

Notfälle in der Geburtshilfe

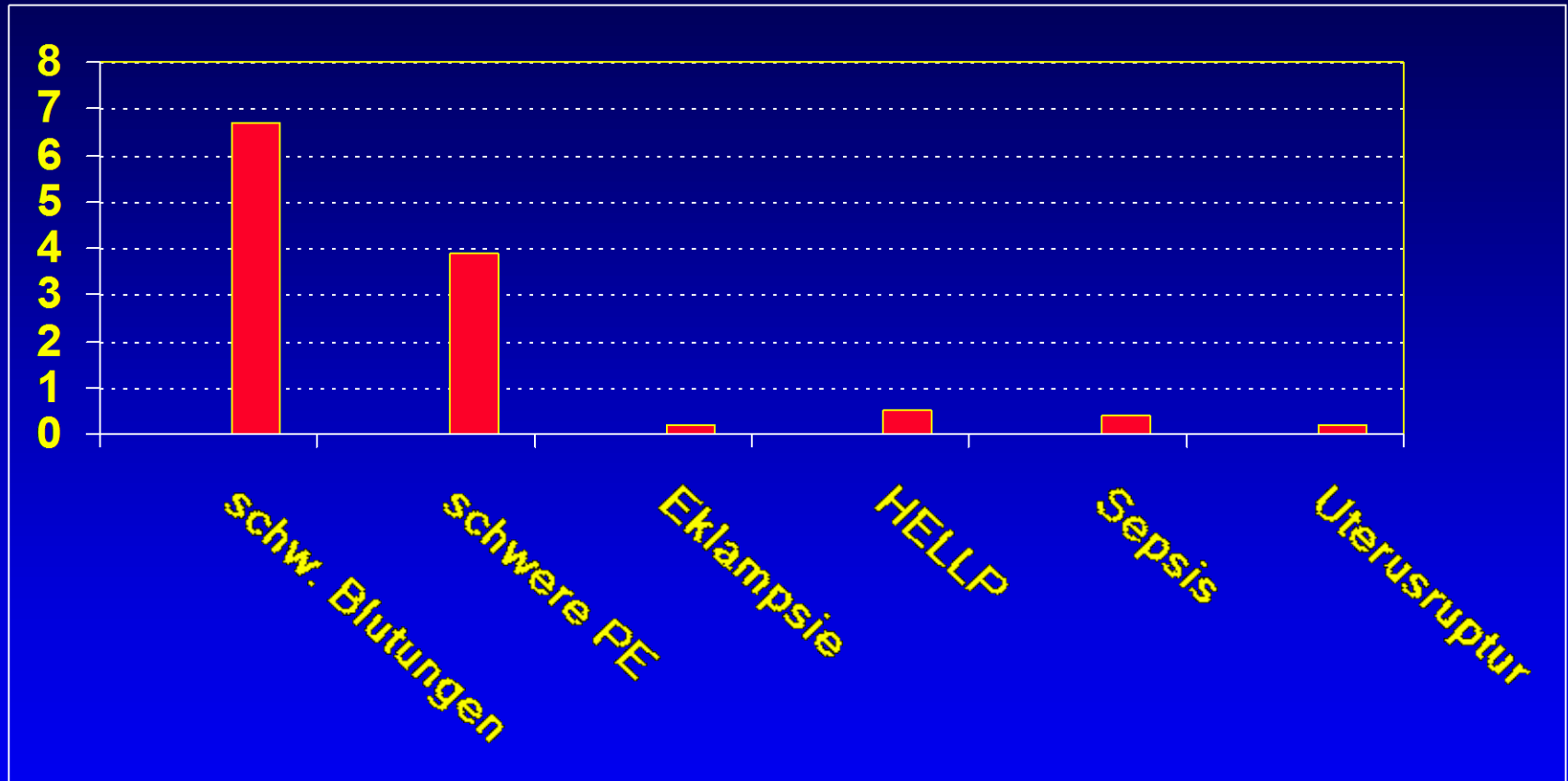
- **Blutungen**
- **Präeklampsie/Eklampsie**
- **HELLP-Syndrom**
- **Die Spontangeburt ist kein Notfall!!!**



Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study

48.865 Geburten mit 588 Fällen schwerer Morbidität

Morbidität/1000 Geburten



Waterstone M et al., BMJ 2001 (5);322(7294):1089-93



Präpartale Blutung

➤ Plazentalösung/Uterusruptur

Klinische Untersuchung: Kontraktionszustand des Uterus >>> Dauerkontraktion?

Initiale Therapie: Wehenhemmung (Partusisten-Notfalltokolyse)

Dosierung:

8 ml NaCl 0,9% mit 2 ml aus der 10 ml Ampulle (0,5 mg) Partusisten in 10 ml Spritze aufziehen.

