

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ



Hemşirelik Bölümü

Hem 301

**Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları
Hemşireliği**

Öğr. Gör. Dr. Gülay AKMAN

RİSKLİ GEBELİKLER 1 ***(Gebelik Komplikasyonları)***

Hem 301

**Doğum ve Kadın Sağlığı
Hastalıkları Hemşireliği**

2. Hafta



İçerik

RİSKLİ GEBELİKLER-1

Gebelikle İlgili Komplikasyonlar

- Doğum Öncesi Kanamalar

* İlk Trimestir Kanamaları

(Ektopik Gebelik, Abortus, Gestasyonel Trafoblastik Hastalık)

* Son Trimestir Kanamaları

(Plasenta Previa, Ablasyo Plasenta)

- Erken Membran Ruptürü

- Gebelikte Hipertansif Durumlar

* Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon

(Preeklamsi, Eklamsi)

* Kronik Hipertansiyon

- Hiperemesis Gravidarum

- Çoğul Gebelik



ÖĞRENME HEDEFLERİ

- Gebeliğin erken dönemlerinde görülebilecek kanamaların nedenlerini tanımlayabilme
- Gebeliğin geç dönemlerinde kanamaya neden olabilecek plasentaya bağlı durumları açıklayabilme ve bu durumlarda
- Kanama yaşayan gebenin bakım gereksinimlerini belirleyebilme
- Erken membran rüptürünün nedenlerini, risklerini açıklayabilme ve erken membran rüptürü yaşayan gebenin bakım gereksinimlerini belirleyebilme
- Gebelikle ilişkili hipertansif hastalıkların gelişim sürecini ve medikal tedavisini açıklayabilme ve hipertansif hastalık yaşayan gebenin bakım gereksinimlerini belirleyebilme
- Hiperemesis Gravidarum'un gebe kadın ve fetüsün sağlığına olan etkilerini tartışabilme ve gebenin bakım gereksinimlerini belirleyebilme
- Çoğul gebeliğin gebe kadın ve fetüsün sağlığına olan etkilerini açıklayabilme, çoğul gebelik yaşayan kadının bakım gereksinimlerini belirleyebilme



ÖĞRETİM YÖNTEM VE TEKNİKLERİ

- Anlatım,
- Tartışma,
- Soru-cevap,
- Beyin fırtınası,
- Kavram haritası,
- Vaka tartışması;
- Sorun çözme ve klinik karar verme (hemşirelik süreci),
- Örneklendirme/gösterim (video, film gösterimi ve tartışması ,
- Laboratuvar çalışmaları, gösterme ve gösterip yaptırma



ANAHTAR TERİMLER ve TANIMLAR

- Ektopik Gebelik
- Abortus
- Gestasyonel Trafoblastik Hastalık
- Plasenta Previa
- Ablasyo Plasenta
- *Erken Membran Ruptürü*
- *Preeklemisi*
- *Eklemsi*
- *Hiperemezis Gravidarum*



Gebelik Komplikasyonları

DOĞUM ÖNCESİ KANAMALAR

Türkiye’de anne ölümlerinin üç büyük nedeninden birincisidir.
(Kanama,toksemi,enfeksiyon)

İlk Trimestir Kanamaları

- Dış Gebelik
- Düşükler(Abortus)

Son Trimestir Kanamaları

- Plasenta Previa
- Ablasyo Pasenta(Dekolman)



DOĞUM ÖNCESİ KANAMALAR

İLK TRİMESTİR KANAMALARI

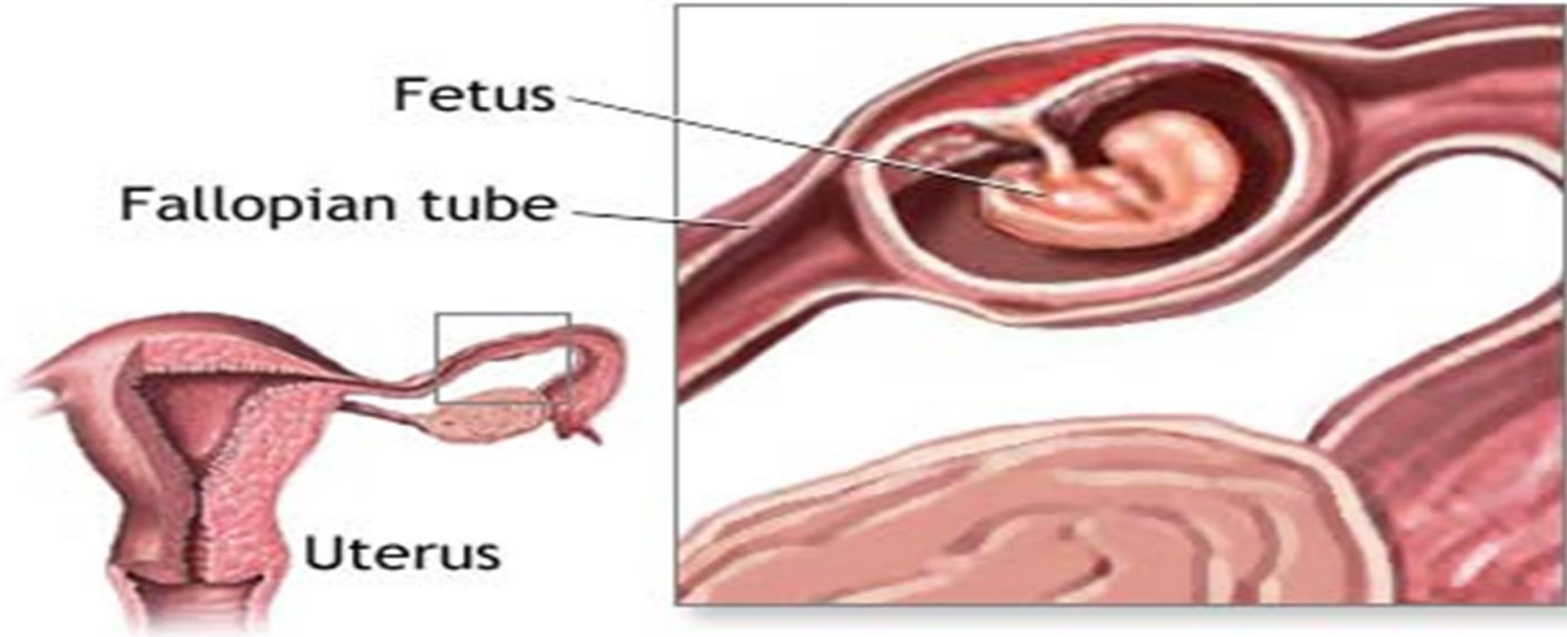
Dış Gebelik (Ektopik Gebelik):

- Zigotun uterus kavitesi dışında bir bölgeye yerleşmesi
- Dış gebelikte zigot ??????? yerleşebilir.
(peritona, tüplere, overlere, servikse)
- En yaygın olarak ampulla kısmına yerleşir.
- Bu olgularda gebelik en fazla 6.-10. hf'ya kadar devam eder.



