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: 67 (1969)

Heft: 8

Artikel: Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt

Autor: Kammer, B.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951587

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: 20.07.2025

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

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes

Bern, 1. August 1969 Monatsschrift 67. Jahrgang Nr. 8

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Dir. Prof. M. Berger)

Blutungen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und unter der Geburt

B. Kammer

Die antepartalen Blutungen stellen uns vor sehr schwere Situationen mit Gefahren für Kind und Mutter. Wenn der Blutverlust zu gross ist, wird die Frau in einen Schock geraten und verbluten, sofern nicht rechtzeitig eingegriffen wird. Die Blutung kann akut auftreten, so dass die Patientin als dringendster Notfall ins Spital transportiert und dort operiert werden muss, oder so allmählich, dass wir die Frau ruhig zuerst beobachten können und alle Zeit haben, um in Ruhe eine Diagnose zu stellen. Neben den seltenen Ursachen führen folgende Gründe zur Blutung:

Plazenta prävia in 15—25%
Vorzeitige Lösung in 15—25%
Plazentarrandblutung in 20—30%

Prävia heisst vorangehend. Die *Plazenta prävia* ist also vor dem Föten gelegen. Sie hat zu tiefe Haftstellen im Uterus. Bei der vaginalen Untersuchung werden wir mit dem Finger nicht auf das Kind sondern auf die Plazenta stossen. Die Ursache, weshalb die Insertion bis in den Gebärmutterhals reicht, ist nicht genau bekannt. In der Anamnese finden wir häufig vermehrt Aborte. Es wäre möglich, dass an der Einnistungsstelle des Eies die Blutversorgung nicht gut ist. Zur Kompensation könnte sich die Plazenta im Uterus nach unten ausbreiten. Wann müssen wir an eine Plazenta prävia denken?

Wir finden eine hellrote, vaginale Blutung, welche sich häufig wiederholt. Die Frau klagt jedoch über keine Schmerzen. Häufig sind die ersten Blutungen schwach und werden dann bei jeder Wiederholung stärker. Die Blutungen halten sich an kein generelles Schema. Im übrigen ist zu sagen, dass je tiefer die Plazenta prävia sitzt, desto früher treten in der Schwangerschaft Blutungen auf.

Bei Verdacht auf Plazenta prävia gehört die Frau ins Spital und sollte auch erst dort untersucht werden, da bei der Untersuchung die Gefahr besteht, dass sich die Blutung plötzlich so verstärkt, dass sofort eingegriffen werden muss. In der Klinik werden wir versuchen, die Geburt nach Möglichkeit bis zum Termin zurückzuhalten. Es ist jedoch klar, dass bei einer starken Blutung sofort gehandelt werden muss. Neben dem Auffüllen des Kreislaufes mit Blut muss meistens eine Entbindung durch Sektio vorgenommen werden. Wenn die Blutung schwächer ist, werden wir unter ständiger Kontrolle des mütterlichen Blutgehaltes zuwarten. Können wir dies, so werden wir nahe am Termin das reife Kind in der Mehrzahl der Fälle durch Sektio entbinden. Wenn dieses Vorgehen möglich ist, so liegt die Sterblichkeit der Mutter sehr tief. Allerdings ist die Infektionsgefahr grösser als normal. Die Blutungsstelle bei der Plazenta prävia ist laut Definition sehr tief, also auch sehr nahe bei der immer keimtragenden Vagina. Für das Kind ist die Mortalität immer erhöht, weil die Geburt häufig vor dem Termin erfolgt. Wir sehen jedoch, dass bei richtiger Erkennung der Diagnose und fachgerechter Behandlung die Gefahr gegenüber früher stark zurückgegangen ist. Die Mortalität für die Mutter liegt unter 1%. Für die Kinder ist sie von 80% auf etwa 10—15% gesunken. Als Todesursache kommen neben der schon genannten noch nicht erreichten Reife häufig Schäden durch Sauerstoffmangel in Frage. Dieser kann bedingt sein durch einen Schock der Mutter, wenn sie zu viel Blut verloren hat. Daneben sind alle andern Gründe zu erwähnen, die generell Gültigkeit haben bei der kindlichen Anoxie. Die Kindersterblichkeit ist sicher durch die Fortschritte in der Geburtshilfe in Form der Frühdiagnose wie der Therapie gesunken. Daneben dürfen wir die Fortschritte der Pädiatrie nicht vergessen, welchen wir zu verdanken haben, dass viele lebensschwache Frühgeborene heute überleben. Dank der optimalen Bedingungen in der Isolette mit Sauerstoff, Wärme und Feuchtigkeit sowie der modernen Ernährung gelingt es heute den Kinderärzten, Neugeborene am Leben zu erhalten, welche früher sicher gestorben wären. Die starke Reduktion der Mortalität der Kinder beruht auf den Fortschritten der gesamten Medizin.

