

Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı
ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü



Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi



T.C. Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
Genel Müdürlüğü
Ankara, 2009

Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Ankara

Bu kitap Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilmiştir. Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir. Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nden izin alınmalıdır.

Bu kitabın 5.000 adet 2009 yılı basımı için gerekli mali destek Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından sağlanmıştır.





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 düzeyi, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkilidir. Dünyada her yıl dörtüyz bin civarında anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmektedir. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin 5. hedefi; anne sağlığındaki iyileşmeleri izlemede temel göstergelerden biri olarak anne ölümlerinin azaltılmasını belirlemiştir.

Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da 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. Anne ölümleri yüzbinde 18,5, bebek ölümleri binde 13 civarına düşürülmüştür.

Bu sonuçların alınmasında Ülkemizdeki genel gelişmenin yanında, doğu ve güneydoğu başta olmak üzere kalkınmada öncelikli bölgelerdeki sağlık personeli sayısının artırılması, hastanelerdeki erişkin ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmeler ve 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerindeki gelişmenin büyük katkısı olmuştur.

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

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda Bakanlığımız bilim komisyonlar ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi ve Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuştur. 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 lohusa



izleminin yapılması, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılması, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize edilerek sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir.

Klinik rehberlerin hazırlanmasında emeği geçen Bilim Komisyonu Üyeleri ve programda çalışan Genel Müdürlüğüm personeli ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türk Perinatoloji Derneği, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneklerinin Yönetim Kurulu Başkanı ve üyeleri ile görevlendirdikleri bilim adamlarına teşekkür ederim. Bugüne kadar anne ve bebek ölümlerini önlemek adına sahada özveri ile çalışan, bu rehberlerin uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline ayrıca teşekkür ederim.

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

**Acil Obstetrik Bakım
Bilim Komisyonu:**

- Berna Dilbaz
- Sadiye Eren
- Talip Gül
- Metin İngeç
- Neşe Zehra Kavak
- Yalçın Kimya
- Semih Özeren
- Tuncay Özgünen
- Serhan Cevrioğlu
- Recep Has
- Ferit Saraçoğlu
- Acar Koç
- Selma Karaahmetoğlu
- Deniz Erdem
- Cüneyt Yüksel
- Deniz Karcaaltıncaba
- Banu Akıncı

**Genel Müdürlük
Program Görevlileri:**

- Dr. Ece Abay
- Dr. İbrahim Açıkalın
- Dr. Sibel Bilgin
- Hem. Hacer Boztok
- Dr. Rukiye Gül
- Dr. Mine İrez

Dr. Mehmet Rifat KÖSE
Genel Müdür



• Obstetrik Problemleri Çözme Yaklaşımı07

• Hızlı İlk Değerlendirme13

• Gebelikte Kanama Yönetimi17

• Hafif Vajinal Kanama Yönetimi27

• Ağır Vajinal kanama Yönetimi31

• Postpartum Kanama Yönetimi35

• Ağır Preeklampsi ve Eklampsi41

• Yüksek Ateş (Koltuk altı 38°C ve üzeri)47

• Enfeksiyon Uygun Antibiyotik Tedavisi51

• Sepsis55

• Şiddetli Karın Ağrısı59

• Batın-içi Travma61

OBSTETRİK PROBLEMLERİ ÇÖZME YAKLAŞIMI



● **Obstetrik Problemlerin Ne Olduğunun Bilinmesi**

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

● **Anormal Doğum**

(En ciddi komplikasyon uterus rüptürüdür)

● **Uterus Rüptürü**

- **Nedenler**
 - ◆ Prezantasyon, pozisyon anomalileri
 - ◆ Pelvik distosiler
 - ◆ Kontraksiyon anomalileri (Ağrı zaafı, tetanik kasılmalar vb)
 - ◆ İri fetus

● Bulgular

- ◆ Kontraksiyonlar arası ağrının geçmemesi
- ◆ Alt karında yatay uzanan çöküklük (bandl halkası)
- ◆ 24 saatten fazla süren eylem
(*Bkz. Doğum eylemi yönetimi rehberi*)

● Tedavi ve öneriler

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

● Preeklampsi**● Bulgular**

- ◆ Diastolik kan basıncı >90 mmHg
- ◆ Ödem/proteinüri
- ◆ Fazla ve hızlı kilo alımı (haftada 1 kg.dan fazla)

● Tedavi ve öneriler

Birinci basamakta kısa sürede doğum gerçekleşmeyecekse sevk kriterlerine uygun olarak Temel Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakım veya Kapsamlı Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakım kuruluşuna gönder. (*Bkz. Ağır preeklampsi-Eklampsi protokolü*)

● Ciddi Kronik Anemi**● Bulgular**

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

● Tedavi ve öneriler

- ◆ Anemi protokolüne uygun tedavi ver.



● Preterm Eylem

● 37. haftadan önce eylem

- ◆ Prezantasyonu tekrar değerlendir (prezantasyon anomalileri sıktır).
- ◆ Tokoliz uygun mu değerlendir, yapılabiliyorsa tokoliz başla, değilse sevk et.
- ◆ Doğum için mümkünse yardımcı eleman al.
- ◆ Başın hızlı doğumunu engelle, kontrollü doğum
- ◆ Yenidoğan resusitasyonu için hazırlık yap.
- ◆ İlk müdahaleden sonra gerekirse bebeğin sevki için hazırlık yap.
- ◆ Bebeği ısıt, Apgar-skoru değerlendir, solunumu yeterli değilse oksijen ver, aspire et.

● Membran Rüptürü

- Termde ancak eylem öncesi membran rüptürü
- Termde değilse enfeksiyon bulgusu (Koryoamniyonit) yoksa beklenebilir.
- Termde, ancak eylem başlamadan önce membran rüptürü olmuşsa:
 - ◆ 6-12 saat içinde kendiliğinden eylem başlamışsa ve Bishop uygunsuz Oksitosinle eylem başlatılır. Aynı zamanda profilaktik uygun antibiyotik verilir.
 - ◆ 24 saatten uzun sürmüş ve doğum olmamışsa yenidoğan sepsisi riski vardır.
- Yenidoğan tedavisini planla.

