

## KISALTMALAR

- AD:** Anabilim dalı
- ARK:** Arkadaşları
- ASA:** Amerikan Anesteziyoloji Derneği
- CO<sub>2</sub>:** Karbondioksit
- KPR:** Kardiopulmoner resüstasyon
- KSE:** Kombine spinal epidural anestezi
- CLS:** Cormack Lehane Grade sınıflaması
- CVP:** Santral venöz basınç
- D&C:** Dilatasyon küretaj
- Dk:** Dakika
- DL:** Desilitre
- EEG:** Elektroensefalogram
- ED<sub>50</sub>:** Ortanca efektif doz
- ED<sub>95</sub>:** Hastaların %95'ini etkileyen efektif doz
- EKG:** Elektrokardiyografi
- EtCO<sub>2</sub>:** End tidal karbondioksit
- FKA:** Fetal kalp atımı
- FRK:** Fonksiyonel rezidüel kapasite
- G:** Gauge
- Gr:** Gram
- H<sub>2</sub>:** Hidrojen
- HELLP:** Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet
- Hf:** Hafta
- İÜ:** İnternasyonal ünite
- İV:** İntravenöz
- Kg:** Kilogram

**KİB:** Karın içi basınç  
**KOAH:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı  
**L2-3:** Lomber 2,3  
**LEEP:** Loop electrosurgical excision procedure  
**LMA:** Laringeal maske  
**Lt:** Litre  
**MAK:** Minimum alveoler konsantrasyon  
**mcg:** Mikrogram  
**mg:** Miligram  
**ml:** Mililitre  
**mmHg:** Milimetre civa  
**mOsm:** Miliosmol  
**M.Ö.:** Milattan önce  
**N<sub>2</sub>O:** Azotprotoksit  
**NSAİİ:** Nonsteroidal antiinflamatuvar  
**OAB:** Ortalama arter basıncı  
**PaCO<sub>2</sub>:** Parsiyel karbondioksit basıncı  
**PaO<sub>2</sub>:** Parsiyel oksijen basıncı  
**PDPB:** Postdural ponksiyon başağrısı  
**PİB:** Pik inspratuvar basınç  
**POBK:** Postoperatif bulantı kusma  
**SSS:** Santral sinir sistemi  
**TAH:** Total abdominal histerektomi  
**TAH+BSO:** Total abdominal histerektomi bilateral salpingoooferektomi  
**YBÜ:** Yoğun bakım ünitesi  
**TSH:** Tiroid stimulan hormon

<b><u>TABLO LİSTESİ</u></b>	<b><u>SAYFA NO</u></b>
<b>Tablo I:</b> En önemli sezaryen endikasyonları	21
<b>Tablo II:</b> Operasyon kararına göre sezaryen sınıflaması	28
<b>Tablo III:</b> Apgar Skorlaması	57
<b>Tablo IV:</b> Yıllara göre hasta sayılarının dağılımı	62
<b>Tablo V:</b> Yaş gruplarına göre hasta dağılımı	63
<b>Tablo VI:</b> Yapılan operasyon türüne göre hasta dağılımı	64
<b>Tablo VII:</b> Yapılan operasyona göre hasta dağılımı	64
<b>Tablo VIII:</b> ASA sınıflamasına göre hasta dağılımı	65
<b>Tablo IX:</b> Cerrahiye alınma şekline göre hasta dağılımı	66
<b>Tablo X :</b> Cerrahiye alınma şekillerine göre yapılan operasyonların dağılımı	67
<b>Tablo XI:</b> Ek sistemik hastalık varlığına göre hasta dağılımı	67
<b>Tablo XII:</b> Yaş gruplarına göre ek sistemik hastalık oranları	68
<b>Tablo XIII:</b> Yıllara göre ek sistemik hastalık oranları	69
<b>Tablo XIV:</b> Hastaların Mallampati Skoruna göre dağılımı	70
<b>Tablo XV:</b> Yapılan operasyon çeşidine göre hastaların Mallampati sınıflaması	70
<b>Tablo XVI:</b> Boyun hareketlerine göre hasta dağılımı	71
<b>Tablo XVII:</b> Tiromental mesafeye göre hasta dağılımı	71
<b>Tablo XVIII:</b> Ağız açıklığına göre hasta dağılımı	72
<b>Tablo XIX:</b> Kullanılan anestezi yönteminin yıllara göre dağılımı	72
<b>Tablo XX:</b> Hastalara uygulanan anestezi yönteminin yaş gruplarına göre dağılımı	73

