

Wundheilungsstörungen am Damm – vermeiden, erkennen, behandeln

Sven Hildebrandt

Verletzungen des Dammes gehören zu den häufigsten geburtshilflichen Komplikationen, sind oft harmlos und heilen meist gut und ohne Folgen für die Frau ab. Dennoch führen sie auch immer wieder zu nachhaltigen Einschränkungen der Funktion und der Wahrnehmung des Beckenbodens. Deshalb sollte selbst jede kleine Verletzung dieser so sensiblen und wichtigen Körperregion der Frau vermieden werden. Das gelingt jedoch auch bei umsichtiger Geburtshilfe nicht immer. Insofern ist es wichtig, Beschädigungen des Dammes gewissenhaft zu versorgen und eine optimale Wundheilung zu unterstützen.

Hintergrund

Jede Rissverletzung ist Folge einer Diskrepanz zwischen den auf das Gewebe wirkenden Kräften und der Stabilität der Gewebestrukturen. Dieser einfache Grundsatz gilt für den Damm wegen der biophysikalischen Belastungen im Rahmen des Geburtsprozesses in besonders hohem Maße. Daraus lassen sich die Prinzipien zur Vermeidung von **Geburtsverletzungen** leicht ableiten: Reduktion der geburtsmechanischen Belastung und Förderung der Gewebestabilität.

Der letztgenannte Faktor ist nur schwer zu beeinflussen, denn die bindegewebigen Eigenschaften des Beckenbodens sind konstitutionell weitgehend festgelegt. Zwar ist es bis zu einem gewissen Grad möglich, die Elastizität und Belastbarkeit des Dammes zu verbessern, die grundsätzliche Konstitution der Gebärenden hinsichtlich ihrer Gewebestabilität ist jedoch kaum veränderbar.

Zusätzliche Belastungen vermeiden

Wichtiger als die Verbesserung der bindegewebigen Eigenschaften des Perineums ist jedoch die **Reduktion der auf den Beckenboden wirkenden geburtsmechanischen Kräfte**. Hierfür gibt es sehr verschiedene Ansätze, die teils in der Schwangerenbetreuung, teils in der praktischen Geburtsbegleitung verankert sind:

- **Vermeidung einer kindlichen Makrosomie:** Das heutige Screening auf Gestationsdiabetes steht in der Kritik, weil es viel zu spät und mit unzureichender Zielsetzung angewendet wird. Notwendig ist eine – idealerweise präkonzeptionell, spätestens zu Beginn

der Schwangerschaft einsetzende – umfassende Beratung zu Ernährung, Bewegung und Stressmanagement. Denn jeder dieser drei Faktoren wirkt sich maßgeblich auf das zu erwartende Geburtsgewicht des Kindes aus. Auch sollte die Insulinresistenz als Hauptrisikofaktor einer Makrosomie stärker in den diagnostischen Fokus genommen werden.

- **Vermeidung uteriner Druckwirkung auf den Beckenboden:** Dazu gehören alle Maßnahmen zur Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften (Reproduktionsmedizin) und Polyhydramnie (Gestationsdiabetes: s. o.).
- **Vermeidung von Eingriffen in die Geburtsdynamik:** Jede Wehenstimulation sollte – aus mehreren Gründen – kritisch hinterfragt werden. Ebenso gehören alle Interventionen, die eine vaginal-operative Geburtsbeendigung provozieren könnten, zu den Risikofaktoren für Dammverletzungen. Aber auch die Technik der vaginal-operativen Geburtsbeendigung selbst ist ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung starker Kraftwirkungen auf den Damm. Beispielsweise ist nicht nachvollziehbar, warum Vakuumextraktionen nach wie vor in der geburtsmechanisch problematischen Rückenlage durchgeführt werden, wo doch der Eingriff elegant und weniger belastend auch im Vierfüßlerstand erfolgen könnte.
- **Abschaffung des Kristeller-Manövers:** Diese Intervention ist nach wie vor in erschreckend hohem Maße in Geburtseinrichtungen verbreitet, obwohl sie wissenschaftlich als obsolet gilt: Es ist kein Nutzen erkennbar [5]. Dagegen steigt bei Anwendung des Manövers die Rate schwerer Geburtsverletzungen signifikant [9]. Abgesehen davon, kann die

unsachgemäße Anwendung der Intervention von den Frauen als gewalttätig und traumatisierend erlebt werden [6].