● Föetal Ölüm

● Bulgular

- ◆ Fetal hareket yoksa
- ◆ Tekrarlayan muayenelerde fetal kalp sesi duyulmamışsa

- ◆ USG; kalp atımının olmaması
- **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 aile ile konuş.
- **Dehidratasyon**
 - **Aşağıdakilerden iki veya fazlası varsa:**
 - ◆ Tansiyon düşüklüğü
 - ◆ Taşikardi
 - ◆ İdrarda azalma
 - ◆ Susuzluk
 - ◆ Çökük gözler
 - ◆ Ağız kuruluğu
 - ◆ Ciltte turgor tonus azalması
 - **Tedaviler**
 - ◆ Hafif dehidrate ise oral sıvı ver.
 - ◆ Oral alamıyorsa veya ciddi dehidrate ise ve kalp yetmezliği yoksa 3 saatte 1000 cc Serum Fizyolojik ver
 - ◆ Tedaviye cevap vermiyor veya idrar çıkışı yeterli değilse bir üst basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.

HIZLI İLK DEĞERLENDİRME



SİSTEM/SEMPATOM	SOR	MUAYENE ET	DÜŞÜN
Havayolu-solumum		Siyanoz ve solumum sıkıntısı olup olmadığını	Varsa: Ağır anemi Kalp yetmezliği Pnömani Astim Emboli
Dolaşım		Cilt: Soğuk ve nemli Nabız: hızlı (≥ 110) ve zayıf Kan basıncı: düşük (sistolik < 90 mmHg)	Şok
Vajinal kanama	Gebe mi? Süresi? Doğumu yeni mi yapmış? Plasenta çıkarılmış mı?	Vulva: Kanama miktarı Plasenta retansiyonu Yırtık Uterus: Atoni Mesane: Doluluk yönünden	Düşük Ektopik gebelik Molar gebelik Uterus rüptürü Plasenta dekolmanı Plasenta previa Uterus atonisi Uterus inversiyonu Servikal-vajinal yırtıklar Plasenta/parçalarının kalması



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

GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ



GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ

- **Gebenin kanamasını değerlendirme basamaklarını uygula.**
- Hastanın kanama miktarını ve genel durumunu değerlendir.
 - * **Hafif kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.
 - ** **Şiddetli kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Doğurganlık öyküsünü al:
 - ◆ Yaş
 - ◆ Son adet tarihi (**kanamanın gebeliğin hangi döneminde olduğunun tespiti**)
 - ◆ Toplam gebelik sayısı
 - ◆ Toplam doğum sayısı
 - ◆ En son gebeliğin nasıl (düşük, doğum) ve ne zaman sonuçlandığı
 - ◆ Kanamasının miktarı ve şekli
 - ◆ Ağrısı var mı
 - ◆ Suları gelmiş mi
 - ◆ Bebek hareketlerini hissediyor mu
 - ◆ Korunma yöntemi (AP Yöntemi)
- Gebelik haftasına göre erken veya geç gebelik kanaması olup olmadığına karar ver:
 - İlk 22 hafta içerisinde meydana gelmiş ise
erken gebelik kanaması
 - 22 haftadan sonra meydana gelmiş ise
geç gebelik kanaması
- **Aşağıdaki önlemleri al.**
 - ◆ Gerekirse sıvı replasmanı sağlay, şok bulguları



varsa şok tedavisine başla.

- Fundus yüksekliğini, uterusun kontrakte olup olmadığını değerlendir, FKA al.
- Spekulum muayenesi sonrası, Plasenta previa düşünülmeyse vajinal muayeneyi yap.

• Aşağıdaki tabloya göre olası tanıyı koy.

Mevcut semptomlar ve tipik olarak bulunan diğer semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel tanı
<ul style="list-style-type: none"> • Hafif kanama* • Kapalı serviks • Uterus gebelik haftası ile uyumlu 	<ul style="list-style-type: none"> • Kramp tarzında ağrı • Alt karın ağrısı • Uterus beklenenden daha yumuşak • Adet gecikmesi 	Düşük tehdidi
<ul style="list-style-type: none"> • Hafif kanama • Karın ağrısı • Kapalı serviks, serviks hareketleri ağrılı • Uterus normalden az büyük • Uterus normalden yumuşak 	<ul style="list-style-type: none"> • Baygınlık • Hassas adneksiyel kitle • Karında yaygın hassasiyet • Adet gecikmesi • Serviks hareketleri ağrılı • Şok tablosu 	Dış gebelik
<ul style="list-style-type: none"> • Hafif kanama • Kapalı Serviks • Uterus beklenenden küçük • Uterus normalden yumuşak 	<ul style="list-style-type: none"> • Hafif kramp/Alt karın ağrısı • Parça düşürme öyküsü • Adet gecikmesi 	Tam düşük
<ul style="list-style-type: none"> • Aşırı kanama** • Dilate serviks • Uterus beklenen büyüklükte 	<ul style="list-style-type: none"> • Kramp/Alt karın ağrısı • Parça düşürme öyküsü yok • Adet gecikmesi 	Önlenemeyen düşük



<ul style="list-style-type: none"> • Aşırı kanama • Dilate serviks • Uterus beklenenden küçük 	<ul style="list-style-type: none"> • Kramp /Alt karın ağrısı • Kısmi parça düşürme • Serviksde gebelik materyali parçaları var • Adet gecikmesi 	Tam olmayan düşük
<ul style="list-style-type: none"> • Aşırı kanama • Dilate serviks • Uterus beklenenden büyük (her zaman değil) • Uterus normalden yumuşak • Üzüm benzeri parça düşürme 	<ul style="list-style-type: none"> • Bulantı/kusma • Kendiliğinden düşük • Kramp/alt karın ağrısı • Over kisti • Adet gecikmesi • Erken başlayan pre-eklampsi • Fetusa ait bulgu yok (USG bulgusu) 	Molar gebelik

ERKEN GEBELİKTE KANAMA

(İlk 22 haftada olan kanama)

1. Hafif Kanamalara Yaklaşım

A. Düşük tehdidi

B. Tam düşük

C. Dış gebelik

A. Düşük Tehdidi

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

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir.
- Kanamayı 4-6 saat izle.
- Kanama azalırsa gebeyi evine gönder.

Zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durmasını öner.



- Kanama artarsa tekrar başvurmasını söyle.
- Kanamada azalma olmazsa fetüs canlılığını kontrol et ve bir üst basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk et.
- 48 saat sonra durumunu bildirmesini iste.

B. Tam Düşük

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

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

C. Dış Gebelik

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

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- 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 basamağa sevk et.**

2. Basamakta :

- Kanda veya idrarda β HCG bak.
- Düşük tehditi, akut kronik PID, torsiyone veya rüptüre olmuş over kisti, akut apendisit ile ayırıcı tanısını yap.



- **Rüptüre olmayan dış gebelik yakınmalarını değerlendir:**

Erken gebelik yakınmaları

(düzensiz lekelenme veya kanama, bulantı, memede dolgunluk, vajen ve servikte mavimsi renk değişikliği, servikte yumuşama, uterusta hafif büyüme, sık idrara çıkma)

Karın ve kasık ağrısı

Rüptüre olmayan ve akut batın olmayan vakalarda izlem, medikal ve cerrahi tedavi yönünden değerlendir.

- **Rüptüre olan dış gebelik yakınmalarını değerlendir:**

Halsizlik ve bitkinlik

Hızlı, zayıf nabız (110/dk üstünde)

Ortostatik Hipotansiyon

Hipovolemi

Bıçak saplanır tarzda karın ve kasık ağrısı

Karında şişkinlik

Rebaunt hassasiyet

Solukluk

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



2. Şiddetli Kanamalara Yaklaşım

- A. Önlenemeyen düşük
- B. Tam olmayan düşük
- C. Molar gebelik

A. Önlenemeyen Düşük

Dilate serviks, uterus beklenen büyüklükte, kramp alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü yok.

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Önlenemeyen düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak ve gerekli önlemleri alarak uygun şekilde **bir üst basamağa sevk et.**

2. Basamakta:

- Gebelik 12 haftadan küçük ise:
 - ◆ Hastayı bilgilendirerek onayını al.
 - ◆ Uterusu tahliye et.
 - ◆ Uterus tahliyesi hemen mümkün değilse 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik ve ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla. Cevap alınamayan vakalarda ergot deriveleri 0,2 mg.İM* ver ve en kısa sürede uterus tahiyesini planla.
- Gebelik 12 haftadan büyük ise:
 - ◆ Gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekleyip daha sonra uterus tahliyesini yap.
 - ◆ Gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için,

* ergot derivelerini uygulamadan önce gebenin hipertansiyon ve preeklampsi öyküsünü al.



gerektiğinde 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla. Gereken vakalarda ergot deriveleri 0,2 mg.İM ver. Abortus sonrası kalan gebelik ürününü küretaj ile boşalt.

- Rh uygunsuzluğunda 12 hafta sonra 300 mg Anti-D IG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Aile Planlaması danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).

B. Tam Olmayan Düşük

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

- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir, septik abortus ihtimalini araştır.
- Tetanoz profilaksisi uygula.
- AP danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).
- Tam olmayan düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak ve gerekli önlemleri alarak 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 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başla.
- ◆ Abortus sonrası kalan gebelik ürününü küretaj ile boşalt.
- Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygula.
- Tedaviden sonra kontrol zamanını planla.
- Aile Planlaması danışmanlığı ver.
- Demir desteği ver (50-60 mg/gün oral).

