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: 73 (1975)

Heft: 11

Artikel: Die künstliche Blasensprengung

Autor: Hoculi, E.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950943

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: 16.07.2025

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

DIE SCHWEIZER HEBAMME

Offizielles Organ des Schweizerischen Hebammenverbandes
Bern, 1. November 1975 Monatsschrift 73. Jahrgang Nr. 11

Aus der Frauenklinik des Kantonsspitals Münsterlingen
(Chefarzt: PD Dr. med. E. Hochuli)

Die künstliche Blasensprengung

von E. Hochuli

Die künstliche Blasensprengung stellt heute ein für die Geburtshilfe unentbehrliches Instrumentarium dar. Sie dient entweder zur Geburtseinleitung, zur Geburtsbeschleunigung oder zu der mit der Eröffnung der Fruchtblase erst möglichen intrauterinen Ueberwachung. Die Wahl des Zeitpunktes der instrumentellen Blasensprengung unter der Geburt und auch das technische Vorgehen variieren dabei von Klinik zu Klinik. Einige Grundsätze gilt es aber trotzdem zu beachten.

Die künstliche Blasensprengung zur Geburtseinleitung

Kommt eine Geburtseinleitung mittels Blasensprengung in Frage, z. B. nach anamnestischer Uebertragung, müssen *gewisse Voraussetzungen* erfüllt sein. Im Vordergrund steht u. a. die Geburtsreife der Portio, d. h. eine künstliche Blasensprengung sollte als primäre Manipulation nur dann vorgenommen werden, wenn die Portio reif ist. Für die Reife der Portio gelten folgende Charakteristika: Die Portio ist verstrichen, die Konsistenz ist weich, der Stand der Portio ist im Verhältnis zur Führungslinie des Beckens in der Mitte (d. h. sie ist zentriert), die Muttermundsweite beträgt 1 bis 2 cm und ist infolge der weichen Konsistenz der Portio eventuell bis auf 5 cm dilatierbar.

Als weitere Vorbedingung zur Blasensprengung gilt ein eingetretener Kopf, wobei nur in Ausnahmefällen von diesem Prinzip abgewichen werden sollte infolge der Gefahr einer Nabelschnurkomplikation (Nabelschnurvorfall!).

Die künstliche Blasensprengung oder in Analogie zum vorzeitigen Blasensprung auch vorzeitige Blasensprengung genannt, hat aber auch *Kontraindikationen:* Beckenendlagen, Vorliegen der Nabelschnur, Vorliegen eines kleinen Teiles, hochstehender oder ballotierender Kopf, Querlage, Mehrlingsschwangerschaft sowie Frühgeburten.

Gerade bei *Frühgeburten* trachten wir danach, die Fruchtblase möglichst lange stehen zu lassen, da sie einen gewissen Schutz für den kindlichen Kopf darstellt und damit eventuell eine verstärkte Kompression mit nachteiligen Folgen wie Hirnblutungen verhindern kann. Mit der transcervikalen intraamnialen Tokometrie konnte nämlich festgestellt werden, dass besonders im Bereich des Berührungsringes zwischen Muttermund und kindlichem Schädel hohe Druckwerte entstehen, die sich aber bei stehender Blase auf den ganzen kindlichen Schädel verteilen. Aehnliche Ueberlegungen gelten natürlich für die *Mehrlingsschwangerschaften*, bei denen es sich ja mehrheitlich um Geburten vor der 37. Schwangerschaftswoche handelt. Zudem treten im Laufe von Mehrlingsgeburten wahrscheinlich infolge der Dehnung der Uterusmuskulatur sehr oft uterine Dystokien (hypotone Wehenschwächen) auf, sodass eine vorzeitige künstliche Blasensprengung mit einer nachher nicht innert nützlicher Frist zu erwartenden Geburt ihre Risiken hat.

Bei den *Beckenendlagen* fürchtet man vorerst Nabelschnurkomplikationen, besonders aber den Nabelschnurvorfall. Zudem kann man sehr oft bei Beckenendlagen und vorzeitigem Blasensprung protrahierte Geburten beobachten, sodass schon deswegen die vorzeitige künstliche Blasensprengung nicht angebracht ist. Im weiteren nimmt man an, dass bei stehender Fruchtblase eine bessere Dehnung des Geburtenkanals für den nachfolgenden Kopf erfolgt, was natürlich bei der gerade bei BEL notwendigen kontinuierlichen Ueberwachung nur noch bedingt Gültigkeit hat. — Bei der *Querlage* fällt eine künstliche Blasensprengung ohnehin weg, ganz einfach deswegen, weil diese Lageanomalie heute immer zur primären Sectio führt.

