



**T.C.**  
**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN**  
**KLİNİK VE DEMOGRAFİK OLARAK**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Mehmet AHUKUŞ**

**KAYSERİ-2015**



**T.C.**  
**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN**  
**KLİNİK VE DEMOGRAFİK OLARAK**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Mehmet AHUKUŞ**

**Danışman**  
**Prof. Dr. Nurullah GÜNAY**

**KAYSERİ-2015**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez çalışmalarım süresince maddi ve manevi her türlü desteği gördüğüm Anabilim Dalı öğretim üyesi ve saygıdeğer tez hocam Sayın, Prof. Dr. Nurullah GÜNAY'a teşekkürlerimi sunarım.

Acil Tıp Anabilim Dalının değerli hocaları Prof. Dr. Levent AVŞAROĞULLARI' na ve Prof. Dr. Polat DURUKAN'a asistanlığım boyunca bana olan destekleri ve katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarım süresince istatistik kısmındaki tüm yardım ve desteği için ERÜ Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın, Yrd. Doç. Dr. Ferhan ELMALI' ya en içten şükran duygularımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresince birlikte çalıştığım asistan arkadaşlarıma, pek çok zorluğun üstesinden gelmemde büyük emeği olan sevgili eşim Tuğba'ya ve canım kızım Zeynep'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım

Son olarak verdiğim tüm kararlarımda yanımda olup, beni destekleyen aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

**Kasım 2015**

**Dr. Mehmet AHUKUŞ**

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
1. GEBELİK ACİLLERİ.....	2
1.1. Gebeliğin İlk Yarisındaki Aciller .....	2
1.1.1. Ektopik Gebelik .....	2
1.1.2. Epidemiyoloji ve İnsidans.....	2
1.1.3. Ektopik gebelikte risk faktörleri .....	3
1.1.4. Ektopik Gebeliğin Tanısı .....	4
1.1.5. Klinik bulgular .....	4
1.1.6. Fizik muayene bulguları .....	4
1.1.7. Tedavi .....	5
2. ABORTUS .....	5
2.1. Abortus Tanısı .....	5
2.1.1. Oluş zamanlarına göre abortuslar .....	6
3. GEBELİKTE GÖRÜLEN BULANTI KUSMALAR VE HİPEREMEZİS GRAVİDARUM .....	9
3.1. Gebelik bulantı kusmaları.....	9
3.1.1. Etyopatogenez.....	9
3.1.2. Klinik ve Ayırıcı Tanı.....	10
4. HİPEREMEZİS GRAVİDARUM .....	11

4.1. Epidemiyoloji .....	11
4.2. Tanı ve Klinik Özellikler.....	11
4.2.1. Tedavi .....	12
4.2.1.1 İntravenöz sıvı tedavisi .....	12
4.2.1.2 İlaç tedavisi .....	12
5. GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIKLAR .....	14
6. GEBELİĞİN 2. DÖNEMİNDEKİ ACİLLER .....	14
6.1. Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları.....	14
6.1.1. Gebelikte Fizyolojik Kan Basıncı Değişimleri .....	14
6.1.2. Gestasyonel Hipertansiyon .....	16
6.1.3. Preeklampsi.....	16
6.1.4.Eklampsi .....	17
6.2. Gebelitede Görülen Geç Dönem Görülen Durumlar.....	19
6.2.1. Preterm eylem ve preterm doğum.....	19
6.2.2. Geç Gebelik Kanamaları(3.trimester kanamaları) .....	23
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>28</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>33</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>48</b>
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>61</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>70</b>
<b>TEZ ONAY SAYFASI.....</b>	<b>74</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACOG</b>	: American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>ADH</b>	: Antidiüretik Hormon
<b>ADTK</b>	: Araç Dışı Trafik Kazası
<b>AİTK</b>	: Araç İçi Trafik Kazası
<b>ALP</b>	: Alkalen Fosfataz
<b>ALT</b>	: Alanin Amino Transferaz
<b>AON</b>	: Acil Obstetrik Neden
<b>AS</b>	: Acil Servis
<b>AST</b>	: Aspartat Amino Transferaz
<b>ATA</b>	: Acil Tıp Asistan
<b>ATAD</b>	: Acil Tıp Anabilim Dalı
<b>ATU</b>	: Acil Tıp Uzmanı
<b>BUN</b>	: Blood Urea Nitrogen
<b>β-hCG</b>	: Beta-Human Chorionic Gonadotropin
<b>CRL</b>	: Crown-Lump Length
<b>DES</b>	: Diethylstilbestrol
<b>DIC</b>	: Dissemine Intravasküler Coagulation
<b>DVT</b>	: Derin ven trombozu
<b>ECRHS</b>	: Avrupa Solunum Sağlığı Araştırma Topluluğu
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>EMR</b>	: Erken Membran Ruptürü
<b>FM</b>	: Fizik Muayene
<b>GİS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>GGT</b>	: Gama Glutamil Transferaz
<b>GTH</b>	: Gestasyonel Trofoblastik Hastalık
<b>HEG</b>	: Hiperemesis Gravidarum
<b>HELLP</b>	: Hemoliz(H), Elevated Liver enzymes (EL) ve Low Platelet count (LP)
<b>HM</b>	: Mol Hidatiform
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>İVK</b>	: İntraventriküler Kanama

<b>IVF</b>	: İnvitro Fertilizasyon
<b>İYE</b>	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
<b>L/S</b>	: Lectin- Sfingomyelin Oranı
<b>MRI</b>	: Mantetik Rezonans
<b>NEK</b>	: Nekrotizan Enterokit
<b>NHBPEP</b>	: American National High Blood Pressure Education Program
<b>OJE</b>	: Obstetrik Jinekolojik Etyoloji
<b>OJODN</b>	: Obstetrik jinekolojik olmayan diğer neden
<b>PDA</b>	: Patent Duktus Arteriozus
<b>PE</b>	: Preterm Eylem
<b>PID</b>	: Pelvik İnflamatuvar Dease
<b>PUQE</b>	: Pregnancy Unique Quantification of Emezis and Nause (Bulantı kusmanın Gebeliğe Özgü Ölçümü)
<b>PTE</b>	: Pulmoner Trombo Emboli
<b>RDS</b>	: Respiratuvar Distres Sendromu
<b>RIA</b>	: Rahimİçi Araç
<b>SVH</b>	: Serebrovaskuler Hastalık
<b>SVT</b>	: Sinüs Ven Trombozu
<b>TGB</b>	: Travmatik Gebe Başvuruları
<b>TGK</b>	: Tekrarlayan gebelik kaybı
<b>TİA</b>	: Transent İskemic Attack
<b>TİT</b>	: Tam İdrar Tahlili
<b>TM</b>	: Trimester
<b>TOGB</b>	: Travmatik Olmayan Gebe Başvuruları
<b>TV-USG</b>	: Transvajinal Ultrasonografi
<b>USG</b>	: Ultrasonografi
<b>YÜT</b>	: Yardımcı Üreme Teknikleri
<b>WHO</b>	: World Healty Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
<b>ÜSYE</b>	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
<b>WBC</b>	: White Blood Cell

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.	Spontan Preterm Eylemin Major ve Minör Risk Faktörleri .....	20
Tablo 2.	Hastaların Başvuru Haftalarına Göre Dağılımı .....	33
Tablo 3.	Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı .....	33
Tablo 4.	Hastaların Abortus Sayılarına Göre Dağılımı .....	34
Tablo 5.	Acil Servise Başvuran Hastaların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 6.	Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Şikayetlerine Göre Dağılımı .....	35
Tablo 7.	Hastaların Acil Servise Başvuru Şikâyetlerinin Süresinin Dağılımı.....	36
Tablo 8.	Tekrarlayan Başvuruların Dağılımı.....	36
Tablo 9.	Hastaların Başvuru Nedenine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 10.	Hastaların Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 11.	Hastaların Yerleşim Birimlerinden Başvurularının Dağılımı .....	37
Tablo 12.	Hastaların Özgeçmişlerindeki Patolojilere Göre Dağılımı.....	38
Tablo 13.	Hastaların İlaç Kullanım Dağılımı .....	39
Tablo 14.	Hastaların Gebelik Takiplerine Gitme Dağılımı .....	39
Tablo 15.	Hastaların Vital Bulgulara Göre Değerlendirilmesi.....	40
Tablo 16.	Hastaların Laboratuvar Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	41
Tablo 17.	Gebe Hastaların İdrar Numune Özellikleri .....	41
Tablo 18.	Gebe Hastalara Yapılan USG' lerin Değerlendirilmesi .....	42
Tablo 19.	Çekilen MR ve MR Bulgularının Değerlendirilmesi .....	43
Tablo 20.	Gebe Hastaların Konsültasyon Sayılarının Dağılımı .....	43
Tablo 21.	Gebelerin Yatış Endikasyonlarına Göre Dağılımı .....	44
Tablo 22.	Gebe Hastaların Acil Serviste Medikasyon Dağılımı .....	44
Tablo 23.	Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Şikâyetlerindeki Gerileme Durumunu Değerlendirilmesi.....	45
Tablo 24.	Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Tanısal Dağılımı .....	46



## ACIL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARIN KLİNİK VE DEMOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada acil servise başvuran gebe hastaların klinik ve demografik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Acil servis gibi yoğun bir ortamda gebe hastalara nasıl yaklaşıldığı ile birlikte gebe hastaların sosyodemografik özellikleri, en sık başvuru şikayetleri, medikal tedavi gereksinim durumları, konsültasyon ve hospitalizasyon oranları, son tanıları ve taburculuk halinde şikayetlerindeki gerileme gibi durumların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Hastalar ve Yöntem:** Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Acil Tıp Anabilim dalında, 01.10.2014- 31.03.2015 tarihleri arasında acil servise başvuran gebe hastalar ve gebeliği acil serviste tespit edilen hastalarla gerçekleştirildi. Çalışmaya 600 hasta alındı. 16 yaşından küçük hastalar çalışmaya dâhil edilmedi. İleriye dönük olarak hasta ve/veya yakınına bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) okutulup onayı alındıktan sonra hastalar çalışmaya dahil edildi. Anket tarzında planladığımız çalışmamızda hasta ve/veya yakınları ile yüz yüze görüşülüp anket doldurulmak suretiyle bilgiler toplandı. Kaydedilen verilerin istatistiksel incelemeleri yapıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 600tane hasta dahil edilmiş olup; Bu hastaların 141 (%23.5) tanesi 1.trimester 137 (% 22.8) tanesi 2.trimester 322 (%53.7) tanesi 3.trimester hastası oluşturmaktaydı. En sık başvuru şikayeti karın ağrısı idi. 3 ve üzeri abortus öyküsü olan hasta sayısı 30 olup toplam hastaların % 5 ini oluşturmaktaydı. 242 (% 40.5) hasta obstetrik kaynaklı şikayetler ile başvuru yapmıştır. Hastaların 547 i (% 91.2) ayaktan acil servise başvurmuştur. Toplam başvuru yapan hastaların 478 (%79.6) tanesine konsültasyon istenmiş olup, en çok istene konsültasyon Kadın Doğum konsültasyonu olmuştur. Hastaların 211(%35.1) tanesine yatış endikasyonu konulmuştur. Acil servise başvuran gebe hastalara en sık Doğum eylemi(% 10.6), İdrar yolu enfeksiyonu (%10.4) ve Abortus immines (%8.2) tanıları konulmuştur.

**Sonuç:** Acil servise başvuran gebe hastaların daha çok gebeliğin son dönemlerinde acil servise başvurdukları, en sık başvuru şikayetlerinin karın ağrısı olduğu anlaşılmaktadır. Başvuru yapan hastaların yaklaşık 1/3 üne yatış endikasyonu konulduğu ve hastaların yaklaşık % 80 inden konsültasyon istendiği görülmüştür. Bu veriler ışığında gebe

hastalar acil servis işleyişine acil serviste ciddi bir yük oluşturmakta olup bu bekleminin azaltılabilmesi ve diğer hastalarla daha iyi ilgilenilmesi için izole obstetrik vakaların kadın doğum bölümü tarafından değerlendirilmesini sağlayabilecek tedbirler alınması bu yükü büyük oranda azaltacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, acil servis, obstetrik acilleri, Demografik



## CLINICAL AND DEMOGRAPHIC EVALUATION OF PREGNANT PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

### ABSTRACT

**Objective:** In this study, we aimed to demographically and clinically analyse pregnant women who referred to emergency room. We mainly tried to assess how pregnant patients are being handled in such a crowded environment as emergency room; as well as pregnant patients' sociodemographic characteristics, most frequent referral reasons, circumstances requiring medical treatment, consultation and hospitalization proportions, final diagnoses, regression of complaints by the time of discharge.

**Patients and method:** We included pregnant patients who referred to Erciyes University Emergency Department during 01.10.2014-31.03.2015 or patients whose pregnancy was diagnosed in emergency room, at this period. We set being younger than 16 years old as an exclusion criteria. Finally 600 patients were prospectively enrolled. Every patient (or a relative of the patient) signed an informed consent form. We designed the study over a questionnaire, and collected data from face to face interviews with patients or their relatives. Recorded data were statistically analysed, afterwards.

**Findings:** 600 patients were enrolled to study and 141 (%23.5) of them were at 1st trimester, 137 (%22.8) of them were at 2nd trimester and 322 (%53.7) of them were at 3rd trimester. Most frequent referral complaint was stomachache. 30 (%5) patients suffered 3 or more miscarriage. 326(%54.3) of patients referred with obstetrical/gynecological originated complaints. 547 (%91.2) of patients referred to E.R. apart from EMS, by themselves. 478 patients (%79.6) were consulted to another department, most commonly to obstetrics&gynecology. 211 (%35.1) of patients were admitted. Most frequent diagnoses in pregnant women who referred to E.R. were established as labor (%10.6), UTI (%10.4) and imminent abortion (%8.2).

**Conclusion:** We noticed that pregnant patients referred to hospital mostly in their 3rd trimester, as the most frequent complaint of stomachache. Approximately 1/3 of patients were admitted eventually. %80 of patients required a consultation. In the light of this knowledge it is evidential that pregnant patients constitute a substantial burden to E.R. daily routines. As an offer; isolated obstetrical/gynecological cases might be handled

directly by an obstetrician thus patient burden in the E.R. might be reduced, and as a result patient care quality can be improved in both ways.

**Key words:** Pregnant, Emergency Room, Obstetric Emergency Demographics



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadınlarda pubertede yaklaşık 10 bin over folikülü (primer oosit) mevcuttur. Kadınlarda ortalama ovulasyon suresi yaklaşık 38 yıldır. Foliküllerin 500 tanesi (sekonder oosit) ovulasyon ile atılır ve diğer kalan foliküller dejenere olur. Doğurganlık çağında olan bir kadının, aktif cinsellik varlığında hayat boyu 500 ovulasyon ile gebe kalma ihtimali yaklaşık olarak 1.500 gündür. Bu nedenle acil servis (AS) ve diğer branş doktorlarının doğurganlık çağındaki tüm kadın hastalarda, başvuru şikayeti ne olursa olsun gebe olma olasılığını göz önünde bulundurması gerekmektedir(1).

Gebelik; fizyolojik bir süreç iken, anne ve fetus için her an acil, agresif tedavi gerektiren komplikasyonlarla karşılaşılma ihtimali olan bir durumdur. Kritik olayların oluş zamanı ve patofizyolojisinin anlaşılması tedavinin hızla yapılmasını sağlar. Obstetrik komplikasyonların çoğu önceden tahmin edilemez, dolayısıyla komplikasyonlu gebelikler önceden tespit edilmeye çalışılarak gerekli tedbirler alınmalı, anne fetus ile birlikte değerlendirilerek maternal ve fetal morbidite ve mortalite en aza indirilmeye çalışılmalıdır(2).

Bu çalışmada acil servise başvuran gebe hastaların klinik ve demografik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Acil servis gibi yoğun bir ortamda gebe hastalara nasıl yaklaşıldığı ile birlikte gebe hastaların sosyodemografik özellikleri, en sık başvuru şikayetleri, medikal tedavi gereksinim durumları, konsültasyon ve hospitalizasyon oranları, son tanıları ve taburculuk halinde şikayetlerindeki gerileme gibi durumlar değerlendirilmeye çalışılmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

Başvuru şikâyeti ne olursa olsun, AS'e başvuran, doğurganlık çağındaki her kadın hastanın gebe olma olasılığı dikkate alınmalı bu hastaların obstetrik ve jinekolojik öyküleri özellikle sorgulanmalıdır. Jinekolojik ve obstetrik öykü; gebelik semptomlarının varlığı, cinsel aktivite, doğum kontrol yöntemi, gebelik öyküsü, önceki jinekolojik hastalıklar, bir önceki ve en son adet tarihi, menstrüasyon siklus süresi gibi konuları içermelidir(3).

### **1. GEBELİK ACİLLERİ**

#### **1.1.Gebeliğin İlk Yarısındaki Aciller**

##### **1.1.1.Ektopik Gebelik**

Ektopik gebelik; fertilize ovumun uterin kaviteden farklı bir dokuda olmasıdır. Tubal, interstisyel, ovaryan, servikal, abdominal, intraligamenter veya heterotopik yerleşimli olabilir. Sıklıkla tubada, özellikle ampuller bölgede görülür. Tüm gebeliklerin %1-2'sini ektopik gebelikler oluşturmaktadır. Son yıllarda erken tanı yöntemlerindeki ilerlemelere ve risk faktörlerindeki artışlara bağlı olarak ektopik gebeliğin tanı sıklığı artmıştır (4).

##### **1.1.2. Epidemiyoloji ve İnsidans**

Ektopik gebelik sıklığı tüm dünyada son 20 yılda artış göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1989'da 1000 gebelik başına 16 olan ektopik gebelik oranının, 1992'de 19,7'ye yükseldiği saptanmıştır. Bu oranların; 70'li yıllarla karşılaştırıldığında dört kat

arttığı saptanırken, ölüm oranlarının ise %90 azaldığı bildirilmiştir (5). Bu insidans artışının sebepleri; cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme sıklığında artış, başarısız tubal sterilizasyon ve geçirilmiş tubal cerrahi, ovulasyon indüksiyonu ve yardımcı üreme teknikleri(YÜT) uygulamalarındaki artış, bunların yanı sıra erken tanı yöntemlerinin kullanımının artmış olmasıdır (6).

Genel bir sıklık vermek gerekirse tüm gebeliklerin % 2'sinin ektopik gebelik, acil servis prevalansının ise % 6-16 olduğu tahmin edilmektedir. İn vitro fertilizasyon (IVF) teknikleri sonrası oluşan gebeliklerde bu oran %2-11'lere yükselir. Ektopik gebelik insidansı yaşla birlikte artmakta, tüm yaş gruplarında beyaz ırka oranla siyah ırkta 1,4 kat daha sık izlenmektedir. Risk artışı ise en fazla 35-44 yaş arası kadınlarda olmaktadır (5).

Geçirilmiş bir ektopik gebeliği takiben, spontan konsepsiyon sonrası canlı bebek doğurma şansı %50-85 arasında değişir. İki ektopik gebelik sonrası tekrarektopik gebelik geçirme oranı ise, bir ektopik gebelik geçirenlere kıyasla 10 kat artmış olarak bulunmuştur(7).

Ektopik gebelik; tüm maternal mortalite nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olup, bu nedenlerin yaklaşık %10'undan sorumludur. Transvajinal ultrasonografi (TV-USG) kullanımı ve Beta-human Chorionic Gonadotropin ( $\beta$ -hCG) ölçümünün yaygınlaşması ile ektopik gebeliğin erken tanı imkânı artmıştır. Bu sayede olgular rüptüre olmadan erken dönemde tanı almakta, tedaviye erken dönemde başlanarak, üreme potansiyeli korunmakta ve morbidite azalmaktadır (4, 8).

### **1.1.3.Ektopik gebelikte risk faktörleri**

**Yüksek risk:** Geçirilmiş tubal cerrahi, Tubal ligasyon, Ektopik gebelik öyküsü, İn utero DES maruziyeti, RİA kullanımı, Bilinen tubal patoloji

**Orta risk:** İnfertilite, Geçirilmiş genital enfeksiyon, Çok eşlilik

**Düşük risk:** Geçirilmiş pelvik/abdominal cerrahi, Vajinal duş, Sigara kullanımı, Erken yaşta cinsel ilişki(<18 yaş), İleri yaş

#### **1.1.4. Ektopik Gebeliğin Tanısı**

Ektopik gebelik tanısı asemptomatik hastalardan akut batın ve hemodinamik şoka kadar değişkenlik gösteren geniş bir klinik prezentasyon ile kendini gösterir. Adet gecikmesini takiben ortaya çıkan semptom ve bulguların değerlendirilmesi,  $\beta$ -hCG ve serum progesteron ölçümü gibi laboratuvar yöntemleri, endometrial küretaj, L/S ve kuldosentez gibi cerrahi yöntemler ve TV-USG tanıda kullanılır(9).

