

# Komplementäre Schmerzmittel

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **109 (2011)**

Heft 4

PDF erstellt am: **15.08.2024**

## **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.



# KOMPLEMENTÄRE

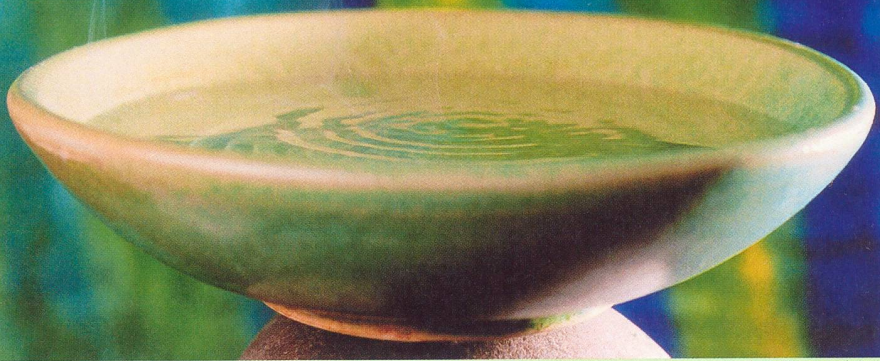


Foto: Susanna Hufschmid

Signifikant weniger PDAs

## Aromatherapie

Eine der grössten Untersuchungen über die Wirkung von Aromatherapie unter der Geburt wurde von 1990 bis 1997 am John Radcliffe Hospital in Oxford UK durchgeführt.

Insgesamt 8058 Frauen entschieden sich bei Geburtsbeginn, eines der angebotenen essentiellen Öle anzuwenden. Die Anwendung und ihre Wirkung wurde gemäss Studienstandard dokumentiert und die Resultate mit einer Kontrollgruppe verglichen, welche auf Aromatherapie verzichtet hatte.

60% der Frauen waren Primigravidae, 40% Multigravidae. Sie konnten aus 10 verschiedenen Ölen auswählen, mit unterstützender Beratung durch die Hebamme (*Salvia sclarea*, *Eucalyptus*, *Boswellia carteri*, *Jasminum grandiflora*, *Lavandula*, *Citrus limonum*, *Citrus reticulata*, *Menthe piperita*, *Chameamelum*, *Rosa centifolia*). Die Applikationsformen waren unterschiedlich. 61% der Frauen wünschten Aromatherapie, weil sie Angst vor der Geburt hatten, 14%, weil sie Übelkeit verspürten, 13% wegen Schmerzen oder Wehen. 29% Prozent der Frauen begannen bereits in der Latenzphase mit Aromatherapie, 60% nach dem Einsetzen der Wehen, ein kleiner Prozentsatz führte die Therapie bis in die 2. und 3. Geburtsphase weiter.

### Ergebnisse

Ungeachtet ihrer Parität und ungeachtet dessen, ob der Geburtsbeginn spontan oder eingeleitet erfolgte, bewerteten die Frauen die Aromatherapie durchwegs eher als hilfreich denn als hinderlich. Frauen mit Aromatherapie wünschten signifikant seltener eine PDA, ungeachtet der Parität und des Geburtsbeginns (1994:  $\chi^2=15.9$ ,  $P<0.005$ . 1996:  $\chi^2=11.4$ ,  $P<0.01$ . 1997:  $\chi^2=25.0$ ,  $P<0.001$ ). Ebenso war die Anwendung von Aromatherapie mit einer Reduktion von Opiaten assoziiert.

Nur 1% der über 8000 Frauen klagte über negative Symptome, unter den Betreuenden und Partnern waren es 0.29%. Dabei handelte es sich um eher unbedeutende Symptome wie Jucken oder ein Ausschlag. Die entstandenen Kosten von Aromatherapie waren klein, insbesondere, wenn man sie in Beziehung zur reduzierten Anzahl PDAs stellt.

Ethel Burns, *Aromatherapy in childbirth*. MIDIRS Midwifery Digest, vol. 12, no 3, Sep 2002, pp 349–353.

## MH Kinästhetics zur Schmerzlinderung unter der Geburt

Siehe: Die Hebamme 1/2010, Seite 16–20

Randomisiert kontrollierte Studie

## Warme Kompresse wirksam

Viele Hebammen setzen Dammkompressen ein, um die Geburt zu unterstützen und die Schmerzen zu lindern. Eine Studie interessierte sich für die Wirksamkeit solcher Massnahmen.

717 Erstgebärende wurden für die zweite Geburtsphase randomisiert in zwei Gruppen eingeteilt: 360 Frauen bekamen in der Austreibungsphase warme Dammkompressen, 357 Frauen bekamen keine Komresse. Um die Resultate nicht zu beeinflussen, wurden vorgängig die Frauen ausgeschlossen, die ihren Damm vor der Geburt massiert hatten. Gemessene Outcomes waren die Notwendigkeit einer Dammnah und das Wohlbefinden der Frauen.

