



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

65 YAŞ VE ÜZERİ KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

**DR. MEHMET IŞIK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. AHMET SEBE**

ADANA-2020



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

65 YAŞ VE ÜZERİ KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

**DR. MEHMET IŞIK
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. AHMET SEBE**

ADANA-2020

TEŞEKKÜR

Asistanları olmaktan tüm hayatım boyunca büyük mutluluk duyacağım, tıbbi alanlarda bizlere aktardıkları bilgi ve deneyimlerini, gelecekteki tüm mesleki hayatımda tatbik edebilmek için çaba sarf edeceğim, bugün bu konuma ulaşabilmemde emeklerini esirgemeyen, zorlu geçen asistanlık hayatımın önemli karar alma süreçlerinde gösterdikleri hoşgörü, anlayış ile verdikleri destek nedeniyle hocalarım Prof. Dr. Zeynep KEKEÇ'e, Prof. Dr. Ayça AÇIKALIN AKPINAR'a, Doç. Dr. Nezihat Rana DİŞEL'e ve bu tezin planlanmasından son satırına kadar her aşamasında desteğini ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet SEBE hocama,

Zorlu asistanlık sürecini beraber geçirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma, tüm acil servis çalışanlarına ve hemşire arkadaşlarıma,

Hayatım ve eğitimim boyunca maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, koşulsuz sevgi ve anlayışları ile yanımda olan, varlıklarına her zaman şükrettiğim sevgili aileme,

Tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen, bana yol gösteren arkadaşım Dr. Mehmet Mutlu KIDI'ya,

Sıkıntılarımı paylaşan, sevgisi ile hayatımı güzelleştiren, sabırla her zaman yanımda olan sevgili eşim Gizem IŞIK'a teşekkür ederim.

Saygılarımla

Dr. Mehmet IŞIK

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar LİSTESİ.....	IV
ŞEKİLLER LİSTESİ	V
KISALTMALAR VE SİMGELER	VI
ÖZET	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık.....	3
2.2. Yaşlı Hastaların Klinik Değerlendirmesindeki Önemli Sorunlar	4
2.3. Ağrı	5
2.4. Anatomi	6
2.5. Karın Ağrısı	12
2.5.1. Karın Ağrısının Patofizyolojisi	12
2.5.1.1. Visseral Ağrı	14
2.5.1.2. Parietal Ağrı	15
2.5.1.3. Yansıyan Ağrı	15
2.5.2. Karın Ağrısında Anamnezin Yeri ve Önemi	16
2.5.3. Karın Ağrısı Fizik Muayene Bulguları	17
2.5.4. Karın Ağrısında Laboratuvar Testleri ve Görüntüleme	19
2.5.4.1. Laboratuvar Testleri	19
2.5.4.2. Görüntüleme Yöntemleri	22
2.5.5. Karın Ağrısında Sık Rastlanan Hastalıklar	25
2.5.5.1. Safra Yolları Hastalıkları	25
2.5.5.2. Pankreatit	26
2.5.5.3. İleus.....	27
2.5.5.4. Akut Apandisit	28
2.5.5.5. Peptik Ülser Hastalığı ve Perforasyon	29
2.5.5.6. Akut Mezenter İskemi	30

2.5.5.7. Divertikülit.....	31
2.5.5.8. Fıtık (Herni)	32
2.5.5.9. Malignite	33
2.5.5.10. Abdominal Aort Anevrizması ve Aort Diseksiyonu.....	33
2.5.5.11. Akut Gastroenterit.....	34
2.5.5.12. Genito-Üriner Nedenler	34
2.5.5.13. Akut Koroner Sendrom.....	35
2.5.5.14. Nonspesifik Karın Ağrısı (NSKA)	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	37
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	66
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER.....	81
8.1. Ek 1. Çalışma Föyü.....	81
8.2. Ek 2. Etik Kurul Raporu	82
9. ÖZGEÇMİŞ	83

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 1. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri	4
Tablo 2. Akut karın ağrısında hedefe yönelik klinik testler için önerilen diğer laboratuvar çalışmaları	21
Tablo 3. Ayırıcı tanıda direkt grafi bulguları.....	23
Tablo4. İntestinal obstruksiyonun sık nedenleri	28
Tablo 5. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	39
Tablo 6. Hastaların vital bulgularının incelenmesi.....	41
Tablo 7. Laboratuvar bulgularının hastaların yaş grupları ile olan farklılıkların incelenmesi.....	41
Tablo 8. EKG istenilen hastaların EKG bulgularının incelenmesi.....	42
Tablo 9. Hastalardan istenilen konsültasyon bulgularının incelenmesi	43
Tablo 10. Konsültasyon istenilen hastaların klinik dağılımlarının incelenmesi	43
Tablo 11. Hastalara konulan tanı bulgularının incelenmesi	43
Tablo 12. Hastaların sonuçlarına ilişkin bulgular	45
Tablo 13. Hastaların geliş şikayetlerinin yaş grupları açısından farklılıkları	46
Tablo 14. Hastaların geliş şikayetlerinin karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları	47
Tablo 15. Hastaların geliş şikayetlerinin cinsiyetleri açısından farklılıkları	47
Tablo 16. Hastaların muayene bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları	48
Tablo 17. Hastaların muayene bulgularının cinsiyetleri açısından farklılıkları	48
Tablo 18. Hastaların muayene bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları	49
Tablo 19. Hastaların EKG, USG, BT ve Dgrafi bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları	49
Tablo 20. Hastaların ek hastalık öykülerinin yaş grupları açısından farklılıkları.....	49
Tablo 21. Hastaların ek hastalık öykülerinin cinsiyetleri açısından farklılıkları.....	50
Tablo 22. Hastaların ek hastalık öykülerinin karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları.....	51
Tablo 23. Hastaların konsültasyon bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları	51
Tablo 24. Hastaların karın ağrısı nedenlerinin yaş ve cinsiyet açısından farklılıkları	52
Tablo 25. Hastaların yattıkları birimlere ilişkin bulguların incelenmesi.....	52
Tablo 26. Hastaların tedavi sonuçlarının yaş grupları açısından farklılıkları	53
Tablo 27. Hastaların tedavi sonuçlarının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları	53
Tablo 28. Hastaların vital bulgularının yaş grupları açısından farklılıklarının incelenmesi.....	54
Tablo 29. Hastaların vital bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıklarının incelenmesi.....	54
Tablo 30. Hastaların vital bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıklarının incelenmesi.....	55
Tablo 31. Konsültasyon istenen hastaların cinsiyet, yaş ve karın ağrısı nedenleri ile konsültasyonların karşılaştırılması	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Abdominal ağrının algılanmasında viseral afferent yollar	13
Şekil 2. Hastaların cinsiyetlerinin dağılımı	39
Şekil 3. Hastaların geliş şikayetlerinin incelenmesi	40
Şekil 4. Hastaların muayene bulgularının incelenmesi.....	40
Şekil 5. Hastalara uygulanan ek tetkiklerin incelenmesi.....	42
Şekil 6. Hastalara uygulanan ek hastalık varlığının incelenmesi.....	43
Şekil 7. Hastalara konulan tanılarının dağılımı.....	44



KISALTMALAR VE SİMGELER

AAA	: Abdominal Aort Anevrizması
AD	: Aort Diseksiyonu
ADBG	: Ayakta Direkt Batın Grafisi
AF	: Atrial Fibrilasyon
AGE	: Akut Gastroenterit
ALP	: Alkalen Fosfataz
ALT	: Alanin Aminotransferaz
AS	: Acil Servis
AST	: Aspartat Aminotransferaz
ATA	: Acil Tıp Asistanı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CRP	: C-Reaktif Protein
DIC	: Dissemine İntravasküler Koagülapati
DKG	: Direkt Karın Grafisi
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatiko Grafi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HT	: Hipertansiyon
IASP	: Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği
IV	: Damar İçi
İYE	: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MVT	: Mezenter Ven Trombozu
NG	: Nazogastrik

NGC	: Nukleusgigantosellularis
NOMİ	: Nonoklüziv Mezenterik İskemi
NRM	: Nukleusraphemagnus
NSAİİ	: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç
NSKA	: Nonspesifik Karın Ağrısı
P.A	: Posteroanterior
PG	: Periaquaduktal Gri Cevher
SMA	: Superior Mezenter Arter
SVO	: Serebrovasküler Olay
USG	: Ultrasonografi



ÖZET

65 Yaş Ve Üzeri Karın Ağrısı Şikayeti İle Acil Servise Başvuran Hastaların Prospektif Değerlendirilmesi

Amaç: Çalışmamız travmaya bağlı olmayan karın ağrısı yakınması ile acil servise (AS)başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların ağrıya neden olan tanılarını; yaşlı (65-74 yaş) ve ileri yaşlı (75 yaş ve üzeri) hastalarda, erkek ve kadın hastalarda, cerrahi ve dahili tanı alan hastalarda; tanı farklılıklarını, yatış oranlarını, geliş semptomlarının yatış üzerine etkisini, cerrahi tanı alma sıklığını, konsültasyon istenme oranlarını, vital bulgu anormalliklerinin sıklığını, ek hastalıkların tanılara olan etkilerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Materyal-metod: Çalışmaya acil servisimize başvuran 65 yaş ve üzeri travmaya bağlı olmayan karın ağrısı şikayeti ile başvuran 150 hasta dahil edildi. Hastaların yaş grupları, cinsiyet ve dahili ya da cerrahi ön tanıları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetler, vital bulgular, muayene bulguları, yandaş hastalıklar, istenen konsültasyonlar, tanıları, sonuçlar ve yattığı birimler karşılaştırıldı ve aralarındaki korelasyon incelendi.

Bulgu: Çalışmaya dahil edilen hastaların % 50,7'si kadın, % 49,3'ü erkek iken % 45,3'ü 65-74 yaş arasında, % 54,7'si 75 yaş ve üzerinde idi. Hastaların genel yaş ortalamaları 77,21 (65-98) yılı. Hastaların % 78,6'sında karın ağrısının nedeni olarak dahili bir hastalık tanısı saptandı ve en sık konulan ön tanıların sıklık sırasına göre sırasıyla safra kesesi ve yolları hastalıkları, nonspesifik karın ağrısı (NSKA), idrar yolu enfeksiyonu (İYE), ileus, akut gastroenterit (AGE) ve pankreatit idi. Karın ağrısına eşlik eden en sık semptom bulantı, kusma olup; iştahsızlık ve gaz gaita çıkaramama cerrahi nedenlere bağlı karın ağrısı olanlarda daha fazla gözlemlendi ($p<0,05$). Hastalardan dahili bilimler tanısı konulanların bulantı, kusma, ishal, dizüri ve kabızlık bulgularının oranları, cerrahi bilimler tanısı konulan hastaların oranlarından daha yüksek bulundu ($p<0,05$). 65-74 yaş grubundaki hastaların ateş bulguları, 75 yaş ve üzerinde olanların oranından daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Her iki yaş grubunda da karın ağrısına eşlik eden en sık kronik hastalık Hipertansiyon (HT) iken, kadınlarda HT erkeklerle göre daha sık gözlemlendi ($p<0,05$). Erkek hastalarda astım-kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve malignite ek hastalık varlığı oranı, kadın hastaların oranlarına göre yüksek bulundu ($p<0,05$). Çalışmamıza dahil edilen hastaların % 50'sine ilgili bölümlerden konsültasyon istenirken en sık genel cerrahi ve dahiliye bölümlerinden konsültasyon istendiği görüldü. Cerrahi tanı alan hastaların konsültasyon istenme oranları daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Hastaların % 36'sı hastaneye yatırılırken hastaların en fazla yatırıldığı birim genel cerrahi yoğun bakım (% 18) idi. Yatış durumu açısından cerrahi bilimler tanısı konulan hastaların yoğun bakıma yatma oranları, dahili bilimler tanısı konulan hastaların oranlarına göre yüksek bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Yaşlı hastalarda klinik semptomlar silik ve atipik prezentasyonlar sık olduğundan karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırt edebilmek için hekimlerin, yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri bilmesi gerektiğini ve yaşlı hastaları daha dikkatli değerlendirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Acil servis, Geriatrik hasta, Karın ağrısı

ABSTRACT

Prospective Evaluation of the Patients Aged 65 and Older Who Consulted to the Emergency Service with the Complaint of Abdominal Pain

Purpose: Our study was conducted to compare the pain-causing diagnoses of patients aged 65 or over who consulted to the emergency service (ES) with the complaint of non-traumatic abdominal pain and the diagnosis differences; the rate of hospitalization, the effect of adverse symptoms which were seen during the admission to the hospital, the frequency of surgical diagnosis, the rate of consultation demand, the frequency of vital sign abnormalities, the effect of additional diseases on the diagnoses of geriatric (65-74 years) and high geriatric (75 years and older) patients, male and female patients, the patients with surgical and internal disease diagnosis.

Material and method: 150 patients who consulted to our emergency service with the complaint of non-traumatic abdominal pain were taken in the study. The age groups, gender and internal or surgical pre-diagnoses of the patients and complaints which accompany the abdominal pain, vital signs, examination findings, concomitant diseases, consultations which were demanded, diagnoses, results and the units where the patients were hospitalized were compared and it was checked if there was a correlation between them.

