



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK İNCELEMESİ

Dr. T. Cevher ÇİFTÇİ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2016



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK İNCELEMESİ

Dr. T. Cevher ÇİFTÇİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Erol ARMAĞAN

BURSA-2016

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iv
Giriş.....	1
Gereç ve Yöntem.....	23
Bulgular.....	25
Tartışma ve Sonuç.....	36
Kaynaklar.....	41
Teşekkür.....	46
Özgeçmiş.....	47

ÖZET

Bu çalışmada acil servis başvurularında gebe olduğu bilinen hastaların ve acil serviste gebeliği saptanmış hastaların epidemiyolojik ve demografik incelemesinin yapılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran, başvurduğunda gebeliği bilinen ve acil serviste gebe olduğu saptanan 500 hasta alındı. Hastaların geliş şikayetleri, vital bulguları, gebelik haftaları, gebelik sayıları, ön tanı/tanıları, tedavileri, yapılan konsültasyonları, hastanede yatış süreleri ve acil servis sonuçları araştırıldı.

Gebelerin acil servise en sık başvuru şikayetleri karın ağrısı (%46.6), suyunun gelmesi (%17.8), vajinal kanama (%15.2), bebeğini hissetmeme (%5), kusma (%4.8), tansiyon yüksekliği (%3) idi. En sık konulan tanıları doğum eylemi (%29.4), nonspesifik karın ağrısı (%15.6), erken doğum eylemi (%12.2), abortus (%12), idrar yolu enfeksiyonu (%7.4), preeklampsi (%3.2) idi. Bunların haricinde gebelik kolestazi, serebrovasküler hastalık, ileus, gastrointestinal kanama, derin ven trombozu, myalji, epilepsi gibi gebelikte de görülebilen, tanı ve tedavisi atlanırsa morbidite ve mortalite nedeni olabilecek tanıları da konuldu. 363 adet kadın doğum, 1 adet kalp damar cerrahisi, 3 adet kardiyoloji, 3 adet nöroloji, 4 adet genel cerrahi, 1 adet gastroenteroloji, 1 adet psikiyatri, 1 adet dermatoloji konsültasyonu istendi. Hastaların %44'ü acil servisten taburcu edildi, %55.2'si hastaneye yatırıldı.

Acil servise isteyen herkes başvurabildiği gibi gebeler de sıklıkla başvurmaktadır ve başvuru şikayetleri çok çeşitlidir. Şikayetin nedeni bazen gebeliğe bağlı (doğum eylemi, vajinal kanama, hiperemesis gravidarum vb.) bazen gebelik dışı nedenlerden (akut apandisit, travma) olabilir. Gebeliğe bağlı olan fizyolojik değişiklikler, hastalıkların semptom ve bulgularının normalden farklı olmasına neden olabilir, bu nedenle de acil servis hekimini yanıltabilir. Gebelikte oluşabilecek komplikasyonların ve yeni tanı gebeliklerin acil servisin yoğunluğu ve karmaşası içinde atlanmaması, gebelik ile ilgili ayrıntılı bir anamnez alınmadan tetkik (görüntüleme vb.) yapılmaması gerekir.

Sonuç olarak acil servisimize başvuran 31152 kadın hasta içinde 500 gebe hasta çalışmaya dahil edildi. 147 hastaya (%29.4) doğum eylemi, 78 hastaya (%15.6) nonspesifik karın ağrısı, 61 hastaya (%12.2) erken doğum eylemi, 60 hastaya (%12) abortus, 37 hastaya (%7.4) idrar yolu enfeksiyonu, 16 hastaya (%3.2) preeklampsi, 15 hastaya (%3) yeni tanı gebelik, 10 hastaya (%2) intrauterin ex, 9 hastaya (%1.8) hiperemezis gravidarum, 5 hastaya (%1) ektopik gebelik ve 62 hastaya da (%12.4) diğer tanılar konuldu. Hastaların; 276'sı (%55.2) hastaneye yatırılırken, 220'si (%44) taburcu edildi, 4'ü (%0.8) başka hastaneye sevk edildi. Acil servisimize gebeler sıklıkla başvurmaktadır ve tüm kadın hasta başvurularının yaklaşık %2'sini oluşturmaktadır. Acil servisteki gebe hastalar için ayrı bir ünite oluşturulması düşünülebilir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, gebe, epidemiyoloji.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF PREGNANT PATIENTS IN EMERGENCY ROOM

The purpose of this study is to analysis the epidemiological and demographic characteristics of pregnant and was found to be pregnant who admitted to the emergency service.

A total of 500 patients admitted to the Uludag University Faculty of Medicine Emergency Department were included in this study. The develop symptoms, vital signs, gestational age, the number of pregnancies, pre-diagnosis/diagnosis, treatment, carried out consultations, hospitalization period, emergency services and outcomes of patients were analyzed.

The most common complaint of pregnant women to emergency services are abdominal pain (46.6%), the arrival of water (17.8%), hemorrhage (15.2%), to not feel the baby (5%), vomiting (4.8%), height of blood pressure (3%). The most frequent diagnoses are labor (29.4%), nonspecific abdominal pain (15.6%), preterm delivery (12.2%), abortion (12%), urinary tract infection (7.4%), preeclampsia (3.2%). We also put the diagnosis of intrahepatic cholestasis of pregnancy, cerebrovascular disease, ileus, gastrointestinal bleeding, deep vein thrombosis, myalgia, epilepsy which can be seen also in pregnancy and which may be the cause of mortality and morbidity. 363 obstetrics, 1 cardiovascular surgery, 3 cardiology, 3 neurology, 4 general surgery, 1 gastroenterology, 1 psychiatrist, 1 asked the dermatology consultation. 44% were discharged from the emergency department. 55.2% was admitted to the hospital.

Everyone is admitted to emergency service and also pregnant women are frequently admitted to emergency service and complaints are numerous. Complaints sometimes causes related to pregnancy (labor, vaginal bleeding, hyperemesis gravidarum ... etc) sometimes for reasons outside of pregnancy (acute appendicitis, trauma). Physiological changes

related to pregnancy, can lead to different normal signs and symptoms therefore it may mislead the emergency physician. Pregnancy-related complications and not be missed the new diagnostic in the intensity and confusion of the emergency room, without taking a detailed medical history of pregnancy and pregnancy-related (such as imaging) examination should be done.

500 pregnant women were included in the study of 31152 female patients admitted to the emergency room. 147 patients (29.4%) labor, 78 patients (15.6%) nonspesifik abdominal pain, 61 patients (12.2%) preterm labor, 60 patients (12%) abortus, 37 patients (7.4%) urinary tract infection, 16 patients (3.2%) preeklampsi, 15 patients (3%) new diagnosis of pregnancy, 10 patients (2%) intrauterin ex, 9 patients (1.8%) hiperomezis gravidarum, 5 patients (1%) ectopic pregnancy and 62 patients (12.4%) with other diagnoses were put. 276 (55.2%) were hospitalized, 220 (44%) were discharged, and 4 (0.8%) were referred to another hospital. Pregnant women are often admitted to our emergency department and are an important part as 2% of all female applicants. Therefore it considered the creation of a separate unit for pregnant patients in the emergency department.

Key words: Emergency service, Pregnant, Epidemiology

GİRİŞ

Gebelik ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde 15-45 yaş arası kadınlarda sık görülen fizyolojik bir durumdur. Ancak fizyolojik olmasına rağmen gebelikle birlikte anne vücudunda birçok değişiklikler görülmektedir. Bu fizyolojik değişiklikler, gebelerde çeşitli yakınmalara ve gebelik dönemine has hastalıklara neden olabilir. Ayrıca oluşan fizyolojik değişikliklerle beraber gebelerin tanı, tedavi ve takip aşamalarında da çeşitli farklılıklar olacağı aşikardır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her gün 800 kadın, doğum komplikasyonları nedeni ile hayatını kaybetmektedir. Gelişmekte olan bir ülkedeki gebe bir kadın, gelişmiş bir ülkedeki gebe bir kadına oranla doğum komplikasyonları açısından 36 kat daha fazla risk altındadır. Gelişmekte olan ülkelerde basit hayat kurtarıcı ve kost-efektif tedavisi olan, şiddetli kanama, hipertansiyon, sepsis, güvensiz kürtaj ve tıkaçıcı beyin damar hastalığı, gebelerde başlıca ölüm sebeplerini oluşturmaktadır (1).

Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucudur. Bu rahatsızlıklar yapı ve şiddet olarak hamileliğin evresine göre değişir. Gebelerde en sık rastlanılan yakınmalar; sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştahta artma-azalma, vajinal kanama, mide yanması, kokulara karşı hassasiyet, konstipasyon, diyare, hemoroidler, varisler ve ödem, kas krampları, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk hissi, halsizlik, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur. Bunun yanı sıra mortalite ve morbiditeye neden olabilecek bazı hastalıklar da gebeliğe eşlik edebilir. Diyabet ve komplikasyonları, pulmoner tromboemboli (PE), derin ven trombozu (DVT), kardiyak disritmiler, aort disseksiyonu, pyelonefrit, preeklampsi, eklampsi, hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombositlerde düşme ile seyreden HELLP Sendromu, ektopik gebelik, ablasyo plasenta, plasenta previa, vasa previa, uterus rüptürü gebelik döneminde görülebilmektedir.

Acil Serviste Erken Gebelik Tanısı

Başvuru şikâyeti ne olursa olsun, acil serviste doğurganlık çağındaki her kadın hastanın gebe olma olasılığı dikkate alınmalı ve hastanın obstetrik ve jinekolojik öyküsü özellikle sorgulanmalıdır. Bunlar gebelik semptomlarının varlığı, cinsel aktivite, doğum kontrol yöntemi, gebelik öyküsü, önceki jinekolojik hastalıkları, bir önceki ve en son adet tarihi, menstrüasyon siklus süresi gibi jinekolojik ve obstetrik öyküsünü içermelidir. Öykü ve fizik muayene sonrası, gebelik testi ve ultrasonografi (USG) gibi yardımcı yöntemler ile gebelik tanısı konur. Karakteristik öykü ve fizik muayene bulgularının, gebelik tanısı için duyarlılığı kısıtlıdır.

Erken Gebelik Semptom ve Bulguları

Gebeliğin ilk göstergesi, menstrüasyon gecikmesidir (amenore). Takiben bulantı, kusma, yorgunluk, idrar sıklığında artış ve memede hassasiyet, şişlik gibi klasik gebelik semptomları oluşur.

Amenore: Erken gebeliğin en temel semptomlarından biridir. Doğurganlık çağındaki bir kadında adet kesilmesi veya adet bir haftadan fazla gecikmesidir.

Bulantı-Kusma: Gebeliğin 6-12 haftaları arasında görülür. Tipik olarak sabah başlar ve gün içinde düzelir. Eşlik eden karın ağrısı, abdominal distansiyon, başağrısı, ishal gibi şikâyetler varsa gebelik dışındaki diğer sebeplerin araştırılması gerekir. On ikinci haftadan sonra bulantı-kusma varsa gebelik ile ilişkili diğer durumların değerlendirilmesi gerekir.

Memede Hassasiyet: Östrojen ve progesteronun, Human koryonik gonadotropin hormon (hCG) stimülasyonuna sekonder etkisi ile meme glandlarında genişleme bunun sonucunda memede büyüme ve ağrı, karıncalanma gibi aşırı uyarılmadan kaynaklı şikâyetler oluşur.

İdrar Sıklığında Artış: Mesane fonksiyonlarında değişiklik olmadan ve mekanik faktör bulunmadan, fazla sıvı alımı, plazma volümünde genişleme, artmış renal kan akımı, artmış glomeruler filtrasyon gibi artmış üriner output nedeni ile idrar sıklığında artış, gebelikte çok sık görülen bir şikâyettir.

Yorgunluk: Sıklıkla gebeliğin ilk ayında daha belirgin, ikinci ayda daha hafif görülür. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte progesteron konsantrasyonuna ve aşırı kardiyovasküler ve hematolojik değişikliklerin oluşmasına bağlanmıştır. Yorgunluğun gebeliğe mi, yoksa diğer sekonder sebeplere mi bağlı olduğu araştırılmalıdır. Yiyecek arzulama, duygu durum değişiklikleri, sersemlik, abdominal şişlik, konstipasyon, mide ekşimesi, sırt ağrısı, nazal konjesyon, menstrüasyondakine benzer uterin kramplar, nefes darlığı erken gebelikte varolan diğer şikayetlerdir. Gebelikte uterus krampları hafiftir, eşlik eden kanama yoktur ve ağrı karnın dış kadrantlarındadır. Karın ağrısı veya şişliğin ayırıcı tanısında akut apendisit, kolesistit ve diğer akut acil cerrahi gerektiren durumların dışlanması gerekmektedir. Progesteron intestinal motiliteyi azalttığından, alt ösefagus sfinkteri gevşer. Mide ekşimesi, konstipasyon, karında şişlik progesterona bağlı semptomlardır. Vasküler rezistansın azalmasına bağlı ortostatik hipotansiyon nedeniyle sersemlik görülür. Bilinen kalp hastalığı olan veya olmayan gebelerde; çarpıntı, başdönmesi, senkop ve near senkopun %10'u aritmi ile ilişkilidir. Aritmi (premature atrial ve ventriküler atım) insidansı özellikle gebelikte artar. Senkop ayırıcı tanısında, anemi, elektrolit bozukluğu, dehidratasyon, pulmoner emboli, ve aritmi düşünülmelidir. Gebeliğin ilerlemesine bağlı bel ağrısı ve diğer kas-iskelet sistem ağrıları görülür. Round ligament ağrısı; tipik olarak abdomen sağ yarısında aktivite sırasında olan ağrıdır. Benzer ağrılar miyom, endometriozis, varikozite bağlı da görülebilir.

Erken Gebelik Kanamaları

Vajinal kanama, erken gebelik döneminde sık görülen klinik bir sorundur. Tüm gebelerin yaklaşık %20'si bu klinik durumdan şikayetçi olmaktadır (2). Erken dönemdeki vajinal kanamalar; abortuslar, ektopik gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, servikal lezyonlar, servikal polipler nedeni ile olabilir (3). Gelişen teknoloji, transvaginal ultrasonografinin kullanımının yaygınlaşması, hassas hCG kitlerinin kullanılması, progesteron değerleri ile erken gebelik kayıpları, fizyolojik kanama, ektopik gebelik ve trofoblastik hastalıktan ayırtedilebilmektedir. Yirminci haftadan önce veya fetus ağırlığı 500 gramın altındayken gebeliğin sonlanmasına abortus denir.

