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: 63 (1965)

Heft: 8

Artikel: Geburtseinleitung

Autor: Berger, M.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951680

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: 15.07.2025

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

Die Schweizer Hebamme

Bern, 1. August 1965 Monatsschrift 63. Jahrgang **8**

Verantwortliche Redaktion: für den wissenschaftlichen Teil: Prof. Dr. W. Neuweiler, Direktor der Universitäts-Frauenklinik und der Hebammenschule Bern; für den allgemeinen Teil: Frl. Martha Lehmann, Hebamme, Zollikofen (BE) Tel. 65 12 80.

Abonnements: Jahresabonnement für die Schweiz Fr. 6.—, für das Ausland Fr. 6.— plus Porto. — Inserate: im Inseratenteil pro einspaltige Petitzeile 60 Rp., im Textteil pro einspaltige Petitzeile 90 Rp.

Druck und Expedition: Werder AG, Buchdruckerei und Verlag, Mattenenge 2, Bern, Tel. (031) 22 21 87, Postcheck 30-409, wohin auch Abonnements- und Insertionsaufträge zu richten sind.

OFFIZIELLES ORGAN DES SCHWEIZERISCHEN HEBAMMENVERBANDES

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern (Dir. Prof. Dr. med. W. Neuweiler)

Geburtseinleitung

Von Prof. Dr. med. *M. Berger*

Indikationen

Grundsatz: Herbeiführen der Geburt, bevor Mutter oder Kind in Gefahr sind.

1. *Uebertragung: 10 Tage nach Geburtstermin*
2. *Diabetes mellitus: 36. bis 38. Woche der Schwangerschaft*
3. *Fetal distress: Verfärbtes Fruchtwasser*
4. *Habituelles intrauterines Absterben des Kindes*
5. *Praeeklampsie, Eklampsie*
6. *Rhesus-Inkompatibilität*
7. *Hydramnios*
8. *Placenta praevia: möglichst nahe an den Geburtstermin gelangen!*
9. *Vorzeitige Lösung der Placenta*

Methoden

Vorerst immer Darm und Blase entleeren!

1. *i. v. Dauertropf-Infusion mit Oxytocin*
2. *Oxytocin-Buccaltabletten*
3. *Sprengen der Fruchtblase: a) hoch (SMYTHE)*
   b) tief (nur bei Kopflage! Der Kopf muss im Becken eingetreten sein!)
4. *Einlegen von Bougies*
5. *STEIN'sche Methode: Chinin, Oxytocin (veraltetes Verfahren)*
6. *Transabdominale rasche Injektion von 300—500 ml Ringerlösung in die Fruchtblase*

Indikationen

Für die Indikation gilt grundsätzlich, dass die Geburt herbeigeführt werden soll, bevor für Mutter und Kind eine Gefahr besteht. Wir kennen namentlich folgende Indikationen:

1. Uebertragung. In der Regel wird die Geburt zehn Tage nach dem rechnerisch ermittelten Geburtstermin eingeleitet. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass die Diagnose der Uebertragung ausserordentlich schwierig ist. Obwohl die Schwangerschaftsdauer vom ersten Tag der letzten Menses an zwar durchschnittlich 280 Tage beträgt, besteht doch eine sehr ausgeprägte Streubreite. Weitere Abklärungen zur Diagnose der Uebertragung, beispielsweise durch cytologischen Befund aus dem Vaginalabstrich, durch röntgenologische Längenmessung und Beobachtung der Knochenkerne des Foetus, sowie durch hormonale Bestimmungen aus dem Harn (z. B. Pregnandiol) helfen nicht mit Sicherheit weiter. An der Universitäts-Frauenklinik Bern führt man neuerdings Oxytocinase-Bestimmungen im Blutplasma durch und hofft, durch zwei vergleichende Bestimmungen im Abstand von vier Tagen ein besseres Diagnostikum der Uebertragung zu erhalten. Diese Bestimmungen werden nach der namentlich von *Semm* in München und *Klimek* in Krakow angewandten Methode durchgeführt

2. Diabetes mellitus. Beim Diabetes ist die Situation insofern etwas geklärter, als es sich zeigt, dass die besten Ergebnisse für das Kind dann resultieren, wenn die Geburt je nach Schweregrad des mütterlichen Grundleidens in der 36. bis 38. Schwangerschaftswoche eingeleitet wird.

