Hilfe oder Störung?

Sven Hildebrandt Nach wie vor gehört das Absaugen des Kindes unmittelbar nach der Geburt zu den häufigsten perinatalen Interventionen, obwohl die Fachwelt dieser Routine seit Jahren eher kritisch gegenübersteht. Bei allem theoretischen Wissen ist es für die erstversorgende Hebamme im geburtshilflichen Alltag oft schwer, den konkreten Bedarf an Hilfe bei der Umstellung der kindlichen Atmung einzuschätzen. Eine Übersicht, die Orientierung geben und die Entscheidung erleichtern soll.

In den ersten Minuten nach der Geburt findet in der kindlichen Lunge ein beeindruckender Umstellungsprozess statt: Während der Schwangerschaft befanden sich die Lungenalveolen in einem schlaffen Zustand und waren mit etwa 50 ml Fruchtwasser gefüllt. Durch Kontraktionen der Atemmuskulatur fand eine der späteren Atmung ähnliche Fruchtwasserzirkulation statt. Dabei wurde über die Alveolarwände einiges an Flüssigkeit mit dem Kapillar- und Lymphsystem der fötalen Lunge ausgetauscht. Die Lunge ist eins der wichtigen Austauschorgane im Rahmen der Fruchtwasserzirkulation.

Das bedeutet: Im Moment der Geburt sind die Atemwege mit Fruchtwasser und dessen festen Bestandteilen gefüllt – Lanugohaaren, Hautabschilferungen, Schleim, möglicherweise auch mit Mekonium. Durch die Thoraxkompression beim Durchtritt des Kindes durch das kleine Becken wird der Druck in den ge-

Noel Matoff

samten Atemwegen deutlich erhöht. Dadurch verstärken sich einerseits die beschriebenen Resorptionsprozesse, andererseits wird die Flüssigkeit durch die oberen Atemwege herausgepresst.

War bis zur Geburt des Köpfchens die reguläre Atmung durch den sogenannten Tauchreflex blockiert, setzt sie nun durch den Kontakt der Gesichtshaut mit der Außenluft reflektorisch ein. Die Alveolen werden mit dem Lufteinstrom zu voller Größe entfaltet und durch den Surfactant-Faktor, ein von spezialisierten Lungenzellen produziertes Lipoprotein, in ihrer Oberflächenspannung stabilisiert. Die veränderten Druckverhältnisse bewirken eine Resorption des restlichen in den Alveolen verbliebenen Flüssigkeitsvolumens in die Blut- und Lymphbahn. Das Fruchtwasser in den oberen Atemwegen wird vom Kind mit den ersten Atemzügen schlichtweg ausgespuckt.

So befreit sich das Kind in aller Regel selbst von Flüssigkeitsresten, die sich im respiratorischen System befinden, und braucht dabei meist keine Unterstützung. Dieser Grundsatz gilt fast immer auch bei mekoniumhaltigem Fruchtwasser.

Kein Nutzen, dafür Nachteile

Manche Hebamme meint, das Kind bei dieser physiologischen Sekretabgabe unterstützen zu müssen. Noch immer gehört das Absaugen zu den besonders häufigen Interventionen am Kind nach der Geburt. Diese gut gemeinte Hilfestellung hat aber beim vitalen Neugeborenen keinen Nutzen und gleichzeitig eindeutige Nachteile:

