

**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:** 7

**Artikel:** Eine komplizierte Geburt

**Autor:** Raval, Rosemarie

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-950934>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 14.03.2025

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

Universitäts-Frauenklinik Bern, Direktor Prof. M. Berger

Aus der Hebammenschule des Kantonalen Frauenspitals Bern (Direktion: Prof. M. Berger) und aus der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung des Bezirksspitals Burgdorf (Dr. Streit)

## Eine komplizierte Geburt

von Rosemarie Raval

### Vorbemerkung

Es wurde von verschiedener Seite angeregt, diese Zeitung sei auch einmal den Hebammenschülerinnen zu öffnen. Die nachfolgende Beschreibung einer Geburt ist eine Diplomarbeit am Ende der dreijährigen Hebammenschule. Sie ist, abgesehen von einigen Kürzungen, unverändert übernommen worden. Diese Arbeit gibt in ihrer Art alleine schon genügend Impulse, wie eine Diplomarbeit gestaltet werden kann. Leider kann die Illustration mit Kurven und Bildern nicht übernommen werden.

Ich lasse diese Arbeit jedoch in erster Linie deshalb veröffentlichen, damit die Mehrheit der Hebammen, die nicht in grossen Kliniken arbeiten, ein Bild davon bekommen, wie etwa heute an gut eingerichteten Frauenkliniken eine Risiko-Schwangerschaft und Geburt geleitet wird.

Dieser Beitrag soll nach den verschiedenen früheren Ausflügen zu dem «was man tun sollte» zur Abwechslung einen Bericht über das «was man getan hat» geben. F. X. Jann

### Eine komplizierte Geburt

#### A) Disposition

- Anamnese
- Persönlicher Eindruck
- Untersuchungen in der Schwangerschaft
- Eintritt zur Geburt
- Sectio
- Befinden der Mutter im Wochenbett
- Befinden und Prognose des Kindes nach der Geburt.

#### B) Diagnose

- Status nach Totgeburt bei EPH-Gestose (Toxikose)
- Status nach Sectio wegen EPH-Gestose sowie unklarem Entwicklungsstillstand des Kindes nach 18 Monaten
- Sectio in der 38. Schwangerschaftswoche wegen leichter EPH-Gestose, prädiabetischer Stoffwechselstörung und schwangerschaftsbedingtem Ikterus.

#### C) Krankengeschichte

1. *Personalien:* Frau B.-B. Maria, 1944  
Beruf der Frau: Hausfrau  
Beruf des Mannes: Landwirt  
IV Para, IV Gravida

2. *Familienanamnese:* Der Vater verstarb 71jährig an einem Hirnschlag, die Schwester leidet zeitweise an Depressionen und war schon hospitalisiert.

3. *Frühere Krankheiten:* Uebliche Kinderkrankheiten ausser Röteln. Keine Spitalaufenthalte ausser bei den Geburten. 1968 normale Geburt eines Mädchens. 1969 Totgeburt (Knabe im 9. Monat bei EPH-Gestose). 1970 EPH-Gestose in der Schwangerschaft und Entbindung eines Mädchens in Sectio wegen dunkelbraunem Fruchtwasser und Herztondezerationen. Sofortige Einlieferung des Neugeborenen ins Frauenspital Bern wegen vermutlicher Asphyxie. Die Entwicklung dieses Kindes gestaltete sich anscheinend 18 Monate lang normal, wonach ein Entwicklungsstillstand eintrat, der zur Folge hatte, dass das Kind heute ganz von der Pflege seiner Mutter abhängt. Die anschliessende pädiatrische Abklärung ergab keine eindeutige Diagnose, evtl. handelt es sich sogar um einen hirndegenerativen Prozess.

#### 4. Gynäkologisch-geburtshilfliche Anamnese

Menarche: 13jährig  
Periode regelmässig alle 28 Tage, normale Blutung von 4 Tagen Länge. Keine Ovulationshemmer.

#### 5. Jetzige Schwangerschaft

Erster Tag der letzten Periode: 6. März 1974  
Errechneter Termin: 13. Dezember 1974  
Erste Kindsbewegungen: 16. Schwangerschaftswoche.  
Wegen Neigung zu einer leichten EPH-Gestose wurde die Patientin zuerst ambulant mit Adelphan-Esidrex-Tabletten, und später mit Lasix-Tabletten behandelt. In der 36. Schwangerschaftswoche wurde die Patientin vom 7. 11.—13. 11. 1974 für eine Woche hospitalisiert.

