

44437

T.C.  
İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1993 YILINDA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI'NDA YATAN  
HASTALARIN KLİNİK EPİDEMİYOLOJİK  
DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. GÜNAY CAN



İstanbul - 1995

## ÖNSÖZ

Halk sağlığı uzmanlık eğitimim boyunca yetişmemde büyük katkıları bulunan değerli hocalarım, Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hilmi ERGİNÖZ'e, Prof. Dr. Ayře KAYPMAZ'a, emekli öğretim üyesi Prof. Dr. Orhan DEMİRHİNDİ'ye ve yardımlarını esirgemeyen diğer öğretim üye ve yardımcılarına en derin teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi C.T.F. Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yapmama izin veren ve gerçekteştirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necati SIRMACI'ya teşekkürü bir borç bilirim.

Tez hazırlama aşamasında yardımlarını gördüğüm Dr. Ethem Erginöz'e, Dr. Ümit şahin'e ve Bio. Çetin Demircan'a teşekkür ederim.

Uzmanlık öğrenciliğim boyunca uyum içinde çalıştığımız tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı çalışanlarına sevgilerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	3
GEREÇ VE YÖNTEM .....	24
BULGULAR .....	30
TARTIŞMA .....	52
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	57
ÖZET .....	60
KAYNAKLAR .....	61
EK-1 .....	71
EK-2 .....	78
EK-3 .....	79

## GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler sistem hastalıkları günümüzde, en fazla ölüme neden olan hastalık grubunu oluşturmaktadırlar. Özellikle, gelişmiş ülkelerde, enfeksiyon hastalıklarından ölümlerin önlenmesi, erken yaşta ölümlerin engellenmesi, alt yapı sorunlarının çözümlenmesi, sosyal ve hijyenik koşulların düzeltilmesi sonucu kardiyovasküler sistem hastalıkları daha fazla önem kazanmıştır.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVSH) ile ilişkili yaklaşık 200 risk faktörü öne sürülmüş olmakla birlikte birçoğunun ilişkisi çok zayıftır. Yapılan büyük ölçekli araştırmalar sonucunda kan lipid ve lipoprotein düzeyleri, beslenme alışkanlıkları, yüksek kan basıncı, sigara alışkanlığı, aile öyküsü, diabetes mellitus varlığı, fiziksel aktivite durumu, obesite, sosyal davranışlar, çevresel faktörler, genetik ve hormonal faktörler en önemli risk faktörleri olarak tanımlanmışlardır.<sup>25</sup>

Risk faktörlerinin tanımlanması sonucu önlenebilir nedenlere yönelik geniş çaplı programlar yürütülmeye başlanmış ve koruyucu kardioloji gündeme gelmiştir. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu alanda büyük gelişmeler elde edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1968-1976 yılları arasında iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölüm hızını azaltmada tıbbi girişimler ve yaşam biçiminin değişmesinin payı incelendiğinde, tüm tıbbi girişimlerin payının % 39,5, serum kolesterol düzeyinin düşürülmesinin payının %30.0 ve sigara içiminin azaltulmasının payının %24 olarak değerlendirildiği görülmektedir. Sadece yaşam biçiminin değiştirilmesiyle 340.000 kişinin ölümü engellenmiştir.<sup>105</sup>

Ülkemizde de 1992 yılında, kardiyovasküler sistem hastalıklarından hastanelere tüm yatan hastaların toplam yatış nedenleri arasındaki payının %10 olmasına karşın hastanede ölümlerin yaklaşık 1/3'ü bu nedene bağlıdır.<sup>121</sup> Ölüm hızı da diğer sistem hastalıklarına göre daha fazladır.(Binde 72.7) Kardiyovasküler sistem hastalıklarının büyük çoğunluğunu da hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı ve romatizmal kalp hastalığı gibi kısmen önlenabilir hastalıklar oluşturmaktadır.

Kolaylıkla görülebildiği gibi ülkemizin sağlık alanındaki en önemli sorunlarından birini oluşturan kardiyovasküler sistem hastalıklarının epidemiyolojisine ve risk faktörlerinden korunmaya yönelik önlemlere öncelik verilmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte her alanda olduğu gibi sağlık alanında da doğru ve yeterli istatistiksel bilgiler oldukça azdır. Verilerin tek elden toplanması mümkün olmamakta, böylelikle yapılan değerlendirmeler gerçekçi olamamaktadır.

Hiç kuşku yoktur ki hastalıkların etyolojisinin ortaya çıkarılmasında, hastalık hızlarının trendinin saptanmasında, sunulan hizmetlerin etkinliğinin değerlendirmesinde, sağlık biriminin ileriye dönük planlamalar yapmasında ve bunun gibi birçok faktörün belirlenmesinde istatistiksel verilerin yeri çok önemlidir.

Günümüz tıbbının önemli bir alanını da klinik epidemiyoloji oluşturmaktadır. Bu araştırmanın konusu da klinik epidemiyolojik yöntemlerin ışığında Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastaların incelenmesidir.

Bu çalışmada 1993 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde yatan hastalarda;

- Hastaların sosyodemografik özelliklerinin saptanması,
- Yatış nedenlerinin belirlenmesi,
- Risk faktörleriyle hastalıkların ilişkisinin saptanması,
- Hastaların yatış sırasındaki klinik durumunun belirlenmesi ve hastalıklarıyla ilişkisinin araştırılması,
- Yapılan ilk laboratuvar incelemeleriyle hastalıkların ilişkisinin araştırılması,
- Hastalıklara göre yatış sürelerinin saptanması amaçlanmıştır.

## GENEL BİLGİLER

### 1.0.0.KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARININ DÜNYADAKİ DURUMU

#### 1.1.0. Genel Bakış

Kardiyovasküler sistem hastalıkları dünyada ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yarısı kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlanırken gelişmemiş ülkelerde bu oran % 16 civarındadır. Bununla birlikte dünyadaki toplam ölümlerin %78'i gelişmemiş ülkelerde olduğundan, kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümler sayı olarak gelişmemiş ülkelerde daha fazladır. Tablo 1'de seçilmiş bazı Avrupa ülkelerinde kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı mortalite hızları verilmiştir.<sup>119</sup>

**TABLO 1: SEÇİLMİŞ BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDE KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARINA BAĞLI MORTALİTE HIZLARI (100.000'de)**

Ülkeler	Erkek	Kadın
Bulgaristan (1990)	781.2	706.4
Macaristan (1990)	731.8	741.4
İsveç (1988)	625.6	569.4
Norveç (1989)	523.7	479.1
İngiltere (1990)	509.7	520.6
Finlandiya (1989)	474.8	504.5
İrlanda (1989)	447.6	406.1
Hollanda (1989)	356.7	340.3
İspanya (1987)	317.9	363.0
Fransa (1989)	297.1	339.4

70'li yıllarda olduğu gibi 80'li yıllarda da bir çok ülkede kardiyovasküler sistem hastalıkları mortalitesi azalmıştır. Bununla birlikte bu mortalite hızı bazı ülkelerde sabit kalırken bazılarında da artmıştır. Örneğin 70'li ve 80'li yıllar karşılaştırıldığında mortalite hızlarında Bulgaristan ve Polonya'da %10 artış görülmekteyken , Yunanistan, Macaristan, Norveç ve Çekoslavakya'da değişme olmamıştır. Tablo 2'de bazı ülkelerde, erkeklerde iskemik kalp hastalığı(İKH) mortalitesinin 10 yıllık trendi görülmektedir.<sup>119</sup>

**TABLO 2: ERKEKLERDE İSKEMİK KALP HASTALIĞI MORTALİTESİNİN  
1974 İLE 1984 ARASI ON YILLIK TRENDİ**

Mortalite trendi*	Ülkeler
% 1-9 Azaltan ülkeler	Avusturya, İsveç, Norveç, Almanya, Danimarka, İsviçre
%10-14 Azaltan ülkeler	İskoçya, Fransa, Portekiz, İngiltere
%15-24 Azaltan ülkeler	Hollanda, Finlandiya, Yeni Zelanda
%25 ve daha fazla azaltan ülkeler	Japonya, Belçika, Kanada, Avustralya, A.B.D.
Artan ülkeler	İtalya, İrlanda, Yunanistan, Bulgaristan, Polonya, Macaristan, İspanya, Romanya

\* Sırasıyla

İskemik kalp hastalığı mortalitesi, ülkelere göre büyük değişiklikler göstermektedir. Geçen yirmi yılda en fazla düşüş Avustralya, Kanada ve A.B.D.'de kaydedilmiştir. Tablo 3'te bazı ülkelerde iskemik kalp hastalığı mortalite durumu gösterilmiştir.<sup>120</sup>

**TABLO 3 : BAZI ÜLKELERDE YAŞ STANDARDİZE EDİLEREK BULUNAN İSKEMİK KALP  
HASTALIĞI MORTALİTESİ 1985 (100.000 kişide, 30-69 yaş arasında)**

Ülkeler	Erkek	Kadın
Kuzey İrlanda	406	130
İskoçya	398	142
Finlandiya	390	75
SSCB	349	125
Yeni Zelanda	296	94
Norveç	266	55
A.B.D	235	80
Polonya	230	54
Kanada	230	66
Federal Almanya	204	52
Belçika	166	46
İtalya	136	33
Fransa	94	20
Japonya	38	13

Kardiyovasküler sistem hastalıkları epidemisine karşı gelişmiş ülkelerde büyük başarılar sağlanmış olmakla birlikte gelişmekte olan ülkelerdeki artış eğilimi günümüzde de sürmektedir. Özellikle kardiyovasküler sistem hastalıkları risk faktörleri prevalansında gelişmekte olan ülkelerdeki erkeklerde büyük artış gözlenmektedir. Bu yeni kardiyovasküler sistem hastalıkları epidemisi özellikle Latin Amerika ve Asya ülkelerinde gözlenmektedir. Asya ülkelerinde 1985 yılında kardiyovasküler sistem hastalıklarından ölenlerin infeksiyöz ve parazitik hastalıklardan ölenlere oranı 0.6 iken, bu oranın 2000 yılında 1.5'a, 2015 yılında 2.5'a yükseleceği öngörülmektedir. Latin Amerika'da ise 25 yıl sonra bu oranın 5'e ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>119</sup>

Gelişmiş ülkelerde, mortalitedeki bu olumlu değişimlerin altında yatan nedenler incelendiğinde, bu nedenlerin sağlık hizmetlerinin iyileşmesi, hipertansiyonla mücadele, başlıca etyolojik faktörlere toplum ölçeğinde yapılan müdahaleler (yaşam biçiminin değişmesi) olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülüğünde, morbidite, risk faktörleri ve letalite ile ilgili eğilimleri saptamak amacıyla yürütülen Monica (MONİtoring of trends and determinants in CArdiovascular disease) projesi 26 ülkedeki 40 merkezde, 10 yıllık bir süre boyunca ve 11 milyon kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu proje kardiyovasküler sistem hastalıkları morbidite ve mortalitesindeki yönelimleri, bilinen risk faktörlerinin gelişimini, sağlık hizmeti veya sosyoekonomik düzeyle ilişkilerini saptamayı hedeflemektedir.<sup>120</sup>

### 1.2.0. Ülkelerdeki Durum

Belçika'da 1970'den bu yana iskemik kalp hastalığı mortalitesi anlamlı bir şekilde düşmüştür. Bu düşüş, sigara kullanımının azalması, doymuş yağların kullanımının azaltılması ve kişi başına tuz kullanımının % 50 azaltılmasına bağlanmaktadır. Aynı şekilde serum total kolesterol düzeyinde anlamlı şekilde düşüş saptanmış ve serebrovasküler hastalık mortalitesinde de yılda yaklaşık % 3'lük bir azalma olduğu bildirilmiştir.<sup>63</sup>

Iskemik kalp hastalığı hızları, İngiltere ve Galler'de erkeklerde, 70'li yılların sonuna, kadınlarda ise 80'li yılların başlarına kadar artmaya devam etmiştir. Artmanın durmasında kan kolesterol seviyesinin az da olsa düşmesi, diyet önerilerine uyulması ve sağlık eğitimi çabalarının rolü olduğu düşünülmektedir. 80'li yılların ortalarında kadın ve erkeklerde sigara içme prevalansı coğrafi bölgelere göre değişmektedir.<sup>68</sup> İngiltere bölgesel



kalp araştırmasına katılan şehirler arasında, sigara içme prevalansı ve ortalama sistolik kan basıncı değerlerinin bölgelere göre önemli değişiklikler gösterdiği görülmektedir.<sup>100</sup>

Finli erkek ve kadınlarda 50'li ve 60'lı yıllarda iskemik kalp hastalığı mortalitesi çok hızlı artmış ve dünyada ilk sıralara yerleşmiştir. Ülkenin bütününde, Batı ve Kuzey Avrupa ülke hızlarından çok daha yüksektir. Erkeklerde iskemik kalp hastalığı mortalitesi kadınlara göre 5 kat daha fazladır. 1970'den beri hızlar düşmeye başlamıştır.<sup>111</sup> Bu düşmede kuzey Karelia'da yürütülen yoğun koruyucu kardiyoloji çalışmalarının payı olduğu ifade edilmektedir.<sup>87</sup>

Almanya'da 70'den sonra iskemik kalp hastalığı mortalitesi belirgin bir şekilde düşmüştür. Risk faktörlerine bakıldığında, 80'li yılların ortalarında Federal Almanya kadın ve erkeklerin yaklaşık % 40'ının serum total kolesterol seviyesi 250 mg/dl'yi aşmaktaydı. Erkeklerin yaklaşık % 40'ı, kadınların ise % 26'sı sigara içmekteydiler.<sup>40</sup>

Norveç'te iskemik kalp hastalığı hızları 70'li yıllar boyunca artmıştır. Daha sonraki yıllarda iskemik kalp hastalığı hızında 40-49 yaş grubunda % 30'dan fazla, 50-59 yaş grubunda yaklaşık % 10 düşüş olmuştur.<sup>109</sup> Oslo'daki bir araştırmada müdahale grubunda serum kolesterol seviyesinin ve sigara içiminin azaltılması sonucu myokard infarktüsü (MI) ve ani kalp ölümü hızı kontrol grubuna göre % 47 daha düşük bulunmuştur.<sup>49</sup>

Polonya'da son yirmi yılda iskemik kalp hastalığı mortalitesi artmaya devam etmiştir. Şehirlerde iskemik kalp hastalığı mortalitesindeki artış kırsal alana göre daha düşüktür. Bu zaman zarfında sebze ve meyve tüketimi azalmış, et tüketimi artmıştır. Ortalama kan basıncı ve kilo alımı artmış, bununla birlikte sigara içiminde az da olsa azalma olmuştur.<sup>94</sup> Polonya'nın bütününde her iki cinste de iskemik kalp hastalığı mortalitesi artmaya devam etmektedir.<sup>93</sup> Bir Polonya-A.B.D. kardiyovasküler hastalık epidemiyolojisi ortak çalışmasında hipertansiyon prevalansı şehirlerde yaşayan kadın ve erkeklerde % 45, kırsal alanda yaşayan erkeklerde % 31, kadınlarda % 43 olarak tahmin edilmiştir. Sigara içme prevalansını ise araştırmacılar erkeklerde şehir ve kırsal alanda % 56, kadınlarda kırsal alanda % 12, şehirlerde % 33 olarak tahmin etmişlerdir.<sup>106</sup>

1970-85 yılları arasında eski Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliğinde iskemik kalp hastalığı mortalitesi artmaya devam etmiştir. Myokard infarktüsü mortalitesi, yüksek hipertansiyon ve obesite hızlarıyla birlikte Sibirya'da çok yüksektir.<sup>72</sup> Moskova'da her iki

cinste de Myokard infarktüsü mortalitesi artmaktadır. <sup>4</sup> 15 şehirde yapılan iskemik kalp hastalığı taramasında hipertansiyon prevalansı % 11-31, sigara içme prevalansı ise % 49-65 olarak bulunmuştur.<sup>74</sup>

Pakistan'da yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada MI vakalarında iskemik kalp hastalığı olan kişilerde yüksek sigara içme prevalansı saptanmış, bu hastaların % 16'sının diabetik olduğu ve ortalama kan kolesterol seviyesinin 230 mg/dl olduğu bulunmuştur. Sigara içenlerin büyük çoğunluğunun sigaraya 20 yaşından önce başlamış olduğu ve kendilerine ebeveynlerini örnek aldığı belirtilmiştir.<sup>51</sup>

Çin'de iskemik kalp hastalığı kaba ölüm hızı Avustralya, Kanada ve A.B.D.'deki hızın 1/10'udur. Bununla birlikte serebrovasküler hastalık hızı MI hızından beş kat fazladır. Bütün ülkedeki düşük serum total kolesterol değerleri iskemik kalp hastalığı hızının düşük olmasının bir nedeni olarak değerlendirilmiştir.<sup>107</sup>

Düşük doymuş yağ ve yüksek tuz kullanımına dayalı geleneksel Japon diyeti sonucu önemli bir predispozan faktör olan hipertansiyonlu kişilerde serebrovasküler hastalık hızı yüksek, MI hızı düşüktür.<sup>62</sup> Japonya'da sigara içme hızı özellikle erkeklerde yüksek, kadınlarda düşüktür.<sup>43</sup>

Avustralya'da doğanlarda ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda, iskemik kalp hastalığı hızları yüksektir. Avustralya'da iskemik kalp hastalığı hızları 60'lı yılların ortalarında pik yapmış ve o zamandan beri % 40 oranında düşmüştür. Bu azalma sigara içiminin azalmasına ve diet faktörüne bağlanmıştır.<sup>42</sup>

1980'de Yeni Zelanda'da iskemik kalp hastalığı % 28 mortalite hızıyla en önemli ölüm nedenidir. 1968 - 81 arasında Avrupa kökenli kişilerde iskemik kalp hastalığı hızı erkeklerde % 22, kadınlarda % 13 düşmüştür. Bu düşüşte süt ürünlerine dayalı tüketimin, sigara içme hızının ve serum kolesterol düzeylerinin azaltılması, hipertansiyon kontrolünün düzenlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasının payı olduğu bildirilmiştir.<sup>9</sup>

Kanada'da 60'lı yılların başında, önce kadınlarda, birkaç yıl sonra da erkeklerde iskemik kalp hastalığı hızları düşmeye başlamıştır. Bu düşüş bölgelere göre büyük değişiklikler göstermiştir. Ontario bölgesindeki hızlar en yüksek, The Prairie bölgesinde en düşük olarak devam etmektedir.<sup>26</sup> Kanada'da iskemik kalp hastalığı etyolojisinde rolü olan risk faktörlerinin etkisi incelendiğinde günde 20 veya daha fazla sigara içenlerde riskin 2.8,

diabet tanısı alanlarda 2.6, total kolesterol seviyesi 280 mg/dl'den yüksek olanlarda 2.1 ve hipertansiyonlularda 2.0 kat arttığı bulunmuştur. İskemik kalp hastalığı mortalitesinde sorumlu etkenler % 47 sigara, % 21 hipertansiyon, % 8 diabet, % 7 hiperkolesterolemiye atfedilmektedir.<sup>99</sup>

A.B.D'de iskemik kalp hastalığındaki azalma homojen değildir. Düşüş kadınlarda daha erken başlamış olmakla birlikte erkeklerde daha fazladır. Genç yaş gruplarında ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda düşüş daha belirgindir.<sup>48</sup>

A.B.D'de sağlık hizmetleri büyük ölçüde değişmiştir. İskemik kalp hastalığından ölümlerin çok azı hastane dışında olmaktadır. Ülkenin bütününde hipertansiyon taraması ve tedavisi için kampanyalar yürütülmüş, benzer çabalar beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi sağlanarak kan kolesterol düzeyini azaltmada da gösterilmiştir. Ayrıca sağlık alışkanlıklarında olumlu değişiklikler olmuştur. 1964'ten beri sigara içme hızı düzenli olarak düşmüştür. Fiziksel aktivite de önemli bir konuma gelmiştir.<sup>25</sup>

## 2.0.0. KARDİOVASKÜLER SİSTEMİ HASTALIKLARININ TÜRKİYE' DEKİ DURUMU

### 2.1.0.Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları Mortalite ve Morbidite İstatistikleri

Türkiye'de de ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler sistem hastalıkları gelmektedir. İl ve ilçe merkezlerindeki toplam ölümlerin yaklaşık % 38'i bu nedenledir. Bununla birlikte kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümlerin ancak yaklaşık % 40'ı hastanelerde gerçekleşmektedir. Tablo 4'te il ve ilçe merkezlerinde olan ölümlerin sayısı ve bunda kardiyovasküler sistem hastalıklarının payı gösterilmiştir.<sup>112</sup>

**TABLO 4 : YILLARA GÖRE İL VE İLÇE MERKEZLERİNDEKİ TOPLAM ÖLÜMLER VE KARDİOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARININ PAYI**

Yıllar	Toplam Ölümler	Kardiyovasküler nedeni ölümler	Yataklı tedavi kurumlarında olan ölümler	Hastane / hastane dışı (%)	Toplam ölümler içindeki yüzdesi	Mortalite (yüz binde)
1987	134025	49846	19656	39.4	37.1	254.9
1988	134627	52135	20723	39.7	38.7	250.6
1989	150475	56412	22039	39.1	37.4	274.1
1990	150292	58019	23343	40.2	38.6	267.9
1991	150925	59373	23706	39.9	39.3	257.6

Yıllara göre kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölümler incelendiğinde de (Tablo 5) en fazla ölümün diğer kalp hastalıkları başlığında toplandığı <sup>112</sup>, İKH'den ölenlerin çok az olduğu görülmektedir. Yine tablodan çıkan bir başka sonuç aynı kurumun (DİE) istatistiklerinde kardiyovasküler sistem hastalıklarından ölümlerin iki farklı yerde farklı olarak verilmesidir. (Ör. 1991 yılı ölümleri bir yerde 59373 olarak verilmekteyken, aşağıdaki tabloda 70506 olarak görülmektedir.) Bunun nedeni serebrovasküler hastalığın, kardiyovasküler sistem hastalığı olarak nitelendirilmesi olabilir.

