

# RİSKLİ DOĞUM EYLEMİ

Araş. Gör. Betül MAMMADOV

# DİSTOSİ

- Distosi tanımı; doğum eyleminin normalden saptığı durumları tanımlamak için kullanılır.

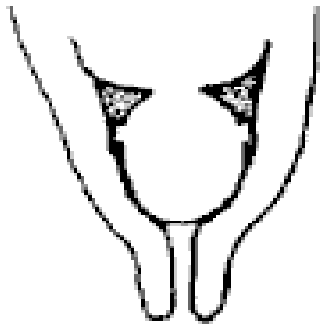
# Distosi üç fizyolojik faktöre göre sınıflandırılır:

- 1) **Uterus disfonksiyonlarına ait distosi:** Doğumu sağlayan motor güç ile ilgili fonksiyon bozuklukları bu grupta toplanır. Burada uterus kontraksiyonlarının yetersiz ya da düzensiz olması gibi uterus disfonksiyonlarına ait nedenler vardır.
- 2) **Doğum objesine ait distosi:** Bu grupta fetusa ait prezantasyon ve pozisyon bozuklukları vardır.
- 3) **Doğum kanalı-kemik pelvise ait distosi:** Kemik pelvise ait nedenler bu grupta toplanır.
- 4) **Annenin psikoloji ile ilgili distosi**

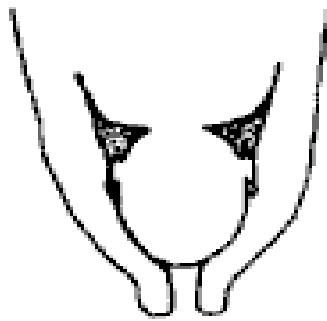
# UTERUS KONTRAKSİYONLARI İLE İLGİLİ DİSTOSİ

- Uterus kontraksiyonlarının etkili olabilmesi için kuvvetli, düzenli ve belirli aralıklarla ortaya çıkması gerekir.
- Uterus kontraksiyonları bu kriterlere uymadığı zaman servikal silinme ve dilatasyon ile fetusun pelvis içindeki inişi gerçekleşmez ve uterin distosi ortaya çıkar.

- Kaslarda kasılma olurken, uterusun içindeki basınçta da artma görülür. Uterus içinde bu basınç ile fetusun prezante olan kısmı servikse doğru itilir ve sonuçta servikste dilatasyon ortaya çıkar.



Servikte  
silinme yok  
uzunluk 4  
santim  
civarında



Serviks  
kısmen  
silinmiş  
uzunluk 2  
santim  
civarında



Serviks  
tam (%100)  
silinmiş



Serviks  
açıklığı  
3-4  
santimetre



Serviks  
açıklığı  
9-10  
santimetre  
(tama yakın)

- Kontraksiyon sırasında basınç 30-50 mmHg arasında değişiklik gösterir.
- Serviksi dilate edebilecek intrauterin basıncının en az 15 mmHg olması gerekmektedir.
- Normal bir kontraksiyon, 2-3 dakikada bir ortaya çıkan, 40-90 saniye süren ve kontraksiyon tonüsü 40-90 mm Hg olan, istirahat tonüsü 5-20 mm Hg olan bir kontraksiyon olarak tanımlanır.
- Kontraksiyonların bu sınırların dışına çıkması **eylemin disfonksiyonu** olarak yorumlanır.

# DiSFONKSİYONEL EYLEM

Uterus kontraksiyonlarının normalin dışında gerçekleşmesi, eylemin disfonksiyonu olarak tanımlanır. Bu anormal durum eylemde, beklenen ilerlemeyi engeller. Uterusta gelişen bu fonksiyon bozukluğunun üç tipi vardır.

- Hipertonik uterus disfonksiyonu,
- Hipotonik uterus disfonksiyonu,
- Presipitus (Hızlı) eylem.

# Hipertonik Uterus Disfonksiyonu

- Hipertonik uterus disfonksiyonu, kontraksiyonların sıklığında artma, ancak yoğunluğunda azalma ile karakterizedir. Uterusun dinlenme aktivitesi artmıştır.

- Eylem sırasında kontraksiyonlar daha sık aralarla ortaya çıkar.
- Fakat kontraksiyon sırasında oluşan intrauterin basınç düşüktür.
- Intrauterin basıncın düşüklüğü nedeni ile fetusun prezente olan kısmı servikse yeterli güçle itilemez ve bu nedenle servikste dilatasyon gerçekleşmez.

- İstirahat tonüsünde artış mevcuttur, bu da uterus kaslarının gergin durumda kaldığına işaret eder. Bu durum, kontraksiyon sırasında azalan fetal kan akımının normale dönmesini de engeller.
- Hipertonik kontraksiyonlar, serviks 4 cm dilatasyona ulaşmadan önce ortaya çıkarlar. Anksiyete düzeyi yüksek olan nulliparalarda hipertonik eyleme sık rastlanır.

- **Maternal Risk:** Hipertonik eylem, uterus kas hücrelerindeki anoksi nedeni ile oldukça ağrılıdır.
- Kontraksiyonların sık gelmesi nedeni ile anne yeterli istirahat edemez, yorgun düşer.
- Dilatasyon 2-3 cm den daha fazla ilerlemez.
- Eylemin ilerlemediğinin farkına varan annenin anksiyetesi yükselir ve cesareti kırılır, sonuçta durumu ile başa çıkması zorlaşır.

- **Fetal-Neonatal Riskler:** Normal bir kontraksiyon sırasında uterusu giden kan akımı azalır, ancak istirahat periyodunda, azalan bu kan akımı normale dönerek fetusta hipoksi gelişmesi önlenir.

- Hipertonik kontraksiyonda istirahat periyodu kısa ve tonüsü yüksek olduğu için, fetal kan akımının normale dönmesi engellenir ve bu durumun devam etmesi ile hipoksi sonucu fetal distres gelişir. Bu distresin tanımlanmadan uzun süre devam etmesi fetal ölüm ile sonuçlanır.

## Hemşirelik Bakımı

- Hipertonik kontraksiyonlar sırasında anne ve fetus risk altındadır. Hemşire bu nedenle anne ve fetüsü sürekli izlemelidir. Uterus kontraksiyonlarının ve fetal kalp atımlarının sürekli değerlendirilmesi, olası komplikasyonlarının erken teşhisini sağlar.

- Hipertonik eylemde olan kadının ağrı nedeni ile iç anksiyetesi yüksektir. Bu nedenle hemşire annenin rahatını sağlayacak önlemler almalıdır.
- Destekleyici önlemler; ılık banyo, sessiz çevre, yumuşak müzik dinletme, sırtına ovma hareketleri ile masaj uygulama.

# Hipotonik Uterus Disfonksiyonu

- Hipotonik uterus disfonksiyonu, kontraksiyonların sayısındaki azalma ile karakterizedir. 10 dakikalık süre içinde 2-3 kontraksiyonun gelişmesi **hipotoni** olarak değerlendirilir.

- Kontraksiyonların yoğunluğu da orta ya da hafif düzeydedir. Bu olgularda myometriyal dinlenme tonüsü 8 mm Hg'den, kontraksiyon tonüsü ise 25 mmHg'den daha azdır. Bu karakterde gelişen kontraksiyonlar fetüsü doğum kanalından aşağı doğru itemez.

# Nedenleri;

- Çoklul gebelik, hidramniyoz, iri fetus gibi uterus kaslarının fazla gerildiği durumlarda, uterus kasları tonüsünü kaybeder ve doğum eyleminde etkili kasılmazlar.
- Sefalopelvik uyumsuzlukta, fetus başı doğum kanalından aşağı doğru inerek servikse baskı oluşturamadığı için, uterus kontraksiyonları yeterli uyarılamaz.

- **Meperidine (Demoral)** gibi sedatiflerin, eylemin latent fazında (Dilatasyon 3-4 cm ulaşmadan) verilmesi uterus kaslarında hipotoniye neden olabilir.
- **Pendulus abdomen** (sarkık karın), çok doğum yapmış kadınlarda ortaya çıkan bir durumdur. Fetusun angajmanını sağlayacak itici güç olan karın kasları zayıflamıştır. Bunun yanında fazla doğuma bağlı uterus kaslarında gücünü kaybettiğinden yeterli kontraksiyon yapamaz.

- Mesane ve rektumun dolu olması, uterus üzerine baskı yaparak, myometriyumun kontraksiyon gücünü azaltır.
- Uzun süre devam etmiş kontraksiyonlar, yine kas yorgunluğuna bağlı hipotonik kontraksiyonlara neden olurlar.
- Annenin ruhsal sıkıntısı ve yaşının ileri olması da hipotonik uterus disfonksiyonunun gelişmesini hazırlayan diğer nedenlerdir.

- **Maternal Risk:** Hipotonik kontraksiyonlar genellikle fazla ağırlı değildir. Ancak etkili olmadıkları için eylemin uzamasına neden olurlar. Bu durumda eğer membranlar açılmış ise enfeksiyon riski ortaya çıkar.

- Hipotonik kontraksiyonlar uterusun aşırı gerilmesine bağlı ortaya çıkmış ise, doğum sonunda atoni kanamaları gelişebilir. Eylemin yavaş seyretmesi ve uzamasına bağlı annenin cesareti kırılabilir.

- **Fetal-Neonatal Risk:** Başlangıçta hipotonik kontraksiyonlar fetüsü etkilemez. Ancak membranlar açılmış ise ve eylem uzamış ise enfeksiyon riski fetüsü tehdit eder. Enfekte fetusta taşikardi gelişir. Doğumdan sonra fetus enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmelidir.

# HIZLI DOĞUM EYLEMİ (PARTUS PRESİPİTUS)

- Doğum eyleminin üç saatin altında gerçekleşmesi, hızlı eylem olarak tanımlanır. En bilinen nedeni, anne dokularının anormal düşük dirençli olmasıdır. Bu nedenle fetusun inişi ve servikal dilatasyon hızla gerçekleşir. Hızlı eylemin diğer nedenleri multiparite, büyük pelvis, daha önce hızlı eylem geçirmiş olma ve küçük fetustur.
- Hızlı eylemde, kontraksiyonlar 10 dakika içinde beş kezden fazla gelir ve intrauterin basıncı 50-70 mm Hg'ye yükselebilir.

- **Maternal Risk:** Eğer anne dokularının rezistansı az ve servikste silinme ve dilatasyon hızla gerçekleşmiş ise maternal komplikasyon fazla görülmez.

- Eğer dokularda rezistans fazla ve serviks uzun ve kalın ise, hızlı eyleme bağı yeterli elastikiyet sağlanamayacağı için serviks, vajina, perine ve periuretral sahada yırtıklar gelişebilir. Güçlü ve yoğun kontraksiyonlar nedeni ile uterus kaslarındaki atoniye bağı postpartum hemoraji ortaya çıkabilir.

- **Fetal Risk:** Sık ve yoğun kontraksiyonlar nedeni ile fetusta hipoksi gelişebilir. Eğer anne dokularında rezistans var ise kuvvetli kontraksiyonlar ile fetal başta travma olabilir.

# Hemşirelik Bakımı

- Hızlı eylem genellikle hızlı doğumla sonuçlanır. Bu nedenle hemşire, ebe ya da doktorun doğuma hazır olması gerekir. Hemşire annelerin, hızlı doğum için riskli olup olmadıklarını değerlendirmelidir. Daha önce hızlı doğum yapmış olma, hızlı eylemin tekrarlayabileceğine işaret eder.

- Yine servikal silinme ve dilatasyonun ve fetal inişin hızlı olması, doğumun da hızlı gerçekleşeceğine işaret edeceğinden, durumun doktora haber verilmesi gerekir. Aşırı dozda oksitosin verilmesi de hızlı eylemi geliştirebilir.