In seltenen Fällen sieht man sich auch bei *hochstehendem Kopf* vor die Wahl gestellt, die Fruchtblase vorzeitig zu sprengen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn z. B. bei sogenannten «Slow-Starter» (längere Zeit ineffiziente Wehentätigkeit ohne Geburtsfortschritt) ein aktives Vorgehen notwendig wird, da mit zunehmender Protrahierung der Geburt auch die Azidosegefährdung für den Feten steigt. Man muss aber gerade in solchen Fällen den Entscheid sehr sorgfältig abwägen, da der «Slow-Start» oft Ausdruck einer Einstellungs- oder Haltungsanomalie des kindlichen Kopfes im Beckeneingang sein kann. — Wird dann die Blase gesprengt, wird diese evtl. noch nicht definitive Stellung oder Haltung des Kopfes durch die Blasensprengung fixiert, was dadurch zu einer ungünstigen geburtsprognostischen Ausgangssituation führt.

Eine *absolute Indikation* zur künstlichen Blasensprengung sehen wir aber darin, wenn mit den herkömmlichen klinischen Methoden der Ueberwachung oder bei einem technisch nicht einwandfrei abzuleitenden externen CTG ein Verdacht auf eine intrauterine Gefährdung des Feten besteht. Wir sind dann gezwungen, die Blase vorzeitig zu öffnen, damit wir über den Weg des vorangehenden Teiles (in den allermeisten Fällen der kindliche Schädel) mit Kopfelektroden und MBU die notwendigen Informationen über den aktuellen Zustand des Feten bekommen und mit dem Intrauterinkatheter die Wehentätigkeit quantitativ erfassen können.

Je nach Stand des vorangehenden Teiles stehen uns verschiedene *Techniken* zur vorzeitigen Blasensprengung zur Verfügung. Ist der Kopf eingetreten, wird die Blase am besten über den vaginalen Zugang mit Hilfe eines der vielen geeigneten Instrumente gesprengt. Mit der inneren Hand leitet man dabei das Instrument an die Fruchtblase heran. Mit Vorteil wird durch eine Hilfsperson von aussen der Kopf in Beckenmitte fixiert, sodass ein enger Kontakt zwischen Blasensprenginstrument, Fruchtblase und vorangehendem Kopf hergestellt wird. Die Fruchtblase wird darauf angeritzt und das Abfliessen des Fruchtwassers bereits einer primären makroskopischen Beurteilung unterzogen. Je nach dem können aus dem abfliessenden Fruchtwasser weitere Untersuchungen angestellt werden. Ist der vorangehende Teil aber noch hoch und die Blasensprengung nicht zu umgehen, wird die Sprengung vorzugsweise mit Hilfe des Amnioskopes vorgenommen. Eine Hilfsperson imprimiert wiederum von oben den Kopf ins kleine Becken, sodass dieser das untere Uterinsegment nach unten abdichtet. Durch das Amnioskop hindurch wird mit einer feinen Punktionskanüle die Blase angestochen und das Fruchtwasser unter ständiger Kontrolle abgelassen. Damit sollte ein Nabelschnurvorfall vermieden werden können.

Eine Blasensprengung unter Führung des rektal eingelegten Fingers ist nur noch in Einzelfällen indiziert; nur die vaginale Kontrolle bei und nach Blasensprengung kann uns mit Sicherheit über das Vorliegen einer Nabelschnur bzw. den Vorfall der Nabelschnur orientieren. Die vaginale Untersuchung gibt uns zudem die Möglichkeit, eine exakte Diagnose in bezug auf Stand, Haltung und Stellung des vorangehenden Teiles, Muttermund und Beckenkonfiguration zu geben. Zudem besteht die Möglichkeit, unmittelbar im Anschluss an die Blasensprengung eine Intensivüberwachung mit Kopfschwartenelektrode und Intrauterinkatheter einzuleiten.

Ob zusätzlich zur Blasensprengung noch Wehenmittel verabreicht werden sollen, ist nicht entschieden. Es gibt Kliniken, die bereits mit der Blasensprengung Wehenmittel (Oxytocin-Infusion mit Infusionspumpe) verabreichen. Es gibt aber auch solche, die bis zu 24 Stunden zuwarten. Dazu ist zu sagen, dass bei der vielfach zunehmenden Infektiosität in den Spitälern auf eine sich eventuell anbahnende intrauterine Infektion besonders geachtet werden muss. Das Vollbild der intrauterinen Infektion stellt schliesslich das Amnion-Infektionssyndrom dar, das bis zum Schock und bis zur Gerinnungsstörung führen kann. Auch dem Neugeborenen drohen damit natürlich Gefahren, wie z. B. die der bereits intrauterin erworbenen Pneumonie bis zur Sepsis. Es ist deshalb wünschenswert, dass die Geburt nach Blasensprengung innerhalb eines gewissen Zeitraumes erfolgt. Daraus leitet sich eigentlich eine vernüftige Steuerung des Geburtsgeschehens ab, indem nach KBS bei nicht etablierter Wehentätigkeit nach ca. 4 bis 8 Stunden Wehenmittel mittels einer Oxytocin-Infusion gegeben werden. Im allgemeinen genügen dann wenige m/E Oxytocin/Minute bis die Wehen einsetzen, worauf man in den meisten Fällen auf die weitere Zufuhr von Wehenstimulantien verzichten kann.

