

ANNE ADAYLARI VE AİLELER İÇİN REHBER

Gebelikte ve Doğum Sonrasında Kanama

Düşük · Dış gebelik · Mol gebeliği · Plasenta previa · Ablasyo plasenta · Vasa previa · Uterus rüptürü · Doğum sonrası kanama

Bu rehber kimin için?

Bu rehber, gebeliğinde ya da doğumdan sonra kanaması olan, böyle bir durum yaşamış veya risk taşıdığı söylenen kadınlar ve yakınları için hazırlandı. Tıbbi terimlerin gündelik karşılığını verdik; terimin kendisini de yanına yazdık ki hekiminizle konuşurken tanıyabilesiniz.

En önemli bölüm, «Hangi kanamada vakit kaybetmeden hastaneye gitmeliyim?» başlığıdır. Yalnızca o sayfayı okusanız bile bu rehber işini görmüş olur. Metindeki köşeli parantez içindeki numaralar sondaki kaynak listesine işaret eder.

Gebelikte kanama ne anlama gelir?

Gebelikte kanama, en çok korkulan ama en sık yaşanan durumlardan biridir. İlk üç ayda her dört-beş kadından yaklaşık birinde (%20–27) bir miktar kanama ya da lekelenme olur [3,4]. Bunların bir bölümü zararsızdır ve gebelik sorunsuz devam eder; bir bölümü ise acil değerlendirme gerektirir.

Kanamamanın nedenini evde anlamak mümkün değildir. Aynı miktarda kanama bir kadında önemsiz, bir başkasında hayati olabilir. Bu yüzden kuralımız basittir: gebelikte her kanama hekime söylenir; ağrıyla birlikte olan, çok olan ya da baygınlık hissi veren kanama beklemeden acile gider.

İyi haber şu: aşağıda anlatılan durumların hemen hepsinin bilinen bir yolu, bilinen bir tedavisi vardır. Zamanında başvurmak, sonucu belirleyen en önemli etkidir.

Kanama ne zaman olduysa, nedenleri de farklıdır

Hekiminizin ilk sorduğu şey «kaçıncı haftadasınız?» olur; çünkü olası nedenler gebeliğin dönemine göre değişir.

Gebeliğin ilk yarısı ilk gün – 20. hafta	İkinci yarı ve doğum 20. hafta – doğum	Doğumdan sonra ilk 24 saat – 12 hafta
Düşük (abortus): tehdit, kaçınılmaz, inkomplet ya da missed	Plasenta previa: bebeğin eşi rahim ağzını kapatır	Doğum sonrası kanama (postpartum hemoraji)
Dış gebelik (ektopik) ve yırtılması	Ablasyo plasenta: bebeğin eşi erken ayrılır	Geç doğum sonrası kanama: parça kalması, rahim iltihabı
Üzüm gebeliği (mol hidatiform)	Vasa previa: bebeğe ait damarlar rahim ağzından geçer	
	Uterus rüptürü: rahimin yırtılması	

Her kanamanın nedeni ciddi değildir; ama nedeni ancak muayene ve ultrasonla anlaşılır. Kanamayı evde beklemeyin.

Hangi kanamada vakit kaybetmeden hastaneye gitmeliyim?

Bu bölüm rehberin en önemli kısmıdır. Aşağıdakilerden herhangi biri varsa randevu beklemeyin, sabahı beklemeyin; en yakın doğum kliniğine ya da acil servise gidin. Kendiniz araba kullanmayın.

112'yi arayın ya da hemen acile gidin

Kanamanın çok olması: bir saat içinde bir pedi tamamen ıslatacak kadar ya da daha fazla.

Yumurta büyüklüğünde ya da daha büyük pıhtılar gelmesi.

Baş dönmesi, göz kararması, bayılma hissi, çarpıntı, soğuk terleme — bunlar gözle görüldenden fazla kan kaybedildiğinin işaretidir.

Şiddetli, sürekli karın ağrısı ya da karnın taş gibi sertleşmesi.

Tek taraflı şiddetli kasık ağrısı ile birlikte omuz ucuna vuran ağrı — dış gebelik yırtılmasının tipik işaretidir.

Suyunuz geldikten hemen sonra başlayan kanama.

Doğum sonrasında kanamanın azalırken yeniden artması ya da kötü kokulu akıntı ve ateş.

Bebeğin hareketlerinde belirgin azalma (20. haftadan sonra).

Ateş, titreme ile birlikte olan kanama.

Hastaneye giderken: Kan grubunuzu ve kullandığınız ilaçları biliyorsanız söyleyin. Gelen pıhtıları ya da dokuyu bir kaba koyup götürmeniz hekime bilgi verir. Yalnız gitmemeye çalışın.

Her kanama tehlikeli mi?

Hayır. Gebelikte kanamanın, bu rehberde anlatılan ağır nedenlerin dışında çok daha sık ve zararsız sebepleri de vardır. Bunları bilmek gereksiz paniği azaltır — ama hiçbir «evde bekleyin» anlamına gelmez; ayrımı ancak muayene yapar [7,30].

