

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 66 (1968)

Heft: 3

Artikel: Die Lochien : Der Wochenfluss

Autor: Emch, H.J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951556>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
Direktor: Prof. Dr. M. Berger

Die Lochien = Der Wochenfluss

Von H. J. Emch

Einleitung

Der Artikel soll in einfacher und übersichtlicher Form ein für das Wochenbett äusserst wichtiges Kapitel repetieren. Die genaue Beobachtung der Lochien und gewisse Grundkenntnisse der damit verbundenen organischen Veränderungen ermöglichen es der Hebamme und dem Pflegepersonal, den Verlauf des Wochenbettes sicher zu beurteilen und allfällige Komplikationen sofort zu erkennen, zu melden oder selbst folgerichtig zu bekämpfen.

Definition

Als Lochien bezeichnet man das Sekret, das nach Ausstossung der Plazenta aus der Gebärmutterhöhle ausgeschieden wird. Es ist ein Wundsekret, das sich in Farbe und Menge mit fortschreitender Heilung der Gebärmutterwunde verändert. Im Innern der Gebärmutter ist das Sekret meist keimfrei, bildet aber in der Scheide einen ausgezeichneten Nährboden für die vielen, normalerweise dort vorhandenen Bakterien und ist infolgedessen bei seinem Austritt hochinfektiös.

Gebärmutterwunde und Beschaffenheit der Lochien bei komplikationslosem Wochenbett

Die Gebärmutterhöhle bildet nach der Geburt eine einzige, grosse Wundfläche, die von keinem schützenden Epithel überdeckt ist. Durch die nach der Geburt einsetzende Dauerkontraktion der Uterusmuskelfasern schrumpft die Hauptwunde, d. h. die Plazentarhaftungsfläche auf zirka Handtellergrösse zusammen. Die Oberfläche an dieser Stelle ist rau und höckerig, ein nunmehr verkleinerter Abdruck der mütterlichen Plazentarseite. Die kleinen Gefässe werden durch die Kontraktion abgeschnürt, die grösseren sehr stark eingengt. Es blutet aus ihnen noch unterschiedlich stark, langsam werden sie durch sich bildende Thromben (Blutgerinnsel) verschlossen. Die Lochien sind deshalb in den ersten Tagen (1-3-6 Tage) rein blutig. Entsprechend der weiteren Blutstillung nimmt diese Blutung in ihrer Menge langsam ab, wobei sich noch ab und zu kleine Koagula, sich lösende Thromben, oder als Blutreste in Furchen zurückgebliebene dunkle Teile austossen können. Manchmal findet man in dieser Zeit auch zurückgebliebene Eihäute, die nun ausgestossen werden.

Am Ende der ersten Woche kommt die Blutung durch die weitere Verkleinerung der Gebärmutter und damit der Höhlenwunde ganz zum Stehen. Thromben werden abgestossen, die Lochienmenge wird geringer. Es mischen sich ausgeschwitzte Blutflüssigkeit und weisse Blutkörperchen dazu, so dass sich die Farbe auf braunrot bis braun verändert. Die Lochien werden dünnflüssiger.

Am Ende der zweiten Woche stossen sich Beläge ab. Das sind überflüssige Oberflächenzellen, die zu Grunde gehen, da sich die höckerige Wundoberfläche wieder in eine glatte

Fläche verwandeln muss. Dazu werden viele weisse Blutkörperchen abgeschieden, die vorher in der Wunde einen Schutzwall gegen eine mögliche aufsteigende Infektion gebildet haben. Alle diese Zellen werden zum Teil aufgelöst, verflüssigt und imponieren bei ihrem Austritt als schmutziggelbes, rahmiges Sekret.

Am Ende der dritten Woche ist die Sekretmenge nochmals viel geringer geworden. Es bildet sich in der Uterushöhle — ausgehend von den überall vorhandenen Drüenschläuchen — ein neues Schutzepithel. Die Lochien werden wässrig, grauweiss.

