

ACIL SERVİSTE HAYATINI KAYBEDEN OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

KARATAŞ A. D. , BAYDIN A. , OTAL Y.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, Samsun

*Dr. Aydın Deniz Karataş Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı 55139 Kurupelit- Samsun
Cep Tel: 0 532 575 98 22 Tel: 0 362 312 19 19 / 2370 Faks: 0 362 457 60 41
E-mail: aydindeniz75@gmail.com*

Başvuru tarihi:13.06.2007

Kabul tarihi:07.08.2007

Kısa başlık:Acil serviste hayatını kaybeden hastalar

Özet

Giriş: Hastanelerin acil servisleri, acil hastalıkların hızlı değerlendirilmesi, hastaların stabilizasyonu ve tedavisini yapabilecek kapasitede olmalıdır. Bizim bu çalışmayı yapmaktaki amacımız acil servise başvuran ve eksitus olan hastaların dosyalarını inceleyerek hastaların acil serviste kaybedilmesinde etkili olan öncelikli faktörleri saptamaktır. **Metod:** Acil Serviste hayatını kaybeden olguların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Acil servisimizde 01.01.2001–31.12.2003 tarihleri arasında 322 hasta tedavisi devam etmekteyken hayatını kaybetmiştir. Olguların yaş ortalaması 57,8±20,46 idi. Olguların 254'ü acil servise ambulans ile getirilmişti. Olguların 240'ı başka bir hastaneden sevk edilmişti. Olguların 175'i geldiği hastanenin acil servisinden sevk edilmişken, 65'i yatan hastaydı. Olgular en sık bilinç kaybı ile başvururken bunu sırasıyla nefes darlığı ve travma izlemekteydi. Olguların 96 tanesi geliş anında kardiyopulmoner arrest halinde idi. Olguların 147'sinin Glasgow Koma Skala Skoru 3 idi. **Sonuç:** Uygun koşullarda ve endikasyonlarda hasta transportlarının sağlanması ve acil servislerin amacının dışında kullanımının engellenmesi ile acil servis mortalitemizin azalacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, kardiyopulmoner arrest, mortalite, geriye dönük inceleme

THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF DEATHS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Abstract

Introduction: Emergency departments should have qualifiedness of rapid diagnosis and treatment. The aim of this study was to investigate the factors affecting the exitus of a patient in the department of Emergency. **Method:** Data from hospital records of all dead patients in emergency department retrospectively investigated. **Results:** In the emergency department, 322 cases lost their lives during their treatment between the date of 01.01.2001–12.31.2003. Mean age of all dead patients in emergency department was found as 57,8±20,46 years. Two hundred and fifty-four cases were transported with ambulance. Two hundred and forty cases were transported from another hospital. Of the patients who transported from another hospital, 175 were transported from another emergency department, 65 were transported from the services which bedside rooms. Consciousness was the most frequent symptom. Dyspnea and trauma were followed the consciousness. On admission, 96 of the patients were in cardiopulmonary arrest, Glasgow coma scale score of 147 cases were in 3. **Conclusion:** The mortality of emergency department may be decreased by the suitable transport of patients and use the emergency departments as appropriate use.

Key words: Emergency department, cardiopulmonary arrest, mortality, retrospective analysis.

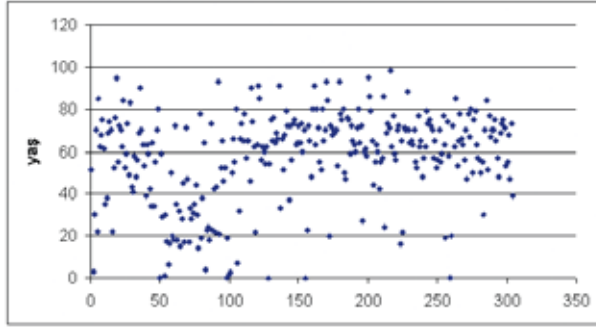
Giriş

Hastanelerin acil servisleri insanın hayatını, uzvunu veya bir fonksiyonunu tehdit eden acil hastalıkların hızlı değerlendirilmesini, hastaların stabilizasyonunu ve tedavisini yapabilecek kapasitede olmalıdır. Gerekirse hastanın yatışını veya güvenli şekilde daha donanımlı bir merkeze transferini sağlamalıdır.

