

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA
ULUSAL ERKEN UYARI SKORU'NUN MORTALİTE, MORBİDİTE VE GÜVENLİ
TABURCULUK AÇISINDAN DEĞERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Ece YILMAZ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Güçlü Selahattin KIYAN**

**İZMİR
2020**

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA
ULUSAL ERKEN UYARI SKORU'NUN MORTALİTE, MORBİDİTE VE GÜVENLİ
TABURCULUK AÇISINDAN DEĞERİNİN ARAŞTIRILMASI**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Ece YILMAZ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Güçlü Selahattin KIYAN**

**İZMİR
2020**

ÖNSÖZ

Tez çalışmasının yürütülmesi ve acil servis asistanlığım süresince kıymetli fikirleri ve tecrübeleri ile desteğini esirgemeyen değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Güçlü Selahattin KIYAN'a,

Acil servis eğitimim boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim ve mesleki anlamda çok fazla şey öğrendiğim saygı değer hocalarım Prof. Dr. Murat ERSEL, Doç. Dr. Funda Karbek AKARCA ve Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ali ALTUNCI'ya,

Acil serviste geçirdiğim sürede üzerimdeki emeklerini asla unutmayacağım, abilerim ablalarım olan Uz. Dr. Enver ÖZÇETE, Uz. Dr. İlhan UZ, Uz. Dr. Sercan YALÇINLI, Uz. Dr. Özge CAN ve Uz. Dr. Meltem KODİK'e

Acil serviste geçirdiğim uzun senelerde yanımda olup desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen tüm acil tıp asistan arkadaşlarıma,

Beraber ağlayıp, mutsuz olup beraber güldüğümüz çok değerli eşkıdemlerime,

Sadece bir eşkıdem değil yeri geldiğinde abi yeri geldiğinde küçük kardeş olan can dostum Dr. Mevlüt ÖZDEN'e

Tez yazım sürecinde desteklerini hiç esirgemeyen Dr. Anıl SARIKAYA ve Dr. Ali Kemal YILDIZ'a

Sadece bir aile değil her zaman en yakın arkadaşlarım olan Osman-Ayşe YILMAZ çiftine,

Düştüğüm zaman beni kaldıran, ağladığım zaman güldüren sadece acil servis değil hayatımın her anını güzelleştiren Dr. Alper BOZDOĞAN'a

Kendisini çok erken kaybetsem de hayatta olduğu süre zarfında bana çok güzel anılar bırakan sevgili abim Onur YILMAZ'a teşekkürlerimi borç bilirim

Dr. Ece YILMAZ

İZMİR

2020

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	ix
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xxiv
KISALTMALAR LİSTESİ	xxv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Göğüs Ağrısı Tanımı	3
2.2. Göğüs Ağrısı Tanıları	3
2.2.1. Kardiyovasküler Sistemi İlgilendiren Tanılar	3
2.2.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsü (AMİ)	3
2.2.1.1.1. ST Segment Yüksekliği Olan Miyokard İnfarktüsü	4
2.2.1.1.2. ST Segment Yüksekliği Olmayan Miyokard İnfarktüsü ve Kararsız (Anstabil) Anjina Pektoris	9
2.2.1.2. Kararlı (Stabil) Anjina Pektoris	13
2.2.1.3. Aort Diseksiyonu	13
2.2.1.4. Kardiyak Tamponad	15
2.2.1.5. Perikardit, Miyokardit	18
2.2.2. Pulmoner Sistemi İlgilendiren Tanılar	20
2.2.2.1. Pulmoner Emboli	20
2.2.2.2. Pnömotoraks	25
2.2.2.3. Pnömoni	26
2.2.2.4. Plörit	29
2.2.3. Gastrointestinal Sistemi İlgilendiren Tanılar	29
2.2.3.1. Özefagus Rüptürü (Boerhaave Sendromu)	29
2.2.3.2. Pankreatit, Kolesistit	30
2.2.3.3. Peptik Ülser	32
2.2.3.4. Gastroözefagial Reflü Hastalığı	33
2.2.4. Kas-İskelet Sistemini İlgilendiren Hastalıklar	34

2.3. NEWS Skoru	34
3. GEREÇ-YÖNTEM.....	39
3.1. Hasta Seçimi	39
3.2. Örneklem Seçimi	39
3.3. Çalışma Metodolojisi.....	39
3.4. Birincil ve İkincil Sonlanım	42
3.5. NEWS Hesaplanması ve Kullanılması	42
3.6. Çalışma Verilerinin Kategorize Edilmesi.....	42
3.7. İstatistiksel Analiz	43
4. BULGULAR	44
4.1. Demografik Özellikler	44
4.1.1 Yaş ile İlgili Veriler.....	44
4.1.2. Cinsiyet ile İlgili Veriler.....	51
4.2. Ek Hastalıklarla İlgili Veriler	57
4.2.1. En Sık Görülen 3 Ek Hastalık Diyabet, Hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Veriler.....	63
4.3. NEWS ile İlgili Veriler.....	74
4.4. Hastalara Konulan Tanılar ile İlgili Veriler.....	100
4.5. Acil Servis Sonlanımı ile İlgili Veriler	105
4.6. Mortalite ile İlgili Veriler	108
4.7. Morbidite ile İlgili Veriler	109
4.8. Sayısal Vitaller ile İlgili Veriler	110
4.9. Kategorik Vitaller ile İlgili Veriler	135
5. TARTIŞMA.....	160
6. SONUÇ	182
7. KISITLILIKLAR.....	184
8. KAYNAKÇA.....	185
9. EKLER	205
EK-1: Gönüllü Olur Formu	205
EK-2: Çalışma Etik Kurul Onay Formu	208
EK-3: Olgu Rapor Formu	210

ÖZET

ACIL SERVİSE GÖĞÜS AĞRISI İLE BAŞVURAN ERİŞKİN HASTALARDA ULUSAL ERKEN UYARI SKORU'NUN MORTALİTE, MORBİDİTE VE GÜVENLİ TABURCULUK AÇISINDAN DEĞERİNİN ARAŞTIRILMASI

GİRİŞ: Göğüs ağrısı tüm acil servis başvurularına bakıldığında, ikinci en yaygın şikayet olarak karşımıza çıkmaktadır. Göğüs ağrısı semptomu ile acil servise başvuran hastaların sadece az bir kısmında akut koroner sendrom tanısı konulurken, büyük çoğunluğu kardiyak olmayan ve hastane yatışı gerektirmeyen tanılardan oluşur. Bu sebepten ötürü riskli tanıları atlamadan acil servis kalabalığını ve gereksiz hastane yatışlarını önlemek amacıyla doğru risk skorlamasının kullanımı önem arz etmektedir.

AMAC: Çalışmamızda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran erişkin hastalarda Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun (NEWS) mortalite, morbidite ve güvenli taburculuk açısından değeri bunun yanı sıra tanısal değeri, yatış kararı ve ana olumsuz kardiyovasküler olay (MACE) gelişimi açısından değerinin belirlenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı. Çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde tek merkezli ve prospektif olarak yürütüldü. 11 Eylül 2019-16 Mart 2020 tarihleri arasında acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalar onam alınarak çalışmaya dahil edildi. Arrest olan, başvuru sırasında acil müdahale gerektiren, intoksikasyon ile gelen, suicidal girişim ile gelen, gebe, ventrikül destek cihazı olan, travma öyküsü olan, yeterli verisi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olgular çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil olan hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), özgeçmişleri (bilinen komorbiditesinin olup olmadığı), acil servise başvuru yakınmaları ve başvuru saati standart veri toplama formuna kaydedildi. Başvuru sırasında bakılan ve sonrasında tanı konulduğu andaki vital bulguları (vücut sıcaklığı, nabız, solunum sayısı, oksijen saturasyonu (SaO₂) ve oksijen desteği alıp almadığı, sistolik ve diyastolik kan basıncı) ile bilinç durumları değerlendirildi. Başvuru anında ve tanı anında NEWS puanları hesaplandı ve veri formuna kaydedildi. Hastalar acil servise başvurduktan sonra takip edileceği birime alınır alınmaz 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) çekimi gerçekleştirildi. Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran ve sorumlu hekimi tarafından değerlendirilip tanı konulan hastalara konulan tanı rapor formuna kaydedildi. Tanı yanı sıra acil serviste kalış süreleri, sonuçları (taburculuk, tedavi reddi, hastaneye yatış, sevk ya da ölüm), hospitalizasyon oranları ile tanılarına göre morbidite (entübasyon, inotrop, ana olumsuz kardiyovasküler olaylar (MACE), solunum cihazı desteği, trombolitik kullanımı, serebrovasküler olay (SVO), miyokard infarktüsü (MI) ve diğer durumlar) ve mortalite (48.saat-30.gün) durumları analiz edildi ve veri formuna kaydedildi. Acil servise göğüs ağrısı ile başvurup taburcu olan hastalarda 48.saat ve 30.gün mortalite takip edildi, hastalara başvurusu sırasında bilgi verilip onay alındıktan sonra telefon ile aranıp veya merkezi kayıt sisteminden bakılıp semptom tekrarları ve tekrar hastane başvuruları olup olmadığı sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmamız süresince acil servise nontravmatik göğüs ağrısı semptomu ile 2428 hasta başvurdu. Çalışma kriterlerini karşılayan 398 hasta çalışmaya alındı. 13 hasta takip eden dönemde veri eksikliği, 17 hasta tedaviyi reddetmesi ve 1 hasta çalışmaya alındıktan hemen sonra acil müdahale gerektirmesi nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. 367 hasta ile çalışma gerçekleştirildi. Olgularımızın yaşlarının medyan değeri 57,00, en düşük değeri 18,00 ve en yüksek değeri 93,00 olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında %65,4'ünün (n=240) erkek, %34,6'sının (n=127) kadın olduğu görüldü. Çalışmamıza dahil olan hastaların sahip olduğu en sık ek hastalık olan diyabet, hipertansiyon

ve koroner arter hastalığının yaşlara göre dağılımına bakıldığında ise hastaların yaşı arttıkça diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı varlığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$). Çalışmamızda hastalara konulan tanılar ciddiyete göre kritik tanı, acil tanı ve acil olmayan tanılar olarak 3'e ayrıldı. Tanı anındaki bakılan vitallerine göre takipnenin ($p < 0,01$) görülme sıklığının tanı ciddiyeti ile arttığı bulundu. Hastaların aldığı tanılar acil tanı ve acil olmayan tanı olarak 2 gruba ayrıldığında ise tanı anında takipne ($p < 0,01$) görülme sıklığı acil tanı olanlarda daha fazlaydı. Hastaları kritik tanı alanlar ve diğerleri olarak 2 gruba ayırdığımızda ise hem başvuru hem de tanı anında takipne görülme sıklığı kritik tanı alan hastalarda daha fazlaydı. Çalışmamızda hastalara konulan tanılarının ciddiyetine baktığımızda; %21,0 ($n=77$) kritik tanı, %17,2 ($n=63$) acil tanı ve %61,9 ($n=227$) acil olmayan tanı mevcuttu. Kritik tanılarının kendi içinde dağılımına bakıldığında ise; %89,6'sı ($n=69$) akut miyokard infarktüsü, %5,2'si ($n=4$) pulmoner emboli, %3,9'u ($n=3$) akut koroner iskemi ve %1,3'ü ($n=1$) aort diseksiyonundan oluşmaktaydı. Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalardan %91,3'ü ($n=335$) başvuru sırasında düşük NEWS puanı, %2,5'i ($n=9$) başvuru sırasında düşük-orta (herhangi bir skordan 3 puan alan hastalar) NEWS puanı, %3,5'i ($n=13$) orta NEWS puanı ve %2,7'si ($n=10$) yüksek NEWS puanı aldı. Çalışmamızda tanı konulduğu andaki NEWS puanlarının dağılımına bakıldığında; %89,4 ($n=328$) düşük NEWS puanı, %3,5 ($n=13$) düşük orta NEWS puanı, %4,1 ($n=15$) orta NEWS puanı ve %3,0 ($n=11$) yüksek NEWS puanı dağılımı görüldü. Akut miyokard infarktüsü (AMI) tanısı konulmayan hastalarda başvuruda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Pnömoni tanısı olmayan hastalarda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Tanı anında bakılan NEWS kategorilerinde de benzer şekilde düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı pnömoni olmayan hastalarda daha fazlaydı ($p < 0,001$). Tanı anında bakılan NEWS puanlarında kırmızı skor görülme oranı pnömoni olan hastalarda olmayanlara göre daha fazla saptandı ($p < 0,01$). Başvuru anında düşük NEWS kategorisinin pnömoni için spesifitesi %97,31, negatif prediktif değeri %92,09 saptandı. Tanı anında ise spesifitesi %98,17, negatif prediktif değeri %90,96 hesaplandı. Tanı anında kırmızı skor varlığının pnömoni için spesifitesi %97,89, negatif prediktif değeri %91,81 bulundu. Tanı anında yüksek NEWS kategorisinin pnömoni için spesifitesi %96,91, negatif prediktif değeri %97,46 saptandı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastalarda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,05$). Başvuru anında nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hiçbir hastada yüksek NEWS kategorisi saptanmadı ($p: 0,068$). Başvuru anında $NEWS \geq 7$ olmasının nonspesifik göğüs ağrısı için negatif prediktif değeri %96,24 hesaplandı. Başvuru anında kırmızı skor nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayanlarda daha sık görüldü ($p: 0,078$). Başvuru anında kırmızı skor varlığının nonspesifik göğüs ağrısı için negatif prediktif değeri %90,98 bulundu. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme oranı daha fazlaydı ($p < 0,01$). Tanı anında nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hasta yüksek NEWS kategorisinde saptanmadı ($p < 0,05$). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayanlarda tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı daha fazla bulundu ($p < 0,01$). Başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı tanı ciddiyeti azaldıkça arttı ($p < 0,001$). Başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığı ise tanı ciddiyeti arttıkça arttı ($p < 0,001$). Acil tanılar ve acil olmayan tanılar olarak başvuru NEWS kategorileri kıyaslandığında; acil olmayan tanılarının başvuruda düşük kategori görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Acil tanılarının ise acil olmayan tanılara göre başvuruda yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,01$) ve kırmızı skor ($p < 0,01$) görülme oranı daha fazla bulundu. Başvuru anında yüksek NEWS kategorisinin acil tanılar için negatif prediktif değeri %99,12, negatif prediktif değeri %96,48 bulundu. Başvuru anında kritik olmayan tanılarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Kritik tanılarda başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,001$) görülme oranı daha fazla bulundu. Yüksek NEWS kategorisinin kritik tanı için negatif prediktif değeri %98,28 saptandı. Tanı anında bakılan NEWS kategorilerinde; kritik olmayan tanılarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlayken ($p < 0,05$), kritik tanılarda yüksek NEWS kategorisi

(p: 0,058) ve kırmızı skor (p <0,01) görülme sıklığı fazla bulundu. Tanı anında yüksek NEWS kategorisinin kritik tanı için negatif prediktif değeri %97,93, kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %92,76 saptandı. Çalışmaya dahil olduğu acil servis başvurusunda yatış olmayan hastalarda yatış olanlara göre başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı (p <0,001). Başvuru anında yüksek NEWS kategorisi (p <0,05) ve kırmızı skor (p <0,001) görülme sıklığı ise yatış olan hastalarda daha yüksek bulundu. Tanı anında bakılan NEWS puanlarında da benzer şekilde yatış olan hastalarda yüksek NEWS kategorisi (p <0,05) ve kırmızı skor (p: 0,072) görülme oranları daha fazlaydı. Yatış için başvuru anında; düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %95,22, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,53, kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %95,96 saptandı. Tanı anında ise yatış için; yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,16, kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %92,28 bulundu. Çalışmaya dahil olan 367 hastadan sadece 5 hastada ölüm meydana geldi. Bu hastaların başvuru anında %60,0'ı (n=3) düşük NEWS kategorisindeyken %40,0'ı (n=2) yüksek NEWS kategorisindeydi. Başvuruda veya başvurudan sonraki 30 günlük takipte invaziv girişim gerçekleşen hastalarla gerçekleşmeyen hastaların başvuru NEWS kategorileri değerlendirildiğinde; invaziv girişim gerçekleşmeyen hastalarda düşük NEWS kategorisi (p <0,001) görülme sıklığı daha fazlayken, invaziv girişim gerçekleşenlerde kırmızı skor (p <0,01) görülme sıklığı fazlaydı. Tanı anında da benzer şekilde invaziv girişim gerçekleşen hastalarda kırmızı skor görülme oranı fazla saptandı (p <0,05). İnvaziv girişim için kırmızı skor varlığının, başvuru anında negatif prediktif değeri %95,15 ve tanı anında negatif prediktif değeri %92,54 saptandı. Acil servis başvurusu sırasında veya başvurudan sonraki 30 gün içinde MACE gelişmeyen hastalarda başvuruda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı fazlayken (p <0,01), MACE gelişen hastalarda başvuruda yüksek NEWS kategorisi (p <0,05) ve kırmızı skor (p <0,01) görülme oranı fazlaydı. Başvuruda MACE için; yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,49, kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %95,09 bulundu. Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalar içinde; ST segment yüksekliği olan miyokard infarktüsü (STEMI) tanısı olmayanlarda düşük NEWS kategorisi (p <0,05) görülme sıklığı fazlayken, STEMI tanısı olanlarda kırmızı skor görülme sıklığı fazlaydı (p <0,05). Acil servisten taburcu olduktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda tanı anında kırmızı skor görülme oranı olmayanlara göre fazla saptandı (p: 0,061). Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme oranı daha fazlaydı (p: 0,094).

SONUÇ: NEWS skoru pnömoni tanısı alan hastalarda hem yüksek spesifite hem de yüksek negatif prediktif değer nedeniyle dışlama tanısında kullanılabilir. Başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ve kırmızı skor varlığı; nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda negatif prediktif değerlerin yüksek olması sebebiyle dışlama aracı olarak kullanılabilir. Kırmızı skor ve yüksek NEWS kategorisi olan hastalarda ilk değerlendirme anında acil tanılar mutlaka akla gelmelidir. Kritik tanılar, acil tanılar ve yatış gerekliliğinin saptanması için, başvuru anında çalışmamızda kategorize ettiğimiz NEWS puanlarının negatif prediktif değerlerinin yüksek saptanması, bu skorların dışlama aracı olarak kullanılabileceğini göstermiştir. İnvaziv girişim için kırmızı skor varlığının negatif prediktif değerinin yüksek olması nedeniyle dışlama aracı olarak kullanılabileceğini düşündürmüştür. Acil servis başvurusunda NEWS kategorisi arttıkça 30 gün içinde MACE gelişme ihtimali artar. Başvuruda yüksek NEWS kategorisi ve kırmızı skor varlığının MACE için negatif prediktif değerleri yüksek olması dışlama aracı olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Çalışmamız güncel literatürde yapılan ilk çalışma olması nedeniyle, elbette benzer çalışmaların daha çok yapılması gereklidir ancak çalışmamızda görüldüğü gibi NEWS kritik ve acil tanıları dışlamada başarılıdır.

ANAHTAR KELİMELE: Göğüs ağrısı; NEWS; MACE; Kritik; Acil

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE VALUE OF THE NATIONAL EARLY WARNING SCORE IN TERMS OF MORTALITY, MORBIDITY AND SAFE DISCHARGE IN ADULT PATIENTS WHO APPLY TO THE EMERGENCY SERVICE WITH CHEST PAIN

INTRODUCTION: Chest pain appears to be the second most common complaint in all emergency room admissions. While acute coronary syndrome is diagnosed in only a minority of patients who present to the emergency department with chest pain symptoms, the vast majority consists of non-cardiac and non-hospitalized diagnoses. For this reason, it is important to use correct risk scoring in order to prevent emergency room crowds and unnecessary hospitalizations without skipping risky diagnoses.

OBJECTIVE: In our study, we aimed to determine the value of the National Early Warning Score (NEWS) in terms of mortality, morbidity, and safe discharge, as well as its diagnostic value, admission decision, and the development of major adverse cardiovascular events (MACE) in adult patients admitted to the emergency department with chest pain

METHOD: The study started after getting approval from Ege University Faculty of Medicine Ethics Committee. The study was conducted in a single center and the prospective manner in the Emergency Service of Ege University Medical Faculty. Patients who presented to the emergency department with chest pain between September 11, 2019, and March 16, 2020, were included in the study after obtaining their consent. Patients with arrest, requiring urgent intervention at admission, presenting with intoxication, presenting with suicidal intervention, pregnant, having a ventricular support device, having a history of trauma, lacking sufficient data, and refusing to participate in the study were excluded from the study. The demographic characteristics (age, gender), personal history (presence or absence of known comorbidities) of the patients included in the study, their complaints of admission to the emergency room, and the time of admission was recorded on the standard data collection form. Vital signs (body temperature, pulse, respiratory rate, SaO₂ (oxygen saturation), oxygen support, systolic and diastolic blood pressure), and state of consciousness were evaluated at the time of admission and at the time of diagnosis. NEWS scores were calculated at the time of admission and diagnosis and recorded in the data form. After the patients were admitted to the emergency service, they were taken to the unit where they will be followed up, and an ECG with 12 leads was performed. Patients who applied to the emergency department with chest pain were evaluated and diagnosed by the responsible physician and their diagnosis were recorded in the case report form. In addition to diagnosis, duration of stay in the emergency room, results (discharge, treatment refusal, hospitalization, referral or death), hospitalization rates and morbidity according to diagnosis (intubation, inotropic, main adverse cardiovascular events (MACE), respiratory device support, thrombolytic use, cerebrovascular event (CVE), myocardial infarction (MI) and other conditions) and mortality (48th hour-30th day) were analyzed and recorded in the data form. Patients who presented to the emergency department with chest pain and were discharged were followed up on the 48th hour and 30th-day mortality. After informing the patients and obtaining approval, they were called by phone or by checking the central registry system to question whether there was a recurrence of symptoms and re-hospital admissions.

RESULTS: During our study, 2428 patients were admitted to the emergency department with nontraumatic chest pain symptoms. 398 patients who met the study criteria were included in the study. Thirteen patients were excluded from the study in the following period due to lack

of data, 17 patients refusing treatment, and 1 patient requiring immediate intervention immediately after being enrolled in the study. The study was conducted with 367 patients. The median value of the ages of our patients was 57.00, the lowest value was 18.00, and the highest value was 93.00. Considering the gender distribution of the patients participating in the study, it was seen that 65.4% (n = 240) were male and 34.6% (n = 127) were female. Considering the distribution of diabetes, hypertension, and coronary artery disease, which are the most common comorbidities of the patients included in our study, by age, a statistically significant difference was found in the presence of diabetes, hypertension and coronary artery disease as the age of the patients increased ($p < 0.001$). In our study, the diagnoses made in the patients were divided into 3 according to seriousness as a critical diagnosis, urgent diagnosis, and non-emergency diagnosis. It was found that the incidence of tachypnea ($p < 0.01$) according to the vitals examined at the time of diagnosis increased with the diagnosis severity. When the diagnoses received by the patients were divided into two groups as urgent diagnosis and non-urgent diagnosis, the incidence of tachypnea at the time of diagnosis ($p < 0.01$) was higher in those with the emergency diagnosis. When we divided the patients into 2 groups as critically diagnosed and others, the incidence of tachypnea at both admission and diagnosis was higher in critically diagnosed patients. When we look at the seriousness of the diagnoses made to the patients in our study; There were 21.0% (n = 77) critical diagnosis, 17.2% (n = 63) emergency diagnosis and 61.9% (n = 227) non-emergency diagnosis. Considering the distribution of critical diagnoses within itself; 89.6% (n = 69) acute myocardial infarction, 5.2% (n = 4) pulmonary embolism, 3.9% (n = 3) acute coronary ischemia and 1.3% (n = 1) consisted of aortic dissection. Of the patients who applied to the emergency department with chest pain, 91.3% (n = 335) had low NEWS score at admission, 2.5% (n = 9) at admission low-moderate (patients scoring 3 points from any score) NEWS score, 3.5% (n = 13) got the middle NEWS score and 2.7% (n = 10) got the high NEWS score. Looking at the distribution of NEWS scores at the time of diagnosis in our study; 89.4% (n = 328) low NEWS score, 3.5% (n = 13) low medium NEWS score, 4.1% (n = 15) medium NEWS score, and 3.0% (n = 11) high NEWS score distribution was seen. The incidence of low NEWS category at admission was statistically significantly higher in patients who were not diagnosed with acute myocardial infarction (AMI) ($p < 0.05$). In patients without a diagnosis of pneumonia, the incidence of the low NEWS category at presentation was statistically significantly higher ($p < 0.05$). Similarly, the incidence of the lower NEWS category was higher in patients without pneumonia in the NEWS categories that were checked at the time of diagnosis ($p < 0.001$). The rate of red score in NEWS scores at the time of diagnosis was higher in patients with pneumonia than in patients without pneumonia ($p < 0.01$). The specificity of the low NEWS category for pneumonia at admission was 97.31%, and its negative predictive value was 92.09%. At the time of diagnosis, the specificity was 98.17%, and the negative predictive value was 90.96%. The specificity of the presence of red score for pneumonia at the time of diagnosis was 97.89%, and the negative predictive value was 91.81%. The specificity of the high NEWS category for pneumonia at the time of diagnosis was 96.91%, and the negative predictive value was 97.46%. The incidence of the low NEWS category was higher in patients diagnosed with nonspecific chest pain ($p < 0.05$). High NEWS category was not found in any patient who was diagnosed with nonspecific chest pain at admission ($p: 0.068$). The negative predictive value for nonspecific chest pain for $\text{NEWS} \geq 7$ at admission was calculated as 96.24%. Red score was observed more frequently in those who were not diagnosed with nonspecific chest pain at presentation ($p: 0.078$). The negative predictive value of the presence of a red score at presentation for nonspecific chest pain was found to be 90.98%. Patients with nonspecific chest pain were more likely to have a low NEWS category at the time of diagnosis ($p < 0.01$). None of the patients who were diagnosed with nonspecific chest pain at the time of diagnosis were in the high NEWS category ($p < 0.05$). The frequency of the red score at the time of diagnosis was higher in those who were not diagnosed with nonspecific chest pain ($p < 0.01$). The incidence of a low NEWS category at admission increased as the diagnosis severity decreased ($p < 0.001$). The frequency of the red score at

admission increased as the severity of the diagnosis increased ($p < 0.001$). Comparing the NEWS categories at the application as emergency and non-emergency diagnoses; Non-emergency diagnoses had a higher incidence of the low category at admission ($p < 0.001$). Emergency diagnoses were found to have a higher NEWS category ($p < 0.01$) and red score ($p < 0.01$) at admission compared to non-emergency diagnoses. The negative predictive value of the high NEWS category at admission for emergency diagnoses was 99.12%, and the negative predictive value was 96.48%. The frequency of the low NEWS category was higher in non-critical diagnoses at admission ($p < 0.001$). High NEWS category ($p < 0.05$) and red score ($p < 0.001$) were found to be higher in critical diagnoses at presentation. The negative predictive value of the high NEWS category for critical diagnosis was 98.28%. In NEWS categories that are checked at the time of diagnosis; While the frequency of low NEWS category was higher in non-critical diagnoses ($p < 0.05$), the frequency of high NEWS category ($p: 0.058$) and red score ($p < 0.01$) were higher in critical diagnoses. The negative predictive value for a critical diagnosis of the high NEWS category at the time of diagnosis was 97.93%, and the negative predictive value for the presence of red score was 92.76%. The frequency of the low NEWS category at admission was higher in patients who were included in the study who were not admitted to the emergency department than those who were hospitalized ($p < 0.001$). The incidence of high NEWS category ($p < 0.05$) and red score ($p < 0.001$) at admission was higher in admitted patients. Similarly, the rates of high NEWS category ($p < 0.05$) and red score ($p: 0.072$) were higher in hospitalized patients in NEWS scores obtained at the time of diagnosis. At the time of application for hospitalization; The negative predictive value of the low NEWS category was 95.22%, the negative predictive value of the high NEWS category was 98.53%, and the negative predictive value of the presence of the red score was 95.96%. At the time of diagnosis, for admission; the negative predictive value of the high NEWS category was 98.16%, and the negative predictive value of the presence of red score was 92.28%. Of the 367 patients included in the study, only 5 patients died. While 60.0% ($n = 3$) of these patients were in the low NEWS category at the time of admission, 40.0% ($n = 2$) were in the high NEWS category. When the application NEWS categories of the patients who had an invasive intervention and those who did not have an invasive procedure during the application or 30-day follow-up after the application were evaluated; While the frequency of the low NEWS category ($p < 0.001$) was higher in patients who did not undergo invasive intervention, the frequency of the red score ($p < 0.01$) was higher in those who had an invasive intervention. Similarly, the rate of occurrence of red scores in patients who underwent invasive intervention at the time of diagnosis was higher ($p < 0.05$). For the invasive intervention, the negative predictive value of the presence of red score at presentation was 95.15% and the negative predictive value at diagnosis was 92.54%. While the incidence of low NEWS category is higher in patients who did not develop MACE during emergency service or within 30 days after admission ($p < 0.01$), patients who developed MACE had a high NEWS category ($p < 0.05$) and red score ($p < 0.01$) incidence was higher. For MACE in the application; The negative predictive value for the high NEWS category was 98.49%, and the negative predictive value for the presence of red score was 95.09%. Among the patients who developed MACE at admission or within 30 days in our study; While the frequency of low NEWS category ($p < 0.05$) was higher in patients with ST-segment elevation without a diagnosis of myocardial infarction (STEMI), the frequency of red score was higher in those with a diagnosis of STEMI ($p < 0.05$). The rate of red score at the time of diagnosis was higher in patients with symptom recurrence or hospital admission within 30 days after discharge from the emergency department ($p: 0.061$). The rate of low NEWS category at diagnosis was higher in patients who did not have a recurrence of symptoms or readmission to the hospital ($p: 0.094$).

CONCLUSION: NEWS score can be used in the exclusion diagnosis of patients diagnosed with pneumonia due to both high specificity and high negative predictive value. High NEWS category and red score presence at the time of application, due to the high negative predictive

values, can be used as a means of exclusion in patients diagnosed with nonspecific chest pain. In patients with a red score and a high NEWS category, emergency diagnoses should come to mind at the first evaluation. The high negative predictive values of NEWS scores, which we categorized in our study at the time of admission, have shown that these scores can be used as an exclusion tool to determine critical diagnoses, emergency diagnoses and the need for hospitalization. It suggested that the presence of a red score for invasive intervention could be used as an exclusion tool due to its high negative predictive value. As the NEWS category increases in the emergency service application, the possibility of developing MACE within 30 days increases. High negative predictive values for MACE with high NEWS category and red score at admission showed that it could be used as an exclusion tool. Of course, since our study is the first study in the current literature, more similar studies are needed, but as seen in our study, NEWS is successful in excluding critical and emergency diagnoses.

KEY WORDS: Chest pain; NEWS; MACE; Critical; Emergency



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Killip Sınıflaması.....	5
Tablo 2. Sgarbossa Kriterleri	6
Tablo 3. Revaskularizasyon stratejisi	9
Tablo 4. TİMİ Skorlaması	10
Tablo 5. GRACE Skorlaması.....	11
Tablo 6. HEART Skorum Sistemi	11
Tablo 7. Perikarditte tipik EKG değişiklikleri evrelemesi.....	18
Tablo 8. Venöz tromboembolizm risk faktörleri	20
Tablo 9. Wells Skoruması.....	22
Tablo 10. Geneva Risk Skoruması.....	22
Tablo 11. 3 kriterden birinin olması hastanın hemodinamik bozukluğu olduğunu işaret eder.	24
Tablo 12. Pulmoner Emboli Şiddet Skoru	24
Tablo 13. Pulmoner Emboli Şiddet Skorumun Risk Derecelendirmesi	25
Tablo 14. CURB 65 Puanlaması.....	27
Tablo 15. Pnömoni Ağırlık Skoru (PSI)	28
Tablo 16. Akut pankreatit etiyolojisinde rol oynayanlar	31
Tablo 17. NEWS Skorum Sistemi	37
Tablo 18. NEWS puanlarının risk derecesi.....	37
Tablo 19. NEWS risk grubuna göre klinik yaklaşım.....	38
Tablo 20. Çalışmamızda en sık görülen ek hastalıkların yaş grubuna göre dağılımı	45
Tablo 21. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin yaş grubuna göre dağılımı	45
Tablo 22. Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anında oksijen desteği varlığının yaşlara göre dağılımı.....	46
Tablo 23. Hastalara konulan tanılardan AMI, UAP, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısının yaş gruplarına göre dağılımı	46
Tablo 24. Hastaların tanı aciliyetinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	47
Tablo 25. Çalışmaya dahil olan hastaların acil servis başvurusunda yatış durumunun yaş gruplarına göre dağılımı	47
Tablo 26. Hastaların morbiditelerinin yaş gruplarına göre dağılımı.....	48
Tablo 27. MACE alt gruplarının yaşlara göre dağılımı	49
Tablo 28. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımı	50
Tablo 29. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımı.....	50

Tablo 30. En sık görülen ek hastalıkların cinsiyete göre dağılımı.....	51
Tablo 31. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin cinsiyetlere göre dağılımı	52
Tablo 32. Hastaların tanı anındaki vitallerinin cinsiyete göre dağılımı.....	52
Tablo 33. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin cinsiyete göre dağılımı.....	53
Tablo 34. Hastaların acil serviste kalış süreleri ve yoğun bakım yatış sürelerinin cinsiyete göre dağılımı.....	54
Tablo 35. Morbidite varlığının cinsiyete göre dağılımı	54
Tablo 36. Hastaların morbiditelerinin cinsiyete göre dağılımı	55
Tablo 37. MACE görülen hastalarda MACE alt gruplarının cinsiyete göre dağılımı	55
Tablo 38. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin cinsiyete göre dağılımı.....	56
Tablo 39. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin cinsiyete göre dağılımı.....	56
Tablo 40. Çalışmaya katılan hastalarda komorbid (ek) hastalık oranı ve sayıları	57
Tablo 41. Çalışmaya katılan hastalarda mevcut olan ek hastalıklar	58
Tablo 42. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden oksijen satürasyonunun ek hastalık varlığına göre dağılımı.....	59
Tablo 43. Hastaların tanı anındaki vitallerin ek hastalık varlığına göre dağılımı.....	59
Tablo 44. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden hipoksinin ek hastalık varlığına göre dağılımı.....	60
Tablo 45. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı	60
Tablo 46. Hastalara konulan tanılardan AMI, UAP, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısının ek hastalık varlığına göre dağılımı	60
Tablo 47. Çalışmaya katılan hastaların ek hastalık sayısının nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanısı varlığına göre dağılımı.....	61
Tablo 48. Hastaların acil serviste kalış süreleri ve yatış sürelerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı.....	61
Tablo 49. Hastaların 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusunun ek hastalık varlığına göre dağılımı	62
Tablo 50. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı	62
Tablo 51. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı.....	63
Tablo 52. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı ve satürasyonun ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı	63
Tablo 53. Hastaların tanı anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, solunum sayısı ve satürasyonun ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı	64

Tablo 54. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden hipoksinin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı.....	64
Tablo 55. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinden hipertansiyon ve takipnenin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı	65
Tablo 56. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı.....	65
Tablo 57. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, pnömoni, nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanılarının ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı.....	66
Tablo 58. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının hipertansiyon varlığına göre dağılımı.....	66
Tablo 59. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı.....	67
Tablo 60. Hastaların tanı anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı.....	68
Tablo 61. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinden hipertansiyon ve takipnenin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı	68
Tablo 62. Çalışmaya katılan hastalara konulan nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanılarının ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı	69
Tablo 63. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı	69
Tablo 64. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, nabız ve satürasyonun ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı.....	70
Tablo 65. Hastaların tanı anındaki vitallerinden nabız ve satürasyonun ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı	70
Tablo 66. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden taşikardinin ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı	71
Tablo 67. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, pnömoni, nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanılarının ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı.....	71
Tablo 68. Çalışmaya katılan hastalarda acil servis kalış sürelerinin en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'a göre dağılımı.....	72
Tablo 69. Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'ın başvuruda veya 30 gün içinde MACE (Ana olumsuz kardiyovasküler olaylar) varlığına göre dağılımı.....	73

Tablo 70. Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'nın 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusuna göre dağılımı	73
Tablo 71. Hastaların acil servise başvuru anındaki NEWS puan dağılımı	74
Tablo 72. Hastaların tanı anındaki NEWS puan dağılımı.....	75
Tablo 73. Çalışmaya katılan hastaların başvuru anındaki NEWS kategorileri ile tanı anındaki NEWS kategorilerinin dağılımı	76
Tablo 74. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı	76
Tablo 75. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı	77
Tablo 76. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin AMI varlığına göre dağılımı	78
Tablo 77. Başvuru anındaki NEWS değerlerinin (düşük ve diğerleri/ kırmızı skor) AMI için tanısal değeri tablosu	78
Tablo 78. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin AMI varlığına göre dağılımı.....	79
Tablo 79. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin UAP varlığına göre dağılımı	79
Tablo 80. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin UAP varlığına göre dağılımı	80
Tablo 81. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin pnömoni varlığına göre dağılımı	80
Tablo 82. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin pnömoni varlığına göre dağılımı	81
Tablo 83. NEWS değerlerinin (düşük ve diğerleri) pnömonide tanısal değeri tablosu	81
Tablo 84. Tanı anındaki NEWS değerlerinin (yüksek/diğerleri ve kırmızı skor varlığı) pnömonide tanısal değeri tablosu	82
Tablo 85. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı.....	82
Tablo 86. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısında tanısal değeri tablosu.....	83
Tablo 87. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı	83
Tablo 88. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı	84
Tablo 89. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı	85
Tablo 90. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (acil ve diğerleri) dağılımı	86
Tablo 91. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetindeki (kritik+acil tanı) yeri	86

Tablo 92. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (acil ve diğerleri) dağılımı	87
Tablo 93. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre (kritik ve diğerleri) dağılımı	88
Tablo 94. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin kritik tanıda tanısal değeri tablosu.....	88
Tablo 95. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (kritik ve diğerleri) dağılımı	89
Tablo 96. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin kritik tanıda tanısal değeri tablosu.....	89
Tablo 97. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yatış durumuna göre dağılımı	90
Tablo 98. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda yatışı öngörmedeki yeri	90
Tablo 99. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin yatış durumuna göre dağılımı	91
Tablo 100. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda yatışı öngörmedeki yeri	91
Tablo 101. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı.....	92
Tablo 102. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı.....	92
Tablo 103. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin başvuru anında veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı.....	93
Tablo 104. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin başvuru anında veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı	94
Tablo 105. Çalışmada hesaplanan NEWS değerlerinin başvuru veya 30 gün içinde invaziv girişimi öngörmedeki yeri	95
Tablo 106. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin başvurusunda veya taburculuktan sonraki 30 gün içinde MACE gelişimine göre dağılımı	95
Tablo 107. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin başvurusunda veya taburculuktan sonraki 30 gün içinde MACE gelişimine göre dağılımı	96
Tablo 108. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda MACE'yi öngörmedeki yeri	97
Tablo 109. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI varlığına göre dağılımı.....	97
Tablo 110. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI varlığına göre dağılımı.....	98
Tablo 111. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde STEMI varlığına göre dağılımı	99

Tablo 112. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde STEMI varlığına göre dağılımı	99
Tablo 113. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusuna göre dağılımı	100
Tablo 114. Çalışmaya katılan hastalarda acil servis başvurusunda en sık konulan tanılar ...	101
Tablo 115. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, Nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda nefes darlığı varlığına göre dağılımı.....	101
Tablo 116. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının çalışmaya dahil oldukları başvurularında yoğun bakım veya servis yatış durumuna göre dağılımı	102
Tablo 117. Çalışmamızda nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanısı alan hastaların acil servis kalış sürelerinin dağılımı.....	103
Tablo 118. Çalışmaya katılan hastalara konulan UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı.....	103
Tablo 119. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, Nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı .	104
Tablo 120. Çalışmaya katılan hastalara konulan UAP tanısının başvuruda veya 30 gün içinde morbidite varlığına göre dağılımı	104
Tablo 121. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı.....	105
Tablo 122. Çalışmaya katılan hastalarda görülen morbiditelerin yatış durumuna göre dağılımı	107
Tablo 123. Çalışmaya katılan hastaların 30 gün içinde sağkalımının yatış durumuna göre dağılımı.....	107
Tablo 124. Çalışmaya katılan hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığının sağkalıma göre dağılımı.....	109
Tablo 125. Çalışmaya katılan hastalarda taburculuktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusunun; başvuruda veya 30 gün içinde morbidite varlığına göre dağılımı.....	110
Tablo 126. Çalışmaya katılan hastalarda taburculuktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusunun; başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı.....	110
Tablo 127. Hastaların başvuru vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerleri	111
Tablo 128. Hastaların tanı anındaki vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerleri .	111

Tablo 129. Hastaların başvuru ve tanı anındaki bilinç durumları.....	111
Tablo 130. Hastaların başvuru ve tanı anındaki oksijen desteği durumu	111
Tablo 131. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden solunum sayısı, satürasyon ve ateşin nefes darlığı varlığına göre dağılımı.....	112
Tablo 132. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin AMI varlığına göre dağılımı	113
Tablo 133. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncının UAP varlığına göre dağılımı.....	113
Tablo 134. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinin pnömoni varlığına göre dağılımı	114
Tablo 135. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinin pnömoni varlığına göre dağılımı....	114
Tablo 136. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinin nonspesifik göğüs ağrısı tanısı varlığına göre dağılımı.....	115
Tablo 137. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinden ateşin tanı aciliyetine göre dağılımı.....	116
Tablo 138. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun tanı aciliyetine göre dağılımı	116
Tablo 139. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinden ateşin kritik tanı varlığına göre dağılımı.....	116
Tablo 140. Çalışmaya katılan hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun kritik tanı varlığına göre dağılımı	117
Tablo 141. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin NEWS kategorilerine göre dağılımı....	118
Tablo 142. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS düşük ve diğerleri).....	119
Tablo 143. Hastaların tanı anındaki vitallerinin tanı NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS düşük ve diğerleri)	120
Tablo 144. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS yüksek ve diğerleri).120	
Tablo 145. Hastaların tanı anındaki vitallerinden nabızın tanı NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS yüksek ve diğerleri)	121
Tablo 146. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin başvuru NEWS kırmızı skor varlığına göre dağılımı.....	121
Tablo 147. Hastaların tanı anındaki vitallerinin tanı NEWS kırmızı skor varlığına göre dağılımı.....	122
Tablo 148. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin yatış durumuna göre dağılımı.122	

Tablo 149. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun hastaların yatış durumuna göre dağılımı	123
Tablo 150. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin hastaların yatış durumu ve yattığı yere göre dağılımı.....	123
Tablo 151. Hastaların Tanı anındaki vitallerinin hastaların yatış durumu ve yattığı yere göre dağılımı.....	125
Tablo 152. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin hastaların 30 gün sağkalım durumuna göre dağılımı.....	127
Tablo 153. Tanı anındaki vitallerin hastaların 30 gün sağkalım durumuna göre dağılımı	127
Tablo 154. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin morbidite varlığına göre dağılımı	128
Tablo 155. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun morbidite varlığına göre dağılımı	128
Tablo 156. Hastaların tanı anındaki vitallerinin solunum cihazı desteği kullanımına göre dağılımı.....	129
Tablo 157. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim geçirme durumuna göre dağılımı	129
Tablo 158. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim geçirme durumuna göre dağılımı.....	130
Tablo 159. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden nabız ve ateşin başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı	130
Tablo 160. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısının başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı	131
Tablo 161. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncının; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda PCI varlığına göre dağılımı.....	131
Tablo 162. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda STEMI varlığına göre dağılımı	132
Tablo 163. Hastaların tanı anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda STEMI varlığına göre dağılımı	132
Tablo 164. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI varlığına göre dağılımı	133
Tablo 165. Hastaların tanı anındaki vitallerinin; başvuruda ve 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI varlığına göre dağılımı	134

Tablo 166. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden diyastolik kan basıncının; 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı	134
Tablo 167. Hastaların tanı anındaki vitallerinden diyastolik kan basıncının; 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı	135
Tablo 168. Hastaların başvuru anındaki kategorik vital dağılımları.....	135
Tablo 169. Hastaların tanı anındaki kategorik vital dağılımları	135
Tablo 170. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoksinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı	136
Tablo 171. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi ve hipoksinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı.....	136
Tablo 172. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin başvuru NEWS kategorisine göre dağılımı.....	137
Tablo 173. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden bradikardi, takipne ve hipoksinin başvuru NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı	138
Tablo 174. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin başvuru NEWS kategorilerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı	138
Tablo 175. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorisine göre dağılımı	139
Tablo 176. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorisine göre dağılımı.....	140
Tablo 177. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardi, bradikardi, takipne ve hipoksinin tanı anındaki NEWS kategorisine (düşük ve diğerleri) göre dağılımı.....	141
Tablo 178. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin tanı anındaki NEWS kategorisine (düşük ve diğerleri) göre dağılımı.....	141
Tablo 179. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardinin tanı anındaki NEWS kategorisine (yüksek ve diğerleri) göre dağılımı.....	142
Tablo 180. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardi, bradikardi, takipne ve hipoksinin; tanı NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı.....	142
Tablo 181. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin tanı NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı.....	143
Tablo 182. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı.	144
Tablo 183. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı	145
Tablo 184. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden bradikardi ve takipnenin, tanı aciliyetine (acil tanılar(kritik+acil)/acil olmayan tanılar) göre dağılımı	146

Tablo 185. Hastalarda başvuru anında takipne varlığının tanı aciliyetine (kritik tanı/diğerleri (acil+acil olmayan tanılar) göre dağılımı	146
Tablo 186. Hastalarda tanı anında takipne varlığının tanı aciliyetine (kritik tanı/diğerleri) göre dağılımı.....	146
Tablo 187. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipnenin, hastalarda AMI (akut miyokard infarktüsü) varlığına göre dağılımı	147
Tablo 188. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipnenin, hastalarda AMI varlığına göre dağılımı.....	147
Tablo 189. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve taşikardinin, hastalarda UAP varlığına göre dağılımı	147
Tablo 190. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve bradikardinin, hastalarda UAP varlığına göre dağılımı	148
Tablo 191. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon, takipne ve hipoksinin hastalarda pnömoni varlığına göre dağılımı	148
Tablo 192. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyonun, hastalarda pnömoni varlığına göre dağılımı	149
Tablo 193. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipoksinin, hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı.....	149
Tablo 194. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipnenin hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı	149
Tablo 195. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoterminin hastalarda başvuru sırasında yatış durumuna göre dağılımı.....	150
Tablo 196. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin, hastalarda başvuru sırasında yatış durumuna göre dağılımı	151
Tablo 197. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı.....	152
Tablo 198. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin, yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı.....	153
Tablo 199. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipoterminin, hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı	153
Tablo 200. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve takipnenin, hastalarda 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı.....	154
Tablo 201. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyonun; MACE gelişen hastalar içinde PCI varlığına göre dağılımı.....	154

Tablo 202. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipoterminin, hastalarda invaziv girişim varlığına göre dağılımı	154
Tablo 203. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin hastalarda invaziv girişim varlığına göre dağılımı.....	155
Tablo 204. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin hastalarda morbidite varlığına göre dağılımı.....	156
Tablo 205. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardinin, 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı	157
Tablo 206. Çalışmaya katılan hastalarda tanı aciliyetinin başvuru anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı.....	157
Tablo 207. Çalışmaya katılan hastalarda yatış durumunun başvuru anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı.....	157
Tablo 208. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipnenin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı	158
Tablo 209. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoksinin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı.....	158
Tablo 210. Çalışmaya katılan hastalarda tanı aciliyetinin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı.....	159
Tablo 211. Çalışmaya katılan hastalarda yatış durumunun tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı.....	159

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Göğüs ağrısının farklı tanıları	3
Şekil 2. Sol ana koroner arter tıkanıklığı.....	6
Şekil 3. Sol sirkumfleks arter tıkanıklığı, inferior miyokard infarktüsü.....	7
Şekil 4. Sağ koroner arter başlangıç bölgesi tıkanıklığı, sağ ventrikül miyokard infarktüsü.....	7
Şekil 5. Sol ön inen koroner arter başlangıç kısmı tıkanıklığı, ön ve ara duvar miyokard infarktüsü	8
Şekil 6. Klasik kardiyak tamponad fizik muayene bulguları: Beck Üçlüsü.....	17
Şekil 7. Perikardit nedenleri	18
Şekil 8. Çalışmamızda hasta akış şeması	44
Şekil 9. Yoğun bakıma yatan hastalarda yatış süresi ve mortalite	106
Şekil 10. Kritik, acil ve acil olmayan tanılarda genel mortalite	108

KISALTMALAR LİSTESİ

AKS	: Akut koroner sendrom
AMI	: Akut miyokard infarktüsü
AVCPU	: Alert, sözel, konfüzyon, ağrı, cevap yok
AVPU	: Alert, sözel, ağrı, cevap yok
BNP	: B-tipi natriüretik peptid
BPH	: Benign prostat hiperplazisi
BT	: Bilgisayarlı tomografi
BUN	: Kan üre nitrojeni
CH	: Crohn hastalığı
CRB-65	: Konfüzyon, solunum sayısı, kan basıncı, yaş
CURB-65	: Konfüzyon, üre, solunum sayısı, kan basıncı, yaş
DM	: Diyabetes mellitus
EKG	: Elektrokardiyografi
ERCP	: Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
EUS	: Endoskopik ultrasonografi
GA	: Göğüs ağrısı
GİS	: Gastrointestinal sistem
GÖRH	: Gastroözefageal reflü hastalığı
GRACE	: Akut kardiyak olayların global kaydı
HBV	: Hepatit B virüsü
HCV	: Hepatit C virüsü
HEART	: Hikâye, elektrokardiyografi, yaş, risk faktörü, troponin
HKMP	: Hipertrofik kardiyomiyopati
HDL	: Yüksek yoğunluklu protein
HT	: Hipertansiyon

İTP	: İmmun trombositopeni
KAH	: Koroner arter hastalığı
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
KKY	: Konjestif kalp yetmezliği
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
KVS	: Kardiyovasküler sistem
LDL	: Düşük yoğunluklu protein
MACE	: Ana olumsuz kardiyovasküler olaylar
MI	: Miyokard infarktüsü
MRCP	: Manyetik rezonans kolanjiyo pankreatografi
MRG	: Manyetik rezonans görüntüleme
MVP	: Mitral valv prolapsusu
MY	: Mitral yetmezlik
NEWS	: Ulusal Erken Uyarı Skoru
NEWSDIG	: Ulusal Erken Uyarı Skoru Geliştirme ve Uygulama Grubu
NSTEMI	: St segment yüksekliği olmayan miyokard infarktüsü
PCI	: Perkütan koroner girişim
PESI	: Pulmoner Emboli Şiddet Skoru
PPI	: Proton pompa inhibitörü
PSI	: Pnömoni şiddet indeksi
RA	: Romatoid artrit
RKMP	: Restriktif kardiyomiyopati
SaO₂	: Oksijen saturasyonu
SS	: Sjögren sendromu
STEMI	: ST segment yüksekliği olan miyokard infarktüsü
SVO	: Serebrovasküler olay
TIMI	: Miyokard infarktüsünde tromboliz

TKP	: Toplum kaynaklı pnömoni
TOE	: Transözefagial ekokardiyografi
TTE	: Transtorasik ekokardiyografi
UAP	: Kararsız (anstabil) anjina pektoris
ÜK	: Ülseratif kolit
YB	: Yoğun bakım



1. GİRİŞ

Göğüs ağrısı, toraks ön duvarında hissedilen hastalar tarafından farklı şekillerde tanımlanan visseral ağrının belirsizliği nedeniyle içerisinde pek çok acil durumu barındıran bir semptomdur. Kalpten, akciğerden, büyük damarlardan ve özefagustan gelen lifler aynı torasik gangliyona girmeleri sebebiyle bu organlar aynı lokalizasyon ve belirsizlikte semptom ortaya çıkarırlar (1). Visseral göğüs ağrısı yanma, batma, basınç şeklinde tam olarak lokalize edilemeyen belirtilerle kendini gösterebilir. Bulantı kusma gibi semptomalar da visseral ağrının bir yansıması olabilir. Bunun yanında visseral liflerin omurilikte somatik liflerle olan etkileşiminin bir sonucu olarak; iskemik kalp ağrısı yansıyan ağrı olarak omuz, çene, sağ veya sol kolda hissedilebilir. Somatik ağrılar hasta tarafından daha net lokalize edilebilir. Visseral ağrıların aksine hastalar ağrıyı daha keskin şekilde tarif ederler. Göğüs ağrısının bu karmaşık yapısı nedeniyle ayırıcı tanıya pek çok hastalık girer. Bu hastalıklar kritik tanılar, acil tanılar ve acil olmayan tanılar olmak üzere 3 ana başlıkta toplanır (1).

Göğüs ağrısı tüm acil servis başvurularına bakıldığında, ikinci en yaygın şikayet olarak karşımıza çıkmaktadır (2). Literatürde acil servis ile ilgili yapılan prospektif bir çalışmada en sık görülen başvuru şikayeti %13,2 ile karın ağrısı semptomu iken bunu %12,6 ile göğüs ağrısı takip etmektedir (3). Acil servise maliyet yükünü arttıran ve başvurusu sayısı oldukça fazla olan göğüs ağrısı semptomunun tanı ve risk skorlaması oldukça önemlidir.

Akut koroner sendromların risk skorlamasında literatürde önerilen 3 skorlama sistemi; Miyokard İnfarktüsünde Tromboliz (TIMI), Akut Kardiyak Olayların Global Kaydı (GRACE), hikaye, elektrokardiyografi (EKG), yaş, risk faktörü, troponin (HEART). Güncel literatürde 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada HEART skoru düşük, orta ve yüksek riskli saptanan hastalarda sırasıyla %3,1, %46,2 ve %93,7 oranında 30 gün içinde ana olumsuz kardiyovasküler olaylar (MACE) (miyokard infarktüsü (ST segment yüksekliği olan miyokard infarktüsü (STEMI), ST segment yüksekliği olmayan miyokard infarktüsü (NSTEMI)), kararsız (anstable) anjina pectoris (UAP), perkütan koroner girişim (PCI), bypass ve ölüm) geliştiği saptanmıştır. Aynı çalışmada TIMI skoru düşük, orta, yüksek riskli saptanan hastalarda 30 gün içinde MACE gelişimi sırasıyla %10,1, %55,6, %86,6 saptanırken GRACE düşük, orta, yüksek riskli hesaplananlarda sırasıyla %22,2, %60,7, %87,7 saptanmıştır. Düşük risk skoru hesaplanan hastalarda MACE tahmini açısından; TIMI skorunun sensitivitesi %90,0, spesifitesi %63,0, pozitif prediktif değeri %65,2, negatif prediktif değeri %89,9; HEART skorunun sensitivitesi %99,5, spesifitesi %36,6, negatif prediktif değeri %99,0, pozitif prediktif değeri %54,0; GRACE skorunun ise sensitivitesi %70,9, spesifitesi %77,2, negatif prediktif değeri %77,8 ve

pozitif prediktif değeri %70,3 saptanmıştır (4). Başvuruların sadece az bir kısmında akut koroner sendrom tanısı konulurken, büyük çoğunluğu kardiyak olmayan ve hastane yatışı gerektirmeyen tanılardan oluşur. Bu sebepten ötürü riskli tanıları atlamadan acil servis kalabalığını ve gereksiz hastane yatışlarını önlemek amacıyla doğru risk skorlamasının kullanımı önem arz etmektedir Akut koroner sendrom mortalite ve morbiditesini öngören birçok skorlama sistemi olmasına karşın, tüm göğüs ağrılarını içeren bir skorlama sistemi henüz mevcut değildir.

Acil servise başvuran hastaların kötüleşmesini önceden tahmin edebilmek ve doğru triyajı yapabilmek adına erken uyarı skorlarının kullanımları önerilmekte ve kullanılmaktadır. Bunlardan sık kullanılan bir tanesi de Ulusal Erken Uyarı Skoru (NEWS)'dur (5). Ulusal Erken Uyarı Skoru (NEWS), solunum sayısı, oksijen doygunluğu ve kullanımı, ateş, sistolik kan basıncı, nabız ve bilinç durumundan oluşan 7 fizyolojik parametreye dayanan kullanımı kolay bir skorlama sistemidir (5). Skorlamanın çıkış noktası hastaların ölüm sebeplerinin hastalık değil, bozulan fizyolojik parametreler olmasıdır. Bu nedenledir ki NEWS 24 saat içinde kardiyak arrest, yoğun bakım kabulü ve ölüm gibi morbidite ve mortalite belirlenmesinde diğer erken uyarı skorlamalarına göre daha üstün bulunmuştur (5).

Çalışmamızda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran erişkin hastalarda NEWS'in mortalite, morbidite ve güvenli taburculuk açısından değerinin araştırılması; bunun yanısıra tanısal değeri, yatış kararı ve MACE gelişimi açısından değerinin belirlenmesi amaçlandı. NEWS erken uyarı sistemleri içinde kullanımı kolay ve yoğun bakım çalışmalarında yüz güldürücü olması nedeniyle sık kullanılmaktadır. Ancak güncel literatüre baktığımızda bu skorlama sisteminin henüz göğüs ağrısı hastalarında kullanıldığı bir çalışma olmadığını görmekteyiz.

Çalışmamızın hipotezi; Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun göğüs ağrısı ile acil servise başvuran erişkin hastalarda mortalite ve morbiditeyi öngörmedeki gücü yüksektir olarak belirlendi.

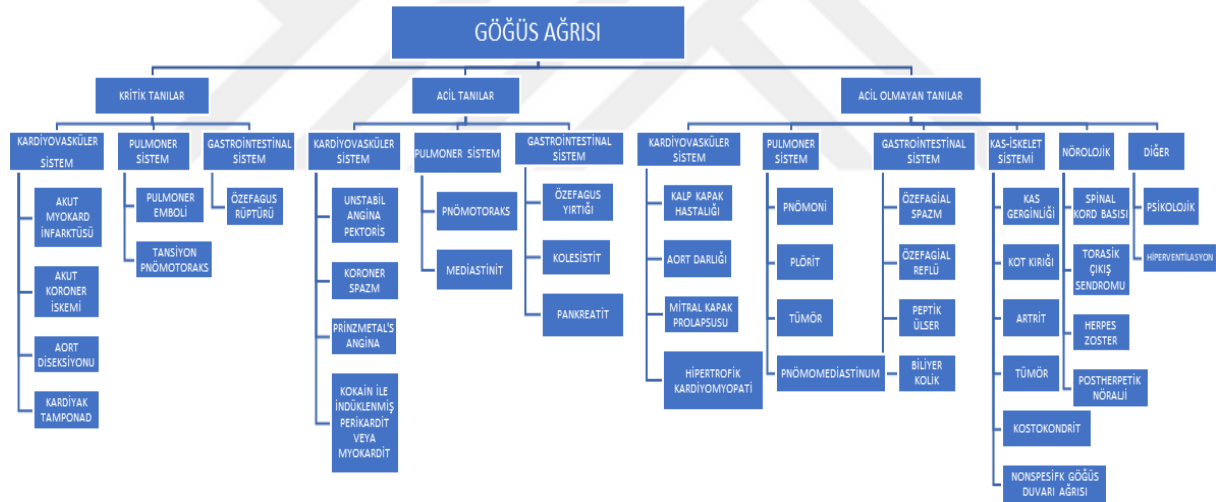
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Göğüs Ağrısı Tanımı

Göğüs ağrısı, toraks boşluğundaki organlardan, vasküler yapılardan veya kas, kemik gibi yumuşak doku elemanlarından kaynaklanan; göğüs duvarı ve sırtta hissedilen rahatsızlık hissidir. Bunun yanında karın içerisindeki organlarla ilgili patolojiler de visseral ve somatik yollarla göğüs ağrısı olarak hissedilebilir. Akut göğüs ağrısı tanımı 24 saat içinde ani başlayan ağrıdır.

2.2. Göğüs Ağrısı Tanıları

Göğüs ağrısının birçok nedeni bulunmaktadır. Göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda acil servis hekiminin birincil amacı pulmoner emboli, akut koroner sendrom ve aort diseksiyonu gibi kritik tanıları tespit etmektir (6).



Şekil 1. Göğüs ağrısının farklı tanıları (1)

2.2.1. Kardiyovasküler Sistemi İlgilendiren Tanılar

2.2.1.1. Akut Miyokard İnfarktüsü (AMİ)

Akut koroner sendrom terimi kardiyak iskemi veya infarktın klinik belirtileri olan hastaların tanımlamasında kullanılır. STEMİ, NSTEMİ ve UAP olarak 3 tanımı içerir. Akut miyokard infarktüsü ST segment yüksekliği olan ve ST segment yüksekliği olmayan olarak ikiye ayrılabilir (7)(8)(9). Etiyolojisinde koroner kan akımında meydana gelen azalma rol

oyunar. Azalmış koroner kan akımı sonucunda kardiyak miyositlerde oksijenlenme yetersiz olur. Bu durum iskemi olarak adlandırılır. İskemi, eğer ilk 4 saat içerisinde tekrar oksijenlenme sağlanırsa geri döndürülebilir bir durumdur (10). Fakat iskeminin devam etmesi geri dönüşsüz hücre ölümüne yani infarkta sebep olur. Miyokardiyal iskemiye sebep olan birçok faktör mevcuttur. Aterosklerotik plakların yol açtığı tromboz, koroner arter embolisi, kokain gibi uyarıcı maddeler, diseksiyon ve koroner vazospazm bu faktörlerden bazılarıdır (11)(12).

Sistolik ve diyastolik fonksiyon bozuklukları ve aritmiler meydana gelebilir (10).

Akut miyokardiyal infarktüsü 5 tipe ayrılmıştır:

Tip 1: Akut miyokardiyal iskeminin klinik bulguları ile birlikte olan miyokardiyal hasara, ardışık ölçümlerde normalin üst sınırından daha yüksek olan kardiyak belirteç (troponin) değerlerinde yükselişin ve/veya düşüşün eşlik etmesi ve aşağıdakilerden en az birinin olması;

- Miyokardiyal iskeminin semptomları,
- EKG’de yeni gelişen iskemik değişiklikler,
- Yeni gelişen patolojik q dalgaları,
- Miyokard hücrelerinin kaybına sekonder iskemik etiyoloji ile uyumlu bölgelerde yeni gelişen duvar hareket kusurunun görüntüleme ile kanıtlanması.

Tip 2: Akut miyokardiyal iskeminin semptom ve bulgularının yeni gelişen aterotromboza bağlı olmaksızın oksijen sunumunun azalması nedeniyle ortaya çıkması.

Tip 3: Yeni gelişen akut miyokardiyal iskemi semptomları ve iskemik EKG değişiklikleri sonrasında henüz kardiyak belirteçler alınamadan gerçekleşen veya AMI tanısının otopside konulduğu kardiyak ölüm.

Tip 4 ve 5: AMI sonrasında uygulanan koroner dolaşımın yeniden sağlanması işlemlerini (perkütan koroner girişim, koroner bypass) takip eden süreçte Tip 1 AMI kriterlerini karşılayan hastalar (13).

2.2.1.1.1. ST Segment Yüksekliği Olan Miyokard İnfarktüsü

STEMI; miyokarddaki oksijen yetersizliğine bağlı olarak göğüs ağrısı veya eşdeğeri olabilecek semptomlarla birlikte birbirini takip eden iki derivasyonda ST yükselmesi olmasına bağlı ortaya çıkan klinik duruma verilen isimdir (14). İleri yaş, böbrek yetmezliği, diyabetes mellitus varlığı, hastalıklı koroner arter sayısı, tedaviye başlama süresi ve stratejisi, geçirilmiş miyokard infarktüsü öyküsü, killip sınıflaması (Tablo 1), kalbin pompa fonksiyonu ve erken uyarı ağları gibi birçok faktör bu hastaların mortalitesinde etkilidir (14). Yaş ortalamasına

bakıldığında 60 yaş altında erkeklerde daha sık görülürken, 75 yaş üstü vakaların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır (15).

