



TC. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı  
Genel Müdürlüğü

# ACİL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ



## **Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi**

**T.C. Sağlık Bakanlığı  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü  
Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı  
Ankara, 2018**

**ISBN: 978-975-590-687-4**

**Sağlık Bakanlığı Yayın No: 930**

### **Baskı**

Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti.  
Strazburg Cad. No: 31/17 Sıhhiye/ ANKARA  
Tel. (0.312) 229 18 81 Faks: (0.312) 229 63 97  
www.sistemofset.com.tr

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

**Ücretsizdir. Parayla satılamaz.**

## 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 , 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28.5 iken 2016 yılında 14.9'a, bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2016 yılında 7,3'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 düşük 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 birlikliğin sağlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda Bakanlığımız bilim komisyonları ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuş ve 2017 yılında bu rehberin son 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 ve bu rehberlerin uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline de ayrıca teşekkür ederim.

Dr. Hüseyin İLTER  
Genel Müdür

**T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bilim Komisyonu üyeleri ile programlarda görev alan Kurum Başkanlığı çalışanları aşağıda soyadına göre alfabetik sırayla yer almaktadır.**

<b>Rehberi İlk Hazırlayan Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Bilim Komisyonu</b>	<b>AÇSAP Genel Müdürlüğü Program Görevlileri</b>
Banu Akıncı	Dr. Ece Abay
Berna Dilbaz	Dr. İbrahim Açıkalın
Serhan Cevrioğlu	Dr. Sibel Bilgin
Sadiye Eren	Hem. Hacer Boztok
Deniz Erdem	Dr. Rukiye Gül
Talip Gül	Dr. Mehmet Rıfat Köse
Recep Has	Dr. Mine İrez
Metin İngeç	
Neşe Zehra Kavak	
Yalçın Kimya	
Selma Karahmetoğlu	
Deniz Karcaaltıncaba	
Acar Koç	
Semih Özeren	
Tuncay Özgünen	
Ferit Saraçoğlu	
Cüneyt Yüksel	

<b>Yönetim Rehberi 2013 Revizyonu Bilim Komisyonu</b>	<b>H.S.G.M. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Program Görevlileri (2013)</b>
Prof. Dr. Özgür Deren	Msc. Cemalettin Ak
Prof. Dr. Berna Dilbaz	Tıb. Tek. Nejla Günerhan
Uzm.Dr. Deniz Erdem	Hem. Akile Uzunlar
Uzm. Dr. Selma Karaahmetoğlu	Uzm. Dr. Sema Sanisoğlu Daire Başkanı
Prof. Dr. Yusuf Üstün	Uzm. Dr. Bekir Keskinliç THSK Başkan Yardımcısı
<b>Program Sorumlu Uzmanı</b> Uzm. Dr. Veli Ongun	Prof. Dr. Seçil Özkan THSK Başkanı

<b>Yönetim Rehberi 2018 Revizyonu Bilim Komisyonu</b>	<b>H.S.G.M. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Program Görevlileri (2018)</b>
Prof. Dr. Yaprak Üstün	Ebe. İmmahan Günaydın
Prof. Dr. Berna Dilbaz	Uzm. Dr. Veli Ongun Program Sorumlu Uzmanı
Doç. Dr. Ayşe Özcan	Uzm. Dr. Leyla Mollamahmutoğlu Daire Başkanı
Doç.Dr. Dilek Şahin	Uzm. Dr. Bekir Keskinliç Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Selma Karaahmetoğlu	Dr. Hüseyin İlter Genel Müdür

<b>Yayın Komisyonu</b>	
Uz. Dr. Hasan IRMAK	Yayın Komisyonu Başkanı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	HSGM Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	HSGM Göç Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanı
Dr. Yıldırım CESARETLİ	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Uzm.Dr. Fehminaz TEMEL	HSGM Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Dairesi Başkanlığı

<b>Yayın Koordinatörleri</b>	
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	HSGM Genel Müdür Yardımcısı
Uzm. Dr. Leyla MOLLAMAHMUTOĞLU	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanı
Uzm. Dr. Veli Dündar ONGUN	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Program Sorumlusu
Ebe. İmmahan GÜNAYDIN	HSGM Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı





## İÇİNDEKİLER

Obstetrik Problemleri Çözme Yaklaşımı.....	1
Acil Başvuruda Hızlı İlk Değerlendirme .....	9
Gebelikte Kanama Yönetimi.....	13
Gebelikte Hafif Vajinal Kanama Yönetimi .....	24
Gebelikte Ağır Vajinal Kanama Yönetimi .....	26
Postpartum Kanama Yönetimi .....	30
Ağır Preeklampsi ve Eklampsi.....	40
Acil Obstetrik Bakımda Yüksek Ateş .....	56
Acil Obstetrik Bakımda Enfeksiyon Tedavisi.....	58
Acil Obstetrik Bakımda Sepsis .....	60
Acil Obstetrik Bakımda Şiddetli Karın Ağrısı .....	64
Gebelikte Batın İçi Travma.....	67



# OBSTETRİK PROBLEMLERİ ÇÖZME YAKLAŞIM



## **OBSTETRİK PROBLEMLERİ ÇÖZME YAKLAŞIMI**

Obstetrik problemlere yaklaşımda kayıtları saat belirterek dikkatli tutun, hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirerek yazılı onam alın.

### **1. OBSTETRİK PROBLEMLERİN NE OLDUĞUNUN BİLİNMESİ**

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

### **2. ANORMAL DOĞUM**

- Baş-pelvis uyumsuzluğu
- Prezentasyon anomalisi
- İlerlemeyen eylem

## 3. UTERUS RÜPTÜRÜ

**En ciddi maternal komplikasyon uterus rüptürüdür.**

### 3.1. Nedenler

- Prezentasyon, pozisyon anomalileri
- Pelvik distosiler
- Kontraksiyon anomalileri (ilerlemeyen eylem, tetanik kasılmalar, hızlı doğum vb)
- Uygunsuz doğum indüksiyonu
- İri fetus
- Geçirilmiş uterin cerrahi

### 3.2. Bulgular

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

### 3.3. Tedavi ve Öneriler

- Damar yolunu açın.
- IV sıvı (Ringer Laktat veya %0.9 NaCl) ver.
- Özel durumlarda (hipertansiyon, ödem, kalp yetmezliği gibi) tercihen %5 dekstroz solüsyonu ver.
- Uzamış eylemde (risk varsa) uygun antibiyotik uygula.
- Sevk kriterlerine uygun olarak acilen hastaneye sevk et.

## 4. PREEKLAMPSİ

### 4.1. Bulgular

- İki kez 4 saat ara ile bakılan sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde veya diastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması
- Proteinüri

### 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

- Nefes darlığı
- Taşikardi
- Efor dispnesi
- Ciddi avuç içi ve konjunktiva solukluğu
- Hemoglobin<7g/dl

### 5.2. Tedavi ve öneriler

- Anemi protokolüne uygun tedavi ver.

## 6. PRETERM EYLEM

**Doğum eyleminin 37. haftadan önce başlamasıdır.**

- Prezantasyonu tekrar değerlendir (prezantasyon anomalileri siktir).
- Erken membran rüptürü olup olmadığına bak.
- FKA değerlendir.
- Damar yolunu açarak hidrasyonu sağla.

## Doğum kaçınılmaz ise:

- Servikal açıklığı değerlendirir.
- 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 amnion zarı açılmış ise erken membran rüptürü olarak tanımlanır.**
- **Termde, ancak eylem başlamadan önce membran rüptürü olmuşsa:**
  - Kendiliğinden eylem başlamamışsa oksitosinle eylem başlatılır. Membran rüptüründen 12-18 saat sonra doğum gerçekleşmemişse **antibiyotik** verilir.
  - Penisilin G 5 milyon Ü IV, takiben doğum gerçekleşene kadar 4 saatte bir 2.5-3 milyon Ü devam edilir.
  - Ampisilin 2 gr IV, takiben doğum gerçekleşene kadar 4 saatte bir 1 gr IV devam edilir.
  - Penisilin allerjisi varsa Klindamisin 3x900 mg IV doğuma kadar verilir.
  - 24 saatten uzun sürmüş ve doğum olmamışsa yenidoğan sepsisi riski vardır.
- **Termde değilse preterm erken membran rüptürü olarak tanımlanır. Damar yolu açılarak 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
- Ağız kuruluğu
- Ciltte turgor tonus azalması
- Çökük gözler



### 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 st basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.

## 10. HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

- Gebelikte Şiddetli bulantı-kusmaya eşlik eden idrar tetkikinde mevcut 3 pozitif keton veya 5 kg'dan fazla kilo kaybı olmasındır.
- Çoğunlukla birinci trimesterde görülür. Bulantı-kusmaya neden olan diğer hastalıklar da akla gelmelidir.