- **Förderung der Gebärbewegung:** Ein ganz entscheidender Präventionsfaktor zur Vermeidung von Dammverletzungen ist die Sicherstellung der Beweglichkeit im Becken während des gesamten Geburtsprozesses. Jede Bewegungseinschränkung, sei es durch eine Periduralanästhesie oder die ungünstige Lagerung der Gebärenden, stört die Harmonie des kindlichen Durchtritts und belastet die Gewebe. Die ungünstigste Position ist dabei die Rückenlage, weil sie das Becken durch Hineinschieben des Kreuzbeins in den Geburtsweg verengt, weil sie die Beweglichkeit des Beckens blockiert und weil sie gemeinsam mit der tiefen Hocke die stärkste Druckwirkung auf den Beckenboden provoziert. Günstig dagegen sind alle aufrechten Haltungen wie die von den anderen Primaten inspirierte „Hirtenposition“ (die Gebärende kniet auf einem Bein, das andere ist angestellt), die ein anmutiges Beckenkreisen beim Durchtritt des Kindes erlauben.
- **Reduktion von Periduralanästhesien (PDA):** Die logische Schlussfolgerung dieser Überlegungen ist die Reduktion von Periduralanästhesien (PDA), weil trotz der Forderung nach einer „Walking-PDA“ bei vielen Frauen die Beweglichkeit des Beckens eingeschränkt wird und weil der nachweisliche Effekt auf die Wehendynamik oft eine Oxytocingabe provoziert.

Entlastung des Beckenbodens

Ebenso wichtig wie die Vermeidung von zusätzlichen Belastungen, ist die Entlastung des Beckenbodens gegenüber den unvermeidlichen Druckwirkungen im Rahmen des Geburtsprozesses. Dies kann gelingen durch:

- **Schulung der Wahrnehmung des Beckenbodens** bereits in der Schwangerschaft oder idealerweise präkonzeptionell.
- **Durchtrittskontrolle durch die Gebärende:** Auch hier ist die Hirtenposition besonders gut geeignet, weil die Frau die Hände frei hat und die Durchtrittskraft somit selbst regulieren kann.
- **Dammschutz:** Die Durchtrittskontrolle erfolgt hier durch die Hebamme – was durch die Fremdwahrnehmung natürlich längst nicht so effektiv ist wie die Empfindung der Frau. Zusätzlich wird das Dammgewebe gestützt und die Beugung des Köpfchens gefördert. Das Konzept des Dammschutzes ist konzipiert für Geburten in der (ungünstigen) Rücken- oder Seitenlage. Es gibt sowohl Studien, die auf Vorteile des Dammschutzes verweisen [8][7][2], als auch Literatur, die auf keinen eindeutigen protektiven Effekt zur Vermeidung höhergradiger Dammverletzungen nicht hinweist [1]. Auch für andere Techniken (z. B. Dammschutz mit Specula, modifiziertes Beckenkreisen) ist die Studienlage uneindeutig.

Insgesamt liegen keine allgemeingültigen Empfehlungen für oder gegen Dammschutzmaßnahmen vor [1].

- **Wassergeburt:** Eine Wassergeburt scheint sich insgesamt positiv auf die Geburtsdynamik und damit auf die Belastung des Beckenbodens auszuwirken, obwohl es hierfür noch keine ausreichende Datenlage gibt.
- **Vermeidung von Episiotomien:** Die Episiotomie galt lange Zeit als geeignete Maßnahme, um höhergradige Geburtsverletzungen zu vermeiden. Für diese Anschauung gibt es heute keinerlei Evidenz. Einzige Indikation für eine Episiotomie ist die notwendige Verkürzung der Geburtsdauer bei intrauteriner Not: Das Kind muss dringend geboren werden, aber ein zu straffer Damm blockiert den notwendigen Durchtritt des kindlichen Köpfchens. Ziel sollte eine Episiotomierate unter 1 % sein!

Zum Weiterlesen

Mehr Informationen hierzu finden Sie unter: Garten D. Hochgradige Dammverletzungen evidenzbasiert reduzieren – OASI Care Bundle Project. •Die Hebamme 2019; 32 (04): 51–56.

