

GEBELİK KOMPLİKASYONLARI



UZM. DİLEK SARPKAYA

DERSİN GENEL AMACI:

- ▶ GEBELİK KOMPLİKASYONLARI HAKKINDA BİLGİ EDİNMEK VE HEMŞİRELİK BAKIMINI TARTIŞABİLMEK

DERSİN HEDEF DAVRANIŞLARI:

Bu dersi alan Öğrenci:

- ▶ Gebelikte Riskli Durumları Sayabilmeli
- ▶ Riskli Gebeliklerin Anne ve Fetüs Sağlığı Açısından Önemini Farkedebilmeli
- ▶ Gebelik Komplikasyonlarından 1. ve 2. Trimestir Kanama Nedenlerinin Sınıflandırmasını Yapabilmeli
 - ▶ Gebelik Komplikasyonlarında Hemşirenin rolünü açıklayabilmeli

RİSKLİ GEBELİK???

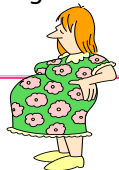


RİSKLİ GEBELİKLER

Gebelik ve doğum yaşam süresince normal bir evre olarak kabul edilir.

Ancak;

doğacak çocukların **%10-20'si**, gebelerin ise **%20-30'u** risk grubuna girmektedir.



RİSKLİ GEBELİKLER

- ▶ Gebelikteki riskli durumların annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmesi, anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin bir başarısıdır.
- ▶ Hemşire ve ebelerin görevi, riskli durumların gebeliğe getireceği **zararları önlemek ya da en aza indirmek** ve alacağı önlemlerle anne ve bebeğin sağlığını **korumak** olmalıdır.

GEBELİKTE RİSK FAKTÖRLERİ???



GEBELİKTEKİ RİSK FAKTÖRLERİ

- › Düşük Sosyo-ekonomik düzeyde olma
 - › Anne Yaşı
 - › Doğum Sıklığı
 - › Doğum Sayısı
 - › Beslenme Yetersizliği
 - › Alkol ve tütün kullanma
- › Önceki gebeliklerinde veya şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü
 - › Kronik İskemik Hastalığı Olma
- › Gebeliğin ilk üç ayında viral enfeksiyon geçirme
 - › İstenmeyen gebelik

GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

Günümüzde **erken tanı ve ileri teknoloji** ile komplikasyonların neden olduğu maternal ve perinatal mortalite ve morbidite insidansları düşmüştür.



GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

- › **DOĞUM ÖNCESİ KANAMALAR**
- › GEBELİKTE HİPERTANSİF DURUMLAR
- › HİPEREMEZİS GRAVİDARUM
- › ÇOĞUL GEBELİKLER



GEBELİK KOMPLİKASYONLARI

DOĞUM ÖNCESİ KANAMALAR



İLK TRİMESTİR KANAMALARI

- › DÜŞÜKLER
- › EKTOPIK GEBELİK
- › TROFBLASTİK HASTALIK

SON TRİMESTİR KANAMALARI

- › PLASENTA PREVİA
- › ABLASYO PLASENTA

I. TRİMESTİR KANAMALARI SPONTAN ABORTUS

Fetüs henüz yaşama kapasitesine ulaşmadan gebeliğin doğal olarak sonlanmasıdır.

- › 20. gebelik haftasından daha ↓
- › 500 gr'dan daha ↓ kiloda olan bir fetüs, canlı kabul edilmez.

Erken abortus → 12. haftadan önce,
Geç abortus → 12. ve 20. haftaları arasında

İNSİDANS

- ▶ Spontan abortus klinikte görülen tüm gebeliklerin yaklaşık olarak **%15 - %20** sinde ortaya çıkmakta, tekrarlayan kayıplarla bu oran **%25 - %47** 'ye ulaşmaktadır Yaklaşık gebeliklerin **%10'u** ilk 12 hft içinde....



ETİYOLOJİ SPONTAN ABORTUSLAR;

- ▶ Tekrarlayan Genetik Anomaliler
(erken dönem düşüklere en büyük nedeni, embriyo alt kromozomal defektler)
- ▶ **Teratojenik ajanlar**
(ilaçlar, sigara, radyasyon...)
- ▶ Sistemik enfeksiyonlar (yüksek ateş, viral enfeksiyonlar...)
- ▶ **Uterus ve serviksle ilgili nedenler** (servikal yetmezlik, uterusun şekil bozuklukları, myomlar, prolapsus)
- ▶ **Progesteron yetmezliği** (10-12 hft dezidua yığılabilir)
- ▶ Stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar
(hipotalamik-pitüiter sistem)

ETİYOLOJİ; (HABİTUAL ABORTUS) TEKRARLAYAN DÜŞÜKLER



- ▶ Genetik anomaliler
- ▶ Servikal yetersizlik
- ▶ **Endometrial enfeksiyonlar**
- ▶ Kontrol edilmemiş Sistemik Hastalıklar
- ▶ **Uterus anomalileri**
 - ▶ Anne yaşı
- ▶ **İmmünolojik korumada Zayıflık**
- ▶ Otoimmün faktör

BELİRTİ VE BULGULAR

- ▶ **Vajinal Kanama**
Koyu, lekelenme şeklinde başlayan kanama,
(progesteron ve estrogen düzeyinde azalmaya bağlı
desiduanın atılması; uterusun kan damarları açılması nedeni ile)
- ↓
- açık, parlak, kırmızı renk alır

- ▶ **Abdominal ağrı**
 - ▶ Ritmik ya da sürekli sırtın alt kısmında ağrı
 - ▶ Uterus üzerinde pelvik basınç
 - ▶ Hassasiyet



DÜŞÜK ÇEŞİTLERİ

- ▶ DURDURULABİLİR DÜŞÜK (ABORTUS İMMİNES)
- ▶ DURDURULAMAYAN DÜŞÜK (ABORTUS İNSİPENS)
 - ▶ TAM DÜŞÜK (KOMPLEYT ABORTUS)
- ▶ TAM OLMAYAN DÜŞÜK (İMPKOMPLEYT ABORTUS)
 - ▶ KAÇIRILMIŞ DÜŞÜK (MISSED ABORTION)
- ▶ TEKRARLAYAN DÜŞÜKLER (HABİTUAL ABORTUS)
 - ▶ SEPTİK DÜŞÜK

DURDURULABİLİR DÜŞÜK;

- ▶ Düşük tehdidi olarak bilinir.
- ▶ Gebeliğin devamı şüphelidir.

