

Sağlık Personeli İçin Gebelikte İzlem ve Doğum*

Türk Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanmıştır (2005).

BİRİNCİ TRİMESTER YA DA İLK MUAYENE GEBELİK TANISI-İLK MUAYENE

Ayrıntılı anamnez ilk muayenede alınmalıdır. Dikkatli öykü alınmasını takiben, tam bir sistemik muayene yapılmalıdır. Özellikle kalp ve dolaşım sistemi (kalbin oskülasyonu, varis, ödem dahil) ve tiroid değerlendirilmelidir. Spekulumla vajen ve serviks muayenesi yapılması ve düzenli takip edilmeyen gebelerde Pap smear alınması önerilir. Vajinal ultrasonografi yapılması esastır. Vajinal muayenenin fetus ve gebeliğe zarar vermeyeceği açıklanmalıdır. Ayrıca yaş teyidi, boy ve ağırlık, arteriyel kan basıncı ölçümü (Korotkoff 1 ve 5 alınamıyorsa 4) yapılmalıdır, kan grubu-Rh, HBSAg tetkikleri, meme muayenesi, tetanoz aşısı planlanmalıdır. Bu sırada hastanın risk analizi yapılır. Gebe, izlem programı, istenecek tetkikler, bunların anlam ve önemleri, yaşam tarzı ile ilgili öneriler, gebelik sırasında ortaya çıkabilecek patolojik belirti ve bulgular konularında bilgilendirilir.

Eğer gebenin ilk ziyareti 2. veya 3. trimesterde olursa yukarıdaki işlemler bu ziyarette tamamlanmalıdır.

BİLGİLENDİRME

Gebelik tanısını takiben gebenin bilgilendirilmesi, hangi tarama testlerinin, tetkiklerin ve muayene yöntemlerinin ne zaman uygulanacağı, bunların anlam ve güvenilirlikleri tek tek açıklanmalı, bunların yer aldığı bilgilendirme formu, takip karnesi, gebelik cüzdanı vs. verilmelidir.

KAYIT

Her muayene ve tetkik sonucu gebe formuna işlenmeli ve muayene raporu her seferinde gebeye verilmelidir.

BESLENME

Nöral tüp defektleri için, gebelik planlayan (ya da diğer anlamda gebelikten korunmayan) herkesin en az 1 (bir) ay öncesinde olmak üzere 0.4 mg/gün ve riskli gruplara ise 4mg/gün folik asit tavsiye edilmesi ve ilk üç aylık dönem süresince kullanılması önerilmektedir. Ayrıca multivitaminler, demir, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko rutin olarak önerilmemektedir.

Üç öğün arasına ek porsiyonlar konulması, gerekli enerji ihtiyacının karşılanması için uygundur. Gebelikte dengeli beslenme yanın da günlük 300 kkalorilik enerji alımını sağlamak için ara öğünler önerilmelidir. Gebelikte hangi alışkanlıklar mahsurlu (sigara, alkol), bunlara ait görüş belirtilmeli ve her vizitte kilo takibi yapılmalı. Her anne adayı için ilk prenatal vizitte uygun bir kilo artış hedefi belirlenmeli ve anne adaylarına beslenme ile fiziksel aktivite hakkında bilgi verilmelidir. Ağırlık artışı hedeflenenin dışında kalan gebeler, diyetleri ve aktivite paternleri konusunda incelenmeli ve hatta mümkünse bu inceleme bir beslenme uzmanı tarafından yapılarak gerekli iyileştirmeler sağlanmalıdır. Yapılacak iyileştirme hem sağlıklı bir gebelik sürecine katkıda bulunacak hem de postpartum obezitenin önlenmesini sağlayacaktır.

Diyette ort. 60g protein bulunmalı, normal günlük diyetle gebelik için sadece 300 kcal eklenmelidir. Gebelikte kullanımlarının faydası gösterilemediğinden, rutin multivitamin, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko önerilmemelidir. Aşırı kilo kısıtlaması yapılmamalıdır (öneri: 12-16 kg) (VKİ>26 olanlar: 7-12kg).

Daha önceden sedenter hayat tarzı olan gebeler, egzersize başlamaya yöreklendirilmelidir. Günlük 20-30 dakikalık süreyi aşmayacak şekilde yürüme, yüzme gibi yaralanma riski az olan sporlarla başlangıç önerilebilir. Daha önceden egzersiz yapmakta olan gebelerin ise aynı egzersiz programına- ağır egzersiz programı çerçevesi dışında- devam etmeleri önerilmektedir. Egzersiz programı düzenli olmalıdır.

