

# Wichtige Entscheidungen

Autor(en): **Austin, Dorothy A. / Calderon, Linda**

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): **101 (2003)**

Heft 6

PDF erstellt am: **13.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950511>

## **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.

## EDITORIAL

Latenzphase oder frustrane Wehentätigkeit – ein sperriges Thema nicht nur für uns Redaktorinnen, die wir wenig Literatur darüber



finden konnten, sondern offensichtlich auch für die Forschung, welche die Phänomene rund um den Geburtsbeginn bisher eher links liegen gelassen hat (geburtshilflich-medizinisch zu uninteressant?), und vor allem für die Frauen selber, wenn sie hindurch müssen bei Geburtsbeginn und die Frustration am eigenen Leibe auszuhalten haben.

Das Standardwerk «Effektive Betreuung während Schwangerschaft und Geburt» von Enkin/Keirse beklagt das Fehlen von Untersuchungen über verschiedene Betreuungsformen während der Latenzphase und ortet einen «dringenden Bedarf für kontrollierte Untersuchungen über dieses häufige, schwierige und kaum verstandene Problem in der Geburtshilfe». Das Begehen dieses Terrains lässt Erinnerungen an Gleichungen mit vielen Unbekannten aufkommen: die genaue Diagnose des Geburtsbeginns ist selten klar und eindeutig; die Dauer der Latenzphase ist von Frau zu Frau und von Geburt zu Geburt sehr unterschiedlich; es ist schwierig, zwischen einer prolongierten Latenzphase und einer Wehenanomalie zu unterscheiden; einige Studien sind sich uneinig bezüglich negativen Outcomes nach prolongierter Latenzphase; es ist zu früh, um auf der Basis der zur Zeit verfügbaren Evidenzen ein aktives Geburtsmanagement zu empfehlen...

Da sind die Bilder der Hebamme Kathrin Antener eine wahre Labal und bringen das Vertrauen zurück: «Die Latenzphase ist wie ein gefrorener Garten, der langsam auftaut und für die Geburt bereit wird». Nachzulesen, neben viel anderem, in dieser Ausgabe.

*Gerlinde Michel*  
Gerlinde Michel

## Latenzphase der Geburt

# Wichtige Entscheidungen

**Viele Frauen suchen bei Geburtsbeginn den Rat ihrer Hebamme, um sicher zu sein, ob die Geburt tatsächlich begonnen hat. Dieser Beitrag\* überprüft Parameter der normalen und der abweichenden Latenzphase und diskutiert Triagekriterien sowie Strategien, von denen sich die Hebamme leiten lässt.**

**Dorothy A. Austin,  
Linda Calderon**

**NOCH** in den Fünfzigerjahren des vorigen Jahrhunderts war nicht genau bekannt, was eigentlich bei der Geburt abläuft. Der Geburtsprozess wurde «als Kontraktionen der Gebärmutter von wachsender Intensität, mit progressiver Erweiterung des Muttermundes und anschliessendem Tiefertreten des Fötus» beschrieben, wobei die genaue Bedeutung von «progressiv» nicht definiert war. Die Betreuenden mussten sich bei Entscheidungen vor allem auf Erfahrung und Intuition stützen.

## Die Friedman-Kurve

1955 erfand E. Friedman eine grafische Methode zur Beobachtung und Analyse des Geburtsfortschritts. Er setzte das Resultat regelmässiger Beobachtungen mit der Zeitdauer in Beziehung, mit dem Ziel, objektive Kriterien festzulegen und ein brauchbares klinisches Instrument zu schaffen [1]. Friedman beschrieb dabei zwei klar definierte Geburtsphasen: die Latenzphase, die vom Auftreten regelmässiger Wehen bis zu einer klaren Veränderung beim Voranschreiten der Muttermundseröffnung dauert, und die aktive Phase, wenn die Eröffnungsrate stetig ansteigt und zur vollständigen Zervixöffnung führt. Das grafische Resultat war die Friedman-Kurve. Weitere Studien analysierten unterschiedliche Muster dieser Kurven und entwickelten Kriterien für die normale Geburtskurve.

\* Dorothy A. Austin, Linda Calderon. Triaging patients in the latent phase of labor (1999). Journal of Nurse-Midwifery, vol. 44, no. 6, pp. 585–91, November/December 1999.

Zusätzlich wurden unabhängige Variablen wie Alter der Mutter, Parität, Gewicht und Grösse des Kindes in Beziehung gebracht, um die Auswirkung jeder einzelnen Variablen auf den normalen Geburtsfortschritt zu messen.

