

Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular

Semra Akköz Çevik

Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınan obstetrik olguları retrospektif olarak değerlendirmek, YBÜ'ne kabul sıklığını, nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmaktır.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi yoğun bakım ünitesine (YBÜ) 2005-2010 yılları arasında gebe ve/veya postpartum dönemde yatırılan 21 obstetrik olgunun retrospektif demografik verileri, kabul nedenleri, yoğun bakımda yapılan girişimleri ve klinik sonuçları incelenerek değerlendirilmeye alınmıştır.

Bulgular: 2005-2010 yılları arasında yoğun bakım ünitesine toplam 6000 hasta kabul edilmiş olup bu hastalar içinde 21 olgu obstetrik nedenlerden kabul edilmiştir. Obstetrik olguların 11'i (%52) diğer hastanelerden üniversiteye sevk edilen, 10'u (% 48) ise üniversitemizin kadın doğum servisinden yoğun bakım ünitesine transfer edilen hastalardan oluşmaktadır. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların %62'si gebe, %38'i postpartum dönemde olup, obstetrik nedenlerden dolayı kabul edilmiştir. 21 olgunun ortalama yaşı 34.7 ± 7.9 'dur (22-54). Yaşayan olguların ortalama yaşı 34.9 ± 8 , yaşamayan olguların ise ortalama yaşı 32.0'dir. Obstetrik olguların ortalama gestasyonel yaşları 36 ± 4.9 haftadır. Yaşayan olguların ortalama gestasyonel yaşları 36.1 ± 4.9 hafta, yaşamayan olguların ise ortalama gestasyonel yaşları 35.0 haftadır. Olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 2.3 ± 2.5 gündür. Yaşayan olgular ile yaşamayan olguların yoğun bakım ünitesinde yatış süreleri karşılaştırıldığında, yaşamayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($P < 0.05$). Yaşayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 2.1 ± 2.4 gün iken yaşamayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 6 gündür. Olguların yoğun bakım ünitesine kabul edilmelerinin en sık nedeni postpartum dönemde görülen kanamadır (%57). İkinci en sık neden ise preeklampsi ve HELLP sendromudur (%10). Olguların 1'i mortalite ile sonuçlandı. Mortalite oranı %5 olarak saptandı.

Sonuç: Obstetrik olgular için YBÜ'ne gereksinim en sık obstetrik kanama ve kontrol edilemeyen hipertansiyon nedeniyle olmaktadır. Bu sorunların çözülmesi için geliştirilen stratejiler ve düzenli antenatal bakım maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin derecede azaltacaktır.

Anahtar Sözcükler: Yoğun bakım, maternal mortalite, morbidite.

Obstetric cases in intensive care unit

Objective: Aim of this study is to evaluate retrospectively obstetric cases to determine the causes and outcomes of intensive care unit.

Methods: Total 6000 patients referred to ICU from 2005 to 2010 21 patients were referred to ICU because of obstetric diseases. 11 patients (52%) were delivered to University hospital from other hospital, 10 patient (48%) were also transferred to ICU from obstetric and gynecologic department. 62% were pregnant, 38% postpartum period were received to ICU because of obstetrics diseases. Mean age of 21 patients is 34.7 ± 7.9 years. Mean age of survivors is 34.9 ± 8 , Mean age of non-survivors 32.0. ICU stay is 2.3 ± 2.5 days. There were differences ICU stay between survivors and non-survivors ($p < 0.05$). while ICU stay of survivors is 2.1 ± 2.4 days, ICU stay of non-survivors is 6 days. Most common reasons about obstetric of ICU admittance were postpartum hemorrhage (57%) and hypertension related to eclampsia/preeclampsia (10%). One of patients died and mortality rate was found as 5%.

Results: In this study; 21 obstetric patients referred to ICU (intensive care unit) from 2005 to 2010 in pregnancy and/or postpartum period, were evaluated by observing demographic data, admittance reasons, interventions in ICU and clinical outcomes.

Conclusion: ICU requirement for obstetric cases was seen mostly because of obstetric hemorrhage and uncontrolled hypertension. Strategies improved for solving these problems and regular antenatal care would significantly decrease major maternal morbidity and mortality.