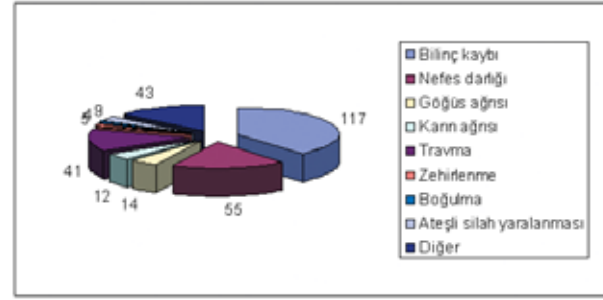
Acil tıp uzmanlığı eğitimi ülkemiz koşulları içinde acil hastalıklara daha kaliteli hizmet verebilmek amacıyla ilk

olarak Dokuz Eylül Üniversitesinde başlamış ve hızla diğer üniversitelere yayılmıştır⁽¹⁾. Ülkemizde on yıllık geçmişi olan acil tıp uzmanlığı henüz ihtiyacı karşılayamamaktadır. Hızlı ve hatasız müdahale gerektiren klinik tablo ile acil servislere başvuran hastalar, halen günümüzde yeteri kadar eğitim almamış veya farklı bir uzmanlık dalına sahip hekimlerce tedavi edilmektedir. Klinik tablonun düzelmediği olgular daha ileri bir merkeze sevk edilmekte, bu da çoğu kere hastaların kaybedilmesine neden olmaktadır.

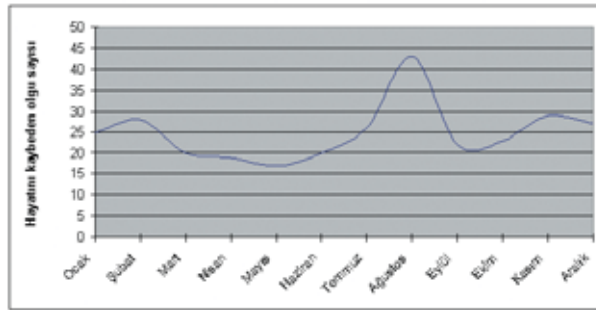
ACIL SERVİSTE HAYATINI KAYBEDEN OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ



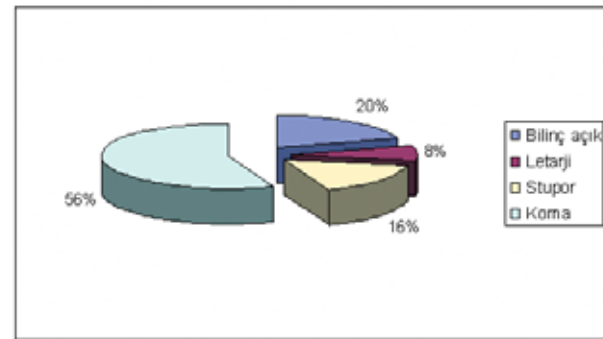
Şekil I: Olguların yaşlara göre dağılımları.



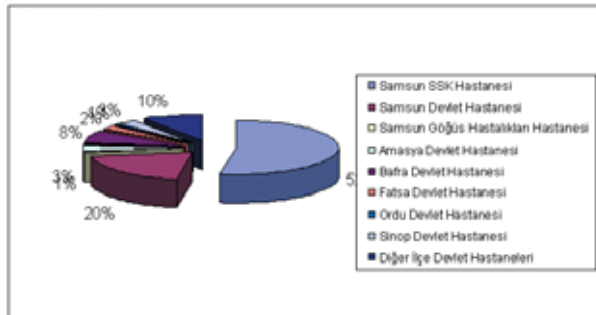
Şekil IV: Olguların acil servise başvuru nedenleri.