<b>Tablo XXI:</b> Hastalara uygulanan anestezi yönteminin operasyon türüne göre dağılımı	73
<b>Tablo XXII:</b> Yıllara göre induksiyonda kullanılan anestezi ajan oranları	74
<b>Tablo XXIII:</b> Yıllara göre induksiyonda kullanılan kas gevşetici oranları	74
<b>Tablo XXIV:</b> Yıllara göre induksiyonda kullanılan kas gevşetici yüzdeleri	75
<b>Tablo XXV:</b> Yıllara göre induksiyonda kullanılan opioid oranları	75
<b>Tablo XXVI:</b> Yıllara göre idamede kullanılan analjezik ajan oranları	76
<b>Tablo XXVII:</b> Yıllara göre anestezi de kullanılan idame anestezi ajan oranları	76
<b>Tablo XXVIII:</b> Yıllara göre anestezi idamesinde kullanılan kas gevşetici oranları	77
<b>Tablo XXIX:</b> Yıllara göre anestezi idamesinde kullanılan kas gevşetici yüzdeleri	77
<b>Tablo XXX:</b> Yıllara göre genel anestezi alan hastalarda entübasyon güçlüğü oranları	78
<b>Tablo XXXI:</b> Yıllara göre genel anestezi alan hastalarda entübasyon güçlüğü nedenleri	79
<b>Tablo XXXII:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen hastalarda entübasyon için kullanılan yöntemlerin dağılımı	79
<b>Tablo XXXIII:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen hastaların yaş gruplarına göre oranları	80
<b>Tablo XXXIV:</b> Entübasyon güçlüğü nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımı	81
<b>Tablo XXXV:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen hastalarda entübasyon için kullanılan yöntemlerin yaş gruplarına göre oranları	81
<b>Tablo XXXVI:</b> Yapılan operasyon türüne göre entübasyon güçlüğü oranları	82
<b>Tablo XXXVII:</b> Entübasyon güçlüğü nedenlerinin yapılan operasyon	83

türüne göre dağılımı

<b>Tablo XXXVIII:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen hastalarda entübasyon yönteminin yapılacak operasyon türüne göre dağılımı	83
<b>Tablo XXXIX:</b> Mallampati skoruna göre entübasyon güçlüğü gelişen hastaların oranları	84
<b>Tablo XL:</b> Cormack Lehane sınıflamasına göre entübasyon güçlüğü oranları	85
<b>Tablo XLI:</b> Yıllara göre spinal anestezide kullanılan lokal anestezi dağılımı	86
<b>Tablo XLII:</b> Yıllara göre spinal anestezide adjuvan olarak kullanılan opioid oranları	87
<b>Tablo XLIII:</b> Yıllara göre KSE anestezide kullanılan spinal doz oranları	87
<b>Tablo XLIV:</b> Yıllara göre invazif arteriyel monitörizasyon oranları	88
<b>Tablo XLV:</b> Yaş gruplarına göre invazif arteriyel monitörizasyon oranları	89
<b>Tablo XLVI:</b> Operasyon türüne göre invazif arteriyel monitörizasyon oranları	89
<b>Tablo XLVII:</b> Yıllara göre CVP monitörizasyonu oranları	90
<b>Tablo XLVIII:</b> Yaş gruplarına göre CVP monitörizasyonu oranları	91
<b>Tablo XLIX:</b> Yapılan operasyon türüne göre CVP monitörizasyonu oranları	91
<b>Tablo L:</b> Yıllara göre kan/kan ürünü gereksinimi oranları	92
<b>Tablo LI:</b> Yaş gruplarına göre kan/kan ürünü gereksinimi oranları	92
<b>Tablo LII:</b> Operasyon türüne göre kan/kan ürünü gereksinimi oranları	93
<b>Tablo LIII:</b> Yıllara göre hastaların inotrop gereksinimi oranları	93
<b>Tablo LIV:</b> Yaş gruplarına göre hastaların inotrop gereksinimi oranları	94
<b>Tablo LV:</b> Operasyon türüne göre hastaların inotrop gereksinimi oranları	94

