

Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi

Gebelik ve Doğumda
Komplikasyonların Yönetimi:

Ebeler ve doktorlar için bir kılavuz



WHO



UNFPA



UNICEF



World Bank

WHO

UNFPA

UNICEF

World bank



Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı

Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi

Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi:

Ebeler ve doktorlar için bir kılavuz



Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı
Aile ve Toplum Sağlığı
Dünya Sağlık Örgütü, Geneva, 2003

WHO Kütüphanesi Yayın Kataloglama Bilgisi

Gebelik ve doğumda komplikasyonların yönetimi: ebeler ve doktorlar için bir kılavuz

Başlığın başında: Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi

1. Gebelik komplikasyonları- tanı 2. Gebelik Komplikasyonları- tedavi 3. Eylem, Obstetrik 4. Doğum, Obstetrik 5. El Kitapları I. Dünya Sağlık Örgütü

ISBN 92 4 154587 9

(NLM sınıflaması: WQ 240)

© Dünya Sağlık Örgütü 2003

Tüm hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü' nün yayınları Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, İsviçre (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int) adresinden edinilebilir. WHO yayınlarını satış veya ticari olmayan dağıtım için çoğaltmak veya çevirmek için izin istemleri şu adrese yapılmalıdır: Publications, yukarıdaki adres (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

Bu yayında kullanılan tasarımlar ve materyalin sunumu Dünya Sağlık Örgütü tarafından, hiç bir ülkenin, bölgenin, şehrin veya alanın veya yetkililerinin legal durumunu ilgilendiren veya onların sınırlarını belirlemeyi düşünen herhangi bir düşüncenin açıklanmasına işaret etmemektedir. Tam uzlaşma henüz olmayabileceği için haritalardaki noktalı çizgiler yaklaşık kenar çizgilerini temsil etmektedir.

Özel şirketlerden veya belirli imalatçıların ürünlerinden bahsedilmesi onların bahsedilmemiş benzerlerinin yerine Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylandığına veya önerildiğine işaret etmez. Hatalar ve eksiklikler kabul edilir, ticari ürünlerin isimlerinin ilk harfleri büyük harflerle belirtilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü bu yayındaki bilginin tam ve doğru olduğunu garanti etmez ve bu bilgilerin kullanımının sonucu olarak ortaya çıkacak zararlardan sorumlu olmayacaktır.

Hindistan'da basılmıştır& ciltlenmiştir

TEŞEKKÜRLER

Major katkıda bulunanlar: Matthews Mathai
Harshad Sanghvi
Richard J. Guidotti

Katkıda bulunanlar: Fredrik Broekhuizen
Beverley Chalmers
Robert Johnson
Anne Foster- Rosales
Jeffrey M. Smith
Jelka Zupan

Basım: Melissa McCormick

Basım yardımcılığı: Ann Blouse
David Bramley
Kathleen Hines
Georgeanna Murgatroyd
Elizabeth Oliveras

Sanatçı: Mary Jane Orley

Kapak tasarımı: Máire Ní Mhearáin

Sunum: Deborah Brigade

Orjinal çalışmasıyla bu el kitabının fikrinin esin kaynağı olan George Povey' in özel katkısına minnettarlıkla teşekkür ederiz.

Eleştirmenler:

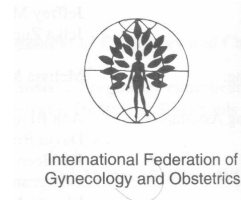
Sabaratnam Arulkumaran
Ann Davenport
Michael Dobson
Jean Emmanuel
Susheela Engelbrecht
Miguel Espinoza
Petra ten Hoop-Bender

Monir Islam
Barbara Kinzie
Andre Lalonde
Jerker Liljestr nd
Enriquito Lu
Florence Mirembe
Glen Mola

Zahida Qureshi
Allan Rosenfield
Abdul Bari Saifuddin
Willibrord Shasha
Betty Sweet
Paul Van Look
Patrice White

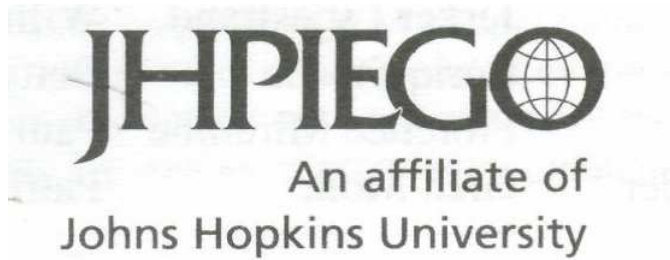
Bu kılavuz WHO, UNFPA, UNICEF VE Dünya Bankası arasındaki, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yönelik bir yaklaşımın ana noktalarının belirlenmesi için, ortak anlaşmayı temsil eder. Bu kurumlar maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılması çalışmalarında yakın işbirliği yaparlar. Her kurumun prensipleri ve politikaları her kurumun yönetim kısmının konuyla ilgili kararlarınca yönetilir ve her kurum bu prensiplerin ve politikaların gereğince ve gerektirdiğince bu kaynakta açıklanan eylemleri yerine getirir.

Bu kılavuz aynı zamanda Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu ve Uluslararası Ebeler Konfederasyonu tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır.



Bu kaynağın hazırlanması ve oluşturulması için parasal destek sağlayan Avustralya, Hollanda, İsveç Hükümetlerine, Büyük Britanya' nın Birleşik Krallığı ve Kuzey İrlanda' ya ve Amerika Birleşik Devletlerine minnettarlıkla teşekkür ederiz.

WHO; JHPIEGO' nun Üreme Sağlığında Eğitim ve Maternal ve Neonatal Sağlık Programları bölümü çalışanlarınca sağlanan teknik ve editoryal yardıma minnettarlıkla teşekkür eder. Finans desteği; Office of Population, Bureau for Global Health, United States Agency for International Development (USAID) ödül no: HRN-A-00-98-00041-00 adı altında ve Office of Health, Infectious Diseases and Nutrition, Bureau for Global Health, USAID, ödül no: HRN-A-00-98-00043-00 adı altında; tarafından sağlanmıştır. Burada açıklanan düşünceler yazarların düşünceleridir ve U.S. Agency for International Development (USAID) kurumunun görüşlerini yansıtmak zorunda değildir.



İÇİNDEKİLER

İkinci basımın önsözü	iii
Önsöz	v
Giriş	vii
El kitabını nasıl kullanmalı	ix
Kısaltmalar	xi
Tanıların listesi	xiii

BÖLÜM 1: KLİNİK PRENSİPLER

Hızlı ilk değerlendirme	K-1
Kadınlarla ve aileleriyle konuşma	K-5
Duygusal ve psikolojik destek	K-7
Aciller	K-15
Genel bakım prensipleri	K-17
Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının klinik kullanımı	K-23
Antibiyotik tedavisi	K-35
Anestezi ve analjezi	K-37
Operatif bakım prensipleri	K-47
Normal eylem ve doğum	K-57
Yenidoğan bakım prensipleri	K-77
Sağlık çalışanı ve toplum ilişkileri	K-79

BÖLÜM 2: SEMPTOMLAR

Şok	S-1
Erken gebelikte vajinal kanama	S-7
Geç gebelikte ve doğum eyleminde vajinal kanama	S-17
Doğumdan sonra vajinal kanama	S-25
Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı	S-35
Eylemin tatminkar olmayan ilerleyişi	S-57
Malpozisyonlar ve malprezentasyonlar	S-69
Omuz distosisi	S-83
Aşırı distande uterus ile doğum eylemi	S-87
Skarlı uterus ile doğum eylemi	S-93
Eylemde fetal distres	S-95
Kordon sarkması	S-97
Gebelikte ve doğum eyleminde ateş	S-99
Doğumdan sonra ateş	S-107
Erken gebelikte karın ağrısı	S-115
Geç gebelikte ve doğumdan sonra karın ağrısı	S-119
Nefes darlığı	S-125
Fetal hareketlerin kaybı	S-131

Membranların eylemden önce yırtılması	S-135
Acil yenidoğan durumları ve problemleri	S-141

BÖLÜM 3: PROSEDÜRLER

Paraservikal blok	P-1
Pudental blok	P-3
Sezaryan seksiyon için lokal anestezi	P-7
Spinal (subaraknoid) anestezi	P-11
Ketamin	P-13
External versiyon	P-15
Eylemin indüksiyon ve augmentasyonu	P-17
Vakumla Ekstraksiyon	P-27
Forsepsle doğum	P-33
Makat doğum	P-37
Sezaryan seksiyon	P-43
Simfizyotomi	P-53
Kranyotomi ve kranyosentez	P-57
Dilatasyon ve küretaj	P-61
Manuel vakum aspirasyon	P-65
Kuldosentez ve kolpotomi	P-69
Epizyotomi	P-71
Plasentanın elle ayrılması	P-77
Servikal yırtıkların onarılması	P-81
Vajinal ve perineal yırtıkların onarılması	P-83
Uterin inversiyonun düzeltilmesi	P-91
Ruptüre uterusun onarılması	P-95
Uterin arter ve uteroovaryan arter ligasyonu	P-99
Postpartum histerektomi	P-103
Ektopik gebelik için salpenjektomi	P-109

BÖLÜM 4: EKLER

Gebelik ve doğumdaki komplikasyonların yönetiminde gerekli ilaçlar	E-1
Index	E-3

İKİNCİ BASKININ ÖNSÖZÜ

iii

Gebelikte ve Doğumdaki Komplikasyonların Yönetimi el kitabı resmen Washington DC' de Mayıs 2001' de 'Sağlıklı kadınlar: Sağlıklı Dünya' Global Sağlık Konseyi konferansında gösterilmiştir. O zamandan beri el kitabı ebe ve tıp okullarına, 40' tan fazla ülkede Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu ve Maternal ve Neonatal Sağlık Programı gibi bir çok organizasyonun ortak çabalarıyla kişilere ve programlara dağıtılmıştır. El kitabı ayrıca Fransızca, Laosça, Mandarin, Moğolca, İspanyolca ve Vietnam dillerine çevrilmiştir.

El kitabının ek kopyalarına olan acil ve şaşırtıcı ihtiyaç nedeniyle ikinci baskı gerekiyordu. Tüm dünyadaki kişiler ve gruplardan alınan tepkilere dayanarak kullanılan kelimelerin berraklaşması ve düzeltmeleri (gramer ve grafiksel) içeren minör revizyonlar yapıldı ve bazı şekiller anlamlarını daha açık hale getirmek için hafifçe değiştirildi. El kitabı gelecekte bu alandaki yeni kanıtlar ve geribildirimlere dayanarak ikinci basım için daha kapsamlı bir revizyona uğrayacaktır.

Bu el kitabının ilk baskısı çok popüler olmuştur ki halen Fransızca, İspanyolca ve Rusça'ya çevrilmiştir. Arapça ve Çince versiyonları da hazırlık aşamasındadır. El kitabına aynı zamanda WHO' nun web sitesinde de erişilebilir: www.who.int/reproductive-health

Bazı ülkeler ve profesyonel örgütler el kitabını kendi durumlarına uyacak şekilde değiştirmişlerdir ve bu tüm dünyada büyük sayıdaki kliniklerdeki bakım kalitesini geliştirecektir.

Kullanıcılar yorum ve söyleyecek sözlerini aşağıda belirtilen kişiye gönderebilirler.

Dr Luc de Bernis
Department of Reproductive Health and Research
World Health Organization
Geneva
Switzerland

Güvenli Annelik İnisiyatifi' nin desteğiyle, WHO Gebeliği Daha Güvenli Hale Getirme Stratejisi maternal ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için sağlık sektörünün katılımına dikkat çeker.

Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi (GDEY) burada belirtilen stratejinin teknik komponentidir ve temelde aşağıdakilere işaret eder:

- yerel olarak uyarlanmış kılavuzlarla ve gebelik ve doğum yönetiminin sağlık bakım sisteminde farklı seviyelerdeki yönetiminin standartları yoluyla sağlık çalışanlarının yeteneklerini geliştirmek;
- gebe kadınların ve onların yeni doğmuş bebeklerinin ihtiyaçlarına sağlık bakım sisteminin cevap verebilmesini geliştirmek için yapılacak eylemler ve uygun personel, lojistik, kaynaklar ve ekipmanı tedarik ederek sağlık servislerinin bölgesel yönetimini geliştirmek;
- sağlık eğitimi ve aile ve toplumun gebelik ve doğumla ilişkili tavır ve uygulamalarını geliştiren aktivitelerin teşviki.

Bu el kitabı ve preterm ve hasta yenidoğanların yönetimi için olana bir benzeri bölge hastanelerinde çalışan ebeler ve doktorlar için yazılmıştır. Bu el kitabı esas olarak birincil sağlık bakım seviyesi için hazırlanmış olan Gebelik ve Doğum için Temel Bakım Uygulama Kılavuzu' nu tamamlar ve onunla ilişkilidir. Bu el kitapları beraberce gebe kadınların ve yenidoğanların tüm seviyelerdeki bakımlarında sağlık çalışanlarına kılavuzluk sağlayacaktır.

Bu el kitaplarındaki açıklanmış olan girişimler en son erişilebilmiş bilimsel kanıtlara dayandırılmıştır. Temel klinik pratiğin standardı kanıta dayalı tıp olduğundan dolayı yeni bilgilere erişildikçe bu elkitabının geliştirilmesi planlanmıştır.

Bu el kitabının hasta yararına kullanılacağı ve her ne zaman bir ebe veya doktor bir obstetrik acil ile karşılaşırsa elinin altında hazır bulunması umut edilmiştir.

Birçok gebelik ve doğum olaysız geçse de tüm gebelikler risk altındadır. Tüm gebe kadınların % 15 kadarı profesyonel bakım gerektiren, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyon geliştirirler ve bazıları yaşamak için major obstetrik bir girişime gerek duyacaklardır. Bu el kitabı; gebeliğinde komplikasyonlar gelişen kadınların bakımından, doğumdan veya erken postpartum dönemden ve yenidoğanın erken problemlerinden sorumlu olan bölge hastanelerinde çalışan ebeler ve doktorlar için yazılmıştır.

Ebelerin ve doktorların kurumlarda kadınlara sağladığı bakıma ek olarak onlar aynı zamanda şunlarla benzersiz bir ilişki ve role sahiptir:

- yardımcı ve çok amaçlı sağlık çalışanlarını da içeren, bölge sağlık sistemindeki sağlık bakımı sağlayıcıları topluluğu;
- hastaların aile üyeleri;
- toplum liderleri;
- özel ihtiyaçları olan topluluklar (örn. Adölesanlar, HIV/ AIDS' li kadınlar).

Ebeler ve doktorlar:

- tüm bölge sağlık servislerinin geliştirilmesi için olan aktiviteleri desteklerler;
- etkili ve tutarlı sevk sistemleri için çaba gösterirler;
- sağlık bakım servislerinin kalitesini yansıtırlar;
- sağlıkla ilgili durumlarda toplumun katılımını tavsiye ederler.

Bir bölge hastanesi; operatif doğum ve kan transfüzyonu dahil kaliteli servisleri sağlama yeteneği olan bir kurum olarak tanımlanır. Bu el kitabındaki prosedürlerin çoğu özellikli ekipman ve özel olarak eğitilmiş sağlık çalışanları gerektirmesine rağmen, hayat- kurtarıcı açıklanmış prosedürlerin çoğu aynı zamanda sağlık merkezlerinde de uygulanabileceği belirtilmelidir.

Hayatı tehdit eden obstetrik bir komplikasyonla başvuran bir kadın erken tanı ve tedavi gerektiren acil bir durum içindedir. Bu nedenle, bu el kitabının ana kısmı **semptom** başlığı altında düzenlenmiştir (örn. erken gebelikte vajinal kanama). Çünkü bu semptom- bazlı yaklaşım hastalığa göre düzenlenen bir çok medikal yazıdan farklıdır, tanılarının bir listesi ilişkili tanı tablosunun sayfa numarası ile birlikte verilmiştir.

El kitabının teması hızlı değerlendirme ve karar verme üzerinedir. Klinik eylem basamakları, laboratuvar ve diğer testlere sınırlı bağlılıkla klinik değerlendirmeye göre tasarlanmıştır ve çoğu değişik klinik şartlarda mümkündür (örn. bölge hastanesi veya sağlık merkezi).

Bölüm 1 gebelik ve doğumdaki komplikasyonların yönetimindeki **klirik prensipleri** vurgular ve sağlık çalışanının kadının durumunu hızlıca değerlendirmesi ve uygun tedaviyi başlatması için kullanabileceği bir tablo ile başlar. Bu bölüm; acil, genel ve obstetrik bakım, enfeksiyon önlemeyi içerecek şekilde, kan ve replasman sıvılarının kullanımını, antibiyotikler ve anestezi ve analjezinin genel prensiplerini içerir. Sağlık çalışanının normal gidişat ile komplikasyonu ayırabilmesi için ihtiyacı olan bilgiyi sağlamak için normal doğum eyleminin ve doğumun partograf ve üçüncü evrenin aktif yönetimini içerecek şekilde bir açıklaması bu bölümde yer almaktadır. Aynı zamanda normal yenidoğanın ilk bakımı ile ilgili yol gösterilmektedir. Bölüm 1 aynı zamanda kadına ve onun ailesine duygusal destek sağlama üzerine olan bilgiyi de içerir ve sağlık çalışanları ile diğer sağlıkçılar arasındaki ilişkinin önemini vurgular.

Bölüm 2 gebelik ve doğumda komplikasyonu olan kadınların ortaya koyduğu **semptomları** açıklar. Semptomlar mortalite ve morbiditenin major sebeplerini yansıtır. Her semptom için genel, ilk yönetim ifadesi verilmiştir. Ardından tanı tabloları semptoma sebep olan tanıyı koymaya yardımcı olmaktadır. Bu spesifik tanı için basitleştirilmiş tedavi protokolleri bunu takip eder. Tedavi için birkaç seçenek olduğu zaman en etkili ve ucuz olanı seçilmiştir. Ayrıca bu bölümde yenidoğanın erken (ilk 24 saat içindeki) durumları veya problemlerinin yönetimi ile ilgili bilgi de bulunmaktadır.

Bölüm 3 durumun yönetimi için gerekli olan **prosedürleri** açıklar. Bu prosedürler detaylı " nasıl yapılır " direktiflerinden ziyade her prosedürle ilgili temel basamakların bir özeti olarak sunulmuştur. Genel operatif bakım prensipleri Bölüm 1' de özetlendiği için prosedüre spesifik gerekli bakım olmadıkça (örn. ketamin anestezisi için postprosedür bakım), bunlar her prosedür için tekrarlanmamıştır. İlaçlar ve dozajları, birçok değişik anestezi seçenekleri (örn. lokal anestezi altında güvenli sezaryan seksiyosu) ve güvenli, etkili ve ucuz teknikler (örn. uterusun tek tabaka kapatılması) ile ilgili açık bir rehberlik sağlanmıştır.

Bölüm 4 **gerekli ilaçların** bir listesi ve **indexi** içerir. Index acil bir durumda konuyla ilgili önemli materyali çabuk bir şekilde bulabilecek şekilde kullanılacak şekilde düzenlenmiştir. Tanı, tedavi ve bir prosedür için olan basamakları içeren en kritik bilgiler ilk olarak ve koyu harflerle yazılıp listelenmiştir. Konuyla ilgili önemli diğer girişler

alfabetik sıraya göre sıralanmıŐtır. Kelime veya ibareyi içeren her sayfanın listelenmesinden ziyade kritik veya konuyla ilgili önemli bilgileri içeren sayfalar indexe alınmıŐtır.

KISALTMALAR

xi

AIDS	Kazanılmış immün yetmezlik sendromu
APK	Antepartum kanama
KB	Kan basıncı
HİV	İnsan immün yetmezlik virüsü
İM	İntramuskuler
EÖ	Enfeksiyon önleme
RIA	Rahim içi araç
İV	İntravenöz
PIH	Pelvik inflamatuvar hastalık
PPK	Postpartum kanama
SGE	Seksüel geçişli enfeksiyon

dL	desilitre
g	gram
kg	kilogram
L	litre
mkg	mikrogram
mg	miligram
mL	mililitre

TANILARIN LİSTESİ

xiii

Normal eylem ve doğum	K-57	Çoğul gebelik	S-87
Şok	S-1	Tıkanmış eylem	S-57
		Oksiput posterior pozisyon	S-72
Anormal fetal kalp atımı	S-95	Oksiput transvers pozisyon	S-72
Düşük	S-8	Ovaryan kistler	S-116
Plasenta dekolmanı	S-18	Pelvik abse	S-108
Akut pyelonefrit	S-100	Peritonit	S-108
Amniyonit	S-136	Plasenta previa	S-18
Anemi, ciddi	S-126	Pnömoni	S-126
Apandisit	S-116	Pre- eklampsi, hafif veya	
Atonik uterus	S-27	ciddi	S-38
Meme enfeksiyonu	S-108	Gebeliğin indüklediği	
Meme angorjmanı	S-108	hipertansiyon	S-38
Makat prezentasyonu	S-74	Membranların eylem öncesi	
Bronşial astım	S-126	ruptürü	S-136
Alın presentasyonu	S-73	Preterm eylem	S-120
Sefalopelvik uygunsuzluk	S-57	Kordon sarkması	S-97
Kronik hipertansiyon	S-38	Uzamış latent faz	S-57
Koagülopati	S-19	Uzamış itici faz	S-57
Birleşik prezentasyon	S-74	Plasenta retansiyonu veya	
Sistit	S-100	plasental fragmanlar	S-27
Eklampsi	S-38	Uterus ruptürü	S-18
Ektopik gebelik	S-8	Skarlı uterus	S-93
Ensefalit	S-39	Omuz prezentasyonu	S-75
Epilepsi	S-39	Omuz distosisi	S-83
Aşırı amniyotik sıvı	S-87	Serviks ve vajinanın yırtıkları	S-27
Yüz prezentasyonu	S-73	Tetanoz	S-38
Yanlış eylem	S-57	Transvers duruş	S-75
Fetal ölüm	S-132		
Kanama, antepartum	S-17		
Kanama, postpartum	S-27		
Kalp yetmezliği	S-126		
Uygunsuz uterin aktivite	S-57		
Yara enfeksiyonu	S-108		
Uterus inversiyonu	S-27		
İri bebek	S-87		
Sıtma, ciddi/ komplike	S-39		
Sıtma, ankomplike	S-100		
Mekonyum	S-95		
Menenjit	S-39		
Metrit	S-108		
Migren	S-39		
Mol febelik	S-8		

BÖLÜM 1
KLİNİK PRENSİPLER

HIZLI İLK DEĞERLENDİRME

K-1

Çocuk doğurma yaşındaki bir kadın bir problem ile başvurduğunda hastalığının derecesini belirlemek için durumunu hızlıca değerlendirin.

TABLO K-1 Hızlı ilk değerlendirme^a

Değerlendir	Tehlike bulguları	Düşün
Havayolu ve nefes alma	BAK: <ul style="list-style-type: none">• Siyanoz(mavilik)• Respiratuar distres MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none">• Deri: soluk• Akciğerler: vizing veya raller	<ul style="list-style-type: none">• Ciddi anemi• Kalp yetmezliği• Pnömoni• Astım Gör nefes almada zorluk, sayfa S-125
Dolaşım	MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none">• Deri: soğuk ve nemli• Nabız: hızlı (110 veya daha fazla) ve zayıf• Kan basıncı: düşük (sistolik 90 mmHg'nin altında)	Şok, sayfa S-1
Vajinal kanama	SOR: <ul style="list-style-type: none">• Gebe mi, gebeliğin uzunluğu• Yeni mi doğum yapmış• Plasenta ayrılmış mı MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none">• Vulva: kanamanın miktarı, plasenta retansiyonu, bariz yırtıklar• Uterus: atoni• Mesane: dolu BU EVREDE VAJİNAL MUAYENE YAPMAYIN	<ul style="list-style-type: none">• Düşük• Ektopik gebelik• Mol gebeliği• Gör Erken gebelikte vajinal kanama, sayfa S-7 <ul style="list-style-type: none">• Plasenta dekolmanı• Uterus ruptürü• Plasenta previa• Gör Geç gebelikte ve doğum eyleminde vajinal kanama, sayfa S-17 <ul style="list-style-type: none">• Atonik uterus• Serviks ve vajina yırtıkları• Plasenta retansiyonu• Uterus inversiyonu• Gör Doğumdan sonra vajinal kanama, sayfa S-25
Bilinçsiz veya konvülsiyon geçirme	SOR: <ul style="list-style-type: none">• Gebe mi, gebeliğin uzunluğu MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none">• Kan basıncı: yüksek (diastolik 90 mmHg veya daha fazla)• Ateş: 38°C veya daha fazla	<ul style="list-style-type: none">• Eklampsi• Sıtma• epilepsi• tetanoz Gör Konvülsiyonlar veya bilinçsizlik, sayfa S-35

^a Bu liste bir kadının gebelikte veya lohusalıkta karşılaşılabileceği tüm muhtemel problemleri

içermemektedir. Kadını büyük maternal mortalite ve morbidite riskine sokan bu problemleri tanımak gereklidir.

TABLO K-1 Devam

Hızlı ilk değerlendirme

Değerlendir	Tehlike bulguları	Düşün
Tehlikeli ateş	SOR: <ul style="list-style-type: none"> • zayıf mı, letarjik mi • sık, ağrılı işeme MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none"> • ateş: 38°C veya daha fazla • bilinçsiz • boyun: sert • akciğerler: nefes daralması, konsolidasyon • karın: ciddi hassasiyet • memeler: hassas 	<ul style="list-style-type: none"> • idrar yolu enfeksiyonu • sıtma Gör Gebelikte ve doğum eyleminde ateş, Sayfa S-99 <ul style="list-style-type: none"> • metrit • pelvik abse • peritonit • meme enfeksiyonu Gör Doğumdan sonra ateş, sayfa S-107 <ul style="list-style-type: none"> • düşük komplikasyonları Gör Erken gebelikte vajinal kanama, sayfa S-7 <ul style="list-style-type: none"> • zatürre Gör Nefes almada zorluk, sayfa S-125
Karın ağrısı	SOR: <ul style="list-style-type: none"> • Gebe mi, gebeliğin uzunluğu MUAYENE ET: <ul style="list-style-type: none"> • Kan basıncı: düşük (sistolik 90 mmHg' den düşük) • Nabız: hızlı (110 veya daha fazla) • Ateş: 38°C veya daha fazla • Uterus: gebeliğin durumu 	<ul style="list-style-type: none"> • Over kisti • Apandisit • Ektopik gebelik Gör Erken gebelikte karın ağrısı, sayfa S-115 <ul style="list-style-type: none"> • Muhtemel term veya preterm eylem • Amniyonit • Plasenta dekolmanı • Uterus ruptürü Gör Geç gebelik ve doğumdan sonra karın ağrısı, sayfa S-119

Aşağıdaki bulgulardan herhangi birine sahip ise kadının **yakın ilgiye** ihtiyacı vardır:

- Elle anlaşılan kontraksiyonlarla beraber kanla boyanmış mukus akışı (nişan)
- Membranların ruptürü
- Solukluk;

- Zayıflık
- Baygınlık
- Ciddi baş ağrıları
- Bulanık görme
- Kusma
- Ateş
- Solunum sıkıntısı

Kadını kuyruğun önüne gönderin ve hemen tedavi edin.

HIZLI BİR İLK DEĞERLENDİRME ŞEMASI UYGULAMAK

Tedavinin hızlı başlanması spesifik problemin çabuk tanınması ve hızlı davranmayı gerektirir. Bu şu şekilde yapılabilir:

- Servise obstetrik bir acille veya gebelik komplikasyonu ile bir kadın geldiğinde veya servise bir kadının sevk edildiği öğrenildiğinde tüm çalışanları - sekreterler, güvenlik personeli, kapı görevlileri, santral operatörleri- işbirliği içinde çalışmak için eğitmek;
- Çalışanların her konuda hazır olduklarından emin olmak için klinik veya acil tatbikatlar düzenlenmeli;
- Girişlerin kapalı olmadığından (anahtarların var) ekipmanın düzgün çalıştığından (günlük kontroller) ve personelin onları kullanma konusunda uygun eğitim aldığından emin olmak;
- Gerçek bir acili tanıma açısından normlar ve protokollere sahip olmak (ve onları nasıl kullanacağını bilmek) ve hemen nasıl davranılacağını bilmek;
- Bekleme odasında bekleyen kadınlardan hangisinin- rutin konsültasyonlar için bekleyenler dahil- sağlık çalışanı tarafından hemen ve çabuk ilgiye ihtiyacı olduğunu açıkça belirlemek ve onu ön sıraya almak (doğum eylemindeki veya **Tablo K-1'** deki belirtilmiş problemlere sahip olan herhangi bir gebe kadının hemen bir sağlık çalışanı tarafından görülmesi gerektiğini kabul ederek);
- Acil bir durumla gelen kadınlardan hangilerinin ödemedi muaf tutulacağını belirleyen şemalarda anlaşmak, en azından geçici olarak gelen kadınların (yerel sağlık şemaları, sağlık komitesi acil fonları).

KADINLAR VE AİLELERİ İLE KONUŞMA

K-5

Gebelik tipik olarak eğlenceli ve iyi beklentiler ile dolu bir süreçtir. Bunun yanında anksiyete ve kaygılarla dolu bir süreç de olabilir. Bir kadın ve ailesi ile etkin konuşma, kadının özgüveninin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına olan güvenin oluşmasını sağlayabilir.

Komplikasyon gelişen kadınların sağlık hizmeti sağlayıcısı ile konuşmaları ve sorunlarını açıklayabilmelerinde güçlükler olabilir. Kadın ile saygılı bir şekilde konuşmak ve süreci kolaylaştırmak tüm sağlık ekibinin sorumluluğudur. Kadın üzerinde yoğunlaşmak, sağlık hizmeti sağlayıcısının ve ekibinin;

- kadının saygınlığına ve özel hayatına saygılı olmasını,
- kadının ihtiyaçlarına duyarlı olması ve karşılık vermesini,
- kadının ve ailesinin kendi sağlığı ile ilgili kararlarda muhakeme edici olmamasını gerektirir.

Bir kadının riskli davranışına veya tedaviyi geciktirebilecek kararlarına karşı çıkılması anlaşılabilir. Fakat kadının kararlarına karşı saygısız bir yaklaşım veya kadının kararı sonucu oluşabilecek medikal bir durumda kayıtsız kalmak kabul edilemez bir davranış şeklidir. Uygun düzeltici danışmanlığı, komplikasyon ile uğraşı sona erdikten sonra sağlayın; sorunun çözümü sırasında ya da öncesinde değil.

KADINLARIN HAKLARI

Sağlık hizmeti sağlayıcıları annelik bakım hizmetleri sunarken kadınların hakları ile ilgili bilgilere sahip olmalıdır;

- bakım alan her kadın kendi sağlığı ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir.
- her kadın kendini güvenli ve rahat hissedebileceği bir ortamda sorunlarını tartışma hakkına sahiptir.
- bir kadın (ve gerektiği durumlarda ailesi) uygulanacak tedavinin özelliğini bilmelidir.
- işlemler kadının mahremiyet hakkına uygun ortamlarda gerçekleştirilmelidir (örneğin doğum servisi gibi).
- bir kadın hizmet alırken mümkün olduğunca rahat hissettirmeye çalışılmalıdır.

- kadın aldığı hizmetler ile ilgili düşüncelerini belirtebilme hakkına sahiptir.

Bir sağlık hizmeti sağlayıcısı bir kadın ile gebelik veya bir komplikasyon ile ilgili konuşurken temel iletişim tekniklerini kullanmalıdır. Bu teknikler sağlık hizmeti sağlayıcısının kadın ile dürüst, sorun üstlenici ve sorumluluk içeren bir ilişki kurmasını sağlar. Bir kadın sağlık hizmeti sağlayıcısına güveniyorsa ve kendisi ile ilgilenildiğine yürekten inanıyorsa, doğum için aynı hizmet kurumuna dönmesi veya komplikasyon gelişmesi durumunda daha erken başvurması daha yüksek olasılık dahilindedir.

İLETİŞİM TEKNİKLERİ

Sakin ve sessiz bir şekilde konuşun ve kadını konuşulanan gizli kalacağına inandırın.

Herhangi bir kültürel veya dinsel inanışa karşı saygılı olun ve düşüncelerine değer verin.

Bunlara ek olarak bir sağlık hizmeti sağlayıcısı;

- kadını ve ailesini komplikasyonlar ve bunun etrafında oluşan durumlar ile ilgili dürüst ve tam olarak konuşmaları konusunda cesaretlendirmelidir.
- kadını ve ailesini söylemeleri gereken konularda dinlemeli ve mümkün olduğunca konuşmayı kesmeden düşüncelerini ifade etmede onları cesaretlendirmelidir.
- gerekiyorsa kapının kapatılması veya muayene masasının çevresindeki perdelerin çekilmesi suretiyle kadının mahremiyet hakkına saygı gösterdiğini vurgulamalıdır.
- kadının dinlenildiğine ve anlaşıldığına emin olmasını sağlamalıdır.
- baş sallama veya gülümseme gibi sözel olmayan destekleyici iletişim tekniklerini kullanmalıdır.
- kadının sorularına doğrudan, sakın ve güvenilir şekilde cevap vermelidir.
- mevcut durumun veya komplikasyonun yönetiminde adım adım neler yapılacağını açıklamalıdır.
- kadının doğru anladığından emin olmak için önemli noktaları tekrar etmesini istemelidir.

Bir kadın cerrahi bir işleme maruz kalacaksa yapılacak olan işlemin doğası, olası riskleri anlatılmalı ve kadına anksiyetisini azaltacak şekilde destek olunmalıdır. Yüksek derecede anksiyete sahibi olan kadınlar cerrahi sırasında ve iyileşme döneminde daha zor zaman geçirirler.

Bir acil sırasında emosyonel destek sağlama ile ilgili daha fazla bilgi için, gör sayfa K-7.

DUYGUSAL VE PSİKOLOJİK DESTEK

K-7

Acil durumlar sıklıkla tüm muhatapları için sıkıntı vericidir ve ciddi sonuçlara yol açabilecek duygulanım durumları doğurabilir.

DUYGUSAL VE PSİKOLOJİK REAKSİYONLAR

Ailenin herbir üyesinin acil bir durumda vereceği tepkiler değişik faktörlerce belirlenir:

- kadının evlilik durumu ve partneri ile ilişkisi;
- kadının/çiftin sosyal konumu ve kültürel ve dinsel pratik, inanışlar ve beklentiler;
- ilgili insanların kişilikleri ve sosyal, pratik ve duygusal desteğin kalitesi ve doğası;
- sorunun doğası, ciddiyeti ve prognozu ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesi.

Obstetrik acillerde ve ölümlerde karşılaşılan genel reaksiyonlar:

- red („bu gerçek olamaz“ düşüncesi);
- olası sorumluluğa karşı kendini suçlu hissetme;
- kızgınlık (genellikle sağlık hizmeti sağlayıcısı ve ekibine karşıdır fakat sıklıkla ebeveynlerin kendilerini başarısız olarak görme kızgınlıklarını maskeleyen içindir);
- umutlanmak (özellikle hasta bir süre yaşam ve ölüm arasında gidip gelmişse);
- uzun süreli olabilecek depresyon ve özsaygının yitimi;
- kayıp tecrübesi geçirmiş sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından pekiştirilebilen izolasyon (kendini başkalarından farklı ve ayrı görme);
- dezoryantasyon.

İletişim ve Desteğin Temel Prensipleri

Herbir acil durum kendine özgü ve farklıysa da, bazı genel prensipler bir rehber oluşturabilir.

Bu durumlarda belki de en önemli anahtar noktalar iletişim ve samimi empati kurmaktır.

OLAY SIRASINDA

- Stres altında olan kişileri dinle. Kadın/aile incinmelerini ve acılarını tartışma ihtiyacı hissedecektir.
- Konuyu değiştirmeyin ve konuşmayı daha basit ve az acılı konulara yönleltmeye çalışmayın. Empati gösterin.
- Kadına/aileye neler olup bittiği ile ilgili mümkün olduğunca daha çok bilgi verin. Durumu ve yönetimini anlamaları anksiyetelerini azaltacak ve bir sonraki basamakta neler olabileceği konusunda kendilerini hazırlamalarına olanak sağlayacaktır.
- Dürüst olun. Bilginizin olmadığı bir durumda bilgisiz olduğunuzu kabul etmekten çekinmeyin. Güveni sağlamak, bilgili görünmekten daha önemlidir.
- Lisan iletişim açısından sorun yaratıyorsa bir tercüman bulun.
- Sorunu sorumlu hemşire ekibi ve genç meslektaşlarınıza yönlendirmeyin.
- Kadının kararının yanında yer aldığınızı hissettirin ve eğer mümkünse doğum eylemi sırasında da aynı sağlık hizmeti sağlayıcısının kadının yanında olmasını sağlayın. Destekleyici yaklaşım kadının korkularına ve ağrısına dayanmasını sağlayacak ve yalnızlık hissini ve gerginliğini azaltacaktır.
- Mümkün olan durumlarda eşlerin hastanın bakımı sırasında aktif görev almasını sağlayın. Eşin doğum sırasında özellikle yatağın baş kısmında konumlanması ve kadının duygu durum değişikliklerini izlemesi ve desteği önemlidir.

Olaydan sonra

- Pratik yardım, bilgi ve duygusal destek verin.
- Geleneksel inanış ve adetlere saygılı olun ve mümkün olduğunca ailenin gereksinimlerine karşılık verin.
- Kadın/aile için danışmanlık sağlayın ve olaya ilişkin düşüncelerini açıklamalarına olanak verin.
- Anksiyete ve kendini suçlama duygularını azaltmak amacıyla sorunu açıklayın. Birçok kadın/aile olan bitenden kendilerini sorumlu tutarlar.
- Kadının duygularını kabullenişini ve düşüncelerini dinleyin ve anladığınızı gösterin. Sözel olmayan iletişim kelimelerden daha fazlasını ifade edebilir: bir elin sıkılması veya kaygı dolu bir bakış çok şey ifade edebilir.

- Bilgiyi birçok kez tekrarlayın ve mümkünse yazılı bilgilendirme verin. Acil bir durum yaşayan insanlar genellikle kendilerine anlatılanın çoğunu hatırlamayacaklardır.
- Obstetrik bir acil karşısında sağlık hizmeti sağlayıcıları kızgınlık, suçluluk, acı ve hüsrana duyguları nedeniyle aile ile karşılaşamayacak durumda olabilirler. Duyguları göstermek zayıflık belirtisi değildir.
- Suçluluk, keder, konfüzyon ve diğer duygu durum değişikliklerini yaşayan sağlık ekibi de unutulmamalıdır.

MATERNAL MORTALİTE VE MORBİDİTE

MATERNAL MORTALİTE

Bir kadının doğum sırasında veya gebeliğe bağlı bir neden ile ölümü aile ve yaşayan çocuk için perişan edici bir durumdur. Yukarıda bahsedilen ilkelere ek olarak şunlar da hatırlanmalıdır:

OLAY SIRASINDA

- Kadının uyanıklılık durumu devam ettiği veya bulanık da olsa anlayabildiği sürece psikolojik desteğe devam edin.
- Ölüm kaçınılmaz ise acil medikal destekten ise (artık boş bir çaba haline gelmiş) duygusal ve ruhsal rahatlık sağlamaya çalışın.
- Kadın bilinçsiz ve yeni ölmüş olsa bile tedavi boyunca saygınlığı elden bırakmayın.

OLAYDAN SONRA

- Kadının partneri ve ailesi ile birlikte olmasını sağlayın.
- Cenaze işlemleri için ailenin gerekli düzenlemeleri yapmasına mümkün olduğunca olanak sağlayın ve gerekli evrakların sağlandığından emin olun.
- Ne olup bittiğini açıklayın ve her soruyu cevaplayın. Aileye, tekrar ek soruları varsa, sormaları için öneride bulunun.

CİDDİ MATERNAL MORBİDİTE

Doğum bazen kadında ciddi psikolojik veya fiziksel hasar bırakabilir.

OLAY SIRASINDA

- Özellikle de kültürel olarak uygunsuzsa, kadının ve ailenin mümkün olduğunca doğumun aşamalarına katılmalarını sağlayın.
- Mümkünse sağlık ekibinden bir üyenin kadının ve eşinin duygusal ve bilgilendirilme yönünden desteğinin sağlanmasına çalışın.

OLAYDAN SONRA

- Kadın ve yakınlarının anlayacağı şekilde mevcut durumu ve uygulanan tedaviyi açık şekilde tanımlayın.
- Tedavi düzenlemelerini ve gerekli durumda sevk olanaklarını ayarlayın.
- İlerlemelerin izlenmesi için takip vizitlerini ayarlayın ve olası seçenekleri tartışın.

NEONATAL MORTALİTE VE MORBİDİTE

Obstetrik acil durumlarında kadın için uygulanacak duygusal destek ilkeleri yanında, bebeği ölen veya ağır anomali ile doğan kadınlar için bazı özel durumlar göz önünde bulundurulur.

İNTRAUTERİN ÖLÜM VEYA ÖLÜ DOĞUM

Bebeğinin ölümüne kadının vereceği tepkileri belirleyen birçok faktör vardır. Bunlar yukarıda tanımlananlara ek olarak şunları içerir:

- kadının önceki obstetrik ve yaşam öyküsü;
- bebeğin ne kadar çok istendiği;
- doğumu ve bebeğin kaybını çevreleyen olaylar;
- daha önce ölüm durumlarındaki deneyimleri.

Olay sırasında

- Kadının olayla başetmesini sağlama amaçlı sedasyon yapmaktan sakının. Sedasyon ölümü kabullenmeyi geciktirerek, duygusal iyileşme dönemi olan ileri zamanlarda daha fazla zorluğa neden olacaktır.
- Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, bebek için sarfettikleri çabayı ebeveynlerin görmesine imkan sağlayın.
- Ebeveynleri, yas sürecini kolaylaştırma amacıyla, bebeği görmeleri ve dokunmaları konusunda cesaretlendirin.

- Ebeveynleri önceden bebeğin istenmeyen görünümü açısından hazırlayın (kırmızı, buruşuk, parşomen benzeri deri gibi). Eğer gerekliyse bebeği ilk anda mümkün olduğunca normal görünmesi için sarın.
- Anne ve bebeği çok erken ayırmaktan kaçının (kadın kendisinin buna hazır olduğunu belirtmeden), çünkü bu yas sürecini olumsuz etkileyebilir.

OLAYDAN SONRA

- Kadın/ailenin bebek ile zaman geçirmesine imkan verin. Ölüdoğum olsa bile ebeveynler bebeklerini bilmek isterler.
- İnsanlar farklı şekilde yas tutarlar ve çoğu için „hatırlamak“ önemlidir. Kadın/aileye bebekle ilgili bir hatıra vermeyi önerin (bir tutam saç, karyola isimliği, bileklik isimliği).
- Doğumdan önce bebeklerine isim verme geleneği olan ailelerde ebeveynleri bebeğe seçtikleri ismi ile hitap etmeleri konusunda cesaretlendirin.
- Arzu ediyorsa cenazesi için bebeği hazırlamaları konusunda kadın/aileye izin verin.
- Yöresel cenaze gömü uygulamaları konusunda aileyi destekleyin ve otopsi gibi işlemler ile bunun zorlaştırılmayacağından emin olmalarını sağlayın.
- Kadın ve eşi için bir konuşma ortamı yaratın ve olası nedenler ve gelecekte bunları önleme konusunda neler yapılabileceğini tartışın.

PARÇALAYICI OPERASYONLAR

Ölü fetus üzerinde kraniyotomi benzeri işlemler gerginliği daha çok artırır ve ek psikososyal desteği gerektirir.

OLAY SIRASINDA

- Anne ve aileye bebeğin ölü olduğu vurgulanmalı ve asıl önemli olanın anne hayatı ve sağlığı olduğu üzerinde durulmalıdır.
- Kadına, anestezi altında veya sedatize olmadığı sürece, eşinin destek olmasını sağlayın.
- İşlemler sırasında anne uyanık veya yarı uyanık durumda ise, bebeği ve işlemi görsel olarak izlemesinin önüne geçin.
- İşlemden sonra, özellikle de aile gömü amacıyla bebeği alacaksa, ebeveynlere göstermeye uygun olacak şekilde bebeğin parçalarını bir araya getirin.

OLAYDAN SONRA

- Kadının yakınları için sınırlama koymaksızın ziyaret imkanı sağlayın.
- Anne ve yakınları ile görüşerek herhangi bir başka seçeneğin varolmadığını vurgulayın.
- Birkaç hafta sonra tekrar bir muayene ayarlayarak akıllarında kalan soruların cevaplanmasına ve ileri zamandaki bir gebelik için (veya gebeliğin mümkün olmayacağı/ tavsiye edilmeyeceği konularında) kadının hazırlanmasına yardımcı olun.
- Eğer uygunsa, aile planlama yöntemleri sağlayın. (**Tablo S- 3, sayfa S- 13**)

ANOMALİLİ BİR BEBEĞİN DOĞUMU

Malformasyonlara sahip bir bebeğin doğumu ebeveynler ve aile için oldukça kötü bir deneyimdir. Tepkiler değişkendir.

- Kadının bebeği görmesine ve tutmasına izin verin. Bazı kadınların bebeklerini kabullenmesi hemen olurken, bazılarında bu süreç uzayabilir.
- Özellikle de anomali beklenmeyen bir durum ise, bu duruma inanamama, reddetme ve üzüntü duygu durumları normal tepkilerdir. Adaletsizlik, ümitsizlik, depresyon, anksiyete, kızgınlık, başarısızlık ve korku sık olarak karşılaşılan duygulardır.

OLAY SIRASINDA

- Doğum sonrasında bebeği ebeveynlere verin. Ebeveynlerin sorunla hemen karşılaşmaları daha az travmatik olabilir.
- Ciddi deformitelerin varlığı durumunda önce bebeği sararak anneye verin ve başlangıçta kadının bebeğin normal yönlerini görmesini sağlayın. Anneyi bebeğin anomalisini ayrıntılı incelemesi konusunda zorlamayın.
- Kadının istemesi durumunda bir yatak temin ederek kadının eş/yakınının aynı odada kalmasına imkan sağlayın.

OLAYDAN SONRA

- Bebeği ve problemleri mümkünse kadın ve ailesi bir arada iken tartışın.
- Kadının ve eşinin bebeğe erişimini serbest bırakın. Bebeği tüm zaman dilimlerinde anne ile birlikte tutun. Kadın ve eşi ne kadar kısa sürede bebekleri için birşeyler yapmaya başlarsa, bebeği kendilerine ait olarak hissetmeleri o kadar çabuk olur.
- Destekleyici profesyonel birey ve gruplara ulaşımı sağlayın.

PSİKOLOJİK MORBİDİTE

Postpartum duygusal stres, gebelik sonrası oldukça sık karşılaşılan bir durumdur ve hafif postpartum sıkıntıdan (kadınların yaklaşık %80'ini etkiler) postpartum depresyon ve psikoza kadar değişik bir yelpazede olabilir. Postpartum psikoz annenin veya bebeğin hayatını tehdit eder bir hal alabilir.

POSTPARTUM DEPRESYON

Postpartum depresyon kadınların yaklaşık %34'üne kadar olan bir kesimini etkileyebilir ve tipik olarak erken postpartum haftalar ve aylar içinde görülür ve bir yıl veya daha uzun süre devam edebilir. Genellikle bulunmasına rağmen, depresyon önde giden semptom olmayabilir. Diğer semptomlar tükenme, irritabilite, sürekli ağlama, düşük enerji ve motivasyon, yardım edilemezlik ve umutsuzluk duygusu, libido ve iştah kaybı ve uyku düzensizlikleridir.

Baş ağrısı, astım, sırt ağrısı, vajinal akıntı ve karın ağrısı rapor edilmiştir. Semptomlar arasında obsesyonel düşünceler, bebeğe veya kendisine zarar verme korkusu, özkıyım düşünceleri ve depersonalizasyon bulunabilir.

Erken tanı ve tedavi ile prognoz iyidir. Kadınların üçte ikisinden fazlası bir yıl içinde iyileşirler. Doğum eylemi sırasında bir refakatçi bulunması postpartum depresyonu engelleyebilir.

Tanımlanmasından sonra postpartum depresyon psikolojik danışmanlık ve pratik yardım gerektirir. Genel olarak:

- Psikolojik destek ve pratik yardım sağlayın (bebek ve ev işlerinde).
- Kadını dinleyin ve cesaretlendirme ve destek sağlayın.
- Kadına bu durumun oldukça sık karşılaşıldığından bahsedin ve birçok kadının benzer deneyimler geçirdiğini söyleyin.
- Annenin annelik imajı konusunda tekrar düşünmesini ve çiftin ebeveyn olarak yeniden rol almaları konusunda düşünmelerini sağlayın. Beklentilerini ve aktivitelerini değiştirmeleri/ayarlamaları gerekebilir.
- Eğer depresyon ağır ise antidepresan tedavi başlanması düşünülebilir. Medikasyonun anne sütünden geçebileceği unutulmamalı ve anne sütü verme durumu gözden geçirilmelidir.

Bakım evde veya günlük klinik vizitleri ile olabilir. En değerlisi, benzer tecrübeler yaşamış kadınların oluşturduğu yerel destek gruplarıdır.

POSTPARTUM PSİKOZ

Postpartum psikoz tipik olarak doğum esnasında oluşur ve kadınların %1'inden azını etkiler. Her ne kadar etkilenen kadınların yaklaşık yarısında önceden mental bir bozukluk mevcutsa da, nedeni bilinmemektedir. Postpartum psikoz ani başlayan hezeyanlar veya hallüsinasyonlar, uykusuzluk, zihni bebek ile meşgul olma durumu, ağır depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve özkıyım veya bebği öldürme dürtüleri ile karakterizedir.

Bebeğin bakımı bazen normal olarak devam ettirilebilir. İyileşme açısından prognoz mükemmeldir fakat kadınların %50'sinde takip eden gebelikte benzer durum tekrarlayabilir.

Genel olarak:

- Psikolojik destek ve pratik yardım sağlayın (bebek ve ev işlerinde).
- Kadını dinleyin ve destek ve cesaretlendirme sağlayın. Bu trajik sonuçların önlenmesi açısından önemlidir.
- Stresi azaltın.
- Anne dengesiz iken duygusal durumlar ile ilgilenmesini önleyin.
- Antipsikotik ilaçlar kullanılıyorsa, medikasyonun anne sütüne geçebileceğini ve durumun yeniden değerlendirilmesi gerekeceğini unutmayın.

Acil durumlar, bir konvülsiyonda olduğu gibi ani olarak veya uygun yönetilmemiş veya izlemi yapılmamış bir durumun sonucu olarak komplikasyon şeklinde ortaya çıkabilirler.

ACİLLERİN ÖNLENMESİ

Birçok acil şu şekilde önlenebilir:

- dikkatli planlama;
- klinik rehberlerin izlenmesi;
- kadının yakın izlemi.
-

BİR ACİLE YANIT VERMEK

Acil bir duruma uygun ve etkin bir yanıt verebilmek için klinik ekip üyelerinin görevlerini ve acil durumlarda en etkin şekilde nasıl işlev göstereceklerini bilmelerine bağlıdır. Ekip üyeleri aynı zamanda şunları bilmelidirler:

- klinik durumlar, tanıları ve tedavileri;
- ilaçlar, kullanımları, uygulanmaları ve yan etkileri;
- acil ekipmanları ve çalışma şekilleri.

Bir kurumda, aciller ile başedebilme yeteneği değerlendirilmeli ve sık olarak acil durum alıştırmaları yapılmalıdır.

BAŞLANGIÇ YÖNETİMİ

Bir acilin yönetiminde:

- Soğukkanlı olun. Mantıklı düşünün ve kadının gereksinimleri üzerine odaklanın.
- Kadını müdahale edilmemiş durumda bırakmayın.
- Sorumluluğu ve işi üstlenin. Karışıklığı önlemek için bir kişi sorumlu olmalıdır.
- **YARDIM İÇİN BAĞIRIN.** Yardım getirmesi için bir kişiye ve gerekli ekipmanları getirmesi için (örneğin oksijen tüpü, acil kitleri) bir kişiye sahip olunmalıdır.
- **Kadın bilinçsiz ise** havayolunu, solunumu ve dolaşımı sağlayın.

- **Şok durumundan kuşulanıyorsanız**, hemen tedaviye başlayın (sayfa S-1). Şok bulguları yoksa bile, kadını değerlendirirken her an durumda kötüleşme olacağı olasılığına karşılık aklınızdan şok yönetimini çıkarmayın. **Şok gelişirse** tedavinin hemen başlanması önemlidir.
- Kadını sol yan tarafına çevirerek yatırın ve bacaklarını yükseltin. Sıkı olan elbiselerini gevşetin.
- Kadın ile konuşun ve sakinleşmesine yardımcı olun. Neler olduğunu ve mevcut semptomları sorun. Vital bulgular (kan basıncı, nabız, solunum, ateş) ve deri rengi dahil hızlı bir şekilde muayene edin. Yaklaşık kan kaybı miktarını tahmin etmeye çalışın ve semptom ve bulguları saptayın.

İnfeksiyonun Önlenmesi

- İnfeksiyon önlenmesinin (İÖ) iki ana amacı vardır:
 - hizmet sağlarken major infeksiyonların önlenmesi
 - hepatit B ve HIV/AIDS gibi ciddi hastalıkların kadına, hizmet sağlayısı ve temizlik ve hizmetliler dahil tüm ekibine bulaşması riskini en aza indirmek
- Önerilen İÖ uygulamaları aşağıdaki prensiplere uygun olarak yapılır:
 - Herkes (hasta ve ekip) potansiyel olarak infeksiyöz olarak kabul edilmelidir;
 - Geçiş kontaminasyonunu önlemede en pratik yöntem el yıkamadır;
 - Islak olan herhangi birşeye dokunmadan önce eldiven giyin- bütünlüğü bozulmuş deri, mukus membranlar, kan veya diğer vücut sıvıları (sekresyon ve salgılar);
 - Herhangi bir vücut sıvısının (sekresyon ve salgılar) sıçraması ve dökülmesine karşılık bariyer yöntemler kullanın (koruyucu eldivenler, yüz maskeleri, önlükler).
 - Güvenli çalışma pratikleri geliştirin, örneğin iğneleri tekrar koruyucu kaplarına sokmaya çalışmamak, iğne uçlarını bükmemek, uygun enstruman kullanımı ve medikal atıkların uygun şekilde atılması gibi.

El Yıkama

- Normal veya antimikrobiyal sabun ile elleri tüm yüzeylerini kapsıyacak şekilde birbirine sürtün. 15-30 saniye süresince yıkayın ve akan su ile durulayın.
- Elleri yıkayın:
 - kadını muayene etmeden ve ettikten sonra (herhangi bir doğrudan temas sonrası);
 - Eldiven giyili olsa bile kan veya diğer vücut sıvıları (sekresyon ve salgılar) ile temas durumunda;
 - eldivenlerin çıkarılmasından sonra (eldivenlerde delik olma olasılığına karşılık).

K-18

Genel bakım prensipleri

- El yıkamayı özendirmek için yöneticiler sabun, temiz su kaynaklarının (musluktan veya bir kovadan) ve tek kullanımlık havluların sürekliliğini sağlamalı. Elleri kurutma amacıyla ortak havlu kullanılmamalıdır.
- Ellerin cerrahi işlemler için yıkanması, gör sayfa K- 48

ELDİVENLER VE KORUYUCU GİYSİLER

- Eldivenleri giyin;
 - bir işlem yaparken (**Tablo C-2, sayfa C- 19**);
 - kirlenmiş enstruman, eldiven ve diğer şeyler tutulurken;
 - kontamine olmuş atıklar (pamuk, spanç veya giysiler) ile temas durumunda.
- Kontaminasyonun önlenmesi için her kadın için ayrı bir çift eldiven kullanın.
- Tek kullanımlık eldivenler tercih edilir, fakat kaynakların sınırlı olduğu durumlarda cerrahi eldivenler şu şartlar karşılandığı takdirde tekrar kullanılabilir:
 - 10 dakika %0.5'lik klorlu solüsyonda bekletilerek dekontaminasyon;
 - yıkama ve durulama;
 - otoklav ile sterilizasyon (tüm mikroorganizmaları yok eder) veya buhar veya kaynatma ile yüksek düzeyli dezenfeksiyon (bakteriyal bazı endosporlar dışında tüm organizmaları yok eder).

Not: Eğer tek-kullanımlık cerrahi eldivenler tekrar kullanılacaksa üç defadan fazla kullanılmamalıdır, görünmez yırtıklar oluşabilir.

Ezilmiş, sıyrıklı veya tespit edilebilen delikli veya yırtık eldivenleri kullanmayın.

- Steril olması gerekli olmayan fakat temiz bir uzun giysi tüm doğum işlemlerinde giyilmelidir:
 - giysi uzun kolluysa eldivenler kolların üstüne takılmalıdır ki kontamine olmasın;
 - Eldiven (yüksek düzeyde dezenfekte veya sterilize edilmiş) giyilmiş elin giysi ile temasını önlemek açısından eller bel hizasının üzerinde tutulmalıdır.

Tablo K-2 Genel Obstetrik İşlemlerde Eldiven ve Giysi Gereksinimleri

İşlem	Tercih Edilen Eldivenler ^a	Alternatif Eldivenler ^b	Koruyucu Giysi
Kan alma, i.v. infuzyon başlama	Muayene ^c	Yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş cerrahi ^d	Yok
Pelvik muayene	Muayene	Yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş cerrahi	Yok
Manuel vakum aspirasyon, dilatasyon ve küretaj, kolpotomi, servikal veya perineal laserasyonların onarımı	Yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş cerrahi	Steril cerrahi	Yok
Laparotomi, sezaryen, histerektomi, rüptüre uterus onarımı, salpinjektomi, uterin arter ligasyonu, doğum, uterusun bimanuel kompresyonu, plasantanın elle çıkarılması, uterin inversiyonun düzeltilmesi, enstrumental doğum	Steril cerrahi	Yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş cerrahi	Temiz, Yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş veya steril
Enstrümanların tutulması ve temizliği	İş ^e	Muayene veya cerrahi	Yok
Kontamine atığın tutulması	İş	Muayene veya cerrahi	Yok
Kan ve vücut sıvılarının temizliği	İş	Muayene veya cerrahi	Yok

^a Kan basıncı ve ateş ölçümü veya injeksiyon yapmak amaçlı eldiven ve koruyucu giysi giymeye gerek yoktur.

^b Alternatif eldivenler genellikle çok pahalıdır ve tercih edilen eldivenlere oranla daha fazla hazırlık gerektirirler.

^c Muayene eldivenleri tek kullanımlık disposabl lateks eldivenlerdir. Eldivenler tekrar kullanılabilir ise kullanım öncesinde dekontamine edilmeli, temizlenmeli ve sterilize veya yüksek düzeyde dezenfeksiyon uygulanmalıdır.

^d Cerrahi eldivenler ele tam olarak oturan lateks eldivenlerdir.

^e İş eldivenleri kalın ev temizliğinde kullanılan eldivenlerdir.

KESKİN ALET VE İĞNELERİN TUTULMASI

OPERASYON ODALARI VE DOĞUM SALONU

- „Güvenli alanlar“ dışında keskin alet ve iğneleri („keskin“) açıkta bırakmayın (**sayfa K- 51**).
- Keskin aletler ile ilgili diğer çalışanları uyarın.

Hipodermik İğneler ve Şırıngalar

- Herbir iğneyi ve şırıngayı sadece bir kez kullanın.
- Kullanım sonrası iğne ve şırıngayı ayırmayın.
- Atmadan önce iğne koruyucu kabını takmaya, iğneyi eğmeye veya kırmaya kalkışmayın.
- İğne ve şırıngaları delinmeye karşı dayanıklı bir saklayıcı kaba atın.
- Hipodermik iğneleri yakarak kullanılamaz duruma getirin.

Not: Disposabl iğnelerin mevcut olmadığı durumlarda ve iğne koruyucu kabının takılması durumunda „tek el“ ile iğne koruyucu kabını takın:

- Koruyucu başlığı sert ve düzgün bir zemine koyun;
- Şırıngayı tek el ile tutarak koruyucu başlığın iğne üzerinde kayarak oturmasını sağlayın;
- Başlık iğneyi tamamen kaplayınca, iğnenin tabanından tutarak başlığın tam oturmasını sağlayın.

ATIKLARIN İMHASI

- Atıkların imha edilmesindeki amaçlar:
 - atıkların temizlenmesinden sorumlu hastane personeline infeksiyon yayılımını önlemek;
 - yerel topluluğa infeksiyon yayılımını önlemek;
 - atıkları toplama ile görevli olanların kazara yaralanmasını önlemek.
- Kontamine olmamış atıklar (örneğin ofislerdeki kağıtlar, kutular) infeksiyon riski taşımazlar ve yerel rehberlere göre imha edilebilirler.
- Hastane personeli ve yerel topluluğa infeksiyon yayılımını en aza indirebilmek için kontamine atıkların (kan veya vücut sıvıları ile bulaş halinde olan) uygun tutulması gereklidir. Uygun tutulmanın anlamı:
 - iş eldivenlerinin giyilmesi;

- katı haldeki kontamine atıkların kapalı taşıyıcılar içinde imha alanına taşınması;
- tüm keskin aletlerin delinmeye karşı dayanıklı taşıyıcı kaplar içinde tutulması;
- sıvı atığın bir kanal veya tuvalete uygun şekilde dökülmesi;
- kontamine solid atığın yakılması veya gömülmesi;
- enfeksiyöz atığın imhası sonrası ellerin, eldivenlerin ve taşıyıcı kapların yıkanması.

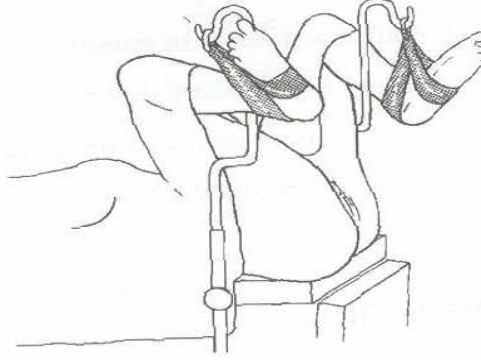
I.V. İNFÜZYON BAŞLANMASI

- i.v. infüzyona (kadın şokta ise) geniş çaplı (mümkünse 16 gauge veya daha büyük) kanül veya iğne ile başlayın.
- i.v. sıvıları (normal salin veya Ringer's laktat) kadının durumuna uygun hızda verin.
Not: Kadın şokta ise, plazma eşdeğerleri (örneğin dextran) kullanımından kaçının. Plazma eşdeğerlerinin normal salin solüsyona oranla şoktaki bir kadının resüsitasyonunda daha iyi olduğuna dair bir kanıt yoktur ve yüksek dozda verilen dextranın yan etkileri olabilir.
- **Periferik venlerin kanülasyonu yapılamıyorsa,** venöz cut-down işlemi uygulayın (**Şekil S-1, sayfa S-3**).

İŞLEMLER İÇİN TEMEL PRENSİPLER

Herhangi bir basit işlem öncesi (operatif olmayan) şunların yapılması gereklidir:

- Tüm gerekli gereçleri hazırlayın. Eksik gereçler işlemin durmasına neden olabilir.
- İşlemi ve işlemin gerekliliğini kadına anlatın ve onay alın.
- Planlanan işleme uygun olacak şekilde ağrı kontrolünü sağlayın. İşlemin süresini tahmin ederek ağrı kontrolünü buna uygun şekilde düzenleyin (**sayfa K-37**).
- Yapılacak işleme uygun şekilde hastayı konumlandırın. Obstetrik işlemler için en uygun pozisyon litotomi pozisyonudur (**Şekil K-1, sayfa K-22**).

ŞEKİL C-1 Litotomi pozisyonu

- Elleri sabun ve su ile yıkadıktan sonra (**sayfa K-17**) işleme uygun olacak eldivenleri giyin (**Tablo K-2, sayfa K-19**).
- İşlem için **vajen ve serviksin antiseptik bir solüsyon ile hazırlanması gerekiyorsa** (örneğin manuel vakum aspirasyonu):
 - gerekliyse kadının alt abdomen ve perine bölgesini sabun ve su ile yıkayın;
 - vajene yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş veya steril bir spekulumu kibarca yerleştirin;
 - yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş veya steril olan bir ring forseps ve pamuk veya spanc yardımıyla antiseptik solüsyonu (örneğin iodoformlar, klorheksidin) vajene ve servikse üç kez uygulayın.
- İşlem için **derinin antiseptik ile hazırlanması gerekiyorsa** (örneğin simfizyotomi):
 - gerekliyse alanı sabun ve su ile yıkayın;
 - yüksek düzeyde dezenfekte edilmiş veya steril olan bir ring forseps ve pamuk veya spanc yardımıyla antiseptik solüsyonu (örneğin iodoformlar, klorheksidin) alana üç kez uygulayın. Bu sırada eldiven giyili ile eldivenin hazırlanmamış deriye teması ile kontamine olmamasına dikkat edin ;
 - alanın merkezinden başlayarak kenarlara doğru dairesel hareketler ile silme işlemini yapın ;
 - steril alanın sınırında spancı atın.
- Aynı spanç ile hiçbir zaman alanın merkezine bir daha dönmeyin. Eller ve kolları yukarıda tutun ve koruyucu cerrahi giysinin cerrahi alan ile temasını önleyin.

Obstetrik bakım sırasında kan transfüzyonları gerekebilir. Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının uygun kullanımı ve sağlık çalışanlarına yardım amacıyla oluşturulmuş klinik yönetim algoritmaları ile ne zaman (veya ne zaman değil) kullanılacağına karar verilmesi önemlidir.

Kan ürünlerinin uygun kullanımı, güvenli kan ürünlerinin belirgin bir morbidite veya mortalite durumunda başka bir yol mevcut değilse tedavi amaçlı kullanımınıdır.

Kan transfüzyonu gereksinimi duyulacak durumlar şöyledir :

- şoka neden olan postpartum kanama ;
- operatif doğumda yüksek miktarda kanama ;
- özellikle gebeliğin ileri dönemlerinde ciddi anemi veya kardiyak yetmezlikle birlikte olan anemi.

Not: Gebeliğin erken dönemlerinde aneminin nedenini tedavi edin ve hematetikler kullanın. Bölge hastaneleri acil kan transfüzyonu gereksinimleri açısından hazırlanmalıdır. Obstetrik birimlerde özellikle 0 (-) kan ve taze donmuş plazmanın hazırda bulundurulması şarttır ve yaşam kurtarıcı olabilir

KAN ÜRÜNLERİNİN UYGUNSUZ KULLANIMI

Uygun kullanıldığında kan transfüzyonu hayat kurtarabilir ve sağlığı düzeltebilir. Fakat diğer terapötik işlemlerde de olabileceği gibi akut veya geç dönem komplikasyonlara yol açabilir ve infeksiyöz ajanların bulaşması riskini taşır. Aynı zamanda pahalıdır ve kaynak tüketimi gerektirir.

- Transfüzyon genellikle gereksizdir, çünkü;
 - Sonucunda transfüzyon gerektirecek durumların çoğu erken tedavi ve önleme programları ile önlenir.
 - Tam kan, eritrosit süspansiyonu veya plazma transfüzyonları genellikle cerrahi planlanan bir kadının hazırlanması veya hastaneden erken taburcu edilebilmesi amacıyla verilir. i.v. sıvı infüzyonları gibi diğer tedaviler daha ucuz, güvenli ve eşdeğerde etkindir (**sayfa C-30**).

K-24

Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının klinik kullanımı

- Gereksiz transfüzyon şunlara yol açabilir:
 - kadını gereksiz risk altına atar;
 - gerçekten gereksinimi olacak kadın için depoları tüketir. Kan pahalı ve az bulunabilen bir kaynaktır.

TRANSFÜZYON RİSKLERİ

Bir kadına kan veya kan ürünleri reçete etmeden önce transfüzyon yapılması ve transfüzyon yapılmaması arasındaki risklerin karşılaştırması yapılmalıdır.

TAM KAN VEYA ERİTROSİT SÜSPANSİYONU TRANSFÜZYONU

- Eritrositlerin transfüzyonunda uyumsuzluk ve ciddi hemolitik transfüzyon riskleri mevcuttur.
- Kan ürünleri alıcı açısından HIV, hepatit B, hepatit C, sifiliz, malarya ve Chagas hastalığı gibi infeksiyöz ajanların transmisyonu riski taşır.
- Herhangi bir kan ürünü bakteriyel kontaminasyon riski taşır ve doğru olarak hazırlanmaz ve saklanmaz ise çok tehlikeli olabilir.

PLAZMA TRANSFÜZYONU

- Plazma, tam kanda bulunan infeksiyonların çoğunun transmisyonuna neden olabilir.
- Plazma aynı zamanda transfüzyon reaksiyonlarına da neden olabilir.
- Plazma transfüzyonu için çok az açık ve net indikasyon mevcuttur (örneğin koagülopati) ve riskler genellikle kadına sağlayacağı yararın çok ötesindedir.

KAN GÜVENLİĞİ

- Transfüzyona bağlı riskler genellikle şu şekillerde azaltılabilir:
 - etkili kan vericisi seçimi, dışlaması ve zamanlaması;
 - kan verici toplulukta transfüzyon ile geçen hastalıklar açısından tarama yapılması (HIV/AIDS, hepatit gibi);
 - kalite güvenliği programları;
 - yüksek kalitede kan gruplaması, uygunluk testi, bileşenlerin ayrılması ve saklanması ve taşınması;
 - kan ve kan ürünlerinin uygun klinik kullanımının sağlanması.

ENFEKSİYÖZ AJANLAR AÇISINDAN TARAMA

- Verilmiş her bir ünite kan, ulusal politikalar ve potansiyel donör grubunda olası enfeksiyöz ajanlar açısından en etkili ve uygun testler ile transfüzyon geçişli ifeksiyonlar için taranmalıdır.
- Verilmiş tüm kanlar şunlar için taranmalıdır:
 - HIV-1 ve HIV-2;
 - Hepatit B yüzey antijeni (HbsAg);
 - Treponema pallidum antibody (sifiliz).
- Uygun olan yerlerde kan ek olarak şunlar için taranmalıdır:
 - Hepatit C;
 - Seroprevalansın belirgin olduğu ülkelerde Chagas hastalığı;
 - Düşük prevalanslı ülkelerde verici sıtma olan bölgeleri ziyaret etmiş ise sıtma için tarama yapılmalıdır. Sıtma yüksek prevalansa sahip ise kan transfüzyonu ile birlikte profilaktik antimalarial ilaçlar verilmelidir.
- Hiçbir kan ve kan ürünü ulusal olarak gerekliliği bildirilmiş tarama testleri yapılmaksızın ve sonuçlar negatif olarak tespit edilmeksizin kullanılmamalıdır.
- Transfüzyonu yapılan tüm kan ürünlerinin tarama testleri yapılmalıdır. Acil durumlarda test edilmeksizin transfüzyon yapılmışsa bile, transfüzyon sonrası tarama testi yapılmalıdır.

En ölümcül durumlar haricinde, uygun olmayan donörlerden alınmış veya ulusal kurallar çerçevesinde transfüzyon geçişli enfeksiyöz ajanlar açısından (HIV, hepatit gibi) taranmamış kan hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.

KLİNİK TRANSFÜZYON PRENSİPLERİ

Uygun kan veya kan ürünlerinin transfüzyonunda hatırlanması gereken en önemli prensip, kadının yönetiminde transfüzyonun yalnızca tedavide bir öge olmasıdır.

Kanama, cerrahi veya doğum komplikasyonları sonucu ani kan kaybı durumlarında en yaşamsal gereksinim dolaşımından kaybolan sıvının replasmanıdır.

Eritrosit transfüzyonu aynı zamanda kanın oksijen taşıma kapasitesini sağlamak açısından yaşamsaldır.

Kadının kan transfüzyonu gereksinimini en aza indirmek için yapılması gerekenler:

- resüsitasyon için replasman sıvılarının kullanılması;
- laboratuvar çalışmaları için alınacak kan miktarını en az seviyede tutmak;
- cerrahi sırasında kan kaybını en aza indirecek anestetik ve cerrahi tekniklerin uygulanması;
- uygun olan durumlarda işlemler sırasında cerrahi olarak kaybedilen kanın saklanması ve tekrar transfüzyonu (ototransfüzyon) (**sayfa S-14**).

Hatırlanması gereken prensipler:

- Transfüzyon bir kadının yönetiminde sadece ögelerden biridir.
- Transfüzyon kararı alma aşamasında ulusal klinik rehberlere uyulmalı ve kadının gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Kadının transfüzyon gereksinimini en aza indirebilmek için kan kaybı en az seviyede tutulmalıdır.
- Akut kan kaybeden kadın transfüzyon açısından değerlendirilirken, aynı zamanda etkin resüsitasyon almalıdır (i.v. replasman sıvıları, oksijen, vb.).
- Önemli olmasına rağmen, kadının hemoglobin değeri transfüzyon kararı alınmasında tek kriter olmamalıdır. Transfüzyon gereksinimi klinik belirti ve bulgularda iyileşme sağlamalı ve belirgin morbidite ve mortaliteyi önlemelidir.
- Klinisyen transfüzyon geçişli infeksiyonlar ve riskleri açısından uyanık olmalıdır.
- Transfüzyon ancak sağlayacağı yararları taşıdığı risklerinden daha yüksek ise reçete edilmelidir.
- Eğitimli bir personel transfüzyon yapılan kişiyi izlemeli ve herhangi bir istenmeyen durumda hemen müdahale etmelidir (**sayfa K-27**).
- Klinisyen transfüzyon nedenini rapor etmeli ve istenmeyen etkileri araştırmalıdır (**sayfa K-28**).

TRANSFÜZYON KARARI

Kan transfüzyonu kararı, kadının gereksinimleri de göz önünde bulundurularak, kan kullanımı için ulusal rehberlere uygun olarak alınmalıdır.

- Bir kadın için kan veya kan ürünleri reçete edilmeden önce aşağıdakiler akılda bulundurulmalıdır:
 - kadının klinik durumunda öngörülen düzelme;
 - kadının transfüzyon gereksinimini azaltma amacıyla kan kaybını en aza indirecek yöntemler ;
 - transfüzyon kararı vermeden önce uygulanabilecek alternatif yöntemler- i.v. replasman sıvıları, oksijen gibi;
 - transfüzyon için özel klinik veya laboratuvar indikasyonlar;
 - mevcut kan ürünleri aracılığı ile transmisyonu olabilecek HIV, hepatit, sifiliz veya diğer infeksiyöz ajanların riskleri;
 - transfüzyonun belli bir kadın için yarar ve zararlarının karşılaştırılması;
 - kan zamanında hazır olmayacak ise diğer tedavi seçenekleri;
 - transfüzyon yapılan kişiyi izleyen ve herhangi bir istenmeyen durumda hemen müdahale edebilecek eğitimli bir personelin varlığı.
- Sonuçta hala şüphedeyseniz kendinize şunu sorun:
 - eğer bu kan kendim veya çocuklarım için olsaydı bu durumda transfüzyonu kabul eder miydim?

TRANSFÜZYON YAPILAN KADININ İZLEMİ

Transfüzyonu yapılan her bir ünite kan için kadını aşağıdaki basamaklar ile izleyin:

- transfüzyona başlamadan önce;
- transfüzyonun başlangıcında;
- transfüzyon başladıktan 15 dakika sonra;
- transfüzyon sırasında en azından saatte bir kez;
- transfüzyon tamamlandıktan sonra 4 saatlik aralıklar ile.

Yan etkilere bağlı belirti ve bulguların erken tanınabilmesi için transfüzyonun ilk 15 dakikasında ve düzenli olarak transfüzyon sonrası dönemde kadını yakından izleyin.

K-28

Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının klinik kullanımı

Bu izlem basamaklarının her birinde kadınla ilgili aşağıdaki bilgileri tabloya kaydedin:

- genel görünüş;
- vücut sıcaklığı;
- nabız;
- kan basıncı;
- solunum;
- sıvı dengesi (oral veya i.v. sıvı alımı ve idrar çıkışı).

Aynı zamanda şunları da kaydedin:

- transfüzyonun başlangıç zamanı;
- transfüzyonun bitiş zamanı;
- transfüze edilen tüm sıvıların tipi ve hacmi;
- transfüze edilen tüm ürünlerin tek tek numaraları;
- herhangi bir yan etki.

TRANSFÜZYON REAKSİYONUNA YANIT VERME

Transfüzyon reaksiyonları hafif bir cilt kızarıklığından anafilaktik şoka kadar uzanan bir yelpazeyi kapsar. Akut transfüzyon reaksiyonunda başlangıç değerlendirmesini yaparken ve öneride bulunurken transfüzyonu durdurun ve damar yolunu i.v. sıvılar (normal salin veya Ringer's laktat) ile açık tutun. **Reaksiyon minör** ise, oral olarak 10 mg promethazine verin ve izleyin.

UYUMSUZ KAN TRANSFÜZYONU SONUCU OLUŞAN ANAFİLAKTİK ŞOKTA YÖNETİM

- Şok yönetimi prensiplerine uyun ve şunları verin:
 - adrenalin 1:1000 solüsyon yavaş i.v. (0.1 mL 10 mL normal salin veya Ringer's laktat içinde);
 - promethazine 10 mg i.v.;
 - hidrokortizon 1 g i.v., gerekirse her 2 saatte bir.
- **Bronkospazm oluşursa** 250 mg aminophylline 10 mL normal salin veya Ringer's laktat içinde yavaş i.v. verin.
- Stabilizasyon sağlanıncaya kadar kombine resüsitasyona devam edin.
- Renal, pulmoner ve kardiyovasküler fonksiyonları izleyin.

- Stabilleşme sonrası referans merkezine sevk edin.

BİR TRANSFÜZYON REAKSİYONUNUN DÖKÜMENTASYONU

- Hemen reaksiyon sonrası kan bankasından alınacak laboratuvar istek formu ile aşağıdaki örnekleri alın:
 - hemen alınacak posttransfüzyon kan örnekleri:
 - 1 pıhtılı;
 - infüzyon bölgesine tam zıt yöndeki bir venden 1 antikoagülasyonlu kan (EDTA/sequestrene);
 - transfüze edilen donör kanını içeren kan ünitesi ve seti.
- ***Kontamine olmuş kan nedeniyle septik şoktan şüpheleniliyorsa*** özel kültür tüpüne kan kültürleri alın.
- Transfüzyon reaksiyon bildirme formu doldurun.
- Transfüzyon reaksiyonundaki başlangıç araştırmasını takiben laboratuvar incelemeleri için aşağıdakileri kan bankasına yollayın:
 - reaksiyon başlangıcından 12 saat ve 24 saat sonra alınan kan örnekleri:
 - 1 pıhtılı
 - infüzyon bölgesine tam zıt yöndeki bir venden 1 antikoagülasyonlu kan (EDTA/sequestrene);
 - reaksiyon başlangıcından sonra en az 24 saatlik idrar.
- Hemen akut transfüzyon reaksiyonu bulgularını rapor edin (hafif deri kızarıklıkları hariç) ve bir tıbbi sorumluya ve kan bankasına durumu bildirin.
- Kadının dosyasına aşağıdaki bilgileri kaydedin:
 - transfüzyon reaksiyonunun tipi;
 - transfüzyon başlangıcından reaksiyon başlangıcına kadar geçen süre;
 - transfüze edilen kanın hacmi ve tipi;
 - transfüze edilen tüm ürünlerin tek tek numaraları.

K-30

Kan, kan ürünleri ve replasman sıvılarının klinik kullanımı

REPLASMAN SIVILARI: TRANSFÜZYONA BASİT ALTERNATİFLER

Sadece plazma ile benzer sodyum konsantrasyonuna sahip normal salin (%0.9 NaCl) veya dengeli tuz solüsyonları etkili replasman sıvılarıdır. Bunlar i.v. replasman sıvılarının kullanıldığı hastanelerin hepsinde mevcuttur. Özellikle şu durumlarda kullanılır:

- hipovolemik kadınların yönetiminde (örneğin hemorajik şok);
- devam eden sıvı kayıpları olan normovolemik kadınlarda (örneğin cerrahi kan kayıpları).

İNTRAVENÖZ REPLASMAN TEDAVİSİ

İntravenöz replasman sıvıları hipovolemi tedavisinde ilk basamak tedavidir. Bu sıvılar ile başlangıç tedavisi hayat kurtarıcı olabilir ve gerekli olacağı durumlarda kanama kontrolü ve kan gereksiniminin sağlanması için ek süre sağlayabilir.

KRİSTALLOİD SIVILAR

- Kristalloid replasman sıvıları;
 - plazma ile benzer konsantrasyonda sodyum içerir;
 - hücre zarı sodyuma geçirgen olmadığından hücrelere geçiş olmaz;
 - vasküler kompartmandan ekstrasellüler boşluğa geçer (normalde infüze edilen miktarın sadece dörtte biri vasküler kompartmanda kalır).
- Dolaşımdaki kan hacmini sabit düzeyde tutabilmek için kaybedilen hacmin en az 3 katı hızda infüzyon yapılmalıdır.

Dekstroz (glukoz) solüsyonları zayıf replasman sıvılarıdır. Başka bir seçenek mevcut değilse hipovolemi tedavisinde kullanılmamalıdır.

KOLLOİD SIVILAR

- Kolloid sıvılar içlerinde kristalloid sıvılardakilerden daha büyük süspansiyon partikülleri içerirler. Kolloidler plazma proteinlerini taklit edecek şekilde kanın kolloid ozmotik basıncını artırır.
- Kolloidler genellikle kaybedilen kan hacmi kadar verilir. Kapiller geçirgenliğinin arttığı birçok durumda (örneğin travma, sepsis) dolaşım dışına kaçış olacak ve ek infüzyonlar gerekecektir.

