

Akut riklig vaginal blödning - KKH

Hitta i dokumentet

[Sammanfattning](#)

[Definition](#)

[Akut handläggning vid riklig vaginal blödning](#)

[Diagnostisera blödningskällan och utifrån det sker fortsatt handläggning](#)

[Behandling vid vaginala blödningar postoperativt \(exempelvis efter konisering och prolapskirurgi\)](#)

[Vid stor gynekologisk blödning som kräver akut operativ åtgärd för att stabilisera patienten, använd följande larmrutin:](#)

[Fortsatt handläggning då blödningskontroll uppnåtts](#)

[Referenser](#)

[Bilaga 1: Övervakningsprotokoll – Akut riklig vaginal blödning](#)

[Bilaga 2: Aortakompression \(Nordberg, 2019\)](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Sammanfattning

Rikliga vaginala blödningar förekommer ofta på gynekologiska kliniker. Bakomliggande orsak kan variera mycket men det akuta omhändertagandet ska vara detsamma. Vidare utredning och behandling, efter det akuta omhändertagandet, är sedan beroende av bakomliggande genes till kvinnans blödning, graviditet, ålder, blödningsmönster och typ av eventuellt preventivmedel. Vid Hb <90 g/L minskar blodets koagulationsförmåga. Hypotension är ett sent symtom. Vid en allvarlig blödning är tidsfaktorn tills man erhåller blödningsstopp av vital betydelse. Det är viktigt att försöka ligga steget före!

Definition

Normal menstruation varar i 3–7 dagar. Intervallet mellan den första blödningsdagen i menstruationen till första dagen i nästa menstruation är mellan 23–35 dagar. Total blödningsmängd är 20–80 ml. Kvinnor med normal menstruation håller normala hemoglobinnivåer och normalt serumjärn (Jansson P-O, 2010).

- **Menorragi** (N92.0) = riklig/långdragen regelbunden menstruationsblödning (total blödningsmängd >80 ml/menstruationscykel). Ca 10–20% av alla kvinnor drabbas någon gång under det fertila livet av menorragi.

- **Metrorragi** (N92.1) = mellanblödning dvs en blödning som kommer på fel tid, mellan två normala menstruationer, enstaka eller upprepade gånger.

- **Menometrorragi** (N92.1) = oregelbunden, riklig, långdragen blödning.

- **Postmenopausal blödning** (N95.0): definieras som blödning >12 månader efter menopaus.

Akut handläggning vid riklig vaginal blödning

Samtliga läkemedel administreras av ssk/BM efter ordination av läkare.

ALLTID (oavsett orsak):

- Handläggs strukturerat enligt ABCDE-tillvägagångssätt.
- Usk startar NEWS-övervakning. För icke gravid NEWS2. Vid känd graviditet och t.o.m. 6 v post partum, Obstetrik NEWS2.
- Följ NEWS var 5:e-10:de minut.
- Sänk huvudändan och höj fotändan för att öka det venösa återflödet.
- Ssk tillkallar läkare.
- Usk tar fram blödningskorgen och övervakningsprotokoll.
- Ssk sätter PVK nr 1 (så grov som möjligt, gärna grön/vit) och kopplar 1000 ml Ringer-Acetate. Övertrycksmanschett v.b.
- Ssk sätter PVK nr 2 (så grov som möjligt, gärna grön/vit) och tar blodprover:
 - Blodgruppering och BAS-test.
 - Ta "blödningsprover" (paket finns i VAS - "OBLÖ"): Hb, TPK, APTT, PK(INR), fibrinogen, D-dimer, Na, K, Krea, Ca-jon, B-glukos.
 - Komplettera med S-hCG vid misstänkt graviditet.
 - Vid allvarlig blödning upprepas ovanstående provtagning med 2–4 h intervall, då även med tillägg av v-blodgas och komplettera med APLAKT, Hb, pH, pCO₂, bikarbonat, BE, laktat.
 - Markera samtliga rör med "AKUT"-etikett.
- Koppla syrgas 10–15 L på reservoarmask.
- Ssk: Inf. Tranexamsyra (Cyklokapron – fibrinolyshämmare). 100 mg/ml, 20 ml = 2 g i 100 ml NaCl. Infusion under 15 minuter. (Ny injektion, 1 g, kan ges efter 8 timmar).
- Usk förbereder för gynekologisk undersökning och ultraljudsundersökning (starta apparat, för in ID-uppgifter, förbered prob).
- Säkerställ god kroppstemperatur (>36 °C). Varma filter/värmetäcke, avlägsna nedblodade och blöta kläder/underlägg. Administrera varma iv dropp. Patofysiologin är inte helt klarlagd men hypotermi försämrar koagulation genom att minska produktionen av koagulationsfaktorer samt öka fibrinolys (Gerecht, 2014).
- **Vid mycket riklig vaginal blödning: Påbörja AORTAKOMPRESSION.**
- Usk: sätt KAD. Dels för att följa urinproduktionen men också dels för att undvika att fylld urinblåsa hindrar uteruskontraktion.
- Pat ska vara fastande inför eventuell operativ åtgärd.
- Tillkalla narkosjour om detta inte redan gjorts. Fortsätt substitution, provtagning och övervakning i samråd.
- Usk: väger kontinuerligt blöja/underlägg m.m. för att identifiera blödningsmängden.
- Blodprodukter efter ordination.
Ersätt blödningsmängden enligt principen 4:4:1
= 4 Erytrocytkonc: 4 Färskfrusen plasma: 1 Trombocytkonc.
Beställ initialt 2 enheter. Beställ O-neg blod om blodgruppering saknas.
- Överväg att ge fibrinogenkoncentrat (Riastap/Fibryga) iv 2-4g. Finns på IVA och ges i samråd med narkosjour, i syfte att hålla fibrinogenkoncentrationen >2,0–2,5 g/L tills blödningsmängden är under kontroll. Den färdigberedda lösningen ska värmas till rums- eller

