Geburtseinleitung – ein Sechsjahresüberblick

J.		Clinch
----	--	--------

Coombe Lying-in Hospital, Dublin

Der Autor erwähnt, dass in den letzten 3 Jahren eine ablehnende Reaktion britischer Geburtshelfer gegen eine Geburtseinleitung entstanden ist. Sie berichten über die Gefahr, die Geburt eines unreifen Kindes zu induzieren, und über die Möglichkeit eines Anstieges der Sectiofrequenz. Bevor das Pendel geburts-hilflicher Maxime zu weit in eine andere Richtung ausschlägt, möchte der Autor an die Vorteile erinnern, die eine Einleitung für die geburtshilfliche Praxis gebracht hat.

Er berichtet daher über 44 143 Schwangere, welche 1972–1977 mit mehr als 28 Wochen Gestationsdauer entbunden wurden. Die Geburt wurde bei 15 496 (35%) Frauen durch Blasensprengung und anschließende Oxytocin-Clinch

40

infusion eingeleitet. Gebärende mit und ohne Einleitung wurden im gleichen Kreissaal in gleicher Weise betreut. Weniger als 5% der Geburten wurden mittels Kardiotokogramm kontinuierlich überwacht.

Die Indikationen zur Einleitung waren in 47% der Fälle Terminüberschreitung (und zwar mehr als 280 Tage Amenorrhö), in 20% EPH-Gestose, in 16% abnorme Gewichtszunahme, in 2,6% Diabetes mellitus, in 2,0% antepartale Blutung, in 2,5% soziale Faktoren, in 1,5% belastende Vorgeschichte und in 10% Verschiedenes.

Ergebnisse: Eingeleitete Patientinnen entbanden in 80,5% spontan gegenüber 76,0% nicht eingeleiteter Geburt. Die ersteren hatten eine höhere Frequenz von vaginal operativen Entbindungen (15,4% gegenüber 12,1%). Da in der Gruppe nicht eingeleiteter Geburten relativ mehr Neugeborene aufschienen, welche durch Frühgeburtlichkeit und Missbildungen starben, wurden im folgenden Geburten vor der 37. Woche ausgeschieden und so die beiden Kollektive besser vergleichbar gemacht. Die „korrigierte“ Sectiofrequenz betrug somit 3,1% gegenüber 4,5% bei den nicht eingeleiteten Geburten (letzte unkorrigiert 8,6%). Die perinatale Mortalität betrug „korrigiert“ 2,45 zu 7,32‰ bzw. unkorrigiert 7,6 zu 26,2‰ zuungunsten der nicht eingeleiteten Gruppe. 9 Kinder starben in der Einleitungsgruppe an Atemnotsyndrom, wobei das Gestationsalter allerdings nach dem Farr-Index zwischen 34 und 39 Wochen lag. Nach Einführung der Bestimmung der Lecithin-Sphingomyelin-Ratio in diesem Spital im Jahre 1974 starb kein Neugeborenes mehr – nach eingeleiteter Geburt – an Atemnotsyndrom.

Für die Praxis wird deutlich gezeigt, wie wichtig eine Sicherung des Geburts-termins ist. Genaue Anamnese sowie frühzeitige Ultraschalluntersuchungen könnten hilfreich sein.

Für die Klinik gilt, dass eine eingeleitete Geburt die Möglichkeit gibt, den Geburtsverlauf von Beginn an zu überwachen, wodurch eine geringere perinatale Mortalität und sogar eine geringere Sectionrate (?) erreicht werden könnte. Andererseits sollte die Reife des Kindes feststehen oder, falls erforderlich, durch eine Fruchtwasseruntersuchung bewiesen werden.

R. Pavelka, Wien

Aus: Br. J. Obstet. Gynaec. 86: 340-342 (1979); cit. Gynäk. Rdsch. 20: 39-40 (1980)