

Stillen nach Periduralanästhesie

Vortrag von Janice M. Riordan EdD, ARNP, IBCLC, FAAN

Übersetzt von Denise Both, IBCLC

Der Einsatz von Epiduralanästhesien gegen Wehenschmerzen wird kontrovers diskutiert und hat hitzige Diskussionen über den Einfluss dieser Methode auf den Verlauf der Wehen und der Geburt hervorgerufen. Von einigen Seiten wird die Epiduralanästhesie als das unabdingbare Recht der Frau zur Linderung des Wehenschmerzes betrachtet. Andere sehen sie als Verschwörung des von Männern dominierten Medizin-Establishment, um einen natürlichen Geburtsvorgang zu unterminieren und statt dessen die Technik des Regiment führen zu lassen.

Viele, wenn nicht die meisten Frauen in Europa und den USA erhalten während der Wehen eine Epiduralanästhesie (PDA), die von manchen Frauen dankbar als die „beste Erfindung seit dem abgepackten und in Scheiben geschnittenen Brot“ angenommen wird. In vielen Häusern liegt die Rate der Epiduralanästhesien bei 90 %. Die PDA wird häufiger eingesetzt, wenn die Frau eine Erstgebärende ist, eine weiße Hautfarbe hat, privatversichert ist, von einem Facharzt für Geburtshilfe betreut wird und ein schwereres Kind zur Welt bringt.

Die PDA-Rate bei Kaiserschnitten hängt ebenfalls von dem Krankenhaus, dem Arzt, der das Kind entbindet, und der Art, wie die Statistiken berechnet werden, ab. Frauen, die während der Geburt unter einer PDA von einer Hebamme betreut werden, die während der Wehen bei ihnen bleibt, haben seltener einen Kaiserschnitt als Frauen, die von einem Gynäkologen betreut werden. Thorp (1998) hat auf der Grundlage von Erstgeburten einen Standard entwickelt, um Kli-

niken in Bezug auf ihre Kaiserschnitttrate bei Frauen mit PDA zu bewerten. Der Vergleich der Kaiserschnitttrate eines einzelnen Krankenhauses mit diesem Standard kann aufzeigen, was bei der Betreuung von Frauen mit PDA unter der Geburt verbessert werden muss.

Verglichen mit anderen Methoden der Schmerzlinderung ist die PDA teuer, denn sie erfordert die permanente Verfügbarkeit eines Anästhesisten. Eine Möglichkeit, kostendeckend und mit Profit zu arbeiten, besteht darin, eine ausreichend hohe Zahl von PDAs gleichzeitig zu geben, um so die Kosten des im Hause anwesenden oder sich in Rufbereitschaft befindlichen Anästhesisten zu decken. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass die PDA manchmal den Frauen in Geburtsvorbereitungskursen oder bei der Aufnahme im Krankenhaus regelrecht angepriesen wird.

Verschiedene Möglichkeiten der PDA (Regional-Block)

Bei einer PDA wird ein Medikament in den Epiduralraum oder Periduralraum der Wirbelsäule injiziert, im Idealfall dann, wenn der Muttermund der Gebärenden bei etwa fünf Zentimeter eröffnet ist. Vor der Verabreichung des Analgetikums erhält die Frau 500 bis 1000 ml einer intravenösen Flüssigkeit – wie zum Beispiel Ringerlösung, um das Blutvolumen schnell zu vergrößern und einem Blutdruckabfall vorzubeugen. Während der restlichen Zeit der Wehen und der Geburt wird weiter intravenös Flüssigkeit zugeführt.

Nachdem der Epidural-Katheter platziert ist, wird eine Testdosis Lidocaine und eine kleine Menge Epinephrine injiziert, um sicher zu gehen, dass der Katheter im Epiduralraum liegt und nicht im Wirbelkanal oder einem intravenösen Raum. Normalerweise bleibt der Katheter liegen, um nachspritzen zu können. Eine PDA braucht etwa 15 Minuten, um voll wirksam zu

werden. Während der ganzen Zeit werden die Wehentätigkeit der Mutter und der kindliche Herzschlag sorgfältig überwacht. Die PDA kann so gelegt werden, dass eine Pumpe für das Analgetikum angeschlossen wird. Diese Pumpe ist so programmiert, dass eine Überdosierung ausgeschlossen ist und die Frau so das Analgetikum selbst dosieren kann.

