

Dr. Selim NALBANT
Dr. Cihan TOP
Dr. Faruk TOPALLAR
Dr. Eyüp BERDAN
Dr. Erol ASLAN
Dr. Yaşar KÜÇÜKARDALI
Dr. Nükhet VURAL
Dr, Mehmet DANACI

YOĞUN BAKIM YAŞLI HASTA İLİŞKİSİ

RELATION BETWEEN ELDERLY AND INTENSIVE CARE UNIT

ÖZET

İngiltere Kraliyet Vakıf Enstitüsünün 1992 Sağlık Raporunda bu grup hastalar için ara yoğun bakım üniteleri (intermediate care services) önerilmiştir. Şüphesiz, bu tip bir servisin oluşumu için ilk yapılması gereken mevcut durumun değerlendirilmesidir. Biz de bu amaca yönelik olmak üzere İç Hastalıkları Servisimizin Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen 65 yaş üstü hasta popülasyonunun özelliklerini, yatış sürelerini ve mortalitelerini saptamaya çalıştık. Yöntem ve Gereç: Çalışma retrospektif olarak 1 Ocak 2000 ile 15 Mart 2001 tarihleri arasında İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesine yatan 509 bayan 710 erkek 1219 hastanın dosya taraması yapılarak gerçekleştirilmiştir. Olguların yatış nedenlerine göre 11 başlık altında toplandı, yatış süreleri ve mortalite bu başlıklara göre değerlendirildi.

Bulgular: Olgulardan 548 tanesi 65 yaş ve üstü olgulardan oluşmaktaydı. Yaşlı olguların bütün yoğun bakım hastalarına oranı % 44.95'tir. Yatış sebeplerine göre en büyük grubu (%21.4) gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle yatırılan hastalar oluşturmuşlardır. Bunu sırasıyla kardiyovasküler sistem hastalıkları %20.6, onkolojik hastalıklar %12.2, diyabet %10.6, kronik böbrek yetmezliği %9.3, enfeksiyon hastalıkları %8.8, kronik obstruktif akciğer hastalığı %4.0, hipertansif hastalar %3.5, derin anemi %2.9, pulmoner emboli %1.3, diğer %5.5 takip etmekteydi. 65 yaş üstü 548 olgunun 123'ü (%22.44) mortal seyretmiştir. Ortalama yoğun bakımda yatış süresi 7,4±3,7 gündür. Hastaların yoğun bakımda kalış süreleri ile mortaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Elde ettiğimiz sonuçlardan da anlaşılacağı gibi genel mortalite oranları oldukça düşük olmasına rağmen, onkolojik sebeplerle yatan yaşlı hastalarda %59,7 gibi çok yüksek oranlara çıkmaktadır. Bu sonuç yarattığı maddi külfetin yanında bir de bu ünitelerde çalışan personelin moral motivasyonunu düşürmektedir. Dolayısıyla, sadece onkolojik yaşlı hastaların değil ama terminal olduğu düşünülen bütün hastaların ara bir yoğun bakıma ihtiyacı olduğu bizzat çalışmamızdan elde ettiğimiz en önemli sonuçtur.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Yoğun Bakım Ünitesi, Mortalite.

ABSTRACT

Background: it has been advised for elder patients to hospitalize in the intermediate care services in the report of UK King's Fund Institute, in 1992. It is certain to be investigated current status of the intensive care units before setting up such an unit. So, we aimed to study attributes, mortality and staying period of >65 years old patients, hospitalized in our intensive Care Unit of Internal Medicine Department.

Material and Method: The study was realized retrospectively on 1219 (509 female and 710 male) patients, admitted to intensive Care Unit of Internal Medicine between 1/1/2000 and 3/15/2001. Cases were classified under 11 topics and, evaluated according to hospitalized period and mortality.

Results: 548 patients were >65 years old. The percentage of elderly patients to all was 44.95%. The patients, who were hospitalized for gastrointestinal bleeding, formed the biggest group (21.4%) according to admission. Cardiovascular system diseases (20.6%), oncology related diseases (12.2%), diabetes mellitus (10.6%), chronic renal failure (9.3%), infection (8.8%), chronic obstructive lung disease 4.0%, hypertension 3.5%, deep anemia 2.9%, pulmonary emboli 1.3%, others 5.5% were chased respectively. 123 cases (22.44%) of 548 patients >65 was mortal. Average staying period in intensive care unit was 7.4±3.7 days. No significant relation was determined between the staying period and mortality ($p>0.05$).

