

BİR ACİL TIP KLİNİĞİNİN 6 AYLIK FAALİYET
SONUÇLARININ ANALİZİTHE ANALYSIS OF THE RESULTS OF ACTIVITIES FOR 6 MONTHS
RELATING TO AN EMERGENCY MEDICINE CLINIC

Dr. Başar CANDER*, Dr. Ali ÇALIKUŞU*, Dr. Sadık GİRİŞGİN**, Dr. Ayşegül BAYIR**

ÖZET: Acil tıp uzmanlık programları ülkemizde henüz 6 yıllık bir geçmişe sahiptir. 1995 yılında kurulan ülkemizin ikinci üniversite acil tıp departmanı olan S.Ü.T.F Acil Tıp Anabilim Dalı ve kliniği 5 yıl içinde oldukça uzun bir yol almıştır. S.Ü.T.F Acil Tıp Kliniğinde 6 aylık süre içinde gözlem ve yoğun bakım ünitelerinde izlenen 974 hastanın acil tıp kliniğinde ortalama 45.53 saat kaldığı, bu süre sonunda % 55.75'inin taburcu edildiği, % 45.25'inin ilgili kliniklere devir edildiği, % 4.00'ünün öldüğü saptanmıştır. Kliniğin 6 aylık faaliyeti sonuçlarının incelendiği bu makaleden elde edilen sonuçlar şunlardır. Acil tıp uzmanlık programlarının başlamasından sonra sevk ve idaresinden acil tıp uzmanlarının sorumlu olduğu acil servis sıra spesifik kliniklerin acil ve ayrı kliniklere sahip olması gündeme gelmiştir. Acil tıp klinikleri 2 üniteden oluşur (3). 1 - Gözlem ünitesi, 2 - Yoğun bakım ünitesi, Gözlem Ünitesi : Acil servislerde geçer ilk saatlerden sonra taburcu olma ya da hastaneye yatırılma işlemlerine alternatif olarak ilk kez ABD' de yaklaşık yirmi yıl önce kullanılmaya başlanmıştır (4).

SUMMARY: In our country emergency medicine expertise programmes have 6-year post yet. The second university emergency medicine department, S. U. T. F. Emergency Medicine Department and clinic, which was founded in 1995, has a long way in 5 years. 934 patients who has followed in observation and intensive care units had stayed in emergency medicine clinic for 45.53 hours on an average, after this time % 53 had discharged from hospital, % 42.25 had send to other connecte clinics, % 4 died in S.U.T.F emergency medicine clinic in 6 months. The results of this article can be summarize as the emergency medicine clinic is succesful as other clinics, reduced waiting on transport problems and prevented the complications because of unwilling behaviours to emergency patients. Becoming wides preaol of emergency medicine expertise programmes and emergency medicine clinics can be solution for reducing the delay in help, identification and treatment of patients.

Key Words : Emergency medicine, observation rooms, intensive care units.

GİRİŞ

Yearly 1989' da ABD' de mevcut acil servislerin % 27'sinde gözlem ünitesi olduğunu rapor etmiştir (5). Günümüzde bu rakkam daha yüksek oranlardadır. Yetki dağılımı ve görevlendirmenin acil tıp uzmanları tarafından yapı dışı Tıp uzmanlığı 1994 yılından bu yana ayrı bir uzmanlık dalı olmuştur. İlk olarak Dokuz Eylül Üniversitesinde, onu takiben Selçuk Üniversitesinde Acil Tıp Ana Bilim Dalı kurularak uzmanlık eğitim programları başlatılmıştır. Günümüzde bu uzmanlık programı diğer üniversitelerde de yaygınlaşmış olup halen 15 üniversitede acil tıp

uzmanlık programı verilmektedir. Bugün gerek üniversite hastanelerimizde, gerekse diğer hastanelerimizde çözülmesi gereken en önemli sorunlardan birisini acil servislerde verilen hizmetler teşkil etmektedir. Buna karşın acil servislerin işleyişi ve yönetilişi konusunda ise henüz bir fikir birliği yoktur.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği 1995 yılında kurulmuştur. Acil poliklinik hizmetleri dışında acil kliniğimiz gözlem yatakları ile acil yoğun bakım birimlerinden oluşmaktadır. Klinik işleyişte acil müdahale ve yoğun bakım birimlerine bakan ekipler ayrı olarak çalışmaktadır. Gözlem ünitemizde 9 yatak, yoğun bakım ünitemizde ise 6 yatak bulunmaktadır.

