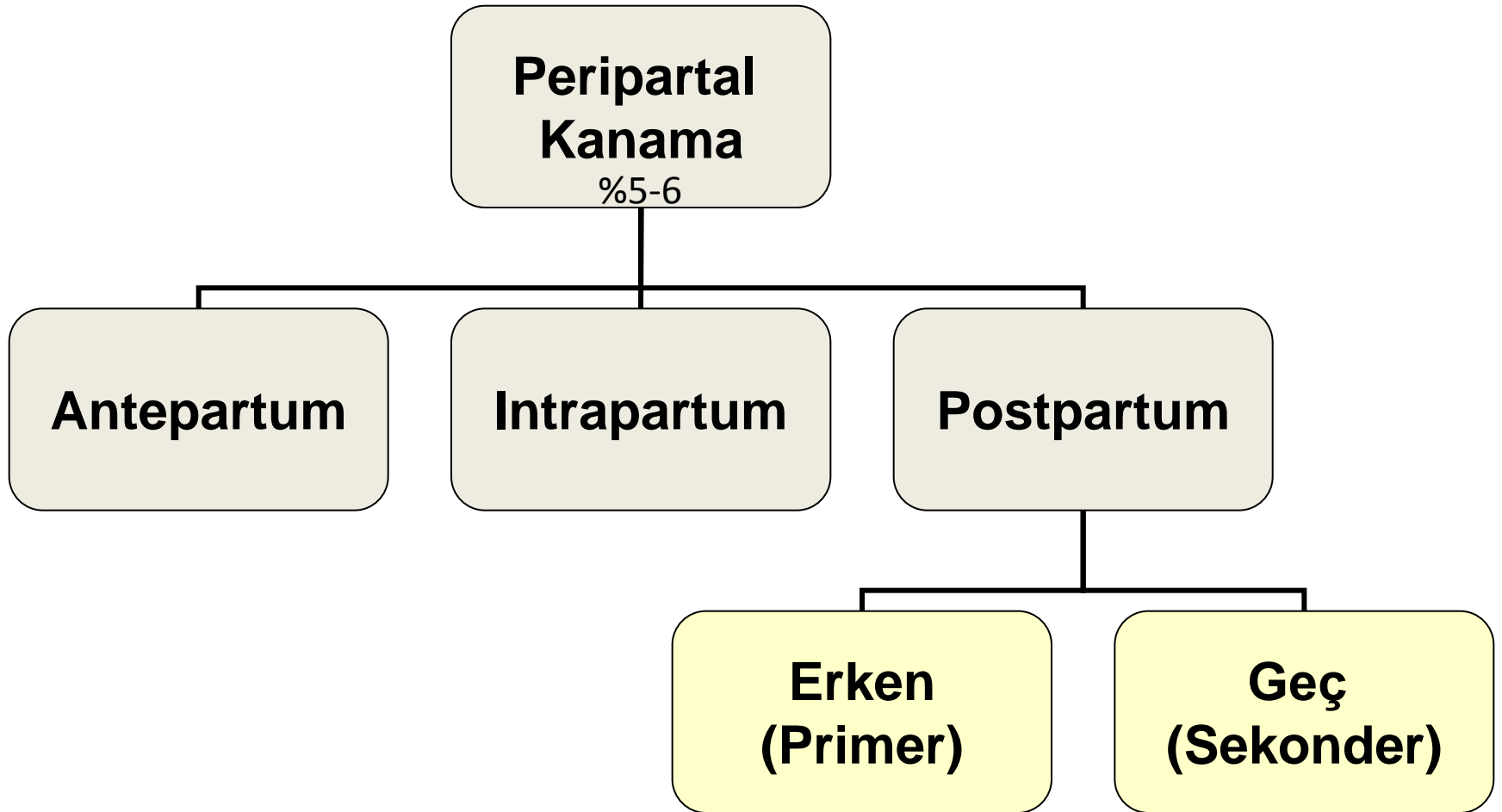


DOĞUM SONU KANAMALAR VE BAKIM

TÜRKİYE ULUSAL ANNE ÖLÜMLERİ ÇALIŞMASI 2005



Peripartal Kanamalar



Kanamalı Gebede (22. Getasyonel haftanın altında) Yapılacaklar

GEÇ DÖNEM KANAMALAR

Plasenta Previa

Plasenta Tutunma Anomalileri

Akut Kanamadan Sonra Konservatif Yaklaşım

Ablasyo Plasenta (Dekolman Plasenta)

