Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 4

Anhang: Hebammen-Literaturdienst

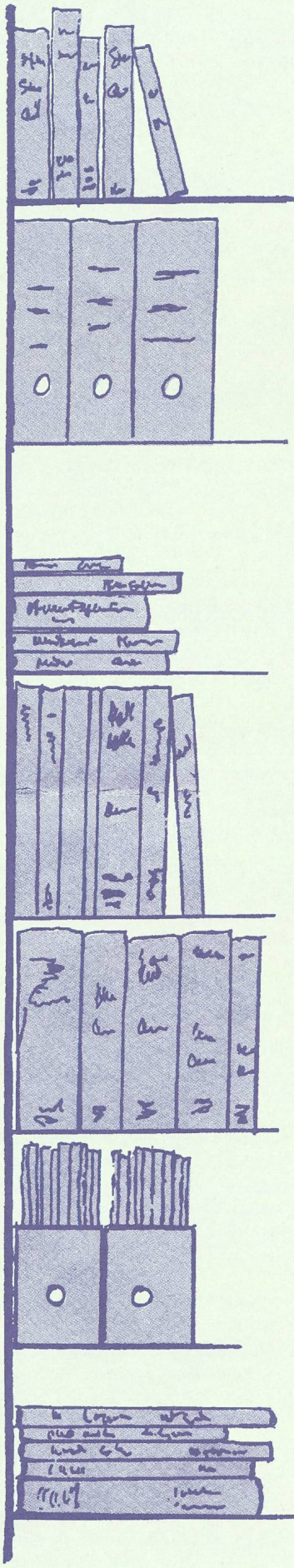
Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. 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: 05.12.2025

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



HebammenLiteraturDienst

Fachartikel – zusammengefasst von Hebammen für Hebammen

Schwangerschaft
Anorexia nervosa

Geburt
Aufnahme-CTG und Auskultation
Akupunktur bei Blasensprung
Geburtsposition und DR III°
Geburtsmodus bei Z. n. Sectio
Sectio caesarea und Totgeburt in Folgeschwangerschaft

Wochenbett
Operative Geburt und postnatale Depression

Neugeborene
Verlegung von Reifgeborenen

Liebe Hebammen, liebe Hebammenschülerinnen und -studentinnen,

auch im letzten Jahr auf dem Perinatalkongress in Berlin zeigte sich, dass immer noch viele Schwangerschaftsprobleme weiterhin ungelöst sind. Bereits seit 1993 hatten wir im *HeLiDi* immer wieder interessante Abstracts zu diesen Themen veröffentlicht. Dazu gehören unter anderem die Plazentainsuffizienz, die Hypertonie, das SIH und die Präeklampsie oder das HELLP-Syndrom. Auch wenn mittlerweile 15 Jahre vergangen sind, gibt es für viele dieser Fragestellungen offensichtlich noch keine Lösung, die an den Ursachen ansetzt. Allzu häufig wird lediglich eine symptomatische Betreuung empfohlen und praktiziert, die nicht immer wissenschaftlich abgesichert ist.
Im Notfall wird die Schwangerschaft beendet, das Kind der Frühgeburtsabteilung übergeben und die Mutter unter Umständen als Intensivfall auf die Wochenstation gebracht.
Immer häufiger sind diese schwierigen Schwangerschaften vor dem Hintergrund medizinischer „Hilfe" entstanden. Es bleibt abzuwarten, wie diese Menschen sich langfristig entwickeln, die einen solch schweren Start ins Leben haben. Sie haben vieles nachzuholen. So müssen sie die Bindung zu ihrer Mutter erlernen und umgekehrt kann die Mutter ihr Kind manchmal erst Wochen nach der Geburt kennen lernen und annehmen. Das Kind seinerseits muss trinken, genießen oder einfach nur in Ruhe leben lernen.
In diesem Sinne ein erkenntnisreiches Jahr 2008.