In der vierten bis sechsten Woche versiegen die Lochien ganz. Als Faustregel soll man sich also merken:

1.-3.-6. Tag rein blutig

Ende 1. Woche braunrot bis braun (dünnflüssig)

Ende 2. Woche schmutziggelb (rahmig)

Ende 3. Woche grauweiss (wässrig)

Abweichungen von dieser Regel sind häufig, da auch bei gesunden Wöchnerinnen verschiedenste Faktoren mitbestimmend sind. Sicherlich spielt die Grösse der Plazentarhaftstelle, gegeben durch die oft recht unterschiedliche Grösse der Plazenta eine Rolle. Namentlich aber hängt der Wochenfluss von der Kontraktionsfähigkeit und der Rückbildungsgeschwindigkeit des Uterus ab.

Ein nach obigem Schema oder etwas rascheres Durchlaufen der «Lochienstadien» deutet auf eine gute Rückbildung der Gebärmutter hin. Langsameres Durchlaufen, Wiederauftreten von blutigen Lochien z. B. in der dritten Woche, starke Veränderungen im Geruch der Lochien oder plötzliches Aufhören der Sekretion deuten auf schlechte Rückbildung oder Komplikationen hin.

Der Wochenfluss wird deshalb zu Recht als Spiegel der Wundheilung im Uterus bezeichnet.

Schon mehrmals haben wir erwähnt, dass die Verkleinerung der Gebärmutter und damit auch der Gebärmutterhöhle als Wundfläche, von ausschlaggebender Bedeutung für die Beschaffenheit der Lochien und vor allem für deren Menge ist. Wir wollen deshalb auch kurz die normalen Rückbildungsverhältnisse erörtern.

Die Rückbildung des Uterus bei komplikationslosem Wochenbett (= Involution)

Der höchste Punkt der Gebärmutter findet sich nach Ausstossung der Plazenta etwas oberhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Das Uterusgewicht beträgt zu diesem Zeitpunkt ungefähr 1000 gr. Am Schluss des Wochenbettes muss das Organ sein Ausgangsgewicht von normalerweise zirka 50 gr wieder erreicht haben und soll im kleinen Becken gänzlich verschwunden sein, d. h. von aussen her über der Symphyse nicht mehr getastet werden können.

Der Organismus bewältigt diese Involution vor allem durch eine gezielte Drosselung der Durchblutung. Nach der Geburt kommt es zu einer maximalen Dauerkontraktion der Gebärmuttermuskulatur. In der gesamten Muskelschicht wird dadurch die Gefässstrombahn verengt. Viele Muskelfasern sind nun unterernährt und erhalten zu wenig Sauerstoff, sie werden langsam zurückgebildet.

Die anfänglich maximale Kontraktion lässt nach den ersten Stunden post partum ebenfalls wegen Sauerstoffman-

gels etwas nach, dazu strafft sich unten die Beckenbodenmuskulatur und die Bänder spannen sich langsam an, so dass der höchste Punkt des Uterus nach 24 Stunden am Nabel steht. In den folgenden Tagen wird die Involution durch **rhythmische Kontraktionen** gefördert und der Uterus verkleinert sich täglich, sein höchster Punkt rückt durchschnittlich pro 24 Stunden um einen Querfinger tiefer. Er erreicht die Mitte zwischen Nabel und Symphyse wieder am 5. Tag und soll am 14. Tag hinter die Symphyse zurückgetreten sein.

Die Dauerkontraktion der Gebärmutter wird von den Wöchnerinnen nicht wahrgenommen. Die sich überlagernden sogenannten Nachwehen können aber recht unangenehm und schlafstörend werden. Bei der Erstgebärenden scheint die Dauerkontraktion vollkommener und länger zu sein, so dass sich die Nachwehen weniger auswirken können. Die Mehrgebärende klagt über stärkere Beschwerden. Es ist wichtig, den Frauen den Nutzen dieser Nachwehen zu erklären, ihnen zu sagen, dass damit die Rückbildung des Uterus gut vorangehe und dies für ihre Genesung von Bedeutung sei. Sie ertragen das «lästige Bauchweh» dann besser und nur selten müssen nachts etwas schmerzlindernde Medikamente (z. B. Alcacyl, Treupel oder ähnliches) gegeben werden.