Die Blasensprengung unter der Geburt

Vorerst muss man sich die Frage stellen, welche *Vorteile* eine Blasensprengung unter der Geburt, die sogenannte zeitgerechte Blasensprengung, bringt. Als wahrscheinlich wichtigster Vorteil dieser Methode ist die *Wehenverstärkung* unter der Geburt anzusehen, was sich besonders bei Patientinnen mit (hypotoner) Wehenschwäche günstig auswirkt. Mit der Zunahme der Wehentätigkeit ist ein rascherer Geburtsablauf in den meisten Fällen zu erreichen. Obwohl auch diese wehenfördernde Wirkung nicht unwidersprochen blieb, anerkennt man an den meisten Orten diesen günstigen Effekt. Wahrscheinlich sind daran beteiligt die Verkleinerung des Uterusinhaltes und die verstärkte Auslösung des sogenannten Ferguson-Reflexes.

Die Blasensprengung unter der Geburt gibt uns zusätzlich die Möglichkeit, die *Qualität des Fruchtwassers* (Mekonium) exakt zu beurteilen und ein okkultes Vorliegen der Nabelschnur noch rechtzeitig zu erkennen. Nach der Blasensprengung steht uns wiederum der Zugang zum «intrauterinen Patienten» offen, sei es über die Kopfschwartenelektrode oder die Mikroblutuntersuchung. Des weiteren kann nach Einlegen eines Intrauterinkatheters mit Druckableitung die Wehentätigkeit exakt erfasst und dokumentiert werden.

Im allgemeinen fehlt die Gefahr einer intrauterinen Infektion, da ja die Geburt bereits im Gange ist und diese nach Ablauf weniger Stunden ohnehin zu erwarten ist. Anders könnte es sich natürlich bei protrahierten Geburten verhalten.

Nachdem sich die Kardiotokographie als Methode zur kontinuierlichen Ueberwachung eingebürgert hat, wurde auch die Meinung geäussert, dass die Herztonmuster sich nach Blasensprengung verändern können. Es wäre denkbar, dass die Nabelschnurkompressionszeichen infolge Nabelschnurumschlingung eventuell früher auftreten und über längere Zeit bestehen könnten. Andere glauben aber, dass solche Veränderungen des CTG, wenn überhaupt, nur selten auftreten. Zudem ist es eine bekannte klinische Beobachtung, dass die meisten Nabelschnurkomplikationen infolge Nabelschnurumschlingung erst am Ende der EP bzw. in der AP auftreten, also dann, wenn der vorangehende Teil bereits tief im Becken sitzt und damit der Zug auf die Nabelschnur wirksam werden kann. Es ist nicht zu bestreiten, dass eine exakte fetale Zustandsdiagnostik unter der Geburt in den meisten Fällen nur über die gesprungene Blase gemacht werden kann. Diese Vorteile der internen Kardiotokographie, die Druckmessung und die Mikroblutuntersuchungen überwiegen jedenfalls gegenüber den vorgebrachten Einwänden.

Als wichtigster Nachteil einer *verspäteten oder überhaupt nicht ausgeführten Blasensprengung* wird die zu späte Diagnose einer sich anbahnenden intrauterinen Hypoxie und Azidose angesehen. Daneben fällt ebenfalls die Nichterkennung eines Vorliegens der Nabelschnur ins Gewicht. Schliesslich sei auch noch als Nachteil eine gelegentlich als Folge einer nicht eröffneten Blase verzögert ablaufende Geburt genannt. Wir wissen, dass mit zunehmender Geburtsdauer (protrahierte Geburten) die fetale Situation kritisch werden kann.

Zusammenfassung

Zusammenfassend können wir sagen, dass die künstliche Blasensprengung unter Berücksichtigung der vorgebrachten Argumente eine wertvolle geburtshilfliche Massnahme darstellt, und aus dem heutigen geburtshilflichen Instrumentarium nicht mehr wegzudenken ist. Es sei besonders herausgestellt, dass es erst dadurch möglich wird, die Geburt für den «intrauterinen Patienten» sicher und ohne Hypoxie- und Azidosegefährdung ablaufen zu lassen.