Klinik Bulgular:

- ▶ Vajinal kanama ya da lekelenme, (vakaların %50'sindeki hafif kanama birkaç günde azalır kaybolur)
- ▶ Abdomenin ve sırtın alt kısmında orta şiddette kramplar
- ▶ **Pelvik muayene:** serviks kapalı, Uterus yumuşak ve hassasiyet yoktur gebelik yaşına uygun büyüklüktedir



Durdurulabilir Düşük; Tedavi ve İzlem



- ▶ Yatak istirahati ve sedasyon tedavisine 48 saat devam edilmelidir
- ▶ Vajinal akıntı, kanama yönünden dikkatlice izlenir.
- ▶ Eşlerin bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınmaları önemlidir.

Durdurulamayan Düşük;

Gebeliğin sonlanmasına doğru gelişen durum

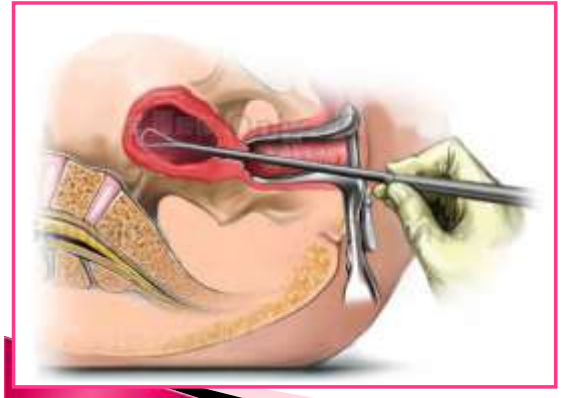
KLİNİK BULGULAR;

- Servikal dilatasyon mevcut
- Membranlar yırtılmış olabilir,
- Orta derece vajinal kanama,
- orta şiddette ağrılı uterin kontraksiyonlar (kramp tarzında)



Durdurulamayan Düşük; Tedavi ve İzlem

- ▶ Yatak istirahati sağlanır.
- ▶ Kanaması dikkatlice gözlenir. Fetal doku içerip içermediğine bakılır
 - ▶ Yaşam bulguları **sık sık** kontrol edilir.
- ▶ Beslenmesi ertelenir, genel anestezi gerekebilir.
 - ▶ Uterus kontraksiyonu için istemlenen ilaçlar uygulanır.
- ▶ Hb, kan grubu tayini ve cross-matching için kan örneği alınır.
 - ▶ Eğer düşük **24 saat içinde** kendiliğinden gerçekleşmezse, küretajla uterus boşaltılır.
 - ▶ Antibiyotik başlanır.



TAM DÜŞÜK;

- ▶ Konsepsiyon ürününün bütünüyle (fetüs, membranlar ve plasenta) uterustan atıldığı durum
- ▶ Kanama ve ağrı durmuş, serviks kapanmıştır.



TAM OLMAYAN DÜŞÜK;

- ▶ Konsepsiyon ürününün bir kısmının atıldığı, bir kısmının uterusta kaldığı durum

- ▶ **Klinik Bulgular**
Geride kalan doku parçaları nedeni ile myometriyal kontraksiyonlarla birlikte aşırı kanama



Tam olmayan Düşük; Tedavi ve İzlem

- Tedavi, durdurulamayan düşüğe olduğu gibidir.
- Uterus boşaltıldıktan sonra hasta 2 gün kanama yönünden gözlem altında tutulur.
- Perine hijyeni çok önemlidir.

Kaçırılmış Düşük(Missed);

Embriyo veya fetüsün gebeliğin ilk 20 haftasında öldüğü, fakat öldükten sonra **4 hafta ya da daha uzun** uterusda kaldığı durum
Genellikle durdurulabilir düşüğe sonra ortaya çıkar

Kaçırılmış Düşük(Missed);

Klinik Bulgular

- Birkaç hafta koyu renkli vajinal akıntı başlar.
- Hipofibrinogenemi görülebilir
- uterin büyümede durma,
- fetal hareketlerin hissedilmemesi
- Memelerdeki değişikliklerde gerileme



Kaçırılmış Düşük(Missed); Tedavi ;

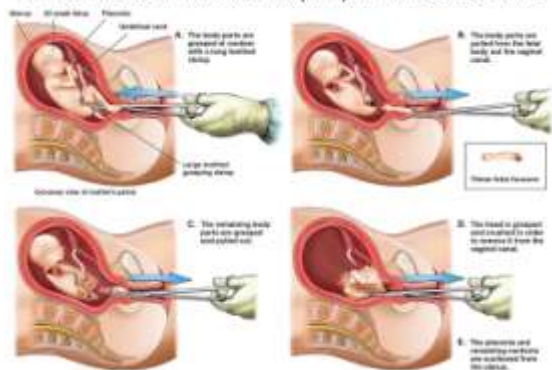
- 18 gebelik haftasından sonra spontan olarak gerçekleşebilir
- Eğer gebelik 14 haftadan küçük ise **uterus sakşın** ile boşaltılır.
- Gebelik 14 haftadan büyük ise **prostaglandin veya oksitosin** ile uterus kontraksiyonları uyularak düşük gerçekleştirilir.

Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler;

Serviksin gebeliğin erken döneminde dilate olmasıdır.

- **Serviks yetersizliği;** (önceki travmatik doğumla serviks yırtığı ya da D&C de travma, servikal konizasyon-koterizasyon vs)
- Serviks yetmezliğinde gebelik **4. ve 5. aylarda** spontan abortusla sonlanır.
- **İkinci trimestir** kayıplarının önemli bir kısmı bu nedenle ortaya çıkar.
- Hikayede tekrarlayan **ağrısız ve kanamasız** 2. trimestir düşüklere, servikal yetmezlik için ipucu verir.

