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: 9

Artikel: Die Nachgeburtsperiode

Autor: Frieldli, P.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951588

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: 16.07.2025

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

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes

Bern, 1. September 1969 Monatsschrift 67. Jahrgang Nr. 9

Aus der Universitätsfrauenklinik Bern
(Direktor Prof. Dr. M. Berger)

Die Nachgeburtsperiode

P. Friedli

Die Nachgeburtsperiode ist definiert als die Zeit von der Geburt des Kindes bis 2 Stunden nach Ausstossung der Plazenta.

Wir können die Nachgeburtsperiode in verschiedene Stadien einteilen:

1. Die Ablösung der Plazenta von der Gebärmutter.
2. Die Ausstossung der Plazenta.
3. Die Blutstillung in der Gebärmutter

Wir wollen nun vorerst etwas näher betrachten, welche Vorgänge sich in der Nachgeburtsperiode normalerweise abspielen, und anschliessend besprechen, auf welche Punkte die Hebamme oder der Geburtshelfer ein besonderes Augenmerk zu richten hat.

Bereits kurze Zeit — das heisst normalerweise einige Minuten — nach der Geburt des Kindes treten die sogenannten Nachgeburtswehen auf. Diese Wehen tragen zur Ablösung der Plazenta von der Gebärmutter bei: indem sich der Uterus zusammenzieht, wird die uterine Haftfläche verkleinert, während die Plazenta ein verhältnismässig festes Gebilde darstellt. So kommt es zu einer «Abscherung» der Blutgefässe, und als Folge des Eröffnens von Gefässen bildet sich zwischen Plazenta und Uteruswand ein Bluterguss, das sogenannte retroplazentare Haematom. In der Regel ist dieses Haematom unter der Mitte der Plazenta lokalisiert, d. h. die Mitte der Plazenta löst sich zuerst ab, während die Ränder noch haften. Diese Art der Plazentarlösung wird als «Modus Schultze» bezeichnet, im Gegensatz zum «Modus Duncan», wo sich der Bluterguss am Rande der Plazenta bildet und folglich teilweise bereits abfliesst, bevor die Plazenta vollständig gelöst ist, was zu Ablösungsstörungen führen kann. Das retroplazentare Haematom hilft wesentlich mit bei der Plazentarlösung, indem durch die Zunahme des Blutergusses ein progredienter Druck auf die uterine Seite der Plazenta ausgeübt wird.

Die Ablösung der Plazenta vom Uterus dauert unter normalen Verhältnissen ungefähr 5 bis 20 Minuten. Wie stellen nun Hebamme oder Geburtshelfer fest, ob die Ablösung bereits erfolgt ist? Wir kennen dafür einige «klassische» Zeichen, die hier kurz angeführt seien:

Das Schrödersche Uteruszeichen. Darunter versteht man das Hochsteigen des Gebärmutterfundus bis über Nabelhöhe, wobei der Uterus schmaler, härter und kantig wird.

Das Küstnersche Zeichen. Wenn wir mit den Fingerkuppen über der Symphyse die Bauchdecken tief eindrücken, d. h. einen Druck auf den Uterus ausüben, so zieht sich die Nabelschnur ein wenig in die Vagina zurück, solange die Ablösung der Plazenta noch *nicht* erfolgt ist. Sobald die Plazentarlösung vollständig ist, tritt die Nabelschnur nicht mehr in die Scheide zurück, das Küstnersche Zeichen ist dann positiv.

Das Kleinsche Zeichen. Es hat eine gewisse Verwandtschaft mit dem eben besprochenen Küstnerschen Zeichen und lässt sich folgendermassen feststellen: Man lässt die Frau im Augenblick, wo eine Nachgeburtswehe verspürt wird, stark pressen. Während des Pressens tritt die Nabelschnur ein Stück weiter aus der Vagina aus. Sobald die Frau nicht mehr presst, zieht sich die Nabelschnur etwas in die Scheide zurück, falls die Plazenta noch haftet. Erfolgt kein Zurückziehen der Nabelschnur, dann spricht dies für eine erfolgte Plazentarlösung.