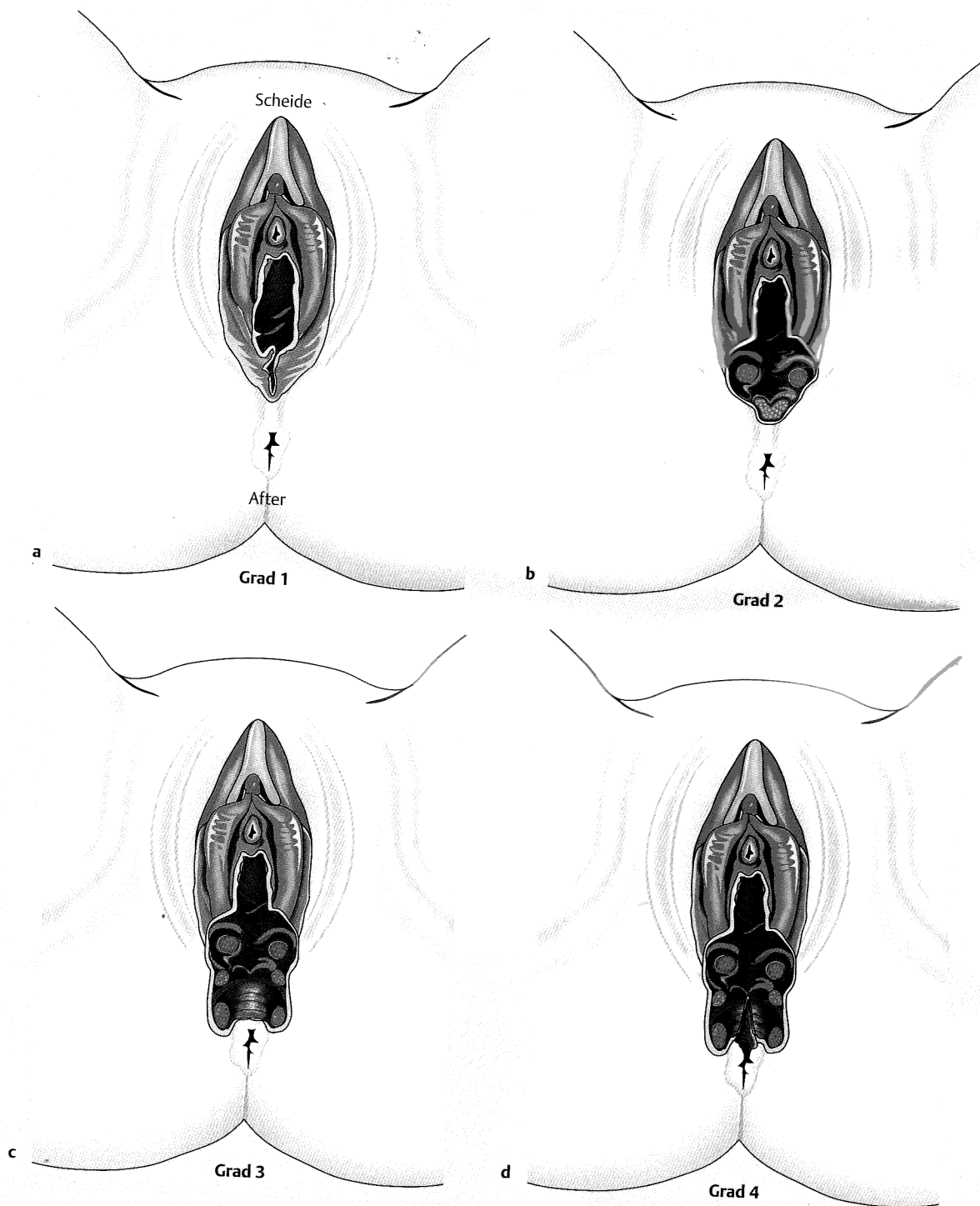
Einteilung und Epidemiologie der spontanen Dammverletzungen

Spontane Geburtsverletzungen gehören leider zum geburtshilflichen Alltag und sind oft nicht vermeidbar. Wir unterscheiden die in ►Tab. 1 dargestellten Verletzungen.