Ablasyo Plasenta –Klinik yönetim

Uterin Rüptür

KOMPLET

Uterin skarın komplet
seperasyonu

İNKOMPLET

Uterin skarın subperitoneal
seperasyonu

Uterin Rüptür-Klinik

- Klasik belirti ve bulguları; fetal kalp hızı anomalileri ile ortaya konan fetal distres,
- Uterin kontraktilite kaybı ve azalmış bazal uterin basınç, abdominal ağrı,
- Prezente olan fetal kısmın geri çekilmesi,
- Kanama ve çok.

Uterin Rüptür-Klinik

- Uterin rüptürün çoğunlukla ilk ve tek bulgusu uzamış geç veya tekrarlayan değişken (variable) deselerasyonlar veya fetal bradikardidir.
- Bunlardan daha seyrek olmak üzere, ani veya atipik maternal abdominal ağrı da görülebilir.

Uterin Rüptür-Klinik

- Uterus rüptürü oluŐmadan önce, uterus aşırı duyarlı ve kontrakte ve anormal Őekle (bandl) sahiptir.
- Kalp hızı anormallikleri (bradikardi)
- Rüptür sonrası kontraksiyonlar kesilir, geŐici bir rahatlama olur ve tabloya Çok belirtileri eklenir.Kanama intraabdominal veya intraligamenterdir.

Uterin Rüptür Risk Faktörleri

- İleri anne yaşı
- Grandmultiparite
- Postterm
- oğul gebelik
- 4000 gram üzeri bebek
- Gebelik aralığı <18-24 ay
- Geçirilmiş uterin cerrahi
- Uterine anomali (bikornu, didelfis,..)
- Doğum induksiyonu
- İhmal edilmiş doğum
- Travma
- P. Akreata, inkreata, perkreata

Uterin Rüptür Yaklaşım

Obstetrik Kanama-Tanı

Anamnez

Vital Bulgular

Fizik/Pelvik Muayene

Postpartum Kanama (PPK)

- WHO (Dünya Sağlık Örgütü) Tanımı:
- Primer postpartum kanama; doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde kadın genital traktusundan tahmini >500ml üstünde kanama olmasıdır
- Sekonder PPK genital traktusdan doğumu izleyen 24 saatten postpartum 6. haftaya kadar olan kanama

PP Kanama miktarı

- Normal Doğum >500 cc
- Sezaryen Doğum >1000 cc
- Sezaryen Histerektomi >1500 cc
- Acil C/S Histerektomi >3500 cc

Kanamamanın sınıflandırılması

Postpartum Kanama insidansı

PPK Etiyolojisi

- PPKnın en sık nedeni uterin atonidir.
- Plasenta ve/veya membran retansiyonu
- Vulvar veya vajinal laserasyonlar veya hematomlar
- Servikal laserasyonlar, uterus rüptürü, ligamentum latum (broad ligaman) hematomu ve genital sistem dışı kanamalar da araştırılmalıdır.