Aşırı yorgunluk, baş dönmesi, nefes açlığı gibi oksijen yoksunluğu bulguları geliştiğinde egzersiz durdurulmalıdır. Aşırı ısınmadan kaçınabilmek amacıyla, egzersiz serin ortamda yapılmalı, dehidratasyondan kaçınılmalıdır. İkinci ve üçüncü trimesterde supin pozisyonda uzun sürecek egzersizlerden kaçınılmalıdır.

Kontakt sporlar ve dalma sporlarından kaçınılmalıdır. Yapılan egzersizin gerektirdiği kalori ihtiyacı mutlaka alınmalıdır (ortalama 300 kkal/gün).

* Türk Perinatoloji Derneği tarafından İstanbul'da 9-12 Eylül 2004 ve 5-7 Şubat 2005 tarihlerinde yapılan çalıştay kararları doğrultusunda oluşturulmuştur.

Cinsel aktivite gebelik boyunca yasak değildir. Uzun süren seyahatlerde venöz tromboembolizm yönünden dikkatli olunmalıdır. Yüksek proteinli diyetler, ağır perhiz programları ve sodyum kısıtlaması önerilmemelidir. Konserve yiyecekler ve çiğ etten uzak durulması tavsiye edilmelidir.

EMBRİYOGENEZ

Embriyonal dönem gelişmenin en hassas dönemde olması nedeni ile, bu dönemde dış etkenler, ilaç ve benzeri etkileşimler konusunda optimum özenin gösterilmesi gereklidir. **Korunmayan kadınların ovulasyon sonrası dönemde kullanacakları ilaç ve tetkikler bakımından dikkatli olmaları yararlıdır.** Hücre bölünme döneminde maruz kalınan teratojenlerin "ya hep - ya hiç" kavramı çerçevesinde herhangi bir etki oluşmamasına ya da gebelik ürününün kaybedilmesine sebep olur. Ancak bu noktanın daha da açıklığa kavuşturulmasına ihtiyaç vardır. Maruz kalınan etkenin gebeliğin haftasına göre zararlı etkisi olup olmadığı saptandıktan sonra gebeliğin sonlandırılması hakkında karar vermek daha doğru olur.

PLASENTASYON-ULTRASONOGRAFİ

Gebelik şüphesi ile gelen her hasta diğer genel muayeneler yapıldıktan sonra, mutlaka transvaginal ultrasonografi ile muayene edilmelidir. Beta-hCG tetkikine, ancak ihtiyaç varsa transvaginal ultrasonografiden sonra başvurulmalıdır. Ultrasonografide Yolk kesesinin görülmesi yalnızca gebelik kesesinin ayırıcı tanısını sağlar. Kесе görülemezse ektopik gebelik veya yeri belirlenemeyen gebelik olasılığı akıldan tutulmalıdır. Genel olarak Yolk kesesinin 7 mm üzerinde olması beklenmez. Yolk kesesinin hemen yanında embriyo gözlenmelidir. CRL ölçümünde Yolk kesesinin CRL ölçümüne dahil edilmemesi gereklidir. İlk trimesterde plasenta yerleşim anomalilerinin tanısı zor ve gereksizdir. Miad tayini için ideal ultrasonografi uygulama zamanı ilk trimester CRL ölçümüdür (7-14 haftalar). Ölçüm sagittal planda ve fetusun nötral pozisyonunda büyük büyütme alanında yapılmalıdır. Gebelik yaşı saptanmasında, CRL ile son adet tarihi arasında 5 günden fazla uyumsuzluk var ise CRL'ye göre hesaplama yapılır (Ancak Tr-18, Turner gibi kromozom anomalilerinin söz konusu olabileceği akıldan tutulmalıdır).

