

Die Leitung der Nachgeburtperiode

Autor(en): **Arnold, M.**

Objektyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **59 (1961)**

Heft 8

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-951374>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Zahnbehandlung

Leistungen an Zahnbehandlung werden gewährt gemäß beiliegendem Reglement für Kassenleistungen an Zahnbehandlung vom 13. Juli 1959.

Unfallleistungen

Leistungen für Unfälle sind in der Krankenpflegeversicherung inbegriffen. Bei Unfall werden die gleichen Leistungen gewährt wie bei Krankheit, sofern nicht ein anderer Versicherer für Unfallheilungskosten primär leistungspflichtig ist (Subsidiärklausel).

Leistungsdauer

Die Kosten für ambulante Arztbehandlung und Arzneien werden zeitlich unbeschränkt gewährt. Für Heilanstaltsbehandlungen beträgt die Leistungsdauer 360 Tage innert 540 Tagen, bei Tuberkulose werden die Leistungen zeitlich unbeschränkt gewährt.

Weitere Leistungen

Sofern die Leistungen der Krankenpflegeversicherung hier nicht separat aufgeführt sind, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Kasse.

Die freiwillige Krankenpflegeversicherung kann nur von denen Personen abgeschlossen werden, die bei Abschluß des Fusionsrespektive des Kollektivvertrages das 65. Altersjahr noch nicht überschritten haben.

b) Monatsprämie

Für die freiwillige Taggeldversicherung im Betrage von Fr. 1.— bis Fr. 12.— Fr. 1.10 pro versicherten Taggeld-Franken.

Für die Krankenpflegeversicherung Fr. 5.50 pro Mitglied.

3. Besondere Versicherungsvorteile**a) Für die Pflichtversicherung ist gemäß Ziffer 1 dieser Offerte die**

Aufnahmehöchstaltersgrenze aufgehoben, ebenso ist die Karenzzeit gänzlich erlassen. Jedes Mitglied wird aufgenommen ohne Rücksicht auf das Alter und den Gesundheitszustand.

b) In die freiwillige Versicherung (zusätzliches Taggeld von Fr. 1.— bis Fr. 12.— und Krankenpflegeversicherung) können nur Mitglieder aufgenommen werden, die bei Abschluß des Fusionsvertrages das 65. Altersjahr noch nicht überschritten haben und sofern die betreffende Bewerberin noch gesund ist.

c) Es wird keine Krankenscheinegebühr verlangt.

d) Die Karenzzeit ist sowohl für die Pflegeversicherung gemäß Ziff. 1 dieser Offerte als auch für die freiwillige Versicherung gemäß Ziff. 2 dieser Offerte erlassen.

Die Kollektivversicherung und die Fusionsversicherung werden durch eine eigene Kollektivsektion des Schweizerischen Hebammenverbandes verwaltet. Die Kasse vergütet für die Verwaltungsarbeit 8 Prozent der Prämieinnahmen.

e) Bei der Fusion muß vom Vermögen der Krankenkasse des Schweiz. Hebammenverbandes nur Fr. 60000.— an die Christlichsoziale Kranken- und Unfallkasse der Schweiz abgeliefert werden. Der Rest des Vermögens, der sich beim Abschluß des Fusionsvertrages ergibt, steht dem Vorstand der Krankenkasse des Schweizerischen Hebammenverbandes zur Verfügung zur freiwilligen Deckung von krankheitsbedingten Auslagen von Härtefällen und für Versicherungsmitglieder, die in Not sind.

Mit weiteren, ergänzenden Auskünften stehe ich Ihnen sehr gerne zur Verfügung und grüße Sie freundlich.

Christlichsoziale Kranken- und Unfallkasse der Schweiz
Der Zentralpräsident: A. Germann

Die Leitung der Nachgeburtperiode

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Direktor: Prof. Dr. W. Neuweiler)

Von M. Arnold

Die Nachgeburtperiode ist die Zeit von der Geburt des Kindes bis zwei Stunden nach Ausstoßung der Plazenta. Sie ist der Geburtsabschnitt, in welchem öfters ernsthafte Zwischenfälle auftreten, die aber meist umgangen werden könnten, wenn das beständige unzweckmäßige Betasten des Uterus aufgegeben würde.