<b>Tablo LVI:</b> Yıllara göre intraoperatif komplikasyon oranları	95
<b>Tablo LVII:</b> Yaş gruplarına göre intraoperatif komplikasyon oranları	95
<b>Tablo LVIII:</b> Yapılan operasyon türüne göre intraoperatif komplikasyon oranları	96
<b>Tablo LIX:</b> Ek sistemik hastalık varlığına göre intraoperatif komplikasyon oranları	96
<b>Tablo LX:</b> İntraoperatif arrest oranları	98
<b>Tablo LXI:</b> Yıllara göre ortalama anestezi süresi oranları	98
<b>Tablo LXII:</b> Yaş gruplarına göre anestezi süresi oranları	99
<b>Tablo LXIII:</b> Yapılacak operasyon türüne göre anestezi süresi oranları	99
<b>Tablo LXIV:</b> Yıllara göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	100
<b>Tablo LXV:</b> Hastaların cerrahiye kabul şekline göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	100
<b>Tablo LXVI:</b> Yaş gruplarına göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	101
<b>Tablo LXVII:</b> Operasyon türüne göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	102
<b>Tablo LXVIII:</b> Hastaların ek sistemik hastalığı varlığına göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	103
<b>Tablo LXIX:</b> Yaş gruplarına göre postoperatif YBÜ gereksinimi olan hastaların mekanik ventilasyon oranları	104
<b>Tablo LXX:</b> Yapılan operasyon türüne göre postoperatif YBÜ gereksinimi olan hastaların mekanik ventilasyon oranları	105
<b>Tablo LXXI:</b> Yıllara göre postoperatif YBÜ’nde kalan hastaların YBÜ’nde kalış süreleri	105

<b>Tablo LXXII:</b> Yaş gruplarına göre hastaların postoperatif YBÜ’de kalış süreleri	106
<b>Tablo LXXIII:</b> Yapılan operasyon türüne göre hastaların postoperatif YBÜ’nde kalış süreleri	106
<b>Tablo LXXIV:</b> Yıllara göre taburcu zamanları	106
<b>Tablo LXXV:</b> Yaş Grupların Göre Taburcu Zamanları Oranları	107
<b>Tablo LXXVI:</b> Yapılan operasyon türüne göre ortalama taburcu zamanları oranları	107
<b>Tablo LXXVII:</b> Yıllara göre mortalite oranları	108
<b>Tablo LXXVIII:</b> Yaş gruplarına göre mortalite oranları	108
<b>Tablo LXXIX:</b> Yapılan operasyon türüne göre mortalite oranları	109
<b>Tablo LXXX:</b> ASA sınıflamasına göre mortalite oranları	109
<b>Tablo LXXXI:</b> Hastaların cerrahiye kabul şekline göre mortalite oranları	109
<b>Tablo LXXXII:</b> Yaşayan ve eksitus olan hastaların ortalama YBÜ’nde kalış süreleri	110
<b>Tablo LXXXIII:</b> Gestasyonel haftaya göre opere edilen gebelerin sınıflandırılması	110
<b>Tablo LXXXIV:</b> Yıllara göre ortalama gestasyonel hafta oranları	111
<b>Tablo LXXXV:</b> Yaş gruplarına göre ortalama gestasyonel haftası oranları	112
<b>Tablo LXXXVI:</b> Gebe hastaların sezaryen endikasyonu oranları	112
<b>Tablo LXXXVII:</b> Obstetrik hastalarda gebelik haftasına göre Mallampati oranları	113
<b>Tablo LXXXVIII:</b> Hastaların operasyona kabul şekline göre uygulanan anestezi yönteminin dağılımı	113

