



BERICHT - EINSATZ IN DER GEBURTSHILFE

vom 5.4.-14.4.2018

Dr. med. Theresa Bernard



Einsatz in der Geburtshilfe

Dr. med. Theresa Bernard (Fachärztin für Frauenheilkunde)

Dr. med. Marion Charlotte Hahn (Assistenzärztin, Frauenheilkunde)

Im Orotto Hospital in Asmara befindet sich die größte geburtshilfliche Abteilung Eritreas. Täglich werden hier 30-40 Kinder geboren, d.h. im Jahr ca. 12 000. Die fetale Mortalitätsrate (Sterblichkeitsrate) in Eritrea liegt bei 3-4 %. Jede Frau bekommt im Durchschnitt ca. 4,21 Kinder. Das Krankenhaus ist eines der wenigen Häuser in Eritrea, in dem Kaiserschnitte durchgeführt werden und daher für die Versorgung von Risikoschwangerschaften zuständig. Viele Frauen, die in die Klinik kommen, haben bereits eine lange Reise hinter sich oder werden aus anderen Kliniken verlegt. Die Kaiserschnittsrate liegt unter 10%. Täglich werden 1-3 geplante Kaiserschnitte durchgeführt, deren Hauptursache vorausgegangene Kaiserschnitte sind.

Die im Krankenhaus eintreffenden Schwangeren werden zunächst untersucht und ab einer Eröffnung des Muttermundes von 4cm im Kreißsaal aufgenommen. Dieser besteht aus einem Raum mit 7 Betten. Die Betten können durch Vorhänge voneinander getrennt werden. Kurz vor der Geburt des Kindes wird meistens der Raum gewechselt und die Geburt auf einem der drei nebeneinanderstehenden gynäkologischen Stühlen fortgesetzt.

Die Geburt wird durch die Hebammen und Interns (Studenten im letzten Jahr) überwacht. Es gibt ein CTG Gerät, das zeitweise eingesetzt wird, allerdings funktionieren nicht alle Steckdosen im Kreißsaal. Ansonsten wird die fetale Herzaktion (Herzaktion des Fötus) mit dem Fetoskop überwacht und im Geburtsjournal dokumentiert (alle 4 h + vaginale Untersuchung).

Im Kreißsaal gibt es kein fließendes Wasser, kein Desinfektionsmittel und nur wenig Handschuhe. Im Flur gibt es eine Toilette (ohne Tür) für alle Frauen. Unter der Geburt erhalten die Frauen keine Schmerzmittel. Viele Geburtsverläufe sind verzögert, u.a. weil die Patientinnen aus anderen Kliniken verlegt werden und die Anreise häufig mehrere Stunden dauert. Daher kommt es häufig zu postpartalen Blutungen (Blutungen nach der Geburt). In diesen Fällen wird zunächst der Uterus manuell ausgetastet. Hierbei erhalten die Frauen ebenfalls keine Schmerzmittel, keine Narkose oder Antibiotika.



BERICHT - EINSATZ IN DER GEBURTSHILFE

vom 5.4.-14.4.2018

Dr. med. Theresa Bernard



Während unseres Aufenthaltes ist täglich ein intrauterin verstorbenes Kind (IUFT) geboren worden (Tod in der Gebärmutter). Insgesamt haben wir ca. 60 Geburten betreut, Kaiserschnitte durchgeführt, täglich Patientinnen betreut, die postpartal geblutet haben, Visiten und Ultraschalluntersuchungen durchgeführt, Geburtsverletzungen genäht und deren Durchführung erklärt, Neugeborene erstversorgt bzw. die Kinderärzte zur weiteren Versorgung organisiert und konsequent versucht eine U1 bei jedem Kind zu etablieren und den Ablauf mit den Studenten besprochen sowie kurze CTG-Schulungen durchgeführt.

Unter großem Interesse des Kreißsaalpersonals führten wir eine Vakuumextraktion durch. Das wichtige an unserer Arbeit bei diesem Einsatz war unser gezieltes Interesse an der Geburtshilfe. Dieser wird aufgrund der hohen Anzahl an Geburten bei mangelnden Kapazitäten und vielleicht auch wegen des geringeren Prestiges weniger Beachtung geschenkt als der Gynäkologie.

Wir betreuten eine 19-jährige Patientin, die ein totes Kind aus Beckenendlage gebar. Sie war in der Nacht aus einem anderen Krankenhaus geschickt worden. Bei ihrem Eintreffen seien die fetalen Herztöne auskultatorisch unauffällig gewesen. Am Morgen war das Kind intrauterin verstorben. Gegebenenfalls hätte es gerettet werden können, wäre eine CTG-Überwachung und ein Kaiserschnitt durchgeführt worden.

Die Mortalität (Sterblichkeit) und Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Mütter und Kinder könnte vermutlich gesenkt werden durch:

- Einführung von wiederholten CTG-Kontrollen (mind. 30 min), bei jeder Frau, die im Kreißsaal aufgenommen wird, besonders bei Übernahme aus anderen Kliniken
- Hierfür wären weitere CTG Geräte notwendig, sowie die Reparatur der defekten Steckdosen
- Einführung einer Vorsorge für jede Schwangere mit 3 Ultraschallkontrollen und ein besseres Screening der Risikofälle
- Einführung von Cito-Sectiones (z.Zt. dauert es 30-60 min. bis ein Kaiserschnitt nach Indikationsstellung durchgeführt wird)
- Erkennen der protrahierten Verläufe und ggf. Entbindung durch Vakuumextraktion
- Konsequente Überwachung der Neugeborenen u.a. Durchführung einer U1 bei jedem Kind
- Hierfür fehlen Stethoskope am Neugeborenen-Reanimationsplatz
- Verbesserung der Hygiene
- Ein fahrbares Ultraschallgerät im Kreißsaal (z.B. zur Nachcurettage/ manuellen Plazentalösung unter Ultraschallsicht)



BERICHT - EINSATZ IN DER GEBURTSHILFE
vom 5.4.-14.4.2018

Dr. med. Theresa Bernard



- Misoprostol (Mangelware)
- Einführen von Nalador
- U.a. hierfür Tropfenzähler
- Bereithalten von Bakri-Ballons incl. NaCl und Dauerkatheter
- Lange Handschuhe, die bis zum Ellenbogen reichen
- Besseres Nahtequipment und scharfe Scheren für Episiotomien
- Fenoterol zur intrauterinen Reanimation
- Katheterbeutel
- OP-Brillen, Mundschutz und Hauben

Dr. med. Theresa Bernard
Hamburg, den 15.04.2018