Tablo 1. Killip Sınıflaması

KİLLİP SINIFLAMASI	
SINIF I	Sol ventrikül disfonksiyonu bulgusu yok
SINIF II	Hafif veya orta dereceli akciğer konjesyonu, S3 gallop ritmi, akciğerde ral olması
SINIF III	Akut ciddi akciğer ödemi
SINIF IV	Kardiyojenik şok

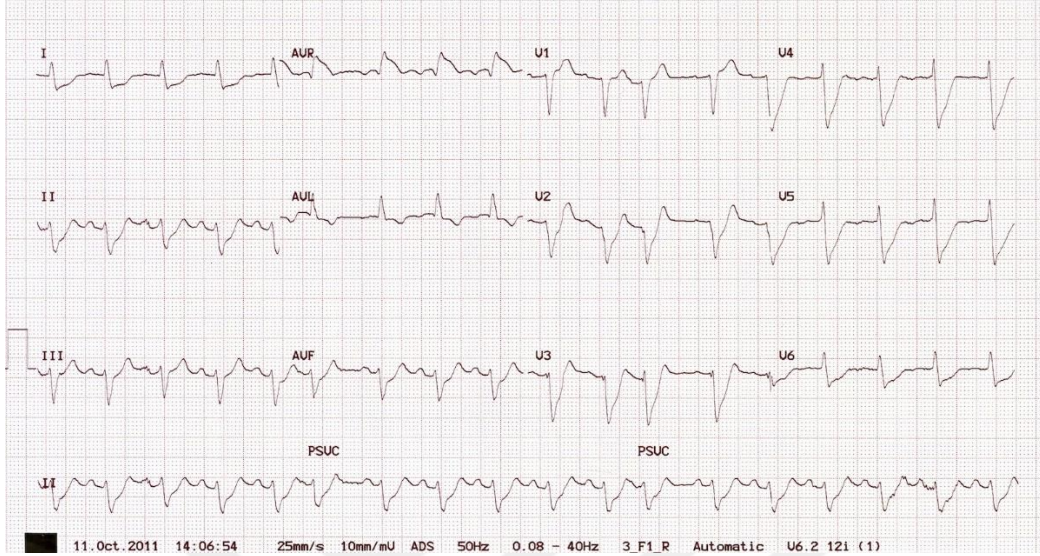
Killip Sınıflaması kalp yetmezliği derecesini belirlemek için kullanılır. STEMI sonrasında perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastane içi mortalite Killip sınıfı ile artış göstermektedir. (I-% 1,5, II-% 3,7, III-% 16,7, IV-% 36,7).(16)

STEMI tanısı miyokard iskemisi ile uyumlu semptomlar ve buna eşlik eden 12 derivasyonlu EKG görüntülemesinde ilişkili derivasyonlardaki ST segment yükselmesine dayanır. Kardiyak iskemi ile uyumlu göğüs ağrısı tipik olarak baskı tarzı, yanıcı ve sıkıştırıcı şeklinde tanımlanır. Önceden bilinen koroner arter hastalığı öyküsü varlığı ve ağrının boyuna, alt çene veya sol kola ağrı yayılımı bu durumu destekler. Bunun yanında göğüs ağrısı olmaksızın nefes darlığı, bulantı/kusma, yorgunluk, çarpıntı veya bayılma gibi semptomalar da göğüs ağrısı eşdeğeri kabul edilir ve uyumlu EKG değişiklikleri durumunda STEMI olarak değerlendirilir (17). 2017 yılında yayınlanan Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti'nin STEMI klavuzunda ilk 10 dakika içinde EKG çekilmesi güçlü öneri olarak yer almaktadır (14).

STEMI ile uyumlu EKG bulguları:

- En az iki birbirini takip eden derivasyonda ST segment yükselmesi
 - o V2-V3 derivasyonlarında
 - <40 yaş erkeklerde ≥ 2.5 mm,
 - ≥ 40 yaş erkeklerde ≥ 2 mm,
 - Kadınlarda ≥ 1.5 mm ve/veya
 - o Diğer derivasyonlarda ≥ 1 mm
- V1-3 derivasyonlarında ≥ 0.5 mm ST segment çökmesine eşlik eden T dalga pozitifliği ile birlikte V7-9 derivasyonlarında ≥ 0.5 mm ST segment yükselmesi (posterior miyokard infarktüsü (MI))(18)
- Sol dal bloğu ve kalp pili olan hastalarda Sgarbossa kriterlerini karşılayan hastalar (Tablo 2)

- aVR derivasyonuna eşlik eden veya etmeyen V1 derivasyonundaki ≥ 1 mm ST segment yükselmesine eşlik eden, 8 veya daha fazla derivasyonda ST segment çökmesi (sol ana koroner arter tıkanıklığı)(19) (Şekil 2).



Şekil 2. Sol ana koroner arter tıkanıklığı

Kaynak: lifeinthefastlane.com – EKG kütüphanesi

Tablo 2. Sgarbossa Kriterleri (20)

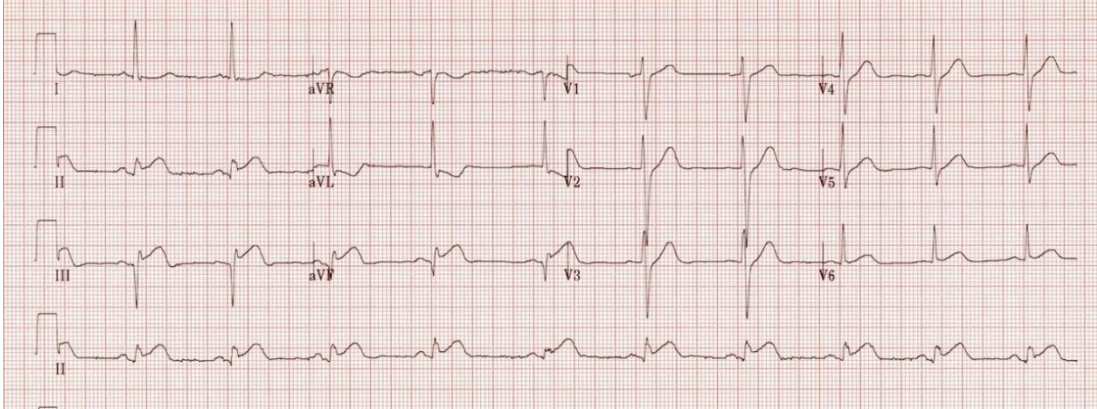
Sgarbossa Kriterleri
QRS dalgasının pozitif olduğu derivasyonlarda >1 mm aynı yönlü ST segment yüksekliği (5 puan)
QRS dalgasının negatif olduğu V1-3 derivasyonlarında >1 mm aynı yönlü ST çökmesi (3 puan).
Negatif QRS dalgası mevcut olan derivasyonlarda >5 mm ters yönlü ST segment yüksekliği (2 puan).

Toplamda >3 puanın akut MI için spesifite %88,0 (20)

Ekg de:

- II, III, aVF; kalbin alt bölgesini gösterir ve genellikle sağ koroner arter tıkanıklığı daha az olarak da sol sirkumfleks arter tıkanıklığında bu derivasyonlar da ST segment yüksekliği olur. III. Derivasyondaki ST segment yüksekliği $>II$. derivasyon ve I ve aVL'de >1 mm ST segment çökmesi, sol sirkumfleks arteri yerine sağ koroner arterin tutulumunu akla getirir (21). Sol sirkumfleks arterin tıkanıldığı durumlarda III. derivasyondaki ST segment yüksekliği II. derivasyondan

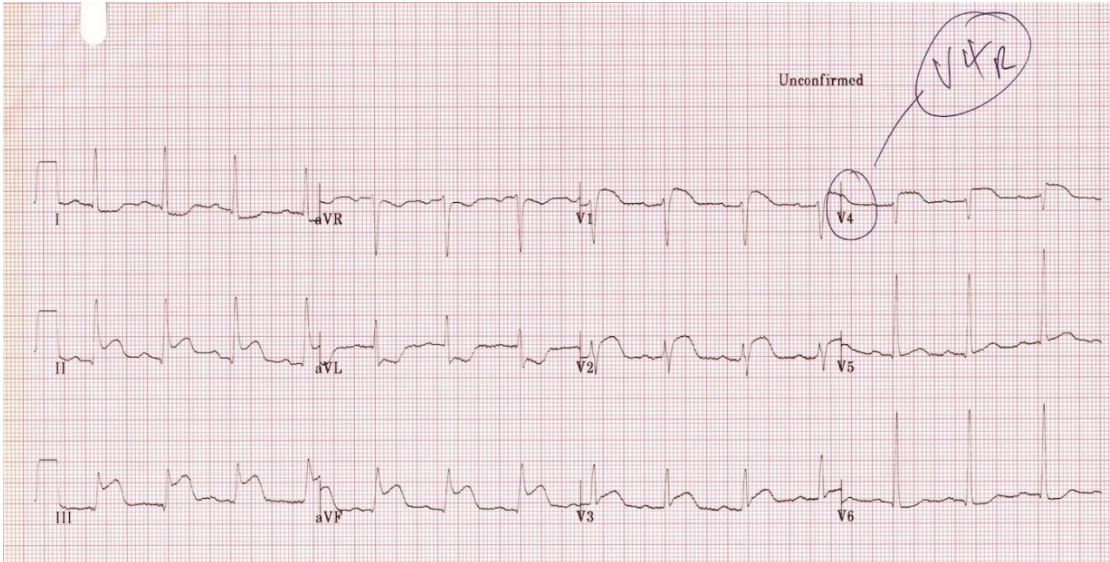
fazla değildir ve aVL'de ST segment izoelektrik hatta veya yükselmiştir (22)(Şekil 3).



Şekil 3. Sol sirkumfleks arter tıkanıklığı, inferior miyokard infarktüsü

Kaynak: lifeinthefastlane.com – EKG kütüphanesi

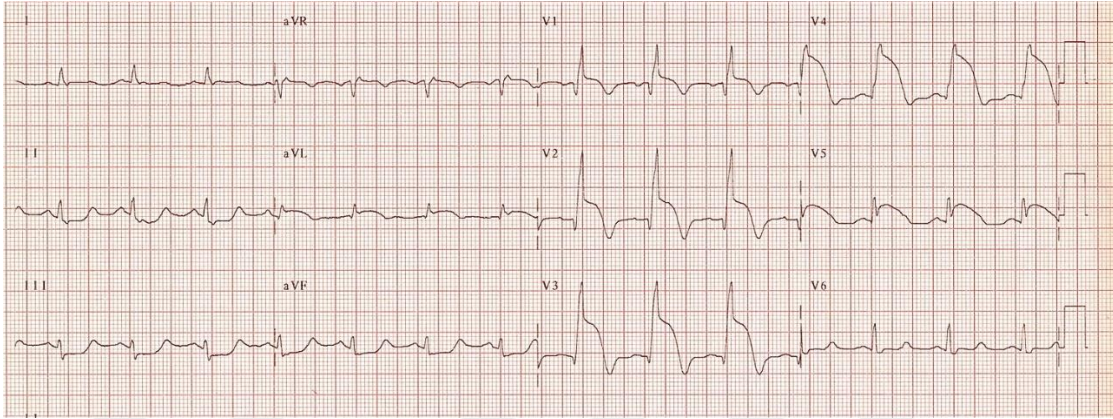
- II, III, aVF’de olan ST segment yükselmesiyle birlikte V1 de olan ST segment yüksekliği sağ ventrikül infarktüsünü akla getirir. Bu infarktüs her zaman sağ koroner arterin başlangıç bölgesinde olan tıkanıklığı gösterir, en hassas EKG belirtisi, V4R derivasyonunda olan dik T dalgası ile ST segmentinin >1 mm yükselmesidir (21)(23) (Şekil 4).



Şekil 4. Sağ koroner arter başlangıç bölgesi tıkanıklığı, sağ ventrikül miyokard infarktüsü

Kaynak: lifeinthefastlane.com – EKG kütüphanesi

- V1, V2, V3; kalbin ön duvarını gösterir. V1, V2, V3'te olan ST yükselmesi sol ön inen koroner arterde meydana gelen tıkanıklığı düşündürür. V1,V2,V3'e ek olarak aVL'deki ST segment yükselmesi ve aVF'deki ST segment çökmesi sol ön inen arterin başlangıç bölgesindeki tıkanıklığı işaret eder (24)(25) (Şekil 5).



Şekil 5. Sol ön inen koroner arter başlangıç kısmı tıkanıklığı, ön ve ara duvar miyokard infarktüsü

Kaynak: lifeinthefastlane.com – EKG kütüphanesi

Elektrokardiyogramın sol ventrikülün arka, yan ve tepe duvarları hakkında bilgi sağlamada sınırlılıkları vardır (26). Miyokard infarktüsü (%95,0 ile %97,0) için yüksek spesifiteye sahipken sensitivitesi aynı oranda yüksek değildir (yaklaşık %30). Sağ, arka yerleşimli çekimler ve tekrarlayan seri EKG çekimleri sensitivitesini arttırabilir (10).

Tedavi; STEMI tedavisinde ilk tercih edilen yaklaşım koroner dolaşımın tekrar başlatılabilmesidir. Özellikle semptom başlangıcından itibaren ilk 12 saatlik dilimde dolaşımın tekrar sağlanması (revaskülarizasyon) gerekmektedir. Dolaşımın tekrar sağlanması için yapılabilecek tıbbi işlemler perkütan koroner girişim ve sistemik fibrinolitik tedavidir. Perkütan koroner girişim, fibrinolitik tedaviye kıyasla mortalite, tekrar eden tıkanıklık ve inme riski açısından üstündür. Bu nedenle ilk tercih edilmesi gereken tedavidir (27)(28). Tedavi seçimi ile ilgili karar sağlık kuruluşunun perkütan koroner girişim yapabilirliğine ve en yakın merkeze uzaklığa göre verilir (29)(30)(31) (Tablo 3).

STEMI hastalarında ağrı kontrolünde opioidler (örnek: Morfin) sık kullanımı olan ajanlardır. Öte yandan bu ajanlara duyarlı bireylerde antiplatelet tedavi başarısında düşüklüğe yol açabilir (32). Kan oksijen doygunluğu 90'ın altında olan hastalarda oksijen kullanımı önerilmektedir, 90 üzeri olanlarda rutin kullanım önerisi yoktur (33).

Tablo 3. Revaskularizasyon stratejisi(29)(30)(31)

STEMİ tanısı 10 dk içerisinde konulmalıdır	PCI MERKEZİ DEĞİL	PCI MERKEZİNE TRANSFER >120 DK	FİBRİNOLİTİK TEDAVİ
		PCI MERKEZİNE TRANSFER <120 DK	PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM
	PCI MERKEZİ	60 DK İÇİNDE PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM	

2.2.1.1.2. ST Segment Yüksekliği Olmayan Miyokard İnfarktüsü ve Kararsız (Anstabil) Anjina Pektoris

Miyokardiyal oksijen sunumunun azalması ve oksijen ihtiyacının artması sonucunda hastalarda miyokardiyal iskeminin işaretçisi olan semptomlar ortaya çıkar. Bu ağrının varlığıyla birlikte EKG’de iskemik değişiklikleri olsa da olmasa da kardiyak belirteçlerin negatifliği ile birlikte olan durum UAP olarak adlandırılır (34). Yine aynı şekilde EKG’de ST segment yüksekliği olmaksızın kardiyak belirteçlerdeki artış NSTEMİ olarak adlandırılır.

UAP ve NSTEMI, semptomlara neden olan iskeminin, miyokardiyal hasar belirtecinin saptanabilir miktarlarda serbest bırakmak için yeterli miyokard hasarına neden olacak kadar şiddetli olup olmadığına bağlı olarak birbirlerinden ayrılır.

STEMİ patofizyolojisinde plak rüptürü, buna bağlı olarak oluşan tromboz ve damar tıkanıklığının sebep olduğu ani ve tam tıkanıklık söz konusudur. NSTEMİ ve UAP’da ise tam tıkanıklık yapmayan ve rüptüre olmayan bir kararlı plak ya da trombüs, koroner vaskülit, vazospazm gibi koroner damarlarla ilgili patolojiler; hipotansiyon, hipertansiyon, pulmoner emboli, aort darlığı, taşikardi gibi kalbin oksijen ihtiyacının arttığı durumlar yer alır (35)(36).

Kararsız anjina pektoris ve stabil anjina pektoris arasında histopatolojik olarak kritik bir fark vardır. Stabil anjinada damar içindeki sabit plak artan oksijen ihtiyacı durumunda koroner damarlardan istenilen miktarda kan akımına izin vermemektedir. Kararsız anjinada ise tıkanıcı olmayan bir trombüsün salgıladığı sitokinlerin etkisiyle çevresinde kan elemanlarının toplanması ve vazokonstrüksiyon neticesinde kan akımının azalması rol oynamaktadır. Her iki durumda da azalmış kan akımı eğer infarktüse sebep oluyorsa ve kardiyak biyobelirteç (troponin) artışı görülüyorsa bu duruma NSTEMİ adı verilir.

Kararsız anjina hastaları da aynı stabil anjinada olduğu gibi tipik göğüs ağrısı yakınması ile başvururlar. Fakat bu hastalarda semptomlar efor ile değil sıklıkla istirahat halinde başlar ve 20 dakika ve üzerinde sürer, nitrat uygulamasıyla ve dinlenmekle ağrıda azalma görülmez. Bunun yanında hastalarda semptomlar sıklıkla son 1 ay içinde başlamıştır. Hastaların efor kapasitelerinde azalma yani önceden rahatlıkla yaptıkları aktiviteleri (örnek: merdiven çıkma, yürüme) artık yaparken göğüs ağrısı tarif edilmesi de kararsız anjina için tipik tariflerdendir.

UAP ve NSTEMI belirti ve bulgularıyla başvuran hastaların erken taburculuğu, tedavi planlanması ve ileride gelişebilecek istenmeyen önemli kardiyak olayların öngörülebilmesi için bazı skorlamalar geliştirilmiştir. Bunlar içinde en çok kullanılanları TIMI, GRACE ve HEART skorlama sistemleridir (37)(38)(39)(40). Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin (ESC) 2020 klavuzunda sınıf 2a öneri olarak prognoz tahmininde GRACE skoru önerilmektedir (41).

Tablo 4. TIMI Skorlaması

65 yaş ve üstü olmak
Koroner arter hastalığı için en az üç risk faktörünün varlığı (örn. Diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara içme, aile öyküsü, periferik arter hastalığı)
Daha önce doğrulanmış %50 veya daha fazla koroner stenoz öyküsü
EKG'de ST segmentinde 0.05 mV'ye eşit veya daha büyük çökme varlığı
Artmış serum kardiyak belirteçleri
Son yedi gün içinde aspirin kullanımı
Son 24 saat içerisinde 2 veya daha fazla anjina varlığı

0/1 puanı için %4,7, 2 puan için %8,3, 3 puan için, %13,2 4 puan için %19,9, 5 puan için %26,2 , 6/7 puanı için %40,9 MACE gelişme ihtimali vardır (39)(42).

Tablo 5. GRACE Skorlaması (38)

Killip Sınıflaması; 1 - 0 puan 2 - 20 puan 3 - 39 puan 4 - 59 puan	Sistolik kan basıncı; <80 mm/Hg – 58 puan 80-89 mm/Hg – 53 puan 100-119 mm/Hg – 43 puan 120-139 mm/Hg – 34 puan 140-159 mm/Hg – 24 puan 160-199 mm/Hg – 10 puan >200 mm/Hg – 0 puan
Kalp hızı; <49 dk/saat – 0 puan 50-69 dk/saat – 3 puan 70-89 dk/saat - 9 puan 90-109 dk/saat - 15 puan 110-149 dk/saat – 24 puan 150-199 dk/saat - 38 puan >200 dk/saat – 46 puan	Yaş; <29 – 0 puan 30-39 – 8 puan 40-49 – 25 puan 50-59 – 41 puan 60-69 – 58 puan 70-79 – 75 puan
Serum Kreatinin Düzeyi; <0,41mg/dL – 1 puan 0,41-0,79 mg/dL –4 puan 0,80-1.19 mg/dL –7 puan 1,20-1,58 mg/dL –10 puan 1,59-1,98 mg/dL –13 puan 1,99-3,96 mg/dL –21 puan >3,96 mg/dL –28 puan	Yüksek duyarlıklı troponin; hs-cTroponinT >14 ng/L – 15 puan hs-cTroponinI >26,2 ng/L – 15 puan

<109 puan: düşük risk hastane içi mortalite: <%1
109-140 puan: orta risk hastane içi mortalite: %1-3
>140 puan: yüksek risk hastane içi mortalite: >%3(43)

Tablo 6. HEART Skorlama Sistemi(44)

Hikaye; Yüksek şüpheli – 2 puan Orta şüpheli – 1 puan Düşük şüpheli – 0 puan
EKG; Belirgin ST çökmesi – 2 puan Spesifik olmayan repolarizasyon değişikliği – 1 puan Değişiklik yok – 0 puan
Yaş; ≥65 – 2 puan 45-65 – 1 puan ≤45 – 0 puan
Risk faktörü; (örnek: Diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, sigara içme, aile öyküsü, periferik arter hastalığı) ≥3 risk faktörü – 2 puan 1-2 risk faktörü – 1 puan Risk faktörü yok – 0 puan
Troponin; Üst limitin 3 katından fazla artış – 2 puan Üst limitin 1-3 kat aralığında artış – 1 puan Üst limitin altında (normal) değerler – 0

0-3 puan düşük risk – MACE %1,7
4-6 puan orta risk – MACE % 16,6
>6 puan yüksek risk – MACE %50,1(45)

Yönetimi ve tedavisine bakıldığında ise; iskemi takibi için sürekli olan EKG gözlemi ve ekokardiyografi ile sol ventrikül fonksiyonunun değerlendirilmesi önerilir. NSTEMI hastalarına antianjinal, antitrombosit ve antikoagülan tedavi önerilir. ESC 2020 klavuzunda NSTEMI tanısı konulan hastalara sınıf 1 öneri olarak erken invaziv strateji önerilir (41).

Acil invaziv girişim (2 saat içinde) (46);

- Tekrarlayan göğüs ağrısı
- Kalp yetmezliği belirti ve semptomları veya yeni gelişen veya kötüleşen mitral yetmezlik
- Hemodinamik bozukluk
- Tıbbi tedaviye rağmen istirahatte veya düşük eforlu aktivitede tekrarlayan göğüs ağrısı veya iskemi
- Sürekli olan ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon

İskemi rehberliğinde strateji (46);

- Düşük risk skoru (TIMI 0-1, GRACE <109)
- Düşük riskli troponin negatif kadın hasta
- Yüksek riskli durumlar mevcut değilse hasta veya hekim tercihi

Erken invaziv girişim (24 saat içinde) (41);

- NSTEMI tanısı
- Geçici ST segment yüksekliği
- Devam eden iskemiye akla getiren dinamik yeni olması muhtemel ST/T segmenti değişiklikleri
- GRACE >140

Geç invaziv girişim (25-72 saat içinde) (46);

- Yukardakilerin hiçbiri fakat diyabetes mellitus varlığı
- Böbrek yetmezliği (glomerüler filtasyon hızı <60 mL/min/1.73 m²)
- Sol ventrikül sistolik fonksiyonunun bozulması (Ejektasyon fraksiyonu <0,40)
- İnfarkt sonrası erken dönemde ortaya çıkan göğüs ağrısı
- 6 ay içinde perkütan koroner girişim öyküsü
- Önceki bypass öyküsü
- GRACE 109-140, TIMI puanı ≥ 2

2.2.1.2. Kararlı (Stabil) Anjina Pektoris

Koroner arterlerde yer alan aterom plağının lümeni daraltması ve sonrasında artan kardiyak oksijen ihtiyacının karşılanamaması nedeniyle ortaya çıkan durumdur. Gelişen kısa süreli kardiyak iskei göğüs ağrısına (anjina pektoris) sebep olur.

Patofizyolojide; ateroskleroza bağı başlangıçta arter lümeninin dışında olan plak birikimi ateroskleroz ilerledikçe lümen içinde olmaya başlar ve damarı yüksek oranda daraltır. Artan miyokardiyal oksijen ihtiyacının koroner arter tarafından karşılanamamasına ve anjine sebep olur (47).

Kararlı aterom plağından dolayı aralıklı olarak semptom verebilmesine rağmen asemptomatik de ilerleyebilir. Bu hastalarda çoğunlukla epikardiyal mikrosirkülasyonun da bozulabileceğı akılda tutulmalıdır. Bu nedenledir ki asemptomatik hastalarda dahi kronik süreçte sol ventrikül disfonksiyonu gelişebilmektedir (48)(49).

Tanı öykü ve hiperlipidemi, diabetes mellitus, aile öyküsü, sigara kullanımı gibi ek hastalıkların varlığına dayanarak yapılan stres testleri ve koroner arterlerin görüntülenmesi ile doğrulanır.

Hastalar efor, emosyonel stres ve spesifik aktiviteleri takiben daha önce belirtilen tipik göğüs ağrısı veya göğüs ağrısı eşdeğeri sayılabilecek nefes darlığı gibi semptomlarla başvururlar. Şikayetler genellikle 10 dakikadan kısa sürelidir. Karakteristik olarak istirahat ve dil altı nitratla ağrı geriler. Soğuk hava ve yemeklerden sonra semptomlarda kötüleşme görülür. Kontrolsüz hipertansiyon, tirotoksikoz, taşikardi veya anemi gibi durumlar tetiklenmesine sebep olur (47).

Tedavi semptomların sıklığına ve şiddetine göre şekillenir. Temel tedavi perkütan koroner girişim ile revaskülarizasyonun sağlanmasıdır. Fakat daha az semptomatik hastalarda kan lipid profili, böbrek fonksiyon testleri, EKG, ekokardiyografi gibi bir dizi testi takiben medikal tedavi ile izlem de bir seçenektir (50).

2.2.1.3. Aort Diseksiyonu

Aort diseksiyonu nadir görülen ancak semptomların başlamasıyla birlikte hızla ölümcül olabilen bir durumdur. Stanford sınıflamasına göre, çıkan aortu içeren diseksiyonlar tip A, sadece inen aortu içerenler tip B olarak adlandırılır. Bir diğeri sınıflama olan DeBakey ise çıkan aorttan gelişen ve tüm aortik segmentleri etkileyen diseksiyonlar (tip I), sadece çıkan aortu içeren (tip II) ve sadece inen aortu içeren (tip III) diseksiyonlar olarak adlandırılır. Semptom süresine göre bakıldığında 1 hafta içinde akut, 1 hafta ile 1 ay arası olanlar subakut,

1 aydan daha fazla süreli olanlar kronik olarak adlandırılır (51). Diseksiyon, intima tabakasındaki bir yırtılma sonucu ortaya çıkar. Aortun duvarındaki tabaklarda olan ayrılma sahte lümen oluşumuna sebep olur takibinde aort rüptürü ya da gerçek lümene tekrar giriş olabilir. Rüptür meydana gelirse hastada kanama ve sonrasında ölüm görülebilir. Gerçek lümene tekrar giriş olursa hastanın genel durumunda bozulma meydana gelmeyebilir. Sahte lümenin sonunda bir kan pıhtısı oluşması sonucu tromboz meydana gelebilir. Bu durum geç dönemde meydana gelirse sahte lümen gerçek lümene bası yaparak sistemik oksijenlenmeyi azaltır. Eğer diseksiyon koroner dallara kadar uzanıyorsa hastada ölüm riski yüksektir (52)(53).

Risk faktörleri;

- Erkek cinsiyet; erkeklerde diseksiyon riski kadınlara göre daha yüksektir (54).
- 65 yaş üzeri hasta popülasyonu; ortalama başlangıç yaşı 65'tir. Bağ dokusu hastalıkları ve kalp kapak hastalıkları daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına sebep olabilir (54)(55).
- Hipertansiyon; en önemli risk faktörüdür. Hipertansif bireylerde insidans yılda 100.000'de 21 iken, tansiyon problemi olmayan bireylerde 5'tir (56)(57).
- Sigara; sigara içen grupta aort diseksiyonu iki kat daha sık görülür (58).
- Anevrizma; 60 mm üzerinde olan aort çapındaki genişlemeler komplikasyon riskini %30,0'lara çıkarır (59). Ancak Tip A diseksiyonlara bakıldığında %60,0'ında aort çapı <55 mm (60).
- İltihaplı hastalıklar; daha nadir görülen risk faktörleri olmalarına karşın aortitli hastalarda %1-5 arasında diseksiyon gelişme riski mevcuttur (61)(62).
- Marfan sendromu, Loeys-Dietz sendromu ve Ehler-Danlos sendromu gibi bağ dokusunu ilgilendiren kalıtsal hastalıkların aort diseksiyonu ile ilişki olduğu görülmüştür (63).
- Doğuştan gelen biküspit aort kapağı; %1-2 oranında görülür ve bu durum aort diseksiyonu ve anevrizması için risk faktörü olmaktadır (64).

Semptomları; ani başlayan bıçak saplanır tarzda göğüs ve sırt ağrısı (en sık), nabız noksanlığı, aortta meydana gelen üfürüm, senkop, hipotansiyon ve nörolojik bulgular olabilir. Tip B diseksiyon hastalarında karın ağrısı ve hipertansiyon ile başvuru Tip A diseksiyonlara göre daha sık görülmektedir (57). Bu semptomlar birçok hastalık ile karışabilmektedir, aort diseksiyonunda tanıda yapılması gereken ilk adım diseksiyondan şüphelenmektir.

Tanı; akciğer grafisinde geniş mediasten ve aort topuzunda düzensizlik olabilir ancak bu bulgu yaklaşık %50 hastada mevcuttur. EKG'de ST segment ve T dalgası değişiklikleri olabilir, miyokard infarktüsünü taklit eden bulgular ST segmentinde yükselme ve yeni oluşan

Q dalgaları Tip A diseksiyonunda görülebilir (57). Girişimsel bir işlem olmayan transtorasik ekokardiyografi (TTE) diseksiyon değerlendirilmesinde hızlı ancak sınırlı bir değerlendirme sunar. Obez hasta, göğüs duvarı bozuklukları, cilt altı dokuda ve göğüs duvarında hava birikimi ve hastanın solunum cihazına bağlı olması kullanımını sınırlar. Tüm bunlara rağmen ulaşılabilirliğinin kolay olması, hızlı bir görüntüleme yöntemi olması ve kalbin ve damar yapılarının durumu ile ilgili diseksiyon dışı da bilgiler sağlaması nedeniyle tanıda ilk kullanılacak görüntüleme aracı olarak TTE önerilmektedir (65)(66). Transözefagial ekokardiyografi (TOE) genel durumu bozuk hastalarda ve acil durumlarda avantajlıdır. Ancak TTE'nin sınırlılıklarını yense de TOE kişi bağımlı bir yöntem olması nedeniyle yanlış sonuçlar verebilmektedir (67). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) en doğru tanı aracı olarak kabul edilmesine rağmen zaman kısıtlaması, hastada daha önceden var olan metal medikal enstrümanlar ve görüntüleme sırasında hastayı takip etme güçlüğü nedeniyle ilk sırada kullanılmaz (66). Yapılan bir çalışmaya göre en hızlı tanı koyma süresi nedeniyle ilk olarak bilgisayarlı tomografi (BT) önerilmektedir (68). Kontrast madde verilerek çekilen BT hızlı tanı koydurması sebebiyle en sık kullanımı olan görüntüleme aracıdır ancak verilen kontrast maddenin yapabileceği alerjik reaksiyonlar ve böbrek yetmezliği, hastanın maruz kaldığı radyasyon düşündürücü rol oynar (66)(69).

Tedavi; Tip A diseksiyon saptanan hastalarda cerrahi tedavi önerilirken, hayatı tehdit eden bir komplikasyonu olmayan Tip B diseksiyon hastaları medikal izlem ile takip edilir. Bu hastalarda tansiyon ve nabız hızı ve ağrı kontrolü ön plandadır (66). Ağrı kontrolünde morfin, kan basıncı kontrolünde beta bloker kullanımı önerilmektedir (70)(71). Sistolik kan basıncı kontrolünde 100-120 arasında hastanın tolere edebildiği en düşük seviye önerilmektedir (72)(73). Kan basıncı ve kalp hızı kontrolünde esmolol ve labetalol önerilen beta bloker ajanlardır, bu ajanları tolere edemeyen hastalarda diltiazem ve verapamil alternatif tedavi yöntemidir. Gerekirse ikinci basamak tedavide nitroprussid tercih edilebilir (70)(74).

2.2.1.4. Kardiyak Tamponad

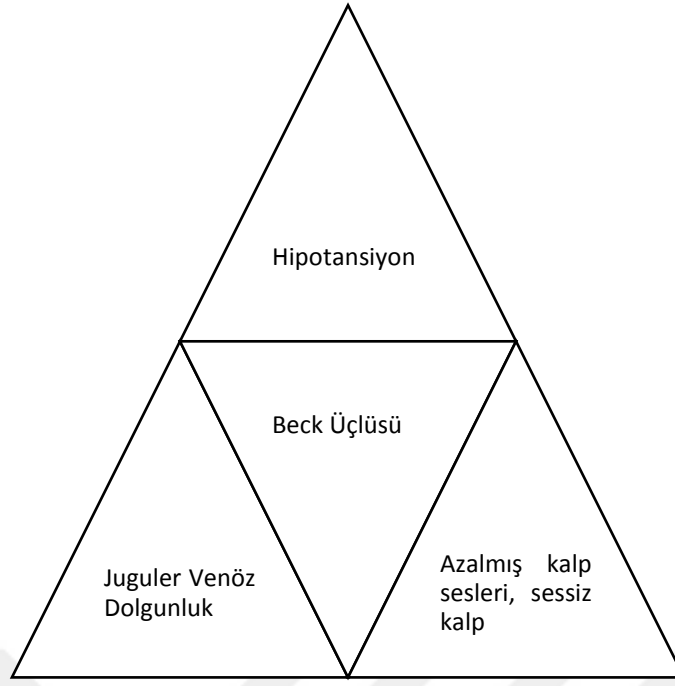
Perikard, kalbi çevreleyen içerisinde az miktarda sıvı barındıran kesedir. Bu sıvı kaygan bir yüzey oluşturur ve kalbin hareketlerinde sürtünme direncini düşürür. Bu kese belli bir dereceye kadar esnektir. Kardiyak tamponad dediğimiz klinik durum perikardiyal basıncın artması nedeniyle kalbin odacıklarının sıkışmasıdır (75)(76). Perikardda biriken sıvı kardiyak siklus boyunca basınç yapar ve kalbin diyastol kapasitesini düşürür ve sistol sırasında hacmi en düşük düzeye indirir. Tamponad ilerledikçe venöz dönüş azalır, kalbin odacıkları küçülür, sol

ventrikülden dolaşıma gönderilen kan miktarı düşer ve hastanın kan basıncında düşme meydana gelir.

Normal fizyolojide kalbin sağ tarafına sistemik venöz dönüş soluk alma ile artarken, sol tarafına akciğerden gelen venöz dönüş nefes alma ile azalır. Tamponad durumunda perikardın elastikiyetinin bozulması sebebiyle kalbin serbest duvarı genişleyemez, sol ventriküldeki yetersiz dolumla birlikte septum sola doğru bombeleşir ve nefes alma sırasında sol ventrikül daha az dolar. Bu durumlar, perikardiyal basınç ventrikül dolum basıncından yüksek olduğunda ortaya çıkacaktır. Hemodinaminin bozulması perikardda biriken sıvı miktarı ve perikardiyal uyum ile ilişkilidir bu iki durumda altta yatan hastalığa bağlıdır (75)(77). Kronik hastalığa bağlı uzun süreli birikimlerde perikardiyal uyum meydana geleceği için basınç daha yavaş artar tamponad ortaya çıkmayabilir.

Etiyolojisinde miyokard infarktüsü, kesici delici alet yaralanması, ventrikül duvarında meydana gelen yırtılma (rüptür) gibi kanama kaynaklı nedenler, perikardit, miyokardit, otoimmün hastalıklar, kanserler ve tüberküloz gibi enfektif nedenler bulunur (78)(79). Travmaya bağlı kanamalar ve diyaliz gibi durumlar nedeniyle başvuruda ağır hipovolemik olan hastalarda düşük basınçlı tamponad görülebilir (75).

Kardiyak tamponadda görülen semptomlar çarpıntı, hipotansiyon, baş dönmesi, nefes darlığı, göğüs ağrısı, senkop, bilinç değişikliğinden kardiyak arreste kadar çok müphem ve geniş bir yelpazede karşımıza çıkabilir. Juguler venöz dolgunluk tamponad hastalarının neredeyse tamamında ortaya çıkar. Pulsus paradoksus; nefes alma sırasında sistolik kan basıncında >10 mmHg'dan fazla azalma olmasına verilen isimdir, kardiyak tamponadda yaygın bir bulgudur, ancak hipertansiyon, atriyal septal bozukluk ve aort yetmezliği gibi ek hastalığı olan hastalarda görülmeyebilir (80).



Şekil 6. Klasik kardiyak tamponad fizik muayene bulguları: Beck Üçlüsü(80)

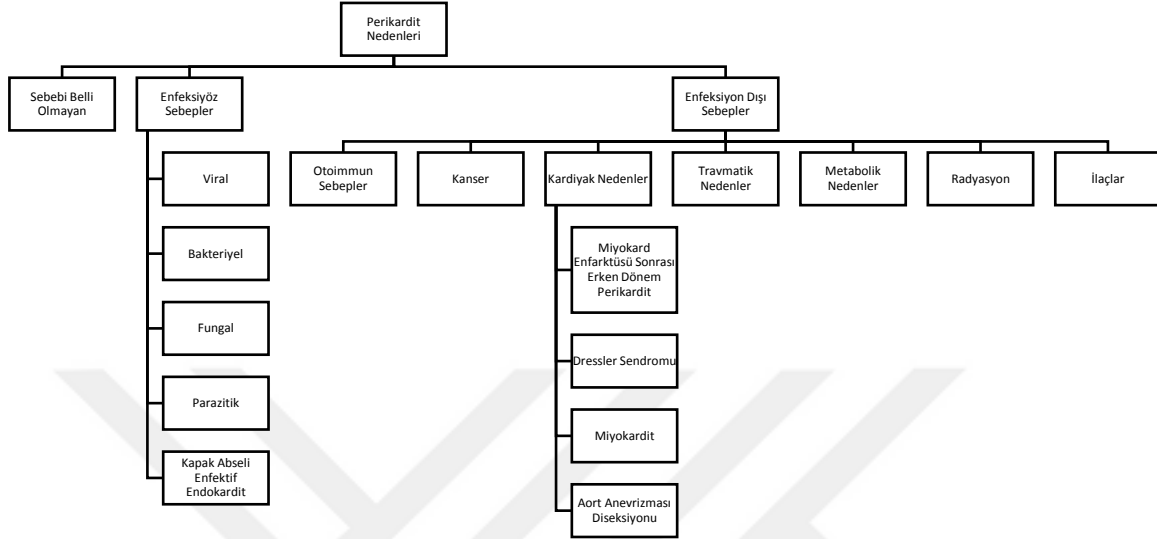
Kardiyak tamponad hastalarının tanısında kullanılan yöntemler;

- EKG: sinüs taşikardisi, düşük voltaj, elektriksel alternans (QRS yüksekliklerinin değişken olması) tamponad hastaları için özgüllüğü yüksek ancak duyarlılığı düşüktür (75).
- Akciğer grafisi: Eğer tamponad yavaş gelişirse o zaman grafide genişlemiş bir kalp gölgesi görülebilir. Grafi bulguları tamponad için sensitif ya da spesifik değildir (81).
- Ekokardiyografi: Perikardiyal efüzyonun etkilerini değerlendirmek ve tedavi zamanlamasını ayarlama ilk görüntüleme yöntemi olarak önerilmektedir (81).

Kardiyak tamponadta tedavide asıl hedef kalbin etrafındaki basıncı azaltmaya yönelik perikardiyal sıvının boşaltılmasıdır. Bu bir iğne ve ultrasonografi yardımı ile yapılabilir yahut kalbin içine bir katater yerleştirilerek tekrarlayan sıvı boşaltımlarına olanak sağlanabilir (82)(83). Travmatik perikardiyal tamponadlarda ise hastaya acil müdahale gerekiyorsa torakotomi ve kesenin açılması iğne ile sıvı boşaltılmasına tercih edilir (80).

2.2.1.5. Perikardit, Miyokardit

Perikardit kalbi çevreleyen bir zar olan perikardın iltihaplanmasıdır. Acil servise göğüs ağrısı sebebiyle başvuran yaklaşık %4,4 hastada akut perikardit görülmüştür (84).



Şekil 7. Perikardit nedenleri (85)(86)(87)

Perikardit nedenli göğüs ağrısı ani başlangıçlı ve keskin bir ağrıdır. Hastanın pozisyonu ile ağrının şekli değişir. Öne eğilmekle ve otururken ağrı hafifler. Göğüs ağrısının trapezius kasına yansması da perikardit ağrısını düşündürür. Öte yandan diğer göğüs ağrısı nedenleri gibi baskı veya yanıcı vasıfta bir ağrı ortaya çıkabilir bu durumda ayırt etmek oldukça güçtür (76)(88). Fizik muayenede oskültasyonda sol parasternal bölgede 3 fazlı (atriyum sistolü, ventrikül diyastolü, erken ventrikül diyastolü) perikardiyal sürtünme nedeniyle ortaya çıkan cızırtı veya gıcırdama şeklinde bir ses duyulur. Aralıklı olarak ortaya çıkan bir bulgu olduğu için tekrarlayan muayeneler önerilmektedir ve plevra kaynaklı sesler ile karıştırmamak için hastanın nefesini tutması istenebilir (89).

Tablo 7. Perikarditte tipik EKG değişiklikleri evrelemesi (89)

Evre 1: Yaygın ST yükselmesi ve PR çökmesiyle birlikte aVR’de ST çökmesi PR yükselmesi
Evre 2: ST ve PR değişiklikleri normale dönmesi
Evre 3: T dalgalarının ters dönmesi
Evre 4: EKG normale dönmesi

EKG’de 1.evrede ortaya çıkan bulgular perikardit ile miyokard infarktüsünü ayırt etmede oldukça önemlidir (90).

Perikardit tanısı 4 bulgunun 2’sinin varlığı ile konulabilir (81);

- Keskin vasıflı, nefes almakla artabilen ve oturmakla ve öne eğilmekle azalan ağrı (%85-90)
- Oskültasyonda perikardiyal sürtünme sesi (<%33)
- Perikardit ile uyumlu EKG bulguları (%60)
- Perikardiyal sıvı (%60)

Perikardit hastalığının seyrinde kötüleşmeyi öngörebilen bazı risk faktörleri belirlenmiştir (91)(92)(93);

- Yüksek ateş >38 derece
- Subakut seyir (birkaç gün süresince semptomların olması)
- Perikardiyal efüzyonun büyük olması (diyastolde ekoda >20 mm)
- Kardiyak tamponad varlığı
- Anti-inflamatuar ilaçlarla 7 günde tedaviye yanıt vermeme

Bunlar dışında immun sistemin baskılanmış olması, miyokardit ilişkili perikardit, travma ve oral antikoagülan ilaç kullanımı da dikkate alınması gereken risk faktörleridir (81).

Tedavide hastanın altta yatan bir etiyolojik nedeni varsa ya da kötüleşmeyi öngörebilen risk faktörlerinden bir tanesine sahipse hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi gerekir. Bunun dışında kalan hasta grubunun ampirik antiinflamatuvar tedavi ile 1 hafta sonra kontrole gelmek üzere ayaktan tedavisi düzenlenir (91)(92).

Miyokardit; miyokardda meydana gelen iltihabi durumdur. Etiyolojisi %50,0 vakada sebebi belli değilken, tanımlanabilen sebebi olanlarda en sık viralidir. Cocksackie B en sık görülen viral ajandır. Granülomatöz inflamatuvar hastalıklar, polimiyozit, dermatomiyozit, sistemik lupus eritematozus, kollajen vasküler hastalıklar ve eozinofilik miyokardit enfeksiyon dışı nedenlerdendir (94). Klinik tanının zorluğundan dolayı gerçek insidansını tahmin etmek zordur.

Miyokardit 4 farklı klinik sunumla karşımıza çıkar (95);

- Akut koroner sendrom benzeri tablo
- Yeni başlangıçlı ve ilerleyici kalp yetmezliği
- Kronik kalp yetmezliği
- Akut koroner sendrom veya kalp yetmezliği olmadan hayatı tehdit eden durumlar

Akut miyokardit değerlendirilmesinde EKG, ekokardiyografi, serum troponin ve B-tipi natriüretik peptid (BNP) düzeyleri ilk değerlendirmede kullanılabilir. Troponin değerleri genellikle yüksektir, BNP kalp yetmezliğini değerlendirmek için kullanılabilir. EKG’de özgül olmayan ST değişimleri görülür, perikard tutulumu mevcutsa perikardit bulguları görülebilir. Ekokardiyografi kardiyak yetmezliği derecelendirebilir ve diğer kalp patolojilerinin tanınmasını sağlar (96). Hayatı tehdit edebilecek klinik bir bozukluğu olmayan hastalarda kardiyovasküler manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir. Miyokardit tanısını destekleyebilir. Tanıda altın standart yöntem olarak endomiyokardiyal biyopsi önerilmektedir (95)(97)(98).

Miyokarditte tedavinin temel amacı kalp yetmezliği ve aritminin en uygun şekilde tedavisi ve etiyoloji belirlenebilirse ona yönelik tedavidir (95).

2.2.2. Pulmoner Sistemi İlgilendiren Tanılar

Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda solunum sistemini ilgilendiren çok sayıda tanı mevcuttur. Pulmoner emboli, pnömotoraks, mediastinit, pnömoni, plörit, pnömomediastinum ve solunum sistemi tümörleri gibi tanıları ayırıcı tanıda aklımıza gelmesi gerekir.

2.2.2.1. Pulmoner Emboli

Pulmoner arter veya dallarının herhangi birinin venöz tromboemboli nedeniyle tıkanması ile karşımıza çıkan klinik duruma pulmoner emboli denir. Epidemiyolojik olarak bakıldığında yıllık yeni vaka sayısı yapılan çalışmalara göre 100.000’de 39-115’tir (99)(100).

Tablo 8. Venöz tromboembolizm risk faktörleri (101)(102)

GÜÇLÜ RİSK FAKTÖRLERİ	ORTA RİSK FAKTÖRLERİ		ZAYIF RİSK FAKTÖRLERİ
Alt ekstremité kırığı	Artroskopi ile diz cerrahisi	Doğum sonrası dönem	Şeker hastalığı
Kalp yetmezliği, Atrial fibrilasyon/çarpıntı nedeniyle 3 ay içinde hastane yatışı	Solunum yetmezliği veya konjestif kalp yetmezliği	Enfeksiyon (pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, insan immün yetmezlik virüsü)	Uzun yolculuk nedeniyle oturma ve hareketsizlik
Diz veya kalça protezi olması	Otoimmün hastalıklar	İnflamatuvar barsak hastalığı	3 günden fazla yatak istirahati
Şiddetli travma öyküsü	Trombofili	Kanser	Hipertansiyon
3 ay içinde geçirilmiş miyokard infarktüsü öyküsü	Santral venöz katater / intravenöz katater	Serebrovasküler olay (SVO)	Laparoskopik cerrahi işlem geçirilmesi
Geçirilmiş venöz tromboemboli öyküsü	Hormon replasman tedavisi	Kan transfüzyonu	Varisli damarların varlığı
Spinal yaralanma öyküsü	Kemoterapi	Yüzeyel ven trombozu	İleri yaş
	Eritropoez uyarıcı maddeler	Oral kontraseptif kullanımı	Gebelik
	Vücut dışında dölleme işlemi		Fazla kiloya sahip olma

Akut pulmoner emboli hem dolaşımda hem de oksijen-karbondioksit değişiminde bozulmaya yol açar. Şiddetli pulmoner embolide ani yüksek basınç yüklenmesine bağlı olarak sağ ventrikül yetmezliği gelişir bu da en sık ölüm nedeni olarak kabul edilir (103). Pulmoner arterin %30,0-50,0 oranında tıkanması durumunda pulmoner arter basıncı artar (104). Pulmoner emboli trombaksan A2 ve serotonin salınımı ile damarlarda kasılma (vazokonstriksiyon) meydana getirir bu da artmış pulmoner vasküler direnç sebeptir (105). Artan pulmoner vasküler direnç sağ ventrikül dilatasyonuna sebep olur. Sağ ventrikül hacmi ve basıncında olan artış ventrikül duvarında gerilime ve miyositlerin uyarılmasına sebep olur bu da ventrikül kasılma süresini uzatırken aynı zamanda sinir sistemi uyarısı ile inotropik ve kronotropik etkiye yol açar. Hem sistemik vazokonstriksiyon hem de bu mekanizmalar ile pulmoner arter basıncı arttırılır ve geçici olarak kan basıncı normal seyreder (103). Sağ ventrikül kasılmasının erken diyastolde uzaması sonucu septum sola doğru itilir, sağ dal bloğu gelişirse bu durum daha da şiddetlenir sonuçta sol ventrikülün erken diyastolde dolması engellenir ve kalp debisinde oluşan azalma sistemik hipotansiyon ile sonuçlanır (106)(107).

Pulmoner embolinin olduğu damarın genişliğine ve akciğer kanlanmasına olan katkısı klinik süreci belirler. Küçük distal emboliler hemodinamiyi etkileyebilirken ana vasküler yapılarıdaki emboliler ölümle sonuçlanabilir (103).

Klinik semptomları çok özgül olmamasına karşın; göğüs ağrısı, nefes darlığı, senkop ve hemoptizi gibi semptomları olan hastada pulmoner emboli şüphesi oluşur (108). Hemodinamik bozukluk ana dallarda olan yahut geniş bir embolinin sonucu olarak ortaya çıkabilir, nadir fakat önemli bir durumdur. Son dönemde yapılan bir çalışmaya göre senkop ile hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %17,0'ında pulmoner emboli varlığı görülmüştür (109). Nefes darlığı büyük arterlerde olan embolilerde şiddetli, küçük arterlerde olan embolilerde hafif olabilir. Göğüs ağrısı emboli hastalarında sık görülen bir semptomdur (103).

Hastalarda pulmoner emboli şüphesi varlığında ileri tetkiklere karar vermek için pulmoner emboli klinik risk skorları geliştirilmiştir. Wells ve Geneva Risk Skorları en yaygın kullanılanlarıdır (110). Hangi skorlama kullanılırsa kullanılsın 3 seviyeli puanlamada düşük olasılıklarda yaklaşık %10,0, orta olasılıklarda yaklaşık %30,0 ve yüksek olasılıklarda yaklaşık %65,0 pulmoner emboli tanısı beklenir. İki seviyeli puanlama kullanıldığında pulmoner emboli olası olmayan puanlamada olanlarda yaklaşık %12,0, pulmoner emboli olası sınıflamasına girenlerde yaklaşık %30,0 pulmoner emboli beklenir (111).

Tablo 9. Wells Skorlaması(112)

Derin ven trombozu bulgularının varlığı	3	puan
Başka tanı olasılığı düşük	3	puan
Taşikardi >100	1.5	puan
4 hafta içinde cerrahi veya yatak istirahati öyküsü	1.5	puan
Geçirilmiş derin ven trombozu veya pulmoner emboli öyküsü	1.5	puan
Hemoptizi	1	puan
Aktif kanser olması	1	puan
<2 puan: Düşük	≤4 puan: Zayıf olasılık	
2- 6 puan: Orta	>4 puan: Kuvvetli olasılık	
>6 puan: Yüksek		

Tablo 10. Geneva Risk Skorlaması (113)(114)

	Orijinal Geneva	Basitleştirilmiş Geneva
Pulmoner emboli veya derin ven trombozu öyküsü	3	1
Kalp hızı;		
75-94 /dakika	3	1
≥95/dakika	5	2
1 ay içinde kırık veya ameliyat öyküsü	2	1
Aktif kanser	2	1
Hemoptizi	2	1
Tek taraflı alt extremitede ağrı	3	1
Alt extremitede tek taraflı ödem ve ağrı	4	1
65 yaş üzeri olmak	1	1
Düşük	0-3	0-1
Orta	4-10	2-4
Yüksek veya;	≥11	≥5
Pulmoner emboli olası değil	0-5	0-2
Pulmoner emboli olası	≥6	≥3

Tanı;

- D-dimer: Negatif öngörüsü yüksek ancak pozitif öngörüsü düşük bir testtir. Pozitif değerler pulmoner emboli tanısını doğrulamak için anlamlı değildir (103). Pulmoner emboli risk skorlarına göre düşük veya orta riskli saptanan hastalarda dışlamak amacıyla bakılıp negatif gelen ve pulmoner emboli dışlanan hastalarda 3 aylık venöz tromboemboli riskinin <%1,0 olduğu görülmüştür (115).

- Kontrast madde uygulaması sonrası anjiyografi fazında çekilen bilgisayarlı tomografiler pulmoner arterlerin tüm seviyelere kadar görüntülenmesine olanak verir (116)(117) (Sensitivite %83, spesifite %96) (118).
- Ventilasyon/Perfüzyon Sintigrafisi, pulmoner emboli hastalarında kullanılan bir diğer tanı yöntemidir. Daha düşük radyasyon ve kontrast madde kullanılmaması nedeniyle daha genç ve gebe kadınlarda pulmoner emboli şüphesi varlığında kullanıma uygundur (119). Test sonucunda hastalar 3 sınıfa ayrılır; 1- Tanısal olamayan tarama, 2- Normal tarama, 3- Yüksek olasılıklı tarama. Yüksek olasılıklı tarama pulmoner emboli tanısında bilgisayarlı tomografiye yakın doğruluk oranlarına sahip olsa da normal taramaların düşük klinik olasılıklı pulmoner emboli hastalarında yeterli duyarlılığa sahip olmadığı görüldü (120).
- Pulmoner anjiyografi, pulmoner embolide altın standart tanı yöntemidir. Uygulayıcının tecrübesiyle orantılı olarak 1-2 mm'lik subsegmenter emboliler dahi görüntülenebilir. Buna rağmen her merkezde yapılamaması, bilgisayarlı tomografi ile yakın doğrulukta tanı konulabilmesi ve komplikasyon risklerinden dolayı daha az tercih edilmektedir (121)(122).
- Ekokardiyografi, pulmoner emboli hastalarının ilk değerlendirmesinde pulmoner emboli tanısını koydurmasa da şüphenin artması ve klinisyeni ileri tetkik etmeye yönlendirmesi açısından önemlidir. Pulmoner emboli hastalarının %25,0'ında sağ ventrikül fonksiyon bozukluğunu işaret eden bulgular vardır (123). McConnel bulgusu, 60/60 bulgusu, sağ ventrikülde yüzen trombüs bulguları pozitif tahmini değeri yüksek ekokardiyografi bulgularıdır (124). Fakat bu bulgularda pulmoner emboli hastalarının yalnızca %12,0-20,0'ında görülebilmektedir (123). Tüm kısıtlılıklarına rağmen yüksek klinik olasılıklı pulmoner emboli hastalarının hemodinamisi bozuksa, bilgisayarlı tomografiye ulaşılamıyorsa, sağ ventrikül disfonksiyonuna sebep olacak başka neden yoksa ve ekokardiyografide yukarıda bahsedilen bulgulardan biri varsa acil reperfüzyon tedavisine başlanabilir (125).

Tablo 11. 3 kriterden birinin olması hastanın hemodinamik bozukluğu olduğunu işaret eder (103).

HEMODİNAMİK OLARAK KARARSIZ HASTALAR
Kardiyak arrest
Şok bulguları (uç organ hasarı, bilinç durumunda bozulmanın eşlik ettiği sistolik kan basıncı <90 mm/Hg, vasopressör desteği)
Hipovolemi, yeni gelişen aritmi, sepsis ile açıklanamayan 15 dakikadan uzun süren hipotansiyon (sistolik kan basıncı <90 mm/Hg ya da normal sistolik tansiyona göre >40 mm/Hg düşüş olması)

Pulmoner emboli tanısı konulan hastalar hemodinamik durumlarına, kardiyak belirteçlerine, sağ ventrikül disfonksiyonu durumlarına, Pulmoner Emboli Şiddet Skoru'na (PESI) göre yüksek risk, orta-yüksek risk, orta-düşük risk ve düşük risk olarak 4 sınıfta değerlendirilir (103). Tedavi planlaması da bu sınıflamaya veya hastaların takipte sınıf artışlarının olmasına göre belirlenir.

Tablo 12. Pulmoner Emboli Şiddet Skoru(103)

Orijinal ve Sadeleştirilmiş Pulmoner Emboli Şiddet Skoru		
Değişken	Orijinal	Sadeleştirilmiş (sPESI)
Yaş	Yaş kadar puan alır	1 puan (yaş >80)
Erkek cinsiyet	+10	-
Kanser	+30	1
Kalp yetmezliği	+10	1
Kronik akciğer hastalığı	+10	1
Sistolik tansiyon <100mmHg	+30	1
Nabız ≥100/dk	+20	1
Solunum sayısı >30/dk	+20	-
Ateş <36°C	+20	-
Kan oksijen düzeyi (satO ₂) <%90	+20	1
Bilinç bulanıklığı	+60	-

Tablo 13. Pulmoner Emboli Şiddet Skorunun Risk Derecelendirmesi

Risk Derecelendirmesi	
Orijinal	Sadeleştirilmiş
Sınıf I: ≤65 puan: Çok düşük (30 gün içinde ölüm riski: %0-1,6) Sınıf II: 66-85 puan: Düşük (30 gün içinde ölüm riski %1,7-3,5) Sınıf III: 86-105 puan: Orta (30 gün içinde ölüm riski %3,2-7,1) Sınıf IV: 106-125 puan: Yüksek (30 gün içinde ölüm riski %4,0-11,4) Sınıf V: >125 puan: Çok yüksek (30 gün içinde ölüm riski %10,0-24,5)	0 puan: 30 günlük ölüm riski %1,0 ≥1 puan: 30 günlük ölüm riski %10,9

Hastaların acil servis yönetiminde destek tedavisinin yanında k vitamini antagonistleri ve sistemik trombolitik tedaviler kullanılmaktadır (103).

2.2.2.2. Pnömotoraks

Visseral plevra ile pariyetal plevra arasında hava birikimi durumuna pnömotoraks denir. Bu durum akciğerin havalanması ve kandaki oksijen düzeyine etki edebilir. Hiçbir semptom oluşturmeyen tablodan yaşamı tehdit eden tabloya kadar değişik sunumlarda karşımıza çıkabilir (126)(127). Travmaya, tıbbi işleme bağlı ve spontan (kendiliğinden) gerçekleşebilir. Spontan pnömotoraks lar birincil ve ikincil olmak üzere ikiye ayrılır. Birincil pnömotoraks bilinen bir akciğer hastalığı olmayan kişilerde görülür. Genellikle bu kişilerin altta yatan genetik yatkınlığı, sigara kullanımı gibi risk faktörleri bulunmaktadır. İkincil pnömotoraks bilinen akciğer hastalığı olan, alveolar duvarın yapısının bozulduğu hastalarda genellikle de amfizeme ve amfizematöz büllerin patlamasına bağlı gelişir (128).

Hastalar genellikle göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlarla başvurur. Tarifledikleri göğüs ağrısı; ani başlayan bıçak saplanır gibi keskin bir ağrıdır, aynı tarafta kol ve omuz yayılımı olabilir. Bunun dışında hastalarda öksürük, huzursuzluk gibi semptomlar da olabilir. Boyutu küçük bir pnömotoraks bulgu vermeyebilir. Daha büyük boyutlu olanlarda pnömotoraksın olduğu akciğerde solunum seslerinde azalma olabilir. Tansiyon pnömotoraks hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Göğüs ağrısı nefes darlığı dışında hastada mediasteninin karşı tarafa kaymasına bağlı olarak hipoksi ve hipotansiyon gibi semptomlar olabilir. Zamanında tedavi edilmezse ölümle sonuçlanabilir (128).

Göğüs ağrısı, penetran ve künt göğüs travması ile başvuran hastalarda pnömotoraks akılda bulundurulması gereken bir tanıdır. Tanıda genellikle düz akciğer grafisi yeterli olmakla birlikte küçük pnömotoraksların atlanabilmesi nedeniyle ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Bunun yanı sıra hayati tehdit eden bir tablo olan tansiyon pnömotoraksın tanısı ivedilikle klinik olarak konulmalıdır. Tedavisi için vakit kaybettirecek görüntülemelerden kaçınılmalıdır (126)(128)(129).

Pnömotoraks tedavisi klinik durumun iyileştirilmesi ve tekrarların önlenmesini kapsayan bir dizi aşamadan oluşur. Acil servis yönetiminde hayati tehdit eden pnömotoraksların tanı ve tedavisi önemlidir. Temel prensip plevral aralıktaki havanın dışarı çıkarılması ve akciğer hacminin geri kazandırılabilmesidir. Bu amaçla ince iğne aspirasyonu, tüp torakostomi uygulanmaktadır. Her iki yönteminde benzer oranlarda başarı sağladığı gösterilmiştir (130)(131).

2.2.2.3. Pnömoni

Pnömoni, akciğer dokusunun enfeksiyonu olarak tanımlanır. Sıklıkla öksürük, balgam, nefes darlığı, ateş ve halsizlik gibi şikayetlere sebep olur. Klinik olarak hafif pnömoniden, ciddi solunum sıkıntısı, sepsis ve ölüme sebep olabilecek ağır pnömoniye kadar ilerleyebilen tablolara sebep olabilir.

Pnömoni etkenin alım yerine göre 2 grupta sınıflandırılır;

- Toplum kökenli pnömoniler (hastane dışından edinilen pnömoni)
- Hastane kaynaklı pnömoniler (hastane yatışından 48 saat sonra başlayan pnömoniler)

Toplum kaynaklı pnömoniler (TKP), bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin en sık sebebi, hastane yatışlarının en sık ikinci sebebidir (132).

İleri yaş, eşlik eden hastalıklar, toplu yaşanan alanlar, sigara ve alkol kullanımı gibi nedenler hastalığın bulaşını ve ciddiyetini artıran faktörlerdir (133)(134).

Pnömoni hastalarında en sık karşımıza çıkan etkenler; Streptococcus pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella bakterileri ve Haemophilus influenzae gibi solunum virüsleridir (135)(136). Hastane kökenli pnömonide kültür pozitif saptanan hastaların büyük çoğunluğunda etken olarak Staphylococcus aureus ve gram negatif bakteriler bulunmuştur. Bu hastalarda örnekleme öncesinde başlanan tedaviler kültürde patojen saptanmasının duyarlılığını bozabilir (137).

Pnömoni tanısının temeli öksürük ve nefes darlığı gibi semptomlarla birlikte lökositoz gibi biyokimyasal kanıtlar ve radyolojik bulguların varlığına dayanır. Mikrobiyolojik olarak doğrulama genellikle sağlanmaz (138).

Yapılan bir çalışmada pnömoni semptomları olan ancak akciğer grafisinde bir bulgu olmayan hastaların %50,0'ından fazlasında 48 saat içerisinde radyolojik olarak anlamlı bulgular geliştiği vurgulanmıştır (139). Akciğer grafileri ile ilgili sorunlar nedeniyle yapılan bir çalışma bilgisayarlı tomografilerin pnömoni tanısındaki yerini incelemiştir ve sonuçta bilgisayarlı tomografi kullanımı vakaların 1/3'ünde tanıyı dışladığını ve 2/3'ünde verilen tıbbi kararı değiştirdiğini görmüştür (140).

Birçok pnömoni hastası ayaktan tedavi edilebilir. Bu hastaları ayırt etmek amacıyla hastalığın şiddetinin derecelendirilmesinde bazı puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Pnömoni Şiddet İndeksi (PSI) hastaların 5 risk kategorisine ayrılmasını sağlar ve bunun için 20 tane değişkene bakmak gerekir bu da kullanım zorluğuna sebep olur. Konfüzyon, üre, solunum sayısı, kan basıncı, yaş (confusion, uremia, respiratory rate, blood pressure, age-CURB-65); PSI gibi hastalarda 30 günlük ölüm riskini belirlerken kullanılan ve PSI'a göre kullanım kolaylığı olan bir puanlama sistemidir. Kan üre düzeyi olmadan konfüzyon, solunum sayısı, kan basıncı, yaş (confusion, respiratory rate, blood pressure, age-CRB-65) olarak hesaplanabilir. Yapılan bir çalışmada bu üç skora sistemleri değerlendirilmiş olup PSI düşük risk taşıyan hastaların saptanmasında daha üstünken CURB-65 ve CRB-65'in yüksek riskli hasta popülasyonunun saptanmasında daha üstün olduğu görülmüştür (141)(142).