Dilation and Evacuation Abortion (D&E) of a 23 Week Old Fetus



Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler;

SERVİKAL YETMEZLİĞİN BELİRTİLERİ

2. trimestirin erken dönemlerinde yapılacak bir seri vajinal muayenede servikste ilerleyen **silinme ve dilatasyon** ile serviksten aşağı doğru **inen amniyotik membranın** karakteristik görünümü servikal yetmezliğin belirtileridir.

Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler; Tedavi ve Bakım

- ▶ Servikal yetmezlik cerrahi, mekanik ve tıbbi yöntemler ile kontrol edilebilir.
- ▶ Eğer kadında servikal yetmezlik hikayesi varsa , **Mc Donald** tarafından geliştirilen bir yöntemle internal os etrafına gebeliğin **14-18'nci** haftalarında sutur konarak serviks güçlendirilir.
- ▶ İşlem sonrasında trandelenburg pozisyonunda yatak istirahatine alınır.???
- ▶ Sutur konan vakalarda başarı şansı **%80** 'dir.

Septik Düşük;

- ▶ **Konsepsiyon ürünlerinin düşük süreci sırasında enfekte olduğu durum**
- ▶ **Düşüğün bir komplikasyonudur**

KLİNİK BULGULAR

- ▶ 38 yada daha fazla yükselen ateş,
- ▶ kötü kokulu akıntı
 - ▶ Taşikardi
 - ▶ Kırıklık
 - ▶ Pelvik muayene ağrılıdır
- ▶ Yoğun vajinal akıntı vardır (her zaman değil)

SEPTİK DÜŞÜK; Tedavi ve İzlem

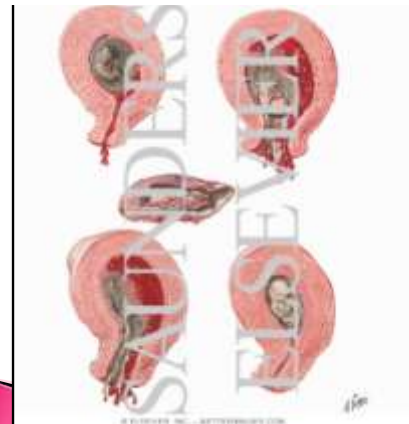
- ▶ Vajinal akıntıdan alınan kültür sonuca göre **antibiyotik** başlanır.
- ▶ Uterus içinde kalan parça varsa küretajla temizlenir. (*gebelik 12 hft büyük ise oksitosin ile*)
- ▶ Kanama çok fazla ise küretaj 12-24 saat ertelenebilir. (*antibiyotik tedavisinin etki etmesi için*)
- ▶ Bakteriyemik şok ve DIC (yaygın damar içi pıhtılaşma) Septik düşüğün ciddi ve öldürücü sonuçlarıdır

TEKRARLAYAN DÜŞÜK;



Üç yada daha fazla birbirini izleyen gebeliğin spontan abortusla sonlandığı durum

Yatak istirahati iyi sonuç veren bir tedavidir



MATERNAL ETKİLENME;

- **Kanama**, tıbbi tedaviye başvurmada gecikme ya da cerrahi tedavi sırasında uterusun perforasyonu ile ilişkilidir.
- **Enfeksiyon**, septik abortusun tanılanmasında gecikme ya da antibiyotiklerin uygun olmayan şekilde kullanımı ile ilişkilidir.

**ANNE
ÖLÜMÜ**

FETAL ETKİLENME;

- Spontan abortusun sonucunda daima fetüs ölümü gerçekleşir. Belkide abortusun gerçek nedeni fetüs ölümüdür.



DÜŞÜĞÜN PSİKOLOJİK ETKİLERİ



- Düşük hem **cerrahi** bir işlem hem de **gebeliğin sonlanması** olduğu için, kadını iki yönden etkiler.

- Hemşire düşük yapan kadına yardımcı olabilecek önemli kişidir.



Düşükle ilgili danışmanlık hizmeti veren hemşirenin üzerinde durması gereken konular;

- 1 Tıbbi nedenlerle düşük yapmasına karar verilen kadının, bu karara uyum yapmasını sağlama,
- 2 Düşük sonrası kadının suçluluk gibi olumsuz duygularla ve stresle başedebilmesine destek olma
- 3 Kontraseptif yöntem seçiminde kadına yardımcı olma

DÜŞÜK SONRASI BAKIM

- Kan grubu Rh(-) olan kadınlara düşükden sonra **RhoGAM** yapılması gerekir.
- Düşük sonrası enfeksiyonu önlemek için kadının eksik olan **hijyen alışkanlıkları** tamamlanır.
- Düşükten sonra **enfeksiyon** gelişebileceğinden **belirtileri** anlatılır.



DÜŞÜK SONRASI BAKIM

- Düşükten sonra ilk 3-4 günde **ağır hareketlerden**, 2 hafta **cinsel ilişkiden** kaçınması konusunda kadın uyarılır.
- Düşükten sonra ilk iki hafta **hafif bir kanama** olabilir.
- **Yeni siklus** 4-6 hft sonra ortaya çıkar.
- Tekrar gebe kalmak için **en az iki** menstrual siklusun geçmesi anne ve fetus sağlığı açısından önemlidir