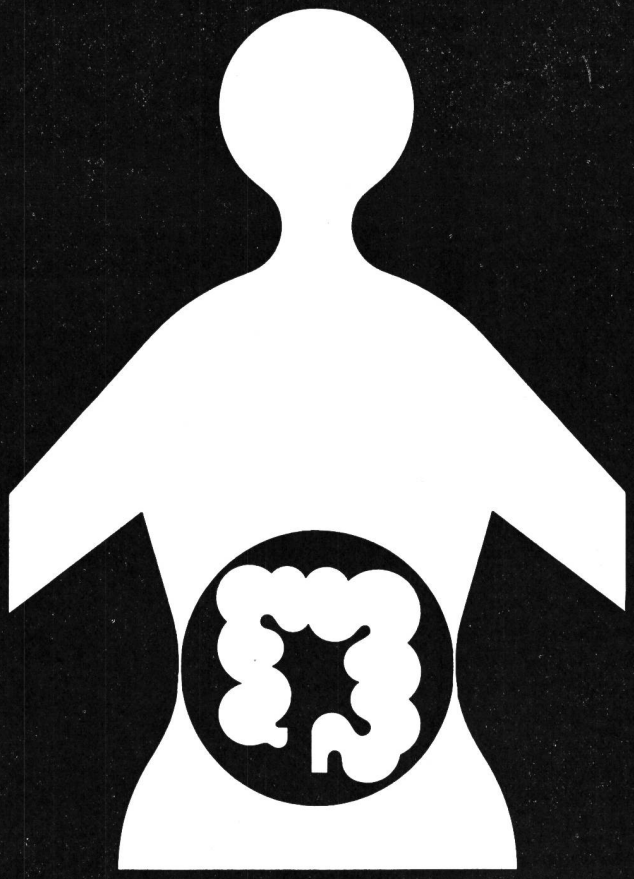
Schmerzmittel sind nicht «zum Ufchlöpfe da»!

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

®Dulcolax
Geigy
Heilgymnastik
für den trägen Darm

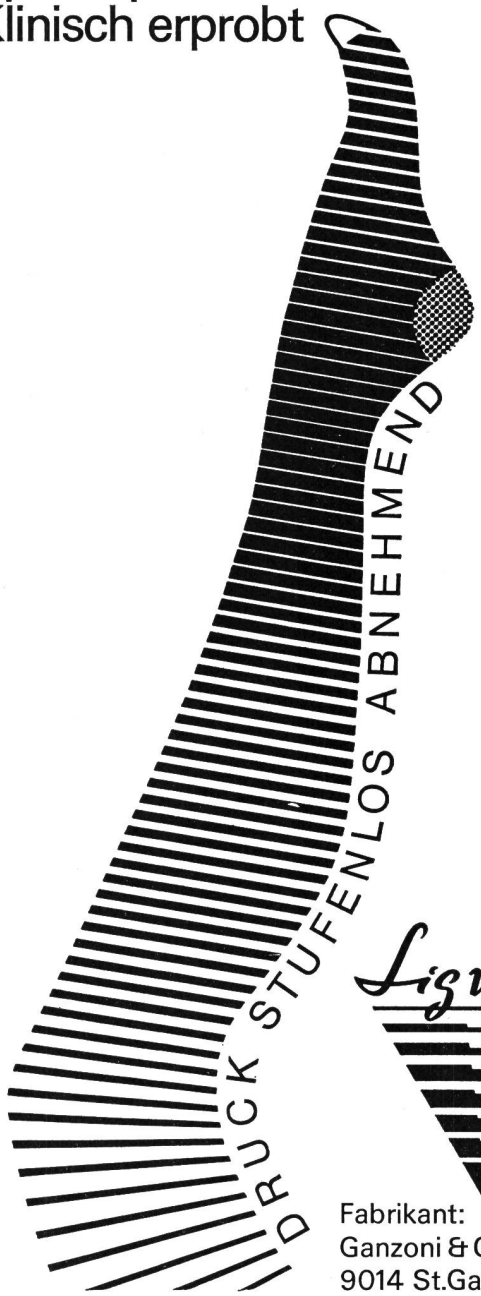
behebt die Verstopfung
unschädlich
mild
ohne Gewöhnung



Sigvaris®

Der medizinische Kompressions-Strumpf mit stufenlos abnehmendem Druck

Schweizer
Spitzenprodukt
Klinisch erprobt



Fabrikant:
Ganzoni & Cie AG
9014 St.Gallen/Schweiz

® = marque déposée par Ganzoni & Cie SA, St-Gall/Suisse