Findings: 50.7% of the patients included in the study were female and 49.3% were male while 45.3% of them were between 65-74 years old and 54.7% of them were 75 years old or over. The mean age of the patients was 77.21 (65-98) years. An internal disease was diagnosed as the cause of the abdominal pain in 78.6% of the patients. The most common pre-diagnoses were gall bladder and tract diseases, nonspecific abdominal pain, urinary tract infection (UTI), ileus, acute gastroenteritis (AGE) and pancreatitis, respectively, in terms of frequency order. The most common symptom that accompanied abdominal pain was nausea and vomiting and incontinence, flatulation and defecation failure were observed more in patients with abdominal pain causing from surgical reasons ($p < 0.05$). The rates of nausea, vomiting, diarrhoea, dysuria and constipation findings of the patients who were diagnosed with internal diseases were higher than those of the patients who were diagnosed with surgical diseases ($p < 0.05$). The findings about fever of the 65-74 age group were higher than the findings of the 75 years old or over ($p < 0.05$). The most common chronic disease that accompanied abdominal pain in both age groups was hypertension (HT) and HT was more common in women than men ($p < 0.05$). The rate of asthma-chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and malignancy comorbidity in male patients was higher than the rate of female patients ($p < 0.05$). While consultations for 50% of the patients who were included in our study were demanded from the related services, the general surgery and internal diseases departments were the services from which consultations were demanded the most. The rate of consultation demand was higher in patients with surgical diagnosis ($p < 0.05$). While 36% of the patients were hospitalized, general surgery intensive care unit was the unit where the patients were hospitalized the most (18%). In terms of hospitalization, the hospitalization rate of the patients with surgical

diagnosis in the intensive care unit was higher than the hospitalization rate of the patients with internal diseases diagnosis in the intensive care unit ($p<0.05$).

Conclusion: As clinical symptoms are subtle and atypical presentations are common in elderly patients, we believe that doctors should know physiological changes depending on the age and evaluate elderly patients more carefully so as to distinguish the patients who consulted to the emergency service with abdominal pain from emergency pathological cases.

Keywords: Emergency service, Geriatric patient, Abdominal pain



1. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil servisler(AS),çok çeşitli şikayetler ile hastaneye başvuran her yaş grubundaki hastalara kesintisiz bir şekilde sağlık hizmetinin verildiği birimlerdir. Acil servise başvuran hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet verme zorunluluğu acil servisi diğer bölümlerden farklı kılmaktadır. Acil servis başvuruları içinde geriatrik yaş grubunda bulunan hastalar, yaştan ilerlemesine bağılı olarak gözlenen fizyolojik ve anatomik değışiklikler sebebiyle değıerlendirilmesi özellik arz eden hastalardır. Geriatrik yaş grubundakilerde gözlenen anatomik ve fizyolojik değışiklikler sebebiyle hekimler, bu hastalara yanlış ya da geç tanı koyabilmekte, hastayı değıerlendirmek için daha fazla zaman harcamakta ve AS kaynaklarını daha çok kullanmaktadırlar.¹

Tüm dünyada olduğı gibi ülkemizde de yaşam şartlarının iyileşmesindeki artışa paralel olarak geriatrik yaş grubunun nüfus içindeki oranı da azımsanamayacak şekilde artmaktadır. Yaşlı nüfusunda artışla ilişkili olarak son yıllarda AS'e başvuran geriatrik hastaların başvuru sayısı da giderek artmaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda geriatrik yaş grubundaki hastaların AS başvuru oranlarının % 9-19 arasında değıştiğı ve genellikle bu hastaların gençlere kıyasla daha ağır bir klinik tabloyla AS'lere başvuru yaptıkları bildirilmektedir.²⁻⁵

Ortalama insan ömrünün uzamasının sonucu olarak, toplumda yaşlı nüfusunda görülen artış, yaşlıların sorunlarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.⁶ Bu hasta grubu, hastalıkları tehlikeli boyuta gelene kadar genellikle hastanelere başvurmayı geciktirirler. Santral sinir sistemi bozuklukları, bağımsızlığını kaybedeceğı korkusu, depresyon, karışık medikal öykü, çoklu ilaç kullanımı, rahatsızlığın tarifinde yetersizlik ve normal fizyolojik değışiklikler (enfeksiyona ateş cevabı ve lökositöz olmayışı gibi) gibi faktörlere bağılı olarak yaşlı hastalarda öykü ve fizik muayene ayırıcı tanıda fazla yardımcı değıildir.⁷

Acil servise başvuruların yaklaşık %10'unu karın ağrısı ile gelen hastalar oluştururken bu hastalarında %20'sini 65 yaş ve üzerindeki geriatrik hastalar oluşturmaktadır.⁸ Bu geriatrik hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmakta ve yatırılan hastaların da üçte birine cerrahi tedavi yapılmaktadır. Karın ağrısı şikayeti ile AS'e gelen yaşlı hastaların büyük çoğunluğunda karın ağrısının biliyer sistem kaynaklı olduğı ve intraabdominal cerrahinin de en sık nedeninin biliyer hastalıklar olduğı

Fagbohun ve ark. tarafından rapor edilmiştir.⁸Karın ağrısı ile başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda mortalite oranının %11-14 arasında olduğu bildirilmektedir.⁹ McNamara karın ağrısı ile AS'e başvuran 80 yaş ve üzeri hastalarda mortalite oranının gençlere kıyasla altı-yedi kat daha fazla olmasının sebeplerini; yaşlı hastalarda daha fazla ek hastalığın bulunması, geçirilmiş cerrahi işlemler, çoklu ilaç alımı, bağışıklık sisteminin zayıflaması, AS'te hastalıkların daha geç dönemde tanınması olduğu şeklinde belirtmiştir.⁹

Tıp alanındaki birçok gelişmeye ve hasta bakım kalitesinin artmasına rağmen, yaşlı popülasyonundaki artış ve yaşlılardaki fizyolojik ve anatomik değişikliklerden dolayı karın ağrısı şikayeti bulunan yaşlı hastalar acil servisler için önemli bir klinik sorun olarak görülmektedir. Bu sebeple biz bu çalışmada AS'e başvuran 65 yaş ve üzeri karın ağrılı hastaların ağrıya neden olan tanılarını, yatış oranlarını, geliş semptomlarının yatış üzerine etkisini, cerrahi tanı alma sıklığını, konsültasyon istenme oranlarını, vital bulgu anormalliklerinin sıklığını, ek hastalıkların tanılara olan etkisini belirleyerek, acil servisteki yaşlı hastaları değerlendiren hekimlere yol göstermeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlılık tıbbi kaynaklara göre 65 ve daha ileri yaşlar olarak kabul edilmektedir. Yaşlanmanın tam bir tanımı olmasa da; yaşlılık biyolojik, fizyolojik, duygusal ve fonksiyonel yaşlılık olarak birçok şekilde tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlılık; yaşlanmayla birlikte insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında ortaya çıkan değişiklikler olarak tanımlanmakta iken, fizyolojik yaşlılık ise biyolojik değişikliklere bağlı olarak meydana gelen kişisel ve davranışsal değişiklikler olarak belirtilmektedir.¹⁰

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; ilerleyen yaş ile birlikte kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisinin azalması ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması ile ölüm olasılığının artması olarak tanımlamıştır. DSÖ'nün 1998 yılı raporunda ise yaşlılık; özürlülük oranının artması ve başka şahıslara daha fazla bağımlılaşma olarak tanımlanmıştır. DSÖ ayrıca takvim yaşına bağlı olarak yaşlılığı genç yaşlı 60-64 yıl, yaşlıca 65-74 yıl, yaşlı 75-85 yıl ve çok yaşlı 85 yıl olmak üzere dört farklı grup olarak tanımlamıştır.^{11,12}

Tüm dünyada, doğum oranındaki azalma ile beraber yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak insan yaşam süresinin uzamasıyla yaşlı nüfusu da giderek artmaktadır.¹³ Yirmibirinci yüzyıl ile beraber ortaya çıkan en önemli kavram “toplumların yaşlanması”dır. Tıp, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler ile birlikte doğum oranlarındaki azalma bu süreçte temel taşı oluşturmıştır. Diğer yandan sağlık alanındaki gelişmelerden dolayı tüm yaşlardaki yaşam beklentisinin artması, her yıl yaşlı nüfusa dâhil olan insan sayısının da artması ile sonuçlanmaktadır.¹⁴

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2000 yılındaki nüfus sayımında % 5,7 iken, 2007 yılındaki nüfus sayımında % 7,1 ve 2012 yılında % 7,5 olmuştur. Yaşlı nüfus 2012 yılında 5.682.003 kişi iken, son beş yılda % 17,1 artarak 2016 yılında 6.651.503 kişiye yükselmiştir. 2016 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 79.814.871 iken bu nüfusun 6.651.503’ü (% 8,3) 65 yaş ve üzeri nüfusu oluşturmaktadır. 2018 yılı verilerine göre Türkiye nüfusu 82.003.882 iken 65 yaş ve üzeri nüfus 7.186.204 ile tüm nüfusun % 8,8’ini oluşturmaktadır. Bunların % 44’ünü erkek % 56’sını kadınlar oluşturmaktadır.¹⁵

2.2. Yaşlı Hastaların Klinik Değerlendirmesindeki Önemli Sorunlar

Yaşlı hastalarda yaştan ilerlemesiyle beraber birçok sistemde fizyolojik değişiklikler meydana gelir (Tablo 1).²⁰ Edinilen ek hastalıklar, geçirilen ameliyatlara bağlı değişiklikler, mevcut hastalıklara karşı çoklu ilaç alımı, bağışıklık sisteminin zayıflaması hastalıkların daha atipik seyretmesine, hastalığın daha ileri evrede tanınmasına ve tüm bunlara bağlı olarak da daha yüksek ölüm oranlarıyla seyretmesine sebep olmaktadır.^{16,17}

İleri yaş hastalarda ayrıca işitme ve görme sorunları, algılamada azalma, demans, serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer Hastalığı ve psikiyatrik problemler hasta ile iletişim kurmada ve anamnez almada engel oluşturmaktadır.¹⁶

Yapılan çalışmalarda, yaşlıların % 84'ünün sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların % 46'sının steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar olduğu anlaşılmıştır.¹⁸ Yaşlı hastaların kullandıkları antikolinerjik özellikli ilaçlar ve antiinflamatuvar ilaçlar yeni gelişecek olan hastalıklarının bulgu ve şikâyetlerini baskılayabilmektedir.¹⁶ Yaşlı hastalar ağrı hissetmeden kalp krizi geçirmekte veya ağrısız olarak karın içi ciddi sorunlar yaşayabilmektedir.¹⁷ Yaşlı hastalarda ağrının iletiminde görevli ağrı reseptörlerinde, periferik sinirlerde, santral sinir sisteminde birçok değişiklik Tablo1'de özetlenmiştir.

Yaşlı hastalar yeteri kadar ateş yanıtını veremezler. Cooper ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşlı hastaların gençlere kıyasla batin içi hadiselerde dört kat daha fazla hipotermik olduklarını tespit etmişlerdir.¹⁹

Laboratuvar ve radyolojik incelemeler yararlı olsa da cerrahi karınlı hastalarda dahi normal olarak yorumlanabilecekleri için yararlılıkları sınırlıdır.

Tablo1. Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler ve potansiyel etkileri²⁰

Fizyolojik değişiklik	Muhtemel etki
Sinir Sistemi	
-Kan beyin bariyerinin etkinliği azalır.	- Menenjit riski artar.
-Isıya karşı vücut cevabı azalır.	- Termoregülasyon bozulur.
-Otonomik sistem fonksiyonları bozulur.	-Ortostatik hipotansiyon, erektil disfonksiyon ve üriner inkontinans riski artar.
-Nörotransmitterlerde bozukluk	- Kompleks mental fonksiyonlarda azalma
Deri / mukoza	
-Bütün deri tabakalarının atrofisi	- Vücut izolasyonunun azalması. Deride yaralanma ve enfeksiyon riskinin artması.
-Ter bezlerinin hem sayısı hem fonksiyonlarının azalması	-Hipotermi riskinin artması

Tablo 1'in devamı

Kas ve İskelet Sistemi	
-İlerleyici kemik kaybı	-Kırık oluşma riskinin artması.
-Fibrokartilaj ve sinoviyal doku atrofisi	-Eklemlerde instabilite ve ağrı.
-Toplam vücut kitlesinde azalma	-Denge ve hareketlerde bozukluklar.
-Yağ dokusu oranının artması	-Farmatokinetikte değişiklikler
İmmün Sistem	
-Hücrel immünitede azalma	- Latent enfeksiyonların aktive olması ve tümör oluşma ihtimalinin artması
-Antikor yapımında azalma	-İnfeksiyon riskinin artması
Kalp ve Damar Sistemi	
-Azalmış inotropik cevap	-Myokardın strese karşı cevabında azalma.
-Azalmış kronotropik cevap	-Maksimum kalp hızının azalması.
-Artmış periferik vasküler direnç	-Kan basıncının artması.
-Azalmış ventriküler dolum	-Organların kanlanmasında değişiklikler.
Akciğerler	
-Azalmış vital kapasite	-Hava yolu direncinde artma.
Akciğer ve hava yolu kompliyansında azalma	-Hızlı dekompanzasyon tehlikesi.
-Hiperkapni ve hipoksemiye azalmış kemoreseptör cevabı	-PaO ₂ 'de azalma.
-Ventilasyonda ve diffüzyon kapasitesinde azalma	
Hepatik fonksiyon	
-Karaciğer hücre kitlesinde azalma	-Rejenarasyon yeteneğinin azalması.
-Hepatik kan akımında azalma	-Farmatokinetikte değişiklikler.
-Enzim aktivitesinde değişiklikler	-Farmatokinetikte değişiklikler.
Böbrekler	
-Böbrek hücre kitlesinde azalma	-İlaç eliminasyonunda azalma.
-Bazal membranda kalınlaşma	-İlaç eliminasyonunda azalma.
-Vit D hidroksilasyonunda azalma	-Hipokalsemi ve osteoporozda artış.
-Toplam vücut suyunun azalması	-Farmatokinetikte değişiklikler.
-Susamaya karşı cevabın azalması	-Dehidratasyon, elektrolit bozukluğu riskinin artması.
-Renal vazopressin cevabının azalması	-Dehidratasyon, elektrolit bozukluğu riskinin artması.
Gastrointestinal Sistem	
-Gastrik mukozada azalma	-Gastrik ülser riskinin artması.
-Bikarbonat sekresyonunda azalma	-Gastrik ülser riskinin artması.
-GIS kanlanmasının azalması	-Perforasyon riskinin artması.
-Epitelrejenarasyonunun azalması	-Ülser iyileşme süresinin uzaması.