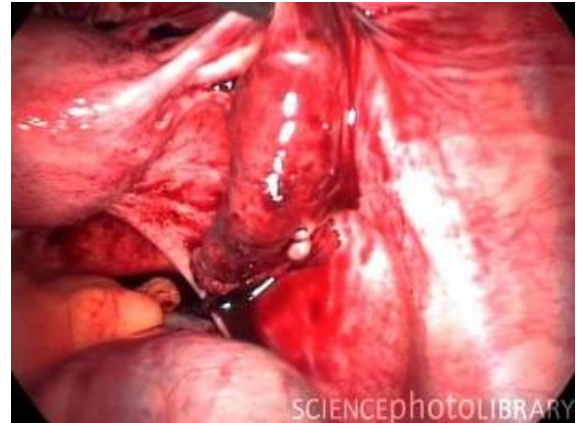
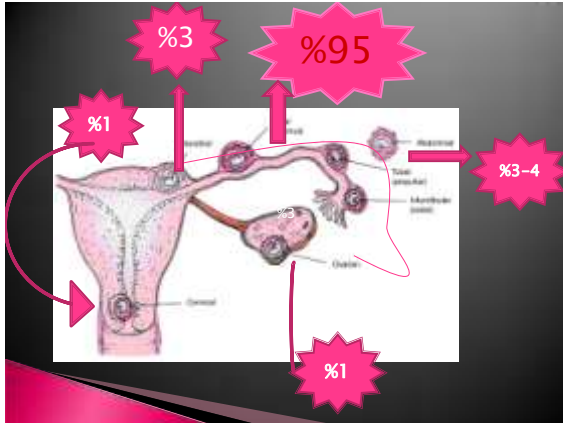


EKTOPIK GEBELİK ????

EKTOPIK GEBELİK



Ektopik gebelik blastosistin, uterusun endometriyum tabakasından başka bir yere implante olması sonucu gelişir.



İNSİDANS;

- ▶ ABD'de ektopik gebelik görülme sıklığı yaklaşık olarak **her 50-60** gebelikte **bir**dir.
- ▶ Dünyada ektopik gebelik görülme sıklığı her geçen yıl artmaktadır.
- ▶ 35 yaşından daha büyük **kadınlar**, **adölesanlar**, **beyaz olmayanlar** ve **infertilite** hikayesi olanlar ektopik gebelik açısından riskleri daha fazladır.

ETİYOLOJİ;

- ▶ Geçirilmiş Tubal Gebelikler
- ▶ Geçirilmiş Tubal ya da Pelvik Operasyon
 - ▶ Hormonal faktörler
- ▶ Kontraseptif Kullanım Hatası
 - ▶ İnfertilite tedavisi
- ▶ Çevresel etkiler
- ▶ Ovumun göçü

TUBAL EKTOPIK GEBELİK ;

Blastosist,uterin endometriumuna olan normal implantasyonunda kullandığı aynı süreci kullanarak tubal duvarın epiteline ve kan damarlarına doğru bir yuva açar.

En sık görülen dış gebelik türüdür.



Tubal Ektopik Gebelik ; 3 Şekilde Sonuçlanır.....

1)Ovumun
Ölümü;

2)Tubal
Düşük;

3)Tubal
rüptür;

Tubal Ektopik Gebelik ; 3 Şekilde Sonuçlanır.....

1)Ovumun Ölümü;

Herhangi bir belirti vermeksizin ovum erken devrede ya tamamen **absorbe** olur ya da bir **tubal mole** olarak kalır.

2)Tubal Düşük;

En yaygın görülen sonuçtur.Ovum tüp içinde ve **peritona** veya **uterin kaviteye** atılır.

3)Tubal Rüptür:

- Ovumun büyümesi,tüplerin gerilme sınırını geçtiğinde tüplerde rüptür görülür.
- Tüp duvarının yanında burada bulunan arterlerde yırtılır ve kan kaybı ortaya çıkar.



BELİRTİ VE BULGULAR

Rüptürden
önce

- Gebelik belirtileri (erken dönemde görülen amenore, memelerde değişiklik ve bulantı gibi)
- Gebelik testi +, Abdominal ağrı(alt karın)
- Kanama Kahverengi, kırmızı renkte ve sürekli, Abdominal hassasiyet, Ele gelen pelvik kitle

Rüptür

- Ağrıda aşırı şiddetlenme(ani ve keskin). Rüptür yavaş olduğunda iç kanama yavaş ve atıptır.

Rüptürden
sonra

- Baygınlık /baş dönmesi; Omuz ağrısı(frenik sinir);
- İç Kanama Belirtileri (hipotansiyon, zayıf yüzeysel hızlı nabız, Solunum hızlı ve yüzeyseldir, soğuk terler. Halsizlik, Hastanın başı döner, rengi solar. gelişebilir.)
- Şok belirtileri

MATERNAL ETKİLENME;

- ★ Tüm **maternal ölümlerin** yaklaşık **%10 'nun nedeni** ektopik gebeliktir.



- ★ Ölümlerin **%5'inde enfeksiyon**, **%2 sinde anestezi komplikasyonları** neden olmaktadır.

FETAL VE NEONATAL ETKİLENME;

★ Ektopik gebelikte fetüs ölümü neredeyse kesindir.

★ Fetal deformite riskide yüksektir.



TANI



- ▶ HCG ve progesteron düzeyleri
- ▶ vajinal ultrasonun,
- ▶ laporoskopinin ve
- ▶ diğer cerrahi girişimlerin kullanılarak ektopik gebeliğin tanımlanması mümkündür.



HEMŞİRELİK ROLÜ;



- ▶ Rüptür sonrası kanamaya bağlı şiddetli **ağrı ve şok** gelişebilir.
- ▶ Bu durumda hastaya intravenöz mayi takılıp, yaşam bulguları izleme alınır.
- ▶ Acil transfüzyon için kan hazırlanır.

HEMŞİRELİK ROLÜ;

- ▶ Acil olarak hasta ameliyata alınabilir. Ameliyat sonrası **psikolojik destek** çok önemlidir.
- ▶ Dış gebelik geçiren kadın bir sonraki gebeliğinde de bu duruma adaydır, dikkatli olunması gerekir.
- ▶ Dış gebelik sonrasında **RhoGAM** yapılması gerekir.

GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK



GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK

Gestasyonel trofoblastik hastalıkları, plasentadan kaynaklanan bir grup **neoplastik** hastalıktır.



GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK

- Histolojik olarak 3 gruba ayrılır.

- 1) MOL HİDATİFORM
- 2) İNVAZİF MOL
- 3) KORYOKARSİNOMA



Bu neoplazmlar, koryonik gonodotrop hormon salgırlarlar.

GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK

1) MOL HİDATİFORM (MOLAR GEBELİK)

- Trofoblastın **benign** proliferatif gelişimidir.
- Bu gelişmede koryonik villiler ödemli, kistik, avasküler (damarsız) şeffaf üzüm salkımı gibi asılan keselere dönüşürler



Mol hidatiform iki kategoriye ayrılır;

Tam (kompley):

- Koryonik villilerde **yaygın** hiperplastik, ödemli ve avasküler alanlar mevcuttur.
- Embriyo/fetüs ve amniyotik kese **yoktur**.
- Daha çok 46,XX kromozomal özelliğe sahip **diploid karyotip** vardır.

Kısmi(imkompley):

- Koryonik villilerde **yer yer** hiperplastik, ödemli ve avasküler alanlar mevcuttur.
- Embriyo/fetüs ve amniyotik kese **vardır**.
- Vakaların pek çoğunda karyotipte **triploid kromozom** özelliklerine rastlanır.

GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK

2) İNVAZİF MOL:

- Kompley mole benzer. Tek farkı uterusun myometriyum tabakasına kadar invazyon yapmasıdır.
- İnvazif moller, genellikle molün boşaltılmasını izleyen altı ay içinde teşhis edilirler.
- Vasküler yayılma ile metastaz görülebilir.

GESTASYONEL TROFOBlastİK HASTALIK

3) KORYOKARSİNOMA:

Mol Hidatiformun devamında metastatik gestasyonel trofoblastik tümörlerden olan ve koryokarsinoma olarak bilinen **metastatik trofoblastik tümöre** doğru gelişme görülür.

İNSİDANS:

- ABD 'inde mol hidatiform insidansı **1000 gebelikte 0.6 ile 1.1** arasındadır.
- Bir çok başka ülkelerde, özellikle bazı güneydoğu Asya ve Uzak Doğu ülkelerinde insidans daha yüksektir.
- Mol hidatiformun **%1-2 oranında tekrarlama riski** vardır. Ve **anne yaşının 40'ın üzerinde** olması ile bu **risk 75 kez** artmaktadır.



ETİYOLOJİ;

Mol hidatiformun nedeni bilinmemektedir.
Fakat **ovular defektler, stres ya da beslenme yetersizliğinin** mol hidatiform gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

BELİRTİ VE BULGULAR;

▶ Anormal uterin kanama(%95)



Uterin boyutlarda Değişiklik(%50)

▶ Ovarian genişleme(%50)

▶ Hiperemesis Gravidarum(%25)

▶ Preeklamsi(%30)

▶ Kese düşmesi(%50)

▶ Fetüsün olamaması

▶ Solunum sıkıntısı(%2)

TANI

Ultrason



Seri beta -HCG testleri.

RUTIN TIBBİ TEDAVİ;

▶ **Erken Dönem Küretajı:**

molar implantasyon bölgesi kürete edildikten sonra sakşın küretaj ile boşaltılır.

16 haftadan büyük gebeliklerde **D&C** uygulanır. (Histerektomi....)



MOLÜN BOŞALTILMASINDAN SONRA İZLEM;

- ▶ Her bir-iki haftada bir serum hCG düzeyine bakılmalı ve bu işlem hCG düzeyi normale inene kadar devam etmelidir.
- ▶ İlk normal düzeyden 2-4 hafta sonra hCG düzeyi tekrar kontrol edilir.
- ▶ Bundan sonra **6 ay-1 sene** boyunca her 1-2 ayda bir hCG düzeyi kontrol edilir.

SON TRİMESTİR KANAMALARI

- ABLASYO PLASENTA
- PLASENTA PREVİA

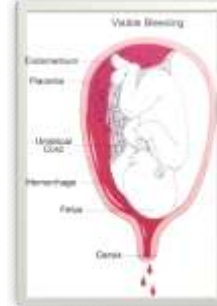


SON TRİMESTİR KANAMALARI

- Gebeliğin 20. haftasından sonra görülen vajinal kanamalardır.
- Bu kanamalar daha çok plasental kökenlidir.
- Nadir de olsa vajinit, servikal polip veya kanser nedeniyle de olabilir.



ABLASYO PLASENTA;



Ablasyo plasenta, ister **total(tam)** ister **parsiyel(kısmi)** olsun, normal implante olmuş bir plasentanın gestasyonun **20. Haftasından sonra** uterus desiduasından **erken** ayrılmasıdır.

ABLASYO PLASENTA;

MEKANİZMASI;

- ❖ Plasentaya kan temin eden ve endometriyumun beslenmesini sağlayan spiral arterlerdeki dejenerasyondur.
- ❖ Bu dejenerasyon plasenta altındaki **desiduanın nekroze** olmasına yol açar, bunu kanama takip izler ve dolaşımı bozulan plasenta uterus duvarından ayrılır.

ABLASYO PLASENTA;

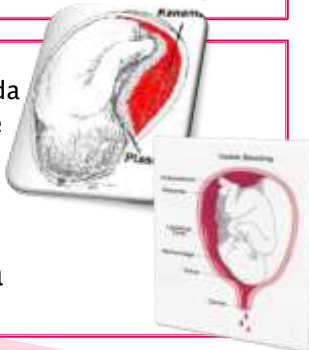
Ayrılma başta çok küçük bir alanda olur. Kanama devam ederse plasentanın desiduadan ayrılması ilerler.



ABLASYO PLASENTA;

Ablasyo plasenta da kanama iki şekilde ortaya çıkar

1. İç kanama
2. Dış kanama



İNSİDANS;

Ablasyo plasentanın görülme sıklığı **200 gebelikte 1**'dir.





ETİYOLOJİ;

Ablasyo plasentanin nedeni tam olarak açıklanamamıştır.