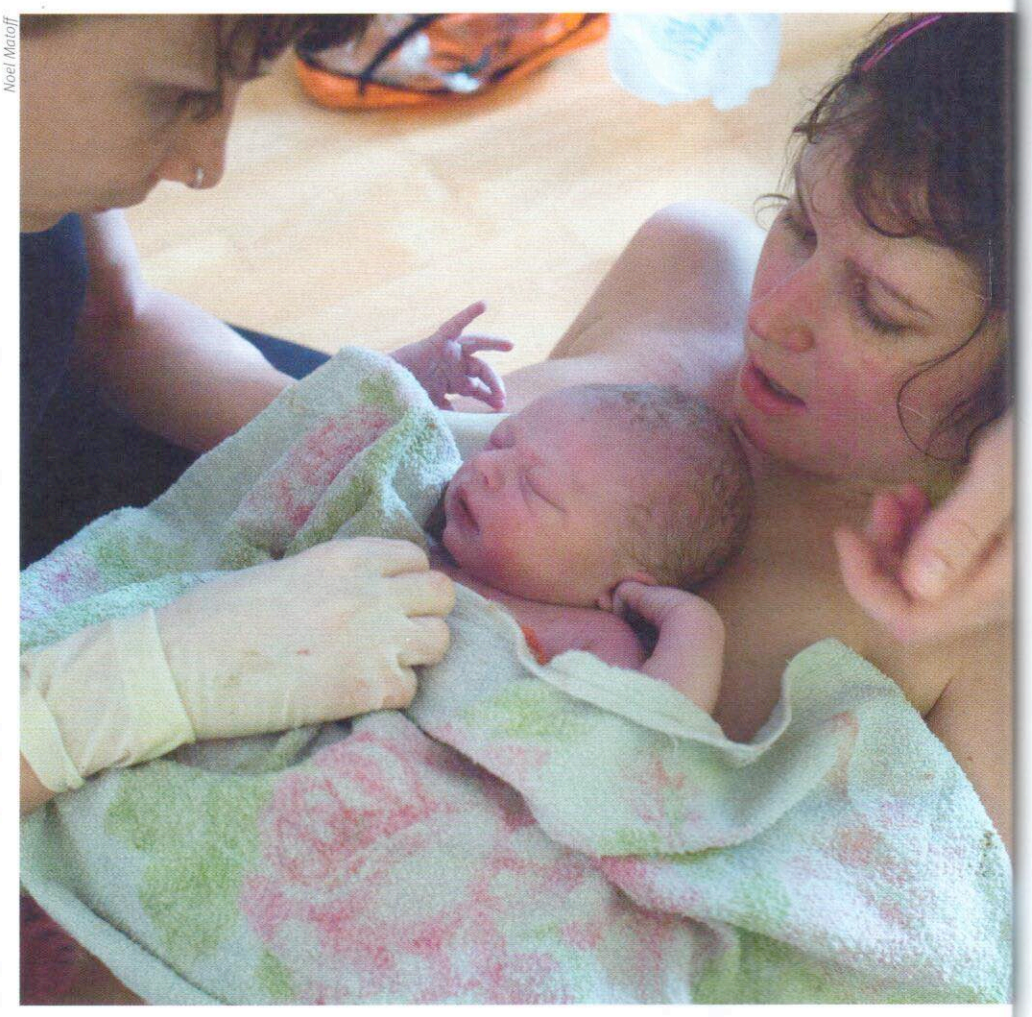
- Durch das Absaugen wird beim vitalen Kind kein positiver Effekt auf das Erreichen einer optimalen Sauerstoffsättigung erreicht – im Gegenteil: Nicht abgesaugte Kinder passen sich sogar besser in ihrer Atmung an und erreichen schneller hohe Sauerstoffsättigungen im Blut.[1]
- In der Mundhöhle, in der Nasenschleimhaut und insbesondere im Rachenraum gibt es Rezeptoren, die den Nervus vagus stimulieren, den Hauptnerv des parasympatischen Systems. Eine solche Irritation kann die komplexen vegetativen Anpassungsvorgänge empfindlich stören, unter Umständen einen kritischen Zustand herbeiführen oder zumindest verschlechtern. Eine erhöhte Aktivität des Parasympatikus führt zur Verlangsamung der Herzfrequenz und zur Senkung der kardialen Auswurfkraft. Auch auf die Lungenalveolen hat der Parasympatikus in diesem Moment einen ungünstigen Einfluss, da diese unter Umständen spastisch verengt werden.

Somit scheinen die negativen Effekte des Absaugens eindeutig größer zu sein als deren potenzieller Nutzen – zumindest beim vitalen Neugeborenen.

Diese Überlegungen sind auch bei grünem Fruchtwasser gültig. Ein vorzeitiger Mekoniumabgang kommt bei etwa jeder achten Geburt vor und ist als Zeichen eines destruktiven Geburtsmomentes durchaus ernst zu nehmen. Bei jeder fünften Geburt wird das abgesetzte Mekonium in die Lungenalveolen hineingespült. Aber nur bei etwa jeder 140. Geburt hat dies spürbare klinische Folgen in Form des sogenannten Mekonium-Aspirations-Syndroms (MAS).

Diese gefürchtete Komplikation meinte man lange Zeit durch frühzeitiges und forciertes Absaugen verhindern zu können. Es gab Empfehlungen, bereits nach Durchtritt des Köpfchens den Mund abzusaugen. Diese Praxis ist in den letzten Jahren konsequent verlassen worden, denn selbst bei grünem Fruchtwasser hat eine Absaugung keinen Effekt auf eine Vorbeugung eines Mekonium-Aspirations-Syndroms.[2]

Deshalb ist nach heutigem Wissensstand größte Zurückhaltung bei allen Manipulationen in der kindlichen Mund- und Nasenhöhle geboten. Nicht abgesaugte Kinder haben die gleichen und teilweise bessere Vitalparameter wie abgesaugte Kinder.[3]



Noel Matoff

Regeln für Hebammen

Das ist einfach gesagt, im praktischen Alltag jedoch oft eine große Herausforderung, weil alte Gewohnheiten hinterfragt werden und man verständlicherweise das Kind vom Sekret befreien und die Atmung erleichtern will. Der Reflex, dem Kind zu helfen, ist deshalb absolut menschlich, beim vitalen Kind jedoch eher kontraproduktiv.