C. Molar Gebelik

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

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

2. Basamakta:

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



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

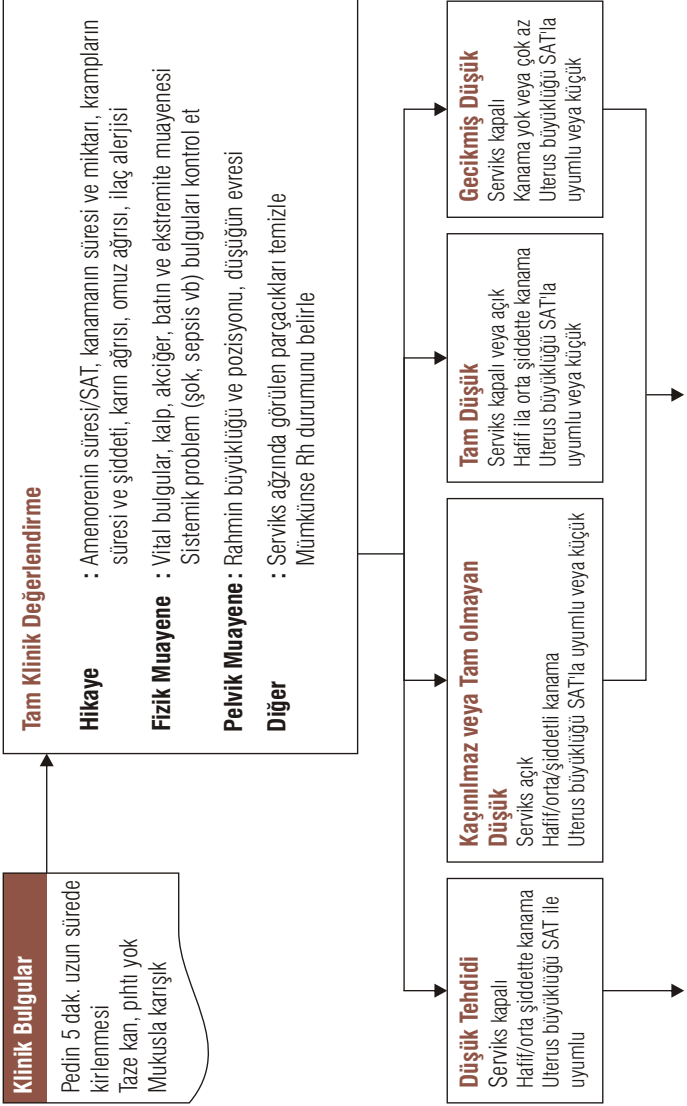
GEÇ GEBELİKTE KANAMA

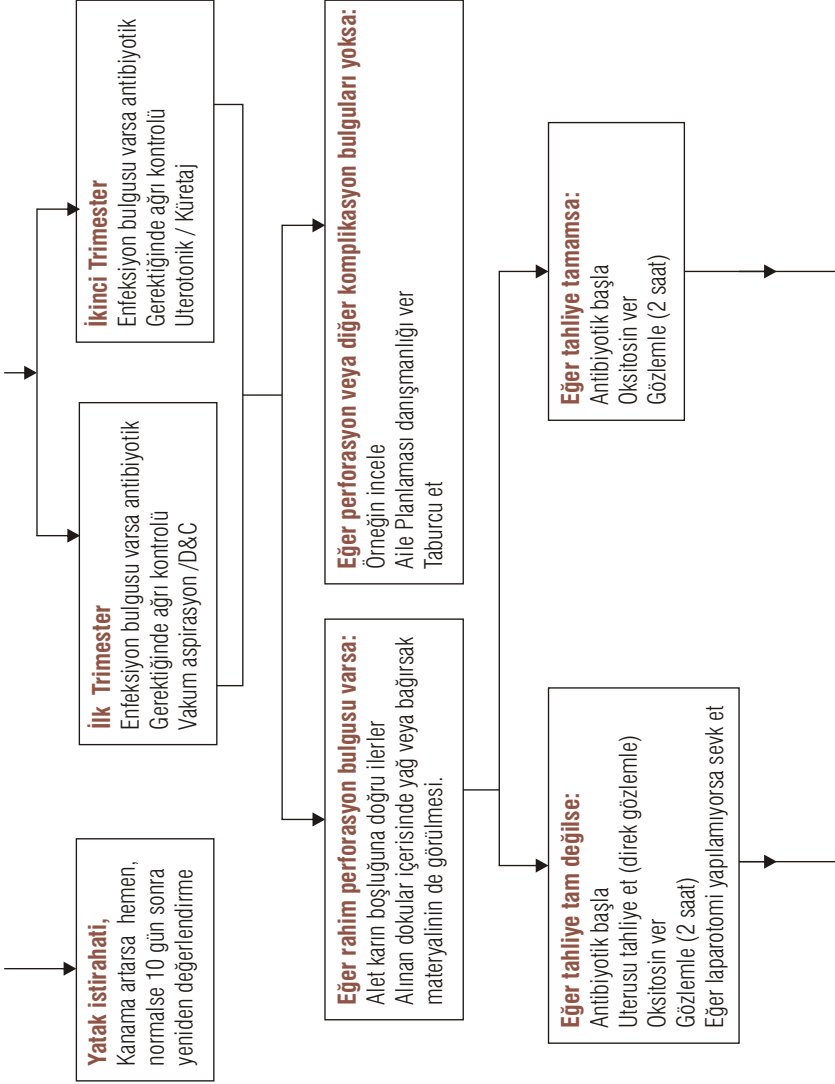
(22 haftadan sonra olan kanama)

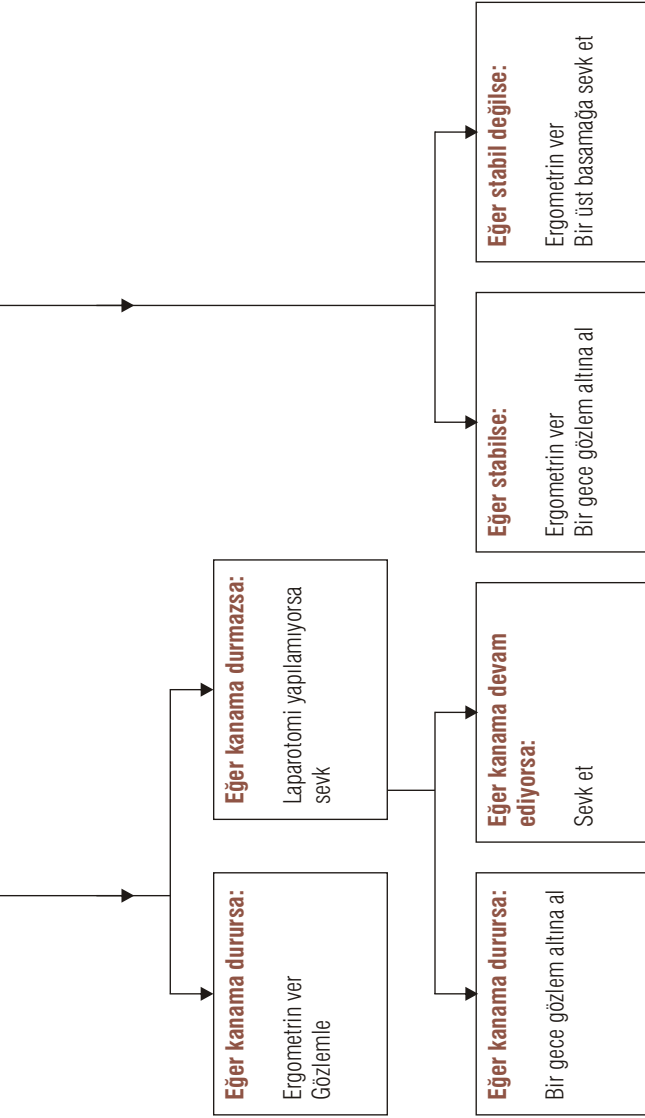
- Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendir.
- Fundus yüksekliği, uterin kontraksiyon varlığı ve fetal kalp atımını belirle.
- Doğum eylemi ise haftasına göre tedavisini yap.
Doğum eylemi başlangıcı düşünülüyorsa normal doğum eylemi ve doğum takibi yap.
- Plasenta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

Acilen bir üst basamağa sevk et.

