

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: 67 (1969)

Heft: 2

Artikel: Prophylaxe und Therapie phlebologischer Leiden in der Gravidität

Autor: Branger, Fred

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951581>

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>

Prophylaxe und Therapie phlebologischer Leiden in der Gravidität

Dr. med. Fred Branger, Grenchen

Vorwort:

Nach Einführung von Antisepsis und Asepsis in der Geburtshilfe, besonders aber nach der Entdeckung der ersten Antibiotica, sind Morbidität und Mortalität infolge Infektion fast ganz verschwunden. Auch das Operationsrisiko bei vaginalen Eingriffen und der Sectio caesarea ist mit der verbesserten Narkose und den wirksamen Möglichkeiten der Schockbekämpfung entscheidend gesunken. Dagegen bilden Thrombose und Embolie auch heute noch eine ernsthafte Gefahr für die Wöchnerin. Ausser der tiefen Thrombose und der gefährlichen, oft tödlichen Lungenembolie, drohen aber der schwangeren Frau weitere Krankheiten des venösen Systems, wie ausgedehnte Varicosis, persistierende Knöchelödeme, oft vergesellschaftet mit hässlichen Hautverfärbungen und in schweren Fällen Ulcera cruris. Neben Schmerzen, Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, fallen aber bei der heutigen Mode besonders auch die kosmetischen Schäden stark ins Gewicht. Ausser dem Verhüten von Thrombose und Embolie ist es deshalb sehr wichtig, auch die obengenannten Krankheitsbilder durch eine geeignete Prophylaxe zu verhindern. Immer wieder werden nun die Hebammen von Schwangeren um Ratschläge zur Verhütung, oft sogar zur Behandlung von Beinschäden gebeten. Es scheint uns deshalb wertvoll, wenn sich jede Hebamme über Prophylaxe und Therapie phlebologischer Leiden in der Gravidität orientiert, um den schwangeren Frauen mit richtigen Ratschlägen dienen zu können.

Allgemeines zur Prophylaxe und Therapie:

Die Prophylaxe phlebologischer Leiden in der Gravidität ist weniger attraktiv als etwa die gezielte Therapie einer schmerzhaften, floriden Thrombose. Jede Patientin wird sich beim Auftreten thromboembolischer Komplikationen willig den Anordnungen ihres Arztes unterziehen, ist doch das drohende Gespenst einer tödlichen Embolie im ganzen Volk bekannt und mit Recht gefürchtet. Schwieriger ist es schwangere Frauen schon im ersten Trimenon für eine umfassende Prophylaxe zu gewinnen. Sobald über Diät oder das Einbinden der Beine gesprochen wird, stösst man häufig auf ein recht indifferentes Verhalten, denn ohne Krankheitsgefühl und Schmerzen fehlt oft die Einsicht für vorbeugende Massnahmen. Erfahrungsgemäss sind Frauen aus sozial höher gestellten Schichten und solche mit guter Intelligenz der Prophylaxe zugänglicher.

Wie wir aber sehen werden, hat eine sinngemässe Prophylaxe ihre volle Berechtigung. In Zentraleuropa rechnet man auf ca. 300 Schwangerschaften eine Beinvenenthrombose (0,3⁰/o); zusätzlich kommt die erhöhte Gefährdung im Wochenbett, sowohl was Thrombose besonders aber auch Embolie betrifft. Sie ist 3x höher (1⁰/o). Noch 10x höher liegt die Gefährdung nach Schnittentbindungen (10⁰/o). Diese Zahlen: 0,3⁰/o thromboembolischer Erkrankung während der Schwangerschaft, 1⁰/o im Wochenbett nach normaler Entbindung und

10⁰/o bei Schnittentbindungen zeigen, dass nicht die Gravidität selbst, sondern die Rückbildung der Schwangerschaftserscheinungen in Venen und Blut die Thrombosebereitschaft erhöhen. Dabei spielen 3 Faktoren die hauptsächlichste Rolle: Die Thromboplastineinschwemmung während der Geburt, die Verlangsamung des Blutstromes bis um das 5-fache und die Traumatisierung der Venen und Varizen durch den Geburtsvorgang.