Conclusion: As it can be seen in our results, despite low main mortality of our population, ratio of oncology related patient's mortality was high such as 59.7%. At the same time, that result creates a great monetary expense and reduces morale motivation of persons who works at those units. So, the most important result, obtained from our study, is the intermediate care unit need of not only elder patients but also all terminal patients.

Key words: Elderly, Intensive Care Unit, Mortality.

Geliş: 14.06.2001 **Kabul:** 28.12.2001
GATA HEH İç Hastalıkları Servisi, İSTANBUL

İletişim: Dr. Selim NALBANT: GATA HEH İç Hastalıkları Servisi 8137/ Haydarpaşa/İSTANBUL
Tel: (0216)3462600/2427 e-mail: selimn@turk.net

GİRİŞ

Yaşlı popülasyonun genel popülasyona oranının artması, hem maddi hem de manevi olarak bir toplum sağlığı sorunu olarak her geçen gün ülkemiz dinamikleri üzerindeki ağırlığını hissettirmektedir. Bundan 50 yıl öncesine kadar İngiltere'de bile yaşlı hastalar kaderlerine terk edilirken, bu gün modern tıp içerisinde bu hastalar farklı bir popülasyon olarak değerlendirilmektedir (11). Bu nedenle denilebilir ki, yirminci yüzyılın son çeyreğinde gelişen dünyamızda yaşlı hastalar için adeta kutlamaya değer gelişmeler olmuştur (4). Amerikan kaynaklı çalışmalarda nüfusun %12'sini 65 yaş ve üstü insanların oluşturduğu, bu rakamın 2050'li yıllarda %20'ye ulaşacağı saptanmıştır. Diğer taraftan yine aynı kaynaklarda yoğun bakım üniteleri hasta popülasyonunun yaklaşık olarak %50'lik bir kısmını bu yaş grubu hastaların oluşturduğu görülmüştür (20). Bu oran ve yüksek bakım harcamaları bu grup hasta popülasyonunun yarattığı önemli sorunlardan bir tanesidir. Çünkü; bu servislerde hem tedavi maliyetleri çok yüksektir, hem de farklı hasta gruplarına hitap ettikleri için bu hastaların ihtiyaçlarının hepsine cevap vermeleri çok zordur. Diğer taraftan, ülkemizde de olduğu gibi sıklıkla sosyal rehabilitasyon servisleri kurumsal kısmadığı için hem hastanın yatış süresi uzamakta, hem de hasta uygun koşullarda takip edilememektedir (11,18). Bu konuya İngiltere Kraliyet Vakıf Enstitüsünün 1992 Sağlık Raporunda da dikkat çekilmiş ve bu grup hastalar için ara yoğun bakım üniteleri (intermediate care services) önerilmiştir (5).

Şüphesiz, bu tip bir ara servisin oluşumu için ilk yapılması gereken bu servislerde oluşacak hasta grubunun özelliklerinin saptanmasıdır. Biz de bu amaca yönelik olmak üzere İç Hastalıkları Servisimizin Yoğun Bakım Ünitesinde takip edilen 65 yaş ve üstü hasta popülasyonunun demografik özelliklerini, tıbbi sorunlarını ve çözümlerini saptamaya çalıştık.

YÖNTEM ve GEREÇ:

Çalışma retrospektif olarak 1 Ocak 2000 ile 15 Mart 2001 tarihleri arasında İç Hastalıkları Servisimizin Yoğun Bakım Ünitesine yatan 509 bayan 710 erkek 1219 hastanın dosya taraması yapılarak gerçekleştirilmiştir. Toplam 38 hastanın dosyasına ulaşılamamış veya dosya bilgileri eksik olduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir (%3.11).

İç Hastalıkları Yoğun Bakım Servisimiz koroner olmayan bir yoğun bakım servisi. Hastahanemizde nöroloji yoğun bakım servisi de ayrıca mevcut olduğundan ünitemize az sayıda yatan kafa içi hadiseleri olan olgular genel popülasyonu yansıtmayacağından çalışma dışı bırakılmıştır. Bunun dışında bütün olgular çalışmaya dahil edilmiştir.

