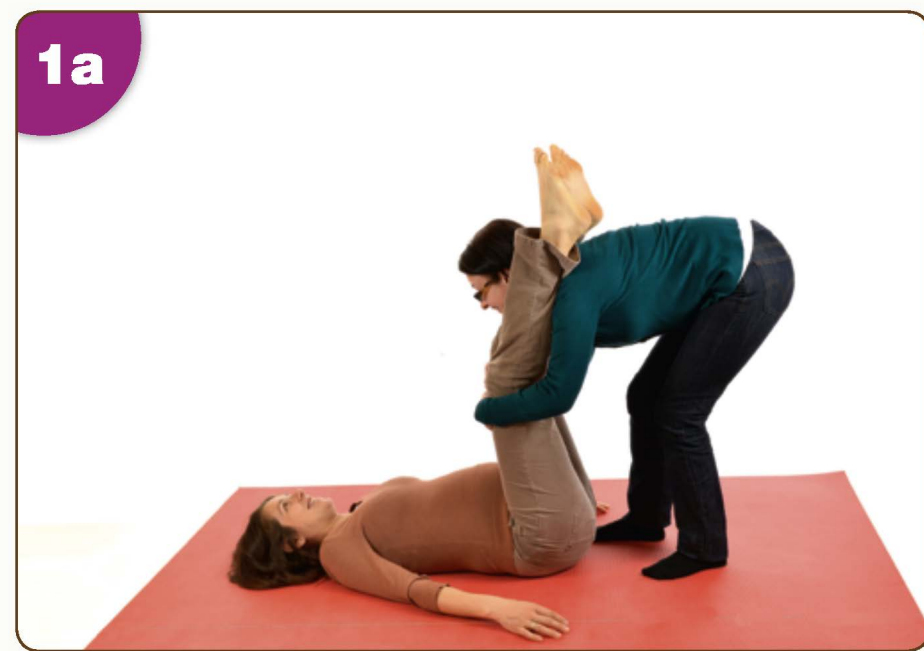


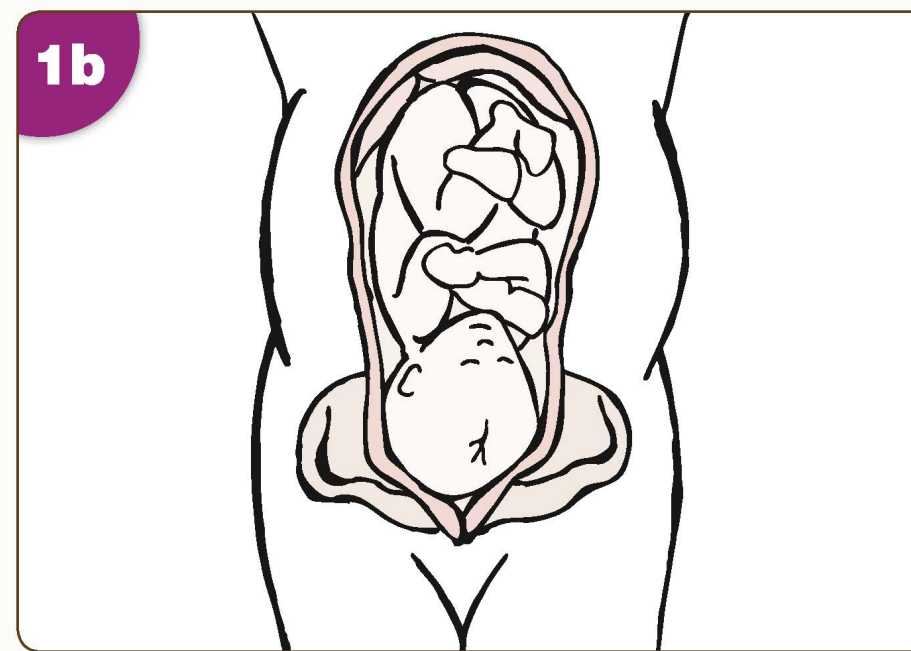
Das Gutschwager Manöver

Eine Möglichkeit zur Korrektur von Fehleinstellungen des kindlichen Kopfes im Mutterleib



1a) Frau liegt auf dem Rücken vor der Hebamme. Hebamme fasst die Frau zum Hochziehen an den Oberschenkeln. Auf rüchenschonendes Arbeiten achten!