- **Yerleşme kanaması:** Gebeliğin ilk haftalarında, âdet beklenen günlerde birkaç gün süren hafif lekelenme olabilir.
- **Rahim ağzının hassaslaşması:** Gebelikte rahim ağzı kanlanır ve kolay kanar. Cinsel ilişkiden ya da muayeneden sonra görülen az miktarda, çabuk kesilen lekelenmenin en sık nedeni budur.
- **Rahim ağzında polip:** İyi huylu küçük bir doku parçasıdır; aralıklı lekelenmeye yol açabilir.
- **Enfeksiyon:** Vajinal ya da idrar yolu enfeksiyonları lekelenmeye neden olabilir; akıntı, yanma ve kaşıntı eşlik eder ve tedavi edilmesi gerekir.
- **Doğumun habercisi («nişan»):** Gebeliğin sonunda, rahim ağzı açılmaya başlarken gelen pembe-kahverengi, sümüksü akıntı normaldir. Ancak parlak kırmızı ve akıcı bir kanama nişan değildir; hemen değerlendirilmelidir.

Kısacası: az miktarda, ağrısız, kendiliğinden kesilen lekelenmenin çoğu zaman zararsız bir nedeni vardır. Yine de ilk kez olduğunda mutlaka söyleyin — çünkü zararsız olduğunu ancak muayene ve ultrason söyleyebilir.

Gebeliğin ilk yarısında kanama: düşük (abortus)

Tanılan gebeliklerin yaklaşık %10–20'si düşükle sonuçlanır [1,2]. Bu oran anne yaşıyla artar: 25–29 yaşlarında on gebelikten yaklaşık birinde görülürken, 40 yaşından sonra belirgin biçimde yükselir [1,2]. Düşüklerin yaklaşık yarısında neden, gebeliğin en başında oluşan ve önlenemeyen bir kromozom sorunudur [1].

Bunu özellikle bilin: Düşük sizin yaptığınız bir şey yüzünden olmaz. Çalışmak, cinsel ilişki, hafif ağırlık kaldırmak, merdiven çıkmak, üzülme ya da tartışmak düşüğe yol açmaz. Ruhsal gerginliğin doğrudan düşük nedeni olduğuna dair bir kanıt da yoktur [16]. Kendinizi suçlamayın.

Düşüğün dört farklı biçimi

Ayrımı yapan iki şey vardır: rahim ağzı açık mı, ve gebeliğin ne kadarı rahimde duruyor?



● kalbi atan bebek ● kalbi durmuş bebek ● rahimde kalan parçalar ● kanama

Kanaması olup bebeğin kalp atışı ultrasonda görülen kadınların yaklaşık onda dokuzunda gebelik devam eder [17]. Şemadaki adlar, tıpta kullanılan ortak tanımlara dayanır [6]. Yani kanama tek başına «gebelik bitti» demek değildir.

Nasıl anlaşılır?

Muayene, ultrason ve gerektiğinde kan testi (hCG) ile. Gebeliğin çok erken döneminde bir kez bakmak yetmeyebilir; kesin karar için birkaç gün ara ile tekrar bakmak gerekebilir. Bu bekleyiş zordur ama gereklidir: erken verilen yanlış bir karar, devam edecek bir gebeliğin sonlandırılmasına yol açabilir [5].

Ultrasonda gebeliğin devam etmediğini kesin olarak söyleten ölçütler bellidir: bebeğin boyu 7 mm ve üzerindiyken kalp atışının görülmemesi, ya da gebelik kesesi 25 mm ve üzerindiyken içinde bebek görülmemesi [5,7]. Bu ölçütlerin altında kalan durumlarda tanı ertelenir ve kontrol tekrarlanır.

Tedavi seçenekleri

Gebeliğin devam etmediği anlaşıldığında üç yol vardır ve çoğu durumda seçim sizindir [1,7,9]:

- **Beklemek:** Vücudun kendiliğinden tamamlaması beklenir. Yeterli süre tanındığında kadınların yaklaşık %80'inde işlem gerekmeden tamamlanır [1]. Kanama ve kramp birkaç gün sürebilir.
- **İlaçla:** Misoprostol adlı ilaç kullanılır; öncesinde mifepriston verilmesi başarıyı artırır (%67'ye karşı %84) [8]. Evde ağrı kesici ile geçirilebilen bir süreçtir; kanama âdet kanamasından fazladır.
- **Cerrahi (vakumla boşaltma):** Kısa bir işlemdir, başarı %99'a yakındır [1]. Kanama çok fazlaysa, enfeksiyon varsa ya da siz beklemeyi istemiyorsanız tercih edilir.

Yatak istirahatinin düşüğü önlediğine dair kanıt yoktur ve önerilmez [1,12]. Kanaması olan ve daha önce düşük yapmış kadınlarda vajinal progesteron kullanımı bazı rehberlerce önerilir; bu kararı hekiminiz sizin öykünüze göre verir [7,10,11].

Sonrasında

Kanama azalıp bittikten sonra âdet genellikle 4–6 hafta içinde gelir. Yeniden gebe kalmak için beklemek gerektiğine dair güçlü bir kanıt yoktur; büyük çalışmalar erken gebe kalmanın sonucu kötüleştirmediğini, hatta bir miktar daha iyi olduğunu göstermiştir [1,14,15]. Karar, kendinizi hazır hissetmenize bağlıdır.

Duygusal yükü küçümsemeyin. Düşük ya da dış gebelik sonrası birinci ayda kadınların yaklaşık dörtte birinde belirgin kaygı, üçte birine yakınında travma sonrası stres belirtileri görülür; dokuzuncu ayda bile bir bölümü

sürer [13]. Bu bir zayıflık değildir. Yardım istemek — eşinizden, ailenizden ya da bir ruh sağlığı uzmanından — iyileşmenin parçasıdır.