Die Herausgeberinnen

Gabi Merkel, Spendgasse 3, 78234 Engen, 07733 / 2536, Gabriele.Merkel@t-online.de

Jutta Posch, Georg-Elser-Str. 2, 79100 Freiburg, 0761 / 34232, jutta.posch@web.de

Katja Stahl, 040 / 8818 97 69, mail@katjastahl.de

Dr. Mechthild Groß, MHH Frauenklinik, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, 0511 / 532 6116, gross.mechthild@mh-hannover.de

© Zeitschrift »Die Hebamme«, MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG

SCHWANGERSCHAFT

Anorexia nervosa in der Anamnese und Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt

Ekéus C Lindberg L Lindblad F Hjern A 2006 Birth outcomes and pregnancy complications in women with a history of anorexia nervosa. BJOOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 113: 925–929

Ziel: Untersuchung von Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt bei Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese.
Design: Prospektive Kohortenstudie
Setting: Landesweite schwedische Studie
Teilnehmerinnen: Alle Erstgebärenden, die zwischen 1973 und 1996 mit der Diagnose Anorexia nervosa aus einer Klinik entlassen wurden und zwischen 1983 und 2002 geboren hatten (N = 1000). Diese Gruppe wurde verglichen mit allen Erstgebärenden ohne Magersucht-Diagnose, die im gleichen Zeitraum geboren hatten (N = 827.582).
Methode: Auswertung der Daten des Medical Birth Registry und des National Patient Discharge Register.
Outcomeparameter: Präeklampsie, instrumentelle Geburt, Frühgeburtlichkeit, Hypotrophie des Neugeborenen, Geburtsgewicht, Apgar-Werte und perinatale Mortalität.
Ergebnisse: Hinsichtlich der wichtigsten Outcomes konnte kein Unterschied zwischen den Frauen der Gruppe mit Anorexia nervosa in der Vorgeschichte und der übrigen Population festgestellt werden. Es wurden lediglich ein geringfügig geringeres durchschnittliches Geburtsgewicht sowie niedrigere korrigierte Odds Ratios für eine instrumentelle Geburt bei den Frauen mit Z. n. Magersucht beobachtet. Weder die Schwere der Erkrankung noch die Dauer der Genesungsphase nach dem ersten Krankenhausaufenthalt standen im Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen oder unerwünschten Outcomes.
Schlussfolgerung: Es besteht kein Zusammenhang zwischen einer Anorexia nervosa in der Vorgeschichte und unerwünschten Outcomes. Eine engmaschigere geburtshilfliche Überwachung von Frauen mit Z. n. Magersucht scheint in Ländern mit einer guten Schwangerenvorsorge nicht erforderlich zu sein.

Übersetzung, Katja Stahl, D-Hamburg

GEBURT

Prognostischer Wert und Effektivität des Aufnahme-CTGs im Kreißsaal verglichen mit alleiniger Auskultation: ein systematischer Review

Blix E Reinar LM Klovning A Ølan P et al. 2005 Prognostic value of the labour admission test and its effectiveness compared with auscultation only: a systematic review. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology 112:1595–1604 (MIDIRS 16(2): 223–224)