Biz bu çalışmamızda acil tıp kliniğinde gözlem ve yoğun bakım ünitelerimize yatırdığımız hastaların tanılarını, yatış sürelerini ve tedavi sonuçlarımızı geriye dönük olarak inceledik. Bu şekilde ülkemizde yeni gelişmekte olan acil

* Konya Numune Hastanesi Acil Kliniği

**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

* Yazışma Adresi : Dr. Başar CANDER

Numune Hastanesi Acil Servis KONYA

Tel : 0 332 235 45 00 Cep : 0 533 344 53 39

tıp uzmanlığı ve acil tıp kliniği uygulamasının acil servis sorunlarının çözümünde uygun bir alternatif olabileceğini göstermeye amaçladık.

MATERYAL VE METOD

Çalışmamızda 01.01.1998-01.07.1998 tarihleri arasında acil tıp kliniğimize yatırdığımız 974 hasta inceledi. 974 hastanın tamamını gözlem odalarına ve yoğun bakım ünitelerinin alınan hastalar olarak 2 ayrı grupta değerlendirildi. Hastaların ilk tanılarını, ortalama yatış süreleri ve tedavi sonuçları incelendi. Acil tedavi sonrasında hastaların taburcu oldukları ya da spesifik kliniklere yattıkları belirtildi. Acil tıp kliniğine yatırılan hastalar balarında kıdemli acil tıp asistanının olduğu ayrı bir ekip tarafından takip edildi. Yoğun bakıma alınan hastalar ayrıca ilgili branştan bir öğretim üyesi ile konsülte edilerek öğretim üyesinin denetiminde takip edildi. Gözlem ünitesine alınan hastaların takip ve tedavisi ise tamamen acil tıp asistan ve uzmanları tarafından yapıldı.

BULGULAR

Kliniğe yatırılan hastaların 521'i gözlem ünitesine yatırıldı. Hastaların yatış nedenleri incelendiğinde ilk sırada kalp hastalıkları grubu olup, bunu kalp dışı iç hastalıkları ve travma grubu izlemektedir. Hastaların 12-72 saat arasında değişen gözlem sürelerinin ortalaması 45.53 saat bulunurken, 59.06 saat ile en uzun gözlem süresi travma grubunda saptanmıştır. Tablo.1. Gözlem ünitesine yatırılarak takip ettiğimiz 521 hastanın 348'i (%66.79) gözlem süresi sonrası şifa ya da poliklinik takibi önerisi ile taburcu edilirken 161'i (%30.90) ilgili servislere yatırılmış, 12'si (%2.3) ise gözlem esnasında exitus olmuştur.

Tablo.1 Gözlem Odalarında İzlenen Hastalara Ait Özellikler

Hastalık Adı	Hasta Sayısı	Servise Yatın	Taburcu	Exitus	Ort.Göz.Süresi
Kalp hastalıkları	203	63	134	6	43.30
Nörolojik hast.	11	-	11	-	17.45
İç Hastalıkları	177	43	129	5	39.92
Travma	130	55	74	1	59.06
Toplam	521	161	348	12	45.53

Yoğun Bakım ünitesine yatırılan 453 hastanın nedenleri incelendiğinde 233 hasta ile ilk sırayı kalp hastalıklarının ikinci sırayı ise travmanın aldığı görülmektedir. Tablo.2. 453 hastanın 195'i (43.04) taburcu olurken, 231'i (%50.99) ilgili servislerce devir alınmış, 27'si (%5.96) ise exitus olmuştur. Hastaların yoğun bakım servisinde kalma süreleri ortalamaları incelendiğinde 44.49 saat olan yatış süresi ortalaması travma grubunda 62.35 saat olarak saptanmıştır.