# ACİL BAŞVURUDA HIZLI İLK DEĞERLENDİRME



SİSTEM/ SEMPTOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
<b>Havayolu- solunum</b>	Solunum sıkıntısı	Solunum sayısı Solunum sesleri (ral, ronküs) Siyanoz Kalp atım hızı	Ağır anemi Kalp yetmezliği Pnömoni Astım Emboli
<b>Dolaşım</b>	Solunum sıkıntısı Çarpıntı	Cilt: Soğuk ve nemli Nabız: hızlı ( $\geq 110$ ) ve zayıf Kan basıncı: düşük (sistolik $< 90$ mmHg)	Şok
<b>Vajinal kanama</b>	Gebe mi? Süresi? Doğumu yeni mi yapmış? Plasenta çıkarılmış mı? Müdahale geçirmiş mi?	Vulva: Kanama miktarı Plasenta retansiyonu Laserasyon, hematom Uterus: Atoni Mesane: Doluluk yönünden	Düşükler Ektopik gebelik Molar gebelik Uterus rüptürü Plasenta dekolmanı Plasenta previa Uterus atonisi Uterus inversiyonu Servikal-vajinal laserasyon Plasenta-membran retansiyonu Genital enfeksiyon
<b>Bilinç kapalı/ konvülsiyon</b>	Gebe mi? Süresi? Travma öyküsü	Kan basıncı: Sistolik basınç $> 160$ mmHg ve/ veya Diastolik basınç $> 110$ mmHg Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Eklampsi Epilepsi Tetanoz Zehirlenme Santral sinir sistemi enfeksiyonu Serebrovasküler olay

SİSTEM/ SEMPATOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
<b>Yüksek ateş</b>	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 ek sesler Memede hassasiyet Karın muayenesinde hassasiyet Kostalomber hassasiyet Uterus hassasiyeti Boğaz muayenesi Vulvovajen: pürülan akıntı	Koryoamnionit İdrar yolları enfeksiyonu Pnömoni Endometrit Pelvik abse Peritonit Pyelonefrit Mastit Düşük komplikasyonu Sıtma Menenjit Ensefalit
<b>Karın Ağrısı</b>	Gebelik Var mı? Süresi?	Kan basıncı: Sistolik $\leq 90$ mmHg Nabız: hızlı ( $\geq 110$ / dak) Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Uterusun gebelik haftası ile uyumu Uterus kontraksiyonu	Over kisti rüptürü Adneksiyal torsiyon Ektopik gebelik Term/preterm eylem Koryoamniyonit Plasenta dekolmanı Uterus rüptürü Apendisit Üriner sistem hastalığı (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?
  - Suyu gelmiş mi?
  - Bebek hareketlerini hissediyor mu?
  - Son korunma yöntemi (AP Yöntem)

**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.
- Mümkün ise USG ile değerlendirilmesini sağla.
- Plasenta previa düşünülmediyse spekulum muayenesi sonrası vajinal muayeneyi yap.
- Ultrasonografi
- Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) Gebeliğin İzlenmesi

Gestasyonel kese	4,5 - 5 haftalık
Yolk kesesi	5 - 6 haftalık
Kardiak atımı olan fetal pol	5,5 - 6 haftalık

### Aşağıdaki tabloya göre olası tanıyı koy.

Spesifik semptom ve bulgular	Eşlik edebilecek semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<b>*Hafif kanama- karın/ kasık ağrısı</b> Kapalı serviks Uterus normalden yumuşak Gebelik haftasıyla uyumlu olmayan uterus büyüklüğü	Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Karında yaygın hassasiyet Adet gecikmesi Serviks hareketleri ağrılı Şok tablosu	<b>Dış gebelik</b>

<p><b>*Hafif kanama</b> Kapalı Serviks Uterus gebelik haftasına göre küçük Uterus normalden yumuşak</p>	<p>Hafif kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü Adet gecikmesi</p>	<p><b>Tam düşük</b></p>
<p><b>*Hafif kanama - Kramp/ ağrı</b> Serviks kapalı Uterus gebelik haftasına göre küçük Ultrasonda fetal kalp atımının olmaması</p>	<p>Kramp/Alt karın ağrısı Adet gecikmesi Lekelenme</p>	<p><b>Missed abortus</b></p>
<p><b>Aşırı kanama**</b> Dilate serviks Uterus gebelik haftası ile uyumlu</p>	<p>Kramp/Alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü yok Adet gecikmesi</p>	<p><b>Önlenemeyen düşük</b></p>
<p><b>Aşırı kanama**</b> Dilate serviks Uterus gebelik haftası ile uyumlu</p>	<p>Kramp/Alt karın ağrısı Kısmi parça düşürme Servikste gebelik materyali parçaları var</p>	<p><b>Tam olmayan düşük</b></p>
<p><b>Aşırı kanama**</b> Dilate serviks Uterus normalden yumuşak</p>	<p>Bulantı/kusma Kramp/alt karın ağrısı, Over kisti Adet gecikmesi Erken başlayan preeklampsi Fetüse ait USG bulgusu yok Üzüm benzeri parça düşürme Uterus gebelik haftasından büyük</p>	<p><b>Molar Gebelik</b></p>

## ERKEN GEBELİKTE KANAMA

### (İlk 22 haftada olan kanama)

#### 1.1. Hafif Kanamalara Yaklaşım

- Düşük tehdidi
- Tam düşük
- Dış gebelik
- Missed abortus

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

##### 1.1.1. Düşük Tehdidi

Serviks kapalı, uterus gebelik haftası ile uyumlu ve daha yumuşak, kramp tarzında alt karın ağrısı mevcuttur. Genellikle tedavi gerekmez.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirir.
- 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 basamak sağlık kuruluşuna damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.
- 48 saat sonra durumunu bildirmesini iste.

### 1.1.2. Tam Düşük

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

Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir.

- Şiddetli kanama açısından izle.
- USG ile kontrol et, USG yok ise yapılabilecek merkeze sevk et.
- Uterus tahliyesi genellikle gerekmez.
- Profilaktik antibiyotik uygula.
- Kontrol zamanını planla.

### 1.1.3. Dış Gebelik

Serviks kapalı, uterus gebelik haftasına göre küçük, karın ağrısı, baygınlık, adnekslerde hassasiyet ve ağrılı serviks hareketleri mevcuttur.

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

#### 1. Basamakta:

- Kanda veya idrarda  $\beta$  HCG bak.
- Düşük tehditi, akut/kronik PID, torsiyone veya rüptüre olmuş over kisti, akut apandisit 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, uterusta hafif büyüme, sık idrara çıkma),
- Karın ve kasık ağrısı,

Rüptürü olmayan ve akut batın olmayan vakalarda bekleme tedavisi, medikal veya cerrahi tedavi yönünden değerlendir, hastayı bilgilendir ve yazılı onam al.

Bekleme sırasında veya medikal tedavi sonrasında rüptür olabileceğini akılda tut.

- **Rüptüre olan dış gebelik yakınma ve bulgularını değerlendir.**

- Halsizlik ve bitkinlik,
- Hızlı, zayıf nabız (110 atım/dk üstünde),
- Ortostatik Hipotansiyon,
- Hipovolemi,
- Bıçak saplanır tarzda karın ve kasık ağrısı,
- Karında şişkinlik,
- Rebound, hassasiyet,
- Solukluk.

Acil cerrahi girişim hazırlığı yap.

Transfüzyon hazırlığı yap, cerrahi işleme başlayana kadar kan ürünlerinin hazır olmasını sağla.

Uygun cerrahi girişimi yap.

Tedavi sonrası izlemi yap.

Fertilite prognozu ile ilgili danışmanlık ver.

Aile planlaması danışmanlığı ver.

Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.

Bilgilendirme yap ve kontrole çağır.

## 1.2. ŞİDDETLİ KANAMALARA YAKLAŞIM

- Önlenebilen düşük
- Tam olmayan düşük
- Molar gebelik

### 1.2.1. Önlenebilen Düşük

- Dilate serviks, uterus gebelik haftası ile uyumlu, kramp tarzında alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü yok.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir.
- Önlenebilen düşük tanısının konması durumunda kurulumunuzda 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 yazılı onamını al.
- Uterusu tahliye et.
- Uterus tahliyesi hemen mümkün değilse 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik veya 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 cerrahi küretaj ile boşalt.
- Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Aile Planlaması danışmanlığı ver.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.

### 1.2.2. Tam Olmayan Düşük

Serviks dilate, uterus gebelik haftasından küçük, kramp şeklinde alt karın ağrısı, kısmi parça düşürme var.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir, septik abortus ihtimalini araştır.
- Gerekli durumlarda tetanoz profilaksisi uygula.
- AP danışmanlığı ver.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.

**Tam olmayan düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastayı vital bulgularına göre damar yolunu 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 cerrahi veya medikal küretaj ile boşalt.
- Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- AP danışmanlığı ver.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.