Tüm gebeliklerin %50-70'i, klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %10-15'i düşükle (abortus) sonlanır (1). Erken gebelik haftalarında görülen ve vajinal kanama nedeni olan abortuslar aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (4);

1. Abortus imminens
2. Abortus incipiens
3. İnkomplet abortus
4. Komplet abortus
5. Missed abortus
6. Blighted ovum (boş gebelik)

Abortusların %80 kadarı ilk 12 hafta içerisinde ortaya çıkar ve genellikle fetal nedenlere bağlıdır; bunlarında yaklaşık yarısında neden kromozomal anomalileridir, 12. haftanın üzerindeki abortuslarda ise sıklıkla neden maternal faktörlerdir. Maternal faktörler kısaca enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaç ve çevresel faktörler, immünolojik faktörler, trombofili, uterus patolojileri ve servikal yetmezlik şeklinde sıralanabilirler. Fetal faktörler ise genellikle kromozomal anormalliklerdir ve en sık görülen kromozomal anomaliler ise trizomilerdir (1,4).

Klinik olarak abortus imminenste kanama hafiftir, ağrı eşlik edebilir, muayene bulgusu olarak ise serviks kapalıdır bu hastalarda yatak istirahati önerilir. Abortus incipienste vajinal kanama daha çoktur, ağrı artmıştır ve servikal açıklık ve silinme mevcuttur; düşük kaçınılmazdır ve küretaj ile gebelik sonlandırılmalıdır. İnkomplet ve komplet abortusta ağırlı vajinal kanama ve parça düşürme şikayeti vardır ve hastaya hemen revizyone küretaj uygulanır ve gebelik materyali temizlenerek hastanın kanaması durdurulur. Missed abortus ve blighted ovumda (boş gebelik) klinik olarak hastanın şikayeti yoktur veya minimal kanama mevcuttur, ultrasonografi ile tanı konur ve bu hastalarda da gecikmeden küretaj yapılmalıdır. Tüm bu hastalarda eğer hasta Rh negatif ve 6 haftanın üzerinde bir gebeliği var ise mutlaka anti-D immunglobulin yapılmalıdır (5).

Ektopik Gebelik

Ektopik Gebelik Uterus kavitesi dışına implante olmuş gebelik ektopik

(dış) gebelik olarak adlandırılır ve tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %1'inde görülür. Ektopik gebelik genellikle fallop tüplerine yerleşir (%95-99) ve fallop tüpünün de en sık ampuller bölgesine lokalize olur. Diğer lokalizasyondaki yerleşimler (ovaryan, servikal, abdominal vb.) ise nadir olarak görülür. Ektopik gebeliğin klinik önemi; uterus dışı bir yerde gelişen gebelik odağı için bu lokalizasyonun yeterli olmaması ve sonuçta hayatı tehdit edici kanamaya neden olmasıdır. Özellikle β -hCG kullanımı ve transvaginal ultrasonografi ile ektopik gebelik tanısı kolay ve gecikmeden konulabilmektedir (6). Ektopik gebelikte hızlı ve doğru tanı ile acil müdahale yapılmalı ve fertilitate korunmaya çalışılmalıdır. Ektopik gebelik için risk faktörleri arasında geçirilmiş pelvik enfeksiyon, geçirilmiş ektopik gebelik, geçirilmiş tubal cerrahi ve intrauterin araç takılması sayılabilir.

Adet gecikmesi ile beraber düzensiz kanaması olan β -hCG pozitif ancak ultrasonografi ile intrauterin kese görülemeyen reproduktif çağıdaki her kadında akla gelmelidir (7). Abdominal hassasiyet, kasık ağrısı, adneksiyel kitle, uterus büyümesi, rüptür ve kanamanın boyutuna bağlı periton irritasyon bulguları, taşikardi, taşipne ve ortostatik değişiklikler olabilir. Ektopik gebelik olgularında β -hCG mutlaka pozitiftir. Normal bir gebelikte kanda bakılan β -hCG 36-48 saatte bir, ikiye katlanır ektopik gebelikte ise bu düzenli artış izlenmez. Bunun dışında serum progesteronu, kreatin kinaz, relaxin, prorenin gibi değerlere de bakılabilir. Ektopik gebelik tanısında altın standart ise laparoskopide ektopik gebelik odağının görülmesidir.

Ayırıcı tanıda akut apandisit, adneksiyel torsiyon, abortus, korpus luteum kisti, pelvik inflamatuvar hastalık, gastroenterit, idrar yolu enfeksiyonu mutlaka akla gelmelidir.

Ektopik gebelik tedavisinde amaç mevcut patolojiyi düzeltirken, hastanın fertilitate istemi varsa fertilitatesinin zarar görmemesini sağlamaktır. Tedavi ektopik gebelik odağının rüptüre olup olmamasına, sağlam olan tubanın durumuna göre ve hastanın fertilizasyon arzusuna göre cerrahi veya medikal olarak planlanır.

Medikal tedavide metotreksat kullanılır. Genellikle rüptüre olmamış, gebelik kesesi 4 cm'den küçük ve fetal kalp hareketi olmayan ektopik gebelik olgularında medikal tedavi uygulanabilir. Tedavi dozu ise metotreksat için 50

mg/m² veya 1 mg/kg şeklindedir. Metotreksat tedavisinin en sık karşılaşılan yan etkisi mukozittir. Bunun için hastaya folinik asit verilir. Daha az sıklıkla karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, pansitopeni gibi yan etkiler de olabilir.

Cerrahi tedavide laparoskopi ve laparotomi uygulanabilir. Laparoskopi ile lineer salpingostomi, parsiyel salpenjektomi, tubal sağma (milking) yapılabilir. Ektopik gebelikte laparotomi şiddetli kanama, laparaskopi esnasında adnekslerin yeterince görüntülenememesi veya ektopik gebeliğin abdominal, intersisyel veya kornual ovaryen lokalizasyonda olması nedeni ile tercih edilir (8).

Trofoblastik Hastalıklar

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar, mol hidatiform, lokal invaziv mol, metastatik mol ve koryokarsinomayı içine alan geniş bir hastalık grubuna verilen ortak isimdir.

Molar gebelikte klinik olarak vajinal kanama ve ağrı olmasına rağmen, genellikle tanı ultrasonografik olarak tipik kar yağdı veya ekmek içi manzarasının saptanması ile konabilir. En önemli risk faktörleri ise ileri maternal yaş ve geçirilmiş mol hidatiform öyküsüdür. Hiperemesis gravidarum, preeklampsi, gestasyonel yaşla uyumlu olmayan uterus büyüklüğü, hipertiroidizm gibi birçok klinik bulgunun görülmesi halinde mutlaka akla gelmelidir (4).

Tedavide en güvenilir yöntem vakum aspirasyonudur ancak ileri yaş ve çocuk istemi yoksa histerektomi uygulanabilir. Bu işlemler sonrasında takip eden 3 haftalık dönemde haftalık β -hCG izlemleri ile değerlerin normale inmesi izlenmelidir. Değerlerin normale gelmesi ile 6-12 ay boyunca her ay β -hCG takibi yapılmalıdır. Hastaya bir yıl süreyle oral kontraseptif ilaçlarla mutlaka kontrasepsiyon anlatılmalıdır.

Persistan hastalık riski komplet mol olgularını takiben %15-20 civarındadır, persistan hastalık gelişmesi halinde pelvik muayene, akciğer grafisi, kan testleri, karaciğer ve beyin tomografisi ile uterus dışı yayılım olup olmadığı tespit edilmelidir. Tedavide tek ajanlı kemoterapi tercih edilmektedir;

metotreksat, aktinomisin D ve 5-Fluorouracil (5-FU) genellikle tercih edilen ajanlardır. Metastaz saptanması halinde düşük riskli grupta tek ajanlı kemoterapi tercih edilirken, yüksek riskli grupta kombine kemoterapi (MAC veya EMA-CO) rejimleri uygulanır.

Geç Gebelik Kanamaları

Geç gebelik kanamaları gebeliğin özellikle üçüncü trimesterinde maternal ve/veya fetal morbidite ve mortaliteyi arttırabilen klinik durumlardır. En sık sebepleri arasında plasenta previa, ablasyo plasenta ve vasa previa sayılabilir. İkinci trimester kanamalarında da sıklıkla plasenta yerleşim anomalileri beklenir ancak bununla birlikte vajinal enfeksiyonla veya postkoital kanama ile ilişkili, ektopion veya servikal polip nedeni ile, servikal yetmezlik ve nadir de olsa kanseröz lezyonlar nedeni ile vajinal kanama gözlemlenebilir (9). Olguların %50'sinde kanamanın sebebi tüm değerlendirmelere rağmen saptanamayabilir (10).

Plasenta previa

Plasenta previa plasental dokunun servikal osun üzerinde veya komşuluğunda olmasıdır; servikal osun plasental doku ile çevrelendiği plasenta previa ve plasentanın servikal osun 2-3 cm çevresi içine uzandığı ancak serviksi çevrelemediği plasenta marjinalis olmak üzere 2 varyasyonu vardır. Plasenta previa insidansı 4/1000 doğumdur (11). Klinik olarak ağrısız vajinal kanama görülür kanamaya bazen uterus kontraksiyonları da eşlik edebilir.

Özellikle gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama ile başvuran her hastada ultrasonografi ile tanı genellikle %98-100 oranında doğrulukla konabilmektedir. Plasenta previa şüphesinde vajinal muayene yapılmamalıdır.

Tedavide fetus preterm ise ve kanama minimal ise doğum endikasyonu yoktur. Eğer gebelik haftası 34. haftadan daha küçükse antenatal kortikosteroid uygulanmalı, vaginal kanamaya uterin kontraksiyonlar eşlik ediyorsa tokoliz uygulanmalı bu arada anne her an acil

şartlar için hazırlanmalıdır.

Maternal oksijen tedavisi, sol dekübit pozisyon ve sıvı replasmanına rağmen devam eden tatmin etmeyen fetal kalp atım trasesi, hayatı tehdit eden maternal kanama, belirgin vajinal kanama varlığında doğum endikasyonu vardır ve doğum şekli sezaryen olmalıdır (12).

Ablasyo plasenta

Ablasyo plasenta, normal yerleşimli bir plasentanın fetüsün doğumundan önce ayrılmasıdır. 1/75-1/226 doğumda bir görülür. Ablasyo plasenta klinik olarak vajinal kanama, abdominal ağrı, uterin hipertensiyon, güven vermeyen fetal kalp hızı paterni, fetal ölüm ve DIC tablosu ile karşımıza çıkabilir (13). Tanısı öncelikle klinikdir. Ultrasonografi, laboratuvar ile de desteklenebilir.

Ablasyo plasenta tanısı konulduğu zaman şoka karşı önlem alınmalıdır. Eğer hipovolemik şok varsa kan transfüzyonu ve kristalloidlerle replasmana başlanmalıdır. Tedavide doğum zamanlaması maternal ve fetal duruma, gestasyonel yaşa ve semptomların ciddiyetine göre karar verilir. Acil doğum seçeneği dekolmanın şiddetine ve fetüsün canlı veya ölü olmasına bağlıdır. Fetüs ölü ise vajinal doğum amaçtır, koagülopati açısından anne takip edilmelidir. Fetus preterm ise fetal iyilik hali yakın gözleme alınarak doğum geciktirilebilir ancak genel olarak tokolitik tedavi kabul edilmemiştir.

Vasa previa

Vasa previa, fetal damarların servikal os üzerinden velamentoz insersiyonu olarak tanımlanır. İnsidansı 1/6000'dir (14). Klinik olarak akut vajinal kanama ile birlikte eğer hemen müdahale edilmezse ani fetal ölüm görülebilir. Tanı ultrasonografi ile konabilir. Tedavide acil sezaryen ile doğum yaptırılır.

Servikal yetmezlik

Serviksin prematür dilatasyonu fetal kayıp veya doğumların majör

sebebidir. Transvajinal ultrasonografi ile servikal dilatasyon ve kısalma değerlendirilmelidir. Servikal yetmezlik genellikle ikinci trimester kanamalarına yol açmakla birlikte preterm doğumlara da neden olabilmektedir. 12 ile 15. gestasyonel haftalarda fetal viabilite gösterilmesini takiben profilaktik servikal sütürler konabilir (serklaj) (9). Serklajın preterm doğumu engellediği veya fetal kaybı önlediği yönünde yeterli kanıt yoktur (15).

Hipertansif Aciller

Gebeliğin en sık tıbbi komplikasyonu hipertansiyondur ve tüm gebeliklerin %5-10'unda görülür (16). Gestasyonel hipertansiyon; gebelikte veya preeklampsi veya önceden var olan hipertansiyon bulgu ve belirtileri olmadan postpartum ilk 24 saat içinde gelişen kan basıncı yüksekliğidir. Kronik hipertansiyon; gebelikten önce hipertansiyon olması veya 20. gebelik haftasından önce tanının konması ile tanımlanmaktadır. Preeklampsi; proteinüri ile beraber 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon gelişmesidir. Ülkemizde de anne ölümlerinin en önde gelen nedeni preeklampsidir (17). Eklampsi; preeklampsi tablosuna konvülsyonların eklenmesi durumudur. Preeklampsi oluşacağını önceden öngörmek mümkün olmadığından daha önceden geçirilmiş preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, diabetes mellitus, renal ve hipertansiyon hastalığı olan, 1. derece akrabalarında preeklampsi öyküsü olan gebeler preeklampsi açısından sık kan basıncı ve uterin arter doppleri ile yakın takip altında tutulmalıdır.

Preeklampsi tanısı konan gebeler hospitalize edilerek tablonun hafif mi ağır mı olduğu belirlenmelidir. Hafif tabloda genellikle 37. gebelik haftası ve üstü hafif hastalık gelişen olgularda serviksi uygun olan terme yakın gebelerde doğum indüksiyonu önerilir. Eğer serviks uygun değilse anne ve fetus yakın izlemde tutulmalıdır; annede belirtilerin başlangıcı veya kan basıncı değerlerinin yükselmesi veya proteinüri gelişimi acil hastaneye yatış ve yakın izlem gerektirir. 37. haftanın altındaki hafif preeklampsili olgularda ayaktan tedavi düşünülebilir ancak fetal ve maternal değerlendirme yapılarak olgular haftada 2 kez görülmeli, her muayenede trombosit sayımı ve karaciğer enzimleri tekrarlanmalı, NST (nonstress test) ve seri

ultrasonografilerle fetal gelişim ve amniotik sıvı değerlendirilmelidir.