Şekil II: Olguların başvurdukları aylara göre dağılımları.



Şekil V: Olguların başvuru anındaki bilinç düzeyleri.



Şekil III: Olguların sevk edildikleri hastanelere göre dağılımları.

Bizim bu çalışmayı yapmaktaki amacımız acil servise başvuran ve eksitus olan olguları inceleyerek hastaların kaybedilmesinde etkili olan öncelikli faktörleri saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada 01.01.2001–31.12.2003 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine sevk edilmiş ve tedavileri devam etmekteyken hayatını kaybetmiş olgularda geriye dönük olarak yapılmıştır. Tüm olgular yaş, cinsiyet, geliş anındaki yakınması, sevk edilme nedeni, özgeçmişi, acile geliş şekilleri, hangi sağlık kurumundan geldiği, geliş anındaki fizik muayene bulguları, kardiyopulmoner resusitasyon (KPR) uygulanıp uygulanmadığı, KPR sırasında yapılan işlemler ve istenen konsültasyonlar değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Science) bilgisayar programına yüklenerek tanımlayıcı analizler yapıldı. Çapraz tablo karşılaştırmasında Chi-Square testi uygulandı. Gözlem sayıları çok küçük olduğunda Fisher-Exact testi ile değerlendirildi.

Bulgular

Acil servisimize 01.01.2001–31.12.2003 tarihleri arasında toplam 35223 hasta başvurmuştu. Bu hastaların 322'si (%0,91) acil serviste tedavisi devam ederken hayatını kaybetmiştir. Dosyasına ulaşılabildiğimiz 304 olgunun 185'i (%60,9) erkek, 119'u (%39,1) kadın idi. Olguların yaş ortalaması $57,8 \pm 20,46$ idi. Olgular 60–80 yaş arasında idi (Şekil I). Olgular en sık olarak Ağustos ayında başvurmuşlardı (%14,4) ancak diğer aylarla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$) (Şekil II). Olguların 254'ü (%90,7) acil servise ambulans ile getirilmişti. Olguların 240'ı (%87,6) başka bir sağlık kurumundan sevk edilmişti (Şekil III). Üniversitemize sevk edilen olguların 175'i (%72,9) sağlık kurumlarının acil servisinden sevk edilmişken 65'i (%27,1) bir yataklı serviste takip edilmekte iken genel durumunun bozulması üzerine hastanemiz acil servisine sevk edilmişti. Başka bir sağlık kurumundan acil servisimize gönderilen olguların 231'i (%96,2) genel durumunun ağır olmasından dolayı, 9'u (%3,8) ise ileri tetkik ve tedavi amacı ile sevk edilmişti. Olgular en sık (%39) bilinç kaybı ile sevk edilmişken bunu sırasıyla nefes darlığı (%18,3) ve travmalar (%13,7)

izlemektedir (*Şekil IV*). Olguların 96'sı (%31,9) gelişiminde kardiyopulmoner arrest (KPA) halinde idi. Yüz kırk yedi olgunun (%55,9) Glasgow koma skala skoru (GKS) 3 olarak değerlendirilmişti (*Şekil V*). Olguların 296'sına (%97,7) acil serviste KPR uygulanmıştı. KPR süresi 5 ile 180 dakika arasında olup ortalama 37 dakika idi. Terminal dönem kanser hastaları ile acil servise KPA halinde gelen ve kesin ölüm bulguları henüz gelişmemiş hastaların bir kısmında KPR kısa süreli (5 dakika) uygulanmış idi. Olguların 38 tanesi (%12,5) acil gözleme yatış yapılarak takip edilmekte iken, 266'sı (%87,5) ise acil serviste tetkik aşamasındayken kaybedilmişti. Acil gözleme yatırılarak takip edilen 38 olgudan 12'si (%31,5) acil tıp adına (acil tıp araştırma görevlileri tarafından) takip edilmekte iken, 25'i (%68,5) diğer servislerde yer olmadığından ilgili bölüm adına acil gözleme yatırılmış ve takibi ilgili bölümler tarafından yapılmıştı. Olguların acil serviste kalış süreleri 5 dakika ile 53 saat arasında değişmekte olup ortalama süre 10,83 saat idi.