1b) Kind liegt im Beispiel in II b Stellung.

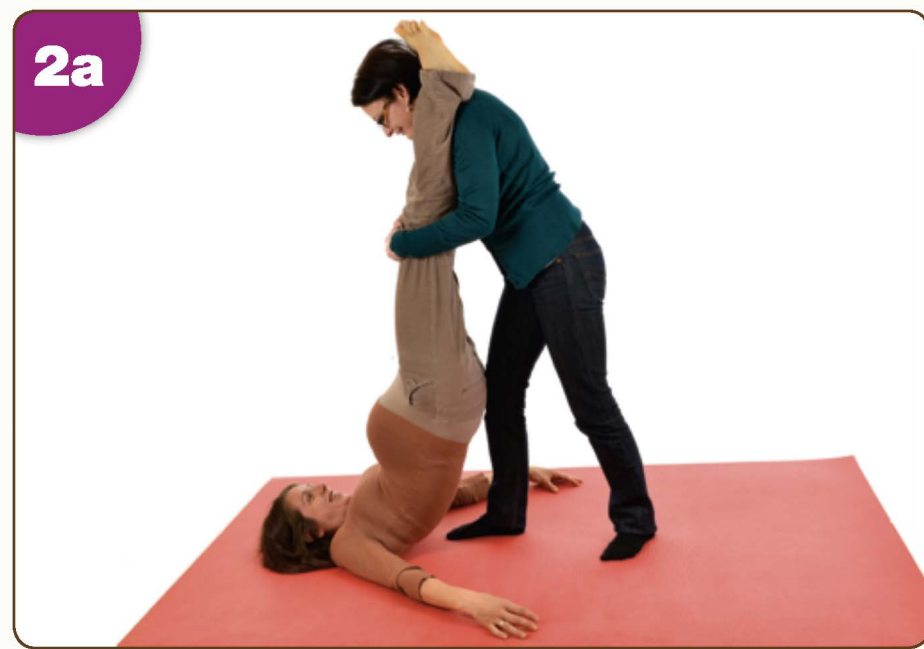


Vorher

- Aufklärung der Frau
- Blase entleeren

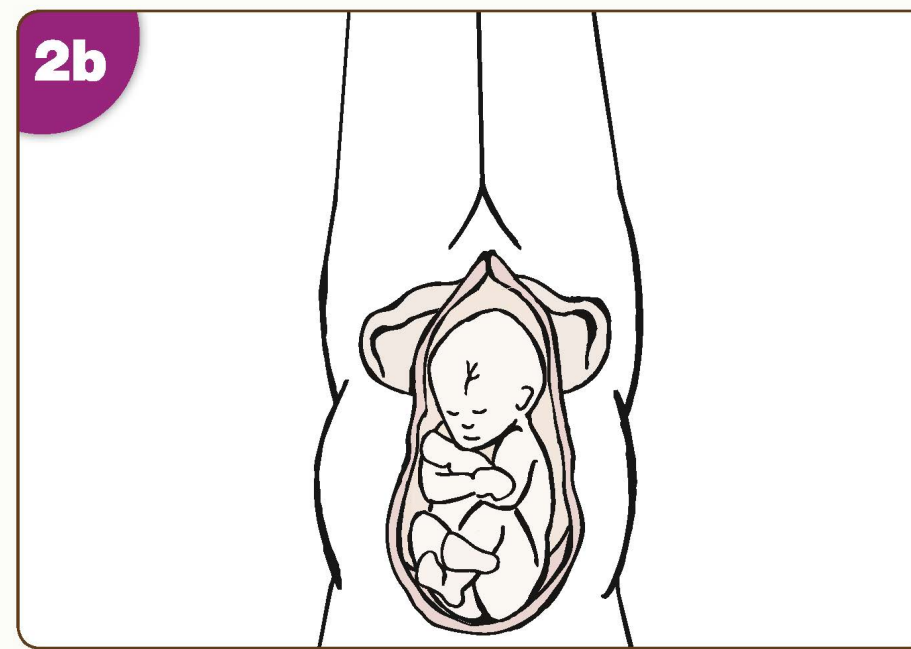
Nachher

- Kontrolle Lage und Geburtsfortschritt
- dann individuelle Positionen
- keine Rückenlage & nach hinten gelehnte Haltung



