

MASSIIVINEN VUOTO

Tapausselostus

MARJA KOMULAINEN

NAISTENTAUTIEN JA

SYNNYTYSKLINIKKA, KYS



POTILASTAPPAUS

- Terve 33-vuotias G2P0 äiti, ei perussairauksia
- Pituus 165, paino 53,5 kg
- Veriryhmä A Rh positiivinen, ei vasta-aineita
- 4 käyntiä aluesairaalassa
- raskaus sujunut hyvin
- Lähtö RR 110/69
- Hb 133, H 40 Hb 99
- painonnousu raskaudessa 11,5 kg
- ei tietoa rauta-substituutiosta



Avautumisvaihe

- H 41+2 klo 18.30 äiti tulee säännöllisissä supistuksissa s-saliin
- supistukset alle 10 min. välein. Tulo-CTG hyvä ja reaktiivinen
- Lantio hyvä
- Toive mahdollisimman luonnonmukaisesta synnytyksestä
- Illan ja yön aikana kivunlievityksenä amme perheen toiveiden mukaisesti
- KP klo 4.50 cx auki 8 cm, korkeus +1
- käyrä hyvä ja reaktiivinen
- kirkas lapsivesi, klo 5.20 oksitosiini supistuksia parantamaan



Ponnistusvaihe ja lapsen syntymä

- Kohdunsuu täysin auki klo 9
 - avautumisvaihe n 14h
 - Passiivista ponnistamista 1 t 50 min
 - Aktiivinen ponnistaminen 10 min
- Imukuppiulosautto
 - Väsymys ja supistusheikkous
- Yhdellä vedolla kirkkaasta vedestä syntyy tyttö 4090g Apgar 9/9.
- Alimmainen käsi kaulalla/poskella ja hartioiden ulosautto melko vaikea



III vaihe

- Synnytyksen jälkeen istukka on tiukasti kiinni
 - Fentanyl 1 ml i.v.
 - imetys
- Päädytään istukan käsinirrotukseen
 - Punnittu vuoto synnytyssalissa 1000 ml
- Salista leikkaussaliin siirryttäessä RR 99/78 p.111/min. Kliinisesti äidin vointi hyvä
- Synnytyssalissa infusoidut nesteet NaCl 0.9 2000 ml, Hemohess 500 ml ja Ringer 1000 ml : Yht. 3500 ml



Tapahtumat leikkaussalissa

1. Istukan käsinirrotus
 - vuoto jatkui ja hb matala
1. Cervixin alueen repeämän ompelu
 - eri mukana
1. Vaginan oikeassa seinämässä repeämä
 - 2/3 vaginasta
1. Istukan irtoamisen jälkeen kohdusta atonista vuotoa
 - kohdun tukeminen, kaavintatarkastus + UÄ
 - Syntocinon 50 ky-tippa
 - Nalador-infuusio
 - Cytotec 200 mikrogramma per rect



Tapahtumat leikkaussalissa

- **Jatkohoitotarve?**
 - vuoto maltillista, mutta
 - jatkuvaa tukemista ja lääkitystä tarvitsi
 - ei residuaa (UÄ) tai hematomaan viittaavaa
- **embolisaatiopäätös**
 - vuoto hallinnassa - näkyvä vuoto kohtalaisen vähäistä, mutta jatkui
 - keskustelu anestesia­lääkärin kanssa
 - hb 90 tasoa ja hemodyna­miikka hallinnassa
 - tp eri yksikössä --- tilanne oltava vakaa ennen siirtoa



Tapahtumat leikkaussalissa

- MUTTA valmisteltaessa todetaan:
 - mahdollisuuksia embolisaatioon siirtymiselle EI ole ja päätetään laparotomiasta ja iliaca interna ligaatiosta (vuoto yht. 4500 ml)
- Samanaikaisesti todetaan, että potilaalla on vaginan jatkeena hematoma oikealla
- Laparotomia: vapaassa vatsaontelossa on 1500ml juoksevaa verta sekä retroperit. hematoma munuaistasolle asti
 - Molemmin puolin iliaca interna ligaatiot, jonka jälkeen hemodynamiikka stabiloituu ja syst.paine yli 100
- Kun faskiaa aletaan sulkea, potilas ajautuu kammiovärinään ja elvytykseen



Vuodon syyt:

1. Istukan käsiniirrotus
2. Cervixin alueen repeämä/vuoto
3. Vaginan oikeassa seinämässä repeämä
4. Istukan irtoamisen jälkeen kohdusta atonista vuotoa
5. Arteria uterinan repeäminen vapaaseen vatsaonteloon



Perustietoa synnyttäjistä:

- Raskausajan verivolyymi lisääntyy 40-50 %,
 - 500 -1500 ml:n menetyksellä ei suuresti kliinistä merkitystä
- Alatiesynnytyksissä 5% synnyttäjistä vuotaa yli 1000 ml

1/1000 synnytyksessä esiintyy äidin henkeä uhkaava verenvuoto :
25 - 40 % äitiyskuolemista johtuu hallitsemattomista verenvuodoista



Äitikuolemat Suomessa 1990-2002 (tilastokeskus)

	yht	postp. vuodot	embolia	trombi	ekl.	muut
2002	3	1	1	1	-	-
2000	3	1	-	1		1
1997	3	-	1	1	1	-
1994	7	1	4	-	-	2
1992	3	-	1	1	-	1



Ajatuksia

- Vaikeista asioista voi aina oppia jotain:
 - anestesialääkärin ja obst puolen tiivis yhteistyö ehdoton
 - embolisaatio
 - hyvä vaihtoehto
 - l-tomia, jos ei tilanne ei ole vakaa
 - aikaraja



Psyykkinen jaksaminen

- Perheen tukeminen
- Henkilökunnan tukeminen:
 - keskustelutilaisuudet heti !
- Miten lääkärit jaksavat?