Jedes unnötige Herumdücken und Reiben am Uterus und die kritiklose Verabfolgung von Wehenmitteln sind zu unterlassen. Die Nachgeburtswunden stellen sich von selbst ein, wenn nach Geburt des Kindes der Uterus durch Retraktion der Muskelfasern wieder den nötigen Spannungszustand erreicht hat.

Wenn in der Nachgeburtperiode der Blutverlust physiologische Grenzen überschritten hat, die Plazenta noch nicht geboren ist und Blutungen aus Verletzungen (z. B. der Scheide und des Dammes) ausgeschlossen werden können, dann muß eingegriffen werden. Durch unnötiges Drücken und Reiben werden nur partielle Uteruskontraktionen ausgelöst, die nur eine teilweise Lösung der Plazenta und eine vermehrte Blutung herbeiführen.

Wir kennen drei charakteristische Stadien der Nachgeburtperiode:

1. Ablösung der Plazenta.
2. Ausstoßung der Plazenta.
3. Blutstillung.

1. Ablösung der Plazenta

Sofort nach der Geburt des Kindes läßt sich eine starke Verkleinerung der Gebärmutter feststellen, der Fundus uteri rückt bis auf Nabelhöhe tiefer. Diese Verkleinerung ist durch eine gewaltige Umlagerung der Muskelfasern bedingt: Starke Verkürzung des Uterus in der Längsrichtung und kräftige Dickenzunahme der Wand. Der Wandanteil, an welchem die Plazenta haftet, nimmt aber an dieser Retraktion der Muskelfasern zunächst nur unwesentlich teil. Bald nach Geburt des Kindes stellen sich die sogenannten Nachgeburtswunden ein. Diese bewirken eine weitere Verkleinerung des Uterus, damit auch der Innenfläche desselben und der Haftfläche der Plazenta.

Jede dieser Nachgeburtswunden, die in Abständen von drei bis vier Minuten auftreten, bewirkt eine Verminderung der Plazentahaftfläche. Bald wird die Plazenta von der Uteruswand abgehoben. Diese Ablösung erfolgt meist in der Mitte der Plazenta (Modus Schultze), seltener am untern Rand (Modus Duncan).

Durch das Abheben der Plazentahaftfläche von der Uteruswand werden notwendigerweise die in diesem Bereich verlaufenden uteroplazentaren Gefäße (von der Gebärmutter zur Plazenta) durchrisen. Nun strömt Blut in den sich bildenden freien Raum zwischen Uteruswand und abgehobener Plazenta. Wir sprechen vom *retro-*

plazentaren Hämatom, das immer größer wird und nun selber die Ablösung der Plazenta von ihrer Unterlage unterstützt.

Den *Modus Schultze*, der in ungefähr 80 Prozent der Fälle vorliegt, und bei dem das retroplazentare Hämatom in der Mitte beginnt, treffen wir bei Plazenten, die flach an der Vorder- oder Hinterwand sitzen. Der Blutverlust ist dabei relativ gering; während der Ablösung geht fast kein Blut verloren.

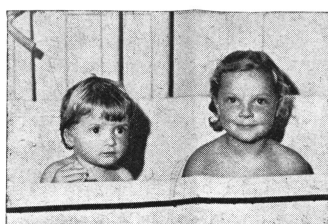
Der *Modus Duncan* stellt die seltenere Lösungsart dar, wir treffen ihn in zirka 20 Prozent der Fälle, und zwar bei Plazenten, die über den Tubenecken haften. Das retroplazentare Hämatom beginnt hier am untern Rand und schreitet nach oben fort: es blutet dabei während der ganzen Ablösungsdauer.