Keywords: Intensive care, maternal mortality, morbidity.

Giriş

Obstetrik olgular genelde genç ve sağlıklı bireylerdir. Fakat bazen bu olgularda gebelik ile ilişkili veya önceden var olan bir medikal hastalığın şiddetlenmesi ile ilişkili olarak ya da bu olgulara uygulanan işlemlerle ilgili komplikasyonlar şeklinde çok ağır ve dramatik olabilen sorunlar yaşanabilir. Bu nedenle yoğun bakım tedavisine gereksinim duyabilirler.^[1]

Yoğun bakım (YB) üniteleri gerek akut hastalıkların, gerekse kronik hastalıkların seyriinde görülen ve hayatı tehdit eden organ yetmezliklerinin takip ve tedavisi için geliştirilmiş, yakın gözlem ve hızlı müdahale için hasta başına düşen hemşire sayısının fazla olduğu, yüksek teknolojik donanıma sahip özel tedavi birimleridir.^[2]

Gebelik genellikle komplikasyonlar olmadan seyreden doğal bir olay olarak kabul edilir. Ancak gebe kadınların yaklaşık %0.1-0.9'unda yoğun bakım gerektiren ciddi hastalıklar ortaya çıkar. Gebe bir hastanın yoğun bakımı gebe olmayan bir hastadan oldukça farklılıklar gerektirir. Gebeliğe özel hastalıklar, gebeliğin meydana getirdiği fizyolojik değişiklikler ve fetusun varlığı bu hastaların izleminde göz önünde bulundurulmalıdır.^[3]

Yoğun bakım ünitesine (YBÜ) obstetrik olguların kabulü Kanada'da 1,000 doğumda 0.7 iken bu oran Hindistan'da 540 doğumda 1 olmaktadır.^[4] Yine anne ölümü batı dünyasında gittikçe nadir görülen bir gebelik komplikasyonu haline gelmiştir.^[4] Kanada'da yapılan en son ulusal çalışmada (1997-2000) anne ölümü 1,054,828 canlı doğumda 64 (44'ü direk, 20'si indirek) olarak tespit edilmiştir.^[4] ABD'de mortalite oranı 12,000 canlı doğumda 1 iken, İngiltere'de daha düşüktür. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nın anne ölümlerine yönelik yaptığı son çalışmada 53 ilin 615 hastanesi ile belirtilen rakamlarla anne ölüm hızı 2,140 canlı doğumda 1'dir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu direkt obstetrik nedenli olup düzenli ve uzmanlarca yapılmış doğum öncesi bakımla önlenebilecek ölümlerdir.^[1]

Yöntem

Bu çalışmada, 2005- 2010 yılları arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilen obstetrik olguların kayıtları retros-

pektif olarak incelendi. 2005- 2010 yılları arasında yoğun bakım ünitesine toplam 6,000 hasta kabul edilmiş olup, 2005-2010 yılları arasında yoğun bakım ünitesine kabul edilen 21 obstetrik(gebe ve/veya postpartum dönem) hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların yaş, gebelik haftası, geldiği birim (kadın doğum servisi, dış merkez), yoğun bakım ünitesine kabul nedeni, invaziv girişim (entübasyon, santral ven kateterizasyon, trakeostomi, hemodiyaliz), kan transfüzyon durumu, yoğun bakım ünitesinde kalış süresi ve maternal mortaliteden oluşan klinik parametrelere yoğun bakım hasta kayıt sistemi incelenerek ulaşılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma ve yüzde olarak ifade edildi. Yaşayan ve yaşamayan olguların karşılaştırılmasında Mann- Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerde ise ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 13.0 programı kullanılmıştır. $P < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

2005-2010 yılları arasında yoğun bakım ünitesine 6,000 hasta kabul edilmiş olup bu hastalardan 21olgu obstetrik nedenlerden kabul edilmiştir. Obstetrik olguların 11'i (%52) diğer hastanelerden üniversiteye sevk edilen, 10'u (%48) ise üniversitemizin kadın doğum servisinden yoğun bakım ünitesine transfer edilen hastalardan oluşmakta idi. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların %62'si gebe, %38'i postpartum dönemde olup, obstetrik nedenlerden dolayı kabul edilmiştir.

