

Vaginale Beckenendlagenentbindung : Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Geburtshelfer

Autor(en): **Luyben, Ans**

Objektyp: **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): **91 (1993)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **26.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950883>

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.

3. Behandlung

3.1. Behandlungsindikationen

	Phototherapie	Austauschtransfusion
Frühgeborene 34–37 SSW	190–240 µmol/l	270–320 µmol/l
Termingeborene ≥ 2500 g mit Hämolyse	230–300 µmol/l	350–370 µmol/l
Termingeborene ≥ 2500 g gesund	320–350 µmol/l	400–430 µmol/l

Bei Gewicht ≤ 2500 g Einstufung in die unmittelbar tieferliegende Behandlungsgruppe. Das Alter des Kindes spielt für die Behandlung keine Rolle mehr.

Neugeborene ≤ 2000 g und/oder ≤ 34 Schwangerschaftswochen müssen auf eine Neonatologie-Abteilung verlegt werden.

3.2. Phototherapie.

Durchführung

- Kind nur mit kleiner Windel im Inkubator oder unter einem Wärmestrahler mit Servosteuerung.
- Zwei Lampen nur ausnahmsweise verwenden.
- Augenschutz.
- Zusätzlich Flüssigkeit anbieten bei Unruhe oder Weinen (erhöhte Wasserverluste).
- Grosszügige Lichtpausen während Stillen und Pflegen des Kindes (Augenschutz entfernen). Für den Bilirubinabbau genügen auch kürzere Lichtperioden. Die Mutter soll so

wenig wie möglich am Kontakt mit ihrem Kind gehindert werden.

- Bilirubinbestimmung mindestens 8– bis 12stündlich und 12–24 Stunden nach Abbruch der Behandlung.
- Abbruch der Phototherapie, wenn das Serumbilirubin unter den Phototherapiebereich abgefallen ist.
- Kontrollen: Rektaltemperatur, Herzfrequenz und Atmung 4x täglich. Gewicht täglich (protokollieren!).

3.3. Ernährung

Ikterische, normal ernährte Neugeborene mit einem Gewichtsverlust nicht

grösser als 10% des Geburtsgewichtes benötigen keine zusätzliche Flüssigkeitszufuhr. Die weitverbreitete Praxis, ikterischen Neugeborenen zusätzlichen Tee zu verabreichen, hat keine Wirkung auf den Serumbilirubinspiegel (indirektes Bilirubin wird weder im Serum «verdünnt», noch im Urin ausgeschieden!).

Gestillte Neugeborene haben in den ersten 3–4 Lebenstagen durchschnittlich einen **leicht** höheren Bilirubinspiegel als künstlich ernährte Neugeborene. Dieser frühe Bilirubinunterschied zwischen gestillten und nicht gestillten Kindern muss von der späteren Form des durch Muttermilch bedingten Ikterus unterschieden werden. Etwa 1–2% der gestillten Neugeborenen entwickeln eine langdauernde Hyperbilirubinämie mit einem Maximum am 10.–15. Lebenstag und einer Normalisierung nach 3–12 Wochen. Nur wenn eine Serumbilirubinkonzentration von ca. 350 µmol/l überschritten wird und der Verdacht besteht, dass ein muttermilchbedingter Ikterus vorliegt, kann eine Stillpause von 48 Stunden statt Phototherapie erwogen werden.

Während der vorübergehenden Stillunterbrechung sollte der Milchfluss manuell oder mit einer Milchpumpe erhalten werden. Die Mütter sollten in dieser Zeit beruhigende und positive Unterstützung bekommen. □

Vaginale Beckenendlagenentbindung:

Zusammenarbeit zwischen Hebamme und Geburtshelfer

Zusammenfassung des Referats von Frau Ans Luyben, Hebamme aus Holland, die zur Zeit in der Frauenklinik Bern arbeitet. Sie hat den Inhalt dieses Textes zusammen mit Frau J.M.E. Roumen in den Niederlanden recherchiert und in Vancouver vorgestellt.

(Abteilung Geburtshilfe und Gynäkologie, St. Elisabethenklinik und Hebammenschule, Heerlen / Niederlande)

Der Geburtsmodus der Beckenendlage hat sich in den letzten Jahrzehnten von einem vaginalen in einen abdominalen Eingriff verändert. Der Prozentsatz der Kaiserschnitte ist in einigen Regionen bis zu 100% gestiegen.

- Die Evaluation eines liberalen Managements der Beckenendlagenentbindungen, stammt aus einer

Frauenklinik, der eine Hebammenschule angeschlossen ist.

- In die Untersuchung einbezogen waren die Daten von 247 schwangeren Frauen, die ein Kind in Beckenendlage erwarteten (37–42 Wochen). Während des letzten Schwangerschaftsmonats wurde ein Ultraschall gemacht, um den BPD zu

messen, anschliessend wurde die Frau allgemein untersucht, damit eventuelle fetale oder mütterliche Abnormitäten ausgeschlossen werden konnten.

- Die Geburt wurde von einem Team begleitet, das aus einer Hebamme in der Ausbildung, einer Hebamme, einem Assistenzarzt, einem Geburtshelfer und einem Kinderarzt bestand.
- Das Prozedere während der Geburt war für die Gebärenden das Gleiche wie bei einer Kopflage.

Resultate:

- primärer Kaiserschnitt 13 5,3 %
- vaginale Geburt angestrebt 234 94,7 %
- davon:
 - spontan nach Bracht 109 44,1 %
 - mit manualhilfe 87 35,2 %

- sekundärer Kaiserschnitt 38 15,4 %
- perinatale Todesfälle 2 (eine davon wegen vaginaler Geburt)
- Geburtsverletzungen mit komplikationsloser Heilung 2
- Der Abgarscore nach einer Minute war häufig niedriger als bei den Kindern der Kontrollgruppe, die in Kopf-lage geboren wurden.
- Der Abgarscore nach fünf Minuten und das Nabelschnur-pH waren jedoch für beide Gruppen normal.
- Die Beziehung zwischen der Zahl der sekundären Kaiserschnitte und dem Geburtsgewicht war umgekehrt proportional.
- Es war nicht möglich, eine Beziehung zwischen der Anzahl sekundärer Kaiserschnitte und der Art der Beckenendlagen herzustellen.

Ein normaler Geburtsfortschritt ist der wertvollste Vorhersagefaktor für eine Vaginalgeburt.



GEBURTSSTÄTTE UND HEBAMMENGEMEINSCHAFT MUTTENZ

St. Jakobs-Strasse 39, 4132 MuttENZ
Telefon 061 61 47 11

Juhui! mir zügle!

vo de St. Jakobs-Str. 39 an Unterwartweg 21 au in MuttENZ.

Liebi Kolleginne,

Ihr sind alli hätzlech iglade zum «Tag der offenen Tür» am: Samschtig, de 4. Septämber 1993 vo 10.00 bis 17.00 Uhr.

Mir freue eus uf Eue Bsuech.

Die 6 Geburtsstätte Kolleginne □

Eine niedrige Parität und ein hohes Geburtsgewicht haben einen negativen Einfluss auf den normalen Verlauf der Geburt.

Die Schlussfolgerung unserer Analyse ist, dass eine vaginale Beckenendlagen-

entbindung bei sorgfältig selektierten Frauen ein sicheres Vorgehen ist und in 80% der Geburten erfolgreich sein kann. □

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 • PRÄFEXION ZH