

## GEBURTSHILFE

# Informationen zur Geburt

Über die Geburt und ihren Ablauf sind Sie durch Gespräche mit Ihrem Arzt, Ihrer Ärztin oder Ihrer Hebamme, mit anderen Frauen, durch Kurse, Bücher und Schriften wahrscheinlich bereits gut informiert. Ärztin, Arzt oder Hebamme werden sich um eine möglichst natürliche Geburt bemühen und nur soweit in den Geburtsablauf eingreifen, wie dies für Mutter und Kind erforderlich ist.

Die modernen geburtshilflichen Methoden, insbesondere auch die Verfahren zur Überwachung der Geburt, haben die Risiken für Mutter und Kind auf ein nie zuvor gekanntes Mass verringert. Gefahrensituationen lassen sich heute meist frühzeitig erkennen; ein rechtzeitiges Eingreifen wird daher möglich. Die dann erforderlichen medizinischen Massnahmen bedürfen Ihrer Einwilligung. Damit Sie Ihre Entscheidung frühzeitig und in Ruhe treffen können, unterrichten wir Sie schon jetzt darüber.

### **Geburtshilfliche Überwachungsmethoden**

Die wichtigste Überwachungsmethode ist die Cardiotokographie (CTG). Über Messköpfe, die mit einem elastischen Band auf die Bauchdecke gelegt werden, können kindlicher Herzschlag und Wehentätigkeit mit einem elektronischen Gerät aufgezeichnet und so Gefahren für das Kind meist frühzeitig erkannt werden. Die Form der Herzfrequenzkurve kann auf einen möglichen Sauerstoffmangel hinweisen. Bei bereits eröffneter Fruchtblase (meist bei fortgeschrittener Geburt) kann die Herzaktion mittels einer an die kindliche Kopfhaut geheftete Elektrode überwacht werden. Weist das Cardiotokogramm (CTG) auf eine mögliche Gefährdung des Kindes hin, können bei bereits ausreichender Eröffnung des Muttermundes aus der Kopfhaut des Kindes ein- oder mehrmals einige Tröpfchen Blut zur Mikroblutuntersuchung (MBU) entnommen werden. Das Ergebnis ist für die weitere Geburtsleitung entscheidend. Die aufgeführten Überwachungsmethoden besitzen eine sehr hohe Aussagekraft. Wir empfehlen Ihnen diese Massnahmen sehr, um mögliche Risiken für Ihr Kind zu vermeiden.

### **Geburtseinleitung**

Meist kann der spontane Beginn regelmässiger Wehentätigkeit in Ruhe abgewartet werden. Nur in Ausnahmefällen ist es notwendig, die Geburt vor dem errechneten Termin einzuleiten. Gründe können eine mütterliche Erkrankung (Diabetes, Nierenerkrankung), eine Gefahrensituation für das Kind (Wachstumsretardierung, Rhesusverträglichkeit) und/oder ein vorzeitiger Blasensprung sein. Auch bei Überschreitung des Geburtstermins kann eine Einleitung sinnvoll sein, insbesondere wenn der Termin schon 7 bis 14 Tage überschritten wurde. Die Geburt wird unter stationärer Überwachung eingeleitet.

Lassen die Geburtswege den baldigen Geburtsbeginn erwarten ("Geburtsreife"), werden die Wehen meist durch eine Tropfinfusion des Wehenhormons Oxytocin ausgelöst. Bei fehlender "Geburtsreife" wird zur notwendigen Geburtseinleitung der Wirkstoff Prostaglandin verwendet. Er wird, gegebenenfalls mehrmals im Abstand von einigen Stunden, als Tablette in die Scheide eingebracht. Unerwünschte Wirkungen, wie zu heftige Wehentätigkeit oder Beeinträchtigung des Kreislaufs oder der Darmtätigkeit, sind selten. Sollte die Geburtseinleitung einmal nicht zum Erfolg führen, wird das weitere Vorgehen mit Ihnen besprochen.

## **Dammschnitt**

Ob ein Dammschnitt notwendig wird, kann der Geburtshelfer oder die Hebamme oft erst kurz vor Austritt des kindlichen Köpfchens beurteilen. Der Dammschnitt wird meist in örtlicher Betäubung angelegt. Er verkürzt die für das Kind belastende und für die Frau schmerzhafteste Pressphase. Bei Erstgebärenden ist der Dammschnitt häufiger erforderlich als bei Mehrmalsgebärenden, ebenso bei Geburten mit der Saugglocke oder der Geburtszange sowie bei Beckenendlagen und bei erschwerter Schulterentwicklung. Dammschnitte in der Mittellinie sind weniger schmerzhaft und heilen besser, doch kann mit einem seitlichen Dammschnitt mehr Platz gewonnen werden. Der Dammschnitt wird – wie andere Dammverletzungen – in Lokalanästhesie genäht. Eventuelle Schmerzen in den ersten Tagen nach der Entbindung können mit schmerzlindernden Tabletten gemildert werden. Wundheilungsstörungen oder Infekte in der Damмнаht sind selten, können aber gelegentlich eine operative Behandlung erfordern.

