

PJ. T. ILOLA

OBSTETRISTEN HÄTÄTILANTEIDEN ANESTESIA

NOKIAS 2016

Marja-Leena Jaakola

Obstetriset hätätilanteet voivat pahimmillaan olla henkeä uhkaavia sekä äidille että sikiölle. Suomessa äitiyskuolleisuus on maailman pienimpiä (1-7 tapausta/vuosi), mihin on myötävaikuttanut mm. kehittynyt äitiysneuvolajärjestelmämme.

Pääosa äitiyskuolemista liittyy verenvuotoon, infekcioihin, kohonneeseen verenpaineeseen (pre-eklampsia ja eklampsia) sekä synnytyskomplikaatioihin. Monet obstetriset hätätilanteet liittyvät akuutin vuodon hallitsemiseen ja hoitoon.

Synnytyksen jälkeisten repeämien korjauksessa ja hematoomien avauksissa vaaditaan hyvä analgesia/anestesia. Tämä on toteutettavissa synnytysanalgesiaa varten asetettua epiduraalikatetria käyttämällä tai spinaalipuudutuksella. Preoperatiivisesti on hyvä varmistua laskimoyhteyden toimivuudesta sekä verenvuodon määrästä. Terve synnyttävä pystyy kompensoimaan jopa lähes 40 % veritilavuuden menetystä ennen kliinisten merkkien (hypotensio, takykardia) ilmaantumista.

Verenvuoto ennen synnytystä tai synnytyksen aikana saattaa liittyä istukan poikkeavaan sijaintiin tai kiinnittymiseen (etinen istukka, placenta accreta, increta tai percreta). Istukka voi myös irrota ennenaikaisesti (ablatio) tai kohtu voi repeytyä (trauma, vanha kohtuarpi). Etinen istukka voi aiheuttaa kivutonta verenvuotoa raskauden III trimesterissä. Kaikukuvauksella (UÄ) voidaan selvittää etisistukan tarkempi sijainti (marginaalinen, osittainen, täydellinen). Jos vuoto jatkuu tai sikiön vointi huononee, joudutaan kiireelliseen tai jopa hätäsektioon. Kiireellisyydestä riippuen käytetään joko puudutusta tai yleisanestesiaa. Etisen istukan sektiossa tulee varautua normaalia runsaampaan verenvuotoon. Ennen sektion aloittamista on varmistettava riittävän kokoisen laskimokanyylin moitteeton toiminta sekä punasolujen välitön saatavuus leikkausosastolla.

Synnytyksen jälkeistä verenvuodon riskiä lisäävät istukan tai sen osien jääminen kohtuun, mikä estää kohtua supistumasta normaalisti. Istukka voidaan joutua irrottamaan käsin ja tarvittaessa varmistamaan kohtuontelon tyhjentyminen kaapimalla. Toimenpiteen anestesiaamuodon valintaan vaikuttavat vuodon määrä (hypovolemian vaikeusaste) ja potilaan kliininen tila. Toimenpide vaatii kohdun ja perineaalialueen analgesiaa (Th 10-S3) ja on hereillä olevalle potilaalle epämiellyttävää. Spinaali- tai epiduraalipuudusta käytettäessä on suositeltava käyttää lievää sedaatiota esim. midatsolaamilla.

Kohdun supistusheikkous (atonia) on vähintäänkin osatekijänä 80-90 %:ssa synnytyksen jälkeisistä verenvuodoista. Atonian riskiä lisäävät mm. pitkittynyt synnytys (runsas oksitosiinin käyttö), monisyntyisyys, istukan poikkeava kiinnittyminen, makrosomia, polyhydramnion, obeseetti ja aikaisempi synnytysvuoto. Atoniatilanteessa kohtua yritetään saada supistumaan kaksin käsin painamalla ja kohtua hieromalla sekä oksitosiini- ja tarvittaessa prostaglandiini-infuusiota käyttäen. Viimeisinä keinoina kajoavat toimenpiteet (kohtuvaltimoiden embolisaatio, hysterektomia) saattavat olla tarpeen äidin hengen pelastamiseksi. Ennen toimenpidettä tulisi arvioida verenvuodon määrä, huolehtia infuusioreittien riittävydestä, ottaa sopivuuskoe sekä tarvittavat laboratorionäytteet ja varata veri- ja hyytymistekijätuotteet. Massiivisissa vuotoissa verituotteiden anto ja hyytymistekijöiden korvaus on aloitettava välittömästi odottamatta laboratoriovastauksia. Jos vuoto on runsas, yleisanestesia on suositeltavin, aspiraatioprofylaksiaa unohtamatta. Hypovoleemisilla potilailla anestesian induktiossa voidaan käyttää etomidaattia tai ketamiinia.

Lapsivesiembolia on harvinainen, äkilliseen verenkierron kollapsiin, sydänpysähdykseen ja jopa synnyttäjän kuolemaan johtava hätätilanne. Tehostuneiden hoitomahdollisuuksien vuoksi kuolleisuus lapsivesiemboliaan on laskenut 1970-luvun yli 80 %:sta parhaimmillaan 13 - 35 %:iin. Lapsivesiemboliassa lapsivettä ja sikiöperäisiä partikkeleita pääsee äidin verenkiertoon aiheuttaen pienten verisuonten mekaanisen tukkeutumisen. Viime aikoina lapsivesiembolian patofysiologiaan on arveltu liittyvän immunologisia mekanismeja ja sitä on myös kutsuttu raskauteen liittyväksi anafylaktoidiksi reaktioksi. Lapsivesiembolian ja keuhkoembolian erottaminen voi olla vaikeaa, mutta lapsivesiemboliaan liittyy tyypillisesti nopeasti kehittyvä koaguloapatia (DIC). Sikiön voinnin muutos saattaa edeltää äidin oireiden ilmaantumista. Lapsivesiembolian hoito on ensisijaisesti oireenmukaista: hengityksen ja verenkierron elvytys ja tukeminen sekä koagulopatian hoito.