Das Ahlfeldsche Zeichen. Nach der Geburt des Kindes kann die Nabelschnur auf Höhe der Vulva mit einem Bändchen etc. markiert werden. Ist diese Markierung dann etwa 10 cm von der Vulva entfernt, so ist die Plazenta gelöst.

Das Plazentarzeichen. Die in der Vagina liegende (d. h. gelöste Plazenta) drückt durch ihr Gewicht auf den Mastdarm, was von der Frau wahrgenommen wird.

Wir besprechen nun kurz das Verhalten der Hebamme oder des Geburtshelfers in der Nachgeburtsperiode.

Vorerst ist die Gebärende nach der Geburt des Kindes richtig zu lagern und die Vorlagen müssen steril sein. In der folgenden Zeitspanne ist eine genaue Beobachtung der Frau durch die Hebamme äusserst wichtig, damit allfällige Störungen des normalen Ablaufes frühzeitig erkannt werden. Den folgenden Punkten ist besondere Beachtung zu schenken:

— Gesichtsfarbe. Eine zunehmende Blässe kann auf einen grösseren Blutverlust hinweisen.
— Atmung.
— Puls. Einige Minuten nach der Geburt normalisiert sich die Pulsgeschwindigkeit. Ein Blutverlust, welcher über das übliche Mass hinausgeht, ist begleitet von einem Ansteigen der Pulsfrequenz, wobei der anfänglich «gut gefüllte», d. h. kräftige Puls schwächer wird.
— Blutverlust. Dieser ist in kurzen Abständen zu kontrollieren. Der normale Blutverlust beträgt etwa 100 bis höchstens 500 ml. Zum Abschätzen kann man sich daran halten, dass 500 ml. ungefähr einem gefüllten Suppenteller entsprechen. Besser hingegen ist die genaue Bestimmung durch Wägen. Der Frau wird nach der Geburt ein Topf unter das Gesäss geschoben und darin alles Blut aufgefangen.
— Stand, Grösse und Konsistenz des Uterus. Gleich nach der Geburt befindet sich die Uteruskuppe ungefähr auf Höhe des Nabels oder etwas darunter. Während der Ablösung der Plazenta steigt der Uterus, wie wir bei der Erwähnung des Schröderschen Uteruszeichens gesagt haben, über den Nabel hinauf (und zwar häufig gegen die rechte Seite hin), wobei er härter, schmaler und kantig wird. Nach der Ausstossung der Plazenta sinkt der Gebärmutterfundus wieder ab bis etwa einen bis drei Querfinger unter den Nabel.

Die Plazenta wird normalerweise fast ohne äussere Nachhilfe aus der Vagina ausgestossen. Die Frau hilft dabei spontan oder unter Anleitung der Hebamme oder des Geburtshelfers mit der Bauchpresse nach. Während es früher strikt verpönt war, durch Zug an der Nabelschnur die Lösung der Plazenta zu beschleunigen — man fürchtete einen Abriss der Eihäute, eines Stückes der Plazenta oder einer allfälligen Nebenplazenta, — ist in den letzten Jahren verschiedentlich ein Verfahren beschrieben und von geübten Geburtshelfern angewandt worden, welches die Plazentarlösung abkürzen und den Blutverlust verringern soll. Diese Methode, nach *Brandt-Andrews* benannt, besteht darin, dass der Geburtshelfer mit der einen Hand einen kontinuierlichen, sorgfältig dosierten, leicht schrägen Zug auf die Nabelschnur ausübt, während

die andere Hand den Uterus möglichst oben behält und durch vibrierende Massage die Lösung zu befördern sucht. In der Hand von sorgfältig ausgebildeten Geburtshelfern sind mit dieser Methode sehr gute Ergebnisse erzielt worden.
Gelingt die spontane Ausstossung der Plazenta nicht, so kann unter Umständen der *Credésche Handgriff* nötig werden. Bevor er ausgeführt werden darf, müssen allerdings die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

— Die Harnblase muss leer sein, damit sie sich nicht als «Bremse» auswirkt. Wenn nötig ist die Frau zu katheterisieren.
— Der Uterus muss gut kontrahiert, also hart sein, denn ein weicher Uterus könnte sich unter Umständen einstülpen (Inversion des Uterus). Entweder gelingt es, bei einem weichen Uterus eine Wehe anzureiben, oder wir injizieren ein Wehenmittel, z. B. 2-3 Syntocinon i. v.
— Meistens ist zudem eine Narkose nötig, da sich sonst der Uterus nicht voll umfassen lässt wegen Abwehrspannung der Bauchdecken.

Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, wird der Credésche Handgriff wie folgt ausgeführt:
Der Uterus, welcher meist nach rechts oben verlagert ist, wird vorerst in die Bauchmitte gebracht. Dann wird der Fundus mit einer Hand (oder auch mit beiden Händen) so umfasst, dass der Daumen auf der Vorderseite, die übrigen Finger auf der Hinterwand aufliegen. Während einer Wehe wird der Uterus durch sanften Druck in der Richtung des Beckenausgangs ausgedrückt.
Sobald die Plazenta erscheint, wird sie mit der Hand unterstützt, um ein Abreissen der Eihäute zu verhindern. Dreht man dabei die Plazenta ein wenig um sich selber, so werden die Eihäute leicht aufgewickelt und lösen sich besser vollständig ab. Die ausgestossene Plazenta muss gründlich auf ihre Vollständigkeit überprüft werden. Wir beachten die folgenden Punkte:

1. Sind die Eihäute vollständig, oder sind sie an einer Stelle am Rand der Plazenta abgerissen? Finden sich gar noch abgerissene, offene Blutgefässe?
   Ist einzig ein Stück der Eihäute in der Gebärmutter zurückgeblieben, dann ist keine Nachtastung erforderlich. Ein solches Eihautstück wird nämlich in den ersten Wochenbettstagen von selber ausgestossen. Allerdings müssen wir wissen, dass es leichte Fieber verursachen kann. — Finden wir dagegen am Rand abgerissene Blutgefässe, so deutet dies auf eine zurückgeblieben Nebenplazenta hin. In diesem Fall, und wenn auch nur der Verdacht auf eine zurückgebliebene Nebenplazenta vorliegt, muss unbedingt nachgetastet werden.
2. Wie sieht die mütterliche Seite der Plazenta aus?
   Zur besseren Beurteilung spülen wir mit Vorteil die auf der flachen Hand oder auf einem Teller liegende Plazenta (mütterliche Seite nach oben) mit heissem Wasser ab. Bei der normalen, vollständigen Plazenta erscheint die mütterliche Seite silberglänzend, während allfällige Defekte gut als hellrote Stellen sichtbar werden. Fehlt auch nur das kleinste Stück Plazenta, so muss nachgetastet werden. Warum das so entscheidend, ja für die Mutter lebenswichtig sein kann, wird uns klar, wenn wir die schweren Komplikationen beim Zurückbleiben eines Plazentarstückes im Uterus kennen: die lebensgefährliche Nachblutung (unter Umständen mit Schock und Nierenversagen), die Infektion (welche sich zur Sepsis ausweiten kann) und die Umwandlung eines zurückgebliebenen Plazentarstückes in ein bösartig wachsendes, metastasierendes Chorionepitheliom.
3. Wie sieht die kindliche Seite der Plazenta aus? Geht die Nabelschnur von der Mitte oder vom Rand aus, oder liegt eine Insertio velamentosa vor, d. h. vereinigen sich die Gefässe erst ein kurzes Stück von der Plazenta entfernt zur Nabelschnur?

Für die Blutstillung im Uterus sind zwei Faktoren verantwortlich. Einmal kommt es durch die Kontraktion der Gebärmutter zu einer Kompression der Gefässe, zum andern werden die Gefässe durch Thrombenbildung verschlossen. Wir können die Nachgeburtsperiode als abgeschlossen betrachten, wenn wir bei einer letzten Kontrolle festgestellt haben:

1. Die Uteruskuppe befindet sich etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse, der Uterus ist gut kontrahiert.
2. Die Blutung hat aufgehört.
3. Der Puls ist nicht mehr beschleunigt und ist kräftig.

