Die Geburtseinleitung bei intrauterinem Fruchttod in der zweiten Schwangerschaftshälfte

Autor(en): **Jann, F.X.**

Objekttyp: **Article**

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**

Band (Jahr): **73 (1975)**

Heft 1

PDF erstellt am: **24.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950923

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Universitäts-Frauenklinik Bern
(Prof. Dr. med. M. Berger)

Die Geburtseinleitung bei intrauterinem Fruchttod in der zweiten Schwangerschaftshälfte

F. X. Jann

A) Einleitung

Wenn eine werdende Mutter, die sich monatelang auf ihr Kind gefreut hat, die sich auf die Zeit nach der Geburt vorbereitet hat, von ihrem Arzt oder der Hebamme vernehmen muss, ihr Kind in der Gebärmutter sei tot, ist dies eine traurige Erkenntnis, die auch die Hebamme oder den Arzt vor besondere Probleme stellt.

Wenn auch statistisch nach zwei Wochen nach dem Absterben des Kindes dieses in 77 Prozent von selbst ausgestossen wird, so wird man einer Mutter kaum zumuten können, solange mit einem toten Kinde im Mutterleib weiter zu leben.

Es stellt sich somit die Frage, auf welche Weise auch bei unreifem Muttermund, bei wehenlosem Uterus, diese Ausstossung möglichst bald nach der Todesdiagnose erreicht werden kann.

Es existieren heute mehrere Möglichkeiten. In diesem Artikel soll jedoch nur die Methode beschrieben werden, welche unseres Erachtens in jedem Spital durchgeführt werden kann. Es ist anzunehmen, dass diese Methode in wenigen Jahren durch bessere ersetzt werden kann. Zurzeit aber stellt sie wahrscheinlich die praktizierbarste dar.

B) Häufigkeit

Bei Durchsicht grosser Geburtenzahlen liegt die Häufigkeit des intrauterinen Fruchttodes ungefähr bei 1 Prozent.

C) Ursachen

Die Suche nach den Ursachen bleibt in fast der Hälfte der Fälle unklar.
Die Reihenfolge der gefundenen Ursachen sieht ungefähr so aus:

1. Rhesusinkompatibilität
2. Unterfunktion der Plazenta
z. B. bei EPH-Gestose, Diabetes, Uebertragung, vorzeitiger Plazentalösung.
3. Nabelschnurkomplikationen mit tödlicher Folge wegen der fehlenden Sauerstoffzufuhr.

Noch seltener findet man als Ursache das Verbluten des Kindes in die Mutter hinein, oder bei Zwillingen, das Verbluten des einen Kindes in das andere.
Auch Infektionen wie Syphilis, Listeriose, Toxoplasmose sind eher selten und besonders bei den letzten beiden Infektionen als Ursache umstritten.

D) Abklärung

Man wird im Schwangerschaftsverlauf nach den Zeichen einer EPH-Gestose suchen müssen (hoher Blutdruck, Eiweiss im Urin, Wasser in den Beinen auch nach Bettruhe). Man wird abzuklären haben, ob allenfalls eine versteckte Zuckerkrankheit im Spiele steht, z. B. mit einer Zuckerbelastung. Man wird im Blut nach irregulären Blutgruppen, auch ausserhalb des Rhesus-Systems fahnden. Man wird eine Syphilis mit dem Wassermann-Test ausschliessen und im Serum der Patientin, oder noch besser in den Lochien nach den Erregern der Listeriose oder der Toxoplasmose forschen.

E) Symptome

1. Von der Frau aus
Die werdende Mutter spürt keine Kindsbewegungen mehr. Es ist dies der häufigste Grund, weshalb sie den Arzt oder die Hebamme aufsucht. Ist das Kind schon längere Zeit unbemerkt gestorben, werden u. U. die Brüste schlaffer, die Frau spürt ein Fremdkörpergefühl im Unterbauch, auch kann eine zunehmende Uebelkeit bestehen.

2. Von der Hebamme oder vom Arzt aus
Die kindlichen Herztöne fehlen. Es muss aber daran gedacht werden, dass auch bei zu viel Fruchtwasser oder bei einer adipösen Frau Schwierigkeiten im Finden der Herztöne entstehen können.
Für einen intrauterinen Fruchttod sprechen bei der Untersuchung ferner fehlende Kindsbewegungen, Abnahme des Bauchumfanges, des Körpergewichtes.

