

YENİ DOĞAN BEBEKLERİN ASFİKSİSİ TEDAVİSİNDE İLK TEDBİRLER (*)

FIRST MEASURES IN THE THERAPY OF THE ASPHIXIA OF NEWBORNS

Dr. Doğan ÇORBACIOĞLU

Asfiksia neonatorum tabirinden, yeni doğan bebekte teneffüsün olmaması veya gayri kâfi olması yahut daha nadir olarak kalp ve dolaşım kifayetsizliği sebebiyle kanın oksijenlenmesinin yetersiz olması neticesi husule gelen bir klinik tablo anlaşılır. Acil tedaviyi gerektiren bu durum kısa bir süre içerisinde düzeltilmediği takdirde tamiri imkânsız neticeler doğurur. Hemen doğumu müteakip yeni doğan bebeklerin canlandırılması (Resusitasyon) mutad olarak doğumu yapanlar veya cerrahi doğumlarda anesteziistler tarafından yapılır. Bununla beraber çocuk hekimlerini de çok yakından ilgilendiren bu mevzu üzerinde, hastanemizde yıllık on binden fazla yapılan

doğumlarda rasladığımız vak'alar dolayısıyla, acil tedbirlerden bahsetmek istiyorum. Etyolojik ve tedavi noktasını nazarından asfiktik doğan çocuklar 3 guruba ayrılır. (2, 3, 4)

1. Grup: İntrauterin gaz ve metabolizma değişiminin bozulmasına bağlı asfiktik çocuklar.

a) Hafif vak'alar cilt solukluğu ve siyanoz gösterirler, adele tonusu ve refleksler vardır.

b) Ağır vak'alar periferik vazokonstriksiyona bağlı beyaz renklidirler. Adele tonusu ve refleksler yoktur. Şok ve asidoz vardır.

II. Grup: Annelerin doğumda nar-

(*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Çocuk Servisi Çalışmalarından.
(Şef: Doç. Dr. Ziyaeddin Akbay)

koz veya analjezik ilâçlar aldığı çocuklar. Bunlarda doğumdan sonra ilâçların teneffüs merkezine yaptığı depresyona bağlı olarak akciğer teneffüsü başlamaz. İlâçların yaptığı bu depressör tesir prematüre ve intrauterin asfiktik doğan çocuklarda normal doğanlara nazaran daha fazla görülür.

III. Grup: Feto-maternal kanamaya bağlı olarak kan kaybeden çocuklar. Bunlarda ön plânda renk solukluğu ve ağır vak'alarda hemorrajik şok vardır.

Asfiksi tedavisinin gayesi kanın süratle oksijenlenmesini temin için spontan teneffüsü başlatmaktır. Asfiktik çocukların canlandırılmasında eskiden çok kullanılan brütal hareketler (mekanik tazyikler, sıcak-soğuk suya sokmak gibi) faydasızdır ve zaman kaybindan başka bir işe yaramazlar. Asfiktik çocuğun canlandırılmasında ilk planda vakit kaybetmeksizin aşağıdaki tedbirler uygulanır (3, 6, 7).

I) Teneffüs: Göbek kordonunun kesilmesini müteakip bir dakika içerisinde spontan nefes almayan yeni doğanlara, apnenin sebebi ne olursa olsun, suni teneffüs yapılır. Bunun için önce burundan sokulan ince bir lastik sonda ile burun ve boğaz boşluğu ve mekonyumlu amnios mayinin aspirasyonu halinde hava yolları temizlenir.

Bu maksatla çok kuvvetli tazyik yapmayan aspiratörler veya aspire edilen müküsün içerisinde toplandığı bir cam balon ucuna takılmış sonda kullanılır. Aspire edilen materyel cam ba-

lon içerisinde toplanacağından, emmeyi yapan şahıs için her hangi bir tehlike bahis mevzuu değildir. Bu suretle bebeğin burun ve boğazı istenilen tazyikle gayet hafif olarak temizlenir. Çocuğun kusmasına ve kusulan materyelin aspirasyonuna mani olmak için mide de temizlenir. Hava yollarının temizlenmesinden sonra oksijenden zenginleştirilmiş hava verilir. Apne hali devam ederse vakit kaybetmeksizin sun'i teneffüse başlanır. Sun'i teneffüsün en ideali teneffüs cihazı ile yapılır. Bunun için çocuğun başı hafif geriye doğru kıvrık tutulur, yüzüne tam ağız ve burunu içerisine alan bir maske tatbik edilir, cihazla intermittant olarak oksijen verilir. Hafif asfikside spontan teneffüs başlayıncaya kadar kısa bir süre bu şekilde maske teneffüsü kâfi gelebilir. Şayet 2 - 3 dakika sonra spontan teneffüs başlamazsa veya ağır bir asfiksi durumu varsa çocuk intübe edilir. İntratekal intübasyon için uygun sondalar ve küçük boy bir laringoskop lüzumludur. Tekniğine uygun olarak intübasyon tüpü laringoskop yardımıyla kolaylıkla trakeaya sokulur. Gerektiği takdirde bu tüp, spontan teneffüs başlayıncaya kadar, larinks ve trakeada herhangi bir lezyona sebep olmaksızın bir kaç gün yerinde bırakılabilir. İntübasyondan sonra gene pulmonör ile sun'i teneffüs yaptırılır. Verilen havanın tazyiki 20 mm. su basıncını geçmemelidir. Fazla olduğu takdirde alveol yırtılmasına sebep olur. Spontan teneffüs başladıktan sonra trakeal sonda çıkarılmalı ve bir müddet daha oksijen verilmelidir (1, 5, 6).