kroppstemperatur och ges sedan som långsam intravenös injektion eller infusion, där hastigheten inte bör överskrida ca 5 ml per minut.

- Överväg att ge Inj. Calciumgluconate 10%, 10 ml i.v., tillförs efter kontroll av temperatur (>36,5 grader), pH (>7,2) och fritt joniserat Ca (>1,0 mmol/L).

Riktmärken:

- Hb >90 g/L
- TPK >100 x 10⁹/L vid stor pågående blödning och 50 x 10⁹/L efter uppnådd hemostas.
- Fibrinogen >2,0–2,5 g/L
- PK (INR) <1,5
- APTT Normalisering
- Systoliskt blodtryck: adekvat för cerebral perfusion, riktmärke >80-100 mmHg. (Hemostas vid allvarlig blödning. Vårdprogram utarbetat av arbetsgrupp inom Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH), 2019-08-29).

Trombosprofylax:

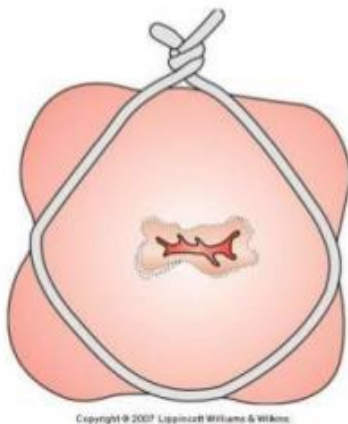
Lågmolekylärt heparin övervägs när adekvat hemostas föreligger. Reducerad dos vid nedsatt njurfunktion och vid trombocytopeni. I normalfallet påbörjas trombosprofylax när Hb varit stabilt i 12–24 timmar. (*Hemostas vid allvarlig blödning*. Vårdprogram utarbetat av arbetsgrupp inom Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH), 2019-08-29)

Diagnostisera blödningskällan och utifrån det sker fortsatt handläggning

Behandling vid inkomplett inducerad- eller spontan abort:

