

Management der Eklampsie - Notfall Algorithmus

Grundsätze: Erst die Mutter stabilisieren, anschliessend zügige Entbindung (Siehe Seite 2)

1. **Hilfe anfordern**
2. Patientin stabilisieren / Monitorisieren / Sauerstoffgabe / Kind überwachen
3. Therapie des Krampfanfalles, Zeitspanne fetaler Bradykardie überblicken
4. Nach Stabilisierung des maternalen Zustandes: Entbindung initiieren, Neonatologie-Team anfordern

Eklamptischer Anfall

Zeitspanne
überblicken

Medikation

Hilfe anfordern:

OAe Geburtshilfe (**4140**) – Zuzug LAe
Rea-Alarm (**2222**): Genauen Vorfallsort angeben

Patientin stabilisieren: linke Seitenlage (falls möglich)
Patientin monitorisieren: BD/EKG/SpO2
Sauerstoffgabe über Maske / Nasenbrille

Kindliche Überwachung mittels CTG / Ultraschall – bei Bradykardie Zeitspanne überblicken
Kindliche Bradykardie >5min.: Entbindung initiieren

**Keine Magnesiumtherapie
laufend**

PVK legen / prüfen:

1. Magnesiumbolus

0.4mmol/ml MgSO₄ = 16mmol in
100ml NaCl 0.9% über 15min i.v.
(560ml/h)

**Unabhängig von
MgSO₄
IMMER zur
Krampftherapie**

Midazolam-
Nasenspray
1 Hub à 0.5mg je
Nasenloch

Magnesiumtherapie laufend

Einmalige Gabe von

2. Magnesiumbolus:

0.4mmol/ml MgSO₄ = 16mmol in
100ml NaCl 0.9% über 15min i.v.
(560ml/h)

Immer Dauerinfusion Magnesium:

KAZ-Fertiginfusion 0.16mmol/ml auf 25ml/h (=1g/h bzw. 4mmol MgSO₄/h)

Wiederholte Anfälle: einmalige Gabe von **2. Magnesiumbolus** (falls noch nicht gehabt)
0.4mmol/ml MgSO₄ = 16mmol in 100ml NaCl 0.9% über 15min i.v. (560ml/h)

Rekurrierender
Krampfanfall unter
Magnesium

Bei wiederholten Anfällen:

einmalige Gabe von Midazolam (Dormicum®) i.v.

Dormicum® Amp. 5mg/5ml – aufziehen: 2.5ml (=2.5mg) langsam i.v.

Krampfanfall
therapiert

Antidot
Magnesiumintoxikation
Calciumgluconat 10%
10ml direkt über 3min i.v.

Krampfanfall
therapieresistent, fetale
Bradykardie >5min

Entbindung initiieren, siehe Seite 2

Entbindung initiieren, siehe Seite 2

Entbindungsmodus bei / nach eklamptischem Anfall:**Ziel ist immer Stabilisierung der Mutter und anschliessend zügige Entbindung**

Entbindung im Eingriffsraum Gebärsaal 4. Stock

Eklamptischer Anfall behandeltMutter: stabil
Kind: normocard

→ Eilige Sectio in ITN oder Spinalanästhesie:
E-E-Zeit: <30'
ÜW Kind durch CTG/Dopton/Sono bis zum sterilen Abdecken des OP-Gebiets → Info OAe Neonatologie 2838

Mutter: stabil
Kind: bradykard >5min

→ Notfallsectio in ITN:
E-E-Zeit: <10'
→ Neonatologieteam durch Alarm aufbieten

Eklamptischer Anfall therapieresistentMutter: krampfend
Kind: bradykard >5min

→ **Anästhesieteam: Therapie Krampfanfall durch Narkoseinduktion (Propofol)**
→ Notfallsectio in ITN:
E-E-Zeit: <10'
→ Neonatologieteam durch Alarm

