Geburtshilfliche Anaesthetie: Die Verwirklichung an der medizinisch-chirurgischen Klinik Foch

R.		Merger
G.		Vourc'h
J.		Melchior
C.		Winckler
J.M.		Lebeau

Centre médico-chirurgical Foch

Die Anaesthetie-Einrichtungen in der Klinik Foch werden eingehend aufgezählt. Von den 5 Anaesthetisten, denen 5 spezielle Krankenschwestern und eine variable Anzahl Hilfen zur Seite stehen, ist immer einer anwesend. In jedem Operationssaal, die alle über G $\frac{1}{8}$ - und N 2θ -Wandanschlüsse verfügen, sind die ge-bräuchlichen Reanimationsmittel vorhanden. Ein eigenes Zimmer für die Wiederbelebung der Neugeborenen garantiert die besten Arbeitsbedingungen. Der Wachraum der Frischoperierten über-brückt die ersten postoperativen Stunden. Die eigene Blutbank ist selbstverständlich. Im Jahre 1963 wurde der Anaesthetist zu 616 geburtshilflichen Eingriffen gerufen, darunter zu 112 Kaiser-schnitten und 113 Zangenoperationen.

Die Anforderungen an die geburtshilfliche Anaesthetie sind vor Geburt des Kindes besonderer Art, nachher unterscheiden sie sich nicht von den gewohnten Verfahren. Die Vielzahl der ange-priesenen Techniken beweist, daß bis heute die ideale noch nicht gefunden ist. Sie sollte der Mutter volle Analgesie gewähren, ohne die kindliche Atmung zu beeinflussen. Die Inhalationsnarkose mit N 2θ und Cyclopropan hat sich bewährt, während die Halothane gemieden werden sollten, da sie den Tonus des Uterus herab-setzen. Bei der intravenösen Narkose weist Thiopentothal eine kurze Wirksamkeit auf. Das neu entdeckte 4-Hydroxybutyrat des Natriums soll in keiner Weise auf die kindliche Atmung wirken. Die Curarepräparate passieren die Plazentarschranke, verursachen aber keine fetale Atemdepression. Die Autoren wenden meist folgendes Vorgehen an: Barbiturate – Curare – N 2θ – Sauerstoff.

Für die vaginalen geburtshilflichen Eingriffe führt Cyclopropan neben der Analgesie eine ausreichende Muskelerlaffung herbei. Bei der geplanten Sectio caesarea wird immer häufiger intubiert,

* Originaltitel: L'anesthésie obstétricale: Realisation du Centre médico-chirurgical Foch.

116 Merger, Vourc'h, Melchior, Winckler und Lebeau

da bei den Graviden die Gefahr des Erbrechens besonders groß und die Sauerstoffzufuhr dringend ist. Vor der Inzision des Uterus atmet die Mutter reinen Sauerstoff. Sobald das Kind abgenabelt ist, wird mit der normalen Narkose weitergefahren. 4-Hydroxybutyrat des Natriums ist zur Zeit sehr beliebt. Für eine ausreichende Narkose müssen häufig N 2θ und Barbiturate beigegeben werden, so daß der Effekt klein bleibt. Es wirkt langsam, verzögert das Erwachen, das häufig stark erregt erfolgt. Beim notfallmäßigen Kaiserschnitt wird immer intubiert. Die Leitungsanaesthetie wende die Autoren nicht mehr an.

Die Fälle der im Jahre 1963 abdominell entbundenen Kinder, die reanimiert werden mußten, werden zusammengestellt und eingehend analysiert. Meist handelte es sich um solche Fälle, bei denen aus kindlicher Indikation die notfallmäßige Sectio caesarea durchgeführt wurde. Kriterien, die die Wiederbelebungszeit abschätzen liessen, gibt es nicht. Anhand des Apgartestes dokumentieren die Autoren, daß die benötigten Barbiturat- und Curare-Dosen einerseits keinen schädigenden Einfluß auf den kindlichen Organismus ausüben, andererseits aber keine Allgemeinnarkose ohne geringe Beeinflussung des uterinen Tonus und des fetalen Atemzentrums möglich ist. H. Lutziger

Aus: Bull. Fédér. Soc. Gynéc. Obstét. franc. 16/5; 244-247 (1964); cit. Gynäk. Rdsch. 2: 116-117 (1965)

Aussichten und Forderungen der geburtshilflichen Anaesthesie*

M. Chartier, M. Dubost, G. Barrier und J. Brionne

Maternité Notre-Dame-de-Bon-Secours, Paris

Im Gegensatz zu den grossen Fortschritten in der medikamentösen Geburtsleitung entwickelte sich die Anaesthesie im Gebärsaal in den letzten Jahren nicht. Sie machte sich die Errungenschaften der chirurgischen Anaesthesie bei abdominalen Opera-

* Originaltitel: Perspectives et exigences de l'anesthésie obstétricale.