Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 73 (1975)

Heft: 7

Artikel: Hypotopnie: ein unbekanntes Krankheitsbild? : Neue Behandlungsmöglichkeit [Fortsetzung]

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950935

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

— die Ausbildung der Hebamme und Aufwertung des Berufes aufgrund der Bedürfnisse.

Zum erstenmal vernahm ich, dass die Aufklärung der schwangeren Frauen in der französischen Schweiz viel besser sei, als diejenige ihrer deutschsprachigen Schwester.

Folgende Aspekte scheinen mir für uns Hebammen erwähnenswert: unbedingte Einbeziehung der Hebamme in die Aufklärungsarbeit und eine ihr angemessene Rolle in der Familienplanung, nach entsprechender Ausbildung. Auch der psychosomatische Unterricht ist in das Schulprogramm einzubauen. Sprengung des zu engen Wirkungskreises der Hebamme im Gebärsaal. Vermehrte Betreuung während Schwangerschaft und Wochenbett. Attraktivere Betätigungsmöglichkeiten für die selbständig praktizierende Hebamme (Hausgeburten sind aber trotzdem nicht sehr erwünscht.)

Die Hebammenschülerin rief die Aerzte auf, die Normalgeburt einer gesunden Frau vermehrt den Hebammen zu belassen und nicht im letzten Augenblick für den Dammschutz am Gebärbett zu erscheinen.

Dass Aerzte und Hebammen nicht immer in das gleiche Horn bliesen ist allen verständlich. Hoffen wir, dass der Kongress für unsere Arbeit an Mutter und Kind Segen bringen wird. *N. Marti*

Inseratenverwaltung:

Künzler-Bachmann AG, Geltenwilenstr. 8a, 9001 St. Gallen, Telefon 071 22 85 88

Fortsetzung aus Nr. 6

Hypotonie: Ein unbekanntes Krankheitsbild? Neue Behandlungsmöglichkeit

Bei der konstitutionellen Hypotonie scheinen neurozirkulatorische Mechanismen im Vordergrund zu stehen (7, 8). Es ist auffällig, wie regelmässig diese Hypotonie zusammentrifft mit der *vegetativen Dystonie* oder Labilität. Dieser Begriff, der meist in unzulässiger Weise für alle möglichen psychisch-somatischen Störungen verwendet wird und dadurch diffus geworden ist, drückt ein eigenartiges Verhalten dieser Patienten aus: einerseits der rasche Wechsel zwischen sympathikotoner und parasympathikotoner Einstellung und anderseits — und dies ist noch charakteristischer — das gleichzeitige Nebeneinander von Sympathikotonus und Parasympathikotonus in verschiedenen Organsystemen, ja sogar innerhalb dem gleichen Organsystem. So kann beispielsweise eine Tachykardie (Sympathikotonus) neben einer Vasodilatation (Vagotonus) bestehen.

Allerdings hellt die Tatsache des Zusammentreffens zwischen konstitutioneller Hypotonie und vegetativer Dystonie (von anderen Autoren auch als *«Neurasthenie»* bezeichnet) die Pa-

Tabelle 2. Klinische Hypotonieformen

	akute:	passagere:	chronische:
Primäre:			konstitutionelle Hypotonie = essentielle Hypotonie
Sekundäre: kardiale:	Herzinfarkt Herztrauma Herztamponada	Kammerflimmern paroxysmale Tachykardie Adams-Stokes-Anfälle energetisch-dynamische Herzinsuffizienz Myokarditis Perikarditis Myokardosen	Herzinsuffizienz Kammerflimmern Aortenstenose Mitralstenose kongenitale Vitien Aortenbogensyndrom
zirkulatorische:	Hypovolaemie — Blutverlust — Plasmaverlust — Elektrolytmangel Lungenembolie Extrauterin-Gravidität	Orthostasesyndrom Carotis-Sinus-Syndrom Vasalva-Press-Drucksituation (Husten) Brechdurchfälle (Flüssigkeitsverlust)	
endokrine:	akute NNR-Insuffizienz	Gravidität	Hypopituitarismus Morbus Addison Hypothyerose evtl. Hypoparatyreoidismus evtl. Bartter-Syndrom
neurologische:	anaphylaktische Reaktionen	anaphylaktische Reaktionen psychogene Reaktionen emotionelle Reaktionen	posturale Hypotension Tabes dorsalis Syringomyelie Parkinsonismus Post-Sympathektomie
infektiös-toxisch:	Sepsis (vor allem gram-negativ) akute Pankreatitis Peritonitis Verbrennungen	Infektionskrankheiten (Grippe, Pneumonie, usw.) Intoxikationen	

