

Nullipar Gebelerin Aktif Doğum Eylemi Takibinin Sonuçları

THE RESULTS OF ACTIVE MANAGEMENT OF LABOR IN NULLIPAROUS PREGNANTS

Ali ERGÜN, Vedat ATAY, Recai PABUÇÇU, İskender BASER, Namık Kemal DURU

Gata Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD., ANKARA

ÖZET

Amaç: Nullipar gebelerde aktif doğum yaklaşımının etkilerini incelemek. Bu yaklaşım, doğum eyleminin kesin tanısı erken amniotomi, doğum eyleminin yavaş ilerleyişinin erken olarak saptanması ve yüksek dozda oksitosin kullanımını ihtiva eder.

Çalışmanın yapıldığı yer: Güihane Askeri Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, ANKARA

Materyal ve Metod: 1 Haziran 1993'den 1 Eylül 1994'e kadar olan sürede 714 nullipar gebede aktif doğum yaklaşımı uygulandı. Olguların tamamı termde, spontan doğum eylemindeki distresi bulunmayan, vertex prezentasyonunda tek fetusa sahipti. Aktif doğum yaklaşımı grubunun sonuçları, 1 Ekim 1991 ile 15 Temmuz 1992 arasında doğum yapmış benzer özelliklere sahip 708 nullipar olgudan oluşan kontrol grubunun sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

Bulgular: Sezaryen oranı, aktif yaklaşım grubunda %7 iken kontrol grubunda % 14.7 idi ($p<0.005$). Sezaryen oranındaki azalma esas olarak %19'dan %7.3'e düşen distosi sıklığındaki azalmaya bağlıydı ($p<0.005$). Buna ek olarak aktif yaklaşım grubunda operatif vajinal doğum oranı ise %76.3'den %88.7'ye çıktı ($p<0.005$). Aktif yaklaşım grubunda 12 saati aşan doğum eylemi süresi %6.2 iken kontrol grubunda bu oran % 13.2 idi ($p<0.005$). Aktif yaklaşım grubunda maternal ve neonatal morbidite ve mortalitede artış izlenmedi.

Sonuç: Nullipar olgularda aktif doğum eylemi yaklaşımı sezaryen ve operatif vajinal doğum oranlarını ve doğum eylemi süresini, perinatal mortalite ve morbiditeyi arttırmadan, belirgin derecede azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğum eylemi, Aktif yaklaşım, Sezaryen.

T Klin Jinekolojisi 1996, 6: 125-131

Sezaryenle doğum oranı son 20 yılda ülkemizde ve dünyada giderek artmıştır. Artık her dört veya beş

Geliş Tarihi: 01.04.1995

Yazışma Adresi: Dr. Ali ERGÜN
Gata Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
Etilik/ANKARA

7 Klin Jinekolojisi 1996, 6

SUMMARY

Objective: To examine the effect of active management of labor in nulliparous women. This approach involves the accurate diagnosis of labor, early amniotomy, early diagnosis of slow progress in labor and the use of higher than usual doses of oxytocin.

Institution: Gülhane School of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology, ANKARA

Materials and Methods: From June 1, 1993 to September 1, 1994 active management of labor was carried out on 714 nulliparous women. All of them were in spontaneous labor, at term gestation with a single fetus in vertex presentation with no fetal distress. These results were compared with a historical control group of 708 similar nulliparous women delivered between October 1, 1991 and July 15, 1992.

Findings: The cesarean section rate was 7% in the active management group as compared with 14.7 in the control group ($p<0.005$). In addition operative vaginal delivery rate dropped to 7.3% from 19% ($p<0.005$), spontaneous vaginal delivery rate increased to 88.7% from 76.3% ($p>0.005$) in the active management group. The duration of labor more than 12 hours was 6.2% as compared with 13.2% in the control group ($p<0.005$). There was no increase in maternal or neonatal morbidity or mortality in the active management-group.

Results: Active management of labor in nulliparous women reduced the cesarean section, the operative vaginal deliveries and duration of labor significantly, with no increase in perinatal morbidity or mortality.

Key Words: Labor, Active management, Cesarean Section.

T Klin J Gynecol Obst 1998, 6: 125-131

doğumdan biri sezaryenle olmaktadır (1,2,3). Operatif vajinal doğumdan giderek artan bir şekilde uzaklaşılması, doğum eyleminin elektronik monitörle izlenmeye başlanmasından sonra daha çok fetal distres tespit edilmesi ve sezaryen sonrası doğumların da hep sezaryenle olması düşüncesinin yaygınlaşması bu artışın önde gelen nedenlerindedir (4). Tüm sezaryenlerin yansından fazlasında endikasyon doğrudan veya dolaylı

125

olarak distosidır (5). Özellikle nullipar olgularda doğum eyleminin aktif yöntemle primer sezaryen sıklığının azalması mükerrer sezaryen sıklığının da düşmesine neden olarak sezaryen oranının daha da azalmasına neden olmaktadır (6-9).