F) Diagnose

Neben den klinischen Untersuchungen stehen heute weitere Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Das Kardiotokogramm
Findet man auch mit dieser Apparatur keine kindlichen Herztöne, ist der kindliche Tod praktisch bewiesen.
Es kann hier allerdings der Fehler unterlaufen, dass mittels des Aufnahmekopfes mütterliche Herztöne registriert werden, die bei hohem Puls der Mutter (Aufregung, Angst, eventuell Fieber) mit den kindlichen Herztönen verwechselt werden können. Man wird deshalb unbedingt den Puls der Mutter vergleichen müssen.

2. Fruchtwasserpunktion
Diese zusätzliche Diagnosemöglichkeit, sowie auch die weiter angeführten, sind nur nötig, wenn aus irgend einem Grunde noch Zweifel am Tode bestehen sollten.
Man kann an der Farbe des Fruchtwassers, stark grün oder braun verfärbt, eventuell bereits fleischfarben, den Tod des Kindes bestätigt finden.

3. Röntgenbild
Zu den Hauptzeichen im Röntgenbild eines abgestorbenen Kindes gehören die folgenden:

— Wirbelsäule: Befindet sich in Streckstellung oder spitzwinklig abgebogen.
— Kopf: Man findet das sogenannte Spalding-Hornersche Zeichen: Die platten Schädelknochen sind dachziegelartig übereinander gelagert.
— Extremitäten: Man findet einen sogenannten «Knochensalat», d. h. eine vollständig unkontrollierte Haltung der Arme und Beine.

4. Hormonanalysen
Hier sind die Oestrogenbestimmungen im 24-Stunden-Urin oder im Blut zu erwähnen. Bei Abfall des Oestrogens unter 4 mikrogramm/100 ml Urin muss dies als Todeszeichen gewertet werden.

G) Verlauf

In 77 Prozent der Fälle wird ein totes Kind nach 2 Wochen spontan ausgestossen. In 84 Prozent nach 3 Wochen, in 94 Prozent nach 5 Wochen.
Das Zuwarten stellt jedoch eine grosse psychische Belastung

Agiolax

MADAUS

Pflanzliches Darmregulans,
wirkt mild, angenehm und sicher

Zusammensetzung

Mit Mucilago angereicherte Früchte von Plantagoarten und Cassia angustifolia, Rhiz. Calami, Kamillenextrakt mit standardisiertem Azulengehalt, Geschmackskorrigenzien.

Eigenschaften

Agiolax reguliert in physiologischer Weise den Entleerungsmechanismus des Darmes, durch seine Kombination von mechanischer Quellwirkung mit mildem Tonisierungseffekt.

Indikationen

Habituelle Obstipation
Stuhlregulierung post partum und bei Bettlägerigen
Schwangerschaftsobstipation
Entleerungsstörungen bei Anus praeternaturalis.

Nebenwirkungen und Kontra-Indikationen

Keine

Handelsformen

Dosen mit 100* g, 250* g und 1000 g Granulat. * kassenzulässig

---

BIOMED

Dr. Madaus & Co., Köln
Für die Schweiz: Biomed AG, Zürich

für die Frau dar. Des weiteren können auch Gerinnungsstörungen entstehen, die für die Frau bedrohlich werden können. (Siehe unter Komplikationen.)

1 bis 2 Stunden nach dem Absterben des Kindes beginnt sich die Haut schmutzig rot zu verfärben, nach etwa 6 Stunden findet man um den Nabel blutunterlaufene Stellen. Nach etwa 9 Stunden bilden sich Hautblasen, nach etwa 12 Stunden fängt die Haut an, sich abzuschilfern. Nach ungefähr 48 Stunden werden die Gelenksverbindungen locker. In den Körperhöhlen bilden sich blutig-seröse Ergüsse.

In seltenen Fällen kann das Kind, wenn es nicht geboren wird, versteinern oder austrocknen und zu einer Mumie werden.

H) Komplikationen

Die Hauptkomplikation bildet die Gerinnungsstörung, welche zu massiven Blutungen nach dem Ausstossen des Kindes führen kann. Diese Störungen entstehen wahrscheinlich durch Zerstörung notwendiger Gerinnungselemente (Fibrinogen) durch besondere Stoffe aus der verwesenden Plazenta.

