

Gynäkologische und Geburtshilfliche Notfälle

Dr. Abidin Geles

Copyright - All Rights Reserved: This document and all other data on the homepage are not to publish or reproduce without the permission of the author Dr. Abidin Geles.

www.medwissen.ch

Gynäkologische und geburtshilfliche Notfälle

Diese Notfälle sind selten, einfach, praktikabel. Man muss sich an Leitsymptomen orientieren

1-) **Blutung**: massive vaginale Blutung, was mit unspezifischen Symptomen wie Schock oder Schmerz kombinierbar sein kann. Man muss einen Blick auf die Blutung werfen, ob es eine starke oder schwache Blutung ist, ob es eine vaginale oder anale ist.

Vaginal □ gynäkologisch;

anal oder unspezifisch □ akutes Abdomen.

(Frauen auf die Gynäkologie und Männer auf die Chirurgie transferieren)

Wenn eine Nierentasse (500-800 ml) relativ schnell voll ist, dann kann man davon ausgehen, dass der/die PatientIn stark blutet. (große Vorlage voll mit Blut ca. 200-300 ml, Kompresse ca. 30 ml, Tupfer ca. 20 ml) □ Tamponade, Druck, Kompression und evtl. Blutkonserven

2-) **Schmerz**: Bauchschmerzen, Regelblutung, letzte Regelblutung vor 6 Wochen (Extrauterin gravidität?), plötzliches Ziehen im Bauch (gedrehtes Ovar), es gibt keinen typischen gynäkologischen Schmerz □ Fentanyl, Ketanest S

3-) **Schock**: Allgemeine Schockzeichen beachten. □ Lagerung (Schock- oder Linksseitenlage), Sauerstoffgabe, 2 großlumige i.v. Zugänge, Volumengabe

Also Stabilisieren und DANN LOAD AND GO!!!! □ Endgültige Hauptdiagnose auf der Fachabteilung

Eine normale Geburt ist ein physiologischer Notfall. Beginn der Geburt ist dann wenn die Patientin **alle 10 Minuten regelmäßige Wehen** hat (Patientin hört auf zu reden wenn Wehen da sind), die ca. 1 Minute dauern **oder** sie hat einen **Blasensprung** mit oder ohne Wehen.

Die Geburt dauert bei Erstgebärenden **8-18 Stunden** und bei Mehrgebärenden **4-12 Stunden**.

Eröffnungsperiode: Vom Wehenbeginn **bis zum Verstreichen des Muttermundes (10 cm)**

Austreibungsperiode: Vom verstrichenen Muttermund bis Geburt des Kindes. Hier **alle 3 Minuten Wehen**, die ca. 1 Minute dauern. Die letzten 3-7

Austreibungswehen sind die Presswehen mit ca. 200 mmHg. Abnabeln. Dann das Kind der Mutter geben.

APGAR - Score: Atmung, Puls (Herzfr. Über 100), Grundtonus, Aussehen, Reflexe

Nachgeburtsperiode: Vom Geburt des Kindes bis zur Ausstoßung der Plazenta (+ Nabelschnur und Eihäute), ca. 0,5 Stunden nach der Geburt des Kindes.

Nabelschnur □ mit 2 Arterien und 1 Vene (Augen sind die Arterien und Mund die Vene).

Leitung außerhalb des Kindes, sonst ist man in der Leber.

POSTPARTALE BLUTUNG: Wenn Geburt und Nachgeburt vorbei ist und weiter blutet.

Ursachen: 1-) **Uterusatonie**, wenn nach der Geburt Uterus sich nicht zusammenzieht und nicht hart wird. □ **manuelle Uterusentleerung, Uterus massieren und halten**, evtl. Eisblase oder Syntocinon 5-10 I.E. i.v. und wenn das alles nicht hilft **bimanuelle Kompression in Kurznarkose** (Hamilton Handgriff) und so ins Krankenhaus fahren und bei der Patientin muss evtl. **eine Notfallhysterektomie** gemacht werden. 2-) **Plazentaretention**, ein Stück von der Plazenta ist drinnen geblieben mit einem verletzten Gefäß. 3-) **Geburtsverletzungen** □ Klemmen oder straff tamponieren.

