

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

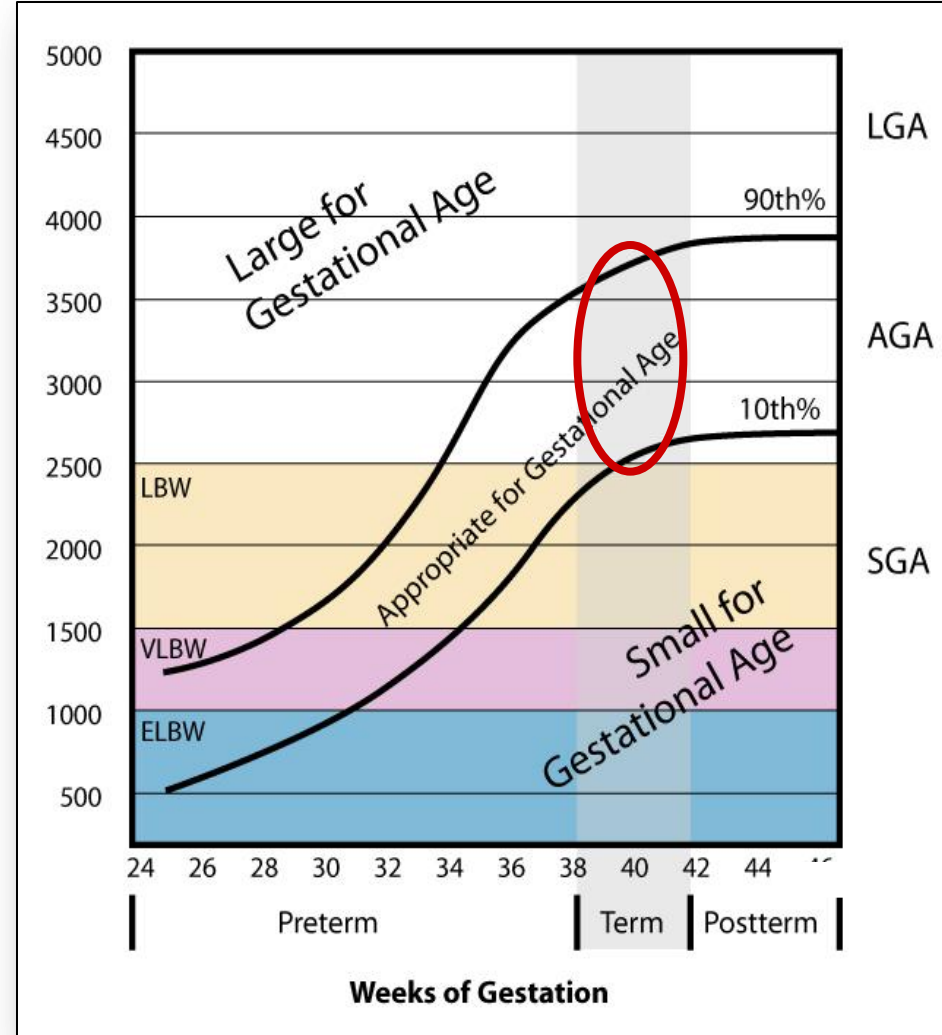


PERİNATOLOJİ
UZMANLARI
DERNEĞİ

Prof.Dr. **FİLİZ F. BİLGİN YANIK**

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

- 18-34 yaş
- Parite < 5 (VD)
- Sistemik problem yok
- Term, tekil gebelik
- Fetus 2500-4000g
- Baş gelişi
- Plasenta normal lokalizasyonda
- Doğum eylemi spontan başlamış



DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUMLARI NEREDE YAPTIRALIM?

Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth.
Cochrane Database Syst Rev. 2012.

Grunebaum A, ve ark. Early and total mortality in relation to birth setting in
the United States 2006-2009. *AJOG*, 2014.

ACOG Committee Opinion No:669: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol*, 2016.