Unter *vorzeitiger Lösung der Plazenta* verstehen wir die Ablösung der normal sitzenden Plazenta von der Uteruswand vor der Geburt, wobei sich hinter der Plazenta ein Hämatom bildet. Es handelt sich dabei nicht um eine Plazenta prävia. Die Blutung kann ausschliesslich hinter der Plazenta erfolgen oder sich durch weiteres Ablösen einen Weg nach aussen bahnen. Kommt es nur zur retroplazentaren Blutung, so klagt die Frau über Schmerzen im Bauch. Der Uterus wird hart und bleibt gespannt. Der Bauchumfang nimmt zu. Die Kindsbewegungen verschwinden. Wir können verschiedene Grade der Ablösung unterscheiden:

Grad 0 : Wir sehen keine klinischen Zeichen. Wir können also die Diagnose erst nach der Geburt stellen, indem wir die Plazenta genau untersuchen.

Grad I : Hier haben wir bereits kleine Blutungen nach aussen. Gelegentlich tritt als Begleiterscheinung ein leichter Uteruskrampf auf, welchen wir als Tetanus uteri bezeichnen.

Grad II : Die Patientin klagt über einen schmerzhaften Uteruskrampf. Nach aussen tritt eine ziemlich starke Blutung auf.

Grad III : Im Vordergrund steht die massive Blutung, welche nach innen noch ausgeprägter ist. Die Patientinnen sind bald in einem Schockzustand, auch wenn der äussere Blutverlust gar nicht so bedrohlich aussieht.

Die Gefahr für das Kind ist sehr gross. Schon beim Grad I ist die Häufigkeit eines intrauterinen Fruchttodes erhöht, während beim Grad III das Kind immer tot ist. Wir unterscheiden folgende Ursachen: Bei Toxikose tritt die vorzeitige Lösung der Plazenta prozentual viel häufiger auf. Daher ist bei jeder Toxikose an die Gefahr einer vorzeitigen Lösung der Plazenta zu denken. Nach der Geburt des ersten Zwillings kontrahiert sich die Gebärmutter. Die Möglichkeit einer Ablösung der Plazenta ist sehr gross. Der zweite Zwilling ist daher immer grösseren Risiken ausgesetzt als der erste.

Bei welchen Zeichen müssen wir an eine vorzeitige Lösung der Plazenta denken?

1. Bei jeder vaginalen Blutung in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Bei einer ausgedehnteren Lösung blutet es fast immer nach aussen. Die Blutung kann fehlen, wenn der Kopf des Kindes bereits fest ins kleine Becken gepresst wird und so eine Art Ventil gegen aussen bildet.
2. Bei Schmerzen durch Dehnung des Uterus, der gespannt wird bei einer Blutung ohne Abfluss nach aussen.
3. Beim unklaren Schock in der zweiten Schwangerschaftshälfte.
4. Bei Verschwinden der Kindsbewegungen und Auftreten eines harten, «kontrahierten» Uterus.

Wenn wir die Diagnose gestellt haben, müssen wir versuchen, den Uterus sofort zu entleeren. Das Wie richtet sich nach dem Kind. Lebt dieses noch anhand der Herztöne, so werden wir eine Sektio machen. Denn es besteht ja nicht nur die Gefahr, dass das Kind absterben wird, auch der Mutter droht ein lebensgefährlicher Schockzustand mit allen seinen Komplikationen. Ist das Kind bereits abgestorben, versuchen wir vorerst eine normale Geburt durch eine sofortige Blasensprengung. Es ist ganz klar, dass wir dabei den Blutdruck und den Puls genauestens beobachten müssen, um einen drohenden Schock zu erkennen. Wegen der schweren Komplikation der Afibrinogenämie muss unter Umständen eine Sektio bei totem Kind vorgenommen werden.