Şiddetli preeklampsi tablosu obstetrik acil bir durumdur. Kritik sınır 34 haftadır, 34 hafta üzerinde doğum yaptırılmalıdır. 32-34 hafta arası steroid, antihipertansif tedavi, günlük maternal ve fetal durum değerlendirilmesi yapılır. 24-32 hafta arası amniosentez yapılır; fetal maturite tespit edildiğinde doğum, immatürite tespit edildiğinde steroid uygulanmasından 48 saat sonra doğum yaptırılır. Konvüzyonları önlemek için magnezyum sülfat (4-6 gr i.v.) tedavisi kullanılır. Şiddetli hipertansiyonun tedavisi olarak en sık kullanılan ilaç, intravenöz hidralazindir. Hidralazin intravenöz kullanılan arteriolar vazodilatatör olup her 20 dk'da 5-10 mg verilebilir. Amaç ensefalopati, kanama ve konjestif kalp yetmezliği gibi olası serebrovasküler ve kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesidir (18). Diğer kullanılan ilaçlar labetolol, sodyum nitroprusid, nifedipin, nitrogliserindir.

Eklampsi tedavisinde amaç konvüzyonları, maternal ve serebral vasküler olayları ve kalp yetmezliğini önleyip hipertansiyonu kontrol altına almaktır. Konvüzyonları önlemek için magnezyum sülfat (4-6 gr i.v.) kullanılır ve en kısa sürede doğum gerçekleştirilir. Aksı takdirde HELLP sendromu (hemoliz, karaciğer enzim seviyelerinde artış, düşük trombosit sayıları), yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC) veya böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Dolayısıyla hemoglobin ve trombosit sayımlarının, karaciğer enzimlerinin ve böbrek fonksiyon testlerinin yakın takibi gerekmektedir.

Preterm Doğum

Preterm eylem 37. gebelik haftasından önce doğum eylemin başlamasıdır. Preterm doğum, annenin son adet tarihinin birinci gününden itibaren 259 gün içinde veya konsepsiyon sonrasındaki 245 gün içerisinde olan doğumları kapsamaktadır. Amerika'da 1990-2004 yılları arasında sıklığı %12.5'a yükselmiştir (19). Preterm doğum Amerika'da neonatal ölümlerin en sık 2. nedenidir. Preterm eylem ise prematür doğumun en sık nedenidir.

Daha önceki gebelikte preterm doğum öyküsü, enfeksiyon, maternal yaş (17 yaş altı veya 35 yaş üzeri), maternal etnik köken, düşük sosyoekonomik düzey, çoğul gebelik, polihidroamnioz, sigara, alkol bazı

konjenital anomaliler, servikal yetmezlik, ilk trimesterde vajinal kanama, uterin anomaliler, yardımcı üreme teknikleri ile elde edilen gebelikler preterm doğum için risk faktörleri arasındadır.

Preterm doğum tanısı için genellikle klinik kriterler kullanılmaktadır, serviks dilatasyonu veya silinmesine yol açan uterus kontraksiyonlarının varlığı (20 dakika içerisinde en az 4 veya 60 dakika içerisinde en az 8 uterus kontraksiyonu), servikal dilatasyon >2-3 cm veya servikal silinme %80 veya daha fazlasıdır (20).

Tedavide amaç anne ve fetus için uygun olan bir merkeze doğum öncesi nakledilmesi, neonatal enfeksiyonları önlemek amacı ile antibiyotik tedavisi, neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amaçlı kortikosteroidlerin antenatal uygulanmasını kapsar.

Fetal Distress

Fetal distress oksijen yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan asidoz belirtileri içindeki fetusun gösterdiği tepkilerin tümüdür. Fetal distressin değerlendirilmesinde; nonstress test (NST), kontraksiyon stress test (CST), fetal biyofizik profil, amnios sıvı indeksi, Doppler ultrasonografi, skalp kan örnekleri, umbilikal kord kanında laktat, arginin, vazopressin saptanması, umbilikal kord kan gazları ve yenidoğanda Apgar skorlaması sıklıkla kullanılan parametrelerdir. FIGO alt komitesi fetal kalp hızı paterni için normal kriterleri şöyle belirlemiştir; base line 110-150 atım/dk olması, fetal kalp hızı variabilitesinin 5-25 atım/dk arasında olması ve akselerasyonların varlığıdır. Bunun dışındaki kriterler şüpheli veya patolojik traselerdir. Güven vermeyen fetal kalp hızı tablolarında öncelikli olarak dikkatli klinik değerlendirme ile nedene yönelik cerrahi dışı değerlendirme yapılmalıdır. Oksijen tedavisi, lateral pozisyon verme, hidrasyon, oksitosin indüksiyonu alıyorsa oksitosin tedavisinin kesilmesi gibi cerrahi non invaziv yöntemler denenebilir. İleri değerlendirmede vibroakustik stimülasyon, amnion sıvı indeksi, biyofizik profil, doppler ultrasonografi ile kan akım hızı dalga formuna bakılır. Tüm bunlara rağmen asidoz dışlanamıyorsa klinik durum göz önüne alınarak acil operatif müdahale yapılmalıdır.

Non-Obstetrik Akut Batın

Nonobstetrik akut batın nedenleri arasında akut apandisit gebelikte en sık karşılaşılan akut batın nedenidir ve yaklaşık sıklığı 1500 doğumda birdir (21). Akut kolesistit, kolelitiazis, akut pankreatit, barsak obstrüksiyonu, adneksiyel torsiyon da diğer obstetrik acil cerrahi tablolardan sadece birkaçıdır. Tanıda radyografik incelemelerden ultrasonografi güvenle yapılabilir, kabul edilen iyonizan radyasyon dozu 5 raddır. Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi travma ve cerrahi müdahale öncesinde, cerrahi sırasında ve sonrasında yapılmalıdır. Nonstress test (NST) fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemdir. Bilgisayarlı tomografi (BT) semptomatik hastalarda diğer klinik ve radyolojik bulgularla tanıya ulaşamadığı durumlarda kullanılabilir. Tüm bunların sonucunda cerrahi müdahale kararı öncesi ve sonrasında hasta mutlaka kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Gebelikte semptomatik kolelitiazis ve apandisitte laparoskopik cerrahi minimal fetal ve maternal morbidite ile ilişkilidir. Laparoskopik cerrahide fetal ve uterin durum, maternal end tidal CO₂ ve arteriyel kan gazları monitorize edilmelidir. Pnömoperitonium basıncı minimumda olmalı (8-12 mmHg) ve 15 mmHg'yi geçmemelidir (22).

Amniotik Sıvı Embolisi

Amniotik sıvı embolisi ani başlangıçlı hipoksi, hipotansiyon ve şiddetli koagülopati ile birlikte olan obstetrik acillerden biridir. Maternal mortalite %80 kadar yüksek olabilir. Amniotik sıvı embolisinde tanı laboratuvar ve klinik özelliklere dayanmakla birlikte diğer gebelik komplikasyonlarından ayırtedilmelidir. Klasik bulgular olarak ani gelişen dispne ve hipotansiyonla birlikte olan kardiyopulmoner yetmezlik bulgularıdır. İleri dönemde kanamalar, yaygın damar içi pıhtılaşma, konvüzyonlar görülebilir.

Tedavide amaç hipoksi ve hemodinamik bulguları düzeltmeye yöneliktir. Erken ve hızlı resüsitasyon ve fetusun doğurtulması ana hedeflerdendir. Oksijenasyon için entübasyon ve ventilasyon, Devamlı pozitif havayolu basıncı (CPAP) veya Pozitif ekspirasyon sonu basıncı (PEEP)

uygulanması gerekebilir. Hemodinami için hızlı sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır.Uterin perfüzyonu sağlamak için annenin kalçaları sola doğru çevrilmeli, inferior vena cava basısı engellenmelidir. Kanamayı azaltmak için uterus tonusu korunmalıdır. Koagulopatıyı kontrol altına almak için plazma, kriyopresipitat, trombositler ya da rekombinant faktör VII düşünülebilir. Eğer annede kardiopulmoner arrest nedeniyle resüsitasyon uygulanıyorsa, acil sezaryen ile doğum gerçekleştirilmelidir. Hasta yoğun bakım ünitesine transfer edilmelidir.

Venöz Tromboemboli

Gebelik venöz tromboemboli (VTE) için kanıtlanmış bir risk faktörüdür. VTE yaklaşık olarak 1600 gebelikte 1 görülür (23). Gebelikte VTE yalnız alt ekstremite derin ven trombozu (DVT) şeklinde görülebileceği gibi pulmoner emboli (PE) ile birlikte görülebilir. Gebe olmayan aynı yaştaki kadınlara göre gebelerde VTE 4-50 kat daha fazla görülür (24). Postpartum dönemde ise antepartum döneme göre yaklaşık 5 kat, gebe olmayanlara göre 15-25 kat fazla izlenmektedir. Gebelikte semptomatik DVT oranının %0.05–0.3 olduğu ve her 10 DVT'den birinde pulmoner emboli (PE) komplikasyonu geliştiği bildirilmiştir (25). PE anne ölümü nedenleri arasında 6. sırada olup, maternal mortalitenin %20-30'undan sorumludur (26). Bu yüzden pulmoner emboliye bağlı anne ölümlerini önlemede, VTE saptanması ve zamanında antikoagulan tedavi başlanması hayati önem taşımaktadır.

Gebelik fizyolojisi zaten VTE ve PE için başlı başına bir risk faktörüdür. Virchow triadı olarak tanımlanan hiperkoagülabilité, vasküler hasar ve staz gebelikte gelişen fizyolojik değişikliklerle birlikte ortaya çıkmaktadır. Gebelikte, hormonal değişim sonucu venöz kapasitedeki artış, uterusun venöz yapılara mekanik basısı ve immobilite staza neden olur. 25 ve 29. haftalar arasında ve doğumdan 6 hafta sonrasında bacaklardaki venöz akım hızında yaklaşık %50 azalma tesbit edilmiştir (27). Aynı zamanda erken postpartum periyotta görülen artmış VTE riski doğum ile bağlantılı olan vasküler hasar ve uteroplesental yüzey değişiklikleri ile de ilişkilidir (23). Gebelik, trombojenik özelliktedir. Koagülasyon faktörlerinden VII, VIII, X ve von Willebrand faktör ile fibrinojen artar. Serbest protein S, bağlayıcı

proteininin artmasına bağlı azalır. Plazminojen aktivatör inhibitör tip I düzeyi 5 kat artar. Sonuç olarak, prokoagülanlar ile antikoagülanlar arasındaki denge değişimi nedeniyle trombojenik özellik artar (28). Gebeliğin her evresinde gebe olmayan aynı yaşı populasyona göre VTE oranı fazla olsa da postpartum dönem en riskli periyoddur. Risk faktörlerini antepartum ve postpartum olarak ayırırsak antepartum dönemde çoğul gebelik, variköz venler, üriner sistem enfeksiyonu, diyabet, sezaryen dışında 3 günden fazla olan hospitalizasyon, vücut kitle indeksinin 30 kg/m^2 üzerinde olması ve ileri anne yaşı (≥ 35) ön plana çıkan risk faktörleri iken; postpartum dönemde sezaryen doğum, komorbiditeler (variköz venler, kardiyak hastalıklar vs), vücut kitle indeksinin 25 kg/m^2 üzerinde olması, erken doğum, obstetrik kanama, ölü doğum, ilerlemiş anne yaşı, hipertansiyon ve sigara öne çıkan risk faktörleridir (29). Gebelerde trombofilik genetik risk faktörleri bulunması da DVT riskini belirgin olarak arttırmaktadır. ACCP (The American College of Chest Physicians) kılavuzuna göre, gebelikte DVT gelişen hastaların yaklaşık %50'sinde kalıtsal trombofilik bulunmaktadırlar (26). Yapılan çalışmalarda gebelerde Faktör 5 Leiden mutasyonu riskinin 3 kat (30), Antitrombin 3, Protein C ve Protein S eksikliği riskinin 8 kat (31), bilinen antifosfolipid sendromu riskinin 5 kat arttığı bildirilmiştir (32). Gebelerde gelişen DVT'de anatomik lokalizasyonda da bazı farklar bulunmaktadır. Normalde, DVT'nin sol alt ekstremitede görülme oranı %55 iken, gebelerde bu oran %80-90'a çıkmaktadır. Bunun, sağ iliak arter ve ovarian arter ile büyümüş uterusun sol iliak vene bası yapmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. İliyofemoral bölgede gelişen DVT gebe olmayan kadınlarda %9, gebelerde ise %70 oranında saptanmıştır. İliyofemoral DVT'ler kopmaya ve kan yoluyla hareket etmeye daha yatkındır, bu da PE riski açısından oldukça önemlidir. Bunun yanında, gebelerde DVT'nin pelvik venlerde görülme oranı normal populasyona göre daha fazladır fakat prevalansı tam olarak bilinmemektedir (33).

Gebelikte VTE tanısının konulması genellikle zordur. Tanı zorluğunun sebebi VTE semptomlarının gebelikte gelişen semptomlarla karışmasından ve ebeveyn ve klinisyenlerin fetusun küçük miktarlardaki iyonizan radyasyona bile maruz kalmasını istememelerinden

kaynaklanmaktadır. Gebelikte görülen hemodinamik değişikliklerden kaynaklanan semptomlarla VTE'nin semptomlarını ayırt edebilmek gerekmektedir. Bacakta şişme ve rahatsızlık, dispne (%70), takipne, taşikardi gebelikte sık karşılaşılan yakınma ve bulgulardır. Alt ekstremitede ağrı, şişlik ve/ veya eritem, ısı artışı, hassasiyet olduğunda DVT düşündürür. Tüm bacakta şişlik ve/ veya alt abdomen, kalça ve sırt ağrısı olduğunda iliak ven trombozu açısından da dikkatli olunmalıdır. Özellikle nefes darlığının olağan dışı artması ve DVT semptomlarının eşlik etmesi PE açısından önemli ipuçlarıdır. Gebede akut gelişen dispne, plöretik ağrı ve hemoptiziden biri veya birkaçı görüldüğünde PE açısından uyanık olunmalıdır. Gebelikte tromboembolik hastalık tanısına giden yol, öncelikle klinik kuşkudan geçmektedir.

DVT tanı algoritmasında, gebede akut olarak DVT şüphesi olduğunda öncelikli seçilecek tanı yöntemi kompresyon ultrasonografisidir. Pozitif saptanırsa antikoagulan tedavi hemen başlanmalıdır. Negatif test gebede DVT tanısını dışlatmaz. Yüksek klinik olasılık var ise (iliak ven trombozunu düşündüren kalça ve bacakta şişlik gibi) iliak ven trombozunu aydınlatmak için doppler USG yapılabilir. Venöz akım hızının yokluğu antikoagulan tedavi endikasyonudur. Akımda değişiklik tesbit edilmemesine rağmen yüksek klinik olasılık varsa ileri tetkik için BT venografi ya da MRI seçilebilir. Bu süreçte hastaya ampirik antikoagulan tedavi önerilir. Gebede düşük klinik olasılık varsa ampirik antikoagulan vermeden 3. ve 7. gün yapılan seri ultrasonografisi ile takip edilir. Eğer yapılamıyor ise alternatif olarak D-dimer seviyelerine bakılabilir. D-dimer 500 ng/mL'den (ELİSA) düşük ise DVT dışlanabilir.