In der Latenzphase bleibt die Kurve flach, der Muttermund öffnet sich nur sehr langsam. Auch wenn die Latenzphase von sehr unterschiedlicher Dauer sein kann, ist sie sehr viel leichter durch äussere Einwirkungen beeinflussbar, insbesondere in ihrer Dauer. Narkotische Analgetika oder schwere Sedierung verlängern ihre Dauer beträchtlich, während Stimulation sie verkürzen kann. Friedman definierte als protrahierte Latenzphase > 20 Stunden bei einer Nullipara und  $\geq$  14 Stunden bei einer Multipara. In einer späteren Publikation untersuchte Friedmann 17 000 Geburten, errechnete dabei 8% protrahierte Latenzphasen und hatte somit auch die häufigste Geburtskomplikation definiert. Friedman konnte jedoch weder einen Zusammenhang zwischen einer protrahierten Latenzphase und einem schlechterem Geburtsoutcome bei Spontangeburt, noch eine Korrelation zur Dauer der aktiven Geburtsphase nachweisen [1].

## Wann beginnt die aktive Phase?

Friedmans Arbeiten trugen zu einem besseren Verständnis des Geburtsablaufs bei. Die Friedman-Kurve ist jedoch ein Modell, das auf nordamerikanischen Daten basiert. In anderen Weltregionen werden Modelle angewendet, die bei der



Die Latenzphase wird in ihrer Dauer besonders leicht durch äussere Einwirkungen wie Sedierung oder Stimulation beeinflusst.

Foto: M. Bürzler

Definition der normalen Geburt weniger starre Zeitschemen vorschlagen. 1985 publizierten Peisner und Rosen ihre eigenen, auf den Daten von 2479 Frauen beruhenden Berechnungen der Latenzphase [2]. Ihre Zahlen waren auffallend ähnlich wie Friedmans frühere Resultate. Sowohl die Dauer der durchschnittlichen und protrahierten Latenzphase als auch der Einfluss von Parität und Zervixerweiterung bestätigten, dass sich die Geburten in den vergangenen 20 Jahren nicht wesentlich verändert hatten. Ein Jahr später publizierten Peisner und Rosen eine Studie, welcher dieselben Daten zugrunde lagen [3].

Die Forscher analysierten den Übergang von der latenten zur aktiven Phase und fanden heraus, dass weniger als 50% der Geburten «aktiv» wurden, sobald die Zervix 4 cm erreicht hatte. Die Untersuchung stellt die Frage, ob die Muttermundseröffnung allein, ohne Beizug der Eröffnungsrate, das Erreichen der aktiven Phase bereits genügend dokumentiert. Waren Gebärende mit protrahiertem oder stillstehendem Verlauf aus der Studie ausgeschlossen, dann hatten 60% den Übergang von der latenten zur aktiven Phase bei 4 cm und 89% bei 5 cm erreicht.

## Dokumentation schützt vor Intervention

Dies unterstreicht, wie wichtig die genaue Dokumentation der aktiven Phase ist. In vielen Fällen ist dies bloss eine retrospektive Diagnose. Bevor irgendwelche Interventionen wegen protrahierter

Aktivphase oder Dystokie eingeleitet werden, müssen sich zuerst eine veränderte Dilatationsrate oder das Ansteigen der Kurve dokumentieren lassen. Nur so geht man sicher, dass die Frau die aktive Phase überhaupt erreicht hat. Geburt dystokie lässt sich in der latenten Phase nicht diagnostizieren. Eine Sectio wegen fehlendem Geburtsfortschritt in der Latenzphase ist nicht zu verantworten. Ob eine verlängerte Latenzphase mit ungünstigem Outcome oder dysfunktionalen Mustern im Geburtsfortgang zusammenhängt, wird nach wie vor kontrovers diskutiert.

## Unterstützung und Warten bringt

McNiven et al [4] evaluierten in einer randomisierten klinischen Untersuchung die Wirksamkeit einer frühzeitigen Einschätzung des Geburtsfortschritts. Die Dringlichkeit einer wirksamen Methode entstammte dem Wunsch, die Sectiorate von 31% bei Geburt dystokie zu senken. Die Untersucher stellten sicher, dass die Studiengruppe in den Genuss von mehr Unterstützung, Ermutigung, Rat und Information durch das Betreuungspersonal kam. Die Frauen wurden angewiesen, entweder ausserhalb des Gebärraums auf- und abzugehen oder nach Hause zurückzukehren, bis der Geburtsprozess aktiver würde.

Die Frauen in der Kontrollgruppe erhielten keinerlei Instruktionen und wurden umgehend im Gebärraum aufge-

nommen. Nach der Geburt füllten beide Gruppen einen Fragebogen aus, um ihre Geburtserfahrung zu dokumentieren. Outcomegrössen wie Geburtsdauer, Konsum von Analgetika und Oxytocin-Unterstützung waren in der Studiengruppe signifikant kleiner.

Ausserdem waren die Frauen aus der Studiengruppe mit ihrer Geburtserfahrung zufriedener als die Frauen, die sofort in den Gebärraum aufgenommen wurden. Das verbesserte Outcome und die höhere Zufriedenheit sind wichtige Argumente für die Einführung solcher Programme in den Geburtsabteilungen.

