



ACİL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ

ANKARA 2014



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

ACİL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ



Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Ankara, 2014

Sağlık Bakanlığı Yayın No :

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayınlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi “Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi” T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Kapak Tasarım: Grafiker Umman SEZGİN

SUNUŞ

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Dünyada her yıl 400.000 civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin 5'incisi; anne sağlığındaki iyileşmesinin temel göstergesi anne ölümlerinin azaltılmasıdır.

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28,5'a, 2012 yılında 15,4'e, bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2012 yılında 7,4'e düşürülmüştür.

Bu sonuçların alınmasında ülkemizdeki genel gelişmenin yanında, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi, doğumların hastanede yapılmasının sağlanması, doğu ve güneydoğu başta olmak üzere kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli sayısının artırılması, hastanelerdeki erişkin ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmeler ve 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerindeki gelişmenin büyük katkısı olmuştur.

Bilindiği üzere anne ve bebek ölümlerinde geline bu düzeyden daha iyi sonuçlara ulaşmak gittikçe zorlaşmaktadır. Bugüne kadar yapılanlardan daha fazlasını, daha kaliteli olarak yapmak zorundayız. Bunu gerçekleştirmek için sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve alt yapı eksikliklerini tamamlamanın yanında, hizmeti sunan sağlık personelinin bilgi ve becerilerini de en üst düzeyde tutmak mecburiyetindeyiz.

Bakanlığımızca ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Bakanlığımız bilim komisyonları ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi ve Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuş ve 2013 yılında bu rehberlerin revizyonu yapılmıştır.

Bu rehberler değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmazlar. Tıbbın ana prensibi, “hastalık değil hasta vardır” ilkesine uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesi gerektiğini kabul eder.

Rehberlerin uygulanması ile her gebenin en az; 4 kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 kez lohusa izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir.

Klinik rehberlerin hazırlanmasında ve revizyonunda emeği geçen Bilim Komisyonu üyeleri, programda çalışan kurum personeli ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, Perinatoloji Uzmanları Derneğine teşekkür ederiz. Bugüne kadar anne ve bebek ölümlerini önlemek adına sahada özveri ile çalışan, bu rehberlerin uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline de ayrıca teşekkür ederiz.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Bilim Komisyonu üyeleri ile programlarda görev alan Kurum Başkanlığı çalışanları aşağıda soyadına göre alfabetik sırayla yer almaktadır.


Rehberi İlk Hazırlayan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Bilim Komisyonu	Program Sorumlu Uzmanı: Dr. Şevki ÇELEN
	AÇSAP Genel Müdürlüğü Program Görevlileri
Dr. Banu AKINCI	Dr. Ece ABAY
Dr. Berna DİLBAZ	Dr. İbrahim AÇIKALIN
Dr. Serhan CEVRİOĞLU	Dr. Sibel BİLGİN
Dr. Sadiye EREN	Hem. Hacer BOZTOK
Dr. Deniz ERDEM	Dr. Rukiye GÜL
Dr. Talip GÜL	Dr. Mine İREZ
Dr. Recep HAS	
Dr. Metin İNGEÇ	
Dr. Neşe Zehra KAVAK	
Dr. Yalçın KİMYA	
Dr. Selma KARAAHMETOĞLU	
Dr. Deniz KARCAALTINCABA	
Dr. Acar KOÇ	
Dr. Semih ÖZEREN	
Dr. Tuncay ÖZGÜNEN	
Dr. Ferit SARAÇOĞLU	
Dr. Cüneyt YÜKSEL	
	Dr. Mehmet Rifat KÖSE Genel Müdür

Yönetim Rehberi Revizyonu Bilim Komisyonu	Program Sorumlu Uzmanı: Uzm. Dr. Veli ONGUN
	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Program Görevlileri
Prof. Dr. Özgür DEREN	Cemalettin AK
Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN	Tıb. Tek. Nejla GÜNERHAN
Doç. Dr. Berna DİLBAZ	Hem. Akile UZUNLAR
Uzm.Dr.Selma KARAAHMETOĞLU	
Uzm.Dr. Deniz ERDEM	
	Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU Daire Başkanı
	Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ THSK Başkan Yardımcısı
	Prof. Dr. Seçil ÖZKAN THSK Başkanı

Yayın Komisyonu	
Yrd. Doç. Dr. Hasan IRMAK	THSK Başkan Yardımcısı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	THSK Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	THSK Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı
Uzm. Dr. M. Bahadır SUCAKLI	THSK Erken Uyarı-Cevap ve Saha Epidemiyolojisi Daire Başkanı
Yayın Koordinatörleri	
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	THSK Başkan Yardımcısı
Uzm. Dr. Sema SANİSOĞLU	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanı
Dr. Zübeyde ÖZKAN ALTUNAY	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Tıb. Tek. Nejla GÜNERHAN	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Msc.Cemalettin AK	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Hem. Akile UZUNLAR	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Redaktör	
Msc.Cemalettin AK	THSK Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

OBSTETRİK PROBLEMLERİ ÇÖZME YAKLAŞIMI	1
ACİL BAŞVURUDA HIZLI İLK DEĞERLENDİRME	7
GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ.....	11
GEBELİKTE HAFİF VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ.....	21
GEBELİKTE AĞIR VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ.....	25
POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ.....	29
AĞIR PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ	35
ACİL OBSTETRİK BAKIMDA YÜKSEK ATEŞ.....	45
ACİL OBSTETRİK BAKIMDA ENFEKSİYON TEDAVİSİ	49
ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEPSİS	53
ACİL OBSTETRİK BAKIMDA ŞİDDETLİ KARIN AĞRISI	57
GEBELİKTE BATIN İÇİ TRAVMA.....	61



**OBSTETRİK
PROBLEMLERİ
ÇÖZME
YAKLAŞIMI**

OBSTETRİK PROBLEMLERİ ÇÖZME YAKLAŞIMI

1. OBSTETRİK PROBLEMLERİN NE OLDUĞUNUN BİLİNMESİ

- Günaşımı
- Erken doğum eylemi
- Hipertansiyon-Preeklampsia
- Erken membran rüptürü (preterm ve term)
- Vajinal kanama (erken, geç ve postpartum)
- Derin ven trombozu, tromboflebit
- Pulmoner emboli
- Ciddi anemi
- Karın ağrısı
- İntra Uterin Gelişme Geriliği (IUGG) tespit ve yönetimi
- Yüksek Ateş
- Fetal ölüm
- Dehidratasyon
- Doğum komplikasyonu:
 - Fetal distres
 - Anormal doğum (distosi)
- Sistemik hastalıklara bağlı gelişen acil durumlar

2. ANORMAL DOĞUM

(En ciddi komplikasyon uterus rüptürüdür.)

3. UTERUS RÜPTÜRÜ

3.1. Nedenler

- Prezantasyon, pozisyon anomalileri

- Pelvik distosiler
- Kontraksiyon anomalileri (ilerlemeyen eylem, tetanik kasılmalar, hızlı doğum vb)
- Uygunsuz doğum indüksiyonu
- İri fetüs

3.2. Bulgular

- Kontraksiyonlar arası ağrının geçmemesi
- Kontraksiyonların kaybı
- Akut karın bulguları (karında hassasiyet, rebound)
- Alt karında yatay uzanan çöküklük (bandlı halkası)
- Prezente olan bebek kısmının yukarı çıkması,
- Bebek kalp atımının bozulması veya kaybolması

3.3. Tedavi ve Öneriler

- Damar yolu aç.
- Özel durum yoksa tercihen %5 dekstroz tak.
- Uzamış eylemde (risk varsa) uygun antibiyotik uygula.
- Acil olarak sevk kriterlerine uygun bir şekilde hastaneye sevk et.

4. PREEKLAMPSİ

4.1. Bulgular

- Sistolik kan basıncının 140 mmHg'nin üzerinde veya diastolik kan basıncının 90 mmHg'nin üzerinde olması
- Proteinüri
- Ödem
- Fazla ve hızlı kilo alımı (haftada 1 kg'dan fazla)

4.2. Tedavi ve Öneriler

Birinci basamakta kısa sürede doğum gerçekleşmeyecekse sevk kriterlerine uygun olarak "Temel Acil Obstetrik Bakım" veya

“Kapsamlı Acil Obstetrik Bakım” kuruluşuna gönder (Bkz. Ağır preeklampsi-Eklampsi protokolü).

5. CİDDİ KRONİK ANEMİ

5.1. Bulgular

- Ciddi avuç içi ve konjunktiva solukluğu ve/veya
- Hemoglobin<7g/dl

5.2. Tedavi ve öneriler

- Anemi protokolüne uygun tedavi ver.

6. PRETERM EYLEM

37. haftadan önce eylem

- Prezantasyonu tekrar değerlendir (prezentasyon anomalileri sıktır).
- Erken membran rüptürü olup olmadığına bak.
- FKA değerlendir.
- Damar yolunu açarak hidrasyonu sağla.
- Servikal açıklığı değerlendir.
- **Doğum kaçınılmaz ise:**
- Doğum için mümkünse yardımcı eleman al.
- Başın hızlı doğumunu engelle, kontrollü doğum olmalı.
- Yenidoğan resüsitasyonu için hazırlık yap.
- İlk müdahaleden sonra gerekirse bebeğin sevki için hazırlık yap.
- Bebeği ısıt, Apgar-skoru değerlendir, solunumu yeterli değilse oksijen ver, aspire et.
- Tokoliz yapılabilecek ise sevk et.