Bir diğer bakış açısı ile incelemek gerekirse hastaların ortalama 45.53 saat kaldığı acil tıp kliniğinin doluluk oranı 67.75 olarak bulunmuştur. Tablo. 3,4.

Tablo.2. Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Hastalara Ait

Hastalık Adı	Hasta Sayısı	ÖZELLİKLER				Ort.Göz.Süresi
		Servise Yatın	Taburcu	Exitus	Ort.Göz.Süresi	
Kalp hastalıkları	233	150	75	8	41.06	
Nörolojik hast.	27	15	6	6	45.33	
İç Hastalıkları	96	44	41	11	34.54	
Travma	97	22	73	2	62.35	
Toplam	453	231	195	27	44.49	

Tablo.3. Acil Tıp Kliniğinde İzlenen 974 Hastaya Ait Özellikler

Hasta Sayısı	Servise Yatın	Taburcu Edilen	Exitus	Ort. Göz. Süresi
974	392 (%40.25)	543 (%55.75)	39 (%4)	45.04

Tablo.4. Acil Tıp Kliniği Doluluk Oranları

	Yatak Sayısı	Doluluk Oranı
Gözlem Ünitesi	9 yatak	%61.01
Yoğun Bakım	6 yatak	%77.75
Toplam	15 yatak	%67.75

TARTIŞMA

Ülkemizde acil servislerde verilen hizmetlerde belirli bir standart yoktur. Üniversite hastanelerinde bu hizmet genel olarak cerrahi ve dahili branşlardan rotasyon ile seçilen birer nöbetçi asistan doktor ile verilmeye çalışılmaktadır. Sağlık bakanlığına bağlı hastanelerde ise bu hizmet daha çok rastgele atanan pratisyen doktorlar tarafından verilmektedir. Uzmanlık isteyen ve hayati önem taşıyan çok acil müdahalelerde çoğu kez icapçı hekimlere telefon ile ulaşılması ya da ulaşılamaması ve onların hastaneye ulaşmaları esnasında geçen süreler hastanın tedavisinde gecikmelere belki de hastanın kaybına ya da morbidite artışına neden olmaktadır.

Acil servislere başvuran hastaların çok geniş bir dağılıma sahip olması ve bu hastalarda tedaviye yönelik yaklaşımların çok kısa süreler içerisinde yapılması gerekliliği nedeni ile acil tıp tıbbın diğer dallarından farklı bir yere sahip olup bu hastalarda verilecek hizmet esnasında çok uyumlu bir organizasyon gerektirir. Diğer yandan aynı nedenlerden dolayı acil hastalara yapılacak tedavi ve müdahaleler özel bir uzmanlık gerektirmektedir.

Acil tıp uzmanlık programlarının başlamasından sonra sevk ve idaresinden acil tıp uzmanlarının sorumlu olduğu acil servislerin acil tıp kliniği tarzında ayrı kliniklere sahip olması gündeme gelmiştir. Acil tıp klinikleri 2 üniteden oluşur (3).

1- Gözlem ünitesi,

2- Yoğun bakım ünitesi,

Gözlem Ünitesi : Acil servislerde geçen ilk saatlerden sonra taburcu olma ya da hastaneye yatırılma işlemlerine alternatif olarak ilk kez ABD' de yaklaşık yirmi yıl önce

kullanılmaya başlamıştır (4). Yearly 1989' da ABD' de mevcut acil servislerin %27'sinde gözlem ünitesi olduğunu rapor etmiştir (5). Günümüzde bu rakam daha yüksek oranlardadır. Yetki dağılımı ve görevlendirmenin acil tıp uzmanları tarafından yapıldığı gözlem ünitelerine kabul edilen hastalar 3 grupta incelenebilir (6,7,8).

I-) Takip amacı ile gözleme alınması uygun olan klinik durumlar. Abdominal ağrı, göğüs ağrısı, ilk değerlendirmesi normal olan gastrointestinal kanamalar.

