

VAJİNAL DOĞUM

Derya BURKANKULU¹

EPİZYOTOMİ

Doğum eyleminin doğal sonuçlanması sağlıklı bir yenidoğanın anneye minimal travma vererek kontrollü bir vajinal doğumdur. Spontan vajinal doğum tipiktir, fakat fetal ve maternal komplikasyonlar bazen operatif vajinal doğumu gerektirir. Bazen malprezentasyonlu fetüs veya çoğul gebelikler özel tekniklerle vajinal yoldan doğurtulabilir.

DOĞUM YOLU

Spontan vajinal verteks doğum fetüs ve anne için düşük risklidir. Sezaryen ile karşılaştırıldığında daha az maternal infeksiyon, kanama, anestezi komplikasyonu ve peripartum histerektomi oranları daha düşüktür. Ancak, vajinal doğum yapanlarda pelvik taban bozuklukları daha sıktır. Ulusal Sağlık Enstitüsü (2006) panelinde sezaryen ile doğum yapanlarda stres tip üriner inkontinans oranları daha az olduğu özetlenmiştir.

DOĞUMA HAZIRLIK

Perinenin şişmesi, cildin gerilmesi ve labiumların ayrılarak kafa derisinin görülmesi ikinci

evrenin sonlandığını gösterir. Fetal başın yapmış olduğu artmış perineal basınç refleksi olarak doğum çabasını artırır. Zamanı geldiğinde bu çabalar artırılmalıdır. Mesane dolu ise boşaltılmalıdır. Fetal kalp hızı monitorizasyonuna devam edilmelidir. Örneğin, fetal boyunda kordon varsa iniş esnasında gerilmelerden dolayı derin varyabl (değişken) deselerasyonlara neden olabilir. Siyanotik kalp hastalığı, prostetik kalp kapak hastalığı hariç enfektif endokardit profilaksisine gerek yoktur. Doğum için dorsal litotomi pozisyonu kullanılmalıdır. İkinci evrede fetal başın pelviste sinirler üzerine oluşturduğu bası nedenli bacaklarda kramp olabilir.

OKSİPUT ANTERİOR POZİSYONU

Oksiputun gelen kısmı bazen molding veya caput oluşumu nedeniyle zorlaşabilir. Çoğu olgu oksiput anteriordur veya bazen hafif obliktir. % 5 vaka persistan oksiput posteriordur.

Başın Doğumu

Her kasılma ile beraber perine gerilir ve fetüs tarafından kademeli olarak vajen genişler. Başın en büyük çapını çevreleyen bu halkaya taçlanma denir. Epizyotomi açılıp açılmaması ile ilgili çok tartışma vardır. Açılmayan kadınlarda labia ve

¹ Uzm. Dr. Derya BURKANKULU, İzmir Demokrasi Üniversitesi Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü dburkankulu@yahoo.com



- Caput Succadeneum: Vertekste ödem
- Molding: Kafa kemiklerinin birbiri üzerine hareket etmesi
- Sefal hematom:

36)Normal doğumda en sık görülen prezentasyon şekli: Vertex veya occiput (%95)

37)Occiput posterior pozisyonadaki normal doğum eyleminin seyri.

- %75 occiput anteriora dönerek normal doğum
- %15 occiput posterior olarak normal doğum
- %10 ilerlemeyen occiput posterior eylem nedeni ile C/S ile doğum

KAYNAKLAR

1. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, et al: perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 12: CD006672,2011
2. Abalos E: Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes: RHL commentary. WHO 2009. Available at http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth,2013
3. Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem M, et al: uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Int J Gynecol Obstet 111 (1):32,2010
4. American Academy of Pediatrics: Timing of umbilical cord clamping after birth. Pediatrics 131(4): e1323,2013
5. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Women's Health Care, 3rd ed. Washington,2007, p243
6. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Documenting shoulder dystocia. Patient Safety Checklist No: 6, August 2012a.
7. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Episiotomy. Practice Bulletin No: 71, April 2006, Reaffirmed 2013a.
8. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Management of delivery of a newborn with meconium stained amniotic fluid. Committee opinion No.379,- September 2007, Reaffirmed 2013b
9. Gungor S, Kurt E, Teksöz E, et al. oronasopharyngeal suction versus no suction in normal and term infants delivered by elective cesarean section: a prospective randomized controlled trial. Gynecol Obstet Invest 61(1):9, 2006.
10. Valenzuela P, Saiz Puente MS, Valero JL, et al. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG 116 (3):436,2009
11. Abenheim HA, Varin J, Boucher M: External cephalic version among women with a previous cesarean delivery: report on 36 cases and review of the literature. J Perinat Med 37(2):156,2009
12. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Mode of term singleton breech delivery. Committee Opinion No.265, December 2001
13. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: External cephalic version. Practice Bulletin No.13, February 2000, Reaffirmed 2012a
14. American Collage of Obstetricians and Gynecologists: Mode of term singleton breech delivery. Committee Opinion No. 340, July 2006, Reaffirmed 2012b.
15. Fox AE, Paton RW: The relationship between mode of delivery and developmental dysplasia of the hip in breech infants: a four year prospective cohort study. J Bone Surg Br 92(12):1695,2010
16. Kotaska A, Menticoglou S, Gagnon R: SCOG clinical practice guideline: vaginal delivery of breech presentation: no. 226, June 2009. Int J Gynecol Obstet 107(2):169,2009
17. Michel S, Drain A, Closset E, et al: Evaluation of a decision protocol for type of delivery of infants in breech presentation as term. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 158(2):194,2011
18. Pinard A: On version by external maneuvers. In: Traite du Palper Abdominal. Paris, Lauwereyns,1889
19. Royal Collage of Obstetricians and Gynaecologists: The management of breech presentation. RCOG Green Top Guidelines, No.20b.London,2006
20. Stohl HE, Syzmanski LM, Althaus JJ: Vaginal breech delivery in very low birth neonates: experience of a single center. J perinat Med 39(4):379,2011