HAZIRLAYICI FAKTÖRLER;

- ▶ Uterusun kanlanma bozuklukları
 - ▶ Genç ve ileri yaş
- ▶ Karın bölgesine olan direk travmalar
 - ▶ Psikolojik travmalar
- ▶ Amnion sıvısının birden boşaldığı durumlar
- ▶ İlk gebeliklerde ilk bebeğin doğumundan sonra plasentanin çekilmesi durumunda
 - ▶ Sigara,kokain kullanımı

BELİRTİ VE BULGULAR; Klasik belirtiler;

Uterin hassasiyet

Koyu renkli vajinal kanama

Hipovolemi belirtileri

Abdominal ya da sırtınalt

kısımında ağrı

Uterus kontraksiyonları

Hipertonik uterus

TANI

- ▶ Tanı genellikle ,ortaya çıkan **septomlar** ve **fiziksel değerlendirme** temel alınarak konulur.
- ▶ Son zamanlarda ablasyo plasentası olan kadınlarda **thrombomodulin** adlı maddenin serumdaki seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur.

HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEMİ

- ▶ Gecikmeden müdahale edilmesi gerekir.Şok ve ölüm riski görülür.
 - ▶ Kanamalı bir anne ağrı ve anksiyete içindedir.Anksiyete kanamayı artıracığından **anne sakin tutulmaya çalışılmalıdır.**
- ▶ Kanda hemoglobin,hemotokrit,kanama zamanı,protrombin zamanı **kan grubu ve crose-match** bakılır.4-6 ünite kan hazır edilir.



HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEMİ

- ▶ Santral venöz basınç uygulanır.
 - ▶ AÇİ takibi dikkatlice yapılır.
- ▶ Eğer fetus distreste ise ,kanama artıyorsa,annede tansiyon düşüyor ve nabız taşikardik ise derhal sezaryene başvurulur.
- ▶ Eğer anne ve bebek iyi ise,koagülasyon sorunu yoksa doğum eylemi indüksiyon ile başlatılabilir.



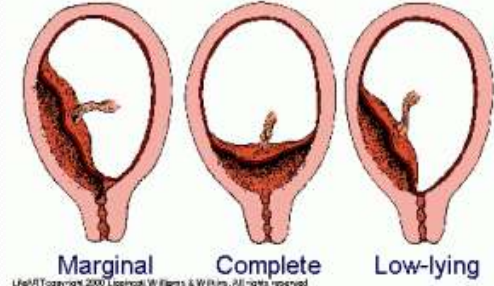
»

PLASENTA PREVİA



Plasentanın uterusun fundusun bölümü yerine alt segmentine, internal os'un yakınına ya da üzerine yerleştiğinde ortaya çıkar.

Plasenta Previa:
Serviksi kapatma derecesine göre 3 kategoriye ayrılır.



PLASENTA PREVİA



İNSİDANS;

- Plasenta previa insidansı 200 gebelikte 1'dir. Ya da %0.5 görülme riski vardır.



ETİYOLOJİ;

Plasenta previanın gerçek nedeni bilinmemektedir

HAZIRLAYICI FAKTÖRLER;

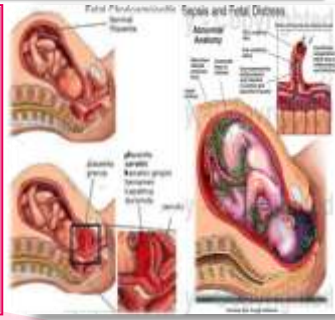
- Çok ve sık doğum yapma
- Çoğul gebelikler
- 18 yaşın altında 35 yaşın üstündeki gebeliklerde
- Uterusun submukoz myomlarında görülme riski artar

ETİYOLOJİ;

- Temel neden **endometrial iskemi**: iskemi nedeni ile beslenemeyen plasenta daha geniş bir alana yayılır.
- Diğer bir neden, **zigotun implantasyon bozukluğu**: Ovumun implantasyon olgunluğuna geç ulaşması, alt segmente yerleşmesine neden olabilir.

BELİRTİLER VE BURGULAR:

- ▶ Ağrısız vajinal kanama
- ▶ Fetal distres
- ▶ Fetal malprezantasyon
- ▶ Yaşamsal bulgularda değişim



MATERNAL ETKİLENME:

- ▶ Maternal mortalite %1 'den daha azdır.
- ▶ Hemoraji ve hipovolomik şok
- ▶ Preterm eylem
- ▶ Puerperal hemoraji
- ▶ Puerperal anemi
- ▶ Puerperal enfeksiyon

FETAL VE NEONATAL ETKİLENME

- ▶ Plasenta previada, perinatal mortalite %10 'dan daha azdır.
 - ▶ Premetürite
 - ▶ Malprezantasyon
- ▶ Gestasyonel Yaşa göre küçük fetüs
 - ▶ Konjenital anomaliler
 - ▶ Neonatal anemi
 - ▶ Vasa previa

HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

- ▶ Plasenta previadan şüphe edildiğinde hastane tedavisi gerekir.
- ▶ **Rektal ve vajinal muayeneler** kanamayı artıracığı için **yapılmamalıdır.**
- ▶ Annenin kan grubu belirlenip kan hazırlanır, anemik ise transfüzyon başlanmalıdır.

HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

- ▶ Yaşam bulguları,
- ▶ abdomende ağrı, hassasiyet olup olmadığı,
- ▶ uterusun büyüklüğü ve gevşekliği.
- ▶ fetusün prezentasyonu ve yerleşme durumu,
- ▶ idrar miktarı değerlendirilir.

HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

- ▶ Kanamanın şiddetine göre tedavi değişir.
 - ▶ Kanama fazla ise kan transfüzyonu yapılır, oksijen verilir ve **sezaryenla doğum** gerçekleştirilir.
- ▶ Kanama az ise iyi bir bakım ve izlemle anne **72 saat yatak istirahatine** alınır.
- ▶ Doğumdan sonra annede **şok**, yenidoğanda da **anemi riski** olduğundan dikkatli izlenmelidir.



KANAMALI BİR HASTAYA YAKLAŞIM

- ▶ Yanlış bırakılmamalı.
- ▶ Fiziksel olarak rahatlatılmalı, sıcak tutulmalı, işlemleri anlaşılır şekilde açıklamak ve sakin davranmak çok önemlidir.



