

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN DAHA ÖNCE DEN ROMATOLOJİK
HASTALIK TANISI ALMIŞ VEYA ACİL SERVİSTE ROMATOLOJİK
HASTALIK TANISI ALAN HASTALARIN İNCELENMESİ**

Dr. Volkan ARSLAN

UZMANLIK TEZİ

**ANKARA
2015**

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN DAHA ÖNCEDEN ROMATOLOJİK
HASTALIK TANISI ALMIŞ VEYA ACİL SERVİSTE ROMATOLOJİK
HASTALIK TANISI ALAN HASTALARIN İNCELENMESİ**

Dr. Volkan ARSLAN

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meltem AKKAŞ

ANKARA
2015

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde her türlü destek ve yardımını esirgemeyen bölüm başkanımız Doç Dr. Nalan Metin Aksu'ya;

Bu çalışmanın yürütülmesinde ve planlanmasında tecrübe ve katkılarından dolayı danışman hocam Doç Dr. Meltem Akkaş'a;

Bu çalışmanın yürütülmesi ve planlanmasında sağladığı büyük katkılar dolayısıyla Doç .Dr. Ali Akdoğan'a;

Bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen abilerim Doç. Dr. Bülent Erbil'e, Doç. Dr. Mehmet Ali Karaca'ya ve Uzm. Dr. Mehmet Mahir Kunt'a;

Asistanlığım boyunca yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Erhan Akpınar ve Doç. Dr. Ruhi Okur ve Uzm. Dr. Çisel Yazgan'a;

Acil tıp asistanlığım boyunca yanımda olan, destek sağlayan eş kıdemlilerim Dr. Ali Batur ve Dr. Filiz Froohari Damarsoy'a;

İstatistik konusundaki yardımları için Meriç Konar'a;

Tanımdan mutlu olduğum tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, tüm hemşire, teknik ve yardımcı personel arkadaşlarıma;

Arkadaşlığı ve yardımları için sekreterimiz Şentürk Morkoç, Nihal Sipahioğlu ve diğer sekreterlerimize;

Bugünlere gelmemi sağlayan annem, babam ve kardeşime;

Hayatımı renklendiren, sevinç kaynağım olan, bu çalışma da dahil olmak üzere her türlü konuda bana destek olan nişanlım Burçak Aydın'a;

Yürekten teşekkür ederim.

ÖZET

Arslan V. Acil servise başvuran daha önceden romatolojik hastalık tanısı almış veya acil serviste romatolojik hastalık tanısı alan hastaların incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Uzmanlık Tezi. Ankara, 2015.

Romatolojik hastalığa bağlı acil servis başvuruları ile ilgili veriler çok azdır. 01.10.2014-30.04.2015 tarihlerinde, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servise başvuran hastalar içinde, önceden bilinen romatolojik hastalığı olan 195 ve yeni tanı konan 12 olmak üzere, 207 vaka çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması $50,4 \pm 18,1$ idi. Yüzde 72'si kadın, % 28'i erkekti. En sık görülen hastalık Romatoid artrit. En sık görülen başvuru şikayetleri % 25,6 abdominal şikayetler ve % 22,7 solunumsal şikayetlerdi. Hastaların % 61'i T4, % 38'i T3 triyaj kodu aldı. Hastaların en çok başvuru yaptığı saat aralığı %47,3 ile 08.00-15.59 idi. Hastaların başvuru saatleri ile triyaj kodları karşılaştırıldığında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ($p=0,442$). Hastaların % 32,4'ünde normal fizik muayene bulguları saptanırken en sık görülen patolojik bulgular % 23,2 ile abdominal bulgulardı. Hastaların %15,9'undan hiçbir laboratuvar tetkiki istenmezken % 82,6'sından tam kan sayımı, % 78,3'ünden biyokimya tetkiki istenmişti. Hastaların % 22,7'sinden hiçbir görüntüleme tetkik istenmemişti, % 55,6'sından akciğer grafisi istenmişti. Hastaların % 52,7'sinden hiç konsültasyon istenmemişti. % 25,6'sı iç hastalıkları bölümü ile % 17,9'u enfeksiyon bölümü ile konsülte edilmişti. Hastaların aldıkları son tanılar ICD 10 tanı kılavuzuna göre gruplandırıldığında % 15,0 hasta solunum sistemi hastalıkları, % 15,0 hasta kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları ve %12,6 hasta dolaşım sistemi hastalıkları tanı grubunda yer aldı. ICD 10 tanı kılavuzuna uygun olarak yapılan gruplamanın dışında ikinci bir gruplama daha yapıldı. Buna göre hastaların %51,2'sinin son tanısı romatolojik hastalığı ile ilişkili değildi. Kalanların %23,2'si hastalık alevlenmesi nedeniyle, %16,4'ü enfeksiyon, % 7,2'si hastalığa bağlı komplikasyon ve %1,9'u ise tedavi yan etkisi nedeniyle başvurmuştu. Hastaların % 75,8'i acil servisten taburcu edilmişti. % 15,5'i servislere, % 4,3'ü yoğun bakımlara yatırılmıştı. Hastaların hastaneye başvuru zamanları ile yatış oranları karşılaştırıldığında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ($p=0,619$). Hastaların acilde ortalama kalış süresi 13,8 saat; hastanede ortalama kalış süresi ise 76,8 saat olarak hesaplandı. Hastaneye yatışı yapılan hastaların acil serviste kalış süreleri daha uzundu (36,89 saate karşı 10,61 saat; $p<0,001$). Acil servislere başvuran romatolojik hastalıklar konusunda verilerin artması, bu hasta grubunun daha iyi değerlendirilmelerine yardımcı olacaktır..

Anahtar kelimeler: Romatolojik hastalık, acil servis

ABSTRACT

Arslan V, Observation of emergency patients whom have rheumatological backup. Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis of Emergency Medicine, Ankara 2015. Little is known about emergency department presentations of the patients with rheumatological diseases. From 01.10.2014 to 30.04.2015, 207 patients admitted to the Adult Emergency Department of the Hacettepe University (195 with known rheumatological disorder, 12 with new diagnosis) were enrolled into the study. The mean age of the patients was $50,4 \pm 18,1$; 72% were female and 28% were males. The most common rheumatological disease among the participants was romatoid arthritis. The most common symptoms at presentation were abdominal (25,6%) and respiratory complaints (22,7%). Sixty-one percent of the patients were assigned T4 and 38% T3 codes after triage. Most of the admissions occurred between 08.00-15.59 (47,3%). There was no difference between the triage codes in relation to admission hours ($p=0,442$). Normal physical examination findings were found in 32,4% of the patients while the most common pathological finding was detected from abdominal examination (23,2%). No laboratory test was performed in 15,9% of the patients, while 82,6% were evaluated with CBC and 78,3 % with biochemical tests. No radiological imaging was necessary in 22,7% of the patients, 55,6% underwent chest X-ray. 52,7% of the patients were evaluated without any consultation by other departments. However 25,6% of the patients were consulted with the internal medicine and 17,9 % with infectious diseases departments. When we classified the final diagnosis of the patients according to ICD 10 diagnosis manuel, the most common diagnosis classes were respiratory diseases, muscle-skeleton and connective tissue disorders and circulatory system disorders (15,0%, 15,0% and 12,6% respectively). Another classification was performed in addition to ICD 10 diagnosis manuel. According to this, 51,2% of the patients had a final diagnosis which was not related to their rheumatological diseases. In the remaining, 23,2 % had exacerbations of their rheumatological diseases, 16,4% had infectious diseases, 7,2% had complications related to their previous diagnosis, and 1,9% had adverse events due to treatment. 75,8% of the patients were discharged from the emergency service, 15,5% of the patients were admitted to other services and 4,3% were admitted to intensive care units. There were no statistical difference between appliance time interval and hospitalization rate ($p=0,619$). Patients stayed at the emergency service for a mean duration of 13,8 hours, and at the hospital, for a mean duration of 76,8 hours. Patient who were admitted to hospital stayed longer in emergency services (36,8 hours vs 10,6 hours; $p<0,001$). Increasing data about the rheumatological diseases admitted to the emergency services will help to improve management of this patient group

Key words: Rheumatological disease, emergency services

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
İNGİLİZCE ÖZET.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	viii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Romatoloji.....	3
2.2. Romatoid artrit.....	4
2.3. Ankilozan Spondilit.....	5
2.4. Ailevi Akdeniz Ateşi.....	5
2.5. Sistemik Lupus Eritematozis.....	6
2.6. Sjögren Sendromu.....	8
2.7. Behçet Hastalığı.....	8
2.8. Skleroderma.....	9
2.9. Gut.....	10
2.10. Romatolojik Aciller.....	11
2.11. Triyaj.....	12
2.12. Hastalıkların Sınıflandırılması.....	15
3 GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
3.1. Çalışmanın Yapılışı.....	16
3.2. İstatistiksel Analiz.....	18
4. BULGULAR.....	19
4.1. Tüm Başvuruların Değerlendirilmesi.....	19
4.1.1. Hastaların Demografik Özellikleri.....	19
4.1.2. Hastaların Acil Servise Başvuru Saatleri.....	21
4.1.3. Hastaların Başvuru Şikayetleri.....	22
4.1.4. Hastaların Vital Bulguları ve Triyaj Kodları.....	22
4.1.5. Hastaların Fizik Muayene Bulguları.....	23
4.1.6. Hastalara Yapılan Tetkikler.....	24

4.1.7. Hastalardan İstenilen Konsültasyonlar.....	25
4.1.8. Hastaların Son Tanıları.....	26
4.1.9. Hastalarda Klinik İzlem.....	27
4.2. Romatolojik Hastalığı ile İlişkili Başvuruların, Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz Başvurularla Karşılaştırılması.....	28
4.2.1. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	28
4.2.2. Acil Servise Başvuru Zamanının Karşılaştırılması.....	31
4.2.3. Vital Bulguların ve Triyaj Kodlarının Karşılaştırılması.....	32
4.2.4. Fizik Muayenelerinin Karşılaştırılması.....	34
4.2.5. Tetkiklerin Karşılaştırılması.....	34
4.2.6. Konsültasyonların Karşılaştırılması.....	37
4.2.7. Son Tanıların Karşılaştırılması.....	38
4.2.8. Acil Serviste ve Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması	40
4.2.9. Taburculuk ve Yatış Oranlarının Karşılaştırılması.....	41
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇLAR.....	48
7. ÖNERİLER.....	50
8. KAYNAKLAR.....	51
9. EKLER.....	54

SİMGE VE KISALTMALAR

AAA	Ailevi Akdeniz Ateşi
ACEP	American College of Emergency Physicians
ADBG	Ayakta direk batın grafisi
aPTT	Aktive parsiyel tromboplastin zamanı
AS	Ankilozan spondilit
BNP	B-tipi natriüretik peptit
BT	Bilgisayarlı tomografi
CRP	C-reaktif protein
Diy KB	Diyastolik kan basıncı
dk	Dakika
DMARD	Disease modifying antirheumatic drug
EKG	Elektrokardiyogram
HLA	Human leucocyte antigen
HT	Hipertansiyon
ICD	International classification of diseases
INR	International normalization ratio
KAH	Koroner arter hastalığı
KBB	Kulak burun boğaz
KBH	Kronik böbrek hastalığı
KBY	Kronik böbrek yetmezliği
KKY	Konjestif kalp yetmezliği
KOAH	Kronik obstruktif akciğer hastalığı
max	Maksimum, azami
min	Minimum, asgari
mmHg	Milimetre cıva
MRG	Manyetik rezonans görüntüleme
O ₂ sat	Oksijen saturasyonu
Sedim	Sedimentasyon hızı
Sis KB	Sistolik kan basıncı
SLE	Sistemik lupus eritematozis
SVO	Serebrovasküler olay
TGF	Tumor growing factor
TNF	Tumor necrosis factor
USG	Ultrasonografi

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa
Grafik 4.1: Hastaların acil servise başvuru zamanı.....	21
Grafik 4.2: Hastaların triyaj kodlarının dağılımı.....	23
Grafik 4.3: Hastaların acil servise başvuru zamanlarının karşılaştırılması.....	32
Grafik 4.4: Triage kodlarının karşılaştırılması.....	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.1: Romatolojik hastalığı olan vakaların sınıflandırılması	18
Şekil 4.1: Hastaların son tanıların dağılımı.....	40

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1: Ankilozan spondilit tanısında kullanılan modifiye New York kriterleri.....	5
Tablo 2.2: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Triyaj Sistemi.....	14
Tablo 4.1: Hastaların demografik özellikleri.....	19
Tablo 4.2: Romatolojik hastalıkların dağılımı.....	19
Tablo 4.3: Eşlik eden hastalıkların sıklığı.....	20
Tablo 4.4: Kullanılan ilaçların dağılımı.....	21
Tablo 4.5: Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı.....	22
Tablo 4.6: Hastaların başvuru esnasındaki yaşamsal bulguları.....	23
Tablo 4.7: Hastaların fizik muayene bulguları.....	24
Tablo 4.8.: Hastalardan istenilen laboratuvar tetkikleri.....	24
Tablo 4.9: Hastalara yapılan görüntüleme tetkikleri.....	25
Tablo 4.10: Konsültasyon istenilen bölüm sayısı.....	25
Tablo 4.11: Konsültasyon istenilen bölümler.....	26
Tablo 4.12: Son tanıların ICD 10 tanı kılavuzuna göre dağılımı.....	26
Tablo 4.13: Hasta klinik izlemlerinin dağılımı.....	27
Tablo 4.14: Ölüm görülen hastalar.....	28
Tablo 4.15: Yaş ortalamalarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.16: Hasta cinsiyetlerinin karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.17: Romatolojik hastalık tanılarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.18: Eşlik eden kronik hastalıkların karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.19: Vital bulgularının karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.20: Fizik muayene bulgularının karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.21: Laboratuvar tetkiklerinin karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.22: Görüntüleme tetkiklerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.23: Konsültasyon istemlerinin karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.24: Konsültasyonların karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.25: Son Tanıların ICD 10 Tanı Kılavuzuna Göre Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.26: Acil serviste ve hastanede kalış sürelerinin karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.27: Taburculuk ve yatış oranlarının karşılaştırılması.....	41

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil servisler, hastaların acil sağlık hizmetini aldıkları kurumlardır. ACEP acil servisi “orta düzeyde sağlık bilgisine sahip bir kişinin acil veya beklenmeyen tıbbi tedavi gereksinimini karşılayan ve tedavisini düzenleyen sağlık hizmet alanı” olarak tanımlamıştır [1]. Acil durum ise, ani gelişen veya o esnada beklenmeyen; ivedilikle tıbbi müdahale ve/veya ameliyat gerektiren hastalık veya yaralanma durumu olarak tanımlanmıştır [2].

Bu tanımlamadan da yola çıkarsak, hastalar herhangi bir sağlık problemi nedeni ile acil servise başvurabilmektedir. Bu nedendir ki, acil servis her tür hastalığın bakıldığı sağlık ünitesidir. Bu hastaların bir kısmının değerlendirilmesi ve tedavisinin sağlanması, acil hekimi tarafından yapılır. Bir kısım hastalar ise, uygun zaman içinde, uygun bölüme yönlendirilir. Bazı durumlarda ise, diğer bölümlerden konsültasyon istenir.

Bu çalışmanın yapıldığı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi birden fazla kronik hastalığı olan komplike hastaların başvurduğu bir sağlık kurumudur. Bu durum daha fazla tetkik yapılmasına, daha uzun acil kalış sürelerine, daha fazla konsültasyon istenmesine, daha yüksek oranda yatış gerekliliğine yol açmaktadır [3]. Sonuç olarak, acil kalabalıklığı artmakta ve acil servise kabul süreleri uzamaktadır. Ayrıca hastalar, acil servis hizmetinin yirmi dört saat kesintisiz veriliyor olması, poliklinikler için randevu alma zorluğu ve randevu zamanının uzun olması gibi nedenlerle bazen de acil olmayan durumlarda da acil servise başvurabilirler [4].

Romatolojik hastalık ile ilgili şikayeti olan hastalar da, akut ataklar veya komplikasyonlar nedeni ile acil servise başvurabilir [5]. Özellikle son yıllarda tedavide kullanılan immunsupresan ilaçların artmasına bağlı daha çok sayıda hasta enfeksiyon nedeni ile acil servislere başvurmaktadır [6]. Ayrıca, genellikle acil olmamakla beraber, kas-iskelet ve bağ dokusu ile ilgili şikayetler özellikle akut ataklar sırasında çok fazla ağrıya neden olmakta ve hasta yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu nedenle ağrı tedavisi amacıyla da hastalar acil servise gelebilmektedir. Bu çalışma ile romatolojik nedenli başvurular içinde acil olan ve olmayan durumları belirlemek istedik. Ayrıca romatolojik hastalık nedenli başvuruların, başvuru zamanı, triyaj kodları, yaş, cins, başvuru şikayetleri, acil serviste kalış süreleri, hastanede kalış süreleri, başvuru nedeni olan romatolojik hastalığın tanısı, mortalite gibi özelliklerini tespit etmeyi amaçladık.

Romatolojik hastalıkla ilgili başvuruları, yukarıdaki özellikler açısından diğer hastalık durumları ile karşılaştırmak istedik. Karşılaştırma grubu olarak yine romatolojik hastalığı olan ancak acil servise romatolojik hastalık ile ilişkisiz başka bir nedenle başvuran hastaları seçtik. Karşılaştırma grubu olarak romatolojik hastalığı olmakla beraber romatolojik hastalıkla ilişkisiz şikayetleri olan hastaları seçmekteki bir diğer amacımız, acil servise gelen hastaların içinde, romatolojik hastalıkların sıklığını ve etkilerini belirleyebilmektir.