**TABLO 5: YILLARA GÖRE KARDİYOVAŞKÜLER SİSTEM HASTALIKLARINDAN ÖLENLERİN DÖKÜMÜ<sup>112</sup>**

Hastalıklar	1987		1988		1989		1990		1991	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
ARA	14	8	6	5	2	2	0	3	3	1
Ed.kapak hast	1450	521	873	398	999	237	1016	417	2163	816
Hipertansiyon	599	763	561	611	651	679	547	670	500	564
İKH	920	338	2175	796	2605	772	2878	1561	3396	1266
Diğ kalp hast.	24703	20552	25491	21230	27429	23040	28063	22867	27218	23455
SVH	5498	5058	5600	4843	5915	5619	5836	5391	5723	5401
Toplam	60424		62589		67950		69249		70506	

Kardiyovasküler sistem hastalıklarından ölüm hızı binde 70-75 arasında seyretmektedir. Ortalama hastanede kalış süreleri 8 gün civarındadır. Tablo 6'da 1987 - 1991 yılları arasında kardiyovasküler sistem hastalıklarından yatanların özet dökümleri verilmiştir.<sup>121</sup>

**TABLO 6. 1987-1991 YILLARI ARASINDA YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA YATAN KARDİYOVAŞKÜLER SİSTEM HASTALARININ ÖZET DÖKÜMÜ**

Yıllar	Toplam Hasta Sayısı	Taburcu Olanlar	Ölenler	Yatılan Gün Sayısı	Ortalama Kalış Süresi (gün)	Ölüm Hızı (Binde)	Hastalık Grubu İçindeki Yüzdesi
1987	269069	249413	19656	2359654	8.8	73.1	8.9
1988	277294	256571	20723	2326608	8.4	74.7	9.5
1989	295634	273595	20039	2387678	8.1	74.5	9.5
1990	321532	298189	23343	2760696	8.6	72.6	10.9
1991	325893	302187	23706	2541379	7.8	72.7	10.4

1992 yılı yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı incelendiğinde (Tablo 7), en fazla hastanın, kalbin diğer hastalıkları başlığı altında toplanan grupta olduğu, en fazla ölümün de bu grupta olduğu görülmektedir. 1992 yılında hastaneye yatanların yaklaşık % 10'unun

kardiyovasküler sistem hastalıklarından yatmasına rağmen ölümlerin % 35'i bu nedenledir. Tablo 7'de 1992 yılı dökümleri verilmiştir.<sup>121</sup>

**TABLO 7 1992 YILINDA TÜRKİYE'DE YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA YATAN HASTALARIN 150 BAŞLIKLILIK A LİSTESİNE GÖRE KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARININ DAĞILIMI**

Hastalıklar	Taburcu Olanlar		Ölenler		Yatılan Gün Sayısı		Ortalama Kalış Süresi
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	
ARA	6774	6832	15	10	51131	51278	7.5
Edinsel kapak hast.	9781	8193	508	331	98423	87514	9.9
Hipertansiyon	17012	19287	703	596	119228	134428	6.7
İskemik kalp hast.	34863	20520	2701	1552	302549	167342	7.9
Diğer kalp hast.	51872	38715	4822	3269	411339	303603	7.2
SVH	22762	20222	3989	3493	230920	202254	8.6
Arteriyel hast.	10881	6103	447	305	112285	54773	9.4
Ven tr. ve emboli	3303	2283	178	100	32566	22091	9.3
Diğer KVSH	13721	9063	390	297	97688	61667	6.8

### 2.2.0. İskemik Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri

Ülkemizde bu konuda yapılan en geniş araştırma 1990 yılında Türk Kardiyoloji Derneği ve T.C. Sağlık Bakanlığı Ortak Taraması'dır. Araştırma yedi coğrafik bölgedeki 59 yerleşim biriminde rastgele örnekleme yöntemiyle taranan 20 yaş ve üzerindeki 3689 kişiyi kapsamaktaydı. Tarama sonucunda erkeklerde herhangi bir kalp hastalığı binde 57, iskemik kalp hastalığı binde 39 oranında, kadınlarda herhangi bir kalp hastalığı binde 69, iskemik kalp hastalığı binde 33 olarak bulunmuştur. Araştırmacılar sonuçlarını Türkiye'ye uyarladıklarında 1.860.000 kalp hastası olduğunu, bunların 1 050 000'inin iskemik, 590.000'inin hipertansif, 140.000'inin romatizmal kalp hastalığı olarak dağıldığını bildirmişlerdir.<sup>82</sup>

Araştırmada 40-59 yaşları arasında total kolesterol düzeyi erkeklerde 188 mg/dl, kadınlarda 196 mg/dl olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında Türk erkeklerinin 42mg/dl, Türk kadınlarının ise 36 mg/dl daha düşük kolesterol düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Trigliserid düzeyine bakıldığında erkeklerin % 14.8'inde, kadınların % 9.8'inde trigliserid düzeyi 200mg/dl ve üzerinde bulunmuş ve bu değerler diğer ülkelerle karşılaştırıldığında erkeklerde biraz yüksek, kadınlarda ise hayli yüksek olarak değerlendirilmiştir.<sup>83</sup>

Yapılan bu araştırmada erkeklerin % 11'i, kadınların % 16.5'i hipertansiyonlu bulunmuş ve 50 yaş üzerinde bu oranlar erkekte % 26, kadında % 40 olarak saptanmıştır. Araştırmacılar sigara içme prevalansını 20 yaş ve üzerindeki Türk erkeklerinde % 59.5, (günde 10 adetten çok içenler % 48.7, günde 1-10 adet içenler % 10.7), kentlerde yaşayan kadınlarda % 25.9, kırsal kesimde yaşayan kadınlarda ise % 9.4 olarak bulmuşlardır.<sup>77</sup>

Yine aynı araştırmada 35-64 yaşlarını ilgilendiren yaş standardizasyonu yapıldığında diabet prevalansı kadınlarda % 6.3, erkeklerde % 4.6 olarak bulunmuştur. Beden kitle indeksine göre erişkin erkeklerin % 9'u, kadınların % 28.5'i obez olarak nitelendirilmiştir.<sup>78</sup>

### 3.0.0. 1993 YILINDA KARDİYOVASKÜLER SİSTEMİ HASTALIKLARININ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ'NDEKİ DURUMU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde kardiyovasküler sistem hastalıklarından dolayı çeşitli kliniklerde tedavi gören hastaların başhekimlik tarafından yıllık olarak hazırlanan 150 başlıklı A listesine göre derlenen istatistiki bilgileri Tablo 8'de görölmektedir.

Verilere yıllık olarak bakıldığında, hastaların en fazla SVH'dan dolayı yattığı, bunu kalbin diğer hastalıklarının ve İKH'nin izlediği görölmektedir. Ancak ölüm hızı en yüksek İKH'de olmuştur (% 11.8). Ortalama kalış süresi en fazla 28.7 gün ile kronik romatizmal kalp hastalıklarından dolayı olmuştur.

**TABLO 8 1993 YILINDA CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ'NDE KARDİYOVASKÜLER SİSTEM HASTALIKLARINDAN YATAN HASTALARIN DAĞILIMI**

Hastalıklar	Taburcu Olanlar		Ölenler		Yatılan Gün Sayısı		Ortalama kalış süresi	Ölüm Hızı
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın		
ARA	11	28	-	-	194	742	24.0	0
Edinsel kapak hastalığı	42	68	4	6	1475	1974	28.7	8.3
Hipertansiyon	108	93	4	2	1 422	1820	15.5	2.8
İskemik kalp hastalığı	261	170	34	24	3 710	3143	14.0	11.8
Kalbin diğer hastalıkları	327	232	31	28	6 062	4148	16.5	9.5
SVH	397	377	34	40	4 546	3873	9.9	8.7
Arter hastalıkları	189	99	12	15	4 064	1908	18.9	8.5
Ven trombozu ve emboli	29	19	-	-	456	380	17.4	0
Diğer KVSH	28	21	1	-	473	299	15.4	4.7
TOPLAM	1392	1107	120	115	22402	18287	14.8	8.2

Tablo 9’da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı’nın 1993 yılına ait hasta istatistikleri görülmektedir. Bu istatistiklere göre 1060 hasta yatırılmış, 903 hasta taburcu olmuş, 89 hasta ölmüştür. Yatan hasta sayısı 1060 olarak verilmesine karşılık 68 hastanın prognozu belirtilmemiştir. Bir hastanın klinikte ortalama kalış süresi 15 gündür. Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinin yatak işgal oranı % 55.1’dir.

**TABLO 9 KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI 1993 YILI HASTA İSTATİSTİKLERİ**

Dönem	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta	Taburcu	Ölen	Yattığı Gün	Ortalama	Yatak İşgal Oranı
Ocak-Mart	3430	241	226	16	4104	16.4	60.3
Nisan-Haziran	3675	268	254	18	4175	15.3	61.3
Temmuz-Eylül	2876	292	207	17	3289	15.0	49.3
Ekim-Aralık	3078	259	222	32	3320	13.0	49.3
Yıllık Toplam	13059	1060	909	83	14888	15.0	55.1

#### 4.0.0. İSKEMİK KALP HASTALIKLARI RİSK FAKTÖRLERİ

##### 4.1.0. Sigara

Amerika’da her 6 ölümden birinin sorumlusu olarak görülen sigara, önlenebilir ölüm nedenlerinden en önemlisi olarak değerlendirilmektedir. 1985 yılında A.B.D. ve Kanada’da 400.000’den fazla ölümden sigara sorumlu tutulmaktadır.<sup>25</sup>

Amerika’da iskemik kalp hastalıkları, 500.000 ölümlerle bir numaralı morbidite ve mortalite nedenidir. Sigara bu ölümlerin yaklaşık % 30’undan sorumlu tutulmaktadır. Bu da yılda yaklaşık 160 bin önlenebilir ölüm demektir.<sup>7</sup>

Sigara içimi, en önlenebilir erken ölüm nedenlerinin başında gelmekte ve major bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Amerika’da zencilerde beyazlara göre sigara içme hızları daha yüksektir. Sigara içme hızı adolesan çağda erkeklere oranla kızlarda daha yüksektir. Sigara içme hızı beyazlarda siyahlara göre daha hızlı düşmüştür.<sup>34</sup>

Bununla birlikte halk sağlığı bilgilendirmesinin bazı önemli etkileri olmuştur. Amerika’da erişkinler arasında sigara içme hızı % 40’dan % 29’a düşürülmüştür. Bu 25 yıllık zaman diliminde sigara kullanmayı bırakma veya hiç başlamama sonucu sigaraya bağlı 790 bin ölümün engellenmiş olduğu, 2000 yılına kadar da 2 milyon ölümden kaçınılabileceği değerlendirilmesi yapılmaktadır.<sup>25</sup>

J. Barry ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, iskemik kalp hastalığı olan ve 24'ü sigara içen, 41'i sigara içmeyen toplam 65 hasta, 24 saat monitörize edilerek izlenmiş ve sigara içenlerde iskemik EKG bulgusu sıklığı 3 defa, iskeminin süresi 12 defa daha fazla bulunmuştur. Yanıltıcı faktörler kontrol altına alındığında da ilişki anlamlı olarak kalmıştır. Bu çalışmada iskemik kalp hastalarında, toplam myokard iskemisi ile sigara içimi arasında bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.<sup>7</sup>

Diđer geliřmiř ölkelerde sigara içme hızı çok geniř bir yelpaze göstermektedir. 1966'da Japonya'da erkeklerde % 83 olan sigara içme hızı 1980'de %70'e dūřmüřtür.<sup>33</sup>

Ölkelerin çoğunda sigara içenleri büyük oranda düşük eğitlimli ve alt sosyoekonomik düzeyde olan kişiler oluşturmaktadır.<sup>44</sup>

1974-85 arasında Ulusal Sağlık Araştırması sonuçları kullanılarak yapılan projeksiyonlarda 2000 yılında A.B.D'de kolej mezunu olmayanlarda sigara içme hızının % 30 dolayında, kolej mezunları arasında ise % 10'dan daha düşük olacağı tahmin edilmektedir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre sigara içme prevalansının doğrusal bir şekilde azaldığı görölmektedir. Ancak yine de yılda yaklaşık 1 milyon kişinin, yani günde 3 bin kişinin düzenli sigara içmeye başladığı görölmektedir. Mavi yakalı çalışanlarda profesyonel ve teknik alanda çalışanlara oranla sigara içme hızı daha yüksek olarak saptanmıştır. Bununla birlikte kişilerin eğitim ve ekonomik düzeylerinin, yani sigaranın sağlığa olan etkilerinin bilinmesinin sigarayı bırakmayı veya başlamamayı sağlamada etkisiz kaldığı bildirilmektedir.<sup>86</sup>

Kanada, Japonya, A.B.D ve Avrupa'da yapılan 10 büyük prospektif araştırma, sigara içenlerde içmeyenlere oranla tüm ölüm nedenlerinin yaklaşık 1.7 kat artmış olduğunu göstermiştir. Bir çok araştırma sigara ile iskemik kalp hastalıkları arasında sıkı bir doz etki ilişkisi olduğunu göstermiştir. Üstelik sigara kullanımı periferik arter hastalığı, fel, kronik obsröktif akciğer hastalığı, çeşitli kanserler (akciğer, larinks, özafagus, mesane ve diğerleri) riskini yükseltmektedir.<sup>33</sup> İsveç'li ve Finli ikizlerde yapılan çalışmalar sigaranın bu hastalıkların gelişmesinde bir risk faktörü olduğunu göstermiştir.<sup>97</sup>

Honolulu Kalp Araştırması'nda 12 yıllık izlem sonunda araştırmacılar sigara içenlerde, içmeyenlere göre iskemik fel riskini iki kat, hemaröjik fel riskini 4 kat fazla olarak saptamışlardır.<sup>1</sup> Framingham araştırmacıları, yaşları 36 ile 68 arasında değişen 4255



erkek ve kadını 26 yıl boyunca izlemişlerdir. Bu zaman zarfında 459 SVH meydana gelmiş; cinsiyet ve hipertansiyon durumu kontrol edildiğinde sigara içme ile serebrovasküler hastalık geçirme arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>118</sup>

Epidemiyolojik araştırmalar sigara içenlerde MI ve iskemik kalp hastalıklarından ölüm insidansının yüksek olduğunu göstermişlerdir. Prospektif çalışmalar semptomatik iskemik kalp hastalığı olanlarda sigara içiminin bırakılmasının MI ve ölüm riskini azalttığını saptamışlardır.<sup>113</sup>

Koroner Arter Cerrahisi Araştırmasında (CASS), anjiyografi ile saptanmış iskemik kalp hastalığı olan ve sigara içen 4165 hasta prospektif olarak incelenmiştir. Hastalardan 2675'i sigaraya devam etmiş, 1490'ı bırakmıştır. Rölatif risk devam edenlerde 1.55 olarak bulunmuştur. Sigaranın olumsuz etkisi ölümle sona eren MI'da ve ani ölümlerde de saptanmıştır.<sup>113</sup>

Salonen, postinfarktüs hasta ölümlerinin % 28'inin nedenini sigara içmeye devam etme olarak tahmin etmektedir.<sup>96</sup> Başarılı kardiyopulmoer resussitasyon sonrasında ani kalp durmalarının oranının sigara içmeye devam eden hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur.<sup>41</sup>

Willet ve ark. 119.404 hemşirede yaptıkları bir prospektif çalışmada, kadınlarda sigara kullanımı ile, iskemik kalp hastalıkları arasında bağımsız pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Sigara içen hemşirelerde hiç içmeyen meslektaşlarına göre iskemik olay riski beş kat daha fazla bulunmuştur.<sup>117</sup>

Oral kontraseptif kullanımına bakılmaksızın, sigara içen kadınlarda LDL-kolesterol düzeyleri sigara içen kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.<sup>116</sup> HDL-kolesterol düzeyi sigara içen her iki cinste de düşük bulunmuş, sigara içimi arttıkça düşme, sigara bırakıldığında ise yükselme gösterdiği bildirilmiştir.<sup>103</sup>

A.B.D. Hemşire Araştırmasında hipertansiyon prevalansı, 1-14 adet/gün sigara içen hemşirelerde hiç içmeyenlere oranla 1.4 kat, daha fazla sigara içenlerde ise 3 kat daha fazla bulunmuştur.<sup>117</sup> Sigara aynı zamanda hipertansiyonun farmakolojik tedavisini de olumsuz etkilemektedir.<sup>70</sup>

Diabetiklerde sigara içimi iskemik kalp hastalığı riskini ikiye katlamaktadır. Diabetiklerde kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerden 2/3'ünün nedeni sigaraya

bağlanmaktadır.<sup>104</sup> Ayrıca, sigara içimi, diabetiklerde periferik arteriosklerozisi ve kladikasyo, ülserasyon ve gangren oluşumunu arttırmaktadır.<sup>8</sup>

Aşırı alkol alanlar sıklıkla aşırı sigara tüketimi de yapmaktadırlar.<sup>38</sup>.

Sigara içimi sempatik deşarjı artırır ve epinefrin ve sempatik nörotransmitter norepinefrin seviyelerini artırır.<sup>24</sup> Bu nörohumoral yanıt uzun süre sigara içenlerde beta-adrenerjik reseptörlerin altregülasyonu sonucu gözükmektedir.<sup>65</sup>

#### 4.2.0.Lipidler, Lipoproteinler ve Beslenme

Bu konuda yapılan ilk çalışmalar 2. Dünya Savaşı sırasında, aç kalanlarda, belirgin şekilde kan total kolesterol seviyesinin düşük bulunduğu ve çok daha az ateroskleroz ile çok düşük İKH hızlarının saptandığı araştırmalardır.<sup>98</sup>

2.Dünya Savaşının sona ermesinden bu yana araştırmacılar yoğun bir şekilde, lipidler, lipoproteinler ve beslenme düzeyi bağlamında serum total kolesterol düzeyi ile İKH mortalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır.<sup>88</sup>

Yedi ülke çalışmasında, beslenme, lipidler ve İKH hastalıkları ilişkisi 16 değişik toplumda incelenmiştir (Finlandiya, Yunanistan, İtalya, Japonya, Hollanda, A.B.D ve Yugoslavya) . 10 yıllık izlem sonucunda serum total kolesterol düzeyleri, İKH'dan ölüm riskiyle direkt olarak ilişkili bulunmuştur.<sup>57</sup>

Yine 1948 yılında 5000 kişiyle başlayan Framingham Kalp Araştırmasında (A.B.D) araştırmacılar 14 yıllık izlem sonunda, yılda iki kez izledikleri kişilerde İKH morbidite ve mortalitesi ile serum total kolesterol seviyesinin direkt ilişkili olduğunu ortaya koymuşlardır.<sup>56</sup> Daha sonraki araştırmalarda total kolesterol fraksiyonlarından LDL-C'nin İKH mortalitesiyle direkt olarak ilişkili olduğunu doğrulamışlardır.<sup>39</sup>

Hereditör faktörleri kontrol altına alabilmek amacıyla yapılan Ni-Hon-San Amerikan- Japon ortak çalışmasında, California'da yaşayan Japon kökenli Amerikalılarda serum total kolesterol seviyesi 226 mg/dl, Havai'de yaşayan Japonlarda 219 mg/dl, Japonya'da yaşayanlarda ise 176 mg/dl olarak bulunmuştur.<sup>54</sup> Aynı şekilde MI insidansı ve İKH ölüm hızları da kolesterol seviyesi ile paralellik göstermiştir.<sup>90</sup>

70'li yıllar boyunca birçok ekip tarafından İKH ile HDL-C'nin ters olarak ilişkili olduğunu belirten yayınlar yapılmıştır.<sup>12, 66,71</sup> Bunlara Framingham çalışması da dahildir.<sup>39</sup>

Yapılan başka birçok çalışmada da HDL-C'nin rolü doğrulanmıştır. 6859 kadın ve erkekte yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında HDL-C düzeyi 45 mg/dl'nin altında olan kişilerde, İKH riskinin arttığı belirtilmiştir. <sup>16</sup>.

Gordon ve ark. A.B.D.'de yapılan 4 büyük prospektif çalışmanın sonuçlarını inceleyerek, HDL-C seviyesindeki 1 mg/dl'lik artışın İKH riskini erkeklerde % 2, kadınlarda % 3 azalttığını belirtmişlerdir. <sup>37</sup>

HDL-C düzeyleri zencilerde ve kadınlarda yüksektir. Aynı şekilde, yüksek eğitim düzeyi olanlarda , fiziksel aktivite gösterenlerde, sigara içmeyenlerde ve düzenli olarak az miktarda alkol kullananlarda HDL-C düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. <sup>45, 64, 67</sup> Tablo 10'da HDL-C düzeylerini etkileyen faktörler verilmiştir. <sup>25</sup>

**TABLO 10 HDL-C DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

<b>Yüksek HDL-C</b>	<b>Düşük HDL-C</b>
Kadın	Erkek
Östrojen	Progestin, androjenler
İnsülin	Diabetes
Alkol	Sigara
Egzersiz	Doymuş yağ asidi ve karbonhidratı yüksek diet
Kilo verme	Hipertrigliseridemi
Genetik hiperalfalipoproteinemi	Genetik HDL eksikliği

Trigliseridler ise lipidler, lipoproteinler ve özellikle de HDL ile (ters ilişki) olan etkileşimlerinden dolayı sıklıkla çoklu analizlerde prognostik faktörler listesinden elenmektedir. Serum trigliserid düzeyleri, yaş, açlık kan şekeri, obesite ve sigara içimiyle doğru orantılı, fiziksel aktivite ile ters orantılıdır. <sup>22</sup>

#### **4.3.0.Hipertansiyon**

İKH için önemli bir risk faktörü de hipertansiyon olarak belirtilmektedir. Sistolik kan basıncının (SKB) 160mmHg'yi ve/veya diastolik kan basıncının (DKB) 95 mmHg'yi aşması, hipertansiyon olarak nitelenmektedir. <sup>77</sup>

Genel olarak diastolik kan basıncı yaklaşık olarak 55 yaşına kadar artmakta, daha sonra sabit kalmaktadır. (Tablo 11) Sistolik kan basıncı ise genellikle yaşla beraber artmaktadır. <sup>29</sup>. Ortalama kan basıncı değerleri ve hipertansiyon prevalansı, belirli yaş, ırk ve kültürlerde genellikle kadınlarda erkeklerden hafifçe düşüktür <sup>25</sup>.

