

Acil Sağlık Hizmetlerinde Doğum

M. Bertan DEMİR¹

Giriş

Hızlı gerçekleşen doğum; düzenli uterus kasılmaları başladıktan sonra 3 saat içinde olan doğumdur ve genellikle hastanelerin doğum ünitelerine yetişmeden evde, ambulansda veya acil serviste gerçekleşir (3). Sebebi bilinmemektedir ancak doğum kanalının kasılmalara karşı koyamayacak kadar dirençsiz olmasına, bu kasılmaların anormal güçlü olduğu durumlarda ya da anne adayının doğum kasılmalarının geç farkına varmasına bağlı olabilir (1). Her yıl ülkemizde yüzlerce doğum bu şekilde ve komplikasyonsuz gerçekleşmektedir.

Öncelikle doğumda fetusun hareketlerini bilmek gerekir. Bunlar; angajman, iniş, fleksiyon, iç rotasyon, dış rotasyon olmak üzere beş tanedir.

Acil sağlık personeli bu tür durumlara her zaman hazırlıklı olmalıdır ve komplikasyonlarla başa çıkabilmelidir.

Acilde olsun evde olsun bu tür durumlarda yapılacak şeyler ana hatlarıyla anlatılmıştır.

1. Yardım Çağırılması

Doğum olayında söz konusu olan anne ve bebek olmak üzere iki kişinin hayatıdır. Bu nedenle anne ile bir acil sağlık çalışanı ilgilenirken, bebek için ikinci bir acil sağlık çalışanı gerekmektedir (2).

2. Hasta (Gebe) Değerlendirilmesi

Hastanın obstetrik ve medikal hikayesi, gebelik haftası sorgulanmalıdır.

Gravida, Parite: “Gravida,” nasıl sonuçlanırsa sonuçlansın (doğum, düşük) toplam gebelik sayısı iken; “Parite”, 20 hafta veya 500 gram üzerinde dünyaya gelen canlı ve ölü doğum sayısını ifade etmektedir (1). Önceki doğum şekli sorgulanmalıdır. Önceden normal doğum yapanlarda doğum daha hızlı gerçekleşirken, önceden sezaryen olanlarda uterus rüptürü riski vardır.

Gebelik Haftası: Çoğu hasta ve yakını gebelik haftasını bilmekle beraber hastanın son adet tarihi sorularak gebelik haftası gebelik çarkı ile hesaplanır.

Eğer hasta son adet tarihinin başlangıç gününü bilmiyorsa veya o sırada bilinci bulanık olması nedeniyle bilgi alınamıyorsa symphysis pubis ile fundus mesafesi ölçülerek gebelik haftası hesaplanır. 20. haftadan sonra ölçülen her bir santimetre bir hafta anlamına gelir. Ancak hastanın amniyon suyu anormallikleri, myom varlığı, hastanın obez olması bu ölçümün duyarlılığını azaltır. 37 haftadan büyük gebelikler term ve daha küçükler preterm olarak adlandırılır. Preterm doğumlar genelde 26 ile 37. haftalar arasındadır. 22. haftadan daha küçük olan doğumlar yaşamla bağdaşmaz

¹ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Kayseri Şehir Hastanesi, bertandemir@hotmail.com

Plasenta da çıktıktan sonra uterusun kasılı kalması için uterotonik ilaçlar verilmelidir. Oxytocin intravenöz olarak hızlıca verilir. Dozu değişmekle beraber 20 ünite (5 ampul Synpitan) 500 mL kristalloid içerikli mayi (izotonik solusyonlar) 1 saatte verilir. Oxytocin direk bolus tarzda IV verilmez. Damar yolu yoksa vakit kaybetmemek için 10 ünite (2 ampul Synpitan) IM olarak enjekte edilir. Eğer uterotonik ilaç yoksa veya uygulanamıyorsa fundusa, plasenta ayrıldığında göbek hizasında olur, kuvvetlice uterus biseps kası gibi sertleşinceye ve bu sertliği uzun süre kaybetmeden sürdürüne kadar, masaj yapılmalıdır (Resim 6). Uterus gevşek ve yumuşak ise doğum sonrası kanamaların en sık ve en tehlikeli nedeni olan; atoni hemen akla gelmelidir. Bebeğin hemen emzirilmesi de uterüs kontraksiyonunu artırmada ve atoniyi önlemede faydalıdır.

Plasenta kontrol edilerek tam olarak çıkıp çıkmadığı tespit edilir. Plasenta yüzeyinde parçalanma varsa atını ve postpartum kanama nedeni olan; rest (uterus içinde plasenta ve zar parçalarının kalması) açısından değerlendirilmelidir. Plasenta ve zarları tamsa bir kaba veya poşete konur.

Perine yırtıkları: Perine yırtıklar için dikkatlice muayene edilmelidir. Yüzeysel yırtıklar varsa müdahale etmeye gerek yoktur. Derin yırtıklar ise bir kadın doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Eğer kanama fazla ise steril pansuman seti varsa onarılmalı, eğer onarılamıyorsa kanamalı yere baskı yapılarak hasta doğum servisine getirilmelidir.

Kaynaklar

1. Anormal Doğum, Williams Obstetrics, 24. edition s.462-463
2. Prehospital Obstetric Emergency Training: The Practical Approach s.41-46
3. Hughes EC. Obstetric-Gynecologic Terminology, Davis, Philadelphia 1972. p.390.
4. Care of the newborn. In: Guidelines for Perinatal Care, 8th ed, Kilpatrick SJ, Papile L (Eds), American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017. p.353.
5. Lucas MJ, Leveno KJ, Cunmigham FG. A comparison of magnesium sulfate with phenitoin for the prevention of eclampsia. N Engl J Med 1995; 333:201
6. Kozhimannil KB, Karaca-MandicP, Blauer-Peterson CJ, et al. Uptake and Utilization of Practise Guidelines in Hospitals in the United States: the Case of Routine Episiotomy. Jt Comm J Qual Patient Saf 2017; 43:41.
7. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, et al. Variation in and factors associated with use of episiotomy. JAMA 2015; 313:197.
8. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev 2017; 6:CD006672.
9. Fogarty M, Osborn DA, Askie L. et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2018; 218:1
10. Hofmeyr GJ, Mshweshewe NT, Gülmezoğlu-AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2015; 1:CD008020