

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: 91 (1993)

Heft: 6

Artikel: Was kann die Hebamme zur Verhinderung einer traumatischen Geburt beitragen?

Autor: Mohr, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950875>

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: 10.01.2026

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

Was kann die Hebamme zur Verhinderung einer traumatischen Geburt beitragen?

Referat von Herrn Dr. A. Mohr

Ob eine Frau eine Geburt als Trauma erlebt oder nicht, hängt von ihrem subjektiven Erleben ab und nicht von messbaren Grössen. Wie eine Frau die Geburt erlebt, hängt einerseits von der Umgebung, von dem Verhalten der Hebamme, aber auch von ihrer Vorgeschichte und ihrer Persönlichkeitsstruktur ab.

Die Physiologie des Gebärens

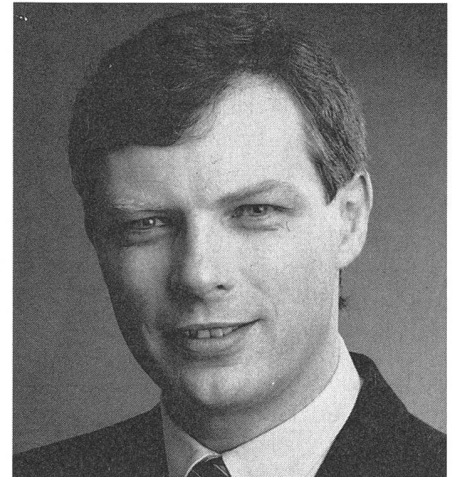
Die normale Physiologie des Gebärens ist durch die Gleichzeitigkeit von austreibenden und aktiv zurückhaltenden Impulsen gekennzeichnet, welche in einem dynamischen Gleichgewicht stehen. In der Austreibung muss die Frau das Kind in schwerer Arbeit entgegen einem Widerstand und ungeachtet der Wehenschmerzen herauspressen. Die Tätigkeit des Gebärens erfordert aber auch die Fähigkeit, den Willen des Ichs zurückzutreten und die Selbständigkeit des Naturvorganges gewährenzulassen. Auf der einen Seite ist die Geburt eine Arbeit – entsprechend dem englischen Ausdruck «labor» oder dem französischen Ausdruck «travail» für die Wehen –, auf der andern Seite muss die Gebärende gleichzeitig auch den Fortschritt der Wehen und der Gebäraphysiologie in einer mehr passiven Einstellung geschehen lassen können. Eine solche Hingabe ist in Wirklichkeit eine aktive psychische Leistung und nicht eine Passivität. Die Frau muss die psychologische Leistung vollbringen, aktive und passive Impulse gleichzeitig gewährenzulassen und in einem ausgewogenen Gleichgewicht halten zu können. Viele Gebärende fühlen sich dem unausweichlichen Naturgeschehen wehr- und hilflos ausgeliefert. Trägt die Hebamme dem nicht Rechnung, so kann die Entbindung durch existentielle Angst, oft durch Todesangst gekennzeichnet sein.

Bewusstseinslage und Wahrnehmungen

Mit fortschreitender Geburt werden Bewusstseinslage und Wahrnehmung

verändert. Das rationale Denken tritt zurück, die Macht der inneren Bilder wird grösser. Das Unbewusste wird bewusstseinsnäher. Deshalb spricht auch die persönliche Vorgeschichte der Frau für ihr Verhalten eine grosse Rolle, vor allem das Verhältnis zur eigenen Mutter. Unter der Geburt ist die Frau auf Hilfe von aussen angewiesen. Sie hat das Bedürfnis nach einer helfenden Mutterfigur, nach Hautkontakt und Zuwendung. Ebenso hat sie das Bedürfnis nach einer starken und führenden Person. Die Hebamme muss diese beiden unterschiedlichen Funktionen sowohl akzeptieren als auch ausüben können. Die Hebamme kann als Mutterbild erlebt werden. Die persönliche Vorgeschichte der Gebärenden beeinflusst nun aber wie erwähnt die Ausgestaltung der Beziehung zur Hebamme bzw. zum erlebten Mutterbild. Frauen, die z.B. durch eine versagende, übermächtige oder überverwöhnende Mutter unselbständig gemacht worden sind, können die vorhin erwähnte notwendige Aktivität unter der Geburt manchmal nicht aufbringen, und sie haben statt dessen unrealistische Erwartungen an die Umgebung. Hier taucht dann das Bild einer versagenden und bösen Mutter auf, und die Frau hat das ärgerliche Gefühl, nicht zu bekommen, worauf sie einen Anspruch hat. Reagiert nun die Hebamme frustriert und mit Entzug der Zuwendung, so wird die Frau die Geburt als äusserst traumatisch erleben. Bleibt sie aber im Wissen um diese Zusammenhänge gelassen und nimmt die Enttäuschung nicht persönlich, so kann sie viel zum guten Gelingen der Geburt beitragen.