Önceden bilinen bir romatolojik hastalığı olmakla beraber, romatolojik hastalıkla ilişkisiz akut ya da kronik bir başka hastalık nedeni ile başvuran hastaları da, bir diğer grupta topladık. Bu hastalarında, acil servise başvuru zamanı, yaş, cins, aciliyet kategorisi, başvuru şikayeti, acil serviste kalış süreleri, hastanede kalış süreleri, başvuru nedeni olan romatolojik hastalığın tanısı, mortalite gibi aynı özelliklerini saptamak istedik ve her iki grubu bu özellikler açısından karşılaştırdık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoloji

Romatoloji eski Yunanca'da akıntı veya akarsu anlamına gelen "*rheuma*" ve bilim anlamına gelen "*logos*" kelimelerinin birleştirilmesi ile elde edilmiş bir sözcüktür.

Romatoloji iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları ana bilim dallarına bağlı olarak hizmet veren; eklem, yumuşak doku, kalıtsal bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler ve otoimmün hastalıklar ile ilgilenen bilim dalıdır [7].

Genel olarak bakıldığında romatolojik hastalıklar kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür fakat hastalıklar tek tek incelendiğinde ankilozan spondilit ve diğer spondiloartropatiler ve guta bağlı artrit erkeklere daha sık olduğu bilinmektedir [8].

Aile hikayesi romatolojik hastalıklar açısından önem taşımaktadır çünkü bu hastalıkların bir kısmında genetik yatkınlık söz konusudur. Bazı romatolojik hastalıkların HLA (Human Leukocyte Antigen) genlerinin rolü bilinmektedir [9].

Romatolojik hastalıklar genelde ataklar halinde görülürler. Hastaların bir kısmında ataklar tam olarak iyileşebilmekle beraber, bir kısmında ataklar sonrasında bir miktar sekel kalabilmektedir. Romatolojik hastalıkların önemli bir kısmı, hastanın tıbbi durumunu yavaş yavaş da olsa sürekli kötüye doğru götürmektedir [8].

Romatolojik hastalıklar tedavi altına alınmalarında hastaların yaşam kalitesini ciddi ölçüde kötüleştiren hastalıklardır [10]. Bu nedenle tüm romatolojik hastalıkların yakın takip altında tutulması gerekir ve birçoğu agresif olarak tedavi edilmektedir [8]. Romatoloji hastalarının çok az kısmı ilaç kullanmaksızın takip edilmektedir. Çeşitli immünespresif veya immünmodülatör ilaçların kullanımı romatoloji hastaları arasında yaygındır [11]. Bazı durumlarda kemoteropötiklerin kullanımı bile söz konusu olabilmektedir [8]. Bu ilaçların kullanımı çeşitli yan etkileri de beraberinde getirmekte olup özellikle enfeksiyonların sıklığı ve şiddeti artmaktadır [6]. Bunun dışında ilaca bağlı karaciğer veya böbrek hasarları önemli bir diğer sorun grubunu oluşturmaktadır [12]. Zaman içerisinde ilaçlara tolerans geliştirilmesi ve devam edilen tedavinin etkinliğini yitirmesi hastaları ve hekimleri zorlayan diğer bir sorundur.

Daha sık görülen romatolojik hastalıklar romatoid artrit, ankilozan spondilit, ailevi Akdeniz ateşi, sistemik lupus eritematozis, Sjögren hastalığı, Behçet hastalığı, skleroderma, Wegener hastalığı ve guttur[8].

2.2. Romatoid Artrit

Romatoid artrit etiyolojisi bilinmeyen fakat birincil olarak sinoviyal dokuları hedef alan kronik sistemik inflammatuar bir hastalıktır [13]. En sık görülen inflammatuar artrit ve engelliliğin önde gelen sebeplerindendir [13]. Romatoid artrit yaşam süresini kısaltması ve hayat kalitesini belirgin şekilde düşürmesi hastalığın seyrini dramatikleştirmektedir. Diğer romatolojik hastalıklarla karşılaştırıldığında görece daha siktir. Erişkin nüfusun yaklaşık %1'inde görülebilir. Kadınlarda erkeklere oranla iki üç kat daha fazla görülür. Hemen her yaşta görülebilmese rağmen erkeklerde 45 yaş altında oldukça nadirdir. Kadınlarda ise 50 yaşına kadar yaş artışına paralellik gösteren bir insidans artışı vardır [13].

Birincil hedef olan sinoviyal dokunun kontrolsüz proliferasyonu aşırı miktarda sinoviyal sıvı üretilmesine, kıkırdak harabiyetine, kemik uçlarının yıkımına ve tendon ve ligamanlarda hasar oluşmasına neden olmaktadır [14].

Romatoid artrit eklem birincil olarak eklemeleri etkileyen bir hastalıktır fakat eklem dışı bulgular da verebilmektedir. Halsizlik, kilo kaybı, hafif ateş sıklıkla görülür. Nodüller, vaskülit, piyoderma gangrenozum cilt bulguları arasındadır. Perikardit, prematür ateroskleroz, ve kapak tutulumu önemli kardiyak sorunlar arasındadır. Akciğer tutulumuna bağlı olarak ise plevral efüzyon, interstisyel akciğer hastalığı, bronşiolitis obliterans görülebilir. Böbrek tutulumu ise amilodiyoz ile birlikte görülür. Bunlar dışında çeşitli göz, nörolojik, hematopetik sistem veya kemik bulguları da görülebilir [13].

Hastalar genellikle ağrı, eklem sertliği ve/veya şişliği, sabah sertliği, uzun süre devam eden halsizlik, ateş, kırgınlık gibi belirtiler ile başvururlar [15]. Bir saatten fazla süren sabah sertliği, üç veya daha fazla eklemde şişme (yumuşak dokuda), el eklemlerinde şişme (yumuşak dokuda), simetrik tutulum, cilt altı nodüller, serumda romatoid faktör, el veya el bilek eklemlerinde radyografide görülebilen erozyon ve/veya periartiküler osteopeni tanı kriterleri arasındadır. Bu yedi kriterden dördünün pozitif olarak tespit edildiği kişiler romatoid artrit tanısı alır [13] [15].

Her ne kadar romatoid artrite dair ilk bilgiler 1849 yılına dayansa da hastalığın patofizyolojisinin net olarak anlaşılması ve tedavide ortaya çıkan umut vaat edici değişiklikler son 20-30 yılın ürünüdür. DMARDs kısaltması (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) altında toplanan ilaçların kullanımıyla % 40-50 oranında remisyon görülebilmektedir fakat remisyon için ilacın devamlı olarak kullanılmaya devam edilmesi gerekmektedir. Prednizon, hidrosiklorokin, sulfasalazin, metotreksat, leflunomid, TNF inhibitörleri DMARDs grubuna dahil edilen ilaçlardandır [13] [16].

2.3. Ankilozan Spondilit

Ankilozan spondilit spondiloartropatiler grubunun alt üyesidir. Toplumun %0,2'sinde, B27 pozitifitesi olanların % 2'sinde ve hem B27 pozitif olup hem de aile üyelerinden biri etkilenmiş olanların % 20'sinde görülür. Erkeklerde kadınlara oranla daha sıktır. Çeşitli kaynaklarda oranlar 2,5/1-5/1 arasında değişmektedir. Erkek cinsiyetin hastalığa daha fazla maruz kalmasının sebebi bilinmemektedir [17] [18].

Ankilozan spondilit tipik olarak genç erişkinlik döneminde başlar. Klasik olarak 3 aydan uzun süre sebat eden bel ağrısı şikayeti görülür. Tanı için modifiye New York kriterleri kullanılmaktadır (Tablo 2.1). Bazı araştırmacılar ankilozan spondilit ve mekanik bel ağrısı ayırımı yapmak için NSAİl yanıtını da kullanırlar [18] [19].

Tablo 2.1: Ankilozan spondilit tanısında kullanılan modifiye New York kriterleri

Klinik kriterler	Bel ağrısı ve fiziksel aktiviteyle artan fakat istirahatle düzelmeyen, 3 ayan uzun süren sabah sertliği
	Sagittal ve frontal düzlemde lomber vertebraların hareket kısıtlılığı
	Göğüs ekspansiyonunda kısıtlılık
Radyolojik kriterler	Sakroileit: Bilateral \geq evre 2 veya tek taraflı evre 3 veya 4
Evreleme	Kesin AS: Radyolojik kriter klinik kriterlerden biriyle birlikte.
	Olası AS: 3 klinik kriter vardır Radyolojik kriter vardır fakat klinik kriter eşlik etmez.

Ankilozan spondilit tanısı için radyolojik değerlendirme önemlidir fakat hastalığın erken dönemlerinde direk grafi bulgusu olmayabilir. Bu durumda şüphe kuvvetli ise MRG tetkiki istenebilir. Hastalığın ileri evresinde ise oluşan sindesmofitlerin birleşmesi sonucu bambu kamışı görüntüsü oluşur [18].

2.4. Ailevi Akdeniz Ateşi

Ailevi Akdeniz ateşi (AAA, FMF) genetik geçişli bir hastalıktır. Otozomal resesif kalıtım modeline uygun olarak geçiş gözlemlenebilir. Tipik olarak 12-72 saat arasında süren ateş ve lokalize serozal, sinoviyal veya cilt inflamasyonu görülür. Ataklar arasında hasta klinik olarak iyi görünür fakat inflamasyonun biyokimyasal belirteçleri tespit edilmeye devam ediliyor olabilir. Bazı hastalarda sistemik amiloidoz önemli bir sorun teşkil etmektedir. Amiloidoza ikincil böbrek veya kalp sorunları hastaların atak olmayan dönemlerde de sıkıntı çekmesine sebep olabilir [20] [21].

Genetik mutasyon tespit edilene kadar AAA klinik olarak tanınmasına karşın günümüzde *MEFV* geninin tespiti hastalığın tanısını kolaylaştırmıştır. Yine de tüm hastalarda bu mutasyonun tespit edilemeyeceği, bazı hastalarda gösteremediğimiz başka mutasyonların bulunabileceği ve dolayısıyla *MEFV* gen testinin negatif olmasının hastalık tanısını dışlamayacağı yönünde görüşler de vardır [22] [23].

AAA Yahudi, Arap, Ermeni, Türk ve İtalyan populasyonlarında daha sık olarak görülmektedir. AAA tanısı genelde çocukluk döneminde konulmaktadır fakat ilk atağını 40 yaşından sonra geçiren hastalar da raporlanmıştır.

AAA'da söz konusu olan serozal inflamasyon klinikte periton veya plevranın inflamasyonu olarak görülür. Karın ağrısı atakları en sık görülen prezentasyon şeklidir. Ataklara kabızlık eşlik edebilir.

Muayene bulguları değişkendir. Hafif hassasiyet görülebileceği gibi ciddi hassasiyet, defans ve rebound da görülebilmekte hatta bazı hastalarda tahta karın olarak adlandırılan muayene bulgusu bile tespit edilebilmektedir. Atak sırasında görüntüleme yapılırsa veya laporoskopi/laparotomi uygulanırsa minimal düzeyde steril eksuda tespit edilebilir. Serozal inflamasyonun haricinde apendiks normaldir fakat çoğu hasta muayene bulguları net olarak ayırt dilemediği için apendektomi olmaktadır. Plevral tutulumlar genelde tek taraflı olmaktadır. Akciğer grafilerinde ateletazi ve az miktarda plevral efüzyon görülebilir [21].

Erişkinlerde AAA genelde tek eklemi etkilemektedir fakat çocuklarda birden fazla eklemi de etkileyebilir.

AAA'nin en önemli komplikasyonu amiloidoz olarak belirtilmektedir. Amiloidin biriktiği bölgeye göre farklı klinik yansımaları olabilmekle birlikte kardiyomiyopati, nöropati, nefropati ve artropati olası klinik yansımalarıdır [24] [25].

Gerek atakların tedavisinde, gerek profilakside gerekse komplikasyonların önlenmesinde en etkili ilaç kolşisin olarak görülmektedir [26].

2.5. Sistemik Lupus Eritematozis

Sistemik lupus eritematozis (SLE) bağışıklık aracılı doku hasarının neden olduğu multisistemik otoimmün hastalıktır. Hemen hemen tüm organ sistemlerini etkileyebilir. Hastalık etkilediği organa göre bulgu verdiği için kişiler arasında farklılıklar olabilir [27].

SLE kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Kadın erkek oranı 9/1'e kadar çıkabilir [27].

Mevcut bilgilere göre SLE patogenezi için genetik yatkınlığın olduğu bireyleri etkileyen mikrobiyal enfeksiyonlar, güneş ışığı, bazı ilaçlar ve bağışıklık sisteminde değişiklik gibi tetikleyici mekanizmalardan bahsedilmektedir. Hayvan modellerinde otoantikörlerin oluşumunun SLE için karakteristik olduğu ve nefrit kliniğinin ortaya çıkmasının mortaliteyi arttırdığı gösterilmiştir. Hayvan çalışmaları ayrıca sayısız patojenik yol olduğunu da göstermiştir [27] [28].

Klinikte hastalar halsizlik, baş ağrısı, kilo kaybı, ateş gibi daha sık görülen şikayetlerin yanında daha az görülen eklem veya kas ağrıları, lenfadenopati gibi belli bir hastalığı işaret etmeyen bulgulara sahiptirler. Tutulan organ sistemine göre değişen bulgular olabilmektedir. Cilt tutulumu eritematöz plaklarla sonuçlanır. Kas iskelet sisteminin etkilenmesi eklem deformitelerine ve kas harabiyetine neden olabilir. Böbreklerin hastalıktan etkilenmesi kötü prognozdur ve genelde dolaşımdaki immün komplekslerin böbreklerde birikimi sorumlu tutulmaktadır. Bu durumda hastanın kliniğine hipertansiyon da eklenebilir. Lupus nefritinin evreleri 2003 yılında uluslararası nefroloji/renal patoloji topluluğunca yayınlanmıştır [27] [28].

Kardiyovasküler sistemin etkilenmesi sonucu perikardit veya kapak nodülleri görülebilir. Yapısal kapak bozuklukları ilerleyerek kapaklarda kalınlaşmaya ve fonksiyon kaybına neden olabilir. Ayrıca SLE hastalarında aterosklerozun hızlandığını gösteren bulgular da tespit edilmektedir. SLE hastalarında % 37 oranında prelinik sterosklerotik karotis plağı tespit edilirken bu oran aynı yaş ve cinsiyet grubunda % 15'tir. Bu durumda SLE hastalarının trombotik veya embolik olaylara yatkınlığının olduğunu düşünmek hatalı olmayacaktır [27] [29].

Akciğerlerin etkilenmesi genellikle plevral inflamasyon sonucu olmaktadır. Hastaların yaklaşık % 30'unda görülen bu durum solunum eforuyla artan ağrı ve eksudatif efüzyonla karakterizedir [30] .

Nöropsikiyatrik etkilenme daha komplike olabilmektedir. Amerikan Romatoloji Koleji, SLE ile ilişkili 19 tane nöropsikiyatrik sendrom tanımlamıştır [31].

Nadiren görülse de gastrointestinal sistemi besleyen damarlarda vaskülit oluşması ağrıya ve nekroza neden olabilir. Hastaların % 10'unda pankreatit görülebilir. Peritonit tespit edilebilir.

Tanı koyulmasını takiben hastalar uygun tedavi protokollerine alınmalıdır. SLE tanısı olan hastaların yaşam beklentileri yüksek olsa da SLE halen ölümcül olabilecek bir hastalıktır ve hastaların yakın takibi gerekir [27].

2.6. Sjögren Sendromu

Sjögren sendromu ekzokrin bezlerin bağışıklık aracılı yıkımı ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Özellikle tükürük ve gözyaşı bezlerini etkiler. Keratokonjunktivit ve kserostomiye neden olabilir [32].

Kadınlarda erkeklerden dokuz kat daha fazla görülür. Güncel veriye göre Sjögren sendromu kadınların % 0,5-2'sini etkilemektedir. İnsidans yaşla birlikte artmaktadır. Çocuklarda neredeyse hiç görülmez [32].

Sıklıkla tükürük bezleri etkilense de diğer ekzokrin bezlerde etkilenebilir. Hastalarda göz ve ağız kuruluğu en sık görülen şikayetlerdir. Pankreas yetmezliği, kuru öksürük veya vajinal kuruluk bu semptomlara eşlik edebilir. Primer Sjögren sendromunun ekzokrin bezler dışında da etkileri olabilmektedir. Bunlar yorgunluk, halsizlik, düşük derece ateş, küçük damar vaskülit, Raynaud fenomeni, fotosensitivite, kserozis, poliartralji, poliartrit, miyopati, polimiyozit, tip 1 renal tübüler asidoz, tübüler interstisyel nefrit, glomerulonefrit, periferik motor duyuşal nöropati, multipl skleroza benzeyen fokal lezyonlar, geçici iskemik ataklar, bilişsel disfonksiyon, hepatomegali, primer biliyer siroz, lenfadenopati, psödolenfoma, MALT lenfomasıdır [33].

Sjögren sendromu başka bir romatolojik hastalığa eşlik edebilir. Hastaların %10-25'inde sistemik lupus eritematozis, % 30-50'sinde romatoid artrit görülebilmektedir [32].

Tanı koymak için hastanın semptomları gözden geçirilmeli ve bazı testler yapılmalıdır. Schirmer testi en çok bilinenidir fakat test sonucu negatif olsa da hastanın Sjögren tanısı alma olasılığı bulunmaktadır. Tanının doğrulanması otoantikörlerin tespiti ve tükürük bezi biyopsisi ile yapılmaktadır. Parotis sialografisi, tükürük bezi sintigrafisi tanı aşamasında yapılabilecek diğer testlerdir [34].

Tedavi için anti-romatizmal ilaçlar kullanılabilir. Bunun yanında hastaların semptomatik olarak düzelmelerini sağlayacak, suni gözyaşı, nemlendiriciler, yapay tükürük gibi destek tedavilere de ihtiyacı olabilmektedir [32, 35].

2.7. Behçet Hastalığı

Behçet hastalığı temel olarak bir vaskülit türevi olsa da tüm boylardaki arter ve venleri etkileyebilmesi nedeniyle diğer vaskülitlerden ayrılır. Genellikle bazı cilt ve mukoza bulguları ile kendini gösterir. Tekrarlayan oral aftöz ülserler tanı için zorunludur. Buna ek olarak tekrarlayan genital ülserler, tipik göz lezyonları, paterji pozitifliği kriterlerinden ikisinin pozitif olması gerekmektedir [36, 37].

