

Riedl / Schleupen Osteopathie in der Frauenheilkunde

Reading excerpt

[Osteopathie in der Frauenheilkunde](#)

of [Riedl / Schleupen](#)

Publisher: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.com/b18323>

In the [Narayana webshop](#) you can find all english books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life.

Copying excerpts is not permitted.

Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern, Germany

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@narayana-verlag.com

<http://www.narayana-verlag.com>



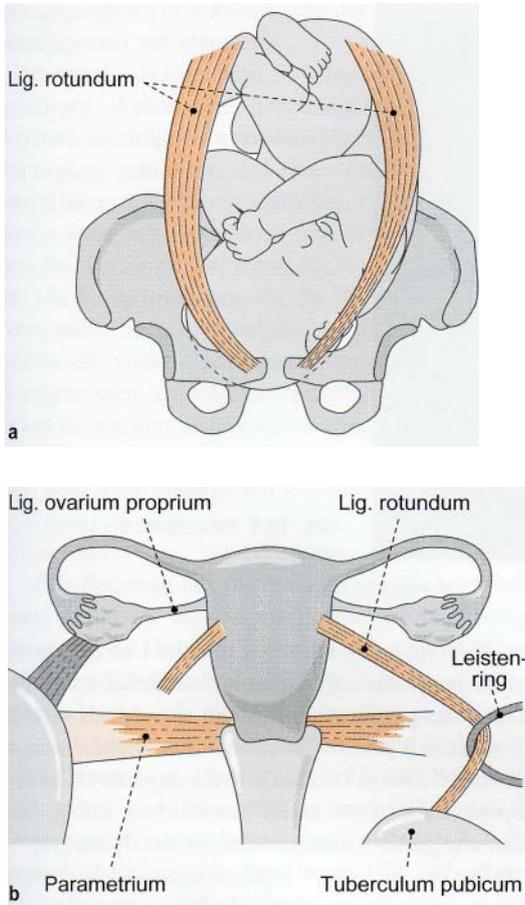


Abb. 10.4 Mutterbänder [1]

Art von vielen Beschwerden befreit. Eine Möglichkeit ist, dass die Schwangere auf der Behandlungs- liege sitzt und man dahinter steht. Man nimmt von hinten Kontakt mit Uterus und Kind auf (> Abb. 10.5). Vor jeder Behandlung des Uterus und seiner näheren Umgebung sollte zuerst das Kind um Erlaubnis gefragt werden. Dann fokussiert man die Uterusbänder und behandelt diese mittels direkter Technik, wobei der Ansatzpunkt des jeweiligen Bandes mit einer Hand gehalten und dieses durch Bewegung des gesamten Körpers entlang der Verlaufsrichtung des Bandes zur Entspannung gebracht wird. Bei der indirekten Technik führt man beide Enden des Bandes zusammen und endet mit einer Entspannung des betreffenden Bandes.

Bei einer anderen Möglichkeit der Behandlung des Uterus und der Mutterbänder liegt die Schwangere auf der Seite. Man steht hinter der Patientin. Das untere Bein der Schwangeren ist angewinkelt und das obere nutzt man über das auf der Liege aufgestellte eigene Bein liegend als Hebel (> Abb. 10.6). In dieser Stellung kann sich die werdende Mutter sehr gut entspannen und man somit alle wichtigen anatomischen Anteile des Beckens behandeln, nicht nur die Bänder des Uterus händisch oder durch Bewegung des eigenen Beins. Die Gesäßmuskeln, die Membrana obturatoria bis hin zum Perineum oder knöcherne Beckenstrukturen, wie das Os sacrum, sind so therapierbar, je nachdem wohin und wie tief einen Aufmerksamkeit und Palpation führen.