Dış gebelik (ektopik gebelik) ve yırtılması

Dış gebelik, döllenmiş yumurtanın rahmin içine değil, çoğunlukla tüplerden birine — yaklaşık %70'i tüpün en geniş bölümüne — yerleşmesidir [20]. Gebeliklerin yaklaşık %1–2'sinde görülür [18,19]. Tüpün içi bir bebeğin büyümesine uygun değildir; bu yüzden gebelik ilerledikçe tüp gerilir ve yırtılabilir. Yırtılma, gebeliğin ilk üç ayındaki anne ölümlerinin başlıca nedenidir [18].

Önemli: Dış gebelik geçiren kadınların yaklaşık yarısında bilinen hiçbir risk etkeni yoktur. Yani «bende risk yok» demek, bu olasılığı ortadan kaldırmaz.

Risk artıran durumlar: daha önce dış gebelik geçirmiş olmak, geçirilmiş tüp iltihabı ya da tüp ameliyatı, tüp bebek tedavisi, sigara ve spiral takılıyken gebe kalmak [18,19].

Dış gebelikte acil belirtiler

Tek taraflı, giderek artan kasık ya da karın ağrısı.

Omuz ucuna vuran ağrı — karın içindeki kanın diyaframı uyarmasıyla olur ve yırtılmanın klasik işaretidir.

Baş dönmesi, bayılma, göz kararması, soğuk terleme.

Makatta baskı hissi ya da tuvalete çıkarken ağrı.

Âdet gecikmesi ile birlikte lekelenme veya az kanama.

Nasıl anlaşılır?

Vajinal ultrason ilk basamaktır. Gebelik çok erkense hiçbir yerde görülemeyebilir; buna «yeri belirlenemeyen gebelik» denir ve dış gebelik dışlanana kadar öyle kabul edilir [7]. Bu durumda 48 saat arayla kan hCG değerine bakılır. Tek bir hCG değeri gebeliğin yerini söylemez [7,19] — bu yüzden hekiminiz «bir kez daha bakalım» dediğinde bu bir oyalama değil, doğru tanının parçasıdır.

Tedavi

- İzlem:** Şikâyeti olmayan, hCG değeri düşük ve düşmekte olan kadınlarda gebelik kendiliğinden gerileyebilir; yakın takip gerekir [7].
- İlaç (metotreksat):** Yırtılmamış, küçük ve hCG değeri uygun olan gebeliklerde tek bir iğne yeterli olabilir. Başarı yaklaşık %90'dır; ancak kadınların dörtte birine varan bölümünde ikinci bir doz gerekebilir [18]. Tedavi süresince folik asit içeren takviyeler, ibuprofen gibi ağrı kesiciler, alkol, cinsel ilişki ve güneşte uzun süre kalmaktan kaçınmanız istenir; hCG düşene kadar kontrollere gitmek şarttır [18].
- Ameliyat:** Ağrı varsa, kitle büyükse, kalp atışı görülüyorsa ya da yırtılma varsa yapılır. Genellikle kapalı (laparoskopik) yöntemle, çoğu kez ilgili tüp alınarak tamamlanır [7,19].

Doğurganlık açısından: bir dış gebelik sonrası kadınların yaklaşık altıda beşi yeniden gebe kalabilir; kendiliğinden devam eden gebelik oranı %55–60 dolayındadır [21]. Tekrarlama olasılığı yaklaşık %10'dur [18]; bu nedenle sonraki gebelikte erken bir ultrason ile gebeliğin yerinin doğrulanması istenir.

Üzüm gebeliği (mol hidatiform)

Mol gebeliği, döllenme sırasındaki bir hata sonucu bebeğin eşini oluşturacak dokunun anormal biçimde, küçük üzüm taneleri gibi çoğalmasındır. Yaklaşık her 1000 gebelikte 0,5–2 kez görülür; Asya kökenli toplumlarda daha sıktır [22,23].

İki türü vardır. Tam molde bebek hiç gelişmez; dokunun tamamı babadan gelen genetik yapıyı taşır. Kısmi molde ise fazladan bir kromozom takımı vardır ve bebeğe ait bazı parçalar bulunabilir, ama bu gebelik de yaşayabilir bir gebelik değildir [22,23].

Belirtileri: gebeliğin ilk aylarında kanama (tam molde yaklaşık on kadından altısında görülür), beklenenden büyük bir rahim, çok yüksek hCG değeri, aşırı bulantı-kusma ve seyrek olarak erken preeklampsi ya da tiroid hızlanması [22,23]. Tanı ultrason ve hCG ile konur, kesin tanı çıkarılan dokunun patolojik incelemesiyle doğrulanır.

Tedavi ve takip — takip kısmı en az tedavi kadar önemli

Tedavi, rahmin vakumla boşaltılmasıdır [22]. İşlemden sonra düzenli aralıklarla kan hCG değeri ölçülür ve sıfırlanana kadar izlenir. Bu takip, dokunun bir bölümünün kalıp çoğalmaya devam etmesini (gestasyonel trofoblastik neoplazi) erken yakalamak içindir.

Bu durum tam molden sonra yaklaşık %13–16, kısmi molden sonra %1 dolayında görülür ve kemoterapiyle tedavi edilir [22,23]. Şunu bilmek rahatlatıcıdır: tedavi edildiğinde iyileşme oranı %100'e yakındır ve kadınların yaklaşık %80'i sonrasında yeniden gebe kalabilir [22].

