

treten von Blutungen während der Manipulationen zwingt zu einer Hysterektomie.

► **Merke**

► **Merke:** Nach allen Manipulationen am Uterus muss sein Kontraktionszustand kontrolliert werden.

Bei Wehenschwäche ist die Gabe von Kontraktionsmitteln obligat.

Ist Wehenschwäche die Ursache der Lösungsstörung, ist die Gabe von Kontraktionsmitteln obligat, z. B. Oxytozin 3 IE i. v. sowie 10 IE in 500 ml Lösung über 8–12 Stunden p. i. bzw. Syntometrin (5 IE Oxytozin + 0,25 mg Methylergometrinhydrogenmaleat) i. v. + 10 IE Oxytozin p. i. (s. o.).

### Atonische Nachblutung

### Atonische Nachblutung

Sie kann nach unvollständiger oder vollständiger Ausstoßung der Plazenta auftreten.

Eine atonische Nachblutung kann bei unvollständiger Ausstoßung der Plazenta (zurückgebliebenes Plazentastück, Nebenplazenta) oder nach vollständiger Ausstoßung der Plazenta auftreten.

► **Merke**

► **Merke:** Um eine Uterusatonie rechtzeitig zu erkennen, muss der Kontraktionszustand des Uterus in der Nachgeburtsperiode sorgfältig kontrolliert werden.

**Therapie.** Bei atonischer Nachblutung und unvollständiger Ausstoßung der Plazenta erfolgt neben Schockbekämpfung bereits **am Notfallort** die manuelle Nachtastung, evtl. mit Kürettage.

**Therapie.** Bei **atonischer Nachblutung und unvollständiger Ausstoßung der Plazenta** sichert man **am Notfallort** den peripher-venösen Zugang und beginnt mit der Schockbekämpfung. Bereits am Notfallort erfolgt die manuelle Nachtastung, evtl. mit Kürettage mittels der großen Bumm-Kürette.

**In der Klinik** führt man die Schockbekämpfung weiter.

Zur Therapie bei atonischer Nachblutung und vollständiger Ausstoßung der Plazenta s. Tab. **F-1.19**.

Das Therapiemanagement **bei atonischer Nachblutung und vollständiger Ausstoßung der Plazenta** ist in Tab. **F-1.19** dargestellt.

Zum **Halten des Uterus** wird der **Credé-Handgriff** (Abb. **F-1.6**) angewandt. Vorsichtige Streich- und Reibebewegungen unterstützen den Tonus („Anreiben“ von Wehen).

Zum **Halten des Uterus** wird der **Credé-Handgriff** (Abb. **F-1.6**) angewandt: Eine Hand umfasst den Fundus von oben her so, dass der Daumen vor und die anderen vier Finger hinter dem Uterus liegen. Vorsichtige Streich- und Reibebewegungen der Finger unterstützen den Tonus und halten ihn aufrecht (sog. „Anreiben“ von Wehen).

Bei Hochsteigen des Uterus verhindert man sein erneutes Vollaufen mit Blut, indem man ihn zusammendrückt und vulvawärts in das kleine Becken hineinstaut.

Sobald man fühlt, dass der Fundus hochsteigt, der Uterus also wieder erschlafft, drückt man die Vorder- und Hinterwand kräftig zusammen und drückt den Uterus energisch vulvawärts, um ein erneutes Vollaufen mit Blut zu verhindern (Abknickung der Aa. uterinae).

## ☰ F-1.19 Behandlungsprogramm der atonischen Nachblutung bei vollständiger Ausstoßung der Plazenta

**1. Wehenmittel intravenös**  
z. B. 1 ml Methergin bzw.  
1 ml Syntometrin

**2. Uterus ausdrücken**  
(Credé s. Abb. **F-1.6**)  
**Wehe antreiben**  
**Harnblase entleeren**

**3. Uterus halten (Credé) und überwachen**  
Vermeidung erneuter Einblutung  
in das Uteruskavum  
Kontrolle der Uteruskontraktion