Wir können aber nie sicher voraussagen ob eine Schwangerschaft nicht mit einer Notfallsectio, einem grösseren vaginalen Eingriff endet, oder aber mit einer sehr thrombosefördernden Spätgestose zu Ende geht. Wir wollen uns vor Augen halten, dass auch die gut und lege artis behandelten tiefen Bein- u. Beckenvenenthrombosen in über 80⁰/o der Fälle nur eine Defektheilung ergeben und fliessend innert Jahren in das postthrombotische Syndrom übergehen. (Das PTS manifestiert sich durch indurierte, persistierende schmerzhafte Oedeme der Beine, sehr oft durch schwerheilende Ulcera cruris mit durch Hämosiderineinlagerung bräunlich verfärbten Randpartien. Eine schwere Varicosis gehört fast obligatorisch dazu.) Besonders mit dem Hinweis auf die schweren kosmetischen Folgen gelingt es oft junge Patientinnen der Prophylaxe zugänglicher zu machen. Gerade solche kosmetische Spätschäden können nach 2—3 Geburten gepflegte Frauen psychisch stark belasten. Die Schwangerschaft stellt aber ganz spezielle Anforderungen an eine umfassende Prophylaxe venöser Krankheitsbilder. In erster Linie die hormonal bedingte Auflockerung der Gewebe, später in geringerem Masse auch der erhöhte intraabdominale Druck im kleinen Becken neben der beträchtlichen Gewichtszunahme in kurzer Zeitspanne, strapazieren das venöse System der unteren Extremitäten während der Gravidität. Dazu kommt der immens gesteigerte Blutbedarf des gravid vergrösserten Uterus der zur Ueberfüllung des Beckenvenenplexus und damit zur direkten Behinderung des venösen Abflusses aus den unteren Extremitäten führt. Besonders die Varizenbildung wird durch diese Faktoren begünstigt.

Bei der schwangeren Frau muss aber gefordert werden, dass die Prophylaxe für Mutter und Kind absolut ungefährlich sei. Damit verbieten sich während der ganzen Gravidität alle medikamentösen Eingriffe ins Gerinnungssystem. Nur lebensbedrohliche thromboembolische Komplikationen, wie tiefe Bein- u. Beckenvenenthrombosen oder embolische Schübe rechtfertigen natürlich therapeutisch anticoagulierende Massnahmen, wobei dann bewusst auch eine eventuelle Schädigung der Frucht in Kauf genommen werden muss.

Die Prophylaxe:

Die Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen und besonders auch der Schwangerschaftsvaricosis ohne Anticoagulation besteht in der Hauptsache aus folgenden Massnahmen:

- Verbesserung des venösen Rückflusses
- Gewichtsbeschränkung durch Diät
- Intern-Medizinische Betreuung
- Vegetative Stabilisierung

Mit den Massnahmen wird begonnen, sobald die Venen herausstehen und oder Oedeme auftreten. Dabei muss sich aber der Arzt wirklich die Mühe nehmen auch diskret neu

