

Bölüm 15

Acil Maternal Değerlendirme

Tufan ARSLANCA¹
Gamze Sinem ÇAĞLAR²



- Gebeliklerin yaklaşık %15'inde acil müdahaleye ihtiyaç duyulan komplikasyonlar gelişebilir.
- Bu sebeple, acil servislerde hastaya yeterli zaman ayrılması önemlidir.
- Acil servise herhangi bir nedenle başvuran gebe ya da gebelik şüphesi olan hastaların ilk değerlendirmesinde detaylı sistemik muayene yapılmalıdır.

Sistem	Sorgula	Fizik Muayene	Ayırıcı Tanı	
Solunum- Havayolu	Dispne	Solunum sesleri Solunum sayısı Eşlik eden siyanoz	Kalp yetmezliği Anemi Pnömoni Astım Emboli	
Dolaşım	Taşikardi Dispne	Nabız (taşikardi-bradikardi) Kan basıncı Cilt (soğuk/nemli)	Şok	
Bilinç durumu Konvülsiyon	Süresi Travma öyküsü	Kan basıncı Ateş yüksekliği (>38°C) Glaskow koma skalası	Eklampsi Epilepsi Tetanoz	Toksikasyon Serebrovasküler olay (SVO) Santar sinir sistemi enfeksiyonu
Ateş yüksekliği	Halsizlik Uyku durumu Burun akıntısı Dizüri Öksürük Baş ve boyun ağrısı İshal	Ateş yüksekliği (>38°C) Bilinç kaybı Ense sertliği Akciğer sesleri oskültasyonu Memede hassasiyet Kostavertebral açığı hassasiyet Uterin hassasiyet Boğaz muayenesi Vulvovajinal akıntı	Koryoamniyonit İdrar yolu enfeksiyonu Pnömoni Endometrit Pelvik apse Peritonit	Abortus Sıtma Menenjit Ensefalit Covid 19
Karın Ağrısı	Süresi Eşlik eden semptomlar Karakteri (künt, keskin)	Kan basıncı Nabız Ateş yüksekliği (>38°C) Uterin kontraksiyon Vajinal kanama	Over kist rüptürü Adenksiyal torsiyon Ektopik gebelik Preterm eylem	Uterin rüptür Apendisit Üriner sistem hastalığı
Vajinal kanama	Süresi Miktarı Müdahale öyküsü Gebelik haftası Son adet tarihi (SAT) Eşlik eden durumlar	Laserasyon Hematom Uterin atoni Fetal kalp atımı	Abortus Ektopik gebelik Molar gebelik Uterin rüptür Plasental dekolman	Uterin atoni Uterin inversiyon Servikal-vajinal laserasyon Plasenta retansiyonu

¹ Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

² Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Tetkik ve Tedaviler

- Maternal genel durum hızlıca değerlendirilmelidir.
- Vital bulgular kontrol edilmelidir (kan basıncı, solunum sayısı, nabız, ateş).
- Sistemik muayene yapılmalıdır.
- Gebeliğe yönelik abdominal ve vajinal muayene yapılmalı, USG ile fetal durum değerlendirilmelidir.
- Olası tanılar ekarte edilmelidir (Uterin rüptür, dekolman, ektopik gebelik, travma, ürolitiazis, kolesistit vb.).
- Damar yolu açılmalıdır.
- Ön tanıya uygun laboratuvar tetkikleri istenmelidir.
- İV sıvı tedavisine başlanmalıdır (kristoloid sıvı tercihen).
- Eşlik eden ateş yüksekliğinde (>380C) antibiyotik tedavisi ilk doz İM/İV başlanmalıdır.

Travma

- Maternal genel durum hızlıca değerlendirilmelidir (Bkz Bölüm 33).
- Eşlik eden bulantı kusma, omuz ağrısı, vajinal kanama, ateş ve kanlı idrar sorgulanmalıdır.
- Hastanın hava yolu açık tutulmalıdır.
- 6-8 L/dk oksijen başlanmalıdır.
- Hemogram, kan gurubu, cross-match için kan alınmalıdır.
- Ayakta düz batın grafisi çekilmelidir.
- USG ile değerlendirme yapılmalıdır.
- Maternal oral alım kesilip, 1 L/20 dk olacak şekilde İV hidrasyona (izotonik ya da ringer laktat) başlanmalıdır.
- Hb < 7 gr/dl ya da Hct < %21 ise kan replasmanına başlanmalıdır.
- Hastaya tercihen İV antibiyotik başlanmalıdır; gerekiyorsa tetanoz toksoidi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- * Everett C. Incidence and outcome bleeding before the 20th week of pregnancy: Prospective study from general practice. BMJ 1997; 315: 32-4.
- * Hoey R, Allan K. Does speculum examination have a role in assesing bleeding in early pregnancy? Emerg Med J 2004; 21: 461-3.
- * Gabbe GS, Niebyl RJ. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. 5/E Nobel Tıp Kitabevi 2009; 24: 628-45.
- * Nas T, Yılmaz E. Erken Gebelik Kanamaları, Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci. 2006; 2: 1-5.
- * Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Tanı Ve Tedavi. Pelikan Yayıncılık 2004; 35: 395-401.
- * Cengiz L. İkinci Trimester Kanamaları, Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci 2006; 2: 13-8.
- * Ngeh N, Bhide A. Antepartum Haemorrhage. Curr Obstet Gynecol 2006; 16: 79-83.
- * Faiz AS, Anath CV. Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and metaanalysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13: 175-90.
- * Velipaşaoğlu M. Üçüncü Trimestir Kanamaları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009; 40: 133-44.
- * Clark SL. Placenta previa and abruptio placenta. In Creasy RK, Resnik R (eds): Maternal-fetal Medicine: Principles and Practice, 5th ed, Philadelphia, WB Saunders Company 2004; ss: 713.

- * Lee W, Lee VL, Kirk JS, Sloan CT, Smith RS, Comstock CH. Vasa previa: Prenatal dianosis,natural evolution and clinical outcome. Obstet Gynecol 2000; 95: 572-6
- * Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: An evidence based analysis. Obstet Gynecol 2002; 100: 313-27.
- * Gabbe GS, Niebyl RJ, Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler 5/E Nobel Tıp Kitabevi, 2009; 24: 884-7.
- * Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD. Appendicitis during pregnancy. Obstet Gynecol 1977; 50: 40-4.
- * Yapar E,a Danisman N. Peripartum obstetrik aciller. Türkiye Klinikleri JSurg Med Sci 2006; 2: 47-54.