

# Acil Obstetride Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar

## Conditions Requiring Intensive Care for Emergency Obstetric

Seda GÖNCÜ,<sup>a</sup>  
Saadet YAZICI<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ebelik Bölümü,  
Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,  
Karabük  
<sup>b</sup>Ebelik Bölümü,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 21.07.2016  
Kabul Tarihi/Accepted: 04.09.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Saadet YAZICI  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü, İstanbul,  
TÜRKİYE, TURKEY  
saadetyazc@yahoo.com

**ÖZET** Yoğun bakım (YB) ünitelerine kabul edilen vakalar genellikle sağlıklı ve genç primipar anelerdir. Bu dönemde gebelik öncesi var olan ya da gebelik nedeniyle gelişen ve yoğun bakım gerektiren çok ciddi sorunlar ortaya çıkabilir. Yoğun bakım üniteleri ileri teknoloji ile donatılmış ve her hasta için özel bakım gerektiren birimlerdir. Aynı zamanda, akut ve kronik olarak ortaya çıkan organ yetmezlikleri durumunda tedavi ve izlem yapılması sağlanır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde ana ölümlerinin en önemli nedenleri arasında kanama ve hipertansiyon yer alır. Ancak yoğun bakım koşulları ve yaygınlığı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre farklıdır. Türkiye’de anne ölümlerinin en önemli nedenleri iyi bir doğum öncesi bakımla önlenilecek direkt obstetrik nedenlerdir. Bu derlemenin amacı; gebe kadınlarda gelişen acil yoğun bakım gerektiren durumların incelenmesidir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil, gebe; yoğun bakım

**ABSTRACT** Obstetric cases are generally young, primipara and healthy individuals. During this period, due to a developing or existing before the pregnancy and requiring intensive care may occur very serious problems. Intensive care units are special treatment units with high technological equipment and with high “nurse per patient ratio” due to the close observation and rapid intervention, also in which life threatening organ failures induced by prognosis of acute or chronic conditions are treated and monitored. In both developed and developing countries, the dominant causes of severe morbidity are obstetric haemorrhage and hypertensive disorders. However obstetric critical care in developing countries continues to be radically different from developed countries. In Turkey majority of maternal mortality deaths are induced by direct obstetric reasons and can be prevented with a prenatal care given by health professionals. The aims of this review to examine the conditions requiring intensive care emergency obstetrics in pregnant women.

**Key Words:** Emergency; pregnant; intensive care

**Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2016;20(2):103-7**

**A**cil obstetrik bakım; gebelik, doğum, doğum sonrası dönem olmak üzere 42 gün içinde meydana gelen, anne ve fetüsün hayatını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumlarda verilen hizmetler bütünü olarak tanımlanmıştır.<sup>1</sup> Obstetrik sorunların çoğu önceden tahmin edilemez, bu sebeple bu komplikasyonların en erken dönemde tespit edilip, uygun girişimlerin en hızlı şekilde uygulanması hayat kurtarıcı olduğu için önem taşımaktadır.<sup>2</sup>

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin maternal mortalite oranlarının yıllar içinde hedefledikleri oranlara geldiği ve az görülen gebelik kompli-

kasyonları arasına girdiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 raporuna göre ülkemizdeki anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 20'dir. Türkiye 1990-2010 yılları arasında anne ölümleri oranında en çok düşüş yaşanan ilk yirmi ülke arasındadır. Dünya genelinde ortalama anne ölüm oranları dikkate alındığında, ülkemiz oranları bu ortalamanın altında iken, batı ülkelerine kıyasla yüksek bir anne ölüm ortalamasına sahiptir.<sup>3</sup> Birleşmiş Milletler (BM) "Bin Yıl Kalkınma Hedefleri"nin 5. maddesinde anne ölümlerinin azaltılmasının önemini vurgulanmıştır.<sup>1</sup> Anne ölümleri değerlendirildiğinde genç ve sağlıklı gebelerde bu oranın arttığı görülmektedir. Çünkü obstetrik olgular, gebelik öncesi var olan hastalıklar ya da gebelikle ortaya çıkan hastalıkların şiddetlenmesi sonucu ağır klinik tablolara dönüşebilir ve anne ile bebeğin kaybıyla sonlanabilir.<sup>4,5</sup> Gebe kadınlar için yoğun bakım ünitesinde bakım gerektirecek komplikasyona sahip olma oranının %0,1-0,9 arasında olduğu ileri sürülmektedir.<sup>5</sup>