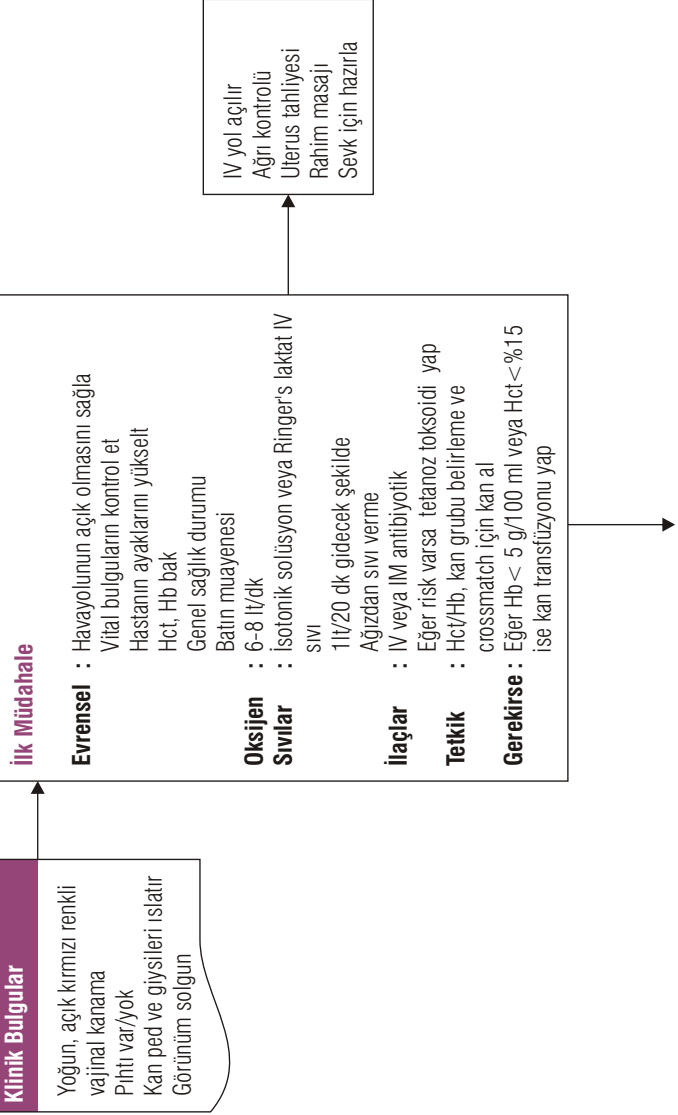
HAFIF VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ

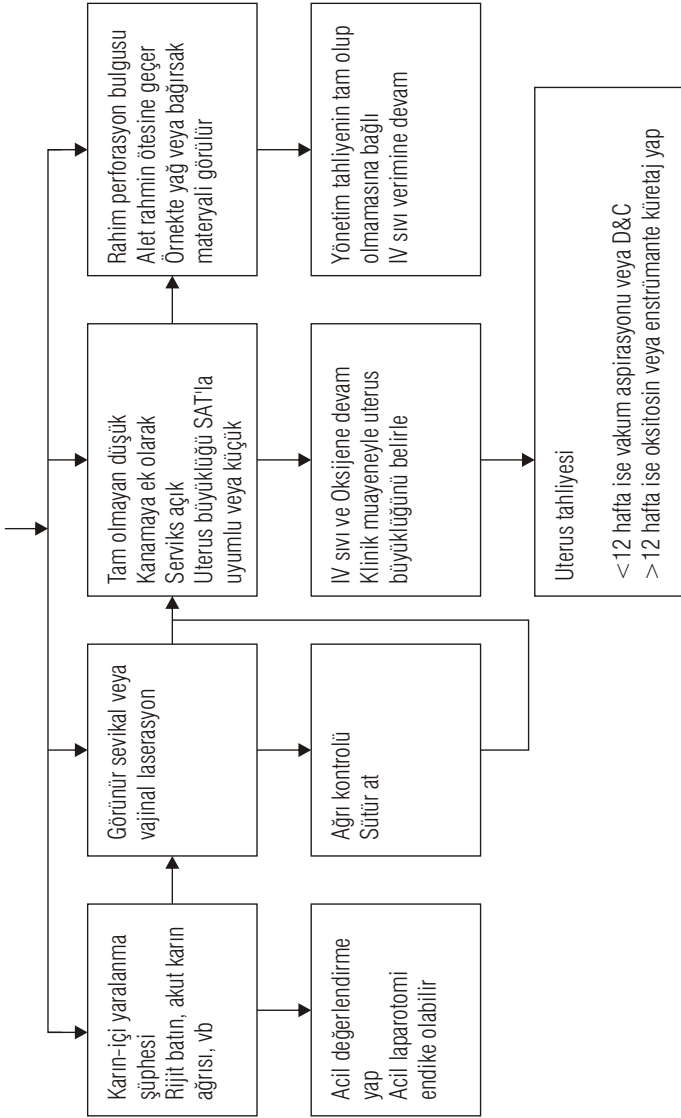






AĞIR VAJİNAL KANAMA YÖNETİMİ







POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ



POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

1. Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda da kadından veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.

- Kanama miktarını değerlendir.

Hafif kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.

Şiddetli kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.