#### 6. Eintrittsstatus

Frau B. machte einen etwas reduzierten, depressiven Eindruck. Organisch war jedoch alles in Ordnung.  
Blutgruppe A Rhesus positiv. Blutdruck 135/80. Puls 76. Eiweiss im Urin: Spur. Zucker: negativ.  
Diskrete Knöchelödeme. Gewichtszunahme bis jetzt 14 kg. Aeusserer und innerer Untersuchungsbefund:  
Fundus: 3 QF unter dem Xiphoid. Zweite Kopflage (Kopf noch ballotierbar). Nabel verstrichen, Bauchumfang 104 cm.  
Muttermund: Fingerkuppe, Portio: 50% erhalten, Kopf noch hoch. Im CTG war eine gewisse Wehentätigkeit nachweisbar.

#### Procedere:

- CTG Verlaufskontrolle
- Oestriol- und HPL-Untersuchungen
- Ultraschall
- Routinelabor und Blutzucker und Elektrolytbestimmungen
- Bettruhe
- salzlose Diät und Einschalten eines Früchtetages.

#### Medikamente:

4 x 1 Tablette Dilydrin, 3 x 1 Dragée Isoptin wegen Neigung zur Frühgeburt und 2 x 5 mg Valium tagsüber, abends 10 mg Valium.

#### 7. Verlauf der Hospitalisation

Die Gestose der Patientin hat sich unter der Therapie normalisiert. Eine geringe Wehentätigkeit bleibt trotz tokolytischer Behandlung bestehen. Die Schwangere wird anfangs der 37.

Schwangerschaftswoche entlassen und zur weiteren Untersuchung ambulant aufgeboten.

#### D) Untersuchungen während der Schwangerschaft

##### 1. Kardiotokographie (CTG)

Um eine Verschlechterung des kindlichen Befindens zu erfassen, hatte Frau B. mehrere CTG-Kontrollen. Das Prinzip dieser Untersuchung ist die Früherfassung von kindlichen Herzfrequenzveränderungen in Zusammenhang mit der Wehentätigkeit.

##### 2. Ultraschall

Bei Frau B. wurde in den letzten drei Monaten mittels Ultraschall der biparietale Durchmesser des kindlichen Kopfes und die Lokalisation der Plazenta bestimmt. Diese Untersuchung hat den Zweck, das Wachstum des Feten bis zum Termin zu verfolgen. Der biparietale Durchmesser des Kindes zeigte immer eine Tendenz, über der neunzigsten Percentil-Linie zu liegen. Es war also ein grosses Kind zu erwarten.

##### 3. Oestriol

Der Fet stellt der mütterlichen Plazenta die Vorstufe zur Bildung von Oestriol zur Verfügung. Das Resultat zeigt das Wohlergehen des Kindes in bezug auf die Plazentafunktion. Bei Frau B. zeigte ein Resultat am 9. 11. 1974 35,3 mg im 24-Stundenurin. Am 13. 11. fand man einen Abfall bis auf 15,6 mg pro 24 Stunden, wobei die Werte noch in der Normgrenze lagen.

##### 4. HPL (Human Placenta Lactogen)

Dieses spezifische von der Plazenta gebildete Hormon kann eine beginnende Plazentainsuffizienz anzeigen. Die drei HPL-Werte von Frau B. von der 36. Schwangerschaftswoche an waren im Normbereich.

#### E) Meine persönliche Begegnung mit Frau B.

Als ich Frau B. das erste Mal sah, war es anlässlich ihrer Hospitalisation in der 36. Schwangerschaftswoche, als sie zwecks CTG-Kontrollen zweimal wöchentlich zu uns auf die geburts-hilfliche Abteilung kam. Die grosse, hagere Frau machte mir einen zugeknöpften, depressiven Eindruck; sie sprach sehr wenig von sich aus. Man sah, dass die vorhergehenden Schwangerschaften sie belastet hatten, und dass sie einen glücklichen Ausgang der jetzigen Schwangerschaft bezweifelte.