3. Fetal distress. Darunter verstehen wir — summarisch ausgedrückt — dass sich der Fetus in ungenügenden Sauerstoffverhältnissen befindet. Die Diagnose wird an unserer Klinik gestellt, wenn das Fruchtwasser, das durch transabdominale Amnionpunktion gewonnen wird, grünlich verfärbt ist. Dies bedeutet, dass offenbar ein Kohlensäure-Ueberschuss vorliegt, wodurch die foetale Darmperistaltik angeregt wird und dadurch das Fruchtwasser mit Meconium vermischt wird. In diesen Fällen trachtet man danach, die Schwangerschaft möglichst bald zu beendigen.

4. Habituelles intrauterines Absterben des Kindes. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass der Foetus nicht weit vom Geburtstermin entfernt — beispielsweise im neunten Monat der Gravidität — aus meist nicht erfassbaren Gründen abstirbt. In gewissen Fällen wiederholt sich dieses Ereignis bei mehreren aufeinanderfolgenden Graviditäten. Es ist uns zwar nicht immer, aber wiederholt gelungen, durch Einleiung der Geburt vor diesem Zeitpunkt das Kind am Leben erhalten zu können.

5. Praeeklampsie und Eklampsie. In schweren Fällen von Praeeklampsie sowie in den meisten Fällen von Eklampsie wird die Schwangerschaft beendet, sofern die extrauterinen Lebenschancen für das Kind genügend gross sind.

6. Rhesus-Inkompatibilität. Bei Unverträglichkeit im Rhesus-Blutgruppensystem, seltener bei Unverträglichkeit anderer Blutgruppensysteme, wird die Geburt in schwerer gelagerten Fällen zwischen der 38. und 40. Woche eingeleitet. Noch frühere Geburtseinleitung ist nicht ratsam, da gerade bei Frühgeburten trotz Blutaustausch eine erhöhte Gefahr von Kernikterus besteht. Nur ganz ausnahmsweise, nämlich bei schwer belasteter Anamnese und starkem Anstieg des Antikörpergehaltes während der Gravidität entschliesst man sich zur Geburtseinleitung in der 35. bis 37. Woche

7. Hydramnios. Bei stark vermehrter Fruchtwassermenge wird gelegentlich wegen der bedrohlichen abdominalen Spannung die Geburt vor dem Termin eingeleitet. Allerdings hat es sich gezeigt, dass durch wiederholte transabdominale Fruchtwasserpunktionen die Situation bis zum Geburtstermin gehalten werden kann. So haben wir in einem Fall durch Entzug von insgesamt neun Liter Fruchtwasser die Gravidität bis zum Termin heranbringen können. Eine wesentliche Schwierigkeit in der Behandlung des Hydramnios liegt in der Häufigkeit der hier vorkommenden kindlichen Missbildungen.

8. Placenta praevia. Bei Placenta praevia versuchen wir durch strenge Bettruhe der Patientin, Verabfolgung von Valium in Dosen bis zu 100 mg täglich und — wenn nötig — durch Bluttransfusionen möglichst nahe an den Geburtstermin zu gelangen. Erst dann wird die Schwangerschaft beendet, öfters durch Sectio caesarea.

9. Vorzeitige Lösung der Placenta. Bei diesem meist akuten Geschehen wird die Gravidität unter Fibrinogen-Schutz sofort durch Schnittentbindung beendet.

Methoden

Es versteht sich von selbst, dass vor jeder Geburtseinleitung Darm und Blase zu entleeren sind.

An der Frauenklinik Bern werden folgende Einleitungsverfahren angewandt:

1. Bis vor ungefähr zwei Jahren war die *intravenöse Dauertropfinfusion mit Oxytocin* die bei uns am häufigsten verwendete Methode: 10 Einheiten Syntocinon wurden zu 500 ml Glukose (5%) gegeben und von dieser Lösung initial vier Tropfen pro Minute intravenös verabfolgt. Sinngemäss wurde dann auf sechs bis zehn bis maximal 25 Tropfen pro Minute gesteigert. Der Vorteil dieses Verfahrens besteht zweifellos in der exakten Dosierung des Wehenmittels und in der guten Steuerbarkeit. In wenigen Fällen (nämlich dann, wenn die Methode versagt hatte), wurden nach einer Woche 30 mg Ovocyclin ölig — also ein Oestrogen — intramuskulär injiziert und zwölf Stunden später nochmals eine Syntocinon-Dauertropfinfusion angeschlossen. Durch die vorgängige Oestrogenmedikation beabsichtigte man, eine Oestrogendominanz zu schaffen, wodurch

nach Untersuchungen namentlich von *Csapo* eine Wehenbereitschaft des Uterus erzielt wird. Die Verabfolgung von Ovocyclin in dieser hohen Dosierung wirkte sich allerdings im Wochenbett auf die Laktation ungünstig aus.

