



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ACIL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ

Ankara
2022



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
HALK SAĞLIĞI
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

ACİL OBSTETRİK BAKIM
YÖNETİM REHBERİ

ANKARA 2022

**T.C. Sağlık Bakanlığı
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı
Ankara 2022**

ISBN: 978-975-590-838-0

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1224

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 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No, Basıldığı İl ve Yayın Tarihi” şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Yayın Komisyonu

Doç. Dr. Hasan IRMAK	HSGM Yayın Komisyonu Başkanı
Doç. Dr. Nazan YARDIM	HSGM Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanı
Dr. Kanuni KEKLİK	HSGM Göç Sağlığı Dairesi Başkanı
Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL	HSGM Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı

SUNUŞ

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve engellilik nedenidir. Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olarak anne ölüm oranı, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Dünyada her yıl 295.000 civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir.

Ülkemizde 2005 yılı Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 100.000 canlı doğumda 28,5 olan anne ölüm oranı, 2019 yılında 13,1'e düşürülmüştür. Bu sonuçların alınmasında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi, doğumların hastanede yapılmasının sağlanması, doğu ve güneydoğu anadolu bölgeleri başta olmak üzere kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli sayısının artırılması, hastanelerdeki erişkin ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmeler, 112 Acil Yardım Hizmetlerindeki gelişmelerin büyük katkısı olmuştur.

Anne ölüm oranlarında geline bu düzeyden daha iyi sonuçlara ulaşabilmek için sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve alt yapı eksikliklerinin tamamlanmasının yanı sıra, hizmeti sunan sağlık personelinin bilgi ve becerilerini de en üst düzeyde tutmak, ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması ve uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Bakanlığımız bilim komisyonları ve ilgili tıp dernekleri tarafından hazırlanan Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi 2021 yılında güncellenmiştir.

Bu rehber değişmez kurallar dizisinden ibaret değildir ve gebelere sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmazlar. Tıbbın ana prensibi olan “hastalık değil hasta vardır” ilkesine uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesi gerektirir.

Rehberin uygulanması ile her gebenin gebeliği süresince 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.

Bu klinik rehberin hazırlanmasında ve güncellenmesinde emeği geçen Bilim Komisyonu üyelerine, programda çalışan kurum personeline, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneđi, Türk Perinatoloji Derneđi, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneđi ile Perinatoloji Uzmanları Derneđine, bugüne kadar anne ve bebek ölümlerini önlemek adına sahada özveri ile çalışan ve uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline, 2021 güncelleme çalıştayına katılarak, kitabın basılmasına ve Arapça'ya çevrilmesine destek veren Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'na (UNFPA) teşekkür ederim.

Doç. Dr. Fatih KARA
Halk Sağlığı Genel Müdürü

**Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi 2021 Güncenleme
Bilim Komisyonu Üyeleri**

Doç. Dr. Fatih KARA	Halk Sağlığı Genel Müdürü
Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ	Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı
Dr. Tuba Esra ŞAHLAR	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanı
Op. Dr. Veli Dünder ONGUN	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı AOB Program Sorumlusu
Dr. Yurdum KARABACAK	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Birim Sorumlusu
Prof. Dr. Berna DİLBAZ	SBÜ Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm. Dr. Selma KARAAHMETOĞLU	Ankara Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefi
Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi-Yoğun Bakım Kliniği
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Ankara Şehir Hastanesi- Perinatoloji Bölümü
Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Prof. Dr. Aykan YÜCEL	Anne Ölümleri Ön İnceleme Komisyon Bşk. Ankara Şehir Hastanesi-Perinatoloji Bölümü
KÜSDB Program Çalışanları: İmmahan GÜNAYDIN, Derya ÖZKAN, Duygu AKYÜREK, Neriman KÜRÜMOĞLU	

İÇİNDEKİLER

Obstetrik Problemleri Çözme Yaklaşımı	1
Acil Başvuruda Hızlı İlk Değerlendirme	8
Gebelikte Kanama Yönetimi	12
Gebelikte Hafif Vajinal Kanama Yönetimi	25
Gebelikte Şiddetli Vajinal Kanama Yönetimi	28
Postpartum Kanama Yönetimi	32
Preeklampsi ve Eklampsi	41
Acil Obstetrik Bakımda Yüksek Ateş	61
Acil Obstetrik Bakımda Enfeksiyon Tedavisi	63
Acil Obstetrik Bakımda Sepsis	67
Acil Obstetrik Bakımda Şiddetli Karın Ağrısı	73
Gebelikte Batın İçi Travma	76
Ek 1: Gebelikte Arteriyel Kan Gazı	79
Ek 2: Şok İndeksi	80

TABLÖLAR DİZİNİ

1. Acil obstetrik bakımda hızlı ilk değerlendirme.....	9
2. TVUSG ile gebeliğin izlenmesi.....	14
3. Gebelik komplikasyonlarının belirti ve bulguları ...	15
4. Hafif vajinal kanamada klinik bulgular ve tam klinik değerlendirme.....	25
5. Düşük yönetimi.....	26
6. Düşük sonrası rahim perforasyonu ve komplikasyon bulguları yoksa vajinal kanama yönetimi.....	27
7. Gebelikte ağır kanama yönetimi.....	28
8. Plasenta dekolmanının şiddetinin evrelemesi.....	29
9. Kan kaybı> 1000 ml- devam eden obstetrik kanama veya klinik şokun yönetim iş akışı.....	38
10. Preeklampsi bulguları.....	42
11. Serum magnezyum konsantrasyonu ve toksisiteleri...	48
12. Preeklampsi yönetiminde tansiyon takibi.....	59
13. Antepartum dönemde antibiyotik tedavisi.....	63
14. Postpartum dönemde antibiyotik tedavisi.....	64
15. Antibiyotiklerin hazırlanışı, doz ve tedavi şeması.....	65
16. Sepsiste organ fonksiyon bozuklukları.....	67
17. qSOFA kriterleri.....	68
18. qSOFA skorlama sistemi.....	68
19. Obstetrik sepsiste önerilen ampirik geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri.....	71
20. Gebelikte batin içi travma semptom ve bulguları.....	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

1.	Düşük sonrası rahim perforasyonu bulgusu varsa vajinal kanama yönetimi.....	27
2.	Plasenta dekolmanında evreye göre yönetim.....	29
3.	Preterm gebelikte dekolman yönetimi.....	30
4.	Term ve terme yakın gebelikte dekolman yönetimi....	31
5.	Postpartum kanama tanı-medikal ve cerrahi yönetim algoritması.....	40
6.	Acil hipertansiyonda başlangıç olarak labetalol kullanılan yönetim algoritması.....	52
7.	Acil hipertansiyonda başlangıç olarak hidralazin kullanılan yönetim algoritması.....	54
8.	Acil hipertansiyonda başlangıç olarak nifedipin kullanılan yönetim algoritması.....	56

KISALTMALAR

T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
S.B.	Sağlık Bakanlığı
AOB	Acil Obstetrik Bakım
HELLP	Hemolysis Elevated Liver Enzymes Low Platelet
IUGK	İntrauterin Gelişme Kısıtlılığı
HT	Hipertansiyon
RL	Ringer Laktat
SF	Serum Fizyolojik
C/S	Sezaryen Ameliyatı
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
FKA	Fetal Kalp Atımı
USG	Ultrasonografi
IG	İmmün Globulin
TVUSG	Transvajinal Ultrasonografi
MgSO ₄	Magnezyum Sülfat
Mg	Magnezyum
O ₂	Oksijen
Ü	Ünite
IV	İntra Venöz
IM	İntramüsküler
TA	Tansiyon Arteriyel
OAB	Ortalama Arteriyel Basınç

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

- Hiperemesis gravidarum
- Erken doğum eylemi
- Erken membran rüptürü (preterm ve term)
- İntra uterin gelişme kısıtlılığı (IUGK)
- Hipertansiyon-preeklampsi-eklampsi-HELLP
- Vajinal kanama (erken, geç ve postpartum)
- Derin ven trombozu, tromboflebit
- Pulmoner emboli
- Amniyon sıvı embolisi
- 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

Ciddi maternal komplikasyondan biri uterus rüptürüdür.

3.1. Nedenler

- Prezentasyon, pozisyon anomalileri
- Pelvik distosiler
- Kontraksiyon anomalileri (ilerlemeyen eylem, tetanik kasılmalar, hızlı doğum vb)
- Uygun olmayan doğum indüksiyonu
- İri fetus
- Geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, miyomektomi, histeroskopi vb.)

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 (RL) / Serum fizyolojik (SF) 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
 - Proteinüri yoksa hipertansiyona eşlik eden son organ hasarı

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.

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 (prezentasyon anomalileri sıklığı).
- Erken membran rüptürü olup olmadığına bak.
- FKA’nı değerlendir.
- Damar yolunu açarak hidrasyonu sağla.

Doğum kaçınılmaz ise:

- Servikal açıklığı değerlendir.
- 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-skorunu 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.
 - Veya 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 hasta ve yakınlarına hemen 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 2 saatte 1000 ml SF ver.
- Tedaviye cevap vermiyor veya idrar çıkışı yeterli değilse bir üst basamağa damar yolu açık kalacak şekilde ve gerekli önlemleri alarak sevk et.

10. HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

- **Gebelikte şiddetli bulantı kusmaya eşlik eden idrar tetkikinde keton pozitifliği ve gebelik öncesi vücut ağırlığının %5'inden fazla kilo kaybı olmasıdır.**
- Çoğunlukla birinci trimesterde görülür. Bulantı-kusmaya neden olan diğer hastalıklar da akla gelmelidir.
- Tanı konulduğunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanına yönlendir.