- Viktigt att få upp patienten i gynstol för att undersöka.
- Usk förbereder genom att plocka fram spekulum, depressor, (ev. självhållande spekulum), flera skafttorkar, ringtång/ögletång.
- Om undersökning påvisar graviditetsrester i cervix, avlägsna dessa med hjälp av ringtång/ögletång.
- Överväg tidigt i omhändertagandet om behov av smärtlindring föreligger:
 - Inf Paracetamol 10 mg/ml, 100 ml = 1 g.
 - Inj Oxikodon 10 mg/ml. 1 ml späds i 9 ml NaCl = 1 mg/ml. Starta med 2,5 mg iv.
- Misoprostol (T. Cytotec 0,2 mg). 2 st tabletter sublinguallt alternativt 3 st tabletter peroralt. Vaginal administration av misoprostol är inget alternativ vid riklig vaginal blödning då risken finns att tabletterna åker med blödnigen ut innan de har effekt.
- Vid misstanke om kvarvarande graviditetsrester i livmodern som ger upphov till den fortsatta blödnigen, anmäles patienten för akut vakuümexeres. Vid inkomplett abort med akut behov av vakuümexeres, ger förbehandling med 2 tabletter misoprostol sublinguallt en adekvat uteruskontraktion efter ingreppet.
- **Vakuümexeres är förstahandsalternativ vid riklig blödning, cirkulatorisk påverkan eller septisk abort.** (ARG-rapport *Inducerad abort*, 2018)

- Vid septisk abort skall patienten erhålla preoperativ antibiotikabehandling:
 - Inj. Piperacillin/Tazobactam 4 g/0,5 g x 3 (4 g/0,5 g löses i 20 ml sterilt vatten, ges på 3–5 min).
 - Vid PC-allergi ges: Inj Cefotaxim (Claforan) 1 g x 4 (1 g löses i 4 ml sterilt vatten, ges på 3–5 min) och inf Metronidazol (Flagyl) 5 mg/ml, 1,5 g = 300 ml x 1 dag 1, därefter 1 g = 200 ml x 1. Inf. Metronidazol 1,5 g ges på 60 min och 1 g ges på 40 min). Cefotaxim kan ges vid pc-allergi som yttrat sig som urtikaria eller diarré.
 - Om patienten reagerat med anafylaxi (livshotande reaktion) på pc, ges inf Clindamycin (Dalacin) 600 mg x 3 (600 mg späds i minst 50 ml NaCl och ges på 20-30min).
 - Om patienten är tryckinstabil, bör antibiotika med högre dosering ges, Piperacillin/Tazobactam 4 g x 4. (Jahr-Allah, 2021)
- Om blödningen inte stillar sig trots åtgärder, tillkallas narkosjour.
- Under vakuumexeres kan Oxytocin ges iv v.b. efter ordination av operatör. (Gemzell-Danielsson, 2021)
Inj. Oxytocin 8,3 µg/ml, 1 ml = 8,3 µg iv, ges långsamt under 60 s.
- Observera, vid vakuumexeres av Rh-neg patient ges inj Rhophylac 1500 IE (300 µg) som en engångsdos inom 72 timmar. Kan administreras im alt iv.
- Om kraftigt illamående patient, överväg antiemetika. Inj Ondansetron 2 mg/ml, ge 2–4 ml v.b.
- Vid fortsatt mycket kraftig blödning från uterus, exempelvis vid misstänkt snittärrsgravitet, kan uterus tamponeras med en intrauterin ballongkateter. Detta för att möjliggöra stabilisering av patienten och eventuell förflyttning till universitetssjukhus för vidare omhändertagande, med möjlighet till operation och kärlintervention. Applicera en hematurikateter på plats i uteruskaviteten, antingen palpatoriskt eller via ögats inspektion vid vaginal undersökning, och fyll upp med adekvat mängd NaCl (max 50 ml). Viktigt att hela ballongen passerar cervix. Ballongläge kan kontrolleras med vaginalt ultraljud. För att undvika att ballongen åker ut för tidigt skall en vaginaltamponad med duk läggas. Alternativt fäst en cirkumferent sutur (som ett cerklage) runt cervix med Vicryl 0 och dra åt runt om för hemostas, var god se bild nedan. (Rydbeck K. 2021-09-01).



Behandling vid vaginala blödningar postoperativt (exempelvis efter konisering och prolapskirurgi)