Tartışma

Acil servislere günün her saatinde evlerinden, iş yerlerinden veya birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlardan hasta sevki yapılmaktadır. Hasta sevkinde önemli noktalardan biri de sevk kurallarına uyumdur. Ülkemizde ambulanslarla yapılan hasta nakillerinin uygunluğu konusunda yeterince çalışma bulunmamaktadır (2). Oktay ve ark. yaptıkları bir çalışmada hastaneler arası nakillerde birçok ambulansla hekim veya hemşirenin bulunmadığını ve sevklerin kurallara uygun yapılmadığını bildirmişlerdir (3).

Hastaneler arası uygun hasta transferi için Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği (ACEP) bir protokol belirlemiştir (4,5) ve bu protokole göre:

- 1) Hasta sevkinde temel amaç, hastanın bulunduğu koşullardan daha iyi koşula kavuşturulmasıdır.
- 2) Acil hekimi hastayı sevk etmeden önce ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelidir.
- 3) Hasta tıbbi olarak değerlendirildikten ve gerekli stabilizasyon sağlandıktan sonra sevk edilmelidir.
- 4) Sevkin tıbbi yararları ve olabilecek riskleri gözden geçirilmeli ve sevkten dolayı hasta zarar görmemelidir.
- 5) Hekim hastaya veya hastadan sorumlu kişiye sevk gerekçelerini, muhtemel yarar ve risklerini anlatmalıdır.
- 6) Hasta sevkinden önce hastayı kabul edecek kurumun oluru alınmalıdır.
- 7) Uygun tıbbi özet ve varsa yapılan tetkikler sevk edilen hastayla birlikte gönderilmelidir.
- 8) Hasta uygun tıbbi personel ve gerekli donanımın bulunduğu bir araçla sevk edilmelidir.
- 9) Hastalara en uygun bakımı sağlamak için hastaneler arası sevk protokolleri geliştirilmelidir.

Yine Amerika Birleşik Devletlerinde Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act. (COBRA) protokolüne göre (6) sevk sırasında mutlak ve eksiksiz düzenlenmesi gereken form vardır. Bu formda;

- 1) Hastanın stabilize olup olmadığı,

- 2) Sevk zamanı, kabul eden doktor ve hastane personelinin adı,
- 3) Sevk tipi,
- 4) Hasta ile birlikte gönderilen belgeler,
- 5) Hastanın sevke izni,
- 6) Sevki yapan doktorun imzası,
- 7) Hastanın vital bulguları eksiksiz belirtilmelidir.

ACEP'in acil ve hasta sevkinde uyguladığı protokollerin ve formların benzerleri vardır (6). Ne yazık ki ülkemizde henüz bu standartlar oluşturulamamıştır. Kritik hasta transferi morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Shiff ve ark. (6) sevk sırasında stabilizasyonun sağlanması ile ilgili yaptıkları bir çalışmada olguların %24'nün stabil olmadan sevk edildiğini ve bunlardaki mortalitenin sevk edilmeyenlere oranla daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Olgularımızın %55,9'unu GKS'ü 3 olan unstabil hastalar oluşturmaktaydı. Bu olguların önemli bir kısmında transport sırasında KPA gelişmiş olması hastaların stabilize edilmeden transport edildiğini ve ACEP'in transport kriterlerine uyulmadığını düşündürmektedir. Bu nedenle, hastalar sevkten dolayı zarar görmüşlerdir. Hastaların transportu sırasında gelişebilen KPA riskini en aza indirmek için yeterli ekipman, kalifiye eleman, ve iyi bir planlama sağlanmalıdır.

