

Diagnostika a léčba peripartálního krvácení

Materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP

Oponenti: výbor Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce analgezie a intenzivní medicíny v porodnictví ČGPS ČLS JEP
výbor Sekce gynekologů a porodníků lůžkových zařízení ČGPS ČLS JEP
výbor ČGPS ČLS JEP

*Revize doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP z roku 2017
Diagnostika a léčba peripartálního život ohrožujícího krvácení
publikovaného v Čes. Gynek. 2018, 83 (2), s. 150-157.*

*Schváleno výborem ČGPS ČLS JEP dne 19. 3.
2026. Publikováno on-line dne 13. 5. 2026.*

DEFINICE

Peripartální krvácení (peripartum hemorrhage, dále PPH) je definováno jako ztráta ≥ 500 ml krve během porodu a 24 hod po něm.

Podle odhadu velikosti krevní ztráty klasifikujeme PPH následovně:

- „méně závažná“ krevní ztráta (<1000 ml),
- „závažná“ krevní ztráta (>1000 ml),
- „peripartální život ohrožující krvácení“ (dále PŽOK) je definováno jako ztráta >1500 ml krve nebo jakákoli krevní ztráta spojená s rozvojem klinických nebo laboratorních známek tkáňové hypoperfúze.

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ A POSTUPY

Doporučujeme, aby v průběhu porodu byla sledována krevní ztráta s využitím kalibrovaných kolektorů krve nebo jejich ekvivalentů.

Doporučujeme léčbu anemie antepartálně. Těhotným ženám by měly být podávány preparáty železa, pokud je hladina hemoglobinu <110 g/l v I. a II. trimestru nebo <105 g/l ve III. trimestru.

Doporučujeme podvaz pupečníku nejdříve za 1 minutu, pokud se dítě dobře adaptuje.

Doporučujeme profylaktické podání uterotonik ve III. době porodní po porodu dítěte a po podvazu pupečníku u všech porodů pro snížení rizika rozvoje PPH a PŽOK. Lékem první volby je oxytocin.

Pokud nebyla profylakticky podána uterotonika ve III. době porodní, doporučujeme zvážit provedení (porodní asistentka nebo porodník) masáže dělohy a řízenou trakci za pupečník pro zkrácení trvání III. doby porodní a pro snížení krevní ztráty u vaginálního porodu.

Doporučujeme zvážit u žen se zvýšeným rizikem PŽOK podání carbetocinu.

Doporučujeme, aby ženy s podezřením na placenta accreta spectrum nebo s hematologickými poruchami vyžadující konziliární hematologickou péči rodily v perinatologickém centru.

ORGANIZACE POSKYTOVÁNÍ PÉČE

Doporučujeme, aby každé zdravotnické zařízení, provozující porodní sál, mělo vypracováno řízený dokument definující organizační a odborný postup pro PŽOK – krizový plán.

Doporučujeme, aby krizový plán jednoznačně vymezoval organizační a odborné role jednotlivých členů krizového týmu při vzniku PŽOK (nelékařský personál, porodník, anesteziolog, hematolog apod.) a definoval minimální rozsah vybavení pracoviště pro zajištění péče o pacientky s PŽOK.

Doporučujeme, aby každé zdravotnické zařízení provozující porodní sál mělo trvale dostatečnou zásobu transfuzních přípravků a krevních derivátů pro jejich bezprostřední dostupnost v režimu 24/7. Za minimální zásobu fibrinogenu považujeme 8 g fibrinogenu a dostupnost dalších 8 g do 1 hod.

LÉČBA

Doporučujeme u PPH zahájit okamžitou tekutinovou resuscitaci. Pro zahájení tekutinové resuscitace doporučujeme použití balancovaných roztoků krystaloidů.

Doporučujeme zvážit použití syntetických koloidních roztoků s obsahem želatiny při nedosažení nebo nedosahování hemodynamických cílů tekutinové resuscitace použitím krystaloidních roztoků a při trvající potřebě tekutin.

Doporučujeme, aby diagnostický a léčebný postup při PPH při nálezů hypotonie nebo atonie dělohy používat strukturovaný stupňovitý postup.

Doporučujeme provedení tzv. před transfuzního vyšetření u všech stavů rozvoje PPH.

Doporučujeme substituci fibrinogenu u pacientek s PPH při poklesu jeho hladiny <2 g/l a/nebo při nálezů jeho funkčního deficitu zjištěném viskoelastickými metodami a/nebo při odůvodněném klinickém předpokladu deficitu fibrinogenu i bez znalosti jeho hladin.

Doporučujeme preferovat viskoelastické metody (Rotem) pro posouzení aktuálního stavu koagulace.

Doporučujeme u PŽOK zajistit iniciálně dostupnost čtyř transfuzních jednotek plazmy (preferována je tzv. solvent/detergent ošetřená plazma), čtyř transfuzních jednotek erytrocytů a 6 g fibrinogenu.

Doporučujeme u PŽOK podání minimálně 4 g fibrinogenu jako úvodní dávku.

Doporučujeme u PŽOK podat co nejdříve kyselinu tranexamovou v úvodní dávce 1 g i.v. Identická dávka může být opakována (nejdříve po 30 min), pokud krvácení pokračuje.

Doporučujeme u PŽOK do doby dosažení kontroly zdroje krvácení usilovat o dosažení hodnoty systolického krevního tlaku v pásmu 80–90 mmHg.

Doporučujeme u PŽOK podávání erytrocytárních transfuzních přípravků k dosažení cílové hodnoty hemoglobinu v pásmu 70–80 g/l.

Doporučujeme u PŽOK podávání trombocytů k dosažení cílové hodnoty minimálně 50×10^9 /l a/nebo při předpokladu či průkazu poruchy jejich funkce.

Doporučujeme, aby na pracovištích s dostupnou endovaskulární intervencí byly při řešení PŽOK nereagujících na farmakologickou terapii preferenčně využité radiologické intervenční metody (selektivní embolizace pánevních tepen), pokud to aktuální klinický kontext umožňuje.

Doporučujeme u PŽOK nereagujícího na standardní léčebné postupy spolupráci s hematologem.

Doporučujeme maximální možnou korekci hypotermie, acidózy a hladiny ionizovaného kalcia k dosažení/obnovení účinnosti endogenních hemostatických mechanismů a léčebných postupů podpory koagulace.

Doporučujeme zahájit farmakologickou profylaxi tromboembolické nemoci co nejdříve po dosažení kontroly zdroje krvácení. Mechanickou profylaxi tromboembolické nemoci (intermitentní pneumatická komprese anebo elastické punčochy) doporučujeme zahájit neprodleně, jakmile to klinický stav dovolí.



Publikovaný konsenzus mezioborové pracovní skupiny modifikovanou metodou ACCORD

Diagnosis and treatment of peripartum haemorrhage, consensus of the interdisciplinary working group by the modified ACCORD method.

Černý V, Pařízek A, Bláha J, Blatný J, Dulíček P, Gumulec J, Janků P, Kacerovský M, Křepelka P, Lubušský M, Mannová J, Seidlová D, Šimetka O, Štourač P.

Ceska Gynekol. 2025, 90(1): 72-89. PMID: 40117262