Behçet bulguları etkilenen damarlara göre değişebilmektedir. Küçük damarların etkilenmesi sonucu bazı cilt ve mukoza bulguları oluşurken büyük arterlerin etkilenmesi anevrizmalara, büyük venlerin etkilenmesi venöz tromboembolilere neden olabilmektedir [36].

En sık 30-40 yaş erkeklerde görülür. Görülme sıklığı toplumlar arası farklılık göstermektedir. Türkiye’de 1-3/1000 oranında görülürken, Japonya’da 1/10000 oranında, Kuzey Avrupa’da ise 1/300000 oranında görülmektedir [38].

Tanı genelde klinik olarak konulmaktadır. Kabul görmüş tek testi paterji testidir. Tanı konulması için hastanın HLA tiplerinin tespit edilmesi de bazı uygulamacılar tarafından kullanılmaktadır [37].

Tedavisinde genellikle kolşisin tercih edilmekle birlikte hastalığın ciddiyetinin arttığı durumlarda yüksek doz prednizon veya TNF inhibitörleri tedavide rol alabilmektedirler [39].

2.8. Skleroderma (Sistemik Sklerozis)

Skleroderma sebebi bilinmeyen kazanılmış bir romatoid hastalıktır. Genellikle orta yaştaki kadınları etkiler ve menopoz sonrasında görülme sıklığı azalır. Dünyada yıllık insidansın 9 ila 19 milyon arasında olduğu düşünülmektedir [40].

Oluşma sebebi tam olarak bilinmese de genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin etkileşiminin sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Sitomegalovirüs ve parvovirüs B19 antikoru ile skleroderma otoantikoruyla çapraz reaksiyon göstermeleri moleküler taklit mekanizmasının işliyor olmasını olası hale getirir. Ayrıca 1980’lerde İspanya’da görülen salgından toksik yağ kullanımının sorumlu tutulması çevresel etmenleri ön plana çıkarmaktadır [41].

Tetikleyicinin ne olduğu konusunda tartışmalar devam etmekte olsa da endotel hücre aktivasyonunun lökositleri aktive ettiği, TGF- β , sitokinler ve kemokinlerin bir sonraki basamağı oluşturduğu, bunlara fibroblast aktivasyonun eklendiği bilinmektedir. Fibroblast aktivasyonu yine aktive olan lökositlerin oluşturduğu otoantikorların tetiklediği vasküler hasar ve tıkaçıcı vaskülopati ile de tetiklenmektedir. Aktive fibroblastlar kollajen oluşumunu, hücre dışı ortamın değişimini ve sonuç olarak da fibrozisi başlatmaktadır. Fibrozisin başladığı organda zaman içinde yetmezlik bulguları oluşur ve etkilenen organ sistemine göre de hastaların belirtileri değişir. Akciğer tutulumuna bağlı olarak solunum güçlükleri tespit edilirken böbrek tutulumuna bağlı olarak renal krizler oluşabilir. Tedavide iki hedef vardır. Birincisi hastalığı

yavaşlatmak ikincisi ise hastalığın etkilediği organ sistemlerini düzeltmek ki buna semptomatik tedavi ismini vermek yanlış olmayacaktır [41].

Raynaud fenomeni sklerodermanın erken vasküler komplikasyonu olabileceği için dikkatlice araştırılması gereken bir olgudur.

Skleroderma derinin kalınlaşması ve sertleşmesi ile karakterizedir. Deri bulgularında ek olarak akciğer, gastrointestinal sistem, böbrek ve kalple ilgili sorunlar da oluşur. Zaman ilerledikçe küçük damarlardaki yapısal değişiklikler ve ilerleyen fibrozis nedeniyle organ yetmezlikleri oluşur [42].

Sklerodermanın kesin tedavisi yoktur. Mevcut tedaviler süreci yavaşlatmaya ve kontrol altına almaya çalışmaktadır [43].

2.9. Gut

Gut monosodyum urat kristallerinin birikmesi ile oluşan metabolizma kaynaklı inflammatuar bir artrittir. Erkeklerde ve ileri yaş kadınlarda en sık görülen inflammatuar artrit türüdür. İnsidansı ve prevalansı giderek artmaktadır [44, 45].

Ürik asit miktarı kanda giderek artar. 6,8 mg/dl düzeyinin üzerine çıktığında ürik asit kristalleri oluşur. Bu kristallerin çökmesiyle inflammatuar artrit oluştuğu düşünülmektedir. Hiperürisemi patofizyolojide sorumlu tutulan en önemli etmen olsa da bu hastaların sadece % 15-25'inde gut oluşur [46].

Klasik gut hastalığı üç evreden oluşur. İlk evrede asemptomatik hiperürisemi görülür. Bunu ikinci evrede görülen akut dönemsel gut atakları takip eder. Son olarak üçüncü evrede kronik ilerlemiş gut görülür. Serum ürik asit düzeylerinde oluşan değişiklikler gut ataklarını tetikleyebilir. Bu tetikleyiciler travma, cerrahi, açlık, pürin içeren besinlerin aşırı tüketimi veya ürik asit düzeyini yükselten ilaçlar olabilir [46].

Tanı koymak için ürik asit düzeyi ölçülebilir fakat hastaların çoğunda ürik asit düzeyi yüksek olsa da gut belirtileri olmayabilir. Tanıda altın standart sinoviyal sıvı aspiratında kristallerin gösterilmesi olarak kabul edilmektedir. Fakat bu tetkik hastaların %10 kadarına uygulanmaktadır. Tanı daha çok hastanın ve ailesinin tıbbi geçmişine göre konmaktadır. İleri dönemlerde radyolojik tetkiklerin faydası olabilir fakat erken dönemlerde görüntüleme yardımcı olmayacaktır. Tedavide ürik asit kristallerinin oluşmasını engellemek esas amaçtır. Bu amaçla ürik asit miktarının düşürülmeye çalışılması tedavinin ana çizgisini oluşturur [46, 47].

2.10. Romatolojik Aciller

Romatolojik aciller klinikte görece daha az olarak görülmektedir; fakat romatolojik hastalıklar hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması nedeniyle bu hastalar çoğu zaman uygun tedavi edilememektedir. Bilgi yetersizliği hastaların yanlış bölümlere yönlendirilmesine ve tanı tedavi süreçlerinin uzamasına da yol açmaktadır.

Handa ve arkadaşları romatolojik acilleri 2 ana kategoriye ayırmışlardır.

A) Gerçek romatolojik aciller

B) Sistemik romatolojik hastalığı olan hastalarda tıbbi aciller (ör. NSAİİ kaynaklı GİS kanama, lupus hastalarında sol ventriküler yetmezlik) [5]

Bu sınıflandırmaya üçüncü kategori olarak romatolojik hastaların tamamen hastalıklarından bağımsız başvuruları da eklenebilir (ör. travma). İlk bakışta mevcut hastalığından bağımsız olduğu için hastaların etkileniminin olmadığı düşünülse de hastaların özgeçmişlerinde yer alan tüm detayların önemli olduğunu ve hem oluşabilecek yaralanma/hastalığı etkileyebileceği hem de tedavi sürecini değiştirebileceği düşünülürse bu kategoriyi de oluşturmak yerinde olacaktır.

Handa ve arkadaşları gerçek romatolojik acilleri 8 alt başlıkta toplamıştır [5]. Chandrashekara ise bu kategoriyi 15 alt başlıkta toplamayı uygun görmüştür [48]:

1) Akut bel ağrısı

2) Akut gut

3) Akut artrit

4) Yeni oluşan artrit

5) Kronik arriti olan hastalarda akut alevlenme

6) Lupus alevlenmesi

7) Sistemik nekrotizan vaskülit

8) Skleroderma renal krizi

9) Katastrofik antifosfolipid sendromu

10) Eritema nodozum

11) Lupusta akut sol ventrikül yetmezliği

12) Lupus nefriti olan hastalarda hipertansiyon kaynaklı intrakraniyal kanama

13) SLE'de nöbet

14) Siklofosfamide bağlı hemorajik sistit

15) İlaç (immünsupresif) kaynaklı kemik iliği baskılanması

Acil servise romatolojik hastalık nedenli başvurular ile ilgili literatür bilgisi çok azdır. Romatolojik hastalıkların ne oranda gerçek acil nedenlerle başvurdukları,

başvuru şikayetlerinin neler olduğu, nasıl değerlendirildiği, hangi oranda konsülte edildiği, yatış ve taburculuk oranları bilinmemektedir.

2.11. Triyaj

Trijaj hastaların klinik durumlarının ciddiyetinin belirlemek ve onların öncelik sırasını tayin etmek için oluşturulmuş bir sistemdir. Fransızca “*trier*” sözcüğünden köken almaktadır. Sıralamak, ayırmak, gruplamak anlamına gelmektedir. İlk defa savaş alanlarında yaralıları ayırmak için kullanılmıştır. Hastanelerde hasta yoğunluğunun artması nedeniyle hastaların aciliyet sıralarının belirlenerek müdahalenin o sıralamaya göre yapılması durumunda hasta kayıplarının azaldığı ve tedaviden faydalanma oranlarının arttığı görülmüştür [49, 50] .

Günümüzde değişik triyaj sistemleri kullanılmaktadır. Avustralya triyaj sistemi, Kanada triyaj sistemi, Finlandiya triyaj sistemi, Alman triyaj sistemi bunlardan bazılarıdır. Ayrıca bulunulan mekana ve duruma göre de değişik sistemler kullanılabilir. Afet triyaj sistemi ve hastane triyaj sistemi verilebilecek en tipik örneklerdir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 3 renkli triyaj sistemi kullanılmaktadır. Bu sistem afet triyaj sistemi ve Finlandiya triyaj sistemi ile benzerlikler göstermektedir. Bu sisteme göre hastalar 3 gruba ayrılmaktadır: Kırmızı kod alan acil hastalar, sarı kod alan hızlı müdahale gerektiren hastalar ve yeşil kod alan acil olmayan hastalar. Finlandiya triyaj sisteminde ve afet triyaj sisteminde bunlara ek olarak kullanılan siyah kod, vefat etmiş hastaları belirlemektedir fakat; hastane triyajında siyah renk kodu kullanılmamaktadır [50].

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda ise, Kanada veya Avustralya triyaj sistemlerine daha çok benzeyen beş kademeli triyaj sistemi kullanılmaktadır. Hastalar T1 (kırmızı), T2 (turuncu), T3 (sarı), T4 (yeşil), T5 (mavi) olarak gruplanmaktadır. T1 kodu müdahale edilmemesi durumunda saniyeler içinde ölümlerle sonuçlanabilecek hastalar için kullanılmakta ve bu hastalar derhal resusitasyon odasına alınarak uygun müdahaleler başlanmaktadır. Arrest, majör travma bu grupta yer almaktadır. T2 kodu, T1 ile kıyaslanınca daha az acil gibi görünse de müdahale edilmemesi durumunda dakikalar içerisinde ölümlerle sonuçlanabilecek durumları kapsar. Bu gruptaki hastalarda derhal resusitasyon odasına alınarak tedavi edilmektedir. T3 kodu alan hastaların vital bulgularında sorunlar tespit edilmekte ve bu hastalar da hızla tedavi edilmesi gereken grupta yer almaktadır. Ancak acil servis yoğunluğunda bu hastalar kısa aralıklarla tekrar

değerlendirilerek bir süre bekletilebilmektedir. T4 kodu alan grupta çoğunlukla aciliyet içermeyen şikayetler bulunmaktadır. Bu grubun büyük kısmını polikliniğe de başvurabilecek hastalar oluşturmaktadır. T5 kodu alan hastalar ise aciliyetten oldukça uzakta olan hastalardır. Bu hasta grubu genellikle çok uzun süredir olan şikayetleri için acilde çözüm arayan, reçete yazdırmak isteyen, kedilerine reçete edilen tedavileri acil serviste uygulamak isteyen hastalardan oluşmaktadır. Daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla;

T1 (kırmızı): Resusitasyon (hayati, *emergent*),

T2 (turuncu): Acil (*less emergent*),

T3 (sarı): Hızlı müdahale (ivedi, *urgent*),

T4 (yeşil): Yarı acil (*less urgent*),

T5 (mavi: Acil olmayan (non-urgent)

Ya da;

T1: Anında müdahale

T2: Çok hızlı müdahale

T3: Hızlı müdahale

T4: Standart

T5: Acil olmayan

olarak özetlenebilir. (Tablo 2.2)

Tablo 2.2: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Triage Sistemi



2.12. Hastalıkların Sınıflandırılması

Çok çeşitli olan hastalık tanılarını gruplamak ve ortak bir dil kullanmak oldukça zordur. Bu amaçla en fazla 1999 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ICD 10 (*International Classification of Diseases*) tanı sistemi kullanılmaktadır [51].

ICD 10 kılavuzuna göre hastalıklar 21 ana başlık altında toplanmıştır:

1. Bölüm Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar
2. Bölüm Neoplazmlar
3. Bölüm Kan ve Kan Yapıcı Organ Hastalıkları ve Bağışıklık Sistemini İçeren Hastalıklar
4. Bölüm Endokrin, Nutrisyonel ve Metabolik Hastalıklar
5. Bölüm Akıl ve Davranış Bozuklukları
6. Bölüm Sinir Sistemi Hastalıkları
7. Bölüm Göz ve Gözle Bağlantılı Doku Hastalıkları
8. Bölüm Kulak ve Mastoid Oluşum Hastalıkları
9. Bölüm Dolaşım Sistemi Hastalıkları
10. Bölüm Solunum Sistemi Hastalıkları
11. Bölüm Sindirim Sistemi Hastalıkları
12. Bölüm Cilt ve Cilt altı Dokusu Hastalıkları
13. Bölüm Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları
14. Bölüm Ürogenital Sistem Hastalıkları
15. Bölüm Gebelik, Doğum ve Lohusalık Dönemi Hastalıkları
16. Bölüm Perinatal Dönemden Kaynaklanan Hastalıklar)
17. Bölüm Konjenital Malformasyon, Deformasyon ve Kromozom Anomalileri
18. Bölüm Semptomlar ve Anormal Klinik ve laboratuvar Bulguları
19. Bölüm Yaralanma, Zehirlenme ve Dış Nedenlere Bağlı Diğer
20. Bölüm Hastalık ve Ölümün Dış Nedenleri
21. Bölüm Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmayı Etkileyen Faktörler

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmanın Yapılışı

İleriye dönük, gözlemsel planlanan çalışma için Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 01.10.2014 değerlendirme tarihli GO 14/510-03 karar numaralı etik kurul onayı alındı. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde 01 Ekim 2014 – 30 Nisan 2015 tarihleri arasında erişkin acil servise başvuran 18 yaş üstü, bilinen romatolojik hastalığı (inflamatuvar romatolojik hastalık) olan veya acil serviste romatolojik hastalık şüphesi oluşan ve acil serviste veya yönlendirildiği poliklinikte ya da yatırıldığı serviste romatolojik hastalık tanısı alan hastalar çalışmaya alındı. Tetkik süreci sonunda romatolojik hastalık tanısı almayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Herhangi bir nedenle verilerinde eksikler bulunan hastalar çalışmaya dışı bırakıldı.

Her hasta için; ad, soyad, dosya numarası, yaş, cinsiyet, başvuru tarihi, acile giriş saati, bilinen romatolojik hastalıkları, bilinen romatolojik hastalık dışındaki hastalıkları, kullandıkları ilaçlar, ilk değerlendirmede tespit edilen vital bulguları, triyaj kodu, fizik muayene bulguları, istenilen laboratuvar tetkikleri, istenilen görüntüleme tetkikleri, istenilen konsültasyonlar, aldıkları tanılar, tespit edilen tanıların mevcut romatolojik hastalıkları ile ilgisi, hastaların acil serviste ve hastanede kalış süresi, acil serviste aldıkları tedavileri, taburculuk veya yatış durumlarını içeren kayıt formu oluşturuldu. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları acil servis kayıtlarını ve konsültasyonları da içeren hasta dosyalarından ve hastane bilgisayar kayıtlarından elde edildi.

Hastaların triyajı paramedikler (sağlık teknikerleri) tarafından yapılmıştı. Trijaj için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda kullanılan 5 kademeli triyaj sistemi (Tablo 2.2) kullanıldı. T1 kritik, T2 çok acil, T3 acil, T4 az acil, T5 acil olmayan durumları kapsamaktaydı.

Tüm hastaların vital bulguları başvuru sırasında paramedikler tarafından ölçülerek kaydedilmişti. İstatistiksel analiz yapılırken vital bulgular normal ve anormal olarak sınıflandırıldı (nabız 60-99 atım/dk, sistolik kan basıncı 80-130 mmHg, diyastolik kan basıncı 60-80 mmHg, oksijen saturasyonu \geq %94, solunum sayısı 12-20 soluk/dk).