Takip süresince gebe kalmamanız istenir; çünkü yeni bir gebelik hCG değerini yükselterek takibi imkânsız hale getirir. Hekiminiz size uygun bir korunma yöntemi önerecektir. Sonraki gebelikte yeniden mol görülme olasılığı yaklaşık %1'dir [22].

Gebeliğin ikinci yarısında kanama

20. haftadan sonraki kanamanın nedenleri farklıdır ve çoğu bebeğin eşiyle (plasenta) ilgilidir. Bu dönemdeki kanamada hiçbir zaman evde beklenmez ve — çok önemli — parmakla iç muayene yapılmadan önce mutlaka ultrason bakılır; çünkü bebeğin eşi rahim ağzını kapatıyorsa parmak muayenesi çok ağır kanamaya yol açabilir [25].

Bebeğin eşiyle ilgili üç durum

Üçü de gebeliğin ikinci yarısında kanamaya yol açar, ama nedenleri ve aciliyetleri farklıdır.



■ bebeğin eşi (plasenta) ■ arkada biriken kan ■ bebeğe ait damarlar ■ göbek kordonu
Şemalar gerçek ölçekte değildir; anlaşılır olması için basitleştirilmiştir.

Plasenta previa

Bebeğin eşinin rahim ağzını kapatmasıdır; doğumda yaklaşık her 200 gebelikten birinde görülür [24,25]. Tipik belirtisi ağrısız, parlak kırmızı kanamadır ve kanama genellikle tekrarlar.

20. hafta ultrasonunda «plasenta aşağıda» denmesi çoğu zaman geçici bir durumdur: rahim büyüdükçe eşin yeri yukarı taşınır ve bu gebeliklerin yaklaşık %90'ında sorun kendiliğinden düzelir [25]. Bu nedenle 32. hafta dolayında ve gerekirse 36. haftada kontrol ultrasonu yapılır.

Daha önce sezaryen olmak hem previa olasılığını hem de bebeğin eşinin rahim duvarına anormal yapışması (plasenta akreta) riskini artırır. Previyası olan ve hiç sezaryen olmamış bir kadında akreta olasılığı yaklaşık %3 iken, bir önceki sezaryenden sonra %11'e, iki önceki sezaryenden sonra %40'a çıkar [26]. Bu, sonraki gebelikleri de ilgilendiren önemli bir bilgidir.

Yönetim: kanama olduğunda hastaneye başvurmak, erken doğum bekleniyorsa bebeğin akciğerlerini olgunlaştıran iğneyi yapmak ve doğumu planlı sezaryenle, genellikle 36–37. haftalarda gerçekleştirmek [25]. Rahim ağzına dikiş atmanın (serklaj) yararı gösterilmemiştir ve önerilmez [25].

Ablasyo plasenta (dekolman)

Bebeğin eşinin doğumdan önce rahim duvarından ayrılmasıdır; gebeliklerin yaklaşık %0,4–1'inde görülür [27]. Tipik tablosu ağrılı kanamadır: karın sürekli ağrır, rahim sertleşir ve dokunmakla hassaslaşır.

En kritik bilgi: Kan çoğu kez bebeğin eşinin arkasında birikir. Ayrılmaların yaklaşık üçte birinde dışarıya hiç kan gelmez, beşte birinde ise ne kanama ne de ağrı belirgindir [28]. Yani gördüğünüz kan miktarı gerçek kaybı göstermez. Ağrı ve sert karın, tek başına acil başvuru nedenidir.

Risk artıran durumlar: daha önce ablasyo geçirmiş olmak (tekrarlama olasılığı yaklaşık %4–5, iki kez sonrasında çok daha yüksek), preeklampsi ve tansiyon yüksekliği, sigara, karına alınan darbe ya da trafik kazası, suyun erken gelmesi, çoğul gebelik ve ileri anne yaşı [27]. Yine de ablasyoların yaklaşık %70'i düşük riskli gebeliklerde olur [30] — yani çoğu zaman kimsenin hatası değildir.

Ultrason bu tanıda güvenilir değildir: ayrılmaların yalnızca dörtte birini gösterebilir [29,30]. Bu nedenle «ultrason temiz» denmesi ablasyoyu dışlamaz; tanı büyük ölçüde belirtilere ve bebeğin kalp atışlarının izlenmesine dayanır. Anne ya da bebek açısından tehlike varsa doğum, gebelik haftası ne olursa olsun geciktirilmez.

Vasa previa

Bebeğe ait damarların, bebeğin eşinin koruması olmadan zarların içinde rahim ağzının üstünden geçmesidir. Seyrek: yaklaşık 1200–5000 gebelikte bir görülür [32,33]. Tüp bebek gebeliklerinde daha sıktır.

Neden bu kadar önemli? Çünkü su kesesi açıldığında bu damarlar yırtılabilir ve akan kan annenin değil, bebeğin kanıdır. Doğmamış bir bebeğin tüm kanı yaklaşık bir bardak kadardır; bu yüzden kayıp dakikalar içinde yaşamsal olur. Anne bu sırada kendini iyi hisseder.

