

Mangement der Schulterdystokie

Autor(en): **Steiniger, Ilse**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **105 (2007)**

Heft 1

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949978>

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.

Management der Schulter

Anstatt in der passiven Furcht vor einer Schulterdystokie zu verharren, sollten Hebammen so viel als möglich darüber lernen und den Umgang mit der Situation regelmässig üben. Erfahrungen aus der freiberuflichen Tätigkeit prägen diesen Bericht.

Ilse Steininger

ZU Beginn meiner freiberuflichen Tätigkeit versetzte mich der blosser Gedanke an eine Schulterdystokie manchmal in Angst und Panik. So suchte ich alles Wissen zum Thema für mich zusammen. Gefunden habe ich einiges über gebrochene Clavikulen, Plexus- und Fascialislähmungen, Hirnschäden durch Sauerstoffmangel, Vollnarkosen, Symphysenspaltungen, schwerwiegende Geburtsverletzungen am Damm und auch über Kinder, die nicht überlebt haben. Dies alles passte zu Bildern, die ich während meiner Ausbildung und meiner Spitalzeit mitbekommen hatte. Ich befragte eingehend alterfahrene Hebammen mit Hausegeburts Erfahrung. Sie kannten das Problem, wenn auch eher aus der Theorie. Alle stimmten überein, dass Schulterdystokien enorm selten sind. Zusammenfassend lautete ihre Antwort in etwa: «Je weniger du tust, desto seltener wirst du was tun müssen!» Ich wunderte mich sehr über diese Aussage, bis ich in Vancouver an einem in-

ternationalen Hebammenkongress Ina May Gaskin traf. Sie stellte einen Film zum Vorgehen von Laienhebammen bei Schulterdystokien vor. Dieser zeigt das Eingehen der Hand am Damm zur hinteren Schulter, einen zweifachen Positionswechsel über die Seite in die Knie – Ellenbogenlage, die Entwicklung der hinteren Schulter über den Damm, die Geburt eines makrosomen Kindes und dessen Reanimation an der Nabelschnur. Viele Diskussionen, kleine Erleuchtungen und praktische Erfahrungen im Management von schweren Schulterdystokien folgten während meiner Tätigkeit als Hebamme im Geburtshaus Fruthwilen.

Meine wichtigsten Erkenntnisse aus Diskussionen und Erfahrungen:

- Vermeide die Rückenlage! Das Kind dekompenziert in Rückenlage sehr schnell und die Frau kann ihre Kraft nicht voll entfalten.
- Ohne starke Wehen und die konzentrierte und kraftvolle Mitarbeit der Frau und der Begleitperson habe ich als Hebamme

schlechte Aussichten auf Erfolg – Tokolyesen sind kontraproduktiv.

- Eine Episiotomie in Rückenlage bei geborenem Kopf und aufgesetzten Wangen löst das Problem nicht, ist schwierig zu legen, vergrössert den Blutverlust der Frau und stellt ein Verletzungsrisiko für das Kind dar.
- Nutze den Raum und den Platz der Kreuzbeinhöhle, sie ist frei von knöchernen Hindernissen.
- «Bewegst du die Frau, bewegt sich das Kind» (Gaskin): Beim Positionswechsel über die Seite in den Vierfüssler dreht sich die Frau um das Kind herum, oftmals sind die Schultern danach im schrägen Durchmesser.
- Die hintere Schulter ist frei, über den Damm gut zugänglich und meist problemlos zu entwickeln mit Hilfe einer Presswehe und den vereinten Kräften von Frau, Begleitperson und Hebamme.
- Manöver, die in Rückenlage die vordere Schulter unter der Symphyse hindurch von innen zu lösen versuchen, sind für Hebammen unbrauchbar. Anatomisch engste Verhältnisse verhindern effiziente Massnahmen und führen zu vermeidbarem Zeitverlust.
- Drehende Hände können leicht zu ziehenden Händen werden. Je nervöser ich bin, desto weniger gehe ich an den Kopf. Ich umfasse den Kopf nie mit zwei Händen,

Verzögerte Schultergeburts/Schulterdystokie

Begünstigende Faktoren

- Mehrgebärende mit schneller Austreibungsperiode oder protrahiertem Geburtsverlauf
- forcierte Kopfentwicklung durch Kristeller, VE oder Vakuum u.a.
- liegende/fixierende Geburtshaltung der Frau
- nicht abwarten der Kopfrotation
- Beckenanomalien
- schlecht eingestellter oder verkannter Diabetes mellitus
- Makrosomie des Kindes
- Anamnese: Schulterdystokien, sexueller Missbrauch

Prävention

Besondere Beachtung sollten Hebammen präventiven Aspekten der Geburtsleitung schenken und damit zur Vermeidung von Schulterdystokien beitragen, die nach Dr. Rockenschaub und erfahrenen Kolleginnen

häufig durch geburtshilfliche Interventionen «gemacht werden».

