



Léky a jejich dávkování

Oxytocin (Oxytocin®)

Zahájení léčby: 10 IU i.m. a 20-40 IU v 1000 ml infuzního roztoku, rychlost: 60 kapek/min
dále: 20 IU v 1000 ml infuzního roztoku.

Rychlost: 40 kapek/min, až do zástavy krvácení.

Carbetocin (Duratocin®)

Náhrada infuzního podání oxytocinu 100 µg i. v. (doba podání 1 minuta)



Methylergometrin

Zahájení léčby: 0,2 mg i. m. nebo pomalu i. v.

dále: po 15 minutách opakovat podání 0,2 mg methylergometrinu i. m.

nebo: 0,2 mg i.m. nebo pomalu i.v. každé 4 hodiny, nepřesáhnout dávku 1 mg (pět dávek 0,2 mg)

Kyselina tranexamová (Exacyl®)

Úvodní dávka 1 g během 10 minut,

dále: pokračovat infuzně v dávce 1 g během 8 hodin.

Alternativou je dávkování 20-25 mg/kg.



Fibrinogen

Podání fibrinogenu je doporučeno u PŽOK při poklesu jeho koncentrace pod 2 g/l i. v.

Úvodní dávka: u PŽOK se doporučuje 3 – 4 g i. v.



Prostaglandiny F2α

V případě, že krvácení pokračuje i po podání oxytocinu, carbetocinu, event. ergometrinu, je na místě podání prostaglandinů.

Dinoprostum (Enzaprost F®)

5 mg v 500 ml infuzního roztoku, rychlost: 5 ml/min (= 300 ml/h),
nepřesáhnout dávku 20 mg, není-li odezva, podat carboprost (*Prostin 15M®*).

Carboprostum (Prostin 15M®)

Zahájení léčby: 0,25 mg i. m. event. intramyometrálně,

dále: podle potřeby každých 15 minut 0,25 mg i. m. nepřesáhnout dávku 2 mg (*osm dávek 0,25 mg*).

Rekombinantní faktor VIIa (NovoSeven®)

Podání rFVIIa lze zvážit v situacích, kdy PŽOK pokračuje i přes ošetření chirurgického zdroje krvácení, podání antifibrinolytik, správné použití transfuzních přípravků a po dosažení korekce acidózy, hypotermie a hypokalcémie.

Úvodní dávka: 90 µg/kg.



Načasování podání NovoSeven®

Scénář 1 - Po vaginálním porodu

U PPH po vaginálním porodu **zvážit podání rFVIIa** po použití neinvazivních a invazivních opatření první volby (uterotonika, TXA, intravenózní podání tekutin/krve/krevních derivátů a fibrinogenu, ošetření porodních poranění, revize dutiny děložní, děložní tamponáda), pokud pacientka stále krvácí, **a to před laparotomií nebo embolizací děložních tepen.**

Scénář 2 - V průběhu císařského řezu

U PPH v průběhu císařského řezu **zvážit použití rFVIIa** po selhání chirurgických opatření první volby (kompresivní stehy dělohy, podvázání cévního zásobení dělohy, děložní tamponáda), **ale před embolizací děložních tepen nebo hysterektomií.**

Scénář 3 - Po císařském řezu

Po císařském řezu, kdy je pacientka na JIP nebo PACU a laparotomie byla uzavřena, ale je patrné trvající závažné krvácení, **zvážit podání rFVIIa** (případně v kombinaci s embolizací děložních tepny),

Není vhodné odkládat re-laparotomii v případě: závažného nitrobřišního krvácení s výrazným poklesem hemoglobinu a/nebo kardiovaskulární nestability

Scénář 4 - Transport na vyšší pracoviště

V případě transportu pro PPH na vyšší pracoviště, lze **rFVIIa** podat ke stabilizaci pacientky a ke snížení rizika zhoršení krvácení během převozu. **Podání rFVIIa před transportem je třeba zvážit** na základě aktuální klinické situace a předpokládané doby pro transport pacientky do centra. **Podání rFVIIa ale nesmí být důvodem k odkladu transportu** pacientky do vyššího centra, ani podání léčby uterotoniky a/nebo děložní tamponády.

Scénář 5 - V průběhu peripartální hysterektomie

Pokud dochází k nadměrnému krvácení během (peripartální) hysterektomie z důvodu PPH a je obtížné dosažení hemostázy, **zvážit podání rFVIIa** spolu s dalšími standardními opatřeními.



ENDOWMENT FUND
FOR THE DEVELOPMENT
OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS
SINCE 1991