

ACİL DOĞUM EYLEMİ... HAZIR MIYIZ?

Dr. Öğr. Üyesi Burcu G.YAVUZ

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM-2020



A photograph showing a woman lying on her back in a hospital bed, holding a newborn baby against her chest. The baby is wrapped in a white cloth. Medical staff members, wearing blue gloves, are visible around the woman, attending to the baby. The woman has a teal and white tank top on. The scene is brightly lit, typical of a hospital room.



NORMAL DOĞUM

- 3. trimester bir gebe acil servise başvurduğunda, doğum eyleminin başlayabileceği düşünülmeli
- 24 hft viabilite sınırı
- Kasık ağrısı, kramp, bulantı-kusma (sx dilatasyondan dolayı) akut batın tablosu doğum eyleminin semptomları olabilir
- Gastroenterit, ürner pat, ya da kolesistit nedeniyle gelen hastada doğum da tetiklenebilir... prostaglandin salınımını arttırıyorlar ve prog etkisini bastırıp uterin kasılmayı tetikliyorlar



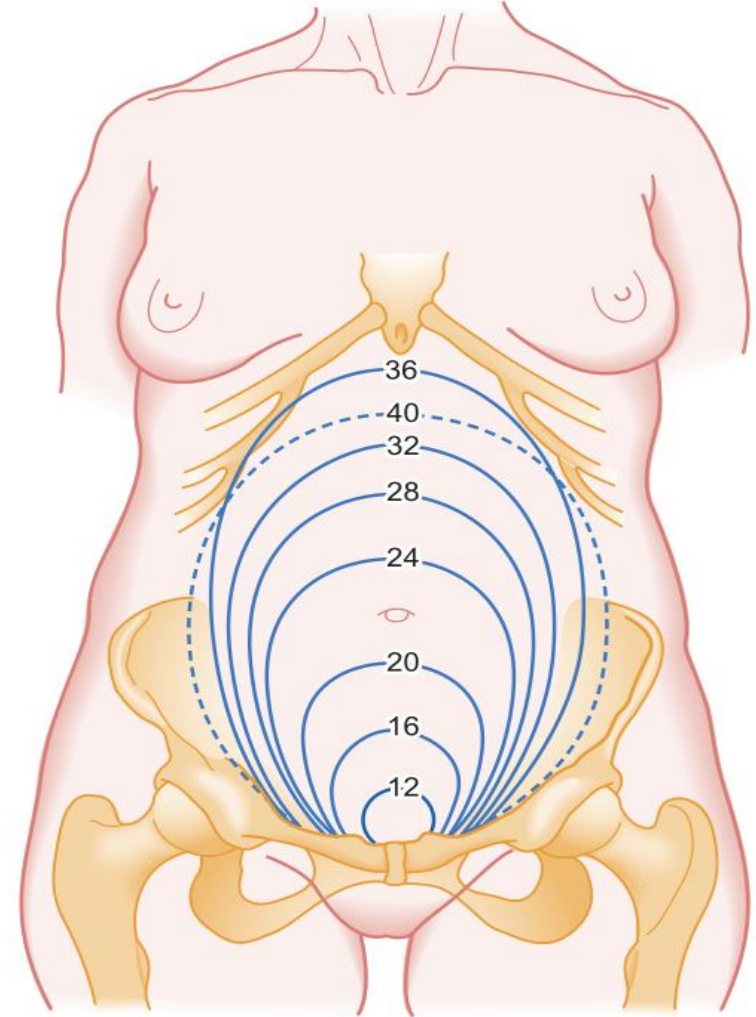
OBSTETRİK VE MEDİKAL ÖYKÜ

- Uterustaki kasılmaların başlama zamanı ve sıklığı--- ağrının paterni, aşağı doğru kuvvetli bir basınç hissi olması ve ritmik olması yani kasılma – gevşeme atakları olması
- Gayta çıkışı yapıyor hissi---rektum basısı---acil doğum
- Fetal membran durumu, vajinal akıntı (suyu geldi mi)
- Vajinal kanama (parlak kırmızı kanamalarda dekolman düşünülmeli)
- Fetal hareket
- Önceki doğumlar ve bunlar sırasında olan komplikasyonlar (previa öyküsü varsa tuşe yapılmamalı ya da USG kontrollerinde söylendiyse...)
- Hızlı doğum öyküsü
- Kullandığı ilaçlar, alerji durumu, geçmiş medikal öykü



Fizik muayene

- Muayene için en uygun pozisyon litotomi pozisyonudur.
- Aktif doğum travayı bulguları ile gelen her hastada mutlaka TA değerlendirilmeli
- Muayene bitiminde hasta mutlaka sol yan pozisyona getirilmelidir.
- Abdominal muayenede;
 - Fundus yüksekliği
 - Abdomen veya uterusu hassasiyet
 - Fetusun yerleşme ve prezentasyonu değerlendirilmelidir.