**TABLO 11 18 YAŞ VE ÜSTÜ KİŞİLERDE KAN BASINCI SINIFLAMASI**<sup>25</sup>

Kan Basıncı (mmHg)	Kategori
DKB	
<85	Normal kan basıncı
85-89	Yüksek normal kan basıncı
90-104	Hipertansiyon (Hafif)
105-114	Hipertansiyon (Orta)
>114	Hipertansiyon (Ağır)
SKB(Eğer DKB <90 ise)	
<140	Normal kan basıncı
140-159	İsole sistolik hipertansiyon (borderline)
>159	İsole sistolik hipertansiyon

A.B.D.'de 119.000 hemşirede yapılan prospektif bir çalışmada yüksek kan basıncına sahip olanlarda İKH insidansı 3.5 kat, SVH riski 2.6 kat fazla olarak bulunmuştur.<sup>32</sup>

Hipertansiyon prevalansı, değişik ırk ve etnik gruplarda farklı olabilmektedir. Bu farklılıkların bazıları sosyoekonomik durum farklılıklarından kaynaklanabilmektedir.<sup>5</sup> A.B.D.'de beyaz ve zenciler arasındaki belirgin ayrılıklar devam etmektedir. 65 yaş üstü zenci kadınlarda beyazlara göre hipertansiyon prevalansı % 50 fazladır.<sup>21</sup>

Son yirmi yılda, A.B.D.'de yürütülen yaygın halk eğitim programları sonucu, teşhis edilmemiş hipertansiyonu olanlar, tedavi edilmeyenler veya kontrol altına alınmayanların sayısı dramatik bir şekilde düşmüştür.<sup>91, 108</sup>

Hipertansiyona ailevi yatkınlık birçok araştırmacı tarafından gündeme getirilmiştir.<sup>10, 89, 114</sup>

Chiang ve ark. vucut ağırlığı ile sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı arasında doğrusal bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir.<sup>18</sup> Bu bulguyu destekleyen bir çok araştırma bulunmaktadır.<sup>102</sup>

İrlandalı erkeklerde yapılan bir çalışmada boş zamanlarda yapılan fiziksel aktivite ile SKB ve DKB ters olarak ilişkili olarak bulunmuş<sup>46</sup>, Kaliforniya'da yapılan bir çalışmada sadece DKB ile ters ilişkili bulunmuştur.<sup>85</sup> Longitudinal yapılan bir çalışmada düşük fiziksel aktivite gösteren kişilerde yüksek hipertansiyon gelişim hızları öngörülmektedir.<sup>13</sup>

Honolulu Kalp Araştırmasında, potasyum ve kalsiyum alımı kan basıncı ile ters ilişkili olarak bulunmuştur. Beraber oldukları zaman, etkilerinin daha da büyük olduğu belirtilmektedir.<sup>23</sup>

Hipertansiyona etki eden psikososyal ve çevresel faktörler tablo 12’de verilmiştir. <sup>25</sup>

**TABLO 12 HİPERTANSİYONA ETKİ EDEN PSİKOSOSYAL VE ÇEVRESEL FAKTÖRLER**

---

Demografik, kültürel ve toplumsal
1.Eğitim, sosyal statü, ekonomik koşullar
2.Etnik ve kültürel değerler
3.Modernleşme, nüfus artışı, göç
Kişilerarası ilişkiler
1.Aile ve dostlar
2.İşyeri çalışanları/meslektaşlar
Kişisel değerlendirmeler
Kişisel faktörler
Psikososyal stres kaynakları
1.Anlaşmazlıklar/ günlük aciliyetler
2.Ölüm veya diğer majör psikik travmalar
Çevresel stres kaynakları
1.Çalışma ortamı
2.Gürültü / trafik
Davranışsal yanıtlar
1.Ansiyete
2.Öfke / düşmanlık

---

#### 4.4.0.Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) iskemik kalp hastalıklarında önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Diabetiklerde, ateroskleroza daha erken yaşta ve sık olarak rastlanmaktadır. Diabetes mellitus sıklıkla diğer risk faktörleriyle beraber bulunur. Diabetiklerde MI prognozu kollateral dolaşımın az gelişmiş olmasından dolayı daha ağır seyreder. Yapılan araştırmalarda anormal serum insülin seviyesi ve anormal glukoz tolerans testi olanlarda iskemik kalp hastalığına daha sık rastlanıldığı saptanmıştır. <sup>52</sup>

Colwel ve Lopes-Virella diabetiklerde endotelial bozukluk ve trombosit fonksiyonu üzerine eğilmiş, plasma von Willebrand faktör seviyesinin yükseldiğini, prostasiklin salınımının azaldığını, fibrinolitik aktivitenin azaldığını ve lipoprotein lipaz aktivitesinin bozulduğunu ve bunların sonucu olarak da endotelial hasarın meydana geldiğini belirtmişlerdir. <sup>19</sup>

Diabetli hastalar aynı yaş ve cinsiyetteki normal olgulara göre daha hızlı istirahat kalp atımına sahiptirler. D.J.Ewing ve ark. bu durumdan otonom nöropatinin vagus sinirini tutmasının sorumlu olabileceğini ileri sürmüşlerdir. <sup>30</sup>

Tedavi edilmemiş tip 1 diabetlilerde, diabetik olmayan kişilere göre HDL-C seviyeleri daha düşüktür. Bununla birlikte insülin tedavisi sonucunda bu değerler aynı bulunmuştur.<sup>31</sup> LDL-C ve trigliserid seviyeleri Tip 1 DM hastalarında, özellikle kadınlarda, yüksektir.<sup>115</sup> LDL-C düzeyleri ise Tip 2 DM hastalarında her iki cinste de yüksektir.<sup>35</sup>

Whitehall çalışmasında 40-64 yaş arasındaki 18 403 erkek devlet memurunda 50 mg oral glukoz yüklemesinden 2 saat sonraki kan şeker konsantrasyonları bağlamında iskemik kalp hastalıkları mortalitesi 7.5 yıl izlenmiştir. Iskemik kalp hastalıkları mortalitesi bozulmuş glukoz toleransı olan olgularda yaklaşık iki kat daha fazladır. İKH olası birkaç risk faktörü belirgin olarak birbirleri ve kan şekeri ile koreledir. Hem Bedford hem de Whitehall çalışmalarının prospektif mortalite verileri, bozulmuş glukoz toleransı olan olgularda kardiyovasküler hastalık riskinin artmış olabileceğini düşündürmüştür. Artmış mortalite yüksek kan basıncı ve aşırı kilonun etkilerinden bağımsızdır.<sup>36</sup>

Menopozdan önce ve sonra kadınlar erkeklerden daha az olasılıkla iskemik kalp hastalığına yakalanma riskine sahiptir. Belirli hastalık belirtilerinin varlığında kadın ve erkek arasındaki göreceli fark kaybolabilir. Bunlardan biri de diabetes mellitustur. Framingham çalışmasında 5209 erkek ve kadın kardiyovasküler hastalık gelişimi yönünden 2 yılda bir izlenmişlerdir. Erkeklerde iki yıllık rekürren MI hızı diabetik durumla çok az değişmiş, diabetik kadınlarda ise non-diabetiklerle karşılaştırıldığında riskin 3 kat arttığı bildirilmiştir. Araştırmacılar her iki cinste de fatal İKH hızının diabetikler arasında, diabetli olmayanlarla karşılaştırıldığında belirgin olarak arttığını, diabetin fatal İKH riskini erkeklerde % 70, kadınlarda 2 defadan fazla yükseldiğini belirtmişlerdir.<sup>2</sup>

Yine Framingham çalışmasında, Kannel ve ark. prospektif olarak genel bir populasyon örneğinde, diabetiklerde daha çok periferik kalp, iskemik ve serebrovasküler hastalık geliştiğini göstermişlerdir. Ayrıca bu hastalarda konjestif yetmezlik rölatif riskinin yüksek olduğu bildirilmektedir.<sup>55</sup>

#### **4.5.0.Cinsiyet ve Hormonal Faktörler**

Çocuklukta HDL-C bakımından cinsler arasında bir fark olmamasına rağmen, puberte çağında erkeklerde 12-15 yaş arasında HDL-C düzeyi düşer ve yaşam boyunca kadınlardan düşük olarak devam eder. HDL-C erkeklerde pubertede plasma testesteron seviyesinin yükselmesiyle birlikte düşmektedir. Kızlarda ise lipid düzeyinde herhangi bir

değişim gözlenmemektedir. Kirkland ve ark., testesteronun puberte boyunca endojen ve eksojen, direkt ya da indirekt olarak HDL-C metabolizmasını etkilediğini göstermişlerdir.<sup>60</sup>

Menstrüel siklus boyunca HDL-C ve trigliserid düzeyleri büyük ölçüde değişmeden kalmaktadır. LDL-C ise foliküler fazın başlamasıyla düşmekte, luteal faz boyunca aynı kalmaktadır.<sup>59</sup>

Oliver, 1964-72 yılları arasında Edinburgh'da myokard infarktüsü nedeniyle hospitalize edilen 45 yaş altındaki kadınların % 52'sinin oral kontraseptif kullandığını belirtmiş ve iskemik kalp hastalığı risk faktörleri prevalansını inceledikten sonra, kadında başka bir risk faktörü varsa oral kontraseptif kullanımının myokard infarktüsü riskini arttırdığı sonucuna varmıştır.<sup>75</sup>

S.Sapiro ve ark.oral kontraseptif kullanımının MI riski üzerine etkisini, özellikle sigara içimiyle ilişkisini, ilk infarktı yaşadığında premonopozal dönemde olan 234 kadında, 1742 hastane kontroluyla araştırmışlardır. Oral kontraseptif kullanan kadınlarda riskin 4 kat arttığı, hem oral kontraseptif hem de aşırı sigara içiminde bu riskin 39 kat arttığı hesaplanmıştır. Bu değer, sigara içiminin ve oral kontraseptif kullanımının etkileri ayrı ayrı değerlendirildiğinde elde edilen değerden daha büyüktür.<sup>101</sup>

E.B.Connor, 55-74 yaş arasındaki 1496 kadında postmenopozal östrojen kullanımının varlığında kalp hastalığı risk faktörlerinin dağılımını araştırmıştır. Obesitenin etkisi kontrol altına alındığında plasma kolesterol değerleri, hormon kullananlarda daha düşük bulunmuştur. Bununla birlikte, ortalama trigliserid değerleri daha yüksektir. Postmenopozal östrojen kullanan ve kullanmayan kadınlar arasında kalp hastalığı risk faktör dağılımındaki farkların östrojen kullanımıyla ilgili olduğunu öngörmeden önce, bu farkların bazılarını açıklayabilecek yardımcı değişkenleri belirlemek önemlidir. Sosyal sınıf farkı, daha az obezite veya daha az sigara içme ile belirlenebilen sağlık bilincindeki farklılıklar ve aile öyküsünün de göz önüne alınması gerektiği belirtilmiştir.<sup>6</sup>

#### 4.6.0. Aile Öyküsü

Ailesinde iskemik kalp hastalığı bulunan kişilerde, iskemik kalp hastalığına sık rastlanmaktadır. Bu kişilerin ailesinde kalıtımla geçtiği kabul edilen diabetes mellitus,

hiperlipidemi, hipertansiyon, gut ve beslenme alışkanlığı gibi risk faktörlerine rastlanmaktadır.<sup>52</sup>

Dolder ve Oliver 9 ülkede yaptıkları çalışmada 40 yaş ve altında myokard infarktüsü geçiren erkeklerin, % 15'inin babalarının, % 7'sinin annelerinin ve % 3'ünün de kardeşlerinin iskemik kalp hastalığından öldüğünü bildirmişlerdir.<sup>28</sup>

Nora ve arkadaşları, Colorado'da 55 yaş altında MI geçiren 207 hastada, bir genetik-epidemiolojik çalışma yürütmüşler ve erkek hastaların % 63'ünün, kadın hastaların ise % 56'sının ailelerinde pozitif İKH öyküsü olduğunu saptamışlardır.<sup>73</sup>

Mayo Klinik araştırmasında 50 yaşından önce iskemik arteriografili 435 kadın ve erkeğin birinci derece akrabalarında 50 yaşından önce iskemik kalp hastalığı olduğuna dair pozitif aile hikayesi olduğu gösterilmiştir. Çok değişkenli analiz sonucunda aile hikayesi, sigara ve serum kolesterol düzeyi İKH ile ilişkili bulunmuştur.<sup>17</sup>

Rancho Bernardo Çalışmasında yaşları 40 ile 79 arasında değişen 4014 kişide 9 yıllık izlem sonucunda, ailesinde 60 yaş öncesi MI hikayesi olanlarda, kalp krizi riskini 5 kat daha fazla olduğu bulunmuş ve pozitif aile hikayesi olanlarda ölümlerin özellikle sigara içenlerde olduğunu belirtilmiştir.<sup>58</sup>

John Hopkins araştırmacıları 60 yaşından önce iskemik kalp hastalığı olduğu bilinen hastaların çocukları olan 186 kişinin % 40'ında hipertansiyon, % 30'dan fazlasında lipid anormalliği saptamışlardır.<sup>11</sup>

#### **4.7.0. Sosyal Etkiler**

Bu yüzyılın başlarında, iskemik kalp hastalığına daha çok endüstrileşmiş ve yüksek eğitim düzeyi olan toplumlarda rastlanmaktaydı. Daha sonraki yıllarda iskemik kalp hastalığı insidansı dünya ölçeğinde eşitlenmeye başladı. Şimdilerde ise endüstrileşmiş ve yüksek eğitim düzeyi olan toplumlar daha az risk taşımaktadırlar.<sup>15</sup> Ülkemizde ise sosyoekonomik düzey yükseldikçe serum total kolesterol düzeyi artmaktadır.<sup>80</sup>

Şikago'daki bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde, üst sosyoekonomik düzeydeki kişilerle karşılaştırıldığında düzeltilmiş iskemik kalp hastalığı mortalite oranı erkeklerde 1.22, kadınlarda 2.40 olarak bulunmuştur.<sup>53</sup>



İngiltere, Galler ve İskoçya'da yürütülen Sağlık ve Yaşam Biçimi Sürveyinde 18 yaş üstü 9003 kişi 4 yıl izlenmiştir. M.Blaxter, bu çalışmada sigaranın sosyoekonomik düzey ile ters ilişkili olduğunu göstermiştir. <sup>14</sup>

Knutsson ve ark. İsveç "ölüm kaydı", 1960 nüfus sayımı ve 1961-71 mortalite kayıtlarından ilk ve ortaokul öğretmenlerini incelemişlerdir. Bu çalışmada öğretmenlerde mortaliteyi genel popülasyona göre belirgin olarak düşük bulmuşlardır. Kadın öğretmenler genel popülasyondaki kadınlara göre daha düşük KVSH hızına sahiptirler ve mortalite de aynı şekilde her iki cinsten de düşük bulunmuştur. Genel olarak stresin KVSH'yı olumsuz etkilediği belirtilse de araştırmacılar bu çalışmada tersini bulmuşlardır. <sup>61</sup>.

#### 4.8.0.Fiziksel Aktivite

Yakın zamanlarda fiziksel aktivitenin iskemik kalp hastalığı gelişimine olan etkileri incelenmiştir. Birçok yazar, fiziksel aktivite gösteren erişkinlerin sedanter yaşlılarına göre daha az iskemik kalp hastalığı riski taşıdığı konusunda birleşmişlerdir.

Fiziksel aktivitenin, iskemik kalp hastalıkları ile ilişkisi bilinmektedir. Bu ilişki başlıca, düzenli egzersiz programlarıyla iskemik kalp hastalıklı şahısların fonksiyonel kapasitelerinde anlamlı düzelmelerin görülmesi ve günlük hayatlarında daha fazla fiziksel aktivite gösterenlerin, sedanter hayat yaşayanlara göre iskemik kalp hastalığına daha az maruz kalmaları şeklinde gösterilmiştir. <sup>79</sup>

HDL seviyesi fiziksel aktivite ile direkt olarak ilişkilidir. Tipik dayanıklılık isteyen sporları yapan atletlerde sedanter kişilere göre HDL seviyeleri daha yüksektir. <sup>110</sup>

İrlanda Kalp Vakfı'nın bir araştırmasında endüstride çalışan 15.000 kişi iskemik kalp hastalığı risk faktörleri açısından taranmış ve işyerindeki değişik fiziksel aktivite dereceleriyle kan basıncı düzeyleri arasında bir ilişki saptanamamış, ancak boş zamanlarında yapılan fiziksel aktivite ile sistolik ve diastolik kan basınçlarıyla ters orantı saptanmıştır. <sup>47</sup>

#### 4.9.0.Obesite

KVSH oluşumunda, obesitenin rolü uzun zamandan beri tartışılmaktadır. Bazı KVSH hastalıklarının, özellikle iskemik kalp hastalıklarının, obez kişilerde hayli sık

görüldüğünü belirten çalışmalar vardır. Bununla birlikte obezite sıklıkla, yüksek kan basıncı, yüksek kan lipid ve glukoz seviyesi ile birlikte bulunmaktadır.<sup>84</sup>

Framingham çalışmasında 5209 erkek ve kadında, obezite derecesi ile kardiyovasküler sistem hastalıklarının ilişkisi incelenmiştir. Araştırmacılar, 26 yıllık izlem sonucunda, erkek ve kadınlarda, obesitenin KVSH için uzun zamanlı önemli bir bağımsız risk faktörü olduğunu ortaya koymuşlardır.<sup>50</sup>

115 886 kadın üzerinde yapılan bir kohort çalışmasında, 8 yıllık izleme sonucunda sigara içimi kontrol edildikten sonra hafif-orta aşırı kilonun bile orta yaş kadınlarda iskemik hastalık riskini arttırdığını bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada, BKİ >29'dan olan kadınlarda fatal ve nonfatal MI riski zayıflara göre 3 kat artmış olarak bulunmuştur.<sup>69</sup>

O.Divitiis. ve ark. yaptıkları bir araştırmada, yükselmiş kardiyak output'a rağmen, obezlerde kardiyak performansın azaldığını, sol ventrikül bozukluğunun obezite derecesi ile korelasyon gösterdiğini belirtmişlerdir.<sup>27</sup>

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### ***1.0.0. Araştırmanın Yeri ve Zamanı***

Araştırma Ağustos 1994-Ekim 1995 tarihleri arasında. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir.

### ***2.0.0. Araştırmanın Evreni***

Araştırmanın evrenini 1993 yılı içerisinde Kardiyoloji Anabilim Dalı kliniğinde yatan hastalar oluşturmaktaydı. Araştırmaya alınan hastaların ilk yatışları olmasına ve daha önce başka bir klinikte yatmamış olmalarına dikkat edildi. Ayrıca çok fazla eksik verisi olanlar çalışma dışı bırakıldı.

### ***3.0.0. Araştırmanın Tipi***

Tanımlayıcı epidemiyolojik tipte olan araştırmada, genel tanımlayıcı bulguların yanısıra çeşitli parametrelerin hastalıklarla, cinsiyetle ve yaş gruplarıyla aralarındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

### ***4.0.0. Örneklem***

Klinik hasta yatış defterinden tesbit edilen arşiv numaraları bilgisayara kaydedilerek basit rastgele örneklem yöntemiyle ilk beşyüz hasta dosyası çalışmaya alındı. Klinikte 1993 yılında yatanların toplam sayısı yaklaşık 1400 kişiydi. Örneklem oranı 1/3 olarak belirlenmiştir.

### **5.0.0. Araştırmada İncelenen Parametreler**

#### **1.Sosyodemografik veriler**

Cins

Doğum yeri

Yaş

Meslek

Sosyal güvence durumu

Medeni durum

Çocuk sayısı

Öğrenim durumu

Boy

Ağırlık

#### **2.Anamnez verileri**

İlaç alerjisi

Şikayet

Özgeçmiş

Soygeçmiş

Alışkanlıklar

#### **3.Fizik muayene**

a.Genel görünüm

Tiroid bulguları

Lenf sistemi bulguları

Deri bulguları

Kemik bulguları

**b.Solunum Sistemi**

İnspeksiyon bulguları

Palpasyon bulguları

Perküsyon bulguları

Oskültasyon bulguları

**c.Dolaşım Sistemi**

Ödem

Siyanoz

Çomak parmak

Hepatomegali

Nabız sayısı

Nabız ritmi

Arter özellikleri

Sistolik arter basıncı

Diastolik arter basıncı

Venöz dolgunluk

Kalp odakları bulguları

Kalp toraks indeksi

EKG bulguları

**d.Sindirim sistemi Bulguları**

**e.Lokomotor sistem bulguları**

**f.Tanı**

**g.Prognoz**

#### ***4.Laboratuar Bulguları***

Açlık kan şekeri

Kolesterol

HDL

LDL

VLDL

Trigliserid

#### ***6.0.0.Araştırmanın Veri Kaynakları***

a. Hasta dosyası: Sosyodemografik bulguların bir kısmı, anamnez bulguları, fizik muayene bulguları, tanı, prognoz

b. Hemşire gözlem dosyası: Medeni durum, çocuk sayısı, boy uzunluğu, ağırlık

c. Hasta yatış-çıkış fişi: Hastanede kalış süresi, doğum yeri, sosyal güvence durumu

d. Laboratuar çıktısı: Hastadan istenen ilk laboratuar çıktısından elde edilen tetkik sonuçları.

