




Interdisziplinäre Vorgehensweise bei vermehrter peripartaler Blutung (PPH):

- schwere PPH: > 500 ml bei Spontangeburt und > 1000 ml bei Sectio
- ggf. vor Intervention 4 Gerinnungsröhrchen (Citratblut) abnehmen zur hämostaseologischen Untersuchung, falls notwendig
- bitte folgendes Vorgehen, ohne die Analyseergebnisse abzuwarten, auf jeden Fall einleiten (nach Lier und Rath 2011 Geburth Frauenheilkunde; 71;577-88):

Stabilisierung der Rahmenbedingungen	Kerntemperatur > 34 °C pH-Wert > 7,2 ionisierte Ca ²⁺ Konzentration > 0,9 mmol/l
3 IE Oxytocin maximal (bei beginnender uterinen Atonie) -> falls weiter Blutung, sofort hämostyptische Maßnahmen einleiten 	
Substitution von Sauerstoffträgern	bei Hb < 10 g/dl sofort EK-Gabe mind. 2
Hemmung Fibrinolyse	Tranexamsäure (Cyklokapron) initial 1 - 2 g (ca. 25 mg/kg KG) oder 4 g über 1h + 1g/h über 6 h
Substitution von Gerinnungsfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrinogen (Haemocomplettan) 4 g absolut, ggf. steigern bis auf 8 g • ggf. FFP (dann aber 30 ml/kg KG schnell hintereinander, sonst kein Effekt!) • ggf. Fibrogammin 2500 (Faktor XIII)
ggf. Unterstützung der Thrombozytenfunktion	Minrin parenteral (DDAVP) 0,3 µg/kg KG über 30 Min. in 50 ml NaCl (ca. 1 Ampulle / 10 kg KG)
ggf. Unterstützung der Thrombozytenzahl und -funktion	Thrombozytenkonzentrate, v.a. bei Thrombozytenzahl < 100.000/µl
ultima ratio	Novoseven 90 µg/kg KG i.v. als Bolus
bei anhaltender Blutung	kein Antithrombin, kein Heparin