Leopold manevraları

Eğer tuşede başı
gördüysek zaten
leopolda gerek
yok

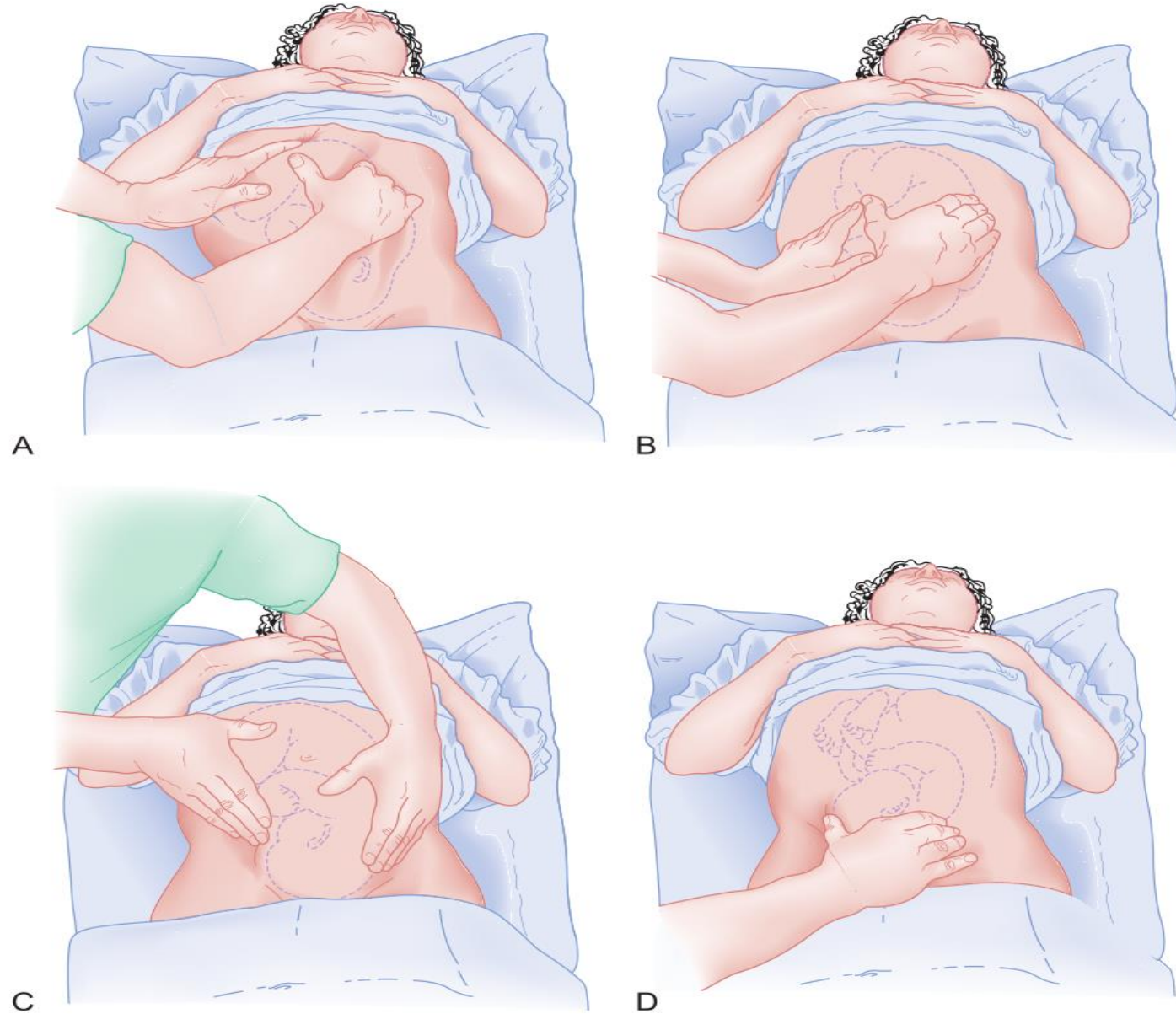


Fig. 181.3. Leopold's maneuvers. **A**, The first Leopold maneuver reveals which fetal part occupies the fundus. **B**, The second Leopold maneuver reveals the position of the fetal back. **C**, The third Leopold maneuver reveals which fetal part lies over the pelvic inlet. **D**, The fourth Leopold maneuver reveals the position of the cephalic prominence (Adapted from Willson JR, et al: Obstetrics and gynecology, ed 9, St. Louis, 1991, Mosby.)



UTERİN KONTRAKSİYONLAR

Regular

Giderek daha sık, daha uzun, daha güçlü

Sıklıkla kanlı akıntı
(nişan)

Serviks effase ve dilate

Baş fikse

Sedasyon ve istirahatle
yanıt yok

Irregular

Kontraksiyon
özellikleri değişime
uğramaz

Kanlı akıntı yok

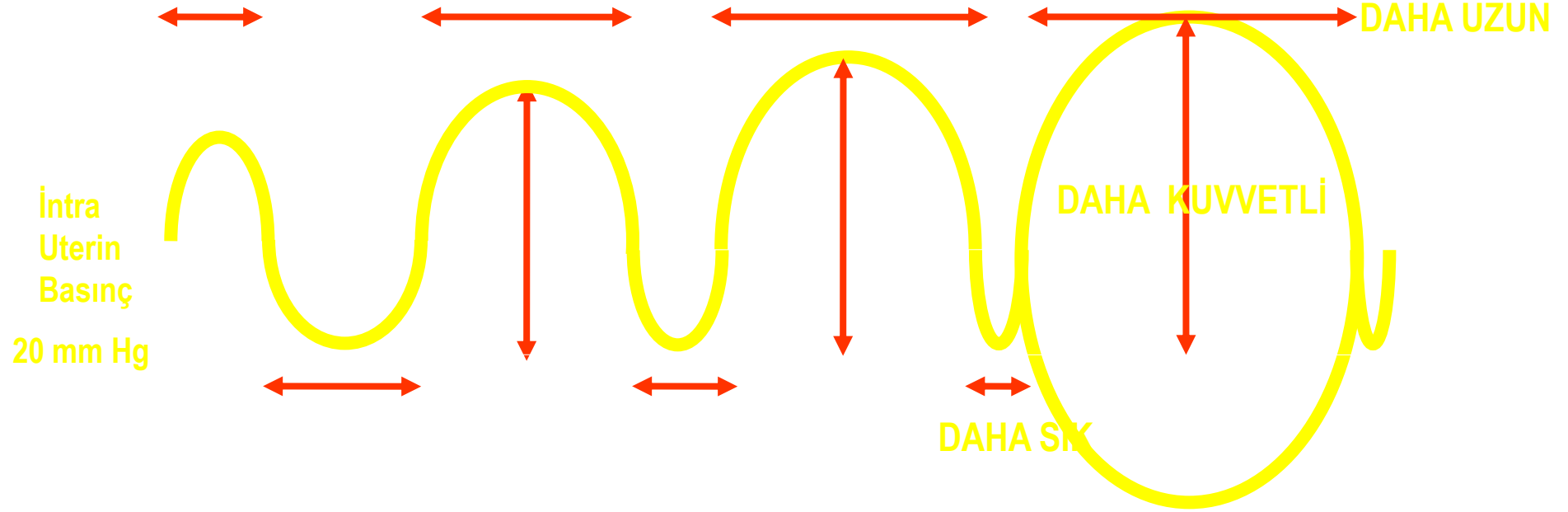
Servikal değişim yok

Baş mobil olabilir

Sedasyon ve
istirahatle ortadan
kalkar



Gerçek Doğum Eylemi

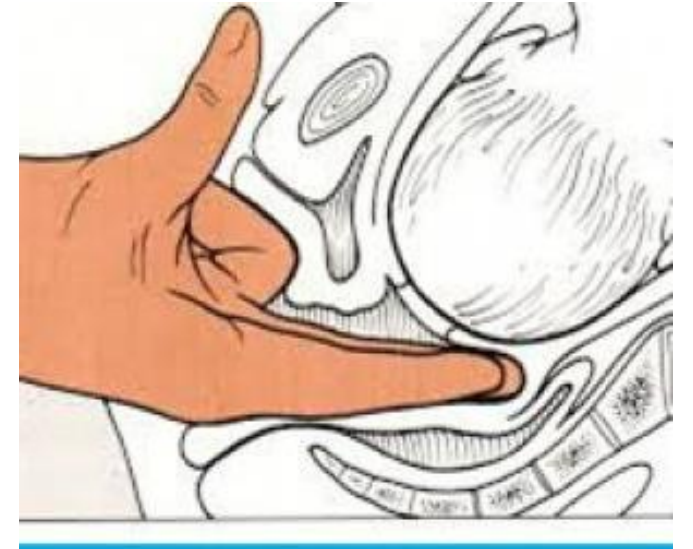


Yalancı Doğum Eylemi



PELVİK MUAYENE

- Vajinal kanaması olmayan hastalar, bimanuel muayene edilmeli ve steril bir spekulum ile incelenmeli
- Bimanuel muayene sırasında lumbrikan kullanılmamalı
- Asendan enfeksiyonu engellemek için steril yaklaşım
- Eğer hastanın suyu gelmişse steril eldiven kullanılmalı
- Vajinal kanama varsa usg ile plesenta previa dışlanmalı



PELVİK MUAYENE

- Perine lezyon varlığı?
- Bimanuel dijital muayenede palpe edilen kemik yüzeyleri ve suture hatları not edilmeli
- Fetüsün yüzü suture ve fontanel hatlarına göre belirlenmeli (posterior fontanelden 3, anterior fontanelden 4 suture ayrılır)