Ziel: 1) Zu untersuchen, wie effektiv mit dem Aufnahme-CTG im Kreißsaal unerwünschten Outcomes vorgebeugt werden kann im Vergleich zur Herztonkontrolle durch Auskultation, 2) Feststellung des prognostischen Werts des Aufnahme-CTGs, d.h. wie gut lassen sich unerwünschte Outcomes auf der Basis des Aufnahme-CTGs vorhersagen.
Design: Systematischer Literaturreview
Setting: Krankenhauskreißsäle
Teilnehmerinnen: Gebärende. Drei randomisierte, kontrollierte Studien mit insgesamt 11259 Frauen und 11 Beobachtungsstudien mit 5831 Frauen.
Methode: Literatursuche in Medline, EMBASE, CINAHL, SweMed, The Cochrane Controlled Trial Register, Literaturangaben gesichteter Studien und Expertengespräche.
Outcomeparameter: Geburtshilfliche Interventionen (medikamentöse Wehenunterstützung, kontinuierliches CTG, Periduralanästhesie (PDA), Mikroblutuntersuchung (MBU), operative Geburt) und neonatale Outcomes (perinatale Mortalität, Apgar-Werte, Krampfanfälle, postpartale Intensivbehandlung, Verlegung auf eine Neugeborenen-Intensivstation)
Ergebnisse: Die Metaanalyse der kontrollierten Studien ergab, dass Frauen, die der Gruppe mit Aufnahme-CTG zugeteilt worden waren, häufiger geburtshilfliche Interventionen wie PDA (RR 1,2, 95 % KI 1,1-1,4), kontinuierliches CTG (RR 1,3 95 % KI 1,2-1,5) und MBU (RR 1,3 95 % KI 1,1-1,5) erfuhren verglichen mit den Frauen, bei denen die Herztonkontrolle per Auskultation erfolgte. Hinsichtlich der weiteren untersuchten Outcomes wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Der in den Beobachtungsstudien ermittelte prognostische Wert des Aufnahme-CTGs war hinsichtlich der verschiedenen Outcomes im Allgemeinen gering. Die Likelihood Ratio für einen positiven Test lag bei > 10 für 2 von 28 Outcomes und zwischen 5 und 10 für 6 Outcomes.
Schlussfolgerung: Es gibt keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen des Aufnahme-CTGs im Kreißsaal bei Frauen ohne besonderes Risiko.
MIDIRS-Kommentar (Moira McLean) (Auszüge): In diesem Review werden die Schritte, die unternommen wurden, um eine höchstmögliche Qualität des Reviews zu gewährleisten, detailliert beschrieben (...) Ein Beispiel hierfür ist die klare Erläuterung des Konzepts der Likelihood Ratio und ihrer Berechnung in einem Systematischen Review. Die Ergebnisse zeigen deutlich den fehlenden Nutzen des Aufnahme-CTGs, da die Wahrscheinlichkeit für ein negatives Testergebnis (= unauffälliges CTG) bei Frauen mit unerwünschten Outcomes genauso hoch ist wie bei Frauen mit unauffälligem Geburtsverlauf und -ausgang. (...) Auf den fehlenden Nutzen wurde bereits 2001 in den NICE-Guidelines hingewiesen. Seitdem sind 3 weitere randomisierte, kontrollierte Studien hinzu gekommen, die die bisherigen Ergebnisse stützen (Impey et al. 2003, Mires et al. 2001, Cheney et al. 2003). Auch sie zeigen, dass das Aufnahme-CTG weder dazu beiträgt, unerwünschten Nebenwirkungen vorzubeugen noch ihr Eintreten zu prognostizieren. (...) Dieser Review zeigt, dass ein auffälliges Aufnahme-CTG zu mehr geburtshilflichen Interventionen führt, ohne das neonatale Outcome zu verbessern.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Signifikante Verringerung der Geburtsdauer und Oxytozingabe durch Akupunktur nach spontanem Blasensprung am Termin: eine randomisierte, kontrollierte Studie

Gaudermack LC Forbord S Hole E 2006 Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 85: 1348–53 (MIDIRS 17(2): 223–6)

Hintergrund: Ziel der Studie war es, zu prüfen, ob Akupunktur eine sinnvolle Option zur Wehenanregung nach spontanem Blasensprung am Termin darstellt sowie mögliche Auswirkungen auf den Geburtsfortschritt zu untersuchen.
Methode: In einer randomisierten, kontrollierten Studie wurden 100 gesunde Frauen mit spontanem Blasensprung am Termin entweder der Interventionsgruppe (= Akupunkturbehandlung, 48 Frauen) oder der Kontrollgruppe (= keine Akupunkturbehandlung, 52 Frauen) zugeordnet. Die wichtigsten Outcomeparameter waren die Dauer der aktiven Geburtsphase, die Menge des verabreichten Oxytozins sowie die Zahl der Einleitungsversuche. Das übliche Vorgehen bei vorzeitigem Blasensprung am Termin in der Klinik, in der die Studie durchgeführt wurde, war die Einleitung nach etwa 24 h. Einschlusskriterien waren ein unauffälliger Schwangerschaftsverlauf, ein Einling in Schädellage sowie ein bei Aufnahme in die Klinik