Çalışma hastalarının gruplandırılması:

- A) Tüm Başvurular: Tüm başvurular içine herhangi bir romatolojik hastalığı olan veya acil serviste başlatılan süreç sonucunda romatolojik hastalık tanısı konulan

hastalar dahil edildi. Daha sonra bu hastalar şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili ve (1) şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz (2) şeklinde iki gruba ayrıldı:

1) Romatolojik hastalıkla ilişkili başvurular

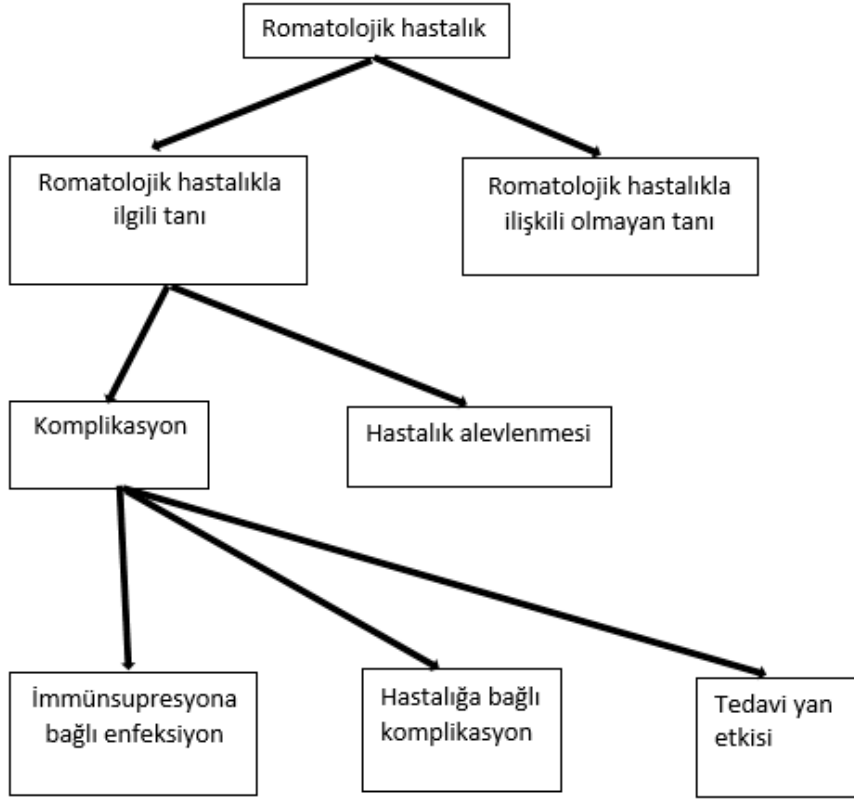
Başvuru şikayeti doğrudan romatolojik hastalıkla veya komplikasyonları ile ilgili hastalardan oluşmaktaydı. Romatolojik nedenli başvurularda, 'Önceden bilinen romatolojik hastalık' ya da 'Yeni tanı romatolojik hastalık' şeklinde 2 gruba ayrıldı. Özgeçmişlerinde daha önceden bilinen bir veya birden fazla romatolojik hastalık hikayesi olan hastalar 'Önceden bilinen romatolojik hastalık' şeklinde gruplandırıldı. Romatolojik hastalığı daha önceden bilinmeyen, fakat acil serviste romatolojik hastalıktan şüphelenilen ve acil serviste veya yönlendirildiği poliklinikte ya da yatırıldığı serviste romatolojik hastalık tanısı konulan hastalar da "Yeni tanı romatolojik hastalar" olarak adlandırıldı.

Romatolojik nedenli olan başvurular, hastalık alevlenmesi ve komplikasyonları olarak iki ayrı grupta toplandı. Komplikasyon grubu immünsupresyona bağlı enfeksiyon, diğer tedavi yan etkilerine bağlı değişiklikler ve hastalığa bağlı sekel organ tutulumlarına ait komplikasyonlar şeklinde üç gruba ayrıldı (Şekil 3.1).

2) Romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvurular

Bu gruptaki hastalar bir veya birden fazla romatolojik hastalığı olmakla beraber, romatolojik hastalıkla ilişkisiz akut veya kronik başka bir nedenle acil servise başvurmuşlardı.

Acil servise başvuru şikayetinin nedeni, acil serviste, hastaların yönlendirildikleri polikliniklerde ya da yatırıldıkları servislerde teşhis edildi. Başvuru şikayetine neden olan hastalık tanısı, 'son tanı' olarak adlandırıldı. Hastaların aldıkları son tanıları Dünya Sağlık Örgütü'nce oluşturulan ICD 10 tanı kılavuzuna uygun olarak ana başlıklara ayrıldı.



Şekil 3.1: Romatolojik hastalığı olan vakaların sınıflandırılması

3.2 İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Inc, Chicago, USA) programı kullanıldı. Sayısal değişkenler ortalama veya ortanca ile nitelik değişkenler ise yüzde (%) ve sayı (n) ile gösterildi. Kategorik değişkenler arası analiz için ki-kare testi, sayısal ölçümlü testler için ise non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanıldı. Çalışma gruplarında yer alan sayısal değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırılması için t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

01.10.2014 ile 30.04.2015 tarihleri arasında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servisi'ne başvuran hastalar içinde, çalışma kriterlerini karşılayan toplam 212 hasta mevcuttu. Bu hastalardan 5 tanesi verilerinin tam olmaması nedeniyle çalışma dışında bırakıldı, 207 hasta çalışmaya dahil edildi.

4.1. Tüm Başvuruların Değerlendirilmesi

4.1.1. Hastaların Demografik Özellikleri

Hastaların yaş ortalaması $50,4 \pm 18,1$ idi. %72'si (n=149) kadın, % 28'i (n=58) erkekti (Tablo 4.1). Acil serviste takip edilen en sık inflamatuvar romatizmal hastalık romatoid artrit. Beş hasta birden fazla inflamatuvar romatizmal hastalık nedeniyle takip edilmekteydi. Acil serviste takip edilen inflamatuvar romatizmal hastalıkların dağılımı tablo 4.2'de gösterilmektedir.

Tablo 4.1: Hastaların demografik özellikleri

Cinsiyet	Kadın	Erkek	Toplam
Hasta yüzdesi (%)	72	28	100
Hasta sayısı (n)	149	58	207
Yaş ortalaması	$52,3 \pm 17,5$	$45,6 \pm 18,6$	$50,4 \pm 18,1$
Yaş ortancası	56	46	52
Minimum	18	18	18
Maksimum	93	86	93

Tablo 4.2. Romatolojik hastalıkların dağılımı

Hastalık İsmi	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
-Romatoid artrit	31,8	66
-Ailevi Akdeniz ateşi	16,4	34
-Sistemik lupus eritematozis	11,5	24
-Ankilozan spondilit	11,1	23
-Sjögren	7,7	16
-Behçet Hastalığı	6,2	13
-Gut	4,3	9
-Skleroderma	3,9	8
-Vaskülit	2,9	6
-Diğer	7,7	16

Hastaların % 55,1'inde (n=114) romatizmal hastalığa eşlik eden başka bir kronik bir hastalık vardı. Hipertansiyon % 33,3 (n=69), diyabetes mellitus % 15,5

(n=32), KOAH/astım % 10,6 (n=22) oranı ile, en sık eşlik eden kronik hastalıklardı. Eşlik eden hastalıkların sıklığı Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Eşlik eden hastalıkların sıklığı

Hastalık İsmi	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
Ek hastalık yok	44,9	93
Hipertansiyon	33,3	69
Diyabet	15,5	32
KOAH / astım	10,6	22
KAH	8,7	18
KBH /KBY	5,8	12
Hipotiroidi	6,3	13
Disritmi	5,3	11
KKY	4,8	10
Venöz tromboemboli	2,9	6
Gastrit	2,4	5
SVO	1,4	3
Hiperlipidemi	1,4	3
Osteoporoz	2,4	5
Malignite	3,9	8
Parkinson	1,9	4
Nefrolithiazis	1,4	3
Depresyon	1,4	3
Diğer	13,0	27

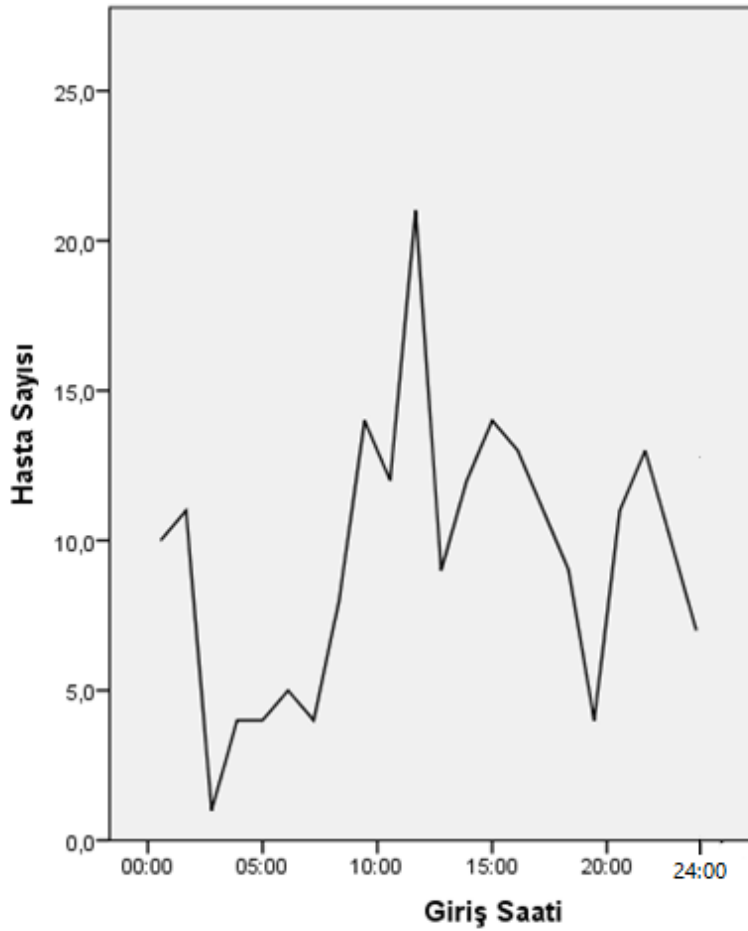
207 hastanın % 45,4'ünün (n=94) ilaç kullanmadığı veya düzenli ilaç kullanmadığı ya da kullandığı ilaçları bilmediği görüldü. En sık kullanılan ilaç % 26,6 (n=55) ile steroid idi. Kullanılan ilaçların dağılımı tablo 4.4'de verilmiştir. İlaç kullanmayan veya kullandığı ilacın ne olduğu bilinmeyen hastaların yaş ortalaması, kullandığı ilacın ne olduğu bilinen hastalara göre daha düşüktü ($47,5\pm 18,3$ 'e karşı $52,9\pm 17,6$; $p=0,031$). İlaç kullanmayan veya kullandığı ilacı bilmeyen hastalar ve kullandığı ilacın ismini bilen hastalar arasında cinsiyet farklılığı yoktu (K/E: 68/26'ya karşı 81/32; $p=0,916$).

Tablo 4.4: Kullanılan ilaçların dağılımı

Kullanılan İlaç	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
Yok veya bilinmiyor	45,4	94
Steroid	26,6	55
Kolşisin	16,9	35
Hidroksiklorin sülfat	11,6	24
Leflunamid	5,8	12
Saliklazosulfapiridine	2,9	6
Metotreksat	2,4	5
Azatiyopürin	2,4	5
Mikofenolat mofetil	1,0	2
Diğer kronik hastalık tedavileri	36,7	76

4.1.2. Hastaların Acil Servise Başvuru Saatleri

Hastaların acil servise başvuruları; 00.00-07.59 saatleri arasında % 18,8 (n=39), 08.00-15.59 saatleri arasında % 47,3 (n=98), 16.00-23.59 saatleri arasında % 33,8 (n=70) oranında tespit edilmiştir (Grafik 4.2).



Grafik 4.2: Hastaların acil servise başvuru zamanları

4.1.3. Hastaların Başvuru Şikayetleri

Hastalar en çok % 25,6 (n=53) abdominal şikayetler, % 22,7 (n=47) solunumsal şikayetler nedeni ile başvurmuştu. Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.5: Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı

Şikayet	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
Abdominal şikayetler	25,6	53
Solunumsal şikayetler	22,7	47
Ateş, halsizlik, kırgınlık, yorgunluk	15,0	31
Kas-iskelet şikayetleri	13,5	28
Nörolojik şikayetler	10,6	22
Ciltle ilgili şikayetler	3,4	7
Kulak-burun boğazla ilgili şikayetler	2,9	6
Gözle ilgili şikayetler	1,4	3
Diğer	4,8	10

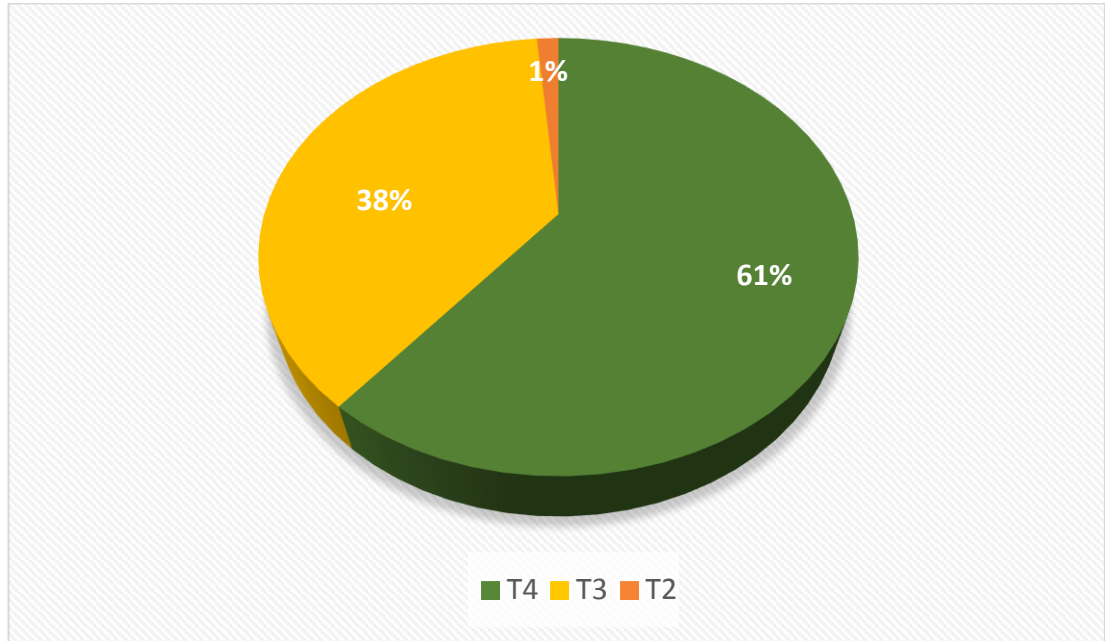
4.1.4. Hastaların Vital Bulguları ve Triyaj Kodları

Hastaların % 17,9'unun (n=37) tüm vital bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Geriye kalan % 82,1 hastanın (n=170) en az bir vital bulgusu anormaldi. Hastaların % 1,9'unda (n=4) nabız düşük, % 32,4'ünde (n=67) nabız yüksek, % 65'inde (n=136) normal aralıkta bulundu. Çalışma kapsamındaki hastaların % 1,0'inin (n=2) sistolik kan basıncı düşük tespit edilirken, % 49,3'ünün (n=102) sistolik kan basıncının yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte % 49,8 (n=103) hastanın sistolik kan basıncı 90-129 mmHg (normal) aralığındaydı. Diyastolik kan basıncına bakıldığında ise hastaların % 7,2'sinin (n=15) düşük diyastolik kan basıncına, % 30'unun (n=62) yüksek diyastolik kan basıncına sahip olduğu görüldü. % 62,8'inin diyastolik kan basıncı 60-89 mmHg aralığında (normal) tespit edilmiştir. Hastaların vücut sıcaklıkları değerlendirildiğinde %23,7'sinin (n=49) düşük, % 4,8'inin (n=10) yüksek olduğu görüldü. Hastaların % 71,5'i (n=148) normotermik idi. Hastaların oksijen saturasyonları parmak oksimetresi ile ölçüldüğünde ise % 16,9'u (n=35) düşük oksijen saturasyonuna sahipken, % 83,1'i (n=172) normal oksijen saturasyonuna ($SO_2 \geq \%94$) sahip olduğu tespit edildi. Hastaların solunum sayısına bakıldığında % 95,2'sinin (n=197) solunum sayısının normal olduğu görüldü (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Hastaların başvuru esnasındaki yaşamsal bulguları

Vital Bulgular	Normal		Düşük		Yüksek	
	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı
Nabız	65,7	136	1,9	4	32,4	67
Sistolik kan basıncı	49,8	103	1,0	2	49,3	102
Diastolik kan basıncı	62,8	130	7,2	15	30,0	62
Vücut sıcaklığı	71,5	148	23,7	49	4,8	10
Oksijen saturasyonu	83,1	172	16,9	35	-	-
Solunum sayısı	95,2	197	-	-	4,8	10

207 hastanın triyaj kodları incelendiğinde; %1,4'ünün (n=3) T2, %37,7'sinin (n=78) T3, %60,9'unun (n=126) ise T4 kodu aldığı, T1 ya da T5 kodu alan hiçbir hastanın bulunmadığı tespit edildi (Grafik 4.2).



Grafik 4.2: Hastaların triyaj kodlarının dağılımı

Tüm vital bulguları normal olan hastaların triyaj kodlarına göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.1.5. Hastaların Fizik Muayene Bulguları

Hastaların % 32,4'ünün (n=67) fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmamıştı. %23,2'sinde (n=48) abdominal bulgular, % 18,4'ünde (n=38) solunumsal bulgular, % 10,6'sında (n=22) kas-iskelet sistemi ile ilgili bulgular saptanmıştı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Hastaların fizik muayene bulguları

Muayene Bulguları	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
Fizik muayene doğal	32,4	67
Abdominal bulgular	23,2	48
Solunumsal bulgular	18,4	38
Kas-iskelet bulguları	10,6	22
Nörolojik bulgular	5,8	12
Kardiyak bulgular	4,8	10
KBB bulguları	3,9	8
Cilt bulguları	3,9	8
Göz bulguları	1,4	3
Diğer	1,4	3

Fizik muayenesi normal olan hastaların triyaj kodlarına göre dağılımı karşılaştırıldığında T4 kodu alan hastalarda fizik muayenenin doğal olma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edildi (% 74,6'ya karşı %% 25,4, p=0,005).

4.1.6. Hastalara Yapılan Tetkikler

Hastalara yapılan laboratuvar tetkikleri incelendiğinde % 15,9'una (n=33) hiçbir laboratuvar tetkiki yapılmadığı görüldü. % 82,6'sına (n=171) tam kan sayımı, % 78,3'üne metabolik panel (biyokimya) tetkiki istenmişti. Akut faz reaktanlarından en çok istenilenin % 15,9 (n=33) ile sedimentasyon hızı olduğu görüldü (Tablo 4.).