Präventive Ansätze (bei schnellen Geburten oder Geburtsgewicht > 3800 g) sind erfahrungsgemäss:

- Bewegungsfreiheit der Frau sollte gewährleistet bleiben, weil das Sitzen auf dem Gebärbett oder Liegen auf dem Rücken die Beweglichkeit des Beckens und der Hüftgelenke der Frau einschränkt, die Unterstützung der Geburtsmechanik und die Plazentadurchblutung nicht optimal sind
- «Grosse» Kinder brauchen neben kräftigen Wehen ein geweitetes, bewegliches Becken und eine möglichst entspannte Beckenbodenmuskulatur. Eine Geburt in vertikaler Haltung oder Knie-Ellenbogenlage sollte angestrebt werden, da diese die Kräfte der Mutter schonen, die Geburtsme-

chanik durch die Bewegungen des Beckens unterstützt wird, Kontraktionen die volle Wirkung entfalten können und die Durchblutung der Plazenta gut bleibt

- Die Geburt des Kopfes und der nachfolgenden Schultern braucht Zeit, damit sie geburtsmechanisch richtig ablaufen und zur Geburt des Kindes führen können. Hebammen sollten das Forcieren der Kopfgeburts durch Powerpressen und Ritgen- Hinterdammgriff (Martius 1995) unterlassen. Solche Interventionen erhöhen das Austrittstempo des Kopfes und verringern die Zeit für eine richtige Einstellung der Schultern.
- Die äussere Rotation des Kopfes sollte abgewartet werden, insbesondere in Fällen, in denen das Kinn des Kindes nicht über den Damm geboren wird. Dies könnte ein Zeichen sein, dass die Schultern noch regelgerecht quer im Beckeneingang stehen und das Tiefertreten des Kindes erst mit

dystokie

hake meine Finger nicht am Kiefer des Kindes ein und ziehe nicht, bevor die Schultern frei sind.

Mc Robert, externes Rubin Manöver, Gaskin und Co.

Mit Kolleginnen des Geburtshauses Fruthwilen und Schülerinnen der Hebammenausbildung Chur habe ich im Verlauf mehrerer Jahre folgendes Vorgehen entwickelt und immer wieder geübt:

1. *Stellungsänderung der Symphyse 3x (Mc Roberts) in der Wehenpause nach der Geburt des Kopfes* im Stehen, Hocken oder Liegen. Bei Erfolg wird die Symphyse über die Schulter gehoben und die Symptome des hohen Gradstands deutlich reduziert.
2. *Innere Rotation rückgängig machen* kurz vor Beginn der ersten, auf die Geburt folgende Wehe, durch Druck von hinten auf den kindlichen Rücken (Schulterblatt) nach vorne (Rubin) und eventuell gleichzeitiges sanftes, einhändiges Rückdrehen des kindlichen Kopfes in die Geburtsposition (nicht ziehen, nicht überdrehen, nicht beidhändig arbeiten). Bei der Lösung der Schultern tritt diese ins Becken ein. Die Frau darf bei gelösten Schultern mitpressen.

der nächsten Kontraktion erfolgt. Jetzt am Kopf zu drehen provoziert eine innere Rotation der Schultern im Beckeneingang, welche eine Schulterdystokie verursachen könnte.

- eine vorzeitige Rotation des Kopfes (vor der vollständigen Geburt des Kopfes/Kinns) muss beachtet und richtig interpretiert werden. Sie stellt eine Entlastungsdrehung zugunsten der Halswirbelsäule, der Gefässe und Nervenstränge dar – ist also ein Schutzmechanismus für das Kind und keine Einladung zum Ziehen.
- Zug am Kopf und/oder Druck auf den Uterusfundus sind absolut kontraindiziert, solange die Schultern gerade im Beckeneingang eingestellt sind. Die Symphyse stellt ein knöchernes Hindernis dar, das nur mit Gewalt überwunden werden kann. Beide Manöver bergen ein erhebliches Verletzungsrisiko für das Kind.