Eine „PDA light“ ist das Gleiche wie eine normale PDA mit dem Unterschied, dass eine geringere Dosis verabreicht wird. Eine Mutter unter „PDA light“ ist weiterhin in der Lage, zu gehen, wenn statt einem Anästhetikum ein Narkotikum gegeben wurde. Eine „gehende PDA“ ist nicht wirklich eine PDA, sondern eine intrathecale Wehenschmerzbetäubung. Das Medikament für die intrathecale Analgesie wird wie die epidurale Analgesie im unteren Rücken injiziert. Statt jedoch in den Epiduralraum, wird das Medikament direkt in den Subarachnoidalraum und die Rückenmarksflüssigkeit gespritzt. Sie wird unmittelbar vor der Geburt appliziert, die Wirkung setzt nahezu sofort ein und wirkt schmerzlindernd von Höhe der Brustwarzen bis zu den Zehen.

Weil die Schmerzrezeptoren blockiert werden, ohne dass die Nerven betäubt werden, spürt die gebärende Frau die Kontraktionen weiterhin, nicht jedoch die damit verbundenen Schmerzen. Der größte Vorteil der intrathecalen Analgesie besteht darin, dass die Frau ihre Mobilität behält, wach ist und sich normalerweise

Cappellinos

Mamillenaufsatzhütchen aus Zinn zur Prophylaxe und Therapie der Mastitis.



Christian Eberhardt
Sinnvolles Zinn
Fon/Fax +49 (0)711/2 36 44 51
www.cappellinos.de

... den Schmerz stillen

aktiv an der Geburt ihres Babys beteiligen kann.

Die kombinierte spinale-epidurale Analgesie, eine neuere Technik, geht sowohl über den spinalen (intrathecalen) als auch den epiduralen Weg. Sie verbindet die intrathecale Anwendung eines Narkotikum über eine feine Spinalnadel frühzeitig in den Wehen mit einer nachfolgenden Verabreichung einer Mischung aus niedrig dosierten Lokalanästhetika und Narkotika durch einen Epiduralkatheter.

Wie die intrathecale Analgesie ist auch die kombinierte spinale-epidurale Analgesie eine „gehende PDA“, die es der Mutter im frühen Stadium der Wehen erlaubt, umherzugehen und ihre Fähigkeit, selbstständig zu urinieren, erhöht. Die PDA wird später gesetzt, wenn die Wehen stärker werden, und ab diesem Zeitpunkt muss die Frau im Bett bleiben. Diese Technik verringert das Risiko möglicher Nebenwirkungen, die mit frühzeitigem Einsatz der PDA in Verbindung stehen. Die Entwicklung von feinen Spinalnadeln, die das Risiko von Kopfschmerzen nach einem Durchstechen der Dura verringern, hat die Akzeptanz dieser Technik erhöht.

Die Dosierung der Analgetika bei Leitungsanästhesien (Block) wurde im Laufe der Jahre immer weiter verringert, da sich gezeigt hat, dass niedrigere Dosen zur Schmerzlinderung ebenso effektiv sind wie höhere Dosen. Die sowohl für die epidurale Leitungsanästhesie als auch für den intrathecalen Block verwendeten Substanzen kombinieren ein Lokalanästhetikum (z.B. Bupivacain, Ropivacaine oder Xylocaine) und ein Narkotikum (z.B. Fentanyl, Sufentanil, Morphin) miteinander. Die gleichzeitige Verabreichung von Analgetika und Narkotika potenziert ihre Wirkung, so dass insgesamt weniger benötigt wird.

Risiken der PDA

Es wird nur selten bestritten, dass die PDA die Wehenschmerzen lindert. Doch auch wenn sie relativ sicher ist, ist sie nicht ohne Risiko. In der Literatur wird angegeben, dass die PDA die Geburt verlängert, das Risiko für Zangen- und Saugglockenentbindungen sowie die Kaiserschnitttrate erhöht. Die ernsthaftesten Nebenwirkungen sind ein plötzlicher Blutdruckabfall

bei der Mutter und Veränderungen der kindlichen Herzträge nach dem Setzen der PDA. Andererseits scheint eine PDA weder die Geburt zu verlängern noch die Kaiserschnitttrate zu erhöhen, wenn sie einerseits erst gelegt wird, wenn der Muttermund auf mindestens fünf Zentimeter eröffnet ist und andererseits geringere Medikamentenmengen verabreicht werden.