Am letzten Tag, kurz vor ihrem Austritt, kam sie noch einmal zu mir für ein CTG. Sie schien mir etwas gelöst und erzählte mir, dass sie Dr. St. nach Hause lasse, damit sie noch eine Unterkunft für ihre beiden Mädchen während der Wochenbettzeit finden könne. Sie sagte mir auch, dass ihr Mann, der Landwirt ist, sich einen Sohn und Erben wünsche. Die nächsten 12 Tage sah ich Frau B. hie und da bei einer ambulanten CTG-Kontrolle, und einmal bei einer Amnioskopie, welche klares Fruchtwasser zeigte.

Am 19. 11., als sie wieder einmal zu mir in die Kontrolle kam, fiel mir ihr blasses und müdes Aussehen auf. Die Skleren waren gelblich und der Urin bierbraun. Auf mein Befragen hin gestand mir die Schwangere, dass sie öfters nach dem Essen erbrechen müsse, und dass sie appetitlos sei. Ich machte Dr. St. darauf aufmerksam, und er verordnete ein Bilirubin. Das Resultat war 2,2 mg<sup>0</sup>/. Der später gemachte Leberstatus zeigte, dass die Patientin an einem schwangerschaftsbedingten Ikterus erkrankt war. Ein Blutzucker, der auch bestimmt wurde, zeigte ausserdem noch eine prädiabetische Stoffwechsellage, welche die relativ hohen Geburtsgewichte der vorhergehenden Kinder der Patientin erklärte. Sie waren alle über 4000 gr schwer.

Alle diese Resultate zeigten, dass die Geburt des jetzigen Kindes bald beendet werden musste. So wurde die Patientin in der 38. Schwangerschaftswoche am 25. 11. 1974 zum Eintritt ins Spital aufgeboten.

Dr. St. machte am nächsten Tag noch eine Fruchtwasserpunktion (Amniocentese) zur Feststellung der Lungenreife mit dem Clementstest:

In fünf Röhrchen wird das Fruchtwasser mit 95 % Aethanol in einer Konzentration von 1 : 1, 1 : 1,3, 1 : 2, 1 : 4 und 1 : 5 verdünnt. Die fünf Röhrchen werden dann genau 15 Sekunden lang kräftig geschüttelt. Nach 15 Minuten wird untersucht, in welchen Röhrchen sich ein Ring von kleinen stabilen Bläschen an der Oberfläche gebildet hat. Bei reifer Lunge bildet sich ein schaumiger Ring schon im Röhrchen mit einer 1 : 2-Verdünnung. Für unreife Lungen spricht ein negativer Befund bei einer Verdünnung von 1 : 1.

#### Die Geburt

Die Sectio wurde für den 28. 11., also zwei Wochen vor Termin angesagt.

Am Vortag wurde Frau B. rasiert und zwei Flaschen A Rhesus-positives Blut wurden getestet. Zudem erhielt sie vom Narkosearzt eine Tablette Valium 10 mg und eine Tablette Medomin als Beruhigung und Schlafmittel verordnet. Am nächsten Morgen machte die Nachtwache der Patientin sehr früh einen Einlauf. Sie musste die Operationswäsche anziehen und allen Schmuck entfernen. Vor der Prämedikation legten wir der Schwangeren noch einen Dauerkatheter ein.

Schon um 07.15 Uhr erhielt Frau B. 0,75 mg Atropin i.m. (Atropin wirkt parasympatikolytisch zur Vorbeugung eines Herzstillstandes während des Intubierens; ausserdem trocknet es die Schleimhäute aus).

Frau B. machte einen ruhigen und gefassten Eindruck, als wir mit ihr in den Operationssaal fuhren. Sie machte uns noch Angaben, wie das kleine Kind heissen solle. Für einen Knaben hatte das Ehepaar als Name einen Daniel und für ein Mädchen eine Barbara gewählt. Der Vater durfte leider nicht anwesend sein. Wir mussten ihm nach der Geburt telefonisch Bescheid sagen. Dr. St. hatte für 08.00 Uhr die Kinderreanimations-equipe aus dem Kinderspital bestellt, damit das Baby sofort die beste Pflege bekäme. Ausserdem war abgemacht, dass das Kind einige Tage zur Beobachtung nach Bern komme, um möglichst eine Wiederholung der früheren Kinderschicksale zu vermeiden.