Bu, ultrasonun gerçekten hayat kurtardığı durumlardan biridir: doğumdan önce tanı konursa bebeklerin yaklaşık %97'si sağ kalır; tanı konmamışsa bu oran %44'e düşer [31]. Bu nedenle ikinci üç ayda plasentası aşağıda olan, çift loblu plasentası bulunan, göbek kordonu zara yapışan ve tüp bebek gebeliği olan kadınlarda renkli Doppler ile hedefe yönelik bakılması önerilir [32,33].

Tanı konduğunda plan bellidir: bebeğin akciğerlerini olgunlaştıran iğne, gerekirse 30–32. haftalar civarında hastaneye yatış ve doğumun su kesesi açılmadan, ağrılar başlamadan planlı sezaryenle — genellikle 34–37. haftalar arasında — yapılması [31,32,33].

Uterus rüptürü (rahim yırtılması)

Rahimin doğum sırasında yırtılmasıdır. Daha önce hiç ameliyat geçirmemiş bir rahimde son derece seyrek (yaklaşık 10.000 doğumda 0,6) [36]. Asıl konu, daha önce sezaryen olmuş bir kadının normal doğum denemesidir (VBAC): bu durumda olasılık yaklaşık %0,5, yani 200 doğumda birdir [34,35].

Bu sayıyı doğru okumak önemli: 200 kadının 199'unda yırtılma olmaz. Yırtılma olduğunda ise ekibin dakikalar içinde müdahale etmesi gerekir; bu yüzden sezaryen sonrası normal doğum denemesi ancak sezaryenin hemen yapılabileceği, anestezi ve kan desteği olan bir merkezde önerilir [34,35].

En erken ve en sık işaret, bebeğin kalp atışlarının bozulmasıdır; olguların yaklaşık üçte ikisi ile dörtte üçünde ilk bulgu budur [34,35]. Bu nedenle deneme sırasında bebeğin kalp atışları sürekli izlenir. Diğer işaretler: ani ve geçmeyen karın ya da eski dikiş yeri ağrısı, kanama, idrarda kan, annenin nabzının hızlanması ve kasılmaların kesilmesi.

Doğum sancısı ilaçla başlatıldığında olasılık artar: kendiliğinden başlayan doğumda %0,4 iken, prostaglandin ile başlatıldığında %1,4'e çıkar [34]. Buna karşılık planlı tekrar sezaryende yırtılma neredeyse hiç görülmez (%0,02) [35]. Öte yandan her sezaryen, sonraki gebeliklerde plasenta previa ve akreta olasılığını artırır [26]. Yani karar, iki farklı riskin tartılmasıdır; sezaryen sonrası normal doğum denemelerinin yaklaşık %70–75'i vajinal doğumla sonuçlanır [35].

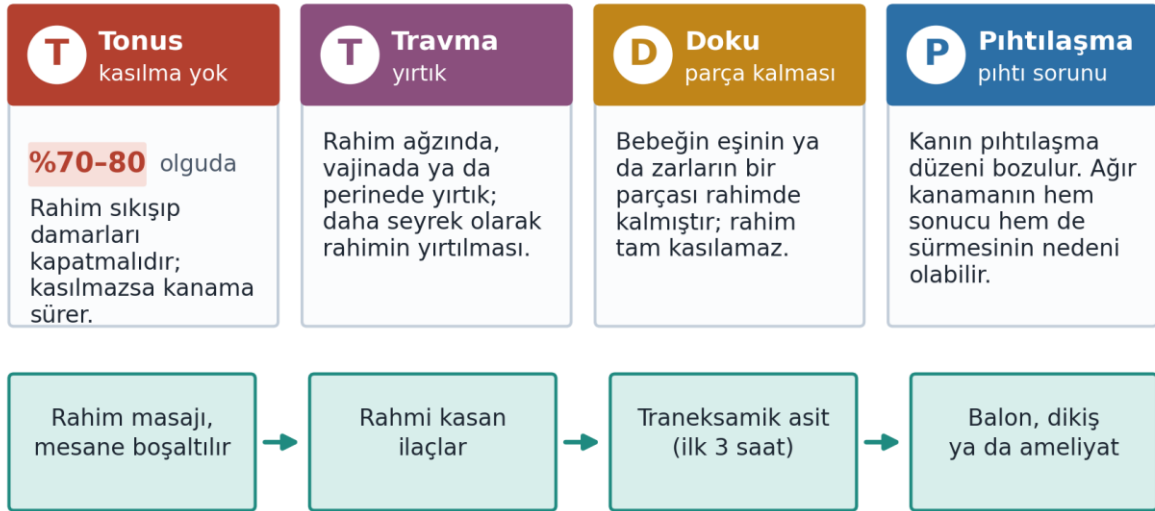
Doğumdan sonra kanama (postpartum kanama)

Doğumdan sonra bir miktar kanama normaldir. «Doğum sonrası kanama» ise bunun ötesindeki, ilk 24 saat içinde 1000 mL'yi aşan ya da daha az olsa bile kadını halsizlik, baş dönmesi, çarpıntı gibi belirtilerle etkileyen kanamadır [37]. Dünya Sağlık Örgütü vajinal doğum için 500 mL eşliğini kullanır [38].

Dünya genelinde her 100 doğumun yaklaşık 11'inde 500 mL'yi, yaklaşık 3'ünde 1000 mL'yi aşan kanama olur [40]. Kanama, dünyadaki anne ölümlerinin yaklaşık dörtte birinden (%27) sorumludur ve önlenabilir ölümlerin başında gelir [39]. Bunu korkutmak için değil, doğumhanedeki hazırlığın ve hızlı davranmanın neden bu kadar önemsendiğini anlatmak için yazıyoruz.

