

35 Betreuung von Frauen in der Geburtshilfe und Neugeborenenpflege

<p>Wie lässt sich der Geburtstermin errechnen?</p>	<p>Sobald eine Schwangerschaft feststeht, kann der Geburtstermin bestimmt werden. Die Dauer einer Schwangerschaft beträgt i. d. R. 280 Tage, d. h. 40 Wochen = 10 Mondmonate (28 Tage) = 9 Kalendermonate. Der Geburtstermin (ET = errechneter Termin) kann bestimmt werden durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naegele-Regel • Anamnese bei unregelmäßigem Zyklus • Nachweis von β-HCG • Ultraschall
<p>Wie lautet die Naegele-Regel?</p>	<p>Errechneter Geburtstermin = 1. Tag der letzten Menstruationsblutung + 7 Tage - 3 Monate + 1 Jahr</p>
<p>Während einer Schwangerschaft verändert sich der mütterliche Organismus. Welche Veränderungen kennen Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die <i>Brust</i> vergrößert sich durch Ausbreitung des Brustdrüsengewebes. Farbe und Oberfläche verändern sich. • <i>Vulva</i> und <i>Vagina</i> zeigen mit Schwangerschaftsbeginn aufgrund verstärkter Blutfülle livide Verfärbungen der Schleimhaut. Oft schwellen die äußeren Labien an. • Die <i>Haut</i> verändert sich durch vermehrte Pigmentierung, besonders im Bereich Brustwarze, Nabel und alter Narben. Leberflecken und Schwangerschaftsstreifen (Striae) an Brust, Bauch, Hüften und Gesäß entstehen. • Das <i>Herz</i> sowie die Gefäße müssen die Gebärmutter verstärkt mit Blut versorgen, die Uterusdurchblutung steigert sich während der Schwangerschaft von 50 auf 500 – 750 ml/Min. • Die <i>Blutmenge</i> nimmt um 30 – 40% zu (1,5 – 2 Liter). • Der <i>Wassergehalt</i> im Blut erhöht sich. Folge: Blutverdünnung mit Verminderung der Hämoglobinkonzentration und des Hämatokrits. • Im <i>Verdauungstrakt</i> verursacht das Hormon Progesteron eine Tonusverminderung der glatten Muskulatur in allen Hohlorganen. Folge: Darmträgheit und Sodbrennen. • Der gesamte <i>Stoffwechsel</i> muss mehr Belastungen bewältigen, die mütterlichen Regelmechanismen für das Glukosegleichgewicht werden stärker beansprucht. • Der <i>Eisenbedarf</i> erhöht sich (Depots der Mutter werden genutzt und abgebaut). • Schwangere benötigen mehr <i>Jod</i> (30 – 60 μg/Tag), da sie sich und das Kind damit versorgen müssen. • Zu Beginn der Schwangerschaft <i>Gewichtsabnahme</i> bzw. keine Zunahme. Ursache: Übelkeit und Erbrechen. Die angestrebte gesamte Gewichtszunahme beträgt 12 – 15 kg. • Der Kalorienbedarf steigt nur unwesentlich an, dafür aber der Bedarf an lebenswichtigen <i>Vitaminen</i>.
<p>Wann wird von einer Frühgeburt gesprochen? Welche Gefahren bestehen?</p>	<p>Ein Kind gilt als Frühgeburt, wenn es vor der 37. SSW auf die Welt kommt. Dabei besteht die Gefahr, dass es aufgrund eines zu niedrigen Geburtsgewichts und der Unreife seiner Organe nicht lebensfähig ist oder Komplikationen entwickelt, die zum Tod oder langfristigen Entwicklungsstörungen und Behinderungen führen. Aktuell gilt ein Kind ab der 24. SSW als extrauterin lebensfähig.</p>
<p>Welche Symptome deuten auf eine Frühgeburt hin?</p>	<p>Es gibt 3 Hauptsymptome, die auf eine drohende Frühgeburt hinweisen. Sie können isoliert oder in Kombination vorliegen bzw. sich gegenseitig beeinflussen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorzeitige Wehen: Mehr als 3 Kontraktionen innerhalb von 60 Min. vor der 30. SSW oder mehr als 5 Kontraktionen nach der 30. SSW deuten auf eine vorzeitige Wehentätigkeit hin. • Vorzeitiger Blasensprung: Die Fruchtblase, die das Kind umgibt und schützt, reißt nicht zum Geburtstermin, sondern vor der 37. SSW. Anzeichen sind ein tropfenweiser bis schwallartiger Fruchtwasserabgang. • Vorzeitige Zervixreife und Zervixinsuffizienz. Eine vorzeitige Zervixreife entwickelt sich unter dem Einfluss von vorzeitigen Wehen. Eine Zervixinsuffizienz dagegen ist durch eine fortschreitende Öffnung der Zervix ohne Weheneinfluss gekennzeichnet. Die Frauen bemerken dies meistens nicht; allenfalls einen „Druck nach unten“.