Eine Geburt kann traumatisch erlebt werden, einerseits durch objektive or-



Dr. A. Mohr

ganische Gegebenheiten, z.B. eine vorzeitige Plazentalösung mit Notfall-section und der damit verbundenen Hektik.

Viel häufiger aber wird eine Geburt aufgrund eines gestörten Erlebens und Verhaltens unter der Geburt als traumatisch erlebt. Die Ursache kann dabei entweder im Umfeld oder aber im Inneren der Frau liegen. Viele sogenannte organische geburtshilfliche Regelwidrigkeiten wie verzögerter Geburtsverlauf, Dystokie, Geburtsstillstand haben ihre Ursache in einem gestörten Gebärverhalten. Wie viele andere physiologische Vorgänge auch, so wird auch die Geburt von Affekten, d.h. von der interpersonellen Situation modifiziert. Die Innervation, also die nervale Versorgung der austreibenden und zurückhaltenden Muskulatur kann nämlich von Affekten modifiziert werden, und dann kann ein gestörtes Gebärverhalten zu Gebärstörungen führen. Der dadurch gestörte Geburtsverlauf führt zu einer Zunahme des gestörten Gebärverhaltens, und so entsteht ein Teufelskreis.

*

Was gibt es nun für Formen von gestörtem Gebärverhalten, und was für Affekte liegen ihm zugrunde?

Das angsterfüllte Gebärverhalten

Es ist gekennzeichnet durch lautes und unkoordiniertes Verhalten, durch den unzweckmässigen Einsatz der verkrampften Muskulatur. Im Extremfall ist die Frau zur Kooperation mit der Hebamme

me nicht mehr fähig. Die Angst ist der am besten bekannte Impuls, der zu gestörtem Gebärfverhalten und damit zur traumatisch erlebten Geburt führt, weil sie im Rahmen des Angst-Spannungsschmerz-Syndroms bekannt wurde. Dieser Begriff hat sich als sehr nützlich erwiesen, weil er zu einem Umdenken geführt hat. Es konnte gezeigt werden, wie Umfeld und die Hebamme durch Schaffen einer angstfreien Situation günstigen Einfluss auf den Geburtsverlauf nehmen können. Der Begriff stellt jedoch auch eine Verallgemeinerung dar, weil die Angst nicht der einzige Impuls ist, der zu einem gestörten Gebärfverhalten führen kann.

Das retentive Gebärfverhalten

Neben dem ängstlichen Gebärfverhalten beobachtet man noch das retentive Gebärfverhalten. Wir sprechen von retentivem Gebärfverhalten, wenn die zurückhaltenden Impulse ein pathologisches Ausmass annehmen. Eine zurückhaltende Kraft kann durch den Einsatz von Beckenboden, Bauch, Ex-

tremitäten und Atemmuskeln erzeugt werden. Der Beckenboden wird angespannt, die Oberschenkel werden zusammengekniffen, der Bauch wird herausgestreckt und das Gesäss angehoben. Retentives Gebärfverhalten kann ein Ausdruck von Trotz und Widerspenstigkeit sein. Ein retentives Gebärfverhalten kann auf dem untergründigen Wunsch beruhen, das Kind für sich zu behalten, ohne es mit der Umwelt teilen zu müssen (Mütter/Schwiegermütter). Retentives Gebärfverhalten zeigen auch Frauen, die aufgrund ihres Geschlechtes diskriminiert wurden oder sich diskriminiert fühlen. Das retentive Gebärfverhalten ist somit ein Aufbegehren gegen die Einschränkungen, die sie wegen ihres weiblichen Geschlechtes erdulden musste. Dem retentiven Gebärfverhalten kann auch eine Angst vor dem Austreten des Kopfes zugrunde liegen.