auftretende Varizen im Magna- u. Parvagebiet zu eruieren, wie auch beginnende Oedeme mit Daumendruck über der Tibiakante nachzuweisen. Nicht selten kann man mit den anamnestischen Angaben der Patientin, die Beine beginnen zu schmerzen und werden schwerer, zusammen mit dem Auftreten neuer Varizenstränge und diskreter praetibialer Oedeme die Diagnose «Gravidität» fast gleichzeitig wie mit dem Schwangerschaftstest oder der gynäkologischen Untersuchung stellen. Man muss also meist mit der vorbeugenden Behandlung schon im ersten Trimenon beginnen. Nach Literaturangaben treten 70% der Varizen und Oedeme schon im ersten Trimester auf. Kennzeichnend für eine Schwangerschaft sind auch die blau-violetten Felder, die aus einer Unzahl feinsten subcutanen und manchmal selbst intracutaner venöser Kapillaren bestehen. Diese teleangiectatischen Flecken der Besenreiservarizen verschwinden nach der Entbindung meist spontan, haben aber die Tendenz bei jeder weiteren Schwangerschaft in vermehrter Masse wieder aufzutreten. Die varicösen Erweiterungen der Saphenastränge und noch mehr die mehr- oder weniger entwickelten sackartigen Erweiterungen erscheinen und erweitern sich vor allem im 3.—8. Monat. Sie treten besonders bei Schwangeren auf, die bereits vor der Schwangerschaft eine mehr oder weniger ausgesprochene Klappeninsuffizienz der Vena saphena aufwiesen. Die Schwangerschaft wirkt hier als Peitschenschlag, der die Entwicklung in beträchtlicher Weise beschleunigt. Zur Verbesserung des venösen Rückflusses stehen am Anfang der Gravidität an erster Stelle gymnastische Uebungen und physikalische Anwendung. Hochlagern der Beine, Turnübungen, besonders das sogenannte Velofahren morgens auf dem Rücken liegend, verbessern den venösen Rückfluss ganz eindeutig. Dazu kommen abends Wechselfussbäder mit nachfolgender leichter Entleerungsmassage. Möglichst frühzeitig soll die Kompression durch Gummistrumpf oder Bänderage beginnen. Bei stark oedematösen Beinen wird der Gummistrumpf oft nicht mehr genügen und es muss mit zwei Binden pro Bein ein fester Kompressionsverband angelegt werden (hier verweise ich auf das ausgezeichnete Buch von Karl Sigg — Beinleiden, Entstehung und Behandlung, erschienen im Springer Verlag 1967).

Ebenfalls so früh als möglich sollte auf die Gewichtsbeschränkung hingewirkt werden. Die Ernährung muss fettkohlehydrat- u. einigermassen salzarm sein, dagegen reich an Eiweissen, Vitaminen und Spurelementen. Meist gelingt es damit die Gewichtszunahme auf 8-10 kg zu beschränken und den Elektrolythaushalt in Ordnung zu halten. Wir geben zu Beginn der Schwangerschaft unseren jungen werdenden Müttern anstelle komplizierter Diätvorschriften meist folgenden Rat: Essen sie Gemüse, Früchte, Salate und mageres Fleisch ad libitum, nehmen sie wenig Brot, Teigwaren, Kartoffeln, Reis. Ergänzen sie durch Pastmilch und Käse und meiden sie möglichst während der ganzen Dauer der Gravidität reine Fette und Süßigkeiten.

Zur internmedizinischen Betreuung durch den Arzt zählen wir die selbstverständliche Ueberwachung oder Sanierung von Blutdruck, Hb, Urin, eventuellen Eiweiss und Elektrolytstörungen. Medikamentös unterstützen dabei Diuretica, in bescheidenem Mass gegeben, die Entstauung. Rosskastanienextrakte und Rutinabkömmlinge normalisieren wohl die Gefässpermeabilität, werden aber unserer Ansicht nach in den Reklameanpreisungen überwertet. Subjektiv beeinflussen diese Medikamente aber die häufigen Venenschmerzen und besonders auch die lästigen nächtlichen Wadenkrämpfe und Brachialgien günstig. Deshalb haben sie sicher als Zusatzmedikation ihre Berechtigung.

Auch der vegetativen Stabilisierung der Schwangeren muss Beachtung geschenkt werden. Gymnastik, spezielle Vorbereitungskurse, sowie die monatliche ärztliche Kontrolle, wobei Fragen, Aengste und Nöte besprochen und geklärt

werden, geben den Frauen den nötigen seelischen Halt, um der Niederkunft ohne allzugrosse Sorgen entgegenzusehen.

