

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: 101 (2003)

Heft: 6

Artikel: Zwei Studien zum frühen Geburtsstadium

Autor: [s.n.]

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950512>

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: 01.05.2025

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

Zwei Studien zum frühen Geburtsstadium

Geburtsbeginn und Spitaleintritt

Mehr Interventionen bei wenig Eröffnung

Wann die Schwangere bei vermutetem Geburtsbeginn ins Spital eintreten soll, ist eine heikle und möglicherweise folgenreiche Entscheidung. Besonders für Erstgebärende ist dieser Moment schwierig zu bestimmen. Einige Studien haben nachgewiesen, dass Frauen, die sich frühzeitig ins Spital begeben (Wehen seit vier oder weniger Stunden), ein höheres Risiko für geburtshilfliche Eingriffe eingehen als Frauen, die erst später ins Spital eintreten.

Das Ziel einer kanadischen Untersuchung war es, den Zusammenhang zwischen Zervixeröffnung bei Spitaleintritt und Sectiorate festzustellen [1]. Weitere gemessene Outcomes waren spontane und vaginal-operative Geburten, Geburtsgewicht, Nabelschnur-pH, 5-Minuten Apgar Score, Geburtsdauer, Wehenunterstützung mit Oxytocin, und Epiduralanästhesie. Ausserdem wurde die Wirkung einer hinausgeschobenen Spitalaufnahme bei Geburtsbeginn untersucht.

Methode

Das Untersuchungsmaterial waren die geburtshilflichen Daten von 1995 bis 1999 des Ottawa Hospitals, Kanada. Einschlusskriterien waren: Erst- und Mehrgebärende mit spontanem Geburtsbeginn, Einlingsschwangerschaft und Kopflage, Gestationsalter 37–42 Wochen. Die Zervixeröffnung bei der ersten Untersuchung diente als Basis. Bei einer Eröffnung von < 4 cm wurde der Spitaleintritt als früh definiert, bei einer Eröffnung von $\geq$ 4 cm als spät. In die Studie eingeschlossen wurden alle Frauen, die innerhalb der nächsten 36 Stunden nach der Eintrittsuntersuchung geboren hatten, egal, ob sie im Spital geblieben oder wieder nach Hause geschickt worden waren, und deren Fruchtblase bei der Erstuntersuchung noch intakt war.

Ergebnisse

Insgesamt 3220 Frauen wurden in die Studie eingeschlossen, 1168 Erst- und 2052 Mehrgebärende. Je grösser die Muttermundseröffnung bei Spitalaufnahme, umso tiefer war das Risiko für Sectio, Oxytocin und Epiduralanästhesie. (OR für Sectio bei Nulliparae mit 0–3 cm: 2,62, 95 % KI 1,49–4,61; bei Multiparae 4.73, 95 % KI 2,64–8,49). 202 der Mehrgebärenden hatten bereits einmal mit Kaiserschnitt geboren. 130 von ihnen traten mit 0–3 cm ins Spital ein, und 32 (24,6 %) hatten eine Sectio. Von den 72 Frauen, deren Aufnahme bei $\geq$ 4 cm erfolgte, hatten 7 (9,7 %) eine Sectio ($p = 0,01$). Bei den Mehrgebärenden ohne vorangehende Kaiserschnittgeburt betrugen die entsprechenden Sectioraten 2,4 % und 0,7 % ($p = 0,001$). Insgesamt 371 Frauen wurden nach einer ersten vaginalen Untersuchung vorübergehend wieder nach Hause geschickt und kehrten 1 bis 31 Stunden später (Durchschnitt 12,5 Stunden) wieder ins Spital zurück. Die Tabelle zeigt die Sectioraten bei Erstgebärenden, die nach Hause gingen, im Vergleich zu Frauen, die im Spital blieben, eingeteilt entsprechend der Eröffnung bei der ersten vaginalen Untersuchung.

Diskussion

Für die Tatsache, dass ein früher Spitaleintritt mehr Kaiserschnitte, Oxytocingaben und Epiduralanästhesien nach sich zieht, gibt es unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten.

1. Früh eintretende Frauen repräsentieren möglicherweise eine Gruppe mit erhöhtem Komplikationsrisiko. Im vorliegenden Studiensample, aus dem gewisse Risiken von vornherein ausgeschlossen waren, würde sich ein solcher Effekt wohl minimal auswirken.
2. Frühzeitig eintretende Frauen haben möglicherweise zu Hause schon eine lange dysfunktionale Latenzphase erlebt und länger Wehen

Gesucht: Ihre Erfahrungen!