2.3. Ağrı

Ağrı periferdeki uyarıların merkeze iletilmesi sonucunda oluşan subjektif bir duyudur. Bu ağrılar rahatsız olan kişinin hekime gitmesine neden olmakta, hekimin dikkatli analizi, ağrının sebebini bulmaya ve uygun tedavisine karar vermeye yardımcı olabilmektedir. Ağrı çok faktörlü kompleks bir olgudur ve seneler boyunca bilim adamları tarafından yapılan farklı tanımlardan sonra günümüzde, Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği (International Association for the Study of Pain, IASP) tarafından yapılmış olan tanıma göre ağrı “gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili, duyusal ve emasyonel hoş olmayan oldukça subjektif bir deneyimdir”. Bu tanıma göre ağrı

gerçek bir duyu değil, algıdır ve duyuşsal (sensoryal), duygusal (etkilenen, emasyonel) ve bilişsel bileşenlerden oluşmaktadır. Bu bileşenler ağrının şiddet, süre ve yerleşim olarak algılanmasını, motivasyonsal değişiklikler ve nahoşluk hissi duyulmasını, ağrıya bağlı korku, anksiyete ve farkındalık yaratılmasını sağlar.²¹ McNamara yaşlanma ile birlikte oluşan ek hastalıklardan, mevcut hastalıklar sebebiyle çoklu ilaç kullanımından ve bağışıklık sisteminin giderek zayıflamasından dolayı yaşlı bireylerde ağrının daha az hissedildiğini bildirmiştir.⁹

2.4. Anatomi

Karın insan vücudundaki en büyük boşluktur. Karın boşluğu ve pelvik boşluk olmak üzere linea terminalis tarafından ikiye ayrılır. Karın boşluğu sınırları; ön ve yanda karın kasları ve m. iliagus; arkada, vertebralalar, m. psoas majör ve m. quadratus lumborum; üstte diyafragma; altta, apertura pelvis superior'dur. Karın boşluğunda bulunan organların dış yüzeyi ve karın duvarının iç kısmı periton denilen yapı ile örtülüdür.

Umblikus, kişiden kişiye göre farklılık göstermekle birlikte genellikle gençlerde, 3. ve 4.lomber vertebra arasındaki hizaya denk gelir. Yaş ilerledikçe karın kaslarının gevşemesi nedeniyle umblikus daha aşağı seviyelere iner.

Mide, sindirim kanalının en geniş bölgesi olup, özefagus ve duodenumun arasında bulunur. İç hacmi, erişkinlerde yaklaşık olarak 1,5 litre kadardır ve yaşa göre değişkenlik gösterir. Mide, A. gastrica sinistra, A. gastromentalis dextra, A. Gastromentalis sinistra ve Aa. gastricae brevesler tarafından beslenir. Venler, arterlerle aynı isimde olup portal sisteme dökülürler. Midenin kardiya kısmındaki venler, özefagusun venleri ile birlikte porto-kaval anastomoz yaparlar. Mide otonom sinir lifleri tarafından innerve edilir. Mideden kaynaklanan ağrı duyusunu taşıyan lifler, sempatik liflerle birlikte seyreder. Mide ağrısı, umblikusun üstünde epigastrik bölgede hissedilir. Ancak dolgunluk ve gerginlik uyarıları n. vagus ile taşınır.

İnce barsaklar, mide ile kalın barsaklar arasında bulunur. Karın boşluğunun orta ve alt kısmında yer alır. Yaklaşık olarak 6-7 metre uzunluğunda olup, çapı mideye yakın bölgesinde 3-4 cm iken kalın barsağa yakın yerinde 2-2,5 cm kadardır. İnce barsaklar, duodenum, jejunum ve ileum olmak üzere 3 bölüme ayrılır. Duodenumun birinci

bölümü, jejunum ve ileum intraperitoneal; duodenumun kalan kısımları retroperitoneal alanda yer alır.

Duodenum, pars superior, pars descendens, pars horizontalis (inferior) ve pars ascendens olmak üzere 4 kısımdan oluşur. Koledok kanalı ve pankreatik kanal, duodenumun 2.kısımının duvarına girdikten sonra birleşerek ampulla hepatopankreatika'yı oluştururlar. Buradan da duodenumun pars descendens kısmının iç arka duvarındaki papilla duodenimajor'e açılır.

Jejunum ve ileum, yaklaşık olarak 6-7 metre uzunluğundadır. Jejunum, 2/5 proksimal kısmını oluştururken, ileum, distal 3/5 kısmını oluşturur. Jejunum, ileuma göre daha büyük çaplı ve daha kalın duvarlıdır. İleum, çekum ve çıkan kolonun birleşme yerinin mediyal duvarındaki ostium valvae ilealis'de son bulur.

Mezenter, yelpaze şeklinde periton uzantısıdır. Jejunum ve ileum'u karın arka duvarına bağlar. Mezenterin iki yaprağı arasında, jejunum, ileum, a. ve v. Mezenterika superiyor'un jejunum ve ileuma giden dalları, sinirleri, lenf damarları, lenf nodülleri ve bir miktar yağ dokusu bulunur.

Meckel divertikülü, erişkinlerde yaklaşık % 2 oranında görülür. İleum'un alt ucunun yaklaşık 50-80 cm yukarısında bulunan bu embriyolojik kalıntı, yaklaşık 5 cm uzunluğunda ve çapı ileumun çapına eşittir. Ucu genellikle serbest olmasına rağmen bazen karın ön duvarına ya da diğer barsak bölümlerine fibröz bir bant ile bağlanmış olabilir. Bu durum ileus tablosuna neden olabilir.

Kalın barsaklar, yaklaşık 1,5 metre uzunluğunda olup, ileumun bitiş noktasından anüse kadar uzanır. Karın boşluğunun sağ yan, üst, sol yan ve pelvis boşluğunda bulunur. Başlangıcından anüse doğru daralarak gider. Sadece rektumun son kısmında anal kanaldan hemen önce ampulla rekti denilen bölümde genişleme gösterir. Kalın barsaklar; çekum, kolon, rektum ve anal kanal olmak üzere dört kısımdan meydana gelir.

Çekum, kalın barsakların ilk parçasıdır. Sağ iliak fossada bulunur. Ucu kapalı bir kese şeklinde olup, çıkan kolon ile devam eder. Uzunluğu yaklaşık olarak 6 cm, genişliği ise 7,5 cm kadardır.

Apendiks vermiformis, ileumun çekumla birleştiği bölgenin 2 cm kadar distalinde bulunur. Pozisyonu çok farklılık gösterir. En sık görülen yeri retroçekal bölgedir. Apendiksin çekuma tutunduğu yer, spina iliaca anteryior superiyor'u göbeğe birleştiren

hattın 1/3 dış ve 1/3 orta bölümlerinin birleştiği nokta hizasındadır. Klinikte bu yere McBurney noktası denir. Apendiks ortalama 9 cm uzunluğundadır.

Çekumdan başlayan kalın barsaklar, sağ yan tarafta yukarı doğru çıkan kolon olarak devam eder. Çıkan kolon yaklaşık 15 cm uzunluğundadır ve karaciğer etrafına yaklaştığında fleksura coli dekstra denen bir kıvrım yapar ve sola döner. Burada transvers kolon adını alır. Transvers kolon, kolonun en uzun ve en hareketli parçasıdır. Uzunluğu yaklaşık 50 cm civarındadır. Yatay düzlemde, sağdan sola doğru ilerleyerek sol hipokondriyak bölgeye gelir. Aşağıya doğru flexura coli sinistra denen bir kıvrım daha yaparak aşağıya döner ve inen kolon olarak devam eder. Uzunluğu 25 cm kadar olan inen kolon, sol iliak fossaya kadar ilerler. Burada içe ve aşağıya doğru S harfi oluşturacak şekilde kıvrılarak sigmoid kolon ismini alır. Sigmoid kolon 40 cm uzunluğundadır. Üçüncü sakral vertebra ön bölgesine geldiğinde ismi değişerek rektum olur. Rektum, ortalama 12 cm kadardır. Koksiksin 3-4 cm aşağısında bir konkavlık yaparak sonlanır ve burada anal kanal ismini alır. Anal kanal, 4 cm uzunluğunda ve 3 cm genişliğindedir. Anal kanalın tamamını m. sphinkter ani eksternus ve internus çevreleyerek sürekli kapalı tutarlar.

Pankreas, hem iç (endokrin) hem dış salgı (ekzokrin) yapan karışık bir organdır. Mideye transvers kolonun arkasında, duodenum ile dalak arasında karın arka duvarında yer alır. Epigastrik ve sol hipokondriyak bölgede bulunur. 70-100 gramağırlığında, 12-15 cm uzunluğunda, yumuşak, gri-pembe renkli, çok sayıda lob içeren retroperitoneal bir organdır. Endokrin salgıları, insülin, glukagon ve somatostatin olup direkt olarak kana verilir. Ekzokrin salgıları ise, amilaz, lipaz, tripsin'dir ve bir kanal (duktus pankreatikus-Wirsung kanalı) vasıtasıyla duodenum ikinci kısmına dökülür. Pankreas, baş, boyun, gövde ve kuyruk kısmı olmak üzere dört kısımdan oluşur. Baş kısmı en geniş kısımdır, orta hattın sağ tarafında bulunur. Pankreatik kanal, pankreasın kuyruk kısmında bulunan küçük lobüler kanalların bir araya gelmesiyle oluşur, uzunluğu boyunca pankreasın boyun kısmına gelene kadar pankreasın arka tarafına yakın seyreder. Boyun kısmında genişleyerek arka ve aşağıya doğru ilerler ve koledok kanalına yaklaşır. Duodenumun duvarında bu iki kanal birleşerek ampulla hepatopankreatika'yı oluşturur. Bu kanal duodenumun papilla duodeni major kısmına açılır. Pankreasın baş kısmının alt kısmında sıklıkla duktus pankreatikus aksessorius

(minör Santorini kanalı) denilen ikinci bir kanal bulunur. Ve bu kanal da duodenumun ikinci kısmında papilla duodeni minor'a açılır.

Dalak, damarsal ve lenfoid yapılar bakımından zengin retiküloendotelial sisteme ait bir organdır. İntraperitoneal yerleşimlidir. Sol hipokondriyak bölgede mide ile diyafragma arasında yer alır. Erişkinde ortalama olarak ağırlığı 150 gram civarındadır ancak büyüklük ve ağırlığı yaş ile içerdiği kan miktarına göre farklılık gösterebilir. Dalak iki fasya tarafından çevrelenir, dış kısımdaki tunika seroza'dır ve ligamentlerin tutunduğu yerler hariç tüm dalağı sarar; iç kısımdaki isetunika fibroza'dır, dalağın tamamını sarar ve hilum splenikum'dan damarları saran bir kılıf şeklinde dalağın içine girer. Dalak lig. lienorenale ile böbreğe; lig. gastrolienale ile mideye bağlanır.

Karaciğer, vücuttaki bez yapısında olan en büyük organ ve aynı zamanda karın boşluğundaki en büyük organdır. Karın boşluğunda sağ hipokondriyak ve epigastik bölgede yer alır. 25-30 cm uzunluğunda, sağ kısmı ön arka yönde 14-16 cm ve yüksekliği 8 cm kadardır. Ağırlığı 1000-2500 gram arasındadır. Karaciğerin diyafragmatik ve visseral olmak üzere iki yüzü vardır. Porta hepatis, karaciğere giren ve çıkan oluşumların bulunduğu yerdir ve fasies visseralis'te yer alır. Karaciğerde lobus hepatis dekster ve lobus hepatis sinister olmak üzere iki büyük lob; lobus kuadratus ve lobus kaudatus olmak üzere iki küçük lob bulunur. Lobus hepatis dekster ve sinister'i, fasies diyafragmatikus'ta birbirinden lig. falciforme ayırır. Lobus kuadratus ve lobus kaudatus anatomik olarak lobus hepatis dekster'in birer parçası gibidir. Ancak bu iki küçük lob, a. hepatica propria sinister ile beslenip, venöz drenajı v. porta hepatis sinister ile sağlanır, safra drenajı da duktus hepatikus sinister ile olur. Bu nedenle bu iki lob, fonksiyonel olarak lobus hepatis sinister'in bir parçasıdır.

