

Bölüm 21

VAJİNAL DOĞUM

Aziz KINDAN¹

DOĞUM EYLEMİ TANIM VE FİZYOLOJİ

Doğum servikste sinme ve açıklığa sebep olan düzenli kontraksiyonların neticesinde fetusun uterustan dışarı atılması olarak tanımlanabilir(1). Doğum eyleminin fizyolojisinde, doğumu başlatan mekanizmanın başında fetal hipotalamik-pituiter-adrenal aksın aktifleşmesi sonucu oluşan kortizol artışı gelir. Bu aksın tetiklenmesiyle bir dizi hormonal değişiklikler meydana gelir. Bu hormonal değişiklikler doğumun fazına göre değişiklik gösterir(2). Doğumun 4 fazı bulunmaktadır. Latent fazda uterin kasılmayı önleyici inhibitör hormonlar aktiftir. Faz1 ve faz 2 de uterotonikler aktifleşerek myometriyumdaki oksitosin reseptör sayısını , prostaglinleri ve oksitosini arttırır(3-5).

Oksitosin doğum eyleminde indüksiyon ve augmentasyon için sıklıkla kullanılır.Peptit yapıdadır ve yarılanma zamanı yaklaşık 3 dakikadır. Uterin kasılma ile fetusun ilerleyebilmesi için fundusta reseptör sayısı daha fazla iken alt segmente doğru sayısı azalır. Prostaglandinler doğum eyleminde önemli rol alan bir diğer bileşendir(6-9).

DOĞUM EYLEMİNİN MEKANİZMASI VE BİLEŞENLERİ

Doğum eyleminin başarılı bir şekilde ilerleyip sonlanabilmesi için 3 temel faktör vardır. Bunlar bebek, uterus aktivitesi ve pelvik yapıdır(7).

Uterin Aktivite

Uterin aktivite fetusun doğum kanalında ilerleyebilmesi için gereken temel güçtür(8). Uterin aktivite palpasyon ile değerlendirilebilse de nesnel olarak Montevideo birimi ile ölçmek daha yaygındır. Doğumun 2. Evresinde kasılma sıklığı 2-3. Dakikaya kadar geriler ve 10 dakika içinde 200-250 Montevideo birimi doğum eylemi için yeterli kabul edilir (9-12).

¹ Op. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Perinatoloji Kliniği, azizkindan@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0001-8024-204X

DOĞUM EYLEMİNİN KARDİNAL HAREKETLERİ

1)Anganjman

Fetal başın önde gelen kısmının '0' seviyesine gelmesi ya da fetal başın en geniş transvers çapı olan biparietal çapın linea terminalis hizasına gelmesi olarak adlandırılır(29).

2)İniş

İniş; önde gelen kısmın pelvisten aşağı doğru hareketini temsil eder(29).

3)Fleksiyon

Fetal başın fleksiyonu pasif olarak meydana gelir. Oksipitofrontal çap fleksiyon ile başın en küçük çapı olan suboksipitobregmatik çapa geçiş sağlanır(29).

4)İç Rotasyon

İç rotasyondaki amaç başın en küçük çapının pelvik en küçük çapa uyumunu sağlamaktır (30) .

5)Ekstansiyon

Ekstansiyon fetal baş intraoitus seviyesine geldiğinde gerçekleşir.Fetal baş kendisini ekstansiyon ile simfizis pubisten kurtarır (30).

6)Dış Rotasyon

Fetal baş çıktıktan sonra biakromiyal çapın geniş pelvik çapa uyumunun sağlanması amaçlanır(31-33).

7)Ekspulsiyon

Fetusun geri kalan kısımlarının doğmasıdır (34).

ÖNEMLİ NOKTALAR

-Doğum eyleminin 3 temel usuru vardır. Anne- Bebek-Uterus(Yol-Yolcu-Kuvvet)

-Doğum mekanizmasının başlamasında fetus önemli rol oynar

-Parturisyonun 4 fazı vardır.Doğum eylemi 3. Fazın içinde gerçekleşir.

-Jinekoid tip pelvis doğum için en uygun pelvis tipidir.

