

## PARASERVİKAL BLOK VE PUDENTAL ANESTEZİ KOMBİNASYONU İLE AĞRISIZ TRAVAY VE DOĞUM

(Vak'a Takdimi: 50 Vak'a)

### PAINLESS LABOR AND CHILD BIRTH WITH THE COMBINATION OF PARACERVICAL AND PUDENTAL BLOCK ANESTHESIA

(Case Report: 50 Cases)

Dr. Fikri ERGENÇ (\*)

Fizyolojik bir olay olan doğumun, tarihin çok eski çağlarından beri ağrısız yapılabilmesi için büyük çalışmalar yapılmıştır. Tatbik edilen metodlardan bir çoğu, mahzurları ve kifayetsizliğinden ötürü terkedilmiştir. Biz bu yazımızda, zamanımızda muvaffakiyetle yapılabilen metodlardan kanaatimizce en az komplikasyonlu, oldukça müessir, tekniği basit bir usulden ve kliniğimizdeki tatbikatından bahsedeceğiz.

Paracervical block anesthesie'si ilk defa 1926-27 senelerinde Almanya'da yapılmış, (3-4) metodun kullanılabilir olduğu anlaşılmasına rağmen (1) un-

tulmuştur. Bilâhare 1956 da Amerika-da usul geniş bir vak'a serisiyle neşredilince (5), tekrar tecrübe edilmeye başlanmıştır. Ve paraservikal blok'un, bir istisna ile (1), doğumun açılma ağrılarını hissettirmediği bütün otörler tarafından bildirilmiştir. Anglo-Amerikan doğumcularından sonra Avrupa memleketlerinde de geniş mikyasta tecrübe edilen bu metodu, biz de kliniğimizde bir senedenberi tatbik etmekteyiz. Vaginanın 1/3 alt kısmının ve perine üzerindeki ağrıları kaldırması bakımından da pudental blok'u trans vaginal olarak uygulayıp protoksit anal-

(\*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Başhekim Muavini.

jezisiyle beraber hemen hemen komplet bir ağrısız doğum yardımı yapmaya muvaffak olduğumuzu zannediyoruz.

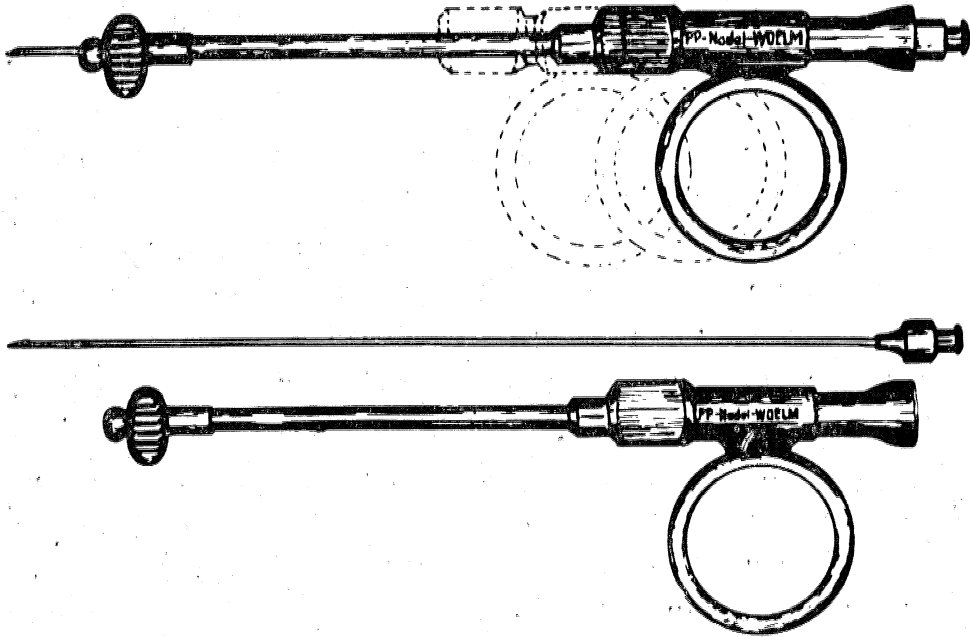
Paraservikal blokta, uterus'a gelen his yolları parametrium'daki utero-vaginal pleksusta bloke edilir. Aynı his yolları, utero-sakral blokla da, utero-sakral ligaman içinden ve arasından geçerlerken kesilebilirler. Bu iki blok teknik bakımından aynıdır. Yalnız iğnenin yan forniks'lerdeki tatbik yeri arasında küçük bir mesafe farkı vardır. Bunun da pratikte önemi yoktur. Çünkü bu iki yerden hangisine yapılırsa yapılsın maksat hasıl olur. Onun için teorik olarak ayrılan bu iki bloku biz beraber mütalâa ediyoruz.