Als weitere rhythmische Wehen treten im Wochenbett die sogenannten Stillwehen auf, d. h. die Patientin verspürt Kontraktionen während des Stillens. Dies rührt davon her, dass der Stillakt via Gehirn und Hypophysenhinterlappen zu einer Ausschüttung von Oxytocin führt, dem Hormon, das sowohl die Milch aus der Brustdrüse ausschwenkt, als auch Wehen erzeugt. Auch diese Stillwehen fördern die Involution der Gebärmutter gewaltig, vereinfachen und verkürzen also das Wochenbett. Leider wird diese Funktion des Stillens nur allzuoft vergessen. Der Uterus kann im Laufe der Stillzeit durch diese Wehen sogar kleiner werden als vor der Schwangerschaft (= sog. Laktationshyperinvolution).

Nachwehen, Stillwehen und Dauerkontraktion sind natürlich auch verantwortlich für das Ausstossen der Lochien. Je schneller diese den Uterus verlassen, desto geringer ist die Gefahr einer aufsteigenden Infektion aus der Scheide.

Prophylaxe im Wochenbett

In vielen Spitälern werden die oben beschriebenen, normalen Vorgänge medikamentös von allem Anfang an unterstützt. Wir können vor allem auf die Kontraktionen Einfluss nehmen. Die Dauerkontraktion kann mit Methergin wirksam unterstützt und sogar erzeugt werden. Die rhythmischen Kontraktionen lassen sich durch die heute vollsynthetisch hergestellten Hormone exakt nachahmen.

Praktisch wird wie folgt vorgegangen:

Bei Durchtritt des Kopfes unter der Geburt wird eine Ampulle Methergin (= 0,2 mg) i. v. gegeben. Die sowieso einsetzende Dauerkontraktion setzt früher ein und wird verstärkt. Der Uterus kontrahiert sich sofort, die Plazenta löst sich meist sehr rasch und spontan, der Uterus bleibt im Anschluss daran gut kontrahiert. Der Blutverlust ist damit in den meisten Fällen gering.

Es besteht aber auch die Möglichkeit, die spontane Dauerkontraktion abzuwarten und die ersten «Nachwehen» aufzupropfen, indem man nach der Geburt bei ungenügender Kontraktion Syntocinon (Hormon) verabreicht (10 i. E. ev. 5 i. E. i. v. oder i. m.). Nach Geburt des Kindes sollte nicht mehr Methergin in hohen Dosen gegeben werden, da es einen Krampf der Muskulatur im Bereiche des Gebärmutterhalses machen kann und die Plazenta mit den Eihäuten dann oft schwer ausgestossen werden kann.

Im Wochenbett wird die Dauerkontraktion durch kleine Gaben von Methergin gestützt (zirka 3 mal 15 Tropfen). Da dieses Medikament recht kurz wirkt und dreimal täglich gegeben wird, führt es eigentlich auch zu drei längeren Dauer-

wehen, wonach der Uterus wieder etwas erschlafft. Neuerdings werden auch hier oft Hormone eingesetzt, die die normalen Nach- und Stillwehen besser ergänzen. Man kann hier wiederum Syntocinon spritzen, sucht aber heute nach besseren Darreichungsformen. Es stehen Syntocinon-Buccaltabletten zur Applikation in der Wangentasche und Syntocinon-Spray zur nasalen Verabreichung zur Verfügung.