7. MEMBRAN RÜPTÜRÜ

- **Gebelik miadında ancak eylem zarları açılmış ise erken mebran rüptürü olarak tanımlanır.**
- **Termde, ancak eylem başlamadan önce membran rüptürü olmuşsa:**
 - 6-12 saat içinde kendiliğinden eylem başlamamışsa ve bishop uygunsu oksitosinle eylem başlatılır. Aynı zamanda profilaktik uygun antibiyotik (penisilin alerjisi yoksa 2 gr ampisilin) verilir.
 - 24 saatten uzun sürmüş ve doğum olmamışsa yenidoğan sepsis riski vardır.
- **Termde değilse preterm erken mebran rüptürü olarak tanımlanır. Damar yolu açarak yenidoğan bakımının ve tedavisinin planlanacağı bir merkeze sevk edilir.**

8. FETAL ÖLÜM

8.1. Bulgular

- Fetal hareket yoktur.
- Tekrarlayan muayenelerde fetal kalp sesi duyulmaz.
- USG; fetal kalp atımı yoktur.
*Dekolman yönünden değerlendirilmesi önemlidir.

8.2. Öneriler

- Bebeğin canlı olmadığından emin olunmuşsa hemen hasta ve yakınlarına bildir.
- Doğum sonrası bebekte herhangi bir malformasyon varsa kayıtlara geçir ve aileyi bilgilendir.
- Ölümden önce ve sonra meydana gelen olaylarla ve bunun muhtemel nedenleri ile ilgili aileyi bilgilendir.
- Hastayı sevk et.

9. DEHİDRATASYON

Aşağıdakilerden iki veya fazlası varsa:

- Tansiyon düşüklüğü
- Taşikardi
- İdrarda azalma
- Susuzluk
- Çökük gözler
- Ağız kuruluğu
- Ciltte turgor tonus azalması

9.1 Tedaviler

- Hafif dehidrate ise oral sıvı ver.
- Oral alamıyorsa veya ciddi dehidrate ise ve kalp yetmezliği yoksa 3 saatte 1000 cc serum fizyolojik ver.
- Tedaviye cevap vermiyor veya idrar çıkışı yeterli değilse bir üst basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.



**ACİL BAŞVURUDA
HIZLI İLK
DEĞERLENDİRME**

SİSTEM/ SEMPTOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
Havayolu- solunum		Siyanoz ve solunum sıkıntısı olup olmadığını	Varsa; Ağır anemi Kalp yetmezliği Pnömoni Astım Emboli
Dolaşım		Cilt: Soğuk ve nemli Nabız: hızlı (≥ 110) ve zayıf Kan basıncı: düşük (sistolik < 90 mmHg)	Şok
Vajinal kanama	Gebe mi? Süresi? Doğumu yeni mi yapmış? Plasenta çıkarılmış mı?	Vulva: Kanama miktarı Plasenta retansiyonu Yırtık Uterus: Atoni Mesane: Doluluk yönünden	Düşük Ektopik gebelik Molar gebelik Uterus rüptürü Plasenta dekolmanı Plasenta previa Uterus atonisi Uterus inversiyonu Servikal-vajinal yırtıklar Plasenta/parçalarının kalması
Bilinç kapalı/ konvülsiyon	Gebe mi? Süresi?	Kan basıncı: Diastolik basınç: > 90 mmHg Ateş: $> 38^{\circ}\text{C}$	Eklampsi, Epilepsi Tetanoz, Sıtma, Zehirlenme

Yüksek ateş	Halsizlik Uyku hali Dizüri Öksürük Burun akıntısı Baş ağrısı İshal Boyun ağrısı	Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Bilinç kaybı Ense sertliği Akciğer Oskültasyonu: Zayıf solunum ve eksseler Memede hassasiyet Karın muayenesinde hassasiyet Kostalomber hassasiyet Uterus hassasiyeti Boğaz muayenesi Vulvavajen: pürülan akıntı	Koryoamnionit İdrar yolları enfeksiyonu Pnömoni Endometrit Pelvik abse Peritonit Pyelonefrit Mastit Düşük komplikasyonu Sıtma Menenjit Ensefalit
Karın Ağrısı	Gebe mi? Süresi?	Kan basıncı: Sistolik ≤ 90 mmHg Nabız: hızlı (≥ 110) Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Uterusun gebelik haftası ile uyumu Uterus kontraksiyonu	Over kisti (torsiyon, rüptür) Ektopik gebelik Term/preterm eylem Koryoamnionit Apendisit Plasenta dekolmanı Uterus rüptürü Üriner sistem hast. (taş, enfeksiyon)



GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ

GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ

- Gebenin kanamasını değerlendirme basamaklarını uygula.
- Hastanın kanama miktarını ve genel durumunu değerlendir.
 - ***Hafif kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.
 - ****Şiddetli kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Doğurganlık öyküsünü al:
 - Yaş
 - Son adet tarihi (kanamanın gebeliğin hangi döneminde olduğunu tespiti)
 - Toplam gebelik sayısı
 - Toplam doğum sayısı
 - Toplam düşük sayısı
 - En son gebeliğin nasıl (düşük, doğum) ve ne zaman sonuçlandığı
 - Kanamasının miktarı ve şekli
 - Ağrısı var mı?
 - Suları gelmiş mi?
 - Bebek hareketlerini hissediyor mu?
 - Korunma yöntemi (AP Yöntemi)

Gebelik haftasına göre erken veya geç gebelik kanaması olup olmadığına karar ver:

Erken gebelik kanaması: İlk 22 hafta içerisinde meydana gelen kanamalar.

Geç gebelik kanaması: 22 haftadan sonra meydana gelen kanamalar.

- **Aşağıdaki önlemleri al.**

- Gerekirse sıvı replasmanı sağla, şok bulguları varsa şok tedavisine başla.
- Fundus yüksekliğini, uterusun kontrakte olup olmadığını değerlendir, FKA al.
- Spekulum muayenesi sonrası, Plasenta previa düşünülmeyse vajinal muayeneyi yap.

- **Aşağıdaki tabloya göre olası tanıyı koy.**

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
Hafif kanama* Kapalı serviks Uterus gebelik haftası ile uyumlu	Kramp tarzında ağrı Alt karın ağrısı Uterus beklenenden daha yumuşak Adet gecikmesi	Düşük tehdidi
Hafif kanama Karın ağrısı Kapalı serviks Serviks hareketleri ağırlı Uterus normalden yumuşak Gebelik haftasıyla uyumlu olmayan uterus büyüklüğü	Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Karında yaygın hassasiyet Adet gecikmesi Serviks hareketleri ağırlı Şok tablosu	Dış gebelik
Hafif kanama Kapalı Serviks Uterus beklenenden küçük Uterus normalden yumuşak	Hafif kramp/Alt karın Parça düşürme öyküsü Adet gecikmesi	Tam düşük

Aşırı kanama** Dilate serviks Uterus beklenen büyüklükte.	Kramp/Alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü yok Adet gecikmesi	Önlenemeyen düşük
Aşırı kanama Dilate serviks Uterus beklenen büyüklükte.	Kramp/Alt karın ağrısı Kısmi parça düşürme Serviksde gebelik materyali parçaları var	Tam olmayan düşük
Aşırı kanama Dilate serviks Uterus beklenenden büyük (her zaman değil) Uterus normalden yumuşak Üzüm benzeri parça	Bulantı/kusma Kendiliğinden düşük Kramp/alt karın ağrısı Over kisti Adet gecikmesi Erken başlayan preeklampsi Fetüse ait bulgu yok (USG bulgusu)	Molar Gebelik

1. ERKEN GEBELİKTE KANAMA **(İlk 22 haftada olan kanama)**

1.1. Hafif Kanamalara Yaklaşım

- Düşük tehdidi
- Tam düşük
- Dış gebelik

İlk 22 haftada olan kanamalarda tanıyı koymak için USG'den yararlanılır. USG için sevk et. Hastanın Rh uygunsuzluğu var ise Anti-D uygulanması açısından değerlendirilir.

1.1.1. Düşük Tehdidi

Serviks kapalı, uterus beklenen büyüklükte ve daha yumuşak, kramp tarzında alt karın ağrısı mevcuttur. Genellikle tedavi gerekmez.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Kanama azalırsa gebeyi evine gönder.
Zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durmasını öner.
- Kanama artarsa tekrar başvurmasını söyle.
- Kanamada azalma olmazsa fetüs canlılığını kontrol et ve bir üst basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.
- 48 saat sonra durumunu bildirmesini iste.

1.1.2. Tam Düşük

Serviks kapalı, uterus beklenenden küçük, yumuşak, hafif kramp, alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü mevcuttur.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Şiddetli kanama açısından izle.
- Uterus tahliyesi genellikle gerekmez.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Profilaktik antibiyotik uygula

1.1.3. Dış Gebelik

Serviks kapalı, uterus beklenenden az büyük, karın ağrısı, baygınlık, adnekslerde hassasiyet, ağrılı serviks hareketleri mevcuttur.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirir.
- Dış gebelik ön tanısı durumunda damar yolunu açarak (şok durumu varsa 16-18 nolu kanulle damar yolu açarak ringer laktat veya izotonik sıvı hızlı infüzyon olacak şekilde tedaviye başla) bir üst basamağa sevk et.

2.Basamakta:

- Kanda veya idrarda β HCG bak.
- Düşük tehditi, akut kronik PID, torsiyone veya rüptüre olmuş over kisti, akut apendisit ile ayırıcı tanısını yap.
- **Rüptüre olmayan dış gebelik yakınmalarını değerlendir.**
 - Erken gebelik yakınmaları (düzensiz lekelenme veya kanama, bulantı, memede dolgunluk, vajen ve servikste mavimsi renk değişikliği, servikste yumuşama, uterusu hafif büyüme, sık idrara çıkma)
 - Karın ve kasık ağrısı

Rüptürü olmayan ve akut batın olmayan vakalarda izlem, medikal ve cerrahi tedavi yönünden değerlendir.
- **Rüptüre olan dış gebelik yakınmalarını değerlendir.**
 - Halsizlik ve bitkinlik
 - Hızlı, zayıf nabız (110 atım/dk üstünde)
 - Ortostatik Hipotansiyon
 - Hipovolemi
 - Bıçak saplanır tarzda karın ve kasık ağrısı
 - Karında şişkinlik
 - Rebaunt hassasiyet
 - Solukluk
- Acil cerrahi girişim hazırlığı yap.

