectio
- Högt BMI
- Prolongerad graviditet
- Blödning under graviditeten
- Stor uterus: flerbörd, stort barn, polyhydramnios
- Multipara, > 5 tidigare förlossningar
- Preeklampsi, ablatio, IUFD
- Långdragen eller mycket snabb förlossning
- Stora mängder oxytocin
- Instrumentell förlossning
- Ålder > 40 år
- Asiatisk etnicitet (RR för atoni 1,3 - 1,4)

Genomförande

Rutinmässig handläggning av efterbördsskedet

Normal rutin i efterbördsskedet: Ge oxytocin 2 ml i.m./i.v. långsamt under minst 1 minut omedelbart efter barnets framfödande.

Töm urinblåsan med tappningskateter om placenta inte har avgått inom 30 minuter efter partus (eller tidigare som del i andra åtgärder)

vid blödning före placenta-avgång).

När placenta är lös, ta ut den genom ett kontrollerat drag i navelsträngen och en hand på fundus, alternativt be patienten krysta ut den själv.

Om navelsträngen dras in vid tryck suprapubiskt bör man avvakta utan att dra i navelsträngen, om det inte är onormal blödning.

Nedanstående handläggning gäller när placenta inte avgått efter 30 min och uppskattad blödning inte överstiger 500 ml.

Vid kraftigare blödning krävs ett snabbare ingripande, se nästa avsnitt ”Blödning före placenta-avgång”.

1. 30 min efter partus ges ytterligare 2 ml oxytocin i.v. 5 min senare försöker barnmorskan med lätt dragning i navelsträngen och samtidigt tryck över fundus lösa placenta under max 5 min.
2. Om ovanstående åtgärd inte resulterar i placenta-avgång: starta en i.v. infusion av Ringeracetat och tillkalla läkare. Barnmorska och läkare gör en samlad bedömning av fortsatta åtgärder.
3. Läkaren kan försöka lösa placenta med Credés handgrepp efter inj. av 3 ml oxytocin i 60 ml NaCl i navelsträngskärl, inj. av diazepam (Stesolid®) 5 mg (1 ml) i.v. samt lustgasinhalation.
4. Misslyckas försöken att lösa placenta med ovanstående åtgärder återstår manuell placentalösning på op-avdelningen i spinalanestesi eller helst narkos.

Placenta bör vara ute inom en timme efter förlossningen.

Att fördröja placentalösning innebär alltid en risk för stor obstetrisk blödning. Ingreppet ska därför vid operationsanmälan alltid prioriteras som akut inom 30 min. Vid blödning görs urakut operationsanmälan till telefonnummer 3072.

Blödning före placenta-avgång, placentaretention

- Tillkalla hjälp då patienten blött >500 ml (läkare, extra barnmorska, v.b. extra undersköterska), ev. anestesilog
- Tänk ABC – fria luftvägar, andning och cirkulation
- Aortakompression vid kraftig blödning
- Läkare försöker aktivt lösa placenta på förlossningsrummet och om det inte lyckas anmäls patienten akut för placentalösning på op-avdelningen
- Urakut operationsanmälan med snabb SBAR till 3072 (använd ej larmknappen)
- Op-avdelningen meddelar vilken op-sal som iordningsställts och när vi kan komma
- Sätt 2 gröna infarter, skicka BAS-test, starta vätska iv.
- Syrgastillförsel via lustgasmasken
- Ringeracetat 1000 ml i.v.
- Dokumentera puls, BT, andra åtgärder, givna läkemedel
- Håll patienten varm

OBS! Ge inte metylergometrin (t ex Methergin®) innan placenta har avgått och **aldrig** till patient med hypertoni/hjärtsjukdom

Blödning efter placenta-avgång

Atonisk blödning misstänks i första hand.

Om patienten blött **>500 ml** och fortsätter att blöda: Kontrollera placenta och bristningar. Om u.a., behandla som atoni, vilket är den vanligaste orsaken till stor postpartumblödning. Om kraftig blödning fortsätter trots vidtagna åtgärder och överstiger **1500 ml**, överväg manuell uterusexploration och insättning av Bakri-ballong. (vg se rubrik Ballongkateter och Operativ åtgärd nedan.

1. Tillkalla hjälp då patienten blött > 500 ml.
 - a. Förlossningsjour och extra barnmorska tillkallas
 - b. Teamarbete är avgörande för att minska blödningsmängden

- c. Undersköterska mäter och noterar blödningsmängd
 - d. Sänk huvudändan
 - e. Kontrollera BT och puls
 - f. Ge syrgas på mask v.b.
2. Uterus- och/eller **aortakompression**, påbörjas direkt och fortsätts tills övriga åtgärder ger effekt. (Vid aortakompression kan femoralispuls palperas för att kontrollera att man håller korrekt).