Wann ist nun die Plazenta gelöst? Wir wollen die wichtigsten *Lösungszeichen der Plazenta* kurz betrachten, es sind dies:

A. Das Uteruszeichen (Schröder)

Hochsteigen des Fundus uteri, bei gleichzeitig Schmäler- und Kantigwerden des Uterus.

- I = nach der Geburt des Kindes
II = nach Lösung der Plazenta
III = nach Ausstoßung der Plazenta



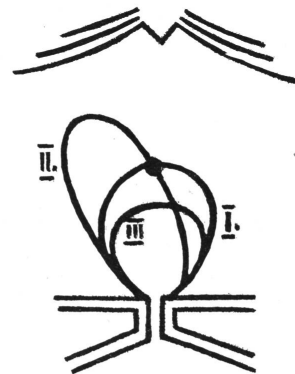
**Wir sind gesund und munter
dank der Pflege mit
Schweizerhaus-Spezialprodukten.**

Annalise und Margrit werden sich [freuen, Sie bei Gelegenheit im «Schweizerhaus» in Glarus begrüßen zu dürfen!



Dr. Gubser-Knoch AG. Schweizerhaus, Glarus

**Schweizerhaus-Spezialprodukte für
Säuglings- und Kinderpflege:
Kinder-Puder, -Oel, -Seife, -Crème,
sowie Tropfen für zahnende Kinder.**



B. Nabelschnurzeichen

- a) *Küstner*: Tiefes Eindrücken der Bauchdecken mit den Fingerspitzen. Sitzt die Plazenta noch fest, so zieht sich die Nabelschnur dabei vaginalwärts zurück. Ist die Plazenta gelöst, so bleibt die Nabelschnur liegen.
- b) *Ahlfeld*: Tiefertreten einer Fadenmarkierung, die man nahe der Vulva an die Nabelschnur gelegt hat.
- c) *Klein*: Bauchpresse bei kontrahiertem Uterus treibt die Nabelschnur tiefer, bleibt sie nach Aufhören des Pressens liegen, so ist die Plazenta gelöst. Ist sie nicht gelöst, so zieht sich die vorgerückte Nabelschnur nach Aufhören des Pressens wieder zurück.

C. Plazentazeichen

- a) Sichtbare Vorwölbung oberhalb der Symphyse, wenn die gelöste Plazenta im Durchschnitsschlauch liegt.
- b) Ist die gelöste Plazenta bis in die Vagina gelangt, so verspürt die Frau einen Druck auf den Mastdarm. Dieses Zeichen beweist:
 1. Die Lösung der Plazenta.
 2. Den erfolgten Austritt der Plazenta aus der Gebärmutter.

2. Ausstoßung der Plazenta

Nach Geburt der Plazenta in den Durchtrittsschlauch tritt für die Ausstoßung die Bauchpresse in Aktion (Bauchpresse = a) Druck von Zwerch-

fell und Bauchmuskulatur, b) Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur). Bei Mehrgebärenden mit schlaffen Bauchdecken kann das Pressen noch unterstützt werden durch Fassen und Anheben der Bauchdecken mit zwei Händen. Dadurch wird der Bauchraum verkleinert, und die Kraft der Bauchpresse konzentriert sich so auf die Plazenta (= Baer'scher Handgriff). Wenn so die Ausstoßung der *sicher gelösten Plazenta* noch nicht erfolgt, wird mit dem *Credé'schen Handgriff* exprimiert. Vorgängig soll dabei die Harnblase entleert werden. Die Expression soll während einer Wehe vorgenommen werden, da bei einem weichen Uterus Inversionsgefahr besteht.

3. Blutstillung

Wir benötigen eine langdauernde Kontraktion des Uterus zur Verringerung der Gebärmutterhöhle und zum physiologischen Abklemmen der Gefäße; sie stellt sich meistens spontan ein, ohne daß wir eingreifen müssen.