Das ärgerliche Gebärfverhalten

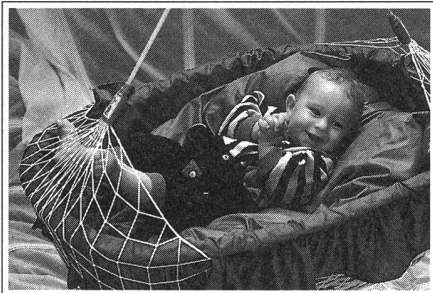
Eine weitere Form gestörten Gebärfhaltens ist das ärgerliche Gebärfverhalten. Es kann zu einer Straffheit des MM

führen. Viele Frauen sind unter der Geburt in einer Art ärgerlich getönter Grundstimmung. Dies ist nichts Abnormes. Frauen aber, die aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur aggressiv gehemmt sind, können mit diesem Ärger nicht umgehen, er wird ihnen nicht bewusst und kann damit auch nicht abgeleitet werden, sondern schwelt als untergründiger und unentfalter Ärger weiter. Diese Frauen zeigen eine ganz typische Art zu stöhnen. Ein unwilliges und mürrisches Stöhnen.

Das perfektionistische Gebärfverhalten

Ein in neuerer Zeit häufiger zu beobachtendes Verhalten ist das perfektionistische Gebärfverhalten bzw. das rational gesteuerte Gebärfverhalten. Hier wird die Frau mit den Problemen Aktivität, Passivität, Hingabe und Reduktion der Bewusstseinslage nicht fertig. Bei diesen Frauen kann es zu einem depressionsartigen Symptomenbild kommen. Typisch hier ist, dass die Frauen bereits in der Latenzphase, sollte diese etwas länger dauern, psychisch de-

LULLABABY®



...aus Verantwortung für das Baby

Lullababy ist die erste Federwiege, die den natürlichen Bewegungs-Rhythmus, den das Baby als die wichtigste Grunderfahrung aus der Schwangerschaft mitbringt, fortführt.

Deshalb empfehlen Ärzte und Hebammen Lullababy auch zur Vorbeugung kindlicher Entwicklungsstörungen.

Das Baby wiegt sich bei kleineren Unruhen selbst in den Schlaf.

Lullababy sorgt für die gesunde seelische und körperliche Entwicklung eines Babys und ist leicht überall anzubringen, wo es gebraucht wird.

Infomaterial und spezielle Hebammenpreisliste bei:
Lullababy, Brunnengasse 15, 3011 Bern,
Telefon 031 22 85 00

Für stillende Mütter

Muttermilch ist die beste Nahrung für das Baby. Wenn beim Stillen Probleme auftreten, bieten wir ein komplettes Programm an Stillhilfen.

Elektrische Brustpumpen zum Mieten, Medela Mini Electric, Medela Hand-Brustpumpe, umfangreiches Sortiment an Medela Stillhilfen.



Elektrische Brustpumpen zum Mieten:

In Apotheken und Drogerien.



kompensieren können und durch die Hebamme sehr schwierig zu führen sind.

Angepasstes und kooperatives Gebärverhalten

Ein ungestörtes, also der Situation angepasstes und kooperatives Gebärverhalten bringen am ehesten diejenigen Frauen fertig, die ein gewisses Ausmass von Angst und ärgerlich getönter Arbeitsstimmung bewusst erleben können, die gleichzeitig Passivität und Aktivität fertigbringen, die es akzeptieren können, sich dem Naturgeschehen hinzugeben, und die eine Reduktion von Wille und Bewusstseinslage hinnehmen können. Das Wissen um diese Zusammenhänge erleichtert es der Hebamme, die gebärende Frau zu diesem Verhalten hinzuführen. Dann resultiert ein zufriedenes und trotz evtl. Angst und Schmerzen freudvoll getöntes Gebärverhalten.

*

Was kann die Hebamme zur Verhinderung einer traumatischen Geburt beitragen?

Eine Geburt kann traumatisch sein für die Mutter, das Kind oder beide. Das Trauma kann entweder psychisch oder physisch oder beides zusammen sein.