Doğum sonrası kanamanın dört nedeni: «4T»

Ekip kanamayı durdururken şu dört soruyu sırayla yanıtlar: rahim kasılıyor mu, yırtık var mı, içeride parça kaldı mı, kan pıhtılaşıyor mu?



Kanama çoğu kez bu basamaklarda durur; ameliyat ancak diğerleri yetmediğinde gündeme gelir.

Kanamayı önlemek için doğumun hemen ardından her kadına rahmi kasan bir ilaç (genellikle oksitosin) yapılır; bu tek uygulama ağır kanama riskini belirgin biçimde azaltır [38,43]. Soğuk zincirin sağlanamadığı yerlerde ısıya dayanıklı karbetosin kullanılabilir [42].

Kanama başladığında traneksamik asit adlı ilaç damardan verilir. Bu ilacın etkisi zamana bağlıdır: doğumdan sonraki ilk 3 saat içinde verildiğinde kanamaya bağlı ölümlü belirgin biçimde azaltır, 3 saatten sonra verildiğinde yararı gösterilememiştir [41,44]. Bu yüzden ekip acele eder; bu telaş kötü bir haber değil, doğru uygulamadır.

Doğumdan sonra evde nelere dikkat etmeliyim?

Normal lohusalık kanaması günler geçtikçe azalır ve rengi kırmızıdan kahverengiye, sonra açık renge döner. Aşağıdakiler normal değildir:

- Bir saat içinde bir pedi tamamen ıslatacak kadar kanama.
- Yumurta ya da golf topu büyüklüğünde pıhtılar.
- Azalmakta olan kanamanın yeniden artması ya da yeniden kırmızlaşması.
- Kötü kokulu akıntı, 38 °C ve üzeri ateş, titreme.
- Baş dönmesi, bayılacak gibi olma, çarpıntı, nefes darlığı.
- Şiddetli karın ağrısı, geçmeyen baş ağrısı ya da görme bulanıklığı.

Doğumdan 24 saat sonra ile 12 hafta arasında ortaya çıkan kanamaya «geç doğum sonrası kanama» denir; doğumların yaklaşık %0,2–1'inde görülür ve en sık nedenleri rahim iltihabı ile rahimde parça kalmasıdır [37,45]. Antibiyotik ya da küçük bir işlemle tedavi edilir; erken başvurmak sonucu değiştirir.

Kansızlık ve toparlanma

Ağır kanamadan sonra kansızlık (anemi) beklenen bir sonuçtur ve düzelmesi haftalar alır. Merdiven çıkarken nefes darlığı, çarpıntı, aşırı yorgunluk, saç dökülmesi ve süt gelmesinde azalma bu dönemde sık görülür. Bunlar zayıflık değil, kan kaybının doğal sonucudur; hemoglobin kontrolü ve demir tedavisi isteyin.

Ruhsal etkisini de göz ardı etmeyin: ağır kanama yaşayan kadınların yaklaşık %13'ünde doğum sonrası depresyon, %3'ünde travma sonrası stres bozukluğu bildirilmiştir; bu alandaki çalışmalar azdır ve gerçek yükün büyük ölçüde kayıt dışı kaldığı düşünülmektedir [46]. Doğumda yaşananları ekipten bir kez daha dinlemek — ne oldu, neden öyle yapıldı — pek çok kadını rahatlatır. Bunu istemek hakkınızdır.

Kan grubum neden soruluyor? Rh uyuşmazlığı ve anti-D iğnesi

Kanamanın olduğu her durumda kan grubunuz sorulur. Nedeni şudur: kan grubunuz Rh negatif (örneğin A Rh-) ve bebeğinizinki Rh pozitif ise, kanama sırasında bebeğe ait az miktarda kan sizin dolaşımınıza geçebilir. Vücudunuz buna karşı antikor üretirse, bu antikorlar bu bebeğe değil ama sonraki gebeliklerdeki bebeklere zarar verebilir [47,48].

Anti-D iğnesi, bu antikorların oluşmasını önler. Ülkemizde kadınların yaklaşık sekizde biri Rh negatiftir, dolayısıyla bu sık karşılaşılan bir durumdur [50]. İğne şu durumlarda gündeme gelir: gebeliğin 28. haftası dolayında rutin olarak, doğumdan sonra bebek Rh pozitifse, ve kanama, düşük, dış gebelik, mol gebeliği gibi olaylardan sonra [47,48].

Zamanlama önemlidir: iğnenin olaydan sonraki 72 saat içinde yapılması hedeflenir. Bu süreyi kaçırdıysanız yine de gidin — geç yapılan iğnenin de kısmi koruma sağladığı gösterilmiştir [48]. Erken gebelikteki hangi kanamalarda iğnenin gerekli olduğu konusunda rehberler arasında farklılıklar vardır [7,47,49]; kararı, sizi izleyen hekim verir.

Hastaneye gittiğimde ne yapılacak?

Kanama nedeniyle başvurduğunuzda ekibin iki işi vardır: sizin durumunuzun güvenli olduğundan emin olmak ve kanamanın nedenini bulmak. Bunlar çoğu zaman aynı anda yürür. Ne yapıldığını bilmek bekleme süresini kolaylaştırır.

