

**Tab. 21-8** Ursachen von Blutungen in der Nachgeburtsperiode.

Vor Ausstoßung der Plazenta	Nach Ausstoßung der Plazenta
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>volle Harnblase</b></li> <li>• Verdrängung der Gebärmutter, Wehenbremse</li> <li>• <b>Rissverletzungen</b></li> <li>• Zervix-, Scheiden-, Damm-, Labienrisse</li> <li>• <b>Überdehnung der Gebärmutter, Muskelschwäche (verstärkte Lösungsblutung)</b></li> <li>• Mehrlinge, Hydramnion, vorausgegangene Wehenschwäche, <i>Uterus myomatosus</i></li> <li>• <b>Vollnarkose, Medikamente</b> mit muskelrelaxierender und vasodilatatorischer Wirkung (Buscopan®)</li> <li>• <i>unvollständige Lösung der Plazenta</i></li> <li>• funktionelle Störung durch Formanomalien, Wachstumsanomalien, <i>Placenta adhaerens</i> (nicht gelöste Plazenta)</li> <li>• <i>Placenta incarcerata</i></li> <li>• <i>Placenta accreta, increta, percreta</i></li> <li>• Tubeneckenimplantation</li> <li>• <b>andere Ursachen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Atonie</b></li> <li>• unvollständige Plazenta, Kotyledon oder Eihaut zurückgeblieben</li> <li>• Überdehnung des Myometriums, Wehenschwäche</li> <li>• volle Harnblase</li> <li>• Vollnarkose</li> <li>• andere Faktoren, Gerinnungsstörung, Embolien</li> <li>• <b>Rissverletzungen</b></li> </ul>

**Tab. 21-9** Differenzialdiagnose plazentare Blutung versus Rissblutung.

Blutung aus einer Rissverletzung	Verstärkte Blutung an der Plazentahaftstelle
guter Kontraktionszustand der Gebärmutter: klein, fest, hart, „gut kontrahiert“	mangelnder Kontraktionszustand der Gebärmutter, weiche, teigige Konsistenz, oft über dem Nabel stehender <i>Fundus uteri</i>
Einsetzen der Blutung mit oder sofort nach der Geburt des Kindes; frisches, hellrotes Blut auf Schulter oder Rücken des Kindes kann oft der erste Hinweis für eine Rissverletzung sein	meist verspätet einsetzende Blutung, in der Regel einige Minuten nach der Geburt des Kindes
kontinuierliche Blutung ohne Zusammenhang mit Kontraktionen	Blutung schubweise, oft mit Blutgerinnseln versetzt; meist nach Kontraktion der Gebärmutter (Anreiben einer Wehe, Gabe von Kontraktionsmitteln), die immer wieder atonisch werden kann

durch die Gabe von 3 IE Syntocinon® postpartal und die möglichst aktive Gewinnung der bereits gelösten Plazenta durch Cord-Traktion der Nabelschnur (Maughan et al. 2006). Ein Wechsel der Position (aufrechte oder hockende Haltung) kann die Gewinnung der Plazenta beschleunigen.

**!** Ein postpartaler Blutverlust von mehr als 500 ml muss als Regelwidrigkeit erkannt und sofort behandelt werden.

**Ursachen:** Eine Übersicht möglicher Blutungsursachen zeigt Tabelle 21-8.

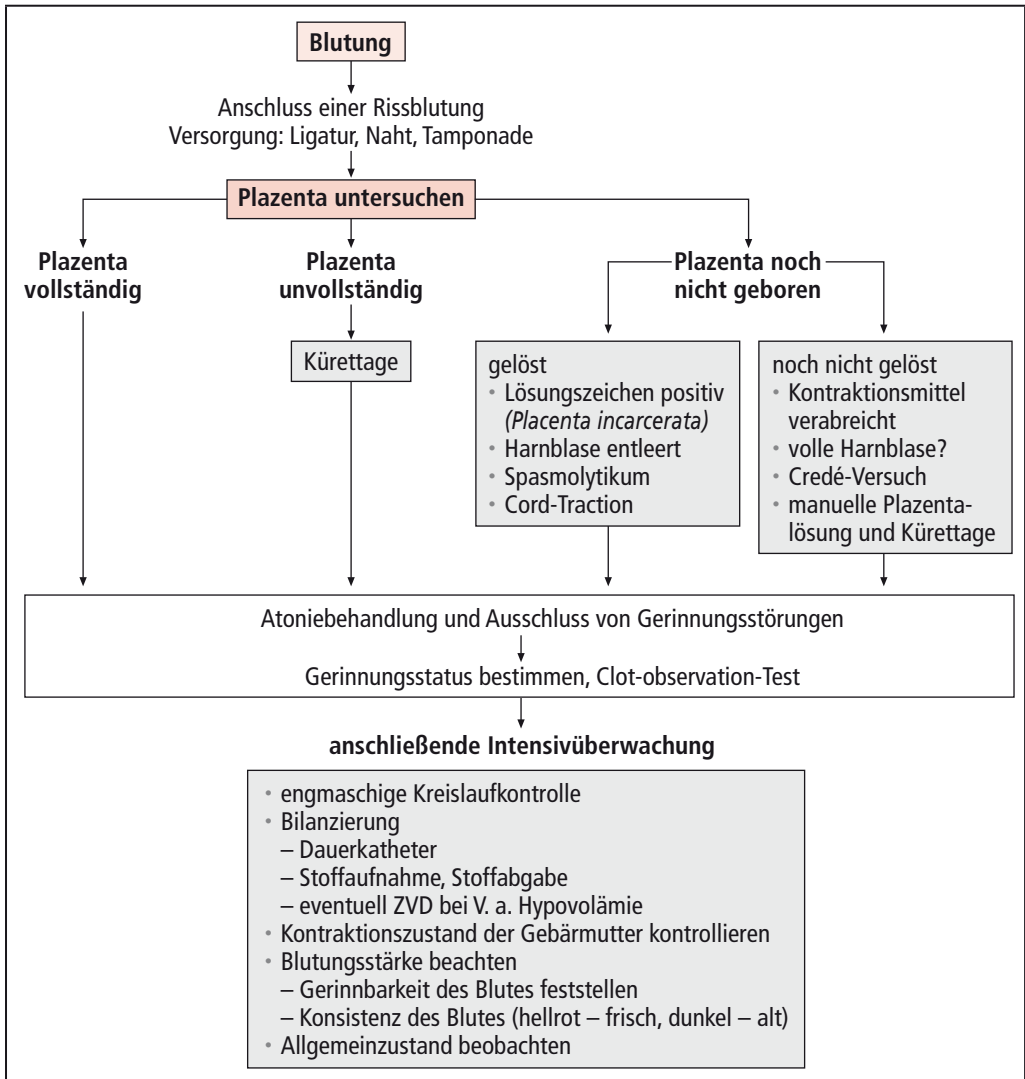


Abb. 21-17 Vorgehen bei Blutungen nach der Geburt des Kindes.

### Prädisponierende Faktoren

- mütterliche Anämie (Hb-Wert unter 11,0 g%) oder Störungen der Blutgerinnung (► Morbus Werlhof)
- Mehr- oder Vielgebärende mit Überdehnung des Myometriums
- protrahierte Geburtsphase oder Einleitung mit Kontraktionsmittel- oder Prostaglandingabe

- Aborte in der Anamnese
- schnell aufeinander folgende Geburten
- *Uterus myomatosus*
- Plazentalösungsstörungen bei vorausgegangenen Geburten (Kürettage)

**Diagnose:** Sie erfolgt nach den 4 T (► Tab. 21-9 u. Abb. 21-17):