ABORTUS-EKTOPIK GEBELİK

Abortus şüphesi ile gelen hastalarda spekulum muayenesi, kanama miktarının gözlenmesi, diğer patolojilerin (polip, myom vs) ayırt edilmesi gereklidir. Transvaginal muayene ile anembriyonik gebelik veya missed abortus tanısı için kесе çapının 20 mm üzerinde olması yeterlidir. Bu gibi durumların acilen sonlandırılması gerekliliği yoktur. Embriyo 6mm'den büyük ve kalp aktivitesi yoksa gebelik bozulmuş demektir. Abortus imminenste kalp aktivitesi varsa prognoz %95 olasılıkla iyidir. Ancak sub-koryonik hematoma koryonun %50'sinden fazlasını kaplıyorsa prognozun kötü olabileceği unutulmamalıdır. Prognoz belirtmekten ziyade, hastanın bilgilendirilmesi daha uygundur. İstirahat ve gestagen kullanımı gerekli değildir, koitus yasaklanır. Parsiyel molde gebeliğin devamı isteniyorsa, %85 triploidi olasılığı unutulmayarak, yakın takip yapılmalıdır. Gebelik tahlillerinde ultrasonografi ile Yolk kesesi ve embriyonun gözlenmesi sonrası küretaj yapılmalıdır. Rh izoimmünizasyon riskine karşı Rh (-) gebelerde abortuslara, ektopik gebeliklere, parsiyel mollere, koryon villus biyopsisi yapılanlara anti-D immün globülin uygulanmalıdır. Erken transvaginal ultrasonografinin rutin uygulanması, ektopik gebeliğin erken tanısı ve metotoksat ile tedavisini mümkün kılabilir. Ektopik gebeliklerde tecrübeli merkezlerde lokal veya sistemik metotoksat uygulaması yapılmalıdır.

TEKRARLAYAN DÜŞÜKLER

İlk 14 haftada üç defa üst üste düşük tekrarlayan düşük olarak adlandırılmalıdır. Tekrarlayan düşüklere OGTT, seroloji, progesteron, trombofili gibi rutin tetkiklerine gerek yoktur (6 hafta ara ile dilüsyonlu aPTT-bakılmasında yarar olabilir). Servikal yetersizlik daha çok ikinci trimester düşüklere için düşünülmelidir. Translokasyon açısından çiftlerde karyotipleme yapılmasında yarar vardır.

ÇOĞUL GEBELİKLER

Yüksek riskli gebeliklerdir. Perinatoloji alanında deneyimli uzman veya merkezler tarafından takip edilmelidirler. Koryon ve amniyon sayıları, fetus kaybı, perinatal morbidite ve mortalitedeki farklılıklar nedeni ile özellikle ilk trimesterde mutlaka belirlenmelidir. Multifetal reduksiyon yapılacaksa 11-14 hafta aralığı seçilmeli ve girişim konunun uzmanı tarafından gerçekleştirilmelidir.

ANEMİ TARAMASI

Türkiye'deki anemi istatistikleri abartılıdır. Ancak Talasemi ve diğer hemoglobinopatiler (%2) nedeni ile endemik bölgelerde veya o yöreden gelenlerde yapılabilir.

RH UYGUNSUZLUĞU TARAMASI

Rh (-) gebeler her trimesterde indirekt coombs testi ile taranmalıdırlar.

GESTASYONEL DİYABET TARAMASI

Yüksek risklilere (iri bebek doğuranlar veya ölü doğum öyküsü, aile öyküsü gibi) ikinci trimester beklenmeden ilk trimesterde 100g OGTT yapılmalıdır (Normal değerler:95-180-155-140). Prekonsepsiyonel diyabeti olanlara gebelik öncesinden başlayan özel tedavi yaklaşımı ile kan şekeri kontrolü önerilmeli ve gebelik boyunca yakın takipte (tercihan hastaneye yatmadan) tutulmalıdır. Tüm gebe popülasyonuna 24-28 gebelik haftalarında rutin 50 gr glukoz tarama testi (>140) yapılmalıdır.

ENFEKSİYON TARAMALARI

Birinci trimesterde TORCH taramalarının yapılması ülke şartları ve bilimsel veriler ışığında anlamlı görülmemektedirler. Gebelik öncesi Rubella seronegatif kişiler aşılanmalı ve bir ay süreyle gebe kalmamalıdırlar. Hepatit B ilk vizitte taranmalı, gerekirse gebe aşılanmalıdır. Sifiliz sadece riskli grupta taranmalıdır. HIV taramaları günümüz için anlamlı değildir. Asemptomatik bakteriüri tanısı için ilk trimesterde idrarda koloni sayısı (>100.000) yapılmalıdır. Yapılamadığı takdirde idrarda nitrit testi ile araştırılabilir (%50 hassasiyet).