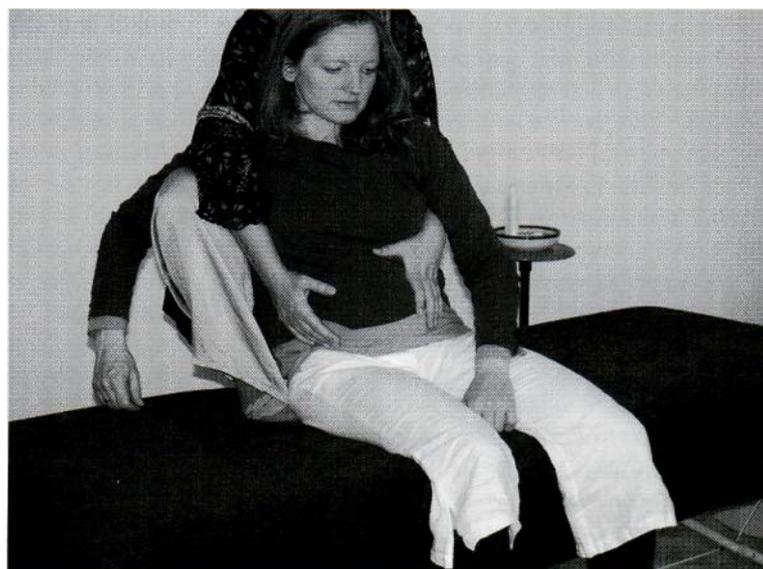


Abb. 10.5 Behandlung des Uterus im Sitzen. [11]



Abb. 10.6 Behandlung des Uterus in Seitenlage. [11]

10.5.9 Vorzeitige Wehentätigkeit und Zervixinsuffizienz

Während der Schwangerschaft haben Mütter oft Uteruskontraktionen. Bis zum Wehenbeginn ist der Uterus niemals ganz ruhig. Die Kardiotokografie (CTG) zeichnet die Kontraktionen des Uterus auf, doch sollten sie bis zur Geburt weder über eine längere Zeitspanne in regelmäßigen Abständen kommen noch einen Effekt auf die Zervix haben. Mittels vaginaler Untersuchung der Zervix hinsichtlich ihrer Konsistenz und sonografischer Begutachtung sollte die Diagnostik auf Verkürzung der Zervixlänge oder Trichterbildung des inneren Muttermunds abgerundet werden.

Man nimmt an, dass eine vorzeitige Wehentätigkeit durch **physischen** oder **psychischen Stress** ausgelöst wird oder durch eine **aszendierende Infektion** der Vagina. Bei Verdacht auf eine Infektion wird ein vaginaler Abstrich untersucht. In einigen Krankenhäusern ist das bereits Routine, da viele Fälle von Neugeborenen Sepsis durch β -hämolyisierende Streptokokken verursacht werden. Durch Verabreichung von Antibiotika soll der Infekt während der Geburt am Aszendieren gehindert werden.

Therapie

Wenn eine Frau unter leichten vorzeitigen Wehen mit beginnender Zervixinsuffizienz leidet, sollte sie sich körperlich **schonen** und nicht arbeiten, weder professionell noch zu Hause. Meist reicht diese körperliche und psy-

chische Beruhigung schon aus und der Uterus kann sich wieder entspannen. Außerdem sollte die Schwangere ein **Magnesiumpräparat** einnehmen. Persönlich verordne ich zusätzlich immer ein pflanzliches, wehenhemmendes Pulver. Eine in Deutschland durchgeführte Studie zu **Bryophyllum** zeigte einen beachtlichen Erfolg dieser Pflanze gegenüber medikamentöser Tokolytika [12].

Falls es zu einer regelmäßigen Wehentätigkeit kommt, sollte die Frau stationär aufgenommen werden. Hier werden in der Regel **Tokolytika** verabreicht, meist von der Gruppe der β -Mimetika oder Prostaglandinsynthesehemmer. Die Wehenhemmung wird nur bis etwa zur 34. Schwangerschaftswoche durchgeführt, da dann das Kind schon reif genug ist und meist über 2200 g wiegt. Gleichzeitig mit der Wehenhemmung wird versucht, die Lunge des Ungeborenen mittels Kortisonspritzen reifen zu lassen, welche zweimal hintereinander im Abstand von 24 Stunden gegeben werden.