Yoğun bakım üniteleri; gerek akut hastalıkların gerekse kronik hastalıkların seyrinde görülen ve hayatı tehdit eden organ yetmezliklerinin takip ve tedavisi için geliştirilmiş, yakın gözlem ve hızlı müdahale için hasta başına düşen sağlık profesyonelinin fazla olduğu, yüksek teknolojik donanımına sahip özel tedavi birimleridir. Yoğun bakımlar, diğer ünitelerden farklı olarak daha ileri teknolojiye sahip ekipmanların olduğu birimlerdir.<sup>6</sup> Yoğun bakım ünitelerinde sağlanan tedavi ve bakım, hastanın iyileşme sürecine ve komplikasyonların erken tanınmasına katkı sağlar. Bu yüzden kritik obstetrik hastaların yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi önerilmektedir.<sup>7</sup>

Anne ve bebek sağlığını korumak için; obstetrik problemleri en erken dönemde saptamak ve uygun girişimi en hızlı biçimde uygulamak yoğun bakım ünitelerinde hayati önem taşır. Gebeliğe bağlı özel hastalıklar, gebeliğin ortaya çıkardığı fizyolojik değişiklikler ve fetüsün varlığı nedeniyle gebe bir hastanın yoğun bakımı diğer hastalardan farklılık gösterir.<sup>8</sup> Yoğun bakım üniteleri; sorunların erken tanınmasına, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ve hastaların erken taburculuklarına yardımcı olur.<sup>6</sup>

Birçok gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde gebeliğe bağlı komplikasyon gelişen hastalar servislerde ya da yoğun bakım kliniklerinde tedavi edilmektedirler. Obstetrik hastalara özgü yoğun bakım üniteleri bulunmamaktadır.<sup>3</sup> Maternal mortalite oranları incelendiğinde büyük bir kısmının obstetrik nedenlere bağlı ve kaliteli bir bakımla önlenilecek ölümler olduğu bildirilmektedir.<sup>9</sup> Bu sebeple, kaliteli bakımın sunulabileceği yerler olan yoğun bakım üniteleri sayesinde anne ölümlerinin daha da azaltılması hedeflenmelidir.

Son yapılan çalışmalarda yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik vakaların ölüm oranlarında azalma olduğu saptanmıştır.<sup>5-7</sup> Yoğun bakım ünitelerinde prospektif çalışma yapmak zor olduğu için, kullanılan veriler retrospektif çalışma sonuçlarına dayanmaktadır. Yapılan retrospektif çalışmalarda konuya ilişkin bilgi, deneyim ve tedavi metotları sunulmaktadır.<sup>7</sup> Maternal mortalite oranlarını düşürmede izlenecek adımlar; riskli grupların takibinin iyi yapılması, ölüme sebep olacak nedenlerin ortadan kaldırılması ve bakım gerektirecek komplikasyon ortaya çıktığı zaman en iyi bakımın verilmesidir. Yoğun bakım ünitelerinin, gerekli alt yapı ve elemana sahip olup olmadığının sorgulanması ve var olan eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir.<sup>10</sup> Obstetrik komplikasyon riski olan kadınların, risklerinin skorlama yöntemiyle tespit edilip düzenli takibinin yapılması, yoğun bakım gerektiren durumlarda ise hızla bu ünitelere nakli gerekir. Yoğun bakım ünitesine veya başka bir kuruma nakilde yaşanan gecikmenin mortalite oranını arttırdığı belirtilmektedir.<sup>7</sup>

Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastalıkların nedenlerini ve maternal mortalite oranlarını inceleyen yurtdışı çalışmalarına göre, en sık yoğun bakım gerektiren obstetrik nedenler arasında hipertansif hastalıklar ve obstetrik kanamalar yer almaktadır. Okafor ve ark. (2008) tarafından Nijerya'da yapılan çalışma göre, yoğun bakıma kabul edilen annelerin maternal mortalite oranı %33,3 olup, bunun çok büyük bir oranını (%28) eklampsinin oluşturduğu belirtilmektedir.<sup>5</sup> Eklampsinin gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalitenin en büyük sorumlusu olduğu rapor edilmiştir.<sup>11</sup> Obstetrik yoğun bakımla ilgili 1990-2008 yılları ara-

sında yapılan çalışmaların tarandığı sistematik bir derlemede, yoğun bakım gerektiren acil obstetrik durumların sırasıyla preeklampsi, obstetrik hemoraji, sepsis, direk obstetrik komplikasyonlar (emboli, pulmoner ödem, amniyotik mayi embolisi, intrauterin fetal ölüm, gestasyonel diyabet) ve obstetrik olmayan nedenler olduğu bulunmuştur.<sup>10-12</sup>