- Kan cross yap, cerrahi işleme başlayana kadar kanın hazır olmasını sağla.
- Uygun cerrahi girişimi yap.
- Tedavi sonrası izlemi yap.
- Fertilité prognozu ile ilgili danışmanlık ver.
- Aile planlaması danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).
- Bilgilendirme yap ve kontrole çağır.

2. ŞİDDETLİ KANAMALARA YAKLAŞIM

- Önlenemeyen düşük
- Tam olmayan düşük
- Molar gebelik

2.1. Önlenemeyen Düşük

- Dilate serviks, uterus beklenen büyüklükte, kramp tarzında alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü yok.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Önlenemeyen düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak uygun şekilde bir üst basamağa sevk et.

2. Basamakta:

- Gebelik 12 haftadan küçük ise:
Hastayı bilgilendirerek onayını al.
 - Uterusu tahliye et.
 - Uterus tahliyesi hemen mümkün değilse 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik ve ringer laktat) 40 ünite

oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla ve en kısa sürede uterus tahliyesini planla.

- Gebelik 12 haftadan büyük ise:
 - Gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekleyip daha sonra uterus tahliyesini yap.
 - Gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için, gerektiğinde 1000cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla.
 - Abortus sonrası kalan gebelik ürününü küretaj ile boşalt.
- Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Aile Planlaması danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).

2.2. Tam Olmayan Düşük

Serviks dilate, uterus beklenenden küçük, kramp alt karın ağrısı, kısmi parça düşürme var.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir, septik abortus ihtimalini araştır.
- Tetanoz profilaksisi uygula.
- AP danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).
- Tam olmayan düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak uygun şekilde **bir üst basamağa sevk et.**

2. Basamakta:

- Gebelik 12 haftadan küçük ise:

- Kanama hafif veya orta şiddette ise serviksten dışarı uzanan gebelik ürününü ring forceps ile al.
- Kanama şiddetli ise uterusu tahliye et.
- Gebelik 12 haftadan büyük ise:
 - Gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekleyip daha sonra uterus tahliyesini yap.
 - Gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için, gerektiğinde 1000cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla.
 - Abortus sonrası kalan gebelik ürününü küretaj ile boşalt.
- Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).

2.3. Molar Gebelik

Serviks dilate, uterus beklenenden büyük ve yumuşak, üzüm benzeri parça düşürme, bulantı kusma, kendiliğinden düşük, kramp alt karın ağrısı, fetüse ait bulgu yok.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısı) hızla değerlendir.
- Molar gebelik tanısının konması durumunda bir hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak ve gerekli önlemleri alarak uygun şekilde **üst basamağa sevk et.**

2.Basamakta :

- Tahliye sırasında gerekli analjezi ve anesteziyi sağla.
- Vakum aspirasyon ile uterusu tahliye et ve materyali patolojiye gönder.
- Tahliye sırasında kanamayı önlemek için 1000 cc sıvı içine (ringer, salin) 20 ü. Oksitosin koyarak 60 damla/dakika hızında infüzyona başla.

- Keskin küretajla kavite kontrolü yap, alınan materyali patolojiye gönder.
- Uterus tahliyesi esnasında kullanılmak üzere negatif basınç oluşturulmuş mümkünse birden fazla vakum aspiratörü hazır bulundur.
- Bilgilendirme yap ve en az bir yıl süre ile gebeliği önlemek için hormonal aile planlaması yöntemi başla.
- Dirençli trofoblastik hastalık veya koryokarsinom riski nedeni ile bir yıl süre ile kantitatif β -HCG ve USG ile takip et, yapılamıyorsa bir üst basamağa sevk et.
- Kadın yeterli çocuğa sahip ise aileye gönüllü tüp ligasyonu veya vazektomi öner.
- Kemoterapi gereken vakaları üçüncü basamağa sevk et.

3. GEÇ GEBELİKTE KANAMA

(22 haftadan sonra olan kanama)

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Fundus yüksekliği, uterin kontraksiyon varlığı ve fetal kalp atımını belirle.
- Doğum eylemi ise haftasına göre tedavisini yap.
 - Doğum eylemi başlangıcı düşünülüyorsa normal doğum eylemi ve doğum takibi yap.
- Plasenta Previa, plasenta dekolmanı, uterus rüptürü kaynaklı olabileceği düşünülüyorsa:
 - Acil sıvı tedavisi başla (16-18 nolu kanülle damar yolunu açarak, ringer laktat veya izotonik sıvısı ile).

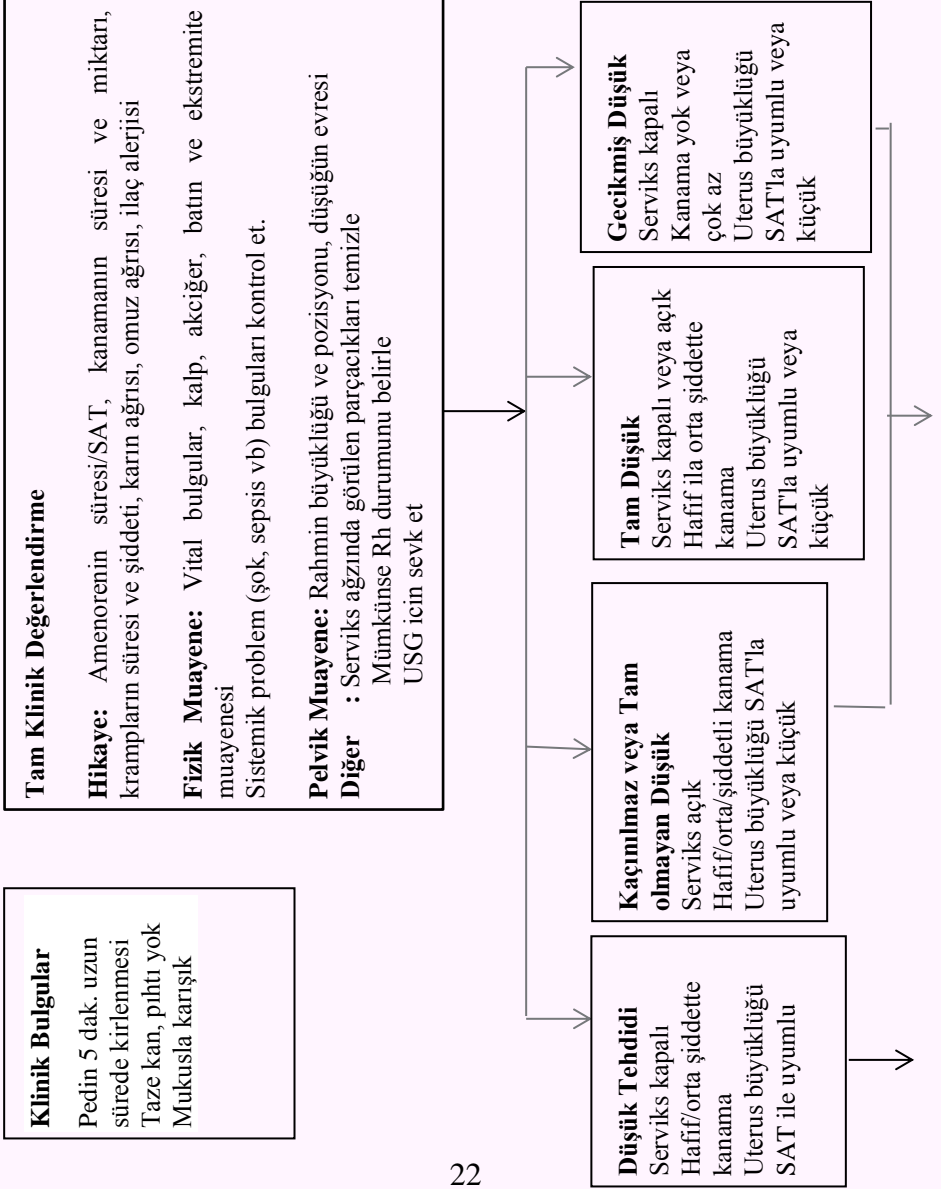
Acilen bir üst basamağa sevk et.