Ne yapılır	Ne için
Nabız, tansiyon, solunum ölçümü	Kan kaybının vücudu ne kadar etkilediğini anlamak için — bu ölçümler kanama görünmese de bilgi verir
Damar yolu açılması	Gerekirse sıvı ve ilaç hızlı verilebilsin diye; her damar yolu «ameliyat olacaksınız» demek değildir
Kan sayımı ve kan grubu	Kansızlığı ölçmek, Rh durumunu belirlemek ve gerekirse kan hazırlamak için
Gebelik testi / kan hCG	Erken gebelikte gebeliğin sürüp sürmediğini ve yerini değerlendirmek için; 48 saat arayla tekrarlanabilir
Pıhtılaşma testleri	Ağır kanamalarda kanın pıhtılaşma düzeninin bozulup bozulmadığını görmek için
Ultrason	Gebeliğin yerini, bebeğin durumunu ve bebeğin eşinin yerleşimini görmek için
NST (bebeğin kalp atışı takibi)	20. haftadan sonra bebeğin rahat olup olmadığını anlamak için
Muayene	Kanamanın nereden geldiğini görmek için. Bebeğin eşi rahim ağzını kapatıyor olabileceğinden, ultrason yapılmadan parmakla iç muayene yapılmaz

Kan nakli gerekir mi? Kanamaların çoğunda gerekmez. Gerekirse, verilen kan sizin kan grubunuza uygun olacak biçimde hazırlanır ve bulaşıcı hastalıklar açısından taranmıştır. Kan ürünlerini kabul etmiyorsanız bunu baştan söyleyin; ekip planını buna göre yapar [44].

Bir sonraki gebelikte ne olacak?

Yaşadığınız durumun ne olduğuna göre değişir, ama ortak bir çerçeve vardır: sonraki gebelik daha yakından izlenir ve çoğu zaman iyi sonuçlanır.

- Düşükten sonra:** Bir düşük, sonraki gebeliğin de düşükle biteceği anlamına gelmez. Art arda iki ya da daha fazla düşük olduğunda ise nedeni araştıran testler istenir [16].
- Dış gebelikten sonra:** Yeni gebelikte, âdet gecikmesinin hemen ardından erken bir ultrason ile gebeliğin rahim içinde olduğu doğrulanır [18].
- Mol gebeliğinden sonra:** hCG takibi tamamlanmadan gebe kalınmaz; yeni gebelikte erken ultrason yapılır ve doğumdan sonra hCG bir kez daha kontrol edilir [22].
- Plasenta previa ya da sezaryen sonrası:** Bebeğin eşinin yerleşimi ve eski dikiş yerine yapışıp yapışmadığı ultrasonla özellikle değerlendirilir [25,26].
- Ablasyodan sonra:** Tansiyon, sigara ve varsa pıhtılaşma sorunları gözden geçirilir; takip sıklaştırılır [27].
- Doğum sonrası kanamadan sonra:** Bir sonraki doğumun, kan bankası ve ameliyathane desteği olan bir merkezde planlanması ve gebelikte kansızlığın tedavi edilmesi istenir [37,44].

Her durumda en yararlı adım, gebe kalmadan önce bir kez hekiminizle oturup dosyanızı gözden geçirmektir: geçen sefer tam olarak ne oldu, bu kez ne farklı yapılacaktır? Bu görüşme, sonraki gebeliğin en çok işe yarayan hazırlığıdır.

Hekiminize sorabileceğiniz sorular

Kontrole ya da acile giderken bu listeyi yanınızda götürebilirsiniz.

- Kanamamın nedeni ne? Kesin mi, yoksa tekrar bakmak gerekiyor mu?
- Bebeğimin durumu şu an nasıl?
- Hangi tedavi seçenekleri var? Beklemek benim için uygun mu?
- Kan grubum ne, anti-D iğnesi yapılmalı mı?
- Ne kadar kanama normal, hangi noktada sizi aramalıyım?
- Evde nelere dikkat edeyim, hangi durumda hemen geleyim?
- Kan sayımım nasıl, demir tedavisi gerekiyor mu?

- Bu durum bir sonraki gebeliğimde tekrarlar mı?
- Sonraki gebelikte önceden yapılabilecek bir şey var mı?
- Yaşadıklarımı konuşabileceğim bir destek ya da danışmanlık var mı?

Aklınızda kalsın

Gebelikte her kanama hekime söylenir; ağrılı, çok ya da baygınlık hissi veren kanama acildir.

Gördüğünüz kan miktarı gerçek kaybı göstermez — özellikle ablasyoda kan içeride birikebilir.

İlk üç ayda kanama sıkıtır; kalp atışı görüldüyse gebeliklerin yaklaşık onda dokuzu devam eder.

Düşük, sizin yaptığınız bir şey yüzünden olmaz.

Omuz ucuna vuran ağrı + tek taraflı kasık ağrısı = dış gebelik yırtılması, 112'lik bir durumdur.

Vasa previa da akan kan bebeğin kanıdır; doğum öncesi tanı sağkalımı %44'ten %97'ye çıkarır.

Doğum sonrası kanamada traneksamik asit ilk 3 saat içinde verilirse işe yarar.

Kan grubunuz Rh negatifse anti-D iğnesini 72 saat içinde sorun.

Bu rehber hakkında: Metin, uluslararası kılavuzlar ve büyük klinik çalışmalar temel alınarak aileler için sadeleştirilerek hazırlandı. Genel bilgilendirme amaçlıdır ve sizi izleyen hekimin değerlendirmesinin yerini almaz. Sayılar toplumdan topluma değişebilir ve öneriler zamanla güncellenir; kararlarınızı izlem ekibinizle birlikte alın.