#### ***7.0.0. Araştırma Verilerin Düzenlenmesi***

Hastaların doğum yerleri bağlı oldukları coğrafi bölgelere ayrılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların sosyal güvence durumu, Emekli Sandığı, SSK, Bağ-KUR, yeşil kart ve bunların dışında kalan resmi evraklı hastalar olarak sınıflandırılmıştır.

Vucut kitle indeksi, ağırlığın (kg) boy uzunluğunun karesine (metre) bölünmesiyle elde edilmiştir.<sup>78</sup>

Kişilerin özgeçmiş bilgileri, o anda var olan hastalıklarını etkileyebilecek düzeydeki bazı önemli hastalıklar ayrı olarak değerlendirilmiştir.

Sigara kullanımı, hiç içmeyen, daha önce içtiği halde daha sonra bırakan ve halen içen olarak ayrılmış, 1-10 adet sigara içenler az, 11-20 adet içenler orta, bir paket ve daha fazla içenler çok olarak değerlendirilmiştir.

Alkol kullanımı da hiç içmeyen, daha önce içtiği halde daha sonra bırakan ve halen içen olarak ayrılmıştır.

Laboratuvar verileri normal ve normalden yüksek olarak sınıflanmıştır.

Glukoz ( $N \leq 130$  mg/dl)<sup>78</sup>

Kolesterol ( $N \leq 230$  mg/dl)<sup>78</sup>

Trigliserid ( $N \leq 200$  mg/dl)<sup>78</sup>

#### **8.0.0. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Araştırmanın hastalara ait çeşitli dosyalardan yapılması nedeniyle, dosya eksiklikleri bazı parametrelerin saptanamamasına yol açmıştır. Özellikle yılın ikinci yarısına ait hemşire gözlem dosyalarının yokluğu boy- kilo, medeni durum ve öğrenim durumu parametrelerin eksikliğine neden olmuştur.

Hastaların daha önceki yıllarda yatmış olmaları yeni yatış dosyalarına o anki bulguların işlenmemesi ve başka servislerde yattığı halde kardiyoloji kliniğine gönderilen hastaların da dosyalarında bulguların eksik olması nedeniyle bu hastalar çalışmadan çıkarılmışlardır. Böylece araştırmanın tüm yatan hastaları temsil edebilme özelliği azalmıştır.

Hasta dosyalarının doldurulması sırasında bir çok parametrenin işlenmemesi de veri kaybına yol açmıştır. Bazı hastaların tanıları bile dosyalarda bulunamamıştır.

Veri toplamada önemli bir kısıtlılık da bazı parametrelerin değerlendirilmesinde hekimler arasında dosyaların doldurulmasında standartizasyonun olmamasıdır. Örneğin hastaların alışkanlıklarını sadece sigara içtiği belirtilmiş, kaç yıl ve ne miktarda içtiği belirtilmemiştir.

Araştırmada incelenen parametrelerden bazılarında elde edilen veriler, veri yetersizliği nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır.

#### **9.0.0. Araştırmanın Akışı**

Araştırmada öncelikle 1993 yılında Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastaları tesbit edebilmek amacıyla koroner ünitesi ve kardiyolojinin A, B ve C bölümlerinin hasta yatış defterlerinden hasta arşiv numaraları bilgisayara işlendi. Daha önceki yıllara ait

dosyalar araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Belirlenen hasta dosyaları sırayla arşivden istendi. Hasta eğer ilk olarak başka bir serviste yatmışsa bu kişiler de değerlendirme dışında bırakılmıştır. Hasta dosyalarından elde edilen veriler oluşturulan bilgi toplama formuna aktararak bilgisayara girişe hazır hale getirilmiştir. Toplanan veriler bilgisayara girilerek EPI INFO ve SPSS for Windows istatistik paket programlarında dökümleri ve istatistiksel değerlendirilmeleri yapılmıştır.

Çalışmada nitel verileri değerlendirmede ki-kare, nicel verilerden hastalık ve yaş gruplarında cinsler arasındaki farklılıkları değerlendirmede student t testi, hastalıkların ve yaş gruplarının arasındaki farklılıkların değerlendirilmesinde ANOVA testi uygulanmıştır





## BULGULAR

### 1.0.0.HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK BULGULARI

Araştırmaya 293 (58.6) erkek, 207 (41.4) kadın, toplam 500 hasta alındı. Hastaların yaşları 20 ile 97 arasında değişiyordu. Yaş ortalaması  $56.0 \pm 14.8$  idi.. Erkeklerin yaş ortalaması  $55.7 \pm 14.4$ , kadınların yaş ortalaması  $56.4 \pm 15.4$  idi. Yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

**TABLO 13. ARAŞTIRMAYA ALINAN HASTALARIN YAŞ GRUPLARI VE CİNSİYETLERİNE GÖRE DAĞILIMI**

Yaş grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
29	13	4.4	12	5.8	25	5.0
30-39	22	7.5	22	10.6	44	8.8
40-49	51	17.4	21	10.2	72	14.4
50-59	72	24.5	44	21.2	116	23.2
60-69	87	29.7	64	30.9	151	30.2
70+	41	14.0	41	19.9	82	16.4
Bilinmeyen	7	2.3	3	1.4	10	2.0
TOPLAM	293	100.0	207	100.0	500	100.0

Hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde kapak hastalığı olanlar ilk iki dekatta yoğunlaşırken kalp yetmezliği ve akut myokard infarktüsü geçirenlerin son üç dekatta yoğunlaştığı görülmektedir. Kapak hastalıklarının yaş ortalaması 39.2, kalp yetmezliği nedeniyle yatanların yaş ortalaması 64.6’dır. Ritm bozukluğu ve kalp yetmezliğinden yatan hastaların yaş ortalaması diğer hastalıklardan daha

büyüktür.(p=0.0000) Yaş gruplarına göre hastalıkların dağılımı Tablo 14’de, hastalıklara göre yaş ortalaması Tablo 15’te sunulmuştur.

**TABLO 14. YAŞ GRUPLARINA GÖRE BAZI HASTALIKLARIN DAĞILIMI**

Yaş Grubu	Hipertansiyon	Ritm Bozukluğu	Kapak hastalıkları	İKH	Kalp yetmezliği	TOPLAM
20-29	1	0	12	1	0	14
30-39	2	0	19	15	1	37
40-49	13	1	3	39	5	61
50-59	19	4	7	68	10	108
60-69	7	17	4	56	19	103
70+	7	6	3	29	23	68
Toplam	49	28	48	208	58	391

**TABLO 15 HASTALIKLARA GÖRE YAS ORTALAMALARI**

Hastalıklar	Ortalama	SD	En küçük	En büyük	N*	%**
Hipertansiyon	57,3	13,3	28	89	48	9,6
Ritm bozukluğu	64,5	9,1	42	82	28	5,6
Kapak hastalığı	39,2	16,3	20	82	48	9,6
İKH	56,6	11,6	28	90	208	42,2
Kalp yetmezliği	64,6	12,0	36	90	58	11,6

\*N Yaşları saptanabilen hastalar

\*\*Yüzdeler genel toplam üzerinden verilmiştir.

Hastalıklara göre cinsiyet dağılımına bakıldığında İKH’sı ve ritm bozukluğu olan hastaların büyük çoğunluğunun erkek, hipertansiyon ve kapak hastalığı olanların büyük çoğunluğunun ise kadın olduğu göze çarpmaktadır.(Tablo 16)

**TABLO 16 CİNSİYETE GÖRE HASTALIKLARIN DAĞILIMI**

Hastalıklar	Erkek		Kadın	
	N	%	N	%
Hipertansiyon	20	39,2	31	60,8
Ritm Bozukluğu	18	60,0	12	40,0
Kapak Hastalığı	17	35,4	31	64,6
İskemik Kalp Hast	145	68,7	86	31,3
Kalp yetmezliği	29	50,0	29	50,0

\*Yüzdeler hastalık toplamları üzerinden hesaplanmıştır.

Kadınların büyük çoğunluğunu evhanımları, erkeklerin ise emekliler oluşturmaktaydı. Kadınların % 19,9’u okuma yazma bilmiyordu. Erkeklerin ise % 26,6’sı ilkokul mezunuydu. Üniversite mezunu olanlar ise hastaların % 8,6’nı oluşturmaktaydı.

Hastaların % 39.2'sinin öğrenim düzeyleri hakkında bilgi bulunamamıştır. Hastaların meslek dağılımları Tablo 17'de , öğrenim düzeyleri Tablo 18'de özetlenmiştir.

**TABLO 17.HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE MESLEK DAĞILIMI**

Meslek	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Emekli	112	38.3	15	7.2	127	25.4
Ev hanımı	-	-	179	86.4	179	35.8
Çiftçi	23	7.9	-	-	23	4.6
İşçi	13	4.4	-	-	13	2.6
Serbest meslek	70	23.8	-	-	70	14.0
Memur	23	7.9	5	2.5	28	5.6
Mühendis Avukat	15	5.1	5	2.5	30	6.0
Diğer	37	12.6	3	1.4	40	8.0
Toplam	293	100.0	207	100.0	500	100.0

**TABLO 18. HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE ÖĞRENİM DURUMLARI**

Öğrenim Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Okuma-yazması yok	12	4.1	41	19.9	53	10.6
Okur-yazar	5	1.7	3	1.4	8	1.6
İlkokul	78	26.6	41	19.9	119	23.8
Ortaokul	26	8.9	15	7.3	41	8.2
Lise	28	9.6	12	5.7	40	8.0
Üniversite	32	10.9	11	5.3	43	8.6
Bilinmeyen	112	38.2	84	40.5	196	39.2
Toplam	293	100.0	207	100.0	500	100.0

Hastaların %11.4'ü İstanbul, % 22.2'si Marmara bölgesi, % 12.2' si Doğu Anadolu bölgesi, % 8.4'ü yurtdışı doğumluydu. Hastaların doğum yerlerine göre bölgesel dağılımı Tablo 19'da sunulmuştur.

**TABLO 19. HASTALARIN DOĞUMYERLERİNE GÖRE BÖLGESEL DAĞILIMI**

Bölgeler	Sayı	%
Marmara bölgesi	111	22.2
Ege Bölgesi	22	4.4
Batı Karadeniz Bölgesi	32	6.4
Orta Karadeniz Bölgesi	41	8.2
Doğu Karadeniz Bölgesi	16	3.2
İç Anadolu Bölgesi	50	10.0
Akdeniz Bölgesi	19	3.8
Doğu Anadolu Bölgesi	61	12.2
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	30	6.0
Yurtdışı	47	9.4
Bilinmeyen	61	12.2
Toplam	500	100.0

Hastaların 397'si evli, 83'ü dul, 18'i bekarıdır. Cinsiyete göre medeni durumları Tablo 20'de gösterilmiştir.

**TABLO 20. HASTALARIN CİNSİYETİNE GÖRE MEDENİ DURUMLARI**

Medeni Durum	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evli	239	81.5	128	61.8	367	73.4
Bekar	10	3.4	8	3.8	18	5.6
Dul	24	8.3	59	28.6	83	16.6
Bilinmeyen	20	6.8	12	5.8	32	6.4
Toplam	293	100.0	207	100.0	500	100.0

En fazla bekar hasta kapak hastalıklarında, en fazla dul hasta kalp yetmezliğinde vardı. Hastalıklara göre medeni durumların dağılımı Tablo 21'de gösterilmiştir.

**TABLO 21. HASTALIKLARA GÖRE ARAŞTIRMAYA ALINANLARIN MEDENİ DURUMLARI**

Hastalıklar	Evli	Dul	Bekar	Bilinmeyen	Toplam
Hipertansiyon	42	8	0	1	51
Ritm Bozukluğu	24	3	0	3	30
Kapak Hastalığı	31	4	7	6	48
İskemik Kalp Hast	160	36	4	11	211
Kalp yetmezliği	38	16	1	3	58
Diğer	72	16	6	8	102
Toplam	295	83	18	32	500

Yaş gruplarına göre Beden Kitle İndeksi (BKİ) incelendiğinde 20-29 yaş grubunda diğer gruplara göre ileri derecede anlamlı olarak düşük bulunmuştur. (p=0.0009) Yaş gruplarında cinsiyet farkı gözlenmemiştir. (Tablo 22)

**TABLO 22. YAŞ GRUPLARINA GÖRE BKİ ORTALAMALARI**

Yaş grupları	Ortalama	Zayıf		Normal		Şişman		N	
		N	%	N	%	N	%	N	%
20-29	20,8 ± 3.8	12	92.3	1	7.7	0	0.0	13	100.0
30-39	25,0 ± 3.4	15	71.4	3	14.3	3	14.3	21	100.0
40-49	26,0 ± 3.5	13	40.6	15	46.8	4	12.6	32	100.0
50-59	26,5 ± 3.9	26	49.0	15	28.3	13	22.7	54	100.0
60-69	25,8 ± 4.4	33	57.8	17	29.8	7	22.4	57	100.0
70+	24,7 ± 5.2	11	68.7	3	18.7	2	12.6	16	100.0
Genel	25.5 ± 4.2	110	56.9	54	27.9	29	15.2	193	100.0

Hipertansif ve İKH'lı hastalarda BKİ, edinsel kapak hastalığı olanlardan daha yüksek bulunmuştur. (p=0.02) (Tablo 23)

**TABLO 23. HASTALIKLARA GÖRE BKİ ORTALAMALARI**

Hastalıklar	Ortalama	Zayıf		Normal		Şişman		N	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	27,1 ± 4.5	8	42.1	7	36.8	4	23.1	19	100.0
Ritm bozukluğu	25,0 ± 5.1	7	70.0	1	10.0	2	20.0	10	100.0
Kapak hastalığı	23,5 ± 4.4	16	72.7	4	18.1	2	9.2	22	100.0
İKH	25.8 ± 8.6	47	53.5	29	32.9	12	13.6	88	100.0
Kalp yetmezliği	24,1 ± 3.6	11	73.3	3	20.0	1	6.7	15	100.0

Hastaların 130'u Emekli Sandığı ve 85'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı olup, 91'i resmi evraklıydı. Hastaların sosyal güvence durumları Tablo 24'de özetlenmiştir.

**TABLO 24. HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE SOSYAL GÜVENCELERİ**

Sosyal Güvence	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Emekli Sandığı	80	27.4	50	24.1	130	26.0
SSK	48	16.4	37	17.9	85	17.0
Resmi evraklı	57	19.5	34	16.5	91	18.2
Ücretli	64	21.9	43	20.8	107	21.4
Bağ-Kur, Yeşil Kart	3	1.1	2	0.9	5	1.0
Bilinmeyen	40	13.7	41	19.8	81	16.2
Toplam	293	100.0	207	100.0	500	100.0

Hasta yatışlarının aylara göre dağılımı incelendiğinde en fazla yatışın Nisan ayında, (%12.4), en az yatışın ise Kasım ayında (%3.0) olduğu görülmektedir. Tablo 25'te hasta yatışlarının aylara göre dağılımı gösterilmiştir.

**TABLO 25. HASTA YATIŞLARININ AYLARA GÖRE DAĞILIMI**

Aylar	Erkek		Kadın		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Ocak	34	11.6	18	8.7	52	10.4
Şubat	21	7.2	17	8.2	38	7.6
Mart	16	5.5	13	6.2	29	5.8
Nisan	37	12.7	27	13.2	64	12.8
Mayıs	27	9.2	17	8.2	44	8.8
Haziran	35	11.9	16	7.7	51	10.2
Temmuz	23	7.8	12	5.7	35	7.0
Ağustos	17	5.8	8	3.9	25	5.0
Eylül	26	8.9	23	11.1	49	9.8
Ekim	36	12.2	27	13.2	63	12.6
Kasım	6	2.1	9	4.3	15	3.0
Aralık	15	5.1	20	9.6	35	7.0
Toplam	293	100.0	207	100.0	500	100.0

## 2.0.0.HASTALARIN ANAMNEZ BULGULARI

Hastaların % 43.2'si göğüs ağrısı, % 33'ü nefes darlığı % 16.8'inin çarpıntı şikayeti ile başvurmuştu. Hastaların başvuru şikayetleri Tablo 26'da gösterilmiştir.

**TABLO 26.HASTALARIN BAŞVURU ŞİKAYETLERİ**

Şikayet	N	%
Göğüs ağrısı	216	43.2
Nefes darlığı	165	33.0
Çarpıntı	84	16.8
Halsizlik	54	10.8
Sırt ağrısı	35	7.0
Öksürük	27	5.4
Ayakta şişme	27	5.4
Baş dönmesi	25	5.0
Bulantı-kusma	22	4.4
Terleme	21	4.2
Boyun-Kol ağrısı	18	3.6
Bayılma	13	2.6
Kollarda uyuşma	12	2.4

Hastaların özgeçmişleri incelendiğinde en sık geçirilen operasyonun % 6.0'lık oranla appendektomi olduğu, geçirilen hastalıklar içinde ise Akut Romatizmal Ateş'in (ARA) % 4.0 ile ilk sırayı aldığı görülmektedir. Özgeçmiş bulguları Tablo 27'de özetlenmiştir.

**TABLO 27.HASTALARIN ÖZGEÇMİŞ BULGULARI**

Hastalıklar	Toplam	
	N	%
Appendektomi	30	6.0
ARA	20	4.0
Peptik ülser	15	3.0
Fıtık op.	14	2.8
Tüberküloz	10	2.0
Kalp yetmezliği	9	1.8
Tiroid op.	11	1.2
Çeşitli kanser op.	13	1.4

Hastaların % 9.4'ü daha önce myokard infarktüsü geçirmiş olup, % 29.4'ünün hipertansiyonu, % 12.2'sinin Diabetes Mellitus'u, % 6.2'sinin ise İskemik Kalp Hastalığı (İKH) vardı. Tablo 28'de bu hastalıkların dağılımı gösterilmiştir. Kalp yetmezliğinden yatanların % 15.5'i, İKH'lı hastaların % 14.4'ü daha önce myokard infarktüsü geçirmişlerdi. Hipertansif hastaların % 40'ında, kalp yetmezliğinden yatan hastaların % 34.4'ünde daha önceden hipertansiyon saptanmıştır. Kalp yetmezliğinden yatan

hastaların % 15.6'sında daha önce Diabetes Mellitus saptanmıştır. Tablo 29'da hastalıklara göre özgeçmişinde eşlik eden hastalıklar özetlenmiştir.

**TABLO 28. HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE EŞLİK EDEN BAZI ÖNEMLİ HASTALIKLARI**

Cinsiyet		Myokard İnfartüsü		İskemik Kalp Hastalığı		Hipertansiyon		Diabetes Mellitus	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Erkek	Var	37	12.6	20	6.8	66	22.5	33	11.2
	Yok	256	87.4	173	93.2	227	77.5	260	88.8
Kadın	Var	10	4.8	11	5.3	81	39.1	28	13.5
	Yok	197	95.2	196	94.7	126	60.9	179	86.5
Toplam	Var	47	9.4	31	6.2	147	29.4	61	12.2
	Yok	453	90.6	469	93.8	353	70.6	439	87.8

**TABLO 29. HASTALIKLARA GÖRE ÖZGEÇMİŞİNDE BAZI HASTALIKLARI OLANLAR (%)**

Hastalıklar	Myokard İnfarkt.		Hipertansiyon		Diabet		İskemik kalp hast	
	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
Hipertansiyon	100.0	0	58.8	41.2	91.4	8.6	98.0	2.0
Ritm Bozukluğu	100.0	0	66.6	33.4	86.6	13.4	93.3	7.7
Kapak Hastalığı	97.9	2.1	91.6	8.4	95.8	4.2	100.0	0
İskemik Kalp Hast	88.6	14.4	71.5	28.5	85.7	14.3	91.4	8.6
Kalp yetmezliği	84.4	15.6	65.5	34.5	84.4	15.6	89.6	10.4

Hastaların soygeçmiş özellikleri incelendiğinde 17.6'sında kalp hastalığı, % 12.0'sinde Diabetes Mellitus, % 10.4'ünde hipertansiyon saptanmıştır. Tablo 30'da bu bulgular verilmiştir.

**TABLO 30. HASTALARIN BAZI ÖNEMLİ SOYGEÇMİŞ BULGULARI**

Hastalıklar	N	%
Ailede kalp hastalığı	88	17.6
Ailede hipertansiyon	52	10.4
Ailede diabet	60	12.0
Ailede akciğer kanseri	12	2.4
Diğer kanser türleri	14	2.8

Sigara içen hastaların büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmaktaydı.(% 51.5). Alkol kullananların da hemen tamamı erkekti. Tablo 31’ de hastaların sigara ve alkol kullanma durumları gösterilmiştir.