bestätigter Blasensprung. Frauen mit regelmäßigen Kontraktionen mindestens alle 10 Minuten und einer Kontraktionsdauer von mindestens 30 Sekunden wurden nicht in die Studie aufgenommen.
Die Akupunkturbehandlung dauerte 20 Minuten und umfasste folgende Punkte: Ma 36, Le 3 und Ren 4. Le 3 wurde in Richtung Ni 1 und Ren 4 in Richtung Ren 3 genadelt. Darüber hinaus wurden nach Puls- und Zungendiagnose weitere Punkte individuell genadelt (je nach Diagnose Di 4, SJ 6, Lu 7, He 7, MP 6, Ni 3, Ni 6, Gb 41). Nach der Behandlung gingen die Frauen wieder nach Hause, um den spontanen Wehenbeginn abzuwarten. Setzten die Wehen nicht innerhalb von 24 h ein, kamen die Frauen zur Einleitung in die Klinik.
Geburtsbeginn wurde definiert als eine Muttermundsweite von 3 cm und mindestens zwei Wehen alle 10 Minuten. Bei Frauen, die mit einer Muttermundsweite > 3 cm in die Klinik kamen, wurde deren Angabe des Einsetzens regelmäßiger Wehen als Geburtsbeginn genommen.
Nach Einsetzen der Geburtswehen stand es allen Frauen frei, eine Akupunkturbehandlung zur Schmerzlinderung zu wählen.
Ergebnisse: Die Geburtsdauer war in der Interventionsgruppe signifikant kürzer als in der Kontrollgruppe (durchschnittliche Differenz: 1,7 h, p = 0,03). Die Oxytozingabe war nach Akupunktur ebenfalls signifikant niedriger als ohne Akupunktur (OR 2,0, p = 0,018). Darüber hinaus war die aktive Phase der Geburt bei den Frauen der Akupunkturgruppe, bei denen eine Einleitung erforderlich war (n = 15, davon 7 mit Prostaglandin, 8 mit Oxytozin)), signifikant kürzer als bei den Frauen mit Einleitung in der Kontrollgruppe (n = 20, davon 11 mit Prostaglandin, 9 mit Oxytozin) (durchschnittliche Differenz 3,6 h, p = 0,002). Diese Ergebnisse blieben auch nach statistischer Kontrolle möglicher verzerrender Einflussfaktoren wie Parität, Periduralanästhesie und Geburtsgewicht signifikant.
Sechs Frauen der Akupunkturgruppe und 13 Frauen der Vergleichgruppe hatten keine Spontangeburt, der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.
Schlussfolgerung: Akupunktur stellt eine gute Alternative oder Ergänzung zu pharmakologischen Methoden der Einleitung nach vorzeitigem Blasensprung dar.

Zusammenfassung: Katja Stahl, D-Hamburg

Risikofaktoren für einen DR III°: die Bedeutung der mütterlichen Geburtsposition

Gottvall K Allebeck P Ekéus C 2005 Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. Birth 32: 164–9