Tablo 4.8: Hastalardan istenilen laboratuvar tetkikleri

Laboratuvar Tetkiki	Yüzde (%)	Hasta Sayısı
Tetkik istenmemiş	15,9	33
Tam kan sayımı	82,6	171
Biyokimya	78,3	162
Tam idrar tetkik	47,3	98
Kardiyak enzim	41,5	86
EKG	41,5	86
Kan gazı	38,6	80
aPTT / INR	28,5	59
Mikrobiyoloji (kültür)	23,2	48
BNP	16,9	35
Sedimentasyon hızı	15,9	33
Fibrinojen	12,6	26
B-hcg	10,1	21
Amilaz	8,2	17
D-dimer	4,3	9
CRP	3,4	7
Prokalsitonin	1,4	3
Diğer	7,2	15

Hastalara yapılan görüntüleme tetkikleri incelendiğinde % 22,7'sine (n=47) hiçbir görüntüleme yapılmadığı tespit edildi. % 55,6'sından (n=115) akciğer grafisi, % 27,1'inden (n=56) ayakta direk batın grafisi, % 24,6'sından (n=51) bilgisayarlı tomografi istenmişti (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Hastalara yapılan görüntüleme tetkikleri

Görüntüleme Tetkiki	Yüzde (%)	Hasta Sayısı
Görüntüleme yapılmamış	22,7	47
Akciğer grafisi	55,6	115
Ayakta direk batın grafisi	27,1	56
Bilgisayarlı tomografi	24,6	51
Ultrasonografi	13,5	28
Diğer direk grafiler	11,1	23
Manyetik rezonans görüntüleme	6,8	14
Ekokardiyografi	3,9	8

4.1.7. Hastalardan İstenilen Konsültasyonlar

% 52,7 (n) hastada hiç bir konsültasyon istenmezken, %47,3 (n=98) hasta en az bir bölüm ile konsülte edilmişti. Hastaların % 25,1'inde (n=52) sadece bir bölümden, % 15,9'unda(n=33) iki bölümden, % 4,8'inde (n=10) 3 bölümden, %1'inde (n=2) 4 bölümden, %0,5'inde (n=1) 5 bölümden konsültasyon istenmişti (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Konsültasyon istenilen bölüm sayısı

Konsültasyon istenilen bölüm sayısı	Yüzde %	Hasta Sayısı
0	52,7	109
1	25,1	52
2	15,9	33
3	4,8	10
4	1,0	2
5	0,5	1
Toplam	100	207

İki yüz yedi hastanın % 25,6'sı (n=53) iç hastalıkları bölümü ile konsülte edilmişti. % 17,9 (n=37) hasta enfeksiyon, % 9,7 (n=20) hasta nöroloji, % 8,2 (n=17) hasta kardiyoloji bölümü ile konsülte edilmişti (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Konsültasyon istenilen bölümler

Bölüm	Yüzde (%)	Hasta Sayısı
İç hastalıkları	25,6	53
Enfeksiyon	17,9	37
Nöroloji	9,7	20
Kardiyoloji	8,2	17
Genel Cerrahi	3,4	7
Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi	2,9	6
Ortopedi	2,9	6
Göğüs Hastalıkları	1,9	4
Göz	1,9	4
Diğer	2,4	5

Hastaların son tanıları ICD 10 tanı kılavuzuna uygun olarak sınıflandırıldığında % 15,0'inde (n=31) solunum sistemi hastalıkları, % 15,0'inde (n=31) kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları ve % 12,6'sında (n=26) dolaşım sistemi hastalıkları tespit edilmişti (Tablo 4.12).

4.1.8. Hastaların Son Tanıları

Tablo 4.12: Son tanıların ICD 10 tanı kılavuzuna göre dağılımı

Tanı grubu	Yüzde (%)	Hasta Sayısı
Solunum sistemi hastalıkları	15,0	31
Kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları	15,0	31
Dolaşım sistemi hastalıkları	12,6	26
Semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları	12,1	25
Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	11,1	23
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	7,2	15
Sinir sistemi hastalıkları	5,8	12
Cilt ve cilt altı dokusu hastalıkları	4,8	10
Ürogenital sistem hastalıkları	4,8	10
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedene bağlı durumlar	4,8	10
Sindirim sistemi hastalıkları	1,9	4
Göz ve gözle bağlantılı doku hastalıkları	1,4	3
Kulak ve mastoid oluşum hastalıkları	1,0	2
Akil ve davranış bozuklukları	0,5	1
Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları ve immün mekanizmayı içeren hastalıklar	0,5	1
Tanı alamadan ayrılma	1,4	3
Toplam	100	207

4.1.9. Hastalarda Klinik İzlem

207 hastanın %75,8'i (n=157) acil servisten taburcu edilmişti. Hastaların % 15,5'i (n=32) hastanenin diğer servislerine, %4,3'ü (n=9) yoğun bakıma yatırılmıştı. . Hastaların % 3,9'u (n=8) tetkik ve/veya tedavileri tamamlanmadan kendi istekleri ile acil servisten ayrılmıştı. Servise yatırılan hastalardan biri daha sonra yoğun bakıma alınmıştı. Akut koroner sendrom tanısı alan ve primer anjiyoya alınması gereken 1 hasta ise yoğun bakım yeri bulunamaması nedeniyle dış merkeze sevk edilmişti (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Hasta klinik izlemlerinin dağılımı

Sonuç	Yüzde (%)	Hasta Sayısı
Acil servisten taburcu	75,8	157
Servislere yatış	15,5	32
Yoğun bakıma yatış	4,3	9
Kendi isteği ile ayrılma	3,9	8
Dış merkeze sevk	0,5	1
Toplam	100	207

Hastaların, % 5,8'inde (n=12) romatolojik hastalık tanısı acil serviste alınan hikaye ve muayene sonrasında başlatılan tetkik süreci ile konulmuştur. Yeni tanı romatolojik hastalıkların % 58,3'ünün (n=7) tanısının kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları kategorisinde yer aldığı, % 83,3'ünden (n=10) konsültasyon istenmediği, % 91,7'sinin (n=11) acil servisten taburcu edildiği tespit edilmiştir.

Yeni tanı romatolojik hastalıklar ise; % 4,4 (n=5) romatoid artrit, , % 0,9 (n=1) ailevi Akdeniz ateşi, % 0,9 (n=1) Wegener granülomatozisi, % 0,9 (n=1) Sjögren sendromu, % 0,9 (n=1) sistemik lupus eritematozis, % 0,9 (n=1) temporal arterit olarak tespit edilmiştir. % 1,8 (n=2) hastada ise non-inflamatuvar romatizma hastalık olan fibromiyalji tespit edilmiştir.

207 hastanın % 1,4'ünde (n=3) ölüm görülmüştür. Ölümünün hepsi romatolojik hastalıkla ilişkili olup, servise ya da yoğun bakıma yatırıldıktan sonra gerçekleşmiştir. Acil serviste hayatını kaybeden hasta olmamıştır. Üç hastanın da ölüm nedeni pnömonidir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Ölüm görülen hastalar

Hasta Yaşı	Cinsiyet	Romatolojik Hastalık	Diğer Hastalık	Kullandığı İlaç	Ölüm Nedeni
47	Kadın	Romatoid artrit	Hipotiroidi	İmmünsupresif, levotiroksosin	Pnömoni
70	Kadın	Romatoid artrit	Mide ca, HT, hipotiroidi	İmmünsupresif, levotiroksosin	Pnömoni
93	Kadın	Pseudogut	HT, KKY	steroid, antidepresan, antihipertansif, antikoagülan, proton pompa inhibitörü	Pnömoni

Hastaların ortalama acilde ortalama kalış süresi 13,8 saat (min=0, max 120 saat [5 gün], st dev: 19,3 saat) olarak tespit edildi. Hastanede ortalama kalış süresi ise 76,8 saat (min=0, max=1344 saat [56 gün]; st dev: 187,5 saat) olarak tespit edildi. Hastaların % 26,1'inin (n=54) acil serviste 24 saatten daha uzun süre kaldıkları görüldü.

4.2. Romatolojik Hastalığı ile İlişkili Başvuruların, Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz Başvurularla Karşılaştırılması

207 hastanın %54,6'sında (n=113) başvuru şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkili iken, % 45,4'ünde (n=94) ise, başvuru nedeni romatolojik hastalıkla ilişkisiz, eşlik eden diğer akut veya kronik hastalıklar ile ilişkilidir.

4.2.1. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Romatolojik hastalıkla ilişkili başvurularda yaş ortalaması 47,58 ±17,196, romatolojik hastalığı olmakla beraber, romatolojik hastalıkla ilişkisiz diğer akut ya da kronik nedenler ile başvuran hastalarda yaş ortalaması ise 53,86 ± 18,328 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p=0,012) (Tablo 4.15)

Tablo 4.15: Yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Hasta (%)	Hasta (n)	Yaş ortalaması	Ortanca	Standart sapma
Şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkisiz	45,4	94	53,86	57	17,196
Şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkili	54,6	113	47,58	47	18,328

p=0,012

Romatolojik hastalıkla ilişkili başvuruların % 68,1'i (n=77) kadın, % 31,9'u (n=36) erkek, romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvuruların % 76,6'sı (n=72) kadın, % 23,4'ü (n=22) erkekti. Romatolojik hastalık nedeni başvuru ile romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvurular arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0,177) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Hasta cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	Erkek		Kadın		Toplam	
	yüzde	n	yüzde	n	yüzde	n
Şikayeti Romatolojik Hastalığı ile İlişkisiz	23,4	22	76,6	72	100	94
Şikayeti Romatolojik Hastalığı ile İlişkili	31,9	36	68,1	77	100	113

p=0,177

Ailevi Akdeniz ateşinin şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan başvurularda (p=0,008), ankilozan spondilitin ise şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olmayan başvurularda (p>0,001) daha yüksek oranda görüldüğü, diğer hastalıkların görülme oranları arasında istatistiksel fark olmadığı saptandı (hepsi için p>0,05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 : Romatolojik hastalık tanılarının karşılaştırılması

Hastalık İsmi	Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		Toplam		p
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	
Romatoid artrit	29,2	33	35,1	33	31,8	66	0,188
Ailevi Akdeniz ateşi	23,0	26	8,5	8	16,4	34	0,008
SLE	13,2	15	9,6	9	11,5	24	0,521
Behçet hastalığı	5,3	6	7,4	7	6,2	13	0,528
Sjögren sendromu	5,3	6	10,6	10	7,7	16	0,086
Ankilozan spondilit	3,5	4	20,2	19	11,1	23	<0,001
Skleroderma	3,5	4	4,2	4	3,9	8	0,790
Gut	2,7	3	6,3	6	4,3	9	0,190
Vaskülit	2,7	3	3,2	3	2,9	6	0,507
Diğer	12,4	14	2,1	2	7,7	16	0,236

Romatolojik hastalıkla ilişkili olan ve ilişkili olmayan başvurularda en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet, KOAH / astım ve koroner arter hastalığı olarak tespit edildi (Tablo 4.18). Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan vakalarda ek hastalık görülme oranının başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastalara göre daha düşük olduğu görüldü (p=0,004).

Tablo 4.18: Eşlik eden kronik hastalıkların karşılaştırılması

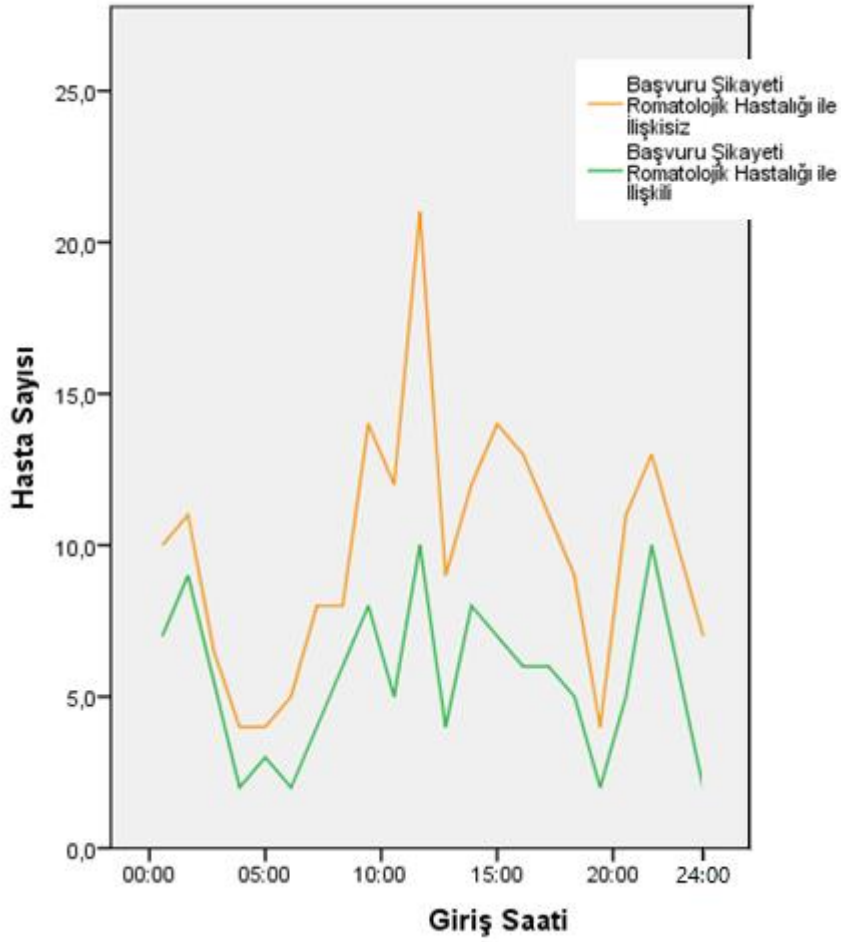
Hastalık İsmi	Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		Toplam	
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)
Ek hastalık yok	54,0	61	34,0	32	44,9	93
Hipertansiyon	25,7	29	42,5	40	33,3	69
Diyabet	16,8	19	13,8	13	15,5	32
KOAH / astım	12,4	14	8,5	8	10,6	22
KAH	8,8	10	8,5	8	8,7	18
KBH /KBY	7,1	8	4,2	4	5,8	12
Hipotiroidi	5,3	6	7,4	7	6,3	13
Disritmi	5,3	6	5,3	5	5,3	11
KKY	3,5	4	6,3	6	4,8	10
Venöz tromboemboli	2,7	3	3,2	3	2,9	6
Gastrit	1,8	2	3,2	3	2,4	5
SVO	1,8	2	1,1	1	1,4	3
Hiperlipidemi	1,8	2	1,1	1	1,4	3
Osteoporoz	0,9	1	4,2	4	2,4	5
Malignite	0,9	1	7,4	7	3,9	8
Parkinson	0,9	1	3,2	3	1,9	4
Nefrolithiazis	0,9	1	2,1	2	1,4	3
Depresyon	0,9	1	2,1	2	1,4	3
Diğer	8,8	10	18,1	17	13,0	27

4.2.2. Acil Servis Başvuru Zamanının Karşılaştırılması

Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastaların acil servise başvuruları; 00.00-07.59 saatleri arasında % 20,4 (n=23), 08.00-15.59 saatleri arasında % 44,2 (n=50), 16.00-23.59 saatleri arasında % 35,4 (n=40) oranında tespit edildi.

Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olmayan 94 hastanın % 51,1'i (n=48) 08.00-15.59 saatleri arasında; % 31,9'u (n=30) 16.00-23.59 saatleri arasında; % 17,0 'si (n= 16) 00.00-07.59 saatleri arasında acil servise giriş yapmışlardı. (Grafik 4.3)

Romatolojik hastalıkla ilişkili vakalar ile romatolojik hastalıkla ilişkisiz vakaların başvuru zamanı arasında istatistiksel farklılık yoktu (p=0,610).



Grafik 4.3: Hastaların acil servise başvuru zamanlarının karşılaştırılması

4.2.3. Vital Bulguların ve Triyaj Kodlarının Karşılaştırılması

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın vital bulguları değerlendirildiğinde % 17,7'sinin (n=20) tüm vital bulgularının normal sınırlarda olduğu görüldü. % 82,3 (n=93) vakada ise, en az bir vital bulgu normal değildi.

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz 94 hastanın vital bulguları değerlendirildiğinde % 18,1'inin (n=17) tüm vital bulgularının normal sınırlarda olduğu görüldü. Geriye kalan % 81,9'unun (n=77) en az bir vital bulgusu anormaldi (Tablo 4.19).

Şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkili olup, vital bulguları normal olan hastaların oranı, şikayetleri romatolojik hastalıkla ilişkisiz olup, vital bulguları normal olan hastaların oranı ile karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,942).