**TABLO 31. HASTALARIN CİNSİYETE GÖRE ALIŞKANLIK DURUMU**

Cinsiyet		Sigara		Alkol	
		N	%	N	%
Erkek	İçmeyen	97	33.1	220	75.1
	İçen	151	51.5	58	19.7
	Bırakan	45	15.4	15	5.2
Kadın	İçmeyen	185	89.3	205	99.0
	İçen	15	7.2	1	0.5
	Bırakan	7	3.5	1	0.5
Toplam	İçmeyen	282	56.4	425	85.0
	İçen	166	33.2	59	11.8
	Bırakan	52	10.4	16	3.2

Sigara ve alkol kullanımı hastalıklara göre incelendiğinde, en fazla sigara ve alkol kullanan grubun İKH’lı hastaların olduğu görülmektedir.(Tablo 32)

**TABLO 32. ARAŞTIRMAYA ALINANLARIN HASTALIKLARA GÖRE SİGARA VE ALKOL KULLANMA DURUMLARI (%)**

Hastalıklar	Sigara			Alkol		
	içmeyen	içen	bırakan	içmeyen	içen	bırakan
Hipertansiyon	64.7	23.6	11.7	92.1	5.9	2.0
Ritm Bozukluğu	73.3	26.7	0	90.0	6.6	3.4
Kapak Hastalığı	77.1	14.5	8.4	95.8	2.1	2.1
İskemik Kalp Hast	45.4	44.0	11.6	80.5	13.7	5.8
Kalp yetmezliği	63.7	20.7	15.6	87.9	12.1	0

### 3.0.0. HASTALARIN FİZİK MUAYANE BULGULARI

Hastaların 28’inde (% 5.6) tiroid patolojisi saptanmış ve en sık rastlanan patolojinin tiroid bezinin hiperplazisi olduğu görülmüştür.(Tablo 33)

**TABLO 33 .HASTALARIN TİROİD ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI**

Özellikler	N	%
Hiperplazik	10	5.0
Nodül	9	1.8
Lob palpe	4	0.8
Diffüz yumuşak	5	1.0
Multinoduler guatr	2	0.4



Hastaların solunum sistemi oskültasyon bulgularından en sık rastlanana krepitan ral'dir.(% 18). Daha sonra % 5.6 ile ekspiryum uzaması ve % 5.0 ile sibilan ral gelmektedir. (Tablo 34). Hastalıklara göre oskültasyon bulguları Tablo 35'te özetlenmiştir.

**TABLO 34.HASTALARIN SOLUNUM SİSTEMİ OSKULTASYON BULGULARI**

Bulgular	N	%
Sibilan ral	18	3.6
Krepitan ral	90	18.0
Murmur vesiküler	7	1.4
Ekspiryum uzaması	28	5.6
Ronflan ral	13	2.6
Yaygın yaş ral	25	5.0
Solunum sesi azalmış	8	1.6
Whezing	5	1.0

**TABLO 35. HASTALIKLARA GÖRE SOLUNUM SİSTEMİNİN OSKULTASYON BULGULARI**

Bulgular	Hipertansiyon	Ritm Bozukluğu	Kapak Hast.	İKH	Kalp Yetmezliği
Sibilan ral	2	3	1	7	3
Krepitan ral	16	4	7	35	4
Ekspiryum uzamış	3		2	15	3
Ronflan ral	5	1		2	2
Yaygın yaş ral	9	2	1	11	
Solunum sesi azalması	5	3	2	6	1
Whezing	2	1		2	

Hastaların % 20.4'ünde ödem, % 4.2'inde çomak parmak, % 7.6'ında siyanoz, % 18.6'sında hepatomegali saptanmıştır. Hastaların cinsiyetlerine göre bazı kardiyovasküler sistem bulguları Tablo 36'da verilmiştir.

**TABLO 36.HASTALARIN CİNSİYETLERİNE GÖRE BAZI KARDİYOVASKÜLER SİSTEM BULGULARI**

Cins		Ödem		Çomak parmak		Siyanoz		Hepatomegali	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Erkek	Var	52	17.7	19	6.4	24	8.2	54	18.4
	Yok	241	82.3	274	93.6	269	91.8	239	81.6
Kadın	Var	50	24.1	2	0.9	14	6.7	39	18.8
	Yok	157	75.9	205	99.1	393	93.3	168	81.2
Toplam	Var	102	20.4	21	4.2	38	7.6	93	18.6
	Yok	398	79.6	479	95.8	462	92.4	407	81.4

Ödem, kalp yetmezliği olanların % 65.5'inde, çomak parmak ise yine kalp yetmezliği olanların % 8.6'sında saptanmıştır. Kalp yetmezliğinde siyanoz % 20.6, hepatomegali % 44.8 olarak saptanmıştır. Hastalıklara göre kardiyovasküler sistem bulguları Tablo 37'de verilmiştir.

**TABLO 37. HASTALIKLARA GÖRE ARAŞTIRMAYA ALINANLARIN BAZI KARDİYOVASKÜLER SİSTEM BULGULARI**

Hastalıklar	ÖDEM		ÇOMAK PARMAK		SİYANOZ		HEPATOMEGALİ	
	Yok %	Var %	Yok %	Var %	Yok %	Var %	Yok %	Var %
Hipertansiyon	84.3	15.7	96.1	3.9	92.1	9	90.1	9.9
Ritm Bozukluğu	83.3	16.7	100.0	0	100.0	0	86.6	13.4
Kapak Hastalığı	83.3	16.7	95.8	4.2	95.8	4.2	83.3	16.7
İskemik Kalp Hast	88.2	11.8	96.7	3.3	96.2	3.8	87.7	12.3
Kalp yetmezliği	34.4	63.6	91.3	8.7	79.3	20.7	55.1	44.9

Hastaların yapılan ilk muayenesinde saptanan arter özellikleri Tablo 38'de gösterilmiştir.

**TABLO 38. ARTER ÖZELLİKLERİ**

ÖZELLİK	Radyalis	Ulnaris	Brakialis	Femoralis	Poplitea	Dorsalis
0	-	-	-	1	3	5
1+	122	125	125	124	133	132
2+	177	175	172	177	170	167
3+	7	6	9	10	9	11
4+	153	153	152	151	145	145

Yaş gruplarına göre ortalama nabız sayısı, en yüksek 70 yaş üstü grupta 85.8/dak. olarak bulunmuş, en düşük ise 30-39 yaş grubunda 77.9/dak. olarak bulunmuştur. Tablo 39'da hastaların yaş gruplarına göre ortalama nabız sayıları verilmiştir.

**TABLO 39. YAŞ GRUPLARINA GÖRE NABIZ SAYISI ORTALAMALARI (dakikada)**

Yaş grupları	Ortalama	SD	En küçük	Enbüyük	N
20-29	83.3	21.1	36	136	23
30-39	77.9	12.9	52	120	44
40-49	78.9	14.4	28	114	71
50-59	79.4	15.4	44	120	116
60-69	83.3	17.4	54	160	145
70+	85.8	19.8	45	150	81
Genel	81.6	17.1	28	160	480

Hastaların ilk muayane sırasındaki ortalama nabız sayılarına bakıldığında kalp yetmezliğinden yatanların ortalama nabız sayısının 87/dak., İKH'lı hastaların ise 77/dak. olduğu görülmektedir. Tablo 40'da hastalıklara göre ortalama nabız sayıları verilmiştir. Kalp yetmezliği ve ritm bozukluğu olan hastalarda nabız sayısı, İKH'lı hastalardan çok ileri derecede anlamlı yüksek bulunmuştur. ( $p=0.0008$ ) (Tablo 40)

**TABLO 40 . HASTALIKLARA GÖRE NABIZ SAYISI ORTALAMALARI (dakikada)**

Hastalıklar	Ortalama	SD	En küçük	En büyük	N
Hipertansiyon	80.9	15.5	50	124	51
Ritm bozukluğu	86,9	29,5	44	160	30
Kapak hastalığı	82,3	15,7	36	120	45
İKH	77,9	16,4	28	150	208
Kalp yetmezliği	87,8	13,8	54	130	57

Yaş gruplarında en yüksek ortalama sistolik kan basıncı değerleri 60-69 yaş grubunda 136 mmHg olarak, en düşük değer ise 20-29 yaş grubunda 112 mmHg olarak saptanmıştır. En fazla hipertansif hasta 70 yaş üstü grupta % 17.6 ile bulunmuştur. 20-29 yaş grubunda ise hiç hipertansif hasta yoktur. Yaş gruplarında ortalama sistolik kan basıncı değerleri Tablo 41'de gösterilmiştir.

**TABLO 41.YAS GRUPLARINA GÖRE SISTOLİK KAN BASINCI ORTALAMALARI**

Yaş grupları	Ortalama	Normal		Hipertansif		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	112.7 ± 16.6	22	100.0	0	0	22	4.9
30-39	130.2 ± 29.2	37	84.1	7	16.9	44	9.8
40-49	127.0 ± 20.5	60	92.3	5	7.7	65	14.5
50-59	129.4 ± 27.5	91	85.1	16	14.9	107	23.8
60-69	136.2 ± 25.8	107	78.6	29	11.4	136	30.4
70+	130.3 ± 30.6	61	82.4	13	17.6	74	16.6
Toplam	130.8 ± 26.7	378	84.3	70	15.7	448	100.0

En yüksek ortalama sistolik kan basıncı değerleri hipertansiyon nedeniyle hospitalize edilen hastalarda 149 mmHg olarak, en düşük değerler ise edinsel kapak hastalığı nedeniyle yatan hastalarda 122 mmHg olarak elde edilmiştir. Hipertansiyon nedeniyle yatan hastaların ilk ölçümlerinde hastaların % 33.4'ünün sistolik kan basıncı değeri 160 mmHg'dan yüksektir. Tablo 42'de ortalama sistolik kan basıncı değerleri verilmiştir. Hipertansif hastalarda sistolik kan basıncı istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı şekilde yüksektir. ( $p=0.0000$ )

**TABLO 42. HASTALIKLARA GÖRE SİSTOLİK KAN BASINCI ORTALAMALARI**

Hastalıklar	Ortalama	Normal		Hipertansif		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	149,4 ± 33.3	32	66.6	16	33.4	48	100.0
Ritm bozukluğu	141,4 ± 29.5	22	78.5	6	21.5	28	100.0
Kapak hastalığı	122,7 ± 23.5	37	88.1	5	11.9	42	100.0
İKH	127.8 ± 26.2	167	86.9	25	13.1	192	100.0
Kalp yetmezliği	131,0 ± 22.1	45	83.3	9	16.7	54	100.0

Yaş gruplarında ortalama diastolik kan basıncı en yüksek 82 mmHg ile 50-59 yaş grubunda, en düşük ise 70 mmHg ile 20-29 yaş grubunda elde edilmiştir. Yine diastolik kan basıncı değerlerine göre 20-29 yaş grubunda hiç hipertansif hastaya rastlanmamış, 30-39 yaş grubunda ise hastaların %23'ü hipertansif olarak bulunmuştur. Tablo 43'de ortalama diastolik kan basıncı değerleri ve hipertansiyon durumu yaş gruplarına göre verilmiştir.

**TABLO 43. YAŞ GRUPLARINA GÖRE DİASTOLİK KAN BASINCI ORTALAMALARI**

Yaş grupları	Ortalama	Normal		Hipertansif		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	70.6 ± 9.6	22	100.0	0	0	22	4.9
30-39	82.0 ± 20.6	34	77.2	10	22.8	44	9.8
40-49	81.5 ± 13.1	53	81.5	12	18.5	65	14.6
50-59	82.6 ± 14.3	84	78.5	23	21.5	107	23.9
60-69	82.5 ± 14.1	108	80.0	27	20.0	135	30.3
70+	77.5 ± 14.3	66	89.1	8	11.9	74	16.5
Genel	81,0 ± 14.8	367	100.0	80	100.0	447	100.0

Hastalıklara göre değerlendirildiğinde ise yine hipertansiyon hastalarında en yüksek değerler elde edilmiştir.(92.1±14.8 mmHg). Kapak hastalığı olanlarda ise en düşük değerleri vardır.(78.1mmHg). Hipertansiyon hastalarının % 45.9 diastolik basınçlarına göre hipertansif (95 mmHg'dan yüksek), kalp yetmezliğinden yatan hastaların ise % 11.4'ü hipertansiftir. Hipertansif hastalarda diastolik kan basıncı ortalaması diğer tüm hastalıklardan daha yüksek olarak bulunmuştur.( p=0.0000) Tablo 44'te hastalıklara göre ortalama diastolik kan basıncı değerleri görülmektedir.

**TABLO 44. HASTALIKLARA GÖRE DİASTOLİK KAN BASINCI ORTALAMALARI**

Hastalıklar	Ortalama	Normal		Hipertansif		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	92,1 ± 14.8	26	54.1	22	45.9	48	100.0
Ritm bozukluğu	84,1 ± 13.6	23	82.1	5	17.9	28	100.0
Kapak hastalığı	78,1 ± 18.3	34	80.9	8	19.1	42	100.0
İKH	80.3 ± 14.2	162	84.3	30	15.7	192	100.0
Kalp yetmezliği	78,6 ± 13.2	47	88.6	6	11.4	53	100.0

Hastalarda en sık rastlanan kalp oskültasyon bulguları sistolik üfürüm ve S3 varlığıdır. Kalp odaklarına göre oskültasyon bulguları Tablo 45'te sunulmuştur.

**TABLO 45. HASTALARIN İLK MUAYENESİNDE KALP ODAKLARINDA SAPTANAN BULGULAR**

Bulgular	Mitral	Aort	Pulmoner	Triküspit	Mezokardiak
S3 varlığı	15	2	7	1	1
Sistolik üfürüm	61	65	37	31	32
S3 gallop	5	4	-	-	-
Diastolik üfürüm	9	10	6	7	5
S4 varlığı	4	2	1	1	1
Openning snap	2	2	1	1	1
S1 sertliği	9	5	6	4	3

Kalbin radyolojik incelenmesinde kalp göğüs oranı kalp yetmezliği olan hastalarda, ritm bozukluğu olan hastalar hariç olmak üzere, diğer tüm hastalardan daha yüksek bulunmuştur. (p=0.0000)

Venöz dolgunluk, kalp yetmezliği, hipertansiyon ve edinsel kapak hastalığı olan hastalarda, İKH olanlardan daha yüksek bulunmuştur. (p=0.0126)

Hastaların yapılan EKG incelenmesinde 31 kişide Akut Myokard İnfarktüsü (AMİ) bulunmuş olup en sık saptanan patoloji atrial fibrilasyon (%9.6) dur. EKG bulguları Tablo 46'da, hastalıklara göre EKG bulguları ise Tablo 47'de özetlenmiştir.

**TABLO 46 .HASTALARIN İLK MUAYENESİNDE SAPTANAN EKG BULGULARI**

EKG bulguları	N	%
Geçirilmiş Myokard infarktüsü	23	4.6
ST Değişiklikleri	25	5.0
Atrial fibrilasyon	48	9.4
AV blok	5	1.0
Sol ventrikül hipertrofisi	22	4.4
T negatifliği	17	3.4
Dal blok	22	4.4
Supepikardiak iskemi	10	2.0
Ventriküler ekstrasistol	7	1.4
Sinüs taşikardisi	8	1.6
Sinüs bradikardisi	11	2.2

**TABLO 47. HASTALIKLARA GÖRE SAPTANAN EKG BULGULARI**

Bulgular	Hipertansiyon	Ritm Bozukluğu	Kapak Hastalığı	İKH	Kalp Yetmezliği
Geçirilmiş MI			1	9	3
ST değişiklikleri	4	1	1	15	2
Atrial fibrilasyon	5	12	5	10	11
Sol ventrikül hipertrofisi	3	3	5	5	1
T negatif	3	1	1		2
Dal bloğu		3			2
İskemik alan				13	1
Ekstrasistol	1	1		4	1
Sinüs taşikardisi	2		3	2	1
Sinüs bradikardisi	3	1		6	1

Hastaların sindirim sistemi bulguları Tablo 48’de verilmiştir.

**TABLO 48.HASTALARIN İLKMUAYENESİNDE SAPTANAN SİNDİRİM SİSTEMİ BULGULARI**

Özellik	İkter		Asit		Kitle		Karın Ağrısı	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Var	3	0.6	5	1.0	2	0.2	12	2.4
Yok	497	99.4	495	99.0	498	99.8	488	97.6

Nörolojik muayenede hastaların % 2.2’sinde (11) Babinski pozitif, % 4.4(22)’ünde TDR pozitif, % 3.4’ünde (17) bilateral fleksör refleksleri vardı.

Hastaların aldıkları tanılar Tablo 49’da gruplanmıştır.

**TABLO 49.HASTALARIN ALDIKLARI TANILAR**

TANILAR	N	%
Hipertansiyon	51	10.2
İskemik Kalp Hastalığı	211	42.2
Kalp yetmezliği	58	11.6
Ritm Bozuklukları	30	6.0
Kapak hastalıkları	48	9.6
Akut Romatizmal Ateş	6	1.2

Klinikte ortalama kalış süreleri en uzun olan hastalık grupları, edinsel kapak hastalıkları (17 gün) ve kalp yetmezliği (17 gün ) olarak bulunmuştur. Klinikte en kısa kalan hastalık grubunu ise hipertansiyonlu hastalar (11 gün) oluşturmuştur. Tablo 50’de görülmektedir. Tüm hastalıklar için hastanede kalma süresi ortalama 13.9 gündür.

**TABLO 50. HASTALIKLARA GÖRE HASTANEDE ORTALAMA KALIŞ SÜRELERİ(Gün)**

Hastalıklar	Ortalama	SD	En kısa	En uzun	N
Hipertansiyon	11,8	6,7	3	38	51
Ritm bozukluğu	14,1	10,7	1	53	29
Kapak hastalığı	17,1	15,9	1	86	48
İKH	12,9	16,4	1	73	211
Kalp yetmezliği	17,1	10,2	1	52	58

Araştırma kapsamına alınan hastaların 473'ü taburcu olmuş, 27'si ölmüştür. Hastalıklara göre prognoz durumu Tablo 39' da gösterilmiştir. En yüksek ölüm hızı kalp yetmezliğinden yatan hastalarda (% 10.4) ve İKH'lı hastalarda (%7.8) olmuştur. Tablo 51'de hastalıklara göre prognoz durumu gösterilmiştir.

**TABLO 51. HASTALIKLARA GÖRE PROGNOZ DURUMU**

Hastalıklar	Taburcu olan		Ölen		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	51	100.0	0	0	51	10.2
Ritm bozukluğu	30	100.0	0	0	30	6.0
Kapak hastalığı	48	100.0	0	0	48	9.6
İKH	196	92.8	15	7.8	211	42.2
Kalp yetmezliği	52	89.6	6	10.4	58	11.6
Diğer hastalıklar	96	94.1	6	5.9	102	20.4
Toplam	473	94.6	27	7.4	500	100

#### 4.0.0.HASTALARIN LABORATUAR BULGULARI

Ortalama açlık kan şekeri düzeyleri en düşük 20-29 yaş grubunda ( 76.1mg/dl ), en yüksek ise 70 yaş üstü kişilerde ( 112.9 mg/dl ) bulunmuştur. 20-29 yaş grubunda hiçbir hastanın açlık kan şekeri değeri 130 mg'ı geçmemekteydi. 70 yaş ve üstünde % 24.2 kişinin değeri normal sınırların üstündeydi. Yaş gruplarına göre açlık kan şekeri incelendiğinde, 20-29 yaş grubunda 40 yaş ve üzerindeki gruplara göre, 30-39 yaş grubunda 60 yaş üzerindeki gruplara göre açlık kan şekeri seviyeleri anlamlı derecede düşük bulunmuştur. (p=0.0067) Yaş gruplarında cinsiyet farkı bulunamamıştır. Tablo 52'de yaş gruplarına göre hastaların açlık kan şekeri ortalamaları verilmiştir

**TABLO 52. YAS GRUPLARINA GÖRE AÇLIK KAN ŞEKERİ ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama± SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	76.1 ± 11.2	21	100.0	0	0	21	5.9
30-39	89.5 ± 27.1	37	90.2	4	9.8	41	11.5
40-49	102.7 ± 38.3	38	80.8	9	19.2	47	13.2
50-59	101.2 ± 47.6	65	86.6	10	13.4	75	21.2
60-69	107.1 ± 43.0	87	79.8	22	20.2	109	30.7
70+	112.9 ± 55.1	47	75.8	15	24.2	62	17.5
Genel	102.1 ± 43.6	295	83.0	60	17.0	355	100.0

Hastalıklara göre değerlendirildiğinde ise en yüksek değerler İKH'lı hastalarda 109.1 mg/dl, en düşük değerler ise edinsel kapak hastalarında 86.3 mg/dl ile görülmüştür. İKH'lı hastaların % 24.2'si, hipertansiyon hastalarının % 11.2'sinin açlık kan şekeri değerleri normal sınırların üzerindeydi. Hastalıklar arasında açlık kan şekeri düzeyi incelendiğinde İKH ve kalp yetmezliği olan hastalarda edinsel kapak hastalığı olanlardan daha yüksek bulunmuştur. (p=0.006) Tablo 53'de hastaların hastalıklarına göre ortalama açlık kan şekeri değerleri verilmiştir.