FETAL ANOMALİ TARAMASI

Taramalar bu konuda eğitim almış uzmanlar tarafından yapılmalıdır. Taramaların tercihen 12-13. gebelik haftalarında yapılması uygun olur. Geç dönemde ultrasonografi ile tanı konulabilen anomalilerin %50'si bu dönemde saptanabilir Fizyolojik herninin 11. haftadan sonra (CRL: 45 mm) söz konusu olamayacağı, akraninin ancak 12. haftadan sonra tanınabileceği unutulmamalıdır. Doğumsal major kalp anomalileri için, tanı ilk trimesterde mümkün olmakla birlikte zordur. Nukal kalınlığının 3.5 mm üzerinde bulunması ve risk grubunda olan olgularda 22-24 GH ekokardiyografi için bir endikasyon teşkil etmemelidir.

KROMOZOM ANOMALİLERİN TARAMASI

Gebeliğin 11-14 haftalarında (45-84mm) nukal kalınlık ve nazal kemik varlığı (%90 duyarlılık) araştırılmalıdır. Güvenilir (sertifikalı) laboratuvarlarda yapılacak biyokimyasal testler (fBhCG, PAPP-A) taramalara eklenebilir. Gerek laboratuvarın, gerekse ultrasonografi yapan kişinin sertifikası tarama testinin hassasiyetini %95'lerin üzerine çıkartmaktadır. Perinatoloji Uzmanları tarafından yapılmayan muayenelerde yanlış pozitiflik oranı, dolayısı ile gereksiz amniosentez benzeri girişim sayısı artmakta ve bunun sonucunda da normal gebelik kayıplarına sebep olmaktadır. Bu nedenle 11-14 hafta muayenesi sertifikalı Kadın Doğum Uzmanı ve tercihan Perinatoloji Uzmanları tarafından yapılmalıdır. Ulusal sitogenetik kayıt sistemi kurulmalıdır.

11-14 hafta muayenesinin mümkün olmadığı ya da gebenin geç başvurduğu durumlarda, ilk trimester tarama programı yerine 16-20 haftalarda Üçlü Test uygulanması tavsiye olunur. Taramalarda eşik değeri yerine risk düzeyinin verilmesi daha uygun bir yaklaşımdır. Test pozitif ya da negatif tanımlaması uygun bir yaklaşım değildir.

TANISAL GİRİŞİMLER

Erken amniosentez (<15GH) ve çok erken koryon villus biyopsileri (<11GH) yapılmamalıdır. Koryon villus biyopsisi bu konuda sertifikalı uzman tarafından yapılmalı, bu seçenek atlanarak amniosentez önerilmemelidir veya en azından hastaya hatırlatılmalıdır.

Tüm fetal tanı ve tedavi için uygulanan invazif girişimler Perinatoloji Uzmanı tarafından yapılmalıdır. İnvazif girişimler, Türk Perinatoloji Derneği eğitim programı sonucu sertifika sahibi olanlar ya da Türk Perinatoloji Yeterlilik Sertifikası sahibi Perinatoloji uzmanları tarafından uygulanmalıdır.

İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ TRİMESTER

BİLGİLENDİRME

Eğer gebe birinci trimesterde görülmemişse gebenin bilgilendirilmesi, hangi tarama testlerinin, tetkiklerin ve muayene yöntemlerinin ne zaman uygulanacağı, bunların anlam ve güvenilirlikleri açıklanmalı, bunların yer aldığı bilgilendirme formu, takip karnesi, gebelik cüzdanı verilmelidir.

MUAYENE

İlk trimester muayenelerini takiben gebelerin 22-23 gebelik haftası muayenesi esastır. Kan basıncı, ağırlık, abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı kaydedilmelidir. 24-28 GH için 50 gr glukoz tarama testi planlaması, preeklampsisi/IUGR için uterin arter Doppler, erken doğum için servikal uzunluk ölçümü, risk grubunun belirlenmesinde yararlı olabilir. Fetal anatomi ve büyüme muayenesi için 22-23 gebelik haftasında ultrasonografi önemli muayenelerden biridir. Bu ultrasonografi muayenesinin, tıpkı 11-14 GH'da olduğu gibi, konusunda deneyimli/sertifikalı uzman tarafından yapılması önerilir.

Oligohidramnios için tek cepte vertikal 2 cm, **polihidramnios** için vertikal 8 cm ölçüm sınırları kullanılmalıdır. İkinci trimesterden itibaren fetal biyometrik ölçülerde hata payının arttığı unutulmamalı, ölçümler hafta olarak değil, persentil olarak belirtilmelidir. Rutin muayeneler sonunda saptanan sorunlar konunun uzmanları tarafından değerlendirilmelidir.