Ülkemizde de yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların kabul nedenlerini ve maternal ölüm oranlarını araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Tablo 1’de yapılan çalışmalarda yoğun bakım gerektiren durumlarla ilgili veriler ve maternal mortalite oranları yer almaktadır (Tablo 1). Arıcı ve ark.<sup>1</sup> yoğun bakım ünitesine kabulde en sık nedenlerin sırasıyla postpartum kanama ve preeklampsi/eklampsi olduğunu bildirmişlerdir.<sup>4</sup> Demirkıran ve ark. yaptıkları çalışmanın sonucuna göre olguların %73,6’sının eklampsi ve %11,2’sinin kanama nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edildiğini saptamışlardır.<sup>13</sup> Tezcan Keleş ve ark. tarafından yapılan çalışma sonucuna göre de yoğun bakıma kabul edilmede en yüksek oranın (%38,7) hipertansif hastalıklar olduğu belirlenmiştir.<sup>9</sup> Akköz Çevik en yüksek yoğun bakıma kabul nedeninin obstetrik kanamalar (%57) olduğunu bildirmiştir.<sup>6</sup> İki çalışmanın sonucunda ise en fazla hipertansif hastalıklar nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı duyulmuştur.<sup>7,14</sup> Çalışmalarda obstetride yoğun bakım gerektiren sorunların oranları farklı olsa da en sık hipertansif hastalıklar (preeklampsi, eklampsi, HELLP), obstetrik kanamalar, sepsis-septik şok ve amniyotik sıvı embolisi olduğu görülmektedir.<sup>4,6,14</sup>

Maternal mortalite oranlarına bakıldığında bu oranın %5-%27 arasında değiştiği ve mortalite nedenlerinin hipertansif hastalıklar (eklampsi, şiddetli preeklampsi), obstetrik kanamalar, sepsis, amniyotik sıvı embolisi ve DIC olduğu belirtilmektedir.<sup>4,6,7,9,13,14</sup>

## PREEKLAMPSİ/EKLAMPSİ

Preeklampsi, maternal ve fetal mortalite ve morbidite oranını arttıran ciddi bir komplikasyondur.<sup>11</sup> Şiddetli preeklampsi gelişmekte olan ülkelerde sık görülen bir hastalıktır.<sup>5</sup> Bunun yanı sıra gelişmiş

toplumlar içinde de önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki obstetrik yoğun bakım ünitelerinin yetersiz olması, var olan yoğun bakım ünitelerinin obstetrik komplikasyon yönetimi bakımından eksikliği, hipertansif hastalıkların yönetiminde deneyim eksikliği, yoğun bakım ünitesinde kadın doğum hekiminin bulunmaması, yoğun bakım çalışanlarının gebelik fizyolojisi ve patofizyolojisine dair bilgi eksikliği bu hastalığın yoğun bakımda yönetimini tehlikeye sokmaktadır. Şiddetli preeklampsinin ve hipertansif hastalıkların obstetrik yoğun bakım ünitesinde deneyimli kadın doğum uzmanları ve yoğun bakım hemşireleri tarafından takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir.<sup>15</sup>

## OBSTETRİK KANAMALAR

Obstetrik kanamalar gelişmiş ülkelerde maternal ölümlerin %18’inden, gelişmekte olan ülkelerde ise neredeyse yarısından sorumludur.<sup>16</sup> Obstetrik kanamalar ablasyo plasenta, plasenta previa, plasenta akreta, uterus rüptürü, atonisi ve inversiyon, DIC ve doğum sonu nedeni olarak ortaya çıkabilir. Obstetrik kanamalar genellikle öngörülemeyen ve hastanın durumu her an hızla bozulabilir, hızla uygun tedavinin yapılması gerekir. Müdahale genel durumun bozulmasını önleyecek yöntemlerle başlar ve sonrasında komplikasyona yönelik müdahale uygulanır.

