

Trauma bij zwangere vrouwen

I. PRIMAIRE BENADERING

1.1. PRINCIPES

Overleving van de moeder primeert: foetus zonder moeder sterft ook!

igv reanimatie: Voer ZELF een spoedsectie uit **binnen 4-5 minuten** om het leven **van de moeder** te kunnen redden

Tijdens de zwangerschap treden veranderingen op: Deze hebben een invloed op beleid en diagnostiek

Leg patient in linker zijligging om compressie vd V Cava en aorta te vermijden

Verandering van vitale parameters ontstaan laat igv hypovolemie

Bloedverlies kan de fetus ernstig in gevaar brengen

- agressief vochtbeleid nodig ter preventie hypovolemische shock
 - opzoeken specifieke letsels:
 - > trauma ad uterus: stomp/ penetrerend
 - > placentaloslating
 - > omnionvochtembolen
 - > autoimmunisatie
 - > vroegtijdig scheuren van de vliezen
 - speciale aandacht geven aan foetus
 - vroegtijdig overleg met gynaecoloog/ chirurg
 - > opname in ziekenhuis vaak vereist
- voorzie fetale monitoring
evalueer reacties van de uterus
- overweeg toediening van Rh(D) immuunglobulines

1.2. MATERNAAL

A. igv reanimatie

volg de guidelines

linker zijligging of manueel opzijduwen van de uterus

compressies iets hoger: boven het midden vh sternum

voer een spoedsectie uit binnen 4-5 minuten om het leven van de moeder te kunnen redden

B: igv intubatie en beademing wordt overwogen:

gebruik een kleinere tube

pas de instelling vd ventilator aan. Streef vooral naar

SpO₂ \geq 94%

PO₂ $>$ 70 mmHg

pCO₂ 30-32 mmHg

inleiding tot vroegtijdige bevalling kan de diafragmabewegingen verbeteren

er is een hoger risico voor aspiratie bij maskerbeademing of niet invasieve beademing

Hyperventilatie is gewenst

- C: - bij shock verergering door compressie op v. Cava:
daarom:
- > op linker zij transporteren: tenzij vermoeden ruggemergletsel
 - > indien in rugligging:
 - kussen onder rechter heup
 - manueel duwen van foetus naar links
 - vanwege verhoogd bloedvolume:
 - > later veranderen van parameters bij bloedverlies
 - > tegen dan is foetus reeds in shock: moeder nog stabiel
 - vroegtijdige IV lijn:
 - > onmiddellijk afnemen bloedstaal:
 - toxico
 - bloedgroep
 - kruisproef
 - fibrinogeen
 - > voldoende bloed toedienen
 - > vermijden vasopressoren
 - monitoring:
 - > CVD meting
 - > puls oximetrie
 - > CO₂ metingen
 - > arteriële bloedgassen:
 - ! bicarbonaat is fysiologisch laag bij zwangerschap
- nodige radiografieën moeten worden gemaakt

1.3. FOETUS

- denken aan uterusruptuur:
 - > abdominale gevoeligheid: soms krampen
 - > spierweerstand
 - > loslaatpijn
 - > peritonitis vaak moeilijk zichtbaar
 - > abnormale ligging foetus: bv. dwarse ligging
 - > gemakkelijke palpaties foetus: doordat hij uit de uterus ligt
 - > moeilijke palpatie uteriene fundus: fundusruptuur
 - > soms tekens van hypovolemie
- denken aan placentaloslating:
 - > vaginaal bloedverlies
 - > uteriene gevoeligheid
 - > frequente uteriene contracties:
 - tot uteriene tetanie
 - uterus contraheert bij palpaties
 - > abdominale gevoeligheid: soms krampen
 - > soms tekens van hypovolemie
- foetale doppler:
 - > vanaf 10 weken zwangerschap
 - > continue doppler monitoring:
 - vanaf 20-24 weken
 - is normaal 120-160

- indicatoren foetale nood:
 - > abnormale basale hartritme
 - > repetitieve deceleraties
 - > afwezigheid van acceleraties
 - > frequente uterine contracties

II. DEFINITIEVE BEHANDELING

Alle rhesusnegatieve zwangeren met trauma abdomen komen in aanmerking voor Rh immunoglobuline therapie

Voeg een nieuwe reactie toe

[Login](#) [1] of [registreer](#) [2] om te kunnen reageren

Bron-URL: <https://medicsformedics.nl/nl/trauma-bij-zwangere-vrouwen>

Links

[1] <https://medicsformedics.nl/nl/user/login?destination=node/%23comment-form>

[2] <https://medicsformedics.nl/nl/user/register?destination=node/%23comment-form>