Wenn wir eine Patientin beim Verdacht auf eine vorzeitige Lösung sofort in die Klinik einweisen, so ist die Sterblichkeit dank der heutigen Möglichkeiten für die Mutter gering. Die Aussichten des Kindes richten sich nach der Ausdehnung der Lösung. Die vorzeitige Lösung der Plazenta ist manchmal ein schwer erkennbarer Symptomenkomplex und immer eine höchst bedrohliche Situation.

Eine weitere Ursache für eine Blutung vor der Geburt ist die Lösung des *Plazentarrandes*. Es handelt sich im Gegensatz zur vorzeitigen Lösung der Plazenta um eine venöse Blutung. Sie entsteht am Rande der Plazenta. Sie tritt recht häufig auf und bildet einen Drittel aller Blutungen vor der Geburt.

Im Gegensatz zum akuten eindrücklichen Bild der vorzeitigen Lösung sehen die Symptome hier etwa folgendermassen aus: Im letzten Drittel der Schwangerschaft treten kleine, tage- bis wochendauernde Blutungen auf. Sie hören gelegentlich wieder auf und beginnen etwas später erneut. Schmerzen verspürt die Frau kaum. Es ist keine Wehentätigkeit vorhanden. Der Arzt hat genügend Zeit zum Handeln. Er wird die Frau jedoch vorsichtshalber hospitalisieren.

Die Diagnose können wir erst mit Sicherheit nach der Geburt stellen. Wir finden dann Blutkoagula, welche am Plazentarrand kleben. Für die Mutter besteht nur in seltenen Fällen eine akute Lebensgefahr. Der Blutverlust summiert sich allmählich, kann jedoch ohne weiteres behoben werden. Für den Föten besteht insofern eine Gefahr, als dass die Möglichkeit einer Frühgeburt erhöht ist.

Unsere Therapie wird sich nach der Blutung richten. Wir werden wiederholt den Blutgehalt bestimmen und Blutdruck, Puls und Allgemeinbefinden der Patientin kontrollieren. Haben wir Zeichen einer stärkeren Anämie, so werden wir mit Bluttransfusionen nachhelfen müssen. Falls die Frau bereits Terminnähe erreicht hat, können wir auch die Geburt einleiten. Die Blutung ist jedoch nur in ganz seltenen Fällen so stark, dass wir notfallmässig eine Sektio machen müssen.

Eine seltene plazentare Missbildung sei hier noch erwähnt. Sie ruft gelegentlich eine Randblutung hervor. Bei der *Plazenta extrachorialis* gehen die Eihäute nicht vom Rande der Plazenta aus, sondern sie lassen einen Randbezirk mit zottenähnlichem Gebilde frei. In diesen Zotten kann es leichter zu einer Randablösung kommen mit anschliessender Blutung. Die Ursache ist unbekannt. Die Plazenta extrachorialis hat häufig Komplikationen zur Folge wie Aborte, Blutungen, Frühgeburten etc. Die Therapie ist dieselbe wie bei den oben beschriebenen Plazentarrandblutungen. Wir werden daher bei einer Plazentarrandblutung auch nach einer Plazenta extrachorialis suchen.

Wir sehen also, dass die Blutungen in den letzten Schwangerschaftsmonaten und während der Geburt zum grossen Teil auf Plazentaranomalien beruhen. Daneben gibt es noch ganz seltene Ursachen wie Vaginalvarizen, Portioerosionen und Portiokarzinom etc.

Wenn wir die Ursachen prozentual zusammenzählen, so sehen wir, dass wir nur auf ca 60—80% kommen. Es fehlen uns also je nach Statistik 20—40%. Für diese Fälle finden wir auch bei langer und gründlicher Abklärung einfach keine Ursache. Es zeigt sich auch hier wie in den übrigen Gebieten der Medizin, dass selbst der beste Arzt mit dem vollkommensten Labor, das ihm zur Verfügung steht, häufig nicht herausfindet, weshalb dies oder jenes aufgetreten ist. Dass der Mensch eben keine Maschine ist, wiederspiegelt sich in der Medizin und unterscheidet sie von den andern Wissenschaften.