Sie entstehen meist erst, wenn das Kind mehr als fünf Wochen tot in der Gebärmutter geblieben ist.

I) Therapie

Wie bereits eingangs erwähnt, soll hier die Methode beschrieben werden, die heute in allen Spitälern durchgeführt werden kann.

Die anderen Möglichkeiten sollen immerhin erwähnt sein.

Es ist versucht worden, durch Instillation von Kochsalz oder Rivanol ausserhalb (oder ungünstiger innerhalb) der Fruchtblase das tote Kind zum Ausstossen zu bringen. Diese Methode ist in geübter Hand sicherlich nützlich. Es sind jedoch schon schwere Komplikationen beschrieben worden.

Ein weiterer Weg, ein totes Kind möglichst rasch und schonend zu gebären, sind die Einleitungen mit den sogenannten Prostaglandinen. Es sind dies Substanzen, die zuerst in der Vorsteherdrüse des Mannes, später auch in andern Organen gefunden wurden, und die auf die glatte Muskulatur kontraktionsfördernd wirken. Vermutlich liegt in dieser Substanz die Zukunft für die Einleitung bei abgestorbenen Kindern. Es liegen bereits schon zunehmend gute Erfahrungen vor, insbesondere zur Ausstossung von Schwangerschaften in der ersten Schwangerschaftshälfte, aber auch zur Einleitung von normalen Geburten.

Doch sind diese Substanzen vorläufig im Handel noch nicht erhältlich, auch noch nicht völlig frei von Nebenwirkungen, so dass hier eine Beschreibung sinnlos wäre.

Es sei deshalb eine Methode erwähnt, die gut durchführbar ist:

1. Tag:
Man injiziert der Frau 40 mg Ovocyclin i. m. Dadurch wird die Gebärmutter wehenbereit.

2. Tag:
Man sprengt am Morgen die Fruchtblase. Bei geschlossenem Muttermund muss dies eventuell amnioskopisch erfolgen.

Anschliessend legt man einen Blasenkatheter mit einem auffüllbaren Ballon von mindestens 50 ml, besser aber 100 ml durch den Muttermund in die Fruchthöhle ein, füllt den Ballon mit der entsprechenden Menge Kochsalz auf und hängt an den Katheter über den unteren Bettrand ein Gewicht von ungefähr 1/2 Kilogramm.
Durch diesen Zug wird der geschlossene Muttermund allmählich eröffnet.
2 Stunden nach Einlegen des Ballonkatheters beginnt man mit der Infusion von Oxytocin nach folgendem Schema:

20 Einheiten Oxytocin (Syntocinon) in 1000 cc 5 Prozent Glucose. Davon infundiert man 10 Minuten lang 3 Tropfen/min. steigert nach 10 Minuten auf 6, dann nach weiteren 10 Minuten auf 9, 12, 15, 18, 21, bis maximal 25 Tropfen pro Minute, sofern nicht schon früher gute Wehen auftreten. Die Tropfenzahl von 3 Tropfen/min entspricht 2,5 milli-Einheiten/min, die Tropfenzahl von 25 Tropfen/min einer Menge von 20,0 mE/min.
Um der Frau das für sie traurige Geschehnis zu erleichtern oder gar unbewusst zu machen, infundieren wir mit zunehmender Wehenzahl folgenden Cocktail lytique: in 1000 cc 5 Prozent Glucose 200 mg Lorfalgyl, 200 mg Phenergan, 200 mg Largactil. Ein Schema für die Tropfenzahl kann nicht angegeben werden, da die Wirkung von Frau zu Frau verschieden ist. Dieser Cocktail sollte jedoch so gesteuert werden, dass die Frau den Geburtsvorgang möglichst nicht bewusst erlebt.

Mittels dieses Vorgehens kann die Geburt des toten Kindes innert 6 bis 10 Stunden nach Blasensprengung erwartet werden. Wegen der erhöhten Gefahr einer intrauterinen Infektion verabreichen wir hochdosierte Antibiotika, z. B. Ampicillin mindestens 8 bis 12 g in den ersten 24 Stunden, da tiefere Dosierungen eindeutig die Fruchthöhle in ungenügender Menge erreichen. Nachdem das Kind ausgestossen worden ist, kann tags darauf auf die normale Dosis von etwa 3 g/24 Stunden zurückgegangen werden.