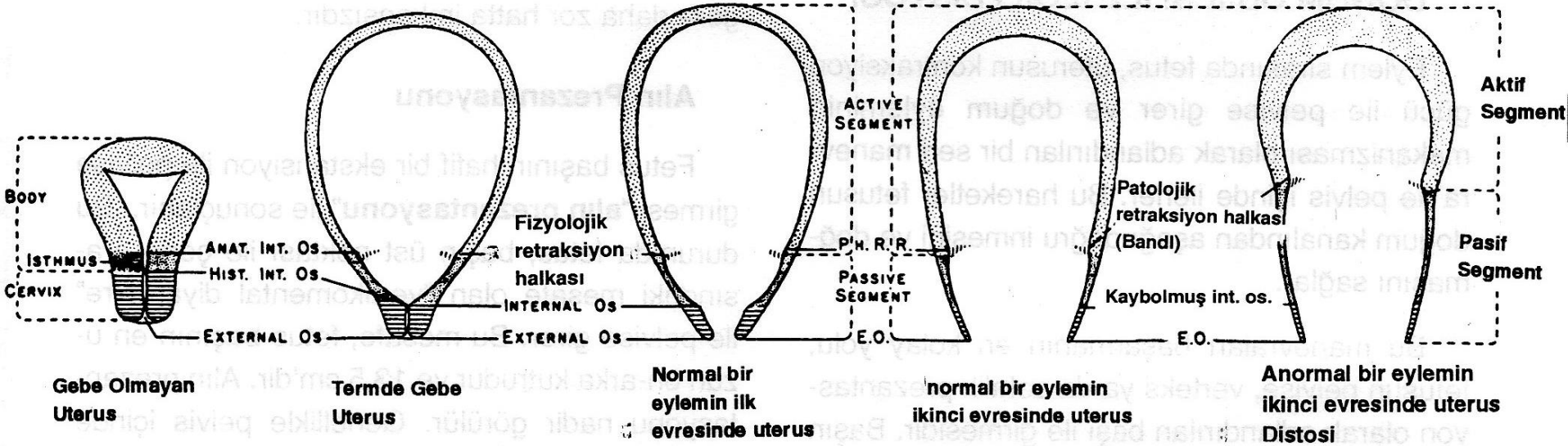
- Yoğun ve sık kontraksiyon gelişen olgularda tıbbi tedavi olarak eylemi yavaşlatmak için tokolitik ajanlar ya da magnezyum sülfat verilebilmektedir.

# PATOLOJİK UTERUS HALKASI

- Normal bir eylem sırasında uterus iki farklı segmente ayrılır:
  - ✓ Üst ya da aktif segment,
  - ✓ alt ya da pasif segment.

Her bir kontraksiyon ile üst segmentteki uterus kasları kısalarak aşağı doğru basınç oluştururlar. Kısılmanın devam etmesi, bu segmentin kalınlaşmasına neden olur. Alt segment ise inceler ve uzar. Bu iki segment arasında **fizyolojik retraksiyon halkası** olarak adlandırılan bir halka oluşur.

- Patolojik retraksiyon halkası, fizyolojik retraksiyon halkasının aşırı gelişmesi ile ortaya çıkar ve distosiye neden olan bir durumdur.



## Bandl's Halkası

- Bandl halkası, eylem tıkanığı, diğer deyişle fetal iniş durduğu zaman ortaya çıkar. Fetal iniş engelleyen en büyük neden sefalopelvik uyumsuzluktur. Fetal iniş durduğu halde kontraksiyonların devam etmesi uterusun üst segmentinin aşırı kasılmasına neden olur.

- Buna karşılık alt segment aşırı gerilir. Böylece iki segment arasında patolojik bir halka gelişir. Eylem ilerledikçe engellenme artar, çünkü fetus halkanın üzerinde sıkışır. Müdahale edilmezse uterus rüptürü ortaya çıkabilir. Bandl halkası gelişen olgularda en uygun müdahale sezeryan doğumdur.

# Konstruksiyon halkası-Kasılma Halkası

- Konstruksiyon halkası nadir görülen bir patolojidir. Bandl halkasından farklıdır. Bandl halkasına doğum kanalındaki bir tıkanıklık neden olur. Yani tıkanıklık nedeni ile bandl halkası gelişir. Halbuki konstruksiyon halkası, tıkanıklığı bizzat kendisi yapar.

- Yani önce halka gelişir ve gelişen halka fetusun doğum kanalından inişini durdurur. Halkanın gelişmesi lokalizedir. Analjezi, anestezi ya da ikisi birarada uygulanarak halkanın çözülmesi sağlanır ve vajinal doğum gerçekleşebilir.

- Konstruksiyon halkası uterusun herhangi bir yerinde ve eylemin herhangi bir devresinde gelişebilir. Uterus aktivitesi yetersizdir, uterus rüptürüne neden olmaz, annenin genel durumu iyidir. Bandl halkası ise daima fizyolojik retraksiyon halkası üzerinde gelişir, devam etmesi halinde uterus rüptürüne neden olur.

- Bandl halkası genellikle eylemin ikinci devresinin geç döneminde ortaya çıkar. Uterus aktivitesi oldukça etkilidir. Annenin genel durumu aşırı ağrı nedeni ile gittikçe kötüye gider.

# DOĞUM OBJESİ İLE İLGİLİ DİSTOSİ

- Fetusun prezantasyon ve pozisyon bozukluğu pelvis içindeki hareketini zorlaştırır ve bazen imkansız kılar. Bu nedenle disfonksiyonel doğum eyleminin en yaygın nedenlerinden ikincisi **fetal distosi** olarak bilinen prezantasyon ve pozisyon bozukluğudur.

# Prezantasyon Bozukluğu (Malprezantasyon)

- Fetusun, pelvis girimine başı ile ve çenesi göğsüne değecek kadar tam fleksiyonda girmesi gerekirken başka bir durumda girerse **mal-prezantasyon**dan bahsedilir.



Face presentation



Brow presentation



Vertex presentation



Breech presentation



Shoulder presentation

# Alın Prezantasyonu

- Fetus başın hafif bir ekstansiyon ile pelvise girmesi “**alın prezantasyonu**” ile sonuçlanır. Bu durumda fetus, başın üst noktası ile çene arasındaki mesafe olan "vertikomental diyametre" ile pelvise girer.



Yüz gelişi



Alın gelişi



Makat gelişi



Transvers(yan) geliş

- Alın prezantasyonu nadir görülür. Genellikle pelvis içinde fetusun inişi ilerledikçe, alın prezantasyonu kendiliğinden oksiput ya da yüz prezantasyonuna döner. Fetus başının anne pelvisinin kemikli kısımları ile karşılaşması, fetal başın fleksiyona ya da ekstansiyona geçmesine neden olur.
- İnatçı alın prezantasyonları, angajmanın gecikmesi ya da engellenmesi ile ilgilidir.

## Angajmanı engelleyen pelvise ait faktörler şunlardır:

- Fetusun ölçülerine uymayan küçük pelvis,
- Uterusun alt segmentinde tümör ya da plasenta previa,
- Umlikal kordun, fetusun boynuna dolanarak kısılması,
- Fetusun doğum kanalından geçişini engelleyen konjenital anomalileridir.

**PLASENTA PREVİA**



**KİSMİ PLASENTA PREVİA**



# Yüz Prezantasyonu

- Yüz prezantasyonu, fetal başın aşırı ekstansiyon yapması sonucu, pelvis girimine öncelikle fetal yüzün girdiği bir prezantasyondur. Bu durumda fetus, 9.5 cm lik submento bregmatik kutru ile pelvise girer. Yüz gelişinde doğumun spontan sonlanma şansı alın gelişine göre daha yüksektir.



# Omuz Prezantasyonu

- Omuz prezantasyonu, transver yatış olarak bilinir. Fetusun uzun aksı annenin uzun aksı ile  $90^{\circ}$  lik açı yapar. Fetus annenin karnında transfer olarak yatar ve pelvise prezante olan kısmı alttaki omzudur.

- Omuz prezantasyonu, primiparalardan daha çok multiparalarda görülür. Çünkü fazla doğuma bağlı abdominal ve uterin kaslar gevşektir. Diğer nedenler arasında plasenta previa, preterm fetus, dar pelvis ve anormal uterus sayılabilir.

- Transver yatışta, normal vajinal doğumun gerçekleşmesi mümkün değildir. Eylem sırasında spontan rüptür olma şansı yüksektir. Genellikle sezeryan doğumu seçilir.

# Karma Prezantasyon

- Fetusun birden fazla kısmı prezante olmuştur. En sık rastlanan karma prezantasyon, başın yanında kolun uzamasıdır. Nadir görülen bir durumdur.

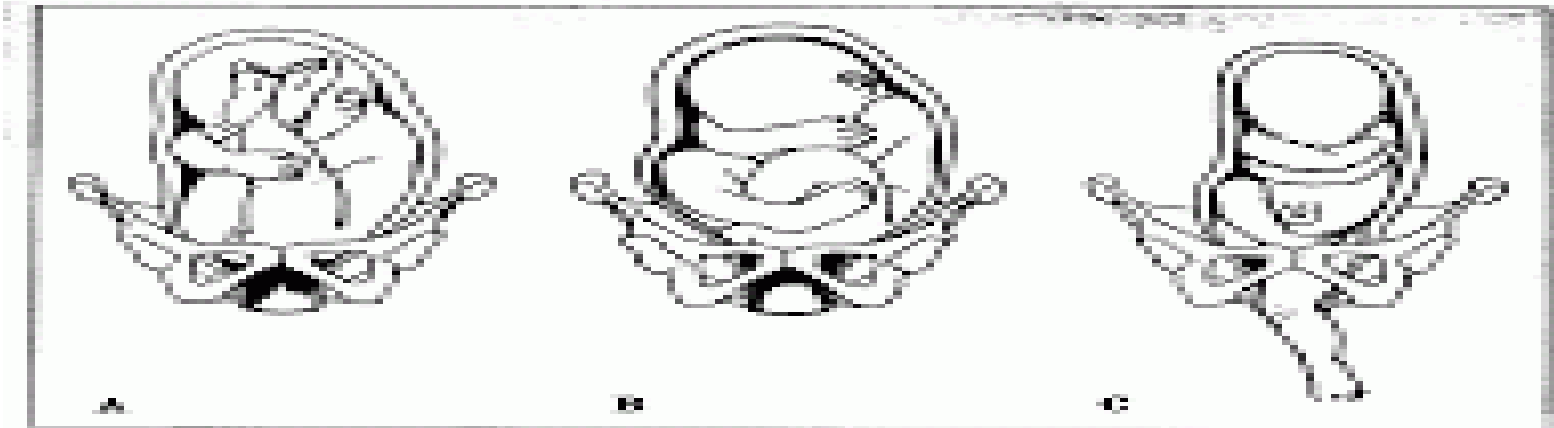


Fig. 23-4. Types of breech presentation. A. Frank breech. B. Complete breech. C. Footling breech. (From Obstetrical Presentation and Position, Ross Clinical Education Aid, No. 16. Columbia, MO: Ross Laboratories, 1975.)

- Prematürite ve çoğul gebeliklerde, fetus pelvis girimini tam olarak doldurmadığı için kol ya da bacak, prezante olan kısmın yanından sarkabilir. Amniyotik membranlar açıldığı zaman prezante olan fetus kısmı hala yüksekte ve yerleşme olmamış ise yine kol, bacak hatta umbilikal kord prolapsusu görülebilir.

- Eğer herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise, eylemin devam etmesinde bir sakınca yoktur. Serviks tam dilate ve prezante kısım inmiş ise, sarkan kol ya da bacak pelvis içinde yukarı doğru itilerek yükseltilir ve normal eylemin devam etmesi sağlanır.

# Makat Prezantasyonu

- Makat gelişi, term öncesi sık görülen fizyolojik bir durumdur. Gebeliğin erken aylarında fetusta çoğu kez prezantasyon bozukluğu görülür. Gebelik ilerledikçe bunların çoğu spontan olarak verteks gelişine dönerler. Çünkü fetus son ayda pelvik kaviteye en uygun durumu alır. Bu da longitudinal duruş ve verteks prezantasyonudur.