Wenn wir aber eine Blutung nach Ausstoßung der vollständigen Plazenta feststellen, so müssen wir

- a) an eine Atonie des Uterus, oder auch
- b) an eine Blutgerinnungsstörung denken, immer vorausgesetzt, es besteht keine Blutung aus Verletzungen der Zervix, der Scheide und des Dammes.

Wir gehen folgendermaßen vor:

- 1. Intravenöse oder intramuskuläre Injektion von einer Ampulle Syntocinon à 1 ml mit

zehn Einheiten (Syntocinon ist ein synthetisches Hypophysenhinterlappenhormon, das den Blutdruck nicht beeinflusst).

- 2. Intravenöse oder intramuskuläre Injektion von 1 ml Methergin (Methergin ist ein Mutterkornalkaloid).
- 3. Stützen des Uterus während längerer Zeit.
- 4. Eisblase auf Unterbauch.

Es ist ratsam, gleichzeitig auch die Blutungszeit und die Gerinnungszeit zu bestimmen, da auch eine Nachblutung auf Grund einer Gerinnungsstörung vorliegen kann.

Blutungszeit: Man untersucht, wie lange aus einem gesetzten Einstich in die Hautoberfläche eine Blutung erfolgt, indem man in bestimmten kleinen Zeitabschnitten das Blut in ein Filtrierpapier von der Wunde aufnimmt und die Größe des Blutfleckens beobachtet. Die so gemessene normale Blutungszeit liegt bei ungefähr zwei bis drei Minuten.

Gerinnungszeit: Läßt man einen Tropfen Blut aus dem Ohrläppchen auf einen Objektträger fallen, so ist bei Zimmertemperatur gewöhnlich nach ungefähr fünf bis sechs Minuten Gerinnung eingetreten.

Das sind zwei relativ einfache Möglichkeiten, das Verhalten der Blutgerinnung zu prüfen. Erhält man merklich größere Werte, so ist der Grund der Gerinnungsstörung genau abzuklären. In weitaus den meisten Fällen handelt es sich hierbei um einen Fibrinogenmangel des mütterlichen Blutes.

Gerinnungsstörungen anderer Art beobachten wir unter der Geburt äußerst selten, da sich derartige Abnormitäten der Blutgerinnung bereits früher manifestieren würden.

Vorgehen bei nicht gelöster Plazenta

A. Bei geringer Blutung

Im Gegensatz zu früher – wir warteten zwei Stunden auf die Lösung der Plazenta – warten wir heute nach der Geburt des Kindes noch eine Stunde auf die Spontanlösung der Plazenta. Ist indessen nach dieser Zeit die Plazenta nicht gelöst, und stellen wir in der Zwischenzeit keine verstärkte Nachgeburtsblutung fest, so greifen wir ein.

Wir gehen nach folgendem Schema vor:

- 1. Expression der Plazenta (ohne Narkose).
- 2. Credé'scher Handgriff in Narkose.
- 3. Manuelle Plazentalösung.

1. Expression der Plazenta

Ist die Plazenta nach einer Stunde noch nicht gelöst, so wird sie ohne Narkose exprimiert. Auch hier gilt wiederum wie beim Credé'schen Verfahren:

- a) Die Harnblase muß entleert sein (eine volle Harnblase wirkt als Wehenbremse).
- b) Der meist seitlich rechts stehende Uterus muß in die Mitte gebracht werden.
- c) Es muß eine Uteruskontraktion abgewartet werden, oder sie muß erzeugt werden.
- d) Expression in Richtung der Beckenachse.

Kommen wir damit zum Ziel, das heißt, wir konnten die Plazenta exprimieren, so injizieren wir sofort zehn Einheiten Syntocinon langsam intravenös.

Gelingt hingegen dieses Vorgehen nicht, so wird die Frau sofort tief narkotisiert (Aether), um den Credé'schen Handgriff in Narkose zu versuchen.

2. Credé'scher Handgriff in Narkose

Ist die Frau tief narkotisiert, so wird der Uterusfundus mit der Hand so umfaßt, daß der Daumen auf die Vorderwand, die übrigen Finger auf die Hinterwand zu liegen kommen. Hernach erfolgt der Druck in der Beckenachse.