Bimanuell kompression av uterus är den viktigaste direkta åtgärden för att minska blödning vid atoni. För att minska obehag för kvinnan kan man istället för att komprimera vaginalt med handen göra enligt följande: Kläm fast 4 runda kompresser i en lång peang/ögletång som förs in mot cervix i samband med att spekulumundersökning avslutas. Ta bort spekulum och utför kompressionen med ena handen på uterus via buken och andra handen som håller i peangen och komprimerar mot cervix. Detta kan med fördel utföras när man står vid patientens sida.

3. Fri venväg. Sätt grön i.v. kanyl, två totalt. Bastest, Hb och TPK om det inte är gjort. Sätt Ringeracetat 1000 ml i.v.
4. Kontrollera att urinblåsan är tom. Sätt KAD.
5. Farmakologisk behandling för uteruskontraktion:
 - a. Oxytocin 8,3 mikrogram/ml 1 - 2 ml i.v. Kan upprepas en gång efter 10 - 20 min även om det givits tidigare som profylax.
 - b. Metylergometrin (t ex Methergin®) 0,2 mg (1 ml) långsamt i.v. Kan upprepas med 30 min intervall, maxdos 0,6 mg (3 ml).
Kontraindikation: Hypertoni, preeklampsi, hjärtsjukdom.
 - c. Koncentrerat oxytocindropp: 8 ml oxytocin (Oxytocin®) 8,3 mikrogram/ml i 500 ml NaCl 9 mg/ml. Initial dropptakt 120 ml/tim, halveras efter 60 minuter och går med denna dropptakt i ytterligare 60 minuter. Om blödningen är under kontroll kan droppet då utsättas. Observera antidiuretisk effekt av stora doser oxytocin, samt arytmirisk vid hjärtsjukdom.

- d. Tranexamsyra (t ex Statraxen[®]) 100 mg/ml: 2 g = 20 ml i.v. infusion, långsamt under ca 10 min.
- e. Misoprostol (Cytotec[®]) 2 tabl sublingualt eller 3 tabl per rektum. Kan upprepas efter 2 tim. * Tabl Cytotec[®] löses upp mycket långsamt och ser oförändrad ut även om substansen absorberats och effekten uppnåtts. Tabletterna kan därför spottas ut efter (1/2 -) 1 tim. Tänk på ”Cytotec[®]-feber”: Frossa och feber som kommer inom ett par tim är sannolikt en läkemedelsbiverkan och inte ett symptom på infektion. Ge paracetamol (t ex Alvedon[®], Panodil[®]) och Ibuprofen och expektera. ”Cytotec[®]-feber” brukar inte pågå mer än ett par tim.
- f. Karboprost (t ex Prostinfenem[®] 0,25 mg/ml, 1 ml i.m. i låret. Kan upprepas 8 ggr med 15 min. intervall – OBS! Specialistläkarordination.
* Prostinfenem kan i undantagsfall ges direkt intramuralt i uterus (späd 0,25 mg med 20 ml NaCl för bättre spridning i vävnaden). Ges som inj i uterus via främre fornix eller genom bukväggen.

Länk till SFOG:s behandlingstrappa vid akut postpartum-blödning:

[Trappa-och-lathund.](#)

Anemi på grund av stor blödning ger sämre mobilisering och därmed ökad risk för trombos. Som riktlinje förlås följande:

- Vid blödning 1500 ml – 2000 ml bör blod ordinerars
- Vid blödning > 2000 ml skall blod ordinerars

Blodtransfusion post partum ger 1 VTE-riskpoäng.

Vid massiv blödning (redan >2000 ml eller antas bli) ges transfusion enligt traumakonceptet 4:4:1

- Erytrocytkoncentrat 4 E
- Färskfrusen plasma 4 E
- Trombocytkoncentrat 1 E
- Fibrinogen 2 - 4 g i.v.

Vid fortsatt blödning

- TEG/Rotem utförs. Volymsubstitution/substitution fibrinogen/antitrombin (om antitrombin <0,5 kIE/L) görs i samråd med narkosläkare vid stora blödningar.
- Överväg rekombinant faktor VIIa (NovoSeven®), 0.1 mg/kg kroppsvikt, iv som bolusdos på 2-3 minuter övervägas. För effekt av Novoseven® krävs fibrinogen över 1 g/L, trombocyter över 50 x10⁹ /L och pH mer än 7,2.
- Desmopressin (Octostim®) vid von Willenbrands och vid trombocytopatier, se dosering i FASS.
- Överväg övervakning på IVA. Kontroll BT, puls, diures, pox.
- Vid preeklampsi iakttas försiktighet med vätskesubstitution på grund av ökad risk för lungödem; ge plasma och ev. trombocyter i ett tidigare skede.

