

Zitation des Cochrane Reviews:

Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(2):CD006170. DOI: 10.1002/14651858.CD006170.pub4.

Zug an der Nabelschnur, um die Plazenta zu entbinden

Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM

Zusammenfassung eines Cochrane-Reviews

Übersetzung durch Gabriele Krüger, Hebamme, MaS (International Health)

Hintergrund

Die aktive Leitung der Nachgeburtphase besteht aus mehreren Interventionen, zu denen das Verabreichen eines prophylaktischen Uterotonikums (bei oder nach der Geburt des Kindes), das Abklemmen und Durchtrennen der Nabelschnur, der kontrollierte Zug an der Nabelschnur (CCT), um die Plazenta zu entbinden und die Massage des Uterus gehören. Nach neuesten Empfehlungen sollte mit dem Abklemmen der Nabelschnur gewartet werden, bis das geburtshilfliche Personal bereit ist CCT anzuwenden. Das Maßnahmenpaket der aktiven Leitung der Nachgeburtphase vermindert das Risiko einer Nachgeburtshämorrhagie (PPH), ebenso wie die Einzelkomponente, die routinemäßige Gabe von Uterotonika. Um den möglichen Nutzen von CCT abzuklären, sollte dieser quantifiziert werden, da die Anwendung unangenehm ist und Frauen ein interventionsarmes, zurückhaltendes Vorgehen bevorzugen.

Zusätzlich hat die Einführung dieser Maßnahme eine Auswirkung auf die Ressourcen bezüglich des Trainings von Gesundheitsfachpersonal.

Ziele

Die Wirkung von CCT in der Nachgeburtphase zu evaluieren, entweder mit oder ohne konventioneller aktiver Nachgeburtshilfe.

Suchstrategie

Wir suchten im Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register (29. Januar 2014), PubMed (1966 bis 29. Januar 2014) und in Literaturlisten identifizierter Studien.

Auswahlkriterien

Randomisierte kontrollierte Studien, die planmäßige CCT mit keiner geplanten CCT bei Frauen mit Vaginalgeburt vergleichen.

Datensammlung und -analyse

Zwei Autoren untersuchten die Studienqualität und extrahierten Daten mit Hilfe eines standardisierten Datenextraktionsblatts.

Hauptergebnisse

Wir schlossen drei methodisch gute Studien mit Daten von jeweils 199, 4.058 und 23.616 Frauen ein. Eine Verblindung war nicht möglich, aber

der Bias konnte durch die objektive Messung des Blutverlustes, eingeschränkt werden. Es gab keinen Unterschied in Bezug auf das Risiko eines Blutverlustes von mehr als 1000ml (drei Studien, 27.454 Frauen; Risikoverhältnis (RR) 0,91, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,77 bis 1,08). Die Anzahl manueller Plazentalösungen war mit CCT vermindert (zwei Studien, 27.665 Frauen; RR 0,69, 95% KI 0,57 bis 0,83). In der Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) reduzierte sich die Anzahl der manuellen Plazentalösungen vor allem an Orten, wo routinemäßig Ergometrin in der Nachgeburtphase verabreicht wurde. Eine nicht vordefinierte Analyse, welche Orte, an denen routinemäßig Ergometrin in der Nachgeburtphase verabreicht wird, ausschloss, fand keinen Unterschied zu dem Risiko der manuellen Plazentalösung in der WHO Studie (1 Studie, 23.010 Frauen; RR 1,03, 95% KI 0,73 bis 1,46). Die Regelung, die Dauer der Nachgeburtphase auf 30 Minuten zu begrenzen (4.057 Frauen; RR 0,69, 95% KI 0,53 bis 0,90) könnte einen Effekt in der französischen Studie gehabt haben.

Zu den sekundären Endpunkten zählte eine Verminderung des Blutverlustes von 500 ml oder mehr (drei Studien, 27.454 Frauen; RR 0,93, 95% KI 0,88 bis 0,99), durchschnittlicher Blutverlust (2 Studien, 27.255 Frauen; Mittelwertdifferenz (MD) -10,85 ml, 95% KI -16,73 bis -4,98), und Dauer der Nachgeburtphase (2 Studien, 27.360 Frauen; standardisierte MD -0,57, -0,59 bis -0,54). Es gab keine klaren Unterschiede in Bezug auf den Gebrauch von zusätzlichen Uterotonika (drei Studien, 27.829 Frauen; durchschnittlicher RR 0,95, 95% KI 0,88 bis 1,02), Bluttransfusion, mütterlicher Tod/schwere Morbidität, operative Eingriffe oder mütterliche Zufriedenheit. Mütterlicher Schmerz (nicht vorab festgelegt) wurde in einer Studie vermindert (3760 Frauen; RR 0,78, KI 0,61 bis 0,99).

Folgende sekundäre Endpunkte wurden in keiner der Studien erwähnt: Verzögerte Plazentalösung von mehr als 60 Minuten oder wie durch den Studienautor definiert; mütterlicher Hämoglobinwert weniger als 9 g/dl nach 24 bis 48 Stunden nach der Geburt oder Bluttransfusion; Organversagen, Verlegung auf Intensivstation, Zufriedenheit des betreuenden Gesundheitsfachpersonals, Wirtschaftlichkeit, Nachkürrettage oder Infektion.

Zitation des Cochrane Reviews:

Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015;(1):CD008020. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2.