Olguların sınıflandırılması: Bu amaçla sanal ortamda bir form hazırlandı ve bilgiler doğrudan bilgisayara aktarıldı. Hazırlanan formda her hastanın yaşı ve cinsiyeti; 65 yaş üzeri olguların ise, ilave olarak yatış nedeni-süresi ve akıbeti kayıt edildi. Olguların yatış nedenleri gastrointestinal sistem kanamaları, kronik böbrek yetmezliği, onkolojik sebepler, kardiyolojik sebepler, diyabet (ketoasidoz, non-ketotik hiperosmolar koma, hiper ve hipoglisemiler), hipertansiyon (hipertansif ensefalopati, hipertansiyon nedenli akut akciğer ödemi, riskli hipertansif krizler, vs) akciğerin obstruktif hastalıkları, enfeksiyöz nedenler (pnömoni ve sepsis), derin anemi, pulmoner emboli ve diğer (besin entoksikasyonları, beslenme bozuklukları, tirotoksikoz, hipotiroidi, vs) olmak üzere toplam 11 ana başlık altında toplandı. Akut böbrek yetmezlikli olgular sebep olan etiolojik nedene göre sınıflandırıldılar, kronik böbrek yetmezliği üzerine gelişenler ise kronik böbrek yetmezliği başlığı altında değerlendirildiler. Obstruktif nefropatili olgular diğer nedenlere dahil edildi. Gastrointestinal kanamalı olgular dışında kalan beslenme bozukluğu, kronik hastalık anemisi ya da diğer kayıp anemileri sebebiyle ilk bulgu olarak anemi dışında başka bir bulgusu olmayan, anemiye ait septomları ön planda olan olgular, derin anemili hastalar başlığı altında değerlendirildiler.

Sonuçların değerlendirilmesi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi Windows altında çalışan SPSS paket istatistik programı kullanılarak yapıldı. Tamamlayıcı istatistiklerin yanı sıra, kadın-erkek oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. P değerinin 0.05'ten küçük olduğu değerler anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR:

Demografik özellikleri: Çalışmaya toplam 1219 olgu dahil edildi. Bu olgulardan 548 tanesini 65 yaş ve üstü olgular oluşturmaktaydı. Bu hastaların 339'u (%61.86) 65-80 yaş arası, 209 tanesi (%38.13) 80 yaş ve üzeridir. Yaşlı olguların bütün yoğun bakım hastalarına oranı % 44.95'tir. Bu olguların 256'sı (%46.7) bayan, 292 tanesini (%53.3) erkekti. Olguların ortalama yaşları 76.75±7.54 olup, kadınlar için 77.9±7.9, erkekler için 75.73±7.07'dir (Tablo-1).

Yatış sebeplerine göre özellikleri: Yatış sebeplerine göre incelediğimizde bütün olguların %21.4'ü (117 olgu) gastrointestinal sistem kanaması (GSK) nedeniyle yatırılmışlar, bu olguların % 60.6'nı erkek hastalar (n=71). %39.3'ünü (n=46) bayan hastalar oluşturmuşlardır. GSK nedeniyle yatırılan hastalar en büyük grubu oluşturmuşlardır. Bunu sırasıyla kardiyovasküler sistem hastalıkları (KSH) %20.6 (n=113) 51 erkek (%45.1) ve 62 bayan (%54.8), onkolojik hastalıklar (ONH) %12.2 (n=67) 43 erkek (%64.1) ve 24 bayan (%35.8), diyabet (DM) %10.6 (n=58) 25 erkek (%43.1) ve 33 bayan(%56.8), kronik

böbrek yetmezliği (KBY) %9.3 (n=51) 34 erkek (%66.6) ve 17 bayan (%33.3), enfeksiyon hastalıkları (EH) %8.8 (n=48) 20 erkek (%41.6) ve 28 bayan (%58.3), kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) %4.0 (n=22) 12 erkek (%54.5) ve 10 bayan (%45.4), hipertansif hastalar (HH) %3.5 (n=19) 8 erkek (%42.1) ve 11 bayan (%57.8), derin anemi (DA) %2.9 (n=16) 7 erkek (%43.5) ve 9 bayan (%56.2), pulmoner emboli (PE) %1.3 (n=7) 2 (%28.5) erkek ve 5 (%71.4) bayan, diğer %5.5 (n=30) 11 erkek (%36.6) ve 19 bayan (%63.3) takip edilmekteydi (Tablo-1).

Mortalite oranları: 65 yaş üstü 548 olgunun 123'ü (%22.44) mortal seyretmiştir. Mortal olan bu hastaların 83'ü (%67.47) 80 yaş üzerindeyken, 40'ı (%32.52) 65-80 arasındadır. Yaş gruplarına göre mortalite oranı 80 yaş üzerinde anlamlı şekilde yüksektir.

Bu olguların yoğun bakıma yatırılış sebeplerine göre mortalite oranları da şu şekildedir: ONH %59,7 (40 olgu), KSH %31,85 (36 olgu), KBY % 23,52 (12 olgu), KOAH %18,18 (4 olgu), GSK %15,3 (18 olgu); EH %12,5 (6 olgu),

diğer %23,33 (7 olgu). DM, HH, DA ve PE sebepleri ile mortalite görülmemiştir (Tablo-1). Mortal olguların tüm mortalite içerisindeki hastalıklara göre oranları ise şu şekildedir: ONH %32,52, KSH %29,26, KOAH %3,25, GSK %14,63, EH %4,87, KBY 9,75, diğer %5,69.