<b>Tablo LXXXIX:</b> Preeklampside kullanılan anestezi yönteminin yıllara göre dağılımı	114
<b>Tablo XC:</b> Gebe olan ve olmayan hastalarda CLS sınıflaması	114
<b>Tablo XCI:</b> Sezaryenlerde gebelik haftasına göre entübasyonda CLS oranları	115
<b>Tablo XCII:</b> Sezaryen ve diğer cerrahilerin entübasyon güçlüğü oranları	115
<b>Tablo XCIII:</b> Gebelerde gebelik haftasına göre entübasyon güçlüğü oranları	116
<b>Tablo XCIV:</b> Gebe hastalarda gebelik haftasına göre entübasyon güçlüğü nedenlerinin dağılımı	117
<b>Tablo XCV:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen gebelerde entübasyon için kullanılan yöntemlerin gebelik haftasına göre oranları	117
<b>Tablo XCVI:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre hipotansiyon oranları	118
<b>Tablo XCVII:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre vazopressör gereksinimi oranları	119
<b>Tablo XCVIII:</b> Yıllara göre sezaryenlerde kullanılan vazopressör ilaç oranları	120
<b>Tablo XCIX:</b> Spinal anestezi uygulanan sezaryenlerde kullanılan intravenöz sıvıların yıllara göre dağılımı	120
<b>Tablo C:</b> Sezaryenle doğan bebeklerin gebelik haftasına göre Apgar skoru ve ortalama ağırlığı oranları	121
<b>Tablo CI:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre bebeklerin 1. ve 5.dk Apgar Skorları	121
<b>Tablo CII:</b> Sezaryenle doğan bebeklerin YBÜ gereksinimi oranları	122



<b>Tablo CIII:</b> Sezaryenlerde gebelik haftasına göre neonatal YBÜ gereksiniminin değerlendirilmesi	122
<b>Tablo CIV:</b> Sezaryenle doğan bebeklerin YBÜ’nde ortalama yatış süresi	122
<b>Tablo CV:</b> Gebelik haftasına göre neonatal YBÜ’de kalma süreleri	123
<b>Tablo CVI:</b> YBÜ’nde yatan bebeklerin ortalama ventilatöre bağlı kalış süresi	123
<b>Tablo CVII:</b> Sezaryenle doğan bebeklerin mortalite oranları	124
<b>Tablo CVIII:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre bebek mortalite oranları	125

<b>Şekil 1.</b> Anestezi kayıt formu	58
<b>Şekil 2.</b> Anestezi kayıt formu	59
<b>Şekil 3.</b> Preoperatif anestezi kayıt formu	60
<b>Şekil 4.</b> İntraoperatif anestezi kayıt formu	61
<b>Şekil 5:</b> Yıllara göre hasta sayılarının dağılımı	62
<b>Şekil 6:</b> Yaş gruplarına göre hasta dağılımı	63
<b>Şekil 7:</b> ASA sınıflamasına göre hasta dağılımı	65
<b>Şekil 8:</b> Cerrahiye kabul şekline göre hasta dağılımı	66
<b>Şekil 9:</b> Yaş gruplarına göre ek sistemik hastalık oranları	68
<b>Şekil 10:</b> Yıllara göre ek sistemik hastalık oranları	69
<b>Şekil 11:</b> Yıllara göre genel anestezi alan hastalarda entübasyon güçlüğü oranları	78
<b>Şekil 12:</b> Entübasyon güçlüğü gelişen hastaların yaş gruplarına göre oranları	80
<b>Şekil 13:</b> Yapılan operasyon türüne göre entübasyon güçlüğü oranları	82
<b>Şekil 14:</b> Mallampati Skoru'na göre entübasyon güçlüğü gelişen hastaların oranları	84
<b>Şekil 15:</b> Cormack Lehane sınıflamasına göre entübasyon güçlüğü oranları	85
<b>Şekil 16:</b> Yıllara göre spinal anestezide kullanılan lokal anestezi oranları	86
<b>Şekil 17:</b> Yıllara göre ortalama invazif arteriyel monitörizasyon dağılımı	88
<b>Şekil 18:</b> Yıllara göre CVP monitörizasyonu oranları	90
<b>Şekil 19:</b> Ek sistemik hastalık varlığına göre intraoperatif komplikasyon oranları	97

<b>Şekil 20:</b> Hastaların cerrahiye kabul şekline göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	101
<b>Şekil 21:</b> Yaş gruplarına göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	102
<b>Şekil 22:</b> Operasyon türüne göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	103
<b>Şekil 23:</b> Hastaların ek sistemik hastalığı varlığına göre postoperatif YBÜ gereksinimi oranları	104
<b>Şekil 24:</b> Gestasyonel haftaya göre gebelerin sınıflandırılması	111
<b>Şekil 25:</b> Gebe hastaların sezaryen endikasyonu açısından oranları	112
<b>Şekil 26:</b> Gebelerde gebelik haftasına göre entübasyon güçlüğü oranları	116
<b>Şekil 27:</b> Gebelerde anestezi şekline göre hipotansiyon oranları	118
<b>Şekil 28:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre vazopressör gereksinimi oranları	119
<b>Şekil 29:</b> Sezaryenle doğan bebeklerin mortalite oranları	124
<b>Şekil 30:</b> Gebelerde anestezi yöntemine göre bebek mortalite oranları	125