## Perspektive der Frau

Profundes Wissen über die Geburtsphasen ist ein wichtiger, aber nur ein Aspekt bei der klinischen Einschätzung der Latenzphase. Weil die normale Dauer dieser Phase bis zu 20 Stunden betragen kann,

müssen andere Faktoren mitberücksichtigt werden. Die Hebamme muss zielgerichtet fragen und sorgfältig zuhören, um zu verstehen, welches die Bedürfnisse der Frau sind. Eine

diagnostische Herausforderung bei der Einschätzung des Geburtsfortschritts ist es, den genauen Zeitpunkt zu ermitteln, wann die Geburt begonnen hat. Dieser Zeitpunkt wird fast immer von der Frau festgelegt. Wie realistisch ist ihre eigene Einschätzung des Geburtsfortschritts? Gute Kommunikationsfähigkeiten sind unabdingbar, wenn es darum geht, objektive Sachverhalte zu erfragen.

### Dorothy Austin und Linda Calderon

sind Hebammen (Certified Nurse-Midwives), haben einen Master of Science und leben in den USA.

## Latenzphase in der Geburtsvorbereitung

### Vorübung für das Finale der Geburt

*Kathrin Antener ist freischaffende Hebamme im Kanton Bern und engagiert sich mit Wissen und Herzblut in der IG Geburtsvorbereitung. Franziska Summermatter hat als Spitalhebamme gearbeitet und im Mai eine Hebammenpraxis in Zürich eröffnet. Von ihnen wollte die Schweizer Hebamme erfahren, welcher Stellenwert der Latenzphase in der Geburtsvorbereitung heute zukommt.*

«Die Latenzphase kann man sich wie einen gefrorenen Garten vorstellen, der langsam auftaut und für die Geburt wie für den Frühling bereit wird». Mit solchen Bildern versucht *Kathrin Antener* ihren Schwangeren kurz vor der Geburt die Wichtigkeit der vorgeburtlichen Phase nahe zu bringen. Die Vorstellung eines ganzheitlichen Prozesses hilft den Gebärenden, auch diese oft frustrierende Zeit zwischen Schwangerschaftsende und eigentlicher Geburt besser zu überstehen. Gerade bei Mehrgebärenden, die eine erste Geburt schlecht erlebt hätten, so *Kathrin Antener*, sei die sorgfältige Aufarbeitung und Analyse der Latenzphase ein wichtiges Thema. Können die Frauen diese langen Stunden und nicht selten Tage, in denen sie alle 20 oder 12 Minuten schmerzhafte Wehen verspüren und «doch nichts geschieht», einordnen als wichtige Vorbereitung für die Geburtsarbeit, dann stärkt dies die Fähigkeit der Frau, Eigenverantwortung für die Geburt zu übernehmen und blockierende Ängste abzubauen.

Eine gut und vollständig informierte Frau versteht diese körperlichen Vorgänge und gewichtet sie richtig. Sie bleibt entspannt, nimmt bei Bedürfnis ein relaxierendes Bad, sie vertraut ihrem Körper und gerät nicht in Hektik oder gar Panik.

Für *Kathrin Antener* kann es sinnvoll sein, wenn eine Frau in dieser Zeit für eine Bestandaufnahme das Spital aufsucht und anschliessend mit einem Beru-

higungszipfchen wieder nach Hause geht. Der Schnupperkontakt hilft ihr oft, bestehende Ängste abzubauen, sie kennt jetzt den Ort etwas besser, und das Schmerzmittel ermöglicht ihr ein paar Stunden Kräfte spendenden Schlaf.

Ihre Ressourcen werden geschont, Zermürbung und Frustration ferngehalten. Es sei ganz wichtig, betont *Kathrin Antener*, dass die Frauen die Latenzphase richtig, d.h. realistisch gewichten: es ist noch nicht die Geburt, sondern erst die Vorbereitung dazu. Auch dafür gebraucht die Hebamme wieder ein eingängiges Bild: «Der Körper ist wie ein Instrument, das vor dem grossen Orchesterfinale zuerst gestimmt und beübt werden muss. Die Latenzphase ist wie eine Übungszeit für das gelingende Schlusskonzert der Geburt.»

«Der Körper möchte vielleicht gebären», sagt *Franziska Summermatter*, «aber die Geburt beginnt extrem im Kopf», und je nach dem, wie bereit zum Loslassen eine Schwangere am Termin ist, welche Ängste sie noch besetzen, kann es vorangehen oder eben nicht. Für *Franziska Summermatter* ist deshalb die nahe Begleitung, die Frau ernst zu nehmen, ihr Vertrauen zu stärken ganz wichtig. Oft nimmt sie Zeichnungen zu Hilfe, um die physiologischen Vorgänge zu erläutern. Auch helfe es der Frau, wenn etwas läuft, sie sei froh um Aktivitäten wie Fussreflexzonenmassage, Akupunktur, ein entspannendes Bad, oder wenn es für sie stimmt, Geschlechtsverkehr.