Haben wir Erfolg, das heißt, die Plazenta ist in toto herausbefördert worden, injizieren wir langsam 1 ml (= zehn Einheiten) Syntocinon intravenös.

Bei Mißerfolg müssen wir zur manuellen Plazentalösung schreiten, die aber immer eine große Gefahr der Keimverschleppung von außen in sich birgt.



Die Verdauungskraft des Säuglings wächst rasch.

Mit ihr muss auch die Nahrung Schritt halten.

Die 4 GALACTINA-Schleimpräparate ermöglichen diese schrittweise Anpassung schon in den ersten drei Lebensmonaten. Beginnend mit dem besonders leichtverdaulichen Reisschleim, sobald als möglich zu den gehaltreichen Vollkornschleimen aus Gerste, Hafer und Hirse übergehend – so bieten wir dem Kindlein eine Nahrung, die seinen Bedürfnissen optimal entspricht.

Reisschleim

die bewährte, leichtverdauliche Anfangsnahrung



Gerstenschleim

als Übergang zu den gehaltreicheren Schleimsorten



Hafererschleim

ein nährstoffreicher Schoppen vom 2. Monat an



Hirseschleim

zum Abwechseln, besonders wertvoll für Ekzemkinder



3. Manuelle Plazentalösung

Die Patientin bleibt weiterhin in tiefer Narkose. Der Operateur muß seine Hände und Arme peinlichst genau desinfizieren. Die äußeren Genitalien der Frau werden gründlichst mit Desinfektionsmitteln abgewaschen. Vorerst wird mit einer Hand der Uterus nach unten in das Becken gedrückt, damit der äußere Muttermund möglichst tief zu stehen kommt. Hierauf geht die andere Hand in die Uterushöhle ein und löst die Plazenta langsam von ihrer Haftfläche ab, wobei die äußere Hand der inneren den Uterus mit ziemlicher Kraft entgegendrückt. Die innere Hand verläßt die Gebärmutterhöhle erst, nachdem die Plazenta herausbefördert worden ist, um die Haftfläche nochmals abzutasten, ob nicht doch noch ein Plazentarstück zurückgeblieben ist.

Nach erfolgter Lösung der Plazenta werden zehn Einheiten Syntocinon langsam intravenös injiziert.

B. Bei Blutungen über einen halben Liter

Stellen wir vor Ablauf einer Stunde eine Nachgeburtsblutung von über einem halben Liter fest, so muß sofort eingegriffen werden. Auch hier gehen wir wieder wie folgt vor:

1. Expression der Plazenta ohne Narkose. Bei Mißerfolg:
2. Credé'scher Handgriff in Narkose. Bei Mißerfolg:
3. Manuelle Plazentalösung.

In diesen Fällen injizieren wir aber das Syntocinon — wiederum zehn Einheiten — nicht intravenös, sondern intramuskulär, da nach starker Blutung die intravenöse Verabreichung von Syntocinon einen Kollaps hervorrufen könnte.

Natürlich muß auch für genügenden Flüssigkeitsersatz gesorgt werden, sei es in Form von Blut, Plasma oder Infusionen mit Glucose- oder Ringerlösungen.

Bei verstärkter Blutung sollen auch immer die Blutgerinnungszeit und die Blutungszeit festgestellt werden, wie sie vorhin beschrieben worden sind, um eine eventuelle Gerinnungsstörung ausschließen zu können.

Kontrolle der ausgestoßenen Plazenta

Nach Ausstoßung der Plazenta muß diese genau kontrolliert werden:

- a) Ob ein Stück aus der Plazenta fehlt, und
- b) ob am Rand der Plazenta oder in den Eihäuten abgerissene Gefäße liegen, die einen Beweis für eine zurückgebliebene Nebenplazenta liefern, sofern sich der Kreis der Gefäße nicht schließt (wenn sich der Kreis schließt, so handelt es sich um abirrende Gefäße).