### 1.2.3. Molar Gebelik

Serviks dilate, uterus gebelik haftasından ve yumuşak, üzüm benzeri parça düşürme, bulantı kusma, kendiliğinden düşük, kramp şeklinde alt karın ağrısı mevcut.

Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.

Molar gebelik tanısının konması durumunda hastanın vital bulgularına göre damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak uygun şekilde **üst basamağa sevk et**.

### 2. Basamakta:

- Tahliye sırasında gerekli analjezi ve anesteziyi sağla.
- Tahliye sırasında kanamayı önlemek için 1000 cc sıvı içine (ringer, salin) 40 Ü Oksitosin koyarak 60 damla/dakika hızında infüzyona başla.
- Vakum aspirasyon ile uterusu tahliye et ve materyali patolojiye gönder.
- Keskin küretajla kavite kontrolü yap, alınan materyali patolojiye gönder.
- Uterus tahliyesi manuel vakum aspirator ile yapılacaksa birden fazla kanül ve vakum aspiratörü hazır bulundur.



- Bilgilendirme yap ve en az bir yıl süre ile gebeliği önlemek için hormonal üreme sağlığı yöntemi başlat.
- Patoloji sonucunu takip et.
- Dirençli trofoblastik hastalık veya koryokarsinom riski nedeni ile bir yıl süre ile kantitatif  $\beta$ -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.

## **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 basamak sağlık kuruluşuna sevk et.**

## HAFİF VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ

### Klinik Bulgular

Pedin 5 dk  
uzun sürede  
kirlenmesi  
Taze kan pıhtı  
yok  
Mukusla karışık

### Tam klinik değerlendirme

**Hikaye:** Amenorenin süresi/SAT, kanamanın süresi ve miktarı, krampların süresi ve şiddeti, karın ağrısı, omuz ağrısı, ilaç alerjisi

**Fizik muayene:** Vital bulgular, kalp, akciğer, batin ve ekstremiteler muayenesi

Sistemik problem (şok, sepsis vb) bulguları kontrol et.

**Pelvik muayene:** Rahmin büyüklüğü ve pozisyonu, düşüğün evresi

**Diğer:** Serviks ağzında görülen parçacıkları temizle. Mümkünse Rh durumunu belirle  
USG için sevk et.

### Düşük Tehdidi

Serviks kapalı Hafif/orta şiddette kanama  
Uterus büyüklüğü SAT ile uyumlu



### Yatak istirahati

Kanama artarsa hemen,  
normalse 10 gün sonra  
yeniden değerlendir

### Kaçınılmaz veya Tam olmayan Düşük

Serviks açık  
Hafif/orta/şiddetli kanama  
Uterus büyüklüğü SAT'la uyumlu veya küçük

### Tam Düşük

Serviks kapalı veya açık  
Hafif veya orta şiddette kanama  
Uterus büyüklüğü SAT'la uyumlu veya küçük

### Gecikmiş Düşük

Serviks kapalı  
Kanama yok veya çok az  
Uterus büyüklüğü SAT'la uyumlu veya küçük

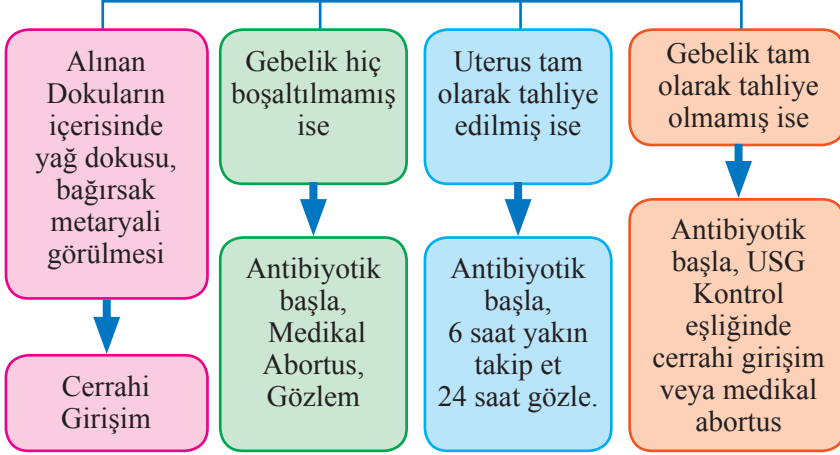
### İlk Trimester

Enfeksiyon bulgusu varsa  
Antibiyotik  
Gerektiğinde ağrı kontrolü  
Vakum aspirasyon /D&C

### İkinci Trimester

Enfeksiyon bulgusu varsa  
antibiyotik  
Gerektiğinde ağrı kontrolü  
Uterotonik / Küretaj

## Eğer Rahim Perforasyon Bulgusu Varsa



**Perforasyon veya diğer komplikasyon bulguları yoksa:**  
Örneği incele, Aile Planlaması danışmanlığı ver. Taburcu et.

### **Kanama durursa:**

Ergometrin ver, gözlemler.

### **Kanama devam ediyorsa:**

Sevk et.

### **Kanama durursa:**

Bir gece gözlem altına al.

### **Kanama durmazsa:**

Laparotomi yapılamıyorsa sevk et.

### **TAHLİYE TAM İSE:**

Antibiyotik başla.  
Oksitosin ver.  
2 saat gözlemler.

### **Stabil ise:**

Ergometrin ver.  
Bir gece gözlem altına al.

## GEBELİKTE AĞIR VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ

### Klinik Bulgular

Yoğun, açık kırmızı renkli vajinal kanama  
Pıhtı var/yok  
Kan ped ve giysileri ıslatır  
Görünüm solgun

### İlk Müdahale

#### Evrensel:

Havayolunun açık olmasını sağla.

- Vital bulguları kontrol et.
- Hastanın ayaklarını yükselt.
- Hct, Hb bak.

Genel sağlık durumunu değerlendir.

Oksijen: 6-8 L/dk

Sıvılar: İzotonik solüsyon veya Ringer laktat IV sıvı 1 lt/20 dk gidecek şekilde

Oral alımını kes.

İlaçlar: IV veya IM antibiyotik

Eğer risk varsa tetanoz toksoidi yap.

Tetkik: Hct/Hb, kan grubu belirleme ve cross-match için kan al.

Gerekirse: Hb < 5 g/100 ml veya Hct < %15 ise kan transfüzyonu yap.

### Birinci basamak sağlık kuruluşunda ise;

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan bir merkeze sevk et.

### İkinci basamak sağlık kuruluşu ise;

Nedene yönelik tedavi planla.

## GEBELİKTE DEKOLMAN YÖNETİMİ

Dekolman şiddetini aşağıdaki gibi sınıflandırmak mümkündür:

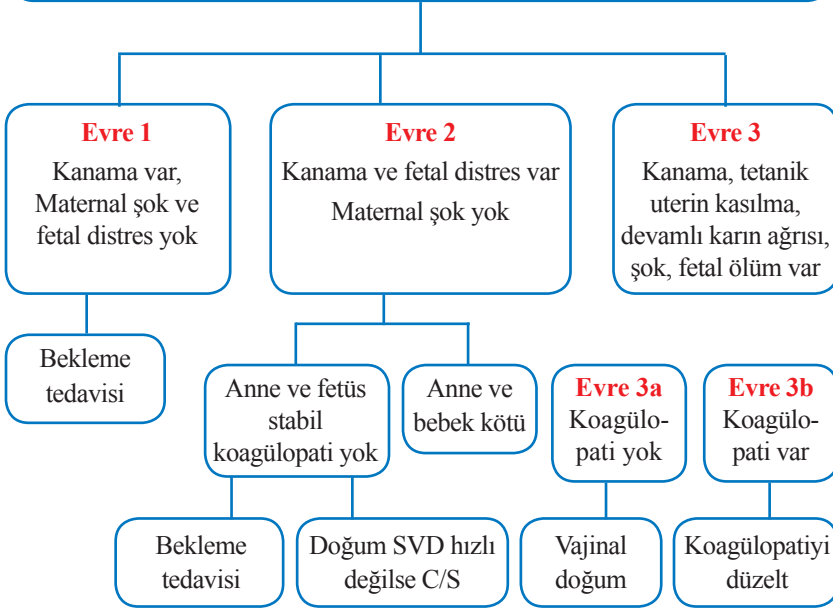
**Evre 0:** Asemptomatik

**Evre 1:** Vajinal kanama, maternal şok ve fetal distres yok

**Evre 2:** Vajinal kanama, fetal distres belirtisi var, maternal şok yok

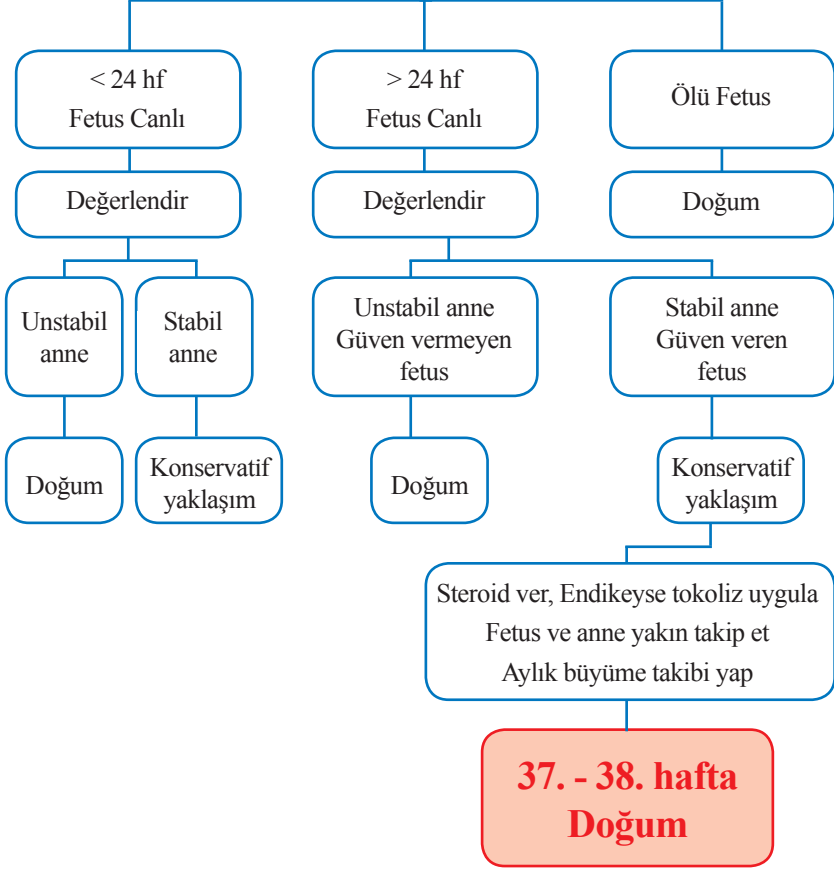
**Evre 3:** Eksternal kanama; belirgin uterus tetanisi; sürekli karın ağrısı; maternal şok ve fetal ölüm; vakaların % 30'unda koagülopati var

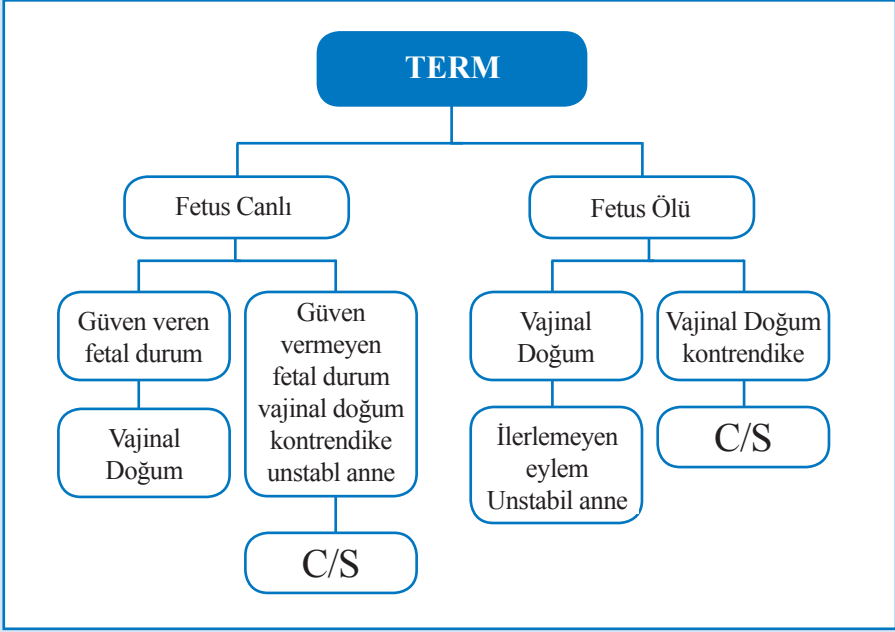
### Plasenta Dekolmanında Evreye Göre Planlama



### Doğumu Başlatmadan Önce Koagülopati Tedavisi

## PRETERM





**Ayırıcı tanı:** Plasenta previa, uterus rüptürü, vasa previa düşünül-  
melidir.

**Yönetim:** Dekolmanın şiddetine (anne ile fetusun durumuna), gelişen komplikasyonlara ve gestasyonel yaşa bağlı olarak değişir. Öncelikli yaklaşım; kalın bir veya daha fazla damar yolu açılmalı. Laboratuvar tetkikleri istenmeli. Sıvı replasmanı başlanmalı. Anne ve fetusun dikkatli monitorizasyonu yapılmalı. Gerekliğinde transfüzyon için kan temini yapılmalı. Doğumu başlatmadan önce koagülopatinin tedavisi uygulanmalıdır.

**Komplikasyonlar:** İntrauterin fetal ölüm, hemorajik şok, DIC, uterin atoni, amniotik sıvı embolisi, akut böbrek yetmezliği ve maternal ölümdür.

## POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

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.

- 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.
- Doğum şeklini, doğumun gerçekleştiği yeri ve zamanını öğren.
- Muayene et. Postpartum kanamanın ayırıcı tanısını yap.

2. Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yap:

- 10-12 O<sub>2</sub> litre/dak
- Mümkün ise hastayı monitorize et.
- Damar yolu aç (hemogram, PT, aPTT, fibrinojen, crossmatch için kan örnekleri al)
- Sıvı tedavisi başla (Ringer Laktat veya %0.9 NaCl)
- Vital bulguları düzenli olarak kontrol et ve kaydet.
- Gerekli durumlarda kullanmak üzere uygun kan ürünü temin et, hastayı değerlendirerek transfüzyona başla.
- Yardım çağır.

3. Uterin tonusu değerlendir, sonda tak, mesaneyi boşalt ve idrar çıkışını takip et, bimanual uterus masajına, sonrasında gerekiyorsa uterus kompresyonuna başla.

Tercihen 10 IU oksitosin IM / yavaş IV yap, takip et, 5 dakika içinde uterus kontrakte değilse 0.2 mg ergot alkaloidi ver.



4. (Metilergobasine) (I.M) yap. (Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri VERME!!!) Ergot alkaloidi verilemeyen olgularda oksitosine rağmen kanama devam ediyor ise şuuru açık hastada sublingual 800 mikrogram, aksi takdirde rektal 1000 mikrogram misoprostol kullan.

- Eş zamanlı IV damar yolu aç ve 1000 cc serum içinde 40 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver.
- Özellikle laserasyon ve uterin rüptür gibi genital travmaya bağlı postpartum kanamalarda traneksamik asit ver (1 gr IV 1-5 dakikada bolus ya da 100 ml %0.9 NaCl içinde 10 dakikada IV infüzyon)
- Traneksamik asit hematuri yoksa verilir.
- Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol et.
- Uterus sert hale gelene kadar masaja devam et. Bir saat süreyle uterusun sert olduğundan emin ol.
- 1 saat sonra tekrar hemogram, PT, aPTT ve fibrinojen için kan örneği al.

#### 5. 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.

#### 6. Plasentayı değerlendir.

##### A. Placenta çıkarılmamış ise: Plasentayı değerlendir.

- Şiddetli kanama yoksa doğumdan itibaren 30 dakika geçmesine ve oksitosin dozunun tekrarlanmasından sonra 30

dakika daha geçmesine rağmen plasenta çıkmamışsa; kontrollü kord traksiyonu ile çıkarmayı dene. Şiddetli kanama durumunda beklemeden alttaki basamağa geç.

- Eğer başarısız olunur ve kanama devam ediyorsa gerekli analjeziyi sağlayarak plasentayı el yardımı ile çıkar ve kavite bütünlüğünü kontrol et.
- Uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin, penisilin allerjisi varsa Klindamisin başla.
- Eğer elle de plasenta çıkarılamaz ise plasenta adhezyon anomalisi olabileceğini düşün, 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 (ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin, penisilin allerjisi varsa Klindamisin) IV/IM olarak başla.
- Eğer çıkarılamıyorsa hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et.

7. Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol et.

- Yırtığı muayene ederek yer ve derecesini belirle.
- Yırtıktan kaynaklanan 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.

8. Uterusu rüptürü 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 (ringer laktat veya SF) ile doktor eşliğinde sevk et.

9. Tüm müdahalelerden sonra kanamayı kontrol et. 30 dakika içerisinde:

**A. Kanama çok miktarda devam ediyor ise:**

- 1000 cc içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dak olacak şekilde devam et ve ikinci damar yolunu aç.
- Kan transfüzyonuna devam et. DIC bulguları varsa fibrinojen desteği (TDP, kryopresipitat, fibrinojen konsantresi) başla.
- Bimanuel uterus veya aort kompresyonunu uygulayarak hastayı ameliyathaneye naklet.