Falls es zu einer wehenlosen Eröffnung und Verkürzung der Zervix kommt, wird ein **Arabinpessar** eingelegt. Dies ist eine mit einer Öffnung versehene Gummikappe, in der die Zervix beherbergt ist, um ihr so Halt zu geben. Gegen mögliche Infekte verabreicht man der Schwangeren in regelmäßigen Abständen Milchsäurebakterienpräparate zur Stärkung der natürlichen Scheidenflora oder ein leichtes Scheidendesinfektionsmittel. Falls der Arabinpessar keinen Erfolg zeigt (manche Frauenärzte mögen es auch nicht), kann die Zervix operativ mittels einer **Zerklage** verschlossen werden. Dabei wird ein Band, möglichst isthmusnah um die Zervix herum unter der Haut gelegt, um so den Zervixverschluss zu verstärken. Bei extremer Zervixinsuffizienz und nach

vorangegangener Frühgeburt wird der Muttermund zur Gänze operativ verschlossen.

Osteopathisch kann man die Schwangere sehr gut bei vorzeitigen Wehen und Zervixinsuffizienz begleiten. Man berücksichtigt die nervalen Gegebenheiten der Sakrumregion, achtet also auf einen Ausgleich zwischen Sympathikus und Parasympathikus, entspannt die humorale Seite mit Hypophyse und Hormonachse und auch die Ligamente und somit die Muskulatur des Uterus. Alle Verspannungen, die die Schwangerschaft belasten, sollten möglichst aufgehoben werden. Dies sollte auf eine sehr sanfte Weise gemacht werden - der Situation angemessen. Oft ist es notwendig, nicht direkt am Becken zu arbeiten, sondern von kranial aus die Beckenorgane und das Becken zu beeinflussen, als ob man als Feuerwehrmann einen Brand von außen löschen würde.

Fallbeispiel

II Eine Patientin aus meiner gynäkologischen Praxis bekam in der 28. Schwangerschaftswoche regelmäßige Wehen, alle 15 Minuten. Die werdenden Eltern fuhren nach einem Telefonat mit mir ins nächstliegende Krankenhaus. Dort wurde eine Zervixinsuffizienz gemessen, der innere Muttermund war trichterförmig leicht geöffnet, die Zervix 2 cm (Normalwert > 2,5 cm). Bei der Patientin wurde eine Lungenreifung durchgeführt und die Wehen wurden mittels Infusion innerhalb von 4 Tagen beruhigt. Trotzdem war der Uterus sehr wehenbereit und die Patientin fühlte sich sehr unsicher, als sie nach einer Woche entlassen wurde.

Ich konnte sie gleich am nächsten Tag osteopathisch ansehen und bemerkte neben einer starken nervalen Dysbalance eine Achsenverdrehung zwischen Corpus uteri und Isthmus, bei der die Muskeln sehr gegeneinander zu arbeiten schienen. Nach der Behandlung der anatomischen Dysfunktionen nahm ich Kontakt zum Kind auf. Das Mädchen in utero, sehr neugierig, wollte schon den Frühling sehen. Als ich das ungeborene Kind beruhigte, indem ich ihm versprach, es werde noch viele Frühlinge sehen, und die Mutter bat, der Tochter alles genau zu beschreiben, entspannte sich die Gebärmutter und es kam zu einer Aufhebung der uterinen Fehlstellung. Die Frau hatte bis zum Geburtstermin keine weitere Wehe, die Zervix war nach stationärer und osteopathischer Therapie stabil und sie gebar ihre Tochter 2 Tage nach dem errechneten Geburtstermin - und Hannah ist ein sehr neugieriges Kind. Jedes Mal wenn ich sie treffe, erzählt mir die Mutter davon, und wir freuen uns beide, dass wir den Charakter der Kleinen schon intrauterin erkannt und so eine Frühgeburt verhindert haben. **II**

10.5.10 Intrauterine Wachstumsretardierung (small for gestational date)

Das Kind bleibt intrauterin mit dem Wachstum gegenüber Normalkurven zurück. Die Wachstumsdifferenz beträgt mehr als 2 Wochen gegenüber der Normalkurve oder das fetale Wachstum unterschreitet die 10. Perzentile.