Pulmoner emboli şüphesi olan gebelerde tanı için kullanılacak görüntüleme yöntemlerinden birinin diğerine üstünlüğünü gösteren güçlü kanıtlar mevcut değildir. Pulmoner emboli şüphesi olan gebelerde Kompresyon ultrasonografisi, gebeyi ve fetusu radyasyon maruziyetinden korumak için ilk basamak tetkik olarak düşünülmelidir. Kompresyon ultrasonografisi ile tromboz saptanmadı ise posteroanterior akciğer grafisi ilk basamak tanı yöntemi olarak seçilmelidir. Hiçbir akciğer radyoloji bulgusu PE için sensitif yada spesifik değildir. Fakat alternatif tanıları dışlar ve ileri görüntüleme seçiminde yol gösterir. PE şüphesi olan gebelerde, normal

akciğer grafisi mevcut ise bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) den önce ventilasyon/perfüzyon (V/P) sintigrafisi ilk seçilecek tanı yöntemi olarak önerilmektedir (34). PE şüphesi olan 304 gebede, gebelikte ve postpartum dönemde yapılan çalışmada akciğer grafisi normal olan grupta V/P (%90) ile kesin tanısal sonuç elde etme oranı BTPA'dan (%70) daha yüksek olarak saptanmıştır (35). PE şüphesi olan gebelerde V/P sintigrafisi sonucu halen şüphe sürüyor ise yalnız klinik takip yerine ileri tanısal değerlendirmeye devam edilmesi önerilmektedir. İleri inceleme yapılmaya karar verilirse de ilk tetkik olarak BTPA tercih edilmelidir (34). PE şüphesi olan gebelerde, akciğer grafisinde lezyon mevcut ise V/P sintigrafisinden önce BTPA ilk seçilecek tanı yöntemi olarak önerilmektedir. Cahill ve ark. akciğer grafisinde lezyon saptanan gebelerde BTPA (%16.4) ile karşılaştırıldığında V/P (%40) göre daha düşük tanısal orana sahiptir (35). MR anjiyografinin gebelerde kullanımı için yeterli kanıt yoktur. Fetus üzerinde godoliniumun uzun dönem etkileri net olmadığından rölatif olarak kontrendikedir (36).

Hiperemesis Gravidarum

Bulantı ve kusma (BK) gebeliklerin yaklaşık %75'inde görülen yaygın bir semptomdur (37). Hiperemesis gravidarum (HEG) ise gebeliklerin %0.5-2'sini etkileyen, 3 günden daha uzun süren aşırı bulantı, kusma, dehidrasyon (ağızda kuruluk, deri turgorunda azalma), ketonüri, sıvı elektrolit bozukluğu, %5'ten fazla kilo kaybı ile karakterize ve sıklıkla hastaneye yatış gerektiren daha ağır bir tablodur (38). Epidemiyolojisi çok açık olmamakla birlikte çoğunlukla kuzey ülkelerde, Asya ve Afrika'da yoğun olarak görülür (39,40). Gebelik bulantı kusmaları ortalama 5-6. gebelik haftasında başlar, 9. haftada pik yapar ve genellikle 16-20. haftadan sonra azalır, gebeliklerin %10'unda sonraki haftalarda devam ederek doğuma kadar sürebilir. Bulantı-kusmaya neden olabilecek gastroenterit, intestinal obstrüksiyon, akut kolesistit, pankreatit, pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonu, menenjit, akut piyelonefrit gibi hastalıklar dışlandıktan sonra gebeliğe bağlı bulantı kusma tanısı konur. Nulliparite, ölü fetüs, çoğul gebelik, önceki gebelikte HEG, aile öyküsünde HEG, gestasyonel trofoblastik hastalık, vücut kitle indeksinin

normalin altında olması, Helicobacter pylori enfeksiyonu, psikolojik stress ve migren bilinen risk faktörleridir (41,42). HEG patogeneğinde en fazla araştırılan, hormonal değişikliklerdir (43). Anormal gastrik motilite, disritmi, Helicobacter pylori enfeksiyonu, genetik faktörler, immün değişiklikler diğer araştırılan faktörlerdir (44,45). Laboratuvar parametrelerinde özellikle gastrik sekresyonların kaybı ile birlikte hipokloremik metabolik alkaloz, hipokalemi, hiponatremi, azalan kalori alımına bağlı ketozis ve ketonüri, kanın hemokonsatrasyonuna bağlı hemotokrit değerinde artış, karaciğer enzimlerinde özellikle alanin aminotransferazda (ALT) daha belirgin olmak üzere ortalama 3 kat yükselme, serum amilaz ve lipaz değerlerinde 5 kata kadar artmalar görülebilir. Artmış hCG değerlerine bağlı orta şiddette bir hipertiroidizm, tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeylerinde azalma ve sT4'de artma hiperemesisli hastaların %60'ında görülür (46). Bulantı ve kusması olan kadınlarda düşük riskli bulantı kusması olmayanlara göre bir miktar artmaktadır (47). Ancak konjenital anomali sıklığında herhangi bir artış görülmemiştir (48). Şiddetli bulantı ve kusması olan, tekrar tekrar hastaneye yatan hastalar kaybettikleri kiloları tekrar alamazlarsa, gebelik boyunca kilo alımları 7 kilogramın altında olursa preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek veya gebelik haftasına göre küçük bebek gibi risklerle karşılaşabilirler (49,50). Tedavide ilk yaklaşım non farmakojiktir. Diyet ve hayat tarzı değişiklikleri, tetikleyici faktörlerden kaçınmak gerekir. Çalışma saatleri azaltılarak istirahat artırılmalıdır. Farmakolojik tedavide sıklıkla vitamin (piridoksin), doksilamin, antihistaminik antikolinerjikler (difenhidramin, meklizin, dimenhidrinat), motilite ilaçları (metoklopromid), kortikosteroid ve serotonin antagonistleri (ondansetron) doksilamin, antiemetikler (klorpromazin, proklorperazin, prometazin) kullanılmaktadır (51). Piridoksin (vitamin B6) aminoasit, lipid ve karbonhidrat metabolizmasında koenzim olarak görev yapar ve orta şiddette bulantı tedavisinde etkili olup, kusma da etkin değildir. Tek ajan olarak başlangıç dozu her 8 saatte bir 25 mg, maksimum doz 200 mg/gün'dür (52). Antihistaminikler gebelik bulantı kusmalarında ilk tercih olarak kullanılan ve ilk trimester kullanımlarında herhangi bir malformasyon riski olmayan ilaçlardır. Etki mekanizmaları direkt etki ile histamine 1 (H1) reseptörleri üzerine ve indirekt etki ile vestibüler sistem ile kusma merkezi arasındaki

stimülasyonları azaltarak olmaktadır. Antihistaminik etkili ilaçlardan Doxylamine succinate ve piridoksin yaygın olarak kullanılmıştır ve fetal malformasyon riski saptanmamıştır (53). Dimenhidrate orta şiddette bulantı kusma tedavisinde ilk tercih olup, 25-50 mg oral tabletleri günde 1-2 kez ve 50 mg ampülleri günlük maksimum 400 mg dozunda kullanılabilir (54). Meklizin ise 25 mg tb, her 8-6 saate bir kullanılır. Dopamin antagonistleri gastrik motilitenin inhibisyonundan ve kusma sinyalini beyine iletilmesinde görevli dopamin reseptörleri üzerinden etkilidir. Metoklopramide gebelikte sık ve güvenle kullanılan bir ilaç olup, günde 10 mg oral, i.v. veya i.m. kullanılabilir. Serotonin antagonistleri 5-HT₃ reseptörleri üzerine etkili olup özellikle kemoterapi sırasında görülen bulantı-kusmalarda endike ilaçlardır. Ondansetron gebelikte kullanımı ile ilgili yeterli çalışmalar mevcuttur ve gebelikte herhangi bir fetal anomali, düşük, düşük doğum ağırlığı gibi yan etkiler görülmemiştir, günlük 4-8 mg oral veya i.v. 8 saatte bir kullanılır. Baş ağrısı, yorgunluk, rehavet, konstipasyon, kalp hastalığı olanlarda EKG'de QT aralığında uzama gibi yan etkiler yapabilir (55). Glukokortikoidler etki mekanizmaları açık olmasa da, şiddetli hiperemizeste etkin olup hastaneye tekrar tekrar yatış ihtiyacını azaltmaktadır. Gebeliğin ilk 10 haftasından önce kullanımlarda yarık damak riskinde hafif artışa yol açtığı görülmüştür, dolayısıyla ilk trimesterde kullanılmamalıdır. Metilprednisolon 16 mg i.v. her 8 saatte bir 48-72 saat süreyle uygulanır, i.v. tedavi kesildikten sonra oral prednisolon 40 mg/gün 1 gün süreyle, 20 mg/gün 3 gün süreyle, 10 mg/gün 3 gün süreyle olacak şekilde doz azaltılarak tedavi tamamlanır. Bu rejim 6 haftaya kadar uygulanabilir. Tüm bu tedavi seçeneklerine yanıtız hastalarda klorpromazin 25-50 mg dozunda i.v. veya i.m. olarak 4-6 saatte bir verilebilir (56). Antiasit tedaviler tedaviye yardımcı olup H₂ reseptör antagonistleri ranitidin (150 mg günde 2 kez) ve simetidin ile proton pompa inhibitörleri omeprazol ve lansoprazol 30 ve 40 mg/gün i.v. veya oral kullanılabilir. Şiddetli kusma tedavisinde ilk aşama yeterli miktarda uygun içerikli sıvının verilmesidir ancak bu konuda standart bir mayi rejimi yoktur. Genellikle başlangıçta 2 litre ringer laktat ile 2-5 saat içinde yeterli hidrasyon sağlanır, devamında saatlik idrar çıkışı 100 ml/sa olacak şekilde sıvı tedavisine devam edilir. Wernike ensefalopatisini önlemek için dekstroz içeren sıvılardan önce ringer laktat (%0.6 NaCl; 131 mmol/L Na) ve serum fizyolojik (0.9 NaCl; 150

mmol/L Na) gibi elektrolit içeren sıvılar verilmelidir. Dekstroz içeren sıvı tedavisine başlamadan önce 100 mg i.v. B1 vitamini (Tiamin) uygulanmalıdır. Serum Na açığının aşırı hızla düzeltilmesi santral demiyelinozis gelişmesine yol açabilir, dolayısıyla yüksek konsantrasyonlu NaCl solüsyonları şiddetli hiponatremide dahi kullanılmaz. Gerekli görülürse verilen solüsyonlara potasyum klorür eklenebilir. Sıvı elektrolit tedavi rejimleri, Na ve K ölçümleri ile serum düzeyine göre ayarlanabilir. Antiemetik ilaçlar da sıvılara eklenerek verilebilir. Uygulanan non-farmakolojik ve farmakolojik tedavilere rağmen tekrarlayan kusmaları olan hastalarda son çare olarak enteral veya parenteral beslenme seçenekleri devreye sokulmalıdır. Bu tedavi rejimlerinde hastanın günlük kalori ihtiyacını karşılayacak biçimde elektrolit, protein, yağ ve karbonhidrat içeren sıvılardan saatte ortalama 100 ml gidecek şekilde verilmelidir. Enteral beslenme yan etkilerinin ve maliyetinin az olması sebebiyle parenteral beslenmeye tercih edilmelidir. Parenteral tedavi 2 haftadan uzun sürecek ise periferalden ziyade santral kateter uygulanmalıdır. Katater enfeksiyonu ve tromboz açısından dikkatli olunmalıdır (57).

Epilepsisi olan kadınlarda gebelik

Gebelik süresince tedavi edilmesi gereken ve en sık karşılaşılan nörolojik bozukluk epilepsidir. Diğer yandan antiepileptik ilaçlar teratojen etki yaratabilen maddelerdir. Fenobarbital kullanımıyla damak-dudak ve kalpte yapısal kusurlar, karbamazepin ile kalpte yapısal kusurları ile ilişkilendirilmiştir (58). Gebelik sırasında jeneralize tonik-klonik nöbetler için ortaya çıkan riskler anne ve fütusta hipoksi ve asidoz, fütusta 20-30 dakika sürebilen bradikardi, düşük ve erken doğum, fütusta intrakraniyal kanama ve gelişme geriliği olarak sayılabilir. Status epileptikus %30 oranında anne %50 oranında ise çocuk için ölümcül olabilmektedir. Bu tehlikelerden dolayı gebelik sırasında antiepileptik tedavi sürdürülmelidir, serum ilaç düzeyleri izlenerek doz ayarlaması yapılmalıdır. Kompleks parsiyel nöbetler ve absans nöbetlerinin fötüs üzerine olası etkileri bilinmemektedir (59,60). Bebeğe zararlı olabileceğini düşünerek gebelik sırasında ilaçlarını kesen ve nöbetleri sıklaşan hastalarla karşılaşmaktayız. Gebelik sırasında epilepsi nöbetlerinin sıklaşmasının altta yatan nedenleri arasında ilk aylarındaki kusmalar,

uykusuzluk, gündüz aşırı uyuma, ilaç dozlarını düzenli almama ve gebelikte bazı ilaçların farmakokinetiğinde değişiklik olması sayılabilir. Planlanmış gebeliklerde günde 1-5 mg folat başlanarak antiepileptiklerin dozu ayarlanır. İlaç değişikliği gebelikten en az 6 ay önce yapılmalıdır. Ailede spina bifida öyküsü varsa valproik asit ve karbamazepin tedavisi değiştirilmelidir. Nöbet riskine karşı antiepileptiklerin fôtusa yan etkileri göz önüne alınarak kıyaslanmalıdır. Epileptik annelerin çocuklarının %90'dan fazlası sağlıklı doğar. Emzirme sırasında emniyetle kullanılacak antiepileptik ilaçlar karbamazepin, fenitoin, valproik asit ve lamotrijin olarak sıralanabilir. Peripartum nöbet gelişmesi durumunda ayırıcı tanıda epilepsinin yanı sıra serebral ven trombozu, serebral arter trombozu, subaraknoid ya da kafa içi kanama, hipertansif ansefalopati, beyin tümörü, absesi, damar malformasyonu, enfeksiyonlar, hipo/hiperglisemi, hipokalsemi, hiponatremi, hipomagnezemi, ilaç etkisi ve eklampsi düşünülmelidir. Şiddetli eklampsi veya öncesi durumunda tedavide magnezyum sülfat önce aralıklı i.m. verilir: 3-5 dakika içinde 4 gr i.v. ve 10 gr i.m. yükleme dozu olarak verilir. İdame dozu olarak 4 saat aralıklarla 5 gr i.m. sürdürülür. Doğumdan 24 saat sonra kesilir. Magnezyum sülfat sürekli infüzyonla verilmek istenirse yükleme dozu olarak önce 4-6 gram i.v. 15-20 dakikada verilir. İdame dozu saatte 2 gr i.v. olup serum magnezyum düzeyi 4-6 saat aralıklarla ölçülmeli ve epileptik nöbeti önlemek üzere 4.8 ila 8.4 mg/dL seviyesinde tutulmalıdır; doğumdan 24 saat sonra kesilir.