2a) Frau wird in den Schulterstand gehoben. Knie der Hebamme stützt im Kreuzbeinbereich das Becken der Frau. Hebamme schubst mit dem Knie vorsichtig das Gesäß. Es genügen wenige Poschuber.

2b) Köpfchen des Kindes fällt aus dem Becken bzw. löst sich vom Beckenkamm



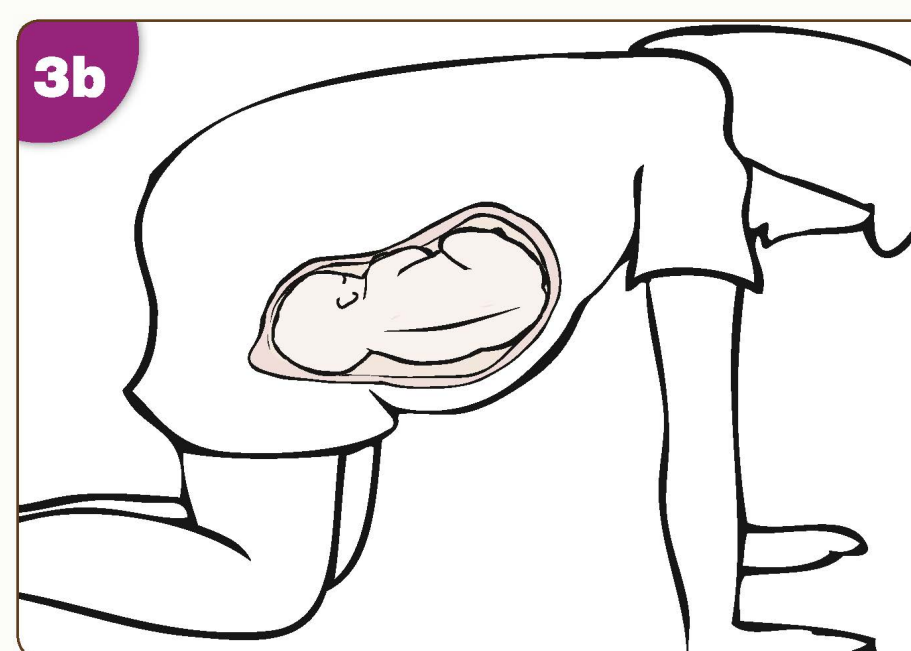
Diagnostik

- Leopoldsche Handgriffe
- Vaginale Untersuchung
- abnormer Knochenschmerz bei bestehender Wehentätigkeit
- Ultraschall
- typische Bauchform
- kleine Teile und Kindsbewegungen in der Bauchmitte tastbar
- Lage der kindlichen Herzöne
- protrahierter Geburtsverlauf und Geburtsstillstand
- frühzeitiger Preßdrang bei unvollständigen Muttermund



