

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-01

Giltig till: 2026-10-30

# Placentaretention

## Sammanfattning

Cirka tre procent av alla födande kvinnor drabbas av placentaretention och måste genomgå manuell placentalösning i regional eller generell anestesi. Patienter med kvarhållen placenta har hög risk för större blödningar.

## Förutsättning

Rutinmässigt ges omedelbart efter barnets framfödande Oxytocin 2 ml (16,6 mikrogram/ml) intramuskulärt (gärna glutealt) eller i.v.

Töm urinblåsan med tappningskateter om placenta inte har avgått inom 30 minuter efter partus.

## Genomförande

Nedanstående handläggning gäller när placenta inte avgått efter 30 minuter och uppskattad blödning inte överstiger 500 ml. Vid riklig blödning krävs ett snabbare ingripande, se separat riktlinje [Postpartum-blödning](#).

1. Vid 30 minuter ges ytterligare 2 ml Oxytocin (16,6 mikrogram) intravenöst. Fem minuter senare försöker barnmorskan med lätt dragning i navelsträngen och samtidigt tryck över fundus utförskaffa placenta under max fem minuter.
2. Om ovanstående åtgärd inte resulterar i placentaavgång startas en intravenös infusion av Ringer-acetat och läkare tillkallas. Ge också injektion tranexamsyra (Statraxen) 2 g intravenöst.

3. Läkaren kan försöka lösa placenta med Credés handgrepp efter injektion av 3 ml Oxytocin i 60 ml NaCl-lösning i navelsträngskärl, injektion av diazepam (Stesolid) 5 mg (1 ml) intravenöst samt lustgasinhalation.
4. Misslyckas försöken att lösa placenta med ovanstående åtgärder, återstår omgående manuell placentalösning på operation antingen i spinalanestesi eller i narkos. Om patienten inte handläggs skyndsamt ökar risken för större blödningar. Detta gäller även när det föreligger en kvarhållen placenta utan större blödning utåt. Patienten tas därför utan dröjsmål till operation för manuell placentalösning och efterföljande behandling med uterotonika för att minska blödningar.

Anemi p.g.a. stor blödning ger sämre mobilisering och därmed ökad risk för trombos. Som riktlinje föreslås följande:

Vid total blödning > 2000 ml skall blod ordinerars.

Vid blödning 1500 ml – 2000 ml bör blod ordinerars.

OBS! Blodtransfusion ger 1 riskpoäng för VTE.

## Dokumentinformation

För innehållet svarar

Stina Berver, specialistläkare, VÖL, förlossningen, SÄS

Fastställt av

Karolina Andersson, verksamhetschef, Kvinna och barn, SÄS

Nyckelord

Placenta, handläggning, retention, blödning, Oxytocin

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Kvinnoklinik

**Innehållsansvar:** Stina Berver, (stibe5), Specialistläkare

**Godkänd av:** Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SAS9641-1173499273-138

**Version:** 9.0

**Giltig från:** 2024-11-01

**Giltig till:** 2026-10-30