Gebelikte inme

Peripartum inme insidansı 100 bin gebelikte 4 ila 26, iskemik nedenli inme insidansı 100 binde 4 ila 11, serebral ven trombüsü 100 binde 10 ve kafa içi kanama 100 binde 4 ila 9 olarak tahmin edilmektedir (61). Peripartum inme riski taşıyan kadınlar preeklampsi, eklampsi, hipertansiyon, sıvı-elektrolit, asit-baz denge bozuklukları ve hiperemezis öyküsü, ileri yaş, sezeryan ile doğum yapmış olma özelliği bulunanlardır. Peripartum inme nedenleri arasında ateroskleroz, servikal arter disseksiyonu, moya moya hastalığı, fibromüsküler displazi, vaskülitler, Takayasu arteriti, geri dönüşlü gebelik vaskülopatisi gibi damarsal olanlar, orak hücre anemisi, antifosfolipid

sendromu, trombotik trombositopenik purpura, hiperhomosisteinemi, trombofililer ve dissemine intravasküler koagulopati gibi hematolojik olanlar, kalp kapak protezi,romatizmal kalp hastalığı, subakut bakteriyel endokardit, atriyal fibrilasyon, peripartum kardiyomiyopati, foramen ovale açıklığı ve paradoks emboli gibi kalbe ait olanlar, yaş, amniyon sıvısı ve hava embolileri, hipotansiyon ve madde bağımlılığı sayılabilir. Gebeliğe ilişkin hipertansiyon inmenin en başta gelen nedenidir. Sistolik ve diastolik kan basınçlarının sırasıyla 140 ve 90 mm Hg ve üzerinde bulunması, ayrıca yeni başlamış proteinürinin 24 saatte 300 mg ve üzerinde olması, trombosit sayısının düşüklüğü ve karaciğer enzimlerinin yükselmesi preeklampsisi olarak tanımlanır. Başağrısı, konfüzyon ve kortikal körlüğe kadar giden görsel kusurlar, hiperrefleksi ve/veya klonus ve peripartum hemiparezi preeklampside ortaya çıkan nörolojik belirtilerdir. Tabloya konvülsiyonların eklenmesi eklampsi tablosudur (62). Doğum sonrası anjiyopati olarak tanımlanan tablodan gebelik ve lohusalıkla ilişkili, geri dönüşebilen serebral vazokonstriksiyon sendromu sorumludur. Hipertansiyon, başağrısı, nöbetler, fokal nörolojik bulgular ortaya çıkar. Büyük ve orta çaplı arterlerin belli kısımlarda daralması diğer bölümlerde genişlemesi ile şekillenir. Bir diğer patoloji geri dönüşelebilen posterior lökoansefalopati sendromudur. Ak ve gri cevherde geri dönüşebilen vazojenik ödem, eklampsi, hipertansif ensefalopati ve üremiye eşlik edebilir. Akut yerleşimli başağrısı, nöbetler ve görme kusurlarıyla kendini gösterir.

Gebelikte gelişen iskemik inme tedavisinde günde 150 mg aspirin ve düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılabilir. Warfarin kesinlikle kullanılmamalıdır. Kafa içi basınç artışı durumunda mannitol gibi diüretik antiödem sıvılar son derece dikkatlice en fazla üç gün 4 saat aralıklarla 50-75 mL/30 dakika dozunda kullanılmalıdır. Antifosfolipid sendromu, Faktör V Leiden veya protrombin mutasyonu olduğu bilinen ve planlanmış olarak gebe kalan hastalara gebelik süresince s.c. düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanır (61). Gebelikte intrakranial kanama sonucu inmenin altta yatan nedenleri serebral anevrizma, arteriyovenöz malformasyon, hipertansiyon, eklampsi, iskemik alanda hemorajik transformasyon, koryokarsinoma, bakteriyel endokarditten septik emboli, moyamoya hastalığı, kokain bağımlılığı, vaskülit veya vaskülopati, kanama diyatezi olarak sıralanabilir.

Görölme sıklığı 100 bin doğumda 6.1, risk altındaki 100 bin kadında yılda 7.1 olarak bildirilmiştir. İntrakranial ve subaraknoid kanamalarda anne ölümü %25 ila 60, fötüs ölümü %7 ila 25 olarak bildirilmiştir. Erken tanı çok önemlidir, çünkü eklampsi olguları arasında konvülsiyonların çok görülmesi tanıyı geciktirmektedir (63). Anevrizma rüptürü 1. ve 2. üç ayda operasyonla başlanır 34. haftadan sonra fötüsün maturasyonu yeterliyse beyin cerrahları anevrizmayı tamir etmeden önce doğum yaptırılmasını tercih ederler. Doğumun epidural anesteziyle sezeryan şeklinde yapılması önerilir. Yırtılmamış anevrizmaların çapı gebelik ilerledikçe genişler. Ani yerleşen baş ağrısı ve kraniyal sinir felci gelişmesi, anevrizmanın 10 mm'den geniş çaplı olması ya da hızla çapının artmasının gösterilmesi cerrahi tedaviyi gerektirir (64).

Bu çalışmada amacımız tüm hasta başvurularında olduğu gibi gün geçtikçe artan acil servis gebelik başvurularında acil hekiminin gebelikle birliktelik gösteren hastalık süreçlerine duyarlılığını artırmaktır. Aynı zamanda gebe hastaların acil servis yönetiminde bir algoritma oluşturulması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran, başvurduğunda gebeliği bilinen ve acil serviste gebe olduğu saptanan 500 hasta alındı. Hastalar öncesinde çalışma ile ilgili bilgi verilerek kendilerinden veya birinci derece yakınlarından onam alınarak gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edildiler. Prospektif olarak yürütülen çalışma için, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından onay alındı (05 Ocak 2016 tarih ve 2016-1/15 numaralı karar).

Çalışmaya 18 yaşından küçük 45 yaşından büyük olan, gebe olmayan veya gebelik şüphesi taşımayan (öyküsünde menopozda olduğunu söyleyen, histerektomili olan, tüplerini bağlatan) kadın hastalar ve postpartum dönemdeki hastalar dahil edilmedi.

Çalışma formuna; hastaların acil servis başvuru anındaki vital bulguları (vücut ısısı, nabız dakika sayısı, kan basıncı, solunum dakika sayısı) kaydedildi. Hastaların ilk değerlendirme ve müdahaleleri yapıldıktan sonra rutin kan tetkikleri alındı ve geliş şikayetleri, fizik muayene bulguları, gebelik haftası, gebelik şekli (normal yolla ve indüklenmiş), daha önceki gebelik, doğum ve abortus öyküsü, gebeliği esnasında takipli olup olmadığı, acil servisteki ön tanısı, kesin tanısı ve ek hastalıkları kaydedildi.

Tüm hastaların vücut ısısı değerleri Exergen temporal scanner infrared termometre ile, oksijen saturasyonları Oximax N-560 marka pulseoksometre ile, sistolik ve diyastolik kan basıncı Erka D.83646 Bad Tölz marka sfingomonometre ile ölçülerek standardizasyon sağlandı.

Hastaların yaşları, acil servis başvurularındaki tetkik sonuçları, son tanıları, şikayetlerinin gebelikle ilgili olup olmadığı, acil servisteki sonuçlanma şekilleri (taburcu, konsültasyon ve yatış, exitus, sevk) öncelikle hastane kayıt sisteminden, hastane kayıtlarında bulunamayan eksik veriler telefon ile aranarak kendisinden ve/veya yakınlarından öğrenildi.

Toplanan veriler IBM SPSS 21.0 programına girilerek Uludağ Üniversitesi Biyoistatistik Laboratuvarında istatistiksel anlamlılık açısından analiz edildi. Tüm verilerin tanımlayıcı istatistikleri (ortalama, standart sapma,

median, minimum, maksimum ve yüzde değerleri) hesaplandı. Ölçümle elde edilen değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Mann-Whitney u test kullanıldı. Nitel verilerin analizinde ki-kare test kullanıldı. Normal dağılım gösteren verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma olarak, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri Medyan (min-max) olarak sunulmuştur. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.



BULGULAR

Çalışmaya toplam 500 hasta alındı. Hastaların 485'i önceden bilinen gebelik (%97) idi. 15 (%3) hastaya acil serviste gebelik tanısı koyuldu. Hastaların yaş ortalamaları 28.6 ± 5.7 olarak saptandı. Hastaların 422'si (%84.4) 18-35 yaş arasında, 78'i (%15.6) 35 yaş üstünde (İleri gebelik yaşı) idi. Gebeliği 20 hafta ve altında olan 145 (%29), 20 haftanın üstünde olan 355 (%71), gebe kaydedildi. Gebelik haftası ortalaması 27.6 ± 11.7 olarak saptandı.

Hastaların acil servis başvuru anındaki vital bulguları incelendiğinde ortalama değerleri; vücut ısısı $36.7\pm 0.2^{\circ}\text{C}$, nabız dakika sayısı (NDS) $85.3\pm 11.6/\text{dk}$, sistolik kan basıncı (SKB) 118.2 ± 12.3 mmHg, diyastolik kan basıncı (DKB) 69 ± 9.3 , oksijen saturasyonu (SO₂) $\%98.2\pm 0.6$, solunum dakika sayısı (SDS): $13.5\pm 1.3/\text{dk}$ olarak saptandı. Gebelik sayısı ortalaması 2.0 ± 1.4 , canlı doğum sayısı ortalaması 0.7 ± 1.1 , abortus ortalaması 0.3 ± 0.7 olarak saptandı. 484 (%96.8) adet doğal gebelik, 16 (%3.2) adet indüklenmiş gebelik kaydedildi. Başvuru anındaki vital bulguların, yaş, gebelik haftası, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, abortus ortalama değerleri ve gebelik durumu Tablo-1'de verilmiştir.

Tablo-1: Gebelerin yaş, gebelik haftası, gebelik-canlı doğum-abortus sayıları, vital bulguları, gebelik durumu ortalama ve medyan değerleri

	Min - Mak	Medyan	Ort.±s.s./n-%
Yaş	18 - 46	28.0	28.6±5.7
<u>18-35</u>			422 84.4%
<u>>35</u>			78 15.6%
Gebelik Haftası	0 - 42	32.0	27.6±11.7
<u>0-20 hafta</u>			145 29.0%
<u>>20</u>			355 71.0%
Gebelik Sayısı	1.0 - 9.0	2.0	2.0±1.4
Canlı Doğum Sayısı	0 - 6	0	0.7±1.1
Abortus Sayısı	0 - 7	0	0.3±0.7
Vücut Isısı	36.1 - 38.1	36.6	36.7±0.2
NDS	64 - 116	84.0	85.3±11.6
SKB	90 - 180	120	118.2±12.3
DKB	50 - 100	70	69.0±9.3
SDS	12.0 - 20.0	14	13.5±1.3
SO2	95 - 99	98	98.2±0.6
Gebelik Durumu			
<u>Doğal Gebelik</u>			484 96.8%
<u>İndüklenmiş Gebelik</u>			16 3.2%

(NDS: Nabız dakika sayısı, SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, SDS: Solunum dakika sayısı, SO2: Oksijen saturasyonu)

Hastaların gebelik için takipli olma durumu incelendiğinde %52.8'inin Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi takipli, %36.2'sinin dış merkezde takipli olduğu, 55 hastanın (%11) ise herhangi bir merkezde takipli olmadığı saptandı.

Başvuru şikayetleri incelendiğinde sıklık sırasına göre 233 (%46.6) hasta karın ağrısı, 89 (%17.8) hasta suyunun gelmesi, 76 (%15.2) hasta ise vajinal kanama şikayeti ile başvurmuş olup, hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo-2'de verilmiştir.

