27. GÜNEKOLOOGILINE VEREJOOKS

Günekoloogilist verejooksu käsitletakse antud juhises kolmes erinevas kategoorias. Nendeks on:

1. Rasedusaegne verejooks.
2. Sünnitusjärgne verejooks.
3. Ebanormaalne emakaverejooks (AUB- *abnormal uterine bleeding*).

1. Rasedusaegne verejooks

Rasedusaegse verejooksu puhul saame käsitleda kahte etappi:

1. Vaginaalne verejooks enne 20. rasedusnädalat.
2. Vaginaalne verejooks peale 20. rasedusnädalat.

Võimalikud põhjused vaginaalse verejooksu korral kuni 20. rasedusnädalani:

1. Platsenta eesasetsus (enamasti teise trimestri lõpus või kolmandal trimestril):
    - võib esineda veritsus, millega ei kaasne valu ega sünnitegevust (kuid võib olla ka sünnitegevus alanud).
2. Ektoopiline rasedus (reeglina esimesel trimestril):
    - kõhuvalu või vaagnapiirkonna valu. NB! Võib esineda ilma veritsuseta või vähese veritsusega.
3. Iseeneslik raseduse katkemine:
    - alakõhuvalu (emaka kontraktsioonid) koos vaginaalse verejooksuga.

Võimalikud põhjused verejooksu korral peale 20. rasedusnädalat:

1. Platsenta enneaegne irdumine (reeglina kolmandal trimestril):
    - alakõhuvalu ja toonuses emakas.
    - šokk. Võib esineda ilma veritsuseta või vähese vaginaalse verejooksuga.
2. Platsenta eesasetsus (enamasti teise trimestri lõpus või kolmandal trimestril):
    - võib esineda veritsus, millega ei kaasne valu ega sünnitegevust (kuid võib olla ka sünnitegevus alanud).

Patsiendi käsitlus:

- Kogu anamnees:
    - oodatava sünnitusega seotud informatsiooni saad rasedakaardist (vt. ka sünnituse juhendist). Pööra erilist tähelepanu: probleemid raseduse ajal, põetud haigused, kasutatavad ravimid ja platsenta asetsus.
    - kõhuvalu? Millal algas, valu iseloom, VAS, valu kiirgumine, provotseerivad ja leevendavad faktorid.
    - vaginaalne verejooks- millal algas, kestus, vere kogus (NB! Kasutage vere koguse määramisel nii endale kui patsiendile arusaadavaid ühikuid. Nt. kasutades hulga määramiseks hügieenisideme näidet).
    - sünkoop, pearinglus?
    - iiveldus, oksendamine?
    - palavik?
- Monitoori patsient, kui esineb sünkoopi, pearinglust, respiratoorseid kõrvalekaldeid (EKG, SpO2).
- Jälgi elulisi näitajaid, naha värvust.
- Tee kõhu läbivaatus: palpatoorne hellus, pinge, peritoneaalärritusnähud.
- Dokumenteeri nähtav verejooks.

Ravi ja sekkumised:

- Veenikanüül (alates G18).
- Šoki puhul:
    - kata patsient soojalt ja võimalusel lase patsiendil selili olla. Suurema raseduse (alates 20. rasedusnädalast) puhul kaalu vasakule küljele keeramist.
- Hapniku manustamine kõrge pealevooluga (SpO2 eesmärkväärtus 94%).
- Vedeliku manustamine (kristalloidlahused) 1-2l i/v.
- Hinda elulisi näitajad enne ja peale vedelikravi manustamist.
- Traneksaamhape 1g i/v võimalikult vara, kuid mitte hiljem kui 3 tundi alates verejooksu tekkest.
- Analgeesia – emakakontraktsioonidest tingitud valu korral väldi võimalusel opioide.
- Hospitaliseeri patsient lähimasse haiglasse, kus on günekoloogi ja anestesioloogi ööpäevaringne valve. **Helista ette**!