Ziel: Untersuchen der Rolle der Geburtsposition beim Auftreten eines DR III°.
Design: Retrospektive Kohortenstudie.
Setting: Ein Lehrkrankenhaus in Stockholm mit etwa 5700 Geburten pro Jahr.
Teilnehmerinnen: Von den 19.515 Frauen, die zwischen 2002 und 2005 in dem Lehrkrankenhaus geboren haben, erfüllten insgesamt 12.782 Frauen das Einschlusskriterium Spontangeburt.
Methode: Daten zur Geburtsposition und anderen geburtshilflichen Faktoren wurden hinsichtlich des Auftretens eines DR III° analysiert.
Outcomeparameter: DR III° und DR IV°.
Ergebnisse: Ein DR III° trat bei insgesamt 449 Frauen auf (3,5 %). Die Verletzung war bei Erstgebärenden häufiger als bei Mehrgebärenden (5,8 % bzw. 1,7 %). Am häufigsten trat ein DR III° bei Geburten in Steinschnittlage auf (6,9 %), gefolgt von Geburten in hockender Position (6,4 %). Eine logistische Regression ergab einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Steinschnittlage (adjustierte OR 2.02, 95 % KI 1.58–2.59) bzw. hockenden Positionen (adjustierte OR 2.05, 95 % KI 1.09–3.82) und einem erhöhten Risiko für einen DR III°. Weitere wichtige Risikofaktoren waren Primiparität (adjustierte OR 3.29, 95 % KI 2.55–4.25), Austreibungsphase > 1 h (adjustierte OR 1.52, 95 % KI 1.11–2.10), kindliches Geburtsgewicht über 4000 g (adjustierte OR 2.12, 95 % KI 1.64–2.72) und großer kindlicher Kopfumfang (adjustierte OR 1.57, 95 % KI 1.23–1.99).
Schlussfolgerung: Steinschnittlage und hockende Geburtspositionen stehen im Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko für einen DR III°, auch nachdem weitere Risikofaktoren kontrolliert gehalten wurden.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Geburtsmodus bei Z.n. Sectio: Eine qualitative Untersuchung zum Entscheidungsfindungsprozess der Schwangeren

Moffat MA Bell JS Porter MA Lawton S Hundley V Danielian P Bhattacharya S 2007 Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 114:86–93

Ziel: Prospektive Untersuchung des Entscheidungsfindungsprozesses zum Geburtsmodus bei Frauen, die bei einer vorangegangenen Geburt einen Kaiserschnitt hatten.
Outcomeparameter: Entwicklung der Entscheidungsfindung, die Einbeziehung der Frauen in den Prozess der Entscheidungsfindung, Faktoren, die die Entscheidungsfindung beeinflussen.
Design und Methode: Qualitative Studie. Die Datenerhebung erfolgte über Tagebucheintragungen, Beobachtung und teilstrukturierte Interviews. Die Auswertung erfolgte über eine thematische Gruppierung des Datenmaterials sowohl aus einer längs- wie aus einer querschnittlichen Perspektive.
Setting: Eine Schwangerenambulanz eines großen Lehrkrankenhauses in Schottland sowie die häusliche Umgebung der Teilnehmerinnen.
Teilnehmerinnen: Insgesamt 26 Frauen, die bei einer vorangegangenen Geburt einen Kaiserschnitt hatten. Die Indikation zum Kaiserschnitt musste in der Anamnese erstmalig aufgetreten sein.
Ergebnisse: Eigene Vorerfahrungen und Erwartungen beeinflussten die Entscheidungsfindung der Frauen. Die endgültige Entscheidung entwickelte sich häufig im Verlauf der Schwangerschaft. Die meisten Frauen gingen davon aus, dass ihre Entscheidung vorläufig war und sich ändern konnte, wenn die Umstände es erforderlich machten. Trotz des einheitlichen Wunsches aller Teilnehmerinnen, in den Prozess der Entscheidung mit einbezogen werden zu wollen, beteiligten sich viele Frauen nicht aktiv daran und empfanden die Verantwortung, eine Entscheidung treffen zu sollen, als belastend. Die Zufriedenheit mit dem Ausmaß und der Qualität der Information, die sie bezüglich der verschiedenen Optionen bekommen hatten, war sehr unterschiedlich. Viele Frauen wünschten sich Informationen, die stärker auf ihre individuelle Situation und ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnitten sind. Im Gegensatz zu dem in den Medien verbreiteten Eindruck konnten keine Belege gefunden werden, dass die Frauen einen Wunschkaiserschnitt eindeutig präferierten oder einforderten.
Schlussfolgerung: Frauen mit einem Kaiserschnitt in der Anamnese haben in der Regel keine klaren Vorstellungen über den Geburtsmodus in der aktuellen Schwangerschaft. Sie suchen nach zielgerichteter und individuell angepasster Information und Führung durch geburtshilfliche ExpertInnen. Einige Frauen empfanden die Anforderung, die Entscheidung für einen Geburtsmodus in der aktuellen Schwangerschaft treffen zu sollen, als belastend.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

Sectio caesarea und Risiko für eine Totgeburt in einer weiteren Schwangerschaft: retrospektive Kohortenstudie in einer englischen Population

Gray R Quigley MA Hockley C Kurinczuk JJ, Goldacre M, Brocklehurst P 2007 Caesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retro-

spective cohort study in an English population BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 114:264–70.