Hatırlanması gereken noktalar:

- Resüsitasyon için kolloid solüsyonların (albumin, dekstran, gelatinler, hidroksietil nişasta solüsyonları) normal salin veya dengeli replasman sıvılarına üstünlüğü kanıtlanmamıştır.
- Kolloid solüsyonların sağkalım üzerinde yan etkileri olduğu kanıtları mevcuttur.
- Kolloid solüsyonlar normal salin ve dengeli solüsyonlardan çok daha pahalıdır.
- İnsan plazması replasman sıvısı olarak kullanılmamalıdır. Tüm plazma formları tam kan transfüzyonundakine benzer şekilde HIV ve hepatit gibi infeksiyonların geçiş riskini taşır.
- Saf su hiçbir zaman intravenöz infüzyonda kullanılmamalıdır. Hemolize neden olacak ve muhtemelen ölümcül sonuçlanacaktır.

Kolloidlerin resüsitasyonda çok sınırlı rolleri vardır.

GÜVENLİK

Herhangi bir i.v. infüzyon verilmeden önce:

- infüzyon şişesi ve setin koruyucu ambalajlarında bir yırtılma/açılma olmamasına dikkat edin;
- son kullanım tarihini kontrol edin;
- solüsyonun berrak olmasına ve herhangi bir partikül içermediğinden emin olun.

İdame Sıvı Tedavisi

İdame sıvı tedavisinde dekstroz veya normal salin içinde dekstroz gibi kristalloid solüsyonlar deriden, akciğerlerden, feçes ve idrar ile oluşan fizyolojik kayıpları karşılama amacıyla verilir. Kadının 48 saat veya daha uzun süreli i.v. infüzyon tedavisi alacağı

öngörülüyorsa dekstroz ile dengeli elektrolit solüsyonları (örneğin litrede 1.5 g KCl içeren solüsyonlar) kullanılmalıdır. İdame sıvı gereksinimi kadından kadına değişir, özellikle ateş, yüksek ortam sıcaklığı ve nemi gibi durumlarda sıvı kayıpları da artar.

SIVI UYGULAMASINDA DİĞER YOLLAR

i.v. yola ek olarak birçok başka sıvı verilme yolu mevcuttur.

ORAL VE NAZOGASTRİK UYGULAMA

- Bu yol genellikle hafif derecede hipovolemik olan ve oral sıvı alabilecek durumda olan kadınlarda kullanılır.
- Eğer aşağıdaki durumlar mevcut ise oral ve nazogastrik sıvı kullanılmamalıdır:
 - kadın ciddi derecede hipovolemik ise;
 - kadın bilinçsiz ise;
 - gastrointestinal lezyonlar ve azalmış barsak motilitesi (örneğin obstrüksiyon) varlığı;
 - genel anestezi altında acil cerrahi planlanıyorsa.

REKTAL UYGULAMA

- Ciddi derecede hipovolemik olan kadınlarda sıvıların rektal yolla uygulanması uygun değildir.
- Rektal uygulamanın avantajları :
 - sıvıların hemen emilmesini sağlar ;
 - hidrasyon tamamlandığında emilim sonlanır ve emilmeyen sıvı dışarı atılır ;
 - bir torba veya şişe içindeki sıvı rektuma yerleştirilen bir plastik veya lastik rektal tüp aracılığıyla uygulanır ;
 - gerektiği durumda sıvı akış hızı bir i.v. infüzyon seti ile sağlanabilir ;
 - sıvıların steril olmasına gerek yoktur. Güvenli ve etkili bir rektal sıvı 1 L temiz içme suyu içine 1 tatlı kaşığı sofr tuzu konularak hazırlanır.

SUBKÜTAN UYGULAMA

- Diğer uygulama yolları uygun değilse nadiren uygulanır, fakat ciddi derecede hipovolemik kadınlarda kullanılamaz.
- Steril sıvılar bir kanül veya iğne ile subkütan dokuya, tercihen karın duvarına verilir.

Dekstroz içeren solüsyonlar hücre ölümü yaptıklarından yaptıklarından subkütan olarak verilmemelidir.

Gebelik ve postpartum dönemdeki enfeksiyon aerob ve anaerob kok ve basilleri içeren organizmaların bir kombinasyonu nedeniyle olmaktadır. Kadının incelenmesine dayanarak antibiyotikler başlanmalıdır. Eğer klinik cevap yoksa, uterus veya vajinal akıntı, püy veya idrar kültürü diğer antibiyotiklerin seçiminde yardımcı olabilir. Ek olarak, eğer septisemiden şüpheleniliyorsa (kan akımı invazyonu) kan kültürü alınabilir.

Uterin enfeksiyon düşük veya doğumu takiben oluşabilir ve maternal ölümün major bir sebebidir. Bu enfeksiyonları tedavi etmek için geniş spektrumlu antibiyotikler sıklıkla gereklidir. Güvensiz düşük ve hastane dışı doğum vakalarında, anti-tetanoz proflaksisi uygulanmalıdır.

PROFLAKTİK ANTİBİYOTİK UYGULAMASI

Belli obstetrik işlemleri uygulamak (örn. sezaryan seksiyö, plasentanın elle alınması) bir kadının enfeksiyöz morbidite riskini artırır. Bu risk şunlarla azltılabilir:

- Tavsiye edilen enfeksiyon önleme pratiklerini uygulamak (**sayfa K-17**);
- işlemin yapıldığı sırada proflaktik antibiyotik uygulamak.

Enfeksiyonu önlemeye yardımcı olmak için proflaktik antibiyotikler kullanılır. **Eğer bir kadın enfeksiyon tanısı alır veya şüphelenilirse**, terapötik antibiyotik kullanımı daha uygundur.

İşlem sırasında uygun kan antibiyotik seviyesi sağlamak için, mümkün olduğunda, işlemden 30 dakika önce proflaktik antibiyotikleri veriniz. Bebeğin doğumundan **sonra** kord klemplendiğinde proflaktik antibiyotiklerin verilmesi gereken sezaryan seksiyö buna bir istisnadır. Proflaktik antibiyotiklerin bir dozu yeterlidir ve 3 doz veya 24 saatlik antibiyotik tedavisinden enfeksiyonu önleme bakımından daha az efektif değildir. Eğer **işlem 6 saatten uzun sürerse veya kan kaybı 1500 mL veya daha fazla ise**, uygun kan seviyelerini sağlamak için ikinci doz proflaktik antibiyotik veriniz.

PROFLAKTİK ANTİBİYOTİK UYGULAMASI

- Ciddi enfeksiyonlara ilk savunma olarak , kombine antibiyotikler veriniz:

- ampicilin 2 gram İV her 6 saatte bir;
- ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığı İV her 24 saatte bir;
- ARTI METRONİDAZOL 500 mg İV her 8 saatte bir.

Not: Eğer **enfeksiyon ciddi değilse**, ampicilinin yerine amoksisilin 500 mg ağızdan 8 saatte bir kullanılabilir. Metronidazol İV yerine ağızdan verilebilir.

- Eğer **48 saat sonra klinik cevap zayıfsa**, uygun antibiyotik dozajının verildiğinden emin olun, diğer enfeksiyon kaynakları açısından kadını detaylı olarak tekrar değerlendirin veya bildirilen mikrobiyal duyarlılığa göre tedaviyi değiştirmeyi (veya eğer henüz verilmediyse anaeroblara kapsayacak ek antibiyotikler eklemeyi) düşünün.
- Eğer **kültür alınmıyorsa**, pü birikimi için, özellikle pelviste, ve derin ven ve pelvik ven trombozu gibi non- enfeksiyöz sebepler için tekrar muayene edin. Yukardaki antibiyotik kombinasyonuna dirençli organizmaların olması ihtimalini düşünün:
 - Eğer **stafilokokal enfeksiyondan şüpheleniliyorsa**, ekleyin:
 - kloksasilin 1 gr İV her 4 saatte bir;
 - VEYA vankomisin 1 gr İV her 12 saatte bir 1 saat boyunca infüze edilir;
 - Eğer **klostridyal enfeksiyon veya Grup A hemolitik streptokoktan şüpheleniliyorsa**, penisilin 2 milyon ünite İV her 4 saatte bir ekleyin;
 - Eğer **yukardakilerin hiçbiri ihtimal dahilinde değilse**, seftriakson 2 gr İV her 24 saatte bir ekleyin.

Not: Flebitten kaçınmak için, her 3 günde bir veya inflamasyonun ilk bulgusu olduğunda infüzyon bölgesini değiştirin.

- Eğer **enfeksiyon geçmezse**, enfeksiyonun kaynağı için değerlendirin.

Metritin tedavisi için kadın 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotikler genellikle devam edilir. Kadın 48 saat ateşsiz olduğunda antibiyotikleri kesin. Ek bir yarar sağladığı ispatlanmadığından, oral antibiyotiklerle devam etmeye ihtiyaç yoktur. Kan- akımı enfeksiyonu olan kadınlar, her ne kadar, en az 7 gün boyunca antibiyotiğe gereksinim duyarlar.

Doğum eylemi ve müdahaleleri sırasında ve sonrasında ağrının giderilmesi gerekebilir. Bu bölümde analjezik ilaçlar ve doğumda kullanımları, lokal anestezi, anestezi ve analjezinin genel prensipleri ve postoperatif analjezi anlatılmaktadır.

EYLEM SIRASINDA ANALJEZİK İLAÇLAR

Ağrının algılanması hastanın ruhsal durumu ile ilişkilidir. Eylem sırasında destekleyici yaklaşım güven verir ve ağrının algılanmasını azaltır (**sayfa K-57**).

Eğer **gebe ağrıdan gerilmişse** dolaşmasına ve istediği uygun duruşu almasına izin verin. Refakatçisinin arkasına masaj yapmasını ve ağrılar arasında yüzünü ıslak bez ile silmesini önerin. Nefes alma tekniklerini uygulatın ve ılık duş yapmasını önerin. Pek çok kadında sadece bu öneriler bile ağrıyla başa çıkmada yeterli olabilir. Eğer gerekirse;

-Pethidine 1mg/kg vucut ağırlığına (en çok 100 mg) im veya yavaş iv 4 saatte bir uygulanabilir, veya morfin 0.1mg/kg vucut ağırlığına im uygulanabilir.

-Kusma olursa promethazine 25 mg iv veya im uygulanabilir.

Barbituratlar ve sedatifler eylemde anksieteyi gidermek için kullanılmamalıdır.

TEHLİKE

Eğer anneye pethidine veya morfin verilmişse, bebekte solunum depresyonu olabilir, antidotu naloksondur.

Not: Narkotik ilaç alışkanlığı olan annelerin yenidoğanlarına nalokson uygulanmaz.

- Eğer yenidoğanda **solunum depresyonu belirtileri varsa**, hemen resusitasyona başlayın:
 - Vital bulgular düzeldikten sonra ,yenidoğanın vucut ağırlığına 0.1mg/kg nalokson uygulayın.
 - **Eğer yeterli periferik dolaşım gözleniyorsa**, nalokson im verilebilir.Solunum depresyonundan kaçınmak için ,tekrarlayan dozlar gerekebilir.

K-38

Anestezi ve analjezi

- **Solunum depresyonu bulguları yok ama, pethidine veya morfin doğumdan önce 4 saattten daha kısa bir sürede uygulanmışsa**, bebeği gözleyin ve gerekirse yukarıda anlatıldığı gibi tedavi edin.

PROMETHAZINE VE DIAZEPAM İLE PREMEDİKASYON

Premedikasyon 30 dakikadan uzun sürecek uygulamalarda gerekebilir. Doz ayarlanması annenin ağırlığına ve annenin ve bebeğin kondisyonuna göre yapılır.

Uygun kombinasyon pethidine ve diazepam iledir:

- Pethidine 1mg/kg vucut ağırlığına (en çok 100 mg) im veya yavaş iv , veya morfin 0.1mg/kg vucut ağırlığına im uygulanır.
- Diazepam ikişer dakika aralar ile 1mg uygulanır. Kadının üst göz kapağı pupillanın kenarını kapayacak kadar düştüğü zaman güvenli ve yeterli bir sedasyon sağlandığı düşünülür.Solunum hızı her dakika monitorize edilir. **Dakikada 10 solunumun altına düşerse** tüm sedatif ve analjezik ilaçlar kesilir.

Diazepam ve pethidine karışımı çökelti oluşturacağı için aynı enjektörde kullanmayın.

LOKAL ANESTEZİ

Adrenalin ile veya yalnız lignocaine doku infiltrasyonu ile duyu sinirleri blokajında kullanılır.

- Lokal anestezi uygulanan kadın uyanık olduğu için şunlara dikkat edilmelidir:
 - Korkularının azaltılması ve uyumun artırılması için bilgilendirilmelidir,
 - İşlem süresince iyi iletişim kurulmalıdır,
 - Lokal anestezinin etkisinin başlaması zaman alacağı için zaman ve sabır gereklidir.

- Lokal anestezinin güvenli olması için aşağıdaki şartlar sağlanmalıdır:
 - Ekibin hepsi lokal anestezi konusunda bilgili ve deneyimli olmalıdır,
 - Acil ilaçlar ve araçlar (vakum, oksijen, resusitasyon araçları) hazır ve kullanılabilir durumda olmalı, ekip uygulamada eğitilmiş olmalıdır.

LİGNOCAİNE

Lignocaine %1 veya %2'lik solüsyonlar halinde bulunmaktadır ve kullanımdan önce dilüe edilmelidir.(**Kutu K-1**). Pek çok obtetrik işlemde %0.5'lik sol. En az toksisite ile en yüksek etkiyi sağlar.

KUTU K-1 Lignocaine %0.5 solüsyon hazırlanması

Karışım için:

- 1 kısım lignocaine %2;
 - 3 kısım salin veya steril distile su (glukoz sol. infeksiyonu arttırdığı için kullanılmaz).
- veya
- 1 kısım lignocaine %1 ;
 - 1 kısım salin veya steril distile su.

ADRENALİN

Adrenalin lokal vazokonstriksiyon yapar. Lignocain ile kullanımının şu avantajları vardır:

- Daha az kan kaybı ;
- Daha uzun anestezi etkisi (genellikle 1-2 saat);
- Yavaş emilime bağlı düşük toksisite riski.

Eğer küçük bir bölgeye lokal anestezi uygulanacaksa veya 40 ml'den daha az lignocain kullanılacaksa adrenalin gerekli değildir. Geniş bölgede fazla lignocain kullanılacaksa emilim hızını düşürüp toksisiteyi azaltmak için adrenalin gerekir.

En uygun adrenalin konsantrasyonu 1:200000 (5mcg/ml) dir. Bu konsantrasyonda adrenalinden doğacak toksisite riski en az olarak maksimum lokal etki sağlar.(**Tablo K-3, sayfa K-40**).

Not: Bu kritik doz ayarlaması için BCG veya insulin enjektörü kullanılır. Karışımlar yapılırken infeksiyon kontrolü için tedbir alınmalıdır. (Sayfa C-17).

TABLO K-3 1:200000 adrenalin içeren %0.5 lignocain solüsyonları hazırlamak için formüller

İstenen lokal anez. Miktarı	Normal salin Lignokain %2	Normal salin Lignokain %1	Adrenalin 1: 1000
20ml	15ml/5ml	10ml/10ml	0.1ml
40ml	30ml/10ml	20ml/20ml	0.2ml
100ml	75ml/25ml	50ml/50ml	0.5ml
200ml	150ml/50ml	100ml/100ml	1.0ml

KOMPLİKASYONLAR

KOMPLİKASYONLARDAN KORUNMA

Bütün lokal anestetikler potansiyel olarak toksiktir. Ama büyük komplikasyonlar da oldukça enderdir.(**Tablo K-5, Sayfa K-41**). Korunmada en iyi yol önlem almaktır:

- %0.5'den yüksek konsantrasyonda lignocain kullanmayın.
- 40ml'den fazla anestetik sol. kullanılacaksa adrenalin ekleyin. (Ör. Büyük perine yırtıkları)
- En düşük etkili dozu kullanın.
- Maksimum güvenli dozu belirleyin. Bu doz Adrenalinsiz lignocainde 4mg/kg , adrenalinle 7mg/kg'dır. Anestetik etki en az iki saat sümelidir. İki saat sonra gerekirse doz tekrarlanabilir.

TABLO K-4 Lokal anestetiklerin maksimum güvenli dozları

İlaç	Maksimum doz (mg/kg vucut ağırlığı)	Maksimum doz 60 kg erişkin için (mg)
Lignokaine	4	240
Lig.+ Adrenalin 1/200.000(5µg/ml)	7	420

- Yavaş enjekte edin.
- Damara enjeksiyondan kaçının. Bunun için
 - Hareket eden iğne tekniği (doku infiltrasyonunda tercih edilir) : İğne enjeksiyon sırasında hareket halindedir,böylece belli bir miktar solüsyonun damara girmesi engellenir.
 - Piston geri çekme tekniği:(Bir bölgeye önemli miktarda ilacın sinir bloku için verileceği durumlarda tercih edilir.) Enjeksiyondan önce piston çekilince kan görülürse iğnenin yeri değiştirilir ve tekrar devam edilir.
 - Şırınganın geri çekilme tekniği: İğne yerleştirilir ve anestetik enjekte edilirken ,şırınga yavaş yavaş geri çekilir.

Lignocaine toksisitesini önlemek için:

- Dilue edilmiş solüsyon kullanın;
- 40 ml'den fazla kullanılacaksa, adrenaline ilave edin;
- En düşük etkili dozu kullanın;
- Maksimum dozu iyi belirleyin;
- İV enjeksiyonundan kaçının.

LİGNOKAİN ALLERJİ VE TOKSİSİTESİNİN TANISI

TABLO K-5 Lignokain allerji ve toksisitesinin semptomları

Allerji	Hafif toksisite	Ağır toksisite	Hayatı tehdit eden toksisite (çok nadir)
• Şok	• Dudakların ve dilin uyuşukluğu	• Uyku hali	• Tonik- klonik konvülsiyonlar
• Cilt kızarıklığı	• Ağızda metalik tat	• Dizorientasyon	• Solunum depresyonu veya durması
• Deri döküntüsü/ ürtiker	• Baş dönmesi/sersemlik	• Kas seğirmesi ve titreme	• Kardiyak depresyon veya arrest
• Bronkospazm	• Kulak çınlaması	• Konuşma bozukluğu	
• Kusma	• Kusma		
• Serum hastalığı	• Serum hastalığı		
	• Görme bulanıklığı		

LİGNOKAİN ALLERJİSİNİN YÖNETİMİ

- 1:1000 adrenalin ,0,5ml i.m uygulayın,gerekirse 10 dakikada bir tekrarlayın.
- Akut durumlarda hidrokortizon 100 mg i.v saatte bir uygulayın.
- Tekrarlamayı önlemek için , difenhidramin 50 mg i.m veya yavaş i.v uygulayın, 6 saatte bir 50 mg oral tekrarlayın.
- Bronkospazm için aminofilin 250 mg, 10 ml normal tuzlu serum içinde ,i.v yavaş uygulayın.
- Larinks ödemi acil trakeostomi gerektirebilir.
- Şok için standart şok tedavisine başlayın (**sayfa S-1**).
- Ciddi veya tekrarlayan belirtiler kortikosteroid gerektirebilir (Ör: Hidrokortizon i.v 2 mg/kg vucut ağırlığına her 4 saatte bir , durum düzelene kadar uygulanabilir).Kronik olgularda prednizon 5mg , prednizolon 10 mg oral 6 saatte bir , durum düzelene kadar uygulanabilir.

LİGNOKAİN TOKSİSİTESİNİN YÖNETİMİ

Toksisite semptom ve belirtileri (**Tablo C-5, sayfa C-41**) uygulayıcıyı uyarmalı , derhal enjeksiyon durdurulmalı, ciddi ve hayatı tehdit eden yan etkilerin tedavisi için hazırlıklı olunmalıdır. Eğer **hafifi toksisite belirtileri varsa** , birkaç dakika belirtilerin geçmesi beklenir, vital bulgular kontrol edilir,hastayla konuşulur, ve sonra mümkünse işleme devam edilir.

KONVULSİYONLAR

- Kadını soluna çevirin, hava yolu uygulayıp aspire edin,
- Dakikada 6-8 lt oksijeni maske veya nazal kanülle uygulayın,
- Diazepam 1-5 mg i.v , 1 mg'lık bölümler halinde uygulayın, konvulsiyon yeniden oluşursa , dozu tekrarlayın ,

Not: Konvulsiyonların teavisinde diazepam kullanılması respiratuar depresyona neden olabilir.

RESPIRATUAR ARREST

- **Hasta solumuyor ise** , solunuma ambu ve maske veya endotrakeal tüp ile yardımcı olun, dakikada 4-6 lt oksijen verin.

KARDİYAK ARREST

- Oksijen ile hiperventile edin,
- Kardiak masaj uygulayın,
- Eğer doğum olmadıysa ,genel anestezi ile sezaryen yapın,
- Adrenalin 1:10000 ,0,5 ml i.v uygulayın.

ADRENALİN TOKSİSİTESİ

- Aşırı ilaç veya uygunsuz intravenöz uygulamaları ile ortaya çıkar.
Huzursuzluk,
Terleme,
Hipertansiyon,
Beyin kanaması,
Kalp hızı artışı,
Ventriküler fibrilasyon.
- Konsantrasyon fazla ise lokal adrenalin toksisitesi oluşur ve infiltrasyon alanında iskemi ile iyileşmeyi güçleştirir.

ANESTEZİ VE ANALJEZİNİN GENEL PRENSİPLERİ

Ağrı yönetimi ve rahatlık için ana hatlar:

- Görevlilerin işlem öncesi ve sonrasında destekleyici yaklaşımları (anksiyeteyi, ve ağrıyı azaltır).
 - Uyanık hastalarda işlem yapmakta tecrübeli olan ve aletleri kibar kullanmakta eğitimli kişiler
 - Uygun tipte ve düzeyde ağrı medikasyonunun seçilmesi,
- Uyanık kadınlarda işlem yaparken önemli noktalar:
 - Uygulamadan önce her işlem basamağını açıklayın,
 - 30 dakikadan uzun sürecek işlemlerde yeterli premedikasyon uygulayın,

- Analjezik ve sedatifleri işlemden uygun zaman önce (i.m 30 dk önce, oral 60 dk önce) uygulayın ki, maksimum yara elde edilebilsin,
 - Dilüe solüsyonu yeterli miktarlarda kullanın,
 - Penset ile uygulanan alanı sıkıştırarak anesteziyi kontrol edin ,eğer hissediyorsa 2 dk. bekleyin ve tekrar test edin,
 - Her işlem basamağında birkaç saniye bekleyin ve hastanın diğerine hazır olduğunu görün,
 - Yavaş ve nazik hareket edin,
 - Dokuyu nazik tutun gereksiz ekartasyon çekme veya baskıdan kaçını
 - Enstrümanları kendinizden emin kullanın,
 - Acıtıcaksa acıtmayacak , veya bitirmeden bitirdim demeyin,
 - Prosedür boyunca kadınla sürekli konuşun.
-
- İlave analjezik veya sedatif gerekliliği şu durumlara bağlıdır:
 - Kadının emosyonel durumu,
 - İşlemin cinsi (**TabloC-6, sayfa K-45**),
 - Planlanan işlem süresi,
 - Uygulayıcının becerisi ve yardımcılarının desteği.

Tablo K-6 Analjezi ve anestezi seçenekleri

İşlem	Analjezi ve anestezi seçenekleri *
Makat doğum	- Doğum desteğinde genel metodlar (sayfa K-57) - Pudental blok (sayfa İ- 3)
Sezaryen	- Spinal anestezi (sayfa İ- 11) -Lokal anestezi (sayfa İ- 7) -Ketamin (sayfa İ- 13) -Genel anestezi
Servikal yırtık (büyük)	- Pethidine ve diazepam (sayfa K-38) -Ketamine (sayfa İ- 13)
Kolpotomi ve Kuldosentez	- Lokal anestezi (sayfa K-38)
Kranyotomi ve Kranyosentez	- Emosyonel destek ve yüreklendirme (sayfa K-7) -Diazepam (sayfa K-38) -Pudental blok (sayfa İ- 3)
Dilatasyon ve küretaj	- Paraservikal blok (sayfa İ- 1) -Pethidin (sayfa K-38)
Epizyotomi	- Lokal anestezi (sayfa K-38) -Pudental blok (sayfa İ- 3)
Forseps	- Emosyonel destek ve yüreklendirme (sayfa K-7) -Pudental blok (sayfa İ- 3)
Eylem ve doğum	- Doğum desteğinde genel metodlar (sayfa K-57) -Pethidine ve prometazin (sayfa K-38)
Laparotomi	- Genel anestezi -Spinal anestezi (sayfa İ- 11)
Plasentanın el ile alınması	- Pethidine ve diazepam (sayfa K-38) -Ketamine (sayfa İ- 13)
MVA	- Paraservikal blok (sayfa İ- 1) -Pethidine (sayfa K-38)
Perine yırtıkları (1. ve 2.derece)	- Lokal anestezi (sayfa K-38) -Pudental blok (sayfa İ- 3)
Perine yırtıkları (3. ve 4.derece)	- Pudental blok (sayfa İ- 3) -Ketamin (sayfa İ- 13) -Lokal anestezi, pethidin ve diazepam (sayfa K-38) -Spinal anestezi (sayfa İ- 11)
Simfizyotomi	- Lokal anestezi (sayfa K-38)
Uterin inversiyonun Düzeltilmesi	- Pethidin ve diazepam (sayfa K-38) -Genel anestezi
Vakum eks.	- Emosyonel destek ve yüreklendirme (sayfa K-7) -Pudental blok (sayfa İ- 3)

* İlk tercih edilecek metod koyu yazılmıştır.

POSTOPERATİF ANALJEZİ

Yeterli postoperatif ağrı kontrolü önemlidir. Ciddi ağrı duyan kadın kolay iyileşmez.

Not: Hareketi kısıtlayacağı için aşırı sedasyondan kaçınılmalıdır, postoperatif dönemde bu durum önemlidir.

İyi postoperatif ağrı kontrolüne örnekler:

- Narkotik olmayan hafif derecede analjezik olan parasetamol gerektiğinde 500 mg oral yolla verilebilir,
- Petidine gibi narkotikler 100 mg'ı geçmemek şartıyla 1 mg:kg dozda im veya yavaş iv, veya morfin 0.1 mg:kg im 4 saat arayla uygulanabilir.
- Daha düşük dozda narkotiklerin parasetamol ile kombinasyonları kullanılabilir.

Not: Eğer kadın kusuyorsa narkotikler antiemetikler ile kombine edilebilir. Örneğin prometazin 25 mg im veya iv 4 saatte bir.

İşlem sırasında doktor, ebe veya hemşirenin dikkati hasta üzerindedir. Ameliyat hemşiresi ise işlemi yapanların ihtiyaçlarına odaklanır.

PREOPERATİF BAKIM PRENSİPLERİ**OPERASYON ODASININ HAZIRLANMASI**

Aşağıdakilerden emin olun:

- Operasyon odası temiz olmalıdır (her işlemden sonra mutlaka temizlenmelidir).
- Gerekli malzeme hazır olmalıdır. İlaçlar ve oksijen gibi.
- Acil malzeme hazır ve çalışır olmalıdır. İşleme katılabilecekler için yeterli giysi bulunmalıdır.
- Temiz örtüler hazır olmalıdır.
- Steril malzeme hazır ve kullanım sresi geçmemiş olmalıdır.

HASTANIN CERRAHİ İŞLEME HAZIRLANMASI

- Yapılacak işlem ve gerekliliğini hastaya anlatın. Hasta bilinçli değilse ailesine anlatın.
- İşlem için bilgilendirilmiş onam alın.
- Hasta ve ailesinin emosyonel ve psişik hazırlığı için yardımcı olun (**sayfa K-7**).
- Kadının tıbbi öyküsünü değerlendirin.
 - Olası allerjiler
 - Tetanoz korunmasından emin olun gerekirse tek doz aşı uygulayın.
- Kan grubu, hemoglobin ve hematokrit için kan örneği alın. Olası transfüzyon için kan hazırlayın. Gerekliğinde transfüzyondan kaçınmayın.

- Kesi düşünölen sahayı su ve sabun ile yıkayın.
- Yara enfeksiyonu riskini arttıracakđ için sahayı traş etmeyin. Gerekirse kılları kısaltın.
- Vital bulguları izleyip kaydedin (ateş, nabız, kan basıncı, solunum).
- Kullanılacak anesteziye uygun premedikasyon yapın (**sayfa K- 38**).
- Aspirasyon riski varsa mide asidini azaltmak için bir antiasit (sodyum sitrat, %3'lük 30 ml veya magnezyum trisilikat, 300 mg) verin.
- Gerekirse idrar sondası koyun ve idrar çıkışını kaydedin.
- Hasta hakkındaki tüm bilgilerin operasyona katılabilecek doktor, ebe, hemşire, anesteziist, asistan ve diğerleri tarafından bilinmesini sağlayın.

İNTRAOPERATİF BAKIM PRENSİPLERİ

POZİSYON

Hastaya yapılacak işleme uygun pozisyon verin.

- Operasyon sahasında optimum açıklık olsun.
- Anesteziist için yeterli alan olsun.
- Hemşirenin vital bulguları izleyip ilaç uygulayabilmesi için yeterli alan bırakın.
- Hastanın korunması ve odada dolaşım için yeterli alan bırakın.
- Hastanın onur ve masumiyetini koruyun.

Not: Kadın henüz doğurmadıysa ameliyat masasını biraz sola eğin veya sırtının sağ tarafına katlanmış örtülerle destek yapın ki supin hipotansiyon sendromunu azaltın.

CERRAHİ EL YIKAMA

- Bütün takıları çıkarın.
- Elleri dirsek seviyesinin üzerinde tutun. Elleri iyice ıslatın, tercihan iodofor (betadin gibi) sabun uygulayın.
- İşleme tırnakları fırçalayıp yıkamakla başlayın.
 - Parmak aralarını yıkayın.
 - Parmak ucundan bileğe kadar önce bir eli sonra diğerini yıkayın.
 - Üç- beş dakika yıkayın.
- Her kolu parmak ucundan başlayarak dirsek seviyesinin üzerinde tutarak durulayın.
- Parmak uçlarından başlayarak temiz veya tek kullanımlık havlu ile kuruluyun veya havada kurutun.
- Yıkanmış eller ile hiçbir şeye dokunmayın. Kontamine bir yüzeye temas olursa yıkanmayı tekrarlayın.

İNSİZYON BÖLGESİNİN HAZIRLANMASI

- Cildi antiseptik ile temizleyin.(iodofor, klorheksidin gibi)
 - Dezenfekte veya steril penste pamuk veya gauze tampon ile antiseptik solusyonu üç kez uygulayın. Elinizde steril eldiven var ise cilde hiç dokunmayın.
 - belirlediğiniz insizydn yerinden başlayarak dışa doğru dairesel hareketlerle temizleyin.
 - Steril alanın kenarında siliciyi atın.
- Aynı silici ile temiz alana tekrar dokunmayın. Kdllerinizi yüksek tutun ve giysilerinizi cerrahi alana temas ettirmeyin.
- Kontaminasyonu önlemek için işlem biter bitmez hastayı örtün.
 - Eğer delikli örtü kullandıysanız, önce o pencereyi tam insizyon yerine yerleştiriniz.

-Örtülerin katlarını insizyon yerinden başlayarak dışa doğru açınız.

İZLEME

Hastayı işlem süresince izleyin.

- Vital bulguları, bilinç düzeyini ve kan kaybını izleyin.
- Bulguları bir işlem kağıdına işleyin böylece değişiklikler kolayca dikkat çeksın.
- İşlem sırasında yeterli hidrasyonu sağlayın.

AĞRIYI GİDERME

İşlem süresince yeterli ağrı kontrolü sağlayın (**sayfa K- 47**). Yeteri kadar rahat olan hastaların gereksiz hareketler ile kendilerine zarar verme olasılıkları daha azdır. Ağrı gidermede şunlar yapılabilir:

- Emosyonel destek ve yüreklendirme.
- Lokal anestezi
- Rejyonel anestezi
- Genel anestezi

ANTİBİYOTİKLER

- İşlemden önce profilaktik antibiotik verin. Eğer sezaryen ise bebeğin çıkımından sonra verin.

İNSİZYON

- insizyonu işlemin gerektirdiği kadar büyük yapın.
- İnsizyonu çok dikkatli yapın ve her seferinde bir kata ulaşın.

DOKULARA YAKLAŞIM

- Dokuları nazik tutun.
- Pensleri kullanırken gerektiği kadar tırnağı kilitleyin. Bu davranış daha az

zedelenmiş doku bırakmanızı sağlayacaktır, böylece de infeksiyon riski azalacaktır.

HEMOSTAZ

- İşlem süresince hemostazdan emin olun.
- Obstetrik komplikasyonu olan hanımlarda anemi sıktır. Kan kaybını minimumda tutun.

ENSTRÜMANLAR

- İşleme başlamadan ve bittiginde aletlerin tamponların sayımını yapın.
 - Tamamlanan her aşamada, bir vucut boşluğu kapandığında ,sayım yapın.(ör. Uterus dikişinden sonra)
 - Sayımların doğru olduğunun kaydını yapın.
- Özellikle kesici aletleri yaralama riskine dikkat ederek kullanın (**sayfa K-20**).
 - Aletleri elden ele geçirirken güvenli bölgeleri kullanın.
 - Kesicileri tercihen küvet ve kaplar içinde geçirin. Suture iğnelerini iğne tutucu ile verin.
 - Aletleri elden vereceğiniz zaman keskin ve doku ucunu kullanıcıya doğru tutmayın.

DRENAJ

- Şu durumlarda abdominal dren bırakın:
 - Histerektomiden sonra devam eden kanama,
 - Pıhtılaşma bozukluğundan şüpheleniliyorsa,
 - İnfeksiyon varsa veya şüpheleniliyorsa.
- Kapalı bir drenaj sistemi veya lastik dren, abdominal duvardan veya Douglas yolu ile kullanılabilir.
-

- 48 saat boyunca kanlı sıvı veya pü gelmeyince veya infeksiyon temizlenince dren çekilir.

SÜTÜR

- Dokuya uygun tip ve kalınlıkta suture seçilmelidir (**Tablo K-7**). Kalınlıklar numaralar ile belirtilir:

-İnce suturelerde daha çok “0” vardır. Ör. 000 suture 00’dan daha incedir. 1 no. Suture, 0 no suturedan daha kalın çaptadır. Çok ince suture zayıf olup çabuk kopabileceği gibi, gereğinden kalın sutureda dokuya zarar verebilir.

- -İşlemler için ilgili bölümlerinde önerilen suture kalınlıklarına uyunuz.
-

TABLO K-7 **Önerilen suture tipleri**

Suture tipi	Doku	Önerilen düğüm sayısı
Normal katgüt	Fallop tübü	3 *
Kromik katgüt	Adale, fasya	3 *
Poliglikolik	Adale, fasya, cilt	4
Naylon	cilt	6
İpek	Cilt, barsak	3 *

* 3 düğüm önerilenler doğal suturelerdir. Fazla düğüm sayısı sutureü aşındırır ve düğümü zayıflatır.

YARANIN KAPATILMASI

İşlemin sonunda cerrahi yarayı steril bir kapama ile örtünüz (**sayfa K- 54**).

POSTOPERATİF BAKIM PRENSİPLERİ

İLK BAKIM

- Hastayı bakım pozisyonuna alın:
 - Bir yanına dönmüş pozisyonda baş hafif ekstansiyonda hava yolunun açık olduğundan emin olun.
 - Kan basıncına rahat bakabilmek için üstte kalan kolu vücudun önünde tutun.

-Dengeyi sağlamak için üstte kalan daha fazla olmak üzere bacakları fleksiyonda tutun.

- İşlemden hemen sonra hastanın durumunu değerlendirin:
 - Vital bulguları ilk saat 15 dakika, ikinci saat ve gerektiği süre 30 dakikada bir kontrol edin.
 - Tamamen kendine gelene kadar 15 dakikada bir bilinç durumunu kontrol edin.
- **Not:** Hasta tam bilinçli duruma gelene kadar devamlı gözlem altında olmalıdır
- Hava yolunun açık ve ventilasyonun yeterli olduğundan emin olun.
- Gereğinde trasfüzyon yapın (**sayfa K- 23**).
- Eğer **vital bulgular sabit değilse** veya transfüzyona rağmen **hematokrit düşmeye devam ediyorsa** olası kanamayı değerlendirmek için hastayı operasyon odasına tekrar alın.

GASTROİNTESTİNAL FONKSİYON

Obstetrik hastalarda gastrointestinal fonksiyon çabuk başlar. Komplike olmayan işlemlerin çoğunda 12 saat içinde barsak fonksiyonu normale döner.

- Cerrahi komplike değilse sıvı diet verin..
- İnfeksiyon belirtileri varsa veya uzamış eylem veya rüptür nedenli sezaryen yapılmışsa, sıvı vermeden önce barsak seslerini dinleyin.
- Gaz çıkışından sonra katı gıda verin.
- İV sıvı alıyor ise, oral iyi ve yeterli sıvı alana kadar, devam edin.
- İV sıvılara 48 veya daha fazla devam edileceğini düşünüyor iseniz dengeli bir elektrolit solüsyonu veriniz.(ör. 1,5gr KCL 1lt sıvı içinde)
- İV sıvılara 48 saatten fazla devam ediliyorsa ; her 48 saatte elektrolitler izlenmelidir.
- Hasta hastaneden çıkmadan normal dietini alabildiğinden emin olun.

KAPAMA VE YARA BAKIMI

Reepitelizasyon denilen iyileşme sürecinde enfeksiyona karşı koruyucu bir bariyer oluşturmak için kapama kullanılır. Reepitelizasyon oluşurken ilk gün yara kapalı olmalıdır. Sonraki günler gerekli değildir.

- Eğer **ilk kapama kan veya sıvı ile kirlenmeye başladıysa** hemen değiştirmeyin;
 - Kapamayı daha sıkı tespit edin.(basınç uygulayın)
 - Kapama üzerindeki lekeyi kalem ile işaretleyip sınırlarını belirleyin.
 - Kanama **artarsa veya kan lekesi kapamanın yarısından fazlasını kaplarsa**, kapamayı açın yarayı değerlendirin. Sonra ayrı bir steril kapama kullanın.
- **Kapama gevşemiş ise** açmayın, daha kuvvetli bantlayın. Bu sterilitenin korunmasını ve yara enfeksiyonunun düşmesini sağlayacaktır.
- Kapama değişimini steril teknik ile yapın.
- Hasta hastaneden çıkmadan önce yara temiz ve kuru olmalı, seröz akıntı veya enfeksiyon belirtisi olmamalıdır.

ANALJEZİ

Yeterli postoperatif ağrı kontrolü önemlidir (**sayfa K-37**). Ciddi ağrı çeken hasta kolay iyileşmez.

Not: Postoperatif dönemde önemli olan mobilizasyonu engelleyebileceği için aşırı sedasyondan kaçının.

MESANE BAKIMI

Bazı işlemlerde mesane kateteri gerekebilir. Kateterin erken çıkarılması enfeksiyon riskini azaltır ve hastayı yürümeye teşvik eder.

- Eğer **idrar temiz ise**, 8 saat veya ilk postoperatif geceden sonra kateter alınmalıdır.
- **İdrar temiz değil ise**, temiz gelene kadar yerinde bırakılmalıdır.
- Aşağıdaki durumlarda kateter postop 48 saat bekletilmelidir;

- uterin rüptür
- uzamış eylem, distosi
- massif perine ödemi
- pelvipertonit ile puerperal sepsis

Not: Bu durumdada idrar temiz ise katater alınır.

- **İdrar kesesi zedelenmiş ise** (uterin rüptür, sezaryen ve laparotomi dışında)
 - Kateter minimum 7 gün ve idrar temizlenene kadar bırakılır;
 - Eğer hasta antibiotik almıyorsa, sistit profilaksisi için kateter çıkana kadar günde 100mg oral nitrofurantoin verilir.

ANTİBİYOTİKLER

- Hastanın ateşi veya infeksiyon belirtileri var ise ; 48 saat ateşsiz bir dönem geçirene kadar antibioti devam edilmelidir (**sayfa K- 35**).

SUTUR ALMA

Abdominal insizyonlarda asıl destek fasya katının kapatılmasından sağlanır. Cilt suturlerini postop 5. gün alın.

ATEŞ

- Postoperatif 38 derece ve üstü ateşin değerlendirilmesi gerekir.
- Hastanın çıkışından önce en az 24 saat ateşsiz bir dönemi olmalıdır.

MOBİLİZASYON

Hareketlilik dolaşımı güçlendirir, derin nefes almayı sağlar, gastrointestinal fonksiyonun normale dönüşünü uyarır. İlk 24 saat içinde mümkün olduğunca erken ayak bacak egzersizlerini ve mobilizasyonu başlatın.

NORMAL EYLEM ve DOĞUM

NORMAL EYLEM

- Hastanın vital bulguları dahil genel durumunun hızlı bir değerlendirmesi yapılır.
- Fetal durum değerlendirilir.
 - Kontraksiyonun hemen sonrası fetal kalp seslerini değerlendirin:
 - Tam bir dakika süre ile, aktif fazda 30 dakikada en az bir kez, ikinci fazda her 5 dakikada bir kez fetal kalp atımlarını sayın.
 - Eğer **fetal kalp atımlarında anormallik varsa** (dakikada 100'den az veya 180'den fazla) fetal distressten şüphelenin(**sayfa S- 95**).
 - Eğer **zarlar yırtıldı ise**, boşalan amnion sıvısının rengini kaydedin.
 - Kalın mekonyum varlığı yakın izlem gerektirir ve fetal distres nedenli olası bir müdahale işaretidir (**sayfa S- 95**).
 - Zarlar yırtıldıktan sonra sıvı akışı olmaması azalmış amnion göstergesidir ve fetal distresle ilişkili olabilir.

EYLEM VE DOĞUM SÜRESİNCE DESTEK BAKIM

- Eylem ve doğum süresince, hastanın kendi istediği bir kişiden, destek almasını sağlayın.
 - Bu seçilen kişinin desteğine yardımcı olun;
 - Yardımcının hastaya yakın oturmasını sağlayın.
 - Yardımcının hastanın belini sıvazlamak, ıslak havlu ile yüzünü silmek, gezinmesine yardımcı olmak gibi destekleri vermesini sağlayın.
- Ekip ile iyi iletişim ve destsklerinden emin olun.
 - Bütün işlemleri açıklayın, izin isteyin ve olayları hasta ile paylaşın.

- Hastanın arzularına saygılı destekleyen ve yüreklendiren bir ortam sağlayın.
- Kişisel değerlere saygılı ve sırdaş olun.
- Hastanın ve çevresinin temizliğini sağlayın
 - Eylem başlangıcında hastanın banyo veya duş yapmasını tavsiye edin,
 - Her muayeneden önce perine ve vulvayı temizleyin,
 - Her muayeneden önce ellerinizi yıkayın,
 - Eylem ve doğumun olacağı alanın temizliğinden emin olun,
 - Eylem sırasında olabilecek her kirliliği anında temizleyin.
- Mobilitiyi sağlayın
 - Hastanın serbestce dolaşmasını sağlayın,
 - Hastanın eylem ve doğum sırasında rahat ettiği pozisyonu almasına izin verin
(Şekil K- 2, sayfa K- 59).
- Düzenli olarak mesanesini boşaltmasını sağlayın
Not: Rutin olarak her gebeye lavman yapmayın.
- Kadının istediğini yeyip içmesini sağlayın. **Özellikle eylemde yorgun ve bitkin ise** iyi beslendiğinden emin olun. Eylemin son zamanlarında bile besleyici sıvı verilebilir.
- Eylem ve doğum için solunum tekniklerini öğretin. Nefesini daha yavaş dışarı vermesini ve ekspirasyonda gevşemesini sağlayın.
- Ağrılı, korkulu ve gergin kadına yardımcı olun:
 - Ona güven, inanç ve cesaret verin,
 - Eylem ve işlemler hakkında bilgilendirin,
 - Onu dinleyin ve hislerine duyarlı olun.
- Eğer kadın ağrı nedeni ile gerilmişse:
 - Pozisyon değişiklikleri önerin (**Şekil K- 2, sayfa K- 59**),
 - Mobilizasyonunu sağlayın,
 - Kontraksiyonlar arasında refakatçisinin elini tutmasını, sırtını ovmasını ve yüzünü silmesini sağlayın.

- Solunum tekniklerini önerin,
- Ilık duş veya banyo önerin
- Gereğinde sedasyon dozunda pethidin veya morfin kullanın.

ŞEKİL K- 2 Bir kadının eylem ve doğum esnasında uygulayabileceği bazı pozisyonlar



TANI

Eylem tanısında:

- Eylem başladığının doğrulanması
- Evresi
- Fetusun angajman ve inişi
- Fetusun presentasyon ve pozisyonu

Eylemin yanlış tanısı gereksiz anksiyete ve girişimlere yol açabilir !

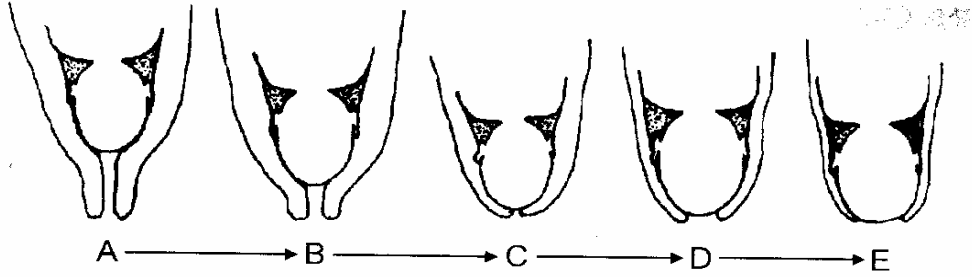
EYLEM BAŞLADIĞININ DOĞRULANMASI

- Kadında şu belirtiler varsa eylem olasıdır:
 - 22 haftadan sonra aralıklı abdominal ağrı
 - Ağrı sıklıkla kanlı mukus ile birlikte,
 - Sulu vaginal akıntı veya ani sıvı boşalması.
- Şu durumlar eylemin başladığını doğrular

-Servikal silinme- serviksin ilerleyici olarak kısılması ve incilmesi

-Servikal açılma- serviks çapının cm olarak artışının belirlenmesi (Şekil K- 3 A- E)

ŞEKİL K- 3 Serviksin efasman ve dilatasyonu



Serviks silinmemiş	Serviks kısmen silinmiş	Serviks tam silinmiş	Serviks 3 cm dilate	Serviks 8 cm dilate
Servikal kanal= 4 cm.	Servikal kanal= 2 cm.			

DOĞUMUN EVRE VE FAZININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo K- 8 Doğumun evre ve fazının tanısı *

Semptom ve işaretler	Evre	Faz
• Açıklık yok	Eylem yok/ Yalancı eylem	
• 4cm den az açıklık	Birinci	Latent
• 4-9cm açıklık • Saatte 1cm veya fazla açılma • Fetusun inişi başlamış	Birinci	Aktif
• Tam açıklık 10cm • İniş devam ediyor • İkinme yok	İkinci	Erken (itici olmayan)
• Tam açıklık 10 cm • Önde gelen kısım pelvis tabanında • İkinme hissi	İkinci	Geç (itici)

* Eylemin üçüncü evresi bebeğin doğumu ile başlar plasentanın atılması ile sona erer.

İNİŞ

KARIN PALPASYONU

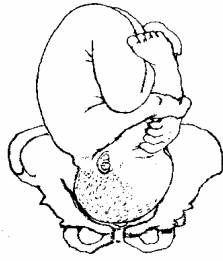
- Abdominal palpasyon ile fetal başın simfiz pubis üstünde kalan kısmını değerlendirin beşte birlik kesirleri olarak ifade edin. (Şekil K- 4 A- D)

-Baş tamamen simfiz üzerinde ise 5/5 palpabl (Şekil K- 4 A- D),

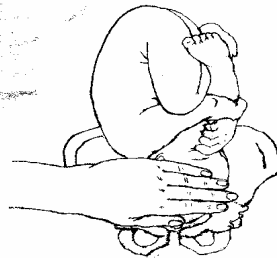
-Baş tamamen simfiz altında ise 0/5 palpabl.

ŞEKİL K- 4

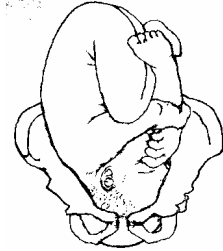
Fetal başın inişi için abdominal palpasyon



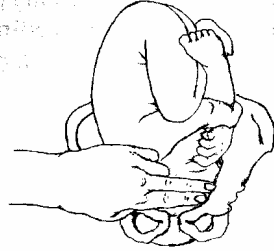
A. Baş simfizis pubisin üstünde mobil=5/5



B. Baş simfizis pubisin üstünde beş parmak genişliğine uyum sağlar



C. Baş simfizis pubisin 2/5 üstünde



D. Baş simfizis pubisin üstünde iki parmak genişliğine uyum sağlar

VAGİNAL MUAYENE

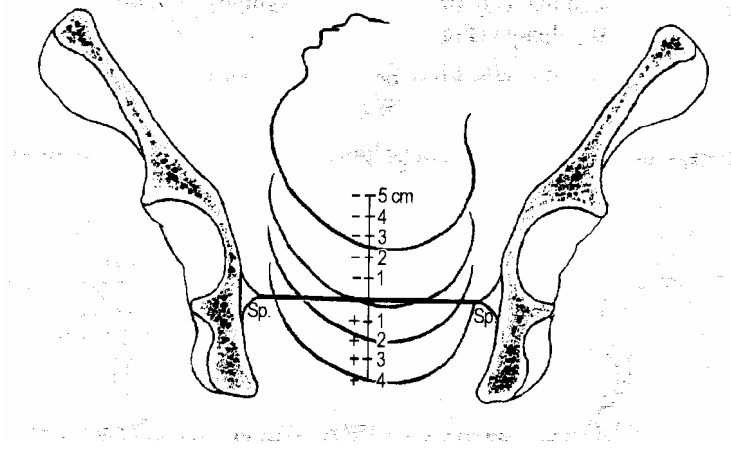
- Gerektiğinde önde gelen fetal kısmın iskiyal spinalara göre değerlendirilmesi ile fetal iniş vaginal muayenede değerlendirilir (Şekil K- 5, sayfa K- 62).

K- 62

Normal eylem ve doğum

Not: Belirgin derecede kaput veya molding oluşmuşsa abdominal değerlendirme daha faydalıdır.

ŞEKİL K- 5 Vajinal muayene ile fetal başın inişinin değerlendirilmesi; 0 pozisyonu iskiyal spinlerin seviyesindedir (Sp)



PREZANTASYON VE POZİSYON

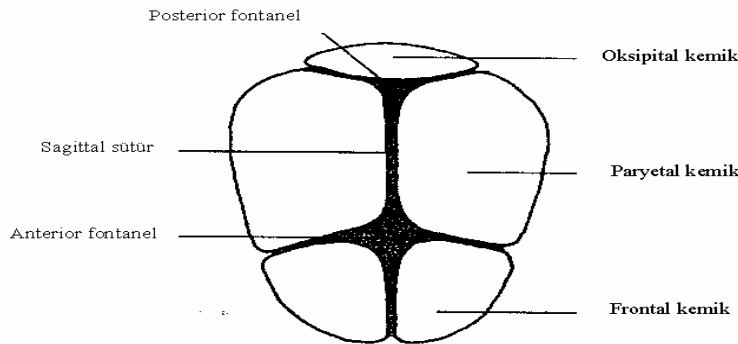
PREZANTE OLAN KISMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

*En sık prezante olan kısım vertekstir. Başın verteksi prezante değilse malprezantasyon olarak değerlendirin.

*Verteks prezante ise fetal kafa tasındaki belirgin yerler , fetal başın maternal pelvise göre pozisyonunu değerlendirmede kullanılır.

ŞEKİL K- 6

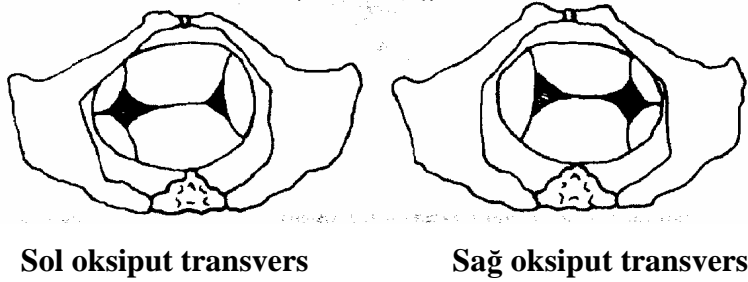
Fetal kafatasının belirteçleri



FETAL BAŞIN POZİSYONUNUN DEĞERLENDİRMESİ

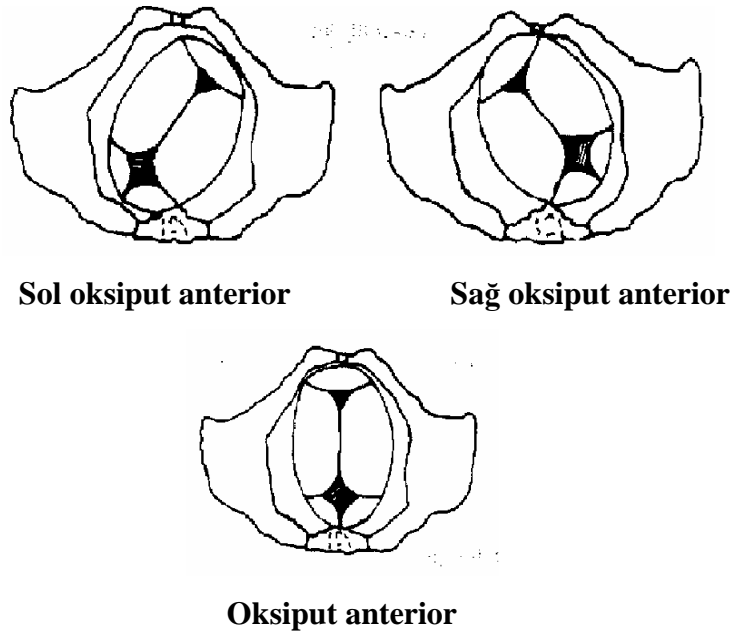
- Fetal baş normal olarak maternal pelvise **oksiput transvers** pozisyonda yerleşir (Şekil K- 7).

ŞEKİL K- 7 Oksiput transvers pozisyonlar



- İniş sırasında, fetal baş rotasyon yapar böylece oksiput anterior olur (Şekil K- 8). Bu rotasyon gerçekleşmezse oksiput posterior olabilir (sayfa S- 75).

ŞEKİL K- 8 Oksiput anterior pozisyonlar



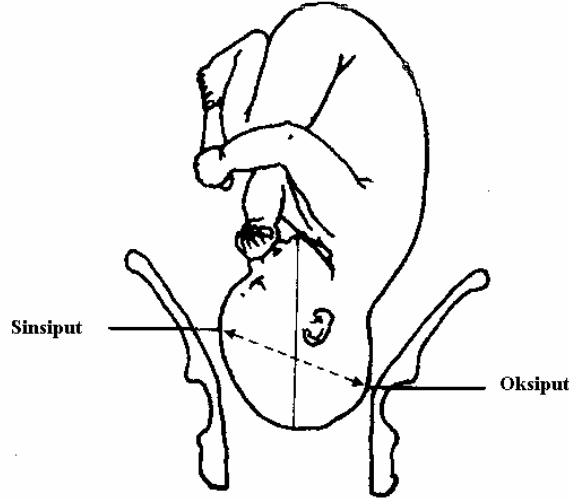
K- 62

Normal eylem ve doğum

- Normal prezentasyonun bir şekli de oksiputun sinsiputtan daha aşağıda olduğu **aşırı fleksiyon halidir (Şekil K- 9).**

ŞEKİL K- 9

Aşırı fleksiyondaki vertex



EYLEMİN İLERLEMESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tanısı konulduktan sonra eylemin ilerlemesinin değerlendirilmesinde:

- Latent fazda Servikal silinme ve açıklık değişimlerinin ölçülmesi (**Şekil K- 3, sayfa K- 60**);
- Aktif fazda servikal açıklık ve fetal iniş hızlarının değerlendirilmesi (**Şekil K- 4, sayfa K- 61 ve Şekil K- 5, sayfa K- 62**);
- İkinci evrede daha ileri fetal inişin değerlendirilmesi.

Eylemin birinci evresi aktif faza girince partografa işaretlenmeye başlanır. **Şekil K- 10, sayfa K- 67 de** örnek bir partograf vardır. Alternatif olarak basitçe düşey aksta servikal dilatasyon (cm), yatay aksta zaman (saat) olan bir diagramda oluşturulabilir.

VAGİNAL MUAYENELER

Eylemin birinci evresinde ve zarlar yırtıldıktan sonra en az dört saatte bir vaginal muayene yapılır. Bulgular partograma işaretlenir.

- Her vaginal muayenede şunlar kaydedilir:
 - Amnionun rengi ;
 - Servikal açıklık ;
 - İniş (abdominal de değerlendirilir).

- **İlk muayenede serviks açık değilse** eylem tanınamayabilir.
 - **Kontraksiyonlar devam ediyor ise** değişiklikleri değerlendirmek için dört saat sonra yeni muayene yapılır. Bu durumda **açıklık ve silinme** varsa kadın eylemde, yoksa yalancı doğum eylemidir.
- Doğumun ikinci evresinde vaginal muayeneler saatte bir yapılmalıdır.

PARTOGRAMIN KULLANIMI

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) partogramı daha kolay kullanım için geliştirilmiştir. Latent faz kaldırılmış, 4cm açıklıktan sonra aktif faz da işaretlenmeye başlanmaktadır. **Şekil K- 10, sayfa K- 67 de** örnek bir partogram vardır. Partogram ihtiyaca göre büyütülerek kullanılmalıdır. Partograma aşağıdakiler kaydedilir:

Hasta bilgileri: İsim, gebelik sayısı, doğum sayısı, kayıt numarası, kabul tarih ve saati ile zarların açıldığı zaman.

Fetal kalp hızı: Her yarım saatte bir kaydedilmeli.

Amniotik sıvı: Her vaginal muayenede amnion sıvısının rengi kaydedilir.

- S: Zarlar salim
- A: Zarlar açık
- B: Zarlar açık berrak sıvı
- M: Zarlar açık mekonyum boyalı sıvı
- K: Zarlar açık kanlı sıvı

Molding:

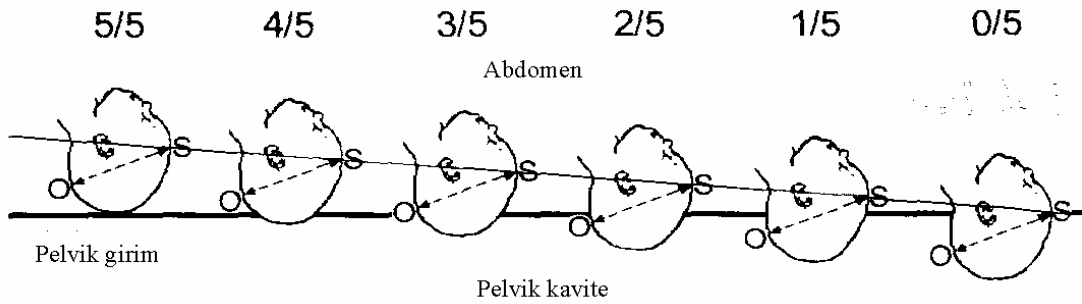
- 1: Sutura aralıklı
- 2: Suturler üstüste ama yerine itilebiliyor
- 3: Suturler üstüste yerine itilemiyor

Servikal açıklık: Her vaginal muayenede değerlendirilir ve partogra üzerinde bir (X) işareti ile belirtilir. 4 cm'den başlayarak partogram işaretlenir.

Uyarı çizgisi: 4 cm servikal açıklıktan başlayarak saatte 1cm açılma hızı ile beklenen tam açıklık noktasını birleştiren çizgi.

Aksiyon çizgisi: Uyarı çizgisine paralel ve dört saat sağında olan çizgi.


Abdominal muayenede iniş: Simfiz pubis üzerinden başın palpasyonu ile bulgular (beş kısma bölünerek) bir daire çizimi (O) ile her abdominal muayenede işaretlenir. 0/5 de sinsiput (S) simfisis pubis seviyesindedir.





Saat: Eylemin aktif fazı başladıktan sonra geçen süreyi belirler .

Zaman: İçinde bulunulan lokal saatin kaydı.

Kontraksiyonlar: 10 dakikalık zaman diliminde kontraksiyon sayısı ve saniye olarak süresi ; yarım saatlik aralar ile kaydedilir.

• 20 saniyeden daha kısa : 

• 20- 40 saniye arası : 

• 40 saniyeden fazla : 

Oksitosin: Eğer kullanılıyor ise ; her 30 dakikada bir verilen miktar kaydedilir.

İlaçlar: Verilen ilaçlar kaydedilir.

Nabız: Her 30 dakikada bir bir işaret ile , örneğin (.) kaydedilir.

Kan basıncı: Dört saatte bir ok işareti ile kaydedilir.

Vücut ısısı: İki saatte bir kaydedilir.

İdrar volümü, protein, aseton: İdrar alındığı zaman kaydedilir.

ŞEKİL K- 10

Modifiye WHO Partografı

Name	Gravida	Para	Hospital number
Date of admission	Time of admission	Ruptured membranes	hours
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Fetal heart rate</p> <p>Amniotic fluid Moulding</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Cervix (cm) [Plot X]</p> <p>Descent of head [Plot O]</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Contractions per 10 mins</p> <p>Oxytocin U/L drops/min</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Drugs given and IV fluids</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Pulse ●</p> <p>and ▲</p> <p>BP ▼</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Temp °C</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 15%;"> <p>Urine { protein</p> <p>acetone</p> <p>volume</p> </div> <div style="width: 85%;"> </div> </div>			

Şekil K- 12, sayfa K- 69 normal doğum eylemi için bir partograf örneğidir:

- Bir primigravid eylemin latent fazında saat 05.00 ‘ de kabul edilmiştir.
 - Fetal baş 4/5 palpabl;
 - Serviks 2cm açık;
 - 10 dakikada üç kontraksiyon; her biri 20 saniye süreli;
 - Normal maternal ve fetal bulgular.

Not: Kadın eylemin aktif fazında olmadığı için bu bulgular partograma işaretlenmedi.

- Saat 09.00:
 - Fetal baş 3/5 palpabl;
 - Serviks 5cm açık;
 - 10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 35 saniye süreli.

Not: Kadın eylemin aktif fazındadır, bulgular partograma işaretlenmiştir. Servikal açıklık uyarı çizgisinde işaretlenmiştir.

- Saat 11.00:
 - Fetal baş 2/5 palpabl;
 - 10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli.

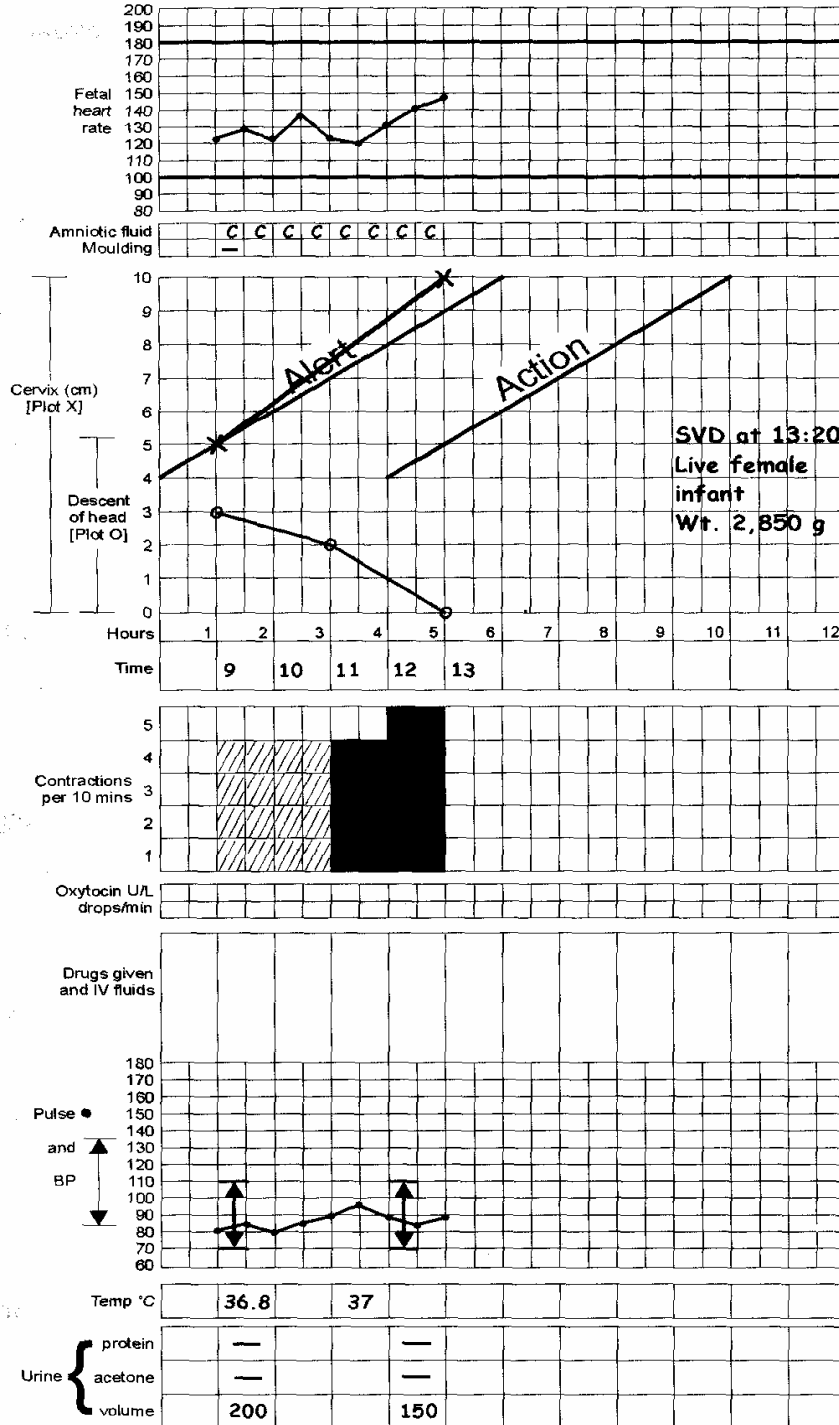
- Saat 13.00
 - Fetal baş 0/5 palpabl;
 - Servikal açıklık saatte 1cm’den hızlı gelişerek tam açıklığa ulaşmış;
 - 10 dakikada beş kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli,
 - Saat 13.20’de spontan vaginal doğum.

ŞEKİL K- 11

Normal doğum eylemi için örnek partograf

Name Mrs. S Gravida 3 Para 2+0 Hospital number 7886

Date of admission 12.5.2000 Time of admission 5:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



EYLEMİN BİRİNCİ EVRESİNİN GELİŞİMİ

- Eylemin 1. evresinin **tatminkar ilerlediğini** gösteren bulgular:
 - Düzenli olarak, artan frekansta ve sürede kontraksiyonlar
 - Aktif fazda saatte en az 1cm servikal açılma (alert çizgisi üstünde veya sola doğru)
 - Serviks önde gelen kısma iyi uyum sağlamış
- Eylemin birinci evresinin **tatminkar ilerlemediğini** gösteren bulgular:
 - Latent fazdan sonra düzensiz ve seyrek kontraksiyonlar
 - VEYA aktif fazda saatte 1cm'den az açılma (sağa doğru)
 - VEYA serviks önde gelen kısma iyi uyum sağlamamış olmaması.

Eylemin birinci evresinin **tatminkar ilerlememesi** uzamış eyleme neden olabilir (**Tablo S-10, sayfa S- 57**).

EYLEMİN İKİNCİ EVRESİNİN GELİŞİMİ

- Eylemin 2. evresinin **tatminkar ilerlediğini** gösteren bulgular:
 - Fetusun doğum kanalında düzenli inişi
 - İkınma fazının başlaması
- Eylemin 2. evresinin **tatminkar ilerlemediğini** gösteren bulgular:
 - Fetusun doğum kanalında düzenli inişinin olmaması
 - İkınma fazının başlamaması

FETAL KONDÜSYONUN GELİŞİMİ

- Eğer **fetal kalp hızı anormalliği** varsa (dakikada 100'den az 180'den fazla) fetal distressi düşün (**sayfa S- 95**).

- Eylemde iyi fleksiyon ile oksiput anteriordan farklı pozisyon ve presentasyonlar malpozisyon ve malpresentasyonlar olarak değerlendirilirler (sayfa S- 69).
- Eğer eylemin tatminkar ilerlemediği ve uzadığı düşünülürse, yavaş ilerlemenin nedeni aranır (sayfa S- 57).

MATERNAL KONDÜSYONUN GELİŞİMİ

Hasta distres bulguları yönünden değerlendirilir:

- Eğer hastanın nabızı yükseliyorsa, dehidrate veya ağrı içinde olabilir. Oral veya IV yeterli hidrasyon ve analjezi sağlayın (sayfa K- 37).
- Eğer kan basıncı düşüyorsa, kanamadan şüphelenilir (sayfa S- 17).
- Eğer idrarda aseton varsa açlık neden olabilir, IV dekstroz verilir.

NORMAL DOĞUM

Eylemde destekleyici bakımın genel metodları, kadının eylemin ağrısına katlanmasında çok yararlıdır.

- Serviks tam dilate olup, hasta, ikinci evrenin ıkmına fazına geçtiğinde, istediği pozisyonu almasına izin verin ve ıkmmasını önerin (Şekil K- 12).

Fig.C 12

Hastanın doğumda alabileceği bazı pozisyonlar



Not: Epizyotomi artık rutin olarak önerilmemektedir. Rutin epizyotominin, perine hasarı, ileride olabilecek prolapsus ve idrar inkontinansını azalttığına dair delil yoktur. Aslında rutin epizyotomi artmış 3. ve 4. derece perine yırtığı ve anal sfinkter kas disfonksiyonuna yol açabilir.

Epizyotomi (sayfa İ- 71) sadece şu durumlarda düşünülmelidir.

- Komplike vaginal doğum (makat, omuz distosisi, forceps, vakum ekst.)
- Eski genital skar, kötü iyileşmiş 3. veya 4. derece yırtıklar.
- Fetal distres.

BAŞIN DOĞUMU

- Hastaya , bebek başı çıkarken, kontraksiyonlar ile hafifce ıkınmasını söyleyin.
- Başın doğumunu kontrol etmek için bir elin parmakları ile başın fleksiyonda kalmasını sağlayın.
- Baş doğarken nazikce perineyi desteklemeye devam edin.
- Baş doğduktan sonra hastaya ıkınmamasını söyleyin.
- Bebeğin ağzını ve burnunu aspire edin.
- Bebeğin boynunda kordon var mı kontrol edin:
 - **Eğer kordon gevşek olarak boyunda ise** baş üzerinden kaydırın.
 - **Eğer kordon sıkı olarak boyunda ise** çift klempleyin ve kestikten sonra boyundan çözün.

DOĞUMUN TAMAMLANMASI

- Bebeğin başının spontan olarak istediği tarafa dönmesine izin verin.
- Baş döndükten sonra, her iki elinizi başın yanlarına destekleyin. Bir sonraki kontraksiyonda kadına hafifce ıkınmasını söyleyin.
- Yırtıkları önlemek için omuzları sırayla doğurtun. Bebeğin başını arkaya doğru hareket ettirerek öndeki omzu doğurtun.

Not.: Omuzları doğurtmada **zorluk hissederseniz** omuz distosisinden şüphelenin (**sayfa S-83**).

- Bebeğin başını öne doğru hareket ettirerek arkadaki omzu doğurtun.
- Bebeğin gövdesini bir eliniz ile destekleyerek dışarı kaymasını sağlayın.
- Bebeği annenin göğsüne yerleştirin. Vakit geçirmeden kurulayın, gözlerini silin, solunumunu değerlendirin.

Not: Çoğu bebek 30 saniye içinde kendiliğinden ağlamaya veya solumaya başlar.

-Eğer **bebek ağlıyor veya soluyor ise** (göğsü dakikada 30 kez yükselir) bebeği anne ile bırakın.

-Eğer 30 saniyede solumaya başlamazsa yardım isteyin ve bebeğin resusitasyon işlemini başlatın (**sayfa S- 142**).

Resusitasyon gerekliliğine hazırlıklı olun ve her bebek için ama özellikle; eklampsi hikayesi, kanama, uzamış eylem, erken doğum ve enfeksiyonu olan anne bebeklerinde yardım alın.

- Kordonu bebeğin doğumundan sonra bir dakika içinde klepleyin ve kesin.
- Bebeğin sıcak tutulduğundan ve annenin göğsü ile cilt cilde temasda olduğundan emin olun. Bebeği kuru yumuşak şeyler ile giydirin, battaniye ile sarın ve ısı kaybetmemesi için başını örtülü tutun.
- **Anne iyi değilse** bebeğe yardımcı isteyin.
- Başka bir bebek olmadığından emin olmak için karnı kontrol edin, ve üçüncü evrenin aktif yönetimine geçin.

ÜÇÜNCÜ EVRENİN AKTİF YÖNETİMİ

Üçüncü evrenin aktif yönetimi (plasentanın aktif doğurtulması) postpartum hemorajiden korunmaya yardımcıdır. Üçüncü evrenin aktif yönetimi şunları içerir:

- Derhal oksitosin
- Kordonun kontrollü çekilmesi; ve

- Uterus masajı

OKSİTOSİN

- Bebeğin doğumundan sonraki ilk dakika başka bir bebek olmadığından emin olmak için karnı kontrol edin ve 10 ünite oksitosin İM uygulayın.
- Oksitosin, injeksiyondan sonra 2-3 dakikada etkili olduğu ve minimal yan etkileri olduğu için her kadında kullanılabilir. **Oksitosin yoksa** ergometrin 0.2mg İM veya prostoglandinler verilebilir. Bu uygulamalardan önce başka bir bebek olmadığından emin olmak gerekir.

Preeklampitik, eklampitik veya yüksek kan basıncı olan hastalara, konvulsiyon ve serebro vasküler olay riskini arttıracığı için ergometrin vermeyin.

KORDONUN KONTROLLÜ ÇEKİLMESİ

- Doğumdan sora ilk dakikada kordonu perineye yakın klempleyin. Klempi ve kordonu bir elle tutun.
- Diğer eli pubis kemiğinin üstüne yerleştirin ve kordonu kontrollü olarak çekerken uterusu karşı yönde destekleyin. Bu hareket uterusun inversiyonunu önleyecektir.
- Kordonu gergince tutun ve kuvvetli bir uterus kontraksiyonu bekleyin. (2-3 dakika)
- **Uterus toparlanır veya kordon uzarsa** , plasentayı doğurtmak için, kordonu aşağıya doğru nazikçe çekin. Çekme işleminden önce kan boşalmasını beklemeyin. Diğer el ile uterusu karşı güç uygulamaya devam edin.
- 30-40 saniye kordonun kontrollü çekilmesi ile **plasenta inmezse** (yani plasenta ayrılma belirtileri yoksa) kordonu çekmeye devam etmeyin.
 - Kordonu nazikçe tutun ve uterusun tetra iyice kontrakte olmasını bekleyin. Eğer gerekirse, uzadıkça kordonu perineye yakın tekrar bir klemple tespit edin
 - Bir sonraki kontraksiyon ile kordonun çekilmesi ve uterusun karşı güç ile desteklenmesi işlemini tekrarlayın.

Hiçbir zaman uterusu karşı güç (itme) uygulamadan kordonu çekmeyin.

- Plasenta doğarken ince membranlar yırtılabilir. Plasentayı iki el ile tutup nazikçe çevirerek zarların kıvrılmasını sağlayın.
- Yavaşca çekerek doğumu tamamlayın.
- Eğer **zarlar yırtılırsa**, dezenfekte veya steril eldivenler ile, bir spanç pens kullanarak, vajen ve servikte kalmış zar parçalarını alın.
- Plasentayı dikkatle inceleyerek parçalarının eksik olmadığından emin olun. **Eğer plasentanın anne tarafında parça eksikse veya damarlı yırtık zarlar varsa** plasenta parçaları kalmış olabilir (**sayfa S- 32**).
- **Eğer uterus inversiyonu olursa** repozisyonu gerekir (**sayfa İ- 91**).
- **Eğer kordon koparsa** plasentanın elle alınması gerekebilir (**sayfa İ- 77**).

UTERUS MASAJI

- Hemen hastanın karnından uterusu kontrakte olana kadar masaj yapın.
- İlk iki saat uterin masajı 15 dakikada bir tekrarlayın.
- Masajı bıraktıktan sonra uterusun yumuşamadığından emin olun.

YIRTIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Hastayı dikkatle muayene edin, serviks (**sayfa İ- 81**) ve vajendeki (**sayfa İ- 83**) yırtıkları onarın veya epizyotomiye onarın (**sayfa İ- 73**).

YENİDOĞANIN İLK BAKIMI

- Bebeğin solunumunu ve rengini her 5 dakikada bir kontrol edin.

- Eğer **bebek siyanotik** (mavimsi) veya **solunum zorluğu** (dakikada 30 dan az veya 60 dan fazla) varsa nasal katater veya maske ile oksijen verin (**sayfa S- 146**).
- Her 15 dakikada bir bebeğin ayaklarından ısınısını kontrol edin.
 - **ayakları soğuk ise** koltuk altı ısınısını kontrol edin
 - **36.5 dan düşük ise** ısınmasını sağlayın (sayfa S- 148).
- 15 dakikada bir göbeğini kontrol edin. **Kanaması varsa** daha sıkıca tekrar bağlayın.
- Bebeğin gözlerine antimikrobiale damla (%1 gümüş nitrat, %2.5 povidon iod) veya krem (%1 tetrasiklin krem) uygulayın
Not: Povidon iodu gözde kullanıldığında körlük yapabilmek için iodu tentürü ile karıştırmayın.
- Ciltteki kan veya mekonyumu silin.
- Bebek hazır görüldüğünde anne sütünü almasına çalışın. Bebeği memeyi alması için zorlamayın.

Mümkün olduğu kadar anneyi bebekten ayırmayın. Hiçbir zaman anneyi ve bebeği dikkatten uzak bırakmayın!

YENİDOĞAN BAKIM PRESİPLERİ

Komplikasyonlar yaşamış bir annenin bebeği doğduğunda, bebeğin bakımı:

- Acil tedaviyi gerektirecek bir durumu olup olmaması,
- Annenin bebeğinin bakımını kısmen veya tamamen üstlenip üstlenemeyeceğine göre düzenlenir.

PROBLEMLİ YENİDOĞANLAR

- **Bebeğin problemi doğumdan sonra ilk bir saat içinde tedaviyi gerektirecek kadar acilse**, doğum yerindeki sağlık görevlileri bakımı üstlenirler (**sayfa S- 141**). Acil değerlendirmeyi gerektiren yenidoğan problemleri:
 - Solumama veya iç çekme,
 - Zor soluma (dakikada 30 dan az veya 60 dan fazla , göğsün çekilmesi veya hırlama),
 - Santral siyanoz (mavilik),
 - Erken doğum veya çok düşük doğum ağırlığı (1500gr dan az),
 - Letarji,
 - Hipotermi (koltukaltı 36,5 dan düşük),
 - Konvulsiyonlar.
- Aşağıdaki durumlar acil tedaviyi gerektirir:
 - düşük doğum ağırlığı (1500-2500gr)
 - normal görünen ama erken veya uzun süreli membran rüptürü olan veya amnionitisli anne bebekleri,
 - konjenital sifiliz ihtimali (+ serolojik test veya semptomatik) olanlar.
- **Eğer yenidoğan malformasyonlu veya acil bakım gerektirmeyen problemlidir ise:**
 - Rutin ilk yenidoğan bakımı yapılır (**sayfa K- 75**),
 - Mümkün olduğu kadar çabuk, bakımlarının yapılacağı yere nakledilir (**sayfa K- 78**).

PROBLEMSİZ YENİDOĞANLAR

- **Eğer yenidoğanın görünür bir problemi yoksa** , rutin ilk bakımını uygulayın, cilt cilde teması ve erken anne sütünü almasını sağlayın (**sayfa K- 75**).
- **Eğer annenin durumu uygunsa** , bebeği her zaman cilt cilde temasta tutun.
- **Eğer annenin durumu bu teması mümkün kılmıyorsa** (ör. Sezaryen);
 - Bebeği kuru, yumuşak giysiler ile, battaniyeye sarılmış, başı örtülü tutun,
 - Sık sık kontrol edin.
- Eğer annenin durumu uzun süreli ayrılığı gerektiriyorsa, bebeği yenidoğan için uygun hizmet verecek bir üniteye alın.

YENİDOĞAN BEBEKLERİN TRANSFERİ

- Bebeğin niçin transfer edileceğini anneye açıklayın (**sayfa K- 5**).
- Bebeği sıcak tutun. Bebeği kuru, yumuşak giysiler ile, battaniyeye sarılmış, başı örtülü tutun.
- Mümkünse bir sağlık personelinin kollarında gönderin. **Eğer oksijen gereksinimi varsa** özel ekipman veya küvöz ile gönderin.
- Annenin durumu uygun olduğunda veya bebek emmeye hazır olduğunda hemen anne sütüne başlayın.
- **Eğer emzirme gecikecek ise**, annenin sütünü toplamasını sağlayın ve yenidoğana verildiğinden emin olun.
- Yenidoğanın bakımını üstlenen servise eylem ve doğum ile ilgili kayıtları ve bebeğe verilmiş tedavileri ulaştırın.

GÖNÜLLÜ VE DERNEK İLİŞKİLERİ

GELİŞMİŞ BİR SAĞLIK HİZMETİ YAPISI OLUŞTURMAK

Bölge hastanesi , insanların çevresel sağlık birimlerinden iyi hizmet alabilmelerinin ortamını oluşturmalıdır. Bunlar diğer gönüllülerle ortak çaba sarfetmelidir.

