



Bu ayki konumuz; "Yenidoğan Bebeklerin Bakımı". Sorularımızı Gazi Ü. Tıp Fak. Neonatoloji Bilim Dalı'ndan Yrd. Doç. Dr. E. Esra Önal yanıtladı.

1- Bebekler doğumdan sonra en erken ne zaman taburcu edilebilir? Kontroller ne sıklıkla yapılmalıdır?

Daha önce bebekler doğumdan sonra 72 saat boyunca hastanede tutulurdu. Ancak son yıllarda daha erken dönemde taburcu edilme yaygınlaşmıştır. 48 saati doldurmadan yapılan taburculuklar 'erken' kabul edilir. Miadında, normal vajinal yol ile doğmuş, sağlıklı bebekler, yaşamın ilk 24-48 saatinde hastanede anneleriyle birlikte kalmalıdır. Doğumdan sonraki ilk 6-8 saat postnatal yaşama uyumun gerçekleştiği, yaşamın belki de en kritik dönemidir. Bu dönemde bebeklerde solunum ve dolaşım sistemleri başta olmak üzere önemli değişiklikler olur. Uyumla ilgili sorunlar genellikle ilk 24 saat içinde bulgu verir. 24-48 saatini dolduran, miadında ve sağlıklı olduğu düşünülen bebeklerin taburcu edilebilmeleri için aşağıdaki koşulları sağlamaları gerekir:

- Fizik muayenesi normal olmalı
- Sarılık ve kan grubu uyumsuzluğu olmamalı
- En az iki kez başarılı emzirme sağlanmış olmalı
- En az bir kez idrar yapmış olmalı
- En az bir kez mekonyum yapmış olmalı



Resim 1. Memeye doğru yerleşme ve pozisyon

- Annenin bebeğin beslenmesi ve bakımını yapabileceğine güvenilmeli.

Erken, yani 48 saatini doldurmadan taburculuğun en önemli sakıncası sarılık ve emzirme ile ilgili sorunların gözden kaçabilme riskidir. Bu bebekler, taburcu olduktan sonraki 2. ya da 3. günde yeniden görmeli, kilo kayıpları, emzirme ve anne sütünün durumu ve sarılığın olup olmadığı değerlendirilmelidir. Erken taburculuk, konjenital hipotiroidi ve fenilketonüri taramaları için de sorun oluşturabilir. Konjenital hipotiroidi taraması için, neonatal TSH'nin 48-72 saat içinde alınması, fenilketonüri için de bebeğin yeterli beslenmiş olması önerilir. Ancak 24.saatten sonra neonatal TSH'nin alınabileceği de bildirilmiştir.

2- Başarılı bir emzirme nasıl sağlanır?

Bebeklerin ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmeleri önerilir. Bunun sağlanması için bebeğin doğumundan itibaren hem anne, hem de bebeğin doğru emzirme açısından desteklenmesi ve annelere eğitim verilmesi önemlidir. Yenidoğan bebek, doğum sonrası en geç 20-30 dakika içinde memeye tutulmalı, emzirme tekniği anneye gösterilmelidir. Biberon ya da emzik kesinlikle kullanılmamalıdır. Tıbbi bir neden yoksa (hipoglisemi vb.), bebeğe anne sütü dışında sıvı ya da mama verilmemelidir. Bebeğin memeye doğru yerleşmesi sağlanmalıdır. Bunun için bebeğin ağzı geniş açık, çene memeye değiyor, alt dudak dışa kıvrık olmalı, areolanın tamamına yakını bebeğin ağzında bulunmalıdır (Resim 1).

3- Anne sütü ile beslenen bebeklerde sütün yeterli olduğuna nasıl karar verilir?