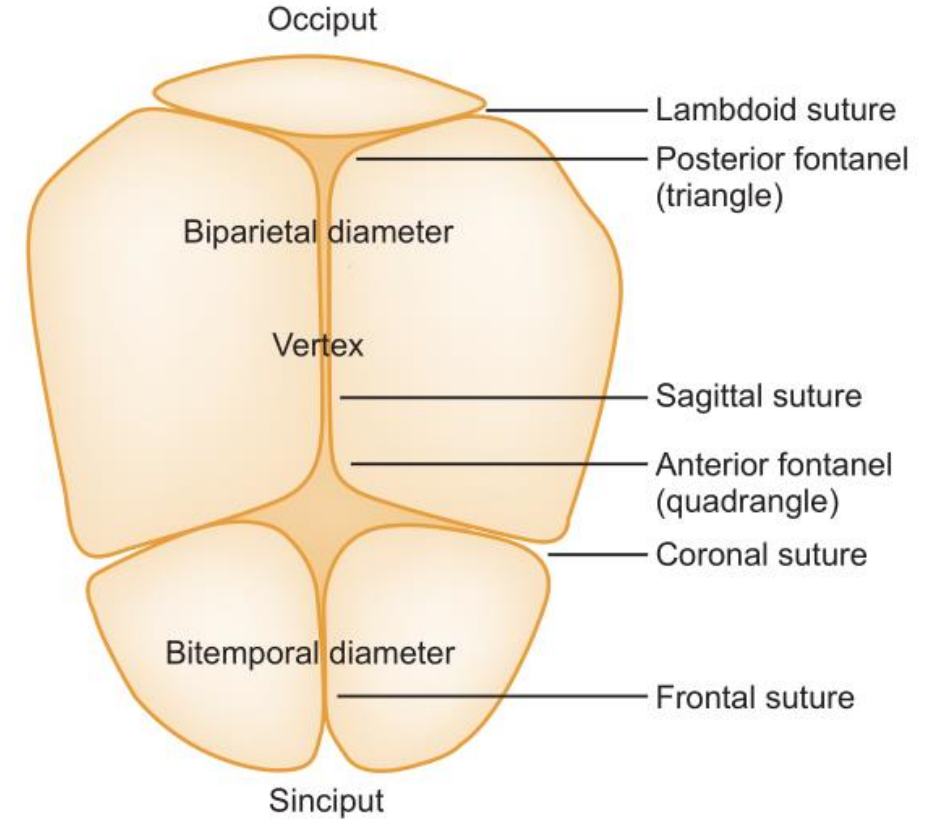
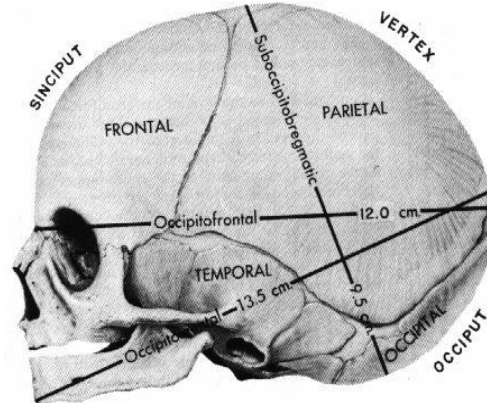


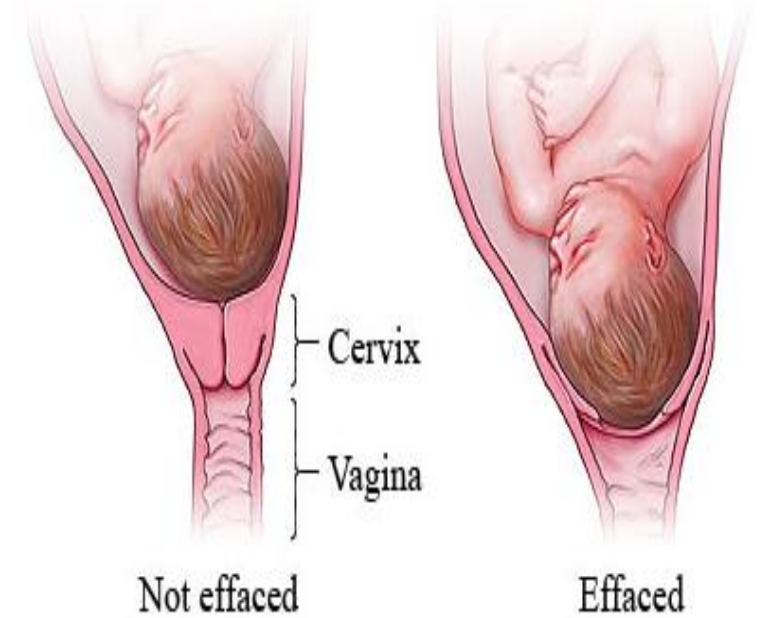
Fig. 181.5. Bony landmarks of the fetal skull. (Adapted from Willson JR, et al: Obstetrics and gynecology, ed 9, St. Louis, 1991, Mosby.)



PELVİK MUAYENE

Tanımlar;

- Efasman; serviks kalınlığı, kağıt kalınlığındaki serviks (serviksin silinmesi)
- Dilatasyon ; servikal açılma, tam ya da maksimum dilatasyon
- Prezentasyon; doğum kanalından gelen fetüsün anatomik parçası
- Multiparsa efasman ve dilatasyon eş zamanlı
- Primiparda önce dilatasyon sonra efasman



NORMAL DOĞUM

Occiput anterior ile prezente olan,
Tek,
Matür bir fetusun,
anne ya da fetusta komplikasyon olmaksızın,
doğal kuvvetlerin etkisiyle,
makul bir sürede, doğum kanalından atılmasıdır.



