

Pflege und Probleme des kranken Neugeborenen

Autor(en): [s.n.]

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): **75 (1977)**

Heft 1

PDF erstellt am: **09.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950719>

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.

Vortrag gehalten anlässlich des Fortbildungskurses für Säuglingsschwestern und Hebammen im Kantonalen Frauenspital Bern von Schwester Margrit Arni.

Pflege und Probleme des kranken Neugeborenen

Das kranke Neugeborene, für uns Schwestern wichtige Alarmsymptome:

Zum Beispiel:

- verminderte Aktivität, Berührungsempfindlichkeit des Kindes
- Trinkfaulheit, schlaffes, müdes Kind
- schlechtes Aussehen des Kindes, blassgrünlich, marmoriert
- unregelmässige Atmung, Tachypnoe, Dyspnoe
- eventuell Apnoeanfälle, Cyanose peripher oder allgemein
- Auftreten von Krämpfen, plötzlichen Schreianfällen und Übererregbarkeit des Kindes
- Erbrechen, Auftreten von Durchfall mit übelriechenden Stühlen, aufgetriebenes Abdomen
- Gewichtsstillstand oder Abfall
- Fieber oder Hypothermie
- in akuten Situationen Schockzeichen
- Auftreten von Petechien
- verstärkter Ikterus

Diese Alarmsymptome veranlassen uns, sobald als möglich einen Arzt zuzuziehen, der das Kind genau untersucht und wenn notwendig eine gezielte Therapie einleitet.

Infektgefährdete Neugeborene sind vor allem:

- Frühgeburten und Mangelgeburten
- Neugeborene mit kongenitalen Missbildungen (MMC, Ösophagusatresie usw.)
- vorzeitiger Blasensprung der Mutter (mehr als 12–24 Std.)
- schwierige und komplizierte Eröffnungsperiode und Austreibungsperiode
- hyaline Membranen, Asphyxie
- Neugeborene mit Verletzungen

Begriff der Reanimation: Sofortmassnahmen auf der Klinik Transport in die Rea Erste Behandlung

Wir unterscheiden zwischen primärer Reanimation, das heisst der Reanimation im

Operationssaal nach Sectio, oder im Gebärsaal, und der sekundären Reanimation in der Intensivabteilung.

Welche Kinder werden reanimiert?

Alle Neugeborenen mit erstem Apgar von weniger als 6 nach der ersten Minute, und einem Apgar von weniger als 7 nach fünf Minuten, ebenfalls bei bestehender Cyanose, Blässe und/oder insuffizienter Atmung des Kindes.

Primäre Reanimation

Diese geschieht unmittelbar nach der Geburt auf einem speziellen Reatisch:

- Schutz vor Auskühlung (Kälte fördert die Acidose und Hypoglykämie) mit
- Wärmestrahler und Silberfolie
- nochmaliges gründliches Absaugen

- von Mund, Nase, Rachen Beatmung des Kindes mit reinem Sauerstoff
- eventuell orale Intubation, wenn nach 2–3 Minuten keine regelmässige Spontanatmung einsetzt
- blinde Korrektur der Acidose mit NaBic.
- 8,4 %, 1:1 verdünnt mit 5 % Glucose entweder durch Einlegen eines Nabelvenenkatheters oder durch Punktion der Nabelschnurvene
- sofortige Bestimmung des Nabelschnur-Ph
- Gabe von PPL als Volumenersatz bei einem Kind, das im Schock ist
- Herzmassage bei extremer Bradykardie
- medikamentöse Herzstimulation

Wenn ein Risikokind zu erwarten ist, werden der Kinderarzt und eventuell eine Rea Schwester mit Isolette an den entsprechenden Ort gerufen, um nach erfolgter primä-

Zum neuen Jahr

Heute stellt sich Ihnen die «Schweizer Hebamme» im neuen Kleide vor. Nicht nur Papier und Aufmachung, sondern auch die Druckerei hat gewechselt. Die Firma Paul Haupt AG in Bern ist ein bekanntes, bestausgewiesenes Unternehmen, und wir werden bestimmt in guten Händen sein.

