

● Magyar Nőorvosok Lapja 68, 397–399 (2005)

A hasüregbe jutott vér visszaadása régen és ma (egy tanulságos eset a régmúltból)

LAMPÉ LÁSZLÓ DR.

*Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Debrecen
(igazgató: Tóth Zoltán dr., egyetemi tanár) közleménye*

Összefoglalás: Évtizedekkel ezelőtt elfogadott volt méhen kívüli terhesség esetén a hasüregbe jutott nagyobb mennyiségű vér visszaadása a műtét során. Az utóbbi évtizedekben a konzervvér alkalmazása kiszorította ezt a gyakorlatot, de újabban ismét sok szakember ajánlja.

Az irodalom rövid áttekintése után szerző egy különleges esetet ismertet, amelyben a méhen kívüli terhesség mola destruensnek bizonyult, miközben a hasúri vért visszaadták a műtét alatt. A beteg súlyosabb szövődmények nélkül gyógyult.

Kulcsszavak: hasúri vérzés, a vér visszaadása

Már többször eltöprengtem azon, hogy az én generációm, amely az utóbbi ötven évben nap mint nap részt vett az orvosi ellátásban, átélte az orvostudomány „középkorát”, újkorát és legújabb korát. Minden bizonnyal érvényes lehet ez a vélekedés az orvostudomány legtöbb ágára, de egészen biztos, hogy érvényes a szülészetre és nőgyógyászatra. Ötvenéves gyakorlatunkból számtalan példát lehetne kiemelni, és néhányat csak azért említek, hogy sokkal fiatalabb kollégáinknak alkalmat adjon végiggondolni a rendkívüli arányú fejlődést.

A negyvenes évek végén kezdtük alkalmazni a szulfonamidokat, és valamivel később az első és egyetlen antibiotikumot, az akkor még rendkívül hatásos penicillint (napi két-háromszor adott 20000 egységgel meg lehetett gyógyítani gonorrhoeát, pneumoniát stb.). Aneszteziológus orvos, szakorvos, illetve szakterület legfeljebb csak a merész álmokban létezett, és a műtét-

teket – pl. a császármetszést is – helyi érzéstelenítésben, egy-egy intézményben vezetéssel érzéstelenítésben végeztük. Az altatás klóretillal, éterrel történt, majd Evipan iv. narkózisban. Az altatást a fiatal vagy a legfiatalabb orvosok végezték, de sok kisebb kórházban a nővérek, műtősfüük. Ma már csak csodálkozunk azon, hogy nem történt sokkal több tragédia, mint amennyiről tudunk. A szülések többsége háznál történt legtöbbször orvosi segítség nélkül. Mindennapos volt az eclampsia, az elhanyagolt harántfekvés, a magas – akár bemeneti – fogóműtét, a magzat testét kisebbitő műtét stb.

A betegeket, beleértve a szülőnőket is legtöbbször lovas kocsival, szekérral szállították a kórházba vagy onnan haza. A mentőhálózat kialakítása csak későbbi idők vívmánya.

A további felsorolást mellőzve ezúttal a vértranszfúzió akkori módjára és egy különleges esetre igyekszem a figyelmet irányítani.

Amikor az ötvenes évek elején a klinikára kerültem mint minden dolgozónak, néhány napon belül meghatározták az ABO vércsoportomat (az Rh-faktor meghatározása csak évek múlva vált lehetővé és kötelezővé), beírták a „véradónaplóba”, és amikor szükség volt vértranszfúzióra, rendelkezésre kellett állni. Ilyenkor három személy végezte a vérvételt-véradást: egy orvos 20 ml-es fecskendővel vette a vért a donor könyökvénájából, a másik orvos adta a betegnek, majd beadás után a nővér a fecskendőt átmosta véralvadásgátló (citrátos) steril oldattal, és azt átadta a vérvételt végző orvosnak stb. A vérellátó állomások csak később tudtak gondoskodni az igényekhez igazodó mennyiségű konzervált vérről.