Ayırıcı tanıda; Abortus imminens, rüptüre over kisti, apendisit, pelvik inflamatuvar hastalık (PID), salpenjit, endometrit, nefrolityazis, over torsiyonu, intrauterin gebelik düşünülmelidir(9).

#### **1.1.5. Klinik bulgular**

Ektopik gebelikte klinik, lokalizasyona göre farklılık gösterir. Olguların %99'u fallop tüplerinde izlenir, sıklıkla da (%80) tüpün ampuller bölgesinde izlenir. Daha nadir olarak rudimenter horn, serviks, intraligamenter, over veya intrabdominal bölgelerde yerleşim gösterebilir. Risk faktörlerinin olması, erken ortaya çıkan semptom ve bulgular ektopik gebelik klinik tanısından şüphelenilmesini sağlar. Semptom ve bulguların şiddeti tubal rüptür olmasına, intraperitoneal kanamanın miktarına bağlı olarak değişir. Karın ağrısı en sık görülen bulgudur ve hastaların neredeyse tamamında bulunur, ancak ağrının şiddeti ve özellikleri değişkenlik gösterir ve niteliği patognomonik değildir. Klasik semptom triadı; ağrı, adet gecikmesi ve vaginal kanamadır. Bu semptom grubu olguların ancak %50'sinde vardır. Kanama sonrası oluşan hemoperitonyumun diyaframı irrite etmesiyle omuz ve sırt ağrısı görülebilir. Vajinal kanama hastaların % 50-80'inde gözlenir. Kanama kesintili veya devamlı olabilir. Amenore yaklaşık olarak %75-95 olguda vardır. Hipovolemik şok ve senkop ise ileri olgularda ortaya çıkabilir(4).

#### **1.1.6. Fizik muayene bulguları**

Fizik muayene; Vital bulguların ölçümü, batın ve pelvis muayenesi şeklinde yapılır. Rüptür ve kanama olmadan klinik genellikle siliktir. Uterus normale göre hafif büyümüş olabilir. Karında hassasiyet ve servikal hareket hassasiyeti olabilir.



Vakaların yaklaşık %50'sinde adneksiyel kitle palpe edilebilir. Rüptür ve intraabdominal kanamada taşikardi ve hipotansiyon gelişir. Barsak sesleri azalmış veya kaybolmuştur. Tüm bu klinik değerlendirmelere rağmen erken normal intrauterin gebelik, şüphelenilen ektopik veya anormal intrauterin gebeliği birbirinden ayırmak için ek testler çoğunlukla gereklidir(10).

### **1.1.7. Tedavi**

Ektopik gebelikte tedavi yöntemleri:

1. Gözlem tedavisi
2. Tıbbi tedavi
3. Cerrahi tedavi (L/T, L/S)
  - Konservatif cerrahi
  - Radikal cerrahi

Ektopik gebelik tedavisinde amaç, hastanın üreme potansiyelini en iyi şekilde koruyarak, hastalığa ve tedaviye bağlı komplikasyonları azaltmaktır. Son yıllarda erken tanı yöntemlerinin artması ile ektopik gebeliklere konservatif yaklaşım imkânı artmıştır (11).

## **2.ABORTUS**

Dünya Sağlık  rg tu(WHO) abortusu; son adet kanamasının ilk gününden başlayarak gebeliğin 20.haftasına kadar olan dönemde veya fetal ağırlık 500 gramdan daha düşük iken gebeliğin herhangi bir sebeple sonlanması olarak tanımlamıştır. Abortuslar; oluş zamanları, oluş şekilleri ve klinik seyrine göre sınıflandırılabilirler(1).

### **2.1. Abortus Tanısı**

Abortus tanısı birkaç parametrenin beraber değerlendirilmesi ile yapılır. Son adet tarihi, adet düzeni, kanama olup olmaması, varsa miktarı, parça düşürme olup olmaması

sorgulanmalıdır. Pelvik muayene ile kanamanın yeri, miktarı, servikal dilatasyonun varlığı ve abort materyalinin kavite dışına atılıp atılmadığı anlaşılır(1).

Tuşe muayenesiyle de servikal açıklık, uterus büyüklüğü, servikskıvamı ve hassasiyet varlığı araştırılır. Ultrasonografi; abortus tanısı için basit ve ucuz bir tanı aracıdır, erken gebelik kayıplarının tanısı ve ayırıcı tanısında oldukça değerlidir. Erken gebelikte yapılan USG fetal tehlikeyi veya gerçekleşmek üzere olan fetal kaybı gösteren bulguları ortaya çıkarabilir. USG ile gebelik tanısı en erken 4 hafta 3 günlük iken ortaya çıkan gestasyonel sac'ın görüntülenmesi ile konabilir(12).

Gebelik tanısı için kanda  $\beta$ -hCG düzeyi ile birlikte değerlendirilmesini önerilmektedir. Erken dönem yapılan USG ile fetal kayıp tahmin edilebilir. Daha önce tespit edilen kardiyak aktivitenin kaybı %100 fetal kayıp anlamına gelir. Fetal gelişme geriliği, amniyotik sıvıda azalma, kese çapı ile CRL (Crown-rump length) farkı, intrauterin ve subkoryonik hematoma da fetal kayıp ile ilgili bulgulardır (12,13).

### **2.1.1. Oluş zamanlarına göre abortuslar**

#### **2.1.1.1. Subklinik abortus**

Döllenmeyi takip eden günlerde, henüz gebelik tanısı konulmadan meydana gelen abortuslardır. Sonuçta normal zamanında veya birkaç gün gecikme sonrası menstruasyon ile gebelik sonlanır(14).

#### **2.1.1.2. Erken abortus**

Birinci trimesterde, yani 12. hafta sonuna kadar oluşan abortuslardır. Tespit edilebilen düşüklerin %80 kadarı bu dönemde meydana gelir ve en az %50'si kromozomal anomali sonucu ortaya çıkar (14).

#### **2.1.1.3 Geç abortus**

On üç ve yirminci haftalar arasında oluşan abortuslardır.

## **Klinik seyrine göre abortuslar**

Klinik seyrine göre abortuslar 5 grupta incelenir.

### **2.1.3.1 Abortus imminens (Düşük tehdidi):**

Abortus imminens en yaygın obstetrik acillerdendir ve tanısı, gebeliğin ilk yarısında kapalı bir servikal os'tan kanlı vajinal akıntı ya da kanama görülmesi olarak kabul edilir. Gebelerin yaklaşık olarak %20'sinde 20. gebelik haftasından önce vajinal kanama olmaktadır ve yaklaşık olarak bu gebeliklerin yarısı düşükle sonuçlanmaktadır. Kardiyak aktivite gözlemlendiğinde risk oldukça azalsa da, bu gebeliklerin yarısı düşük ile sonuçlanacaktır. Birçok gebelik; tanı almadan spontan olarak kaybedilmektedir ve düşük tanısı ağır veya gecikmiş bir menstrüasyon nedeniyle gözden kaçmaktadır. Kanamayı takiben düşük olmasa bile bu fetuslar erken doğum, erken membran rüptürü, fetal gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölüm için artmış risk altındadırlar(14,15).

Abortus imminensin etkin tedavisi yoktur. Sıklıkla önerilmesine karşın, yatak istirahati düşük tehdidinin seyrini değiştirmez. Yapılan çalışmalardan elde edilen *Cochrane* verilerinde yatak istirahatını destekleyen yeterli veri bulunmamaktadır. Fakat yine de abortus imminens vakalarında (yatak istirahatinin etkisi hakkında yeterli kanıt bulunmamasına rağmen) hastalara kendilerini güvende hissetmeleri için aktif yaşantılarından birkaç gün uzaklaşmaları önerilebilmektedir. Tedavide etkinliği çok araştırılan ajanların başında gelen progesteron; hastaların yaklaşık olarak %13 ila 40'ına reçete edilmektedir. Yapılan meta analizlerde vajinal progesteronun düşük oranlarını azaltmada plaseboya üstünlüğü olmadığı gösterilmiştir(16). Bu nedenle yazarlar progesteronun abortus imminens tedavisinde rutin kullanımını önermemektedir. Progesteron salınımında etkisi olan korpus luteumun devamını sağlayan hCG de etkinlik ve güvenilirlik bakımından abortus imminenslerin tedavisinde değerlendirilmiştir. Yapılan meta analizlerde hCG alan gruplarla plasebo ve ya hiç tedavi almayan gruplar arasında düşük insidansı açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (17).

Akıllara gelen bir başka soru Rh D negatif kadınlara anti-D immünoglobulin verilip verilmeyeceğidir. Maalesef bu konuda yeterli bilgi bulunmamaktadır. RoyalObstetri ve Jinekoloji Birliği (Royal College of Obstetricians and Gynecologists ve Amerikan Obstetri) ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynaecologists) kılavuzlarına göre; birinci trimester abortus imminenslerde Rh D alloimmünizasyonu nadir olmasına rağmen, 12 haftadan büyük gebeliği olup düşük riski olan sensitize olmamış veya ağır kanamaları olan veya tekrarlayan kanamalarla beraber abdominal ağrısı olan Rh D negatif kadınlarda anti-D globulin verilmesi değerlendirilebilir (18).

#### **2.1.3.2. Abortus incipiens (Önlenemeyen düşük):**

Servikal dilatasyona ek olarak membran rüptürü ile kendini gösterir. Abortus hemen hemen kaçınılmazdır(18).

#### **2.1.3.3. Missed abortuslar**

Spontan abortusların büyük kısmını oluşturmaktadırlar. Düzensiz gebelik kesesi ve düzensiz embriyonun bir hafta arayla yapılan USG izleminde birkaç haftadır gelişmediğinin görülmesi şeklinde tanımlanır. İn-utero ölü fetus vardır ve dışarı atılamamıştır. Etiyolojisinde; kromozomal anomaliler, hormonal düzensizlikler, polikistik over sendromu, immünolojik bozukluklar ve uterus anomalileri suçlanmıştır (18).

#### **2.1.3.4 Habituel abortuslar**

Klinik olarak meydana gelmiş veya fark edilmiş 3 veya daha fazla gebelik kaybı olmasıdır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %1–2'sinde ortaya çıkar(18). Etiyolojide; %12–16 anatomik anomaliler, %17–20 endokrinolojik problemler, % 0,5–5 enfeksiyonlar ve %20–50 immünolojik faktörler tekrarlayan gebelik kaybı (TGK) ile ilişkili bulunmuştur. Vakaların yaklaşık % 50' sinde etiyoloji aydınlatılamaz(16).

#### **2.1.3.5 Septik abortuslar**

Genellikle güvensiz, uygun olmayan koşullarda kontamine bir cisimle düşük yaptırma girişimi sonucunda ortaya çıkan yaygın enfeksiyon tablosu ile karakterizedir (18).

### **3. GEBELİKTE GÖRÜLEN BULANTI KUSMALAR VE HİPEREMEZİS GRAVİDARUM**

#### **3.1.Gebelik bulantı kusmaları**

Gebelikte gastrointestinal sistem (GİS), çok sık olarak etkilenmektedir. Bununla ilgili en sık görülen semptomlar ise bulantı ve kusmadır. Bu durum gebeliğin seyrini olumsuz yönde etkileyip, yaşam kalitesinin bozulmasına, nütrisyonel ve psikososyal problemlere yol açabilmektedir(19). Bulantı ve kusma gebeliğin ilk yarısı boyunca olağandır. Şiddeti değişken olan bulantı-kusma, genellikle gebeliğin erken dönemlerinde başlayıp 14-16. haftaya kadar devam eder(19).

Gebelerin yaklaşık olarak % 20-30'unda bulantı kusma semptomları 20. gebelik haftasından sonra da devam etmekte ve doğuma kadar sürmektedir. Bulantı-kusmaların sabahları kötüleşme eğiliminde olması 'sabah kusması' olarak adlandırılmasına neden olmuştur, ancak bu yakınmalar gün boyu devam edebilir. Bazı gebelerde bulantı ve kusma şiddetlidir, diyet düzenlemesi veya antiemetik tedaviye yanıt vermez. Bu durum; gebeliğin seyrini etkileyebilmekte, anne ve fetus üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir, aynı zamanda yaşam kalitesinin bozulmasına, iş gücü kaybına ve psikososyal problemlere sebep olmaktadır(19).

Lacroix ve ark.'nın (19) yaptığı çalışmada; gebelerin yaklaşık 3/4'ünde bulantı olduğu saptanmış, bunların 4/5'inde şikayetlerin tüm gün boyunca sürdüğü belirlenmiştir. Bulantının ortalama süresi 35 gündür ve 22. haftaya gelindiğinde gebelerin %90'ında bulantının kaybolduğu görülmüştür(19).

#### **3.1.1. Etyopatogenez**

##### **3.1.1.1. Metabolik ve Endokrin Faktörler**

*Human Korionik Gonadotropin (hCG)*

Özellikle mol gebelikler ve down sendromlu fetus taşıyan gebelerde bulantı-kusma daha fazla izlenmiştir. Bu iki durumda da hCG düzeyleri yüksektir. Ancak, hCG düzeyi ile bulantı ve kusma arasında korelasyon gösterilememiştir (20).

## *Östrojen ve Progesteron*

Bulantı ve kusma ile östrojen düzeyi arasındaki ilişki ortaya konamadığından östrojenin rolü açık değildir. Progesteron; düz kas kontraktilesini azaltabilir ve gastrik disritmilere sebep olabilir ya da gastrik boşalmayı değiştirebilir. Bununla beraber, progesteron düzeyi ile bulantı kusma arasındaki ilişki açık değildir (21).

### **3.1.1.2. Özofageal ve Gastrik Nöromusküler Disfonksiyon**

Gebeliğin erken dönemlerinde artan progesteron düzeyi düz kas inhibisyonuna yol açar ve mide boşalması gecikir. Daha ileri dönemlerde ise uterusun basısı ile gastrointestinal semptomlar ortaya çıkar. Gastrik dismotilitenin de gebelerdeki gastrointestinal semptomlardan sorumlu olabileceği öne sürülmüştür. Elektrogastrogram kullanılarak yapılan çalışmalarda, bulantı ve kusması olan gebelerde normalden farklı miyoelektriksel aktivite olduğu gebelik sonrası ise bu durumun normale döndüğü gösterilmiştir (22).

### **3.1.1.3. Psikolojik Faktörler**

Bulantı ve kusması olan gebelerde semptomların; stres, gebelik hakkında yetersiz bilgi, eşleri ve doktorları ile kötü kooperasyon içinde olmaları gibi faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (23).

### **3.1.2. Klinik ve Ayırıcı Tanı**

Gebelerin çoğunda bulantı ana semptomdur ve genellikle tüm gün sürer. Eğer ilk trimesterde bulantı-kusma ile birlikte göğüste yanma ve regurjitasyon varsa teşhis gastroözofageal reflüdür. Epigastrik yanma daha çok peptik ülser hastalığına işaret eder. Gebeliğe bağlı bulantı ve kusma tanısı genellikle klinik olarak konur.

Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik olmaması, karın ağrısı olmaması, safralı kusma ve diğer alarm semptomlarının olmaması tanıyı destekleyen durumlardır (24).

## **4.HİPEREMEZİS GRAVİDARUM**

Hiperemesis gravidarum (HEG); kilo kaybı, dehidratasyon, hidroklorik asit kaybına bağlı alkaloz ve hipokalemiye neden olan şiddetli kusma olarak tanımlanmaktadır. Kısmi açlığa bağlı asidoz gelişir. Bazı gebelerde geçici karaciğer disfonksiyonu gelişir (24). Bulantı ve kusmanın şiddetini belirlemek amacıyla, Lacasse ve ark.(25) PUQE skor indeksini (Pregnancy Unique Quantification of Emezis and Nausea=Bulantı kusmanın Gebeliğe Özgü Ölçümü) önermiştir. Hiperemesis gravidarum teşhisinde uzun süren kusmaların anamnezde olması, sıvı ve gıda alımında tolerasyonun yetersizliği ile bunlara bağlı dehidratasyon, intravenöz sıvı destek gereksinimi ve ketonüri önemlidir(25).

### **4.1. Epidemiyoloji**

Populasyon insidansları değişkendir ve etnik veya ailevi eğilim göstermektedir. Kaliforniya ve Nova Scotia'da yapılan populasyon temelli çalışmalarda, hiperemezise bağlı hastaneye yatma oranı % 0,5-0,8 arasında saptanmıştır. Gebeliğinde hiperemesis nedeniyle yatırılan bir kadının, bir sonraki gebeliğinde hastaneye yatış oranı yaklaşık %20'dir. Hiperemesis gravidarum ile gebeliğin indüklediği hipertansiyon veya preeklampsi arasında bir ilişki bulunamamıştır(26,27).

### **4.2. Tanı ve Klinik Özellikler**

Hiperemesis gravidarum genellikle hastaneye yatırılarak tedavi edilen ve mayi açığı olan bir durumdur. Ayırıcı tanıda; gastrointestinal bozukluklar, hipertroidi, hiperparatiroidi, renal yetmezlik gibi metabolik bozukluklar, çoğul gebelik ve mol hidatiform göz önünde bulundurulmalıdır(27).

Laboratuvarıda; dehidratasyona bağlı idrar dansitesinde artış, ketonüri, börek fonksiyon değerlerinde bozulma, hematokrit düzeyinde artış görülebilir. Serum sodyum, potasyum ve serum pH değişiklikleri saptanır, serum aminotransferaz ve total bilirubin miktarlarında yükselme görülebilir. Nadir komplikasyon olarak Wernicke ensefalopatisi, pankreatit ve renal yetmezlik ortaya çıkabilir. Hiperemesis gravidarum tanısı; anamnez, muayene ve laboratuvar bulguları ile konur. Çoğu hastada gebeliğin 8-

12. haftalarında hastaneye yatırılarak tedavi gerekir. Semptomatik düzelme genellikle ilk trimesterin bitiminden önce olur (27).

#### **4.2.1. Tedavi**

Gebelikte ilk trimesterdeki hafif ve orta derecelerdeki bulantı-kusmalarda genellikle konservatif diyet tedavisi önerilir. Sık ve az yeme, diyetle kolay sindirilebilir karbonhidrat verilmesi ve yağ oranının azaltılması ile semptomlar geriletilebilir. Hiperemesis gravidarumu tedavi etmede amaç; bulantı-kusma semptomlarını tahammül edilebilir düzeye çekmek, elektrolit anormalliklerini ve dehidratasyonu düzeltmek, hastalığın komplikasyonlarını önlemektir. Ketotik olan ve yeterli hidrasyon alması mümkün olmayan her kadına yatış önerilmelidir(26,27).

##### **4.2.1.1 İntravenöz sıvı tedavisi**

Dehidratasyonun intravenöz sıvı ile düzeltilmesi ana amaçlardan biridir. Sıvının volümü; kusmaya bağlı sıvı kaybını düzeltmek ve sıvı elektrolit ihtiyacını karşılamak için uygun olmalıdır. Dekstroz içeren solüsyonlardan tiamin defisiti olan kadınlarda, wernice ensefolopatisini arttırabileceğinden kaçınılmalıdır(28). İntravenöz sıvı tedavisinde % 0,9'luk sodyum klorür tercih edilmelidir. Yüksek sodyum düzeyi içeren sıvılar (%1,8); hiponatremik kadınlarda santral pontin demiyelinizasyonu yapabileceğinden bunlardan kaçınılmalıdır(29). Birleşik sodyum laktat intravenöz solüsyonları kullanılabilir ama bunların %0,9'luk sodyum klorüre üstünlüklerini gösteren hiçbir çalışma yoktur(29).

##### **4.2.1.2 İlaç tedavisi**

###### **a. Antihistaminikler**

Antihistaminikler direkt olarak H1 reseptörlerini, indirekt olarak da vestibüler sistemi inhibe ederek kusma merkezi sitümülasyonu azaltırlar(30). Cyclizine ile ilgili yapılan geniş bir meta analiz çalışmada; herhangi bir teratojeniteye rastlanılmamıştır(31).



## **b. Fenotiazinler**

Bunlar santral D2 reseptörlerini bloke eder ve GİS' deki D2 reseptörlerine direkt etki edip kemoreseptör trigger zonun inhibisyonu ile kusmayı önlerler. İzole vaka raporlarında; yarık damak, iskelet dudak ve kalp anomalileri ile kullanım ilişkisi olduğu söylenmesine rağmen proklorperazinin 50 yıldır hiçbir fetal yan etkisi izlenmemiştir (30).

## **c. Metoklopramide**

Gastrointestinal sistem ve santral kemoreseptör zonu etkiler. Gebelerde kullanımında; insan ve hayvanlarda hiçbir yan etki bulunmamıştır(30).

## **d. Spesifik 5HT3 Antagonistleri**

5-HT3 antagonistleri; ondansetron ve granisetron kemoreseptör triger zon inhibisyonu ve ince barsak ile nervus vagus üzerine direkt periferik etki yaparak kusmayı önlerler. Ondansetronun yüksek dozları hayvanlarda kullanılmış ve herhangi bir yan etki ve konjenital anomali insidansında artış izlenmemiştir(32).

