

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Giltig från: 2024-10-02

Innehållsansvar: Susanna "Sanna" Nygren, (susny9), Överläkare

Giltig till: 2026-10-02

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Postpartumblödning förebyggande

Medicinsk rådgivare

Erica Ginström Ernstad, Medicinskt ledningsansvarig

Revideringar i denna version

Förtydligande om att methergin med fördel kan ges intramuskulärt (hellre än iv) när det ges i profylaktiskt syfte. Multipara och myom tillagt under riskfaktorer.

Förändrad nomenklatur på preeklampsi samt förtydligande om att methergin är kontraindicerat vid all preeklampsi och hypertoni samt även vid sepsis.

2024-01-15 Endast sett över att innehållet fortfarande är aktuellt samt förlängt giltighetstiden.

2024-08-28 Förtydligande under punkt 1. Handläggning av efterbördsskedet vid vaginal förlossning

Definition av postpartumblödning enligt WHO

Stor blödning =Blödning > 500 ml inom 24 timmar efter förlossningen

Allvarlig blödning =Blödning >1000 ml inom 24 timmar efter förlossning

Diagnos sätts i Sverige vid blödning >1000 ml, detta betyder inte att det är normalt att blöda upp till 1000 ml. De flesta födande klarar att blöda denna mängd utan allvarlig konsekvens, men målsättningen ska vara att förlora så lite blod som möjligt vid förlossningen.

Allvarlig blödning i samband med förlossning kan uppkomma hastigt och oväntat. Ett antal riskfaktorer finns identifierade men **en stor andel av postpartumblödningarna inträffar hos födande utan tydlig riskprofil** varför profylax bör erbjudas till alla och hög beredskap för omhändertagande av blödning alltid måste finnas.

Bakgrund

Blödning i samband med förlossning är en av de vanligaste orsakerna att nyförlösta dör i världen. I Sverige är dödsfall ovanligt men blödning kan ge upphov till komplikationer av olika grad.

Komplikationer

Mild anemi, lätt hypotension och trötthet kan ha negativ inverkan på den nyblivna förälderns livskvalitet och förmåga att knyta an till barnet.

Anemi efter förlossningen har också associerats med ökad risk för postpartumdepression. Det finns alltså stora vinster med att minimera blödningsmängden i samband med förlossning.

Allvarliga komplikationer

Allvarliga komplikationer som kan uppstå vid stor blödning är:

koagulationsstörning, tromboembolism, ischemi (syrebrist) i hjärtmuskeln, Sheehans syndrom (ischemi i hypofysen), förändrat immunförsvar med ökad risk för infektion och risk för hysterektomi.

Behov av blod-och plasmatransfusion försämrar immunförsvaret, ger risk för TRALI (Transfusions Relaterad Akut Lung Insufficiens som drabbar 1/5000 plasmatransfusion) och risk för immunisering.

Risikfaktorer för blödning

Antenatalt kända riskfaktorer

- Placenta previa/accreta
- Ablatio placentae
- Flerbörd
- Hypertoni/Preeklampsi
- Tidigare postpartumblödning
- BMI >35
- Fetal makrosomi
- Polyhydramnios
- Medfödd eller förvärvad blödningsbenägenhet
- Antikoagulantia
- Äggdonation
- Ålder >40 år
- Asiatisk etnicitet
- Multipara
- Myom

Risikfaktorer som tillkommer under förlossningen

- Kvarhållen placenta/Ofullständig placenta
- Induktion av förlossningen
- Utdragen förlossning/värkstimulering
- Förlängt utdrivningsskede
- Feber under förlossningen
- Instrumentell förlossning
- Episiotomi
- Mjukdelsskada
- Kejsarsnitt

Handläggning av efterbördsskedet vid vaginal förlossning

- Väg/mät all blödning.
 - Ett normalt efterbördsskede varar 30 min. Förlängt efterbördsskede ökar risken för stor blödning.
 - Följande behandling ska erbjudas alla som fött vaginalt. Profylaktiskt oxytocin halverar risken att drabbas av blödning över 500 ml.
1. **Injektion Oxytocin* 8,3 µg/ml, 2ml (= 10 enheter)** ges intravenöst alternativt intramuskulärt inom 1-2 minuter efter partus. Även en subcutan injektion ger ett visst blödningsskydd men kan behöva kompletteras med **Oxytocin 8,3 µg/ml, 1 ml (=5 enheter) i.v.** långsamt under 60 sek. *Relativ kontraindikation: Ischemisk hjärtsjukdom, arytmibenägenhet.*
 2. **Sen avnavling** (= avnavling efter 2-3 min) Barnet kan läggas upp på mammas mage men bör inte lyftas högre med intakt navelsträng. Barnet får då den extra blodvolym som finns i placenta och givet oxytocin hinner inte påverka barnet. *Kontraindikation: vid asfyxi och behov av hjärt-lungräddning som inte kan utföras på plats.*
 3. **Kontrollerad traktion** av navelsträngen vid tecken på att placenta lossnat (t ex: lösningsblödning, uterus ”toppar” sig, krystningskänsla). Vid uteblivna tecken på att placenta lossnat: avvakta med att röra uterus i 5- 10 minuter (räknat från partus). Därefter gör man ett aktivt försök att få ut placenta. Avvakta ytterligare om placenta inte släpper. Observera uterusstöd med andra handen för att undvika uterusinversion. **Vid blödning krävs ett mer aktivt handlande.**
 4. **Barnet hud mot hud** för att främja tidig amning.
 5. **Tömd urinblåsa.**
 6. **Upprepad injektion Oxytocin 8,3 µg/ml, 1 ml (=5 enheter) i.v.** långsamt under 60 sek om **placenta inte avgått** efter 10-20 min. Vid blödning ges dosen tidigare. *Relativ kontraindikation: Ischemisk hjärtsjukdom, arytmibenägenhet.*