Mindestens ebenso wichtig sind aber nicht-medikamentöse Massnahmen, die dem Uterus die Involution erleichtern. Gute Abflussbedingungen für die Lochien durch Frühaufstehen der Wöchnerin, wenn nicht zwingende Gründe für Bettruhe vorliegen. Das kleine Becken soll für den sich zurückbildenden Uterus möglichst frei bleiben. Verstopfung muss bekämpft werden und Schwierigkeiten mit der Entleerung der Blase müssen beseitigt werden.

Der Umgang mit dem Lochialsekret

Die schwerste Komplikation im Wochenbett ist immer noch die Infektion der Uterushöhle und die davon ausgehenden weiteren Infektionen der Eileiter, der Bauchhöhle oder des Gesamtorganismus. Die Erreger zu einer Infektion trägt die Frau in den meisten Fällen in sich, d. h. sie sind in der Scheide vorhanden. Wir haben bereits hervorgehoben, dass die aus der Gebärmutter ausfliessenden Lochien, bestehend aus sich zersetzendem Material, ausserordentlich gut geeignet sind, um diesen Bakterien einen guten Nährboden zu bilden. Sie vermehren sich in ihnen rasch.

Es ist deshalb bereits vor der Geburt darauf zu achten, dass keine Keime aus der Vagina in den Uterus verschleppt werden. Zu viele vaginale Untersuchungen, vor allem aber operative Eingriffe kurz nach der Geburt bringen Bakterien in die Uterushöhle und das Wochenbett wird kompliziert. Im Wochenbett ist strengste Sauberkeit mit den Lochien unumgänglich. Die Vorlagen der Patientinnen müssen häufig gewechselt werden, damit sich wirklich nur an den Vorlagen Lochien befinden. Mehrmals soll die Patientin abgespült werden, z. B. mit Kaliumpermanganat-Lösung 0,5‰. Das Pflegepersonal soll die Vorlagen entweder gar nicht mit den Händen berühren, oder dann ständig die Hände frisch desinfizieren. Die Vorlagen sollen in einem geschlossenen Gefäss gesammelt und regelmässig verbrannt werden.

In Spitälern muss ein gewisses Ritual herrschen, die Patientinnen müssen zur Sauberkeit erzogen werden. Das Pflegepersonal kümmert sich immer nur um eine Sache auf einmal (Abspülen der Frau, Wechseln der Vorlagen, Pflegen der Brüste, Ansetzen der Kinder) und nie um zwei oder mehrere Dinge gleichzeitig. Die Lochien können sowohl beim Kind, bei der Mutter und beim Pflegepersonal für die verschiedensten Infekte verantwortlich sein und die peinliche Sauberkeit, die in diesen Belangen immer wieder gefordert wird, ist deshalb ohne weiteres verständlich. Sie muss dem Pflegepersonal zur Selbstverständlichkeit, der Frau zur Pflicht gemacht werden.

Komplikationen im Wochenbett, die an den Lochien erkennbar sind

1. Starke Blutungen, die bis einige Stunden nach der Geburt auftreten.

Sie können verschiedene Gründe haben und sehr bedrohlicher Natur sein. Das notfallmässige Zuziehen eines Arztes ist in jedem Falle angezeigt.

Der Häufigkeit nach finden wir:

a) Die Atonieblutung

Die normalerweise auftretende Dauerkontraktion des Uterus nach Ausstossen der Plazenta ist ungenügend oder fehlt. Der Uterus imponiert durch die Bauchdecken als grosses, weiches und träge verschiebliches Organ. Seine höchste Stelle tastet man am Nabel oder darüber.

b) Grössere, bis jetzt übersehene Wunden im Geburtskanal wie Cervixrisse, grössere Vaginalrisse, Dammrisse, die möglicherweise durch die starke Ausdehnung des Ge-

webes unmittelbar nach der Geburt weniger stark oder gar nicht bluten.

c) Verbliebener Plazentarrest

An dieser Stelle kann sich die Wunde nicht zusammenziehen. Aus sehr vielen kleinen Gefässen kann es stark bluten. Der Uterus füllt sich dabei oft mit Blut und Koagula, so dass gleichzeitig eine Atonie festgestellt wird. (Plazentarreste verbleiben häufiger im Uterus nach Expressionsversuchen, manueller Lösung, selten nach spontaner Lösung). Es ist eine Nachtastung nötig.

d) Störungen des Gerinnungsmechanismus

Die Gefässe können nicht durch Thromben verschlossen werden (vorbestehende Gerinnungsstörung bei der Mutter oder Afibrinogenämie).