21 olgunun ortalama yaşı 34.7 ± 7.9 'dur (22- 54). Yaşayan olguların ortalama yaşı 34.9 ± 8 , yaşamayan olguların ise ortalama yaşı 32.0 'dır. Obstetrik olguların ortalama gestasyonel yaşları 36 ± 4.9 haftadır. Yaşayan olguların ortalama gestasyonel yaşları 36.1 ± 4.9 hafta, yaşamayan olguların ise ortalama gestasyonel yaşları 35.0 haftadır (Tablo 1).

Olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 2.3 ± 2.5 gündür. Yaşayan olgular ile yaşamayan olguların yoğun bakım ünitesinde yatış süreleri karşılaştırıldığında, yaşamayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($P < 0.05$). Yaşayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 2.1 ± 2.4 gün iken ya-

Tablo 1. Yoğun bakımda kalan hastaların özellikleri.

	Yaşayan (n= 20)	Yaşamayan (n= 1)	Toplam (n= 21)
Yaş (ortalama±SD)	34.9±8	32.0	34.7±7.9
Gestasyonel yaş (ortalama±SD)	36.1±4.9	35	36±4.9 (hafta)
Yoğun bakımda kalış süresi (ortalama±SD)	2.1±2.4	6	2.3 ±2.5 (gün)
Hastanın geldiği birim (n, %)			
Kadın doğum servisi (Üniversite Hastanesi)	10 (48)		
Dış merkez	11 (52)		

P<0.05: Yaşayan olgular ile karşılaştırıldığında

şamayan olguların yoğun bakımda yatış süreleri ortalama 6 gündür.

Tüm olgulara standart noninvaziv monitörizasyon yöntemleri uygulanmıştır. Yoğun bakım girişimlerine bakıldığında santral venöz kateterin en sık uygulanan girişim olduğu görülmektedir (%14.3); bu oranı reentübasyon (%9.5) ve hemodiyaliz (%9.5) takip etmektedir (Tablo 2). Ayrıca olguların %62'sine (13 olgu) tedavileri sırasında kan veya kan ürünü infüzyonu yapılmıştır.

Olguların yoğun bakım ünitesine kabul edilmelelerinin en sık nedeni postpartum dönemde görülen kanamadır (%57). Bu olgulardan 8'inde sezaryen sonrası kanama mevcut iken, 4 olguda normal vajinal doğumdan sonra atoni kanaması mevcuttu. Dört olguya histerektomi operasyonu uygulanmıştır.

Yoğun bakım kabul nedenleri arasında preeklampsi ve HELLP sendromu ikinci sırada yer almaktadır. Diğer nedenler ise eklampsi, intrauterin kayıp, DIC, sepsis, akciğer embolisi ve fetal distress ile birlikte görülen anemidir (Tablo 3).

Yoğun bakıma kabul edilen 21 obstetrik olgunun 1'i mortalite ile sonuçlandı. Mortalite oranı %5 olarak saptandı. Mortalite nedeninin HELLP sendromu olduğu tespit edilmiştir.

Yenidoğan mortalite oranı ise %11.1 (3 olgu) olarak saptanmıştır. Bu olguların tamamı inutero-mort fetalis nedeniyle kaybedilmiştir.

Yoğun bakımda kalış süresi ile invaziv girişim arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). İnvaziv girişim uygulanan hastaların uygulanmayan hastalara oranla yoğun bakımda daha uzun kaldıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde yoğun bakıma kabul nedeni/tanısı ile yoğun bakımda kalış süresi

arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.05). Preeklampsi, HELLP sendromu, DIC, intrauterin kayıp olgularının yoğun bakımda kalış süreleri 6 gün ile 10 gün arasında değişmektedir (p<0.05). Diğer vakaların yoğun bakımda kalış süreleri ise 1 ile 3 gün arasında değişmektedir.