II-) Tanısal değerlendirme amacı ile gözleme alınması uygun olan klinik durumlar. İlk değerlendirme sonuçları normal olan göğüs ve/veya abdominal travmalar, yüksek doz ve suisid amaçlı ilaç alımı, düşük tehdidi olan vaginal kanamalar, ilk değerlendirmeleri normal olan senkoplar.

III-) Tedavi amacı ile gözlem ünitesine alınması uygun olan klinik durumlar : Allerjik reaksiyon, astım krizi, akut konjestif kalp yetmezliği ,dehidratasyon, hipoglisemi, hipotansif durumlar, antikonvülsan tedavi gerektiren nöbetler, orak hücreli anemi krizi, kan transfüzyonu gereksinimi.

Yoğun bakım ünitesi : Kısmen veya tamamen fonksiyonlarını yitirmiş organ veya organ sistemlerinin fonksiyonlarının geçici olarak tamamlanması ve hastalığı oluşturan temel nedenin ortadan kaldırılmasına yönelik kullanılan yöntemlerin tümüne yoğun bakım denir. Bu gibi bazı durumlarda hastalığı oluşturan temel nedenler gözardı edilerek vital fonksiyonların yeniden sağlanması amaçlanabilir (9). Kritik hastaların bakım ve tedavisi her türlü hastaya hizmet verebilen çok yönlü birimlerde yapılmalıdır. Ancak temel prensipleri multidisipliner olan bu ünitelerin işletilmesi son derece güçtür. Bu birimlerin işletilmesi değişik bilim dallarından bir çok hekimin birlikte çalışmasını gerektirmektedir. Acil servislere başvuran hastaların çoğunda yoğun bakım ihtiyacı olabilmektedir. Bu nedenle acil servislerin bünyesinde yoğun bakım ünitelerinin bulunmasının sağladığı avantajları şöyle sıralayabiliriz.

1-) Acil yoğun bakım ihtiyacı olan hastalarda zaman kaybı en aza iner.

2-) Acil tıp uzmanlarının multidisipliner yaklaşımı daha kolay olmaktadır.

3-) Acil serviste yapılması önerilen ve hayati önem arzeden bazı tedaviler (örn.trombolitik tedavi) acil yoğun bakım şartlarında yapılabilir (10, 11, 12, 13).

Çalışmamızda geriye dönük olarak incelediğimiz 990 hastanın 523'ü (%53) gözlem ünitesine, 467'si (%47) yoğun bakım birimine alınmıştır.

Yoğun bakım birimine aldığımız hastalar vital bulguları stabil olmayan ve transportu sakıncalı olan hastalar ile ilgili kliniğin yoğun bakımında yer olmadığından kabul edilen hastalardır. Bu hastalar mevcut patolojilere bağlı olarak ilgili kliniklerin uzman hekimleri ile sürekli konsülte edilmişlerdir. Genel durumu ve vital bulguları düzelen hastalar daha sonra ilgili kliniğe sevk edilmiştir. Ancak burada ilginç bir sonuç izlenmektedir. Yoğun bakım ünitesine yatan 453 hastanın 195'i (% 43.04) yoğun bakım ünitesinden taburcu edilmiştir. Bunların

büyük çoğunluğu travma ve kalp hastalığı vakalarıdır. Bunun nedeni düşünüldüğünde ilgili kliniklerin hastayı devir almadaki isteksizliği ön plana çıkmaktadır. Yukarıda da bahsedildiği gibi gerek gözlem ünitesi gerekse yoğun bakım ünitelerine alınan hastalar ilgili spesifik klinikler tarafından ilk başvuru anından itibaren konsülte edilmekte, yani hastalar acil tıp kliniğinde ilgili kliniklerin bilgisi dahilinde kalmaktadır. Kalp hastalıklarında % 33, kalp dışı iç hastalıklarında % 42 ve travmalı hastalarda 74'lere ulaşan yoğun bakım ünitesinden taburcu oranları spesifik kliniklerin bu hastaları devir alıp takip etmekteki isteksizliklerini ve acil tıp kliniğine başvuran hastaların yoğun bakım kliniklerinden taburcu etmeye meyilli olduklarını göstermektedir. Diğer yandan 6 aylık süre içinde acil tıp kliniğinde saptanan gözlem ünitesi için % 61.01, yoğun bakım ünitesi için % 77.75 doluluk oranları, aynı süre içinde saptanan hastane doluluk oranına (% 75.80) yakın rakamlardır. Bu rakamlar üst paragrafta yer alan yoruma doğruluk kazandırmaktadır.