Biz de nullipar gebelerde doğum eyleminin aktif yönetimi ile doğum seyri, operatif doğum sıklığı ve perinatal sonuçlar arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla prospektif bir çalışma düzenledik. Elde ettiğimiz sonuçları daha önceden kliniğimizde aktif doğum yönetimi prensiplerine uygulanmadan eylemin seyrine göre takip ve tedavi edilerek doğum yapmış benzer bir grupta karşılaştırdık.

MATERYAL VE METOD

GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na 1 Haziran 1993-1 Eylül 1994 arasında doğum için başvuran ve önceden belirlenmiş kriterlere uygun olduğu saptanan 714 gebenin doğum eyleminde aktif doğum yardımı uygulandı. Çalışma grubunu oluşturan olgular belirlenirken önceden uterusla ilgili bir operasyon geçirilmemiş olması, gebeliğin 37 haftadan büyük olması, fetusun vertex prezentasyonunda ve tek olması, doğum eyleminin spontan olarak başlamış olması, fetal distres bulunmaması kriterleri gözönüne alındı. Doğum eylemi, en az beş dakikada bir gelen düzenli ve ağırlı kontraksiyonlar tanımlayan bir gebede spontan membran ruptürü ve/veya serviksin tama yakın efasmanı mevcutsa spontan olarak başlamış kabul edildi.

Son adet tarihi kesin tanımlanamayan olgularda varsa erken dönem ultrasonografik gestasyonel yaş tayini ile, yoksa Biparietal Diameter (BPD), Femur Length (FL), Abdominal Circumference (AC) ölçümleri ile term kararı verildi (10).

Her olguya kabulde ultrasonografi yapılarak Sal prezentasyon, plasental lokalizasyon ve fetal biofizik profil incelendi. Ardından fetal kardiyotokografi yapılarak fetal distres bulguları araştırıldı. Persistan bradikardi ve taşikardi, baseline variabilite yokluğu, late ya da variable deselerasyon izlenen fetusların distreste oldukları kabul edildi. Bu vakalarda doğum sezaryenle sonlandırıldı.

Diabet, hipertansiyon ve oligohidramnios saptanan olgular diğer kriterler uygunsa çalışma grubuna dahil edildiler.

Çalışma grubundaki olgulara lavman işlemi bittikten sonra eğer membranlar henüz intakt ise amniyotomi uygulandı. Ardından tüm olgular travay odasına alınarak fetal kalp atımları ve uterin kontraksiyonlar sürekli elektronik monitörizasyonla izlenmeye alındı. Çalışma grubundaki her olgu için ayrı bir takip kartı çıkartılarak doğumuna kadar yapılan tüm muayene ve müdahaleler zaman belirtilerek işlendi. İlk pelvik muayenenin yapıldığı zaman, bundan sonraki intervallerin belirlenmesinde başlangıç zamanı olarak kabul edildi. Servikal dilatasyon travay başlangıcındaki olgularda ilk üç saatte

saatlik aralarla ondan sonra ise iki saatlik aralarla değerlendirildi. Doğum eyleminin ilk evresinde servikal dilatasyon için saatte 1 cm'lik ilerleme alt sınır olarak kabul edildi. Doğum eyleminin ikinci evresinde ise ilerleme fetal başın inişi ile değerlendirildi ve tam dilatasyondan ıkınma hissinin başlamasına kadar olan dönem ve ıkınmanın başlamasından doğumun bitişine kadar olan dönem olarak iki bölüme ayrıldı. Her bir dönem için bir saatlik süre üst sınır olarak kabul edildi. Böylece birinci evre için en fazla 10 saat, ikinci evre için ise en fazla 2 saat süre tanınarak doğum eylemi 12 saat ile sınırlandırılmış oldu.

Birinci ve ikinci evrede doğum eyleminin belirlenen sınırlardan daha yavaş ilerlediği saptanan olgularda oksitosin infüzyonu uygulandı. 500 cc. %5 Dekstroz içine 5 ünite oksitosin konularak dakikada 10 damla olarak infüzyona başlandı. İnfüzyon verilmiş hızı dakikada 60 damlayı geçmeyecek şekilde etkin kontraksiyon sağlanana kadar 15 dakikada bir 10 damla artırıldı. Uygulanan toplam oksitosinli dekstroz miktarı 2000 cc ile sınırlandırıldı. Böylece maksimum oksitosin infüzyonu süresi 12 saat olarak belirlenmiş oldu.