**ACİL BAŞVURUDA
HIZLI İLK
DEĞERLENDİRME**

Tablo 1. Acil obstetrik bakımda hızlı ilk değerlendirme

SİSTEM/ SEMPATOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
Havayolu- Solunum	Solunum sıkıntısı	Solunum sayısı Solunum sesleri (ral, ronküs) Siyanoz Kalp atım hızı	Ağır anemi Kalp yetmezliği Pnömoni Astım Emboli
Dolaşım	Solunum sıkıntısı Çarpıntı	Cilt: Soğuk ve nemli Nabız: • Hızlı (≥ 110 /dk) ve zayıf • Yavaş (< 60 /dk) Kan basıncı: düşük (sistolik < 90 mmHg) Şok indeksi (Ek:2)	Şok
Bilinç Kapalı/ Konvülziyon	Gebe mi? Gebelik Süresi? Travma hikayesi	Kan basıncı: Sistolik basınç ≥ 160 mmHg ve/veya Diastolik basınç ≥ 110 mmHg Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Ense Sertliği	Eklampsi Epilepsi Tetanoz Zehirlenme Santral sinir sistemi enfeksiyonu Serebrovasküler olay

SİSTEM/ SEMPATOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
Vajinal Kanama	Gebe mi? Gebelik Süresi? Doğumu yenimi 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
Karın Ağrısı	Gebelik Var mı? Gebelik Süresi?	Kan basıncı: Sistolik ≤ 90 mmHg Nabız: hızlı ($\geq 110/\text{dk}$) Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Uterusun gebelik haftası ile uyumu Uterus kontraksiyonu	Over kist rüptürü Adneksiyel torsiyon Ektopik gebelik Term/preterm eylem Koryoamniyonit Plasenta dekolmanı Uterus rüptürü Apendisit Üriner sistem hastalığı (taş, enfeksiyon)

SİSTEM/ SEMPATOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
Yüksek Ateş	Halsizlik Uyku hali Dizüri Öksürük Burun akıntısı Baş ağrısı İshal Boyun ağrısı	Ateş: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ Bilinç kaybı Ense sertliği Boğaz muayenesi Akciğer Oskültasyonu: Zayıf solunum ve ek sesler Memede hassasiyet Karın muayenesinde hassasiyet Kostalomber hassasiyet Uterus hassasiyeti Vulvavajen: pürülan akıntı	Koryoamniyonit İdrar yolları enfeksiyonu Pnömoni Endometrit Pelvik abse Peritonit Pyelonefrit Mastit Düşük komplikasyonu Sıtma Menenjit- Ensefalit

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.
- Şok İndeksini hesapla (nabız/sistolik kan basıncı)
- Doğurganlık hikayesini al
- Yaş
- Son adet tarihi (kanamanın gebeliğin hangi döneminde olduğunun 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

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. (Bkz. Gebelikte Ağır Vajinal Kanama Yönetimi)
- Fundus yüksekliğini, uterusun kontrakte olup olmadığını değerlendir, FKA'nı al.
- Mümkün ise USG ile değerlendirilmesini sağla.
- Plasenta previa düşünülmediyse spekulum muayenesi sonrası vajinal muayene yap.
- Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) Gebeliğin İzlenmesi

Tablo 2. Erken gebeliklerde gebelik haftalarına göre TVUSG ile gebeliğin izlenmesi görülmesi gereken yapılar

Gestasyonel kese	4,5- 5 haftadan itibaren
Yolk kesesi	5- 6 haftadan itibaren veya gebelik kesesi 20 mm ise
Kardiyak atımı olan fetüs	5,5- 6 haftalık embriyo 8 mmye ulaştığında kardiyak atım mutlaka gözlenmelidir

Aşağıdaki tabloya göre olası tanıyı koy.

Tablo 3. Gebelik komplikasyonlarının belirti ve bulguları

Spesifik belirti ve bulgular	Eşlik edebilecek belirti ve bulgular	Muhtemel tanı
Hafif kanama- karın/kasık ağrısı Serviks kapalı Uterus normalden yumuşak Gebelik haftasıyla uyumlu olmayan uterus büyüklüğü	Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Karında yaygın hassasiyet Adet gecikmesi Serviks hareketleri ağrılı Şok tablosu	Ektopik gebelik
Hafif kanama Serviks kapalı Uterus gebelik haftasına göre küçük Uterus normalden yumuşak Edometrial kavitede parça yok.	Hafif kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme hikayesini Adet gecikmesi	Tam düşük
Hafif kanama-Kramp/ağrı Serviks kapalı Uterus gebelik haftasına göre küçük Ultrasonda fetal kalp atımının olmaması	Kramp/alt karın ağrısı Adet gecikmesi Lekelenme	Missed abortus
Aşırı kanama Serviks dilate Uterus gebelik haftası ile uyumlu	Kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme hikayesi yok Adet gecikmesi	Önlenemeyen düşük
Aşırı kanama Serviks dilate Uterus gebelik haftası ile uyumlu Endometrial kavitede parça var	Kramp/Alt karın ağrısı Kısmi parça düşürme Servikste gebelik materyali parçaları var	Tam olmayan düşük
Aşırı kanama Serviks dilate Uterus normalden yumuşak	Bulantı/kusma Kramp/alt karın ağrısı Adet gecikmesi Over kisti Erken başlayan preeklampsi Fetüse ait USG bulgusu yok Üzüm benzeri parça düşürme Uterus gebelik haftasından büyük	Molar Gebelik

ERKEN GEBELİKTE KANAMA

(İlk 22 haftada olan kanama)

1.1. HAFİF KANAMALARA YAKLAŞIM

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

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

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 değerlendir. Şok indeksini hesapla (Ek:2).
- USG ile intrauterin viabl bir gebeliğin varlığını doğrula
- Kanama azalırsa gebeyi evine gönder.
- Zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durmasını öner.
- Kanama artarsa tekrar başvurmasını söyle.

- Kanamada azalma olmazsa fetüs canlılığını tekrar 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 hikayesi mevcuttur.

Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısı) hızla değerlendir. Şok indeksini hesapla (Ek:2).

- 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. Ektopik Gebelik

Serviks kapalı, uterus gebelik haftasına göre küçük, karın ağrısı, baygınlık hissi, adnekslerde hassasiyet ve ağrılı serviks hareketleri, rüptüre ise karın ağrısı, baygınlık hissi, şok belirtileri mevcuttur.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısı) hızla değerlendir. Şok indeksini hesapla (Ek:2).
- Ektopik gebelik ön tanısı durumunda damar yolunu açarak

(şok durumu varsa 16-18 nolu kanülle damar yolu açarak RL veya SF sıvı hızlı infüzyon olacak şekilde tedaviye başla) bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk et.

1.Basamakta:

- Kanda veya idrarda β HCG bak.
- Düşük tehdidi, akut/kronik pelvik enfeksiyon, torsiyone veya rüptüre olmuş over kisti, akut apandisit ile ayırıcı tanısını yap.
- **Rüptüre olmayan ektopik gebelik yakınmalarını değerlendir.**
 - Erken gebelik yakınma ve bulguları (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 bulguları olmayan olgularda bekleme tedavisi, medikal veya cerrahi tedavi yönünden değerlendir, hastayı bilgilendir ve tedavi için yazılı onamını al. Bekleme sırasında veya medikal tedavi sonrasında rüptür olabileceğini akılda tut.

- **Rüptüre olan ektopik gebelik yakınma ve bulgularını değerlendir.**
 - Halsizlik, bitkinlik, huzursuzluk
 - Hızlı, zayıf nabız (>110 dk üstünde)
 - Şok indeksi ≥ 0.9 (Ek:2).

- Ortostatik Hipotansiyon
- 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.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.
- Bilgilendirme yap ve kontrole çağır.

1.2. AĞIR KANAMALARA YAKLAŞIM

- Önlenemeyen düşük
- Tam olmayan düşük
- Molar gebelik

1.2.1. Önlenemeyen Düşük

- Dilate serviks, uterus gebelik haftası ile uyumlu, kramp tarzında alt karın ağrısı, parça düşürme hikayesi yok.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir. Şok indeksini hesapla (Ek:2).

- Önlenemeyen düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolunu 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 ml sıvı içine (RL/SF) 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 1000 ml sıvı içine (RL/SF) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla.
- Abortus sonrası kalan gebelik ürününü cerrahi küretaj ile boşalt.
- Rh uyuşmazlığı varsa Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Üreme sağlığı danışmanlığı ver.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün oral) ver.

1.2.2. Tam Olmayan Düşük

Dilate serviks, uterus gebelik haftasından küçük, kramp şeklinde alt karın ağrısı, kısmi parça düşürme var.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir, şok indeksi hesapla (Ek:2), septik abortus ihtimalini araştır.
- Gerekli durumlarda tetanoz profilaksisi uygula.
- Üreme sağlığı 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 forseps 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 1000 ml 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 uyuşmazlığında Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Üreme sağlığı danışmanlığı ver.
- Elementer demir desteği (40-60 mg/gün per oral) ver.

1.2.3. Molar Gebelik

Serviks dilate, uterus gebelik haftasından büyük 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. Şok indeksini hesapla (Ek:2).

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

2. Basamakta:

- Tranfüzyon hazırlığı yap, cerrahi işleme başlayana kadar kan ürünlerinin hazır olmasını sağla,
- Tahliye sırasında gerekli analjezi ve anesteziyi sağla
- Tahliye sırasında kanamayı önlemek için 1000 ml sıvı içine (RF/SF) 40 Ü Oksitosin koyarak 60 damla/dk hızında infüzyona başla.

- Vakum aspirasyon ile uterusu tahliye et ve materyali patolojiye gönder.
- Kavite kontrolünü 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 kontraseptif yöntemi başlat.
- Patoloji sonucunu takip et. İnvaziv mol veya koryokarsinom tanısı alınmış ise bir üst basamağa sevk et
- 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.

GEÇ GEBELİKTE KANAMA

(22 haftadan sonra olan kanama)

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir. Şok indeksini hesapla (Ek:2).
- Fundus yüksekliği, uterin kontraksiyon varlığı ve fetal kalp atımını belirle.
- Doğum eylemi başlamış ise haftasına göre yönet
- Kanamanın plasenta previa, plasenta dekolmanı, uterus

rüptürü kaynaklı olabileceği düşünülüyorsa;

- Acil sıvı tedavisine başla (16-18 nolu kanülle damar yolunu açarak (RL/SF). Acilen bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk et.