Dış gebelik

Ectopic pregnancy



ADAM.

<http://pennstatehershey.adam.com/>



DIŞ GEBELİK (EKTOPİK GEBELİK)

TUBAL GEBELİK

- En sık görülen dış gebeliktir.

NEDENİ:

- Tüplerde kısmi tıkanıklıkların olması

Bu tıkanıklıklar,

- Geçirilmiş bir enfeksiyon sonucu,
- Geçirilmiş tüp ameliyatları sonucu veya
- Tüplere baskı yapan karın içi tümörleri nedeniyle gelişebilir.



DIŞ GEBELİK (EKTOPIK GEBELİK)

TUBAL GEBELİK

TUBAL GEBELİKLER 3 ŞEKİLDE SONLANIR.

- Ovumun Ölümü
- Tubal Düşük
- Tubal Ruptür



DIŞ GEBELİK (EKTOPIK GEBELİK)

TUBAL GEBELİK

Tubal Gebeliğin Belirtileri:

- Gebelik Belirtileri
- Ağrı
- Vajinal Akıntı
- İ Kanama Belirtileri



DIŞ GEBELİK (EKTOPIK GEBELİK)

TUBAL GEBELİK

TANI:

- Douglas boşluğundan kan aspirasyonu,
- Bimanuel muayenede uterusun büyük olması,
- Adnexlerde hassasiyet,
- Gebelik tanısının + olması
- Koyu renkli vajinal kanama,
- Karnın alt kısmında dolgunluk ve basınç hissi,
- Midede gaz ve hassasiyet,
- Ateş ve lökositoz



DIŞ GEBELİK (EKTOPIK GEBELİK)

TUBAL GEBELİK

İZLEM

- Kanama ve Şok bulguları takip edilmelidir.
- İ.V mai takılır, yaşam bulguları izlenir.
- Acil transfüzyon için kan hazırlanır.
- Kadın acil olarak ameliyata alınabilir ve rüptür olan tüp çıkartılabilir.
- Bu durumda kadın fertilizasyon yeteneğini %50 yitirdiği için psikolojik değerlendirme ve destek önemlidir.
- Ameliyat sonrası kayıp duygusuna yönelik psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Rh (–) annelere diŐ gebelik sonrası Rho GAM yapılmalıdır.



EKTOPIK GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMESİ

- Gebenin genel görünümünün değerlendirilmesi
- Vajinal kanama miktarının değerlendirilmesi
- Şok gelişme olasılığı nedeniyle vital bulguların izlenmesi
- Gebenin duygusal durumunun ve baş etme becerilerinin değerlendirilmesi
- Gebenin ve ailesinin bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesi
- Gebenin ağrı durumunun belirlenmesi
- Cerrahi müdahale gerekli ise post-operatif değerlendirmenin yapılması



EKTOPIK GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

HEMŞİRELİK TANILARI

- **Akut Ağrı**
(Tubal rüptür ve tubal rüptüre bağlı abdominal kanama)
- **Beklenen Acı Çekme**
(Beklenen gebelik kaybıyla ilişki (kayıp öncesi) acı çekme/keder tepkilerini yaşayan birey/aile)
- **Sağlığı Geliştirme Davranışları**
(Ektopik gebeliğin tedavisi ve uzun dönem etkileri hakkında bilgi edinme isteği)
- **Sağlığı Sürdürmede Etkisizlik Riski**
(Ektopik gebelik komplikasyonlarının belirti ve bulgularına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı)
- **Kanama Riski**
- **Kanama**
- **Şok**
- **Sepsis**
- **Anksiyete**
- **Etkisiz Başetme Riski**
- **Korku**



EKTOPIK GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

PLANLAMA ve UYGULAMA

- Kanama ve şok bulguları takip edilir.
- İ.V mai takılır, yaşam bulguları izlenir.
- Ağrı yönetiminde analjezik uygulanır ve analjeziğin etkinliği değerlendirilir.
- Acil transfüzyon için kan hazırlanır.
- Cerrahi işlem planlanan kadına preoperatif tedavileri uygulanır.
- Tubal gebeliği olan kadının rüptür olan tüpünün çıkarılması durumunda kadın fertilizasyon yeteneğini %50 yitirdiği için psikolojik değerlendirme ve destek önemlidir.
- Ayrıca bu durumda kadına ve ailesine kayıp duygusuna yönelik psikolojik destek sağlanmalıdır.
- Rh (–) annelere düşükten sonra olduğu gibi dış gebelik sonrası da Rho GAM yapılmalıdır.



EKTOPIK GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

PLANLAMA ve UYGULAMA

Hastane dışında hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması:

- Vajinal kanama, yorgunluk veya taşikardi belirtileri olduğunda bildirmesi
- Abdominal ağrısı olduğunda bildirmesi
- Sonraki gebeliklerin yakın takip edilmesi
- Genel olarak, birkaç aydır adet görmediğini söyleyen ve abdominal ağrı şikayeti olan kadınlar ektopik gebelik olasılığı yönünden değerlendirilmesi



EKTOPIK GEBELİKTE HEMŞİRELİK BAKIMI

DEĞERLENDİRME

Hemşirelik bakımının beklenen sonuçları şunları içermelidir:

- Kadın ektopik gebeliği, tedavi seçeneklerini ve gelecekteki doğurganlığı üzerine olan etkilerini açıklayabilmeli
- Kadın ve ailesi olası komplikasyonları söyleyebilmeli, gerçekleşmesi durumunda komplikasyonları başarılı bir şekilde yönetebilmeli
- Kadın ve eşi kayıplarına ilişkin duygularını ifade edebilmeli



DÜŞÜKLER (ABORTUS)

- Fetüsün, uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlandırılmasına **DÜŞÜK** denir.
- Gebeliğin 20.haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetuslar düşük kabul edilir.
- Gebeliğin yaklaşık %10'u, ilk 12 hafta içinde spontan düşükle sonuçlanır.