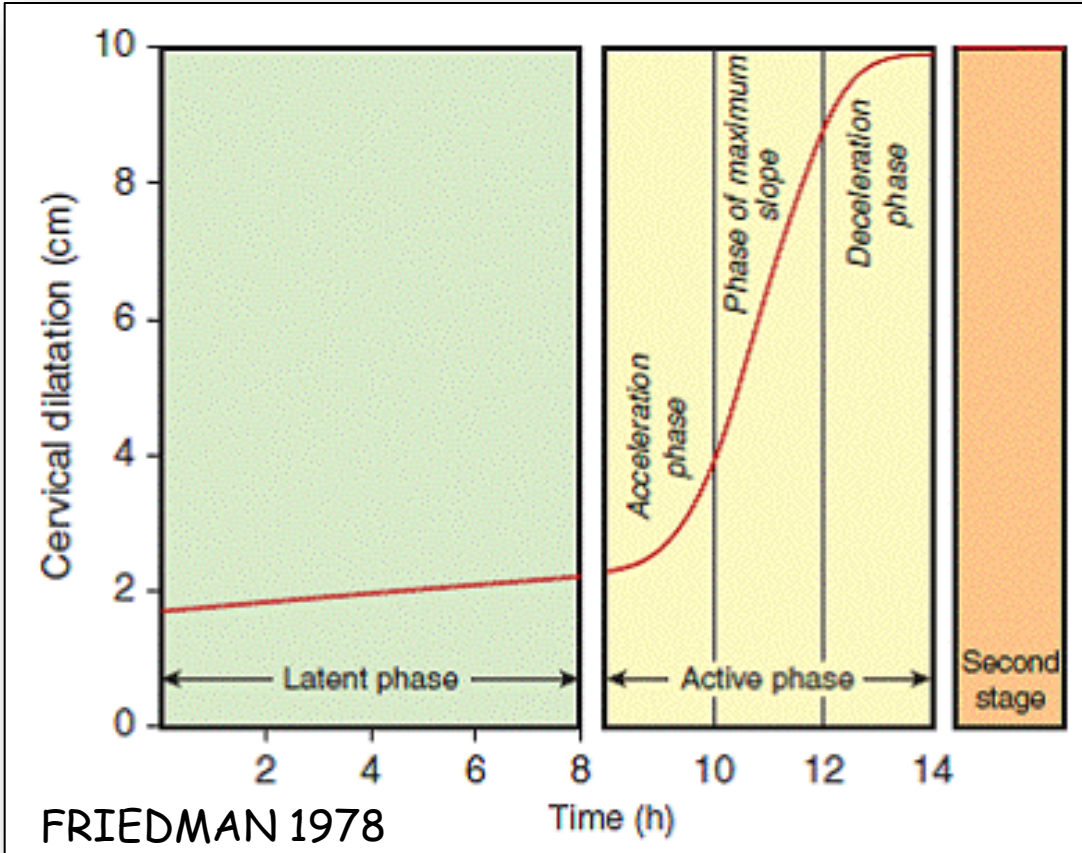
Planlı ev doğumlarında

- Maternal girişimler daha az,
- Perinatal ölümler 2,4x daha fazla, düşük APGAR daha fazla,
- Neonatal konvülsiyonlar 3x daha fazla.



HASTANE DAHA GÜVENLİ !

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ



- Doğum eyleminin aktif fazında hastaneye kabul edilmeli (düzenli kontraksiyonlar ve >3 cm servikal açıklık)
- Doğumhanede geçen süre daha kısa, oksitosin gereksinimi daha az, analjezik gereksinimi daha az

DOĞUMHANEYE KABULDE GEREKLİ UYGULAMALAR



- Vital bulgular
(4 saatte bir)
- FKA
- Pelvik muayene
- Kontraksiyon takibi
- İdeali 1-1 takip
 - Analjezi gereksinimi,
operatif doğum,
sezaryen ile doğum
DAHA AZ
 - Doğum deneyimi
DAHA OLUMLU

DOĞUMHANEYE KABULDE GEREKLİLİĞİ (?) OLAN UYGULAMALAR



- Fetal kalp atımı trasesi
- USG ile amniyon sıvı miktarının değerlendirilmesi
- Rutin lavman
- Perinenin traşlanması
- Vajenin antiseptik solusyonla irigasyonu

**KANITLANMIŞ
YARARI YOK**

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ DOĞUMUN 1. EVRESİ



- Oral alım devam edebilir
- İntravenöz sıvı (250cc/sa) doğum eylemi süresini kısaltabilir

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

1. EVRE

- Dik pozisyonlar
- Ilık suya girmek

Doğum eyleminin süresini 1/2-1 saat kısaltabilir
Analjezi gereksinimini azaltabilir



Cluett ER, ve ark. Immersion in water in labour and birth.