Tablo 4.19: Vital bulguların karşılaştırılması

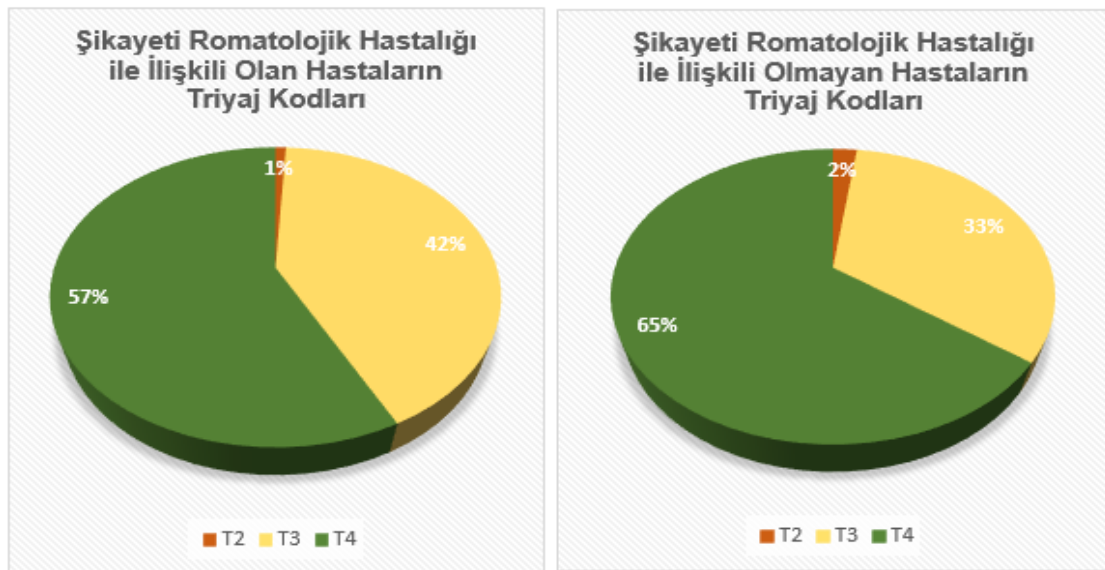
Vital Bulgular	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili						Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz						p
	Normal		Düşük		Yüksek		Normal		Düşük		Yüksek		
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Nabız	61,1	69	1,8	2	37,2	42	71,3	67	2,1	2	26,6	25	0,270
Sis KB	59,3	67	0,9	1	39,8	45	38,3	36	1,1	1	60,6	57	0,011
Diy KB	65,5	74	8,8	10	25,7	29	59,6	56	5,3	5	35,1	33	0,260
Vücut sıcaklığı	67,3	76	25,7	29	7,1	8	76,6	72	21,3	20	2,1	2	0,161
O₂ sat	79,6	90	20,4	23	-	-	87,2	82	12,8	12	-	-	0,147
SS	94,7	107	-	-	5,3	6	95,7	90	-	-	4,3	4	0,725

Sis KB=Sistolik kan basıncı, Diy KB=Diyastolik kan basıncı, O₂ sat=Oksijen saturasyonu, SS=solunum sayısı

Şikayeti romatolojik hastalık ile ilişkili olan 113 hastanın triyaj kodları incelendiğinde; %0,9'unun (n=1) T2, %41,6'sının (n=47) T3, %57,5'inin (n=65) ise T4 kodu aldığı, hiçbir hastanın T1 ya da T5 kodu almadığı tespit edildi (Grafik 4.4).

Şikayeti romatolojik hastalığı ilişkisiz 94 hastanın triyaj kodları incelendiğinde; % 2,1'inin (n=2) T2, %33,0'unun (n=31) T3, %64,9'unun (n=61) ise T4 kodu aldığı, hiçbir hastanın T1 ya da T5 kodu almadığı tespit edildi (Grafik 4.4).

Şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkili olan hastaların triyaj kodları ile şikayetleri romatolojik hastalıkla ilişkisiz olan hastaların triyaj kodları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).



Grafik 4.4: Triyaj kodlarının karşılaştırılması

4.2.4. Fizik Muayenelerinin Karşılaştırılması

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın % 24,8'inin (n=28) fizik muayene bulguları normal tespit edilmişti. Hastaların % 29,2'sinde (n=33) karın, %23,9'unda (n=27) solunum, % 12,4'ünde (n=14) kas-iskelet sistemi , % 5,3'ünde (n=6) kardiyak, % 3,5'inde (n=4) nörolojik, %3,5'inde (n=4) kulak burun ve boğaz, % 3,5'inde (n=4) cilt, % 0,9'unda (n=1) ise göz ile ilgili patolojik bulgular saptanmıştı (Tablo 4.20).

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz 94 hastanın % 41,5'inin (n=39) fizik muayene bulguları normal tespit edilmişti. Hastaların % 16,0'sında (n=15) karın, % 11,7,'sinde (n=11) solunum, % 8,5,'inde (n=8) kas-iskelet sistemi , , % 8,5'inde (n=8) nörolojik, %4,3'inde (n=4) kardiyak, % 4,3'ünde (n=4) kulak burun ve boğaz, % 4,3'ünde (n=4) cilt, % 2,1'inde (n=2) ise göz ile ilgili patolojik bulgular saptanmıştır. (Tablo 4.20).

Şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkisiz olup, fizik muayene bulguları normal olan vakaların oranı (%41,5), şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkili olup, fizik muayene bulguları normal olan vakaların oranından (%24,8) istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p=0,011).

Tablo 4.20: Fizik muayenelerinin karşılaştırılması

Muayene Bulguları	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Hasta Sayısı (n)	
Fizik muayene doğal	24,8	28	41,5	39	0,011
Abdominal bulgular	29,2	33	16,0	15	0,025
Solunumsal bulgular	23,9	27	11,7	11	0,024
Kas-iskelet bulguları	12,4	14	8,5	8	0,367
Kardiyak bulgular	5,3	6	8,5	8	0,725
Nörolojik bulgular	3,5	4	4,3	4	0,128
KBB bulguları	3,5	4	4,3	4	0,790
Cilt bulguları	3,5	4	4,3	4	0,790
Göz bulguları	0,9	1	2,1	2	0,456

4.2.5. Tetkiklerin Karşılaştırılması

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın % 7,0'sinden (n=8) hiç bir görüntüleme veya laboratuvar tetkiki istenmemişti. Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan 94 hastanın ise % 13,8'inden (n=13) hiçbir görüntüleme veya laboratuvar tetkiki istenmemişti (p=0,109).

Başvuru şikayeti mevcut romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastaların % 91,2'sine (n=103), başvuru şikayeti romatolojik hastalık ile ilişkisiz olan hastaların % 75,5'ine (n=71) en az bir laboratuvar tetkiki yapılmış olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002) (Tablo 4.21).

Romatolojik hastalıkla ilişkili başvurularda yapılan laboratuvar tetkikleri arasında; %88,5 (n=100) tam kan sayımı, % 86,7 (n=98) biyokimya (metabolik panel), % 59,3 (n=67) tam idrar tetkiki, % 39,8 (n=45) aPTT/INR, % 28,3 (n=32) mikrobiyoloji tetkikleri (kültür), % 26,5 (n=30) kardiyak enzim ve EKG, % 26,5 (n=30) sedimentasyon hızı, % 21,2 (n=24) fibrinojen, % 20,4 (n=23) kan gazı, % 20,3 (n=23) BNP, % 11,5 (n=13) βhCG, % 8,0 (n=9) amilaz, % 6,2 (n=7) CRP, % 5,3 (n=6) d-dimer, % 2,7 (n=3) prokalsitonin istenmişti (Tablo 4.21).

Romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvurularda yapılan laboratuvar tetkikleri arasında; %77,5 (n=71) tam kan sayımı, % 68,1 (n=64) biyokimya (metabolik panel), % 45,7 (n=43) kardiyak enzim ve EKG, % 37,2 (n=35) kan gazı, % 33,0 (n=31) idrar tetkiki, % 30,9 (n=29) aPTT/INR, % 17,0 (n=16) mikrobiyoloji tetkikleri (kültür), % 12,8 (n=12) BNP, % 8,5 (n=8) βhCG, % 8,5 (n=8) amilaz, % 3,2 (n=3) sedimentasyon hızı, % 3,2 (n=3) d-dimer, % 2,1 (n=2) fibrinojen istenmişti (Tablo 4.21).

Romatolojik hastalıkla ilişkili başvurularda, tam kan sayımı, metabolik panel, sedimentasyon hızı, tam idrar tetkiki, fibrinojen, CRP istemi romatolojik hastalıkla ilişkili olmayan başvurularda göre daha yüksek oranda görüldü (p<0,05).

Tablo 4.21: Laboratuvar tetkiklerinin karşılaştırılması

Laboratuvar Tetkiki	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p değeri
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	
Tetkik istenmemiş	8,8	10	24,5	23	0,002
Tam kan sayımı	88,5	100	75,5	71	0,014
Biyokimya	86,7	98	68,1	64	0,001
Tam idrar tetkik	59,3	67	33,0	31	<0,001
aPTT / INR	39,8	45	30,9	29	0,495
Mikrobiyoloji (kültür)	28,3	32	17,0	16	0,055
Kardiyak enzim	26,5	30	45,7	43	0,264
EKG	26,5	30	45,7	43	0,264
Sedimentasyon hızı	26,5	30	3,2	3	<0,001
Fibrinojen	21,2	24	2,1	2	<0,001
Kan gazı	20,4	23	37,2	35	0,703
BNP	20,4	23	12,8	12	0,147
BhCG	11,5	13	8,5	8	0,478
Amilaz	8,0	9	8,5	8	0,887
CRP	6,2	7	0	0	0,014
D-dimer	5,3	6	3,2	3	0,457
Prokalsitonin	2,7	3	0	0	0,112
Diğer	7,1	8	7,4	7	0,919

Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın % 17,7'sinden (n=20) hiçbir görüntüleme tetkiki istenmemişti. Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olmayan 94 hastanın % 28,7'sinden (n=27) hiçbir görüntüleme tetkiki istenmemişti (Tablo 4.22).

Şikayetleri romatolojik hastalık ile ilişkili olan vakalarda, şikayetleri romatolojik hastalık ile ilişkili olmayan vakalara göre akciğer grafisi daha yüksek oranda yapılmıştır (p=0,002). MRG ise, romatolojik hastalıkla ilişkisiz vakalarda daha yüksek oranda yapılmıştır (p=0.043).

Tablo 4.22: Görüntüleme tetkiklerinin karşılaştırılması

Görüntüleme Tetkiki	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	
Görüntüleme yapılmamış	17,7	20	28,7	27	0,059
Akciğer grafisi	65,5	74	43,6	41	0,002
ADBG	29,2	33	24,5	23	0,445
BT	22,1	25	27,7	26	0,357
USG	15,9	18	10,6	10	0,268
Diğer direk grafiler	11,5	13	10,6	10	0,843
MRG	3,5	4	10,6	10	0,043
EKO	3,5	4	4,3	4	0,790

4.2.6. Konsültasyonların Karşılaştırılması

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın % 51,3'ünden (n=58); şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olmayan 94 hastanın ise % 42,6'sından (n=40) en az bir bölümden konsültasyon istenmişti (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: Konsültasyon istemlerinin karşılaştırılması

Konsültasyon İstenilen Bölüm Sayısı	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p
	Yüzde %	Hasta Sayısı	Yüzde %	Hasta Sayısı	
0	48,7	55	57,4	54	0,208
1	24,8	28	25,5	24	0,901
2	17,7	20	13,8	13	0,449
3	7,1	8	2,1	2	0,098
4	0,9	1	1,1	1	0,896
5	0,9	1	0	0	0,361
Toplam	100	113	100	94	

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan 113 hastanın % 33,6'sından (n=38) iç hastalıkları, % 23,9'undan (n=27) enfeksiyon, % 9,7'sinden (n=11) kardiyoloji, % 5,3'ünden (n=6) nöroloji, %4,4'ünden (n=5) genel cerrahi, %4,4'ünden (n=5) göğüs kalp damar cerrahisi, % 3,5'inden (n=4) ortopedi, % 1,8'inden (n=2) göz hastalıkları, %0,9'undan (n=1) göğüs hastalıkları konsültasyonu istenmiştir (Tablo 4.24).

Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olmayan 94 hastanın % 16,0'sından (n=15) iç hastalıkları, % 14,9'undan (n=14) nöroloji % 10,6'sından (n=10) enfeksiyon, % 6,4'ünden (n=6) kardiyoloji, % 3,2'sinden (n=3) göğüs hastalıkları, % 2,1'inden

(n=2) genel cerrahi, , % 2,1'inden (n=2) ortopedi, % 2,1'inden (n=2) göz hastalıkları, % 1,1'inden (n=1) göğüs kalp damar cerrahisi konsültasyonu istenmiştir (Tablo 4.24).

İç hastalıkları ve enfeksiyon bölümünden istenilen konsültasyon oranı romatolojik hastalıkla ilişkili başvurularda, nöroloji konsültasyon oranı ise romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvurularda daha yüksek oranda tespit edilmiştir($p<0.05$).

Tablo 4.24: Konsültasyonların karşılaştırılması

Bölüm	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	
İç hastalıkları	33,6	38	16,0	15	0,004
Enfeksiyon	23,9	27	10,6	10	0,013
Kardiyoloji	9,7	11	6,4	6	0,382
Nöroloji	5,3	6	14,9	14	0,020
Genel Cerrahi	4,4	5	2,1	2	0,363
Göğüs-Kalp Damar Cerrahisi	4,4	5	1,1	1	0,151
Ortopedi	3,5	4	2,1	2	0,547
Göz	1,8	2	2,1	2	0,852
Göğüs Hastalıkları	0,9	1	3,2	3	0,230
Diğer	1,8	2	3,2	3	0,507

4.2.7. Son Tanıların Karşılaştırılması

207 hastanın son tanıları % 51,2 (n=106) hastada romatolojik hastalık ile ilişkisiz, % 48,8 (n=101) hastada ise romatolojik hastalık veya komplikasyonları ile ilişkili olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p=0,780$).

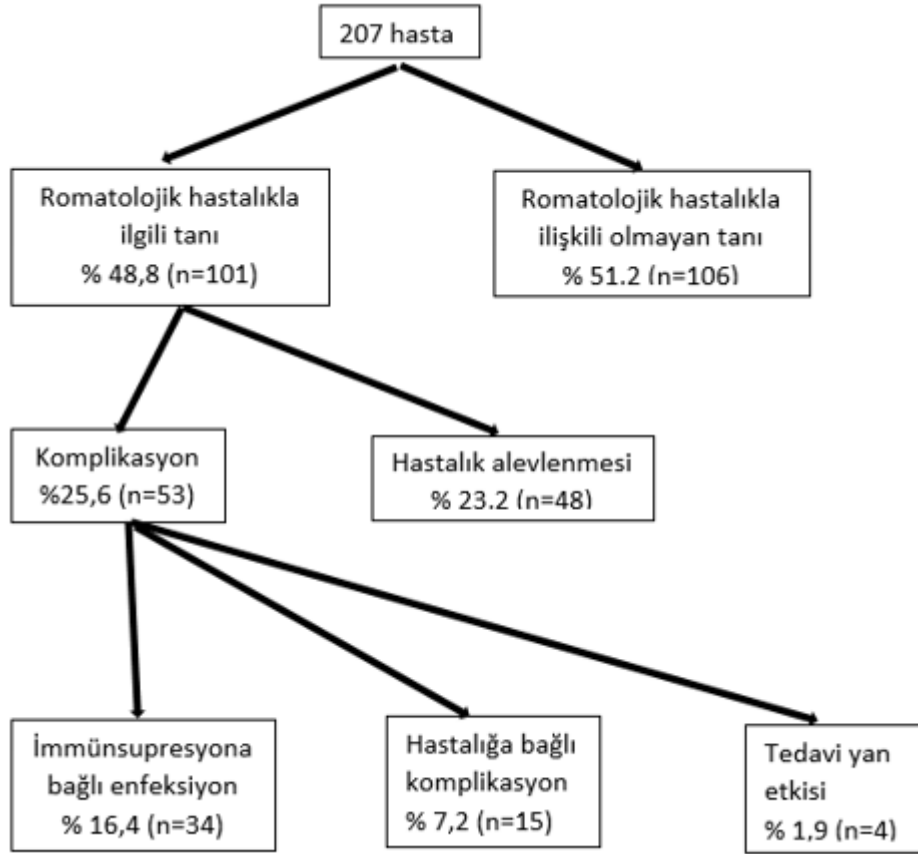
Romatolojik hastalık ile ilişkili başvurularda, romatolojik hastalıkla ilişkisiz başvurulara göre; kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları; endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları tanıları daha yüksektir ($p<0,05$). (Tablo 4.25)

Romatolojik hastalık ile ilişkisiz başvurularda, romatolojik hastalıkla ilişkili başvurulara göre; semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları; sinir sistemi hastalıkları ve yaralanma, zehirlenme ve dış nedene bağlı durumlar tanıları daha yüksektir ($p<0,05$). (Tablo 4.25)

Tablo 4.25: Son Tanıların ICD 10 Tanı Kılavuzuna Göre Karşılaştırılması

Tanı grubu	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalığı ile İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalığı ile İlişkisiz		p
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	
Kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları	22,1	25	6,4	6	0,002
Endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar	20,4	23	0	0	<0,001
Solunum sistemi hastalıkları	19,5	22	9,6	9	0,047
Dolaşım sistemi hastalıkları	11,5	13	13,8	13	0,615
Semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları	7,1	8	18,1	17	0,016
Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar	5,3	6	9,6	9	0,239
Cilt ve cilt altı dokusu hastalıkları	3,5	4	6,4	6	0,342
Sinir sistemi hastalıkları	2,7	3	9,6	9	0,034
Ürogenital sistem hastalıkları	2,7	3	7,4	7	0,109
Yaralanma, zehirlenme ve dış nedene bağlı durumlar	1,8	2	8,5	8	0,024
Sindirim sistemi hastalıkları	1,8	2	2,1	2	0,195
Göz ve gözle bağlantılı doku hastalıkları	0,9	1	2,1	2	0,456
Kulak ve mastoid oluşum hastalıkları	0	0	2,1	2	0,119
Akıl ve davranış bozuklukları	0	0	1,1	1	0,272
Kan ve kan yapıcı organ hastalıkları ve immün mekanizmayı içeren hastalıklar	0	0	1,1	1	0,272
Tanı alamadan ayrılma	0,9	1	2,1	2	0,456
Toplam	100	113	100	94	

Romatolojik hastalık veya komplikasyonları ile ilişkili olan %48,8 başvurunun ise, % 23,2'sinin (n=48) hastalığın akut alevlenmesi , %25,6'sının (n=53) hastalık komplikasyonları olduğu saptanmıştır. Romatolojik hastalık komplikasyonları ise, % 16,4 (n=34) enfeksiyon, % 7,2 (n=15) hastalığa bağlı komplikasyon, % 1,9 (n=4) ise (enfeksiyon dışı) diğer tedavi yan etkileri olduğu görülmüştür (Şekil 4.).