Bei Frauen, die psychisch und körperlich nicht mehr weiter können und eine Einleitung wünschen, erklärt *Franziska Summermatter* immer ganz genau das erhöhte Risiko für eine PDA oder eine vaginal-operative Geburt. Zu frühe Interventionen, wie in einigen Studien angesprochen, hat sie jedoch in den verschiedenen Spitälern kaum erlebt. Nach ihren Erfahrungen musste eine Pathologie vorliegen, bevor eingeleitet wurde, und nicht umgekehrt.

*Gespräche: Gerlinde Michel*

## Schmerzempfindung ist subjektiv

Alle Definitionen der latenten Phase schliessen Wehen ein, die von den meisten Frauen als schmerzhaft klassiert werden. Schmerz ist eine sehr subjektive Empfindung mit einer Menge individueller Variationen. Angst, Furcht, innere Bereitschaft, Vertrauen, Kultur, Grösse und Lage des Kindes, Wehen, Hunger und Müdigkeit können Schmerzempfindung und Schmerzbewältigung der Frau beeinflussen [5]. Eine Studie befasste sich mit der klinischen Bedeutung von Schmerzempfindung und kognitiver Aktivität während der Latenzphase [6]. Die Autoren bewerteten subjektives Schmerzempfinden und Gedankenprozesse während den verschiedenen Geburtsphasen. Stressnahe Gedanken während der Latenzphase korrespondierten mit längerer Dauer von Latenz-, aktiver und Austreibungsphase. Kein Zusammenhang liess sich feststellen, wenn solche Gedanken erst in der aktiven Phase auftraten.

Untersuchungen über die Schmerzbewältigung haben schon seit langem auf die Rolle hingewiesen, welche der Schmerz bei der Stimulierung von hormonalen und anderen physiologischen Prozessen spielt. Frühere Studien konnten keinen Zusammenhang zwischen Schmerzintensität und Geburtsdauer feststellen; diese untersuchten jedoch nur die aktive Geburtsphase. Während welcher Phase gemessen wird, mag tatsächlich ein kritischer Faktor sein, weil bekannt ist, dass die latente Phase empfindlicher auf externe Einflüsse reagiert. Es scheint, dass ein signifikanter Fortschritt in Richtung eines Ziels, wie die kontinuierliche Eröffnung während der aktiven Phase, ermutigend wirkt und die Frau bei der Geburtsbewältigung unterstützt. Wenn jedoch die Schmerzen anhalten und sich kein Fortschritt zeigt, dann kann das Vertrauen schwinden und die Aussicht auf eine lang andauernde und immer schmerzhafter werdende Geburt die Frau überfordern.

Ein amerikanisches, 150 Jahre altes Hebammenstandardwerk («Churchill's System of Midwifery») empfahl für die Geburtsbetreuung nebst Umhergehen, Ruhe, Darmentleerung, Essen und Trinken auch Kommunikation, Ermutigung und Unterstützung der gebärenden Frau. Sollten diese Strategien scheitern, empfahlen die Autoren «eine volle Dosis Opium, um die Schmerzen während einer gewissen Zeit zu unterbinden und der Frau etwas Schlaf zu ermöglichen. Wenn dies gelingt, ist die Frau erfrischt und bei

neuen Kräften, und die Wehen kommen in den meisten Fällen mit erhöhter Kraft zurück.»

## Überlegungen der Kliniker

Zwei Studien von 1985 und 1996 empfehlen bei ausgedehnter Latenzphase zwei vergleichbar wirkungsvolle Massnahmen: therapeutische Ruhe oder Wehenstimulation. Die Literatur über aktives Geburtsmanagement weist signifikant tiefere Sectioraten und durchwegs kürzere Geburtsdauer bei Nulliparas aus, wenn die Geburten bei verlangsamer Eröffnung aggressiv mit Oxytocin stimuliert wurden. Dabei wurde eine Eröffnungsrate von 1 cm pro Stunde vor allem in den ersten drei Stunden als geringste Rate gerade noch akzeptiert.

Boylan und Parisi [7] überprüften die Auswirkungen von aktivem Management, besonders bei Frauen, die während der Latenzphase das Spital aufgesucht hatten, d. h. Frauen mit einer Eröffnung < 3 cm. Die Dauer der Latenzphase bei der Studiengruppe war signifikant kürzer als die von Friedman errechnete Durchschnittsdauer. Das aktive Management hatte jedoch keine Auswirkungen auf die Dauer der aktiven Phase. Dies legt den Schluss nahe, dass aktives Einwirken vor allem die Latenzphase verkürzt.