Tablo-2: Gebelerin acil servise geliş şikayetlerini gösteren tablo

Şikayet	n	%
Karın ağrısı	233	46.6%
Su gelmesi	89	17.8%
Vajinal kanama	76	15.2%
Bebeğini hissetmeme	25	5.0%
Bulati-Kusma	24	4.8%
Tansiyon yüksekliği	15	3.0%
Nefes darlığı	6	1.2%
İshal	4	0.8%
Kaşıntı	3	0.6%
Düşme	3	0.6%
Bacakta şişlik	3	0.6%
Trafik kazası	3	0.6%
Bayılma-Bayılayazma	2	0.4%
Ayak burkulması	2	0.4%
Yüzde uyuşma	1	0.2%
Yanık	1	0.2%
Hemiparezi	1	0.2%
Nöbet	1	0.2%
Kasık ağrısı	1	0.2%
Darp	1	0.2%
Çarpıntı	1	0.2%
Boğaz ağrısı	1	0.2%
Baş dönmesi	1	0.2%
Baş ağrısı	1	0.2%
Anksiyete	1	0.2%
Vajinal Akıntı	1	0.2%

20 hafta altındaki gebelik haftasında olan hastalarda vajinal kanama en sık (%34.4) başvuru şikayeti iken gebelik haftası 20 haftanın üstünde olan hastalarda karın ağrısı (%51.8) en sık başvuru şikayeti olduğu belirlendi. (Tablo-3)

Tablo-3: Gebelik haftasına göre başvuru şikayetlerinin dağılımı

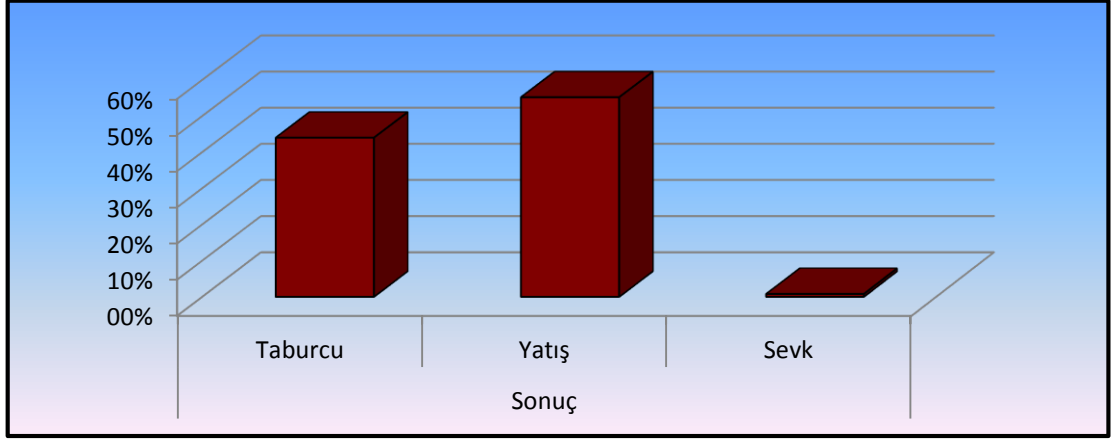
Şikayet	0-20 hafta		Şikayet	>20 hafta	
	n	%		n	%
Vajinal kanama	50	34.4%	Karın ağrısı	184	51.8%
Karın ağrısı	49	33.7%	Suyunun gelmesi	80	22.5%
Bulantı-Kusma	15	10.3%	Vajinal kanama	26	7.3%
Bebek hissetmeme	10	6.9%	Tansiyon yüksekliği	15	4.2%
Suyunun gelmesi	9	6.2%	Bebek hissetmeme	15	4.2%
Bayılma	2	1.4%	Bulantı-Kusma	9	2.5%
Düşme	2	1.4%	Nefes darlığı	5	1.4%
Trafik kazası	2	1.4%	İshal	3	0.8%
Yüzde uyuşma	1	0.7%	Bacakta şişlik	3	0.8%
Nefes darlığı	1	0.7%	Kaşıntı	2	0.5%
Kaşıntı	1	0.7%	Yanık	1	0.3%
İshal	1	0.7%	Hemiparezi	1	0.3%
Darp	1	0.7%	Nöbet	1	0.3%
Ayak burkulması	1	0.7%	Kasık ağrısı	1	0.3%
Toplam	145	99.9%	Düşme	1	0.3%
			Çarpıntı	1	0.3%
			Boğaz ağrısı	1	0.3%
			Baş dönmesi	1	0.3%
			Baş ağrısı	1	0.3%
			Ayak burkulması	1	0.3%
			Anksiyete	1	0.3%
			Vajinal akıntı	1	0.3%
			Trafik kazası	1	0.3%
			Toplam	355	99.9%

Acil servise başvuran hastaların 15'ine yeni gebelik tanısı koyuldu. Bu gebelerin 8'i karın ağrısı, 4'ü bulantı-kusma, 3'ü vajinal kanama şikayeti ile başvurduğu saptanmış olup yeni tanı gebelerin acil servise başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo-4'te gösterilmiştir.

Tablo-4: Yeni tanı gebelerin şikayetlerini gösteren tablo

Yeni tanı gebelerin şikayetleri		n	%
Karın ağrısı		8	53.3%
Bulantı-Kusma		4	26.6%
Vajinal Kanama		3	20.0%
Toplam		15	99.9%

Hastaların 276'sı (%55.2) hastaneye yatırılırken, 220'si (%44) taburcu edildi, 4'ü (%0.8) başka merkeze sevk edildi.



Şekil-1: Hastaların sonuçlanma şekillerine göre dağılımları.

Hastaların 269'u (%53.8) kadın doğum kliniğine yatırıldı. 4 hasta başka merkeze sevk edilmiş olup, hastaların yattığı kliniklerin dağılımı, sevk ve taburcu olma durumları Tablo-5'te gösterilmiştir.

Tablo-5: Hastaların hastaneye yatış, sevk olma ve taburcu olma durumu

	n	%
KDH	269	53.8%
KVC	1	0.2%
Nöroloji	1	0.2%
Kardiyoloji	1	0.2%
Genel Cerrahi	1	0.2%
Gastroenteroloji	1	0.2%
Psikiyatri	1	0.2%
Dermatoloji	1	0.2%
Sevk	4	0.8%
Taburcu	220	44%

Doğum eylemi, erken doğum eylemi, abortus, preeklampsi-eklampsi, hiperemesis gravidarum, intrauterin ex, gebelik kolestazı gibi gebeliğe özgü hastalıklar gebelikle ilgili hastalıklar olarak değerlendirildi. Gebelik dışında da görülen idrar yolu enfeksiyonu (İYE), serebrovasküler hastalıklar (SVO), myalji, gastroenterit, apandisit gibi diğer birçok hastalık gebelikle ilgisiz hastalıklar olarak değerlendirildi. Son tanılar incelendiğinde 330'unun (%66.0) gebelikle ilgili, 170'inin (%34.0) gebelikle ilgisiz olduğu kaydedildi.

Hastaların aldıkları son tanıların dağılımı incelendiğinde sıklık sırasına göre; 147 hasta (%29.4) doğum eylemi, 78 hasta (%15.6) nonspesifik karın ağrısı, 61 hasta (%12.2) erken doğum eylemi tanısı almış olup hastaların aldıkları son tanıların dağılımı ve gebelikle ilgi olma durumu Tablo-6'da verilmiştir.

Tablo-6: Son tanıların oranları ve gebelikle ilgili olma durumunu gösteren tablo

	Gebelikle İlgili		Son Tanılar		Gebelikle İlgisiz	
	n	%	n	%	n	%
Doğum Eylemi	147	29.4%	Nonspesifik karın ağrısı		78	15.6%
Erken Doğum Eylemi	61	12.2%	İYE		37	7.4%
Abortus	60	12.0%	Myalji		16	3.2%
Preeklampsi	16	3.2%	ÜSYE		15	3.0%
Yeni Gebelik	15	3.0%	Gastroenterit		5	1.0%
İntrauterin Ex	10	2.0%	Ürtiker		3	0.6%
Hiperemesis	9	1.8%	Renal Kolik		3	0.6%
Ektopik Gebelik	5	1.0%	SVO		2	0.4%
Gebelik Kolestazi	3	0.6%	Gerilim Tipi Baş Ağrısı		2	0.4%
Eklampsi	2	0.4%	Vazovagal Senkop		2	0.4%
Molar Gebelik	1	0.2%	Dalak yaralanması		1	0.2%
Myom torsiyonu	1	0.2%	İleus		1	0.2%
Toplam	330	66%	DVT		1	0.2%
			Vertigo		1	0.2%
			SVT		1	0.2%
			Pyelonefrit		1	0.2%
			1.Derece Yanık		1	0.2%
			Toplam		170	34.0%

Acil servise başvuran gebeler sıklık sırasına göre 20 hafta ve altında 57 (%39) abortus, 18 (%12.3) nonspesifik karın ağrısı ve 15 (%10.2) yeni tanı gebelik; Gebelik haftası 20'nin üstünde 147 (%41.5) doğum eylemi, 61 (%17.2) erken doğum eylemi ve 60 (%16.9) nonspesifik karın ağrısı tanısı almış olup hastaların gebelik haftasına göre son tanıların dağılımı Tablo-7'de verilmiştir.

Tablo-7: Gebelik haftasına göre son tanıların dağılımı

0-20 hafta Son tanılar	n	%	>20 hafta Son tanılar	n	%
Abortus	57	39%	Doğum eylemi	147	41.5%
Nonspesifik karın ağrısı	18	12.3%	Erken doğum eylemi	61	17.2%
Yeni gebelik	15	10.2%	Nonspesifik karın ağrısı	60	16.9%
İYE	12	8.2%	İYE	25	7.0%
ÜSYE	12	8.2%	Preeklampsi	16	4.5%
Hiperemesis gravidarum	8	5.5%	İntrauterin ex	10	2.8%
Myalji	8	5.5%	Myalji	8	2.2%
Ektopik gebelik	4	2.7%	Gastroenterit	4	1.1%
Vazovagal senkop	2	1.4%	ÜSYE	4	1.1%
Ürtiker	2	1.4%	Gebelik kolestazi	3	0.8%
Renal kolik	2	1.4%	Gerilim tipi baş ağrısı	2	0.6%
SVO	1	0.7%	Eklampsi	2	0.6%
Molar gebelik	1	0.7%	Vertigo	1	0.3%
Gastrit	1	0.7%	Vajinit	1	0.3%
Dalak yaralanması	1	0.7%	Ürtiker	1	0.3%
Gastroenterit	1	0.7%	SVO	1	0.3%
Myom torsiyonu	1	0.7%	Renal kolik	1	0.3%
Toplam	146	100%	Pyelonefrit	1	0.3%
			İleus	1	0.3%
			Hiperemesis gravidarum	1	0.3%
			GIS kanama	1	0.3%
			DVT	1	0.3%
			1.derece yanık	1	0.3%
			SVT	1	0.3%
			Toplam	354	99.9%

Acil servis başvurularında gebeliği saptanmış hastalara 13 (%86.6) normal gebelik, 1 (%6.7) ektopik gebelik, 1 (%6.7) abortus tanısı koyulmuş olup Tablo-8’de gösterilmiştir.

Tablo 8: Yeni tanı gebelerin son tanı dağılımı

Yeni tanı gebelerin son tanıları	n	%
Normal	13	86.6%
Ektopik gebelik	1	6.7%
Abortus	1	6.7%
Toplam	15	100%

Acil konsültasyonlar incelendiğinde gebe hastalar için 363 (%72.6) kadın doğum, 1 (%0.2) kalp damar cerrahisi, 3 (%0.6) kardiyoloji, 3 (%0.6) nöroloji, 4 (%0.8) genel cerrahi, 1 (%0.2) gastroenteroloji, 1 (%0.2) psikiyatri, 1 (%0.2) dermatoloji konsültasyonu istendiği, 123 (%24.6) gebeden

konsultasyon istenmediği kaydedildi. Gebelerin konsultasyon ve son tanılarının gebelikle ilgi durumu Tablo-9’da verilmiştir.

Tablo-9: Gebelerin konsultasyon sonuçları ile son tanılarının gebelikle ilgi durumu

			n	%
		KDH	363	72.6%
		Yok	123	24.6%
		Genel Cerrahi	4	0.8%
		Kardiyoloji	3	0.6%
Konsultasyon		Nöroloji	3	0.6%
		KVC	1	0.2%
		Gastroenteroloji	1	0.2%
		Psikiyatri	1	0.2%
		Dermatoloji	1	0.2%
Gebelikle		Var	329	65.8%
ilgisi		Yok	171	34.2%

(KDH: Kadın doğum, KVC: Kardiyovasküler cerrahi)

Başvurularda 135 adet normal doğum (NVD), 71 adet sezeryan (C/S) doğum kaydedildi. Yaşa göre doğum şekli incelendiğinde 35 yaşın altındaki gebelerde 116 (%66.6) NVD, 58 C/S ile doğum gerçekleşti. 35 yaş üzerindeki gebelerde 19 (%59.4) NVD, 13 (%40.6) C/S ile doğum gerçekleşmiştir. Tüm doğumlar incelendiğinde 71’i (34.4) C/S, 135’i (%65.6) NVD olarak kaydedildi. Gebelerin doğum şekillerini gösteren durum Tablo-10’da verilmiştir.

Tablo-10: Acil servis başvurusu sonrası doğumla sonuçlanan gebeliklerin doğum şekli dağılımı

		13-35 yaş		>35 yaş		Tüm Hastalar	
		n	%	n	%	n	%
	NVD	116	66.6%	19	59.4%	135	%65.6
Doğum Şekli							
	C/S	58	33.3%	13	40.6%	71	%34.4

(NVD: normal vajinal doğum C/S: sezeryan)

453 (%90.6) gebede ek hastalık yoktu. 11'inde (%2.2) diyabet, 10'unda (%2) hipertansiyon, 10'unda (%2) kardiyak hastalık, 2'sinde (%0.4) pulmoner hastalık, 3'ünde (%0.6) nörolojik hastalık vardı. 1'inde (%0.2) hipertansiyon ve diyabet, 4'ünde hipertansiyon ve kardiyak hastalık birlikte idi. 35 yaş altı hastaların 27'sinde (%6.4), 35 yaş üstü hastaların 14'ünde (%17.9) bir veya birden fazla ek hastalığın olduğu kaydedildi. 35 yaş altı hastaların 8'inde (%1.9) diyabet, 5'inde (%1.2) hipertansiyon, 7'sinde (%1.7) kardiyak hastalık, 1'inde (%0.2) pulmoner hastalık, 2'sinde (%0.5) nörolojik hastalık, 4'ünde (%0.9) hipertansiyon ve kardiyak hastalık birlikteliği kaydedildi. 35 yaşın üstünde hastaların 3'ünde (%3.8) diyabet, 5'inde (%6.4) hipertansiyon, 3'ünde (%3.8) kardiyak hastalık, 1'inde (%1.3) pulmoner hastalık, 1'inde (%1.3) nörolojik hastalık, 1'inde (%1.3) hipertansiyon ve diyabet birlikteliği kaydedildi.

Gebelerde hastaneye yatış durumu incelendiğinde 35 yaş altı hastaların 229'u (%54.3) hastaneye yatırılırken, 35 yaş üstü hastaların 47'si (%60.3) hastaneye yatırıldı. Gebelerde acil servisten hastaneye yatırılan hastaların hastanede kalış süreleri incelendiğinde 35 yaş altı hastaların ortalaması 1.1 ± 2.1 iken 35 yaş üstü hastaların ortalaması 1.2 ± 1.4 olarak saptandı. Gebelerde 35 yaş altı ve üzerindeki ek hastalık, yatış-yattığı gün sayısı ortalama ve median değerleri Tablo-11'de verilmiştir.