Fehlt ein mehr als bohngroßes Stück Plazenta, so muß die Gebärmutterhöhle unbedingt nachgetastet werden, denn eine Spontanausstoßung ist nicht zu erwarten. Hierzu ist die Frau tief zu narkotisieren.

In jedem Fall, in dem die Plazenta nicht sicher vollständig ist, gilt sie als unvollständig, und es muß nachgetastet werden. Wird ein abgerissenes Plazentastück nicht entfernt, so kann es zu folgenden sehr unangenehmen Nebenerscheinungen kommen:

1. Atonische Nachblutung.
2. Spätblutung im Wochenbett.
3. Infektion im Wochenbett (das zurückgebliebene Plazentastück ist für pathogene Keime ein vorzüglicher Nährboden).
4. Bösartige Wucherung des zurückgebliebenen Plazentastückes.

Wir stellen immer wieder fest, daß die Hebamme infolge Beschäftigung mit dem neugeborenen Kind sowie durch Beantwortung von Fragen der Mutter und der Angehörigen daran verhindert wird, der Plazentarperiode die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken.

Die in der Praxis immer wieder beobachteten Folgezustände bei Mißachtung der genannten Regeln weisen mit warnender Deutlichkeit darauf

hin, daß gerade dem dritten Stadium der Geburt, nämlich der Plazentarperiode, vermehrte Beachtung beigemessen werden soll. Durch volle Aufmerksamkeit auch in dieser Geburtsphase

kan die Hebamme dazu beitragen, daß einerseits übermäßige Blutverluste vermieden werden und andererseits infektiöse Folgezustände bei Reststücken der Plazenta verhütet werden.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin:

Frau R. Wüthrich-Zaugg, Bellach SO
Telephon (065) 2 44 41

Krankenkasse-Präsidentin:

Frau G. Helfenstein, Oberfeldstr. 73, Winterthur
Telephon (052) 2 45 00

Hilfsfonds-Präsidentin:

Frau J. Glettig, Heb., Laubststr. 1710, Stäfa ZH
Telephon (051) 74 98 77

Sr. Albertine Huber, Solothurn
Frau A. Himmelberger, Herisau
Sig.na B. Lucchini, Massagno
Sig.na Leoni, Adriana, Locarno
Sig.na M. Chiarina, Tesserete
Frau M. Benkert, Igels
Frau K. Nydegger, Schwarzenburg
Frau B. Sommer, Rikon-Zell
Frl. J. Camenisch, Rhäzüns
Frl. L. Böhler, Dußnang
Frau R. Walker, Schwyz, Station Stoß
Mlle L. Tille, Lausanne

Wöchnerin

Mme M. Matthey-Waeber, Echallens

KRANKENKASSE

Krankmeldungen

Sig.na J. Fraschina, Tesserete
Frau L. Fricker, Malleray
Frau K. Morgengegg, Hinterfultigen
Frau J. Herren, Liebefeld-Bern
Frl. L. Berner, Lenzburg
Sr. H. Buholzer, Sursee
Frau F. Schaad, Lommiswil
Frau C. Russi, Susten
Frau A. Weber, Gebenstorf

Todesanzeige

In Mörschwil verstarb im 79. Altersjahr

Frau Sofie Ackermann

Ehren wir die liebe Verstorbene mit herzlichem Gedenken.

Für die Krankenkasse-Kommission

Die Kassierin: J. Sigel

Die Brustpflege mit Galamila dient der Erhaltung der Stillkraft



Galamila Brustsalbe deckt und schützt die empfindlichen Brustwarzen, verhütet Schründen und Risse, heilt bestehende Verletzungen, beugt Infektionen (Mastitis) vor.

Galamila Brustsalbe fleckt nicht, riecht angenehm und ist völlig unschädlich.

Galamila Brustsalbewurde in schweizerischen Universitätskliniken mit Erfolg geprüft.



Galamila Brustsalbe ist kassenzulässig

Galactina AG. Belp