## Nedenleri;

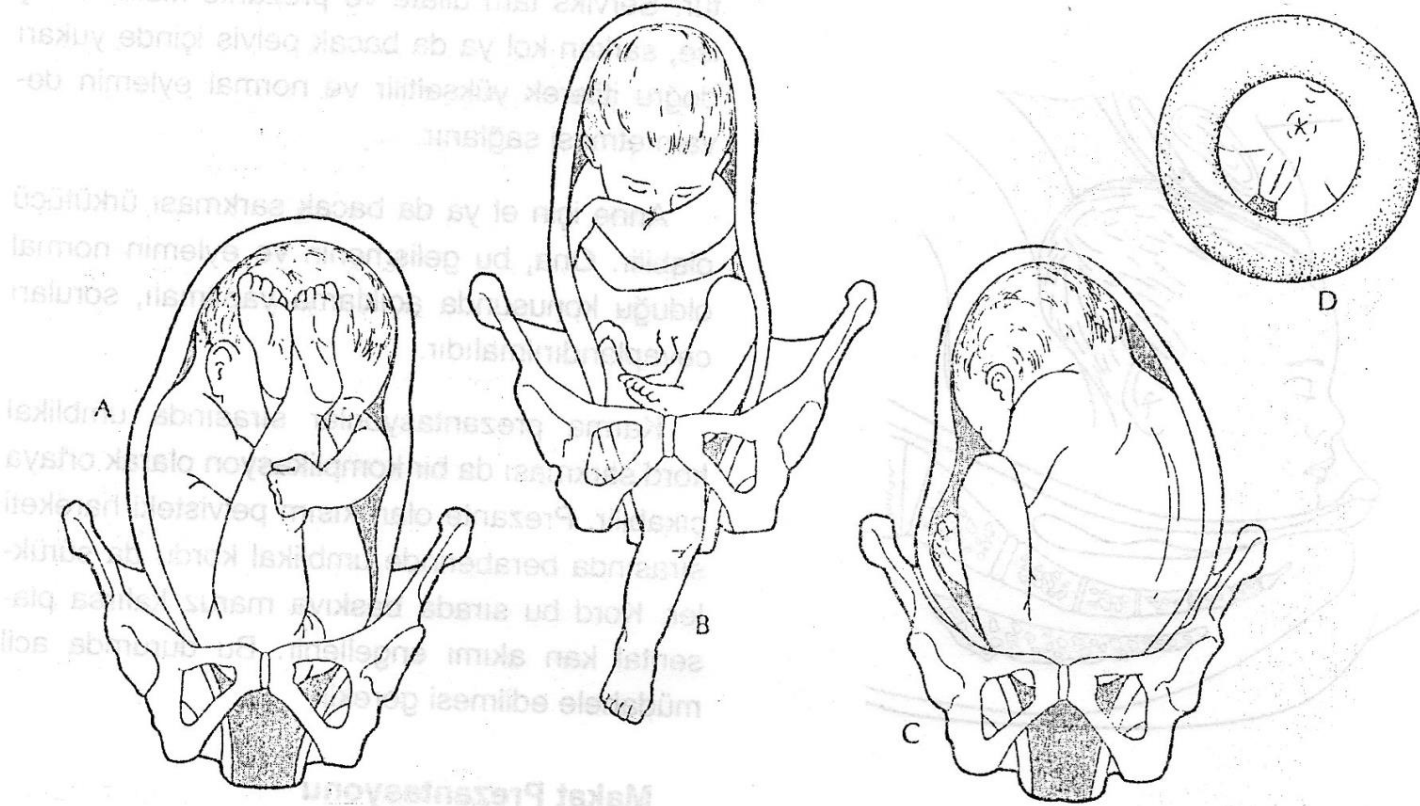
- Anne yaşının ileri olması ve çok doğum yapması (grandmultiparite),
- Uterusun aşırı gerilmesine neden olan (iri bebek, polihidramniosis, çoğul gebelik) durumlar,
- Uterusun şekil bozuklukları,

- Hidrosefali ve anensefali gibi fetus başına ait bozukluklar ile doğum yolunu engelleyen (Plasenta previa ve myomlar gibi) durumlar makat gelişine neden olan durumlardır.

Fakat dominant faktör prematureliktir.

Makat ve alt ekstremiteler ile pelvis arasındaki ilişkiye göre üç ayrı makat gelişi tanımlanır:

- 1) **Tam makat:** Üst bacaklar gövdeye doğru, alt bacaklar üst bacaklara doğru fleksiyondadır.
- 2) **Saf makat(Frank Breech):** Fetusun bacakları bir atel gibi gövdenin önünde uzanır. Ayaklar yüze yakındır.
- 3) **Yarı makat:** Bir ya da iki ayak prezante olmuştur.



**Şekil 12.6 Makat Prezantasyonu Tipleri**

A) Saf makat B) Yarı makat C) Tam makat D) Vajinal muayenede anal sfinkterin alınması

(Olds, S., Maternal-Newborn Nursing (1984) Addison-Wesley Company, California)

- Tanı: Makat gelişı, birinci leopold manevrasında uterusun fundus kısmında sert bir kitle olarak başın alınması ile kolayca tanılanır. Üçüncü leopold manevrasında ise başa göre daha yumuşak olan makat, pelvis giriminde palpe edilir. Yüz gelişlerinde tuşede ağız, anüs ile karıştırılabilir.

- Tam olmayan makat gelişlerinde, makat yanında gelen diz ya da ayak gibi kısımlar palpe edilir. Ultrason, eylem öncesinde ya da eylem sırasında tanının kesinleşmesi ve fetusa ait ölçümlerin yapılabilmesi açısından gerekli bir yöntemdir.

- **Maternal Risk:** Makat prezantasyonunda vajinal doğum çeşitli problemlere yol açar. Genellikle eylem uzar, yumuşak ve düzensiz olan makat dokusu, fetal kafatasının sert kemiği kadar, serviksin dilatasyonunda etkili değildir.

- Membranların erken açılması, özellikle uzun süren eylemde annede enfeksiyon riski yaratır. Bu nedenlerle özellikle primipar makat gelişlerinde sezeryan doğum tercih edilmelidir.

- **Fetal Risk:** Baş gelişlerine göre, makat gelişlerinde perinatal morbidite ve mortalite hızlarında artma görülür.
- Makat doğumlarındaki fetal riskler şöyle özetlenebilir:

- Makat gelişlerinde **baş travması** önemli bir risktir. Özellikle başın sonradan doğması, merkezi sinir sistemi travmasına yol açar.
- Verteks gelişlerinde fetal başın saatler ve hatta günler boyu pelviste bulunup şekillenmesi mümkünken, makat gelişinde sonradan pelvise inen baş, verteks gelişinde olduğu gibi şekillenmeye vakit bulamadan pelvisi geçmek zorunda kalır.

- Makat doğumlarında, özellikle yarı makat gelişlerinde **umblikal kord prolapsusu** riski yüksektir. Umblikal kord, anne pelvisi ile en son gelen baş arasına sıkışarak fetal asfiksiye neden olur.

- Makat prezantasyonlarında doğum sırasında fetal kemiklerde kırıklar ve kas hasarlarına daha fazla rastlanır. Vajinal doğum sırasında fetusun boynunda hiperekstansiyon olursa, medulla spinaliste travmaya yolaçabilir.

- Makat doğumu ile ilgili bir diğer fetal risk, **mekanyum aspirasyonu**dur. Makat doğumunda pelvis kanalında sıkışan fetal abdomende basınç oluşur ve bir miktar mekonyum amniyotik mayiye geçer.

# POZİSYON BOZUKLUĞU (Malpozisyon)

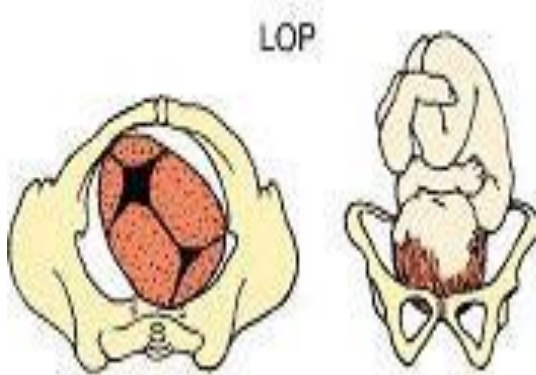
- Fetusun pozisyonu, prezante olan fetus kısmının anne pelvisi ile olan ilişkisini gösterir. Bu durumu tanımlamak için anne pelvisi dört kadrana ayrılır. Sağ ve sol anterior kadrana, pelvisin önünde simfisiz pubis arkının yanındadır.

- Sağ ve sol posterior kadran, pelvisin arkasında, koksiksin yanındadır. İsimlendirilen diğer referans noktaları, prezante olan fetus kısmının üzerindeki tanımlanmış kısımlardır.

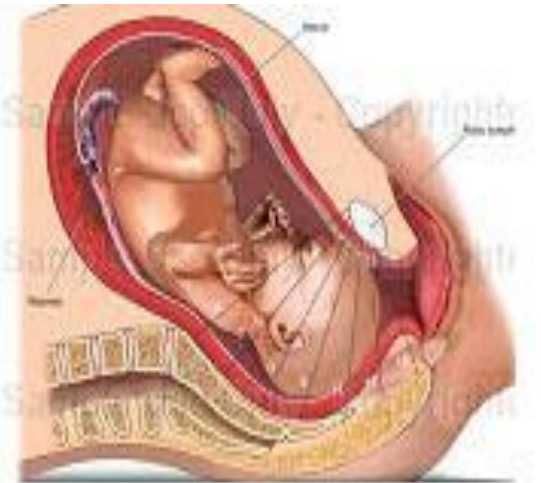
- Normal pozisyon; fetus başı, çene göğüse değecek kadar tamamen fleksiyondadır ve fetus başının tanımlanmış noktası olan oksiput, anne pelvisinin sağ ya da sol ön kadranındadır. En sık görölen pozisyon sol oksiput anterior (SOA) pozisyonudur.



- Pozisyon bozukluğu, sefalo pelvik uyumsuzluk olduğunda ya da pelvis girimindeki bir anomali sonucu gelişir. En çok görülen pozisyon bozukluğu "**oksiput posterior**" ve "**oksiput transfer**" pozisyonlardır.



Oksiput Posterior

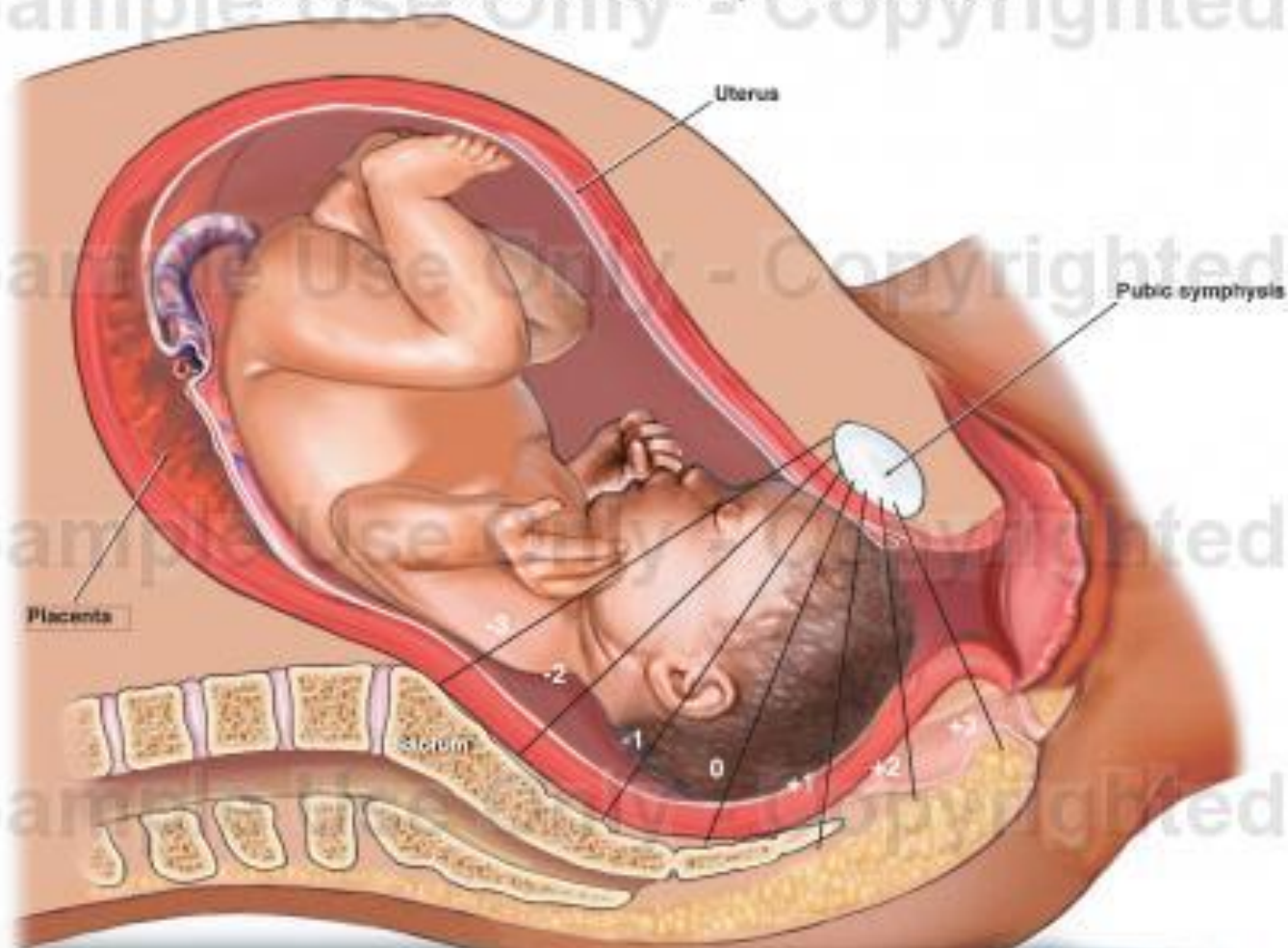


# Oksiput posterior

- Oksiput posterior pozisyonda fetus, verteks prezantasyonundadır ve oksiput anne pelvisinin sağ ya da sol posterior kadranındadır. Oksiput posterior pozisyon tüm doğumların yaklaşık %10-25 inde görülür.

- Sağ oksiput posterior, sol oksiput posterioara göre beş kez daha sık ortaya çıkar. Doğum eyleminde fetus başı, anne pelvisine oksiput prezantasyonla ve oksiput anne pelvisinin posterior kadranında olacak şekilde girer.