Safra kesesi, karaciğerin visseral yüzünde fossa vezika biliyaris'te yer alır. Hacmi 30-50 ml civarındadır, ancak duvarının esneyebilir olmasından dolayı 200-250 ml'ye kadar çıkabilir. Safra kesesinin, fundus vezika biliyaris, korpus vezika biliyaris ve kollum vezika biliyaris adı verilen üç kısmı vardır. Fundus vezika biliyaris, sağda dokuzuncu kostanın alt kenarı seviyesinde ve midklavikular çizgi hizasında bulunur. Bu kısma Murphy noktası denir. Karaciğerden ayrılan iki büyük safra kanalı olan sağ ve sol hepatik kanallar kısa bir seyir sonrasında birleşerek 2-4 cm uzunluğunda ve 4 mm çapında olan duktus hepatikus komunis'i oluşturur. Safra kesesinden çıkan sistik kanal ile duktus hepatikus communis bir araya gelerek koledok kanalını oluşturur. Koledok

kanalı, 8-10 cm uzunluğunda ve 4-6 mm çapındadır. Bu kanal a. hepatica propria ve v. porta hepatis ile beraber lig. hepatoduodenale içinde seyreder. Koledok kanalı ile pankreatik kanal birleştikten sonra duodenuma açılmadan önce bu birleşim kanalını çevreleyen bir kas vardır. Bu kasa Oddi sfinkteri denir.

Böbrekler, karın arka duvarının en üst bölgesinde ve vertebral kolumnaların her iki tarafında bulunurlar. Yukarıda 11. torakal vertebra, aşağıda ise üçüncü lomber vertebra seviyesinde yer alır. Sağ böbrek, sol böbreğe göre biraz daha aşağıda yer alır. Uzunlukları 11,5 cm, genişlikleri 5-7 cm, kalınlıkları da ortalama 2,5 cm kadardır. Ağırlıkları kadın ve erkekler arasında farklılık gösterebilir, ortalama 125-170 gram kadardır. Böbreği saran üç tane kılıf vardır. Bunlar içten dışa doğru, kapsula fibroza, kapsula adipoza ve fasya renalis'tir (Gerato fasyası). Böbrek yapısal olarak iki kısımdan oluşur. Dış kısmı kortekstir, nefrojen yapıdan köken alır ve idrarı süzme görevini üstlenir. İç kısım ise medulladır, üreter tomurcuğundan köken alır ve toplayıcı kanallardan oluşur. Her iki böbrek, aorttan doğrudan çıkan renal arterler ile beslenir. Venöz drenajı da renal venler vasıtasıyla doğrudan vena kavaya dökülerek gerçekleşir. Böbreğin renal kaliksler civarında a. ve v. interlobularis'ler arasında arteriovenöz anastomozları bulunur. Bu anastomozlar sayesinde glomerulustan geçemeyen kanın bir kısmı ya da tamamı, süzülmeksizin doğrudan venöz sisteme geçebilir. Kalbin pompaladığı kanın hemen hemen dörtte biri böbreklerden geçer, bu yaklaşık 1200 ml/dk akıma denk gelir. 24 saatte kandan 180 litre filtrat süzülür, bunun % 99'u geri emilir; kalanı idrar olarak vücuttan atılır.

İdrar yolları, idrarı böbreklerden mesaneye götüren boru sistemidir. Proksimalden distale doğru sırasıyla, minör kaliks, major kaliks, renalpelvis ve üreter'dir.

Üreter dışındakiler, böbreğin içinde renal sinüslerde yer alır. Üreter, yaklaşık 25-30 cm uzunluğunda olup, lümeni bazı bölümlerinde 1 mm kadarken, bazı bölümlerinde ise 10 mm'e kadar çıkabilir. Pars abdominalis ve pars pelvika olmak üzere iki kısımdan oluşur. Pars abdominalis, pelvis renalis ile linea terminalis arasındaki parçadır; pars pelvika da linea terminalis ile mesane arasında kalan kısımdır. Üreterler mesanenin fundus kısmına giriş yaparlar. Üreterin fizyolojik olarak üç bölgesinde darlık bulunur. Bunlardan birincisi, pelvis renalis ile birleştiği başlangıç bölümündedir ve yaklaşık 2 mm'dir. İkincisi, linea terminalis'te iliak damarları çaprazladığı kısımdadır ve 4 mm

civarındadır. Üçüncüsü ise mesaneye girdiği bölgede bulunur ve 1-5 mm kadardır. Üreterden gelen ağrı duyusunu alan lifler, sempatik liflerle beraber seyredip, T11-L1 segmentlerine giriş yaparlar. Aynı zamanda n. vagus ile de taşınmaktadır. Bu nedenle üreter kaynaklı ağrılar, aynı segmentlerden innerve olan lumbal bölgede hissedilir, daha sonra kasığa skrotum'a veyalabium majus'a yayılır.

Mesane, idrarın biriktirildiği ve bir süre bekletildiği yerdir. Erkeklerde rektumun; kadınlarda uterus ve vaginanın ön kısmında yer alır. Tamamen içi boş olduğu zaman pelvis sınırları içinde yer alırken; dolduğu takdirde üst kısmı karın boşluğuna doğru ilerler. İçinde 350-500 ml idrar bulunduğunda normal doluluk oranına gelir ve oval bir şekil alır. Mesanenin, apeks, fundus, yan ve arka yüzü vardır. Ön ve arka alt yüzün devamında üretranın başlangıç deliği ostium uretra internum yer alır. Bu deliğin çevresindeki mesane kısmına da serviks vezika adı verilir. Erkeklerde bu mesafede prostat bulunurken; kadınlarda diyafragma pelvis'e oturmuş haldedir. Bu nedenle kadınlarda mesane daha aşağıda yer almaktadır. Ağrı uyarılarının T11-L2 ve S2-4 medulla spinalis segmentlerine gelmesi sebebiyle mesane kaynaklı ağrılar, aynı segmentler tarafından uyarılan karın ön duvarının alt kısmı, perine ve peniste hissedilir.

Overler, küçük pelvisin yan duvarlarında a. iliaka eksterna ile a. iliaka interna arasındaki fossaya yerleşmiş bir çift organdır. Over, yaklaşık 4 cm uzunluğunda, 2 cm eninde ve 8 mm kalınlığında olup, 3-5 gram ağırlığındadır. Aorta abdominalis'ten doğrudan çıkan a. ovarika'larla beslenir. Venleri, areterlerle birlikte seyreder ve aynı adı alır, sol taraftaki v. renalis'e, sağ taraftaki v. kava inferior'a dökülür.

Tuba uterina, overler ile uterus arasında uzanan yaklaşık 10 cm uzunluğunda ve 3 cm çapında bir çift organdır. Üç bölümü vardır, overden uterus tarafına doğru sırasıyla, infundibulum (en geniş yeri), ampulla (en uzun yeri), isthmus (en dar yeri)'dur. Tuba uterina, a. ovarika ve a. uterina'dan beslenir.

Uterus pelvik boşlukta mesane ile rektum arasında bulunur. Uterus'un abdominal bölümü, tuba uterina'lar ile, pelvik bölümü ise vagina ile birleşir. Yaklaşık 7,5 cm uzunluğunda, ön bölümünde 5 cm genişliğinde, 2,75 cm kalınlığındadır ve 30-40 gramağırlığındadır. Korpus uteri, isthmus uteri ve serviks uteri olmak üzere üç bölümü vardır.²²

2.5. Karın Ağrısı

Karın ağrısı sıklıkla karın içerisindeki organların hastalıkları sırasında karşılaşılan bir semptom olmakla beraber, periton dışı ve hatta karın dışı başka sistemlere ait hastalıklar sonucunda da görülebilmektedir. Acil servise başvuru sebepleri arasında 6. sırada bulunan karın ağrıları tüm medikal acillerin de dördüncü sebebidir.²³

Karın ağrıları klinik olarak ağrının ortaya çıkış zamanına göre akut ve kronik (rekürren) olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut karın ağrısı, bir haftadan kısa sürede ortaya çıkan, travma ile ilişkili sebepler sonucu olmayan ağrılardır.²⁴ Kronik karın ağrısı ise, altı haftadan daha uzun süren veya aralıklı periyotlar ile karşımıza çıkan karın ağrıları olarak tanımlanır. Hastaneye başvuran karın ağrılı hastaların % 18-42'sini akut karın ağrılı hastalar oluşturmaktadır ve akut karın ağrılı hastaların da % 63'ünü 65 yaş ve üzerindeki hastalar oluşturmaktadır.²⁵

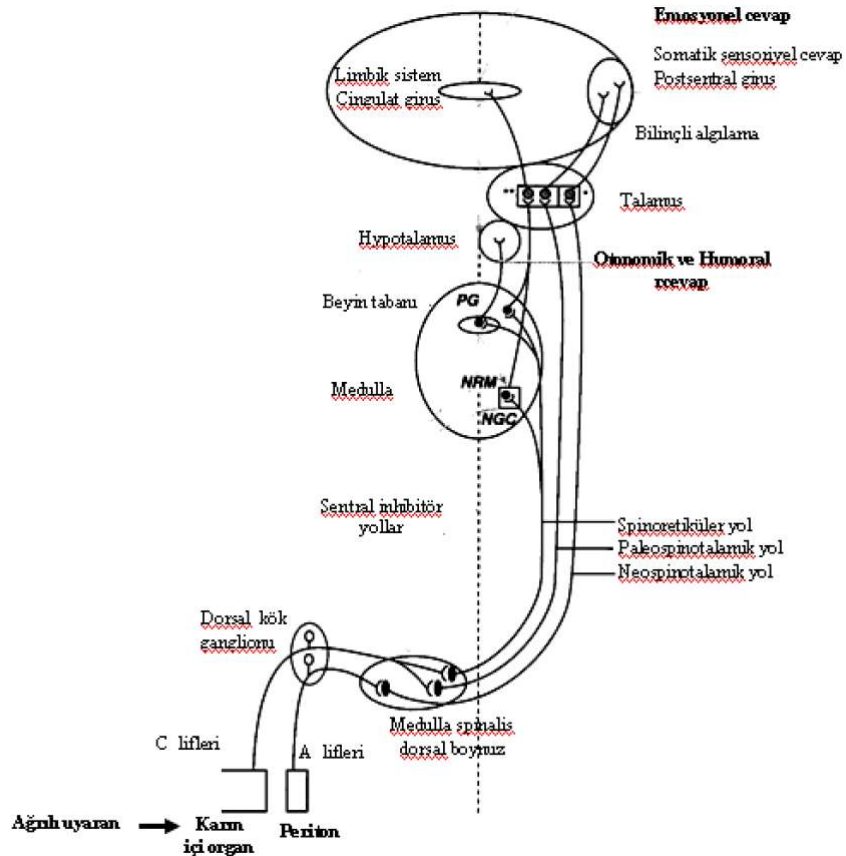
Karın ağrısının intraabdominal organlardan, ekstraabdominal organlardan ve diğer sistemik hastalıklardan kaynaklanan çok fazla sayıda sebebi vardır. Genel olarak ele alındığında karın ağrısı şikayeti olan hastaların yaklaşık % 20-25'ini hastaneye acil yatış ihtiyacı olan hastalar oluştururken, % 35-40'ını ise yapılan tüm incelemelere rağmen hiçbir patolojinin bulunamadığı, bilinen karın ağrısı formlarına uymayan ve çoğu zaman acil serviste gözlem esnasında ağrıları kendiliğinden geçen nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturmaktadır.^{23,26} Nonspesifik karın ağrısı (NSKA) 50 yaşın altındaki hastalarda % 40 oranında görülürken, 50 yaş üzerinde % 16 oranında görülmektedir.⁵ 65 yaş üzeri hastalarda ise NSKA tanısı % 10-23 oranında görülür.²⁷ NSKA olan hastalar benzer şikayetleri sıklıkla yaşamaktadırlar.²⁴ Yaşlılarda gençlere kıyasla NSKA daha az gözlenirken, biliyer sistem hastalıkları başta olmak üzere kanserler, barsak tıkanıklıkları ve vasküler olaylar gibi önemli hastalıklar daha sık görülmektedir.²⁸

2.5.1. Karın Ağrısının Patofizyolojisi

Vücudun herhangi bir bölgesinde doku harabiyeti olduğu zaman, bu bölgede lokal olarak salınan mediyatörler ve aljezikler tarafından özelleşmiş sinir uçları olan nosiseptörleri uyarmaları ile, ağrının algılanması sağlanır.