Paraservikal blokta başarı doğrudan doğruya operatörün tecrübe ve kabiliyeti ile ilgilidir (2). Blokun tesiri ve süresi, kullanılan lokal anestetik maddeye (90'-60'), epinephrine'li olup olma-

masına göre değişir (90'-130'). Bir çok yazarlar % 80 tam analjezi, % 10-15 de kısmî analjezi elde ettiklerini bildirmişlerdir (2). Gene vak'aların % 5-10 da ilk enjeksiyonla analjezi elde edilemez, fakat yarım saat sonra blok tekrarlanırsa bu nisbet hemen hemen sifıra iner. Biz vak'alarımızın hemen hepsinde kısmî de olsa bir analjezi temin edebildik. Perineal ağrıların başladığı zaman bir caudal (S<sub>1</sub>-S<sub>5</sub>) veya saddle blok (L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>) yapılabilir (2). Biz iki taraflı pudental anesteziyi tercih ediyoruz. Buna ekseriya birinci devrenin sonunda ihtiyaç duyulur. Bazen de anestezinin tam olmadığı vak'alarda bunu erken tatbik ediyoruz.

#### Materyel ve teknik :

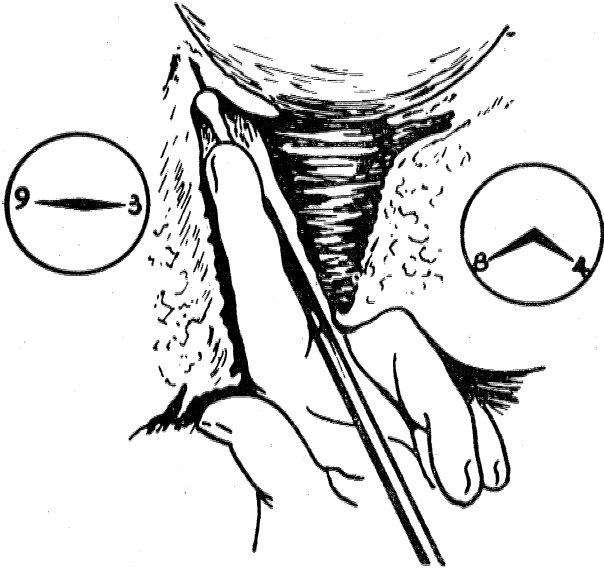
Kullanılan lokal anestetiklerin, analjezi devrinin en çok 90' olduğu bilinmektedir. Biz bunlardan en uzun



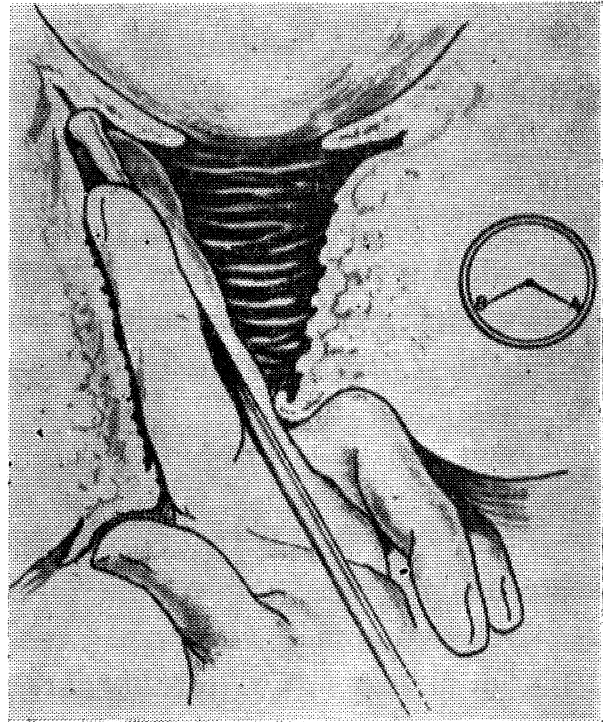
Resim 1 — P.P.M. Woelm aplikatörü

tesirlisi olan (1) scandicain (mepivacain ve carbostesin karışımını kullanıyoruz, buna rağmen ancak 90' - 120' ık bir anestezi süresi müşahade ettik. % 1 lik scandicain'dan ve % 0,25 lik carbostesin'den 5 cc. olmak üzere her bir tarafa 10 cc. lokal anestezi, özel olarak bunun için hazırlanmış P.P.M. Woelm aplikatör'ü vasıtasıyla (Resim 1) yan fornikslerden saat kadranına göre collum'un her iki tarafına yakın olarak saat 3 - 4 ve