Nukal kalınlığının 3.5 mm üzerinde bulunması ve risk grubunda olan olgularda 22-24 GH ekokardiyografi için bir endikasyon teşkil etmemelidir.

Rutin muayenelerde saptanan sorun ya da risk grubunun özelliğine göre muayene zamanlaması ve sıklığı belirlenir. Aksi halde 22-24 GH muayenesini takiben 32 GH muayenesi önerilmelidir.

32. ve 38. gebelik haftalarında yapılması önerilen muayenelerde; tartı alınmalı, arteriyel kan basıncı ölçülmelidir. Abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı ölçülmeli ve kaydedilmelidir. Bunların yanısıra risk gruplarında bulunan veya yakınmaları olan hastalar durumlarına göre değerlendirilmelidir. Fetal ultrasonografi ile; 32. ve 38. GH'nda tahmini fetal ağırlık, plasenta lokalizasyonu, amnios sıvısı, miktarı ve pezentasyon açılarından fetal ultrasonografi yapılması yararlıdır.

Düşük risk grubunda olan gebelerde, 28 ve 36 GH'nda rutin muayene yapılması gerekli değildir. 24-28 haftalar arasında yapılan 50 gr GTT sonuçları telefon vb. ile bildirilebilir. Bu dönemde hastanın tartısının ve en yakın sağlık kuruluşunda arteriyel kan basıncının değerlendirilmesi önerilir. 36. GH'nda hastanın tartısının ve en yakın sağlık kuruluşunda arteriyel kan basıncının değerlendirilmesi önerilir.

BESLENME

Diyette 60g protein bulunmalı, normal günlük diyetle gebelik için sadece 300 kcal eklenmelidir. Gebelikte kullanımlarının faydası gösterilemediğinden, rutin multivitamin, kalsiyum, magnezyum, flor ve çinko önerilmemelidir. Aşırı kilo kısıtlaması yapılmamalıdır (öneri: 12-16 kg) (VKİ>26 olanlar: 7-12kg).

ÇOĞUL GEBELİKLER

Taşıdıkları riskler nedeni ile konuda uzmanlaşmış kişiler tarafından takipleri yerinde olur. Büyümede diskordans, ikizden ikize transfüzyon sendromu, artmış anomali insidansı, birinin erken kaybedilme durumu, selektif fetosid, erken doğum, preeklampsisi, annenin beslenmesi yakın takibi gerekli kılar. Profilaktik tokoliz, serklaj, hospitalizasyon gereksizdir.

ANEMİ TARAMASI

Gebeliğin ikinci trimesterinde mutlaka yapılmalı ve bulgulara göre ($Hb < 11g/dl$, $MCV < 80fl$) demir profilaksisine başlanmalıdır. Toplumumuzdaki hemoglobinopati insidansı unutulmamalı, demir profilaksisine rağmen düzelmeyen olgular hematolojik yönden incelenmelidir.

RH UYUŞMAZLIĞI TARAMASI

Rh (-) gebeler her trimesterde indirekt coombs testi ile taranmalıdır. Pozitif bulunan olgular perinatoloji merkezleri ile birlikte takip edilmelidir. Profilaktik (rutin 28-32 GH) anti-D immün globülin ülkemiz için maliyet-yarar durumu ortaya çıkarılana kadar uygulanmamalıdır. Kanamalı gebeliklere anti-D immün globulin önerilir ve 6 haftadan sonra tekrarlayan olgularda mükerrer doz yapılmalıdır.

GESTASYONEL DİYABET TARAMASI

Her gebeye 24-28 haftalarda 50 g OGTT yapılmalıdır (eşik değer 140 mg/dl). 100g OGTT de sınırlar 95/180/155/140 mg/dl alınmalıdır. Diyet ve egzersiz ile kontrol altında tutulamayan ($AK\dot{S} < 95$ mg/dl, 2. saat TKŞ < 120 mg/dl) gestasyonel diyabet olguları perinatoloji merkezleri işbirliği ile takip edilmelidir.

ENFEKSİYON TARAMALARI

Hepatit B ilk vizitte taranmalı, gerekirse gebe aşılanmalıdır. Rutin TORCH taraması önerilmemektedir. Asemptomatik bakteriüri için, ilk trimesterde yapılmadığı şartlarda, öncelikle idrarda koloni sayımı (> 100.000) yapılır. İmkan olmadığı durumlarda idrarda nitrit testi yapılabilir.