Bölgedeki doktor ve ebeler gönüllülerle ilişkilerinde;

- Hastalara yardımcı oldukları için özellikle ailelerinin yanında teşekkür etmeliler,
- Gönüllülerin saygınlıklarını arttırmak için, önerilerine itibar etmeli,
- Gönüllüleri (uygun bir düzeye kadar) kadınların bakımında görevlendirin.

Bölgedeki doktor ve ebeler dernekler ile ilişki kurarken;

- Dernek üyelerini bölge hastanesinin veya sağlık kuruluşunun bir parçasıymış gibi davet edin.
- Kilit personelleri tespit edin, ve onların yapılan işleri ve kuralları öğrenmesini sağlayın.
- Toplumun bölge hastanesini bir sağlık ödülü gibi görmesini sağlayın (ör. Aşı kampanyaları, tarama programları gibi)

KADINLARIN GEREKSİMİNLERİNİ KARŞILAMAK

Kadının ve toplumun dikkatini çekmek için bölge hastanesi, kendi doğum hizmetlerini gözden geçirmelidir. Eldeki imkanlar ile toplumsal yapıya saygılı ve huzurlu bir çevre oluşturulmalıdır.

- Kadının masuniyetine kişiliğine saygılı olunmalı,
- Aile üyeleri ile iyi ilişkiler kurulmalı,
- Anne ve bebeği için rahat ortamlar sağlanmalı (ör. Rahat doğum masaları, sıcak temiz odalar).

İyi planlama ile , acil durumlar ve komplikasyonlardan etkilenip bozulmayan bir ortam sağlanabilir.

SEVK İŞLEMLERİNİN DÜZENLENMESİ

Bölge hastanesine sevk edilen her hastaya şunları içeren standart bir bilgi formu verilmelidir:

- Genel hasta bilgisi (isim, yaş, adres),
- Obsterik öykü (doğumlar, gebelik yaşı, antenatal komplikasyonlar),
- Geçmişteki obstetrik komplikasyonlar.(sezaryen, hemoraji),
- Sevkinin gerektiren özel problem,
- zamana kadar uygulanan tedaviler ve sonuçları.

Sevk kağıdının üzerinde sevkın sonuç kısmı olmalı, **bu kısım doldurularak hastayı getiren kişi ile geri gönderilmeli.** Kalite güvencesi olarak bu belgeler, her iki kurumdada saklanmalı.

- Böylece sevk edenler sevklerinin tutarlılığını,
- Bölge hastanesi ise sevkın geldiği kuruma gerekebilecek ilave ekipman veya eğitimi değerlendirebilir.

EĞİTİM VE DESTEK HİZMETLERİNİN SAĞLANMASI

Bölge hastaneleri perifer kurumlar ve kişiler için, yüksek kalitede ve katılımcı eğitimler düzenlemelidir. Katılımcı eğitim beceri geliştirmeye yönelik olursa, dersane temelli eğitimden daha faydalı olur, çünkü;

- Bölge hastanesinin eğitimi verenleri ile periferin çok amaçlı çalışanları ile ilişkilerin gelişmesini sağlar,
- Periferde çalışanların , bölge hastanesinin klinik uygulamalarına aşina olmasını sağlar,
- Takım çalışması oluşumunu, eğitim alanların kendi kuruluşlarına döndüklerinde bilgi, becerilerini aktarmalarını sağlar.

BÖLÜM 2
SEMPTOMLAR

ŞOK

S-1

Şok, dolaşım sisteminin vital organların yeterli kanlanmasını sağlayamaması ile karakterizedir. Şok, **hayatı tehdit eden** bir durum olup **acil ve yoğun tedavi** gerektirir.

Aşağıdakilerden en azından bir tanesi mevcut ise şoktan şüphelen:

- Erken gebelikte kanama (ör. düşük, dış gebelik, molar gebelik);
- Geç gebelikte veya doğum eylemi esnasında kanama (ör. plasenta previa, dekolman plasenta, uterus rüptürü);
- Doğum sonu kanama (ör. uterus rüptürü, uterus atonisi, genital kanalda laserasyon, plasenta retansiyonu);
- Enfeksiyon (ör. güvenli olmayan düşük veya septik düşük, amnionit, metritis, piyelonefritis);
- Travma (ör. düşük esnasında uterus veya barsak zedelenmesi, uterus rüptürü, genital kanal laserasyonu).

YAKINMA VE BULGULAR

Aşağıdaki yakınma ve bulgular mevcut ise şok tanısı koy:

- Zayıf ve hızlı nabız (110/dk ve üstünde);
- Düşük kan basıncı (sistolik kan basıncı 90 mm Hg'nin altında);
- Solukluk (özellikle göz kapaklarının içinde, avuç içinde veya ağız kenarında);
- Terleme veya soğuk ve nemli cilt;
- Solunum sayısında artma (30/dk ve üzerinde);
- Sıkıntılı, konfüze veya bilinçsiz;
- İdrar çıkışında azalma (30 ml/dk altında).

TEDAVİ

Acil tedavi

- **YARDIM İSTE.** Acil olarak mevcut personeli çağır;
- Vital bulguları değerlendir (nabız, kan basıncı, solunum, vücut ısısı);

- **Eğer kadın bilinçsiz ise;** kusacak olursa aspirasyon riskini en düşük düzeye indirmek için hastayı yan yatır ve solunum yolunun açık olduğundan emin ol.
- Hastayı sıcak tut ancak aşırıya kaçma bu durum periferik dolaşımı arttırarak vital organlara olan kan akışını azaltacaktır;
- Kalbe dönen kan akımını arttırmak için bacakları kaldır (eğer mümkünse yatağın ayak ucunu kaldır).

SPESİFİK TEDAVİ

- Geniş çaplı (16 no ve üstü) kanül kullanarak (mümkünse iki adet) IV mayi infüzyonuna başla. Mayi infüzyonuna başlamadan hemen önce hemoglobın düzeyi, cross-match ve pıhtılaşma zamanı için kan al;
 - Başlangıçta 1 litre, 15-20 dakikada gidecek şekilde (serum fizyolojik veya Ringer laktat ile) hızlı IV mayi ver;

Not: Plazma genişletici (ör. Dekstran) vermekten kaçının. Şoktaki bir hastada plazma genişleticilerin normal serum fizyolojiktan daha üstün olduğuna dair bir bulgu bulunmayıp dekstranın yüksek dozları zararlı olabilir.

- İlk bir saat içinde en az 2 litre mayi ver. Bu devam etmekte olan kaybın üstünde mayi verilmesini sağlar.

Not: Kanama nedeniyle şoka girenlerde daha hızlı mayi infüzyonunun yapılması gerekir. Amaç tahmini sıvı kaybının 2-3 mislinin verilmesidir.

Şoktaki bir kadına ağızdan mayi vermeyin.

- **Periferik ven kateterize edilemezse,** venöz cut-down yapın (**Şekil S-1**);
- Vital bulguları ve kan kaybını izlemeye devam et (15 dakika ara ile);
- Mesaneye sonda yerleştir ve sıvı alımı ile idrar çıkışını takip et;
- Maske veya nazal kanül ile 6-8 L/dk hızında oksijen ver.

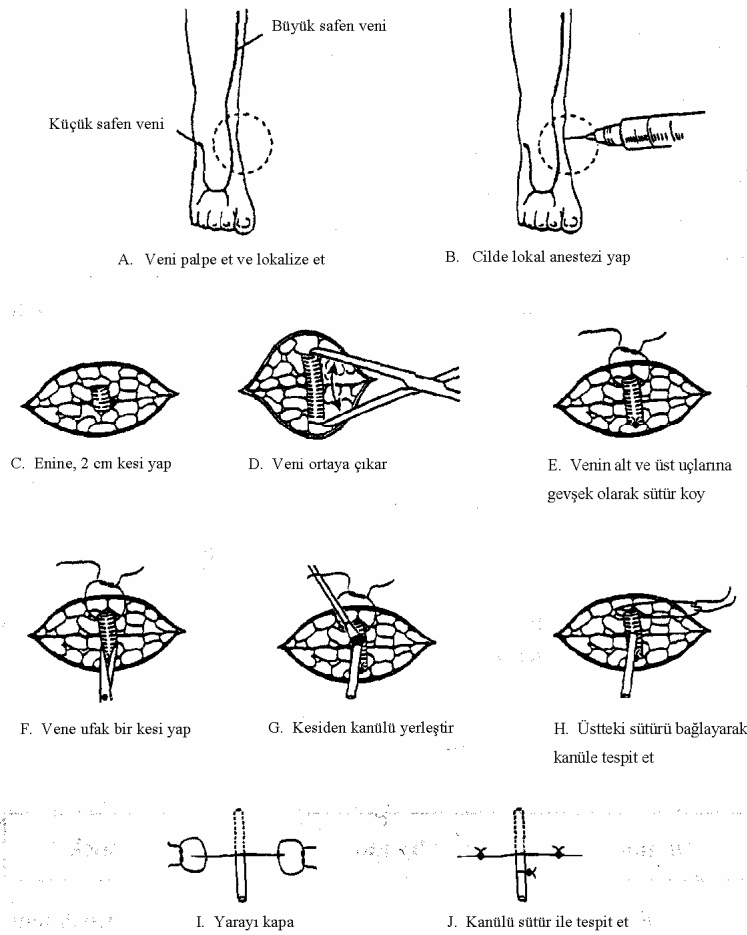
Yatakbaşı pıhtılaşma testi

- **Yatakbaşı pıhtılaşma testini** yaparak pıhtılaşma durumunu kontrol et:

- Ufak, kuru, temiz, camdan yapılmış test tüpüne (yaklaşık 10 mm x 75 mm) yaklaşık 2 ml venöz kan al;
- Sıcak kalması için tüpü avcunun içinde tut (+ 37⁰C);
- Dört dakika sonra pıhtı oluşup oluşmadığını görmek için tüpe hafif hafif vurulur. Pıhtı oluştuğu görülünceye kadar bir dakika aralar ile tüpe hafif vurmaya devam edilir ve pıhtı oluştuğunda tüp baş aşağı çevrilebilir.
- 7 dk içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca ayrılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (sayfa S- 19).

Şekil S-1

Venöz cut-down



ŞOK NEDENİNİN TESPİT EDİLEREK TEDAVİ EDİLMESİ

Kadın stabilize edildikten sonra şokun nedenini saptı.

- Şok nedeni olarak **ağır kanamadan** şüpheleniliyor ise:
 - Kanamayı durdurmak için önlemlerini al (ör. Oksitosin verilmesi, uterus masajı, bimanüel masaj, aort kompresyonu, cerrahi girişim için hazırlanma);
 - Kan kaybını karşılamak için en kısa zamanda kan ver (**sayfa K- 23**);
 - Kanamanın nedenini saptı ve tedavisini ver;
 - Eğer kanama gebeliğin ilk 22 haftası içinde oluşmuş ise** düşük, dış gebelik veya molar gebelikten şüphelen (**sayfa S- 7**);
 - Eğer kanama 22. gebelik haftasından sonra veya doğum eylemi esnasında ortaya çıkmış ise** plasenta previa, dekolman plasenta veya uterus rüptüründen şüphelen (**sayfa S- 17**);
 - Eğer kanama doğum sonu ortaya çıkmış ise** uterus rüptürü, uterus atonisi, genital kanal laserasyonu, tam veya kısmi plasenta retansiyonundan şüphelen (**sayfa S- 25**).
 - Bulgularda düzelme açısından kadının durumunu yeniden değerlendir (**sayfa S- 5**).
- Şok nedeni olarak **enfeksiyondan** şüphelenildi ise:
 - Antibiyotik tedavisine başlamadan önce, mümkün ise kültür örneklerini (kan, idrar, pü) al;
 - Aerobik ve anaerobik enfeksiyonları kapsayacak şekilde kombine antibiyotik tedavisine başla ve en azından ateşsiz 48 saat geçinceye kadar tedaviye devam et (**sayfa K- 35**);
 - penisilin G, 2 milyon ünite veya ampisilin 2 g IV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE olarak gentamisin 5 mg/kg/24 saat, IV;
 - İLAVE olarak metronidazol 500 mg, IV, 8 saat ara ile.

Şoktaki kadına antibiyotikleri ağız yolu ile verme.

-Bulgularda düzelme açısından kadını yeniden değerlendir (**sayfa S- 5**).

- Şok nedeni olarak **travmadan** şüpheleniyor ise cerrahi girişim için hazırlan.

YENİDEN DEĞERLENDİRME

- Hastanın durumunda iyiye gitme olup olmadığını değerlendirmek için 30 dk içinde mayi tedavisine cevabını yeniden değerlendir. İyiye gitmenin bulguları:
 - nabızın düzenli olması (90/dk ve altında);
 - kan basıncında yükselme (sistolik kan basıncı 100 mm Hg ve üstünde);
 - mental durumda düzelme (konfüzyon ve stresde azalma);
 - idrar çıkışında artma (30 ml/saat ve üstünde).
- Kadının **durumunda düzelme var ise:**
 - mayi tedavisini 6 saatte 1 L gidecek şekilde düzenle;
 - şokun altında yatan nedenini tedavi etmeye devam et (**sayfa S- 4**).
- **Eğer kadının durumunda düzelme olmaz ise** ileri tedaviye ihtiyacı vardır (aşağıya bak).

İLERİ TEDAVİ

- IV mayi tedavisine 6 saatte 1 L gidecek şekilde devam et, 6-8 L/dk oksijen ver;
- Kadının durumunu yakından izle;
- Htc, kan grubu, Rh tipi ve cross-match içerecek şekilde laboratuvar testlerini yap. Şartlar uygun ise serum elektrolitlerine, serum kreatinine ve kan pH'sına bak.

PROBLEM

- Gebeliğin ilk 22 haftası içinde ortaya çıkan vajinal kanama

GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMI

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu **hızlıca değerlendir**;
- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla (**sayfa S- 1**). Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tutmaya devam et;
- **Kadın şokta ise** rüptüre dış gebeliği düşün (**Tablo S-4, sayfa S- 14**).
- IV mayi tedavisine başla (**sayfa K- 21**).

TANI

- Anemi, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), düşük tehdidi veya alışılmamış karın ağrısı yakınması olan kadında **dış gebelik ihtimalini düşün**.
Not: Dış gebelik şüphesi bulunduğu taktirde, dış gebelik kolayca rüptüre olabileceğinden pelvik muayeneyi nazıkçe yap.
- Üreme çağındaki bir kadında adet gecikmesi (son adet tarihinin üzerinden bir aydan daha uzun süre geçmesi) ve takip eden bulgu ve yakınmalardan bir veya daha fazlası mevcut ise **düşüğü düşün**: kanama, kramp tarzında ağrı, gebelik ürününün kısmen atılması, serviksin açık olması, uterusun beklenenden daha ufak olması.
- **Muhtemel tanı düşük ise** olası komplikasyonları sapta ve tedavi et (**Tablo S-2, sayfa S- 9**).

TABLO S-1

Erken gebelikte vajinal kanama tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tam
<ul style="list-style-type: none"> Hafif kanama** Kapalı serviks Uterus beklenen büyüklükte 	<ul style="list-style-type: none"> Kramp tarzında ağrı Alt karın ağrısı Uterus daha yumuşak 	Düşük tehdidi, sayfa S- 10
<ul style="list-style-type: none"> Hafif kanama Karın ağrısı Kapalı serviks Uterus normalden az büyük Uterus normalden yumuşak 	<ul style="list-style-type: none"> Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Amenore Serviks hareketleri ağrılı 	Dış gebelik (Tablo S- 4, sayfa S- 14)
<ul style="list-style-type: none"> Hafif kanama Kapalı serviks Uterus beklenenden küçük Uterus normalden yumuşak 	<ul style="list-style-type: none"> Hafif kramp/Alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü 	Tam düşük, sayfa S- 12
<ul style="list-style-type: none"> Aşırı kanama* Dilate serviks Uterus beklenen büyüklükte 	<ul style="list-style-type: none"> Kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü yok 	Önlenemeyen düşük, sayfa S- 11
<ul style="list-style-type: none"> Aşırı kanama Dilate serviks Uterus beklenenden küçük 	<ul style="list-style-type: none"> Kramp/alt karın ağrısı Kısmi parça düşürme 	Tam olmayan düşük, sayfa S- 11
<ul style="list-style-type: none"> Aşırı kanama Dilate serviks Uterus beklenenden büyük Uterus normalden yumuşak Üzüm benzeri parça düşürme 	<ul style="list-style-type: none"> Bulantı/kusma Kendiliğinden düşük Kramp/alt karın ağrısı Over kisti (frajil) Erken başlayan pre-eklampsi Fetusa ait bulgu yok 	Molar gebelik, sayfa S -15

**Hafif kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.

*Aşırı kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.

TABLO S-2 Abortus komplikasyonlarının tanı ve tedavisi

Yakınma ve bulgular	Komplikasyon	Tedavi
<ul style="list-style-type: none"> • Alt karın ağrısı • Ribaunt hassasiyet • Hassas uterus • Uzamış kanama • Kırıklık • Ateş • Kötü kokulu vajinal akıntı • Pürülan servikal akıntı • Hassas serviks hareketleri 	Enfeksiyon/ sepsis	Vakum aspirasyon uygulamadan önce mümkün olan en kısa sürede *Antibiyotik tedavisine başla. (sayfa İ- 65)
<ul style="list-style-type: none"> • Kramp/karın ağrısı • Ribaunt hassasiyet • Karında şişkinlik • Karında rijidite (sert ve hassas) • Omuz ağrısı • Bulantı/kusma • Ateş 	Uterus, vajen veya barsak zedelenmesi	Zedelenmeyi onarmak için laparotomi yap, bununla eş zamanlı vakum aspirasyon uygula (sayfa İ- 65) . Gerekirse ileri yardım planla.

*Ampisilin 2 g/IV/6 saat ara ile, ilave olarak gentamisin 5 mg/kg/IV/24 saatte, ilave olarak metronidazol 500 mg/IV/8 saat ara ile başlanır ateşsiz en az 48 saatlik süre geçinceye kadar devam edilir **(sayfa K- 35)**.

KUTU S-1**Abortus tipleri**

Kendiliğinde düşük gebeliğin fetusun dışarıda yaşam yeteneğini kazanmadan önce (22. hf) sonlanması olarak tanımlanır. Kendiliğinden düşüğün safhaları aşağıdakileri içerebilir:

- Düşük tehdidi (gebelik devam edebilir)
- Önlenemeyen düşük (gebelik devam etmeyip tam/tam olmayan düşüğe ilerler)
- Tam olmayan düşük (gebelik ürünü kısmen atılır)
- Tam düşük (gebelik ürününün tamamı atılır)

Uyarılmış (indüklenmiş) düşük; fetusun dışarıda yaşama yeteneğini kazanmasından önce gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Güvenli olmayan düşük; düşük işleminin yeterli beceriye sahip olmayan bir kişi tarafından ve/veya asgari tıbbi standartlara sahip olmayan bir ortamda gerçekleştirilmesidir.

Septik düşük; Düşüğün enfeksiyon ile komplike olmasıdır. Güvenli olmayan düşük veya kendiliğinden düşüğü takiben mikroorganizmaların alt genital kanaldan yukarı ilerlemesi ile gelişen enfeksiyon sonucunda sepsis gelişebilir. Gebelik ürünü retansiyonu veya tahliyesinin geciktirilmesi halinde sepsis gelişme ihtimali artacaktır. Sepsis güvenli olmayan düşüğün sık görülen bir komplikasyonudur.

TEDAVİ

Güvenli olmayan düşükten şüphelenildiğinde enfeksiyon bulguları veya uterus, vajen, barsak zedelenmesinin bulgularını araştır (Tablo S-2) ve vajeni yıkayarak lokal ilaç veya düşük yaptırmak için kullanılan bitki vb maddeleri uzaklaştır.

DÜŞÜK TEHDİDİ

- Tıbbi tedavi genellikle gerekmez.
- Yatak istirahati gerekmemekle birlikte zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durması önerilir.

- **Kanamamın kesilmesi halinde** antenatal klinikte izlenir. Kanama tekrar başlarsa yeniden değerlendirir.
- **Kanama devam ederse** fetusun canlı olup olmaması (gebelik testi, ultrasonografi) ve dış gebelik açısından değerlendirir. Özellikle uterusun beklenenden büyük olması halinde devam eden kanama ikiz gebelik veya molar gebeliğin göstergesi olabilir.

Düşüğü önlemeyeceğinden hormon (ör. östrojen, progesteron) türevleri veya tokolitik ajanları (ör. salbutamol, indometazin) vermeyin.

ÖNLENEMEYEN DÜŞÜK

- **Gebelik 16. haftadan küçük ise** uterus tahliyesini planla (**sayfa İ-65**). **Eğer hemen uterus tahliyesi mümkün değil ise:**
 - ergometrin, 0.2 mg IM (gerekirse 15 dk sonra tekrarla) veya misoprostol 400 mcg, oral (gerekirse 4 saat sonra tekrarla) ver;
 - en kısa zamanda uterus tahliyesini planla.
- **Gebelik 16 haftadan büyük ise:**
 - gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekle daha sonra uterus tahliyesini yap(**sayfa İ-65**);
 - gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için, gerektiğinde 1 L mayi içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla.
- Tedaviden sonra kontrol planla (**sayfa S- 12**).

TAM OLMAYAN DÜŞÜK

- **Kanama hafif veya orta derecede** ve **gebelik 16 haftadan küçük ise** serviksten dışarı uzanan gebelik ürününü ring forseps ile al.
- **Kanama ağır ve gebelik 16 haftadan küçük ise** uterusu tahliye et:
 - uterus tahliyesi için el ile idare edilen vakum aspirasyon tercih edilir

(sayfa İ-65), ancak bu imkan yok ise keskin küret kullanılmalıdır (sayfa İ-61);

-**gebelik tahliyesini hemen yapmak mümkün değil ise** ergomertin 0.2 mg IM (gerektiğinde 15 dk sonra tekrarla) veya misoprostol 400 mcg oral (gerektiğinde 4 saat sonra tekrarla) ver.

- **Gebelik 16 haftadan büyük ise:**

-gebelik ürünü atılıncaya kadar 1 L mayi içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin konularak 40 damla/dk hızında infüzyon ile ver;

-gerekirse misoprostol 200 mcg, vajinal 4 saat ara ile gebelik ürünü atılıncaya kadar uygula, 800 mcg dan fazla verme.

-Uterustan kalan gebelik ürünü boşalt (sayfa İ- 65).

- Tedaviden sonra kontrol planla.

TAM DÜŞÜK

- Uterus tahliyesi genellikle gerekmez.
- Aşırı kanama açısından izle.
- Tedaviden sonra kontrol planla.

DÜŞÜK SONRASI KONTROL

Kendiliğinden düşük yapan kadına taburcu olmadan önce kendiliğinden düşüğün sık olduğu ve klinik olarak tespit edilen gebeliklerin en az %15'inde (her 7 gebeliğin birinde) görüldüğü söylenir. Ayrıca, sepsis veya daha sonraki gebeliklerini olumsuz etkileyecek abortus nedeni (nadir görülür) olmamak kaydıyla izleyen gebeliğin başarılı olma şansının yüksek olduğu söylenir.

Bazı kadınlar tam olmayan düşükten sonra kısa süre içinde gebe kalmak isteyebilir.

Kadın tam olarak düzelineye kadar gebe kalmayı ertemeye teşvik edilmelidir.

Güvenli olmayan düşük yapan kadına danışmanlık verilmesi önemlidir. **Gebelik istenilmiyorsa** hemen uygulanabilen (7 gün içinde) emin aile planlama yöntemi (Tablo S-3, sayfa S -13) sağlanır.

- İleri tedavi gerektiren ciddi komplikasyonlar bulunmaz
- Kadın en uygun aile planlama yöntemini seçmek için yeterli danışmanlık ve yardımı alır.

TABLO S- 3 **Aile planlama yöntemleri**

Aile planlama yöntemi	Başlangıç için tavsiye
Hormonal (hap, enjeksiyon, implant)	<ul style="list-style-type: none"> • Hemen
Rahim içi araç (RİA)	<ul style="list-style-type: none"> • Hemen • Enfeksiyon veya şüphesi var ise geçinceye kadar bekle • Hb düzeyi 7 g/dL altında ise anemi düzelinceye kadar bekle • Geçici bir yöntem ayarla (ör. kondom)
Kondom	<ul style="list-style-type: none"> • Hemen
Gönüllü tüp ligasyonu	<ul style="list-style-type: none"> • Hemen • Enfeksiyon veya şüphesi var ise geçinceye kadar bekle • Hb düzeyi 7 g/dL altında ise anemi düzelinceye kadar bekle • Geçici bir yöntem ayarla (ör. kondom)

Kadının üreme sağlığı ile ilgili başka bir servise ihtiyacı olup olmadığını saptar. Örneğin bazı kadınların şunlara ihtiyacı olabilir:

- tetanoz profilaksisi veya aşısı;
- cinsel yolla geçen hastalık tedavisi;
- servikal kanser taraması:

DIŞ GEBELİK

Dış gebelik, implantasyonun uterin kavitenin dışında oluşmasıdır. Ektopik implantasyonun en sık görüldüğü yer fallop tüpleridir (%90'dan fazla).

Gebeliğin rüptüre olup olmamasına göre yakınma ve bulgular önemli değişkenlik gösterir

(**Tablo S-4, sayfa S -14**). Rüptüre dış gebeliğin tanısında kuldosentez (kul- de sak girişi,

sayfa İ- 69) önemli bir araçtır fakat ultrasonografi ile birlikte bakılan gebelik testinden daha az yararlıdır. **Eğer pıhtılaşmayan kan gelirse hemen tedaviye başla.**

TABLO S-4 Rüptür olan ve olmayan dış gebeliğin yakınma ve bulguları

Rüptür olmayan dış gebelik	Rüptür olan dış gebelik
<ul style="list-style-type: none"> Erken gebelik yakınmaları (düzensiz lekelenme veya kanama, bulantı, memede dolgunluk, vajen ve servikste mavimsi renk değişikliği, servikste yumuşama, uterusta hafif büyüme, sık idrara çıkma) Karın ve kasık ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Çökme (collapse) ve bitkinlik Hızlı, zayıf nabız (110/dk üstünde) Hipotansiyon Hipovolemi Ani başlangıçlı karın ve kasık ağrısı Karında şişkinlik* Ribaunt hassasiyet Solukluk

* Karında şişkinlik, yer değiştiren matite (shifting dullness) ile birlikte karın içinde serbest kan varlığını gösterebilir.

AYIRICI TANI

Dış gebeliğin en sık ayırıcı tanısı düşük tehdidi ile yapılır. Diğer ayırıcı tanıları, akut veya kronik PID, over kisti (torsiyone veya rüptür olmuş) ve akut apandisitir.

İmkan varsa düşük tehdidi veya torsiyone over kistinin dış gebelikten ayırt edilmesinde ultrasonografi faydalı olabilir.

ACİL TEDAVİ

- Acil laparotomi hazırlığı yap ve kan krosla. **Cerrahiye başlamak için kanın hazır olmasını bekleme.**
- Cerrahi girişim esnasında her iki over ve fallop tüplerini kontrol et:
 - tüpte aşırı hasar varsa** salpenjektomi yap (kanamalı tüp ve gebelik ürünü birlikte çıkartılır). Çoğu olguda tedavi yaklaşımı budur (**sayfa İ-109**).
 - nadiren, **tüpte hafif hasar var ise** salpingostomi yapılır (tüp yerinde bırakılarak gebelik ürünü çıkartılır). Takip eden gebelikte dış gebelik gelişme riski yüksek olduğundan ancak üreme yeteneğinin korunması çok önemli ise yapılmalıdır (**sayfa İ-111**).

OTOTRANSFÜZYON

Ciddi kanama varlığında kan taze ve enfeksiyon şüphesi yok ise ototransfüzyon yapılabilir (gebeliğin ileri dönemlerinde kan amnion mayisi vb ile bulaşmış olacağından ototransfüzyon kullanılmamalıdır). Kan cerrahiden önce veya karın açıldıktan sonra toplanabilir.

- Kadın ameliyat masasında ve kanama nedenli karında şişkinlik mevcut iken cerrahiye başlamadan önce batına iğne yerleştirilerek kan toplanabilir.
- Alternatif olarak karın açılır:
 - kan bir tasta toplanır, steril spanç ile süzülerek pıhtılar uzaklaştırılır.
 - kan torbasının ucu antiseptik solüsyon ile temizlenerek açılır.
 - kadının kanı kan torbasında toplanıp filtre kullanılarak alışılmış şekilde tekrar kadına verilir.
 - kan torbasında antikoagülant yok ise** her 90 ml kan için 10 ml sodyum sitrat ilave edilir.

SONRAKİ TEDAVİ

- Taburcu olmadan önce fertilité prognozu ile ilgili danışmanlık verilir. Gelecekte artmış dış gebelik riski ile aile planlaması hakkında danışmanlık verilmesi ve arzu edilmesi halinde aile planlama metodunun temin edilmesi oldukça önemlidir (**Tablo S- 3, sayfa S- 13**).
- Ferröz sülfat veya ferröz fumerat 60 mg/gün, oral, 6 ay süreyle verilerek kansızlık düzeltilir.
- Dört hafta sonrasına kontrol planlanır.

MOLAR GEBELİK

Molar gebelik koryonik villusların aşırı çoğalması ile karakterizedir.

ACİL TEDAVİ

- **Molar gebelik tanısı kesin ise** uterus tahliye edilir.
 - servikal dilatasyon gerekiyor ise paraservikal blok kullanın (**sayfa İ- 1**);
 - vakum aspirasyon kullanın (**sayfa İ- 65**). El ile çalıştırılan vakum aspiratör güvenli olup daha az kan kaybı ile birlikte dir. Metal küret ile perforasyon riski daha yüksektir;

S-16

Erken gebelikte vajinal kanama

-uterus tahliyesi esnasında kullanılmak üzere negatif basınç oluşturulmuş üç vakum aspiratör hazır bulunsun. Uterus içeriği fazla miktarda olup tahliyenin kısa sürede yapılması önemlidir.

- Uterus tahliyesi esnasında kanamayı önlemek için 1 L mayi içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 20 ünite oksitosin konularak 60 damla/dk hızında infüzyona başlanır.

SONRAKİ TEDAVİ

- En azından bir yıl süreyle gebeliği önlemek için bir hormonal aile planlaması yöntemi kullanması önerilir (**Tablo S-3, sayfa S -13**). Kadın yeterli çocuğa sahip ise gönüllü tüp ligasyonu önerilebilir.
- Israr eden trofoblastik hastalık veya koryokarsinom riski nedeniyle en azından bir yıl süreyle, 8 hafta arayla idrarda gebelik testi yapılır. **Sekiz hafta sonra idrarda gebelik testi negatif değil ise veya bir yıl içinde pozitifleşecek olursa** daha ileri takip ve tedavi için üçüncü basamak merkeze sevk edilir.

PROBLEMLER

- Gebeliğin 22. haftasından sonra kanama
- Doğum eylemi esnasında doğumdan önce kanama

TABLO S-5

Kanama tipleri

Kanama tipi	Muhtemel tanı	Eylem
Kanla karışık mukus	Doğum eylemi başlangıcı	Normal doğum eylemi ve doğum takibi (sayfa K -57)
Diğer kanama	Antepartum kanama	Nedeni saptı (Tablo S-6, sayfa S- 18)

GENEL TEDAVİ

- **YARDIM İSTE.** Acil olarak mevcut personeli çağır.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu **hızlıca değerlendir.**

Bu safhada vajinal muayene yapma.

- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla. Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tutmaya devam et.
- IV mayi infüzyonuna başla (**sayfa K- 21**).

TANI**TABLO S-6 Antepartum kanamanın tanısı**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> 22. haftadan sonra kanama (uterus içinde birikebilir) Aralıklı veya devamlı karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Gergin/hassas uterus Fetal hareket yok veya azalmış Fetal distres veya fetal kalp atımı alınmıyor 	Dekolman plasenta, sayfa S-18
<ul style="list-style-type: none"> Kanama (batın içine ve/veya vajene) Ciddi karın ağrısı (rüptürden sonra azalabilir) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Karında şişkinlik/serbest sıvı Uterus şekli normal değil Karında hassasiyet Kolaylıkla palpe edilen fetal yapılar Fetal hareket ve fetal kalp atımlarının alınamaması 	Uterus rüptürü, sayfa S-20
<ul style="list-style-type: none"> 22. gebelik haftasından sonra kanama 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Kanama cinsel temas ile artmış olabilir Gevşek uterus Fetal prezentasyon yok/alt uterin segment boş Normal fetal durum 	Plasenta previa, sayfa S-21

TEDAVİ**DEKOLMAN PLASENTA**

Dekolman plasenta, fetusun doğumundan önce plasentanın normal implantasyon yerinden ayrılmasıdır.

- Yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumu değerlendirilir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolaylıkla dağılan yumuşak pıhtı oluşması koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S -19**).
- Gerekirse tercihen taze kan transfüzyonu yap (**sayfa K -23**).

- **Aşırı kanama** varlığında (aşıkâr veya gizli) en kısa süre içinde doğumu gerçekleştir.
-serviks açıklığı tam ise vakum ekstraktör ile doğumu gerçekleştir (sayfa İ- 27);
-kısa süre içinde vajinal doğum mümkün değil ise sezaryen yap (sayfa İ- 43);
Not: Her dekolman plasenta olgusunda doğum sonu kanama için hazırlıklı ol (sayfa S- 25).
- **Kanama miktarı hafif-orta düzeydeyse** (anne acil tehlike altında değil) yaklaşım fetus kalp atımlarına göre ayarlanır.
-fetus kalp atımı normal veya yok ise membranlar koher klemp ile açılır (sayfa İ- 17):
 - kontraksiyonlar yetersiz ise oksitosin ile eyleme yardım edilir (sayfa İ - 25);
 - serviks olgun değil ise (sert, kalın, kapalı) sezaryen yapılır (sayfa İ- 43).
- Fetus kalp atım hızı anormal ise (100/dk altında veya 180/dk üzerinde):
 - hızlı vajinal doğum yaptırılır;
 - hızlı vajinal doğum mümkün değil ise acil sezaryen uygulanır (sayfa İ- 43)..

KOAGÜLOPATİ (YETERSİZ PIHTILAŞMA)

Koagülopati, aşırı obstetrik kanamanın hem nedeni hem de sonucudur. Dekolman plasenta, uterus içinde fetus ölümü, eklampsi, amnion sıvı embolisi, ve pek çok neden koagülopatiyi tetikleyebilir. Klinik tablo, trombotik komplikasyonlar olsun veya olmasın ciddi kanamadan sadece laboratuvar testleri ile saptanabilen duruma kadar değişir.

Not: Akut kanama olgularının çoğunluğunda koagülopatinin gelişmesi kan volümünün IV mayi (serum fizyolojik veya ringer laktat) infüzyonu ile hızla düzeltilmesi ile önenebilir.

- Yetersiz koagülasyonun olası nedenini tedavi et:
 - dekolman plasenta (sayfa S -18);
 - eklampsi (sayfa S- 43).

S-20

Geç gebelik ve doğumda vajinal kanama

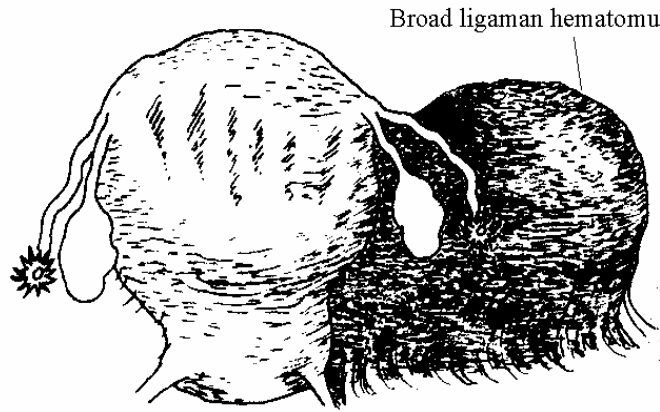
- kanamayı kontrol etmek için kan ürünlerini kullan (**sayfa K -23**):
 - pıhtılaşma faktörleri ve kırmızı kan hücrelerini yerine koymak için taze tam kan ver;
 - taze tam kan vermek mümkün değil** ise aşağıdakilerden birini seç:
 - pıhtılaşma faktörlerini yerine koymak için taze donmuş plazma ver (15 ml/kg);
 - kırmızı kan hücrelerini yerine koymak için eritrosit süspansiyonu ver;
 - fibrinojeni yerine koymak için kriyopresipitat ver;
 - trombosit süspansiyonu ver (kanama devam ediyor ve trombosit sayısı 20 000'in altında ise).

UTERUS RÜPTÜRÜ

Fetusun gelen kısmı prezente olmaksızın uterus rüptürüne bağlı vajinal kanama gelişebilir. Kanama karın içine de olabilir (**Şekil S-2**).

Şekil S-2

Uterus alt segmentin broad ligament içine rüptür olması halinde batın içine kanama olmayacaktır



- Cerrahiden önce kan volümünü IV mayi (serum fizyolojik veya ringer laktat) infüzyonu ile düzelt.
- Hasta stabil olur olmaz acil sezaryen ile bebeği ve plasentayı doğurt (**sayfa İ -43**).
- Eğer uterusu histerektomiden daha az operatif risk ile onarmak mümkün ise ve yara kenarları nekrotik değil ise uterusu onar (**sayfa İ- 95**). Bu işlem histerektomiden daha kısa sürer ve daha az kan kaybı olur.

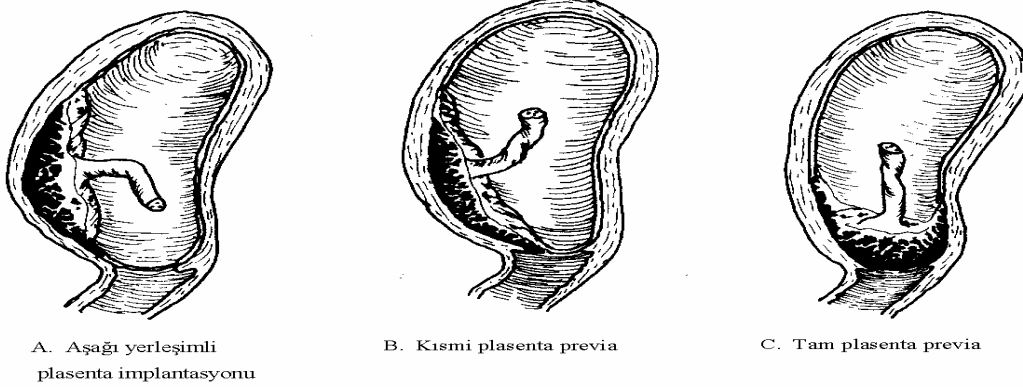
Takip eden gebeliklerde rüptür riski yüksek olduğundan acil durum düzeldikten sonra kadın ile kalıcı aile planlaması yöntemi kullanımı tartışılmalıdır.

- **Uterusu onarmak mümkün değil** ise subtotal histerektomi yap (**sayfa İ -103**). Eğer yırtık serviks ve vajene doğru uzayacak olursa total histerektomi yapılması gerekebilir.

PLASENTA PREVİA

Plasenta previa, plasentanın serviks üzerine veya yakınına implante olmasıdır (**Şekil S-3**).

Şekil S-3 Plasentanın serviks üzerine veya yakınına implantasyonu



Uyarı: Acil sezaryen hazırlığı yapmadan vajinal muayene yapmayın. Servisit, travma, servikal polip veya serviks kanseri gibi diğer kanama nedenlerini dışlamak için dikkatli bir spekulum muayenesi yapılabilir. Ancak bunların varlığı plasenta previa olmadığını göstermez.

- IV mayi (serum fizyolojik veya ringer laktat) infüzyonu ile kan volümünü düzelt.
- Kanama miktarını değerlendir:

-aşırı kanama devam ediyor ise fetal maturiteye bakmaksızın sezaryen planla (**sayfa İ -43**);

-**kanama hafif veya durmuş** ise ve **fetus canlı, prematür** ise doğuma kadar veya aşırı kanama oluncaya kadar bekle-gör tedavisini uygula:

-doğuma kadar hastanede tut;

-ferröz sülfat veya ferröz fumerat 60 mg/gün, ağız yoluyla, 6 ay süreyle kansızlığı düzeltmek için ver;

-gerektiğinde vermek için hazır kan olduğundan emin ol;

-**kanama tekrarlırsa** anne ve fetus açısından doğuma karşılık bekle-gör tedavisinin fayda ve riskleri karşılaştırılarak tedaviye karar verilir.

TANIYI DOĞRULA

- **Güvenilir ultrasonografi yapma imkanı var** ise plasentanın yerini belirle. **Plasenta previa tanısı doğrulandı ve fetus matür** ise doğumu planla (**sayfa S -23**).
- **Ultrasonografi yapma imkanı yok** ise veya güvenilir değil ise ve **gebelik 37 haftadan küçük** ise 37. haftaya kadar plasenta previa olarak kontrol et.
- **Ultrasonografi yapma imkanı yok** veya güvenilir değil ve **gebelik 37 hafta ve üzerinde** ise çifte hazırlık (double set-up) yapılarak plasenta previyayı dışlamak için muayene yapılır. Çifte hazırlıkta vajinal veya sezaryen doğum için aşağıdaki hazırlıklar yapılır:
 - IV damar yolu açılır, kroslanmış kan hazır bulundurulur;
 - kadın ameliyat masasında olup cerrahi ekip hazırdır;
 - serviksi görmek için steril vajinal spekulum kullanılır.
- Eğer **serviks kısmen açık ve plasental doku gözleniyor** ise plasenta previa tanısını doğrula ve doğumu planla (**sayfa S -23**).
- **Serviks açık değil** ise dikkatli olarak vajinal forniksleri palpe et.
 - yumuşak doku ele geliyor** ise plasenta previa tanısını koy ve doğumu planla (**sayfa S -23**).
 - Eğer **fetus başı palpe edilir** ise tam plasenta previyayı dışla ve indüksiyon ile doğumu gerçekleştir (**sayfa İ -18**).
- **Eğer plasenta previa şüphesi halen mevcut** ise dikkatli olarak parmak ile muayene et:

- eğer **serviks içinde yumuşak doku ele geliyor** ise plasenta previaı doğru ve doğumu planla (aşağıda),
- eğer **membranlar ve fetal kısımlar hissediliyor** ise plasenta previaı dışla ve induksiyon ile doğumu planla (**sayfa İ -17**).

DOĞUM

- Doğumu planla, eğer:
 - Fetus matür ise;
 - Fetus ölü veya hayat ile bağdaşmayacak anomalisi var ise (ör. anensefali);
 - Aşırı kan kaybı nedeniyle kadının hayatı risk altında ise.
- **Düşük yerleşimli plasenta var (Şekil S-3 A) ve kanama az** ise vajinal doğum gerçekleşebilir. Aksi takdirde sezaryen yapılır (**sayfa İ -43**).

Not: Plasenta previa olan kadın, doğum sonu kanama ve önceki sezaryen skarında sık görülen bir bulgu olan plasenta akreta/increta açısından yüksek risk altındadır.

- **Sezaryen ile doğumu takiben plasental yataktan kanama devam ediyor ise:**
 - kanama alanına sütür konulur;
 - bir L IV mayi (serum fizyolojik veya ringer laktat) içine 20 ünite oksitosin konularak 60 damla/dk hızında infüzyona başlanır.
- **Doğum sonu dönemde kanama ortaya çıkacak olursa** uygun tedaviyi ver (**sayfa S-25**). Tedavi seçeneği arter ligasyonu (sayfa İ -99) veya histerektomi (**sayfa İ- 103**) içerebilir.

Doğumu takiben 500 ml den fazla kanama doğum sonu kanama (DSK, postpartum kanama) olarak tanımlanır. Ancak bu tanımda bazı problemler bulunmaktadır:

- İyi bilindiği gibi tahmin edilen kan kaybı düşük olup sıklıkla gerçek kaybın yarısıdır. Kan, amnion sıvısı bazen de idrar ile karışır. Kan, spanç, havlu, çarşaf, kova, zemin gibi yerlere yayılmıştır.
- Kaybedilen kan hacminin önemi kadının hemogloblin düzeyine göre değişir. Hemogloblin düzeyi normal olan bir kadın anemik bir kadında fatal olabilecek kan kaybını tolere edecektir.

Kansızlığı bulunmayan, sağlıklı bir kadında dahi çok ciddi kan kaybı olabilir.

- Kanama saatlerce, aşırı olmayan düzeyde devam edip kadın aniden şoka girinceye kadar fark edilmeyebilir.

Doğum öncesi dönemde risk tayini, doğum sonu kanama gelişecek kadınları etkili olarak saptamaz. **Uterin atoniye bağlı doğum sonu kanama sıklığını azaltacağından tüm kadınlarda doğum eyleminin üçüncü dönemi aktif olarak yönetilmelidir (sayfa K- 73).** Doğum sonu dönemde tüm kadınlar doğum sona kanama açısından yakından izlenmelidir.

PROBLEMLER

- Doğumu izleyen ilk 24 saat içinde artmış vajinal kanama (erken DSK).
- Doğumu takiben ilk 24 saatten sonrasında artmış vajinal kanama (geç DSK).

Aşırı olmayan devamlı kanama veya ani başlayan kanama acil durum olup gecikmeden, hızlı bir şekilde tedavi edilmesi gerekir.

GENEL TEDAVİ

- **YARDIM İSTE.** Acil olarak mevcut personeli çağır;
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu hızlıca değerlendir;
- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla (**sayfa S -1**). Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tut. **Şok gelişecek olursa** tedavinin hemen başlanması önemlidir.
- Uterus içinde birikmiş olan kan ve pıhtının atılmasını kolaylaştırmak için uterusu masaj uygula. Uterus içinde birikmiş olan kan ve pıhtı uterusun etkili olarak kasılmasını önleyecektir.
- IM, 10 ünite oksitosin ver.
- IV mayi infüzyonuna başla (**sayfa K- 21**).
- Mesaneye sonda yerleştir.
- Atılıp atılmadığını görmek için plasentayı kontrol et ve tam olarak atılıp atılmadığına bak (**Tablo S- 7, sayfa S- 27**).
- Serviks, vajen ve perineyi zedelenme açısından muayene et.
- **Kanama kontrol altına alındıktan sonra** (kanama durduktan 24 saat sonra), kansızlık düzeyini kontrol etmek için hemoglobin veya hematokrite bak.
-eğer hemoglobin düzeyi 7 g/dl veya hematokrit düzeyi %20'nin altında ise (ciddi kansızlık):
 - ferröz sülfat veya ferröz fumerat 120 mg/gün ve folik asit 400 mcg/gün, ağız yoluyla, 3 ay süreyle ver.
 - üç aydan sonra ferröz sülfat veya ferröz fumerat 60 mg/gün ile folik asit 400 mcg/gün, ağız yoluyla, 6 ay süreyle vermeye devam et.
- eğer hemoglobin düzeyi 7-11 g/dl arasında ise ferröz sülfat veya ferröz fumerat 60 mg/gün ile folik asit 400 mcg/gün, ağız yoluyla, 6 ay süreyle ver.
- kancalı kurt (hookworm)**'un endemik olduğu bölgelerde aşağıdaki antihelmintik tedavilerden birisini ver.
 - albendazole 400 mg, ağız yoluyla, tek doz;
 - mebendazole 500 mg tek doz veya 3 gün süreyle, 100 mg x 2, ağız yoluyla.

-levamisole 2.5 mg/kg/gün, 3 gün süreyle, ağız yoluyla.

-pyrantel 10 mg/kg/gün, 3 gün süreyle, ağız yoluyla.

-**eğer kancalı kurt enfeksiyonu çok yaygın** ise (prevelans %50 ve üstünde), antihelmintik tedaviyi ilk dozdan 12 hafta sonra tekrarla.

TANI**TABLO S-7 Doğum sonu dönemde vajinal kanamanın tanısı**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none">Erken DSK*Uterus yumuşak	<ul style="list-style-type: none">Şok	<ul style="list-style-type: none">Uterus atonisi, sayfa S - 28
<ul style="list-style-type: none">Erken DSK*	<ul style="list-style-type: none">Plasenta tam ayrılmışUterus kontrakte	<ul style="list-style-type: none">Serviks, vajen veya perine yırtığı, sayfa S- 31
<ul style="list-style-type: none">Doğumu izleyen 30 dk içinde plasenta ayrılmaz	<ul style="list-style-type: none">Erken DSK*Uterus kontrakte	<ul style="list-style-type: none">Plasenta retansiyonu, sayfa S- 31
<ul style="list-style-type: none">Plasentanın anneye ait yüzeyi eksik veya membranlar ve damarlarda yırtılma var	<ul style="list-style-type: none">Erken DSK*Uterus kontrakte	<ul style="list-style-type: none">Plasenta kısımlarının retansiyonu, sayfa S- 32
<ul style="list-style-type: none">Karından el ile muayenede uterus fundusu hissedilmezHafif veya şiddetli ağrı	<ul style="list-style-type: none">Vulvada gözlenen tersine dönmüş uterusErken DSK**	<ul style="list-style-type: none">Uterus inversiyonu, sayfa S -33
<ul style="list-style-type: none">Doğumdan 24 saat sonrasında ortaya çıkan kanamaUterus beklenenden daha büyük ve yumuşak	<ul style="list-style-type: none">Kanama değişik düzeyde ve kötü koku ile birlikteKansızlık	<ul style="list-style-type: none">Geç DSK, sayfa S -33
<ul style="list-style-type: none">Erken DSK* (kanama karın içine ve/veya vajene)Ciddi karın ağrısı (rüptürden sonra hafifleyebilir)	<ul style="list-style-type: none">ŞokBatında hassasiyetHızlı nabız	<ul style="list-style-type: none">Uterus rüptürü, sayfa S -20

* Kadın sırt üstü yatıyor veya pıhtılar serviksi kapatmış ise kanama hafif olabilir.

** Tam inversiyonda kanama olmayabilir.

TEDAVİ**UTERUS ATONİSİ**

Uterus atonisinde doğumdan sonra uterus kasılmaları yetersizdir.

- Uterus masajına devam et.
- Tek başına veya birlikte olacak şekilde oksitosik ilaçları ver (**Tablo S-8**).

TABLO S-8**Oksitosik ilaçların kullanımı**

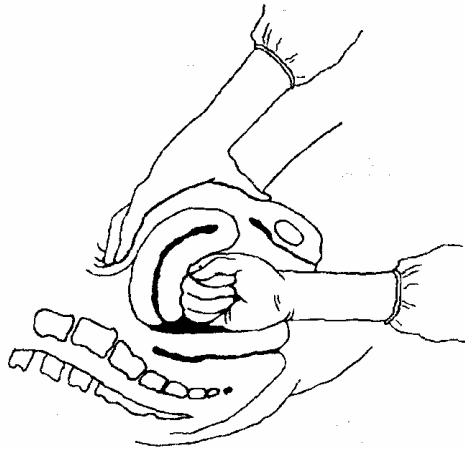
	Oksitosin	Ergometrin/Metil-ergometrin	15-metil prostaglandin F2α
Doz ve verilmiş yolu	IV: 1 L mayi içinde 20 ünite konularak 60 damla/dk IM: 10 ünite	IM veya IV (yavaş olarak) 0.2 mg	IM: 0.25 mg
Tedavi dozu	IV: 1 L mayi içine 20 ünite konularak 40 damla / dk	15 dk sonra 0.2 mg İM tekrarlar gerekirse 4 saat ara ile 0.2 mg IM veya IV ver	15 dk ara ile 0.25 mg
En yüksek doz	Oksitosin içeren mayiyi 3 L den fazla verme	5 doz (toplam 1.0 mg)	8 doz (toplam 2 mg)
Önlemler/verilmesi gereken durumlar	IV bolus tarzında verme	Pre-eklampsi, hipertansiyon, kalp hastalığı	Astım

Prostaglandinler IV verilmemelidir. Fatal sonuçlanabilir.

- Kan ihtiyacını erkenden sapta ve gerektiğinde ver (**sayfa K -23**).
- Eğer **kanama devam ederse**:
 - plasentanın tam ayrılıp ayrılmadığını tekrar kontrol et;
 - plasenta parçalarının kaldığının bulguları mevcut** ise (plasentanın anneye ait yüzeyinde kayıp veya damarlar ile birlikte membranlarda yırtık) kalan plasenta dokusunu çıkart (**sayfa S -32**);
 - yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S -19**).
- Yukardaki tedavilere rağmen **kanama devam ederse**:
 - uterusa iki el ile basınç uygula (**Şekil S-4**):
 - steril eldiven giyerek vajene elini yerleştir ve yumruk haline getir;
 - yumruğunu ön fornikse yerleştirerek uterus ön duvarına doğru basınç uygula;
 - diğer el ile uterusun arkasından karın yoluyla uterusun arka duvarına doğru basınç uygula;
 - uterus yeterli kasılıp kanama kontrol altına alınıncaya kadar basınç uygulamaya devam et.

Şekil S-4

Uterusa iki el ile basınç uygulanması



-seçenek olarak aorta basınç uygula (**Şekil S-5**):

-yumruğun ile karından abdominal aorta üzerine aşağı doğru basınç uygula:

-basınç uygulama yeri göbeğin hemen üstü ve hafif sol tarafıdır.

-erken doğum sonu dönemde aort atımları karın ön duvarından kolayca hissedilebilir.

-yeterli basınç uygulandığını kontrol etmek için diğer el ile femoral nabzını yokla:

-eğer **basınç uygularken femur nabzı alınmıyor** ise uygulanan basınç yetersizdir;

-eğer **basınç uygularken femur nabzı alınmıyorsa** uygulanan basınç yeterlidir.

-kanama kontrol altına alınıncaya kadar basınç uygulamaya devam et.

Şekil S-5 Abdominal aortaya basınç uygulama ve femur nabzına bakma



Uterusa sıkıca steril rulo gaz yerleştirilmesi etkisiz olup çok kıymetli zamanın boşa harcanmasına neden olur.

- Basınç uygulanmasına rağmen kanama devam ederse:
 - uterin ve utero-ovaryan arteri bağla (**sayfa İ -99**):
 - eğer arterlerin bağlanmasına rağmen **hayatı tehdit eden kanama devam ederse** subtotal histerektomi yap (**sayfa İ -103**).

SERVİKS, VAJEN VEYA PERİNEDE YIRTIK

Doğum kanalında yırtık, DSK'nın en sık görülen ikinci nedenidir. Yırtıklar uterus atonisine eşlik edebilir. Uterusun yeterli kasılmasına rağmen doğum sonu kanama varlığı sıklıkla serviks veya vajen yırtığına bağlıdır.

- Kadını dikkatli olarak muayene et ve serviks (**sayfa İ -81**), vajen veya perinedeki (**sayfa İ -83**) yırtıkları onar.
- Eğer **kanama devam ederse** yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S -19**).

PLASENTA RETANSİYONU

Plasenta retansiyonuna rağmen kanama olmayabilir.

- **Plasenta görülüyor** ise kadından ıkınarak atmasını isteyin. Plasentayı vajende hissettiniz ise eliniz ile alın.
- Mesanenin boş olduğundan emin olun. Gerekirse mesaneyi kateterize edin.
- **Plasenta atılmamış** ve henüz oksitosin yapılmamış ise 10 ünite, İM ver.

Kuvvetli uterus kasılmalarına yol açarak plasentanın atılmasını geciktirebileceğinden ergometrin vermeyin.

- **Oksitosin verildikten sonra 30 dakika içinde plasenta doğmamış** ve uterus kontrakte ise kontrollü olarak korda çekme hareketi uygulayın (**sayfa İ -77**).

Not: Uterus inversiyonuna yol açabileceğinden kuvvetli çekme hareketi ve fundus baskısı uygulamayın.

- **Kontrollü kordon ile çekme hareketi başarısız olursa** plasentayı el ile çıkartın.

Not: Plasentanın çok yapışık olması plasenta akreta ile ilişkili olabilir. Kolayca ayrılmayan plasentayı çıkartma çabaları aşırı kanama veya sıklıkla histerektomi gerektiren uterus rüptürü ile sonuçlanabilir.

- Eğer **kanama devam ederse** yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S- 19**).
- Enfeksiyon bulguları mevcut ise (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) metritis için antibiyotik ver (**sayfa S -110**).

PLASENTA PARÇALARININ RETANSİYONU

Plasenta parça retansiyonuna rağmen kanama olmayabilir.

Plasentanın bir parçası –bir veya daha fazla lob- uterus içinde kaldığında uterusun aktif kasılmasını önler.

- Plasenta parça retansiyonu açısından uterus içini kontrol et. Uterusun el ile kontrol edilmesi plasenta retansiyonun çıkarılmasında tarif edilen tekniğe benzer (**sayfa İ -77**).
- Plasenta parçalarını el, ovum forsepsi veya büyük küret ile çıkart.
Not: Çok yapışık doku plasenta accreata olabilir. Kolayca ayrılmayan plasenta parçalarını çıkartma çabaları aşırı kanama veya sıklıkla histerektomi gerektiren uterus delinmesi ile sonuçlanabilir.
- Eğer **kanama devam ederse** yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S- 19**).

UTERUS İNVERSİYONU

Plasentanın doğumu esnasında uterusun içinin dışa dönmesi halinde uterus inversiyonundan bahsedilir. Hemen uterus normal pozisyonuna getirilmelidir (**sayfa İ- 91**). Zaman geçtikçe inversiyona uğramış uterus etrafındaki halka giderek daha sert bir hal alır ve uterus kan ile daha çok dolar.

- **Kadının ciddi ağrısı var** ise pethidine 1 mg/kg (100 mg geçmeyecek şekilde) IM veya IV yavaş olarak veya morfin 0.1mg/kg IM ver.

Not: İversiyon düzeltilinceye kadar oksitosik ilaç vermeyin.

- Eğer **kanama devam ederse** yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S -19**).
- Uterus inversiyonunu düzelttikten sonra tek doz profilaktik antibiyotik ver
-ampisilin 2 g IV + metronidazol 500 mg IV;
-veya cefazolin 1 g IV + metronidazol 500 mg IV.
- Enfeksiyon bulguları mevcut ise (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) metritis için antibiyotik ver (**sayfa S- 110**).
- Nekrozdan şüphelenilirse vajinal histerektomi yap. Bu durum üçüncü düzey merkeze sevkini gerektirebilir.

GEÇ (“İKİNCİL”) DOĞUM SONU KANAMA

- **Kansızlık ciddi** ise (hemogloblin 7 g/dl altında veya hematokrit %20'nin altında) kan ver (**sayfa K -23**)veya ağız yolu ile demir ve folik asit başla (**sayfa S -26**).
- **Enfeksiyon bulguları mevcut** ise (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) metritis için antibiyotik ver (**sayfa S -110**).

Uzamış ve geç DSK metritisin bir bulgusu olabilir.

- Oksitosik ilaç ver (**Tablo S-8, sayfa S -28**).
- **Serviks açık** ise büyük pıhtı ve plasenta parçalarını almak için el ile kontrol et. Uterusun el ile kontrolü plasenta retansiyonunun çıkarılmasında tarif edilen tekniğe benzer (**sayfa İ -77**).

S-34

Doğumdan sonra vajinal kanama

- **Serviks açık değil** ise plasenta parçalarını almak için uterusu tahliye et (**sayfa İ-65**).
- Nadiren **kanama devam ederse** uterin ve utero-ovarian arter bağlanması (**sayfa İ -99**) veya histerektomiyi (**sayfa İ -103**)düşün.
- Trofoblastik hastalığı dışlamak için mümkün ise küretaj veya histerektomi materyalinin histolojik muayenesini yaptır.

PROBLEMLER

- Gebe veya yeni doğum yapmış kadın ciddi başağrısı veya bulanık görme yakınması var.
- Gebe veya yeni doğum yapmış kadın bilinçsiz veya kasılmaları var (nöbet geçirme).
- Gebenin kan basıncında yükselme var.

GENEL TEDAVİ

- Eğer **kadın bilinçsiz veya nöbet geçiriyorsa. YARDIM İSTE.** Acil olarak mevcut personeli çağır.
- Kadının kendisi veya yakınlarını ilgilendiren mevcut veya geçmiş hastalıkları sorgularken vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde durumunu hızlıca değerlendir.
- Eğer **nefes almıyorsa** veya **yüzeysel solunum varsa:**
 - havayolunu kontrol et ve gerekirse entübe et;
 - nefes almıyor** ise ambu veya maske kullanarak solunuma yardımcı ol veya endotrakeal tüp yoluyla dakikada 4-6 L oksijen ver;
 - nefes alıyor** ise maske veya burundan kanül yoluyla dakikada 4-6 L oksijen ver.
- Kadın **bilinçsiz** ise
 - solunum yolu ve vücut ısısını kontrol et;
 - sol yanına yatır;
 - boyun sertliğini kontrol et.
- **Nöbet geçiriyor** ise
 - sekresyon, kusmuk ve kan aspirasyon riskini azaltmak için sol yanına yatır;
 - kendisini zedelemesini önle (düşme gibi) fakat hareketlerini çok kısıtlama;

- S-36** Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı
- devamlı gözetim altında tut;
 - eklampsi tanısı konulursa (Tablo S-9, sayfa S -38) magnezyum sülfat (Kutu S-3, sayfa S -45) ver;**
 - konvülsiyon nedeni saptanılmamış** ise eklampsi gibi tedavi et ve diğer nedenleri araştırmaya devam et.

HİPERTANSİF HASTALIKLARIN TEDAVİSİ

Gebeliğin hipertansif hastalıkları, gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon ile kronik yüksek tansiyonu (20. gebelik haftasından önce kan basıncında yükselme) içerir. Gebeliğin hipertansif hastalıkları sıklıkla baş ağrısı, bulanık görme, nöbet geçirme ve bilinç kaybı ile birlikte dir. Kasılmalara yol açabilen diğer durumlar epilepsi, ağır sıtma, baş zedelenmesi, menenjit, ensefalit vb içerir. Tanıda daha fazla bilgi için **Tablo S-9, sayfa S -38'** e bak.

- Diyastolik kan basıncı gebeliğin hipertansif hastalıklarının tedavisinin prognozu için iyi bir göstergedir:
 - diyastolik kan basıncı artere ait sesin kaybolduğu noktada alınır.
 - hatalı olarak yüksek değer elde etmemek için manşet kolun en azından dörtte üçünü kuşatmalıdır.
 - üst kol çapı 30 cm üstünde ise daha geniş manşet kullanılmalıdır.
 - diyastolik kan basıncı periferik direnci ölçer ve kadının duygusal durumu ile sistolik kan basıncında olduğu kadar değişkenlik göstermez.
- Dört saat ara ile alınan iki ölçümde **diyastolik kan basıncı 90 mm Hg veya üstünde** ise yüksek tansiyon tanısı konulur (eğer **acil doğum yaptırılması gerekiyorsa** veya **diyastolik kan basıncı 110 mm Hg veya üzerinde** ise 4 saatten daha kısa süre de kabul edilir).
 - Yüksek tansiyon **gebeliğin 20. haftasından sonra, doğum eyleminde ve/veya doğumu izleyen 48 saat içinde** ortaya çıkarsa gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon olarak sınıflandırılır.
 - yüksek tansiyon gebeliğin 20. haftasından önce ortaya çıkarsa kronik yüksek tansiyon olarak sınıflandırılır.

Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı **S- 37**

PROTEİNÜRİ

Proteinüri varlığı tanıyı gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyondan preeklampsiye çevirir. Proteinüriye yol açıp yanlış pozitif sonuçlara neden olacak başka durumlar mevcuttur. İdrar yolu enfeksiyonu, ciddi kansızlık, kalp yetmezliği ve güç doğum proteinüriye neden olabilir. Kateter zedelemesine bağlı idrarda kan bulunması, şizozomiyazis (schistosomiasis) ve idrarın vajinal kan ile karışması da yalancı pozitif sonuca neden olabilir. Dipstik ile idrar testi, protein açısından yararlı bir tarama yöntemidir. Gebelikte negatiftan pozitive dönüşmesi uyarıcı bulgudur. Eğer **dipstik ile bakma imkanı yok** ise temiz bir tüp içinde idrar örneği kaynama derecesinde ısıtılabilir. Bir damla %2'lik asetik asit ilave edilir ve kalıcı çökeltinin idrar hacmine oranı protein yüzdesini verir. Sadece temiz, orta akım idrar örneği kullanılmalıdır. İdrar yolu enfeksiyon riski nedeniyle bu amaçla kateterizasyon yapılması önerilmez.

Diyastolik kan basıncı, tek başına gebelikte yüksek tansiyonun güvenilir bir göstergesidir. Ancak yüksek kan basıncı ve proteinüri preeklampsiyi gösterir.

GEBELİĞİN TETİKLEDİĞİ YÜKSEK TANSİYON

Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon hastalıkları hafif hastalıktan daha ciddi durumlara ilerleyebilir. Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonun sınıflandırması:

- Proteinüri veya ödem olmaksızın yüksek tansiyon;
- Hafif preeklampsi;
- Ciddi preeklampsi;
- Eklampsi

S- 38 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

TABLO S-9 **Baş ağrısı, bulanık görme, kasılma veya bilinç kaybı ile yüksek kan basıncının tanısı**

Varolan semptomlar ve tipik olarak varolan diğer semptom ve bulgular	Bazen varolan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none">• 20 haftalık gebelikten önce diastolik kan basıncı 90 mm Hg veya daha fazla		Kronik hipertansiyon, sayfa S -49
<ul style="list-style-type: none">• 20 haftalık gebelikten önce diastolik kan basıncı 90- 110 mm Hg• 2+’ e kadar proteinüri		Süperempoze hafif preeklampsi ile birlikte kronik hipertansiyon, sayfa S-42
<ul style="list-style-type: none">• 20 haftalık gebelikten sonra 4 saat ara ile alınan kan basıncı 90- 110 mm Hg arası• Proteinüri yok		Gebeliğin indüklediği hipertansiyon, sayfa S -41
<ul style="list-style-type: none">• 20 haftalık gebelikten sonra 4 saat ara ile alınan kan basıncı 90- 110 mm Hg arası• 2+’ e kadar proteinüri		Hafif preeklampsi, sayfa S- 42
<ul style="list-style-type: none">• 20 haftalık gebelikten sonra 4 saat ara ile alınan kan basıncı 110 mm Hg veya daha fazla• 3+ veya daha fazla proteinüri	<ul style="list-style-type: none">• Baş ağrısı (artan frekans, normal analjeziklerle geçmeyen)• Görme bulanıklığı• Oligüri (24 saatte 400 mL ‘ den az• Üst karın ağrısı (epigastrik ağrı veya sağ üst kadrın ağrısı)• Pulmoner ödem	Ciddi preeklampsi*, sayfa S- 43
<ul style="list-style-type: none">• Konvülsiyonlar• 20 haftalık gebelikten sonra diastolik kan basıncı 90 mm Hg veya daha fazla• 2+ veya daha fazla proteinüri	<ul style="list-style-type: none">• Koma (bilinçsiz)• Ciddi preeklampsinin diğer semptom ve bulguları	Eklampsi, sayfa S -43
<ul style="list-style-type: none">• Trismus (ağız açmada veya çiğnemede zorluk)	<ul style="list-style-type: none">• Yüz, boyun ve gövde spazmları• Eğilmiş sırt• Tahta karın• Spontan şiddetli spazmlar	Tetanoz, sayfa S -50

* Eğer bir kadın ciddi preeklampsi altında listelenmiş olan semptom ve bulgulara sahipse, ciddi preeklampsi tanısı koyun.

Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı **S- 39**

TABLO S-9 Devamı **Baş ağrısı, bulanık görme, kasılma veya bilinç kaybı ile yüksek kan basıncının tanısı**

Varolan semptomlar ve tipik olarak varolan diğer semptom ve bulgular	Bazen varolan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none">• Konvülsiyonlar• Geçmiş konvülsiyon hikayesi• Normal kan basıncı		Epilepsi**, Sayfa S -51
<ul style="list-style-type: none">• Ateş• Titreme/ sertlik• Baş ağrısı• Kas/ eklem ağrısı	<ul style="list-style-type: none">• Dalak büyümesi	Komplike olamamış sıtma, sayfa S -103
<ul style="list-style-type: none">• Komplike olmamış sıtma semptom ve bulguları• Koma• Anemi	<ul style="list-style-type: none">• Konvülsiyonlar• Sarılık	Ciddi/ komplike sıtma, sayfa S- 52
<ul style="list-style-type: none">• Baş ağrısı• Boyun sertliği• Fotofobi• Ateş• Baş ağrısı• Görme bulanıklığı	<ul style="list-style-type: none">• Konvülsiyonlar• Konfüzyon• Uyuşukluk• Koma• Kusma	Menenjit**† veya ensefalit**†
		Migren¶

** Eklampsi tanısı ekarte edilemiyorsa, eklampsi tedavisine devam edin.

† Beyin omurilik sıvısını değerlendirin ve menejit veya ensefalit için uygun tedaviyi verin.

¶ Analjezik verin (örn. ihtiyaç halinde 500 mg ağızdan parasetamol)

Eklampsili kadınların ufak bir kısmında kan basıncı normal olabilir. Kasılması olan tüm gebeleri başka tanı kesinleşinceye kadar eklampsi gibi tedavi et.

Hatırla:

- Hafif preeklampside sıklıkla yakınma bulunmaz.
- Proteinürinin artması preeklampsinin kötüleştiğinin bir bulgusudur.
- Ayak ve alt ekstremitelerde ödem preeklampsinin güvenilir bir bulgusu olarak kabul edilmez.

Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonda başka yakınma olmayabilir ve tek bulgu yüksek tansiyon olabilir.

S- 40 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

- Hafif preeklampsi hızla ciddi preeklampsiye ilerleyebilir. Eklampsiyi içerecek şekilde komplikasyon riski ciddi preeklampside önemli ölçüde artış gösterir.
- Preeklampsi bulguları ile birlikte kasılmaların varlığı eklampsiyi gösterir. Bu kasılmalar:
 - yüksek tansiyonun ciddiyeti ile ilişkisiz ortaya çıkabilir;
 - önceden tahmin etmek güç olup tipik olarak reflekslerde artış, baş ağrısı veya görme değişiklikleri olmaksızın ortaya çıkar;
 - olguların %25'inde doğumdan sonra ortaya çıkar;
 - tonik-klonik tarzda olup epilepsinin grand mal kasılmalarına benzer;
 - status epileptikusta olduğu gibi sık aralar ile tekrarlayıp ölüm ile sonuçlanabilir;
 - kadın yalnız ise fark edilmeyecektir;
 - kasılmaların sıklığı ile ilişkili olarak dakikalar veya saatler süren koma izleyebilir.

Kasılma ve serebrovasküler olay riskini arttırdığından preeklampsi, eklampsi veya yüksek kan basıncı olan kadına ergomertin verme.

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-41**

GEBELİĞİN TETİKLEDİĞİ YÜKSEK TANSİYONUN TEDAVİSİ

Kutu S-2 Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonun önlenmesi

- Mayi, tuz ve kalori alımının kısıtlanması gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon gelişmesini önlemez ve fetus için zararlı olabilir.
- Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonun önlenmesinde aspirin, kalsiyum ve diğer ajanların faydalı etkisi ispatlanmamıştır.
- Gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonun tedavisi ve kasılmaların önlenmesinde yüksek riske sahip kadınların **erken tanı ve tedavisi** çok önemlidir. Bu kadınlar düzenli olarak yakından izlenmeli ve ne zaman sağlık personeline gelecekleri konusunda açık olarak bilgilendirilmelidir. Yakın aile üyelerinin eğitimi de sadece gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyonun ilerleme bulgularının öneminin anlaşılması açısından değil aynı zamanda hastaneye yatması ve iş aktiviteleri ile ilgili değişiklikler gerektiğinde sosyal desteği arttırmak için aynı derecede önemlidir.

GEBELİĞİN TETİKLEDİĞİ YÜKSEK TANSİYON

Ayaktan tedavi:

- Kan basıncı, idrarı (proteinüri açısından) ve fetal durumu haftalık izle.
- **Kan basıncı yükselmeye devam ederse** hafif preeklampsi olarak tedavi et (**sayfa S-42**).
- **Fetusta ciddi gelişme geriliği** veya **sıkıntı (distres)** bulgusu varsa ileri değerlendirme ve muhtemelen doğumu hızlandırmak için hastaneye yatır.
- Kadın ve ailesini preeklampsi ve eklampsinin tehlike bulguları hakkında bilgilendir.
- **Bulgular stabil kalırsa** normal doğum eylemi ve doğum planla (**sayfa K -57**).

S-42 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

HAFİF PREEKLAMPSİ

GEBELİK YAŞI 37 HAFTANIN ALTINDA

Eğer **bulgular normale döner veya değişmeden kalırsa** haftada iki defa, ayaktan izle.

- Kan basıncı, idrar (proteinüri açısından), refleksler ve fetal durumu izle.
- Kadın ve ailesini preeklampsisi ve eklampsinin tehlike bulguları hakkında bilgilendir.
- Daha fazla istirahat etmesini teşvik et.
- Normal yemek yemesini teşvik et (tuz kısıtlaması teşvik edilmemeli).
- Antikonvülsan, antihipertansif, sedatif veya trankilizan verme.
- **Ayaktan takip imkanı** yok ise hastaneye yatır.

-normal diyet ver (tuz kısıtlaması teşvik edilmemeli);

-kan basıncını (günde iki defa) ve idrarda proteinüriyi (günde bir defa) izle;

-kan basıncı veya idrarda protein miktarında artış olmaksızın antikonvülsan, antihipertansif, sedatif veya trankilizan verme.

-diüretik verme. Diüretikler zararlı olup preeklampside sadece akciğer ödemi veya konjestif kalp yetmezliği varlığında kullanılırlar;

-eğer **kan basıncı normale inerse** veya **durumu stabil kalırsa** evine gönder:

-istirahat etmesini ve ödem veya ciddi preeklampsinin bulguları açısından dikkatli olmasını öner.

-kan basıncı, idrar (proteinüri için), fetal durumu izlemek için ve ciddi preeklampsinin yakınma ve bulguları açısından haftada iki defa gör.

-**diyastolik kan basıncında yükselme olursa** tekrar hastaneye yatır.

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-43**

-**eğer bulgular değişmeden kalırsa** hastanede tutmaya devam et. Aynı tedaviyi uygula ve fetal gelişimi simfiz-fundus mesafe ölçümü ile izle;

-**gelişme geriliği bulguları var** ise erken doğumu düşün. Eğer yok ise doğuma kadar hastanede izle.

- **İdrarda protein miktarı artarsa** şiddetli preeklapsi gibi tedavi et (aşağıya bak).

Not: Preeklampsinin yakınma ve bulguları gebelik sonlanıncaya kadar tamamen kaybolmaz.

37. HAFTASINI TAMAMLAMIŞ GEBELİK

Eğer **fetal sıkıntının bulguları var** ise serviksi değerlendir ve doğumu çabuklaştır.

- Eğer **serviks olgun** ise (yumuşak, ince, kısmen açılmış) membranları koher klemp ile aç ve oksitosin veya prostaglandinleri kullanarak eylemi indükle (sayfa İ -17).
- Eğer **serviks olgun değil** ise (kalın, sert, kapalı), prostaglandinleri veya foley sonda (**sayfa İ -24**) kullanarak serviksi olgunlaştır veya sezaryen (**sayfa İ -43**) yap.

CİDDİ PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ

Ciddi preeklapsi ve eklampsisi, eklampside kasılmaların başlangıcından itibaren 12 saat içinde doğumun gerçekleştirilmesinin dışında aynı şekilde tedavi edilir. **Ciddi preeklampsii olgularının tümü aktif olarak tedavi edilmelidir.** Yaklaşmakta olan eklampsinin yakınma ve bulguları (bulanık görme, reflekslerde artma) güvenilir olmayıp bekleme (expectant) tedavisi önerilmez.

KASILMALARIN TEDAVİSİ

- Antikonvülsan ilaç ver (**sayfa İ -44**).
- Malzemeleri hazırla (airway, aspiratör, maske, oksijen) ve 4-6 L/dk hızında oksijen ver.
- Kadını zedelenmelerden korusun fakat hareketlerini fazla kısıtlama (**sayfa S- 44**).
- Sekresyon, kusmuk ve kan aspirasyon riskini azaltmak için sol yanına yatır.
- Kasılmalardan sonra gerekirse ağız ve boğazı aspire et.

S- 44 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

GENEL TEDAVİ

- **Diyastolik kan basıncı 110 mm Hg'nın üzerinde** ise antihipertansif ilaç ver (**sayfa S- 46**). Diyastolik kan basıncını 100 mm Hg altına indir fakat 90 mm Hg altına inmesin.
- IV mayi infüzyonuna başla (**sayfa K- 21**).
- Sıvı takip çizelgesi kullan ve verilen sıvı ile çıkarılan idrar miktarını mayi yüklenmesinin olmaması için izle.
- İdrar çıkışını ve proteinüriyi izlemek için mesaneye sonda yerleştir.
- **İdrar çıkışı 30 ml/saat altına inerse:**
 - magnezyum sülfatı kes ve 1 L/8 saat hızında mayi (serum fizyolojik veya ringer laktat) vermeye devam et;
 - akciğer ödemi açısından izle.
- **Kadını asla yalnız bırakma.** Kasılmayı takiben kusmuk içeriğinin aspire edilmesi kadın ve fetusun ölümüne yol açabilir.
- Vital bulguları, refleksleri ve fetal kalp atım hızını saatlik izle.
- Akciğer ödemini gösteren raller açısında akciğer alt loblarını saatlik dinle. Raller duyulursa mayiyi kes ve furosemid 40 mg, IV ver.
- Yatakbaşı pıhtılaşma testi ile pıhtılaşma durumunu değerlendir (**sayfa S -2**). Yedi dakika içinde pıhtı oluşmaması veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığı koagülopatiyi düşündürür (**sayfa S -19**).

ANTİKONVÜLSİF İLAÇLAR

Antikonvülsif tedavide anahtar nokta antikonvülsif ilaçların yeterli dozda verilmesidir. Hastanede yatmakta olan kadınlarda kasılmaların en sık nedeni tedavinin düşük dozda verilmesidir. **Ciddi preeklampsi ve eklampside kasılmaların önlenmesi ve tedavisinde tercih edilen ilaç magnezyum sülfattır.** Magnezyum sülfat tedavisi **Kutu S-3'de (sayfa S -45)** özetlendi.

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-45**

Magnezyum sülfat tedavisini verme imkanı yoksa plasentadan serbestçe geçmesi nedeniyle yenidoğanda solunum depresyonu yapma riski yüksek olmasına rağmen diazepam verilebilir. Kasılmayı geçirmek için tek doz diazepam yapılması nadiren yenidoğanda solunum depresyonu yapar. Diazepamın uzun süreli, IV verilmesi zaten uteroplental iskemi ve erken doğum sıkıntısı altındaki bebekte solunum depresyon riskini attırır. Etkisi günlerce sürebilir. Diazepam tedavisi Kutu S-4, sayfa S -46' da özetlendi.

KUTU S-3 Ciddi preeklampsi ve eklampside magnezyum sülfat tedavisi

Yükleme dozu

- Magnezyum sülfat %20'lik solüsyondan 4 g, IV, 5 dakikadan daha uzun sürede verilir.
- %50'lik magnezyum sülfattan toplam 10 g, her bir kalçaya 5 g olacak şekilde, %2'lik 1 ml lignokain (lignocaine) ile birlikte, derin İM yapılır.

Magnezyum sülfat derin İM verilirken asepsiye dikkat edilir. Kadın magnezyum sülfat verildiğinde sıcaklık hissedeceği konusunda uyarılmalıdır.

- 15 dakika aradan sonra kasılma tekrarlayacak olursa 2 g magnezyum sülfat (%50'lik solüsyondan) 5 dakikadan uzun sürede IV verilir.

İdame dozu

- 5 g magnezyum sülfat (%50'li solüsyondan), 1 mg %2'lik lignocaine ile birlikte, 4 saat ara ile sırasıyla bir kalçaya, derin İM yapılır.
- doğumdan veya son nöbetten 24 saat sonrasına kadar tedaviye devam edilir.

TOKSİSİTE BULGULARI AÇISINDAN KADINI YAKIN MONİTORİZE ET

Her dozdan önce emin olmalısın:

- solunum sayısı dakikada en az 16 olmalı.
- Patella refleksi bulunmalı.
- Son 4 saatte idrar çıkışı saatte 30 ml'nin üstünde olmalı.

TEDAVİYİ KES VEYA GECİKTİR, EĞER:

- Solunum sayısı dakikada 16'nın altında ise.
- Patella refleksleri kaybolmuş ise.
- İdrar çıkışı son 4 saat içinde saatte 30 ml'nin altına inmiş ise.

Antidot hazır olsun

- Solunumun durması halinde:

Yardımcı solunuma (balon maske, intübasyon, anestezi cihazı) başlanır. Kalsiyum glukonat 1 g (%10'luk solüsyondan 10 ml), IV, yavaş olarak, solunum başlayıncaya kadar verilir.

S- 46 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

KUTU S-4

Ciddi preeklampsi ve eklampside diazepam tedavisi

Not: Diazepam sadece magnezyum sülfat verme imkanı olmadığında kullan.

İntravenöz uygulama

Yükleme dozu

- Diazepam 10 mg IV, 2 dk dan uzun sürede ver.
- Kasılma tekrarlırsa yükleme dozunu yeniden ver.

İdame dozu:

- Diazepam 40 mg, 500 ml mayi (serum fizyoloji veya ringer laktat) içinde kadını sakinleştirecek ancak uyanık tutacak şekilde ver.
- Doz 30 mg/1 saat düzeyini geçtiğinde annede solunum depresyonu ortaya çıkabilir:
 - gerekirse solunuma yardımcı ol (balon maske, anestezi cihazı, intübasyon).
 - 24 saatte 100 mg'dan fazla verme.

Rektal uygulama

- IV verme imkanı yok ise diazepamı rektal yoldan ver. Yükleme dozu, 10 ml enjektöre çekilmiş 20 mg. Enjektörün iğnesi çıkarılır, kalan kısmı kayganlaştırılır ve orta kısmına kadar rektuma yerleştirilir. İlaç rektuma enjekte edilir, ilacın geri gelmesini önlemek için enjektör yerinde 10 dk tutulur. Seçenek olarak ilaç rektuma bir kateter aracılığı ile verilebilir.
- **Kasılmalar 10 dk içinde kontrol altına alınmaz** ise kadının kilosu veya klinik cevabına göre bir saat veya daha uzun süre için ilave 10 mg ver.

ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR

Eğer diastolik basınç 110 mm Hg ve üzerinde ise antihipertansif ilaç ver. Amaç beyin kanamasını önlemek için diastolik kan basıncını 90 mm Hg ile 100 mm Hg arasında tutmaktır.

- Kan basıncı düşünceye kadar 5 dk ara ile 5 mg hidralazin yavaş olarak ver.
- **Hidralazin verme imkanı yok** ise:
 - labetolol 10 mg IV:
 - eğer 10 dk sonra **cevap yetersiz** ise (diastolik kan basıncı 110 mm Hg üzerinde kalır) labetolol 20 mg IV ver;

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-47**

-yeterli cevap alınmaz ise 10 dk ara ile doz 40 mg sonra 80 mg çıkarılır;

-VEYA nifedipine 5 mg dil altı verilir:

-10 dk sonra **cevap yetersiz** ise (diyastolik kan basıncı 110 mg üzerinde) ilave 5 mg dil altı ver.

Not: Hipotansiyona yol açabilen magnezyum sülfat ile etkileşime girebileceğine dair bir görüş var.

DOĞUM

Kadının durumu stabilize olur olmaz doğum gerçekleştirilmelidir. Fetal maturiteyi arttırmak amacıyla doğumun geciktirilmesi hem anne hem de fetusun hayatını riske atacaktır. Doğum gebelik yaşına bakılmaksızın planlanılmalıdır.

Ciddi preeklampside doğum, yakınmalar başladıktan sonra 24 saat içinde gerçekleştirilmelidir. Eklampside doğum, kasılmalar başladıktan sonra 12 saat içinde gerçekleşmelidir.

- Serviksi değerlendir (sayfa İ -18).
- **Serviks olgun** ise (yumuşak, ince, kısmen açık) membranları koher klemp ile aç ve oksitosin veya prostaglandin kullanarak eylemi indükle (sayfa İ -17)..
- **Vajinal doğum** 12 saat (eklampsi için) veya 24 saat (ciddi preeklampsi için) içinde **gerçekleşmeyecek** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ -43).
- **Fetus kalp atım hızında anormallik** (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) varsa sezaryen ile doğurt (sayfa İ -43).
- **Serviks olgun değil** (sert, kalın, kapalı) ve **fetus canlı** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ -43).
- **Sezaryen için güvenilir anestezi imkanı yok** veya **fetus ölü veya hayatta kalmak için çok prematür** ise:
 - vajinal doğumu planla;
 - serviks olgun değil** ise (sert, kalın, kapalı), misoprostol, prostaglandinler veya foley kateter kullanarak serviksi olgunlaştır (sayfa İ -24).

S- 48 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

Not: Sezaryen yapıldığında emin ol:

- Koagülopati riski yok.
- Güvenli anestezi uygulama imkanı var. Spinal anestezi hipotansiyon riski ile birlikte. Bu risk anestetik ilacın verilmesinden önce yeterli IV mayi (500-1000 ml) verilmesi ile azaltılabilir (**sayfa İ -11**).

Preeklampsi veya eklampsi olgusunda lokal anestetik veya ketamin kullanma.

DOĞUM SONU BAKIM

- Doğumdan veya son nöbetten en azından 24 saat sonrasına kadar antikonvülsif tedaviye devam et.
- Diyastolik kan basıncı 110 mm Hg üzerinde olduğu sürece antihipertansif tedaviye devam et.
- İdrar çıkışını izlemeye devam et.

ÜÇÜNCÜ DÜZEY MERKEZE SEVK

Şu durumlarda sevki düşün:

- Doğumdan sonra 48 saatten uzun süren oligüri;
- Koagülasyon bozukluğu [ör. Kogülopati (**sayfa S -19**) veya hemolizis, karaciğer enzimlerinde yükselme ve düşük trombosit sayısı (HELLP) sendromu];
- Nöbetten sonra 24 saatten uzun süren koma hali.

GEBELİĞİN TETİKLEDİĞİ YÜKSEK TANSİYONUN KOMPLİKASYONLARI

Komplikasyonlar perinatal ve anne ile ilişkili olumsuz sonuçlara neden olabilir.

Komplikasyonların tedavi edilmesi sıklıkla güç olduğundan erken tanı ve uygun tedavi ile bunların önlenmesi için her türlü çaba gösterilmelidir. Sağlık çalışanlarının tedavinin de komplikasyonlara yol açabileceğinin farkında olması gerekir. Komplikasyonları aşağıdaki gibi tedavi edin:

- **Fetal gelişme geriliği ciddi** ise doğumu hızlandırın.
- **Uyku hali veya komada giderek ağırlaşma mevcut** ise beyin kanamasından şüphelen.

-beyin kanaması riskini azaltmak için kan basıncını yavaş olarak düşür;

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-49**

-destekleyici tedavi ver.

- **Kalp, böbrek veya karaciğer yetmezliğinden şüpheleniliyor** ise destekleyici tedavi ver ve gözle.
- Pıhtılaşma testi **yedi dakika içinde pıhtı oluşmadığını veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı varlığını** gösteriyorsa koagülopatiden şüphelen (**sayfa S -19**).
- Eğer kadında **damar yolu açık** veya **mesanede sonda** var ise enfeksiyonlara yatkınlık vardır. Enfeksiyon gelişmesini önlemek için uygun tekniği kullan ve enfeksiyon bulgularını yakından izle (**sayfa K -17**).
- **Kadın IV mayi alıyor** ise dolaşımında yüklenme riski altındadır. Sıkı sıvı izleme kartı oluştur ve verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışını izle.

KRONİK HİPERTANSİYON

- İstirahat süresini attırması için teşvik et.
- Kronik hipertansiyonda yüksek kan basıncı böbrek ve plasenta kanlanmasını sağlar; kan basıncının düşürülmesi kanlanmada azalma ile sonuçlanır. Kan basıncı gebelik öncesi düzeyin altına düşürülmemelidir. Kan basıncını normal düzeylere indirmek için etkili bir tedavi uygulanmasının anne ve fetus ile ilgili sonucu düzelttiğine dair bulgu yoktur.
-eğer kadın **gebe kalmadan önce tansiyon düşürücü tedavi** alıyor ve hastalık kontrol altında ise, gebelikte kullanımı uygun olduğu takdirde aynı ilaç ile tedaviye devam et.
-eğer **diyastolik kan basıncı 110 mm Hg** veya sistolik kan basıncı 160 mm Hg veya üzerinde ise antihipertansif tedavi ver (**sayfa S -46**);
-**proteinüri veya diğer yakınma ve bulgular mevcut** ise üzerine eklenmiş preeklampsi düşün ve hafif preeklampsi gibi tedavi et (**sayfa S -42**). .
- Fetal gelişme ve durumu takip et.
- **Komplikasyon gelişmez** ise termde doğum planla.
- **Preeklampsi gelişirse hafif (sayfa S -42)** veya ciddi preeklampsi (**sayfa S -43**) gibi tedavi et.

S- 50 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

- **Fetus kalp atım hızında anormallik var** ise (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) fetal distresten şüphelen (**sayfa S -95**).
- Eğer **fetusta ciddi gelişme geriliği var** ve **gebelik yaşı güvenilir** ise serviksi değerlendir (**sayfa İ -18**) ve doğumu düşün.

Not: Gebeliğin ultrasonografi ile geç gebelikte değerlendirilmesi güvenilir değildir.

- Eğer **serviks olgun** ise (yumuşak, ince, kısmen açılmış) membranları koher klemp ile aç ve oksitosin veya prostaglandinlerle eylemi indükle (**sayfa İ -17**).

-Eğer **serviks olgun değil** ise (kalın, sert, kapalı), prostaglandin veya foley sonda kullanarak serviksi olgunlaştır (**sayfa İ -24**).

- Dekolman plasenta (**sayfa S 18**) ve üzerine eklenmiş preeklampsiyi (bakınız **hafif preeklampsi, sayfa S- 42**) içerecek şekilde komplikasyonları izle.

TETANOZ

Özellikle ehliyetsiz kişiler tarafından yaptırılan düşükler veya hastane dışı doğumlar esnasında yapılan temiz olmayan alet veya el ile uygulamalar ile Clostridium tetani uterus boşluğuna yerleşebilir. Yenidoğan sıklıkla kordonun temiz olmayan aletler ile kesilmesi veya kontamine malzemeler ile kapatılması ile enfekte olur.

Tedavi mümkün olan en kısa zamanda başlamalıdır.

- Diazepam 10 mg IV, 2 dk'dan daha uzun sürede, yavaş vererek spazmı kontrol et. Eğer **spazmlar ciddi** ise kadın felce uğrayabilir ve ventilatöre bağlanması gerekebilir. Bu ancak üçüncü düzey merkezde mümkün olabilir.
- Genel bakım ver:
 - sakin bir odaya al fakat yakından izle;
 - gereksiz uyarılardan kaçın;
 - beslenme ve yeterli mayi almasını sağla;
 - sekonder enfeksiyonu tedavi et.
- Toksini nötralize etmek için 3 000 ünite tetanoz antitoksinini İM ver.
- Başka toksin yapılmasını önle:
 - sepsis etkenini uzaklaştır (ör septik abortusta uterin kavitedeki enfekte dokuyu tahliye et);

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-51**

-benzyl penisilin 2 milyon ünite IV, 4 saat ara ile, 48 saat süre ile ver, sonra ampisilin 500 mg, günde 3 defa, ağız yoluyla, 10 gün süreyle ver.

KUTU S-5

Tetanoz bağışıklaması

Annenin aktif bağışık olduğunda antikorlar plasentadan geçerek yenidoğanı korur. Dört hafta ara ile en az iki defa aşı yapılmış ve son aşı ile gebelik sonlandırması arasında en azından 4 haftalık süre geçmiş ise kadının bağışık olduğu düşünülür. Kadının aşıları mevcut gebelikten 10 yıldan daha uzun süre öncesinde yapılmış ise rapel yapılmalıdır. Çoğu kadında her gebelikte bir rapel yapılması önerilir.

Bağışık bir kadına **güvenli olmayan düşük** veya hijyenik olmayan doğum yaptırılması halinde 0.5 ml tetanoz toksoidi İM yapılır. Eğer **daha önce bağışıklanmamış** ise 1 500 ünite anti-tetanoz serumu İM yapılır, 4 hf sonra 0.5 ml tetanoz toksoidi İM yapılır.

EPILEPSİ

Epilepsisi olan kadın gebelikte kasılmalar ile gelebilir. Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi epilepsi, bazı kadınlarda, gebelikte kötüleşme gösterirken diğerlerinde de düzelebilir. Ancak kadınların çoğunluğunda, gebelikte değişiklik göstermez.

- Kadını yakından izle. Genelde epilepsisi olan gebe kadında aşağıdaki risklerde artış vardır:
 - gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon;
 - erken doğum;
 - düşük doğum ağırlıklı infant;
 - konjenital anomalili infant;
 - perinatal mortalite.
- Amaç tek bir ilacın en düşük dozu ile epilepsinin kontrol edilmesidir. Konjenital anomalilere yol açabileceğinden (ör. valproik asit) erken gebelikte ilaç verilmesinden kaçın.
- Kadın **nöbet geçiriyor** ise diazepam 10 mg, 2 dakikadan uzun sürede, IV ver. On dakika aradan sonra nöbet tekrarlırsa dozu tekrarlar.

S- 52 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

- Nöbetler devamlı olursa (status epileptikus), 50-100 ml serum fizyolojik içinde fenitoin 1 g (phenytoin, yaklaşık 18 mg/kg), 30 dakikadan uzun sürede, infüzyon ile ver (en yüksek konsantrasyon 10 mg/ml'yi geçmemelidir):

Not: Fenitoin infüzyonu için sadece serum fizyolojik kullanılabilir. Diğer tüm IV mayiler fenitoinin kristalizasyonuna neden olur.

-fenitoin infüzyonundan önce ve sonrasında damar yolunu serum fizyolojik ile yıka;

-düzensiz kalp atımı, kan basıncında düşme ve solunumun baskılanması riskleri nedeniyle fenitoin infüzyonu 50 mg/dakikadan daha hızlı yapılmamalıdır.

-ilacı hazırladıktan sonra 1 saat içinde verme işlemini tamamla.

- **Kadının epilepsisinin olduğu biliniyorsa** almakta olduğu ilaçların aynısını ver. Cevaba göre dozu ayarlamak için düzenli aralar ile izle.
- **Kadının epilepsisinin olduğu biliniyor ancak kullandığı ilaçların detayını hatırlamıyor** ise fenitoin 100 mg, günde üç defa, ağız yoluyla ver. Düzenli aralar ile izle ve klinik cevaba göre ilaç dozunu ayarla.
- Antikonvülsif ilaçlar folik asit eksikliğine yol açabilir. Gebelikte antikonvülsif tedavi ile birlikte günde 600 mcg folik asit, ağız yoluyla, tek dozda ver.
- Kasılmalar yeni başlamış ise altta yatan nedenlerin araştırılması gerekir. Bu ancak üçüncü düzey bir merkezde mümkün olabilir.

CİDDİ/KOMPLİKE OLMUŞ SİTMA

Gebelikte ciddi sıtma eklampsi olarak yanlış tanı alabilir. **Gebe kadın sıtmanın endemik olduğu bölgede yaşıyor, ateş, baş ağrısı, nöbet geçirme yakınmaları var ve sıtma tanısı dışlanmamış ise kadının hem eklampsi hem de sıtma gibi tedavi edilmesi gerekir.**

Ciddi sıtması olan gebe kadın hipoglisemi, akciğer ödemi, kansızlık ve komaya özellikle yatkınlık gösterir.

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-53**

SITMA TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

Kinin, pek çok ülkede ilk basamakta kullanılan bir ilaç olup tüm gebelik süresince güvenle verilebilir. Kullanma imkanı olduğunda artesunate IV veya artemether IM, ikinci ve üçüncü trimestirde tercih edilen ilaçlardır. Bu ilaçların birinci trimestirde kullanımı için kinine olan avantajları (daha iyi tolere etme, daha az hipoglisemiye neden olma) gebelik sonuçları ile ilgili sınırlı bilgiye sahip olmaları ile dengelenmelidir.

KİNİN DİHİDROKLORİD

YÜKLEME DOZU

- IV mayi içinde (%5 dekstroz, serum fizyolojik veya ringer laktat) 20 mg/kg kinin dihidrokloridi 4 saatten uzun sürede infüzyon ile ver:
 - kinini asla IV bolus enjeksiyon tarzında verme;
 - önceki 12 saat içinde kadının yeterli dozda kinin (1.2g) aldığı kesin olarak biliniyor ise yükleme dozunu verme. İdame doza geç (aşağıya bak);
 - eğer tedavi durumu bilinmiyor veya açık değil ise kininin yükleme dozunu ver;
 - sıvı dengesine göre 100-500 ml IV mayi kullan.
- İdame dozuna geçmeden önce 4 saat bekle.

İDAME DOZ

- Kinin hidrokloridi 10 mg/kg dozunda, 4 saatten uzun sürede infüzyon ile ver. Sekiz saat ara ile tekrar et (ör. 4 saat kinin infüzyonu, 4 saat ara, 4 saat kinin infüzyonu gibi).

Not: Kinin infüzyonu yapılırken hipoglisemi açısından saatlik kan şekeri kontrolü yap.

- Kadın bilinçli hale gelip yutma fonksiyonunu kazanıncaya kadar idame dozuna devam et, takiben:
 - kinin dihidroklorid veya kinin sülfat, 10 mg/kg, ağız yoluyla, 8 saat ara ile tedaviyi 7 güne tamamla.
 - VEYA sulfadoksin/primetamin tedavisinin etkili olduğu bölgelerde tek doz olarak 3 tablet sulfadoksin/primetamin ver.

S- 54 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

İNTRAVENÖZ ARTESUNATE

YÜKLEME DOZU

- Tedavinin ilk günü, artesunate 2.4 mg/kg, IV, bolus tarzında, tek doz ver.

İDAME DOZU

- Tedavinin ikinci gününden itibaren artesunate 1.2 mg/kg, IV, günde bir defa, bolus tarzında ver.
- Kadın bilinçli hale gelip yutma fonksiyonunun kazanıncaya kadar idame dozuna devam et ve takiben artesunate 2 mg/kg, ağız yoluyla, günde bir defa olacak şekilde tedaviyi 7 güne tamamla.

İNTRAMÜSKÜLER ARTEMETHER

YÜKLEME DOZU

- Tedavinin ilk günü artemether 3.2 mg/kg, IM, tek doz ver

İDAME DOZU

- Tedavinin ikinci gününden itibaren artemether 1.6 mg/kg, IM, günde tek doz ver.
- Kadın bilinçli hale gelip yutma fonksiyonunun kazanıncaya kadar idame dozuna devam et ve takiben artesunate 2 mg/kg, ağız yoluyla, günde bir defa olacak şekilde tedaviyi 7 güne tamamla.

KASILMALAR

- Eğer **kasılmalar olursa** diazepam 10 mg, IV, 2 dakikadan uzun sürede ver.
- Eğer **eklampsi tanısı konulursa** izleyecek kasılmaları magnezyum sülfat vererek önle (**Kutu S-3, sayfa S- 45**).
- **Eklampsi tanısı dışlanırsa** izleyecek kasılmaları fenitoin ile önle (aşağıda).

FENİTOİN

YÜKLEME DOZU

- 50-100 ml serum fizyolojik içinde, fenitoin 1 g (phenytoin, yaklaşık 18 mg/kg), 30 dakikadan uzun sürede infüzyon ile ver (en yüksek konsantrasyon 10 mg/ml'yi geçmemelidir):

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı, yüksek kan basıncı **S-55**

Not: Phenytoin infüzyonu için sadece serum fizyolojik kullanılabilir. Diğer tüm IV mayiler fenitoinin kristalizasyonuna neden olur.

- fenitoin infüzyonundan önce ve sonra damar yolunu serum fizyolojik ile yıka;
- düzensiz kalp atımı, kan basıncında düşme ve solunumun baskılanması riskleri nedeniyle fenitoin infüzyonu 50 mg/dakikadan daha hızlı yapılmamalıdır.
- ilacı hazırladıktan sonra 1 saat içinde verme işlemini tamamla.

İDAME DOZU

- Yükleme dozunun üzerinden en az 12 saat geçtikten sonra 100 mg fenitoin IV, 2 dakikadan daha uzun sürede yavaş olarak veya 8 saat ara ile ağız yoluyla ver.

MAYİ DENGESİ

- Sıvı sıvı izleme kartı oluştur ve verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışını izle ve sıvı yüklenmesi olmadığından emin ol. Klinik durumu düzenli olarak değerlendir.

Not: Ciddi sıtması olan kadında sıvı yüklenmesine yatkınlık bulunur.

- **Akciğer ödemi gelişecek olursa:**

- kadını dik konuma getir;
- maske veya burundan kanül ile 4 L/dk oksijen ver;
- furosemid 40 mg, tek doz, IV ver

- **İdrar çıkışı yetersiz** ise (30 mg/saat altında):

- kanda kreatinine bak;
- IV mayi ile hidrasyonunu sağla (serum fizyolojik, ringer laktat).

- **İdrar çıkışı düzelmeyecek** olursa furosemid 40 mg, IV, tek doz ver ve idrar çıkışını izle.

- **İdrar çıkışı halen kötü** ise (son 4 saat içinde 30 mg/saat altında) ve **serum kreatinin düzeyi 2.9 mg/dl düzeyinin üzerinde** ise kadını böbrek yetmezliğinin tedavisi için üçüncü düzey bir merkeze sevk et.

HİPOGLİSEMİ

Hipoglisemi, sık olup hastalığın herhangi bir döneminde özellikle kinin tedavisi başladıktan sonra ortaya çıkar. Yakınma bulunmayabilir.

S- 56 Yüksek kan basıncı, baş ağrısı, görme bulanıklığı, konvülsiyonlar veya bilinç kaybı

- Dört saat ara ile kan şekeri düzeyine bak.

Not: Kadın **IV kinin tedavisi alıyor** ise saatlik kan şekeri takibi yap.

- **Hipoglisemi saptanırsa** %50'lik dekstrozdaki 50 ml ver takiben 8 saatten uzun süre 500 ml (%5 veya %10) dekstroz infüzyonuna devam et.

Not: Kan şekeri düzeyini izle ve infüzyon hızını buna göre düzenle.

- Sıvı dengesini dikkatli olarak takip et (**sayfa S -55**).

KANSIZLIK

Ciddi sıtmaya genellikle kansızlık eşlik eder.

- Hemoglobin düzeyini günlük takip et.
- Gerekğinde kan transfüzyonu yap (**sayfa K -23**).
- Sıvı dengesini takip et (**sayfa S -55**).
- Her bir ünite kan transfüzyonundan sonra furosemid 20 mg, IV veya ağız yolu ile ver.
- Ferröz sülfat veya ferröz fumarat 60 mg, ilave olarak folik asit 400 mcg, günde bir defa ağız yolu ile taburcu olunca ver.

PROBLEMLER

- Latent safha 8 saatten uzun.
- Servikal açılma doğum eylem grafiğinde (partograph) uyarı hattının sağında
- Kadında doğum olmaksızın 12 saat veya üzerinde devam eden eylem ağırları mevcut (uzamış eylem).

GENEL TEDAVİ

- Kadın ve fetusun durumunu hızlıca değerlendir ve destekleyici bakım ver.
- İdrarda keton araştır ve mevcut ise IV mayi ile tedavi et.
- Doğum eylem grafiğini gözden geçir.

TANI**TABLO S-10****İlerlemeyen eylemin tanısı**

Bulgular	Tanı
Serviks açık değil Kasılma yok/seyrekle	Yalancı eylem, sayfa S- 64
8 saatten uzun süredir düzenli kasılmalara rağmen serviks açıklığı 4 cm'i geçmez	Uzamış latent safha, sayfa S- 64
Servikal açılma doğum eylem grafiğinde uyarı hattının sağında (Şekil S-6, sayfa S -59)	Uzamış aktif safha, sayfa S- 65
<ul style="list-style-type: none">• Yeterli kasılmaların bulunmasına rağmen servikal açılma ve gelen kısmın inişinin duraklaması• Büyük baş, saçlı deride 3. düzey ödem (moulding), serviksin gelen kısma uyum sağlamaması, servikte ödem, uterus alt bölümde balonlaşma, retraksiyon halkasının oluşması, anne ve fetusta sıkıntı gibi nedenler ile servikte açılma ve gelen kısmın inişinin duraklaması (Şekil S-7, sayfa S -61)• 10 dakika içinde, 40 saniyeden kısa süren, üçten az kasılma (Şekil S-8, sayfa S- 63)• oksiput anterior verteks dışındaki gelişler	Baş-pelvis uyumsuzluğu, sayfa S- 65 Tıkanmış eylem (obstrüksiyon), sayfa S -66
<ul style="list-style-type: none">• serviks tam açık ve kadının güçlü ıkınmalarına karşılık iniş yok	Yetersiz uterus aktivitesi Kötü prezentasyon veya pozisyon, sayfa S -69
	Uzamış ıkınma (expulsive) safhası, sayfa S- 67

S-58

İlerlemeyen eylem

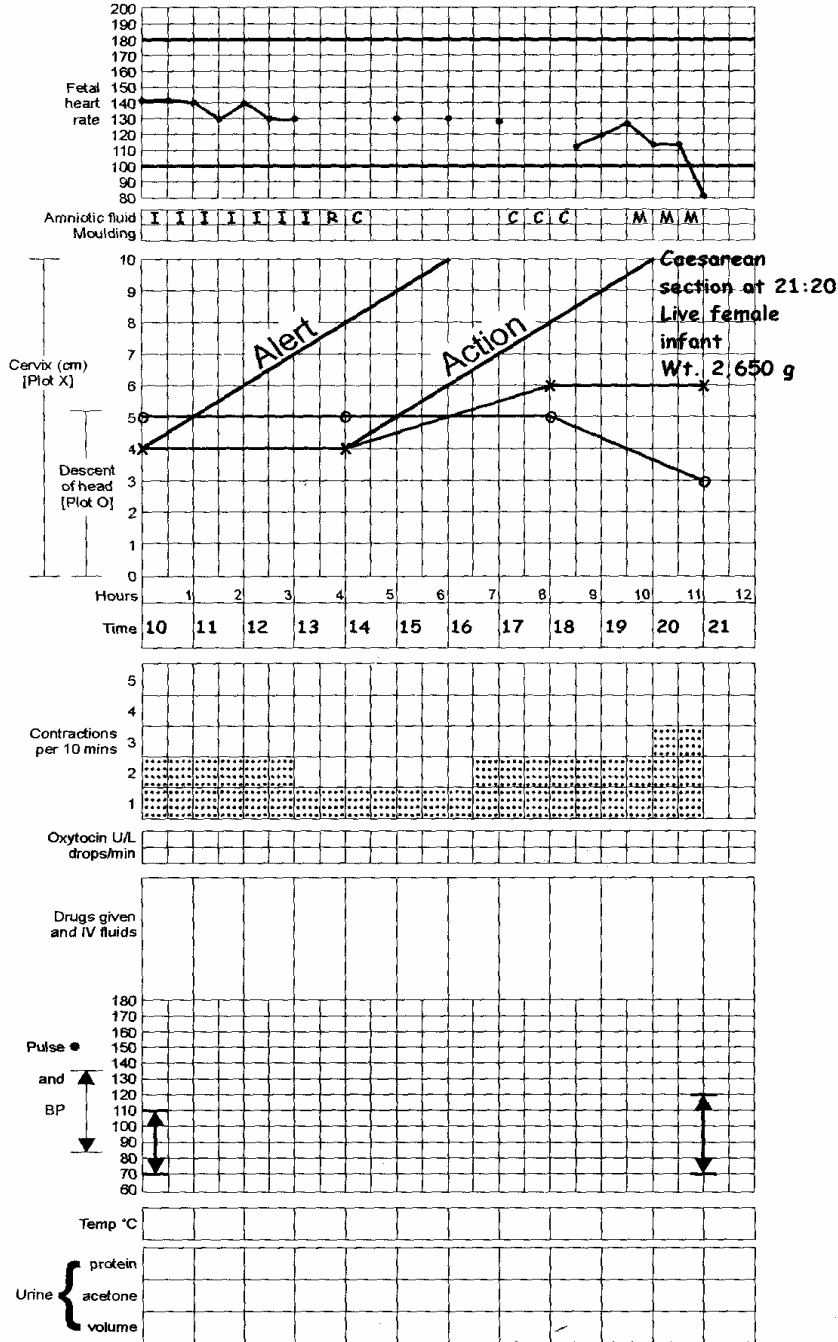
Şekil S-6, sayfa S- 59 doğum eyleminin uzamış aktif safhası için bir doğum eylemi örnek grafisidir. **Partografin uygun olarak doldurulmadığına dikkat edin ve bu örnek uzamış eylemin uygunsuz yönetimini gösterir.** Uzamış eylem tanısı öğleden sonra 02. 00' de belliydi ve bu saatten sonra eylem oksitosinle indüklenmemeliydi.

- Kadın aktif eylemde, sabah saat 10.00'da müracaat etti:
 - fetal baş 5/5, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 4 cm;
 - kasılmalar yetersiz (10 dakikada, 2 kasılma, 20 saniyeden kısa sürüyor).
- Saat öğleden sonra 2.00:
 - fetal baş halen 5/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 4 cm ve uyarı hattının sağında;
 - zarlar kendiliğinden açıldı ve amnion mayisi berrak:
 - uterus kasılmaları yetersiz (10 dakikada, 2 kasılma, 20 saniyeden kısa sürüyor).
- Akşam saat 6.00:
 - fetus başı halen 5/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 6 cm;
 - kasılmalar halen yetersiz (10 dakikada, 2 kasılma, 20 saniyeden kısa sürüyor).
- Gece saat 9.00:
 - fetus kalp atım hızı 80/dk;
 - amnion mayisinde mekonyum ile boyanma var;
 - doğum eyleminde daha fazla ilerleme yok.
- Fetal distres nedeniyle gece 9.20'de sezaryen yapıldı.

ŞEKİL S-6 Eylemin uzamış aktif fazını gösteren doğum eylem grafiği

Name Mrs. M Gravida 1 Para 0+0 Hospital number 1248

Date of admission 14.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 13:30 hours



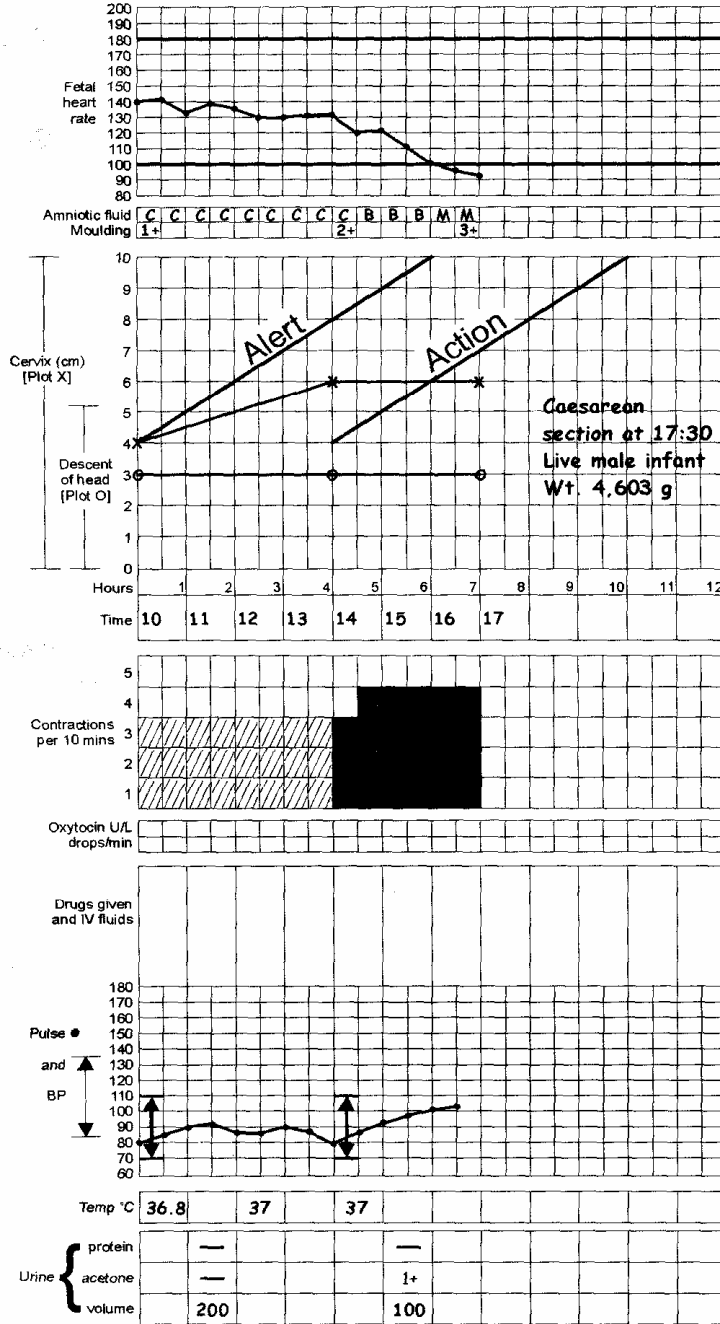
Şekil S-7, sayfa S- 61 doğum eyleminin aktif safhasında açılma ve iniş durumunu gösteren bir doğum eylem grafiği. Doğum eyleminin aktif safhasında yeterli uterus kasılmalarının olmasına rağmen fetal distres ve saçlı deride üçüncü derece ödem (moulding) ile birlikte açılma ve inişte duraklama tıkanmış eylemi gösterir.

- Hasta sabah saat 10.00'da aktif eylemde müracaat etti:
 - fetus başı 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 4 cm;
 - 10 dk içinde her biri 20-40 sn süren 3 kasılma;
 - berrak amniotik sıvı akışı;
 - saçlı deride birinci derece ödem
- Öğlen saat 2.00:
 - fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 6 cm ve uyarı hattının sağında ;
 - kasımlarda iyileşme (10 dakikada, her biri 40 sn süren 3 kasılma);
 - saçlı deride ikinci düzey ödem
- Öğlenden sonra saat 5.00:
 - fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks halen 6 cm açıklıkta;
 - saçlı deride 3. derece ödem;
 - kalp atım hızı 92/dk
- Öğlenden sonra saat 5.30'da sezaryen yapıldı.

Şekil S-7

Tıkanmış eylemi gösteren doğum eylem grafiği

Name Mrs. H Gravida 4 Para 3+0 Hospital number 6639
 Date of admission 20.5.2000 Time of admission 10:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours

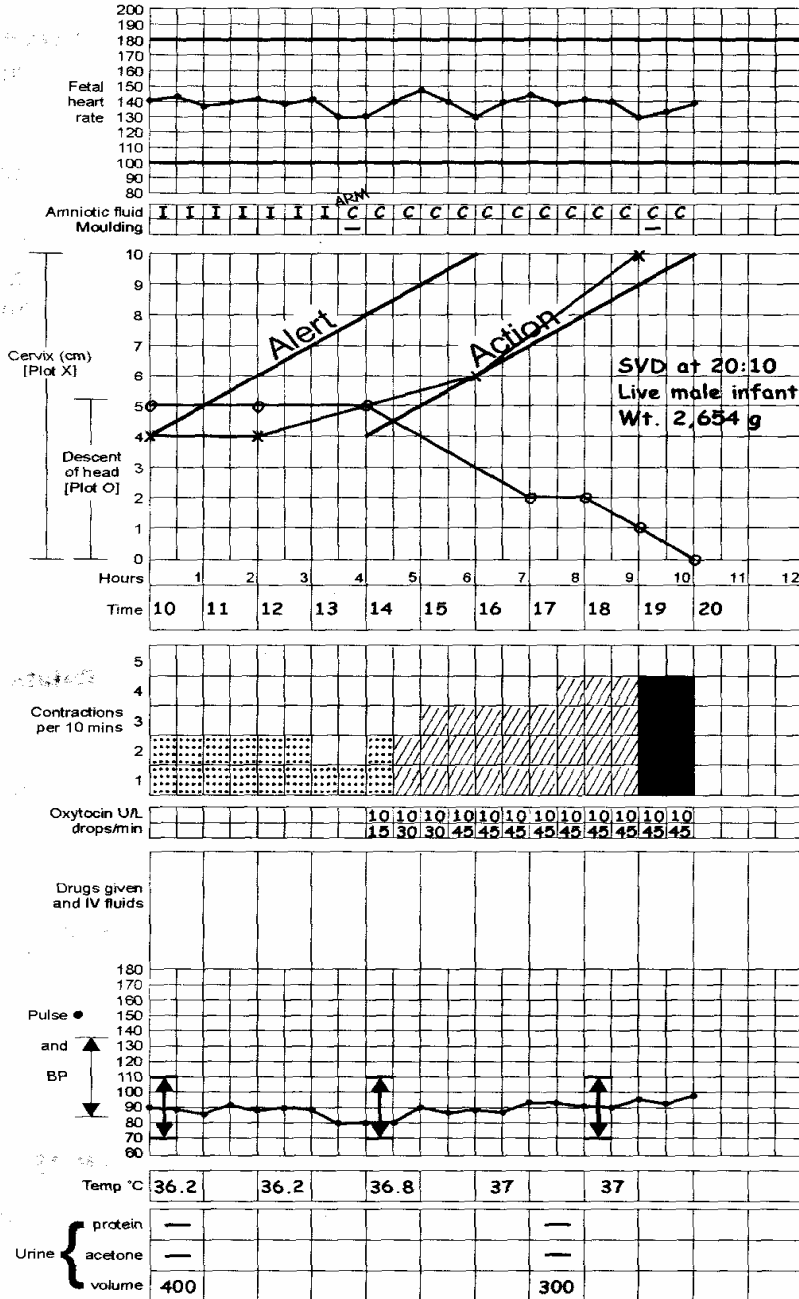


Şekil S-8, sayfa S- 63 oksitosin ile düzeltilmiş yetersiz uterus kasılmaları ile ilişkili ilerlemeyen eylemi gösteren doğum eylem grafiğidir.

- Kadın sabah saat 10.00'da aktif eylemde başvurdu.
 - Fetus başı 5/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - serviks açıklığı 4 cm;
 - 10 dakikada her biri 20 sn süren iki kasılma.
- Saat öğlen 12.00:
 - fetus başı halen 5/5 düzeyinde, ele geliyor;
 - Serviks açıklığı 4 cm ve uyarı hattının sağında;
 - kasımlarda iyileşme yok.
- Saat öğlenden sonra 2.00:
 - yetersiz uterus kasılmalarına bağlı ilerlemeyen eylem tanısı konuldu;
 - 1 L IV mayi içine 10 ünite oksitosin konularak 15 damla/dk hızında eyleme yardıma başlanıldı;
 - yeterli kasılma elde edilinceye kadar oksitosin dozu arttırıldı;
 - kasımlar düzeldi ve gelen kısmın inişi ve serviks açıklığında ilerleyici açılma ile sonuçlandı.
- Akşam saat 8.00'de vajinal doğum gerçekleşti.

Şekil S-8 Oksitosin ile düzeltilen yetersiz uterus kasılmalarını gösteren doğum eylem grafiği

Name **Mrs. J** Gravida **1** Para **0+0** Hospital number **1443**
 Date of admission **2.5.2000** Time of admission **10:00 A.M.** Ruptured membranes **13:30** hours



TEDAVİ**YALANCI EYLEM**

Üriner sistem veya diğer enfeksiyonlar (**Tablo S-13, sayfa S- 100**) ile zarlarda açılma açısından (**sayfa S- 135**) muayene et ve uygun tedavisini ver. Sayılanlar yok ise kadını taburcu et ve doğum eyleminin bulguları ortaya çıkınca tekrar başvurmasını teşvik et.

UZAMIŞ LATENT SAFHA

Uzamış latent safha tanısı geriye dönük yapılır. Kasılmalar kesildiğinde kadına yalancı eylemde olduğu söylenir. Kasılmalar düzenli hale gelip açıklık 4 cm'i geçtiğinde kadına daha öncesinde latent safhada olduğu söylenir.

Yalancı eylem veya uzamış latent safhanın yanlış tanısı, başarısızlık ile sonuçlanabilen gereksiz doğum eylemi ve eyleme yardıma neden olur. Bu durum gereksiz sezaryen ve amnionite yol açabilir.

Kadın, **8 saatten daha uzun süre latent safhada** ve ilerleme bulgusu yok ise serviksi muayene ederek yeniden durumu değerlendir.

- **Servikal açılma ve silinmede bir değişiklik yok** ve fetal distress yok ise tanıyı yeniden gözden geçir. Kadın doğum eyleminde olmayabilir.
- **Servikal açılma ve silinmede değişiklik var** ise amniotik çengel veya koher klemple zarları aç ve oksitosin veya prostaglandinler ile eylemi indükle (**sayfa İ- 17**).
-4 saat ara ile yeniden değerlendir.
-**oksitosin infüzyonuna başlandıktan sonra 8 saat içinde kadın aktif safhaya geçmemiş** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Enfeksiyon bulgusu** var ise (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı):
-oksitosin ile eyleme yardıma başla (**sayfa İ- 25**);
-doğuma kadar kombine antibiyotik ver (**sayfa K- 35**):
-ampisilin 2 g IV, 6 saat ara ile;

-ilave olarak gentamisin 5 mg/kg/24 saat, IV ver;

-**kadın vajinal doğum yaparsa** doğum sonu antibiyotiklerini kes;

-**kadın sezaryen olursa** antibiyotiklerine metronidazol 500 mg IV, 8 saat ara ile ilave et ve en az 48 saat ateşsiz süre geçirinceye kadar ver.

UZAMIŞ AKTİF SAFHA

- Baş-pelvis uyumsuzluk bulgusu veya tıkanmış eylem bulgusu yok ve zarlar açılmamış ise zarları amniotik çengel veya koher klemp ile aç (**sayfa İ- 17**).
- Uterus kasılmalarını değerlendir:
 - kasılmalar yetersiz** ise (10 dk içinde 40 saniyeden kısa süren üçten az kasılma) yetersiz uterus aktivitesinden şüphelen (**sayfa S- 66**);
 - kasılmalar yeterli** ise (10 dk içinde en az 40 sn süren 3 kasılma) baş-pelvis uyumsuzluğu, tıkanmış eylem, kötü pozisyon veya kötü prezentasyondan şüphelen (aşağı bak):
- Genel yöntemler ile eylemin desteklenmesi kasılmaları düzeltebilir ve eylemi hızlandırır (**sayfa K- 57**).

BAŞ-PELVİS UYUŞMAZLIĞI

Baş-pelvis uyuşmazlığı fetusun çok iri olması veya pelvisin çok ufak olmasından kaynaklanır. Baş-pelvis uyuşmazlığına **rağmen eylem devam ederse** eylem duraklar veya tıkanır. Pelvisin yeterli olup olmadığını en iyi test etme yöntemi eylem şansını vermektir. Klinik pelvimetrenin değeri sınırlıdır.

- **Baş-pelvis uyuşmazlığı doğrulanırsa (Tablo S-10, sayfa S-57)** sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Fetus ölü** ise:
 - kraniotomi ile doğurt (**sayfa İ- 57**);
 - operatör kraniotomide tecrübeli değil** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

TIKANMIŞ EYLEM

Not: Skarsız uterusun rüptürü sıklıkla tıkanmış eylemden kaynaklanır

- Eğer **fetus canlı, serviksin açıklığı tam ve baş 0 düzeyinde veya altında** ise vakum ekstraksiyon ile doğurt (**sayfa İ- 27**);
- Eğer kısmi tıkanma için **vakum ekstraksiyon ve simfizyotomi gereği var** ve fetus başı -2 düzeyinde ise :
 - vakum ekstraksiyon (**sayfa İ- 27**) ve simfizyotomi ile doğurt (**sayfa İ- 53**) ;
 - operatör simfizyotomide **tecrübeli değil** ise sezaryen ile doğurt.
- **Fetus canlı fakat serviks açıklığı tam değil** veya **fetus başı vakum ekstraksiyon için çok yukarda** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Fetus ölü** ise:
 - kraniotomi ile doğurt (**sayfa İ- 57**);
 - operatör kraniotomide **tecrübeli değil** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**) .

YETERSİZ UTERUS AKTİVİTESİ

Eğer **kasılmalar yetersiz ve baş-pelvis uyumsuzluğu, tıkanmış eylem yok** ise uzamış eylemin en muhtemel nedeni yetersiz uterus aktivitesidir.

Yetersiz kasılmalar multigravidalarda primigravidalardan daha az sıklıkta görülür. Bu nedenle multigravidalarda oksitosin ile eyleme yardıma başlanmadan önce baş-pelvis uyumsuzluğunu dışlamak için her türlü çaba gösterilmelidir.

- Membranları amniotik çengel veya koher klemp ile aç ve oksitosin kullanarak eyleme yardıma başla (**sayfa İ- 17**) .
- Yeterli kasılmalar sağlandıktan 2 saat sonra vajinal muayene ile ilerleyişi yeniden değerlendirir.
 - muayeneler arasında **ilerleme yok** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**);

-**ilerleme var** ise oksitosin infüzyonuna devam et ve 2 saat sonra yeniden muayene et.
Eylem ilerleyişini dikkatli olarak takip et.

UZAMIŞ İKINMA SAFHASI

Annenin ıkınma çabaları plasentaya giden oksijeni azaltarak fetal riski arttırır. Annenin kendiliğinden “ıkınma” çabasına izin verin fakat uzun süreli çabayı ve nefesini tutmayı teşvik etmeyin.

- **Kötü prezentasyon ve belirgin tıkanma yok** ise oksitosin ile eyleme yardım edin (sayfa İ- 25) .
- **Eyleme yardım ile iniş yok** ise:
 - baş 0 düzeyinde** ise vakum ekstraksiyon (sayfa İ- 27) veya forseps (sayfa İ- 33) ile doğurt;
 - baş 0 ile -2 arasında** ise :
 - vakum ekstraksiyon (sayfa İ- 27) ve simfizyotomi (sayfa İ- 53) ile doğurt;
 - operatör simfizyotomide tecrübeli değil** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43)
- - baş -2'nin üstünde** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).

Anormal pozisyonlar fetus başının verteksinin normal olmayan pozisyonlarıdır (oksiput referans noktası olacak şekilde). Anormal gelişler ise fetusun verteks dışı diğer tüm geliş şekilleridir.

PROBLEM

- Fetus anormal pozisyon veya prezentasyonda olup uzamış eylem veya tıkanmış eylem ile sonuçlanabilir.

GENEL TEDAVİ

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu hızlıca değerlendir.
- Fetusunu durumunu değerlendir.

-kasılmadan hemen sonra **fetus kalp atım hızını** dinle:

-aktif safhada her 30 dakikada, ikinci safhada her 5 dakikada, 1 dakika süreyle fetus kalp atım hızını say;

-**fetus kalp atım hızında anormallik** varsa (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) fetal sıkıntıdan şüphelen (**sayfa S- 95**).

-eğer **zarlar açılmış** ise amnion mayisinin rengine dikkat et.

-kalın mekonyum varlığı yakın takip etme gereğini ve fetusta sıkıntı nedeniyle müdahale ihtimalini gösterir (**sayfa S- 95**);

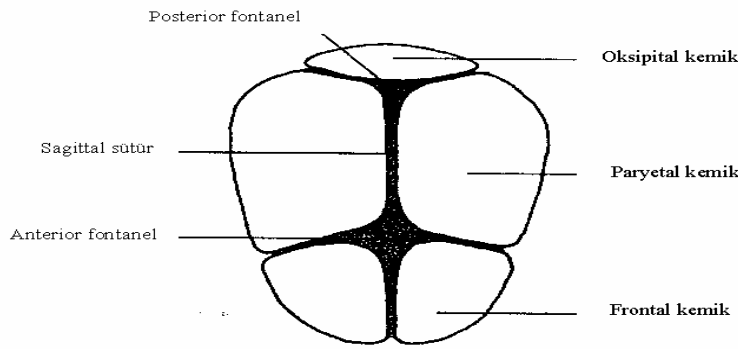
-zarlar açıldıktan sonra mayi akışının olmaması fetusta sıkıntı ile birlikte olabilecek amniotik mayi hacminde azalma olduğunu gösterir.

- Destekleyici bakım ve cesaret ver (**sayfa K- 57**).
- Doğum eylem grafiğini kullanarak eylemin ilerleyişini yeniden gözden geçir (**sayfa K- 65**).

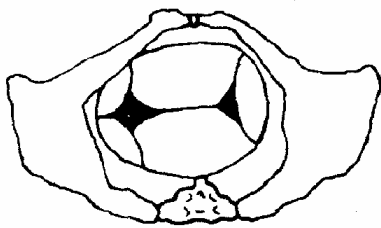
Not: Kadını yakından izle. Anormal geliş şekli tıkanmış eyleme yol açarak uterus rüptür riskini artırır.

TANI**GELEN KISIMI TAYİN ET**

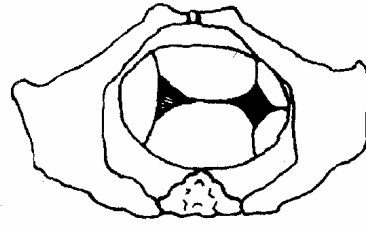
- En sık görülen geliş şekli fetus başının verteksidir. **Gelen kısım verteks değil ise, Tablo S-12, sayfa S- 73'e bak.**
- **Gelen kısım verteks** ise fetus başının pozisyonunu tayin etmek için fetus kafatasının işaret noktalarını kullan (**Şekil S-9**).

Şekil S-9**Fetus kafatasının işaret noktaları****FETUS BAŞININ POZİSYONUNU TAYİN ET**

- Normalde fetus başı anne pelvisine oksiput yanda olacak şekilde girer (**Şekil S-10**).

Şekil S-10**Oksiput transvers pozisyonlar**

Sol oksiput transvers

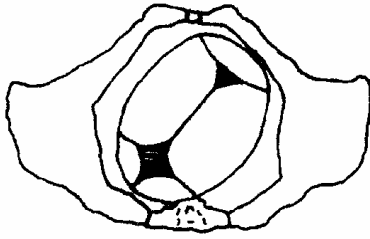


Sağ oksiput transvers

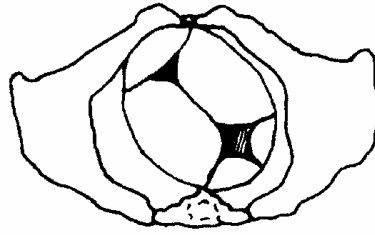
- İniş ile fetus başı dönüş yapar ve anne pelvisinde oksiput öne gelir (**Şekil S-11**). Oksiputun yan pozisyondan öne dönememesi halinde oksiput posterior pozisyon olarak yönetilmelidir (**sayfa S- 75**).

Şekil S-11

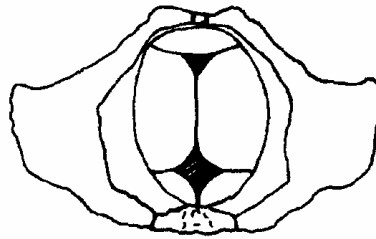
Oksiputun önde olduğu pozisyonlar



Sol oksiput anterior



Sağ oksiput anterior

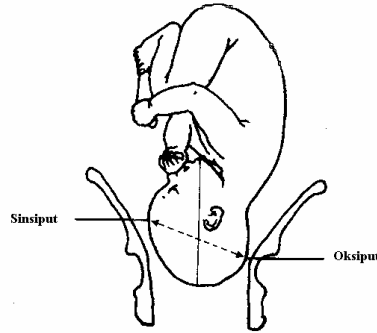


Oksiput anterior

- Normal gelişin diğer şekli vajende fetus oksiputunun sinsiputtan daha aşağı düzeyde olduğu ileri-fleksiyonda vertektir (Şekil S-12).

Şekil S-12

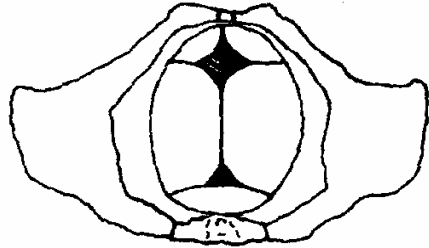
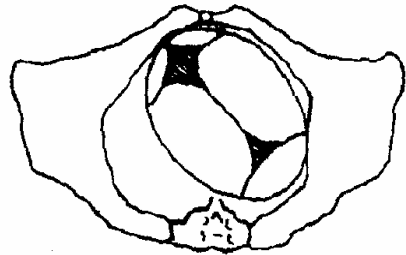
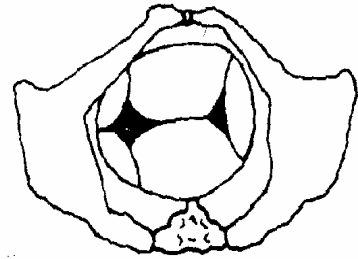
İleri-fleksiyonda verteks (well-flexed vertex)



- **Oksiput önde veya oksiput yanda** olacak şekilde **fetus başı ileri-fleksiyonda** ise (doğum eyleminin erken döneminde) eylemi izlemeye devam et (sayfa K- 71).
- **Fetus başında oksiput önde değil** ise anormal pozisyon olarak değerlendirir ve yönet (Tablo S-11, sayfa S- 72).
- **Gelen kısım fetus başı değil veya fetus başı ileri-fleksiyonda değil** ise anormal geliş şekli olarak değerlendirir ve yönet (Tablo S-12, sayfa S- 73).

Tablo S-11

Anormal pozisyonların tanısı

Semptom ve bulgular	Şekil
Fetal oksiput maternal pelvise göre posterior pozisyonda olduğunda OKSİPUT POSTERİOR POZİSYON meydana gelir (Şekil S- 13 ve Şekil S- 14)	<p>ŞEKİL S- 13</p>  <p>Oksiput posterior</p>
Abdominal muayenede, karnın alt kısmı düzleşmiştir, fetal ekstremiteler ön taraftan palpe edilebilir ve fetal kalp atımı annenin böğür kısmından duyulabilir. Vajinal muayenede, posterior fontanel sakruma doğrudur ve eğer baş defleksiyonda ise ön fontanel kolayca hissedilir.	<p>ŞEKİL S- 14</p>  <p>Sol oksiput posterior</p>
Yönetim için, gör sayfa S- 75	
Fetal oksiput maternal pelvise göre transvers pozisyonda olduğunda OKSİPUT TRANSVERS POZİSYON meydana gelir (Şekil S- 15). Eylemin ilk evresinde oksiput transvers pozisyon persiste ederse , oksiput posterior pozisyon gibi yönetilir.	<p>ŞEKİL S- 15</p>  <p>Sol oksiput transvers</p>

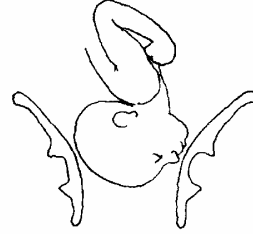
TABLO S-12

Anormal geliş şekillerinin tanısı

Semptom ve bulgular

ALIN PREZENTASYONU oksiputun sinsiputtan daha yüksekte olduğu, başın parsiyel ekstansiyonunda meydana gelir (Şekil S- 16).

**Şekil
ŞEKİL S- 16**



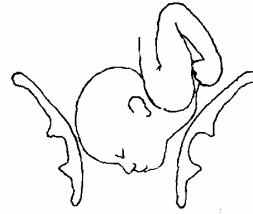
Abdominal muayenede, fetal başın yarından fazlası Simfizis pubisin üstündedir ve oksiput sinsiput seviyesinden daha yüksekte palpe edilebilir. Vajinal muayenede, ön fontanel ve orbitalar hissedilir.

Yönetim için, gör **sayfa S- 76**

YÜZ PREZENTASYONU ne oksiputun ne de sinsiputun vajinal muayenede palpabl olmadığı, başın hiperekstansiyonu nedeniyle olur.

(**Şekil S-17 VE Şekil S- 18**)

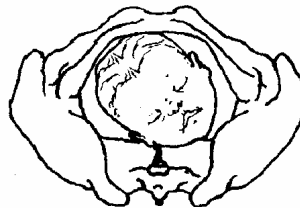
ŞEKİL S- 17



Abdominal muayenede, oksiput ve sırt arasında bir oluk hissedilir.

Vajinal muayenede, yüz palpe edilir, muayene edenin parmakları kolayca fetüsün ağzına girer ve kemik çeneler hissedilir.

ŞEKİL S- 18



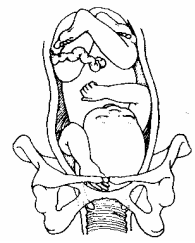
Yönetim için, gör **sayfa S- 77**

TABLO S-12 Devam

Anormal geliş şekillerinin tanısı

Semptom ve bulgular**Şekil**

BİRLEŞİK PREZENTASYON prezente olan kısmın yanından bir kol sarktığına olur. Pelviste aynı anda hem sarkmış olan kol hem de fetal baş bulunmaktadır (**Şekil S- 19**).

ŞEKİL S- 19

Yönetim için, gör **sayfa S- 78**

MAKAT PREZENTASYON kalça ve/ veya ayaklar prezente olan kısımına meydana gelir.

ŞEKİL S- 20

Abdominal muayenede, makat pelvik girimde, Baş ise üst karında hissedilir. Oskültasyonda fetal kalp atımını vertex pozisyonundakinden daha yüksekte bulunur.

ŞEKİL S- 21

Eylem esnasındaki vajinal muayenede, kalça ve/ veya Ayaklar hissedilir; kalın, koyu mekonyum normaldir. Yönetim için, gör **sayfa S- 79**

TAM MAKAT (FLEKSİYONDA)

PREZENTASYONU her iki bacak kalçadan ve dizlerden fleksiyonda ise meydana gelir (**Şekil S- 20**).

SAF MAKAT (EXTANSİYONDA)

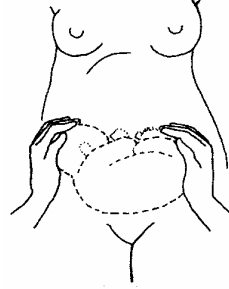
PREZENTASYONU her iki bacak kalçadan fleksiyonda ve dizlerden ekstansiyonda ise meydana gelir (**Şekil S- 22**).

ŞEKİL S- 22

AYAK PREZENTASYONU bir bacak dizden ve kalçadan ekstansiyonda ise meydana gelir (**Şekil S- 22**)

TABLO S-12 Devam**Anormal geliş şekillerinin tanısı****Semptom ve bulgular**

TRANSVERS DURUŞ VE OMUZ PREZENTASYONU fetüsün uzun eksenini transvers pozisyondayken meydana gelir. (**Şekil S- 23**). Omuz tipik olarak prezente olan kısımdır.

**Şekil
ŞEKİL S- 23**

Abdominal muayenede, ne baş ne de kalça simfizis pubis seviyesinde hissedilemez ve baş genellikle annenin böğür kısmında hissedilir.

Vajinal muayenede, her zaman olmasada omuz hissedilebilir. Bir kol sarkabilir ve dirsek, kol veya el vajende hissedilebilir.

Yönetim için, gör **sayfa S- 81**

TEDAVİ**OKSİPUTUN ARKADA OLDUĞU POZİSYONLAR**

Olguların %90'ında oksiput ön pozisyona kendiliğinden döner. Fetus başı bu dönüşü ve/veya inişi yapamaz ise duraklamış eylem (arrested labour) ortaya çıkabilir. Doğum, perine yırtıkları veya epizyotomide uzama ile komplike olabilir.

- Eğer eylemde tıkanma bulguları varsa ve fetal kalp hızı normalse, kadının etrafta yürümesine izin ver veya spontan rotasyonu sağlamak için kadının pozisyonunu değiştir.
- Herhangi bir safhada **eylemde tıkanma bulguları var** veya **fetus kalp atım hızı anormal** ise (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Zarlar açılmamış** ise amniotik çengel veya koher klemp ile zarları aç(**sayfa İ- 17**).
- **Serviks açıklığı tam değil** ve **eylemde tıkanma bulguları yok** ise oksitosin ile eyleme yardım et (**sayfa İ- 25**).

- **Serviks açıklığı tam** olmakla birlikte **ıkınma safhasında iniş yok** ise eylemde tıkanma bulguları açısından değerlendir (Tablo S-10, sayfa S- 57).
-eylemde **tıkanma bulguları yok** ise oksitosin ile eyleme yardım et (sayfa İ- 25).
- **Serviks açıklığı tam** ve
-**fetus başı -2 ve üzerinde** ise sezaryen yap (sayfa İ- 43)
-**fetus başı 0 ile -2 arasında** ise:
 - vakum ekstraksiyon (sayfa İ- 27) ve simfizyotomi (sayfa İ- 53) ile doğurt;
 - operatör simfizyotomide tecrübeli değil** ise sezaryen yap (sayfa İ- 43);
 - fetus başı 0 düzeyinde** ise vakum ekstraksiyon (sayfa İ- 27) veya forseps (sayfa İ- 33) ile doğurt.

ALIN GELİŞİ

Alın gelişinde angajman sıklıkla imkansız olup eylem duraklar. Verteks veya yüz gelişine dönüş nadir olup özellikle fetusun küçük veya ölü ve masere oldğu durumlarda geçerlidir. Zarlar açıldıktan sonra canlı ve normal büyüklükte bir fetusta kendiliğinden vertekse dönüş çok nadirdir.

- **Fetus canlı** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).
- **Fetus ölü** ve:
 - serviks tam açık değil** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43);
 - serviks tam açık** ise:
 - kraniotomi ile doğurt (sayfa İ- 57);

-operatör kraniotomide tercrübeli değil ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).

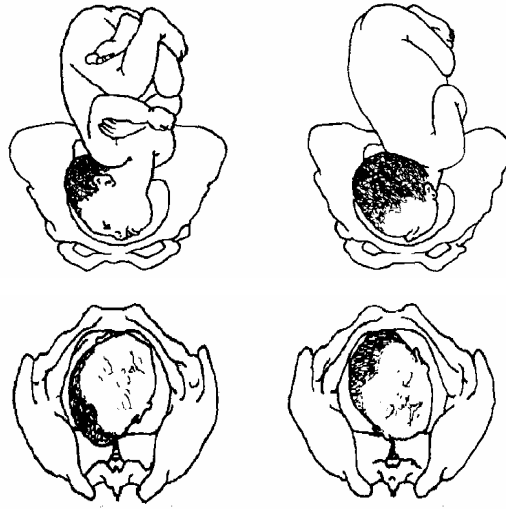
Alın gelişi olan fetusu vakum ekstraksiyon, çıkımda forseps veya simfizyotomi ile doğurtma.

YÜZ GELİŞİ

Başın pozisyonunu tarif etmede çene referans noktasıdır. Çenenin önde olduğu pozisyonların (Şekil S-24-A) arkada olduğu pozisyondan (Şekil S-24 B) ayırt edilmesi gerekir.

Şekil S-24

Yüz gelişi



A. Çene önde

B. Çene arkada

Uzamış eylem sık görülür. Çenenin önde olduğu pozisyonda iniş ve başın fleksiyonda doğumu gerçekleşebilir. Ancak çenenin arkada olduğu pozisyonda, tamamen ekstansiyonda olan baş sakruma takılır. Bu inişi engeller ve eylem duraklar.

ÇENE-ÖNDE POZİSYON

- **Serviks tam açık** ise:
 - eylemin normal ilerleyişine izin ver (sayfa K- 71);
 - eylem **yavaş ilerliyor** veya **tıkanma bulguları var** ise (Tablo S-10, sayfa S- 57), oksitosin ile eyleme yardım et (sayfa İ- 25);

S-78

Anormal pozisyon ve geliş şekilleri

-iniş yeterli değil ise forseps ile doğurt (sayfa İ- 33).

- Serviks **tam açık değil** ve eylemde **tıkanma belirtileri yok** ise oksitosin ile eyleme yardım et (sayfa İ- 25). Verteks gelişte olduğu gibi ilerleyişi gözden geçir.

ÇENE ARKADA POZİSYON

- Serviks **tam açık** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).
- Serviks **tam açık değil** ise iniş, dönüş ve ilerleyişi izle. Eylemde **tıkanma bulguları mevcut** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43) .
- **Fetus ölü** ise:
 - kraniotomi ile doğurt (sayfa İ- 57);
 - operatörün **kraniotomide tecrübesi yok** ise sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).

Yüz gelişte vakum ekstraksiyon uygulama.

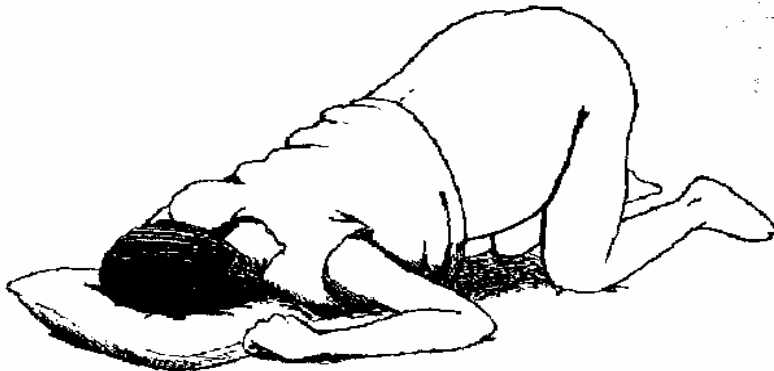
BİLEŞİK GELİŞ

Fetus çok ufak veya ölü ve masere ise ancak normal doğum gerçekleşir. İkinma safhasında eylem duraklar.

- Sarkmış kolun bazen geri itilmesi mümkündür
 - kadına diz-göğüs pozisyonu ver (Şekil S-25);
 - kolu pelvis girişinin üstüne it ve kasılmalar başı pelvise itinceye kadar orada tut;
 - normal eylem gibi izle (sayfa K- 71).

Şekil S-25

Diz-göğüs pozisyonu



- Eğer **uygulama başarısızlık** ile sonuçlanırsa veya kordon sarkarsa sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).

MAKAT GELİŞ

Makat gelişte uzamış eylem bir acil sezaryen endikasyonudur. İlerlemeyen eylem, baş-pelvis uyuşmazlığının bir bulgusu gibi düşünülmelidir (Tablo S-10, sayfa S- 57).

Erken doğumlarda makat geliş sıklığı artmıştır.

EYLEMİN ERKEN SAFHASI

İdeal olarak makat gelişlerin hepsinde doğum, ameliyat yapma imkanı olan hastanelerde gerçekleştirilmelidir.

- Dışardan döndürme işlemi (Eksternal versiyon) uygula (sayfa İ- 15) eğer:
 - makat geliş 37 hf ve üzerinde (37. haftadan önce başarılı bir döndürme işlemi büyük ihtimalle kendiliğinden makat gelişe dönüş izleyecektir);
 - vajinal doğum mümkün;
 - zarlar açılmamış ve amnion mayisi yeterli;
 - bir sorun yok (ör fetusta gelişme geriliği, uterustan kanama, geçirilmiş sezaryen öyküsü, fetal anomali, ikiz gebelik, yüksek tansiyon, ölü fetus).
- **Dışardan döndürme işlemi başarılı** olursa normal eylem takibi yap(sayfa K- 71).
- **Dışardan döndürme işlemi başarısız** olursa vajinal makat doğum olarak izle (aşağı bak) veya sezaryen yap (sayfa İ- 43).

VAJİNAL MAKAT DOĞUM

- Tecrübeli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen vajinal makat doğum aşağıdaki koşullarda mümkün ve güvenlidir (aşağı bak):
 - tam (Şekil S- 20, sayfa S- 74) ve saf (Şekil S-21, sayfa S- 74) makat geliş;

- yeterli klinik pelvimetre;
- fetus çok büyük değil;
- baş-pelvis uyumsuzluğu nedeniyle sezaryen olma öyküsü yok;
- baş fleksiyonda.

- Kadını düzenli olarak muayene et ve ilerleyişi doğum eylem grafiğinde işaretlerle (**sayfa K- 65**).
- **Zarlar açılınca** kordon sarkması açısından hemen muayene et.

Not: Zarları açma.

- Eğer **kordon sarkarsa** veya **doğum yakın değil** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Kalp atım hızı normal değil** ise (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) veya eylem uzarsa sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

Not: Makat gelişte mekonyum sık görülür ve kalp atım hızı normal ise fetusun sıkıntıda olduğunu göstermez.

Serviks tam açılmadan kadın ıkmaya başlamamalıdır.
Vajinal muayene ile açıklığın tam olduğundan emin olunmalıdır.

MAKAT GELİŞTE SEZARYEN

- Sezaryen (**sayfa İ- 43**), vajinal makat doğumdan daha güvenilir olup şu durumlarda tavsiye et:
 - ayak geliş;
 - ufak veya sakat pelvis;
 - çok iri fetus;
 - baş-pelvis uyumsuzluğu nedeniyle sezaryen olma;
 - başın aşırı ekstansiyon veya defleksiyonda olması

Not: Erken makat doğumda elektif sezaryen sonuçları iyileştirmez.

KOMPLİKASYONLAR

Makat gelişin komplikasyonları:

- Kordon sarkması.
- Serviksin tam açılmaması, baş-pelvis uyumsuzluğu veya baş, kolda gerilme nedeniyle doğum zedelenmesi.
- Kordon sarkması, kordon basısı, plasentanın ayrılması veya başın takılması nedeniyle asfiksi.
- Karın içi organlarda zedelenme.
- Boyun kırılması

YAN GELİŞ VEYA OMUZ PREZENTASYONU

- **Eylemin erken döneminde ve zarlar açık değil ise dışardan döndürmeyi dene (sayfa İ- 15):**
 - dışardan döndürme girişimi başarılı olursa** normal eylem takibi yap **(sayfa K- 71);**
 - dışardan döndürme girişimi başarılı olmaz ise veya yapılması uygun değil ise** sezaryen ile doğurt **(sayfa İ- 43).**
- Kordon sarkmasının bulgularını izle. Kordon sarkması olur ve doğum yakın değil ise sezaryen ile doğurt **(sayfa İ- 43).**

Not: Kadın ihmal edilirse uterus rüptürü gelişebilir **(sayfa S- 20).**

Modern tıpta, yan gelişte, fetus canlı veya ölü olsun sezaryen ile doğum gerçekleştirilir.

PROBLEM

- Baş doğmuştur ancak omuzlar takılır ve doğurtulamaz.

GENEL TEDAVİ

- Özellikle iri bebeklerde olmak üzere tüm doğumlarda omuz distozisi için hazırlıklı ol.
- Yardımcı olabilecek kişiler bulunsun.

Omuz distozisi önceden öngörülemez.

TANI

- Fetus başı doğar fakat vulvada oldukça sıkışık durumda bulunur.
- Çene perineyi gerer ve bastırır.
- Başın çekilmesi ile simfiz pubis arkasında takılmış olan omuzların doğurtulması mümkün olmaz.

YÖNETİM

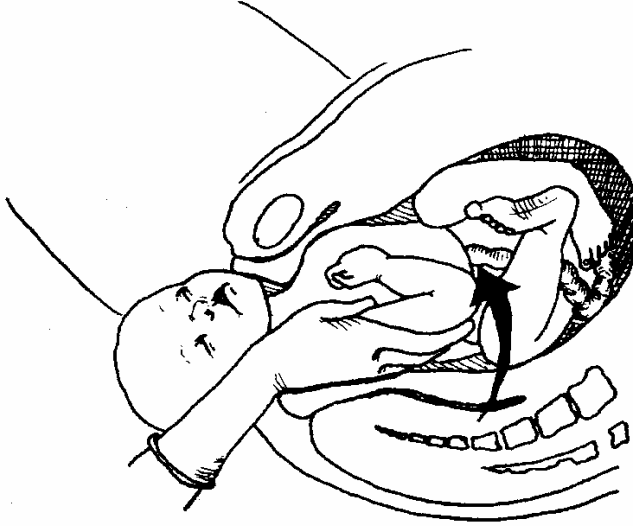
- **YARDIM İÇİN BAĞIRIN!** Tüm çalışan personeli hareketlendirin.
- Müdahale edecek alan kazanmak ve yumuşak dokunun yol açtığı tıkanmayı azaltmak için yeterli epizyotomi (**sayfa İ- 71**) yapılır.
- Kadın sırt üstü yatarken her iki dizini mümkün olduğunca göğsüne doğru çekmesi istenir (**Şekil S-26, sayfa S- 84**). İki asistandan bu pozisyonda iken dizleri göğse doğru sıkıca itmesi istenir.



- Steril eldiven giyilir.
-simfiz pubis altındaki ön omuzu hareket ettirebilmek için fetus başı aşağı doğru sıkıca ve devamlı olarak çekilir.
Not: Başın aşırı çekilmesi brakial pleksus zedelenmesi ile sonuçlanabilir.
-omuzun doğurtulmasını kolaylaştırmak için bir asistan pubis üzerinden aşağı doğru bastırsın.
Not: Fundusa baskı uygulamayın. Bu omuzun daha sıkışmasına neden olur ve uterus rüptürü ile sonuçlanabilir.
- **Omuz halen doğurtulmamış ise**
-steril eldiven giyerek elini vajene yerleştir;
-öndeki omuzu sternuma doğru döndürerek omuz çevresini azaltmak için basınç uygulanır.
-eğer gerekirse sternuma göre arkadaki omuza basınç uygula.
- **Yukardaki önlemlere rağmen halen omuz doğmamış ise**
-elini vajene yerleştir.

-arkadaki kolu yakala ve dirsekten fleksiyonda iken göğüse doğru it. Bu manevra öndeki omuzun simfiz pubis altında hareketi için bir alan sağlayacaktır (Şekil S- 27).

Şekil S-27

Arka kolun yakalanak göğse doğru itilmesi

- **Eğer yukardaki tüm önlemler ile omuz doğmaz ise diğer yaklaşımlar:**
 - omuz genişliğini azaltmak ve öndeki omuzu serbestleştirmek için klavikulayı kır.
 - arkadaki omuzu çıkarmak için aksillaya yerleştirilen bir çengel ile çek.

PROBLEM

- Doğum eylemindeki kadının aşırı gergin uterusu veya simfiz-fundus mesafesi gebelik yaşına göre beklenenden daha fazla.

GENEL TEDAVİ

- Kadını dik duruma getir.
- Eğer mümkünse hesaplanan gebelik yaşının doğruluğunu kesinleştir.

TANI

- Karın muayenesi ile **tek fetus hissediliyor** ise yanlış gebelik yaşı, tekil iri fetus (**sayfa S- 88**) veya aşırı amnion mayisi ihtimallerini düşün (**sayfa S- 88**) .
- Karın muayenesinde **birden fazla fetusa ait kısımlar hissediliyor** ise çoğul gebelikten şüphelen. Çoğul gebeliğin diğer bulguları:
 - uterus ile karşılaştırıldığında fetus başı küçüktür;
 - uterus, beklenen gebelik yaşından büyüktür;
 - Doppler steteskop ile birden fazla fetusa ait kalp atımı duyulur.**Not:** Bir fetusa ait kalp atımı farklı alanlardan duyulabileceğinden tanıyı doğrulamak için akustik fetal steteskop kullanılmamalıdır.
- Eğer mümkün ise **ultrasonografi** yap:
 - fetusların sayısını, büyüklüğünü ve geliş şeklini saptar;
 - amnion mayi volümünü tayin et.
- Ultrasonografi yapma imkanı yok ise fetusların sayısını ve geliş şeklini belirlemek için radyolojik inceleme (ön-arka pozisyonda) yap.

YÖNETİM

TEKİL İRİ FETUS

- Normal doğum eylemi takibi yap (**sayfa K- 57**).
- Uzamış ve tıkanmış eylem (**sayfa S- 57**), omuz distosisi (**sayfa S- 83**) ve doğum sonu kanama (**sayfa S- 25**) olasılıklarına karşı hazırlıklı ol.

AŞIRI AMNİON MAYISI

- Eylemi seyrine bırak ve doğum eylemi grafiği ile ilerleyişini izle (**sayfa K- 65**).
- **Uterusun aşırı gergin olmasından kadın rahatsız** ise fazla amnion mayisini aspire et:
 - fetusun yerleşimini palpasyon ile sapt:
 - cildi astiseptik ise hazırla (**sayfa K- 22**):
 - aseptik koşullar altında karın duvarından 20 no spinal iğne ile uterus boşluğuna gir ve stileyi çek;
 - büyük enjektör kullanarak amnion mayisini aspire et. Alternatif olarak iğneye infüzyon seti bağlayarak amnion mayisinin bir kap içine, yavaş boşalmasını sağla.
 - aşırı gerginlik nedeniyle kadının rahatsızlığı ortadan kalkınca stileyi yerleştirerek iğneyi çek.
- Diğer nedenler ile **zarların açılması gerekiyor** ise amniotik çengel veya koher klemp ile membranları aç (**sayfa İ- 17**).
- **Membranlar açılınca kordon sarkması** açısından kontrol et. **Kordon sarkar ve doğum yakın değil** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

ÇOĞUL GEBELİK

İLK BEBEK

- Damar yolunu açarak yavaş mayi infüzyonuna başla (**sayfa K- 21**).
- Aralıklı olarak kalp atımlarını dinleyerek fetusları izle. Eğer **kalp atım hızı normal değilse** (100/dk altı veya 180/dk üzeri) fetal distresden şüphelen (**sayfa S- 95**).
- Geliş şeklini kontrol et:
 - verteks geliş** ise tekil verteks geliş gibi eylemin ilerlemesine izin ver (**sayfa K- 57**)ve eylemin ilerleyişini doğum eylemi grafiği kullanarak izle (**sayfa K- 65**).
 - makat geliş ise tekil makat geliş gibi takip et (**sayfa S- 79**) ve eylemin ilerleyişini doğum eylemi grafiği ile izle (**sayfa K- 65**).
 - yan geliş ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

Göbek kordonunun anne tarafına klemp koy ve sonuncu bebek doğurtuluncaya kadar plasentayı doğurtmaya teşebbüs etme.

İKİNCİ VEYA DİĞER BEBEKLER

- İlk bebek doğurtulduktan hemen sonra
 - diğer bebeğin duruşunu saptamak için karından muayene et;
 - dıştan döndürme ile baş veya makat gelişine çevir (**sayfa İ- 15**);
 - fetal kalp atım hızını kontrol et
- Şu durumların olup olmadığını saptamak için vajinal muayene yap:
 - kordon sarkması (**sayfa S- 97**);
 - membranların açık olup olmadığı.
 - Diğer bebek veya bebeklerin prezentasyonu

VERTEKS GELİŞİ

- **Baş pelvise yerleşmemiş** ise, eğer mümkünse el ile başı pelvise doğru (eller karın üzerinde iken) yönlendir.

- **Membranlar açık değil** ise amniotik çengel veya koher klemp ile zarları aç.
- Kasılmalar arasında fetus kalp atım hızını kontrol et.
- **İlk bebeğin doğumundan sonra kasılmalar yeterli değil** ise yeterli kasılmaları (10 dk içinde, her biri 40 saniyeden daha uzun süren, 3 kasılma) sağlamak için hızlı arttırarak (**Tablo P-8, sayfa İ- 23**) oksitosin ile eyleme yardım et.
- Yeterli kasılmalar oluştuğundan sonra **2 saat içinde kendiliğinden doğum gerçekleşmez** ise veya **kalp atım hızı normal değilse** (100/dk altında veya 180/dk üstünde) sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

MAKAT GELİŞ

- **Bebeğin ilkinden daha iri olmadığı tahmin ediliyor ve serviks kasılarak daralmamış** ise vajinal doğumu düşün (**sayfa K- 71**):
-**ilk bebeğin doğumundan sonra kasılma yok veya yeterli değil** ise yeterli kasılmaları (10 dk içinde her biri 40 saniyeden daha uzun süren 3 kasılma) sağlamak için (**Tablo İ- 8, sayfa İ- 23**) oksitosin infüzyon hızını arttır.
-**makat alt seviyede ve membranlar açık değil** ise amniotik çengel veya koher klemp ile zarları aç (**sayfa İ- 17**).
-kasılmalar arasında fetus kalp atım hızını kontrol et. **Kalp atım hızı normal değilse** (100/dk altında veya 180/dk üstünde) makat ekstraksiyon ile doğurt(**sayfa İ- 42**).
- Vajinal doğum mümkün değil ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

YAN GELİŞ

- **Zarlar açık değil** ise dışardan döndürmeyi dene (**sayfa İ- 15**).
- **Dışardan döndürme başarısız olur, serviks tam açık ve membranlar halen açık değil** ise içerden ayak ile döndürmeyi (internal podolik versiyon) dene:

Not: Uterusta skar var, membranlar açılmış ve amnion mayisi boşalmış ve uygulayacak kişinin eğitimi yok ise **içerden ayak ile döndürme girişiminde bulunmayın**. Bebek kolayca dönmüyor ise ısrar etmeyin.

-steril eldiven giyerek uterusu gir ve bebeğin ayağını yakala;

-nazikçe bebeği aşağı doğru döndür;

-makat ekstraksiyon ile doğurt (**sayfa İ- 42**).

- Kasılmalar arasında fetus kalp atım hızını kontrol et.
- **Dışardan döndürme başarısız olur ve içerden ayak ile döndürme için uygun değil veya başarısız olursa sezaryen ile doğurt (sayfa İ- 43).**
- Son bebeğin doğumundan sonra 1 dk içinde ergometrin 0.2 mg İM veya oksitosin 10 ünite İM yap ve doğum sonu kan kaybını azaltmak için üçüncü dönemi aktif olarak yönetmeye devam et (**sayfa K- 73**).

KOMPLİKASYONLAR

- Çoğul gebeliğin anne ile ilişkili komplikasyonları:
 - kansızlık;
 - düşük yapma;
 - gebeliğin tetiklediği yüksek tansiyon ve preeklampsi;
 - aşırı amnion sıvısı;
 - eylem esnasında yetersiz kasılmalar;
 - plasenta retansiyonu;
 - doğum sonu kanama.
- Plasental/fetal komplikasyonlar:
 - plasenta previa;
 - dekolman plasenta;
 - plasental yetmezlik;
 - erken doğum;
 - düşük doğum ağırlığı;
 - kötü prezentasyonlar;
 - kordon sarkması;
 - konjenital anomaliler.

PROBLEM

- Doğum eylemindeki kadının daha önceki uterusu ilgilendiren cerrahiden dolayı uterusunda skar dokusu vardır.

GENEL YÖNETİM

- Damar yolunu aç ve mayi infüzyonuna başla (**sayfa K- 21**).
- Eğer mümkün ise uterus skar nedenini belirle. Sezaryen ve diğer uterus cerrahileri (ör. önceki uterus rüptürünün onarılması, kornual gebeliğin çıkarılması) uterus duvarında skar dokusu bırakır. Skar eylem esnasında uterus rüptürüne yol açan uterus duvarında zayıflığa neden olabilir (**Kutu S-6**).

KUTU S-6

Uterus skarının rüptürü

- Önceki sezaryene ait **dikine (vertikal) skar** eylemden önce veya latent safhada rüptür olabilir.
- **Enine (Transvers) skar** tipik olarak aktif eylem safhasında veya atılma safhasında rüptür olur.
- Rüptür az ağrı veya kanama ile myometrium içine sınırlı ilerleyebilir. Fetus ve plasenta uterus içinde kalabilir ve fetus dakikalar veya saatlerce hayatta kalabilir.

ÖZEL TEDAVİ

Çalışmalar, alt enine sezaryen skarı olan olguların yaklaşık %50'sinin vajinal doğum yapabileceğini göstermektedir. Dikkatli doğum eylemi esnasında alt enine skar dokusunun rüptür sıklığı %1'in altında bildirilmiştir.

EYLEM DENEMESİ

- Eylem denemesi için şartların uygun olduğundan emin ol:
 - önceki cerrahide alt enine sezaryen kesisi mevcut;
 - fetus normal, verteks gelişinde;

-gerektiğinde acil sezaryen hemen yapılabilir.