I slutet av graviditeten är blodflödet till uterus och placenta cirka 600-700 ml/min. När en lösningsblödning har noterats betyder det att placenta helt eller till viss del har lossnat. Så länge placenta inte avgått hindras uterus från att kontrahera och det fortsätter blöda från placentabädden där placenta har lossnat. Man kan inte avgöra hur mycket det blöder genom att bara titta på hur mycket som rinner ut i vagina

eftersom koagulerat blod eller en del av placenta kan lägga sig i vägen och hindra att blodet töms ut ur uterus.

När en lösningsblödning har noterats och placenta inte snart därefter avgår löper patienten stor risk att drabbas av allvarlig obstetrisk blödning där tidsfaktorn till åtgärd är avgörande för hur mycket blod som förloras. Blödningsrisken ökar ju längre tid placenta sitter. Vid beslut om manuell placentalösning på operation är det viktigt så snabbt som möjligt få patienten klar för ingreppet, se PM Manuell Placentalösning. **Ansvarig obstetriker** ska inte lämna patienten utan går med till operation.

Blödningsprofylax efter placentaavgång

- **Uteruskontroll** var 15:e minut i 2 timmar efter placentaavgång. Förlösande barnmorska är huvudansvarig men delegation kan ske. Uterus masseras kort för att stimulera kontraktion och exprimera koagler. Knåda ej då detta kan leda till frisättning av plasminogenaktivatörer och ökad blödning.
- Vid ökad risk för atonisk blödning efter att placenta avgått och bedömts som fullständig ges **Injektion Methergin 0,2 mg/ml, 1 ml im/iv**. Intramuskulär injektion är i de flesta fall att föredra. Den uterusammandragande kommer inom 5 min och sitter i längre efter intramuskulär injektion samtidigt som risken för biverkningar minskar.
Kontraindikationer: Preeklampsi, hypertoni, kärlsjukdom, sepsis, allergi mot ergotaminpreparat.

Tillkalla läkare, sätt nål och överväg aortakompression vid

- Snabb blödning oavsett blödningsmängd.
- Pågående blödning >500 ml.
- Kvarhållen placenta 30 minuter efter partus oavsett blödning.
- Större lösningsblödning där placenta inte kommer ut.

* FASS: Efter intravenös eller intramuskulär injektion verkar Oxytocin snabbt; efter ca 1 minut vid i.v. injektion och efter 2-4 minuter vid i.m. injektion. Effekten kvarstår 30-60 minuter efter intramuskulär injektion och förmodligen något kortare tid efter intravenös injektion.

Referenser

1. WHO recommendations for prevention and treatment of postpartum haemorrhage

2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

2. N. Milman "Postpartum anemia I: definition, prevalence, causes and consequences" (Review) *Ann Hematol* (2011) 90:1247-1253
3. Vårdprogram för avnavling av nyfödda barn. <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=10609>
4. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. "Prophylactic oxytocin for the third state of labour to prevent postpartum haemorrhage" (Review) *Cochrane Database of systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808.DOI:10.1002/14651858.CD001808.pub2.

Uppföljning, utvärdering och revision

Verksamhetschef ansvarar för uppföljning av innehållet i rutinen. Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i *Obstetrix/Melior*, om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i *MedControl PRO*.

Granskare/arbetsgrupp

Margareta Hellgren Öl, Maria Sjöström bm, Lisa Wanglöf bm, Elisabeth Lundqvist bm, Marie-Louise Dahlström bm

Ansvar

Gäller för personal inom de enheter/verksamheter som berörs av rutinen. Ansvar för spridning och implementering har VEC/EC. Verksamhetschefen ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Verksamhet Obstetrik

Innehållsansvar: Susanna "Sanna" Nygren, (susny9), Överläkare

Granskad av: Erica Ginström Ernstad, (erigi2), Sektionschef

Godkänd av: Anneli Falk, (annfa17), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9786-1429723585-225

Version: 11.0

Giltig från: 2024-10-02

Giltig till: 2026-10-02