Neben den bis anhin besprochenen Blutungen, welche eine pathologisch-anatomische Grundlage haben, treten noch andere Blutungsursachen in der Geburtshilfe auf. Sie sind seltener. Ihre schwerwiegenden Folgen verleihen ihnen besonderes Gewicht.

Die *Gerinnungsstörungen* beruhen auf einer fehlerhaften Zusammensetzung im Blute selbst, welche eine Stillung der Blutung verunmöglichen. Durch den dadurch bedingten Blutverlust entsteht ein Schock, genau gleich wie durch jede Volumenabnahme der zirkulierenden Flüssigkeitsmenge. Wir wollen uns deshalb zuerst kurz über den Schock unterhalten. Er kommt in der ganzen Medizin vor. Der Chirurge wie der Internist fürchtet ihn. Der Schock ist gekennzeichnet durch ein Kreislaufversagen, welches durch verschiedenste Ursachen bedingt sein kann. Es kann das Herz als Pumpe versagen, das Blut als zu transportierendes Mittel kann vermindert sein z. B. durch einen Blutverlust, oder die Gefässe können ein Versickern des Blutes verursachen, indem das Blut in mehr oder weniger stillgelegte Bahnen versickert. Es kommt also zu einem Missverhältnis zwischen dem Stoffwechselbedürfnis des Körpers und den Transportmöglichkeiten des Blutes. Die dadurch verursachte Sauerstoffschuld führt zu einer Zellschädigung, welche zuerst reversibel ist, bei längerem Bestehen aber zu einem endgültigen Schaden führt. Da die Hirnzellen am empfindlichsten sind, wird das Hirn als erstes betroffen werden. Deshalb lagern wir ja alle Bewusstlosen so, dass alles vorhandene Blut durch seine Schwerkraft dem Hirn zufliesst. Dann erst werden wir die Ursache des Schocks behandeln. Bei der einfachsten Art des Schocks, dem Vasmotorenkollaps, genügt ja allein diese Lagerung. Viele kennen das Bild aus eigener Erfahrung. Nachdem wir zu plötzlich aufgestanden sind, wird es uns schwarz vor den Augen. Wir beginnen zu wanken und fallen bald ohnmächtig zu Boden. Wenn niemand auf die Idee kommt, dass ein Mensch in aufrechter Haltung sein muss und uns deshalb aufstellt, so kommen wir bald wieder ohne jegliche Hilfe zu uns, nur wegen der richtigen Lagerung, durch welche das Blut von selbst zum Hirn gelangt. Ist der Schock durch etwas anderes bedingt, so genügt meist die Lagerung nicht mehr. Wir müssen die Ursache beheben, d. h. in den meisten Fällen den Blutverlust. Wann tritt ein Schock durch Blutverlust ein? Als Faustregel gilt, dass ein Verlust von über 10% der zirkulierenden Menge zum drohenden Schock führt, 30—40% zum schweren und über 50% Blutverlust bedingt den sofortigen Tod.

Störungen der Blutgerinnung können lebensbedrohende Zustände hervorrufen durch den massiven Blutverlust. Dieser entsteht dadurch, dass die Blutstillung wegen vererbten oder erworbenen Gerinnungsstörungen nicht zustande kommt.

Damit es postpartal zur Blutstillung an der grossen Wundfläche der Plazentarhaftstelle kommt, müssen zwei wichtige Faktoren vorhanden sein:

— Die Kontraktion des Uterus, welche eine Verkleinerung der Wundfläche bewirkt und gleichzeitig einen mechanischen Verschluss der zahlreichen Gefässe vollzieht.
— Die Gerinnungsvorgänge: Fibrinogen, ein im Plasma vorhandenes Eiweiss, muss in Fibrin übergehen, damit sich die Blutplättchen zusammenballen und zu einer Verstopfung der offenen Gefässe führen. Zu dieser Umwandlung ist das vorhandensein von Thrombin nötig, welches seinerseits aus Prothrombin entsteht. Für diesen Vorgang ist die Anwesenheit der sogenannten Gerinnungsfaktoren (5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) notwendig. Die Gerinnung ist also ein äusserst komplizierter Vorgang, welcher mehrfach gesichert ist.