Bebeği ölü ise eş ile birlikte annenin bebeği görüp görmeyeceği belirlenmelidir.

KANAMALI BİR HASTAYA YAKLAŞIM

▶ “ *Bir diğer bebeğe her zaman sahip olabilirsiniz*” ❌

- ▶ Tekrar gebe kalması mümkün değilse yaklaşım sadece bebeği ile değil değişen yaşam amaçlarını yeniden düzenleyebilmeleri yönünden de yaklaşmalıdır.



GEBELİKTE HİPERTANSİYF DURUMLAR



GEBELİKTE HİPERTANSİYF DURUMLAR(TOKSEMİ)

▶ Sınıflandırması:

1. Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon sonucu ortaya çıkan orta ya da ciddi düzeyde **pre-eklemsi ve eklemsi**
2. Kronik hipertansiyon
3. Kronik hipertansiyonla birlikte görülen pre-eklemsi ve eklemsi
4. Üçüncü trimestirde ortaya çıkan **gizli ya da geçici hipertansiyon**

KB >140/90

20. Gebelik hf.'dan önce

Proteinüri, yok veya sabit

Kr. HT

Yeni veya artmış proteinüri, artmış KB veya HELLP snd.*

Kr. HT'a eklenmiş preeklamps

20. Gebelik hf.'dan sonra

Proteinüri

Preeklamps

Proteinüri yok

Gestasyonel HT

PRE-EKLEMSİ / EKLEMSİ

- ▶ Görülme Sıklığı: % 5-10 oranındadır.
- ▶ Trofoblastik dokularla ilgili olarak ortaya çıkar.
- ▶ Gebeliğin 20. haftasından sonra görülür.

PRE-EKLEMSİ /EKLEMSİ MEKANİZMASI

- ▶ **Vazospazm**, uterus ve diğer vücut dokularına giden kan akımını azaltır.
- ▶ Vasküler yatakta azalan kan volümü **renin-anjitenin sistemi** etkiler ve kan basıncı **yükselir**.
- ▶ KB yükselince **protein ve elektrolitler intrasellüler aralığa geçerler**. (Na)
- ▶ Tüm organlara kan akımını azalır. (plasenta, fetus, böbrek...)



ETİYOLOJİ

HAZIRLAYICI FAKTÖRLER

- ▶ Genç ya da ileri anne yaşı
- ▶ Çoğul gebelik, polihidroamnioz
- ▶ Aşırı doğurganlık (4 ve üzeri)
- ▶ Diyabet, böbrek yetmezliği, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar
- ▶ Malnütrisyon ve düşük sosyo ekonomik düzey

PREEKLEMSİ BELİRTİLERİ

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dinlenmekle geçmeyen ödem ▶ 140/90'un üzerinde kan basıncı ▶ İdrarla protein kaybı (proteinüri) | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 160/110'un üzerinde kan basıncı ▶ 24 saatlik idrarda 5 gr üzerinde protein kaybı ▶ Serebral belirtiler ▶ Hemokonsantrasyon ▶ 24 saatlik idrarın 100 ya da daha az olması |
|---|--|

HAFİF PRE-EKLEMSİ

CİDDİ PRE-EKLEMSİ

PREEKLEMSİ DOĞUM ÖNCESİ İZLEM

- ▶ Proteinürisi olmayan hafif hipertansif hastalara ev bakımı önerilir. Hastalık hakkında geniş kapsamlı eğitim verilir.



- ▶ **Tedavide esas amaç**; Preeklemsinin anne ve bebek üzerinde yarattığı olumsuz etkileri azaltmak olmalıdır.

PREEKLEMSİ DOĞUM ÖNCESİ İZLEM

- ▶ İlk ve temel tedavi annesi **sol yan pozisyonunda yatak istirahatine** almaktır.
- ▶ Hafif pre-eklemside gebeye sabah ve öğleden sonraları istirahat etmesi ve yeterli uyuması önerilir.
- ▶ İlerlemiş pre-eklemside de yatak istirahatini sağlamak için hastaneye yatırılır.
- ▶ Sessiz sakin, loş bir oda temin edilmelidir.



PREEKLEMSİ HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

GEBE İÇİN;

- ▶ KB, nabız, solunum, vücut ısısı, fetal kalp hızı her **1-4 saatte** bir yada daha sık izlenir.
- ▶ İdrar miktarı (*her miksiyon ve 24 saatlik*), idrarda protein **saatte bir ve 24 saatlik takip**
- ▶ Ödem (yüzde, parmaklar, el ve kol, bacaklarda, bilek, ayak ve sakral bölge)



PREEKLEMSİ HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

- ▶ Ağırılık
- ▶ Pulmoner ödem
- ▶ Derin tendon refleksi
- ▶ Plasental ayrılma
- ▶ Baş ağrısı, Görme bozuklukları, Epigastrik ağrı
- ▶ Laboratuvar testleri (**hemotokrit, ürik asit, nitrojen, kreatinin ...**)
- ▶ Bilinç düzeyi



PREEKLEMSİ HEMŞİRELİK BAKIMI VE İZLEM

FETÜS İÇİN;

- ▶ Nonstress testi
- ▶ 3-4 haftada bir Ultrason
- ▶ Biyofiziksel profil
- ▶ Amniyosentez
- ▶ Proteinden zengin, tuzdan kısıtlı diet
- ▶ Annenin anksiyete ve endişesi önlenir.
- ▶ Sıvı ve elektrolit dengesini korumak
- ▶ İlaçları ve MgSo4 tedavisinde çok önemli



MgSo4 TEDAVİSİNDE İZLEM HEMŞİRELİK BAKIMI

- ▶ Kan basıncı , nabız ve solunum ilaç uygulanmadan önce ve sonra bakılır.
- ▶ Patella refleksine bakılır.
- ▶ İdrar miktarı saatte 30 ml altında ise yapılmamalıdır.
- ▶ Toksik etkileri görüldüğünde MgSo4 antidotu olan kalsiyum glukonat kullanılır.