- Kanama durmazsa kavite içerisine bakri balon uygula.
- Uygun antibiyotik tedavisine (ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin, penisilin allerjisi varsa Klindamisin) 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 st basamağa acil olarak sevk et.

#### **B. Kanama kontrol altında ise:**

- Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dak 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.
- Takip sırasında saatte 30 cc'den az idrar çıkarırsa veya Hb'i 7 gr/dl'nin altına düşerse veya vital bulguları bozulursa veya bilinç değişikliği olursa hastayı kanama yönünden tekrar değerlendir. Gerekirse laparotomi planla.

## POST-PARTUM KANAMA ALGORİTMASI ACİL MÜDAHALE VE DEĞERLENDİRME

### KAN KAYBI > 500 ML - DEVAM EDEN OBSTETRİK KANAMA VEYA KLİNİK ŞOK

- Yardım iste - Kadın Doğum Uzmanı, Ebe, Hemşire, Nöbetçi Sorumlu ve Anestezi
- ABC değerlendirmesi yap.
- Maske ile oksijen ver - 10-15 L/dak
- Sürekli Monitorizasyon: KB; Kalp hızı,  $S_pO_2$
- Hastayı sıcak tut.
- Nedeni değerlendir (4 T)-atonik uterusu masaj yap.
- İ.V damar yolu aç-2 tane 14-16 G acil hemogram, kan grubu ve cross-match (4 Ünite ES, TDP, PLt, Kriopresipitat), Koagülasyon testleri (fibrinojen, aPTT, İNR dahil), biyokimya (Ca v e Laktat dahil) arterial kan gazı
- İdrar sondası tak, mesaneyi boşalt.
- Klinik veya hematolojik olarak gerekiyorsa derhal kan transfüzyonuna başla.
- Aşırı kristaloid kullanımından sakın.3,5 litreye kadar sıvı verilebilir. Kan temin edilene kadar öncelikle 2 L ısıtılmış izotonik kristaloid ver. Devamında izotonik kristaloid veya kolloid verilebilir. Hydroxyethyl starch kullanılmamalı
- 2 Ünite Eritrosit süspansiyonu ver. (Uygun grup, yoksa 0 (-))
- Sonda tak, mesaneyi boşalt, idrar çıkışını takip et
- Vital bulguları (5 dk aralıklarla) ve vücut ısısını (15 dk aralıkla) ölç ve kayıt altına al.

## Nedeni Bul ve Tedavi Et

Plasenta tam çıkmış mı?

HAYIR

### Tissue

#### Tam Çıkamamış Plasenta

Plasenta ve eklerinin tam olarak çıkarılması için gereken medikal ve cerrahi basamakları uygula.

EVET

Fundus sert mi?

HAYIR

### Tonus

#### Uterin Atoni

- Fundus masajı yap.
- Uterin pıhtıları tahliye et.
- Mesaneyi boşalt.

EVET

Genital sistem intakt mı?

HAYIR

### Travma

#### Genital Travma

- Serviks, vajina, perine inspeksiyonu.
- Uterin rüptür ve inversiyon açısından da değerlendir.
- Medikal tedavi ve cerrahi onarım yap.

EVET

Pıhtılaşma normal mi?

HAYIR

### Trombin

#### Koagülopati

- Hemogram koagülasyon, Ca ve kan gazı için 30-60 dk aralıklarla takip
- Lab sonuçlarını beklemeden masif transfüzyon protokolünü başlat.
  - ES, TDP, trombosit
  - Kryopresipitat (fibrinojen < 2.5g/L ise)
  - Kalsiyum glukonat (Ca < 1.1mmol/L ise)
- Hipotermi ve asidozu engelle.

EVET

### Basamaklı olarak ilaçları kullan

- İV oksitosin 5-10 IU, yavaş şekilde
- Ergometrin 0.25 mg, yavaş iv ya da im enfeksiyon (HT'da, sepsiste kontraendike)
- Oksitosin infüzyonu, 40 IU/1 L kristalloid @125-250 ml/saat (dropmetre ile)
- Sublingual mizoprostol 800 microgram, uygulanamıyorsa rektal
- Karboprost varsa uygula.
- Transamin 1 g IV (4 ampül/100 ml SF içinde 10 dakikada) uygulamayı değerlendir.

### Nedeni Bilinmeyen

#### Şunları Değerlendir

- Hematom
- Genital olmayan nedenler (örneğin karaciğer rüptürü, amniyon sıvı embolisi)
- 4 T için yeniden değerlendir.
- Kanama devam ediyor ve nedeni bulunamıyor ise laparotomiye geç.

**Cerrahi Yaklaşım**

Farmakolojik yaklaşım başarısız olursa uygulanmalıdır.

- İntrauterin balon tamponad (Tamponad testi)  
Hastanın genel durumu, kanama miktarı vital bulguları (şok indeksi; kalp hızı/sistolik kan basıncı) dikkate alınarak 15-30dk içinde cerrahi basamaklara geçilebilir.
- Hemostatik kompresyon sütürü
- Bilateral uterin arter ligasyonu / ovarian arter ligasyonu
- Bilateral hipogastik arter ligasyonu ve/veya histerektomi

- Bimanuel kompresyon
- Antişok pantolonu varsa giydirilir.
- Ameliyathaneye transfer et (oksijen uygula)
- Masif Transfüzyon kriterlerini gözden geçir.

**Evet**

**Kanama Kontrol Altında**

**Hayır**

Monitör - Vital bulguları  
- Tonus  
Hastayı gözlem altında tut.  
Dokümantasyon, psikolojik destek  
Anemiği tedavi et.  
VTE profilaksisi, Antibiyotik profilaksisi





# ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ EKLAMPSİ



## AĞIR PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ

**Tablo 1. Preeklampsi Sınıflaması**

	Preeklampsi	Şiddetli preeklampsi
Sistolik Kan Basıncı (mmHg) (İki kez 4 saat ara ile)	≥140	≥160
Diastolik Kan basıncı	≥ 90	≥110
Proteinüri (spot idrar) (Kantitatif ölçüm mümkün değilse)	1+	
Protein/Kreatinin	≥0.3	
Proteinüri (24 saatlik)	≥ 300 mg	
Şiddetli ve sürekli baş ağrısı	yok	Bu bulgulardan bir veya daha fazlası olabilir
Yeni başlangıçlı görme bozukluğu	yok	
Ağrı kesiciye cevap vermeyen epigastrik veya sağ üst kadranda ağrısı	yok	
Karaciğer enzimlerinde en az 2 kat artış	yok	
Trombositopeni (≤100.000/mikroL)	yok	
Progresif renal yetmezlik: • Serum Krea • Serum Krea Konsantrasyonu	>1.1 mg/dl En az 2 kat artması	
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 doğum gerçekleştirilir.

***Proteinüri olmadan preeklampsi, HELLP Sendromu veya eklampsi gelişebileceği akılda tutulmalıdır.***

### **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.
- Preeklampsi tanısı konulan ve fetal iyilik hali testleri normal sınırlar içerisinde olan gebeler yakın takip ile 37. gebelik haftasına dek izlenebilir.
- Yakın takibe alınabilecek ve iyi koopere, şiddetli kriteri olmayan preeklampsi hastalar ayaktan takip edilebilirler.

### **Stabil hastalarda;**

- Kan basıncı 4-6 saatte bir ölçülmelidir.
- Bazal laboratuvar tetkikleri haftada bir kez incelenmelidir.
- Fetal iyilik hali testleri haftada bir kez değerlendirilmelidir.
- 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 kullanmamış olmalı, ölçüm işlemi mümkün olduğunca sağlık personeli tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.*

## ŞİDDETLİ PREEKLAMPSİ VEYA EKLAMPSİ İLE GELEN HASTA YÖNETİMİ

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. Hastaya idrar sondası takılır.

5. Eğer konvülsiyon geçiriyor ise;

- Herhangi bir yaralanmaya karşı korunur ve eğer gerekiyorsa tespit edilir.
- Kan, kusmuk ve diğer sekresyonların aspire edilme riskini azaltmak için hasta yan yatırılır.
- Hastaya airway yerleştirilir.
- Konvülsiyon sırasında ve sonrasında ağız ve boğazı aspire edilir. Dilin ısırılıp ısırılmadığı kontrol edilir.