Yeterli sıklık ve şiddetteki uterin kontraksiyonlara veya amniyotomiye veya maksimum oksitosin infüzyonuna rağmen eylemin birinci evresinde servikal dilatasyonun iki saat süre ile durduğu olgulara ve eylemin ikinci evresinde başın iniş veya rotasyonunun bir saat süre ile durduğu olgulara operatif doğum uygulandı. 12 saatin sonunda halen vajinal doğum yapmamış olgular değerlendirilerek bir saat içerisinde vajinal doğum olması ve güvenli görülüyorsa sezaryen uygulandı. Operatif vajinal doğumda genellikle vakum ekstraksiyon ve çıkımda forseps uygulandı. Rotasyon forsepsi hiç kullanılmadı. Çalışma grubundaki tüm yenidoğanlar neonatal dönemde mortalite olup olmaması açısından takip edildi. Kontrol grubu olgularda neonatal mortalite kayıtlarımızdan ve pediatri kliniği kayıtlarından araştırıldı.

Analjezi gereken olgularda servikal dilatasyon 4 cm'den fazla ise 25 mg/500 cc'lik meperidin infüzyonu uygulandı. Bu uygulama servikal dilatasyon tam olduğunda sonlandırıldı. Elde edilen sonuçlar, 1 Ekim 1991-15 Temmuz 1992 tarihleri arasında kliniğimizde travaylarında aktif yardım uygulanmadan takip edilip doğum yapmış olan 708 nullipar olgunun verileri ile karşılaştırıldı. Kontrol grubunun seçiminde de çalışma grubuna girebilme kriterleri uygulandı. Tüm istatistiksel çalışmalarda ki-kare analizi kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık $p < 0.005$ olarak tanımlandı.

BULGULAR

Demografik özellikler karşılaştırıldığında maternal yaş, boy, ağırlık, gebelik süresince ağırlık artışı ve gestasyonel yaş bakımından aktif doğum eylemi grubu ve kontrol grubu arasında fark olmadığı görülmektedir (Tablo 1). Ortalama doğum ağırlığı, aktif doğum yardımı

Tablo 1. Demografik özellikler**Table 1.** Demografik features

Özellik	Aktif Doğum Grubu	Kontrol Grubu
Maternal yaş (yıl)	22.1 ±2.9	22.3±2.8*
Boy (cm)	159.1±6.4	158.0±6.1*
Ağırlık (kg)	69.2±4.9	70.1±4.5*
Ağırlık artışı (kg)	12.8±2.4	12.8±2.8*
Gestasyonel yaş (hafta)	39.7±1.2	39.6±1.1*

*p anlamlı değil.

Tablo 2. İlk muayene özellikleri**Table 2.** First examination features

Özellik	Aktif Grup (n:714)	Kontrol Grubu
Spontan membran rüptürü	148 (%20.7)	154(%21.8)*
Servi kal dilatasyon (cm)	2.8±0.8	2.7±0.9*

*p anlamlı değil

Tablo 3. Amniotomi özellikleri**Table 3.** Features of amniotomi

Özellik	Aktif grup	Kontrol Grubu
Amniotomiye kadar geçen süre (saat)	0.64±0.20	2.72±2.18*
Amniotomi sırasında dilatasyon (cm)	3.2±0.5	4.8±2.4*

*p<0.005

Tablo 4. Oksitosin uygulamasının özellikleri**Table 4.** Features of oxytosin treatment

Özellik	Aktif Orup	Kontrol Grubu
Oksitosin kullanılan olgu	351 (%49)	166(%23.4)*
İnfüzyon başlama zamanı (saat)	2.85±1.78	4.23±2.35*
Maksimum oksitosin dozu (mÜ/ml)	15.4±6.3	7.5±4.6

*p<0.005

grubunda 3285±314 gram iken kontrol grubunda 3250±329 gram olarak saptandı.

İlk değerlendirmede servikal dilatasyon; aktif doğum grubunda 2.8±0.8 cm, kontrol grubunda 2.7±0.9 cm idi (Tablo 2). Her iki grupta da olguların spontan membran rüptürü oranları benzerdi (aktif doğum grubunda %20.7; kontrol grubunda %21.8). Amniotomi, aktif doğum yaklaşımı grubunda 0.64±0.20 saatte gerçekleştirilirken kontrol grubunda bu süre 2.72±2.18 saat idi (p<0.005) Aynı şekilde amniotomi esnasındaki servikal dilatasyon aktif doğum yaklaşımı grubunda 3.2±0.5 cm iken kontrol grubunda 4.8±2.4 cm olarak

değerlendirildi (p<0.005). Cerrahi bir indüksiyon yöntemi olan amniotomi aktif doğum yaklaşımı grubunda kontrol grubuna göre belirgin şekilde daha erken uygulandı (Tablo 3).