Karın ağrısının beyne aktarılmasından sorumlu başlıca iki tip afferent lif (Tip A, Tip C) mevcuttur. Parietal peritonda bulunan Tip A lifleri (delta lifler) ile iletilen ağrı duyusu beyinde talamusta sonlanır. Bu sebeple Tip A lifleri ile taşınan ağrı duyusunun

lokalizasyonu beyin tarafından daha net bir şekilde algılanır.^{29,30} Tip C lifler ise talamusa ulaşmadan beyin sapında son bulduğundan, ağrı duyusunun lokalizasyonunun beyin tarafından algılanması çok daha zordur.³¹ Tip C liflerle iletilen ağrı daha derin, daha yavaş ve hasta tarafından karakter ve lokalizasyon bakımından net olarak tarif edilemeyen bir ağrıdır.³⁰ A delta lifleri ağırlıklı olarak cilt ve kaslara dağılırlar ve akut hasarı takiben keskin, ani, iyi lokalize olmuş ağrıları iletirler. C lifleri ise kaslar, periostium, parietal periton ve iç organlarda yer alır. Sensory afferantler (intraperitoneal) ağrıları taşırlar. C lifleri tarafından taşınan duyu hisleri, künt, rahatsız edici, hafif lokalize edilebilen, başlangıçtan itibaren artarak devam eden ve uzun süreli olmaya meyilli uyarılan liflerdir. Miyelinsiz C lifleri polimodal bir özellik gösteren, her türlü uyarana karşı hassas olan ve yavaşiletken liflerdir.³² Abdominal visseral organlar Tip C liflerle inerve edilirler. Abdominal ağrının algılanmasında visseral yollar Şekil 1’de gösterilmektedir.^{33,34}



Şekil 1. Abdominal ağrının algılanmasında visseral afferent yollar, (PG= Periaqueductal gri cevher, NRM= Nukleusraphemagnus, NGC= Nukleusgigantosellularis)

Karın ağrısı geleneksel olarak visseral, pariyetal ve yansıyan ağrı olmak üzere üç tiptir.

2.5.1.1. Visseral Ağrı

Visseral ağrı genellikle organ kapsülü veya duvarının sinir iletimini yapan miyelinsiz liflerin gerilmesi sonucunda oluşur. Asıl olarak miyelinsiz ince C lifleri ile yavaş iletilir ve bu lifler talamusa varmadan beyin sapında sonlanır. Bu sebeple santral sinir sisteminde ağrının lokalizasyonu çok daha zordur. Ağrı iyi lokalize edilemeyen, künt, kramp tarzında, acı verici olarak tariflenir ve aralıklı veya sürekli şekilde olabilir. Genellikle karın orta çizgisinin yanlarında hissedilir. Çünkü karın içi organlar afferent liflerini spinal kordun her iki tarafından alır. Ağrılar hasarlı organı innerve eden dermatomlarda hissedilir. Lokalizasyonu zordur, çünkü birçok organın innervasyonu multisegmentaldir. Terleme, yorgunluk, bulantı, kusma ve solukluk gibi otonomik etkiler çoğu zaman visseral ağrıya eşlik eder. Visseral ağrı gerilim, inflamatuvar ve iskemik olmak üzere 3 çeşittir.

Gerilim tipi ağrı; kolik ağrı olarak bilinir ve tipik olarak artmış güçlü peristaltik kontraksiyon nedeniyle meydana gelir. Bu ağrı sıklıkla barsağı irrite eden bir maddeyi(zararlı besin, enfeksiyöz ajan, yabancı madde vs) atmaya çalışırken meydana gelir. Barsakta parsiyel veya total obstrüksiyon, adezyon, gastroenteritler, konstipasyon ağrıları, gerilim tipi ağrılara örnek olarak verilebilir. Bu hastalar ağrıyı azaltmak için sürekli pozisyon değiştirmeye çalışırlar.^{30,35}

İnflamatuvar ağrı; gerilim tipi ağrıya benzer şekilde derin ve lokalizasyonu net olmayan bir şekilde başlar. Farklı olarak ağrının kaynağı sıklıkla visseral peritondaki inflamasyondur. İlk olarak, hasta ağrıyı visseral periton etkilendiği için mid abdominal veya periumblikal tarif eder. Gerilim tipinden farklı olarak bu hastalar hareket etmeden yatmayı tercih ederler. Apandisit, kolesistit, pankreatit, rüptüre ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, perforan gastrik veya peptik ülser, Ailevi Akdeniz Ateşi rahatsızlıklarında hissedilen ağrı bu gruba girer.³⁰

İskemik ağrı; en az görülen fakat en şiddetli ve ciddi ağrı tipidir. Ani başlangıçlı ve yoğundur, sürekli olarak ilerler. Strangüle barsak, intestinal iskemi, emboli, trombüs, mezenter iskemi, volvulus, orak hücreli anemide dalak sekestrasyon krizi, abdominal

aort anevrizma rüptürü gibi durumlarda hissedilen ağrılar bu tiptedir. Analjezik ilaçlarla ağrı hafiflemez.^{30,35}

2.5.1.2. Parietal Ağrı

İyi lokalize edilebilen, şiddetli, rahatsız edici ve daha keskin ağrılardır. Hareket ve öksürük ile ağrının şiddeti artabilir. Kalın ve miyelinli olan A delta ve ince miyelinsiz olan C lifleri ile taşınırlar. Somatik afferentler dermatomlara göre düzenlenmiş olup bir veya iki spinal segmentten medulla spinalise girerek ağrının daha lokalize ve keskin sınırlı olarak algılanmasını sağlamaktadır. Altta yatan hastalık ilerledikçe, visseral ağrı semptomları parietal ağrı bulgularına dönüşür, hassasiyet ve defans oluşur. Lokalize peritonit ilerledikçe, rijidite ve rebound oluşur. Peritonitli hastalar genellikle hareketsiz kalmayı tercih ederler.³⁶

2.5.1.3. Yansıyan Ağrı

Yansıyan ağrı, hasarlanmanın olduğu organdan uzak bir yerde hissedilir. Yansıyan ağrının paterni embriyolojik gelişime dayandırılır. Örneğin, üreter ve testis anatomik olarak yan yanadır ve bundan dolayı aynı segmental innervasyonu paylaşmaktadır. Bu nedenle, akut üreter tıkanıklığı sıklıkla aynı yönlü testis ağrısı ile beraberdir. Yansıyan ağrı, medulla spinaliste iki taraflı innervasyonu sağlayan liflerle iletilmediği için, etkilenen organ ile aynı tarafta algılanır. Eğer patolojik süreç orta hatta olursa, yansıyan ağrı orta hatta hissedilir.³⁷ Yansıya ağrı hem parietal hem de visseral ağrıların özelliklerini taşırlar.

Yansıyan visseral ağrı; ağrılı uyarının çok şiddetli olması veya uzun süre devam etmesi sonucu oluşur. Ağrılı uyarın çok şiddetli olduğundan dolayı splanknik liflerle iletilir. Bu lifler spinal kordda cildin somatik sinirleri ile sinaps yaptığından dolayı yansıyan visseral ağrı; embriyoda köken aldığı dermatom segmentinde veya hasarlı organla aynı nöral segmentten innerve olan dokuların daha derin bölgelerinde hissedilebilir. Safra kesesi ve yolları ile ilgili hastalıklarda sırt, sağ omuz ve skapulada; akut ve kronik pankreatitte torakolomber bölgede hissedilen ağrı yansıyan ağrıdır.³⁶

Yansıyan pariyetal ağrıda ise ağrı hasarlı doku veya organdan uzak bir lokalizasyonda hissedilir (dalağın travmatik rüptürü sonrasındaki “Kehr işareti” gibi).

2.5.2. Karın Ağrısında Anamnezin Yeri ve Önemi

65 yaş üzerindeki hastalarda hastalıklar daha hayati olduğu ve daha komplikasyonlu ilerlediği için daha dikkatli olunmalıdır.³⁸

Özgeçmişe bakılacak olursa; Diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), aterosklerotik kalp hastalığı ve kronik akciğer hastalığı gibi daha önceden var olan hastalıklar değerlendirmede önemlidir.³⁹ Ayrıca hastanın kullanmış olduğu ağrı kesiciler, aspirin, steroid, antibiyotik, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ), alkol ve diğer başka ilaç ve maddelerde sorgulanmalıdır.^{24,40} Hastanın daha önceden geçirmiş olduğu ameliyat ya da travma öyküsünün olması tanı için ipucu sağlar. Örneğin ileus tanısı alan hastaların % 70'inde geçirilmiş karın içi ameliyat öyküsü mevcuttur.⁴¹ Hastaya önceki dönemlerde benzer vasıfta ağrılarının olup olmadığı öyküde sorulmalıdır. Akut kolesistitli ve nonspesifik karın ağrılı hastalarda daha önceden benzer ağrıyı yaşamış olması durumu yüksek sıklıktadır.²⁴ Karın ağrılı hastaların büyük bir kısmında altta yatan psikiyatrik bozukluklar ihmal edilir. Kronik karın ağrılı hastalarda sıklıkla altta yatan psikiyatrik bir bozukluk vardır.⁴²

Hastalarda ağrının özellikleri dikkatli sorgulanmalıdır. Karın ağrısının yeri, şekli, yayılım gösterdiği yerler önemlidir. Gastrointestinal sistem (GİS), üriner sistem, safra kesesi ve yolları, salpinks gibi içi boş organlardan kaynaklanan ağrılar kolik ağrı olarak isimlendirilir. Ara ara artan ve rahatlama periyotları da olan ağrılardır. Bunun yanı sıra mide, duodenum perforasyonlarında, akut apandisit rüptüründe ve akut pankreatitte stabil yani sürekli ve yoğun bir ağrı mevcuttur.⁴³

Ağrının başlama zamanı, başlama zamanıyla bulantı ve kusmanın ilişkisi ayrıntılı değerlendirilmelidir. Karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuruda bulunan hastalarda çoğu zaman bulantı kusma görülmektedir. Kusma, ağrıdan sonra başlıyorsa öncelikli olarak cerrahi bir sebep düşünülürken, aksine önce kusma başlamış ve sonra karın ağrısı ortaya çıkmışsa daha çok gastroenterit, besin zehirlenmesi, akut gastrit, akut pankreatit ve safra yollarındaki taşlar gibi cerrahi dışı sebepler öncelikli olarak düşünülmektedir. Karın ağrısı ile beraber kabızlığı olan hastalarda bulantı, kusma, gaz ve gaita çıkaramama ve abdominal distansiyonun bulunması ileusu akla getirirken, iştahsızlığın bulunması daha ziyade karın içi inflamatuvar hastalıkları (mesela akut apandisit) akla getirmektedir.⁴⁴

Diyare veya konstipasyon epizotlarını da içeren barsak alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Ağrıyla birlikte var olan ateş, titreme, mide ekşimesi, aşırı gaz çıkarma

ve geğirme, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı karın ağrısının altında yatan sebebi ortaya çıkarmak için önemli ipuçları verir. Gaita karakteri de özellikle renk ve kan varlığı açısından sorgulanmalıdır. Kanlı diyare sıklıkla enfeksiyöz enterokolit veya inflamatuvar barsak hastalığını düşündürürken, klasik ‘kuşüzümü jeli’ dışkı intussepsiyonu tanısını akla getirir.^{45,46}

Miksiyon sıklığında artma veya azalma, idrarda renk değişikliği veya idrar yaparken yanma (dizüri) karın ağrısı ayırıcı tanısında yol göstericidir.⁴⁷ Dizüri ve diğer üriner şikayetler üriner bir patolojisi olmayan hastalarda da inflamasyonlu organın mesane ve üreter irritasyonuna bağlı olarak oluşabilmektedir.^{24,48}

Kardiyopulmoner bir hastalığa bağlı karın ağrısı olabileceği gibi mevcut karın kaynaklı patolojiye sekonder de kardiyopulmoner şikayetler oluşabilmektedir. Göğüs ağrısı, öksürük, balgam, nefes darlığı, hemoptizi ve ortopne gibi semptomlar sorgulanmalıdır. Ağrıyla beraber ortaya çıkan senkop öyküsü veren bir hastada da aort anevrizma rüptürü veya akut koroner sendrom gözden kaçırılmamalıdır.⁴⁹

Ayrıca halsizlik, terleme gibi şikayetler karın ağrısına eşlik edebilen yakınmalar olup yaşlı hastaların sadece oral alım bozukluğu ve genel durum bozukluğu ile AS’e başvurabileceği ve ayrıca yaşlı hastalarda semptomların genç hastalara kıyasla daha silik olabileceği de akılda tutulmalıdır.

2.5.3. Karın Ağrısı Fizik Muayene Bulguları

Ağrının nedenini tespit etmede fizik muayene çok önemli ipuçları verir. Hastanın genel görüntüsü, terleme, ateş, kalp hızı ve ritmi özellikle değerlendirilmelidir. Ateş yüksekliği olan taşikardik, terli ve toksik görüntüsü olan hastalarda; sepsis, kolanjit, piyelonefrit veya bakteriyel batın içi enfeksiyonlar, batın içi apse ayırıcı tanıda öncelikle akla gelmelidir.

Stabil ağrılı olan hastalar hareketsiz yatmayı tercih ederken, kolik tipi ağrı geçirenlerde devamlı pozisyon değişikliği ve hareketlilik mevcuttur. Ürolitiazis’i olan hasta ara ara gelen aşırı ağrı dönemlerinde ajite bir şekilde kıvrınma hareketi yapar. İntestinal perforasyon ve yaygın peritoniti olan hastalar hareket etmeksizin yatarlar ve bacaklarını karına doğru çekip psoas kasını fleksiyona getirerek karınlarını yumuşatma çabası içindedirler.