An Laborbestimmungen verordnen wir neben den üblichen Analysen einen Gerinnungsstatus, sobald die Frau ins Spital eingetreten ist, um dadurch vor allfälligen atonischen Blutungen gewarnt zu sein.

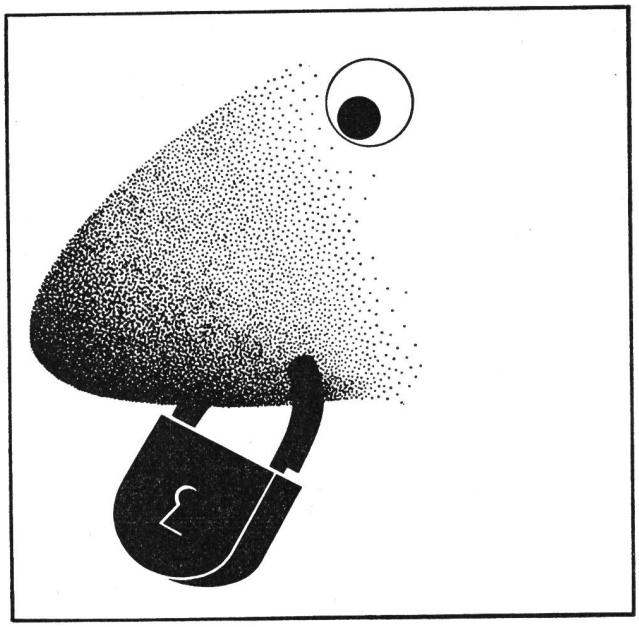
Es ist zu hoffen, dass zur Lösung der Frage: Was ist bei einem intrauterinen Fruchttod zu tun? mit diesem Artikel ein praktikabler Beitrag geleistet wurde.

Dr. med. F. X. Jann, Kant. Frauenspital, 3012 Bern

Schmerzmittel sind nicht «zum Ufchlöpfe da»!

Für einen müden Kopf ist eine Ruhepause, etwas frische Luft und Bewegung weit zuträglicher als ein Schmerzmittel. Dafür dürfen Sie bei einem gelegentlichen Anfall von Kopfweh, Migräne oder Rheumaschmerzen getrost zu einem bewährten Arzneimittel greifen. Wählen Sie Melabon! Sie werden überrascht sein, wie schnell Sie sich wieder wohl fühlen. Denken Sie aber daran, dass auch Melabon — wie alle schmerzstillenden Arzneimittel — dauernd und in höheren Dosen nicht genommen werden soll, ohne dass man den Arzt frägt.

Mélabon

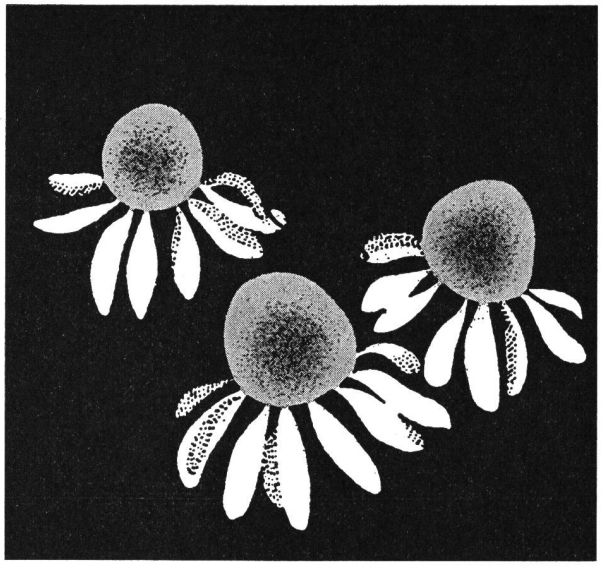


Die Lösung
für
verstopfte
Nasen

007/2 OTV 7173 CHd

®Otrivin

CIBA



Die altbewährte Kamille
in moderner Form

KAMILLOSAN®

Liquidum* Salbe* Puder

* kassenzugelassen

entzündungsheilend,
reizmildernd, adstringierend,
desodorierend

- standardisiert
- hygienisch
- praktisch
- sparsam und bequem
  im Gebrauch

Muster stehen zur Verfügung!

TREUPHA AG BADEN