Auch wenn der grösste Teil der überprüften Forschungsliteratur durchwegs eine lange Latenzphase als komplikationsarm taxiert, spricht die Studie von Chelmos et al [8] eine andere Sprache. Das Team wertete die Daten von über 10000 Einlingsgeburten mit Kopflage

und einem Gestationsalter von mindestens 37 Wochen aus. Es zeigte sich, dass bei Frauen mit dokumentierter, verlängerter Latenzphase signifikant mehr Geburtskomplikationen, höhere Sectioraten, häufigere Reanimation der Neugeborenen, tiefere 5-Minuten Apgar Scores, mehr Überweisungen in die Säuglings-Intensivpflege und längere Spitalpflege von Mutter und Kind vorkamen.

## Einweisungszeitpunkt oft entscheidend

Eine der ersten Triage-Entscheidungen für die Hebamme ist es, wann sie die Frau ins Spital oder ins Geburtszentrum einweisen soll. Der Zeitpunkt der Einweisung scheint ein Indikator für die spätere Geburtsdauer zu sein. Die (zu) frühe Einweisung kann die Frau möglicherweise mehr Eingriffen aussetzen als notwendig wären. Hemminki und Simukka [9] berichteten, dass Frauen, die mit einer durchschnittlichen Zervixöffnung von 3 cm oder weniger ins Spital eingewiesen wurden, eine längere Geburt, eine höhere Anzahl von Interventionen und mehr diagnostizierten Geburtskomplikationen inkl. Dystokien hatten.

## Betreuungsmöglichkeiten in der Latenzphase

Alle Hebammen kennen die Herausforderungen, wenn sie eine Frau in der Latenzphase betreuen: Es ist oft für alle Betroffenen eine frustrierende Erfahrung. Wenn trotz stundenlangen schmerzhaften Wehen der Geburtsfortschritt mini-

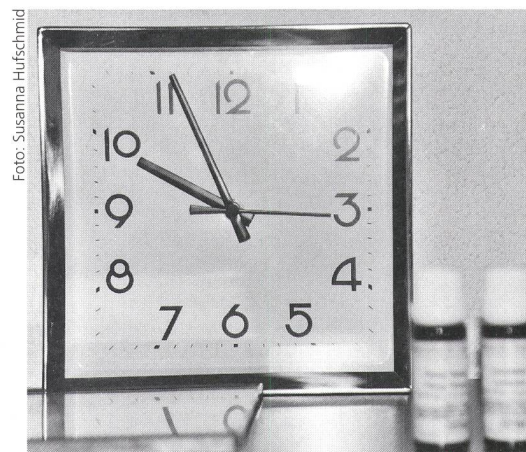


Foto: Susanna Hufschmid  
**Stundenlange schmerzhafte Wehen ohne wesentlichen Geburtsfortschritt entmutigen die Gebärende und gefährden ihre Durchhaltekräfte.**

mal bleibt, entmutigt dies die Gebärende und gefährdet ihre Durchhaltekräfte. Solche Situationen können mit liebevoller Zuwendung, Ermutigung und Informationen über die Charakteristika der Latenzphase wirksam überbrückt werden. Die Dauer der Latenzphase ist unabhängig von der Grösse der Mutter und des Kindes oder von später auftretenden geburtshilflichen Komplikationen. Die Schädeleinstellung bei Geburtsbeginn scheint auch kein Präjudiz für eine kurze oder lange Geburtsdauer zu sein. Für zwei Faktoren ist der Zusammenhang mit der Dauer der Latenzphase hingegen gut dokumentiert: Parität und die erste Zervixuntersuchung.

### 1. Umfassende Beurteilung

Der Schlüssel für gute Triage-Entscheidungen ist eine umfassende Beurteilung. Die sorgfältige Anamnese deckt mögliche Risikofaktoren auf und legt das Gestationsalter fest. Der Geburtsbeginn und damit die allfällige Dauer der Latenzphase müssen so genau wie möglich bestimmt werden. Die Resultate der vaginalen Untersuchung, inkl. Eröffnung, Verstreichen des Muttermunds, Tiefertreten des kindlichen Köpfchens, Zeichnungsblutung sind wichtige Hinweise. Zur Beurteilung gehört auch die Dokumentierung der kindlichen Herzöne und der Vitalitätszeichen, um andere Probleme auszuschliessen, der Nachweis von ausreichender Flüssigkeitszufuhr, Blutdruckmessung und Bestimmen des Eiweissgehalts im Urin. Die Hebamme muss den psychosozialen Status der Schwangeren kennen. Sie sollte in Erfahrung bringen, wie Schmerzwarnnehmung und Schmerztoleranz sind, wie stark Stress, Frustration, Erschöpfung vorherrschen und wie stark das Gefühl, es zu schaffen. Die Hebamme muss sich ein Bild machen, welche