Evidenzbasiert, weitherum akzeptiert

## Wassergeburt

Nach Diskussionen um die Wassergeburt anfangs der Neunzigerjahre ist diese entspannungsfördernde Geburtsart heute weitherum akzeptiert. Die Evidenz zeigt, dass sie der Bettgeburt bezüglich Analgetikaverbrauch überlegen ist.

Die *Cochrane Review* (2009) kommt zum Schluss, dass eine Frau, welche die Eröffnungsphase in warmem Wasser erlebt, signifikant weniger Schmerzen



# SCHMERZMITTEL

## Kompressen sind

### Ergebnisse

Die Notwendigkeit einer Damмнаht war in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Die Frauen aus der Kompressen-Gruppe hatten jedoch signifikant weniger Dammrisse III und IV, und signifikant tiefere Werte auf einer Schmerztabelle, sowohl für die Zeit der Geburt als auch für Tag 1 und 2 postpartal. Ebenso war ihr Risiko, drei Monate nach der Geburt unter Urininkontinenz zu leiden, signifikant tiefer als das der Kontrollgruppe.

### Schlussfolgerung

Die Anwendung von warmen Dammkompressen ist ein einfaches und günstiges Mittel, um tiefe Dammrisse, Schmerzen unter der Geburt und Urininkontinenz zu reduzieren, und sollte in die Gebärsaalpraxis integriert werden.

Dahlen HG. et al. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*, vol 34, no 4, December 2007, pp 282–290.

empfindet und signifikant weniger spinale Anästhesie benötigt. Elf Studien mit insgesamt 3146 Frauen wurden für die Review untersucht. Bezüglich der Anzahl operativ-vaginaler und Sectiogeburten, Dammverletzungen, mütterlichen Infektionen, Apgar-Scores, Überweisungen auf die Neonatologie und kindliche Infektionen schnitten Wasser- und Landgeburten vergleichbar ab.

Die *Frauenfelder Geburtenstudie* (2004) vergleicht Land- mit über 5000 Wassergeburten. Bezüglich Risiken wie Präeklampsie, präpartale Infektionen, mekoniumhaltiges Fruchtwasser und pathologisches CTG sind die Wassergebur-

Wissenschaftlich bewiesen

## Hypnose hilft

**Als alternative Schmerzbehandlung eröffnet die Hypnose den Zugang zu den unbewussten Hirnanteilen. In Trance geraten die Schmerzwahrnehmungen in den Hintergrund, die Gebärende ist entspannt und auf das eigentliche Geburtsgeschehen fokussiert.**

Verschiedene wissenschaftliche Studien belegen die Wirksamkeit der Hypnoanalgesie.

VandeVusse et al. (2007) verglichen 50 Schwangere, die präpartal Hypnose erlernt hatten, mit 51 Frauen ohne diese Vorbereitung. Beide Gruppen waren demografisch vergleichbar. Die Hypnosegruppe benötigte signifikant weniger Beruhigungsmittel, Analgetika und Lokalanästhesie, die Babys schnitten beim Apgar nach 1 Min. signifikant besser ab. Andere gemessene Outcomes waren statistisch nicht signifikant.

Eine weitere Untersuchung (Brown 2007) berichtet ebenfalls von signifikant weniger Analgesiegebrauch bei Hypnose, ausserdem von kürzeren Geburtsphasen 1 und 2. Die Studie stellt ausserdem sechs Fälle vor, in denen Hypnose eine drohende Frühgeburt abwenden konnte.

Schliesslich untersuchte eine Cochrane Review (Smith 2006) die aktuelle Evidenz zur Wirkung einiger komplementärer Schmerzmittel während der Geburt, unter ihnen auch die Hypnose. Fünf Studien mit insgesamt 749 Frauen attestieren, dass selbst-erlernte Hypnose den Gebrauch von pharmakologischen Schmerzmitteln inklusive PDA signifikant einschränkt. Auch waren die Frauen im Vergleich zu den Kontrollgruppen mit ihrem Schmerzmanagement unter der Geburt zufriedener. Die Autoren geben zu bedenken, dass die Anzahl untersuchter Frauen klein war.

VandeVusse L. et al. Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. *Am J Clin Hypn*. 2007 Oct; 50(2): 109–19.

Brown DC., Hammond DC. Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Int J Clin Exp Hypn*. 2007 Jul; 55(3): 355–71.

Smith CA. et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18; (4): CD003521.



Foto: Markus Kuhn

ten eine Positivselektion, was bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden muss. Einige Resultate:

- Frauen gebären im Wasser signifikant häufiger ohne Episiotomie oder mit intaktem Damm
- 75% der Gebärenden im Wasser verglichen mit 59% der im Bett Gebärenden brauchen keinerlei Analgetika
- Die Wassergeburt wird als signifikant schöner erlebt als die Bettgeburt
- Bezüglich Infektionen wurde kein Unterschied festgestellt.