Aktif doğum yaklaşımı grubunda yer alan olgulardan 351'ine (%49) oksitosin infüzyonuna ilk pelvik muayeneden sonraki ortalama 2.85±1.78 saatte başlandı ve verilen maksimum doz ortalama 15.4±6.3 mÜ/ml olacak şekilde uygulandı. Kontrol grubunda ise olguların 166'sına (%23.4) ortalama maksimum 4.23±2.35 saatte başlanarak, ortalama maksimum 7.5±4.6 mÜ/ml dozda oksitosin infüzyonu yapıldı. Tablo 4'te de görüldüğü üzere oksitosin, aktif doğum yardımı uygulamasında daha fazla oranda ve dozda ve daha erken başlanarak kullanıldı.

Aktif doğum yardımı uygulanan olguların %58.8'i ilk 6 saatte, %79.1'i ilk 8 saatte, %88.9'u ilk 10 saatte doğum yaptı. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %50.7, %74 ve %81.9 olarak saptandı (p<0.005). 12 saatin sonunda henüz doğurmamış olguların oranı aktif doğum yardımı grubunda %6.2 iken kontrol grubunda %13.2 idi (p<0.005) (Tablo 5).

Aktif doğum yardımı grubunda doğumların %7'si sezaryen ile gerçekleştirilirken kontrol grubunda bu oran %14.8 olarak saptandı (p<0.005). Aktif doğum yardımı uygulanan ve 12 saat sonunda doğum olmayan 44 olgunun 7'si bunu izleyen 1 saat içinde spontan olarak doğururken geriye kalan 37 olgudan 31'i forseps veya vakum ekstraksiyonla doğurtuldu. 6 olguya ise sezaryen uygulandı. Kontrol grubunda ise 12 saat sonrasında doğuramayan 93 olgunun 16'sı takip eden 1 saat içerisinde spontan olarak doğururken, 63'ü operatif olarak vajinal yoldan, 14'ü abdominal yoldan doğurtuldu. Tablo 6'da aktif doğum yardımı grubu ve kontrol grubundaki doğum şekilleri ve endikasyonları görülmektedir.

Normal vajinal doğumlar, aktif doğum yardımı grubunda %88.7 iken kontrol grubunda %76.3 (p<0.005), buna karşın operatif vajinal doğumlar sırasıyla %4.3 ve %8.9 (p<0.005) olmuştur. Aktif doğum yardımı ile normal vaginal doğumlar artarken, operatif vaginal doğumlar belirgin şekilde azalmıştır. Bu sonuçların nedeni incelendiğinde, distosi sıklığının kontrol grubunda toplam olarak %19 (86 sezaryen ve 49 operatif vajinal doğum olgusu) iken aktif doğum yardımı grubunda %7.3 (32 sezaryen ve 20 operatif vajinal doğum olgusu) olduğu görülmektedir. Bu arada kontrol grubu ile aktif doğum yardımı grubunda benzer oranlarda (sırasıyla %4 ve %4.7) fetal distresle karşılaşmıştır.

İntrapartum komplikasyonlar açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamaktadır. Tablo 7'de görüldüğü üzere kontrol grubunda bir olguda spontan membran rüptürü sonrası kordon sarkması görülmüştür. Amniotik sıvının mekonyumla boyanması, endometritis ve omuz distosi gibi komplikasyonlar benzer sayıdadır.

Tablo 5. Doğum süreleri
Table 5. Labor periods

Süre (saat)	Aktif Grup	Kontrol Grubu
<2	85(11.9)	86(12.1) †
<4	245 (34.3)	240 (33.9)†
<6	420 (58.8)	359 (50.7)*.
<8	565 (79.1)	524 (74.0)*
<10	635 (88.9)	580(81.9)*
<12	670 (93.8)	615(86.8)*
>12	44 (6.2)	93 (13.2)*