- **Bu koşullar sağlanmıyor** ise veya **iki alt uterin segment sezaryen öyküsü veya uterus rüptür öyküsü** var ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- Doğum eylemi grafiği kullanarak eylemin ilerleyişini izle (**sayfa K- 65**).
- Eğer eylem, doğum eylemi grafiğinin uyarı hattını geçerse yavaş ilerlemenin tanısını koy ve gerekli önlemleri al:
 - yetersiz uterus kasılmaları nedeniyle yavaş ilerleme var ise (**Tablo S-10, sayfa S- 57**) membranları amniotik çengel veya koher klemp ile aç ve oksitosin ile eyleme yardım et (**sayfa İ- 17**);
 - baş pelvis uygunsuzluğu veya eylemde tıkanma bulguları var ise (Tablo S-10) hemen sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Yaklaşmakta olan uterus rüptürünün bulguları** var ise (anne kalp atımında hızlanma, devamlı karın ağrısı ve pubis üstünde hassasiyet, fetusta sıkıntı) hemen sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).
- **Uterus rüptür şüphesi** var ise hemen sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**) ve uterusu onar veya histerektomi yap (**sayfa İ- 103**).

PROBLEM

- Normal olmayan kalp atım hızı (100/dk altı veya 180/dk üstü)
- Koyu mekonyumlu amnion mayisi

GENEL TEDAVİ

- Kadını dik duruma getir veya sol yanına yatır.
- Veriliyor ise oksitosin infüzyonunu durdur.

ANORMAL KALP ATIM HIZI

KUTU S-7

Anormal kalp atım hızı

- **Normal kalp atım hızı** kasılma esnasında yavaşlayabilir ancak genellikle uterus gevşer gevşemez normale döner.
- Kasılma olmadığı halde **kalp atım hızının çok yavaş olması** veya kasılma bittikten sonra yavaş devam etmesi fetal sıkıntıyı düşündürür.
- **Hızlı kalp atım hızı** annede yüksek ateş, annede kalp atım hızını arttıran ilaçlar (ör tokolitik ilaçlar), amnionit veya yüksek tansiyona cevap olarak gelişebilir. Anne kalp atımı hızlı olmadığı halde fetusta hızlı kalp atım hızının varlığı fetal sıkıntının bir bulgusu olarak düşünülmelidir.

- **Anneye ilişkin bir neden saptandı** ise (ör. annede yüksek ateş, ilaçlar) uygun tedavisini ver.
- **Anneye ait bir neden saptanmadı** ve en azından üç kasılma süresince **fetus kalp atım hızı anormal kaldı** ise sıkıntıyı açıklayacak bulguları kontrol etmek için vajinal muayene yap:
-**aralıklı veya devamlı ağrı ile birlikte kanama** varsa dekolman plasentadan şüphelen (**sayfa S- 18**);

-**enfeksiyon bulguları** varsa (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) amnionitte olduğu gibi antibiyotikler ver (**sayfa S- 139**);

-**kordon gelen kısmın aşağısında** veya **vajende** ise kordon sarkması olarak yönet (**sayfa S- 97**).

- Eğer **fetus kalp atım hızındaki anormallik devam eder** veya **sıkıntının ilave bulguları** var ise (kalın mekonyumlu amnion sıvısı) doğumu planla:
 - serviks açıklığı tam** ve **fetus başı 0 hizasında** veya altında ise vakum ekstraksiyon (**sayfa İ- 27**) veya forseps (**sayfa İ- 33**) ile doğurt;
 - serviks tam açık değil** veya **fetus başı 0 seviyesinin üstünde** ise sezaryen ile doğurt (**sayfa İ- 43**).

MEKONYUM

- Fetus matür hale geldikçe mekonyum ile boyanmış amnion mayisi sık olarak görülür ve tek başına fetal sıkıntının bir göstergesi değildir. Kalp atım hızında anormallik olmaksızın az miktarda mekonyum varlığı dikkatli olma gereğini gösterir.
- **Kalın mekonyum** varlığı azalmış amnion mayisi içine mekonyum geçişini gösterir ve doğumun çabuklaştırılmasını ve mekonyum aspirasyonunu önlemek için doğumda yenidoğanın üst solunum yollarından mekonyumun aspire edilmesinin gereğini gösterebilir (**sayfa S- 143**).
- **Makat gelişte** eylem esnasında fetus karınına gelen bası nedeniyle mekonyum geçişi olur. Eylemin erken döneminde olmamak kaydıyla fetal sıkıntının bir bulgusu değildir.

PROBLEM

- Göbek kordonu doğum kanalında, fetusun gelen kısmının altında uzanır.
- Membranlar açıldıktan sonra göbek kordonu vajende görülür.

GENEL TEDAVİ

- Maske veya kanül ile 4-6 L/dk hızında oksijen ver.

ÖZEL TEDAVİ

PULSASYON VEREN KORDON

Kordondan pulsasyon alınıyor ise fetus canlıdır.

- Hemen vajinal muayene yaparak eylemin safhasını belirle (**Tablo K-8, sayfa K- 60**).
- Kadın **eylemin ilk safhasında** ise, olguların tümünde:
 - steril eldiven giyerek elini vajene yerleştir ve kordon üzerindeki basıncı azaltmak için gelen kısmı yukarı doğru it ve pelvisten uzaklaştır;
 - diğer elini karından pubis üstüne koyarak gelen kısmı pelvis dışında tut.
 - gelen kısım pelvis girişinin üstünde sıkıca tutulurken vajendeki elini çek. Sezaryen yapılincaya kadar karındaki elini tutmaya devam et;
 - kasılmaları azaltmak için, eğer mümkünse salbutamol 0.5 mg, IV, 2 dakikadan daha uzun sürede ver;
 - acil sezaryen yap (**sayfa İ- 43**).
- Eğer kadın **eylemin ikinci safhasında** ise:
 - doğumu epizyotomi (**sayfa İ- 71**), vakum ekstraksiyon (**sayfa İ- 27**) veya forseps (**sayfa İ- 33**) ile çabuklaştır;

S-98

Kordon sarkması

-**makat geliş** ise makat ekstraksiyon (**sayfa İ- 42**) yap ve arkadan gelen başa Piper veya uzun forseps uygula (**sayfa İ- 41**);

-yenidoğan canlandırması için hazırlan (**sayfa S- 142**).

KORDON PULSASYON VERMİYORSA

Kordondan pulsasyon alınmıyor ise fetus ölüdür. Kadın için en güvenli yoldan doğumu gerçekleştir.

PROBLEM

- Kadının gebelik veya eylem esnasında ateşi (38 derece veya üstünde) vardır.

GENEL TEDAVİ

- Yatak istirahatini teşvik et.
- Ağız yoluyla sıvı alımını teşvik et.
- Isıyı düşürmek için fan veya ılık spanç kullan.

TANI

TABLO S-13

Gebelik ve eylemde yüksek ateşin tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri İdrar yapma sıklığında artış ve acil idrar hissi 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı Karın ağrısı 	Sistit
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri Ani ateş yükselmeleri/titreme İdrar yapma sıklığında artış ve acil idrar hissi Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik / suprapubik ağrı Bel ağrısı/hassasiyet Kostovertebral açığı hassasiyeti İştahsızlık Bulantı/kusma 	Akut piyelonefrit
<ul style="list-style-type: none"> İlk 22 hf içinde kötü kokulu vajinal akıntı Ateş Hassas uterus 	<ul style="list-style-type: none"> Alt karın ağrısı Ribaunt hassasiyet Uzamış kanama Pürülan servikal akıntı 	Septik abortus (Tablo S-2)
<ul style="list-style-type: none"> Ateş/titreme 22. haftadan sonra kötü kokulu, sulu akıntı Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Suyunun gelme hikayesi Hassas uterus Hızlı kalp atım hızı Hafif vajinal kanama 	Amniyonitis
<ul style="list-style-type: none"> Ateş Balgam çıkarma ile birlikte solunum güçlüğü Göğüs ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Konsolidasyon Boğazda konjesyon Hızlı solunum Ronkus/ral 	Pnömoni
<ul style="list-style-type: none"> Ateş Üşüme/katılık Başağrısı Kas/eklem ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Büyük dalak 	Komplike olmayan sıtma
<ul style="list-style-type: none"> Komplike olmayan sıtmanın semptom ve bulguları Koma Anemi 	<ul style="list-style-type: none"> Konvülsiyon Sarılık 	Ciddi/Komplike sıtma
<ul style="list-style-type: none"> Ateş Başağrısı Kuru öksürtük Halsizlik İştahsızlık Büyük dalak 	<ul style="list-style-type: none"> Konfüzyon Stupor 	Tifo ^a

^a Ampisilin 1 gr, günde dört defa, ağız yoluyla veya amoksilin 1 g, ağız yoluyla, günde 3 defa 14 gün süreyle ver. Başka tedavi seçenekleri lokal hassasiyet durumlarına bağlıdır.

TABLO S-13 Devamı**Gebelik ve eylemde yüksek ateşin tanısı**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none">• Ateş• Halsizlik• İştahsızlık• Bulantı• Sarılık• Büyük karaciğer	<ul style="list-style-type: none">• Kas/eklem ağrısı• Kaşıntı• Büyük dalak	Hepatit ^b

^bDestek tedavisi ver ve izle.

TEDAVİ**İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARI**

**İdrar yolu enfeksiyonunun böbrek kalikslerinden
üretral meatusa kadar tüm seviyeleri ilgilendirdiğini varsay.**

TESTLER

İdrar yolu enfeksiyonu olup olmadığını tayin etmek için tam idrar, mikroskopi ve idrar kültürü testleri kullanılabilir ancak sistit ile piyelonefrit arasında ayırıcı tanı yapmayacaktır.

- Tam idrar testinde lökositleri saptamak için lökosit esteraz test, nitritleri saptamak için nitrat redüktaz testleri kullanılabilir.
- İdrar mikroskopisi kümeler halinde beyaz kan hücrelerini, bakterileri bazen de kırmızı kan hücrelerini gösterebilir.
- Eğer mümkün ise mikroorganizmayı ve antibiyotik hassasiyetini saptamak için idrar kültürü ve hassasiyet testleri yapılmalıdır.

Not: Bulaşma olasılığını en aza indirmek için idrar tetkikleri için temiz, orta akım idrarın kullanılması gerekir.

SİSTİT

Sistit mesanenin iltihaplanmasıdır.

- Antibiyotikler ile tedavi et (**sayfa K-35**);

-amoksisilin 500 mg, ağız yolu ile günde 3 defa, 3 gün süreyle;

-VEYA trimethoprim/sulfametaksazol 1 tablet (160/800 mg) günde iki defa, ağız yoluyla, 3 gün.

- Eğer **tedavi başarısız olursa**, imkan varsa, idrar kültürü ve hassasiyet testi yap ve organizma için uygun antibiyotik ile tedavi et.
- Eğer **enfeksiyon iki veya daha fazla sayıda tekrarlırsa**:
 - eğer mümkünse idrar kültür ve hassasiyet testi yap ve organizma için uygun antibiyotik ile tedavi et.
 - gelişmesi muhtemel enfeksiyonların profilaksisi için gebelik süresince ve doğumdan sonra 2 hafta süreyle, yatmadan önce, ağız yoluyla, günde bir defa antibiyotik ver:
 - trimethoprim/sulfametaksazol 1 tablet (160/800 mg);
 - VEYA amoksisilin 250 mg.

Not: Profilaksinin tek enfeksiyonda değil tekrarlayan enfeksiyonlardan sonra verilmesi gerekir.

AKUT PİYELONEFRİTİS

Akut piyelonefritis esas renal pelvis olacak şekilde üst idrar yollarının akut enfeksiyonudur, renal parankimi de tutabilir.

- Şok mevcut veya şüphesi var ise hemen tedavisini başlat.
- Eğer mümkünse idrar kültür ve hassasiyet testi yap ve organizma için uygun antibiyotik ile tedavi et.
- İdrar kültürü yapma imkanı yok ise kadın ateşsiz 48 saat geçirinçeye kadar antibiyotikler ile tedavi et:
 - ampisilin 2 gr, İV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE OLARAK gentamisin 5 mg/kg/24 saat, IV
- Kadın **ateşsiz 48 saat** geçirdikten sonra amoksisilin 1 gr, ağız yoluyla, günde 3 defa vererek tedaviyi 14 güne tamamla.

Not: Klinik cevabın 48 saat içinde alınması beklenir. Eğer **72 saat içinde klinik cevap alınmaz** ise sonuçları ve antibiyotiğin etki alanını yeniden değerlendir.

- Gelişmesi muhtemel enfeksiyonların profilaksisi için gebelik süresince ve doğumdan sonra 2 hafta süreyle, yatmadan önce, ağız yoluyla, günde bir defa antibiyotik ver:
 - trimethoprim/sulfametaksazol 1 tablet (160/800 mg);
 - VEYA amoksisilin 250 mg.
- Ağız yoluyla veya IV yeterli mayi verildiğinden emin ol.
- Ağrı için veya ateş düşürmek için gerektiğinde parasetamol 500 mg, ağız yoluyla ver.
- Eğer kasılmalar ve kanlı müküslü akıntı var ise erken doğumdan şüphelen (**sayfa S-122**).

KOMPLİKE OLMAYAN SITMA

Olguların çoğunluğundan, P. Falsiparum ve P. Vivaks olak üzere, iki tip sıtma paraziti sorumludur. Gebede semptomatik falsiparum sıtması vaktinde tanısı konulup tedavisi verilmediğinde ciddi hastalık ve ölüme yol açabilir. Sıtma ateş ile birlikte akut bir hastalık olarak ortaya çıktığında klinik olarak diğer pek çok ateş nedeninden güvenilir olarak ayırt edilemez. Sıtmaya maruz kalmış yüksek ateşi olan gebede sıtma en muhtemel tanı olarak düşünülmelidir.

- Sıtmaya karşı daha önceden bağışıklığı olmayan kadınlar (sıtmanın bulunmadığı alanlarda yaşayan) sıtmanın en ciddi komplikasyonlarına duyarlıdır (**sayfa S-52**).
- Sıtmaya karşı kazanılmış bağışıklığı olan kadınlar ciddi anemi ve düşük doğum ağırlığı açısından yüksek risk altındadır.

TESTLER

- **Test yapma imkanı yok** ise klinik şüphe ile (ör. başağrısı, ateş, eklem ağrısı) sıtma tedavisine başla.
- Yapma imkanı varsa şu testler tanıyı doğrulayacaktır:
 - ince ve kalın kan yaymasının mikroskopisi:
 - kalın kan yayması parazitlerin saptanmasında daha duyarlıdır (parazitin bulunmaması sıtmayı dışlamaz);
 - ince kan yayması parazit tiplerinin ayırt edilmesine yarar.
 - hızlı antijen saptama testleri.

FALSİPARUM SITMASI**AKUT, KOMPLİKE OLMAYAN, P. FALSİPARUM SITMASI**

Klorokin (chloroquine) dirençli falsiparum sıtması yaygındır. Diğer ilaçlara da direnç (ör. kinin, sulfadoksin/primetamin, meflokin [mefloquin]) gelişebilir. Bu nedenle, tavsiye edilen ulusal tedavi protokollerinin izlenmesi önemlidir. Gebelikte kullanılmaması gereken ilaçlar primakin (primaquine), tetrasiklin, doksisisiklin, ve halofantrine'dir. Şu dönemde gebelikte kullanımını tavsiye etmek için atovoquone/proguanil ve artemether/lumefantrine için mevcut bilgiler yeterli değildir.

KLOROKİN-DUYARLI P. FALSİPARUM PARAZİTLERİNİN BULUNDUĞU ALANLAR

- Klorokin 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde iki defa, iki gün süreyle ver takiben 3. gün 5 mg/kg ver.

Not: Chloroquinin gebeliğin her üç trimestirinde de güvenli olduğu kabul edilir.

KLOROKİN-DİRENÇLİ P. FALSİPARUM PARAZİTLERİNİN BULUNDUĞU ALANLAR

Ağız yoluyla verilen sulfadoksin/primetamin veya kinin tuzları (dihidroklorid veya sülfat), gebelik süresince chloroquin dirençli sıtmanın tedavisi için kullanılabilir. Tedavi seçenekleri:

- Sulfadoksin/primetamin, 3 tablet, ağız yoluyla, tek doz;

Not: Gebe sulfonamidlere allerjik ise sulfadoksin/primetamin kullanılmamalıdır.

- VEYA kinin tuzu 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 7 gün.

Not: Kininin 7 gün kullanımına uyum mümkün değil ise veya yan etkiler ciddi ise en az 3 gün süreyle kinin verilmesine ilave olarak tedavinin ilk günü sulfadoksin/primetamin 3 tablet tek doz ver (sulfadoksin/primetamin etkili ise, ulusal protokollere başvuru).

İlaç direnci veya kişisel nedenler ile kinin veya sulfadoksin/primetamin tedavisi uygun olmadığında gebelikte semptomatik P. Falsiparum sıtmasının tedavisinde meflokin de kullanılabilir.

Not: Gebeliğin ilk trimestirinde kullanımı ile ilgili kısıtlı bilgi olması nedeniyle klinisyen erken gebelikte meflokin kullanımı konusunda dikkatli olmalıdır.

- Meflokin duyarlı parazitin bulunduğu alanlarda meflokin 15 mg/kg, ağız yoluyla, tek doz ver;
- Meflokin direncinin geliştiği alanlarda, meflokin 15 mg/kg, ağız yoluyla ver, 24 saat sonra 10 mg/kg tekrar ver.

BİRDEN FAZLA İLACA DİRENÇLİ P.FALSİPARUM SITMASININ BULUNDUĞU ALANLAR

Tedavi seçeneklerini kısıtlayan çoklu ilaç direnci olan P. Falsiparum sıtması bazı alanlarda vardır. Ulusal tedavi protokollerine başvurun. Tedavi seçenekleri:

- Kinin tuzu (dihidroklorid veya sülfat) 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 7 gün süreyle;
- VEYA kinin tuzu 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 7 gün süreyle İLAVE olarak klindamisin 300 mg, günde 4 defa, 5 gün süreyle;

Not: Kinin/klindamisin kombinasyonu kinin dirençli alanlarda kullanılabilir.

- VEYA artesunate 4 mg/kg, ağız yoluyla, bölünmüş dozlar halinde bir gün, takiben 2 mg/kg, ağız yoluyla, günde bir defa, 6 gün süreyle.

Not: Artesunate komplike olmayan sıtmanın tedavisinde ikinci ve üçüncü trimestirde kullanılabilir ancak birinci trimestirde kullanımını tavsiye etmek için yetersiz bilgi bulunmaktadır. Ancak uygun seçenek bulunmaz ise artesunate kullanılabilir.

VİVAX SITMASI

KLOROKİN DUYARLI VİVAX PARAZİT ALANLARI

Klorokin duyarlı vivaks sıtması ile chroloquine duyarlı vivaks ve falsiparum sıtma alanlarında klorokin tek başına tedavi seçeneğidir. Klorokin dirençli P. Falsiparum sıtması bulunduğu karışık enfeksiyon gibi tedavi et.

- Klorokin 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde iki defa, iki gün süreyle ver takiben 3. gün 5 mg/kg ver.

KLOROKİN DİRENÇLİ VİVAKS PARAZİT ALANLARI

Klorokin dirençli P. Vivaks sıtmasının çeşitli ülkelerde bulunduğu bildirilmiştir ve en uygun tedaviyi belirlemek için kısıtlı bilgi vardır. Klorokin ile başarısız tedavi nedeniyle ikinci basamak ilaçları düşünmeden önce klinisyen, kötü hasta uyumunu ve P.

S-106

Gebelik ve eylem esnasında ateş

Falsiparum ile yeni bir enfeksiyonu dışlamalıdır. Eğer **tanısal testler mümkün değil** ise karışık enfeksiyon (aşağı bak) gibi tedavi et. Klorokin dirençli vivaks sıtması için tedavi seçenekleri:

- Kinin tuzu (dihidroklorid veya sülfat) 10 mg/kg, ağız yoluyla, günde 2 defa, 7 gün süreyle;

Not: Kinin dozu falsiparum sıtmasında kullanılanlardan daha düşüktür; alt tiplerin tanısı gereklidir.

- VEYA meflokin 15 mg/kg, ağız yoluyla, tek doz;
- VEYA Sulfadoksin/primetamin, 3 tablet, ağız yoluyla, tek doz;

Not: Vivaks parazitlerinin temizlenmesinde yavaş etki gösterdiğinden sulfadoksin/primetamin, genellikle tavsiye edilmez.

- VEYA artesunate 4 mg/kg, ağız yoluyla, bölünmüş dozlar halinde birinci gün yükleme dozunu takiben 2 mg/kg, ağız yoluyla, günde bir defa, 6 gün süreyle.

VİVAKS SITMASININ KARACİĞER SAFHASINDA TEDAVİ

Vivaks sıtması karaciğerde uykuda (dormant) kalabilir. Zaman zaman bu safhada kalan parazitler kana geçer ve yeni, semptomatik vivaks enfeksiyonlarına yol açar. Karaciğer safhasını temizlemek için primakin kullanılabilir, fakat gebelikte kullanımı önerilmez.

Primakin doğumdan sonra kullanılmalıdır. Doz rejimleri coğrafik alana göre değişir; ulusal protokollerde önerilen dozu kullanın.

KARIŞIK FALSİPARUM-VİVAKS SITMA ALANLARI

Karışık geçişin olduğu alanlarda sıtma türlerinin geçiş olanları ve ilaç duyarlılıkları değişkenlik gösterir. Ulusal tedavi protokollerine müracaat edilmesi gerekir. **Mikroskopik tanı mümkün** ise spesifik tedavi verilebilir. Mümkün olmadığında tedavi seçenekleri:

- Enfeksiyonun P. Falsiparum ile ilgili olduğunu varsay ve buna göre tedavi et (ulusal protokollerini izle).
- Klorokin dirençli ancak sulfadoksin/primetamin duyarlı P. Falsiparum ve klorokin duyarlı P. Vivaks alanlarında standart doz klorokin ve standart doz sulfadoksin/primetamin ile tedavi et.

PROBLEM

- Doğumdan sonra 24 saatten daha uzun süren ateşin (38 derece ve üstü) olmasıdır.

GENEL YÖNETİM

- Yatak istirahatini teşvik et.
- Oral veya İV yeterli hidrasyonu sağla.
- Ateşi düşürmek için fan veya ıslak spanç kullan.
- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla. Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tutmaya devam et. **Şok gelişecek olursa** tedavinin hemen başlanması önemlidir.

TANI

TABLO S-14

Doğum sonu ateşin tanıları

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Ateş/titreme Alt karın ağrısı Pürülan, kötü kokulu loşi Hassas uterus Alt karın ağrısı ve distansiyon Ani ateş yükselmeleri/titreme Hassas uterus 	<ul style="list-style-type: none"> Hafif^a vajinal kanama Şok Antibiyotiklere yetersiz cevap Adnekslerde veya Douglas poşunda dolgunluk Kuldosentezde püy gelmesi 	<p>Metritis</p> <p>Pelvik apse</p>
<ul style="list-style-type: none"> Düşük derecede ateş/titreme Alt karın ağrısı Barsak seslerinde kaybolma 	<ul style="list-style-type: none"> Ribaunt hassasiyet Karında şişkinlik İştahsızlık Bulantı/kusma Şok 	<p>Peritonitis</p>
<ul style="list-style-type: none"> Memede ağrı ve hassasiyet Doğumdan 3-5 gün sonra Memede ağrı ve hassasiyet Memede kırmızı, kama şeklinde alan Doğumdan 3-4 hafta sonra Memede hassasiyet ve sertlik Üzerinde eritem 	<ul style="list-style-type: none"> Memede sertleşme ve büyüme Her iki meme etkilenmiş Angorjmanı izleyen inflamasyon Genellikle tek meme etkilenmiş Memede fluktuasyon veren şişlik Püy gelmesi 	<p>Meme angorjmanı</p> <p>Mastit</p> <p>Meme absesi</p>
<ul style="list-style-type: none"> Kanlı veya seröz akıntı ile birlikte hassas yara 	<ul style="list-style-type: none"> İnsizyonun kenarlarını geçen hafif eritem (kızarıklık) 	<p>Yara absesi,yara seroması veya yara hematomu</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ağrılı ve hassas yara İnsizyonun kenarlarını geçen ödem ve kızarıklık Dizüri İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma 	<ul style="list-style-type: none"> Sert yara Pürülan akıntı Yaranın etrafında kızarıklık alan Retropubik/suprapubik ağrı Karın ağrısı 	<p>Yara selülit</p> <p>Sistit</p>

^aHafif kanama: Temiz bir pet veya giysinin ıslanması beş dakikadan uzun süre alır.

TABLO S-14 Devam

Doğum sonu ateşin tanıları

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri Ani ateş yükselmeleri/titreme İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı Bel ağrısı/hassasiyet Kostovertebral açı hassasiyeti İştahsızlık Bulantı/kusma 	Akut piyelonefrit
<ul style="list-style-type: none"> Antibiyotiğe rağmen ani ateş yükselmeleri Ateş Solunum güçlüğü Balgamlı öksürük Göğüs ağrısı Ateş Solunum seslerinde azalma Ateş titreme/katılık Başağrısı Kas/eklem ağrısı Komplike olmayan sıtmanın semptom ve belirtileri Koma Anemi Ateş Başağrısı Kuru öksürük Halsizlik İştahsızlık Büyük dalak Ateş Halsizlik İştahsızlık Bulantı Koyu renkli idrar ve açık renkli gayta Sarılık Büyük karaciğer 	<ul style="list-style-type: none"> Baldır kaslarında hassasiyet Konsolidasyon Boğazda konjesyon Hızlı solunum Ronküs/ral Tipik olarak postoperatif gelişir Büyük dalak Konvülsiyon Sarılık Konfüzyon Stupor Kas/eklem ağrısı Kaşıntı Büyük dalak 	Derin ven trombozu ^a Pnömoni Atektazi ^b Komplike olmayan sıtma Ciddi/Komplike sıtma Tifo ^c Hepatit ^d

^aHeparin ver

^bDerin solunum ve hareket etmesini teşvik et. Antibiyotiklere gerek yoktur.

^cAmpisilin, günde dört defa, ağız yoluyla veya amoksilin, 1 g, ağız yoluyla, günde 3 defa 14 gün süreyle ver. Başka tedavi seçenekleri lokal hassasiyet durumlarına bağlıdır.

^dDestek tedavisi ver ve izle

YÖNETİM**METRİTİS**

Uterusun doğum sonrası enfeksiyonudur ve anne ölümünün önemli nedenidir. Metritisin yetersiz ve gecikmiş tedavisi pelvik abse, peritonit, septik şok, derin ven trombozu, pulmoner emboli ile tekrarlayan pelvik ağrı, disparoni, tüplerde tıkanıklık ve infertilite ile karakterize kronik pelvik enfeksiyon ile sonuçlanabilir.

- Gerekirse transfüzyon yap. Mümkünse eritrosit süspansiyonu ver (**sayfa K-23**).

- Kadın 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik ver (**sayfa K-35**):

-Ampisilin 2 gram, IV 6 saat ara ile;

-İLAVE gentamisin, 5 mg/kg, IV her 24 saatte;

-İLAVE metranidazol, 500 mg, IV, 8 saat ara ile;

-**Antibiyotikleri başladıktan sonra 72 saat içinde ateş halen düşmemişse** hastayı yeniden değerlendir ve tanıyı gözden geçir.

NOT: İntarvenöz antibiyotikler kesildikten sonra oral antibiyotik vermeye gerek yok.

- **Plasenta retansiyonu** şüphesi varsa büyük parçaların ve pıhtının temizlenmesi için uterusu el ile muayene et. Gerekirse ovum forsepsi veya geniş küret kullan.
- Konservatif önlemler ile hastanın **durumunda iyileşme olmazsa** ve genel **peritonit bulguları** varsa (ateş, ribaunt hassasiyet, karın ağrısı) abse drenajı için laparotomi yap.
- **Uterus nekrotik ve septik** ise subtotal histerektomi yap (**sayfa İ-103**).

PELVİK APSE

- Apse drenajından önce hastaya kombine antibiyotik ver ve hastanın ateşsiz 48 saati geçene kadar devam et (**sayfa K-35**):

-Ampisilin 2 gram, IV, 6 saat ara ile;

-İLAVE gentamisin, 5 mg/kg, IV, her 24 saatte;

-İLAVE metranidazol, 500 mg, IV, 8 saat ara ile;

- Eğer apse, cul-de-sac'ta **fluktuasyon veriyorsa** cul-de-sac'tan doğru apseyi boşalt (**sayfa İ-69**) . **Ani ateş yükselmeleri devam ederse** laparotomi yap.

PERİTONİT

- Nazogastrik sonda uygula.
- IV mayi ver (**sayfa K-21**).
- Kadın 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik ver:
 - Ampisilin 2 gram, IV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE gentamisin, 5 mg/kg, IV, her 24 saatte;
 - İLAVE metranidazol, 500 mg, IV, 8 saat ara ile;
- Gerekirse peritonu yıkamak için laparotomi yap.

MEME ANGORJMANI

- Meme angorjmanı laktasyondan önce görülen lenfatik ve venöz kanlanmanın aşırı artmasıdır. Memenin süt ile aşırı gerginleşmesinin bir sonucu değildir.

HASTA EMZİRİYORSA

- **Kadın emziriyor ve bebek memeyi alamıyorsa** kadının elle veya pompa ile sütünü boşaltmasını teşvik et.
- **Kadın emziriyor ve bebek memeyi alıyor** ise:

-Kadını her emzirmede, iki memesini de içerecek şekilde daha sık emzirmeye özendir.

Kadına bebeği nasıl tutacağını göster ve tutmasına yardım et.

-Beslenme öncesinde yardımcı önlemler:

-Emzirmeden hemen önce memeye sıcak kompres uygula veya ılık duş alınmasını teşvik et;

-Hastanın sırtına ve boynuna masaj uygulama;

-Kadın, meme başını nemiendirerek bebeğin memeyi kolayca ve uygun şekilde yakalamasına yardımcı olmak için emzirmeden önce bir miktar sütü el ile çıkarsın.

-Beslenme sonrasında yardımcı önlemler:

- memeyi sütyen ile destekle;
- Ağrı ve şişkinliği önlemek için beslenmeler arasında soğuk kompres uygula;
- Gerekirse 500 mg parasetamol, ağız yoluyla ver.

-Tedaviye başladıktan sonra sonuçtan emin olmak için 3 gün izle.

HASTA EMZİRMİYORSA

- **Kadın emzirmiyorsa:**

- Memeyi sütyen ile destekle;
- Ağrı ve şişkinliği önlemek için soğuk kompres uygula;
- Memeye masaj yapılması ve sıcak uygulanılmasından kaçın;
- Meme uçlarının uyarılmasından kaçın;
- Gerekirse 500 mg parasetamol, ağız yoluyla ver.

-Tedaviye başladıktan sonra sonuçtan emin olmak için 3 gün izle.

MEME ENFEKSİYONU

MASTİT

- Antibiyotikler ile tedavi et (**sayfa K-35**).
 - kloksasilin 500 mg, ağız yoluyla, günde 4 defa 10 gün süreyle;
 - VEYA eritromisin 250 mg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 10 gün süreyle.
- Kadını teşvik et:
 - Emzirmeye devam et;
 - Memeyi sütyen ile destekle;
 - Ağrı ve şişkinliği önlemek için beslenme aralarında memeye soğuk kompres uygula.
- Gerektiğinde parasetamol 500 mg ağız yoluyla ver.
- Tedaviye başladıktan sonra sonuçtan emin olmak için 3 gün izle.

MEME APSESİ

- Antibiyotikler ile tedavi et (**sayfa K-35**) :
 - kloksasilin 500 mg, ağız yoluyla, günde 4 defa, 10 gün süreyle ;
 - VEYA eritromisin 250 mg, ağız yoluyla, günde 3 defa 10 gün süreyle.
- Apseyi direne et.
 - genel anestezi (ör. ketamine, **sayfa İ-13**) genellikle gerekir;
 - süt kanallarına hasar vermektten kaçınmak için kesiyi alveol kenarından perifere doğru ışınal tarzda yap;
 - steril eldiven giyerek püyün bulunduğu cebi açmak için parmağını veya doku forsepsini kullan.
 - kaviteye gevşek olarak rulo gaz yerleştir;
 - gazı 24 saat sonra çıkar ve daha küçüğünü yerleştir.
- **Kavitede halen püy var** ise püyün direnajını kolaylaştırmak için kaviteye ufak gazlı bez yerleştir ve ucunu yaranın kenarından dışarı uzat.
- Kadını teşvik et:
 - Emzirmeye devam et;
 - Memeyi sütyen ile destekle;
 - Ağrı ve şişkinliği önlemek için beslenme aralarında memeye soğuk kompres uygula.
- Gerekğinde parasetamol 500 mg ağız yoluyla ver.
- Tedaviye başladıktan sonra sonuçtan emin olmak için 3 gün izle.

PERİNE VE BATINDAKİ YARANIN ENFEKSİYONU**YARA APSESİ, YARA SEROMASI VE YARA HEMATOMU**

- **Püy veya sıvı** var ise yarayı aç ve direne et.
- Enfekte cilt veya ciltaltındaki sütürleri çıkart ve yarayı debride et. Fasyaya konulan sütürleri alma.

- **Sellülit olmaksızın apse** var ise antibiyotik verilmesi gerekmez.
- Yaraya nemli pansuman örtüsü yerleştir ve 24 saat ara ile pansumanı değiştirmek için kadını çağır.
- Kadına hijyene dikkat etmesini ve temiz pet veya giysi giyerek sık değiştirmesini tavsiye et.

YARA SELLÜLİTİ VE NEKROTİZAN FASYİTİS

- **Püy veya sıvı** var ise yarayı aç ve direne et.
 - Enfekte cilt veya ciltaltındaki sütürleri çıkart ve yarayı debride et. Fasyaya konulan sütürleri alma.
 - **Enfeksiyon yüzeysel ve derin dokuları ilgilendirmiyor** ise kombine antibiyotik ver ve apse gelişimini izle (**sayfa K-35**) :
 - ampisilin 500 mg, ağız yoluyla, günde 4 defa, 5 gün süreyle;
 - İLAVE metranidazol 400 mg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 5 gün süreyle.
 - **Enfeksiyon derin dokuları tutmuş, adaleyi ilgilendiriyor ve nekroza yol açıyor** ise (nekrotizan fasyitis) nekrotik dokular temizleninceye ve kadın ateşsiz 48 saat geçirinceye kadar kombine antibiyotik ver(**sayfa K-35**) :
 - penisilin G 2 milyon ünite, IV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE gentamisin 5 mg/kg, IV, 24 saat ara ile;
 - İLAVE metronidazol 500 mg, IV, 8 saat ara ile.
 - kadın 48 saati ateşsiz geçirin**ce ver:
 - ampisilin 500 mg, ağız yoluyla, günde dört defa, 5 gün süreyle;
 - İLAVE metronidazol 400 mg, ağız yoluyla, günde 3 defa, 5 gün süreyle.
- Not:** Nekrotizan fasyitis geniş cerrahi debridman gerektirir. Enfeksiyonun düzelmesine göre 2-4 hf sonra ikinci kapatmayı yap.
- Kadında **ciddi enfeksiyon veya nekrotizan fasyitis var** ise hastaneye yatırarak günde iki defa pansumanını değiştir.

PROBLEM

- Gebeliğin 22. haftasından önce kadında karın ağrısı yakınması var. Karın ağrısı düşük veya dış gebelik gibi ciddi komplikasyonların ilk belirtisi olabilir.

GENEL TEDAVİ

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu **hızlıca değerlendir.**
- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla (**sayfa S-1**). Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tutmaya devam et. Eğer şok gelişirse tedavinin hemen başlaması önemlidir.

Not: Karın ağrısı olan herhangi bir kadında apendisitten şüphelenilmelidir. Apendisit gebelikte karın ağrısının diğer sık görülen nedenleri (ör dış gebelik, dekolman plasenta, torsiyone over kisti, piyelonefrit) ile karışabilir.

TANI

TABLO S-15 Erken gebelikte karın ağrısının tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı Vajinal muayenede adneksiyel kitle Alt karın ağrısı Düşük derece ateş Ribaunt hassasiyet 	<ul style="list-style-type: none"> Alt karında ele gelen hassas kitle Hafif^b vajinal kanama Karında şişkinlik İştahsızlık Bulanta/kusma Paralitik ileus Alt karında kitle yok Ağrı yeri beklenenden daha yüksekte 	<ul style="list-style-type: none"> Over kisti^a Apendisit
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı 	<ul style="list-style-type: none"> Sistit
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri Ani ateş yükselmeleri/titrete İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı Bel ağrısı/hassasiyet Kostovertebral açı hassasiyeti İştahsızlık Bulanti/kusma 	<ul style="list-style-type: none"> Akut piyelonefrit
<ul style="list-style-type: none"> Düşük derece ateş Alt karın ağrısı Barsak seslerinin kaybı 	<ul style="list-style-type: none"> Ribaunt hassasiyet Karında şişkinlik İştahsızlık Bulanti/kusma Şok 	<ul style="list-style-type: none"> Peritonit
<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı Hafif kanama Kapalı serviks Uterus normaden hafif büyük Uterus normalden yumuşak 	<ul style="list-style-type: none"> Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Amenore Serviks hareketlerinde hassasiyet 	<ul style="list-style-type: none"> Dış gebelik

^aOver kisti asemptomatik olabilir ve bazen ilk olarak fizik muayene esnasında saptanır.

^bHafif kanama: temiz pet veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun süre alır.

TEDAVİ

OVER KİSTİ

Gebelikte over kisti, torsiyon veya rüptür nedeniyle karın ağrısına neden olabilir. Over kistleri en sık birinci trimestirde rüptür veya torsiyona neden olur.

- **Kadının ağrısı ciddi** ise torsiyon veya rüptürden şüphelen. Acil laparotomi yap.

Not: Laparotomi esnasında **bulgular maliniteyi düşündürüyor** ise (tümörde solid alanlar, kist duvarından dışarı doğru büyüme) histolojik inceleme için örnek gönderilmeli ve kadın ileri değerlendirme ve tedavi için üçüncü düzey merkeze sevk edilmelidir.

- **Kist 10 cm'den büyük ve asemptomatik** ise:
 - birinci trimestirde saptanıldığında** büyümesini ve komplikasyonlarını izle;
 - ikinci trimestirde saptanıldığında** komplikasyonları önlemek için laparotomi ile çıkart.
- **Kist 5-10 cm arasında** ise izle. Kist büyümeye devam ederse veya küçülmez ise laparotomi gerekebilir.
- **Kist 5 cm'den küçük** ise genellikle kendiliğinden küçülür ve tedavi gerektirmez.

APENDİSİT

- Cerrahiden önce kombine antibiyotik ver ve operasyon sonrası kadın ateşsiz 48 saat geçirincede kadar devam et (**sayfa K-35**).
 - ampisilin 2 g, IV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE gentamisin 5 mg/kg, IV, 24 saat ara ile;
 - İLAVE metronidazol 500 mg, IV, 8 saat ara ile.
- Acil cerrahi eksplorasyon yap (gebelik yaşına bakmaksızın) ve gerekirse apendektomi yap.

Not: Tanı ve tedavinin gecikmesi yaygın peritonitise yol açan apendiks rüptürü ile sonuçlanabilir.

S-118

Erken gebelikte karın ağrısı

- **Peritonitis bulguları** var ise (ateş, ribaunt hassasiyet, karın ağrısı), peritonitis için antibiyotikler ver (**sayfa S-121**).

Not: Peritonitis varlığı düşük veya erken doğum riskini artırır.

- Kadının ağrısı ciddi ise pethidine 1 mg/kg (100 mg'dan fazla olmayacak şekilde) IM veya IV yavaş infüzyon ile veya morfin 0.1 mg/kg IM ver.
- Erken doğumu önlemek için tokolitik ilaçların verilmesi gerekebilir (**Tablo S-17, sayfa S-123**).

PROBLEMLER

- Gebeliğin 22. haftasından sonra kadında karın ağrısı var
- Doğumu izleyen 6 hafta içinde kadında karın ağrısı var.

GENEL TEDAVİ

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) içerecek şekilde kadının durumunu **hızlıca değerlendir.**
- **Şoktan şüphelendin** ise hemen tedavisine başla (**sayfa S-1**). Şok bulguları bulunmasa dahi, kadının durumu aniden kötüleşebileceğinden şok ihtimalini aklında tutmaya devam et. Eğer şok gelişirse tedavinin hemen başlaması önemlidir.

Not: Karın ağrısı olan herhangi bir kadında apendisitten şüphelenilmelidir. Apendisit gebelikte karın ağrısının diğer sık görülen nedenleri (ör dış gebelik, dekolman plasenta, torsiyone over kisti, piyelonefrit) ile karışabilir. Apendisit geç gebelikte ortaya çıkarsa, enfeksiyon gebe uterus tarafından sınırlanabilir. Doğumdan sonra uterusun büyüklüğü hızla azalır ve enfeksiyonun periton boşluğuna yayılmasına izin verir. Bu olgularda apendisit yaygın peritonit olarak ortaya çıkar.

TANI

TABLO S-16 Geç gebelikte ve doğum sonrasında karın ağrısının tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> El ile hissedilen kasılmalar Kanla karışık mukuslu akıntı veya 37. haftadan önce sulu akıntı 	<ul style="list-style-type: none"> Servikste açılma ve silinme Hafif^a vajinal kanama 	Muhtemel erken doğum
<ul style="list-style-type: none"> El ile hissedilen kasılmalar Kanla karışık mukuslu akıntı veya 37. hafta veya sonrasında sulu akıntı 	<ul style="list-style-type: none"> Servikste açılma ve silinme Hafif vajinal kanama 	Muhtemel term doğum
<ul style="list-style-type: none"> Aralıklı veya devamlı karın ağrısı 22. haftadan sonra kanama (uterus içinde birikebilir) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Gergin/hassas uterus Azalmış/kayıp fetal hareketler Fetal distres veya fetal kalp atımının alınmaması 	Dekolman plasenta
<ul style="list-style-type: none"> Ciddi karın ağrısı (rüptürden sonra azalabilir) Kanama (batın içine ve/veya vajene) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Karında şişkinlik/serbest sıvı Uterus şekli normal değil Karında hassasiyet Kolaylıkla palpe edilen fetal yapılar Fetal hareket ve fetal kalp atımlarının alınmaması Annede hızlı nabız 	Uterus rüptürü
<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı 22. haftadan sonra kötü kokulu, sulu akıntı Ateş/titreme 	<ul style="list-style-type: none"> Suyunun gelme hikayesi Hassas uterus Hızlı kalp atım hızı Hafif vajinal kanama 	Amniyonitis
<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı Dizüri İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı 	Sistit

^aHafif kanama: Temiz pet veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun süre alır.

TABLO S-16 DEVAM Geç gebelikte ve doğum sonrasında karın ağrısının tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Dizüri Karın ağrısı Ani ateş yükselmeleri/titreme İdrar yapma sıklığında artma ve acil idrara çıkma 	<ul style="list-style-type: none"> Retropubik/suprapubik ağrı Bel ağrısı/hassasiyet Kostovertebral açı hassasiyeti İştahsızlık Bulantı/kusma 	Akut piyelonefrit
<ul style="list-style-type: none"> Alt karın ağrısı Düşük derece ateş Ribaunt hassasiyet 	<ul style="list-style-type: none"> Karında şişkinlik İştahsızlık Bulanta/kusma Paralitik ileus Beyaz kan hücrelerinde artma Alt karında kitle yok Ağrı yeri beklenenden daha yüksekte 	Apendisit
<ul style="list-style-type: none"> Alt karın ağrısı Ateş/titreme Pürülan, kötü kokulu loşi Hassas uterus 	<ul style="list-style-type: none"> Hafif vajinal kanama Şok 	Metritis
<ul style="list-style-type: none"> Alt karın ağrısı ve şişkinlik Ani ateş yükselmeleri/titreme Hassas uterus 	<ul style="list-style-type: none"> Antibiyotiklere yetersiz cevap Adnekslerde veya Douglas poşunda dolgunluk Kuldosentezde püy gelmesi 	Pelvik apse
<ul style="list-style-type: none"> Alt karın ağrısı Düşük derecede ateş/titreme Barsak seslerinde kaybolma 	<ul style="list-style-type: none"> Ribaunt hassasiyet Karında şişkinlik İştahsızlık Bulantı/kusma Şok 	Peritonitis
<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı Vajinal muayenede adneksiyel kitle 	<ul style="list-style-type: none"> Alt karında ele gelen hassas kitle Hafif vajinal kanama 	Over kisti ^b

^bOver kisti asemptomatik olabilir ve bazen ilk olarak fizik muayenede saptanır.

ERKEN DOĞUM

Erken doğum yüksek perinatal morbidite ve mortalite ile birlikte dir. Erken doğumunun yönetimi tokoliz (uterus kasılmalarını durdurmaya çalışmak) veya eylemin ilerlemesine izin vermeyi içerir. Anne ile ilgili problemler esas olarak kasılmaları durdurmak için yapılan girişimler ile ilişkilidir (aşağı bak).

Fetusun gebelik yaşını doğrulamak için her türlü gayreti göster.

TOKOLİZ

Bu girişim, kortikoidlerin etkisi elde edilinceye kadar doğumun geciktirilmesini amaçlar.

- Şu durumlarda tokoliz yap:
 - gebelik yaşı 37 haftanın altında;
 - serviks açıklığı 3 cm'in altında;
 - amnionit, preeklampsi veya aktif kanama yok;
 - fetal distres yok.
- İki saatten uzun süren takipte servikste açılma ve silinme olduğunu göstererek erken doğum tanısını doğrula.
- **Gebelik yaşı 37 haftanın altında** ise fetus akciğer matüritesini ve yenidoğanın yaşama şansını arttırmak için anneye kortikosteroid ver.
 - betametazon 12 mg, IM, 12 saat ara ile iki doz;
 - VEYA deksametazon 6 mg IM, 6 saat ara ile 4 doz.

Not: Aşık enfeksiyon varlığında kortikosteroid kullanma.

- Tokolitik ilaç (**Tablo S-17**) verirken annenin ve fetusun durumunu izle (nabız, kan basıncı, solunum sıkıntısı bulguları, uterus kasılmaları, amniotik sıvı gelmesi veya kanama, fetus kalp atım hızı, sıvı dengesi, kan şekeri düzeyi vb.).

Not: Tokolitik ilaçları 48 saatten daha uzun süre verme.

Tokolitik ilaçların kullanılmasına rağmen erken doğum eylemi devam ederse bebeğin en uygun serviste yenidoğan bakımını alması için gerekli düzenlemeyi yap.

TABLO S-17 Uterus kasılmalarını durdurmak için kullanılan tokolitik ilaçlar^a

İlaç	Başlangıç dozu	İdame dozu	Yan etkiler ve Önlemler
Salbutamol	1 L mayi içinde 10 mg. 10damla/dk hızında IV infüzyon ile ver	Kasılmalar devam ederse infüzyon hızını kasılmalar kesilinceye veya anne nabızı 120/dk'yı geçinceye kadar her 30 dk'da 10 damla arttır. Kasılmalar durursa son kasılmadan sonra en az 12 saat süreyle aynı hızda infüzyona devam et.	Annenin kalp atım hızı artarsa (120/dk üzeri) infüzyon hızı azalt; anemik kadınlarda dikkatli kullan. Eğer steroid ve salbutamol kullanılıyor ise annede akciğer ödemi gelişebilir. Sıvı alımını kısıtla, sıvı dengesini sağla ve ilacı kes.
İndometazin	Ağız yoluyla veya rektal yoldan 100 mg yükleme dozu	48 saat süreyle 6 saat ara ile 25 mg	Gebelik yaşı 32 haftanın üzerinde ise fetal duktus arteriosusun erken kapanmasını önlemek için kullanma. 48 saatten daha uzun süre kullanma.

^a Alternatif ilaçlar terbutalin, nifedipin ve ritodrin

EYLEMİN İLERLEMESİNE İZİN VERİLMESİ

- Şu durumlarda eylemin ilerlemesine izin ver:
 - gebelik yaşı 37 haftanın üzerinde;
 - serviks açıklığı 3 cm'in üzerinde;
 - aktif kanama var;
 - fetusta distress var, ölü veya hayat ile bağdaşmayan anomali var

-amnionit veya preeklampsi varlığı.

- Doğum eylem grafiği kullanarak eylemin ilerleyişini izle (sayfa K-65).
- Eğer eylem devam ederse ve gebelik 37 haftadan küçükse, grup B streptokok enfeksiyonu şansını yenidoğanda azaltmak için proflaktik antibiyotikler verin (sayfa K-35):
 - penisilin G 2 milyon ünite İV doğum akadar 6 saatte bir;
 - VEYA ampisilin 2 gr İV 6 saatte bir.

Not: Prematür bebekte intrakranial kanama riski yüksek olduğundan vakum ekstraksiyon ile doğumdan kaçın.

- Erken veya düşük doğum ağırlıklı bebeğin tedavisi için hazırlan ve canlandırma ile ilgili ihtiyaçları karşıla (**sayfa S-141**).

PROBLEM

- Kadında gebelikte, doğumda veya doğum sonrasında solunum güçlüğü var.

GENEL TEDAVİ

- Kadının genel durumunu vital bulguları da (nabız, kan basıncı, solunum, ateş) içerecek şekilde hızla değerlendir.
- Kadını sol yanına yatır.
- IV mayi infüzyonuna başla (**sayfa K-21**).
- Maske yada nazal kanülle dakikada 4-6 litre oksijen ver.
- Hemoglobinometre veya başka basit bir metot kullanarak hemoglobin değerini ölç.

TANI

Tablo S-18

Solunum güçlüğü'nün tanısı

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Solunum güçlüğü Konjunktiva, dil, tırnak yatağı ve/veya avuç içinde solukluk Hemoglobin 7gr/dl veya altında Hematokrit %20 veya altında 	<ul style="list-style-type: none"> Uyuşukluk ve yorgunluk Düz yada konkav tırnaklar 	Ciddi kansızlık
<ul style="list-style-type: none"> Ciddi kansızlığın yakınma ve bulguları 	<ul style="list-style-type: none"> Ödem Öksürük Ral Bacaklarda şişme Karaciğerde büyüme Belirgin boyun venleri 	Kansızlığa bağlı kalp yetmezliği
<ul style="list-style-type: none"> Solunum güçlüğü Diastolik üfürüm ve/veya Şiddetli sistolik üfürümle birlikte palpe edilebilen trıl 	<ul style="list-style-type: none"> Düzensiz kalp atımı Kalp büyümesi Ral Siyanoz Öksürük Bacaklarda şişme Karaciğerde büyüme Belirgin boyun venleri 	Kalp hastalığına bağlı kalp yetmezliği
<ul style="list-style-type: none"> Solunum güçlüğü Ateş Balgamlı öksürük Göğüs ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Konsolidasyon Boğazda konjesyon Hızlı solunum Ral/ronkus 	Pnömoni
<ul style="list-style-type: none"> Solunum güçlüğü Whizing 	<ul style="list-style-type: none"> Balgamlı öksürük Ral/ronkus 	Bronşiyal astım
<ul style="list-style-type: none"> Solunum güçlüğü Hipertansiyon Proteinüri 	<ul style="list-style-type: none"> Ral Köpüklü balgamlı öksürük 	Preeklampsiye eşlik eden akciğer ödemia

^aMayi tedavisini kes ve tek doz furosemid 40 mg, IV, ver

TEDAVİ**CİDDİ KANSIZLIK**

- Gerekirse transfüzyon yap (**sayfa K-23**):
 - Eritrosit süspansiyonu kullan;
 - Eğer **kan santrifüje edilemiyorsa** hücreler çökene kadar asılı tut.Hücreleri yavaşça ver ve geri kalan serumu at.
 - Her 1 ünite eritrosit süspansiyonu ile birlikte frusemit 40mg, IV, ver.
- Eğer **Plasmodium falsiparum** sıtmasından **şüpheleniliyorsa** ciddi sıtma gibi tedavi et (**sayfa S-52**).
- Gebelikte, 6 ay boyunca, ferröz sulfat yada ferröz fumarat 120 mg ile ilave olarak folik asit 400 mcg, ağız yoluyla, günde 1 kez ver. Doğum sonu 3 ay devam et.
- **Kancalı kurt yaygın** ise (prevalans %20 ve üzerinde) aşağıdaki antihelmintik tedavilerden birini uygula:
 - Albendazol 400 mg, ağız yoluyla, tek doz;
 - VEYA mebendazol 500 mg, ağız yoluyla, tek doz veya 100 mg, günde iki defa, 3 gün süreyle;
 - VEYA levamizol 2.5 mg /kg, ağız yoluyla, günde 1 kez, 3 gün süreyle;
 - VEYA pirantel 10mg/kg, ağız yoluyla, günde 1 kez, 3 gün süreyle.
- **Kancalı kurt çok yaygın** ise (prevalans %50 ve üzerinde) antihelmintik tedaviyi ilk dozdan 12 hafta sonra tekrarla.

KALP KRİZİ**KANSIZLIĞA BAĞLI KALP KRİZİ**

- Kalp yetmezliği kansızlık nedeniyleyse transfüzyon hemen her zaman gerekli.
 - Ciddi kansızlıkta tarif edildiği gibi eritrosit süspansiyonu ver.
 - Her 1 ünite eritrosit süspansiyonu ile birlikte frusemit 40mg, IV, ver.

KALP HASTALIĞINA BAĞLI KALP YETMEZLİĞİ

- Akut kalp krizini tedavi et.Kullanılan ilaçlar:
 - Morfin 10 mg, IM, tek doz;
 - VEYA frusemit 40mg, IV, gerekirse tekrar et;
 - VEYA digoksin 0.5mg, IM, tek doz;
 - VEYA nitrogliserin 0.3 mg, dil altı, gerekirse 15 dk sonra tekrar et
 - Gerekirse ileri merkeze sevk et et.

EYLEM SIRASINDA KALP YETMEZLİĞİNİN TEDAVİSİ

- Kadını sol yanına yatır.
- Sıvı yüklenme riskini azaltmak için IV sıvı tedavisini sınırla ve sıvı takip çizelgesi oluştur.
- Yeterli analjezi sağla (**sayfa K-37**).
- Eğer **oksitosin infüzyonu gerekli** ise sıvı dengesini koruyacak şekilde yüksek konsantrasyonda yavaş bir hızla uygula (ör dakikada giden damla sayısı yarıya indirildiğinde konsantrasyon ikiye çıkarılabilir, **Tablo İ-7, sayfa İ-22**).

Not: Ergometrin vermeyin

- Mümkünse atılma safhasında kadın devamlı ıkmınsın.
- **Doğum esnasında kadının işyükünü azaltmak gerekirse** epizyotomi (**sayfa İ-71**) yap ve doğuma vakum (**sayfa İ- 27**) ya da forseps (**sayfa İ- 33**) ile yardımcı ol.
- Doğumun üçüncü safhasını aktif olarak yönet (**sayfa K-73**).

Kalp krizi sezaryen için bir endikasyon değildir.

SEZARYEN ESNASINDA KALP YETMEZLİĞİNİN TEDAVİSİ

- Bilinçli sedasyon (**sayfa İ- 7**) ile birlikte lokal infiltrasyon anestezisi kullan. Spinal anesteziden kaçın.
- Bebek ve plasentayı çıkart (**sayfa İ- 43**).

PNÖMONİ

Akciğerin inflamasyonu parankimi etkiler ve respiratuvar bronşiyol ile alveolleri ilgilendirir.

Gebe tarafından daha güç tolere edilen akciğer kapasitesinde azalma vardır.

- Pnömoni teşhisini doğrulamak için akciğer filmi gerekli olabilir.
- Eritromisin 500mg, ağız yoluyla, günde 4 defa, 7 gün süreyle ver.
- Buhar ver.
- Yaygın olan bölgelerde tüberküloz olasılığını da düşün.

BRONŞİYAL ASTİM

Gebelerin % 3-4'ünde bulunur. Gebelik, hasta kadınların üçte birinde kliniğin kötüleşmesi ile birlikte.

- **Bronkospazm olursa** bronkodilatör ver.(ör. Salbutamol 4 mg, ağız yoluyla, 4 saat ara ile veya 250 mg aerosol, 15 dk ara ile, 3 doz).
- **Bronkodilatörlere cevap yoksa**, kortikosteroid ver, ör: hidrokortizon 2 mg/kg, IV, gerekirse 4 saatte ara ile.
- **Enfeksiyon bulguları varsa** (bronşit) ampisilin 2gr, IV, 6 saat ara ile ver.
- Prostaglandin kullanmaktan kaçın. Postpartum kanamayı önlemek ve tedavi etmek için oksitosin 10 ünite, IM veya ergometrin 0.2 mg IM ver.
- Akut alevlenme tedavi edildikten sonra yeni nöbetleri önlemek için inhale bronkodilatörler ve inhale kortikosteroidlerle tedaviye devam et.

PROBLEM

Gebeliğin 22. haftasından sonra veya eylem esnasında fetal hareketler alınmaz.

GENEL TEDAVİ

- Kadının endişelerini gider ve duygusal açıdan destek ver (**sayfa K- 7**).
- Fetal kalp atım hızını kontrol et.
 - eğer anne sakinleştirici almış ise ilacın etkisinin geçmesini bekle ve yeniden kontrol et.
 - fetus kalp atımı alınamıyor ise başka personellerden dinlemesini iste veya mümkün ise Doppler steteskop kullan.

TANI**TABLO S-19 Fetal hareketlerin kaybının tanısı**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Fetal hareketlerde azalma/kaybolma Aralıklı veya devamlı karın ağrısı 22. haftadan sonra kanama (uterus içinde birikebilir) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Gergin/hassas uterus Fetal distres veya fetal kalp atımının alınmaması 	Dekolman plasenta
<ul style="list-style-type: none"> Fetal hareketler ve fetal kalp atımının alınmaması Ciddi karın ağrısı (rüptürden sonra azalabilir) Kanama (batın içine ve/veya vajene) 	<ul style="list-style-type: none"> Şok Karında şişkinlik/serbest sıvı Uterus şekli normal değil Karında hassasiyet Kolaylıkla palpe edilen fetal yapılar Annede hızlı nabız 	Uterus rüptürü
<ul style="list-style-type: none"> Fetal hareketlerde azalma/kaybolma Anormal kalp atım hızı (100/dk altında veya 180/dk üzerinde) 	<ul style="list-style-type: none"> Kalın mekonyum ile boyanmış amnion mayisi 	Fetal distres
<ul style="list-style-type: none"> Fetal hareketler ve fetal kalp atımının alınmaması 	<ul style="list-style-type: none"> Gebeliğin sona erdiğinin bulguları Simfiz-fundus mesafesinde azalma Uterus büyüklüğünde azalma 	Fetal ölüm

FETAL ÖLÜM

İntrauterin ölüm fetusta gelişme geriliği, enfeksiyon, kordonu ilgilendiren hadiseler veya konjenital anomalilere bağlı olabilir. Sifilizin yaygın olduğu bölgelerde fetal ölümlerin önemli bir kısmı bu nedenledir.

- **Röntgen çekme imkanı varsa** 5 gün geçtikten sonra fetusun ölümünü doğrula. Bulgular, kafatası kemiklerinde üst üste binme, omurgada aşırı fleksiyon, kalp ve büyük damarlarda gaz kabarcıkları ile saçlı deride ödemi içerir.
- Seçenek olarak **ultranografi yapma imkanı varsa** fetus ölümünü doğrula. Bulgular kalp atımının olmaması, kafanın normal olmayan şekli, amnion mayisinde azalma veya olmaması ile iki büküm olmuş fetusu içerir.

- Sorunu kadın ve ailesine izah et (**sayfa K- 7**). Bekleme veya aktif tedavi seçeneklerini onlar ile tartış.
- **Bekleme tedavisi planlandı** ise:
 - izleyen 4 hf içinde doğum eyleminin kendiliğinden başlamasını bekle;
 - kadına bekleme süresi içinde, olguların %90'ında, bir sorun olmaksızın kendiliğinden doğumun gerçekleşeceğinin güvencesini ver.
- Eğer **trombositlerde azalma var** veya **4 hf içinde kendiliğinden eylem başlamadı** ise aktif yönetimi düşün.
- Eğer **aktif yönetim planlandı** ise serviksi değerlendir (**sayfa İ- 18**):
 - serviks olgun ise (yumuşak, ince, kısmen açık) oksitosin veya prostaglandinler ile eylemi indükle (**sayfa İ- 18**): .
 - serviks olgun değil ise (sert, kalın, kapalı) prostaglandinleri veya foley sonda kullanarak serviksi olgunlaştır (**sayfa İ- 24**):

Not: Enfeksiyon riski nedeniyle zarları açma.

 - Ancak son çare olarak sezaryen ile doğurt.
- Eğer **4 hf içinde eylem kendiliğinden başlamaz, trombositler azalmaya başlar** ve **serviks olgun değil** (sert, kalın, kapalı) ise misoprostol kullanarak serviksi olgunlaştır:
 - misoprostol 25 mcg üst vajene yerleştir. Gerekirse 6 saat sonra tekrarla;
 - iki doz 25 mcg ile cevap alınmaz ise dozu 6 saat ara ile 50 mcg'a çıkart.

Not: Dozu 50 mcg ve 4 dozun üzerinde kullanma.

Misoprostol kullandıktan sonra 8 saat içinde oksitosin kullanma.

Prostaglandinler ile eylem indüksiyonu yapılan kadınların tümünde uterus kasılmalarını ve fetus kalp atım hızını izle.

- **Enfeksiyon bulguları var ise** (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) metritis için antibiyotik ver (**sayfa S- 110**):.

- Eğer pıhtılaşma testlerinde yedi dakika içinde pıhtı oluşmaz veya kolayca dağılan yumuşak pıhtı oluşursa koagülopatiden şüphelen (**sayfa S- 19**).

PROBLEM

- 22. gebelik haftasından sonra sulu vajinal akıntının olması.

GENEL TEDAVİ

- Mümkünse hesaplanmış olan gebelik yaşını doğrula.
- Vajinal akıntıyı değerlendirmek (miktar, renk, koku) için steril spekulum kullan ve idrar kaçırmayı dışla.

Kadın geç gebelikte (22. haftadan sonra) kanamadan řikayet ediyor ise elle vajinal muayene yapma.

TANI**TABLO S-20****Vajinal akıntının tanısı**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> Sulu vajinal akıntı 	<ul style="list-style-type: none"> Ani ve aralıklı olarak suyun gelmesi İntroitusdan suyun geldiğinin görülmesi Bir saatlik takipte kasılma yok 	Erken membran rüptürü
<ul style="list-style-type: none"> 22. hf'dan sonra kötü kokulu, sulu akıntı Ateş/titreme Karın ağrısı 	<ul style="list-style-type: none"> Suyunun gelme hikayesi Hassas uterus Hızlı fetus kalp atım hızı Hafif vajinal kanama 	Amniyonit
<ul style="list-style-type: none"> Kötü kokulu vajinal akıntı Suyunun gelme hikayesi yok 	<ul style="list-style-type: none"> Kaşınma Köpüklü akıntı Karın ağrısı Dizüri 	Vajinit/servisitb
<ul style="list-style-type: none"> Kanlı vajinal akıntı 	<ul style="list-style-type: none"> Karın ağrısı Fetal hareketlerin kaybı Aşırı, uzamış vajinal kanama 	Antepartum kanama
<ul style="list-style-type: none"> Kanla bulaşık mukuslu veya sulu vajinal akıntı 	<ul style="list-style-type: none"> Servikste açılma ve silinme kasılmalar 	Muhtemel vaktinde doğum veya muhtemel erken doğum

^aHafif vajinal kanama: Temiz pet veya giysinin ıslanması 5 dk'dan uzun süre alır.

^bSebebini saptı ve buna göre tedavi et.

TEDAVİ**ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ**

Erken membran rüptürü (PROM) doğum eylemi başlamadan önce zarların yırtılmasıdır.

PROM, fetus immatür (preterm veya 37 haftadan önce) veya matür iken (termde) olabilir.

TANIYI DOĞRULAMA

Amniyotik sıvının tipik kokusu tanıyı doğrular.

Membran rüptürü yeni değil veya **sızıntı az miktarda** ise tanıyı doğrulamak güç olabilir:

- Vulvaya pet yerleştir ve bir saat sonra görüntü ve kokusunu muayene et.
- Vajinal inceleme için steril spekulum kullan.
 - Sıvının serviksten geldiği veya posterior fornikte biriktiği görülebilir.
 - Kadından öksürmesini iste; fazlaca sıvının gelmesine neden olabilir.

Tanıya yardımcı olmayacağından ve enfeksiyona neden olabileceğinden el ile vajinal muayene yapma.

- Mümkünse şu testler yap:

-**Nitrazin testi**, vajinal akıntı ve idrarın asidik, amniyon sıvısının ise alkali olması prensibine dayanır. Nitrazin kağıdını bir klemp ile tut ve spekulumun kaşığında biriken sıvıya değdir. Sarıdan maviye olan renk değişimi alkali ortamı (amniyon sıvı varlığını) gösterir. Kan ve bazı vajinal enfeksiyonlar yanlış pozitif sonuç verir;

-**Ferning testi** için lamın üzerine sıvıyı yay, kurumasını bekle. Mikroskop ile incele. Amniyon sıvısı kristalize olur ve eğrelti otu görünümü verir. Yanlış negatifliği yüksek.

TEDAVİ

- Eğer **aralıklı veya sürekli karın ağrısı ile birlikte vajinal kanama** varsa dekolman plasentadan şüphelen (**sayfa S- 18**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları** varsa (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) amniyonit gibi antibiyotik tedavisi ver (**sayfa S- 139**).
- Eğer **enfeksiyon belirtileri yok** ve **gebelik 37 haftadan küçükse** (fetal akciğerler büyük ihtimalle immatürse):
 - anne ve yenidoğan ile ilişkili enfeksiyona bağlı morbiditeyi azaltmak ve doğumu ertelemek için antibiyotik tedavisi ver (**sayfa K- 35**).

-eritromisin 250 mg, ağız yoluyla, günde üç defa, yedi gün süreyle;

-İLAVE amoksisilin 500 mg, ağız yoluyla, günde üç defa, yedi gün süreyle.

-Mümkünse, yenidoğanın bakımı için uygun bir servise naklini düşün;

-fetusta akciğer matüritesini arttırmak için anneye kortikosteroid ver:

-betametazon 12 mg, İM, 12 saat ara ile 2 doz;

-VEYA deksametazon 6 mg, İM, 6 saat ara ile 4 doz.

Not: Kortikosteroidler belirgin enfeksiyon varlığında kullanılmamalıdır.

-37. haftada oksitosin ile doğum eylemini indükle ve grup B streptokok enfeksiyonu ihtimalini azaltmak için, kadın daha önceden antibiyotik almış olsa bile profilaktik antibiyotikler ver:

- penisilin G 2 milyon ünite doğuma kadar 6 saatte bir;

- VEYA ampisilin 2 gr İV doğuma kadar 6 saatte bir;

-**kasılma ve kanla bulaşmış mukus** varlığında erken doğumdan şüphelen (**sayfa S-122**).

• **Enfeksiyon bulguları yok ve gebelik 37 hf ve üzerinde ise:**

-**membranların açılmasının üzerinden 18 saatin üzerinde süre geçmiş** ise yenidoğanda B grubu streptokok enfeksiyon riskini azaltmak için profilaktik antibiyotik ver (**sayfa K- 35**):

-ampisilin 2 g, İV, 6 saat ara ile;

-VEYA penisilin G 2 milyon ünite, İV, doğuma kadar 6 saat ara ile;

-doğumdan sonra enfeksiyon bulgusu yok ise antibiyotiği kes.

-serviksi değerlendir:

-**serviks olgun** ise (yumuşak, ince, açık) oksitosin ile eylemi indükle (**sayfa İ-17**);

-**serviks olgun değil** ise (sert, kalın, kapalı) prostaglandinleri kullanarak serviksi olgunlaştır ve oksitosin infüzyonuna başla veya sezaryen ile doğurt (**sayfa İ-43**);

AMNİYONİT

- Doğuma kadar kombine antibiyotik ver (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 g, IV, 6 saat ara ile;
 - İLAVE gentamisin 5 mg/kg, IV, 24 saat ara ile;
 - kadın **vajinal doğum** yaparsa doğum sonu antibiyotikleri kes;
 - kadın sezaryen olursa ateşsiz 48 saat geçirinceye kadar metronidazol 500 mg, IV, 8 saat arayla ilavesi ile antibiyotiklere devam et.
- Serviksi değerlendir (**sayfa İ- 18**):
 - serviks olgun ise (yumuşak, ince, açık) oksitosin ile eylemi indükle(**sayfa İ- 17**).
- -serviks olgun değil ise (sert, kalın, kapalı) prostaglandinleri kullanarak serviksi olgunlaştır ve oksitosin (**sayfa İ- 24**) infüzyonuna başla veya sezaryen ile doğurt(**sayfa İ- 43**)
- **Metritisten şüphelenildi** ise (ateş, kötü kokulu vajinal akıntı) antibiyotik ver (**sayfa S- 110**).
- **Yenidoğan sepsisinden şüphelenildi** ise kan kültürü al ve antibiyotik ver (**sayfa S- 149**).

PROBLEMLER

- Yenidoğanın acil durumu veya problemi var;
 - nefes almama veya iç çekme;
 - güçlkle nefes alma (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme);
 - siyanoz;
 - preterm veya çok düşük doğum ağırlığı (32 hafta altı veya 1500 gr'dan az);
 - uyuşukluk (letarji);
 - hipotermi;
 - konvülsiyonlar.
- Doğum odasında dikkat edilmesi gereken yenidoğanın diğer durum ve problemleri:
 - düşük doğum ağırlığı (1500-2500gr);
 - annede erken yada uzamış membran rüptürü olan normal görünümlü yenidoğanda muhtemel bakteriyel enfeksiyon;
 - annesi sifiliz açısından semptomatik yada serolojik testi pozitif olan yenidoğanda muhtemel konjenital sifiliz varlığı.

ACİL TEDAVİ

Acil tedavi gerektiren üç durum: nefes almama, siyanoz veya güçlkle nefes alma (sayfa S-146).

NEFES ALMAMA VEYA İÇ ÇEKME

TEDAVİ

- Bebeği kurula, ıslak örtüleri uzaklaştır ve kuru, ılık örtüye sar.
- Daha önce yapılmamış ise kordonu klemp ve kes.

- Canlandırma (resusitasyon) için bebeği radyant ısıtıcı altında ılık, sert bir yüzeye koy.
- Yenidoğanın bakım ve canlandırmasını yaparken standart enfeksiyondan koruma uygulamalarına devam et (**sayfa K- 17**).

CANLANDIRMA

KUTU S- 8

Canlandırma malzemeleri

Acil bir durumda gecikmeleri önlemek için canlandırma öncesi malzemenin iyi bir durumda olduğundan emin olmak hayati önem taşır:

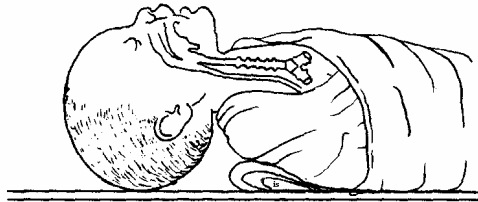
- Bebeğin büyüklüğüne uygun maskeyi hazırla (Normal ağırlıklı yenidoğan için 1 numara, küçük yenidoğan için 0 numara).
- Maskeyi avuç içinizle sıkıca kapatın ve balonu sıkın.
 - Eğer elinize karşı basınç hissederseniz balon yeterli basınç üretiyordur;
 - Eğer elinizden bıraktığınızda tekrar şişerse balon uygun çalışıyordur.

SOLUNUM YOLUNUN AÇILMASI

- Yenidoğana pozisyon ver (**Şekil S-28**).
 - Bebeği sırt üstü yatır;
 - Hava yolunu açmak için başa hafif ekstansiyonda olacak şekilde pozisyon ver;
 - Bebeğin yüz ve göğsünün üst kısımları hariç diğer kısımları ört.

ŞEKİL S-28

Başın havalandırma için doğru pozisyonu; boyunun erişkinden daha az ekstansiyonda olduğuna dikkat et.



- Önce ağızı daha sonra burnu aspire edin. Eğer **bebeğin ağız veya burnunda kan veya mekonyum** var ise aspirasyonu önlemek için hemen aspire et.

Not: Bebeğin kalp atımını yavaşlatabileceğinden veya solunumunu durdurabileceğinden boğazı derin olarak aspire etme.

- Bebeği yeniden değerlendir.
 - yenidoğan ağlamaya yada nefes almaya başlarsa** daha ileri acil girişime gerek yok. Yenidoğanın başlangıç bakımına devam edin (**sayfa K- 75**).
 - bebek hala nefes almıyorsa** havalandırmaya başla.

YENİDOĞANIN HAVALANDIRILMASI

- Yenidoğanın pozisyonunu tekrar kontrol et. Boyun hafif ekstansiyonda olmalı (**Şekil S-28, sayfa S- 142**).
- Maskeye pozisyon ver ve sıkı kapandığını kontrol et (**Şekil S-29**).
 - Maskeyi yenidoğanın yüzüne yerleştir. Çene, ağız ve burnu kapamalı;
 - Maskeyi yüze iyi oturt;
 - Balonun büyüklüğüne bağlı olarak 2 parmakla yada tüm elinizle balonu sıkın.
 - Her iki havalandırmada göğsün yükselmesini gözleyerek maskenin iyi oturduğunu kontrol et.

ŞEKİL S-29

Balon ve maske ile havalandırma



- Maske yüze iyi oturdu ve göğüs hareketi varsa yenidoğanı havalandır. Doğru hızı (yaklaşık dakikada 40 solunum) ve doğru basıncı (göğsün kolay iniş ve çıkışını gözle) koru:
 - bebeğin **göğsü yükseliyorsa**, havalandırma basıncı muhtemelen yeterli;
 - bebeğin **göğsü yükselmiyorsa**:
 - yenidoğanın pozisyonunu tekrar kontrol et ve gerekliyse düzelt (**Şekil S-28, sayfa S- 142**).
 - maskenin yüze iyi oturmasını sağlamak için maskeye tekrar pozisyon ver;
 - havalandırma basıncını artırmak için balonu daha güçlü sık.
 - Havayolundan kan, mukus ve mekonyumu temizlemek için ağız ve burnu tekrar aspire et.
- Eğer **anne doğumdan önce pethidin veya morfin almışsa** vital bulguları değerlendirdikten sonra naloksan vermeyi düşün (**Kutu S-9, sayfa S- 145**).
- Bir dakika havalandır sonra dur ve yenidoğanın kendiliğinden nefes alıp almadığını hızlıca değerlendir:
 - solunum normal** (30-60 soluk/dak) ve **bir dakika süreyle göğüs kafesinde çekilmeler veya inleme yoksa** ileri canlandırmaya gerek yok.Yenidoğanın ilk bakımına devam et (**sayfa K- 76**).
 - Yenidoğan nefes almıyor** veya **solunum zayıfsa** kendiliğinden solunum başlayana kadar havalandırmaya devam et.
- Eğer yenidoğan ağlamaya başlarsa havalandırmayı durdur ve ağlaması kesildikten sonraki 5 dk süreyle solunumunu gözle:
 - solunum normal** (30-60 soluk/dak) ve **bir dakika süreyle göğüs kafesinde çekilmeler veya inleme yoksa** ileri canlandırmaya gerek yok.Yenidoğanın ilk bakımına devam et (**sayfa K- 76**);
 - solunum hızı dakikada 30'un altında** ise havalandırmaya devam et;
 - göğüste ciddi çekilmeler** varsa mümkün ise oksijen ile havalandır(**Kutu S-10, sayfa S- 147**). Hasta yenidoğanın bakımı için en uygun servise sevk edilmesini ayarla.

- **20 dakika havalandırma sonrası yenidoğan düzenli soluk almıyorsa;**
 - Hasta yenidoğanın bakımı için en uygun servise sevk et.
 - Transfer sırasında yenidoğanı ılık tut ve gerekirse havalandırmaya devam et.
- **20 dakika havalandırma sonrası yenidoğan hiç nefes almamış veya göğüs kafesinde çekilme olmamış** ise havalandırmayı durdur, bebeği ölü doğum kabul et. Aileye duygusal açıdan destek ver (sayfa K- 7).

KUTU S-9**Narkotik ilaçlara bağlı yenidoğanda görülen solunum depresyonunun tedavisi**

Anne pethidin veya morfin almışsa bu ilaçlara bağlı yenidoğanda görülen solunum depresyonunun tedavisinde kullanılan antidot naloksanıdır.

Not : Yeni uyuşturucu kullanmaya başladığından şüphelenilen annelerin yenidoğanlarına naloksan verme.

- **Solunum depresyon bulguları** varsa resüstasyona hemen başla.
 - Vital bulgular saptandıktan sonra naloksan 0.1 mg/ kg, IV, ver
 - Eğer bebek yeterli periferik dolaşıma sahipse naloksan başarılı canlandırma sonrası IM olarak verilebilir. Solunum depresyonunun tekrarlamaması için dozun tekrar edilmesi gerekebilir.
- **Solunum depresyon bulguları yok fakat pethidin yada morfin doğum öncesi 4 saat içinde verilmişse** bebeği solunum depresyon bulguları açısından gözle ve ihtiyaç olursa tedavi et.

BAŞARILI CANLANDIRMA SONRASI BAKIM

- Isı kaybını önle:
 - bebeği annenin göğsüne yatır, vücudunu ve başını ört;
 - seçenek olarak bebeği radyant ısıtıcı altına yerleştir.
- Yenidoğanı muayene et ve dakikadaki solunum sayısını hesapla:
 - Eğer **bebek siyanotik** veya **solunum güçlüğü varsa** (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme) burun kanülü ile oksijen ver.

- Bebeğin aksiler ateşini ölç:
 - Ateş 36,5° ve üzerinde** ise bebeği annenin göğsüne yatır ve emzirmeyi destekle;
 - Ateş 36,5°nin altında** ise bebeği yeniden ısıt (**sayfa S- 148**).
- Anneyi emzirmesi için teşvik et.Canlandırma gereken bebek hipoglisemi açısından daha yüksek risk altında:
 - emmesi iyiye** yenidoğan iyiye gidiyor;
 - emmesi iyi değilse** bebeği hasta yenidoğan bakımı için uygun servise gönder.
- Sonraki 24 saat içinde yenidoğanı sık aralar ile izle. Eğer **solunum güçlüğü** belirtileri tekrarlarsa bebeği hasta yenidoğanın bakımı için en uygun servise gönder.

SİYANOZ VEYA SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ

- Eğer **bebek siyanotik** veya **solunum güçlüğü varsa** (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme) burun kanülü ile oksijen ver.
 - havayolunun temiz olduğundan emin olmak için ağızı ve burnu aspire et.
 - burun kanülü ile 0.5 L/dk oksijen ver (**Kutu S-10, sayfa S- 147**);
 - Hasta yenidoğanın bakımı için en uygun servise sevk et.
- Bebeğin sıcak tutulduğundan emin ol.Bebeği yumuşak, kuru bir örtüye koy;
battaniye ile sar, ısı kaybını önlemek için bebeğin başının kapatıldığından emin ol.

KUTU S-10**Oksijen kullanımı**

Oksijen verirken hatırla:

- Oksijen sadece solunum güçlüğü veya siyanozu olanlarda kullanılmalı;
- Eğer bebeğin göğsünde **ciddi çekilmeler var, solunumu düzensiz** veya **sürekli siyanotik** ise burun kanülü veya oksijen başlığı ile verilen oksijenin konsantrasyonunu artır.

Not: Prematür bebeklerde oksijenin rastgele kullanımı körlük riski ile beraberdir.

DEĞERLENDİRME

Yenidoğanda birçok ciddi durum (bakteriyel enfeksiyonlar, malformasyonlar, asfiksi, ve erken doğuma bağlı hiyalen membran hastalığı) solunum güçlüğü, uyuşukluk, zayıf beslenme veya beslenememe gibi benzer tablo ile kendini gösterir.

Tanı metodları olmaksızın bu durumları birbirinden ayırmak zordur. Net bir tanı olmasa dahi tedavi hemen başlamalıdır. Bu problemlerden herhangi birinden şüphelenilen bebeğin durumu ciddi ise gecikmeksizin hasta yenidoğanın bakımı için uygun bir servise gönderilmelidir.

TEDAVİ**ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLI VEYA PRETERM BEBEK**

Eğer **bebek çok küçükse** (1500 gr veya 32 haftanın altında) solunum güçlüğü, beslenememe, ciddi sarılık ve enfeksiyonu içerecek şekilde ciddi sağlık problemlerinin olma ihtimali yüksektir. Isı kaybı için özel koruma yoksa (küvez gibi) bebek hipotermiye yatkındır. Çok küçük yenidoğanlar özel bakım gerektirirler. Mümkün olan en kısa zamanda küçük ve hasta bebeklerin bakımı için uygun servise gönderilmeliler. Transfer öncesi ve sırasında:

- Bebeğin sıcak tutulduğundan emin ol. Bebeği yumuşak, kuru bir örtüye koy battaniye ile sar ve ısı kaybını önlemek için başın örtüldüğünden emin ol.

- Eğer **anne ile ilişkili hikaye muhtemel bakteriyel enfeksiyonu gösteriyorsa** antibiyotiğin ilk dozunu ver:
 - gentamisin 4mg/kg, IM (veya kanamisin)
 - İLAVE ampisilin 100mg/kg, IM (veya benzil penisilin)
- Eğer **bebek siyanotik veya solunum güclüğü varsa** (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme) burun kanülü ile oksijen ver (**sayfa S- 146**).

UYUŞUKLUK (LETARJİ)

- Eğer **bebek uyuşuksa** (düşük kas tonusu, hareket yok) ciddi bir hastalık ihtimali yüksek olup hasta yenidoğanın bakımı için uygun bir servise gönderilmeli.