Sprechen wir nun vom Kind

Die folgenschwersten Traumen betreffen meistens das Nervensystem, vor allem das zentrale, gelegentlich das periphere (z.B. Plexusläsionen). Ein Grossteil der Läsionen des Zentralnervensystems hat seinen Ursprung in hypoxischen Zuständen. Aber lange nicht jede Hypoxie führt zu einem Hirnschaden. Kurzzeitige Hypoxien wurden früher eher überschätzt. So findet man bei einem Grossteil der CP-Kinder anamnestisch keine Hypoxie-Episode während der Geburt. Dass eine Hypoxie zu einem Hirnschaden führt, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Von der Dauer und der Schwere der Hypoxie, z.B. Nabelschnur-Kompression oder vorzeitige Plazentalösung. Von der Fähigkeit eines bestimmten Feten, einen hypoxischen Stress ertragen zu können, denken wir z.B. an die be-

kannte limitierte Stresstoleranz, welche man bei übertragenen oder wachstumsretardierten Kindern beobachtet. Schlussendlich kommt es auch auf die Umstände an, unter welchen ein Kind gestresst wird, z.B. wenn auf den kindlichen Kopf übermässige mechanische Kräfte einwirken. Eine wichtige Frage ist, ob die normalen Wehen an sich das Kind irgendwie beeinträchtigen.

Gibt es den Geburtsstress für das Kind?

Ist ein normaler Geburtsvorgang eine stressige Situation für das Kind? In der Bevölkerung ist diese Meinung offensichtlich weit verbreitet. Wir kennen alle die Aussagen der Mutter, wenn nach einer normalen Geburt das gesunde Kind auf dem Bauch der Mutter liegt, und sie sagt: «Für dich war es auch ein Stress.» In den letzten Jahrzehnten herrschte bei vielen Geburtshelfern die Meinung vor, dass die gewöhnlichen normalen Kontraktionen des Uterus per se etwas Gefährliches seien, da die Kontraktionen den uterinen Blutfluss einschränkten. Heute weiss man, dass ein gesundes, normal gewachsenes Kind längst genügend Reserve oder Toleranz hat, diesen natürlichen Stress zu bewältigen. Die Untersuchungen über die Gefahr für das Kind während der Geburt richteten sich meistens auf den plazentaren Gasaustausch zwischen Mutter und Kind, weniger auf die mechanischen Kräfte, welche durch die Wehen auf das Kind, vor allem auf seinen Kopf, ausgeübt werden.

Mechanische Kräfte zu messen ist schwierig

Mechanische Kräfte auf das Kind resultieren infolge uteriner Kontraktionen. Diese Kräfte zu messen ist aber schwierig. Der externe Tocodynamometer sagt lediglich etwas über die Dauer einer Kontraktion, aber nichts über die Stärke aus. Auch die intraamniotische Druckmessung zeigt lediglich den durchschnittlichen Druck in der Amnionhöhle an, gibt aber keine Auskunft über die unterschiedlichen Drücke in den verschiedenen Teilen des Uterus oder der kindlichen Körperteile. Die wichtigste Folge der uterinen Kontrak-

tionen ist die Übertragung von Kräften auf den vorangehenden Teil, entweder durch axialen Druck, d.h. der Druck, welcher vom Fundus uteri auf die fetalen Gesässbacken ausgeübt und von dort über die Wirbelsäule zum Kopf übertragen wird, oder durch eine allgemeine Erhöhung des Druckes in der Uterushöhle. Die Folge dieser Drücke ist die Dilatation der Cervix und das Tiefertreten des kindlichen Kopfes. Beides ist verbunden mit einem starken Gegendruck, welcher durch die Cervix und die Strukturen des Beckens auf den kindlichen Kopf ausgeübt wird. Skandinavische Studien über die Druckverteilung zwischen Cervix und kindlichem Kopf zeigten, dass der Druck zwischen Cervix und Kopf sehr hoch ist, viel höher als der intraamniotische Druck, bis dreimal so hoch als der intrauterine Druck, je nach klinischer Situation. Der Druck zwischen Cervix und Kopf bleibt hoch, sogar zwischen den Kontraktionen.

