Zur kindlichen perinatalen Infektmorbidität bei genereller invasiver Geburtsüberwachung

W.		Stummvoll
F.		Nagl
A.		Prestel

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (Leiter: Prim. Dr. F. Nagl), Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis, Österreich

Dr. W. Stummvoll, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Schlossberg 1, A-4910 Ried im Innkreis (Österreich)

Die invasive Geburtsüberwachung mit Intrauterinkatheter und Kopfelektrode wird an unserem Haus seit 1976 generell angewandt. Bei einer Zunahme der Geburten von 696 im Jahre 1976 bis 1022 im Jahre 1980 wurde auch die Zahl der intern überwachten Geburten von 73% (1976) auf 90% (1980) gesteigert, davon 82% mit Intrauterinkatheter. Insgesamt wurden im Berichtszeitraum von 4094 Geburten 3520 oder 85,8% intern überwacht (l. 1. 1976-31. 12. 1980).

Wesentlicher Bestandteil der antiseptischen Massnahmen ist die Gabe von Betaiso-dona® Vaginalsuppositorien sofort bei der Aufnahmeuntersuchung, dann nach Anlegen der Überwachung und nach jeder vaginalen Untersuchung. Der Intrauterinkatheter dient zur Applikation von wässriger Penizillinlösung intraamnial alle 15-30 min. Lokale Desinfektion der Kopfschwarte postpartal und der Druckkammer ergänzen die Antisepsis. Auch ist unser Ziel, jede Geburt spätestens 12 h nach der Amniotomie zu beenden.

Verletzungen der Kopfschwarte durch die Kopfelektrode und/oder Mikroblutgasanalysen begünstigen das Auftreten von Kopfschwartenabszessen und -nekrosen [1]. Nach anfänglichen Problemen (6 Fälle bei 508 überwachten Geburten 1976) brachte die Einführung der genannten antiseptischen Massnahmen eine deutliche Besserung. So konnten wir 1980 nur mehr 1 Fall unter 922 überwachten Geburten feststellen. Gesamthaft beträgt die lokale Infektionsrate an der Kopfschwarte bei 3520 überwachten Geburten 0,31%, eine Rate, die auch der in der Literatur genannten Häufigkeit entspricht [1].

Schwere generalisierte oder leichtere lokale Neugeboreneninfekte mit Ausnahme der Kopfschwarte sahen wir innerhalb der 1. Lebenswoche in 23 Fällen, entsprechend 0,56% der gesamten Anzahl Geburten. Trotz Steigerung der invasiven Geburtsüberwachung bis 90% im Jahre 1980 konnten wir keine Zunahme dieser Infekte feststellen. In der Literatur werden klinisch manifeste Neugeboreneninfekte mit unter 1 % angegeben [2].

Eine Zusammenstellung der begleitenden Geburtskomplikationen wie vorzeitiger Blasensprung, pathologischer Fruchtwasserbefund und Frühgeburtlichkeit zeigt, dass derartige Komplikationen in 83% oder 19 der 23 Fälle zu verzeichnen waren. Nur in 4 Fällen handelte es sich um unauffällige Geburten. Den genannten Geburtskomplikationen scheint demnach auch in unserem Krankengut die grösste kausale Bedeutung bei der Entstehung von Neugeboreneninfekten zuzukommen. Da zudem in je 1 Fall von Pyodermie, Enteritis und Stomatitis eine postpartale Infektion anzunehmen war, scheint die durch die interne Geburtsüberwachung bedingte Infektionsrate sehr gering zu sein.

Mitteilungen zum 3. Hauptthema

104

In 8 der 23 Fälle gelang ein positiver Keimnachweis. Diese geringe Rate erklärt sich aus der Tatsache, dass wir alle Proben auf dem Postweg an ein 80 km entferntes Labor übersenden müssen, was auch bei Verwendung geeigneter Transportmedien Probleme aufwirft. Zusammenfassend glauben wir feststellen zu können, dass die Infektmorbidität der Neugeborenen keinen Einwand gegen eine generelle invasive Geburtsüberwachung darzustellen scheint. Laufende Kontrolle und Wachsamkeit sind jedoch unumgänglich.

Literatur

Cordero, L.; Hon, E.H.: Scalp abscess. A rare complication of fetal monitoring. J. Pediat. 75:533(1971).

Lang, N.: Amnioninfektionssyndrom. Gynäk. Prax. 4: 37-46 (1980).

Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 104-107 (1981)

Invasive Kardiographie, Fruchtwasserbakteriologie und Infektmorbidität im Wochenbett nach Sectio

A. Staudach, Ch. Menzel, J. Rücker, M. Müller

Landesfrauenklinik Salzburg (Vorstand: Prof. Dr. G. Reiffenstuhl), Salzburg, Österreich

Einleitung

Die Frage, ob und in welchem Ausmass die subpartale elektronische Überwachung die febrile Morbidität im Wochenbett erhöht, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Während einige Autoren eine eindeutige Beziehung fanden [3, 5, 9], wird ein kausaler Zusammenhang von anderen verneint [1, 2, 11, 12]. Einheitlich ist die Auffassung, dass die Schnittentbindung mit dem höchsten geburtshilflichen Morbiditätsrisiko belastet ist. Der Stellenwert einer generellen antibiotischen Prophylaxe nach Schnittentbindung ist jedoch trotz zahlreicher positiver Berichte [4, 6, 7, 10] nicht endgültig geklärt. Zur Klärung dieser Frage wurde der Einfluss der invasiven kardiographischen Überwachung auf die Keimbesiedlung des Fruchtwassers und auf die febrile Morbidität im Wochenbett unter dem Aspekt einer generellen antibiotischen Prophylaxe nach Schnittentbindung geprüft.

Material und Methodik

Das Sektiokollektiv des Zeitraumes 1978-1980 wurde in einer prospektiven Studie untersucht. Die Methode der subpartalen Überwachung vor der Schnittentbindung (extern oder invasiv) wurde nur durch die Faktoren Muttermundweite und Qualität des externen Gynäk. Rdsch. 21 (Suppl. 2): 103-104 (1981)