İğne 15 cm.lik 22 numara bir iğne-den ibarettir. Mutad vagina temizliği yapıldıktan sonra, hasta steril örtülerle örtülür evvelâ aplikatör (ki bunun uç kısmı yuvarlak künt bir şekilde nihayetlendir) arzu edilen yere tatbik edilir bilâhare 20 cc. lik bir enjektöre takılmış iğne aplikatörden sokularak kontrol aspirasyonu yapılır (damara girilmediğine kanaat getirildikten sonra) ve lokal anestezi yavaş yavaş zerkedilir. İğne 1 - 1,5 cm. den fazla,



Resim 2 — P.C.B.'un yapılışı.



Resim 3 — Utero - Sakral B. yapılışı.

8 - 9 hizalarından yapılır (Resim 2-3). Aplikatörün özelliği, iğnenin istenilen-den fazla dokulara girmesini önliyecek şekilde yapılmış olması, üzerinde baş parmağın geçmesine yarıyan bir halkanın mevcudiyeti ve uç kısmında işaret parmağının kaymasını önliyecek müteharrik bir kısmın bulunması ile tatbikatı kolaylaştırmasıdır.

dokuya girmiş olmamalıdır. Anestezi madde verildikten 2' - 3' sonra anestezi teessüs eder. Bu işlem öbür tarafta da tekrarlanır.

Blokun yapılması bazı kondisyonlara bağlıdır.

a) Kollum primiparlarda 3 - 5 cm. mütiparlarda 2 - 4 cm. açılmış olmalıdır (1).

b) Ağrılar muntazam frekanslı, en az on dakikada üç (2) ve hissedilir şiddette olmalıdır. Ki bu doğumun açılma devrinin aktif fazına tekabül eder. Zaten açılma devrinin latent fazında ağrılar hastayı fazla rahatsız edecek kuvvette değildir, bu faz basit aneljezik ajanlarla geçiştirilebilir. Aktif faza ulaşmamış travaylarda tatbik edilirse muhtemelen Ferguson reflex'inin afferent kısmına tesir ederek ağrıları yavaşlatması hattâ durdurması mümkündür (2).

Uterus alt segmentinin distansiyonu reflex yolla hipofizden oxytocin sekresyonunu artırır. 1. Ferguson reflex'i, bu oxytocin sekresyonunun tevlit ettiği kontraksiyonlarda servikal distansiyona sebep olur ve 2. Ferguson reflex'ini provoke eder. Böylece oxytocin sekresyonu gittikçe artar ve travayın devamını sağlar.

Uygun zamanda yapıldığında (uterus kontraksiyonlarının maksimal seviyede olması) blokun travay üzerinde bir tesiri olmadığı bildirilmişse de (1 - 2), biz umumiyetle travayı yavaşlattığı hattâ bazı vak'alarda durdurduğunu müşahade ettik ve bir oxytocique ajanın yardımına mecbur kaldık. Fakat bu zayıflayan ve duran ağrılar 15' - 25' sonra tekrar başlamaktadır, ama bu zaman kaybı zaten kısa olan anestezi tesirin, doğum sonlanmadan geçmesini intaç ettiğinden ya ikinci bir zerke ihtiyaç hasıl olmakta, ki bu da kollum tam açık olmadan yapılmalıdır (1) yahut da başka metodların tatbiki lüzumlu olmaktadır. Biz böyle halde pudental anesteziyi erken yapı-

yoruz ve protoksit analjezisinden istifade ediyoruz. Çünkü bu hallerde hastaların hissettikleri ağrılar hoş gitmeyen ağrılardır. Blok, mamafi daha küçük dozlarda bir iki defa tekrarlanabilir (1).