PPK zamanlaması

Anne Ölümleri Zamanlaması

Doğum sonrası dönem	2005 UAÖÇ verileri %	2012 S.B verileri %
0-2 saat	3.4	İlk 48 saat 38.8
2-12 saat	13.0	
12-24 saat	4.5	
24-48 saat	4.5	
48 saat -1 hafta	10.3	16.9
> 1 hafta	18.5	26.3

PPK ÖNLENMESİ- DSÖ tavsiye kararları

1. Tüm doğumlarda doğumun 3. evresinde uterotonik önerilir.
2. PPK'nın önlenmesinde önerilen uterotonik oksitosin (10 IU, IV/IM) 'dir.
3. Oksitosinin bulunmadığı yerlerde diğer enjektabl uterotonikler (ör. ergometrine/ metilergometrin veya oksitosin-ergometrin kombinasyonları) veya oral misoprostol (600 µg) önerilmektedir
4. Doğum sağlık çalışanları eşliğinde gerçekleşmediğinde ve oksitosin yoksa misoprostol (600 µg Po) önerilir.
- 5-Göbek kordonunun geç klemplenmesi (doğumdan sonra 1-3 dakika) önerilir.
- 6-Erken kor klempleme sadece bebek asfeksik ise ve acil müdahale gerektirirse önerilmektedir.

PPK ÖNLENMESİ- DSÖ tavsiye kararları

7-Uterin tonus tüm doğumlarda kontrol edilmelidir.

8-Sezaryen doğumlarda da 10 IU oksitosin önerilen uterotonik ajandır.

9-Sezaryende plasenta kontrollü kord traksiyonu ile çıkarılmalıdır.

10-PPK tedavisinde ilk seçenek oksitosindir , yoksa ergometrin, ergometrin-oksitosin kombinasyonları, onlar da yoksa 800 µg Misoprostol sublingual olarak önerilir.

11-PPK kanamada izotonik kristaloidler le sıvı replasmanı yapılmalıdır

12-PPK tedavisinde oksitosine yanıt alınmamışsa veya travmaya bağlı kanama varsa traneksamik asit de kullanılabilir

PPK için risk faktörleri

- Gebelikler ilgili faktörler
- Doğumla ilgili faktörler
- Annede mevcut olan kanama bozuklukları

Couvellaire Uterus

- Plamenta'nın erken ayrılması ile oluşan gizli kanamanın uterusun kas lifleri arasına sızması sonucu, miyometriyum'un morumsu mavi renk alışı ile belirgin durum.

Dört “T” Kuralı

TONUS

Uterusun kasılmasında güçsüzlük
(Atoni)

TRAUMA

Doğum yollarında yaralanma

TISSUE

Pıhtılaşmayı tetikleyen
plasenta/uterus

THROMBIN

Artmış peripartal trombin oluşumu
/Koagulopati

Etiyolojiye göre Doğumsonu Kanama Sınıflaması:

Sekonder DSK nedenleri:

- Uterin enfeksiyon
- Plasental fragmanların retansiyonu
- Placenta yerleşim alanının anormal involüsyonu
- Vasküler anomaliler (arteriyo-venöz şant vb)

Uterus atonisi

- Postpartal dönemde en sık görülen, ölümcül seyreden acil yaklaşım gerektiren kanama
- Mekanik faktörler
- Endokrin Faktörler

Uterus atonisine bağlı kanama

Atoni gelişmişse

- Büyük ve gevşek uterus
- Göbeğin çok üstünde
- Vajenden bol miktarda koyu kırmızı kan gelişi

Uterusun Muayenesi

- Atoni tanısı konulması için gereklidir
- Aynı anda uterus masajı ile uterusun kontrakte olması sağlanmaya çalışılmalıdır
- Mesane boşaltılmalı idrar çıkışı takibine başlanmalıdır

PPK'da Yönetim

- 1.Basamak: İlk değerlendirme ve tedavi

Ressüsitasyon

Hava yolu açık
O² ver
iv damar yolu
Tansiyon, nabız, idrar
çıkımı
monitorizasyonu

Etiyoloji Araştırma

Tonus
Tissue
Travma
Trombin

Laboratuvar

Tam kan sayımı
Grup tayini ve cross-
matching
Laboratuvar
koagülasyon testleri

PPK'da Yönetim

- 2.Basamak: Direkt tedavi

Tonus

**Masaj
Kompresyon
Uterotonik**

Tissue

**Manuel kavite
kontrolü
Baum Curettage**

Travma

**Rüptür cerrahisi
İnversiyon
cerrahisi
Laserasyon**

Trombin

**Replasman
Antikoagülan
Faktör repl.**

Yaklaşım

- Jinekolojik uygulamalar
- Hastayı stabilize edici uygulamalar

Peripartal Kanamada Yaklaşım

- Bölümler arası işbirliği
- Kanamanın durdurulması
- Histerektomiden kaçınılması
- “Ölümcül üçlünün” tedavisi
 - Hipotermi
 - Asidoz
 - Koagulopati