HİPOTERMİ

Hipotermi çok küçük, canlandırma yapılmış veya annesinden ayrılmış bebekte çok hızlı gelişebilir. Bu olgularda vücut ısısı 35°C'nin altına hızla düşebilir. Bebeği en kısa zamanda tekrar ısıtın:

- Eğer **bebek çok hasta veya çok hipotermikse** (aksiler sıcaklık 35°C'nin altında):
 - bebeği ısıtmak için uygun yöntemler kullan (küvez, radyant ısıtıcı, sıcak oda, ısıtılmış yatak);
 - preterm yada hasta yenidoğanların bakıldığı servise en kısa zamanda gönder.
 - eğer **bebek siyanotik veya solunum güclüğü varsa** (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme) burun kanülü ile oksijen ver (**sayfa S- 146**).
- Eğer **bebek çok hasta değil** ve aksiler sıcaklık **35°C ve üzerinde** ise:
 - bebeğin sıcak tutulduğundan emin ol. Bebeği yumuşak, kuru bir örtüye koy; battaniye ile sar ve ısı kaybını önlemek için başın örtüldüğünden emin ol.
 - bebek hazır olur olmaz anneyi emzirmesi için teşvik et.

- normal olana kadar aksiler ısıyı saatlik izle.
- seçenek olarak bebek küvez veya radyant ısıtıcı altına yerleştirilebilir.

KONVÜLSİYONLAR

Hayatın ilk saatinde konvülsiyonlar nadirdir. Menenjit, ensefalopati veya ciddi hipoglisemi nedeniyle olabilir.

- Bebeğin sıcak tutulduğundan emin ol.Bebeği yumuşak, kuru bir örtüye koy; battaniye ile sar ve ısı kaybını önlemek için başın örtüldüğünden emin ol.
- Hasta yenidoğanların bakımı için uygun bir servise en kısa zamanda sevk et.

ORTA DERECE PRETERM VEYA DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEK

Orta derecede preterm (33-38 hft) veya düşük doğum ağırlıklı (1500- 2500gr) bebeklerde, doğumdan kısa bir süre sonra, problemler başlayabilir.

- Eğer bebek annenin göğsünde yatarken solunum güclüğü çekmiyor ve yeterince sıcaksa :
 - bebeği annenin yanında tut;
 - mümkünse anneyi doğum sonrası ilk saatte emzirmeye teşvik et.
- Eğer **bebek siyanotik** veya **solunum güclüğü varsa** (dakikada 30'un altı veya 60'ın üstünde solunum, göğüste çekilmeler veya inleme) burun kanülü ile oksijen ver (**sayfa S- 146**).
- Eğer **aksiler ısı 35°C'nin altına düşerse** ise bebeği yeniden ısıt (**sayfa S- 148**).

ERKEN VE/VEYA UZAMIŞ MEMBRAN RÜPTÜRÜ VE ASEPTOMATİK YENİDOĞAN

Yerel durumlara göre değişebilen bakımın ana hatları :

- **Annede bakteriyel enfeksiyonun klinik bulguları** var veya annede enfeksiyonun klinik bulguları olmasa bile **zarlar açıldıktan sonra doğuma kadar geçen süre 18 saati geçmişse** :

-bebeği anneyle tut ve emzirmesi için anneyi teşvik et.

-hasta yenidoğanın bakımı, kan kültürü alınması ve antibiyotiklere başlanması için uygun servise gönder.

- Eğer **bu durumlar yoksa** antibiyotiklerle tedavi etme. Üç gün süreyle bebeği enfeksiyon bulguları açısından gözle.

-bebeği anneyle tut ve emzirmesi için anneyi teşvik et

-eğer **enfeksiyon bulguları 3 gün içinde oluşursa** hasta yenidoğanın bakımı, kan kültürü alınması ve antibiyotiklere başlanması için uygun servise gönder.

KONJENİTAL SİFİLİZ

- Eğer yenidoğan sifiliz bulgularını gösterirse hasta yenidoğanın bakımı için uygun servise gönder. Sifiliz bulguları:

-yaygın ödem;

-deri döküntüsü;

-ayak tabanı ve avuç içinde kabarcıklar;

-rinit;

-anal kondilom;

-büyümüş dalak/karaciğer;

-bir uzvun paralizi;

-sarılık;

-solukluk;

-lezyon, vücut sıvısı ve serebrospinal sıvının karanlık alan incelemesinde spiroketlerin görülmesi.

- Anne sifiliz açısından semptomatik veya **serolojik test pozitif** fakat **yenidoğan sifiliz bulgularını göstermiyorsa**; anne tedavi edilsin yada edilmesin 50 000 Ü/kg, benzatin penisilin, IM, tek doz olarak ver.

BÖLÜM 3
İŞLEMLER

TABLO İ- 1 Paraservikal blok uygulamasının endikasyonları ve önlemleri

Endikasyonlar	Önlemler
<ul style="list-style-type: none"> • Dilatasyon ve küretaj • Manuel vakum aspirasyon 	<ul style="list-style-type: none"> • Lignokaine veya benzer ilaçlara bilinen alerji olmadığından emin olun. • Damara enjekte etmeyin. • Maternal komplikasyonlar enderdir ama hematoma olabilir.

- Genel prensipleri gözden geçirin (**sayfa K- 17**)
- 20 ml % 5' lik adrenalinsiz lidokain solüsyonu hazırlayın (**sayfa K- 39**)
- Lidokaini enjekte etmek için 3,5 cm, 22 veya 25 G iğne kullanın.
- **Serviksi tutmak için tenakulum kullanılıyor ise**, spekulum uygulandıktan sonra öncelikle tutulacak serviks dudağına 1 ml % 5' lik lidokain enjekte edin.
Not: İnkomplet abortusta tenakulum yerine ring forseps, serviksi zedelemekten çekmek için daha uygundur ve lidokain gerektirmez.
- Servikse vertikal olarak tenakulum veya ring forseps uygulandıktan sonra hafifçe bir çekme uygulayın, ve servikal epitel ile vajinal dokunun birleştiği bölgeyi belirleyin, bu bölge serviks civarına iğnenin uygulanacağı bölgedir.
- İğneye epitelin hemen altına uygulayın.

İpucu: Bazı hekimler hastanın ilgisini dağıtmak için şu metodu uyguluyorlar: iğneyi uygulamanın düşünüldüğü noktaya değdirip hastanın öksürmesini isteyin, bu anda iğne doku yüzeyinin hemen altına yerleşecektir.

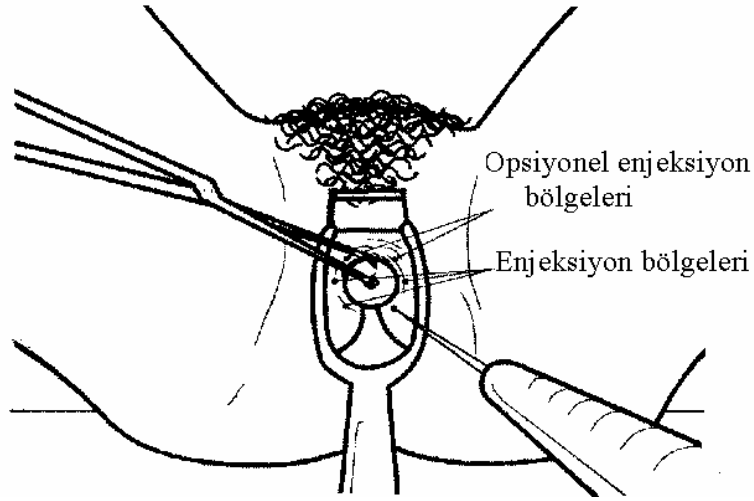
Not: Damara girilmediğinden emin olmak için önce aspire edin, eğer kan gelirse iğneyi çıkarın başka bölge belirleyin ve tekrar deneyin. Kan aspire edildiyse hiçbir zaman enjeksiyon yapmayın. İV lignokain enjeksiyonu ile konvülsiyonlar ve ölüm bile görülebilir.

- Epitelin hemen altına 3 mm' den daha derine olmamak üzere saat 3, 5, 7 ve 9 noktalarına 2' şer ml lignokain solüsyonu enjekte ediniz (**Şekil İ- 1**). Gereğinde 2 ve 10 noktalarına da enjeksiyon yapılabilir. Düzgün uygulamada dokunun biraz ödemlendiği ve beyazlaştığı gözlenir.
- Enjeksiyonlar tamamlandıktan sonra 2 dk. bekleyiniz ve serviksi penset ile tutunuz. Hasta bu tutulmayı duyuyorsa 2 dk. daha bekleyiniz ve testi tekrarlayınız.

Etki için yeterli zaman elde etmek üzere erken anestezi uygulayın.

ŞEKİL İ- 1

Paraservikal blok enjeksiyon yerleri



TABLO İ- 2 Pudental blok uygulamasının uygulamasın endikasyonları ve önlemleri

Endikasyonlar	Önlemler
• Enstrümental veya makat doğum	• Lignokaine veya benzer ilaçlara bilinen alerji
• Epizyotomi veya perine yırtık onarımı	• olmadığından emin olun.
• Kraniyotomi veya kraniosentez	• Damara enjekte etmeyin

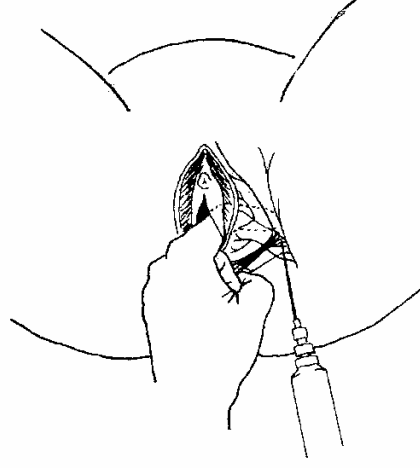
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).
 - Adrenalinsiz 40 ml % 5' lik lignokain solüsyonu hazırlayın (**sayfa K- 39**).
Not: Pudental bloğu 30 ml solüsyon ile sınırlamak uygun olur.İlave olarak 10 ml solüsyon yırtıkların onarımı sırasında eğer gerekirse perineye enjekte edilebilir.
 - 15 cm. 22 G iğne kullanın.
Hedef pudental sınırın küçük siyatik çentikten geçtiği bölgedir, iki yaklaşım vardır:
 - Perine yoluyla;
 - Vajina yoluyla.
- Perineal yaklaşım özel bir alet gerektirmez. Vajinal yaklaşım için eğer bulunabilirse özel iğne kılıfı ("trumpet") uygulayıcının parmaklarını korumak için kullanılabilir.

PERİNEAL YAKLAŞIM

- Vajenin her iki tarafında perine cildi 10 ml lignokain solüsyonu ile infiltre edilir.
Not: Damara girilmediğinden emin olmak için önce aspirasyon yapılır. Kan gelirse iğne çıkarılır. Pozisyon tekrar kontrol edilerek bir dah denenir. Kan aspire edildiyse hiçbir zaman enjeksiyon yapmayın. İV lignokain ejeksiyonu ile konvülziyonlar ve ölüm bile görülebilir.
- Yüksek düzey dezenfekte veya steril eldivenler giyilir. Vajendeki iki parmakla ile iğne perineal dokudan geçerek sol spina iskiadikaya giderken kontrol edilir(**Şekil İ- 2, sayfa İ- 4**).

ŞEKİL İ- 2

Perineal yaklaşım

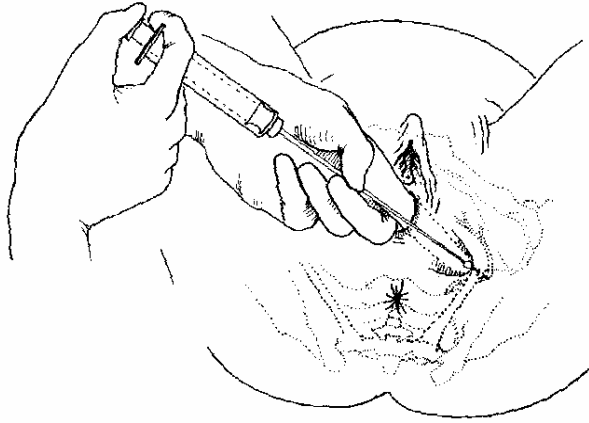


- 10 ml lignokain solüsyonunu iskiyal spin ile iskiyal tuberositas arasındaki açığa enjekte edin.
- İğneyi sakrospinöz ligamandan geçirerek tekrar 10 ml lignokain solüsyonu enjekte edin.
- Prosedürü karşı tarafta tekrarlayın.
- Epizyotomi yapılacak ise epizyotomi bölgesine de aynı zamanda infiltre edin (**sayfa İ-71**).
- Enjeksiyonlar bittikten sonra 2 dk. bekleyin, penset ile tutunuz. Hasta bu tutulmayı duyuyorsa 2 dk. daha bekleyiniz ve testi tekrarlayınız.

Etki için yeterli zaman elde etmek üzere erken anestezi uygulayın.

VAJİNAL YAKLAŞIM

- Yüksek düzey dezenfekte veya steril eldivenler giyilir, sol işaret parmağı ile kadının sol iskiyal spini vajen duvarından palpe edilir (**Şekil İ- 3**).

ŞEKİL İ- 3 İğne kılavuzu olmadan vajinal yaklaşım

- İğne kılavuzu' nu (''trumpet'') sağ elle sol spine doğru yönlendirin, sol parmak ucunuzu kılavuzun ucunda tutun.
- Kılavuzu iskiyal spinin tam altına yerleştirin.

Parmak ucunuzu kılavuzun en ucunda tutmaya dikkat edin.

Ucundan daha ileriye parmağınızı geçirmeyin. İğne ile yaralanma olabilir.

- Enjektör takılmış 15 cm. 22 G iğneyi kılavuzu içinden itin.
- İğneyi vajinal mukozadan sakrospinöz ligamana girene kadar batırın.

Not: Damara girilmediğinden emin olmak için önce aspirasyon yapılır. Kan gelirse iğne çıkarılır. Pozisyon tekrar kontrol edilerek bir dah denenir. Kan aspire edildiyse hiçbir zaman enjeksiyon yapmayın. İV lignokain enjeksiyonu ile konvülziyonlar ve ölüm bile görülebilir.

- 10 ml lignokain solüsyonu enjekte edin.
- İğneyi kılavuzun içine geri çekin, kılavuzu iskiyal spinin tam üstüne yeniden yerleştirin.
- İğneyi tekrar vajinal mukozaya sokup aspire edin, damara girilmediğinden emin olun.
- 5 ml lignokain solüsyonu enjekte edin.
- İşlemi diğer tarafta tekrarlayın, sağ işaret parmağınız ile sağ iskiyal spini palpe ederken sol eliniz ile iğneyi ve iğne kılavuzunu yönlendirin ve lignokain solüsyonunu enjekte edin.
- Epizyotomi yapılacaksa, epizyotomi bölgesi aynı zamanda infiltre edilir (**sayfa İ- 71**).
- Enjeksiyonlar bittikten sonra 2 dk. bekleyin, penset ile tutunuz. Hasta bu tutulmayı duyuyorsa 2 dk. daha bekleyiniz ve testi tekrarlayınız.

Etki için yeterli zaman elde etmek üzere erken anestezi uygulayın.

Lokal anestezi; genel, ketamin veya spinal anesteziye güvenli bir alternatif olarak, eğitilmiş anestezi uzmanları veya kişiler yok ise kullanılabilir.

Sezaryende lokal anestezi kullanımında uygulayıcının hastayı iyi bilgilendirmesi ve işlem boyunca yüreklendirmesi gereklidir. Uygulayıcı hastanın uyanık ve olayların farkında olduğunu bilmeli ve enstrümanları çok kibar kullanmalıdır.

TABLO İ- 3 Sezaryende lokal anestezinin endikasyonları ve önlemleri

Endikasyonlar	Önlemler
<ul style="list-style-type: none"> Sezaryen (özellikle kalp hastalarında) 	<ul style="list-style-type: none"> Eklampsi, ciddi pre- eklampsi veya laparotomi geçirmiş hastalarda kullanmayın. Obez, lignokain veya benzeri ilaçlara allerjik hastalarda kullanmayın Sezaryen operasyonunda deneyiminiz az ise kullanmayın. Damara enjeksiyondan kaçının.

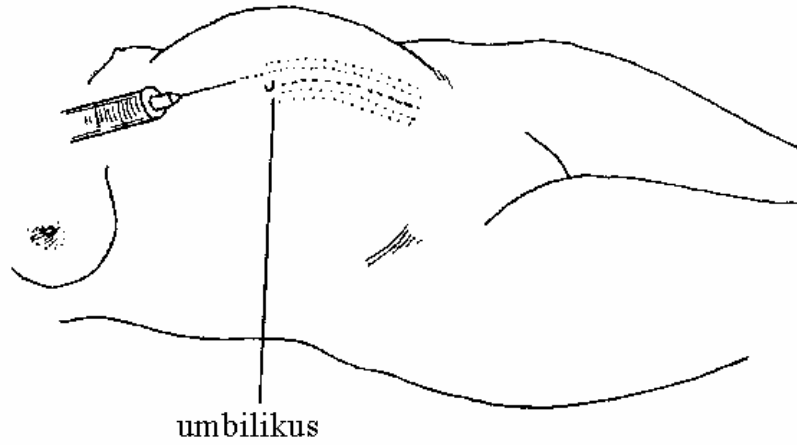
- Genel bakım prensiplerini uygulayın (**sayfa K- 17**) ve İV infüzyon başlatın (**sayfa K- 21**).
- 1/ 200. 000' lük adrenalın ile % 5' lik lignokain solüsyonundan 200 ml hazırlayın (**sayfa K- 39**). Genellikle ilk saat içinde bunun yarısından daha az (yaklaşık 80 ml) gerekir.
- Fetüs canlı ise 1 mg/kg vücut ağırlığına pethidin iv yavaşça (100 mg' ı geçmemek üzere) veya 0,1 mg/kg vücut ağırlığına morfin im ve 25 mg iv prometazin doğumdan sonra uygulayın.
Alternatif olarak pethidin ve prometazin doğumdan önce verilir ise bebeğe naloxon 0,1 mg/kg vücut ağırlığına doğum sırasında vermek gerekebilir.
- Fetüs ölü ise, aynı dozlarda pethidin veya morfin ve prometazin uygulamanın başında verilebilir.

Kadın ile konuşun ve işlem süresince onu yüreklendirin.

- 10 cm' lik bir iğne ile planlanan insizyonun bir yanından 2 parmak aralıklı 2 bant halinde cilt ve ciltaltının infiltrasyonunu yapın (**Şekil İ- 4**).

Not: Damara girilmediğinden emin olmak için önce aspirasyon yapılır. Kan gelirse iğne çıkarılır. Pozisyon tekrar kontrol edilerek bir dah denenir. Kan aspire edildiyse hiçbir zaman enjeksiyon yapmayın. İV lignokain enjeksiyonu ile konvülziyonlar ve ölüm bile görülebilir.

ŞEKİL İ- 4 Cilt ve ciltaltı dokusunun lokal anestezi ile sezaryen için infiltrasyonu



- Umbilikusun 5 cm üstünden simfiz pubise kadar orta hattın 3-4 cm her iki tarafını lignokain ile infiltre edin.
- Abdominal duvar tabakaları içinden lignokain solüsyonunu infiltre edin. İğne hemen hemen cilde paralel olmalıdır. Peritonun delinmediğine ve de iğnenin uterus girmemesine dikkat edin. Çünkü termde abdominal duvar çok incedir.
- Enjeksiyonlar bittikten sonra 2 dk. bekleyin, penset ile tutunuz. Hasta bu tutulmayı duyuyorsa 2 dk. daha bekleyiniz ve testi tekrarlayınız.

Etki için yeterli zaman elde etmek üzere erken anestezi uygulayın.

Not: Lokal anestezi ile sezaryen yapılacaksa orta hat insizyonunu genel anestezide

kullandığınızdan 4 cm daha uzun yapın. Pfannenstiel insizyon kullanılmamalıdır çünkü daha uzun süre alır. Batının açılması daha kısıtlıdır ve daha çok lokal anestezi gerektirir.

Anestezi etkinin 60 dakikada sona ereceği düşünülür.

Sezaryen uygulamasına aşağıdakileri akılda tutarak başlayın (sayfa İ- 43):

- Abdominal kompres kullanmayın. Ekartörleri mümkün olduğu kadar az kullanın ve minimum güç uygulayın.
- Uterovezikal peritonun altına 30 ml lignokain solüsyonunu round ligamanlara kadar infiltre edin. Periton ağrıya hassastır, myometrium değildir.
- Kadını bebek çıkarken çekilmeler bağlı rahatsızlık duyacağı konusunda uyarın. Bu genelde vajinal doğumda olduğundan daha fazla değildir.
- Uterusu abdomen dışına çıkarmadan onarın.
- Abdominal duvar onarılacağı zaman ilave lokal anestezi gerekebilir.

TABLO İ- 4 Spinal anestezi için endikasyonlar ve önlemler

Endikasyonlar	Önlemler
• Sezaryen	• Lignokain veya diğer ilaçlara allerji olmadığından emin olun
• Laparotomi	• Düzeltilmemiş hipovolemi, ciddi anemi,
• Üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarının onarımı	koagülasyon bozuklukları, kanama, lokal enfeksiyon, ciddi preeklampsi, eklampsi veya kalp hastalığına bağlı kalp yetmezliği olan kadınlarda kullanımından kaçının

- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- 500- 1000 ml İV sıvı (normal salin veya ringer laktat) infüzyonunu hipotansiyonu önlemek için başlayınız. Bu anesteziden 30 dakika önce yapılmalıdır.
- 1,5 ml % 5 dekstroz içinde % 5 lignokain solüsyonu hazırlayınız. Eğer anestezi 45 dakikadan daha uzun süre etkili olması gerekiyor ise 0,25 ml 1/1000 adrenalin ekleyiniz.
- Hastanın yan yatmasını veya oturmasını öneriniz. Böylece lumbal spina daha iyi fleksiyonda olur.
- Hastanın çenesini göğsüne dayamasını öneriniz böylece sırtı mümkün olduğu kadar yuvarlak bir hal alır.
- Enjeksiyon bölgesini belirleyiniz, gerekirse işaretleyiniz. Hastanın iliak kristalarından geçen çizgi vertebral kolumn hizasında 4. ve 5. lumbal vertebral arasıdır. Bu boşluğu veya bir üstündeki boşluğu tercih ediniz.

Sterilite çok önemlidir. Spinal iğnenin ucuna ve gövdesine eliniz ile dokunmayınız. İğneyi sadece haznesinden tutunuz.

- Cildi anesteziye etmek için % 1' lik lignokain solüsyonu çok ince bir iğne ile kadının cildine enjekte edin.
- Mümkün olan en ince iğne ile (22 veya 23 G) boşluğun üzerinden tam orta hattan cilde dik açı ile giriniz.
- Not: İnce iğneler eğilmeye eğilimlidirler.
- Eğer iğne kemiğe değerse orta hatta olmayabilirsiniz. Bu durumda iğneyi geri çekin, hafifçe yukarıya (kadının umbilikusuna) yönlendirerek tekrar itin

- İğneyi subaraknoid boşluğa doğru ilerletin. İğne ligamentum flavumu delerken belirgin bir direnç kaybını hissedilecektir.
- İğne ligamentum flavumu geçtikten sonra yavaşça durayı da geçin. Burada ikinci bir direnç kaybı hissedilir.
- Stileyi çıkartın. Serebrospinal sıvı iğneden gelmeye başlayacaktır.
- Serebrospinal sıvı gelmez ise, stileyi tekrar sokun ve iğneyi nazikçe çevirin. Tekrar stileyi çıkartıp sıvıyı gözleyin. Eğer iki kez başarısız olursanız başka bir boşluğu deneyin.
- 1,25 ml lokal anestetik enjekte edin. Doğurmamış kadınlarda subaraknoid boşluk genişlemiş epidural venlere bağlı olarak daraldığı için daha küçük doz ilaç kullanılır.
- Kadının sırtüstü yatmasını sağlayın. Operasyon masasını sola eğin veya kadının sırtının ve belinin sağ tarafına katlanmış çarşaf koyarak supin hipotansiyon sendromunu engellemeye çalışın.
- Kan basıncını tekrar kontrol edin. Hafif bir düşme görülür. Belirgin hipotansiyon var ise hızlıca iv 500 ml sıvı verin.
 - Bu tedbir kan basıncını düzeltmezse 0,2 mg/kg vücut ağırlığına efedrin 3 mg doza kadar uygulanabilir.
 - Eğer kan basıncı düşmeye devam ederse, 4 iv efedrin bolusundan sonra 30 mg im efedrin verilebilir.
- Maske veya nazal kanül ile 6-8 litre/ dk oksijen veriniz.
- Enjeksiyonlar bittikten sonra 2 dk. bekleyin, penset ile tutunuz. Hasta bu tutulmayı duyuyorsa 2 dk. daha bekleyiniz ve testi tekrarlayınız.

Etki için yeterli zaman elde etmek üzere erken anestezi uygulayın.

- Operasyondan sonra kadını başının altından tek bir yastık ile postspinal başağrısını önlemek üzere en az 6 saat yatırınız. Bu süre zarfında oturmasına veya kalkmaya çalışmasına izin vermeyiniz.

TABLO İ- 5

Ketamin anestezisi için endikasyonlar ve önlemler

Endikasyonlar	Önlemler
<ul style="list-style-type: none"> Göreceli olarak kısa olan (60 dk' dan daha az) ve kas gevşemesinin gerekmediği herhangi bir işlem (örn. perineal yırtıkların tamiri veya ileri derecede serviks yırtıkları, plasentanın elle alınması, sezaryen, meme absesinin drenajı) İnhalasyon aleti, (veya Boyle' nin anestezisi makinesi), bozulursa veya inhalasyon aleti olmadan genel anestezisi kullanılıyorsa; yedek olarak uygundur 	<ul style="list-style-type: none"> Tek başına kullanıldığında ketamin kötü halüsinasyonlara neden olabilir. Psikoz hikayesi olan kadınlarda kullanımından kaçının. Halüsinasyonları önlemek için bebek doğurtulduktan sonra İV 10 mg diazepam verin. Ketamin tek başına kas gevşemesi sağlamaz, bu nedenle sezaryen için daha uzun bir insizyona ihtiyaç duyulabilir. Yüksek kan basıncı, pre- eklampsisi, eklampsisi veya kalp hastalığı olan kadınlarda ketamin kullanılmamalıdır.

- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Ketamin İM,İV veya infüzyonla verilebilir. Ketaminin dozu değişkendir:
 - Bir çok kadın im. 6- 10 mg/kg vücut ağırlığı dozuna ihtiyaç duyar. 10 dakika içinde cerrahi anesteziyeye ulaşılır ve 30 dakikada sona erer;
 - Alternatif olarak, 2 dakika boyunca yavaş olarak 2 mg/kg vücut ağırlığı dozunda veriniz (etkinin 15 dakikada sona erdiği bir durum);
 - Ketamin infüzyonu aşağıda açıklanmıştır. Bu sezaryen için uygundur;
 - Ek ağrı geçirilmesine ihtiyaç olursa, 1 mg/kg vücut ağırlığına İV ketamin veriniz.

Ketamin anestezisi yüksek kan basıncı, pre- eklampsisi, eklampsisi veya kalp hastalığı olan kadınlarda kullanılmamalıdır.

KETAMİN İNFÜZYONU

PREMEDİKASYON

- Cerrahiden 30 dakika önce 0,6 mg im. atropin veriniz.
- Halüsinasyonları önlemek için indüksiyon esnasında 10 mg İV. diazepam veriniz (sezaryen için, bebek doğurtulduktan **sonra** verin).
- Maske veya nazal kanülle dk' da 6-8 litre oksijen veriniz.

İNDÜKSİYON VE İDAME

- Kadının vital bulgularını kontrol ediniz (nabız, kan basıncı, nefes alma, ateş).
- Dil tarafından havayolunun tıkanmasını önlemek için bir ağız tıkacı takın.
- Anestezi indüksiyonu 2 dk. boyunca İV yavaşça 2 mg/kg vücut ağırlığına ketamin verilerek sağlanır. 15 dakikadan az süren kısa işlemler için bu uygun bir anestezi sağlayacaktır.
- Daha uzun işlemler için, 1 litre dekstroz içinde 200 mg ketamini 2 mg/dk hızında infüze ediniz.
- Cerrahiye başlamadan önce anestezi seviyesini kontrol ediniz. **İnsizyon bölgesini bir pensetle kısıtınız.** Eğer kadın bunu hissedebiliyorsa, 2 dk bekleyiniz ve sonra tekrar test yapınız.
- İşlem esnasında her 10 dakikada bir vital bulguları monitorize ediniz (nabız, kan basıncı, nefes alma, ateş).

İŞLEM SONRASI BAKIM

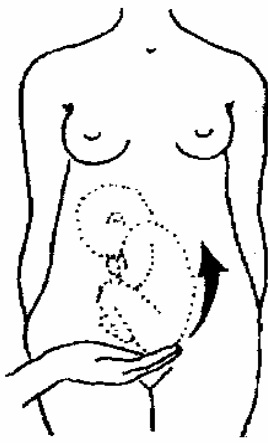
- Ketamin infüzyonunu sonlandırın ve yapılan cerrahiye uygun bir postoperatif analjezik verin (**sayfa K- 46**).
- Kadın tam olarak uyanana kadar her 30 dakikada bir gözlemeye devam edin; ketamin anestezisinin geçmesi 60 dakikayı bulabilir.

- Endikasyonları gözden geçirin. 37 haftadan önce veya acil sezaryen imkanları olmayan servislerde bu işlemi uygulamayın.
- Kadını sırt üstü yatırın ve yatağın ayak kısmını kaldırın.
- Fetal kalp hızını dinleyin ve not edin. Fetal kalp hızı anırmallikleri varsa (100/ dk' nın altındaysa veya 180/ dk' nın üstündeyse):
 - Eksternal versiyon yapmayın;
 - Fetal distres gibi yönetin (**sayfa S- 95**).
- Prezentasyonu, fetal baş, sırt ve kalçaların pozisyonunu doğrulamak için abdomeni palpe ediniz.
- Makatı mobilize etmek için, fetüsün en alt kısmını pubik kemiğin üstünden yakalayarak pelvik girimden nazikçe kaldırın (**Şekil İ- 5 A, sayfa İ- 16**).
- Daha fazla rotasyon sağlamak için fetüsün başını ve kalçasını yaklaştırın. Kalça kaldırıldıkça başın ileriye doğru geldiğini takip ederek fetüsü döndürün (**Şekil İ- 5 B-C, sayfa İ- 16**).
- Eksternal versiyondaki her denemeden sonra fetal kalp hızını dinleyin. Anormal fetal kalp hızı görülürse:
 - Fetal distres gibi yönetin (**sayfa S- 95**).
 - 15 dakikada bir tekrar değerlendirin.
 - 30 dakika içinde fetal kalp hızı stabilize olmazsa, sezaryen ile doğurtun (**sayfa İ- 43**).
- İşlem başarılıysa, kadını 15 dakika boyunca yatırın. Kanama veya ağrı meydana gelirse veya eğer bebeğinin önceki prezentasyona döndüğüne inanırsa tekrar başvurması konusunda bilgi verin.
- İşlem başarısızsa, arkaya doğru döndürerek tekrar deneyin (**Şekil İ- 5 D**).
- İşlem hala başarısızsa ve fetal kalp hızı iyiye, tokolitikler başarılı versiyon şansını artırabilirler. Veriniz:
 - 5 dakika boyunca İV yavaşça 250 mikrogram terbutalin;
 - VEYA 5 dakika boyunca İV yavaşça 0,5 mg salbutamol.

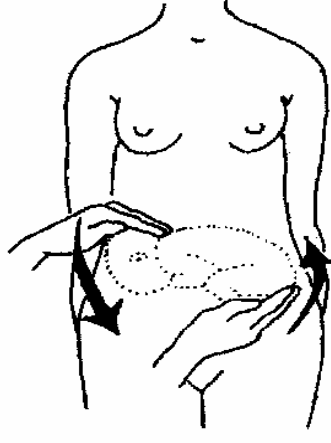
- İşlem hala başarısızsa, versiyonu 1 hafta sonra veya kadın erken eylemde makat geliş veya transvers duruşta başvurursa tekrar deneyin.

ŞEKİL İ-5

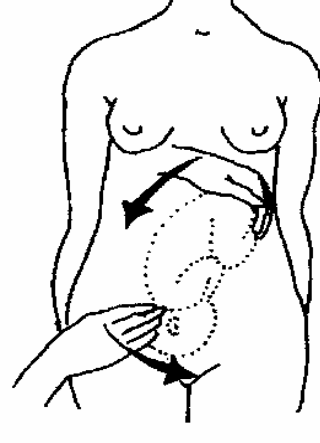
Makat prezentasyonda eksternal versiyon



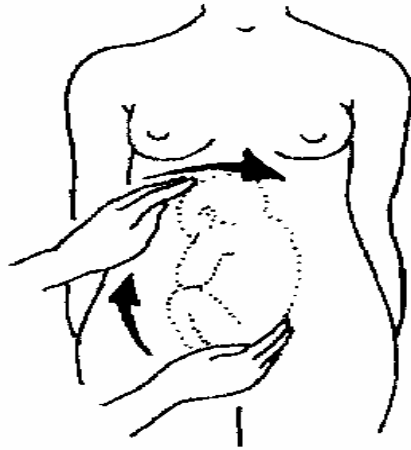
A. Makatın hareketlendirilmesi



B. Bir elin makatı ittiği, diğer elin başı yönlendirdiği, her iki elin kullanıldığı elle ileri doğru rotasyon



C. İleri doğru çevirmenin tamamlanmış hali



D. Geriye doğru çevirme

Eylemin indüksiyonu ve desteklenmesi farklı amaçlar için yapılır fakat metodlar aynıdır:

- **Eylemin indüksiyonu:** eyleme başlamak için uterusu stimüle etmek.
- **Eylemin desteklenmesi:** eylem sırasında uterusu kontraksiyonların sayısı, süresi ve gücünü artırmak için stimüle etmek.

İyi bir eylem şekli, her biri 40 saniye süren 10 dakikada bir gelen 3 kontraksiyon varlığında sağlanır.

Membranlar intakt ise, eylemin indüksiyon ve desteklenmesi pratiğinde ilk önce membranların suni olarak yırtılması tavsiye edilir (SMY). Bazı vakalarda, eylemi indüklemek için tek gereken budur. Spontan veya suni membran ruptürü aşağıdaki olaylar zincirini tetikler:

- amniyon sıvısı boşalır;
- uterin hacim azalır;
- eylemi stimüle eden prostaglandinler üretilir;
- uterin kontraksiyonlar başlar (eğer kadın eylemde değilse) veya daha güçlenir (eğer kadın eylemdeyse).

MEMBRANLARIN SUNİ YIRTILMASI

- Endikasyonları gözden geçirin.
Not: HIV ve/ veya hepatitin sık görüldüğü yerlerde HIV' in perinatal geçişini azaltmak için membranları mümkün olduğunca intakt bırakmak gerekir.
- Fetal kalp hızını dinleyin ve not edin.
- Kadına sırtüstü yatıp bacaklarını bükmesini, ayaklarını bir arada ve dizlerini birbirinden uzak tutmasını söyleyin.
- Yüksek seviyede dezenfekte edilmiş veya steril eldivenler giyerek , bir elinizi kullanarak serviksi muayene edin ve kıvam, pozisyon, silinme ve açılmayı not edin.
- Amniyotik kanca veya bir Koher klempini vajinaya sokmak için diğer elinizi kullanın
- Vajendeki parmaklarınızın kılavuzluğunda klemp veya kancayı membranlara doğru ilerletin.

- Membranlara karşı iki parmağınızı yerleştirin ve diğer elinizdeki enstrümanı kullanarak nazıkçe yırtın. Parmaklarınızın arasından amniyotik sıvının yavaşça akmasına izin verin.
- Sıvının rengini not edin (berrak, yeşil, kanlı). Eğer koyu mekonyum var ise fetal distresten şüphelenin (**sayfa İ- 95**).
- MSY' den sonra kontraksiyon esnasında ve sonrasında fetal kalp hızını dinleyin. Fetal kalp hızı anormalse (100/ dk' nın altındaysa veya 180/ dk' nın üstündeyse), fetal distresten şüphelenin (**sayfa S- 95**).
- Eğer membranlar 18 saattir ruptüre ise, yenidoğanda Grup B Streptokok enfeksiyonunu azaltmak için profilaktik antibiyotikler veriniz (**sayfa K- 35**):
 - penisilin G 2 milyon ünite İV
 - VEYA ampisilin 2 gr İV, doğuma kadar her 6 saatte bir;
 - doğumdan sonra eğer hiçbir enfeksiyon bulgusu yoksa, antibiyotikleri kesiniz.
- MSY' ndan 1 saat sonra iyi bir eylem sağlanamamışsa, oksitosin infüzyonuna başlayın (**sayfa İ- 19**).
- Eğer doğum eylemi ciddi maternal hastalık nedeni ile indüklenmişse (örn. sepsis veya eklampsi), MSY ile aynı zamanda oksitosin infüzyonuna başlayınız.

EYLEMİN İNDÜKSİYONU

SERVİKSİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Eylem indüksiyonunun başarısı indüksiyona başlandığında serviksin durumuna bağlıdır. Serviksin durumunu değerlendirmek için, bir servikal muayene yapılır ve **Tablo İ- 6'** daki kriterleri baz alan bir skor tayin edilir:

- Serviks uygunsa (6 veya daha fazla bir skoru varsa), eylem tek başına oksitosin ile başarılı bir şekilde indüklenebilir.
- Serviks uygun değilse (5 veya daha az bir skoru varsa), indüksiyon öncesi prostaglandinleri (**sayfa İ- 24**) veya Foley kateteri (**sayfa İ- 25**) kullanarak serviksi olgunlaştırın.

TABLO İ- 6

Eylemin indüksiyonu için serviksin değerlendirilmesi

Faktör	Puanlama			
	0	1	2	3
Açılma (cm)	kapalı	1-2	3-4	> 5
Serviksin uzunluğu (cm)	> 4	3-4	1-2	< 1
Kıvam	sert	orta	yumuşak	-
Pozisyon	posterior	orta hatta	anterior	-
Başın seviyesine göre iniş (iskial spinlerden cm olarak)	-3	-2	-1,0	+1, +2
Abdominal muayeneye göre iniş (başın beş bölünen kısmından palpe edilebilen kısmı olarak)	4/5	3/5	2/5	1/5

OKSİTOSİN

Hiperstimülasyondan dolayı fetal distres meydana gelebileceğinden ve nadiren de uterin ruptür oluşabileceğinden dolayı oksitosini büyük bir dikkat ile kullanın. Multipar kadınlar uterin ruptür için daha yüksek risk altındadır.

Oksitosin alan kadınları dikkatlice gözleyiniz.

Kadınlar arasında oksitosinin etkili dozu değişiktir. İyi eylem sağlanana kadar infüzyon hızını kademeli olarak artırarak oksitosini İV sıvıların (dekstroz veya normal salin) içinde dikkatlice veriniz (her biri 40 saniye süren, 10 dakikada 3 kontraksiyon). Doğuma kadar bu hızı koruyun. Uterus kontraksiyonlar arasında gevşemelidir.

**Oksitosin infüzyonu iyi eylem gidişi ile sonuçlanırsa,
doğuma kadar aynı hızı devam ettirin.**

- Kadının nabzını, kan basıncını ve kontraksiyonlarını takip edin, fetal kalp hızını kontrol edin.
- Endikasyonları gözden geçirin.

İndüksiyonun endike olduğundan emin olunuz, zira başarısız indüksiyon sezaryen ile sonuçlanır.

- Kadının sol tarafına doğru yattığından emin olun.
- Partografta her 30 dakikada bir aşağıdakileri kaydedin (**sayfa K- 65**):
 - oksitosin infüzyon hızı (aşağıda gör);
Not: Kol pozisyonundaki değişiklikler akış hızını etkileyebilir;
 - kontraksiyonların süre ve sayısı;
 - fetal kalp hızı. Hep kontraksiyondan sonra olmak üzere her 30 dakikada bir dinleyin. Eğer fetal kalp hızı 100 atım/ dakika' dan az ise, infüzyonu durdurun ve fetal di stres açısından değerlendirin (**sayfa S- 95**).

Oksitosin alan kadınlar asla yalnız bırakılmamalıdır.

- 500 ml dekstroz veya normal salin içine 2,5 ünite oksitosin koyarak 10 damla/ dakika hızında infüze edin (**Tablo İ- 7, sayfa İ- 22 ve Tablo İ- 8, sayfa İ- 23**). Bu da aşağı yukarı dakikada 2,5 miliüniteye denk gelir.
- İyi bir kontraksiyon paterni sağlanana kadar infüzyon hızını 30 dakikada bir 10 damla/ dk kadar artırın (her biri 40 saniye süren, 10 dakikada 3 kontraksiyon).
- Doğum tamalanana kadar bu hızla devam edin.
- Hiperstimülasyon meydana gelirse (60 saniyeden uzun süren herhangi bir kontraksiyon) veya 10 dakikada 4' den fazla kontraksiyon meydana gelirse, infüzyonu durdurun ve tokolitikler kullanarak uterusu gevşetin:
 - 5 dakika boyunca İV yavaşça 250 mikrogram terbutalin;
 - VEYA 1 litre İV sıvı (normal salin veya ringer laktat) içine 10 mg salbutamol koyup 10 damla/ dakika hızında gönderin.
- 60 damla/ dakika infüzyon hızıyla iyi bir kontraksiyon paterni sağlanamamışsa:
 - 500 ml dekstroz (veya normal salin) içine konacak olan oksitosin dozunu 5 üniteye artırın ve infüzyon hızını 30 damla/ dakika' ya çıkarın (15 miliünite/ dakika);

- İyi bir kontraksiyon paterni elde edilene kadar veya maximum hız olan 60 damla/ dakika hıza erişilene kadar infüzyon hızını her 30 dakikada bir 10 damla/ dakika artırın.

• Eğer yüksek konsantrasyonda oksitosin kullanarak iyi bir kontraksiyon paterni hala sağlanamamışsa:

- Multiparlarda ve önceki sezaryen skarı olan hastalarda indüksiyon başarısız olduysa; sezaryen ile doğtun (**sayfa İ- 43**);

Multiparlarda ve önceden sezaryen skarı olan hastalarda 500 ml içinde 10 ünite oksitosin (örn. 20 mIU/mL) kullanmayınız.

- Primigravidlerde;

- Oksitosini **Tablo İ- 8'** deki protokole göre yüksek konsantrasyonda infüze edin (500 ml içinde 10 ünite);

- Maksimum dozda iyi kontraksiyonlar elde edilememişse, sezaryen ile doğtun (**sayfa İ- 43**).

TABLO İ-7

**Eylemin indüksiyonu için oksitosin infüzyon oranları
(20 damla 1 ml' dir)**

İndüksiyondan sonra geçen zaman (saat)	Oksitosin konsantrasyonu	Damla/ dakika	Yaklaşık doz (mIU/mL)	İnfüze edilen volüm	İnfüze edilen toplam volüm
0,00	500 ml dekstroz veya salin içinde 2,5 ünite (5mIU/mL)	10	3	0	0
0,50	Aynı	20	5	15	15
1,00	Aynı	30	8	30	45
1,50	Aynı	40	10	45	90
2,00	Aynı	50	13	60	150
2,50	Aynı	60	15	75	225
3,00	500 ml dekstroz veya salin içinde 5 ünite (10mIU/mL)	30	15	90	315
3,50	Aynı	40	20	45	360
4,00	Aynı	50	25	60	420
4,50	Aynı	60	30	75	495
5,00	500 ml dekstroz veya salin içinde 10 ünite (20mIU/mL)	30	30	90	585
5,50	Aynı	40	40	45	630
6,00	Aynı	50	50	60	690
6,50	Aynı	60	60	75	765
7,00	Aynı	60	60	90	855

Oksitosin infüzyon hızını sadece iyi bir kontraksiyon paterni sağlandığı noktaya kadar artırın ve bu infüzyon hızını devam ettirin.

TABLO İ-8 Sadece primigravidler için hızlı yükseltme: Eylemin indüksiyonu için oksitosin infüzyon oranları (20 damla 1 ml' dir)

İndüksiyondan sonra geçen zaman (saat)	Oksitosin konsantrasyonu	Damla/ dakika	Yaklaşık doz (mIU/mL)	İnfüze edilen volüm	İnfüze edilen toplam volüm
0,00	500 ml dekstroz veya salin içinde 2,5 ünite (5mIU/mL)	15	4	0	0
0,50	Aynı	30	8	23	23
1,00	Aynı	45	11	45	68
1,50	Aynı	60	15	68	135
2,00	500 ml dekstroz veya salin içinde 5 ünite (10mIU/mL)	30	15	90	225
2,50	Aynı	45	23	45	270
3,00	Aynı	60	30	68	338
3,50	500 ml dekstroz veya salin içinde 10 ünite (20mIU/mL)	30	30	90	428
4,00	Aynı	45	45	45	473
4,50	Aynı	60	60	68	540
5,00	Aynı	60	60	90	630

PROSTAGLANDİNLER

Eylemin indüksiyonunda; serviksin olgunlaşmasında prostaglandinler yüksek derecede etkilidir.

- Kadının nabzını, kan basıncını ve kontraksiyonlarını takip edin ve fetal kalp hızını kontrol edin. Bulguları partografa yazın (**sayfa K- 65**).
- Endikasyonları gözden geçirin.
- Prostaglandin E2 (PGE2) birkaç şekilde kullanıma hazırdır (3 mg pesser veya 2-3 mg jel). Prostaglandin vajinanın posterior forniksine yerleştirilir ve gereği halinde 6 saat sonra tekrarlanır.

**Prostaglandinlerle eylem indüksiyonu yapılan tüm kadınları
uterin kontraksiyonlar ve fetal kalp hızı açısından takip ediniz.**

- Prostaglandinleri kesin ve oksitosin infüzyonuna başlayın, eğer:
 - membranlar yırtılmışsa;
 - servikal olgunlaşma sağlanmışsa;
 - iyi eylem sağlanmışsa;
 - VEYA 12 saat geçmişse.

MİSOPROSTOL

- Serviksi olgunlaştırmak için misoprostolü özenle seçilmiş durumlarda kullanın, bunlar:
 - serviksin uygun olmadığı ciddi pre- eklampsi veya eklampsi ve o anda sezaryen yapılamıyorsa veya bebek yaşamak için çok küçükse;
 - intrauterin fetal ölüm olup kadın 4 hafta içinde eyleme girmemişse ve trombositler düşüyorsa.
- Vajinanın posterior forniksine 25 mikrogram misoprostol yerleştirin. Gereği halinde 6 saat sonra tekrarlayın;
- 2 adet 25 mikrogramlık doza yanıt olmadysa, 6 saatte bir 50 mikrogram verin;
- bir seferde 50 mikrogramı geçmeyin ve toplamda 4 dozu (200 mikrogram) geçmeyin.

**Misoprostol kullanımından sonraki 8 saat içinde oksitosin kullanmayın.
Uterin kontraksiyonları ve fetal kalp hızını takip edin.**

FOLEY KATETER

Foley kateter servikal olgunlaşma ve eylem indüksiyonu için prostaglandinlere iyi bir alternatiftir. Belirgin servisit veya vajiniti olan kadınlarda yine de kaçınılmalıdır.

**Eğer kanama hikayesi veya membran ruptürü veya
belirgin vajinal enfeksiyon varsa, foley kateteri kullanmayın.**

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Yüksek seviyede dezenfekte veya steril bir spekulumu vajinaya kibarca sokun.
- Yüksek seviyede dezenfekte veya steril bir forseps ile kateteri tutun ve kibarca servikse sokun. Kateterin şişebilen kısmının internal osu geçtiğinden emin olun.
- Balonu 10 ml su ile şişirin.
- Kateterin kalan kısmını kıvrırın ve vajinaya yerleştirin.
- Kateteri kontraksiyonlar başlayana kadar veya en az 12 saat yerinde bırakın.
- Kateteri çıkarmadan önce balonun havasını alın ve oksitosin infüzyonuna geçin.

EYLEMİN OKSİTOSİN İLE DESTEKLENMESİ

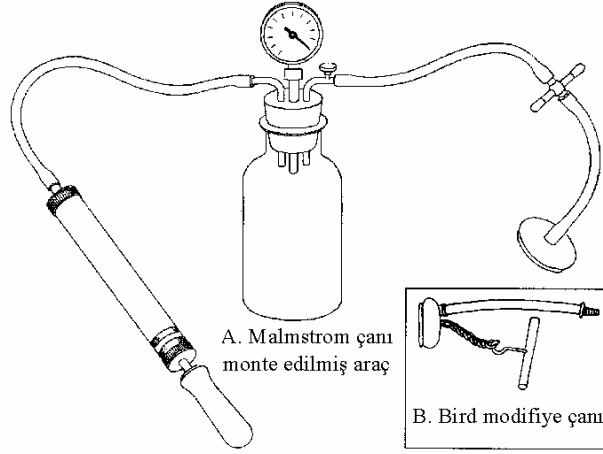
- Endikasyonları gözden geçirin.
- Eylem indüksiyonu için açıklandığı şekilde oksitosini infüze edin (**sayfa İ- 19**).

Not: Eylemin desteklenmesi için hızlı yükseltmeyi kullanmayın.

Şekil İ- 6 vakum ekstraktörün temel kısımlarının göstermektedir.

ŞEKİL İ- 6

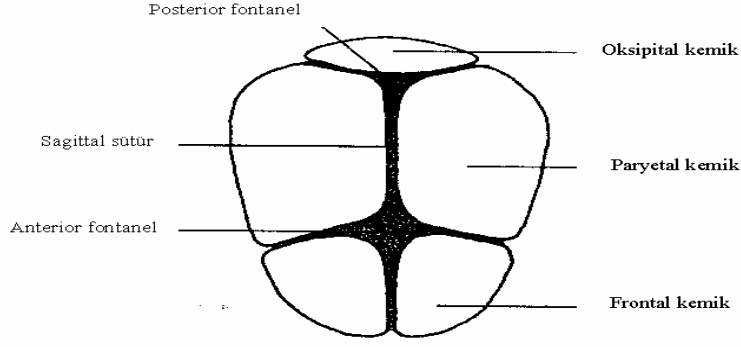
Vakum ekstraktör



- Şu durumları gözden geçirin:
 - vertex prezentasyon mu;
 - term fetus mu;
 - serviks tam dilate mi;
 - fetal baş en azından 0 seviyesinde mi veya simfiz pubisin üstünden 2/5' den fazlası palpabl değil mi.
- Tüm bağlantıları kontrol edin ve vakumu eldivenli eliniz ile test edin.
- Duygusal destek ve yüreklendirme sağlayın. Gerekliyse pudendal blok uygulayın (**sayfa İ-3**).
- Yüksek derecede dezenfekte veya steril eldivenler giyerek, sagittal sütür çizgisini ve fontanelleri hissederek fetal başın pozisyonunu değerlendirin.
- Posterior fontaneli belirleyin (**Şekil İ- 7, sayfa İ- 28**).

ŞEKİL İ- 7

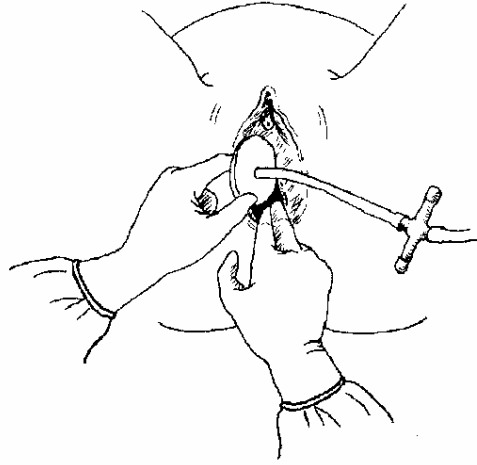
Fetal kafatasının işaret noktaları



- Çanın merkezi fleksiyon noktasının üzerinde, posterior fontanelin 1 cm önünde olacak şekilde başa uyan en büyük çanı uygulayın. Bu yerleştirme fleksiyonu, inişi ve otorotasyonu destekleyecektir (Şekil İ- 8).

ŞEKİL İ- 8

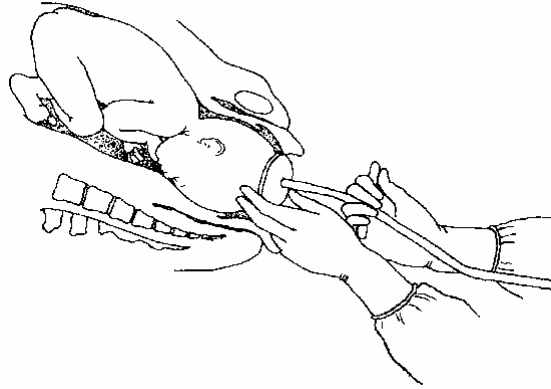
Malmstrom çanının uygulanması



- Bu noktada, uygun yerleştirme için bir epizyotomi gerekebilir (sayfa İ- 71). Yerleştirme için bir epizyotomi gerekli değilse, baş perineyi gerene kadar veya perine traksiyon eksenini ile karşılaşılan kadar epizyotomiyi geciktirin. Bu, gereksiz kan kaybını azaltacaktır.
- Takma işlemini kontrol edin. Çanın kenarlarında maternal yumuşak doku (vajina veya serviks) olmadığından emin olun.

- Pompa ile; $0,2 \text{ kg/cm}^2$ negatif basınçla vakum uygulayın ve takma işlemini kontrol edin.
- Vakumu 008 kg/cm^2 ye çıkarın ve takma işlemini kontrol edin.
- Maksimum negatif basınçtan sonra, pelvik aks çizgisinde ve çana dik olarak traksiyona başlayın. Fetal baş bir tarafa doğru kaymışsa veya iyi fleksiyonda değilse, traksiyon başın kaymasını veya defleksiyonunu düzeltecek bir yönde yapılmalıdır (örn. bir tarafa veya diğer tarafa doğru, orta hatta traksiyon şart değildir).
- Her kontraksiyonla beraber, çanın kenarlarından geçen bir düzleme dik olacak şekilde traksiyon uygulayın (**Şekil İ- 9**). Traksiyon esnasında fetal vertexin muhtemel kayma ve inişini değerlendirebilmek için çanın hemen yanına fetal kafa derisi üzerine bir parmağınızı yerleştirin.

ŞEKİL İ- 9 Traksiyon uygulanması



- Kontraksiyonlar arasında şunları kontrol ediniz:
 - fetal kalp hızı
 - çanın takılma durumu.

İPUÇLARI

- Çanı bebeğin başını aktif olarak çevirmek için asla kullanmayın. Bebeğin başının rotasyonu traksiyon ile birlikte meydana gelecektir.
- İlk çekişler çekmek için uygun yönü bulmaya yardım eder.
- Kontraksiyonlar veya ıkınma arasında çekmeye devam etmeyiniz.
- İlerleme varsa ve fetal distres yoksa “ yönlendirici” çekişlere maksimum 30 dakika devam ediniz.

BAŞARISIZLIK

- Vakum ekstraksiyon başarısızdır, eğer:
 - her çekişle birlikte fetal baş ilerlemezse;
 - 3 çekişten sonra veya 30 dakika sonra fetüs hiç iniş göstermeyip doğurtulamamışsa;
 - maksimum negatif basınçla uygulanan 1-uygun yöndeki çekmede çan iki kez başın üzerinden çıkarsa;
- Her uygulama bir vakum ekstraksiyon denemesi olarak düşünülmelidir. Her çekişle birlikte iniş yoksa ısrar etmeyiniz.
- Vakum ekstraksiyon başarısız olursa, vakum ekstraksiyonu simfizyotomi (aşağıda gör.) ile kombine kullanın veya sezaryen yapın (**sayfa İ- 43**).

VAKUM EKSTRAKSİYON VE SİMFİZİYOTOMİ

- Şu durumlarda vakum ekstraksiyon simfizyotomi ile beraber kullanılabilir (**sayfa İ- 53**):
 - fetal baş en az -2 seviyesindeyse veya 3/5 ‘ den fazlası simfisis pubisin üzerinde palpe edilemiyorsa;
 - sezaryen mümkün değilse veya o an için yapılamıyorsa;
 - uygulayıcı tecrübeliyse ve simfizyotomi konusunda bilgiliyse;
 - tek başına vakum ekstraksiyon başarısız olmuşsa veya başarısız olacağı düşünülüyorsa;
 - major bir baş- pelvis uyumsuzluğu yoksa.

KOMPLİKASYONLAR

Komplikasyonlar genelde uygulanma endikasyonlarının incelemekten veya yukarıda belirtilen zaman sınırlarını aşılmasından dolayı olur.

FETAL KOMPLİKASYONLAR

- Vakum çanının altında lokalize skalp ödemi (kaput suksadenum veya şiyon) zararsızdır ve birkaç saat içinde kaybolur.
- Sefal hematoma inceleme gerektirir ve genellikle 3-4 haftada geçer.

- Skalp abrazyonları (sık ve zararsızdır) ve laserasyonlar metdana gelebilir. Laserasyonları temizleyin ve sütür atılması gereksinimi açısından inceleyin. Nekroz çok nadirdir.
- İntrakranyal kanama çok nadirdir ve acil yoğun neonatal bakım gerektirir.

MATERNAL KOMPLİKASYONLAR

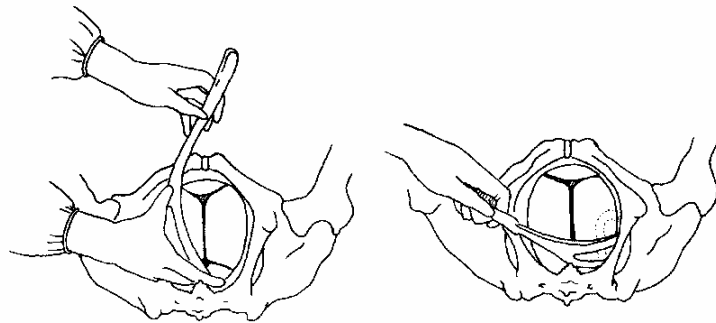
- Genital kanal yırtıkları meydana gelebilir. Kadını dikkatlice muayene edin ve serviksteki (sayfa İ- 81) veya vajinadaki (sayfa İ- 83) yırtıkları veya epizyotomi (sayfa İ- 73) onarın.

- Şu durumları gözden geçirin:
 - vertex prezentasyonu veya mentum anterior yüz prezentasyonu veya makat doğumda (sayfa İ- 41) arkadan gelen başın takılması;
 - serviks tam dilate;
 - fetal baş +2 veya + 3 seviyesinde veya simfisis pubisin üstünde 0/5 ‘ i palpa edilebiliyor.
- En azından, sagittal sütür oksiput anterior veya oksiput posterior pozisyonu garanti edecek şekilde orta hatta ve düz olmalıdır.
- Duygusal destek ve yüreklendirme sağlayın. Gerekirse pudental blok uygulayın (sayfa İ- 3).
 - Forsepsi takmadan önce monte edin. Parçaların birbirine uyduğundan ve iyi kilitlendiğinden emin olun.
 - Forseps kaşıklarını kayganlaştırın.
 - Yüksek seviyede dezenfekte veya steril eldivenler giyerek, sağ elinizin iki parmağını fetal başın yanına doğru olacak şekilde vajinaya sokun. Sol kaşığı başın yanında kalacak şekilde naş ve parmaklarınızın arasından kibarca kaydırın (Şekil İ- 10).

Bir biparyetal, bimalar uygulama tek güvenli uygulamadır.

ŞEKİL İ-10

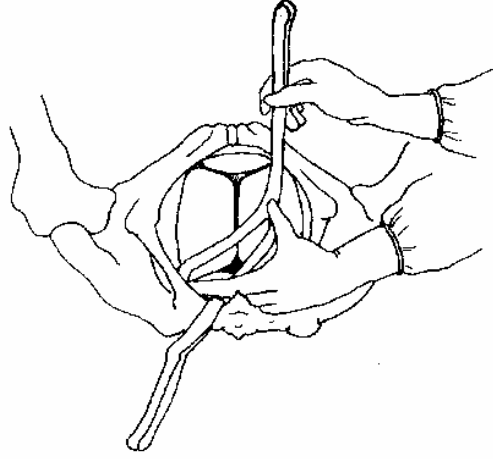
Forsepsin sol kaşığının uygulanması



- Aynı manevrayı diğer tarafta sol elinizi ve forsepsin sağ kaşığını kullanarak tekrarlayın (Şekil İ- 11, sayfa İ- 34).

ŞEKİL İ-11

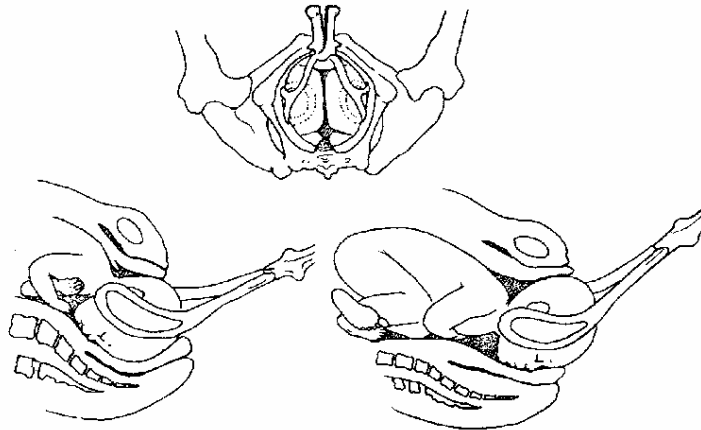
Forsepsin sağ kaşığının uygulanması



- Sapları indirin ve forsepsi kilitleyin.
- Kilitlemedeki zorlanma genellikle uygulamanın yanlış olduğunu gösterir. Bu durumda, kaşıkları çıkarın ve başın pozisyonunu tekrar kontrol edin. Sadece rotasyon konfirme edilirse tekrar takın.
- Kilitlemeden sonra, her kontraksiyonla beraber aşağı ve arkaya doğru devamlı bir traksiyon uygulayın (Şekil İ- 12).

ŞEKİL İ- 12

Kilitleme ve traksiyon uygulama



- Kontraksiyonlar arasında şunları kontrol edin:
 - fetal kalp hızı
 - forsepsin uygun takılma durumu.

- Baş taçlandığında, eğer gerekliyse, uygun bir epizyotomi açın (**sayfa İ- 71**).
- Kontraksiyonlar arasında başı vajinadan dışarı doğru hafifçe kaldırın.

Her çekişte baş inmeli. Sadece 2 veya 3 çekiş yeterli olmalıdır.

BAŞARISIZLIK

- Forseps başarısızdır, eğer;
 - her çekişte fetal baş inmiyorsa;
 - 3 çekişten sonra veya 30 dakika sonra fetüs hiç iniş göstermeyip doğurtulamamışsa;
- Her uygulama bir vakum ekstraksiyon denemesi olarak düşünülmelidir. Her çekişle birlikte iniş yoksa ısrar etmeyiniz.
- Eğer forsepsle doğum başarısız olursa, sezaryen yapın (**sayfa İ- 43**).

Başarısız forseps durumunda simfizyotomi bir seçenek değildir.

KOMPLİKASYONLAR

FETAL KOMPLİKASYONLAR

- Fasyal sinir hasarı inceleme gerektirir. Bu hasar genellikle kendiliğinden geçer.
- Yüz veya kafa derisi laserasyonları meydana gelebilir. Laserasyonları temizleyin ve sütür atılması gereksinimi açısından inceleyin.
- Yüz ve kafatası kırıkları inceleme gerektirir.

MATERNAL KOMPLİKASYONLAR

- Genital kanal yırtıkları meydana gelebilir. Kadını dikkatlice muayene edin ve serviksteki (**sayfa İ- 81**) veya vajinadaki (**sayfa İ- 83**) yırtıkları veya epizyotomiyi (**sayfa İ- 73**) onarın.
- Uterin ruptür meydana gelebilir ve acil tedavi gerektirir (**sayfa İ- 95**).

- Endikasyonları gözden geçirin. Güvenli vajinal doğum için her şartın olduğundan emin olun.
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Duygusal destek ve yüreklendirme sağlayın. Gerekirse pudental blok uygulayın (**sayfa İ- 3**).
- Tüm manevraları kibarca yapın ve aşırı kuvvet uygulamayın.

TAM VEYA SAF MAKAT**ŞEKİL İ-13****Makat prezentasyonu**

A. Tam (fleksiyonda makat)

B. Saf (ekstansiyonda makat)

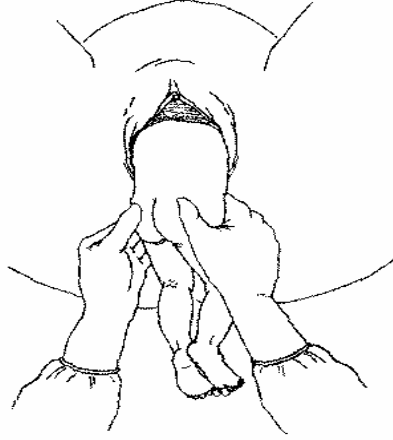
KALÇANIN VE BACAKLARIN DOĞURTULMASI

- Kalça vajinaya girdiğinde ve serviks tam dilate olduğunda, kadına kontraksiyonlarla beraber ıkınabileceğini söyleyin.
- Eğer perine çok gerginse bir epizyotomi uygulayın (sayfa İ- 71).
- Alt sırt kısmı ve omuzlar görünene kadar kalçanın doğmasına izin verin.
- Kalçayı tek elle nazikçe kaldırın fakat çekmeyin.
- Bacaklar kendiliğinden doğmazsa, bir bacağı şu şekilde doğurtun:
 - Bacağı bükmek için dizin arkasından itin;
 - Ayak bileğini yakalayın ve ayak ve bacağı doğurtun;
 - Diğer bacak için aynısını tekrarlayın.

Bacaklar doğurtulurken bebeği çekmeyin.

- Bebeği, **Şekil İ- 14'** de görüldüğü gibi, kalça eklemlerinden kaldırın. Bebeği böğür ve karın kısmından kaldırmayın ki bu böbrek ve karaciğer hasarına yol açabilir.

ŞEKİL İ-14 Bebeği kalça eklemlerinden kaldırın, fakat çekmeyin



KOLLARIN DOĞURTULMASI

KOLLAR GÖĞÜS ÜZERİNDE HİSSEDİLİR

- Kolların birer birer kendiliğinden kurtulmasına izin verin. Sadece gerekliyse yardım edin.
- Birinci kolun kendiliğinden doğumundan sonra, ikinci kolun kendiliğinden doğmasını sağlamak için kalçayı annenin karnına doğru kaldırın.
- Kol kendiliğinden doğmazsa, bir veya iki parmağınızı dirseğe yerleştirin ve eli bebeğin yüzüne getirecek şekilde kolu bükün.

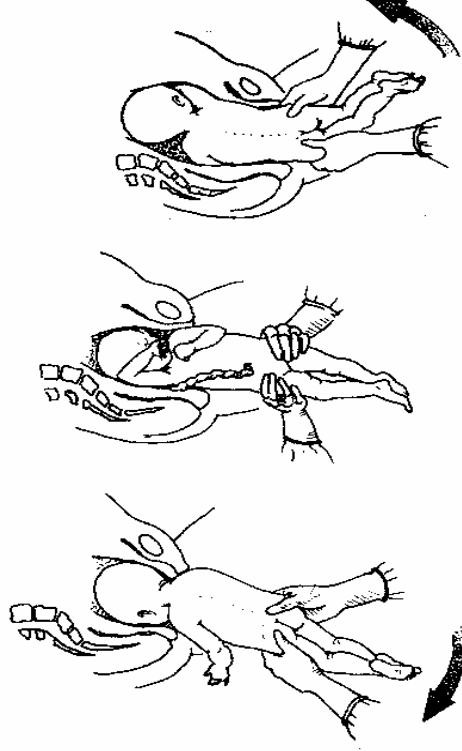
KOLLAR BAŞIN ÜZERİNDE GERİLMİŞ VEYA

BOYNUN ETRAFINDA KIVRILMIŞ

Lovset manevrasını kullanın (**Şekil İ- 15**):

- Bebeği kalça eklemlerinden kaldırın ve sırtını en üstte tutarak ve aynı zamanda aşağı doğru traksiyon uygulayarak yarım bir daire çizdirin ve böylece arkadaki kol öne geçer ve pubik arkın altından doğurtulur.

- Bir veya iki parmağınızı kolun üst kısmına yerleştirerek kolun doğumuna yardım edin. Dirsek fleksiyonda olduğu halde, el yüzün üzerinden geçecek şekilde kolu göğsün üzerinden çekin.
- İkinci kolu doğurtmak için, sırtını en üstte tutarak ve aynı zamanda aşağı doğru traksiyon uygulayarak yarım bir daire şeklinde arkaya döndürün ve ikinci kolu pubik arkın altından aynı yolla doğurtun.

ŞEKİL İ-15**Lovset manevrası****BEBEĞİN GÖVDESİ ÇEVİRİLEMİYOR**

Eğer bebeğin gövdesi, öndeki kolu doğurtmak için çevrilemiyorsa, arkadaki omuzu doğurtun (Şekil İ- 16):

- Bebeği ayak bileklerinden tutun ve kaldırın.
- Bebeğin göğsünü kadının bacağına doğru ilerletin. Arkadaki omzudoğacaktır.
- Kolu ve eli doğurtun.

- Bebeği ayak bileklerinden aşağıya doğru uzatın. Öndeki omuz şimdi doğacaktır.
- Kolu ve eli doğurtun.

ŞEKİL İ-16**Arkadaki omuzun doğurtulması****BAŞIN DOĞUMU**

Başı Mauriceau Smellie Veit manevrası(Şekil İ- 17, sayfa İ- 41) şu şekilde ile doğurtun:

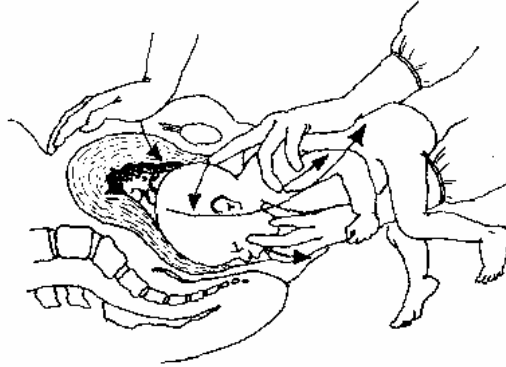
- Bebeği elinizin ve kolunuzun üzerinde gövdesinin uzunluğunca yüzü yere bakacak şekilde tutun.
- Bu elinizin 1. ve 3. parmaklarınızı bebeğin elmacık kemiklerine yerleştirin ve 2. parmağınızı bebeğin ağızına başı fleksiyona getirmek ve çeneyi çekmek için yerleştirin.
- Bebeğin omuzlarını tutmak için diğer elinizi kullanın.
- Bu elinizin iki parmağı ile, saç çizgisi görünene kadar, çenesinden çekerken, bebeğin başını göğsüne doğru nazikçe fleksiyona getirin.
- Başı doğurtmak için nazikçe çekin.

Not: Baş doğana kadar bir asistandan annenin pubik kemiğinin üzerinden itmesini isteyin. Bu; bebeğin başını fleksiyonda tutmaya yardım eder.

- Hala kolları ayırık bir şekilde bebeği ağızı ve burnu serbest kalan kadar yükseltin.

ŞEKİL İ-17

Mauriceau Smellie Veit manevrası



BAŞ TAKILMASI

- Mesaneyi boşaltın.
- Piper veya uzun forsepsi uygularken bebeği tutması için bir asistan orada bulunsun.
- Serviksin tam olarak dilate olduğundan emin olun.
- Bebeğin gövdesini bir beze veya komprese sarın ve bebeği yukarı kaldırın.
- Forsepsin sol kaşığı takın.
- Sağ kaşığı takın ve sapları kilitleyin.
- Başın fleksiyonu ve doğurtulması için forsepsi kullanın.
- **Forseps kullanılmıyorsa**, bebeğin başını fleksiyona getirmek için annenin pubik kemiğinin üzerinden sert bir basınç uygulayın ve pelvise doğru itin.

AYAK GELİŞ

Ayak gelişle gelen bir bebek (sayfa İ- 18) genellikle sezaryen ile doğurtulmalıdır (sayfa İ-43).

ŞEKİL İ-18

Bir bacak kalçadan ve dizden ekstansiyonda olduğu tek ayak prezentasyonu



- Ayak geliş bir bebeğin vajinal doğumunu şu durumlarla kısıtlayın:
 - tam dilate serviksin olduğu ilerlemiş eylem
 - doğumdan sonra yaşama şansı olmayan preterm bebek
 - çoğul gebelikte diğer bebeklerin doğurtulması;
- Bebeği vajinal yolla doğurtmak için:
 - bebeğin ayak bileklerini bir elinizle yakalayın;
 - sadece tek ayak prezente oluyorsa, elinizi vajene sokun ve diğer ayağı çekin;
 - ayak bileklerinden bebeği nazikçe aşağı doğru çekin;
 - sırtı ve omuzları görünene kadar bebeği doğurtun;
 - kolların doğumuyla devam edin (**sayfa İ 38**).

MAKAT EKSTRAKSİYON

- Yüksek derecede dezenfekte veya steril eldivenler giyerek (mümkünse uzun eldivenler giyin), uterusu bir elinizi sokun ve bebeğin ayağını yakalayın.
- Ayağı tutun ve vajinaya doğru çekin.
- Sırtı ve omuzları görünene kadar bebeği doğurtun.
- Kolların doğumuyla devam edin (**sayfa İ 38**).
- Makat ekstraksiyonundan sonra tek doz antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 gr ARTI metronidazol 500 mg İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr ARTI metronidazol 500 mg İV.

DOĞUM SONRASI BAKIM

- Bebeğin ağzını ve burnunu aspire edin.
- Kordu klempleyin ve kesin.
- Doğumdan sonra 1 dakika içinde 10 ünite oksitosin verin ve 3. evrenin aktif yönetimine devam edin (sayfa K- 73).
- Kadını dikkatlice muayene edin ve serviksteki (**sayfa İ- 81**) veya vajinadaki (**sayfa İ- 83**) yırtıkları veya epizyotomi (**sayfa İ- 73**) onarın.

- Endikasyonları gözden geçirin. Vaginal doğumun mümkün olmadığından emin olun.
- Fetusun canlı olup olmadığını anlamak için fetal kalp atımlarını dinleyin ve fetal prezentasyonu anlamak için muayene yapın.
- Operatif bakım kurallarını gözden geçirin.
- Lignocaine ile lokal infiltrasyon, ketamine, spinal anestazi yada genel anestezi kullanın.

- Eğer genel anestezi, ketamine yada spinal anestazi için gerekli anestezik maddeler yoksa yada bu anestezi türleri için deneyimi olan eğitilmiş personel yoksa lokal anestezi güvenilir bir alternativedir.

- Eğer sezaryen için lokal anestezi kullanılacakca; operatör kadını bilgilendirmeli ve işlem süresince güven vermelidir. Operatör aletleri kullanırken dokuları tutarken olabildiğince nazik olmalıdır ve kadının uyanık ve alert (tedirgin) olduğunu aklında tutmalıdır.

Not: Kalp yetmezliği durumlarında, bilinçli sedasyon ile birlikte lokal infiltrasyon anestezisi kullanın. Spinal anesteziden kaçının.

- Yüksek vertikal insizyon (**sayfa İ- 50**) gerekip gerekmeyeceğini belirleyin:

- Daha önceki sezaryenlere bağlı yoğun adhezyonlar nedeni ile alt segment insizyonu ile ulaşılamıyorsa;

- Transvers olarak uzanan (fetusun sırtı aşağıda ise) fetuslarda Alt uterin segment insizyonu güvenli bir şekilde yapılamıyorsa;

- Fetal malformasyonlar (örn.:yapışık ikizler) varsa;

- Alt segment üzerine büyük fibroidler varsa;

- Plasenta previa nedeni ile aşırı derecede damardan zengin bir alt segment varsa;

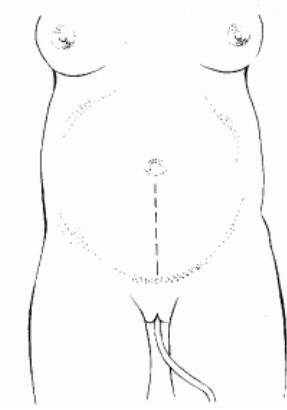
- Serviks karsinomu varsa yüksek vertikal insizyon gerekebilir.

- Eğer bebeğin başı ilerlemeyen (distozik) doğumlarda pelvis içerisinde çok derinde ise, yardımla sezaryen doğumu için vagina hazırlanmalıdır.
- Supin hipotansif sendromu önlemek için ameliyat masası sol yana eğimli hale getirilir yada sırtını sağ yanının altına bir yastık yada kıvrılmış bir battaniye konur.

ABDOMENİN AÇILMASI

- Umbilikusun altından pubik kıllara kadar deri boyunca fascia'ya kadar orta hat vertikal insizyon yapılır (**Şekil İ-19**).

Not: Eğer lokal anestezi altında sezaryen yapılacaksa, orta hat kesisini, genel anestezi kullanıldığında yapılacak olan kesiden 4 cm daha uzun yapın. Bu durumda daha uzun süre alacağı için, yanlara doğru iyi açılmayacağı için ve daha çok lokal anestezi gerektireceği için **Pfannenstiel insizyon kullanmayın.**

ŞEKİL İ-19**Abdominal kesinin yeri**

- Fascia üzerine 2-3 cm kesi yapın.
- Fascia kenarlarını forseps ile tutun ve insizyonu makasla yukarıya ve aşağıya doğru uzatın.
- Rektus adalelerini (abdominal duvar adalelerini) ayırmak için parmaklarınızı yada makasınızı kullanın.
- Umbilikusun yanından peritonu açmak için parmaklarınızı kullanın. Uterusun tamamını görmek amacı ile kesiyi yukarıya ve aşağıya uzatmak için makasınızı kullanın. Mesane yaralanmasını önlemek amacı ile tabakaları ayırırken makasınızı dikkatli olarak kullanın ve peritonun alt kısmını açın.
- Pubis keiğinin üzerinden mesane ekartörünü yerleştirin.
- Alt uterin segmentin üzerini örten gevşek peritonu yakalamak için forseps kullanın ve makasla kesin.
- Makasınızı uterus ve gevşek periton arasına yerleştirerek kesiyi genişletin ve her iki yana doğru transvers olarak yaklaşık 3 cm kadar kesin.

- Alt uterin segmentten mesaneyi aşağıya doğru itmek için iki parmağınızı kullanın. Mesane ekartörünü pubis kemiği ve mesane üzerinden yeniden yerleştirin.

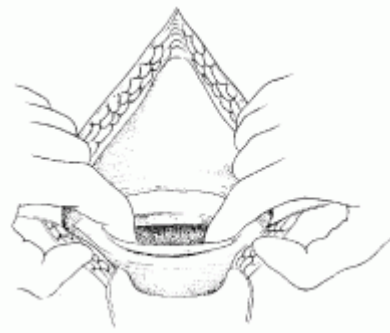
UTERUSUN AÇILMASI

- Uterusun alt segmentine 3 cm.lik transvers kesi yapmak için bistüri kullanın. Bu kesi mesaneyi aşağıya itmek için yapılan vesico-uterine serozanın 1 cm altından yapılmalıdır.
- Kesinin her ikikenarına parmaklarınızı yerleştirerek ve aynı anda yukarıya ve yanlara doğru nazikçe çekerek kesiyi genişletin (**Şekil İ- 20**).
- Eğer **alt uterin segment kalın ve dar ise**; kesiyi, uterin damarlara doğru uzamasını önlemek için parmakların yerine makas kullanarak hilal tarzında yanlara ve yukarıya doğru uzatın.

Uterin kesinin, bebeğin baş ve gövdesinin kesiyi yırtmadan çıkmasını sağlayacak kadar genişlikte olması önemlidir.

ŞEKİL İ-20

Uterus kesisinin genişletilmesi



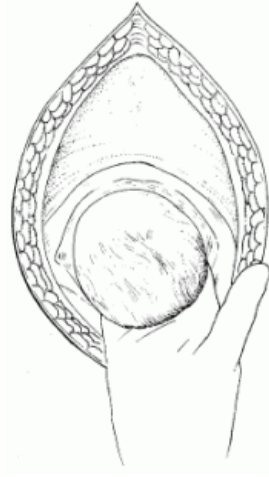
BEBEĞİN VE PLASENTANIN DOĞUMU

- Bebeği doğurtmak için, bir el uterus içerisine uterus ile bebeğin başı arasına yerleştirilir.
- Parmaklar ile baş yakalanır ve fleksiyon habitusuna getirilir.
- Kesiden yukarıya doğru, kesinin aşağıya servikse doğru uzamamasına dikkat edilerek, bebeğin başı nazikçe kaldırılır (**Şekil İ-21**).
- Diğer el ile uterusun fundus'una abdomen üzerinden nazikçe bası yapılarak başın doğmasına yardım edilir.

- Eğer bebeğin başı pelvis içerisinde yada vaginada derinde ise, bir yardımcıya (steril eldiven giyerek) vaginaya ulaşması ve bebeğin başını vaginadan yukarıya doğru itmesi söylenir. Ardından baş kaldırılır ve doğurtulur (**Şekil İ-22**).

Şekil İ-21

Bebeğin başının doğurtulması



Şekil P-22

Derine angaje olmuş başın doğurtulması



- Doğardoğmaz bebeğin ağız ve burnu aspire edilir.
- Omuzlar ve gövde doğurtulur.
- Bir litre IV sıvı (normal saline yada Ringer's laktat) içerisinde 20 Ünite oksitosin dakikada 60 damla gidecek şekilde 2 saat süre içerisinde verilir.
- Umbilikal kordon klemp ile sıkıştırılır ve kesilir.
- İlk muayenesi için bebek yardımcıya verilir (**sayfa K- 76**).
- Kordon sıkıştırılıp kesildikten sonra koruyucu amaçlı tek doz antibiyotik verilir (**sayfa K- 35**):

- Ampicillin 2 Gm IV

-yada Cefazolin 1 Gm IV

- Kordon nazikçe gergin tutularak uterusu abdomen üzerinden masaj yapılır.
- Plasenta ve membranlar doğurtulur.