Yaygın peritonitlerde ve alt kosta kırıklarında, diafragma hareketi yoktur ve alt kosta kaslar da solunuma katılmazlar. Bunun sonucu olarak bu hastalarda yüzeysel ve sık solunum mevcuttur.⁵⁰

Karın ağrısına eşlik eden şiddetli solukluk, taşikardi, takipne ve terleme varlığı, aort anevrizma rüptürünü veya dış gebelik rüptürü gibi major intraabdominal kanamayı düşündürür.⁵¹

Tansiyon ölçümü mutlaka her iki koldan yapılmalıdır, çünkü her iki kol arasındaki tansiyon farkı muhtemel bir akut aort diseksiyonu şüphesini ortaya koyar. Karın ağrılı hastanın muayenesinde bütüncül yaklaşım sergilemeliyiz. Baş ve boyun incelenmeli, ağız içi lezyonlar, skleralar, fundus, servikal adenopati, jugular venöz dolgunluk değerlendirilmeli, akciğerler ve göğüs kafesi kapsamlı bir şekilde muayene edilmelidir. Lumbal bölgedeki (Grey-Turner belirtisi) ve göbük çevresindeki (Cullen belirtisi) mavi yeşil renk değişiklikleri hemorajik pankreatiti düşündürmelidir. Rektal muayene bütüncül muayenesinin önemli bir parçasıdır.⁵²

Oskültasyon muayenesinin önemli bir parçasıdır ve palpasyondan önce yapılmalıdır. Bağırsak seslerindeki artmalar enterit veya obstrüksiyonu düşündürür. Barsak seslerinin azalması veya kaybolması paralitik ileus ve geç dönem peritonite işaret eder. Oskültasyonda üfürüm duyulması aort anevrizmasında ortaya çıkan bir bulgudur.⁵³

Karın palpasyonuna genelde ağrısı olmayan yerden başlanmalıdır. Aksi takdirde hastanın güveni ortadan kalkar ve karın kasmaya neticesinde yeterli ve uygun muayene mümkün olmayabilir. Karın duvarındaki sertlik peritoniti akla getirir. Lokal defansa ait bulgular akut kolesistit, apandisit, divertikülit gibi durumlarda ortaya çıkar. Organların büyüklüğü, kitle varlığı dikkatlice muayene edilerek ortaya konmalıdır. Akut apandisitte Mc Burney noktasının hassasiyeti ve ağrının lokalize edilmesi apandisit tanısı açısından önemli bir muayene bulgusudur. Hassas bölgeye yapılan yavaş ve derinlemesine olan baskıdan sonra aniden ellerin çekilmesiyle “rebound” ağrısı meydana gelir. Bu bulgu parietal peritonun olaya katıldığını gösterir.

Organlar üzerine yapılan perküsyonun ağrı oluşturmaması o organın hasarını simgeleyebilir. Perküsyon, karın içinde matite ve sonariteyi tespit için kullanılan bir yöntemdir.

Erişkin kadınlarda pelvik muayene oldukça önemlidir. Vajinal akıntının kıvamı, rengi, direkt mikroskopisi ve kültürü tanı ve tedaviye yön vermesi açısından önemli ipuçları verebilir. Erkeklerde testis, torsiyon ve inflamasyon açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca yaşlı hastalarda fournier gangreni akılda tutulmalı ve dikkatli olunmalıdır. Nörolojik muayene sinir köklerindeki patolojiler açısından yapılmalı ve paralizilerin de barsak motor fonksiyonlarını bozarak gastrointestinal sistemde problemlere yol açabileceği unutulmamalıdır. Otonomik sistemdeki defekt, özellikle sempatik sistemdeki bir baskılanma akut kolonik psödoobstruksiyona neden olabilir. Bu tabloya yol açan nedenler, kardiyovasküler, posttravmatik, postoperatif, inflamatuvar, respiratuvar, metabolik, nörolojik ve farmakolojik bozukluklardır.^{54,55}

2.5.4. Karın Ağrısında Laboratuvar Testleri ve Görüntüleme

2.5.4.1. Laboratuvar Testleri

Karın ağrısına sebep olan teşhisin konmasında öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri ayrı ayrı çok önemli tanı imkânları sağlar. Tüm tanı parametreleri dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.⁵¹ Laboratuvar testlerinin seçimi ayırıcı tanıya yönelik yapılmalıdır. Tablo 2’de laboratuvar da en sık istenilen parametreler ve olası klinik durumlardan söz edilmiştir.⁵⁶

Genel olarak akut karın ağrısı ile AS’e başvuran hastalarda ilk olarak istenen tetkik tam kan sayımıdır. Lökosit yüksekliğinin sık görüldüğü durumlar, akut apandisit, mezenter iskemi, ince barsak obstrüksiyonu, pankreatit ve enfeksiyonlardır. Duyarlılığı oldukça yüksektir, fakat seçiciliği düşüktür.⁵⁷ Lökositoz, özellikle nötrofil oranı% 80’in üzerindeyse, patolojik durumu normalin varyantından ayırmada oldukça yardımcıdır. Fakat gebe olan hastalarda fizyolojik olarak lökositoz olması, beyaz küre sayısının anlamlılığını düşürür.⁵⁸ Kortikosteroid kullanan yaşlı hastalarda da, demarjinasyon olacağından lökositoz beklenen bir durum değildir. Yaşlılarda, operasyon gerektirebilecek karın içi patoloji olsa bile lökositoz görülmeyebilir. Anormal vital bulgu ya da anormal görüntüleme bulgularına ilave olarak lökositoz olması kötü sonlanım açısından prediktif öneme sahip olsada, tek başına lökositozun anlamlılığı mevcut değildir.⁵⁹ Apandisit veya kolesistit gibi durumlarda beyaz küre değerleri normal olabilir. Ayrıca acil ve acil olmayan karın ağrısı ayırımında lökositoz iyi bir belirteç değildir.⁶⁰

Asıl olarak inflamatuvar bir belirteç olan, akut faz proteinlerinden C-Reaktif Protein(CRP), enfeksiyöz ve inflamatuvar durumlarda hızla yükselme eğilimindedir.⁶¹ Genel olarak sadece CRP yüksekliğinin klinik anlamı yoktur, diğer belirteçlerle beraber değerlendirilmelidir. Akut batın muayene bulgusu olan hastalarda, CRP düzeylerinin düşük (0-5mg/L) olması tanıyı dışlatmaz. Apandisit erken dönemlerinde, lökosit sayısına kıyasla CRP'nin seçiciliği daha yüksektir, ancak duyarlılığı düşüktür.⁶² İnflamasyon durumunda yükselen CRP, inflamasyon dışı sigaradan, egzersizden, bir çok sistem patolojisinden (kardiyovasküler hastalık, serebrovasküler hastalık, DMvb.) etkilenir.⁶³ Bu nedenle karın ağrısı olan hastada CRP'nin anlamlı olabilmesi için CRP'yi yükselten diğer durumları da göz önünde bulundurmak gerekir.

Prokalsitonin CRP'den farklı olarak viral enfeksiyon ve steril inflamasyon durumlarında yükselmez. Yu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada komplike apandisit ile erken dönem akut apandisit kıyaslandığında, prokalsitoninin, tanısal anlamda ilk grupta duyarlılığı% 62; seçiciliği % 94 olarak bulundu.⁶⁴

Laktat; oksijensiz solunumda son ürün olarak meydana gelir. Sonrasında karaciğere taşınarak pirüvata metabolize olur. Karaciğerin laktatı pirüvata dönüştürme kapasitesi dolduğunda, serum laktat düzeyi artmaya başlar. Özellikle vasküler kaynaklı (mezenter iskemi vb.) karın ağrılarında, doku perfüzyonunun bozulması ve hipoksiye sekonder olarak oluşan laktat'ın daha yüksek değerlerde olması beklense de, hastalığın erken döneminde, birçok hastada normal olarak gözlenir.^{65,66}

Serum amilaz ve lipaz enzimleri genellikle epigastrik ağrısı olan hastalarda ve daha spesifik olarak pankreatitten şüphelenilen durumlarda istenir. Amilaz ve lipazın pankreatit tanısı için ikisinin birlikte istenmesi gereksizdir, çünkü pankreatit durumunda ikisi de yüksek saptanır. Fakat lipaz, daha geç yükselmesine rağmen kanda daha uzun süre kalır. Böbrek yetmezliği olan hastalarda azalmış renal klirensle bağlı olarak, amilaz ve lipaz değerlerinde hatalı yükselmeler saptanabilir.⁶⁷ Özellikle alkole bağlı gelişen pankreatit olgularında lipaz amilaza kıyasla daha spesifiktir.⁶⁸ Biliyer pankreatitte alanin aminotransferaz (ALT) düzeyinin >150 IU/L olmasının pozitif prediktif değeri yaklaşık % 95'tir.⁶⁹ Fakat biliyer pankreatitli hastaların hemen hemen yarısında ALT yüksekliği görülür, bu da duyarlılığının düşük olmasına sebep olur. Aspartat aminotransferaz (AST)'nin de prediktif değeri yaklaşık olarak ALT'ye yakındır. Alkalen fosfataz (ALP) ve bilirübin, biliyer pankreatit tanısında kullanışlı değildir.

Bilirubin, ALP ve GGT safra yolları ile ilişkili hastalıklarda genellikle yüksek saptanır.⁶⁷

Özellikle hipovolemi olması beklendiği zaman (şok, şiddetli kusma ve ishal, karın distansiyonu)veya idrar çıkışında azalma olan hastalarda serum elektrolitleri, üre ve kreatinin çok önemlidir. Hipotansiyon, jeneralize peritonit, pankreatit, iskemik bağırsak ve sepsisemili hastalarda kangazı bakılıp değerlendirilmelidir. Yeni saptanan metabolik asidoz varlığı ciddi bir durumun ilk belirtisi olabilmektedir.

Hematolojik bozukluk (siroz, peteşi) öyküsü olan, kumadin ve türevi ilaç kullanan ya da aktif ciddi kanaması olan hastalarda pıhtılaşma testleri (trombosit sayımı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı) ve periferik yayma istenmelidir. Sedimentasyon karın ağrısı olan hastaların çoğunda yüksek saptandığı için, ciddi durumların anlaşılmasına katkısı yoktur.

Ürolithiazis, üriner sistem enfeksiyonları ya da diyabetik ketoasidoz şüpheli hastada idrarda keton bakmak amacıyla uygun klinikli hastalarda tam idrar tetkiki mutlaka yapılmalıdır. Gastrointestinal kanama sıklıkla karın ağrısı yapmasa da şüpheli hastalarda gaitada gizli kan bakılması faydalı olabilir. Kanlı mukuslu ishali olan hastalarda gaitada amip parazit bakılması amacıyla gaita örneği bakılabilir.

Tablo 2. Akut karın ağrısında hedefe yönelik klinik testler için önerilen diğer laboratuvar çalışmaları⁵⁶

Laboratuvar Testi	Klinik Şüphe
B-hCG	Gebelik Ektopik veya molar gebelik
Koagülasyon testleri (PT, PTT)	Gastrointestinal kanama Son dönem karaciğer hastalığı Pıhtılaşma bozukluğu
Elektrolitler	Dehidratasyon Endokrin veya metabolik bozukluklar
Glukoz	Diyabetik Ketoasidoz Pankreatit
Hemoglobin	Gastrointestinal Kanama
Platelet	Gastrointestinal Kanama
Böbrek Fonksiyon Testleri	Dehidratasyon Akut/kronik böbrek yetmezliği
Tam İdrar Tetkiki	İdrar yolu enfeksiyonu Pyelonefrit Böbrek taşı
Gonokokal/klamidya testi	Servisit/üretit Pelvik inflamatuvar hastalık

Karın ağrısı bulunan hastanın kardiyak hastalık risk faktörleri mevcutsa ve/veya aile öyküsü varsa, elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak enzimler de istenmelidir. Ayrıca kadın olan doğurgan yaştaki her hastaya gebelik ve/veya ektopik gebelik ya da molar gebelik açısından b-hcg bakılmalıdır.⁷⁰

2.5.4.2. Görüntüleme Yöntemleri

Karın ağrısı olan hastaların tamamında görüntüleme gerekli değildir. Ayrıca hastanın klinik durumu, operasyon için bariz bir ihtiyaç olduğunu gösteriyorsa, cerrahi konsültasyonu öncesi görüntüleme tetkikleri için beklemek gerekmez.

Görüntüleme yöntemlerini üç ana başlık altında toplayabiliriz: Direkt grafi, bilgisayarlı tomografi (BT), ultrasonografi (USG).

Direkt Grafi

Direkt Grafi, karın ağrısının ilk değerlendirilmesi esnasında fizik muayeneden sonra kısa sürede değerlendirilebilecek görüntüleme yöntemidir. Çoğu acil serviste BT ve USG'den daha kısa sürede çekilip değerlendirilebilmesi açısından avantajlıdır. Bu durum özellikle fizik muayene bulgularının akut batın ile uyumlu olması durumunda ve kısa sürede değerlendirilmesi gereken patolojiler açısından önemlidir.

Duruma göre hastalara posteroanterior (P.A) akciğer grafisi, ayakta direkt batın grafisi (ADBG) ve yatarak batın grafisi çekimi yapılabilir. Akut karın ile acile başvuran her hastadan mutlaka akciğer grafisi istenmelidir. Bu preoperatif değerlendirme açısından gerekli olmasının yanı sıra, akut abdomeni taklit eden diyafragma üstü patolojik durumları da gösterir (Örnek: alt lob pnömonisi). Yükselmiş bir hemidiafragma veya plevral efüzyon ise subfrenik infeksiyöz durumlara dikkati çeker.