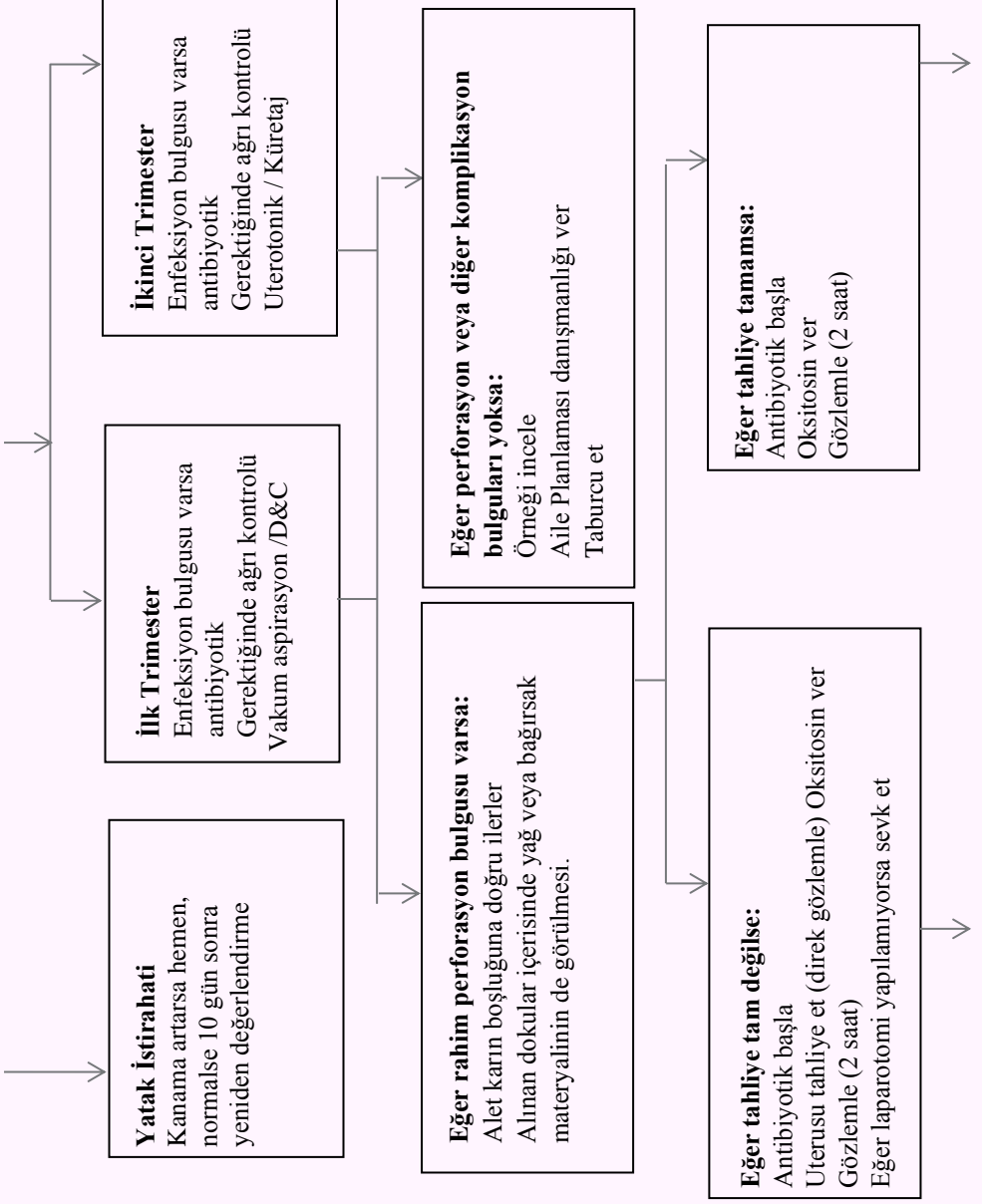


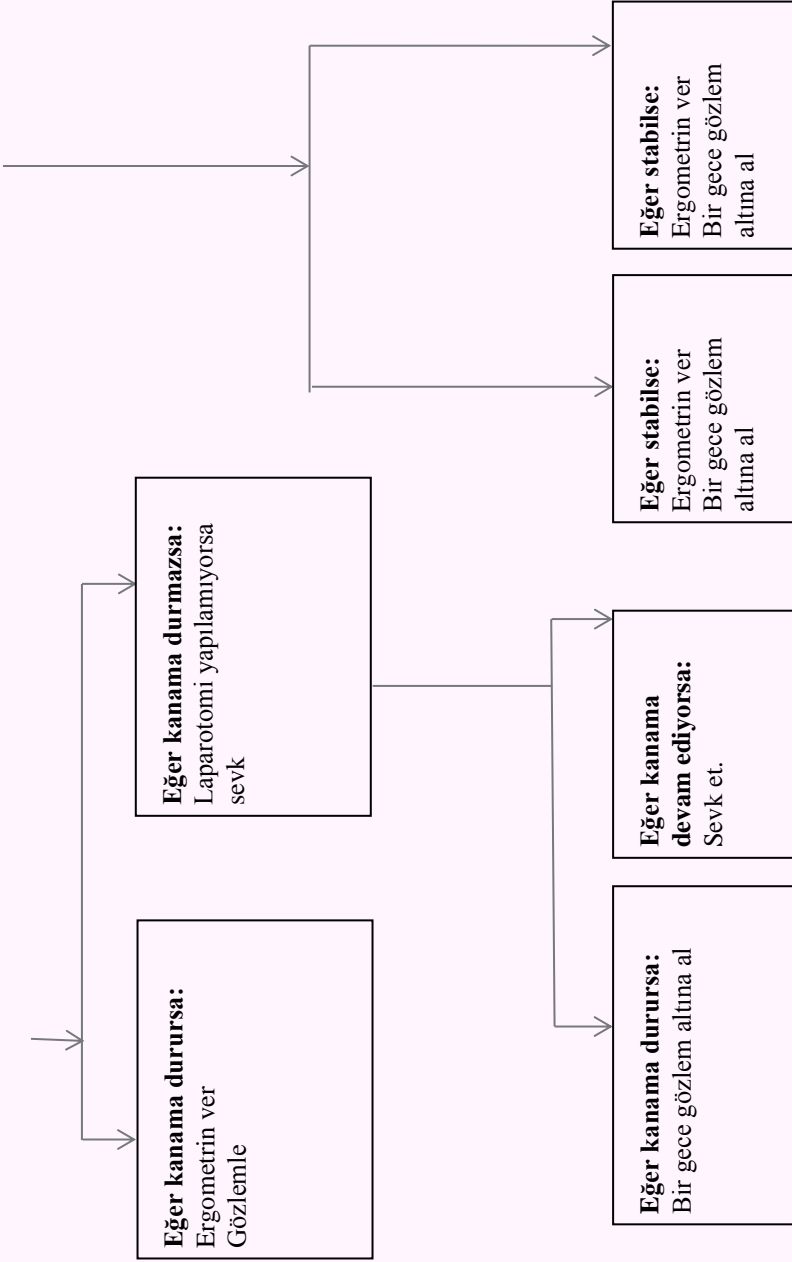
**GEBELİKTE HAFİF
VAJİNAL KANAMA
YÖNETİMİ**