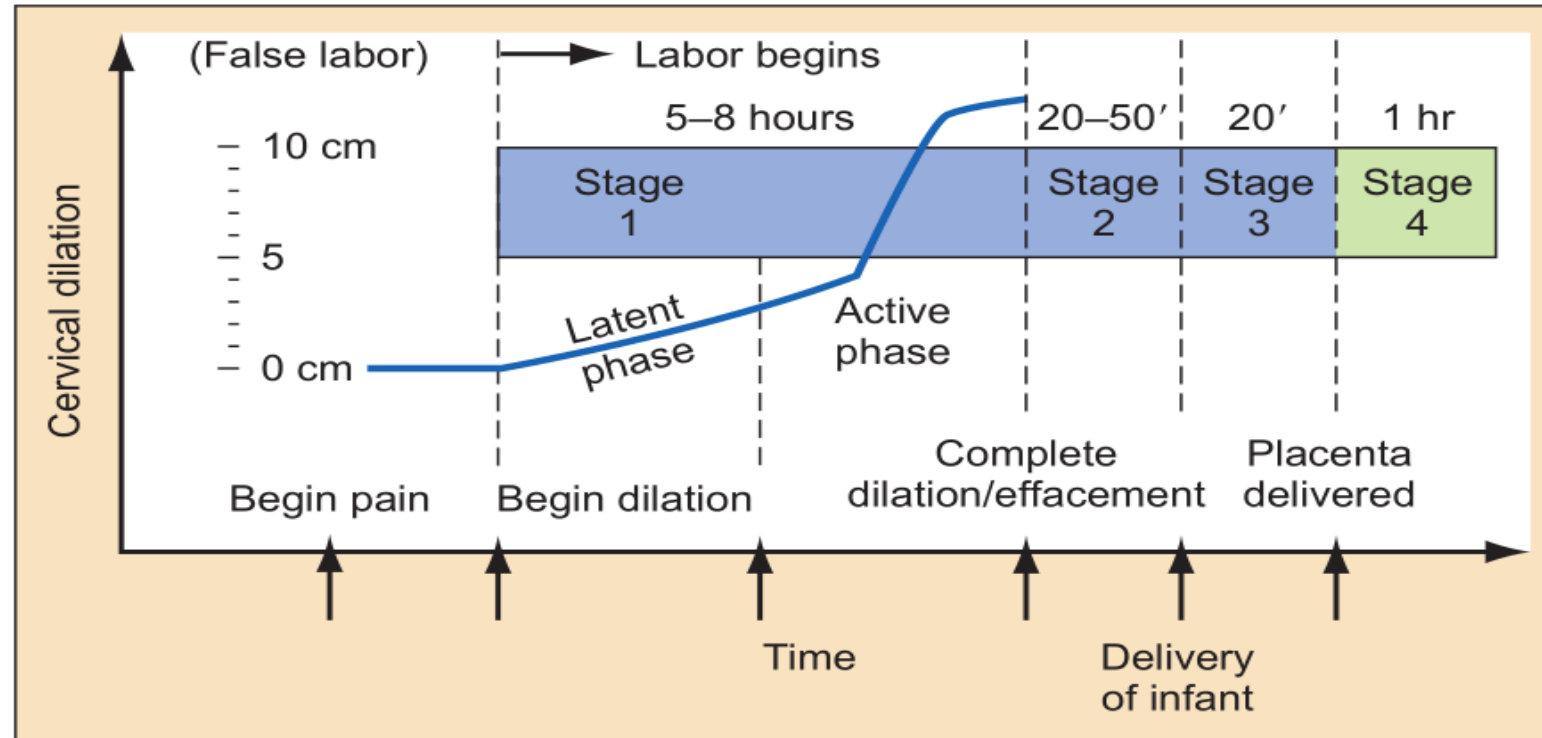
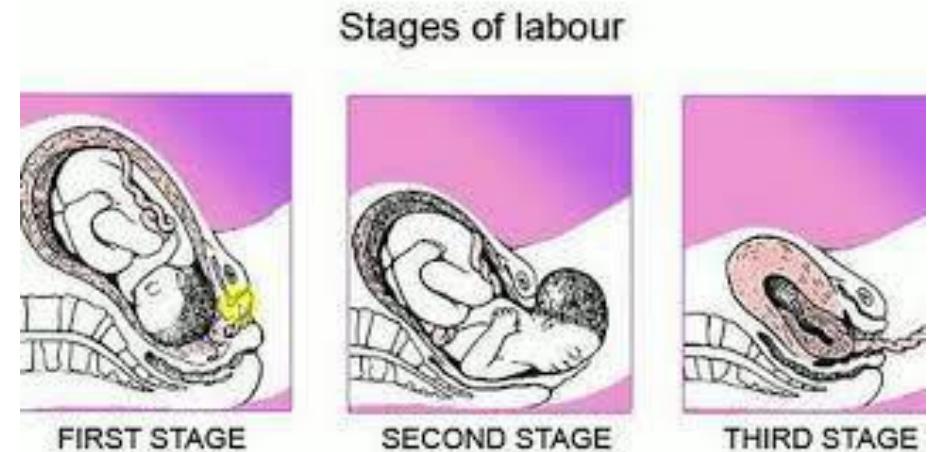


Fig. 181.1. Stages of labor and delivery. Stage 1, cervical stage; stage 2, fetal expulsion; stage 3, placental expulsion (20 minutes); stage 4, uterine contraction (1 hour postpartum).



DOĞUMUN 1. EVRESİ (SERVİKAL EVRE)

- Tamamen dilate olmuş ve silinmiş (efasman) serviks ile sonlanır
- Yavaş latent faz ve hızlı aktif fazı bulunmakta – serviksin 5 cm dilatasyonu sonrasında aktif faz başlar (3 cm sonrası ağırlı dönemin başlaması da aktif faz)
- 1. evre nulliparlarda genellikle 8 saat , multiparda 5 saat
- Bu süreçte fetal iyi-hal değerlendirmesi için devamlı eksternal fetal monitorizasyon gerekli → fetal distress var mı?
- Latent faz 0-5 cm dilatasyon
- Aktif faz 5-10 cm dilatasyon



DOĞUMUN 2. EVRESİ

- Tamamen dilate olmuş serviks ve her uterin kasılma ile birlikte aşağı doğru itme-ıkmama dürtüsü
- Genellikle nulliparlarda 50 dk, multiparlarda 20 dk
- Düşük doğum ağırlıklı prematür infantlarda daha hızlı seyir
- Uzamış 2. evre → artmış maternal ve fetal komplikasyon riski (postpartum hemoraji, enfeksiyon, ciddi vajinal lacerasyon, fetal asfiksi riski)



DOĞUM MEKANİZMASI

Angajman

İniş

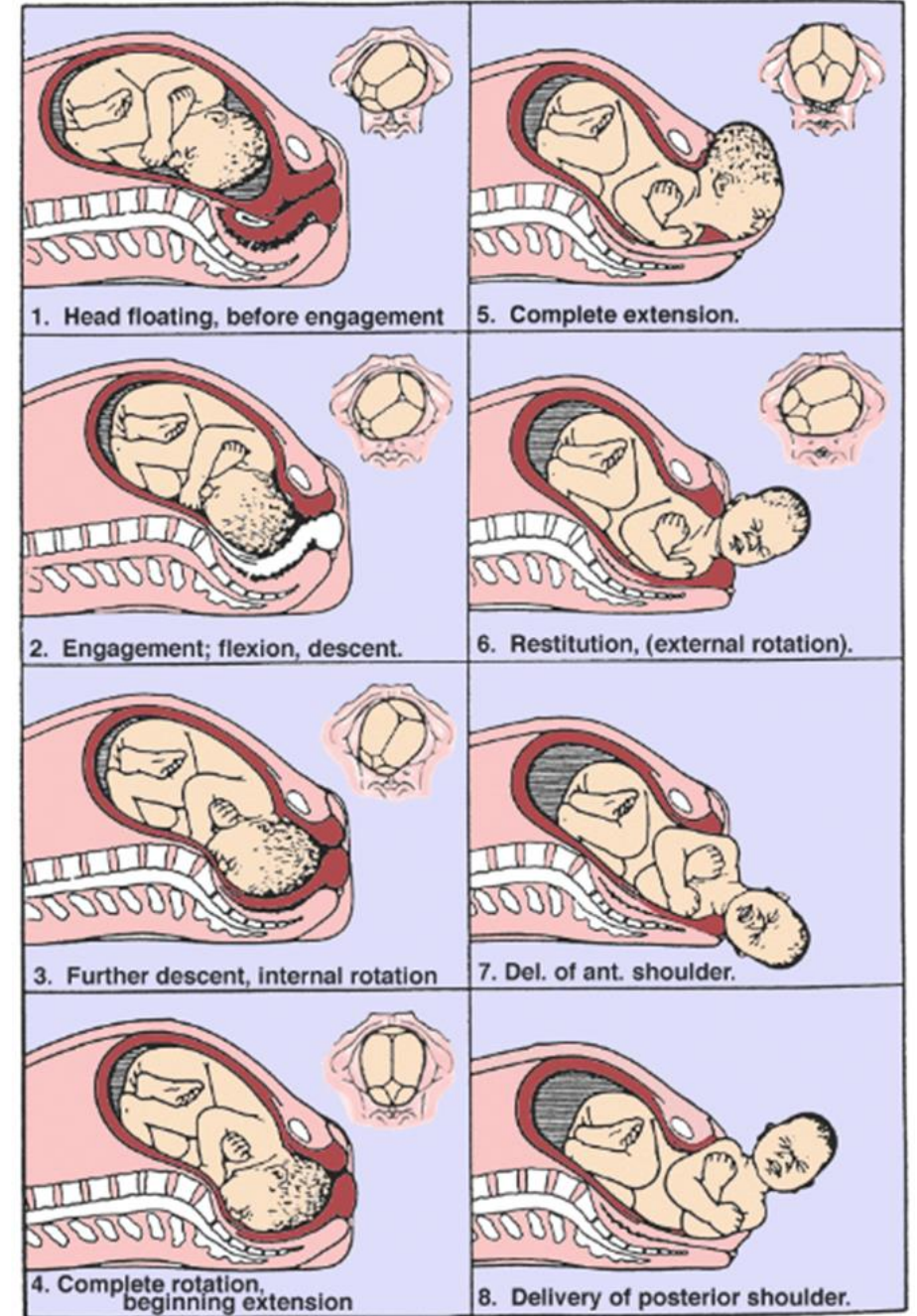
Başın fleksiyonu

Başın iç rotasyonu

Başın ekstansiyonu

Başın dış rotasyonu

Omuzların Çıkışı



ANGAJMAN

Fetal başın en geniş transvers çapının pelvik girim düzlemini geçmesidir (bilateral iskiyal spinler arasına girmesi 0 noktası).