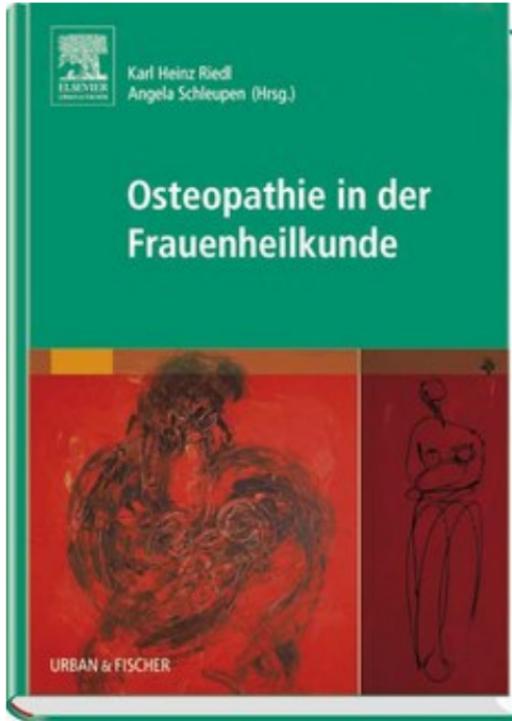
Bleibt das Wachstum des Kindes in der frühen Schwangerschaft (vor der 26. Schwangerschaftswoche) zurück, kann ein Gendefekt die Ursache sein, und man wird den Eltern eine genetische Untersuchung vorschlagen; meist wird eine Amniozentese neben einem genauen Organscreening durchgeführt.

Möglichkeiten, die v.a. in der späteren Schwangerschaft zur intrauterinen Wachstumsretardierung führen können, sind eine familiäre Disposition, denn es gibt Familien, in denen alle Neugeborenen ein ähnlich niedriges Geburtsgewicht haben, Infektionen, eine EPH-Gestose, Stoffwechselerkrankungen, wie Diabetes mellitus, Mehrlingsschwangerschaften, Nikotinabusus, Alkohol-, Drogenkonsum, mangelnde Ernährung und psychische Belastungen.

Fallbeispiel

II So kann ich mich sehr gut an eine Bekannte erinnern, die während der Schwangerschaft mit ihrem zweiten Kind studierte und ein dystrophes Kind in der 32. Schwangerschaftswoche hatte. Die Mutter hatte zu diesem Zeitpunkt neben der Betreuung ihres ersten Kindes sehr viele universitäre Prüfungen zu absolvieren. Erst nach Abschluss aller Prüfungen begann das Kind stark zu wachsen, und wurde dann mit einem Normalgewicht geboren. **II**

Ferner ist eine Plazentainsuffizienz bei jedem Dystrophieverdacht auszuschließen. Zu diesem Zweck kontrolliert man nicht nur das Gewichtswachstum des Kindes regelmäßig sonografisch, sondern misst auch die Durchblutung der Nabelschnur und der kindlichen Gefäße, wie der Aorta, des Ductus venosus oder der A. cerebri media mittels Doppleruntersuchung. Bei dieser Durchflussmessung können die momentane Versorgung des Kindes und die Plazentadurchblutung analysiert werden. Auch die Fruchtwassermenge ist eine gute Möglichkeit, die Funktion der Plazenta zu beobachten. So haben Schwangere, deren Plazenta nicht mehr ihre volle Leistung erbringen kann, entweder eine zu kleine Anlage oder, wenn ihre Leistung nach dem errechneten Geburtstermin nicht mehr ausreichend erbracht werden kann, weniger Fruchtwasser.



Riedl / Schleupen

Osteopathie in der Frauenheilkunde

392 pages, hb
publication 2015



order

More books on homeopathy, alternative medicine and a healthy life www.narayana-verlag.com