HAFİF VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ

Tablo 4. Hafif vajinal kanamada klinik bulgular ve tam klinik değerlendirme

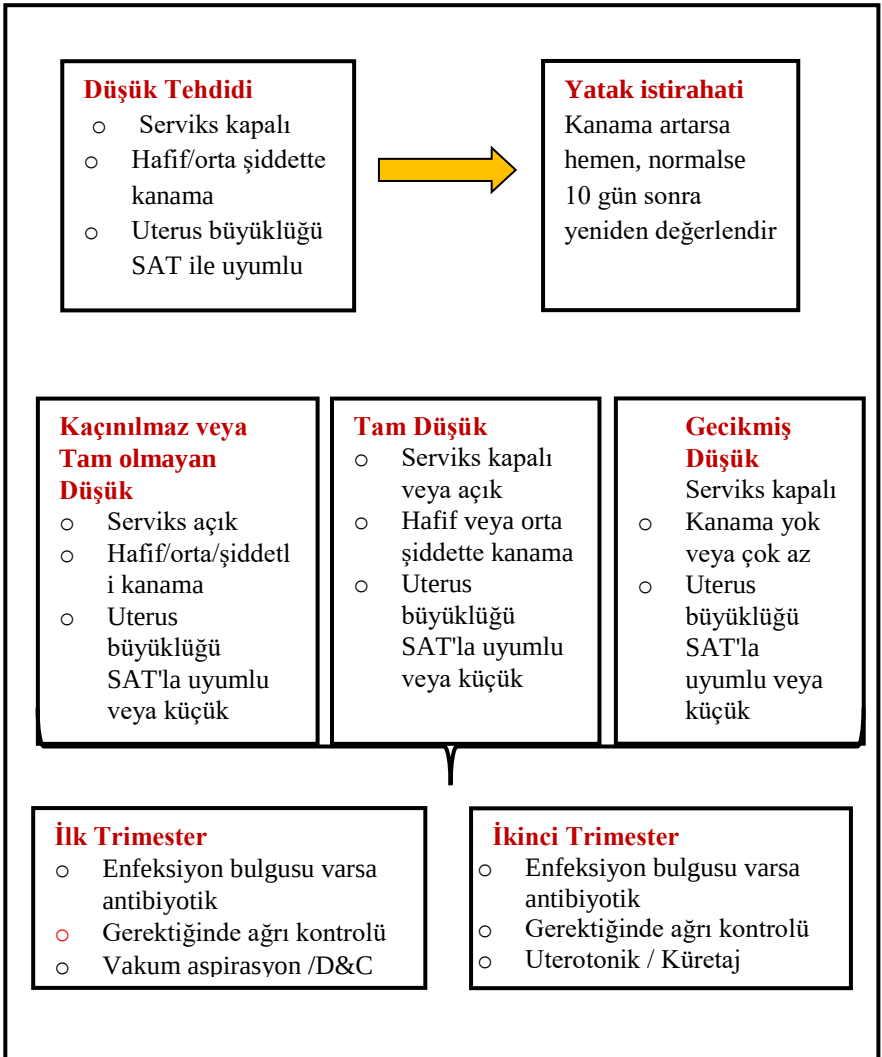
Klinik Bulgular

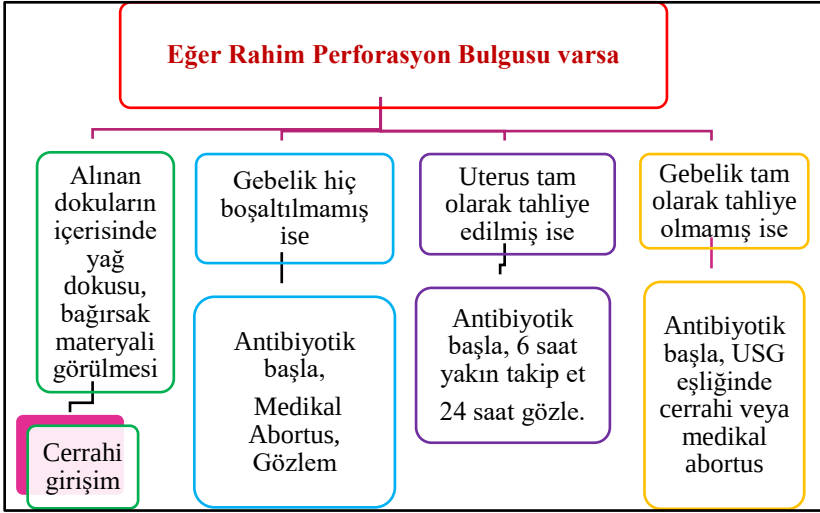
- Pedin 5 dakikadan uzun sürede kirlenmesi
- Taze kan pıhtı yok,
- Mukusla karışık.

Tam klinik değerlendirme

- Hikaye: Amenorenin süresi/SAT, kanamanın süresi ve miktarı, krampların süresi ve şiddeti, karın ağrısı, omuz ağrısı, ilaç allerjisi
- Fizik muayene: Vital bulgular, kalp, akciğer, batın ve ekstremiteler muayenesi
- Sistemik muayene (şok, sepsis vb) bulgularını kontrol et.
- Pelvik muayene: Rahmin büyüklüğü ve pozisyonu, düşüğün evresi
- Diğer: Serviks ağzında görülen parçacıkları temizle.
- Mümkünse Rh durumunu belirle
- USG için sevk et.

Tablo 5. Düşük yönetimi





Şekil 1. Düşük Sonrası Rahim Perforasyonu Bulgusu Varsa Vajinal Kanama Yönetimi

Perforasyon genellikle işlem sırasında farkedilir. Kanama ve komşu organ (barsak, mesane, omentum) yaralanması açısından hızlıca değerlendirilmelidir

Perforasyon veya diğer komplikasyon bulguları yoksa:

Tablo 6. Düşük sonrası rahim perforasyonu ve komplikasyon bulguları yoksa vajinal kanama yönetimi

Kanama durursa: Metilergonovin ver (Hipertansiyon yoksa) gözlemlen.	Kanama devam ediyorsa: Laparotomi yapılmıyorsa sevk et.
TAHLİYE TAM İSE: - Antibiyotik başla. - Oksitosin ver. 2 saat gözlemlen.	Stabil ise: - Metilergonovin ver (Hipertansiyon yoksa) - Bir gece gözlem altına al.

GEBELİKTE AĞIR KANAMA YÖNETİMİ

Tablo 7. Gebelikte ağır kanama yönetimi

Klinik Bulgular: Yoğun, açık kırmızı renkli vajinal kanama Pıhtı var/yok Ped ve giysiler kanla ıslanır Görünüm solgun	İlk Müdahale Havayolunun açık olmasını sağla. Vital bulguları kontrol et. Hastanın ayaklarını yükselt. Hb, Hct bak. Mümkünse PT, APTT, fibrinojen bak. Genel sağlık durumunu değerlendir. Oksijen: 10-15 L/dk ver. Sıvılar: RL/SF IV 1000 ml 20 dakikada gidecek şekilde Oral alımını kes. İlaçlar: IV veya IM antibiyotik Eğer risk varsa tetanoz toksoidi yap. Tetkik: Hb/Hct, kan grubu ve cross-match için kan al. Gerekirse: Hb<7 g/dL veya Hct<%21 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

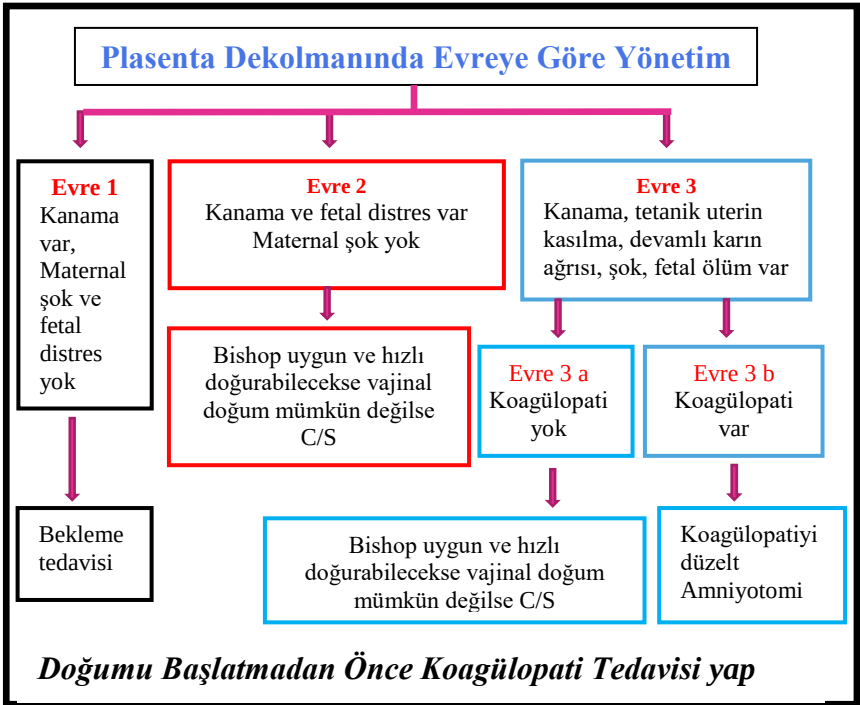
Tablo 8. Plasenta dekolmanının şiddetinin evrelemesi

Evre 0: Asemptomatik

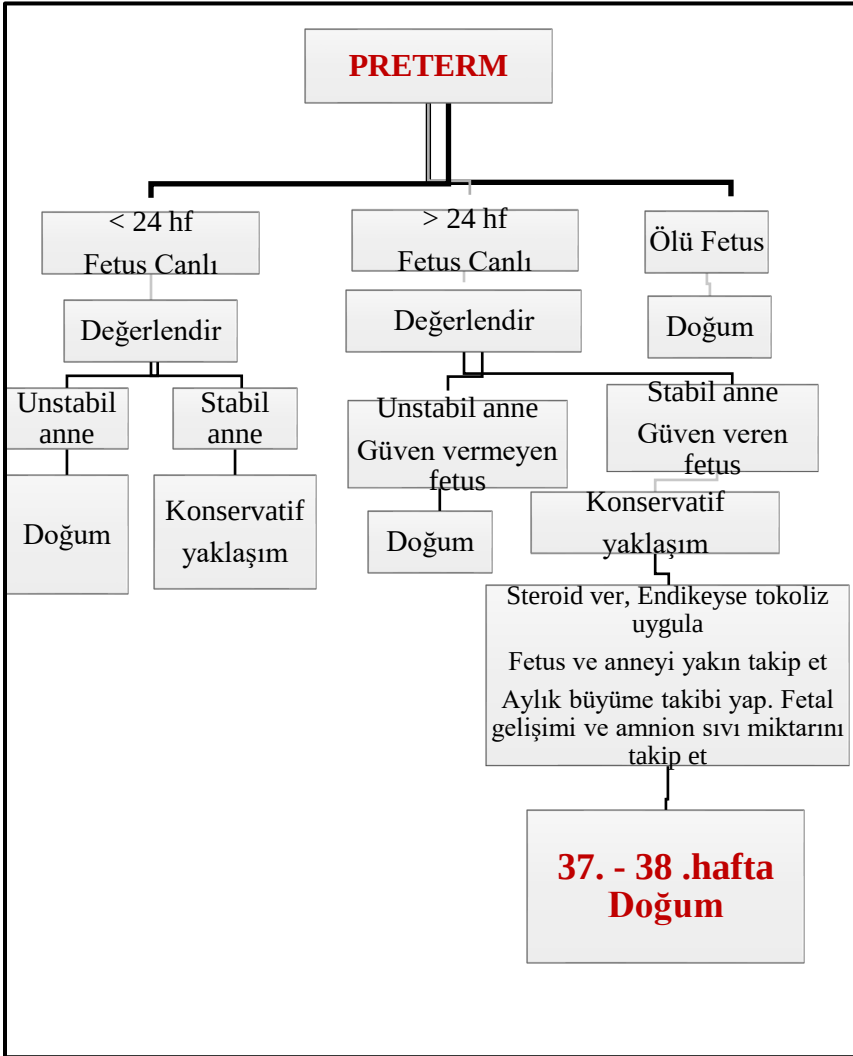
Evre 1: Vajinal kanama, maternal şok ve fetal distres yok