Management Situation postiktal / postpartal

- Ggf. CT/MRI des Kopfes und neurologisches Konsil (bei fehlender rascher postiktaler mütterlicher Erholung oder neurologischen Defiziten ist immer eine Bildgebung indiziert)
- Präpartal begonnene Anfallsprophylaxe mit Magnesiumsulfat 24-48 Std. p.p. fortführen, je nach Krankheitsdynamik auch länger
- Überwachung:
 - Kontinuierlich: BD, SpO₂, Puls
 - Stündliche Atemfrequenzkontrolle
- Reflexkontrolle alle 3 Std.
- Bilanzierung alle 12 Std.
- Thromboseprophylaxe evaluieren

Akuttherapie der schweren Hypertension >180mmHg systolisch bzw. ≥160mmHg mit starken Kopfschmerzen

Labetalol (Trandate®) i.v. –Anwendung: immer auf IMC oder nach Eklamptischem Anfall durch Anästhesie-Team – Lager von Trandate® in Gebärsaalapotheke

- A) Ladedosis: unverdünnte Verwendung von 1 Amp. Trandate® à 100mg (=20ml)
Ladedosis mit Boli à 1-4ml (5-20mg) i.v. über 2min. – alle 5minuten bis Zielblutdruck erreicht ist
- B) **Erhaltungsdosis**, wenn Zielblutdruck erreicht ist (Ziel-BD 140-150mmHg/90-100mmHg)
2 Amp. Trandate® (200mg=40ml) in 160ml NaCl 0.9% = Ergibt Lösung mit 1mg Trandate® /ml
Initialdosis: 10ml/h – alle 15' verdoppeln bis max. 160ml/h

Urapidil (Ebrantil®) i.v. Anwendung: immer auf IMC oder nach Eklamptischem Anfall durch Anästhesie-Team

- A) 5-10-**20mg** – weise i.v. bis Zielblutdruck (Ziel-BD 140-150mmHg/90-100mmHg) erreicht ist
- B) ggf. Perfusor 5-20mg/h

Eigentümer: Fach- und Führungsteam Gebärsaal FRK KSW	Verantwortlich: Fach- und Führungsteam Gebärsaal FRK KSW	Verfasser: Fachverantwortliche Hebamme Gebärsaal FRK KSW; Hebammenexpertin Gebärsaal FRK KSW; Dr. J. Brandenburg, Dr. E. Kapfhammer-Seltenheim
Geltungsbereich: Gebärsaal FRK KSW	Version Nr.: 1.0 Datum: 25.07.2025	Ersetzt Version Nr.: / Datum:
Genehmigt durch: Dr. L. Sultan-Beyer	Gültig ab: 21. Mai 2025	Nächste Überprüfung: 25.07.2028

Referenzen:

AWMF Leitlinie 015/018, Juli 2024, Version 7.0, Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie

(https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-018I_S2k_Hypertensive-Erkrankungen-Schwangerschaft-HES-Diagnostik-Therapie_2024-07.pdf)

KSW Standard: Sectio caesarea, Mai 2023, Version 2.0

(<https://portal.ksw.ch/dep/ana/layouts/15/WopiFrame2.aspx?sourcedoc=/dep/ana/Dokumentablage/Sectio%20caesarea.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1>)

AWMF Leitlinie 015-084, Juni 2020, Version 1.0, Sectio Caesarea

(https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-084I_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf)

Zimmermann, R. (Hrsg.). (2018). *Handbuch Geburtshilfe: Ein praxisnaher Ratgeber* (3. überarb. und erw. Aufl.). Eigenverlag Verein zur Förderung der Spitzenmedizin in der Geburtshilfe Zürich

Eigentümer: Fach- und Führungsteam Gebärdteilung FRK KSW	Verantwortlich: Fach- und Führungsteam Gebärdteilung FRK KSW	Verfasser: Fachverantwortliche Hebamme Gebärdteilung FRK KSW; Hebammenexpertin Gebärdteilung FRK KSW; Dr. J. Brandenburg , Dr. E. Kapfhammer-Seltenheim
Geltungsbereich: Gebärdteil FRK KSW	Version Nr.: 1.0 Datum: 25.07.2025	Ersetzt Version Nr.: / Datum:
Genehmigt durch: Dr. L- Sultan-Beyer	Gültig ab: 21. Mai 2025	Nächste Überprüfung: 25.07.2028