Tablo 14. CURB 65 Puanlaması (143)

Konfüzyon (bilinç bulanıklığı)
Üre >42,8 mg/dL (kan üre nitrojeni (BUN) >20 mg/dL)
Solunum sayısı dakikada ≥ 30
Sistolik tansiyon <90 mmHg veya diyastolik tansiyon ≤ 60 mmHg
Yaş ≥ 65
0–1: Hasta ayaktan tedavi edilebilir
2: Hastanede tedavi
≥ 3 : Yoğun bakım ihtiyacı

Tablo 15. Pnömoni Ağırlık Skoru (PSI) (144)

Erkek Yaş	
Kadın Yaş-10	
Huzurevinde yaşamak	+10
Kanser varlığı	+30
Kalp yetmezliği	+10
Böbrek hastalığı	+10
Serebrovasküler hastalık	+10
Karaciğer hastalığı	+20
Bilinç değişikliği	+20
Kalp hızı ≥ 125 atım/dk	+10
Solunum sayısı ≥ 30 /dk	+20
Sistolik kan basıncı < 90 mm Hg	+20
Ateş $< 35^{\circ} \text{C}$ ya da $\geq 40^{\circ} \text{C}$	+15
Arter pH < 7.35	+30
Kan üre düzeyi ≥ 30 mg /dL	+20
Sodyum < 130 mmol/L	+20
Glukoz ≥ 250 mg /dL	+10
Hematokrit $< \%30,0$	+10
PaO ₂ < 60 mmHg veya satO ₂ $< \%90,0$	+10
Plevral sıvı birikimi	+10
EVRE I: Yaş < 50 , ek hastalık yok EVRE II: < 70 puan EVRE III: 71-90 puan EVRE IV: 91-130 puan EVRE V: > 130 puan	EVRE I-II: Ayaktan tedavi EVRE III: Ayaktan yahut kısa süreli yatırırlarak tedavi EVRE IV-V: Hastaneye yatırılarak tedavi

Ek hastalığı olmayan ayaktan tedavi uygun görülen hastalar için önerilen tedavi yüksek dozlarda amoksisilindir. Ek hastalığı olan hastalarda etkinlik aralığı daha çok patojeni kapsayan amoksisilin/klavulanik asit gibi beta laktamaz inhibitörü ile birlikte olan kombinasyon tedavide tercih edilmelidir. Penisilin duyarlılığı olan hastalarda florokinolon tercih edilebilir. Ayaktan tedavisi düzenlenen hastaları mutlaka 48-72 saat içerisinde tekrar değerlendirmek gerekir. Ani başlayan solunum yetmezliği, derin ve hızlı soluk alıp verme, hipotansiyon, böbrek yetmezliği, lökosit ve trombosit sayısının düşüklüğü, ateş $< 36^{\circ}\text{C}$, akciğer görüntülemesinde birden fazla lob tutulumu ve bilinç bozukluğu gibi durumlardan iki veya daha fazlası varsa acil durumdur ve hastaneye yatırılarak tedavi gereklidir. Bunların dışında laktat düzeylerinin sıkı takibi önemlidir. Akciğer ödemi veya karbondioksit değeri yüksek olan hastalarda zaman kaybetmeden invaziv olmayan mekanik ventilasyon uygulanmalıdır. Aşkar organ bozukluğu olan hastalarda en kısa sürede antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır, diğer hasta grubunda ilk 8 saat içinde antimikrobiyal tedaviye başlanabilir. Aşkar organ bozukluğu olan

hastalarda yüksek doz damar yolu aracılığıyla beta laktam antibiyotikler ile birlikte makrolid türevi antibiyotikler önerilir. Hastalarda atipik bir etken bulunamadıysa 3 günlük tedavi sonucunda makrolidler kesilebilir. Yüksek doz beta laktam antibiyotikler minimum 48 saat uygulanmalıdır. Hastada böbrek yetmezliği tablosu mevcutsa minimum 24 saat verilmelidir (145). İnfluenza salgını olduğu dönemde ek hastalığı olan, gebe, aşık organ bozukluğu gibi durumları olan hastalarda tedaviye oseltamivir ve diğer koruyucu antiviral tedavilerin eklenmesi düşünülmelidir. Viral test sonucu negatif gelen hastalarda antiviral tedavi kesilebilir (146). Uygun tedavi sonrası 3 ile 5 günlük dönemde hastada klinik olarak bir iyileşme görülmezse ve hastanın durumu kötüye giderse mutlaka tedavi başarısızlığı aklımızda olmalıdır (147).

2.2.2.4. Plörit

Akciğer zarının iltihaplanmasına plörit denir. Hastalarda batıcı nitelikte solunum ile değişen göğüs ağrısı bulunabilir. Akciğer dinlemesinde iltihaplı plevra yüzeylerinin karşılıklı hareketinden kaynaklanan plevra sürtünme sesi bulunur (148). Sebepleri arasında sistemik lupus eritamatozus, sjögren sendromu gibi otoimmün hastalıklar, izoniazid ve hidralazin gibi ilaçlar, çeşitli enfeksiyöz nedenler bulunur. Tanı ve tedavi altta yatan nedene yöneliktir.

2.2.3. Gastrointestinal Sistemi İlgilendiren Tanılar

Hepatobiliyer sistem ekstrahepatik ve intrahepatik safra kanalları, safra kesesi, koledok, pankreas, pankreatik kanallar ve duodenuma açılan ampulla vateriden oluşan yiyeceklerin sindiriminin yanında endokrin fonksiyonları da olan bir sistemdir. Karaciğer hücrelerinde üretilen safra, sağ ve sol hepatik kanallar vasıtası ile safra kesesine getirilir. Safra kesesinin görevi gelen safra içeriğini depolamak ve yoğunlaştırmaktır. Bu içerik sistik kanal yoluyla koledoka aktarılır. Koledok duodenumda ampulla vateri'ye dökülmeden önce pankreastan gelen içeriği toplayan pankreatik kanalla birleşir. Bu sistemin herhangi bir bölgesinde oluşan tıkanıklık ya da inflamasyon hastalıkların oluşmasına sebep olur. Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalara özefagial rüptür, Mallory-Weis sendromu, kolesistit, pankreatit, gastroözefagial reflü, peptik ülser ve biliyer kolik gibi çok sayıda gastrointestinal sistemi ilgilendiren, kardiyak dışı göğüs ağrısı nedenlerinden olan tanılar konulabilir.

2.2.3.1. Özefagus Rüptürü (Boerhaave Sendromu)

Özefagusun kendiliğinden veya efor nedeniyle olan yırtılmasına verilen isimdir ve genellikle ölümcül seyreden bir tablodur. Nedenleri arasında kusma, epileptik atak, karın

travması gibi özefagus basıncını arttıran durumlar yer almaktadır (149). Vakaların büyük kısmı orta yaşlı erkektir (150). Basınçta olan ani bir artma özefagusta transmural yırtılmaya sebep olur. Özefagusun anatomisi nedeniyle orta bölüm sağ plevraya alt bölüm sol plevraya yakındır. Rüptür en sık uç 1/3'lük bölümde görülür. Bu bölgede olan yırtılma amfizem, mide içeriğine bağlı mediastinal inflamasyon ve nekroza neden olabilir. Üst kısımlarda meydana gelen rüptür ise sağ plevrada sıvı birikimi ve hidropnömotoraks oluşumuna sebep olabilir (151)(152).

Göğüs ağrısı, kusma ve amfizem mevcudiyetine Mackler üçlüsü denir, nadirdir ancak tanısal kabul edilebilir. Akciğer grafisinde plevral sıvı, pnömomediastinum, subkutan amfizem gibi tanı koydurucu olmayan ancak akla getirebilecek bulgular mevcuttur. Bilgisayarlı tomografi %92,0-100,0 duyarlılık ile altın standart görüntüleme yöntemidir. Pnömomediastinum ve kontrast madde sızması ile rüptürü gösterir. Endoskopik girişimin tanıda sensitivitesi %100,0 spesifitesi %92,0 olmasına karşın rüptürü arttırma ihtimali nedeniyle kullanımı tartışmalıdır (150).

Tedavide genel durumu iyi klinik bozulma semptomları olmayan hastalar antibiyotik, proton pompa inhibitörü ve damardan destek tedavisi ile izlenebilir. Endoskopik stent uygulaması ve cerrahi prosedürler hastalığın ciddiyetine ve hastanın genel durumuna göre uygulanabilir (150).

2.2.3.2. Pankreatit, Kolesistit

Kolesistit, sağ üst kadranda ağrısı, ateş, oral alımda kısıtlılık gibi yakınmalarla ilişkili olan safra kesesinin inflamasyonudur. Genellikle safra taşına bağlı olarak ortaya çıkar bunun yanı sıra vakaların %5,0-10,0'ında taş olmadan kolesistit de görülebilir (153). Safra taşı nedeniyle tıkanan sistik kanal safra kesesinde safranın birikimine ve kesenin şişmesine ve düzensiz kasılmalara sebep olur safra koliği olarak adlandırılan bu durum inflamatuvar yanıt, sitokin salınımına ve sonuçta safra kesesi iltihabına sebep olur. Bunun yanı sıra neoplaziler, enfektif süreçler, safra kesesinin duvar bütünlüğünde bozulmaya yol açan durumlar, stres gibi faktörler de kolesistit etiyolojisinde rol oynayabilir (154)(155). Fizik muayenesinde derin palpasyonla olan sağ üst kadranda ağrısı bulunur ve bu bulguya Murphy işareti denir. Tanıda; kan testleri (karaciğer enzimleri yükselebilir, bilirubin değerleri yükselebilir, beyaz kan hücresi yüksekliği görülebilir ancak bunların hepsi normal de olabilir), safra kesesi ultrasonografisi (safra kesesini değerlendirmek için ilk aşamada en iyi görüntüleme aracı) ve bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Ultrasonografide safra kesesi duvarında kalınlaşma, etrafında sıvı ve kese içinde veya kanalda taş görülebilir (156)(157).

Tedavide laparoskopik kolesistektomi önerilir, ancak laparoskopik olarak uygun bir aday değilse açık cerrahi tekniği ile de operasyon planlanabilir. Hasta uygun cerrahi aday değilse ve hastalık tablosu şiddetli ise perkütan drenaj tedavide uygulanabilir. Hafif hastalık tablosunda olanlarda diyet düzenlemeleri ile tedavi denenebilir (158)(159)(160).

Pankreatit; en sık olarak safra taşı veya alkol kullanıma bağlı ortaya çıkan pankreas bezinin iltihabi durumudur. Genellikle sıvı desteği, semptomlara yönelik tedavi ve ağızdan beslenmenin sağlanması ile hızlı düzelme ile sonuçlanan hafif formları görülür (161). Vakaların %20-30'unda görülen şiddetli pankreatit tablosu hastane içinde ölüm oranı %15,0 olan hayati tehlikesi bulunan bir tablodur (162).

Tablo 16. Akut pankreatit etiyolojisinde rol oynayanlar (163)(164)(165)

Safra taşı	Alkol alımı	Nedeni belli olmayan
Trigliserit yüksekliği	Viral/Bakteriyel enfeksiyonlar	Kalsiyum yüksekliği
Travma	Kullanılan ilaçlar	Sigara
Otoimmün pankreatit tip I ve II	Doğumsal bozukluklar	Paraziter enfeksiyonlar
Genetik	Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) veya cerrahi işlem sonrası	Böbrek rahatsızlığı
Toksinler	Ampulla daralması	Vaskülit

Pankreastaki yıkım ve sistemik inflamatuvar yanıt ana patofizyolojik mekanizmalardır. Tıkanıklığa bağlı yüksek kanal içi basınç, kalsiyum dengesindeki bozukluklar ve asit-baz dengesindeki bozukluklar tripsinojenin tripsine erken aktivasyonuna sebep olur. Sonuçta belirli bir bölgede doku hasarı ve hasarla ilişkili moleküler yapıların salınımına sebep olur. Bu moleküler yapıların salınımı nötrofillerin toplanması ve inflamatuvar yanıtın başlaması ile sonuçlanır. İnflamatuvar yanıt sonucunda pankreatitin sistemik belirtileri ortaya çıkar. Son zamanlarda pankreatitin bazı genler aracılığı ile genetik yatkınlığı olduğu ortaya çıkmıştır, bu genler tripsin aktivasyonunda rol oynamaktadır (166)(167).

Bulantı, kusma ve karın orta hattında olan ağrı hastalarda görülebilen semptomlardır. Safra kesesinde mevcut olan taşa bağlı ortaya çıkmış ise ani başlangıçlı ve keskin bir ağrıdan söz edilirken metabolik veya toksikolojik nedenlere bağlı pankreatitte daha sıkıştırıcı vasıfta ve yavaş başlangıçlı bir ağrıdan söz edilir. Hastalarda ateş, kalp hızında artış ve tansiyon düşüklüğü gibi bulgular görülebilir, ciddi pankreatit vakalarında önemlidir. Karın orta hattında hassasiyet, sertlik ve azalan barsak sesleri muayenede olabilir. Periton arkasına kanama olursa

yan bölgelerde morarmalar (ekimoz) olabilir bu bulgu Grey Turner bulgusu olarak adlandırılır, eğer göbek etrafında morarma meydana gelirse buna da Cullen bulgusu denir (168).

Tanıda Revize Atlanta Sınıflaması kullanılır:

- Normal değerinin 3 katına yükselmiş olan amilaz/lipaz düzeyi,
- Hastada pankreatit tanısını düşündürecek karın ağrısı olması,
- Görüntülemenin pankreatit tanısını desteklemesi, bu üç maddeden ikisinin olması tanıyı koydurur.

Görüntüleme yöntemleri olarak tüm vakalarda taş varlığı ve safra kesesini değerlendirmek için ultrasonografi kullanımı tavsiye edilir. Tanının şüpheli olması durumunda damar içinden kontrast madde verilerek çekilen bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Pankreatit tanısı konulan vakalarda uygun sıvı desteğine rağmen (48 saat) klinik olarak düzelmeye başlamaması durumunda nekroz olup olmadığını araştırmak amacıyla bilgisayarlı tomografi kullanılabilir. Bu görüntüleme yöntemleri ile altta yatan neden bulunamadığında Manyetik Rezonans Kolanjiyo Pankreatografi (MRCP) veya Endoskopik Ultrasonografi (EUS) kullanılabilir (169)(170)(171).

Tedavinin ana unsuru erken başlangıçlı yüksek miktarda sıvı desteğidir. Kullanımına engel bir durum yoksa ringer laktat solüsyonu 15-20 mL/kg hızlı infüzyon sonrası saatte 3 mL/kg devam dozu olarak verilmelidir. 4-6 saatte bir olacak şekilde hastanın yanıt durumu, idrar çıkışı takip edilmelidir. Önleme amacıyla antibiyotik kullanımı gerekli değildir, enfeksiyon şüphesi varsa alınan kültürler sonuçlanana kadar verilebilir. Antibiyotik kullanım önerisi enfekte nekroz mevcutsa vardır (172)(173). Geri kalan tedaviler etiyoloji durumuna göre değişmektedir.

2.2.3.3. Peptik Ülser

Mide ile duodenal mukozada mide asidinin verdiği hasar nedeniyle oluşan mukoza erozyonuna peptik ülser denir. Fazla miktarda asit salgısı, yeme alışkanlıkları, *Helicobacter pylori*, ağrı kesici kullanımı, stres, sigara ve alkol kullanımı altta yatan nedenlerdir (174). Hastalığın hayat boyu yaygınlığı %5,0-10,0'dır, bir yılda ortaya çıkan yeni vaka oranı ise %0,1-0,3'tür (175).

Duodenal ülserde geceleri artan karın ağrısı ve açlık hissi tipik semptomlar iken mide ülserinde yemeklerden hemen sonra ortaya çıkan karın ağrısı, mide bulantısı, kusma ve kilo kaybı görülür. Yaşlı hastalarda genellikle semptom görülmez (175).

Mide çıkışında meydana gelen tıkanıklık, kanama ve perforasyon hastalığın komplikasyonlarıdır. Tanı koymada altın standart yöntem endoskopidir (175). *Helicobacter pylori* 50-55 yaşın altında ciddi semptomları olmayan ve mide kanserinin nadir görüldüğü bölgelerde yaşayan bireylerde hazımsızlık gibi semptomların varlığında üre nefes testi veya dışkıda antijen testi gibi yöntemlerle araştırılabilir (176).

Tedavi; proton pompa inhibitörleri (PPI) midede asit üretimi üzerine etki ederek semptomların azalmasını sağlar. Ağrı kesici ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan peptik ülser hastalığında ağrı kesici kullanımını bırakma veya doz azaltımı tercih edilir. *Helicobacter pylori*'nin sebep olduğu hastalıkta ilk basamakta tedavi proton pompası inhibitörü ve iki adet antibiyotik içeren üçlü kombinasyondur (proton pompa inhibitörü, klaritromisin, metronidazol veya amoksisilin) ve 7-14 gün boyunca kullanılır. Tedavi başarısızlığı durumunda farklı antibiyotiklerle ve bizmut ile dördümlü tedavi rejimine geçilir (177). Ciddi bir komplikasyon olan peptik ülser kanamasında mide asidini baskılayıcı tedavi, zamanında yapılan endoskopik işlem ve kontrolsüz kanamalarda cerrahi müdahale tedavinin temel taşlarıdır (175).

2.2.3.4. Gastroözefagial Reflü Hastalığı

Mide içeriğinin yemek borusu, ağız boşluğu veya akciğere olan geri akışıyla meydana gelen semptom ve komplikasyonlara gastroözefagial reflü hastalığı denir (178). Yapılan bir çalışmada toplumda görülme sıklığının Kuzey Amerika'da %18,1-27,8, Doğu Asya'da %2,5-7,8, Avrupa'da %8,8-25,9, Orta Doğu'da %8,7-33,1, Avustralya'da %11,6 ve Güney Amerika'da %23,0 olduğu görülmüştür (179).

Ana semptomları; mide ekşimesi ve yemeklerin ağza geri gelmesidir. Bunlarla birlikte göğüs ağrısı, yutma güçlüğü, şişkinlik hissetme, ses kısıklığı, öksürük, boğaz ağrısı ya da yanma, uyku bozuklukları gibi çok sayıda semptom ortaya çıkabilir (180).

Tipik reflü hastalığı semptomları olan kişilerde genellikle tanısız bir test uygulamadan proton pompa inhibitörü ile tedavi uygulanır. Yutma güçlüğü, kilo kaybı ve kanama gibi endişe yaratacak semptomları olan kişiler de ise endoskopik inceleme yapılması gerekir. Proton pompa inhibitörü tedavisine yanıt vermeyen veya kısmen yanıt verip tedavi ihtiyacı devam eden hastalarda pH testleri kullanılabilir (180).

Yaşam tarzı değişiklikleri ve tıbbi tedavi birlikteliği ile çok sayıda hasta etkili bir şekilde tedavi edilebilir. En iyi yaklaşım proton pompa inhibitörü tedavisinin; yaşam tarzı değişiklikleri, uyumluluğu sağlama ve doz sürelerini ayarlama, dozları bölme ve gerekirse başka bir proton pompa inhibitörüne geçme gibi durumları değerlendirip en uygun hale

getirilmesidir. H2 reseptör antagonistleri, prokinetik ajanlar ve baklofen de tedavide kullanılabilir. Reflü hastalarının cerrahi tedavisinde en sık kullanılan teknik laparoskopik cerrahi ile yapılan fundoplikasyondur. Endoluminal tedaviler tıbbi veya cerrahi tedaviye alternatif olarak düşünülebilir (180).

2.2.4. Kas-İskelet Sistemini İlgilendiren Hastalıklar

Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda ölümcül ve acil durumlar dışlandıktan sonra altta yatan durum kas iskelet sistemini ilgilendiren bir hastalık olabilir. Göğüs duvarı omurganın da dahil olduğu çok sayıda kemik ve yumuşak dokudan oluşur. Travmaya bağlı ortaya çıkan kaburga kırığı, ezilmesi veya kas yaralanmalarında tanı rahat bir şekilde konulabilirken, diğer klinik durumlarda kas iskelet sistemi kaynaklı göğüs duvarı ağrısının nedeni belirlemek zor olabilir. Çünkü bu hastalarda tanıyı doğrulamak amacıyla tutarlı ve açık bir tanımlama ve altın standart bir tanı testi yoktur (181). Kas-iskelet sistemine bağlı nedenler ile kardiyovasküler sisteme bağlı nedenleri ayırt etmek için yapılan güncel puanlama yöntemleri tanıda yetersiz bulunmuştur. Bu sebepten ötürü hala en iyi yaklaşım klinik değerlendirme olmaya devam etmektedir (182).

Kostokondrit; kostosternal veya kostokondral bölgelerde şişlik olmadan birden fazla alanda bastırma ile ağrı ve hassasiyet olması durumunda akla gelmelidir. Altta yatan neden genellikle bilinmemektedir. Tietze sendromu ise lokalize, ağrılı şişlik ile tek bir alanı tutar (181).

Kostokondrit tedavisinde analjezi, germe egzersizleri ve ısı paketlerinin kullanımı uygulanabilir yöntemlerdir. Bir ya da iki eklem tutulumu söz konusudur, lokal kortikosteroid /anestezi uygulaması nadir olarak kullanılabilir. Travmaya bağlı kot kırıkları çok ağrılı seyreder, analjezinin yanında mutlaka akciğerin sönmesini engellemek amacıyla hastaya nefes egzersizleri önerilmelidir (181).

2.3. NEWS Skoru

Erken tanıma, zamanında ve yeterli müdahale akut hastalığı olan kişilerde klinik sonlanımın üç ana belirleyicisidir. Akut hastalık ile başvuran kişilerde etkili bir tanımlama ve yanıt sistemi oluşturmak amacıyla erken uyarı sistemleri kullanılır. Ancak bu kullanılan sistemlerde belirli bir standardizasyon yoktur. Sonuçta bu sistemleri kullanırken sistemler arası farklılıklar akut hastalığın tespiti ve klinik yanıtın takibinde uyumsuzluklara yol açabilir (183).

Ulusal Erken Uyarı Skoru Geliştirme ve Uygulama Grubu (NEWSDIG), kullanımı ve öğrenimi kolay olan bu sayede yaygın bir şekilde kullanılacak, standardizasyonu sağlayacak ve

Kraliyet Doktorlar Koleji'nce onaylanacak bir erken uyarı sistemi geliştirmek amacıyla 2009 yılında çalışmaya başlayan bir gruptur. NEWS'in olabildiğince mükemmel ve kanıta dayalı olmasını sağlamak amacıyla kullanımda olan erken uyarı sistemlerinin büyük çoğunluğunu gözden geçirerek protipini acil müdahale gerektiren hastaları tanıyabildiğinden emin olmak amacıyla büyük bir veritabanında test ettiler (184). 2009 yılında çalışmaya başlayan grup 2012 yılında NEWS'i bildirmiştir.

NEWS'in yararları (183);

- Akut hastalığın erken tespitinde standardize edilmiş bir formatta fizyolojik parametrelerin ölçümünü içeren tek bir erken uyarı sistemi olması,
- Hastalık şiddetini belirlemek, uygun klinik yanıt oluşturmak ve tutarlı klinik kararlar almak için standardize edilmiş bir skorlama olması,
- Sadece akut hastalık tablosunda değil, hastanede izlemde olan hastalarda da takipte olan klinik kötüleşmeyi öngörebilmesi,
- Hastane öncesi akut hastalık değerlendirilmesinde standardize bir sistem olmasıdır.

NEWS'in temel ilkesi standardize etmektir.

2012 yılında NEWS'in tanıtılmasının ardından yaygın olarak kullanılıp yapılan geribildirimler doğrultusunda 2017 yılında iyileştirme amaçlı yeni bir güncelleme yayınlanmıştır. 2017'de yapılan güncellemede NEWS'in temel ilkeleri, puanlama sistemi, eşikler ve tetikleyiciler değişmeden kalırken; güvenilirliği ve kullanılabilirliğini arttırmak amaçlı bazı önemli değişiklikler olmuştur (185):

- Oksijen kullanımının kaydının iyileştirilmesi amacıyla çizelgeye yeni bir bölüm eklenmiştir.
- Glasgow Koma Skalası'nda olan azalma; yeni başlangıçlı konfüzyon, yönelimde bozukluk ve deliryum gibi herhangi bir ani bozulma uyanık, sözel uyarıya cevap var, ağrılı uyarana cevap var, cevap yok (alert, verbal, pain, unresponsive-AVPU) puanlamasına konfüzyon olarak eklenmiştir (ACVPU).
- Ciddi sepsis hastalarında 5 ve üstü puanların acil değerlendirmeye ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir.
- Fizyolojik parametrelerin kaydedilmesinde kullanılan sıralama yeniden düzenlenmiştir (185).

NEWS birçok erken uyarı sistemine benzer şekilde hastaların fizyolojik parametrelerine bağlı basit bir puanlama sistemidir (183).

- Solunum hızı
- Ateş
- Kan oksijen doygunluğu
- Nabız
- Sistolik kan basıncı
- Bilinç düzeyi

Ölçülen her bir parametreye belli bir puan verilir, daha sonra bu puanların toplamından skor elde edilir. Oksijen ihtiyacı olan hastalara fazladan 2 puan eklenir. Hastane öncesi ya da hastanede hastalık şiddetindeki değişiklikleri değerlendirmek için bu 6 parametre tekrar tekrar ve kolayca ölçülebilir (183).

Solunum hızı; yaygın ağrı, merkezi sinir sistemi rahatsızlığı, metabolik asidoz ve sepsiste (akciğer dışı) artarken merkezi sinir sistemi baskılanmasında azalır.

Ateş; hem yüksekliği hem de düşüklüğü puanlama sistemine dahil edilmiştir, hassas bir göstergedir (183).

Oksijen düzeyi; NEWS'ten önce kullanılan erken uyarı sistemlerine genellikle dahil edilmemiştir. Solunum ve kalp fonksiyonlarının bütünleştirilerek değerlendirilmesine olanak sağlar. Nabız oksimetrisi ile girişim olmadan kolayca ölçülebilir (183).

Nabız ölçümü klinik durumun önemli bir göstergesidir. Volüm kaybı, sepsis, kalp yetmezliği, ateş, ağrı, ilaç alımı, hipertiroidi ve metabolik durumlar nabızı hızlandırırken beta bloker ilaç kullanımı, vücut sıcaklığının olması gereken değerin altına düşmesi (hipotermi), merkezi sinir sistemi baskılanması, hipotiroidi ve kalbin ileti sisteminde olan bloklar nabızı yavaşlatır. Sistolik kan basıncı; akut hastalık şiddeti değerlendirilmesinde düşüklüğü önemlidir. Volüm kaybı, sepsis, kalp yetmezliği, merkezi sinir sistemi baskılanması ve ilaçlar tansiyon düşüklüğüne sebep olabilir.

Bilinç düzeyi; akut hastalık şiddetinin önemli bir göstergesidir. Bilinç değerlendirilmesinde AVPU ölçeği kullanılır. A; tamamen uyanık, V; sözel uyarana tepki vermesi, P; ağrılı uyarana tepki vermesi, U; bilinçsizlik durumu, sözel ya da ağrılı uyarana cevap yoktur. 2017 yılında yapılan güncellemede; daha önceden mental durumu normal olan hastalarda ani başlangıçlı konfüzyon, dezoryantasyon ve ajitasyon (Glasgow Koma Skalası'nda sözel yanıt olarak 3 veya 4 puan alır) NEWS'te 3 puana denk gelmektedir. NEWS tablosuna C olarak eklenmiştir. Yeni başlangıçlı konfüzyon; bir hasta alert olabilir ancak dezoryante veya konfüze olabilir. Bu konfüzyonun yeni başladığını belirlemek her zaman kolay değildir. Aksini

ispatlayana kadar yeni kabul etmek gerekir. Yeni başlayan veya kötüleşen konfüzyon, deliryum veya değişmiş mental durum potansiyel olarak ciddi bir tablodur (185).

Tablo 17. NEWS Skorlama Sistemi (183)(185)

FİZYOLOJİK PARAMETRELER	3	2	1	0	1	2	3
Solunum Sayısı (/dk)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
Oksijen Satürasyonu(SaO ₂) (%) Skala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
Oksijen Satürasyonu(SaO ₂) (%) Skala 2	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 Oda havasında	93-94 Oksijen desteğinde	95-96 Oksijen desteğinde	≥97 Oksijen desteğinde
Oksijen Desteği		VAR		YOK			
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Nabız (/dk)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Bilinç Durumu				A*			C*V*P*U*
Ateş	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

(*): A; tamamen uyanık, C; yeni başlangıçlı konfüzyon, dezoryantasyon V; sözel uyarana tepki vermesi, P; ağırlı uyarana tepki vermesi, U; bilinçsizlik durumu, sözel ya da ağırlı uyarana cevap yoktur.

Tablo 18. NEWS puanlarının risk derecesi(183)(185)

NEWS PUANI	RİSK DERECESi
0	DÜŞÜK
1-4	
KIRMIZI SKOR (Herhangi bir parametreden 3 puan)	DÜŞÜK-ORTA
5-6	ORTA
≥7	YÜKSEK

Tablo 19. NEWS risk grubuna göre klinik yaklaşım (183)(185)

NEWS SKORU	İZLEME SIKLIĞI	KLİNİK YANIT
0	Minimum 12 saatte bir izle	Her gözlemede NEWS hesaplamaya devam et
1-4	Minimum 4-6 saatte bir izle	- Hasta ile ilgilenen hemşireyi bilgilendir. - Hemşire monitörizasyon sıklığını arttırmaya ve/veya bakımın artmasının gerekliliğine karar verir.
Kırmızı skor (herhangi bir parametreden 3 puan)	Minimum saat başı izle	Hemşire, hasta bakımının artırılması gerekliliğini değerlendirecek ve kararını verecek medikal ekibi hasta bakımı için bilgilendirir.
5-6	Minimum saat başı izle	- Hemşire acilen medikal ekibi hasta bakımı için bilgilendirir. - Hemşire, akut hasta yönetiminde temel yetkinlikleri olan ekipten ivedi değerlendirme talep eder. - Klinik monitörizasyon olan bir ortamda izlenmesi sağlanır.
≥7	Vital bulgular sürekli monitörize izle	- Hemşire derhal içerisinde en az bir adet uzman olan medikal ekibi bilgilendirir. - İleri hava yolu yönetimi dahil olmak üzere kritik hasta bakımı yetkinliğine sahip ekip tarafından acil değerlendirme sağlanır. - Hasta 2. Veya 3. Basamak yoğun bakıma transfer için değerlendirilir.

2017 güncellemesinde tek bir kırmızı skorun (herhangi bir parametreden alınan 3 puan) 5 veya daha fazla puanla aynı derecede uyarıcı olması önerilmemekle birlikte izleme sıklığına, bakımın artırılması gerekliliğine karar vermek ve altta yatan nedenin belirlenmesi amacıyla bir klinisyen tarafından acil inceleme önerilmiştir (185).

NEWS klavuzunda NEWSDIG tarafından yeterince hassas olup olmadığının değerlendirilmesi için sürekli değerlendirme gerekli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca NEWS'in etkinliğini kıyaslamak ve uygun klinik yanıtları belirlemek için çok fazla çalışma yapılmasının gerekli olduğu vurgulanmıştır (183).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı'nda 11 Eylül 2019-16 Mart 2020 tarihleri arasında prospektif, kesitsel analitik olarak yürütüldü. Çalışmaya göğüs ağrısı ile ayaktan veya 112 aracılığıyla acil servise başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş üstü hastalar dahil edildi. Sorumlu araştırmacı tarafından hastalara ayrıntılı olarak çalışmanın amacı anlatıldı ve gönüllü olurları alındıktan sonra hastalar çalışmaya dahil edildi (Ek-1). Arrest olan, başvuru sırasında acil müdahale gerektiren, intoksikasyon ile gelen, suicidal girişim ile gelen, gebe, ventrikül destek cihazı olan, travma öyküsü olan, yeterli verisi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen olgular çalışma dışı bırakıldı. Çalışma için etik kurul onayı alındı (Ek-2).

3.2. Örneklem Seçimi

Acil servise 18 yaş üstü göğüs ağrısı ile başvuran hasta sayısı yıllık 5280 olarak hesaplandı. Yapılan poweranalize göre %95 güven aralığında %5 örneklem hata payı göz önünde bulundurularak, araştırılan konunun sıklığı net olarak bilinmediği için olası en uygun örnek çapını verecek %50 sıklık değeri ile hesaplama yapıldı ve 359 hasta sayısına ulaşıldı.

3.3. Çalışma Metodolojisi

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra çalışmaya başlandı (Ek-2). Çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde tek merkezli ve prospektif olarak yürütüldü. 11 Eylül 2019-16 Mart 2020 tarihleri arasında acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalar onam alınarak çalışmaya dahil edildi. Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet), özgeçmişleri (bilinen komorbiditesinin olup olmadığı), acil servise başvuru yakınmaları ve başvuru saati standart veri toplama formuna kaydedildi (Ek-3). Başvuru sırasında bakılan ve sonrasında tanı konulduğu andaki vital bulguları (vücut sıcaklığı, nabız, solunum sayısı, SaO₂ ve oksijen desteği alıp almadığı, sistolik ve diyastolik kan basıncı) ile bilinç durumları değerlendirildi. Başvuru anında ve tanı anında NEWS puanları hesaplandı ve veri formuna kaydedildi. Hastalar acil servise başvurduktan sonra takip edileceği birime alınır alınmaz 12 derivasyonlu EKG çekimi gerçekleştirildi. 2017 yılında yayınlanan ESC'nin klavuzuna göre göğüs ağrısı veya eşdeğeri semptom ile birlikte birbirini takip eden iki derivasyonda ST segment yüksekliği olması sorumlu hekim tarafından STEMI olarak kabul edildi (14). Bu hasta grubuna ivedilikle

kardiyoloji konsültasyonu planlandı. Hastaların göğüs ağrısının altta yatan nedeni kardiyak tamponad veya aort diseksiyonu gibi hayatı tehdit eden bir hastalık olma ihtimaline karşılık, uygulama kolaylığı ve hızlı uygulanması nedeniyle hastalara transtorasik ekokardiyografi görüntülemesi yapıldı. Aort diseksiyonundan şüphelenilen hastalarda 2014 ESC klavuzunda da bahsedildiği şekilde hızlı olması ve yüksek hassasiyete sahip olması nedeniyle başlangıç görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi çekimi gerçekleştirildi (66). Aort diseksiyonu tanısı konulan hastalara zaman kaybetmeden kalp damar cerrahisi konsültasyonu açıldı.

Akut koroner sendrom şüphesi olan hastalarda yüksek hassasiyetli troponin ölçümleri gerçekleştirildi (18). Troponin takibi planlanan hastalarda; sorumlu hekim 2 klavuza göre hastaları değerlendirdi. Amerikan Kardiyoloji Koleji / Amerikan Kalp Derneği tarafından yayınlanan klavuzda önerilen troponin değerlerindeki %20 artış veya düşüşü anlamlı kabul etti ya da Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin klavuzundaki öneriye uygun olarak delta troponin artışını akut koroner sendrom lehine değerlendirdi (46)(186). Akut koroner sendrom düşünülen hastalara kardiyoloji konsültasyonu planlandı. ESC 2015 klavuzunda bahsedildiği gibi istirahatte olan uzun süreli anjina, yeni başlangıçlı veya de novo anjina (Kanada Kardiyovasküler Derneği Sınıflaması'nda sınıf II veya III(187)), önceden stabil olan anjinanın anstabil hale gelmesi veya miyokard infarktüsü sonrası ortaya çıkan anjina akut koroner sendrom açısından şüphe uyandıran durumlardır (186). Bu hastalara takipte troponin artışı olmasa dahi kardiyoloji konsültasyonu planlandı. 2015 ESC perikardiyal hastalıklar klavuzunun önerdiği şekilde; göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda keskin vasıflı, nefes almakla artan ve öne eğilmekle azalan ağrı tipi olması, dinlemekle perikardiyal sürtünme sesi duyulması, perikardiyal sıvı varlığının görülmesi ve perikardit ile uyumlu EKG bulgularının olması durumlarından 2 tanesini karşılayan hastalar perikardit kabul edildi (81).

Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran ve sorumlu hekimi tarafından değerlendirilip pulmoner emboli ön tanısı düşünülen hastalar ileri tetkik kararı için Wells ve Geneva risk skorlamaları ile değerlendirildi. 2019 ESC pulmoner emboli klavuzunun önerdiği şekilde hemodinamik açıdan stabil olan düşük ve orta risk skorlamasına sahip hastalara d-dimer testi gönderildi. D-dimer test sonucu pozitif olanlara bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi çekildi. Yüksek risk skoru olan hastalara d-dimer ölçümü yapılmadan bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi planlandı. Hemodinamik olarak anstabil olan hastalarda ise yine 2019 ESC klavuzuna göre yatak başı transtorasik ekokardiyografi yapıldı, sağ ventrikül disfonksiyonu varlığına bakıldı ve pozitif olan hastalarda bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi çekilmesi mümkünse hızlıca çekildi değilse hastaya yüksek risk tedavisi başlandı, sağ ventrikül

fonksiyon bozukluğu olmayan ya da bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide pulmoner emboli saptanmayan hemodinamik olarak anstabil olan hastalarda diğer şok veya hemodinamik bozukluk yapacak nedenler araştırıldı (103). Pulmoner emboli saptanan hastalara göğüs hastalıkları konsültasyonu planlandı. Ani başlayan ve keskin göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda oskültasyonda akciğer seslerinde azalma mevcut olup olmadığına bakıldı. Pnömotoraks ön tanısı düşünülen hastalar zaman kaybedilmeden akciğer grafisine gönderildi. Grafide saptanamayacak kadar küçük pnömotoraksler için ultrasonografi veya ileri görüntüleme yöntemi olarak bilgisayarlı tomografi kullanıldı (128). Göğüs ağrısı ile başvuran klinik olarak pnömoni düşünülen hastalarda Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği/Amerikan Toraks Derneği'nin klavuzuna uygun olarak akciğer grafisi veya başka bir görüntüleme tekniğinde infiltrasyon varlığına bakıldı (135). İnfiltrasyon olan hastalar pnömoni olarak kabul edildi. Pnömoni olarak kabul edilen hastalarda CURB-65 ve PSI skorları hesaplanarak hastalığın şiddeti belirlendi ve yatış gereksinimi olan hastalara göğüs hastalıkları konsültasyonu planlandı.

Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran özefagus rüptürü düşünülen hastalarda %92,0-100,0 duyarlılığa sahip olan altın standart görüntüleme yöntemi olarak kabul edilen bilgisayarlı tomografi kullanıldı (150). Rüptür saptanan hastalara ivedilikle genel cerrahi ve gastroenteroloji konsültasyonu planlandı. Gastrointestinal sistemi ilgilendiren kardiyak dışı göğüs ağrısı nedenleri düşünülen hastalara kan biyokimyası, ultrasonografi ve gereklilik halinde ileri görüntüleme yöntemleri planlandı.

Acil servise göğüs ağrısı başvuran ve etiyoloji olarak kardiyak veya kardiyak olmayan bir neden saptanamayıp acil servis takibi sonrası taburcu edilen hastalara nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konuldu.

Sorumlu hekim tarafından konulan tanı veri formuna kaydedildi. Tanı yanı sıra acil serviste kalış süreleri, sonuçları (taburculuk, tedavi reddi, hastaneye yatış, sevk ya da ölüm), hospitalizasyon oranları ile tanılara göre morbidite (entübasyon, inotrop, MACE (STEMI, NSTEMI, UAP, PCI, bypass ve ölüm), solunum cihazı desteği, trombolitik kullanımı, SVO, MI ve diğer durumlar) ve mortalite (48.saat-30.gün) durumları analiz edildi ve veri formuna kaydedildi. Acil servise göğüs ağrısı ile başvurup taburcu olan hastalarda 48.saat ve 30.gün mortalite takip edildi, hastalara başvurusu sırasında bilgi verilip onay alındıktan sonra telefon ile aranıp veya merkezi kayıt sisteminden bakılıp semptom tekrarları veya tekrar hastane başvuruları olup olmadığı sorgulandı.

3.4. Birincil ve İkincil Sonlanım

Bu çalışmanın birincil sonlanımı olarak 48.saat ve 30.gün mortalite, morbidite belirleme gücü, hastane yatış ve güvenli taburculuk belirleme gücüne bakıldı. İkincil sonlanım olarak kritik ve acil hasta ayırt edebilme gücü, tanısal performansı ve semptom tekrarı olan hastaları ayırt edebilme gücüne bakıldı.

3.5. NEWS Hesaplanması ve Kullanılması

Tüm hastalarda başvuru sırasında ve tanı konulduğu anda NEWS değeri hesaplandı ve kaydedildi.

3.6. Çalışma Verilerinin Kategorize Edilmesi

Veriler çalışma boyunca gruplara ayrıldı. Cinsiyet kadın, erkek olarak 2 gruba kategorize edildi. Göğüs ağrısı şikayetine ek olarak nefes darlığı olan hastalar var veya yok olarak 2 gruba ayrıldı. Hastalar ek hastalıklarına göre hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olmak üzere 4 ana gruba ayrıldı ve bu grup dışındaki ek hastalıklar not edilerek kayıt altına alındı. Hastaların başvuru anında ve tanı anındaki vitalleri kaydedildi. Vitalleri taşikardi, bradikardi, takipne, hipertansiyon, hipotansiyon, hipertermi, hipotermi ve hipoksi olarak 8 gruba kategorize edildi, her bir grup kendi içinde var veya yok olarak 2 gruba ayrıldı. Başvuru anında ve tanı anındaki vitallerine göre hesaplanarak NEWS değerleri sayısal olarak kaydedilip klavuzda önerilen şekli ile düşük (0-4), düşük-orta (herhangi bir parametreden 3 puan), orta (5-6) ve yüksek (≥ 7) olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Ayrıca kırmızı skor alan hastalar için kırmızı skor var ve yok olarak 2 gruba kategorize edildi. Daha sonra bu gruplar kendi içlerinde düşük ve diğerleri; yüksek ve diğerleri olarak 2 ana gruba ayrıldı. Acil serviste konulan tanılar 3 kategoriye ayrıldı; kritik tanılar, acil tanılar ve acil olmayan tanılar olarak NEWS değerlerinin anlamlılığına bakıldı. Daha sonra çalışmamızda kritik tanılar ve acil tanılar birleştirilerek acil tanı ve acil olmayan tanı olarak 2 alt grup oluşturuldu ve istatistik olarak bu 2 ana grubun NEWS değerleri ile ilişkisi incelendi. Acil serviste konulan tanılar kritik ve diğerleri olarak tekrar iki gruba ayrıldı ve NEWS kategorilerinin istatistik olarak anlamlılığı araştırıldı. Hastalara konulan tanılardan en sık olanları gruplandırıldı ve bunlarda NEWS değerlerinin anlamlılığına bakıldı. Hastaların acil servise başvuru saati ve acil servis sonlanım saatleri not edilerek acil servis kalış süreleri hesaplandı.

Hastalar 48. saat ve 30. gün mortalite verisine göre; 48. saat mortalite pozitif veya negatif, 30. gün mortalite pozitif veya negatif olarak 2 gruba ayrıldı (pozitif olan hastaların ölüm tarihi ve saati ayrıca not edildi).

Hastalar yatış durumuna göre yatış var veya yok olarak 2 gruba kategorize edildi. Daha sonra yoğun bakım yatışı var veya yok, servis yatışı var veya yok olarak 2 gruba ayrıldı. Hastaların yoğun bakım yatış süreleri hesaplandı ve yoğun bakım yatışında mortalite var veya yok olarak 2 gruba kategorize edildi. Servis yatışı olan hastaların yatış süreleri hesaplandı ve servis yatışında mortalite var veya yok olarak 2 gruba ayrıldı. Göğüs ağrısı ile başvurup koroner etiyoloji saptanan hastalarda morbidite STEMI, NSTEMI, UAP, PCI, Bypass işlemi, ölüm olarak 6 ana gruba kategorize edildi. Bu gruplar var veya yok olarak 2 alt gruba ayrıldı. Tüm hastalarda morbidite; entübasyon, inotrop ihtiyacı, solunum cihazı desteği, trombolitik kullanımı, SVO, MACE, yoğun bakım yatışı ve kalış süresi, invaziv girişim ihtiyacı olarak 8 alt gruba kategorize edildi ve her biri var veya yok olarak ayrıldı. Hastalar 30 gün içinde semptom tekrarı ve hastane başvurusu var veya yok olarak 2 gruba ayrıldı.

3.7. İstatistiksel Analiz

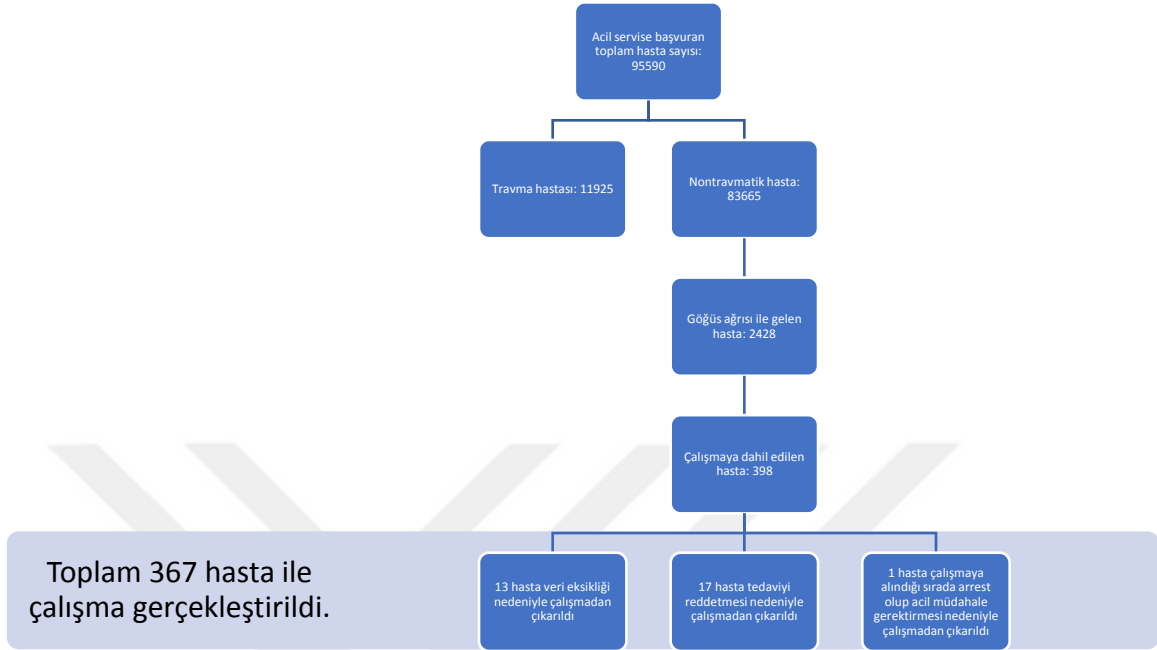
Araştırmada elde edilen veriler, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 18.0 programında oluşturulan veri tabanına girildi ve istatistiksel analizleri yapıldı.

Kategorik değişkenler frekansları ve yüzdeleri, sürekli değişkenlerin ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri hesaplandı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu araştırıldı. Grafiksel araştırma, normallik testleri ve örnek çapı göz önünde bulundurularak, değişkenlerin tümünde normal dağılıma uygunluk koşullarının sağlamadığı kararı verildi ve karşılaştırmalarda, nonparametrik yöntemler tercih edildi. Tekrarlı ölçümlerdeki değişim Wilcoxon Signed Ranks test yöntemi sınıandı. Kategorik değişkenler arasında çapraz tablolar hazırlandı Chi-Square test yöntemi test edildi, tekrarlı ordinal değişkenlerdeki değişim Mc.Nemar Bowker yöntemi ile araştırıldı. Kaplan meier yöntemi ile genel sağ kalım ve yoğun bakım yatış süreleri bakıldı. Tanısal test değerine ait özgün oranlar (spesifite, sensitivite ...) hesaplandı.

Tüm testlerde birinci tip hata payı $\alpha:0,05$ olarak belirlendi ve çift yönlü test edildi, $p < 0,05$ halinde değişim istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özellikler



Şekil 8. Çalışmamızda hasta akış şeması

Akış diyagramında görüldüğü gibi acil servise 11 Eylül 2019-16 Mart 2020 tarihleri arasında başvuran total hasta sayısının %2,5'i göğüs ağrısı hastalarından oluşmaktadır. Çalışma döneminde acil servise başvuran göğüs ağrılarının %15,1'i ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

4.1.1 Yaş ile İlgili Veriler

Çalışmamıza aldığımız hastaların yaşlarının medyan değeri 57,00 en düşük değeri 18,00 en yüksek değeri 93,00 olarak saptandı. Çalışmamızda nefes darlığı olan hastalarla olmayanlar arasında yaş farkı istatistiki olarak anlamlı değildi ($p: 0,110$). Kadın ve erkek hastaların yaşları arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu ($p: 0,282$).

Çalışmamıza katılan hastalarda diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan hastaların yaşlarının medyan değeri olmayanlara göre daha ileri saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (diyabet $p < 0,001$, hipertansiyon $p < 0,001$ ve koroner arter hastalığı $p < 0,001$). Ek hastalık olarak diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan hastaların yaş dağılımı Tablo 20'de verildi.

Tablo 20. Çalışmamızda en sık görülen ek hastalıkların yaş grubuna göre dağılımı

<i>Ek hastalık</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>DM var(n=91)</i>	65,00	38,00	92,00	<i>P <0,001</i>
<i>DM yok(n=276)</i>	55,00	18,00	93,00	
<i>HT var(n=167)</i>	65,00	32,00	93,00	<i>P <0,001</i>
<i>HT yok(n=200)</i>	50,00	18,00	92,00	
<i>KAH var(n=157)</i>	65,00	38,00	93,00	<i>P <0,001</i>
<i>KAH yok(n=210)</i>	51,00	18,00	88,00	

Dm: Diyabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner Arter Hastalığı

Çalışmamızda tanı anında hipertansiyon ($p < 0,001$), takipne ($p < 0,001$) ve hipoksi ($p < 0,05$) görülen hastaların yaşlarının medyan değeri daha ileriye ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin yaş grubuna göre dağılımı

<i>Kategorik Vital</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>HT tanı yok(n=264)</i>	55,00	19,00	92,00	<i>P <0,001</i>
<i>HT tanı var(n=103)</i>	64,00	18,00	93,00	
<i>Takipne tanı yok(n=328)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P <0,001</i>
<i>Takipne tanı var(n=39)</i>	72,00	23,00	92,00	
<i>Hipoksi tanı yok(n=355)</i>	57,00	18,00	93,00	<i>P <0,05</i>
<i>Hipoksi tanı var(n=12)</i>	68,50	37,00	87,00	

Tablo 22. Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anında oksijen desteği varlığının yaşlara göre dağılımı

<i>Oksijen Desteği</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=15)</i>	71,00	23,00	89,00	<i>P <0,05</i>
<i>Yok(n=352)</i>	56,50	18,00	93,00	

Çalışmamıza alınan hastaların yaşı ile ek hastalık sayısı (r: 0,50) ve acil serviste kalış süreleri (r: 0,43) arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Hastaların yaşları ile acil servis başvurusunda (r: -0,32) ve tanı anında (r: -0,35) ölçülen oksijen satürasyonu arasında negatif korelasyon saptandı ve tanı anında oksijen desteği alan hastaların yaşlarının medyan değeri daha ileriye, istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 22).

Akut miyokard infarktüsü ve pnömoni tanısı alan hastaların yaşlarının medyan değeri daha ileriye, nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastaların yaşlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (akut miyokard infarktüsü $p < 0,01$, pnömoni $p < 0,01$, nonspesifik göğüs ağrısı $p < 0,001$). Hastalara konulan tanıların yaşlara göre dağılımı Tablo 23'te verildi.

Tablo 23. Hastalara konulan tanılardan AMI, UAP, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısının yaş gruplarına göre dağılımı

<i>Tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>AMI yok(n=298)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P <0,01</i>
<i>AMI var(n=69)</i>	64,00	36,00	92,00	
<i>UAP yok(n=328)</i>	56,00	18,00	92,00	<i>P: 0,070</i>
<i>UAP var(n=39)</i>	61,00	36,00	93,00	
<i>Pnömoni yok(n=354)</i>	56,50	18,00	93,00	<i>P <0,01</i>
<i>Pnömoni var(n=13)</i>	72,00	44,00	92,00	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı yok(n=266)</i>	60,00	19,00	93,00	<i>P <0,001</i>
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı var(n=101)</i>	52,00	18,00	92,00	

Çalışmaya dahil olan hastalara konulan tanılar kritik, acil ve acil olamayan olarak gruplandırıldıktan sonra; kritik ve acil tanılar birleştirilip acil tanı ve diğerleri olarak istatistik yapıldı. Acil tanı ve kritik tanı alan hastaların yaşlarının medyan değeri daha ileri saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (acil tanı $p < 0,01$, kritik tanı $p < 0,001$). Acil tanılar ve diğerleri, kritik tanılar ve diğerleri olarak yapılan iki grupta yaş dağılımları Tablo 24'te gösterildi.

Tablo 24. Hastaların tanı aciliyetinin yaş gruplarına göre dağılımı

<i>Tanı aciliyeti</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Acil tanı var (kritik+acil)(n=140)</i>	<i>61,00</i>	<i>19,00</i>	<i>93,00</i>	
<i>Acil tanı yok(n=227)</i>	<i>55,00</i>	<i>18,00</i>	<i>92,00</i>	<i>P < 0,01</i>
<i>Kritik tanı var(n=77)</i>	<i>64,00</i>	<i>36,00</i>	<i>92,00</i>	
<i>Kritik tanı yok(n=290)</i>	<i>55,00</i>	<i>18,00</i>	<i>93,00</i>	<i>P < 0,001</i>

Çalışmamıza alınan hastalardan başvuru anında yoğun bakım yatışı olan hastaların (n=89) yaşlarının medyan değeri 63,00 en düşük değeri 19,00 en yüksek değeri 92,00 olarak saptandı. Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yoğun bakım yatışı gerçekleşen (n=19) hastaların yaşlarının medyan değeri 64,00 en düşük değeri 38,00 en yüksek değeri 83,00 olarak hesaplandı. Servis yatışı olan hastalarda (n=6) yaşlarının medyan değeri 73,50 en düşük değeri 23,00 en yüksek değeri 83,00 saptandı. Acil servis başvurusunda yatış gerçekleşen hastaların yaşlarının medyan değeri daha ileriye ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 25)

Tablo 25. Çalışmaya dahil olan hastaların acil servis başvurusunda yatış durumunun yaş gruplarına göre dağılımı

<i>Yatış</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=95)</i>	<i>63,00</i>	<i>19,00</i>	<i>92,00</i>	
<i>Yok(n=272)</i>	<i>55,50</i>	<i>18,00</i>	<i>93,00</i>	<i>P < 0,01</i>

Çalışmamızda başvuru anında ve 30 gün içinde morbidite gelişen hastaların (n=114) yaşlarının medyan değeri 63,00 en düşük değeri 19,00 en yüksek değeri 92,00 olarak saptandı. Başvurusunda veya 30 gün içinde MACE olan ve invaziv girişim geçiren hastaların yaşlarının medyan değeri daha yüksek bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (MACE p <0,001, invaziv girişim p <0,01). Morbidite gelişen hastalarda gelişen morbiditeye göre yaş dağılımı Tablo 26’da gösterildi.

Tablo 26. Hastaların morbiditelerinin yaş gruplarına göre dağılımı

<i>Morbidite</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>MACE var(n=102)</i>	63,50	36,00	92,00	<i>P <0,001</i>
<i>MACE yok(n=265)</i>	54,00	18,00	93,00	
<i>Entübasyon var(n=5)</i>	71,00	55,00	81,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>Entübasyon yok(n=362)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>İnotrop var(n=7)</i>	63,00	51,00	81,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>İnotrop yok(n=360)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>Solunum cihazı desteği var(n=6)</i>	67,00	51,00	81,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>Solunum cihazı desteği yok(n=361)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>Trombolitik var(n=3)</i>	51,00	46,00	57,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>Trombolitik yok(n=364)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>İnvaziv girişim var(n=99)</i>	62,00	23,00	92,00	<i>P <0,01</i>
<i>İnvaziv girişim yok(n=268)</i>	55,00	18,00	93,00	

Çalışmamızda başvuru anında veya 30 günlük takipte MACE gelişen 102 hasta mevcuttu. MACE gelişen hastalar içinde başvuruda veya 30 günlük takipte NSTEMI olan hastaların olmayanlara göre yaşlarının medyan değeri daha ileri idi ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05). MACE gelişen hastalar içinde başvuruda veya 30 günlük takipte PCI yapılan hastaların yaşlarının medyan değeri yapılmayanlara göre daha düşük bulundu ve

istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$). MACE alt gruplarının yaşlara göre dağılımı Tablo 27’de gösterildi.

Tablo 27. MACE alt gruplarının yaşlara göre dağılımı

<i>MACE</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Yatışta MACE var(n=81)</i>	63,00	36,00	92,00	
<i>Taburculukta MACE var(n=21)</i>	64,00	38,00	83,00	<i>P: 0,387</i>
<i>STEMI var(n=22)</i>	57,50	44,00	81,00	
<i>STEMI yok(n=80)</i>	64,50	36,00	92,00	<i>P: 0,079</i>
<i>NSTEMI var(n=49)</i>	66,00	36,00	92,00	
<i>NSTEMI yok(n=53)</i>	60,00	36,00	83,00	<i>P < 0,05</i>
<i>PCI var(n=92)</i>	63,00	36,00	92,00	
<i>PCI yok(n=10)</i>	79,00	46,00	89,00	<i>P < 0,01</i>
<i>Bypass var (n=5)</i>	59,00	46,00	75,00	
<i>Bypass yok(n=97)</i>	64,00	36,00	92,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>Ölüm var (n=5)</i>	71,00	55,00	81,00	
<i>Ölüm yok(n=97)</i>	63,00	36,00	92,00	<i>Örnek çapı yetersiz</i>

Çalışmamızda taburculuk sonrası göğüs ağrısı yakınması veya tekrar hastane başvurusu olan hastaların ($n=120$) yaşlarının medyan değeri 64,00, en düşük değeri 19,00 ve en yüksek değeri 93,00 saptandı. Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastaların ($n=244$) yaşlarının medyan değeri 55,00, en düşük değeri 18,00 ve en yüksek değeri 92,00 bulundu. İstatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$).

Çalışmaya katılan hastaların başvuru NEWS kategorilerinin yaş dağılımına bakıldığında; düşük NEWS kategorisinde olan hastaların diğer kategorisine göre yaşlarının medyan değeri daha düşük bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Başvuru anında kırmızı skor mevcut olan hastaların olmayanlara göre yaşlarının medyan değeri daha ileriydi ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$). Benzer şekilde hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımına bakıldığında; düşük NEWS kategorisinde olan hastaların yaşlarının medyan değeri diğer kategorisine göre daha düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$). Tanı anında kırmızı skor olan hastaların olmayanlara göre yaşlarının medyan değeri daha ileriydi ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,01$).

Hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımı Tablo 28 ve Tablo 29’da gösterildi.

Tablo 28. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=335)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P: 0,116</i>
<i>Düşük-orta (n=9)</i>	57,00	49,00	87,00	
<i>Orta (5-6) (n=13)</i>	65,00	23,00	79,00	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=10)</i>	66,50	44,00	92,00	
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P <0,05</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	64,00	23,00	92,00	
<i>Yüksek (≥ 7)(n=10)</i>	66,50	44,00	92,00	<i>P: 0,081</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	64,00	37,00	92,00	<i>P <0,05</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	56,00	18,00	93,00	

Tablo 29. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin yaş dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P <0,05</i>
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	60,00	33,00	92,00	
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	59,00	44,00	75,00	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	70,00	45,00	79,00	
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	56,00	18,00	93,00	<i>P <0,01</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	64,00	33,00	92,00	
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	70,00	45,00	79,00	<i>P: 0,055</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	57,00	18,00	93,00	
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	64,00	33,00	92,00	<i>P <0,01</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	56,00	18,00	93,00	

4.1.2. Cinsiyet ile İlgili Veriler

Çalışmamızda olguların %65,4'ü (n=240) erkek, %34,6'sı (n=127) kadın olarak saptandı. Hastaların ek hastalığı olup olmamasının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında; kadın hastaların %86,6'sında (n=110) ek hastalık görülürken, %13,4'ünde (n=17) herhangi bir ek hastalık görülmedi. Erkek hastaların %76,7'sinde (n=184) ek hastalık mevcutken %23,3'ünde (n=56) herhangi bir ek hastalık mevcut değildi. Kadınlarda ek hastalık görülme sıklığı erkeklere göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$). En sık görülen ek hastalıklardan diyabet ($p: 0,373$), hipertansiyon ($p: 0,171$) ve koroner arter hastalığı ($p: 0,160$) kadın ve erkeklerde benzer oranda görüldü (Tablo 30).

Kadınlarda görülen ek hastalık sayısının ortalaması $1,93 \pm 1,22$ saptanırken, erkeklerde görülen ek hastalık sayısının ortalama değeri $1,63 \pm 1,30$ saptandı. Kadınlarda erkeklere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde ek hastalık sayısı fazla bulundu ($p < 0,05$).

Tablo 30. En sık görülen ek hastalıkların cinsiyete göre dağılımı

<i>Cinsiyet</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P değeri</i>
DM var(n=91)	%27,6(n=35)	%23,3(n=56)	<i>P: 0,373</i>
DM yok(n=276)	%72,4(n=92)	%76,7(n=184)	
HT var(n=167)	%50,4(n=64)	%42,9(n=103)	<i>P: 0,171</i>
HT yok(n=200)	%49,6(n=63)	%57,1(n=137)	
KAH var(n=157)	%37,8(n=48)	%45,4(n=109)	<i>P: 0,160</i>
KAH yok(n=210)	%62,2(n=79)	%54,6(n=131)	

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru anındaki vitallerinin cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında; diyastolik kan basınçlarının medyan değeri erkeklerde kadınlara göre daha yüksek saptandı ($p < 0,001$). Kadın hastalarda başvuru anında nabızlarının medyan değeri erkeklere göre daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Tanı anında bakılan vitallerde de benzer şekilde diyastolik kan basınçlarının medyan değeri erkeklerde daha yüksek bulundu ($p < 0,05$). Kadınlarda tanı anında ölçülen nabızların medyan değeri erkeklere göre daha yüksekti ($p < 0,05$). Hastaların başvuru ve tanı anındaki vitallerinin cinsiyetlere göre dağılımı Tablo 31 ve Tablo 32'de gösterildi.

Tablo 31. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin cinsiyetlere göre dağılımı

	<i>Cinsiyet</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	136,00	88,00	214,00	<i>P: 0,220</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	140,00	82,00	223,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	75,00	43,00	119,00	<i>P <0,001</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	81,00	40,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	88,00	54,00	161,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	84,00	40,00	180,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	18,00	12,00	29,00	<i>P: 0,696</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	18,00	10,00	63,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	97,00	85,00	100,00	<i>P: 0,414</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	97,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Kadın(n=127)</i>	36,00	36,00	39,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Erkek(n=240)</i>	36,00	35,00	38,00	

Tablo 32. Hastaların tanı anındaki vitallerinin cinsiyete göre dağılımı

<i>Cinsiyet</i>	<i>Vital</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı sistolik kan basıncı</i>	125,00	75,00	185,00	<i>P: 0,948</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		128,00	84,00	187,00	
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı diastolik kan basıncı</i>	72,00	37,00	103,00	<i>P <0,05</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		75,00	45,00	111,00	
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı nabız</i>	80,00	51,00	154,00	<i>P <0,05</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		76,50	33,00	148,00	
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı solunum sayısı</i>	18,00	11,00	31,00	<i>P: 0,256</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		18,00	10,00	28,00	
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı oksijen satürasyonu</i>	97,00	90,00	99,00	<i>P: 0,746</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		97,00	77,00	100,00	
<i>Kadın(n=127)</i>	<i>NEWS tanı ateş</i>	36,30	36,00	38,30	<i>P <0,05</i>
<i>Erkek(n=240)</i>		36,20	34,50	38,30	

Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anında bakılan vitallerinden takipnenin kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 33).

Tablo 33. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin cinsiyete göre dağılımı

<i>Kategorik Vital</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P değeri</i>
<i>HT tanı var(n=103)</i>	%29,9(n=38)	%27,1(n=65)	<i>P: 0,565</i>
<i>HT tanı yok(n=264)</i>	%70,1(n=89)	%72,9(n=175)	
<i>Hipotansiyon tanı var(n=4)</i>	%1,6(n=2)	%0,8(n=2)	<i>P: 0,611</i>
<i>Hipotansiyon tanı yok(n=363)</i>	%98,4(n=125)	%99,2(n=238)	
<i>Taşikardi tanı var(n=25)</i>	%7,9(n=10)	%6,3(n=15)	<i>P: 0,712</i>
<i>Taşikardi tanı yok(n=342)</i>	%92,1(n=117)	%93,8(n=225)	
<i>Bradikardi tanı var(n=24)</i>	%3,1(n=4)	%8,3(n=20)	<i>P: 0,091</i>
<i>Bradikardi tanı yok(n=343)</i>	%96,9(n=123)	%91,7(n=220)	
<i>Takipne tanı var(n=39)</i>	%15,7(n=20)	%7,9(n=19)	<i>P < 0,05</i>
<i>Takipne tanı yok(n=328)</i>	%84,3(n=107)	%92,1(n=221)	
<i>Hipoksi tanı var(n=12)</i>	%4,7(n=6)	%2,5(n=6)	<i>P: 0,354</i>
<i>Hipoksi tanı yok(n=355)</i>	%95,3(n=121)	%97,5(n=234)	
<i>Hipertermi tanı var(n=5)</i>	%1,6(n=2)	%1,3(n=3)	<i>P: 1,000</i>
<i>Hipertermi tanı yok(n=362)</i>	%98,4(n=125)	%98,8(n=237)	
<i>Hipotermi tanı var(n=4)</i>	%0,00(n=0)	%1,7(n=4)	<i>P: 0,303</i>
<i>Hipotermi tanı yok(n=363)</i>	%100,0(n=127)	%98,3(n=236)	

Çalışmaya dahil olan hastalara konulan tanılardan akut miyokard infarktüsü ($p: 0,219$), anstabil anjina pektoris ($p: 0,723$), pnömoni ($p: 0,772$) ve nonspesifik göğüs ağrısı ($p: 0,615$) kadın ve erkeklerde benzer oranda görüldü ve istatistiki olarak anlamlı fark yoktu. Hastaların tanı aciliyetinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında; kritik, acil ve acil olmayan tanılar kadın ve erkeklerde benzer oranda görüldü ($p: 0,162$).