Ziel: Zwei neuere Studien weisen auf ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt bei einer auf einen Kaiserschnitt folgenden Geburt hin. In der vorliegenden Arbeit wird über eine Untersuchung berichtet, in der die Hypothese getestet wurde, dass der Kaiserschnitt für Totgeburt eine zu erklärende bzw. nicht zu erklärende Ursache darstellt. Darüber hinaus wurde die Totgeburtenrate in der Studienpopulation untersucht, die im Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt in einer vorangegangen Schwangerschaft stehen konnte.
Design: Retrospektive Kohortenstudie.
Teilnehmerinnen: Daten von registrierten 81.784 Geburten, die zwischen 1968 und 1989 in Oxfordshire und West Berkshire stattfanden.
Methode: Berechnet wurden die Hazard Ratios (crude und adjustiert) für Totgeburt bei Z.n. Sectio verglichen mit Totgeburt ohne vorangegangene Sectio mit Hilfe einer Cox-Regression.
Outcomeparameter: Totgeburt.
Ergebnisse: Die Hazard Ratio für alle Totgeburten, für Totgeburten mit erklärbarer Ursache und für Totgeburten mit nicht erklärbarer Ursache betrug 1,54 (95% KI 1,04–2,29), 2,13 (1,22–3,72) bzw. 1,19 (0,68–2,09). Nach Kontrolle von mütterlichem Alter, Parität, sozioökonomischem Status, Komplikationen bei einer vorangegangener Geburt, Body Mass Index und Nikotinkonsum betrugen die jeweiligen Hazard Ratios 1,58 (0,95–2,63), 2,08 (1,00–4,31) bzw. 1,24 (0,60–2,56).
Schlussfolgerung: Frauen mit einem Kaiserschnitt in der Anamnese haben ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt. In der vorliegenden Untersuchung schien sich dieses erhöhte Risiko auf die Untergruppe der Totgeburten mit zu erklärender Ursache zu beschränken. Gleichwohl finden sich in den Ergebnissen der aktuellen Literatur zum Totgeburtrisiko so viele Inkonsistenzen, dass weitere Forschung zu diesem Thema gerechtfertigt erscheint.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

WOCHENBETT

Operative Geburt und postnatale Depression: eine Kohortenstudie

Patel RR Murphy DJ Peters TJ (für ALSPAC) 2005 Operative delivery and postnatal depression: a cohort study. British Medical Journal 330: 879-82

Ziel: Untersuchung des Zusammenhangs zwischen elektiver Sectio caesarea und postnataler Depression verglichen mit geplanter vaginaler Geburt und des Zusammenhangs zwischen sekundärer Sectio bzw. vaginal-operativer Geburt und postnataler Depression verglichen mit einer Spontangeburt.
Design: Prospektive populationsbasierte Kohortenstudie.
Setting: ALSPAC (the Avon longitudinal study of parents and children).
Teilnehmerinnen: Insgesamt wurden 14.663 Frauen in der Schwangerschaft mit einem errechnetem Geburtstermin zwischen dem 01.04.1991 und 31.12.1992 für die Studie rekrutiert.
Outcomeparameter: Ein Wert auf der Edinburgh Postnatal Depression Scale ≥ 13, die acht Wochen nach der Geburt von den Frauen selbst ausgefüllt wurde.
Ergebnisse: Es konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine elektive Sectio das Risiko für das Auftreten einer postnatalen Depression erhöht verglichen mit einer geplanten vaginalen Geburt (adjustierte OR 1,06, 95% KI 0,66–1,7, p = 0,80). Bei den Frauen, die eine vaginale Geburt geplant hatten, konnte ebenfalls kein Unterschied für das Risiko einer postnatalen Depression belegt werden zwischen denjenigen, die eine sekundäre Sectio bzw. eine vaginal-operative Geburt und denjenigen, die eine Spontangeburt hatten (adjustierte OR 1,17, 95% KI 0,77-1,79, p = 0,46 bzw. adjustierte OR 0.,89, 95% KI 0,68-1,18, p = 0,42).
Schlussfolgerung: Es gibt keinen Grund, Frauen mit einem erhöhten Risiko für eine postnatale Depression hinsichtlich des Geburtsmodus unterschiedlich zu behandeln. Eine elektive Sectio caesarea schützt nicht vor einer postnatalen Depression. Frauen, die eine vaginale Geburt anstreben und bei denen eine sekundäre Sectio oder eine vaginal-operative Geburt erforderlich wird, müssen sich keine Sorgen über ein erhöhtes Risiko für eine postnatale Depression machen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg

NEUGEBORENE

Verlegung von Reifgeborenen auf die Neugeborenen-Intensivstation: eine populationsbasierte Studie

Tracy SK Tracy MB Sullivan E 2007 Admission of Term Infants to Neonatal Intensive Care: A Population-Based Study. Birth 34:301-7

Hintergrund: Neonatale Intensivstationen leisten eine Versorgung, die hohe Kosten verursacht und niedrige Fallzahlen aufweist. Ziel dieser Studie war es, die Rate der Verlegungen von Reifgeborenen auf eine Intensivstation in Abhängigkeit vom Geburtsmodus bei Frauen mit geringem Risiko zu ermitteln.
Methode: Analysiert wurden die offiziellen Perinataldaten von 1.001.249 Frauen, die in Australien zwischen 1999 und 2002 geboren hatten. Es wurden die adjustierten Odds Ratios (AOR) für eine Verlegung des Reifgeborenen auf eine Intensivstation bei Frauen mit geringem Risiko berechnet, differenziert nach Schwangerschaftswoche (SSW). Ebenfalls berechnet wurden die adjustierte OR für die Verlegung auf eine neonatale Intensivstation nach primärer Sectio, sekundärer Sectio, Vakuumgeburt und Zangengeburt verglichen mit der Verlegung des Neugeborenen nach Spontangeburt in der 40 SSW.
Ergebnisse: Die Gesamtrate der Verlegungen von Reifgeborenen auf eine neonatale Intensivstation lag bei 8,9% für Erstgebärende und 6,3% für Mehrgebärende. Bei primärer Sectio in der vollendeten 37. SSW bei Erstgebärenden mit geringem Risiko betrug die adjustierte OR 12,08 (99% KI 8.64–16.89), in der vollendeten 38. SSW 7,49 (99% KI 5.54–10.11) und in der vollendeten 39. SSW 2.80 (99% KI 2.02–3.88). In der vollendeten 41. SSW lag die adjustierte OR nicht signifikant höher als in der vollendeten 40. SSW. Für Mehrgebärende mit geringem Risiko und primärer Sectio in der vollendeten 37. SSW lag die adjustierte OR für eine Verlegung des Neugeborenen auf die Intensivstation bei 15.40 (99% KI 12.87–18.43), in der vollendeten 38. SSW bei 12.13 (99% KI 10.37–14.19) und in der vollendeten 39. SSW bei 5.09 (99% KI 4.31–6.00). In der vollendeten 41. SSW lag die adjustierte OR für eine Verlegung signifikant niedriger als in der vollendeten 40. SSW (AOR 0.64, 99% KI 0.47–0.88). Nach vaginal-operativer Geburt war das Risiko für eine Verlegung höher als nach Spontangeburt in der vollendeten 40. SSW.
Schlussfolgerung: Die adjustierte Odds Ratio für eine Verlegung des Neugeborenen von Müttern mit geringem Risiko auf eine neonatale Intensivstation lagen bei einer Geburt in der vollendeten 37. SSW höher. Im Zeitalter steigender Sectioraten ist dieses Ergebnis eine wichtige Information für Frauen, die einen elektiven Kaiserschnitt in Erwägung ziehen.

Übersetzung: Katja Stahl, D-Hamburg