Yoğun bakımda kalış süreleri: Ortalama yoğun bakımda yatış süresi 7,4±3,7 gündür. Bu süre kadın hastalar için 7,5±3,7 gün, erkek hastalar için 7,3±3,5 gündür. Yoğun bakımda yatış süreleri açısından en uzun süre 12,7±2,4 gün ile onkolojik sebeplerle yoğun bakıma yatırılan hastalardadır. Bu hastaları 9,8±3,4 gün ile KBY, 8,2±3,1 gün ile EH, 7,9±3,9 gün ile KSH, 6,7±3,2 gün ile GSK, 6,1±2,4 gün ile PE, 4,4±1,7 gün ile KOAH, 3,9±2,4 gün ile DM, 3,8±1,7 gün ile DA, 2,1±0,6 gün ile HH ve 6,2±1,2 gün ile diğer grup hastalar izlemektedir (Tablo-2). Non-parametrik testlerden Kruskal-Wallis ile yapılan incelememizde, hastaların yoğun bakımda kalış süreleri ile mortaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır) p>0,05).

Tablo-1: İç hastalıkları yoğun bakım servisinde 15 ay boyunca takip edilen hasta gruplarının demografik özellikleri ve mortalite yüzdeleri.

	Yaş			n/%			Mortalite (%)
	Ortalama	Erkek	Bayan	Ortalama	Erkek	Bayan	
Bütün Olgular	76,7±7,5	75,7±7,0	77,9±7,5	548 -	292 (%53,3)	256 (%46,7)	123 (%22,44)
1-Gastrointestinal Sistem Kanaması	76,8±7,3	76,1±7,6	77,8±6,9	117 (%21,4)	71 (%60,6)	46 (%39,3)	18 (%15,3)
2-Kardiyovasküler Sebepler	78,6±7,7	76,6±7,1	80,3±7,9	113 (%20,6)	51 (%45,1)	61 (%54,8)	36 (%31,85)
3-Onkolojik Sebepler	72,9±5,5	72,4±5,1	73,9±6,1	67 (%12,2)	43 (%64,1)	24 (%35,8)	40 (%59,70)
4-Diyabet	75,4±6,9	75,1±6,2	75,8±7	58 (%10,6)	33 (%43,1)	25 (%66,8)	-
5-Kronik Böbrek Yetmezliği	75,0±6,4	75,0±6,4	75,0±6,5	51 (%9,3)	34 (%66,6)	17 (%33,3)	12 (%23,52)
6-Enfeksiyonlar	78,7±8,0	78,9±8,2	78,6±8,1	48 (%8,8)	20 (%41,6)	28 (%58,3)	9 (%18,75)
7-KOAH	78,9±8,8	81,1±7,0	77,1±10,5	22 (%4,0)	12 (%54,5)	10 (%45,4)	4 (%18,18)
8-Hipertansiyon	75,7±8,7	74,8±8,7	76,3±9,1	19 (%3,5)	8 (%42,1)	11 (%57,8)	-
9-Anemi	78,4±8,0	78,0±5,8	78,7±9,7	16 (%2,9)	7 (%43,5)	9 (%56,2)	-
10-Pulmoner Emboli	78,0±7,4	74,0±5,6	79,6±8,0	7 (%1,3)	2 (%28,5)	5 (%71,4)	-
11-Diğer	78,1±8,1	75,8±9,4	79,5±7,2	30 (%5,5)	11 (%36,6)	19 (%63,3)	4 (%13,33)

*En çok olgu olan gruptan az olan gruba doğru bir sıralama ile sıralanmıştır

Tablo-2: Hastanede kalış sürelerinin hasta gruplarına göre dağılımları.