Die Therapie:

Während der Gravidität kommen hauptsächlich in Frage: Die Varizenverödung (wenn indiziert)

Kleine operative Eingriffe an den Venen in Lokalanästhesie (selten)

Stichinzision bei oberflächlicher Thrombose

Anticoagulantien bei tiefer Thrombose und Embolie.

Zur Frage der Sklerosierung während der Gravidität: Man darf, aber man muss nicht sklerosieren während der Gravidität. Um jeden teratogenen Effekt auszuschliessen, sollte man vor der 16. SSW. mit der Indikationsstellung zurückhaltend sein. Die einschlägigen Verödungsmittel sind wohl hinreichend bekannt und erprobt. Weniger erforscht und geprüft im Hinblick auf Keimschädigungen sind aber deren Lösungsmittel.

Bis jetzt sind in der Literatur jedoch noch keine kindlichen Schädigungen infolge von Varizenverödungen bekannt geworden. Man kann bis zum Termin veröden, wird aber in den letzten 4 Wochen, wenn keine dringende Indikation besteht, davon Abstand nehmen, um die Hochschwangere nicht zusätzlich zu belasten. Ein vorzeitiger Blasensprung kann Bettruhe erfordern und die Geburt erfolgt vielleicht vor dem errechneten Termin. Bettruhe und partale Thromboplastineinschwemmung bedeuten aber zusammen mit der artifiziiell gesetzten Phlebitis, sicher ein erhöhtes Thromboembolierisiko.

Indikationen zur Verödung während der Gravidität sind vor allem Schmerzen, rezidivierende kleine Phlebitiden und ungünstige Lokalisation der Varizen, wenn sie z. B. beim Sitzen stören. Bei Graviden handelt es sich meistens um junge Frauen, bei denen der kosmetische Effekt von grosser Bedeutung ist. Mit der Verödung aus kosmetischen Gründen sei man deshalb während der Gravidität vorsichtig. Oft ist das Resultat unbefriedigend, es muss vielfach 3-4 Monate nach der Geburt weiter gespritzt werden. Wartet man ab, ergibt sich der Vorteil dass nicht einfach erweiterte, aber suffiziente Venen, die sich von selbst zurückbilden, können abgespritzt werden.

Wenn wir sklerosieren, halten wir uns ganz an die bewährte Technik von Sigg. (Siehe sein Buch — Beinleiden). Anstelle der auf die Stichstelle gepressten Tupfer verwenden wir bei längeren Venenabschnitten gerne gerollte Gazestreifen, die mit einigen Touren Elastoplast fixiert, auf der ganzen Länge ideal komprimieren. Inzisionen werden so weniger oft nötig, es treten viel weniger Schmerzen auf, und das kosmetische Resultat wird besser.

Besenreiser sollten während der Gravidität möglichst nicht verödet werden. Ihre Entstehung ist besonders hormonabhängig. Sie verschwinden oft vollständig einige Wochen post partum, spätestens nach dem Abstillen oder der ersten Periode. Die schmerzhaften Besenreiser werden während der Gravidität mit Heparin-Salbe u. Rutinpräparaten behandelt. Vulvarvarizen bilden sich nach der Geburt regelmässig erstaunlich rasch und vollständig zurück. In bezug auf eine notwendige Episiotomie muss keine Rücksicht genommen werden. Man darf den Dammschnitt ruhig durch ein Venenkonvolut legen und hat dabei weder mit der Naht noch mit der Heilung je Schwierigkeiten. Vulvarvarizen können aber für die Schwangere ausserordentlich störend und schmerzhaft sein. In diesem Falle zögere man nicht, die Verödung in üblicher Weise durchzuführen. Die notwendige Kompression nach den Injektionen erreicht man durch einzelne Porelaststreifen, die aber aus hygienischen Gründen nach kurzer Zeit entfernt werden müssen. Das intravasale

Haematom ist nach Verödung von Vulvavarizen mangels genügender Kompression sehr häufig. Es wird in üblicher Weise durch Stichinzision enleert.