Nahtversorgung als wichtigster Präventionsfaktor für Wundheilungsstörungen

Die Frage, ob, wann und wie man Geburtsverletzungen versorgen sollte, ist immer wieder Gegenstand von Diskussionen in Fachkreisen. Aus der Datenlage lassen sich jedoch eindeutige evidenzbasierte Empfehlungen ableiten [4]. Für die Abwägung pro und contra Naht, stehen drei Aspekte im Vordergrund:

1. **Kosmetisches Ergebnis:** Es darf unser Anspruch sein, dass sich die Frau nach der Geburt im kosmetischen Sinne recht bald wieder wohl und schön fühlt. Geburten sollten möglichst wenige bleibende Spuren hinterlassen.
2. **Funktionelles Ergebnis:** Insbesondere die muskulären Strukturen des Beckenbodens müssen nach der Geburt wieder vollständig intakt sein. Einblutungen, Fehlsparungen oder Funktionsverlust (Schließmuskel, Urethra) sind dringend zu vermeiden!
3. **Schmerzerleben:** Weder bei der Wundversorgung selbst noch in den Stunden und Tagen danach sollte die Frau Schmerzen haben. Auch langfristige



► Abb. 1 Dammrisse Grad 1 bis 4. (Illustration: Thieme Gruppe)

Schmerzen und Einschränkungen des sexuellen Erlebens müssen verhindert werden.

Wenn wir diese drei Kriterien zum Maßstab unseres Handelns erklären, können wir folgende Regeln aufstellen:

- Ein **Dammriss ersten Grades** sollte vor allem dann versorgt werden, wenn er blutet oder wenn eine Spontanheilung das kosmetische Ergebnis gefährdet. Ansonsten gibt es nahezu keine Unterschiede

hinsichtlich Schmerzerleben, Wundkomplikationen und Sexualität, wenn auf eine Naht verzichtet wird. Voraussetzung ist allerdings eine korrekte Diagnose: Gerade bei niedriggradigen Dammrissen kommt es immer wieder zu einem „Downgrading“. Das heißt: Trotz Muskelverletzung wird der Riss dem Grad 1 zugeordnet. Aus diesem Grunde sollte der Verzicht auf eine Wundversorgung wirklich nur auf eindeutig oberflächliche Risse beschränkt bleiben.

► Tab. 1 Einteilung spontaner Geburtsverletzungen

Verletzungsart / Einteilung	Definition
Dammrisse (DR): Die Verletzung des Dammgewebes wird in 4 Grade unterteilt:	
Grad 1 (DR I°)	Betrifft den Scheideneingang und vorderen Damm einschließlich Frenulum; die Beckenbodenmuskulatur ist unverletzt. Oft werden Dammrisse unterbewertet, weil das letztgenannte Kriterium nicht beachtet wurde.
Grad 2 (DR II°)	Verletzung der Muskulatur; der M. sphincter ani ext. ist unverletzt.
Grad 3 (DR III°)	Der Sphinkter ist verletzt, die Analschleimhaut ist intakt. Auch nur ein angerissener Schließmuskel zählt als Grad 3. Hilfreich ist hier die Unterteilung in Grad 3a (weniger als 50 %), 3b (mehr als 50 %) und 3c (vollständig gerissen).
Grad 4 (DR IV°)	Völlige Durchtrennung bis zum Anus.
Labienriss	Verletzung im Bereich der inneren (selten der äußeren) Schamlippen. Besonders problematische Lokalisationen sind: klitorisnaher Riss (Blutung, Schmerz), urethranaher Riss (Gefahr des Verschlusses der Urethra beim Nähen), Durchriss der inneren Labie (anspruchsvolle Naht).
Scheidenriss	Verletzung der Scheide. Besonders problematisch: hoher (oder besser hinterer) Scheidenriss (reicht ins hintere Scheidengewölbe), tiefer Scheidenriss (Gefahr von Verletzung der Nachbarorgane), Kolporhexis (ringförmiger Abriss der Scheide von der Portio)
Zervixriss	Verletzung der Portio (relativ häufig und meist unproblematisch, muss i. d. R. nicht versorgt werden); problematisch ist ein Zervixriss in der Nähe der A. uterina (bei 3 und 9 Uhr) mit starken, u. U. sogar lebensbedrohlichen Blutungen.

- Jede Verletzung der Damm-Muskulatur (Episiotomie, Dammriss zweiten Grades) sollte unbedingt versorgt werden. Hier sind die genannten Prinzipien besonders wichtig: Vermeidung von Hämatomen, Wiederherstellung der muskulären Stabilität, Vermeidung von Fehlspannungen, gutes kosmetisches Ergebnis, Vermeidung von Schmerzen und Störungen des sexuellen Erlebens.
- Die Naht **höhergradiger Dammrisse** mit Verletzung des Schließmuskels oder gar des Anus liegt eindeutig außerhalb des Kompetenzbereiches der Hebamme und ist sogar Facharzt-Standard. Wenn der Darm einbezogen ist, sollte ein Chirurg hinzugezogen werden.
- Ein **Zervixriss** muss nur bei einer Blutung versorgt werden. Die Naht selbst ist ärztliche Aufgabe. Das Auffinden und Abklemmen der Blutungsquelle gehört jedoch insbesondere bei starken, u. U. lebensbedrohlichen Blutungen definitiv in den Aufgabenbereich der Hebamme, sofern bei einer Blutung keine Ärztin anwesend ist.
- Auch **andere spezielle Geburtsverletzungen** müssen aus verschiedenen Gründen sorgfältig behandelt werden: urethranaher Risse (Gefahr des Harnverhalts), Klitoris-Riss (Blutung), Durchriss der inneren Labie (Kosmetik), Scheidenrisse (Hämatombildung).