Der Mechanismus der Rotation des fetalen Kopfes ist bedingt durch die Geometrie sowohl von fetalen Kopf als auch vom Geburtskanal sowie von den elastischen Eigenschaften des Geburtskanals. Ein Punkt ist besonders wichtig: Wenn die Geometrie des Kopfes verändert ist, z.B. durch eine grosse Geburtsgeschwulst, dann bewirkt diese Veränderung der Kopfform, dass der physiologische Mechanismus der Rotation unwirksam wird, dies kann dann die spontane Rotation des kindlichen Kopfes von einer occipito-posterioren zu einer occipito-anterioren Stellung verhindern. Unter normalen Umständen, d.h. ohne cephalopelvinen Missverhältnis, ist vor allem der Einfluss der Weichteile, d.h. Cervix und Vagina, auf den kindlichen Kopf wichtig. Es wurde beobachtet, dass eine gewisse Konfiguration des kindlichen Kopfes sogar vor Beginn der Kontraktionen auftritt. Im Falle eines cephalopelvinen Missverhältnisses wird der Gegendruck der knöchernen Strukturen oder von Teilen davon (Promontorium, Spinae ischiadicae) wichtiger als der Druck der Weichteile.

Diese Kräfte haben Auswirkungen auf den kindlichen Kopf, auf die kindliche Hirndurchblutung, den Herzschlag, auf die Nabelschnur sowie den Blutfluss im intervillösen Raum.

Am kindlichen Kopf kommt es erstens zu einer Konfiguration der Schädelknochen. Die Konfiguration bedeutet eine Adaptation des kindlichen Kopfes an den Geburtskanal. Ob und wie stark sie auftritt, hängt ab vom Gegendruck, der auf den kindlichen Kopf ausgeübt wird, sowie von der Elastizität des kindlichen Schädels. Von Bedeutung ist dies vor allem bei Frühgeburten. Zweitens kann es zu einer Geburtsgeschwulst kommen. Diese tritt auf als Folge eines Unterschieds in den Druckverhältnissen oberhalb und unterhalb des Grössenumfanges des vorangehenden Teiles. Wird die Geburtsgeschwulst übermässig gross, kann sie ein Hinweis auf mögliche mechanische Probleme sein. Drittens kann es am Kopf zu einem Cephalhämatom kommen. Dies ist eine subperiostale Blutung, welche in der Austreibungsphase auftreten kann.

Was sind nun die Folgen der uterinen Kräfte auf die fetale Hirnzirkulation und den Herzschlag?

Es besteht kein Zweifel, dass ein Druckanstieg, welcher auf den kindlichen Kopf ausgeübt wird, von einem parallelen Druckanstieg innerhalb des kindlichen Schädels begleitet wird. Es ist ebenso klar, dass solch ein Druckanstieg, bedingt durch den Widerstand der Cervix und der Weichteile des Beckens, eine unabdingbare Voraussetzung für die Dilatation der Cervix und das Tieftreten des Kopfes im Becken ist. Es ist klar, dass ein Druckanstieg im kindlichen Kopf ein konstantes, normales Phänomen während einer normalen Geburt ist. Seit dem regelmässigen Gebrauch der Kardiotokographie wissen wir, dass in den meisten Fällen während der Wehen keine signifikanten Herzfrequenzalterationen auftreten. Wir wissen aber auch, dass die fetale Herzfrequenz äusserst empfindlich auf Druckänderungen in den intracranialen Gefässen reagiert. Daraus kann man schliessen, dass die erhöhten Drücke, welche normalerweise am und im kindlichen Kopf wirken, keinen Einfluss auf den vasculären Druck im kindlichen Schädel ausüben, d.h. also,

dass der Druck in den Blutgefässen gleich bleiben. Dopplersonographische Untersuchungen während der Wehen bestätigen diesen Befund.