Leider waren wir gezwungen, die über 70 Jahre dauernde Zusammenarbeit mit der Firma Werder AG auf Ende Jahr zu kündigen. Allein schon die erheblichen Verspätungen der letzten Ausgaben zeigen, dass die Firma Werder nicht mehr imstande war, unseren Anforderungen zu entsprechen. Wir bitten Sie, die Unzulänglichkeiten der letzten Zeit zu entschuldigen, und hoffen, dass Sie nun die Zeitung wieder pünktlich erhalten werden. Die «Schweizer Hebamme» wird neu im Offsetdruckverfahren hergestellt. Das bedeutet, dass Sie einem Nachruf oder Artikel gelegentlich ein Foto (vorzugsweise schwarzweiss) beilegen können.

Der Redaktionsschluss ist immer anfangs Monats und wird drei Monate im voraus publiziert. Redaktionsschluss heisst: die Unterlagen müssen zum angegebenen Zeitpunkt im Besitze der Redaktorin sein. Bei verspätet eintreffenden Sendungen kann keine Gewähr für das Erscheinen in der nächsten Nummer geboten werden.

Geben Sie das Datum Ihrer Versammlung rechtzeitig bekannt, damit wir die Mitglieder im «Treffpunkt» darauf aufmerksam machen können. Einige haben sich das bereits hinter die Ohren geschrieben.

Bitte in den Manuskripten die Wörter ausschreiben und keine Abkürzungen anbringen. Zentralvorstand, Zeitungskommission und Redaktion haben beschlossen, nur noch 11 Nummern der «Schweizer Hebamme» herauszugeben. Im Sommer wird dafür eine Doppelnummer veröffentlicht.

Fräulein Schär bittet die Kassierinnen, sich genau an die vorgeschriebene Altersgrenze der Freimitglieder unserer Zeitung zu halten. Neu hinzu kommen für 1977 alle, welche im vergangenen Jahr das 75. Lebensjahr vollendet haben.

Diejenigen, welche sich bei der Redaktorin über Fachliteratur des Wochenbett- und Schwangerschaftsturnens erkundigt haben, sind bitte so freundlich und wenden sich an

Frau Marianne Werner-Stucki, Physiotherapeutin, Kantonales Frauenspital, 3012 Bern

Wir wünschen Ihnen im neuen Jahr alles Gute. Mit freundlichen Grüssen
Zeitungskommission und Redaktion

rer Reanimation das Kind in die Intensivabteilung zu verlegen. Dort beginnt nun die *sekundäre Reanimation*:

- wenn nötig, Umintubation nasal, für eine Langzeitbeatmung am Loosco mit vorheriger Prämedikation von Atropin und Scoline
- Dauertropfinfusion, wenn möglich durch Einlegen eines Katheters in die Nabelarterie (zur genauen Sauerstoffmessung im Blut), sonst Stecken einer peripheren Leitung mit einem Intracath oder einer Pasmadel
- eventuell weitere medikamentöse Behandlung der Acidose, des Kreislaufschockes und der Herzinsuffizienz
- Kontrollen der Ph-Werte im Blut, am Anfang 1- bis 3stündlich
- eventuell gleich auch sofort eine Blutbildkontrolle, je nach Anamnese
- Blutungsprophylaxe (Quick bestimmen)
- röntgenologische Kontrollbilder der Lungen
- Flüssigkeitsbilanz

Wenn nach primärer Reanimation auch eine sekundäre angezeigt ist, müssen alle mit der Reanimation verbundenen Komplikationen behandelt werden. Dies können sein:

- Entstehen eines Pneumothorax = Drainierung
- infolge häufiger Blutentnahmen verstärkte Anämie = Bluttransfusionen
- bei Langzeitbeatmung jeden zweiten Tag bakterielle Untersuchung des Trachealsekretes = Antibiotikatherapie bei nachweisbaren Erregern
- bei curarisierten Patienten = Prophylaxe des paralytischen Ileus
- bei extremer Überdruckbeatmung (schweres HMS) und dadurch Herzinsuffizienz = Digitalisierung
- nach der Extubation, bei Entstehen von Atelektasen = Physiotherapie, Absaugen, eventuell einige Male Überdruckhandbeatmung

Die Ärzte und Schwestern entscheiden gemeinsam über die Fortsetzung der Reanimation eines Kindes. Diese kann unterbrochen werden, wenn eine bewiesene, massive Hirnblutung stattfand und mehrere EEG-Kontrollen flach ausfielen, die ein selbständiges Überleben des Kindes unmöglich machen.