Cochrane Database Syst Rev. 2009.

ACOG Committee Opinion No:679: Immersion in water during labor and delivery. Obstet Gynecol, 2016.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

1. EVRE



PARTOGRAF

| | | | |
|-------------------|----------------|--------------------------|--------------|
| Hasta Adı Soyadı: | Gravida: | Parite: | Protokol No: |
| Yatış Tarihi: | Başvuru Saati: | Membran Ruptürü: ...saat | |

Fetal Kalp Atım Hızı

Amniyon Sıvısı

Serviks Açıklığı

Baş Seviyesi

Kontraksiyon Süresi

İzlem Yapanın Adı Soyadı: Başlama Saati:

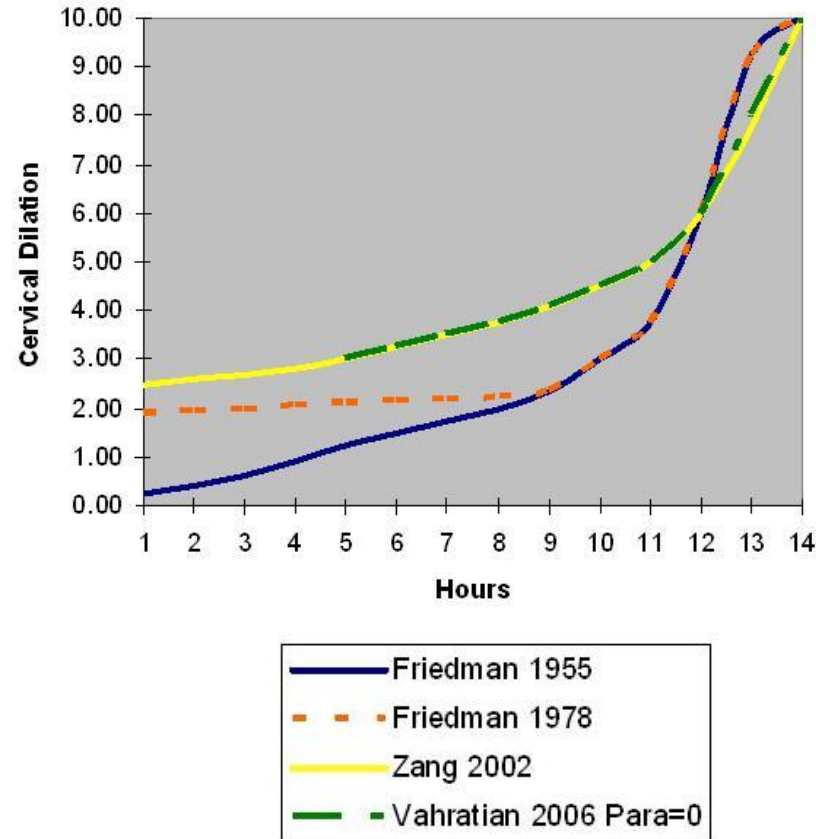
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı: Başlama Saati:

- 2 saatte bir pelvik muayene ?
- Rutin amniyotomi ?
- Partograf standardizasyon amaçlı kullanılabilir
- İlerlemeyen eylemde oksitosin ÖNERİLİR

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

DOĞUMUN 1. EVRESİ

Labor Curve - Nulliparas



Friedman

- Servikal açılma nulliparda en az 1,2 cm/ sa, multiparda en az 1,5 cm/sa olmalı
- 2 saatten fazla açıklık aynı kalıyorsa → Arest

Yeni çalışmalara göre

- Servikal açılma en az 0,6 cm/sa - epidural analjezi uygulanmışsa 0,5 cm/sa - olmalı
- 4 saatten fazla açıklık aynı kalıyorsa → Arest