	Yoğun Bakımda Kalış Süreleri (gün)		
	Ortalama	Kadın	Erkek
Bütün Olgular	7,4±3,7	7,5±3,7	7,3±3,5
1- Onkolojik Sebepler	12,7±2,4	13,8±3,6	11,2±1,2
2- Kronik Böbrek Yetmezliği	9,8±3,4	9,6±4,2	9,9±2,9
3- Enfeksiyonlar	8,2±3,1	7,1±3,1	9,3±3,1
4- Kardiyovasküler Sebepler	7,9±3,9	7,2±4,1	7,7±2,8
5-Gastrointestinal Sistem Kanaması	6,7±3,2	6,7±3,2	6,6±3,1
6- Pulmoner Emboli	6,1±2,4	6,0±2,6	6,2±2,2
7-KOAH	4,4±1,7	4,6±1,9	4,2±1,5
8- Diyabet	3,9±2,4	3,8±2,2	4,0±2,6
9-Anemi	3,8±1,7	3,6±1,5	4,0±1,9
10- Hipertansiyon	2,1±0,6	2,1±0,6	2,2±0,7
11-Diğer	6,2±1,2	6,9±1,1	6,5±1,4

*Yatış süresi fazla olan gruptan az olan gruba doğru bir sıralama ile sıralanmıştır

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Elde ettiğimiz sonuçlar bize hem iç hastalıkları yoğun bakım servisimizin 65 yaş üstü hasta popülasyonunun özelliklerini tanımamızı sağladı hem de kendimizi değerlendirme imkanı bulduk. Bu yaş grubu hastalar yoğun bakım hasta popülasyonumuzun %44.95'ini oluşturmaktaydı ki literatürde de iki farklı çalışmada %46 oranı verilmektedir (20,25). Türk toplumunun daha genç bir toplum olduğunu düşündüğümüzde aradaki farkın ihmal edilebilir olduğunu düşünülebilir. Çalışmanın belki de en çarpıcı sonuçlarından bir tanesi bu yüksek orandır. Çünkü, bu grup hastalar daha fazla girişimsel işlem, daha fazla beslenme mayileri, daha fazla tetkik ve kontrol gerektirdiğinden tedavi maliyetleri daha yüksektir (8). Maliyeti düşürmenin tek yolu ise, bu grup hastaları iyi tanıyan geriatristlerin de yoğun bakımlarda bulunmaları ya da ara yoğun bakımlarla hizmet vermektir. Goodman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da ileri yoğun bakım tekniklerinin uygulanmasının yaşlı hastaların sağaltım ve hayatta kalış sürelerine bir etkisinin olmadığı görülmüştür (8).

Biz çalışmamızda maliyet hesabı yapmadık ancak hastalarımızın yoğun bakımda kalış süreleri ile mortaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptadık ($p>0.05$).

Maliyet hesabı yapmamıza rağmen bu sonucun da bu tip pahalı bir tedavi almalarının hastaların hayatta kalış sürelerini anlamlı şekilde etkilemediği sonucuna varıldı. Hasta popülasyonumuzun kadın erkek sayısı ve cinsiyetler arası yaş ortalamaları birbirine oldukça yakındır. Dolayısıyla, cinsiyetin yoğun bakım ünitesine yatırılış ile ilişkisi olmadığı söylenebilir.

Yoğun bakımımızda ortalama kalış süresi 7,4±3,7 gündür. Ortalama yoğun bakımda kalış süresi büyük merkezlerde 4,64 güne kadar düşmektedir(24). Ancak, pek çok yayında da vurgulandığı gibi bu süre merkezler arası büyük farklılıklar göstermektedir(7,13,21). Bu süre merkeze kanser hastalarının kabul edilip edilmemesinden, toplumun sosyal yapısına kadar bir çok faktörden etkilenmektedir (6,13,22,26). Hatta bazı çalışmalarda mortalite hastanın invazif bakım ve hastanede kalış süresi ile doğru orantılıdır denilmektedir (26). Bizim ortalama yatış süremizin literatürlere göre orta uzunlukta olduğu söylenebilir. Hastaların yoğun bakımda kalış süreleri ile mortaliteleri arasında anlamlı bir sonuç yoktur ($p>0,05$). Ancak, KBY grubunu değerlendirmeye almazsak $p=0,02$ oluyor ve istatistiki olarak anlamlı hale geliyor. Bu sonucun KBY grubunda diyalizin yatış süresini uzatmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Yoğun bakıma en sık yatırılış nedeni olarak GSK'nı görmekteyiz. Bu grup hastalar bütün hastaların %21.4'lük kısmını oluşturmaktadır. GSK'nın en önemli grubu oluşturmasının sebebinin yaşlılarda anti-agreganların ve ağrı kesici olarak da non-steroid anti-inflamatuvar ilaçların çok sık kullanılmasıdır. Erkek hastalar bu hastaların %60.6'lık kısmını oluşturmaktadırlar. Bunun sebebi ise, muhtemelen sigara içiminin erkek hastalarda daha fazla olmasıdır. Massachusetts General Hospital'de geçenlerde yapılan bir çalışmada peptik ülser ameliyatlarının %60'unu 70 yaş üstü hastaların oluşturduğu saptanmıştır(27). Gerçekten de bizim sonuçlarımızın da işaret ettiği gibi GSK'ları yaşlı hastalarda önemli bir problemdir. Bu grup hastaların mortalite oranları ise, yaklaşık %10'dur (27). Bizim çalışmamızda bu oran %15,3'tür. Servisimizde bu oranın yüksek çıkmasının en önemli nedeni bizim olgularımızın çok elektif olmaları ve bu hastaların bir çoğunun kronik karaciğer hastalığına bağlı özefageal varis kanamalı hastaların oluşturmasıdır.