Şekil 4.1: Hastaların son tanılarının dağılımı

4.2.8. Acil Serviste ve Hastanede Kalış Sürelerinin Karşılaştırılması

Başvuru şikayeti romatolojik şikayeti ile ilişkili hastalar, başvuru şikayeti romatolojik hastalıkla ilişkisiz olan hastalara göre hem acil serviste hem de hastanede daha uzun süre kalmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4.26: Acil serviste ve hastanede kalış sürelerinin karşılaştırılması

	Acilde kalış süresi (saat)		Hastanede kalış süresi (saat)	
	Ortalama	Maksimum	Ortalama	Maksimum
Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili	15,024	120	90,113	1344
Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz	12,410	96	60,872	1056
p	<0,001	-	<0,001	-

Hastaneye yatırılarak takibine devam edilmesi gereken hastalar ve acil servisten taburcu olan hastaların acilde kalış süreleri karşılaştırıldığında yatışı yapılan

hastaların ortalama 26,9 saat; acilden taburcu edilen hastaların ise ortalama 10,6 saat acil serviste kaldıkları görülmüştür (p=0,007).

4.2.9. Taburculuk ve Yatış Oranlarının Karşılaştırılması

Hastaneye yatırılan vakaların % 68,3'inde (n=28) başvuru şikayeti romatolojik hastalık ile ilişkili iken, % 31,7 (n=13) hastada başvuru şikayetinin romatolojik hastalığı ile ilişkili olmadığı görülmüştür (p=0.049).

Tablo 4.27: Taburculuk ve yatış oranlarının karşılaştırılması

Sonuç	Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkili		Başvuru Şikayeti Romatolojik Hastalıkla İlişkisiz		p değeri
	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	
Acil servisten taburcu	70,8	80	83,0	78	0,040
Servislere yatış	21,2	24	8,5	8	0,012
Kendi isteği ile ayrılma	4,4	5	3,2	3	0,647
Yoğun bakıma yatış	3,5	4	5,3	5	0,532
Toplam	100	113	100	94	

Hastaların triyaj kodları ile hastaneye yatış oranları karşılaştırıldığında ise T4 kodu alan hastalarda hastaneye yatış oranı %8,7 iken T3 kodu alan hastalarda % 35,9'dur (p<0,001).

5. TARTIŞMA

Acil servisler, başlangıçta travma hastalarının müdahalelerini sistematik hale getirebilmek ve travmaya bütüncül yaklaşım sağlamak amacıyla kurulmuştur. Daha sonra dahili aciller de acil servislerin ilgi alanına girmiştir [52]. Günümüzde, acil servislere her çeşit dahili ve cerrahi hastalık başvurusu olmaktadır. Üstelik hastalar acil servislere her zaman acil nedenler ile başvurmaz. 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, randevu alma zorluğu, geç randevu verilmesi gibi nedenler ile de hastalar, poliklinik yerine acil servisleri tercih edebilmektedir.

Acil servislere, romatolojik nedenli başvurular ile ilgili veriler çok azdır. Bu çalışma ile, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine romatolojik hastalık nedenli başvuruların özelliklerini saptamayı amaçladık.

Romatoid artrit ortalama başlangıç yaşı 40-50, sistemik lupus eritematoziste hastaların yaş ortalaması 60'dır [13, 27]. Ankilozan spondilitin ortalama başlangıç yaşı ise 20-25 arasındadır [18]. Romatolojik hastalıklar genel olarak kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülür [6, 8]. Bu çalışmada acil servise başvuran hastaların yaş ortalaması 50,43 olup, çoğunluğu kadındı. Beklenildiği üzere acil servise başvuran inflamatuvar romatizmal hastalığa sahip bireyler, genellikle orta yaşlı kadınlardan oluşmaktaydı. Hemen tüm toplumlarda en sık görülen inflamatuvar romatizmal hastalık olan romatoid artrit çalışmamızda da en sık karşılaşılan tanıydı [8, 53]. Romatolojik hastalıklarla ilgili başvurularda en sık görülen ikinci hastalık ailevi Akdeniz ateşi idi. Ailevi Akdeniz ateşinin ülkemizde sık görülen genetik geçişli bir hastalık olması ve ataklar sırasında karın ağrısı, göğüs ağrısı gibi şikayetlerin sık olması acil servis başvurularının sık olmasının sebebidir. Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hasta grubunda ise ikinci sıklıkta görülen hastalık ankilozan spondilitti. Ankilozan spondilitin diğer inflamatuvar romatizmal hastalıklarla karşılaştırıldığında daha az sistemik tutulum özellikleri taşıması bu sonucu açıklayabilir [18].

Çalışma kapsamındaki hastaların çoğunda vital bulgulardan biri normal değildi ve patolojik bir fizik muayene bulgusu mevcuttu. Hastalar triyaj kodlarına göre, % 37,7 acil, % 60,9 az acil olarak tespit edilmişti. Hastaların büyük çoğunluğundan (%89,9) en az bir laboratuvar ya da görüntüleme tetkiki istenmişti. Yine önemli oranda (%47,3) hastada konsültasyon istemi yapılmıştı. Bütün bu sonuçlar göstermektedir ki, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servisine romatolojik hastalık nedeni ile başvuran hastalar, aslında kritik ve çok acil olmamakla beraber, hiç acil olmayan ve polikliniğe başvurabilecek hastalar da değildir. En azından acil serviste verilecek

bir tedavi ve bakım ihtiyacı olan ve bu tedaviden sonra taburcu olabilecek hastalardır. Hastaların % 46'sında inflamatuvar romatizmal hastalıklara eşlik eden bir başka kronik hastalık mevcuttu. En sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, diyabet ve KOAH/astımdı. Bu hastalıkların sıklığı özellikle yaşlı nüfusun artışına paralel olarak artmaktadır ve acil servise başvuruların önemli bölümünü oluşturmaktadır [53]. Romatolojik hastalığa eşlik eden kronik hastalıklar triyaj kodlarının da daha yüksek saptanmasına (aciliyet durumunun artmasına) neden olmuş olabilir.

Acil servislerde en çok konsültasyon istenen bölüm iç hastalıklarıdır [6]. İç hastalıkları konsültasyonları daha çok onkoloji, gastroenteroloji ve nefroloji bölümlerini içermektedir. Romatoloji konsültasyon oranları ise, diğer bölümlere göre oldukça düşüktür [6]. Bizim çalışmamızda %47,3 hastadan konsültasyon istenmiştir. En fazla konsültasyon istenilen bölüm iç hastalıkları ve enfeksiyon bölümleridir. Romatoloji bölümü iç hastalıkları ile koordine olarak çalıştığı için ayrı bir değerlendirme yapılamamıştır. Gürsoy ve ark. acil servisten konsültasyon istenen romatolojik hastalıklar içinde, özellikle kas-iskelet ve bağ dokusunu ilgilendiren şikayetlerin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir [6]. Bizim çalışmamızda ise, en sık başvuru şikayeti, abdominal ve pulmoner şikayetler olarak tespit edilmiştir. Pulmoner şikayetlerin sık tespit edilmesi; eşlik eden hastalıklar arasında KOAH/ASTİM oranının yüksek olması, romatolojik hastalıkların solunum sistemi tutulumu ve gittikçe artan oranda immunsupresan kullanımına bağlı gelişen akciğer enfeksiyonları ile ilişkili görünmektedir. İnflamatuvar romatizmal hastalıkların doğasına ya da tedavilerine bağlı olarak enfeksiyon riski artmıştır. İkinci sıklıkta konsültasyon istenen bölümün enfeksiyon bölümü olması bu nedenle şaşırtıcı değildir [6].

Bu çalışmada abdominal bulgulara da sık rastlanmıştır. İmmünsupresyona bağlı artan enfeksiyonlar (idrar yolu enfeksiyonu, gastroenterit gibi), ilaçlara bağlı dispeptik şikayetler ve karın ağrısı, romatolojik hastalığın abdominal tutulumu ve genellikle karın ağrısı şikayetine yol açan Ailevi Akdeniz ateşine bağlı başvuruların bu çalışmada fazla oranda görülmesi, abdominal şikayetli başvuruların sık olması ile ilişkili görünmektedir. Kas ve bağ dokusu ile ilgili şikayetler ise, üçüncü sırada en sık görülen şikayetler olarak tespit edilmiştir [6]. Bu tür şikayetleri olan hastalar genellikle acil olmayıp, daha çok polikliniklere başvurmaktadır. Ancak hastalığın semptomları ilk kez görüldüğünde, değişik bir klinikle seyrettiğinde, ağrı tedavisi yetersiz kaldığında ya da hastalar poliklinik muayene randevusu almakta sorun yaşadıklarında veya randevu zamanını beklemek istemediklerinde, kas ve bağ dokusu şikayetleri ile de acil servislere başvurmaktadır.

Çalışma kapsamındaki hastalarının acil servis başvurularının 00.00-07.59 saatleri arasında, diğer 8 saatlik dilimlere göre, daha düşük seviyede olduğu görülmüştür. Başvuruların % 47,3'ünün mesai saatleri (08.00-15.59) arasında olduğu tespit edilmiştir. Triyaj gruplarına göre başvuru saatleri arasında farklılık yoktur. Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan ve şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastalar arasında başvuru saatleri açısından istatistiksel farklılık yoktur. Başvuruların çoğunluğunu, T4 triyaj grubunda olan daha az acil durumlar oluşturduğu için, gece saatlerinde başvuruların daha düşük olması, gündüz saatlerinde daha yoğun olması beklenen bir durumdur. Avustralya 2012-2013 verilerine göre acil servislere başvuran hastaların % 69'u sabah 8 akşam 8 saatleri arasında gelmektedir [53]. Yine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda yapılmış olan "Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında hastaların sadece % 14,8'inin gece saatlerinde başvurduğu görülmüştür [3].

Çalışmamız kapsamındaki hastaların % 82,1'inin vital bulgusunda normal olmayan değerler saptanmıştı. Hastaların % 67,6'sının fizik muayenesinde patolojik bulgu vardı. Hastaların % 84,1'ine en az bir laboratuvar tetkiki, %77,3'üne en az bir görüntüleme tetkiki istenmişti. Triyaj gruplarında göre değerlendirildiğinde vital bulguları bozuk hasta oranları farklı değildi ancak daha acil durumdaki hastaların fizik muayenelerinde daha yüksek oranda patoloji saptanmıştı ve bu hastalarda daha fazla tetkik istemi yapılmıştı. Bu bulgular, inflamatuvar romatizmal hastalıklar için acil servisimizde yapılan triyajının geçerliliğini destekler niteliktedir. Yüksek oranda hastaya tetkik istenmiş olması hastanın aciliyetinden çok, konsültasyon istenilen hasta oranının yüksek olması ve hastalıkların sistemik doğasından kaynaklanıyor olabilir. İnflamatuvar romatizmal hastalığa bağlı şikayeti olan hastalarda, olmayanlara göre daha çok laboratuvar tetkiki istenmesi bu görüşü desteklemektedir.

Bu çalışmada elde edilen ilginç bulgulardan biri de hastaların yarısının ilaç kullanmaması veya düzenli ilaç kullanmaması ya da kullandığı ilacı bilmemesidir. Hastaların acil servis değerlendirilmelerinde kullanmakta olduğu ilaç bilgisinin önemli katkı sağlayacağı açıktır. Steroid ve immünespresiflerin kullanımı enfeksiyon ve kırıklarla ilişkilidir. Azotiyopürin ve steroidle ilişkili pankreatit ve siklofosfamid ile ilişkili hematüri iyi bilinmektedir [54, 55]. Uygun ilaç öyküsü alınamayan hasta grupları arasında cinsiyet açısından farklılık saptanmamakla birlikte yaş ortalaması daha düşüktür. Bu durum yaşlı hastalarda kronik hastalıkların daha yüksek oranda görülmesi nedeniyle daha çok ilaç kullanımı ile ilgili olabileceği gibi, genç insanların

hastalığını kabullenmekte ve ilaç kullanmakta dirençli olduklarını da gösteriyor olabilir. Kayıt sistemindeki yetersizlikler ve acil servis şartlarında sağlık personelinin bu tip kayıtlara yeterli zaman ayıramamış olması da bir neden olabilir. Hastaların kullandığı ilaç listelerini yanlarında taşımaları bu soruna çözüm olacaktır.

Acil servise başvuran hastaların tanıları çok çeşitlidir. Bu kadar geniş bir spektrumda yer alan hastalıkları daha kolay değerlendirebilmek ve anlaşılır kılmak için bir gruplandırma yapılması ihtiyacı açıktır. İdeal olmasa ve yetersizlikleri bulunsa da bu nedenle ICD 10 tanı kılavuzu kullanılmıştır. Hastaların son tanıları ICD 10 tanı kılavuzuna göre sınıflandırıldığında hastaların başvuru şikayetlerinin beklenildiği üzere geniş bir yelpazede dağıldığı izlendi. Kas-iskelet ve bağ dokusu sistemi tanıları, endokrin, nutrisyonel ve metabolik hastalıklar tanıları ve solunum sistemi hastalıkları tanıları başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hasta grubunda daha yüksekti. Enfeksiyon ve paraziter hastalıklar grubuna giren hasta sayısının az olması enfeksiyon tanılarının diğer gruplara (solunum sistemi hastalıkları, üriner sistem hastalıkları, vb.) dahil edilmesinden kaynaklanmaktaydı. Acil servise başvuru sırasında 12 hastada ilk kez ön tanı olarak inflamatuvar romatizmal hastalık düşünülmüştü. Bu bulgular göstermektedir ki her ne kadar kas-iskelet ve bağ dokusu ile ilgili sorunlar inflamatuvar romatizmal hastalıkların acil başvurularında ilk sırada yer alsalar da, hastalar çok daha geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir. Bu çalışmada ilk başvuru şikayetleri sonrası inflamatuvar romatizmal hastalık tanısı alan hastaların bulunması uzun süreli ve atipik kas-iskelet şikayeti ile başvuran hastalarda romatizmal hastalık tanısını akla getirmek gerektiğini göstermektedir.

Çalışma kapsamındaki hastaların acil serviste ortalama kalış süreleri 13,8 saat olarak hesaplanmıştır. Başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişki olan hastalarda bu süre ortalama 15,0 saate uzamaktadır. Tüm hastaların % 19,78'i hastaneye yatırılarak izlenmiştir. Hastanede ortalama kalış süresi 76,8 saat olarak tespit edilmiştir. Hastaların triyaj kategorileri ile yatış oranları karşılaştırıldığında aciliyet durumunun artmasının hastaneye yatış oranlarını arttıran bir faktör olduğu görülmüştür. Hastaların başvuru şikayetlerinin romatolojik hastalıkları ile ilişkisi ve yatış oranları karşılaştırıldığında, başvuru şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastalarda hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum bu hastaların yakın takip ihtiyaçlarının daha fazla olması ile açıklanabilir. Hastaneye yatırılarak izlenen hastaların acil serviste kalış süreleri incelendiğinde ortalama 26,9 saat olduğu görülmüştür. Romatoloji/iç hastalıkları ve acil bölümleri arasındaki

işbirliğinin artırılması hastaneye yatırılan hastaların acil serviste kalış sürelerini kısaltabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada romatolojik hastalık nedeni ile başvuran hastaların çoğunlukla az acil, daha az oranda da acil kategorisinde yer aldığını gördük. Daha çok solunum ve abdominal sistem şikayetleri ön planda, kas ve bağ dokusu şikayetleri üçüncü sırada yer almaktaydı. Romatolojik nedenli başvuruları, akut veya kronik durumları içerebilen diğer başvurular ile karşılaştırdığımızda, triyaj kategorilerinin benzer şekilde dağıldığını gördük. Başka bir deyişle, diğer dahili problemlere göre daha az acil problemler içerdiği bilinen romatolojik nedenli başvurular, bu çalışmada romatolojik nedenli olmayan diğer başvurular ile benzer aciliyet durumları içermekteydi.

Çalışmanın kısıtlamaları:

Romatolojik hastalıklar ile ilgili başvurular, romatolojik hastalığı olmakla beraber, romatolojik hastalıkla ilişkisiz nedenlerle acil servise başvuran hastalar ile karşılaştırıldı. Bir yandan da diğer nedenli başvurular içinde romatolojik hastalık sıklığı ve özellikleri ile ilgili verileri sağlayabilmek için, böyle bir karşılaştırma grubu seçtik. Bununla birlikte, akut yada kronik nedenli başvuruları ayırarak bir karşılaştırma yapılması, sonuçları değiştirebilir. Karşılaştırma grubunda yaş, kronik hastalık, onkolojik problemler arttıkça, aciliyet durumunun da artması beklenir.

Çalışmanın zaman kısıtlaması nedeniyle tüm yıla yayılmamış olması mevcut eksikliklerinden birisidir. Daha uzun zaman dilimini kapsayan bir çalışma hastaların mevsimsel dağılımını ve yıllar içerisindeki değişimini de içereceği için daha faydalı olacaktır.

Acil servis hastalıkları çok çeşitli ve fazla olduğundan, başvuru nedeni hastalıkları sınıflayabilmek oldukça zordur. Karışıklığa neden olmamak için kullanılan ve bilinen bir sınıflama olarak, ICD 10 Tanı Sınıflamasını kullandık. Ancak bu sınıflandırmadan dolayı bazı kısıtlamalar doğdu. Örneğin, enfeksiyon hastalıkları, diğer tanı gruplarının içinde dağıldığından, olduğundan daha düşük oranda tespit edilmiştir.

Hasta verileri dosya ve hastane kayıt sisteminden elde edilmiştir. Bazı verilerin dosyaya veya sisteme kayıt edilmemiş olma olasılığı hasta verilerinin eksik olabileceği ihtimalini doğurmaktadır fakat çalışmanın dizaynı gereği hastalarla iletişim halinde olan hekimlere ve hekimlerin oluşturduğu kayıtlara müdahale edilmemiştir.

Çalışma tek merkezde yürütülmüş olup sadece o merkeze gelen hasta profilini yansıtmaktadır. Romatolojik hastalıkların dağılımının ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında değişim göstermesi nedeniyle elde edilen veriler tüm topluma genellenemez ancak ışık tutucu olabilir. Diğer merkezlerde de yapılacak benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız, inflamatuvar romatizmal hastalıkların acil servis başvuruları konusunda yapılmış ilk çalışmadır. Her ne kadar bu hasta grubu acil servise yapılan başvurulardan fayda görebilecek olsalar da, daha hafif şikayetleri olan hastaların romatologlar/iç hastalıkları uzmanları başta olmak üzere diğer disiplinlerle işbirliği yapılarak değerlendirilmeleri acil servislerdeki iş yükünü azaltabilir. Gerekli görülen durumlarda acil serviste bu hastaların multi-disipliner olarak hızla değerlendirilmesi, acil serviste kalış sürelerinin kısalmasını sağlayabilir.