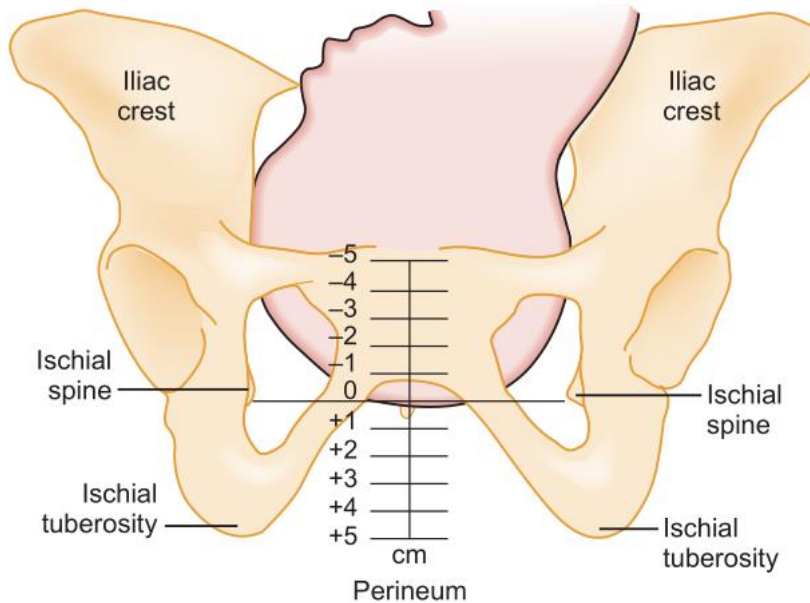


Fig. 181.4. Fetal stations. The level of the ischial spines is considered 0 station. The silhouette of the infant's head is shown approaching station +1. (Courtesy Ross Laboratories, Columbus, OH.)



İNİŞ

- 3 Pelvise girmemiş, mobil

- 2

- 1

0 Spina İskiadika düzeyi

+ 1

+ 2

+ 3 Saçlı deri vulvadan görülüyor

0 dan +3 e gelene kadar başı fleksiyon ve sağa ya da sola rotasyona çeviriyor. Sütür sagital 90 derece dönmüş oluyor +3 e gelene kadar

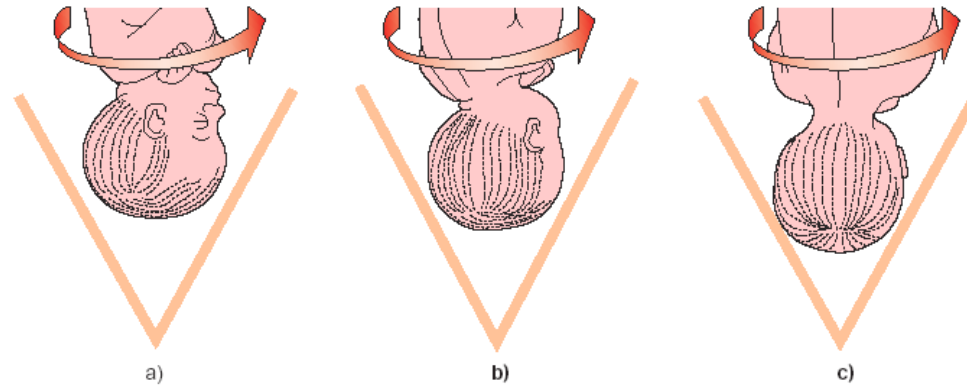


İnternal rotasyon

Başın transvers pozisyondan

-oksiput anteriorda olacak şekilde- simfisiz pubise dönmesi.

yüzün aşağı bakması oksiput anterior

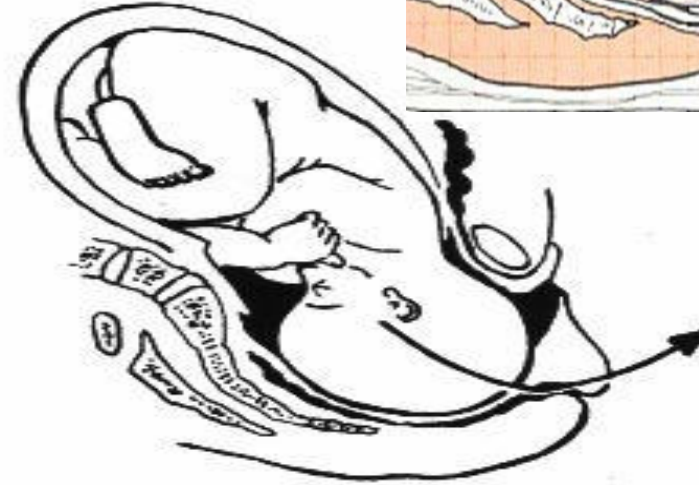
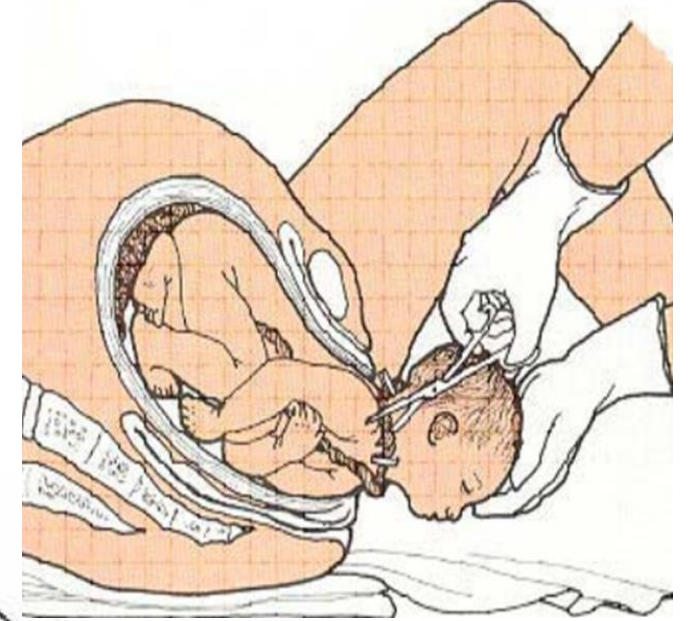


EKSTANSİYON - DEFLEKSİYON

Kılavuz nokta maternal vulvaya ulaştığında başlar.

Fetal baş, fleksiyondan ekstansiyona geçerek doğar.