## **e. Vitamin B6**

Vitamin B6 suda eriyen B kompleks bir vitamindir. Lipid, karbonhidrat, aminoasit metabolizmasında yardımcı temel bir koenzimdir. Gebelik sırasında bu koenzim gereksinimi artar. Vitamin B6'nın iki randomize çalışmada gebelikteki bulantı kusmayı (HEG'de değil) azalttığı gösterilmiştir(32).

## **f. Kortikosteroidler:**

Kortikosteroidlerin HEG'de kullanımı ile ilişkili çelişkili sonuçları içeren pek çok randomize kontrollü çalışma vardır. Safari ve ark.'nın(33)yaptığı çalışmada oral metilprednizolon veya oral prometazin (antihistaminik) kullanan gebelerde bulantıyı kesme açısından benzer etkinlik gösterilmiş olup, steroid kullanan grupta şikâyetlerin daha az tekrarlama riski olduğu bulunmuştur. HEG'de steroid tedavisinde tartışmalar

sürmektedir ve diğer antiemetiklere cevap vermeyen ciddi uzun dönem semptomları olan kadınlarda kullanılmalıdır(33).

## **5.GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIKLAR**

Yapılan çalışmalarda; Gestasyonel trofoblastik hastalık (GTH) insidansı dünyanın değişik bölgelerinde birbirinden çok büyük farklılıklar göstermektedir. İnsidans üzerinde; etnik, çevresel ve kültürel faktörlerin etkilerinin ırksal faktörler kadar önemli olabileceği gösterilmiştir (34). Risk faktörlerine bakıldığında; Asya kökenli olmak, ileri anne yaşı, sosyoekonomik şartlardaki düşüklük ve molar gebelik öyküsü olarak sınıflandırılmıştır(34).

Patolojik kayıtlara göre birinci ve ikinci trimester abortus materyallerinin inceleme sonuçları; tam mol insidansı yaklaşık 2000 de 1, parsiyel mol insidansı ise yaklaşık 700 de 1 olarak bulunmuştur(35).

Üreme çağındaki tüm kadınlarda mol hidatiform (HM) görülebilmektedir. Ancak HM gebeliğin 35 yaşın üzerindeki kadınlarda komplet mol riski 2 kat artmış, 40 yaşın üzerindeki kadınlarda ise aynı risk 7,5 kat artmış bulunmuştur. Ayrıca maternal yaşın değerlendirildiği başka bir çalışmada 20 yaşın altındaki kadınlarda da hafif artmış bir riskin (1,5 kat) olduğu belirtilmiştir(36).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda HM insidansı 1000 gebelikte 1,6 ve 1000 doğumda 2,1 olarak bulunmuştur. Merkezler arasında 18 yıllık süreçte 1000 doğum için en düşük oran 1,2 en yüksek oran ise 10,7 olarak tespit edilmiştir(37).

## **6. GEBELİĞİN 2. DÖNEMİNDEKİ ACİLLER**

### **6.1. Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları**

#### **6.1.1. Gebelikte Fizyolojik Kan Basıncı Değişimleri**

Gebelikte 7. haftadan itibaren arteriyel kan basıncı azalmaya başlar. Diyastolik değerler ise gebeliğin ortalarına gelindiğinde gebelik öncesi değerlerin ortalama 10 mmHg altına düşer. Kan basıncındaki azalmanın başlıca nedeni, artan kardiyak debiyi kompanse

etmek amacı ile periferik vasküler direncin azalmasıdır. Sistolik kan basıncı gebelik boyunca nispeten stabildir. Ancak diyastolik kan basıncı 28. haftada en belirgin olacak şekilde giderek azalır ve daha sonra artarak doğuma yakın zamanda gebelik öncesi değerlere ulaşır. Bu dönemde kardiyak debi, göreceli olarak sabit kalır. Kardiyak debi, belirgin vazodilatasyondan dolayı kan basıncını korumak için yaklaşık % 40 artar. Kardiyak debideki artışın diğer bir nedeni uterus ve fetus için yeterli oksijenizasyonunun sağlanması ve maternal metabolik hızdaki artışın desteklenmesidir(38).

NHBPEP (American National High Blood Pressure Education Program Working Group) 2000 yılında oluşturduğu kriterlere göre gebeliğin indüklediği hipertansiyon; gebe kadında gebelik öncesi kan basıncı değerleri normal olduğu halde gebeliğin 20. haftasından sonra 6 saat arayla yapılan en az iki ölçümde sistolik kan basıncının  $\geq 140$  mmHg veya diyastolik kan basıncının  $\geq 90$  mmHg olduğu durum olarak tanımlanmıştır. Geçmişte gebeliğin indüklediği hipertansiyon; hastanın önceki ortalama sistolik kan basıncında 30 mmHg ve üzerinde ve diyastolik kan basıncında 15 mmHg ve üzerinde artış saptanması olarak tanımlanırdı(39).

National High Blood Pressure Education Program Working Group gebelerde görülen hipertansiyonu 5 gruba ayırmıştır(40).

- 1- Gestasyonel hipertansiyon
- 2- Preeklampsi
- 3- Eklampsi
- 4- Kronik hipertansiyon
- 5- Kronik hipertansiyon zemininde gelişen preeklampsi

Bu sınıflandırmada hipertansiyonun başlangıç zamanının önemlidir. Gebelikten önce gelişen hipertansif bozuklukları, çok daha ciddi bir tablo olan preeklampside ayırmak önemlidir(40).

### 6.1.2. Gestasyonel Hipertansiyon

Gebelikteki hipertansif hastalıkların büyük bölümünden gestasyonel hipertansiyon sorumludur. Gebelikte hipertansiyon gelişen hastaların yaklaşık %70'inde gestasyonel hipertansiyon veya preeklampsi gelişebileceği bildirilmektedir. Gestasyonel hipertansiyon; gebelik öncesi hipertansiyon hikayesi olmadığı halde gebeliğin 20. haftasından sonra kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde ölçülen ve proteinürisi olmayan gebeler için düşünülür. Gebeliğin en geç 12. haftasında arteriyel kan basıncının normale dönmesi durumu; geçici hipertansiyon olarak adlandırılır(41).

### 6.1.3. Preeklampsi

Preeklampsi, vazospazm ve endotelial aktivasyon sonrası gelişen azalmış organ perfüzyonu ile karakterize gebeliğe özgü bir durumdur. Preeklampsi; gebeliğin başlangıcında kan basıncı normal olan bir kadında 20. gebelik haftasından sonra 6 saat arayla en az iki ölçümde  $\geq 140$  mmHg sistolik kan basıncı ve  $\geq 90$  mmHg diyastolik kan basıncı olması ile eşlik eden proteinüri ve/veya ödemin olduğu bir tablodur(39).

Görme bozuklukları, baş ağrısı ve epigastrik ağrı gibi semptomlarlabirlikte görülebilir. Proteinüri, idrar yolu enfeksiyonu dışlandıktan sonra 24 saatlik idrarda 300 mg veya daha fazla protein bulunması veya rastgele idrar örneklemede persistan 30mg/dL (1 + dipstick) protein olarak tanımlanır (39-41).

Şiddetli preeklampsi; gebeliğin başında kan basıncı normal olan bir kadında 20.gebelik haftasından sonra 6 saat arayla en az iki ölçümde  $\geq 160$  mmHg sistolik ve  $\geq 110$  mmHg diyastolik kan basıncı olmasıdır. Buna eşlik eden 24 saatlik idrar örneğinde; 5 g veya daha fazla veya en az 4 saat aralıklarla rastgele toplanmış iki idrar örneğinde 3 + dipstick veya daha fazla proteinüri saptanması durumudur(40-41).

ACOG'nin (American College of Obstetricians and Gynecologists) Ocak 2002'de yayınladığı bülteninde şiddetli preeklampsi tanısı için aşağıdaki kriterlerden bir veya daha fazlasının bulunması gerekmektedir. Özellikle şiddetli preeklampside üriner dipstick değerlerinden çok 24 saatlik idrar proteininin daha güvenilir olduğu bildirilmektedir. Yine preeklampsi olgularda yaygın olarak, özellikle el sırtında ve

yüzde belirgin olan ödem bulgusu; %35 normotansif gebede de belirgin olabileceğinden bir teşhis kriteri olarak kullanılmamaktadır(41,42).

### **2002 ACOG Şiddetli Preeklampsi Kriterleri (42)**

- 1) En az 6 saatlik ara ile iki defa yapılan ölçümlerde sistolik kan basıncının 160 mmHg ve/veya daha fazla, diastolik kan basıncının ise 110 mmHg ve/veya daha fazla olması
- 2) 24 saatlik idrarda 5 g veya daha fazla proteinürinin olması ya da dipstik ile 3-4 (+) proteinürinin olması
- 3) Oligüri ( $\leq 400$  ml/24 saat)
- 4) Serebral veya vizüel bozukluklar
- 5) Devam eden epigastrik ağrı, bulantı veya kusma
- 6) Pulmoner ödem veya siyanoz
- 7) Trombositopeni
- 8) Fetal büyüme geriliği

### **6.1.4. Eklampsi**

Eklampsi; preeklampsinin klinik bulguları olan gebelerde, gebelik sürecinde, doğum esnasında veya doğum sonrası dönemde oluşan, diğer serebral durumlarla ilişkisi olmayan, açıklanamayan koma veya konvülsiyonların geliştiği tablodur. Bu konvülsiyonlar grand-mal yani tonik-klonik tiptedir (42).

Yaygın tonik klonik konvülsiyonlarla komplike preeklampsi, hem fetus hem de anne için anlamlı derecede risk artışı demektir. Mattar ve Sibai 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada; 1977-1998 yılları arasında 399 eklampsi gebenin sonuçlarını yayınlamıştır. Buna göre, majör maternal komplikasyonlar; ablasyo plasenta (%10), nörolojik defisit (%7), aspirasyon pnömonisi (%7), akciğer ödemi (%5), kardiyopulmoner arrest (%4) ve akut böbrek yetmezliği (%4)ve maternal ölümdür (% 1) (43).

### **Eklampsinin Yönetimi:**

Preeklampsi neredeyse istisnasız olarak, eklamptik konvülziyonların başlangıcından önce gelişir. Konvülziyonların doğum eyleminden önce, sonra veya sırasında gerçekleşmesine bağlı olarak eklampsi; antepartum, intrapartum veya postpartum olarak tanımlanır. Eklampsi, en çok son trimesterde görülür ve terme yaklaştıkça sıklığı artar. Son yıllarda, eklampsinin postpartum dönemde görülme sıklığının arttığı görülmektedir. Muhtemelen bu artış; prenatal bakımın artması, preeklampsinin erken tanısı ve magnezyum sülfat tedavisinin erken başlanmasıyla ilişkilidir(44).

Eklamptik nöbetler şiddetli olabilir. Nöbetler sırasında gebenin özellikle hava yolu korunmalıdır. Kas hareketleri o denli güçlüdür ki gebe kendini yatağından dışarı atabilir veya korunmazsa, çenenin kontrolsüz kasılması nedeniyle dilini ısırabilir. Kasların dönüşümlü olarak kasıldığı ve gevşediği bu dönem, 15-20 saniye kadar sürebilir. Kasılmalar gittikçe küçülür ve sıklığı azalır ve sonunda gebe hareketsiz uzanır, postiktal dönem başlar. Gebe uyandıkça, yarı bilinçli saldırgan bir tutum sergileyebilir. Ağır olgularda, koma bir konvülziyondan diğerine kadar sürer ve ölümle sonuçlanabilir. Nadir olarak, konvülziyonlar azalmadan devam eder, derin sedasyon, hatta genel anestezi gerekebilir(45).

Chesley tarafından yapılan bir değerlendirmeye göre, Amerikalı obstetrisyenler magnezyum sülfatın preeklampsili gebelerde konvülziyonları önlemede, eklampsili gebelerde ise konvülziyonları durdurmada oldukça etkili olduğunu uzun zamandır bilinmektedir(45).

### **Tedavi(45):**

1. Yükleme dozunda intravenöz magnezyum sülfat verilmesi ile konvülziyonların kontrolü sağlanır ve devamında magnezyumun sürekli infüzyonu gerekir.
2. Diastolik kan basıncı tehlikeli bir yüksekliğe ulaştığında, kan basıncını düşürmek için aralıklı olarak antihipertansif bir ilaç uygulanır.
3. Belirgin akciğer ödemi yoksa diüretiklerden kaçınılmalı, aşırı bir sıvı kaybı olmadığı sürece intravenöz sıvı kısıtlaması uygulanmalı ve hiperozmotik ajanlardan kaçınılmalıdır.
4. Temel tedavi ise fetusun doğurtulmasıdır.

### **6.1.5.HELLP Sendromu**

HELLP sendromu; tüm gebeliklerin % 0,1–0,6'sında, gebelikteki hipertansif hastalığın % 4-12'sinde görülen, hemoliz(H), yükselmiş karaciğer enzim düzeyleri (Elevated Liver enzymes) ve düşük trombosit sayısı (Low Platelet count) ile karakterize klinik sendromdur. Mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Trombositopeni (<100.000/mm<sup>3</sup>) en sık rastlanan bulgusudur. HELLP sendromu, preeklampsiye göre daha erken gebelik haftalarında ortaya çıkabilir. Vakaların yaklaşık olarak 1/3'üne ilk kez postpartum periyotta tanı konur. Preeklampsiden farklı olarak, HELLP sendromu sıklıkla multiparları ve beyazları etkilemektedir(46).

HELLP sendromunun %20–25'i hipertansif olmayan gebelerde izlenebileceğinden, trombositopeni tanı için uyarıcı bir bulgudur(47). HELLP sendromunda çoğunlukla gastrointestinal semptomlar olması nedeni ile ayırıcı tanıda; gebelikte akut karaciğer yağlanması, diabetes insipidus, glomerulonefrit, hemolitik üremik sendrom, hepatik ensefalopati, hiperemezis gravidarum, idiopatik trombositopeni, pyelonefrit, sistemik lupus eritematozus, trombotik trombositopenik purpura, hepatit, gastrit, pankreatit, kolesistit ve apandisit göz ardı edilmemelidir(48).

Bu tanıların düşünüldüğü gebelerde; karaciğer fonksiyonunu gösteren enzim değerleri ve trombosit sayısı da takip edilmelidir. Hepatit sıklıkla daha yüksek bir karaciğer enzim seviyesi ve nadiren HELLP sendromundaki kadar anlamlı trombositopeni ile bulgu verebilir(48).

## **6.2.Gebelite Görülen Geç Dönem Görülen Durumlar**

### **6.2.1.Preterm eylem ve preterm doğum**

#### **6.2.1.1.Tanım ve insidans**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre preterm eylem(PE) gebenin son adet tarihinin ilk gününden itibaren tamamlanmış, 20-37. haftalar (140-259. günler) arasında başlayan doğum eylemine denir. 20 haftadan öncesi abortus olarak tanımlanmıştır(49).

Geleneksel olarak PE teşhisi; tekrarlayan uterus kontraksiyonlarıyla birlikte vajinal muayenede serviksin dilatasyonu ve silinmesindeki değişiklikler ile konulur. Preterm eylem teşhisi koyabilmek için on dakikada iki kez veya otuz dakikada üç-dört kez gelen

ve en az otuz saniye süren uterus kontraksiyonları ile birlikte servikal efasman ve dilatasyonun olması gerekmektedir (49).

Preterm doğum sıklığındaki bu artışın nedenleri; yardımcı üreme tekniklerinin (YÜT) daha fazla kullanılması ve 32-34 gebelik haftalarının sonrasında anne ve fetüsün hayatını riske atan medikal veya obstetrik komplikasyonlar nedeniyle doğum seçeneğinin tercih ediliyor olmasıdır(49).

### 6.2.1.2.Preterm Eylemin Etiyolojisi

Preterm doğumu tetikleyen patofizyolojik olaylar tam olarak bilinmemektedir. Genellikle preterm eylemin birden fazla sebebi olduğu ve birden fazla mekanizma ile başladığı kabul edilmektedir(50)(Tablo 1)

Tablo 1. Spontan Preterm Eylemin Major ve Minör Risk Faktörleri

<b>Major risk faktörleri</b>	<b>Minor risk faktörleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Çoğul gebelik</li><li>• Dietilstilbestrol'e maruz kalma</li><li>• Polihidramniyos</li><li>• Uterus anomalisi</li><li>• 32. haftada servikal dilatasyon &gt;1 cm</li><li>• İki'den fazla 2.trimesterde kayıp</li><li>• Önceden preterm doğum olması</li><li>• Termde doğum fakat preterm eylem öyküsü</li><li>• Gebelik sırasında abdominal cerrahi</li><li>• 32. haftada serviksin &lt;1 cm kısalması</li><li>• Uterusta irritabilite</li><li>• Kokain kullanımı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ateşli hastalıklar</li><li>• 12.haftadan sonra kanama</li><li>• Geçirilmiş pyelonefrit öyküsü</li><li>• Sigara 10 tane/gün</li><li>• Birden fazla 2.trimesterde kayıp</li><li>• İki'den fazla 1.trimesterde kayıp</li></ul>

Aylık gelir, eğitim düzeyi, göz önüne alınarak yapılan çalışmalarda, erken doğum ile düşük sosyoekonomik düzey arasında sıkı bir ilişki olduğu görülmüştür. Düşük sosyoekonomik durum, hastanın beslenme düzeyini etkilemesi nedeniyle de erken doğumda rol oynar. Özellikle konsepsiyondaki nutrisyonel durum erken doğum oranını



etkiler. Gebelik başlangıcında ağırlığı 50 kg'dan az olan annenin erken doğum riski; ağırlığı 57 kg veya üzeri olana göre 3 kat fazladır. Yapılan bir çalışmaya göre de, gebelikte yetersiz kilo alımının da erken doğum riskini arttırdığını göstermiştir(50).

### **6.2.1.3.Preterm Eylemin En sık Belirtileri (50)**

- 1) Vajinal akıntının artması, karakterinin değişmesi, lekelenme şeklinde kanama
- 2) Pelviste bası duygusu
- 3) Abdominal kramplar
- 4) Uterin kontraksiyonlar
- 5) Menstural kramp benzeri ağrılar
- 6) Bel ağrısı

Erken doğum tehdidi teşhisi konan gebelerle yapılan bir çalışmada en sık görülen belirtiler incelenmiştir ve uterus kontraksiyonlar % 71, pelvik bası hissi % 50, bel ağrısı % 47, artmış vajinal akıntı %45, menstruasyondakine benzer kramplar ise %43 sıklıkla saptanmıştır(50).

### **6.2.1.4.Preterm Eylemin Tedavisi**

Ana hedef geri dönüşümsüz safhaya ulaşmadan PE tanısının konulmasıdır. Preterm eylemde olabilecek bir gebe ile karşılaşıldığında; 'Hasta gerçekten PE'de midir, PE'nin bir nedeni var mıdır, eylemi durdurmak gerekli midir ve PE'nin spesifik tedavisi nedir' gibi sorular akla gelmeli ve bunlara hızlı yanıtlar aranmalıdır(51). Tedavi kararını vermede gebelik yaşı çok önemlidir. Tokoliz uygulanmasının alt sınırı 24.gebelik haftasıdır. Tokolitik tedaviden elde edilen yarar 24-34.gebelik haftaları arasında fazladır. Tokoliz ile 25.gebelik haftasında 2 gün kazanılması bile yaşam oranını %10 arttırmaktadır. Bu ise %15'lik yaşam oranının %25'e çıkması demektir(52).

### **a. Yatak İstirahati**

Bu tedavinin amacı uterusu giden kan akımını artırıp intrauterin ortamı iyileştirmek ve uterus kontraksiyonlarını durdurmaktır. Preterm eylemdeki gebelere rutin olarak tavsiye edilmektedir. Ancak yatak istirahatinin gebelerde uterusun aktiviteyi azalttığı gösterilememiştir(51).

### **b. Sedasyon:**

Sedatif ve narkotiklerin tokolizde yararına ilişkin veri çok azdır. Ancak yine de preterm eylemdeki gebelerde sıklıkla varolan korku ve kaygıyı gidermede yararlıdır. 6 saat ara ile 100 mg fenobarbital oral veya intramusküler verilebilir. Yakında doğum yapması olası gebelere, yenidoğanda solunum depresyonu yapabileceği için verilmemelidir(52).

### **c. Hidrasyon:**

Uterin kontraksiyonların baskılanmasında etkili olduğu iddia edilmektedir. Hidrasyon; uterusun kan akımını artırır, desidüal lizozomları stabilize eder, prostaglandin yapımını azaltır. ADH ve Oksitosin salınımını azaltır. Genel uygulamada 500 ml Ringer Laktat ya da %5 Dextroz, 60 dakika içinde verilir. İzleyerek, kontraksiyonlar durana kadar saatte 150 ml ile devam edilir. Uterin kontraksiyonlar durursa ve servikal değişiklik saptanmıyorsa hasta izleme alınır(51,52).