**TABLO 53. HASTALIKLARA GÖRE AÇLIK KAN ŞEKERİ ORTALAMALARI (mg/dl)**

Hastalıklar	Ortalama± SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	101,8 ± 37,9	32	88,8	4	11,2	36	100,0
Ritm bozukluğu	104,0 ± 62,1	16	84,2	3	15,8	19	100,0
Kapak hastalığı	86,3 ± 29,3	41	89,1	3	10,9	46	100,0
İKH	109,1 ± 46,7	119	75,8	38	24,2	157	100,0
Kalp yetmezliği	105,6 ± 53,2	39	84,8	7	15,2	46	100,0

En düşük serum total kolesterol değerleri 20-29 yaş grubunda (156.5 mg/dl ), en yüksek serum total kolesterol değerleri 40-49 yaş grubunda (222.2 mg/dl ) elde edilmiştir. 20-29 yaş grubunda hiç kimsenin değeri normal sınırları geçmemiş, 40-49 yaş grubunda hastaların % 39.3'ünün, 60-69 yaş grubunda % 38.2'sinin değeri normal sınırların üstündeydi. Yaş gruplarında serum total kolesterol düzeyleri incelendiğinde 20-29 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre serum total kolesterol düzeyi çok ileri derecede anlamlı olarak düşük saptanmıştır.(p=0.001) Cinsiyete göre bakıldığında 70 yaş üstündeki grupta kadınlarda, 30-39 yaş grubunda ise erkeklerde serum total kolesterol seviyeleri yüksek bulunmuştur.(p=0.007, p=0.044) (Tablo 54)



**TABLO 54. YAS GRUPLARINA GÖRE SERUM TOTAL KOLESTEROL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama ± SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	156.5 ± 37.6	20	100.0	0	0	20	4.9
30-39	201.0 ± 42.6	29	72.5	11	27.5	40	9.9
40-49	222.2 ± 70.3	34	60.7	22	39.3	56	13.9
50-59	205.2 ± 43.0	66	71.7	26	28.3	92	22.9
60-69	206.7 ± 52.2	76	61.8	47	38.2	123	30.8
70+	209.4 ± 71.9	47	67.1	23	32.9	70	17.6
Genel	205.3 ± 56.9	272	65.1	129	32.2	401	100.0

Hastalıklara göre serum total kolesterol düzeyleri değerlendirildiğinde, en yüksek değerlerin İKH (214.7 mg/dl ) ve hipertansiyon hastalarında (223.6 mg/dl ) olduğu görülmektedir. En düşük değerler ise edinsel kapak hastalıklarında (182.5 mg/dl ) elde edilmiştir. İKH nedeniyle yatan hastaların % 36.8'ünün, hipertansiyon hastalarının % 48.9'unun değeri normal sınırların üstündedir. (Tablo 55) Hipertansif ve İKH'lı hastalarda total kolesterol düzeyleri, edinsel kapak hastalığı olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0.002)

**TABLO 55 HASTALIKLARA GÖRE SERUM TOTAL KOLESTEROL DÜZEYLERİ ORTALAMALARI (mg/dl)**

Hastalıklar	Ortalama±SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	223,6 ± 55.6	23	51.1	22	48.9	45	100.0
Ritm bozukluğu	194,8 ± 37.9	16	76.1	5	23.9	21	100.0
Kapak hastalığı	182,5 ± 37.2	34	82.9	7	17.1	41	100.0
İKH	214.7 52.5	113	63.2	66	36.8	179	100.0
Kalp yetmezliği	198,6 ± 79.9	39	73.6	14	26.4	53	100.0

HDL-C düzeylerine yaş gruplarına göre bakıldığında 20-29 yaş grubunda 41.3 mg/dl, 70 yaş üstü grubunda 47.4 mg/dl olarak bulunmuştur. 20-29 yaş grubunda hastaların % 57.9'u, 40-49 yaş grubunda % 54'ü, normal sınırların altında değerlere sahiptir. Tablo 56'da yaş gruplarına göre HDL-C ortalamaları verilmiştir. Yaş grupları arasında HDL-C düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. HDL-C düzeyleri 20-29, 40-49, 50-59 ve 60-69 yaş gruplarında kadınlarda HDL düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. (p=0,038, p= 0.046, p=0.042, p=0.045)

**TABLO 56. YAS GRUPLARINA GÖRE HDL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama±SD	Düşük		Normal		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	41.3 ± 14.8	11	57.9	8	42.1	19	5.1
30-39	46.6 ± 14.5	14	36.8	24	63.2	38	10.2
40-49	41.1 ± 10.7	27	54.0	23	46.0	50	13.4
50-59	43.6 ± 13.8	43	50.0	43	50.0	86	23.2
60-69	46.1 ± 13.5	41	35.1	76	64.9	117	31.6
70+	47.4 ± 14.9	21	34.4	40	65.6	61	16.5
Genel	44.8 ± 13.7	157	42.3	214	57.7	371	100.0

Ritm bozukluğu olan hastaların HDL-C ortalamaları 47.1 mg/dl, kapak hastalığı olanların ise 45.7 mg/dl'di. Kalp yetmezliğinden yatan hastaların % 48.9'unun değerleri normal sınırların altındaydı. Tablo 57'da hastaların HDL-C değerleri hastalıklara göre sunulmuştur. HDL düzeyleri bakımından hastalıklar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

**TABLO 57: HASTALIKLARA GÖRE HDL ORTALAMALARI ( mg/dl )**

Hastalıklar	Ortalama±SD	Düşük		Normal		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	45,7 ± 13.4	14	31.8	30	68.2	44	100.0
Ritm bozukluğu	47,1 ± 15.6	7	33.3	14	66.7	21	100.0
Kapak hastalığı	45,7 ± 15.2	15	39.4	23	60.6	38	100.0
İKH	45.3 ± 12.2	68	44.5	100	59.5	30	100.0
Kalp yetmezliği	43,0 ± 15.1	24	48.9	25	51.1	49	100.0

VLDL düzeyi ortalamaları 40-49 yaş grubunda 48.6 mg/dl, 50-59 yaş grubunda 36.9 mg/dl, 20-29 yaş grubunda 21.2 mg/dl olarak bulundu. Hastaların 40-49 yaş grubunda % 56.0, 30-39 yaş grubunda % 52.7, 20-29 yaş grubunda % 16.7'sinin değerleri normal sınırların üstündedir. 40-49 yaş grubunda 50 yaş üzerindeki gruplara göre VLDL düzeyleri yüksek bulunmuştur (p=0.003). 70 yaş üstündeki grupta kadınlarda VLDL seviyesi daha yüksek bulunmuştur. (p=0.009) (Tablo 58)

**TABLO 58 . YAS GRUPLARINA GÖRE VLDL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama ±SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	21.2 ± 12.3	15	83.3	3	16.7	18	5.1
30-39	42.0 ± 28.1	17	47.3	19	52.7	36	10.2
40-49	48.6 ± 61.8	22	44.0	28	56.0	50	14.2
50-59	36.9 ± 25.7	47	58.7	33	41.3	80	22.7
60-69	32.3 ± 19.7	63	57.2	47	42.8	110	31.3
70+	29.6 ± 19.1	38	65.5	20	34.5	58	16.5
Genel	35.3 ± 31.3	202	57.3	150	42.7	352	100.0

VLDL düzeyleri, İKH hastalarında 39.9 mg/dl, ritm bozukluğu olan hastalarda ise  $27.2 \pm 14.2$ 'ydi. Hipertansiyonlu hastaların % 57.5'si, İKH'lı hastalarının % 46.2'si, ritm bozukluğu olan hastaların % 30.0'unun VLDL düzeyi normal sınırların üzerindeydi. VLDL düzeyleri bakımından hastalıklar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 59)

**TABLO 59. HASTALIKLARA GÖRE VLDL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Hastalıklar	Ortalama $\pm$ SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	36,8 $\pm$ 19.9	17	42.5	23	57.5	40	100.0
Ritm bozukluğu	27,2 $\pm$ 4.2	14	70.0	6	30.0	20	100.0
Kapak hastalığı	30,2 $\pm$ 21.6	23	62.2	14	37.8	37	100.0
İKH	39.9 $\pm$ 40.6	86	53.8	74	46.2	160	100.0
Kalp yetmezliği	30,6 $\pm$ 20.5	32	66.6	16	33.4	48	100.0

LDL düzeyleri, 20-29 yaş grubunda 96.9 mg/dl, 40-49 yaş grubunda 136.3 mg/dl, genel olarak ise 124.2 mg/dl idi. 20-29 ve 30-39 yaş gruplarında hiç bir hastanın LDL düzeyi normal sınırların üzerinde değildi. Hastaların, 40-49 yaş grubunda % 20'si, 70 yaş üstü grupta ise % 13.9'u normal sınırların üstünde LDL düzeylerine sahipti. 40 yaş üzerindeki yaş gruplarında, 20-29 yaş grubuna göre LDL düzeyleri daha yüksektir. (p=0.0331) 30-39 yaş grubunda erkeklerde de LDL düzeyi daha yüksek bulunmuştur. (p=0.021) (Tablo 60)

**TABLO 60. YAS GRUPLARINA GÖRE LDL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	96.9 $\pm$ 35.3	17	100.0	0	0.0	17	4.8
30-39	113.2 $\pm$ 34.8	36	100.0	0	0.0	36	10.2
40-49	136.3 $\pm$ 50.0	40	80.0	10	20.0	50	14.2
50-59	124.0 $\pm$ 39.6	74	92.4	6	7.6	80	22.9
60-69	125.4 $\pm$ 42.6	102	93.5	7	6.5	109	31.1
70+	128.7 $\pm$ 61.1	50	86.1	8	13.9	58	16.8
Genel	124.2 $\pm$ 46.2	319	91.0	31	9.0	350	100.0

Hipertansiyon hastalarında LDL-C düzeyi 142.9 mg/dl, İKH'lı hastalarda 129.8 mg/dl, edinsel kapak hastalarında 106.7mg/dl olarak bulunmuştur. Hipertansiyonlu hastaların % 25.0'ı, İKH'lı % 10.0'u, normal sınırların üstünde LDL düzeylerine sahipti. Hipertansiyon ve İKH'lı hastalarda LDL-C düzeyleri edinsel kapak hastalığı olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. (p=0.011) ( Tablo 61)

**TABLO 61. HASTALIKLARA GÖRE LDL ORTALAMALARI (mg/dl)**

Hastalıklar	Ortalama SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	142,9 ± 50.5	30	75.0	10	25.0	40	100.0
Ritm bozukluğu	121,1 ± 32.2	19	100.0	0	0.0	19	100.0
Kapak hastalığı	106,7 ± 28.5	37	100.0	0	0.0	37	100.0
İKH	129.8 ±44.1	144	90.0	16	10.0	160	100.0
Kalp yetmezliği	121,9 ± 64.3	43	89.5	5	10.5	48	100.0

Hastaların trigliserid düzeylerine bakıldığında en yüksek değerler 40-49 yaş grubunda (247.8 mg/dl) ve 50-59 yaş grubunda (175.6 mg/dl) elde edilmiştir. Hastaların trigliserid düzeyleri 40-49 yaş grubunda % 56.4, 60-69 yaş grubunda 43.4'ü normal sınırların üzerindeydi. (Tablo 62) 40-49 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre trigliserid düzeyleri daha yüksektir. (p=0.0029) Trigliserid düzeyleri 30-39 yaş grubunda erkeklerde ve 60 yaş üzerindeki gruplarda kadınlarda daha yüksek olarak bulunmuştur. (p=0.021, p=0.023, p=0.008)

**TABLO 62. YAS GRUPLARINA GÖRE TRİGLİSERİD ORTALAMALARI (mg/dl)**

Yaş grupları	Ortalama SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
20-29	103.2± 60.4	17	85.0	3	15.0	20	5.1
30-39	172.3± 108.6	23	57.5	17	42.5	40	10.2
40-49	247.8± 327.1	24	43.6	31	56.4	55	14.1
50-59	175.6± 113.5	53	59.5	36	40.5	89	22.7
60-69	166.8± 114.9	68	56.6	52	43.4	120	30.7
70+	146.4± 91.4	43	64.1	24	35.9	67	17.2
Genel	172.7 ± 159.0	228	57.8	163	42.2	391	100.0

Trigliserid düzeyleri İKH'lı hastalarda 198 mg/dl, hipertansiyonlu hastalarda 176.4 mg/dl, edinsel kapak hastalarında 130.8 mg/dl olarak bulunmuştur. Hipertansiyonlu hastaların % 52.3'ü, İKH'lı hastaların % 45.4'ü normal sınırların üstünde trigliserid düzeyine sahipti. Trigliserid düzeyleri İKH'lı hastalarda edinsel kapak hastalığından yatanlara göre daha yüksektir. Diğer hastalıklar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p=0.008) (Tablo 63)

**TABLO 63. HASTALIKLARA GÖRE TRİGLİSERİD ORTALAMALARI(mg/dl)**

Hastalıklar	Ortalama±SD	Normal		Yüksek		Toplam	
		N	%	N	%	N	%
Hipertansiyon	176,4± 98.4	21	47.7	23	52.3	44	100.0
Ritm bozukluğu	140,7±69.7	15	68.1	7	31.9	22	100.0
Kapak hastalığı	130,8±68.2	27	67.5	13	32.5	40	100.0
İKH	199,8±214.8	95	54.6	79	45.4	174	100.0
Kalp yetmezliği	153,2±98.3	34	64.1	19	35.9	53	100.0

### 5.0.0. İSKEMİK KALP HASTALIĞI BULGULARI

İskemik kalp hastalığı olan 211 kişinin özgeçmişinde risk faktörü olarak nitelendirilen özellik araştırıldığında diyabet % 14.2, hipertansiyon % 28.4, sigara kullanımı % 44.1, ailesinde kalp hastalığı öyküsü olanlar % 27.9, obezite ise % 5.6 olarak bulunmuştur. Erkeklerde en önemli risk faktörü olarak sigara kullanımı % 60 oranında göze çarpmaktadır. Kadınlarda en sık rastlanan risk faktörü ise daha önceden bilinen hipertansiyon'dur. Cinsiyet faktörüne bakıldığında erkeklerde sigara kullanımı, kadınlarda diyabet ve hipertansiyon öyküsü sıklığı daha fazladır. (Tablo 64)

**TABLO 64 CİNSİYETE GÖRE ÖZ GEÇMİŞİNDE RİSK FAKTÖRÜ OLANLAR**

Cinsiyet	Diyabet		Hipertansiyon		Sigara		Aile öyküsü		Obesite	
Erkek	16	11.1	35	24.1	87	60.0	43	29.6	9	6.2
Kadın	14	21.2	25	37.8	6	9.1	16	24.2	3	4.5
Toplam	30	14.2	60	28.4	93	44.1	59	27.9	12	5.6

$$X^2=3.85 \quad X^2=4.21 \quad X^2=47.69 \quad X^2=0.66 \quad \text{Fisher exact}$$

$$p=0.049 \quad p=0.040 \quad p=0.0000 \quad p=0.416 \quad p=0.45$$

İskemik kalp hastalığı olanların laboratuvar bulguları incelendiğinde, % 31.2'inde hiperkolesterolemi, % 37.4'ünde hipertrigliseridemi, %7.5'inde LDL-C yüksekliği, % 32.2'sinde düşük HDL-C düzeyi saptanmıştır. Erkeklerde en sık düşük HDL-C (%37.9) ve hipertrigliseridemiye (%37.2), kadınlarda ise hiperkolesterolemi (%37.8) ve hipertrigliseridemiye (%37.8) rastlanmıştır. Erkeklerde HDL-C düzeyleri kadınlardan istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur. (Tablo 65)

**TABLO 65 CİNSİYETE GÖRE LABORATUAR BULGULARINDA RİSK FAKTÖRÜ OLANLAR**

Cinsiyet	Hiperkolesterolemi	Hipertrigliseridemi	Yüksek LDL-C	Düşük HDL-C
Erkek	41	28.2	54	37.2
Kadın	25	37.8	25	37.8
Toplam	66	31.2	79	37.4

$$X^2=1.95 \quad X^2=0.01 \quad X^2=1.26 \quad X^2=6.90$$

$$p=0.16 \quad p=0.929 \quad p=0.26 \quad p=0.008$$

İskemik kalp hastalarında erkeklerin yaş ortalaması 54.9, kadınların yaş ortalaması 60.4'tür. Kadınların yaş ortalaması istatistiksel olarak çok ileri derecede yüksektir. Hastaların BKİ bakımından aralarında anlamlı bir farklılık yoktur. Hastaların, sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı değerleri arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Açlık kan şekeri düzeyleri kadınlarda daha yüksektir. (p=0.018) HDL-C,

LDL-C, VLDL, trigliserid ve serum total kolesterol düzeyleri bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Tablo 66)

**TABLO 66 İSKEMİK KALP HASTALARINDA BAZI PARAMETRELERİN CİNSİYETE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Özellikler	ERKEK	KADIN	p değerleri
Yaş ortalaması	54.9 ± 11.1	60.4 ± 11.9	p= 0.001
Beden kitle indeksi	25.7 ± 3.5	26.2 ± 3.4	p= 0.615
Sistolik kan basıncı (mmHg)	126.8 ± 24.9	130.0 ± 28.7	p = 0.437
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	80.2 ± 14.0	80.6 ± 14.5	p= 0.864
Kanda açlık şekeri (mg/dl)	103.2 ± 41.5	122.1 ± 54.7	p= 0.018
Serum kolesterol (mg/dl)	215.6 ± 54.0	212.7 ± 49.3	p= 0.737
LDL-C (mg/dl)	131.5 ± 43.6	125.8 ± 45.3	p= 0.458
HDL-C (mg/dl)	44.2 ± 12.6	48.1 ± 10.8	p= 0.058
VLDL (mg/dl)	41.1 ± 45.1	36.8 ± 27.0	p= 0.542
Serum trigliseridleri (mg/dl)	207.2 ± 239.4	182.3 ± 141.6	p= 0.485

## TARTIŞMA

### 1.0.0 Sosyodemografik Özellikler

Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda 1993 yılında başhekimliğe bildirilen yatan hasta sayısı 1060 olarak görülmektedir. Ancak hasta yatış defterine yaklaşık 1400 kişi kaydedilmiştir. Bu farkın nedeni değişik servislerde yatan hastaların kardiyoloji servisine aktarılması olabilir.

Araştırmaya alınan 293 erkek ve 207 kadının yaş ortalaması  $56.0 \pm 14.8$ 'di ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. En fazla hastanın 60-69 yaş grubunda (151) ve 50-59 yaş grubunda (116) olması kalp hastalıklarının genelde ileri yaş hastalıklarından olmasından kaynaklanmaktadır.

Hastalıklara göre yaş ortalamaları incelendiğinde kapak hastalıklarından dolayı yatan hastaların yaş ortalamaları diğer gruplardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu da kapak hastalıklarının, etyolojisindeki en büyük etkenlerden biri olan çocukluk çağında geçirilen romatizmal kalp hastalıklarının sonucu olarak, 1-20 yıl arasında değişen bir periyoddan sonra ortaya çıkmasından dolayı olabilir.<sup>76</sup> Kalp yetmezliği olan hastaların yaş ortalamasının yüksek olması da, bu hastalığın genelde ileri yaşlarda görülmesinden dolayı olabilir.

İskemik kalp hastalığı olanların çoğunluğunu erkeklerin oluşturması da literatür bulgularıyla uyumlu olarak değerlendirilebilir.<sup>52, 76, 92,</sup>

Kadın hastaların büyük çoğunluğunun ev hanımı olması (% 86.4), beklenen bir sonuçtur. Erkek hastaların % 38.3'ünün emekli olması, yine kardiyovasküler sistem hastalıklarının ileri yaş hastalığı olmasına bağlanabilir.

Araştırmanın yapıldığı hastanenin Marmara bölgesinde olmasına karşın, kardiyoloji kliniğinde tüm bölgelerden gelen hastaların yatmış olduğu görülmektedir. Özellikle İç Anadolu ve Orta Anadolu kökenli hastaların (toplam % 22.2) Marmara bölgesi kökenli hastalarla (%22.2) aynı oranda olması yaşanan iç göçün sonucu olarak görülebilir.

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında, kadınlarda dul kalma yüzdesi erkeklere göre daha yüksektir. Bu durum kadınlarda beklenen yaşam süresinin, erkeklere göre daha uzun olmasının bir sonucu olabilir.

Hastaların beden kitle indeksine (BKI) bakıldığında, hastaların genel olarak zayıf olduğunu görmekteyiz.(Özellikle 20-29 yaş grubunda).Bu durumun klasik bilgilerle zıtlık arzemesinin nedeni olarak verilerin hastanın beyanına dayanması ve kişilerin genellikle kilolarını az, boylarını uzun gösterme eğiliminde olması öne sürülebilir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%73.3) bir sosyal güvencesi vardı. Genel olarak emeklilerin çoğunlukta olması, bu grubun muayene olmak için bir sevke gereksinimi olmamasının bir sonucu olabilir. Hastane ücretlerinin diğer kamu hastanelerinden daha yüksek olması ve bu alanda çalışan çok sayıda özel hastanenin olması ücretli hastaların burayı daha az tercih etmesine yol açmış olabilir.

### **2.0.0.Anamnez Özellikleri**

Hastalarda rastlanan en sık başvuru şikayetlerinin % 43.2 ile göğüs ağrısı, % 33 ile nefes darlığı ve % 16.8 çarpıntı olması, bu çalışmada beklenen bir sonuçtu.

Hastaların yalnızca % 1.8'inde daha önce kalp yetmezliği olması beklenenden daha düşük bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Romatizmal ateş geçirenlerin % 4 olması da yine beklenenden daha düşük bir sonuçtur.Burada hafıza faktörü ve anamnez alınırken gereken önemin verilmemesi veya romatizmal ateş geçirildiğinin hiç bilinmemesi rol oynayabilir.

Erkek ve kadın hastalar arasında özgeçmişlerinde iskemik kalp hastalığı ve diabetes mellitus varlığı yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ancak, myokard infarktüsü öyküsü erkeklerde (p=0.003), hipertansiyon öyküsü ise kadınlarda (p=0.0005) daha fazlaydı..



Hastalıklara göre değerlendirildiğinde ise, iskemik kalp hastalığından yatanlarda geçirilmiş MI sıklığı diğer hastalık gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Hipertansiyon öyküsü ise kapak hastalıkları haricinde eşit dağılmıştır.

Hastaların % 28'inde soygeçmişlerinde kalp hastalığı öyküsü olması, kalp hastalıklarında genetik faktörün etkili olduğu bulgusunu desteklemektedir..