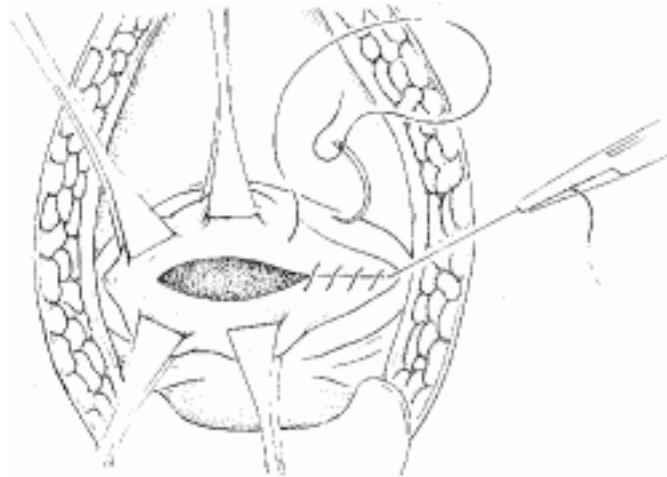
UTERUS KESİSİNİN KAPATILMASI

Not: Sezaryende **Couvelaire uterus** (şiş ve kan ile renk değiştirmiş) görülürse, normal şekilde kapatılır ve gözlenir.

- Uterus kesisinin köşeleri klempler ile yakalanır.
- Kesinin alt kenarı klempler ile yakalanır. Mesaneden ayrı olduğundan emin olunur.
- Uterus kesisinde herhangi bir uzama olup olmadığı dikkatlice bakılır.
- Kesi ve uzantıları 0 kromik katgut (yada polyglycolic) sütür ile sürekli kilitli olarak onarılır (**Şekil İ- 23**).
- Eğer kesi yarından hala kanama oluyorsa (figure of eight) 8 şeklinde sütürler ile kapatılır. Uterus kesisi için rutin olarak ikinci tabaka dikiş atılmasına gereksinim yoktur.

Şekil P-23

Uterus kesisinin kapatılması



KARIN DUVARININ KAPATILMASI

- Karın kapatılmadan önce uterus kesisine dikkatlice bakılır. Kanama olmadığından ve uterusun sert olduğundan emin olunur. Tamponlar kullanılarak karın içerisindeki pıhtılar temizlenir.
- Mesanede zedelenme olup olmadığı dikkatlice kontrol edilir, varsa onarılır (**sayfa İ-97**).
- Fascia tabakası 0 kromik katgut (yada polyglycolic) suture ile kesintisiz (kontinü) biçimde kapatılır.
Not: Mesane peritonunu yada abdominal peritonu kapatmaya gereksinim yoktur.
- Eğer **enfeksiyon bulguları varsa**; ciltaltı dokusunu gazlı bez ile doldurup gevşek olarak 0 katgut (yada polyglycolic) sutureler ile tespit edin. Cildi enfeksiyon geçtikten sonra geç olarak kapatın.
- Eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**; cilt 3-0 nylon (yada ipek) vertikal mattress sutureler kullanılarak kapatılır.
- Abdomen üzerinden uterusu nazikçe bası uygulanarak uterustaki ve vaginadaki pıhtılar çıkarılır.

CERRAHİ GİRİŞİM SIRASINDAKİ PROBLEMLER

KANAMA KONTROL EDİLEMİYOR

- Uterusa masaj yapın.
- Uterus ATONİK ise, oksitosin infüzyonuna devam edin, 0.2 mg ergometrine IM ve varsa prostaglandinler verilir. Bu ilaçlar birlikte yada ardışık olarak verilebilir (**Tablo S-8, sayfa S- 28**).
- Gerekirse transfüzyon yapılır.
- Kanamanın kaynağı bulununcaya ve durduruluncaya dek kanamayı azaltmak için bir yardımcı parmakları ile aortaya bası yapar.
- Eğer kanama kontrol edilemiyorsa, uterin ve utero-ovarian arter ligasyonu (**sayfa İ- 99**) yada histerektomi (**sayfa İ- 103**) yapılır.

BEBEK MAKAT İLE GELİYOR

- Eğer bebek makat ile geliyorsa, ayaklarından yakalanır ve kesi içerisinden doğurtulur.
- Vaginal makat doğumlarda olduğu gibi doğum tamamlanır (**sayfa İ- 37**):
 - Bacaklar ve gövde omuzlara kadar doğurtulur, ardından kollar doğurtulur.
 - Mauriceau-Veit-Smellie manevrası kullanılarak baş fleksiyona getirilerek doğurtulur (**sayfa İ- 40**).

BEBEK TRANSVERS DURUYOR

BEBEĞİN SIRTİ YUKARIDA İSE

- Eğer sırt yukarıda ise (uterusun fundusuna yakın ise), uterus içerisine girin ve bebeğin ayak bileklerini yakalayın.
- Ayak bileklerini yakalayın ve ayakları doğurtmak için kesiden yukarıya doğru yavaşça çekin ve doğumu makat doğumlarında olduğu gibi tamamlayın (**sayfa İ- 38**).

BEBEĞİN SIRTİ AŞAĞIDA İSE

- Eğer bebeğin sırtı aşağıda ise, tercih edilen kesi yüksek vertikal uterine kesidir (**sayfa İ- 50**).
- Kesi yapıldıktan sonra uterus içerisine girilir ve ayaklar bulunur. Kesiden yukarıya doğru ayaklar çekilerek makat doğumlarında olduğu gibi doğum tamamlanır (**sayfa İ- 38**).
- Vertikal kesiyi kapatmak için birden fazla tabaka dikmek gerekebilir (**sayfa İ- 50**).

PLASENTA PREVİA

- Eğer plasenta önde ve aşağıya doğru uzanıyorsa, plasenta kesilerek uterus boşluğuna girilir ve fetus doğurtulur.
- Bebeğin doğumundan sonra, eğer plasenta el ile yerinden ayıramıyorsa; tanı, önceki sezaryen skarlarında sık rastlanan bir bulgu olan plasenta accreata'dır. Histerektomi yapılır (**sayfa İ- 103**).
- Plasenta previa olan kadınlar postpartum kanama yönünden yüksek risk taşırlar. Eğer plasenta tutunma yerinden kanama oluyorsa, kanayan bölgelere içten kromik katgut (yada polyglycolic) ile sütür konur.

- Erken postpartum dönemde kanama yönünden takip edilir ve duruma uygun yol izlenir (sayfa S- 25).

İŞLEM SONRASI BAKIM

- Operasyon sonrası bakım prensiplerini gözden geçir (sayfa K- 52).
- Eğer **kanama olursa**:
 - Kan ve kan pıhtılarının atılması için uterusu masaj yapılır. Kan pıhtılarının varlığı etkin uterus kasılmalarını önler.
 - 20 Ünite Oxytocin 1 lt IV sıvı içerisinde (normal saline yada Ringer's lactate) dakikada 60 damla gidecek şekilde ve 0.2 mg Ergometrine IM ve prostaglandinler (Tablo S-8, sayfa S-28) verilir. Bu ilaçlar birlikte yada ardışık olarak verilebilir.
- Eğer **enfeksiyon bulguları varsa** yada kadında yeni bir **ateş oldu ise**, 48 saat ateşsiz dönem geçirinceye dek antibiyotik kombinasyonu verilir.
 - Ampicillin 2 Gm, 6 saatte bir IV;
 - EK OLARAK Gentamycin 5 mg/kg, 24 saatte bir IV,
 - EK OLARAK Metronidazole 500 mg, 8 saatte bir IV
 - Uygun analjezik ilaçlar verilir.

YÜKSEK VERTİKAL (KLASİK) KESİ:

- Abdomen orta hat kesisi ile umbilikusun yanından geçilerek açılır. Kesinin yaklaşık olarak 1/3'ü umbilikusun üzerinde ve 2/3'ü ise altında olmalıdır.
- Kesi yapmak için bistüri kullanılır.
 - Uterusa yapılacak kesini tam ortadan yapılabilmesi için lig. rotundumların pozisyonu kontrol edilir (Uterus bir tarafa doğru bükülmüş olabilir).
 - Uterus kesisi orta hattan uterusun fundusu üzerinden yapılır.
 - Kesi yaklaşık olarak 12-15cm uzunlukta olmalıdır ve alt sınırı peritonun utero-vesikal kıvrımını aşmamalıdır.

- Yüksek dereceli dezinfecte edilmiş eldiven giymiş bir yardımcıya kesi kenarlarına kanamayı kontrol etmek için bası yapması söylenir.
- Membranlara ulaşıncaya dek kesi derinleştirilir ve ardından makas kullanılarak geniletilir.
- Membranların rüptüre edilmesinden sonra bebeğin ayakları yakalanır ve bebek doğurtulur.
- Plasenta ve membranlar doğurtulur.
- Allis yada Green Armytage forsepsler ile kesi kenarları yakalanır.
- Kesi en az 3 tabaka olarak dikilir.

- Önce 0 kromik katgut (yada polyglycolic) sütün ile sürekli teknik ile kaviteye en yakın olan tabaka, desiduadan geçmemeye özen gösterilerek kapatılır.

- Uterus adalesinin ikinci tabakası tek tek 1 kromik katgut (yada polyglycolic) sütünler ile kapatılır.

- Yüzeysel lifler ve seroza atravmatik iğneli 0 kromik katgut (yada polyglycolic) sütünler ile sürekli teknik (continuous) ile kapatılır.

- Karın duvarı Alt segment sezaryen ameliyatlarında olduğu gibi kapatılır (**Sayfa İ-48**)

Bu ameliyatı geçiren kadınlar sonraki gebeliklerinde travay çekmemelidirler.

SEZARYENDE TUBA LİGASYONU

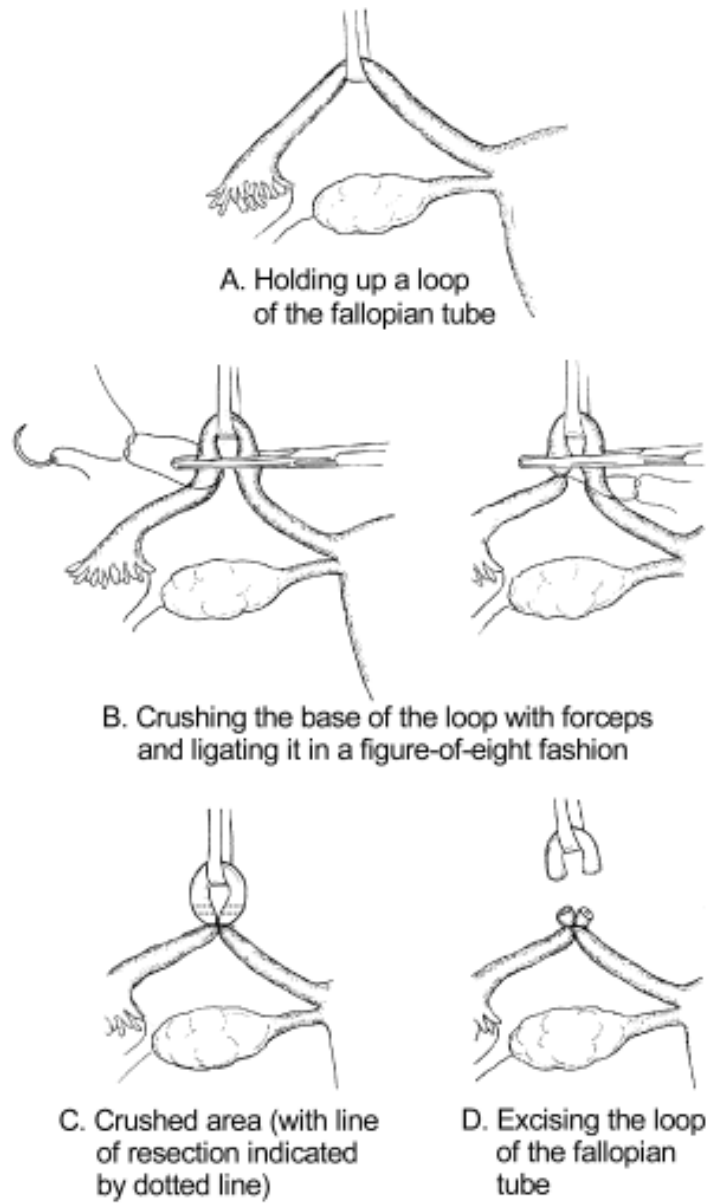
Eğer kadın doğum eylemi başlamadan **önce** (prenatal mayeneler sırasında) işlem için talepte bulunduysa tuba ligasyonu sezaryen ameliyatını takiben hemen uygulanabilir. Yeterli danışmanlık ve bilgilendirilmiş karar verme ve onam alınma işlemleri isteğe bağlı sterilizasyon işlemlerinden önce yapılmalıdır; Travay ve doğum sırasında çoğu kez bu mümkün olmaz.

- Hastanın onamı gözden geçirilir.
- Fallop túbünün en az vasküler olan orta kısmı Babcock yada Allis forsepsi ile yakalanır.
- 2.5 cm uzunlukta bir tüp kıvrımı yakalanır (**Şekil P-24A, sayfa İ- 52**).

- Bu kıvrımın tabanı arter forsepsi ile ezilerek tutulur ve 0 normal catgut suture ile bağlanır (Şekil İ-24 B, sayfa İ- 52).
- Ezilmiş bölge üzerinden 1 cm uzunluğunda bir kıvrım segmenti kesilerek çıkarılır (Şekil İ- 24 C-D).
- Aynı işlem diğer taraf için yapılır.

ŞEKİL P-24

Tüplerin Bağlanması



Simfizyotomi, lokal anestezi altında symphysis'in ligamentlerinin cerrahi olarak kesilmesi ile pelvis çaplarının (2cm.ye kadar) geçici olarak arttırılması işlemidir. Bu işlem sadece vakum ekstraksiyon (**sayfa İ- 27**) ile birlikte uygulanmalıdır. Sezaryen ameliyatının gerçekleştirilemediği yada yapılamadığı yerlerde vakum ekstraksiyon ile symphysiotomy'nin birlikte uygulanması hayat kurtarıcı bir işlemdir. Symphysiotomy uterusu skar bırakmaz ve ilerideki doğumlarda uterusun rüptüre olma riski artmaz. Buna rağmen bu yararları karşılık işlemin riskleri tartılmalıdır. Riskler üretra ve mesane zedelenmesi, infeksiyon ağrı ve uzun süreli yürüme güçlüğüdür. Bu nedenle symphysiotomy daha güvenli seçeneklerin olmadığı durumlarda uygulanmalıdır.

• Endikasyonları gözden geçirin:

- Kontrakte (Dar) pelvis;
- Vertex gelişi;
- Uzamış ikinci devre;
- Uygun bir hızlanma döneminden sonra descensus'un olmaması;
- VE tek başına vakum uygulamasının başarısız olması yada başarısız olacağını düşünülmesi.

• Symphysiotomy için şartları gözden geçirin:

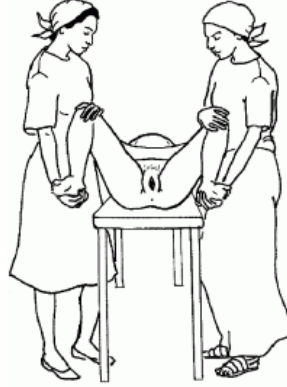
- Fetus canlı olmalı;
- Serviks tam dilate olmalı;
- Baş -2'de olmalı yada symphysis'in 3/5'inden yukarıda olmamalı;
- Baş symphysis üzerine binmemiş olmalı;
- Sezaryen için şartlar uygun olmamalı yada acil olarak yapılma imkanı olmamalı;
- Hekim symphysiotomy için deneyimli ve yeterli olmalı.

• Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).

• Emosyonel destek ve cesaret verin. Lignocaine ile lokal infiltrasyon uygulayın (**sayfa K- 38**).

• İki yardımcının, kadının kalçalarını ve dizlerini fleksiyonda tutmalarını sağlayın. Kalçalar orta hattan 45°'den fazla abduksiyonda olmamalıdır (**Şekil İ-25**).

Kalçaların orta hattın 45°'den fazla abduksiyonu uretra ve mesane yırtılmalarına yol açabilir.

ŞEKİL P-25**Simfizyotomi için kadına pozisyon verilmesi**

- Mediolateral epizyotomi yapın (**sayfa İ- 71**). Eğer halihazırda epizyotomi yapılmışsa, vagina duvarlarının ve uretranın gerilmesini minimal düzeyde tutmak için genişletin.
- Symphysis'in anterior, superior ve inferior bölgelerini 0.5% Lignocaine solusyonu ile infiltre edin (**sayfa K- 39**).

Not: Damar içerisinde olmadığınızdan emin olmak için önce enjektörün pistonunu geri çekin. Eğer enjektörün aspirasyonu ile birlikte kan gelirse, iğneyi geri çekin Pozisyonu dikkatlice tekrar kontrol edin. Kan aspire edildiğinde asla lokal anesteziyi injekte etmeyin. **Eğer IV enjeksiyon olursa kadında konvulsiyonlar ve ölüm meydana gelebilir.**

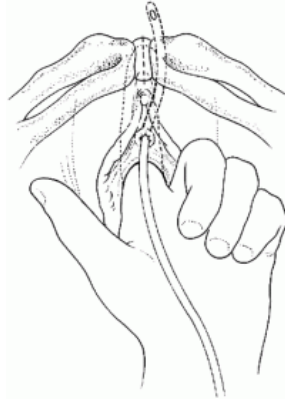
- Lokal anesteziğin enjeksiyonu tamamlandıktan sonra 2 dakika kadar bekleyin ve kesi bölgesini forsepsle sıkıştırın. Eğer kadın ağrı hissederse, 2 dakika daha bekleyin ve ardından tekrar test edin.

Lokal anesteziyi, etki için yeterli zaman kalacak kadar erken uygulayın.

- Uretrayı belirleyebilmek için yeterli sertlikte bir kateter takın.
- Suprapubik deri bölgesine antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).

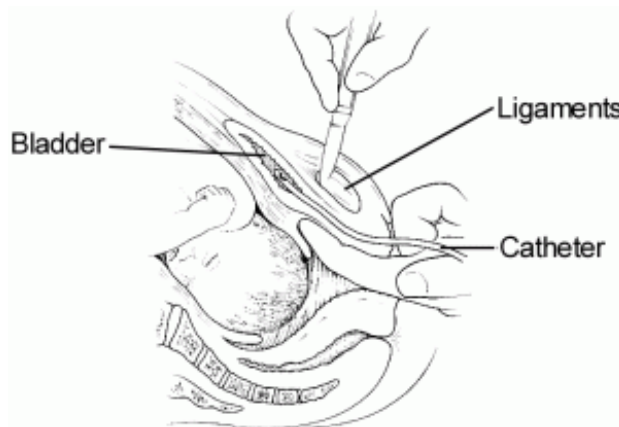
- Yüksek derecede dezenfekte edilmiş eldivenler giyin, işaret parmağınızı vagina içerisine sokun ve kateteri iterek uretra ile beraber orta hattan uzaklaştırın (Şekil İ-26).

ŞEKİL P-26 Kateter yerleştirildikten sonra uretranın bir tarafa doğru itilmesi



- Diğer ele, symphysis üzerinden kama tarzında batırılarak vertikal derin bir insizyon yapmak için sağlam ve kalın bir bistüri alınır.
- Orta hatta kalarak iki pubis kemiğini birleştiren kıkırdak doku, bistüri ucu vagina içindeki parmak tarafından hissedilinceye dek aşağıya doğru kesilir.
- Symphysis'in altına doğru kıkırdak doku aşağıya kadar kesilir. Ardından bistüri yukarıya doğru çevrilir ve symphysis'in üstü de kesilir.
- Symphysis tüm uzunluğu boyunca kesildikten sonra pubik kemikler ayrılacaktır.

ŞEKİL P-27 Kıkırdağın ayrılması



- Kıkırdak ayrıldıktan sonra, uretral travmayı azaltmak için kateter çekilir.
- Vakum ekstraksiyon (sayfa İ -27) ile doğum gerçekleştirilir. Başın inişi simfizisin 1-2 cm ayrılmasına yol açar.
- Doğumdan sonra mesaneye kateter konur.

Kanama olmadığı sürece kama tarzındaki kesiyi kapatmaya gerek yoktur.

İŞLEM SONU BAKIM:

- Eğer **enfeksiyon bulguları varsa** yada kadında yeni bir **ateş oldu ise**, 48 saat ateşsiz dönem geçirinceye dek antibiyotik kombinasyonu verilir (**sayfa K- 35**).
- Ampicillin 2 Gm, 6 saatte bir IV;
- EK OLARAK Gentamycin 5 mg/kg, 24 saatte bir IV,
- EK OLARAK Metronidazole 500 mg, 8 saatte bir IV
- Uygun analjezik ilaçlar verilir (**sayfa K- 37**).
- Symphysis'i stabilize etmek ve ağrıyı azaltmak için pelvisin önünden bir iliak kristadan diğerine uzanan elastik sargı uygulanır.
- En az 5 gün süre ile kateter mesanede bırakılır.
- İyi bir idrar çıkışını sağlamak için kadının bol sıvı içmesi cesaretlendirilir.
- Hastaneden çıktıktan sonra en az 7 gün yatak istirahatı yapılması önerilir.
- Eğer kendini hazır hissederse kadının yardımıyla yürümesi yüreklendirilir.
- Eğer uzun süreli yürüme güçlüğü ve ağrı olursa (olguların %2'sinde gözlenir) fizik tedavi ile tedavi edilir.

Fetal ölüm ile birlikte olan ilerlemeyen doğum olgularının bazılarında, craniotomy yaparak fetal başın boyutlarının küçültülmesi vaginal doğum imkanı yaratabilir ve sezaryen ile doğumun risklerinden kaçınmayı sağlar. Craniocentesis, vaginal doğumu mümkün kılabilmek için hydrosefalik bir başın boyutlarını küçültebilir.

- Hastanıza emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. Gerekirse IV Diazepam yavaş olarak verin yada pudendal blok uygulayın (**sayfa İ- 3**).

KRANİYOTOMİ (Başın delinmesi)

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım prensiplerini (**sayfa K- 17**) gözden geçirin ve vaginaya antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Gerekirse epizyotomi yapın (**sayfa İ- 71**).

BAŞ PREZENTASYONU

- Kafa derisine + şeklinde bir kesi yapın (**Şekil i-28**).

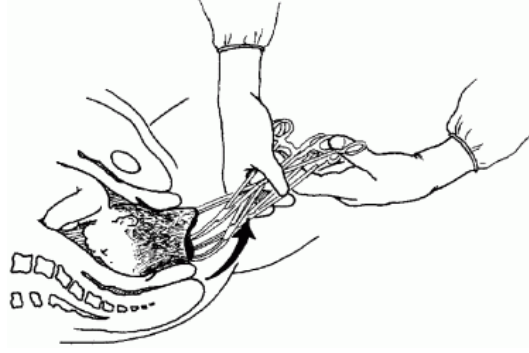
ŞEKİL İ-28

Kafa derisine + şeklinde kesi yapılması



- Kafa tasını en aşağı ve en merkezi kemik bölümünden kraniotom (yada geniş uçlu makas yada kalın ve güçlü bir bistüri) ile açın. Yüz gelişinde, orbitaları perfore edin.
- Kraniotomu fetal kafatası içerisine koyun ve intrakranial yapıları parçalayın.

- Birkaç büyük dişli forseps ile (örn. Kocher) kafatasının kenarını yakalayın ve doğum kanalının eksenini doğrultusunda traksiyon uygulayın (**Şekil İ-29**).

ŞEKİL İ-29**Kafatası'nın çekilmesi ile ekstraksiyon**

- Baş aşağıya indikçe kemik pelvisin baskısı nedeni ile kafatası kollabe olur ve başın çapları küçülür.
- **Eğer baş kolayca doğmuyorsa; sezaryen yapın (sayfa İ- 43).**
- Doğumdan sonra kadını dikkatlice muayene edin ve serviks (**sayfa İ- 81**) yada vagina'daki (**sayfa İ- 83**) yırtıkları onarın ve epizyotomi (**sayfa İ- 73**) yerini onarın.
- Mesane zedelenmesi olmadığından emin oluncaya dek mesaneye kalıcı kateter koyun.
- Yeterli sıvı alınımasını ve idrar çıkışını sağlayın.

TAKILMIŞ BAŞ İLE BİRLİKTE OLAN MAKAT GELİŞİ

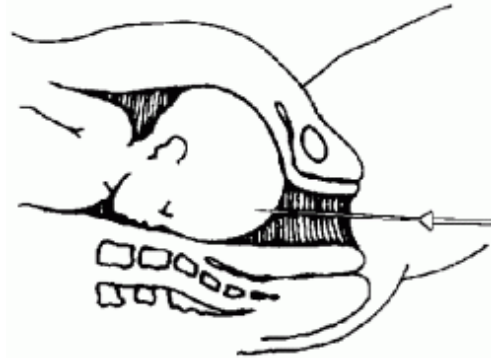
- Ense tabanından deriye bir kesi yapın.
- Kesi içerisinden kraniyotomi (yada geniş uçlu makas yada kalın ve güçlü bir bistüri) yerleştirin ve cilt altından oksiput'a ulaşmaya dek tunel açın.
- Oksiput'u delin ve aralığı mümkün olduğunca geniş olarak açın.
- Baş aşağıya indikçe kafatasının kollabe olması için gövdeye traksiyon uygulayın.

KRANİYOSENTEZ (Başa ponksiyon yapılması)

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım prensiplerini (**sayfa K- 17**) gözden geçirin ve vaginaya antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Gerekirse epizyotomi yapın (**sayfa İ- 71**).

TAM DİLATE OLAN SERVİKSTE:

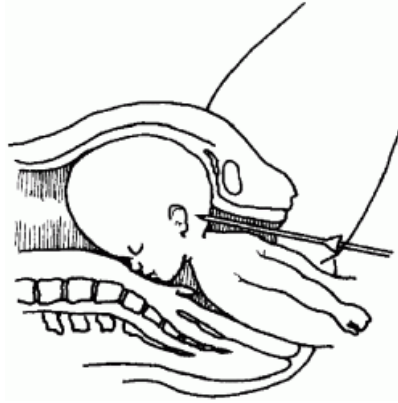
- Geniş lümenli bir spinal iğneyi dilate olmuş servikal kanaldan geçirerek sagittal sütür hattından yada fontanelden fetal kafatası içerisine sokun (Şekil İ-30).
- Fetal kafatası kollabe oluncaya dek serebrospinal sıvıyı aspire edin ve normal doğumun ilerlemesine izin verin.

ŞEKİL İ-30**Dilate servikste kraniyosentez yapılması****KAPALI SERVİKSTE**

- Fetal başın lokalizasyonunu palpe edin.
- Suprapubik deriye antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Geniş lümenli bir spinal iğneyi abdominal duvardan, uterus duvarından ve hidrosefalik kafatasından içeriye sokun.
- Fetal kafatası kollabe oluncaya dek serebrospinal sıvıyı aspire edin ve normal doğumun ilerlemesine izin verin.

MAKAT GELİŞLERİNDE ARKADAN GELEN BAŞ İÇİN:

- Gövdenin kalan kısmı doğduktan sonra, geniş lümenli bir spinal iğneyidilate serviksten ve foramen magnum içerisinden başın içerisine sokun (**Şekil İ- 31**).
- Serebrospinal sıvıyı aspire edin ve arkadan gelen başı makat doğumlarında olduğu gibi doğurtun (**sayfa İ -40**).

ŞEKİL P-31**Arkadan gelen başa Craniocentesis yapılması****SEZARYEN SIRASINDA**

- Uterus kesisi yapıldıktan sonra geniş lümenli bir spinal iğne hydrosefalik başın içerisine sokun.
- Fetal kafatası kollabe oluncaya dek serebrospinal sıvıyı aspire edin.
- Bebek ve plasentayı sezaryen operasyonunda olduğu gibi doğurtun (**sayfa İ- 45**).

İŞLEM SONU BAKIM

- Doğumdan sonra kadını dikkatlice muayene edin ve serviks (**sayfa İ- 81**) yada vagina'daki (**sayfa İ- 83**) yırtıkları onarın ve epizyotomi (**sayfa İ- 73**) yerini onarın.
- Mesane zedelenmesi olmadığından emin oluncaya dek mesaneye kalıcı kateter koyun.
- Yeterli sıvı alınımını ve idrar çıkışını sağlayın.

Uterusun boşaltılmasında tercih edilen yol manuel vakum aspirasyonudur (**sayfa İ- 65**). Dilatasyon ve kürtaj sadece manuel vakum aspirasyon'un uygulanamadığı durumlarda yapılmalıdır.

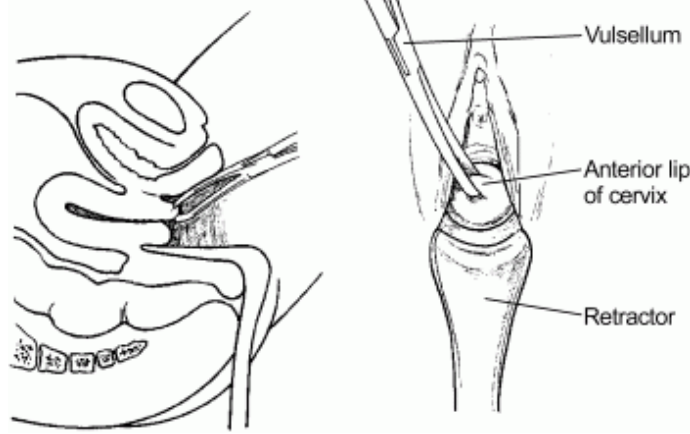
- Endikasyonları gözden geçirin (**sayfa İ- 65**).
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).
- Hastanıza emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. İşemden önce IM yada IV pethidine verin. Gerekirse paraservikal blok uygulayın (**sayfa İ -1**).
- Myometrium'u daha sert yapmak ve perforasyon riskini azaltmak için işlemden önce 10 ünite oksitosin IM yada 0.2 mg ergometrine yapın.
- Uterusun büyüklüğünü ve pozisyonunu, ve fornikslerin durumunu değerlendirmek için bimanuel pelvik muayene yapın.
- Vagina ve servikse antiseptik solusyon uygulayın (özellikle servikal os'a) (**sayfa K- 22**).
- Servikte yırtık olup olmadığını yada atılan konsepsiyon ürünlerini kontrol edin. Eğer serviks ve vaginada konsepsiyon ürünleri varsa, ring forseps (yada tampon) kullanarak alın.
- Vulsellum yada tekdişli tenaculum ile serviksin ön dudağını nazikçe yakalayın (**Şekil İ-32, sayfa İ- 62**).

Not: İnkomplet abortus olgularında serviksi tutmak için tenaculum yerine traksiyon sırasında serviksi yırtma riski daha az olan ve yerleştirilmesi için lignocain kullanımına gerek olmayan ring forseps tercih edilir

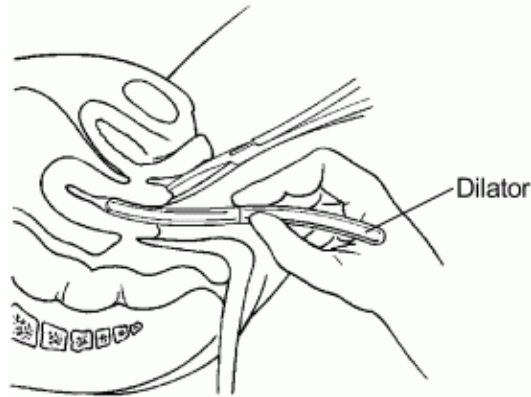
- Serviksi yakalamak için tenaculum kullanılacak ise, önce spekulum ile görünür hale getirilen serviksin ön yada arka dudağına 1 ml 0.5% lignocaine solusyonu injekte edilir (Genellikle saat 10 yada 12 pozisyonu kullanılır).
- Sadece missed abortus olgularında yada konsepsiyon ürünlerinin artıklarının uterus içerisinde günlerce kaldığı olgularda dilatasyon gerekebilir.

- Nazikçe en geniş çaplı kanül yada kureti yerleştirin.
- Kanül yada küret geçmez ise derceli dilatatörler kullanın. En küçük çaplı dilatatör ile başlayın ve yeterli dilatasyonu sağlayan en geniş dilatatör ile işlemi bitirin (genellikle 10-12 mm) (**Şekil P-33, sayfa İ- 62**).
- Serviksi yırtmamaya ve yanlış bir kanal yaratmamaya dikkat edin.

ŞEKİL İ-32 Retraktörün yerleştirilmesi ve serviksin ön dudağının yakalanması



ŞEKİL İ-33 Serviksin dilate edilmesi



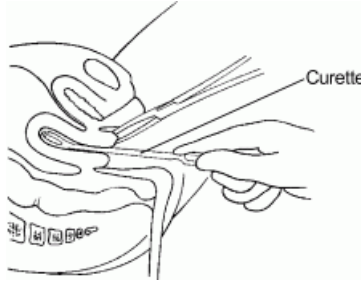
- Uterusun uzunluğunu ve yönünü değerlendirmek için uterin sondayı nazikçe serviksten içeriye sokun.

Uterus gebelik sırasında çok yumuşaktır ve bu işlem sırasında kolaylıkla zedelenebilir.

- Ring forseps yada geniş bir küret ile uterus içindikileri boşaltın (Şekil İ-34, sayfa İ- 63). Uterus duvarlarını nazikçe cri-uterine alınıncaya dek kürete edin.

ŞEKİL İ-34

Uterusun kürete edilmesi



- Uterusun büyüklüğünü ve sertliğini kontrol etmek için bimanuel vaginal muayene yapın.
- Boşaltılan materyali inceleyin (**sayfa İ- 67**). Gerekirse materyali histopatolojik incelemeye gönderin.

İŞLEM SONU BAKIM

- Gerekirse ağızdan 500mg parasetamol verin.
- İsteddiği zaman yeme içme ve yürüme konusunda kadını yüreklendirin.
- Eğer mümkünse tetanus proflaksisi, danışmanlık yada aile planlaması metodları dahil olmak üzere diğer sağlık hizmetlerini önerin (**sayfa S- 12**).
- Komplike olmayan olguları 1-2 saat içerisinde taburcu edin.
- Acil müdahaleyi gerektiren semptom ve bulguları gözlemesi için kadına bilgi verin:
 - Uzamış kramplar (birkaç günden daha uzun süren);
 - Uzamış kanama (2 haftadan daha uzun süren);
 - Normal adet kanamasından daha fazla olan kanamalar;
 - Şiddetli ve artan ağrı;
 - Ateş, tireme ve halsizlik;
 - Bayılma.

- Endikasyonları gözden geçirin (16.haftadan önce durdurulamayan düşük, inkomplet abortus, molar gebelik yada içeride kalmış plasenta parçaları nedeni ile gecikmiş PPH).
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).
- Emosyonel destek ve cesaret sağlayın ve işlemden 30 dakika önce parasetamol verin. Nadiren paraservikal blok gerekebilir (**sayfa İ- 1**).
- MVA enjektörünü hazırlayın:
 - Enjektörü monte edin;
 - Sıkıştırıcı valfi kapatın;
 - Piston kolları kilitleninceye de pistonu geriye doğru çekin.

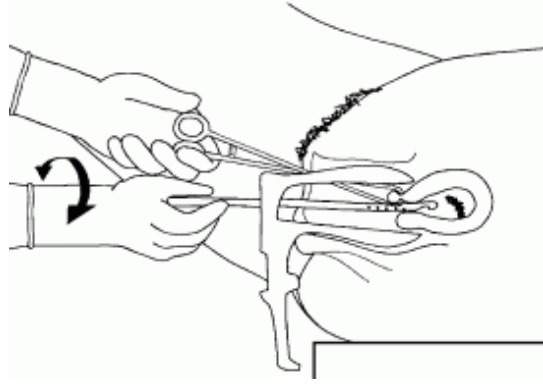
Not: Molar gebeliklerde uterus içeriği çok bol olduğu için kullanıma hazır 3 enjektör hazırlayın.

- Kanama çok hafif olsa bile işlemden önce myometriumu sertleştirmek ve perforasyon riskini en aza indirmek için 10 ünite oksitosin IM yada 0.2 mg ergometrine IM uygulayın.
- Uterusun büyüklüğünü ve pozisyonunu, ve fornikslerin durumunu değerlendirmek için bimanuel pelvik muayene yapın.
- Vagina ve servikse antiseptik solusyon uygulayın (özellikle servikal os'a) (**sayfa K- 22**).
- Servikste yırtık olup olmadığını yada atılan konsepsiyon ürünlerini kontrol edin. Eğer serviks ve vaginada konsepsiyon ürünleri varsa, ring forseps (yada tampon) kullanarak alın.
- Vulsellum yada tekdişli tenaculum ile serviksin ön dudağını nazıkçe yakalayın.

Not: İnkomplet abortus olgularında serviksi tutmak için tenaculum yerine traksiyon sırasında serviksi yırtma riski daha az olan ve yerleştirilmesi için lignocain kullanımına gerek olmayan ring forseps tercih edilir.

- Serviksi yakalamak için tenaculum kullanılacak ise, önce spekulum ile görünür hale getirilen serviksin ön yada arka dudağına 1 ml 0.5% lignocaine solusyonu injekte edilir (Genellikle saat 10 yada 12 pozisyonu kullanılır).
- Sadece missed abortus olgularında yada konsepsiyon ürünlerinin artıklarının uterus içerisinde günlerce kaldığı olgularda dilatasyon gerekebilir.

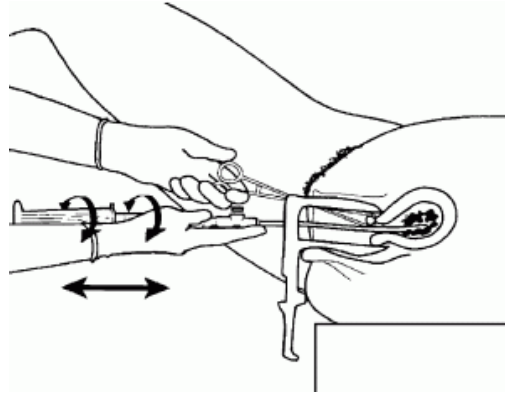
- Nazikçe en geniş çaplı aspirasyon kanülünü yerleştirin.
- Kanül geçmez ise derceli dilatatörler kullanın. En küçük çaplı dilatatör ile başlayın ve yeterli dilatasyonu sağlayan en geniş dilatatör ile işlemi bitirin (genellikle 10-12 mm) (**Şekil P-33, sayfa İ- 62**).
- Serviksi yırtmamaya ve yanlış bir kanal yaratmamaya dikkat edin.
- Servikse nazikçe traksiyon uygularken, aspirasyon kanülünü servikten uterus kavitesine doğru, sadece internal osu geçecek şekilde yerleştirin (**Şekil İ-35**). (Nazikçe bası uygularken kanülün ucunun döndürülmesi, kanülün ucunun servikal kanaldan geçişine yardım eder.)

Şekil İ-35**Kanülün yerleştirilmesi**

- Fundusa dokununcaya dek, fakat 10 cm'den fazla olmamak üzere kanülü uterus kavitesi içerisinde yavaşça itin. Kanülün üzerinde bulunan noktalara bakarak uterus derinliğini ölçün ve ardından kanülü hafifçe geri çekin.
- Vulsellum (yada tenaculum) ile kanülün ucunu bir elde ve enjektörü de diğer elde tutarak, hazırlanmış MVA enjektörünü kanüle tutturun.
- Oluşan vakumu kanül aracılığı ile uterus kavitesine iletmek için enjektör üzerindeki sıkıştırıcı valv serbest bırakılır.
- Enjektörü bir yandan diğer yana çevirerek (saat 10'dan 12 hizasına doğru) ve ardından nazikçe ve yavaşça uterus kavitesi içerisinde kanülü ileri ve geriye hareket ettirerek kalan gebelik ürünleri boşaltılır (**Şekil P-36, sayfa İ- 67**).

Not: Vakumun kaybını önlemek için kanülü açık olan servikal ostan geriye çekmeyin. Eğer vakum kaybolacak olursa yada enjektörün yarından fazlası dolacak olursa, boşaltın ve yeniden vakumu sağlayın.

Not: Enjektör içerisinde vakum oluştuktan sonra ve kanül uterus içerisinde iken, enjektörü piston kollarından tutmaktan kaçının. Eğer piston kolları kilitlenmemişse, piston kazaen enjektör içerisinde geri kayar ve materyali tekrar uterus içerisine iter.

ŞEKİL İ-36**Uterus içeriğinin boşaltılması**

- İşlemin tamamlandığını gösteren bulguları kontrol edin.
 - Kanül içerisinde doku yerine kırmızı yada pembe köpük görülürse;
 - Boşalmış olan uterus yüzeylerinden kanül geçerken cri-uterin hissedilirse;
 - Uterus kanülün etrafında kontrakte olursa (kanülü yakalarsa).
- Kanülü çekin. Enjektörden ayırın ve dekontaminasyon solusyonu içerisine koyun
- Valf açıkken MVA enjektörünün içeriğini pistonunu iterek bir süzgeç içerisinden geçirerek boşaltın.

Not: İşlemin tamamlandığından emin oluncaya dek enjektörü yüksek dercede dezenfekte edilmiş bir tepsi yada kutu içerisine bırakın.

- Uterusun boyutlarını ve sertliğini kontrol etmek için bimanuel muayene yapın.
- Uterustan çıkan dokulara süratle bir göz atın;
 - konsepsiyon ürünlerinin varlığı ve miktarı için;
 - tam boşaltıldığından emin olmak için;
 - molar gebelik kontrolü için (nadir)

Gerekirse fazla kan pıhtılarını temizlemek için dokular süzülür ve yıkanır, ardından muayene için temiz su, saline yada zayıf asetik asid (sirke) içeren bir kap içerisine konur. Gerekirse doku örnekleri patoloji laboratuvarına gönderilir.

- Eğer hiç konsepsiyon ürünü görülemez ise;
- Tüm gebelik ürünleri MVA yapılmadan önce atılmış olabilir (komplet abortus);
- Uterus kavitesi boş gibi görülebilir ancak tam olarak boşaltılamayabilir. Boşaltma işlemini tekrarlayın;
- Vaginal kanama inkomplet abortusa bağlı olmayabilir (örneğin hormonal kontraseptiflerde görüldüğü gibi çekilme kanaması olabilir yada uterin fibroid olabilir);
- Uterus anomalisi olabilir (örneğin kanül çift uterus'ta gebelik ürününün olmadığı tarafa girmiş olabilir).

Not: Gebelik semptomları olan ve konsepsiyon ürünleri gelmeyen kadınlarda ektopik gebelik olasılığı kuvvetle artar (**sayfa S- 13**).

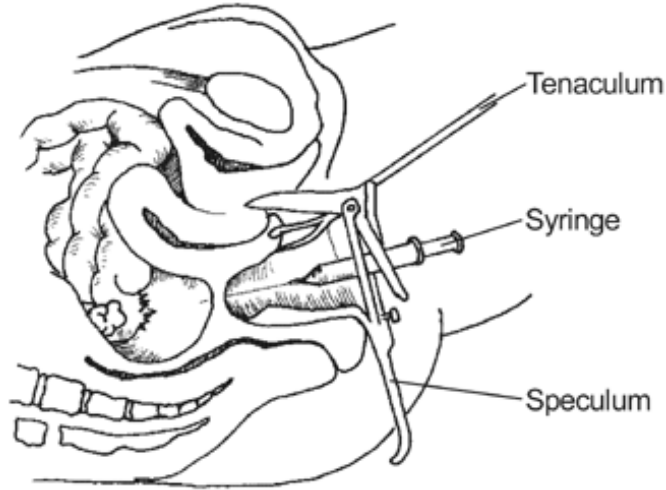
- Vaginaya nazıkçe spekulum yerleştirin ve kanamayı kontrol edin. Eğer uterus hala yumuşak ve küçük değilse yada devam eden aktif kanama varsa, boşaltma işlemi tekrar edilir.

İŞLEM SONU BAKIM BAKIM:

- Gerekirse ağızdan 500mg parasetamol verin.
 - İstedığı zaman yeme içme ve yürüme konusunda kadını yüreklendirin.
 - Eğer mümkünse tetanus profilaksisi, danışmanlık yada aile planlaması metodları dahil olmak üzere diğer sağlık hizmetlerini önerin.
 - Komplike olmayan olguları 1-2 saat içerisinde taburcu edin.
 - Acil müdahaleyi gerektiren semptom ve bulguları gözlemesi için kadına bilgi verin:
- Uzamış kramplar (birkaç günden daha uzun süren);
 - Uzamış kanama (2 haftadan daha uzun süren);
 - Normal adet kanamasından daha fazla olan kanamalar;
 - Şiddetli ve artan ağrı;
 - Ateş, tireme ve halsizlik;
 - Bayılma.

KULDOSENTEZ

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve vaginaya antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**) (özellikle posterior fornikse)
- Emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. Gerekirse, lignocaine ile lokal infiltrasyon uygulayın (**sayfa K- 38**).
- Serviksin posterior dudaklarını tenakulum ile tutun ve serviksi kaldırmak için nazıkçe çekin ve posterior vaginayı görün.
- Bir enjektöre uzun bir iğne (örn.spinal iğne) yerleştirin ve posterior vaginadan serviksin posterior dudaklarının hemen altından yerleştirin (**Şekil İ-37**).

ŞEKİL P-37**Kul-de-sak' ın tanısal amaçlı ponksiyonu**

- Cul-de-sac' ı (uterusun arkasındaki alan) aspire etmek için enjektör pistonu geri çekilir.
- Eğer pıhtılaşmamış kan gelirse, ektopik gebelikten kuşkulananın (**sayfa S- 13**);
- Eğer pıhtılaşan kan gelirse, bir ven yada arter aspire edilmiştir. İğneyi geri çekin ve tekrar yerleştirin ve aspire edin.
- Eğer berrak yada sarı sıvı aspire edilirse, peritonda kan yoktur. Bununla beraber, kadında hala rüptüre olmamış ektopik gebelik olabilir ve ileri gözlem ve testler gerekebilir (**sayfa S- 13**).

- Eğer hiç sıvı gelmez ise, iğneyi geri çekin ve yeniden yerleştirerek aspire edin. Eğer hiç sıvı gelmez ise, kadında ektopik gebelik olabilir. Eğer püü gelirse, iğneyi yerinde tutun ve kolpotomi'ye geçin.
- Eğer püü gelirse, iğneyi yerinde bırakın ve kolpotomiye geçin (aşağıda gör).

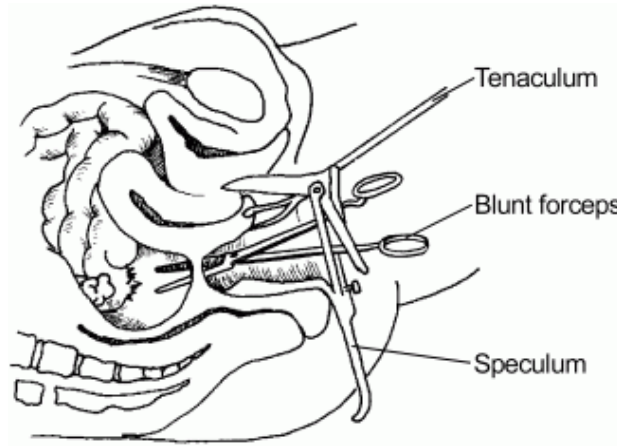
KOLPOTOMİ

Eğer kuldosentezde püü gelirse, iğneyi yerinde tutun ve ponksiyon yerine delici bir kesi yapın:

- İğneyi geri çekin ve abse kavitesindeki cepleri yırtmak için kesiden içeriye künt bir forseps yada parmağınızı sokun (Şekil P-38).

ŞEKİL İ-38

Pelvik abse için kolpotomi yapılması



- Püü'nün drene olmasına izin verin;
- Kesiden içeriye yüksek derecede dezenfekte edilmiş lastik dren yerleştirin.

Not: Yüksek derecede dezenfekte edilmiş bir lastik eldiven'in parmak ucu kesilerek bir dren hazırlanabilir.

- Gerekirse, drenin vagina içerisinde kalması için bir dikişle tespit edin.
- Püü drenajı duracak olursa, dreni çekin.
- Eğer hiç püü gelmezse, abse Douglas boşluğundan daha yukarıda olabilir. Bu durumda peritoneal lavaj (yıkama) için laparotomi gerekecektir.

Epizyotomi rutin yapılan bir işlem değildir.

- Endikasyonları gözden geçirin.

Epizyotomi sadece aşağıdaki durumlarda düşünülmelidir:

- Komplike vaginal doğumlar (makat, omuz distozisi, forceps, vakum);
- Genital bölgedeki kesilere bağlı skarlar yada kötü iyileşmiş 3 yada 4.derece yırtıklar;
- Fetal distress.

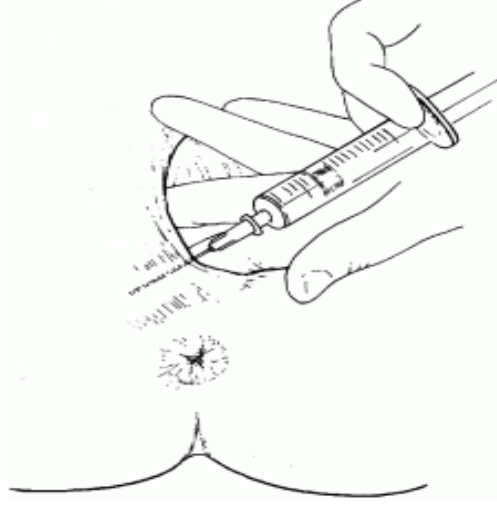
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve perineal bölgeye antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. Gerekirse, lignocaine (**sayfa K- 38**) ile lokal infiltrasyon yada pudendal blok (**sayfa İ- 3**) uygulayın.
- Lignocaine yada ilgili diğer ilaçlara bilinen bir allerjisi olmadığından emin olun.
- 10 ml %0.5 lignocain solusyonu ile vaginal mukoza altını, perine derisinin altını ve derin olarak perineal adalelerin içerisini infiltre edin (**Şekil P-39, sayfa İ- 72**) (**sayfa K- 39**).

Not: Damarın içerisine girilmediğinden emin olmak için aspire edin (enjektör pistonunu geri çekin). **Aspirasyon ile damarın içerisine kan gelecek olursa iğneyi geri çekin.** Pozisyonu tekrar dikkatlice kontrol edin ve tekrar deneyin. Kan aspire dildiğinde asla enjekte etmeyin.

Eğer IV lignocaine enjeksiyonu olursa kadında konvulsiyonlar ve ölüm meydana gelebilir.

- Enjeksiyon işlemlerinin tamamlanmasından sonra 2 dakika beklenir ve kesi bölgesi forceps ile sıkıştırılır. Eğer kadın ağrı hissederse 2 dakika daha beklenir ve yeniden test edilir.

Etki için yeterli zaman kazanmak için lokal anesteziyi erken uygulayın.

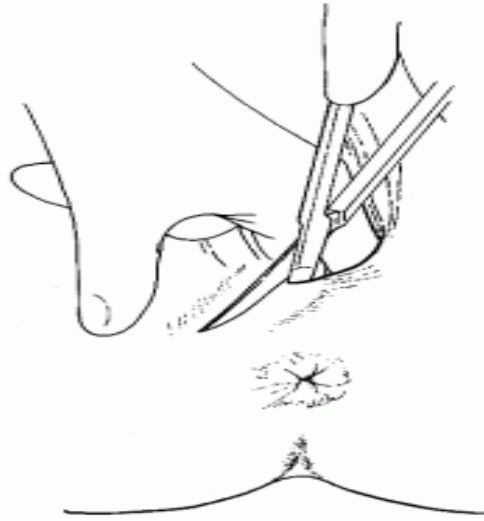
ŞEKİL İ-39 Perineal dokuların lokal anestezi ile infiltrasyonu

- Epizyotomi yapmak için:
 - perine gerginleşip incelineye kadar; ve
 - kontraksiyon sırasında bebeğin başı 3-4cm görülünceye kadar bekleyin.

Epizyotomi uygulanması kanamaya yol açacaktır.

Bu nedenle çok erken yapılmamalıdır.

- Yüksek dereceli dezenfekte edilmiş eldiven giyerek, iki parmağınızı bebeğin başı ile perine arasına yerleştirin.
- Mediolateral doğrultuda perineyi 3-4 cm kesmek için makas kullanın (**Şekil P-40, sayfa İ-73**).
- Posterior vaginanın ortasını 2-3 cm kesmek için makas kullanın.
- Omuzlar orta hatta rotasyon yaparken epizyotominin uzamasını önlemek için bebeğin başının ve omuzlarının kontrollü doğmasını sağlayın.
- Epizyotomide uzama olup olmadığını ve diğer yırtıkları dikkatlice kontrol ettikten sonra onarın (aşağıya bakınız).

ŞEKİL İ-40 Bebeğin başını korumak için iki parmak yerleştirilirken kesinin yapılması**EPİZYOTOMİ ONARILMASI**

Not: Kesinin onarılmasında absorbe olabilen dikiş materyali kullanılması önemlidir. Gerilmeye daha dayanıklı olmaları, non-allerjik özellikleri, enfeksiyon ve epizyotomi açılma olasılıklarının daha az olması gibi nedenlerle Polyglycolic dikiş materyalleri kromik katgut dikiş materyallerine tercih edilir. Kromik katgut kabul edilebilir bir seçenektir, ancak ideal değildir.

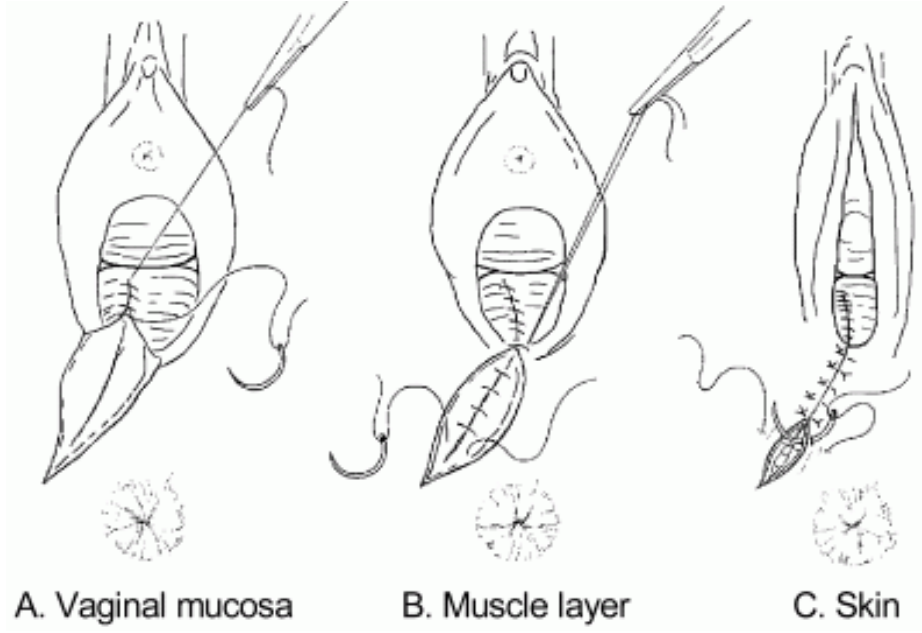
- Epizyotomi yerinin etrafındaki bölgeye antiseptik solüsyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
 - Eğer epizyotomi anal sfinktere yada rektal mukozaya kadar uzanmışsa, üçüncü yada dördüncü derece yırtıklar gibi tedavi edin (**sayfa İ- 86**).
 - Vaginal mukozayı kesintisiz yöntemle (kontinyü) 2-0 dikiş materyali kullanarak kapatın (**Şekil İ-41 A**).
- Onarıma epizyotomi tepesinin 1 cm gerisinden başlayın. Vaginal giriş düzeyine dek dikişe devam edin;
- Vagina girişinde kesilmiş vagina kenarlarını bir araya getirin;

- İğneyi kesi yerinin içerisinde vagina girişinin altından geçirin ve bağlayın.

- Perine adalelerini tek tek 2-0 dikiş materyali kullanarak kapatın (**Şekil İ-41 B**).
- Cildi tek tek (yada subcuticular) 2-0 dikiş kullanarak kapatın (**Şekil İ-41 C**).

ŞEKİL İ-41

Epizyotomi onarımı



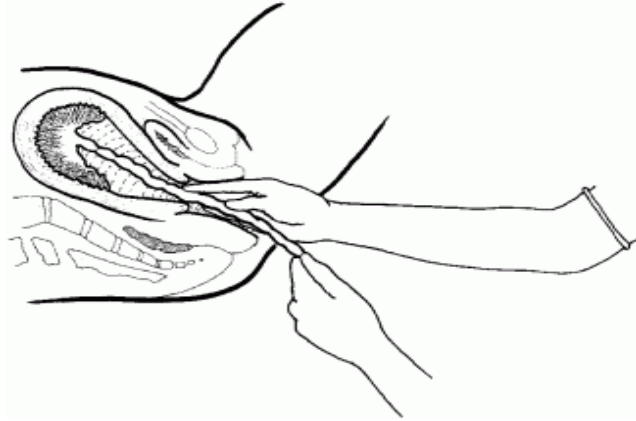
KOMPLİKASYONLAR

- Eğer hematom olursa, açın ve drene edin. Eğer enfeksiyon bulguları yoksa ve kanama durmuşsa epizyotomiyi tekrar kapatın.
 - Eğer enfeksiyon bulguları varsa, yarayı açın ve drene edin. Enfekte sütürleri alın ve yarayı debride edin.
- Eğer enfeksiyon hafifse antibiyotiğe gereksinim yoktur.
- Eğer enfeksiyon şiddetli ise ancak derin dokuları tutmamışsa, antibiyotik kombinasyonu verin (**sayfa K- 35**):
- Ampicillin 500 mg günde 4 kez PO 5 gün;
 - EK OLARAK Metronidazol 400 mg günde 3 kez PO 5 gün.
- Eğer enfeksiyon derin ise, adaleleri tutmuşsa ve nekroza yol açmışsa (necrotizan fasciitis), nekrotizan doku ortadan kalkıncaya ve kadın 48 saat ateşsiz dönem geçirinceye dek antibiyotik kombinasyonu verilir (**sayfa K- 35**).

- Penicillin G 6 saatte bir 2 milyon ünite IV;
- EK OLARAK Gentamycin 5 mg/kg, 24 saatte bir IV;
- EK OLARAK Metronidazole 500 mg, 8 saatte bir IV;
- Kadın 48 saat süre ile ateşsiz bir dönem geçirirse;
 - Ampicillin 500 mg günde 4 kez PO 5 gün;
 - EK OLARAK Metronidazol 400 mg günde 3 kez PO 5 gün.

Not: Nekrotizan fasciitis cerrahi debridman gerektirir. 2-4 hafta sonra (enfeksiyonun iyileşmesine bağlı olarak) sekonder kapatma uygulayın.

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım prensiplerini (**sayfa K- 17**) gözden geçirin ve IV infüzyona başlayın (**sayfa K- 21**).
- Manevi destek ve cesaret sağlayın. Pethidine ve diazepam'ı IV yavaş olarak verin (aynı enjektör içerisine karıştırmayın) yada ketamine kullanın (**sayfa İ- 13**).
- Tek doz profilaktik antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - Ampicillin 2 g IV + Metronidazole 500mg IV;
 - YADA cefazolin 1g IV + Metronidazole 500 mg IV.
- Umbilikal kordonu klemp ile tutun.Kordonu yere paralel olana kadar nazikçe çekin.
- Yüksek dereceli dezenfekte edilmiş eldiven giyin ve elinizi vagina içerisine ve uterusu ulaşana kadar sokun (**Şekil İ- 42**).

ŞEKİL İ-42**Kordonu takip ederek bir elin vaginaya yerleştirilmesi**

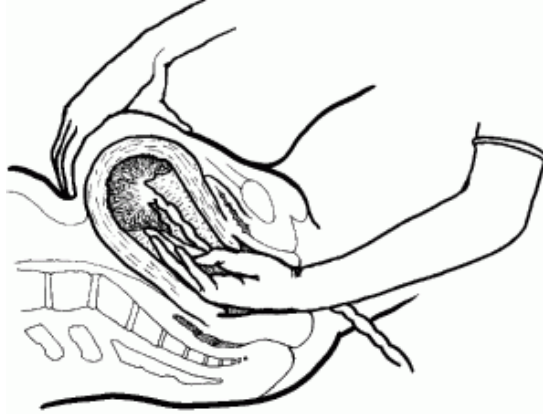
- Kordonu tutan elinizi bırakın ve uterusun fundusunu desteklemek ve plasentanın el ile alınmasında uterusun inversiyonunu önlemek üzere karşıt çekim gücü oluşturmak amacıyla abdomen üzerine getirin (**Şekil İ- 43, sayfa İ- 78**).

Not: Eğer uterus inversiyonu oluşursa uterusu eski pozisyonuna getirin (**sayfa İ- 91**).

- Placenta kenarlarını hissedinceye dek elinizin parmaklarını yanlara doğru hareket ettirin.
- Eğer kordon önceden koptu ise, elinizi uterus kavitesi içerisine yerleştirin. Uterus duvarı ile placenta arasındaki ayrılma hattını buluncaya kadar tüm kaviteyi elinizle tarayın.

ŞEKİL İ- 43

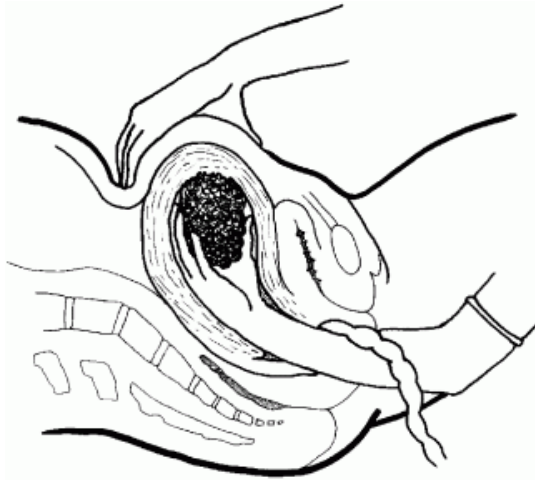
Plasentayı ayırırken fundusun desteklenmesi



- Parmaklarınızı sıkıca bir arada tutarak ve elinizin kenarını kullanarak, plasenta ile uterus duvarı arasında yavaşça bir boşluk bırakarak, plasentayı implantasyon yerinden ayırın.
- Tüm plasenta uterus duvarından ayrılıncaya dek tüm plasental yatağın etrafını yavaşça dolanın.
- Eğer plasenta, parmak uçlarının ayrılma hattında yavaşça yanlara hareketi ile uterus duvarından ayrılmazsa plasenta accreata'dan kuşkulanın (**sayfa S- 32**) ve laparotomi ve muhtemel subtotal histerektomi'ye (**sayfa İ- 103**) geçin.
- Plasentayı elinizle tutun ve plasentayı alarak elinizi yavaşça uterustan dışarıya çekin (**Şekil İ-44**).
- Diğer eliniz ile, içeriden çektiğinizin elinize karşıt yönde iterek uterusun fundusuna bası yapmaya devam edin.

ŞEKİL İ-44

Uterustan elin geriye çekilmesi



- Bütün plasental dokunun alındığından emin olmak için uterus kavitesinin içerisini palpe edin.
- 20 ünite oksitosin 1 litre sıvı (normal saline yada Ringer's Laktat) içerisinde dakikada 60 damla gidecek şekilde verin.
- Tonik uterin kasılmaları sağlamak için uterus fundusuna yardımcı masaj yapın.
- Eğer devam eden ağır kanama varsa ergometrine 0.2 mg IM yada prostaglandin verin **(Tablo S-8, sayfa S- 28)**.
- Tam olup olmadığından emin olmak için plasentanın uterusüne yüzünü kontrol edin. Herhangi bir plasental lob yada doku eksikse, onu çıkarmak için uterus kavitesini tekrar kontrol edin.
- Kadını tekrar dikkatlice muayene edin ve serviks **(sayfa İ- 81)** yada vaginada **(sayfa İ- 83)** yırtık varsa onarın yada epizyotomi **(sayfa İ- 73)** yerini onarın.

PROBLEMLER

- Eğer plasenta konstriksiyon halkası nedeni ile içeride kalırsa yada doğumdan sonra saatler yada günler geçmişse elin tümünü uterus içerisine sokmak mümkün olmayabilir. İki parmağınızı, ovum forsepsini yada geniş bir küreti kullanarak plasenta parçalarını alın **(sayfa S- 32)**.

İŞLEM SONU BAKIM

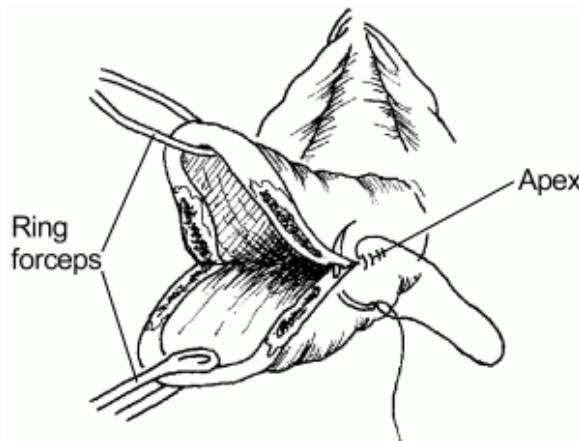
- IV sedasyonun etkisi geçinceye dek kadını yakından gözleyin.
- 6 saat süre ile her 30 dakikada bir yada stabil hale gelinceye dek vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum) takib edin.
- Uterusun kasılmış durumda kaldığından emin olmak için fundusu palpe edin.
- Aşırı loşi'yi kontrol edin.
- IV sıvı infüzyonuna devam edin.
- Gerekirse transfüzyon yapın **(sayfa K- 23)**.

- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve vagina ve servikse antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. Servikal yırtıkların çoğunda anestezi gerekmez. Uzun ve yaygın olan yırtıklar için IV pethidine ve diazepam verin (aynı enjektör içerisine karıştırmayın) yada ketamin kullanın (**sayfa İ- 13**).
- Bir yardımcıdan uterusu masaj yapmasını yada fundal bası yapmasını isteyin.
- Ring forseps yada tampon forsepsi ile serviksi nazikçe yakalayın. Yırtığın her iki kenarına forseps uygulayın ve farklı yönlerde nazikçe çekerek tüm serviksi görün. Çok sayıda yırtık olabilir.
- Servikal yırtıkları, sıklıkla kanamanın kaynağı olan apeksten (yırtığın üst kenarı) başlayarak sürekli teknikle (kontinyü) 0 no. Krome katgut (yada polyglycolic) sütün ile kapatın (**Şekil İ-45**).
- Eğer **uzun kesitte serviksin kenarı parçalı ise** alttan 0 kromik katgut (yada polyglycolic) sütün ile sürekli teknikle dikiilir.
- Eğer **apekse ulaşmak ve düğüm atmak güç ise** arter forsepsi yada ring forseps ile yakalamak mümkün olabilir. 4 saat süre ile forseps yerinde bırakılır. Bu durumda kanayan noktaya düğüm atmakta ısrar etmeyin, bu gibi girişimler kanamayı arttırır. Ardından:
 - 4 saat sonra forseps kısmen açın, fakat almayın;
 - 4 saat daha bekleyin ve forseps tamamen alın.

Vaginal köşelerin arkasına doğru derine uzanan servikal yırtıkları onarmak için laparotomi gerekebilir.

ŞEKİL İ-45

Servikal yırtıkların onarımı



Doğum sırasında oluşan 4 dereceli yırtık vardır.

- Birinci derecede yırtıklar vagina mukozasını ve bağ dokusunu içine alır.
- İkinci derecede yırtıklar vagina mukozası, bağ dokusu ve alttaki adale tabakasını içine alır.
- Üçüncü derecede yırtıklar anal sfinkterin tamamen kesilmesini içine alır.
- Dördüncü derece yırtıklar rektal mukozayı içine alırlar.

Not: Kesinin onarılmasında absorbe olabilen dikiş materyali kullanılması önemlidir. Gerilmeye daha dayanıklı olmaları, non-allerjik özellikleri, enfeksiyon ve epizyotomi açılma olasılıklarının daha az olması gibi nedenlerle Polyglycolic dikiş materyalleri kromik katgut dikiş materyallerine tercih edilir. Kromik katgut kabul edilebilir bir seçenektir, ancak ideal değildir.

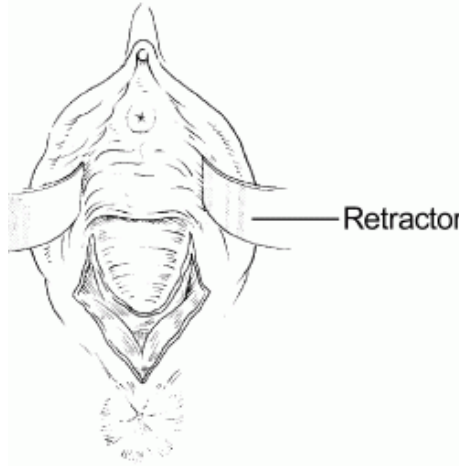
BİRİNCİ VE İKİNCİ DERECE YIRTIKLARIN ONARIMI

Birinci derece yırtıkların çoğu dikiş koymadan kendiliğinden iyileşir.

- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).
- Emosyonel destek verin ve cesaretlendirin (**sayfa K- 38**). Lignocaine ile lokal infiltrasyon yapın, gerekirse pudental blok uygulayın (**sayfa İ- 3**).
- Bir yardımcıdan uterusu masaj yapmasını yada fundal bası yapmasını isteyin.
- Vagina, perine ve serviksi dikkatlice muayene edin (**Şekil İ-46, sayfa İ- 84**).
- Eğer yırtık perine boyunca uzun ve derin ise, 3. yada 4. derece yırtık olmadığından emin olmak için bakın.
 - Eldivenli parmağınızı anus'e yerleştirin;
 - Parmağınızı nazikçe kaldırın ve sfinkteri belirleyin;
 - Sfinkterin tonusunu ve sıkılığını hissedin.
- Eldiveninizi yüksek dereceli dezenfekte eldiven ile değiştirin.
- Sfinkter zedelenmişse, üçüncü ve dördüncü derecedeki yırtıkların onarımına bakın (**sayfa İ- 86**).
- Sfinkter zedelenmemişse, onarıma devam edin.

ŞEKİL İ-46

Perineal yırtığın ortaya konması



- Yırtık etrafındaki bölgeye antiseptik solusyon uygulayın (**sayfa K- 22**).
- Lignocaine yada ilgili diğer ilaçlara bilinen bir allerjisi olmadığından emin olun.
Not: Eğer onarım için 40 ml.den fazla lignocaine gerkecekse solusyona adrenalin ilave edin (**sayfa K- 39**).
- 10 ml %0.5 lignocain solusyonu ile vaginal mukoza altını, perine derisinin altını ve derin olarak perineal adalelerin içerisini infiltre edin (**sayfa K- 39**).
Not: Damarın içerisine girilmediğinden emin olmak için aspire edin (enjektör pistonunu geri çekin). **Aspirasyon ile damarın içerisine kan gelecek olursa iğneyi geri çekin.** Pozisyonu tekrar dikkatlice kontrol edin ve tekrar deneyin. Kan aspire edildiğinde asla enjekte etmeyin. **Eğer IV lignocaine enjeksiyonu olursa kadında konvulsiyonlar ve ölüm meydana gelebilir.**
- Enjeksiyon işlemlerinin tamamlanmasından sonra 2 dakika beklenir ve kesi bölgesi forceps ile sıkıştırılır. Eğer kadın ağrı hissederse 2 dakika daha beklenir ve yeniden test edilir.

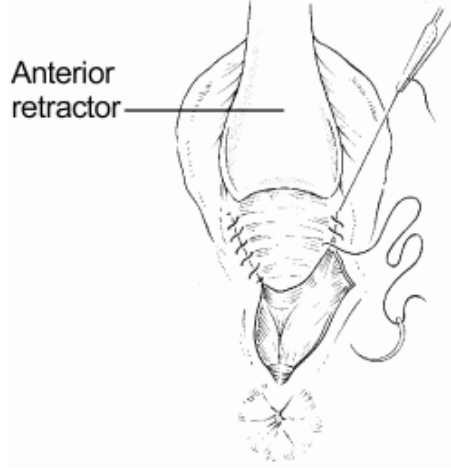
**Etki için yeterli zaman kazanmak için
lokal anesteziyi erken uygulayın.**

- Vajinal mukozayı kesintisiz yöntemle (kontinü) 2-0 dikiş materyali kullanarak kapatın (**Şekil İ-47, sayfa İ- 85**):
- Onarıma epizyotomi tepesinin 1 cm gerisinden başlayın. Vajinal giriş düzeyine dek dikişe devam edin;
- Vagina girişinde kesilmiş vagina kenarlarını bir araya getirin;

- İğneyiperineal yırtığın içerisinde vagina girişinin altından geçirin ve bağlayın.

ŞEKİL İ-47

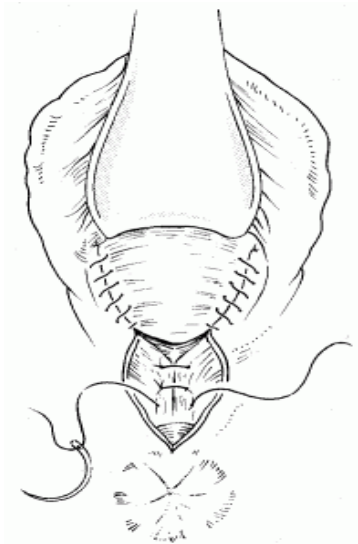
Vajinal mukozanın onarılması



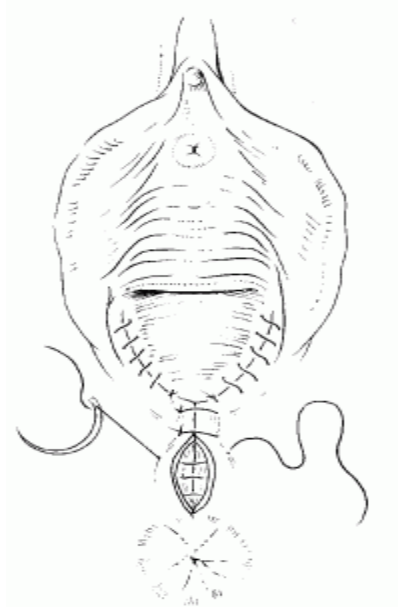
- Perine adalelerini tek tek 2-0 dikiş materyali kullanarak kapatın (Şekil İ-48). Eğer yırtık derin ise aynı düğüm ile alanı yaklaştırmak için ikinci tabaka dikiş atın.

ŞEKİL İ-48

Perineal adalelerin Onarılması



- Cildi tek tek (yada subcuticular) 2-0 dikiş kullanarak vaginal girişten başlayarak kapatın (Şekil İ-49, sayfa İ- 86).
- Eğer yırtık derin ise rektal muayene yapın. Dikişlerin rektumdan geçmediğinden emin olun.

ŞEKİL İ-49**Cildin onarılması****ÜÇÜNCÜ VE DÖRDÜNCÜ DERECEDE PERİNE YIRTIKLARININ ONARIMI**

Not: Eğer yırtılan anal sfinkter düzgün bir şekilde onarılmamışsa, kadın barsak hareketlerinin ve gazının kontrolünü yapamamaktan yakınabilir. Eğer yırtılan rektum onarılmamışsa, kadın enfeksiyondan ve rektovaginal fistülden (gaitanın vaginadan gelmesinden) yakınabilir.

Yırtığı ameliyathanede onarın.

- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**).
- Emosyonel destek verin ve cesaretlendirin. Pudental blok (**sayfa İ- 3**) ya da ketamin (**sayfa İ-13**) ya da spinal anestezi (**sayfa İ- 11**) uygulayın. Yırtığın tüm kenarları görülebilirse, nadiren onarım lignocaine ile lokal infiltrasyon yapılarak ve pethidine ve diazepam IV yavaş olarak verilerek (aynı enjektörde karıştırmayın) yapılabilir.
- Bir yardımcıdan uterusu masaj yapmasını yada fundal bası yapmasını isteyin.
- Vagina, perine ve serviksi dikkatlice muayene edin.
- Anal sfinkterin yırtık olup olmadığına bakmak için:
 - Eldivenli parmağınızı anus'e yerleştirin ve nazikçe kaldırın
 - Sfinkteri yada olmadığını belirleyin;
 - Rektum yüzeyini hissedin ve yırtığa dikkatlice bakın.
- Eldiveninizi yüksek dereceli dezenfekte eldiven ile değiştirin.

- Yırtık bölgesine antiseptik solusyon uygulayın ve fekal materyal varsa temizleyin (**sayfa K-22**).
- Lignocaine yada ilgili diğer ilaçlara bilinen bir allerjisi olmadığından emin olun.
- 10 ml %0.5 lignocain solusyonu ile vaginal mukoza altını, perine derisinin altını ve derin olarak perineal adalelerin içerisini infiltre edin (**sayfa K- 39**).

Not: Damarın içerisine girilmediğinden emin olmak için aspire edin (enjektör pistonunu geri çekin). **Aspirasyon ile damarın içerisine kan gelecek olursa** iğneyi geri çekin.

Pozisyonu tekrar dikkatlice kontrol edin ve tekrar deneyin. Kan aspire edildiğinde asla enjekte etmeyin. **Eğer IV lignocaine enjeksiyonu olursa kadında konvulsiyonlar ve ölüm meydana gelebilir.**

- Enjeksiyon işlemlerinin tamamlanmasından sonra 2 dakika beklenir ve kesi bölgesi forceps ile sıkıştırılır. Eğer kadın ağrı hissederse 2 dakika daha beklenir ve yeniden test edilir.

Etki için yeterli zaman kazanmak için lokal anesteziyi erken uygulayın.

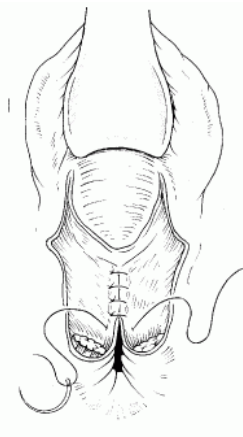
- Rektumu, mukozayı bir araya getirerek tek tek 0.5 cm.lik aralar ile konan 3-0 yada 4-0 dikişler ile onarın (**Şekil İ-50**).

Hatırlayın: Dikişleri muskularis tabakasından yerleştirin (mukozanın tüm tabakalarından değil).

- Tek tek sütürler ile fascia tabakasını bir arada tutarak muskularis tabakasını içine alın.
- Bölgeye sık sık antiseptik solusyon uygulayın.

ŞEKİL İ-50

Rektumun adale tabakasının kapatılması

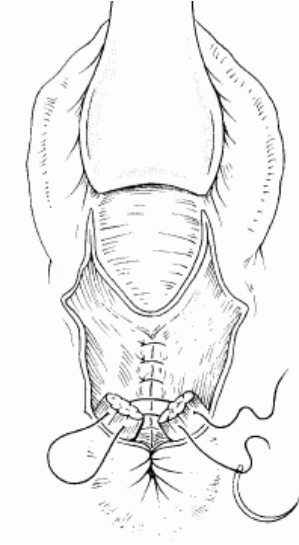


• Eğer sfinkter yırtılmışsa:

- Sfinkterin her iki ucunu Allis klemp ile yakalayın (yırtıldığında sfinkter retracte olur).

Sfinkter güçlüdür ve klemp ile çekildiği zaman yırtılmaz (**Şekil İ-51, sayfa İ- 88**);

- İki yada üç adet 2-0 dikiş ile sfinkteri onarın.

ŞEKİL İ-51**Anal sfinkter'in Dikilmesi**

- Bölgeye tekrar antiseptik solüsyon uygulayın.
- Rektum ve sfinkterin doğru onarılıp onarılmadığını anlamak için eldivenli parmağınız ile anusu muayene edin. Ardından eldiveninizi yüksek dereceli dezenfekte edilmiş bir eldiven ile değiştirin.
- Vajinal mukoza, perine adaleleri ve deriyi onarın (**sayfa İ- 84**).

İŞLEM SONU BAKIM

- Eğer dördüncü derece bir yırtık varsa, tek doz proflaktik antibiyotik verin (**sayfa K- 35**).
 - Ampicillin 500mg PO ;
 - EK OLARAK Metronidazol 400mg PO.
- Yara enfeksiyonu yönünden yakından takip edin.
- İki hafta süre ile lavman ve rektal muayene yapmayın.
- Mümkünse 1 hafta süre ile ağızdan barsak yumuşatıcı verin.

İHMAL EDİLEN OLGULARIN TEDAVİSİ

Perineal yırtıklar hemen daima fekal materyal ile kontamine olmuşlardır. Eğer onarım 12 saatten daha fazla gecikirse enfeksiyon kaçınılmazdır. Bu gibi olgularda gecikmiş primer kapanma endikedir.

- Birinci ve ikinci derece yırtıklar için, yarayı açık bırakın.
- Üçüncü ve dördüncü derece yırtıklar için, bir miktar destek dokusu ile birlikte rektal mukozayı kapatın ve fascia ve anal sfinkteri 2-3 dikiş ile yaklaştırın. Adale, vaginal mukoza ve perineal deriyi 6 gün sonra kapatın.