## **Saugglocke und Zange**

Kindliche Gefahrensituationen erfordern gelegentlich die rasche Beendigung der Geburt. Sind die Geburtswege bereits ausreichend erweitert, lässt sich das Kind mittels Saugglocke oder Zange gebären. Diese Methoden können auch bei Geburtsstillstand, Wehenschwäche oder mütterlicher Erschöpfung eingesetzt werden. Eine gelegentlich auch ausgeprägte Hautschwellung, Abschürfungen oder Verfärbungen des kindlichen Köpfchens an der Haftstelle der Saugglocke sind meist harmlos und bilden sich in der Regel innert weniger Tage von selbst zurück. Die Zange kann am Köpfchen Druckspuren verursachen, die auch von selbst verschwinden. Schwere Komplikationen (Hirnblutung, Gesichtslähmung, Armlähmung) lassen sich aber auch bei sachgerechter Handhabung von Saugglocke und Zange nicht absolut sicher ausschliessen. Deshalb kann auch in dieser späten Phase der Geburt noch ein Kaiserschnitt sinnvoll sein, wenn die Risiken der operativen Entbindung als hoch erscheinen.

## **Kaiserschnitt**

Ist eine normale Geburt durch die Scheide auch mit Hilfe von Saugglocke oder Zange nicht möglich oder besteht eine Gefahrensituation für Mutter und Kind, wird ein Kaiserschnitt erforderlich, heute bei rund 20% aller Geburten. Er erfolgt meist in Regionalanästhesie. Vor der Operation legt Ihnen die Hebamme einen Blasenverweilkatheter, damit die Blase während der Operation leer ist und sie erhalten Kompressionsstrümpfe zur Vorbeugung eines Blutgerinnsels in den Beinvenen (Thrombose). Der Bauchraum wird in der Regel mit einem Unterbauchquerschnitt eröffnet und das Kind durch einen Schnitt im unteren Teil der Gebärmutter geboren. Nach Entfernung des Mutterkuchens durch die gleiche Öffnung werden die Gebärmutter und die Bauchdecke wieder verschlossen. Die Operation dauert in der Regel rund 30 Minuten.

Der geplante Kaiserschnitt ist insgesamt nicht risikoreicher als die Normalgeburt. In Notsituationen sind die Risiken des Kaiserschnitts etwas höher, stehen aber in keinem Verhältnis zur Gefahr für Mutter und Kind, wenn man in einer geburtshilflichen Gefahrensituation auf ihn verzichten würde. Wie bei anderen operativen Eingriffen im Bauchraum sind auch beim Kaiserschnitt die Komplikationen selten geworden. Dies gilt auch für Verletzungen von Nachbarorganen (z.B. Blase, Harnleiter, Darm, Blutgefässe, Nerven), die besonders bei vorhandenen Verwachsungen im Bauchraum auftreten können und möglichst bereits während der Operation versorgt werden und dann meist ohne Folgen bleiben. In seltenen Fällen kommt es zu verstärktem Blutverlust, der eine Eisen-infusion oder eine Bluttransfusion notwendig machen kann. Bei sehr seltenen lebensbedrohlichen Blutungen kann unter Umständen die Entfernung der Gebärmutter notwendig werden. Wundheilungsstörungen und Wundinfekte sind ebenso mögliche Komplikationen, weshalb bei Infektrisiko während des Kaiserschnitts eine Antibiotikagabe erfolgt.

## **Beckenendlage**

Rund 5% der Kinder befinden sich zum Geburtstermin in Beckenendlage, das heisst, sie würden nicht mit dem Kopf, sondern mit dem Gesäss voran geboren. Die Geburt aus Beckenendlage gilt als Risikogeburt, weil der grösste Teil des Kindes, nämlich sein Kopf, am Schluss geboren wird. Passt dieser nicht durch das kleine Becken, droht dem Kind ein Sauerstoffmangel. Aus diesen Gründen wird in dieser Situation, besonders bei Erstgebärenden, häufig zum Kaiserschnitt geraten.

Nach eingehenden Abklärungen von Beckenform und –grösse sowie der Grösse des Kindes kann aber durchaus eine Spontangeburt aus Beckenendlage verantwortet werden, besonders bei Frauen, die schon geboren haben. Schreitet die Geburt jedoch nicht planmässig voran, wird in rund 30% solcher Fälle doch noch ein Kaiserschnitt durchgeführt werden.