†p anlamlı değil *p<0.005

Tablo 6. Doğum şekil ve endikasyonları
Table 6. Type of Labor & indications

Doğum Şekli	Aktif Grup (n:714)	Kontrol Grubu (n:708)
Spontan	633 (%88.7)	540 (%76.3)*
Operatif	81 (%11.3)	168 (%23.7)*
Sezaryen	50 (%7.0)	105 (%14.7)*
Distosi	32 (%45.)	86 (% 12.1)*
Fetal Distres	18 (%2.5)	19 (%2.7)f
Vaginal	31 (%4.3)	63 (%8.9)*
Distosi	20 (%2.8)	49 (%6.9)*
Fetal Distres	11 (%1.5)	14 (%2.0)†

†p anlamlı değil *p<0.005

Tablo 7. intrapartum komplikasyonlar
Table 7. intrapartum complications

Komplikasyon	Aktif Doğum Grubu (n:714)	Kontrol Grubu (n:708)
Fetal distres	29(%4.1)	33(%4.7)
Amniotiksivinin mekonyum ile boyanması	59 (%8.3)	56 (%7.9)
Korioamnionitis	4 (%0.56)	6 (%0.85)
Endometritis	5 (%0.7)	6 (%0.85)
Kordon sarkması	0	1 (%0.1)
Omuz distosisi	1 (%0.1)	1 (%0.1)

*p anlamlı değil

Tablo 8. Perinatal problemler
Table 8. Perinatal problems

Özellik	Aktif Doğum Grubu	Kontrol Grubu
Maternal mortalité	—	—
Neonatal mortalité (Doğumdan sonraki 28 gün)	—	—
Apgar skoru<7		
1.dakika	68 (%9.8)	66 (%9.3)*
ö.dakika	8(%1.1)	7(%1.1)*
Mekonyum aspirasyonu	11 (%1.5)	10 (%1.4)*
Fototerapi	28 (%3.9)	25 (%3.5)*
24 saati geçen yoğun bakım	21 (%2.9)	19(%2.7)
Hastanede kalma süresi (gün)	2.5±15	2.5±1.6*

*p anlamlı değil

Oksitosin infüzyonuna bağlı olarak hiçbir olguda fetal distrese yol açan hiperstimülasyona rastlanmamıştır. Bunda travay takibinde görevli personelin kişisel modifikasyonlara yönelmeden titizlikle çalışmalarının ve ön eğitiminden geçirilmiş olmalarının büyük rolü vardır.

Aktif doğum yardımı grubunda karşılaştırılabilen kriterlere göre perinatal sonuçlar kontrol grubunun sonuçlarından farklı saptanmamıştır. Apgar skoru, fototerapi gerektiren hiperbilirubinemi, mekonyum aspirasyonu ve 24 saati aşan neonatal mortaliteye rastlanılmamıştır. Fetal distresi objektif olarak gösterecek fetal kan analizleri her iki grupta da karşılaştırma yapma olanağı sağlayabilecek sayıdaki olguda çalışılmamıştır (Tablo 8).

TARTIŞMA

Son yirmi yılda sezaryenle doğum oranı büyük artış göstermiştir. 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde sezaryen oranı %23.6, iskoçya'da %14.2, Norveç'te ise %12.8'dir. Önceden sezaryen varlığı, distosi, makadi prezentasyon ve fetal distres önde gelen sezaryen nedenleridir. Bunlar arasında distosi ve önceden sezaryen varlığı tüm sezaryen endikasyonlarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır (11). Nulliparlarda sezaryen oranında %1 oranındaki artış öncesi sezaryen nedeniyle olan sezaryen sayısında %0.5 artışa neden olabilmektedir (9). Bu durum, sezaryen oranındaki artışın önlenmesinin anahtarının doğum eylemindeki nullipar olgulara yaklaşım tarzının gözden geçirilmesi olduğunu göstermektedir.

Termde doğum olgularının çok büyük bir bölümünü gebeliği süresince komplikasyon gelişmemiş ve spontan eylem başlangıcında sefalik prezentasyonda tek vital fetusu olan olgular oluşturmaktadır. İşte sezaryen oranındaki artışın önlenmesi için hedef kitle bu gruptur (12).

O'Driscoll ve arkadaşları nullipar olgularda aktif doğum eylemi yaklaşımının distosi nedenli sezaryen oranını minimuma indirdiğini ileri sürmüşlerdir (9). Bu yaklaşımın iki temel unsuru vardır. Bunlar: öncelikle doğum eylemi tanısının belirli kriterlere göre konması ve distosinin erken tespiti ve aktif tedavidir. O'Driscoll'un çalışmasında bu yaklaşım 1965-1980 yılları arasındaki 16 yıllık periyotta sürekli olarak sezaryen oranının %5'in altında kalmasını sağlayabilmiştir (9). Bu çalışmada distosinin esas olarak nullipar olgulara özgü bir obstetrik sorun olduğu ve bunun nedeninin de büyük ölçüde yetersiz uterin kontraksiyonlardan kaynaklandığını da ifade etmiştir. Ayrıca daha önceden operatif girişimler uygulanmamış nullipar uterusların ruptüre karşı çok dayanıklı olduğu ve bu nedenle de geleneksel yaklaşımda yer alan oksitosine bağlı ruptür korkusunun yersiz olduğu savunulmaktadır.

