
Blødning ved fødsel

REDAKSJONELT

JAN MARTIN MALTAU

Jan Martin Maltau (f. 1938) er professor ved Universitetet i Tromsø og avdelingsleder ved Kvinneklinikken, Regionsykehuset i Tromsø.

Email: kkjmm@rito.no

Kvinneklinikken

Regionsykehuset i Tromsø

9038 Tromsø

Fra tid til annen erfarer vi at behandlingsrutiner endres gradvis og uformelt. Dette er uheldig, bl.a. fordi det begrenser mulighetene for evaluering av resultater og konsekvenser. Kanskje er det ekstra krevende å opprettholde "rutinedisiplin" på en tverrfaglige arena som en fødeavdeling, der jordmødre, fødselsleger og ofte også barne og anestesileger og barnepleiere skal samarbeide.

Det er et eksempel til etterfølgelse når en rutineendring, som beskrevet av Eggebø & Gjessing i dette nummer av Tidsskriftet (1), registreres prospektivt slik at utfall og konsekvenser lar seg vurdere. Artiklene, som omhandler blødning ved vaginal fødsel og ved keisersnitt, illustrerer nytten av en konsekvent dataregistrering både i metodevurdering og kvalitetssikring og til bruk for avdelingens virksomhetsbeskrivelse (1, 2).

Inntil for 10 – 15 år siden var det etablert rutine ved de fleste fødeavdelinger å gi oksytocin som profylakse mot etterbyrdsblødning når skuldrene stod i utskjæringen eller ved placentas fødsel. Det er fortsatt anbefalingen i våre norske lærebøker (3, 4). Over tid er praksis endret. Det er nå mer vanlig at jordmor individualiserer behovet for oksytocin. Ett unntak er fødende som kommer inn under kategorien "habituell etterbyrdsbløder", som, også i henhold til anbefaling i fra Safe Motherhood-programmet i WHO, *skal* ha oksytocin (5).

Utviklingen har trolig skjedd som ledd i en trend mot "det naturlige" og mot minst mulig bruk av medikamenter under fødselen. En tanke kan dessuten være å oppnå kontraksjon av uterus ved umiddelbart å legge barnet til brystet.

I artikkelen fra Stavanger (1) hevdes det at overgangen fra fast til individualisert oksytocinprofylakse førte til økt forekomst av blødninger post partum, definert klinisk som blødningsmengde over 500 ml. Det er sannsynligvis korrekt, selv om det ikke er angitt hvor ofte oksytocin ble gitt i perioden uten fast rutine. Også upubliserte, retrospektive data fra Kvinneklinikken i Tromsø peker i samme retning. Basert på skjønnsmessige angivelser av blødningsmengden ved vaginal fødsel økte forekomsten av blødning over 1 000 ml fra 2 % i toårsperioden 1987 – 88 til 3,2 % i 1998 – 99.

Selv om funnene må tolkes varsomt, både fordi tallmaterialene er relativt små og det ikke er tatt hensyn til andre, utenforliggende forhold, er resultatene sammenfallende med en metaanalyse av kontrollerte studier fra 1988 (6) og Nordstrøm og medarbeideres dobbeltblinde randomiserte undersøkelse fra 1997 (7). Begge konkluderer med at profylaktisk bruk av oksytocin reduserte forekomsten av blødning post partum med ca. 40 %. Et vesentlig funn i sistnevnte undersøkelse var at også forekomsten av større blødning (>800 ml) var redusert med ca. 40 %. I undersøkelsen fra Stavanger var det en nær signifikant forskjell også ved stor blødning (>1 500 ml).

Det synes derfor å være god grunn til å holde fast ved anbefalingene som går ut på å gi 5 eller 10 IE oksytocin intramuskulært eller intravenøst når skuldrene står i utskjæringen. Selv om en moderat blødning post partum neppe har klinisk betydning hos våre hovedsakelig friske, ikke-anemiske, fødende, er det mer sannsynlig at et tap over 800 – 1 000 ml vil påvirke kvinnens helse negativt i barselperioden. Det er få motforestillinger mot rutinemessig bruk av oksytocin. I vår ”ultralysid” er risikoen for ikke-erkjent tvillinggraviditet nesten eliminert. Heller ikke en teoretisk risiko for placentaretensjon bør hindre bruk av oksytocin.

Massiv blødning ved vaginal fødsel er ingen sjeldenhet. Som det fremgår av undersøkelsene fra Stavanger blødde hele 0,7 % av kvinnene 1 500 ml eller mer, ved keisersnitt 1,7 %.

Selv om risikofaktorene er velkjente, oppstår likevel blødningene ofte uventet og kan i løpet av minutter forvandle en fredelig fødsel til en dramatisk situasjon som fordrer rask og resolutt behandling. Dessverre krever blødningskomplikasjoner ved fødsel fra tid til annen liv også her i landet. Det er derfor viktig at alle fødeenheter har beredskap og klare rutiner for behandling av denne velkjente komplikasjonen. Selv om to tredeler av tilfellene skyldes atoni, kan en profus blødning være en diagnostisk utfordring.

Det er ikke alltid lett å avgjøre om blødningen skyldes atoni, rift eller koagulasjonsforstyrrelse. Ved antatt atoniblødning som persisterer, er det viktig ikke å vente for lenge med eksplorativ laparotomi, eventuelt med uterotomi, for å utelukke riftblødning. Massive blodtransfusjoner fører uvegerlig til koagulasjonsforstyrrelser, som igjen bidrar til å komplisere situasjonen både diagnostisk og operativt. Enkelte ganger er hysterektomi livreddende.

Som et siste alternativ før laparotomi har vi og andre erfart at vasopressin kan ha frapperende effekt ved atoni (8). Preparatet skaffes på registreringsfritak og finnes hos oss til enhver tid i beredskap både på føde- og operasjonsstue.

Det er beskrevet god effekt av emboliseringsbehandling ved massive livstruende uterinblødninger (9). Sykehus med intervensjonsradiologisk service bør derfor vurdere også denne mulighet.

LITTERATUR

1. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning etter vaginal fødsel Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2860 – 3.
2. Eggebø TM, Gjessing LK. Blødning ved keisersnitt Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2864 – 6.
3. Bjørø, K, Molne K. Propedeutisk obstetikk. Oslo: Universitetsforlaget, 1972.
4. Bergsjø P, Maltau JM, Molne K, Nesheim BI. Obstetikk. 3. reviderte utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
5. Safe Motherhood. Maternal and newborn health/Safe motherhood unit. Geneva: World Health Organization, 1996.
6. Prendiville W, Elbourne D, Chalmers I. The effect of routine oxytocic administration in the management of the third stage of labour: an overview of the evidence from controlled trials. Br J Obstet Gynaecol 1988; 95: 3 –16.
7. Nordstrøm L, Fogelstam K, Fridman G, Larsson A, Rydhstrøm H. Routine oxytocin in the third stage of labour: a placebo controlled randomized trial. Br J Obst Gynaecol 1997; 104: 781 – 6.
8. Zaki ZMS, Bahar AM. Massive haemorrhage due to placenta praevia accreta: a useful role for vasopressin. J Obstet Gynecol 1997; 17: 486 – 7.
9. Pelage JP, Le Dref O, Jacob D, Soyer P, Herbreteau D, Rymer R. Selective arterial embolization of the uterine arteries in the management of intractable post-partum hemorrhage. Acta Obstet Gynecol Scand 1999; 78: 698 – 703.

Publisert: 10. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.