HAFİF VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ



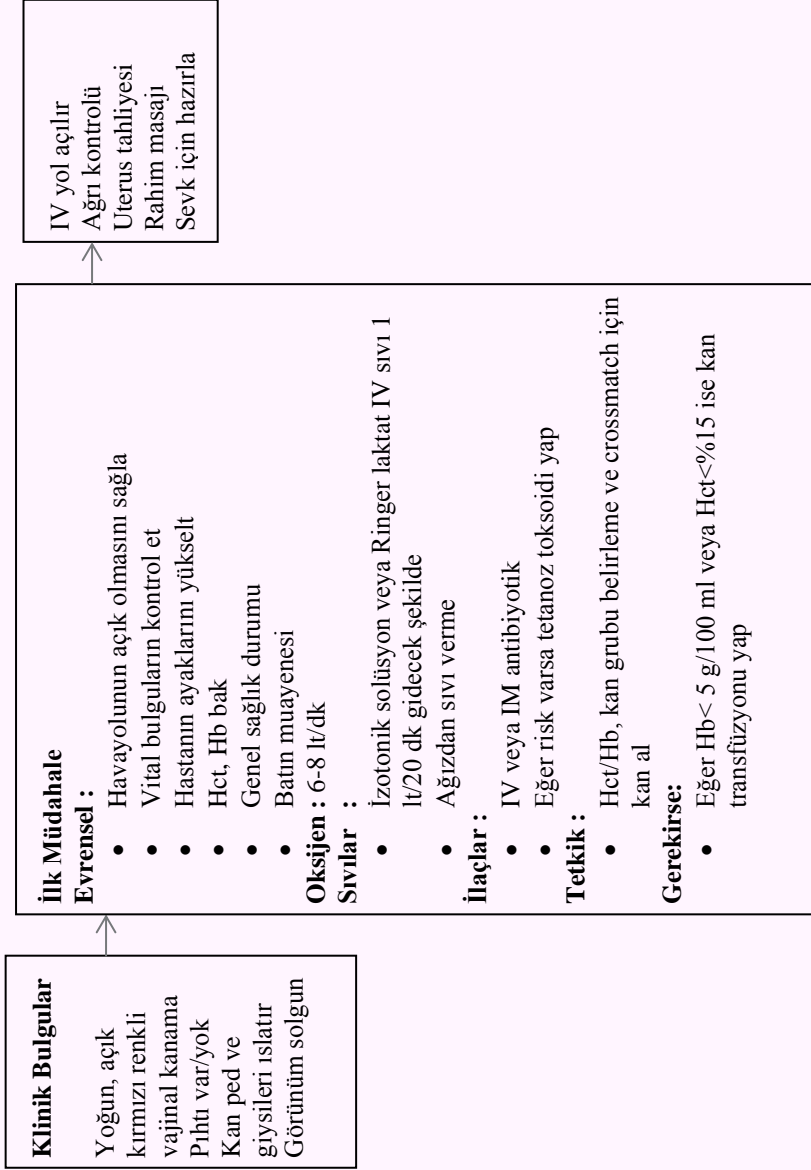


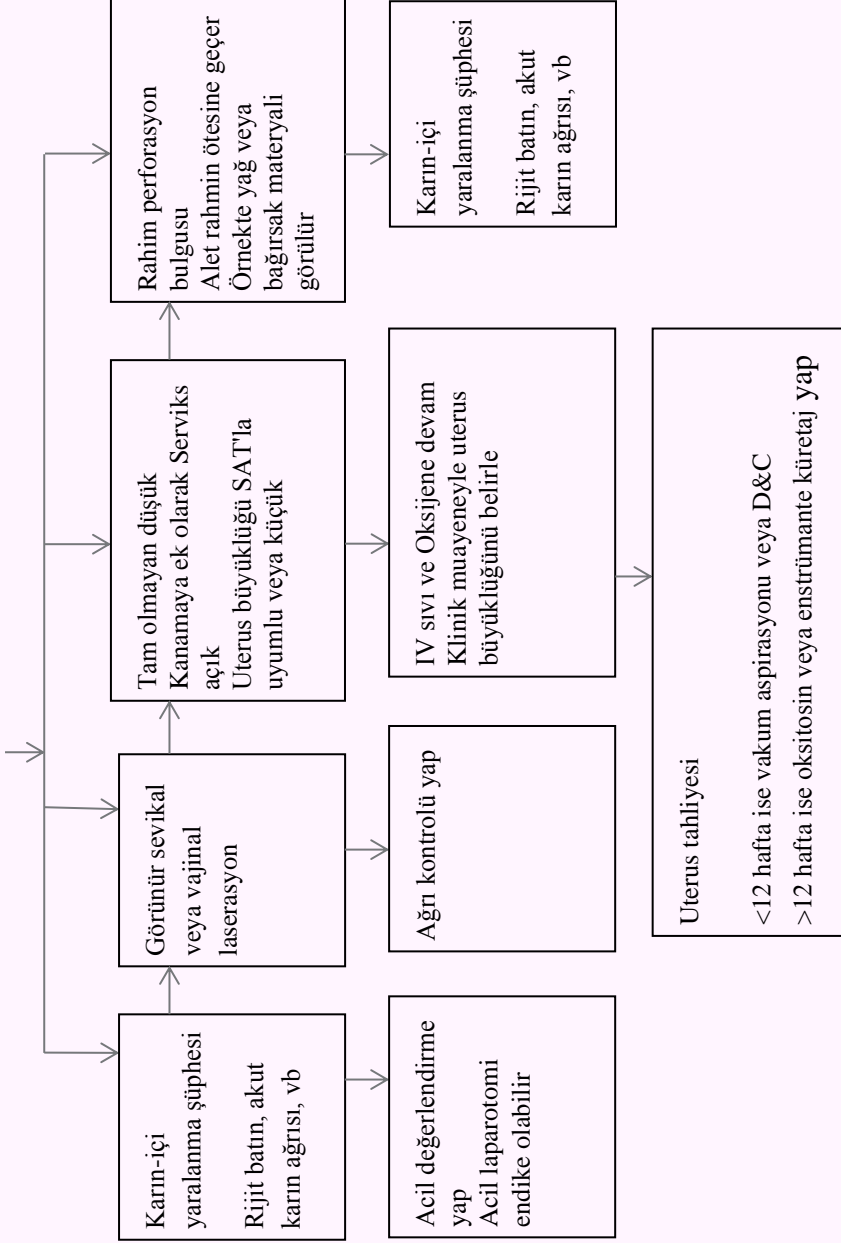




**GEBELİKTE AĞIR
VAJİNAL KANAMA
YÖNETİMİ**

AĞIR VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ







**POSTPARTUM
KANAMA
YÖNETİMİ**



POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

1. Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda da kadından veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.
 - Kanama miktarını değerlendir:
 - ***Hafif kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.
 - ****Şiddetli kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.
 - Doğumun gerçekleştiği yeri ve zamanını öğren.
 - Kan grubu ve tam kan sayımı için örnek al.
 - Muayene et. Postpartum kanamanın ayırıcı tanısını yap.
 - Gerekli durumlarda kullanmak üzere uygun kan temin et.
2. Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yap (damar yolu aç, 4-6 O2 litre/dak, kardiyak monitörizasyon) ve vital bulguları düzenli olarak kontrol et ve kaydet. Kanama nedeni uterin atoni ise;
 - Uterus masajı yap.
 - Tercihen 10 IU oksitosin IM yap, takip et, 5 dakika içinde uterus kontrakte değilse 0.2 mg ergot alkaloidi (metilergobasine) (I.M) yap. (Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri VERME!!!)
 - IV damar yolu aç ve 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver.
 - Mesaneyi boşalt gerekirse sonda tak.
 - Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol et.

- Uterus sert hale gelene kadar masaja devam et. 1 saat süreyle uterusun sert olduğundan emin ol.

3. Uterusu değerlendir.

- Müdahaleye rağmen uterus kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kaviteyi kontrol et (Rüptür kontrolü).
- Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygula, uygulayamıyorsan 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver
- Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa Ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk et.

4. Plasentayı değerlendir.

A. Plasenta çıkarılmamış ise:

- Plasentayı kontrollü kord traksiyonu ile çıkar.
- Eğer başarısız olunur ve kanama devam ediyorsa plasentayı el yardımı ile çıkar ve kavite bütünlüğünü kontrol et.
- Uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) olarak başla.
- Eğer plasenta çıkarılamaz ise cerrahi müdahale planla, cerrahi müdahale yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk et.
- Sevk sırasında 1000 cc IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde, 30 damla/dk olarak başla, gerekirse artır.

B. Plasenta çıkarılmış ise plasentayı muayene et.

- a. Plasenta ve ekleri tam ise:
 - Kanama açısından takip et.
 - Eğer uterus yumuşak ise uterus masajı yap.
 - 2. Maddedeki kuralları uygula.
 - b. Eğer plasenta ve ekleri tam değilse;
 - Serviksin durumuna göre, plasenta parçalarını manuel veya Bumm küret yardımıyla çıkart.
 - Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla.
 - Eğer çıkarılamıyorsa hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et.
5. Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol et.
- Yırtığı muayene ederek yer ve derecesini belirle.
 - Yırtıktan sonra olan kanamayı kontrol altına al.
 - Eğer yırtık bulunduğunuz birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk et.
 - Sevk sırasında yırtığa tampon uygulamaya devam et, kanama uterus kaynaklı değilse 1000 cc sıvı (ringer laktat) içinde 10 IU oksitosin 30 damla/dk olacak şekilde ver.
6. Uterusu rüptür ve plasenta retansiyonu açısından değerlendir.
- Müdahaleye rağmen uterus kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kaviteyi kontrol et (Rüptür kontrolü).
 - Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygula, uygulayamıyorsan 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver.
 - Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk et.

7. Tüm müdahalelerden sonra kanamayı kontrol et. 1 saat içerisinde:

A. Eğer hala kanama çok miktarda devam ediyor ise:

- 1000 cc içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dk.da olacak şekilde devam et ve ikinci IV damar yolunu aç. Misopristol (cytotec) uygula. (1000 mcg rectal veya hasta müsait ise 600 mcg sublingual)
- Kan transfüzyonuna başla, temin edilemiyorsa kolloid bir sıvı infüzyonuna başla.
- Bimanuel uterus veya aort kompresyonunu uygula. Kanama durmazsa kavite içerisine bakri balon uygula
- Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. Jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla.
- Uygun koşullar var ise cerrahi seçeneklere başvur:
 1. Uterus kompresyon sütürleri,
 2. Arter ligasyonu,
 3. Histerektomi (mümkünse total)
- Uygun koşullar yoksa hastayı gerekli önlemleri alarak bir üst basamağa acil olarak sevk et.

B. Eğer kanama kontrol altında ise:

- Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dk olacak şekilde devam et.
- 4 saat boyunca her yarım saatte bir hastanın vital bulgularını (TA, nabız, solunum, ateş) ve aldığı çıkardığı sıvı takibini yap. 24 saat yakın takibe al. Eğer

saatte 30 cc.den az idrar çıkarırsa veya Hb'i 7 gr/dl.nin altına düşerse ve/veya ciddi solukluğu olursa bir st basamağa sevk et.

- Hastayı 48 saat takip et.



**AĞIR PREEKLAMPSİ
VE EKLAMPSİ**

AĞIR PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ

Tablo 1. Preeklampsi Sınıflaması

	Hafif preeklampsi	Ağır preeklampsi
Sistolik Kan Basıncı	140-160	≥ 160
Diastolik Kan basıncı	90-110	≥ 110
Proteinüri (spot idrar)	$\leq 2+$	$\geq 3+$
Proteinüri (24 saatlik)	≥ 300 mg	≥ 5 gr
Baş ağrısı	yok	Bu bulgulardan bir veya daha fazlası olabilir
Görmede değişiklik	yok	
Epigastrik veya sağ üst kadran ağrısı	yok	
Karaciğer enzimlerinde artış	Yok/Hafif	
Trobbositopeni (100.000)	yok	
İdrar çıkışı <500 ml	yok	
Epigastrik veya sağ üst kadran ağrısı	yok	
Akciğer ödemi	yok	
İntrauterin gelişme kısıtlılığı	yok	

Ağır pre-eklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu aynı şekilde yönetilir, kesin tedavi doğumdur. Hastanın vital bulguları stabil edilir edilmez obstetrik kontrendikasyon yoksa aynı zamanda oksitosin başlanarak 12 saat içerisinde doğum gerçekleştirilir. ***Proteinüri olmadan preeklampsi, HELLP Sendromu veya eklampsi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.***

Hafif Preeklampside Hasta Yönetimi

- Gebelikte hipertansiyon saptanan hastada 4-6 saat ara ile yapılan ölçümlerde tansiyon değerlerinin yüksekliği söz konusu ise hipertansif hastalığın tipini belirlemek için gebe hospitalize edilir.
- Gebe ve fetüs açısından etkilenmenin şiddeti değerlendirilir.
- Doğumun zamanlaması anne ve fetüs açısından saptanan risk durumuna göre kararlaştırılır.
- Hafif preeklampsisi tanısı konulan ve fetal iyilik hali testleri normal sınırlar içerisinde olan preterm gebeler yakın takip ile 38. gebelik haftasına dek izlenebilir.
- Yakın takibe alınabilecek ve iyi koopere hafif preeklampsili hastalar ayaktan takip edilebilirler.