Anne sütü, ilk altı ay boyunca, bebeklere su dahil başka hiçbir şey vermeyi gerektirmeden tek başına yeterlidir. Anne sütü ile beslenen bebeklerde mide boşalması hızlı olduğundan, sık acıkları; ancak bu sütün yetersizliğini göstermez. Anne sütünün yeterli olup olmadığının en iyi göstergesi bebeğin yeterli ağırlık kazanımının olmasıdır. İlk 6 ayda



Resim 2. Mongol lekesi

günlük kilo alımı 20-30 gr. olmalıdır. Yeterli anne sütü alan bebeklerin sık idrar yapmaları (günde en az 5-6 kez), ya da her bezlerinin ıslak olması ve günde 3-4 kez gaita yapması gerekir.

4- Anne sütü sarılığı nedir? Erken ve geç anne sütü sarılığının farkları nelerdir?

Anne sütü ile beslenen bebeklerde, indirekt hiperbilirubineminin mama ile beslenenlere oranla 3-6 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Anne sütü sarılığı iki gruba ayrılır: erken ve geç anne sütü sarılığı. Erken anne sütü sarılığı, yaşamın ilk haftasında gelişir ve ilk günlerde yaşanan emzirme başarısızlıkları ve yeterli kalori alınamaması ile ilişkilidir. Yeterli emzirme danışmanlığı ile ilk haftada başarılı emzirme sağlananlarda sarılığın olmadığı görülmüştür. Geç anne sütü sarılığı birinci haftadan sonra gelişir ve 2-3. haftadan sonra da sürer. Anne sütündeki serbest yağ asitleri, pregnandiol gibi maddeler suçlanmışsa da kanıtlanmamıştır. En güçlü olasılık, anne sütünde bulunan β -glukuronidaz enzimi nedeniyle bilirubinin enterohepatik dolaşımının artmasıdır.

Anne sütü sarılığının tedavisi de diğer nedenlere bağlı gelişen indirekt hiperbilirubinemi gibidir. Yüksek bilirubin düzeylerinde fototerapi uygulanır. Çünkü, anne sütü sarılığında da bilirubin ensefalopatisi (kernikterus) gelişebilir. Tedavi amacıyla anne sütünün kesilmesi, etkin olsa bile önerilmez.

5- Mongol lekesi nedir? Yenidoğanda Mongol lekesinin bir önemi var mıdır? Ne zaman düzelir?

Mongol lekesi, yenidoğan bebeklerde sıklıkla lumbosakral bölgede görülen

hiperpigmente makül özelliğinde lezyonlardır (Resim 2). Koyu mavi ya da mor renkte olup ekimozla karışabilir. Asyalı ırkta %90, beyaz ırkta %5-10 sıklıkta görülür. Bebeklik döneminin sonlarına doğru genellikle solar ve 4 yaşından önce kaybolur. Nadiren erişkin dönemde de sürebilir. Herhangi bir girişim gerektirmez.

6- Fontanellerin büyüklüğü ne olmalıdır? Vitamin D desteğine bağlı olarak erken fontanel kapanması olur mu?

Ön fontanel sagittal ve koroner sütürler arasındadır. Boyutu çok değişken olabilir de, genişliği yenidoğanlarda 4-6 cm kadardır. Arka fontanel lambdoid ve sagittal sütürler arasındadır ve çapı en fazla bir cm olmalıdır. Normalden daha geniş fontanellerin varlığında, hipotiroidi, malnutrisyon hidrosefali ve rikets ilk akla gelen hastalıklar olmalıdır. Osteogenesis imperfekta gibi genetik bazı hastalıklarda da olabilir. Arka fontanel 3. aydan sonra palpe edilemezken, ön fontanelin kapanması 12-18 ayda olur. İdame dozunda D vitamini desteğinin fontanellerin erken kapanması gibi bir etkisi yoktur. Kuşku durumlarda baş çevresi izlemi önemlidir. Bir ya da daha fazla kraniyel sütürün, olması gerekenden daha erken kapanması, yani kraniosinostoziste başta asimetri ve şekil bozukluğu olması beklenir. Sütür kapanması sıklıkla doğum öncesinde olduğundan, bu bebeklerde doğumda kafatası deformitesi görülür. Radyolojik incelemeler (kafa grafileri, üç boyutlu bilgisayarlı tomografi) ile tanı konulur.

7- Preoriküler papillom nedir?