## SEPSİS VE SEPTİK ŞOK

Sepsis, enfeksiyon veya inflamasyona karşı vücudun verdiği bir tepkidir. Genellikle ateş ya da hipotermi, taşikardi, takipne ve mental bozukluklar ve lökositlerin azalması ya da artması ile birlikte gelişir. Septik şok, vücuttaki enfeksiyonun kontrol altına alınmadığı durumda, dolaşım sisteminde yetersizliğe neden olur, organları etkiler. Bu durum genellikle peripartum dönemde; korioamniyonit, postpartum endometrit, septik abortus ve üriner sistem enfeksiyonlarına bağlı olarak ortaya çıkar. Sepsis sonucu vücuda yerleşen mikroorganizmalar ve enfekte ettiği dokularda oluşan toksinler, kan damarlarını ve organları etkiler. En fazla etkilenen ve işlevini yitiren organlar kalp, böbrek, akciğer ve karaciğerdir.<sup>17</sup> Ciddi maternal sonuçları olan bu

**TABLO 1: Ülkemizde yapılan obstetrik yoğun bakımla ilgili retrospektif çalışma sonuçları.**

Referanslar	Araştırmanın yapıldığı aralık	Obstetrik olguların YB kabul edilme nedenleri	YB kabul edilme n (%)	Maternal ölüm n (%)			
Tezcan Keleş ve ark,	1999-2005	Preeklampsi/eklampsi	7 (%38,7)	5 (%27,7)			
		Obstetrik hemoraji	5 (%27,8)				
		DİC	2 (%11,1)				
		Pulmoner ödem Pnömoni	1 (%5,6)				
		Travma	1 (%5,6)				
		Anesteziden geç uyanma	1 (%5,6)				
		Arıcı ve ark,	2007-2013		Obstetrik hemoraji	7 (%46)	1 (%6,7)
Preeklampsi/Eklampsi	5 (%36)						
Kardiyak patoloji	1 (%6)						
İntoksikasyon	1 (%6)						
Malignite	1 (%6)						
Demirkıran ve ark,	1995-2000			Eklampsi	51 (%73,6)	13 (%10,4)	
		Kanama	13 (%11,2)				
		DİC	11 (13,75)				
		Sepsis	3 (3,75)				
Akköz Çevik S,	2005-2010	Kanama ve HELLP sendromu	12 (%57)	1 (%5)			
		Eklampsi	3(%10)				
		HELLP sendromu	1 (%4,8)				
		İntrauterin kayıp	1 (%4,8)				
		Postop kanama + DIC	1 (%4,8)				
		Anemi + fetal distress	1 (%4,8)				
		Akciğer embolisi + postop kanama	1 (%4,8)				
		Ülger ve ark,			Kanama	31 (30%)	9 (%8,8)
					Eklampsi	26 (25,5%)	
HELLP	25 (24,5%)						
Pre-eklampsi	15 (13,7%)						
AFLP(Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri)	1 (1,0%)						
Pulmoner emboli Postpartum	2 (2,0%)						
Septik abortus	2 (2,0%)						
Şimşek ve ark,	1999-2009	Pre-eklampsi/eklampsi/HELLP sendromu	41 (%65)	13 (%20)			
		Doğum sonu kanama	6 (%9)				
		DİC	6 (%9)				
		Ablasyo plasenta/ plasenta previa	5 (%8)				
		Solunum yetersizliği	2 (%4)				
		Sepsis	2 (%4)				

DİC: Dissemine İntravasküler Koagülasyon. AFLP: Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri. HELLP: (Hemolysis, Elevated Liver Enzyme Levels and a Low Platelet Count) Hemoliz, Yükselmiş Karaciğer Enzimleri ve Düşük Trombosit).

tablonun gelişmemesi için risk faktörlerine dikkat edilmeli ve yüksek riskli grubun tedavi ve takibi yoğun bakım ünitelerinde sürdürülmelidir.

## AMNİYOTİK SIVI EMBOLİSİ

Amniyotik sıvı embolisi doğumun ve doğum sonrası dönemin maternal ölüme neden olan bir

komplikasyonudur. Plasenta zarlarında yırtılma ve uterus venlerinin açılması sonucu, amniyon sıvısının anne kanına geçmesiyle oluşur. Emboli; ani şiddetli dispne, siyanoz, hipotansif şok ile belirti verir ve bu durumu takiben nöbetler ve koma görülebilir.<sup>18</sup>