Stabil hastalarda;

- Kan basıncı 4-6 saatte bir ölçülmeli
- Bazal labarotuvuar tetkikleri haftada bir kez incelenmeli
- Fetal iyilik hali testleri haftada bir kez değerlendirilmeli
- Fetal büyüme ve amniotik sıvı miktarını değerlendirmek için 2-3 haftada bir USG yapılmalıdır.
- Ayaktan takibe alınan hastalarda kan basıncı değeri mümkünse günde en az iki kez kontrol edilmelidir.

* *Kan basıncı ölçümü, hasta en az 10 dak. süre ile oturur pozisyonda iken yapılmalı, ölçüm işleminden en az 30 dak. öncesine kadar sigara ve kafeinli içecek kullanılmamış olmalıdır. Ölçüm işlemi mümkün olduğunca sağlık personeli tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.*

Şiddetli preeklampsi veya eklampsi ile gelen hasta yönetimi

1. Hastanın genel durumu hızlı bir şekilde değerlendirilir. Kan basıncı, nabız ve solunum sayısı alınırken aynı zamanda yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsü alınır.
 - Havayolu ve nefes alışı kontrol edilir.
 - Mümkünse sol yan tarafına yatırılır.
 - Ateşi ve ense sertliği kontrol edilir.
 - Sessiz-sakin bir odaya alınır.
2. Eğer nefes almıyorsa veya yüzeysel nefes alıyorsa;
 - Havayolu açılır ve eğer gerekliyse entübe edilir.
 - Ambu ve maske kullanarak ventilasyona yardımcı olunur.
 - Dakikada 4-6 litre oksijen verilir.
3. Eğer nefes alıyorsa maske veya nasal kanül yardımı ile dakikada 4-6 litre oksijen verilir.
4. Eğer konvülsiyonda ise;
 - Herhangi bir yaralanmaya karşı korunur ve eğer gerekiyorsa tespit edilir.
 - Kan, kusmuk ve diğer sekresyonların aspire edilme riskini azaltmak için hasta yan yatırılır.
 - Konvülsiyondan sonra ağız ve boğazı aspire edilir. Dilin ısırılıp ısırılmadığı kontrol edilir.
5. Magnezyum sülfat 10 dak. içinde gidecek şekilde IV olarak verilir (Bkz. Magnezyum sülfat kullanım şeması).
6. Eğer diastolik kan basıncı 110 mmHg üstünde ise antihipertansif ilaç verilir. Diastolik kan basıncı 100 mmHg'nın altına düşürülür, **mümkün olduğunca 90 mmHg'nın altına**

düşürülmez. Mümkünse hasta monitörize edilir. Kan basıncı stabilize olana dek 15 dakikada bir, daha sonra saatte bir takip edilir.

7. Sıvılar;

- IV infüzyona başlanır.
- Aldığı-çıkardığı izlemi yapılır ve kaydedilir. Verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışı kontrol edilir ve aşırı sıvı yüklemesi olmadığından emin olunmalıdır.
- İdrar çıkışı ve proteinüriyi kontrol etmek için idrar sondası takılır.
- Mümkünse CVP kateterizasyonu yapılır (özellikle şiddetli kalp hastalığı, şiddetli renal hastalık, pulmoner ödem, tedaviye dirençli hipertansiyon, oligoanüri durumlarında).

Eğer idrar çıkışı saatte 30 ml'den az ise:

- İdrar çıkışı düzelene kadar Magnezyum sülfat verilmemelidir.
 - 15 dakikada bir vital bulguları ve refleksleri izlenir.
 - Fetal kalp atımı izlenir (mümkünse fetal monitörle sürekli izlem yapılmalıdır).
 - CVP'ye göre sıvı tedavisi ayarlanır eğer kateter takılmamışsa 8 saatte 1 litre olacak şekilde idame doz IV sıvı infüzyonuna devam edilir.
 - Pulmoner ödem gelişimi açısından izlenir (nefes darlığı vb.).
 - Hasta asla yalnız bırakılmamalıdır. Konvülsiyonun ardından sekresyonların aspirasyonu anne ve fetüsün ölümüne neden olabilir.
8. Saatte bir vital bulgular, refleksler ile fetal kalp atımı gözlemlenir ve kaydedilir.

9. Mmkn olan en kısa sürede doğumun gerçekleşmesi için gerekli tedbirler alınır.

Antikonvlsif İlaçlar

- Ağır preeklampsi ve eklampsinin yönetiminde MAGNEZYUM SÜLFAT birinci seçenek ilaçtır. Bu hastaların tüm tedavisi boyunca acil tepsisi yanında olmalı ve içinde mutlaka magnezyum antidotu olan KALSİYUM GLUKONAT bulunmalıdır.

Magnezyum Sülfat kullanım şeması

Yükleme dozu:

- Yükleme dozu 4-6 gram olarak belirlenmiřtir. Her biri 10 ml olan % 1,5'luk ampuller 1,5 gr $MgSO_4$ içerirler. Bu ampullerden toplam 3 adet (4,5 gr $MgSO_4$) 150 ml % 5 dekstroz içerisinde IV olarak yavaş infüzyon şeklinde (15-20 dakikada) verilir.
- IV verilemediği durumlarda ağrılı olmakla beraber zorunluluk nedeniyle aynı doz IM olarak verilebilir (Bu miktar 30 ml'lik hacim tutacağı için her iki kalçaya uygulanır.).

İdame dozu:

- MgSO₄; 1,5 gram/saat olacak şekilde sıvı içinde devamlı infüzyon şeklinde veya saat başı 1,5 gr. 10 dakikada gidecek şekilde IV verilir.
- Alternatif olarak (IV tedavinin verilemeyeceği koşullarda) saatlik 1,5 gr MgSO₄ (1 ampul/10 ml) 2 doza bölünerek her iki kalçaya 5'er ml yapılır.
- Doğumdan veya son konvülsiyonun üzerinden en az 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.
- MgSO₄ infüzyonu devam ederken aşağıda sayılan bulgulardan emin olunmalıdır;
 - Solunum sayısının en azından dakikada 16 olduğundan
 - Patellar reflekslerin var olduğundan
 - İdrar çıkışının son 4 saatlik periyotda en azından saatte 30 ml olduğundan

Yukarıda sayılan bulguların bozulması durumunda MgSO₄ tedavisi kesilmeli veya geciktirilmelidir.

- MgSO₄ terapötik kan düzeyi 4-8 mg/dl'dir. Kan düzeyi 9-12 mg/dl'ye ulaştığında bulantı, sıcaklık, çift görme, uyku hali, ateş basması, güçsüzlük, derin tendon refleksi kaybı, 15-17 mg/dl'ye ulaştığında kaslar paralizasyonu ve solunum depresyonu, 30-35 mg/dl'ye ulaştığında kardiyak arrest gelişebilir.
- Solunum arresti olduğunda;
 - Solunuma yardımcı (maske ve ambu, anestezi aparatları, entübasyon) olunmalıdır.
 - 1 gr kalsiyum glukonat (10 ml % 10 solüsyon) IV yoldan yavaş olarak (5 dakikadan daha kısa sürede verilmemeli) EKG monitörizasyonu veya nabız kontrolü altında verilir. Bu işleme, MgSO₄ etkisini antagonize edene ve solunum başlayana kadar devam edilir. (Magnezyum

Sülfat toksitesine bağılı solunum dep resyonu olduğunda; tedavi sırasında hasta başın da bulundurulacak acil tepsisi içerisinde mutlaka kalsiyum glukonat bulundurulmalıdır).

MgSO₄'ın Yan Etkileri:

- Hem annede ve hem de fetüste Nöromüsküler depresyon olabilir.
- Bu durum genellikle uzun İV verilmelerde annenin böbrek fonksiyon bozuklukları ile birlikte dir.
- Mg'un yüksek serum düzeyleri solunum depresyonuna yol açabilir.
- Hipokalsemi, yüksek serum Mg düzeylerine sekonder olarak gelişebilir.

*Magnezyum Sülfat'ın bulunmadığı durumlarda **DİAZEPAM** ikinci seçenek ilaçtır.

- **DİAZEPAM KULLANIM ŞEMASI (SOLUNUM DEPRESSE İSE YAPILMAMALI)**

Yükleme dozu:

- 10 mg Diazepam IV yoldan yavaşça 2 dakikada verilir
- Eğer konvülsiyon tekrarlırsa yükleme dozu yeniden verilir.

İdame dozu:

- 40 mg Diazepam'ın 500 ml IV sıvı (normal salin veya ringer laktat) içinde 12 saatte verilmesi hastayı uyanık ama sakin tutar.
- 24 saat içinde 100 mg'dan fazla verilmemelidir.