KOMPLİKASYONLAR

- Eğer **hematom varsa**, açın ve drene edin. **Enfeksiyon bulguları yoksa ve kanama durmuşsa** yara tekrar kapatılabilir.
- Eğer **enfeksiyon bulguları varsa**, yarayı açın ve drene edin. Enfekte sütürleri alın ve yarayı debride edin.
 - Eğer **enfeksiyon hafifse** antibiyotiğe gereksinim yoktur.
 - Eğer enfeksiyon şiddetli ise ancak derin dokuları tutmamışsa, antibiyotik kombinasyonu verin (**sayfa K- 35**):
 - Ampicillin 500mg günde 4 kez PO 5 gün;
 - EK OLARAK Metronidazol 400mg günde 3 kez PO 5 gün.
 - Eğer **enfeksiyon derin ise, adaleleri tutmuşsa ve nekroza yol açmışsa** (necrotizan fasciitis), nekrotizan doku ortadan kalkıncaya ve kadın 48 saat ateşsiz dönem geçirinceye dek antibiyotik kombinasyonu verilir (**sayfa K- 35**).
 - Penicillin G 6 saatte bir 2 milyon ünite IV;
 - EK OLARAK Gentamisin 5 mg/kg, 24 saatte bir IV;
 - EK OLARAK Metronidazol 500 mg, 8 saatte bir IV;
 - **Kadın 48 saat süre ile ateşsiz bir dönem geçirirse;**

- Ampicillin 500mg günde 4 kez PO 5 gün;
- EK OLARAK Metronidazol 400mg günde 3 kez PO 5 gün.

Not: Nekrotizan fasciitis cerrahi debridman gerektirir. 2-4 hafta sonra (enfeksiyonun iyileşmesine bağlı olarak) sekonder kapatma uygulayın.

- Komplet sfinkter kesileri fekal inkontinansa yol açabilir. Bir çok kadın diğer perineal adalelerini kullanarak defekasyon kontrolünü sağlayabilir. Eğer inkontinans devam ederse düzeltme cerrahisi doğumsonu 3 ay yada daha sonra yapılır.
- Rektovaginal fistüller için düzeltme cerrahisi doğum sonu 3 ay yada daha sonrasında yapılır.

UTERİN İNVERSİYONUNU DÜZELTİLMESİ

İ-91

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 17**) ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Yavaşça İV pethidin ve dizepam verin (aynı şırıngada karıştırmayın). Gerekliyse, genel anestezi uygulayın.
- Antiseptik solüsyon kullanarak invert olmuş uterusu iyice temizleyin.
- İşlem için hazır olana kadar; nemli, ılık, steril bir kompresle invert uterusu kompresyon uygulayın.

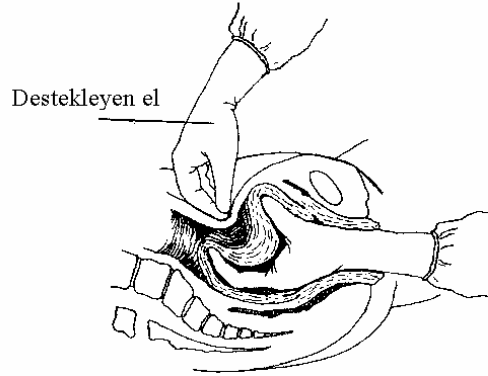
ELLE DÜZELTME

- Yüksek derecede dezenfekte veya steril eldivenler giyerek, invert uterusu yakalayın ve diğer elinizi uterusu stabilize etmek için kullanarak, umbilikus yönünde serviksini içinden uterusu normal anatomik pozisyonuna itin (**Şekil İ- 52**).Eğer plasenta halen ayrılmamışsa, düzeltme işleminden sonra plasentayı elle ayırın.

Uterusun dışarıya en son çıkan kısmının (serviksine en yakın olan kısmı) içeriye ilk girmesi önemlidir.

ŞEKİL İ-52

İnverte uterusun elle yerine yerleştirilmesi



- Düzeltme sağlanamamışsa, hidrostatik düzeltmeye geçin (**sayfa İ- 92**).

HİDROSTATİK DÜZELTME

- Kadını derin bir Trandelenburg pozisyonuna alın (başı perine seviyesinden 0,5 metre aşağıda olacak şekilde).
- Büyük bir ağızlığı ve uzun bir tüpü (2 metre) olan ve ılık su rezervuarı (3- 5 litre) olan yüksek derecede dezenfekte veya steril bir duşa sistemi hazırlayın.

Not: Ilık normal salin ve sıradan bir İV uygulama seti kullanarak da bu yapılabilir.

- Posterior forniksi belirleyin. İnverte uterus halen vajinada olduğu parsiyel inversiyonda bu; kolayca yapılabilir. Diğer vakalarda, vajen rugalarının düzleştiği yerde posterior forniks tanınabilir.
- Duşun ağızlığını posterior fornikse yerleştirin.
- Aynı zamanda, diğer elinizle labiaları ağızlığın üzerini kapatacak şekilde tutun ve ön kolunuzu ağızlığı desteklemek için kullanın.
- Bir asistana duşu en yüksek basınçta açmasını söyleyin (su rezervuarını en az 2 metre yükseğe çıkarın). Su; vajinanın posterior forniksini gerilmesi için şişirecektir. Bu; deliğin çevresinin artmasına ve serviksteki konstriksiyonun geçirir ve uterus inversiyonunun düzeltilmesine olanak sağlar.

GENEL ANESTEZİ ALTINDA ELLE DÜZELTME

- Hidrostatik basınç başarısız olursa, halotan kullanılan genel anestezi altında elle yerine koymayı deneyin. Halotanın tercih edilme sebebi uterusu gevşetmesidir.
- İnverte uterusu tutun ve diğer elinizi uterusu stabilize etmek için kullanarak, umbilikus yönünde serviksin içinden uterusu normal anatomik pozisyonuna itin (**Şekil İ- 52, sayfa İ- 91**).Eğer plasenta halen ayrılmamışsa, düzeltme işleminden sonra plasentayı elle ayırın.

KOMBİNE ABDOMİNAL- VAJİNAL DÜZELTME

Genel anestezi altında abdominal- vajinal düzeltmeye yukardaki işlemler başarısız olursa gerek duyulabilir.

- Endikasyonları gözden geçirin.

- Operatif bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 47**).
 - Karnı açın:
 - umbilikustan aşağıya pubik kıllar hizasına, ciltten fasya seviyesine kadar ortahat vertikal insizyon yapın;
 - fasyaya 2-3 cm vertikal insizyon yapın;
 - faysal kenarları bir pensetle tutun ve insizyonu makasla aşağı ve yukarı uzatın; rektus kaslarını ayırmak için parmaklarınızı veya makası kullanın (abdominal duvar kasları);
 - umbilikusa yakın bir noktada peritonu açmak için parmaklarınızı veya makasınızı kullanın. İnsizyonu yukarı ve aşağı uzatmak için makas kullanın. Mesane hasarından kaçınmak için tabakaları ve peritonun alt kısmını ayırmak için makası dikkatlice kullanın.
 - pubik kemiğin üzerinden bir ekartör yerleştirin ve kendi duran abdominal ekartörleri yerleştirin.
 - Konstrikte servikal halkayı parmağınızla dilate edin.
 - Serviksin içinden bir tenakulum sokun ve invert fundusu tutun.
 - Bir asistan vajinal yoldan elle düzeltmeye devam ederken fundusa kibar, devamlı bir traksiyon uygulayın.
 - Eğer traksiyon başarısız olursa:
 - konstrikte servikal halkayı vertikal olarak posteriordan kesin (insizyonun mesaneye veya uterin damarlara zarar verme şansının en az olduğu yerden);
 - parmakla muayene, tenakulum ve traksiyon basamaklarını tekrarlayın;
 - konstrikte halkayı kapatın.
 - Eğer traksiyon başarılı olursa, karnı kapatın:
 - kanama olmadığından emin olun. Karın içindeki pıhtılar çıkarmak için spanç kullanın;
 - fasyayı kontinü 0 numara krome katgüt (veya poliglikolik) sütün ile kapatın;
- Not:** Mesane peritonunu veya abdomen peritonunu kapatmaya gerek yoktur.

- **eğer enfeksiyon bulguları varsa**, subkütan dokuyu spanç ile doldurun ve gevşekçe 0 numara katgüt (veya poliglikolik) sütün koyun. Enfeksiyon geçtikten sonra cildi gecikmiş olarak kapatın.

- **eğer enfeksiyon bulguları yoksa**, 3-0 naylon (veya ipek) sütürler ile cildi matris usulü kapatın ve steril bir kapatma uygulayın.

İŞLEM SONRASI BAKIM

- İnversiyon düzeltildikten sonra, 500 ml İV sıvı (normal salin veya Ringer laktat) içinde 20 ünite oksitosin 10 damla/ dakika hızında infüze edin.
 - **kanamadan şüpheleniliyorsa**, infüzyon hızını 60 damla/ dakika' ya çıkın;
 - **eğer uterus oksitosinden sonra kasılmazsa**, 0,2 mg ergometrin veya prostaglandinleri (Tablo S- 8, sayfa S- 28) verin.
- İnverte uterusu düzelttikten sonra tek doz profilaktik antibiyotik verin (sayfa K- 35):
 - ampisilin 2 gr İV ARTI metronidazol 500 mg İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr. İV ARTI metronidazol 500 mg İV.
- **Eğer kombine abdominal- vajinal düzeltme kullanıldıysa**, postoperatif bakım prensiplerine bakınız (sayfa K- 52).
- **Eğer enfeksiyon bulguları** veya kadının **ateşi var ise**, 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik verin (sayfa K- 35).
 - ampisilin 2 gr İV 6 saatte bir;
 - ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığına göre İV 24 saatte bir;
 - ARTI metronidazol 500 mg İV 8 saatte bir.
- Uygun analjezik ilaçlar veriniz (sayfa K- 37).

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım (**sayfa K- 17**) ve operatif bakım (**sayfa K- 47**) prensiplerini gözden geçirin, ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Tek doz antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 gr İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr İV.
- Abdomeni açın:
 - umbilikustan aşağıya pubik kıllar hizasına, ciltten fasya seviyesine kadar ortahat vertikal insizyon yapın;
 - fasyaya 2-3 cm vertikal insizyon yapın;
 - fasyal kenarları bir pensetle tutun ve insizyonu makasla aşağı ve yukarı uzatın; rektus kaslarını ayırmak için parmaklarınızı veya makası kullanın (abdominal duvar kasları);
 - umbilikusa yakın bir noktada peritonu açmak için parmaklarınızı veya makasınızı kullanın. İnsizyonu yukarı ve aşağı uzatmak amacıyla, tüm uterusu görebilmek için, makas kullanın. Mesane hasarından kaçınmak için tabakaları ve peritonun alt kısmını ayırmak için makası dikkatlice kullanın.
 - yırtılma bölgesini görmek için uterusu ve karnı gözden geçirin, pıhtıları çıkarın;
 - pubik kemiğin üzerinden bir ekartör yerleştirin ve kendi duran abdominal ekartörleri yerleştirin.
- Bebeği ve plasentayı doğurtun.
- 1 litre İV sıvı (normal salin veya Ringer laktat) içine 20 ünite oksitosin koyun ve uterus kontrakte olana kadar 60 damla/ dakika hızında infüze edin ve daha sonra 20 damla/ dakika hızına düşürün.
- Uterusu hasarın büyüklüğünü görmek için pelvisin dışına doğru kaldırın.
- Uterusun hem ön hem de arkasını kontrol edin.
- ‘Yeşil Armytage’ klempleri ile (veya ring forsepsi ile) uterusun kanayan kenarlarını tutun.
- Mesaneyi uterus alt segmentinden keskin veya künt disseksiyon ile ayırın. **Eğer mesane uterusu yapışmışsa ince makas kullanın.**

SERVİKS VE VAJİNAYA DOĞRU YIRTIILMA

- Eğer uterus serviks ve vajinaya doğru yırtılmışsa, yırtığın en az 2cm altına kadar mesaneyi mobilize edin.
- Eğer mümkünse servikal yırtığın en alt ucunun 2cm üstünden bir sütür geçin ve yırtığın en alt kısmını görünür hale getirebilmek için bu suture traksiyon uygulayın.

UTERİN ARTERE DOĞRU LATERAL YIRTIILMA

- Eğer yırtılma bir veya her iki uterin artere zarar verecek şekilde laterale doğru uzamışsa, hasarlı arteri bağlayın.
- Uterin damarları bağlamadan önce arterleri ve üreteri belirleyin (Şekil İ- 53, sayfa İ- 100).

GENİŞ LİGAMAN HEMATOMU İLE BİRLİKTE YIRTIILMA

- Eğer yırtılma geniş ligamanda bir hematoma neden olmuşsa (Şekil S- 2, sayfa S- 20), round ligamanı klempleyin, kesin ve bağlayın.
- Broad ligamanın ön yaprağını açın.
- Eğer gerekliyse, hematomu elinizle boşaltın.
- Uterin arter veya dallarının hasarı açısından alanı dikkatlice inceleyin. Kanayan damarları bağlayın.

UTERİN YIRTIĞIN ONARIMI

- 0 numara katgüt sütürü ile (veya poliglikolik) yırtığı kontinü kilitleyen tarzda onarın. Eğer kanama kontrol edilemediyse veya yırtık önceki bir klasik veya vertikal insizyondan olmuşsa ikinci bir kat sütür koyun.

Bir düğümün içine almaktan kaçınmak için üreterin belirlendiğinden ve görüldüğünden emin olun.

- Eğer yırtık onatım için çok büyük ise, histerktomiye geçin (sayfa İ- 103).

- Uzun arter klemp ile klempleyerek ve bağlayarak kanamayı kontrol edin. Eğer **kanama noktaları derindeyse**, 8 şeklindeki sütür tekniğini kullanın.
 - Eğer **kadın tüp ligasyonu istiyorsa**, işlemi bu anda yapın (**sayfa İ- 51**).
 - Batına dren koyun (**sayfa K- 51**).
 - Karnı kapatın:
 - hiç kanama olmadığından emin olun. Pıhtıları spanç kullanarak çıkarın.
 - tüm vakalarda mesane hasarı açısından kontrol edin. Eğer **mesane hasarı tespit edilirse**, hasarı onarın (aşağıda gör).
- Fasyayı kontinü 0 numara katgüt sütürü ile (veya poliglikolik) kapatın.
- Not: mesane peritonunu veya abdomen peritonunu kapatmaya gerek yoktur.
 - eğer **enfeksiyon bulguları varsa**, subkütan dokuyu spanç ile doldurun ve gevşekçe 0 numara katgüt (veya poliglikolik) sütür koyun. Enfeksiyon geçtikten sonra cildi gecikmiş olarak kapatın.
 - eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, 3-0 naylon (veya ipek) sütürler ile cildi matris usulü kapatın ve steril bir kapatma uygulayın.

MESANE HASARININ ONARIMI

- Bir klemp ile yırtığın her iki kenarını tutarak ve nazikçe gererek hasarın boyutunu belirleyin. Hasarın mesane trigonuna (üreterler ve üretra) yakın olup olmadığını saptayın.
- Mesaneyi uterus alt segmentinden ince bir makas veya ucunda spanç olan bir klemp yardımı ile disseke edin.
- Yırtığın etrafından 2 cm' lik bir daire kadar mesane dokusunu serbestleştirin.
- Hasarı kontinü 3-0 krome katgüt sütürü (veya poliglikolik) ile 2 kat halinde onarın:
 - mesane mukozasını (ince iç tabaka) ve mesane kasını (dış tabaka) sütüre edin;
 - dış tabakayı iç tabakanın üzerine invert edin ve ikinci kat sütür koyun;
 - sütürlerin mesane trigonundan geçmediğinden emin olun.

- Kaçak olup olmadığını test edin:
 - transüretral kateter yoluyla mesaneyi steril salin veya su ile doldurun;
 - eğer kaçak varsa sütürü çıkarın, tekrar onarın ve tekrar test edin.
- Onarımın üreterlerden ve üretradan uzak olduğu kesin değilse, onarımı tamamlayın ve intravenöz pyelogram çekilmesi için kadını bir üst merkeze refere edin.
- Sondayı en az 7 gün ve idrar temiz gelene kadar yerinde tutun. Mesanenin yıkandığından emin olmak için İV sıvılara devam edin ve kadını bol sıvı alması konusunda cesaretlendirin.

İŞLEM SONRASI BAKIM

- Postoperatif bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 52**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları** veya kadının **ateşi var ise**, 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik verin (**sayfa K- 35**).
 - ampicilin 2 gr İV 6 saatte bir;
 - ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığına göre İV 24 saatte bir;
 - ARTI metronidazol 500 mg İV 8 saatte bir.
- Uygun analjezik ilaçlar veriniz (**sayfa K- 37**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, abdominal dreni 48 saat sonra çıkarın.
- Mümkünse, diğer sağlık hizmetlerini teklif edin (**sayfa S- 13**).
- Eğer **tüp ligasyonu yapılmadıysa**, aile planlaması önerin (**Tablo S- 3, sayfa S- 13**). Eğer **kadın daha fazla çocuk sahibi olmak istiyorsa**, ileriki gebeliklerinde elektif sezaryen olmasını önerin.

Sonraki gebeliklerde artmış yırtılma riski olduğundan dolayı, acil durumu düzeldikten sonra kalıcı kontrasepsiyon seçeneği kadın ile tartışılmalıdır. Kadının bilgilendirilmiş onamı olmadan kalıcı kontrasepsiyon uygulanmamalıdır.

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım (**sayfa K- 17**) ve operatif bakım (**sayfa K- 47**) prensiplerini gözden geçirin, ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Tek doz antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 gr İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr İV.
- Abdomeni açın:
 - umbilikustan aşağıya pubik kıllar hizasına, ciltten fasya seviyesine kadar ortahat vertikal insizyon yapın;
 - fasyaya 2-3 cm vertikal insizyon yapın;
 - faysal kenarları bir pensetle tutun ve insizyonu makasla aşağı ve yukarı uzatın; rektus kaslarını ayırmak için parmaklarınızı veya makası kullanın (abdominal duvar kasları);
 - umbilikusa yakın bir noktada peritonu açmak için parmaklarınızı veya makasınızı kullanın. İnsizyonu yukarı ve aşağı uzatmak amacıyla, tüm uterusu görebilmek için, makas kullanın. Mesane hasarından kaçınmak için tabakaları ve peritonun alt kısmını ayırmak için makası dikkatlice kullanın.
 - pubik kemiğin üzerinden bir ekartör yerleştirin ve kendi duran abdominal ekartörleri yerleştirin.
- Broad ligamanın alt kısmını görebilmek için uterusu çekin.
- Uterus ve serviksin birleşim yerinde uterin arter pulsasyonlarını hissedin.
- Büyük iğneli 0 numara krome katgüt sütürü (veya poliglikolik) kullanarak, transvers alt uterin segment insizyonun yapıldığı seviyede, myometriyumun 2-3 cm' lik kısmından uterin arteri çevreleyecek şekilde geçin. Sütürü güvenli bir şekilde bağlayın.
- Sütürleri olabildiğince uterusu yakın koyun, zira ureter genellikle uterin arterin sadece 1 cm lateralindedir.
- Diğer tarafta tekrarlayın.
- **Eğer arter yırtılmışsa**, kanayan noktaları klempleyin ve bağlayın.

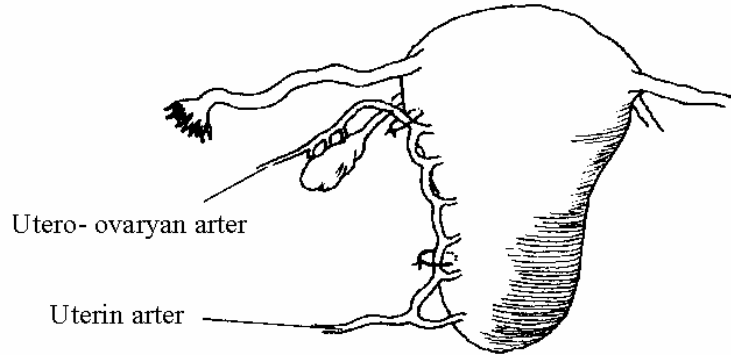
İ-100

Uterin arter ve utero- ovaryan arter ligasyonu

- Utero- ovaryan arteri ovaryan asıcı ligamanın uterusu girdiği noktanın hemen altından bağlayın (**Şekil İ- 53**).
- Diğer tarafta tekrarlayın.
- Devam eden kanama veya hematoma oluşumu açısından inceleyin.

ŞEKİL İ-53

Uterin arter ve utero- ovaryan arter ligasyonu için bölgeler



- Abdomeni kapatın:
 - hiç kanama olmadığından emin olun. Pıhtıları spanç kullanarak çıkarın.
 - tüm vakalarda mesane hasarı açısından kontrol edin. Eğer mesane hasarı tespit edilirse, hasarı onarın (**sayfa İ- 97**).
 - fasyayı kontinü 0 numara katgüt suture ile (veya poliglikolik) kapatın.
 - Not: mesane peritonunu veya abdomen peritonunu kapatmaya gerek yoktur.
 - eğer **enfeksiyon bulguları varsa**, subkutan dokuyu spanç ile doldurun ve gevşekçe 0 numara katgüt (veya poliglikolik) suture koyun. Enfeksiyon geçtikten sonra cildi gecikmiş olarak kapatın.
 - eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, 3-0 naylon (veya ipek) sutureler ile cildi matris usulü kapatın ve steril bir kapatma uygulayın.

İŞLEM SONRASI BAKIM

- Postoperatif bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 52**).

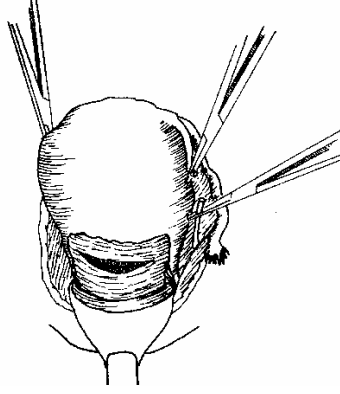
- İdrar çıkışını takip edin. **Eğer idrarda kan var ise** veya **kadının bel ağrısı** var ise, kadını üreter bağlanması tedavisi için eğer mümkünse üçüncü düzey bir merkeze refere edin.
- Eğer **enfeksiyon bulguları** veya **kadının ateşi var ise**, 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik verin (**sayfa K- 35**).
 - ampisilin 2 gr İV 6 saatte bir;
 - ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığına göre İV 24 saatte bir;
 - ARTI metronidazol 500 mg İV 8 saatte bir.
- Uygun analjezik ilaçlar veriniz (**sayfa K- 37**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, abdominal dreni 48 saat sonra çıkarın.
- Mümkünse, diğer sağlık hizmetlerini teklif edin (**sayfa S- 13**).

Postpartum histerektomi, patoloji serviks ve alt uterin segmenti içermediği sürece **subtotal** (supraservikal) olabilir. Servikse doğru uzanan alt uterin segment yırtığı durumunda veya plasenta previa sonrası kanamada **total** histerektomi gerekli olabilir.

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım (**sayfa K- 17**) ve operatif bakım (**sayfa K- 47**) prensiplerini gözden geçirin, ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Tek doz antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 gr İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr İV.
- Vajinal doğum sonrası **kontrol edilemeyen kanama varsa**, hızın gerekli olduğunu unutmayın. Abdomeni açmak için:
 - umbilikustan aşağıya pubik kıllar hizasına, ciltten fasya seviyesine kadar ortahat vertikal insizyon yapın;
 - fasyaya 2-3 cm vertikal insizyon yapın;
 - fasyal kenarları bir pensetle tutun ve insizyonu makasla aşağı ve yukarı uzatın;
 - rektus kaslarını ayırmak için parmaklarınızı veya makası kullanın (abdominal duvar kasları);
 - umbilikusa yakın bir noktada peritonu açmak için parmaklarınızı veya makasınızı kullanın. İnsizyonu yukarı ve aşağı uzatmak amacıyla, tüm uterusu görebilmek için, makas kullanın. Mesane hasarından kaçınmak için tabakaları ve peritonun alt kısmını ayırmak için makası dikkatlice kullanın.
 - pubik kemiğin üzerinden bir ekartör yerleştirin ve kendi duran abdominal ekartörleri yerleştirin.
- Eğer **doğum sezaryen ile yapılmışsa**, uterin insizyondaki kanama alanlarını klempleyin:
 - **masif kanama durumunda**, bir asistana alt karın bölgesinde aortaya parmakları ile bası uygulatın;
 - cilt insizyonunu gerekiyse uzatın.

SUBTOTAL (SUPRASERVİKAL) HİSTEREKTOMİ

- Uterusu abdomen dışına çıkarın ve traksiyonu devam ettirmek için nazikçe çekin.
- Round ligamanları ikişer kez klempleyin ve makasla kesin (**Şekil İ- 54**). Pedikülleri klempleyin ve kesin fakat zaman kazanmak için uterin arterler bağlandıktan sonra bağlayın.

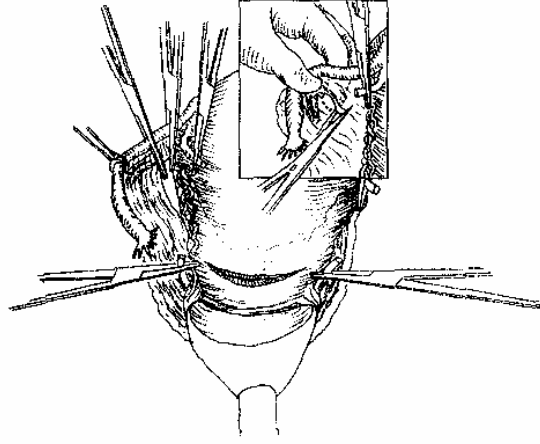
ŞEKİL İ-54**Round ligamanların kesilmesi**

- Round ligamanın kesilmiş kenarından, broad ligamanın ön yaprağını açın. Şuralara kadar kesin:
 - mesane peritonunun orta hatta alt uterin segmente doğru devam ettiği (refleksiyon gösterdiği) noktaya kadar; veya
 - peritonun sezaryende kesilmiş olduğu noktaya kadar.
- Uterin kenarın yanında, hemen tüp ve overin altından broad ligamanın arka yaprağını itmek için iki parmağınızı kullanın. Makas kullanarak broad ligamanda bir parmak büyüklüğünde bir delik açın. Broad ligamandaki delikten tüp, ovaryan ligaman ve broad ligamanı iki kez klempleyin ve kesin (**Şekil İ- 55, sayfa İ- 105**).

Üreterler uterin damarlara yakındadır. Cerrahi esnasında zarar vermektten veya bir düğüm ile bağlamaktan kaçınmak için üreter belirlenmeli ve görülmelidir.

ŞEKİL İ-55

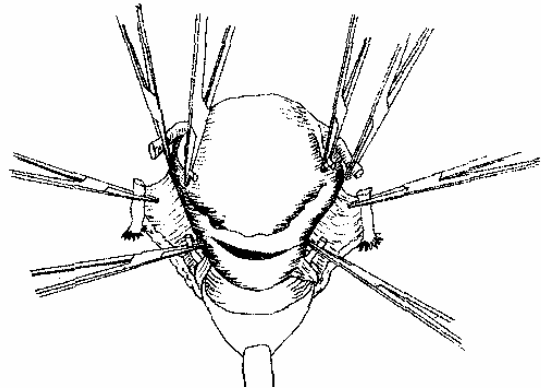
Tüp ve ovaryan ligamanların kesilmesi



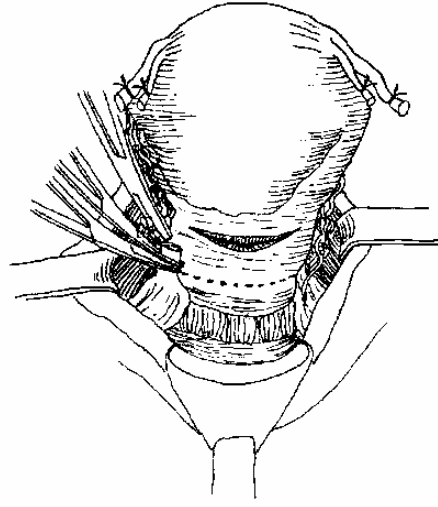
- Broad ligamanın arka yaprağını uterosakral ligamanlara doğru makasla kesin.
- Mesane flebinin kenarını pensetle veya küçük bir klemp ile tutun. Parmak veya makas kullanarak mesaneyi alt uterin segmentten aşağı doğru disseke edin. Basıncı aşağı doğru ve içeriye yani serviks ve alt uterin segmente doğru yönlendirin.
- Mesane ekartörünü yeniden yerleştirin ve mesaneyi aşağıya doğru çekin.
- Uterusun her iki tarafında uterin arteri ve veni bulun. Uterus ve serviksin birleşim yerini hissedin.
- Serviksin her iki yanında uterin damarları 90 derecelik açı ile iki kez klempleyin. Kesin ve 0 numara krome kat güt sütürü ile (veya poliglikolik) iki kez bağlayın (Şekil İ- 56).

ŞEKİL İ-56

Uterin damarların kesilmesi



- Devam eden kanama varlığı açısından dikkatlice inceleyin. Eğer uterin arterler doğru olarak bağlanmışsa, kanama durmalı ve uterus soluk gözükmelidir.
- Round ligaman ve tuboovaryan ligamanlardaki klempenmiş pediküllere geri dönün ve 0 numara krome kat güttütürü ile (veya poliglikolik) bağlayın (**Şekil İ- 57**).

ŞEKİL İ-57**Amputasyon çizgisi**

- Servikal güdüğü tek tek 2-0 veya 3-0 krome kat güttütürü ile (veya poliglikolik) kapatın.
- Servikal güdüğü, broad ligamanın ve diğer pelvik taban yapılarını herhangi bir kanama açısından dikkatlice inceleyin.
- Eğer hafif kanama devam ederse veya pıhtılaşma bozukluğundan şüpheleniliyorsa, abdominal duvardan batına bir dren koyun (**sayfa K- 51**). Servikal güdüğe bir dren koymayın zira bu postoperatif enfeksiyona yol açabilir.
- Abdomeni kapatın:
 - Hiç kanama olmadığından emin olun. Pıhtıları spanç kullanarak çıkarın;
 - Tüm vakalarda mesane hasarı açısından kontrol edin. Eğer mesane hasarı tespit edilirse, hasarı onarın (**sayfa İ- 97**);
 - Fasyayı kontinü 0 numara katgütütürü ile (veya poliglikolik) kapatın;

Not: mesane peritonunu veya abdomen peritonunu kapatmaya gerek yoktur.

- **eğer enfeksiyon bulguları varsa**, subkütan dokuyu spanç ile doldurun ve gevşekçe 0 numara katgüt (veya poliglikolik) sütür koyun. Enfeksiyon geçtikten sonra cildi gecikmiş olarak kapatın.
- **eğer enfeksiyon bulguları yoksa**, 3-0 naylon (veya ipek) sütürler ile cildi matris usulü kapatın ve steril bir kapatma uygulayın.

TOTAL HİSTEREKTOMİ

Total histerektomi için aşağıdaki ek basamaklar gereklidir:

- Vajinanın en üst 2 cm' lik kısmını serbestleştirmek için mesaneyi aşağı itin.
- Broad ligamanın arka yaprağını açın.
- Uterosakral ligamanları klempleyin, kesin ve bağlayın.
- Uterin damarların desendan dallarını içeren kardinal ligamanları klempleyin, kesin ve bağlayın. Bu; ameliyattaki kritik bir basamaktır:
 - Büyük dişli bir klemp ile (örn. Koher) ligamanı dik olarak tutun;
 - Klemp serviksin 5 mm lateraline koyun ve klempin medialinde güvenlik için bir güdük bırakacak şekilde servikse yakın bir noktadan kesin;
 - **Eğer serviks çok uzun ise**, gereği halinde bu basamağı 2 veya 3 kez tekrarlayın.
- Vajinanın üst 2 cm' lik kısmı şimdi yapıştığı yerlerden serbestleşmiştir.
- Vajinayı mümkün olduğunca servikse yakın olan bir yerden kanayan noktaları göründükçe tutarak çepeçevre kesin.
- Round, kardinal ve uterosakral ligamanları içeren hemostatik köşe sütürleri atın.
- Kanamayı durdurmak için vajinal kaka kontinü sütürler koyun.
- Abdomeni (yukardaki gibi) extraperitoneal boşluğa servikal güdüğün yanında bir dren yerleştirerek kapatın (**sayfa K- 51**).

İŞLEM SONRASI BAKIM

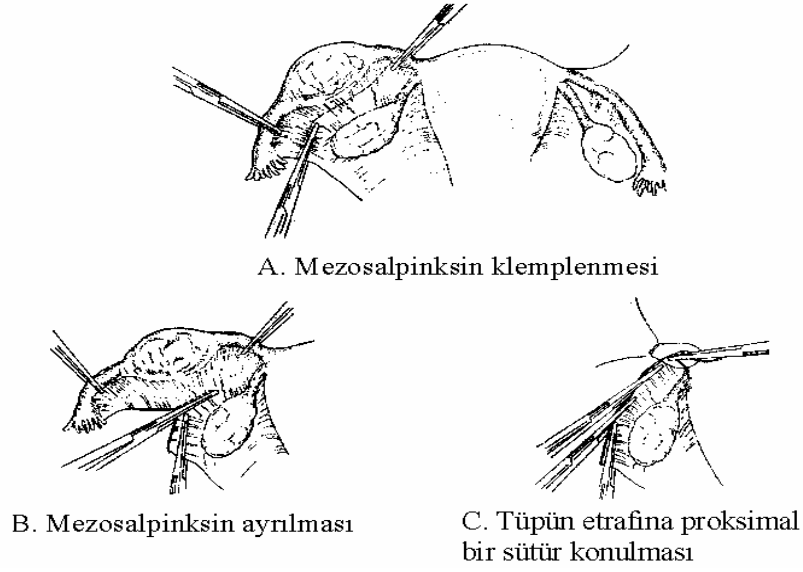
- Postoperatif bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 52**).
- İdrar çıkışını takip edin. **Eğer idrarda kan var ise veya kadının bel ağrısı var ise**, kadını üreter bağlanması için eğer mümkünse üçüncü düzey bir merkeze refere edin.
- Eğer **enfeksiyon bulguları veya kadının ateşi var ise**, 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik verin (**sayfa K- 35**).
 - ampisilin 2 gr İV 6 saatte bir;
 - ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığına göre İV 24 saatte bir;
 - ARTI metronidazol 500 mg İV 8 saatte bir.
- Uygun analjezik ilaçlar veriniz (**sayfa K- 37**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, abdominal dreni 48 saat sonra çıkarın.
- Mümkünse, diğer sağlık hizmetlerini teklif edin (**sayfa S- 13**).

- Endikasyonları gözden geçirin.
- Genel bakım (**sayfa K- 17**) ve operatif bakım (**sayfa K- 47**) prensiplerini gözden geçirin, ve İV infüzyon başlayın (**sayfa K- 21**).
- Tek doz antibiyotik verin (**sayfa K- 35**):
 - ampisilin 2 gr İV;
 - VEYA sefazolin 1 gr İV.
- Vajinal doğum sonrası kontrol edilemeyen kanama varsa, hızın gerekli olduğunu unutmayın. Abdomeni açmak için:
 - umbilikustan aşağıya pubik kıllar hizasına, ciltten fasya seviyesine kadar ortahat vertikal insizyon yapın;
 - fasyaya 2-3 cm vertikal insizyon yapın;
 - fasyal kenarları bir pensetle tutun ve insizyonu makasla aşağı ve yukarı uzatın;
 - rektus kaslarını ayırmak için parmaklarınızı veya makası kullanın (abdominal duvar kasları);
 - umbilikusa yakın bir noktada peritonu açmak için parmaklarınızı veya makasınızı kullanın. İnsizyonu yukarı ve aşağı uzatmak amacıyla, tüm uterusu görebilmek için, makas kullanın. Mesane hasarından kaçınmak için tabakaları ve peritonun alt kısmını ayırmak için makası dikkatlice kullanın.
 - pubik kemiğin üzerinden bir ekartör yerleştirin ve kendi duran abdominal ekartörleri yerleştirin.
- Dış gebeliğin olduğu fallop tüpünü ve o tarafın yumurtalığını belirleyin ve görünür hale getirin.
- Görüntüyü iyileştirmek için traksiyon forsepsi (örn. Babcock) kullanın ve kanamayı durdurmak için mezosalpinksi klempleyin.
- Alt karından kanı aspire edin ve kan pıhtılarını çıkarın.
- Barsakları ve omentumu ılık serum ile nemlendirilmiş kompres kullanarak ameliyat alanınının dışına alın.
- Birkaç klemp kullanarak mezosalpinksi kesin (**Şekil İ- 58 A-C, sayfa İ- 110**). Her klemp; ovaryan kanlanmayı korumak için tüpe yakın koyun.
- Kesilmiş mezosalpinksten klempleri açmadan önce 2-0 kat güt sütürü (veya poliglikolik) ile transfiks usulde geçin ve bağlayın.

- İstmik ucundan tüpe bir proksimal sütür koyun ve tüpü eksize edin.

ŞEKİL İ-58

Mezosalpinski klemleme, ayırma ve kesme



- Abdomeni kapatın:
 - Hiçbir kanama olmadığından emin olun. Pıhtıları spanç kullanarak uzaklaştırın;
 - Fasyayı kontinü 0 numara katgüt sütürü ile (veya poliglikolik) kapatın;
 - Eğer **enfeksiyon bulguları varsa**, subkütan dokuyu spanç ile doldurun ve gevşekçe 0 numara katgüt (veya poliglikolik) sütür koyun. Enfeksiyon geçtikten sonra cildi gecikmiş olarak kapatın.
 - Eğer **enfeksiyon bulguları yoksa**, 3-0 naylon (veya ipek) sütürler ile cildi matris usulü kapatın ve steril bir kapatma uygulayın.

SALPINGOSTOMİ

Nadiren, tüp az zarar görmüşse, gebelik kesesi çıkartılıp tüp korunabilir. Bu sadece kadın için fertilitésinin korunması çok önemli olduğu vakalarda yapılmalıdır çünkü kadın diğer bir dış gebelik riski altındadır.

- Abdomeni açın ve uygun over ve tüpü görün (**sayfa İ- 109**).
- Ruptüre olmamış tubal gebeliğin her iki tarafına traksiyon forsepsi (örn. Babcock) uygulayın ve görmek için kaldırın.
- Antimezenterik kenarından tüpün eksenini boyunca serozaya çizgisel bir insizyon yapmak için bir bistüri kullanın, fakat gebelik kesesini kesmeyin.
- Gebelik kesesini tüpün dışına kaydırmak için bistürinin sapını kullanın.
- Kanayan noktaları bağlayın.
- Over ve fallop tüpünü pelvik kaviteye geri bırakın.
- Abdomeni kapatın (**sayfa İ- 110**).

İŞLEM SONRASI BAKIM

- Postoperatif bakım prensiplerini gözden geçirin (**sayfa K- 52**).
- Eğer **enfeksiyon bulguları veya kadının ateşi var ise**, 48 saat ateşsiz olana kadar kombine antibiyotik verin (**sayfa K- 35**).
 - ampisilin 2 gr İV 6 saatte bir;
 - ARTI gentamisin 5 mg/ kg vücut ağırlığına göre İV 24 saatte bir;
 - ARTI metronidazol 500 mg İV 8 saatte bir.
- Uygun analjezik ilaçlar veriniz (**sayfa K- 37**).
- Mümkünse, diğer sağlık hizmetlerini teklif edin (**sayfa S- 13**).
- Eğer **salpingostomi yapılmışsa**, kadına bir diğer gebeliğindeki dış gebelik riskini hatırlatın ve aile planlaması önerin (**Tablo S- 3, sayfa S- 13**).

BÖLÜM 4

APENDİKS

GEBELİKTEKİ VE DOĞUMDAKİ KOMPLİKASYONLARI YÖNETMEK İÇİN GEREKLİ İLAÇLAR

A-1

ANTİBİYOTİKLER

Amoksisilin
Ampisilin
Benzatin penisilin
Benzil penisilin
Sefazolin
Seftriakson
Kloksasilin
Eritromisin
Gentamisin
Kanamisin
Metronidazol
Nitrofurantoin
Penisilin G
Prokain penisilin G
Trimetoprim/Sülfometoksazol

STEROİDLER

Betametazon
Deksametazon
Hidrokortizon

ACİL SURUMLARDA KULLANILAN İLAÇLAR

Adrenalin
Aminofilin
Atropin sülfat
Kalsiyum glukonat
Digoksin
Difenhidramin
Efedrin
Furosemid
Nalokson
Nitrogliserin
Prednizon
Prednizolon
Prometazin

IV SIVILAR

Dekstroz 10%
Glukoz (5%, 10%, 50%)
Normal salin
Ringer laktat

ANTİKONVÜLZANLAR

Diazepam
Magnezyum sülfat
Fenitoin

ANTİHİPERTANSİFLER

Hidralazin
Labetolol
Nifedipin

OKSİTOSİKLER

15-metil prostaglandin F2 α
Ergometrin
Metilergometrin
Misoprostol
Oksitosin
Prostaglandin E2

ANESTEZİKLER

Halotan
Ketamin
Lignokain 2% veya 1%

ANALJEZİKLER

İndometazin
Morfin
Parasetamol
Pethidin

SEDATİFLER

Diazepam
Fenobarbiton

ANTİMALARYAL

Artemeter
Artesunat
Klorokin
Klindamisin
Meflokin
Kinidin
Kinidin dihidroklorid
Kinin sülfat
Sülfadoksin/ Primetamin

TOKOLİTİKLER

İndometazin
Nifedipin
Ritodrin
Salbutamol
Terbutalin

DİĞER

Antitetanoz serumu
Ferröz fumarat
Ferröz sülfat
Folik asit
Heparin
Magnezyum trisilikat
Sodyum sitrat
Tetanoz antitoksini
Tetanoz toksoidi
K vitamini

Abdominal distansiyon
tanısı

erken gebelik, S-9, S-14
geç gebelik, S-18

Abdominal ağrı
tanısı

erken gebelik, S-116
geç gebelik ve postpartum,
S-120
genel yönetim, S-115, S-119

Abdominal palpasyon
inişin değerlendirilmesi, K-61

Abdominal yaralar, S-113

Abse

tanı, S-108
yönetim

meme, S-113
pelvik, S-110
yara, S-113

Acil durum işlemleri

planlama, K-15
hızlı ilk değerlendirme, K-3

Ağrı

gör Abdominal ağrı

Ağrı yönetimi

gör Anestezi ve analjezi
duygusal destek ve ağrı yönetimi, K-43
iyileşme, ağrının geçmesi ve, K-46
eylem, K-58
postoperatif, K-46
cerrahi işlemler, K-50

AIDS

gör Enfeksiyondan korunma

Aile üyeleri

duygusal tepkileri, K-7
eylem ve doğum, esnasında destek, K-57
mortalite, ile başa çıkma, K-9
ile konuşma, K-5

Aile planlaması

düşük ve, S-12, S-13
yöntemler, S-13
mol gebelik ve, S-16
uterus ruptürü, onarım sonrası
danışmanlık, İ-98
sezaryen esnasında tüp ligasyonu, İ-51
salpingostomi, işlem sonrası
danışmanlık, İ-111

Aktif yönetim

eylemin üçüncü evresi, K-73
İ-42
fetal ölüm, S-133

Akut pyelonefrit

tanı, S-100
yönetim, S-102
apandisit, karıştırılması,
S-115

Alerjiler

lignokain, K-41

Alın geliş

tanı, S-73
yönetim, S-76

Ameliyatlar

genel prensipler, K-47
gör Postoperatif bakım
intraoperatif bakım, K-48
preoperatif bakım, K-47

Amniyonit

tanı, S-136
yönetim, S-139
membranların eylem öncesi
yırılması ve, S-136

Amniyotik sıvı

gör, membranların eylem öncesi
yırılması
test edilmesi, S-137

Amniyotomi

gör membranların suni yırılması

Anal sfinkter yırtıkları

A-4

gör Vajinal veya perineal yırtıklar

Analjezi

gör Anestezi ve analjezi

Anemi

tanı, S-126

yönetim

sıtma ve, S-56

postpartum, S-26

ciddi, S-127

hemoglobin veya hematokrit

belirlenmesi, S-26

kalp yetmezliği ve, S-127

sıtma ve, S-56, S-103

spinal anestezi, kaçınma, İ-11

Anestezi ve analjezi

gör Ağrı yönetimi

genel prensipler, K-43

uygulama, zamanı, K-21, K-38

sezaryen, seçenekler, İ-7, İ-43

duygusal destek ve, K-43

enjeksiyon teknikleri, K-41, İ-1

ketamin, İ-13

lokal anestezi

genel tartışma, K-38

adrenalin ve, K-39

alerjik reaksiyonlar, K-41

sezaryen, esnasında kullanımı, İ-7

kalp krizi, K-43

solunum durması, K-42

zehirlenme, K-41, K-42, K-43

kusma, K-41, K-46

narkotikler

eylem sırasında, K-59

postoperatif, K-46

yenidoğanda respiratuar

depresyon ve, K-38

seçenekler, K-45

paraservikal blok, İ-1

postoperatif, K-46

premedikasyon, K-21, K-38

Anestezi ve analjezi (devam)

pudental blok, İ-3

spinal, İ-11

Anksiyete

başa çıkma, K-5

şok ve sinirlilik, S-1

Antibiyotikler, K-35

Antidepresanlar

emzirme ve, K-13

Antiseptikler

klorhekzidin, K-22, K-49

iyodoforlar, K-22, K-49

Apandisit

tanı, S-116

yönetim, S-117

tanısal kararsızlık, S-115, S-119

gebe uterus ve, S-119

Aseton

idrarda varlığı, K-71

Astım

gör Bronşial astım

Aşılama

tetanoz, S-51

Aşırı gerilmiş uterus

tanı, S-87

aşırı amniyon sıvısı, S-88

iri fetüs, S-88

çoğul gebelik, S-89

Atektazi

tanı, S-109

Ateş

tanısı

gebelik ve eylem, S-100

postpartum, S-108

genel yönetim, S99

postoperatif, K-55

Atık imhası, K-20

Atonik uterus

tanı, S-27

yönetim, S-28

Index

A-5

Baş ağrısı
tanısı, S-38

Beslenme
idrarda aseton, K-71
dekstroz, K-71
eylem, esnasında verilmesi, K-58

Beyin kanaması
hipertansiyon ve, S-48

Bilgilendirilmiş onam, K-47

Bilinç kaybı
tanısı, S-38, S-39
genel yönetim, S-35
şok ve, S-1

Bilinçsizlik
gör Bilinç kaybı

Birleşik prezentasyon
tanı, S74
yönetim, S-78

Bronşial astım
tanı, S-126
yönetim, S-129

Bronşit, S-129

Bronkospazm
bronşial astım ve, S-129
transfüzyona bağlı, K-28

Cerrahi
göe Ameliyatlar

Çoğul gebelik
tanı, S-87
yönetim, S-89

Derin ven trombozu, S-109

Depresyon
antidepresan ilaçlar, emzirme ve, K-13
postpartum, duygusal düşünceler, K-13

Dekstran

şok ve verilmesinin tehlikesi, S-2

Dekstroz solüsyonları
idrarda aseton, kullanım sebebi, K-71
idame sıvıları, kullanımı, K-31, K-32
replasman sıvıları, K-30
subkütan, verilmesinin tehlikesi, K-33

Dış gebelik
tanı, S-8, S-13, S-14
kul de sentez, İ-69
yönetim, S-14
apandist, karışması, S-115

salpenjektomi veya salpingostomi, İ-109
erken gebelikte vajinal kanama ve, S-7

Dilatasyon
gör Servikal dilatasyon

Dilatasyon ve küretaj
gör Vakum aspirasyon
işlem, İ-61
anestezi seçenekleri, K-45, İ-1, İ-11
komplikasyonlar, İ-63
işlem sonrası bakım, İ-63

Diüretikler
hafif pre-eklampsi ve verilmesinin
tehlikesi, S-42

Disparanü
tanısı, S-136

Dizüri
tanısı, S-100, S-136

Doğum
gör Eylem ve doğum

Doğum kontrolü
gör Aile planlaması

Doğum defektleri
duygusal düşünceler, K-12

Duygusal destek
genel prensipler, K-7
eylem, esnasında endişe, K-58

A-6

ağrı yönetimi ve, K-43

Düşük

gör Manuel vakum
aspirasyon; Dilatasyon ve küretaj
tanı, S-8
yönetim
komplet, S-12
inkomplet, S-11
kaçınılmaz, S-11
tehdi, S-10
komplikasyonları, S-9
ardından aile planlaması, S-13
takip tedavisi, S-12
tetanoz, güvensiz düşükler ve, S-51
düşük tipleri, S-10

Drenaj

cerrahi işlemler ve, K-51

Eğitim, K-80

Eklampsi ve pre-eklampsi

tanı, S-37, S-38
genel yönetim, S-35, S-39
antikonvülfif ilaçlar, S-44
antihipertansif ilaçlar, S-46
konvülziyonlar, S-40, S-43, S-44
pre-eklampsinin dereceleri, S-38
doğum gerekliliği, S-47
hafif pre-eklampsi, S-42
ödem ve pre-eklampsi, S-39, S-126
proteinüri ve pre-eklampsi, S-37, S-39
pulmoner ödem ve pre-eklampsi, S-126
ciddi pre-eklampsi ve eklampsi, S-43
spinal anestezi, kaçınmak, İ-11

Eksternal versiyon

işlem, İ-15
fetal kalp hızı ve, İ-15

Eldiven ve giysi gereksinimleri

K-18

El yıkama

genel işlemler, K-17
cerrahiye hazırlanma, K-49

Emzirme

antidepresan ilaçlar ve, K-13

komplikasyonlar

meme absesi, S-113
meme angorjmanı, S-111
mastit, S-112
ilk beslemede gecikme, K-78
başlatma, K-76, K-78

Enfeksiyon

meme, S-112
yenidoğan sepsisi, S-139
düşük sonrası sepsis, S-9
üriner traktus, S-101
uterus, S-110, S-139
yara, S-113

Enfeksiyondan korunma

genel tartışma, K-17
antibiyotik profilaksisi, K-35
kan ve kan ürünleri, K-24
HIV geçişi, perinatal, İ-17
hipertansiyon komplikasyonları, S149
eylem, esnasında temizlik, K-58
genel cerrahi işlemler, K-47

Enformasyonel haklar, K-5

Enema

eylem, esnasında kullanımından
kaçınmak, K-58

Enjeksiyon

enjeksiyon teknikleri, K-41, İ-1
tetanoz, S-51

Ensefalit

tanı, S-39

Enstrümanlar

cerrahide sayar, K-51

Epilepsi

tanı, S-39
yönetim, S-51

Epilepsi, tedavisi ve, S-51

malformasyonlar, S-147

Index

Epizyotomi

- işlem, İ-71
- anestezi seçenekleri, K-45, İ-3
- komplikasyonlar
 - hematom, İ-74
 - enfeksiyonlar, İ-74
 - onarımı, İ-73

Erken eylem ve doğum

- gör Preterm eylem

Eylemin indüksiyonu ve desteklenmesi

- işlem, İ-17
- membranların suni yırtılması, İ-17
- destekleme, İ-25
- serviks
 - değerlendirme, İ-18
 - olgunlaşma, İ-24
- Foley kateter, İ-25
- Uterin ruptür, oksitosin ve, İ-19

Eylemin desteklenmesi

- gör Eylemin indüklenmesi ve desteklenmesi

Eylemin tatminkar olmayan ilerlemesi

- gör Uzamış eylem

Eylem ve doğum

- gör Uzamış eylem;
- Malprezentasyon veya malpozisyon tanısı, K-59
- genel yönetim, K-57
- idrarda aseton, K-71
- aktif yönetim, üçüncü evre, K-73
- eylemin desteklenmesi, İ-25
- esnasında kanama, S-17
- esnasında kan basıncı, S-17
- sezaryen, önceki
 - ardından oksitosin kullanımı, İ-21
 - ardından vajinal doğum, S-93
- serviks
 - dilatasyon, K-60
 - silinme, K-59, K-60
- doğum pozisyonları, K-71
- kordon, kontrolü, K-72
- iniş, değerlendirilmesi, K-61
- eklampsi, doğum mecburiyetleri, S-47
- baş, doğumu, K-72

- esnasında kalp yetmezliği, S-128
- eylemin indüksiyonu, İ-17
- eylem pozisyonları, K-59
- esnasında maternal durum, K-71
- çoğul gebelik, S-89
- yenidoğan bakımı, ilk, K-75
- partograf
 - değerlendirilmesi, K-65
 - örnekler, K-69, S-59, S-61, S-63
- fazları, K-60
- plasenta, K-73
- plasenta previa, doğum mecburiyetleri, S-23
- prezentasyon ve pozisyon, K-62
- önceki sezaryen
 - ardından oksitosin kullanımı, İ-21
 - ardından vajinal doğum, S-93
- ilerleme, değerlendirilmesi, K-64
- esnasında nabız, K-57
- itme, S-67
- omuz, doğumu, K-72
- nişan, S-17
- evreleri, K-60, K-70
- üçüncü evre, K-60, K-73
- umbilikal kordon, kontrol edilmesi, K-72
- tatminkar olmayan ilerleme, S-57

Eylemin ve doğumun monitorizasyonu

- gör Partograf monitorizasyonu

Farkındalık

- gör Bilinç kaybı

Fasiit

- nekrotizan fasiit, S-114

Femoral nabız

- palpasyon, S-30

Fetal sağlık ve fetal distres

- fetüsün ölümü, S-132
- kalp hızı
 - fetal distres ve, S-95
 - plasenta dekolmanı ve, S-19
- membranların suni yırtılması ve, İ-18
- eksternal versiyon, monitorizasyon gereksinimleri, İ-15
- normal eylem ve, K-57

- duyulamıyor, S-131
hareket kaybı, S-131
malprezentasyon ve malpozisyon, S-69
mekonyumla boyanma, S-96
- Fetal kafatasının işaret noktaları, K-62
- Fetüsün anormallikleri
değerlendirme, S-147
duygusal düşünceler, K-12
- Foley kateter
eylemin indüksiyonu, İ-25
- Forsepsle doğum
işlem, İ-33
anestezi seçenekleri, K-44, İ-3
takılmış baş ile birlikte makat
prezentasyonu, İ-41
alın prezentasyonu, birlikte
kullanımından kaçınmak, S-76
komplikasyonlar
uterus ruptürü, İ35
yırtıklar, İ-35
yardım için epizyotomi, İ-35
başarısızlık, İ-35
Piper forsepsi, İ-41
- Gastrointestinal fonksiyon
postoperatif, K-53
- Glukoz solüsyonları
replasman sıvıları, kullanımı, K-30
- Görme
gör Görme bulanıklığı
- Görme bulanıklığı
tanısı, K-41, S-38
- Halotan
invert uterus, düzeltilmesi, İ-92
- Hematokrit
anemi ve, S-26
- Hematom
broad ligaman, S-20, İ-96
- sefal hematoma, İ-30
epizyotomi ve, İ-74
ruptüre uterusu içeren, onarım, İ-96
vajinal ve perineal yırtıklar ve, İ89
yara, S-113
- Hemoglobin
anemi ve, S-26
transfüzyon gereklilikleri, K-26
- Hemoraji
gör Kanama
tanı
antepartum, S-17
postpartum, S-25
genel yönetim
antepartum, S-17
postpartum, S-26
serebral, gebeliğin indüklediği
hipertansiyon ve, S-48
koagülopati ve, S-19
tanım, S-25
gecikmiş postpartum, S-33
acil postpartum, S-25
İV infüzyonlar ve, K-30
postpartum, önlenmesi, S-25, K-73
replasman sıvıları, K-30
postpartum sekonder, S-33
spinal anestezi, kaçınmak, İ-11
- Hemostaz, K-51
- Hepatit
tanı, S-101
gör Enfeksiyondan korunma
- Hızlı ilk değerlendirme, K-1
- HIV
gör Enfeksiyondan korunma
membranların yırtılması ve perinatal
geçiş tehlikesi, İ-17
- Hipertansiyon
gör Kan basıncı
tanısı, S-36, S-38
yönetim
kronik hipertansiyon, S-49
eklampsi, S-43

Index

- pre-eklampsi, S-42, S-43
 - gebeliğin indüklediği
 - hipertansiyon, S-41
- antihipertansif ilaçlar, S-46
- komplikasyonlar, S-48
- diüretikler, kullanım tehlikeleri, S-42
- Hipodermik iğneler
 - keskin, tutma işlemleri K-20
- Hipotermi
 - yenidoğan, S-148
- Hipovolemi
 - gör Şok
 - spinal anestezi, kullanımından kaçınmak, İ-11
 - replasman sıvıları ve, K-32
- Histerektomi
 - işlem, İ-103
 - postoperatif bakım, İ-108
 - subtotal, İ-104
 - total, İ-107
- Hormonlar
 - düşük tehditi ve, S-11
- İdrar
 - proteinüri ve pre-eklampsi, S-37, S-39
 - az çıkış
 - magnezyum sülfat verilişi ve, S-45
 - sıtma ve, S-55
 - şok ve, S-1
 - test etmek
 - proteinüri, S-37
 - idrar yolu enfeksiyonu, S-101
- İdrar yolu enfeksiyonları
 - tanısı, S-100, S-101
 - yönetim
 - akut pyelonefrit, S-102
 - sistit, S-101
 - yalancı eylem ve, S-64
- İletişim teknikleri
 - genel prensipler, K-6
 - eylem ve doğum, K-57
- İlk değerlendirme, K-1
- İnfüzyon
 - işlem, K-21
 - kan transfüzyonları ile karşılaştırılması, K-23
 - kanül takılması, K-21, S-3
 - sıvı dengesi, S55
 - kalp yetmezliği ve S-128
 - sıvı tedavisinin idamesi, K-32
 - fenitoin, S-52
 - replasman sıvıları, K-30
 - kolloid solüsyonlar, K-31
 - kristaloid solüsyonlar, K-30
 - dekstroz solüsyonları, K-30, K-31, K-32, K-33
 - glukoz solüsyonları, K-30
 - Ringer laktat, K-21
 - normal salin, K-21, K-30
 - şok
 - yönetimi, K-30, S-2
 - plazma eşdeğerleri, tehlikesi, K-21
 - replasman sıvılarının subkütan verilmesi, K-33
 - transfüzyon, alternatifler, K-30
 - venöz cutdown, kanül yerleştirilmesi, S-3
- İniş
 - değerlendirilmesi, K-61
- Kadınların hakları, K-5
- Kalp hastalığı
 - kalp yetmezliği ve, S-128
 - ketamin, kullanılmasının tehlikeleri, İ-13
- Kalp krizi
 - gör Kardiyak arrest
- Kalp krizi
 - anestezi reaksiyonları, İ-43
- Kalp yetmezliği
 - tanı, S-126
 - yönetim, S-127
 - anemi ve, S-127
 - sezaryen, S-128, İ-43
 - kalp hastalığı ve, S-128

A-10

Index

eylem, esnasında yönetim, S-128
spinal anestezi, kaçınmak, İ-11

Kanama

gör Hemoraji;
Koagülopati

tanısı

erken gebelik, S-8
eylem, S-17, S-18
geç gebelik, S-17, S-18
postpartum, S-27

genel yönetim

erken gebelik, S-7
eylem, S-17
geç gebelik, S-17
postpartum, S-26
anteartum, S-7, S-17
aorta, kompresyonu, S-30
sezaryen, esnasında kontrol, İ-48
hafif veya ağır, S-8
ölçüm kaybı, S-25
uterusu doldurma, S-30
postpartum, S-25
şok sebebi, S-4
uterus, bimanuel kompresyon, S-29

Kan ve kan ürünleri

gör Transfüzyon
genel prensipler, K-23
koagülopati, yönetim, S-19
uyum testleri, K-25
enfeksiyondan korunma, K-24
plazma transfüzyonları, K-24
reçeteleme, K-27
enfeksiyöz ajanlar için tarama, K-25
septik şok, K-29
gereksiz kullanım, K-23
tam kan veya eritrosit
transfüzyonları, K-24

Kan basıncı

gör Hipertansiyon
diastolik, ölçümü, S-36
proteinüri, pre-eclampsisi ve, S-37, S-39

Kan basıncı (devam)

şok ve düşük kan basıncı, S-1

Kancalı kurt

kanama ve, S-26
kalp yetmezliği yönetimi, S-127

Kanül

infüzyon, için uygulanması, K-21
venöz cut- down, için uygulanması, S-3

Kateterizasyon

gör Mesane

Keskin aletler

tutmak, K-20, K-51
iğne batması hasarı, pudendal blok ve,
İ-5
cerrahi sayılar, K-51

Ketamin

işlem, İ-13

Koagülopati

tanı
yatakbaşı pıhtılaşma testi, S-2
yönetim, S-19
eklampsi, sezaryan ile doğum ve, S-47
spinal anestezi, kaçınmak, İ-11

Kolloid solüsyonlar

replasman sıvıları, kullanımı, K-31

Kolpotomi

işlem, İ-70
anestezi seçenekleri, K-45

Koma

tanısı, S-38, S-39

Konfüzyon

şok ve, S-1

Konjenital sifiliz

yenidoğanlarda **yönetim**, S-150

Kontraksiyonlar

yanlış eylem ve durması, S-64
uygunsuz ve uzamış eylem, S-63, S-66
partograf, yazımı, K-66

Konvülziyonlar

tanısı, S-38, S-39

Index

- lignokain zehirlenmesi ve, K-42
yenidoğan, S-141, S-149
- Kordon**
gör Kordon sarkması
doğum, esnasında kontrol, K-72
traksiyon, vasıtasıyla plasental doğum,
K-74, S-31
pulsasyonlar ve sarkmış kordon, S-97
- Kordon sarkması**
yönetim, S-97
makat prezentasyonu ve, S-80
birleşik prezentasyon ve, S-78
doğum, esnasında kontrol etmek, K-72
uterusun aşırı gerilmesi ve, S-88
- Kraniyosentez**
işlem
makat prezentasyon, İ-60
sezaryen ve, İ-60
kapalı serviks, İ-59
dilata serviks, İ-59
duygusal düşünceler, K-11
işlem sonrası bakım, İ-60
- Kraniyotomi**
işlem
makat prezentasyon, İ-58
sefalik prezentasyon, İ-57
anestezi seçenekleri, K-45, İ-3
duygusal düşünceler, K-11
işlem sonrası bakım, İ-60
- Kul de sentez**
işlem, İ-69
anestezi seçenekleri, K-45
- Kusma**
tanısı, S-8, S-9, S-39, S-100, S-108, S-116
anestezi verilmesi ve, K-46
şok yönetimi, S-2
- Küretaj**
gör Dilatasyon ve küretaj
- Laparotomi**
anestezi seçenekleri, K-45
- Laserasyonlar**
gör Yarıklar
- Letarji**
tanısı, S-126
yenidoğanlar, S-141, S-148
- Litotomi pozisyonu**, K-22
- Lokal anestezi**
gör Anestezi ve analjezi
- Lovset manevrası**, İ-38, İ-39
- Makat prezentasyon ve doğum**
gör Malpozisyonlar
ve malprezentasyonlar
tanı, S-74
yönetim, S-79
doğum işlemi, İ-37
anestezi seçenekleri, K-45, İ-3
sezaryen ve, S-80, İ-49
tam makat, S-74, S-79, İ-37
koplikasyonlar, S-80
kraniyotomi ve, İ-58
eksternal versiyon, düzeltme, S-79, İ-15
ekstraksiyon, İ-42
ayak geliş, İ-41
saf makat, S-74, S-79, İ-37
baş, takılması, İ-41
Lovset manevrası, İ-38, İ-39
Mauriceau Smellie Veit manevrası,
İ-40, İ-41
mekonyumla boyanma ve, S-96
çoğul gebelik ve, S-90
doğum sonrası bakım, İ-42
- Malformasyonlar**
duygusal düşünceler, K-12
genel, S-147
- Malpozisyon ve malprezentasyon**
gör Makat prezentasyonu
ve doğumu
tanı, S-72, S-73, S-74, S-75
genel yönetim, S-69
makat prezentasyonu, S-74, S-79
alın prezentasyonu, S-73, S-76

A-12

- sezaryen, İ-49
mentum anterior pozisyon, S-77, S-78
mentum posterior pozisyon, S-77, S-78
birleşik prezentasyon, S-74, S-78
eksternal versiyon, düzeltilmesi, İ-15
yüz prezentasyonu, S-73, S-77
çoğul gebelik ve, S-90
oksiput pozisyonlar, S-70, S-71, S-72, S-75
omuz prezentasyonu, S-75, S-81
transvers duruş, S-75, S-81
- Manuel vakum aspirasyon
işlem, İ-65
anestezi seçenekleri, K-45
komplikasyonlar, İ-68
dilatasyon ve küretaj
karşılaştırılması, İ-61
işlem sonrası bakım, İ-68
- Mastit
tanı, S-108
yönetim, S-112
- Mauriceau Smellie Veit manevrası,
İ-40, İ-41
- Mekonyum
aspirasyon, önlenmesi, S-143
makat prezentasyon ve, S-96
fetal distres ve, S-96
kalınlığı, K-57, S-96
- Membranlar
gör Membranların yırtılması
suni yırtılma, İ-17
- Membranların suni yırtılması
gör Membranların yırtılması
işlem, İ-17
- Membranların yırtılması
suni yırtılma, İ-17
HIV prevelansı ve, İ-17
normal eylem, K-57
eylem öncesi, S-135
- Membranların eylemden önce yırtılması
tanı, S-136
- yönetim, S-136
yenidoğan bakımı ve, S-149
- Meme absesi
tanı, S-108
yönetim, S-113
emzirme, S-113
- Meme angorjmanı
tanı, S-108
yönetim, S-111
- Meme enfeksiyonları
gör Meme absesi; Mastit
- Menenjit
tanı, S-39
- Mesane
kateterizasyon, K-48
enfeksiyon, S-101
postoperatif bakım, K-54
hasarın onarılması, İ-97
- Metrit
tanı, S-108
yönetim, S-110
- Migren
tanı, S-39
- Mol gebelik
tanı, S-8
yönetim, S-15
ardından aile planlaması, S-16
- Morbidite,
anneyle ilgili, K-9
yenidoğanla ilgili, K-10
- Nabız
şok ve zayıf nabız hızı, S-1
- Nefes alma
eylem esnasındaki teknikler, K-58
- Nefes darlığı
gör Siyanoz; Solunum durması
tanısı, S-126

Index

- genel yönetim**, S-125
 yenidoğanlar, S-141
 resusitasyon planlaması, K-73
 oksijen verilmesi, S-146, S-147
 preterm bebekler, S-147
 şok ve hızlı nefes alma, S-1
- Nefes almama
 gör Solunum durması
- Nekrotizan fasiit, S-114
- Oksijen
 yenidoğan, nefes almada zorluk ve, S-146, S-147
- Oksiput pozisyonlar
 tanı, S-70, S-71, S-72
 yönetim, oksiput posterior, S-75
- Omuz distosisi
 tanı, S-83
 yönetim, S-83
 brakial pleksus hasarı ve, S-84
- Omuz prezentasyonu
 tanı, S-75
 yönetim, S-81
- Ovaryan kistler
 tanı, S-116
 yönetim, S-117
 apandisit, karışması, S-115
 ultrason ve, S-14
- Ödem
 gör Akciğer ödemi
 tanısı, S-126
 diüretikler, verilmesinin tehlikesi, S-42
 pre-eklampsi ve, S-37, S-39
- Öksürük
tanısı, S-126
- Ölü doğum
 duygusal düşünceler, K-10
- Öncelik hakları, K-5
- Paraservikal blok
 işlem, İ-1
- Partograf
 genel kullanım, K-65
 örnekler
 kontraksiyonlar, uygunsuz, S-63
 normal eylem ve doğum, K-69
 tıkanmış eylem, S-61
 uzamış eylem, S-59
- Pelvik abse
 tanı, S-108
 yönetim, S-110
 kolpotomi, İ-70
 kul de sentez, İ-69
- Pelvik enflamatuvar hastalık
 dış gebelik, ile karışması, S-7
- Pelvis
 uygunsuz, belirlenmesi, S-65
- Perineal yırtıklar
 gör Vajinal veya perineal yırtıklar
- Peritonit
 tanı, S-108
 yönetim, S-111
 apandisit ve, S-117
- Pıhtılaşma bozuklukları
 gör Koagülopati
- Plasenta
 gör Plasenta retansiyonu
 akreata, S-32
 kontrollü kordon traksiyonu ile
 doğurtulması, K-74
 doğum, K-74
 muayenesi, K-75
 parçalar, kalmış, S-32
 manuel çıkartma
 işlem, İ-77
 anestezi seçenekleri, K-45, İ-3, İ-11
 komplikasyonlar, İ-79
 uterus inversiyonu ve, İ-91
 işlem sonrası bakım, İ-79
 membran yırtıkları, K-75

A-14

sezaryende çıkartılması, İ-45
retansiyonu, S-27, S-31

Plasenta dekolmanı

tanı, S-18
yönetim, S-18
membranların eylem öncesi yırtılması
ve, S-136

Plasenta previa

tanı, S-18
yönetim, S-21
sezaryen ve, İ-49

Plasenta retansiyonu

tanı, S-27
yönetim, S-31
kordon traksiyonu ile doğum, S-31
ergometrin, kullanımının tehlikesi, S-31
parçalar, kalmış, S-32

Plazma transfüzyonları

koagülopati ve, S-20
enfeksiyon riskleri, K-24
replasman sıvısı kullanımı, K-31

Pnömoni

tanı, S-126
yönetim, S-129

Pozisyon

gör Malprezentasyon ve malpozisyon

Postoperatif bakım

mesane, K-54
kanama, iç, için monitorizasyon, K-53
ateş, K-55
gastrointestinal fonksiyon, K-53
ilk, K-52
ağrı geçmesi ve iyileşme, K-46
dikiş alınması, K-55
yara, K-54

Postpartum bakım

kanama, S-25
meme angorjmanı, S-111
meme enfeksiyonları, S-112
sezaryen, postoperatif bakım, İ-50

depresyon, K-13

ateş, S-107

kanama, S-25

psikoz, K-14

simfizyotomi, ardından bakım, İ-56

Postpartum kanama

gör Kanama; Hemoraji
genel yönetim, S-25

Pre-eklampsi

gör Eklampsi ve pre-eklampsi

Prezentasyon

gör Malprezentasyon ve malpozisyon
normal prezentasyon, K-62

Preterm eylem

tanı, S-120
yönetim, S-122
yenidoğan
preterm, bakımı, S-147, S-149
bakteriyel enfeksiyonlar, S-147
hyalin membran hastalığı, S-147
düşük doğum ağırlığı, S-147, S-149
membranların ruptürü, preterm, S-135

Proteinüri

tanısı, S-37, S-38
ölçümü, S-37
pre-eklampsi ve, S-37, S-39

Psikoz

ketamin, kullanımının tehlikeleri, İ-13
postpartum duygusal düşünceler, K-14

Pubik kıl

traş edilmesi, K-48

Pudental blok

işlem, İ-3

Pulmoner ödem

tanı, S-38
pre-eklampsi ve, S-44

Pyelonefrit

gör Akut pyelonefrit

Index

A-15

Raller

tanısı, S-126
pulmoner ödem,
pre-eklampsi ve, S-44

Refakatçi, destek
gör Aile üyeleri

Refakatçi desteği
gör Aile üyeleri

Sağlık bağlantıları, K-79

Salpenjektomi veya salpingostomi
işlem, İ-109
ardından aile planlaması danışması,
İ-111
ardından gebelik riskleri

Sefal hematom
vakum ekstraksiyon ve, İ-30

Sefalopelvik uyumsuzluk
tanı, S-57
yönetim, S-65

Selülit
yara selülit, S-114

Servikal dilatasyon
eylem, tanısı ve confirmasyonu, K-60

Servikal yırtıklar
onarım, İ-81
anestezi seçenekleri, K-45
kanama sebepleri, S-31
forseps doğum ve, İ-35
vakum ekstraksiyon ve, İ-31

Servisit
tanı, S-136
Foley kateter, kullanımının tehlikeleri,
İ-25

Serviks
gör Yırtıklar
eylemin indüksiyonu, öncesinde
serviksin değerlendirilmesi, İ-18
paraservikal blok, İ-1

olgunlaşma, İ-24
uterusla beraber yırtılması, onarımı, İ-96

Sevk şekilleri, K-80

Sezaryen

işlem, İ-43
anestezi seçenekleri, K-45, İ-7, İ-11,
İ-43
antibiyotikler, K-35
kanama kontrolü, İ-48
postoperatif, İ-50
makat prezentasyonu ve, İ-49
klasik insizyon, İ-50
abdomenin kapatılması, İ-48
uterusun kapatılması, İ-47
kalp yetmezliği ve, İ-43, S-128
yüksek vertikal insizyon, İ-50
ardından histerektomi, İ-103
takibeden gebelikte oksitosin
kullanımı, İ-21
plasenta previa ve, İ-49
plasenta, doğurtulması, İ-45
postoperatif bakım, İ-50
kordon sarkması ve, S-97
transvers duruş ve, İ-49
ardından tüp ligasyonu, İ-51

Sıvılar

gör İnfüzyon
enema, verilışı, K-32
sıtma ve sıvı yönetimi, S-55
subkütan, verilışı, K-33

Sıvı tedavisinin idamesi, K-31

Sıtma

tanı, S-39, S-103
genel tartışma, S-52, S-103
anemi ve, S-56, S-127
konvülziyonlar, S-54
sıvı dengesi, S-55
hipoglisemi, S-55
ilaç direnci, S-104, S-105
ciddi/ komplike, S-52
komplike olmayan, S-103

Sifiliz

konjenital, S-141

A-16

- fetüsün ölümü, S-132
 yenidoğanda yönetimi, S-150
- Simfizyotomi**
 işlem, İ-53
 anestezi seçenekleri, K-45
 alın prezentasyonu, simfizyotomiden kaçınma, S-76
 komplikasyonlar, İ-56
 işlem sonrası bakım, İ-56
 riskler, İ-53
 uterus ruptürü, kaçınmak, İ-53
 vakum ekstraksiyon ve, İ-30, İ-53
- Sistit**
tanı, S-100
yönetim, S-101
- Siyanoz**
 gör Nefes alma ve nefes darlığı
tanısı, S-126
 yenidoğanlar, S-141, S-146
- Solukluk**
 şok ve, S-1
 anemi ve, S-126
- Solunum durması**
 gör Nefes alma ve zorluğu
 anestezi reaksiyonları, K-42
 resusitasyon
 yenidoğan, S-142
- Spinal anestezi**
 işlem, İ-11
- Su, akışı**
 gör Membranların eylem öncesi yırtılması
- Supin hipotansiyon sendromu**, K-48
- Sütür**
 alınması, K-55
 seçim, K-52
- Şok**
 tanı, S-1
 yönetim, S-1
- anaflaktik şok, K-28
 sebep, S-4
 acil cevap, K-15
 İV infüzyonlar, K-21, K-30
 replasman sıvıları, K-30
 septik, kan transfüzyonu ve, K-29
 transfüzyondan dolayı, K-28
 transfüzyon gereksinimleri, K-23
- Tetanoz**
 tanı, S-38
 yönetim, S-50, S-51
- Tıkanmış eylem**
 tanı, S-57
 yönetim, s-66
 partograf, örnek, S-61
- Tifo**
 tanı, S-109
- Tromboz**
 gör Derin ven trombozu
- Tokoliz ve tokolitik ajanlar**
 kullanıldıkları durumlar, S-122
 kullanırken dikkat edilecekler, S-123
 düşük tehditi ve, S-11
- Toplum bağlantıları**, K-79
- Transfüzyon**
 gör Kan ve kan ürünleri
 genel prensipler, K-25
 ototransfüzyon, K-26, S-14
 koagülopati yönetimi, S-19
 hemoglobin değeri ve, K-26
 enfeksiyon riskleri, K-24
 monitorizasyon, K-27
 reaksiyonlar
 anaflaktik şok, K-28
 bronkospazm, K-28
 için takip etmek, K-27
 replasman sıvısı alternatifleri, K-30
- Transvers duruş**
 tanı, S-75
 yönetim, S-81
 sezaryen ve, İ-49

Index

- eksternal versiyon, İ-15
- internal podalık versiyon, S-90
- Travma
 - şok yönetimi, S-4
- Tüp ligasyonu
 - sezaryen ve, İ-51
 - uterus ruptürü ve, İ-96
- Tüberküloz
 - pnömoni ve, S-129
- Ultrason
 - tanının doğrulanması
 - dış gebelik, S-14
 - fetal ölüm, S-132
 - ovaryan kist, S-14
 - aşırı gerilmiş uterus, S-87
 - plasenta previa, S-22
- Umbilikal
 - gör Kordon; Kordon sarkması
- Uterin arter ve uteroovaryan arter
 - bağlanması
 - işlem, İ-99
- Uterus
 - gör Atonik uterus; İnverte uterus; Ruptüre uterus
 - apandisit ve gebe uterus, S-119
 - arter bağlanması, İ-99
 - bimanuel kompresyon, S-29
 - sezaryen, kapatma, İ-47
 - dilatasyon ve küretaj, İ-61
 - uygunsuz uterin aktivite ve uzamış eylem, S-66
 - manuel vakum aspirasyon, İ-65
 - plasantanın doğumundan sonra masaj, K-75
 - aşırı gerilmiş, S-87
 - içini doldurma, S-30
 - skarlı uterus ve vajinal doğum, S-93
- Uterus atonisi
 - gör Atonik uterus
- Uterus inversiyonu
 - gör İnverte uterus
 - Uterus inversiyonu
 - tanı, S-27
 - yönetim, S-33
 - işlem, düzeltilmesi, İ-91
 - anestezi seçenekleri, K-45
 - hidrostatik, İ-92
 - manuel, İ-91
 - cerrahi, İ-92
 - komplikasyonlar, İ-94
 - işlem sonrası bakım, İ-94
- Uterus ruptürü
 - tanı, S-18
 - yönetim, S-20
 - onarım, İ-95
 - ardından sezaryen, S-94
 - forsepsle doğum, İ-35
 - yırtılmaya yatkın, S-94
 - eylem indüksiyonu ve tehlikesi, İ-19
 - oksitosin verilmesi ve tehlikesi, İ-19
 - ardından gebelik riskleri, İ-98
 - sebebi olduğu skarlar, S-93
 - omuz distosisi ve, S-84
 - kaçınılacak simfizyotomi, İ-53
 - ardından vajinal doğum, S-93
- Uzamış eylem
 - gör Eylemin indüksiyonu ve desteklenmesi
 - tanı, S-57
 - yönetim
 - latent faz, S-64
 - aktif faz, S-65
 - itici faz, S-67
 - sefalopelvik uyumsuzluk, S-65
 - tıkanma, S-66
 - partograf, örnekler, S-59, S-61, S-63
 - uterin aktivite, uygunsuz, S-66
- Üreter
 - cerrahi işlemler sırasında koruma, İ-96, İ-99, İ-104
- Vajinal kanama
 - gör Kanama
- Vajinal muayene

A-18

kanama tehlikesi, K-1, S-17, S-21
 inişin değerlendirilmesi, K-61
 plasenta previa ve, S-21
 eylemin ilerleyişi, değerlendirme, K-64

Vajinal veya perineal yırtıklar
 onarım, İ-83

anestezi seçenekleri, K-45, İ-11
 anal sfinkter yırtıkları
 tanıma, İ-83
 ihmal edilmiş olgular, İ-89
 onarım, İ-86
 kanama sebebi olarak, S-31
 komplikasyonlar, İ-89
 yırtıkların dereceleri, İ-83
 forseps doğum sonucu olarak, İ-35
 hematom, İ-89
 işlem sonrası bakım, İ-88
 uterus ruptürünü içerecek şekilde,
 onarım, İ-96

Vajinit

tanı, S-136
 Foley kateter, kullanımının tehlikeleri, İ-
 25

Vakum aspirasyon

gör Manuel vakum aspirasyon

Vakum ekstraksiyon

işlem, İ-27
 anestezi seçenekleri, K-45
 alın prezentasyonu, kullanımından
 kaçınmak, S-76
 komplikasyonlar
 sefal hematom, İ-30
 yırtıklar, İ-31
 yardım için epizyotomi, İ-28
 yüz prezentasyonu, kullanımından
 kaçınma, S-78
 başarısızlık, İ-30
 preterm eylem, kullanımından kaçınma,
 S-123
 simfizyotomi ve, İ-30, İ-53

Ventilasyon

yenidoğanlar, S-143

Yakınmak, K-10

Yalancı eylem

tanı, S-57
yönetim, S-64

Yara kapatma

cerrahi işlemler ve, K-52

Yaralar

enfeksiyonları, S-113
 cerrahi yara bakımı, K-54

Yenidoğanlar

genel bakım prensipleri, K-77
 asfiksi, S-147
 bakteriyel enfeksiyonlar,
 S-147, S-148, S-149
 emzirme, K-76, K-78
 nefes almanın kontrolü, K-73
 nefes almada güçlük, S-141
 makat doğum, ardından bakımı, İ-42
 konjenital sifiliz, yönetim, S-150
 konvülziyonlar, S-149
 siyanoz, S-146
 hyalin membran hastalığı, S-147
 hipotermi, S-148
 ilk bakım, K-75
 letarji, S-148
 düşük doğum ağırlığı, S-147, S-149
 malformasyonlar, S-147
 oksijen verilmesi, S-146, S-147
 prematür
 hazırlanmak, S-123
 nefes zorlukları, S-147
 membranların erken yırtılması,
 doğumdan sonra yönetim, S-149
 membranların uzamış ruptürü,
 doğumdan sonra yönetim, S-149
 resusitasyon, S-142
 anneden ayrılma, K-76, K-78
 sepsis, yenidoğan, S-139
 sifiliz, yönetim, S-150
 transfer, K-78
 ventilasyon, S-143

Yenidoğanda hyalin membran

hastalığı, S-147

Index

Yırtıklar

gör Servikal yırtıklar; Vajinal veya
perineal yırtıklar
mesane, İ-97
kanama sebebi olarak, S-31
plasenta, muayenesi, K-75

Yüksek kan basıncı

gör Kan basıncı

Yüz prezentasyonu

tanı, S-73

yönetim, S-77