P.C.B. un annenin vücut fonksiyonlarına hiç bir tesiri görülmemiştir. Fakat maternal komplikasyonlardan, uterus damarlarının zedelenmesi neticesi hematom, sistemik toksik reaksiyonlar (şiddetli konvülziyonlar, vasküler kollaps, hattâ ölüm vak'aları kaydedilmiştir (2), kirli enstruman kullanılması ile enfeksiyonlar görülebilir. Fakat bunlar umumiyetle teknik hatalar neticesi vuku bulduğundan, ince keskin iğne kullanarak, i.v. enjeksiyonlardan sakınarak uygun dozda lokal anestezi tatbik ederek, ve nihayet asepsiyeye ve tekniğine dikkat edilerek önlenbilir. Komplikasyonların vus'atı % 0,5 den de azdır (2).

Doğumun açılma devrinin aktif fazında, gebelikte paracervical venler çok geniş ve dilate olmalarına rağmen, daha yukarıya çekilmiş olduklarından yaralanmalardan önemli miktarda korunmuş olurlar ve bloku bu fazda yapmanın bu yönden de faydası olacağı kanısındayız. Bazen de sakral sinirlerde tutulabileceğinden o ayakta anestezisi teessüs eder, fakat blokun tesirinin kalkması ile kaybolur. Biz vak'alarımızda yukarıda saydığımız komplikasyonlardan hiç birini görmedik. Yalnız bir iki vak'amızda bacakta geçici bir parazi müşahade ettik. P.C.B. anestezisinin yapıldığı yerde re-

süsitasyon takımının bulunması ve operatörün bunu kullanabilecek bilgiye sahip olması, yahut bir anestesist'in yardımcı olması (bir komplikasyon vukuunda) elzemdir.

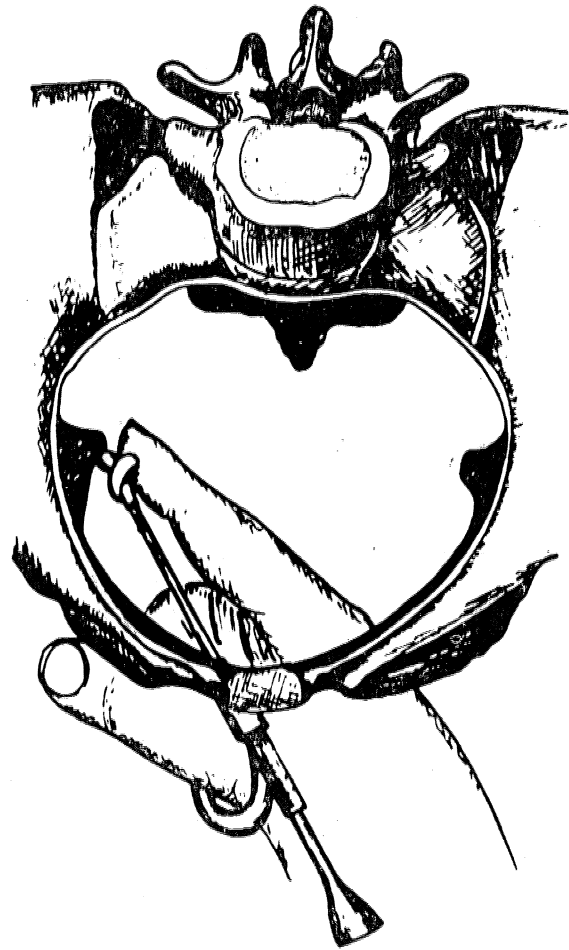
P.C.B.un yeni doğan üzerinde önemli bir tesiri görülmemiştir. Fakat buna rağmen yüzde nisbeti çok değişen geçici foetal bradicardie (1 - 2) hemen bütün müellifler tarafından zikredilmiştir. Bradikardinin sebebi malum değildir. Kobak bunun «epinephrine» den ötürü olabileceğini Kaiser ise, vaginal tatbik sırasında uterus aktivitesinin reflex yolla artmasıyla mümkün olacağını ileri sürmüşlerdir. Neonatal depresyon ve ölüm vak'aları ise çok miktarda anestezi maddenin plasentayı geçmesiyle (arteria uterinaya verilmesi) mümkün olabilir. Diğer bir ciddi komplikasyonda ilâcın foetalkraniyuma verilmesidir (2) (kaba teknik hata). Biz vak'alarımızın üçünde foetal bradicardie müşahade ettik ikisinde kısa zamanda düzeldi, birinde doğuma kadar devam etti. Kollum tam açıldığında vakum ekstraksiyonu ile doğurttuğumuz bu vak'ada çocuk çıkar çıkmaz ağladı, asfiksi belirtileri göstermedi.