Aber die Bedenken wegen der PDA enden hier noch nicht. Die PDA wird typischerweise von einer ganzen Reihe anderer Interventionen begleitet, wie zum Beispiel: Fesselung der Frau ans Bett, intravenöse Flüssigkeitszufuhr, elektronische Überwachung der kindlichen Herzträge, Oxytocin zur Stimulation der Wehentätigkeit, Dauerblasenkatheter sowie Einschränkungen bei der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit p.o. Andere Nebenwirkungen sind Juckreiz, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Urinverhaltung und Fieber bei der Mutter. Diese führen zu überflüssigen und teuren Untersuchungen auf Sepsis sowie zur Trennung von Mutter und Kind.

Eine PDA unter der Geburt beeinflusst auch das frühe Stillen. Laktationsberaterinnen sehen zunehmend mehr Babys, die die Brustwarze nicht fassen können, weil die Brust durch die aufgrund der PDA in hohem Maße intravenös zugeführten Flüssigkeit ödematös geschwollen ist. Eine geringe Menge der Medikamente der PDA geht auf das Baby über, so dass die Kinder dazu neigen, schläfrig und weniger am Trinken an der Brust interessiert zu sein. Schwedische Forscher haben herausgefunden, dass das frühe Stillverhalten, die Schreizeit des Neugeborenen und die Hauttemperatur des Säuglings dadurch beeinflusst wird, dass das Kind über die Mutter dem Anästhetikum ausgesetzt war.

In einer Studie mit 135 Neugeborenen und ihren Müttern bestätigten wir diese Beobachtungen. Durch das „Infant Breastfeeding Assessment Tool“ zur Beurteilung des Stillens stellten wir fest, dass

mamivac EASY
Handmilchpumpe

... denn Babys mögen Muttermilch

- VakuumEinstellung
- weicher Softtubus
- kompaktes Saugsystem
- Einhandpumpe
- saugstark
- sanft zur Brust
- hygienisch
- ermüdungsfrei

ART NR 281360 -
PZN 0972720

Weitere Zusatzprodukte:

- Milch-Gefrierbeutel
- mamilan Brustcreme
- elektrische Milchpumpen

KaWeCo GmbH
D-71242 Ditzingen
Postfach 1350
Fax (07156) 3 39 11
email: info@kaweco.de
http://www.kaweco.de



Stäubli Med. Geräte
CH-Horgen
Tel. 01 / 7 28 80 40

Hauser Med. Technik
A-Kumberg bei Graz
Tel. 0 31 32 20 73



Säuglinge von Müttern mit unmedikamentierter Geburt effektiver saugten als die, deren Müttern unter der Geburt Analgetika erhielten. Es war keine Überraschung, dass Neugeborene, deren Müttern sowohl intravenös Medikamente zugeführt wurden als auch eine PDA gelegt wurde, die größten Schwierigkeiten beim frühen Stillen hatten. Gleichzeitig stellten wir fest, dass diese frühe Auswirkung auf das Saugverhalten nur einige Tage anhielt und keinen Einfluss auf die Dauer der Stillzeit der Mutter hatte.

Schlussfolgerung

Schwangere Frauen mit Informationen über die Möglichkeiten der Schmerzlinderung während der Geburt zu versorgen ist ein Balanceakt. Einige Frauen sind sehr ängstlich und furchterfüllt vor den möglichen Schmerzen während der Geburt und haben ihre Entscheidung für eine PDA bereits während der Schwangerschaft oder sogar schon vor einer Schwangerschaft getroffen. Trotz aller Bemühungen von Verfechtern einer natürlichen Geburt ist es eine Tatsache, dass die meisten Frauen in den USA eine Leitungsanästhesie während der Geburt haben. Entweder aufgrund einer infor-

mierten Entscheidung oder weil sie das Angebot der Schmerzlinderung in einer sensiblen Phase der Geburt akzeptieren. Diesen Müttern kann versichert werden, dass nach neueren Studien weniger Probleme auftreten, wenn geringere Dosen zu einem späteren Zeitpunkt unter der Geburt verabreicht werden.