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

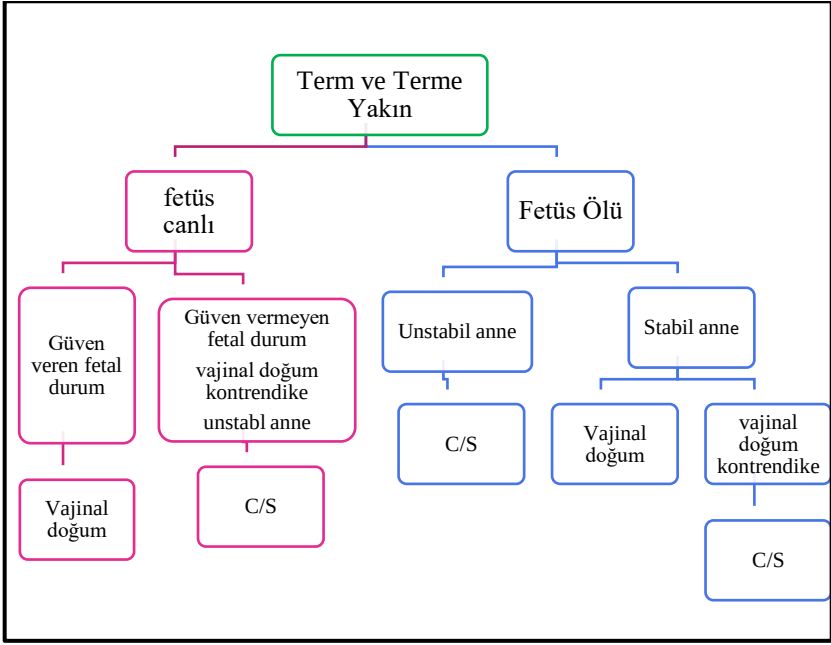
Evre 3: Eksternal kanama, belirgin uterus tetanisi, sürekli karın ağrısı, maternal şok ve/veya fetal ölüm; vakaların %30'unda koagülopati var



Şekil 2. Plasenta dekolmanında evreye göre yönetim



Şekil 3. Preterm gebelikte dekolman yönetimi



Şekil 4. Term ve terme yakın gebelikte dekolman yönetimi

Ayırıcı tanı: Plasenta previa, uterus rüptürü, vasa previa düşünülmelidir.

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

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

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 hikayesini 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:
 - 10-15 L/dk O₂
 - Mümkün ise hastayı monitorize et. Şok indeksini hesapla (Ek:2).
 - En az 2 adet kalın damar yolu aç (hemogram, PT, INR, aPTT, fibrinojen, crossmatch mümkünse kan gazı için kan örnekleri al)
 - Kan ve kan ürünleri gelene kadar sıvı tedavisine başla (RL 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. Uterus tonusunu değerlendir, sonda tak, mesaneyi boşalt ve idrar çıkışını takip et, atoni durumunda bimanuel uterus masajına,sonrasında gerekiyorsa uterus kompresyonuna başla.

Oksitosin IV olarak 5 IU **yavaş** veya 10 IU oksitosin IM yap, uterus kontrakte değilse 0,2 mg metilergonovin IM yap. (Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri (metilergonovin) VERME!!!). Kanama devam ediyor ise şuuru açık hastada sublingual 800 mikrogram, uygulanamıyorsa rektal 1000 mikrogram misoprostol kullan.

- Eş zamanlı IV damar yolu aç ve 1000 ml 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).
 - 30 dk sonra traneksamik asit aynı dozda tekrarlanabilir.
- Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol et.
- Uterus kontrakte olana kadar masaja devam et. Bir saat süreyle uterusun kontrakte olduğundan emin ol.
- 1 saat sonra tekrar hemogram, PT, aPTT, INR ve fibrinojen için kan örneği al.
- 4. 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 girişim uygula, uygulayamıyorsa 500 ml RL veya SF içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver. Uygun cerrahinin yapılabileceği bir merkeze sevk et.
- Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa RL yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk et.

5. Plasentayı değerlendir.

A. Placenta çıkarılmamış ise:

- Şiddetli kanama yoksa doğumdan itibaren 30 dakika geçmesine ve oksitosin dozunun tekrarlanmasından sonra 30 dakika daha geçmesine rağmen placenta 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 çıkarmayı dene ve kavite bütünlüğünü kontrol et.
- Eğer elle de placenta çıkarılamaz ise placenta adezyon anomalisi olabileceğini düşün, cerrahi girişim planla, cerrahi girişim yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk et.
- Uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin, penisilin allerjisi varsa klindamisin) başla.

- Sevk sırasında 1000 ml IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde 40 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.
 - Durumu stabilize edecek müdahaleleri 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 plasenta parçaları çıkarılamıyorsa hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et.
- 6. Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol et.**
- Yırtığı muayene ederek yer ve derecesini belirle.
 - Yırtıktan kaynaklanan kanamayı kontrol altına al, onar.
 - Eğer yırtık bulunduğunuz birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk et.
 - Sevk sırasında yırtık alan üzerine tampon uygulamaya devam et, kanama uterus kaynaklı değilse bile 1000 ml sıvı (RL / SF) içinde **10 IU** oksitosin 40 damla/dk olacak

şekilde düşük dozdan vermeye devam et.

7. Uterus 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 girişim uygula, uygulanamıyorsa 500 ml RL/SF içinde 20 IU oksitosin 40 damla/dk olacak şekilde ver.
 - Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (RL/SF) ile doktor eşliğinde sevk et.
8. Tüm müdahalelerden sonra kanamayı kontrol et. 30 dakika içerisinde:

A. Kanama çok miktarda devam ediyor ise:

- 1000 ml içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 125-250 mL/saat olacak şekilde devam et. İkinci damar yolundan kan ürünleri (ES, TDP, trombosit) ve sıvı desteğine devam et.
- Masif transfüzyon yapılmış hastada fibrinojen desteği (kriyopresipitat, fibrinojen konsantresi) başla.
- Bimanuel uterus veya aort kompresyonunu uygulayarak hastayı ameliyathaneye naklet.
- Kanama durmazsa uterin kaviteye balon tamponat 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 başvuru:**

1. Uterus kompresyon sütürleri,
2. Basamaklı uterin devaskülarizasyon,
3. Histerektomi (mümkünse total)

- **Uygun koşullar yoksa;**

Hastayı gerekli önlemleri alarak bir üst basamağa acil olarak sevk et.

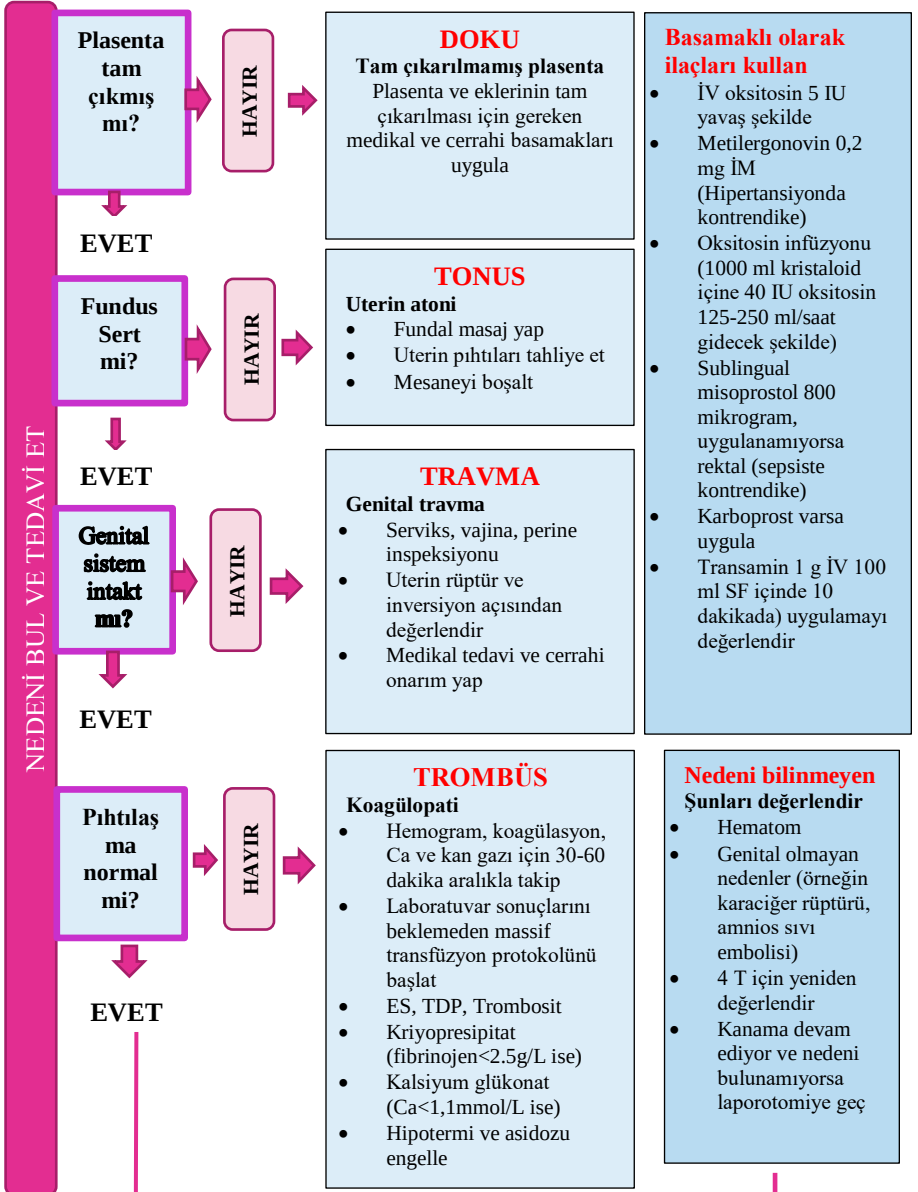
B. Kanama kontrol altında ise:

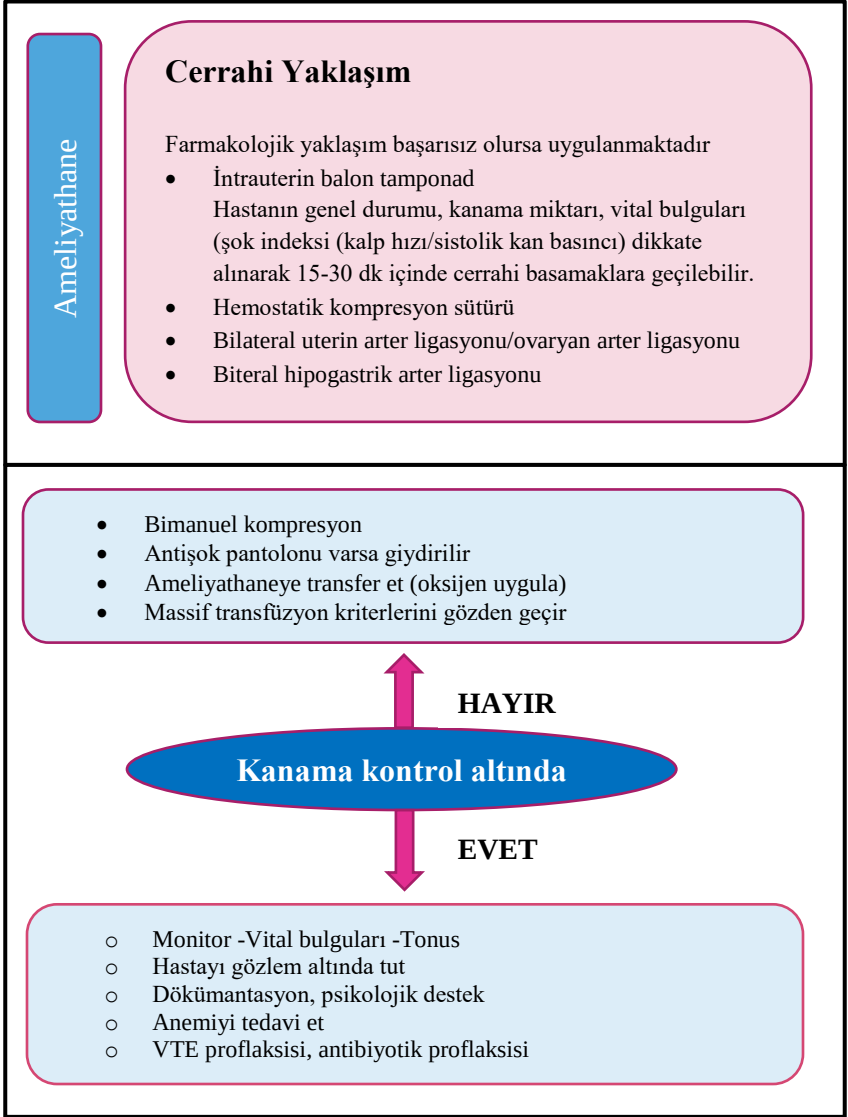
- Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dk olacak şekilde devam et.
- İlk 2 saat her 15 dakikada bir, 2-4 saat arası her yarım saatte bir hastanın vital bulgularını (TA, nabız, solunum, ateş) aldığı çıkardığı sıvı, kanama ve uterin tonus takibi yap. 24 saat yakın takibe al. Hastanın klinik durumuna göre hemogram takibi yap.
- Takip sırasında hastanın vital bulguları bozulursa, saatte 30 ml'den az idrar çıkarıyorsa, bilinç değişikliği gibi kanamayı düşündürecek klinik bulgular olur ise hastayı kanama yönünden tekrar değerlendir. Gerekirse laparotomi planla.

POST-PARTUM KANAMA ACİL MÜDAHALE VE DEĞERLENDİRME

Tablo 9. Kan kaybı> 1000 ml- devam eden obstetrik kanama veya klinik şokun yönetim algoritması

- Yardım iste – Kadın hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Ebe, Hemşire ve Anestezi
- ABC değerlendirmesi yap.
- Maske ile oksijen ver- 10-15 L/dk.
- Sürekli Monitorizasyon: KB, Kalp hızı, Solunum Sayısı, SpO₂
- Hastayı sıcak tut.
- Şok indeksini hesapla (Ek:2).
- Nedeni değerlendir (4 T)-atonik uterusu masaj yap.
- İ.V damar yolu aç-2 tane 14-16 G ile acil hemogram, kan grubu ve cross-match (4 Ünite ES, 4 Ünite TDP, 1 Havuzlanmış veya 4 Ünite Tekli Trombosit, Kriyopresipitat), Koagülasyon testleri (fibrinojen, aPTT, INR dahil), biyokimya (Ca ve Laktat dahil) arteriyel / venöz kan gazı iste.
- İdrar sondası tak, mesaneyi boşalt.
- Klinik veya hematolojik olarak gerekiyorsa derhal kan transfüzyonuna başla.
- 2 Ünite Eritrosit süspansiyonu ver. **(Uygun grup, yoksa 0 (-))**
- 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. Hidroksi etil nişasta solüsyonu kullanılmamalı
- İdrar çıkışını takip et
- Vital bulguları (5 dk aralıklarla) ve vücut ısısını (15 dk aralıklarla) ölç ve kayıt altına al.





Şekil 5. Postpartum kanama tanı-medikal ve cerrahi yönetim algoritması

PREEKLAMPSI EKLAMPSI

Tablo 10. Preeklampsi bulguları

	Preeklampsi	Şiddetli bulguları olan 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)	2+	
Protein/Kreatinin	$\geq 0,3$	
Proteinüri (24 saatlik)	≥ 300 mg	
Ağrı kesiciye cevap vermeyen 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 ($<100.000/\text{mikroL}$)	yok	
Progresif renal yetmezlik: Serum kreatinin	$>1,1$ mg/dl yada bazal değerin en az 2 katı artması	
Akciğer ödemi	yok	

Preeklampsi, 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

- Gebelik sürecinde hipertansiyon saptanan hastada 4-6 saat ara ile yapılan ölçümlerde tansiyon değerlerinin yüksekliği söz konusu ise hipertansif hastalığın tipini belirlemek için gebe hastaneye yatırılır.
- 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 preeklampitik hastalar ayaktan takip edilebilirler.

Durumu Stabil Olan Hastalarda;

- Kan basıncı 4-6 saatte bir ölçülmelidir.
- Bazal laboratuvar tetkikleri haftada bir kez incelenmelidir.
- Fetal iyilik hali testleri haftada en az bir kez değerlendirilmelidir.
- Fetal büyümeyi değerlendirmek için USG 2-3 haftada bir yapılmalıdır.
- Ayaktan takibe alınan hastalarda kan basıncı değeri günde en az iki kez kontrol edilmelidir.
- * *Kan basıncı ölçümü, hasta en az 10 dk. süre ile oturur pozisyonda iken yapılmalı, ölçüm işleminden en az 30 dk. öncesine kadar sigara ve kafeinli içecek kullanmamış olmalı,*

ölçüm işlemi mümkün olduğunca sağlık personeli tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

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 hikayesi 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.
3. Eğer nefes alıyorsa maske veya nazal kanül yardımı ile 10-15 L/dk. oksijen verilir.
4. Hastaya idrar sondası takılır.
5. Eğer konvülziyon 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. **Tablo 11**. Serum Magnezyum Konsantrasyonu ve Toksisiteleri)
- 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).
 - Özellikle şiddetli kalp yetmezliği, şiddetli renal hastalık, tedaviye dirençli hipertansiyon, oligoanüri durumlarında sıvı yüklenmesine bağlı pulmoner ödem açısından yakın takip yapılmalıdır.

Eğer idrar çıkışı saatte 30 ml'den az ise:

- Magnezyum sülfat yükleme ve infüzyon tedavisi başlanır ancak idrar çıkışı düzelmiyorsa IV infüzyon tedavisi kesilir.
- 15 dakikada bir vital bulgular takip edilir.

- Bir saat ara ile derin tendon refleksleri izlenir.
 - Fetal kalp atımı izlenir (mümkünse fetal monitörle sürekli izlem yapılmalıdır).
 - İdame doz IV sıvı infüzyonuna 80 ml/saat'i geçmeyecek şekilde devam edilir.
 - Pulmoner ödem gelişimi açısından izlenir (nefes darlığı vb.).
9. Hasta asla yalnız bırakılmamalıdır. Konvülziyonun ardından sekresyonların aspirasyonu anne ve fetüsün ölümüne neden olabilir. 15 dakikada bir vital bulgular takip edilir ve kaydedilir.
10. Saatte bir derin tendon refleksleri ile fetal kalp atımı gözlemlenir ve kaydedilir.
11. Mümkün olan en kısa sürede doğumun gerçekleşmesi için gerekli tedbirler alınır.

ANTİKONVÜLZİF İLAÇLAR:

MAGNEZYUM SÜLFAT:

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

MAGNEZYUM SÜLFAT KULLANIM ŞEMASI

Yükleme dozu:

- Yükleme dozu 4-6 gram olarak belirlenmiştir. Her biri 10 ml olan %15'lik ampuller 1.5 gr MgSO₄ içerirler. Bu

ampullerden toplam 3 adet (4.5 gr $MgSO_4$) 150 ml

%5 dekstroz içerisinde IV olarak yavaş infüzyon şeklinde (20 dakikada) verilir.