### **d. Tokoliz:**

Tokoliz; uterusun kontraksiyonlarının durdurulması demektir. Preterm eylem olgularının ancak %20 kadarı tokoliz için uygun bulunmaktadır. 34.hafta altında preterm eylemdeki kadınlarda kısa süreli tokoliz, kortikosteroid verilip akciğer maturasyonunun artışı ve hastanın yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan bir merkeze sevki için zaman kazandırır. Etanol ilk kullanılan tokolitik ajandır. Fakat maternal yan etkilerin çokluğu ve neonatal toksisite nedeniyle kullanımı kısıtlanmıştır(53).

## **6.2.2.Geç Gebelik Kanamaları(3.trimester kanamaları)**

### **6.2.2.1.Ablasyo Plasenta**

Üçüncü trimester kanamaları gebeliklerin % 4'ünde görülür ve bunların da büyük bir bölümünü ablasyo plasenta ve plasenta previa oluşturur. Gebelerde üçüncü trimester kanamalarının %80'i ablasyo plasentadır. Perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerindendir. Tüm gebeliklerde ablasyo plasentanın insidansı % 0,5-%1,8'dir. Maternal mortalite dünyada % 0,43 iken, ülkemizde % 0,1 civarındadır(51,54).

Ablasyo plesanta; normal implante olmuş bir plesantanın gestasyonun 20.haftasından sonra uterus desiduasından erken ayrılmasıdır. Normalde plesanta doğumun üçüncü evresinde ayrılır(55).

Ablasyo plesantada kanama, plesanta ve uterin desidua arasında gizli bir hemorajiye neden olup, membranlar ve uterusu izleyip serviksten dışarı çıkabilir. Plasentanın uterus duvarından ayrılması hematoma formasyonu için boşluk oluşturmaktadır. Kanama 250 cm<sup>3</sup> miktarında ise; fetal distres ve uterin irritabilite oluşturabilmekte, 500 cm<sup>3</sup>'lük kanama fetal ölümlerle sonuçlanabilmekte, 1000 cm<sup>3</sup>'ten fazla kanama DIC tablosuna neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalar plasental ayrılmanın; erken doğum, fetal gelişme geriliği ve ölü doğum gibi sonuçların oluşmasında büyük katkısı olduğunu ortaya koymuştur. Plasentanın kısmi ayrılması erken doğuma yol açarken, şiddetli ayrılmalar ölü doğum riskini önemli derecede arttırmaktadır. Plasental ayrılma genellikle gebeliğin 36.haftasında meydana gelir. Neonatal ölüm % 30-50 arasında değişir(55).

### **6.2.2.2.Klinik bulgular(53)**

- Vajinal kanama %78
- Uterin hassasiyet ve sırt ağrısı %66
- Fetal distress %60
- Yüksek frekanslı kontraksiyon %17
- Hipertonus %17

- İdiopatik prematür travay %17
- Ölü fetus %15
- DIC gelişebilir.

### **6.2.2.3.Tanı**

Tanı genellikle, semptomlar ve fiziksel muayene ile birlikte değerlendirilerek konulur. Hafif ablasyo plasentayı tanımak zordur. Vajinal kanama tek semptom olduğundan plasenta previa ile kolayca karıştırılabilir. Ultrason plasenta previa olasılığını elemek için kullanılır. Yeni oluşmuş, ablasyo plasenta vakalarında ultrasonografinin güvenilirliği azdır. Orta ve şiddetli düzeyde ablasyo plasenta durumlarında uterus belirgin biçimde sancılı ve hassastır. Sürekli katı ve kısmi kontraksiyon halinde bulunması başlıca diagnostik bulgudur. Şiddetli vakalarda plasentanın 2/3'ünden fazlası ayrılmıştır. Ağrı genellikle ani başlangıçlı ve bıçak saplanır gibi ve sürekli dir(55).

Uterus sürekli tahta sertliğinde ve hassastır. Dışa kanama genellikle az veya orta şiddettedir, ya da hiç kanamada olmayabilir. Fetus hemen her zaman ölü doğar ve durum hemen kontrol altına alınmazsa, oligüri, Şok ve DIC gelişebilir. Halen plasenta ayrılmasının derecesini belirlemek üzere kullanılabilen uygun bir tanı yöntemi yoktur(55).

### **6.2.2.4.Tedavi**

Plasenta dekolmanı tanısı konulduktan sonra amaç en uygun tedaviyi sağlayabilmektir. Bu da dekolmanın şiddetine, ilişkili komplikasyonlara, anne ile fetüsün iyilik hali ve gestasyonel yaşa bağlıdır. Tedaviye plasenta dekolmanın şiddetine göre karar verilir(55).

**Bekleme Tedavisi;** Bu tedavinin hedefi fetal maturasyonun ve sağ kalımın sağlanabilmesi umuduyla gebeliğin sürdürülmesidir. Bekleme tedavisi 37.haftadan önce meydana gelen hafif plasenta dekolmanı vakalarında düşünülmektedir. Koruyucu tedavi seçildikten sonra fetal durum yakından izlenmelidir(56).

**Acil Doğum;** Gebenin acil doğuma alınması; ayrılmanın şiddetine ve fetüsün canlı olup olmadığına bağlıdır. Eğer fetüs ölmüşse vajinal tahliye amaçlıdır. Maternal resüsitasyon önemlidir çünkü şiddetli plasenta dekolmanında koagülopati ile birlikte fetal ölüm sıktır(56).

Fetüs canlı ise tahliyenin nasıl en iyi şekilde yapılabileceğinin kararını vermek zor bir durumdur. Eğer plasental ayrılma fetüsü öldürecek kadar ağırsa, vajinal doğumu engelleyecek obstetrik komplikasyonların olmadığı durumlarda vajinal doğum tercih edilir. Sezaryen ile doğumda koagülasyon bozulmuş olduğundan abdominal ve uterin insizyonlar aşırı derecede kanamaya eğilimlidir. Canlı olan ama distreste olan fetusun acil doğumu hemen her zaman sezaryen doğum anlamına gelir(56).

**Komplikasyonların Tedavisi;** Plasenta ayrılmasının başlıca komplikasyonu; hemarajik sok, dissemine intravasküler kanama, distal organların (özellikle böbrek ve beyin) iskemik nekrozu ve postpartum hemorajidir. Ayrılma sırasında fetomaternal kanama önemli olabilir. Ayrılma olan tüm Rh negatif kadınlara uygun doz anti D immünglobulini verilmelidir(56).

#### **6.2.2.5.Plasenta Previa**

Plesantanın uterin kavitenin alt segmentine yerleşmesi durumudur. Üçüncü trimesterde görülen vajinal kanamanın, maternal mortalite ve morbilitenin önemli sebeplerindendir. Görülme sıklığı yaklaşık % 0,3-0,8 arasındadır. Perinatal mortalite oranları gebelik haftasına göre değişmekte olup; 27.gebelik haftasından önce %100'lere ulaşırken, 36.gebelik haftasından sonra; % 2,6'dır. Ortalama olarak perinatal mortalite oranı % 2-3'tür ve normal gebelere göre 3-4 kat daha fazladır. Maternal mortalite oranı ise % 0,03'tür.Plasenta previanın gerçek nedeni bilinmemektedir. Genellikle endometrial skar dokusu, endometrial vaskularizasyonda bozulma ve plasental kütleinin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Plasenta previa serviksi kapatma derecesine göre üç kategoriye ayrılır(57; 58).

**1-Total plasenta previa:** Plasenta servikal osun üzerini tamamen kapatmıştır. Görülme sıklığı % 20-45'dir.

**2-Kısmı plesanta previa:** Plesantanın kenar kısımları servikal osun yakınına kadar uzanmıştır. Görülme sıklığı % 30 'dur.

**3-Lateral plesanta previa:** Plesanta uterus duvarlarının alt yan kısımlarındadır. Servikal osu kapatmaz. Görülme sıklığı % 25-50'dir.

#### **6.2.2.5.1.Risk Faktörleri(57, 58)**

- İlerlemiş anne yaşı, artmış parite
- Önceki sezaryen, öncedeki plasenta previa
- Önceki elektif ya da spontan abortus
- Çoğul gebelikler
- İnfertilite tedavisi
- Düşük sosyo-ekonomik durum
- Maternal hipertansiyon
- Kokain, sigara kullanımı
- Uterin anomaliler( uterin septum vb.), intrauterin cerrahi
- Doğumda çocuk cinsiyeti (erkek çocuk olması)
- EMR
- Filipinli kadınlar

#### **6.2.2.5.2.Belirti Bulgular**

Plasenta previada en önemli klinik belirtisi genellikle ikinci trimesterin sonuna doğru ya da daha sonra ortaya çıkan, ağrısız vajinal kanamadır(57). Ağrının olmaması sıklıkla plasenta previa ile plasenta dekolmanı arasındaki ayırıcı tanıda kullanılır. Büyük uterus sinusları açılmadığı sürece ilk kanama, pıhtılar oluştuğunda durur. Fakat uterusu değişimler oluştuğu süre içerisinde bu kanama tekrarlayabilir(57).

### **6.2.2.5.3.Tanı**

Ultrasonografi yüksek oranda tanısal değere sahiptir. Kesin tanı, acil operasyon yapılabilecek ameliyathane şartlarında uygulanan vaginal muayenede plasentanın palpasyonu ile olur. Kaide olarak fetal distress ve fetal ölüm ancak plasentanın önemli bir bölümü yerinden ayrılmışsa ve anne hemorajik şokta ise meydana gelir(57).

### **6.2.2.5.4.Tedavi**

Son yıllarda plasenta previa vakalarına yaklaşım ultrasonografik olarak tanımlanmıştır. Transvaginal ultrasonografi(TVUS) ile plasental uç ile internal servikal osun arasındaki uzaklık 20-35mm ise alt segment yerleşimli (low-lying) plasenta şeklinde ifade edilir ve bu durumda vajinal doğum olasılığı vardır(59).Transvaginal ultrasonografi ile 26.gebelik haftasından sonra internal ostan 20mm mesafede plasental uç tespit edilmişse, gebelik haftasına göre ultrason düzenli aralılarla tekrarlanır. 35.gebelik haftasında TVS göre plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe >20mm ise bu sezaryenle doğum için gösterge değildir. Gebeler normal doğumu başarıyla tamamlayabilir(%63-100). Eğer plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe 11-20mm ise düşük olasılıkla kanama ve sezaryenle doğum önerilir. Vajinal doğum ihtimalinin olmasına rağmen klinik durum doğum şeklini belirleyicidir. Ayrıca Predanic ve ark.'nın yaptığı çalışmada plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafenin 20mm'den az olması yüksek oranda peripartum komplikasyon oluşturmaktadır. 35.haftadan sonra plasental uç ile intrenal os arasındaki mesafe 0-10mm ise yüksek olasılıkla kanama ve sezaryenle doğum, plasenta intrenal osu tamamen kaplamışsa; sezaryenle doğum önerilir. Durumu stabil olan, istendiği zaman hastaneden nakil olabilecek yada telefonla haberleşmeyi sağlayabilecek gebelerde plasenta previanın ayaktan tedavisinde gebeleri evlerine göndermek uygun olabilmektedir(60).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Etik Kurul izni (26.09.2014 tarih ve 2014/519 karar numaralı) alınarak Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında (ATAD) 01.10.2014-31.03.2015 tarihleri arasında acil servise başvuran gebe hastalar ve gebeliği acil serviste tespit edilen hastalarla yapılmıştır. Çalışmaya 16 yaşından büyük 50 yaşından küçük hastalar dâhil edilmiştir. İleriye dönük olarak hasta ve/veya yakınına Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (BGOF) okutulup onayı alındıktan sonra hastalar çalışmaya alınmıştır. Anket tarzında planlanan çalışmada hasta ve/veya yakınları ile yüz yüze görüşülmüş, görüşmeler bizzat tezi yapan uzmanlık öğrencisi tarafından yapılırken, hastanın tıbbi bakımı nöbetçi hekim tarafından yönetilmiştir. Veri toplanmasında; acil servise başvuran gebe hastaların klinik ve demografik özelliklerini sorgulayan anket formu kullanılmıştır (EK-1). Acil servis sürecinde eksik kalan bilgiler hasta AS'den ayrıldıktan sonra, hastane sistemindeki veri tabanından ve hasta ve/veya yakınları aranarak elde edilmiştir.

#### *Çalışma vakalarının seçimi*

Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aylık gelir durumu) gebelik sayısı, ilk gebelik yaşı, çocuk sayısı, abortus öyküsü/sayısı, acil servise başvuru şikâyeti/şikâyetleri, şikâyet süresi, aynı şikâyetle başka bir sağlık kurumu müracaatı yapıp yapmadığı, diğer olarak belirtilen yakınmalarda obstetrik/jinekolojik bir sorunla ilişki ihtimali düşük olacağı düşünülen (boğaz ağrısı, ateş, eklem kas ağrısı, nefes darlığı baş ağrısı ve sair) anamnez değerlendirmeye alınmıştır. Şikâyet/ yakınma/ anamnez ile ilgili bilgilerin vakanın beyanı ile ortaya çıkacağı öngörülmüştür. Bu



noktada gebe vakalar Travmatik Gebe Başvuruları (TGB) ve Travmatik Olmayan Gebe Başvuruları (TOGB) olarak ayrılması planlanmıştır. Darp edilen gebe hastalar travma grubuna eklenmiştir. Gebe vakanın başvuru şekli; ayakta, ambulans ile, Kadın-Doğum polikliniğinden yönlendirme, diğer bir poliklinikten yönlendirme, dış merkezden sevk ve diğer olarak 6 şekilde kategorize edilmiştir. Eş zamanlı olarak hastanın geliş yeri Kayseri il merkezi, merkez olmayan ilçeler ve İl dışı olarak ele alınmıştır. Özgeçmiş özellikleri (kronik ilaç kullanımı, geçirdikleri operasyonlar, diyabetes mellitus, hipertansiyon, eklamsi, preeklampsi, serebral iskemi, pulmoner tromboemboli, derin ven trombozu, tekrarlayan gebelik kaybı (TGK) ve benzeri) hasta ve/veya yakınlarının verdiği bilgiler doğrultusunda kayıt altına alınmıştır. Gebelikte kullanılan vitamin ve demir preparatları ilaç kullanımı bilgisinde yer almamıştır. Gebelerde ilaç kullanımı; insülin, düşük molekül ağırlıklı heparin, tiroid hormonları ve aspirin preparatlarından herhangi birisinin alımı ilaç kullanma olarak kabul edilecektir. Antiemetik kullanımı mevcut gebeliğinden bulantı kusmalara yönelik verilen antiemetik kullanımı dikkate alınmıştır. Çalışma yapılan AS'de antiemetik ilaç olarak metoklopramid ve dimenhidrinat kullanılması planlanmıştır. Gebelik takiplerine gitme ise; gebelik süresince gebelik takibi için düzenli olarak bir merkeze devam edip etmeme olarak kaydedilmiştir.

Anamnez sonrası gebe hastalar muayene bulgularına göre değerlendirilmiştir. Hastaların ilk muayenesi acil doktorları tarafından yapılmıştır. Zira AS'de Acil Tıp asistan (ATA) ya da Acil Tıp Uzmanı (ATU) hekimler çalıştığından, Kadın-Doğum hekimleri hasta ile ilk seferde karşılaşmamaktadırlar. Hem TGB hem de TOGB'lerde vital bulgular (ates, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu) sonrası genel fizik muayenesinde elde edilen patolojik veriler kaydedilmiştir. Gerekli görülen biyokimyasal ve görüntüleme olarak istenen tetkiklerden elde edilen veriler not edilmiştir. Çalışma için ek bir tetkik istenmemiştir. Gerek TGB gerekse TOGB'de tetkik isteme prosedürü aşağıda ayrıca detaylandırılmıştır. Acil servise ilk başvuru anında Acil Obstetrik Neden (AON) olarak tanımlanan bir kavram (1) ile vakalara ilk etapta AS'de mi kalacak yoksa acilen Kadın Doğum birimine mi gönderilecek şeklinde triaj uygulanmıştır. Buna göre AON; fetüs ve anne için ortaya çıkan hayati riskin giderilmesinde direkt Kadın Doğum hekimleri ile biran önce vakanın buluşturulması düşünülerek tanımlanmış bir kavram olarak ele alınmıştır. Buna göre AON

mevcudiyetinde hastalar Kadın Doğum bölümü ile görüşülerek hemen ve direkt kliniğe yönlendirilmiştir. Acil müdahale edilmediğinde fetüs ve anne için hayati risk oluşturabilecek AON'ler; aktif doğum eylemi, preterm eylem, abondan vajinal kanama, gebelik suyunun gelmesi (erken membran ruptürü), fetal aktivitede azalma, ektopik gebelik rüptürüne bağlı hipovolemik şok olarak belirlenmiştir (61). Bu 6 kriterden herhangi birisi veya birden fazlası olan gebe bir vaka görüşülerek Kadın Doğum bölümüne yönlendirilmiş, bu sırada gerekmesi halinde acil havayolu veya ileri yaşam desteği gibi uygulamaların vakaya zaman kaybettirmeden yapılması öngörülmüştür. Benzer şekilde TGB'de AON varlığında major bir yaralanmanın tanısı ve ilk müdahalesi için Kadın Doğum konsültanı ile AS'de hastanın birlikte yönetilmesi planlanmıştır. AON dışlanmış TGB'de ise AS'de tanı/tedavi sürecine devam edilmiştir. Travma ünitesine alınan TGB'de travma bakımı yapılırken, TOGB'de ilgili tanı/tedavi protokolleri Muayene veya Dahili Müdahale biriminde uygulanmıştır. Yukardaki sınıflama (triaj) acil hastanın yönlendirilmesi ve yönetimi için yapılmıştır. Sonrasında ise kesin tanıları ortaya çıktığında tüm gebe vakalar obstetrik jinekolojik etyoloji (OJE), obstetrik jinekolojik olmayan diğer neden (OJODN), darp ve intihar olarak da sınıflandırılmıştır.

Yeni tanı gebelik düşünülen vakalarda serum beta-HCG ve kese için USG yapılmasından faydalanılmıştır. Serum beta-HCG değeri pozitif olan ve USG de gebelik kesesi görülen hastalar yeni tanı gebelik kabul edilmiştir(62)

### ***TGB'de tetkik isteme prosedürü***

Direkt grafi isteme noktasında maternal maruziyeti 5-10 rad değerinin altında tutarak istem yapılması planlanmıştır (63). Bu oran fetal riskin en az olduğu rakam olarak bildirilmektedir. Posteroanterior akciğer grafisi için 1-5 mrad, pelvis grafisi için 200-300 mrad, servikal grafi istenmesi ile de 0.01-1 mrad maruziyet olacağı öngörülmüştür. TBG'de bu hususlar göz önüne alınarak travma vakalarında direkt grafi istemi yapılmıştır.

USG isteme endikasyonlarında herhangi bir sınır konulmamıştır. TGB'da USG'nin zarar verdiğine dair bu gün için bilinen bir bilgi bulunmamaktadır. Bu nedenle diğer travma hastalarında istenen USG gibi TGB'de de USG istemi yapılmıştır.

Fizik muayene sonrası BT isteme gereği duyulan TGB’de diğer grafilerle birlikte değerlendirilerek, total 5-10 rad düzeyini geçmeyecek şekilde tomografi istemleri yapılmıştır. Özellikle ilk trimester vakalarda total dozun 5 raddan daha düşük tutulmasına dikkat edilmiştir. Aşması muhtemel dozlar için Kadın/Doğum ve Radyoloji hekimleri ile görüşülmesi planlanmıştır(64) Hem TGB hem de TOGB’de MRI isteme endikasyonları; gebelerle ilgili yapılan araştırmalarda (65) MRI’ın zarar verici bilinen bir etkisi olmadığından, klinik gereklilik halinde diğer hastalarda istendiği şekilde MRI görüntülemesi yapılmıştır.

Tam kan sayımı isteme kriterleri(66) yüksek enerjili travması olan tüm vakalar ile takipleri sırasında hipotansiyon, taşikardi, gibi hipovolemik hastalar olarak belirlenmiştir.

Acil Biyokimyasal Parametreleri isteme kriterleri(66); crush travma varlığında CK, CK-MB, myoglobin, BUN, kreatinin ve elektrolitler, hepatobliyer travma düşünüldüğünde, ALT, AST, INR, GGT, ALP, pankreas travması düşünüldüğünde amilaz ve lipaz serum enzimlerinin çalışılması planlanmıştır.

#### ***TOGB’de tetkik isteme prosedürü***

Direkt grafi isteme kriterleri TBG ile aynı kriterlerde yapılmıştır. Pnomoni, KOAH, astım ve benzeri solunum sıkıntısı ile başvuran hastalarda pnomoni, akciğer ödemi, plevral effüzyon, pnomotoraks başta olmak üzere posteroanterior akciğer grafisi ile tanı konabilecek vakalardan istenmesi düşünülmüştür. Ayrıca, akut batın tablosu düşünülen hastalarda ileus, perforasyon bulgularının değerlendirilmesi için de yapılması öngörülmüştür.

USG isteme kriterleri(67) kısıtlama düşünülmemiştir. Gebe olmayanlarda USG hangi klinik durumda isteniyorsa benzer şekilde davranılması planlanmıştır.