Hastaların özgeçmişinde sigara kullanımının varlığı araştırıldığında erkekler kadınlardan çok ileri derecede anlamlı olarak daha fazla sigara öyküsü vermektedirler.(p=0.0000) Bu genel toplum özelliklerine benzerdir.<sup>77</sup> Aynı şekilde erkeklerde alkol alışkanlığı çok daha fazladır.(p=0.0000)

### 3.0.0. Fizik Muayene Özellikleri

Kardiyovasküler sistem bulgularının cinsiyetle ilişkisine bakıldığında, ödem, siyanoz ve hepatomegali açısından bir fark olmadığı, ancak erkeklerde çomak parmak görülme sıklığının daha yüksek olduğu görülmektedir. (p=0.002)

Hastalıklara göre bakıldığında ise ödem, siyanoz ve hepatomegaliye kalp yetmezliği olan hastalarda diğer hastalara göre çok daha yüksek oranda rastlanmıştır. (p<0.001,p<0.001 ve p<0.001)

Yaş gruplarına göre sistolik kan basıncı ortalamaları 20-29 yaş grubunda diğer gruplardan anlamlı derecede düşük, 60-69 yaş grubunda , 40-59 yaş gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.(p=0.0036) Bu da sistolik kan basıncının yaşla arttığını bildiren literatür bilgileriyle uyumludur.<sup>25</sup> Yine diastolik kan basıncıda da yaş gruplarında yaşla beraber artış göstermektedir.

Sistolik kan basıncının hipertansiyon nedeniyle yatan hastalarda diğer hastalardan ileri derecede farklı olması hastalığın özelliği gereğidir. Aynı şekilde diastolik kan basıncının da hipertansif hastalarda yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Araştırmaya alınan hastaların hastanede kalma süreleri 13.9 gündür. Kardiyoloji kliniğinin bildirdiği ortalama yatış süresi ise 15 gündür .1992 yılı yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı verilerine göre kardiyovasküler sistem hastalıklarından yatan hastaların hastanede ortalama kalış süresi 1991 yılı için 7.8 gündür<sup>121</sup>. Hipertansiyon nedeniyle klinikte yatan hastaların ortalama kalış süresi 11.8 gün, iskemik kalp hastalığından yatan

hastaların ortalama kalış süresinin ise 12.9 gün olduğu görülmektedir. 1992 yılı için, Türkiye hastanelerinde ortalama yatış süresi hipertansiyon için 6.7 gün, İKH için 7.9 gün olarak bildirilmektedir.<sup>121</sup> Klinik değerleri ortalama olarak Türkiye değerlerinden 2 kat daha yüksektir. Araştırmamızı yaptığımız kliniğin bir üniversite hastanesinde olması, yatan hastaların daha komplike olgular olmasını ve bu nedenle yatış sürelerinin daha uzun olmasını getirmektedir.

Araştırmamızda kardiyovasküler sistem hastalıklarına bağlı ölüm hızı % 7.4 olarak bulunmuştur. 1992 yılı Türkiye değeri de % 7.2'dir. 1992 yılında Türkiye hastanelerinde İKH'dan ölüm hızı % 7.6 hipertansiyon nedenli ölüm hızı % 3.5'tir.<sup>121</sup> Araştırmamızda ise İKH'dan ölüm hızı % 7.8 olup hipertansiyon nedenli ölüm saptanamamıştır. Klinik ölüm hızları, Türkiye değerleriyle büyük bir paralellik göstermiştir. Kardiyoloji kliniğinde 1993 yılı ölüm hızı % 7.8 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamında tüm ölümlerin 1/3'üne ulaşılmıştır.

#### **4.0.0. Laboratuvar Özellikleri**

Açlık kan şekeri (AKŞ) seviyeleri yaşla birlikte artma eğilimindedir. Bu da yaşlanmanın etkisi olarak değerlendirilebilir. Hastalık gruplarında önceden bilinen diabetli hasta sayısı bakımından bir fark olmamasına karşın edinsel kapak hastalarında AKŞ'nin diğer hastalara göre daha düşük olması bu hastaların yaş ortalamasının daha düşük olmasından kaynaklanabilir.

Serum total kolesterol düzeyleri de genel olarak yaşla birlikte artma eğilimindedir. Bu değerler 40-49 yaş grubunda pik yapmaktadır. Ancak 20-29 yaş grubundan 30-39 yaş grubuna geçişte ortalamadaki 45 mg/dl'lik artış kolesterol için eşik yaşın 30-39 yaş grubu olduğunu göstermektedir. A.Onat ve ark. tarafından yapılan araştırmanın bulgularında da bu iki yaş grubu ortalamaları arasında 23 mg/dl artış vardır.<sup>83</sup> İKH ve hipertansiyon hastalarında serum total kolesterol düzeylerinin diğer hastalıklardan yüksek olması da beklenen bir sonuçtur. Bu değerlerin özellikle edinsel kapak hastalığı olanlarda düşük olması da yine yaşla açıklanabilir.

Yaş grupları arasında HDL-C düzeyleri bakımından bir fark bulunamamıştır. Ancak hemen hemen tüm gruplarda HDL-C'nin erkeklerde kadınlara göre daha düşük bulunması

literatür bulgularıyla uyum göstermektedir.<sup>16, 60</sup> Cinsiyetin yanısıra erkekler arasında sigara içiminin daha yaygın olmasının da bu farklılıkta bir ölçüde payı olabilir.

LDL-C düzeylerindeki sonuçlar, serum total kolesterolü etkileyen faktör olması dolayısıyla serum kolesterol düzeyleri ile uyum göstermektedir. Yine İKH'li ve hipertansif hastalarda LDL-C düzeylerinin diğer hastalıklara göre yüksek olması literatür bilgileriyle uyumludur.<sup>39, 56</sup>

Hastaların trigliserid düzeyleri incelendiğinde en yüksek değerlerin 40-49 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bunun bir nedeni bu gruptaki değerlerin yaygınlığının çok geniş olması olabileceği gibi yaşlanmanın bir sonucu da olabilir. Yine A.Onat ve ark.'nın yaptıkları çalışmada; en yüksek trigliserid düzeyleri bu grupta bulunmuştur. İKH'li hastalarda trigliserid düzeyinin yüksek olması da literatürle uyumludur.<sup>22, 52, 105</sup>

#### **5.0.0. İskemik Kalp Hastalığı Özellikleri**

Hastaların % 14'ünde önceden bilinen diabet öyküsü, % 28'inde hipertansiyon, % 44'ünde sigara kullanımı, % 5'inde obezite vardır. A.Onat ve ark., yaptıkları bir diğer araştırmada koroner kalp hastalığı olanlarda önceden bilinen diabet öyküsünü % 9, sigara kullanımını % 50, hipertansiyonu % 42, obeziteyi ise % 25 olarak bulmuşlardır<sup>81</sup>. Bizim çalışmamızda obesitenin bu kadar düşük çıkması beklenen bir sonuç değildi. Bunun nedenleri daha önce tartışılmıştı. Bu iki araştırmada en benzer sonuçların, sigara kullanımında olduğu görülmektedir. Araştırmamızda Onat ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre hipertansiyon % 14 daha az, diabet öyküsü ise % 5 daha fazla bulunmuştur.

Araştırmamızda diabet ve hipertansiyon kadınlarda, sigara kullanımı ise erkeklerde istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.

Yine İKH bakımından bir risk oluşturan aile öyküsü, çalışmamızda % 27 olarak bulunmuştur. Bu sonuç literatür bilgileriyle uyumlu olarak değerlendirilebilir.<sup>17, 28</sup>

Araştırmamızda hastaların % 31'inde hiperkolesterolemi, % 37' sinde ise hipertrigliseridemi bulunmuştur. Yukarıda bahsedilen çalışmada ise hiperkolesterolemi % 15, hipertrigliseridemi ise % 9 olarak bulunmuştur.<sup>81</sup>

İKH hastalarında HDL-C düzeyi normal sınırdan düşük olanların oranı % 32'dir. Erkeklerde bu düşüklük daha fazladır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

**1.0.0.** Çalışmamızın sonuçlarına göre toplanan istatistiklere, her düzeyde yeterli önem verilmemekte, böylelikle de kullanım alanları sınırlı kalmaktadır. Oysa en küçük birimden başlayarak, yapılan işlerin istatistiklerini doğru toplamak, o birimi değerlendirmek ve geleceğini belirlemekte ön önemli veri kaynağını oluşturmaktadır. İnsan gücü politikası ( hekim sayısı, hemşire sayısı, teknik eleman sayısı vb.), çalışma koşullarının oluşturulması ( vardiya, nöbet düzenlenmesi, izinlerin ayarlanması vb.) çalışma ortamının düzenlenmesi ( servis odaları, aletlerin alımı, yedek malzeme bulundurulması vb.) gibi birimleri ilgilendiren konularda karar alımı ve uygulanmasında hiç şüphesiz verilen tüm hizmetlerin sayısal ve niteliksel özelliklerinin belirlenmesi ve saptanması gereklidir. Öncelikle her birimde doğru ve etkili istatistik toplanmasına gereken önem verilmelidir.

**2.0.0.** Çalışmada kullanılan çeşitli formların yeniden ele alınması ihtiyacı vardır. Hastalıkların etyolojisinde rol oynayabilecek çeşitli faktörlerin doğru bir şekilde bilinmesi yapılacak değerlendirmelerde büyük kolaylık sağlayacaktır. Örneğin ağırlık ve boyun bilinmesi kişinin beslenme düzeyi hakkında bilgi verebilir. Ölçümlerin yapılması hiç şüphesiz anamnez verilerinden çok daha kıymetlidir. Formların doldurulmasında standardizasyon sağlanması hem verilerin subjektif olmasını önlemek için, hem de tam olarak toplanabilmesi için gereklidir. Örneğin sadece sigara içiyor demek yerine ne zamandan beri ve ne miktarda içildiğinin de belirtilmesi çok daha fazla yarar sağlayacaktır. Bir çok hastada tanıların, en azından olası tanının bile olmaması, hastanın bir sonraki başvurusunda hastayı değerlendirmede eksiklikler yaratacaktır. Üstelik geriye dönük çalışma yapmaya da olanak tanımayacaktır. Kısacası tüm formların

değerlendirmede kolaylık sağlayacak şekilde birimin özellikleri ve ihtiyacı göz önüne alınarak, varsa gereksiz bölümler ayıklanarak yeniden oluşturulması gereklidir.

**3.0.0.** Hasta yatak işgal oranının % 55.1 olması düşük olarak nitelendirilebilir. Ancak hesaplamada göz önüne alınan yani başhekimliğe bildirilen hasta sayısı ile hasta yatış defterinden elde edilen sayıların birbirinden farklı olması nedeniyle yatak işgal oranının çok daha yüksek olacağı öngörülebilir.

**4.0.0.** Hastaların ortalama kalış süresinin tüm yataklı tedavi kurumlarında gerçekleşen ortalama kalış süresinden yüksek olması birimin 3.basamak sağlık hizmetlerinin verildiği bir yer olmasının bir sonucu olabilir. Bununla birlikte bir çok hastanın ilk kez buraya başvurması 3. basamak sağlık hizmetinin niteliğine pek uymamaktadır. ( Ne var ki bu konuda net bir rakam vermek oldukça güçtür. Çünkü Emekli Sandığı karnesiyle ve ücretli yatanların anamnezlerinde bir bilgiye rastlanmamaktadır.)

**5.0.0.** Birime Türkiye'nin çok farklı bölge ve illerinde doğmuş hastaların gelmesi, yaşanan iç göçün bir sonucu olduğu gibi, hastanenin yerel olmasından önce Türkiye çapında hizmet veren bir kurum olduğunu da göstermektedir.

**6.0.0.** Hastaların öz geçmiş bulgularında kişilerin fiziksel aktivitesine ve eğer kadınsa oral kontraseptif ve hormon kullanımına ilişkin hiç bir veriye rastlanmamaktadır. Hastanın daha önceki sağlık durumuna ilişkin veriler genellikle düzensizdir.( Ör. MI geçirmişse yıl belirtilmemiştir.) Yine soygeçmiş bulgularında da veriler eksik toplanmaktadır. ( Ör.aileden biri kalp hastalığından ölmüşse, öldüğü yaş belirtilmemiştir.)

**7.0.0.** Erkekler arasında sigara öyküsü olanlar % 66'yı bulmaktadır. Kadınlarda ise bu oran % 10.5'tir. İskemik kalp hastalıkları risk faktörlerinin en önemlilerinden biri olan sigara içimine karşı, özellikle erkeklere yönelik etkili bir şekilde sigaraya karşı programların geliştirilmesi, bu hastalıkların prevalansını olumlu etkileyecektir. Aynı şekilde klinikte yatan hastalara yönelik sağlık eğitimi organize edilerek hem sigara hem de diğer risk faktörlerine ( beslenme, hipertansiyon kontrolü, fiziksel aktivite gibi ) yönelik açıklayıcı bilgiler verilmesinin, hastalıkların prognozunda olumlu değişiklikler yapacağı şüphesizdir.

**8.0.0.** Genel olarak kalp hastalıkları, özelde ise iskemik kalp hastalıkları en önemli halk sağlığı sorunlarından birini oluşturmaktadır. Kardiyovasküler sistem hastalıklarından korunma çocukluk çağından itibaren başlamalıdır. Çocukların bazı genetik hastalıklarının( lipid bozuklukları vb.), bilinmesi, saptanması, beslenme alışkanlığı sigaraya karşı bilinçlendirilmesi birincil korumayı oluşturmaktadır. Birincil korunmaya kişilerin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, obesitenin önlenmesi, sosyal ve iş çevrelerinde karşılaşılabilecek streslerin en aza indirilmesi çabaları da dahil edilebilir. İkincil korunmayı, myokard infarktüsü veya koroner arter cerrahisinden önce hastaların saptanması(taramalar), uygun tedavi yollarıyla sağaltımın yapılması varsa önlenebilir risk faktörlerine karşı hastanın bilinçlendirilmesi çabaları oluşturmaktadır.Üçüncül koruma ise MI sonrası atağın tekrarlamaması için alınabilecek önlemlerden oluşmaktadır. Hastanın risk faktörleriyle karşılaşmasını önlemek, profilaktik ilaç kullanımı bu önlemlerin içinde sayılabilir. Multi disiplinler bir yaklaşım ile gelecekte ülkemiz için daha da önemli bir hale gelmesi beklenebilecek kardiyovasküler sistem hastalıklarına karşı toplum ölçekli çalışmaların başlaması, sorunun çözümünde en önemli rolü oynayacaktır.

## ÖZET

1993 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda yatan hastaların klinik epidemiyolojik değerlendirilmesini amaçlayan çalışmada hastalık nedenleriyle çeşitli risk faktörleri, sosyodemografik özellikler, klinik bulgular ve istatistiksel bulgular incelenmiştir.

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda 1993 yılında yatan 293 erkek, 207 kadın, toplam 500 hasta çalışmaya alındı. Hastalık profilinde % 42.2 ile iskemik kalp hastalıkları en büyük paya sahipti.

İskemik kalp hastalıkları risk faktörlerinden erkeklerde en fazla rastlanan sigara kullanımı, kadınlarda ise özgeçmişlerinde bilinen hipertansiyon olmasıydı. İKH'lı hastalarda hiperkolesterolemi kadınlarda % 37.8, erkeklerde % 28.2, hipertrigliseridemi kadınlarda % 37.8, erkeklerde % 37.2 oranında bulunmaktaydı.

Sonuç olarak, günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan kardiyovasküler sistem hastalıklarının önlenabilir risk faktörlerine karşı multidisipliner bir yaklaşım tarzı ile toplum ölçeğinde etkili programlar yürütülmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1 Abbot RD. et all. Risk of stroke in male cigarette smokers. N Eng J Med 1986;315:717-720.
- 2 Abbot RD. et all. The impact of diabetes of survival following myocardial infarction in men vs women. The Framingham Study. JAMA 1988;260:3456-3460.
- 3 Alexander HM. et all. Risk factors and heart disease mortality. A regional perspective. Med J Aust 1986;144:20-22. Cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 4 Alexandrov A. et all. Epidemiologic and preventive aspects of atherosclerosis precursors in Moscow school-children. Abstracts Second International Conference on Preventive cardiology 1989;A65. Cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 5 Bang KM. et all. Current epidemiologic status on aging in U.S. blacks: update on hypertension and diabetes. J Natl Med Assoc 1988;80: 627-632. Cit: Davidson,DM.; Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 6 Barret-Connor E, et all. postmenapausal estrogen use and heart disease risk factors in the 1980's. JAMA 1989; 261: 2095-2100.
- 7 Barry J. et all. Effect of smoking on the activity of ischemic heart disease. JAMA 1989;261:398-402.
- 8 Beach KW. et all. Prevalence of severe arteriosclerosis obliterans in patients with diabetes mellitus. Relation to smoking and form of therapy. Arteriosclerosis 1982;2:275-280



- 9 Beaglehole R. et.all. Coronary heart disease mortality, morbidity, and risk factor trends in New Zealand. *Cardiology* 1985;72:29-34.
- 10 Becker DM. et all. Risk factors in siblings of people with premature coronary heart disease. *J Am Coll cardiol* 1988;12:1273-1280..
- 11 Becker DM. et all. Risk factors in siblings of people with premature coronary heart disease . *J Am Coll Cardiol* 1988;12:1273-1280.
- 12 Berg K et all. Serum high density-lipoprotein and atherosclerotic heart-disease. *Lancet* 1976;1:499-501..
- 13 Blair SN. et all. Physical fitness and incidence of hypertension in healty normotensive men and women *JAMA* 1984;252:487-490.
- 14 Blaxter M.Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet* 1987;2:30-33
- 15 Cassel J. et all. Incidence of coronary heart disease by ethnic group, social class,and sex. *Arch Intern Med* 1971;128:901-906.
- 16 Castelli WP. et all. HDL-C and other lipids in coronary heart disease. The Cooperative Lipoprotein Phenotyping Study. *Circulation* 1977;55:767-772.
- 17 Chesebro JH. et all. Strong family history and cigarette smoking as risk factors of coronary artery disease. *Br Heart J* 1982;47:78-83.
- 18 Chiang BN. et all. Overweight and hypertension: a rewiew. *Circulation* 1969;39:403-421..
- 19 Colwell JA. A rewiew of the development of large-vessel disease in diabetes mellitus. *Am J Med* 1988;85(Suppl A):113-118
- 20 Connor SL. et all. the effects of familial relationships, age, body weight, and diet on blood pressure and the 24 hour urinary excretion of sodium, potassium and creatinine in men, women and children of randomly selected families. *Circulation* 1984;70:76-85
- 21 Cornoni-Huntley J. et all. race and sex differentials in the impact of hypertension in the United States. *Arch. Intern Med* 1989;149:780-788

- 22 Cowan LD. et all. Demographic, behavioral, biochemical and dietary correlates of plasma triglycerides. Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. *Arteriosclerosis* 1985;5:466-480.
- 23 Crigui MH. et all. Dietary alcohol, calcium and potassium. Independent and combined effects on blood pressure. *Circulation* 1989;80:609-614
- 24 Cryer PE. et all. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking-associated hemodynamic and metabolic events. *N Engl J Med.* 1976;295:573-577.
- 25 Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 26 Davies JW. et all Cardiovascular disease mortality trend and related risk factors in Canada. *Can J Cardiol* 1988;4(Suppl A):16A-A20. cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 27 Divitis O.et all.Obesity and cardiac function.*Circulation* 1981;64:477-482.
- 28 Dolder MA. et all. Myocardial infarction in young men. Study of risk factors in nine countries.*Br Heart J* 1975;37:493-503
- 29 Drizd T. et all. Blood pressure levels in persons 18-74 years of age in 1976-1980, and trends in blood presure from 1960 to 1980 in the United States.Hyatts-ville, MD: US Departement of Health and Human services,1986. DHHS publication(PHS) 86-1684 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 30 Ewing DJ. et all. Heart rate changes in diabetes mellitus.*Lancet* 1981;1:183-186
- 31 Falko JM. et all. Improvement of HDL-C levels.Ambulatory type I diabetics treated whit the subcutaneous insulin pump. *JAMA* 1982;247:37-39
- 32 Fiebach NH. et all. A prospective study of high blood pressure and cardiovascular disease in women.*Am J Epidemiol* 1989;130:646-654.
- 33 Fielding JE. et all. Smoking:health effects and control.*N Engl J Med* 1985;313:491-498, 555-565
- 34 Fiore MC. et all. Trends in cigarette smoking in the United States. the changing influence of gender and race.*JAMA* 1989;79:176-181
- 35 Fuh MM. Association of low plasma HDL-C concentration with documented coronary heart disease in males with non-insulin dependent melitus. *Horm Metab Res*

- 1987;19:267-270. cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 36 Fuller JH. et all. Coronary heart disease and impaired glucose tolerance.The Whitehall Study.Lancet 1980;1:1373-1376
  - 37 Gordon DJ. et all. HDL-C and cardiovascular disease. Four prospective American studies. Circulation 1989;79:8-15
  - 38 Gordon T. et all. Alcohol consumption and its relationship to smoking, weight, blood pressure, and blood lipids. Arch Intern Med 1986;223:111-118
  - 39 Gordon T. et all. High density lipoprotein as a protective factor against coronary heart disease: The Framingham Study Am J Med 1977;62:707-714
  - 40 Greiser E. et all. Cardiovascular disease risk factors, CHD morbidity and mortality in the Federal Republic of Germany. Int J Epidemiol 1989;18(Supl 1):S118-S124
  - 41 Hallstrom AP. et all. Smoking as a risk factor for recurrence of cardiac arrest.N Engl Med 1986;314:271-275
  - 42 Hardey GR. et all. Coronary heart disease mortality trends and related factors in Australia. Cardiology 1985; 72:23-28
  - 43 Hatano S. et all. Changing CHD mortality and its causes in Japan during 1955-1985. Int J Epidemiol 1989;18(Supl 1):S149-S158.
  - 44 Hay DR. et all. Intercensal trends in cigarette smoking in New Zealand.2. Social and occupational factors.NZ Med J 1984;97:395-398 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
  - 45 Heiss G. et all. The epidemiology of plasma HDL-C levels. Lipid Research Clinics Program Prevalence Study. Summart.Circulation 1980;62 (Suppl IV):IV116-IV136.
  - 46 Hickey N. et all. Study of coronary risk factors related to physical activity in 15,171 men. Br Med J 1975;3:507-509
  - 47 Hickey N. et all. Study of risk factors related to physical activity in 15,171 men.Br.Med J 1975;3:507-509.
  - 48 Higgins,M. et Thom,T. Trends In CHD in The US. Int. J Epidemiol 1989;18(suppl 1):S58-S66