**4. Ausräumen der Blutkoagel**  
**Nachtasten zum Ausschluss einer**  
**Uterusruptur**

**5. Uteruskompression** mit Hamilton-Handgriff (s. Abb. **F-1.7**)

**6. intrakavitäre Prostaglandinapplikation**  
(Tamponadestreifen mit 5 mg  
PGF<sub>2</sub>α)

**7. postpartale Hysterektomie** als  
Ultima ratio

**8. Aortenkompression** jederzeit!

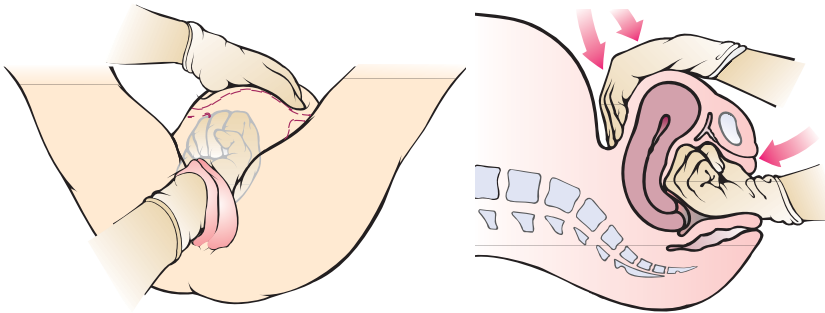
**parallel:**

- Sicherung des peripher-venösen Zugangs  
Schocktherapie
- Dauerinfusion von Uterotonika (z. B. Oxytozin 10 IE in 500 ml Lsg./3 h bzw. Sulproston [Nalador 500] 1,7–17 µg/min i. v., entspricht 17–160 Tropfen/min [max 1500 µg/24 h], entspricht 3 Ampullen Nalador 500 [1 Ampulle Nalador wird in 250 ml isotonischer NaCl-Lösung aufgelöst])

**bei weiterer Blutung:**

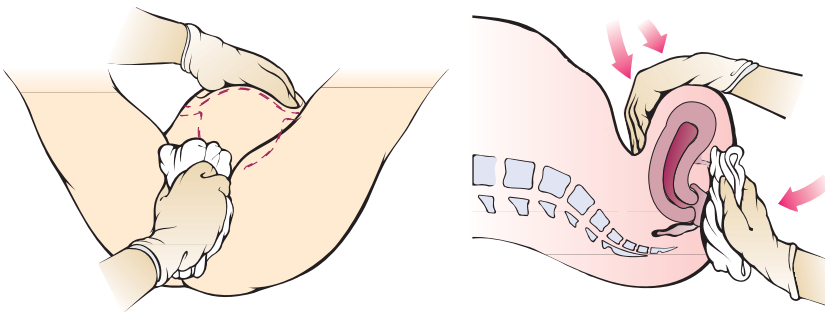
- andere Blutungsursachen ausschließen
- SpekulumEinstellung zum Ausschluss einer Rissverletzung
- Gerinnungsstörung?
- **Schocktherapie**, evtl. Bluttransfusionen

⊙ F-1.7 Hamilton-Handgriff



⊙ F-1.7

⊙ F-1.8 Fritsch-Handgriff



⊙ F-1.8

Beim **Hamilton-Handgriff** (Abb. F-1.7) wird eine Hand, die innere Hand, in der Scheide zur Faust geballt und so gehalten, dass die Fingerknöchel gegen die Vorderwand des Uterus gerichtet sind. Die äußere Hand drückt das Korpus gegen die innere Hand. Durch kräftigen Druck und Gegendruck der Hände werden Vorder- und Hinterwand der Gebärmutter fest aufeinander gepresst. Außerdem wird der Uterus gleichzeitig leicht massiert, ohne ihn aus dem festen Griff zu lassen. Dabei erteilen die Finger der äußeren Hand der Uterushinterwand leichte Schläge. Die zur Faust geballte innere Hand wird in der Scheide langsam hin und her gedreht, so dass die Knöchel leicht massierend an der Vorderwand reiben. Auf diese Weise werden Nachwehen angeregt. Wird der Hamilton-Handgriff lange genug ausgeführt, erreicht man fast immer eine Blutstillung. Er kann beendet werden, wenn die komprimierenden Hände regelmäßig auftretende Nachwehen fühlen, was in schweren Fällen 1–2 Stunden dauern kann.

Der **Fritsch-Handgriff** (Abb. F-1.8) stellt eine weitere Möglichkeit dar, eine atonische Nachblutung zu stillen: Eine Hand ergreift mit einem großen Wattebausch die großen Schamlippen und drückt sie mit großer Kraft in die Vulva hinein, während die andere Hand den Uterus wie beim Credé-Handgriff umfasst und gegen die untere Hand presst.

### Hämatombildung

Bereits unmittelbar postpartal kann es als Folge von Geburtsverletzungen zur Hämatombildung kommen. Sie kann zum Schock führen.

**Klinik.** Je nach Sitz der Verletzung kann es zu lokalen Symptomen wie Schwellung, Schmerzen, Druckgefühl, Stuhldrang, oder zum Bild des akuten Abdomens kommen, evtl. in Kombination mit einem hämorrhagischen Schock.

**Therapie.** Nach unverzüglicher Einleitung einer Schocktherapie ist die operative Revision indiziert, evtl. auch die Laparotomie mit Hämatomausräumung,

Der **Hamilton-Handgriff** (Abb. F-1.7) ist bei einer atonischen Nachblutung ebenfalls zur Blutstillung geeignet. Die gleichzeitige Massage des Uterus regt die Nachwehen an.

Wird der Hamilton-Handgriff lange genug ausgeführt, erreicht man fast immer eine Blutstillung.

Der **Fritsch-Handgriff** (Abb. F-1.8) stellt eine weitere Möglichkeit dar, eine atonische Nachblutung zu stillen.

### Hämatombildung

Unmittelbar postpartal kann es zur Hämatombildung kommen, die zum Schock führen kann.

**Klinik.** Die Symptomatik reicht von lokalen Beschwerden bis hin zum akuten Abdomen mit Schock.

**Therapie.** Nach Einleitung einer Schocktherapie ist die operative Revision indiziert.