Ergebnisse und Diskussion

einer Analyse der perinatalen Mortalität an der Universitätsfrauenklinik Bern in den Jahren 1958 bis 1964
Dissertation Peter Clavadetscher

Die soziologische Analyse zeigt, dass schlechte soziale und wirtschaftliche Verhältnisse die Säuglingssterblichkeit erhöhen können. Dieser Einfluss darf zwar nicht überschätzt werden; jedoch äussert er sich bei den in unvollständigem Familienverband lebenden Frauen, teilweise auch bei unsern Gastarbeiterinnen aus Italien, in statistisch signifikanter Form. Der negative Einfluss kommt in einer gesteigerten Frühgeburtenfrequenz zum Ausdruck. Die Frühgeburten bilden einen Anteil von 69,2% an der gesamten perinatalen kindlichen Mortalität. Neugeborene aus ländlichen Regionen zeigen eine grössere perinatale Mortalität als Stadtkinder. Der negativen Auswahl vom Lande wegen lassen sich daraus aber keine eindeutigen Schlüsse über die Gesundheit der Stadt- und Landbevölkerung ziehen. Die Frühgeburtenfrequenz ist bei den Kindern vom Land kleiner als bei jenen aus der Stadt.
Schwangere aus ländlichen Regionen werden häufig wegen früheren Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen in unsere Klinik eingewiesen.
In unvollständigem, gestörtem Familienverband (ledige oder geschiedene Mütter) sind vermehrte, die Sterblichkeit des Kindes begünstigende Faktoren vorhanden. Ledige Frauen gebären signifikant mehr tote Säuglinge als verheiratete. Dies ist auf eine höhere Frühgeburtenfrequenz bei ledigen Müttern zurückzuführen.
Bei der Untersuchung der perinatalen Mortalität in biologischer Hinsicht stellen wir in unserem Geburtengut einen deutlichen Knabenüberschuss fest, der teilweise kompensiert wird durch eine Übersterblichkeit der Knaben, die vorab bei den verschiedenen Geburtsschäden deutlich manifest wird. Die Mädchen haben ein durchschnittlich kleineres Geburtsgewicht und einen grösseren Frühgeburtenanteil als die Knaben. Es sterben daher an Adynamie mehr Mädchen als Knaben.
Mit steigendem Alter und zunehmender Kinderzahl steigt die Mortalität an. Soweit wir aus unserer Alters- und Paritätseinteilung ersehen, liegt bei uns das Optimum für erstgeborene Kinder bei einem mütterlichen Alter von 25 bis 29 Jahren.
Die Gewichtsanalyse zeigt, dass die extremen Gewichtsklassen (Frühgeburten und sehr schwere Kinder) eine erhöhte Mortalität aufweisen. Italienerinnen gebären signifikant mehr Frühgeburten als unsere einheimischen Schwangeren.
Auf Grund der Ergebnisse der soziologischen und biologischen Analysen der perinatalen Sterblichkeit lassen sich folgende Postulate aufstellen: Es sind gesunde soziale und wirtschaftliche Verhältnisse anzustreben. Dabei ist besonders auf einen harmonischen, ungestörten Familienverband zu achten. Eine bewusste Familienplanung im Sinne der Schwangerschaftsverhütung sollte in den extremen Altersklassen und bei hoher Parität durchgeführt werden. In jedem Fall muss schonende Geburtshilfe geleistet werden, was sich in einer Senkung der männlichen Übersterblichkeit äussern wird.
Die relativ hohe Sterblichkeit der Zwillinge liegt im niedrigen durchschnittlichen Geburtsgewicht begründet. Ein grosser An-

teil an Missbildungen ist bei Zwillingen auffallend. Die unterschiedliche Gefährdung des ersten und zweiten Zwillings unter der Geburt kann gehäuft regelwidrigen Geburtslagen beim zweiten Zwilling zugeschrieben werden.