## ÖZET

Peroperatif daha iyi hasta bakımı sağlanması, epidemiyolojik araştırmalar yapılabilmesi ve sonuçların sağlıklı olabilmesi için anestezi kayıtlarının düzgün ve güvenilir olması gerekmektedir. Anestezi kayıt formuna hastanın anestezi öncesi durumu, anestezi sırasında yapılan işlemler, uygulanan ilaçlar ve vital bulgular kaydedilir. Anestezi kayıt formu hastanın operasyondaki durumunun değerlendirilmesi yanında, daha sonraki uygulamalarda da gerektiğinde danışılacak bir belge olduğundan tıbbi ve adli açıdan önemlidir.

Cerrahi anestezide düşünülmesi gerekenler hastanın rahatı, güvenliği ve elverişli ameliyat koşulları sağlamak iken, obstetrik anestezide bunlara ek olarak anne ile fetus/yenidoğan açısından önemli diğer etkenler de söz konusudur. Bunlar obstetrik anestezide kendine has özellikler kazandırır.

Gebelik ve eylemin yaptığı fizyolojik değişiklikler, ilaçlara yanıtındaki farklılıklar, girişimlerin çoğunun acil nitelikte oluşu, midenin dolu olabilmesi, psikolojik durum, SSS depresyonu veya sempatik blokaj etkisi ile uteroplasental kan akımının değişmesi, aortokaval bası gibi anne ilgili nedenler ve bütün ilaçların fetusta direkt veya dolaylı etkisinin söz konusu olabilmesi, annenin kardiorespiratuar ve metabolik durumundaki değişikliklerin fetusa yansması, intrauterin resüsitasyonun olanaksızlığı gibi fetusla ilgili etkenler nedeniyle obstetrik anestezi diğer anestezilerden farklıdır. Obstetrik anestezi sırasında anestezi uzmanından hem annenin ve fetusun güvenliğini hem de yeterli cerrahi koşulları sağlayabilmesi için yeterli bilgi ve beceri beklenir.

Araştırmamızda elde edilen verilere ağırlıklı olarak preoperatif ve intraoperatif anestezi kayıt formlarında bulunan bilgilerden ulaşıldı. Bazı verilere ulaşmak için ise hasta dosyalarındaki kayıtlar ve “Nukleus Medikal Bilgi Sistemi” olarak adlandırılan hasta kayıtlarının ve bilgilerinin tutulduğu hastane bilgisayar sistemi kullanıldı.

2006-2012 yılları arasından merkezimizde obstetrik ve jinekolojik hastalıklar nedeniyle opere edilen 14361 hastanın verilerine sağlıklı bir şekilde ulaşıldı ve bu verilerin anesteziyolojik açıdan retrospektif analizi yapıldı.

Çalışmamızda kliniğimizde en sık gerçekleştirilen üç operasyonun; %43,3 oranında sezaryen, %16,1 oranında TAH+BSO, %5,3 oranında da tanısal laparoskopi olduğu bulundu.

Çalışmamızda hastaların %58,4'ünün ASA I, %37'sinin ASA II, %4,3'ünün ASA III, %0,2'sinin ASA IV olduğu belirlendi.

Çalışmamızda hastaların %60,3'ünün elektif, %39,7'sinin acil olarak cerrahiye alındığı bulundu.

Kliniğimizde uygulanan anestezi yöntemleri incelendiğinde hastaların %87,1'ine genel anestezi, %12,6'sına spinal anestezi, %0,2'sine KSE, %0,1'ine lokal anestezi uygulandığı belirlendi.

Opere edilen hastalar ek sistemik hastalık açısından değerlendirildiğinde en sık görülen ek sistemik hastalığın %17,7 oranında kardiyovasküler sistem hastalıkları olduğu bulundu.

Yaşa göre ek sistemik hastalık açısından değerlendirildiğinde 46 yaş üstü hastalarda ek sistemik hastalık oranlarının diğer yaş gruplarından anlamlı oranda yüksek olduğu bulundu ( $p<0,01$ ).