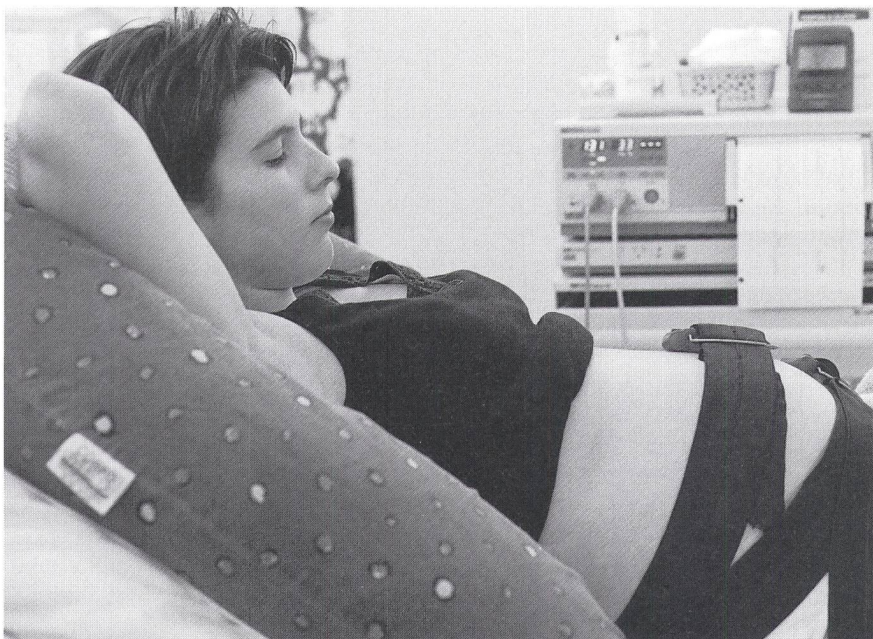


Foto: Susanna Hufschmid  
**Alle Definitionen der latenten Phase schliessen Wehen ein, die von den meisten Frauen als schmerzhaft klassiert werden.**

# Management der Latenzphase

## Erste Einschätzung: Triageentscheidung No. 1

Evaluation der Stimmung, Bewältigungsstrategien und -massnahmen der Frau

Sicherstellen, dass es keine Kontraindikation zu abwartendem Management gibt

**Zu Hause bleiben**

**Spitaleinweisung**

- zusätzliche Abklärungen (z. B. Vaginaluntersuchung)
- evtl. Rückkehr nach Hause

*Massnahmen:* Wehenarbeit und Wohlbefinden unterstützen, Entspannung, Essen und Trinken, Darmentleerung.

## Erneute Einschätzung: Triageentscheidung No. 2

**Unveränderter Muttermund**

protrahierte Latenzphase  
> 14 Std. (Multipara)  
> 20 Std. (Primipara)

**Erweiterter Muttermund**

Aktive Phase hat begonnen

## Behandlungsoptionen: Triageentscheidung Nr. 3

**Therapeutische Ruhe**

Bei 10% der Frauen  
Geburtsstillstand

85% der Frauen  
Übergang zur  
aktiven Phase

**Einleitung mit Oxytocin**

Bei 5% der Frauen  
setzt sich die  
Latenzphase fort

Schmerzlinderung bisher versucht wurde und welche Mittel wirksam waren. Im Laufe dieser Beurteilung hat die Hebamme Gelegenheit, die Schwangere während mehrerer Wehen zu beobachten und die Wirksamkeit von unterstützenden Massnahmen einzuschätzen.

## 2. Ermutigung

Jede Betreuung muss individualisiert erfolgen und die jeweiligen Bedürfnisse der Frau mitberücksichtigen. Ein Handeln nach «Kochbuch» führt bei einigen Frauen zu Über- und bei anderen zu Unterbetreuung.

Die Wichtigkeit von Kommunikation, Bestätigung und Information kann nicht genug betont werden. Oft sind Frauen in der Latenzphase sehr entmutigt und befürchten, dass die ganze Geburt in diesem Tempo abläuft, was sie an ihrer

Durchhaltefähigkeit zweifeln lässt. Viele Frauen bezweifeln dann auch, ob sie überhaupt den Übergang zur aktiven Phase wahrnehmen werden. Bevor irgendwelche Entspannungsübungen wirksam werden können, müssen zuerst diese Befürchtungen ausgeräumt sein.