Pflege eines intubierten Kindes

Die Pflege eines intubierten und künstlich beatmeten Kindes füllt das Tagesprogramm einer Schwester vollständig aus.

Wenn möglich, das heisst wenn genügend Schwestern arbeiten, betreut sie nur dies eine Kind. Das Kleine muss stündlich protokolliert werden, dazu gehört Pulsen, Temperaturmessen, Respi kontrollieren, Beurteilen des Allgemeinzustandes und Ausführen der Bronchialtoilette. Dabei wird der Tubus steril mit NaCl gespült und das Sekret mit sterilen Einwegkathetern abgesaugt. Mit einem weichen Gummikatheter wird anschliessend der Mund und das freie Nasenloch sorgfältig von Sekret befreit, das Kind kann den Speichel ja nicht schlucken.

Ebenfalls müssen die Monitore und die Beatmungsmaschine ständig kontrolliert werden und die Sauerstoffkonzentration oft nachgemessen werden.

Je nach Ph-Werten, am Anfang eines frisch intubierten Kindes, 1- bis 3stündlich bestimmt, wird vom Arzt die Loosco-Einstellung verordnet.

In der ersten Zeit ist auch täglich ein Thorax-Röntgen notwendig zur Lungenbeurteilung und richtigen Lage des Tubus. Wir röntgen die Kinder selber in der Rea. Das intubierte Kind wird 2stündlich umgelagert, rechte und linke Seite und auf Verordnung des Arztes auch Bauchlage, damit die Lunge gut beatmet wird und keine Atelektasen (= luftleere Lungenbezirke) entstehen und dass das Kind keinen Dekubitus bekommt.

Bei der täglichen Toilette des Kindes werden besonders die gefährdeten Hautstellen: Gesäss, Rücken, Schultern und Kopf gut gewaschen und frottiert zur besseren Durchblutung, denn das Kind ist curarisiert und bewegt sich nicht. Ebenfalls achten wir sehr darauf, dass es von den EKG-Elektroden nicht wund wird und nicht auf Kabeln liegen muss; es kann sich ja nicht wehren. Wir müssen uns in die Lage des Patienten versetzen können.

Die Isolette wird täglich mit einer Desinfektionslösung ganz gewaschen. Alle Beatmungsschläuche werden jeden Tag gewechselt und sterilisiert. Diese Arbeiten füllen neben den Arztvisiten und Ausführung der Verordnungen die Zeit aus.

Die Ernährung

Ein beatmetes Kind wird in den ersten drei Lebenstagen nur mit Infusionen ernährt, 10 %iger Glucose i. a. oder i. v. Ab viertem Tag, wenn eine perorale Ernährung nicht möglich ist, werden Fette in Form von Intralipid 20 % und Eiweisse in Form von Aminomel zugeführt. Ebenfalls werden Elektrolyte, NaCl 14,5 % und KCl 14,5 % gegeben.

Wenn die Verdauung gewährleistet ist, bekommt das Kind ab viertem Lebenstag wenn möglich Frauenmilch. Man beginnt mit kleiner Menge, aufgeteilt in 8–10 Mahlzeiten pro Tag. Bei eventuellem Erbrechen versucht man, mit Hochlagerung des Kindes und Magentropfinfusion die Milch zu geben.

Eine grosse Gefahr besteht immer, dass die Nahrung zurückfliesst, weil das beatmete Kind unter Alloferin = Curaremedikament steht oder dass das Kind einen Ileus macht. Darum ist genau auf das Abdomen und auf seine Ausscheidung zu achten.

Wenn es dem Kind besser geht, die Ph sich unter kleineren O₂-Mengen korrigiert haben und das Kleine kräftig genug ist, versucht man, es spontan am Tubus, angeschlossen an das Grgory-System, selber atmen zu lassen. Man beginnt minutenweise und unter genauer Beobachtung von Atmung, Puls und Farbe des Kindes. Zwischendurch wird es wieder an den Loosco «gehängt» zur Erholung. Wenn es dann ohne Zwischenfälle mehrere Stunden selber geatmet hat und das Ph unter Spontanatmung gut ist, wird es extubiert.