Hastalar Mallampati Skoru açısından değerlendirildiğinde obstetrik ve jinekolojik cerrahide Mallampati Skoru I, jinekoonkolojik cerrahide ise Mallampati Skoru II olan hasta sayısının diğer gruplardan anlamlı oranda yüksek olduğu bulundu ( $p<0,01$ ).

Çalışmamızda genel anestezi alanlarda entübasyon güçlüğü oranları incelendiğinde; %0,9 hasta da entübasyon güçlüğü geliştiği bulundu. Entübasyon güçlüğü'nün en sık nedeni ise %96,0 oranla yüksek larinks olarak bulundu. Entübasyon güçlüğü gelişen hastaların %81,1 tüp içine stile yerleştirilerek entübe edilirken, %9,4'ü McCoy laringoskop, %6,3'ü de fiberoptik kullanılarak entübe edildi.

Hastalara yapılan invazif monitörizasyon (arteriyel ve santral venöz basınç) oranları incelendiğinde 61 yaş üstünde ve jinekoonkolojik cerrahi geçiren hastalarda diğer gruplara göre anlamlı oranda yüksekti ( $p<0,05$ ).

Kan ve kan ürünü transfüzyonu açısından değerlendirildiğinde jinekoonkolojik cerrahide transfüzyon oranları diğer gruplardan anlamlı oranda yüksek bulundu ( $p<0,05$ ).

Yapılacak operasyon türüne göre uygulanan anestezi yöntemi incelendiğinde; obstetrik cerrahide %76,7 genel anestezi, %23,1 spinal anestezi uygulandığı, jinekolojik cerrahide en sık kullanılan anestezi şeklinin %96,8 ile genel anestezi olduğu,

jinekoonkolojik cerrahide de yine %99,4 oranla en fazla genel anestezinin tercih edildiği belirlendi.

Çalışmamızda sezaryen yapılan hastalarda cerrahiye kabul şekline göre uygulanan anestezi yöntemi incelendiğinde elektif hastalarda %69,4 oranında genel anestezi, % 30,4 oranında da spinal anestezi uygulandığı belirlendi. Acil sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi oranları ise %75,1 ile genel anestezi ve %24,9 ile spinal anestezi idi.

Çalışmamızda gebe hastalar obstetrik haftaya göre sınıflandırıldığında %54,6'sının 37 hafta ve üstünde olduğu bulundu. Ayrıca sezaryen operasyonu geçiren hastalarda ortalama obstetrik hafta  $35,37 \pm 4,36$  olarak hesaplandı. Gebe hastaları sezaryen endikasyonu açısından incelendiğimizde %30,1'inin preeklampsi, %10,3'ünün sefalopelvik uyumsuzluk, %9,1'inin ise mükerrer sezaryen endikasyonu ile sezaryene alındığı belirlendi.

Çalışmamızda sezaryenle doğan bebeklerin 1.dk ortalama Apgar skoru  $6,83 \pm 1,79$ , 5.dk ortalama apgar skoru  $7,89 \pm 1,71$  olarak bulundu. Bebeklerin ortalama ağırlığı  $2571,44 \pm 1006,76$  olarak hesaplandı. Bebeklerin %53'ünün neonatal YBÜ gereksinimi olduğu bulundu. Bebeklerin YBÜ'sinde ortalama kalış süreleri  $14,7 \pm 17,30$  olarak hesaplandı. YBÜ'sine alınan bebeklerin ortalama ventilatöre bağlı kalış süreleri  $14,58 \pm 15,15$  gündü. Sezaryenle doğan bebeklerin %84,5 şifayla taburcu edilirken %13,4'ü eksitus oldu. İntrauterin eksitus oranları %2,1 olarak bulundu. Sezaryenle doğan bebeklerin ortalama taburcu zamanı  $4,2 \pm 2,55$  gün olarak hesaplandı. Eks olan bebeklerin ortalama eksitus zamanları ise  $13,5 \pm 13,56$  gün olarak bulundu.

Çalışmamızda en sık karşılan intraoperatif komplikasyon grubunun %16,8 ile kardiak komplikasyonlar olduğu, bunları %1.1 ile alerjik komplikasyonların izlediği bulundu. İntraoperatif arrest oranlarını incelendiğimizde hastaların % 0,06'inde intraoperatif arrest geliştiği bulundu.