Ülkemizde hastane öncesi bakım hizmetleri bazı özel ambulanslar dışında pratisyen hekimler ve hemşireler tarafından verilmektedir (7). Türkiye'de 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerinde çalışan hekim ve hemşireler için, acil bakım hizmetlerine özel eğitim konuları ile ilgili sertifika programları yeni başlamıştır. Hastaneler arası sevklerde hastalara ambulanslarda sıklıkla hemşireler eşlik etmektedir. Ancak yapılan bir çalışma hemşirelerin temel ve ileri yaşam desteği konusunda bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu göstermiştir (8). Çalışmamızda hastalarımızın önemli bir kısmının acil servise getirildiklerinde KPA halinde olmalarının bir nedeni hastaya eşlik eden sağlık personelinin temel yaşam desteği konusunda bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Olgularımızın önemli bir kısmı acil servisimize getirilmeden önce başka bir sağlık kurumunun acil servisine başvurmuştu. Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerin yaklaşık %95'inde sadece pratisyen hekimler tarafından acil servis hizmeti yerine getirilmektedir (9). Acil bakım ve hasta stabilizasyonu hakkında yeterince eğitimi olmayan pratisyen hekimler olguları daha ileri merkezlere sevk etmekte ve sadece tıbbi değil aynı zamanda adli hatalara da neden olmaktadır. Acil serviste değerlendirilen bir hastanın ileri tetkik ve tedavi maksadıyla gerekli tedbirler alınmadan başka bir kuruma gönderilmesi acil servis hekiminin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Acil olgunun kabulünden başlayarak, değerlendirme ve sevk işlemlerinde yapılan hatalardan dolayı çoğu zaman hekimler hakkında dava açılabilir (9). Ülkemizde Acil tıp uzmanlığı eğitiminin başlaması ile birlikte acil servis hizmetlerinin daha sağlıklı hale geleceği bir gerçektir. Acil servis

hizmetlerinin kalitesinin artırılması hastaların daha iyi değerlendirilmesini, hasta stabilizasyonunda ve sevk kriterlerinde uyumdaki başarıyı artırabilir.

Hastaların bir sağlık merkezinden başka bir sağlık merkezine sevk edilme nedenleri çok farklı olabilir. ACEP'in hasta sevk protokolünde belirttiği gibi sevk edilen hastanın koşulları hastanın bulunduğu koşullardan daha iyi olmalıdır. Ancak hasta sevk edilmeden önce gönderilecek ileri merkezin de onayı alınmış olmalıdır. Bölgemizde sevk işlemleri sırasında merkezler arasında iletişim kurulması prensibine uyulmamakta ve bu da sevk edilen hastaların acil serviste kalma sürelerinin uzamasına neden olmaktadır. Acil servisimizde hayatını kaybeden olguların yaklaşık dörtte biri devlet hastanelerinde yatırılarak takip edilmekte iken durumlarının kötüye gitmesi üzerine daha iyi koşullara sahip hastanemize sevk edilmiştir. Dolayısı ile acil servisler bu hastalar için bir giriş kapısı olmaktadır. Aslında acil bakımdan daha ziyade yoğun bakım ihtiyacı olan bu hastalar, yoğun bakım servislerinde yer bulunamadığından acil servislerde kalmaktadır. Hastaların stabil olmaması ve tekrar sevk edilmeleri büyük risk taşıyacağından, bu hastalar üniversitemiz acil servisinde gözleme alınmaktadır. Genellikle multisistemik problemlere sahip hastaların gerekli konsültasyonlar yapıldıktan sonra çeşitli nedenlerden dolayı (yer olmaması, bölümlerin hastayı sahiplenmek istememesi gibi) yoğun bakıma yatırılmaması ve takiplerinin ilgili bölümce yapılmaması hastaların acil servislerde kalma sürelerini uzamasına neden olmaktadır. Bu durum acil servisimizde mortaliteyi arttıran en önemli etkenidir. Mortalitenin gerçek sahibinin acil servis değil sevk eden merkez ya da takip eden kliniğe ait olduğunu düşünmekteyiz. ACEP sevk protokollerinden "hasta sevk edilmeden önce, sevk edilen merkezin oluru alınmalıdır" kuralına uyulması durumunda acil servis mortalitemizin azalacağı bir gerçektir.