- die Frau hat nach Abschluss der Naht dann wirklich alles Unangenehme hinter sich

Es gibt Hebammen, die dieser Anschauung widersprechen und eine Wundversorgung am Folgetag bevorzugen, eben weil dann die Verletzung abgeschwollen sei. Die genannten Argumente dürften jedoch schwerer wiegen und eindeutig für eine zeitnahe Versorgung sprechen.

Kriterien für die Wundversorgung

Die Technik der Wundversorgung ist entscheidend für das funktionelle und kosmetische Ergebnis – und für den Erfolg der Wundheilung. Hierfür gelten folgende Prinzipien:

- **Keine Selbstüberschätzung:** Die geburtshilfliche Wundversorgung ist eine anspruchsvolle Aufgabe mit nachhaltiger Bedeutung für das Erleben und die Gesundheit der Frau und muss daher ausgesprochen ernst genommen werden. Deshalb sollten Hebammenstudentinnen bereits im Studium die Technik erlernen und, so oft es geht, hospitieren, dann unter guter Anleitung spätestens als junge Hebamme immer weiter ihr Können verfestigen. Analog wäre es wichtig, dass alle bereits examinierten Hebammen die geburtshilfliche Wundversorgung fest in ihr Handlungsrepertoire aufnehmen. Dennoch darf sich niemand Nähte zutrauen, die zu anspruchsvoll sind. Wichtig ist, dass eine naht-erfahrene Hebamme und idealerweise ein wohlgesonnener Arzt bzw. Ärztin zur Seite stehen, die Rat, Unterstützung und Unterweisung geben kann bzw. können. Auch wenn während der Naht klar wird, dass die Verletzung schwerer ist als ursprünglich angenommen, sollte sich niemand

Merke

Wundversorgung sollte möglichst zeitnah erfolgen.

Es sprechen drei Gründe:

- Vermeidung der Kontamination der Wunde mit Umgebungskkei-
- Vermeidung der Wundschwellung erlaubt

scheuen, die Versorgung abubrechen und kompetentere Hilfe einzubeziehen.

- **Optimale Arbeitsbedingungen:** Für eine sichere Wundversorgung sind gute Rahmenbedingungen von großer Bedeutung. Wir brauchen eine möglichst entspannte Frau, die bequem und warm liegt und Vertrauen in unser Handeln hat. Es empfiehlt sich, das Kind während der Naht anzulegen: Es gibt keine bessere Ablenkung – und das bei der Mamillenstimulation ausgeschüttete Oxytocin ist ein hoch potentes Schmerzmittel. Unbedingt sollte der Geburtsraum vor Beginn der Naht gelüftet werden. Ebenso wichtig ist eine bequeme Arbeitsposition für die Hebamme. Das ist im außerklinischen Setting oft nicht leicht zu realisieren und benötigt – gerade in häuslicher Umgebung – viel Kreativität, hat aber große Bedeutung. Zu den Grundvoraussetzungen für eine optimale Wundversorgung gehört das Licht: Selbst in der Klinik ist die Ausleuchtung des „Operationsgebietes“ oft nicht ausreichend. Bewährt hat sich eine simple Stirnlampe, die das Blickfeld genau in Blickrichtung erhellt.
- **Schmerzfreiheit:** Die Verhinderung von Schmerzen bei der Nahtversorgung ist ein ganz wesentlicher Teil der Prävention von Wundheilungsstörungen. Es geht also nicht nur darum, das momentane Erleben für die Frau erträglicher zu machen. Schmerzen beeinflussen das Immunsystem und damit direkt die spätere

Wundheilung. Eine gute Anästhesie bedeutet somit zugleich Komplikationsprophylaxe.