NB! Iseenesliku raseduse katkemise korral sekkuda siis, kui verejooks ja/ või valu mõjutab patsiendi üldseisundit ja elulisi näitajaid. Erakorraline hospitaliseerimine ei ole normaalselt kulgeva iseenesliku abordi puhul vajalik. Võib patsiendi suunata, kas raviarsti juurde või günekoloogi valvekabinetti. Vajadusel konsulteeri günekoloogiga.

Tähelepanekud rasedusaegse verejooksu käsitlemisel:

- Sünkoop võib olla üks esimesi sümptomeid ektoopilise raseduse ja verejooksu korral.
- Nähtava verejooksu puudumine ei välista verejooksu olemasolu! Jälgi patsiendi seisundit.
- Haiglaeelsel etapil on verejooksu kogust raske mõõta, sest kiirabis pole selleks võimalust. Verejooksu mõõtmine toimub kättesaadavate abivahenditega, milleks on patsiendi hügieenisidemed, imavad linad, mähkmed vms. Profuusse üldseisundihäiret tekitava verejooksu korral jäta abivahendid alles, et need haiglas üle kaaluda ning verejooksu kogust täpselt hinnata.

2. Sünnitusjärgne verejooks

Sünnitusjärgne verejooks on üks peamisi emade surma põhjustajaid sünnituse/ raseduse komplikatsioonide hulgas. Sünnitusjärgse verejooksu käsitlemine haiglaeelsel etapil eeldab tähelepanelikkust ja kiiret sekkumist. Eesmärk on võimalikult vara verejooksu märgata, kiire ravi ning transport haiglasse. Füsioloogiline verekaotus esimese 24 tunni jooksul peale sünnitust on 500ml. Üle 500ml verekaotust võib lugeda sünnitusjärgseks verejooksuks ning see võib esineda ka kuni 12 nädalat peale sünnitust. Raske sünnitusjärgse verejooksu korral esineb verekaotus ≥ 1000ml. Sünnitusjärgse verejooksu riskiteguriteks on rasedusaegne verejooks, eelneva sünnituse korral esinenud emaka atoonia ja/või verejooks, makrosoomne loode (suur loode).

Võimalikud põhjused sünnitusjärgseks verejooksus (4 T):

1. T (*tone*)- emaka atoonia. On kõige sagedamini esinev põhjus.
2. T (*trauma*)- sünnitusteede ehk genitaaltrakti trauma.
3. T (*tissue*)- peetunud koed ehk platsenta või lootekestade peetumine.
4. T (*thrombin*)- hüübimishäire. Kõige harvem esinev põhjus.

Patsiendi käsitlus, ravi ja sekkumised:

- Anamnees- anamneesi kogumine peaks tavapäraselt toimuma enne sünnitust või sünnituse ajal (vt. sünnituse juhendist). Kui seda veel tehtud ei ole, siis täpsustada kasutatavate ravimite, allergiate, eelnevate sünnituste kulgude ja platsenta asetsuse kohta.
- Aseta patsient selili ning kata soojalt.
- Hapniku manustamine kõrge pealevooluga (SpO2 eesmärkväärtus 94%).
- Raja kaks suure valendikuga veenikanüüli (vähemalt G18).
- Ravimid: i/v Oxytocin 10mg boolusena või 500ml kristalloidahusesse, i/v traneksaamhape 1g boolusena esimesel võimalusel, kuid mitte hiljem kui 3 tundi alates verejooksu tekkest. 1-2l i/v. Vedelikravi kristalloidlahusega (NaCl 0,9%).
- Kui platsenta on sündinud, siis masseeri emakapõhja peopesaga kausjate liigutustega. See on emaka toonuse esile kutsumiseks.
- Palu patsiendil põis tühjendada (emakakontraktsioonide esile kutsumiseks). Vajadusel ja võimalusel tühjenda põis põiekateetriga.
- Kui vigastus (sünnitusteede trauma puhul) on lokaliseeritav, siis katta see tampooniga ning avaldada survet.
- Kui olukord lubab, siis aseta laps rinnale. Imetamine kutsub emakakontraktsioone esile.
- Kui platsenta ei ole sündinud, siis masseeri emakapõhja peopesaga kausjate liigutustega. NB! Teosta ainult siis, kui teised meetmed ei ole aidanud ning verejooks ei peatu!
- Kui verejooksu ei õnnestu peatada, siis avalda survet kõhuaordile. Selleks aseta sirge käega rusikas nabapiirkonda ja avalda survet, kuni tunned, et reiearteril pulss kaob.
- Jälgi elulisi näitajaid, monitoori patsient! Hinda elulisi näitajaid peale ravimite ja vedeliku manustamist.
- Hospitaliseeri patsient lähimasse haiglasse, kus on günekoloogi ja anestesioloogi ööpäevaringne valve. **Helista ette!**