Antihipertansif İlaçlar

- 10 mg Nifedipin kapsül oral olarak yutturulur. Kan basıncı düşene kadar her 30 dakikada bir tekrarlanır. Ancak maksimum 5 uygulamadan (50 mg) sonra halen başarılı olunamazsa başka bir tedavi seçeneği düşünülmelidir.
- Nifedipinin etkili olmadığı olgularda Sodyum nitroprussid 0,25 mcg/kg/dakika IV infüzyon şeklinde başla. Bu tedavi sırasında kan basıncını 10 dakikada bir izle. Diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i sonlandır ve hastayı izle. Tansiyon tekrar yükselirse yarı dozda Sodyum nitroprussid uygulamasına devam et. Eğer başlangıç dozu 5 mcg/kg/dakika ise Diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i azaltarak sonlandır ve hastayı izle. Yan etkileri fazla olan tehlikeli ve uygulanması dikkat isteyen bir tedavidir.
- Bu tedavilerle kan basıncı kontrolü sağlanamayan hastalarda parenteral antihipertansif tedavi alternatiflerinin uygulanması için kardiyoloji veya dahiliye konsültasyonu istenebilir.
- Nifedipin ile $MgSO_4$ 'ün beraber kullanımında ani hipotansiyon açısından dikkatli olunmalıdır.



**ACİL OBSTETRİK
BAKIMDA
YÜKSEK ATEŞ**



YÜKSEK ATEŞ (Koltuk Altı 38°C ve Üzeri)

1. Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda da hastadan veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.
2. Sistemik muayeneyi yap.
3. Yüksek ateşin diğer nedenleri araştırıldıktan sonra gebeliğe bağlı nedenlerine yönel, abdominal ve vajinal muayene yap.
4. Ateşle beraber diğer eşlik eden bulguları değerlendir.
 - Tonsiller ve farenkste enfeksiyon bulguları
 - Akciğer seslerinde patolojik bulgular
 - Ekstremitelerinde şişlik, hassasiyet
 - Karında hassasiyet
 - Uterin hassasiyet
 - Kötü kokulu akıntı
 - Çok hızlı solunum
 - Aşırı halsizlik/güç kaybı
 - Memede kızarıklık ve hassasiyet
 - Sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma/ağrı
 - Kostolomber hassasiyet
5. Olası tanıları gözden geçir.
 - Solunum yolu enfeksiyonu
 - Tromboflebit
 - Karın içi enfeksiyonlar
 - Koryoamnionit
 - Sepsis
 - Üriner sistem enfeksiyonu


- Meme/pelvik abse
- Endometrit/Myometrit/Endomyometrit

6. İlk müdahaleyi yap.

- Damar yolu aç
- Damar yolu açık kalacak şekilde sıvısını tercihen %5'lik dekstroz başla (1. basamak) Tansiyon düşük (90/60), nabız 100'ün üstü, şuur bulanıklığı varsa ve hastada mastit ve üriner enfeksiyon dışında bir tanı düşünüyorsan gerekli önlemleri alarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk et
- Gerekli laboratuvar testleri (idrar ve kan tahlili) yap
- Uygun doz antibiyotik(ler)in ilk dozuna IV/IM olarak başla

İkinci basamak: Ayırıcı tanıyı yap

Tanıya göre ilave tetkikleri ve tedaviyi düzenle. Tanının şüpheli olması halinde üçüncü basamağa gerekli önlemleri alarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk et.



**ACİL OBSTETRİK
BAKIMDA
ENFEKSİYON
TEDAVİSİ**

ENFEKSİYONUN UYGUN ANTİBİYOTİK İLE TEDAVİSİ

Durum	Antibiyotik
<ul style="list-style-type: none">• Şiddetli karın ağrısı• Yüksek ateş/febril hastalık• Düşük/küretaj komplikasyonu• Uterus veya fetal enfeksiyon• Meme absesi	3'lü tedavi <ul style="list-style-type: none">• Ampisilin• Gentamisin• Metronidazol veya Klindamisin
<ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/> Postpartum kanama<ul style="list-style-type: none">▪ 24 saatten uzun süren▪ Doğumdan 24 saat sonra olan• Üst üriner sistem enfeksiyonu• Mastit	2'li tedavi <ul style="list-style-type: none">• Ampisilin• Gentamisin
<ul style="list-style-type: none">• Plasenta veya parçalarının elle çıkarılması• Kavite kontrolü• Uterus veya fetal enfeksiyon riski• Uzamış doğum eylemi (risk varsa)	Tek antibiyotik <ul style="list-style-type: none">• Ampisilin veya I. Kuşak Sefalosporin

Tedavi Şeması ve Dozlar

Antibiyotik	Hazırlanması	Doz/Verilişi	Sıklık
Ampisilin	1 gr flakon 3 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	İlk doz 2 g IV/İM daha sonra 1 g	6 saatte bir 1 g
Gentamisin	2 ml içinde 80 mg/ml'lik ampul	80 mg İM	8 saatte bir 80 mg ve ya 24 saatte 4 mg/kg tek doz uygula
Metronidazol (İM KULLANILMAZ)	100 ml içinde 500 mg'lik mediflex	IV infüzyon ile 500 veya 1000 mg	8 saatte bir 500 mg
Eritromisin (ampisilin alerjisi varlığında)		500 mg tablet	6 saatte bir 500 mg
Klindamisin		600-900 mg IV	8-12 saatte 600 mg

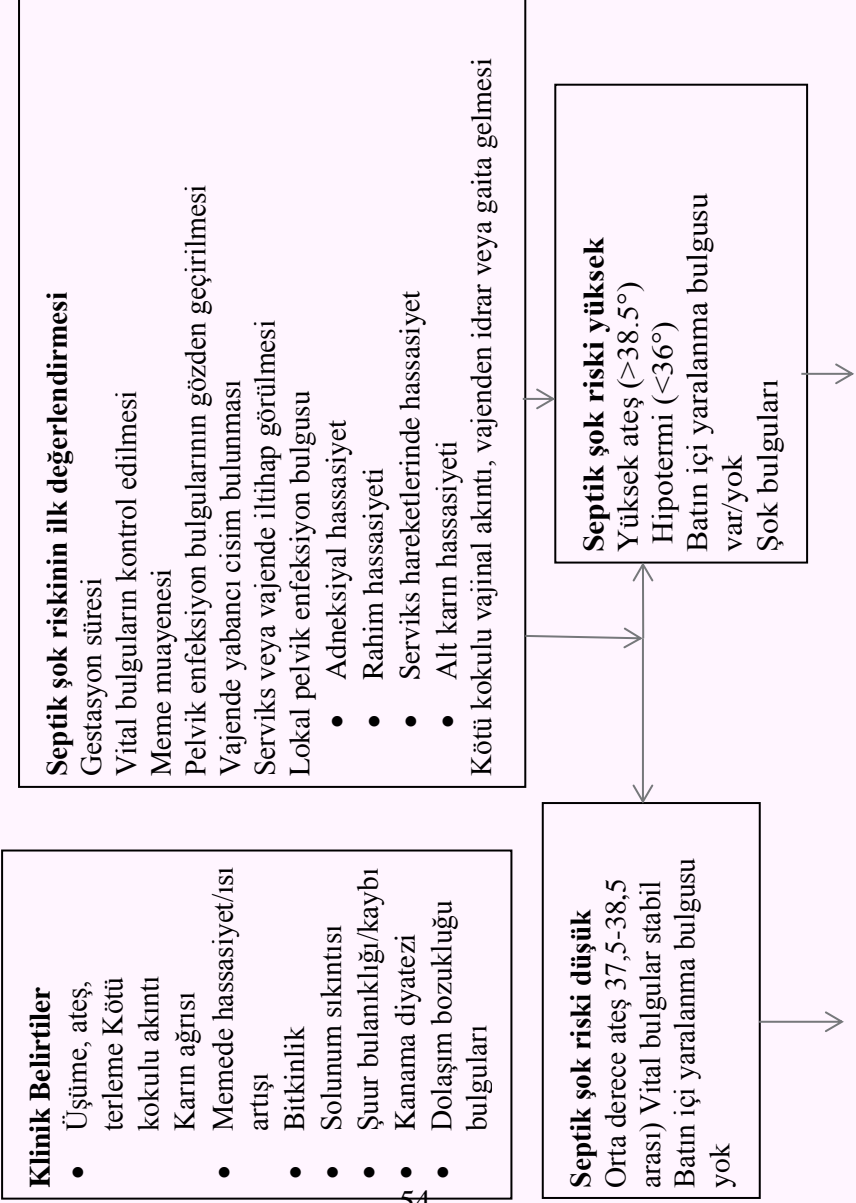
Tedavi İlkeleri

- İlk dozları sevkten önce verin. Eğer sevk gecikir veya olmazsa antibiyotiklere İM/IV olarak 48 saat devam edilir, bu süre içinde ateş düşerse ateş düştükten 72 saat sonrasına kadar tedaviye parenteral devam edilir. Daha sonra amoksisiline veya II. kuşak sefalosporine oral 3x500 mg olarak 7 günlük tedavi tamamlanıncaya kadar geçin.
- Ateş 48 saat içinde düşmüyor veya 72 saat içerisinde tekrar yükseliyorsa II. Kuşak sefalosporin + metranidazole geçin.
- Eğer bulgular devam eder veya annenin sağlığı giderek daha da kötüleşirse veya doğum sonrası karın ağrısı gelişirse hemen hastaneye sevk edin.
- Gentamisin nefrotoksik olduğundan böbrek fonksiyonları dikkate alınarak verilmelidir.