1500-75/1

— Schwere- und Spannungsgefühl
— Schwellungen
— nächtliche Fuss- und Wadenkrämpfe
— Schmerzen

Venex® Gel und Sandoven® f

die neue Kombination für sofortige und dauerhafte Wirkung

SANDOZ

thogenese noch nicht auf. Ansatzpunkte zu einer Klärung des pathogenetischen Mechanismus der konstitutionellen Hypotonie glaubt die Schule von *Pschonik* (17) mit ihren experimentell erzeugten *Gefässneurosen* (der Begriff «Neurose» hier lediglich als funktionelle nervale Regulationsstörung verstanden) geben zu können. Leider haben sich diese Untersuchungen aber vielmehr mit dem Einfluss nervaler Mechanismen auf die Hypertonie befasst als mit der Hypotonie, so dass die Frage weiter offen bleibt.

5. Therapie

Im Ausgangspunkt jeder Hypotonietherapie muss die Erwägung der im vorliegenden Fall zugrunde liegenden pathogenetischen Mechanismen stehen. Nur so ist eine adäquate kausale Therapie zu verwirklichen. In erster Instanz ist zu entscheiden, ob es sich um eine akute, passagere oder chronische Hypotonie handelt. Je nachdem bietet sich ein völlig anderes Vorgehen an. Tabelle 3 zeigt eine grobe Uebersicht über das Vorgehen bei den verschiedenen Hypotonien (3, 5, 7, 8, 11, 13, 15).

Während die Behandlung akuter und im allgemeinen auch passagerer Hypotonien zum festen Bestand therapeutischer Massnahmen gehört (15), stellte die chronische Hypotonie sehr oft eine crux medicorum dar (1, 20). Je nach dem Einfühlungsvermögen und der Ehrlichkeit des Therapeuten wurde die chronische Hypotonie bisher als nicht behandlungsbedürftig oder als nicht behandelbar eingestuft. Möglicherweise kann hier die therapeutische Anwendung von Mineralokortikoiden (8, 11, 13) die Sachlage etwas ändern.

Der Einsatz von Mineralkortikoiden zur Hypotoniebehandlung basiert auf der Tatsache, dass die Hypotonie eines der Kardinalsymptome der Nebenniereninsuffizienz darstellt, die durch

Tabelle 3. Therapie der verschiedenen Formen der Hypotonie (ausser Korrektur allfälliger primärer Störungen)

Akute Hypotonien:	Passagere Hypotonien:	*Chronische Hypotonien:*
1. *Flachlage* des Körpers, evtl. Seitenlage (cave Aspiration!)	1. *Körperliche Aktivität*	1. *Körperliche Aktivität und Kreislauftraining* (Gartenarbeit, Sport, Sauna usw.)
2. festes *Einbinden der Extremitäten* mit elastischen Binden; vor Möglichkeit des Blutersatzes oft lebensrettend.	2. *Sympathikomimetika:* — *Novadral retard* 2 x tägl. 1 Drg. — *Novadral:* 3 x tägl. 1 Drg. bzw. 3—4 x tägl. 10 Gtt. — *Akrinor:* 1—2 x tägl. 1—2 Tbl. — *Effortil:* 3 x tägl. 1/2—1 Tbl. od. 3x tägl. 5—10 Gtt. bzw. 2x tägl. 1—2 Drg. Eff.-PL	2. *Mineralokortikoide:* — *Astonin-H* (Merck, Darmstadt) 2 x tägl. 1—2 Tbl.
3. *Sauerstoff:* etwa 3 l/min.	3. *Dihydroergotamin:* Tonisiert Venensystem bei orthostatischem Syndrom — *Dihydergot:* initial: 1—0—2 Tbl. bzw. 25—0—50 Gtt. n. 2 Wo.: 0—0—2 Tbl. bzw. 0—0—50 Gtt. evtl. auch häufigere Applikation)	
4. *Volumenersatz:* entsprechend Blutdruck und zentralem Venendruck. Je nach Ursache: — *Bluttransfusion* 1—2 (evtl. bis 5) x 400 ml Beachte: Zitratzusätze in Transfusion hemmen Ansprechbarkeit auf vasokonstriktorische Mittel. — *PPL-Plasma*-Infusion vor Möglichkeit zu Blutransfusion, zur Einsparung von Blut oder bei vorwiegendem Plasmaverlust. 1—2 Einheiten. — *Macrodex-* od. *Dextran-* od. Physiogel-Infusionen. Maximal 1—1 1/2 l/24 h. — *NaCl/Glukose*-Infusionen.		
5. *Elektrolytersatz*		
6. *Vasomotorenstimulation:* leichtere Fälle: — *Aramine* 1 ml (10 mg) i. m. od. s. c. od. als Tropfinfusion: 20—100 mg in 500 ml NaCl/Glukose — *Akrinor* 2 ml (0,2/0,01 mg) i. m. od. i. v. od. als Tropfinfusion: 5—8 Amp. in 250—500 ml NaCl/Glukose — *Depot-Novadral* 1 ml (10 mg) i. m. od. s. c. schwere Fälle: einzeln oder kombiniert als Infusion: — *Arterenol* (= Noradrenalin) als Tropfinfusion: 10—20—(40) mg in 250 ml NaCl/Glukose. Tropfzahl max. 30—50/min. cave: paravenöse Infusion (Nekrose!) — *Hypertensin* (= Angiotensin) als Tropfinfusion: 0,5—2,5—(10) mg in 250 ml NaCl/Glukose falls kombiniert am besten: 10 mg Arterenol und 2,5—5 mg Hypertensin.		