- Standart hazır $MgSO_4$ solüsyonu mevcut ise (100 ml içerisinde 4 gr) 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 RL içinde hazırlanmalıdır.
- $MgSO_4$; 1-2 gram/saat devamlı infüzyon şeklinde verilir. (1 gr/saat için 25 ml/saat, 1.5 gr/saat için 38 ml/st, 2 gr/saat için 50 ml/saat uygulanır.)
 - Standart hazır $MgSO_4$ solüsyonu mevcut ise (1000 ml içerisinde 40 gr) 1 gr/st için 25 ml/saat, 1.5 gr/saat için 38 ml/saat, 2 gr/saat için 50 ml/saat 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 İM olarak yapılır.
- $MgSO_4$ infüzyonuna doğum süresince (Sezaryen dahil) devam edilmelidir.
- Doğumdan veya son konvulziyonun üzerinden en az 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.

- $MgSO_4$ infüzyonu devam ederken aşağıda sayılan bulgulardan 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 $MgSO_4$ tedavisi kesilmeli veya doz ayarlanmalıdır.
- $MgSO_4$ 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 musküler paralizi ve solunum depresyonu, ≥ 30 mg/dl'ye ulaştığında kardiyak arrest gelişebilir.

Tablo 11. Serum magnezyum konsantrasyonu ve toksisiteleri

Serum Magnezyum Konsantrasyonu			
mg/dL	mEq/L	mmol/L	Etki
5-9	4-7	2-3.5	Terapötik Aralık
>9	>7	>3,5	Patellar Refleks Kaybı
>12	>10	>5	Solunum Felci
>30	>25	>12,5	Kalp Durması

Solunum Arresti Olursa;

- Solunum desteğine başlanmalıdır (maske ve ambu, laringeal maske, entübasyon).
- 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, $MgSO_4$ etkisini antagonize edene ve solunum başlayana kadar devam edilir ($MgSO_4$ toksisitesine bağlı solunum depresyonu olduğunda; tedavi sırasında hasta başında bulundurulacak acil arabası içerisinde mutlaka kalsiyum glukonat olmalıdır).
- Diyaliz endikasyonu açısından hasta değerlendirilmelidir.

MAGNEZYUM SÜLFATIN YAN ETKİLERİ:

- Hem annede hem de fetüste nöromusküler depresyon olabilir. Bu durum genellikle uzun süreli infüzyon tedavilerinde, annenin böbrek fonksiyon bozuklukları ile birliktedir.
- Mg'un yüksek serum düzeyleri solunum depresyonuna yol açabilir.
- Hipokalsemi, yüksek serum Mg düzeylerine sekonder olarak gelişebilir.

*Magnezyum Sülfat'ın bulunmadığı, uygulanmadığı durumlarda antikonvülfiz olarak **DİAZEPAM** ikinci seçilecek ilaçtır.

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

Yükleme dozu:

- 10 mg Diazepam IV yoldan yavařça 2 dakikada verilir.

Eğer konvülsiyon tekrarlırsa yükleme dozu yeniden verilir.

 dame dozu:

- 40 mg Diazepam 500 ml IV sıvı (RL/SF) içinde hastayı sakın ama uyandırılabilir tutacak şekilde infüzyon dozu ayarlanır.
- 24 saat içinde 100 mg'dan fazla verilmemelidir.
- Bu tedavilere rağmen konvülsiyon devam ederse nöroloji konsültasyonu istenmelidir.

ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR

**İntrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon
Tedavisinde Başlangıç Olarak**

LABETALOL KULLANILAN YÖNETİM İŞ AKIŞI

**Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da
Diyastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
DOKTORA HABER VER
Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.**

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise (**sempomatik ise beklemeden**)

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

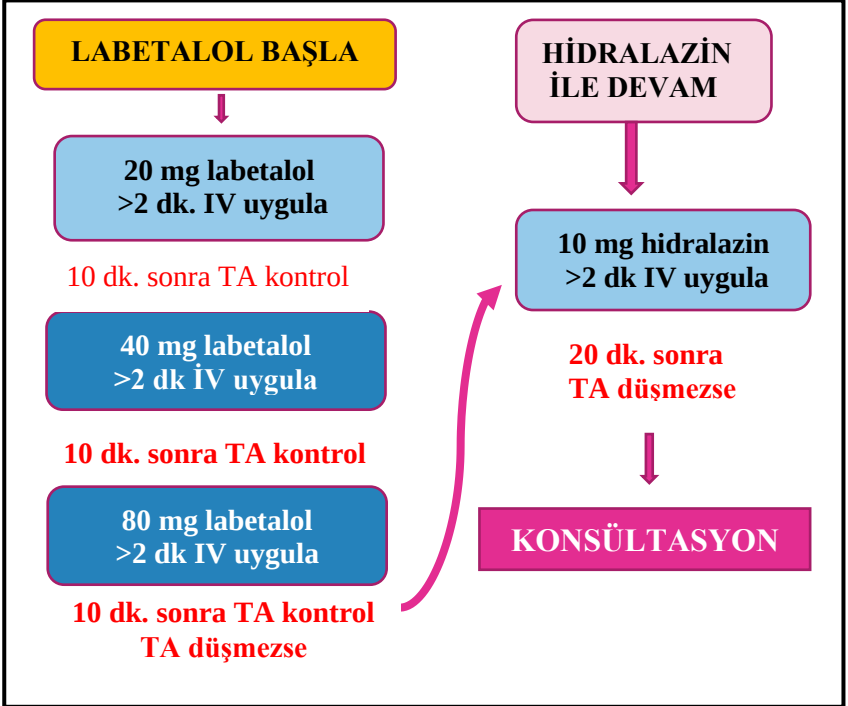
Acilen perinatoloji, iç hastalıkları veya anestezi konsültasyonu iste.

*** 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 ise saatte bir olacak şekilde kan basıncı ölçümlerini tekrarla.

Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluştur.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.

**Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da
Diyastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg ise**



Şekil 6. Acil hipertansiyonda başlangıç olarak labetalol kullanılan yönetim algoritması

**Intrapartum veya Postpartum Şiddetli Hipertansiyon
Tedavisinde Başlangıç Olarak
HİDRALAZİN KULLANILAN YÖNETİM İŞ AKIŞI**

**Sistolik kan basıncı ≥ 160 mmHg ya da
Diyastolik kan basıncı ≥ 110 mmHg
DOKTORA HABER VER.
Fetus canlı ve doğum eylemi başlamamış ise fetal izlemi başlat.**

15 dk sonra ölçülen kan basıncı hala yüksek ise (**sempomatik ise beklemeden**)

Hazırlanmış Hidralazin solüsyonunu 5 mg dozda 2 dakikayı aşan sürede IV/IM 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 5-10 mg dozda 2 dakikayı aşan sürede IV/IM 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.

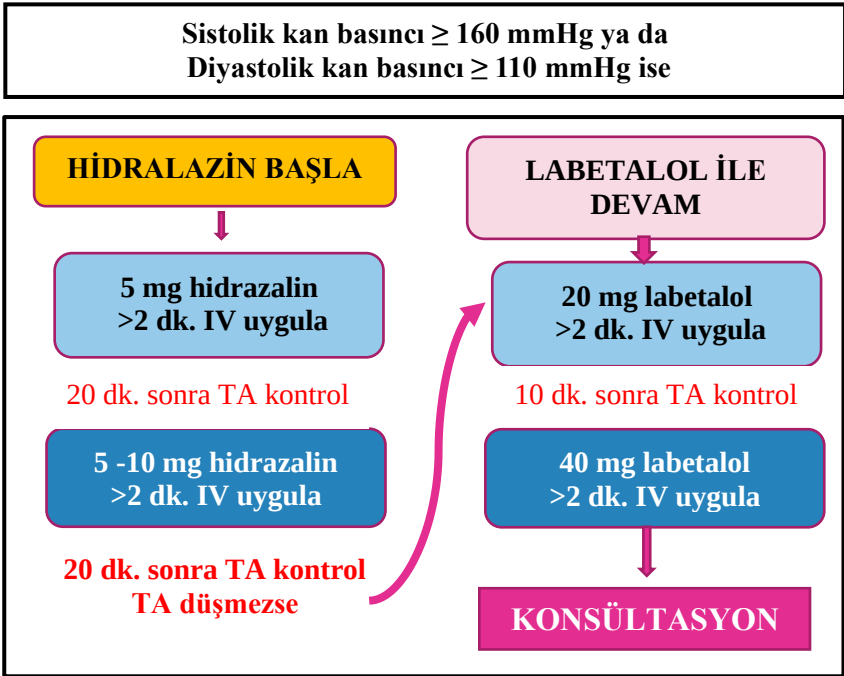
Sistolik veya diyastolik kan basıncı yüksekliği hala devam ediyor
ise

40 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula, acilen perinatoloji, iç hastalıkları 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.

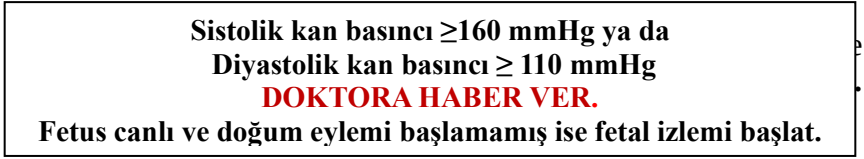
Kan basıncı takibi için ilave özel bir order oluştur.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.



Şekil 7. Acil hipertansiyonda başlangıç olarak hidralazin kullanılan yönetim iş akış şeması

NİFEDİPİN KULLANILAN YÖNETİM İŞ AKIŞI



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

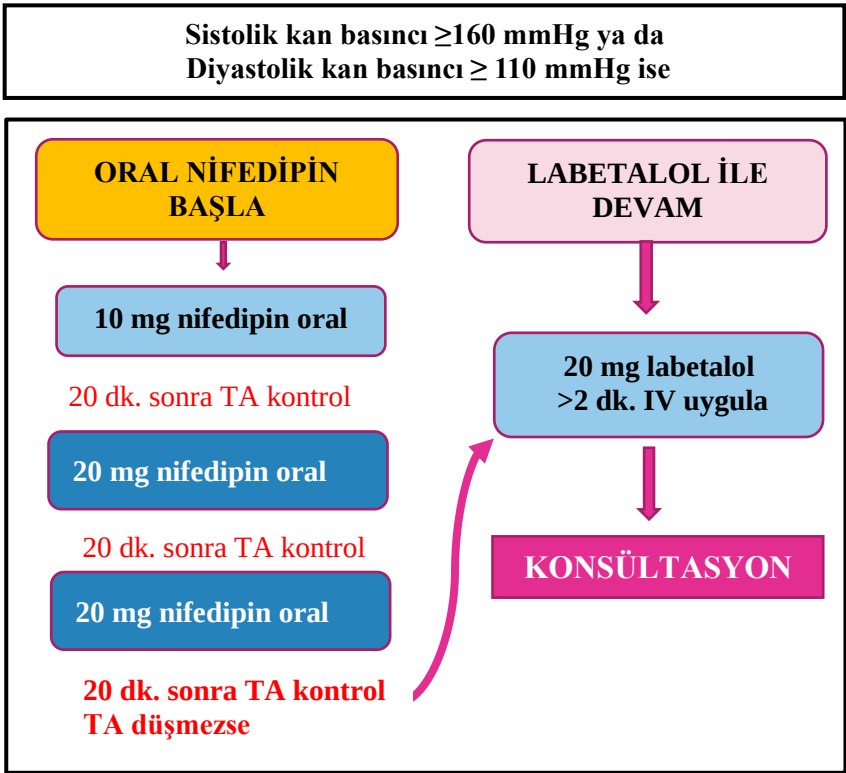
20 mg Labetalolü 2 dakikayı aşan sürede IV uygula. Acilen

perinatoloji, iç hastalıkları 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 istem şeması oluşturun.