Die Latenzphase mit frustranen Wehen ist ein schwieriges und noch viel zu wenig erforschtes Gebiet. Ihre Erfahrungen könnten hier eine grosse Wissenslücke stopfen helfen. Welches sind Ihre Beobachtungen? Zieht die frustrane Wehentätigkeit mehr Pathologien und Interventionen nach sich? Welches sind ihre Ursachen? Sind es Partnerprobleme, Ängste, ungelöste Betreuungssituationen, oder völlig andere Gründe? Schreiben Sie uns – wir würden Ihre Erfahrungen gerne in einer späteren Nummer veröffentlichen!

Die Redaktion

verspürt haben als spät eintretende Frauen. Eine Nachprüfung zeigte, dass frühzeitig eintretende Frauen im Verhältnis zur Gesamtdauer der Geburt weniger Zeit daheim verbringen als spät eintretende Frauen. Dies mag mit erhöhtem Stress und mangelnder Unterstützung daheim zusammenhängen

3. Die frühe Spitalaufnahme hat wegen Routinewechsel (Mobilität, Position) möglicherweise direkte Auswirkungen auf den Geburtsfortschritt. Auch gibt es Evidenzen, dass je länger der Geburtsvorgang dem Arzt erscheint, die Chance für eine Intervention umso höher ist.

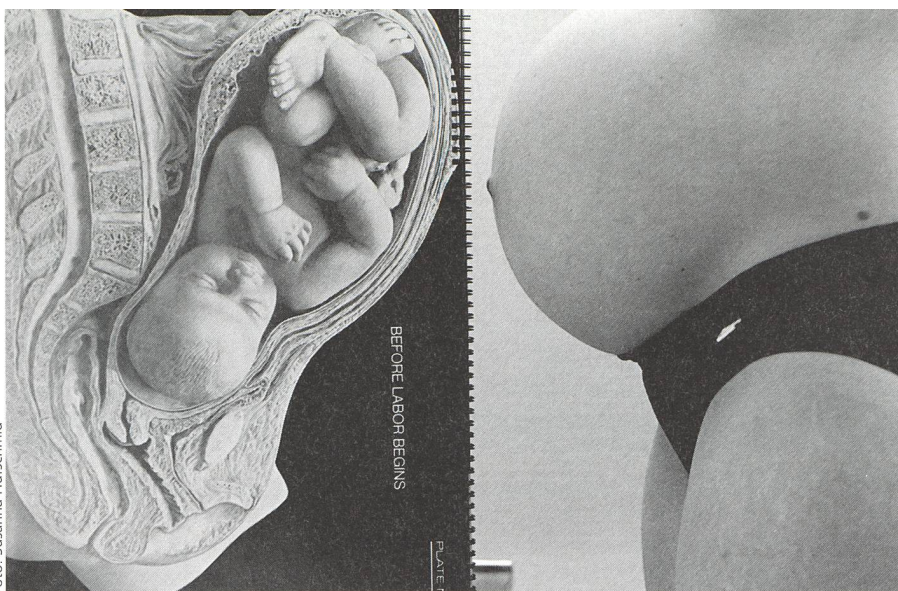
Ein Mangel der Studie ist das Fehlen von prospektiven Daten, welche es erlauben würden, geburtshilfliche und psychosoziale Kriterien für früh bzw. spät eintretende Frauen festzulegen. Denn es ist möglich, dass solche Faktoren mit einer höheren Interventionsrate zusammenhängen. Eine weitere Schwäche der Studie ist, dass die Kriterien für den Geburtsbeginn möglicherweise willkürlich definiert wurden. Erwähnung verdient die Evidenz, dass nach Geburtsbeginn eine Untersuchung bei der Schwangeren daheim die zu frühe Spitalweisung und damit auch ein erhöhtes Interventionsrisiko verhindern kann.

[1] Holmes P., Oppenheimer L.W., Wen S.W.: The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. British Journal of Obstetrics and Gynaecology November 2001, Vol. 108, pp.1120–24.

Auswirkungen des Aufnahmezeitpunkts auf die Sectiorate

Eröffnung	verzögerte Aufnahme		sofortige Aufnahme	
	Anzahl Frauen	Sectiones	Anzahl Frauen	Sectiones
0 cm	30	5 (16,7 %)	36	3 (8,3 %)
1 cm	74	9 (12,2 %)	153	28 (18,3 %)
2 cm	53	3 (5,7 %)	190	18 (9,5 %)
3 cm	17	0	259	17 (6,6 %)
4–10 cm	11	0	345	15 (4,3 %)
Total	185	17 (9,2 %)	983	81 (8,2 %)

Die Resultate für die Mehrgebärenden waren vergleichbar.



Es ist oft schwierig, zuverlässig zu bestimmen, wann die Geburt begonnen hat.

Interventionen, insbesondere der Anwendung von Oxytocin waren. Dazu wären weitere Studien notwendig. Jede Studie über den protrahierten Geburtsbeginn begegnet dem Problem, wie er zu messen und zu definieren ist. Die hier angewendete Definition > 8 Stunden, gemessen vom Zeitpunkt des Spitaleintritts an, ist letztlich eine willkürlich festgelegte Grösse. Andere Autoren haben andere Definitionen angewendet.