Substitution mit Kortikoiden behandelt werden kann. Von den synthetischen Kortikoiden erwies sich das 9 *a*-Fluor-Hydrokortison als ein besonders wirksames Mineralokortikoid mit geringer glukokortikoider Wirkung. Es wurde nach ausgedehnten klinischen Voruntersuchungen (6, 9, 12, 16, 18, 19, 21, 23) vor einiger Zeit in der BRD von der Firma E. Merck, Darmstadt, unter dem Namen Astonin-H® mit 0,1 mg Wirksubstanz pro Tablette in den Handel gebracht (10,25).

Die Kreislaufwirkung von Astonin-H beruht nicht in erster Linie auf der Vergrösserung des Plasma- bzw. Ertrazellulärvolumens, sondern im wesentlichen auf einer leichten Natriumretention im Gewebe und damit auf einer verbesserten Ansprechbarkeit auf die endogene pressorischen Substanzen (3, 13). Der potenzierende Effekt von Astonin-H auf die Wirkung von Sympathikomimetika konnte *Parr* (16) am Beispiel von Aethylphenylephrin-Hydrochlorid demonstrieren. Nach zweiwöchiger Vorbehandlung mit 0,3 mg Astonin-H täglich wurden folgende Veränderungen der Kreislaufparameter auf 0,01 mg des erwähnten Sympathikomimetikums festgestellt (in Klammern die entsprechenden Resultate vor Astonin-H-Behandlung:)

Zentraler Venendruck	+ 32 % (+ 1,3 %)
Schlagvolumen	+ 42 % (+ 7,2 %)
Minutenvolumen	+ 33 % (+ 2,9 %)
BD-Amplitude	+ 52 % (+ 15 %)
Pulsfrequenz	— 9 % (— 3,5 %)
peripherer Widerstand	— 20 % (— 3,5 %) berechnet

Die eigenen klinischen Erfahrungen mit Astonin-H umfassen heute weit über 200 Fälle, wovon 58 Fälle statistisch ausgewertet wurden: 10 Männer und 48 Frauen zwischen 6 und 75 Jahren (Mittelwert 38 Jahre). Die Behandlungsdauer betrug im Mittel 153 Tage. Die Blutdruckkontrolle wurde aber in vielen Fällen noch 2 bis 3 Monate nach Absetzen des Medikamentes weitergeführt.

Als Initialdosis erhielten alle Patienten morgens 2 Tabletten und mittags 1 Tablette Astonin-H, also 0,3 mg Wirksubstanz pro die. Nach einer Woche Behandlung entschied der Ausfall der ersten *Schellong*-Kontrolle über die weitere Dosis. Meist konnte auf 2 Tabletten morgens reduziert werden.