In all diesen Fällen muss der Arzt, wie bereits erwähnt, sofort beigezogen werden. Immerhin kann bis zu seinem Eintreffen von der Hebamme viel Nützliches getan werden. Der Uterus ist an seinem oberen Pol zu fassen und zu exprimieren. Möglichst alles Blut und alle Koagula sollen sich entleeren. Durch diese Manipulation werden die Muskelfasern oft gereizt, so dass nun die Kontraktion besser ist. In dieser Kontraktionsstellung soll der Uterus «gestützt» werden. Alsdann können Wehenmittel verabreicht werden, am besten Syntocinon oder Oxytocin i. v. oder i. m. Kontrahiert sich der Uterus nun besser, kann die Kontraktion durch Auflegen einer Eisblase gehalten werden. Bei Auftreten eines Schocks (nicht mehr genügende Zirkulation), erkenntlich durch Pulsanstieg, Schweissausbruch, Trübung des Bewusstseins, sollen die Beine sofort hochgelagert werden. Besteht die Möglichkeit, so sind Infusionen, am besten Blut, wenn nicht vorhanden Plasma, Plasmaersatzpräparate zu geben.

Ist es nicht möglich, die Blutung wesentlich zu beeinflussen durch diese Methoden, so kann in einer Notfallsituation oberhalb des Uterus mit gespreizter Handkante die grosse Körperschlagader abgedrosselt werden, indem man sie stark gegen die Wirbelsäule presst.

2. Verstärkte und verlängerte Blutung im Wochenbett ev. noch nach Wochen blutige Lochien oder Wiederauftreten blutiger Lochien z. B. in der dritten Woche.

Es ist hier vor allem an das Zurückbleiben eines kleinen Plazentarstückes zu denken. Auch hier soll der Arzt sofort benachrichtigt werden, denn es kann unverhofft zu einer sehr heftigen Blutung kommen. Bestätigt sich die Diagnose, muss der Plazentarrest meist durch Curettage entfernt werden, erst dann verläuft das weitere Wochenbett regelrecht.

Die Blutung kann auch Zeichen einer Infektion sein.

3. Lochienstauung

Gleichzeitig mit der Involution des Uterus verengt sich auch der Gebärmutterhalskanal rasch. Durch Verlegung des inneren Muttermundes mit Koagula, Eihautresten oder abgestossenen Gewebstücken können die Lochien plötzlich frühzeitig aufhören oder sehr schwach werden. Jegliches Stillestehen von auszuscheidenden Flüssigkeiten im Körper führt aber rasch zu deren Besiedlung mit Bakterien (vergleiche Stauung durch Einengung der Harnleiter in der Schwangerschaft führt zu Nierenbeckenentzündung, verlegte Ausgänge der Nasennebenhöhlen bei starkem Schnupfen führt zu Sinusitis, Stauung im Tränenkanal führt zu Bindehautentzündung etc.).

Die in der Vagina und sogar im Gebärmutterhalskanal vorhandenen Keime arbeiten sich in die Uterushöhle vor. Es muss deshalb sofort dafür gesorgt werden, dass die Stauung behoben werden kann. Zuerst versucht man durch geeignete Medikamente (Spasmocibalgin-Supp., Parasulfol-Supp., Buscopan-Supp. oder ähnliche) die Muskulatur des Gebärmutterhalses etwas zum Erschlaffen zu bringen.