Sun'i teneffüs cihazı yoksa ağız-ağıza teneffüsü tatbik edilir. Burada da çocuğun başının geriye doğru fleksiyon halinde durmasına, burun deliklerinin kapalı olmasına, alt çenenin öne doğru itilmesine ve yanakların tutularak kabarmamasına dikkat edilir. Teneffüsü yaptıracak doktor veya ebenin ağızı, çocuğun ağızını kapatacak şekilde tatbik edilerek hafif tazyikle hava üflenir. Tazyik çocuğun göğsünü kaldırıp indirecek kadar olmalıdır. Çok hızlı üflemelelerde, henüz tam açılmamış olan akciğerlerde alveol rüptürleri meydana gelir. Çocuğun göğsü kendi kendine kalkıp inmeğe başlayınca ağız-ağıza teneffüsüne son verilir.

2) İlâç tedavisi: Bu bilhassa doğumdan önce veya doğum esnasında anneye tatbik edilen morfin derivelerinin çocuğun teneffüs merkezi üzerine yaptığı depresyona karşı kullanılır. Bu maksatla morfin antagonistlerinden Levallorphan (Nallorphan) 0,1 mg. 0,25 mg. intra müsküler olarak veya göbek kordonu veninden verilir. Diğer merkezi tesirli analeptikler (Lobelin, Coramin v.s.) tedavinin başlangıcında değil, spontan teneffüsün başlamasından sonra, müteakip saatlerde teneffüs hareketlerinin derinleşmesini temin için kullanılır.

3) Çocukta meydana gelen kalp yetmezliği, şok ve metabolik asidoz uzun süre devam eden intra uterin oksijen azlığının bir neticesidir. Çocuk beyaz asfiktik, doğumda adele tonüsü ve

refleksler yoktur. Bunlarda sun'i teneffüsü müteakip uygun solüsyonlarla infüzyon tedavisi başlanmalıdır.

4) Hemorrajik şok çocuktan anne dolaşımına olan kan kaybına bağlı olarak meydana gelir. Renk soluk, hemoglobin düşüktür. İlâçlara bağlı bir depresyon yoksa spontan teneffüs mevcuttur. Fakat oksijen verilmesine rağmen pembe renk görülmez. Tedavide kan transfüzyonu yapılmalıdır. Ağır vakalarda plazma veya kolloidal hacim doldurucu ilâçlardan istifade edilir.

5) Dıştan kalp masajı doğumdan kısa bir müddet önce, herhangi bir göbek kordonu komplikasyonuna bağlı akut oksijen eksikliği neticesi, doğumdan sonra kalp atışları olmıyan çocuklara tatbik edilir. Teşhisin kesinleşmesi için kalbin oskültasyonunu müteakip, intratrakeal sonda yerleştirilir ve sternumun 1/3 orta kısmına işaret ve orta parmaklarla ve takriben 2 cm. derinliğine kadar kısa fasılalarla (dakikada ortalama 100 kadar) basılır. 8 - 10 kompresyondan sonra münavebe ile 2 - 3 defa sun'i teneffüs hareketi yaptırılır. Bu tedbirlerle bir cevap alınmadığı takdirde % 10 luk kalsiyum klorit veya 1/10000 lik adrenalin solüsyonundan 1 - 2 ml. intrakardiyal olarak injekte edilir. Asidoz ve şok ile beraber uzun süren bir oksijen yetersizliği devresinin sonunda kalbin durması halinde, hariçten kalp masajı tesirsizdir (2, 3).

ÖZET

Yazıda kısaca yeni doğan bebeklerin davisinde alınacak ilk tedbirlerden bahsedil-
tekrar canlandırılmasından ve asfiksi te- miştir.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde kurz die Wiederbelebung der zur Behandlung der Neugeborenen-As-
Neugeborenen und die erste Massnahmen phyxie besprochen.

LİTERATÜR

- 1 — **Erol, H.** : Yeni doğmuş Bebekte Re-
suscitation tekniği. Dr. Sami Ulus Ço-
cuk Hastanesi Dergisi. 1 : 3 - 9 (1968).
- 2 — **Ewerbeck, H.** : Der Säugling. Springer
Verlag, Berlin - Göttingen - Heidelberg
(1962).
- 3 — **Ewerbeck, H., Friedberg, V.** : Die
Übergangsstörungen des Neugeborenen
und die Bekaempfung der perinatalen
Mortalitaet. Georg-Thieme Verlag -
Stuttgart (1965).
- 4 — **Fanconi, G., Wallgren, A.** : Lehrbuch
der Paediatric. 6.Aufl. Benno-Schwabe
Co. Verlag, Basel-Stuttgart (1961).
- 5 — **Gamp, R.** : Die Neugeborenen-As-
phyxie und die Bedeutung ihrer Früh-
erkennung. Gynaecologia, 4:314 - 327
(1966).
- 6 — **Koller, T., Gamp, R., Ebner, R. und
Hewrylenko, A.** : Probleme der Über-
wachung und Behandlung bei Über-
gangsstörungen des Neugeborenen.
Gynaecologia, 4:314 - 327 (1966).
- 7 — **Mostar, S. Uçar, S.** : Yeni doğan asfik-
sisi ve Reanimasyon. Türk Jinekoloji
ve Obstetrik mecmuası, 4:37-48 (1965).