## 3. Nach Möglichkeit Entspannung

Eine weitere Triage-Entscheidung könnte sein, ob die Frau im Spital besser aufgehoben ist als daheim. Eine solche Entscheidung wird von Faktoren wie Spitalroutine, Distanz zum Spital und verfügbare Transportmittel beeinflusst. Für eine Frau, die nicht schwer dehydriert ist, bei der die kindlichen Herztöne konstant bleiben und auch sonst nichts gegen ein abwartendes Management spricht, ist es oft am bequemsten und beruhigendsten, wenn sie zu Hause blei-

ben kann. Warme Bäder oder Duschen, Musik, Massagen, veränderte Positionen, Meditationen oder geführte Fantasien können zusammen mit ausreichender Ernährung und Trinken die nötige Ruhe ermöglichen. Einige Hebammen empfehlen heisse Getränke mit Zucker als Energie- und Kalorienspender, andere geben Kamillentee zum Sedieren. Eine Kombination dieser Entspannungsmassnahmen vermag oft einer erschöpften Frau zu ein paar Stunden Ruhe zu verhelfen, so dass sie wieder bereit ist für die Gebärarbeit.

## 4. Therapeutische Ruhe

Manchmal nützen all diese Massnahmen nichts und wirksamere Methoden sind gefragt. Schon vor 150 Jahren empfahl das Lehrbuch für solche Fälle «eine volle Dosis Opium», damit die Schmerzen unterdrückt werden und die Frau zu ein paar Stunden erholsamem Schlaf kommt. Studien haben die Wirksamkeit dieser Behandlung nachgewiesen. Je nach Dosierung führt sie zu durchschnittlich sechs bis zehn Stunden Schlaf. Die meisten Frauen befinden sich beim Erwachen in der aktiven Eröffnungsphase, bei einigen haben die Wehen ganz aufgehört, d. h. die Geburt hatte nicht wirklich begonnen, und nur bei wenigen Frauen stellt sich die Latenzphase erneut ein, was dann nach aggressiveren Mitteln ruft. Morphium ist äusserst wirksam, hat jedoch den Nachteil, dass es noch lange, in einigen Fällen tagelang, auf das Kind nachwirkt und sich negativ auf Bonding und Stillen auswirkt. Ausserdem zieht der Entschluss, Morphium zu geben, praktisch immer die sofortige Hospitalisierung nach sich.

## 5. Wehenstimulation

Eine Alternative zu therapeutischer Ruhe ist die Wehenstimulation. Dabei kommen viele Mittel in Frage: Umhergehen, heisse Duschen, Geschlechtsverkehr, Rhizinuscocktails, Einläufe, pflanzliche Mittel, Massage der Brustwarzen. Alle diese Mittel müssen mit der nötigen Vorsicht und Sachkenntnis angewendet werden (s. auch SH 9/01).

Es sind keine klinischen Untersuchungen bekannt, welche die Anwendung von Wehen stimulierenden pflanzlichen Mitteln speziell in der Latenzphase geprüft haben. Belew [10] berichtet über unpublizierte Resultate nach Anwendung eines Schwangerschaftstonics bestehend aus *Mitchella repens*, *Viburnum prunifolium* und *Cimicifuga racemosa*, der 500 Frauen im letzten Schwangerschaftsmonat verabreicht worden war. Es wurde eine Abnahme der Sectiorate bei Nulli-

parae von 16% im Jahr vor der Einführung des Tonics auf 9% im folgenden Jahr festgestellt. Ausserdem wurden weniger Kinder übertragen, und die Frauen hatten einen reiferen Zervixbefund.

Noch aggressiver stimuliert Amniotomie das Einsetzen der Wehen, mit oder ohne Oxytocin. Diese Methode wird oft möglichst vermieden, weil sie die «Uhr in Gang setzt» und potentiell das Infektionsrisiko erhöht, vor allem bei unreifer Zervix. Einige Forschungsarbeiten haben jedoch die Wirksamkeit von Amniotomie nachgewiesen. Bakos und Backstrom [11] haben den Gebrauch von Oxytocin zusammen mit Amniotomie und je separat getestet.

Es zeigte sich, dass Amniotomie allein wirkungsvoller war als Oxytocin allein, um die aktive Phase einzuleiten. Als Reifungsmittel für die Zervix wird in dieser Phase auch Prostaglandin eingesetzt. Die Anwendung von Amniotomie, Oxytocin und Prostaglandin setzt jedoch voraus, dass die Schwangere ins Spital überwiesen wurde, wo dann in den meisten Häusern auch CTG-Überwachung erfolgt.