- Baş doğduğunda boyunda kordon olup olmadığına bakılmalı
- Kordon gevşek ise, bebeğin başı üzerinden geçirilir ve doğum süreci devam eder.
- Kordon sıkıysa, ulaşılabilen bölgede birbirine yakın iki klemp ile kordon kesilir ve bebeğin geçişine olanak sağlanır.

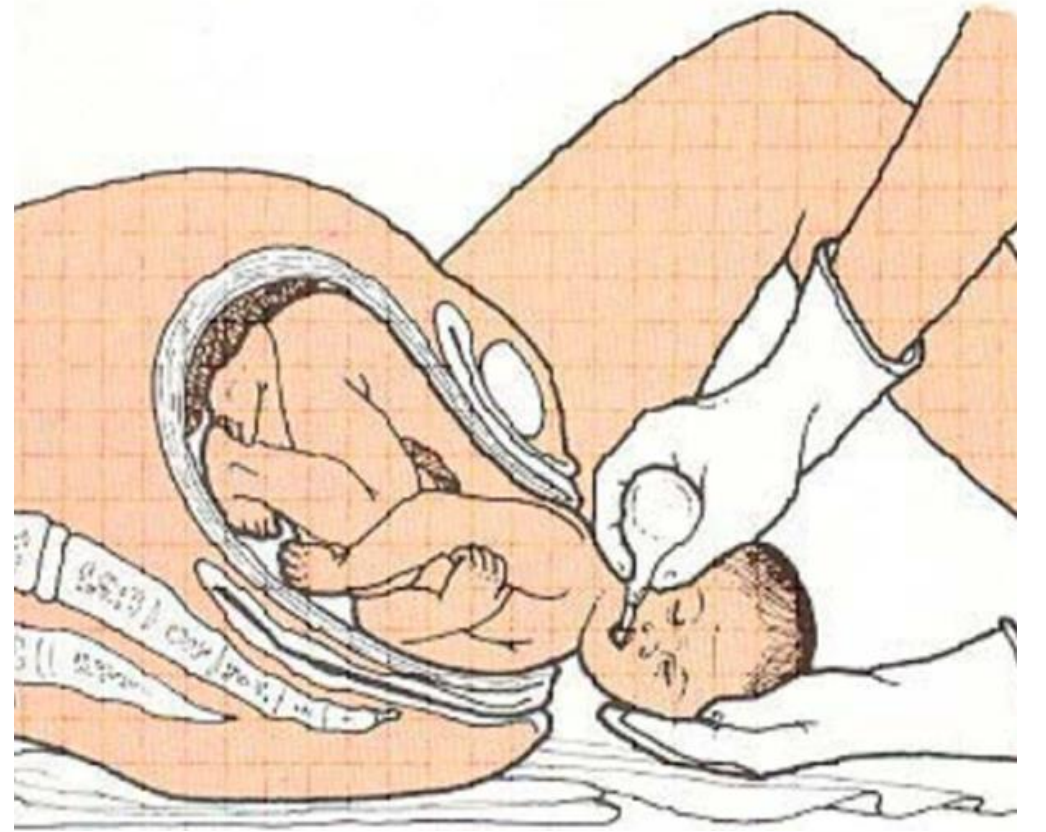


EKSTERNAL ROTASYON

Başın doğumundan sonra pelvik tabanın baş üzerine uyguladığı kuvvet ortadan kalkar ve baş normal pozisyonuna döner.

Yüz annenin bacaklarından birine doğru bakar.

- Başın dönmesi ile hekimin elleri başın her iki yanına yerleşmeli ve ön omuzun dışarı çıkmasını sağlamak üzere hafifçe aşağıya doğru traksiyon uygulamalıdır.



OMUZLARIN DOĞUŞU

Önce anteriordaki omuz, sonra posteriordaki omuz doğar

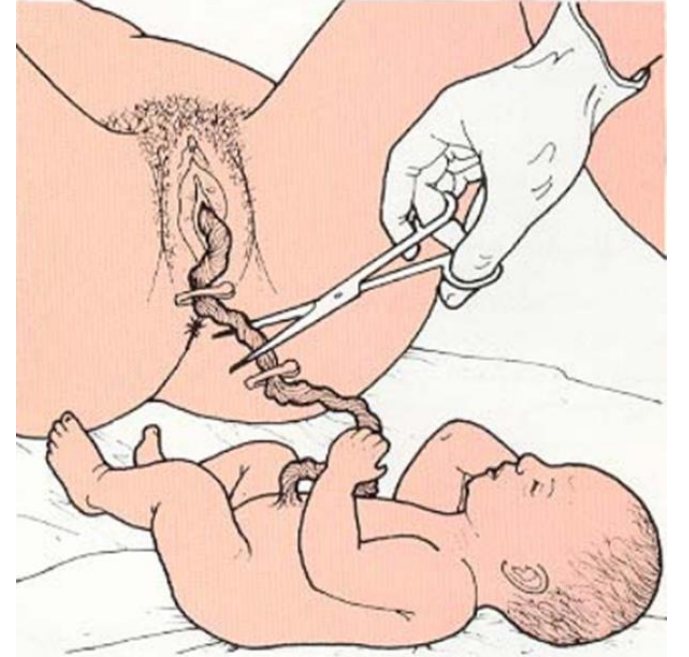
Ön omuzun görülmesi ile hekimin eli fetüsü yavaşça yukarı doğru yönlendirir ve arka omuz ile vücudun geri kalan kısmının çıkmasını sağlar

Gövdenin kalan kısımları çabucak sıyrılır



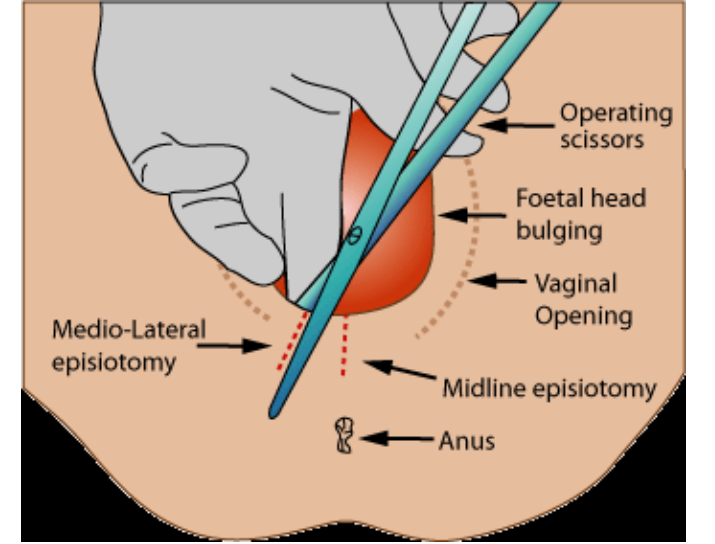
DOĞUM EYLEMİ

- İnfant perine seviyesinin hafif altında ya da eşit seviyede tutularak, abdomenin 10 cm uzağından kordon klemplenir.
- 4-5 cm uzağından ise 2. klemp konulur ve steril bir makas ile kesilir. Bu esnada ağız ve burun aspirasyonu havayolu direncini arttıran sekresyonların azalmasını sağlar
- İnfant anneden ayrıldıktan hemen sonra havluya sarılır ve radyant ısıtıcının altına alınır.
- Havlu ile nazik kurulama ve aspirasyon genellikle yeterli solunum stimülasyonunu sağlar
- 1-5 ve 10 dk apgar skorları dökümente edilmelidir.