Spontan Düşükler (Miscarriage)

NEDENLERİ:

- Servikal yetmezlik
- Kromozomal defektler
- Uterus şekil bozuklukları, myomlar, prolapsus ve servikal yetmezlik
- Annede yüksek ateş, akut viral enf., kronik nefrit, kalp yetmezliği
- İlaçlar (özellikle sitostatik ajanlar ve prostaglandinler)
- Uterusa direkt travmalar
- Progesteron yetmezliği
- Stres, anksiyete



Spontan Düşükler (Miscarriage)

1- ABORTUS İMMİNENS

(Durdurulabilir Düşük/Düşük Tehidi)

- Vajinal kanama ya da lekelenme
(abdomenin ya da sırtın alt kısmında krampla birlikte)
- Serviks kapalı
- Uterus yumuşak, hassasiyet yok
 - Gebenin anksiyetesinin azaltılması
 - Yatak istirahati ve sedasyon
 - Vajinal akıntı ve kanama takibi
 - Koitusun yasaklanması



Spontan Düşükler (Miscarriage)

2-ABORTUS İNSİPIENS (Durdurulamayan Düşük)

Vajinal kanamanın artması, orta şiddette ağrılı, uterin kontraksiyonlar ve servikal dilatasyon olması durumu

- Yatak istirahati,
- Kanama takibi, fetal doku içerip içermediğine bakılmalı,
- Yaşam bulgularının takibi,
- Düşük 24 saat içinde gerçekleşmezse küretaj
 - Beslenmenin ertelenmesi (genel anestezi ?)
 - Uterus kontraksiyonları için istemlenen ilaçların uygulanması
 - Hb, kan grubu tayini ve Cross-match
 - Antibiyotik



Spontan Düşükler(Miscarriage)

3- KOMPLEYT ABORTUS (Tam Düşük):

- Konsepsiyon ürününün tümü (fetüs, membranlar ve plasenta)atılmıştır.
- Kanama ve ağrı durmuş, serviks kapanmıştır.

4- İNKOMPLEYT ABORTUS (Tam Olmayan Düşük):

- Gebeliğe ait bir kısım parçalar atılmış, bir kısmı uterusta kalmıştır. (Genellikle fetüs atılmış, plasenta içeride kalmıştır.)
- Kanama giderek azalmaz ve servix açık kalır.
- Tedavi, A.İnsipienste olduğu gibidir.
- Uterus boşaltıldıktan sonra 2 gün kanama takibi ve enfeksiyon riskine yönelik perine hijyenin sağlanması önemli



Spontan Düşükler (Miscarriage)

Threatened spontaneous abortion



Vaginal
bleeding

<http://pennstatehershey.adam.com/>

ADAM.



Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

- Embriyo ve fetüsün gebeliğin ilk 20 hf. öldüğü fakat öldükten sonra 4 hafta ya da daha uzun uterusda kaldığı durumdur.
- Amenore ya da aralıklı vajinal kanama, lekelenme ya da kahverengi akıntı
- Uterin büyümede durma
- Fetal hareketlerin hissedilmemesi
- Göğüslerdeki değişikliklerde gerileme

Tedavi:

- Gebelik 12 hf'dan küçük ise uterus küretajla boşaltılır.
- Gebelik 12 hf'dan büyük ise prostoglandin ve ya oksitosin ile uterus uyarılarak düşük gerçekleştirilir.



Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler

- Genellikle gebelik 4.-5. ayında spontan abortus ile sonlanır.
- İkinci trimestirdeki kayıpların önemli bir nedenidir.

Nedenleri:

- Konjenital nedenler;

Servixin yapısal defekti ve uterus anomalisi

- Kazanılmış nedenler;

Daha önce servix yırtığına maruz kalmış travmatik doğum

Küretaj sırasında servikal travma

Servikal konizasyon ve koterizasyon



Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler

Servikal Yetmezliğin Belirtileri:

- Tekrarlayan ağrısız ve kanamasız II. trimestir düşük hikayesi
- Muayenede servikste ilerleyen **silinme ve dilatasyon**
- Serviksten aşağıya inen **amniotik membranın karakteristik görünümü**
- Uterus kontraksiyonları yoktur.
- Eğer servikal yetmezlik şüphesi var ise düzenli ultrason kontrolü,
- Gebeye internal ostaki dilatasyon hakkında bilgi verilmesi



Servikal Yetmezliğe Bağlı Düşükler

TEDAVİ:

- **Serkülaj:** Gebeliğin 14.-18.haftalarında internal os etrafına sütün konarak serviksin güçlendirilmesi (Başarı şansı %80)
- Servikse baskıyı azaltmak için gebe trendelenburg pozisyonunda istirahate alınır.
- İşlem 20. hf sonrası yapılırsa başarı şansı düşer
- Sütün konan gebelerde doğum sezaryen ile yaptırılır veya
- 37. gebelik haftasından önce sütün alınarak vajinal doğum yaptırılır
- **Eğer amniotik membranlar açılmış ve kanama varsa,**
- **Servix 4 cm ve üzeri dilate ise sütün koyma işlemi yapılmaz, gebeliği durdurma şansı yoktur.**



Habitual Abortus (Alışılmış Düşükler)

- Birbiri ardına 3 veya daha fazla gebeliğin kendiliğinden sonlanmasıdır.

Nedenleri:

- Servix ve uterusun yapısal bozuklukları
- Kromozom anomalileri,
- Hormon yetersizliği ve
- Psikolojik sorunlar



Septik Abortus

- Düşüğün bir komplikasyonu
- Aseptik olmayan koşullarda yapılan düşükler
- Missed abortus, uterusun erken boşaltılmadığı durumlar ve abortus kriminalis
- Mikroorganizmalar 48 saat içinde uterusu girerler ve yüksek ateşle birlikte enfeksiyonu meydana getirirler.
- Enfeksiyonun ilerlemesine bağlı olarak anne ölümü meydana gelebilir (sepsis sonucu)



Abortus Criminalis

- Genelde istenmeyen gebeliklerin tıbbi olmayan koşullarda müdahale edilerek, boşaltılmaya çalışılmasıdır.
- Anne sağlığı yönünden komplikasyonu çok yüksek
- Parça retansiyonu, kanamalar, sepsis, tetanoz sık görülür.
- Adli tıp yönünden önemlidir.

ABORTUS MEDICALIS:

- Gebelik anne ve bebek hayatını tehlikeye sokacak ise yasal olarak bebek alınır.



ABORTUSTA HEMŞİRELİK BAKIMI

ÖNLEME

- Teratojenik ajanlardan korunma
(iyi piőmiő et yenmesi, ev kedisi ya da kuő varsa onlara ait kirli alanların temizlemesi)
- Enfeksiyon hastalıklarına karşı uygun immünizasyon
- Gebelikten önce besleyici bir diyet
- Alkol, sigara gb. madde kullanımlarının önlenmesi
- Röntgen ışınlarından kaçınma
- Reçetesiz ilaç kullanmama



ABORTUSTA HEMŞİRELİK BAKIMI

HEMŞİRELİK TANILARI

- Hemoraji
- Enfeksiyon Riski
- Olası Yas
- Sağlığın Sürdürülememesi Riski
- Akut Ağrı/Akut Ağrı Riski
- Olası Komplikasyon: DIC
(ölü fetüsün retansiyonuna bağlı)
- Olası Komplikasyon: D Sensitizasyon
(Rh (-) annenin Rh(+) fetüs taşıması)



ABORTUSTA HEMŞİRELİK SÜRECİ

- Kan grubu Rh (–) ise düşükten sonra RhoGAM yapılması
- Enfeksiyon belirtilerinin takibi, eğitim, proflaktik antibiyotik
- Ağrı ve giderek artan kanama olduğunda Dr'a başvurması
- Düşük sonrası 3-4 gün ağır hareketlerden kaçınması
- İki hafta cinsel ilişkiden kaçınması
- Düşük sonrası iki hafta hafif bir kanama olabileceği,
- Yeni siklusun 4-6 hafta sonra başlayacağı konusunda eğitim,
- Düşüğün psikolojik etkilerine yönelik danışmanlık yapılması



Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Gebelikle ilişkili proliferatif trofoblastik bozukluklardan biridir.