TANISAL GİRİŞİMLER

Gerekli olgularda gebeliğin 16-20 haftaları arasında amniyosentez, daha sonrasında ise kordosentez ile tetkik yapılması standart olmalıdır. Sertifiye uzmanların yapacağı girişimlerde, girişime bağlı fetus kaybının sırası ile %0.5-1 ve %2 olduğu hatırlatılmalı ve işlem öncesi onam alınmalıdır.

GEBELİK SONLANDIRMALARI

Abortus ve doğum tanımlamasında sınır 22 gebelik haftasıdır. Fetal viyabilite sınırına kadar (22-24 hafta) fetal defektler saptanmalı ve sonlandırma işlemi bu dönemin daha ilerisine ertelenmemesi önerilir. Sonlandırma öncesi aileden onam ve tıbbi kurul kararı alınmalıdır.

PRETERM DOĞUM RISK GRUBUNUN BELİRLENMESİ VE ÖNLENMESİ

Çalışmalar erken doğumun öngörülmesinde fetal fibronektin ve servikal uzunluk ölçümünün faydalı olabileceğini göstermişlerdir.

Ancak 2. trimesterde servikal uzunluk ölçümünün düşük riskli popülasyonda tarama amaçlı kullanılması yeri şimdilik yoktur, çünkü gebelik seyrini ve takibini değiştirmemektedir.

Yüksek risk grubunda olan gebelerde erken doğumun profilaksisinde antibiyotik, yatak istirahati, hidrasyon, sedasyon, tokoliz uygulamalarının yararı kanıtlanmamıştır, önerilmemektedir.

Erken doğum açısından yüksek riskli gebe özellikleri; erken doğum öyküsü, 2. trimester düşük öyküsü, servikse uygulanan operasyonlar, Müllerian anomaliler, Obstetrik veya jinekolojik cerrahi komplikasyonlar

Çalışma temposu yüksek (düzensiz çalışma saatleri olan) ve gürültülü ortamlarda çalışan gebelerde düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski artabilmektedir. Ancak genel olarak çalışmanın gebelik üzerine olumsuz etkisinin olmadığı kabul edilmektedir.

DOĞUM

GEBENİN VE FETUSUN DOĞUMA HAZIRLANMASI

38. gebelik haftasında yapılması önerilen gebe muayenesinde tartı alınmalı, arteriyel kan basıncı ölçülmelidir. Abdominal muayene ile simfiz-pubis aralığı ölçülmeli ve kaydedilmelidir. 38. GH'nda tahmini fetal ağırlık, plasenta lokalizasyonu, amnios sıvısı, miktarı ve prezentasyon açılarından fetal ultrasonografi yapılması yararlıdır.

DOĞUM EYLEMİNDEKİ GEBENİN İLK MUAYENESİ VE PLANLANMASI

Hasta için başvuru nedenleri

- Düzenli uterus kontraksiyonları
- Vajinal kanama
- Suların gelmesi
- Bebek hareketlerinin azalması.

İlk muayenede doğumun başlama kriterleri

Uterus kontraksiyonlarının düzenli, ilerleyici ve serviks açıcı karakterde olması ile tanımlanır.

Hastaneye geldikten sonraki bulgular yeterli değil ise hasta izlem sonrası fetal durumda değerlendirildikten sonra evine gönderilebilir. Servikal kanalın 15 mm üzerinde olan olguların Ancak %1'den azı doğum ile sonuçlanmaktadır.

DOĞUM EYLEMİNİN İZLEMİ (Partogram kaydı mutlaka yapılmalıdır)

Giriş muayenesi

Gebe izlem kayıtlarına bakılmalı, gerekirse anamnez alınmalıdır.

Kan basıncı, ateş nabız, solunum sayısı kontrol edilir.

Vajinal muayenede (aseptik koşullarda, fazlaca kanamalı ise yapılmaz)

servikal silinme

açıklık

gelen kısım yüksekliği

pelvik yapı

su kesesinin durumu değerlendirilmelidir.

Hematokrit istenir. Fetal kalp oskültasyonu yapılır.

1. dönem

Maternal takip

1. dönemde aktif faz başlayıncaya kadar su ve sulu gıdalar verilebilir.

Aktif faz uzarsa, hasta yeniden değerlendirilmeli ve şayet gerekli ise İV sıvı verilmelidir.

Anne rahat pozisyon değiştirebilmelidir.