Nach der Extubation beginnen wir je nach Lungenzustand und Verordnung des Arztes mit der Physiotherapie. Mit Vibrieren und sanftem Ausklopfen regen wir das Kind zum Husten an und saugen das Sekret aus Mund und Rachen ab.

Es gibt uns ein befriedigendes Gefühl, wenn ein so krankes Kind täglich Fortschritte macht und schliesslich gesund nach Hause entlassen werden kann.

Mutter-Kind-Beziehung

Bei einem Kind, das in der Rea gepflegt werden muss, in extremen Fällen über mehrere Wochen und Monate, ist der tägliche Kontakt mit den Eltern von besonderer Wichtigkeit. Das Kind darf für sie nicht isoliert werden. Wir helfen ihnen dabei, indem sie jeden Tag zu ihrem Kind in die Rea kommen dürfen. Besonders zu einem schwerkranken und vielleicht geschädigten Kind sollten sie sich wenn immer möglich nicht distanzieren.

Sieht eine Mutter ihr Kind zum erstenmal nach der Geburt, erklärt ihr die Schwester, die das Kleine betreut, Apparate, Kabel und Schläuche, die das Kleine um sich hat (ich denke da an ein Kind unter einer Sauerstoffglocke, angeschlossen an einen Apnoe-Monitor, oder an ein intubiertes und künstlich beatmetes Kind an der Überwachungseinheit). Es wirkt für den Laien im ersten Augenblick sehr verwirrend und furchtbar, aber ich habe die Beobachtung gemacht, dass die Mutter-Kind-Beziehung dadurch vielmals noch vertieft wird. Sie wollen ihrem kranken Kind noch inniger beistehen und helfen.

Es ist auch ausserordentlich wichtig, dass eine Mutter ihr Kind in der Isolette betastet und streichelt, wenn es unmöglich ist, ihr das Kleine auf den Arm zu geben. Nur so findet sie den Kontakt zu ihm.

Sobald es dem Kind besser geht, darf es die Mutter in der Isolette selber wickeln, und wenn es dann im Bettli ist, selber trinken, darf es die Mutter jeden Tag schöpplen. In speziellen Fällen lehren wir die Mütter auch

sondieren und Sonden stecken, wenn das Kleine nicht selber trinken kann. Eine Mutter kann das erstaunlich schnell und gut.

Eine psychologisch gute Wirkung für Eltern haben auch ein kleines Püppchen an der Isolette und farbige Finkli, die das Kind trägt. Wir machen es, um die unvermeidlich verstochnenen Fersen der Kinder ein wenig zu verdecken.

Ich möchte noch ein Beispiel erzählen von einer Mutter, deren Kind für lange Zeit bei uns in der Rea war. Es war ein Frühgeborenes von nur 1030 g, das über Wochen am Loosco beatmet wurde und viele Komplikationen mit sich brachte. Es machte unter anderem häufig Apnoe- mit Bradykardieanfällen und war ständig an einen Herzmonitor angeschlossen. Seine Mutter kam jeden Tag von Freiburg nach Bern, um den Kleinen zu besuchen. Ihr Ohr war schon so trainiert, dass sie jeweils beim Umziehen im Vorraum der Rea hörte, wenn das Piepen des Monitors wieder langsam wurde (gleichzeitig piepten noch zwei andere Herzmonitore, jeder in einem anderen Ton). Sie strich dem Bübchen dann über den Kopf, nahm es in die Arme und sagte jeweils: «He mis Buebeli, schnuufe.» – Sie sprach sonst nur französisch.

Noch heute kommt sie uns den Kleinen bei jeder Kontrolle zeigen und ist sehr stolz auf ihn.

Wir schauen auch sehr darauf, dass die Väter zu ihren Kindern kommen. Auch sie dürfen sie wickeln und schöppeln, wenn sie im Bettli sind. Eltern dürfen zu jeder Tages- und Nachtzeit telefonieren, um sich nach dem Zustand ihres Kindes zu erkundigen.