Der Schnitt wurde in der alten Narbe durchgeführt. Es blutete sehr wenig und das Fruchtwasser war klar. Kurz darauf wurde ein lebensfrisches Mädchen entwickelt, das sofort schrie. Barbara wurde sofort der Notfallequipe Dr. B. übergeben und in eine transportable Isolette gelegt. Der Dextrostix des Babys, der sofort abgenommen wurde, war nur 25 mg<sup>0</sup>/. 10 Minuten nach der Geburt. Der Blutzucker war nur 11 mg<sup>0</sup>/. Sofort wurde 7 ml 20 % Glukose in die Nabelvene gespritzt.

Der Apgar-Score von Barbara war nach 1 Minute 8, nach 5 Minuten 9 und nach 10 Minuten 10. Der Transport von Barbara nach Bern verlief komplikationslos.

#### Zurück zur Mutter:

Die Plazenta wurde entfernt: Es zeigte sich später, dass sie schon ziemliche Infarkte hatte. Das Gewicht war 860 gr und die Länge der Nabelschnur betrug 62 cm.

Anschliessend wurde die Uteruswunde und die Bauchdecke geschlossen. Ein Redondrain kam ins subfasciale Gewebe und die Patientin durfte extubiert werden. Nun konnten wir die Patientin auf die Abteilung nehmen. Als sie etwas wach war, erzählte ich ihr, dass sie ein gesundes Mädchen von 4200 gr und 51 cm geboren habe. Die Frau war aber zu müde um zu reagieren.

Zuerst wurden viertel-, dann halbstündlich die Vitalzeichen kontrolliert. Nach 6 Stunden wurde die Redonflasche zum

ersten Mal gewechselt. Anschliessend geschah dieses 12-stündlich, bis sie am nächsten Abend herausgenommen werden konnte.

Zur Thromboseprophylaxe wurde der Patientin 8-stündlich 0,2 ml Calciparin subcutan injiziert. Ausserdem kam eine Physiotherapeutin, um mit ihr zu turnen.

Drei Tage wurde die frischgebackene Mutter künstlich mit Infusionen ernährt, bis die Verdauung wieder in Gang gekommen war. In den ersten zwei Tagen hatte sie einen Schmerzmittelzusatz in Form von Novalgin-Ampullen. Am 2. postoperativen Tage erhielt sie zudem Prostigmin und Bepanthen-Ampullen in die Infusion, um die Peristaltik anzuregen. Am 4. Tag war Abführtag, nach welchem sie wieder leichte Speisen zu sich nehmen durfte. Wegen einem Hämatokrit von 33 Vol<sup>o</sup>% am ersten postoperativen Tag erhielt Frau B. eine Flasche Blut. Alsdann wurden ihr bis zum Schluss des Spitalaufenthaltes 3 x 2 Dragées Resoferon verabreicht. Die psychische Verfassung hatte sich in den ersten Tagen nicht stark verändert. Die Wöchnerin war immer noch still und in sich gekehrt. Frau B. taute erst etwas auf, als nach sieben Tagen Barbara von Bern zurück geschickt wurde und als gesundes, auch neurologisch unauffälliges Baby vorgestellt wurde. Leider konnte Frau B. ihr Mädchen wegen zu geringer Milchmenge nicht stillen. Die Leberwerte der Patientin hatten sich normalisiert, ausser der alkalischen Phosphatase, die noch etwas erhöht blieb. Im Wochenbett wurde auch eine Glukosebelastung durchgeführt, die etwas über der Norm lag. Die Frau ist somit eine an latentem Diabetes erkrankte Frau. Sehr wahrscheinlich gehen die Komplikationen bei den vorhergehenden Geburten auf das Konto des Diabetes zurück.

Weil die Ursache des letzten geschädigten Mädchens nicht ganz klar war, wurde auf eine Tubenligatur verzichtet, obwohl eine weitere Schwangerschaft für die Frau unzumutbar wäre.