3. Bei ausbleibendem Erfolg: *Hand einführen über das Hinterhaupt in den Damm zur Kreuzbeinhöhle und zum kindlichen Rücken* und diesen leicht fixieren.
4. *Stellungswechsel der Frau* zur Seite (über die Bauchseite des Kindes) löst die vordere Schulter von der Symphyse in der zweiten Wehenpause.
5. *Optimierung der Beckenweite und Plazentadurchblutung durch Knie- Ellenbogen-Haltung* (Begleitperson oder zweite Hebamme fixiert Frau im Schultergürtel).
6. *Umfassen der frei in der Kreuzbeinhöhle liegenden hinteren Schulter*.
7. *Entwicklung der hinteren Schulter über den Damm* in der zweiten folgenden Presswehe unter schraubenförmigem Zug an der umfassten hinteren Schulter. Falls die Frau jetzt keine starken Presswehen hat, sollten diese im Rahmen der Möglichkeiten gefördert werden.
8. *Reanimation des Neugeborenen* zwischen den Beinen der Mutter. Die Abnabelung erfolgt erst bei stabilen Kreisverhältnissen des Kindes.
9. *Dokumentation des Ablaufs und der Resultate*.
10. *Kinderärztliche Untersuchung des Neugeborenen*.

Nachgespräche

Die Nachgespräche mit meinen Kolleginnen über Erleben und Gefühle in der Situation, Massnahmen, die getroffen wurden und deren Wirkung/Nichtwirkung und nötige Anpassung des Vorgehens sind den Notfallsituationen im Geburtshaus auf dem Fuss gefolgt. Sie haben mir geholfen, diese schwerwiegenden Situationen zu verarbeiten und Sicherheit zu gewinnen.

Auch Nachbesprechungen der Situation im Frühwochenbett mit Wöchnerin und Wöchner anhand der Dokumentation, der persönlichen Erlebnisse/Erinnerungen aller Beteiligten, Erklärung zu Massnahmen/Abläufen und deren Wirkungen waren mir wichtig. Sechs Wochen post partum haben wir abschliessend noch einmal intensiv über die Geburt geredet. Ein zeitintensives Vorgehen, das jede investierte Sekunde wert war.

Episiotomie

Die routinemässige Episiotomie muss heute kritisch hinterfragt werden. Der positive Effekt auf das Kind ist wissenschaftlich

nicht belegt. Das Problem der falschen Einstellung der Schultern im Beckeneingang ist mit einer Episiotomie am Beckenausgang nicht zu lösen.

Das Problem des fehlenden Platzes sollten wir lösen, indem wir die Frau in die Knie- Ellenbogenlage drehen lassen und dann entscheiden, ob wir immer noch ein Platzproblem haben... Der intakte Beckenboden übernimmt seine Leitplankenfunktion für die tiefer tretenden Schultern. Die Mutter hat die Chance, zumindest körperlich heil aus der Geburt zu kommen, ohne dafür ein Risiko für das Kind einzugehen.

Sollten wir dennoch eine Episiotomie brauchen, werden wir mit Freuden feststellen, dass diese in Knie- Ellenbogenlage wesentlich einfacher zu legen ist.



Ilse Steininger, Hebamme, Lehrerin im Gesundheitswesen (WPI) an der BGS Chur, BSc of Midwifery 2005 Glasgow Caledonian University, war acht Jahre lang im Spital und sieben Jahre freiberuflich als Hebamme tätig.

Regelmässig üben!

Tritt eine schwere Schulterdystokie ein, muss jedes Mitglied eines geburtshilflichen Teams, ob Hebamme oder Arzt, fähig sein, effektiv und angemessen zu reagieren. Die blossen Stellungsänderung der Symphyse und das Legen einer Episiotomie als Notfallmassnahmen bis zum Eintreffen eines erfahrenen Arztes sind nicht immer ausreichend.

Nur das regelmässige Spielen und Simulieren eines hohen Gradstandes sowie das Üben der Handgriffe in richtiger Ausführung und Reihenfolge kann Hebammen und ÄrztInnen helfen, in lebensbedrohlichen Situationen ruhig, sicher und zielgerichtet zu handeln.

Worte können wir nützen, um unsere eigenen Kräfte und die der Frau zu mobilisieren. Ebenso können wir mit ihnen Sicherheit und Ruhe vermitteln. Sie sollten wohlüberlegt und ebenfalls situationsangepasst formuliert werden. Denn ein falsches Wort zur falschen Zeit kann den Geburtsprozess negativ beeinflussen. ◀

Quellennachweis:

1. Film «Common problems of labor and delivery» I.M.Gaskin.
2. *Jevitt Cecilia M., (2005):* Shoulder Dystocia, Common Risk Factors and Management, Journal of Midwifery & Womens Health; p. 485–497.
3. *Davis E., (1992):* Hebammen Handbuch, Kösel Verlag München.
4. *Geist C., Harder U., Stiefel A., (2005):* Hebammenkunde, 3. Auflage, Hippokrates Verlag Stuttgart.

Die Redaktion dankt den Frauen vom Kurs 2005 der Hebammenschule Zürich, der Schulleiterin Béatrice Friedli und der Hebamme Sonja Frey, USZ, für die Gelegenheit, während einer Übungsstunde zu fotografieren.