## Occiput Posterior Delivery Presentation



- **Maternal Riskler:** Oksiput posterior pozisyonundaki fetusun doğumu uzun ve zor gerçekleşir. Oksiput kemiğinin anne sakrumuna yaptığı baskıdan dolayı, annede sırt ağrısı ortaya çıkar. Eğer fetus oksiput posterior ile doğacak ise derin perine yırtıkları gelişebilir. Bunun için geniş bir epizyotomi yapılması gerekebilir.

- **Fetal Riskler:** Fetusun kafatasında aşırı ödem ve şekil bozukluğu, bu tür pozisyon bozukluğunda sık görülür. Fetal asfiksi, eylemin uzun sürmesine bağlı olarak gelişebilir.



# İnatçı oksiput transver duruş

- Oksiput transver duruş, oksiput posteriordaki gibi benzer durumlarda ortaya çıkar. Eğer fetüs başı pelvise transver kutur üzerinden girmiş ve orta pelviste rotasyonunu yapmadan çıkıma kadar ilerlemiş ise transver duruştan sözedilir. Bu durumda kontraksiyonlar arttığı halde fetus doğum kanalında ilerleyemez.

## FETAL POZİSYONLAR



Sol occiput-  
anterior



Sol occiput-  
transverse



Sol occiput-  
posterior



Sağ occiput-  
anterior



Sağ occiput-  
transverse



Sağ occiput-  
posterior



- Daha çok android pelvis yapısına sahip kadınlarda rastlanan bu anomali çoğu kez kendiliğinden düzelebilir. Eğer düzelme olmazsa hekim forsepsle rotasyonu sağlar ve normal doğum gerçekleştirilir.



- **Maternal Risk:** İnatçı transver duruşlarda, kontraksiyonların hız ve yoğunluğunda azalma olur. Bir pelvis darlığı yoksa, uterus kontraksiyonlarının düzene sokulması ve güçlendirilmesi gerekir. Bu durumda anne, oksitosin ile induksiyonun getireceği risklere maruz kalabilir.

- **Fetusa Ait Riskler:** Uzun ve zor doğum eylemi sırasında fetusta asfiksi gelişebilir. Derinde forseps uygulaması sırasında, fetusun boyun ve başında zedelenmeler ortaya çıkabilir.

# FETOPELVİK VE SEFALOPELVİK UYUMSUZLUK SONUCU GELİŞEN FETAL DURUMLAR

- Malprezantasyon ve malpozisyona ek olarak fetal distosi, fetopelvik ve sefalopelvik uyumsuzluk sonucunda gelişir. Bu durumu hazırlayan faktörler "**büyük fetus**" ve "**hidrosefalidir**".



# Fetusun Ölçülerinde Artma

- 4000 gr ve üzerinde olan fetuslara, iri fetus ya da fetal makrosomi terimi kullanılır. İri fetus genellikle annenin diyabeti ile ilgilidir. Gebeliğin geç döneminde kontrol altında olmayan diyabetik annelerin pankreasları, artan talebi karşılayacak yeterli insulini salgılayamaz ve hiperglisemi gelişir.

- Annedeki bu yüksek glukoz düzeyi, fetal pankreası uyararak insulin salgılanmasına neden olur. Fetusteki yüksek insulin karbonhidratların kullanılmasına, yağların depolanmasına neden olur. Böylece artmış maternal glikoz ile artmış fetal insulin düzeyleri birlikte fetal büyümeye neden olurlar.

- **Maternal Riskler:** İri fetus, eğer anne pelvisi uygunsa vajinal yoldan doğabilir. Ancak iri fetus, ortalama ölçülerde bir pelvik yapıda bulunursa, fetopelvik uyumsuzluk ortaya çıkar. Bu durumda sezeryana başvurulur.



- **Fetal Riskler:** Bu olgularda doğum sürecinde travmalarla ilgili infant mortalite oranının %13 olduğu tahmin edilmektedir. Serebral ödem, nörolojik hasar, hipoksi ve asfiksi, zor ve uzun doğum eylemine bağlı olarak fetusun karşılaşacağı risklerdir.

- Başın doğmasından sonra omuzların Çıkımda takılması yani omuz distosisine bağlı klavukula ve humerus kırıklarına sık rastlanır.



# Fetal Hidrosefal

- Beyin ventrikullerinde serebrospinal mayinin aşırı birikmesi sonucu kraniumda genişleme ortaya çıkar. Fetal hidrosefali, spinal kord anomalileri ve mental retardasyon gibi diğer durumlarda da ortaya çıkar.

# Omuz Distosisi

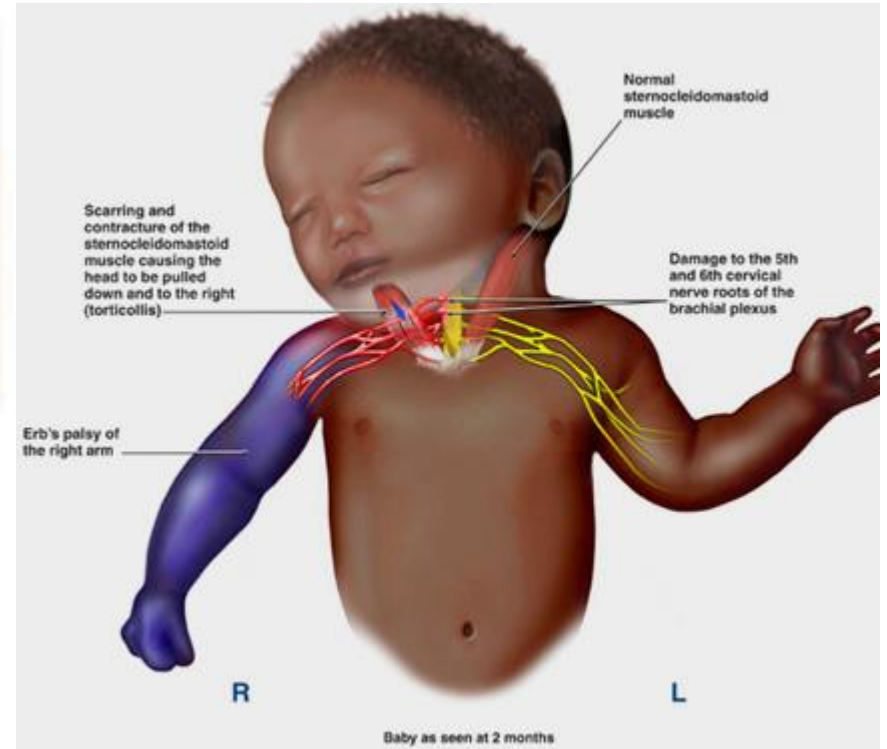
- Omuz distosisi ya da doğumda omuzların takılması, ender görülen bir durumdur. En büyük nedeni makrosomik fetustur.

- **Maternal Riskler:** Travmatik bir doğumdan sonra vajinal ve perineal yırtıklar gelişebilir. Bu durum omuzların doğurtulması için yapılan manevradan kaynaklanır.



- **Fetal Risk:** Omuz distosisi fetal morbidite ve mortalite hızlarında artışa neden olur. Başın doğumundan sonra doğumun tamamlanmasındaki gecikmeye bağlı umbilikal kord uzun süre baskı altında kalabilir ve bu durum fetal asfiksiye neden olur.

- Bunun yanında kol, klavikula kırılmaları ve en önemlisi brakial pleksus felçleri ortaya çıkabilir. Bunları önlemenin en iyi yolu, iri fetus teşhis edildiğinde sezeryan kararı almaktır.



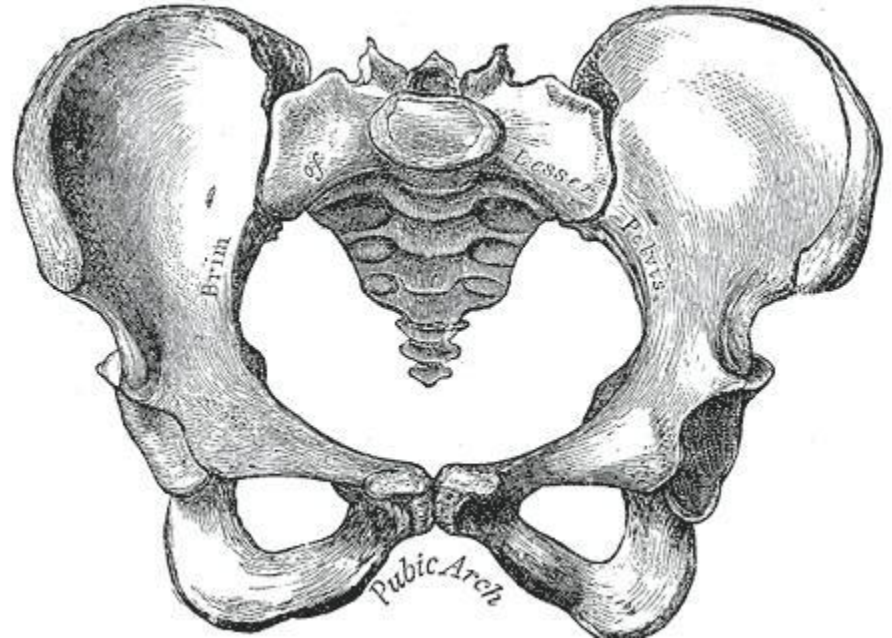
# DOĞUM KANALI İLE İLGİLİ DİSTOSİ

## KEMİK PELVİSE AİT DİSTOSİ

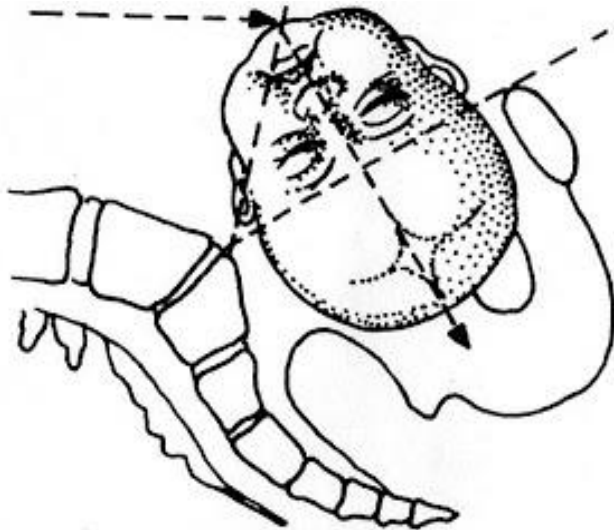
- Pelvik distosi, fetusun kemik pelvise giremediği ya da aşağı inemediği durumlarda ortaya çıkar. Nedeni genellikle pelvisin darlığıdır. Pelvisin şekline ve ölçülerine bağlı olarak pelvik çaplarda azalma mevcuttur.

# Pelvis darlığı üç tiptir:

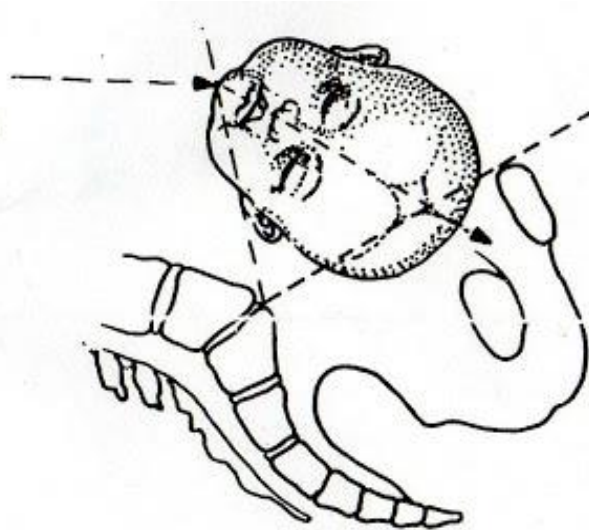
1) **Girimde darlık:** Ön-arka kutrun 10 cm den, transver kutrun 12 cm den az olduğu durumlarda pelvis giriminde darlık mevcuttur.



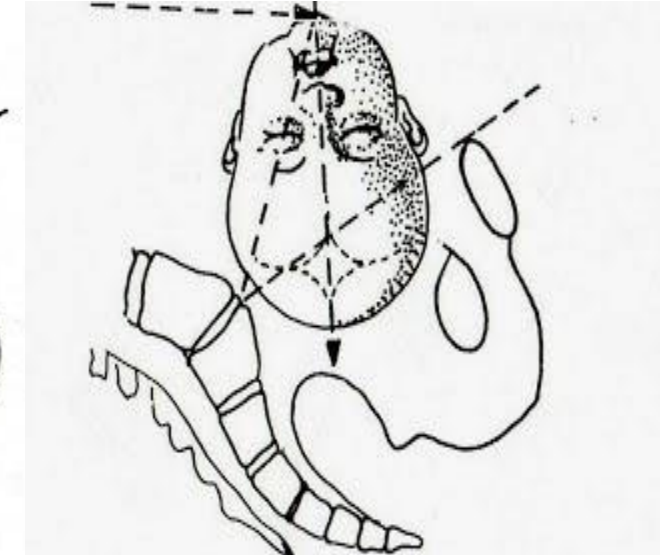
- Pelvis giriminde darlık olan olgularda "asinklitismus"a sık rastlanır. Normalde pelvis giriminin düzlemi ile fetus başının biparietal çaplarından geçen düzlem birbirine paraleldir. Bu duruma "sinklitismus" denir.