Çalışmamıza alınan hastalardan kadınların %18,9'unun ($n=24$) servis ya da yoğun bakıma yatışı gerçekleşirken erkeklerin %29,6'sının ($n=71$) yatışı gerçekleşti. Erkek cinsiyette kadınlara göre istatistiki olarak yatış görülme oranı fazlaydı ($p < 0,05$).

Kadın cinsiyetin %17,3'ünde (n=22) çalışmaya dahil olduğu sırada yoğun bakım yatışı, %6,3'ünde (n=8) taburcu olduktan sonra 30 gün içinde yoğun bakım yatışı ve %1,6'sında (n=2) servis yatışı görülürken, %74,8'inde (n=95) yatış görülmedi. Erkek cinsiyette ise %27,9 (n=67) oranında başvurusunda yoğun bakım yatışı, %4,6 (n=11) oranında taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı ve %1,7 (n=4) oranında servis yatışı saptanırken, %65,8 (n=158) oranında yatış saptanmadı.

Kadınların acil servis kalış süresinin medyan değeri erkeklere göre daha uzun saptandı. Çalışmaya dahil olan hastaların acil servis kalış süresi ve yoğun bakımda yatış sürelerinin cinsiyet dağılımı Tablo 34'te gösterildi.

Tablo 34. Hastaların acil serviste kalış süreleri ve yoğun bakım yatış sürelerinin cinsiyete göre dağılımı

<i>Cinsiyet</i>	<i>Süre</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
Kadın(n=127)	<i>Acil serviste</i>	8,05	0,47	69,80	<i>P: 0,082</i>
Erkek(n=240)	<i>kalış süresi</i> <i>(saat)</i>	7,04	0,28	84,35	
Kadın(n=30)	<i>Yoğun bakım</i>	2,90	0,90	14,10	<i>P: 0,888</i>
Erkek(n=78)	<i>yatış</i> <i>süresi(gün)</i>	2,80	0,20	17,00	

Çalışmamızda erkek hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde herhangi bir morbidite varlığının oranı kadınlara göre daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 35).

Tablo 35. Morbidite varlığının cinsiyete göre dağılımı

<i>Morbidite</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P değeri</i>
Morbidite var	%24,4(n=31)	%34,6(n=83)	<i>P <0,05</i>
Morbidite yok	%75,6(n=96)	%65,4(n=157)	

Çalışmaya dahil olan hastaların morbiditelerinin cinsiyet dağılımına bakıldığında (Tablo 36) başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığı erkeklerde kadınlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$).

Tablo 36. Hastaların morbiditelerinin cinsiyete göre dağılımı

Morbidite	Kadın	Erkek	P değeri
MACE var(n=102)	%22,8(n=29)	%30,4(n=73)	P: 0,123
MACE yok(n=265)	%77,2(n=98)	%69,6(n=167)	
Entübasyon var(n=5)	%2,4(n=3)	%0,8(n=2)	P: 0,346
Entübasyon yok(n=362)	%97,6(n=124)	%99,2(n=238)	
İnotrop var(n=7)	%3,1(n=4)	%1,3(n=3)	P: 0,241
İnotrop yok(n=360)	%96,9(n=123)	%98,8(n=237)	
Solunum cihazı desteği var(n=6)	%3,1(n=4)	%0,8(n=2)	P: 0,188
Solunum cihazı desteği yok(n=361)	%96,9(n=123)	%99,2(n=238)	
Trombolitik kullanımı var(n=3)	%0,0(n=0)	%1,3(n=3)	P: 0,554
Trombolitik kullanımı yok(n=364)	%100,0(n=127)	%98,8(n=237)	
İnvaziv girişim var(n=99)	%19,7(n=25)	%30,8(n=74)	P < 0,05
İnvaziv girişim yok(n=268)	%80,3(n=102)	%69,2(n=166)	

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda, perkütan koroner girişim görülme sıklığı erkeklerde kadınlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu ($p < 0,05$, Tablo 37).

Tablo 37. MACE görülen hastalarda MACE alt gruplarının cinsiyete göre dağılımı

MACE	Kadın	Erkek	P değeri
STEMI var(n=22)	%13,8(n=4)	%24,7(n=18)	P: 0,349
STEMI yok(n=80)	%86,2(n=25)	%75,3(n=55)	
NSTEMI var(n=49)	%55,2(n=16)	%45,2(n=33)	P: 0,491
NSTEMI yok(n=53)	%44,8(n=13)	%54,8(n=40)	
PCI var(n=92)	%79,3(n=23)	%94,5(n=69)	P < 0,05
PCI yok(n=10)	%20,7(n=6)	%5,5(n=4)	
Bypass var (n=5)	%3,4(n=1)	%5,5(n=4)	P: 1,00
Bypass yok(n=97)	%96,6(n=28)	%94,5(n=69)	

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategorilerinin cinsiyete göre dağılımında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 38 ve Tablo 39).

Tablo 38. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin cinsiyete göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=335)	%89,8(n=114)	%92,1(n=221)	
Düşük-orta (n=9)	%3,1(n=4)	%2,1(n=5)	
Orta (5-6) (n=13)	%3,9(n=5)	%3,3(n=8)	
Yüksek ≥ 7 (n=10)	%3,1(n=4)	%2,5(n=6)	
Düşük (0-4)(n=335)	%89,8(n=114)	%92,1(n=221)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%10,2(n=13)	%7,9(n=19)	P: 0,579
Yüksek (≥ 7)(n=10)	%3,1(n=4)	%2,5(n=6)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%96,9(n=123)	%97,5(n=234)	P: 0,743
Kırmızı skor var(n=27)	%8,7(n=11)	%6,7(n=16)	
Kırmızı skor yok(n=340)	%91,3(n=116)	%93,3(n=224)	P: 0,627

Tablo 39. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin cinsiyete göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Kadın</i>	<i>Erkek</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=328)	%89,8(n=114)	%89,2(n=214)	
Düşük-orta (n=13)	%4,7(n=6)	%2,9(n=7)	
Orta (5-6) (n=15)	%3,1(n=4)	%4,6(n=11)	
Yüksek ≥ 7 (n=11)	%2,4(n=3)	%3,3(n=8)	
Düşük (0-4)(n=328)	%89,8(n=114)	%89,2(n=214)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%10,2(n=13)	%10,8(n=26)	P: 1,00
Yüksek (≥ 7)(n=11)	%2,4(n=3)	%3,3(n=8)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%97,6(n=124)	%96,7(n=232)	P: 0,754
Kırmızı skor var(n=35)	%8,7(n=11)	%10,0(n=24)	
Kırmızı skor yok(n=332)	%91,3(n=116)	%90,0(n=216)	P: 0,819

Çalışmamızda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu kadın ve erkekte benzerdi (p: 0,512). 30 gün sağkalım açısından kadın ve erkek cinsiyette anlamlı fark yoktu (p: 0,346).

4.2. Ek Hastalıklarla İlgili Veriler

Hastaların %80,1'inde (n=294) ek hastalık bulunurken %19,9'unda (n=73) herhangi bir hastalık bulunmamaktaydı (Tablo 40).

Tablo 40. Çalışmaya katılan hastalarda komorbid (ek) hastalık oranı ve sayıları

	n	%
<i>Komorbid hastalık</i>		
<i>Var</i>	294	80,1
<i>Yok</i>	73	19,9
<i>Komorbid Hastalık Sayısı</i>		
<i>1</i>	93	25,3
<i>2</i>	101	27,5
<i>3</i>	66	18,0
<i>4</i>	28	7,6
<i>5</i>	5	1,4
<i>6</i>	1	0,3

Çalışmamızda hastalarda en sık görülen 3 ek hastalık hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabet olarak bulundu. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıklar ve oranları Tablo 41'de gösterildi.

Tablo 41. Çalışmaya katılan hastalarda mevcut olan ek hastalıklar

	n	%
<u>KVS Hastalıkları</u>		
HT	167	45,5
KAH	157	42,8
KKY	29	7,9
Disritmi	12	3,3
Aort Anevrizması / Aort diseksiyonu	2 / 1	0,5 / 0,3
HKMP / RKMP	2 / 1	0,5 / 0,3
Pulmoner HT	3	0,8
Perikardit	1	0,3
Aort darlığı / Aort yetmezliği	1 / 1	0,3 / 0,3
MVP / MY	3 / 1	0,8 / 0,3
<u>Akciğer Hastalıkları</u>		
Pulmoner Emboli	2	0,5
Astım	7	1,9
Pnömotoraks	2	0,5
KOAH	12	3,3
Akciğer kanseri	1	0,3
Kronik bronşit	2	0,5
<u>Renal ve Ürogenital Hastalıklar</u>		
KBY	14	3,8
BPH / Prostat kanseri	5 / 3	1,4 / 0,8
<u>GİS Hastalıkları</u>		
Özefageal varis kanaması	1	0,3
Çölyak hastalığı	1	0,3
GÖRH	1	0,3
HBV / HCV enfeksiyonu	1 / 1	0,3 / 0,3
CH / ÜK	1 / 1	0,3 / 0,3
Karaciğer Sirozu	2	0,5
Hemoroid	1	0,3
<u>İmmünolojik ve Romatolojik Hastalıklar</u>		
RA	3	0,8
Psöriazis	2	0,5
Bağ Dokusu Hastalığı	3	0,8
SS	1	0,3
İTP	2	0,5
<u>Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları</u>		
DM	91	24,8
Hiperlipidemi	11	3,0
Guatr	3	0,8
Hipertiroidi / Hipotiroidi	1 / 8	0,3 / 2,2
<u>Psikiyatrik Hastalıklar</u>		
Depresyon	4	1,1
Alzheimer	4	1,1
Panik Atak	4	1,1
Şizofreni	1	0,3
<u>Nörolojik Hastalıklar</u>		
SVO	9	2,5
Epilepsi	5	1,4
Vertigo	2	0,5
<u>Diğer Hastalıklar</u>	8	2,2

KVS: Kardiyovasküler sistem, KKY: Konjestif kalp yetmezliği, HKMP: Hipertrofik kardiyomiopati, RKMP: Restriktif kardiyomiopati, MVP: Mitral valv prolapsusu, MY: Mitral yetmezlik, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, BPH: Benign prostat hipertrofisi, GİS: Gastrointestinal sistem, GÖRH: Gastroözefageal reflü hastalığı, HBV: Hepatiti B virüsü, HCV: Hepatit C virüsü, CH: Crohn hastalığı, ÜK: Ülseratif kolit, RA: Romatoid artrit, SS: Sjögren sendromu, İTP: İmmün trombositopeni

Çalışmamızda ek hastalığı mevcut olan hastalardan %11,9’unda (n=35) nefes darlığı varken %88,1’inde (n=259) nefes darlığı yoktu. Ek hastalığı olmayan hastalarda ise hiç nefes darlığı semptomu görülmedi. Ek hastalığı olan hastalarda nefes darlığı görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,01).

Çalışmamızda hastaların başvuru anındaki vitallerinin ek hastalık varlığına göre dağılımına bakıldığında oksijen satürasyonu dışında diğer vitallerde istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı. Ek hastalığı olanlarda olmayanlara göre başvuru anında oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 42).

Tablo 42. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden oksijen satürasyonunun ek hastalık varlığına göre dağılımı

	<i>Ek hastalık</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=294)</i>	97,00	85,00	100,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=73)</i>	98,00	94,00	99,00	

Çalışmaya dahil olan hastalardan ek hastalığı olan hastaların tanı anında ölçülen diyastolik kan basınçları (p <0,01) ve oksijen satürasyonlarının (p <0,001) medyan değeri olmayanlara göre daha düşüktü. Tanı anında ölçülen solunum sayılarının medyan değeri ek hastalığı olanlarda daha yüksekti (p <0,05). Ek hastalığı olanlarla olmayanların tanı anında bakılan diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonu değerlerinde istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 43).

Tablo 43. Hastaların tanı anındaki vitallerin ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Ek Hastalık</i>	<i>Vital</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=294)</i>	<i>Diyastolik kan basıncı</i>	72,00	37,00	110,00	<i>P <0,01</i>
<i>Yok(n=73)</i>		78,00	54,00	111,00	
<i>Var(n=294)</i>	<i>Nabız</i>	78,00	33,00	154,00	<i>P: 0,051</i>
<i>Yok(n=73)</i>		79,00	50,00	132,00	
<i>Var(n=294)</i>	<i>Solunum sayısı</i>	18,00	10,00	31,00	<i>P <0,05</i>
<i>Yok(n=73)</i>		17,00	10,00	23,00	
<i>Var(n=294)</i>	<i>Oksijen satürasyonu</i>	97,00	77,00	100,00	<i>P <0,001</i>
<i>Yok(n=73)</i>		98,00	94,00	99,00	

Çalışmaya katılan hastalardan ek hastalığı var olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında hipoksi görülme sıklığı daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 44).

Tablo 44. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden hipoksinin ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Kategorik Vital</i>	<i>Ek hastalık var</i>	<i>Ek hastalık yok</i>	<i>P değeri</i>
Hipoksi var(n=16)	%5,4(n=16)	%0,0(n=0)	$P < 0,05$
Hipoksi yok(n=351)	%94,6(n=278)	%100,0(n=73)	

Ek hastalığı olan hastalarda tanı anında bradikardi ($p: 0,060$) ve takipne ($p: 0,071$) görülme oranı ek hastalığı olanlarda olmayanlara göre daha fazlaydı (Tablo 45.)

Tablo 45. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Kategorik Vital</i>	<i>Ek hastalık var(n=294)</i>	<i>Ek hastalık yok(n=73)</i>	<i>P değeri</i>
Bradikardi tanı var(n=24)	%7,8(n=23)	%1,4(n=1)	$P: 0,060$
Bradikardi tanı yok(n=343)	%92,2(n=271)	%98,6(n=72)	
Takipne tanı var(n=39)	%12,2(n=36)	%4,1(n=3)	$P: 0,071$
Takipne tanı yok(n=328)	%87,8(n=258)	%95,9(n=70)	

Ek hastalığı olan hastalarla olmayan hastalarda; akut miyokard infarktüsü ($p: 0,940$), anstabil anjina pectoris ($p: 0,338$) ve nonspesifik göğüs ağrısı ($p: 0,318$) tanısı görülme oranları benzerdi. Pnömoni tanısı konulan tüm hastaların ek hastalığı mevcuttu (Tablo 46).

Tablo 46. Hastalara konulan tanılardan AMI, UAP, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısının ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>	<i>Ek hastalık var</i>	<i>Ek hastalık yok</i>	<i>P değeri</i>
Pnömoni var(n=13)	%4,4(n=13)	%0,0(n=0)	$P: 0,080$
Pnömoni yok(n=354)	%95,6(n=281)	%100(n=73)	

Çalışmamızda ek hastalığı var olan hastaların %17,0'ında (n=50) stabil anjina pektoris görülürken %83,0'ında (n=244) görülmedi. Ek hastalık olmayan hastaların %2,7'sinde (n=2) stabil anjina pektoris mevcutken %97,3'ünde (n=71) mevcut değildi. Ek hastalığı var olan hastalarda olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde stabil anjina pektoris fazla saptandı (p <0,01).

Pnömoni tanısı konulan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri konulmayanlara göre yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,01). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda konulmayanlara göre ek hastalık sayısının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05). Hastaların ek hastalık sayısının pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı Tablo 47'de gösterildi.

Tablo 47. Çalışmaya katılan hastaların ek hastalık sayısının nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanısı varlığına göre dağılımı

		<i>Ek Hastalık Sayısı</i>			<i>P değeri</i>
<i>Tanı</i>		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	1,00	0,00	6,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	2,00	0,00	5,00	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	3,00	1,00	5,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	2,00	0,00	6,00	

Çalışmaya katılan hastalardan ek hastalık var olan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri olmayanlara göre yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,001, Tablo 48).

Tablo 48. Hastaların acil serviste kalış süreleri ve yatış sürelerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Ek hastalık</i>	<i>Süre</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=294)</i>	<i>Acil serviste kalış süresi (saat)</i>	7,88	0,37	84,35	<i>P <0,001</i>
<i>Yok(n=73)</i>		5,12	0,28	13,32	
<i>Var(n=5)</i>	<i>Servis yatış süresi(gün)</i>	6,09	5,21	7,89	<i>Örnek çapı yetersiz</i>
<i>Yok(n=1)</i>		3,79	3,79	3,79	
<i>Var(n=87)</i>	<i>Yoğun bakım yatış süresi(gün)</i>	2,50	0,20	17,00	<i>P: 0,111</i>
<i>Yok(n=21)</i>		4,60	0,70	15,00	

Çalışmamızda ek hastalığı var olan hastalarda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülme oranları olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı ($p < 0,05$, Tablo 49).

Tablo 49. Hastaların 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusunun ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>Semptom tekrarı</i>	<i>Ek hastalık var</i>	<i>Ek hastalık yok</i>	<i>P değeri</i>
Var(n=120)	%35,7(n=104)	%21,9(n=16)	$P < 0,05$
Yok(n=244)	%64,3(n=187)	%78,1(n=57)	

Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerine bakıldığında; ek hastalığı olmayan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı olanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Tanı anında hesaplanan NEWS kategorilerinde kırmızı skor görülme sıklığı ek hastalığı olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Tanı anındaki NEWS kategorilerinin ek hastalık varlığına göre dağılımları Tablo 50’de gösterildi.

Tablo 50. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin ek hastalık varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Ek hastalık var</i>	<i>Ek hastalık yok</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=328)	%87,4(n=257)	%97,3(n=71)	$P < 0,05$
Düşük-orta (n=13)	%4,1(n=12)	%1,4(n=1)	
Orta (5-6) (n=15)	%4,8(n=14)	%1,4(n=1)	
Yüksek ≥ 7 (n=11)	%3,7(n=11)	%0,0(n=0)	
Düşük (0-4)(n=328)	%87,4(n=257)	%97,3(n=71)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%12,6(n=37)	%2,7(n=2)	$P: 0,131$
Yüksek (≥ 7)(n=11)	%3,7(n=11)	%0,0(n=0)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%96,3(n=283)	%100,0(n=73)	
Kırmızı skor var(n=35)	%11,6(n=34)	%1,4(n=1)	$P < 0,05$
Kırmızı skor yok(n=332)	%88,4(n=260)	%98,6(n=72)	

Çalışmamıza alınan hastaların ek hastalık sayısı ile acil serviste kalış süreleri arasında pozitif korelasyon mevcuttu ($r: 0,40$).

4.2.1. En Sık Görülen 3 Ek Hastalık Diyabet, Hipertansiyon ve Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Veriler

Çalışmamızda diyabet hastalığı olan hastalarda olmayan hastalara göre ek hastalık sayısının medyan değeri yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 51).

Tablo 51. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
DM	Var(n=91)	3,00	1,00	6,00	$P < 0,001$
	Yok(n=276)	1,00	0,00	5,00	

Çalışmaya katılan hastalardan diyabet hastalığı olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında sistolik kan basınçlarının medyan değeri daha yüksek saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$). Diyabet hastalığı olmayanlarda olan hastalara göre başvuru oksijen saturasyonlarının medyan değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 52).

Tablo 52. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı ve saturasyonun ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
Sistolik kan basıncı	DM Var(n=91)	146,00	86,00	221,00	$P < 0,01$
	DM Yok(n=276)	137,00	82,00	223,00	
Saturasyon	DM Var(n=91)	96,00	85,00	100,00	$P < 0,001$
	DM Yok(n=276)	98,00	85,00	100,00	

Çalışmamızda diyabeti olan hastaların tanı anında bakılan sistolik kan basıncı değerlerinin medyan değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$).

Diyabeti olan hastaların olmayanlara göre tanı anında bakılan solunum sayılarının ortalama değeri daha yüksek bulunurken, oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşük bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı (solunum sayısı $p < 0,05$, oksijen satürasyonu $p < 0,01$, Tablo 53).

Tablo 53. Hastaların tanı anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, solunum sayısı ve satürasyonun ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>DM Var(n=91)</i>	132,00	84,00	187,00	$P < 0,05$
	<i>DM Yok(n=276)</i>	124,00	75,00	185,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>DM Var(n=91)</i>	18,00(mean:18,19)	11,00	31,00	$P < 0,05$
	<i>DM Yok(n=276)</i>	18,00(mean:17,33)	10,00	28,00	
<i>Satürasyon</i>	<i>DM Var(n=91)</i>	96,00	80,00	99,00	$P < 0,01$
	<i>DM Yok(n=276)</i>	97,00	77,00	100,00	

Çalışmamızda diyabeti olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında hipoksi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,01$, Tablo 54).

Tablo 54. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden hipoksinin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

<i>DİYABETES MELLİTUS</i>				
<i>Kategorik vital başvuru</i>	<i>Var(n=91)</i>	<i>Yok(n=276)</i>	<i>P değeri</i>	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=16)</i>	%11,0(n=10)	%2,2(n=6)	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=351)</i>	%89,0(n=81)	%97,8(n=270)	

Çalışmamıza dahil olan hastalardan ek hastalık olarak diyabet var olan hastalarda olmayanlara göre tanı anında hipertansiyon ($p < 0,05$) ve takipne ($p < 0,05$) görülme oranları istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı (Tablo 55).

Tablo 55. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinden hipertansiyon ve takipnenin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

DİYABETES MELLİTUS			
Kategorik vital tanı	Var(n=91)	Yok(n=276)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=103)	%36,3(n=33)	P <0,05
	Yok(n=264)	%63,7(n=58)	
Takipne	Var(n=39)	%8,3(n=23)	P <0,05
	Yok(n=328)	%91,7(n=253)	

Ek hastalık olarak diyabeti olmayan hastalarda olanlara göre tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,05). Tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı diyabeti olanlarda daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01). Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin diyabet varlığına göre dağılımı Tablo 56’da gösterildi.

Tablo 56. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

NEWS Tanı	DM var(n=91)	DM yok(n=276)	P değeri
Düşük (0-4) (n=328)	%82,4(n=75)	%91,7(n=253)	P <0,05
Düşük-orta (n=13)	%7,7(n=7)	%2,2(n=6)	
Orta (5-6) (n=15)	%4,4(n=4)	%4,0(n=11)	
Yüksek ≥ 7 (n=11)	%5,5(n=5)	%2,2(n=6)	
Düşük (0-4)(n=328)	%82,4(n=75)	%91,7(n=253)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%17,6(n=16)	%8,3(n=23)	P: 0,149
Yüksek (≥ 7)(n=11)	%5,5(n=5)	%2,2(n=6)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%94,5(n=86)	%97,8(n=270)	
Kırmızı skor var(n=35)	%17,6(n=16)	%6,9(n=19)	P <0,01
Kırmızı skor yok(n=332)	%82,4(n=75)	%93,1(n=257)	

Diyabeti olan hastalarda stabil anjina pektoris görülme oranları olmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$). Diyabeti olmayan hastalarda olanlara göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı görülme sıklığı yüksek bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$). Hastalara konulan tanıların ek hastalık olarak diyabet varlığına göre dağılımları Tablo 57’de verildi.

Tablo 57. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, pnömoni, nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanıların ek hastalık olarak diyabetes mellitus varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>DM var(n=91)</i>	<i>DM yok(n=276)</i>	<i>P değeri</i>
<i>AMI</i>	<i>Var(n=69)</i>	%23,1(n=21)	%17,4(n=48)	<i>P: 0,294</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	%76,9(n=70)	%82,6(n=228)	
<i>UAP</i>	<i>Var(n=39)</i>	%13,2(n=12)	%9,8(n=27)	<i>P: 0,473</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%86,8(n=79)	%90,2(n=249)	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	%5,5(n=5)	%2,9(n=8)	<i>P: 0,323</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	%94,5(n=86)	%97,1(n=268)	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	%17,6(n=16)	%30,8(n=85)	<i>P < 0,05</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	%82,4(n=75)	%69,2(n=191)	
<i>Stabil anjina pektoris</i>	<i>Var(n=52)</i>	%23,1(n=21)	%11,2(n=31)	<i>P < 0,01</i>
	<i>Yok(n=315)</i>	%76,9(n=70)	%88,8(n=245)	

Çalışmamızda hipertansiyonu olan hastaların olmayanlara göre ek sayısının medyan değeri daha yüksek saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 58).

Tablo 58. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının hipertansiyon varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>HT</i>	<i>Var(n=167)</i>	3,00	1,00	6,00	<i>P < 0,001</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	1,00	0,00	5,00	

Çalışmamızda ek hastalık olarak hipertansiyonu mevcut olan hastaların olmayanlara göre; başvuru anında ölçülen sistolik kan basınçlarının ve ateşlerinin medyan değeri daha yüksek saptanırken, diyastolik kan basınçları ve oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşük saptandı. İstatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (sistolik kan basıncı $p < 0,01$, diyastolik kan basıncı $p < 0,05$, oksijen satürasyonu $p < 0,01$, ateş $< 0,05$). Hastaların başvuru anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı Tablo 59’da gösterildi.

Tablo 59. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı

	<i>Hipertansiyon</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=167)</i>	143,00	82,00	215,00	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=200)</i>	137,00	88,00	223,00	
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=167)</i>	77,00	41,00	119,00	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=200)</i>	80,00	40,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=167)</i>	83,00	40,00	180,00	$P: 0,306$
	<i>Yok(n=200)</i>	86,50	46,00	178,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=167)</i>	18,00	10,00	29,00	$P: 0,121$
	<i>Yok(n=200)</i>	18,00	10,00	63,00	
<i>Satürasyon</i>	<i>Var(n=167)</i>	97,00	85,00	99,00	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=200)</i>	98,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=167)</i>	36,30	36,00	38,00	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=200)</i>	36,10	34,70	39,30	

Ek hastalık olarak hipertansiyonu olan hastaların tanı anında ölçülen diyastolik kan basınçları ve oksijen satürasyonlarının medyan değeri olmayanlara göre daha düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (diyastolik kan basıncı $p < 0,01$, oksijen satürasyonu $p < 0,01$). Hipertansiyonu olan hastaların olmayanlara göre tanı anında bakılan solunum sayılarının ortalama değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,05$). Hastaların tanı anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı Tablo 60’ta gösterildi.

Tablo 60. Hastaların tanı anındaki vitallerinin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı

	<i>Hipertansiyon</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=167)</i>	128,00	85,00	187,00	<i>P: 0,378</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	125,00	75,00	182,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=167)</i>	71,00	37,00	107,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	75,00	51,00	111,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=167)</i>	78,00	33,00	154,00	<i>P: 0,247</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	78,50	50,00	132,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=167)</i>	18,00 (mean:17,96)	10,00	27,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	18,00 (mean:17,19)	10,00	31,00	
<i>Satürasyon</i>	<i>Var(n=167)</i>	96,00	80,00	99,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	97,00	77,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=167)</i>	36,30	36,00	38,30	<i>P: 0,383</i>
	<i>Yok(n=200)</i>	36,30	34,50	38,10	

Hipertansiyon tanısı olan hastalarla olmayan hastaların tanı anındaki vital kategorilerine bakıldığında; hipertansiyonu olan hastalarda tanı anında hipertansiyon (p: 0,058) ve takipne (p <0,001) görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 61).

Tablo 61. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinden hipertansiyon ve takipnenin ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı

<i>HİPERTANSİYON</i>			
<i>Kategorik vital tanı</i>	<i>Var(n=167)</i>	<i>Yok(n=200)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=103)</i>	%32,9(n=55)	<i>P: 0,058</i>
	<i>Yok(n=264)</i>	%67,1(n=112)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%5,0(n=10)	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%95,0(n=190)	

Çalışmamızda ek hastalık olarak hipertansiyonu olan hastalarla olmayan hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategori dağılımlarında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamızda ek hastalık olarak hipertansiyonu olan hastalarda olmayan hastalara göre; akut miyokard infarktüsü (p: 0,485), anstabil anjina pektoris (p: 0,202) ve pnömoni (p: 0,814) tanısında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı. Hipertansiyon hastalığı olan hastalarda stabil anjina pektoris tanısı görülme sıklığı olmayanlara göre daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001). Ek hastalık olarak hipertansiyonu olmayan hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı görülme oranı olanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu (p <0,05, Tablo 62).

Tablo 62. Çalışmaya katılan hastalara konulan nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanılarının ek hastalık olarak hipertansiyon varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>Hipertansiyon var(n=167)</i>	<i>Hipertansiyon yok(n=200)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	%22,2(n=37)	%32,0(n=64)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	%77,8(n=130)	%68,0(n=136)	
<i>Stabil anjina pektoris</i>	<i>Var(n=52)</i>	%22,8(n=38)	%7,0(n=14)	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=315)</i>	%77,2(n=129)	%93,0(n=186)	

Çalışmamızda bilinen koroner arter hastalığı öyküsü olan hastalarda olmayanlara göre ek hastalık sayısının medyan değeri yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı saptandı (p <0,001, Tablo 63).

Tablo 63. Çalışmaya katılan hastalarda görülen ek hastalıkların sayısının koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>KAH</i>	<i>Var(n=157)</i>	2,00	1,00	6,00	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=210)</i>	1,00	0,00	4,00	

Çalışmamızda bilinen koroner arter hastalığı öyküsü olan hastalarda başvuru anında ölçülen oksijen satürasyonlarının medyan değeri olmayanlara göre daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 64).

Tablo 64. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, nabız ve satürasyonun ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
Sistolik kan basıncı	Var(n=157)	144,00	82,00	223,00	$P: 0,052$
	Yok(n=210)	137,00	86,00	215,00	
Nabız	Var(n=157)	83,00	47,00	178,00	$P: 0,064$
	Yok(n=210)	86,00	40,00	180,00	
Satürasyon	Var(n=157)	97,00	85,00	100,00	$P < 0,001$
	Yok(n=210)	98,00	86,00	100,00	

Çalışmaya katılan hastalardan ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarda tanı anında ölçülen oksijen satürasyonlarının medyan değeri olmayanlara göre daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 65).

Tablo 65. Hastaların tanı anındaki vitallerinden nabız ve satürasyonun ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
Nabız	Var(n=157)	76,00	48,00	154,00	$P: 0,067$
	Yok(n=210)	79,00	33,00	144,00	
Satürasyon	Var(n=157)	96,00	90,00	100,00	$P < 0,001$
	Yok(n=210)	97,00	77,00	99,00	

Ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarla olmayan hastaların başvuru kategorik vitalleri kıyaslandığında; bilinen koroner arter hastalığı olmayan hastalarda olanlara göre başvuru anında taşikardi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,01$, Tablo 66).

Tablo 66. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinden taşikardinin ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı

		KAH		P değeri
Kategorik vital geliş		Var(n=157)	Yok(n=210)	
Taşikardi	Var(n=83)	%15,3(n=24)	%28,1(n=59)	P <0,01
	Yok(n=284)	%84,7(n=133)	%71,9(n=151)	

Ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarla olmayan hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategori dağılımlarında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu.

Çalışmamızda ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarda olmayanlara göre anstabil anjina pektoris tanısı görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 67). Bilinen koroner arter hastalığı öyküsü olmayan hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı daha fazla oranda görüldü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,05, Tablo 67). Ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarda stabil anjina pektoris tanısı görülme sıklığı daha fazla bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001, Tablo 67).

Tablo 67. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, pnömoni, nonspesifik göğüs ağrısı ve stabil anjina pektoris tanılarının ek hastalık olarak koroner arter hastalığı varlığına göre dağılımı

Tanı		KAH var(n=157)	KAH yok(n=210)	P değeri
AMI	Var(n=69)	%18,5(n=29)	%19,0(n=40)	P: 0,889
	Yok(n=298)	%81,5(n=128)	%81,0(n=170)	
UAP	Var(n=39)	%15,3(n=24)	%7,1(n=15)	P <0,05
	Yok(n=328)	%84,7(n=133)	%92,9(n=195)	
Pnömoni	Var(n=13)	%3,8(n=6)	%3,3(n=7)	P: 1,000
	Yok(n=354)	%96,2(n=151)	%96,7(n=203)	
Nonspesifik göğüs ağrısı	Var(n=101)	%21,7(n=34)	%31,9(n=67)	P <0,05
	Yok(n=266)	%78,3(n=123)	%68,1(n=143)	
Stabil anjina pektoris	Var(n=52)	%22,9(n=36)	%7,6(n=16)	P <0,001
	Yok(n=315)	%77,1(n=121)	%92,4(n=194)	

Çalışmaya katılan ek hastalık olarak diyabet tanısı bulunan hastaların %26,4'ünde (n=24) başvurusunda yoğun bakım yatışı, %8,8'inde (n=8) taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı ve %3,3'ünde (n=3) servis yatışı mevcutken, %61,5'inde (n=56) yatış mevcut değildi. Ek hastalık olarak hipertansiyon var olan hastalarda ise %24,6 (n=41) oranında başvuruda yoğun bakım yatışı, %6,6 (n=11) oranında taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı ve %1,8 (n=3) oranında servis yatışı görülürken, %67,1 (n=112) oranında yatış görülmedi. Komorbidite olarak koroner arter hastalığı olan hastaların %22,9'unda (n=36) başvurusunda yoğun bakım yatışı, %7,6'sında (n=12) taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı ve %1,3'ünde (n=2) servis yatışı saptanırken, %68,2'sinde (n=107) yatış saptanmadı.

Çalışmamızda ek hastalık olarak diyabet, hipertansiyon veya koroner arter hastalığı olan hastaların acil servis kalış sürelerinin medyan değerleri olmayanlara göre daha uzundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (diyabet $p < 0,001$, hipertansiyon $p < 0,001$, koroner arter hastalığı $p < 0,001$, Tablo 68).

Tablo 68. Çalışmaya katılan hastalarda acil servis kalış sürelerinin en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'a göre dağılımı

		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	
DM	Var(n=91)	8,65	0,47	69,80	$P < 0,001$
	Yok(n=276)	6,84	0,28	84,35	
HT	Var(n=167)	8,35	0,38	84,35	$P < 0,001$
	Yok(n=200)	6,55	0,28	69,80	
KAH	Var(n=157)	8,38	0,37	50,07	$P < 0,001$
	Yok(n=210)	6,51	0,28	84,35	

Ek hastalık olarak diyabet, hipertansiyon veya koroner arter hastalığı olan hastalarla olmayan hastalarda; başvurusu veya takip eden 30 gün içinde MACE görülme sıklığı benzer bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark yoktu (diyabet $p: 0,123$, hipertansiyon $p: 0,191$, koroner arter hastalığı $p: 0,428$, Tablo 69).

Tablo 69. Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'ın başvuruda veya 30 gün içinde MACE (Ana olumsuz kardiyovasküler olaylar) varlığına göre dağılımı

<i>Ek Hastalık</i>		<i>MACE var (n=102)</i>	<i>MACE yok (265)</i>	<i>P değeri</i>
DM	Var(n=91)	%30,4(n=31)	%22,6(n=60)	<i>P: 0,123</i>
	Yok(n=276)	%69,6(n=71)	%77,4(n=205)	
HT	Var(n=167)	%51,0(n=52)	%43,4(n=115)	<i>P: 0,191</i>
	Yok(n=200)	%49,0(n=50)	%56,6(n=150)	
KAH	Var(n=157)	%46,1(n=47)	%41,5(n=110)	<i>P: 0,428</i>
	Yok(n=210)	%53,9(n=55)	%58,5(n=155)	

Bilinen hipertansiyon hastalığı olan hastalarda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülme sıklığı olmayanlara göre daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$). Ek hastalık olarak koroner arter hastalığı olan hastalarda olmayanlara göre 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu oranı daha fazla bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$). Çalışmaya katılan hastalarda diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı varlığının 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusuna göre dağılımı Tablo 70'te gösterildi.

Tablo 70. Çalışmaya katılan hastalarda en sık görülen ek hastalık olan DM, HT ve KAH'ın 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusuna göre dağılımı

Semptom Tekrarı/Tekrar hastane başvurusu				
Ek Hastalık		Var(n=120)	Yok(n=244)	P değeri
DM	Var(n=91)	%30,0(n=36)	%22,5(n=55)	P: 0,122
	Yok(n=273)	%70,0(n=84)	%77,5(n=189)	
HT	Var(n=165)	%55,0(n=66)	%40,6(n=99)	P <0,01
	Yok(n=199)	%45,0(n=54)	%59,4(n=145)	
KAH	Var(n=156)	%52,5(n=63)	%38,1(n=93)	P <0,01
	Yok(n=208)	%47,5(n=57)	%61,9(n=151)	

4.3. NEWS ile İlgili Veriler

Çalışmaya dahil olan hastaların acil servis başvurusunda hesaplanan NEWS puanlarına bakıldığında; %33,5 (n=123) 0 puan, %28,6 (n=105) 1 puan ve %17,4 (n=64) 2 puan mevcuttu. Hastaların acil servise başvuru anındaki hesaplanan NEWS puan dağılımları Tablo 71’de gösterildi.

Tablo 71. Hastaların acil servise başvuru anındaki NEWS puan dağılımı

<i>News puanları</i>	<i>Sıklık(n)</i>	<i>Yüzde</i>
*15	1	%0,3
*3	4	%1,1
*4	5	%1,4
*5	4	%1,1
*6	4	%1,1
*7	5	%1,4
*8	2	%0,5
*9	2	%0,5
0	123	%33,5
1	105	%28,6
2	64	%17,4
3	33	%9,0
4	10	%2,7
5	4	%1,1
6	1	%0,3

*: Kırmızı skor varlığı

Çalışmaya dahil olan hastaların tanı konulduğu anda hesaplanan NEWS puanlarına bakıldığında; %22,3 (n=82) 0 puan, %35,7 (n=131) 1 puan ve %20,7 (n=76) 2 puan mevcuttu. Hastaların tanı anındaki NEWS puan dağılımları Tablo 72’de gösterildi.

Tablo 72. Hastaların tanı anındaki NEWS puan dağılımı

<i>News puanları</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde</i>
*14	1	%0,3
*12	1	%0,3
*3	6	%1,6
*4	7	%1,9
*5	10	%2,7
*6	2	%0,5
*7	3	%0,8
*8	3	%0,8
*9	2	%0,5
0	82	%22,3
1	131	%35,7
2	76	%20,7
3	31	%8,4
4	8	%2,2
5	2	%0,5
6	1	%0,3
12	1	%0,3

*: Kırmızı skor varlığı

Çalışmamızda hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategorileri incelendiğinde; başvuru anında en sık %91,3 (n=335) düşük NEWS kategorisi ve tanı anında en sık %89,4 (n=328) düşük NEWS kategorisi saptandı (Tablo 73). Çalışmaya katılan 367 hastanın başvuru sırasında %7,4'ünde (n=27) kırmızı skor varken, %92,6'sında (n=340) kırmızı skor yoktu. Hastalara tanı konulduğu anda bakılan NEWS puanlarına göre %9,5 (n=35) oranında tanı anında kırmızı skor mevcutken, %90,5 (n=332) oranında tanıda kırmızı skor mevcut değildi.

Tablo 73. Çalışmaya katılan hastaların başvuru anındaki NEWS kategorileri ile tanı anındaki NEWS kategorilerinin dağılımı

	NEWS	
	Başvuru anında NEWS	Tanı anında NEWS
Düşük	%91,3(n=335)	%89,4(n=328)
Düşük-Orta	%2,5(n=9)	%3,5(n=13)
Orta	%3,5(n=13)	%4,1(n=15)
Yüksek	%2,7(n=10)	%3,0(n=11)
Total	%100(n=367)	%100(n=367)

Çalışmamızda başvuru anında göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı olan hastaların başvuru NEWS puanlarına bakıldığında %68,6'sı (n=24) düşük, %2,9'u (n=1) düşük-orta, %17,1'i (n=6) orta ve %11,4'ü (n=4) yüksek kategorideydi. Nefes darlığı olmayan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı olanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 74). Başvuru semptomu olarak göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı olan hastalarda başvuru anında kırmızı skor görülme oranı nefes darlığı olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı ($p < 0,001$, Tablo 74).

Tablo 74. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı

NEWS Başvuru	Nefes darlığı var(n=35)	Nefes darlığı yok(n=332)	P değeri
Düşük (0-4)(n=335)	%68,6(n=24)	%93,7(n=311)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%31,4(n=11)	%6,3(n=21)	$P < 0,001$
Yüksek (≥ 7)(n=10)	%11,4(n=4)	%1,8(n=6)	P : Örnek
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%88,6(n=31)	%98,2(n=326)	çapı yetersiz
Kırmızı skor var(n=27)	%28,6(n=10)	%5,1(n=17)	
Kırmızı skor yok(n=340)	%71,4(n=25)	%94,9(n=315)	$P < 0,001$

Göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı olan hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinde %74,3 (n=26) düşük, %8,6 (n=3) düşük-orta, %5,7 (n=2) orta ve %11,4 (n=4) yüksek kategori mevcuttu. Nefes darlığı olmayan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı olanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 75). Göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı semptomu olan hastalarda tanı anında yüksek NEWS kategorisi ve kırmızı skor görülme oranları olmayanlara göre fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (yüksek kategorisi $p < 0,05$, kırmızı skor $p < 0,05$, Tablo 75).

Tablo 75. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Nefes darlığı var(n=35)</i>	<i>Nefes darlığı yok(n=332)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	<i>%74,3(n=26)</i>	<i>%91,0(n=302)</i>	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	<i>%25,7(n=9)</i>	<i>%9,0(n=30)</i>	<i>P < 0,01</i>
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	<i>%11,4(n=4)</i>	<i>%2,1(n=7)</i>	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	<i>%88,6(n=31)</i>	<i>%97,9(n=325)</i>	<i>P < 0,05</i>
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	<i>%22,9(n=8)</i>	<i>%8,1(n=27)</i>	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	<i>%77,1(n=27)</i>	<i>%91,9(n=305)</i>	<i>P < 0,05</i>

Akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastaların başvuru anında %84,1'inde (n=58) düşük, %4,3'ünde (n=3) düşük-orta, %7,2'sinde (n=5) orta, %4,3'ünde (n=3) yüksek NEWS puanı saptandı. Akut miyokard infarktüsü tanısı konulmayan hastalarda başvuru anında %93,0 (n=277) düşük NEWS kategorisi saptanırken, akut miyokard infarktüsü tanısı alan hastalarda %84,1 (n=58) düşük NEWS kategorisi saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Akut miyokard infarktüsü tanısı almayan hasta grubunda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı alanlara göre fazla bulundu (Tablo 76). Başvuru anında akut miyokard infarktüsü tanısı alanlarda kırmızı skor %13,0 (n=9) oranında mevcutken, akut miyokard infarktüsü tanısı almayanlarda %6,0 (n=18) oranında mevcuttu ($p: 0,080$, Tablo 76).

Tablo 76. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin AMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>AMI var(n=69)</i>	<i>AMI yok(n=298)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	<i>%84,1(n=58)</i>	<i>%93,0(n=277)</i>	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	<i>%15,9(n=11)</i>	<i>%7,0(n=21)</i>	<i>P <0,05</i>
<i>Yüksek (≥7)(n=10)</i>	<i>%4,3(n=3)</i>	<i>%2,3(n=7)</i>	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	<i>%95,7(n=66)</i>	<i>%97,7(n=291)</i>	<i>P: 0,406</i>
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	<i>%13,0(n=9)</i>	<i>%6,0(n=18)</i>	
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	<i>%87,0(n=60)</i>	<i>%94,0(n=280)</i>	<i>P: 0,080</i>

Çalışmamızda başvuru anında kırmızı skor varlığının akut miyokard infarktüsü tanısında sensitivitesi %33,3, spesifitesi %82,35 ve negatif prediktif değeri %93,96 olarak tespit edildi (Tablo 77).

Tablo 77. Başvuru anındaki NEWS değerlerinin (düşük ve diğerleri/ kırmızı skor) AMI için tanısallık değeri tablosu

	Düşük ve Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%34,38	%18,57-%53,19	%33,33	%16,52-%53,96
Spesifite	%82,69	%78,20-%86,58	%82,35	%77,88-%86,25
PLR	1,99	1,17-3,38	1,89	1,06-3,38
NLR	0,79	0,61-1,02	0,81	0,62-1,06
PPD	%15,94	%8,24-%26,74	%13,04	%6,14-%23,32
NPD	%92,95	%89,43-%95,59	%93,96	%90,62-%96,38

Akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastaların tanı anında %85,5'inde (n=59) düşük, %4,3'ünde (n=3) düşük-orta, %4,3'ünde (n=3) orta ve %5,8'inde (n=4) yüksek NEWS puanı mevcuttu. Akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların tanı anında bakılan NEWS kategorilerinde istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,347, yüksek/diğerleri p: 0,132, kırmızı skor p: 0,184, Tablo 78).

Tablo 78. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin AMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>AMI var(n=69)</i>	<i>AMI yok(n=298)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	<i>%85,5(n=59)</i>	<i>%90,3(n=269)</i>	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	<i>%14,5(n=10)</i>	<i>%9,7(n=29)</i>	<i>P: 0,347</i>
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	<i>%5,8(n=4)</i>	<i>%2,3(n=7)</i>	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	<i>%94,2(n=65)</i>	<i>%97,7(n=291)</i>	<i>P: 0,132</i>
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	<i>%14,5(n=10)</i>	<i>%8,4(n=25)</i>	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	<i>%85,5(n=59)</i>	<i>%91,6(n=273)</i>	<i>P: 0,184</i>

Anstabil anjina pektoris tanısı konulan hastaların başvuru anında %94,9 (n=37) oranında düşük, %2,6 (n=1) oranında düşük-orta ve %2,6 (n=1) oranında yüksek NEWS puanı saptandı. Anstabil anjina pektoris tanısı alan hastalarla almayan hastaların başvuru NEWS kategorilerinde istatistiki olarak anlamlı farklılık yoktu (düşük/diğerleri p: 0,555, yüksek/diğerleri p: 1,000, kırmızı skor p: 0,754, Tablo 79).

Tablo 79. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin UAP varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>UAP var(n=39)</i>	<i>UAP yok(n=328)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	<i>%94,9(n=37)</i>	<i>%90,9(n=298)</i>	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	<i>%5,1(n=2)</i>	<i>%9,1(n=30)</i>	<i>P: 0,555</i>
<i>Yüksek (≥ 7)(n=10)</i>	<i>%2,6(n=1)</i>	<i>%2,7(n=9)</i>	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	<i>%97,4(n=38)</i>	<i>%97,3(n=319)</i>	<i>P: 1,000</i>
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	<i>%5,1(n=2)</i>	<i>%7,6(n=25)</i>	
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	<i>%94,9(n=37)</i>	<i>%92,4(n=303)</i>	<i>P: 0,754</i>

Anstabil anjina pektoris tanısı konulan hastaların tanı anında %94,9'unda (n=37) düşük, %2,6'sında (n=1) düşük-orta, %2,6'sında (n=1) orta NEWS puanı mevcuttu. Anstabil anjina pektoris tanısı alan hastalarla almayan hastaların tanı NEWS kategorilerinde istatistiki

olarak anlamlı farklılık saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,406, yüksek/diğerleri p: 0,615, kırmızı skor p: 0,561, Tablo 80).

Tablo 80. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin UAP varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>UAP var(n=39)</i>	<i>UAP yok(n=328)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	<i>%94,9(n=37)</i>	<i>%88,7(n=291)</i>	<i>P: 0,406</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	<i>%5,1(n=2)</i>	<i>%11,3(n=37)</i>	
<i>Yüksek (≥7)(n=11)</i>	<i>%0,0(n=0)</i>	<i>%3,4(n=11)</i>	<i>P: 0,615</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	<i>%100,0(n=39)</i>	<i>%96,6(n=317)</i>	
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	<i>%5,1(n=2)</i>	<i>%10,1(n=33)</i>	<i>P: 0,561</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	<i>%94,9(n=37)</i>	<i>%89,9(n=295)</i>	

Anstabil anjina pektoris tanısı alan hastaların %51,3'ünde (n=20) morbidite görülürken, %48,7'sinde (n=19) herhangi bir morbidite görülmedi. Anstabil anjina pektoris tanısı alan hastalar dışında kalan 328 hastanın %28,7'sinde (n=94) morbidite mevcutken, %71,3'ünde (n=234) herhangi bir morbidite mevcut değildi. İstatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,01).

Pnömoni tanısı alan hastaların başvuru anında %69,2'sinde (n=9) düşük, %23,1'inde (n=3) orta ve %7,7'sinde (n=1) yüksek NEWS puanı mevcuttu. Pnömoni tanısı almayan hastalarda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı alanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı (p <0,05, Tablo 81).

Tablo 81. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin pnömoni varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Pnömoni var(n=13)</i>	<i>Pnömoni yok(n=354)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	<i>%69,2(n=9)</i>	<i>%92,1(n=326)</i>	<i>P <0,05</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	<i>%30,8(n=4)</i>	<i>%7,9(n=28)</i>	
<i>Yüksek (≥7)(n=10)</i>	<i>%7,7(n=1)</i>	<i>%2,5(n=9)</i>	<i>P: örnek çapı yetersiz</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	<i>%92,3(n=12)</i>	<i>%97,5(n=345)</i>	
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	<i>%23,1(n=3)</i>	<i>%6,8(n=24)</i>	<i>P: örnek çapı yetersiz</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	<i>%76,9(n=10)</i>	<i>%93,2(n=330)</i>	

Pnömoni tanısı alan hastaların tanı anında %46,2'sinde (n=6) düşük, %15,4'ünde (n=2) düşük-orta, %23,1'inde (n=3) orta ve %15,4'ünde (n=2) yüksek NEWS puanı saptandı. Pnömoni tanısı almayan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı pnömoni tanısı alanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 82). Pnömoni tanısı alan hastalarda tanı anında kırmızı skor görülme oranı pnömoni tanısı almayanlara göre daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 82).

Tablo 82. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin pnömoni varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Pnömoni var(n=13)</i>	<i>Pnömoni yok(n=354)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%46,2(n=6)	%91,0(n=322)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%53,8(n=7)	%9,0(n=32)	$P < 0,001$
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%15,4(n=2)	%2,5(n=9)	P : Örnek
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%84,6(n=11)	%97,5(n=345)	çapı yetersiz
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%46,2(n=6)	%8,2(n=29)	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%53,8(n=7)	%91,8(n=325)	$P < 0,01$

Düşük NEWS kategorisinin pnömoni tanısındaki yeri incelendiğinde; başvuru anında düşük NEWS kategorisinin spesifitesi %97,31, negatif prediktif değeri %92,09 saptandı (Tablo 83). Tanı anında düşük NEWS kategorisinin pnömoni için spesifitesi %98,17, negatif prediktif değeri %90,96 bulundu (Tablo 83).

Tablo 83. NEWS değerlerinin (düşük ve diğerleri) pnömonide tanısal değeri tablosu

	Başvuru NEWS düşük/diğerleri		Tanı NEWS düşük/diğerleri	
	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%12,50	%3,51-%28,99	%17,95	%7,54-%33,53
Spesifite	%97,31	%94,96-%98,76	%98,17	%96,06-%99,33
PLR	4,65	1,52-14,27	9,81	3,47-27,72
NLR	0,9	0,79-1,03	0,84	0,72-0,97
PPD	%30,77	%9,09-%61,43	%53,85	%25,13-%80,78
NPD	%92,09	%88,77-%94,68	%90,96	%87,48-%93,73

Çalışmamızda tanı anında kırmızı skor varlığının pnömoni için spesifitesi %97,89, negatif prediktif değeri %91,81 saptandı (Tablo 84). Tanı anında yüksek NEWS kategorisinin pnömoni için spesifitesi %96,91, negatif prediktif değeri %97,46 bulundu (Tablo 84).

Tablo 84. Tanı anındaki NEWS değerlerinin (yüksek/diğerleri ve kırmızı skor varlığı) pnömonide tanısal değeri tablosu

	Yüksek ve diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%18,18	%2,28-%51,78	%17,14	%6,56-%33,65
Spesifite	%96,91	%94,54-%98,45	%97,89	%95,70-99,15
PLR	5,88	1,48-23,44	8,13	2,89-22,85
NLR	0,84	0,64-1,12	0,85	0,73-0,98
PPD	%15,38	%1,92-%45,45	%46,15	%19,22-%74,87
NPD	%97,46	%95,23-%98,83	%91,81	%88,45-%94,45

Çalışmamıza katılan hastalardan nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulanların; başvuru sırasında %97,0'ında (n=98) düşük, %3,0'ında (n=3) düşük-orta NEWS puanı saptandı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda başvuruda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı konulmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,05, Tablo 85).

Tablo 85. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Nonspesifik GA var(n=101)</i>	<i>Nonspesifik GA yok(n=266)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4)(n=335)	%97,0(n=98)	%89,1(n=237)	<i>P <0,05</i>
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%3,0(n=3)	%10,9(n=29)	
Yüksek (≥7)(n=10)	%0,0(n=0)	%3,8(n=10)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%100,0(n=101)	%96,2(n=256)	<i>P: 0,068</i>
Kırmızı skor var(n=27)	%3,0(n=3)	%9,0(n=24)	<i>P: 0,078</i>
Kırmızı skor yok(n=340)	%97,0(n=98)	%91,0(n=242)	

GA: Göğüs ağrısı

Başvurusu sırasında yüksek NEWS kategorisinin nonspesifik göğüs ağrısı tanısındaki negatif prediktif değeri %96,24 saptandı (Tablo 86). Başvuru anında kırmızı skor varlığının nonspesifik göğüs ağrısı tanısındaki negatif prediktif değeri %90,98 bulundu (Tablo 86).

Tablo 86. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısında tanısallık değeri tablosu

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%9,38	%1,98-%25,02	%0,00	%0,00-%30,85	%11,11	%2,35-%29,16
Spesifite	%70,75	%65,56-%75,56	%71,71	%66,73-%76,32	%71,18	%66,04-%75,94
PLR	0,32	0,11-0,95	0		0,39	0,13-1,14
NLR	1,28	1,12-1,46	1,39	1,31-1,49	1,25	1,08-1,45
PPD	%2,97	%0,62-%8,44	%0,00	%0,00-%3,59	%2,97	%0,62-%8,44
NPD	%89,10	%84,72-%92,58	%96,24	%93,20-%98,18	%90,98	%86,87-%94,13

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda tanı anında %97,0 (n=98) oranında düşük, %1,0 (n=1) oranında düşük-orta, %2,0 (n=2) oranında orta NEWS puanı hesaplandı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda tanı anında düşük NEWS skoru görülme sıklığı nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 87). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulmayan hasta grubunda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulanlara göre tanı anında yüksek NEWS kategorisi görülme oranı daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 87). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alanlarda tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayanlara göre düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,01, Tablo 87).

Tablo 87. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Nonspesifik GA var(n=101)</i>	<i>Nonspesifik GA yok(n=266)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4)(n=328)	%97,0(n=98)	%86,5(n=230)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%3,0(n=3)	%13,5(n=36)	<i>P <0,01</i>
Yüksek (≥7)(n=11)	%0,0(n=0)	%4,1(n=11)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%100,0(n=101)	%95,9(n=255)	<i>P <0,05</i>
Kırmızı skor var(n=35)	%2,0(n=2)	%12,4(n=33)	
Kırmızı skor yok(n=332)	%98,0(n=99)	%87,6(n=233)	<i>P <0,01</i>

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hiçbir hastada 30 günlük takipte morbidite gelişmedi. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı dışındaki hasta grubunda %42,9 (n=114) oranında morbidite saptanırken, %57,1 (n=152) oranında morbidite saptanmadı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayan hasta grubunda alanlara göre morbidite görülme oranları istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,001).

Hastaların aldığı tanıları kritik, acil ve acil olmayan tanıları olarak gruplandırdığımızda; başvuru anında düşük NEWS skoru görülme sıklığı tanı aciliyeti azaldıkça arttı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001, Tablo 88). Hastalara konulan tanıların aciliyet kategorisi arttıkça; başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığında da artış saptandı ve istatistiki olarak anlamlı bulundu (p <0,001, Tablo 88).

Tablo 88. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Kritik (n=77)</i>	<i>Acil(n=63)</i>	<i>Acil Olmayan(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=335)</i>	<i>%79,2(n=61)</i>	<i>%90,5(n=57)</i>	<i>%95,6(n=217)</i>	
<i>Düşük-orta (n=9)</i>	<i>%5,2(n=4)</i>	<i>%1,6(n=1)</i>	<i>%1,8(n=4)</i>	
<i>Orta (5-6) (n=13)</i>	<i>%9,1(n=7)</i>	<i>%3,2(n=2)</i>	<i>%1,8(n=4)</i>	
<i>Yüksek ≥7 (n=10)</i>	<i>%6,5(n=5)</i>	<i>%4,8(n=3)</i>	<i>%0,9(n=2)</i>	
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	<i>%79,2(n=61)</i>	<i>%90,5(n=57)</i>	<i>%95,6(n=217)</i>	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	<i>%20,8(n=16)</i>	<i>%9,5(n=6)</i>	<i>%4,4(n=10)</i>	<i>P <0,001</i>
<i>Yüksek (≥7)(n=10)</i>	<i>%6,5(n=5)</i>	<i>%4,8(n=3)</i>	<i>%0,9(n=2)</i>	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	<i>%93,5(n=72)</i>	<i>%95,2(n=60)</i>	<i>%99,1(n=225)</i>	
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	<i>%18,2(n=14)</i>	<i>%7,9(n=5)</i>	<i>%3,5(n=8)</i>	
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	<i>%81,8(n=63)</i>	<i>%92,1(n=58)</i>	<i>%96,5(n=219)</i>	<i>P <0,001</i>

Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı incelendiğinde; tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı kritik tanı alanlarda daha fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 89).

Tablo 89. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Kritik (n=77)</i>	<i>Acil(n=63)</i>	<i>Acil Olmayan(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	%81,8(n=63)	%92,1(n=58)	%91,2(n=207)	
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	%6,5(n=5)	%3,2(n=2)	%2,6(n=6)	
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	%5,2(n=4)	%3,2(n=2)	%4,0(n=9)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	%6,5(n=5)	%1,6(n=1)	%2,2(n=5)	
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%81,8(n=63)	%92,1(n=58)	%91,2(n=207)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%18,2(n=14)	%7,9(n=5)	%8,8(n=20)	P: 0,052
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%6,5(n=5)	%1,6(n=1)	%2,2(n=5)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%93,5(n=72)	%98,4(n=62)	%97,8(n=222)	
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%18,2(n=14)	%6,3(n=4)	%7,5(n=17)	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%81,8(n=63)	%93,7(n=59)	%92,5(n=210)	P <0,05

Kritik tanı alan hastaların %94,8'inde (n=73) morbidite mevcutken, %5,2'sinde (n=4) herhangi bir morbidite mevcut değildi. Acil tanı alan hastaların %47,6'sında (n=30) morbidite saptanırken, %52,4'ünde (n=33) saptanmadı. Acil olmayan tanı konulan hasta grubunda ise %4,8 (n=11) oranında morbidite varken, %95,2 (n=216) oranında yoktu. İstatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,001).

Çalışmamızda kritik ve acil tanıları birleştirilip acil tanıları olarak bir kategori haline getirildi. Acil tanıları ve diğer tanıları olmak üzere bir kıyaslama yapıldı. Acil olmayan tanı konulan hastalarda başvuru anında düşük NEWS skoru görülme sıklığı daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001, Tablo 90). Acil tanıları acil olmayan gruba göre başvuru anında yüksek NEWS skoru daha yüksek oranda saptandı ve istatistiki olarak anlamlı bulundu (p <0,01, Tablo 90). Acil tanıları başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığı acil olmayan tanıları göre daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı (p <0,01, Tablo 90).

Tablo 90. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (acil ve diğerleri) dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Acil Tanı(kritik+acil)(n=140)</i>	<i>Diğerleri(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=335)</i>	%84,3(n=118)	%95,6(n=217)	
<i>Düşük-orta (n=9)</i>	%3,6(n=5)	%1,8(n=4)	
<i>Orta (5-6) (n=13)</i>	%6,4(n=9)	%1,8(n=4)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=10)</i>	%5,7(n=8)	%0,9(n=2)	
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	%84,3(n=118)	%95,6(n=217)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	%15,7(n=22)	%4,4(n=10)	<i>P <0,001</i>
<i>Yüksek (≥ 7)(n=10)</i>	%5,7(n=8)	%0,9(n=2)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	%94,3(n=132)	%99,1(n=225)	<i>P <0,01</i>
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	%13,6(n=19)	%3,5(n=8)	
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	%86,4(n=121)	%96,5(n=219)	<i>P <0,01</i>

Başvuru anındaki düşük NEWS kategorisinin acil tanılardaki tanısal değerine bakıldığında; sensitivitesi %68,75, spesifitesi %64,78, negatif prediktif değeri %95,59 bulundu (Tablo 91). Başvuru anında yüksek NEWS kategorisinin acil tanıları öngörmedeki değeri incelendiğinde; sensitivitesi %80,0, spesifitesi %63,03 ve negatif prediktif değeri %99,12 saptandı (Tablo 91). Başvuru anında kırmızı skor varlığının acil tanıda sensitivitesi %70,37, spesifitesi %64,41 ve negatif prediktif değeri %96,48 bulundu (Tablo 91).

Tablo 91. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetindeki (kritik+acil tanı) yeri

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%68,75	%49,99-%83,88	%80,0	%44,39-%97,48	%70,37	%49,82-%86,25
Spesifite	%64,78	%59,40-%69,89	%63,03	%57,79-%68,05	%64,41	%59,07-%69,50
PLR	1,95	1,48-2,57	2,16	1,54-3,03	1,98	1,49-2,63
NLR	0,48	0,29-0,81	0,32	0,09-1,10	0,46	0,26-0,83
PPD	%15,71	%10,12-%22,82	%5,71	%2,50-%10,95	%13,57	%8,37-%20,38
NPD	%95,59	%92,05-%97,87	%99,12	%96,85-%99,89	%96,48	%93,17-%98,47

Acil tanılar ve acil olmayan tanıların tanı anındaki NEWS kategori dağılımları incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,207, yüksek/diğerleri p: 0,346, kırmızı skor p: 0,129, Tablo 92).

Tablo 92. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (acil ve diğerleri) dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Acil Tanı(kritik+acil)(n=140)</i>	<i>Diğerleri(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	%86,4(n=121)	%91,2(n=207)	
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	%5,0(n=7)	%2,6(n=6)	
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	%4,3(n=6)	%4,0(n=9)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	%4,3(n=6)	%2,2(n=5)	
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%86,4(n=121)	%91,2(n=207)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%13,6(n=19)	%8,8(n=20)	P: 0,207
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%4,3(n=6)	%2,2(n=5)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%95,7(n=134)	%97,8(n=222)	P: 0,346
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%12,9(n=18)	%7,5(n=17)	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%87,1(n=122)	%92,5(n=210)	P: 0,129

Çalışmaya katılan hastalara konulan tanıların kategorileri kritik ve diğerleri (acil+acil olmayan) olarak ikiye ayrılıp tekrar istatistik yapıldı. Kritik olmayan tanılarda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001, Tablo 93). Kritik tanılarda başvuru anında yüksek NEWS kategorisi (p <0,05) ve kırmızı skor (p <0,001) görülme oranları fazla bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı (Tablo 93).

Tablo 93. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin tanı aciliyetine göre (kritik ve diğerleri) dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Kritik Tanı(n=77)</i>	<i>Diğerleri(n=290)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=335)</i>	%79,2(n=61)	%94,5(n=274)	
<i>Düşük-orta (n=9)</i>	%5,2(n=4)	%1,7(n=5)	
<i>Orta (5-6) (n=13)</i>	%9,1(n=7)	%2,1(n=6)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=10)</i>	%6,5(n=5)	%1,7(n=5)	
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	%79,2(n=61)	%94,5(n=274)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	%20,8(n=16)	%5,5(n=16)	<i>P <0,001</i>
<i>Yüksek (≥ 7)(n=10)</i>	%6,5(n=5)	%1,7(n=5)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	%93,5(n=72)	%98,3(n=285)	<i>P <0,05</i>
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	%18,2(n=14)	%4,5(n=13)	
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	%81,8(n=63)	%95,5(n=277)	<i>P <0,001</i>

Kritik tanılarda başvuruda; düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %94,48, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,28 ve kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %95,52 saptandı (Tablo 94).