OBS! Vid ablatio placentae samt vid svår preeklampsi är koagulationsrubbnings vanligt – tänk på DIC.

Målvärden för behandling under pågående blödning

- Hb 90 g/L
- TPK 100x10⁹ /L
- PK (INR) mindre 1.4
- APTT normal
- Fibrinogen mer än 2–2,5 g/L

Ballongkateter

Vid kraftig blödning från uterus kan intrauterin ballongtamponad appliceras om man inte får tillräcklig effekt av läkemedel. Vid atonisk blödning, speciellt om placentabädden finns i nedre delen av uterus, är ballongkateter ett bra alternativ. Cooks Bakri ballongkateter finns inne på operationsavdelningen.

- Ballongen fylls med upp till 300 ml kroppsvarm isoton NaCl lösning och klampas.
- Läget kontrolleras med abdominellt ultraljud

- Det kan bli nödvändigt att packa vagina med tamponad för att förhindra att ballongen glider ut. Om cervix är mycket vid kan man försnäva cervix med hållsuturer före inläggning av ballongen. Tamponad skall dokumenteras i Obstetrix med fet stil. Fäst tamponad i skvallerdrän.
- Skvallerdrän finns för blödningskontroll.
- Ballongen behålls vanligen 8-12 tim men kan sitta i max 24 tim.
- KAD skall alltid finnas vid ballongtamponad.
- Operationskod för ballongtamponad: MBB10

Operativ åtgärd

- Lynch-sutur: Laparotomi med suturer för mekanisk kompression av uterus.
- Ligatur av arteria. uterina: Vid laparotomi identifiera arteria uterina, skjut ner blåsan och sätt en stor sutur genom 2 - 3 cm av uterusväggen ett par cm nedom uterotominivå.
- Lokal blodstillning t.ex. med TachoSil®/Veriset®/Arista®
- Hysterektomi: Om övriga åtgärder inte hjälper, eller i ett tidigare skede om patienten ej önskar fler barn, kan hysterektomi utföras. Två operatörer bör medverka.
- Embolisering: Selektiv embolisering av det kärl som blöder, vilket förutsätter tillgång till interventionsradiolog. Ev. behövs transport till SU för detta.

Annan blödningsorsak

Uterusruptur

Detta visar sig oftast under förlossningsarbetet och leder till sectio, men kan i sällsynta fall vara orsak till postpartumblödning efter vaginalförlossning.

Uterusinversion

Inversion av uterus är en sällsynt komplikation som orsakar kraftig blödning. Riskfaktorer är kraftig dragning i navelsträng/placenta, särskilt i kombination med tryck över fundus. Uterus kan ibland reponeras direkt på förlossningsrummet, och måste då göras omgående för att lyckas. Dock krävs ofta narkos och nitroglycerin som i.v. bolusdos, vilket kan upprepas v.b. Snabb handläggning är avgörande eftersom uterus blir mer stasad och svårreponerad ju längre tid som går.

Profylax

- Överväg blödningsprofylax till patienter med kända riskfaktorer (sid. 3). Riskpatienter ska ha minst en i.v. kanyl inför partus och till högriskpatienter 2 i.v. gröna kanyler, bastest och Hb. Utöver rutinmässigt oxytocin i samband med barnets födelse kan man ge tranexamsyra (t ex Statraxen®) 1 g långsamt i.v. vid krystskedets början. Misoprostol (Cytotec®) 2 tabl sublingualt alt. 3 tabl rektalt efter barnets framfödande.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, specialistläkare

Karin Broman, barnmorska

Fastställt av

Karolina Andersson verksamhetschef, kvinnoklinik, SÄS, Borås

Nyckelord

Postpartum, riskfaktorer, efterbördsskedet, blödning, placenta, anemi, ballongkateter, operation, blödningsorsak, uterusruptur, uterusinversion, profylax

Länkförteckning

Sjukhusövergripande riktlinje: [Allvarlig blödning](#)

SFOG:s Behandlingstrappa vid akut postpartum-blödning:

[Trappa-och-lathund](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Granskad av: Johanna Källén, (johka87), Medicinsk sekreterare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-143

Version: 12.0

Giltig från: 2026-03-17

Giltig till: 2028-03-12