Çalışmamızda, aktif doğum yardımı yaklaşımının temel unsurları olarak gerçek doğum eyleminin tespiti,

eylemin erken dönemde yakın takibiyle yavaş ilerleyen olgularda amniotomi ve oksitosinle etkili doğum eylemi stimülasyonu uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, benzer özelliklere sahip kontrol grubuna oranla sezaryen ve operatif vaginal doğum sıklığının belirgin derecede azaldığını göstermektedir. Bu azalışın temel nedeni olarak da distosi sıklığının azalması ön plana çıkmaktadır.

Aktif doğum yardımı grubunda amniotomi, kontrol grubuna göre daha erken dönemde yapılmıştır. Hem membranların dijital manipülasyonu hem de membran rüptürü prostaglandin E2 ve F2a düzeylerinde meydana gelen artış, uterin kontraksiyonları arttırmakta, böylece servikal dilatasyon hızlanmakta ve eylem süresi kısalmaktadır. Fraser ve arkadaşları termde sefalik prezentasyonlu 97 nullipar olguya erken amniotomi uyguladıkları randomize bir çalışmada membranların intakt bırakıldığı kontrol grubuna göre doğum eylemi süresinin ortalama 52 dakika kısaldığını, iki grup arasında anormal fetal kalp trasesi, Apgar skoru ve kordon kanı pH'ı açısından fark olmadığını belirlemişlerdir (14). Barret ve arkadaşlarının 362 olgu üzerinde yaptıkları bir başka çalışmada ise erken amniotomi uygulanan grupta doğum eylemi süresinde belirgin azalma saptanmıştır. Buna karşın membranların intakt bırakıldığı grupta daha az sayıda fetal kalp trasesi anormallikleri saptanmış, fetal ve neonatal sonuçlar açısından farklılık gözlenememiş (15).

Nullipar olgularda doğum eyleminin ilerleyişini engelleyen en önemli faktörler yetersiz uterin aktivite, persistan oksiput posterior pozisyon ve sefalopelvik uyumsuzluktur (8). Bu nedenlerin içinde en sık görüleni yetersiz uterin aktivite olmaktadır ve oksitosinle stimülasyon bu olgularda hemen her zaman problemi çözebilmektedir (16). Akoury ve arkadaşları O'Driscoll tarafından önerilen yüksek doz oksitosin protokolü uygulanan 456 olgu ile kontrol grubu olarak ele alınan 624 olguyu karşılaştırmışlar ve fetal asfiksi veya perinatal morbidite açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulamamışlardır. Genel olarak oksitosin infüzyonuna dakikada 0.5-1 mil/ml gibi düşük dozlardan başlanması ve gerektiğinde 30-60 dakikalık aralıklarla istenilen etkiye ulaşılan kadar 6 mU'lık artışlar yapılmaktadır.

Çalışmamızda erken amniotomi ve gerektiğinde yüksek doz oksitosin uygulanan olgu oranı kontrol grubuna göre iki kat fazladır. Bu durum yanlışlıkla aktif yaklaşım grubunda daha fazla distosi olabileceği izlenimi verebilir. Oysa doğum eyleminin erken döneminde sık ve düzenli uygulanan takip daha fazla olguda oksitosin gerekliliğini ortaya koymuştur. Aktif doğum yardımı grubunda fetal distrese yol açabilecek hiperstimülasyona rastlanmamıştır. Bunda protokole kesinlikle uyulmasının, yakın infüzyon takibinin ve elektronik monitorizasyonun sürekli uygulanmasının büyük rolü bulunmaktadır.