BT istemi bu çalışmada TOGB için hemen hemen hiç öngörülmemiş ve istenmemiştir. Örnek olarak gebe olmayanlarda PTE tanısında altın standart olarak kabul edilen Kontrastlı Toraks BT, gebe hastalardaki tanı koyma sürecinde alt ekstremitte venöz doppler, EKG, arteriyel kan gazı ve klinik ile vakaların değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu konuda muhtemel kontrast alerjisi ve radyasyon hasarı nedeniyle ya bilgilendirilmiş

onamli hastalar kabul etmemekte ya da hekimler alternatif olduğu düşünölen tetkiklere yöneleceklerdir diye öngörölmüştür. TOGB'li hastalarda PTE dışında klinik tanı süreci BT'nin elzem olduğu acil patoloji bulunmadığı düşünölmüştür. Bu çalışmada AS'lerde BT'nin gebe olmayan hastalarda yaygın olarak kullanıldığı intrakranial hadiseler için BT'ye alternatif olarak MRI öne çıkarılmıştır.

MRI isteme endikasyonları (66) intrakranial hadise düşünölen ve BT istenemeyen, USG ile koledok patolojisi düşünölen ve BT istenemeyen ve sair tüm vakalarda MRI öne çıkarılması planlanmıştır.

Tam kan sayımı TOGB'lerde enfeksiyon, akut batın, kanama, hematolojik aciller başta olmak üzere çoğu vakada istenmektedir. Acil biyokimyasal parametreler ABY/KBY kliniği düşünölen gebelerde (BUN, kreatinin, elektrolitler), HELLP sendromu düşünölmüşse (AST, ALT, LDH, D-dimer, fibrinojen), gebelik kolestazi düşünölmürse (GGT, ALP, Bilirubin), tromboembolik olaylarda D-Dimer, akut koroner sendrom düşünölen vakalarda (Troponin) istenilmesi ön görölmüştür.

Çalışmaya alınan gruptaki hastalara acil serviste verilen tıbbi tedavilerin ne şekilde uygulandığı oral, intravenöz veya intramüsköler olarak kaydedilmiştir. Bu tedaviler bulantı kusma şikayetleri için verilen antiemetikler, enfeksiyon için verilen Antibiyotikler, analjezikler, IV mayilerdir. Benzer şekilde uygulanan girişimsel işlemler (hem AS'de ATA/ATU tarafından yapılan hem de radyoloji birimince yapılan olarak) kayıt altına alınmıştır. Reçete yazılarak taburculuk yapılanlar değerlendirmeye alınmamıştır. Acil servise başvurudan sonra yatış ve taburculuk yapılan kadar geçen süre kaydedilerek acil servise başvuran gebe hastaların sonlanışları (yatış, taburculuk, kendi isteğiyle taburculuk, eksitus) belirlenmiştir.

### **İstatistiksel analiz**

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında yapılmıştır. Verilerin normal dağılımı ShapiroWilk normallik testi ve Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı(*n*), yüzde(%), ortalama±standart sapma, minimum-maksimum değerleri olarak verilmiştir.

## 4. BULGULAR

Çalışmaya alınan hasta sayısı 613 kişi iken, 13 vakanın çalışma için gereken bilgilerinin bazılarında ulaşılamamıştır. Bu 13 hasta TOGB'lerden olduğu görülmüştür. Tüm gebe hastaların yaş ortalaması  $27,4 \pm 5,8$  olarak bulunurken (yaş aralığı 16-43 ), 141 gebe (% 23,5) 1.trimester, 137 gebe (% 22,8) 2. trimester ve 322 gebe (% 53,7) 3. trimesterde AS'e başvurmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Başvuru Haftalarına Göre Dağılımı

Gebelik haftası	Sayı	Yüzde %
Birinci TM	141	23,5
İkinci TM	137	22,8
Üçüncü TM	322	53,7
Toplam	600	100

Hiç okula gitmemiş-okuma yazma bilmeyen hasta sayısı 14 (% 2,3), ilköğretim mezunu olan hasta sayısı 265 (% 44,2), lise mezunu hasta sayısı 204 oranı %34, Üniversite mezunu hasta sayısı 105 (% 17,5), yüksek lisans- doktora mezunu hasta sayısı 12 (% 2) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Eğitim durumu	Sayı	Yüzde %
Okula gitmemiş	14	2.3
İlk öğretim	265	44.2
Lise	204	34
Üniversite	105	17.5
Doktora- Yüksek lisans	12	2
Toplam	600	100

Gebe hastaların abortus öyküleri sorgulandığında hiç düşük yapmayan 422 hasta(% 71), 1 düşük yapan 110 hasta (% 18,4), 2 düşük yapan 38 hasta (% 6,2), 3 ve daha fazla düşük yapan 30 hasta (% 4,7) şeklinde ortaya çıkmıştır.(Tablo 4)

Tablo 4. Hastaların abortus sayılarına göre dağılımı

Abortus sayısı	Sayı	Yüzde %
0	422	70,7
1	110	18,4
2	38	6,2
3 ve daha fazla	30	4,7
Toplam	600	100

Hastaların mevcut gebelik sayılarına göre dağılımı; ilk gebelik 204 (%34) hasta, 2.gebelik 156 (%26) hasta, 3.gebelik 120 (% 20) hasta, 4.gebelik 67 (% 11,6) hasta ve 5 ve daha fazla sayıda gebeliği olanların sayısı 54 ( % 8,3) hasta olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Acil Servise Başvuran Hastaların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

Gebelik sayısı	Sayı	Yüzde %
1	204	34
2	155	26
3	120	20.1
4	67	11.6
5 ve üzeri	54	8.3
Toplam	600	100

Acil servise başvuran hastaların şikâyetlerine bakıldığında en sık başvuru yakınması karın ağrısı olarak bulunmuştur. Karın ağrısı şikayeti sayısı 270 olup şikayetler arasındaki oranı % 45 olarak saptanmıştır. Vajinal kanama 117 gebede (%19,5), bulantı kusma 101 hastada (% 16,8) olarak bulunurken, bunu daha nadir olarak görülen sancılanma 97 hasta (% 16,2), suyu gelme 73 (% 12,2) ve baş ağrısı 55 ( % 9,2) TOGB’de ifade edilmiştir. Ağızdan kan gelmesi, diş ağrısı, vajinal bölgede şişlik, nefrostomi kateterinin çıkması, çarpıntı, senkop tarzı bayılma, makattan kanama, darp edilme, dış merkez USG’ye göre çocuğun suyunun azaldığının söylenmesi, burun

kanaması, günü geçme, halsizlik-kansızlık, tansiyon yüksekliği, işitme azlığı, kan şekeri yüksekliği, ayakta şişlik, çenede şişlik olarak beyan edilen ve nadir saptanan şikâyetlerdir.(Tablo 6)

Tablo6. Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Şikayetlerine Göre Dağılımı

Şikayeti	Sayı	Yüzde %
Karın ağrısı	270	45
Vajinal kanama	117	19,5
Bulantı kusma	101	16,8
Sancılanma	97	16,2
Suyu gelme	73	12,2
Baş ağrısı	55	9,2
Diğer	49	8,2
Dizüri	40	7,3
Kasık ağrısı	38	6,3
Yan ağrısı	36	6
ÜSYE	33	5,5
Fetal harekette azalma	33	5,5
Kas-eklem ağrısı	33	5,5
Nefes darlığı	27	4,5
Göğüs ağrısı	22	3,7
Baş dönmesi	16	2,6
İshal	15	2,5
Alerji	13	2,2
Anksiyete	11	1,8
AİTK	11	1,8
TİA -Nöbet	9	1,5
Ateş	6	1
Düşme	7	1,2
Görme Bozukluğu	3	0,5
Yanık	3	0,5
Kabızlık	2	0,3
ADTK	1	0,2

Şikâyetlerinin ne kadar süredir mevcut olduğuna bakıldığında 572 hasta yanıt verdiği anlaşılmıştır. Bir günden daha az süredir şikâyetleri olan hasta sayısı 321 (% 53,5), şikâyet süresi 2-7 gün olan hasta sayısı 188 (% 31,3), şikâyet süresi 7 günden fazla olan hasta sayısı 63 (% 10,5) olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Acil Servise Başvuru Şikâyetlerinin Süresinin Dağılımı

Şikâyet süresi	Sayı	Yüzde %
1 günden az	321	53.5
2-7 gün	188	31.3
7 günden fazla	63	10.5
Yanıt alınamayan	28	4.7
Toplam	600	100

Hastalara Erciyes Üniversitesi acil servise başvurmadan önce aynı şikâyetler için başka bir sağlık kuruluşuna başvuru yapıp yapmadığı sorusuna 592 hasta yanıt vermiştir. Hiç tekrarlayan başvurusu olmayan 363 hasta oranı % 60,5, tekrarlayan 1 başvurusu olan 159 hasta oranı %26,5, tekrarlayan 2 başvurusu olan 45 hasta oranı %7,5, tekrarlayan 3 başvurusu olan 14 hasta oranı %2,3, tekrarlayan 4 ve üzeri başvurusu olan hasta sayısı 11 oranı % 1,3 olarak elde edilmiştir.(Tablo 8)

Tablo8. Tekrarlayan Başvuruların Dağılımı

Tekrarlayan başvuru	Sayı	Yüzde %
0	363	60.5
1	159	26.5
2	45	7.5
3	14	2.3
4 ve üzeri	11	1.9
Yanıt alınmayan	8	1.3
Toplam	600	100

AS'e başvuran gebe hastalarda 326 (%54) gebede OJE (Obstetrik Jinekolojik Etyoloji) 248 gebede (% 41)OJODE (Obstetrik Jinekolojik olmayan Diğer Etyolojiler), travma 18 gebede (%3), darp 2 gebede (% 0,3), intihar girişimi 4 gebede (% 0,7) tespit edilmiştir(Tablo 9).



Tablo 9. Hastaların Başvuru Nedenine Göre Dağılımı

Başvuru nedeni	Sayı	Yüzde %
OJE	326	54.3
İntihar girişimi	4	0.7
Travma(darp dahil)	20	3.3
OJODE	248	41.3
Bilgisine Ulaşılamayan	2	0.3
Toplam	600	100

Hastalar acil servise başvuru şekillerine göre değerlendirildi. Ayaktan başvuran hasta sayısı 547(%91,2), 112 ile gelen hasta sayısı 43 (% 7,2), sevk edilerek yönlendirilen hasta sayısı 5 ( % 0,8) poliklinikten yönlendirilen hasta sayısı 5 (% 0,8) idi.(Tablo 10)

Tablo10. Hastaların Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Başvuru şekli	Sayı	Yüzde %
Ayaktan	547	91.2
112(Alandan)	43	7.2
Sevk	5	0.8
Poliklinikten yönlendirme	5	0.8
Toplam	600	100

Hastaların hangi yerleşim biriminde acil servise başvurdukları değerlendirildi. İl merkezinden başvuran hasta sayısı 520 (% 86,7), ilçeden başvuran hasta sayısı 44 (%7,4), il dışından başvuran hasta sayısı 36 (% 5,9) idi.(Tablo 11)

Tablo 11. Hastaların Yerleşim Birimlerinden Başvurularının Dağılımı

Başvuru yeri(Nereden geldiği)	Sayı	Yüzde %
İl merkezi	520	87
İlçe	44	7
İl dışı	36	6
Toplam	600	100

Acil servise başvuran gebe hastaların özgeçmişleri değerlendirildi. Özgeçmişinde hipertansiyonu olan hasta sayısı 27 (% 10,6), Uteroplesental pıhtılaşma bozukluğu olan 26 hasta (% 10,2), kardiyak patolojisi olan(Ritm bozukluğu, kapak bozuklukları vb) 21 hasta (%8,2), preeklampsisi olan 21 hasta (% 8,1), diyabeti olan 19 hasta ( % 7,4) Astım-Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan 19 hasta (% 7,4), epilepsisi olan 15 hasta (% 5,9), Rh uyuşmazlığı olan 11 hasta (% 4,3), sigara kullanımı olan 10 hasta (% 4), böbrek patolojisi olan hasta sayısı 10 (%4), alerjisi olan hasta sayısı 7 (%2,7),

psikiyatrik patolojisi olan hasta sayısı 5 (% 2), sinüs ven trombozu olan hasta sayısı 3 (% 1,2), pulmoner embolisi olan hasta sayısı 2 (% 0,8), derin ven trombozu olan hasta sayısı 2 (% 0,8), serebro vasküler olayı olan hasta sayısı 1(% 0,4), eklampsisisi olan hasta sayısı 1 (%0,4) idi.

Ayrıca diğer olarak sınıflandırdığımız patolojilerin sayısı 55 oranı % 21,5 olarak bulunmuştur. Bu sınıflama içinde hematolojik patolojisi(ITP, Nedeni bilinmeyen anemi, trombosit düşüklüğü) olan 6 hasta (% 2,3), endokrinolojik patolojisi(hipofiz adenomu, hipotiroidi, hipertiroidi, Polikistik Over sendromu) olan hasta sayısı 10 (%3,9), romatolojik patolojisi(Romatoid artrit) olan hasta sayısı 3 (%1,2), apendektomisi olan hasta sayısı 3 (% 1,2), intrakranial kitlesi olan hasta sayısı 3 (%1,2)idi. Daha nadir olan patolojiler ise; varis, meniere hastalığı, kolesistektomi, vitilligo, behçet, nefrotik sendromdu.(Tablo 12)

Tablo12. Hastaların Özgeçmişlerindeki Patolojilere Göre Dağılımı

<b>Gebe hastaların özgeçmişleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde %</b>
Hipertansiyon	27	11
Uteroplasental Pıhtılaşma bozukluğu	26	10.2
Kardiyak patoloji	21	8.2
Preeklampsi	21	8.2
Diyabet	19	7.4
Astım-KOAH	19	7.4
Epilepsi	15	5.9
Kan uyuşmazlığı	11	4.3
Sigara kullanımı	10	4
Böbrek patolojisi	10	4
Alerji	7	2.7
Psikiyatrik patoloji	5	2
Sinüs ven trombozu	3	1.2
Pulmoner emboli	2	0.8
Derin ven trombozu	2	0.8
SVH	1	0.4
Eklampsi	1	0.4
Diğer patolojiler	55	21.5
<b>Toplam</b>	<b>255</b>	<b>100</b>

Hastaların gebelik ile ilgili komplikasyonlardan veya kronik rahatsızlıklarından dolayı ilaç kullanımını değerlendirildi. Hastaların ilaç kullanım durumları değerlendirildi. Bu değerlendirmeye katılan hasta sayısı 575 idi. İlaç kullanan gebelerin sayısı 198 oranı %33, ilaç kullanmayan gebelerin sayısı 377 oranı %62,8, yanıt alınamayan hasta sayısı 25 oranı %4,2 idi.(Tablo 13)

Tablo 13.Hastaların İlaç Kullanım Dağılımı

İlaç kullanımı	Sayı	Yüzde %
Var	198	33
Yok	377	62.8
Yanıt alınamayan	25	4.2
Toplam	600	100

Gebe hastaların gebelik süresince takiplere gitme durumu değerlendirildi. Bu değerlendirmeye 588 hasta alındı. Gebelik takiplerine giden hasta sayısı 552 oranı %92, takiplere gitmeyen hasta sayısı 36 oranı %6, yanıt alınamayan hasta sayısı 12 oranı % 2 idi (Tablo 14).

Tablo14. Hastaların Gebelik Takiplerine Gitme Dağılımı

Gebelik takiplerine gitme	Sayı	Yüzde %
Evet	552	92
Hayır	36	6
Yanıt alınamayan	12	2
Toplam	600	100

Gebe hastaların gebelik süresince antiemetik kullanma durumları değerlendirildi. Bu değerlendirmeye 580 hasta katıldı. Katılan kişilerden antiemetik kullanan hasta sayısı 61 (%10,2), kullanmayan hasta sayısı 519 (%86,5) yanıt alınamayan hasta sayısı 20 (%3,3) idi.

Metodda belirtilen triaj uygulamasına göre 232 (%39) hasta ilk muayene için Kadın/Doğum bölümüne gönderilirken, muayenesi ATA veya ATU tarafından yapılan hasta sayısı 368 (%61) olarak bulunmuştur.

Ateşi ölçülen hasta sayısı 402 olup ortalama vücut ısısı 35.2 ile 38.9 arasında bulunurken, ortalama ve standart sapması  $36.5 \pm 0.5$  olduğu görülmüştür. Nabız bakılan hasta sayısı 410, nabız sayıları 60 ile 150 arasında bulunurken ortalaması  $91.2 \pm 11.5$  olarak bulunmuştur. Kan basıncına bakılan hasta sayısı 410 sistolik kan basıncı değerleri 87 ile 196 arasında iken ortalaması  $124 \pm 16.6$  olarak saptanmıştır. Diastolik kan basıncı değerleri 46 ile 110 arasında olup ortalaması  $75.1 \pm 10.9$  çıkmıştır. Parmak şeklinde ucu saturasyonu bakılan hasta sayısı 376 olup saturasyon değerleri 88 ile 100 arasında olup ortalaması  $96.4 \pm 1.6$  olarak bulunmuştur. Solunum sayısı bakılan hasta sayısı 406 olup solunum sayısı değerleri 12 ile 24 arasında olup ortalaması  $15.1 \pm 2.4$  olarak hesaplanmıştır.(Tablo 15)

Tablo 15. Hastaların Vital Bulgulara Göre Değerlendirilmesi

Değişkenler	Hasta sayısı	$\bar{X} \pm SS$	Minumun-Maksimum
Ateş	402	$36.5 \pm 0,5$	35.2-38,9
Nabız	410	$91.2 \pm 11,5$	60-130
Sistolik	410	$124 \pm 16,6$	87-196
Diastolik	410	$75.1 \pm 10,9$	46-110
Satürasyon	376	$96.4 \pm 1,6$	88-100
Solunum sayısı	406	$15.1 \pm 2.4$	12-24

Tam kan sayımı 280 hastadan istenmiş olup hemoglobin değerleri 5.4 ile 16.1 arasında olup ortalaması  $12,1 \pm 1.4$  mg/dL, beyaz küre değerleri 1022 ile 23900 arasında olup ortalaması  $10490 \pm 3192$  mg/Dl, trombosit sayısı değerleri 12000 ile 427000 arasında olup ortalaması  $246 \pm 66$  mg/dL olarak bulundu.

Hastaların biyokimyasal olarak; BUN değerleri 3 ile 76 arasında olup ortalaması  $7.8 \pm 6.5$  mg/dL, kreatinin değerleri 0.3 ile 6.4 arasında olup ortalaması  $0.52 \pm 0.53$  mg/dL, AST değerleri 3 ile 164 arasında olup ortalaması  $18.1 \pm 15.8$  U/L, ALT değerleri 5 ile 287 arasında olup ortalaması  $19.3 \pm 20.7$  U/L, ALP değerleri, 10 ile 387 arasında olup ortalaması  $82.3 \pm 51.7$  U/L, GGT değerleri 1 ile 159 arasında olup ortalaması  $14.8 \pm 20.3$  U/L, protein değerleri 3.6 ile 8 arasında olup ortalaması  $6.5 \pm 0.58$  g/dL, albümin değerleri 1.5 ile 5.1 arasında olup ortalaması  $3.8 \pm 0.46$  g/dL olarak bulunmuştur(Tablo 16).

Tablo16.Hastaların Laboratuvar Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Değişkenler	$\bar{X} \pm SS$	Minumun-Maksimum
Hb	12,1±1.4	5,4-16,1
WBC	10490±3192	1022-23900
PLT	246±66	12-427
BUN	7.8±6.5	3-76
Kreatinin	0.52±0.53	0.3-6.4
AST	18.1±15.8	3-164
ALT	19.3±20.7	5-287
ALP	82.3±51.7	10-387
GGT	14.8±20.3	1-159
Protein	6.5±0.58	3.6-8
Albumin	3.8±0.46	1.5-5.1

Hastaların 28 tanesinden  $\beta$  hcg gönderilmiş olup ortalama değeri  $28209 \pm 36787$  mIU/ml olarak bulunmuştur. Bu hastalarda 8 tanesinin gebeliği kadın doğum ile konsulte edilmek suretiyle kesinleştirilmiştir.