Nach 15 Tagen Spitalaufenthalt konnte Frau B. mit ihrem Kind entlassen werden. Nun ist zu hoffen, dass die Entwicklung von Barbara normal verläuft. Denn ich glaube, ein zweites geschädigtes Kind wäre eine zu grosse psychische Belastung für die ohnehin schon überarbeitete Frau.

#### *Kindlicher Verlauf*

Diagnose: Reifes Neugeborenes. Fetopathia diabetica. Geringes RDS (Respiratory Distress Syndrom).

Beim Eintritt ins Kinderspital war das Kind in einem guten Allgemeinzustand. Ohne Sauerstoff hatte das Kind eine diskrete Zyanose, die aber kurze Zeit darauf verschwand.

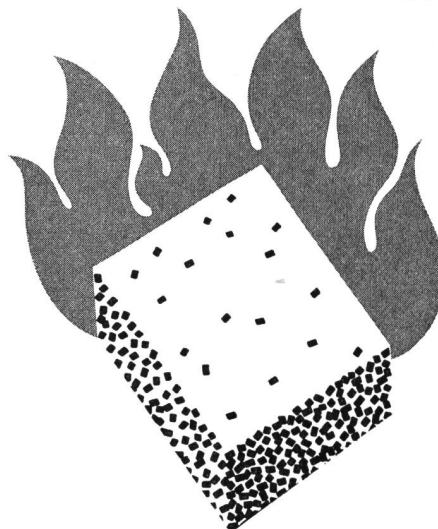
Kurz nach dem Eintritt fiel eine erhöhte Erregbarkeit und ein zeitweises Zittern auf, was sich aber später nach einer Infusion mit 10 % Glukose legte. Die Blutwerte, ausser der kurzfristigen Hypoglykämie, waren normal. Die Blutgruppe von Mutter und Kind ist A Rhesus positiv. Dennoch stieg das Bilirubin langsam an, blieb jedoch immer in normalen Grenzen. Auch die weiteren pädiatrischen Untersuchungen waren unauffällig. Am 2. 12. wurde Barbara B. zu uns nach Burgdorf zurückverlegt, was ihre Mutter natürlich besonders freute.

Nun sah ich die Kleine zum ersten Mal nach der Geburt. Sie war ein dickes Baby mit «Pfusibäckli» und dem typisch etwas teigigen Aussehen von Kindern diabetischer Mütter. Da ich Nachtwache hatte und die Kinder besorgen musste, blieb mir genügend Zeit, Barbara etwas zu beobachten. Sie war ein stilles Kind, das nicht viel schrie, und sich auch nicht so viel spontan bewegte.

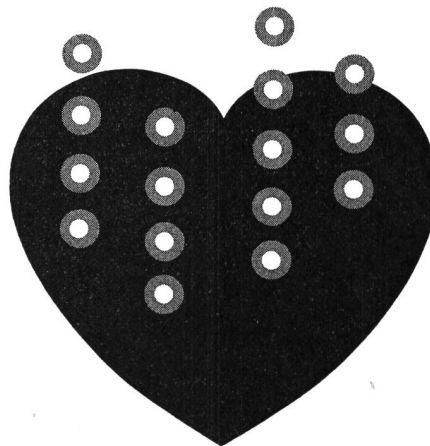
Natürlich wird das Kind auch nach der Entlassung weiterhin von einem Kinderarzt kontrolliert. Es wäre sicher interessant, die weitere Entwicklung des Babys zu erfahren, um zu wissen, ob es sich bei der letzten Geburt um eine Erbkrankheit, oder um einen Schaden handelt, der im Zusammenhang mit dem Geburtsverlauf entstanden ist.

## <sup>®</sup> Gly-Coramin ist doppelt wirksam

**Glukose** versorgt den Organismus innert kürzester Zeit mit zusätzlichen Kalorien.



**Coramin** vertieft die Atmung und führt den Gefässen und damit auch dem Herzmuskel vermehrt Sauerstoff zu; der Kreislauf wird angeregt.



#### **Deshalb**

- nach körperlichen Anstrengungen, bei erhöhter Leistung
- zur Anregung von Atmung und Kreislauf: in der Rekonvaleszenz, bei älteren Leuten

## stets Gly-Coramin

Lutschtabletten  
Brausetabletten

GCO 2 74 CHd

C I B A