- Lapisering – kan användas på en mindre lokaliserad blödning. Applicera en lapispinne med silverniträt på blödningskällan. Preparatet är etsande och kan bara användas på små ytor pga. den smärta som blir när preparatet fräter. Usk tar fram material och assisterar.
- Om otillräcklig effekt, injicera Carbocain-Adrenalin 5 mg/ml ytligt kring blödningen. Om diffus blödning på portio kan flera ytliga injektioner läggas med Carbocain-Adrenalin, förslagsvis totalt 10 ml kl 2, 5, 7 och 10 på portio. Ssk tar fram Carbocain-Adrenalin samt en **lång** grön nål (0,80 x 0,80 mm 21G).
- Vid fortsatt blödning, lägg in tamponad i vagina som dränks med Carbocain-Adrenalin 5 mg/ml. Tamponad utgörs av en operationskompress 30 x 40 cm, där man håller 20 ml Carbocain-Adrenalin på halva delen. Mycket viktigt med tekniken vid anläggning av tamponad, där tryck mot blödningskällan är av yttersta vikt. Med hjälp av lång peang förs den del av duken som är dränkt i Carbocain-Adrenalin in först och läggs dikt an mot portio. För därefter in resten av duken successivt. Var noggrann med att packa uppifrån och ut. **OBSERVANDUM** efter hysterektomi då man måste vara försiktig med den suturerade vaginaltoppen. Även observandum efter att tamponaden är lagd då det är viktigt att försäkra sig om att patienten inte blöder in i buken.
- Om mer än en tamponad förs upp ska tamponaderna knytas ihop. Med fördel fixeras tamponaden mot KAD. Viktigt att detta sedan dokumenteras i journal för att minimera risken att material kvarglöms.
- Usk förbereder för om eventuell suturering krävs. Plocka fram nålförare, sax, pincett och sutur. Använd bara absorberbar sutur (Vicryl, Polysorb, Monocryl). Tjocklek på suturen anges i siffror där låga nummer är grövre och högre tunnare sutur. De vanligaste är 2–0 och 3–0, men 4–0 används ofta i labia och hud.
- Vid fortsatt riklig blödning trots åtgärd eller svårt att identifiera blödningskällan pga riklig blödning, överväg att packa vagina med koksaltindränkt tamponad för kompression av blödningen. Detta för att få möjlighet att komma in med rätt kompetens – tillkalla bakjour – och ta in patienten på operation.
- Hos koniserade patienter kan man ibland behöva suturera arteria uterinas nedåtstigande grenar. (Greppe, 2015-01-21).
- Frånvaro av konklusiva kliniska studier gör det svårt att ge säkra rekommendationer gällande användandet av lokalhemostatika så som Spongostan och Tachosil. I utvalda fall kan och sannolikt bör lokalhemostatika användas, som framförallt adjuvant hemostatisk terapi. Spongostan är koagulationsaktiverande lokalhemostatika som i huvudsak aktiverar trombocyter. Tachosil är en kombination av koagulationsfaktorer (humant plasmaderiverat trombin och fibrinogen) och koagulationsaktiverande lokalhemostatika. Dessa preparat kräver ingen förpreparation och kan lämnas kvar i sårhålan efter uppnådd hemostas. Sannolikt har de en plats vid moderat sivande blödning från råa sårytor men mer tveksamt gällande den kliniska effekten vid större blödningar (Hemostas vid allvarlig blödning. Vårdprogram utarbetat av arbetsgrupp inom Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH), 20190829).

Vid stor gynekologisk blödning som kräver akut operativ åtgärd för att stabilisera patienten, använd följande larmrutin:

Telefon **23 000**

Från mobil **010-58 23 000**

Gyn- eller förlossningsjour anger stor gynekologisk blödning

Växeln ställer ut larm till nedanstående larmgrupp:

- Narkosjour
- Narkosköterska x 2
- Operationssköterska x 2

Patienten transporteras skyndsamt till sal 12 på centraloperation där rapport och planerat ingrepp anges och förbereds. Om sal 12 är upptagen dirigeras patient + team till ledig sal på c-op.

Fortsatt handläggning då blödningskontroll uppnåtts

Efter det primära omhändertagandet och med förutsättning att patientens tillstånd förbättrats och stabiliserats, genomförs en sekundär bedömning. Reevaluera ABCDE och gör upp en planering kring fortsatt vård (Further care – F).