Acil obstetride yoğun bakım gerektirecek bu sorunların bakım ve tedavisinden multidisipliner bir yoğun bakım ekibi sorumludur. Ekip olarak yürütülen yoğun bakım hizmetlerinde, yoğun bakım hemşiresi etkin ve kritik bir rol oynamaktadır.<sup>19</sup> Obstetrik vakalarda acil durumları saptayarak kurum politikasına uygun şekilde girişimde bulunmak, uygulamaları kayıt etmek, acil müdahale malzemelerinin kullanıma hazır tutulmasını sağlamak, bakım sonuçlarını değerlendirerek gerektiğinde

yeni gereksinim ve sorunlara yönelik bakım planını gözden geçirmek, fetüsün sağlık durumunun değerlendirmek ve acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ileri yaşam desteği sağlamak hemşirenin temel rollerini oluşturmaktadır.<sup>20</sup>

Sonuç olarak, sağlık kurumlarında yüksek riskli gebelerin gerektiğinde perinatal dönemde takip ve tedavilerinin yapılacağı donanımlı yoğun bakım ünitelerine ve deneyimli yoğun bakım ekibine ihtiyaç vardır. Ayrıca; obstetrik yoğun bakımda maternal mortalite ve morbidite nedenlerinin bilinmesi, teşhis ve tedaviye etki kazandıracaktır.<sup>21,22</sup> Bakımda temel amaç; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası anne ve bebeğin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve oluşabilecek komplikasyonların azaltılması olmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Rehberi, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, 2006.
2. Gezginç K, Elif UD. Jinekolojik acillere yaklaşım/management of gynecologic emergencies. *Journal of Academic Emergency Medicine* 2011; 10(4): 171.
3. Abali S, Oskay U. "Critical care at the obstetric/Obstetride yoğun bakım. *Journal of Education and Research in Nursing* 2011; 8(1):14-21.
4. Arıcı S, Karaman S, Doğru H, Çakmak B, Tapar H, Karaman T, Doğru S, Kaya Z. Multidisipliner yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular: retrospektif analiz. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2014; 4(1):14-17.
5. Okafor UV, Efetie ER, Critical care obstetrics in a developing country, *J Turkish-German Gynecol* 2008; 9(1):9-13.
6. Akkız Çevik S. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. *Perinatoloji Dergisi* 2011; 19(3):118-122.
7. Şimşek T, Eyigör C, Uyar M, Karaman S, Moral AR. Retrospective review of critically ill obstetrical patients: a decade's experience, *Turk J Med Sci* 2011; 41 (6): 1059-1064.
8. Yorgancı A, Saraçoğlu F. Yoğun bakım gerektiren obstetrik sorunlar, *Yoğun Bakım Dergisi* 2004; 4(4):227-231.
9. Keleş Tezcan G, Topçu İ, Kefi A, Ekici Z, Sakarya M. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11(1): 62-65.
10. Pollock W, Rose L, Dennis CL. Pregnant and postpartum admissions to the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2010; 36: 1465-1474.
11. Walker JJ. Pre-eclampsia. *The Lancet*, 2000; 356(7): 7260-5.
12. Wheatley E, Farkast A, Watson D. Obstetric admissions to an intensive therapy unit *International Journal of Obstetric Anesthesia* 1996; 5: 221-224.
13. Demirkıran O, Dikmen Y, Utku T, Ürkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth.* 2003;12(4):266-70.
14. Ülger F, Tosun M, Çelik H, Dilek A, Azar H, Malatyaloğlu E, Şahinoğlu H. Obstetric intensive care admissions: a four-year review in a Tertiary Care Centre. *Obstetrics*, 2010; Vol. 6 (19), 1.
15. Anthony J, Johanson R and Dommissie J, Critical care management of severe pre-eclampsia, *Fetal and Maternal Medicine Review.* 1994; 6(04)
16. Velipaşaoğlu M. Üçüncü trimester kanamaları, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2009; 40:133-144.
17. <http://www.acibadem.com.tr/hayat/Bilgi/septik-sok-nedir>. Erişim:10.06.2016
18. Akyıldız EÜ, Pakiş I, Turan AA, Karayel F, Yılmaz E. Amniyon Sıvı Embolisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, 2006; 3(3): 117-119.
19. Gezgin K, Dalkılıç UD. Management of obstetric emergencies (Obstetrik acillere yaklaşım) . *Journal of Academic Emergency Medicine*, 2011; 10(3), 128.
20. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2013; 10(2):56-60
21. Belfort M, Saade G, Foley M, Phealen J, Dildy G. Critical care obstetrics. In: Scott J, Foley M. 5th ed Philadelphia: Wiley and Blackwall; 2010
22. Baskett, Thomas F. "Epidemiology of obstetric critical care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2008; 22(5): 763-774.