Tablo 94. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin kritik tanıda tanısallık değeri tablosu

	<i>Düşük/Diğerleri</i>		<i>Yüksek/Diğerleri</i>		<i>Kırmızı skor varlığı</i>	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%50,00	%31,89-%68,11	%50,00	%18,71-%81,29	%51,85	%31,95-%71,33
Spesifite	%81,79	%77,23-%85,78	%79,83	%75,29-%83,87	%81,47	%76,93-%85,46
PLR	2,75	1,81-4,15	2,48	1,29-4,76	2,8	1,83-4,29
NLR	0,61	0,43-0,87	0,63	0,34-1,17	0,59	0,40-0,88
PPD	%20,78	%12,37-%31,54	%6,49	%2,14-%14,51	%18,18	%10,31-%28,62
NPD	%94,48	%91,19-%96,81	%98,28	%96,02-%99,44	%95,52	%92,46-%97,59

Çalışmamızda kritik tanı alanlarla kritik olmayan tanı alan hastaların tanı anında NEWS kategorileri incelendiğinde; düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı kritik olmayan tanı

alan hasta grubunda fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 95). Kritik tanı alan hastalarda tanı anında kırmızı skor görülme oranı daha fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,01$).

Tablo 95. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin tanı kategorilerine göre (kritik ve diğerleri) dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Kritik Tanı(n=77)</i>	<i>Diğerleri(n=290)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	%81,8(n=63)	%91,4(n=265)	
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	%6,5(n=5)	%2,8(n=8)	
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	%5,2(n=4)	%3,8(n=11)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	%6,5(n=5)	%2,1(n=6)	
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%81,8(n=63)	%91,4(n=265)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%18,2(n=14)	%8,6(n=25)	$P < 0,05$
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%6,5(n=5)	%2,1(n=6)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%93,5(n=72)	%97,9(n=284)	$P: 0,058$
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%18,2(n=14)	%7,2(n=21)	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%81,8(n=63)	%92,8(n=269)	$P < 0,01$

Kritik tanılarda, tanıda düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %91,38, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %97,93 ve kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %92,76 saptandı (Tablo 96).

Tablo 96. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin kritik tanıda tanısal değeri tablosu

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%35,90	%21,20-%52,82	%45,45	%16,75-%76,62	%40,00	%23,87-%57,89
Spesifite	%80,79	%76,11-%84,91	%79,78	%75,22-%83,83	%81,02	%76,39-%85,10
PLR	1,87	1,16-3,00	2,25	1,14-4,43	2,11	1,33-3,35
NLR	0,79	0,62-1,01	0,68	0,40-1,18	0,74	0,56-0,98
PPD	%18,18	%10,31-%28,62	%6,49	%2,14-%14,51	%18,18	%10,31-%28,62
NPD	%91,38	%87,54-%94,34	%97,93	%95,55-%99,24	%92,76	%89,14-%95,46

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda yatış gerçekleşen hastaların; acil servise başvuru anında hesaplanan NEWS değerlerine bakıldığında; %80,0'ı (n=76) düşük, %4,2'si (n=4) düşük-orta, %9,5'i (n=9) orta ve %6,3'ü (n=6) yüksek kategorideydi. Yatış olmayan hastalarda olanlara göre başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 97). Yatış gerçekleşen hastalarda başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,001$) görülme oranı yatış olmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı (Tablo 97).

Tablo 97. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yatış durumuna göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Yatış var(n=95)</i>	<i>Yatış yok(n=272)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4)(n=335)	%80,0(n=76)	%95,2(n=259)	$P < 0,001$
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%20,0(n=19)	%4,8(n=13)	
Yüksek (≥ 7)(n=10)	%6,3(n=6)	%1,5(n=4)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%93,7(n=89)	%98,5(n=268)	$P < 0,05$
Kırmızı skor var(n=27)	%16,8(n=16)	%4,0(n=11)	$P < 0,001$
Kırmızı skor yok(n=340)	%83,2(n=79)	%96,0(n=261)	

Yatış için başvuru anında düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %95,22, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,53 ve kırmızı skorun negatif prediktif değeri %95,96 saptandı (Tablo 98).

Tablo 98. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda yatışı öngörmedeki yeri

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%59,38	%40,64-%76,30	%60,00	%26,24-%87,84	%59,26	%38,80-%77,61
Spesifite	%77,31	%72,45-%81,69	%75,07	%70,25-%79,47	%76,76	%71,91-%81,15
PLR	2,62	1,85-3,71	2,41	1,41-4,12	2,55	1,77-3,68
NLR	0,53	0,34-0,80	0,53	0,25-1,14	0,53	0,34-0,84
PPD	%20,00	%12,49-%29,46	%6,32	%2,35-%13,24	%16,84	%9,94-%25,90
NPD	%95,22	%91,97-%97,43	%98,53	%96,28-%99,60	%95,96	%92,88-%97,96

Tanı anında hesaplanan NEWS puanlarına göre yatışı olan hastaların %84,2'si (n=80) düşük, %5,3'ü (n=5) düşük-orta, %4,2'si (n=4) orta ve %6,3'ü (n=6) yüksek kategoriye sahipti. Yatış olan hastalarda olmayanlara göre tanı anında yüksek NEWS kategorisi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 99).

Tablo 99. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin yatış durumuna göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Yatış var(n=95)</i>	<i>Yatış yok(n=272)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4)(n=328)	%84,2(n=80)	%91,2(n=248)	<i>P: 0,089</i>
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%15,8(n=15)	%8,8(n=24)	
Yüksek (≥ 7)(n=11)	%6,3(n=6)	%1,8(n=5)	<i>P < 0,05</i>
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%93,7(n=89)	%98,2(n=267)	
Kırmızı skor var(n=35)	%14,7(n=14)	%7,7(n=21)	<i>P: 0,072</i>
Kırmızı skor yok(n=332)	%85,3(n=81)	%92,3(n=251)	

Yatış için tanı anında yüksek NEWS kategorisinin sensitivitesi %54,55, spesifitesi %75,00 ve negatif prediktif değeri %98,16 saptandı (Tablo 100). Tanı anında kırmızı skor varlığının yatış için negatif prediktif değeri %92,28 bulundu (Tablo 100).

Tablo 100. Tanı anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda yatışı öngörmedeki yeri

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%38,46	%23,36-%55,38	%54,55	%23,38-%83,25	%40,00	%23,87-%57,89
Spesifite	%75,61	%70,59-%80,16	%75,00	%70,16-%79,41	%75,60	%70,62-%80,13
PLR	1,58	1,02-2,45	2,18	1,24-3,85	1,64	1,05-2,57
NLR	0,81	0,63-1,05	0,61	0,32-1,16	0,79	0,60-1,05
PPD	%15,79	%9,12-%24,70	%6,32	%2,35-%13,24	%14,74	%8,30-%23,49
NPD	%91,18	%87,16-%94,26	%98,16	%95,76-%99,40	%92,28	%88,44-%95,16

Çalışmaya katıldığı acil servis başvurusunda yoğun bakım veya servis yatışı gerçekleşen hastaların %95,8'inde (n=91) morbidite mevcutken, %4,2'sinde (n=4) herhangi bir morbidite mevcut değildi. Yatış olmayan hasta grubunda ise morbidite %8,5 (n=23) oranında saptanırken, %91,5 (n=249) oranında saptanmadı. Yatış gerçekleşen hastalarda

gerçekleşmeyenlere göre morbidite görülmesi istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,001$).

Hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS kategorilerinin yatış yerlerine ve durumlarına göre tanımlayıcı tabloları Tablo 101 ve Tablo 102’de gösterildi.

Tablo 101. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	<i>Servis yatış(n=6)</i>	<i>Yatış yok(n=253)</i>
<i>Düşük (0-4) (n=335)</i>	%80,9(n=72)	%94,7(n=18)	%66,7(n=4)	%95,3(n=241)
<i>Düşük-orta (n=9)</i>	%4,5(n=4)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%2,0(n=5)
<i>Orta (5-6) (n=13)</i>	%7,9(n=7)	%5,3(n=1)	%33,3(n=2)	%1,2(n=3)
<i>Yüksek ≥ 7 (n=10)</i>	%6,7(n=6)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%1,6(n=4)
<i>Düşük (0-4)(n=335)</i>	%80,9(n=72)	%94,7(n=18)	%66,7(n=4)	%95,3(n=241)
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)</i>	%19,1(n=17)	%5,3(n=1)	%33,3(n=2)	%4,7(n=12)
<i>Yüksek (≥ 7)(n=10)</i>	%6,7(n=6)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%1,6(n=4)
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)</i>	%93,3(n=83)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%98,4(n=249)
<i>Kırmızı skor var(n=27)</i>	%16,9(n=15)	%5,3(n=1)	%16,7(n=1)	%4,0(n=10)
<i>Kırmızı skor yok(n=340)</i>	%83,1(n=74)	%94,7(n=18)	%83,3(n=5)	%96,0(n=243)

Tablo 102. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	<i>Servis yatış(n=6)</i>	<i>Yatış yok(n=253)</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	%85,4(n=76)	%84,2(n=16)	%66,7(n=4)	%91,7(n=232)
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	%4,5(n=4)	%10,5(n=2)	%16,7(n=1)	%2,4(n=6)
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	%3,4(n=3)	%0,0(n=0)	%16,7(n=1)	%4,3(n=11)
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	%6,7(n=6)	%5,3(n=1)	%0,0(n=0)	%1,6(n=4)
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%85,4(n=76)	%84,2(n=16)	%66,7(n=4)	%91,7(n=232)
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%14,6(n=13)	%15,8(n=3)	%33,3(n=2)	%8,3(n=21)
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%6,7(n=6)	%5,3(n=1)	%0,0(n=0)	%1,6(n=4)
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%93,3(n=83)	%94,7(n=18)	%100,0(n=6)	%98,4(n=249)
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%13,5(n=12)	%15,8(n=3)	%33,3(n=2)	%7,1(n=18)
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%86,5(n=77)	%84,2(n=16)	%66,7(n=4)	%92,9(n=235)

Çalışmamıza katılan hastalardan başvuruda veya taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı olan tüm hastalarda morbidite görülürken, servis yatışı olan 6 hastanın 2'sinde herhangi bir morbidite görüldü.

Çalışmaya katılan ve ölüm gerçekleşen hastaların başvuru vitallerinde %60,0'ı (n=3) düşük NEWS kategorisinde iken, %40,0'ı (n=2) yüksek NEWS kategorisindeydi. Tanı anında bakılan vitallere göre ise ölüm meydana gelen hastaların hepsi düşük NEWS puanına sahipti.

Çalışmamızda solunum cihazı desteğine ihtiyaç duyan 6 hastamız mevcuttu. Bu hastaların başvuru vitallerine göre %50,0'ı (n=3) düşük, %16,7'si (n=1) orta, %33,3'ü (n=2) yüksek NEWS kategorisine sahipti. Tanı anında ise bu hastalarda %83,3 (n=5) oranında düşük, %16,7 (n=1) oranında yüksek NEWS kategorisi saptandı.

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda geçirmeyenlere göre başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 103). İnvaziv girişim geçirmeyen hastalarda başvuruda düşük NEWS kategorisi invaziv girişim geçirenler göre daha fazla oranda bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 103).

Tablo 103. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin başvuru anında veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>İnvaziv girişim var(n=99)</i>	<i>İnvaziv girişim yok(n=268)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=335)	%81,8(n=81)	%94,8(n=254)	
Düşük-orta (n=9)	%4,0(n=4)	%1,9(n=5)	
Orta (5-6) (n=13)	%9,1(n=9)	%1,5(n=4)	
Yüksek ≥ 7 (n=10)	%5,1(n=5)	%1,9(n=5)	
Düşük (0-4)(n=335)	%81,8(n=81)	%94,8(n=254)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%18,2(n=18)	%5,2(n=14)	$P < 0,001$
Yüksek (≥ 7)(n=10)	%5,1(n=5)	%1,9(n=5)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%94,9(n=94)	%98,1(n=263)	$P: 0,142$
Kırmızı skor var(n=27)	%14,1(n=14)	%4,9(n=13)	
Kırmızı skor yok(n=340)	%85,9(n=85)	%95,1(n=255)	$P < 0,01$

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı invaziv girişim geçirmeyenlere göre daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 104). Tanı anında yüksek NEWS kategorisi görülme oranı başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda invaziv girişim geçirmeyenlere göre fazla bulundu ($p: 0,076$, Tablo 104).

Tablo 104. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin başvuru anında veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>İnvaziv girişim var(n=99)</i>	<i>İnvaziv girişim yok(n=268)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=328)	%84,8(n=84)	%91,0(n=244)	
Düşük-orta (n=13)	%6,1(n=6)	%2,6(n=7)	
Orta (5-6) (n=15)	%3,0(n=3)	%4,5(n=12)	
Yüksek ≥ 7 (n=11)	%6,1(n=6)	%1,9(n=5)	
Düşük (0-4)(n=328)	%84,8(n=84)	%91,0(n=244)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)	%15,2(n=15)	%9,0(n=24)	$P: 0,129$
Yüksek (≥ 7)(n=11)	%6,1(n=6)	%1,9(n=5)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)	%93,9(n=93)	%98,1(n=263)	$P: 0,076$
Kırmızı skor var(n=35)	%15,2(n=15)	%7,5(n=20)	
Kırmızı skor yok(n=332)	%84,8(n=84)	%92,5(n=248)	$P < 0,05$

Başvuru anında kırmızı skor varlığının invaziv girişim için sensitivitesi %51,85, spesifitesi %75,00 ve negatif prediktif değeri %95,15 saptandı (Tablo 105). Başvuru anında düşük NEWS kategorisinin invaziv girişim için sensitivitesi %56,25, spesifitesi %75,82 ve negatif prediktif değeri %94,78 bulundu (Tablo 105). Tanı anında kırmızı skor varlığının invaziv girişim için sensitivitesi %42,86, spesifitesi %74,70 ve negatif prediktif değeri %92,54 saptandı (Tablo 105). Tanı anında yüksek NEWS kategorisinin invaziv girişim için sensitivitesi %54,55, spesifitesi %73,88 ve negatif prediktif değeri %98,13 bulundu (Tablo 105).

Tablo 105. Çalışmada hesaplanan NEWS değerlerinin başvuru veya 30 gün içinde invaziv girişimi öngörmedeki yeri

	Başvuru anında NEWS				Tanı anında NEWS			
	Düşük/diğerleri		Kırmızı skor varlığı		Yüksek/diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%56,25	%37,66- %73,64	%51,85	%31,95- %71,33	%54,55	%23,38- %83,25	%42,86	%26,32- %60,65
Spesifite	%75,82	%70,87- %80,31	%75,00	%70,04- %79,51	%73,88	%68,99- %78,37	%74,70	%69,66- %79,29
PLR	2,33	1,62-3,33	2,07	1,38-3,12	2,09	1,18-3,68	1,69	1,11-2,59
NLR	0,58	0,39-0,86	0,64	0,43-0,95	0,62	0,32-1,18	0,76	0,57-1,03
PPD	%18,18	%11,15- %27,20	%14,14	%7,95- %22,59	%6,06	%2,26- %12,73	%15,15	%8,74- %23,76
NPD	%94,78	%91,39- %97,11	%95,15	%91,85- %97,39	%98,13	%95,70- %99,39	%92,54	%88,71- %95,38

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,01$) görülme sıklığı MACE gelişmeyen hastalara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 106). Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişmeyen hastalarda gelişenlere göre başvuru anında düşük NEWS kategorisi daha fazla oranda görüldü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$, Tablo 106).

Tablo 106. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin başvurusunda veya taburculuktan sonraki 30 gün içinde MACE gelişimine göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>MACE var(n=102)</i>	<i>MACE yok(n=265)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4) (n=335)	%84,3(n=86)	%94,0(n=249)	
Düşük-orta (n=9)	%3,9(n=4)	%1,9(n=5)	
Orta (5-6) (n=13)	%5,9(n=6)	%2,6(n=7)	
Yüksek ≥ 7 (n=10)	%5,9(n=6)	%1,5(n=4)	
Düşük (0-4)(n=335)	%84,3(n=86)	%94,0(n=249)	
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=32)	%15,7(n=16)	%6,0(n=16)	$P < 0,01$
Yüksek (≥ 7)(n=10)	%5,9(n=6)	%1,5(n=4)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=357)	%94,1(n=96)	%98,5(n=261)	$P < 0,05$
Kırmızı skor var(n=27)	%13,7(n=14)	%4,9(n=13)	
Kırmızı skor yok(n=340)	%86,3(n=88)	%95,1(n=252)	$P < 0,01$

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarla gelişmeyenlerin tanı anındaki NEWS kategorilerine bakıldığında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,314, yüksek/diğerleri p: 0,187, kırmızı skor p: 0,135, Tablo 107)

Tablo 107. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin başvurusunda veya taburculuktan sonraki 30 gün içinde MACE gelişimine göre dağılımı

<i>NEWS Tanı</i>	<i>MACE var(n=102)</i>	<i>MACE yok(n=265)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4) (n=328)</i>	%86,3(n=88)	%90,6(n=240)	
<i>Düşük-orta (n=13)</i>	%5,9(n=6)	%2,6(n=7)	
<i>Orta (5-6) (n=15)</i>	%2,9(n=3)	%4,5(n=12)	
<i>Yüksek ≥ 7 (n=11)</i>	%4,9(n=5)	%2,3(n=6)	
<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	%86,3(n=88)	%90,6(n=240)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	%13,7(n=14)	%9,4(n=25)	P: 0,314
<i>Yüksek (≥ 7)(n=11)</i>	%4,9(n=5)	%2,3(n=6)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=356)</i>	%95,1(n=97)	%97,7(n=259)	P: 0,187
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	%13,7(n=14)	%7,9(n=21)	
<i>Kırmızı skor yok(n=332)</i>	%86,3(n=88)	%92,1(n=244)	P: 0,135

MACE: Ana olumsuz kardiyovasküler olaylar

Başvuru anında kırmızı skor varlığının MACE için sensitivitesi %51,85, spesifitesi %74,12, negatif prediktif değeri %95,09 saptandı (Tablo 108). Başvuru anında düşük NEWS kategorisinin MACE için sensitivitesi %50,00, spesifitesi %74,33, negatif prediktif değeri %93,96 bulundu (Tablo 108). Başvuru anında yüksek NEWS kategorisinin MACE için sensitivitesi %60,00, spesifitesi %73,11, negatif prediktif değeri %98,49 bulundu (Tablo 108).

Tablo 108. Başvuru anındaki NEWS kategorilerinin hastalarda MACE'yi öngörmedeki yeri

	Düşük/Diğerleri		Yüksek/Diğerleri		Kırmızı skor varlığı	
	n	%95 CI	n	%95 CI	n	%95 CI
Sensitivite	%50,00	%31,89-%68,11	%60,00	%26,24-%87,84	%51,85	%31,95-%71,33
Spesifite	%74,33	%69,30-%78,92	%73,11	%68,19-%77,64	%74,12	%69,12-%78,69
PLR	1,95	1,32-2,88	2,23	1,31-3,81	2	1,34-3,01
NLR	0,67	0,47-0,96	0,55	0,26-1,17	0,65	0,44-0,97
PPD	%15,69	%9,24-%24,22	%5,88	%2,19-%12,36	%13,73	%7,71-%21,96
NPD	%93,96	%90,38-%96,51	%98,49	%96,18-%99,59	%95,09	%91,76-%97,36

Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin MACE hastalarında PCI varlığına göre dağılımına bakıldığında; PCI olan hastalarla olmayan hastaların başvuru NEWS kategorilerinde istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,189, kırmızı skor p: 0,138). MACE hastalarında PCI olanlarla olmayanların tanı anındaki NEWS kategorilerinde istatistiki olarak anlamlı fark bulunmadı (düşük/diğerleri p: 0,138, kırmızı skor p: 0,138).

Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan NSTEMI olanlarla olmayanların başvuru anındaki NEWS kategorileri incelendiğinde; NSTEMI olmayan hastalarda kırmızı skor varlığı olanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 109). MACE olan hastalardan NSTEMI olanlarda olmayanlara göre başvuru anında düşük NEWS skoru görülme sıklığı fazlaydı (p: 0,083, Tablo 109).

Tablo 109. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>NSTEMI var(n=49)</i>	<i>NSTEMI yok(n=53)</i>	<i>P değeri</i>
Düşük (0-4)(n=86)	%91,8(n=45)	%77,4(n=41)	
Düşük-orta(n=4)	%0,0(n=0)	%7,5(n=4)	
Orta (5-6)(n=6)	%6,1(n=3)	%5,7(n=3)	
Yüksek ≥7(n=6)	%2,0(n=1)	%9,4(n=5)	
Düşük (0-4)(n=86)	%91,8(n=45)	%77,4(n=41)	P: 0,083
Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=16)	%8,2(n=4)	%22,6(n=12)	
Yüksek (≥7)(n=6)	%2,0(n=1)	%9,4(n=5)	
Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=96)	%98,0(n=48)	%90,6(n=48)	P: 0,207
Kırmızı skor var(n=14)	%4,1(n=2)	%22,6(n=12)	P <0,05
Kırmızı skor yok(n=88)	%95,9(n=47)	%77,4(n=41)	

Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan; NSTEMI olanlarla olmayanların tanı anındaki NEWS kategorilerinde istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (düşük/diğerleri p: 0,897, yüksek/diğerleri p: 0,364, kırmızı skor p: 0,897, Tablo 110).

Tablo 110. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS tanı</i>	<i>NSTEMI var(n=49)</i>	<i>NSTEMI yok(n=53)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=88)</i>	%87,8(n=43)	%84,9(n=45)	
<i>Düşük-orta(n=6)</i>	%6,1(n=3)	%5,7(n=3)	
<i>Orta (5-6)(n=3)</i>	%4,1(n=2)	%1,9(n=1)	
<i>Yüksek ≥7(n=5)</i>	%2,0(n=1)	%7,5(n=4)	
<i>Düşük (0-4)(n=88)</i>	%87,8(n=43)	%84,9(n=45)	
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=14)</i>	%12,2(n=6)	%15,1(n=8)	P: 0,897
<i>Yüksek (≥7)(n=5)</i>	%2,0(n=1)	%7,5(n=4)	
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=97)</i>	%98,0(n=48)	%92,5(n=49)	P: 0,364
<i>Kırmızı skor var(n=14)</i>	%12,2(n=6)	%15,1(n=8)	
<i>Kırmızı skor yok(n=88)</i>	%87,8(n=43)	%84,9(n=45)	P: 0,897

Çalışmayan katılan hastalardan başvuru sırasında veya takip eden 30 gün içinde STEMI (ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü) tanısı alan hastaların acil servise başvuru anında; %68,2'sinde (n=15) düşük, %13,6'sında (n=3) düşük-orta, %9,1'inde (n=2) orta ve %9,1'inde (n=2) yüksek NEWS kategorisi mevcuttu. MACE gelişen hastalar içinde STEMI tanısı olan hastalarda başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığı STEMI olmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 111). Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan STEMI tanısı almayanlarda başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı STEMI tanısı alanlara göre fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,05, Tablo 111).

Tablo 111. Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde STEMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS Başvuru</i>	<i>STEMI var(n=22)</i>	<i>STEMI yok(n=80)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=86)</i>	%68,2(n=15)	%88,8(n=71)	<i>P <0,05</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=16)</i>	%31,8(n=7)	%11,3(n=9)	
<i>Yüksek (≥7)(n=6)</i>	%9,1(n=2)	%5,0(n=4)	<i>P: 0,607</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=96)</i>	%90,9(n=20)	%95,0(n=76)	
<i>Kırmızı skor var(n=14)</i>	%31,8(n=7)	%8,8(n=7)	<i>P <0,05</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=88)</i>	%68,2(n=15)	%91,3(n=73)	

Çalışmamızda başvuru sırasında veya takip eden 30 gün içinde STEMI (ST segment yükselmeli miyokard infarktüsü) tanısı alan hastalarda; tanı anında %81,8 (n=18) oranında düşük, %4,5 (n=1) oranında orta ve %13,6 (n=3) oranında yüksek NEWS puanı saptandı. Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan; STEMI olanlarda olmayanlara göre yüksek NEWS kategorisi görülme oranı fazlaydı (p: 0,066, Tablo 112).

Tablo 112. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin MACE gelişen hastalar içinde STEMI varlığına göre dağılımı

<i>NEWS tanı</i>	<i>STEMI var(n=22)</i>	<i>STEMI yok(n=80)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=88)</i>	%81,8(n=18)	%87,5(n=70)	<i>P: 0,495</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=14)</i>	%18,2(n=4)	%12,5(n=10)	
<i>Yüksek (≥7)(n=5)</i>	%13,6(n=3)	%2,5(n=2)	<i>P: 0,066</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=97)</i>	%86,4(n=19)	%97,5(n=78)	
<i>Kırmızı skor var(n=14)</i>	%18,2(n=4)	%12,5(n=10)	<i>P: 0,495</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=88)</i>	%81,8(n=18)	%87,5(n=70)	

Çalışmaya katılan hastalardan 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastaların; başvuru anında %90,8'inde (n=109) düşük, %2,5'inde (n=3) düşük-orta, %5,0'ında (n=6) orta ve %1,7'sinde (n=2) yüksek NEWS kategorisi mevcuttu.

Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda çalışmamıza dahil oldukları başvurularında; tanı anında %85,0 (n=102) oranında düşük, %6,7 (n=8) oranında düşük-orta, %5,0 (n=6) oranında orta ve %3,3 (n=4) oranında yüksek NEWS puanı hesaplandı. Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda olmayanlara göre tanı anında kırmızı skor görülme oranı fazlaydı (p: 0,061, Tablo 113). Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda olanlara göre tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı fazla saptandı (p: 0,094, Tablo 113).

Tablo 113. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorilerinin 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusuna göre dağılımı

<i>Semptom Tekrarı/Tekrar Başvuru</i>			
<i>NEWS Tanı</i>	<i>Var(n=120)</i>	<i>Yok(n=244)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Düşük (0-4)(n=325)</i>	<i>%85,0(n=102)</i>	<i>%91,4(n=223)</i>	<i>P: 0,094</i>
<i>Diğerleri (düşük-orta, orta, yüksek)(n=39)</i>	<i>%15,0(n=18)</i>	<i>%8,6(n=21)</i>	
<i>Yüksek (≥7)(n=11)</i>	<i>%3,3(n=4)</i>	<i>%2,9(n=7)</i>	<i>P: 0,756</i>
<i>Diğerleri (düşük, düşük-orta, yüksek)(n=353)</i>	<i>%96,7(n=116)</i>	<i>%97,1(n=237)</i>	
<i>Kırmızı skor var(n=35)</i>	<i>%14,2(n=17)</i>	<i>%7,4(n=18)</i>	<i>P: 0,061</i>
<i>Kırmızı skor yok(n=329)</i>	<i>%85,8(n=103)</i>	<i>%92,6(n=226)</i>	

Çalışmamızda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastaların; %40,0'ında (n=48) 30 günlük sürede morbidite görülürken, %60,0'ında (n=72) herhangi bir morbidite görülmedi. Semptom tekrarı olmayan hastalarda ise %25,8 (n=63) oranında morbidite mevcutken, %74,2 (n=181) oranında mevcut değildi. Semptom tekrarı olan hastalarda olmayanlara göre morbidite görülme oranı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,01).

4.4. Hastalara Konulan Tanılar ile İlgili Veriler

Çalışmaya katılan hastalarda acil servis başvurusunda en sık konulan tanı %27,5 (n=101) oranı ile nonspesifik göğüs ağrısıydı. (Tablo 114)

Tablo 114. Çalışmaya katılan hastalarda acil servis başvurusunda en sık konulan tanılar

<i>Tanı</i>	<i>Sıklık (n)</i>	<i>Yüzde</i>
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	101	%27,5
<i>Akut miyokard infarktüsü</i>	69	%18,8
<i>Stabil anjina pektoris</i>	52	%14,2
<i>Anstabil anjina pektoris</i>	39	%10,6
<i>Kas gerginliği</i>	28	%7,6
<i>Pnömoni</i>	13	%3,5

Çalışmamızda göğüs ağrısı semptomu ile birlikte nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre pnömoni tanısı görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 115).

Tablo 115. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, Nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda nefes darlığı varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>	<i>Nefes darlığı var(n=35)</i>	<i>Nefes darlığı yok(n=332)</i>	<i>P değeri</i>
<i>AMI</i>	<i>Var(n=69)</i>	%17,1(n=6)	<i>P: 0,971</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	%82,9(n=29)	
<i>UAP</i>	<i>Var(n=39)</i>	%10,8(n=36)	<i>P: 1,000</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%89,2(n=296)	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	%1,8(n=6)	<i>P < 0,001</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	%98,2(n=326)	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	%27,4(n=91)	<i>P: 1,000</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	%72,6(n=241)	

Çalışmaya katılan hastalardan akut miyokard infarktüsü tanısı konulan 3 hastada ölüm meydana geldi. Anstabil anjina pektoris, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hastada ölüm görülmedi.

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda yatış gerçekleşen hastalarda gerçekleşmeyenlere göre akut miyokard infarktüsü tanısı görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 116). Yatış gerçekleşmeyen hastalarda gerçekleşenlere göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulma sıklığı fazla bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 116).

Tablo 116. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının çalışmaya dahil oldukları başvurularında yoğun bakım veya servis yatış durumuna göre dağılımı

<i>Tanı</i>	<i>Yatış var(n=95)</i>	<i>Yatış yok(n=272)</i>	<i>P değeri</i>
AMI	Var(n=69)	%70,5(n=67)	$P < 0,001$
	Yok(n=298)	%29,5(n=28)	
UAP	Var(n=39)	%13,7(n=13)	$P: 0,352$
	Yok(n=328)	%86,3(n=82)	
Pnömoni	Var(n=13)	%4,4(n=12)	$P: 0,197$
	Yok(n=354)	%95,6(n=260)	
Nonspesifik göğüs ağrısı	Var(n=101)	%37,1(n=101)	$P < 0,001$
	Yok(n=266)	%62,9(n=171)	

Çalışmaya dahil edilen anstabil anjina pektoris tanısı konulan 7 hastada ve pnömoni tanısı konulan 1 hastada taburculuktan sonra 30 gün içinde yoğun bakım yatışı oldu.

Çalışmamızda akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastaların acil serviste kalış sürelerinin medyan değeri 6,67, en düşük değeri 0,28 ve en yüksek değeri 22,32 saat olarak hesaplandı. Akut miyokard infarktüsü tanısı olan hastalarla olmayanların acil servis kalış süresi benzer bulundu ($p: 0,276$). Anstabil anjina pektoris tanısı alan hastaların acil serviste kalış süresinin medyan değeri 8,38, en düşük değeri 0,57 ve en yüksek değeri 28,60 saat olarak hesaplandı. Anstabil anjina pektoris olanlarla olmayanların acil servis kalış süreleri benzerdi ($p: 0,158$).

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 6,80 saat saptanırken, nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 7,73 saat saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 117). Pnömoni tanısı alan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 9,02 saat

bulunurken, pnömoni tanısı almayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 7,26 saat bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 117).

Tablo 117. Çalışmamızda nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanısı alan hastaların acil servis kalış sürelerinin dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	6,80	1,70	32,67	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=266)</i>	7,73	0,28	84,35	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	9,02	4,77	32,85	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=354)</i>	7,26	0,28	84,35	

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre UAP tanısı görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 118). Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişmeyen hastalarda gelişenlere göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 118).

Tablo 118. Çalışmaya katılan hastalara konulan UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>MACE var(n=102)</i>	<i>MACE yok(n=265)</i>	<i>P değeri</i>
<i>UAP</i>	<i>Var(n=39)</i>	%18,6(n=19)	%7,5(n=20)	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=328)</i>	%81,4(n=83)	%92,5(n=245)	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	%1,0(n=1)	%4,5(n=12)	$P: 0,123$
	<i>Yok(n=354)</i>	%99,0(n=101)	%95,5(n=253)	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	%0,0(n=0)	%38,1(n=101)	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=266)</i>	%100,0(n=102)	%61,9(n=164)	

Anstabil anjina pektoris tanısı konulan MACE gelişen hastaların; %63,2'sinde (n=12) çalışmaya dahil oldukları başvurusu sırasında, %36,8'inde (n=7) taburcu olduktan sonra 30 gün içinde MACE gelişti ($p: 0,064$).

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda geçirmeyen hastalara göre AMI ve UAP tanısı görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (AMI $p < 0,001$, UAP $p < 0,01$, Tablo 119). İnvaziv girişim geçirmeyen hastalarda geçiren hastalara göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı daha sık konuldu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 119).

Tablo 119. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, Nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>İnvaziv girişim var(n=99)</i>	<i>İnvaziv girişim yok(n=268)</i>	<i>P değeri</i>
<i>AMI</i>	<i>Var(n=69)</i>	%64,6(n=64)	%1,9(n=5)	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=298)</i>	%35,4(n=35)	%98,1(n=263)	
<i>UAP</i>	<i>Var(n=39)</i>	%18,2(n=18)	%7,8(n=21)	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=328)</i>	%81,8(n=81)	%92,2(n=247)	
<i>Pnömoni</i>	<i>Var(n=13)</i>	%2,0(n=2)	%4,1(n=11)	$P: 0,527$
	<i>Yok(n=354)</i>	%98,0(n=97)	%95,9(n=257)	
<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	%0,0(n=0)	%37,7(n=101)	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=266)</i>	%100,0(n=99)	%62,3(n=167)	

Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde morbidite gelişen hastalarda UAP tanısı görülme sıklığı morbidite gelişmeyenlere göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 120).

Tablo 120. Çalışmaya katılan hastalara konulan UAP tanısının başvuruda veya 30 gün içinde morbidite varlığına göre dağılımı

<i>Tanı</i>		<i>Morbidite var(n=114)</i>	<i>Morbidite yok(n=253)</i>	<i>P değeri</i>
<i>UAP</i>	<i>Var(n=39)</i>	%17,5(n=20)	%7,5(n=19)	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=328)</i>	%82,5(n=94)	%92,5(n=234)	

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda başvuruda veya taburculuktan sonraki 30 gün içinde herhangi bir morbidite görülmedi.

Hastalara konulan tanılardan AMI, UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının hastalarda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı incelediğinde; semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda UAP ve pnömoni tanılarının görülme sıklığı daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (UAP $p < 0,05$, pnömoni $p < 0,05$, Tablo 121). Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda olan hastalara göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı daha fazla konuldu ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 121).

Tablo 121. Çalışmaya katılan hastalara konulan AMI, UAP, nonspesifik göğüs ağrısı ve pnömoni tanılarının 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı

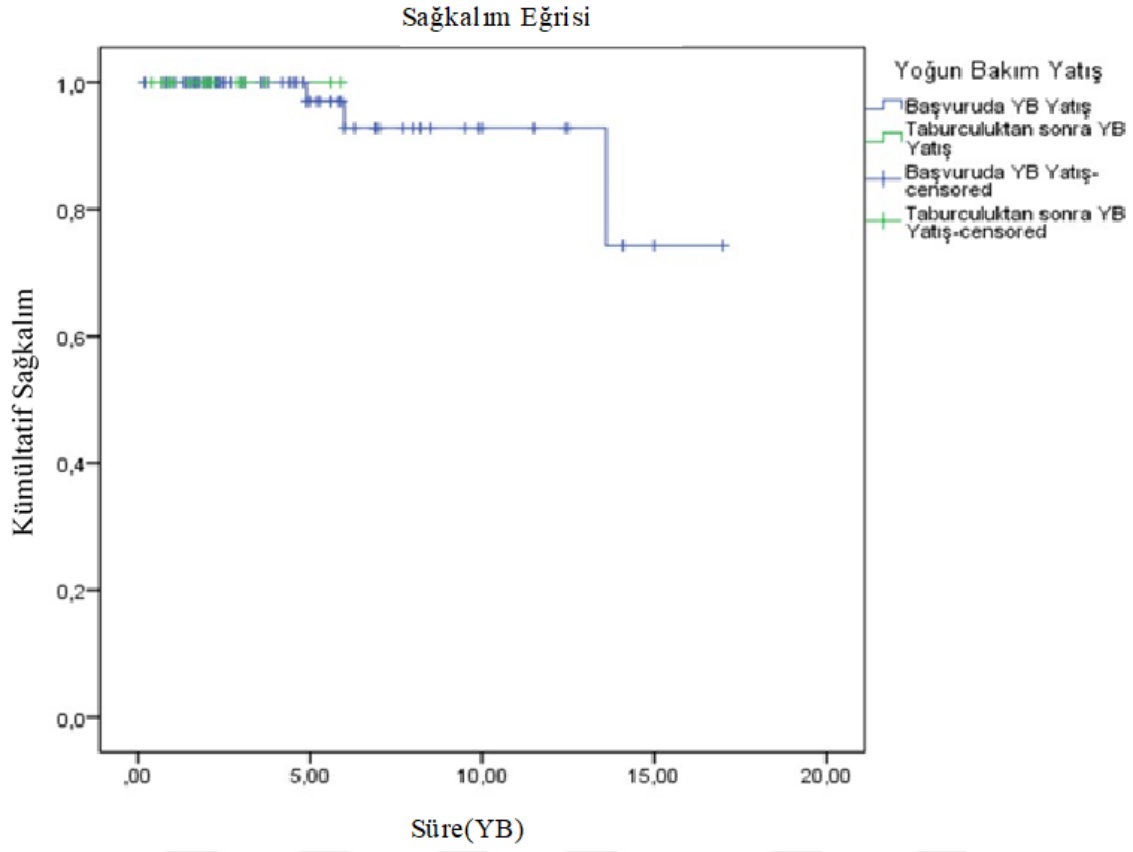
Semptom Tekrarı/Tekrar Başvuru				
Tanı		Var(n=120)	Yok(n=244)	P değeri
AMI	Var(n=67)	%19,2(n=23)	%18,0(n=44)	P: 0,906
	Yok(n=297)	%80,8(n=97)	%82,0(n=200)	
UAP	Var(n=39)	%15,8(n=19)	%8,2(n=20)	P <0,05
	Yok(n=325)	%84,2(n=101)	%91,8(n=224)	
Pnömoni	Var(n=13)	%6,7(n=8)	%2,0(n=5)	P <0,05
	Yok(n=351)	%93,3(n=112)	%98,0(n=239)	
Nonspesifik göğüs ağrısı	Var(n=101)	%11,7(n=14)	%35,7(n=87)	P <0,001
	Yok(n=263)	%88,3(n=106)	%64,3(n=157)	

4.5. Acil Servis Sonlanımı ile İlgili Veriler

Çalışmaya katılan hastaların %25,9’unda (n=95) acil servis başvurusu sırasında yatış gerçekleşirken, %74,1’inde (n=272) yatış gerçekleşmedi. Yatış gerçekleşen hastalarda %6,3 (n=6) oranında servis yatışı, %93,7 (n=89) oranında yoğun bakım yatışı mevcuttu. Taburcu olan 272 hastanın 19’unda acil servis taburculuğu sonrası 30 gün içinde yoğun bakım yatışı saptandı.

Çalışmamızda hastaların acil servis kalış süresine bakıldığında medyan değer 7,45 saat, en düşük değer 0,28 saat ve en yüksek değer 84,35 saat olarak hesaplandı.

Çalışmaya katılan hastaların başvuruda yoğun bakım yatışına (n=89) ve taburculuktan sonra yoğun bakım yatışına (n=19) göre mortalite ve yoğun bakım süreleri Şekil 9’da gösterildi.



Şekil 9. Yoğun bakıma yatan hastalarda yatış süresi ve mortalite

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda yatış olan hastaların %95,8’inde (n=91) herhangi bir morbidite mevcutken, %4,2’sinde (n=4) mevcut değildi. Yatış olmayan hastaların ise %8,5’inde (n=23) morbidite görülürken, %91,5’inde (n=249) görülmedi. Yatış olan hastalarda olmayanlara göre morbidite görülmesi istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,001$). Yatış olan hastalarda olmayanlara göre solunum cihazı desteği kullanımı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 122). Yatış olan hastaların %83,2’sinde (n=79) invaziv girişim mevcutken, yatış olmayanların %7,4’ünde (n=20) invaziv girişim mevcuttu. Yatış olan hastalarda invaziv girişim görülme sıklığı olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu ($p < 0,001$, Tablo 122).

Tablo 122. Çalışmaya katılan hastalarda görülen morbiditelerin yatış durumuna göre dağılımı

<i>Morbidite</i>	<i>Yatış var(n=95)</i>	<i>Yatış yok(n=272)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum cihazı desteği var(n=6)</i>	%5,3(n=5)	%0,4(n=1)	<i>P <0,01</i>
<i>Solunum cihazı desteği yok(n=361)</i>	%94,7(n=90)	%99,6(n=271)	
<i>İnvaziv girişim var(n=99)</i>	%83,2(n=79)	%7,4(n=20)	<i>P <0,001</i>
<i>İnvaziv girişim yok(n=268)</i>	%16,8(n=16)	%92,6(n=252)	

Çalışmaya dahil olan başvurusunda yatış gerçekleşen hastalarla gerçekleşmeyen hastaların, 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu kıyaslandığında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (p: 0,267).

Semptom tekrarı olan 120 hastanın %20,0'ında (n=24) başvurusunda yoğun bakım yatışı, %15,8'inde (n=19) taburculuktan sonra yoğun bakım yatışı, %1,7'sinde (n=2) başvurusunda servis yatışı gerçekleşirken, %62,5'inde (n=75) yatış gerçekleşmedi.

Çalışmaya dahil olan hastalardan başvuruda göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı olan hastaların %58,8'inde (n=20) 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu mevcutken, %41,2'sinde (n=14) mevcut değildi. Nefes darlığı olmayan hastaların ise %30,3'ünde (n=100) semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülürken, %69,7'sinde (n=230) görülmedi. Nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı (p <0,01).

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda yatış gerçekleşen hastaların %4,2'sinde (n=4) ölüm görülürken, yatış gerçekleşmeyen hastaların %0,4'ünde (n=1) ölüm görüldü. Yatış gerçekleşen hastalarda ölüm görülme sıklığı gerçekleşmeyenlere göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 123).

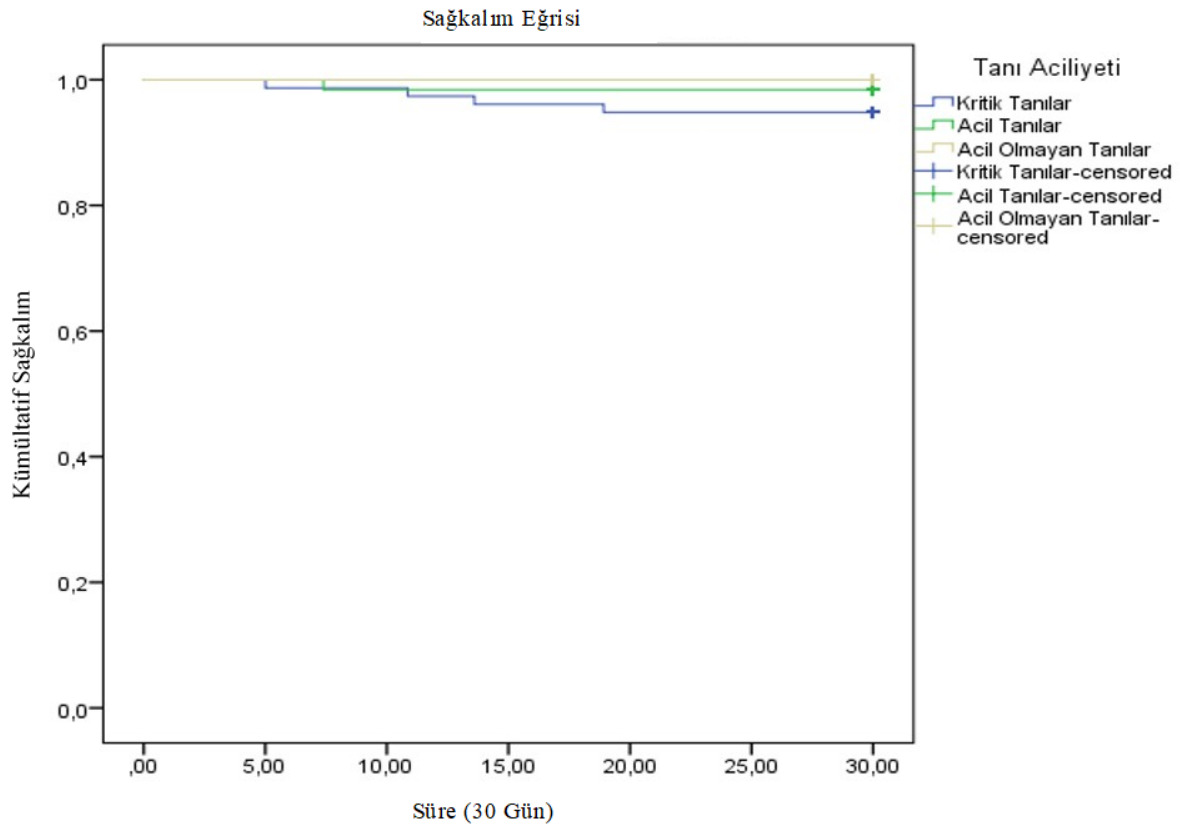
Tablo 123. Çalışmaya katılan hastaların 30 gün içinde sağkalımının yatış durumuna göre dağılımı

<i>Sağkalım</i>	<i>Yatış var(n=95)</i>	<i>Yatış yok(n=272)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ölüm(n=5)</i>	%4,2(n=4)	%0,4(n=1)	<i>P <0,05</i>
<i>Sağ(n=362)</i>	%95,8(n=91)	%99,6(n=271)	

4.6. Mortalite ile İlgili Veriler

Çalışmaya katılan hastaların 30 günlük yaşam oranları incelendiğinde ise, hastaların ortalama yaşam süresi 29,743 (%95 CI 29,512-29,974) gün ve genel mortalite oranı %1,4 (n=5) olarak saptandı. Ölüm gerçekleşen hastaların %80,0'ında (n=4) başvurusunda yoğun bakım yatışı görülürken, %20,0'ında (n=1) taburculuk görüldü. Ölüm meydana gelen hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 8,17, en düşük değeri 0,47 ve en yüksek değeri 33,05 saat olarak hesaplandı.

Çalışmamızda hastalara konulan tanıları kritik, acil ve acil olmayan olarak gruplandırdığımızda genel mortalite oranları Şekil 10'da verildi. Ölüm gerçekleşen hastaların %80,0'ında (n=4) kritik tanı mevcuttu. (Şekil 10)



Şekil 10. Kritik, acil ve acil olmayan tanılarda genel mortalite

Çalışmaya katılan hastalardan ölüm görülen hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde morbidite %100 (n=5) saptandı. Sağ olan hasta grubunda ise morbidite %30,1 (n=109) oranında mevcutken, %69,9 (n=253) oranında mevcut değildi. İstatistiki olarak anlamlı fark vardı (p <0,01).

Çalışmamızda 30 günlük takipte ölüm meydana gelen hastaların hepsinde başvuruda veya 30 gün içinde MACE mevcutken, sağ olan hastaların %26,8'inde (n=97) mevcuttu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,01).

Tablo 124. Çalışmaya katılan hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığının sağkalıma göre dağılımı

<i>MACE</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	<i>Sağ(n=362)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=102)</i>	%100,0(n=5)	%26,8(n=97)	<i>P <0,01</i>
<i>Yok(n=265)</i>	%0,0(n=0)	%73,2(n=256)	

Çalışmaya katılan hastalardan ölüm görülen hastaların %60,0'ında (n=3) başvuru veya 30 gün içinde invaziv girişim mevcutken, %40,0'ında (n=2) mevcut değildi. Sağ olan hasta grubunun ise %26,5'inde (n=96) başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim saptanırken, %73,5'inde (n=266) saptanmadı. İstatistiki olarak anlamlı fark yoktu (p: 0,124).

4.7. Morbidite ile İlgili Veriler

Çalışmaya dahil olan başvuruda veya 30 gün içinde morbidite saptanan hastaların %11,4'ünde (n=13) başvurusunda göğüs ağrısına ek olarak nefes darlığı saptanırken, %86,6'sında (n=101) saptanmadı. Morbidite saptanmayan hasta grubunda ise %8,7 (n=22) oranında nefes darlığı mevcutken, %91,3 (n=231) oranında mevcut değildi. İstatistiki olarak anlamlı fark bulunmadı (p: 0,532).

Çalışmamızda morbidite var olan hastaların acil serviste kalış süresinin medyan değeri 8,28, en düşük değeri 0,28 ve en yüksek değeri 50,07 saat olarak hesaplandı. Morbidite olmayan hastaların ise acil serviste kalış süresinin medyan değeri 7,27, en düşük değeri 1,30 ve en yüksek değeri 84,35 saat olarak bulundu. Morbidite olan hastalarla olmayan hastaların acil serviste kalış süreleri benzerdi (p: 0,667).

Çalışmamızda başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde morbidite gelişen hastalarda 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu %43,2 (n=48) oranında mevcutken, morbidite gelişmeyenlerde %28,5 (n=72) oranında mevcuttu. Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde morbidite gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 125).

Tablo 125. Çalışmaya katılan hastalarda taburculuktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusunun; başvuruda veya 30 gün içinde morbidite varlığına göre dağılımı

<i>Semptom Tekrarı</i>	<i>Morbite var(n=111)</i>	<i>Morbidite yok(n=253)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=120)</i>	<i>%43,2(n=48)</i>	<i>%28,5(n=72)</i>	<i>P <0,01</i>
<i>Yok(n=244)</i>	<i>%56,8(n=63)</i>	<i>%71,5(n=181)</i>	

Çalışmamızda başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu %44,4 (n=44) oranında mevcutken, MACE gelişmeyenlerde %28,7 (n=76) oranında mevcuttu. Başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,01, Tablo 126).

Tablo 126. Çalışmaya katılan hastalarda taburculuktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı/tekrar hastane başvurusunun; başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

<i>Semptom Tekrarı</i>	<i>MACE var(n=99)</i>	<i>MACE yok(n=265)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=120)</i>	<i>%44,4(n=44)</i>	<i>%28,7(n=76)</i>	<i>P <0,01</i>
<i>Yok(n=244)</i>	<i>%55,6(n=55)</i>	<i>%71,3(n=189)</i>	

4.8. Sayısal Vitaller ile İlgili Veriler

Çalışmaya dahil olan hastaların acil servis başvurusu ve tanı anında bakılan sayısal vitallerinin dağılımları Tablo 127 ve Tablo 128’de verildi. Hastaların bilinç durumu dağılımına bakıldığında başvuru anında konfüzyonu olan 2 hasta, tanı anında konfüzyonu olan 3 hasta mevcuttu (Tablo 129). Acil servis başvurusunda %2,7 (n=10) hastada oksijen desteği saptanırken, tanı anında %4,1 (n=15) hastada oksijen desteği saptandı (Tablo 130).

Tablo 127. Hastaların başvuru vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerleri

<i>Başvuru vitalleri</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	140,00	82,00	223,00
<i>Diastolik kan basıncı</i>	80,00	40,00	125,00
<i>Nabız</i>	85,00	40,00	180,00
<i>Solunum sayısı</i>	18,00	10,00	63,00
<i>Satürasyon</i>	97,00	85,00	100,00
<i>Ateş</i>	36,10	34,70	39,30

Tablo 128. Hastaların tanı anındaki vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerleri

<i>Tanı vitaller</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	127,00	75,00	187,00
<i>Diastolik kan basıncı</i>	73,00	37,00	111,00
<i>Nabız</i>	78,00	33,00	154,00
<i>Solunum sayısı</i>	18,00	10,00	31,00
<i>Satürasyon</i>	97,00	77,00	100,00
<i>Ateş</i>	36,30	34,50	38,30

Tablo 129. Hastaların başvuru ve tanı anındaki bilinç durumları

<i>Bilinç</i>	<i>Başvuru bilinç</i>	<i>Tanı bilinç</i>
<i>Alert</i>	%99,5(n=365)	%99,2(n=364)
<i>Konfüzyon</i>	%0,5(n=2)	%0,8(n=3)

Tablo 130. Hastaların başvuru ve tanı anındaki oksijen desteği durumu

<i>Oksijen desteği</i>	<i>Başvuru oksijen desteği</i>	<i>Tanı oksijen desteği</i>
<i>Var</i>	%2,7(n=10)	%4,1(n=15)
<i>Yok</i>	%97,3(n=357)	%95,9(n=352)

Çalışmamızda hastaların başvuru anındaki sistolik kan basıncı ile başvuru anındaki diyastolik kan basıncı arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r: 0,64). Başvuru anındaki sistolik kan basıncı ile tanı anındaki sistolik kan basıncı arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,55). Hastaların başvuru anındaki diyastolik kan basıncı ile tanı anındaki sistolik kan basıncı arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r: 0,32). Başvuru anındaki diyastolik kan basıncı ile tanı anındaki diyastolik kan basıncı arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,41). Hastaların başvuru anındaki nabızı ile tanı anındaki nabızı arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r: 0,48). Başvuru anındaki solunum sayısı ile tanı anındaki solunum sayısı arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,38). Hastaların başvuru satürasyonu ile tanı anındaki satürasyonu arasında pozitif korelasyon mevcuttu (r: 0,33). Tanı anındaki sistolik kan basıncı ile diyastolik kan basıncı arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,60).

Başvuru anında nefes darlığı olan hastaların solunum sayılarının medyan değeri 20,00 saptanırken, nefes darlığı olmayanların solunum sayılarının medyan değeri 18,00 saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 131). Nefes darlığı olan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri nefes darlığı olmayanlara göre daha düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 131).

Tablo 131. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden solunum sayısı, satürasyon ve ateşin nefes darlığı varlığına göre dağılımı

	<i>Nefes darlığı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=35)</i>	20,00	13,00	36,00	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=332)</i>	18,00	10,00	63,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=35)</i>	96,00	85,00	99,00	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=332)</i>	97,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=35)</i>	36,30	36,00	39,30	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=332)</i>	36,10	34,70	38,20	

Akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarda başvuru anında ateşlerinin medyan değeri 36,00 saptanırken, akut miyokard infarktüsü tanısı konulmayanlarda ateşlerinin medyan değeri 36,20 saptandı. AMI tanısı olanlarda olmayanlara göre başvuru ateşi daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 132).

Tablo 132. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin AMI varlığına göre dağılımı

	<i>AMI</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=69)</i>	144,00	86,00	223,00	<i>P: 0,538</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	139,00	82,00	215,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=69)</i>	79,00	52,00	123,00	<i>P: 0,492</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	80,00	40,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=69)</i>	83,00	54,00	180,00	<i>P: 0,164</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	85,50	40,00	178,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=69)</i>	18,00	12,00	63,00	<i>P: 0,462</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	18,00	10,00	36,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=69)</i>	97,00	85,00	100,00	<i>P: 0,559</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	97,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=69)</i>	36,00	34,70	37,20	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=298)</i>	36,20	35,60	39,30	

UAP tanısı konulan hastaların başvuru sistolik kan basınçlarının medyan değeri 148,00 bulunurken, UAP tanısı konulmayanlarda 138,00 bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 133).

Tablo 133. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncının UAP varlığına göre dağılımı

	<i>UAP</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=39)</i>	148,00	110,00	215,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	138,00	82,00	223,00	

Pnömoni tanısı konulan hastaların başvuru oksijen satürasyonlarının medyan değeri 93,00 saptanırken, pnömoni tanısı konulmayan hastaların 97,00 saptandı. Pnömoni tanısı olan hastalarda olmayanlara göre başvuru oksijen satürasyonları daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 134). Pnömoni tanısı konulan hastaların konulmayanlara göre başvuru ateşlerinin medyan değeri daha yüksek bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$, Tablo 134). Pnömoni tanısı olan hastaların başvuru nabızlarının medyan değeri 98,00 hesaplanırken, pnömoni tanısı olmayan hastaların 85,00 hesaplandı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 134).

Tablo 134. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinin pnömoni varlığına göre dağılımı

	<i>Pnömoni</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=13)</i>	158,00	109,00	188,00	<i>P: 0,077</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	139,00	82,00	223,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=13)</i>	80,00	57,00	121,00	<i>P: 0,405</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	79,00	40,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=13)</i>	98,00	48,00	135,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	85,00	40,00	180,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=13)</i>	20,00	14,00	29,00	<i>P: 0,176</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	18,00	10,00	63,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=13)</i>	93,00	85,00	99,00	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	97,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=13)</i>	37,00	36,00	38,60	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	36,10	34,70	39,30	

Pnömoni tanısı konulan hastaların konulmayanlara göre tanı anında ölçülen sistolik kan basıncı ve nabız değerlerinin medyan değerleri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (sistolik kan basıncı $p < 0,05$, nabız $p < 0,01$, Tablo 135). Pnömoni tanısı konulan hastaların tanı anında oksijen satürasyonlarının medyan değeri 95,00 saptanırken, pnömoni tanısı konulmayan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri 97,00 saptandı. Pnömoni tanısı konulan hastaların konulmayanlara göre tanı anında oksijen satürasyonu değerlerinin medyanı daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 135).

Tablo 135. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinin pnömoni varlığına göre dağılımı

	<i>Pnömoni</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=13)</i>	143,00	105,00	160,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	126,50	75,00	187,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=13)</i>	73,00	64,00	90,00	<i>P: 0,698</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	73,50	37,00	111,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=13)</i>	93,00	72,00	123,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	78,00	33,00	154,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=13)</i>	16,00	13,00	31,00	<i>P: 0,672</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	18,00	10,00	28,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=13)</i>	95,00	90,00	98,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	97,00	77,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=13)</i>	36,20	36,00	38,10	<i>P: 0,260</i>
	<i>Yok(n=354)</i>	36,30	34,50	38,30	

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastaların konulmayan hastalara göre tanı anındaki nabız değerlerinin medyanı daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 136). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastaların konulmayanlara göre tanı anında oksijen saturasyonlarının ortalama değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 136).

Tablo 136. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinin nonspesifik göğüs ağrısı tanısı varlığına göre dağılımı

	<i>Nonspesifik göğüs ağrısı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=101)</i>	126,00	84,00	182,00	<i>P: 0,711</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	127,00	75,00	187,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=101)</i>	75,00	50,00	105,00	<i>P: 0,635</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	73,00	37,00	111,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=101)</i>	75,00	53,00	154,00	<i>P < 0,05</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	79,00	33,00	148,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=101)</i>	18,00	10,00	22,00	<i>P: 0,224</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	18,00	10,00	31,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=101)</i>	97,00 (mean: 97,02)	92,00	99,00	<i>P < 0,05</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	97,00 (mean: 96,34)	77,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=101)</i>	36,20	36,00	37,00	<i>P: 0,067</i>
	<i>Yok(n=266)</i>	36,30	34,50	38,30	

Çalışmaya katılan hastalara konulan tanımlar acil (kritik+acil) tanımlar ve diğerleri olarak ikiye ayrıldığında; acil tanımların başvuru ateşlerinin medyan değeri 36,00 saptanırken, acil olmayan tanımların başvuru ateşlerinin medyan değeri 36,30 saptandı. Acil tanımların acil olmayan tanımlara göre başvuru ateşlerinin medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 137).

Tablo 137. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinden ateşin tanı aciliyetine göre dağılımı

	<i>Tanı aciliyeti(kritik+acil)</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=140)</i>	36,00	34,70	39,30	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=227)</i>	36,30	35,60	38,60	

Çalışmamızda acil tanı konulan hastaların acil olmayan tanılara göre tanı anında oksijen saturasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 138). Acil tanıların acil olmayan tanılara göre tanı anında solunum sayılarının ortalama değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 138).

Tablo 138. Hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinden solunum sayısı ve oksijen saturasyonunun tanı aciliyetine göre dağılımı

	<i>Tanı aciliyeti (kritik+acil)</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Evet(n=140)</i>	18,00(mean:18,03)	10,00	28,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Hayır(n=227)</i>	18,00(mean:17,24)	10,00	31,00	
<i>Oksijen saturasyonu</i>	<i>Evet(n=140)</i>	96,00	77,00	100,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Hayır(n=227)</i>	97,00	90,00	99,00	

Çalışmaya katılan hastalara konulan tanılardan kritik tanıların başvuru ateşlerinin medyan değeri kritik olmayanlara göre daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 139).

Tablo 139. Hastaların başvuru anındaki sayısal vitallerinden ateşin kritik tanı varlığına göre dağılımı

	<i>Kritik tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=77)</i>	36,00	34,70	37,20	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=290)</i>	36,20	35,60	39,30	

Hastalara konulan tanılar kritik tanılar ve diğerleri olarak sınıflandırılıp bu iki grubun sayısal vitalleri incelendiğinde; kritik tanıların tanı anında oksijen satürasyonlarının medyan değeri kritik olmayanlara göre daha düşüktü (p: 0,087, Tablo 140).

Tablo 140. Çalışmaya katılan hastaların tanı anındaki sayısal vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun kritik tanı varlığına göre dağılımı

	<i>Kritik tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Evet(n=77)</i>	<i>18,00(mean:18,31)</i>	<i>10,00</i>	<i>27,00</i>	<i>P <0,05</i>
	<i>Hayır(n=290)</i>	<i>18,00(mean:17,33)</i>	<i>10,00</i>	<i>31,00</i>	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Evet(n=77)</i>	<i>96,00</i>	<i>77,00</i>	<i>100,00</i>	<i>P: 0,087</i>
	<i>Hayır(n=290)</i>	<i>97,00</i>	<i>90,00</i>	<i>99,00</i>	

Çalışmamızda hastaların başvuru anındaki vitallerinin başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımı incelendiğinde; kategori ciddiyeti arttıkça solunum sayılarının medyan değerinde artış mevcuttu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,001, Tablo 141). Başvuru anındaki oksijen satürasyonlarının medyan değerinde NEWS kategorisi yükseldikçe düşüş görüldü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001, Tablo 141).

Tablo 141. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin NEWS kategorilerine göre dağılımı

	<i>NEWS başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
Sistolik kan basıncı	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	140,00	87,00	221,00	<i>P: 0,100</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	120,00	82,00	183,00	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	124,00	98,00	223,00	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	112,50	91,00	215,00	
Diastolik kan basıncı	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	80,00	40,00	125,00	<i>P: 0,396</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	74,00	41,00	119,00	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	77,00	48,00	123,00	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	68,00	43,00	117,00	
Nabız	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	85,00	46,00	178,00	<i>P: 0,875</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	84,00	56,00	180,00	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	90,00	48,00	133,00	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	90,00	40,00	144,00	
Solunum sayısı	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	18,00	10,00	29,00	<i>P <0,001</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	20,00	12,00	22,00	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	22,00	14,00	30,00	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	22,00	16,00	63,00	
Oksijen satürasyonu	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	97,00	85,00	100,00	<i>P <0,001</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	97,00	93,00	99,00	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	95,00	85,00	99,00	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	92,00	85,00	98,00	
Ateş	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	36,10	35,00	38,20	<i>P: 0,155</i>
	<i>Düşük-orta(n=9)</i>	36,00	36,00	36,50	
	<i>Orta(5-6)(n=13)</i>	36,10	36,00	39,30	
	<i>Yüksek(≥7)(n=10)</i>	36,30	34,70	38,00	

Çalışmaya katılan hastaların başvuru NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak sınıflandırılıp bu iki grubun başvuru anındaki vitalleri kıyaslandığında; sistolik kan basınçlarının medyan değeri düşük kategoride daha yüksek saptandı ve istatistiki olarak anlamlı

fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 142). Başvuru anında düşük kategoride olan hastaların solunum sayılarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 142). Başvuru anında bakılan oksijen satürasyonlarının medyan değeri düşük NEWS kategorisinde daha yüksek bulundu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 142).

Tablo 142. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS düşük ve diğerleri)

	<i>NEWS başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	140,00	87,00	221,00	$P < 0,05$
	<i>Diğerleri(n=32)</i>	120,00	82,00	223,00	
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	80,00	40,00	125,00	$P: 0,098$
	<i>Diğerleri(n=32)</i>	72,00	41,00	123,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	18,00	10,00	29,00	$P < 0,001$
	<i>Diğerleri(n=32)</i>	20,00	12,00	63,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Düşük(0-4)(n=335)</i>	97,00	85,00	100,00	$P < 0,001$
	<i>Diğerleri(n=32)</i>	96,00	85,00	99,00	

Çalışmamızda hastaların tanı anında ölçülen sistolik kan basınçlarının medyan değeri tanı anında hesaplanan NEWS kategorilerine göre düşük kategoride daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 143). Hastaların tanı anında ölçülen nabızlarının medyan değeri tanı anında düşük NEWS kategorisinde daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$, Tablo 143). Tanı anında bakılan oksijen satürasyonlarının medyan değeri tanı NEWS kategorilerine göre düşük kategoride daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,01$, Tablo 143).

Tablo 143. Hastaların tanı anındaki vitallerinin tanı NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS düşük ve diğerleri)

	<i>NEWS tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	128,00	84,00	187,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	118,00	75,00	181,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	74,00	37,00	111,00	<i>P: 0,093</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	68,00	49,00	110,00	
<i>Nabız</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	78,00	48,00	154,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	88,00	33,00	144,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	18,00	10,00	27,00	<i>P: 0,070</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	18,00	11,00	31,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	97,00	77,00	99,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	96,00	80,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Düşük(0-4)(n=328)</i>	36,30	34,50	38,30	<i>P: 0,682</i>
	<i>Diğerleri(n=39)</i>	36,20	34,80	38,20	

Çalışmaya katılan hastaların başvuru anındaki NEWS kategorileri yüksek ve diğerleri olarak sınıflandırılıp bu iki grubun başvuru vitalleri kıyaslandığında; başvuru anında yüksek NEWS kategorisinde olan hastaların solunum sayılarının medyan değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 144). Başvuru anında yüksek NEWS kategorisinde olan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$, Tablo 144).