3a) Vierfüßlerstand, Herztonkontrolle

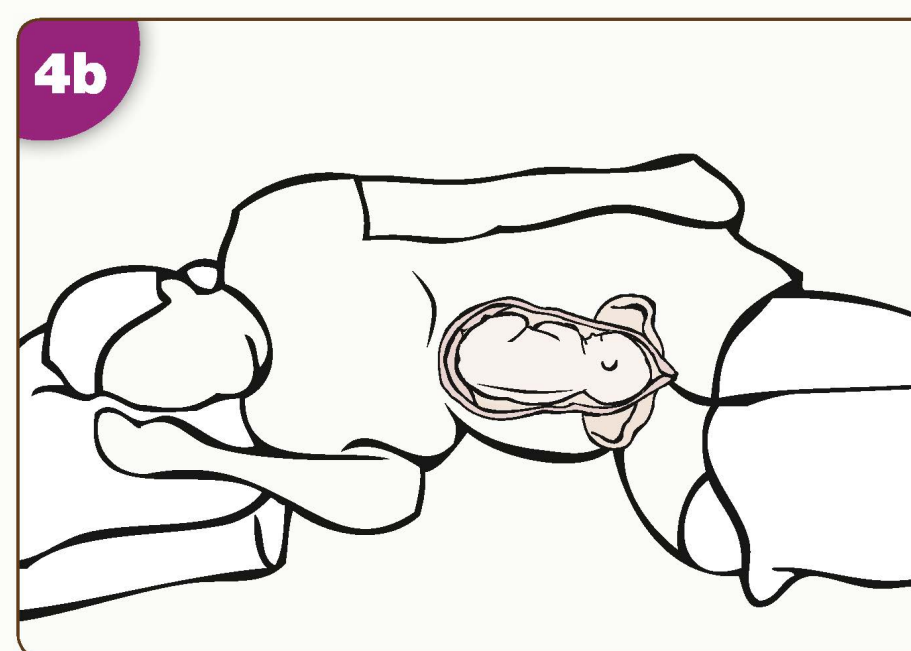
3b) Kindlicher Rücken fällt mit der Schwerkraft nach vorne zum Bauch der Gebärenden



4a) Seitenlage (nach Möglichkeit Lage des kindlichen Rückens beachten)

4b) Bei erfolgreicher Durchführung des Manövers stellt sich das Kind in regelrechter Schädel- ein. (Bild 4b – II vordere Hinterhauptslage)

Bei guter Wehentätigkeit und bereits im Voraus teilerweiterten Muttermund kann es zu raschem Geburtsverlauf kommen.



Anwendungsversuche bei

- Hintere Hinterhauptslage
- Stirnlage
- Vorderhauptslage
- Gesichtslage
- Hoher Geradstand
- Asynklitismus
- Vorliegen einer Hand

Prognostische Kriterien

- Günstig: Fehleinstellungen nach vorzeitigem Blasensprung, normalgroßes Kind
- Ungünstig: Makrosomie (z. B. bei Gestationsdiabetes); Zst. nach Sectio, protrahierter Verlauf auch bei vorausgegangener Geburt, Kind kein Bezug zum Becken

Vorteile des Manövers

- ✓ keine Hilfsmittel nötig
- ✓ kann zu raschem Geburtsverlauf kommen
- ✓ viel Platz durch komplette Streckung der Frau im Schulterstand
- ✓ neue Chance den Geburtsweg in regelrechter Lage zu passieren
- ✓ Lockerung des Beckens und Unterstützung der Lösung durch Knieschubser

Fallbeispiel 1

12.30 Uhr 31 jähr. II Gravida I Para nach 38+5 SSW kommt mit leichter Wehentätigkeit alle 4 Minuten und Blasensprung mit grünem Fruchtwasser zur Geburt. Kind liegt nach äußerer Untersuchung in 1. Schädel- lage. Aufnahme CTG von Arztheiferin in Rückenlage angelegt

12.40 Uhr Herzöne undulatorisch mit sporadischen Akzellerationen, keine Dezellerationen bei leichter Wehentätigkeit alle 4 Minuten. VU: Muttermund 4 cm, Lst. -4; Pfeilnaht quer

12.50 Uhr Wehentätigkeit wird kräftiger. Frau steht und bewegt ihr Becken. Sie klagt über unangenehmen Knochenschmerz und Druck auf den Darm. Gabe von 2 Globuli Nux vomica C 200. Herzöne undulatorisch mit spor. Akzellerationen, Baseline bei 140 SI/min, wehensynchrone Dezellerationen.