Tablo-11: Gebelerde 35 yaş altı ve üzerindeki ek hastalık, yatış-yattığı gün sayısı ortalama ve median değerleri

	18-35 yaş		>35 yaş		p
	Ort.±s.s./n-%	Medyan	Ort.±s.s./n-%	Medyan	
Ek hastalık					0.000
Yok	391	92.7%	62	79.5%	
Var	31	7.3%	16	20.5%	
Diyabet	8	1.9%	3	3.8%	
Hipertansiyon	5	1.2%	5	6.0%	
Kardiyak	7	1.7%	3	3.8%	
Pulmoner	1	0.2%	1	1.3%	
Nörolojik	2	0.5%	1	1.3%	
Diğer	4	0.9%	2	2.6%	
Hipertansiyon ve Diyabet	0	0.0%	1	1.3%	
Hipertansiyon ve Kardiyak	4	0.9%	0	0.0%	
Yatış					0.328
Yok	193	45.7%	31	39.7%	
Var	229	54.3%	47	60.3%	
Yattığı gün sayısı	1.1±2.1	1.0	1.2±1.4	1.0	0.356

Acil servise başvuran gebelerde ek hastalık varlığına göre hastaneye yatış durumu incelendiğinde ek hastalığı olmayanların 244'ü (%53.9), ek hastalığı olanların 32'si (%68.1) hastaneye yatırıldı. Yattıktan sonra hastanede kalış süreleri incelendiğinde ek hastalığı olmayanların ortalaması 1.1 ± 2.0 , ek hastalığı olanların ortalaması 1.5 ± 2.3 olarak kaydedildi. Ek hastalık varlığına göre multiparite durumu incelendiğinde ek hastalığı olmayanların 228'inde (%50.3), ek hastalığı olanların 25'inde (%53.2) multiparite saptandı. Gebelerin ek hastalık varlığına göre yatış, yattığı gün, multiparite, ortalama ve median değerleri Tablo-12'de verilmiştir.

Tablo-12: Gebelerin ek hastalık varlığına göre yatış, yattığı gün, multiparite, ortalama ve median değerleri

	Ek Hastalık Yok		Medyan	Ek Hastalık Var		Medyan	p
	Ort.±s.s./n-%			Ort.±s.s./n-%			
Yatış							0.062
Yok	209	46.1%		15	31.9%		
Var	244	53.9%		32	68.1%		
Yattığı gün sayısı	1.1±2.0		1.0	1.5±2.3		1.0	0.079
Multiparite							0.709
Yok	225	49.7%		22	46.8%		
Var	228	50.3%		25	53.2%		

Gebelik haftasına göre hastaneye yatış durumu incelendiğinde 20 hafta ve altındaki gebeliklerde 36 (%24.8), 20. haftanın üstündeki gebeliklerde 240 (%67.6) hasta hastaneye yatırıldı. Yatan hastalarda hastanede kalış süreleri ortalama değerleri incelendiğinde 20 hafta ve altındaki gebeliklerde 0.3±0.8, 20. haftanın üstündeki gebeliklerde 1.5±2.3 olarak saptandı. Gebelik haftasına göre yatış durumu ve yattığı gün ortalama ve median değerleri Tablo-13' te verilmiştir.

Tablo-13: Gebelik haftasına göre yatış durumu ve yattığı gün ortalama ve median değerleri

	0-20 hafta		Medyan	>20 hafta		Medyan	p
	Ort.±s.s./n-%			Ort.±s.s./n-%			
Yatış							0.000
Yok	109	75.2%		115	32.4%		
Var	36	24.8%		240	67.6%		
Yattığı gün sayısı	0.3±0.8		0.0	1.5±2.3		1.0	0.000

TARTIŞMA ve SONUÇ

Acil servisler, 24 saat kesintisiz hizmet veren, hastaları sağlık güvencelerinden bağımsız olarak ve aciliyet durumlarına göre değerlendiren sağlık birimleridir. Son yıllarda acil servise başvuran hasta sayısında belirgin artış dikkati çekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde son 10 yılda acil servise başvuran hasta sayısı %20 artmıştır (65). Türkiye'de 2002'de 124 milyon, 2006'da 217 milyon acil poliklinik başvurusu olmuştur (66). 2003 yılı ABD verilerinde acil servise başvuran 15-44 yaş arası kadın hasta grubunda doğurganlık çağı kadın hasta sayısının tüm erişkin acil servis başvurularına oranı %46.7 bulunmuştur (67).

Hastanemiz acil servisine hasta başvuruları da giderek artmaktadır. Uludağ Üniversitesi SUAM Acil Servisine başvuran hasta sayısı 2002 yılında 1 yıllık sürede 21934, 2012 yılında 85585, 2015 yılında ise acil servise başvuran hasta sayısı 110049 olarak saptanmış, acil servise başvuran hasta sayısının son 12 yılda 5 kat arttığı, son 2 yılda 1.3 kat arttığı görülmüştür. Bu kadar yoğun hasta başvurusu durumunda gebelik, immün yetmezlik gibi özellikli durumu olan hastaların triajının ve değerlendirilmesinin yapılmasında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu çalışmada temel olarak, özellikli durumlardan gebelikte; acil servis başvuru sıklığının, en çok karşılaşılan başvuru şikayetlerinin ve tanılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda tüm acil servise başvuran hastaların %52.3'ü kadın olduğu ve gebe hasta başvurularının tüm kadın hasta başvurularının yaklaşık %2'sini oluşturduğu saptandı. Üçüncü basamak sağlık kurumu olan, daha sıklıkla riskli gebelik takiplerinin yapıldığı ve geriatric hasta başvurularının da oldukça fazla olduğu hastanemize oranla, çok daha fazla gebenin başvurduğu 2. basamak hastanelerde bu oranın daha fazla olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (*Centers for Disease Control and Prevention*) (CDC) ve Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin (*National Center for Health Statistics*) (NCFHs) 1998 yılındaki doğum ile ilgili verilerinde Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'da son on yılda genel doğurganlık hızı sabit kalırken, doğum oranları ve menarş yaş ortalaması

düşük olarak saptanmıştır. 30-40 yaş arası gebelik ve çoğul gebelik oranı ise artmış olarak bulunmuştur (67). Bu durum acil servislerde gebelik tanısı konulacak hastaların demografik ve tanısal profilini de etkilemektedir. Ayrıca yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi acil servislere başvuran hasta popülasyonunun niteliğini değiştirmiştir. Ülkemizde acil servislerde gebelik tanısı konulan hasta sayısı ve gebe olanların demografik verileri ile ilgili istatistiksel veriler yetersizdir.

Araştırmamızda, çalışmaya alınan gebeler içinde acil servisimizde gebelik tanısı almış hasta oranı %3 olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda ise yeni gebelik oranları sırasıyla %2.3, %6.3, %12 ve %33 gibi değişik oranlarda bulunmuştur. Ramoska ve ark. çalışmasında %33 gibi yüksek gebelik oranı saptanması birkaç faktöre bağlı olabilir. Bunlar; çalışmaya alınan hastaların yaş dağılımlarının farklı olması ki, bu çalışmada 18 yaş altındaki adolesan gebeler de çalışmaya dahil edilmişti. O dönemde ucuz ve kolay ulaşılan gebelik testlerinin olmaması da acil servis ziyaret sıklığını artırmış olabilir. Yine aynı çalışmada 208 hastadan 168'inin başvuru şikayetlerini karın ağrısı ve vaginal kanama oluşturmuştu (68). Bizim çalışmamızda 15 yeni tanı gebenin 8'inin karın ağrısı 4'ünün kusma 3'ünün vajinal kanama şikayeti ile başvurduğu saptandı.

Çalışmamızda ileri maternal yaş (>35) kadınların gebelik sayılarının ortalaması 3.6 ± 1.8 iken, 18-35 yaş arasındaki kadınların gebelik sayılarının ortalaması 2.5 ± 1.4 olup, ileri maternal yaş (>35) kadınların doğum sayılarının ortalaması 3.1 ± 1.7 iken, 18-35 yaş arasındaki kadınların doğum sayılarının ortalaması 2.1 ± 1.1 olup, yine çalışmamızda ileri maternal yaş (>35) kadınların nulliparite ortalaması 0.15 ± 0.36 iken, 18-35 yaş arasındaki kadınların nulliparite ortalaması 0.34 ± 0.49 olup, iki grup arasındaki fark anlamlı idi ($p < 0.05$). Çalışmamızda ileri yaştaki (>35) gebelik olgularında ortalama gebelik ve doğum sayısı yüksek, nulliparite oranı ise düşük bulunmuştur.

Yogev ve ark. yaptıkları çalışmada kronik hipertansiyonu 20-29 yaşta %0.1, 30-39 yaşta %0.8, 40-44 yaşta %2.7, 45 yaş üzerinde %6.8 artan oranda buldu (69). Seoud ve ark. yaptıkları çalışmada kronik HT 40 yaş üzerinde %4.7'ye karşılık 20-30 yaşında %0.9 oranında bulmuştur (115). Luke ve ark. yaptıkları çalışmada kronik hipertansiyonu 30-34 yaşta %1.0 35-

39 yaşta %1.6, 40-44 yaşta %2.6, 45 yaş üzerinde %3.4 oranında bulmuştur (70). Bizim çalışmamızda acil servise başvuran gebelerde kronik hipertansiyon durumu incelendiğinde, 35 yaşın altındaki hastaların 5'inde (%1.2), 35 yaşın üstündeki hastaların 5'inde (%6.4) saptandı. İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yogev ve ark. DM'yi 20-29 yaşta %0.8, 30-39 yaşta %1.1, 40-44 yaşta %1.4 ve 45 yaş üzerinde %4.5 oranında bulmuştur (69). T'sang ve ark. DM'yi 20-34 yaşta %0.2, 35-39 yaşta %0.4, 40 yaş ve üzerinde %0.7 oranında bulmuştur (71). Bizim çalışmamızda 35 yaş altı gebeliklerin 8'inde (%1.9) DM görülürken ileri maternal yaş gebeliklerin 3'ünde (%3.8) DM görülmüş ve iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerde yaşa göre tüm ek hastalıkların durumu incelendiğinde 35 yaş altı hastaların 27 (%6.4)'sinde, 35 yaş üstü hastaların 14 (%17.9)'ünde bir veya birden fazla ek hastalığın olduğu kaydedildi. Çalışmamızda 35 yaş üstü grupta ek hastalık oranı 18-35 yaş arası yaş grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti. Sonuçlar literatür ile uyumlu olup ilerleyen yaşla birlikte ek hastalık oranları artmaktadır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 yılında Türkiye'de yapılan doğumların yüzde 52'sinin sezeryan olduğu bildirilmiştir. Yine Sağlık Bakanlığı verilerine göre sezeryan ile doğum oranları devlet hastanelerinde %37, üniversite hastanelerinde %67 ve özel hastanelerde ise %70 oranındadır. Ülkemizde 2011 ve 2012 yıllarında sezeryan oranı yüzde 50'lerde iken bu rakam 2014 yılında %52'lere kadar yükseldi (72). Bizim çalışmamızda acil servis başvurusu sonrası yapılan doğumların 135'i (%65.5) normal vajinal doğum, 71'i (%34.5) sezeryan olarak kaydedildi.

Literatürdeki birçok çalışma 35 yaş üzeri gebeliklerde sezeryen doğum oranının arttığını göstermektedir (69-76). Delbaere ve ark. çalışmasında 25-29 yaşta %18.6, 35 yaş ve üzerinde %30.2 oranında bulmuşlardır (73). Yogev ve ark. sezeryen doğumu 20-29 yaşta %15.7, 30-39 yaşta %23.3, 40-44 yaşta %42.9, 45 yaş üzerinde %78.5 oranında bulmuştur (69). Hsieh ve ark. çalışmalarında sezeryen doğumu 20-34 yaşta %38, 35-39 yaşta %54.1, 40 yaş üzerinde %63.9 oranında bulmuştur (71). Luka ve ark. artan yaşla birlikte sezeryen oranlarının arttığını tespit etmiştir (70). Bianco ve ark. 40 yaş üzeri 607 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada sezeryen ile

doğum oranını %39 olarak saptamışlardır (74). Edge ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada 40 yaş üzeri gebelerde sezaryen ile doğum oranı %40 (75), Prysak ve ark. 35 yaş üzeri 890 hasta üzerinde yaptıkları bir diğer çalışmada sezaryen ile doğum oranı %44 olarak rapor edilmiştir (76). Çalışmamızda ileri maternal yaş gebeliklerin %40'ı C/S ile doğum yaparken, 18-35 yaş grubunda %33'ü C/S ile doğum yapmış ve yaş grupları arasında fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). Tüm doğumlar incelendiğinde 71'i (%34.4) C/S, 135'i (%65.6) NVD olarak kaydedildi. Hastaların çoğunun riskli gebelik açısından takipli olduğu hastanemizde, sezeryan oranlarının beklendiği kadar yüksek olmamasının nedeni, son yıllarda kadınların sezeryan komplikasyonları hakkında bilgilenmeleri, sosyal medyanın normal doğumu cazip kılan yönlendirmeleri ile kadın doğum doktorlarının normal vajinal doğumu önermesi ve bunun için gebeyi cesaretlendirmeleri olabilir. Önümüzdeki yıllarda sezeryan oranları düşmeye devam ederse operatif doğum sonrası hastanede kalış süresinin artması sonucu oluşan hastane enfeksiyonu oranı da kadın doğum kliniklerinde azalabilir.

Yogev ve ark. yaptıkları çalışmada 45 yaş üzerinde %79 oranında oosit donasyonu uygulanmıştır (69). T'sang ve ark. yaptıkları çalışmada yardımcı üreme teknolojisi 20-34 yaşta %1.8, 35-39 yaşta %4.7, 40 yaş ve üzerinde %3.3 oranında kullanılmıştır (71). Bizim çalışmamızda ileri maternal yaş gebeliklerin %3.8'inde yardımcı üreme teknolojisi kullanılırken, 18-35 yaş arasında %3.1'inde kullanılmış ve yaş grupları arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

18-35 yaş ve 35 yaş üstü grupta hastaneye yatış oranı ve hastaneye yatış süresi anlamlı farklılık göstermemiştir. 18-35 yaş ve 35 yaş üstü grupta doğum şekli anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Çalışmamızda hipertansiyon, diyabet, kardiyak hastalık, pulmoner hastalık, nörolojik hastalık gibi ek hastalığı olan ve olmayan grupta yatış oranı ve hastaneye yatış süresi anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Ek hastalığı olan ve olmayan grupta doğum şekli anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Ek hastalığı olan ve olmayan grupta multipar olma oranı anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir.

Çalışmamızda, hastaneye yatış oranı ve yatırılan hastalarda hastanede kalış süresi, gebelik haftası 20' nin üstünde olan grupta, gebelik

haftası 20' nin altında olan gruptan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksekti.