Çalışmamızda hastaların %1,9'unda postoperatif yoğun bakım ünitesi gereksinimi olduğu belirlendi. Cerrahiye kabul şekline göre YBÜ gereksinimi incelendiğinde; elektif hastaların %1,8'inin, acil hastaların %2,1'inin YBÜ gereksinimi olduğu bulundu ve iki grup arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Opere edilen toplam hastaların mortalite oranlarının ise %0,2 olduğu bulundu.

Çalışmamızda sezaryen yapılan hastalarda hipotansiyon oranları değerlendirildiğinde, spinal anestezide hipotansiyon oranı (%32,5) genel anesteziden istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0,01$ ). Ayrıca sezaryen yapılan hastalarda hipotansiyon tedavisi için vazopressör ajan kullanım oranları karşılaştırıldığında, spinal anestezide vazopressör ajan kullanım oranı (%32,5) istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0,01$ ).

Çalışmamızda spinal anestezi ve genel anestezi uygulanan sezaryenlerin bebeklerinin 1.dk ve 5.dk Apgar skorları açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Sezaryen olan hastalara uygulanan anestezi yöntemine göre bebeklerin mortalite oranları incelendiğinde, genel anestezi ve spinal anestezi arasında bebek mortalite oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Sonuç olarak; düzenli ve sistematik bir şekilde tutulan anestezi kayıtlarından geniş hasta serilerini kapsayan bir çok çalışmanın sağlıklı bir biçimde yapılabileceği, OMÜ’nde kullanılan Nükleus Medikal Bilgi Sistemi ve kliniğimiz anestezi kayıt formlarının hastalarla ilgili bilgilerin birçoğunu içerdiği ve bu tarz retrospektif çalışmaların belli aralıklarla tekrarlanmasının hem aynı klinikteki uygulamaların sürekli olarak değerlendirilmesine, hem kayıtlardaki eksikliklerin saptanmasına, hem de klinikler arası karşılaştırma yapılmasına olanak vererek anesteziyolojinin gelişimine katkı sağlayacağı kanısına varıldı.

**Anahtar kelimeler:** Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Obstetrik, Jinekolojik, Anesteziyoloji, Retrospektif Analiz

## SUMMARY

Anesthesia records should be correct and reliable for better perioperative patient care, better outcomes and further epidemiologic studies. Physical status of patient before the procedure, vital signs, medications and interventions during anesthesia are recorded to the anesthesia record form. Anesthesia record form is important not only for assessment of the intraoperative condition but also for medical and legal issues as a document which may be referred for further procedures.

While comfort, safety of the patient and suitable surgical conditions are targets of surgical anesthesia, some other important factors for the mother and the baby should also be considered in obstetric anesthesia. These factors make obstetric anesthesia unique.

Due to maternal factors like physiologic changes associated with pregnancy and labor, most of the interventions being urgent, high gastric residual volume, psychological status, altered uterine tonus due to CNS depression or sympathetic blockade, aortocaval compression, direct or indirect effects of all medications on fetus, influence of maternal hemodynamic and respiratory alterations on fetus and impossibility of intrauterine resuscitation, obstetric anesthesia is different from other anesthesia types. Sufficient knowledge and skills are expected from the anesthesiologist for safety of both mother and fetus as well as to provide suitable surgical conditions.

In our study data were generally obtained from preoperative and intraoperative anesthesia record forms. For access some information, we made search at patient files and computerised data system of our institution (Nucleus Medical Data System) .

We accessed and analysed the data of 14361 patients who underwent surgical procedure in our hospital because of obstetric and gynecologic diseases between 2006 and 2012 in terms of anesthesiologic factors .

In our study, the most common surgical procedures were caesarean section (43,3%), total abdominal hysterectomy+bilateral salpyngo oophorectomy (TAH+BSO) (16,1%) and diagnostic laparoscopy (5,3%).



58,4% of the patients were ASA I, 37% were ASA II, 4,3% were ASA III and 0,2% were ASA IV physical status.

60,3% of the cases were operated under elective conditions and 39,7% were operated under urgent conditions.

When we evaluated the anesthetic techniques performed in our clinic, 87,1% of the patients has been performed general anesthesia, 12,6% spinal anesthesia, 0,2% CSE, 0,1% local anesthesia.

In terms of the most common systemic disease, 17.7% of patients had cardiovascular problems.