<p>Nennen Sie möglichst viele Ursachen für eine Frühgeburt (mindestens 5)!</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vorzeitige, nicht therapierbare Wehen • Zervixinsuffizienz • vorzeitiger Blasensprung • Plazentainsuffizienz/Mangelernährung des Ungeborenen • aufsteigende Infektionen • Gestose/Präeklampsie • Mehrlingsschwangerschaft • Fehlbildungen des Ungeborenen • Fehlbildungen der Gebärmutter • chronischer Stress der Mutter • Rauchen während der Schwangerschaft
<p>Ein vorzeitiger Blasensprung kann Wehen auslösen und eine Frühgeburt einleiten. Gleichzeitig bildet die nicht mehr geschlossene Fruchtblase die Eintrittspforte für aufsteigende Infektionen. Besonders wenn Fruchtwasser topfenweise durch einen kleinen Riss verloren geht und nicht bemerkt wird, können sich Infektionen ausbreiten. Sie sind auf einer gynäkologischen Station eingesetzt und stehen vor dem Problem, dass eine Unterscheidung zwischen Urin und Fruchtwasser optisch nicht festzustellen ist. Was machen Sie?</p>	<p>Bei Verdacht auf einen Einriss der Fruchtblase kann zur Diagnosesicherung ein Streifen Lackmuspapier auf eine Slipeinlage gelegt werden. Ein pH-Wert von 7 – 7,5 weist auf den Verlust von Fruchtwasser hin. Handelt es sich um Urin, liegt der pH-Wert zwischen 5,0 und 6,0.</p>
<p>Der Test hat ergeben, dass es sich um Fruchtwasser handelt, die Schwangere will aufstehen und ihren Ehemann benachrichtigen. Wie reagieren Sie?</p>	<p>Nach einem vorzeitigem Blasensprung mit schwallartigem Fruchtwasserabgang bevor das Kind sich mit dem Kopf im Geburtskanal positioniert hat, soll die Schwangere nicht mehr aufstehen und nur noch liegend transportiert werden. Es besteht die Gefahr eines Nabelschnurvorfalles mit Einklemmung. Dies kann einen akuten Sauerstoffmangel beim Kind zur Folge haben.</p>
<p>Wie entsteht das Vena-cava-Kompressionssyndrom? Welche Symptome zeigen sich? Was ist die erste Sofortmaßnahme?</p>	<p>Die Vena cava inferior wird durch den vergrößerten Uterus komprimiert. Dadurch wird der venöse Rückfluss zum Herzen der Schwangeren unterbrochen. Die in der Folge verminderte Uterusdurchblutung gefährdet die Sauerstoffversorgung des Kindes.</p> <p>Langes Liegen auf dem Rücken kann ein Vena-cava-Kompressionssyndrom auslösen. Es tritt besonders in Rückenlage bei 30 – 40% der Schwangeren im letzten Schwangerschaftsdrittel auf. Folgende Symptome können auf ein Vena-cava-Kompressionssyndrom hinweisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blässe, Schwindel, Kaltschweißigkeit • Übelkeit, Atemnot • Tachykardie und Blutdruckabfall <p>Beim Kind wird durch die verschlechterte Sauerstoffversorgung im CTG ein Abfall der Herzfrequenz beobachtet.</p> <p>Treten Zeichen eines Vena-cava-Kompressionssyndroms auf, wird die Schwangere sofort auf die linke Seite gedreht. Diese Lage entlastet die Vena cava, die rechts der Wirbelsäule liegt. Der Frau wird zukünftig empfohlen, ihre Liegeposition häufig zu wechseln. Günstig ist eine Seitenlage von ca. 15°, bevorzugt links. Der häufige Positionswechsel bewirkt gleichzeitig eine Entlastung der Nierenregion und verbessert die Nierendurchblutung. Eine Stabilisierung der Lagerung kann mit einem Stützkissen oder einem flexiblen Stillkissen erreicht werden.</p>