- **Hygiene:** Umgebungskeime sind ganz wesentliche Auslöser von Wundinfektionen insbesondere, wenn sie aus einer mikrobiologisch problematischen Umwelt stammen. Tatsächlich scheinen die Keime im häuslichen Umfeld deutlich seltener Wundheilungsstörungen auszulösen. Unabhängig vom Geburtsort sollten die Einhaltung hygienischer Grundregeln und das Arbeiten unter sterilen Kautelen selbstverständlicher Standard sein.

Kriterien für die Nahtversorgung

Auch bei der eigentlichen Nahtversorgung kann man viel tun, um spätere Probleme bei der Wundheilung zu vermeiden:

- **Darstellung und korrekte Versorgung des hinteren Wundpoles bei Scheidenrissen:** Gerade bei weit in die Vagina hineinreichenden Rissverletzungen ist es oft schwer, den hinteren Wundpol einzustellen und fachgerecht zu versorgen. Aber gerade dies ist eine absolut prioritäre Aufgabe, um Einblutungen in den paravaginalen Raum mit äußerst schmerzhaften Hämatomen zu verhindern. Der erste Stich muss 2–3 Millimeter hinter dem hinteren Wundpol platziert werden, um alle möglicherweise verletzten Gefäße sicher zu unterbinden.

MamBiotic®

Lactobacillus fermentum

Natürlich schmerzfrei Stillen

- ✓ Reduziert bakteriell bedingte Brustschmerzen
- ✓ Bei beginnenden Stillproblemen³
- ✓ Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien nachgewiesen^{1,2}

www.paedia.de



1. Fernandez et al. 2014, Beneficial Microbes; 5(2):169-83 2. Maldonado-Lobón et al. 2015, Breastfeed Med.;10(9):425-32

3. **MamBiotic®.** Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät) zum Diätmanagement bei Stillproblemen in Form von beginnenden Brustschmerzen, die mit einer erwünschten hohen Anzahl bestimmter Bakterien (Staphylokokken) in der Brustdrüse einhergehen (Vorstufe einer Brustdrüsenkrankung). Die bedarfsgerechte Versorgung mit Lactobacillus fermentum CECT 5716 verringert die Anzahl dieser Bakterien und kann zu einer Besserung von Brustschmerzen beitragen. **Zutaten:** Maltodextrin, Hydroxypropylmethylcellulose, Lactobacillus fermentum CECT 5716 (Milch) (Hereditum®), Stabilisator Magnesiumsalze der Speisefettsäuren, Farbstoff Titandioxid. **Wichtige Hinweise:** Nicht als einzige Nahrungsquelle geeignet. Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden. Stand: 03/2019. Biosearch S.A., Camino de Purchil 66, 18004 Granada, Spanien.



- **Keine durchgreifenden Nähte:** So verlockend es auch ist, beide Wundränder eines Scheidenrisses nacheinander ohne Umgreifen auf die Nadel aufzunehmen, sollte dies keinesfalls erfolgen! Das Risiko, dabei versehentlich die Darmmuskulatur oder gar die Mukosa zu erfassen, ist zu groß – mit der Gefahr einer Fistelbildung, die schwerste Einschränkungen für die Frau mit sich bringen kann.
- **Keine fortlaufenden Nähte:** Auch wenn dies vielerorts durchaus üblich ist, sollten fortlaufende Nähte insbesondere bei der Scheidennaht vermieden werden, weil eine funktionelle Verkürzung der Wundlänge beim Zusammenziehen der Fadenenden nicht ausgeschlossen werden kann. Die einzige Ausnahme hierfür ist die Intrakutannaht am Ende der Wundversorgung zur Adaptation der Haut im Dammbereich, weil hier keine Fadenspannung aufgebaut wird.
- **Reduktion der Knotenzahl im Bereich der Muskelnäht:** Die Adaptation der vernetzten Muskelschicht ist eine ganz entscheidende Phase der Wundversorgung. Hier muss mit möglichst wenigen, seitlich-tiefen Stichen ein möglichst optimales Aneinanderbringen der Muskelstränge erfolgen. Auch hier gilt: Keine durchgreifenden Nähte – der Darm liegt unmittelbar unter dem Wundgrund! Je mehr Stiche und je mehr Knoten, desto mehr Schmerzen wird die Frau in der Folgezeit haben.
- **Richtige Knotenspannung:** Auch beim Festziehen der Knoten muss die Balance gelingen, auf der einen Seite eine stabile Adaptation abzusichern, andererseits den Knoten nicht zu fest zu ziehen, um spätere Fehlspannungen und Schmerzen zu vermeiden.
- **Blutstillung:** Spritzende Gefäße müssen mit einer Ligatur oder durch Umstechung versorgt werden. Diffuse leichte Blutungen stellen dagegen kein Problem dar.
- **Sorgfältige Rekonstruktion bei unübersichtlichen Wunden:** Oft fällt die Orientierung bei mehrfachen und ineinander übergehenden Rissen nicht leicht. Gerade hier darf jedoch nicht irgendwie irgendwas zusammengenäht werden! Manchmal ist es hilfreich, sich an Pigmentgrenzen oder am Hymenalsaum zu orientieren. Man kann auch zunächst eine provisorische Haltenaht setzen – immer wieder wird dadurch wie durch ein Wunder die Wundsymmetrie klar.
- **Nichts einfach abschneiden:** Die Versuchung ist manchmal groß, „überflüssiges“ Gewebe einfach wegzuschneiden. Dies ist in aller Regel ein Fehler, denn diese Gewebereste beweisen, dass man die wirkliche Wundsymmetrie noch nicht endgültig durchschaut hat. Lediglich flach abgeschilferte Hautlappen, die sowieso nicht ausreichend durchblutet sind, können abgetragen werden. Der entstandene Defekt muss jedoch offen bleiben, um sekundär zu epithelialisieren. Eine Adaptation der Epithelien würde Spannungen aufbauen, die sich nachteilig auf das Ergebnis auswirken.