Gebe hastaların 195 tanesinden idrar numunesi gönderilmiştir.. İdrar gönderilen hastaların oranı %32,5 olarak bulunmuştur. İdrarında enfeksiyon lehine bulgular tespit edilen hasta sayısı 105 (%53,8), idrarında protein tespit edilen hasta sayısı 10 (%5,1), idrarında keton tespit edilen hasta sayısı 36 (%18,4) idi. İdrar gram istenen hasta sayısı 182 olup (%30,3), İdrar gramında enfeksiyon lehine özellik olan hasta sayısı 55 (% 30,2) tir.(Tablo 17)

Tablo 17. Gebe Hastaların İdrar Numune Özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde %
TİT'te enfeksiyon (+) olan hastalar	105/195	53.8
İdrarda protein (+) olan hastalar	10/195	5.1
İdrarda keton (+) olan hastalar	36/195	18.4
İdrar gramda enfeksiyon(+) olan hastalar	55/182	30.2

Gebe hastaların 97(% 16,1) tanesine EKG çekilmiştir. Bunlardan EKG bulgusu normal sinüs ritmi olan hasta sayısı 81 oranı %83.5idi. Bunlardan 16 tanesinde anormal EKG bulguları mevcuttu( 8 tanesinde iskemik EKG bulguları, 3 tanesinde atrial fibrilasyon, 5 tanesi de de SVT bulguları mevcuttu)

Hastaların 16 tanesine Direkt grafi çektilmesi önerildi. Bunlardan 11 (%64,7) hasta çektilmek istemedi. 5 (%35,3) hastaya direk grafi çektilirdi. Direkt grafi çekilen 5 hastanın 2 tanesinde eklemde kırık tespit edilmiştir.

AS e başvuran gebe hastalardan istenen USG sayısı111 olup toplam hastalara oranı % 18,5 olarak bulunmuştur. Batın USG istenen hasta sayısı 72 (%64) (yapılan USG sayısına göre), üriner USG sayısı 21 (%18,9), alt ekstremitte doppler sayısı 9 (% 8), renal USG sayısı 6 ( % 5,3) diğler yapılan USG sayısı 3 ( % 2,7) olarak belirlenmiştir.(Tablo 18)

Tablo 18. Gebe Hastalara Yapılan USG' lerin Değlerlendirilmesi

Değışkenler (USG)	Sayı	Yüzde %
Batın	72	64
Üriner	21	18.9
Alt ekstremitte doppler	9	8
Renal	6	5.4
Diğler	3	2.7
Toplam	111	100

Gebe hastalara yapılan USG'lerden 18 (% 16,2) tanesinde anormal sınırlarda bulgular tespit edilmiş, 93(% 83,8) USG normal sonuçlar vermiştir. Bu anormal bulgular içinde; koledokolitiasis (5) renal PKE- Üriner taş(7), DVT(2) Akut apandisit (2) yer almıştır.

Manyetik rezonans (MRI) görüntüleme yapılan gebe hasta sayısı 23(%3,8) idi. Çekilen MRI'lerden patolojik bulgu elde edilen hasta sayısı 2 (%8,4), MRI sonucu normal olan hasta sayısı 21 (%91,4).Bu anormal bulgular Sinus ven trombozu ve koledokolitiasis olarak bulunmuştur.(Tablo 19)

Tablo 19. Çekilen MR ve MR Bulgularının Değerlendirilmesi

Değişkenler	Sayı	Yüzde %
MRI bulgusu normal	21	91.4
MRI da anormal bulgu	2	8.6
Toplam	23	100

Gebe hastalarda 3 tanesine BT çekilmesi önerilmiş olup 3 hastada BT çekirmek istememiştir.

Gebe hastaların konsültasyon sayıları değerlendirilmiştir. Kadın doğum konsültasyon sayısı 395 (%82.6), üroloji konsültasyonu sayısı 16 (% 3,4), genel cerrahi konsültasyon sayısı 12 (% 2,5), intaniye, göğüs hastalıkları, dahiliye, ortopedi konsültasyon sayıları 8 (% 1,7) olarak bulunmuştur. Nöroloji konsültasyon sayısı 5 (% 1), Kardiyoloji konsültasyon sayısı 4 (% 0,9) ve diğer bölümlere konsültasyon sayısı 14 (% 2,9) olarak bulunmuştur(Tablo 20).

Tablo 20. Gebe Hastaların Konsültasyon Sayılarının Dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde %
Kadın Doğum	395	82.4
Üroloji	16	3.3
Genel Cerrahi	12	2.4
Dahiliye	8	1.7
Ortopedi	8	1.7
Göğüs Hastalıkları	8	1.7
İntaniye	8	1.7
Kardiyoloji	6	1.3
Nöroloji	5	1.1
Diğer	14	2.7
Toplam	478	100

Gebe hastalar yatış endikasyonlarına göre değerlendirilmiştir. Kadın doğum hastalıkları servisine yatış endikasyonu olan hasta sayısı 177 (% 86.7), Genel cerrahiye yatış endikasyonu olan hasta sayısı 7 (% 3,4), göğüs hastalıklarına yatış endikasyonu olan hasta sayısı 6 (% 2,9), dahiliye yatış endikasyonu olan hasta sayısı 6 (% 2,9), üroloji

yatış endikasyonu olan hasta sayısı 3 (% 1,5), ortopedi yatış endikasyonu olan hasta sayısı 2 (%1), intaniye yatış endikasyonu olan hasta sayısı 2 (%1), nöroloji yatış endikasyonu hasta sayısı 1 (% 0,5) ve diğer bölümlere yatış endikasyonu olan hasta sayısı 7 (% 3,5) bulunmuştur.

Bu yatış endikasyonu olan hastalardan 3 tanesi üroloji yatış endikasyonu olmasına rağmen Üroloji serviste kadın hasta için yer olmaması nedeniyle kadın doğum bölümüne yatmıştır. Ayrıca 5 tane kadın doğum bölümüne yatış endikasyonu olan hasta imza atıp kendi istekleri ile taburcu oldu. Dört tane hastanın da yatış endikasyonları olmasına rağmen yer olmadığı için alt kurum sevki yapılmıştır.(Tablo 21)

Tablo 21. Gebelerin Yatış Endikasyonlarına Göre Dağılımı

<b>Gebe hasta yatış endikasyonları</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde %</b>
Kadın Doğum	177	86.7
Genel Cerrahi	7	3.4
Dahiliye	6	2.9
Göğüs Hastalıkları	6	2.9
Üroloji	3	1.5
Ortopedi	2	1
İntaniye	2	1
Nöroloji	1	0.5
Diğer	7	3.4
Toplam	211	100

Gebe hastalar acil serviste medikal tedavi alma durumuna göre değerlendirildi. Medikal tedavi alan hasta sayısı 312 olup oranı % 52, medikasyon almayan hasta sayısı %48 idi.(Tablo 22)

Tablo 22. Gebe Hastaların Acil Serviste Medikasyon Dağılımı

<b>Acil serviste medikasyon</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde %</b>
Yapıldı	312	52
Yapılmadı	288	48
Toplam	600	100



Acil servise başvuran hastalar acilde kalış sürelerine göre değerlendirildi. Acil serviste; 0-1 saat kalan hasta sayısı 214 (% 35,9), 1-3 saat kalan hasta sayısı 272 (% 45,6), 3-7 saat kalan hasta sayısı 74 (% 12,6), 7-10 saat kalan hasta sayısı 29 (% 4,9)ve 10 saatten fazla bekleyen hasta sayısı 11 (% 1,8) olarak bulunmuştur.

Acil servise başvuran gebe hastaların acil servisten taburcu olurken veya yatış yapılırken, başvuru anında olan major şikâyetlerinin gerileme oranları değerlendirilmiştir. Acil servis doktorları tarafından ilk değerlendirilmesi yapılamayan, direkt olarak kadın doğum ile görüşülüp oraya yönlendirilen ve acile uğramadan yatışı diğer bölümlerce yapılan hastalar bu değerlendirmeye katılmamıştır. Bu değerlendirme için 516 hasta ile acil servisten ayrılırken tekrar konuşulabilmiştir. Bunlardan şikâyetlerindeki gerileme oranı% 0 olan hasta sayısı 107 (% 17,8), şikâyetlerindeki gerileme oranı % 20 olan hasta sayısı 44 (% 7,3), şikâyetlerindeki gerileme oranı % 40 olan hasta sayısı 114 (%19), şikâyetlerindeki gerileme oranı % 60 olan hasta sayısı 85 olup (% 14,1), şikâyetlerindeki gerileme oranı % 80 olan hasta sayısı 59 (% 9,8), şikâyetlerindeki gerileme oranı % 100 olan hasta sayısı 30 (%5), yanıt alınamayan ve direkt kadın doğuma çıkan hasta sayısı 161 (% 26,8) idi.(Tablo 23)

Tablo 23. Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Şikâyetlerindeki Gerileme Durumunu Değerlendirilmesi

Şikâyet gerileme oranı	Sayı	Yüzde %
% 0	107	17.8
% 20	44	7.3
%40	114	19
%60	85	14.1
%80	59	9.8
%100	30	5
Yanıt alınamayan	84	14
Direkt kadın doğuma giden hastalar	77	12.8
Toplam	600	100

Acil servise başvuran gebe hastalar yatış veya taburculuk tanılarına göre değerlendirildi. Doğum eylemi 77 (%10,65), idrar yolu enfeksiyonu 75 (% 10,37), Abortus imminens 59 (%8,16) olarak bulunmuştur. En nadir tanılar ise; eklampsi, epilepsi, pnömoni olmuştur. Diğer tanılar başlığı altındaki kısımda ise akut apandisit 5 (% 0,69), demir eksikliği anemisi olan hasta sayısı 3 (% 0,41) idi. Yine diğer olarak sınıflandırılan tanılar arasında; hemolitik üremik sendrom(1), ektopik gebelik(3),akut apandisit(6), akrep sokması(1), bartholin absesi(1), DVT(2) meniere hastalığı(1), koledokolitiasis(1), periferik faysal paralizi(1), mol gebelik(2), buşon(1), hemoroid(1), diş ağrısı(3), nörofibroma (1) gibi tanılar yer almaktadır.(Tablo 24)

Tablo 24. Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Tanısal Dağılımı

Tanı	Sayı	Yüzde %
Doğum eylemi	77	10.65
İdrar yolu enfeksiyonu	75	10.37
Abortus imminens	59	8.16
Erken doğum tehdidi	39	5.40
Üst solunum yolu enfeksiyonu	33	4.56
Renal kolik-PKE-Hidronefroz	30	4.14
Baş ağrısı	28	3.87
Preterm eylem	27	3.73
Miyalji	27	3.73
Çocuk har. Azalma (ante natal kontrol)	26	3.60
Non spesifik karın ağrısı	24	3.31
Hiperemezis	20	2.76
Abortus	20	2.76
Yumuşak doku travması	20	2.76
İshal	16	2.21
Preeklampsi	16	2.21
Erken membran rüptürü	16	2.21
3. trimester kanaması	15	2.08
Anksiyete	13	1.80
Ürtiker – alerji	13	1.80

**Tablo 24. Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Tanısal Dağılımı devamı**

<b>Tanı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde %</b>
İntrauterin ex fetus	11	1.52
Anemi	10	1.38
Yeni tanı gebelik	8	1.10
Nefes darlığı-PTE	7	0.97
Hiperemezis gravidarum	6	0.82
İntoksikasyon	5	0.69
Yanık	3	0.41
KOAH-Astım	3	0.41
İUGR	3	0.41
Böbrek fonksiyon bozukluğu	2	0.27
Pnomoni	2	0.27
Eklampsi	2	0.27
Epilepsi-Nöbet	2	0.27
Diğer	63	8.73
Toplam	721	100

## 5. TARTIŞMA

Acil servise herhangi bir şikayet ile başvuran doğurganlık yaşındaki kadın hastalarda gebelik ve komplikasyonlarının doğru tanısı büyük önem taşımaktadır. Acil servisler, 24 saat kesintisiz hizmet veren, hastaları sağlık güvencelerinden bağımsız olarak ve aciliyet durumlarına göre değerlendiren sağlık birimleridirler(68).

Son yıllarda AS'e başvuran hasta sayısında belirgin artış vardır. Amerika Birleşik Devletlerinde son 10 yılda AS'e başvuran hasta sayısı % 20 artmıştır(68). Türkiye'de 2002 yılında 124 milyon, 2006 yılında 217 milyon acil poliklinik başvurusu olmuştur(69).

Acil serviste gebe hastaların değerlendirilmesi, tanı konulması ve tedavi süreci gebe olmayan hastalardan daha zordur. Hastalara kullanılacak tanı yöntemlerinde kısıtlılık ve tedavilerindeki seçici olunması gerekliliği bunun en önemli nedenleridir(69).

Literatür tarandığında acil servise başvuran gebe hastaların demografik ve klinik olarak değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple çalışmamız bu nitelikteki ilk çalışma sayılabilir.

Biz çalışmamızda acil servise başvuran gebe hastaları demografik ve klinik olarak değerlendirildi. Demografik özelliklerine göre değerlendirildiğinde; acil servise başvuran gebe hastaların medyan yaş değerinin 27 olduğu saptanmıştır. Literatürde acil servise başvuran gebe hastalar ile ilgili yaş bilgisine rastlanmamıştır.

Acil servise başvuran gebeler acil servise başvuru anındaki haftalarına göre sınıflandırıldığında; en sık 3.trimesterdeki gebelerin acil servise başvurduğu görülmüştür (% 53,7).

Şikâyetlere bakıldığında en sık başvuru şikâyetinin karın ağrısı(%45) olduğu görülmüştür. Bunu vajinal kanama(%19,5) ve bulantı kusma (% 16,8)şikâyetleri izlemektedir. Türkiye’de bir acil serviste yapılan çalışmaya göre ise hastaların %37 sinde karın ağrısı şikâyeti mevcuttur, ayrıca yine bu çalışmada bulantı kusma şikâyetleri de en sık görülen üçüncü şikâyet olup bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir(70).Vajinal kanama ile ilgili olarak literatür ile yakın sonuçlar elde edilmiştir(71). Ayrıca literatürde akut batın tablosu ile ilgili bilgilere ulaşılmış olup bunun insidansının da % 0,5’lerde olduğu belirtilmiştir(72).

Gebe hastaların acil servise başvurularını en sık birinci gebelikleri sırasında yaptıkları görülmüştür (% 34). Bunun nedeninin ise; hastaların daha öncesinde gebelik ile ilgili tecrübelerinin olmaması ve bu sebeple daha endişeli olmaları olabileceği düşünülmüştür. Literatürde bununla ilgili bilgiye rastlanmamıştır.

Gebe hastaların düşük sayıları incelendiğinde; bir düşük yapanların oranı % 18,4 olup, tüm hastalar içinde düşük oranı ise % 29,3 olarak saptanmıştır. Wilcox AJ ve ark.nın(73) yaptığı çalışmada ise tüm gebeliklerin % 15’inin klinik olarak abort olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bizim çalışmamızda tekrarlayan abortus oranı (3 ve üzeri abortus) % 4,7 çıkmış olup literatürde bu oran %1-3 arasında değişmektedir(74-77).Bu oranların bizim çalışmamızda yüksek çıkma sebebi çalışmanın tıp fakültesinde yapılması ve en komplikasyonlu gebeliklerin burada takip ediliyor olması olabilir.

Acil servise başvuran gebe hastaların eğitim durumu incelendiğinde ise en yüksek oranın ilköğretim mezunu (%44,2) ikinci olarak lise mezunu(% 34) olduğu görülmektedir. Bu başlıkla ilgili literatür bilgisine ulaşamamış olup; ilköğretim ve lise mezunu gebelerin acil servise daha fazla başvuru yapma nedeni gebelik ve genel bilgi düzeylerindeki yetersizlikten kaynaklanabilir. Yine ilköğretim ve lise mezunu kadınların üniversite mezunu ve doktora mezunu kadınlara göre daha fazla oranda gebe kalması; acil servise başvuru sayılarının fazla olmasını açıklayabilir.

Acil servise başvuran gebe hastaların acil servise başvuru süresi incelendiğinde; en fazla başvuruyu şikayet başladıktan en geç 24 saat içinde acil servise başvuran grup oluşturmaktadır(% 53,5).Literatürde bu konu ile bilgiye ulaşılamamıştır. Bu başvuru zamanlaması; gebe olmayan hastaların acil servise başvurularıyla benzerdir. Ayrıca hastaların % 10,5'i de bir haftadan daha uzun zamandır şikayeti olup yeni başvuran hastalardır.

Acil servise başvuran gebe hastaların tekrarlayan başvuruları incelendiğinde; hastaların %39,5'nin acil servise tekrar başvuru yaptıkları görülmüştür.

Acil servise başvuran gebe hastaların başvuru şekilleri incelendiğinde; en sık başvuru şeklinin ayaktan başvuru yapan hasta grubu olduğu görülmüştür(% 91,5). 112 ile gelen hasta oranı % 7,2'dir. Indig ve ark.larının(71) 2011 yılında yaptığı bir çalışmada da gebe hastaların acil servise kendi imkanları ile başvuru oranı % 91,1 ve ambulans ile başvuru oranı % 7,2 olarak bulunmuştur. Bu oran bizim çalışmamız ile benzerlik göstermekte olup gebe hastaların acil servilere çoğunlukla ayaktan kendi imkânları ile başvurma eğiliminde olduğunu düşündürmektedir.

Acil servise başvuran gebe hastalar yerleşim yerlerine göre incelendiğinde; en fazla başvurunun il merkezinden yapıldığı saptanmıştır (% 86,7). İl merkezinden başvuran gebe hastaların daha fazla oranda olması beklenen bir durumdur. Mesafenin yakın olması hem de il merkezindeki hastalar için en kapsamlı obstetrik bakımın merkezimizde yapılması bu durumun sebeplerinden olabilir.

Hastaların özgeçmişlerindeki rahatsızlıklar ve komorbid durumlar incelendiğinde; en sık görülen rahatsızlık hipertansiyon olmuştur(% 4,5). Pıhtılaşma bozukluğu-tekrarlayan gebelik kayıpları olan hasta gurubu (% 4,3), kardiyak patolojisi olan hasta grubu (% 3,5) diğer sık görülen komorbid durumlardandır. Hutcheon ve ark.larının(78)yaptığı bir çalışmada gebeliğin hipertansif hastalıklarının oranının % 5-10 arasında olduğundan bahsetmektedir. Bizim çalışmamızda da gebeliğin hipertansif durumları toplu (hipertansiyon-eklampsi-preeklamsi) olarak değerlendirildiğinde % 8.1'lik oran ile benzer bulunmuştur. Yine bu çalışmada preeklampsi sıklığının %3 civarı olduğu söylenmiş olup, bizim çalışmamızda da benzer olarak preeklampsi oranı % 3,5'dir. Preeklampsi ve gebeliğin hipertansif durumları ile ilgili sıklık oranları literatür ile

benzerlik göstermektedir(79).Burada hastaların özgeçmişlerindeki hipertansiyonun çoğunlukla gebelik kaynaklı olduğu bilgisine göre kıyaslama yapılmıştır, çünkü hastaların çoğunda ilk gebelikleri öncesinde özgeçmişlerinde hipertansiyon öyküsü yoktur.

Tekrarlayan gebelik kayıpları-pıhtılaşma bozukluğu sıklığı bizim çalışmamızda % 4,3 çıkmıştır. Christiansen ve ark.ların(80) yaptığı çalışmada tekrarlayan gebelik kaybı oranı % 2 olarak verilmiştir. Bizim çalışmamızda oranın daha yüksek çıkma sebebi; tekrarlayan gebelik kayıpları ile pıhtılaşma bozukluğu olan hastaların birlikte değerlendirilmiş olması olabilir.

Çalışmamızda özgeçmişinde diyabeti olan hastaların oranı ile Astım-KOAH'ı olan hastaların oranları aynıdır (% 3,2). 2011 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada(81) gebe kadınların gebelikleri süresince diyabete maruz kalma sıklıklarının %3-5 olduğunu söylenmektedir, bizim çalışmamızda da bu oran benzerlik göstermektedir. Astım ile ilgili olarak literatür bilgilerine göre; astım hastalığının % 3,4-12,4 oranında gebede karşımıza çıktığı bildirilmektedir(82; 83).Ayrıca yirmi iki ülkede, 48 merkezde, 20-44 yaş arası grupta yapılan Avrupa Solunum Sağlığı Araştırma Topluluğu (ECRHS) çalışmasının sonuçlarına göre; periyodik astım prevalansı % 4,1'dir(84). Bizdeki değerlerin daha düşük olmasında Türkiye şartlarında hastaların erken tanı almamaları olabilir.

Çalışmamızda özgeçmişinde epilepsi tanısı olan hasta oranı % 2,5 olup, literatürde bu oran % 0,5-1 arasındadır(85; 86). Bizim çalışmamızda yüksek bulunmasının sebebi; hastanemizin bölgenin en komplike gebe hastalarının takip edildiği bir merkez olması olabilir.

Çalışmamızda özgeçmişinde psikiyatrik problem olan hastaların oranı % 0,8 bulunmuştur. Bu konuyla ilgili net bir literatür bilisine ulaşılamamıştır. Literatürde daha çok gebelerde gebelik ile oluşan anksiyete ve depresyondan bahsedilmiştir. Bizim çalışmamızda ise gebelikten önce herhangi bir psikiyatrik öykünün olup olmadığı sorgulanmıştır. Majör depresif bozukluğunun kadınlarda yaşam boyu prevalansı tahminen % 14-21 arasındadır(87; 88). Üreme çağında ise prevalansının % 1,4 ile % 3,5arasında olduğu bildirilmektedir (89). Gebelerde depresyon görülme sıklığı % 7-21

olarak bildirilmiştir(90; 91; 92).Bizim için baz alınacak oran üreme çağındaki prevalans değeridir. Bu değerle kıyaslandığında bizim çalışmamızda psikiyatrik problemi olan hasta oranı daha az çıkmıştır. Bizim çalışmamızda psikiyatrik problemi olan hastaların poliklinik başvurusunun daha az olması ve buna bağlı olarak da daha az tanı almış olması olabilir.