2. Seit zwei Jahren applizieren wir Oxytocin zur Geburtseinleitung nicht mehr intravenös, sondern in Form von *Buccal-Tabletten*, die 100 Einheiten Syntocinon enthalten. Eine Tablette wird in die obere Backentasche, etwa oberhalb der Schneidezähne, eingelegt. Die Frau wird angewiesen, diese Tablette nicht zu verschieben und nicht daran zu lutschen, weil Oxytocin durch Vermischung mit Speichel abgebaut wird. Die Wirksubstanz gelangt durch die Mundschleimhaut direkt in die Blutbahn. Wenn nach ein bis zwei Stunden diese Tablette völlig aufgelöst ist, erhält die Gebärende erneut eine derartige Buccal-Tablette. Aufeinanderfolgend werden auf diese Weise höchstens zwölf Tabletten angewandt. Die Erfolge bei bisher 250 Einleitungen sind gleich gut wie mit der intravenösen Dauertropfinfusion. Exakte Ueberwachung der kindlichen Herztöne und des Kontraktionszustandes des Uterus ist bei beiden Verfahren erforderlich. Ein Nachteil der buccalen Applikation liegt darin, dass die Dosierung ungenau ist. Ein wesentlicher Vorteil besteht jedoch in der freien Beweglichkeit der Gebärenden, die gerade zu Beginn der Wehentätigkeit bei den lästigen Rücken- und Kreuzschmerzen sehr gerne ihre Lage ändert und auch gerne etwas aufsitzt oder ein wenig umhergehen möchte.

Bei der Einführung des buccalen Verfahrens erhielten wir Tabletten zu 200 Einheiten Syntocinon. Diese Dosierung erwies sich jedoch als zu hoch, und es ergab sich denn auch in einem Fall eine Uterusruptur. Seit der Einführung der Tabletten zu 100 Einheiten Syntocinon, von welcher Menge offenbar nur Spuren der Wirksubstanz in die Blutbahn gelangen, haben wir keine Zwischenfälle mehr beobachtet.

3. *Sprengen der Fruchtblase.* Diese Einleitungsmethode wird in zwei Varianten angewandt, nämlich entweder dadurch, dass die Fruchtblase *hoch oben* gesprengt wird, indem man den *Smythe*'schen Katheter vom Muttermund aus neben dem vorangehenden kindlichen Teil in den Fundus uteri führt, dort die Einhäute durchsticht und 200 bis 600 ml Fruchtwasser durch den Katheter nach aussen ablaufen lässt. Nach neuesten Ergebnissen aus Untersuchungen an unserer Klinik soll jedoch nicht der Entzug von Fruchtwasser zur Wehenauslösung führen, sondern vielmehr der mechanische Reiz, der durch den Katheter in der Zervikalgegend auf den Frankenhäuser'schen Nervenplexus ausgeübt wird.

Viel bequemer kann aber die Fruchtblase auch *tief* gesprengt werden, indem sie von der Vagina aus unter rektaler digitaler Führung einer langen Billroth-Klemme vor dem vorangehenden Teil angerissen wird. Dieses Verfahren wird indessen nur bei Kopflagen angewandt und nur dann, wenn der Kopf mindestens mit einem Segment im Becken eingetreten ist. Nach der Blasensprengung übt der Kopf nun einen Druck auf den Frankenhäuser'schen Plexus aus, worauf nach einem Intervall von etwa 4 bis 24 Stunden die Wehentätigkeit im allgemeinen spontan einsetzt.

4. *Einlegen von Bougies.* In sehr seltenen, resistenten Fällen, die wir namentlich bei abgestorbenen Früchten beobachten, werden unter antibiotischem Schutz drei Hartgummibougies, die einen Durchmesser von je acht mm aufweisen, durch den Muttermund ins Cavum uteri eingeführt, worauf innerhalb von 24 Stunden regelmässig Wehen einsetzen.

5. Auf die *Stein'sche Methode* (mit Abführen, Chinin- und Oxytocinverabfolgung) sei der Vollständigkeit halber hingewiesen. Wir wenden dieses Verfahren jedoch wegen der möglichen Chininwirkung auf das Neugeborene im Falle einer rasch erfolgten Geburt nicht mehr an.