SONUÇ

15 yataklı bir acil tıp kliniğinin 6 aylık faaliyet sonuçlarını kendi içinde incelemek istersek toplam 974 hasta içinde saptanan % 55.75 sağaltım ve taburcu, % 40.25 hastanın ilgili kliniğine stabil olarak devir oranları acil tıp kliniğinin en az diğer klinikler kadar başarılı olduğu lehine yorumlanabilir. Saptanan toplam % 4.00' lük mortalite oranı bir acil tıp kliniği için hiç de yüksek rakamlar değildir. Ayrıca acil kliniğinin varlığı tedavide olabilecek gecikmeleri en aza düşürmekte, hasta bekleme ve transportu sırasında oluşabilecek sakıncalar da ortadan kalkmaktadır.

Acil Tıp kliniği uygulaması hastanelerde ve acil servislerde yaşanan acil hastalara yönelik bir çok problemin çözümü olabilir. Bunun için ülkemizde acil tıp uzmanlık programlarının yaygınlaştırılması ve hastanelerimizde acil tıp kliniklerinin kurulması gereklidir.

KAYNAKLAR

- 1-) Pousada L, Osborn HH, Levy DB. Emergency medicine 2nd reved. NewYork:William&Wilkins 1996
- 2-) Kuehl S (ed). Prehospital Systems and Medical Oversight 2nd ed Mosby, St. Louis 1994
- 3-) Bur A, Mullner M, Sterz F, Hirschl MM, Laggner AN The emergency department in a 2000-bed teaching hospital: saving open ward and intensive care facilities. Eur J Emerg Med 1997 Mar;4(1):19-23
- 4-) Quick G et al. Time analysis of consult service emergency department admission process compared with emergency medicine service admission process. J Emerg Med. 1999 Sep-Oct;17(5):815-22.
- 5-) Garrison HG, Foltin GL, Becker LR, Chew JL, Johnson M, Madsen GM, Miller DR, Ozmar BH. The role of Emergency Medical Services in Primary Injury Prevention. Ann Emerg Med 1997 30(1):84-92.

6-)Tintinalli ET, Ruiz E, Krome RL. *Emergency Medicine 4th ed.* New York:Mc Graw-Hill 1996

7-) Vayer JS, Ten Eyck RP, Cowan ML. *New concepts in triage.* *Ann Emerg Med* 15: 927, 1986

8-) American Colloge of Emergency Physicians : *Disaster medical services.* *Ann Emerg Med* 14:1026, 1985

9-) Şahinoğlu A.H (Editör) :*Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri.* Ankara,Türkiye Klinikleri 1992

10-) Lindler UK et all *Possibilities and limitations of modern intensive medicine.* The 26th annual meeting of the German

Society for Internal Intensive and Emergency Medicine Anaesthetist. 1995 May;44(5):392-4.

11-) Garcia-Barbero M, et all *Teaching critical care in Europe: analysis of a survey.* *Crit Care Med.* 1996 Apr;24(4):696-704.

12-) Krista SL et all 1995-1996 SAEM emergency medicine faculty salary/benefits survey. *Acad Emerg Med.* 1998 Dec;5(12):1177-86.

13-) Janz TG et all *Objectives to direct the training of emergency medicine residents on off-service rotations: critical care medicine, Part 2.* *J Emerg Med.* 1991 Jul-Aug;9(4):281-6.