<p>Um welche Erkrankung handelt es sich beim HES?</p>	<p>HES = Hypertensive Erkrankung in der Schwangerschaft bezeichnet einen durch die Schwangerschaft ausgelösten Bluthochdruck mit Werten über 140/90 mmHg. Die Erkrankung tritt in der 2. Schwangerschaftshälfte auf. Oft wird auch der Begriff der Spätgestose verwendet. Gestose ist ein Oberbegriff für schwangerschaftsbedingte Stoffwechselkrankheiten. Man unterscheidet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühgestosen: Erkrankungen im ersten Schwangerschaftsdrittel (z. B. Schwangerschaftserbrechen) und • Spätgestosen: Erkrankungen im letzten Schwangerschaftsdrittel (Präeklampsie, Eklampsie und HELLP-Syndrom). <p>Früher wurde der Begriff „EPH-Gestose“ (E = Ödeme, P = Proteine, H = Hypertonie) verwendet. Da das Krankheitsbild durch eine Hypertonie gekennzeichnet ist und die Proteinurie sowie die Ödeme sekundär auftreten, spricht man inzwischen von HES.</p>
<p>Was ist eine Sectio caesarea? Welche Formen gibt es?</p>	<p>Bei einem Kaiserschnitt (Sectio caesarea, auch Sektio genannt) wird die Schwangerschaft durch eine operative Eröffnung der Bauchdecke und des Uterus mit der Entbindung des Kindes beendet. Man unterscheidet folgende Arten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäre Sektio. Sie findet zu einem geplanten Zeitpunkt vor dem Beginn der natürlichen Geburt statt, wenn seitens des Kindes oder der Mutter Ursachen vorliegen, die eine Kontraindikation für eine vaginale Geburt darstellen. • Sekundäre Sektio. Sie findet statt, wenn sich vor oder während der Geburt Komplikationen entwickeln, die einen weiteren natürlichen Geburtsverlauf nicht zulassen. Erfordert eine plötzliche Gefahrenlage für Mutter bzw. Kind ein besonders schnelles Vorgehen, spricht man von einer Notsektio.
<p>Wie werden die Gebärmutterrückbildungsvorgänge nach Kaiserschnitt gefördert?</p>	<p>Die Gebärmutterrückbildung wird medikamentös durch Verabreichung von Oxytocin i.v., i.m. oder ein entsprechendes Nasenspray gefördert. Eine besonders positive Auswirkung auf die Rückbildungsvorgänge und den Wochenfluss hat das Stillen.</p>
<p>Was ist ein Abort? Welche drei Unterteilungen gibt es?</p>	<p>Unter einer Fehlgeburt (Abort) versteht man ein vorzeitiges Ende einer Schwangerschaft zu einem Zeitpunkt, zu dem das Kind noch nicht lebensfähig ist, es unter 500 Gramm wiegt und ihm bei der Geburt alle Lebenszeichen fehlen, d. h. Herzschlag, Atembewegungen und Pulsation der Nabelschnur. Die Einteilung der Fehlgeburten erfolgt nach ihrem zeitlichen Auftreten in der Schwangerschaft:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühabort – bis zur 16. SSW • Spätabort – bis einschließlich der 23. SSW • Totgeburt – das Kind verstirbt im Mutterleib und wiegt mind. 500 Gramm
<p>Wann werden Prostaglandine gegeben?</p>	<p>Das Gewebshormon Prostaglandin wird in der Geburtshilfe zur Einleitung einer Geburt eingesetzt. Indikationen hierfür können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine deutliche Überschreitung des Geburtstermins mit Gefährdung des Kindes • Fehl- und Totgeburten bei einem nicht geburtsbereiten Uterus • um die Zervix auf eine Abortcurettage bzw. Geburt vorzubereiten <p>Durch die Gabe von Prostaglandin werden Wehen ausgelöst und der Muttermund angeregt, sich zu öffnen, damit das Kind durch den Geburtskanal hindurchpasst und geboren werden kann. Im Rahmen einer Abortcurettage wird Prostaglandin verabreicht, um eine feste Zervix zu erweichen. Prostaglandin wird i. d. R. als Vaginaltablette oder -gel im hinteren Scheidengewölbe platziert. Ebenso kann Gel mittels eines dünnen Katheters direkt in den Zervixkanal appliziert werden. Bei unbefriedigender Wehentätigkeit und Zervixöffnung wird Prostaglandin auch i. v. verabreicht.</p>
<p>In welchen drei Phasen läuft eine Geburt ab?</p>	<p>Die drei Phasen sind: Eröffnungsphase, Austreibungsphase und Nachgeburtphase.</p>
<p>Was sind Nachwehen?</p>	<p>Nachwehen sind spontane rhythmische Kontraktionen des Uterus, die 2–3 Tage dauern und anfänglich in kurzen und später in größeren Intervallen auftreten.</p>
<p>Was ist ein Lochialstau?</p>	<p>Beim Lochialstau ist der Wochenbettfluss vermindert. Er tritt meistens zwischen dem 4. und 7. Wochenbettstag auf. Ursache für einen Stau kann sowohl ein Muttermundkrampf als auch die Verlegung des inneren Muttermunds durch ein Koagel oder durch Eihautreste sein.</p>

Was ist ein fieberhafter Milchstau? Welche Pflegemaßnahmen helfen bei einem fieberhaften Milchstau?

Ein fieberhafter Milchstau tritt überwiegend am zweiten bis vierten Tag nach der Geburt auf und wird von vielen Frauen als schmerzhaft erlebt. Er wird oftmals durch die Einschränkung der Stillhäufigkeit und -dauer hervorgerufen. Die Körpertemperatur kann sich bis auf 38 °C erhöhen, ohne dass eine Infektion vorliegt. Das Kind wird häufig und nach seinem Bedarf in unterschiedlichen Positionen angelegt. Quarkwickel oder kühlende Kompressen nach dem Stillen lassen die Beschwerden schnell und ohne Medikamente abklingen. Bei einer rechtzeitigen und richtigen Behandlung ist die Prognose gut.