Atonide uterotoniklerin kullanımı: Medikal Tedavi

Oksitosin

- 3.Basamak: Kanama kontrolü

Anestezi

Monitorizasyon
Yoğun bakım

Lokal kanama Kontrolü

Elle bası
Uterus içerisine
tampon veya balon
uygulanması
Antişok pantolonu
(eksternal aort
kompresyonu)
Embolizasyon

Hemodinami

Hemostatik ajanlar
Sıvı replasmanı
Kan transfüzyonu
Fibrinojen
Faktör replasmanı

Tamponad Teknikleri

1. Packing
2. Foley kateter
3. Sengstaken Blakemore Tüpü
4. Bakri Tamponad Balon
5. Rush Hidrostatik Basınç Kateteri

Tamponadda kullaniḻan kateterler

- **Foley**
- **Sengstaken Blakemore**
- **Bakri Tamponad Balon**

Tamponad Etki Mekanizması

PPK'da Yönetim

- 4.Basamak: Cerrahi

Hemodinami

Replasman

Monitorizasyon

Yoğun bakım

Uterus koruyucu cerrahi

Bası sütürleri

Uterin arter ligasyonu

Hipogastrik arter
ligasyonu

Ovaryan arter ligasyonu

Histerektomi

Histerektomi

sonrası

kanamada

abdominal

packing,

angiografik

embolizasyon

UTERİN İNVERSİYON

- ✓ Oranı 1/6400-1/2100
- ✓ Vakaların çoğu düşük riskli gebeliklerde meydana gelir

Seviyesine göre 3 grupta değerlendirilir

1. derece uterus fundus serviksi geçmez
2. derece uterin fundus vajenededir
3. derece uterin fundus vulvadan dışarı çıkar

Tedavi: Manüel redüksiyon, laparoskopik redüksiyon, laparotomi

Sekonder PPK

- **Genellikle hasta eve döndükten sonra devam eden kanama veya aşırı kanama şeklinde kendini gösterir.**
- **Etiyoloji: En sık görülen 2 neden**
- **Enfeksiyon-endometrit: Spontan vajinal doğumların %1-3'ünde görülür. Doğumsonrası 2.-10.günler arasındaki morbiditenin en sık görülen nedenidir.**
- **Gebelik ürünlerinin (plasenta, membranlar) retansiyonu**

Endometrit için risk faktörleri

- Sezaryen, PPRÖM, mekonyum, uzamış eylem, plasentanın elle alınması anemi, uzamış cerrahi girişim, internal fetal monitorizasyon
- **Amanezde sorgulanmalı**
- Bulgular: Hastalık hali, ateş, taşikardi, uterusda hassasiyet, involüsyonun iyi olmaması, servikal açıklık
- **Antibiyotik kullanımı ile 48-72 saatte genel durum düzelir**

Postpartum kanamanın uzun süreli komplikasyon ve sekelleri

PPK'nın önlenmesi için neler yapılabilir?

- Risk faktörleri ve riskli hastaların tanımlanması
- Risk olmaksızın da gelişebileceğinin bilinerek üçüncü evrede ve erken postpartum dönemde hastaların dikkatle izlenmesi
- Üçüncü evrenin aktif yönetimi
- Erken tanı, hızlı tedavi, ekip çalışması

EBELİK BAKIMI

- Doğum sonu kanamanın önlenmesi için önlemler doğum öncesinden alınmalıdır.
- Ebeler her doğum öncesi ziyaretlerinde ve sonrasında kadınları risk faktörleri açısından incelemelidir.