Histolojik olarak üç gruba ayrılır:

- Mol Hidatiform (bening)
- İnvaziv mol (karyoadenoma destruzens)
- Karyokarsinoma (metastatik)

Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

MOL HİDATİFORM (Molar Gebelik):

Trofoblastın bening proliferatif gelişimidir.

Kompleyt ve inkompleyt mol olarak iki şekilde ortaya çıkar.

Kompleyt Mol

- Anneye ait genetik materyal içermeyen ve **boş yumurta** olarak adlandırılan bir ovumdan gelişir.
- Olguların çoğunda 23, X kromozomlu bir sperm, boş yumurta hücrelerini fertilize ettiği için kendi kendisini kopyalar. Kromozomların tümü babaya aittir.



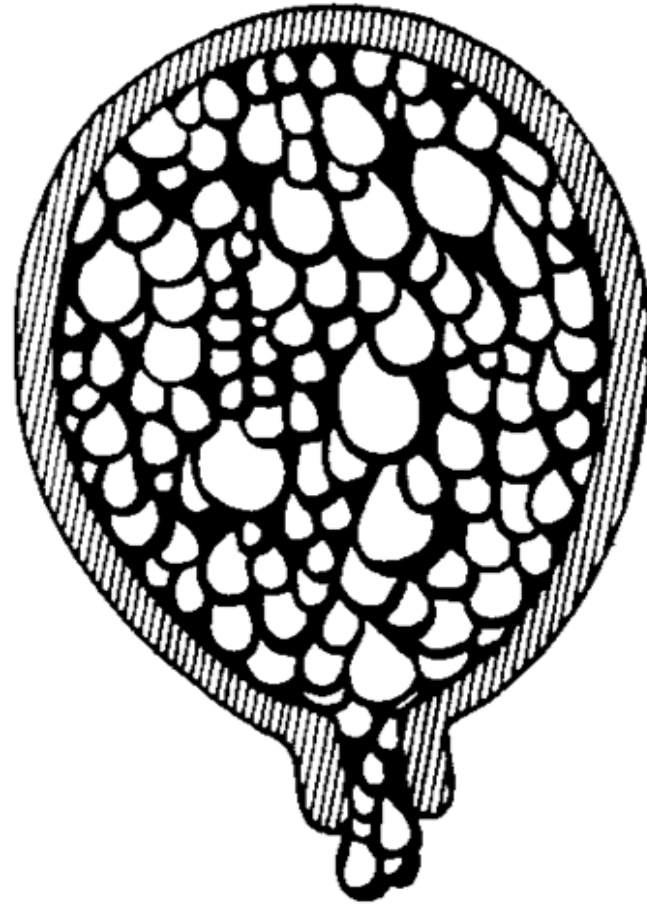
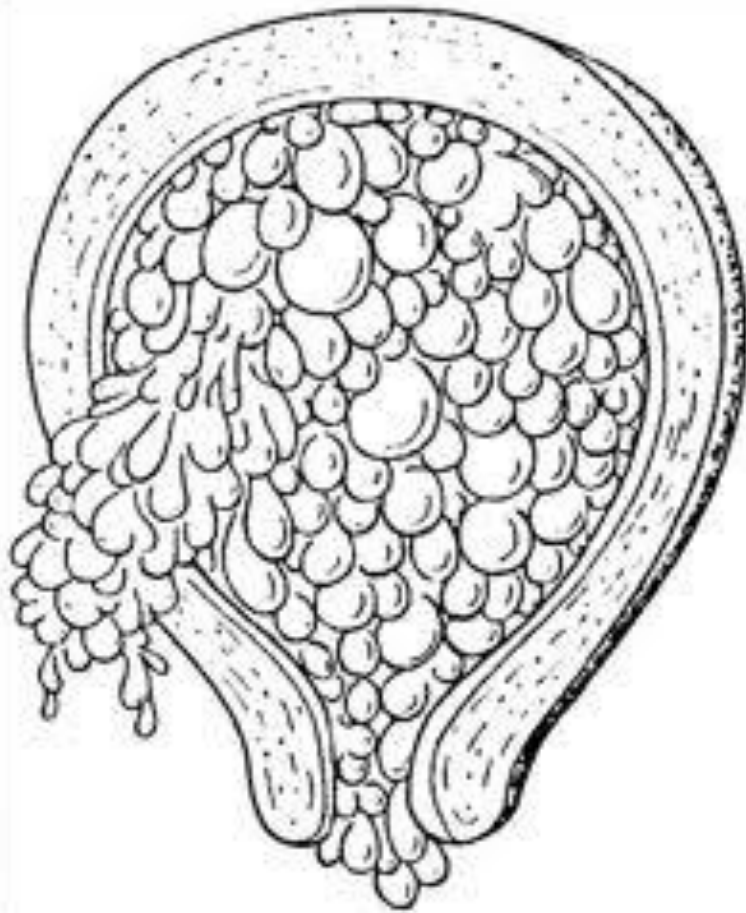
Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Kompleyt Mol

- Embriyo erken devrede ölür.
- Koryonik villilerden şekillenmiş hidropik veziküller (1-3 cm çapında ve üzümüne benzer) vardır
- Trofoblastik hücreler çoğalmaya devam eder.
- ***hCG düzeyi sürekli yükselme gösterir.***
- ***Uterus normal gebelik ayına göre büyük ve yumuşaktır.***
- ***Fetal kalp sesi (ÇKS) yoktur.***
- Gebeliğin erken devrelerinde preeklampsi görülebilir.
- Molar gebelik ultrasonda, uterusu dolduran karekteristik görüntüsü ile tanınır.



Molar Gebelikte Hidropik Veziküller



<http://pennstatehershey.adam.com/>



Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

İnkompleyt Mol

- 23 koromozomlu normal bir ovum iki sperm ya da ilk mayoz bölünmesi başarısız 46 kromozom taşıyan bir sperm tarafından döllenmiştir.
- Bu gebelikler spontan ya da missed düşükle sonuçlanır.
- hCG düzeyi tam moldeki kadar yüksek değildir.
- Kompleyt molden farklı olarak fetüs bazen 8-9 hf canlı kalabilmektedir.