İkinci sık yatış oranı kardiyovasküler sisteme ait nedenleri içermektedir. Ancak, hastanemizde koroner yoğun bakım ünitesi de ayrıca var olduğundan bu grup hastalarımız geneli yansıtmayabilir. Bizim hasta popülasyonumuzun tamamı yakını yetmezliklidir ve yaş ortalamaları 78,6±7,7 olup oldukça yaşlıdır. Hatta bayanlar için bu yaş ortalaması 80'dir (80,3±7,9). Olguların çoğunluğunu da bayan hastalarımız oluşturmuştur. Mortalite oranımız bu grupta %31,85'tir. Bu grup hastalarımızın büyük çoğunluğunu hatta tamamı yakını kalp yetmezliği olan hastalar oluşturmaktadır. Kalp yetmezliği 65 yaş üstü hastalarda çok sıktır. Altıncı dekattan sonra yetmezlik prevalansının %20 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Hastaneye yatırılan yaşlı hastaların her hangi bir koroner rahatsızlık rastlanmamasına rağmen 1/3 ile 1/2 arası bir oranda kalp yetmezliği sebebi ile öldüğü postmortem yapılan bir çalışmada saptanmıştır (1).

Kanser gelişim hızı ileri yaşlarda artmaktadır. Bütün kanserlerin %50'sinden fazlası, ölümlü kanserlerin ise, %67'si >65 yaşlıdır(1). Onkolojik aciller denildiğinde ise, bütün hekimler neyin demek istenildiğini bilmelerine rağmen bu konuda tam bir görüş birliği yoktur. Benzer şekilde hangi onkolojik hastanın yoğun bakıma ihtiyacı olduğu konusunda da görüş birliği yoktur, terminal olgulara da yoğun bakım endikasyonu konulabilmektedir. ONH çalışmamızdaki tüm olguların %12.2'sini oluştururlar. Erkek hastaların %64,1'lik ezici bir çoğunluğu vardır. Bu sonucun nedeni hiç şüphesiz 50 yaştan sonra kanser insidansının erkeklerde önemli ölçüde artmasından kaynaklanmaktadır (1). Mortalite oranlarımız bu hastalarda %59,7 gibi yüksek bir paydaya sahiptir. Genel olarak 55 yaşın altında kanser mortalitesi %23'tür. Bu orana 55 yaşın üstünde %17 daha eklenir (1). Nelson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, yoğun bakım şartlarında yaşlı hastalarda kanser sebebiyle mortalite oranı %56 olarak bildirilmiştir (19).

Solid tümörler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise, %58.7'lik bir sonuç elde edilmiştir (5). Bizim hastalarımızın önemli bir kısmını terminal hastaların oluşturduğu düşünüldüğünde genel ortalamayı yakaladığımızı düşünmekteyiz.

Renal yerine koyma tedavisinde hemodiyaliz en önemli kaldırım taşlarından bir tanesidir. Hemodiyaliz son dönem böbrek yetmezlikli hastalar kadar pek çok diğer endikasyonda yaşlı hastalar için yaşam kalitesinin idamesi için önemlidir. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda gelişen teknolojiye rağmen diyalize bağlı mortalite hala yüksektir (3,10,15,16). Literatürde kronik böbrek yetmezliği için bizim yaptığımız gibi yaşlı hastalarda bir mortalite çalışması yok. Ancak, Portekiz'de yapılan bir çalışmada yaşlı hastalarda akut böbrek yetmezliğinde mortalite %53.8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmaya sadece akut-on kronik olgular değil bütün akut olgular dahil edilmiştir. Servisimize çoğu akut on kronik ya da hemodiyaliz esnasında gelişen komplikasyonlara bağlı olarak yatırılan kronik böbrek yetmezlikli hastaların çoğunluğunu erkek hastalarımız (%66,6) oluşturmaktadır. Bunun en büyük sebebinin hiç kuşkusuz prostat hipertrofinesine bağlı obstruktif nefropatiler olmuştur. Rezervi düşük olan bu hastalarda gelişen basit bir benign prostat hipertrofinin bile akut bir olay yaratabildiği bilinmektedir.