- Doğumun gerçekleştiği yeri ve zamanını öğren.
 - Kan grubu ve tam kan sayımı için örnek al.
 - Muayene et. Postpartum kanamanın ayırıcı tanısını yap.
 - Gerekli durumlarda kullanmak üzere uygun kan temin et.
2. Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yap ve vital bulguları düzenli olarak kontrol et ve kaydet. Kanama nedeni uterin atoni ise;
 - Uterus masajı yap.
 - Tercihen 10 IU oksitosin IM yap, takip et, 5 dk içinde uterus kontrakte değilse 0.2 mg ergot alkaloidi (metilergobasine) (I.M) yap.
 - IV damar yolu aç ve 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver.
 - Mesaneyi boşalt gerekirse sonda tak.
 - Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol et.
 - ◆ Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri **VERME!!!**



- ◆ Uterus sert hale gelene kadar masaja devam et 1 saat süreyle uterusun sert olduğundan emin ol.
- 3. Uterusu değerlendir.**
- Müdahaleye rağmen uterus kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kaviteyi kontrol et. (Rüptür kontrolü)
 - Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygula, uygulayamıyorsan 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde ver.
 - Bu sınının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa Ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk et.
- 4. Plasentayı değerlendir.**
- A. Placenta çıkarılmamış ise;**
- plasentayı kontrollü kord traksiyonu ile çıkar.
 - eğer başarısız olunur ve kanama devam ediyorsa plasentayı el yardımı ile çıkar ve kavite bütünlüğünü kontrol et.
 - uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (alerjisi yoksa ampicilin veya sulbaktam/ampicilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) olarak başla.
 - eğer placenta çıkarılamaz ise cerrahi müdahale planla, cerrahi müdahale yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk et.
 - sevk sırasında 1000 cc IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde, 30 damla/dk olarak başla, gerekirse artır.
- B. Placenta çıkarılmış ise plasentayı muayene et.**
- a. Eğer placenta ve ekleri tam ise; kanama açısından takip et.**
- ◆ Eğer uterus yumuşak ise uterus masajı yap ve 2.maddedeki kuralları uygula.



- b.** Eğer plasenta ve ekleri tam değilse;
- ◆ Serviksin durumuna göre, plasenta parçalarını manuel veya Bumm küret yardımıyla çıkart.
 - ◆ Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla.
 - ◆ Eğer çıkarılmıyorsa hastayı bir üst basamağa acil olarak sevk et.
- 5.** Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol et.
- Yırtığı muayene ederek yer ve derecesini belirle.
 - Yırtıktan sonra olan kanamayı kontrol altına al.
 - Eğer yırtık bulunduğunuz birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk et.
 - Sevk sırasında yırtığa tampon uygulamaya devam et, kanama uterus kaynaklı değilse 1000 cc sıvı (ringer laktat) içinde 10 IU oksitosin 30 damla/dk olacak şekilde ver.
- 6.** Tüm müdahalelerden sonra kanamayı kontrol et. 1 saat içerisinde;
- A.** Eğer hala kanama çok miktarda devam ediyor ise;
- 1000 cc içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dk.da olacak şekilde devam et ve ikinci IV damar yolunu aç.
 - Kan transfüzyonuna başla, temin edilemiyorsa kolloid bir sıvı infüzyonuna başla.
 - Bimanuel uterus veya aort kompresyonunu uygula.
 - Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başla.
 - Uygun koşullar var ise cerrahi seçeneklere başvur:
 1. arter ligasyonu,



2. uterus kompresyon sütürleri,
 3. histerektomi (mümkünse total)
- Uygun koşullar yoksa hastayı gerekli önlemleri alarak bir üst basamağa acil olarak sevk et.
- B.** Eğer kanama kontrol altında ise;
- Kanama sona erdikten bir saat sonraya kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dk olacak şekilde devam et.
 - 4 saat boyunca her yarım saatte bir hastanın vital bulgularını (TA, nabız, solunum, ateş) ve aldığı-çıkardığı sıvı takibini yap. 24 saat yakın takibe al. Eğer saatte 30 cc.den az idrar çıkarırsa veya Hb'i 7 gr/dl.nin altına düşerse ve/veya ciddi solukluğu olursa bir üst basamağa sevk et.
 - Hastayı 48 saat takip et.



AĞIR PREEKLAMPSİ ve EKLAMPSİ



AĞIR PREEKLAMPSİ ve EKLAMPSİ

	Hafif preeklampsi	Ağır preeklampsi
Diastolik kan basıncı	<110	≥110
Proteinüri	2+'e kadar	2+ ve üzeri
Baş ağrısı	yok	Bu bulgulardan bir veya daha fazlası olabilir
Görmede bulanıklık	yok	
Hiperrefleksi	yok	
İdrar çıkışı <400 ml	yok	
Epigastrik veya sağ üst kadrın ağrısı	yok	
Pulmoner ödem	yok	

Ağır pre-eklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu aynı şekilde yönetilir, kesin tedavi doğumdur. Hastanın vital bulguları stabil edilir edilmez obstetrik kontraendikasyon yoksa aynı zamanda oksitosin başlanarak 12 saat içerisinde doğum gerçekleştirilir.

Yönetim

- Hastanın genel durumunu hızlıca değerlendir. Kan basıncını, nabzını ve solunum sayısını alırken aynı zamanda yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü al.
 - Havayolunu ve nefes alışını kontrol et
 - Mümkünse yan tarafına yatır
 - Ateşini ve ense sertliğini kontrol et
 - Sessiz sakin odaya al
- Eğer nefes almıyorsa veya yüzeysel nefes alıyorsa;
 - Havayolunu aç ve eğer gerekliyse entübe et
 - Ambu ve maske kullanarak ventilasyona yardımcı ol
 - Dakikada 4-6 litre oksijen ver
- Eğer nefes alıyorsa maske veya nasal kanül yardımı ile dakikada 4-6 litre oksijen ver



4. Eğer konvülsiyonda ise;
 - Herhangi bir yaralanmaya karşı koru, gerekiyorsa tespit et
 - Kan, kusmuk ve diğer sekresyonların aspire edilme riskini azaltmak için vakayı yan yatır
 - Konvülsiyondan sonra ağız ve boğazı aspire et. Dilin ısırılıp ısırılmadığını kontrol et.
5. Magnezyum sulfatı 10 dk içinde gidecek şekilde IV ver. (*Bkz. Magnezyum sülfat kullanım şeması*)
6. Eğer diastolik kan basıncı 110 mmHg üstünde ise antihipertansif ilaç ver. Diastolik kan basıncını 100 mmHg'nin altına düşür, mümkün olduğunca 90 mmHg'nin altına düşürme
7. Sıvılar;
 - IV infüzyona başla
 - Aldığı-çıkardığı takibini yap ve kaydet. Verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışı kontrol et ve aşırı sıvı yüklemesi olmadığından emin ol.
 - İdrar çıkışı ve proteinüriyi kontrol etmek için idrar sondası tak
 - Mümkünse santral venöz basınç kateterizasyonu yap