Initial 2 ml, nach 5 min. ggf. 2 ml (5ml/10 min.) CAVE mat. Tachyarrhythmie

Postpartale Blutung

➤ Atonie

Klinische Untersuchung: Kontraktionszustand des Uterus >>> schlaff?

Initiale Therapie: Kontraktionsmittel (Oxytocin, ggf. PgF2alpha)

Dosierung:

3 IU Oxytocin i.v., Uterus manuell komprimieren

Persistierende Blutung nach 5 min.: PgF2alpha

1 Ampulle in 1000 ml NaCl 0,9%, 20 ml/min (Gesamt: 1200ml/h)

Haes 500 ml, ggf. EK-Substitution



Definition der Präeklampsie

Differing Diagnosis of Preeclampsia.

Harlow and Brown.

Hypertens in Pregnancy, 20(1),57-67 (2001)

Definition	No. of articles (%)
raised BP and Proteinuria	86(64)
raised BP and Proteinuria or edema	13(10)
raised BP with Proteinuria and/or multisystem organ dysfunction	9(7)
reference only given	9(7)
no definition given	8(6)
raised BP and Proteinuria and hyperuricemia	7(5)
raised BP alone	2(2)
raised BP and Proteinuria and nulliparity	1(1)



Therapiestudien bei Präeklampsie Metaanalysen Cochrane Library 2002

Antikonvulsiva (9 randomisierte Studien)

Magnesium Sulfat vs. Placebo/keine antikonvulsive Therapie
Eklampsie: RR 0,33 (95% Confidenzintervall 0,11 – 1,02)

Plasma Volumenexpansion (3 Studien (61 Patienten))

Kein Effekt der Volumenexpansion nachweisbar

Antihypertensiva bei sehr hohem Blutdruck (14 Studien)

Kein dominanter therapeut. Effekt bei individuellem Präparat

CAVE: Diazoxid 75 mg Bolus resultiert in ausgeprägter

Hypotonie

CAVE: Ketanserin ist weniger effektiv als Hydralazin



Risikofaktoren für Abruption placentae und Eklampsie Prospektive Erhebung unter 445 Patientinnen mit schwerer PE

- **Univariate Analyse: signifikant für Eklampsie** sind Harnsäure > 8,1 mg/dl, Proteinurie (>3+), Kopfschmerz, visuelle Symptome, Sehnenreflex > 3+, S-Albumin < 3 mg/dl, S-Kreatinin > 1,3 mg/dl
- **Univariate Analyse: Signifikant für Plazentalösung** Blutungen bei Thrombozyten < 60.000/mm³
- **Multivariate Analyse: signifikant für Eklampsie** Kopfschmerz und Sehnenreflex > 3+
- **Keine Assoziation:** systolischer, diastolischer oder mittlerer RR, quantitative Proteinurie, Oberbauchschmerzen, Blutungen, Gestationsalter, vorausgegangene PE, chronische Hypertension

•Witlin AG et al., Am J Obstet Gynecol 1999;180(6 Pt1):1322-9)



Management der Eklampsie

(tonisch-klonischer Anfall)

- Bisskeil
- 2 großlumige Zugänge, Mg-Sulfat 6g i.v. über 20 min.
- O₂-Sättigung monitoren
- Stand-by Intubation herstellen
- Gerinnung/D-Dimere erheben
- Diff.-Diagnose: intrakranielle Blutung (Pupillen)
- MgS 2g/h Dauerinfusion
- Dauerkatheter
- Uteruskontraktilität/“akutes“ Abdomen?



Magnesiuminfusion

5 Ampullen Cormagnesin (1 A. enthält 404 mg Mg^{2+}),
entsprechend ~ 2 g Mg bzw. 10 g $MgSO_4$
in einer Perfusorspritze 1 ml = 0,2 g $MgSO_4$

•therapeutisch effektiv ist eine Dosierung von mind. 1 g/h $MgSO_4$

•maximale Dosierung: 3 g/h

•im eklamptischen Anfall: 2-6 g in 20 min

(Infusionsgeschwindigkeit: 30-45 ml/h über 20 min, anschl. 1-2 g/h
Erhaltungsdosis

Dosierung	
Perfusorgeschwindigkeit	
1 g/h	5 ml /h
1,5 g /h	7,5 ml/h
2 g/h	10 ml/h
2,5 g/h	12,5 ml/h
3,0 g/h	15 ml/h



Geburt

Symptom: Schmerzen >>> WO?

Leisten: EP Abdomen: AP Preßdrang: Geburt

Symptom: Blasensprung

Bei BEL (letzter FFA-Besuch): Kissen unter den Steiß

Symptom: blutiger Schleimabgang

Zeichnungsblutung