Airway = Luftväg

Breathing = Andning

Circulation = Cirkulation

Disability = Medvetande

Exposure = Exponering

Further care = Fortsatt vård



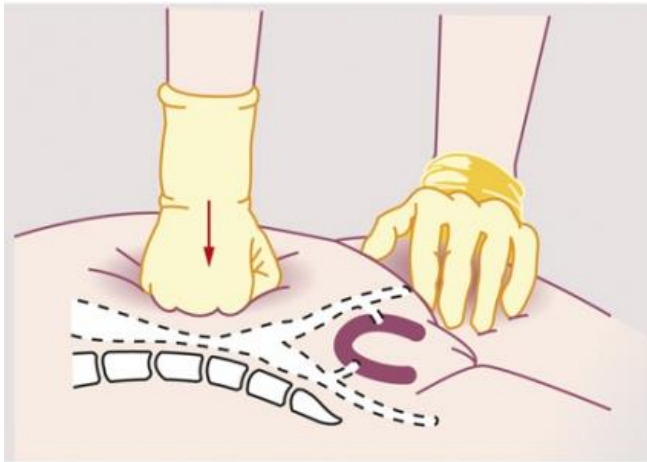
Observera förändringar hos patienten och glöm inte att reevaluera.

Tänk NILS: N – Nutritionsstatus, I – Infektionsstatus, L – Läkemedelslista,
S – Specialundersökningar. (www.proactcourse.org)

Referenser

- Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H. Abort. Internetmedicin. Publicerat 2021-02-21.
- Greppe, Charlotte. PM Vaginal blödning efterprovtagning eller operation. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Publicerat 2015-01-21.
- Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi. ARG-rapport Nr 79, SFOG 2018.
- Hemostas vid allvarlig blödning. Vårdprogram utarbetat av arbetsgrupp inom Svenska Sällskapet för Trombos och Hemostas (SSTH). Version 3 giltig tom. 2023-08-29.
- Inducerad abort. ARG-rapport Nr 78, SFOG 2018.
- Jansson P-O et al. Gynekologi. Studentlitteratur AB 2010.
- Jar-Allah T. Rutin Abortkomplikationer. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Publicerat 2021-03-10.
- Nordberg E. PM Postpartumblödning – KK HS. Publicerat 2019-01-07.
- Rydbeck K. Rutin Snittärrsgravitet. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen. Publicerat 2021-09-01.
- <https://www.proactcourse.org/wp-content/uploads/2019/08/proACT-Fo%CC%88rela%CC%88sning-svenska-ver-2.3-.pdf>. Hämtad 2021-12-09

Bilaga 2: Aortakompression (Nordberg, 2019)



Instruktion

Börja med att få kontakt med patienten och förklara vad du ska göra och varför.

Om du står på patientens vänstra sida: Tag din vänstra hand och känn efter femoralispulsen i patientens vänstra lårskene. Håll kvar handen. Tag sedan din högra hand och knyt den med tummen på utsidan. Placera den knutna handen i navelhöjd eller strax ovanför naveln på patienten. För den sedan långsamt ner mot ryggraden. På väg ner känner man aortan pulsera. Det är meningen att man ska klämma aorta mot ryggraden. När detta görs på ett korrekt sätt försvinner pulsen i femoralisartären. Stå helt still. Rörelse i kompressionshanden är mycket obehagligt för patienten och man riskerar att tappa taget om aortan. Vid transport av patienten ska den som håller aortakompression åka i sängen.

Se till att du står så bekvämt som möjligt. På operation kan det innebära att du behöver stå på en pall. Om du blir trött i armen, se till att bli avlöst.

Om pulsen känns fortsätter patienten att blöda.

1. **Korriger läget, flytta uppåt.** Den vanligaste orsaken till att kompressionen inte fungerar är att man håller för långt ner på patienten. Den knutna handen hamnar då under det stället där aorta delar sig.
2. **Korriger läget, flytta lite åt vänster.** Aorta går lite till vänster om ryggraden och om kompressionen inte fungerar kan man komma åt aortan genom att trycka lite från vänster.

Om man trots vidtagna åtgärder inte får pulsen att försvinna är aortakompressionen utan effekt och innebär bara obehag för patienten. Det är då bättre att övergå till bimanuell uteruskompression.

OBS! Om aortakompression hålls och läkemedel tillförs intravenöst, måste man släppa aortakompressionen en kort stund för att läkemedlet ska nå fram till uterus. Det går utmärkt att söva en patient under pågående aortakompression.

Uppdaterat från föregående version

2024-11-04: Reviderad med nytt datum utan ändringar.

2024-09-11: Ändrat larmnummer från 3000 till 23 000, från mobil 010-58 23 000.

2023-11-10: Lagt till stycket ang larmrutin vid stor gynekologisk blödning.

2022-06-29: Ny riktlinje.