2. Hauptthema: Überwachung der Austreibungsperiode mit CTG und MBU

Gynäk. Rdsch. 1985;25(suppl. 2):90-91

Die Austreibungsperiode nach Epiduralanästhesie

Ch.		Pfersmann
W.		Gruber
M.	Margit	Endler

II. Universitäts-Frauenklinik Wien (Vorstand: Prof. Dr. H. Janisch)

Dr. Ch. Pfersmann, II. Universitäts-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, A-1090 Wien (Österreich)

Ziel dieser Arbeit war es, zu prüfen, in welchem Maße eine Epiduralanästhesie den Verlauf der Austreibungsperiode und den Zustand der Neugeborenen beeinflusst.

525 Geburten, bei denen eine Epiduralanästhesie gesetzt worden war, wurden mit 1213 Geburten ohne Epiduralanästhesie verglichen. Es wurden in diese Studie nur Primiparae am Termin aufgenommen. Mehrlingsgeburten wurden nicht berücksichtigt.

Aus den im Computer gespeicherten Geburtenblättern konnten folgende Daten für den Vergleich herangezogen werden:

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

91

die Dauer der Austreibungsperiode, definiert durch die Zeitspanne zwischen der erstmaligen Feststellung der vollständigen Muttermundsdilatation bis zum Zeitpunkt der Geburt;

die Dauer der Preßperiode;

das „fetal outcome“, definiert durch die Apgarwerte nach einer und fünf Minuten und den arteriellen Nabelschnur-pH-Wert;

der Geburtsmodus (spontan – operativ), bei operativen Entbindungen die Art derselben und die Indikation dazu.

Die Austreibungsperiode war bei Patientinnen mit Epiduralanästhesie gegenüber jenen, die keine Epiduralanästhesie erhalten hatten, deutlich verlängert. Dies zeigen sowohl die Mittelwerte (86 Min. gegenüber 50 Min.) als auch die 75%-Perzentile. 75% der Erstge-bärenden ohne Epiduralanästhesie gebaren innerhalb von 65 Min., während 75% aller Patientinnen mit Epiduralanästhesie erst innerhalb von 115 Min. entbunden worden waren. Dieser Unterschied war hoch signifikant ($p < 0,0001$). Die Preßperiode dauerte bei Kreißen-den ohne Epiduralanästhesie im Schnitt knapp 15 Min., bei Patientinnen mit Epiduralanästhesie 19 Min. Dieser Unterschied war nicht signifikant.

Zwischen den 5' Apgar-Werten der beiden Kollektive bestand kein signifikanter Unterschied, während die NS-Arterien-pH-Werte zwar signifikant, aber nicht relevant unterschiedlich waren. 79% der Patientinnen ohne Epiduralanästhesie konnten spontan entbunden werden, mit Epiduralanästhesie nur 55%. Bei Schädellagen ohne Epiduralanästhesie mußten 7% mittels Vakuum oder Forceps operativ entbunden werden, mit Epiduralanästhesie war dies in 37% der Fälle notwendig.

„Ungenügendes Mitpressen“ und „protrahierte Geburt“ bei Primiparae mit Epiduralanästhesie waren signifikant häufiger die Indikationen zur operativen Entbindung, hingegen ist die Indikation „Haltungs- und Rotationsanomalien“ in der Gruppe mit Epiduralanästhesie nicht

häufiger vertreten als in der Vergleichsgruppe. Es gilt heute als gesichert, daß Frauen, die mit Epiduralanästhesie entbinden, eine längere Austreibungsperiode aufweisen als solche, die keine Epiduralanästhesie erhalten.

Die Ausschaltung des Wehenschmerzes mit der kontinuierlichen lumbalen Epiduralanästhesie führt zu einer Verlängerung der Austreibungsperiode und damit in Zusammenhang stehend

zu einer höheren Rate an operativen Entbindungen. Da eine langdauernde Austreibungsperiode zu einer Verschlechterung des fetalen Zustandes führen kann

sollte die Geburt bei erfüllten Vorbedingungen für einen schonenden Beckenausgangsforceps ohne Aufschub beendet werden

um einer fetalen Azidose vorzubeugen.