Sonuç olarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi erişkin acil Servisi'ne başvuran 500 gebe hasta çalışmaya dahil edildi ve bu gebelerin epidemiyolojik ve demografik incelemesi yapıldı. Bu gebe başvuruları tüm kadın hasta başvurularının %2 gibi önemli bir kısmını oluşturdu. Başvuruların 15 tanesine yeni gebelik tanısı koyulmuş olup tüm gebe başvuruları içinde düşük bir orana sahipti. 3. basamak hastane olmamız, hastanemizde genel olarak riskli gebelik takipleri yapılması ve başvuranların gebeliklerinin farkında ve birçoğunun da bir kadın doğum uzmanı tarafından takipli olması nedeniyle acil servisimizde yeni gebelik tanı oranlarının düşük olduğunu düşünmekteyiz. Acil servisimize gebeler en sık karın ağrısı şikayeti ile başvurmuş olup sonuç olarak gebelere en sık doğum eylemi ve erken doğum eylemi tanısı koyulmuştur. Acil servise başvuran kadın ve gebe hastaların değerlendirilebilmesi için uygun bir jinekolojik ve obstetrik değerlendirme odasının bulunması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gabbe GS, Niebyl RJ. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. 5/E Nobel Tıp Kitabevi 2009; 24: 628-45.
2. Everett C. Incidence and outcome bleeding before the 20th week of pregnancy: Prospective study from general practice. BMJ 1997; 315: 32-4.
3. Hoey R, Allan K. Does speculum examination have a role in assesing bleeding in early pregnancy? Emerg Med J 2004; 21: 461-3.
4. Nas T, Yılmaz E. Erken Gebelik Kanamaları, Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci. 2006; 2: 1-5.
5. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Ve Tedavi. Pelikan Yayıncılık 2004; 35: 395-401.
6. Cengiz L. İkinci Trimester Kanamaları, Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci 2006; 2: 13-8.
7. Ngeh N, Bhide A. Antepartum Haemorrhage. Curr Obstet Gynecol 2006; 16: 79-83.
8. Faiz AS, Anath CV. Etiology and risk factors for plasenta previa: An overview and metaanalysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13: 175-90.
9. Velipaşaoğlu M. Üçüncü Trimestir Kanamaları. Hacettepe Tıp Dergisi.2009; 40: 133-44.
10. Clark SL. Placenta previa and abruptio placenta. In Creasy RK, Resnik R (eds): Maternal-fetal Medicine: Principles and Practice, 5th ed, Philadelphia,WB Saunders Company 2004; ss: 713.
11. Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: Prenatal dianosis,natural evolution and clinical outcome. Obstet Gynecol 2000; 95: 572-6.
12. Harger JH. Cerclage and cervical insuffciancy: An evidence based analysis. Obstet Gynecol 2002; 100: 313-27.
13. Report of the National High Blood Pressure Education Program. Working Group Report on High Blood Pressure in Pregnancy. Am J Obstet Gyncol 2000; 183: 1-22.
14. Madazlı R, Özgön M, Aksu MF, Köse Y. Maternal Mortality in Cerrahpasa Medical Faculty Department of Obstetrics and Gynecology and Intensive Care Unit. Weinstein D, Chervenak F, eds. The First World Congress on Maternal Mortality. Monduzzi Editore 1997; ss:145-8.
15. Gabbe GS, Niebyl RJ, Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler 5/E Nobel Tıp Kitabevi, 2009; 24: 884-7.
16. Martin JA, Hamilton BE et al. Preliminary Births for 2004: Infant and Maternal Halth. Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics. Health E-stats 2005; 4: 11-5.
17. Önderoğlu L, Başaran A. Preterm Doğum. Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci 2006; 2: 29-41.
18. Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy.Obstet Gynecol 1977; 50: 40-4.
19. Reedy MB, Galan HL, Richards WE, Laparoscopy during pregnancy. A survey of laparaendoscopic surgeons. J Reprod Med 1997; 42: 33-8.

20. Charles B. Hammond, Kevin E. Danforth *Obstetrik ve Jinekoloji*, Yüce Yayınları. 7. baskı 1997; ss: 187-201.
21. Preston C. Sacks. *Ektopik Gebelik*. Alexander F. Burnett. *Clinical Obstetric And Gynecology*; Blackwell Science. 2003; ss: 322-7.
22. Gezginç K, Bülent Ş. *Jinekolojik Aciller Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji*; Çiçek N, Mungan T; Güneş Kitabevi. 2007; ss: 617-27.
23. Marik PE, Plante LA. Venous thromboembolic disease and pregnancy. *The New England journal of medicine*. 2008;359(19):2025-33.
24. Stone SE, Morris TA. Pulmonary embolism during and after pregnancy. *Critical care medicine*. 2005;33(10 Suppl):S294-300.
25. Pillny M, Sandmann W, Luther B, Muller BT, Tutschek B, Gerhardt A, et al. Deep venous thrombosis during pregnancy and after delivery: indications for and results of thrombectomy. *Journal of vascular surgery*. 2003;37(3):528-32.
26. Mac KAP, Berg CJ, Liu X. Changes in pregnancy mortality ascertainment: United States, 1999-2005. *Obstetrics and gynecology*. 2011;118(1):104-10.
27. James AH, Abel DE, Brancazio LR. Anticoagulants in pregnancy. *Obstetrical & gynecological survey*. 2006;61(1):59-69; quiz 70-2.
28. Bremme KA. Haemostatic changes in pregnancy. *Best practice & research Clinical haematology*. 2003;16(2):153-68.
29. Sultan AA, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Fleming KM, Nelson-Piercy C, et al. Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a populationbased cohort study from the United Kingdom. *Blood*. 2013;121(19):3953-61.
30. Zotz RB, Gerhardt A, Scharf RE. Inherited thrombophilia and gestational venous thromboembolism. *Best practice & research Clinical haematology*. 2003;16(2):243-59.
31. Friederich PW, Sanson BJ, Simioni P, et al. Frequency of pregnancyrelated venous thromboembolism in anticoagulant factor-deficient women: implications for prophylaxis. *Annals of internal medicine*. 1996;125(12):955-60.
32. Branch DW, Silver RM, Blackwell JL, Reading JC, Scott JR. Outcome of treated pregnancies in women with antiphospholipid syndrome: an update of the Utah experience. *Obstetrics and gynecology*. 1992;80(4):614-20.
33. Chan WS, Spencer FA, Ginsberg JS. Anatomic distribution of deep vein thrombosis in pregnancy. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2010;182(7):657-60.
34. Leung AN, Bull TM, Jaeschke R, Lockwood CJ, Boiselle PM, Hurwitz LM, et al. An official American Thoracic Society/Society of Thoracic Radiology clinical practice guideline: evaluation of suspected pulmonary embolism in pregnancy. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2011;184(10):1200-8.
35. Cahill AG, Stout MJ, Macones GA, Bhalla S. Diagnosing pulmonary embolism in pregnancy using computed-tomographic angiography or ventilationperfusion. *Obstetrics and gynecology*. 2009;114(1):124-9.
36. International Conference on Harmonisation; draft guidance on E2F Development Safety Update Report; availability. *Notice.Federal register*. 2008;73(151):45462-3.
37. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in earlypregnancy. In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd, 2003.
38. Gazmararian JA, Peterson R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD. Hospitalisations during pregnancy among managed careentrolles. *Obstet Gynecol* 2002;100:94-100.

39. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol ClinNorth Am* 2011;40:309-34.
40. Lacasse A, Rey E, Ferreira E, et al. Epidemiology of nausea and vomiting of pregnancy: prevalence, severity, determinants, and the importance of race/ethnicity. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:26.
41. Weigel MM, Weigel RM. The association of reproductive history, demographic factors, and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy. *Am J Epidemiol* 1988;127:562-70.
42. Klebanoff MA, Koslowe PA, Kaslow R. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 1985;66:612-6.
43. Verberg MFG, Gillott DJ, Al-Fardan N, et al. Hyperemesis gravidarum, a literature review. *Human Reproduction Update* 2005;11:527-39.
44. Mansour GM, Nashaat EH. Role of *Helicobacter pylori* in the pathogenesis of hyperemesis gravidarum. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:843-7.
45. Buckwalter JG, Simpson SW. Psychological factors in the etiology and treatment of severe nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S210-4.
46. Kimura M, Amino N, Tamaki H, et al. Gestational thyrotoxicosis and hyperemesis gravidarum: possible role of hCG with higher stimulating activity. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1993;38:345-50.
47. Hallak M, Tsalamandris K, Dombrowski MP, et al. Hyperemesis gravidarum. Effects on fetal outcome. *J Reprod Med* 1996;41:871.
48. Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, van der Post JA, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2011;118:1302-13.
49. Paauw JD, Bierling S, Cook CR, Davis AT. Hyperemesis gravidarum and fetal outcome. *JPEN J Parental Enteral Nutr* 2005;29:93-6.
50. Kallen B. Hyperemesis during pregnancy and delivery outcome: a registry study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1987;26:291-302.
51. Quinlan JD, Hill DA. Nausea and vomiting of pregnancy. *Am Fam Physician* 2003;68:121-8.
52. Koren G, Maltepe C. Pre-emptive therapy for severe nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:530-3.
53. Magee LA, Mazotta P, Koren G. Evidence-based view of safety and effectiveness of pharmacologic therapy for nausea and vomiting of pregnancy (NVP). *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S256-61.
54. Nageotte MP, Briggs GG, Towers CV, Asrat T. Droperidol and diphenhydramine in the management of hyperemesis gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:1801-5.
55. Pasternak B, Svanström H, Hviid A. Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes. *N Engl J Med* 2013; 368:814-23.
56. Ziaei S, Hosseiney FS, Faghizadeh S. The efficacy low dose prednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:272-5.
57. Jarvis S, Nelson–Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 2011;342:d3606.
58. Arpino C, Brescianini S, Robert E, Castilla EE, Cocchi G, Cornel MC, de Vigan C, Lancaster PA, Merlob P, Sumiyoshi Y, Zampino G, Renzi C, Rosano A, Mastroiacovo P. Teratogenic effects of antiepileptic drugs: use of an

- International Database on Malformations and Drug Exposure (MADRE). *Epilepsia*.2000.Nov;41(11):1436-43.
59. Teramo K, Hiilesmaa V, Bardy A, Saarikoski S. Fetal heart rate during a maternal grand mal epileptic seizure. *Perinat Med*. 1979;7(1):3-6
 60. Vinten J, Adab N, Kini U, Gorry J, Gregg J, Baker GA; Liverpool and Manchester Neurodevelopment Study Group. Neuropsychological effects of exposure to anticonvulsant medication in utero. *Neurology*. 2005;64 (6):949-54.
 61. Wilterdink JL, Easton JD. Cerebral ischemia in pregnancy. *Adv Neurol*. 2002;90:51-62.
 62. Roberts JM, Pearson G, Cutler J, Lindheimer M; NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. Summary of the NHLBI Working Group on Research on Hypertension During Pregnancy. *Hypertension*.2003;41(3):437-45.
 63. Bateman BT, Schumacher HC, Bushnell CD, Pile-Spellman J, Simpson LL, Sacco RL, Berman MF. Intracerebral hemorrhage in pregnancy: frequency, risk factors, and outcome. *Neurology*. 2006;67(3):424-9.
 64. Demir B, Demir M. Hastanelerde gerilim/çatışma/şiddet ve çözüm yolları sağlık düşüncesi ve tıp hukuku dergisi hi:28.02.2011
 65. McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2003 emergency department summary. *Adv Data* 2005;358:1–38.
 66. U.S. Department of Health and Human Services: Fertility, Family Planning, and Women's Health: New Data from the 1995 National Survey of Family Growth. Department of Health and Human Services publication PHS 97, 199
 67. Lippman S, Bordador B, Shaltout T: Detection of unknown early pregnancy. *Postgrad Med* 1988;83:129-35
 68. Ilse D, Hans V, Sylvie G, Guy M, Guy De B, Marleen T. Pregnancy outcome in primiparae of advanced maternal age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;135(1):41-6.
 69. Yorgev Y, Melamed N, Tenenbaum-Gavish K, et al. Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *Am J Obstet Gynecol*2010;203:558.e1-7.
 70. Hsieh TT, Liou JD, Hsu JJ. Advanced maternal age and adverse perinatal outcomes in an Asian population. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Jan; 148(1):21- 6
 71. Seoud MA, Nassar AH, Usta IM, Melhem Z, Kazma A, Khalil AM. Impact of advanced maternal age on pregnancy outcome. *Am J Perinatol*. 2002Jan;19(1):18
 72. Barbara Luke, Morton B. Brown. Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age. *Am Society for Reproductive Medicine* Vol.22,No. 5pp. 1264-72, 2007.
 73. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. Pregnancy outcome at age 40 and older. *Obstet Gynecol*, 1996; 87: 917-22.
 74. Edge V, Laros RK. Pregnancy outcome in nulliparous women aged 35 or older. *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 168: 1881-5.
 75. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nullipar women 35 years and older. *Obstet Gynecol*, 1995; 85: 65-70.
 76. Ramoska E, Sacchetti A, Nepp M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy. *Ann Emerg Med* 1989;18(1):48– 50.

EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

Gebelik Dönemi Acil Servis Başvurularının İncelenmesi

Hasta adı: Yaş: 18-35 >35

Protokol: Şikayet:

SAT: G/P/A:

Gebelik: Doğal gebelik

İndüklenmiş gebelik

Takipli olduğu merkez: UÜTF

Dış merkez

Takipsiz

Ateş:..... NDS:...../dk TA:...../..... SDS:...../dk SpO2:%.....

Ek hastalık: Diyabet Hipertansiyon Kardiyak Pulmoner Nörolojik

Diğer

Tetkik ve Görüntüleme: Hemogram Dar rutin Kanama profile Tit

Bhcg D dimer Bilirubin-Amilaz Paag

Doppler Usg Mr Diğer

Ön Tanı:

Tanı:

Tedavi: İzotonik Analjezik Antiemetik Antibiyotik Atel

Gebelikle ilgisi: Var

Yok

Sonuç: Taburcu

Yatış

Yattığı klinik:KDH

Diğer

Sevk

Ex

TEŞEKKÜR

Acil Tıp Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları için Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri sayın hocalarım Prof. Dr. Şule AKKÖSE AYDIN'a, Doç. Dr. Özlem KÖKSAL'a, Uzm. Dr. Fatma ÖZDEMİR'e ve ayrıca gerek bu çalışmamın gerçekleşmesinde gerekse de asistanlık eğitimim süresince yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesinden yararlanma olanağı sağlayan, tez danışmanım sayın Prof. Dr. Erol ARMAĞAN'a sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresi boyunca her zaman saygı ve sevgiyle acil serviste birlikte çalıştığımız değerli asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma, benden desteğini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında Samsun'da doğdum. İlk, orta ve lise öğrenimimi Trabzon'da tamamladım. 2003 yılında başladığım Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2009 yılında mezun oldum. 2010 yılında mecburi hizmet yükümlüsü olarak Gümüşhacıköy Toplum Sağlığı Merkezinde 4 ay kadar görev yaptım. Sonrasında 2011 yılı Mayıs ayında tıpta uzmanlık sınavını (TUS) kazandım ve 26 Temmuz 2011'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladım. Halen araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.