Tablo 2. Yoğun bakım girişim ve tedavileri (n=21).

Santral venöz kateterizasyon	%14.3
Reentübasyon	%9.5
Hemodiyaliz	%9.5

Tablo 3. Obstetrik olguların yoğun bakım ünitesine kabul nedenleri.

Tanı	n	%
Eklampsi	1	4.8
HELLP sendromu	1	4.8
Preeklampsi ve HELLP sendromu	2	9.5
Intrauterin kayıp	1	4.8
Postop kanama	12	57.1
DIC + İuex + Sepsis	1	4.8
Postop kanama + DIC	1	4.8
Anemi + fetal distress	1	4.8
Akciğer embolisi + postop kanama	1	4.8
Total	21	100.0

Tartışma

Sağlıklı gebe kadınlarda en ciddi yan etki anne kaybıdır. Gebelik boyunca veya doğum sonrası dönemde yaşamı tehdit edici olaylar ve yoğun bakım gereksinimi olabilir.^[5,6] Yoğun bakım ünitesindeki yakın izlem, problemlerin erken tanınmasına,

Tablo 4. Yoğun bakımda kalış süresini etkileyen faktörler.

	P
İnvaziv girişim	0.00
Tanı	0.013
Sevk	0.420

gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ve hastaların erken taburculuklarına yardımcı olur.

Bu çalışmada Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi yoğun bakım ünitesine kabul edilen obstetrik ve jinekolojik vakaların retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen vakaların %52'si dış merkezden sevk edilmiştir. Bu oran keleş ve ark.'nın çalışmasında %72, Bibi ve ark.'nın çalışmasında %22, Uysal ve ark.'nın çalışmasında ise %8 olarak belirtilmiştir.

Bulgularımıza göre yoğun bakım ünitesine kabul nedeni arasında postpartum hemoraji ve hipertansif hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Bu sonuç diğer çalışmalarla uyumludur.^[1,5,7-9] Bizim çalışmamızda Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların %62'si gebe (n=13), %38'i postpartum dönemdedir (n=8) Bu oran diğer çalışmalarda farklılık göstermektedir. Örneğin; Baskett ve ark.'nın^[8] çalışmasında yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların 16'sı gebe, 101'i postpartum dönemde iken Souza ve ark.'nın^[10] çalışmasında 99 hasta antepartum dönemde, 25 hasta ise postpartum dönemde yoğun bakıma alınmıştır. Bibi ve ark.'nın^[7] çalışmasında ise yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların tamamı postpartum dönemdedir, benzer şekilde Okafor ve ark.'nın^[9] çalışmasında da hastaların tamamı postpartum dönemdedir.

Bizim çalışmamızda beş olguda histerektomi uygulanmıştır. Histerektomi uygulanan dört hasta postpartum atoni kanaması nedeniyle ve 1 hasta da plasenta previa nedeniyle operasyon geçirmiştir. Bu sonuç Erdemoğlu ve ark.'nın çalışma bulgularıyla uyumludur.^[11] Erdemoğlu ve ark.'nın çalışmalarında Acil peripartum histerektomi en sık postpartum uterin atoni kanaması nedeniyle uygulanmıştır. Uterus rüptürü, pelvik infeksiyonlar ve plasantasyon ile ilgili sebepler diğer nedenlerdir. Yalınkaya ve ark.'nın^[12] çalışmasında ise 18 hastada uterin atoni kanaması nedeniyle, 1 hasta plasenta

previa nedeniyle ve 1 hasta da myoma uteri nedeniyle histerektomi uygulanmıştır. Diğer bir çalışmada da en sık histerektomi endikasyonu postpartum uterin atoni kanaması olarak tespit edilmiştir.^[13] Akdeniz ve ark.'nın çalışmasında 2 olguya plasenta previa sonucu aşırı kanamadan dolayı histerektomi uygulanmıştır.^[14]