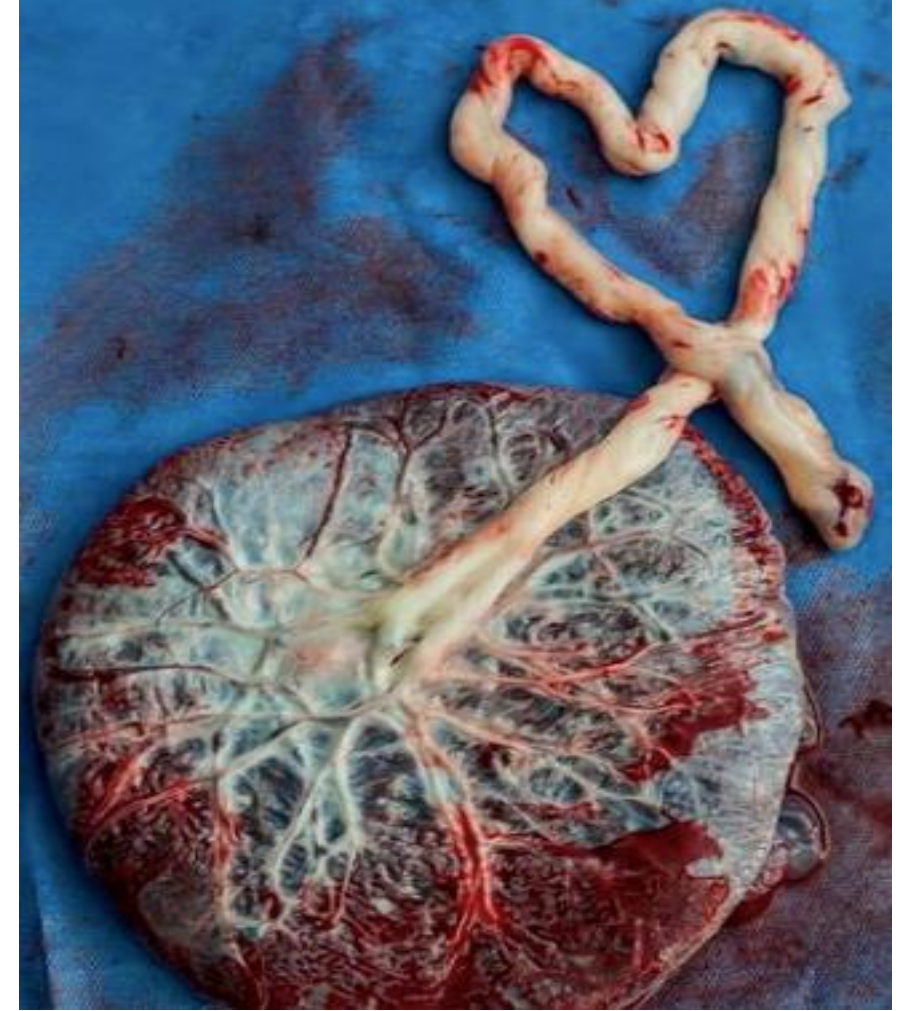
EPIZYOTOMİ

- Kontrollü doğumlarda rutin epizyotomi önerilmemekte
- Tercihen perineal kasların aşırı gerilmesinden önce, masif kanamayı önlemek amaçlı doğum zamanına yakın yapılmalı
- omuz distozisi, makat geliş
- Literatürde güncel olarak mediolateral insizyon önerilmekte , perineal yırtıklardan ve rektal bölgeden kaçınılmalı



DOĞUMUN 3. EVRESİ

- Plesentanın doğumu ve uterin fundus yüksekliği ve tonusunun değerlendirilmesi
- Bebek doğar doğmaz oksitosin infüzyonu başlanır
- uterin fundus masajı başlanır, umblical kord traksiyona alınarak plasental ayrışma kolaylaştırılır.
- Multiparda 15 dk, primiparda 30 dk içinde ayrılması lazım



DOĞUMUN 4. EVRESİ

- Plesenta doğumu sonrası 1 saat olarak tanımlanır (involüsyon, uterusun küçülmesi,sertleşmesi)
- Postpartum hemorojinin en sık geliştiği kritik evre
- Serviks ve vajina derin laserasyonlar açısından değerlendirilmeli
- Gözlenen herhangi bir laserasyon ve epizyotomi hattı tamir edilmeli
- Hızlı doğumda uterus atonisi (uterusun gevşek kalması) görülebilir



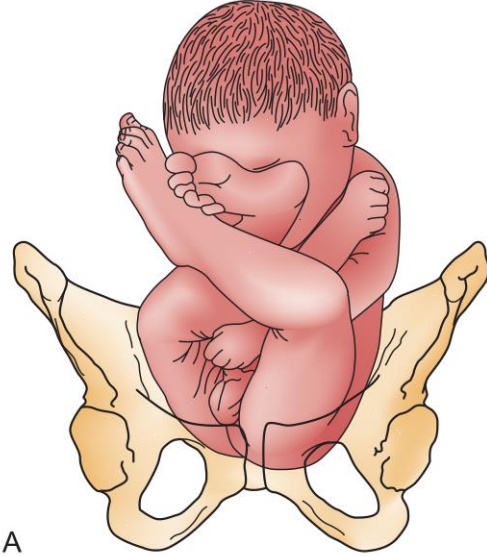
Uterus atoni risk faktörleri;

- Grand multiparite
- Uzun süre oksitosin indüksiyonu, uzamış doğum
- İkiz,üçüz... multiple gebelik
- İri bebek
- Hızlı doğum

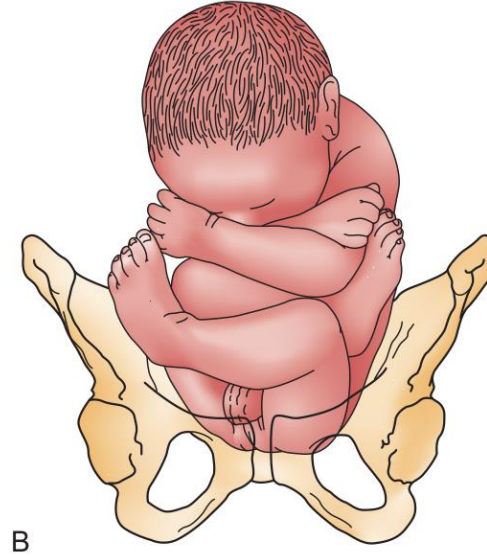


MAKAT GELİŞ

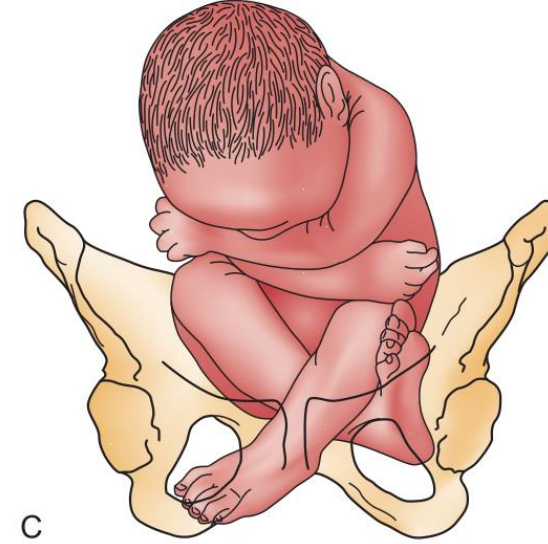
- termde doğumların%3-4'ü
- Vajinal makat prezentasyonlarında perinatal ve neonatal morbidite artıyor



A, Frank breech presentation



B, Complete breech presentation.



C, Incomplete breech presentation.