Die Reflexbradykardie und Bradykardie

Gelegentlich, unter gewissen Umständen, kann der intracraniale Druck während oder zwischen den Kontraktionen abnorm ansteigen. Ab einer gewissen Schwelle kommt es zu einem Anstieg des intravasculären Druckes, welcher von einem Abfall der kindlichen Herzfrequenz begleitet wird. Beim Menschen ist diese Schwelle etwa 50 mm Hg. Veränderungen der fetalen Herzfrequenz als Folge eines erhöhten intracranialen Druckes sind durch ein Ungleichgewicht zwischen sympathischem und parasympathischen Nervensystem bedingt. Zu einer schweren Kopfkompensation mit Verminderung des cerebralen Blutflusses kann ein Hirn-ödem dazukommen, was eine weitere Erhöhung des intracranialen Druckes

FLAWA MIMI

FLAWA MIMI Stillkompressen – optimaler Schutz für die Brust während der Stillphase.

- einzigartig weich und sicher
- hohe Saugfähigkeit
- nicht rücknässendes, hautfreundliches Innenvlies

Erhältlich in Apotheken und Drogerien.

Bitte senden Sie mir **FLAWA MIMI Gratis-Muster.**

Name _____

Adresse _____

FLAWA AG, MIMI Muster, CH-9230 Flawil, Tel. 071/84 91 11



STOZ • PRÄFIKON 7H

bewirkt. Was somit als einfache Reflexbradykardie beginnt, kann in einer Bradykardie enden, die bedingt ist durch erhöhten intracraniellen Druck plus fetaler Hypoxie. Dieser Tatsache muss man sich immer bewusst sein, wenn man von frühen Decelerationen spricht. Allgemein herrscht die Meinung vor, dass solche Decelerationen durch Kopfkompensation bedingt sind. Sie beginnen simultan mit dem Ansteigen des intrauterinen Druckes und gelten als physiologisch und reflexbedingt. Diese Betrachtungsweise ist jedoch nicht immer gerechtfertigt. Die zugrunde liegende reflektorisch parasympathische Reaktion wird durch eine Störung des intracraniellen Gefäss-Systems hervorgerufen und kann nicht immer als normal oder physiologisch betrachtet werden. Schliesslich geschieht dies ja bei den meisten Kontraktionen nicht. Es geschieht nur dann, wenn der intracraniale Druck so hoch ist, dass er einen verminderten Blutfluss bewirkt, d.h. also, dass sogenannte frühe Decelerationen, z.B. solche, die spiegelbildlich mit den Wehen auftreten, häufig nicht nur einen einfachen Druck auf den kindlichen Schädel bedeuten. Das Wissen um solche Zusammenhänge kann eine sonst nicht erkannte fetale Traumatisierung verhindern. Dopplersonographische Untersuchungen haben gezeigt, dass auch diese sogenannten frühen und häufig als harmlos geltenden Decelerationen zu einer Abnahme des Nabelschnurblutflusses führen können. Die häufig gehörte Aussage, frühe uniforme Decelerationen = Kopfkompensation = harmlos im Gegensatz zu variablen Decelerationen = gefährlich, ist also nicht immer zutreffend und kann Ursache für eine Gefährdung des Kindes sein.

Wir wissen, dass normale uterine Kontraktionen weder den biologischen Zustand des Kindes noch den Gasaustausch im intervillösen Raum der Plazenta verändern. Weiterhin wissen wir auch, dass abnorme Veränderungen des intrauterinen Druckes (z.B. tetanische Kontraktionen) oder abnorme Veränderungen des mütterlichen Blutdruckes (z.B. mütterlicher Blutdruckabfall) zu einem verminderten Sauerstoffdruck in der Plazenta führen, welche das kindliche Wohlbefinden beeinträchtigen könnten. Eine solche Situation kann zusätzlich zum direkten hypoxischen

Effekt ein Hirnödem hervorrufen, welches die Erhöhung des intracraniellen Druckes noch verschlimmert. Praktisch heisst das, dass bei normalen Kontraktionen und bei einer Mutter in gutem Zustand die Gefahr für das Kind ausserordentlich gering ist. Man kann mit der Überwachung des Kindes somit entsprechend grosszügig sein. Andererseits sollten zunächst subtile Zeichen wie die sogenannten frühen Decelerationen zu entsprechender Vorsicht und Überwachung führen.