Eğer idrar çıkışı saatte 30 ml'den az ise:

- ♦ İdrar çıkışı düzelene kadar Magnezyum sulfat vermeyi kes
 - ♦ 15 dakikada bir solunum ve refleksleri izle
8. Fetal kalp atımlarını izle. (mümkünse fetal monitörle sürekli izlem yapılması)
 9. Santral Venöz Basınca (SVB) göre sıvı tedavisini ayarla eğer kateter takılamamışsa 8 saatte 1 L olacak şekilde idame doz IV sıvı infüzyonuna devam et
 10. Pulmoner ödem gelişimi açısından izle
 - Vakayı asla yalnız bırakma. Konvülsiyonun ardın-



dan sekresyonların aspirasyonu anne ve fetüsün ölümüne neden olabilir.

11. Saatte bir vital bulguları, refleksleri ve fetüs kalp atımını gözlemlen.
12. Santral venöz basınç ölçülemeyen hastalarda Pulmoner ödem riski açısından kontrol et. SVB'ı 8-12 cmH₂O arasında tutacak şekilde tedaviyi düzenle. Eğer raller duyulursa IV sıvı verimini (tedavisini) durdur ve 40 mg IV furosemide ver.
13. Mümkün olan en kısa sürede hastanın doğurması için gerekli tedbirleri al.

Antikonvülsif İlaçlar

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

Magnezyum Sulfat kullanım şeması

Yükleme dozu:

- 4,5-6 gram (10 ml olan %15'lik ampuller 1,5 gr MgSO₄ içerirler. Bu ampullerden toplam 3-4 adet magnezyum sulfat IV olarak yavaş infüzyon şeklinde (10 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:

- 1,5-2 gram/saat olacak şekilde sıvı içinde devamlı infüzyon şeklinde MgSO₄ verilir. Veya saat başı 1,5 gr 10 dk'da gidecek şekilde IV verilir.
- Alternatif olarak (IV tedavinin verilemeyeceği şartlarda) saatlik 1,5 gr MgSO₄ (1 ampul/10 ml) 2 doza



bölünerek her iki kalçaya 5'er ml yapılır.

- Doğumdan veya son konvülsiyonun üzerinden en az 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.
- Magnezyum Sülfat infüzyonu devam ederken aşağıda sayılan bulgulardan emin olunmalıdır;
 - ◆ Solunum sayısının en azından dakikada 16 olduğundan
 - ◆ Patellar reflekslerin var olduğundan
 - ◆ İdrar çıkışının saatte en az 30 ml olduğundan emin olunmalıdır.
- Magnezyum sulfatın verilmesi kesilmeli veya geciktirilmelidir eğer;
 - ◆ Solunum hızı dakikada 16'nın altına düşerse
 - ◆ Patellar refleksler yoksa
 - ◆ İdrar çıkışı saatte 30 ml'nin altına düşerse
- Magnezyum Sulfat toksitesine bağlı solunum depresyonu olduğunda; (tedavi sırasında hasta başında bulundurulacak acil tepsisi içerisinde mutlaka kalsiyum glukonat bulundurulmalıdır)
 - ◆ Solunuma yardımcı olunmalı (maske ve ambu, anestezi aparatları, entübasyon)
 - ◆ Kalsiyum glukont 1 gr (10 ml %10 solüsyon) IV yoldan yavaş olarak (5 dakikadan daha kısa sürede verilmemeli) EKG monitorizasyonu veya nabız kontrolü altında ilaç verilmelidir. Gerekirse 2. doz verilir.

Magnezyum sulfat'ın bulunmadığı durumlarda DIAZEPAM ikinci seçenek ilaçtır.

Diazepam kullanım şeması (solunum depresse ise yapılmamalı)

Yükleme dozu:

- 10 mg diazepam IV yavaşça 2 dakikada ver. Rektal yol da tercih edilebilir.



- Eğer konvülsiyon tekrarlırsa yükleme dozu yeniden verilir.
- Gelişebilecek solunum arestine karşı önlem al.

İdame dozu:

- 40 mg diazepam 500 ml IV sıvı içinde korumalı olarak 12 saatte (serum fizyolojik veya Ringer laktat) hastayı uyanık ama sakin tutar. Solunum kontrol edilmeli.
- 24 saat içinde 100 mg'dan fazla vermeyin.

Antihipertansif İlaçlar

- 10 mg nifedipine kapsül delinerek dil altından emdir. Kan basıncı istenen düzeye gelmediği takdirde aynı uygulama 20 dakika aralarla tekrarlanabilir. En çok 5 uygulamadan sonra istenen kan basıncı düşmesi elde edilemiyorsa başka tedavi seçeneği düşün.
- Nifedipinin etkili olmadığı olgularda Sodyum nitroprussid 0,25 mikrogram/kg/dakika IV infüzyon şeklinde başla. Bu tedavi sırasında kan basıncını 10 dakikada bir izle. Diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i sonlandır ve hastayı izle. Tansiyon tekrar yükselirse yarı dozda Sodyum nitroprussid uygulamasına devam et. Eğer başlangıç dozu 5 mikrogram/kg/dakika ise Diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i azaltarak sonlandır ve hastayı izle. Yan etkileri fazla olan tehlikeli ve uygulanması dikkat isteyen bir tedavidir.
- Kan basıncı kontrolü sağlanırsa hasta izle.
- Nifedipine ile magnezyum sulfatın beraber kullanımında ani hipotansiyon açısından dikkatli ol.