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

DOĞUMUN 1. EVRESİ



Doğum Eyleminin Aktif Yönetimi

- 2 saatte bir pelvik muayene
- Erken amniyotomi
- Servikal açılma < 1 cm/saat ise oksitosin 4-6 mU/dk olarak başlanır; 15 dakikada bir 4-6mU artırılır; max 40 mU/dk.
- Doğumun 1. Evresini 50-100 dk kısaltabiliyor.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ FETAL DEĞERLENDİRME



- Devamlı elektronik fetal monitorizasyon (EFM) operatif doğumları, sezaryen ile doğumları artırır.
- Doğumun 1. Evresinde 30 dakikada bir, 2. Evresinde 15 dakikada bir, **kontraksiyon sonrası FKA dinlenmesi yeterli.**

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

2. EVRE



- Yeni çalışmalara göre nulliparlarda 3 saat; epidural analjezi uygulanmışsa 4 saat sürebiliyor
- Multiparlarda 2 saat; epidural analjezi uygulanmışsa 3 saat sürebiliyor
- 2. Evrede proflaktik maternal oksijen uygulaması ÖNERİLMİYOR → Kord pH daha düşük bulunmuş

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

2. EVRE



- Erken ıkınma ve geç ıkınma (komplet açıklıktan 1 saat sonra) arasında epizyotomi gereksinimi ya da perine laserasyonu açısından fark gösterilememiş. Roberts CL, ve ark. Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia. A systematic review and meta-analysis. BJOG, 2004.
- Epidural analjezi ile doğumda; komplet servikal açıklıkta litotomi pozisyonunda ıkınma x lateral pozisyonda geç ıkınma → Perine %12 x %40 sağlam kalmış.

Walker C, ve ark. Alternative model of birth to reduce the risk of assisted vaginal delivery and perineal trauma. Int Urogynecol J, 2012.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

2. EVRE



- **Supin/litotomi ile karşılaştırıldığında, dik/lateral doğum pozisyonlarında → daha az operatif doğum, daha az epizyotomi, daha fazla 2. derece laserasyon**

Gupta JK, ve ark. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst. Rev. 2012.

- **Epidural analjezi ile doğumda; dik pozisyonun üstünlüğü gösterilememiş.**

Kemp E, ve ark. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst. Rev. 2013.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

2. EVRE



Ilık suya girme / Suda doğum

- Yararını veya zararını gösteren yeterli kanıt yok
- Anne açısından doğum deneyimi daha olumlu olabilir

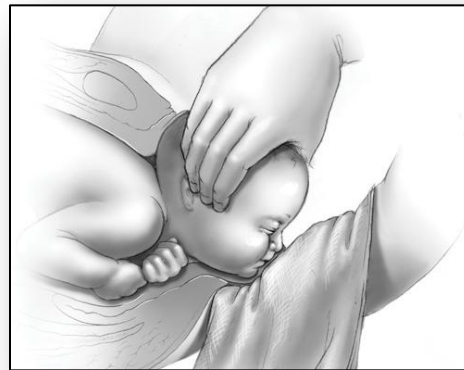
Taylor H, ve ark. Neonatal outcomes of water birth: A systematic review and meta-analysis. *Arc Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2016.

ACOG Committee Opinion No:679: Immersion in water during labor and delivery. *Obstet Gynecol*, 2016.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

2. EVRE

- Doğumda Kristeller manevrasının maternal ve perinatal sonuçlar açısından yararı ya da zararı gösterilememiştir; doğum deneyimi anne için daha olumsuz olabilir.
- Ritgen manevrasının perine laserasyonlarını önlemede yararı gösterilememiştir





PERINE MASAJI ?

- 34 haftadan itibaren perine masajı ilk doğumlarda epizyotomi gereksinimini ve perine laserasyonlarını azaltıyor.