13.10 Uhr Linksseitenlage, Frau fühlt sich kreislaufinstabil, 500ml Glucoselösung i. v.; Temp 36,8 °C, RR 110/70 mm/Hg

13.40 Uhr 500 ml NaCl, Herzöne undulatorisch mit sporadischen Akzellerationen, wehensynchrone Dezellerationen auf 110 SI/min bei Baseline 130 SI/min

13.50 Uhr Weiterhin sporadische DIP 1 bei guter Oszillation, starke Kreuzschmerzen, Druck auf den Darm VU: MM 4–5cm, Lst. -2; Pfeilnaht im 2. schrägen bei 1. Schädel- lage (dorsoposteriore 1. Schädel- lage) große Fontanelle bei 10 Uhr; CTG unverändert. Aufklärung der Frau zum Gutschwager Manöver; Spontanurin

14.00 Uhr Durchführung Gutschwager Manöver

14.02 Uhr Vierfüßlerstand

14.10 Uhr Linksseitenlage, CTG, Kindsbewegungen

14.40 Uhr Herzöne nach Schüttel- manöver undulatorisch mit sporadischen Akzellerationen, keine Dezellerationen, Baseline 130 SI/min, kräftige Wehentätigkeit, Kreuzschmerzen deutlich besser

15.10 Uhr Herzöne undulatorisch mit sporadischen Akzellerationen, keine Dezellerationen, Baseline 140 SI/min, Frau gibt Druck auf den Darm an, VU: MM Saum vollständig, Kopf BM, PN im 1. schrägen Durchmesser, Frau geht in den abgestützten Kniestand

15.25 Uhr Spontangeburt eines lebensfrischen Jungen aus 1. vorderer Hinterhauptslage im abgestützten Kniestand
Apgar 10/10/10; Gewicht 4060 g

Fallbeispiel 2 (Der Entstehungsfall)

Alles begann vor 10 Jahren bei einer Geburtsbetreuung im Geburtshaus Bamberg. Ich betreute eine 27 jähr. I Gravida 0 Para. Die Frau kam mit mittelkräftigen Wehen alle 5 min. Nach Blasensprung rutschte das Baby in II hi. Hinterhauptslage ins Becken und bei der vag. Untersuchung stellte sich heraus, dass die große Fontanelle führte.

Nach anfänglich gutem Geburtsfortschritt kam es bei einer Muttermundseröffnung von 5 cm zum Geburtsstillstand. Wir versuchten mit „Äpfel schütteln“ in Knie Ellbogen Lage, Wechsellagerung und Simslage das Kind zur Drehung seines Köpfchens zu bewegen. Ich hatte die Homöopathiebücher studiert und entsprechende Mittel verabreicht. Nachdem dies erfolglos blieb, versuchte ich es mit Beckendruck, verschiedenen Gebärlagen und Haltungswechsel. Sehr langsam öffnete sich der Muttermund auf 7 cm trotz weiterbestehender Fehleinstellung des Kopfes.

Bei einer 1:1 Betreuung und protrahiertem Geburtsverlauf hat die Hebamme in der Regel viel Zeit zum Nachdenken, solange die Mutter motiviert und das Kind in einem guten Zustand sind. Die Herzöne waren die ganze Zeit gut.

Es drohte mütterliche Erschöpfung und Verlegung vom Geburtshaus in die Klinik. Die Frau war noch sehr motiviert und wollte alles versuchen, um das Kind auf normalen Weg auf die Welt zu bringen. Doch dann kam mir das erste mal die Idee für das heute im Bamberger Geburtshaus praktizierte „Gutschwager Manöver“. Ich schlug der Gebärenden, die großes Vertrauen hatte vor, es auszuprobieren und erklärte ihr das Vorgehen. Die Frau willigte ein.

Nachdem wir das Manöver durchgeführt hatten, kam es zu einer raschen Spontangeburt eines lebensfrischen Mädchens aus II v. HHL. Sicherlich wegen der prot. Eröffnungsphase kam es in diesem Fall zu einer leicht verstärkten Blutung pp. und eine Oxytocininfusion wurde notwendig. Allerdings hat die Idee von damals in den darauffolgenden Jahren schon einigen Frauen eine verzögerte Geburt erspart.

Kontaktieren Sie mich unter:



0176/24494534 oder
www.gutschwanger.de