Çalışmamızdaki amaç, bizim obstetrik popülasyonumuzda aktif doğum eyleminin sonuçlarını irdele-

meğdir. Bu yaklaşımın temel farkı da daha çok oksitosin uygulamasıdır. Kontrol grubundaki olguların hiçbirinde aktif doğum eylemi prensipleri uygulanmamış olup kullanılan oksitosin miktarları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Ayrıca kontrol grubumuzda oksitosin eylemin seyrine göre verilmiş ve eylemin başında uygulanmamıştır. Uterin kontraksiyonların yeterli sıklık ve şiddette olmadığı olgularda oksitosin infüzyonuna hemen başlanması, musküler disfonksiyonu yorgunluğa dönüşmeden düzeltmekte ve bu sayede de uzamış eylemlerde sık karşılaşılan hastanın fiziksel ve duygusal olarak zayıf düşmesi gibi negatif faktörler için bile profilaksi sağlamaktadır. Rutin uygulamaların değiştirildiği her yeni uygulama beraberinde adaptasyon problemlerinin yanısıra yeni heyecanlar ve motivasyonlar da getirir. Aktif doğum yardımı grubundaki olgulara kontrol grubuna göre doğum eylemi sırasında daha fazla dikkat ve ilgi gösterilmesi ve bunların sonucunda da daha fazla bilgiye sahip olmaları doğal bir sonuçtur. Kennel ve arkadaşları özel eğitiminden geçirilmiş yardımcıları tarafından sürekli bilgilendirilmiş ve duygusal destek görmüş 212 olgu ile sadece rutin gözleme tabi tutulmuş 200 olgunun sonuçlarını karşılaştırmışlar ve ayrıca 200 olgulu kontrol grubu oluşturmuşlardır. Sezaryen oranı destek grubunda %8, gözlem grubunda %13, kontrol grubunda %18 olarak belirlenmiştir. Yine bu çalışmada oksitosin kullanımı, doğum eylemi süresi ve perinatal sonuçlar arasında fark bulunamamıştır (18). Bizim çalışmamızda aktif yaklaşım grubunda maternal veya fetal morbidite ve mortalite oranlarında artış olmamıştır. Perinatal sonuçlar karşılaştırılırken fetal distresi objektif şekilde yansıtılabilecek fetal kan gazı analizi her iki grupta da yeterli sayıda olguya uygulanamamakla birlikte artmış matinal ve fetal riski düşürebilecek klinik bir kanıt saptanamamıştır. Leveno ve arkadaşları nullipar olguların %10'unda sezaryenle doğum uygulamışlardır. 2500 gram ve üzerindeki normal infantlarda %0.2'lik intrapartum fetal ölüm bildirmişlerdir (19). Aktif yaklaşıma sıcak bakmamaları bu oranları etkilemiş olabilir denilmektedir. Bu çalışmada ise sözü edilen fetal ölüm olmamıştır. Dublin'de aktif yaklaşımın uygulandığı 1965-1980 döneminde sezaryen oranı sürekli olarak %5'in altında kalmasına karşın perinatal mortalite 1965'te %0.421 iken 1980'de %0.168'e düşmüştür (9). Aktif yaklaşımın perinatal mortalite üzerinde etkisi olmadığı ortadadır. Perinatal mortalitede gözlenen benzer düşüşler Amerika Birleşik Devletleri'nde de mevcuttur. Ancak bunu, giderek artan sezaryen oranları sayesinde sağlanmış bir başarı olarak görmek mümkün değildir.

Katz, 17 serinin özetinde amniotik sıvının mekonyumlu olma sıklığının %7-22 arasında değiştiğini bildirmiştir. Bu sıklıklar bildirilirken amniotik sıvının kalın veya ince mekonyumlu olarak verilmesinden ziyade total olarak amniotik sıvının mekonyumlu boyanması sıklı-

ğini vermişlerdir. Bizde çalışmamızda mekonyumlu amniotik sıvı oranını verirken sübjektif değerlendirmeden kaçınmak için her iki gruptaki tüm mekonyumlu amniotik sıvı oranını esas olarak aldık.

Nullipar olgularda aktif doğum eylemi yaklaşımı, distosi nedenli sezaryen sıklığını azaltacağından zaman içinde mükerrer sezaryen olguları da azalacaktır. Aktif doğum yaklaşımını ele alan bir çok çalışmada bunu destekleyen sonuçlar bildirilmiştir. Boylan ve arkadaşları bu yaklaşımla distosi nedenli sezaryen oranını %30 azaltarak %10-12'lik primer sezaryen oranı sağlamışlar ve ortalama doğum eylemi süresini 11.5 saatten 7.5 saate düşürmüşlerdir (21). Lopez-Zeno ve arkadaşlarının kontrollü randomize çalışmasında aktif yaklaşım grubunda %10.5 olan sezaryen oranı, geleneksel yaklaşım grubunda %14.1, kontrol grubunda ise %22'dir (22). Turnar ve arkadaşları ise aktif yaklaşımla sezaryen oranını %14-15'ten %10.8'e düşürmüşlerdir (23). Öte yandan Cohen ve arkadaşları prospektif randomize bir çalışmada aktif yaklaşımın doğum şeklini ve perinatal sonuçları etkilemediğini ileri sürmüşlerdir (24). Ancak çalışılan olgu sayısının 75 olması elde edilen sonuçların güvenilirliğini azaltmaktadır. Aktif doğum yardımı uygulanan bu çalışmaların hiçbirinde de perinatal morbidite ve mortalitede artışa rastlanılmamıştır.