Yan etkiler ve kontraendikasyonlar olabileceği unutulmamalıdır.



Şekil 8. Acil hipertansiyonda başlangıç olarak nifedipin kullanılan yönetim iş akış şeması

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

- a) 20 ml ampulde 100 mg Labetalol bulunur, 20 mg'lık 4 ml Labetatol 2 dakikayı aşan sürede IV bolus tarzında uygulanır.
- b) Labetalol uygulaması sonrası ortostatik hipotansiyon yan etkisi nedeni ile hasta ayağa kaldırılmamalıdır.
- c) Labetalol tedavisi sırasında devamlı elektronik fetal monitörizasyon yapılmalıdır.

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

- a) 20 mg toz hidralazini 2 ml %0,9 sodyum klorür ile sulandırınız. Takiben 20 ml'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**.
- b) Hidralazin tedavisi sırasında devamlı elektronik fetal monitörizasyon yapılmalıdır.
- c) Hidralazin uygulaması sonrası ortostatik hipotansiyon yan etkisi nedeni ile hasta ayağa kaldırılmamalıdır.
- d) Bolus tedavisi günlük 30 mg'ı aşmamalıdır.
- e) Eğer total bolus dozu 20 mg veya üzerinde ise infüzyon şeklinde verilir.

Semptomatik hastada 15 dakika beklemeden hemen basamakları uygula.

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

Nabız> 110 dk 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. Refleks taşikardi yapabilir.
(Sistolik kan basıncı ≤ 90 mmHg olması halinde IV sıvı tedavisi başla, iç hastalıkları konsültasyonu iste!)
- **Nifedipin** maternal taşikardi yapabilir.
- **PULMONER ÖDEM** bulguları var ise tedaviye 15 dakika beklemeden hemen başla ve Nitrogliserin (Gliseroltrinitrat) tercih et. Acilen kardiyoloji veya iç hastalıkları konsültasyonu iste.
- Nitrogliserin infüzyonuna 5 mikrogram/dk ile başla; 1 ampul nitrogliserinin (10 mg/10 ml, 1ml'de 1mg nitrogliserin) 100 ml serum fizyolojik içine konularak (100 ml SF içinde 10 mg nitrogliserin bulunur) 3 ml/saat infüzyon hızında verilir.
- İstenen hemodinamik ya da klinik etki ortaya çıkana kadar her 5 dakikada bir 5-10 mikrogram/dk artırılabilir.

TANSİYON TAKİBİ

Tablo 12. Preeklampsi yönetiminde tansiyon takibi

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 $\geq 160/110$ mmHg ise 1 saat içinde iç hastalıkları, kardiyoloji bölümlerince değerlendirilerek acil tedavi düzenlenmelidir.
- **Postpartum dönemde** tansiyon regüle olduktan sonra en az 72 saat süre ile hastanede izlenmeli ve 4 saatte bir tansiyon ölçümü yapılmalıdır.
- Kan basıncı 150/100 mmHg altına düşen, laboratuvar değerleri normal asemptomatik hastalar 72 saatten sonra taburcu edilebilir. Hastanın kan basıncı 150/100 mmHg altına düşmüyor ise; gerekli konsültasyonlar yapılarak oral antihipertansif tedavi planlanmalıdır. Hastaların mutlaka bir hafta sonra poliklinik muayenesine gelmesi önerilir. Asemptomatik hastaların taburcu edildikten sonra 2 hafta süreyle kan basıncı takibi yapılmalıdır.

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 ölç, aynı zamanda hastadan veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının hikayesini 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 (>24/dk)
 - Karında hassasiyet
 - Ekstremitelerde şişlik, hassasiyet, kızarıklık
 - Kosto-vertebral açığı hassasiyeti
3. Yüksek ateşin (yukarıdaki nedenleri araştırdıktan 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.)
 - Covid-19 Enfeksiyonu (ateş, boğaz ağrısı, öksürük, solunum sıkıntısı, kas ağrısı, tat ve koku kaybı, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı)
 - Septik abort
 - Karın içi enfeksiyonlar
 - Üriner sistem enfeksiyonu
 - Derin ven trombozu/Tromboflebit
 - Pulmoner tromboemboli
 - Koryoamniyonit
 - Endometrit
 - Yara Yeri Enfeksiyonu
 - Meme/pelvik apse
 - Sepsis
5. İlk müdahaleyi yap.
- Damar yolu aç

Birinci Basamak:

- Damar yolu açık kalacak şekilde sıvı infüzyonuna tercihen RL/SF ile başla.
- Gerekli laboratuvar testlerini (kan ve idrar tahlili) yap.
- Uygun antibiyotiklerin ilk dozunu IV/IM olarak başla.
(Bkz. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Acil Obstetrik Bakımda Enfeksiyon Tedavisi)
- Şuur bulanıklığı, tansiyon düşüklüğü (90/60 mmHg), taşikardi/bradikardi (nabız dakikada 110'un üstü/nabız dakikada 60'ın altı/dk) varsa veya hastada mastit ve üriner enfeksiyon dışında bir tanı düşünülüyor ise gerekli önlemleri alarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk et.
- **İkinci basamak:**

Ayırıcı 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

Tablo 13. Antepartum dönemde antibiyotik tedavisi

Durum	Antibiyotik
Enfeksiyon etkeni bilinmiyorsa ve sepsis düşünülmüyorsa	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)

Tablo 14: Postpartum dönemde antibiyotik tedavisi

Durum	Antibiyotik
Enfeksiyon etkeni bilinmiyorsa; Düşük/küretaj komplikasyonu, Uterin enfeksiyon, Meme apsesi.	3'lü tedavi Ampisilin + Gentamisin + Metronidazol veya Klindamisin
Postpartum kanama; 24 saatten uzun süren, Doğumdan 24 saat sonra olan. Üst üriner sistem enfeksiyonu,	2'li tedavi Ampisilin+ Gentamisin veya Seftriakson
Mastit	Amoksisilin klavulanat veya Sefaleksim Penisilin ve/veya sefalosporin allerjisi varsa Eritromisin veya Klaritromisin
Plasenta veya parçalarının elle çıkarılması; Kavite kontrolü, Uterin enfeksiyon riski, Uzamış doğum eylemi (risk varsa).	Tek antibiyotik Ampisilin veya 1. kuşak Sefalosporin
<i>İnfluenza enfeksiyonu şüphesi</i>	<i>Osetamivir 2 x 75 mg (5 gün)</i>
<i>Covid-19 Enfeksiyonu</i>	<i>Bkz. T.C. Sağlık Bakanlığı Güncel Covid-19 Tedavi Rehberi</i>

Tablo 15. Antibiyotiklerin hazırlanışı, doz ve tedavi şeması

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 1 g
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 1.2 gr
Sefuroksim	1,5 gr flakon IV: 15-50 ml IM: 6 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1,5 gr IV/IM	8 saatte bir 1.5 gr
Sefotaksim	1 gr flakon 4 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1 gr IV/IM (Iv 100 ml serum fizyolojik içinde, 30 dk yavaş infüzyon)	12 saatte bir 1 gr
Seftriakson	1 gr flakon 10 ml steril solüsyon ile karıştırılarak	1 gr IV (Iv 100 ml serum fizyolojik içinde, 30 dk yavaş infüzyon)	12 saatte bir 1 gr
Gentamisin	2 ml içinde 80 mg/ml'lik ampul	80 mg IM 160 mg IV	8 saatte bir 80 veya 160 mg IV tek doz
Metronidazol (IM kullanılmaz)	100 ml içinde 500 mg'lik mediflex	IV infüzyon ile 500 veya 1000 mg	8 saatte bir 500 mg
Eritromisin		500 mg tablet	6 saatte bir 500 mg
Klaritromisin*		500 mg tablet	12 saatte bir 500 mg
Klindamisin*	600 mg/4 ml ampul 300 mg/2 ml ampul	600-900 mg IV	8 saatte 600-900 mg

***Ampisilin alerjisi varlığında**

Tedavi İlkeleri

- İlk dozları sevkten önce verin. Mümkünse antibiyotik tedavisinden önce uygun kültürleri alın.
- 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.
- Tromboprofilaksi açısından gerekli değerlendirmeyi yapınız

SEPSİS

TANI:

Enfeksiyon varlığı veya şüphesi (ile birlikte) organ fonksiyon bozukluğu var ise sepsis tanısı düşün.

Tablo 16. Sepsiste organ fonksiyon bozuklukları

Organ Sistemi	Klinik Belirti/Bulgu
Santral Sinir Sistemi	Mental durum değişikliği
Kardiyovasküler Sistem	Hipotansiyon
Solunum Sistemi	Solunum sıkıntısı, takipne, satürasyon düşüklüğü
Karaciğer	Bilirubin yüksekliği
Üriner Sistem	İdrar çıkışında azalma Kreatinin yükselmesi
Hematolojik Sistem	Trombositopeni

Birinci basamak ve yoğun bakım ünitesi bulunmayan ikinci basamak sağlık kuruluşlarında, hastayı QuickSOFA (qSOFA) ile değerlendir, hastanın riskini tespit et.

q SOFA KRİTERLERİ:

Tablo 17. q SOFA KRİTERLERİ

q SOFA KRİTERLERİ	
Mental Durum Değişikliği	1
Solunum Sayısı>22/dk	1
Sistolik Kan Basıncı<100mmHg	1

Her bir madde bir puan alır.

qSOFA $\geq$ 2 puan ise yoğun bakım ünitesi olan merkeze sevk et.