Doğum sırasında korunma

- Doğum sonu kanamayı önlemek için kadının fiziksel ve duygusal sağlığının da mümkün olduğunca iyileştirilmesi lazımdır. Bu iyileştirme doğum öncesi dönemde başlamalıdır ve doğuma hazırlanma sırasında mümkün olduğu kadar normal süreç korunmalıdır

Doğum sonu kanamaya yol açan doğum eylemi esnasındaki risk faktörleri

- Doğum eyleminin 12 saatten uzun sürmesi
- Doğumun 3. evresinin 30 dakikadan uzun sürmesi
- Plasentanın tam çıkmaması
- Ateşli hastalık
- Müdahaleli doğum
- Sezaryen (özellikle doğumun 1. ya da 2. evresindeki acil durumlarda uygulanan)
- Amniyos sıvı embolisi
- Plasentanın erken ayrılması.

EBELİK BAKIMI

ÖNEMLİ

- **Her 1 ml'lik kan kaybının tekrar yerine gelebilmesi için 3 ml sıvıya ihtiyaç vardır**

TROMBOEMBOLİK DURUMLAR

- Venöz trombozis, derin ya da yüzeysel venlerde pıhtı şekillenmesi olarak tanımlanır.

Doğum Sonu Tromboembolik Durumların Riskini Azaltmak için Alınacak Önlemler

- Doğum sırasında dokuları travmatize etmekten kaçınmak,
- Doğum ya da sezaryenden sonra annenin bacaklarını hareket ettirmesini ve erken ayağa kalkmasını sağlamak,
- Anemik hastaların kan kaybını ve sıvı gereksinimini yerine koymak,
- Önceki gebeliğinde tromboflebit geçirenlere koruyucu antikoagölan tedavi uygulamak
- Şişmanlık sorunu olanların gebelikten önce normal kilolarına inmelerini sağlamak.

Femoral Tromboflebitis

- Femoral tromboflebitis, venlerde oluşan pıhtıya bağlı etkilenmiş bacakta;
- ağrı, ödem, sıcaklık ve vücut ısısında yükselme ile karakterizedir.

Tedavi ve Bakım

- Antibiyotik ve antikoagölan tedavisi verilir,
- Hasta yatak istirahatinde tutulur,
- Dolaşımı sağlamak için bacak yükseltilir
- Yatak örtülerinin bacağa vereceği basıncı önlemek için yatak kafesi kullanılır. Böylece sirkülasyon rahatlar, bacağın hassasiyeti azalır,
- Bacağa masaj ve ovma gibi hareketler yapılmaz. Bu durum hastaya da öğretilir,
- Sıcak ya da soğuk uygulama verilir.

Pelvik Tromboflebitis

- Pelvik tromboflebitis, doğumdan yaklaşık iki hafta sonra ortaya çıkan ciddi bir komplikasyondur.
- Ateş, titreme nöbetleri ile yükselir

Tedavi ve Bakım

- Femoral tromboflebitiste olduğu gibidir.
- Hasta yatak istirahatine alınarak yakından gözlenir.
- En büyük komplikasyonu pulmoner embolidir

Pulmoner Emboli

- Kopan trombüsün venöz sirkülasyonla sağ kalbe taşınması ile ortaya çıkar.
- Emboli, pulmoner arteri tıkadığında akciğer sirkülasyonu kısmen ya da tamamen engellenir.
- Hasta 1-2 dk içinde asfiksiden ölebilir.
- Eğer pıhtı küçük ise olayın başlangıcı öldürücü değildir. Fakat emboli tekrarlırsa mortalite riski artar.

Tanı

- Pulmoner embolinin tanısı; göğüs filmi, elektrokardiyogram, arteriyel kan gazları analizi ve akciğer grafisi ile yapılır.
- Emboli ile ilgili belirtiler; ani göğüs ağrısı, hemoptizi, ciddi dispne, hava açlığı, siyanoz, taşikardi, endişe ve konfüzyondur.

Tedavi ve Bakım