Tablo 144. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS yüksek ve diğerleri)

	<i>NEWS başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Yüksek ≥ 7(n=10)</i>	22,00	16,00	63,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Diğerleri(n=357)</i>	18,00	10,00	30,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Yüksek ≥ 7(n=10)</i>	92,00	85,00	98,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Diğerleri(n=357)</i>	97,00	85,00	100,00	

Çalışmaya katılan hastaların tanı anındaki NEWS kategorileri yüksek ve diğerleri olarak sınıflandırılıp bu iki grubun tanı anındaki vitalleri kıyaslandığında; tanı anında yüksek NEWS kategorisinde olan hastaların nabızlarının medyan değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 145)

Tablo 145. Hastaların tanı anındaki vitallerinden nabızın tanı NEWS kategorilerine göre dağılımı (NEWS yüksek ve diğerleri)

	<i>NEWS tanı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Nabız</i>	<i>Yüksek ≥ 7(n=11)</i>	96,00	55,00	144,00	$P < 0,01$
	<i>Diğerleri(n=356)</i>	78,00	33,00	154,00	

Çalışmamızda başvuru anında kırmızı skor mevcut olan hastalarda kırmızı skor mevcut olmayanlara göre; başvuru anında sistolik kan basınçlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 146). Başvuru anında kırmızı skor olan hastaların başvuru solunum sayılarının medyan değeri kırmızı skor olmayanlara göre daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$, Tablo 146). Başvuru anında kırmızı skor olan hastalarda oksijen saturasyonlarının medyan değeri olmayanlara göre daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark vardı ($p < 0,001$, Tablo 146).

Tablo 146. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin başvuru NEWS kırmızı skor varlığına göre dağılımı

	<i>NEWS başvuru kırmızı skor</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=27)</i>	120,00	82,00	223,00	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=340)</i>	140,00	87,00	221,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=27)</i>	72,00	41,00	123,00	$P: 0,154$
	<i>Yok(n=340)</i>	80,00	40,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=27)</i>	84,00	40,00	180,00	$P: 0,898$
	<i>Yok(n=340)</i>	85,00	46,00	178,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=27)</i>	20,00	12,00	63,00	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=340)</i>	18,00	10,00	29,00	
<i>Oksijen saturasyonu</i>	<i>Var(n=27)</i>	96,00	85,00	99,00	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=340)</i>	97,00	85,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=27)</i>	36,00	34,70	39,30	$P: 0,683$
	<i>Yok(n=340)</i>	36,10	35,00	38,20	

Çalışmamızda tanı anında kırmızı skor olan hastaların olmayanlara göre; nabızlarının medyan değeri daha yüksek, oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (nabız $p < 0,05$, oksijen satürasyonu $p < 0,05$, Tablo 147).

Tablo 147. Hastaların tanı anındaki vitallerinin tanı NEWS kırmızı skor varlığına göre dağılımı

	<i>NEWS tanı kırmızı skor</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=35)</i>	118,00	86,00	181,00	<i>P: 0,059</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	128,00	75,00	187,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=35)</i>	67,00	49,00	110,00	<i>P: 0,112</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	74,00	37,00	111,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=35)</i>	88,00	33,00	144,00	<i>P < 0,05</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	78,00	48,00	154,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=35)</i>	18,00	11,00	31,00	<i>P: 0,154</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	18,00	10,00	27,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=35)</i>	96,00	80,00	100,00	<i>P < 0,05</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	97,00	77,00	99,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=35)</i>	36,20	34,80	38,20	<i>P: 0,668</i>
	<i>Yok(n=332)</i>	36,30	34,50	38,30	

Çalışmaya katılan hastalardan acil servis başvurusunda yoğun bakım veya servis yatışı olanların olmayan hastalara göre; başvuru ateşlerinin medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 148).

Tablo 148. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin yatış durumuna göre dağılımı

	<i>Yatış</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=95)</i>	36,00	34,70	39,30	<i>P < 0,001</i>
	<i>Yok(n=272)</i>	36,30	35,60	38,60	

Çalışmaya katılan hastalardan acil servis başvurusunda yoğun bakım veya servis yatışı olanların olmayan hastalara göre; tanı anındaki oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 149).

Tablo 149. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun hastaların yatış durumuna göre dağılımı

	<i>Yatış</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=95)</i>	18,00	10,00	27,00	$P: 0,093$
	<i>Yok(n=272)</i>	18,00	10,00	31,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=95)</i>	96,00	77,00	100,00	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=272)</i>	97,00	90,00	99,00	

Çalışmaya katılan hastaların başvuru ve tanı anındaki vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerlerinin yatış durumu ve yattığı yere göre dağılımları Tablo 150 ve Tablo 151’de gösterildi.

Tablo 150. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin hastaların yatış durumu ve yattığı yere göre dağılımı

	<i>Yatış</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	137,00	86,00	223,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	134,00	117,00	211,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	134,50	118,00	165,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	140,00	82,00	214,00
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	79,00	43,00	125,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	72,00	54,00	100,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	73,50	64,00	80,00

<i>Nabız</i>	<i>Yatış yok(n=253)</i>	80,00	40,00	121,00
	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	83,00	40,00	180,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	83,00	60,00	161,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	94,00	83,00	125,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	86,00	46,00	178,00
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	18,00	12,00	63,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	18,00	12,00	24,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	19,00	14,00	20,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	18,00	10,00	36,00
	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	97,00	85,00	100,00
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	97,00	85,00	99,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	97,00	91,00	99,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	97,00	85,00	100,00
	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	36,00	35,00	39,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	36,00	36,00	39,00
<i>Ateş</i>	<i>Servis yatış(n=6)</i>	36,05	36,00	36,30
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	36,00	36,00	38,00

YB: Yoğun bakım

Tablo 151. Hastaların Tanı anındaki vitallerinin hastaların yatış durumu ve yattığı yere göre dağılımı

	<i>Yatış</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	131,00	75,00	187,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	124,00	95,00	182,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	123,00	110,00	160,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	127,00	84,00	182,00
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	72,00	37,00	111,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	75,00	55,00	89,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	69,00	49,00	81,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	74,00	46,00	105,00
<i>Nabız</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	78,00	33,00	144,00
	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	78,00	50,00	91,00
	<i>Servis yatış(n=6)</i>	91,00	79,00	103,00
	<i>Yatış yok(n=253)</i>	78,00	49,00	154,00
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	18,00	10,00	27,00

	Taburculuktan			
	sonra YB	18,00	13,00	21,00
	yatış(n=19)			
	Servis yatış(n=6)	18,50	18,00	23,00
	Yatış			
Oksijen satürasyonu	yok(n=253)	18,00	10,00	31,00
	Başvuruda YB			
	yatış(n=89)	96,00	77,00	100,00
	Taburculuktan			
	sonra YB	97,00	93,00	99,00
	yatış(n=19)			
	Servis yatış(n=6)	95,00	94,00	98,00
	Yatış			
	yok(n=253)	97,00	90,00	99,00
Ateş	Başvuruda YB			
	yatış(n=89)	36,30	34,50	38,30
	Taburculuktan			
	sonra YB	36,20	36,00	37,00
	yatış(n=19)			
	Servis yatış(n=6)	36,50	36,00	38,20
	Yatış			
	yok(n=253)	36,30	35,80	38,10

YB: Yoğun bakım

Çalışmaya dahil olan hastalardan ölüm gerçekleşen ve sağ olan hastaların başvuru ve tanı anındaki vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerlerinin dağılımı Tablo 152 ve Tablo 153'te gösterildi.

Tablo 152. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin hastaların 30 gün sağkalım durumuna göre dağılımı

	<i>Sağkalım</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	115,00	109,00	130,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	140,00	82,00	223,00
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	59,00	43,00	100,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	80,00	40,00	125,00
<i>Nabız</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	80,00	75,00	110,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	85,00	40,00	180,00
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	18,00	16,00	22,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	18,00	10,00	63,00
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	97,00	92,00	98,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	97,00	85,00	100,00
<i>Ateş</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	36,30	36,00	37,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	36,10	34,70	39,30

Tablo 153. Tanı anındaki vitallerin hastaların 30 gün sağkalım durumuna göre dağılımı

	<i>Sağkalım</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	111,00	85,00	140,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	127,00	75,00	187,00
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	54,00	37,00	89,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	74,00	45,00	111,00
<i>Nabız</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	78,00	68,00	148,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	78,00	33,00	154,00
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	18,00	14,00	22,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	18,00	10,00	31,00
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	98,00	95,00	99,00
	<i>Sağ(n=362)</i>	97,00	77,00	100,00
<i>Ateş</i>	<i>Ölüm(n=5)</i>	36,00	36,00	38,30
	<i>Sağ(n=362)</i>	36,30	34,50	38,30

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde morbidite gelişen hastaların gelişmeyen hastalara göre başvuru ateşlerinin medyan değeri daha düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 154).

Tablo 154. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin morbidite varlığına göre dağılımı

	<i>Morbidite</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=114)</i>	36,00	34,70	39,30	$P < 0,01$
	<i>Yok(n=253)</i>	36,30	35,60	38,20	

Çalışmaya dahil olan hastalardan başvuruda veya 30 gün içinde morbidite gelişen hastaların gelişmeyen hastalara göre tanı anında ölçülen solunum sayılarının ortalama değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 155).

Tablo 155. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun morbidite varlığına göre dağılımı

	<i>Morbidite</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=114)</i>	18,00 (mean: 18,00)	10,00	27,00	$P < 0,05$
	<i>Yok(n=253)</i>	18,00 (mean: 17,00)	10,00	31,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=114)</i>	97,00	77,00	100,00	$P: 0,075$
	<i>Yok(n=253)</i>	97,00	90,00	99,00	

Hastaların başvuruda ve takipte solunum cihazı desteği kullanımına göre tanı anındaki vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 156'da gösterildi.

Tablo 156. Hastaların tanı anındaki vitallerinin solunum cihazı desteği kullanımına göre dağılımı

	<i>Solunum cihazı</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=6)</i>	106,00	75,00	140,00
	<i>Yok(n=361)</i>	127,00	84,00	187,00
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=6)</i>	54,00	37,00	89,00
	<i>Yok(n=361)</i>	74,00	45,00	111,00
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=6)</i>	83,00	68,00	148,00
	<i>Yok(n=361)</i>	78,00	33,00	154,00
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=6)</i>	19,00	14,00	22,00
	<i>Yok(n=361)</i>	18,00	10,00	31,00
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=6)</i>	98,00	92,00	99,00
	<i>Yok(n=361)</i>	97,00	77,00	100,00
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=6)</i>	36,15	36,00	38,30
	<i>Yok(n=361)</i>	36,30	34,50	38,30

Çalışmaya dahil olan hastalardan başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre başvuru anında ölçülen ateşlerinin medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$, Tablo 157).

Tablo 157. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden ateşin başvuru veya 30 gün içinde invaziv girişim geçirme durumuna göre dağılımı

	<i>Invaziv Girişim</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=99)</i>	36,00	34,70	38,60	$P < 0,001$
	<i>Yok(n=268)</i>	36,30	35,60	39,30	

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim öyküsü olan hastaların olmayan hastalara göre tanı anında ölçülen oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşüktü ($p: 0,069$, Tablo 158).

Tablo 158. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısı ve oksijen satürasyonunun başvuruda veya 30 gün içinde invaziv girişim geçirme durumuna göre dağılımı

	<i>Invaziv Girişim</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=99)</i>	18,00	10,00	27,00	<i>P: 0,095</i>
	<i>Yok(n=268)</i>	18,00	10,00	31,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=99)</i>	96,00	77,00	100,00	<i>P: 0,069</i>
	<i>Yok(n=268)</i>	97,00	90,00	99,00	

Çalışmaya dahil olan hastalardan başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarla gelişmeyen hastaların başvuru vitalleri kıyaslandığında; sistolik kan basıncı (p: 0,732), diyastolik kan basıncı (p: 0,830), solunum sayısı (p: 0,659) ve oksijen satürasyonunda (p: 0,243) istatistiki olarak anlamlı fark yoktu. MACE gelişen hastaların gelişmeyenlere göre başvuru anında ölçülen ateşlerinin medyan değeri daha düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 159). MACE gelişen hastaların gelişmeyen hastalara göre başvuru anında ölçülen nabızlarının medyan değeri daha düşük saptandı (p: 0,057, Tablo 159).

Tablo 159. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden nabız ve ateşin başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

	<i>MACE</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=102)</i>	83,00	40,00	180,00	<i>P: 0,057</i>
	<i>Yok(n=265)</i>	86,00	46,00	178,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=102)</i>	36,00	34,70	38,60	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=265)</i>	36,20	35,60	39,30	

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarla gelişmeyen hastaların tanı anındaki vitalleri incelendiğinde; sistolik kan basıncı (p: 0,197), diyastolik kan basıncı (p: 0,401), nabız (p: 0,665), ateş (p: 0,180) ve oksijen satürasyonunda (p: 0,282) istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı. Başvuruda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastaların tanı anındaki solunum sayılarının ortalaması MACE gelişmeyenlere göre daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 160).

Tablo 160. Hastaların tanı anındaki vitallerinden solunum sayısının başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

	<i>MACE</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=102)</i>	18,00 (mean:18,00)	10,00	27,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=265)</i>	18,00 (mean:17,00)	10,00	31,00	

MACE gelişen hastalar içinde başvuruda veya 30 gün içinde perkütan koroner girişim geçiren hastaların geçirmeyen hastalara göre başvuru anında ölçülen sistolik kan basınçları ve diyastolik kan basınçlarının medyan değerleri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (sistolik kan basıncı $p <0,05$, diyastolik kan basıncı $p <0,01$, Tablo 161).

Tablo 161. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncının; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda PCI varlığına göre dağılımı

	<i>PCI</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=92)</i>	142,00	86,00	223,00	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=10)</i>	122,00	88,00	188,00	
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=92)</i>	80,00	54,00	125,00	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=10)</i>	62,00	43,00	123,00	

MACE gelişen hastalar içinde başvuruda veya 30 gün içinde STEMI olan hastaların STEMI olmayan hastalara göre başvuru diyastolik kan basınçlarının medyan değeri daha yüksekti ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p <0,05$, Tablo 162).

Tablo 162. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda STEMI varlığına göre dağılımı

	STEMI	Median	Minimum	Maximum	P değeri
Sistolik kan basıncı	Var(n=22)	144,00	86,00	195,00	P: 0,745
	Yok(n=80)	137,00	88,00	223,00	
Diastolik kan basıncı	Var(n=22)	86,00	57,00	123,00	P <0,05
	Yok(n=80)	76,00	43,00	125,00	
Nabız	Var(n=22)	79,00	54,00	180,00	P: 0,268
	Yok(n=80)	83,00	40,00	161,00	
Solunum sayısı	Var(n=22)	18,00	12,00	63,00	P: 0,277
	Yok(n=80)	18,00	12,00	30,00	
Oksijen satürasyonu	Var(n=22)	97,00	85,00	99,00	P: 0,428
	Yok(n=80)	97,00	85,00	100,00	
Ateş	Var(n=22)	36,00	34,70	36,60	P: 0,125
	Yok(n=80)	36,00	35,00	38,60	

MACE gelişen hastalar içinde başvuruda veya 30 gün içinde STEMI olan hastaların STEMI olmayan hastalara göre solunum sayılarının medyan değeri daha yüksek saptandı (p: 0,098, Tablo 163).

Tablo 163. Hastaların tanı anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda STEMI varlığına göre dağılımı

	STEMI	Median	Minimum	Maximum	P değeri
Sistolik kan basıncı	Var(n=22)	133,00	90,00	185,00	P: 0,795
	Yok(n=80)	129,00	85,00	187,00	
Diastolik kan basıncı	Var(n=22)	84,00	54,00	111,00	P: 0,216
	Yok(n=80)	73,00	37,00	107,00	
Nabız	Var(n=22)	82,00	50,00	132,00	P: 0,588
	Yok(n=80)	78,00	33,00	148,00	
Solunum sayısı	Var(n=22)	20,00	11,00	27,00	P: 0,098
	Yok(n=80)	18,00	10,00	24,00	
Oksijen satürasyonu	Var(n=22)	96,00	90,00	100,00	P: 0,703
	Yok(n=80)	97,00	93,00	99,00	
Ateş	Var(n=22)	36,15	34,80	38,30	P: 0,493
	Yok(n=80)	36,30	36,00	38,30	

Çalışmamızda başvuruda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI olan hastalarla olmayan hastaların başvuru vitallerinde istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı. MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI olan hastalarla olmayan hastaların başvuru vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değeri Tablo 164'te gösterildi.

Tablo 164. Hastaların başvuru anındaki vitallerinin; başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI varlığına göre dağılımı

	<i>NSTEMI</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=49)</i>	137,00	88,00	223,00	<i>P: 0,738</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	137,00	86,00	215,00	
<i>Diastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=49)</i>	76,00	52,00	123,00	<i>P: 0,290</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	80,00	43,00	125,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=49)</i>	83,00	61,00	133,00	<i>P: 0,613</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	83,00	40,00	180,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=49)</i>	18,00	12,00	30,00	<i>P: 0,729</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	18,00	12,00	63,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=49)</i>	97,00	93,00	100,00	<i>P: 0,261</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	97,00	85,00	99,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=49)</i>	36,00	35,00	37,20	<i>P: 0,779</i>
	<i>Yok(n=53)</i>	36,00	34,70	38,60	

Çalışmamızda başvuruda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI olan hastalarla olmayan hastaların tanı anında bakılan vitallerinde istatistiki olarak anlamlı fark yoktu. MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI olan hastalarla olmayan hastaların tanı vitallerinin medyan, en düşük ve en yüksek değeri Tablo 165'te gösterildi.

Tablo 165. Hastaların tanı anındaki vitallerinin; başvuruda ve 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda NSTEMI varlığına göre dağılımı

	<i>NSTEMI</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Sistolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=49)</i>	133,00	93,00	187,00	P: 0,802
	<i>Yok(n=53)</i>	131,00	85,00	185,00	
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=49)</i>	71,00	45,00	103,00	P: 0,070
	<i>Yok(n=53)</i>	78,00	37,00	111,00	
<i>Nabız</i>	<i>Var(n=49)</i>	78,00	48,00	109,00	P: 0,875
	<i>Yok(n=53)</i>	79,00	33,00	148,00	
<i>Solunum sayısı</i>	<i>Var(n=49)</i>	18,00	10,00	24,00	P: 0,404
	<i>Yok(n=53)</i>	18,00	11,00	27,00	
<i>Oksijen satürasyonu</i>	<i>Var(n=49)</i>	97,00	93,00	98,00	P: 0,674
	<i>Yok(n=53)</i>	97,00	90,00	100,00	
<i>Ateş</i>	<i>Var(n=49)</i>	36,30	36,00	37,40	P: 0,250
	<i>Yok(n=53)</i>	36,20	34,80	38,30	

Çalışmamızda taburcu olduktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastaların olmayan hastalara göre başvuru anında ölçülen diyastolik kan basınçlarının medyan değeri daha düşük saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 166).

Tablo 166. Hastaların başvuru anındaki vitallerinden diyastolik kan basıncının; 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı

	<i>Semptom tekrarı/tekrar başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=120)</i>	77,00	40,00	121,00	P <0,05
	<i>Yok(n=244)</i>	80,00	44,00	125,00	

Çalışmaya katılan hastalardan taburcu olduktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastaların olmayan hastalara göre tanı anında ölçülen diyastolik kan basınçlarının medyan değeri daha düşük saptandı (p: 0,050, Tablo 167).

Tablo 167. Hastaların tanı anındaki vitallerinden diyastolik kan basıncının; 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı

	<i>Semptom tekrarı/tekrar başvuru</i>	<i>Median</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>P değeri</i>
<i>Diyastolik kan basıncı</i>	<i>Var(n=120)</i>	72,00	46,00	103,00	<i>P: 0,050</i>
	<i>Yok(n=244)</i>	74,00	45,00	111,00	

4.9. Kategorik Vitaller ile İlgili Veriler

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru ve tanı anındaki kategorik vital dağılımları Tablo 168 ve Tablo 169’da gösterildi.

Tablo 168. Hastaların başvuru anındaki kategorik vital dağılımları

<i>Kategorik vital</i>	<i>Var</i>	<i>Yok</i>
<i>Hipertansiyon başvuru</i>	%50,1(n=184)	%49,9(n=183)
<i>Hipotansiyon başvuru</i>	%1,1(n=4)	%98,9(n=363)
<i>Taşikardi başvuru</i>	%22,6(n=83)	%77,4(n=284)
<i>Bradikardi başvuru</i>	%4,9(n=18)	%95,1(n=349)
<i>Takipne başvuru</i>	%8,2(n=30)	%91,8(n=337)
<i>Hipoksi başvuru</i>	%4,4(n=16)	%95,6(n=351)
<i>Hipertermi başvuru</i>	%0,8(n=3)	%99,2(n=364)
<i>Hipotermi başvuru</i>	%1,1(n=4)	%98,9(n=363)

Tablo 169. Hastaların tanı anındaki kategorik vital dağılımları

<i>Kategorik vital</i>	<i>Var</i>	<i>Yok</i>
<i>Hipertansiyon tanı</i>	%28,1(n=103)	%71,9(n=264)
<i>Hipotansiyon tanı</i>	%1,1(n=4)	%98,9(n=363)
<i>Taşikardi tanı</i>	%6,8(n=25)	%93,2(n=342)
<i>Bradikardi tanı</i>	%6,5(n=24)	%93,5(n=343)
<i>Takipne tanı</i>	%10,6(n=39)	%89,4(n=328)
<i>Hipoksi tanı</i>	%3,3(n=12)	%96,7(n=355)
<i>Hipertermi tanı</i>	%1,4(n=5)	%98,6(n=362)
<i>Hipotermi tanı</i>	%1,1(n=4)	%98,9(n=363)

Çalışmamızda göğüs ağrısıyla birlikte nefes darlığı olanlarda başvuru kategorik vitallerinde takipne görülme oranı nefes darlığı olmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 170). Nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre başvuru kategorik vitallerinde hipoksi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 170).

Tablo 170. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoksinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı

NEFES DARLIĞI			
Kategorik vital başvuru	Var(n=35)	Yok(n=332)	P değeri
Takipne	Var(n=30)	%22,9(n=8)	$P < 0,01$
	Yok(n=337)	%93,4(n=310)	
Hipoksi	Var(n=16)	%2,1(n=7)	$P < 0,001$
	Yok(n=351)	%97,9(n=325)	

Göğüs ağrısı semptomuna ek olarak nefes darlığı olan hastalarda olmayan hastalara göre tanı kategorik vitallerinde taşikardi ve hipoksi görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,01$, hipoksi $p < 0,001$, Tablo 171).

Tablo 171. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi ve hipoksinin nefes darlığı varlığına göre dağılımı

NEFES DARLIĞI			
Kategorik vital tanı	Var(n=35)	Yok(n=332)	P değeri
Taşikardi	Var(n=25)	%5,4(n=18)	$P < 0,01$
	Yok(n=342)	%94,6(n=314)	
Hipoksi	Var(n=12)	%1,8(n=6)	$P < 0,001$
	Yok(n=355)	%98,2(n=326)	

Hastaların başvuru vital kategorilerinin başvuru NEWS kategorisine göre dağılımları Tablo 172’de gösterildi.

Tablo 172. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin başvuru NEWS kategorisine göre dağılımı

		NEWS			
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Düşük(0-4)</i>	<i>Düşük-orta</i>	<i>Orta(5-6)</i>	<i>Yüksek(≥7)</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=184)</i>	%51,0(n=171)	%44,4(n=4)	%38,5(n=5)	%40,0(n=4)
	<i>Yok(n=183)</i>	%49,0(n=164)	%55,6(n=5)	%61,5(n=8)	%60,0(n=6)
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,6(n=2)	%22,2(n=2)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)
	<i>Yok(n=363)</i>	%99,4(n=333)	%77,8(n=7)	%100,0(n=13)	%100,0(n=10)
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=83)</i>	%21,8(n=73)	%33,3(n=3)	%38,5(n=5)	%20,0(n=2)
	<i>Yok(n=284)</i>	%78,2(n=262)	%66,7(n=6)	%61,5(n=8)	%80,0(n=8)
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=18)</i>	%3,9(n=13)	%11,1(n=1)	%15,4(n=2)	%20,0(n=2)
	<i>Yok(n=349)</i>	%96,1(n=322)	%88,9(n=8)	%84,6(n=11)	%80,0(n=8)
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=30)</i>	%4,5(n=15)	%22,2(n=2)	%53,8(n=7)	%60,0(n=6)
	<i>Yok(n=337)</i>	%95,5(n=320)	%77,8(n=7)	%46,2(n=6)	%40,0(n=4)
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=16)</i>	%1,8(n=6)	%0,0(n=0)	%30,8(n=4)	%60,0(n=6)
	<i>Yok(n=351)</i>	%98,2(n=329)	%100,0(n=9)	%69,2(n=9)	%40,0(n=4)
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=3)</i>	%0,3(n=1)	%0,0(n=0)	%15,4(n=2)	%0,0(n=0)
	<i>Yok(n=364)</i>	%99,7(n=334)	%100,0(n=9)	%84,6(n=11)	%100,0(n=10)
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,9(n=3)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%10,0(n=1)
	<i>Yok(n=363)</i>	%99,1(n=332)	%100,0(n=9)	%100,0(n=13)	%90,0(n=9)

Çalışmaya katılan hastalardan başvuru NEWS kategorilerinden kırmızı skor var olan hastalarla olmayanların başvuru kategorik vitallerine bakıldığında; kırmızı skor olan hastalarda bradikardi ve takipne görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (bradikardi $p < 0,01$, takipne $p < 0,001$, Tablo 173). Başvurusunda kırmızı skor olan hastaların %33,3'ünde ($n=9$) başvuru anında hipoksi varken, kırmızı skor olmayan hastaların %2,1'inde ($n=7$) vardı. Başvurusunda kırmızı skor olan hastalarda başvuru anında hipoksi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (hipoksi $p < 0,001$, Tablo 173).

Tablo 173. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden bradikardi, takipne ve hipoksinin başvuru NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı

NEWS				
Kategorik vital başvuru		Kırmızı skor var(n=27)	Kırmızı skor yok(n=340)	P değeri
Bradikardi	Var(n=18)	%18,5(n=5)	%3,8(n=13)	P <0,01
	Yok(n=349)	%81,5(n=22)	%96,2(n=327)	
Takipne	Var(n=30)	%48,1(n=13)	%5,0(n=17)	P <0,001
	Yok(n=337)	%51,9(n=14)	%95,0(n=323)	
Hipoksi	Var(n=16)	%33,3(n=9)	%2,1(n=7)	P <0,001
	Yok(n=351)	%66,7(n=18)	%97,9(n=333)	

Çalışmaya katılan hastalardan başvuru NEWS kategorilerinden kırmızı skor var olan hastalarla olmayanların tanı kategorik vitallerine bakıldığında; kırmızı skor olan hastalarda taşikardi ve takipne görülme oranı fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,01$, takipne $p < 0,001$, Tablo 174)

Tablo 174. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin başvuru NEWS kategorilerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı

		NEWS		
Kategorik vital tanı		Kırmızı skor var(n=27)	Kırmızı skor yok(n=340)	P değeri
Taşikardi	Var(n=25)	%25,9(n=7)	%5,3(n=18)	P <0,01
	Yok(n=342)	%74,1(n=20)	%94,7(n=322)	
Takipne	Var(n=39)	%37,0(n=10)	%8,5(n=29)	P <0,001
	Yok(n=328)	%63,0(n=17)	%91,5(n=311)	
Hipoksi	Var(n=12)	%37,0(n=10)	%0,6(n=2)	Örnek çapı yetersiz
	Yok(n=355)	%63,0(n=17)	%99,4(n=338)	

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorisine göre dağılımı Tablo 175’te gösterildi.

Tablo 175. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorisine göre dağılımı

		NEWS			
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Düşük(0-4)</i>	<i>Düşük-orta</i>	<i>Orta(5-6)</i>	<i>Yüksek(≥7)</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=184)</i>	%51,5(n=169)	%53,8(n=7)	%33,3(n=5)	%27,3(n=3)
	<i>Yok(n=183)</i>	%48,5(n=159)	%46,2(n=6)	%66,7(n=10)	%72,7(n=8)
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,0(n=0)	%7,7(n=1)	%6,7(n=1)	%18,2(n=2)
	<i>Yok(n=363)</i>	%100,0(n=328)	%92,3(n=12)	%93,3(n=14)	%81,8(n=9)
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=83)</i>	%19,8(n=65)	%23,1(n=3)	%53,3(n=8)	%63,6(n=7)
	<i>Yok(n=284)</i>	%80,2(n=263)	%76,9(n=10)	%46,7(n=7)	%36,4(n=4)
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=18)</i>	%4,0(n=13)	%7,7(n=1)	%13,3(n=2)	%18,2(n=2)
	<i>Yok(n=349)</i>	%96,0(n=315)	%92,3(n=12)	%86,7(n=13)	%81,8(n=9)
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=30)</i>	%4,6(n=15)	%7,7(n=1)	%33,3(n=5)	%81,8(n=9)
	<i>Yok(n=337)</i>	%95,4(n=313)	%92,3(n=12)	%66,7(n=10)	%18,2(n=2)
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=16)</i>	%0,9(n=3)	%30,8(n=4)	%20,0(n=3)	%54,5(n=6)
	<i>Yok(n=351)</i>	%99,1(n=325)	%69,2(n=9)	%80,0(n=12)	%45,5(n=5)
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=3)</i>	%0,3(n=1)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%18,2(n=2)
	<i>Yok(n=364)</i>	%99,7(n=327)	%100,0(n=13)	%100,0(n=15)	%81,8(n=9)
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,6(n=2)	%7,7(n=1)	%0,0(n=0)	%9,1(n=1)
	<i>Yok(n=363)</i>	%99,4(n=326)	%92,3(n=12)	%100,0(n=15)	%90,9(n=10)

Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorilerine göre dağılımı Tablo 176’da verildi.

Tablo 176. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı anındaki NEWS kategorisine göre dağılımı

		NEWS			
<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Düşük(0-4)</i>	<i>Düşük-orta</i>	<i>Orta(5-6)</i>	<i>Yüksek(≥7)</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=103)</i>	%28,7(n=94)	%30,8(n=4)	%13,3(n=2)	%27,3(n=3)
	<i>Yok(n=264)</i>	%71,3(n=234)	%69,2(n=9)	%86,7(n=13)	%72,7(n=8)
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,6(n=2)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%18,2(n=2)
	<i>Yok(n=363)</i>	%99,4(n=326)	%100,0(n=13)	%100,0(n=15)	%81,8(n=9)
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=25)</i>	%5,2(n=17)	%7,7(n=1)	%20,0(n=3)	%36,4(n=4)
	<i>Yok(n=342)</i>	%94,8(n=311)	%92,3(n=12)	%80,0(n=12)	%63,6(n=7)
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=24)</i>	%6,4(n=21)	%7,7(n=1)	%6,7(n=1)	%9,1(n=1)
	<i>Yok(n=343)</i>	%93,6(n=307)	%92,3(n=12)	%93,3(n=14)	%90,9(n=10)
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%9,1(n=30)	%30,8(n=4)	%20,0(n=3)	%18,2(n=2)
	<i>Yok(n=328)</i>	%90,9(n=298)	%69,2(n=9)	%80,0(n=12)	%81,8(n=9)
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=12)</i>	%1,8(n=6)	%0,0(n=0)	%13,3(n=2)	%36,4(n=4)
	<i>Yok(n=355)</i>	%98,2(n=322)	%100,0(n=13)	%86,7(n=13)	%63,6(n=7)
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=5)</i>	%0,6(n=2)	%7,7(n=1)	%13,3(n=2)	%0,0(n=0)
	<i>Yok(n=362)</i>	%99,4(n=326)	%92,3(n=12)	%86,7(n=13)	%100,0(n=11)
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%0,9(n=3)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%9,1(n=1)
	<i>Yok(n=363)</i>	%99,1(n=325)	%100,0(n=13)	%100,0(n=15)	%90,9(n=10)

Çalışmaya katılan hastaların tanı anındaki NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak sınıflandırılıp, bu iki grubun başvuru anındaki vital kategorileri kıyaslandığında; tanı anında düşük NEWS kategorisinde olan hastalarda taşikardi, bradikardi, takipne ve hipoksi görülme oranları düşük kategoride olmayanlara göre daha azdı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,001$, bradikardi $p < 0,05$, takipne $p < 0,001$, hipoksi $p < 0,001$, Tablo 177).

Tablo 177. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardi, bradikardi, takipne ve hipoksinin tanı anındaki NEWS kategorisine (düşük ve diğerleri) göre dağılımı

		NEWS		
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	<i>Diğerleri(n=39)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=83)</i>	%19,8(n=65)	%46,2(n=18)	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=284)</i>	%80,2(n=263)	%53,8(n=21)	
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=18)</i>	%4,0(n=13)	%12,8(n=5)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=349)</i>	%96,0(n=315)	%87,2(n=34)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=30)</i>	%4,6(n=15)	%38,5(n=15)	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=337)</i>	%95,4(n=313)	%61,5(n=24)	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=16)</i>	%0,9(n=3)	%33,3(n=13)	<i>P <0,001</i>
	<i>Yok(n=351)</i>	%99,1(n=325)	%66,7(n=26)	

Çalışmaya katılan hastaların tanı anındaki NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak sınıflandırılıp bu iki grubun tanı anındaki vital kategorileri kıyaslandığında; düşük kategoride olan hastalarda olmayanlara göre taşikardi, takipne ve hipoksi görülme oranları düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,01$, takipne $p < 0,05$, hipoksi $p < 0,01$, Tablo 178).

Tablo 178. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin tanı anındaki NEWS kategorisine (düşük ve diğerleri) göre dağılımı

		NEWS		
<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Düşük (0-4)(n=328)</i>	<i>Diğerleri(n=39)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=25)</i>	%5,2(n=17)	%20,5(n=8)	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=342)</i>	%94,8(n=311)	%79,5(n=31)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%9,1(n=30)	%23,1(n=9)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%90,9(n=298)	%76,9(n=30)	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=12)</i>	%1,8(n=6)	%15,4(n=6)	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=355)</i>	%98,2(n=322)	%84,6(n=33)	

Çalışmamızda hastaların tanı anındaki NEWS kategorileri yüksek ve diğerleri olarak sınıflandırılıp, bu iki grubun başvuru kategorik vitalleri kıyaslandığında; yüksek kategoride olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında taşikardi görülme oranı daha fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,01$, Tablo 179).

Tablo 179. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardinin tanı anındaki NEWS kategorisine (yüksek ve diğerleri) göre dağılımı

NEWS			
Kategorik vital başvuru	Yüksek (≥ 7) (n=11)	Diğerleri(n=356)	P değeri
Taşikardi	Var(n=83)	%63,6(n=7)	P < 0,01
	Yok(n=284)	%21,3(n=76)	
		%36,4(n=4)	
		%78,7(n=280)	

Çalışmamızda tanı anında kırmızı skor mevcut olan hastalarda olmayan hastalara göre başvuru anında taşikardi, takipne ve hipoksi görülme oranları fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,01$, takipne $p < 0,001$, hipoksi $p < 0,001$, Tablo 180). Başvuruda hipotansiyon saptanan tüm hastalar tanı anında kırmızı skor var olan grupta yer aldı.

Tablo 180. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardi, bradikardi, takipne ve hipoksinin; tanı NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı

NEWS			
Kategorik vital başvuru	Kırmızı skor var(n=35)	Kırmızı skor yok(n=332)	P değeri
Taşikardi	Var(n=83)	%45,7(n=16)	P < 0,01
	Yok(n=284)	%20,2(n=67)	
		%54,3(n=19)	
		%79,8(n=265)	
Bradikardi	Var(n=18)	%11,4(n=4)	P: 0,081
	Yok(n=349)	%4,2(n=14)	
		%88,6(n=31)	
		%95,8(n=318)	
Takipne	Var(n=30)	%34,3(n=12)	P < 0,001
	Yok(n=337)	%5,4(n=18)	
		%65,7(n=23)	
		%94,6(n=314)	
Hipoksi	Var(n=16)	%34,3(n=12)	P < 0,001
	Yok(n=351)	%1,2(n=4)	
		%65,7(n=23)	
		%98,8(n=328)	

Tanı NEWS kategorilerinde kırmızı skor var olan hastalarda olmayanlara göre tanı anında taşikardi, takipne ve hipoksi görülme oranları fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (taşikardi $p < 0,01$, takipne $p < 0,05$, hipoksi $p < 0,05$, Tablo 181).

Tablo 181. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden taşikardi, takipne ve hipoksinin tanı NEWS değerlerinde kırmızı skor varlığına göre dağılımı

NEWS			
Kategorik vital tanı	Kırmızı skor var(n=35)	Kırmızı skor yok(n=332)	P değeri
Taşikardi	Var(n=25)	%20,0(n=7)	$P < 0,01$
	Yok(n=342)	%80,0(n=28)	
Takipne	Var(n=39)	%9,3(n=31)	$P < 0,05$
	Yok(n=328)	%90,7(n=301)	
Hipoksi	Var(n=12)	%2,4(n=8)	$P < 0,05$
	Yok(n=355)	%97,6(n=324)	

Başvuru anında kategorik vitallerin tanı aciliyetine göre dağılımına bakıldığında; takipne kritik tanılarının %15,6'sında (n=12), acil tanılarının %4,8'inde (n=3) ve acil olmayan tanılarının %6,6'sında (n=15) mevcuttu ($p < 0,05$). Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı Tablo 182'de verildi.

Tablo 182. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı

<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Kritik tanı(n=77)</i>	<i>Acil tanı(n=63)</i>	<i>Acil olmayan tanı(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=184)</i>	%48,1(n=37)	%54,0(n=34)	%49,8(n=113)	<i>P: 0,773</i>
	<i>Yok(n=183)</i>	%51,9(n=40)	%46,0(n=29)	%50,2(n=114)	
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%3,9(n=3)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%96,1(n=74)	%100,0(n=63)	%99,6(n=226)	
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=83)</i>	%22,1(n=17)	%19,0(n=12)	%23,8(n=54)	<i>P: 0,723</i>
	<i>Yok(n=284)</i>	%77,9(n=60)	%81,0(n=51)	%76,2(n=173)	
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=18)</i>	%2,6(n=2)	%4,8(n=3)	%5,7(n=13)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=349)</i>	%97,4(n=75)	%95,2(n=60)	%94,3(n=214)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=30)</i>	%15,6(n=12)	%4,8(n=3)	%6,6(n=15)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=337)</i>	%84,4(n=65)	%95,2(n=60)	%93,4(n=212)	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=16)</i>	%3,9(n=3)	%4,8(n=3)	%4,4(n=10)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=351)</i>	%96,1(n=74)	%95,2(n=60)	%95,6(n=217)	
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=3)</i>	%0,0(n=0)	%1,6(n=1)	%0,9(n=2)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=364)</i>	%100,0(n=77)	%98,4(n=62)	%99,1(n=225)	
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%3,9(n=3)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%96,1(n=74)	%100,0(n=63)	%99,6(n=226)	

Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımına bakıldığında hastalarda tanı aciliyeti arttıkça takipne görülme sıklığı artmaktaydı. Tanı anında takipne kritik tanı alanların %20,8'inde (n=16), acil tanı alanların %11,1'inde (n=7) ve acil olmayan tanı alanların %7,0'ında (n=16) mevcuttu ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,01, Tablo 183).

Tablo 183. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin tanı aciliyetine göre dağılımı

<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Kritik tanı(n=77)</i>	<i>Acil tanı(n=63)</i>	<i>Acil olmayan tanı(n=227)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=103)</i>	%32,5(n=25)	%30,2(n=19)	%26,0(n=59)	<i>P: 0,507</i>
	<i>Yok(n=264)</i>	%67,5(n=52)	%69,8(n=44)	%74,0(n=168)	
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%1,3(n=1)	%3,2(n=2)	%0,4(n=1)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%98,7(n=76)	%96,8(n=61)	%99,6(n=226)	
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=25)</i>	%11,7(n=9)	%6,3(n=4)	%5,3(n=12)	<i>P: 0,154</i>
	<i>Yok(n=342)</i>	%88,3(n=68)	%93,7(n=59)	%94,7(n=215)	
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=24)</i>	%6,5(n=5)	%14,3(n=9)	%4,4(n=10)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=343)</i>	%93,5(n=72)	%85,7(n=54)	%95,6(n=217)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%20,8(n=16)	%11,1(n=7)	%7,0(n=16)	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%79,2(n=61)	%88,9(n=56)	%93,0(n=211)	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=12)</i>	%6,5(n=5)	%3,2(n=2)	%2,2(n=5)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=355)</i>	%93,5(n=72)	%96,8(n=61)	%97,8(n=222)	
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=5)</i>	%1,3(n=1)	%3,2(n=2)	%0,9(n=2)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=362)</i>	%98,7(n=76)	%96,8(n=61)	%99,1(n=225)	
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%3,9(n=3)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)	<i>P: Örnek çapı yetersiz</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%96,1(n=74)	%100,0(n=63)	%99,6(n=226)	

Hastalara konulan tanıları acil tanıları (kritik+acil) ve diğerleri olarak gruplandırılıp kıyaslama yapıldığında; acil tanıları acil olmayan tanıları göre tanı anında takipne görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 184). Acil tanıları tanı anında bradikardi acil olmayan tanıları göre daha sık görüldü (Tablo 184).

Tablo 184. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden bradikardi ve takipnenin, tanı aciliyetine (acil tanılar(kritik+acil)/acil olmayan tanıları) göre dağılımı

		<i>Tanı Aciliyeti</i>		<i>P değeri</i>
<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Acil tanıları(kritik+acil)(n=140)</i>	<i>Acil olmayan tanı(n=227)</i>	
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=24)</i>	%10,0(n=14)	%4,4(n=10)	<i>P: 0,059</i>
	<i>Yok(n=343)</i>	%90,0(n=126)	%95,6(n=217)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%16,4(n=23)	%7,0(n=16)	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%83,6(n=117)	%93,0(n=211)	

Kritik tanı alan hastalarda olmayan hastalara göre başvuru vitallerinde takipne görülme oranı daha fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 185).

Tablo 185. Hastalarda başvuru anında takipne varlığının tanı aciliyetine (kritik tanı/diğerleri (acil+acil olmayan tanıları) göre dağılımı

		<i>Tanı Aciliyeti</i>		<i>P değeri</i>
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Kritik tanı(n=77)</i>	<i>Kritik olmayan tanı(n=290)</i>	
<i>Takipne</i>	<i>Var (n=30)</i>	%15,6(n=12)	%6,2(n=18)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok (n=337)</i>	%84,4(n=65)	%93,8(n=272)	

Çalışmamızda kritik tanı konulan hastalarda konulmayanlara göre tanı anında takipne görülme oranı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı ($p < 0,01$, Tablo 186).

Tablo 186. Hastalarda tanı anında takipne varlığının tanı aciliyetine (kritik tanı/diğerleri) göre dağılımı

		<i>Tanı Aciliyeti</i>		<i>P değeri</i>
<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Kritik tanı(n=77)</i>	<i>Kritik olmayan tanı(n=290)</i>	
<i>Takipne</i>	<i>Var (n=39)</i>	%20,8(n=16)	%7,9(n=23)	<i>P <0,01</i>
	<i>Yok (n=328)</i>	%79,2(n=61)	%92,1(n=267)	

Akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarda konulmayanlara göre başvuru anında takipne görülme oranı daha fazla saptandı (p: 0,060, Tablo 187).

Tablo 187. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipnenin, hastalarda AMI (akut miyokard infarktüsü) varlığına göre dağılımı

		AMI		P değeri
Kategorik vital başvuru		Var(n=69)	Yok(n=298)	
Takipne	Var(n=30)	%14,5(n=10)	%6,7(n=20)	P: 0,060
	Yok(n=337)	%85,5(n=59)	%93,3(n=278)	

Acil servise göğüs ağrısı ile başvurup akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarda konulmayan hastalara göre tanı anında takipne görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 188).

Tablo 188. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipnenin, hastalarda AMI varlığına göre dağılımı

		AMI		P değeri
Kategorik vital tanı		Var(n=69)	Yok(n=298)	
Takipne	Var(n=39)	%20,3(n=14)	%8,4(n=25)	P <0,01
	Yok(n=328)	%79,7(n=55)	%91,6(n=273)	

Çalışmaya dahil olan hastalardan anstabil anjina pektoris tanısı alan hastalarda almayanlara göre başvuru anında taşikardi görülme sıklığı daha düşüktü (p: 0,080, Tablo 189).

Tablo 189. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve taşikardinin, hastalarda UAP varlığına göre dağılımı

		UAP		P değeri
Kategorik vital başvuru		Var(n=39)	Yok(n=328)	
Hipertansiyon	Var(n=184)	%64,1(n=25)	%48,5(n=159)	P: 0,094
	Yok(n=183)	%35,9(n=14)	%51,5(n=169)	
Taşikardi	Var(n=83)	%10,3(n=4)	%24,1(n=79)	P: 0,080
	Yok(n=284)	%89,7(n=35)	%75,9(n=249)	

Anstabil anjina pektoris tanısı konulan hastalarda konulmayanlara göre tanı anında hipertansiyon ve bradikardi görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (hipertansiyon $p < 0,05$, bradikardi $p < 0,05$, Tablo 190).

Tablo 190. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve bradikardinin, hastalarda UAP varlığına göre dağılımı

UAP			
Kategorik vital tanı	Var(n=39)	Yok(n=328)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=103)	%43,6(n=17)	$P < 0,05$
	Yok(n=264)	%56,4(n=22)	
Bradikardi	Var(n=24)	%5,5(n=18)	$P < 0,05$
	Yok(n=343)	%94,5(n=310)	

Çalışmamızda pnömoni tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların başvuru kategorik vitallerine bakıldığında; pnömoni tanısı konulan hastalarda başvuru anında hipertansiyon, takipne ve hipoksi görülme oranları fazlaydı (hipertansiyon $p: 0,087$, takipne $p: 0,081$, Tablo 191).

Tablo 191. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon, takipne ve hipoksinin hastalarda pnömoni varlığına göre dağılımı

PNÖMONİ			
Kategorik vital başvuru	Var(n=13)	Yok(n=354)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=184)	%49,2(n=174)	$P: 0,087$
	Yok(n=183)	%50,8(n=180)	
Takipne	Var(n=30)	%7,6(n=27)	$P: 0,081$
	Yok(n=337)	%92,4(n=327)	
Hipoksi	Var(n=16)	%3,1(n=11)	$P: \text{Örnek}$
	Yok(n=351)	%96,9(n=343)	

Pnömoni tanısı konulan hastalardan tanı anında bradikardi, hipotermi ve hipotansiyon hiçbir hastada saptanmadı. Pnömoni tanısı konulan hastalarda tanı anında hipertansiyon

görölme oranı pnömoni tanısı konulmayanlara göre fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı (p <0,05, Tablo 192).

Tablo 192. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyonun, hastalarda pnömoni varlığına göre dağılımı

PNÖMONİ			
Kategorik vital tanı	Var(n=13)	Yok(n=354)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=103)	%61,5(n=8)	P <0,05
	Yok(n=264)	%73,2(n=259)	

Çalışmamızda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda konulmayan hastalara göre başvuru anında hipoksi görölme sıklığı daha düşüktü (p: 0,081, Tablo 193).

Tablo 193. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipoksinin, hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı

NONSPEŞİFİK GÖĞÜS AĞRISI			
Kategorik vital başvuru	Var(n=101)	Yok(n=266)	P değeri
Hipoksi	Var(n=16)	%5,6(n=15)	P: 0,081
	Yok(n=351)	%94,4(n=251)	

Çalışmamızda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastalarda almayan hastalara göre tanı anında takipne görölme sıklığı düşüktü ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 194).

Tablo 194. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipnenin hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı varlığına göre dağılımı

NONSPEŞİFİK GÖĞÜS AĞRISI			
Kategorik vital tanı	Var(n=101)	Yok(n=266)	P değeri
Takipne	Var(n=39)	%12,8(n=34)	P <0,05
	Yok(n=328)	%87,2(n=232)	

Çalışmamızda ölüm gerçekleşen hastalardan hiçbirinde başvuru vital kategorisinde hipertansiyon, hipotansiyon, bradikardi, hipertermi ve hipotermi saptanmadı. Ölüm gerçekleşen hasta grubunda başvurusunda 1 hastada takipne, 1 hastada hipoksi mevcuttu. Ölüm meydana gelen hastalarla sağ olan hastaların başvuruda taşikardi (p: 1,000) görülme oranları benzerdi.

Çalışmaya dahil olan 30 gün içinde ölüm meydana gelen hastaların tanı anındaki vital kategorilerine bakıldığında bradikardi, hipoksi ve hipotermi hiçbir hastada görülmedi. Ölüm gerçekleşen hastalarla sağ olan hastaların tanı anında hipertansiyon (p: 1,000) görülme oranları benzerdi.

Acil servis başvurusunda yatış gerçekleşen hastalarda başvuru anında takipne ve hipotermi görülme oranları yatış gerçekleşmeyenlere göre fazlaydı (takipne p: 0,081, hipotermi p: 0,055, Tablo 195).

Tablo 195. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoterminin hastalarda başvuru sırasında yatış durumuna göre dağılımı

		YATIŞ		
Kategorik vital başvuru		Var(n=95)	Yok(n=272)	P değeri
Takipne	Var(n=30)	%12,6(n=12)	%6,6(n=18)	P: 0,081
	Yok(n=337)	%87,4(n=83)	%93,4(n=254)	
Hipotermi	Var(n=4)	%3,2(n=3)	%0,4(n=1)	P: 0,055
	Yok(n=363)	%96,8(n=92)	%99,6(n=271)	

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda yatış gerçekleşen hastalarda gerçekleşmeyen hastalara göre tanı anında takipne görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 196).

Tablo 196. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin, hastalarda başvuru sırasında yatış durumuna göre dağılımı

		YATIŞ		
Kategorik vital tanı		Var(n=95)	Yok(n=272)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=103)	%35,8(n=34)	%25,4(n=69)	P: 0,052
	Yok(n=264)	%64,2(n=61)	%74,6(n=203)	
Hipotansiyon	Var(n=4)	%3,2(n=3)	%0,4(n=1)	P: 0,055
	Yok(n=363)	%96,8(n=92)	%99,6(n=271)	
Taşikardi	Var(n=25)	%11,6(n=11)	%5,1(n=14)	P: 0,057
	Yok(n=342)	%88,4(n=84)	%94,9(n=258)	
Bradikardi	Var(n=24)	%7,4(n=7)	%6,3(n=17)	P: 0,890
	Yok(n=343)	%92,6(n=88)	%93,8(n=255)	
Takipne	Var(n=39)	%16,8(n=16)	%8,5(n=23)	P <0,05
	Yok(n=328)	%83,2(n=79)	%91,5(n=249)	
Hipoksi	Var(n=12)	%6,3(n=6)	%2,2(n=6)	P: 0,086
	Yok(n=355)	%93,7(n=89)	%97,8(n=266)	
Hipertermi	Var(n=5)	%3,2(n=3)	%0,7(n=2)	P: 0,112
	Yok(n=362)	%96,8(n=92)	%99,3(n=270)	
Hipotermi	Var(n=4)	%3,2(n=3)	%0,4(n=1)	P: 0,055
	Yok(n=363)	%96,8(n=92)	%99,6(n=271)	

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinin yatış yerleri ve durumuna göre dağılımı Tablo 197’de gösterildi.

Tablo 197. Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerinin yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı

YATIŞ					
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Başvuruda YB yatış(n=89)</i>	<i>Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)</i>	<i>Servis yatış(n=6)</i>	<i>Yatış yok(n=253)</i>
Hipertansiyon	Var(n=184)	%49,4(n=44)	%31,6(n=6)	%50,0(n=3)	%51,8(n=131)
	Yok(n=183)	%50,6(n=45)	%68,4(n=13)	%50,0(n=3)	%48,2(n=122)
Hipotansiyon	Var(n=4)	%2,2(n=2)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%0,8(n=2)
	Yok(n=363)	%97,8(n=87)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%99,2(n=251)
Taşikardi	Var(n=83)	%21,3(n=19)	%10,5(n=2)	%33,3(n=2)	%23,7(n=60)
	Yok(n=284)	%78,7(n=70)	%89,5(n=17)	%66,7(n=4)	%76,3(n=193)
Bradikardi	Var(n=18)	%4,5(n=4)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%5,5(n=14)
	Yok(n=349)	%95,5(n=85)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%94,5(n=239)
Takipne	Var(n=30)	%13,5(n=12)	%5,3(n=1)	%0,0(n=0)	%6,7(n=17)
	Yok(n=337)	%86,5(n=77)	%94,7(n=18)	%100,0(n=6)	%93,3(n=236)
Hipoksi	Var(n=16)	%4,5(n=4)	%10,5(n=2)	%16,7(n=1)	%3,6(n=9)
	Yok(n=351)	%95,5(n=85)	%89,5(n=17)	%83,3(n=5)	%96,4(n=244)
Hipertermi	Var(n=3)	%1,1(n=1)	%5,3(n=1)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)
	Yok(n=364)	%98,9(n=88)	%94,7(n=18)	%100,0(n=6)	%99,6(n=252)
Hipotermi	Var(n=4)	%3,4(n=3)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)
	Yok(n=363)	%96,6(n=86)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%99,6(n=252)

Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin yatış yerleri ve durumuna göre dağılımı Tablo 198’de verildi.

Tablo 198. Hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinin, yatış yerlerine ve durumuna göre dağılımı

YATIŞ					
Kategorik vital tanı		Başvuruda YB yatış(n=89)	Taburculuktan sonra YB yatış(n=19)	Servis yatış(n=6)	Yatış yok(n=253)
Hipertansiyon	Var(n=103)	%36,0(n=32)	%26,3(n=5)	%33,3(n=2)	%25,3(n=64)
	Yok(n=264)	%64,0(n=57)	%73,7(n=14)	%66,7(n=4)	%74,7(n=189)
Hipotansiyon	Var(n=4)	%3,4(n=3)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)
	Yok(n=363)	%96,6(n=86)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%96,6(n=252)
Taşikardi	Var(n=25)	%11,2(n=10)	%0,0(n=0)	%16,7(n=1)	%5,5(n=14)
	Yok(n=342)	%88,8(n=79)	%100,0(n=19)	%83,3(n=5)	%94,5(n=239)
Bradikardi	Var(n=24)	%7,9(n=7)	%5,3(n=1)	%0,0(n=0)	%6,3(n=16)
	Yok(n=343)	%92,1(n=82)	%94,7(n=18)	%100,0(n=6)	%93,7(n=237)
Takipne	Var(n=39)	%16,9(n=15)	%5,3(n=1)	%16,7(n=1)	%8,7(n=22)
	Yok(n=328)	%83,1(n=74)	%94,7(n=18)	%83,3(n=5)	%91,3(n=231)
Hipoksi	Var(n=12)	%6,7(n=6)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%2,4(n=6)
	Yok(n=355)	%93,3(n=83)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%97,6(n=247)
Hipertermi	Var(n=5)	%2,2(n=2)	%0,0(n=0)	%16,7(n=1)	%0,8(n=2)
	Yok(n=362)	%97,8(n=87)	%100,0(n=19)	%83,3(n=5)	%99,2(n=251)
Hipotermi	Var(n=4)	%3,4(n=3)	%0,0(n=0)	%0,0(n=0)	%0,4(n=1)
	Yok(n=363)	%96,6(n=86)	%100,0(n=19)	%100,0(n=6)	%99,6(n=252)

Acil servis başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda başvuru anında hipotermi görülme oranı MACE gelişmeyen hastalara göre fazlaydı (Tablo 199).

Tablo 199. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipotermimin, hastalarda başvuruda veya 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

MACE			
Kategorik vital başvuru	Var(n=102)	Yok(n=265)	P değeri
Hipotermi	Var(n=4)	%0,4(n=1)	P: 0,067
	Yok(n=363)	%99,6(n=264)	

Başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre tanı anında hipertansiyon ve takipne görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (hipertansiyon $p < 0,05$, takipne $p < 0,05$, Tablo 200).

Tablo 200. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden hipertansiyon ve takipnenin, hastalarda 30 gün içinde MACE varlığına göre dağılımı

		MACE		P değeri
Kategorik vital tanı		Var(n=102)	Yok(n=265)	
Hipertansiyon	Var(n=103)	%36,3(n=37)	%24,9(n=66)	P < 0,05
	Yok(n=264)	%63,7(n=65)	%75,1(n=199)	
Takipne	Var(n=39)	%16,7(n=17)	%8,3(n=22)	P < 0,05
	Yok(n=328)	%83,3(n=85)	%91,7(n=243)	

MACE gelişen hastalar içinde perkütan koroner girişim olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında hipertansiyon görülme sıklığı fazla saptandı ($p: 0,095$, Tablo 201).

Tablo 201. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipertansiyonun; MACE gelişen hastalar içinde PCI varlığına göre dağılımı

		PCI		P değeri
Kategorik vital başvuru		Var(n=92)	Yok(n=10)	
Hipertansiyon	Var(n=49)	%51,1(n=47)	%20,0(n=2)	P: 0,095
	Yok(n=53)	%48,9(n=45)	%80,0(n=8)	

Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda geçirmeyen hastalara göre başvuru anında hipotermi görülme oranı daha fazlaydı ($p: 0,062$, Tablo 202).

Tablo 202. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden hipoterminin, hastalarda invaziv girişim varlığına göre dağılımı

		İNVAZİV GİRİŞİM		P değeri
Kategorik vital başvuru		Var(n=99)	Yok(n=268)	
Hipotermi	Var(n=4)	%3,0(n=3)	%0,4(n=1)	P: 0,062
	Yok(n=363)	%97,0(n=96)	%99,6(n=267)	

Acil servis başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde invaziv girişim geçiren hastalarda geçirmeyenlere göre tanı anında takipne görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$, Tablo 203).

Tablo 203. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin hastalarda invaziv girişim varlığına göre dağılımı

İNVAZİV GİRİŞİM				
Kategorik vital tanı		Var(n=99)	Yok(n=268)	P değeri
Hipertansiyon	Var(n=103)	%34,3(n=34)	%25,7(n=69)	P: 0,104
	Yok(n=264)	%65,7(n=65)	%74,3(n=199)	
Hipotansiyon	Var(n=4)	%1,0(n=1)	%1,1(n=3)	P: 1,000
	Yok(n=363)	%99,0(n=98)	%98,9(n=265)	
Taşikardi	Var(n=25)	%8,1(n=8)	%6,3(n=17)	P: 0,724
	Yok(n=342)	%91,9(n=91)	%93,7(n=251)	
Bradikardi	Var(n=24)	%7,1(n=7)	%6,3(n=17)	P: 0,814
	Yok(n=343)	%92,9(n=92)	%93,7(n=251)	
Takipne	Var(n=39)	%17,2(n=17)	%8,2(n=22)	P <0,05
	Yok(n=328)	%82,8(n=82)	%91,8(n=246)	
Hipoksi	Var(n=12)	%5,1(n=5)	%2,6(n=7)	P: 0,318
	Yok(n=355)	%94,9(n=94)	%97,4(n=261)	
Hipertermi	Var(n=5)	%2,0(n=2)	%1,1(n=3)	P: 0,615
	Yok(n=362)	%98,0(n=97)	%98,9(n=265)	
Hipotermi	Var(n=4)	%3,0(n=3)	%0,4(n=1)	P: 0,062
	Yok(n=363)	%97,0(n=96)	%99,6(n=267)	

Çalışmamızda başvuru sırasında ve taburculuktan sonra 30 gün içinde morbidite gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre tanı anında takipne görülme sıklığı fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 204).

Tablo 204. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinin hastalarda morbidite varlığına göre dağılımı

		MORBİDİTE		
<i>Kategorik vital tanı</i>		<i>Var(n=114)</i>	<i>Yok(n=253)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Hipertansiyon</i>	<i>Var(n=103)</i>	%32,5(n=37)	%26,1(n=66)	<i>P: 0,209</i>
	<i>Yok(n=264)</i>	%67,5(n=77)	%73,9(n=187)	
<i>Hipotansiyon</i>	<i>Var(n=4)</i>	%2,6(n=3)	%0,4(n=1)	<i>P: 0,091</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%97,4(n=111)	%99,6(n=252)	
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=25)</i>	%10,5(n=12)	%5,1(n=13)	<i>P: 0,095</i>
	<i>Yok(n=342)</i>	%89,5(n=102)	%94,9(n=240)	
<i>Bradikardi</i>	<i>Var(n=24)</i>	%7,0(n=8)	%6,3(n=16)	<i>P: 0,984</i>
	<i>Yok(n=343)</i>	%93,0(n=106)	%93,7(n=237)	
<i>Takipne</i>	<i>Var(n=39)</i>	%16,7(n=19)	%7,9(n=20)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=328)</i>	%83,3(n=95)	%92,1(n=233)	
<i>Hipoksi</i>	<i>Var(n=12)</i>	%5,3(n=6)	%2,4(n=6)	<i>P: 0,202</i>
	<i>Yok(n=355)</i>	%94,7(n=108)	%97,6(n=247)	
<i>Hipertermi</i>	<i>Var(n=5)</i>	%2,6(n=3)	%0,8(n=2)	<i>P: 0,176</i>
	<i>Yok(n=362)</i>	%97,4(n=111)	%99,2(n=251)	
<i>Hipotermi</i>	<i>Var(n=4)</i>	%2,6(n=3)	%0,4(n=1)	<i>P: 0,091</i>
	<i>Yok(n=363)</i>	%97,4(n=111)	%99,6(n=252)	

Çalışmaya katılan hastalardan taburcu olduktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda olan hastalara göre başvuru anında taşikardi görülme sıklığı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05, Tablo 205).

Tablo 205. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden taşikardinin, 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu varlığına göre dağılımı

		<i>Semptom tekrarı/Tekrar hastane başvurusu</i>		
<i>Kategorik vital başvuru</i>		<i>Var(n=120)</i>	<i>Yok(n=244)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Taşikardi</i>	<i>Var(n=82)</i>	%15,8(n=19)	%25,8(n=63)	<i>P <0,05</i>
	<i>Yok(n=282)</i>	%84,2(n=101)	%74,2(n=181)	

Çalışmamızda başvuru anında oksijen desteği alan hastalarda almayanlara göre acil tanı görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$, Tablo 206).

Tablo 206. Çalışmaya katılan hastalarda tanı aciliyetinin başvuru anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

<i>OKSİJEN DESTEĞİ</i>			
<i>Tanı aciliyeti</i>	<i>Var(n=10)</i>	<i>Yok(n=357)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Acil tanı(kritik+acil)(n=140)</i>	%80,0(n=8)	%37,0(n=132)	<i>P <0,01</i>
<i>Diğerleri(n=227)</i>	%20,0(n=2)	%63,0(n=225)	

Başvuru anında oksijen desteği alan hastalarda almayanlara göre servis veya yoğun bakım yatışı görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 207).

Tablo 207. Çalışmaya katılan hastalarda yatış durumunun başvuru anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

<i>OKSİJEN DESTEĞİ</i>			
<i>Yatış</i>	<i>Var(n=10)</i>	<i>Yok(n=357)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=95)</i>	%60,0(n=6)	%24,9(n=89)	<i>P <0,05</i>
<i>Yok(n=272)</i>	%40,0(n=4)	%75,1(n=268)	

Çalışmamızda tanı anında oksijen desteği alan hastalarda almayanlara göre başvuru anında takipne görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$, Tablo 208).

Tablo 208. Hastaların başvuru anındaki vital kategorilerinden takipnenin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

OKSİJEN DESTEĞİ			
Kategorik vital başvuru	Var(n=15)	Yok(n=352)	P değeri
Takipne	Var(n=30)	%46,7(n=7)	$P < 0,001$
	Yok(n=337)	%53,3(n=8)	

Tanı anında oksijen desteği olan 15 hastanın başvuru vitallerinde %40,0'ında (n=6) hipoksi varken, %60,0'ında (n=9) yoktu. Tanı anında oksijen desteği alan hastaların tanı anında %26,7'sinde (n=4) takipne saptanırken, oksijen desteği almayan hastaların %9,9'unda (n=35) saptandı ($p: 0,063$, Tablo 209).

Tablo 209. Hastaların tanı anındaki vital kategorilerinden takipne ve hipoksinin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

OKSİJEN DESTEĞİ			
Kategorik vital tanı	Var(n=15)	Yok(n=352)	P değeri
Takipne	Var(n=39)	%26,7(n=4)	$P: 0,063$
	Yok(n=328)	%73,3(n=11)	
Hipoksi	Var(n=12)	%2,3(n=8)	$P: \text{Örnek çapı yetersiz}$
	Yok(n=355)	%97,7(n=344)	

Çalışmaya katılan hastalardan tanı anında oksijen desteği alan hastalarda almayanlara göre acil tanı görülme oranı fazlaydı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$, Tablo 210).