Schlusskontrolle

Am Ende der Wundversorgung müssen wir unser Werk sorgfältig und selbstkritisch begutachten. Im Zweifelsfall sollte jede falsche Naht korrigiert werden. Prinzipien der Schlusskontrolle sind:

- **Kosmetisches Ergebnis:** Ist die Vulva symmetrisch und kosmetisch korrekt wiederhergestellt? Der Anspruch, dass eine Geburt möglichst wenig Spuren bei der Frau hinterlassen soll, ist ein wichtiges Prinzip der Wundversorgung.
- **Funktionelles Ergebnis:** Gibt es Hinweise auf Fehlspannungen, Verengungen oder Dehiszenzen?
- **Blutungsfreiheit:** Minimale Sickerblutungen können mit fibrinhaltigen Schwämmchen tamponiert werden. Stärkere Blutungen dürfen aber nicht auftreten. Die Blutungsquelle muss gefunden und z. B. mit einer Z-Naht versorgt werden.
- **Rektale Untersuchung:** Bei jeder Naht, bei der der Wundgrund bei 6 Uhr, also über dem Darm liegt, muss – so unangenehm dies für die Frau auch ist – durch eine abschließende rektale Untersuchung eine versehentliche Verletzung des Darmes ausgeschlossen werden. Spürt man im Darm Fäden, muss die Wunde konsequent – idealerweise durch einen Facharzt – wieder eröffnet und neu versorgt werden.
- **Instrumente und Tupfer vollständig?** Generell dürfen keine Tupfer – auch nicht kurzfristig – in die Wunde eingelegt werden. Der Verbleib jedes Fremdmaterials hat fatale Folgen für die Wundheilung.

Hinweise für die Nachbetreuung

Nach Abschluss der Naht steht nun ein Prinzip im Vordergrund: **Die Wunde sollte in Ruhe gelassen werden!** Je weniger sich das Wundgebiet bewegt, je seltener es Scherbewegungen gibt, desto besser kann der Damm heilen. Deshalb müssen wir die Frau anleiten, nun wirklich liegen zu bleiben und das „Wochen-Bett“ ernst zu nehmen. Dieses Ruhegebot gilt auch für die Hebamme: Sofern die Frau keine Beschwerden angibt oder eine Nachschau nach komplizierten Nähten nicht zwingend notwendig ist, sollte die Wunde in den ersten drei Tagen nicht inspiert werden.

Auch andere Belastungen des Beckenbodens müssen dringend vermieden werden. Hierzu zählt vor allem die Bauchpresse – z. B. bei Obstipation. Deshalb sollte die Wöchnerin reichlich trinken und viel ballaststoffreiche Nahrung zu sich nehmen. Jedes schwere Heben und jedes ungünstige Aufstehen verbietet sich schon wegen des Ruhegebots.