-Fetal başın kardinal hareketleri uyum içinde eş zamanlı olarak gerçekleşir.

KAYNAKÇA

1. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A: Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. BJOG 119(10):1238, 2012
2. Alexander JM, Sharma SK, McIntire DD, et al: Epidural analgesia lengthens the Friedman active phase of labor. Obstet Gynecol 100:46, 2002
3. Althabe F, Buekens P, Bergel E, et al: A behavioral intervention to improve obstetrical care. N Eng) Med 358:1929, 2008

4. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 8th ed. Elk Grove Village, AAP, 2017
5. American College of Obstetricians and Gynecologists: Obstetric for-ceps. Committee Opinion 71, August 1989
6. American College of Obstetricians and Gynecologists: Hospital-based triage of obstetric patients. Committee Opinion No. 667, July 2016a
7. American College of Obstetricians and Gynecologists: Oral intake during labor. Committee Opinion No. 441, September 2009, Reaffirmed 2016b
8. American College of Obstetricians and Gynecologists: Obstetric analgesia and anesthesia. Committee Opinion No. 177, April 2017
9. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine: Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1, March 2014, Reaffirmed 2016c
10. Babayer M, Bodack MP, Creatura C: Common peroneal neuropathy secondary to squatting during childbirth. *Obstet Gynecol* 91:830, 1998
11. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, et al: Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol* 105:77, 2005
12. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP: Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 199:445, 2008
13. Bloom SL, Casey BM, Schaffer JL, et al: A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 194:10, 2006
14. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, et al: Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 339:76, 1998
15. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, et al: Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev* 9:CD004907, 2013
16. Cahill AG, Duffy CR, Odibo AO, et al: Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever. *Obstet Gynecol* 119(6):1096, 2012
17. Field NT, Piper IM, Langer O: The effect of maternal obesity on the accuracy of fetal weight estimation. *Obstet Gynecol* 86(1):102, 1995
18. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, et al: Ambulation in labour. *BMJ* 2:591, 1978
19. Fox NS, Bhavsar V, Saltzman DH, et al: Influence of maternal body mass index on the clinical estimation of fetal weight in term pregnancies. *Obstet Gynecol* 113(3):641, 2009
20. Friedman E: The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol* 68:1568, 1954
21. Friedman EA: An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bull N Y Acad Med* 48:842, 1972
22. Friedman EA: *Labor: Clinical Evaluation and Management*, 2nd ed. New York, Appleton-Century-Crofts, 1978
23. Friedman EA: Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 6:567, 1955
24. Friedman EA, Sachtleben MR: Amniotomy and the course of labor. *Obstet Gynecol* 22:755, 1963
25. Frigoletto FD Jr, Lieberman E, Lang JM, et al: A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 333:745, 1995

26. Gardberg M, Tuppurainen M: Anterior placental location predisposes for occiput posterior presentation near term. *Acta Obstet Gynecol Scand* 73:151, 1994a
27. Gardberg M, Tuppurainen M: Persistent occiput posterior presentation —a clinical problem. *Acta Obstet Gynecol Scand* 73:45, 1994b Garite T], Weeks], Peters-Phair K, et al: A randomized controlled trial of the effect of increased intravenous hydration on the course of labor in nulliparous women. *Am) Obstet Gynecol* 183:1544, 2000
28. Goetzinger KR, Odibo AO, Shanks AL, et al: Clinical accuracy of estimated fetal weight in term pregnancies in a teaching hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med* 27(1):89, 2014
29. Graham JM Jr, Kumar A: Diagnosis and management of extensive vertex birth molding. *Clin Pediatr (Phila)* 45(7):672, 2006
30. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G), et al: Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 5:CD002006, 2017
31. Hendricks CH, Brenner WE: Cardiovascular effects of oxytocic drugs used postpartum. *Am) Obstet Gynecol* 108:751, 1970
32. Herbst A, Källén K: Time between membrane rupture and delivery and septicemia in term neonates. *Obstet Gynecol* 110:612, 2007
33. Igbiosa I, Moore FA 3rd, Johnson C, et al: Comparison of rapid immunoassays for rupture of fetal membranes. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(1):128, 2017