- 49 Hjerman I. et all. Effect of diet and smoking intervention on the incidence of coronary heart disease. *Lancet* 1981;2:1303-1310.
- 50 Hubert HB. et all. Obesity as Ann Intern Med independent risk factor for cardiovascular disease: A 26-year followup of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation* 1983;67:968-977.
- 51 Hussain A. et all. Cross-sectional survey of smoking pattern and use of hydrogenated oils in Pakistani population. *CVD Epidemiology Newsletter* 1989;149-150  
cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 52 Işık, Kadri.(Editör); Acil Kalp Hastalıklarında Teşhis ve Tedavi, beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. İstanbul, 1986.
- 53 Jenkins CD.Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary heart disease .*N Engl J Med* 1976;294:987-994, 1033-1038
- 54 Kagan A. et all. epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men in living Japan, Hawaii, and California: Demographic, physical, dietary and biochemical characteristics.*J Chron Dis* 1974;27:345-364.  
cit:Davidson,DM.; Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 55 Kannel WB. et all. Diabetes and cardiovascular disease:The Framingham Study. *JAMA* 1979;241:2035-2038
- 56 Kannel WB. et all. serum cholesterol, lipoproteins and the risk of coronary heart disease. *The Framingham Study. Ann Intern Med* 1971;74:1-12
- 57 Keys A. et all.Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease. Cambridge,MA: Harward University Press, 1980. cit:Davidson,DM.; Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 58 Khaw KT. et all. Family history of heart attack:a modifiable risk. *Circulation* 1986;74:239-244
- 59 Kim HJ.et all.Changes in lipoprotein composition during the menstrual cycle.*Metabolism* 1979;28:663-668
- 60 Kirkland RT. et all. Decrease in plasma HDL-C levels at puberty in boys with delayed adolescence *JAMA* 1987;257:502-507..
- 61 Knutsson A. et all. Increased risk of ischeamic heart disease in shift workers.*Lancet* 1986;2:89-92

- 62 Kodama K. et al. Cholesterol and coronary heart disease in a Japanese population. A 26 year followup study. Abstracts Second International conference on Preventive cardiology 1989;A64 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 63 Kornitzer M.Evolution of coronary heart disease mortality from 1958 in Belgium. Cardiology 1985;72:59-62.
- 64 Krauss RM. Regulation of HDL levels.Med Clin North Amer 1982;66:403-430 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 65 Laustiola KE. et al. Decreased beta-adrenergic receptor density and catecholamine response in male cigarette smokers. Circulation 1988;78:1234-1240
- 66 Lewis,B. et al. Relation of high lipoprotein concentration and coronary heart disease. Am J Cardiol 1983;52:5B-8B
- 67 Linn S. et al. HDL-C levels among US adults by selected demographic and socioeconomic variables. The Second National Health and Nutrition Examination Survey, 1976-1980. Am J Epidemiol 1989;129:281-294
- 68 Mann JJ et al. Blood lipid concentrations and other cardiovascular risk factors: distribution, prevalence and detection in Britain.Br.Med J 1988;296:1702-1706
- 69 Manson CE. et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1990; 322:882-889.
- 70 Materson et al. Cigarette smoking interferes with treatment of hypertension. Arch Intern Med 1988;148:2116-2119
- 71 Miller GJ. et al. Plasma high density lipoprotein concentration and development of ischemic heart disease.Lancet 1975;1:16-20.
- 72 Nikitin Y., et al. CVD prevalence in west, south and north regions of Siberia. Abstracts Second International Conference on Preventive Cardiology1989;A56 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 73 Nora JJ. et al. Genetic-epidemiologic study of early-onset ischemic heart disease.Circulation 1980,61:503-508.
- 74 Oganov R, et al. Prevention of cardiovascular diseases:USSR experience. Abstracts Second International conference on Preventive cardiology 1989;A62 cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991

- 75 Oliver MF. Ischemic heart disease in young women. Br Med J 1974;4:253-259.
- 76 Onat, A. (Editör); Kalp ve Damar Hastalıkları, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları İstanbul, 1977
- 77 Onat, A., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükara, Y., Şurdum-Avcı, G., Karaaslan, Y., Özışık, U., ve ark. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:169-177, 1991
- 78 Onat, A., Örnek, E., Şenocak, M., Gözükara, Y., Şurdum-Avcı, G., Karaaslan, Y., ve ark. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 6. Diyabet ve Obesite Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:178-185, 1991
- 79 Onat, A., Şenocak, M., Mercanoğlu, F., Şurdum-Avcı, G., Öz, Ö., Özcan, Ö.; Türk Erişkinlerinde Fiziksel Etkinlik ve Bunun Başlıca Risk Faktörleri Üzerine Etkisi Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:256-262, 1991
- 80 Onat, A., Şenocak, M., Örnek, E., Şurdum-Avcı, G., Öz, Ö.; Türk Erişkinlerinde Ekonomik Düzeyle Kanda Kolesterol İlişkisi ve taramadaki Örneklemin Sosyal Durumu, Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:408-412, 1991
- 81 Onat, A., Şenocak, M., Türk Koroner Hastalarında Risk Faktörleri Sıklığı, Kümülenmesi ve Bunların Yol Açtığı Nisbi Risk, Türk Kardiyol Dem. Arş. 20:129-136, 1992
- 82 Onat, A., Şurdum-Avcı, G., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükara, E., Karaaslan, Y., Özışık, U., ve ark. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 3. Kalp Hastalıkları Prevalansı. Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:26-33, 1991
- 83 Onat, A., Şurdum-Avcı, G., Şenocak, M., Örnek, E., İşler, M., Özışık, U., Karaaslan, Y., Gözükara, Y., ve ark. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması: 4. Kanda Kolesterol ve Trigliserid Düzeyleri Türk Kardiyol Dem. Arş. 19:88-96, 1991
- 84 Onat, A., Türk Erişkinlerinde Obesitenin Diğer Risk Faktörleriyle İlişkisi, Türk Kardiyol Dem. Arş. 20:215-220, 1992
- 85 Peters, R.K., et all. Physical fitness and subsequent myocardial infarction in healthy workers. JAMA 1983; 249: 3052-3056

- 86 Pierce JP et al. Trends in cigarette smoking in the United States. Projections to year 2000. *JAMA* 1989;261:61-65
- 87 Puska P. et al. changes in coronary risk factors during comprehensive five year community programme to control cardiovascular diseases *Br. Med J* 1979 ;2:1173-1178.
- 88 Pyorola K. Interpopulation correlations between serum cholesterol level and the occurrence of coronary heart disease. *Eur Heart J* 1987;8(Suppl E):23-30
- 89 Rissanen AM. et al. Aggregation of coronary risk factor in families of men with fatal and non fatal coronary heart disease. *Br Heart J* 1979;42:373-380
- 90 Robertson TL. et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men in living Japan, Hawaii, and California. Incidence of myocardial infarction and death from coronary heart disease . *Am J Cardiol* 1977; 39:239-243.
- 91 Rowland M. Blood pressure levels and hypertension in persons ages 6-74 years. United States 1976-80. National Center for Health Statistics Advance Data., 1982 cit: Davidson, DM.; Preventive Cardiology, Williams & Wilkins Maryland 1991
- 92 Rulliere, R. *Cardiologie*, Edition Masson, Paris, 1987
- 93 Rywik S. et al. Epidemiology of cardiovascular diseases in Warsaw Pol-MONICA area. *Int J Epidemiol* 1989;18(Supl 1):S129-S136
- 94 Rywik S. et al. Coronary heart disease mortality trends and related factors in Poland. *Cardiology* 1985;72:81-87
- 95 Salis JF., et al. Vigorous physical activity and CVD risk factors in young adults. *J Chron dis* 1986; 39:115-120 cit: Davidson, DM.; Preventive Cardiology, Williams & Wilkins Maryland 1991
- 96 Salonen JT. Stopping smoking and longterm mortality after acute myocardial infarction. *Br Heart J* 1980;43:463-469.
- 97 Sande L. et al. Asturias study: smoking habits in health professionals. *Eur Heart J* 1989;9(Suppl A):143
- 98 Schetter G. Atherosclerosis during periods of food deprivation following World Wars 1 and 2. *Prev Med* 1983;12:75-83.

- 99 Semenciw RM. et all. Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults:results from the Nutrition Canada survey cohort. *Int J Epidemiol* 1988;17:317-324.
- 100 Shaper AG et all. risk factors for ischaemic hert disease in British men.*Br.Heart J* 1987;57:11-16.
- 101 Shapiro S. et all. oral contraceptive use in relation to myocardial infarction.*Lancet* 1979; 1:743-747
- 102 Stamler R. et all. Weight and blood pressure. Findings in hypertension screening of 1 million Americans. *JAMA* 1978;240:1607-1610
- 103 Stubbe I. et all. HDL concentrations after stopping smoking. *Br Med J* 1982; 284:1511-1513
- 104 Suarez L. et all. Interaction between cigarette smoking and diabetes mellitus in the prediction of death attributed to cardiovascular disease . *Am J Epidemiol* 1984;120:670-675
- 105 Swales, J., De Bono,D.; Cardiovascular Risk Factors, The Mirroir International Publishers Limited, Hong Kong,1994
- 106 Sznajd, J et all. Poland-US Collaborative Study on CVD Epidemiology: Risk factor profiles for categories of European Atherosclerosis Society guidelines. Abstracts Second International Conference on Preventive Cardiology1989;A27  
cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 107 Tao S. et all. CHD and its risk factors in the People's Republic China. *Int J Epidemiol* 1989;18(Supl 1):S159-S163..
- 108 Task force on Black and Minority Health. report of the Secretary's task Force on Black and Minority Health, vol 4, pt.2. Washington, DC: Departement of Health and Human Services,1986. cit:Davidson,DM.;Preventive Cardiology, Williams&Wilkins Maryland 1991
- 109 Thelle DS.Preventive cardiology in Norway: mortality trends and programmes.*CVD Epidemiology Newsletter* 1989;26-27
- 110 Thompson PD.Modest changes in HDL concentration and metabolism with prolonged exercice training. *Circulation* 1988;78:25-34.



- 111 Tuomilehto J. et all. trends and determinants of ischaemic heart disease mortality in Finland:with special reference to possible levelling off in early 1980's.Int J Epidemiol 1989;18(suppl 1):S109-S117
- 112 Türkiye İstatistik Yıllığı 1994, T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Matbaası 1995
- 113 Vlieststra RE. et all. Effect of cigarette smoking on survival of patients with angiographically documented coronary heart disease. Report from the CASS registry.JAMA 1986;255:1023-1027.
- 114 Wadsworth ME. et all. Blood pressure in a national birth cohort at the age of 36 related to social and familial factors, smoking, and body mass. Br Med J 1985 291:1534-1539.
- 115 Walden CE. et all. Sex differencesin the effect of diabetes mellitus on lipoprotein triglyceride and cholesterol concentrations.N Engl J Med 1984 ;27:587-590
- 116 Willet WC. et all. Effect of cigarette smoking on fasting triglyceride, total cholesterol and HDL-C in women. Am Heart J 1983; 105:417-421
- 117 Willett WC. et all. Relative and absolute excess risk of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. N Engl Med 1987; 317:1303-1309.
- 118 Wolf PA et all. Cigarette smoking as a risk factor for stroke: The Framingham Study. JAMA 1988;259:1025-1029.
- 119 World Health Statistics Annual 1991, WHO,Cenevre 1992.
- 120 World Health Statistics Annual1987, WHO,Cenevre 1987.
- 121 Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 1993

71

Kat : .....

Yıl : .....

Blok : .....

EK-1

Ay : .....

Oda No. : .....

Kayıt No. : .....

Yatak No. : .....

Arşiv No. : .....

Radyogram No. : .....

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
Öğretim Üyesi	İmza

**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

Hasta Adı : .....	Baba Adı : .....
-------------------	------------------

Giriş : I

II

III

IV

Çıkış : I

II

III

IV

TANI	SONUÇ
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

## HASTANIN

Adı : ..... Ağırlığı : ..... Kg.  
Soyadı : ..... Boyu : ..... M.  
Cinsiyeti : ..... Kan grubu : .....  
Doğum yeri : .....  
Doğum yılı : .....  
Yaşı : .....  
Mesleği : .....  
Evlilik durumu : .....  
Adresi : .....

İLAÇ ALERJİSİ : .....

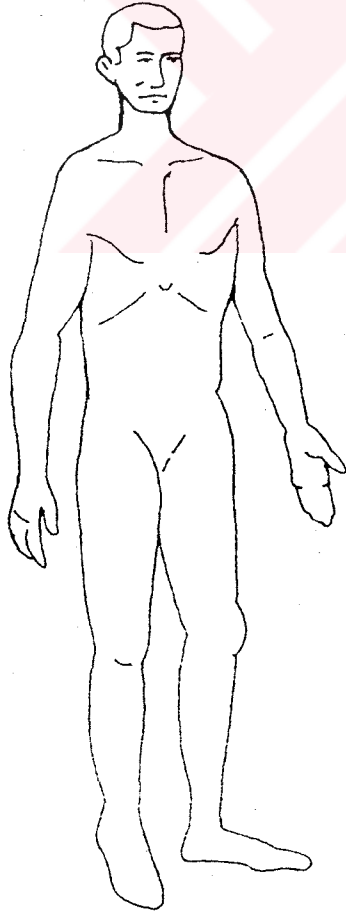
Uz. Dr. : ..... As. Dr. : .....

Yakınmaları

Öyküsü

## GENEL GÖRÜNÜM

Gelişim	:	.....	Göz kapakları	:	.....
Beslenme durumu	:	.....	Göz küresi	:	.....
Biliş	:	.....	Konjonktiva	:	.....
Duruş	:	.....	Sklera	:	.....
Yürüyüş	:	.....	Kornea	:	.....
İstemsiz hareket	:	.....	Dudaklar	:	.....
Baş	:	.....	Dişler	:	.....
Yüz	:	.....	Dil	:	.....
Saçlar	:	.....	Damak	:	.....
Eller	:	.....	Tonsil'ler	:	.....
Ayaklar	:	.....	Farinks	:	.....



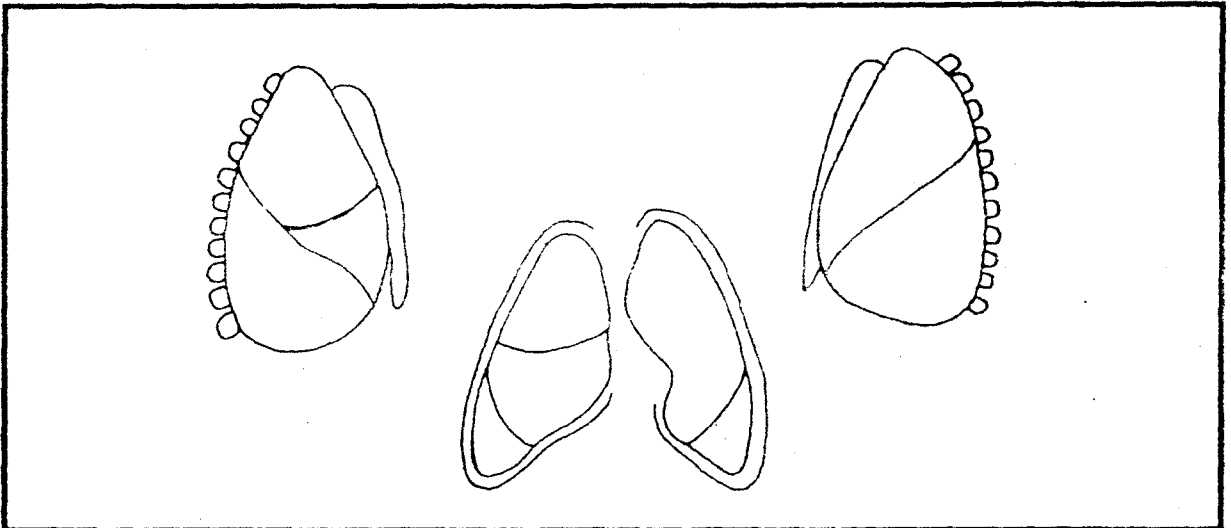
Tiroid

Lenf sistemi

Deri

Kemikler

SOLUNUM SİSTEMİ		
Solunum sayısı : ...../d. Solunum türü : .....		
Balgamın görünüşü : .....		
	Göğsün sağ yarımı	Göğsün sol yarımı
İnspeksiyon		
Palpasyon		
Perküsyon		
Oskültasyon		



## KALP - DOLAŞIM SİSTEMİ

Ödem : ..... Siyanoz : ..... Çomak parmak : ..... Hepatomegali : .....

### NABİZ

	Sağ	Sol
Sayı : ..... /d	A. Radyalis : .....	.....
Ritmi : .....	A. Ulnaris : .....	.....
Özelliği : .....	A. Brakiyalis : .....	.....
.....	A. Femoralis : .....	.....
.....	A. Poplitea : .....	.....
	A. Tibiyalis post. : .....	.....
	A. Dorsalis pedis : .....	.....

ARTER BASINCI : ..... mmHg. VEN BASINCI : ..... Cm H<sub>2</sub>O

V. JUGULARIS NABZİNİN NİTELİĞİ : .....

KALBİN PALPASYONU : .....

KALBİN PERKÜSYONU : .....

KALBİN OSKÜLTASYONU :

Mitral odağı : .....

Aort odağı : .....

Pulmoner odak : .....

Triküspit odağı : .....

Mezokardiyak odak : .....

DIĞER BULGULAR : .....

KALP RADYOGRAMI : K/T oranı : .....

.....

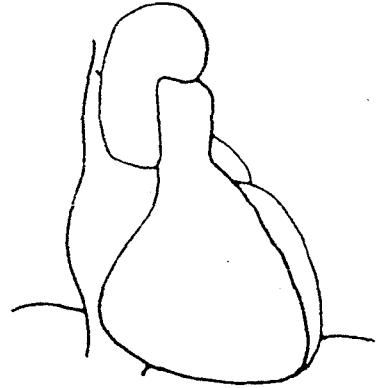
.....

.....

EKG : .....

.....

.....



**KAN YAPIM - SİNDİRİM SİSTEMİ**

İkter : .....

Karında ağırlıklı nokta : .....

Karında kitle : .....

.....

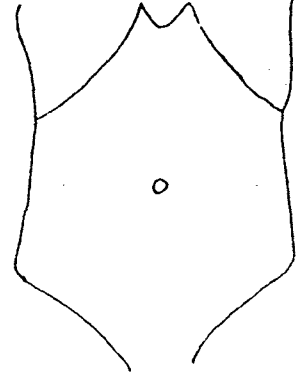
Karında sıvı : .....

Barsak sesleri : .....

Barsak hareketleri : .....

Karında üfürüm : .....

Karaciğer : .....



Safra kesesi : .....

Dalak : .....

Diğer bulgular : .....

**ÜRİNER SİSTEM**

Böbrekler : .....

Üreter noktaları : .....

İdrar torbası : .....

Glob : .....

**LOKOMOTOR SİSTEM**

Duruş : .....

Yürüyüş : .....

Eklemler : .....

.....

Kaslar : .....

.....

## SİNİR SİSTEMİ

Uyku: ..... Zekâ : ..... Denge : .....

## MOTİLİTE

Felçler : .....  
 Ataksi : .....  
 Kasılmalar : .....  
 Titremeler : .....  
 Konvülziyon : .....

## DUYARLIK

Ağrı : .....  
 Dokunma : .....  
 Isı : .....  
 Derin duyarlık : .....

## REFLEKSLER

	Sağ	Sol
Deri	: .....	.....
Patella	: .....	.....
Aşil	: .....	.....
Göz bebeği	: .....	.....

## DUYU ORGANLARI

	Sağ	Sol
Dokunma	: .....	.....
Görme	: .....	.....
İşitme	: .....	.....
Koku alma	: .....	.....
Tat alma	: .....	.....

Patolojik refleksler : .....

## ÖN TANI

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....



78

EK-2

C. T. F.

**Hemşire Gözlem Dosyası**

Anabilim dalı : Adres :  
Adı Soyadı : Telefon :  
Yaşı : Yatak no :  
Medeni Durumu : İşi :  
Eğitimi : Çocuk Sayısı :  
Yatış Tarihi :  
Yatış Saati :  
Ateş : Turgor Tonüsü :  
Nabız : Diyet :  
FA : Anlama :  
Solunum : Görme :  
Kilo : İşitme :  
Boy : Pupilla :  
Protezler : Gözlük ( ) Takma Diş ( ) Diğer ( )  
Alerji : İlaç ( ) Besin ( ) Toz ( ) Diğer ( )  
Alışkanlıkları : Sigara / Gün Alkol / Gün İlaç Defekasyon ...../ Gün  
Miksiyon ...../ Uyku Saat / Gün  
Hastalık geçmişi : Diabet Kalp Kanser Tbc Astım  
Epilepsi Akıl Hast. Hipertansiyon  
Öz geçmişi :  
Önce hastaneye yatırılmış mı : Evet ( ) Hayır ( )  
Geliş şekli : Sedye ( ) Yürüyerek ( ) Sandalye ( )  
Şikayeti :

**Ön Tanı**

İnan Bilgiler : Hastadan ( ) Yakınından ( ) Dosyadan ( )

İsteyen Hemşire

İMZA