Organ fonksiyon bozukluğunu SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) kriterlerine göre değerlendir. Enfeksiyon varlığı veya şüphesi halinde SOFA $\geq$ 2 puan ise sepsis tanısını koy.

SOFA SKORLAMA SİSTEMİ

Tablo 18. SOFA skarlama sistemi

SOFA SKORU (Puan)	0	1	2	3	4
Solunum PaO ₂ /FiO ₂	>400	≤400	≤300	≤200	≤100
Koagülasyon Trombosit 10 ³ /mm ³	>150	≤150	≤100	≤50	≤50
Karaciğer Bilirubin mg/dl Bilirubin mol/l	<1.2 <20	1.2-1.9 20-32	2.0-5.9 33-101	6.0-11.9 102-204	>12 >204

Kardiyovasküler Hipotansiyon	Yok	OAB<7 0	Dopa≤5 Dobu	Dopa>5 Epi≤0.1 Nor>0,1	Dopa>5 Epi≤0,1 Nor>0,1
Merkezi Sinir Sistemi Glasgow koma skoru	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Kreatinin (mg/dl) Kreatinin (μmol/l) İdrar çıkışı (ml/gün)	<1,2 <110	1,2-1,9 110- 170	2.0-3.4 171- 299	3,5-4,9 300-440 <500	>5,0 >440 <200

Enfeksiyon odağının tespitine yönelik gerekli biyokimyasal ve radyolojik tetkikler yapılmalıdır.

ENFEKSİYON DÜŞÜNDÜREN SİSTEMİK İNFLAMATUAR CEVAP (SIRS) KRİTERLERİ; (Obstetrik Hasta İçin)

1. Vücut ısısı >38 °C veya <36°C
2. Kalp hızı >110/dk
3. Solunum sayısı >24/dk veya PaCO₂ <32 mmHg
4. Beyaz küre sayısı >16.000 veya <4000 veya %10'dan fazla bant formasyonu

SEPSİSTE TEDAVİ

***Sepsisten şüphelenilen hastada tedavinin ilk 1 saat içinde başlatılması hayati önem taşır.

Havayolunu açık tut

Vital bulguları izle

İdrar sondası tak, aldığı çıkardığı sıvı takibi yap

Laboratuvar tetkiklerini iste, mümkünse kan gazı ile laktat düzeylerini değerlendir. Laktat >2 mmol/L ise 2-4 saat sonra testi tekrar değerlendir.

Sistolik kan basıncı <90 mmHg ise veya laktat >4 mmol/L ise hemen sıvı tedavisi başla (RL veya SF gibi kristaloid sıvı 20-30 ml/kg/3 saat dozunda, 500ml sıvı 15 dakika içinde hızla ver).

İlk 1 saat içinde geniş spektrumlu antibiyotik ver (IV yoldan, IV ulaşım sağlanamıyorsa IM uygula) (bkz. Tablo 19 Obstetrik Sepsiste Önerilen Ampirik Geniş Spektrumlu Antibiyotik Tedavileri).

Antibiyotik tedavisi öncesi alınabiliyorsa hastadan kan kültürü ve tüm kültürleri alınmalıdır.

Enfeksiyon odağı gerekiyorsa cerrahi olarak uzaklaştırılmalıdır.

SEPTİK ŞOK:

Sepsis ön tanısı olan hastada yeterli sıvı tedavisine rağmen hastanın sistolik kan basıncının <90 mmHg ve laktat düzeyinin >2 mmol/L olması septik şok olarak tanımlanır.

Sistolik Kan basıncı <90 mmHg ancak laktat bakılamıyorsa tedaviye başlayarak sevki planla.

Tedavi: Sepsis tedavisine ek olarak vazopresör tedavisine başla (Noradrenalin 0,1-1,3 microg/kg/dk

Tablo 19. Obstetrik sepsiste önerilen ampirik geniş spektrumlu antibiyotik tedavileri

Enfeksiyon Odağı	Önerilen Antibiyotik
Toplum kaynaklı pnömoni	Sefotaksim/Seftriakson/Ertapenem VEYA Ampisilin +Azitromisin/Klaritromisin/Eritromisin
Hastane Kaynaklı Pnömoni	Düşük riskli hastalarda; Piperasilin-tazobaktam/Meropenem/İmipenem/Sefepim Yüksek riskli hastalarda; Beta-laktam+aminoglikozid/kinolon (Pseudomonas için) +Vankomisin/Linezolid (MRSA için)
Koryoamniyonit	Ampisilin+ Gentamisin Sezaryen yapıldıysa anaerobik etki için; Klindamisin/Metronidazol ekle
Endometriyometrit	Ampisilin, Gentamisin ve Metronidazol/Klindamisin VEYA Sefotaksim/Seftriakson+Metronidazol
Üriner Sistem Enfeksiyonu	Gentamisin+Ampisilin VEYA Karbapenem/Piperasilin-tazobaktam
Abdominal Enfeksiyon	Seftriakson/Sefotaksim/Seftazidim/Sefepim+ metronidazol VEYA Karbapenem/Piperasilin-tazobaktam (Komplike hastalarda)
Deri ve yumuşak doku enfeksiyonu (nekrotizan)	Vankomisin+Piperasilin-tazobaktam VEYA Penisilin G+Klindamisin (Eğer Streptococcus Grup A veya Clostridium perfringens varsa)
Kaynağı belli olmayan toplum kökenli sepsis	Mortalite riski düşük ise; Amoksisilin-klavulanik asit/Sefotaksim + Metronidazol VEYA Sefuroksim+Gentamisin+Metronidazol Penisilin veya sefalosporin allerjisi varsa; Klindamisin+gentamisin Eğer MRSA riski varsa; Teikoplanin /Linezolid/Vankomisin ekle

**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 ve nabız sayısını ölç
 - Ateşini ölç
 - Solunum sayısını ölç
3. Sistemik muayeneyi yap.
 - Kontraksiyon takibi yap
 - ÇKS dinle
4. Olası tanıları dikkate al.
 - Erken gebelik
 - Düşük
 - Ektopik gebelik
 - Rüptüre/torsiyone/kanayan korpus luteum kisti
 - Akut idrar retansiyonu (retrovert uterus)
 - Geç gebelik
 - Erken doğum eylemi
 - Plasenta dekolmanı
 - Braxton–Hicks kasılmaları
 - Koryoamniyonit

- Uterus rüptürü / Uterustaki   nceki skar hattının ayrılması
- Preeklampsi / HELLP
- Akut yaęlı karaciğer
- Myom dejenerasyonu

Gebelikten bağımsız nedenler

- İdrar yolu - enfeksiyon, piyelonefrit, renal pelvis dilatasyonu, hidronefroz, taş
- Gastrointestinal patolojiler - apandisit, dispepsi, kolesistit, pankreatit, gastrit, ileus, perforasyon, mezenter atre trombozu
- Vasküler tablolar - orak hücreli anemi, anevrizma rüptürü, tromboz
- Nadir olgular- travma, pnömoni, porfiri, entoksikasyonlar, intihar
- Pelvik enflamatuvar hastalık
- Puerperal veya postpartum sepsis

5. Batın travması vb. İlk müdahaleyi yap.

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

GEBELİKTE BATIN İÇİ TRAVMA

GEBELİKTE BATIN İÇİ TRAVMA

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

Tablo 20. Gebelikte batın içi travma semptom ve bulguları

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

İLK MÜDAHALE

Hava yolunu açık tut, vital bulguları kontrol et

Oksijen: 10-15 L/dk ver

Laboratuvar:

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

Sıvılar:

Oral alımı kes, Şok bulguları varsa kan hazırlığı yap 20 dakika içinde 1 L gidecek şekilde SF veya RL başla. Hb <7 g/dL 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;
Görüntüleme yöntemlerinde akut batını destekleyecek bulgular
varlığında
Acil laparotomi (batın drenajı, organ tamiri veya histerektomi
için) gerekir.

Eğer laparotomi yapılamıyorsa:

1. Oksijen tedavisine devam et
2. IV sıvıya devam et
3. Ağrı kontrolünü sağla
4. Antibiyotiğe devam et
5. Bir üst basamağa sevk et

İdame tedavi:

- Vital bulguları, idrar çıkışını ve şok belirtilerini izle
- IV sıvı, antibiyotik ve oksijen tedavisine devam et
- Ağrı kontrolünü sağla

GEBELERDE MEYDANA GELEN TRAVMADA TEMEL PRENSİPLER

Anne için iyi olan bebek için de iyidir

Gebe uterus nedeniyle travmanın etkisi farklıdır. Künt batin travmasında uterrus rüptürü görülebilir.

Gebelikte travmaya bağılı değerlendirilmesi gerekenler:

- Preterm eylem
- Plasenta dekolmanı
- Fetomaternal kanama
- Uterus ruptürü
- Acil sezaryen

EK:1

GEBELİKTE ARTERİYEL KAN GAZI

Gebelik			
	Gebelik Dışı	1.Trimester	3.Trimester
pH	7,40	7,42-7,46	7,43
PaO ₂ (mmHg)	93	105-106	101-106
PaCO ₂ (mmHg)	37	28-29	26-30
Serum HCO ₃ (mEq/L)	23	18	17

Baz açığı (BE) değerinin normal sınırları -2 ve +2 mEq/L'dir.

Baz açığının negatif olması metabolik asidozu düşündürür.

BE: -3 ve -5 mEq/L → Hafif metabolik asidoz

BE: -6 ve -9 mEq/L → Orta metabolik asidoz

BE: $\geq$ -10 mEq/L → Ciddi metabolik asidoz

Laktatın normal değeri 0,3-1,3 mmol/L'dir. Laktat düzeyi $\geq$ 2 mmol/L ise dolaşım yetmezliği akla gelmelidir.

Baz açığı (BE) ve laktat değerleri venöz kan gazı ile de değerlendirilebilir. Baz açığı ve laktat normal değerleri arter ve venöz kan gazında birbirine yakındır.

EK:2

ŞOK İNDEKSİ= KALP HIZI/SİSTOLİK KAN BASINCI

ŞOK İNDEKSİ	TAHMİNİ KAN KAYBI %
0,5-0,7	0
0,8	10-20
1	20-30
1,1	30-40
1,5	40-50

Şok indeksi hesaplaması sinüzal taşikardi dışında kullanılamaz!!!