İnvazif Mol

- Kompleyt mole benzer, farkı uterusun miyometrium tabakasına kadar invazyon yapmasıdır.
- Uterus perforasyonu ve kanamaya neden olabilir.
- Vasküler yayılma ile metastaz da görülebilir.



Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

KARİYOKARSİNOMA

- Malignant molhidatiformdur.
- Molün boşaltılmasından sonra olguların %20'sinde ortaya çıkabilir.
- AKC ve beyin metastazı riskine yönelik takip,
- Serum hCG düzeyi normale dönüncüye kadar haftalık izlem,
- Mol boşaltıldıktan sonra hCG de düşme görülmez ise Kemoterapi tedavisi uygulanır.



Molar Gebelik Komplikasyonları

- Anemi
- Hipertroidizm
(yüksek hCG'nin troidi uyarması nedeni ile)
- Enfeksiyon
- Yaygın intravasküler koagülasyon
- Akciğerlerde trofoblastik embolizasyon mol boşaltıldıktan sonra görülür
- Overlerde teka lutein kistleri



Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Bakım ve İzlem

- Tedavi molün boşaltılması ile başlar.
- Kürtaj yöntemi ile kavum uteride oluşan dejeneratif trofoblast hücrelerinin tümü boşaltılır.
- Anne yaşı ileri ve çocuk sahibi olmak istemiyorsa histerektomi ile uterus alınabilir.

Molün boşaltılmasından sonra izlem;

- hCG düzeyi kontrolü
- hCG düzeyinin izlenmesi sırasında etkili kontraseptif kullanımı önemlidir. Gebelik hCG düzeyinin izlemine zorlaştırır.



SON TRİMESTİR KANAMALARI

- Gebeliğin 20.hf'sından sonra görülen vajinal kanamalardır.
- Bu kanamalar daha çok plasenta kökenlidir.
- Plasenta kökenli kanamaların iki ana nedeni vardır.
- **Plasenta Previa**
- **Ablasyo Plasenta**



SON TRİMESTİR KANAMALARI

PLASENTA PREVİA

- Plasentanın uterusun alt segmentine yerleştiği durum

Hazırlayıcı Faktörler

- Çok ve sık doğumlar
- Çoğul gebelikler
- 18 yaş altı, 35 yaş üstü gebelik
- İmplantasyon bozukluğu
- Uterusun submükoz myomları



SON TRİMESTİR KANAMALARI

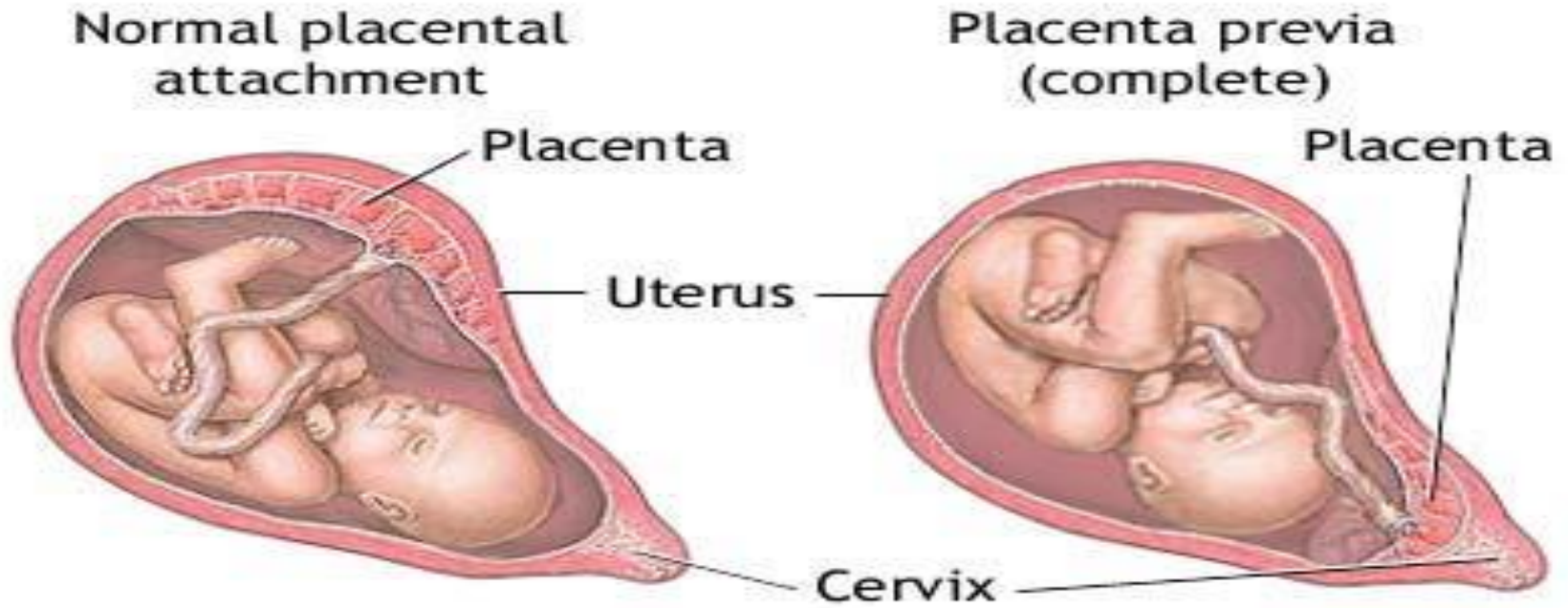
PLASENTA PREVİA

Plasenta previanın üç tipi vardır.

- 1-Total plasenta previa (santral);** plasenta servikal osun üzerini tamamen kapatmıştır.
- 2- Kısmi plasenta previa;** plasentanın kenar kısımları servikal osun yakınına kadar uzanmıştır.
- 3- Lateral plasenta previa ;** plasenta uterus duvarının alt-yan kısımlarındadır. Servikal osu kapatmaz.



PLASENTA PREVIA



ADAM.

<http://pennstatehershey.adam.com/>



SON TRİMESTİR KANAMALARI

PLASENTA PREVİA

- Gebeliğin 2. yarısında ağrısız vajinal kanama
- Kanama genelde gebeliğin erken devrelerinde ortaya çıkar, erken kanama daha çok total p.previa ile ilişkilidir ve tekrarlayıcıdır.
- Kısmi previada kanama serviks dilate oluncaya kadar görülmez.
- Kanamanın miktarına göre şok tablosu görülebilir.