Traneksaamhape sünnitusjärgse verejooksu ravis:

Traneksaamhapet tuleks kasutada sünnitusjärgse verejooksu tuvastamisel esimesel võimalusel 1g i/v boolusena. Verejooksu jätkumisel võib sama doosi korrata 30 minuti pärast peale esimest doosi või verejooksu taastekkimisel 24 tunni jooksul. Traneksaamhappe manustamist peale 3 tunni möödumist verejooksu algusest ei soovitata.

Tähelepanekud sünnitusjärgse verejooksu käsitlemisel:

- Sünnitusjärgne verejooks kulgeb väga kiiresti! Oluline on kiire tuvastamine, otsused ja ravi!
- Verekaotust on raske hinnata ning tihti hinnatakse seda tegelikust väiksemaks. Jäta alles kõik verega koos olev materjal, et seda haiglas kaaluda saaks (kiirabis võimalik kasutada imavaid linu. Ära viska minema ka sünnituskomplekti, mida sünnituse korral kasutad).
- Verejooksu käsitlusel peab arvestama patsiendi elulisi näitajaid ja šoki tunnuseid. Kui tundub, et verejooks ei ole suur, kuid patsiendi üldseisund halveneb, siis alusta raviga.
- Elulisi näitajaid tuleb korduvalt hinnata.
- Šokki, mis ilmneb 12 nädala jooksul peale sünnitust, tuleb käsitleda kui sünnitusjärgsest verejooksust tingitud šokki.

Ebanormaalne emakaverejooks (AUB- *abnormal uterine bleeding)*

Ebanormaalne emakaverejooks on sage probleem naispatsientide seas. See mõjutab umbes kolmandikku fertiilses eas naisi. Eelkõige võib selle alla liigitada muutused menstruaaltsüklis, mis väljenduvad näiteks tavapärasest vererohkemates, pikemaajalistes menstruatsioonides,

tsüklivälistes veritsustes jms. Kuigi ebanormaalne verejooks ei ole kiirabi käsitluses tõenäoliselt eluohtlik seisund, siis mõjutab see patsiendi psühholoogilist, sotsiaalset ja emotsionaalset osa ning seega ka elukvaliteeti.

Võimalikud AUB põhjused:

- Strukturaalsed muutused- polüübid, müoomid, kasvajad, emaka hüperplaasia.
- Mittestrukturaalsed muutused- koagulopaatia, häired ovulatsioonis, iatrogeensed põhjused, endometriaalsed muutused.

Patsiendi käsitlus:

- Anamnees: viimane menses (VM), tsükli regulaarsus, tavapärane tsükkel (veritsuse pikkus, vere hulk). Günekoloogilised sekkumised (operatsioonid, rasestumisvastased vahendid), eelnevad diagnoosid.
- Elulised näitajad, kehatemperatuur.
- Tee kõhu läbivaatus: palpatoorne hellus, pinge, peritoneaalärritusnähud.

Ravi ja sekkumised:

- Ravi vajadus vastavalt patsiendi üldseisundile, vere hulgale ja anamneesile. Ravi haiglaeelsel etapil hõlmab analgeesiat, traneksaamhapet ja vedelikravi.
- Hospitaliseerimise vajadus vastavalt patsiendi üldseisundile, vere hulgale ja anamneesile. Patsient võib jääda kodusele jälgimisele, kui ei esine üldseisundi häiret.
- Vajadusel konsulteeri günekoloogiga.