Gambar 13-7. Sinklitismus.



Gambar 13-8. Asinklitismus anterior.

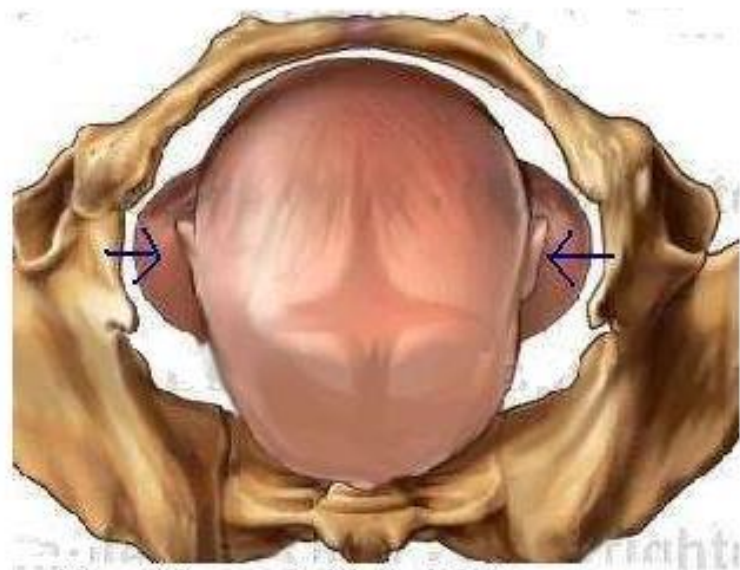
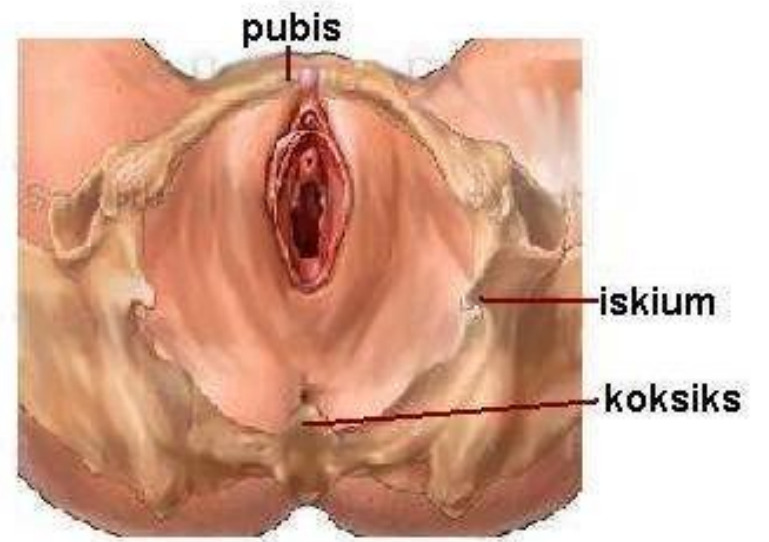
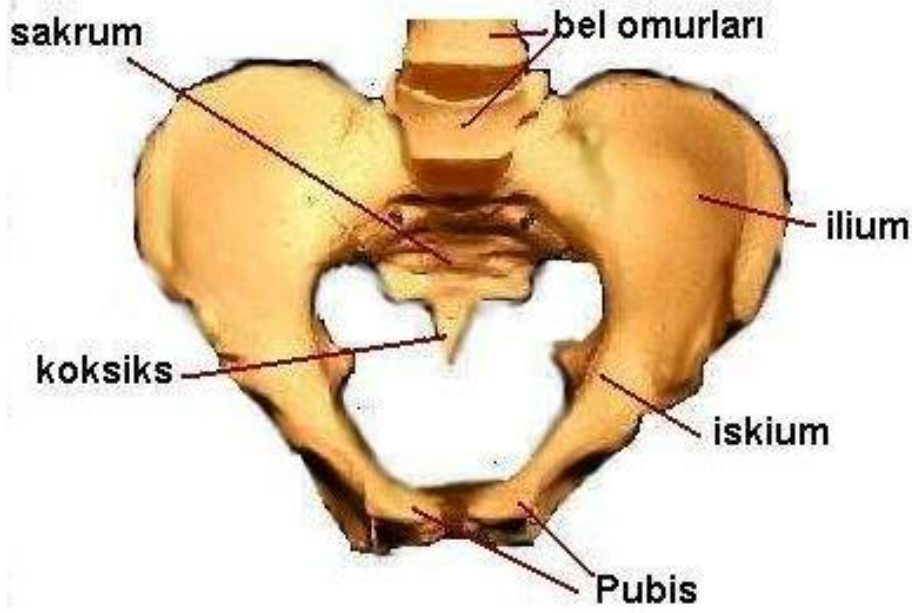


Gambar 16-9. Asinklitismus posterior.

2) **Orta pelviste darlık:** İskiyum kemiklerinin iskiyal spinalar seviyesindeki darlıktır. Orta pelvis fetus başının internal rotasyonu gerçekleştirdiği yerdir. Burada bir darlık var ise fetus başı bu rotasyonu gerçekleştiremez ve tranvers duruşta kalır.



3) **Çıkımda darlık:**İskiyal tuberositler arası mesafenin 8 cm den daha küçük olması pelvis çıkımında bir darlığı düşündürmelidir. Çıkımdaki darlık genellikle pelvisin diğer kısımlarındaki darlık ile birlikte bulunur. İskiyal spinalar arası darlık, iskiyal tuberositler arası darlığıda beraberinde getirir.



Normal yapıda bir pelviste omuzlar önünde engel yoktur



Pubis açısının dar olması omuzların midpelviste takılmasına neden olur

# PELVİSTEKİ YUMUŞAK DOKULARA AİT DİSTOSİ

- Vajinal septum, vajinal darlık, vajen ve servikste atrezi ve stenozlar (koterizasyona bağlı ortaya çıkabilir) doğumu engelleyen durumlardır.



- Rektus Diastazına bağlı gelişen karın duvarının aşırı gevşemesi ve buna bağlı uterusun antefleksiyon durumuna geşmesi, kontraksiyonların alt segmente ulaşmasını önler ve dilatasyon gecikir.
- Uterustaki myomlar doğum yolunu tıkayarak eylemi güçleştirirler.



- **Anneye Ait Riskler:** Pelvis darlığı ile ilişkili distosilerde, fetusun doğum kanalından yavaş inişine ve buna bağlı olarak gelişen yavaş dilatasyon nedeni ile uzun bir doğum eylemi gelişir.



- **Fetusa Ait Riskler:** Pelvik distosi ile ilgili olarak fetal baş incinmelere maruz kalabilir. Fetus başının doğum kanalından geçmek için aşırı baskı altında kalmasına bağlı şekil bozukluğu (kaput suksedenum ve sefal hematom sonucu), kafatası kırıkları, kanama ve nörolojik problemler ve umblikal kord prolapsusuna bağlı asfiksi ortaya çıkabilir.



# ANNENİN PSİKOLOJİSİ İLE İLGİLİ DİSTOSİ

- Psikoloji, eylemi etkileyen güçlü bir faktördür. Normal koşullar altında bile intrapartum periyod, stresin yükseldiği bir dönemdir. Bu periyodda bir komplikasyonun olması annenin stres düzeyini yükseltir ve "kriz" ortaya çıkabilir. Yüksek riskli intrapartum periyodda olan bir anne, gelişimsel ve durumsal krizler yaşayabilir.

- Yüksek riskli bir eylemde bir çok faktör annenin psikolojisini etkiler. Bunlar; annenin problemi nasıl algıladığı, başetme mekanizmaları, kullandığı destek sistemleri, korkusu, anksiyetesi, benlik algısı ve doğuma hazır oluşudur.

# Doğum eyleminde ortaya çıkabilecek diğer problemler

- Fetal distres,
- Gebelik hipertansiyonu (preeklamsi/eklamsi)
- Kalp hastalığı ,
- Çoğul gebelik,
- Umbilikal kord anomalileri,
- Amniotik mayi anomalileri,
- Plasental anomaliler,

# Doğum eyleminde ortaya çıkabilecek diğer problemler

- Pre-term eylem,
- Post-term eylem,
- Uterus rüptürü,
- Perine,vajen,serviks yırtıkları,
- Erken membran rüptürü,
- Amniotik mayi embolisi...

# Fetal distres

- Fetal distres kısaca, fetusun stres altında olmasıdır. Oksijen yetersizliğine bağlı asidoz gelişmesidir.
- Perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılması için fetal distres semptomlarının erken tanınması zorunludur.
- O<sub>2</sub> yetersizliğini kompanse etmek için fetal kalp hızı değişir.(FKH izlenmeli)
- Uzun ve zor doğum nedeniyle oluşur.



# Hipertansiyon (preeklamsi)

- HT'a ödem ve proteinüri eklenmesi ile ortaya çıkar.
- Sık TA takibi,AÇT yapılmalı,sol yan pozisyon verilmeli ve baş ağrısı,görme bozukluğu değerlendirilmeli.
- Fetal kalp hızı değerlendir



# Hipertansiyon (eklemsi)

- Preeklamsi tablosuna konvüzyon eklenmesi ile gelişir.
- Abeslank,airway,acil ilaçlar hasta başında bulundurulmalı.
- Hasta karanlık ve sakin bir odada tutulmalı.
- Sık TA takibi,AÇT yapılmalı verilmeli,FKH izlenmelidir.



# oğul gebelik

- Preterm eylemde,DDA,konjenital anomali insidansı normal gebelikten 10-12 kat fazla.
- Doğum eyleminde komplikasyonlar; uterin distosi,anormal fetal prezentasyon,kord prolapsusu,ablasyo plasenta gibi...



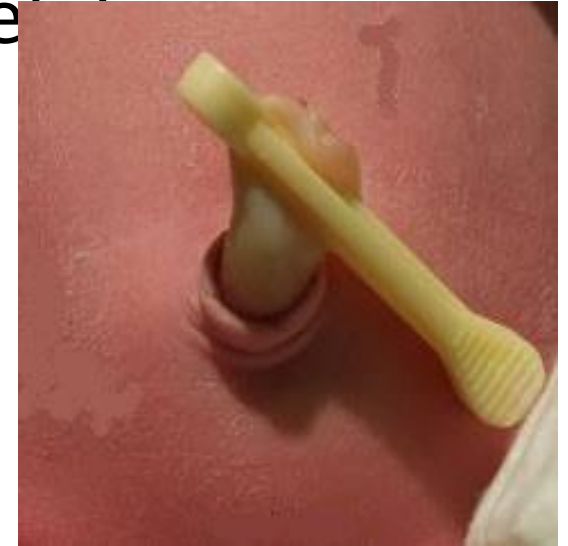
# Çoğul gebelik

- Maternal risk; anemi,yorgunluk,spontan abort,HT, uterin distosi,zor ve uzun doğum eylemi.