Sodann gibt man Syntocinon, Oxytocin, ev. auch Methergin-Tropfen, um Wehen zu erzeugen und die Lochien in Gang zu bringen.

4. Uebelriechende Lochien, vermehrte Lochien ohne druckdolenten Uterus und ohne Fieber.

Gewöhnlich ist dabei die Involution des Uterus verzögert, die Wunde also noch grösser als normal. Sie können den Beginn einer aufsteigenden Infektion anzeigen. Oft rühren sie auch davon her, dass noch Eihäute im Uterus geblieben sind, die mazerieren und sich auflösen. Es wird versucht, die sich reichlich bildenden Lochien möglichst rasch aus dem Uterus herauszubefördern und die Menge der Lochien durch Beschleunigung der Involution zu beeinflussen. Also auch hier wehenerzeugende Mittel. Glaubt der Arzt, dass bereits eine kleine Infektion im Uterus angegangen ist oder dass sich eine Bakterienart besonders stark vermehrt, so kann er neben den obigen Medikamenten eventuelle Mittel verschreiben, die das Bakterienwachstum einschränken, z. B. Sulfonamide: Madribon oder ähnliches.

5. Uebelriechende Lochien, druckdolenter Uterus und Temperaturen zwischen 37° und 38°.

Die Uterushöhle ist infiziert. Neben den Lochien rücken andere Untersuchungen in den Vordergrund: Temperatur, Puls, Leukozytenzahl im Blut. Die Entzündung der Uterushöhle stellt eine ernste Komplikation dar. Von hier aus kann die Infektion unter Umständen die Eileiter ergreifen und auf die Bauchhöhle übergehen. Sie kann aber auch über die Blutbahn in den ganzen Organismus verschleppt werden und das früher so gefürchtete Kindbettfieber erzeugen. Es sind deshalb sofort Massnahmen zu ergreifen, um der Infektion zu begegnen. Neben den wehenerzeugenden Mitteln müssen Antibiotica verabreicht werden. Die Patientin muss unter Bettruhe streng kontrolliert werden.

6. Lange anhaltende braune Lochien.

Es kann vorkommen, dass unter ständiger Verminderung der Lochien diese immer etwas bräunlich gefärbt bleiben. Solche Patientinnen sollten dem Arzt zugeführt werden, da möglicherweise eine Portioerosion (kleines Geschwürchen gutartiger Natur) oder in seltenen Fällen ein bösartiges Geschwür vorliegt.

7. Nichtversiegen der Lochien.

Versiegen die Lochien nach der achten Woche nicht völlig und besteht sogar nach der ersten, normalen Periode wieder ein Ausfluss, so findet man bei einer gynäkologischen Untersuchung meist eine Entzündung der Vagina, die möglicherweise durch eine Portioerosion unterhalten wird.

Patientinnen mit übelriechenden Lochien oder Lochien, die stark vermehrt sind, sicher aber Patientinnen mit Temperatur, müssen in Krankenhäusern von den übrigen Wöchnerinnen abgetrennt werden. Sie sollen auch durch anderes Personal betreut werden.

Lochien und Nähte.

Wie besprochen, bilden die Lochien eine hochinfektiöse Flüssigkeit. Musste bei der Geburt eine Episiotomie angelegt werden oder ist der Damm eingerissen, so ist die Heilung dieser Wunden, die in diesem Gebiet an sich sehr rasch und komplikationslos erfolgt, durch das ständige Befeuchten mit Lochien-Sekret gefährdet. Deshalb sollen fleissige Spülungen und häufiges Wechseln der Vorlagen vorgenommen werden. Werden die Lochien übelriechend, ist die Wundheilung noch mehr in Gefahr, die Pflege muss also noch intensiver sein. Es wird neuerdings versucht, Medikamente herzustellen, die in einer Gel-Grundlage eingebaut sind. Man könnte damit über die Episiotomienarbe einen Schutzfilm legen, der die Befeuchtung und damit das infektiöse Aufgehen der Wunde vermeidet.