6. Magnezyum sülfat verilir (Bkz. Magnezyum sülfat kullanım şeması).

7. Onbeş dakika ara ile 2 kez ölçülen sistolik kan basıncı 160 mmHg ve üstünde ve/veya diastolik kan basıncı 110 mmHg ve üstünde ise antihipertansif ilaç verilir. Kan basıncı kontrol altına alınırken, hedef sistolik kan basıncı 140-150 mmHg, diastolik kan basıncı 90-100 mmHg olmalıdır. Mümkünse hasta monitörize edilir. Kan basıncı stabilize olana dek yakın kan basıncı takibi yapılır (Bkz. Postpartum Tansiyon Takip Şeması).

#### 8. Sıvılar;

- IV infüzyona başlanır.
- Aldığı-çıkardığı izlemi yapılır ve kaydedilir. Verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışı kontrol edilir ve aşırı sıvı yüklenmesi olmadığından emin olunmalıdır (Saatlik sıvı replasmanı 80 ml'yi geçmemelidir).
- 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:

- Magnezyum sülfat yükleme ve infüzyon tedavisi başlanır, idrar çıkışı düzelmiyorsa iv infüzyon tedavisi kesilir.
- 15 dakikada bir vital bulgular ve derin tendon refleksleri izlenir.
- Fetal kalp atımı izlenir (mümkünse fetal monitörle sürekli izlem yapılmalıdır).
- CVP'ye göre sıvı tedavisi ayarlanır, eğer kateter takılmamışsa 80 ml/saat'i geçmeyecek şekilde idame doz IV sıvı infüzyonuna devam edilir.
- Pulmoner ödem gelişimi açısından izlenir (nefes darlığı vb.).

9. Hasta asla yalnız bırakılmamalıdır. Konvülsiyonun ardından sekresyonların aspirasyonu anne ve fetüsün ölümüne neden olabilir.

Saatte bir vital bulgular, refleksler ile fetal kalp atımı gözlemlenir ve kaydedilir.

10. Mümkün olan en kısa sürede doğumun gerçekleşmesi için gerekli tedbirler alınır.

### **ANTİKONVÜLSİF İLAÇLAR:**

### **MAGNESYUM SÜLFAT:**

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

### **MAGNEZYUM SÜLFAT KULLANIM ŞEMASI**

#### ***Yükleme dozu:***

- Yükleme dozu 4-6 gram olarak belirlenmiştir. Her biri 10 ml olan %1.5'lik 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 ağırlı olmakla beraber zorunluluk nedeniyle aynı doz IM olarak verilebilir (Bu miktar 30 ml'lik hacim tutacağı için her iki kalçaya uygulanır).

#### ***İdame dozu:***

- İdame dozu 20 gr  $MgSO_4$  (13 ampul) 500 ml Ringer Laktat içinde hazırlanmalıdır.
- $MgSO_4$ : 1.5-2 gram/saat devamlı infüzyon şeklinde verilir. (1 gr/st için 25 ml/st, 1.5 gr/st için 38 ml/st, 2 gr/st için 50 ml/st uygulanır.)
- Alternatif olarak (IV tedavinin verilemeyeceği koşullarda) saatlik 1.5 gr  $MgSO_4$  (1 ampul/10 ml) 2 doza bölünerek her iki kalçaya 5'er ml yapılır.

- MgSO<sub>4</sub> infüzyonuna doğum süresince devam edilmelidir.
- Doğumdan veya son konvulsiyonun üzerinden en az 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.
- MgSO<sub>4</sub> infüzyonu devam ederken aşağıda sayılan bulgular-  
dan emin olunmalıdır;
  - \* Solunum sayısının en az 16/dakika,
  - \* Normal patellar refleks yanıtı,
  - \* İdrar çıkışının son 4 saatlik periyotta en az 30 ml/saat olması

Yukarıda sayılan bulguların bozulması durumunda MgSO<sub>4</sub> tedavisi kesilmeli veya geciktirilmelidir.

- MgSO<sub>4</sub> 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 refleks kaybı, 15-17 mg/dl'ye ulaştığında muskuler paralizi 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 monitorizasyonu veya nabız kontrolü altında verilir.
  - Bu işleme, MgSO<sub>4</sub> etkisini antagonize edene ve solunum başlayana kadar devam edilir. (MgSO<sub>4</sub> toksitesine bağlı solunum depresyonu olduğunda; tedavi sırasında hasta başında bulundurulacak acil arabası içerisinde mutlaka kalsiyum glukonat bulundurulmalıdır).
  - Dializ endikasyonu açısından hasta değerlendirilmelidir.

## MAGNEZTUM SÜLFATIN YAN ETKİLERİ:

- Hem annede ve hem de fetüste nöromusküler depresyon olabilir. Bu durum genellikle uzun süreli infüzyon tedavilerinde, 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 antikonvülfif olarak **DİAZEPAM** ikinci seçenek ilaçtır.

## DİAZEPAM KULLANIM ŞEMASI (SOLUNUM DEPRESE 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.

**Sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mmHg ya da  
diastolik kan basıncı  $\geq 110$  mmHg  
DOKTORA HABER VER**



# ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR

## İntrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon Tedavisinde Başlangıç Olarak

### LABETALOL KULLANILAN YÖNETİM ALGORİTMASI

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise  
20 mg Labetalolü\* 2 dakikayı aşan sürede IV uygula.



Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

40 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et.

Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

80 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula.

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et.

Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

Hazırlanmış Hidralazin solüsyonunu 10 mg dozda 2 dakikayı aşan sürede

IV uygula

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

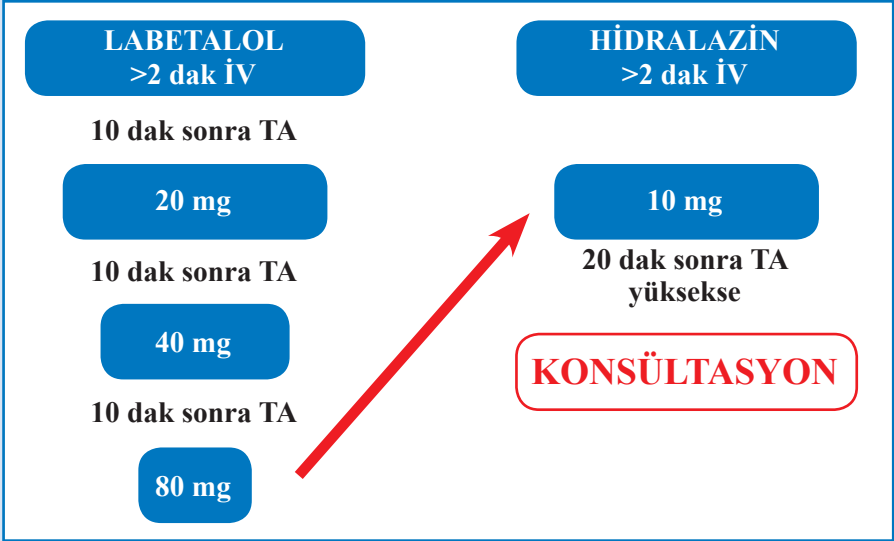
Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

Acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.

\*\*\* Tansiyon takibi: Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, dördüncü saat ve sonrasında ise saatte bir olacak şekilde kan basıncı ölçümlerini tekrarla.

Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluşturun.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.



Intrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon Tedavisinde Başlangıç Olarak

## HİDRALAZİN KULLANILAN YÖNETİM ALGORİTMASI

Sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mm Hg ya da  
diastolik kan basıncı  $\geq 110$  mmHg

**DOKTORA HABER VER.**

Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise

**Hazırlanmış Hidralazin solüsyonunu\*\* 5 mg ve ya 10mg dozda 2 dakikayı aşan sürede IV uygula**



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

**Hazırlanmış Hidralazin solüsyonunu 10 mg dozda 2 dakikayı aşan sürede IV uygula**

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et\*\*\*



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

20 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et



Kan basıncı ölçümünü 10 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.

Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

**40 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula**

**acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.**

\*\*\*Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra; birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, dördüncü saat ve sonrasında saatte bir kan basıncı ölçümlerini tekrarla.

Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluştur.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.

**HİDRALAZİN**

**5 mg**

**20 dak sonra TA**

**10 mg**

**20 dak sonra TA**

**LABETALOL  
>2 dak İV**

**40 mg**

**KONSÜLTASYON**

## NİFEDİPİN KULLANILAN YÖNETİM ALGORİTMASI

**Sistolik kan basıncı  $\geq 160$  mm Hg ya da  
diastolik kan basıncı  $\geq 110$  mmHg  
**DOKTORA HABER VER.****

**Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.**

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise; **10 mg oral Nifedipin ver** (dil altı uygulamayınız).



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.  
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise  
**20 mg oral Nifedipin ver.**

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et\*\*\*



Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet.  
Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise  
**20 mg oral Nifedipin ver**

Eğer kan basıncı sınırın altındaysa, tansiyon takibine devam et.