Olguların yoğun bakımda yatış süreleri 1 ile 10 gün arasında olup, ortalama 2.3 ± 2.5 gündür. Uzun süreli yatışların daha çok Preeklampsi ve HELLP sendromu gibi obstetrik hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^[7,8] Bibi ve ark.'nın çalışmasında yoğun bakımda yatış süresi 1 ile 8 gün olup ortalama 2 gündür ve uzun süreli yatışlar preeklampsi gibi hipertansif hastalıklardan kaynaklanmaktadır.^[7]

Yoğun bakımda kalış süresi ile invaziv girişim arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). İnvaziv girişim uygulanan hastaların uygulanmayan hastalara oranla yoğun bakımda daha uzun kaldıkları tespit edilmiştir. Preeklampsi, HELLP sendromu, DIC ve intrauterin kayıp olgularının yoğun bakımda kalış süreleri 6 gün ile 10 gün arasında değişmektedir ($p < 0.05$). Diğer vakaların yoğun bakımda kalış süreleri ise 1 ile 3 gün arasında değişmektedir.

Bu çalışmada maternal ölüm oranı %5 olarak bulunmuştur. Bibi ve ark.^[7] bu oranı %33, Olufemi ve ark.^[15] %28.6 olarak belirtirken, Basket ve ark.^[5] %0.96 olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda mortalite nedeninin HELLP sendromu olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmalarda ise eklempsi, şiddetli preeklampsi, postpartum kanama, septik abortus, HIV infeksiyonu ve DIC maternal ölüm nedenleri arasındadır.^[1,5,7,9, 10,15]

Yenidoğan mortalite oranı ise %11.1 (3 olgu) olarak saptanmıştır. Bu olguların tamamı inutero-mort fetalis nedeniyle kaybedilmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak obstetrik olgular için YBÜ'ne gereksinim en sık obstetrik kanama ve kontrol edilemeyen hipertansiyon nedeniyle olmaktadır. Bu sorunların çözümlenmesi için geliştirilen stratejiler ve düzenli antenatal bakım maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin derecede azaltacaktır.

Kaynaklar

1. Keleş TG, Topçu İ, Kefi A, Ekici Z, Sakarya M. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. *Fırat Tıp Dergisi* 2006;11:62-65.
2. Uysal N, Gündoğdu N, Börekci Ş, Dikensoy Ö, ve ark. Üçüncü basamak merkezde dahili yoğun bakım hastalarının prognozu. *Yoğun Bakım Dergisi* 2010;1:1-5.
3. Yorgancı A, Saraçoğlu F. Yoğun bakım gerektiren obstetrik sorunlar. *Yoğun Bakım Dergisi* 2004;4:227-31.
4. Baskett TF, MB, O'Connell CM. Maternal critical care in obstetrics. *Obstetrics and Gynecology* 2007;109(Suppl): 82S.
5. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: a 15-year population-based study. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:7-9.
6. Demirkıran O, Dikmen Y, Utku T, Ürkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. *Int J Obstet Anesth* 2003;12:266-70.
7. Bibi S, Memon A, Sheikh JM, Qureshi AH. Severe acute maternal morbidity and intensive care in a public sector University Hospital of Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2008;20:109-112.
8. Baskett TF, MB, O'Connell CM. Maternal critical care in obstetrics. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:218-21.
9. Okafor UV, Efetie ER. Klinik çalışma: gelişmekte olan bir ülkede kadın doğum yoğun bakımı. *Journal of Turkish German Gynecological Association* 2008;9:9-13.
10. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Serruya SJ, Amaral E. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary care facilities: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:20.
11. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;33:227-30.
12. Yalınkaya A, Hakverdi A, Ölmez G. Acil peripartum histerektomi. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12:155-9.
13. Yalınkaya A, Özcan Y, Kaya Z, Savaş Z, Erdemoğlu M. Üniversite hastanemizde maternal mortalite oranı. *Perinatoloji Dergisi* 2008;16:9-13.
14. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yayla M, Yıldırım Z. Plasenta previa: obstetrik risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12:145-8.
15. Oladapo O, Adewale O, Şule-Odu A, Olatunji A, Daniel O. Near miss obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. *Reproductive Health Journal* 2005;2:9.