Tablo 210. Çalışmaya katılan hastalarda tanı aciliyetinin tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

<i>OKSİJEN DESTEĞİ</i>			
<i>Tanı aciliyeti</i>	<i>Var(n=15)</i>	<i>Yok(n=352)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Acil tanı(kritik+acil)(n=140)</i>	<i>%73,3(n=11)</i>	<i>%36,6(n=129)</i>	<i>P <0,05</i>
<i>Diğerleri(n=227)</i>	<i>%26,7(n=4)</i>	<i>%63,4(n=223)</i>	

Çalışmaya dahil olan nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hastada tanı anında oksijen desteği saptanmadı. Nonspesifik göğüs ağrısı dışında tanı alan hasta grubunda ise %5,6 (n=15) oranında tanı anında oksijen desteği mevcutken, %94,4 (n=251) oranında mevcut değildi. İstatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,05).

Tanı anında oksijen desteği alan hastalarda almayanlara göre yatış görülme oranı fazla saptandı ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,01, Tablo 211).

Tablo 211. Çalışmaya katılan hastalarda yatış durumunun tanı anında oksijen desteği varlığına göre dağılımı

<i>OKSİJEN DESTEĞİ</i>			
<i>Yatış</i>	<i>Var(n=15)</i>	<i>Yok(n=352)</i>	<i>P değeri</i>
<i>Var(n=95)</i>	<i>%60,0(n=9)</i>	<i>%24,4(n=86)</i>	<i>P <0,01</i>
<i>Yok(n=272)</i>	<i>%40,0(n=6)</i>	<i>%75,6(n=266)</i>	

5. TARTIŞMA

Günümüz acil servislerinde göğüs ağrısı semptomu karşımıza çok sık çıkmaktadır; maliyet ve hasta sayısı olarak sağlık sistemine büyük yük oluşturmaktadır. Göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda akut miyokard infarktüsü, aort diseksiyonu, kardiyak tamponad, pulmoner emboli, pnömotoraks, özefagus rüptürü gibi hayatı tehdit eden tanıları erken tanımak oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra neredeyse hastaların yarısını düşük riskli hastalık grubu oluşturmaktadır. Göğüs ağrısı semptomunun tanı yelpazesi oldukça geniştir. Düşük riskli hastaların erken tespit edilebilmesi uzamış acil servis kalış süresinin ve ortaya çıkan fazla iş yükünün önüne geçilmesine olanak sağlar. Göğüs ağrısı ile acil servise başvuran tüm hasta popülasyonunu değerlendirebilecek ve acil servis iş yükünü azaltacak bir skorlama henüz mevcut değildir. Biz çalışmamızı kolay uygulanabilir ve herhangi bir kan testi gerektirmeden sadece hastaların fizyolojik değerlerine bakarak kötüleşme potansiyeli olan hastaları ayırt etmeyi sağlayan erken uyarı skorlarından bir tanesi olan NEWS'in acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda kullanılabilirliğini araştırmak üzere planladık. NEWS'le ilgili yapılan çalışmaların çoğu yoğun bakım çalışması ve mortalite temelli çalışmalardır, bizim çalışmamızda ise NEWS'in mortalite tahmin gücüne, kritik hastaları ayırt etme gücüne ve tanı koyma performansına bakıldı. Günümüz literatürüne bakıldığında NEWS'in göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda kullanımına dair bir çalışma mevcut değildir.

2016 yılında yayınlanan bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri'ndeki travmatik nedeni olmayan 18 yaş üstü göğüs ağrısı ile ülke genelindeki tüm acil servislere başvuran hastalar incelendi. Yapılan analizlerinde cinsiyet dağılımında %52,7'sinin kadın olduğu ve yaş aralığına bakıldığında ise tüm hastaların %75,6'sının 18-64 aralığında olduğu görüldü (188). 2019 yılının şubat ayında yayınlanan Norveç'te yapılan bir çalışmada ise göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastaların cinsiyet dağılımı; %57,0 erkek ve %43,0 kadın hastalardan oluşmaktaydı. Bu çalışmaya alınan hasta popülasyonun yaş ortalaması 61 ± 18 yıl olarak belirlendi ve acil servise göğüs ağrısı ile başvuran kadınlarla erkeklerin yaşı kıyaslandığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (189). Bizim çalışmamızda 11 Eylül 2019-16 Mart 2020 tarihleri arasında 18 yaş üstü travmatik olmayan göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışma popülasyonumuzun örneklemine küçük olması ve dağılımın normal olmaması nedeniyle nonparametrik testler kullanıldı. Olgularımızın yaşlarının medyan değeri 57,00, en düşük değeri 18,00 ve en yüksek değeri 93,00 olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında %65,4'ünün (n=240) erkek, %34,6'sının (n=127) kadın olduğu görüldü. Çalışmamızda hastaların yaşı ve cinsiyetleri arasında istatistiki

olarak anlamlı fark bulunmadı (p: 0,282). Çalışmalar arası bu farklılığın nedeni acil servise başvuran hasta popülasyonlarının bölgesel farklılığı olarak değerlendirildi.

Çalışmamıza dahil olan hastaların sahip olduğu en sık ek hastalık olan diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığının yaşlara göre dağılımına bakıldığında ise hastaların yaşı arttıkça diyabet, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı varlığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,001). Yaşla birlikte komorbiditenin artması beklenen bir durum olarak değerlendirildi.

Çalışmaya dahil olan hastaların tanı anındaki kategorik vitallerinden hipertansiyon, takipne ve hipoksi ile yaş dağılımlarına bakıldığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu. İleri yaş grubunda tanıda hipertansiyon, takipne ve hipoksi daha sık görülmekteydi (hipertansiyon p <0,001, takipne p <0,001 ve hipoksi p <0,05). Tanı anında oksijen desteği olan hastalarla olmayan hastaların yaşları kıyaslandığında oksijen desteği olan hastalar ileri yaş grubundaydı, istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,05).

2016 yılında yayınlanan; Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servislere başvuran nontravmatik göğüs ağrısı olan 10907 hastanın analiz edildiği çalışmada ciddi tanıların yaygınlığının yaşla birlikte arttığı görüldü (188). Bizim çalışmamızda akut miyokard infarktüsü, anstabil anjina pektoris, pnömoni ve nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların yaşları kıyaslandığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu. Akut miyokard infarktüsü, anstabil anjina pektoris ve pnömoni tanıları ileri yaş hastalarda daha sık görülürken (AMI p <0,01, UAP p: 0,070, pnömoni p <0,01), nonspesifik göğüs ağrısı tanısı genç yaş hasta popülasyonunda daha sık görüldü (p <0,001). Çalışmamızda hastaların tanıları kritik, acil ve acil olmayan tanılar olarak sınıflandırıldı. Daha sonra bu tanılardan kritik ve acil tanılar birleştirilerek acil tanı ve diğerleri olarak bir grup oluşturuldu. Acil tanı ve acil olmayan tanıların yaşlarının dağılımına bakıldığında acil tanının daha ileri yaş grubunda mevcut olduğu görüldü ve istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,01). Kritik tanı alan hastalarla almayanların yaşları kıyaslandığında; kritik tanı alan hastaların yaşları daha ileriydi ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,001). Sonuçlar güncel literatür ile benzerdi.

Çalışmaya dahil olan hastalardan hastaneye başvurusunda yatış gerçekleşen hastalarla gerçekleşmeyen hastaların yaşları kıyaslandığında istatistiki olarak anlamlı fark bulundu (p <0,01). Yatış gerçekleşen hastaların yaşlarının medyan değeri 63,00 saptanırken, gerçekleşmeyen hastaların yaşlarının medyan değeri 55,50 saptandı. Güncel literatür ve klavuzlara bakıldığında ileri yaş STEMI hastalarının mortalitesinde etkili bir faktördür (14). Ana olumsuz kardiyovasküler olay gelişimini belirleyen skorlar olan TIMI ve HEART skorlarında, hastane içi mortalite belirleyici skorlardan biri olan GRACE skorunda; PESI'de,

pnömoni hastalarında kullanılan CURB-65 ve PSI skorlarında ileri yaş puan artışına sebep olan bir parametredir (38)(39)(42)(43)(44)(45)(103)(143)(144). Bu nedenle göğüs ağrısı ile acil servise başvuran hastalardan yatış gerçekleşen hastaların yaş dağılımlarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtu. Çalışmamızda MACE gelişen hastalarla gelişmeyen hastaların yaşları arasında da istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$). MACE gelişen hastaların yaşlarının medyan değeri 63,50 hesaplanırken, gelişmeyen hastaların yaşlarının medyan değeri 54,00 olarak hesaplandı. Başvurusunda veya başvurudan sonraki 30 gün içinde invaziv girişim yapılan hastaların yaşlarının medyan değeri 62,00 saptanırken, yapılmayan hastaların yaşlarının medyan değeri 55,00 saptandı. İstatistiki olarak bakıldığında anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,01$). İnvaziv girişim olarak kabul ettiğimiz perkütan koroner girişim, trombektomi, tüp torakostomi ve buna benzer işlemler yapılan hastaların yaş dağılımı yapılmayanlara göre daha yüksekti. Çalışmamızda invaziv girişim yapılan 99 hasta mevcuttu ve bu hastaların 92 tanesi perkütan koroner girişim yapılan hastalardı. Başvuruda veya 30 gün içinde perkütan koroner girişim yapılması ana olumsuz kardiyovasküler olaylardan biri olarak kabul edilir. Güncel literatürde bahsedildiği gibi ileri yaş MACE için bir risk faktörüdür. 2020 yılında yayınlanan ESC klavuzuna göre son veriler 80 yaş ve üzerindeki NSTEMI-AKS hastalarında kanama komplikasyonlarında artış olmadan invaziv girişimin miyokard infarktüsünü azalttığı, acil revaskülarizasyon, ölüm ve inme riskini konservatif yaklaşımlara göre azalttığını gösterdi (41).

Çalışmamızda MACE gelişen hastalar içinde NSTEMI olan hastalarla olmayan hastaların yaşlarına bakıldığında; NSTEMI olanların yaşlarının medyan değeri 66,00 olmayan hastaların yaşlarının medyan değeri 60,00 olarak hesaplandı, istatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). MACE gelişen hastalarda PCI yapılanlarla yapılmayan hastaların yaşlarına bakıldığında PCI yapılan hastaların yaşlarının medyan değeri 63,00 yapılmayan hastaların yaşlarının medyan değeri 79,00 olarak saptandı. Ancak bu değerlendirme tüm hasta popülasyonunda yapılmadığı, sadece MACE gelişen 102 hasta içinde yapıldığı ve bunların sadece 10 tanesine PCI yapılmadığı için tüm popülasyonu yansıtmaması nedeniyle doğru bir değerlendirme olarak kabul edilmedi. Tüm popülasyon değerlendirmesi invaziv girişim altında yapıldığı için güncel literatür ile benzer sonuçlar o hesaplamada saptandı.

Çalışmamızda taburculuk sonrası göğüs ağrısı yakınması olan veya tekrar hastane başvurusu olan 120 hastanın yaşlarının medyan değeri 64,00 olmayan hastaların yaşlarının medyan değeri 55,00 olarak saptandı. İstatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,001$). İleri yaş hastalarında ciddi hastalıkların ve komorbiditelerin fazla görülmesi tekrar hastane başvurusunun fazla olmasına sebep olmaktaydı.

Çalışmaya dahil olan hastaların başvuru ve tanı anındaki NEWS puanları hesaplandı. NEWS puanları NEWS klavuzunda önerildiği şekilde düşük, düşük-orta, orta ve yüksek olarak hesaplandı. Daha sonra düşük ve diğerleri, yüksek ve diğerleri, kırmızı skor olanlarla olmayanlar olarak 3 alt kategori daha yapıldı. Başvuru sırasında NEWS puanı düşük ve diğerleri olarak ayrıldığında düşük olan hasta grubunun yaşlarının medyan değeri 56,00 diğerleri olan (düşük-orta, orta ve yüksek) hasta grubunun yaşlarının medyan değeri 64,00 olarak hesaplandı. İstatistiki olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Benzer şekilde başvuru anındaki vitallerine göre yüksek ve diğerleri olarak sınıflama yapıldığında yüksek olan hasta grubunun yaşlarının medyan değeri 66,50 olmayan grubun ise yaşlarının medyan değeri 57,00 olarak saptandı ($p: 0,081$). NEWS puanlaması yapılırken herhangi bir kategoriden 3 puan alan hastalar kırmızı skor mevcut olan hastalardır. Başvuru sırasında kırmızı skor olan hastaların olmayan hastalara göre yaşlarının medyan değeri daha ileri olarak saptandı. İstatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0,05$). Tanı anında hesaplanan NEWS kategorilerine bakıldığında düşük olan hastaların yaşlarının medyan değeri 56,00 diğerleri grubunda olan hastaların yaşlarının medyan değeri 64,00 olarak saptandı ($p < 0,01$). Tanı anında yüksek olarak hesaplanan hastaların yaşlarının medyan değeri 70,00 diğerlerinin ise yaşlarının medyan değeri 57,00 olarak bulundu ($p: 0,055$). Tanı anında kırmızı skor olan hastaların yaşlarının medyan değeri 64,00 olmayan hastaların yaşlarının medyan değeri 56,00 olarak saptandı ($p < 0,01$). Bu grupların hepsinde istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. NEWS puanı vital değerlere bakılarak hesaplanan bir skora olmasından dolayı ve ileri yaş grubunda vital değerlerinde bozukluğun fazla olması, ciddi hastalıkların ileri yaş grubunda sık görülmesi ve bu hastalıkların vital değerlerde bozulmaya sebep olması bu sonuçları doğurabilir.

Çalışmamızda hastaların ek hastalığı olup olmamasının cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında kadın hastaların %86,6'sında ($n=110$) ek hastalık görülürken, %13,4'ünde ($n=17$) herhangi bir ek hastalık görülmedi. Erkek hastaların %76,7'sinde ($n=184$) ek hastalık mevcutken %23,3'ünde ($n=56$) herhangi bir ek hastalık mevcut değildi. Kadınlarda erkeklere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde ek hastalık görülme sıklığı fazlaydı ($p < 0,05$).

Kadınlarda görülen ek hastalık sayısının ortalaması $1,93 \pm 1,22$ saptanırken, erkeklerde görülen ek hastalık sayısının ortalama değeri $1,63 \pm 1,30$ saptandı. Kadınlarda erkeklere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde ek hastalık sayısı fazlaydı ($p < 0,05$).

Çalışmamızda tanı anındaki kategorik vitallere bakıldığında kadınların %15,7'sinde ($n=20$) takipne görülürken erkeklerin %7,9'unda ($n=19$) takipne mevcuttu. Kadınlarda takipne görülmesi erkeklere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$).

Çalışmamıza alınan hastalardan kadınların %18,9'unun (n=24) servis ya da yoğun bakıma yatışı gerçekleşirken erkeklerin %29,6'sının (n=71) yatışı gerçekleşti. Erkek cinsiyette kadınlara göre istatistiki olarak yatış görülme oranı fazla bulundu ($p < 0,05$). Acil servis kalış süreleri incelendiğinde kadınların medyan değeri 8,05 saat erkeklerin medyan değeri ise 7,04 saat olarak hesaplandı. 2020 yılında yayınlanan acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların cinsiyet karşılaştırmalarını içeren çalışmada acil servis kalış süreleri kadınlar için erkeklerden daha uzun hesaplandı. Yine aynı çalışmada erkeklerin kadınlara göre koroner bakım ünitesi veya yoğun bakıma kabulü kadınlardan daha fazla bulundu (190). Çalışmamızın sonuçları güncel literatürdeki çalışma ile benzerdi.

Başvuru veya 30 gün içinde morbidite varlığına bakıldığında; kadınların %24,4'ünde (n=31) herhangi bir morbidite görülürken, erkek cinsiyetin %34,6'sında (n=83) görüldü. Erkek cinsiyette kadınlara göre morbidite görülme oranları daha fazlaydı ($p < 0,05$). Başvuru veya 30 gün içinde invaziv girişim varlığı erkeklerde kadınlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). MACE gelişen hastalarda PCI görülme oranı erkeklerde kadınlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu ($p < 0,05$). Premenapozal dönemde kadınların koroner arter hastalığı açısından daha düşük riske sahip olması, östrojenin LDL'yi azaltıcı HDL'yi arttırıcı etkisi olması, koroner arter hastalığı için değiştirici faktörlerden olan sigara kullanımının erkek cinsiyette daha fazla görülmesi ve kadınların daha atipik semptomlarla başvurması bu farklılığı oluşturan faktörlerden bazıları olarak değerlendirildi.

Çalışmaya dahil olan hastaların %80,1'inde (n=294) ek hastalık bulunurken %19,9'unda (n=73) herhangi bir ek hastalık yoktu. En sık görülen üç ek hastalık ise sırasıyla hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve diyabetti. Ek hastalığı mevcut olan hastaların %11,9'unda (n=35) nefes darlığı varken %88,1'inde (n=259) nefes darlığı yoktu. Ek hastalığı olmayan hastalarda ise hiç nefes darlığı semptomu görülmedi. Ek hastalığı olan hastalarda nefes darlığı görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,01$). Hastaların başvuru anındaki vitallerine bakıldığında ek hastalık var olan hastaların oksijen satürasyonunun medyan değeri 97,00 olmayan hastaların oksijen satürasyonunun medyan değeri 98,00 olarak saptandı ($p < 0,01$). Tanı anındaki vitallerinde de ek hastalık var olan hastaların oksijen satürasyonunun medyan değeri 97,00 olmayan hastaların oksijen satürasyonunun medyan değeri 98,00 saptandı ($p < 0,001$). Hastaların başvuru anındaki kategorik vitallerine bakıldığında ise ek hastalık var olan hastaların %5,4'ünde (n=16) hipoksi görülürken, ek hastalığı olmayan hastalardan hiçbirinde başvuruda hipoksi görülmedi ($p < 0,05$). Tanı anında hipoksi ek hastalığı var olan hastaların %4,1'inde (n=12) mevcutken ek hastalık olmayan hastaların hiçbirinde mevcut değildi. Ek hastalığı var olan hastaların %12,2'sinde (n=36) tanı anında takipne varken, ek

hastalığı olmayanların %4,1'inde (n=3) vardı (p: 0,071). İleri yaşlarda ek hastalıkların sık görülmesi, yaş ve ek hastalıklarla birlikte akciğer kapasitesinde azalma meydana gelmesi bu sonuçlara sebep olabilir.

Çalışmamızda ek hastalığı var olan hastaların %17,0'ında (n=50) stabil anjina pektoris görülürken %83,0'ında (n=244) görülmedi. Ek hastalık olmayan hastaların %2,7'sinde (n=2) stabil anjina pektoris mevcutken %97,3'ünde (n=71) mevcut değildi. Ek hastalığı var olan hastalarda olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde stabil anjina pektoris fazla saptandı (p <0,01). Stabil anjina pektorisin aterom plağının damar lümenini daraltması ve kardiyak oksijen ihtiyacında olan artışla ortaya çıkan bir durum olması ve kontrolsüz hipertansiyon, taşikardi ve anemi gibi durumlarla tetiklenmesi nedeniyle ek hastalığı olan hastalarda daha fazla görülmesi beklenebilir.

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 1,00 olarak bulunurken, nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulmayan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 2,00 bulundu (p <0,05). Pnömoni tanısı konulan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 3,00 saptanırken, pnömoni tanısı konulmayan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 2,00 saptandı (p <0,01).

Çalışmamızda ek hastalık var olan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 7,88 saat olarak hesaplanırken, ek hastalığı olmayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 5,12 saat olarak hesaplandı (p <0,001). Hastaların ek hastalık sayısı ile acil servis kalış süreleri arasında pozitif korelasyon saptandı (r: 0,40) Ek hastalık var olan hastaların %35,7'sinde (n=104) taburculuktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu mevcutken, ek hastalığı olmayan hastaların %21,9'unda (n=16) mevcuttu (p <0,05). Çalışmamızda en sık görülen 3 ek hastalık olan diyabet, hipertansiyon ve KAH göğüs ağrısı hastalarında akut koroner sendromlar için kanıtlanmış risk faktörleri olup bu hastaların acil servis takiplerinin daha uzun tutulması gerekir. Ek hastalığı olan hastalarda stabil anjina pektoris, anstabil anjina pektoris ve ek hastalığa bağlı koroner vazospazm fazla görülmesi nedeniyle bu hastalarda göğüs ağrısı semptomu ile tekrarlayan hastane başvuruları karşımıza çıkmaktadır.

Hastaların tanı anındaki NEWS puanları düşük ve diğerleri olarak kategorize edildiğinde; ek hastalık var olan hastaların %87,4'ü (n=257) düşük kategoride saptanırken, %12,6'sı (n=37) diğer kategoride saptandı. Ek hastalık olmayan hastaların %97,3'ü (n=71) tanı anında düşük NEWS kategorisindeyken, %2,7'si (n=2) diğer kategorideydi (p <0,05). Ek hastalık olan hastaların %11,6'sında (n=34) tanı anında kırmızı skor varken, ek hastalık olmayan hastaların %1,4'ünde (n=1) tanı anında kırmızı skor vardı (p <0,05). Ek hastalık olan

hastalarda ciddi tanılar ve vital bozukluk sık ortaya çıkar. NEWS kategorileri vital değerlere göre hesaplandığı için ek hastalığı olan hastalarda daha ciddi kategoriler görülür.

Ek hastalık olarak diyabet mevcut olan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 3,00 olarak hesaplanırken, diyabeti olmayan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 1,00 olarak hesaplandı ($p < 0,001$). Diyabet tanısı olan hastaların başvuru sistolik kan basınçlarının medyan değeri 146,00 saptanırken, diyabet tanısı olmayan hastaların 137,00 saptandı ($p < 0,01$). Diyabet tanısı olan hastaların başvuru oksijen satürasyonlarının medyan değeri 96,00 olarak bulunurken, diyabet tanısı olmayan hastaların 98,00 olarak bulundu ($p < 0,001$). Bu iki grup arasındaki farklılığın nedeni diyabet hastalığının kronik dönemde meydana getirdiği mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlar ile diyabet hastalarında diyabete ek olarak başka komorbiditelerin varlığıdır. Başvuru anındaki bulgulara paralel olarak diyabet var olan hastaların tanı anında sistolik kan basınçlarının medyan değeri 132,00 saptanırken, diyabet var olmayanların ise medyan değeri 124,00 saptandı ($p < 0,05$). Ek hastalık olarak diyabeti olan hastaların tanı anında oksijen satürasyonlarının medyan değeri 96,00 bulunurken, diyabet olmayan hasta grubunda ise 97,00 olarak bulundu ($p < 0,01$). Hastaların başvuru anındaki vitalleri kategorize edildiği zaman; diyabet tanısı olan hastaların %11,0'ında ($n=10$) başvuru anında hipoksi varken, diyabet tanısı olmayan hastaların %2,2'sinde ($n=6$) hipoksi vardı ($p < 0,01$). Tanı anındaki kategorik vitallere bakıldığında ise diyabeti olan hastalarla olmayan hastaların; tanı anında hipertansiyon ($p < 0,05$) ve takipne ($p < 0,05$) görülme oranlarında istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. Diyabeti olan hastalarda tanı anında hipertansiyon ve takipne görülme sıklığı daha fazlaydı. Diyabet olan hastalarda diyabete bağlı ortaya çıkan komplikasyonlar ve diyabet hastalığı olan hastalarda göğüs ağrısı semptomunun daha ciddi tanıları karşımıza çıkarması nedeniyle vital bozukluklar sık görülür.

Diyabeti olan hastalarla olmayan hastaların tanı anındaki NEWS puanları düşük ve diğerleri olarak hesaplandığında; diyabeti olan hastaların %82,4'ü ($n=75$) düşük kategoride saptanırken, diyabeti olmayan hastaların %91,7'si ($n=253$) düşük kategoride saptandı ($p < 0,05$). Tanı anında ek hastalık olarak diyabet mevcut olan hastaların %17,6'sında ($n=16$) kırmızı skor varken, diyabet mevcut olmayan hastaların %6,9'unda ($n=19$) kırmızı skor vardı ($p < 0,01$). Diyabet hastalarında tanı anında oksijen satürasyonunun daha düşük olması ve takipnenin daha sık görülmesi nedeniyle kırmızı skor ve düşük olmayan kategori daha fazla oranda görüldü.

Diyabeti olan hastalarla olmayan hastaların aldıkları tanılara bakıldığında, diyabeti olmayan hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı görülme yüzdesi olan hastalara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Diyabeti var olan hastaların %23,1'inde

(n=21) stabil anjina pektoris tanısı konulurken, diyabeti olmayan hastaların ise %11,2'sinde (n=31) konuldu ($p < 0,01$). Diyabet hastalığının kardiyovasküler hastalık gelişimi için büyük bir risk faktörü olduğu çok uzun süredir bilinmekteydi. Literatürde Framingham çalışması olarak geçen çalışmada ve 20 yıllık takip sonucunda; diyabetik hastalarda aterosklerotik kalp hastalığının gelişme oranının diyabeti olmayanlara göre 2-3 kat arttığı görüldü (191).

Çalışmamızda ek hastalık olarak hipertansiyonu olan hastaların; ek hastalık sayısının medyan değeri 3,00 saptanırken, hipertansiyonu olmayan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 1,00 saptandı ($p < 0,001$). Hipertansiyon tanısı olan hastalarla olmayan hastaların tanı anındaki kategorik vitallerine bakıldığında; hipertansiyonu olan hastaların %17,4'ünde (n=29) takipne mevcutken, hipertansiyonu olmayan hastaların ise %5,0'ında (n=10) mevcuttu ($p < 0,001$). Çalışmamızda hipertansiyonu olan hastaların %22,2'sine (n=37) nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulurken, hipertansiyonu olmayan hastaların %32,0'ına (n=64) nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konuldu ($p < 0,05$). Ek hastalık olarak hipertansiyonu olan hastaların %22,8'inde (n=38) stabil anjina pektoris tanısı mevcutken, hipertansiyonu olmayan hastaların %7,0'ında (n=14) stabil anjina pektoris tanısı mevcuttu ($p < 0,001$). Hipertansiyonun koroner aterosklerozun gelişimini hızlandıran bir risk faktörü olduğu bilinmektedir ve ateroskleroz gelişmiş hasta grubunda hipertansiyon varlığı miyokardiyal oksijen ihtiyacını artırır. Miyokardiyal oksijen ihtiyacında meydana gelen artış ve oksijen sunumunun yetersiz olması stabil anjina pektorisin ortaya çıkmasına sebep olur, çalışmamızda bu sebeplerle hipertansiyon olan hastalarda stabil anjina pektoris oranı daha fazla bulundu.

Ek hastalık olarak KAH mevcut olan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 2,00 saptanırken, KAH mevcut olmayan hastaların ek hastalık sayısının medyan değeri 1,00 saptandı ($p < 0,001$). Hastaların başvuru anındaki vitallerine bakıldığında ek hastalık olarak KAH var olan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri 97,00 bulunurken ek hastalık olarak KAH olmayan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri 98,00 bulundu ($p < 0,001$). Benzer şekilde tanı anındaki vitallerine bakıldığında komorbidite olarak KAH mevcut olan hastalarla olmayan hastaların oksijen satürasyonları kıyaslandığında; KAH olmayan grupta tanı anındaki oksijen satürasyonlarının medyan değeri KAH olanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p < 0,001$). Ek hastalık olarak KAH mevcut olan hastaların %15,3'üne (n=24) UAP tanısı konulurken, ek hastalık olarak KAH mevcut olmayan hastaların %7,1'ine (n=15) UAP tanısı konuldu ($p < 0,05$). KAH geçmiş olan hastalarla olmayan hastalara konulan tanılarına bakıldığında; KAH geçmiş olan hastalarda stabil anjina pektoris tanısı olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,001$). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı KAH komorbiditesi olan hastaların %21,7'sinde (n=34) mevcutken, KAH

komorbiditesi olmayan hastaların %31,9'unda (n=67) mevcuttu (p <0,05). Geçirilmiş koroner arter hastalığı öyküsü, hastalarda anstabil anjina pectoris ve stabil anjina pectoris görülme sıklığını artırır. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı daha çok ek hastalığı olmayan genç hastalarda konulan bir tanıdır ve koroner arter hastalığı olan hastalarda nadir görülür.

Bilinen diyabet, hipertansiyon ve KAH tanıları olan hastaların her bir ek hastalık varlığına göre ayrı ayrı acil servis kalış sürelerine bakıldığında; diyabet hastalığı mevcut olan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 8,65 saat saptanırken diyabet hastalığı mevcut olmayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 6,84 saat saptandı (p <0,001). Komorbidite olarak hipertansiyonu olan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 8,35 saat hesaplanırken, hipertansiyonu olmayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 6,55 saat hesaplandı (p <0,001). Ek hastalık olarak KAH mevcut olan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 8,38 saat bulunurken, ek hastalık olarak KAH mevcut olmayan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 6,51 saat bulundu (p <0,001). Diyabet, hipertansiyon ve KAH göğüs ağrısı ile gelen hastalara konulan tanıları için bilinen risk faktörlerinden olmaları nedeniyle ek hastalık olarak bu hastalıklardan herhangi birinin mevcut olması acil servis takibinin uzamasına yol açar.

Hipertansiyonu mevcut olan hastaların %55,0'ında (n=66) 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülürken hipertansiyonu mevcut olmayan hastaların %45,0'ında (n=54) görüldü (p <0,01). Komorbidite olarak KAH olan hastaların %52,5'inde (n=63) 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu mevcutken KAH olmayan hastaların ise %47,5'inde (n=57) mevcuttu (p <0,01). Hipertansiyon ve KAH öyküsü olan hastalarda; stabil anjina pectoris, anstabil anjina pectoris ve koroner vazospazm fazla görülmesi nedeniyle bu hastalarda göğüs ağrısı semptomu ile tekrarlayan hastane başvuruları karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda UAP tanısı konulan hastaların başvuru anındaki sistolik kan basıncının medyan değeri 148,00 saptanırken, UAP tanısı konulmayan hastaların 138,00 saptandı (p <0,05).

Çalışmaya dahil olup pnömoni tanısı konulan hastaların başvuru anında nabızlarının medyan değeri 98,00 saptanırken pnömoni tanısı konulmayan hastaların 85,00 saptandı (p <0,05). Pnömoni tanısı alan hastaların acil servise başvurdıkları anda bakılan oksijen saturasyonlarının medyan değeri 93,00 bulunurken pnömoni tanısı almayan hastaların 97,00 bulundu (p <0,001). Pnömoni olan hasta grubunun başvuru anındaki ateşlerinin medyan değeri 37,00 hesaplanırken pnömoni olmayanların 36,10 olarak hesaplandı (p <0,01). Nabız değerlerindeki bu farklılığın nedeni ateşe olan yanıt olarak değerlendirildi. Akciğer

enfeksiyonuna bağlı olarak pnömoni olan hasta grubunda satürasyon düşüklüğü görüldü. Başvuru anına benzer şekilde; pnömoni tanısı alan hastaların almayan hastalara göre tanı anında bakılan nabızlarının medyan değeri istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0,01$). Pnömoni tanısı alan hastaların tanı anındaki oksijen satürasyonlarının medyan değeri 95,00 saptanırken pnömoni tanısı almayan hastaların 97,00 saptandı ($p < 0,01$).

Çalışmamızda kritik ve acil tanılar birleştirilip acil tanı ve acil olmayan tanılar olarak 2 gruba ayrıldığında; acil tanıların başvuru anındaki ateşlerinin medyan değeri 36,00 bulunurken acil olmayan tanıların ateşlerinin medyan değeri 36,30 olarak bulundu ($p < 0,001$). Acil tanıların tanı anında bakılan oksijen satürasyonlarının medyan değeri 96,00 olarak saptanırken acil olmayan tanıların oksijen satürasyonlarının medyan değeri 97,00 saptandı ($p < 0,05$). Kritik tanılar ve diğer tanılar olarak bir gruplama yapıldığında ise; kritik tanı alan hastaların almayan hastalara göre başvuru anında ölçülen ateşlerinin medyan değeri istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p < 0,01$). Kritik tanı alan hastaların tanı anındaki oksijen satürasyonlarının medyan değeri 96,00 bulunurken kritik tanı dışında tanı alan hastaların ise 97,00 bulundu ($p: 0,087$). Vitallerden hem ateş hem de oksijen satürasyonu düşüklüğü hastalık ciddiyeti ile ilgili önemli göstergelerdir. Hastalığın ciddiyeti arttıkça bu vitallerde düşüş görülebilir.

Hastaların başvuru anındaki NEWS kategorilerindeki vitallerinin sayısal dağılımına bakıldığında düşük, düşük-orta, orta ve yüksek kategoride solunum sayısı ($p < 0,001$) ve oksijen satürasyonlarında ($p < 0,001$) istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. Solunum sayısının medyan değerlerinde kategori yükseldikçe artış mevcutken, satürasyonlarda kategori yükseldikçe düşüş mevcuttu. Başvuru anındaki NEWS kategorilerini düşük ve diğerleri olarak iki gruba ayırdığımızda ise sayısal vital dağılımında sistolik kan basıncı ($p < 0,05$), solunum sayısı ($p < 0,001$) ve oksijen satürasyonunda ($p < 0,001$) istatistiki olarak anlamlı fark saptandı. Düşük grupta sistolik kan basınçlarının medyan değeri 140,00 olarak bulunurken diğerlerinde 120,00 bulundu. Solunum sayılarının medyan değeri düşük kategoride 18,00 saptanırken, diğer kategorisinde 20,00 saptandı. Düşük kategorisinin oksijen satürasyonlarının medyan değeri 97,00 bulunurken diğer kategorisinin oksijen satürasyonlarının medyan değeri 96,00 bulundu. Başvuru anındaki NEWS kategorilerini yüksek ve diğerleri olarak iki gruba ayırıp sayısal vital dağılımına bakıldığında solunum sayısı ($p < 0,01$) ve oksijen satürasyonunda ($p < 0,01$) istatistiki olarak anlamlı fark saptandı. Başvuruda yüksek kategoride saptanan hastaların başvuru anında solunum sayılarının medyan değeri 22,00 bulunurken diğerlerinde 18,00 bulundu. Başvurusunda yüksek puan alanların başvuru oksijen satürasyonlarının medyan değeri 92,00 saptanırken diğerlerinin 97,00 saptandı. Benzer şekilde başvurusunda kırmızı skor alan

hastalarla almayan hastaların başvuru sayısal vitallerine bakıldığında sistolik kan basıncı ($p < 0,05$), solunum sayısı ($p < 0,001$) ve oksijen satürasyonunda ($p < 0,001$) istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. Kırmızı skor alan hastaların almayanlara göre sistolik kan basınçlarının ve oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşük saptanırken, solunum sayılarının medyan değeri daha yüksek saptandı. Başvuru anındaki sayısal vitallerin başvuru NEWS kategorilerine göre dağılımına bakıldığında kategoriler arası asıl farklılığı yaratan vitallerin solunum sayısı ve oksijen satürasyonu olduğu görüldü.

Çalışmamızda hastaların tanı anındaki vitallerinin tanı NEWS kategorilerine göre dağılımına bakıldığında ise; düşük ve diğerleri olarak iki NEWS kategorisine ayrıldığında sistolik kan basıncı ($p < 0,05$), nabız ($p < 0,01$) ve oksijen satürasyonunda ($p < 0,01$) istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. Tanı anında düşük kategorisinin sistolik kan basınçlarının medyan değeri 128,00 saptanırken diğer kategorisinin sistolik kan basınçlarının medyan değeri 118,00 saptandı. Düşük kategoride olan hastaların olmayanlara göre nabızlarının medyan değeri daha düşük saptanırken, oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha yüksek saptandı. Tanı anındaki NEWS kategorilerini yüksek ve diğerleri olarak iki gruba ayırdığımızda ise; yüksek kategorideki hastaların tanı anındaki nabızlarının medyan değeri 96,00 bulunurken diğer kategorideki hastaların 78,00 bulundu ($p < 0,01$). Tanı anında kırmızı skor olan hastaların olmayan hastalara göre nabız ($p < 0,05$) ve oksijen satürasyonunda ($p < 0,05$) istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu. Kırmızı skor olan hastaların nabızlarının medyan değeri daha yüksek saptanırken, oksijen satürasyonlarının medyan değeri daha düşük saptandı. Tanı vitallerine göre hesaplanan NEWS kategorilerinde; kategoriler arası asıl farklılığı yaratan vitallerin nabız ve oksijen satürasyonu olduğu görüldü.

Çalışmaya dahil olduğu acil servis başvurusunda yatış olan hastalarla olmayan hastaların tanı anındaki vitallerine bakıldığında; yatış olan hastaların oksijen satürasyonlarının medyan değeri olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı ($p < 0,05$). Oksijen satürasyonu düşüklüğü hastalık ciddiyetinin bir göstergesi olmasından dolayı satürasyon düşük hastalarda yatış endikasyonu daha fazla konulur.

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen 102 hasta mevcuttu. MACE gelişen hastalarla gelişmeyen hastaların; başvuru ve tanı anındaki sistolik ve diyastolik kan basınçları arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmadı. Ancak hastaların vitalleri kategorize edildiğinde ise; MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre tanı anında hipertansiyon ($p < 0,05$) ve takipne ($p < 0,05$) görülme oranları daha fazlaydı. UAP tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların tanı anındaki kategorik vitallerine bakıldığında; UAP tanısı olan hastalarda hipertansiyon ($p < 0,05$) ve bradikardi ($p < 0,05$) görülme sıklığı UAP

tanısı olmayanlara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. Literatüre bakıldığında ise MRFT çalışmasında; özellikle yaşlı popülasyonda yüksek sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı veya yüksek sistolik kan basıncı ve düşük diyastolik kan basıncı artmış kardiyovasküler hastalık riskine sebep olduğu bulundu (192). Framingham çalışmasına bakıldığında ise orta yaşlı ve yaşlı kişilerde sistolik kan basıncının ≥ 120 olması ve düşük diyastolik kan basıncı olması artmış kardiyovasküler hastalık riskine sebep olduğu saptandı (193). HOT çalışmasında ise diyastolik kan basınçları hedef gruplar arasında düşürüldüğünde; en düşük MACE insidansı ortalama 82,6 mmHg'lık diyastolik kan basıncında görüldü (194). Bu çalışmalar bizim çalışmamızdan farklı olarak daha uzun sürelerde, daha fazla hasta sayısı ve daha fazla ölçümle gerçekleştirildi. Çalışmamızda MACE gelişen hastalar içinde PCI yapılan hastalarla yapılmayan hastaların başvuru vitallerine bakıldığında; PCI yapılan hastalarda yapılmayan hastalara göre sistolik kan basıncı ($p < 0,05$) ve diyastolik kan basıncı ($p < 0,01$) istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. MACE gelişen hastalar içinde PCI yapılan hastaların %51,1'inde ($n=47$) başvuru kategorik vitallerinde hipertansiyon mevcutken, PCI yapılmayan hastaların %20,0'ında ($n=2$) mevcuttu ($p: 0,095$). Başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan STEMI olan hastalarla olmayan hastaların başvuru vitallerine bakıldığında; STEMI olan hastaların başvuru diyastolik kan basıncının medyan değeri 86,00 saptanırken STEMI olmayanların 76,00 saptandı ($p < 0,05$).

Çalışmaya katılan hastalardan nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre başvuru kategorik vitallerinde takipne ($p < 0,01$) ve hipoksi ($p < 0,001$) görülme oranları istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu. Nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre tanı anındaki kategorik vitallerinde takipne ($p: 0,242$) istatistiki olarak anlamlı fark bulunmazken hipoksi oranı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. Hastaların tanı konulana kadar acil serviste aldığı tedaviler sonucunda muhtemel takipnelerinde gerileme meydana geldi.

Hastaların başvuru anındaki NEWS puanlarına göre kırmızı skor var olan hastaların olmayanlara göre başvuru kategorik vitallerine bakıldığında; kırmızı skor olan hastalarda bradikardi ($p < 0,01$), takipne ($p < 0,001$) ve hipoksi ($p < 0,001$) görülme sıklığı daha fazlaydı ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Başvuru anındaki NEWS puanına göre kırmızı skor alan hastaların tanı kategorik vitallerine bakıldığında ise; kırmızı skor olan hastalarda taşikardi ($p < 0,01$) ve takipne ($p < 0,001$) görülme sıklığı daha fazla bulundu. Tanı kategorik vitallerine göre hipoksi olan 12 hastanın 10 tanesi başvuru anında hesaplanan NEWS puanına göre kırmızı skor aldı. Çalışmamızda tanı anında kırmızı skor olan hastalarla olmayan hastaların başvuru kategorik vitalleri kıyaslandığında ise; kırmızı skor olan hastalarda taşikardi ($p < 0,01$), takipne ($p < 0,001$) ve hipoksi ($p < 0,001$) görülme sıklığı daha fazlaydı. Tanı anında hesaplanan

NEWS puanlarına göre kırmızı skor olan hastalarla olmayan hastaların tanı anındaki kategorik vitalleri kıyaslandığında; kırmızı skor olan hastalarda taşikardi ($p < 0,01$), takipne ($p < 0,05$) ve hipoksi ($p < 0,05$) görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı. Hastaların tanı anındaki NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak iki gruba ayrılıp başvuru kategorik vitallerine bakıldığında; taşikardi ($p < 0,001$), bradikardi ($p < 0,05$), takipne ($p < 0,001$) ve hipoksi ($p < 0,001$) görülme sıklığı düşük olmayan NEWS grubunda daha fazlaydı. Tanı anında düşük ve diğerleri olarak ayırdığımız NEWS gruplarının tanı kategorik vitallerine bakıldığında ise; taşikardi ($p < 0,01$), takipne ($p < 0,05$) ve hipoksi ($p < 0,01$) görülme sıklığı düşük olmayan grupta daha fazla olarak bulundu. Tanı anında yüksek NEWS grubunda olan hastalarda başvuru anında taşikardi ($p < 0,01$) görülme sıklığı yüksek olmayanlara göre daha fazlaydı.

Çalışmamızda hastalara konulan tanılar ciddiyete göre kritik tanı, acil tanı ve acil olmayan tanılar olarak 3'e ayrıldı. Tanı anındaki bakılan vitallerine göre takipnenin ($p < 0,01$) görülme sıklığının tanı ciddiyeti ile arttığı bulundu. Hastaların aldığı tanılar acil tanı ve acil olmayan tanı olarak 2 gruba ayrıldığında ise tanı anında takipne ($p < 0,01$) görülme sıklığı acil tanı olanlarla daha fazlaydı. Hastaları kritik tanı alanlar ve diğerleri olarak 2 gruba ayırdığımızda ise hem başvuru hem de tanı anında takipne görülme sıklığı kritik tanı alan hastalarda daha fazlaydı. Bu sonuçlardan yola çıkarak takipnenin hastalığın ciddiyeti ile ilgili bize yol gösterici olabileceği kanısına varıldı.

Çalışmaya dahil olan hastalardan akut miyokard infarktüsü tanısı alan hastalarda başvuru anında takipne ($p: 0,060$) görülme sıklığı almayan hastalara göre daha fazlaydı. Tanı anında bakılan vitallerde ise takipne ($p < 0,01$) akut miyokard infarktüsü tanısı konulan hastalarda konulmayan hastalara göre daha fazla oranda görüldü. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayan hasta grubunda alan hastalara göre tanı anında takipne ($p < 0,05$) görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu.

Acil servis başvurusunda servis ya da yoğun bakım yatışı gerçekleşen hastalarda tanı anında takipne ($p < 0,05$) görülme oranı yatış gerçekleşmeyenlere göre daha fazlaydı. Çalışmaya dahil olduğu başvurusunda veya 30 gün içinde invaziv girişim gerçekleşen hastalarda tanı anında takipne ($p < 0,05$) görülme sıklığı invaziv girişim gerçekleşmeyenlere göre daha fazlaydı. Acil servis başvurusunda veya taburculuktan sonra 30 gün içinde herhangi bir morbidite gelişen hastalarda tanı anında takipne ($p < 0,05$) görülme sıklığı morbidite gelişmeyenlere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı.

Çalışmamızda başvurusunda oksijen desteği olan hastalarda olmayan hastalara göre; acil tanı ($p < 0,01$) ve yatış ($p < 0,05$) oranları daha fazla bulundu. Tanı anında oksijen desteği olan hastalarda acil tanı ($p < 0,05$) ve yatış ($p < 0,01$) görülme sıklığı olmayanlara göre daha

fazlaydı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hastada tanı anında oksijen desteği sağlanmadı. Bu sonuçlara göre acil servise başvuran oksijen ihtiyacı olan hastada dikkatli olunması gerektiği aşikar olarak görülmekle birlikte, çalışmamızda başvuruda ve tanıda oksijen desteği alan hasta sayısının azlığı nedeniyle testin güvenilirliği düşük olarak değerlendirildi.

2016 yılında yayınlanan ve 10907 nontravmatik göğüs ağrısı hastasının incelendiği çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; en sık karşılanan tanının %51,7 ile nonspesifik göğüs ağrısı olduğu görüldü. Bu çalışmada hayatı tehdit eden tanılar tüm hastaların %5,5'ini oluşturmaktaydı ve bu tanılardan %5,1'i akut koroner sendromdu geri kalan kritik tanıların %0,4'ü akut koroner sendrom dışı tanılardı (188). 2019 yılında yayınlanan Lars Petter Bjørnsen, Lars Eide Naess-Pleym ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada; 2384 hasta araştırmaya dahil edilmiş olup hastaların tanıları incelendiğinde %36,7'sinin nonspesifik göğüs ağrısı olduğu görüldü. Akut koroner sendrom tanısı %12,2 (n=291) oranında saptandı. Bu hastalardan 216 tanesi akut miyokard infarktüsü iken 75 hasta anstabil anjina pektoris olarak değerlendirildi. Tüm göğüs ağrısı hastalarının %5,7'si gastrointestinal sistemi ilgilendiren tanılar, %4,4 kas iskelet sistemini ilgilendiren tanılar, %3,6'sı pulmoner sistemi ilgilendiren tanılardan oluşmaktaydı (189). Bizim çalışmamıza bakıldığında ise %27,5 (n=101) nonspesifik göğüs ağrısı, %18,8 (n=69) akut miyokard infarktüsü, %14,2 (n=52) stabil anjina pektoris, %10,6 (n=39) anstabil anjina pektoris, %7,6 (n=28) kas gerginliği hastaların büyük çoğunluğunun dağılımını oluşturmaktaydı. Çalışmamızda hastalara konulan tanıların ciddiyetine baktığımızda; %21,0 (n=77) kritik tanı, %17,2 (n=63) acil tanı ve %61,9 (n=227) acil olmayan tanı mevcuttu. Kritik tanıların kendi içinde dağılımına bakıldığında ise; %89,6'sı (n=69) akut miyokard infarktüsü, %5,2'si (n=4) pulmoner emboli, %3,9'u (n=3) akut koroner iskemi ve %1,3'ü (n=1) aort diseksiyonundan oluşmaktaydı. Her 3 çalışmada da görüldüğü gibi; acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda kritik tanıları atlamamak önemli iken; hastaların büyük bir çoğunluğunda da acil olmayan tanıların mevcut olması nedeniyle bu iki tanının ayrımını yapabilmek çok önemlidir.

NEWS, hastalardaki erken kötüleşme riskini tahmin etmek için kullanılan bir erken uyarı skorudur. NEWS'in yapılan bir çalışmada hali hazırda kullanılan yaklaşık 33 tane skordan daha iyi performans gösterdiği bulundu (5). Bu skora sistemi ile ilgili çok sayıda yoğun bakım çalışması, sepsis çalışması olmasına karşın acil servis çalışması henüz sınırlı sayıda vardır. 2015 yılında N. Alam, I. L. Vegting ve arkadaşları tarafından yayınlanan bir çalışmada; NEWS'in acil servis hastalarında performansı, hastaneye yatış ve ölüm gibi olayları öngörebilmesi araştırıldı. Bir diğer amaçları da bir izleme aracı olarak NEWS'in acil serviste kullanılabilirliğini araştırmaktı.

Çalışmalarına 18 yaş üstü ve acil müdahale gerektirmeyen hastaları, acil servisin en yoğun olduğu 12:00-20:00 saatleri arasında aldılar. Acil servise varışta, 1. Saatte ve yatırsa yatış anında NEWS değerlerine bakıldı. Acil servis başvurusunda hastaların %78,8'i düşük NEWS puanı, %9,5'i orta NEWS puanı ve %11,7'si yüksek NEWS puanı aldı. 1. saatte ölçülen NEWS değerlerinde %81,4'ü düşük NEWS, %8,9'u orta NEWS ve %9,7'si yüksek NEWS saptandı. Başvuru sırasında düşük NEWS değeri saptanan hastalardan %2,3'ü ve yüksek NEWS saptanan hastalardan %15,6'sı yoğun bakıma yatırıldı, orta risk saptanan hiçbir hastanın yoğun bakım yatışı olmadı. Başvuru sırasında düşük NEWS saptanan hastalardan %1,9'u, orta NEWS saptanan hastalardan %3,8'i ve yüksek NEWS saptanan hastalardan %18,8'i öldü. Bu çalışmaya alınan hastalardan %51,8'i taburcu edildi (195). Bizim çalışmamız literatürde acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaları NEWS ile değerlendiren tek prospektif çalışmadır. Çalışmamızda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastaların başvuru anındaki ve tanı anındaki NEWS puanları hesaplandı. Bunun sonucunda NEWS klavuzunda önerilen şekilde 4 kategoriye ayrıldı. Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalardan %91,3'ü (n=335) başvuru sırasında düşük NEWS puanı, %2,5'i (n=9) başvuru sırasında düşük-orta (herhangi bir skordan 3 puan alan hastalar) NEWS puanı, %3,5'i (n=13) orta NEWS puanı ve %2,7'si (n=10) yüksek NEWS puanı aldı. Çalışmamızda tanı konulduğu andaki NEWS puanlarının dağılımına bakıldığında; %89,4 (n=328) düşük NEWS puanı, %3,5 (n=13) düşük orta NEWS puanı, %4,1 (n=15) orta NEWS puanı ve %3,0 (n=11) yüksek NEWS puanı dağılımı görüldü. Her iki çalışmada da görüldüğü üzere acil servise başvuran hastaların büyük çoğunluğunu düşük NEWS puanı olan grup oluşturmaktaydı.

Çalışmamızda göğüs ağrısı ile birlikte nefes darlığı olan hastaların nefes darlığı olmayanlarla başvuru NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak kıyaslandığında; nefes darlığı olmayan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Nefes darlığı var olan hastalarda olmayanlara göre başvuru anında kırmızı skor görülme oranı daha fazla saptandı ($p < 0,001$). Tanı anında nefes darlığı olan hastalarla olmayanların NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak kıyaslandığında ise; nefes darlığı olmayan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak daha fazlaydı ($p < 0,01$). Tanı anında NEWS kategorileri yüksek ve diğerleri olarak bakıldığında; nefes darlığı olan hastalarda yüksek NEWS kategorisi görülme oranı daha fazla saptandı ($p < 0,05$). Tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı nefes darlığı olan hastalarda daha fazla bulundu ($p < 0,05$). Nefes darlığı olan hastalarda nefes darlığı ile birlikte oksijen saturasyonun düşük olması ve takipne oranlarının yüksek olması nedeniyle nefes darlığı olan hastalarda yüksek skor ve kırmızı skor görülme sıklığı fazladır.

Çalışmaya dahil olan hastalardan AMI tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların başvuru NEWS kategorisi düşük ve diğerleri olarak kıyaslandığında; AMI tanısı konulmayan hastalarda başvuruda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Başvuru sırasında kırmızı skor AMI tanısı konulan hastaların %13,0'ında ($n=9$) mevcutken AMI tanısı konulmayanların %6,0'ında ($n=18$) mevcuttu ($p: 0,080$). AMI için başvuru anında kırmızı skor olmasının sensitivitesi %33,3, spesifitesi %82,35 ve negatif prediktif değeri %93,96 saptandı. Pnömoni tanısı konulan hastalarla konulmayan hastaların başvuru anındaki NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak kıyaslandığı zaman; pnömoni tanısı olmayan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,05$). Tanı anında bakılan NEWS kategorilerinde de benzer şekilde düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı pnömoni olmayan hastalarda daha fazlaydı ($p < 0,001$). Tanı anında bakılan NEWS puanlarında kırmızı skor görülme oranı pnömoni olan hastalarda olmayanlara göre daha fazla saptandı ($p < 0,01$). Başvuru anında düşük NEWS kategorisinin pnömoni için sensitivitesi %12,50, spesifitesi %97,31 ve negatif prediktif değeri %92,09 saptandı. Tanı anında ise sensitivitesi %17,95, spesifitesi %98,17, negatif prediktif değeri %90,96 hesaplandı. Tanı anında kırmızı skor varlığının pnömoni için sensitivitesi %17,14 bulunurken spesifitesi %97,89, negatif prediktif değeri %91,81 bulundu. Bizim çalışmamızda pnömoni tanısı konulan hasta sayısı çalışma popülasyonunun %3,5'i ($n=13$) olup, bu kadar az hasta ile yüksek sensitivite elde etmek olası değildir. Ancak çalışmada pnömoni olmayan hasta sayısı çok fazla olması sebebiyle elde edilen spesifite ve negatif prediktif değerleri NEWS puanlamasının pnömoni hastaları için anlamlı olabileceğini gösterir. Daha fazla sayıda pnömoni hastası içeren bir grupta çalışma tekrarlanırsa yüksek sensitivite ortaya çıkması muhtemeldir.

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastalarla almayan hastaların başvuru anında NEWS kategorileri düşük ve diğerleri olarak gruplandırıldığında; nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,05$). Başvuru anında nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hiçbir hastada yüksek NEWS kategorisi saptanmadı ($p: 0,068$). $NEWS \geq 7$ olmasının nonspesifik göğüs ağrısı için negatif prediktif değeri %96,24 hesaplandı. Başvuru anında kırmızı skor nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayanlarda daha sık görüldü ($p: 0,078$). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme oranı konulmayanlara göre daha fazlaydı ($p < 0,01$). Tanı anında nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hasta yüksek NEWS kategorisinde saptanmadı ($p < 0,05$). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayanlarda alanlara göre tanı anında kırmızı skor görülme sıklığı daha fazla bulundu ($p < 0,01$). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hastada 30

günlük takipte herhangi bir morbidite gelişmedi ($p < 0,001$). Acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda nonspesifik göğüs ağrısı tanısı koyabilmek için göğüs ağrısının diğer tüm tanılarını dışlamak gerekir. Herhangi bir vital bozukluğu olan hastalarda göğüs ağrısının altında muhtemel bir başka bir tanı mevcuttur. NEWS puanının vital değerlere bakan bir skor olması nedeniyle nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alanlarda düşük skor görülme sıklığının yüksek olması beklenir.

Çalışmamızda hastalara konulan tanıları ciddiyetine göre kritik, acil ve acil olmayan tanıları olarak sınıflandırdığımızda; başvuru anında düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı tanı ciddiyeti azaldıkça arttı ($p < 0,001$). Başvuru anında kırmızı skor görülme sıklığı ise tanı ciddiyeti arttıkça arttı ($p < 0,001$). 30 günlük takipte morbidite görülme oranlarının da tanı ciddiyeti ile arttığı görüldü ($p < 0,001$).

Hastaların aldığı tanılarından kritik ve acil tanıları birleştirilip acil tanıları olarak bir grup yapıldı. Acil tanıları ve diğerleri (acil olmayan tanıları) olarak başvuru NEWS kategorileri kıyaslandığında; acil olmayan tanıların başvuruda düşük kategori görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Acil tanıların ise acil olmayan tanıları göre başvuruda yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,01$) ve kırmızı skor ($p < 0,01$) görülme oranı daha fazla bulundu. Başvuru anında $NEWS \geq 7$ olmasının acil tanıları için sensitivitesi %80,0, spesifitesi %63,03 ve negatif prediktif değeri %99,12 saptandı. Başvuru anında kırmızı skor varlığının acil tanıları için sensitivitesi %70,37, spesifitesi %64,41 ve negatif prediktif değeri %96,48 bulundu.

Hastaların aldığı tanıları kritik ve diğerleri (acil tanı ve acil olmayan tanı) olarak iki gruba ayırıp kıyaslama yaptığımızda ise; başvuru anında acil tanı ve acil olmayan tanıları kritik tanıları göre düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Kritik tanıları başvuruda yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,001$) görülme oranı daha fazla bulundu. $NEWS \geq 7$ olmasının kritik tanı için negatif prediktif değeri %98,28 saptandı. Tanı anında bakılan NEWS kategorilerinde; kritik olmayan tanıları düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlayken ($p < 0,05$), kritik tanıları yüksek NEWS kategorisi ($p: 0,058$) ve kırmızı skor ($p < 0,01$) görülme sıklığı fazla bulundu. Tanı anında $NEWS \geq 7$ olmasının kritik tanı için negatif prediktif değeri %97,93 saptandı. Sonuçlardan da görüleceği gibi hastaların tanı ciddiyeti ile NEWS kategori ciddiyeti dağılım oranları paraleldi. Yüksek NEWS kategorisinin kritik tanıları için negatif prediktif değerleri yüksek saptandı ancak günümüz literatüründe böyle bir çalışma olmadığı için ve bizim çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun düşük NEWS kategorisi ve acil olmayan tanılarıdan oluşması nedeniyle daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmaya dahil olduğu acil servis başvurusunda yatış olan hastalarla olmayan hastaların başvuru NEWS kategorileri kıyaslandığında ise; yatış olmayan hastalarda yatış olanlara göre düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,001$). Başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,001$) görülme sıklığı ise yatış olan hastalarda daha yüksek bulundu. Tanı anında bakılan NEWS puanlarında da benzer şekilde yatış olan hastalarda yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p: 0,072$) görülme oranları yatış olmayanlara göre daha fazlaydı. Çalışmaya dahil olan 367 hastadan sadece 5 hastada ölüm meydana geldi. Bu hastaların başvuru anında %60,0'ı ($n=3$) düşük NEWS kategorisindeyken %40,0'ı ($n=2$) yüksek NEWS kategorisindeydi. Tanı anında ise ölüm meydana gelen hastaların hepsi düşük NEWS kategorisine sahipti. Gary B. Smith, D. Pryterch, P. Meredith ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada NEWS'in 24 saat içinde meydana gelen kardiyak arrest, beklenmedik yoğun bakım yatışı ve mortaliteyi ayırt etmede anlamlı sonuçlar verdiği görüldü (5). 2019 yılında Jussi Pirneskoski, Markku Kuisma ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastane öncesinde acil sağlık hizmetleri tarafından karşılanan hastalarda 24 saatlik mortalite incelenmiş olup mortaliteyi öngörmeye başarılı oldu (196). Bizim çalışmamızda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda başvuru ve tanı anındaki NEWS değerleri ile 48. Saat ve 30. gün içinde mortalite arasındaki ilişki incelendi. 48. saatte ölen hasta olmaması nedeniyle değerlendirme yapılamadı. 30 günde ölüm görülen 5 hasta koroner hastalık nedeniyle öldü. Ölüm gerçekleşen 5 hastanın 4'ü kritik hastalık tanısı aldı. Koroner hastalıklarda hipertansiyon önemli bir bulgu olmasına karşın NEWS kategorilerinde ≥ 220 mmHg üzeri hipertansiyon puan almaktadır. Çalışmamızda ölüm az görülmesi, hasta dağılımında acil olmayan hastalıkların çok görülmesi ve NEWS skoru düşük hastaların ağırlıkta olması nedeniyle mortalite verilerimiz güncel literatür ile uymamaktadır.

Çalışmaya dahil olan hastalardan başvuruda veya başvurudan sonraki 30 günlük takipte invaziv girişim gerçekleşen hastalarla gerçekleşmeyen hastaların başvuru NEWS kategorileri değerlendirildiğinde; invaziv girişim gerçekleşmeyen hastalarda düşük NEWS kategorisi ($p < 0,001$) görülme sıklığı daha fazlayken, invaziv girişim gerçekleşenlerde kırmızı skor ($p < 0,01$) görülme sıklığı fazlaydı. Tanı anında da benzer şekilde invaziv girişim gerçekleşen hastalarda gerçekleşmeyenlere göre kırmızı skor görülme oranı fazla saptandı ($p < 0,05$).

Acil servis başvurusu sırasında veya başvurudan sonraki 30 gün içinde MACE gelişen hastalarla gelişmeyen hastaların başvuru NEWS kategorileri kıyaslandığında; MACE gelişmeyen hastalarda düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı fazlayken ($p < 0,01$), MACE gelişen hastalarda başvuruda yüksek NEWS kategorisi ($p < 0,05$) ve kırmızı skor ($p < 0,01$)

görölme oranı fazlaydı. Başvuruda NEWS ≥ 7 olmasının sensitivitesi %60,00 spesifitesi %73,11 negatif olabilirlik oranı 0,55, pozitif olabilirlik oranı 2,23 ve negatif prediktif değeri %98,49 saptandı. Başvuru anında kırmızı skor varlığının MACE için sensitivitesi %51,85, spesifitesi %74,12, negatif olabilirlik oranı 0,65, pozitif olabilirlik oranı 2 ve negatif prediktif değeri %95,09 bulundu. Ana olumsuz kardiyovasküler olaylar olarak bilinen durumlar, hastaların hastaneye yatışı ve taburculuk sırasında hastaların miyokard infarktüsü (STEMI, NSTEMI), anstabil anjina pektoris, perkütan koroner girişim, bypass ve ölümden oluşan akut koroner sendrom hastalarının tedavilerinin ve taburculuklarının güvenliği ve etkinliğini değerlendiren son noktadır (197)(198). Akut koroner sendrom düşünülen hastalarda MACE riskini değerlendiren mevcut literatürlerde önerilen 3 tane skora sistemi mevcuttur; TIMI, GRACE, HEART. Literatüre baktığımızda yapılan çok sayıda çalışma akut koroner sendrom şüphesi olan hastalarda 30 günlük ve 1 yıllık sonuçları tahmin etmede TIMI skorunun faydalı olduğunu gösterdi (199)(200)(201)(202)(203)(204). 2000 yılında yayınlanan bu skorda randomizasyondan 14 gün sonra 0/1 puan % 4,7; 2 puan % 8,3; 3 puan % 13,2; 4 puan % 19,9; 5 puan % 26,2; ve 6/7 puan % 40,9 oranında MACE geliştiği görüldü (42). 2017 yılında Mostafa Alavi-Moghaddam, Saeed Safari ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada TIMI skorunun 30 günlük MACE tahmininde yüksek spesifiteye (%99,0) rağmen düşük sensitiviteye (%1,2-15) sahip olduğu gösterildi (205). 2013 yılında Maroon ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise tipik göğüs ağrısı olan ve TIMI skoru 0 hesaplanan hastalarda 30 günlük MACE olasılığının %1,0'dan az olduğu gösterildi (206). Hess ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada ise TIMI skoru %97,2 sensitiviteye sahipken %25,0 spesifiteye sahip, negatif olabilirlik oranı 1,1 bulundu ve düşük skoru olan hastaların taburcu edilmemesi gerektiği savunuldu (207). Akut koroner sendrom nedeniyle hastaneye yatan hastalarda çok uluslu yapılan gözlemsel bir çalışma sonucu GRACE skoru ortaya çıktı. GRACE skoru 8 bileşen içeren kullanımı zor bir skordur. GRACE skoru daha çok mortalite modeli olarak ortaya çıktı. < 109 puan: düşük risk hastane içi mortalite: <%1,0; 109-140 puan: orta risk hastane içi mortalite: %1,0-3,0; >140 puan: yüksek risk hastane içi mortalite: >%3,0 olarak belirlendi (43). 2018 yılında Kota Komiyama, Masato Nakamura ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada STEMI ve NSTEMI olan hastalarda GRACE skoru ile anlamlı bir korelasyon varken UAP olan hastalarda hastane içi mortalitede GRACE skoru anlamlı bulunmadı (208). Acil servis yoğunluğunda hangi hastaların erken taburcu olması gerektiği, hangi hastanın düşük riskli olduğunun tespiti çok önemlidir. 2017 yılında yayınlanan bir araştırmada acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda GRACE, HEART ve TIMI skorlarının MACE riskini öngörebilmesi ve düşük riskli hastayı ayırt edebilme yeteneğine bakıldı. %98,0 duyarlılıkla GRACE'in düşük riskli tanımladığı hastalarda %2,2 MACE kaçırıldı, HEART aynı aralıkta

%0,8 MACE kaçırmıştır, TIMI bu aralıkta düşük riskli hasta tespit etmedi; %95 hassasiyetle hesaplandığında ise GRACE skorunun düşük riskli saptadığı %3,6 hastada MACE gelişirken; HEART skorunun düşük riskli saptadığı hastalardan %2,0'ında MACE gelişti; TIMI skorunun ise düşük riskli saptadığı %3,2 hastada MACE gelişti. Ayrıca HEART skoru 3 skorun karşılaştırıldığı ROC eğrisinde MACE'yi tahmin etmede en yüksek ayırt etme yeteneğine sahip skordu. Sonuç olarak HEART skorunun MACE olmayan ve olanlar arasında en iyi ayrımı yaptığı ve en fazla hastayı (%40,5) güvenli bir şekilde düşük riskli olarak tanımladığı görüldü. Bu çalışmanın sonucunda acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda HEART skorunun kullanılması önerildi (37). HEART skoru ile ilgili B.E Backus, A.J. Six ve arkadaşları tarafından acil servise göğüs ağrısı semptomu ile başvuran hastalarda yapılan prospektif bir çalışmada HEART skoru 0-3 olan düşük riskli kabul edilen hastalardan (tüm hastaların %36,4'ü) %1,7'sinde MACE gelişirken, 4-6 puan alan orta riskli hastalardan (tüm hastaların %46,1'i) %16,6'sında MACE gelişti. 7-10 puan alan yüksek HEART puanına sahip grupta (tüm hastaların %17,5'i) ise %50,1'inde 6 haftalık süreçte MACE gelişimi görüldü. Bu çalışmada HEART skorunun MACE gelişimi için c istatistiği 0,83 saptanırken p değeri anlamlı kabul edildi (45). 2018 yılında yayınlanan 30 çalışmanın oluşturduğu bir meta-analizde HEART skoru ≥ 4 puan ise MACE gelişimi için %95 güven aralığında sensitivitesi %95,9, spesifitesi %44,6 saptandı. HEART skoru ≥ 7 olduğunda MACE gelişimi için %95 güven aralığında sensitivitesi %39,5, spesifitesi %95,0 saptandı. HEART skoru ≥ 4 için mortalite için sensitivitesi %95,0, miyokard infarktüsü için sensitivitesi %97,5 saptandı (%95 güven aralığında)(209). Jessica Laureano-Phillips, Richard D. Robinson ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizde düşük riskli (0-3 puan) HEART skoru saptanan hastanın %2,1'inde kısa vadeli (30 gün veya 6 hafta) MACE gelişti. Düşük riskli (0-3) HEART skoru olan hastalarda kısa dönem (30 gün veya 6 hafta) MACE gelişimi için %95 güven aralığında sensitivitesi %96,0, spesifitesi %42,0, pozitif prediktif değeri %19, negatif prediktif değeri %99, pozitif olabilirlik oranı 1,66, negatif olabilirlik oranı 0,09 saptandı (210). Bizim çalışmamızda sensitivitenin diğer skorlara göre daha düşük çıkmasının sebebi; NEWS sadece fizyolojik parametrelere bakan bir skordur. Göğüs ağrısı hastalarında NEWS ile birlikte, EKG ve troponini de içeren çalışmalar yapılırsa daha yüksek sensitivite değerleri elde edilmesi muhtemeldir.