# Umblikal kord anomalileri

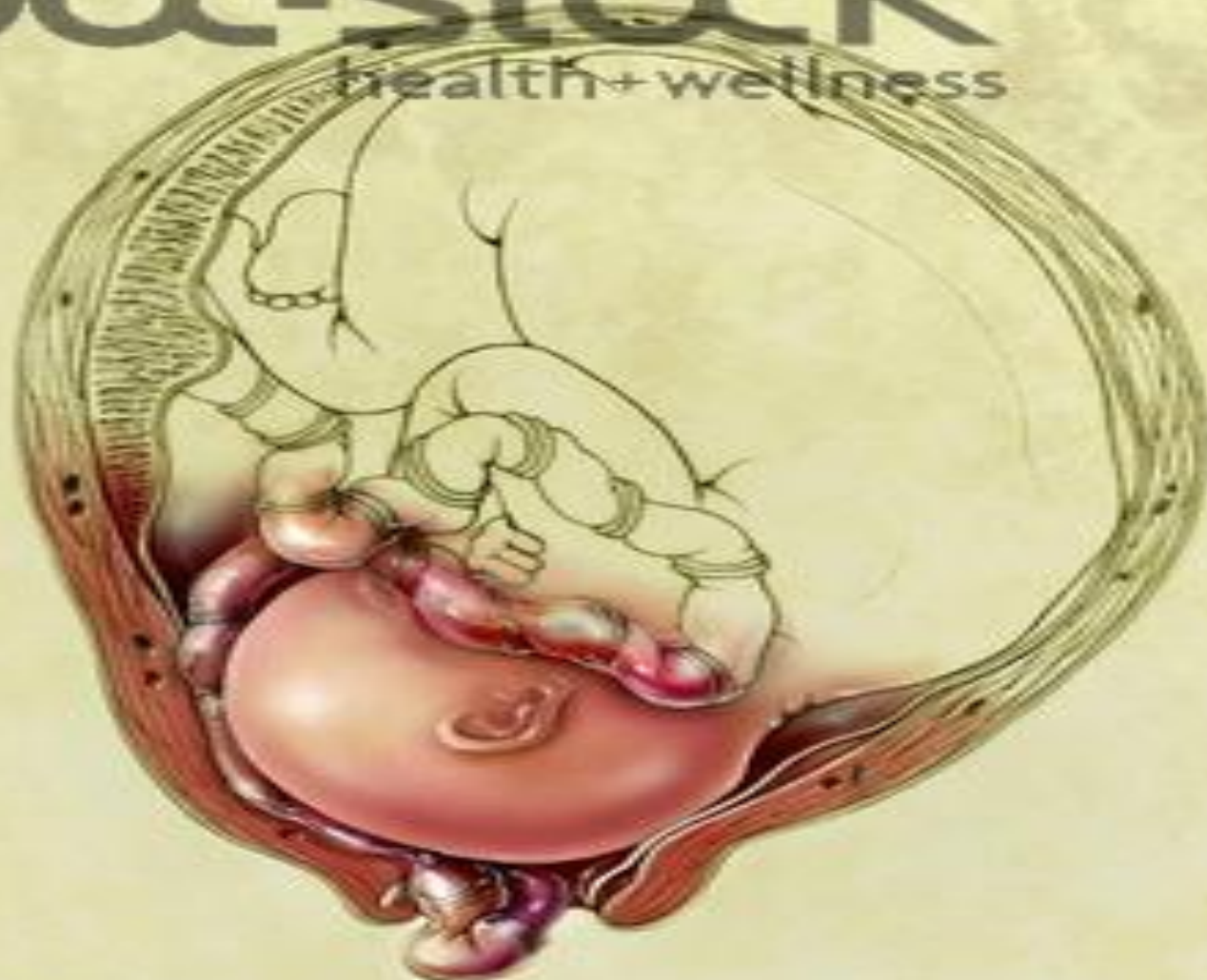
- Kord düğümlenmesi (%1-uzun kordon ve polihidroamniosta)
- Kordon dolanması (%21-boyuna dolanarak deselerasyona neden olur)
- Torsiyon (%1-uzun kordon ve polihidroamniosta)



# Umbilikal kord prolapsusu

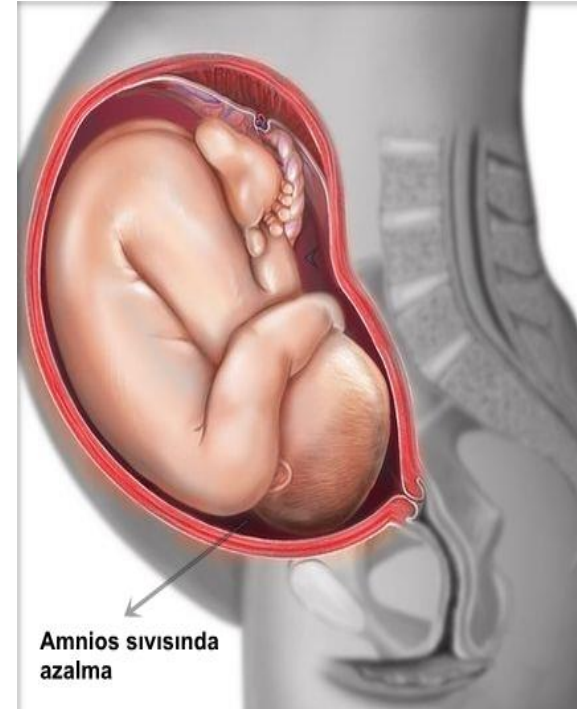
- Sık görülür, acil müdahale gerektirir!!!
- Prezente kısım pelvise inmemiş ve amniotik kese açılmışsa hızlı mayi akışıyla kord aşağı sürüklenir.
- Fetal ölümle sonuçlanma riski çok yüksek!
- Fetal dolaşımı korumak için trendelenburg ve çene-göğüs pozisyonu, IV sıvı desteği...
- Vajen dışına çıkan kord yerine yerleştirilmez. Steril, ılık ve ıslak kompresle sarılır soğuması ve kuruması engellenir.

doc-stock<sup>®</sup>  
health+wellness



# Amniotik mayi anomalileri

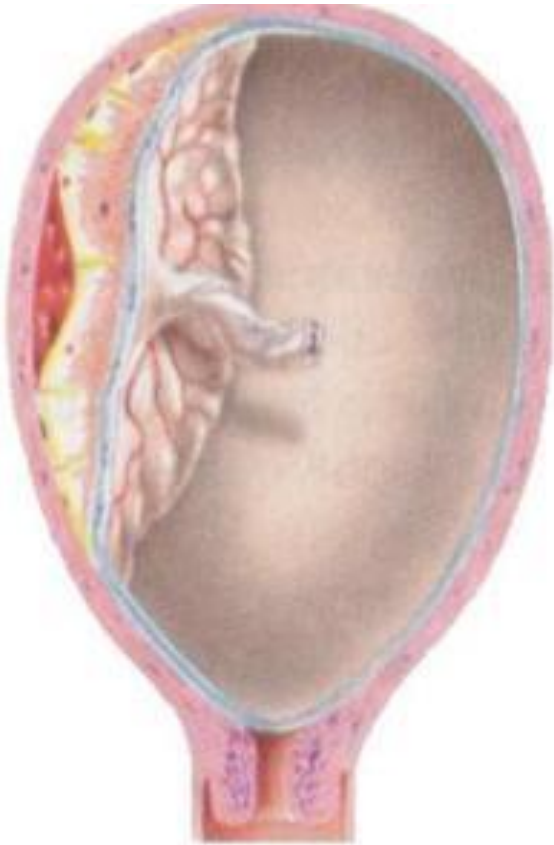
- Mekonyum (F.hipoksi nedeniyle anal sfinkter gevşer)
- Polihidroamnios (A.sıvısının 1000 ml. üzerinde olm.)
- Oligohidroamnios (A.sıvısının 500 ml. altında olması)



# Plasental anomaliler

- Yaşlı multigravidalarda,CS yada uterus op. geçirmiş kadınlarda sık görülür.
- Kanama,prematürite,doğumda uterus rüptürü,plasentanın 3. evrede erken ayrılmamasına neden olur.
- D.S ayrılmayan kısım az ise elle halas,çok ise histerektomi gerekir.
- ANT,AÇT ve şok belirtileri yönünden izlem!!!

# ABLASYO PLASENTA (PLASENTA DEKOLMANI-20 hf. Önce plasentanın ayrılması)



**KISMİ AYRILMA  
(GİZLİ KANAMA)**

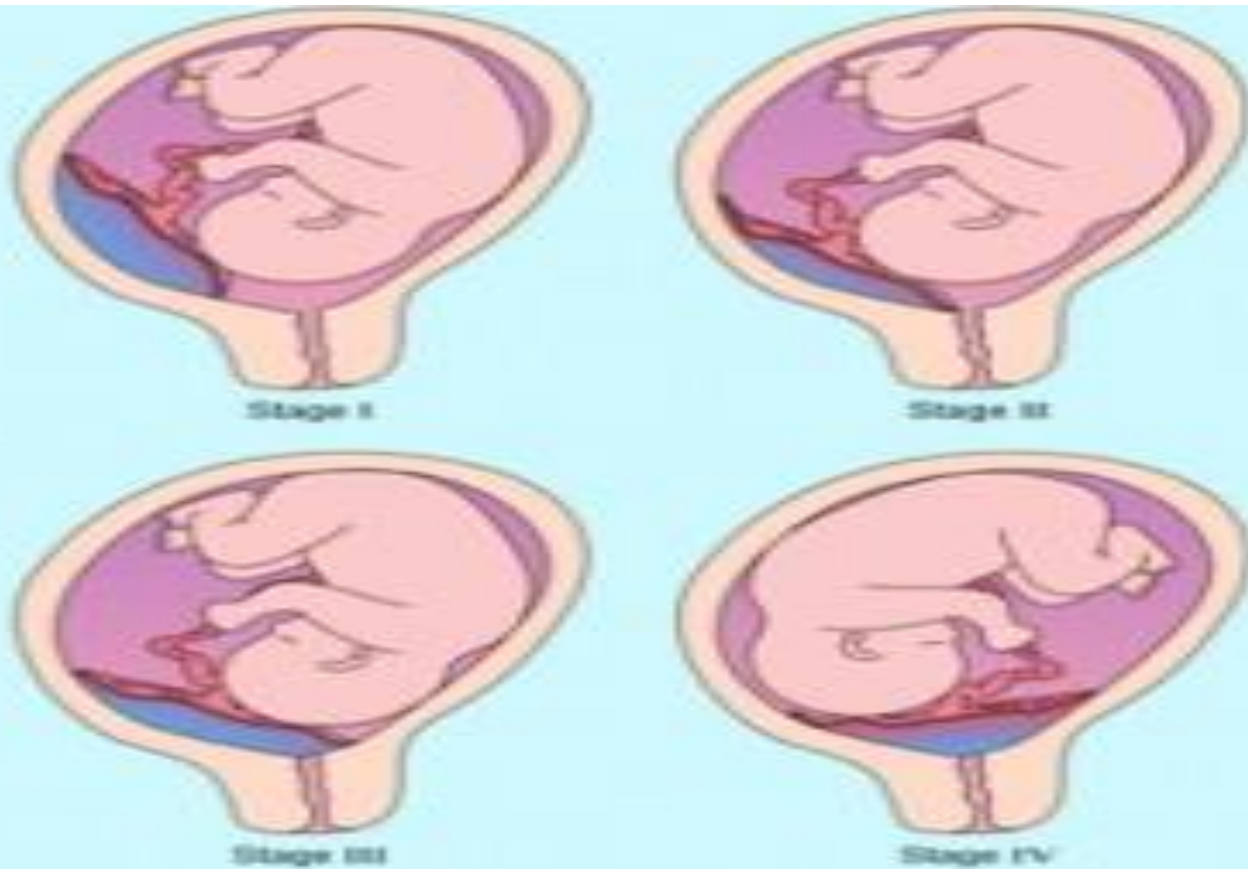


**KISMİ AYRILMA  
(DIŞA KANAMA)**



**TAM AYRILMA  
(GİZLİ KANAMA)**

# PLASENTA PREVIA



| Classifications | Classical | Contemporary | Ultrasound |
|-----------------|-----------|--------------|------------|
|                 | Type I    | Marginal     | Minor      |
|                 | Type II   | Lateral      |            |
|                 | Type III  | Central      | Major      |
|                 | Type IV   |              |            |