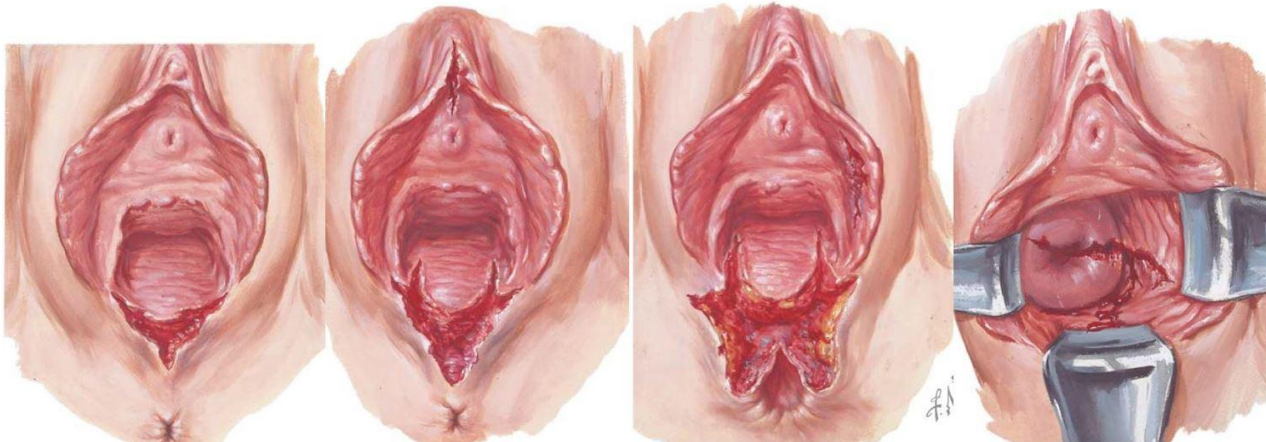
Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev, 2013.

- Doğumun 2. Evresinde perine masajı ve/veya ılık kompres 3. ve 4. derece perine laserasyonlarını azaltıyor.

Aasheim V, ve ark. Perineal techniques during second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev, 2011.

EPİZYOTOMİ ?

- Günümüzde rutin epizyotomi önerilmiyor.
- %53-79 oranında genellikle 1.-2. derece laserasyonlar olabilir.
- Kanamayan ve anatomiye bozmayan laserasyonların onarılması gerekmiyor.



KORDONU GEÇ KLEMPLEME

Doğumdan 30-60 sn sonra, maksimum 3 dk içerisinde ya da kord pulsasyonu bitince kordonun klemplenmesi; bu sürede bebek plasenta ile aynı seviyede, daha aşağıda veya annenin kucağında tutulabilir.



- Yenidoğanda Hb düzeyi daha yüksek,
- Fototerapi gerektiren sarılık biraz daha fazla,
- Bu bebeklerde Fe eksikliği anemisi daha az görülüyor.
- Postpartum kanama riskini artırmıyor; kord klemplenmeden önce de Oksitosin uygulanabiliyor.

McDonald SJ, ve ark. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev, 2013.

ACOG Committee Opinion No:684, 2017.

KORDONU GEÇ KLEMPLEMENİN UYGUN OLMADIĞI DURUMLAR

Table 1. Clinical Situations in Which Immediate Umbilical Cord Clamping Should Be Considered or Care Should Be Individualized ←

| | |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maternal | Hemorrhage, hemodynamic instability, or both Abnormal placentation (previa, abruption) |
| Fetal/neonatal | Need for immediate resuscitation Placental circulation not intact (abruption, previa, cord avulsion, IUGR with abnormal cord Doppler evaluation) |

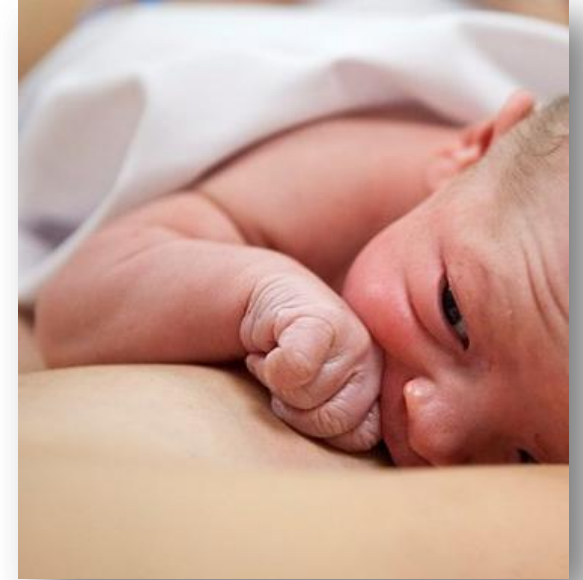


ACOG Committee Opinion No:684, 2017.