Äusserlicher Druck auf den kindlichen Schädel

Bei Betrachtung der auf den kindlichen Schädel einwirkenden Druck sind nicht nur die uterinen Kontraktionen zu berücksichtigen, sondern auch die von aussen angewandten Kräfte wie z.B. ein kräftiger Fundusdruck, wie er gelegentlich am Ende der Austreibungsphase ausgeführt wird. So kann es sein, dass ein Kind mit mässigen Decelerationen den herrschenden Druck gerade noch toleriert, durch den zusätzlichen Fundusdruck jedoch aus dem Gleichgewicht gerät. So kann es unter Umständen günstiger sein, die Geburt 3–4 Kontraktionen länger dauern zu lassen, als bei der nächsten Kontraktion den Druck auf das kindliche Köpfchen ungebührlich zu erhöhen. Wir müssen immer daran denken: Der kindliche Kopf ist nicht nur ein beweglicher Teil, dessen Aufgabe es ist, die Cervix zu eröffnen, sondern auch ein hochsensibler Teil des Kindes, welcher jedoch trotz allem ordentlich viel Druck ertragen kann. Die Höhe der Toleranz wird uns durch einen sehr empfindlichen Parameter, die fetale Herzfrequenz, angezeigt. Dabei sind die Amplitude und die Dauer einer auftretenden Deceleration wichtiger als ihre Beziehungen zum Auftreten der Kontraktion.

Verhältnis kindlicher Kopf – mütterliches Becken und Weichteile

Bedeutung für die auf den kindlichen Kopf wirkenden Kräfte haben aber nicht nur die uterinen Kontraktionen, sondern auch die Beziehung zwischen kindlichem Kopf und dem Becken sowie dem kindlichen Kopf und den Weichteilen. Jede Bemühung, den Wi-

Geburts-traumatische Folgen

Quelle: Referat Hr. Prof. E. Bossi, Bern

Häufigkeit des Vorkommens einiger Geburtsverletzungen

Schädelfrakturen

0,065–0,8 pro 1000 Lebendgeborene

Claviculafrakturen

2,8–7,2 pro 1000 Lebendgeborene

Facialispareesen

0,7–3,9 pro 1000 Lebendgeborene

Plexuspareesen

0,14–3,0 pro 1000 Lebendgeborene

Geburtsverletzungen

(+/++/+++ : Häufigkeit an der Universitäts-Kinderklinik Bern)

Kopf/Hals

Hautverletzungen durch Elektroden

Caput succedaneum ++

Kephalhämatom +

Vakuum-Verletzungen +++

Zangen-Marken

Schädelfrakturen

Intracraniale Blutungen

Facialisparese

Riss/Blutung M. sternocleidomastoideus

Thorax/Obere Extremität

Claviculafraktur ++

Humerusfraktur

Epiphysiolysen

Phrenicusparese

Plexuspareesen (+)

Rückenmarksverletzungen

Adiponekrose (meist Rücken)

Generalisierte Hämatome

Abdomen/Untere Extremität

Leber-Milzruptur

Nebennierenblutung

Testistrauma

Femurfraktur

Epiphysiolysen

Generalisierte Hämatome □

derstand der Cervix herabzusetzen, vermindert die Gefahr einer Traumatisierung des Kindes. Dazu gehört z.B., dass man die Geburt möglichst nicht einleitet und wenn schon, dann nur bei weicher Cervix, dass man die Fruchtblase so lange wie möglich intakt lässt und dass, falls notwendig, im rechten Zeitpunkt Analgetica verabreicht werden. Zur Verminderung des Widerstandes gehört auch die entsprechende psychische Betreuung der Frau durch Überwindung des Angst-Spannungsschmerz-Syndroms mit Erhöhung des muskulären Widerstandes. Die richtige Drehung und Einstellung des Kopfes soll so gut wie möglich erleichtert werden, durch richtige Lagerung oder, sehr wirksam, indem man die Frau

herumgehen lässt. Eine grosse Geburtsgeschwulst, welche Zeichen eines erhöhten Druckes auf den Kopf sein und die zudem die spontane Rotation des Kopfes verhindern kann, sollte einem skeptisch und hellhörig machen. So ist in einer solchen Situation sehr gut zu überlegen, ob z.B. der intrauterine Druck durch Anwendung von Wehenmitteln noch zusätzlich erhöht werden sollte. Etwas das bei gleicher geburtshilflicher Situation, aber ohne Kopfgeschwulst, problemlos durchgeführt werden könnte. Für die Geburt müssen wir immer daran denken, dass ein Kind in gutem Zustand, nicht hypoxisch und ohne erhöhten intracraniellen Druck bei der Geburt erstaunlich viel ertragen kann, ein schon kompromittiertes

Kind mit beeinträchtigtem intracerebralem Blutfluss dann aber sehr schnell Schaden nehmen kann. So kann das eine Kind z.B. eine schwierige Forceps-Entbindung aus Vorderhauptslage oder ein ausgeprägtes Kristellern problemlos ertragen, wogegen das andere Kind bei den gleichen von aussen ausgeübten Kräften Schaden nehmen kann.