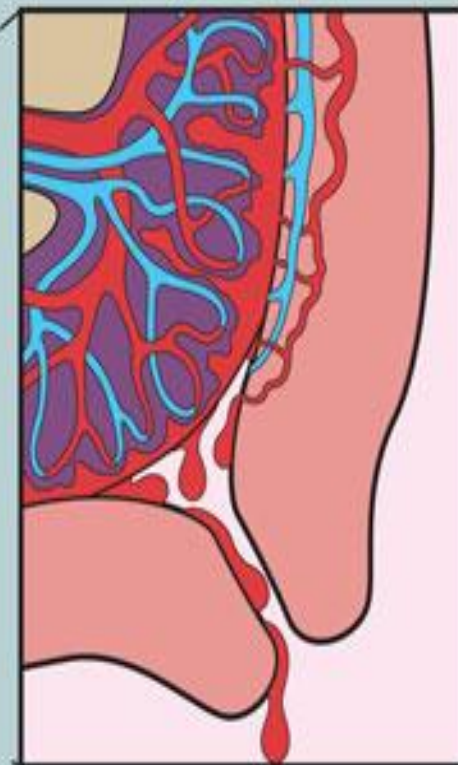
# Placenta Previa



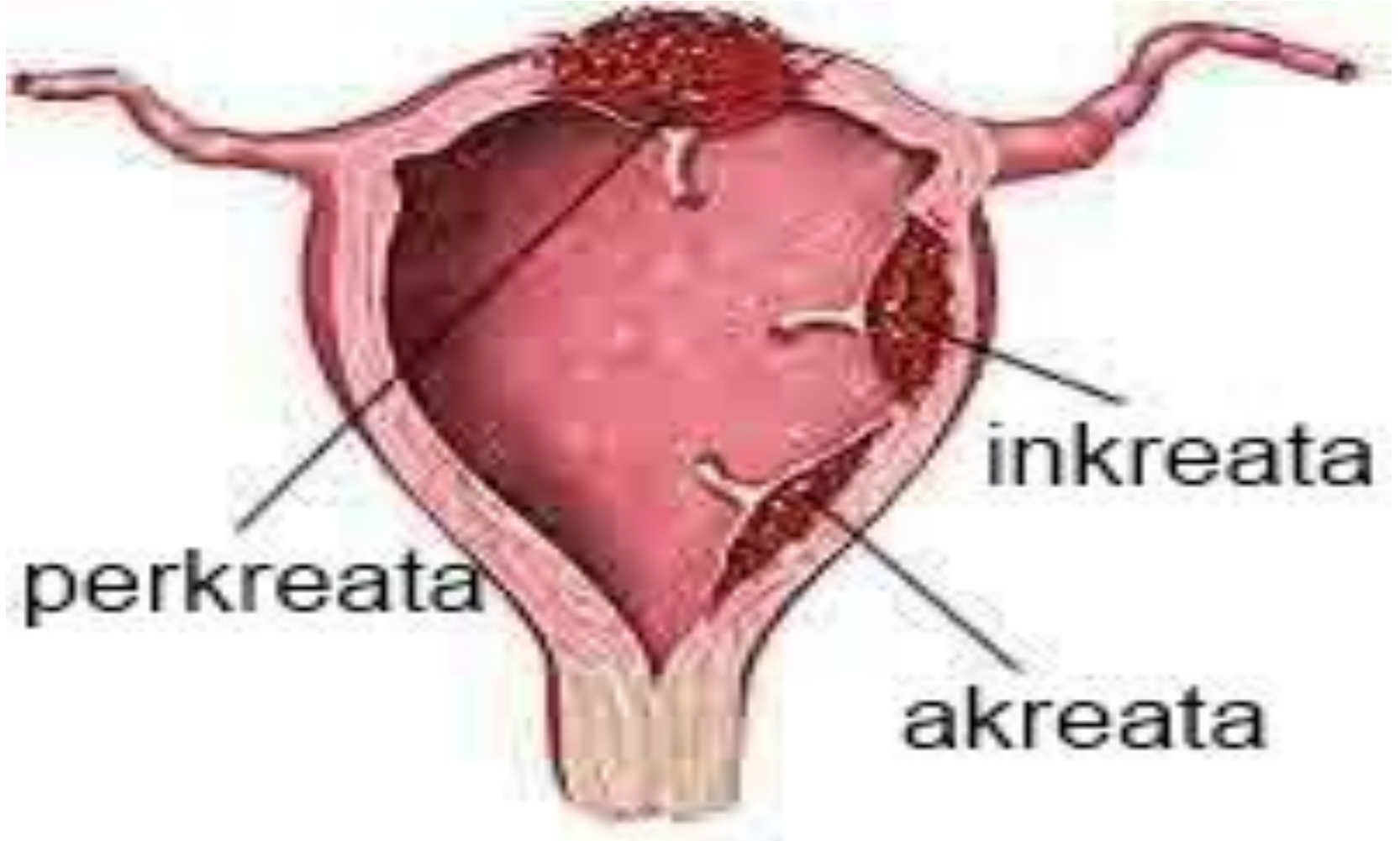
Placenta previa is caused when the placenta forms low on the uterine wall and covers the cervix. With the birth canal blocked, a Caesarean delivery is required.

A routine ultrasound will usually detect placenta previa. If not, the mother will be alerted to her condition by painless vaginal bleeding in the latter half of pregnancy.

If severe bleeding occurs, the mother is restricted to bed rest or kept in the hospital. As soon as it is safe for the baby to be delivered, a Caesarean section is performed.



- Plasenta Akreta, Pl. İnkreata, Pl. Perkreata gibi çeşitleri vardır.

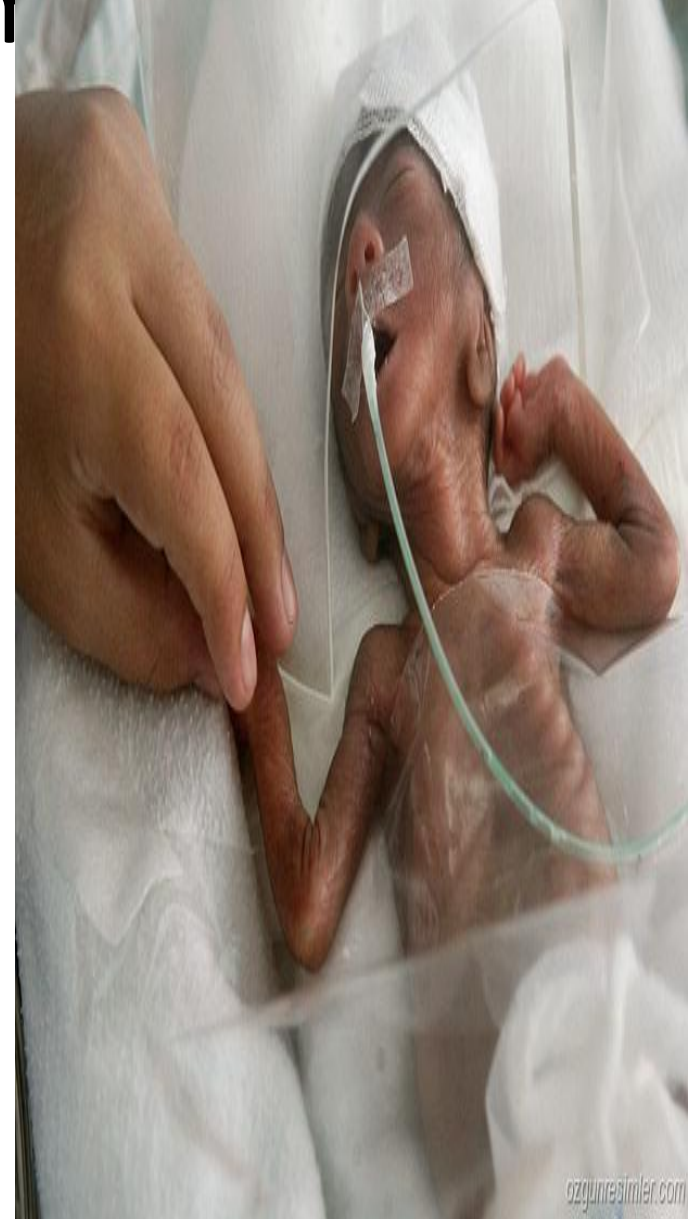


# Pre-term eylem

- 37. hf önce doğan bebeğe prematür bebek,eyleme preterm eylem denir.

Risk grubu;

- 20 yaş altı-35 yaş üstü gebelik,
- Düşük sosyo-ekonomik düzey,
- Yetersiz beslenme,
- Özgeçmişte erken doğum hikayesi,
- İYE,
- Servikal konizasyon,
- Hidroamnios,
- Çoğul gebelik.



# Pre-term eylem

- Eylemi durdurma kararı anne-fetüs-plasenta durumuna bağlı.
- Tokolitik tedavi ile uterus kasları gevşetilir.
- Tokoliz ilaçları (progesteron, antioksidikler, beta sempatomimetikler, magnezyum sülfat)
- Tokoliz hipotansiyona, taşikardiye ve pulmoner ödeme neden olur...

# Post-term eylem

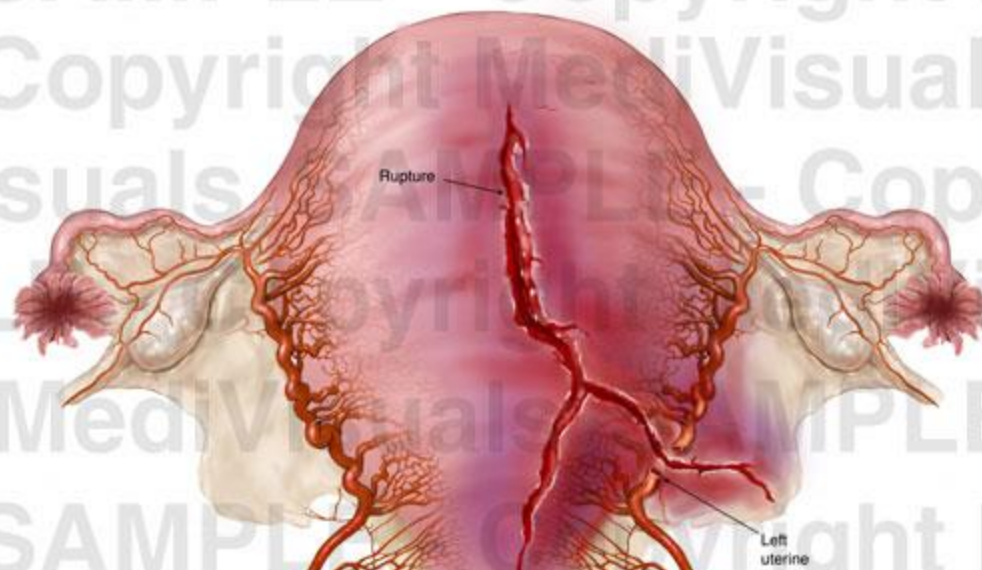
- 42 hf. kadar uzayan gebeliktir. (Postmatür bebek,post-term eylem )
- En büyük risk plasental yetmezliktir.
- Buna bağlı F.distres,mekonyum ve iri fetüs,umbilikal kordun sıkışması,mekonyum aspirasyonu riski artı



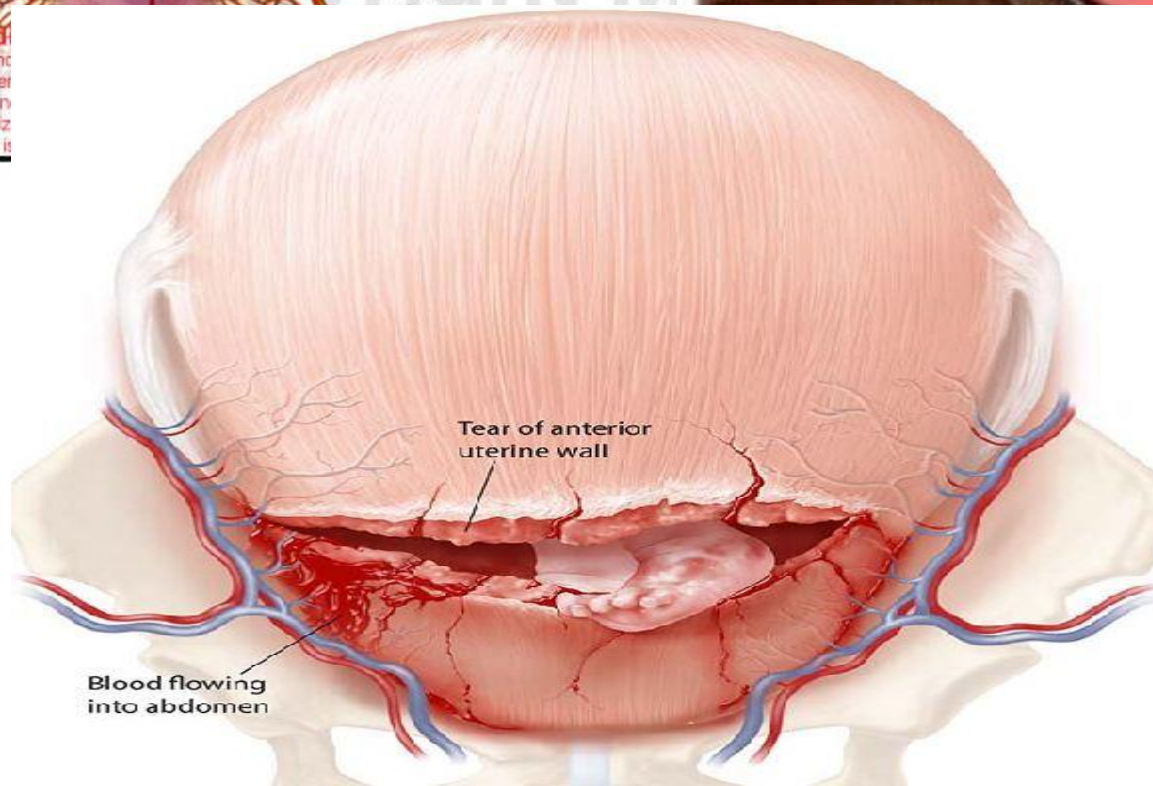
# Uterus rüptürü

- Hipertonik kontraksiyonların uzun süre devamı, oksitosin fazla verilmesi, baş-pelvis uyuşmazlığı, forseps uygulanırken, yaşlı multigravidalarda, önceki CS nedbesi açılırsa oluşabilir.
- Şiddetli karın ağrısı, ve şok belirtileri görülür.
- Kontraksiyonlar kesilir.
- Fetüs ve ekleri karın duvarında kolayca ele gelir.
- Karın boşluğuna dökülen amnios sıvısı emboli

## \_\_\_\_\_'s Ruptured Uterus



© Med  
This message inc  
for use in settler  
other litigation or n  
laws, unauthoriz  
parts thereof) is



# Perine, vajen , serviks yırtıkları

- Doğum travmasına bağlı gelişir.
- İri bebek,
- Oksiput posterior,
- Yüz ve makat geliş sebebiyle olur.
- Yırtılan kısımlar hemen tamir edilmeli, kan kaybı önlenmeli.