A vértranszfúzió egy különleges és mára feledésbe merült módjára a Br. J. Obstet. Gynaecol. egyik utolsó számában megjelent „Editor's Choice” [7] és egy dolgozat „Cell salvage in obstetrics: the time has come” [1] irányította a figyelmemet, és módot ad egy rendkívül érdekes saját eset ismertetésére.

A folyóirat főszerkesztője (Jim Thornton) leírja, hogy a 80-as évek elején Kenyában dolgozott, ahol abban az időben nem volt „blood bank”, és amikor méhen kívüli terhesség miatt kivérzett beteget operáltak, a hasüregben lévő vért nem leszívták, hanem kikanalazták, szűrőn átengedve citrátos oldatba összegyűjtötték, és visszajuttatták a beteg vénájába. A fejlett országokban a módszert csaknem teljesen kiszorította a jól működő vérellátó szolgálat által nyújtott konzervvér használata, „but things are changing” (a dolgok megváltoznak), írja a főszerkesztő. Kiemeli, hogy az idegen vértranszfúziójával átvihető fertőzések lehetősége sohasem zárható ki, továbbá hogy ma már az egyszerű szűrőknél korszerűbb filterek is rendelkezésre állnak a saját vér visszaadásához.

A témával foglalkozó említett dolgozat kiemeli, hogy a konzervvér hideg, az élettaninál savanyúbb vegyhatású, magasabb a kálium- és 2,3 di-foszfoglicerát-tartalma, emiatt nem kielégítő az oxigéntranszport funkciója. Előfordulhat allergiás reakció, és hibás vércsoportmeghatározás folytán inkompatibilis vér adása is. Részletezi a dolgozat az Egyesült Királyság „Serious Hazards of Transfusion” (SHOT) tanulságos beszámolójának néhány részletét. Az 1996–2001 közötti években 699

transzfúziós szövődményt regisztráltak, ebből 161 ABO inkompatibilitás 11 halálessel, 60 súlyosabb megbetegedéssel. Rh-inkompatibilis vért adtak 73 esetben, ebből potenciális immunizációval 17 fertilis korú nőnek. Immunológiai szövődmény, pl. akut tüdőelégtelenség 20 esetben vezetett halálhoz, 49 esetben súlyosabb megbetegedéshez. Előfordulhat bakteriális kontamináció, hepatitis B vírusátvitel, de leírták Creutzfeldt-Jacob-kór egyik variánsának transzmisszióját is, ami halálhoz vezetett.

A császármetszés során a hasüregbe jutó vér visszaadása is elfogadott gyakorlat volt régen [3], de a vérhez keveredő magzatvíz és az ebből származó sejtek bejuttatása embolizáció aggályát veti fel, a magzati vörösvérsejteké pedig Rh-inkompatibilitás esetén immunizáció veszélyét. A magzatvíz-embolizáció egyelőre csak elméleti megfontolásból adódó kockázat, ugyanis 400 közölt esetből egyetlen ilyen szövődményt sem észleltek [2, 5]. A saját vér visszaadásának ajánló a magzatvíz-embolizáció potenciális kockázatának elkerülésére korszerű filtereket ajánlanak, amelyen át heparinózott gyűjtőtartályba szívják a hasüregből a vért, az Rh-szenzibilizáció kivédésére pedig megfelelő esetekben anti-D-globulint adnak [4, 6].

A közlemény feleleveníti egy saját, tanulságos esetünk történetét.