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Early pregnancy loss. Practice Bulletin No. 200. Obstet Gynecol. 2018;132(5):e197–e207.
2. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Häberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study. BMJ. 2019;364:l869.
3. Everett C. Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. BMJ. 1997;315(7099):32–34.
4. Hasan R, Baird DD, Herring AH, et al. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. Obstet Gynecol. 2009;114(4):860–867.
5. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. N Engl J Med. 2013;369(15):1443–1451.
6. Kolte AM, Bernardi LA, Christiansen OB, et al. Terminology for pregnancy loss prior to viability: a consensus statement from the ESHRE early pregnancy special interest group. Hum Reprod. 2015;30(3):495–498.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE guideline NG126; 2019 (güncelleme 2023).
8. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. N Engl J Med. 2018;378(23):2161–2170.
9. Ghosh J, Papadopoulos A, Devall AJ, et al. Methods for managing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(6):CD012602.
10. Coomarasamy A, Devall AJ, Cheed V, et al. A randomized trial of progesterone in women with bleeding in early pregnancy (PRISM). N Engl J Med. 2019;380(19):1815–1824.
11. Devall AJ, Papadopoulos A, Podesek M, et al. Progesterone for preventing miscarriage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev. 2021;(4):CD013792.
12. Aleman A, Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD003576.
13. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2020;222(4):367.e1–367.e22.
14. Kangathan C, Labram S, Bhattacharya S. Interpregnancy interval following miscarriage and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2017;23(2):221–231.
15. Tessema GA, Häberg SE, Pereira G, et al. Interpregnancy interval and adverse pregnancy outcomes among pregnancies following miscarriages or induced abortions in Norway. PLoS Med. 2022;19(11):e1004129.
16. ESHRE Guideline Group on RPL. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022. Hum Reprod Open. 2023;2023(1):hoad002.
17. Poulouse T, Richardson R, Ewings P, Fox R. Probability of early pregnancy loss in women with vaginal bleeding and a singleton live fetus at ultrasound scan. J Obstet Gynaecol. 2006;26(8):782–784.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Tubal ectopic pregnancy. Practice Bulletin No. 193. Obstet Gynecol. 2018;131(3):e91–e103.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Green-top Guideline No. 21. BJOG. 2016;123:e15–e55.
20. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod. 2002;17(12):3224–3230.
21. Mol F, van Mello NM, Strandell A, et al. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study). Lancet. 2014;383(9927):1483–1489.
22. Tidy J, Seckl M, Hancock BW, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of gestational trophoblastic disease. Green-top Guideline No. 38. BJOG. 2021;128:e1–e27.
23. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(6):531–539.
24. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. Trop Med Int Health. 2013;18(6):712–724.
25. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, et al. RCOG. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27a. BJOG. 2019;126(1):e1–e48.
26. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006;107(6):1226–1232.
27. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–149.
28. Tikkanen M, Nuutila M, Hillesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(6):700–705.
29. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. J Ultrasound Med. 2002;21(8):837–840.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 63; 2011.
31. Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, et al. Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):937–942.
32. Sinkey RG, Odbio AO, Dashe JS, Society for Maternal-Fetal Medicine. SMFM Consult Series #37: diagnosis and management of vasa previa. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(5):615–619.
33. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Vasa praevia: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27b; 2018.
34. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e110–e127.
35. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45; 2015.
36. Vandenbergh G, Vierin A, Bloemenkamp K, et al.; INOSS. The international network of obstetric survey systems study of uterine rupture: a descriptive multi-country population-based study. BJOG. 2019;126(3):370–381.
37. American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum hemorrhage. Practice Bulletin No. 183. Obstet Gynecol. 2017;130(4):e168–e186.
38. World Health Organization. Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO; 2025.
39. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6):e323–e333.
40. Calvert C, Thomas SL, Ronsmans C, Wagner KS, Adler AJ, Filippi V. Identifying regional variation in the prevalence of postpartum haemorrhage: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2012;7(7):e41114.
41. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN). Lancet. 2017;389(10084):2105–2116.
42. Widmer M, Piaggio G, Nguyen TMH, et al.; WHO CHAMPION Trial Group. Heat-stable carbocytin versus oxytocin to prevent hemorrhage after vaginal birth. N Engl J Med. 2018;379(8):743–752.
43. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biele LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019;(2):CD007412.
44. Mavrides E, Allard S, Chandraran E, et al.; RCOG. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 52. BJOG. 2016;124:e106–e149.
45. Chaiyapong N, Deevongkij K, Petpichetchian C. Secondary postpartum hemorrhage: incidence, etiologies, and clinical courses. PLoS One. 2022;17(3):e0264583.
46. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:261.
47. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevention of Rh D alloimmunization. Practice Bulletin No. 181. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e57–e70.
48. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, et al. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. Transfus Med. 2014;24(1):8–20.
49. Horvath S, Goyal V, Traxler S, Prager S. Society of Family Planning committee consensus on Rh testing in early pregnancy. Contraception. 2022;114:1–5.
50. Yüksel Saldüz Z, Çetin G, Karatoprak C, et al. İstanbul ilinde ABO ve Rh kan grubu dağılımı. İstanbul Med J. 2015;16:98–100.