Pnömoni Amerika Birleşik Devletlerinde >65 yaş hastalarda dördüncü en önemli ölüm nedenidir. Yaşlı hastalarda yapılan otopsi çalışmalarında pnömoni %25 ile %60 oranında rastlanmıştır. Yaşlılarda pnömoni gençlere göre 5 kat daha fazla rastlanırken mortalite 100 kat daha fazladır (1). Çalışmamızda enfeksiyon başlığı altında topladığımız olguların ikisi hariç (iki sepsis olgusu) hepsi pnömoni olgusudur. Dolayısıyla, % 18,75 civarında olan enfeksiyon kökenli mortalitemiz, sadece akciğere ait enfeksiyonlar için %14 civarındadır ve oldukça fazladır. Bütün hastalara oranı ise, literatürün aksine %8,8 gibi düşük bir orandır. Yaş ortalamamız da oldukça yüksektir (78,7±8). Kadın erkek oranımız ise, kadınlar lehine yüksektir (%58, 3). Klasik bir bilgi olarak menapozdan sonra kadın hastaların enfeksiyonlara daha duyarlı olur. Kadınların aleyhine olarak elde edilen bu netice de muhtemel bunun bir sonucudur.

Kardiyak olaylar ve pnömoni KOAH sebebi ile gelişen mortalitenin en önemli iki sebebidir. Kardiyak sebepler içerisinde de sağ kalp yetmezliği ve biventriküler yetmezlik yaşlı hastalarda en önemli iki dekompanzasyon formudur (1). Özellikle KOAH gelişen mortalitemiz oldukça düşüktür (%4,0). Olguların tümü kardiyak problem sonucunda kaybedilmiş olup, olgu grubunun yaş ortalamasının da özellikle 81,1 ±7,0 gibi oldukça yüksek ortalama olduğu düşünüldüğünde mortalitemizin çok da yüksek olmadığı görülecektir.

Diyabet, hipertansiyon, derin anemi ve pulmoner emboli sebepleriyle kaybettiğimiz hastamız yoktu. Ancak, bu grup hastaların bir kısmının normalde servislerde de takip edilebilecek, yoğun bakım yatış endikasyonları olmayan hastalardan oluştuğu düşünülmektedir. Kaldı ki, özellikle Kocaeli depreminden sonra nozokomiyal enfeksiyon sıklığında artış olmuştur. Yoğun bakımımızda enfeksiyon takip komitesi 1999 yılında %6.2, geçen sene de %1.7'lere varan nozokomiyal enfeksiyon olguları tespit etmiştir. Dolayısıyla bu durum bu tip hastalar için aslında ek bir risk oluşturmaktadır.

Diğer nedenlerle kaybettiğimiz 4 hastadan 2'si mantar diğer 2'si de ilaç ve toksik madde zehirlenmeleri nedenleriyle. Sonuçta toplam mortalitemiz %22,4 civarındadır. Onkolojik sebeplerle yatırılan hastaları çıkardığımızda ise bu oran %17.25'e düşecektir. Şüphesiz, bu mortalite oranı çok düşük bir orandır. Ancak, tartışılması gereken; mortalite oranından çok bu grup hastaların pahalı bir tedavi olan yoğun bakım şartlarına gerçekten ihtiyaç duyup duymadıklarıdır. Yapılan çalışmalarda da bu konular sorgulanır hale gelmiştir (9,14,17,19). Elde ettiğimiz sonuçlardan da anlaşılacağı gibi genel mortalite oranları oldukça düşük olmasına rağmen, onkolojik sebeplerle yatan yaşlı hastalarda %59,7 gibi çok yüksek oranlara çıkmaktadır. Bu sonuç, yarattığı maddi külfetin yanında bir de bu ünitelerde çalışan personelin moral motivasyonunu düşürmektedir. Dolayısıyla, sadece onkolojik yaşlı hastaların değil, terminal olduğu düşünülen bütün hastaların ara bir yoğun bakıma veya İngiltere'de olduğu "hospice" olarak adlandırılan son dönem hastaların yattığı, tedaviden öte şahısların moral ve konforlarını sağlamanın öne çıktığı "bakımevi" denilebilecek merkezi ve tam teşekküllü eğitim veren hastanelerle konum, kurum ve fonksiyonel ilişkili kurumlara ihtiyacın olduğu bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz en önemli sonuçtur.