**ACİL
OBSTETRİK
BAKIMDA
SEPSİS**

SEPSİS



İlk Müdahale

Evransel : Havayolunu açık tut

Vital bulguları izle

Sıvılar : Uygun IV sıvı ver

İlaçlar : Antibiyotik (IV yoldan)

Tetanoz toksoidi ve

tetanoz antitoksini

(sorgula Son altı ay

içinde yapılmamışsa

uygula) Ağrı kontrolü

Soğuk uygulama ile ateş

düşür

Septik şok riskinin ilk değerlendirmesi

Gestasyon süresi

Vital bulguların kontrol edilmesi

Meme muayenesi

Pelvik enfeksiyon bulgularının gözden geçirilmesi

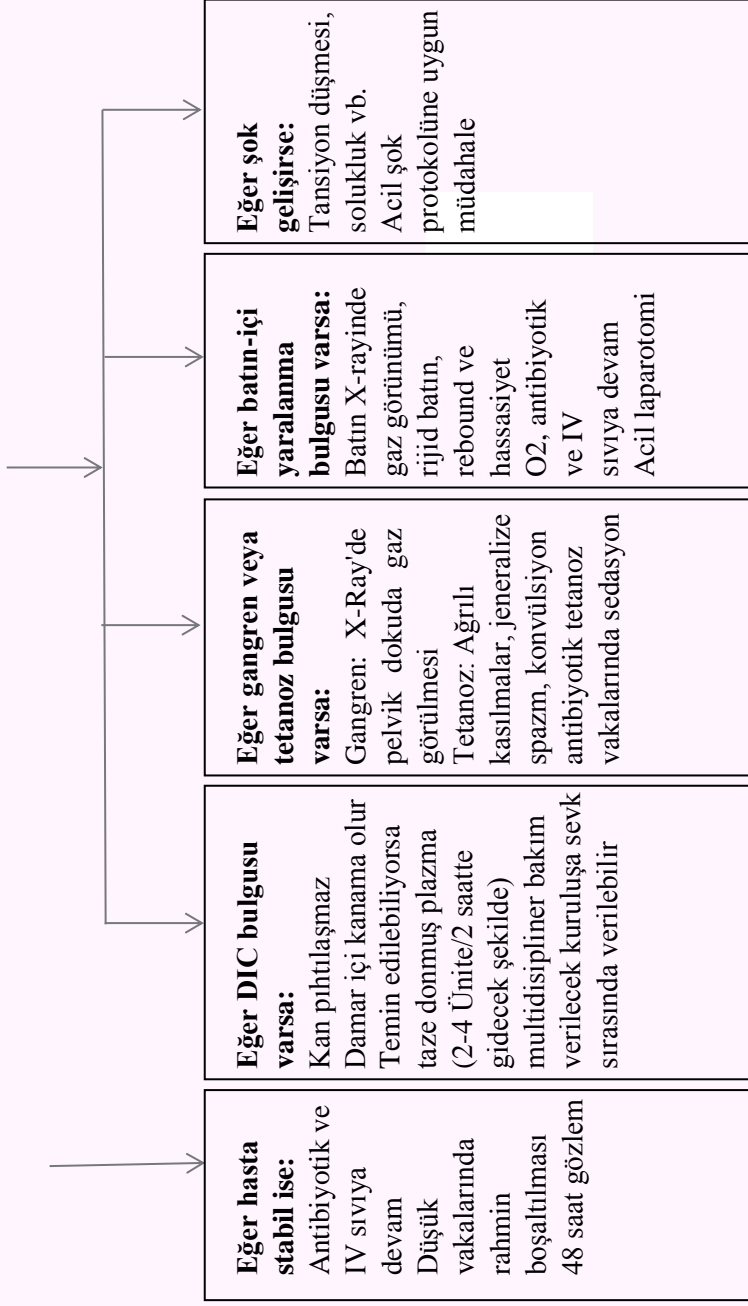
Vajende yabancı cisim bulunması

Serviks veya vajende iltihap görülmesi

Lokal pelvik enfeksiyon bulgusu

- Adneksiyal hassasiyet
- Rahim hassasiyeti
- Serviks hareketlerinde hassasiyet
- Alt karın hassasiyeti

Kötü kokulu vajinal akıntı, vajenden idrar veya gaita gelmesi





**ACİL OBSTETRİK
BAKIMDA
ŞİDDETLİ KARIN
AĞRISI**



ŞİDDETLİ KARIN AĞRISI

1. Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda da hastadan veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.
2. Vital bulgularını kontrol et ve değerlendir.
 - Kan basıncını ölç
 - Ateşini ölç
 - Solunumunu say
 - Nabız kontrolünü yap
3. Sistemik muayeneyi yap.
 - Kontraksiyon takibi yap
 - ÇKS dinle
4. Olası tanıları dikkate al.
 - Uterus rüptürü
 - Erken doğum eylemi
 - Plasenta dekolmanı
 - Puerpurel veya postpartum sepsis
 - Ektopik gebelik
 - Akut apandisit
 - Akut gastroenterit
 - Üriner enfeksiyon
 - Ürolithiyazis
 - Kolesistit
 - Kist rüptürü/torsiyonu
 - Batın travması
 - Pelvik enflamatuvar hastalık
5. İlk müdahaleyi yap.
 - IV damar yolu aç
 - Sıvı tedavisine başla

- Ateş>38°C ise uygun antibiyotik(ler) tedavisinin ilk dozunu IV/IM olarak ver.
- Gerekirse bir üst basamağa sevk et.



**GEBELİKTE
BATIN İÇİ
TRAVMA**



BATIN İÇİ TRAVMA

İlk Müdahale

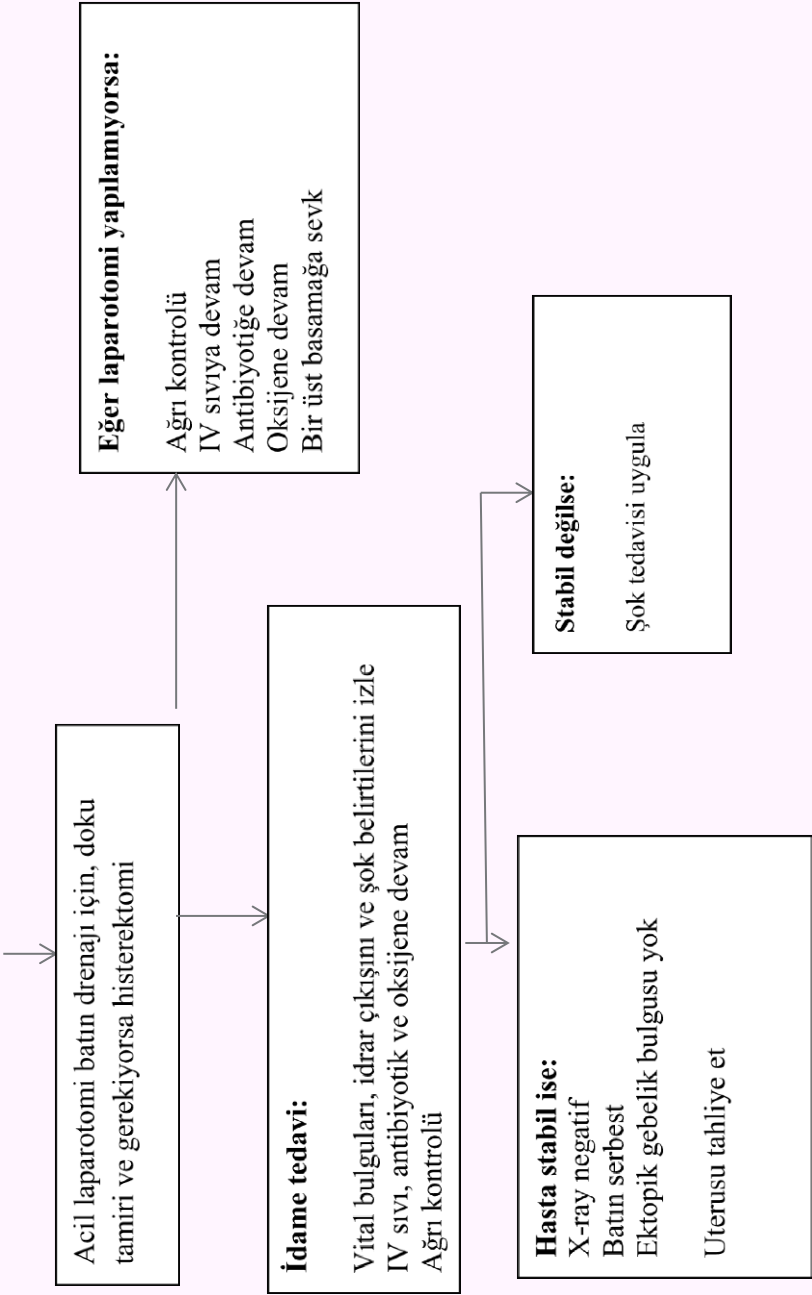
- Evransel** : Havayolunu açık tut
Vital bulguları kontrol et
- Oksijen** : 6-8 lt/dak
- Sıvılar** : 20 dakika içinde 1lt gidecek şekilde İzotonik veya Ringer Laktat başla Ağızdan sıvı verme
Hb<5g/100ml veya
Hct<%15 ise kan transfüzyonu
- İlaçlar** : Hemen antibiyotik başla (IV veya IM, tercihan IV)
gerekliyorsa Tetanoz toksoidi ve antitoksini
- Laboratuvar**: Hb, Hct, kan grubu ve crossmatch için kan al
İdrar miktarını ölç
Ayakta düz batın grafisi

Semptomlardan herhangi biriyle aşağıdaki bulgulardan birisi varsa batın-içi travmadan şüphelen:

Bulgular	Semptomlar
Gergin batın	Bulantı, kusma
Bağırsak	Omuz ağrısı
Sert batın	Ateş
Rebound	Karın ağrısı,

Acil cerrahi bulguları:

Rijid batın
Akut karın ağrısı ve sürekli düşük kan basıncı
1-3 litre sıvı alımdan sonra şok stabil değilse
Batın filminde periton boşluğunda gaz görülmesi



Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Korkut Reis Mahallesi İlkiz Sokak No:4 Kat:2 Sıhhiye/ANKARA Telefon: 0 312 565 60 03