Çalışmamızda özgeçmişinde tromboembolik hastalık öyküsü olan hastalar incelenmiş bu oran pulmoner tromboemboli için % 0,4, serebrovasküler hastalık için % 0,2 ve derin ven trombozu için % 0,4 şeklinde çıkmıştır. Bununla ilgili literatüre bakıldığında; PTE insidansı normal popülasyonda 21-69/100.000 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu değer bizim çalışmamızdaki değerden daha düşüktür, bunun sebebi bizim çalışmamızdaki hastaların komplike hasta grupları bu sebeple tıp fakültesi dışında bir merkezde takip edilmesinin güç olması olabilir. Ayrıca tromboembolik olaylarının gebelik sürecinde veya postpartum dönemde olma ihtimalinin daha yüksek olması olabilir. Çünkü bu dönemlerde tromboembolik olay sıklığı 5-10 kat artabilmektedir(93; 94).

Çalışmamızda özgeçmişinde preeklampsi-eklampsisi olan hastaları incelediğimizde preeklampsi sıklığı % 3,5, eklampsi sıklığı % 0,2 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında preeklampsi sıklığının % 2- 3'lerde olduğu, eklampsinin günümüzdeki insidansı 1/2000-3250 arasındadır(95). Bu değerler çalışmamızda bulduğumuz değerlere yakın değerlerdir.

Çalışmamızda acil servise başvuran gebe hastaların gebeliğe bağlı ve/veya kronik hastalıklara bağlı ilaç kullanımını incelenmiş, hastaların % 33'ünün ilaç kullanmakta olduğu belirlenmiştir. Bu ilaç kısmına vitaminler, demir preparatları dahil edilmemiştir. Bununla ilgili literatür bilgisi bulunamamıştır ancak yaş gurubu itibarı ile düşünüldüğünde(16-43) ilaç kullanım oranının normal popülasyona göre yüksek olduğu düşünülmektedir.

Hastaların gebelik takiplerine gitme durumları sorgulandığında hastaların % 92'sinin takiplere gittiğini belirlenmiştir. Bununla ilgili olarak 2008 tarihli Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na göre 2003-2008 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde doğum yapan annelerin % 92'sinin, son doğumlarının gebeliği sırasında, gebelik haftası belirtilmeksizin, bir sağlık kurumundan doğum öncesi bakım hizmeti aldığı



belirtilmiştir. Bu oran bizim çalışmamızdaki oranla benzerdir. Ayrıca bu oranın yüksekliği hastaların büyük oranda antenatal bakım aldıklarını ve bu sebeple de doğum sırasında ve sonrasında ciddi komplikasyonlarla karşılaşma riskinin daha az olacağını düşündürmektedir.

Acil servise başvuran hastaların gebelikleri süresince antiemetik kullanımları incelenmiştir. Acil servise başvuran hastaların % 10,2'si antiemetik kullandığını söylemiştir. Asker C ve ark.larının yaptığı yaklaşık 30000 hastanın dahil edildiği bir çalışmada gebe hastaların antiemetik kullanım oranı % 4,5 çıkmıştır(96).Bizim çalışmamızda antiemetik kullanım oranı daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedenleri arasında Türkiye'de insanların ilaç kullanma eğiliminin daha fazla olması olabilir.

Acil servise başvuran gebe hastalar ilk muayene yapılan birime göre değerlendirilmiştir; hastaların %61,3'ü acil servis hekimi tarafından primer muayene edilmiştir. Hastaların % 38,7'si ise kadın doğum servisine yönlendirilerek primer muayenesi orada yapılmıştır. Literatürde gebe hastaların birincil bakışı ile ilgili yayına rastlanmamıştır. Yaklaşık hastaları 2/5 inin ilk muayenesinin Kadın Doğum bölümü tarafında yapılmasının sebebi acil servis yoğunluğu ve hastaların Kadın Doğum hekimine muayene olmak istemesi ve acil serviste muayene ve ileri tetkik için gerekli alt yapının olmaması olabilir.

Acil servise başvuran gebe hastaların vital bulguları incelendiğinde; ateş, nabız, tansiyon, satürasyon gibi vitallerin ortalaması normal sınırlar içindedir. Sadece 5 hastanın ateşi 38 derecenin üstünde bulunmuştur. Hastaların hemogram ve biyokimya sonuçları normal gebe hastaların değerleri ile benzer çıkmıştır.

Acil servise başvuran gebe hastalardan klinik gerekliliğe göre; tam idrar tetkiki (TİT)ve idrar gram istenmiştir. Bu istenen tetkikler doğrultusunda TİT istenen 195 hastanın 105 inde (%17,5) idrar yolu enfeksiyonu (İYE) düşündürür bulgular çıkmıştır. İdrar gram istenen 182 hastanın 55 tanesinde (% 9,1) İYE düşündürür bulgular çıkmıştır. Çalışmamızda İYE tanısı alan hasta 75 (% 12,5) idi. Buradan her TİT pozitif hastanın İYE olarak kabul edilemeyeceği sonucu çıkartılmıştır. İnci ve ark.larının(97) yaptığı bir çalışmada; hamile kadınlarda % 4-7 oranında asemptomatik bakteriüriden bahsetmektedir. Bu sebeple İYE tanısı koyarken daha ziyade gram sonucu baz alınarak

değerlendirme yapılmalıdır. Karabulut ve ark.larının yaptığı bir çalışmada gebe hastalarda kültür pozitif İYE tanısı alan hasta oranı % 11,8 olarak bulunmuştur.

Acil servise başvuran gebe hastaların 97 (% 16,1) tanesine EKG çekilmiş olup 16 (% 2,7) hastada patolojik EKG bulgusu olan hasta saptanmıştır. Bununla ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Acil servise başvuran gebe hastaların gereklilik durumuna göre Direkt grafi çekilme durumları incelendiğinde; 16 (% 2,7) hastaya Direkt grafi çektirilmesi önerilmiş hastalardan 5 (% 0,8) tanesi çekirtmeyi kabul etmiştir. Bunlardan da sadece 2(% 0,3) hastada patolojik bulgu saptanmıştır. Çektirilmesi önerilen grafilerin 12 tanesi ekstremitte grafisi olup patolojik bulgu saptananlarda ekstremitte grafileridir. Acil servise başvuran gebe hastaların sadece 20 tanesi travma kaynaklı idi. Karadaş ve ark.larının(98) yaptığı bir çalışmada gebelik sırasındaki travma sıklığının % 3-7 arasında olduğundan bahsedilmektedir. Bu çalışma izole travma çalışmasıdır, hastaların % 17.9 una grafi istenmiştir. Bizim çalışmamızda bu oran % 3,3 çıkmıştır. Bizim çalışmamızda 20 travma hastasının 5 tanesine grafi çektirilmiş bu oran travma hastalarının yaklaşık % 25'i yapmaktadır(98).

Çalışmamızda acil servise başvuran hastaların % 18,5'inden USG istenmiştir. İstenen USG'lerden en çok istenen batın USG'dir(%64).Bunu Üriner USG(% 18,9) takip etmektedir. En sık batın USG istenmesinin nedeni; acil servise başvuran gebe hastaların en sık başvuru sebebinin karın ağrısı olması olabilir(%45). Ayrıca USG'nin ucuz, kolay ulaşılır, non invaziv olması ve radyasyon etkisinin olmaması çok tercih edilir bir yöntem olmasında etkilidir. USG yapılan hastaların 18 tanesinde patolojik bulgu tespit edilmiş olup, bu da USG yapılan hastaların % 16,2 sine karşılık gelmektedir. Acil servise başvuran gebe hastalar ve USG kullanımı ile ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Acil servise başvuran gebe hastaların 23 tanesine MR istenmiştir(% 3,8). Bu istemlerden sadece iki tanesinde patolojik bulgu tespit edilmiştir. Bunlardan bir tanesi koledokolitiazis diğeri de periorbital selülit idi. Acil serviste MR çekilen gebe hastalar ile ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Acil servise başvuran gebe hastaların konsültasyon oranı incelendiğinde en fazla konsültasyon istenen bölümler; Kadın doğum (% 82,4) sonra üroloji (% 3,3) ve genel cerrahi (% 2,4) olmuştur. Acil servise başvuran gebe hastaların konsültasyonları ile ilgili literatür bilgisine rastlanılmamıştır.

Acil servise başvuran gebe hastaların yatış durumları incelendiğinde en fazla hasta kadın doğum bölümüne yatırılmıştır(% 86,7). Bunu genel cerrahi (% 3,4), göğüs hastalıkları(% 2,9) ve dahiliye(% 2,9) izlemiştir. Acil servise başvuran gebelerden 211 tanesi hospitalize edilmiştir (% 35,1).Aksoy ve ark.larının(99) yaptığı çalışmada acil servise başvuran obstetrik-jinekolojik hastaların % 38'i hospitalize edilmiştir. Bu oran bizim çalışmamızda da benzer bulunmuştur. Bizim çalışmamızda sadece obstetrik vakalar alındığı için karşılaştırma açısından kısıtlılık oluşturmaktadır.

Acil servise başvuran gebe hastaların 312 tanesine (% 52) şikâyetleri için medikal tedavi uygulanmıştır. Bu hasta grubunda yatan ve taburcu olan hastalar vardır. Reçete ile taburcu olan hastalar bu kısma dahil edilmemiştir. Bu konuyla ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Acil servise başvuran hastalar acil serviste kalış sürelerine göre incelendiğinde; en fazla bekleme oranını 1-3 saat arasında acilde kalan hastalar oluşturmaktadır. Bu hastaların sayısı 272 olup oranı % 45,3'tür.10 saat ve üzeri acil serviste kalan hasta sayısı ise 11 olup oranı % 1,8'dir. Acil serviste bekleyen gebe hastalar ile ilgili bekleme sürelerini içeren literatür bilgisine ulaşamamıştır.

Acil servise başvuran gebe hastaların tanısal dağılımına bakıldığında en sık olarak doğum eylemi vakaları karşımıza çıkmamaktadır. Bu grupta 77 hasta olup tüm başvuran hastaların % 12,8'ine karşılık gelmektedir. Bunu; 75 hasta (% 12,5) ile İYE, 59 hasta % 9,8 ile abortus imminens takip etmektedir.

Literatür taramasında acil servise başvuran gebe hastalar ile doğum eylemi arasında net bir bilgiye rastlanmamış olup sadece 2014 yılında Aksoy ve ark.larının(99)yaptığı çalışmaya göre ise acil servise başvuran gebe hastaların % 21'inin doğum ağrısı şikayeti ile acil servise başvurduğu bilgisine ulaşılmıştır. Ama bu çalışmada doğum eyleminden bahsedilmemekte olup acil olan doğum ağrısı kastedilmiştir. Ayrıca yine bu

çalışmada acil servise başvuran gebe hastaların yaklaşık % 4,5'inde idrar yolu enfeksiyonu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda oran % 12,5 çıkmış olup bu çalışmaya göre daha yüksektir. Bunun nedeni; bu çalışmanın retrospektif bir çalışma olması, çalışılan hasta sayısının 30000 gibi yüksek bir sayı olması olabilir. Ayrıca 2005 yılında Tütüncü ve ark.larının(100)yaptığı çalışmada da idrar yolu enfeksiyon sıklığının tüm gebelik boyunca % 2-13 arasında olabileceğinden bahsedilmekte olup bu da bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda abortus imminens oranı % 9,8 çıkmış olup bu oran Aksoy ve ark.larının(99) çalışmasında da % 9,8 olarak bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında; tüm gebeliklerin % 20'sinde abortus imminens durumu gelişebileceğinden bahsedilmektedir(14; 15). Bizim çalışmamızda bu oranın düşük çıkma nedenleri; bu hastaların gebe hastalar olup vajinal kanama şikayeti ile gelmiş olmaları nedeniyle ilk olarak muayenelerinin kadın doğum hekimleri tarafından yapılması ve yatış yapılmayan hastaların tekrar acil servise uğramadan hastaneden ayrılmaları olabilir. Biz ancak acil servise tekrar uğrayan ve bunlardan da ilgili hastalar için gerekli evrak düzenlenen ve doktorlar tarafından hastane bilgi sisteminde kayıtları tutulan hastaları tespit edebildik.

Erken doğum tehdidi tanısı alan hasta oranı bizim çalışmamızda % 6,5 çıkmıştır. Bu oran Aksoy ve ark.larının(99) çalışmasında % 3,1'dir. Obstetrik kaynaklara bakıldığında ise bu oranın %5-12 arasında değişebileceğinden bahsedilmektedir(101; 102). Bizim çalışmamızdaki oran da literatur ile benzerlik göstermektedir.

Perinatal mortalite ve morbitenin en sık nedeni olan preterm eylem oranı bizim çalışmamızda % 4,5 çıkmıştır. Haram ve ark.larının (103) yaptığı çalışmada preterm eylem sıklığı %5-10 arasında çıkmıştır. Yine bazı literatür bilgilerine bakıldığında preterm eylem sıklığının %5-12 arasında olduğundan bahsedilmektedir(104).Bizim çalışmamızda oranın daha az çıkma sebebi; genelde preterm eylem tanısı konulan hastaların kadın doğum bölümüne yatış yapılan hastalar olması ve bu bilgilere hastane bilgi sisteminden veya arşiv taramalarından ulaşılabilmiş olmasıdır. Bu yerlere yansımayan bilgiler varsa bunlar tam tespit edilememiş olabilir.

Ayrıca çalışmamızda hastaların % 4,3'ü çocuk hareketlerinde azalma şikâyetiyle acil servise başvurmuş olup biz bu sınıf hastaları antenatal kontrol hastaları olarak

sınıfladık. Bu grup hasta ile ilgili literatür tarandığında Aksoy ve arkadaşların(99) yaptığı çalışmada bu oran % 9,7 çıkmıştır. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük çıkma nedeni bu hastaların primer olarak kadın doğum bölümü tarafından değerlendiriliyor olması ve taburculuk işlemlerini yaptırmadan acil servisten ayrılmaları olabilir.

Hiperemezis gebelerde sık görülen bir durum olup bizim çalışmamızda acil servise başvuran gebe hastaların % 3,3'ünde görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise bu oranın % 75 civarı olduğundan bahsedilmektedir(19). Ancak bu oran hiperemezis görülen hastalar olup acil servise başvurusundan bahsedilmemektedir. Bizim çalışmamızda bu oranın bu kadar düşük çıkma nedeni çalışmanın acil serviste yapılıyor olması ve hiperemezis şikayeti olan tüm hastaların acil servise başvurmaması olabilir.

Hiperemezis gravidarum ise hiperemezisten daha şiddetli bir tablo olup bizim çalışmamızda % 1 oranında görülmüştür. Literatüre bakıldığında ise Tan ve ark.larının(105) 2010 yılında yaptığı çalışmada; HEG'nin gebe hastaları % 0,3 ile % 2,3 arasında etkilediğinden bahsedilmektedir. Bu oran bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda abortus tanısı almış hastaların oranı % 3,3 çıkmıştır. Literatüre bakıldığında abortus ile ilgili çalışmalarda abortuslar genelde sınıflara ayrılarak değerlendirilmiştir. Klinik olarak saptanan gebeliklerin yaklaşık % 15'i abortus ile sonuçlandığından bahsedilmektedir(73). Bizim çalışmamızda bu oranın düşük çıkma nedeni hastaneye gelmeden olan abortusların değerlendirilememesi ve hastane dışı olan abortusların dahil edilmemesi olabilir.

Preeklampsi gebelikte önemli acillerden olup bizim çalışmamızda % 2,7 oranında tespit edilmiştir. Hutcheon ve ark.larının(78) yaptığı bir epidemiyoloji çalışmasında preeklampsi % 3 oranında gebelik komplikasyonu olarak görülmektedir. Bu oran bizim çalışmamızdaki oranla benzerlik göstermektedir.

Preeklampsinin daha ağır hali olan eklampsinin görülme sıklığı çalışmamızda % 0,4 çıkmıştır. Literatüre bakıldığında Hutcheon ve ark.larının (78) yaptığı çalışmada eklampsi ile ilgili olarak bu oranın % 0,27-0,82 arasında olduğundan bahsedilmektedir.

Yalnız bu oranın gelişmiş/sanayileşmiş ülkelerdeki oranlar olduğunu belirtmek gerekir. Bu haliyle çalışmamızdaki oran literatür ile benzerlik göstermektedir.

Erken membran rüptütü insidansı çalışmamızda % 2,7 olarak çıkmıştır.2008 yılında Caughey ve ark.larının (106)yaptığı çalışmada EMR'nin % 4-10 arasında gebelerde bir komplikasyon olarak görülebileceğinden bahsetmekte olup bu EMR vakalarının %25'nin PEMR (preterm EMR) olduğunu belirtmektedir.

Üçüncü trimester kanamaları olarak en sık karşımıza çıkan tanı dekolman plesenta ve plesenta previadır. Bizim çalışmamızda bu oran % 2,5 olarak çıkmıştır. Literatüre bakıldığında bu oranın % 4 civarında olduğu görülmemektedir(55). Bu oran bizim çalışmamıza göre biraz yüksektir, bunun sebebi bu çalışmanın 2007 yılında yapılan bir çalışma olması bu tarihten bu güne kadar gebe hastalardaki geç dönem komplikasyonlarında azalma olmuş olması olabilir.

Akut apandisit gebelikte ensik görülen non obstetrik akut batın durumudur. Literatüre bakıldığında insidansı % 0,1-0,2 düzeyindedir(107).Gebe hasta ile gebe olmayanlarda insidansı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda bu oran % 1 çıkmıştır. Bu oranın fazla çıkma nedeni hastanemizin bölgenin en kapsamlı hastanesi olması ve akut apandisit şüphesi olan çoğu hastanın bizim merkezimize yönlendiriliyor olması olabilir.

Çalışmamızda acil servise dış ağrısı şikayeti ile gelen 3 hasta olmuştur. İnsidansı % 0,5'tir. Bununla ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Çalışmamızda ektopik gebelik insidansı %0,5 olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatüre bakıldığında ektopik gebelik insidansı %0,65-2 arasında olduğu bildirilmiştir(108). Buna göre bizim çalışmamızdaki oran literatür ile kısmi olarak yakınlık göstermektedir.

## 6. SONUÇLAR

- Acil servise başvuran gebe hastaların en sık başvuru şikayetleri karın ağrısıdır. Onu vajinal kanama ve bulantı kusma şikâyetleri izlemektedir. Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastalar acil serviste en fazla bekleyen hasta grubunu oluşturmaktadır.
- Gebe hastaların acil servise başvurularını en sık birinci gebelikleri sırasında ve 3.trimesterde yaptıkları görülmüştür.
- Acil servise başvuran gebe hastaların tekrarlayan başvuruları incelendiğinde hastaların % 39,5 inde tekrarlayan başvuru yaptıkları görülmüştür.
- Acil servise başvuran gebe hastaların başvuru şekilleri incelendiğinde en sık başvuru şeklinin ayaktan başvuran hasta grubu olduğu görülmüştür.
- Hastaların gebelik takiplerine gitme durumları sorgulandığında hastaların % 92'si takiplere gittiğini belirtmiştir.
- Acil servise başvuran gebe hastaların %11'inde tekrarlayan düşük öyküsü vardır
- Acil servise başvuran gebe hastalar için konsültasyon oranı incelendiğinde en fazla konsültasyon kadın doğum (%82.4) sonra üroloji (%3.3) ve genel cerrahi (%2.4) olmuştur.
- Acil servise başvuran gebe hastaların yatış durumları incelendiğinde en fazla hasta kadın doğum bölümüne yatırılmıştır(% 86,7). Onu genel cerrahi (% 3,4), göğüs

hastalıkları (% 2,9) ve dahiliye (% 2,9) izlemiştir. Acil servise başvuran gebe hastalardan 211 tanesi hospitalize edilmiştir (% 35,1).

- Acil servise başvuran hastalar acil serviste kalış sürelerine göre incelendiğinde en fazla bekleme oranını 1-3 saat arasında acilde kalan hastalar oluşturmaktadır.
- Acil servise başvuran gebe hastaların tanısal dağılımına bakıldığında en sık olarak doğum eylemi vakaları karşımıza çıkmakta olup bunu İYE ve Abortus imminens takip etmektedir.
- Acil servise başvuran gebe hastaların yaklaşık % 20'si tamamen non obstetrik ve non jinekolojik tanılar almıştır.
- Bu veriler ışığında gebe hastalar acil servis işleyişine acil serviste ciddi bir yük oluşturmakta olup bu beklemenin azaltılabilmesi ve diğer hastalarla daha iyi ilgilenebilmesi için izole obstetrik vakaların kadın doğum bölümü tarafından değerlendirilmesini sağlayabilecek tedbirler alınması bu yükü büyük oranda azaltacağı düşünülmektedir.
- Acil servise başvuran gebe hastalar ile ilgili literatürde yeterince çalışma bulunmamaktadır, bu konu ile ilgili detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır.