Dies ist eine der wenigen Studien über Outcomes nach protrahierter Latenzphase und die erste überhaupt aus Afrika. Ihre Resultate bestätigen die Resultate früher publizierter Untersuchungen.

[2] J. Maghoma, E.J. Buchmann: Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. Journal of Obstetrics and Gynaecology (2002) Vol.22, No.1, 16–19.

Übersetzung aus dem Englischen und Bearbeitung: Gerlinde Michel

Protrahierter Geburtsverlauf

Höhere Risiken für Mutter und Kind

Noch Friedman nahm an, dass ein protrahierter Geburtsbeginn («latent phase») keine zusätzlichen Risiken für Mutter und Kind birgt (1972). Seither haben einige Studien geburtshilfliche Komplikationen beschrieben, die mit einer verlängerten Latenzphase in Zusammenhang stehen (höhere Sectiorate, perinatale Asphyxie). Eine Studie aus Südafrika [2] hatte zum Ziel, mehr über den Zusammenhang zwischen protrahiertem Geburtsbeginn und erhöhtem Risiko für mütterliche, kindliche und geburtshilfliche Komplikationen herauszufinden.

Methode

Die Untersuchung wurde 1999 in einem staatlichen Spital für Risikoschwangerschaften in Soweto, Südafrika, durchgeführt. Eingeschlossen waren alle Einlingsschwangerschaften von Aug. bis Nov. 1999 mit Kopflege und spontanem Geburtsbeginn am Termin, ausgeschlossen waren Schwangerschaften nach früherer Sectio, Schwangerschaften mit Komplikationen wie Bluthochdruck und mit weiteren medizinischen Problemen wie Diabetes. Als Dauer der Latenzphase wurde die Zeitspanne vom Geburtsbeginn (Wehenschmerzen und Muttermundsöffnung < 3 cm) an bis zu einer Eröffnung > 4 cm definiert. Dauerte die Latenzphase länger als 8 Stunden, galt sie als protrahiert. Die Studienkohorte wurde in eine Studiengruppe und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Zur Studiengruppe gehörten alle Frauen mit protrahierter Latenzphase, wobei zwischen einer Latenzphase von 8–16 Stunden bzw. > 16 Stunden unterschieden wurde. Zur Kontrollgruppe gehörten nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Frauen mit einer Latenzphase < 8 Stunden. Zu den gemessenen mütterlichen Outcomes zählten Dauer der aktiven Phase, Zeitpunkt des Blasensprungs, Sectio, Oxytocinanwendung zur Wehenstimulation, postpartale Blutungen, postpartale Infektionen. Die kindlichen Outcomes umfassten einen Apgar-Score < 7 nach 5 Min., mekoniumhaltiges Fruchtwasser, Überweisung auf die Neonatologie, Totgeburt und nachgeburtlicher Tod.

Diskussion

Die Untersuchung zeigte, dass eine protrahierte Latenzphase in erster Linie ein Problem der Nullipara ist (73 %). Die mütterlichen Komplikationen standen meist im Zusammenhang mit einer Sectio. Was die kindlichen Komplikationen betrifft, war es nicht möglich festzustellen, ob sie Folge der protrahierten Latenzphase oder der

Ergebnisse

Mütterliches Outcome

	Protrahierte Latenzphase (n = 150)	Normale Latenzphase (n = 100)	Statistische Signifikanz
Blutungen postpartal	5 (3 %)	3 %	NS
Fieber postpartal	31 (21 %)	0 %	p < 0,0001
Sepsis postpartal	6 (4 %)	0 %	p = 0,045
Sectio	43 (29 %), davon 65 % wegen Geburtsdystokie, 23 % wegen fetalem Distress und 12 % wegen beidem zusammen	6 %	p < 0,0001
Oxytocin	93 (62 %)	1 %	p < 0,0001

Kindliches Outcome

	Protrahierte Latenzphase (n = 150)	Normale Latenzphase (n = 100)	Statistische Signifikanz
Apgar Score < 7 nach 5 Min.	25 (17 %)	3 %	p < 0,0006
Mekonium im Fruchtwasser	18 (12 %)	5 %	NS
Überweisung auf Neonatologie	32 (21 %), davon 58 % wegen Geburtsasphyxie	1 %	p < 0,0001

Vergleich Latenzphase > 16 Std. und 8–16 Std.

	Latenzphase > 16 Std. (n = 73)	Latenzphase 8–16 Std. (n = 77)	Statistische Signifikanz
Sectio	27 (37 %)	16 (21 %)	p = 0,028
Fieber/Sepsis	21 (29 %)	16 (21 %)	NS
Überweisung auf Neonatologie	21 (29 %)	11 (14 %)	p = 0,030