MAKAT GELİŞ

- Makat prezentasyonlarında en önemli sorun başın çıkarılmasıdır. Baş en son çıkmaktadır ve tam olarak dilate olmayan servikste takılabilir, kord prolapsusu olabilir
- Saf ve tam makat prezentasyonlarında, prezente olan kısım en az bebeğin başı kadar iyi şekilde serviksi dilate edebilir ve doğum komplikasyonsuz bir şekilde tamamlanabilir.
- Prezente olan kısmın spontan doğmasına izin verilmeli ve bebeğe traksiyon uygulanmamalı
- **Komplikasyonlar:** asfiksi, doğum arresti



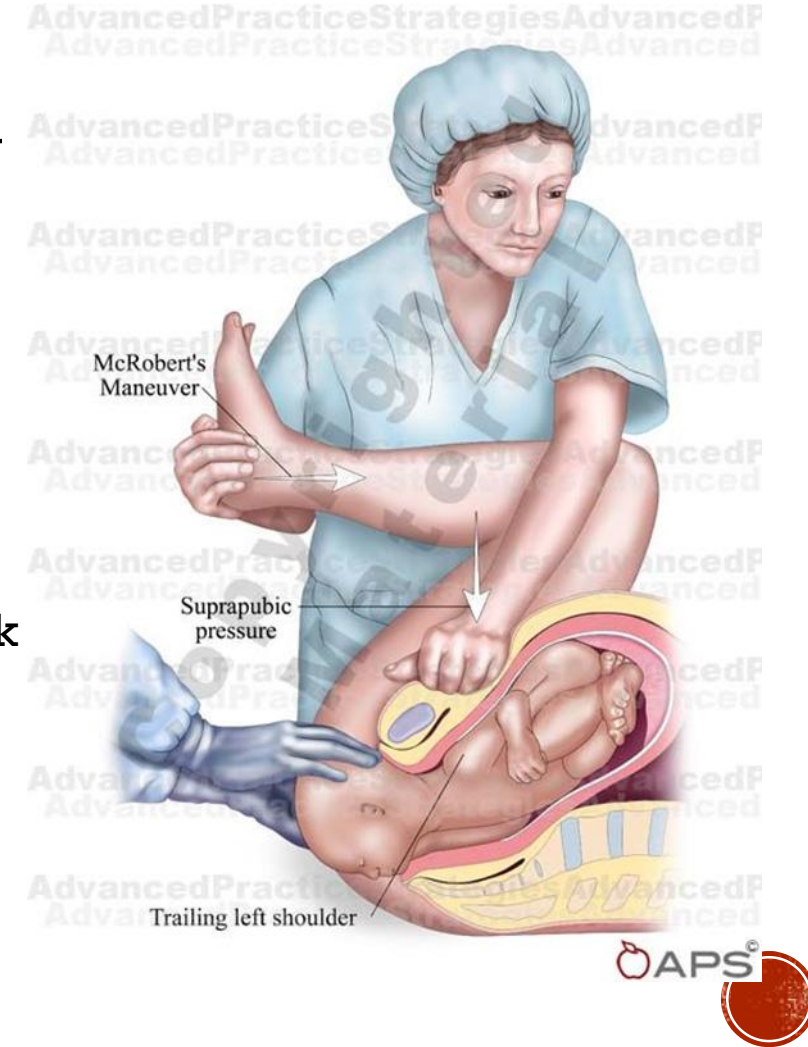
OMUZ DİSTOSİSİ

- Bebeğin başının doğumdan sonra omuzların pelvis çıkışında takılması
- tüm vajinal doğumların %1.4
- Tipik olarak ön taraftaki omuz pubik symphysisin arkasında takılı kalır, bebeğin geri kalan vücut kısmının doğumunu gecikir
- **Risk faktörleri;**
 - Makrozomi, postmatürite, eritroblastozis fetalis
 - daha önceden geçirilmiş omuz distozisi
 - maternal diyabet, obezite
- **Komplikasyonları;**
 - Travmatik fetal brakial pleksus hasarı
 - Klavikula fraktürü
 - umbilikal kordon basısı
 - fetal hipoksi, hipoksik beyin hasarı



OMUZ DİSTOSİSİ

- Omuz distozisi durumunda hekim baş yerine ön omuzun çıkarılması üzerine yoğunlaşmalıdır.
- Anne ileri litotomi pozisyonuna getirilir ve ayakların aşırı fleksiyonu gerçekleştirilir. (**Mc-Roberts manevrası**)
- Bir asistan ön omuzu symphysis pubisten ayırabilmek için suprapubik baskı uygular. Hiçbir zaman fundusa baskı yapılmamalıdır. Çünkü, böyle bir uygulama omuzun pelvik çıkıntıda daha da sıkışmasına neden olacaktır.



OMUZ DISTOSISI

HELPER Mnemonic for Shoulder Dystocia

Help—obstetrics, neonatology, anesthesia

Episiotomy—generous, possibly even episiotomy

Legs flexed—McRoberts' maneuver

Pressure—suprapubic pressure, shoulder pressure

Enter vagina—Rubin's maneuver or Wood's maneuver

Remove posterior arm—Splint, sweep, grasp, and pull to extension.



MATERNAL KOMPLİKASYONLAR

POSTPARTUM HEMORAJİ

- 500 ml den fazla kan kaybı
- obstetrik ölümlerde %25
- annede şok belirtileri geç ortaya çıkabilir.

Nedenleri; uterin atoni, lacerasyonlar sx vaginal, plasental doku kalıntısı, kolagulopatiler



POSTPARTUM HEMORAJİ

- **Atoni** → masaj, uterotonik ajanlar, ergot alkaloidleri, prostoglandinler
- **Travma** → tamir, evre 3(anal sfinktere uzanım)- evre 4(rektal mukozaya uzanım) ameliyathanede
- **Plasenta kalıntısı** → usg, kalıntı dokunun çıkarılması
- **Koagülopati** → DIC??? (sebebi? Plasenta dekolmanı, eklapsi, amniyotik sıvı embolisi, postpartum enfeksiyon, agresif sıvı resusitasyonuna bağlı koagülasyon faktörlerinin dilüsyonu, ölü fetal doku ve kalıntı dokuların içerdiği aşırı tromboplastinin DIC'i presipite etmesi)
- Hemodinamik stabilizasyon, uygun kan ve kan ürünleri transfüzyonu



UTERİN İNVERSİYON

- Doğumun 4. evresinde gerçekleşebilir , hayatı tehdit edici, ciddi postpartum hemoraji nedeni
- Nadir, ancak maternal mortalite %15 !
- Zorlu doğumlarda, distosilerde aşırı zorlanmaya bağlı uterus asıcı bağlarının kopması ya da kordun aşırı güç uygulanarak çekilmesi sonucu uterusun ters dönerek vagenden dışarı çıkması
- **Risk faktörleri:** doğum esnasında fundusa aşırı baskı uygulanması, umblikal kordun kuvetli traksiyonu, plasenta akreata, antepartum dönemde magnezyum sülfat kullanımı (aşırı gevşettiği için atonide de risk fak mag)
- **Klinik:** ani şiddetli karın ağrısı, muayenede abdominal hassasiyet ve uterin korpusun palpe edilmemesi, servikal açıklıktan ya da intoitus fıtıklaşmanın görülmesi
- **Yönetim:** derhal normal anatomik pozisyona getirilmeli, plasenta ayrılmadıysa uterus eski haline getirilmeden çıkarılmamalı, uterotonik ajanlar hemen kesilmeli, sedasyon



TEŞEKKÜRLER