Empfehlen Sie den Müttern, dass sie ihren Arzt nach der unter der Geburt verwendeten Menge der Medikamente fragen. Einerseits kann nur die Mutter entscheiden, was das Beste für sie ist, andererseits sind sich viele Frauen der Nebenwirkungen der PDA solange nicht bewusst, bis sie diese Informationen im Geburtsvorbereitungskurs erhalten. Es ist

vielmehr die allgemeine Auffassung in den USA, dass eine PDA harmlos ist. Prenatale Aufklärung, die die Geburt als ein normales, physiologisches Ereignis darstellt, kann viel dazu beitragen, dass Frauen die Unannehmlichkeiten der Wehen so meistern können, dass keine PDA notwendig ist. Diese „natürlichen“ Methoden zur Kontrollierung des Wehenschmerzes vermindern die Schmerzen durch eine Veränderung der Schmerzwahrnehmung und verringern so den Bedarf an Schmerzmitteln. Die Betreuung durch eine Hebamme, die die Frau in den Wehen begleitet, sie bestärkt und ermutigt, streichelt und mit ihr auf und ab geht, reduziert die Wehenschmerzen. Die Anwesenheit einer ausgebildeten und

erfahrenen Doula, die sich ausschließlich auf die emotionale und physische Betreuung der Mutter konzentriert, verringert die Wahrscheinlichkeit, dass die Frau eine PDA erhalten wird. Es ist die Aufgabe des Gesundheitspersonals, die Fakten über die PDA aufzuzeigen und die Frauen zu unterstützen, wenn sie ihre informierte Wahl treffen.

Janice M. Riordan EdD, ARNP, IBCLC, FAAN,
4833 N. Portwest Circle, Wichita, KS
67204, E-mail: jriordan@kscable.com

Auswirkungen der Periduralanästhesie unter der Geburt	daraus resultierende Nebenwirkungen	Referenz
Rückgang der Wehen, Kein Pressdrang	Kann die Gabe von Oxytocin zur Förderung der Wehentätigkeit erfordern und/oder zu Beendigung der Geburt durch Zange führen	McRae-Bergeron, 1998; King, 1997
Verlangsamung der kindlichen Herztöne	Notfallmäßiger Kaiserschnitt	Gambling et al., 1998; Stravrou et al., 1990; Eddelston et al., 1992
Plötzlicher Blutdruckabfall bei der Mutter	Abfall der Sauerstoffversorgung des Kindes und Abfall der kindlichen Herztöne	King, 1997
Entspannter Muskeltonus des Beckenbodens	Verringert die normalen mütterlichen Reflexe, die den Kopf des Babys in die optimale Geburtsposition bringen. Kann dazu führen, dass der Kopf des Babys lange Zeit schlecht positioniert ist. Kann zu langsamer Öffnung des Muttermundes führen.	Newton ER et al., 1995
Verlängerung der Wehen, verlängerte Austreibungsphase	Vermindert die normalen Reflexe der Mutter, die den Pressdrang auslösen. Als Folge Saugglocken-, Zangen- oder Kaiserschnittentbindung möglich.	Cochrane, 2000; Thorp, 1988, 1989; Zimmer et al., 2000
Erhöhte Körpertemperatur bei Mutter und Kind	Herzschlag des Kindes erhöht sich, was fetalen Stress vorspiegeln kann, was wiederum überflüssige Tests auf Neugeborenenensepsis und kostspielige Behandlungen mit Antibiotika nach sich ziehen kann.	Fusi, 1989; Lieberman et al., 1997; Ransjo-Arvidson, AB et al. 2001; (Viscomi, 2000)
Intravenöse Flüssigkeitszufuhr	Kann die Brüste der Mütter ödematös anschwellen lassen, so dass das Baby die Brust nicht fassen kann	Riordan und Auerbach, 1999
Versehentliches Durchstechen der Dura	Spinale Kopfschmerzen, Schmerzmittel und möglicherweise längerer Krankenhausaufenthalt	MacArthur, 1990; Russel, 1993
Verschlechtert das Saugverhalten und frühe Stillverhalten des Babys	Mehr Schwierigkeiten beim Anlegen des Kindes	Ransjo-Arvidson, AB et al 2001; Matthews, 1988; Riordan et al., 2000
Erhöhte Kaiserschnitt-rate	Mehr nachgeburtliche Komplikationen und höhere Wahrscheinlichkeit für weitere Kaiserschnittentbindungen	Philipsen et al., 1989; Thorp et al, 1993; Ramin et al., 1995; Sharma et al., 1997