GEBURTSHILFLICHE NOTFÄLLE

Blutungen unter der Geburt, **Uterusruptur**, **Nabelschnurvorfal**, **Armvorfal**, **Schulterdystokie**

Hier sich wieder an leitsymptom-orientiert: Blutung, Schmerz, Schock

A-) Schmerzen:

Schmerzen können subjektiv **stark empfundene Wehen** sein oder eine **drohende Uterusruptur** (bei Z. n. Uterusoperationen, großen Kindern, pathologischen Kindslagen, protrahierte Geburtsverläufe). **Nach Uterusruptur gibt die Patientin plötzliche Erleichterung zunächst an.**

Es ist nicht wichtig die Ursache zu kennen, bei Notfällen mit abnormen Schmerzen □ **Tokolyse** (Gynipral): Akuttokolyse (1 A 10Mükrogramm auf 10

ml über 5 Minuten) oder Dauertokolyse (1 A 10 Mikrogramm auf 50 ml mit 30 ml/h oder Tokolytisch wirken auch Beta 2 -Mimetika haltiger Asthmasprays oder Nitrospray.

Und dann Load and Go!!!!

B-) **Blutung** unter der Geburt □ **Vorzeitiger Plazentalösung** bis Gegenteil bewiesen: Hier fehlt dem Kind die Blutversorgung, Kind kann bis 50% Haftfläche tolerieren), gefährlich für Mutter und Kind. Kreislauf der Mutter für die Prognose wichtig.

1-) Plazenta Randlösung □ Blutung; 2-) Vorzeitige Lösung der richtig sitzenden Plazenta □ Schmerz; 3-) Plazenta Praevia Blutung □ Schock
In so einer Situation kann man nicht viel tun, **stabilisierende Basismaßnahmen und load and go!!!**

Tokolyse kann man immer bei einer klinisch stabilen Patientin geben, und eine vorzeitige Plazentalösung kann durch die Wehentätigkeit verstärkt werden.

BECKENENDLAGENGEBURT

Vaginaler Befund: 1-) Steiß, Beinchen (Beckenendlage); 2-) Ärmchen (Querlage), 3-) Nabelschnurvorfal (Nabelschnurr pulsierend) □ **Tokolyse, Becken hoch, Linksseitenlage.**

Wenn der **Steiß** noch nicht bis zum Introitus vaginae gelangt ist, kann unter **Tokolyse Transpost ad Krankenhaus** versucht werden. **Wenn aber Unterleib des Kindes vollständig geboren ist, muss das Kind entwickelt werden**, sonst wird die Nabelschnurr unter Druck geraten durch das Eindringen des Kopfes in das kleine Becken und stoppt die Blutversorgung des Kindes (also in den nächsten **2-3 Wehen** muss das Kind entwickelt werden) und **Gefahr der Uterusruptur bei der Mutter.**

Manualhilfe nach Bracht: Mit der **Hand auf den Bauch der Mutter drücken** und den **Unterleib des Kindes über den Bauch der Mutter** und so das entwickeln.

Armlösung nach Lövset: **Arme lösen** und dann den Kopf wie unten beschrieben entwickeln

Kopflösung nach Veit-Smellie: Arm auf den Thorax des Kindes und zweiten Arm auf den Rücken des Kindes und dann den Kopf entwickeln

Notfälle um den Geburtstermin

Wenn **abnorme Oberbauchschmerzen (rechts) + Hypertonie (> 140/90) + neurologische Symptomatik** (Kopfschmerzen, Übelkeit, Augenflimmern, Gesteigerte Reflexe) □ = **Präeklampsie** oder EPH-Gestose (E: Ödeme, P: Proteinurie, H: Hypertonie) mit Komplikationen der Eklampsie (Krampfanfall) oder HELLP Syndrom mit Hämolyse und Thrombozyten-Reduzierung mit akuter Blutungsgefahr □ **Blutdruck mit Ebrantil in 5 mg Schritten senken**, einzig präventive Maßnahme **Magnesium i.v.** oder bei schweren Formen Magnesiumsulfat, falls kein Effekt und ein Krampfanfall □ **Diazepam 10 mg i.v.**

Bei Fragen / Feedback bitte E-Mail an abidin.geles@gmail.com
DANKE