A kérdéses beteg 1955-ben kivérzett, sokkos állapotban került klinikánkra méhen kívüli terhesség, rupturált kúrterhesség gyanújával. Douglas-punkció igazolta a szabad hasúri vérzést. Laparotomiát végeztünk, és a hasüregből közel 2000 ml friss, kevés alvadékot tartalmazó vért távolítottunk el (kanalaztunk ki), amit több rétegű gézszűrőn át alvadásgátló steril folyadékba gyűjtöttünk össze, és azonnal vissza is adtunk a könyökvénán keresztül. Amikor a vér nagyobb részét kimerítettük (és visszaadtuk), akkor jutottunk a vérzés forrásához: a jobb oldali kürt nagy repedésén keresztül közel ökölnyi, bevérzett anyag távozott, és szabadon helyezkedett el az uterus mögött, ami szokatlan, inkább bizzar szerkezetű szövetnek, részben mola hydatidosának, néhány jelenlévő véleménye szerint rosszindulatú elfajulást mutató chorionnak felelt meg. A szövettani vizsgálat igazolta a feltételezést, és chorioadenoma destruensnek, borderline coriocarcinomának, más megfogalmazásban chorionepitheliosisnak tartották a patológus feldolgozás után. Közben nagy izgalommal figyeltük a beteget, aki egyébként hamar megerősödött, jó általános állapotban gyógyult, hogy lesz-e következménye, és ha igen mikor, a vérkeringésbe

juttatott tumorsejteknek. Néhány nap múlva testszerte számtalan apró piros csomó jelent meg a bőrön, ami azonban 10–14 nap alatt teljesen el is tűnt. A szerencsés kimenetel nyilvánvalóan a beteg hatásos védekező immunrendszerével magyarázható. A beteget később többször is ellenőriztük, de a különös szövődésnek semminemű késői következményét nem találtuk. A hCG (Ascheim–Zondek-reakcióval és Galli–Mainini-békareakcióval ellenőrizve) már három–négy hét múlva negatív eredményt adott.

Irodalom

- [1] *Catling S, Joels L.* Cell salvage in obstetrics: the time has come. *Br J Obstet Gynaecol* 2005; 112: 131–132.
- [2] *Fong J, Crurewitsch ED, Kumip L, Klein R.* Clearance of fetal products and subsequent immunoreactivity of blood salvaged at cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 968–972.
- [3] *Jackson SH, Lonser RE.* Safety and effectiveness of intracesarean blood salvage. *Transfusion* 1993; 33: 181.
- [4] *Potter PS, Waters JH, Gurger GA, Mraovic B.* Application of cell salvage during caesarean section. *Anesthesiology* 1999; 90: 619–621.
- [5] *Rebarber A, Lonser R, Jackson S, Cope JA, Sipes S.* The safety of intraoperative autologous blood collec-

tion and autotransfusion during caesarean section: *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 715–720.

- [6] *Tawes RL.* Clinical application of autotransfusion. *Semin Vasc Surg* 1994; 7: 89–130.
- [7] *Thornton J.* Cell salvage. *Editorial's Choice.* *Br J Obstet Gynaecol* 2005; 112: 127.

Lampé L. *Recovering and returning blood from the abdominal cavity in the past and nowadays (A wholesome case from the past)*

Few decades back – returning blood, collected in the abdominal cavity in the event of major bleedings eg. in cases of ectopic pregnancy, used to be an accepted practice. In the past few decades however the preserved blood preparations superseded this routine. Nowadays many specialists recommend the use of this procedure again. After leafing through the literature the author presents a remarkable case here where – upon ectopic pregnancy the blood from the abdominal cavity has been returned to the patient – while histology proved to be a destructive molar gestation. Fortunately the patient recovered without complications and further sequelae.

Keywords: bleeding into the abdominal cavity, returning the blood

KEDVES KOLLÉGÁK!

A fotókhöz adathordozón történő leadás esetén (TIF, EPS, vagy JPG lementéssel, 300 pixel/inch felbontásban, legalább 100 mm széles méretben) a beazonosításhoz szükséges jelekkel ellátott printet is mellékelni kell. Ha az illusztráció **grafikon** vagy **ábra** (EPS-ben lementett és 300 pixel/inch felbontású, legalább 100 mm széles nagyságú), akkor a fentieknek megfelelő printet szintén csatolni kell. Így elkerülhető lehet a sajnálatos technikai hiba.