# Erken membran rüptürü

- Amnion kesesi 1. evreden sonra açılır.Daha erken açıldığında EMR.
- Hazırlayıcı faktörler belli değil!
- İdrardan ayırt edebilmek için pH tayini (idrar asit,amnios alkali)
- 12 saat içinde doğum olmazsa indüksiyon!!
- 36 hf. küçük gebelikte korioamnionitis önlemek için A.B tedavisi ve yatak istirahati ve perine bakımı verilmeli!!!

# Erken Doğum Risk Faktörleri

kontraksiyonlar

aşırı  
amnion

sıvısı

çoğul  
gebelik

oksijensiz  
kalma

placenta  
dekolmanı

rahim ağzı  
yetmezliği

PPROM  
(sulann erken gelmesi)



yanlış biyolojik  
zamanlama



hormon  
değişimi



bakteriyel  
enfeksiyon

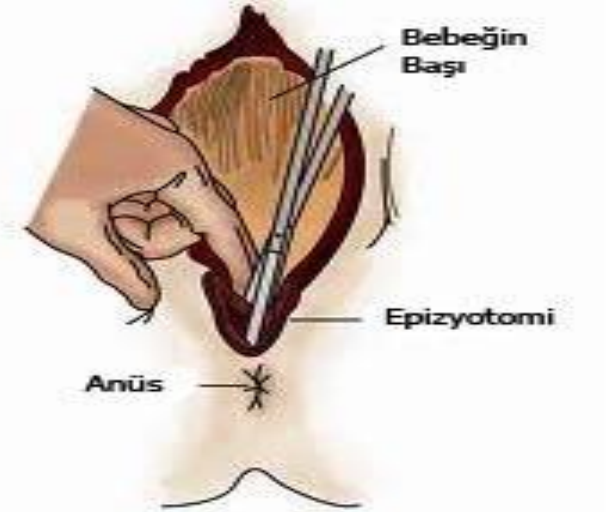
# Amniotik mayi embolisi

- Amnios sıvısının anne dolaşımına katılması
- Pulmoner arter ve kapillerde emboli fetal ve maternal mortalite ile sonuçlanır.
- Belirtiler ; dispne,göğüs ağrısı,taşikardi,siyanoz,DIC, kanama ve şok görülür...



# Doğum eylemine müdahale

- İndüksiyon,
- Amniyotomi,
- Epizyotomi,
- Forseps,



Amniyotomi kancası



Su kesesinin delinmesi  
Şekil 1.5



Forseps ile Doğum



# İndüksiyon

- Uterotonik ilaçlar uterus kontraksiyonlarını stimüle eder (oksitosin, prostogalandin, ergot preparatları)
- Oksitosin göğüs ucu stimülasyonu ve serviks dilatasyonu ile uterus kaslarında kontraksiyona neden olur.
- İndüksiyonda amaç eylem başlamadıysa başlasın, zayıfsa hızlandırın...

# İndüksiyon

- Preeklemsi, postmatürite, plasental yetmezlik, antepartum kanama, DM, HT, IUMF, Rh uyuşmazlığı, termde membran yırtıldığı halde eylem başlamadıysa, hipotonik kontraksiyon tedavisinde kullanılır.

# İndüksiyon

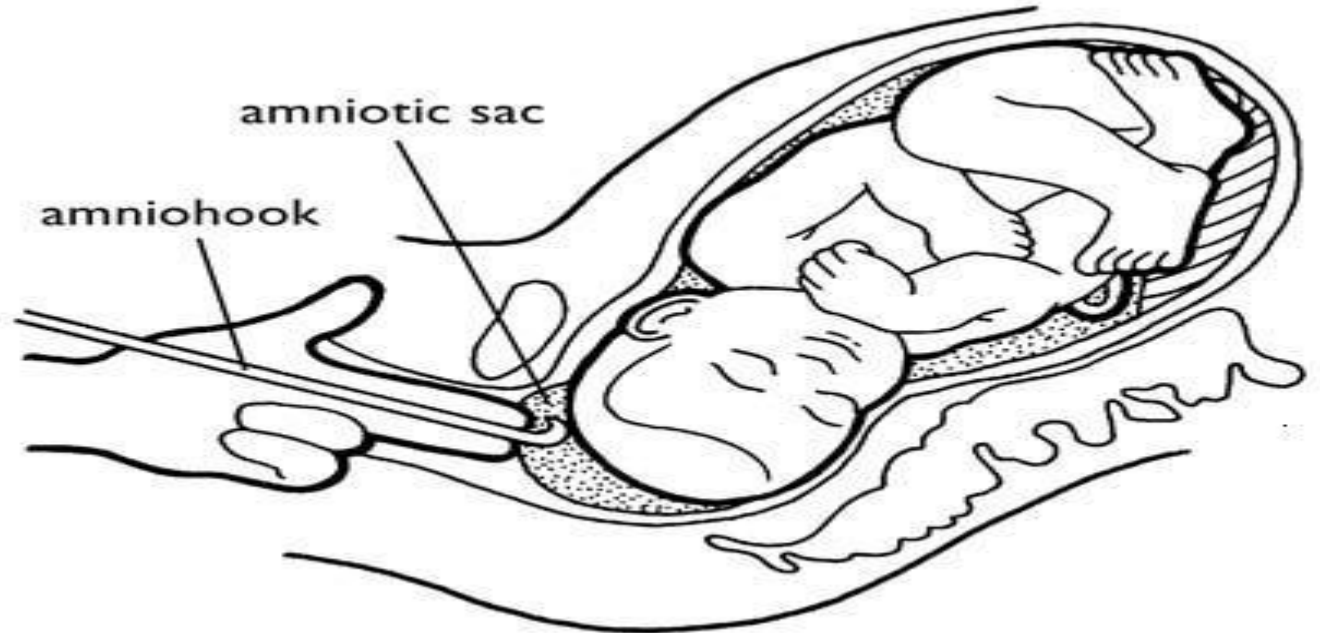
- Sakıncalı durumlar;
- Çoğul gebelik, hidroamnios, uterusta geçmiş op. ait skar dokusu varlığında, 35 yaş üstü multigravidalarda, fetal distreste, baş-pelvis uyuşmazlığı, anormal pozisyon ve prezentasyon...

# İndüksiyon

- İndüksiyon başlanan hasta takibi;
- Her 20 dk. arayla FKH,ANT,AÇT...
- Yan etkileri; antidiüretik etkisinden ,fazla IV sıvı verilirse sıvı intoksikasyonu,damar ve çevresindeki düz kaslarda dilatasyon ile hipotansiyona ve taşikardiye neden olur.
- Uygulama için serviks yumuşak,hafif açık,baş fikse olmalı...

# Amniotomi

- Amnion kesesinin suni olarak açılması.
- Doğumu başlatmak ve hızlandırmak için.
- Membran açıldıktan 24 saat sonra doğum olmazsa enfeksiyon riski artar.
- Baş yerleşir neden olur.



# Epizyotomi

- Fetüs başının kolay,hızlı,tehlikesiz doğumu için baş çıkarken perineye yapılan insizyon.
- İlk doğumda, makat gelişte,rijit perinede, iri fetüste,pozisyon ve prezentasyon bozukluğunda,gelen kısmın perineye dayanmasına rağmen 5 dk. içinde doğmadığı



# Epizyotomi

- İnsizyon yeri temiz ve kuru tutulmalı,
- İnsizyon yeri enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmeli,
- İyileşmeyi hızlandırmak,
- Rahatsızlığı gidermek,
  - kuru sıcak (lamba)
  - nemli sıcak uygulama (antiseptikli suya)
  - buz uygulaması...

# Forseps

- Traksiyon aletidir.
- Fetüs başının rotasyonunu sağlar.
- Perine dokuları ve fetüs başına dikkat edilmeli!
- Forseps ile doğum anneye ağrı verir lokal anestezi



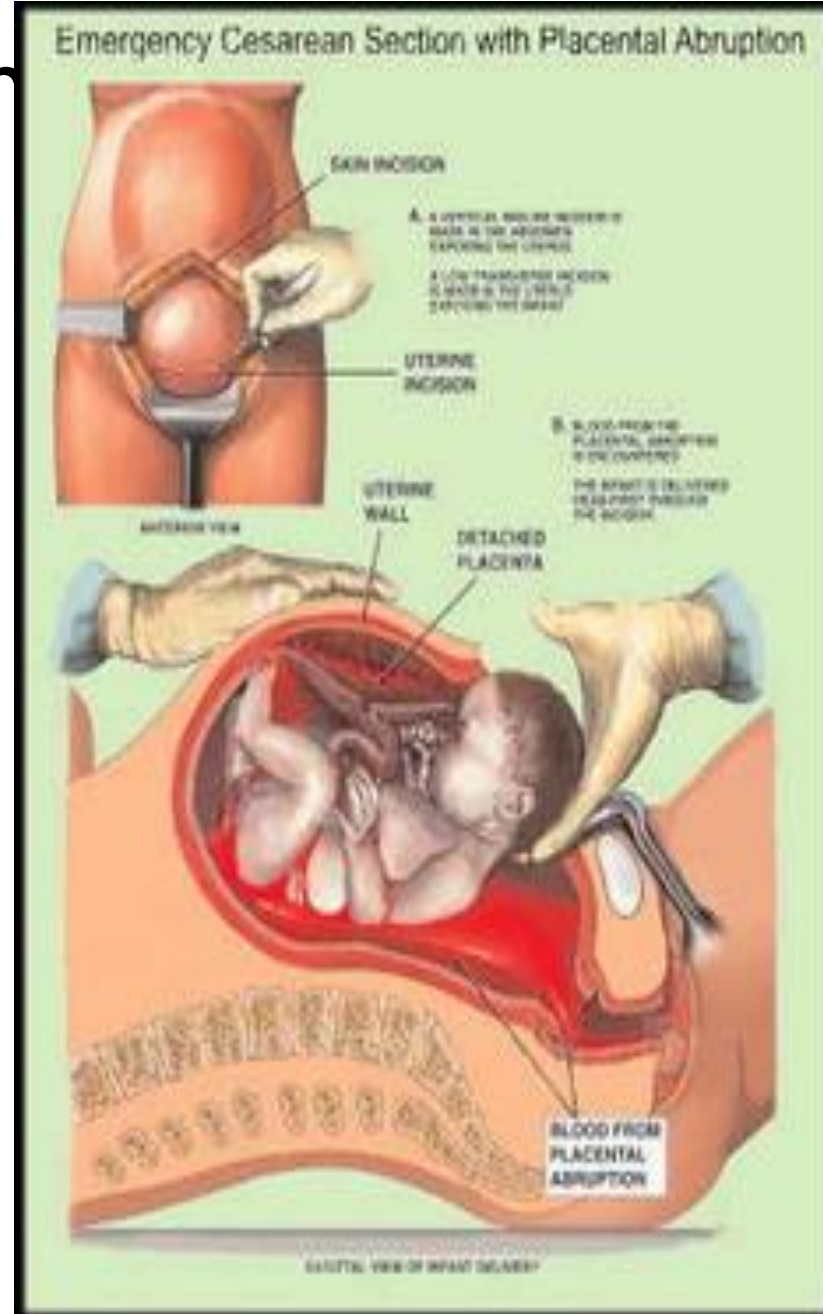
# Forseps

- Endikasyonları ; uzamış 2. evre,doğum yolu engellerini yenmek için,eklemsi, kalp hastalığı,gebelik psikozunda eylemi erken sonlandırmak için kullanılır.
- Uygulama şartları;serviks tam açık,membranlar açık,fetüs verteks pozisyonunda,baş-pelvis uyumlu,fetüs canlı,baş angaje,mesane ve rektum boş



# Sezaryen

- Bebeğin abdominal olarak uterus kavitesinden doğurtulması operasyonu.
- Endikasyonları; baş-pelvis uyuşmazlığı, prezentasyon ve pozisyon anomalileri, aşırı kanama, plasental yetmezlik, uterus disfonksiyonu, diyabet, preeklemsi, herpes genitalis, daha önce geçirilmiş CS ,



# Sezaryen (pre-op bakım)

- Kan testleri
- 12 saat açlık süresinin dolması
- Lavman
- Abdominal ve perineal bölge temizliği
- Foley kateter
- IV sıvı desteği venöz yolun açıklığı
- ANT ve FKH izlenmesi

# Sezaryen (post-op bakım)

- Sıvı elektrolit dengesi
- İnsizyon bakımı
- Destekleyici fiziksel bakım (egzersiz)
- Erken ambulasyon
- ANT, AÇT takibi
- Ağrının giderilmesi
- Uterus involüsyonu ve memeler değerlendirilmeli
- Fundus yükseklik, kıvam ve sertlik
- Loşia renk, miktar ve koku

Teşekkürler...