Nicht selten klagt die Schwangere über blutende oder thrombosierte sehr schmerzhaft, nach aussen prolabierte Hämorrhoidalknoten. Nach Stichinzision, die ohne Lokalanästhesie gemacht wird, lassen sich Blutcoagula ausdrücken, womit sehr schnelle Schmerzbefreiung erzielt wird. Prednisolonhaltige Suppositorien und Salben bessern den Zustand meist soweit, dass mit der Verödung oder Operation, wenn diese überhaupt noch notwendig ist, bis nach der Geburt zugewartet werden kann.

Für grössere operative Eingriffe am Venensystem besteht während der Gravidität meistens keine Indikation. Unauffällige Narben und eine genügende Radikalität lassen sich nur schwer erreichen. Richtig sind einzelne Ligaturen, auch Exzisionen von ungünstig gelegenen schmerzhaften Venenkonvoluten in Kniekehle, Leistenbeuge und an der Vulva. Bei schon bestehender schwerer Varicosis hätte eigentlich vorher operiert werden können und sollen. Bei neuauftretenden Varizen in der Gravidität lohnt es sich abzuwarten, wie weitgehend diese nach der Geburt von selbst zurückgehen. Die allgemein gültigen Gegenindikationen: Bettlägerigkeit, allgemeine Infektionen und Lokalinfekte am Bein, besonders natürliche Obdurations der tiefen Venen, müssen auch während der Gravidität beachtet werden. Grundsätzlich dürfen Schwangerschaftsvarizen sklerosiert und operiert werden, ohne direkte Gefahr für Mutter und Kind. Die Indikation soll aber streng und sorgfältig gestellt werden. Beginnen wir nach dem Abstillen u. nach der ersten Menstruation post partum mit der aktiven Varizentherapie, erleichtern wir uns die Indikationsstellung in bezug auf Sklerosierung und Operation und es sind bessere kosmetische Resultate bei weniger Rezidiven zu erwarten.

Bei der Therapie der Phlebothrombosen in der Gravidität muss die oberflächliche Thrombose streng von der tiefen Thrombose abgegrenzt werden. Die oberflächliche Thrombose, fälschlicherweise auch Thrombophlebitis genannt, wegen den perivaskulären Begleiterscheinungen, ist ungefährlich, führt praktisch nie zur Embolie und kann durch geeignete Therapie in kurzer Zeit gänzlich geheilt werden, ohne dass Spätschäden zu erwarten sind. Dagegen handelt es sich bei der tiefen Beinvenenthrombose immer um eine sehr ernste, ja lebensgefährliche Erkrankung der schwangeren Frau, die jederzeit embolische Schübe auslösen kann. Die

Therapie ist schwierig, nicht ungefährlich für Mutter und Kind und führt doch meist nur zur Defektheilung. Alle Thrombosen, sowohl oberflächliche als tiefe, gehören aber sofort in ärztliche Behandlung.

Die oberflächliche Thrombose oder Varicothrombose, ist gut sichtbar und spürbar. Man findet einen harten meist roten, sehr schmerzhaften Varizenstrang. Es können auch leichte Temperaturen auftreten. Die Behandlung besteht in der Inzision der Thrombose, der sogenannten Phlebotomie. Es wird mit einem spitzen Skalpell an einer oder mehreren Stellen in die thrombotische Vene eingestochen. Die thrombosierte Blutmasse lässt sich ausdrücken und aus den Inzisionsöffnungen entleeren. Wichtig ist, dass sofort nach der Entleerung die Inzisionsstellen mit einem sterilen Tupfer bedeckt und das Bein straff eingebunden wird. Auf keinen Fall darf die Patientin ins Bett gelegt werden. Bettruhe verlangsamt den venösen Rückfluss und begünstigt so das Fortschreiten der Thrombose in die Tiefe. Medikamentös unterstützen Butazolidin-Suppositorien, die antipyretisch, analgetisch und antiphlogistisch wirken, die Behandlung.