In terms of systemic disease by age, for patients who were older than 46 years old , systemic disease rates than other age groups were found to be significantly higher ( $p<0.01$ ).

For Mallampati Score, at obstetrical and gynecological surgery Mallampaty Score I, at gyneco-oncologic surgery Mallampaty Score II rates was significantly higher than other groups ( $p<0,01$ ).

0,9% of the patients had difficult endotracheal intubation. The most common cause of difficult intubation was anterior larynx (96,0%). While 81,1% of these patients were intubated by inserting a tube stylet, 9,4% were intubated with McCoy laryngoscopy and 6,3% with fiberoptic bronchoscopy.

When requirement rate for invasive monitoring was analysed (arterial and central venous pressure), we saw that requirement for invasive monitoring rates were significantly higher for patients older than 61 years old and undergoing gyneco-oncologic surgery ( $p<0.05$ ).

Transfusion rates were significantly higher at gyneco-oncologic surgery ( $p<0.05$ ).

When anesthesia procedure according to operation type was analysed, it has seen that general anesthesia was applied in the ratio of 76,7%, spinal anesthesia 23,1% for obstetric surgery and general anesthesia was seen to be the most commonly used

anesthesia type (96,8%) for gynecologic surgery and in also gyneco-oncologic surgery (99,4%).

General anesthesia was applied in the ratio of 69,4% in elective patients, the ratio of spinal anesthesia was 30,4%. In urgent caesarean section operations, ratio of general anesthesia was 75,1% and ratio of spinal anesthesia was 24,9%.

54,6% of the patients were >37 weeks gestational age .In addition, mean obstetric age was found  $35,37 \pm 4,36$  weeks for the patients who underwent caesarean section. When we analysed pregnant in terms of caesarean section indications, we determined common indications as preeclampsia (30,1%), cephalopelvic disproportion (10,3%) and repeated caesarean section (9,1%).

For C/S group, 1<sup>st</sup> min mean Apgar scores were  $6,83 \pm 1,79$ , 5<sup>th</sup> min mean Apgar scores were  $7,89 \pm 1,71$ . Mean weight of C/S babies was  $2571,44 \pm 1006,76$  gram. 53% of the babies had neonatal ICU care requirement. Mean duration of ICU stay was  $14,7 \pm 17,30$  days. Infants' who received ICU mean duration of mechanical ventilation was  $14,58 \pm 15,15$  days. While 84,5 % of the C/S babies discharged from hospital with cure, 13,4% has died. Intrauterine exitus ratio was 2,1%. Mean duration of discharge from hospital was  $4,2 \pm 2,55$  days. Mean exitus time was  $13,5 \pm 13,56$  days.

The most common types of intraoperative complications were cardiac complications (16,8%) followed by allergic complications (1,1%). We found the ratio of intraoperative cardiopulmonary arrest was 0,06%.

1,9% of the pregnant had postoperative ICU requirement. When ICU requirement according to surgery condition was analysed, 1,8% of the elective patients and 2,1% of the urgent patients were found to require ICU care and there was no significant difference between groups ( $p > 0,05$ ). Mortality rate was found as 0,2% among the total operated patients.

When we evaluated rates of hypotension in patients undergoing cesarean section, we saw that hypotension during spinal anesthesia (32,5%) was significantly higher than general anesthesia ( $p < 0,01$ ).

At cesarean section procedures, vasopressor agent consumption rates for the treatment of low arterial blood pressure at patients undergoing cesarean section was

statistically significantly greater in spinal anesthesia than general anesthesia. (32.5%) ( $p < 0.01$ ).

1<sup>st</sup> and 5<sup>th</sup> minutes Apgar scores were similar between general anesthesia population and spinal anesthesia population ( $p > 0.05$ ). There was no statistically significant difference between general anesthesia and spinal anesthesia populations for mortality rates ( $p > 0.05$ ).

We conclude that regular and systematic anesthesia records could help for new studies including large patients series. Nucleus Medical Data System used in OMU and anesthesia record forms of our clinic included most of these data. We suggest performing this type of retrospective studies with regular intervals enables to evaluate the clinical practices regularly for the detection of record errors and to compare the clinics, thereby improve the development of anesthesiology.

**Keywords:** Ondokuz Mayıs University, Obstetric, Gynecological, Anesthesiology, A Retrospective Analysis