Je nach dem Resultat der weiteren Blutdruckkontrollen in 3 Wochen, 8 Wochen, 3 Monaten, 4 Monaten und 6 Monaten nach Behandlungsbeginn wurde die Dosis weiter herabgesetzt auf 1 oder ½ Tablette pro die. In der Regel konnte die Therapie nach 6 Monaten abgeschlossen werden, wobei sehr vorsichtiges Ausschleichen der Dosis (Reduktion in zweiwöchigen Abständen auf 1 Tablette, ½ Tablette, ½ Tablette alle 2 und ½ Tablette alle 3 Tage) sich als sehr wichtig erwies; bei abruptem Absetzen durch die Patienten kam es prompt zu Rezidiven. Die Entwicklung des Blutdruckverhaltens vor und während der Astonin-H-Behandlung sei an drei typischen Beispielen demonstriert: Abbildung 1.

Bei der 36jährigen Patientin R. K. war der Blutdruck mit 126/72 anscheinend völlig normal, nur der hohe Puls war ungewöhnlich. Nach 10 Minuten Liegen erhöhten sich die Blutdruckwerte sogar bis auf 150/80. Der an sich schon hohe Puls erfuhr aber bereits im Liegen unmotivierte, nur 5 bis 10 Sekunden dauernde Sprünge bis auf 160 bis 180 zunächst auf 108 mit gleichzeitigem Anstieg des diastolischen Blutdruckes auf 95 bei progredientem Pulsabfall, unterbrochen von den erwähnten Pulssprüngen. Nach der 8. Minute fiel der systolische und diastolische Blutdruck sowie der Puls lawinenartig ab. Eine gewisse Kreislauferholung gelang erst nach 2 Minuten Liegen. Es lag hier das Bild der schweren Kreislauflabilität vor, die bei der Patientin sehr oft in Ohnmachten, vorab im Treppenhaus, mündeten. Bereits nach 3 Wochen Astonin-H-Behandlung waren weitgehend stabile Kreislaufverhältnisse erreicht worden, die auch noch nach Reduktion der Dosis auf 0,1 mg Wirksubstanz (1 Tablette morgens) anhielten.

Der Fall der 61jährigen Patientin E. E. zeigt, dass es viele Fälle gibt, die einen dauernd erniedrigten Blutdruck haben und dennoch bei Orthostase keinerlei Blutdruckabfälle aufweisen, sondern an sich normal mit einem Blutdruckanstieg reagieren. Dies gelingt hier aber offensichtlich nur durch starke Erhöhung der Pulsfrequenz. Auch hier nach 3 Wochen Therapie mit Astonin-H weitgehende Normalisierung. Es handelt sich hier übrigens um denselben Fall, der oben wegen hypotoner Depression beschrieben wurde.

Beim dritten Beispiel, dem 4jährigen Knaben B. H., kam es mitten im Spiel zu Ohnmachtsanfällen. Hier deutete sich eine gewisse Besserung nach 3wöchiger Behandlung an, und nach 3 Monaten wurde eine weitgehende Normalisierung erreicht.

Die statistische Auswertung der oben erwähnten 58 Fälle ergab folgende Veränderung der *Schellong*-Ergebnisse, Tabelle 4.

Tabelle 4. Veränderung der Schellong-Ergebnisse (in Klammern die absoluten Zahlen)

Schellong-Test	vor Therapie:	nach 1 Woche:	nach 6 Monaten:
nicht pathologisch	28 % (16)	72 % (31)	90 % (34)
leicht pathologisch	44 % (25)	26 % (11)	8 % (3)
mittelschwer pathol.	26 % (15)	2 % (1)	2 % (1)
schwer pathologisch	2 % (1)	0 % (0)	0 % (0)

Besserung von Hämorrhoiden, die während der Schwangerschaft entstanden sind

Während die Frau ihr Kind erwartete, wurde der Körper vielen Veränderungen unterworfen. Diese Veränderungen und die nachfolgenden Anstrengungen und Pressungen während der Geburt können die Ursache von Hämorrhoiden sein.

Ein seriöses Problem? Nicht unbedingt.

Die Heilsubstanz der Sperti Präparation H lindert diese Schmerzen und befreit sofort von Jucken. Gleichzeitig beginnen die entzündeten und gereizten Hämorrhoiden langsam abzuschwellen.

SPERTI PRAEPARATION H® ist sowohl als Salbe mit Applikator oder auch als Suppositorien, letztere speziell gegen innere Hämorrhoiden, in Apotheken und Drogerien erhältlich. Oftmals bringt eine kombinierte Behandlung mit Salbe und Suppositorien besonders gute und rasche Resultate.