Preoriküler papillomlar sıktır ve genellikle selimdir. Ancak, renal sorunlar ve işitme kaybı ile birlikte olabilir. Bu bebeklere, tüm dış kulak yolu malformasyonlarında olduğu gibi, işitme testi yapılması önerilir.

8- İlk mekonyum ve idrar çıkışı ne zaman olmalıdır?

Yenidoğanların %80'den fazlası ilk 24 saat içinde mekonyum yaparlar. Geriye kalanları da ikinci günde mekonyum çıkarırlar. İlk 48 saat içinde mekonyum çıkışı yoksa araştırılmalıdır. İdrar çıkışı da ilk 24-48 saat içinde olmalıdır. Bebeklerin bir kısmı doğumdan hemen sonra idrar yaparlar ve bu aile tarafından fark edilmemiş olabilir.

9- Yenidoğanlarda göbek ve cilt bakımı nasıl yapılmalıdır?

Yenidoğan bebeklerin cildi verniks kazeoza denilen yağlı bir madde ile kaplıdır. Yalnızca insanlarda vardır, antimikrobial peptid içerir. Bu, bebeğin cildini enfeksiyonlardan korur, bariyer krem işlevi görür, antioksidan ve nemlendirici özellikleri vardır. Su geçirmez. Bu nedenle bebeklere doğumdan hemen sonra ilk 6 saat banyo yaptırılmamalı, yalnızca ısı kaybını önlemek için iyice kurulanmalıdır. Göbek önemli bir enfeksiyon giriş kapısı olduğu için temiz tutulmalıdır. Doğumdan sonraki temizlikte povidon iyodin ya da %80 etanol kullanılabilir. Alkol göbeğin kurummasını sağlar, düşmeyi hızlandırır. Ancak antiseptik etkisi kısıdır. Bu nedenle son yıllarda klorheksidin- alkol karışımı kullanılması önerilmektedir. Sonraki günlerde günde bir kez etanol ile silinmesi yeterlidir. Hiçbir şey sürülmeden kuru bakım da yapılabilir. Açık tutulmalı, bezin dışında bırakılmalıdır. Göbek düşmeden banyo yaptırılma ile ilgili özel bir öneri yoktur. Göbek 1-2 hafta içerisinde düşer. Bu sırada bir iki damla kan görülebilir. Daha sonraki dönemlerinde bebeklere gün aşırı banyo yaptırılması, cildin asiditesini bozmayan sabun ya da şampuanlar kullanılması önerilir. Cilde ayrıca bebek yağı, losyon vb. maddelerin sürülmesine gerek yoktur.

10. İşitme testi tüm bebeklere yapılmalı mıdır?

Konjenital kalıcı işitme kaybının erken dönemde saptanabilmesi, bebeğin dil gelişimi açısından önemlidir. Bu nedenle yüksek riski olan bebeklerin otoakustik emisyon ve/ya da ABR (*Auditory brainstem response*) testleri ile taranması gerekir. Prematüre doğum, doğum ağırlığının 1500 gr'dan az olması, 1. dakika Apgar skorunun 0-4, 5. dakika Apgar skorunun 0-5 olması, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde iki günden uzun süreyle yatmış olmak, sepsis/menenjit, mekanik ventilasyon tedavisi (beş gün ya da daha uzun süreyle), ototoksik ilaçların kullanımı (aminoglikozidler, furosemid), kan değişimi sınırına kadar yükselmiş indirekt hiperbilirubinemi olması, ailede işitme kaybı öyküsü, her türlü kraniyofasiyel malformasyonlar (özellikle dış kulak ile ilgili) kalıcı işitme kaybı için risk etmenleridir. Son yıllarda, herhangi bir risk etmeni olsun ya da olmasın, tüm doğan bebeklerin taranması önerilmektedir. Çünkü, bebeğin işitme düzeyini anne-babaların ve hekimlerin ayırt etmesi çoğu zaman mümkün olmaz ve işitme kaybının 6.aydan önce saptanması prognoz açısından önemlidir.