SON TRİMESTRİ KANAMALARI

PLASENTA PREVİA'nın Tehlikeleri:

- Hemorajik şok
- Fibrinogenopati
- Trombositopeni
- Anemi

PLASENTA PREVİA ile ilgili komplikasyonlar:

- EMR
- Prematüre eylem
- Prezantasyon ve pozisyon anomalileri
- Hava embolisi
- Postpartum kanama ve enfeksiyon
- Fetal ölüm
- Anne ölümleri



SON TRİMESTİR KANAMALARI

PLASENTA PREVİA

Bakım ve izlem

- Vajinal ve rektal tuşe yapılmamalı
- Kanama miktarı fazla ise kan transfüzyonu
- Yaşam bulgularının takibi
- Abdomende hassasiyet olup olmadığı,
- Uterus büyüklüğü, irritabilitesi, gevşekliği
- Fetusun prezantasyonu ve yerleşme durumu
- ÇKS takibi
- Çıkarılan idrar miktarı değerlendirilmesi.
- Sadece spekulum ile kanamanın nereden geldiği gözlenir



SON TRİMESTİR KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

- Ablasyo plasenta ise normal implante olmuş plasentanın uterus duvarından **erken ayrılmasıdır.**
- Plasenta normalde doğum eyleminin üçüncü devresinde ayrılır.



SON TRİMESTİR KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

- **Temel nedeni**, plasentaya kan temin eden ve endometriumun beslenmesini sağlayan **spiral arterlerdeki dejenerasyondur**.
- Bu dejenerasyon plasentanın altındaki **desiduanın nekroze olmasına** yol açar. Bunu kanama izler ve dolaşımı bozulan **plaseenta uterus duvarından ayrılır**.



SON TRİMESTİR KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

Hazırlayıcı faktörler

- Uterusun kanlanma bozuklukları (Kronik hipertansiyon, Pre-eklampsi, diyabet,kalp hastalıkları)
- 18 yaşın altında ve 35 yaşın üstünde gebelikler
- Karın bölgesine olan direkt travmalar
- Psikolojik travmalar
- Amnion sıvısının birden boşalması
- İkiz gebeliklerde ilk bebeğin doğumundan sonra plasentanın çekilmesi durumunda



SON TRİMESTİR KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

Ablasyo Plasenta kanama 2 şekilde görülebilir.

- Dışa kanama (vajinal yolla olan kanama)
- İç kanama

Çok tehlikelidir.

Çünkü kanama plasentanın altında birikerek yüzeyinin hızla ayrılmasına neden olur.

Dolayısıyla kanama miktarı da oldukça fazladır.



Ablasyo Palsenta



**KISMİ AYRILMA
(GİZLİ KANAMA)**



**KISMİ AYRILMA
(DIŞA KANAMA)**



**TAM AYRILMA
(GİZLİ KANAMA)**

SON TRİMESTRİ KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

Belirtiler

- Plasentanın ayrılması çok az olursa hiçbir belirti vermeyebilir
- Ciddi vakalarda uterusu aşırı hassasiyet ve tahta gibi sert
- Ani başlayan, çok şiddetli ağrı
- Kanama (vajinal yoldan dışa kanama yada içe kanama)
- Şok takibi açısından kan basıncı izlenmeli
- Uterusun büyümesi
- Abdomenden fetus kısımları hissedilmez
- Aşırı ayrılmada anne fetal hareketleri hissedemez ve fetal kalp atışları duyulmaz.



SON TRİMESTRİR KANAMALARI

ABLASYO PLASENTA

Bakım ve İzlem

- Acil müdahale gerekli
- kanamaya bağlı anemi ve fibrinogenopeni riski
- Şok riski
- Anksiyete azaltılmalı
- Kan hazırlığı yapılmalı
- AÇT takibi
- Eğer fetus distreste ise , kanama artıyorsa acil sezeryan
- Anne ve bebek iyi ise, doğum eylemi indüksiyon ile başlatılır, 6-8 saatten fazla uzatılmamalıdır.



ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Zarların eylem başlamadan yırtılmasıdır.

- Servikal yetmezlik (2.trimesterde görülen rüptürlerin genel nedeni)
- Servisit
- Amniosentez
- Çoğul gebelik
- P.previa,
- A.plasenta
- Hidroamnioz
- Travma
- Genital organ anomalileri



ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Komplikasyonları:

- Anneye ve fetusa/yenidoğana ait enfeksiyonlar,
- Erken doğum eylemi
- Umbilikal kord sıkışmasına bağlı fetal hipoksi ve asfiksi

Zarlar yırtıldıktan sonra 24 saat içinde doğumun olmamasına '**zarların uzamış rüptürü** yada **UMR**' denir.

- Belirgin enf. riski taşır.
- Annede koryoamnionitis ve endometritis riski vardır.
- Fetusta enfeksiyondan etkilenir.



ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

Bakım ve İzlem

- Gebe hastaneye yatırılır.
- Yatak istirahatine alınır, hemen antibiyotik başlanır.
- Fetus NST'de izlenir.
- Yaşam bulguları enf. açısından izlenir.
- Enf. Riskini azaltmak için vajinal muayeneden kaçınılır.



Gebelikte Hipertansif Durumlar

1- Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon:

2- Kronik Hipertansiyon:

- Gebelikten önce mevcuttur,
- Gebelikte şiddetlenerek pre-eklemsi ve eklemsi tablosunun gelişmesine yol açar.
- Gebelik sonrası da devam eder.



Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon

- Hipertansiyon gebeliğe bağlı olarak gelişir, gebelik sonlandıktan sonra normale döner. Ödem ve proteinüri yoktur.
- Hipertansiyona proteinüri ve ödemin eklenmesi ile **pre-eklemsi** tablosu ortaya çıkar. Hafif ve şiddetli olarak iki türü vardır.

- Pre-eklampsiye konvüzyonların eşlik etmesi ile **eklemsi** tablosu ortaya çıkar.



Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon:

- En sık ortaya çıkan hipertansif rahatsızlıktır ve gebeliğin **20. hf'dan sonra** görülür.
- Görülme insidansı %5-10
- Kanama ve enfeksiyonla birlikte anne ölüm nedenlerinden **ikinci** sırada yer alır.