Spezielle Nachkontrollen

Augenarztkontrolle

1. Frühgeborene und Kinder, die vor Ende der 35. SSW zur Welt kamen, unabhängig, ob eine Mehrlingsgeburt vorlag oder nicht
2. Kinder, die 30 % Sauerstoff eingeatmet haben ausserhalb der primären Reanimation und/oder bei denen der gemessene O₂-Druck einmal 100 mm Hg überschritten hat
3. Kinder mit rezidivierenden Apnoeanfällen und Sauerstoffgaben
4. Kinder, bei welchen ein Hyperoxietest durchgeführt worden ist
5. gelegentlich auch Kinder nach traumatischer Geburt (Zange, Vakuum) bei Verdacht auf Fundusblutung

Untersuchungstermine

- a) wenn möglich innert 8 Tagen nach Ab-
- a) setzen des Sauerstoffs
- b) bei deutlichen Netzhautveränderungen

- b) 8tägig wiederholen
- c) bei normalem Fundus Sicherheitskontrolle nach 6 Wochen

CP-Kontrolle

Im Prinzip werden folgende Kinder angemeldet:

- Kinder von Müttern mit pathologischer SS-Anamnese (Blutungen, Toxikose, Diabetes, übertragenes NG)
- Kinder nach Vakuum, Zange, Beckenendlage
- Kinder nach Sectio, falls in der NG-Periode pathologische Symptome auftraten
- Frühgeborene unter 2000 g
- Kinder mit einem Geburtsgewicht von über 4000 g
- Kinder mit pathologischer Neugeborenenperiode (schweres Atemnotsyndrom, Apgar unter 4, ZNS-Komplikationen usw.)
- Neugeborene mit Austauschtransfusion, falls zusätzliche Risikofaktoren wie Atemnotsyndrom oder mehrmalige Austauschtransfusionen
- Frühgeborene mit Austauschtransfusion

Bobath-Therapie

Ein neurologisch auffälliges Kind wird nach der Entlassung aus dem Spital im Bobath-Therapiezentrum des Kinderspitals angemeldet. Dort wird die Mutter genau angeleitet, mit ihrem Kind gezielte Turnübungen zu machen. Das Kind wird vom untersuchenden Arzt bei der CP-Kontrolle angemeldet.

Zentralvorstand Schweiz. Hebammenverband

Offizielle Adressen

Präsidentin:
Schwester Elisabeth Stucki
Kantonales Frauenspital, Gynäkologie
3012 Bern
Telefon 031 23 03 33

Aktuarin:
Schwester Elisabeth Krähenbühl
Lindenhofspital
Bremgartenstrasse 117
3012 Bern

Kassierin:
Schwester Martina Hasler
Frauenspital
Schanzeneckstrasse 1
3012 Bern

Eintritte

Sektion Bern:
Burri Annemarie, Solothurn
Wüthrich Yvonne, Interlaken

Sektion Luzern:
Schwester Ahle Brunhilde, Zug

Sektion Ostschweiz:
Meuter Elisabeth, Chur
Vogel Bernadette, Chur
Vetsch Elisabeth, Chur

Wir heissen Sie herzlich willkommen im SHV.

Austritte

Sektion Bern:
Bernhard-Kuhn Margrit, Biglen
Beyeler Rosa, Rosshäusern
Bortis-Bodenmann Ruth, Fiesch
Gammenthaler Gertrud, Sumiswald
Sommer-Siegenthaler Elisabeth, Toffen

Sektion Ostschweiz:
Häuselmann-Fatzer Vreni, Hallau

Todesfall

Sektion Bern:
Müller Alwina, Asyl Gottesgnad, Biel, geboren 1893, gestorben 16. November 1976

Den Angehörigen entbieten wir unsere herzliche Teilnahme.

Für den Zentralvorstand E. Krähenbühl

Redaktionsschluss

Februar	10. Januar 1977
März	4. Februar 1977
April	4. März 1977

● ● ● ● Treff ● ● ● ● ● ● ● ●

Bern
19. Januar 1977, 14.15 Uhr,
Frauenspital, Hauptversammlung

Solothurn
27. Januar 1977,
Hotel «Falken», Solothurn

Zürich
19. Januar 1977, 16.00 Uhr,
Stadtmission Zürich, Generalversammlung