Dies zu erkennen ist eine sehr wichtige Aufgabe, damit nicht einerseits Kinder traumatisiert und geschädigt werden, damit aber auch andererseits nicht unnötige Kaiserschnitte vorgenommen werden. □

Manger et boire pendant l'accouchement: une question encore litigieuse

Traduction du dossier paru en allemand dans notre journal au mois d'octobre 1992, p. 7 à 11, et faite par B. Mösch, secrétaire, V. Luisier et H. Bally, sages-femmes.

Voici 11 ans je commençais la formation de sage-femme. Les femmes ne pouvaient alors ni boire ni manger pendant l'accouchement et, systématiquement, nous leur posions une perfusion de glucose 5%. Mais ce qui fut une norme, est aujourd'hui dépassé. Pour changer ces vieilles pratiques, il a fallu beaucoup de perspicacité et de nouvelles connaissances.

Texte tiré de plusieurs articles résumés par Lisa Fankhauser

Les origines du «Nothing by mouth»

Delee, qui a observé les habitudes et coutumes obstétricales en Amérique, écrivait en 1904, que la majeure partie des patientes en travail n'avaient plus d'appétit, mais qu'on ne devrait pas les laisser avoir faim, étant donné que la faim pouvait conduire à un affaiblissement et à une diminution de l'activité utérine. Il recommandait une alimentation légère et semi-liquide. La nourriture devait être servie de manière appétissante, et si l'on insistait un peu, la patiente prendrait sûrement quelque chose. Même si la patiente vomissait, on devait lui donner à manger. Cela changea en 1946, lorsque Mendelson fit une communication au sujet de 46 parturientes ayant subi une narcose, et qui tombèrent malades de

pneumonie comportant de grandes perturbations radiologiques. Heureusement, aucune de ces femmes ne mourut des suites de ce que l'on a appelé, par la suite, le syndrome de Mendelson. Depuis lors, ce syndrome est considéré comme l'une des causes les plus importantes de mort maternelle suite à un accident anesthésique. Mendelson parla aussi, dans son travail, des effets de l'aspiration du suc gastrique dans les poumons des lapins, et il arriva à la conclusion que les femmes en travail ne devaient plus rien manger, afin de diminuer le risque d'une pneumonie par aspiration et de ses conséquences.

Delee, que nous avons mentionné ci-dessus, écrivait en 1947, vraisemblablement sous l'influence de l'étude de

Mendelson publiée en 1946, que les femmes en travail mangeaient et buvaient heureusement très peu; Et que c'était une bonne chose, car si l'on buvait et mangeait beaucoup pendant l'accouchement, et qu'une narcose était nécessaire, des vomissements pouvaient entraîner une bronchoaspiration. Aujourd'hui encore, nous craignons le syndrome de Mendelson. «Nothing by

Syndrome de Mendelson

Syndrome de détresse respiratoire semblable à l'asthme qui se développe comme conséquence de l'aspiration de petites quantités de liquide gastrique dans les voies respiratoires profondes (aspiration minime et souvent pas remarquée). Grave complication d'une narcose!

Symptômes: cyanose, dyspnée, auscultation pareille à l'asthme, tachycardie, chute de la tension artérielle, température sub-fébrile, oedème pulmonaire, insuffisance droite du coeur. L'évolution en deux phases est typique: d'abord l'état de choc, puis les symptômes pulmonaires. Cela peut apparaître après chaque narcose ou après chaque état d'activité réflexe diminuée.

Mendelson est un gynécologue et accoucheur contemporain new-yorkais.

(Ppsychyrembel, Dictionnaire clinique, 1982)