Gebeliğin Neden Olduğu Hipertansiyon:

Gebelikte hipertansiyon insidansını arttıran faktörler:

- Mol gebeliklerde
- 20. gebelik hf sonrası özellikle 3. trimestirde görülür,
- Genç nullipar ve 35 yaş üstünde daha sık,
- Çoğul gebelik ve polihidroamniozda,
- Aşırı doğurganlık, dördüncü gebelik sonrası,
- Diabet, KBY ve kronik HT
- Malnütrisyon
- Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması



PREEKLEMSİ

Hafif Preeklemsi Belirtileri

- Dinlenmekle geçmeyen ödem
- 140/90 üzerinde kan basıncı
- Proteinüri

Şiddetli Preeklemsi Belirtileri

- 160/110 üzerinde kan basıncı
- 24 h idrarda 5 gr↑ protein kaybı,
- Serebral belirtiler (başağrısı, görme bozk., endişe, hiperaktif refleksler)
- Hemokonsantrasyon,
- 24 h idrarda 400 ml'nin altında idrar

PREEKLEMSİ

Ödem:

- Gebeliğin son aylarında bacaklarda görülen ödem dinlenmekle geçer,
- Bacaklarda, elde, yüzde, sakral ve abdominal bölgede çukurlaşan ödem dikkatli değerlendirilmelidir.
- Preeklampsi görülmeden ödemin bulunması ya da ödemsiz preeklampsinin görülmesi mümkündür.
- Ödem tedavisinde kullanılan diüretiklerin gebelikte kullanımı sakıncalıdır. Diüretiklerin neden olacağı elektrolit dengesizlikleri plasental kan akımının azalmasına bağlı fetusu tehlikeye sokar.



PREEKLEMSİ

Hipertansiyon;

- Gebeliğin erken dönemlerinde sistolik basınç 30 mmHg, diastolik basıncın 15 mmHg ve üzerinde olması ya da gebelik gebelik boyunca yükselme göstermesi gebelikte HT düşündürmelidir.
- Preeklampsili kadınlarda özellikle uyku saatlerinde HT görülür.



PREEKLEMSİ

İzlem ve bakım:

- Proteinürisi olmayan gebe için evde bakım
- Hastalığın anne ve fetus üzerindeki etkileri konusunda eğitim
- Fetal hareket takibi, evde idrarda protein takibi, ağırlık takibi, günlük tansiyon ve haftalık NST takibi konularında eğitim.
- Laboratuvar testleri (trombosit sayımı, ürik asit, BUN, KC enzimleri) ve 24 h idrarda protein takibi



PREEKLEMSİ

İzlem ve bakım;

- Amaç preeklamsinin anne ve bebek üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak

Periferik arteriol vazokonstriksiyondan kaynaklanan olumsuz etkileri azaltmaya yönelik;

- Sol yan yatışta yatak istirahati
- Hafif preeklampside sabah ve öğleden sonra istirahat
- İlerlemiş durumda yatak istirahati hastanede sakin, sessiz, loş bir odada



PREEKLEMSİ

Hipertansif gebede hemşirelik bakımı:

- ANTA 1-4 h, gerekiyorsa daha sık,
- Fetal kalp hızı takibi,
- İdrar miktarı 24 h 700 ml'den/ saatte 30 ml'den fazla çıkmalıdır.
- İdrarda protein takibi
- Ödem takibi (yüz, parmaklar, el ve kolda, bacaklarda (tibia), bilek, ayak ve sakral bölge)
- Günlük ağırlık takibi,
- Pulmoner ödem tkb,
- Derin tendon refleksi tkb,



PREEKLEMSİ

Hipertansif gebede hemşirelik bakımı:

- Ödemi önlemek ya da çözmek için proteinden zengin (1.5 g/kg/gün), tuz kısıtlı (6gr/gün) diet, sıvı alımı serbest bırakılır.
- Vazokonstrüksiyona yol açabilen anksiyete ve endişe giderilmeye çalışılmalıdır.
- Sıvı elektrolit dengesi için IV ted.
- Sedatifler verilir,
- Antihipertansif tedavi,
- Ciddi preeklampsi tablosu gelişti ise nöromüsküler irritabiliteyi azaltmak için $MgSO_4$ tedavisi IM olarak uygulanabilir.



PREEKLEMSİ

MgSO₄ tedavisinde izlem:

- Kan basıncı , nabız ve solunum ilaç uygulama öncesi ve sonrası bakılır. (Kan basıncının ve solunumun 14 altına düşmesi toksisite belirtisidir.)
- Patella refleksine bakılır(refleksin olmaması toksisite belirtisidir.)
- MgSO₄ idrarla atıldığı için saatlik idrar miktarı 30 ml üzeri olmalıdır.
- Toksik beliktiler görüldüğünde antidot olan kalsiyum glukonat kullanılır.



EKLEMSİ

- Preeklemsinin ağırlaştığının en önemli göstergesi hemotokritte yükselmedir.
- Mayinin damar dışına çıkmasına bağlı hemokonsantrasyon gelişir.
- Kalbin yükü artar ve kalp yetmezliği görülebilir.
- **Eklemside, ağır preeklemsi bulguları ile birlikte konvüzyon ve koma görülür.**

Konvüzyonun başlama işaretleri;

- **Oligüri ve anüri**
- **Epigastrik ağrı** (karaciğerde iskemiye bağlı gelişir)
- **Konvüzyon**



EKLEMSİ

Eklemsili annenin izleminde bakımın amaçları:

- Başka konvüzyonları önleme,
- Yeterli ventilasyonun sağlanması,
- Kan basıncının kontrol altına alınması ,
- Kardiak yetmezliği önleme,
- Fetusun sürekli değerlendirilmesi,



EKLEMSİ

İzlem:

- Anne sakin bir odaya alınmalıdır,
- Yan yatış pozisyonu sağlanmalıdır,
- Yatak kenarları yükseltilir,
- Hava yolu açıklığı sağlanmalıdır (gerekirse aspirasyon)
- Dilin ısırılmasını önlemek için dil basacağı kullanılır,
- Eklampsili anne yalnız bırakılmamalıdır,
- Duygusal ve fiziksel uyaranlardan uzak tutulur, konvüzyonlar sürekli değerlendirilir,
- Konvüzyona karşı tetikte olunmalıdır,
- Konvüzyon sonrası anne ve fetusun durumu takip edilmelidir. Ateş yükselmesi prognozun kötü olduğunun işaretidir.



HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

- Gebelikte ortaya çıkan aşırı bulantı ve kusmalara **hiperemezis** denir.
- Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte hormonal değişimden kaynaklandığı düşünülmektedir.
- Emosyonel faktörler de rol oynamaktadır.

Hiperemezis tehlikesi;

- Sıvı elektrolit dengesizliğine bağlı dehidratasyon,
- Kilo kaybı,
- Ketozis,
- Aşırı vakalarda oligüri ve sarılık (KC met. Bozk.)



HİPEREMEZİS GRAVİDARUM

İzlem:

- Kaybedilen sıvı IV tedavi ile karşılanır,
- Aldığı çıkardığı takibi yapılır,
- Az ve sık beslenme önerilir,
- Sıvı ve katı yiyecekler ayrı ayrı verilir,
- B, C ve K vitaminine ihtiyaç vardır,
- Antiemetik ve sedatifler verilebilir,
- Anne tek kişilik, iyi havalandırılmış bir odaya alınmalı ve ziyaret kısıtlanmalıdır.