6. SONUÇLAR

A) Tüm başvurular:

- 1- İnflamatuvar romatizmal hastalıkları olan hastaların acil servise başvuruları gece saatlerinde azalmaktadır.
- 2- Hastalar en sık abdominal (%25,6) ve solunumsal (%22,7) şikayetler ile acil servise başvurmaktadır.
- 3- İnflamatuvar romatizmal hastalığı olup acil servise başvuran hastaların % 47,3'ü için konsültasyon istenmiştir.
- 4- Son tanıları ICD 10 tanı kılavuzuna göre sınıflandırıldığında %15,0'inde (n=31) solunum sistemi hastalıkları, %15,0'inde (n=31) kas-iskelet ve bağ dokusu hastalıkları ve %12,6'sında (n=26) dolaşım sistemi hastalıkları tespit edilmiştir.
- 5- Hastaların % 75,8'i acil servisten taburcu edilmiştir. % 19,8'i yatırılarak izlenmiştir. % 1,4'ü hayatını kaybetmiştir.
- 6- Hastaların acilde ortalama kalış süresi 13,8 saat, hastanede ortalama kalış süresi ise 76,8 saat olarak hesaplanmıştır.

B) Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan ve şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastaların karşılaştırılması:

- 7- Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastaların acil serviste ve hastanede daha uzun süre kaldığı ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
- 8- Hastaların % 54,6'sının şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili iken % 45,4 hasta romatolojik hastalığı ile ilişkisiz nedenlerle başvurmuştur.
- 9- Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hasta grubunda ailevi Akdeniz ateşi daha yüksek oranda görülmekteydi. Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastalarda ise ankilozan spondilit daha yüksek orandaydı.
- 10- Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastalarda eşlik eden başka bir kronik hastalık görülme oranı daha yüksektir.
- 11- İki grup arasında acil servise başvuru zamanları, vital bulguları ve triyaj kodları açısından fark yoktur.
- 12- Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkisiz olan hastaların fizik muayenelerinin doğal olma oranı daha yüksektir. Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastalarda ise fizik muayenede abdominal ve solunumsal patolojik bulgular görülme olasılığı daha yüksektir. Diğer sistem muayeneleri açısından istatistiksel fark yoktur.

- 13- Şikayeti romatolojik hastalığı ile ilişkili olan hastalarda iç hastalıkları ve enfeksiyon konsültasyonları daha yüksek orandadır.
- 14- Son tanılara bakıldığında hastaların % 48,8'inin romatolojik hastalıkla ilgili tanılar aldığı görölmüŐtür. İmmüsupresyona bağlı enfeksiyon tanısı alan hastaların oranının % 16,4 olması dikkat çekicidir.

7. ÖNERİLER

1- Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Servisine romatolojik hastalıkla ilgili başvurularının özelliklerini tespit etmek üzere planladığımız bu çalışmada gördük ki; romatolojik hastalık nedenli başvuruların çoğunluğu çok acil ya da kritik durumlar olmamakla beraber, hiç acil olmayan ve polikliniğe yönlendirilecek durumlar da değildir. Bu hastalar çoğunlukla az acil grubunda yer almakta olup, acil servise kabul edilmiş, çoğunlukla da en az bir laboratuvar veya görüntüleme yöntemini içeren bir acil değerlendirme sürecine maruz kalmıştır. Sonuç olarak, hastaların % 70 gibi büyük çoğunluğu acil servisten taburcu edilmiştir.

Ülkemizde sık gördüğümüz bir durum, özellikle uzman sayısı az olan yan dal bölümlerinden hastaların erken dönemde randevu almakta sorun yaşamaları, acil servislere başvurularının artmasına neden olmaktadır. Bu sonuçlar bize göstermektedir ki, eğer acil hekimi ile romatoloji doktoru arasında iyi bir koordinasyon sağlanırsa, ilk değerlendirme sonrası, daha az acil olan ve o gün, o sırada mutlak değerlendirme gerekmeyen hastalar, birkaç gün içinde romatoloji poliklinik randevusu sağlanarak, acil servisten taburcu edilebilir. Bu yaklaşım, bizim acil servisimizde de uygulanmaya çalışılmakla beraber, daha yaygın hale getirilebilir.

2- Bununla beraber randevu alınmasına rağmen bir kısım hastanın romatoloji polikliniklerine başvurmadıklarını gördük. Bu durum acil serviste verilen tedavi sonrası hastaların şikayetlerinin azalması, geçmesi ile ilişkili olabilir. Öte yandan bu çalışmada da gördük ki, kronik hastalığı olan hastaların neredeyse yarısı ya kullandığı ilaçları bilmiyor, ya da düzenli ilaç kullanmıyor. Bu sonuç, hastaların kronik hastalıkları konusunda, yeterli bilgiye sahip olmamaları ve tedaviye gereken önemi vermemeleri ile ilişkili gibi görünmektedir. Romatolojik hastalıkları olan hastaların bir kısmı da, kanımızca, akut atak geçtikten sonra, hastalıkları ile ilgili takiplere yeterince önem vermemektedir. Konuyla ilgili daha fazla toplumsal bilgilendirme ve eğitim gerekmektedir. Bu eğitim bir sağlık politikası olmalıdır. Hastaların almakta oldukları ilaçların listesini yanlarında taşımaları acil durumlardaki değerlendirilmelerine katkı sağlayacaktır.

3- Hastaneye yatışı yapılan hastaların acil serviste daha uzun süre kaldıkları göz önünde bulundurulursa romatoloji ve acil tıp bölümleri arasındaki iletişimin artırılması ve yatış işlemlerinin hızlandırılması hem acil servis kalabalığının azalmasına katkıda bulunacak hem de hasta konforunu ve memnuniyetini arttıran bir etmen olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. *Definition of emergency medicine. American College of Emergency Physicians.* Ann Emerg Med, 1994. **24**(3): p. 553-4.
2. *Definition of emergency medicine.* Ann Emerg Med, 2008. **52**(2): p. 189-90.
3. Aslaner, M.A., *Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi.* Uzmanlık tezi, 2014.
4. Türkdoğan, K.A.K., Mücahit; Akpınar, Orhan; Duman, Ali; Bacakoğlu, Gülçin; Tunalı Türkdoğan, Figen; Karabacak, Mustafa; Eren, S. Hakan; Çoşkun, Abuzer, *Demographic characteristics of patients a state hospital emergency service: meta-analysis of 2011.* Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2013. **4**(3): p. 274-278.
5. Handa R., A.P., Wali J. P., *Rheumatological Emergencies in Clinical Practice.* Journal of Indian Academy of Clinical Medicine **5**(2): p. 135-141.
6. Gürsoy, V.Ç., Belkıs Nihan; Öksüz, Mustafa Ferhat; Tufan, Ayşe Nur; Ermurat, Selime; Kutlu, Nagehan; Yılmaz, Ayren; Özbek, Aysun; Pehlivan, Yavuz; Dalkılıç, Ediz, *Acil serviste romatoloji konsültasyonu: Bir yıllık sonuçlar.* RAED dergisi, 2014. **6**(1): p. 8-12.
7. Jeniifer, M., *What is rheumatologist?* <http://www.rheumatology.org/l-Am-A/Patient-Caregiver/Health-Care-Team/What-is-a-Rheumatologist>, April 2015.
8. Arend William P., L.G.V., *Approach to the patient with rheumatic disease.* Goldman's Cecil Medicine, 2012. **24th ed.** (Goldman Lee, Schafer Andrew I.): p. 1648-1650.
9. Lenz, T.L., et al., *Widespread non-additive and interaction effects within HLA loci modulate the risk of autoimmune diseases.* Nat Genet, 2015.
10. Anyfanti, P., et al., *Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: common, yet undertreated.* Clin Rheumatol, 2014.
11. Haner, D., *Romatizmal Hastalıklarda Klinik Ilac Arastirmalari.* İstanbul Kültür Üniversitesi (IKU), 2008. **19**: p. 31-35.
12. David, Z., *Arthritis: Disease-Modifying Medications.* <http://www.webmd.com/rheumatoid-arthritis/modifying-medications>, September 06, 2014.
13. R., O.d.J., *Rheumatoid Arthritis.* Goldman's Cecil Medicine, 2012. **24th ed.**(Chapter 272): p. 1681-1689.
14. McInnes, I.B. and G. Schett, *The pathogenesis of rheumatoid arthritis.* N Engl J Med, 2011. **365**(23): p. 2205-19.
15. van Nies, J.A., et al., *Reappraisal of the diagnostic and prognostic value of morning stiffness in arthralgia and early arthritis: results from the Groningen EARC, Leiden EARC, ESPOIR, Leiden EAC and REACH.* Arthritis Res Ther, 2015. **17**: p. 108.
16. Albert, D.A., *Are All Biologics the Same? Optimal Treatment Strategies for Patients With Early Rheumatoid Arthritis: Systematic Review and Indirect Pairwise Meta-Analysis.* J Clin Rheumatol, 2015.
17. Exarchou, S., et al., *The prevalence of clinically diagnosed ankylosing spondylitis and its clinical manifestations: a nationwide register study.* Arthritis Res Ther, 2015. **17**(1): p. 118.
18. D., I.R., *The Spondyloarthropathies.* Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.**(Chapter 273): p. 1690-1696.
19. Raychaudhuri, S.P. and A. Deodhar, *The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis.* J Autoimmun, 2014. **48-49**: p. 128-33.

20. Ozen, S. and E.D. Batu, *The myths we believed in familial Mediterranean fever: what have we learned in the past years?* Semin Immunopathol, 2015. **37**(4): p. 363-9.
21. Petrushkin, H., et al., *Clinical Review: Familial Mediterranean Fever-An Overview of Pathogenesis, Symptoms, Ocular Manifestations, and Treatment.* Ocul Immunol Inflamm, 2015: p. 1-9.
22. Kucuk, A., et al., *Familial Mediterranean Fever.* Acta Medica (Hradec Kralove), 2014. **57**(3): p. 97-104.
23. Dogan, H., et al., *Familial Mediterranean fever gene mutations in north-eastern part of Anatolia with special respect to rare mutations.* Gene, 2015. **568**(2): p. 170-5.
24. Yilmaz, M.I., et al., *Endothelial function in patients with familial Mediterranean fever-related amyloidosis and association with cardiovascular events.* Rheumatology (Oxford), 2014. **53**(11): p. 2002-8.
25. Lane, T., et al., *AA amyloidosis complicating the hereditary periodic fever syndromes.* Arthritis Rheum, 2013. **65**(4): p. 1116-21.
26. La Regina, M., et al., *Current trends in colchicine treatment in familial Mediterranean fever.* Clin Exp Rheumatol, 2013. **31**(3 Suppl 77): p. 41-6.
27. Crow, M.K., *Systemic Lupus Erythematosus.* Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.**(Chapter 274): p. 1697-1704.
28. Tsokos, G.C., *Systemic lupus erythematosus.* N Engl J Med, 2011. **365**(22): p. 2110-21.
29. Mikolajczyk, T.P., et al., *Heterogeneity of peripheral blood monocytes, endothelial dysfunction and subclinical atherosclerosis in patients with systemic lupus erythematosus.* Lupus, 2015.
30. Mensah, K.A., et al., *Lupus-Associated Pulmonary Arterial Hypertension: Variable Course and Importance of Prompt Recognition.* Case Rep Med, 2015. **2015**: p. 328435.
31. Hanly, J.G., et al., *Mood Disorders in Systemic Lupus Erythematosus: Results From an International Inception Cohort Study.* Arthritis Rheumatol, 2015. **67**(7): p. 1837-47.
32. Naguwa S, G.M., *Sjögren's Syndrome.* Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.** (Chapter 276): p. 1713-1715.
33. Nocturne, G. and X. Mariette, *Sjogren Syndrome-associated lymphomas: an update on pathogenesis and management.* Br J Haematol, 2015. **168**(3): p. 317-27.
34. Kassan, S.S. and H.M. Moutsopoulos, *CLinical manifestations and early diagnosis of sjögren syndrome.* Archives of Internal Medicine, 2004. **164**(12): p. 1275-1284.
35. Ramos-Casals, M., et al., *Treatment of primary sjögren syndrome: A systematic review.* JAMA, 2010. **304**(4): p. 452-460.
36. Stone, J.H., *The Systemic Vasculitides.* Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.**(Chapter 278): p. 1720-1727.
37. Singer, O., *Cogan and Behcet syndromes.* Rheum Dis Clin North Am, 2015. **41**(1): p. 75-91, viii.
38. Verity, D.H., et al., *Behcet's disease, the Silk Road and HLA-B51: historical and geographical perspectives.* Tissue Antigens, 1999. **54**(3): p. 213-20.
39. Hatemi, G., et al., *Behcet's syndrome: a critical digest of the 2013-2014 literature.* Clin Exp Rheumatol, 2014. **32**(4 Suppl 84): p. S112-22.
40. Mayes, M.D., *Scleroderma epidemiology.* Rheum Dis Clin North Am, 2003. **29**(2): p. 239-54.

41. J., V., *Systemic Sclerosis (Scleroderma)*. Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.**(Chapter 275): p. 1705-1712.
42. Stern, E.P. and C.P. Denton, *The Pathogenesis of Systemic Sclerosis*. Rheum Dis Clin North Am, 2015. **41**(3): p. 367-82.
43. Almeida, C., I. Almeida, and C. Vasconcelos, *A review on quality of life in systemic sclerosis*. Autoimmun Rev, 2015.
44. Bardin, T., et al., *Prevalence of gout in the adult population of France*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2015.
45. Robinson, P.C., W.J. Taylor, and N. Dalbeth, *An Observational Study of Gout Prevalence and Quality of Care in a National Australian General Practice Population*. J Rheumatol, 2015.
46. NL., E., *Crystal Deposition Diseases*. Goldman's Cecil Medicine (Goldman Lee, Schafer Andrew I.), 2012. **24th ed.**(Chapter 281): p. 1737-1742.
47. Pavelka, K., *[Diagnosing and therapy of gout]*. Vnitr Lek, 2015. **61**(6): p. 517-26.
48. DM., C.S., *Rheumatological Emergencies*.
http://mychanreclinic.com/medical-professionals/-/asset_publisher/rhGa8bu5J6MJ/content/emergencies-in-rheumatology;jsessionid=DF0B03354A58589214B68F6574B8CFB5.
49. Triage. (n.d.). Retrieved August 13, from <http://www.merriam-webster.com/dictionary/triage>.
50. Robertson-Steel, I., *Evolution of triage systems*. Emerg Med J, 2006. **23**(2): p. 154-5.
51. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, *International Classification of Diseases*.
52. Shah, M.N., *The formation of the emergency medical services system*. Am J Public Health, 2006. **96**(3): p. 414-23.
53. 2014., A.I.o.H.a.W., *Australia's health 2014*. . Australia's health series. **no. 14. Cat. no: AUS 178. Canberra: AIHW**.
54. Mukhtar, S. and C. Woodhouse, *The management of cyclophosphamide-induced haematuria*. BJU Int, 2010. **105**(7): p. 908-12.
55. Nitsche, C.J., et al., *Drug induced pancreatitis*. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2010. **24**(2): p. 143-55.

9. EKLER

Ek1: Veri toplama formu

Ad-Soyad:		Dosya no:		Yaş:		Cinsiyet: E K	
Acile başvuru zamanı (gün-saat):				Başvuru şikayeti:			
Vitaleri	Nb:	KB:	SS:	A:	O2sat %:	Trijaj kodu:	
Acile giriş saati:				Bekleme süresi:			
Özgeçmiş:							
Romatolojik hastalıklar:	RA	AS	FMF	SLE	Sjögren	Vaskülit	Diğer
Romatolojik olmayan hastalıklar:	DM	HT	KAH	KKY	KBH	KOAH (astım)	Diğer
Soygeçmiş:							
FM:							
İstenen Tetkikler:	CBC	Biyokimya	sedim	Diğer			
Radyolojik görüntüleme	PAAG	ADBG	USG	BT	diğer		
Acilde konulan tanı/öntanı:							
Sonuç:	Taburcu			Yatış (yattığı servis)		Exitus	
				Servis	Yoğun bakım		
Acilde kalış süresi:				Hastanede kalış süresi:			
Aldığı Tedavi:	Iv mayi	antibiyotik	immüsupresan	Kendi ilaçları	Diğer:		
Başvuru sebebinin hastalığı ile ilişkisi:							
Hastalığa bağlı şikayet:			Evet	Hayır	Neden:		
Hastalığa bağlı komplikasyon:			Evet	Hayır	Neden:		
Tedavi yan etkisi:			Evet	Hayır	Neden:		
İmmüsupresyona bağlı enfeksiyon:			Evet	Hayır	Neden:		
Diğer:			Evet	Hayır	Neden:		
Hastalık dışı şikayet:			Evet	Hayır	Neden:		
Poliklinikte\serviste aldığı tanı							

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557- 1210

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 26.11.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/17
Proje No : GO 14/510 (Değerlendirme Tarihi: 01.10.2014)
Karar No : GO 14/510 - 03

Üniversitemiz Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Meltem AKKAŞ'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Dr. Volkan ARSLAN'ın uzmanlık tezi olan, Doç. Dr. Ali AKDOĞAN, Dr. Zaur İBRAHİMOV, Dr. Ali BATUR, Dr. Hakan BABAOĞLU ve Dr. Yusuf Ziya ŞENER ile birlikte çalışacakları GO 14/510 kayıt numaralı ve "*Acil Servise Başvuran Daha Önceden Romatolojik Hastalık Tanısı Almış veya Acil Serviste Romatolojik Hastalık Tanısı Alan Hastaların İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 8 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 9. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 10. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevdâ F. Müftüoğlu (Üye) | 11. Doç. Dr. S. Kutay Demirhan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer (Üye) | 12. Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayraktı Tunay (Üye) | 13. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 14. Av. Meltem Onurlu (Üye) |