An folgenden Regeln sollten sich Hebammen orientieren:

- Beim vitalen, sich offensichtlich gut anpassenden Neugeborenen sind keinerlei Maßnahmen notwendig, auch wenn das Kind Sekret oder Schleim spuckt. Der Mund und das Näschen können abgewischt werden, innere Manipulationen sind tabu. Dies gilt auch bei grünem Fruchtwasser.
- Wenn das Kind offensichtlich Mühe hat, den Schleim und das Sekret loszuwerden, kann man ihm helfen, indem die Mundhöhle vorsichtig mit einer Kompresse ausgewischt wird. Dies ist genauso effektiv wie das Absaugen.[4]
- Nur bei einer eindeutig auf die Obstruktion der Atemwege zurückzuführenden Störung der kindlichen Anpassung werden zunächst nur die Mundhöhle und die äußeren Nasenlöcher behutsam ausgesaugt. Der Vorgang sollte höchstens fünf Sekunden dauern. Die Rachenwand und die tiefe Nasenhöhle dürfen nicht berührt werden.
- Nur wenn dies nicht zum Erfolg führt und die Anpassungsstörung eindeutig auf verlegte Atemwege zurückzuführen ist, kann mit größter Vorsicht tiefer gegangen werden. Aber auch hier sollte die Rachenwand möglichst nicht berührt werden. Die Nase wird frühestens nach fünf Minuten abgesaugt – auch dies mit größter Behutsamkeit.
- Bei dickem, zähem Mekonium und nicht vitalem Neugeborenen mit vermutlicher Verlegung der Atemwege kann in Einzelfällen eine (in der Regel nur vom Neonatologen zu realisierende) Inspektion der Trachea und Absaugen unter Sicht indiziert sein, wenn die vermutete Obstruktion der Grund des schlechten Zustands ist.[5]

Obsolet sind alle prophylaktischen Absaugmanöver – auch bei grünem Fruchtwasser – und insbesondere auch die Sondierung der Speiseröhre ohne konkreten Fehlbildungsverdacht.[6]

Eine Unterstützung der komplexen respiratorischen Umstellungsvorgänge ist durch eine liebevolle Kontaktaufnahme der Mutter mit ihrem neugeborenen Kind und durch direkte, zärtliche Stimulation der kindlichen Haut möglich. Man muss das Kind nicht wie im Tierreich von Kopf bis Fuß ablecken. Aber eine ähnlich zarte Berührung führt zu einer Aktivierung des Oxytozinsystems beim Kind, das alle Vitalfunktionen hochgradig stabilisiert. Der direkte Hautkontakt dürfte somit wesentlich effektiver zur Sekretabgabe beitragen als jedes Absaugen.

Quellen

1 Carrasco M, Martell M, Estol PC: Oronasopharyngeal suction at birth: Effects on arterial oxygen saturation. In: The Journal of Pediatrics 1997, 130 (5), S. 832–834. DOI: 10.1016/S0022-3476(97)80031–5

2 Vain NE, Szyld EG, Prudent LM, Wiswell TE, Aguilar AM, Vivas NI: Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. In: The Lancet 2004, 364 (9434), S. 597–602. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)16852-9

3 Modarres NV, Hosseini R, Sarrafi NA, Shafiee G: Effect of oronasopharyngeal suction on arterial oxygen saturation in normal, term infants delivered vaginally: a prospective randomised controlled trial. In: Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology 2014, 34 (5), S. 400–402. DOI: 10.3109/01443615.2014.897312.

4 Kelleher J, Bhat R, Salas AA, Addis D, Mills EC, Mallick H et al.: Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalency trial. In: The Lancet 2013, 382 (9889), S. 326–330. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60775–8

5 Wyllie J, Bruinenberg J, Roehr CC, Rüdiger M, Trevisanuto D, Urlesberger B, European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 7. Resuscitation and support of transition of babies at birth. ERC Guidelines for resuscitation. October 2015, Pages 249 - 263, abrufbar unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26477415

6 Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG: Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD010332/Pilgrim

Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt, *Professor für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Hochschule Fulda, niedergelassener Frauenarzt im Geburtshaus, Frauenarzt- und Hebammenpraxis Bühlau Dresden. Kontakt: info@prof-hildebrandt.de*

Hildebrandt S: Hilfe oder Störung? Hebammenforum 11/2018; 19: 1273–1275

tetesept

Umfassend versorgt in der Stillzeit mit

Femi Baby®

♥ Omega-3 Fettsäuren
DHA 250 mg
EPA 54 mg

♥ Mineralstoffe
Eisen 15 mg
Magnesium 60 mg
Jod 150 µg
Calcium 120 mg

♥ Vitamine
Folsäure 600 µg
Vitamin C 110 mg, Vitamin D 20 µg, Vitamin E 13 mg und alle weiteren B-Vitamine hochdosiert

Hebammen-testen.de
92% Empfehlung
für tetesept Femi Baby®
von 49 Hebammen 05/2017
www.hebammen-testen.de
Lizenznummer 1001524

Die Konzentration der Inhaltsstoffe berücksichtigt die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.

tetesept Femi Baby® erhalten Sie in Drogeriemärkten, Drogeriefachabteilungen von Kaufhäusern und Supermärkten sowie Apotheken.