PRE-EKLEMSİNİN İLERLEMESİ → EKLEMSİ

Baş ağrısı, görme bulanıklığı, epigastrik ağrı, pulmoner ödem, siyanoz, endişe ve hiperaktif refleksler şekilde ortaya çıkar.

Eklemside ağır pre-eklemsi bulguları ile beraber konvüzyon ve koma görülür.

Konvüzyon

Oligüri veya anüri

Konvüzyonlar

Epigastrik ağrı

EKLEMSİLİ ANNENİN İZLEMİ

- ▶ Başka konvüzyonları önleme
- ▶ **Yeterli ventilasyonu sağlama**
- ▶ Kan basıncını kontrol altına alma
- ▶ **Kardiyak yetmezliği önleme**
- ▶ Fetusu sürekli değerlendirme

EKLEMSİLİ ANNENİN İZLEMİ

- ▶ **Sakin ortam**
- ▶ Yan yatış pozisyonu
- ▶ **Yatağın kenarlıklarını yükseltme**
- ▶ Hava yolunu açık tutma (aspirasyon)
- ▶ **Dil basacağı kullanma**
- ▶ Yanlış bırakılmamalı
- ▶ **Konvüzyon sonrası koruyucu olarak gebeliğin sonlandırılması tercih edilir.**

HELLP SENDROMU

- ▶ Preeklamsi /eklamsi hastalarında hemolitik anemi,
- ▶ Karaciğer enzimlerinde yükselme
- ▶ Pıhtılaşma faktörlerinde azalma
- ➔ 1000 preeklamsili kadından biri,yaklaşık %2-%12'si Hellp Sendromuna rastlanmaktadır.

Maternal Child Nursing Care,2006

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

Gebelikte ortaya çıkan aşırı bulantı ve kusmadır.
Yaklaşık olarak tüm **gebelerin %70 inde** mide bulantısı ve kusma 1. trimestirde bitmektedir.

(Scott&Abu- Hamda,2004)



ETİYOLOJİ

- ▶ HCG ya da estrogen düzeyinde artmaya aşırı reaksiyon,
▶ mol hidatiform,
▶ HCG'nin aşırı salgılandığı çoğul gebeliktir.
- ▶ Bunun yanında gebeliği istememe veya
▶ aile ilişkilerinde bozukluk gibi emosyonel faktörler

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM BELİRTİLER

- AŞIRI BULANTI VE KUSMA
- HALSİZLİK
- YORGUNLUK
- KİLO KAYBI
- OLİGÜRİ



HİPEREMEZİS GRAVİDARUM İZLEM VE MÜDAHALELER

- ▶ Yoğun **IV** sıvı tedavisi
▶ **AÇI** takibi
- ▶ İyi havalandırılmış **sessiz ve sakin bir ortam**
- ▶ Uyaranları mümkün olduğunca azaltmak
▶ B,C ve K **vitamini** desteği sağlanır.
- ▶ İstemlenen **antiemetik ve sedatifler** uygulanır.
- ▶ Oral başlanıldığında **az az ve sık sık yemek** yemesi sağlanır.

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

KOMPLİKASYONLARI:

- ▶ **Dehidratasyon**
- ▶ Sıvı-elektrolit dengesizliği-> intestinal yolla alkali maddelerin kaybı sonucu **asidoz**
▶ **Alkaloz** ->kusma ile aşırı miktarda hidroklorik asit kaybı
▶ İdrar çıkışında azalma
- ▶ Ciddi hipokalsemi-kardiyak fonksiyonları etkileyebilecek düzeyde
- ▶ Aşırı açlık-> kas zayıflığı ve protein ve vitamin yetersizliği
▶ Sarılık

ÇOĞUL GEBELİKLER



ÇOĞUL GEBELİKLER

- ▶ İkiz gebelik tüm gebeliklerin yaklaşık **%1** inde görülür, üçte ikisi dizigotik ve üçte biri monozigotiktir.
- ▶ Dizigotik ikizlerin insidansı; etnik grup, anne yaşı, parite (**%2 4. gebelikten sonra**) ve konsepsiyon yöntemine bağlı olarak değişmektedir. (**%20 si ovulasyon indüksiyonuna bağlı**)

ÇOĞUL GEBELİKLER



- ▶ Monozigot ikizlerin insidansı tüm etnik gruplar için benzerdir.
 - ▶ annenin yaşından etkilenmez.
- Ancak **in vitro fertilization** yöntemlerinde 2-3 kez daha fazla görülür.

ÇOĞUL GEBELİKLERDE İZLEM



- ▶ Uterine kan akımını geliştirmek için yeterli istirahatin sağlanması
- ▶ Yeterli ve dengeli bir diyetin alınması
- ▶ Hafif rahatsızlıkların derhal tedavisi
 - ▶ Pre-eklempi gibi komplikasyonların ilk belirtilerini erken tanınması

ÇOĞUL GEBELİK

Perinatal mortalite oranı ikizlerde tek bebeklere göre 6 kez daha fazladır- prematüriteye bağlı gelişen komplikasyonlar



▶ IUGR



▶ Anneye ait riskler- disfonksiyonel eylem, sezaryen doğum & postpartum hemoraji

ÇOĞUL GEBELİKLERİN NEDEN OLABİLECEĞİ SORUNLAR

DOĞUM ÖNCESİNDE

- ▶ Gebelik şikayetlerinde artma
- ▶ Polihidroamniyoz
- ▶ Preeklempi
- ▶ Anemi
- ▶ D.Ö. Kanama
- ▶ Fetal/plasental Yetmezlik
- ▶ Prematür eylem

DOĞUM EYLEMİNDE

- ▶ Prezantasyon Bozuklukları
- ▶ Erken membran rüptürü
- ▶ İkinci bir fetüs
- ▶ Plasentadan erken ayrılma

DOĞUM SONUNDA:

- ▶ Atoni
- ▶ Prematür bebek

DOĞAN
BEBEKLER
ANNESİZ,
DOĞURAN
ANNELER
BEBEKSİZ
KALMASIN!!!

DİKKATİNİZ
VE
SABRINIZ
İÇİN
TEŞEKKÜR
EDERİM