Çalışmamızda başvuruda veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalardan STEMI tanısı konulanlarla konulmayanların başvuru NEWS kategorileri kıyaslandığında; STEMI tanısı olmayanlarda düşük NEWS kategorisi ($p < 0,05$) görülme sıklığı fazlayken, STEMI tanısı olanlarda kırmızı skor görülme sıklığı fazlaydı ($p < 0,05$). Çalışmamızda MACE olan hastaların

büyük çoğunluğu STEMI, NSTEMI olan ve PCI geçiren hastalardan oluşmaktaydı. NSTEMI olan ve PCI geçiren hastalarda vital bozukluk STEMI hastalarına göre daha az görülmektedir.

Acil servisten taburcu olduktan sonra 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda tanı anında kırmızı skor görülme oranı olmayanlara göre fazla saptandı (p: 0,061). Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda tanı anında düşük NEWS kategorisi görülme oranı daha fazlaydı (p: 0,094). Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olmayan hastalarda olan hastalara göre nonspesifik göğüs ağrısı tanısı daha fazla konuldu ve istatistiki olarak anlamlı fark mevcuttu (p <0,0001). Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğu düşük NEWS kategorisinde olup acil olmayan tanı sıklığı fazlaydı. Acil olmayan tanı konulan hastaların büyük çoğunluğunu da nonspesifik göğüs ağrısı hastaları oluşturmaktaydı. Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı altta yatabilecek tüm hastalıkları dışladıktan sonra konulan bir tanıdır ve bu nedenle bu hasta grubunda semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu daha az beklenir. Semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu olan hastalarda UAP ve pnömoni tanılarının görülme sıklığı daha fazlaydı (UAP p <0,05, pnömoni p <0,05). Pnömoni enfeksiyöz bir süreç olduğu için; bu hastalar kullandığı tedaviye yanıt alamama, enfeksiyonun progrese olması veya hasta anksiyetesi gibi durumlarla tekrarlayan göğüs ağrısı semptomu ile acil servise başvururlar. UAP hastalarında kararsız bir plağın oluşturduğu trombüs, lümen daralması ve vazokonstriksiyon vardır. Efor, ateş, anemi, hipertansiyon gibi proveke edici bir faktör ortaya çıkarsa bu hastalarda göğüs ağrısı semptomu ile tekrarlayan acil servis başvuruları görülür.

Pnömoni tanısı konulan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 9,02 saat saptanırken pnömoni tanısı olmayanların 7,26 saat saptandı (p <0,05). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastaların acil servis kalış süresinin medyan değeri 6,80 saat bulunurken, nonspesifik göğüs ağrısı tanısı almayan hastaların 7,73 saat bulundu (p <0,05). Pnömoni hastalarında verilen tedaviye yanıtı takip etme ve hastanın klinik kötüleşme olasılığını takip etme gibi faktörler nedeniyle acil servis kalış sürelerinde uzama meydana gelir.

Çalışmamızda başvurusunda veya takip eden 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre UAP tanısı görülme oranı fazla saptandı (p <0,01). Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı konulan hiçbir hastada başvuruda veya takip eden 30 gün içinde MACE görülmedi (p <0,001). UAP tanısı konulan hastalarda başvurusunda veya takip eden süreçte tekrarlayan göğüs ağrıları olması sebebiyle ve UAP tanısının klinik spektrumunun çok geniş olması nedeniyle MACE'lerden biri olan PCI yapılma oranı yüksektir.

Nefes darlığı olan hastalarda olmayanlara göre 30 gün içinde semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazla bulundu (p <0,01). Başvuruda

veya 30 gün içinde MACE gelişen hastalarda gelişmeyen hastalara göre semptom tekrarı veya tekrar hastane başvurusu görülme sıklığı daha fazla saptandı ($p < 0,01$). MACE'nin klinik spektrumu STEMI, NSTEMI, PCI gibi ciddi durumlardan oluşur ve bu durumlarda hastada tekrarlayan acil servis başvurusu görülmesi kaçınılmazdır.



6. SONUÇ

Takipne varlığı göğüs ağrısı semptomu ile gelen hastalarda; hastalığın ciddiyeti ile ilgili bize yol göstericidir. Hastalarda oksijen desteğine ihtiyaç duyulması tanı ciddiyeti ve yatış endikasyonu için yol göstericidir.

Pnömoni hastalarında başvuru anında düşük NEWS kategorisinin spesifitesi %97,31, negatif prediktif değeri %92,09 ve tanı anında düşük NEWS kategorisinin spesifitesi %98,17, negatif prediktif değeri %90,96; tanı anında kırmızı skor varlığının spesifitesi %97,89, negatif prediktif değeri %91,81 ve tanı anında yüksek NEWS kategorisinin spesifitesi %96,91, negatif prediktif değeri %97,46 olması nedeniyle pnömoni hastalarında NEWS skoru dışlama aracı olarak kullanılabilir.

Nonspesifik göğüs ağrısı tanısı alan hastalar başvuru anında genellikle düşük NEWS kategorisinde ve kırmızı skor saptanmayan hastalar olup, yüksek NEWS kategorisi ve kırmızı skor varlığında tanıyı gözden geçirmek gerekir. Başvuru anında yüksek NEWS kategorisinin nonspesifik göğüs ağrısı için negatif prediktif değeri %96,24 ve kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %90,98 olması nedeniyle dışlama aracı olarak kullanılabilir.

Başvuru anında tanı ciddiyeti azaldıkça düşük NEWS kategorisi görülme sıklığı artar. Kırmızı skor ve yüksek NEWS kategorisi olan hastalarda acil tanımlar mutlaka akla gelmelidir. Başvuru anında düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %95,59, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %99,12 ve kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %96,48 olması nedeniyle dışlama aracı olarak kullanılabilir.

Kritik tanımlar için; başvuru anında düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %94,48, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,28 ve kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %95,52 ve tanı anında düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %91,38, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %97,93 ve kırmızı skor varlığının %92,76 olması nedeniyle NEWS kritik tanımlarda dışlama aracı olarak kullanılabilir.

Hastalarda başvuru anında yüksek NEWS kategorisi ve kırmızı skor görülmesi arttıkça yatış ihtimali artar. Yatış için başvuru anında düşük NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %95,22, yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,53 ve kırmızı skorun negatif prediktif değeri %95,96; tanı anında yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,16 olması nedeniyle dışlama aracı olarak kullanılabilir.

İnvaziv girişim geçiren hastalarda başvuruda kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %95,15, tanıda kırmızı skor varlığının negatif prediktif değeri %92,54 ve tanı anında

yüksek NEWS kategorisinin negatif prediktif değeri %98,13 olması nedeniyle invaziv girişim için dışlamada kullanılabilir.

Hastalarda başvuruda NEWS kategorisi arttıkça MACE gelişme ihtimali artar. Kırmızı skor varlığı MACE açısından önemlidir. Başvuruda $NEWS \geq 7$ olmasının sensitivitesi %60,00 spesifitesi %73,11, negatif prediktif değeri %98,49; başvuru anında kırmızı skor varlığının MACE için sensitivitesi %51,85, spesifitesi %74,12, negatif prediktif değeri %95,09 olarak bulunması sebebiyle dışlama aracı olarak kullanılabilir. NEWS ile birlikte troponin ve EKG gibi değişkenlerin birlikte kullanımı ile çalışmalar yapılırsa; NEWS'in MACE tanısında sensitivitesinin artacağı ve hem dışlama hem de tanıda kullanılacağı açıktır.



7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızın birtakım kısıtlılıkları mevcuttur. Acil servis başvurusunda NEWS hesaplanıp tanı konulan ve yatışı, sevki gerçekleştirilen hastaların nihai sonuçları elde edilirken; taburcu edilen hastaların nihai sonuçlarında hastaların kişisel bilgilerinin eksik veya hatalı olmasından dolayı veri kayıpları meydana geldi. Bu hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmamızda düşük NEWS kategorisi olan hasta sayısının çok fazla olması nedeniyle kategori dağılımlarında hasta sayıları dağılımı benzer olmadı. Bu nedenle gruplamalara ihtiyaç duyuldu.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı, tek merkezli olmasıdır.



8. KAYNAKÇA

1. Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice E-Book - Ron Walls, Robert Hockberger, Marianne Gausche-Hill - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2020 May 14]. Available from:
https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=OANODgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=rosens+emergency+medicine+ninth+edition+reference&ots=Wxw2HKs2uP&sig=TkgdRKSCLo12f-BDrp9r1JS5DMk&redir_esc=y#v=onepage&q=rosens emergency medicine ninth edition reference&f=false
2. Johnson K, Ghassemzadeh S. Chest Pain. 2019 Mar 13;
3. Langlo NMF, Orvik AB, Dale J, Uleberg O, Bjørnsen LP. The acute sick and injured patients: An overview of the emergency department patient population at a norwegian university hospital emergency department. *Eur J Emerg Med.* 2014;21(3):175–80.
4. Navarro A, Hoz JC de la, Ortiz C, Isaza D, Botero A, Alarcón F, et al. Heart, timi, and grace scores for prediction of 30-day major adverse cardiovascular events in the era of high-sensitivity troponin. *Arq Bras Cardiol.* 2020 May 1;114(5):795–802.
5. Smith GB, Prytherch DR, Meredith P, Schmidt PE, Featherstone PI. The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation.* 2013 Apr 1;84(4):465–70.
6. DeLaney MC, Neth M, Thomas JJ. Chest pain triage: Current trends in the emergency departments in the United States. 24.
7. Nascimento BR, Brant LCC, Marino BCA, Passaglia LG, Ribeiro ALP. Implementing myocardial infarction systems of care in low/middle-income countries. Vol. 105, *Heart.* BMJ Publishing Group; 2019. p. 20–6.
8. Barberi C, van den Hondel KE. The use of cardiac troponin T (cTnT) in the postmortem diagnosis of acute myocardial infarction and sudden cardiac death: A systematic review. Vol. 292, *Forensic Science International.* Elsevier Ireland Ltd; 2018. p. 27–38.
9. Alaour B, Liew F, Kaier TE. Cardiac Troponin - diagnostic problems and impact on cardiovascular disease. Vol. 50, *Annals of Medicine.* Taylor and Francis Ltd; 2018. p. 655–65.
10. Mechanic OJ, Grossman SA. Myocardial Infarction, Acute. *StatPearls.* StatPearls Publishing; 2018.
11. Scheen AJ. From atherosclerosis to atherothrombosis: From a silent chronic pathology

- to an acute critical event. *Rev Med Liege*. 2018;73(5–6):224–8.
12. Massberg S, Polzin A. Update ESC-Guideline 2017: Dual Antiplatelet Therapy. *Dtsch Medizinische Wochenschrift*. 2018 Aug 1;143(15):1090–3.
 13. Thygesen K, Alpert JS, authors Kristian Thygesen C, White HD, Lane Cardiovascular Service G. Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Eur Heart J* [Internet]. 2019 [cited 2020 May 18];40:237–69. Available from: www.escardio.org/guidelines
 14. James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, P Caforio AL, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) Authors/Task Force Members: Borja Ibanez* (Chairperson) (. [cited 2020 May 18]; Available from: www.escardio.org/guidelines
 15. Eugenmed T, Clinical C, Group S, Regitz-Zagrosek V, Oertelt-Prigione S, Prescott E, et al. CURRENT OPINION Disease management Gender in cardiovascular diseases: impact on clinical manifestations, management, and outcomes. [cited 2020 May 19]; Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/37/1/24/2398374>
 16. Vicent L, Velásquez-Rodríguez J, Valero-Masa MJ, Díez-Delhoyo F, González-Saldivar H, Bruña V, et al. Predictors of high Killip class after ST segment elevation myocardial infarction in the era of primary reperfusion. *Int J Cardiol*. 2017 Dec 1;248:46–50.
 17. De Torbal A, Boersma E, Kors JA, Van Herpen G, Deckers JW, Van Der Kuip DAM, et al. Clinical research Prevention and epidemiology Incidence of recognized and unrecognized myocardial infarction in men and women aged 55 and older: the Rotterdam Study. [cited 2020 May 19]; Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/27/6/729/2887146>
 18. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Third universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2012 Oct 16;60(16):1581–98.
 19. Rokos IC, Farkouh ME, Reiffel J, Dressler O, Mehran R, Stone GW. Correlation between index electrocardiographic patterns and pre-intervention angiographic findings: Insights from the HORIZONS-AMI trial. *Catheter Cardiovasc Interv* [Internet]. 2012 Jun 1 [cited 2020 May 20];79(7):1092–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/ccd.23262>
 20. Sgarbossa EB, Pinski SL, Gates KB, Wagner GS. Early electrocardiographic diagnosis

- of acute myocardial infarction in the presence of ventricular paced rhythm. *Am J Cardiol*. 1996 Feb 15;77(5):423–4.
21. Zimetbaum PJ, Krishnan S, Gold A, Carrozza JP, Josephson ME. Usefulness of ST-Segment Elevation in Lead III Exceeding That of Lead II for Identifying the Location of the Totally Occluded Coronary Artery in Inferior Wall Myocardial Infarction. *Am J Cardiol* [Internet]. 1998 Apr 1 [cited 2020 May 21];81(7):918–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002914998000137>
 22. Bairey CN, Shah PK, Lew AS, Hulse S. Electrocardiographic differentiation of occlusion of the left circumflex versus the right coronary artery as a cause of inferior acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 1987 Sep 1;60(7):456–9.
 23. Lopez-Sendon J, Coma-Canella I, Alcasena S, Seoane J, Gamallo C. Electrocardiographic findings in acute right ventricular infarction: Sensitivity and specificity of electrocardiographic alterations in right precordial leads V4R, V3R, V1, V2 and V3. *J Am Coll Cardiol*. 1985 Dec 1;6(6):1273–9.
 24. Engelen DJ, Gorgels AP, Cheriex EC, De Muinck ED, Oude Ophuis AJ, Dassen WR, et al. Value of the electrocardiogram in localizing the occlusion site in the left anterior descending coronary artery in acute anterior myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1999 Aug 1;34(2):389–95.
 25. Tamura A, Kataoka H, Mikuriya Y, Nasu M. Inferior ST segment depression as a useful marker for identifying proximal left anterior descending artery occlusion during acute anterior myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1995;16(12):1795–9.
 26. Zimetbaum PJ, Josephson ME. Use of the Electrocardiogram in Acute Myocardial Infarction. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 Mar 6 [cited 2020 May 21];348(10):933–40. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMra022700>
 27. Zijlstra F, Hoorntje JCA, De Boer MJ, Reiffers S, Miedema K, Ottervanger JP, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1999 Nov 4;341(19):1413–9.
 28. Boersma E, Akkerhuis M, Simoons ML. Primary angioplasty versus thrombolysis for acute myocardial infarction. *N Engl J Med* [Internet]. 2000 Mar 23 [cited 2020 May 21];342(12):890–1; author reply 891-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10733372>
 29. Danchin N, Coste P, Ferrières J, Steg PG, Cottin Y, Blanchard D, et al. Comparison of thrombolysis followed by broad use of percutaneous coronary intervention with primary percutaneous coronary intervention for ST-segment-elevation acute myocardial infarction: Data from the French registry on acute ST-elevation myocardial

- infarction (FAST-MI). *Circulation*. 2008 Jul 15;118(3):268–76.
30. Nallamothu BK, Wang Y, Magid DJ, McNamara RL, Herrin J, Bradley EH, et al. Relation between hospital specialization with primary percutaneous coronary intervention and clinical outcomes in ST-segment elevation myocardial infarction: National Registry of Myocardial Infarction-4 analysis. *Circulation* [Internet]. 2006 Jan 17 [cited 2020 May 21];113(2):222–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16401769>
 31. Pinto DS, Kirtane AJ, Nallamothu BK, Murphy SA, Cohen DJ, Laham RJ, et al. Hospital delays in reperfusion for ST-elevation myocardial infarction: Implications when selecting a reperfusion strategy. *Circulation*. 2006 Nov;114(19):2019–25.
 32. Hobl EL, Stimpfl T, Ebner J, Schoergenhofer C, Derhaschnig U, Sunder-Plassmann R, et al. Morphine decreases clopidogrel concentrations and effects: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2014 Feb 25;63(7):630–5.
 33. Stub D, Smith K, Bernard S, Nehme Z, Stephenson M, Bray JE, et al. Air versus oxygen in ST-segment-elevation myocardial infarction. *Circulation* [Internet]. 2015 Jun 16 [cited 2020 May 21];131(24):2143–50. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014494>
 34. Braunwald E, Morrow DA. Unstable angina is it time for a requiem? Vol. 127, *Circulation*. *Circulation*; 2013. p. 2452–6.
 35. Kamińska J, Koper OM, Siedlecka-Czykier E, Matowicka-Karna J, Bychowski J, Kemonia H. The utility of inflammation and platelet biomarkers in patients with acute coronary syndromes. *Saudi J Biol Sci*. 2018 Nov 1;25(7):1263–71.
 36. Rupprecht HJ, Geeren M, Geeren M, Weilemann S, Schuster HP. Acute coronary syndrome without ST-elevation (NSTEMI-ACS). *Herz*. 2019 Feb 1;44(1):10–5.
 37. Poldervaart JM, Langedijk M, Backus BE, Dekker IMC, Six AJ, Doevendans PA, et al. Comparison of the GRACE, HEART and TIMI score to predict major adverse cardiac events in chest pain patients at the emergency department. *Int J Cardiol*. 2017 Jan 15;227:656–61.
 38. Hall M, Bebb OJ, Dondo TB, Yan AT, Goodman SG, Bueno H, et al. Guideline-indicated treatments and diagnostics, GRACE risk score, and survival for non-ST elevation myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2018;
 39. Rao SS, Agasthi P. Thrombolysis In Myocardial Infarction (TIMI) Risk Score [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 Jun 3]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32310529>
 40. Dai S, Huang B, Zou Y, Guo J, Liu Z, Pi D, et al. The HEART score is useful to

- predict cardiovascular risks and reduces unnecessary cardiac imaging in low-risk patients with acute chest pain. Med (United States). 2018;
41. Collet J-P, Thiele H, Barbato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. Eur Heart J [Internet]. 2020 Aug 29 [cited 2020 Oct 31]; Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaa575/5898842>
 42. Antman EM, Cohen M, Bernink PJLM, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, et al. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. J Am Med Assoc. 2000 Aug 16;284(7):835–42.
 43. Granger CB, Goldberg RJ, Dabbous O, Pieper KS, Eagle KA, Cannon CP, et al. Predictors of Hospital Mortality in the Global Registry of Acute Coronary Events. Arch Intern Med. 2003 Oct 27;163(19):2345–53.
 44. Van Den Berg P, Body R. The HEART score for early rule out of acute coronary syndromes in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. Eur Hear journal Acute Cardiovasc care. 2018 Mar 1;7(2):111–9.
 45. Backus BE, Six AJ, Kelder JC, Bosschaert MAR, Mast EG, Mosterd A, et al. A prospective validation of the HEART score for chest pain patients at the emergency department. Int J Cardiol. 2013 Oct 3;168(3):2153–8.
 46. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-st-elevation acute coronary syndromes: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. Vol. 130, Circulation. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. e344–426.
 47. Abrams J. Chronic Stable Angina. N Engl J Med [Internet]. 2005 Jun 16 [cited 2020 May 25];352(24):2524–33. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMc042317>
 48. Pearson TA, McBride PE, Miller NH, Smith SC, Fair JM, Fortmann SP, et al. 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. J Am Coll Cardiol [Internet]. 1996 Apr [cited 2020 May 26];27(5):1039–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8609319>
 49. Califf RM, Mark DB, Harrell FE, Hlatky MA, Lee KL, Rosati RA, et al. Importance of clinical measures of ischemia in the prognosis of patients with documented coronary

- artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 1988;11(1):20–6.
50. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease | European Heart Journal | Oxford Academic [Internet]. [cited 2020 May 26]. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/38/2949/442952>
 51. Gawinecka J, Schönrath F, von Eckardstein A. Acute aortic dissection: pathogenesis, risk factors and diagnosis. Vol. 147, *Swiss medical weekly*. EMH Media; 2017. p. w14489.
 52. White A, Broder J, Mando-Vandrick J, Wendell J, Crowe J. Acute aortic emergencies - Part 2 aortic dissections. *Adv Emerg Nurs J*. 2013 Jan;35(1):28–52.
 53. Vilacosta I, Aragoncillo P, Cañadas V, San Román JA, Ferreirós J, Rodríguez E. Acute aortic syndrome: A new look at an old conundrum. Vol. 86, *Postgraduate Medical Journal*. The Fellowship of Postgraduate Medicine; 2010. p. 52–61.
 54. Clouse WD, Hallett JW, Schaff HV., Spittell PC, Rowland CM, Ilstrup DM, et al. Acute Aortic Dissection: Population-Based Incidence Compared with Degenerative Aortic Aneurysm Rupture. *Mayo Clin Proc*. 2004;79(2):176–80.
 55. Januzzi JL, Isselbacher EM, Fattori R, Cooper JV., Smith DE, Fang J, et al. Characterizing the young patient with aortic dissection: Results from the international registry of aortic dissection (IRAD). *J Am Coll Cardiol*. 2004 Feb 18;43(4):665–9.
 56. Landenhed M, Engström G, Gottsäter A, Caulfield MP, Hedblad B, Newton-Cheh C, et al. Risk profiles for aortic dissection and ruptured or surgically treated aneurysms: a prospective cohort study. *J Am Heart Assoc*. 2015 Jan 21;4(1):e001513.
 57. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *J Am Med Assoc*. 2000 Feb 16;283(7):897–903.
 58. Howard DPJ, Banerjee A, Fairhead JF, Perkins J, Silver LE, Rothwell PM. Population-based study of incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year results from the oxford vascular study. *Circulation*. 2013 May 21;127(20):2031–7.
 59. Elefteriades JA. Natural history of thoracic aortic aneurysms: Indications for surgery, and surgical versus nonsurgical risks. In: *Annals of Thoracic Surgery*. Ann Thorac Surg; 2002.
 60. Pape LA, Tsai TT, Isselbacher EM, Oh JK, O’Gara PT, Evangelista A, et al. Aortic diameter ≥ 5.5 cm is not a good predictor of type A aortic dissection: Observations from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2007 Sep;116(10):1120–7.

61. Nuenninghoff DM, Hunder GG, Christianson TJH, McClelland RL, Matteson EL. Incidence and Predictors of Large-Artery Complication (Aortic Aneurysm, Aortic Dissection, and/or Large-Artery Stenosis) in Patients with Giant Cell Arteritis: A Population-Based Study over 50 Years. *Arthritis Rheum.* 2003 Dec;48(12):3522–31.
62. Gonzalez-Gay MA, Garcia-Porrúa C, Piñeiro A, Pego-Reigosa R, Llorca J, Hunder GG. Aortic aneurysm and dissection in patients with biopsy-proven giant cell arteritis from northwestern Spain: A population-based study. *Medicine (Baltimore).* 2004 Nov;83(6):335–41.
63. Homme JL, Aubry MC, Edwards WD, Bagniewski SM, Shane Pankratz V, Kral CA, et al. Surgical pathology of the ascending aorta: A clinicopathologic study of 513 cases. *Am J Surg Pathol.* 2006 Sep;30(9):1159–68.
64. Hoffman JIE, Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. Vol. 39, *Journal of the American College of Cardiology.* J Am Coll Cardiol; 2002. p. 1890–900.
65. EL M, ND M. Echocardiography in the Emergency Assessment of Acute Aortic Syndromes. *Eur J Echocardiogr.* 2009;10(1).
66. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Di Bartolomeo R, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. *Eur Heart J.* 2014;35(41):2873–926.
67. Shiga T, Wajima Z, Inoue T, Ogawa R. Survey of observer variation in transesophageal echocardiography: Comparison of anesthesiology and cardiology literature. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2003;17(4):430–42.
68. Harris KM, Strauss CE, Eagle KA, Hirsch AT, Isselbacher EM, Tsai TT, et al. Correlates of delayed recognition and treatment of acute type a aortic dissection: The international registry of acute aortic dissection (IRAD). *Circulation.* 2011 Nov 1;124(18):1911–8.
69. Shiga T, Wajima Z, Apfel CC, Inoue T, Ohe Y. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: Systematic review and meta-analysis. Vol. 166, *Archives of Internal Medicine.* Arch Intern Med; 2006. p. 1350–6.
70. Tsai TT, Nienaber CA, Eagle KA. Acute aortic syndromes. Vol. 112, *Circulation.* Circulation; 2005. p. 3802–13.
71. Erbel R, Alfonso F, Boileau C, Dirsch O, Eber B, Haverich A, et al. Diagnosis and management of aortic dissection: Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. Vol. 22, *European Heart Journal.* Eur

- Heart J; 2001. p. 1642–81.
72. Trimarchi S, Eagle KA, Nienaber CA, Pyeritz RE, Jonker FHW, Suzuki T, et al. Importance of refractory pain and hypertension in acute type B aortic dissection: Insights from the International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD). *Circulation*. 2010 Sep 28;122(13):1283–9.
 73. Januzzi JL, Movsowitz HD, Choi J, Abernethy WB, Isselbacher EM. Significance of recurrent pain in acute type B aortic dissection. *Am J Cardiol*. 2001 Apr 1;87(7):930–3.
 74. Chan KK, Lai P, Wright JM. First-line beta-blockers versus other antihypertensive medications for chronic type B aortic dissection. Vol. 2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2014.
 75. Spodick DH. Acute cardiac tamponade. Vol. 349, *New England Journal of Medicine*. N Engl J Med; 2003. p. 684–90.
 76. Troughton RW, Asher CR, Klein AL. Pericarditis. In: *Lancet*. Lancet; 2004. p. 717–27.
 77. Reddy PS, Curtiss EI, O'Toole JD, Shaver JA. Cardiac tamponade: Hemodynamic observations in man. *Circulation*. 1978;58(2):265–72.
 78. Aoyagi S, Kosuga T, Wada K, Nata S ichi, Yasunaga H. Pericardial injury from chest compression: A case report of incidental release of cardiac tamponade. *J Intensive Care*. 2018 Aug 28;6(1).
 79. Honasoge AP, Dubbs SB. Rapid Fire: Pericardial Effusion and Tamponade. Vol. 36, *Emergency Medicine Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2018. p. 557–65.
 80. Stashko E, Meer JM. Cardiac Tamponade. 2019 Dec 5;
 81. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. *Eur Heart J*. 2015;36(42):2921–64.
 82. Chetrit M, Lipes J, Mardigyan V. A Practical Approach to Pericardiocentesis With Periprocedural Use of Ultrasound Training Initiative. *Can J Cardiol*. 2018 Sep 1;34(9):1229–32.
 83. Adegbala O, Olagoke O, Adejumo A, Akintoye E, Oluwole A, Alebna P, et al. Incidence and outcomes of cardiac tamponade in patients undergoing cardiac resynchronization therapy. *Int J Cardiol*. 2018 Dec 1;272:137–41.
 84. Kytö V, Sipilä J, Rautava P. Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis. *Circulation*. 2014;130(18):1601–6.
 85. Lewinter MM. Acute pericarditis. *N Engl J Med*. 2014 Dec 18;371(25):2410–6.
 86. Imazio M, Gaita F. Diagnosis and treatment of pericarditis. *Heart*. 2015 Jul 1;101(14):1159–68.

87. Imazio M. Contemporary management of pericardial diseases. Vol. 27, Current Opinion in Cardiology. Curr Opin Cardiol; 2012. p. 308–17.
88. Spodick DH. Acute Pericarditis: Current Concepts and Practice. Vol. 289, Journal of the American Medical Association. JAMA; 2003. p. 1150–3.
89. Dababneh E, Siddique MS. Pericarditis. 2019 Apr 9;
90. Rossello X, Wiegerinck RF, Alguersuari J, Bardají A, Worner F, Sutil M, et al. New electrocardiographic criteria to differentiate acute pericarditis and myocardial infarction. Am J Med. 2014 Mar;127(3):233–9.
91. Imazio M, Cecchi E, Demichelis B, Ierna S, Demarie D, Ghisio A, et al. Indicators of poor prognosis of acute pericarditis. Circulation. 2007 May;115(21):2739–44.
92. Lilly LS. Treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis. Circulation. 2013 Apr 23;127(16):1723–6.
93. Imazio M, Brucato A, Mayosi BM, Derosa FG, Lestuzzi C, Macor A, et al. Medical therapy of pericardial diseases. J Cardiovasc Med [Internet]. 2010 Oct [cited 2020 May 25];11(10):712–22. Available from: <http://journals.lww.com/01244665-201010000-00002>
94. Takeuchi S, Kawada J ichi, Okuno Y, Horiba K, Suzuki T, Torii Y, et al. Identification of potential pathogenic viruses in patients with acute myocarditis using next-generation sequencing. J Med Virol. 2018 Dec 1;90(12):1814–21.
95. Caforio ALP, Pankuweit S, Arbustini E, Basso C, Gimeno-Blanes J, Felix SB, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: A position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2013;34(33):2636–48.
96. Shakuntala P, Sumitra V. Acute myocarditis. Indian J Pract Pediatr. 2008 Apr 21;10(2):65–73.
97. Kindermann I, Barth C, Mahfoud F, Ukena C, Lenski M, Yilmaz A, et al. Update on myocarditis. Vol. 59, Journal of the American College of Cardiology. Elsevier USA; 2012. p. 779–92.
98. Leone O, Veinot JP, Angelini A, Baandrup UT, Basso C, Berry G, et al. 2011 Consensus statement on endomyocardial biopsy from the Association for European Cardiovascular Pathology and the Society for Cardiovascular Pathology. Cardiovasc Pathol. 2012 Jul;21(4):245–74.
99. Wendelboe AM, Raskob GE. Global Burden of Thrombosis: Epidemiologic Aspects. Circ Res. 2016 Apr 29;118(9):1340–7.
100. Keller K, Hobohm L, Ebner M, Kresoja KP, Münzel T, Konstantinides S V., et al.

- Trends in thrombolytic treatment and outcomes of acute pulmonary embolism in Germany. *Eur Heart J*. 2020;41(4):522–9.
101. Rogers MAM, Levine DA, Blumberg N, Flanders SA, Chopra V, Langa KM. Triggers of hospitalization for venous thromboembolism. *Circulation*. 2012 May 1;125(17):2092–9.
 102. Anderson FA, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. Vol. 107, *Circulation*. *Circulation*; 2003.
 103. Konstantinides S V., Meyer G, Bueno H, Galié N, Gibbs JSR, Agno W, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European respiratory society (ERS). *Eur Heart J*. 2020;41(4):543–603.
 104. McIntyre KM, Sasahara AA. The hemodynamic response to pulmonary embolism in patients without prior cardiopulmonary disease. *Am J Cardiol*. 1971;28(3):288–94.
 105. Smulders YM. Pathophysiology and treatment of haemodynamic instability in acute pulmonary embolism: The pivotal role of pulmonary vasoconstriction. Vol. 48, *Cardiovascular Research*. *Cardiovasc Res*; 2000. p. 23–33.
 106. Marcus JT, Gan CTJ, Zwanenburg JJM, Boonstra A, Allaart CP, Götte MJW, et al. Interventricular Mechanical Asynchrony in Pulmonary Arterial Hypertension. Left-to-Right Delay in Peak Shortening Is Related to Right Ventricular Overload and Left Ventricular Underfilling. *J Am Coll Cardiol*. 2008 Feb 19;51(7):750–7.
 107. Mauritz GJ, Marcus JT, Westerhof N, Postmus PE, Vonk-Noordegraaf A. Prolonged right ventricular post-systolic isovolumic period in pulmonary arterial hypertension is not a reflection of diastolic dysfunction. *Heart*. 2011 Mar;97(6):473–8.
 108. Pollack C V., Schreiber D, Goldhaber SZ, Slattery D, Fanikos J, O’Neil BJ, et al. Clinical characteristics, management, and outcomes of patients diagnosed with acute pulmonary embolism in the emergency department: Initial report of EMPEROR (multicenter emergency medicine pulmonary embolism in the real world registry). *J Am Coll Cardiol*. 2011 Feb 8;57(6):700–6.
 109. Prandoni P, Lensing AWA, Prins MH, Ciammaichella M, Perlati M, Mumoli N, et al. Prevalence of Pulmonary Embolism among Patients Hospitalized for Syncope. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Oct 20 [cited 2020 May 26];375(16):1524–31. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1602172>
 110. Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Ginsberg JS, Kearon C, Gent M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism: Increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost*. 2000

Dec 14;83(3):416–20.

111. Ceriani E, Combescure C, Le gal G, Nendaz M, Perneger T, Bounameaux H, et al. Clinical prediction rules for pulmonary embolism: A systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2010;8(5):957–70.
112. Douma RA, Gibson NS, Gerdes VEA, Büller HR, Wells PS, Perrier A, et al. Validity and clinical utility of the simplified Wells rule for assessing clinical probability for the exclusion of pulmonary embolism. *Thromb Haemost* [Internet]. 2009 Jan 23 [cited 2020 May 26];101(1):197–200. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1160/TH08-07-0444>
113. Klok FA, Mos ICM, Nijkeuter M, Righini M, Perrier A, Le Gal G, et al. Simplification of the revised Geneva score for assessing clinical probability of pulmonary embolism. *Arch Intern Med*. 2008 Oct 27;168(19):2131–6.
114. Le Gal G, Righini M, Roy PM, Sanchez O, Aujesky D, Bounameaux H, et al. Prediction of pulmonary embolism in the emergency department: The revised geneva score. *Ann Intern Med*. 2006 Feb 7;144(3):165–71.
115. Carrier M, Righini M, Djurabi RK, Huisman M V., Perrier A, Wells PS, et al. VIDAS D-dimer in combination with clinical pre-test probability to rule out pulmonary embolism: A systematic review of management outcome studies. *Thromb Haemost* [Internet]. 2009 May 24 [cited 2020 May 26];101(5):886–92. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1160/TH-08-10-0689>
116. Carrier M, Righini M, Wells PS, Perrier A, Anderson DR, Rodger MA, et al. Subsegmental pulmonary embolism diagnosed by computed tomography: Incidence and clinical implications. A systematic review and meta-analysis of the management outcome studies. *J Thromb Haemost*. 2010 Aug;8(8):1716–22.
117. Patel S, Kazerooni EA, Cascade PN. Pulmonary embolism: Optimization of small pulmonary artery visualization at multi-detector row CT. *Radiology*. 2003 May 1;227(2):455–60.
118. Stein PD, Fowler SE, Goodman LR, Gottschalk A, Hales CA, Hull RD, et al. Multidetector computed tomography for acute pulmonary embolism. *N Engl J Med*. 2006 Jun 1;354(22):2317–27.
119. Reid JH, Coche EE, Inoue T, Kim EE, Dondi M, Watanabe N, et al. Is the lung scan alive and well? Facts and controversies in defining the role of lung scintigraphy for the diagnosis of pulmonary embolism in the era of MDCT. Vol. 36, *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. Eur J Nucl Med Mol Imaging; 2009. p. 505–21.

120. Sostman HD, Stein PD, Gottschalk A, Matta F, Hull R, Goodman L. Acute pulmonary embolism: Sensitivity and specificity of ventilation-perfusion scintigraphy in PIOPED II study. *Radiology*. 2008 Mar;246(3):941–6.
121. Qanadli SD, El Hajjam M, Mesurolle B, Barre O, Bruckert F, Joseph T, et al. Pulmonary embolism detection: Prospective evaluation of dual-section helical CT versus selective pulmonary arteriography in 157 patients. *Radiology*. 2000;217(2):447–55.
122. Stein PD, Henry JW, Gottschalk A. Reassessment of pulmonary angiography for the diagnosis of pulmonary embolism: Relation of interpreter agreement to the order of the involved pulmonary arterial branch. *Radiology*. 1999;210(3):689–91.
123. Kurnicka K, Lichodziejewska B, Goliszek S, Dzikowska-Diduch O, Zdończyk O, Kozłowska M, et al. Echocardiographic Pattern of Acute Pulmonary Embolism: Analysis of 511 Consecutive Patients. *J Am Soc Echocardiogr*. 2016 Sep 1;29(9):907–13.
124. Kurzyna M, Torbicki A, Pruszczyk P, Burakowska B, Fijałkowska A, Kober J, et al. Disturbed right ventricular ejection pattern as a new Doppler echocardiographic sign of acute pulmonary embolism. *Am J Cardiol*. 2002 Sep 1;90(5):507–11.
125. Dresden S, Mitchell P, Rahimi L, Leo M, Rubin-Smith J, Bibi S, et al. Right ventricular dilatation on bedside echocardiography performed by emergency Physicians aids in the diagnosis of pulmonary embolism. In: *Annals of Emergency Medicine*. Ann Emerg Med; 2014. p. 16–24.
126. Swierzy M, Helmig M, Ismail M, Rückert J, Walles T, Neudecker J. Pneumothorax. Vol. 139, *Zentralblatt für Chirurgie*. Zentralbl Chir; 2014.
127. Papagiannis A, Lazaridis G, Zarogoulidis K, Papaiwannou A, Karavergou A, Lampaki S, et al. Pneumothorax: An up to date “introduction.” *Ann Transl Med*. 2015 Mar 1;3(4).
128. Sajadi-Ernazarova KR, Martin J, Gupta N. Acute Pneumothorax Evaluation and Treatment [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2019 [cited 2020 May 27]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30855900>
129. Baumann MH. Management of Spontaneous Pneumothorax. Vol. 27, *Clinics in Chest Medicine*. Clin Chest Med; 2006. p. 369–81.
130. Huang Y, Huang H, Li Q, Browning RF, Parrish S, Turner JF, et al. Approach of the treatment for pneumothorax. *J Thorac Dis*. 2014;6(Suppl 4):S416-20.
131. Zehtabchi S, Rios CL. Management of Emergency Department Patients With Primary Spontaneous Pneumothorax: Needle Aspiration or Tube Thoracostomy? *Ann Emerg*

- Med. 2008;51(1).
132. Pfuntner A, Wier LM, Stocks C. Most Frequent Conditions in U.S. Hospitals, 2010: Statistical Brief #148 [Internet]. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. 2006 [cited 2020 May 28]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23534077>
 133. Ramirez JA, Wiemken TL, Peyrani P, Arnold FW, Kelley R, Mattingly WA, et al. Adults Hospitalized with Pneumonia in the United States: Incidence, Epidemiology, and Mortality. *Clin Infect Dis*. 2017;
 134. Almirall J, Boló Àbar I, Balanzo X, Gonza CA. Risk factors for community-acquired pneumonia in adults: a population-based case-control study [Internet]. *Eur Respiratory Soc*. [cited 2020 May 28]. Available from: <https://erj.ersjournals.com/content/13/2/349.short>
 135. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Clin Infect Dis*. 2007 Mar 1;44(Supplement_2):S27–72.
 136. Aliberti S, Kaye KS. The changing microbiologic epidemiology of community-acquired pneumonia. Vol. 125, *Postgraduate medicine*. Postgrad Med; 2013. p. 31–42.
 137. Russell CD, Koch O, Laurenson IF, O'Shea DT, Sutherland R, Mackintosh CL. Diagnosis and features of hospital-acquired pneumonia: A retrospective cohort study. *J Hosp Infect*. 2016 Mar 1;92(3):273–9.
 138. Metersky ML, Ma A, Bratzler DW, Houck PM. Predicting Bacteremia in Patients with Community-Acquired Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004 Feb 1;169(3):342–7.
 139. Hagaman JT, Rouan GW, Shipley RT, Panos RJ. Admission chest radiograph lacks sensitivity in the diagnosis of community-acquired pneumonia. *Am J Med Sci*. 2009;337(4):236–40.
 140. Claessens YE, Debray MP, Tubach F, Brun AL, Rammaert B, Hausfater P, et al. Early chest computed tomography scan to assist diagnosis and guide treatment decision for suspected community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 Oct 15;192(8):974–82.
 141. Chalmers JD, Singanayagam A, Akram AR, Mandal P, Short PM, Choudhury G, et al. Severity assessment tools for predicting mortality in hospitalised patients with community-acquired pneumonia. Systematic review and meta-analysis. Vol. 65, *Thorax*. BMJ Publishing Group; 2010. p. 878–83.

142. Lim WS, Van Der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, et al. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: An international derivation and validation study. *Thorax*. 2003 May 1;58(5):377–82.
143. Lim WS, Baudouin S, George R, Hill A, Jamieson C, Le Jeune I, et al. British Thoracic Society guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: Update 2009. Vol. 64, *Thorax*. BMJ Publishing Group; 2009. p. iii1–55.
144. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A Prediction Rule to Identify Low-Risk Patients with Community-Acquired Pneumonia. *N Engl J Med* [Internet]. 1997 Jan 23 [cited 2020 May 29];336(4):243–50. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199701233360402>
145. Ewig S, Höffken G, Kern W V., Rohde G, Flick H, Krause R, et al. Management of Adult Community-acquired Pneumonia and Prevention - Update 2016. *Pneumologie*. 2016 Mar 1;70(3):151–200.
146. Lehnert R, Pletz M, Reuss A, Schaberg T. Antiviral Medications in Seasonal and Pandemic Influenza. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2016 Nov 25;113(47).
147. Kolditz M, Ewig S. Community-acquired pneumonia in adults. *Dtsch Arztebl Int*. 2017 Dec 8;114(49):838–48.
148. Bohadana A, Izbicki G, Kraman SS. Fundamentals of lung auscultation. Vol. 370, *New England Journal of Medicine*. Massachussetts Medical Society; 2014. p. 744–51.
149. Rokicki M, Rokicki W, Moj M, Bsoul T, Rydel M. Boerhaave Syndrome - over 290 years of surgical experiences. Can the disorder recur? *Pol Przegl Chir*. 2018 Jun 15;91(3):27–9.
150. Ali D, Detroz A, Gorur Y, Bosquee L, Cardos B, Cobanoiu C, et al. Abrupt Severe Chest Pain and Vomiting: Remember to Think of a Ruptured Oesophagus (Boerhaave Syndrome). *Eur J Case Reports Intern Med*. 2019 Oct 4;6(10):1.
151. Y K, F A baker, A T, D H. Boerhaave syndrome in an elderly man successfully treated with 3-month indwelling esophageal stent. *Radiol Case Reports*. 2018 Oct 1;13(5):1084–6.
152. Lieu MT, Layoun ME, Dai D, Soo Hoo GW, Betancourt J. Tension hydropneumothorax as the initial presentation of Boerhaave syndrome. *Respir Med Case Reports*. 2018 Jan 1;25:100–3.
153. Schwesinger WH, Diehl AK. Changing indications for laparoscopic cholecystectomy: Stones without symptoms and symptoms without stones. *Surg Clin North Am*. 1996;76(3):493–504.
154. Romero EA, ... PGS-J of surgical, 2018 undefined. Gallbladder duplication and

- cholecystitis. academic.oup.com [Internet]. [cited 2020 May 30]; Available from: <https://academic.oup.com/jscr/article-abstract/2018/7/rjy158/5048037>
155. Sureka B, Rastogi A, Mukund A, Thapar S, Bhadoria A, Chattopadhyay T. Gangrenous cholecystitis: Analysis of imaging findings in histopathologically confirmed cases. *Indian J Radiol Imaging*. 2018 Jan 1;28(1):49–54.
 156. Summers SM, Scruggs W, Menchine MD, Lahham S, Anderson C, Amr O, et al. A prospective evaluation of emergency department bedside ultrasonography for the detection of acute cholecystitis. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2010 Aug [cited 2020 May 30];56(2):114–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20138397>
 157. Joshi G, Crawford KA, Hanna TN, Herr KD, Dahiya N, Menias CO. US of right upper quadrant pain in the emergency department: Diagnosing beyond gallbladder and biliary disease. *Radiographics*. 2018 May 1;38(3):766–93.
 158. Thangavelu A, Rosenbaum S, Thangavelu D. Timing of Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. Vol. 54, *Journal of Emergency Medicine*. Elsevier USA; 2018. p. 892–7.
 159. Ke CW, Wu SD. Comparison of emergency cholecystectomy with delayed cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in patients with moderate acute cholecystitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2018 Jun 1;28(6):705–12.
 160. Kohga A, Suzuki K, Okumura T, Yamashita K, Isogaki J, Kawabe A, et al. Is postponed laparoscopic cholecystectomy justified for acute cholecystitis appearing early after onset? *Asian J Endosc Surg*. 2019 Jan 1;12(1):69–73.
 161. Leppäniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. Vol. 14, *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd.; 2019.
 162. Van Santvoort HC, Bakker OJ, Bollen TL, Besselink MG, Ahmed Ali U, Schrijver AM, et al. A conservative and minimally invasive approach to necrotizing pancreatitis improves outcome. *Gastroenterology*. 2011;141(4):1254–63.
 163. Bazerbachi F, Haffar S, Hussain MT, Vargas EJ, Watt KD, Murad MH, et al. Systematic review of acute pancreatitis associated with interferon- α or pegylated interferon- α : Possible or definitive causation? Vol. 18, *Pancreatology*. Elsevier B.V.; 2018. p. 691–9.
 164. Fonseca Sepúlveda EV, Guerrero-Lozano R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. *J Pediatr (Rio J)*. 2019 Nov 1;95(6):713–9.
 165. Barbara M, Tsen A, Rosenkranz L. Acute Pancreatitis in Chronic Dialysis Patients.

- Vol. 47, *Pancreas*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 946–51.
166. Johnstone C. Pathophysiology and nursing management of acute pancreatitis. *Nurs Stand*. 2018 Jun;33(4):75–82.
 167. Constantinoiu S, Cochior D. Severe acute pancreatitis - determinant factors and current therapeutic conduct. *Chir*. 2018 May 1;113(3):385–90.
 168. Gapp J, Chandra S. Acute Pancreatitis [Internet]. StatPearls. StatPearls Publishing; 2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29494075>
 169. Choi HW, Park HJ, Choi SY, Do JH, Yoon NY, Ko A, et al. Early prediction of the severity of acute pancreatitis using radiologic and clinical scoring systems with classification tree analysis. *Am J Roentgenol*. 2018 Nov 1;211(5):1035–43.
 170. Mandalia A, Wamsteker EJ, DiMagno MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. Vol. 7, F1000Research. NLM (Medline); 2018.
 171. Smeets XJNM, Litjens G, Gijsbers K, Prokop M, Drenth JPH, Hermans J, et al. The accuracy of pancreatic perfusion computed tomography and angiography in predicting necrotizing pancreatitis: A systematic review. Vol. 47, *Pancreas*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 667–74.
 172. Sellers ZM, Abu-El-Haija M, Husain SZ, Morinville V. New Management Guidelines for Both Children and Adults With Acute Pancreatitis. Vol. 155, *Gastroenterology*. W.B. Saunders; 2018. p. 234–5.
 173. Barrie J, Jamdar S, Smith N, McPherson SJ, Siriwardena AK, O'Reilly DA. Mis-use of antibiotics in acute pancreatitis: Insights from the United Kingdom's National Confidential Enquiry into patient outcome and death (NCEPOD) survey of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2018 Oct 1;18(7):721–6.
 174. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, Tomasoni M, Ansaloni L, Picetti E, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. Vol. 15, *World Journal of Emergency Surgery*. BioMed Central Ltd.; 2020. p. 1–24.
 175. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Vol. 390, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2017. p. 613–24.
 176. Agréus L, Talley NJ, Jones M. Value of the “Test & Treat” Strategy for Uninvestigated Dyspepsia at Low Prevalence Rates of *Helicobacter pylori* in the Population. *Helicobacter* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2020 Jun 1];21(3):186–91. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/hel.12267>
 177. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon A, et al. Management of helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence consensus

- report. Vol. 66, Gut. BMJ Publishing Group; 2017. p. 6–30.
178. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(3):308–28.
 179. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review. Vol. 63, Gut. BMJ Publishing Group; 2014. p. 871–80.
 180. Sandhu DS, Fass R. Current trends in the management of gastroesophageal reflux disease. Vol. 12, Gut and Liver. Joe Bok Chung; 2018. p. 7–16.
 181. Winzenberg T, Jones G, Callisaya M. Musculoskeletal chest wall pain. *Aust Fam Physician*. 2015;
 182. Wertli MM, Ruchti KB, Steurer J, Held U. Diagnostic indicators of non-cardiovascular chest pain: A systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2013 Nov 8;11(1).
 183. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) - Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. 2012. 47 p.
 184. Jones M. NEWSDIG: The national early warning score development and implementation group. Vol. 12, Clinical Medicine, Journal of the Royal College of Physicians of London. Royal College of Physicians; 2012. p. 501–3.
 185. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS [Internet]. Vol. 17, Updated report of a working party. 2017. 318–318 p. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/j.1478-5153.2012.00540_3.x
 186. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent st-segment elevation: Task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of . *Eur Heart J*. 2016;37(3):267–315.
 187. Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. *Circulation*. 1976 Sep;54(3):522–3.
 188. Hsia RY, Hale Z, Tabas JA. A national study of the prevalence of life-threatening diagnoses in patients with chest pain. Vol. 176, JAMA Internal Medicine. American Medical Association; 2016. p. 1029–32.
 189. Bjørnsen LP, Naess-Pleyd LE, Dale J, Grenne B, Wiseth R. Description of chest pain patients in a Norwegian emergency department. *Scand Cardiovasc J* [Internet]. 2019 Jan 2 [cited 2020 Jun 8];53(1):28–34. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14017431.2019.1583362>

190. Mnatzaganian G, Hiller JE, Braitberg G, Kingsley M, Putland M, Bish M, et al. Sex disparities in the assessment and outcomes of chest pain presentations in emergency departments. *Heart* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2020 Nov 1];106(2):111–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315667>
191. Kannel WB, McGee DL. Diabetes and Cardiovascular Disease: The Framingham Study. *JAMA J Am Med Assoc* [Internet]. 1979 May 11 [cited 2020 Nov 7];241(19):2035–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/364764>
192. Domanski M, Mitchell G, Pfeffer M, Neaton JD, Norman J, Svendsen K, et al. Pulse pressure and cardiovascular disease-related mortality: Follow-up study of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *J Am Med Assoc* [Internet]. 2002 May 22 [cited 2020 Nov 10];287(20):2677–83. Available from: <https://jamanetwork.com/>
193. Franklin SS, Khan SA, Wong ND, Larson MG, Levy D. Is Pulse Pressure Useful in Predicting Risk for Coronary Heart Disease? *Circulation* [Internet]. 1999 Jul 27 [cited 2020 Nov 10];100(4):354–60. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.CIR.100.4.354>
194. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* [Internet]. 1998 Jun 13 [cited 2020 Nov 10];351(9118):1755–62. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673698043116/fulltext>
195. Alam N, Vegting IL, Houben E, van Berkel B, Vaughan L, Kramer MHH, et al. Exploring the performance of the National Early Warning Score (NEWS) in a European emergency department. *Resuscitation*. 2015 May 1;90:111–5.
196. Pirneskoski J, Kuisma M, Olkkola KT, Nurmi J. Prehospital National Early Warning Score predicts early mortality. *Acta Anaesthesiol Scand* [Internet]. 2019 May 8 [cited 2020 Jun 9];63(5):676–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aas.13310>
197. Huang Z, Chan TM, Dong W. MACE prediction of acute coronary syndrome via boosted resampling classification using electronic medical records. *J Biomed Inform*. 2017 Feb 1;66:161–70.
198. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D’Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: A report of the American college of cardiology/American heart association task force on practice guidelines. Vol. 129, *Circulation*. Lippincott Williams and Wilkins; 2014.

199. Morris AC, Caesar D, Gray S, Gray A. TIMI risk score accurately risk stratifies patients with undifferentiated chest pain presenting to an emergency department [9]. Vol. 92, Heart. BMJ Publishing Group Ltd; 2006. p. 1333–4.
200. Bartholomew BA, Sheps DS, Monroe S, McGorray S, Smith K, Pepine CJ. A population-based evaluation of the thrombolysis in myocardial infarction risk score for unstable angina and non-ST elevation myocardial infarction. Clin Cardiol [Internet]. 2004 Feb 1 [cited 2020 Jun 10];27(2):74–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/clc.4960270206>
201. Hess EP, Perry JJ, Calder LA, Thiruganasambandamoorthy V, Body R, Jaffe A, et al. Prospective Validation of a Modified Thrombolysis In Myocardial Infarction Risk Score in Emergency Department Patients With Chest Pain and Possible Acute Coronary Syndrome. Acad Emerg Med [Internet]. 2010 Apr 1 [cited 2020 Jun 10];17(4):368–75. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1553-2712.2010.00696.x>
202. Pollack C V., Sites FD, Shofer FS, Sease KL, Hollander JE. Application of the TIMI risk score for unstable angina and non-ST elevation acute coronary syndrome to an unselected emergency department chest pain population. Acad Emerg Med. 2006 Jan 1;13(1):13–8.
203. Chase M, Robey JL, Zogby KE, Sease KL, Shofer FS, Hollander JE. Prospective Validation of the Thrombolysis in Myocardial Infarction Risk Score in the Emergency Department Chest Pain Population. Ann Emerg Med. 2006 Sep 1;48(3):252–9.
204. Campbell CF, Chang AM, Sease KL, Follansbee C, McCusker CM, Shofer FS, et al. Combining Thrombolysis in Myocardial Infarction risk score and clear-cut alternative diagnosis for chest pain risk stratification. Am J Emerg Med. 2009 Jan 1;27(1):37–42.
205. Alavi-Moghaddam M, Safari S, Alavi-Moghaddam H. Screening characteristics of TIMI score in predicting acute coronary syndrome outcome; a diagnostic accuracy study. Emergency. 2017;5(1).
206. Maroon S, Chang AM, Lee B, Salhi R, Hollander JE. HEART score to further risk stratify patients with low TIMI scores. Crit Pathw Cardiol. 2013 Mar;12(1):1–5.
207. Hess EP, Agarwal D, Chandra S, Murad MH, Erwin PJ, Hollander JE, et al. Diagnostic accuracy of the TIMI risk score in patients with chest pain in the emergency department: A meta-analysis. CMAJ. 2010 Jul 13;182(10):1039–44.
208. Komiyama K, Nakamura M, Tanabe K, Niikura H, Fujimoto H, Oikawa K, et al. In-hospital mortality analysis of Japanese patients with acute coronary syndrome using the Tokyo CCU Network database: Applicability of the GRACE risk score. J Cardiol.

2018 Mar 1;71(3):251–8.

209. Fernando SM, Tran A, Cheng W, Rochwerg B, Taljaard M, Thiruganasambandamoorthy V, et al. Prognostic Accuracy of the HEART Score for Prediction of Major Adverse Cardiac Events in Patients Presenting With Chest Pain: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Carpenter CR, editor. Vol. 26, Academic Emergency Medicine. Blackwell Publishing Inc.; 2019 [cited 2020 Jun 13]. p. 140–51. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/acem.13649>
210. Laureano-Phillips J, Robinson RD, Aryal S, Blair S, Wilson D, Boyd K, et al. HEART Score Risk Stratification of Low-Risk Chest Pain Patients in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 74, Annals of Emergency Medicine. Mosby Inc.; 2019. p. 187–203.



9. EKLER

EK-1: Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Başvuran Erişkin Hastalarda Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun Sağkalım, Sakatlık ve Güvenli Taburculuk Açısından Değerinin Araştırılması
Bu çalışmanın amacı ne? Bu çalışmanın amacı, acil servise göğüs ağrısı ile başvuran hasta popülasyonunda risk sınıflamasında Ulusal Erken Uyarı Skoru(NEWS)'nun değerinin araştırılması.
Size nasıl bir uygulama yapılacak? Çalışmaya alınacak hastaların başvuru anında ölçülen vital parametre (tansiyon, nabız ,solunum sayısı, ateş , solunum satürasyon) değerleri olgu rapor formuna kaydedilecektir. Bu değerlere göre Ulusal Erken Uyarı Skoru(NEWS) hesaplanacaktır. Hastaların tanı anında tekrar vital parametleri kaydedilip Ulusal Erken Uyarı Skoru(NEWS) tekrar hesaplanacaktır. Bu değerler olgu rapor formuna kaydedilecektir. Yatış yapılan, sevk olan veya taburcu olan hastaların 48.saat ve 30.gün olmak üzere morbidite(sakatlık) ve mortalitesi(sağkalım) takip edilecektir. Bu takip elektronik hasta dosyası üzerinden ve hastaların kendilerinden veya yakınlarından alınan telefon numarası vasıtasıyla 48. Saat ve 30. günlerde aranarak bazı soruların (Şikayetleriniz tekrarladı mı ? Tekrar hastane başvurusu oldu mu ? Tekrar hastane başvurusu olduysa tanı konuldu mu?) sorulmasıyla yapılacaktır. Bu sayede Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun morbitide(sakatlık) ve mortaliteyi(sağkalım) öngörüp göremediği belirlenecektir. Çalışma boyunca herhangi ek tetkik, uygulama ve girişim yapılmayacaktır.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Çalışma gözlemsel bir araştırmadır. Tedavi çalışması değildir. Hastalığınız ile ilgili uygulanması gereken tüm tedavi prosedürleri güncel tıp literatürü bilgileri dahilinde uygulanacaktır ve bu konuda araştırma kapsamında başka bir müdahale uygulanmayacaktır. Hekiminizin size yönelik güncel ve bilimsel tanı ve tedavilerine karışılmayacaktır.
Ne kadar zamanınızı alacak? Acil servise başvuru anından itibaren maksimum 1 aydır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 359'dur.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Sizden çalışma için herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.

Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir?
Araştırma ile ilgili olarak herhangi sorumluluğunuz bulunmamaktadır.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak?
Bu çalışmayla elde edilecek veriler acil servise göğüs ağrısı semptomu ile başvuran hastaların ciddiyetini belirlemede Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun(NEWS) önemini gösterecektir. Triyaj alanına göğüs ağrısı ile gelen hastalarda önceden belirlenmiş olan parametrelerin ölçülüp hesaplanmasıyla zamanında ve yetkin bir müdahaleyi başlatmayı sağlayacaktır.
Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir?
Yoktur.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi?
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar vermez.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir?
Size uygulanacak alternatif bir yöntem yoktur.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri
1- Adı, soyadı: Ece YILMAZ 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 05536442711 3- Görev yeri: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bilgilendirilmiş gönüllü olurunun imzalı ve tarihli bir kopyasının bana verileceğini biliyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

Araştırma ekibinde yer alan ve araştırma hakkında bilgilendirmeyi yapan yetkin bir araştırmacının		İMZA
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TELEFONU		
TARİH		

EK-2: Çalışma Etik Kurul Onay Formu



EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
 Tel : 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Başvuran Erişkin Hastalarda Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun Mortalite, Morbidite ve Güvenli Taburculuk Açısından Değerinin Araştırılması					
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. G.Selahattin KIYAN					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Acil Tıp					
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı					
	DESTEKLEYİCİ	-					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi					
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	-					
	BİLGİLENDİRME FORMU	-					
	VERİ İZLEME FORMU/ ANKET	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	DİĞER	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar Nu: 19-8.1T/ 42	Tarih: 21.08.2019					
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI		Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Aliye MANDIRACIOĞLU Başkan	Halk Sağlığı AD	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	☐ E ☒ H			
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Başkan Yardımcısı	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	☐ E ☒ H			
Prof. Dr. Sadık AKŞİT Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD	E	☐ E ☒ H			

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
Prof. Dr. Aliye
MANDIRACIOĞLU

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi			Sayfa
			1/2



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: tibbietik@yahoo.com.
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Başvuran Erişkin Hastalarda Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun Mortalite, Morbidite ve Güvenli Taburculuk Açısından Değerinin Araştırılması
ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 19-8.1T/ 42					İmza
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Kabım (**)		
Prof. Dr. Ayhan DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Murat ULUKUŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya BD.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD. Klinik Biyokimya BD.	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Özen Önen SERTÖZ Raportör Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H		
Prof. Dr. Günay YETİK ANACAK Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		
Prof. Dr. H. Oya TÜRKÖĞLU ÇAKAL Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		
Doç. Dr. Recı MESERİ Üye	Beslenme ve Diyetetik AD	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik AD	K	☐ E ☒ H	☐ E ☒ H		
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD Çocuk Genetik BD.	E	☐ E ☒ H			

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:
Prof. Dr. Aliye

Araştırma Başvurusu Onay Belgesi

Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
22	28.09.2011/05	2/2

EK-3: Olgu Rapor Formu

Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Başvuran Erişkin Hastalarda Ulusal Erken Uyarı Skoru'nun
Mortalite,Morbidite Ve Güvenli Taburculuk Açısından Değerinin Araştırılması
OLGU RAPOR FORMU

Olgu Rapor No		Tarih / Başvuru Saati	
Yaş		Cinsiyet	☐ K ☐ E
Şikayeti			
Komorbid Hastalık	Var	Yok	Var ise :

Başvuru Vitalleri												
SKB / DKB			Nabız		SS		Sat		Ateş		Bilinç	
NEWS												

Tanı Anında Vitalleri												
SKB / DKB			Nabız		SS		Sat		Ateş		Bilinç	
NEWS/TANI SAATİ												

NEWS(Ulusal Erken Uyarı Skoru)

				Skor				
Fizyolojik Parametreler	3	2	1	0	1	2	3	
Solunum Sayısı	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25	
Oksijen Saturasyonu	≤91	92-93	94-95	≥96				
Oksijen Desteği		Var		Yok				
Ateş	≤35.0		35.1-36	36.1-38	38.1-39	≥39.1		
Sistolik Kan Basıncı	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220	
Nabız	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131	
Bilinç Durumu				Alert			V,P,U	

***A:alert bilinç açık **V: sadece sözel uyarıya yanıt var, P: sadece ağırlı uyarana yanıt var, U: ağırlı ve sözel uyarana yanıt yok**

Toplam NEWS puanı(Hesaplama zamanı) :

NEWS puanı risk sınıflaması:Düşük(0-4): ☐ Orta(5-6,Kırmızı Skor): ☐ Yüksek(≥7): ☐

SONUÇ				
Taburcu – Tarih/Saat				
Tedavi Reddi – Tarih/Saat				
Yatış – Tarih/Saat				
Sevk – Tarih/Saat				
Exitus – Tarih/Saat				
48.Saat / 30.Gün Mortalite				
Morbidite	1.entübasyon	2.inotrop	3.MACE*	4.solunum cihazı desteği
	5.trombolitik kullanımı	6.SVO**	7.MI***	8.Diğer

***Major adverse cardiac events; major kardiyak olay. Kalp yetmezliği, inme, kardiyovasküler ölüm, miyokard infarktüsü.**

****Serebrovasküler Olay**

*****Miyokard infarktüsü**

**Araştırma Formunu Dolduran
Araştırmacının İsmi ve İmzası**