YÜKSEK ATEŞ
(koltuk altı 38°C ve üzeri)



YÜKSEK ATEŞ (koltuk altı 38°C ve üzeri)

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



Yüksek Ateş (koltuk altı 38°C ve üzeri)

- Sepsis
 - Üriner sistem enfeksiyonu
 - Meme/pelvik abse
 - Endometrit/Myometrit/Endomyometrit
6. İlk müdahaleyi yap.
- Damar yolu aç
 - Damar yolu açık kalacak şekilde sıvısını tercihen %5'lik Dekstroz başla (Birinci Basamak) Tansiyon düşük (90/60), nabız 100'ün üstü, şuur bulanıklığı varsa ve hastada mastit ve üriner enfeksiyon dışında bir tanı düşünüyorsan gerekli önlemleri alarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk et
 - Gerekli laboratuvar testleri (idrar ve kan tahlili) yap
 - Uygun doz antibiyotik(ler)in ilk dozuna IV/IM olarak başla

İkinci basamak: Ayırıcı tanıyı yap

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



ENFEKSİYON UYGUN ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ



ENFEKSİYON UYGUN ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ

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

Tedavi Şeması ve Dozlar

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



Tedavi İlkeleri

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





SEPSIS



Klinik Belirtiler

Üşüme, ateş, terleme
Kötü kokulu akıntı
Karın ağrısı
Memede hassasiyet/ısı artışı
Bitkinlik
Solunum sıkıntısı
Şuur bulanıklığı/kaybı
Kanama diyatezi
Dolaşım bozukluğu bulguları

Septik şok riskinin ilk değerlendirmesi

Gestasyon süresi
Vital bulguların kontrol edilmesi
Meme muayenesi
Pelvik enfeksiyon bulgularının gözden geçirilmesi
Vajende yabancı cisim bulunması
Serviks veya vajende iltihap görülmesi
Lokal pelvik enfeksiyon bulgusu
✓ Adneksiyal hassasiyet
✓ Rahim hassasiyeti
✓ Serviks hareketlerinde hassasiyet
✓ Alt karın hassasiyeti
Kötü kokulu vajinal akıntı, vajenden idrar veya gaita gelmesi

Septik şok riski düşük

Orta derece ateş ($> 36^\circ - < 38.5^\circ$)
Vital bulgular stabil
Batin içi yaralanma bulgusu yok

Septik şok riski yüksek

Yüksek ateş ($> 38.5^\circ$)
Hipotermi ($< 36^\circ$)
Batin içi yaralanma bulgusu var/yok
Şok bulguları

İlk Müdahale

Evrensel : Havayolunu açık tut
Vital bulguları izle

Sıvılar : Uygun IV sıvı ver

İlaçlar : Antibiyotik (IV yoldan)
Tetanus toksoidi ve tetanoz antitoksini (sorgula Son altı ay içinde yapılmamışsa uygula)
Ağrı kontrolü
Soğuk uygulama ile ateş düşür

İlk Müdahale

Evrensel : Havayolunu açık tut
Vital bulguları izle

Oksijen : 6-8 l/dak

Sıvılar : IV 20 dakikada 1 lt gidecek şekilde izotonik veya Sodyum laktat

İlaçlar : Sonda takarak saatlik idrar çıkışını izle ($\geq 0,5$ ml/saat)
: Hemen IV veya IM antibiyotik başla (IV tercih)
Tetanus toksoidi (sorgula son altı ay içinde yapılmamışsa uygula)
Ağrı kontrolü
Üçüncü kademe, multidisipliner bakım verilecek kuruluşa sevk et.

İlave olarak : Eğer kanama bozukluğu varsa DIC açısından değerlendir.

Laboratuvar : Tam kan sayımı

Mümkünse

1. Batın röntgeni (2. basamakta bunları yap, sevk et)
2. SVB kateterizasyonu yap ve basıncı 8-12 mmHg' de tut
3. Kan gazı ölçümü yap



Eğer hasta stabil

ise:
Antibiyotik ve IV sıvıya devam
Düşük vakalarında rahmin boşaltılması
48 saat gözlem

Eğer DIC bulgusu varsa:

Kan pıhtılaşmaz
Damar içi kanama olur
Temin edilebiliyorsa taze donmuş plazma (2-4 Ünite/2 saatte gidecek şekilde)
multidisipliner bakım verilecek kuruluşla sevk sırasında verilebilir

Eğer gangren veya tetanoz bulgusu varsa:

Gangren: X-Ray'de pelvik dokuda gaz görülmesi
Tetanoz: Ağrılı kasılmalar, jeneralize spazm, konvülsiyon
antibiyotik tetanoz vakalarında sedasyon

Eğer batin-içi yaralanma bulgusu varsa:

Batın X-rayinde gaz görünümü, rijid batin, rebound ve hassasiyet
O₂, antibiyotik ve IV sıvıya devam
Acil laparotomi

Eğer şok gelişirse:

Tansiyon düşmesi, solukluk vb.
Acil şok protokolüne uygun müdahale

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
 - Ateşini ölç
 - Solunum sayısını
 - Nabız kontrolü
3. Sistemik muayeneyi yap.
 - Kontraksiyon takibi
 - ÇKS dinle
4. Olası tanıları dikkate al.
 - Uterus rüptürü
 - Erken doğum eylemi
 - Plasenta dekolmanı
 - Puerpurel veya postpartum sepsis
 - Ektopik gebelik
 - Akut apandisit
 - Akut gastroenterit
 - Üriner enfeksiyon
 - Ürolithiyazis
 - Kolesistit
 - Kist rüptürü/torsiyonu
 - Batın travması
 - Pelvik enflamatuvar hastalık
5. İlk müdahaleyi yap.
 - IV damar yolu aç
 - Sıvı tedavisine başla
 - ateş $>38^{\circ}\text{C}$ ise uygun antibiyotik(ler) tedavisinin ilk dozunu IV/IM olarak ver
 - Gerekirse bir üst basamağa sevk et



BATIN-İÇİ TRAVMA



Klinik Bulgular

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

Bulgular	Semptomlar
Gergin batın	Bulantı, kusma
Bağırsak seslerinde azalma	Omuz ağrısı
Sert batın	Ateş
Rebound hassasiyet	Karın ağrısı, kramp

İlk Müdahale

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

Acil cerrahi bulguları:

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