Çalışmamızda dikkatimizi çeken diğer bir unsur acil servisimizde hayatını kaybeden olguların yaş ortalamasının yüksek olmasıdır. Acil serviste yaşlı hastaların değerlendirilmesi bazı özellikler arz eder. Akılda tutulması gereken en önemli konulardan birisi bu hastalarda birden fazla tıbbi sorunun bir arada bulunmasıdır. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre acil servise başvuran yaşlı hastalarda ortalama 3 hastalığın birlikte bulunduğu ve bu hastalık sayısının güçsüzler yurdu veya yaşlılar evi gibi merkezlerde yaşayanlar için 3'den fazla olduğu bildirilmiştir⁽¹⁰⁾. Yaşın artması ile birlikte hastalar atipik prezentasyonlu hastalıklarla acil servise başvurumaktadırlar. Bu durumun acil hekiminin tanı koymasını güçleştirdiği ve tedavide gecikmelere neden olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca yaşlı hastalarda enfeksiyonun daha sık görüldüğü ve bu olgularda mortalitenin daha yüksek olduğu bildirilmiştir⁽¹⁰⁾. Acil servisimizde hayatını kaybeden olguların çoğu 60–80 yaş arasında idi (Şekil V). Yaşlı hastaların birkaç kronik hastalığı bir arada bulundurulması ve bu hastalıkların belirti ve bulgularının benzer olması acil hekiminin tanı koymasını daha da zorlaştırmaktadır. Aynı zamanda yaşlı hastalar, uygulanan tedaviye daha az olumlu cevap vermektedirler. Hastalarımızın yaş ortalamasının yüksek olmasının yaptığımız resusitasyonun başarısının düşük olmasına katkıda bulunduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Multidisipliner yaklaşım gerektiren veya yoğun bakım ihtiyacı olan hastaların acil servisten yatırılmaması ve yaşlı hastaların sayısının fazla olması mortalitemizi arttırmaktadır. Uygun koşullarda ve endikasyonlarda hasta transportlarının sağlanması ve acil servisimizin amacının dışında kullanımının engellenmesi ile acil servis mortalitemizin azalacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

- 1- <http://acil-yardim.uludag.edu.tr/acil2.html> Erişim tarihi: 01.08.2007.
- 2- Yıldız M, Durukan P. Acil Servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2004; 4: 144–148.
- 3- Oktay C, Keşaplı M, Akyol C. Çevre hastanelerden Akdeniz Üniversitesi Acil Servisine yapılan sevklerdeki sürecin durumu. Sağlık ve Toplum. 2001; 11: 34–43.
- 4- American College of Emergency Physicians: Appropriate Interhospital Patients Transfer. Ann Emerg Med. 2004; 43: 685–686.
- 5- Armağan E, Akköse Ş, Çebişiçi H, Engindeniz Z, Tokyay R. Hastaneler arası sevklerde kurallara uyuluyor mu? Ulus Travma Derg. 2001; 7: 13–16.
- 6- Schiff RL, Ansell DA, Schlosser JE, Idris AH, Morrison A, Whitman S. Transfers to asitpublic hospital: prospective study of 467 patients. N Engl Med. 1986; 314: 552–557.
- 7- Sosyal S, Sarıkaya S, Karcıoğlu Ö, Topaçoğlu H, Ayrik C. Akademik Acil Tıp hekimlerinin hastane öncesi bakımla ilgili görüşleri. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2003; 1: 44–48.
- 8- Şener S, Güler V, Türkan H. Eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin erişkin/pediyatrik temel ve ileri yaşam desteği bilgi düzeyleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2004; 4: 155–159.
- 9- Türkan H, Şener S, Tuğcu H. Acil Serviste uygunsuz konsültasyon hizmeti ve mediko-legal yönü. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005; 5: 138–141.
- 10- Rodoplu Ü, Ersoy G. Acil Serviste geriyatrik hastaya yaklaşım. Acil Tıp Dergisi. 2003; 3: 19–22.