## KAYNAKÇA

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Preconceptional counseling. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010;chap 7.
2. Gezgin ve ark.Obstetrik Aciller JAEM 2011: 128-32.
3. Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed. Mikami DJ, Beery PR, Ellison EC. Physiologic Changes of Pregnancy Chapter 76.
4. Malatyalıoğlu E. Ektopik Gebelik. Beksaç S. (ed.) Obstetrik Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji, 1.baskı İstanbul, Medical Network, 1086–1113, 2001.
5. Goldner TE, Lawson HW, Xia Z, Atrash HK, Surveillance for ectopic pregnancy- United States. 1970-1989, MMWR CDC Suneill Summ, 42:73, 1993.
6. Barnhart KT, Sammel MD, Rinaudo PF, et al. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: HCG curves redefined. Obstet Gynecol 2004; 104:50.
7. Skjeldestad FE, Hadgu A, Eriksson N. Epidemiology of repeat ectopic pregnancy: A population-based prospective cohort study. Obstet Gynecol 91:129-35, 1998.
8. Pansky, M., Bukowsky, J., Golan, A., Avrech, O. and et al. Reproductive outcome after laparoscopic local methotrexate injection for tubal pregnancy, Fertil Steril 60:85–87, 1993.
9. Stovall, T.G., Ling, F.W., Carson, S.A. and et al. Nonsurgical diagnosis and treatment of tubal pregnancy, Fertil Steril 54:537-538, 1990.
10. Gracia, C.R., Barnhart, K.T., Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies, Obstet Gynecol. 97:464 –470, 2001.
11. Mol BW, Van der Veen F, Results of expectant management of women early pregnancy and unknown location. Ultrasound Obstet Gynecol 15:265, 2000.
12. DIGHE, Manjiri, et al. Sonography in first trimester bleeding. Journal of Clinical Ultrasound, 2008, 36.6: 352-366.
13. Snell, B.J., Assessment and management of bleeding in the first trimester of pregnancy. J Midwifery Womens Health, 2009. 54(6): p. 483-91.

14. Ahmed, A.G. and A. Klopper, Detection of subclinical abortion by assay of pregnancy specific beta 1 glycoprotein. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1984. 288(6411): p. 113. .
15. Saultes, T.A., D. Devita, and J.D. Heiner, The back alley revisited: sepsis after attempted self-induced abortion. *West J Emerg Med*, 2009. 10(4): p. 278-80.
16. Aleman A, Althabe F, Belizan J and et al. 2005. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* Apr 18;(2):CD003576 .
17. Wahabi HA, Abed Althagafi NF, Elawad M, Al Zeidan RA. Progestogen for treating threatened miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Mar 16; (3):CD005943 .
18. Devaseelan P, Fogarty PP, Regan L. Human chorionic gonadotrophin for threatened miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May 12;(5):CD007422.
19. Lacroix R, Eason E, Melzack R. Nausea and vomiting during pregnancy: a prospective study of its frequency, intensity and patterns of change. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:931-937.
20. Fairweather DVI. Nausea and vomiting in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1968; 102:135-75.
21. Depue RH, Bernstein L, Ross RK and et al..Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome and other maternal factors: *Am J Obstet Gynecol* 1987;1 56: 1137-1141.
22. Koch KL, Stern RM, Vasey M and et al. Gastric dysrhythmias and nausea of pregnancy. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 961-968.
23. Wolkind S, Zajicek E. Psycho-social correlation of nausea and vomiting of pregnancy. *J Psychosom Res* 1978; 22: 1-5.
24. Chihara H, Otsubo Y, Yoneyama Y and et al. Basal metabolic rate in hyperemesis gravidarum Comparison to normal pregnancy and to treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 434-438.
25. Lacasse A, Rey E, Ferreira E and et al. Validity of modified Pregnancy-Unique Quantification of Emezis and Nause (PUQE) scoring index 36 to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 1-7.

26. Bailit JL: Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic from a large cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193: 811-814.
27. Fell DB, Dodds L, Joseph KS and et al. Risk factors for hyperemesis gravidarum requiring hospital admission during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 277-284.
28. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M and et al. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy: background, case report, and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv.* 2006; 61: 255-268.
29. Castillo RA, Ray RA, Yaghmai F. Central pontine myelinolysis and pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 459-461.
30. Gill SK, Einarson A. The safety of drugs for the treatment of nausea and vomiting of pregnancy. *Expert Opin Drug Saf* 2007; 6: 685-694.
31. Seto A, Einarson T, Koren G. Pregnancy outcome following first trimester exposure to antihistamines: meta-analysis. *Am J Perinatol* 1997; 14: 119-124.
32. Asker C, Norstedt Wikner B, Kallen B. Use of antiemetic drugs during pregnancy in Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* 2005; 61: 899-906.
33. Einarson A, Maltepe C, Navioz Y and et al. The safety of ondansetron for nausea and vomiting of pregnancy: a prospective comparative study. *BJOG* 2004; 111: 940-943. 39.
34. Altieri A, Franceschi S, Ferlay J, et al. Epidemiology and aetiology of gestational trophoblastic diseases. *Lancet Oncol.*2003; 4: 670. .
35. Jeffers MD, O'Dwyer P, Curran B and et al. Partial hydatiform mole: a common but underdiagnosed condition. *Int J Gynecol Pathol* 1993;12: 315-323. .
36. Parazzini F, LaVecchia C, Pampallona S. Parental age and risk of complete and partial hydatiform mole. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:582-585. .
37. Özalp S, Yalçın Ö, Tanır H. Hydatidiform mole in Turkey from 1932 to 2000. *Int J Gynaecol Obstet.*2001;73:257-8. .
38. Swiet M. Cardiovascular physiology in normal pregnancy. In: Rubin PC, Ed. *Hypertension in pregnancy. (Handbook of Hypertension)* Amsterdam: Elsevier. 2000:1-12.

39. Levine RJ, Ewell MG, Hauth JC et al. Should the definition of preeclampsia include a rise in diastolic blood pressure  $\geq 15$  mmHg to a level  $< 90$  mmHg in association with proteinuria? *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:787-792.
40. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High blood pressure in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:1-22.
41. Cunningham FG: Hypertensive Disorders in Pregnancy (In): Gant NF, Leveno KJ, et al.(eds). *Williams Obstetrics*, 21th ed. New York: McGraw– Hill Comp. 2001: 567– 618.
42. ACOG committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG practice bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2002; 99(1): 159- 67.
43. Mattar F, Sibai BM: Eclampsia: VIII. Risk factors for maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182:307.
44. Chames M C, Livingston JC, Ivester TS, et al: Late postpartum eclampsia: A preventable disease. *Am J Obstet Gynecol*, 2002, 186:1174.
45. Chesley LC (ed): *Hypertensive Disorders in Pregnancy*. Appleton-Century-Crofts,1978.
46. Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY and et al. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 460–464.
47. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I et al. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol*. 1993; 69: 1000–1006.
48. Isler CM, Rinehart BK, Terrone DA and et al. Maternal mortality associated with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 924–928. 37.
49. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL and et al. Preterm birth. In: *Williams Obstetrics*. 22nd Ed. USA: McGraw-Hill Co; 2005. p.855-860.
50. Ugwumadu A. Chorioamnionitis and mid-trimester pregnancy loss. *Gynecol Obstet Invest* 2010; 70(4): 281-5.

51. Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T et al. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi'nde. Ankara: Güneş Kitabevi. s.1996:1465-80.
52. Demir N. Preterm doğum tedavisinde yeni görüşler. Perinatoloji Dergisi 1996;4:133-40.
53. King JF. Tocolysis and preterm labour. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004, 16(6): 459-463.
54. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol. 2002 Nov;100(5 Pt 1):1020-37.
55. Sakornbut E ve ark. Late Pregnancy Bleeding . Am Fam Physician 2007;75 (8).
56. Hladky K., Yankowitz J., Hansen WF. Placental Abruption. Obstet Gynecol Surv 2002;57(5): 299-305.
57. Dola CP., Longo AS., Diagnosis and Safe Management of Placenta Previa. Obstetric Emergencies. 2006:18(10).
58. Olive E C. Placenta Previa : Maternal Morbidity and Place of Birth. The Australian&New Zealand Journal of Obstetrics &Gynaecology 2005(45): 6.
59. Bhide A, Thilaganathan B: Recent Advances in The Management of Placenta Previa. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004;16 (6):447- 51.
60. Oppenheimer L., Holmes P, Simpson N, Dabrowski A. Diagnosis of Low-lying Placenta: Can Migration in The Third Trimester Predict Outcome? Ultrasound Obstet Gynecol 2001;8:100–2.
61. Gezginç, Kazim; Dalkılıç, Elif Utku. Jinekolojik Acillere Yaklaşım/Management of Gynecologic Emergencies. Journal of Academic Emergency Medicine, 2011, 10.4: 171.
62. Butler SA, Khanlian SA, Cole LA. Detection of early pregnancy forms of human chorionic gonadotropin by home pregnancy test devices. Clin Chem 2001;47:2131–6.
63. Gezginç K, Göktepe H. Gebelikte travmaya yaklaşım. Selçuk Üniv Tıp Derg 2011;27(4):250-54.
64. Corrina M. Oxford, Ludmir J. Trauma in Pregnancy Clinical Obstetric and Gynecology 2009; 4 (52): 611-29. .

65. Tsutsumi S, Ueta T, Shiba K et al: Effects of the Second National Acute Spinal Cord Injury Study of high-dose methylprednisolone therapy on acute cervical spinal cord injury—results in spinal injuries center. *Spine* 2006; 31: 2992-6. .
66. Avery, Daniel M. Obstetric Emergencies. *AJCM*, 2009, 6.2: 42-7.
67. Muench MV, Canterino JC. Trauma in Pregnancy, *Obstetrics and Gynecology Clinics* 2007; 34: 555-83. .
68. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA and et al. Improving service quality by understanding emergency department flow: A White paper and position statement prepared for the Am Acad Emerg Med. *J Emerg Med* 2010;38(1):70-9. .
69. Demir B, Demir M. Hastanelerde gerilim/çatışma/şiddet ve çözüm yolları sağlık düşüncesi ve tıp hukuku dergisi.<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=323> Erişim tarihi:28.02.2011 .
70. Güven T. 2012 Acil Serviste Gebeliğin Dışlanması ve Erken Gebelik Komplikasyonlarının Saptanmasında Hasta Öyküsü ve Gebelik Öngörüsü Güvenirliğinin Serum Beta -hCG Düzeyleri ile Değerlendirilmesi- Uzmanlık Tezi. Ankara .
71. Indig D, Warner A, Saxton A. 2011. Emergency Department Presentations for Problems in Early Pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 51: 257–261.
72. Augustin G, Majerovic M. Non obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gyne-col Reprod Biol* 2007;131(1):4-12.
73. Wilcox, Allen J., et al. Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319.4: 189-194.
74. Clifford K, Rai R, Regan L. Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Hum Reprod* 1997;12:387-89.
75. Jaslow CR, Carney JL, Kutteh WH. Diagnostic factors identified in 1020 women with two versus three or more recurrent pregnancy losses. *Fertil Steril* 2010;93:1234-43.
76. Carrington B, Sacks G, Regan L. Recurrent miscarriage: pathophysiology and outcome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17:591-7.

77. Stephenson MD. Frequency of factors associated with habitual abortion in 197 couples. *Fertil Steril* 1996;66:24-9.
78. Hutcheon J, Lisonkova S, Joseph K. 2011 Epidemiology of pre-eclampsia and the other hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 25 (2011) 391–403.
79. Evelyne R, Couturier A. The prognosis of pregnancy in women with chronic hypertension. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1410-1416.
80. Christiansen OB, Steffensen R, Nielsen HS and et al. Multifactorial etiology of recurrent miscarriage and its scientific and clinical implications. *Gynecol Obstet Invest* 2008;66(4):257-67.
81. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 2011;34:62-69.
82. Kwon HL, Belanger K, Bracken MB. Asthma prevalence among pregnant and childbearing-aged women in the United States: estimates from national health surveys. *Ann Epidemiol* 2003;13:317-24.
83. Kurinczuk JJ, Parsons DE, Dawes V and et al. The relationship between asthma and smoking during pregnancy. *Women Health* 1999;29:31-47.
84. European Community Respiratory Health Survey. Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self reported asthma attacks and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J* 1996;9:687–95 .
85. Richmond JR, Krishnamoorthy P, Andermann E, Benjamin A. Epilepsy and pregnancy : An obstetric perspective. *Am J Obstet and Gynecol* 2004; 190: 371.
86. Josemir WS. E-epilepsy-Library of articles-The incidence and prevalence of epilepsy. *The National Society for Epilepsy* 2003.
87. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51:8–19, 1994.
88. Wittchen HU, Essau CA, von Zerssen D and et al. Lifetime and sixmonth prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur Arch*.

89. Hagnell O, Ojesjo L, Otterbeck L, Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study: a point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re.
90. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M and et al. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol*,189: 148–154. 2003.
91. Bennett, Heather A., et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103.4: 698-709.
92. Lee, Antoinette M., et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 110.5: 1102-1112.
93. Anderson FA, Wheeler HB, Goldberg RJ et al. A population- based perspective of the hospital incidence and case- fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Arch Intern Med* 1991;151:933-8.
94. Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN et al. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. A 25-year population-based study. *Arch Intern*.
95. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF et al. *Williams Obstetrics*. 21th edition Connecticut, the McGraw- Hill 2001; p:567-609.
96. Asker C. Wikner BN. Källén B. Use of antiemetic drugs during pregnancy in Sweden. *Eur J Clin Pharmacol* (2005) 61: 899–906.
97. İnci M, İnci M, Davarcı M. Urinary Tract Infections and Treatments in Pregnancy. *Turk Urol Sem* 2011; 2: 124-6.
98. Karadaş S, Gönüllü H, Öncü MR, Pregnancy and trauma: analysis of 139 cases *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2012; 13(2): 118–122. .
99. Aksoy H,Aksoy U,Öztürk M. Utilization of Emergency Service of Obstetrics and Gynecology: A Cross-Sectional Analysis of a Training Hospital. *J Clin Med Res*. 2015 Feb; 7(2): 109–114.
100. Tütüncü, Levent, et al. Gebelikte üriner enfeksiyon. *Perinatoloji dergisi*, 2005, 13.2: 114-121.



101. Slattery, Michael M., and John J. Morrison. "Preterm delivery." *The Lancet*, 360.9344 (2002): 1489-1497.
102. Hole, JW., Tressler, TB.: Management of preterm labor. *JAOA*, 101:14– 18, 2001.
103. Haram, Kjell, Jan Helge Seglem Mortensen, and Anne-Lone Wollen. "Preterm delivery: an overview." *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 82.8 (2003): 687-704.
104. Creasy RK. Preterm labor and delivery in: Creasy RK Resnik R. (eds). *Maternal Fetal Medicine - Principles and Practice*. Saunders, Philadelphia: 494.
105. Tan, Peng Chiong, et al. Promethazine compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115.5: 975-981.
106. Caughey, Aaron B., Julian N. and et al. "Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes." *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1.1 (2008): 11.
107. Zhang, Yan, et al. "Diagnosis of appendicitis during pregnancy and perinatal outcome in the late pregnancy." *Chinese medical journal* 122.5 (2009): 521-524.
108. Hoover, Karen W., TAO and et al. Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 2010, 115.3: 495-502.

## EKLER

### EK.1 ANKET FORMU

#### ACİL SERVİSE BAŞVURAN GEBE HASTALARI DEĞERLENDİRME FORMU

ADI-SOYADI:

YAŞI:

DOSYA NO:

VAKA SIRA NO:

TEL NO:

TARİH:

İLK GEBELİK YAŞI:

GEBELİK HAFTASI:

KACINCI GEBELİK:

COCUK SAYISI:

ABORTUS ÖYKÜSÜ: var( ) Yok( ) kaç tane.....

EĞİTİM DURUMU:

Yok( ) İlkokul( ) Ortaokul( ) Lise( ) Üniversite( ) Okuyor( ).....

AİLENİN AYLIK GELİRİ:

0-1000 ( ) 1000-2000( ) 2000-4000( ) 4000-6000( ) 6000-10 000( )

DİĞER).....

ŞİKAYETİ:

Karın ağrısı ( ) Bulantı-kusma ( ) Disuri ( )

Ateş ( ) İshal ( ) Nefes darlığı ( )

Göğüs Ağrısı ( ) Sırt Ağrısı ( ) Baş ağrısı ( )

Görme boz. ( ) Vajinal kanama ( ) Fetal aktivitede azalma ( )

Düşme ( ) USYE semp. ( ) AİTK ( )

ADTK ( ) Anksiyete ( ) Suicid girişimi ( )

Doğum eylemi ( )

Diğer( ).....

## ŞİKAYETSÜRESİ:

Aynı şikayetle başka sağlık kuruluşuna başvurdu mu:

Evet( ).....Hayır( ) KAÇ DEFA:

Obstetrik( ) Jinekolojik( ) Travma( ) Darp( ) Suicid ( ) Diğer( )

## BAŞVURU ŞEKLİ:

Ayaktan( ) 112(Alandan)( ) Sevk( ) Poliklinikten Yönlendirilme( )

Nereden Geliyor

İl Merkezi( ) İl Dışı( )..... İlçe ( ).....

## Özgeçmiş:

DM ( ) HT ( ) Preeklampsi ( )  
Eklampsi ( ) Serebro Vaskuler Olay ( ) Sinüs Ven Trombozu ( )  
Böbrek Hast ( ) Astım /KOAİ ( ) Epilepsi ( )  
PTE ( ) DVT ( ) Alerjik Hast ( )  
Sigara ( ) Kan Uyuşmazlığı ( ) Alkol ( )  
Kardiyak ( )

DİĞER..... ÖzellikYok ( )

## SOYGEÇMİŞ:

Kullandığı İlaçlar:

Gebelik Takiplerine Gidiyor mu?: Hayır ( ) Evet ( )

Antiemetik Kullanımı: Var ( ) Yok ( )

Vital Bulgular:

Ateş.....Nabız .....TA .....Saturasyon.....GKS:.....

FM:.....

Labaratuar:

Hemogram:

WBC: ..... HB:..... PLT: .....

**BİYOKİMYA:**

BUN/KREA..... /.....

ALT/ AST ...../.....

GGT.....

ALP....

B-HCG.....

PROT/ ALBUMİN ..... / .....

**TİT:**

WBC.....

BAKT.....

LÖKOSİT.....

KAN.....

KETON.....

NİTRİT.....

İRDAR GRAM: .....

BOS: .....

EKG: .....

**GÖRÜNTÜLEME:**

X-RAY.....

CEKİLDİ( )..... CEKİLMEDİ( ) HASTA İSTEMEDİ( )

X-RAY BULGULARI:

Normal( ) Patoloji Var( ).....

USG:

Yapılmadı( )

Yapıldı( )

BATIN( )

RENAL( )

ÜRİNER( )

HEPATOBLİYER( )

YÜZEYEL( )

DOPPLER( )

DİĞER( ).....

USG BULGULARI:Normal( ) Patoloji Var( ).....

MR... Çekildi( )..... Çekilmedi( ) Hasta İstemedi( )

MR Bulguları:Normal( ) Patoloji Var( ).....

BT... Çekildi( )..... Çekilmedi( ) Hasta İstemedi( )

BT Bulguları: Normal( ) Patoloji Var( ).....

**KONSULTASYON:**

KADIN DOĞUM Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

GENEL CERRAHİ Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

KARDİYOLOJİ Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

ÜROLOJİ Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

İNTANIYE Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

NÖROLOJİ Yatış( ) Takip( ) Acil Müd. düşünülmedi( ).....

GÖĞÜS HAST      Yatış( )    Takip( )      Acil Müd. düşünülmedi( ).....  
DAHİLİYE      Yatış( )    Takip( )      Acil Müd. düşünülmedi( ).....  
ORTOPEDİ      Yatış( )    Takip( )      Acil Müd. düşünülmedi( ).....  
DİĞER      Yatış( )    Takip( )      Acil Müd. düşünülmedi( ).....  
MEDİKASYON:    YOK( )      VAR( )

TANI/TANILAR:

ACİLDE KALMA SÜRESİ:      Geliş: .../...      çıkış: .../...

**Şikâyetlerinin Gerileme Oranı:**

0( )    %20( )    %40( )    %60( )    %80( )    %100( )

**SONUÇ:**

Taburcu( )    Yatış( )    Exitus( )    Sevk( )    Kendi İst. Taburcu( )

T.C.

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

**Dr. Mehmet AHUKUŞ'a ait "Acil Servise Başvuran Gebe Hastaların Klinik ve Demografik Olarak Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tarih: 27./11./2015

İmza

Başkan : Doç. Dr. Cemil KAYALCI

Üye : Prof. Dr. Xbrullah GÜNAY

Üye : Prof. Dr. Ömercan AVSAROGULARI