## Differentialdiagnose

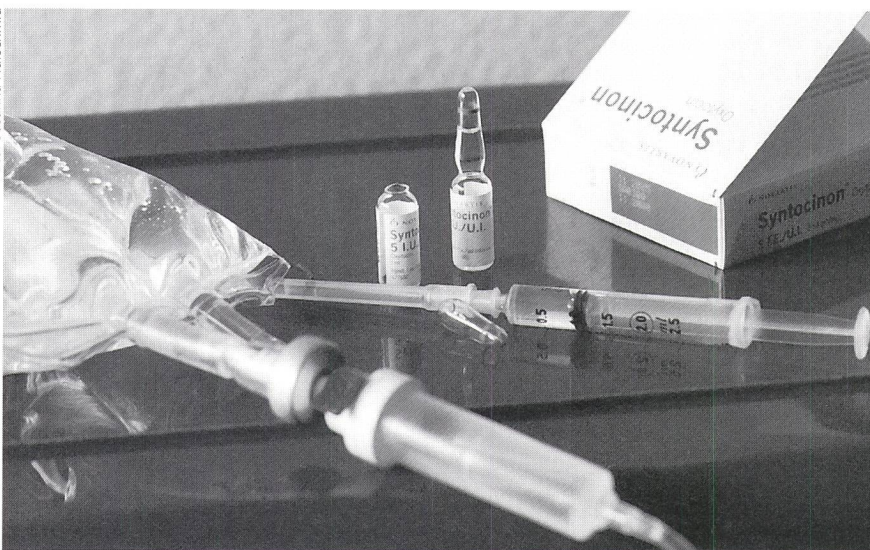
Viele Frauen präsentieren Symptome, die eine Differentialdiagnose erfordern.



Foto: Susanna Hufschmid

Für viele Frauen ist es am bequemsten und beruhigend, wenn sie während der Latenzphase zu Hause bleiben können.

Foto: Susanna Hufschmid



Die Anwendung von Oxytocin ist eine Methode des aktiven Managements bei protrahierter Latenzphase.

Frauen nahe am Termin haben vielleicht Bauchschmerzen, die sie für Wehenschmerzen halten. Spezifische Fragen sollten es der Hebamme ermöglichen, Wehenschmerzen auszuschliessen und andere Ursachen für die Schmerzen zu erkennen. Eine Schnell-Urinalanalyse mag hier hilfreich sein. Weitere spezifische Fragen kreisen um Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung, Anorexie oder andere Faktoren, die mit dem Einsetzen der Schmerzen in Zusammenhang stehen könnten.

Die Differentialdiagnosen für Bauchschmerzen nahe am Termin schliessen Folgendes ein: Wehen (falsche, latente, aktive), Harnwegsinfekte, Störungen der Verdauungsorgane oder die normalen Unbequemlichkeiten der Spätschwangerschaft. Seltener Diagnosen, an die man auch denken sollte, sind akute Bauchschmerzen wegen Blinddarm, Cholezystitis, Cholelithiasis, Geschwüre im Verdauungsweg, Colon irritabile, Darmverschluss, akute Leber- oder Milzerkrankungen. Meist liegen in solchen Fällen noch weitere Kriterien vor. Der Hebamme ist schnell klar, dass es sich hier um etwas anderes als die üblichen Störungen handelt, und sie wird für eine Überweisung in ärztliche Hände sorgen.

## Zusammenfassung

Die Kompetenz der Hebamme bei Triage-Entscheidungen während der Latenzphase darf nicht unterschätzt werden. Die zur Anwendung kommenden klinischen Behandlungsmethoden und letztlich auch das geburtshilfliche Outcome bei Gebärenden mit verlängerter Latenzphase hängen zu einem we-

sentlichen Teil von Erfahrung und Fähigkeiten der betreuenden Hebamme ab. Die Fähigkeiten der Hebamme geben der Frau Unterstützung und Ermutigung sowie wirksame Hilfsmittel, damit sie diese schwierige Geburtsphase gut übersteht.

*Übersetzung aus dem Englischen und Bearbeitung: Gerlinde Michel*

## Referenzen

- [1] Friedman E.: Labor: clinical evaluation and management, 2nd ed., New York: Appleton-Century Crofts, 1978.
- [2] Peisner D., Rosen M.: Latent phase of labour in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol* 1985; 66:644-8.
- [3] Peisner D., Rosen M.: Transition from latent to active phase. *Obstet Gynecol* 1986; 68:448-51.
- [4] McNiven P., Williams J., Hodnett E., Kaufman K., Hannah M.: An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth* 1989; 25:5-10.
- [5] The CNM Data Group: Midwifery management of pain in labor. *J Nurse Midwifery* 1998; 43:77-82.
- [6] Wüthchik M., Bakal D., Lipshitz J.: The clinical significance of pain and cognitive activity during latent labor. *Obstet Gynaecol* 1989; 73:34-42.
- [7] Boylan P., Parisi F.: Effect of active management of labor on latent phase of labor. *Am J Perinatol* 1990; 7:363-5.
- [8] Chelmsow D. et al.: Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol* 1993; 81:486-91.
- [9] Hemminki E., Simukka R.: The timing of hospital admission and the progress of labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986; 22:85-94.
- [10] Belew C.: Herbs and the childbearing woman: guidelines for midwives. *J Nurse Midwifery* 1999; 3:231-52.
- [11] Bakos O., Backstrom T.: Induction of labor: a prospective, randomised study into amniotomy and oxytocin as induction method in a totally unselected population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66:537-41.