Frühestens ab dem dritten Tag kann die Wunde inspiert und gepflegt werden. Weit verbreitet sind:

- Sitzbäder (z. B. Rezepturen mit Schafgarbe, Rosengeranie, Lavendel extra, Rose bulgarisch, Kamille blau,

Totes-Meer-Salz oder synthetischer Eichenrinde bzw. Kamille)

- Auftragen von Melaleuka-Öl
- Spülungen mit klarem Wasser

Für alle diese Interventionen, wie auch für den Sinn einer routinemäßigen Wundinspektion bei beschwerdefreien Frauen, gibt es keine Evidenzen. Das bedeutet: Wenn die Wöchnerin alles in Ruhe lassen möchte, ist das keinesfalls von Nachteil.

Wundheilungsstörungen

Jede Störung der Wundheilung äußert sich in Schmerzen, die bei der Nachsorge immer ernst genommen werden sollten. Folgende Komplikationen sind möglich:

- **Wunddehiszenz:** Keinesfalls sollte eine Sekundärnaht versucht werden. Diese würde mit größter Wahrscheinlichkeit ebenfalls instabil werden. Bei wirklich grober, weit klaffender Wunde, die eine problematische Sekundärheilung erwarten lässt, muss die Frau einem Facharzt vorgestellt werden. Die Sanierung erfolgt dann obligat unter operativen Bedingungen.
- **Schmerzen:** Auch hier ist die sorgfältige Inspektion der Wunde zum Ausschluss von Hämatomen notwendig. Einblutungen können massive und lang anhaltende Beschwerden verursachen, sodass bei ausgeprägten Befunden eine operative Ausräumung und Sanierung in Erwägung gezogen werden muss. Schmerzmittel der Wahl sind Paracetamol oder Ibuprofen.
- **Funktionsstörungen oder Blutungen:** Insbesondere jeder Harnverhalt, aber auch anhaltende Blutungen müssen abgeklärt werden. Auch das Auftreten von Wind-, Stuhl- oder Harninkontinenz sind Komplikationen, deren Ursache dringend fachärztlich untersucht werden sollte.

FAZIT

Die Versorgung geburtshilflicher Verletzungen ist eine wichtige Aufgabe der Hebamme mit nachhaltiger Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frau. Sie sollte ernst genommen, ständig geübt und technisch vervollkommen werden. Die Hebamme darf mit Kompetenz und Selbstvertrauen diesen interessanten und anspruchsvollen Teil ihres Berufsfeldes ausüben, sollte dabei jedoch immer ihre Grenzen kennen und ggf. Hilfe holen, wenn die Naht zu schwierig erscheint. Viele Hebammen nähern bereits mit Freude und großer Kompetenz. Dieser Trend sollte sowohl in der Ausbildung als auch in der Weiterbildung dringend gefördert werden!

Autorinnen / Autoren



Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt ist Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda – University of Applied Sciences. Darüber hinaus ist er Past-Präsident der Internationalen Gesellschaft für prä- und perinatale Psychologie und Medizin (ISPPM) und Präsident der Dresdner Akademie für individuelle Geburtsbegleitung (DAfiGb).

Korrespondenzadresse

Dr. med. Sven Hildebrandt
Grundstraße 174
01328 Dresden
E-Mail: info@dr-sven-hildebrandt.de

Literatur

- [1] Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
- [2] Basu M, Smith D, Edwards R. Can the incidence of obstetric anal sphincter injury be reduced? The STOMP experience. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2016; 202: 55–59
- [3] Bulchandani S, Watts E et al. Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2015; 122(9): 1157–1165, DOI: 10.1111/1471-0528.13431
- [4] Elharmeel SMA, Chaudhary Y et al. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 8. Art. No.: CD008534. DOI: 10.1002/14651858.CD008534.pub2
- [5] Hofmeyr G, Vogel JP et al. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub3
- [6] Kainer F. Kristellerhilfe – obsolet oder sinnvoll? Die Hebamme 2016; 29 (4), 238–240
- [7] Krissi H et al. Structured hands-on workshop decreases the over-detection rate of obstetrical anal sphincter injuries. Int J Colorectal Dis; 2015
- [8] Laine K, Skjeldstad FE, Sandvik L et al. Incidence of obstetric anal sphincter injuries after training to protect the perineum: cohort study. BMJ Open; 2012
- [9] Schulz-Lobmeyr H, Zeisler N et al. Die Kristeller-Technik: Eine prospektive Untersuchung. Geburtshilfliche Frauenheilkunde 1999; 59(11):558–561

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1159-4837>
Die Hebamme 2020; 33: 39–45
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0932-8122