Periton irritasyonu bulgusu olan hastalarda ADBG çekilmesiyle görülebilecek diyafragma altındaki serbest hava, klinisyene hızlıca perforasyon tanısını koydurarak acil cerrahi konsültasyonu istemesine yardımcı olur. Böylece hasta BT'ye gitmek için zaman kaybetmek zorunda kalmaz. Karın içi serbest havanın saptanabilmesi ve bu havanın diafragma altına ulaşabilmesi için 5-10 dakika hasta dik olarak oturmalı ve bundan sonra her iki diafragma altı görüntülenecek şekilde P.A akciğer filmi ve ADBG çekilmelidir. Röntgende serbest havanın görülebilmesi periton içinde serbest havanın hacmine bağlıdır. Perfore barsakta olduğu gibi büyük hacimdeki havanın periton içine

yayıldığı durumlar için karın grafisinin sensitivitesi % 100 olarak rapor edilmiştir.⁵⁷ Direkt karın grafisi (DKG) veya dekubit pozisyonunda grafi çekilecek olan hasta, ayakta veya dekubit pozisyonunda 5-10 dakika bekletilirse sensitivite yükselir. Bu metod kullanılarak 1-2 cm³ hava bile grafide saptanabilir.⁷¹

Direkt karın grafisi çekilmeden önce dikkat edilmesi gereken durumlardan biri, ön tanıda düşünülen patolojiler için direkt grafinin kullanılabilirliğinin ve duyarlılığının kısıtlılığıdır.

Sonuçta, çekilen direkt grafinin normal olması klinisyenin tanı atlamasına sebebiyet verebilir.

Örneğin, ince barsak tıkanıklığında, genellikle tercih edilen ilk görüntüleme yöntemi ADBG'dir. Ancak ADBG'nin ince barsak tıkanıklığında tanısız duyarlılığı % 71-77'dir.⁷² Hastadaobstrüksiyon olmasına rağmen çekilen grafide normal ya da nonobstrüktif gaz paterni görülebilir. Yapılan araştırmalara göre, klinik olarak BT çekilmesi öngörülen hastalarda direkt grafinin kullanılmasının yararlı olmadığı; tanının atlanmasına sebep olduğu vurgulanmıştır.⁷³ Tablo 3'te bazı patolojilerde görülebilen spesifik direkt grafi bulguları verilmiştir.⁵⁶

Tablo 3. Ayırıcı tanıda direkt grafi bulguları⁵⁶

Radyografi Bulgusu	Ayırıcı Tanı
-Diyafragma altında serbest hava	-Perforasyon -Yakın dönemde geçirilmiş laparoskopik cerrahi öyküsü
-Hava sıvı seviyesi	-İnce barsak obstrüksiyonu
-Apandikolit, appendikste gaz görünümü	-Apandisit
-Çift Balon Görünümü	-Volvulus
-Sentinel Loop İşareti	-Akut pankreatit (sol hipokondriak bölgede) -Akut apandisit (sağ iliak fossada) -Akut kolesistit (sağ hipokondriak bölgede) -Divertikülit (sol iliak fossada)
-Hedef İşareti	-İntusepsiyon
-Bent inner tube	-Sigmoid Volvulus
-Kahve Çekirdeği Bulgusu	-Çekal veya Sigmoid Volvulus

Ultrasonografi (USG)

Ultrasonografi radyasyon içermemesinden ve yatak başı yapılabilmesinden dolayı BT'ye iyi bir alternatiftir. Ultrasonografi ile çoğu organ rahatlıkla değerlendirilebilir, örneğin, safra kesesi, karaciğer, dalak, pankreas, böbrek, mesane, aort ve apandiks. Ultrasonografi kullanımının en belirgin endikasyonları akut kolesistit, akut pankreatit ve

akut apandisitir.⁵² Son 10 yılda yapılan 3358 hastayı kapsayan 17 çalışmanın metaanalizinde USG ile apandisit tanısının sensitivitesi % 68-93 ve spesitivitesi, % 73-100 olarak raporlanmıştır.⁷⁴ Ayrıca klinik olarak stabil olmayan hastalarda, karın ağrısı sebeplerinin ayırıcı tanısında yatak başı odaklanmış karın ultrasonografisi oldukça yararlıdır. Serbest sıvı varlığını kolaylıkla gösterebilir. Abdominal aort anevrizması (AAA) şüphesinde USG'nin duyarlılığı % 99 seçiciliği % 98'olarak raporlanmıştır.⁷⁵ Yatak başı yapılan USG ile periton boşluğuna geçmiş sıvının görülmesi ile klinik şüphe varlığında, perforasyon tanısı koyulabilir.

Sağ üst kadranda ağrısı olan hastalarda öncelikli olarak düşünülmesi gereken görüntüleme yöntemi USG'dir. Safra kesesi, karaciğer ve safra yollarına ait patolojilerin değerlendirilmesinde, ilk olarak tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Benzer şekilde over torsiyonundan şüphelenilen vakalarda Doppler USG istenmelidir.^{76,77} Doppler USG'de hem arteriyel hem venöz akım anormallliği saptanabilir. Fakat erken dönemde tek anormal bulgu, venöz akım bozukluğudur.⁷⁸ Doppler USG ile portal ven trombozu da değerlendirilebilir.

Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Akut karın ağrısı olan hastalarda tanısal görüntüleme yöntemlerinden en fazla tercih edilmeye başlanan seçenektir. Özellikle apandisit, divertikülit, mezenter iskemi, pankreatit, barsak obstruksiyonu ve organ perforasyonlarında tanıya ait kıymetli bulgular verir.⁷⁹ Bazı karın içi patolojilerde diğer yöntemlerden daha üstündür. Örneğin, ince barsak tıkanıklığında ve divertikülit tanısında kontrastlı BT'nin duyarlılığı ve seçiciliği çok yüksektir.^{72,80} Apandisit teşhisinde oral ve iv kontrast madde ile çekilen BT'de % 96-98 sensitivite ve % 83-89 spesitivite, oral ve iv kontrastsız çekimlerde ise % 87-90 sensitivite değerleri bulunmuştur.⁸¹

Hekim, ayırıcı tanıları dikkatlice değerlendirmeli ve hangi tip BT protokolü isteyeceği konusunda oldukça hassas davranmalıdır. Çünkü yanlış protokol seçimi, sonuçlarında yanlış değerlendirilmesine neden olur. Örneğin, mezenter iskemisi olan bir hastada yanlış protokole çekilen BT, mortalitesi % 90'a varan bir tanının atlanmasına sebep olabilir. Akut veya kronik mezenter iskemi için tercih edilmesi gereken ilk görüntüleme yöntemi, BT anjiyografidir.

Kontrastlı BT’de, kontrast madde oral, damar içi (IV) ve rektal olarak uygulanabilir. Fakat kontrast maddenin damar içine verilmesi, özellikle enfeksiyon ve inflamasyonda durumlarında, görüntünün daha tanısal olmasını sağlarken, ekstremitasyona, kontrast madde allerjisine ve nefrotoksisiteye sebep olabilir.⁸² Oral kontrast verilmesi, hastanın oral maddeyi tolere edememesi ve zaman kaybına yol açması sebebiyle acillerde kullanımının kısıtlanmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada, oral kontrastlı BT’nin, hastaların acil serviste bekleme süresini ve radyolojide geçirilen süreyi uzattığı tespit edildi ve sonuçta oral kontrast kullanılmadan çekilen BT’de acil serviste kalım süresi 60 dakikadan daha fazla süre kısaltıldığı saptandı.⁸³

Acil servise başvuran hasta bir bütün olarak değerlendirilmeli ve klinik öngörü durumunda BT istenmelidir. Çünkü yapılan bir çalışmada laboratuvar tetkiklerinin, hangi hastalarda tomografi çekilmesi gerektiğine yönelik ek katkısı olmadığı saptanmıştır.⁸⁴

Kontrast olmaksızın tomografinin de radyasyon maruziyetine bağlı bazı riskleri vardır. Tomografinin daha yaygın hale gelmesi, çekim ve yorumlanma süresinin kısalması ve tomografiye ulaşımın kolaylaşması sebebiyle radyasyonla ilişkili malignite riski artmaktadır.⁸⁵

2.5.5. Karın Ağrısında Sık Rastlanan Hastalıklar

2.5.5.1. Safra Yolları Hastalıkları

Yaşlı hastalarda safra yolu hastalıkları, karın ağrısına en çok sebep olan patoloji olmasının yanı sıra karın içi operasyon gerektiren en sık sebebi de oluşturmaktadır.⁸ Safra taşlarının görülme sıklığı yaşla beraber artmakta olup yaşlı bireylerde % 30’ların üzerinde görülmektedir. Görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi, % 86-98 duyarlılığı, % 78-98 seçiciliği ile en uygun tanı aracıdır.³⁷ En önemli komplikasyonu kolesistittir. Yaşlanma ile kolesistokinine duyarlılığın azalmasından dolayı yaşlılarda safra taşı oluşumuna eğilim artmakta ve safra taşları daha ciddi klinik sorunlara yol açmaktadır.^{20,86} Bu yaş kategorisinde kese perforasyonları, gangren, amfizematöz kolesistit, asendan kolanjit, taş bağlı ileus, koledokolitiazis ve taş bağlı pankreatitler daha sık izlenmektedir.⁸⁷

Safra kesesi ve yollarındaki herhangi bir patolojiye bağılı gelişen karın ağrıları genellikle intermitan karakterde olup, sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede görülür. Bununla birlikte ağrı, sırta ve omuza da yayılım gösterebilmektedir.²⁰

Safra kesesi taşları, kesenin boynunda obstruksiyona sebep olursa semptomatik hale gelir. Safra kesesi taşlarına bağılı yapılan operasyonlar yaşlı hastalarda görülen en sık cerrahi acil durumlarındanıdır.⁸ Tıkanıklık 12-24 saatten daha uzun sürerse kese duvarında inflamasyon olasılığı artar ve akut kolesistit tablosu ortaya çıkar.²⁰ Karın ağrısı hafif olabilir ve ateş, batında hassasiyet, bulantı, kusma, sarılık, lökositoz bütün hastalarda gözlenmeyebilir.⁴⁴ Yaşlılarda “Murphy bulgusu” ve sağ üst kadranda ağrısı genç hasta grubuna kıyasla daha az görülür ve daha az güvenilirdir.⁸⁸ Ultrasonografi ile kese içinde görülen taş varlığı, duvar kalınlığında artış olması, kese çevresinde sıvı varlığı ve sonografik Murphy bulgusu tanıda önemli yer tutar.³⁷ Acil serviste tedavi sıvı verilmesi ve geniş spektrumlu antibiyoterapi ile başlar, kesin tedavi kolesistektomi yapılmasıdır.⁸⁹ Yaşlılarda acil kolesistektominin mortalitesi % 8,5 ile % 14 arasında bulunmuştur. Klinik bulgular hastalığın şiddeti ile korelasyon göstermez.¹⁶

Kolanjit, safra yollarının kısmi ya da total tıkanması sonucunda asendan enfeksiyonun ortaya çıkması olup klasik olarak ateş, sarılık ve sağ üst kadranda ağrısı (charcot triadı) ile karakterize bir sendromdur. Kolanjite sebep olan safra yolu tıkanıklığının çoğu zaman nedenleri; koledokolitiazis, safra kanalı darlıkları, safra anastomozu darlığı ve bası yapan malignitelerdir. AS’te agresif sıvı takviyesi yapılması ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verilmesi önemlidir.⁹⁰

Koledokolitiazis ise ortak safra kanalının taş ile tıkanmasıdır. Koledokolitiazisin ilk sebebi ortak safra kanalında taş oluşumu iken ikinci neden safra kesesi içindeki taşların ortak safra kanalına düşmesi ve orayı tıkamasıdır.⁹⁰ Yaşlı hastalarda koledokolitiazis sıklığı giderek artmaktadır, tanı ve tedavisinde Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatikografi (ERCP) uygulaması kullanılmaktadır.⁹¹

2.5.5.2. Pankreatit

Akut karın ağrısı olan hastaların yaklaşık olarak % 3’ünde pankreatit görülür.⁹² Erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık görülür. Ağrı, hastaların % 90’ında en belirgin yakınma olup, tipik olarak epigastrik bölgededir ve çoğu zaman sırta yayılım gösterir. Bulantı ve kusma sıklıkla eşlik eder, ateş yüksekliği de görülebilir. Akut pankreatitin

yaklaşık % 85'i, ödemle ve hafif seyrederken; % 15'i ise, çoğu zaman şok, sepsis, ağır metabolik bozukluk, GIS kanaması, dissemine intravasküler koagülapati (DIC) ve multipl organ yetmezliği ile ciddi oranda mortalite ve morbiditeyle seyreder. Akut pankreatitin oluşumunda rol oynayan birçok neden vardır. Toksik nedenler (alkol, metanol, ilaç vb.), metabolik (hiperkalsemi, hiperlipidemi), obstrüktif (safra kanalı taşları, tümör, anatomik farklılıklar vb.), enfeksiyöz (viral, bakteriyel), diğer (ERCP, DM, travma, postoperatif vb.) şeklinde gruplandırılabilir. Akut pankreatitin şiddetini değerlendirmek için Ranson kriterleri kullanılabilir, fakat bu kriterler başvurudan 48 saat sonra uygulanabildiğinden acil servis için elverişli değildir.⁹⁰