6. Interessehalber sei noch eine Methode erwähnt, die zwar praktisch zur Geburtseinleitung kaum in Frage kommt, die jedoch zum Verständnis der Volumenfrage des Uterus beiträgt: Nach den Angaben von *Csapo* wurden an unserer Klinik in zwei Fällen 300 bzw. 500 ml Ringerlösung transabdominal rasch in die Fruchtblase injiziert, worauf nach einem Intervall von ein bis drei Stunden die Wehen einsetzten. Diese Untersuchungen, die unter intrauteriner elektronischer Druckkontrolle durchgeführt wurden, zeigen, dass ein Volumenzuwachs im Uterus geeignet ist, Kontraktionen auszulösen.

Zum 1. August

Heimat

Wenn ich «Heimat» sage, dann trägt dieses Bild überraschend viele Züge aus meiner engeren Heimat. Gewiss, zur Heimat gehört ja viel mehr: Das Land, das ich Heimatland nennen darf, — ein Staat, der mir Schutz und Freiheit, soziale Einrichtungen und Fürsorge gewährt. Dazu gehört die Verfassung, die Armee — vieles, das wir selbstverständlich geniessen, weil wir die Not der Staatenlosen, zu denen sich niemand bekennen will, nie kennengelernt haben. —

Aber ganz zuerst gehört für mich zur Heimat das grüne Tal, in welchem ich geboren und aufgewachsen bin, gehören Vater, Mutter, Brüder und Schwestern, gehört der Bach an dem wir spielten, die Voralpenkette am Himmelsrand, wohlvertraute Bergriesen, die in der Jugend erwanderten Alpentäler. Das ist unauslöschlich eingeprägt wie alle Eindrücke, die ein junges Herz aufnimmt.

Ich glaube, wir können uns erst dann für die Idee der Eidgenossenschaft begeistern, wenn die engere Heimat uns zuvor das Herz erwärmt hat. Lassen wir es uns erwärmen von ihr, die Gott uns so wunderbar bewahrt hat.

SCHWEIZ. HEBAMMENVERBAND

Offizielle Adressen

Zentralpräsidentin: Schw. Alice Meyer
Rössligasse 8, 4132 Muttenz, Tel. (061) 53 17 93
Anrufe wenn möglich zwischen 7.00—8.00 Uhr.

Zentralkassierin: Frl. Ruth Fontana
Hauptstrasse 8, 4418 Reigoldswil

Hilfsfonds-Präsidentin: Schw. Elisabeth Grütter
Schwarztorstr. 3, 3000 Bern, Tel. (031) 45 09 48

Zentralvorstand

Mitteilungen:

Betrifft: Hebammen-Kennzeichen am Auto

Diese sind nun erhältlich beim Zentralvorstand und zwar bei der Sekretärin Frau *Hedy Clerc*, Im Pfauenhof 6, 4410 Liestal.

Die Kennzeichen können nur bestellt werden über die Sektionspräsidentinnen oder die Sektionssekretärinnen der Kontrolle wegen und zur Vereinfachung für den Versand. Der Preis für ein Abzeichen (Plakat) beträgt Fr. —.60 und muss bei der Bestellung in Briefmarken beigelegt werden.

Die vielen Briefe, die mich immer wieder erreichen, veranlassen mich, allen lieben Kolleginnen, die meiner — besonders im Blick auf mein gesundheitliches Befinden — in so wohltuender Weise gedachten und mir brieflich ihre guten Wünsche zum Ausdruck brachten, auf diesem Wege herzlich dafür zu danken.

Auch möchte ich allen, welche z. Z. vielleicht gerade in den Ferien weilen oder sie in Kürze antreten werden, recht schöne und erholsame Ferientage wünschen!

Mit lieben Grüssen an alle Kolleginnen im Auftrag des Zentralvorstandes

Die Zentralpräsidentin: *Sr. Alice Meyer*

SEKTIONSNACHRICHTEN

Sektion Aargau. Die Firma Dr. A. Wander in Bern hat uns zur Besichtigung ihrer beiden Betriebe in Bern und Neuenegg eingeladen. Diese äusserst interessante und lehrreiche Exkursion findet nun am *Donnerstag, den 19. August 1965* nach folgendem Programm statt:

07.30 Abfahrt mit Auto-Car ab Bahnhofplatz Aarau via Olten-Langenthal
09.00 Ankunft in Bern, Geschäftssitz der Dr. A. Wander AG
09.00—11.30 Besichtigung des Werkes Bern
11.30—12.00 Fahrt nach Neuenegg