2. Hauptthema: Überwachung der Austreibungsperiode mit CTG und MBU

Gynäk. Rdsch. 1985;25(suppl. 2):98-99

Der diagnostische Wert der internen Tokometrie

A.		Prestel
F.		Nagl
W.		Stummvoll
L.		Wiebogen

Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis (Vorstand: Prim. Dr. F. Nagl)

Dr. A. Prestel, Geburtshilfliche Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern, Schloßberg 1, A-4910 Ried im Innkreis (Österreich)

Im Zeitraum von Juli 1975 bis Dezember 1984 wurden 6709 Geburten mittels Intrauterinkatheter und Scalpelektrode überwacht. Als Gegenüberstellung wählten wir die mit externer Tokometrie und Scalpelektrode überwachten Geburten. Es fand sich eine Wehen-pathologie in 27,6% gegenüber nur 11,8% bei Überwachung mit externer Tokometrie. Dabei handelte es sich bei den intern überwachten Fällen in 5,5% um eine uterine Hyperaktivität, in 3,7% um eine Wehendystokie, und in 18,5% um eine Wehenschwäche. In 41,6% der intern überwachten Geburten wurde eine Wehenstimulation mit Syntocinon über ein Cardiffinfusionssystem durchgeführt, eine Tokolyse sub partu in 9,6%. In 0,19% der Fälle trat Fieber über 38° C sub partu auf und in 0,16% eine Endometritis im Wochenbett. Verglichen mit dem KoUektiv der nicht mit Intrauterinkatheter überwachten Geburten konnten wir sogar eine geringere Infektmorbidität feststellen.

Die Nabelschnurblutgasanalyse wurde in 97% der Geburten durchgeführt. Die MBU-Frequenz betrug 10,3% gegenüber 3,6% in der Vergleichsgruppe. Die Acidosemorbidität mit NSpH art. < 7,10 entsprechend einer fortgeschrittenen und schweren Acidose war in beiden Gruppen annähernd gleich mit 1,4% bzw. 1,3% obwohl sich in der Gruppe mit interner Tokometrieüberwachung das gesamte Risikokollektiv befand.

Wie wichtig die exakte Wehenregistrierung ist, unterstreicht das Ergebnis einer Überprüfung der Acidosemorbidität. Diese ist ja in ihrer Genese meistens multifaktoriell.

Mitteilungen zum 2. Hauptthema

99

So fand sich bei einer Einzelfallanalyse von 84 fortgeschrittenen und schweren Acidosen (NSpH art. < 7,10) die uterine Hyperaktivität mit 30,1% als einen der häufigsten kausalen Faktoren. Somit erscheint uns der Einsatz der internen Tokometrie, bei nicht erhöhtem Infektionsrisiko, nicht nur wegen der Möglichkeit der mittels Cardiffsystem risikoarmen Wehenstimulation, sondern besonders um eine überschießende, spontane Wehentätigkeit rechtzeitig und exakt registrieren zu können, von großer Bedeutung zu sein. Denn die dadurch ermöglichte frühzeitige Therapie einer pathologischen Wehentätigkeit würde zur Senkung der Neugeborenenmorbidität beitragen.

Gynäk. Rdsch. 25: suppl. 2, pp. 99–100 (1985)

Das CTG während der Sectio

D. Hägele, D. Berg

Frauenklinik des Städtischen Marien-Krankenhauses Amberg (Vorstand: Prof. Dr. D. Berg)

In einer Studie an 60 Fällen von primärer und sekundärer Sectio wurde eine cardiokographische Überwachung des Feten bis zur abdominalen Geburt des Kindes durchgeführt. Bei gesprungener Fruchtblase leiteten wir das CTG direkt von der Skalpelektrode ab und übermittelten die Signale telemetrisch bis zur Entwicklung des kindlichen Kopfes. Bei stehender Fruchtblase verwendeten wir abdominal angebrachte Aufklebeelektroden und übermittelten die Signale on line, da die Telemetrie hier nicht durchführbar war.

Unsere Studie erbrachte folgende Ergebnisse:

1. Niveau der Basalfrequenz

Bei primärer Sectio und externer Registrierung ergeben sich bis zur Präparation am Uterus keine signifikanten CTG-Veränderungen. Danach tritt in allen Fällen eine mehr oder weniger ausgeprägte fetale Herzfrequenzbeschleunigung auf, wobei der Wert von 180/min selten überschritten wird. Die fetale Herzfrequenzbeschleunigung ist umso ausgeprägter, je mehr sporadische Akzelerationen vor der Operation auftraten. Bei sekundärer Sectio mit direkter fetaler Signalableitung kann man zwei Gruppen unterscheiden: Bei unauffälligem praeoperativen CTG kommt es nach Präparation am Uterus ebenfalls zur fetalen Tachycardie. Bei pathologischem praeoperativem CTG bleiben die pathologischen Veränderungen während der gesamten Registrierung bestehen.

2. Oszillation

Die Oszillationsamplitude zeigt bei externer Ableitung mit Beginn der Intubationsnarkose unter Verabreichung von Ketanest

Etomidat

Succinyl-Cholin eine tendenzielle Einengung. Bei sekundären Schnittenbindungen sind diese Veränderungen nicht zu beob-