Cluett ER., Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art No.: CD000111. DOI:10.1002/14651858.CD000111.pub3.

Geissbühler V.; Stein S.; Eberhard J. Waterbirths compared with landbirths: An observational study of nine years. *J. Perinat. Med*. 2004; 32: 308–314.





Foto: G. Etter

Lindert Geburtsschmerzen

## Homöopathie

Homöopathische Mittel können die Wehenschmerzen zwar nicht wegzaubern, jedoch die Kontraktionen erträglicher machen.

Insbesondere kommen folgende Homöopathika zur Anwendung:

- **Aconitum D6:** bei raschen, fast pausenlosen Wehenwellen mit massiven Rückenschmerzen, Unruhe und Todesangst
- **Pulsatilla D6:** bei wechselhaften Wehen mit weinerlicher Stimmung, Verlangen nach frischer Luft
- **Belladonna D6:** bei erschöpfenden, sehr krampfhaften Wehen, die plötzlich auftreten und wieder verschwinden, mit rotem Kopf und Stirnschweiss, sehr berührungsempfindlich
- **Chamomilla D6:** bei unerträglich starken Bauchschmerzen und hysterischer Schmerzempfindlichkeit
- **Cimicifuga D6:** wenn Wehenschmerzen zu Niedergeschlagenheit, Unruhe, Reizbarkeit und Schreien führen
- **Coffea D6:** bei unerträglichen Wehenschmerzen mit ohnmachtartiger Schwäche in den Wehenpausen, bei Ruhelosigkeit
- **Gelsemium D6:** Wehenschmerzen mit zitteriger Schwäche und nervöser Erregung; die Gebärende möchte festgehalten werden
- **Johannisöl** auf Bauchdecke und Rücken sanft einreiben. Dem Öl 1 bis 2 Tropfen Muskatellersalbeiöl beimischen. Lange andauernde Wehen, welche die Gebärende erschöpfen und das Pressen wegen Schwäche behindern, werden mit folgenden Homöopathika vorangetrieben:
- **Secale C30:** bei Erschöpfung, wenn die Gebärende nicht mehr zum Pressen fähig ist
- **Opium C30:** wenn die Wehen infolge starker Emotionen plötzlich aufhören und das Gesicht der Frau rot, heiss und aufgeschwollen ist
- **Natrium muriaticum C30:** wenn die Wehen immer schwächer werden und versiegen, was zu Traurigkeit führt

Quelle: Bruno Vonarburg, Die Naturheilkunde als Geburtshelferin. Natürlich, 7/2003.

## Atemarbeit zur Unterstützung der Geburt

Siehe: Hebamme.ch 2/2010, Seite 4–11; Die Hebamme 1/2010, Seite 10–15

Zusammenfassungen: Gerlinde Michel

Medikamentöse Analgesie

# Remifenta

Als einzige nennenswerte systemische Analgesie in der Geburtshilfe und als Alternative zur PDA wird am Universitätsspital Zürich Remifentanil-PCA eingesetzt, sagt PD Dr. med. Peter Biro, Leitender Arzt am Institut für Anästhesiologie des USZ. Gerlinde Michel hat mit dem Anästhesiologen gesprochen.

**Hebamme.ch:** Remifentanil ist ein relativ neues Schmerzmittel, das an der Frauenklinik des USZ zum Einsatz kommt, aber in der geburtshilflichen Anästhesie noch nicht sehr verbreitet ist. Um was für ein Medikament handelt es sich dabei?

**Dr. Peter Biro:** Remifentanil ist ein synthetisches Opiat, das nach einer ganz neuen Methode quasi am Computer entwickelt und erst danach hergestellt wurde. Die Idee dahinter war, ein Opiat herzustellen, das absolut kurz wirkt, aber dennoch sehr potent ist. Denn das bedeutet gute Steuerbarkeit. Kontinuierlich infundiert wirkt Remifentanil sehr gut. Aber sobald man die Infusion beendet, hört die Wirkung rasch auf. Die herkömmlichen Mittel und insbesondere die Opiate wirken sehr lang, sind also nicht gut steuerbar. Gute Steuerbarkeit ist demnach eine herausragende Eigenschaft von Remifentanil.

Am USZ kommt Remifentanil-PCA, also patientinnenkontrolliert, zur Anwendung. Wie muss man sich das vorstellen?

Bei der PCA haben wir eine Pumpe, die so programmiert ist, dass sie auf Knopfdruck der Patientin, also nicht automatisch, eine bestimmte Menge des Mittels pro Zeiteinheit freigibt. Braucht die Gebärende mehr, drückt sie wieder auf den Knopf und bekommt das Medikament, so lange sie die ihr zugeteilte Menge pro Zeiteinheit nicht ausschöpft. Erreicht sie die zulässige Obergrenze, kann sie zwar wieder drücken, aber es passiert nichts, bis eine gewisse Zeit ab-