Die Frühgeburtenfrequenz stagniert in den vergangenen sieben Jahren. Wir bezeichnen ein Neugeborenes mit einem Gewicht von weniger als 2500 g als Frühgeborenes. Die Mortalitätsfrequenz konnte in den vergangenen Jahren nur für die schweren Frühgeburten leicht gesenkt werden. Die Schwangerenfürsorgen sollten ausgebaut werden. Regelmässige ärztliche Kontrollen während der Schwangerschaft sind erstrebenswert. Eine sorgfältige Geburtshilfe bei Frühgeburten ist besonders wichtig, und schliesslich sollten die bereits bestehenden Möglichkeiten zur Aufziehung unreifer Kinder verbessert werden.
Vergleiche unserer Mortalitätsziffern mit denjenigen von Schmidt (30) ergeben einen signifikanten Rückgang der an Missbildungen und an den Folgen von Geburtsschäden verstorbenen Kinder. Die Sterblichkeit bei mütterlicher Toxikose und kindlichen Lungenaffektionen hat leicht zugenommen. Die erhöhte Mortalitätsquote bei den Gestosen wird darauf zurückgeführt, dass zunehmend schwere bis schwerste Toxikosefälle aus weiter Umgebung in unsere Klinik eingewiesen werden. Die Sterblichkeitszunahme bei Lungenaffektionen können der verfeinerten modernen Diagnostik zugeschrieben werden, die durch neue Krankheitsbegriffe früher unklare Fälle erfassen kann.

Die Analyse der perinatalen kindlichen Mortalität der Jahre 1958-1964 an der Universitätsfrauenklinik Bern hat ergeben, dass die Mortalitätsfrequenz, die seit einigen Jahren stagniert, künftig noch gesenkt werden kann. Impulse müssen heute nicht nur vom Geburtshelfer und Pädiater aus kommen, sondern auch von unserer Gesellschaft, deren wirtschaftliche und soziale Struktur die Säuglingssterblichkeit in signifikanter Art mitbestimmt.

Immer . . .

Berna

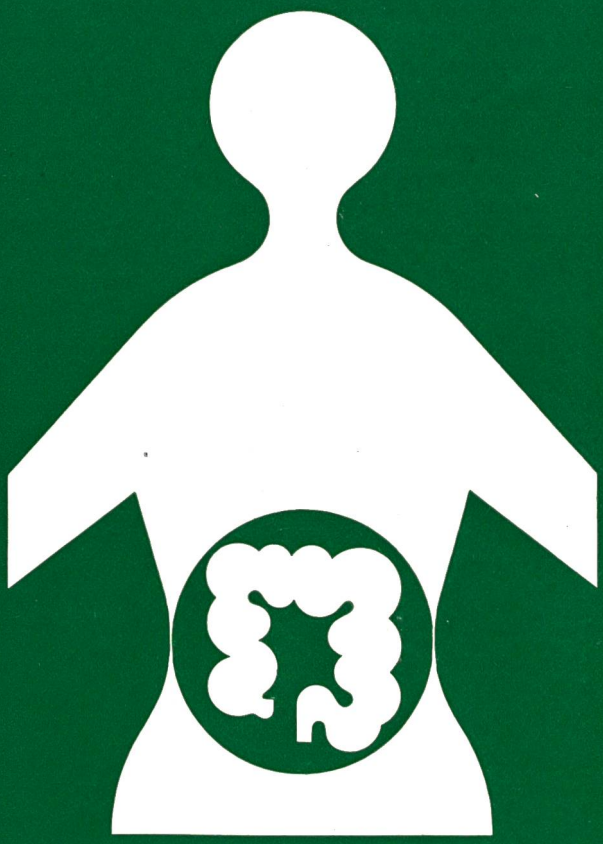
Vollkorn-Säuglingsnahrung

Reich an Mineralsalzen und Vitamin B1 + D

Fabrikanten:
Hans Nobs & Cie AG, 3053 Münchenbuchsee BE

Inserieren im Fachblatt hat Erfolg

Dulcolax®
Geigy

Heilgymnastik
für den trägen Darm

behebt die Verstopfung
– unschädlich
– mild
– ohne Gewöhnung