Analjezi planlandığı şekilde uygulanır.

Hasta idrar kesesini 2 saatte bir boşaltmaya teşvik edilmelidir.

4 saatte bir kan basıncı, ateş, nabız kontrol edilir.

Aktif faz başladıktan sonra 2-3 saat aralıklarla vaginal muayene yapılır. İki saat süreyle 1cm/saat'ten az ilerleme dilatasyonda duraklama olarak değerlendirilir. Su kesesi spontan olarak açılırsa hemen muayene edilir.

Fetal takip

Düşük riskli gebelerde aralıklı oskültasyon veya elektronik fetal monitorizasyon yapılabilir. Yüksek riskli doğum grubunda sürekli elektronik fetal monitorizasyon önerilmektedir.

Aralıklı oskültasyon

Latent fazda 30-45 dakika aralıklarla

Aktif fazda 15-30 dakika aralıklarla

2. dönemde sık aralıklarla

Kontraksiyon süresince ve sonrasında 30 sn süreyle ve peşpeşe 3 kontraksiyon esnasında yapılır.

Eğer bu sırada normalden sapma olur veya bir risk gelişirse elektronik fetal monitorizasyona geçilmesi önerilir.

2. dönem

30 dakikada 2 kez vaginal muayene yapılır.

İniş primiparda >1, multiparlarda >2 cm/saat olmalıdır. İnişin durması patolojik doğum seyrinin göstergesidir, sıklıkla C/S ile sonlanır.

Doğumda asepsi koşullarına uyulmalıdır. Doğumda görev alan sağlık personeli korunmak için maske, gözlük ve sıvı geçirmeyen giysiler kullanılmalıdır.

Başın doğumundan sonra önce ağız sonra burun aspire edilir. Boyunda kordon eğer doğuma engel oluştuyorsa klampe edilir ve kesilir.

3. dönem

Genellikle fizyolojik olarak plasentanın ayrılması beklenir. 30 dakikada kendiliğinden ayrılmazsa aktif yönetime geçilir Aktif yönetimde mesane boşaltılır, antispazmodik yapılır ve kontrollü traksiyon yapılır. Şayet 15 dakikada daha sonuç alınamazsa elle halas yapılır.

Pelvimetri, ultrasonografi

Pelvik fraktürler veya operasyonlar geçirmiş gebelerde faydalı olabilir. Bunların dışında pelvisin travay sırasında vajinal muayene ile değerlendirilmesi esastır.

Fetal distres tanımı

Travayda KTG'de

Geç deselerasyon

Sık variabl deselerasyon

>5 dk <110/dk bazal kalp hızı

Fetal distres olarak kabul edilir. Fetal pulse oksimetri veya fetal scalp pH ölçümlerinin sezaryen oranlarının azalmasında faydalı oldukları yönünde araştırmalar vardır.

Amnios sıvısında koyu kıvamlı mekonyum bulunması fetal distres bulgusudur. Ancak hafif veya koyu mekonyumlu suların gelmesi tek başına sezaryen endikasyonu değildir.

Mekonyum gelişi

Amnios sıvısının mekonyumla boyalı olması sezaryen için endikasyon oluşturmamaktadır. Koyu mekonyum varlığı, fetal distresin bulgusu olabilir ve sezaryen gerektirebilir.

Normal doğum komplikasyonlar

Ev doğumları için eğitimi yeterli sayıda personel, yeterli malzeme ve transport sistemi ana şartlar olduğundan ve ülkemiz şartlarında yakın zamanda mümkün olmadığından, doğumların hastane şartlarında yapılması önemlidir.

Forseps ve vakum komplikasyonları

Doğum kanalına girmiş bebeğin süratle doğurtulması gerektiğinde forseps/vakum kullanılması yararlı bir uygulamadır. Ancak, kon-disyonların iyi değerlendirilmesinde yarar vardır.

Sezaryen komplikasyonları

İsteğe bağlı sezaryen bir endikasyon tanımı değildir. Planlanmış sezaryenin tanımlamasıdır. Bir tıbbi endikasyon oluşmadan yapılan sezaryen isteğe bağlı sezaryendir.

Gerek sezaryen gerek vaginal yolla doğum öncesinde hastalara her iki yöntemin de olası dezavantajları hakkında bilgilendirme yapılmalı ve ayrıntılı onam alınmalıdır.