ÇOĞUL GEBELİKLER

- İkiz gebeliklerin %75'i kardeş ikizdir, cinsiyetleri farklı olabilir, iki kordon ve iki plasenta mevcuttur.
- **Çift yumurta ikizleri**-kardeş ikizlerdir, daha çok 35 yaş üstü görülmektedir.

Nedenleri:

- Ailevi yatkınlık
- FSH'ın yüksek değeri overleri aşırı uyararak birden fazla ovumun atılmasını uyarır.

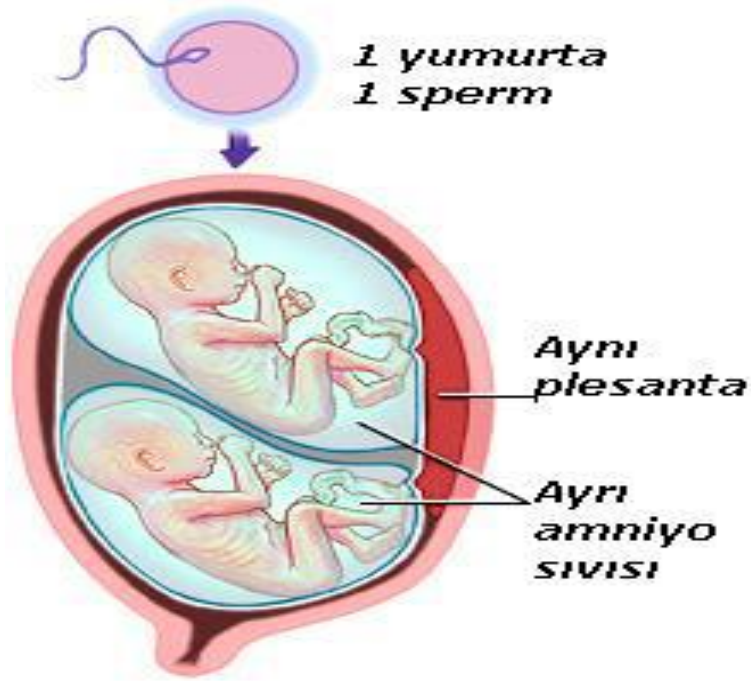


ÇOĞUL GEBELİKLER

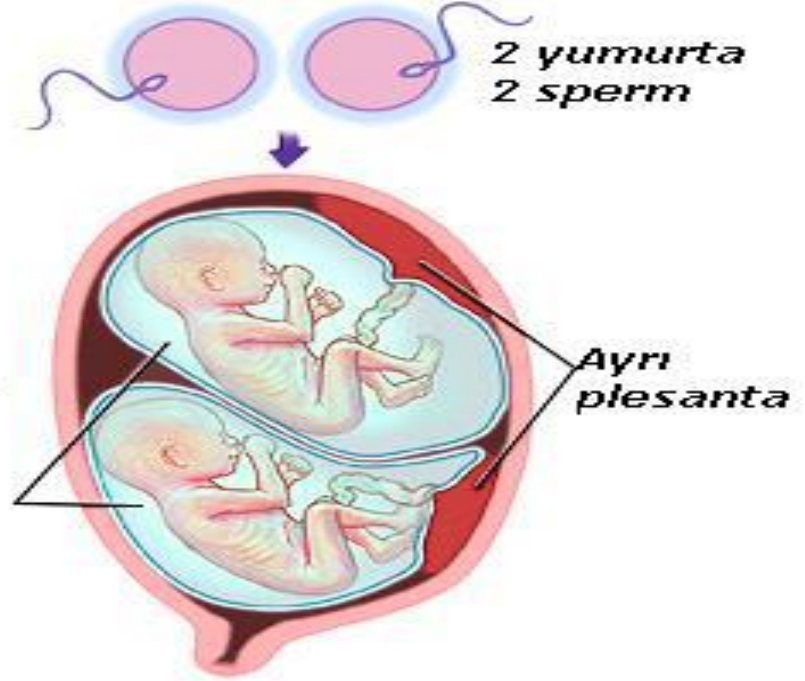
- **Tek yumurta ikizleri**-özdeş ikizlerdir, daha çok genç annelerde görülür,
- İkiz gebeliklerin %25'i özdeş ikizdir.
- Cinsiyetleri ve benzerlikleri, aynı genetik yapıya sahiptirler.
- Tek zigottan iki embrio gelişir, ayrılma fertilizasyondan sonra olur, tek plasenta vardır.



ÇOĞUL GEBELİKLER



Tek Yumurta İkiizleri
(tıpatıp benzer ikiizler)



Çift Yumurta İkiizleri
(birbirine tıpatıp benzemeyen ikiizler)

ÇOĞUL GEBELİKLER

- Aşırı kilo alma,
- Ayına göre uterusun daha büyük olması,
- Ultrason tekniği ile uterusun aşırı büyümesi ayırt edilebilir.
- Aşırı fetal hareketler,
- Muayenede iki başın palpe edilmesi,
- Fetus kalp seslerinin çift alınması ikiz gebeliği düşündürür



ÇOĞUL GEBELİKLER

İkiz gebelikte oluşabilecek sorunlar:

Doğum öncesi dönem;

- Gebelikte görülen ufak rahatsızlıklarda artma,
- Polihidroamnios,
- Preeklampsi,
- Anemi,
- Doğum öncesi kanama,
- Fetal/plasental yetmezlik,
- Prematüre eylem

ÇOĞUL GEBELİKLER

Doğum;

- Prezantasyon bozuklukları,
- Erken membran rüptürü,
- İkinci fetus plasentasında erken ayrılma

Doğum sonrası dönem;

- Doğum sonu atoni kanaması,
- Prematüre bebek

İzlem:

- Yeterli istirahat,
- Yeterli ve dengeli diyet,
- Komplikasyon belirtilerinin erken tanılanması



KAYNAKLAR

- Gilbert ve Harmon (2011), Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, “Yüksek Riskli Gebeliğin Psikolojik Yönü” Ünite II: 118-170
- Akdemir ve Birol (2009), İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, “Elektrolit ve Asit-Baz Dengesizlikleri, Şok ve Hemşirelik Bakımı”.
- Taşkın L. (2017), Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, “Gebelikte Tehlike Belirtileri, Gebelikte Sık Görülen Rahatsızlıklar ve Alınacak Önlemler” Bölüm 13: 231-277.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2010). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 13. Baskı. Çeviren: Firdevs Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 325,704.
- Bulechek G.M., Butcher H.K, Dochterman J.M., ve Wagner C.(2017).Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması(NIC) Çeviri editörleri: Erdemir F. Kav S. Akman Yılmaz A., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:439



TEŐEKKÜR EDERİM...