Schwangere mit tiefer Beinvenenthrombose gehören in den allermeisten Fällen in Spitalbehandlung. Die drohende Emboliegefahr (rund 50% der tiefen Schwangerschaftsthrombosen führen zu Embolien), die zu erwartenden Spätschäden, rechtfertigen, ja fordern eine Behandlung mit Gerinnungshemmenden Substanzen. Als Medikamente kommen in erster Linie Alphaheparin, Streptokinase und Plasmin in Frage. Diese Substanzen scheinen die Placenta nicht frei zu passieren und es sind deshalb keine kindlichen Schädigungen zu erwarten. Dagegen konnte bei Cumarinen die Placentapassage ohne erhebliche Konzentrationsreduktion nachgewiesen werden, weshalb diese Medikamente zur Thrombosebehandlung während der Schwangerschaft kontraindiziert sind.

Schlussbemerkungen

Ohne vorbeugende Massnahmen bedrohen Thrombose und Embolie unsere werdenden Mütter während der Schwangerschaft, besonders aber im Wochenbett. Nach durchgemachten Thrombosen belasten irreversible Spätschäden und unaesthetische kosmetische Folgen die jungen Frauen noch jahrelang nach der Geburt. Es ist deshalb eine wertvolle Aufgabe der Hebammen, die Schwangeren richtig zu beraten und im Zweifelsfalle unklare Fälle sofort ärztlicher Behandlung zuzuführen, zum Wohle von Mutter und Kind.

BITTE an die Sektionspräsidentinnen

Auch dieses Jahr bittet die Kassierin der Schweizer-Hebamme alle Sektions-Präsidentinnen dringend um die Mitglierlisten. Wie Sie alle wissen, müssen im Februar die Nachnahmen für das Abonnement der Zeitung versandt werden und Fräulein Maria Schär, Hebamme in 3322 Schönbühl (Be) benötigt die Listen zur Bereinigung ihrer Karthothek.

Bitte, denken Sie daran.

Doch es wird nicht dunkel bleiben über denen, die In Angst sind.

Jesaia 8, 23

Es ist doch seltsam, dass die Angst eine so grosse Rolle in der Welt spielt. Woher stammt eigentlich die Angst? Die Bibel gibt darüber Auskunft. Sie erzählt uns von dem ersten Menschenpaar Adam und Eva. Sie übertraten eines Tages das Gebot Gottes und assen von der verbotenen Frucht. Als am Abend dieses Tages Gott durch das Paradies ging, versteckten sie sich. Aber Gottes Ruf holte sie aus ihrem Versteck. Und da sagte Adam-hier kommt zum erstenmal in der Bibel die Furcht vor—: «Ich hörte deine Stimme und fürchtete mich». Da ist aufgedeckt, warum der Mensch immer Angst mit sich herumträgt: Sein

Verhältnis zur Quelle alles Lebens und aller Freude, zu Gott, ist zerrüttet. Weil der Mensch keinen Frieden hat mit Gott, darum muss er immer Furcht haben.

So sagt die Bibel. Aber sie sagt noch mehr. Sie gibt uns nicht nur Klarheit über unsern Zustand, sondern sie zeigt auch die Hilfe: «Es wird nicht dunkel bleiben über denen, die in Angst sind». Da ist von Jesus Christus die Rede, vom Heiland. Dieser Jesus schenkt denen, die an Ihn glauben, Frieden mit Gott durch Vergebung der Sünden. Er, der unsere Schuld an das Kreuz trug, bringt das zerrüttete Verhältnis zum lebendigen Gott in Ordnung. Frieden mit Gott! Da hat die Furcht keinen Raum mehr in unsern Herzen. Da muss sie weichen!

Aus: Wilhelm Busch: «Andachten»