Antepartum ve postpartum pelvik taban egzersizleri (Kegel egzersizleri), gerek sezaryen gerek vaginal yolla doğumda pelvis tabanıyla ilgili sorunları önlemektedir ve bu nedenle önerilmektedir.

Doğum hekimi-ebe ilişkisi

Gebe takibi ve doğumun sağlanmasında doğum hekimi ve ebe yakın işbirliği içinde olmalıdır. Sağlık hizmetinin geliştirilmesi için doğum hekimliği konusundaki mezuniyet sonrası programlarına doğum hekimleriyle beraber ebelerin de katılımı programlandırılmalıdır. Bu gelişmenin sağlanabilmesi için Türk Perinatoloji Derneği ile Türk Ebeler Derneğinin beraber çalışması sağlanmalıdır.

Makat doğumlarda doğum şekli: Termde makat ile prezante olan fetüslerde, belirli seçilmiş kriterler (multipar olmalı, fetal ağırlık <3200 gr, baş hiperekstansiyonda olmamalı, boyunda kordon olmamalı, oligohidramnios olmamalı, pelvis yapısı uygun olmalı, doğuma engel teşkil edecek durum olmamalı, travayın geç evresinde doğuma çok yakın halde gelen makat prezentasyonları) olmadığı sürece doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir (A düzeyi, tip I kanıt). Preterm makat doğum yöntemleri hakkında doğum yöntemin seçimi ile ilgili belli kriterler bulunmamaktadır.

Aynı şekilde 28-37 haftalar arasında olan makat prezentasyonu olgularda, sezaryen ile doğurtulmalıdır. (A düzeyi, tip II-2 kanıt). Ancak 24-27 hafta arasındaki makat prezentasyonundaki fetusun doğurtulması ile ilgili yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Çoğul gebeliklerde doğum şekli: Çoğul gebeliklerin mutlaka yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan ve çoğul gebeliklerin doğumunda tecrübeli merkezler tarafından doğurtulması tavsiye olunur.

Baş-baş ve baş-makat gelişlerde tercih edilen yöntem vaginal yolla doğumdur. Ancak, bu doğumlar mutlaka yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan ve tecrübeli merkezler tarafından yapılmalıdır.

Plasenta previa

Plasenta previa tanısı transvaginal ultrasonografi ile 32. gebelik haftasında netleştirilmelidir. Plasenta previa totalis olgularının 36. haftadan sonra hastaneye ulaşımı kolay olan mesafede bulunmaları önemlidir. Bu olguların, mutlaka hazırda donör bulundurmaları da çok önemlidir.

Plasenta previa olgularının, orta şiddette kanaması olduğu takdirde 36. haftadan sonra doğurtulması tercih edilir. 36. haftanın altında orta şiddette kanaması olan olgular, hastane şartlarında takip edilmelidir.

Özellikle eski sezaryen olgularında, plasenta akreata gibi plasenta yapışma anormalliklerinin gerçekleşme olasılığı artmıştır. Bu olgularda doğum buna göre ayarlanmalı, hastaya histerektomi olasılığı hakkında bilgi verilmelidir.

Term ve gūnaşımı gebelikler

Gūnaşımı gebelik, beklenen doğum tarihinden sonra 14 günü geçen gebelikler anlamına gelmelidir. Gebelik yaşının erken dönemde belirlenmesi, gūnaşımı gebeliklerinin doğru tayin edilmesini sağlar. Bu olgularda, (ultrasonografisi ve NST'si normal olduğu halde) doğum olmayan olgularda, serviksin olgunlaştırılmasından sonra doğum indüksiyonu önerilmelidir.

İndüksiyon yöntemleri

İndüksiyon uygulamaları, endikasyonlu olgularda ve ancak serviks uygun olduktan sonra yapılmalıdır. Uygulama öncesinde hasta bilgilendirildikten sonra onam formu doldurulmalıdır. Geniş anlamda kullanılan indüksiyonun operatif doğum gibi morbiditeleri arttırdığı bilinmelidir. İndüksiyon uygulanacak olgularda serviks transvajinal olarak değerlendirilmeli, 15 mm'nin altında tespit edilen olgularda oksitosin ile indüksiyon uygulanmalıdır.

Doğum anestezi ve analjezisi

Doğum analjezisinde epidural anestezinin yaygın kullanımı yararlıdır ve tavsiye olunur. Epidural anestezi, sezaryene geçen olgularda, sezaryen operasyonu için ve sezaryen sonrası ağrı kontrolü için de yararlı olacaktır.