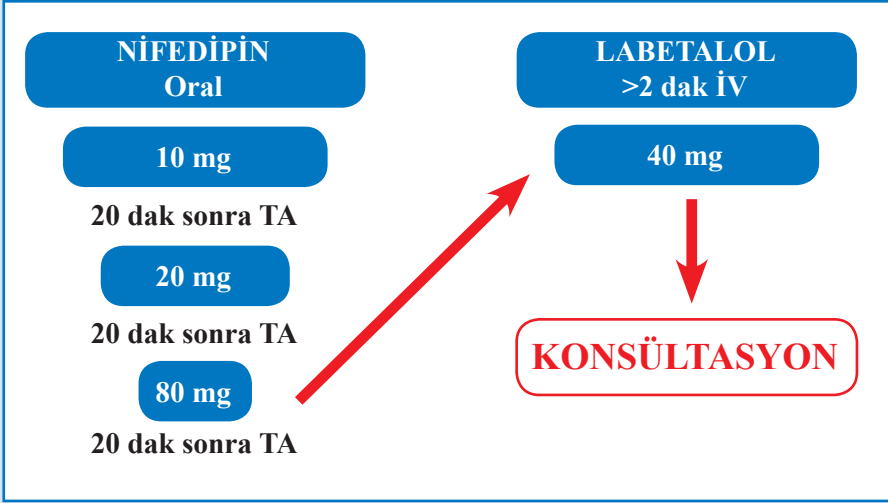
Kan basıncı ölçümünü 20 dakika sonra tekrarla ve ölçüm sonucunu kaydet. Sistolik veya diastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor ise

**40 mg Labetalölü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula. Acilen perinatoloji, dahiliye veya anestezi konsültasyonu iste.**

\*\*\*Kan basıncı sınırın altına düştükten sonra; birinci saatte 10 dakikada bir, ikinci saatte 15 dakikada bir, üçüncü saatte 30 dakikada bir, dördüncü saat ve sonrasında saatte bir kan basıncı ölçümlerini tekrarla.

Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluştur.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.



### 1- \*Labetalolün Bolus Tarzında Vermek Üzere Hazırlanması

- 20 ml ampulde 100 mg Labetalol bulunur, 20 mg lık 4 ml Labetatol 2 dakikayı aşan sürede İV bolus tarzında uygulanır.
- Labetalol uygulaması sonrası ortostatik hipotansiyon yan etkisi nedeni ile hasta ayağa kaldırılmamalıdır.

### 2- \*\*Hidralazinin Bolus Tarzında Vermek Üzere Hazırlanması

- 20 mg toz hidralazini 2 ml %0,9 sodyum klorür ile sulandırınız. Takiben 20ml.lik enjektöre %0,9 sodyum klorür çekerek 20 ml ye tamamlayınız. Böylece hazırladığınız solüsyon 20 mg / 20 ml (1 mg / 1 ml) hidralazin içerir. Hazırlanan solüsyon 24 saat oda ısısında stabil kalır. Hazırlanan solüsyon başka bir infüzyon solüsyonuna **eklenmemelidir**.
- Hidralazin tedavisi sırasında devamlı elektronik fetal monitörizasyon yapılmalıdır.
- Bolus tedavisi günlük 30 mg'ı aşmamalıdır.
- Eğer total bolus dozu 20 mg veya üzerinde ise infüzyon şeklinde verilir.

**Semptomatik hastada 15 dak beklemeden hemen basamakları uygula.**

**Nabız < 60/ dak** ise hidralazin ya da nifedipin tercih et.

**Nabız > 110/ dak** ise labetalol tercih et.

**İdrar çıkımı yoksa nifedipin tercih et.**

## **YAN ETKİLER**

- **Labetalol** neonatal bradikardiye neden olabilir. Astım, dekompanse konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda kullanılmamalıdır.
- **Hidralazin** maternal hipotansiyon riskini arttırabilir.  
(Sistolik kan basıncı  $\leq 90$  mmHg olması halinde IV sıvı tedavisi başla dâhiliye konsültasyonu iste)
- **Nifedipin** maternal taşikardi yapabilir.
- **PULMONER ÖDEM** bulguları var ise tedaviye 15 dak beklemeden hemen başla ve Nitrogliserin (Gliseroltrinitrat) tercih et. Acilen kardiyoloji veya dahiliye konsültasyonu iste.
- Nitrogliserin infüzyonuna 5 mikrogram/dak ile başla; 1 ampul nitrogliserinin (10mg/10ml, 1ml de 1mg nitrogliserin) 100 ml serum fizyolojik içine konularak (100 ml serum fizyolojik içinde 10 mg nitrogliserin bulunur) 3 ml/saat infüzyon hızında verilir.
- İstenen hemodinamik ya da klinik etki ortaya çıkana kadar her 5-10 dak'da bir 5-10 mikrogram/dak artırılabilir.

## TANSİYON TAKİBİ

İlk 1 saat	10 dakikada bir
Sonraki 1 saat	15 dakikada bir
Sonraki 1 saat	30 dakikada bir
Takiben	Saatte bir

## POSTPARTUM TANSİYON TAKİBİ

Gebelikte ciddi preeklampsi tanısı almış lohusalarda:

- Tansiyon  $\geq 160/110$  mm Hg ise 1 saat içinde dâhiliye, kardiyoloji bölümlerince değerlendirilerek acil tedavi düzenlenmelidir.
- **Postpartum dönemde** tansiyon regüle olduktan sonra en az 72 saat süreyle hastanede izlenmeli ve 4 saatte bir tansiyon ölçümü yapılmalıdır.
- Kan basıncı 150/100 mm Hg altına düşen, laboratuvar değerleri normal asemptomatik hastalar 3. veya 4. günlerde taburcu edilebilir. Semptomatik hastalar ise taburcu edildikten sonra 2 hafta süreyle semptomatik hastalar yatırarak takip edilmelidir.





# ATEŞ ENFEKSİYON VE SEPSİS



## YÜKSEK ATEŞ

### (Koltuk Altı 38°C ve Üzeri)

1. Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Bilinç durumunu değerlendir, kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda hastadan veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.

2. Sistemik muayeneyi yap. Ateşle beraber eşlik eden bulguları değerlendir.

- Aşırı halsizlik/güç kaybı
- Tonsiller ve farenkste enfeksiyon bulguları
- Akciğer seslerinde patolojik bulgular
- Hızlı solunum (20/dk'dan fazla)
- Karında hassasiyet
- Ekstremitelerinde şişlik, hassasiyet, kızarıklık
- Kostolomber hassasiyet

3. Yüksek ateşin yukarıdaki nedenleri araştırıldıktan sonra gebeliğe bağlı nedenlerine yönel, abdominal ve vajinal muayene yap.

- Karında hassasiyet
- Uterin hassasiyet
- Kasıkta hassasiyet
- Vajinal akıntı (Kötü kokulu akıntı/su gelmesi)
- Kesi yeri/epizyotomi hattında kızarıklık, akıntı
- Memelerde kızarıklık, hassasiyet, sertlik

4. Olası tanıları gözden geçir:

- Solunum yolu enfeksiyonu
- Influenza enfeksiyonu (Ekim-Nisan ayları arasında yüksek ateşe eşlik eden boğaz ağrısı, öksürük, kas ağrısı, karın ağrısı, bulantı-kusma, ishal bulgularından herhangi birinin varlığında akla gelmelidir.)

- Karın içi enfeksiyonlar
- Üriner sistem enfeksiyonu
- Derin ven trombozu/Tromboflebit
- Pulmoner tromboemboli
- Koryoamnionit
- Endometrit/Myometrit/Endomyometrit
- Meme/pelvik abse
- Sepsis

5. İlk müdahaleyi yap.