#### **Pudental anesthesie tekniği :**

P.C.B. da kullanılan P.P.M. Woelm aplikatörü ile trans vaginal olarak yapılır. Spina ossis ischii'nin arkasından ve 1 cm. dışından seyreden nervus pudendus'un bloke edilmesi ile mümkün olur. İşaret ve orta parmak kontrolünde spina bulunur, aplikatörün ucu hemen

altına ve dışa müteveccih olarak tatbik edilir (Resim 4).

Her iki tarafa onar cc. lokal anestezi verildikten 2' - 3' sonra anestezi teessüs eder. Umumiyetle biz p.c.b. tan yarım saat sonra pudental anesteziyi yapıyoruz. P.C.B.la iyi bir anestezi elde edemediğimiz vak'alarda bunu daha erken tatbik ediyoruz. Anestezinin



**Resim 4 — Pudental blokun trans vaginal yapılışı.**

perine adaleleri üzerindeki müsait tesirinin, yumuşak kısımlarda daha az travmatik lezyonların meydana gelmesini intaç etmesi de, müşahadelerimiz arasındadır. Başın perineden kurtulma-

Kliniğimizde 1968 senesinde 50 vak'ada tatbik ettiğimiz Paracervical ve Pudental anestezisine ait neticeler.		Mültipar	Primipar	% de nisbeti
Anestezinin tam olduğu vak'alar		18	22	% 80
Anestezinin kısmi olduğu vak'alar		4	6	% 20
Anestezinin tutmadığı vak'alar		—	—	% 0
Toplam (50 vak'a)		22	28	
Spontan doğumlar		17	18	% 70
Müdahaleli doğumlar		5	10	% 30
Epiziotomi yapılan vak'alar		2	22	% 48
Mükerrer anestezi yapılan vak'alar		2	4	% 12
Oksitosik yapılan vak'alar		11	14	% 50
Anneye ait Komplikasyonlar	Kollaps ve ölüm	—	—	—
	Hematom	—	—	—
	Bacaklarda parazi	1	2	% 6
Çocuğa ait Komplikasyonlar	Ölüm	—	—	—
	Depresyon	—	—	—
	Bradikardi	1	2	% 6
Blok yapıldıktan sonra doğuma kadar geçen ortalama zaman (saat olarak)	1	8	10	% 36
	2	12	14	% 52
	3	2	4	% 12
Blok yapıldığında ortalama kollum açıklığı (cm. olarak)	2-3	14	8	% 44
	4-5	8	20	% 56

sı sırasında kısa süren bir protoksit analjezinin kullanılması, hastalar üzerinde memnuniyet verici bir ağrısız doğumun tamamlanmasında iyi neticeler verdiği inancındayız.

#### Netice :

Her doğum hekiminin, kolaylıkla

tatbik edeceği, pahalı materyele ihtiyaç göstermiyen buna rağmen memnuniyet verici neticeler sağlayan bu usulün, yanlış doğum bilgileriyle meşbu, korkak, sakin olmayan, servikal distosisi mevcut izdiraplı annelerde dikkatle tatbik edildiğinde, bir sakınca olmayacağı kanaatindeyiz. Kontrendi-

kasyonları yok denecek kadar azdır. Ağır komplikasyonlarını da, kaba teknik hatalar yapılmadığı takdirde şüphe ile karşılıyoruz.

Metodun mahzuru sayılacak bir durum, anestezi süresince doğumun sonlanmamış olmasıdır. İşte bu mahzuru ortadan kaldırmak için de Tafeen ve Freedman (6) kontüni P.C.B. anestesisini geliştirmişlerdir. Mamaafi blok böyle hallerde bir kaç defa tekrarlanabilir (1) ve kullanılacak anestezi madde daha küçük dozlarda anestezi nin tekrar teessüsünü mümkün kılar, yalnız kollumun tam açılmış olmaması lâzımdır.