KAYNAKLAR

- Abrams W B, Beers MH, Berkow R: Merc Manual of Geriatrics Second Edition, United States 1995, s 5-190.
- Adelman RD, Gerger JT, Macina LO: Critical Care for the geriatric patient. Clin Geriatr Med 1994; 10: 19-30.
- Akposso K, Hertig A, Couprie R, Flahaut A, Alberti C, Karras G A, Haymann JP, Costa De Beauregard MA, Lahlou A, Rondeau E, Sraer JD: Acute renal failure in patients over 80 years old: 25-years' experience. Intensive Care Med 2000;26(4):400-6.
- Annun K: Address at the ceremony launching the International Year of Older Persons. J Gerontology 1999; 54:5-6.
- Azoulay E, Morcau D, Alberti C, Leleu G, Adric C, Barbotou M, Cottu P, Levy Lc Gall Jr, Schlemmer G: Predictors of short-term mortality in critically ill patients with solid malignancies. Intensive Care Med 2000;26(12):1817-23.
- Findlay J Y, Plenderleith JL, Schroeder DR: influence of social deprivation on intensive care outcome. Intensive Care Med 2000;26(7):929-33.
- Godhill DR, Summer A: Out come of intensive care patients in a group of British intensive care units. Crit Care Med 1998;26(8):1337-45.
- Goodman MD, Tarnoff M, Slotman GI: Effect of advance directives on the management of elderly critically ill patients. Crit Care Med 1998;26:701-4.
- Gsell OR: Geriatric intensive care-indication and contraindication. Gerontology 1977. 23(1):47-54.
- Horina JH, Holzer H, Reisinger EC, Krejs GJ, Neugebauer JS: Elderly patients and chronic haemodialysis. Lancet 2000;339:183.
- J Young, I Philp: Future directions for geriatric medicine. BMJ 2000; 320:133-4(Edit).
- Jrand FR, Guntupaili: Update in critical medicine. Ann.Int.Med 2000;133(12):973-81.
- Knaus WA, Wagner DP, Zimmerman JE, Draper EA: Variations in mortality and length of stay in intensive care units. Ann Intern Med 1993;118(10):753-61.
- Korkeila M, Ruokonen E, Takala J: Costs of care, long term prognostic and quality of life in patients requiring renal replacement therapy during intensive care. Intensive Care Med 2000; 26(12): 1824-31.
- Mallick NP, Gokal R: Haemodialysis. Lancet 1999 27;353:737-42.
- Man NK, Jungers P: Dialysis therapy. N Engl J Med 1998; 339:1004-5.
- Mumma H, Rodriguez CR: The medical director's role in an acute care geriatric unit. Hosp Med Staff 1982;11(6):29-31 .36
- Murphy E: Services for elderly people. Health care UK 1992-3. London: King's Fund Institute, 1993 (Med).
- Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzei RS, Manfredi PL, Davis SM, Morrison RS: Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. Crit Care Med 2001;29(2):449-50.
- Peirce AG, Wright F, Fulmer TT: Needs of family during critical illness of elderly patients. Crit. Care Nurs Clin North Am 1992; 4(4):597-606.
- Rapport J, Terres D, Barnett R, Jacobs P, Shustack A, Lemeshow S, Norris C, Hamilton S: Comparison of intensive care unit utilisation in Alberta and Western Massachusetts. Crit Care Med 1995;23(8): 1336-46.
- Ridley S, Burchett K, Gunning K, Burns A, Kong A, Wright M, Hunt P, Ross S: Heterogeneity in intensive care units: factor fiction? Anesthesia 1997;52(6):531 -7.
- Romao Junior JE, Haishi AR, Vidonho Junior AF, Abensur H, Quintaes PS, Araujo MR, Noronha IL, SantosFR, Machado MM: Causes and prognosis of acute renal failure in elderly patients. Rev Assoc Med Bras 2000;46(3):212-7 [Med].
- Rosenberg AL, Zimmerman JE, Alzola C, Draper EA, Knaus WA: Intensive care unit length of stay: recent changes and future challenges. Crit Care Med 2000 ;28(10):3465-73.
- Strange GR, Chen EH: Use of emergency departments by elderly. Acad Emerg Med Dec;5(12): 1157-62.
- Studnicki J, Schpira DV, Straumfjord JV, Clrk RA, Marshburn J, Werner DC: A national profile of the use of intensive care by medicare patients with cancer, Cancer 1994; 15(8):2366-73.
- Welch CE, Rodkey GV, von Ryll Gryska P: A thousand operations for ulcer disease. Ann Surg 1986;204(4):454-67.
- Zimmerman JE, Shortell SM, Knaus WA, Ronsscau DM, Wagner DP, Gillien RR, Drapper EA, Devers K: Value and cost of teaching hospitals: a prospective, multicenter, inception cohort study. Crit Care Med 1993;21(10):1432-42.