Von den vererbbaren Gerinnungskrankheiten ist die Hämophilie allen bekannt. Die Patienten, welche darunter leiden, sind die sogenannten Bluter. Dieses schwere Leiden, spielt allerdings in der Geburtshilfe keine Rolle, da die Frauen nur Ueberträgerinnen der Erbanlage sind, ohne selbst daran zu erkranken. Eine grosse Gruppe von erworbenen Gerinnungskrankheiten lässt sich auf Lebererkrankungen zurückführen. Eine andere Ursache stellt die Thrombopenie dar. Dabei haben die Kranken zu wenig Blutplättchen im Blut, was zu einer Verlängerung der Blutungszeit führt. Zum Glück sind diese Krankheiten meistens zum voraus bekannt, so dass wir uns vorbereiten können. Wir werden beim Spitaleintritt einer Patientin mit einer der obenerwähnten Krankheiten die nötigen Mittel bereitstellen in Form von Blutreserven, Vitamin K, Blutplättchenkonzentraten, antihämophilen Serum usw., um beim Eintritt der Blutung sofort handeln zu können.

Als geburtshilflich wichtigste Störungen, die bei vorher gesunden Schwangeren auftreten, sind die Veränderungen des Fibrinogens zu erwähnen. Der komplexe Vorgang der Umwandlung von Fibrinogen zu Fibrin ist gestört. Je nach Grad des Ausfallen sprechen wir von einer Hypo- bzw *Afibrinogenämie*. Im zirkulierenden Blut finden wir zu wenig oder gar kein Fibrinogen. Diese geburtshilflichen Gerinnungsstörungen kommen meist im Zusammenhang mit anderen geburtshilflichen Komplikationen vor: Vorzeitige Lösung der Plazenta, Toxikose, Eklampsie, Fruchtwasserembolie usw. Die Erläuterung des Mechanismus würde zu weit führen. Dagegen wollen wir noch das Defibrinisierungssyndrom erwähnen. In unserem Blut besteht ein ständiger Kampf zwischen dem Gerinnungs- und dem fibrinolytischen System, d. h. es werden ständig Gerinnsel, Thromben gebildet, welche aber schon im Keime durch das Fibrinolysin zerstört werden. Das Fibrinolysin löst also das Fibrin in seine Spaltprodukte auf. Wir können deshalb leicht verstehen, dass bei einem etwaigen Ueberwiegen der Lysine eine normale Gerinnung nicht eintreten kann. Die Blutungen zufolge Gerinnungsstörungen bilden heute immer noch sehr schwere Komplikationen der Geburt. Die Todesgefahr schwebt dabei sowohl über Mutter wie Kind. Es ist deshalb für die Hebamme und den Arzt von grosser Wichtigkeit, dass die Frühsymptome der abnormalen Blutung genau bekannt sind. Wann müssen wir also an eine geburtshilfliche Gerinnungsstörung denken?

— Wenn das ausfliessende Blut nicht oder nur sehr langsam gerinnt.
— Wenn postpartal eine Blutung nicht aufhört, wobei andere Blutungsursachen wie Verletzung der Geburtswege und Uterusatonie ausgeschlossen sind.

Zur genauen Diagnose sind eingehende Gerinnungsbestimmungen notwendig, die jedoch zeitraubend sind. Das Resultat kann auch in der Klinik meist nicht abgewartet werden. Mit der lebensrettenden Therapie muss sofort begonnen werden: Schockbekämpfung, d. h. Auffüllen des Volumenverlustes mit Bluttransfusionen und Behebung der Gerinnungsstörungen.

Milupa Reis-Schleim

für den Milchschoppen ab 1. Lebenstag

- in Flockenform, sofort löslich
- kein separates Anrühren, einfach einstreuen
- wertschonend hergestellt, enthält die nötigen Aufbaustoffe
- leicht verdaulich, auch für zarte und empfindliche Säuglinge
- erhöht den Nährwert des Schoppens
- gewährt gute Gewichtszunahme

MILUPA 2001 Neuchâtel