- Damar yolu aç

**Birinci Basamak:**

- Damar yolu açık kalacak şekilde sıvı infüzyonuna tercihen %5 Dekstroz başla. Şuur bulanıklığı, tansiyon düşüklüğü (90/60 mmHg), taşikardi/bradikardi (nabız 110'un üstü/nabız 80'in altı/dk) varsa veya hastada mastit ve üriner enfeksiyon dışında bir tanı düşünüyorsan gerekli önlemleri alarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk et.
- Gerekli laboratuvar testleri (kan ve idrar tahlili) yap.
- Uygun antibiyotik(ler)in ilk dozunu IV/IM olarak başla. (Bkz. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Acil Obstetrik Bakımda Enfeksiyon Tedavisi)

**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.**

## ENFEKSİYONUN UYGUN ANTİBİYOTİK İLE TEDAVİSİ ANTEPARTUM DÖNEMDE:

Durum	Antibiyotik
Enfeksiyon etkeni bilinmiyorsa ve sepsis düşünülüyorsa	Amoksisilin-Klavulanat + metronidazol veya Sefuroksim + Metronidazol veya Sefotaksim + Metronidazol
Penisilin ve/veya sefalosporin allerjisi varsa	Klaritromisin / Eritromisin veya Klindamisin
İnfluenza enfeksiyonu şüphesi	Oseltamivir 2 x 75 mg (5 gün)

## POSTPARTUM DÖNEMDE

Durum	Antibiyotik
Enfeksiyon etkeni bilinmiyorsa Düşük/küretaj komplikasyonu Uterin enfeksiyon Meme absesi	3'lü tedavi Ampisilin Gentamisin Metronidazol veya Klindamisin
Postpartum kanama 24 saatten uzun süren Doğumdan 24 saat sonra olan Üst üriner sistem enfeksiyonu Mastit	2'li tedavi Ampisilin Gentamisin
Plasenta veya parçalarının elle çıkarılması Kavite kontrolü Uterin enfeksiyon riski Uzamış doğum eylemi (risk varsa)	Tek antibiyotik Ampisilin veya 1. kuşak Sefalosporin
<b><i>İnfluenza enfeksiyonu şüphesi</i></b>	<b><i>Oseltamivir 2 x 75 mg (5 gün)</i></b>

## TEDAVİ ŞEMASI VE DOZLAR

Antibiyotik	Hazırlanması	Doz/Verilişi	Sıklık
Ampisilin	1 gr flakon 3 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	İlk doz 2 g IV/IM daha sonra 1 g	6 saatte bir 1gr
Amoksisilin-Klavulanat	1.2 gr flakon IV:20 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1.2 gr IV (IV 15-20 dk'da)	8 saatte bir 1.2gr
Sefuroksim	1.5 gr flakon IV: 15-50 ml IM: 6 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1.5 gr IV/IM (IVserum set içine enjeksiyon IM derin kas içi)	8 saatte bir 1.5gr
Sefotaksim	1 gr flakon 4 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1 gr IV/IM (IV 3-5 dk'da)	12 saatte bir 1gr
Gentamisin	2 ml içinde 80 mg/ml'lik ampul	80 mg IM	8 saatte bir 80 mg ve ya 24 saatte 4 mg/kg tek doz uygula
Metronidazol (im kullanılmaz)	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 IM/IV olarak 48 saat devam edin, bu süre içinde ateş düşerse ateş düştükten 72 saat sonrasına kadar tedaviye parenteral devam edin. Daha sonra amoksisiline 3x500 mg oral veya II. kuşak sefalosporine 2x250-500 mg oral olarak 7-14 günlük tedavi tamamlanıncaya kadar devam edin.
- Ateş 48 saat içinde düşmüyor veya 72 saat içerisinde tekrar yükseliyorsa veya annenin sağlığı giderek daha da kötüleşiyorsa yoğun bakım ünitesinde takip edin.
- Gentamisin gebelikte kontrendikedir.
- Gentamisin postpartum dönemde kullanılırken nefrotoksik olduğundan böbrek fonksiyonları dikkate alınarak verilmelidir.

## SEPSİS

### SEPSİS TANI KRİTERLERİ:

Enfeksiyon varlığı veya şüphesi halinde aşağıdaki kriterlerden bazılarının varlığında sepsis tanısı düşünölmelidir ve enfeksiyon odağının tespitine yönelik gerekli biyokimyasal ve radyolojik tetkikler yapılmalıdır.

Birinci ve yoğun bakım ünitesi bulunmayan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında Qsofa değerlendirilmesi yapılarak, hasta yoğun bakım ünitesi olan merkeze sevk edilmelidir.

<p><b>İNFLAMATUAR KRİTERLER:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beyaz küre sayısı &gt;12.000 veya &lt;4000 veya %10'dan fazla bant formasyonu</li> <li>• CRP yüksekliği</li> <li>• Prokalsitonin yüksekliği</li> <li>• Perfüzyon Bozukluğu Kriterleri</li> <li>• Laktat yüksekliği &gt;1 mmol/L</li> <li>• Kapiller dolumda gecikme</li> </ul>	<p><b>QSOFA KRİTERLERİ:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mental durum değişikliği</li> <li>2. Solunum sayısı&gt;22/dk</li> <li>3. Sistolik kan basıncı&lt;100 mmHg</li> </ol>
<p><b>ORGAN DİSFONKSİYON BULGULARI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum sıkıntısı/hipoksemi/hipokapni (SpO2&lt;%92, PaCO2&lt;32 mmHg)</li> <li>• Dolaşım bozukluğu bulguları (Sistolik kan basıncı&lt;90 mmHg)</li> <li>• Kanama diyatezi (INR&gt;1.5, Aptt&gt;60 sn)</li> <li>• Akut oligüri (yeterli sıvı tedavisine rağmen 2 saat süre ile idrar çıkışı&lt;0.5ml/kg/st)</li> <li>• Kreatininde &gt;0.5 mg/dl artış</li> <li>• İleus</li> <li>• Trombositopeni (&lt;100.000microL-1)</li> <li>• Hiperbilirubinemi (total bil&gt;4 mg/dl)</li> </ul>	<p><b>ORGAN DİSFONKSİYON BULGULARI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum sıkıntısı/hipoksemi/hipokapni (SpO2&lt;%92, PaCO2&lt;32 mmHg)</li> <li>• Dolaşım bozukluğu bulguları (Sistolik kan basıncı&lt;90 mmHg)</li> <li>• Kanama diyatezi (INR&gt;1.5, Aptt&gt;60 sn)</li> <li>• Akut oligüri (yeterli sıvı tedavisine rağmen 2 saat süre ile idrar çıkışı&lt;0.5ml/kg/st)</li> <li>• Kreatininde &gt;0.5 mg/dl artış</li> <li>• İleus</li> <li>• Trombositopeni (&lt;100.000microL-1)</li> <li>• Hiperbilirubinemi (total bil&gt;4 mg/dl)</li> </ul>

## SEPTİK ŞOK:

Sepsis ön tanısı olan hastada 30 ml/kg/st'lik sıvı tedavisine rağmen hastanın sistolik kan basıncı < 90 mmHg olması septik şok olarak tanımlanır.

**Tedavi:** Sepsis tedavisi ile beraber vasopressor tedaviyi başla (Noradrenalin 0.1-1.2 microg/kg/dk, noradrenaline





# 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
- Puerperal veya postpartum sepsis
- Ektopik gebelik
- Kist rüptürü/torsiyonu
- Pelvik enflamatuvar hastalık
- Akut apandisit
- Akut gastroenterit
- Üriner enfeksiyon
- Ürolithiyazis
- Kolesistit

- Akut pankreatit
- İleus

5. Batın travması vb. İlk müdahaleyi yap.

- IV damar yolu aç
- Ön tanıya uygun gerekli laboratuvar tetkiklerini iste.
- Sıvı tedavisine başla (Kristaloid sıvılar tercih edilmeli)
- Ateş  $>38^{\circ}\text{C}$  ise uygun antibiyotik(ler) tedavisinin ilk dozu-  
nu IV/IM olarak ver.
- Gerekirse bir üst basamağa sevk et.



# GEBELİKTE BATIN İÇİ TRAVMA



Travma öyküsü veya şüphesi olan hastada aşağıdaki semptom veya bulgulardan birisi varsa batın içi travmadan şüphelen.

Semptomlar	Bulgular
Bulantı, kusma	Gergin batın
Omuz ağrısı	Sert batın
Vajinal kanama	Rebound
Kanlı idrar	Şok bulguları
Ateş	

## İlk Müdahale

### Evrensel:

Hava yolunu açık tut, vital bulguları kontrol et

### Oksijen:

6-8 L/dk

### Laboratuvar:

Hb, Hct, kan grubu, cross-match ve  $\beta$  HCG için kan al. İdrar miktarını ölç. Ayakta düz batın grafisi çek. USG yap.

### Sıvılar:

Oral alımı kes, 20 dakika içinde 1 Litre gidecek şekilde izotonik veya ringer laktat başla. Şok bulguları varsa kan hazırlığı yap.

Hb  $<7$  g/100 ml veya Hct  $< \% 21$  ise kan transfüzyonuna başla.

### İlaçlar:

Hemen antibiyotik başla. (İV veya İM, tercihen İ.V) Gerekiyorsa tetanoz toksoidi veya antitoksini uygula.

## **Acil Cerrahi Bulgular:**

Akut karın ağrısı ve sürekli düşük kan basıncı 1-3 litre sıvı alımından sonra hasta stabil değilse Batın filminde periton boşluğunda kan görülmesi durumunda; Acil laparotomi (batın drenajı, organ tamiri veya histerektomi için) gerekir.

## **Eğer laparotomi yapılamıyorsa:**

1. Oksijene devam
2. İ.V. sıvıya devam
3. Ağrı kontrolü
4. Antibiyotiğe devam
5. Bir üst basamağa sevk

## **İdame tedavi:**

Vital bulguları, idrar çıkışını ve şok belirtilerini izle

İ.V. sıvı, antibiyotik ve oksijene devam

Ağrı kontrolü