Kontünü para servikal blokta bir teflon katater açılma devrinin latent yahut aktif fazında aynı yere (3 - 9 veya 4 - 8) tatbik edilir ve lüzumu halinde anestezi madde zaman zaman verilir. Biz bu usulü kliniğimizde henüz tatbik etmedik. Yalnız bu mahzuru ortadan kaldırabilmek için, yeni bir seri hastamıza P.C.B. la aynı zamanda uygun dozda oxytotic bir ajanı da beraber yapıyoruz. Bununla ağrıların durmasını önliyerek ve daha kuvvetli devam etmesini sağliyerek anestezi madde tesirini kaybetmeden doğumun sonlanmasını temin ediyoruz. Bundan elde edeceğimiz neticeleri ilerde sizlere tafsilâtı ile sunacağız.

Doğumun açılma devrinin tamam-

lanması her şahsa göre çok değişiklik gösterdiğinden, blokun açılma devrine zaman bakımından tesiri (kısaltması) kat'i olarak bilinmemektedir. Buna rağmen biz, ve bir çok müellifler bu zamanı oldukça kısalttığına inanıyoruz. Serviks'e müsait tesirinden ötürü, servikal distosilerde de ayrıca bir antispazmodik preperatın yapılmasını zait addediyoruz.

Biz, diğer müelliflerin yazdığı gibi % 70 - 85 (2) ve % 90 (1) sp doğum insidens'i elde edemedik. Bunu, pudental anestezi ve protoksit analjezisinin, ekspulsiyon devrinin ıktınlı itici ağrıların zayıflatmasından olabileceğine hamlettik. Ve bilhassa primipar olan hastalarımızın hemen hemen hepsine episiotomie yaparak, perine mukavemetini azaltıp sp. doğum oranını artırmaya çalıştık. Vak'alarımızın % 30 na bir istisnai endikasyon hariç müdahale etmek mecburiyetinde kaldık. Kliniğimizde yaptığımız 50 vak'alık bir serinin neticelerini de yazımızın sonuna ekledik.

Tekniğinin kolaylığı, kontrendikasyonlarının ve komplikasyonlarının yok denecek kadar (anne ve yeni doğan üzerinde) az olması, aynı zamanda memnuniyet verici bir ağrısız doğum, yardımı sağlaması bakımından tavsiyeye değer bir metod olduğu kanaatindeyiz.

### ÖZET

Bir sene zarfında 50 vak'ada hastane-mizde, paracervical block anesthesie'si tatbik edildi. Tekniğinin kolaylığı ve neticesi-

nin memnuniyet verici olması bakımından tavsiyeye değer bir metod olduğu kanaatine varıldı Kontrendikasyonlarının ve kompli-

kasyonlarının yok denecek kadar az olması da bu kanımızı, daha da kuvvetlendirdi. Buna ilâve olarak pudental blok ve

protoksit analjezisi ile de komplete yakın bir ağrısız doğum yardımı sağlayacağını zannediyoruz.

### **ZUSAMMENFASSUNG**

In einem Jahr wurde bei 50 Fälle Parazervikal-Blockade Anästhesie angewandt Da die Methode leicht durchführbar und zufriedenheitstellend ist, wird sie von uns empfohlen. Die Komplikationen und die Kontrendikationen sind sehr selten. Des-

halb wird es von uns besonders geraten. Wir haben gleichzeitig Pudendus Blockade und bei der Austreibungsperiode Lachgasanalgesie mitgewandt. Wir glauben, dass wir beinahe Komplete Anästhesie mit Hilfe dieser Methode bei der Geburt erreicht.

### **LİTERATÜR**

- 1 — Über die Anwendung des paracervicalen Blockes zur Geburtserleichterung Rheinische Landesfraunklinik Wuppertal-Elberfeld (Direktor Prof. Dr. H. Meinrenken 1967)
- 2 — **John J. Bonica** : Principles and Practice of Obstetric Analgesia and Anesthesia. F.A. Davis Company, Philadelphia 1967.
- 3 — **Gellert, P.** : Aufhebung der Wehenschmerzen und Wehenüberdruck.

- Mschr. Geburtshilfe u. Gynäk. 73 (1926) 143.
- 4 — **Pribram, E.** : Die schmerzlose Geburtsleitung in Lokalanästhesie. Klin. Wschr. 6 (1927) 1282.
- 5 — **Freeman, D.W.T.P. Bellvill, A. Barno**: Paracervical anesthesia in labor. Obstet. and Gynec. 8 (1956) 270.
- 6 — **Tafeen, C.H., H.L. Freedman, H. Harris** : A system of continuous paracervical block anesthesia. Amer. J. Obstet. and Gynec. 94 (1966) 854.