Sonuç olarak, nullipar olgularda aktif doğum eylemi yaklaşımı ile induksiyona bağlı oluşabilecek olan uterus ruptür ve akut fetal distress gibi komplikasyonlarda artma olmadığı gibi perinatal morbidite ve mortalitede herhangi bir artış olmamış, doğum süresinin, sezaryen ve operatif vaginal doğum sıklığının önemli ölçüde azaldığı saptanmıştır.

KAYNAKLAR

- Gilstrap LC, Hauth JC, Taussaint S. Cesarien Section: Changing Incidence and Indications. *Obstet Gynecol* 1984; 63:205.
- Yücel N, Yücel O, Yılmaz T, Kerpiç S, Şimşek M. Klinikimizde 1981-1992 yıllarında yapılan sezaryen olgularının değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1994; 25(1):33.
- Gül T, Yatla M, Koca bağlı C. Klinikimizde 1983-1992 yıllarında yapılan sezaryenlerin analizi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1994; 25(1):236
- Martin LP. Operatif Delivery, Cesarean Section. In: Martin LP, ed. *Current Obstet Gynecol Diag and Treatment*, 7th ed, 1991:15.
- Indications for Cesarean Section: Final Statement of the Panel of the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. *Can Med Assoc J* 1986; 134:1348.
- O'Driscoll K, Stronge JM. Active management of labor. *Br Med J* 1973; 3:135.
- O'Driscoll K, Jackson RJ, Gallagher JT. Prevention of Prolonged Labor. *Br Med J* 1969; 2:477.
- O'Driscoll K, Foley M. Correlation of Decrease in Perinatal Mortality and Increase in Cesarean Section Rates. *Obstet Gynecol* 1983; 61:1.
- Hadlock FP, Deter RL, Harrist RP, Park SK. Estimating Fetal Age. Computer Assisted Analysis of Multiple Fetal Growth Parameters. *Radiology* 1984; 152:497.
- Notzon F, Cnattinguis S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Daltveit A. Cesarean Section Delivery in the 1980s. International Comparison By Indications. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:495.
- Sokol RJ, Rosen MG, Bottoms SF et al. Risks Preceding Increased Primary Cesarean Birth rates. *Obstet Gynecol* 1982; 59:340.
- Cunningham FG, MacDonald CP, Gant NF. Parturition; Bi-molecular and Physiologic Processes. In: Cunningham FG, MacDonald CP, Gant NF, eds. *Williams Obstetrics*, 18th ed. East Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1989.
- Fraser W, Sauve R, Parboosingh J et al. A Randomized Controlled Trial of Early Amniotomy. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98:84.
- Barret J, Savage J, Phillips K, Uffort R. Randomized Trial of Amniotomy in Labor versus the Intention to Leave Membranes Intact Until the Second Stage. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99:5.
- Goldman L. The Treatment of Inefficient Uterine Action with the IV Oxytocin Drip. *J Obstet Gynecol Br Emp* 1959; 66:382.
- Akoury HD, MacDonald FJ, Brodie G, Caddick R, Chaudry NM. Oxytocin Augmentation of Labor and Perinatal Outcome in Nulliparas. *Obstet Gynecol* 1991; 78(2):227.
- Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous Emotional Support During Labor in US Hospital. *JAMA* 1991; 265:2197.
- Leveno KJ, Cunningham FG, Pritchard JA. Cesarean Section: An Answer to the House of Home. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153:838.
- Katz VL, Bowes WA. Meconium Aspiration: Reflections on a Murky Subject. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 186:171.
- Boylan P, Frankowski R, Rountree R, Selwyn B, Parrish K. Effect of Active Management of Labor on the incidence of Cesarean Section for Dystosia in Nulliparas. *Am J Perinatol* 1991; 8(6):373.
- Lopez-Zeno J, Peaceman AM, Adashek JA, Sokol ML. A Controlled Trial of a Program for the Active Management of Labor. *The New England J of Med* 1992; 326:450.
- Turner MJ, Brassil M, Gordon H. Active Management of Labor Associated with a Decrease in the Cesarean Section Rate in Nulliparas. *Obstet Gynecol* 1988; 71:150.
- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knüppel RA. A Prospective Randomized Study of the Aggressive Management of Early Labor. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1174.