KORDONUN SAĞILMASI (MILKING)

Doğumdan hemen sonra, genellikle kordon klemplenmeden önceki **10-15 sn içerisinde 1-3 kez** uygulanır, plasentadan yenidoğana kan transfüzyonu sağlar.

Kordonun geç klemplenmesi ile benzer şekilde, yenidoğanın Hb ve ferritin düzeylerini yükseltir .

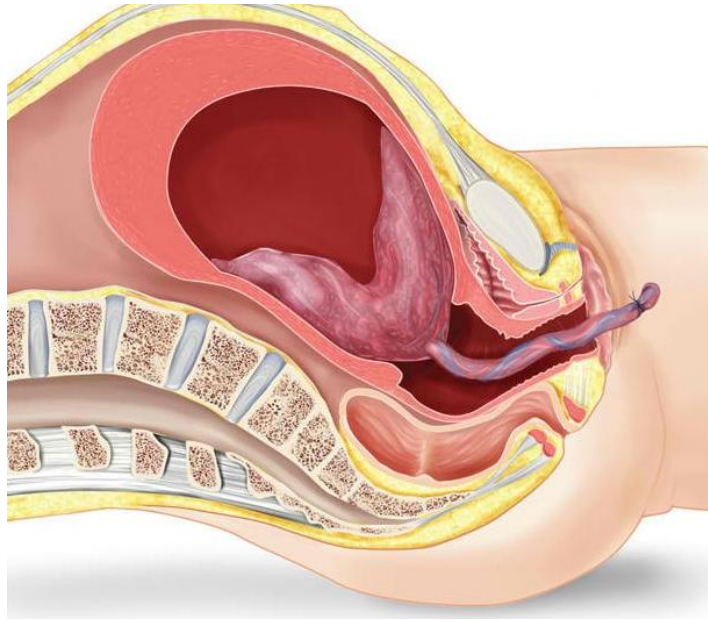


Jaiswal P, ve ark. Comparison of two types of intervention to enhance placental redistribution in term infants: randomized controlled trial. Eur J Pediatr 2015.
ACOG Committee Opinion No:684, 2017.

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUM YÖNETİMİ

3. EVRE

- Genellikle plasenta 10 dakika içerisinde ayrılır; bu süre 30 dakikaya kadar uzayabilir.
- Plasenta ayrılmamışsa, aktif kanama yoksa, müdahale için 1 saate kadar beklenebilir.



POSTPARTUM KANAMA - ÖNLEM?

Doğumun 3. Evresinin Aktif Yönetimi

✓ Bebeğin omuzu çıktıktan sonra /
bebeğin doğumundan hemen sonra
uterotonik verilmesi (Cochrane-2013)

✗ Kordonun erken klemplenmesi
(Cochrane-2008/2013, DSÖ-2012)

✗ Kordonun kontrollü traksiyonu (DSÖ-
2012, TRACOR-2013)

→ PPK insidansını %50-70 oranında
azaltır. (Cochrane-2015)

NEONATAL GRUP B STREPTOKOK ENFEKSİYONUNUN ÖNLENMESİ

- 35-37 haftalarda vajinal ve rektal tarama
- Tarama (+) ise intrapartum antibiyotik (Ampisilin) önerilir



ÖZET

DÜŞÜK RİSKLİ DOĞUMUN YÖNETİMİNDE TEMEL PRENSİPLER

- Travay ve doğum için rahat bir ortam olmalı, gereksiz kısıtlamalar olmamalı
- Ağrıyı azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmalı
- Gereksiz müdahalelerden kaçınılmalı
- Sabırlı olmalı
- Gelişebilecek problemler açısından doğum süreci özenli ve dikkatli takip edilerek yönetilmeli