Pankreatit yaşlı hastalarda karın ağrılarının ikinci en sık nedenidir ve sıklıkla safra taşlarına veya idiyopatik sebeplere bağlı olarak meydana gelmektedir.⁹³⁻⁹⁵ 65 yaş üzerinde pankreatit, genç hastalara göre yaklaşık olarak 200 kat daha fazla görülmektedir.⁹⁶ Klasik olarak sırta yayılan kuşak tarzında karın ağrısı şeklinde semptom veren akut pankreatit, yaşlı hastalarda bazen bulantı, kusma, ani başlangıçlı hipotansiyon ve bilinç değişikliği şeklinde atipik bulgularla da seyredebilmektedir.^{20,97,98} Semptomların atipik seyrettiği yaşlı hastalarda tanı koymak genç yaştaki hastalara kıyasla daha zordur ve tanı koymak için görüntüleme yöntemlerine başvurulmaktadır. Epigastrik ağrı, amilaz ve lipaz gibi pankreas enzimlerinde artış, USG'de pankreatiti destekleyen bulgulardan en az ikisinin olması, BT veya Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ile değerlendirilmeyi gerektirebilir.²⁰ ERCP safra taşına bağlı olan pankreatitlerin tedavisinde etkili bir yöntem olup yaşlılardaki komplikasyon oranı gençlerle yaklaşık olarak benzerdir.⁹⁹

2.5.5.3. İleus

İnce barsak tıkanıklığı; mekanik obstruksiyon ya da paralitik ileusa sekonder; barsak pasajından gıda ve barsak içeriklerinin düzenli geçişinin olmamasıdır. Paralitik ileus daha sık görülür ama kendi kendini sınırlar ve cerrahi müdahaleye gerek duymaz. Mekanik obstruksiyon hem intrinsik hem de ekstrinsik faktörler dolayısıyla oluşur ve etkeni ortaya çıkarmak, mortalite ve morbiditeyi azaltmak için kısa sürede kesin müdahaleye ihtiyaç duyar. Tablo 4'te intestinal obstruksiyonun sık nedenlerinden bahsedilmiştir.³⁷

Tablo 4. İntestinal obstruksiyonun sık nedenleri³⁷

Duodenum	İnce Barsak	Kolon
-Stenoz	-Adhezyonlar	-Kanser
-Yabancı cisim (bezoar)	-Herni	-Fekal impakt
-Striktür	-İntussepsiyon	-Ülseratif kolit
-Süperior mezenterik arter sendromu	-Lenfoma	-Volvulus
	-Striktür	-Divertikülit
		-İntussepsiyon
		-Psödoobstruksiyon

Yaşlı hastalarda ileus görülme sıklığı genç hastalara kıyasla üç kat daha fazladır.¹⁰⁰ Yaşlı hastalardaki karın ağrısının nedenlerinin % 10'unu barsak tıkanıklıkları (ileus) oluşturmaktadır.¹⁰¹ İnce barsak tıkanıklıklarına sıklıkla herni ve adezyon sebep olurken, kalın barsak tıkanıklıkları ise tümör, divertikül ve volvulusa bağlı olarak meydana gelmektedir.⁹⁷

Barsak obstrüksiyonları olan hastalar genellikle kolik tarzda olan karın ağrısı, fekaloid kusma, distansiyon, kabızlık şikayetleriyle AS'e başvururlar. İnce barsak obstrüksiyonları sıklıkla adezyon, herni ve tümör nedeniyle ortaya çıkarlar. Öykü, fizik muayene, geçirilmiş cerrahi operasyonların sorgulanması tanıda oldukça önemlidir.⁹ Tedavide erken IV sıvı tedavisi, nazogastrik (NG) ile dekompresyon ve semptomatik tedavi ince barsak obstrüksiyonunda tavsiye edilen tedavi iken, strangulasyon ve iskemi bulguları meydana geldiğinde tedavide izlenecek en iyi yol erken cerrahi tedavidir.²⁰

Kalın barsak obstrüksiyonlarının sebepleri tümörler (% 60), volvulus (% 10-15) ve divertiküller olup kalın barsak tıkanıklıklarında mortalite % 40'a ulaşmaktadır.^{20,102} Distansiyon, kusma, konstipasyon birçok hastada görülebilir ve ayrıca dışkılama alışkanlığında değişiklikler, rektal kanama ve kilo kaybı olması tümör ihtimalini artırır.¹⁰³

Görüntülemeye direkt grafinin % 77; BT'nin % 93 duyarlılığı vardır. En ciddi komplikasyonları arasında inkarserasyon ve strangulasyon bulunmaktadır.³⁷

2.5.5.4. Akut Apandisit

Akut karın ağrısının en sık cerrahi sebebidir. Adölesan ve genç erişkinler en sık görüldüğü yaş gurubudur. Özellikle erken dönemde umblikus etrafında; geç dönemde sağ alt kadranda olan karın ağrısı mevcuttur.⁹² Ağrı erken dönemde künttür, sonrasında giderek şiddetlenir. İştahsızlık en sık rastlanan semptom olmakla beraber bulantı ve kusma periton irritasyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. İştahsızlık % 84, kusma % 50,

beyaz küre yüksekliğinin % 70-90 duyarlılığı mevcuttur. Palpasyonla, Mc Burney noktasında hassasiyet ve rebound bulgusu sıklıkla mevcuttur.³⁷

Akut Apandisit yaşlılarda batın cerrahisi gerektiren en sık üçüncü sebeptir.¹⁰⁴ Yaşlı hastalarda klinik bulguların daha silik olması (ateş ve lökositozun, bulantı ve kusmanın değişken olması) sebebiyle akut apandisit tanısını koymak gençlere göre daha zordur.¹⁶ Yaşlılarda batın bulgularının belirgin olmamasının bir sebebi deperiton irritasyonuna azalmış cevaptır. Ağrı duyusunun azalmış oluşu ve nonspesifik klinik bulgu nedeniyle yaşlı hastalarda vakaların yarısından fazlasında operasyon esnasında perforasyona rastlanılmaktadır.^{97,105} Komplikasyon gelişme riski 55 yaş üzerinde artmakta olup yaşlı hastalarda özellikle gangren veya perforasyon ile beraber görülmekte ve komplike olmuş vakalarda mortalite gençlere kıyasla 10 kat artmaktadır.^{16,106,107} Yaşlı hasta grubunda akut apandisit olgularında dikkat edilmesi gereken bir önemli nokta da, apandisit ile ileus sebep olabileceğidir. Horattas ve ark. yaptıkları bir çalışmada 70 yaş üzerindeki akut apandisit olgularının % 45'inde akut barsak tıkanıklığının mevcut olduğunu raporlamışlardır.¹⁰⁶ İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) yaşlı hastalarda akut apandisit ile karışabileceğinden dikkatli olunmalı ve hastalar daha ayrıntılı incelenmelidir. Yaşlı hastalarda karmaşık ve silik klinik durum, eşlik eden patoloji ve komplikasyonlar sebebiyle akut apandisit tanısını koyabilmek için abdominal BT çekilmesinin yararlı olacağı bildirilmiştir.¹⁰⁵ Apandisit tanısı konulduğunda veya şüphelenildiğinde, erken cerrahi konsültasyon istenmeli, geniş spektrumlu antibiyoterapi (barsak florasına da etki edecek ikinci-üçüncü kuşak sefalosporinler) tedavisi başlanmalıdır.¹⁰⁸

2.5.5.5. Peptik Ülser Hastalığı ve Perforasyon

Acil servise başvuran hastalarda akut karın benzeri klinik durum yapabilen bir hastalıktır. Ortalama pik yaşı 50'dir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülür. Aspirin, NSAİİ kullanımı, sigara, alkol alımı olanlarda hastalığın görülme sıklığı artar. Epigastrik bölgede, şiddetli inatçı bir ağrı olur. Bulantı, kusma ve taşikardi ağrıya eşlik edebilir.³⁷

Yaşlılarda sıklıkla atipik seyir gösteren peptik ülser hastalığının ilk bulgusu komplikasyonlar olabilir. Yaşlılarda gençlere oranla daha fazla peptik ülser komplikasyonu gözlenir ve ölüm oranı yaşlı hastalarda gençlere kıyasla 100 kat

artmaktadır.^{16,20} Peptik ülser hastalığına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar arasında perforasyon, penetrasyon, mide çıkış tıkanıklığı ve GİS kanaması bulunur. Bu komplikasyonlardan perforasyon ve GİS kanaması diğer komplikasyonlara göre daha sık görülmektedir. Peptik ülseri bulunan yaşlı hastalarda % 5-10 oranında perforasyon görülmekte ve mortalite oranı bu yaş grubunda % 30'larda seyretmektedir.²⁰ Yaşlılarda yapılan bir çalışmada NSAİİ kullananların kullanmayanlara göre peptik ülser veya GİS kanamasından ölüm oranlarını dört kat arttırdığını raporlanmıştır.¹⁰⁹ Peptik ülser perforasyonu için tipik fizik muayene bulgusu olan rijidite yaşlı hastaların sadece beşte birinde bulunurken, ani başlangıçlı karın ağrısı ise yaşlı hastaların yarısında görülmektedir.³⁹

Perforasyon, acil cerrahi nedenlerindendir. Batın içindeki içi boş organların herhangi biri kaynaklı ortaya çıkabilir. Ağrı çok şiddetlidir ve yaygın ağrı sebeplerindendir. Perforasyonun semptom ve bulguları, peritonun kimyasal irritasyonuna bağlıdır ve bundan dolayı sepsis ve enfeksiyon oluşabilir. Bu yüzden acil serviste hızla tanı konması önemlidir. Ayakta çekilen akciğer grafisinde, diafragma altında serbest havanın görülmesi % 80 sensitiftir. Fakat perforasyonun kaynaklandığı yeri belirlemek amacıyla BT çekilebilir.³⁷

2.5.5.6. Akut Mezenter İskemi

Akut mezenter iskemisi nadiren görülür ve tanısının konulması çok zordur. Yaşlılarda gençlere kıyasla daha fazla görülen ve ölümcül seyreden mezenter iskemisi bir akut batın sebebidir. Hastaneye karın ağrısı ile gelen hastaların sadece % 1'i mezenter iskemisi tanısı almaktadır.¹¹⁰ Akut mezenter iskemisi saptanan hastalarda ölüm oranı % 60-90 arasındadır.^{111,112} Mezenter iskemisi sebebiyle erken dönemde operasyon yapılan hastalarda mortalite oranı % 14 iken, 12 saat sonrasında cerrahiye alınan hastalarda mortalitenin % 65'e çıktığı raporlanmıştır.¹¹³ Mezenter iskemisi; superior mezenterik arter (SMA) embolisi, SMA trombozu, mezenter ven trombozu (MVT) ve nonoklüziv mezenterik iskemisi (NOMİ) olmak üzere dört farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Mezenter iskemili vakaların % 75'inde sebep arteriyel kökenli tıkanmalar iken, % 8'inde sebep venöz tıkanma ve kalan % 17'sinde ise neden NOMİ'dir.¹¹⁴

SMA aortaya paralel seyrettiğinden dolayı çoğu olguda neden olarak SMA embolisi bulunmaktadır.¹¹⁵ SMA embolisi çoğu zaman atriyal fibrilasyon (AF) gibi

aritmiler ve kalp yetmezliği gibi kardiyak kökenli sebeplerden dolayı meydana gelmektedir.¹¹² Mezenter embolisi genellikle akut karın ağrısı, karın ağrısı ile beraber AF veya kardiyak hastalık olması ve ishal kusma gibi akut başlayan GİS semptomlarıyla karşımıza çıkmaktadır.¹⁶ SMA trombüsü ise çoğu zaman ateroskleroz sebebiyle olup, bu hastalar genelde beslenme sonrası olan karın ağrısı, kilo kaybı ve diğer GİS semptomları şeklinde klinik bulgular verir.¹⁶ Mezenter ven trombozu, mezenter iskemisinin en az görülen ve en az ölümcül seyreden sebebidir. Mezenter ven trombozunda klinik tablo akut veya subakut olarak günler ya da haftalara uzayabilir.²⁰ Nonoklüziv mezenter iskemisine, kardiyak kapasitenin azalmasına sebep olan; konjestif kalp yetmezliği, yakın dönemde geçirilmiş kalp krizi, kardiyomiyopati, miyokardit, valvuler patoloji, kardiyak aritmiler, hipovolemi, sepsis veya barsak kan akımını sınırlayan dijital ve vazokonstriktör kullanımı gibi durumlar neden olur.¹⁶

Semptomların nonspesifik olması ve klasik karın ağrısı, ishal ve altta yatan kalp hastalığı triadının çok az sayıda hastada bulunması tanıyı oldukça zorlaştırmaktadır. Bulantı, kusma ve ishal klinik tabloda mevcut ise yanlışlıkla gastroenterit olarak düşünülüp tedavi edilebilir. Fizik muayene genellikle tanısal bulgular vermemekle birlikte batında hassasiyet, periton iritasyonu ve kanlı dışkılama transmural nekroz gelişene dek görülmez.⁹⁷ Lökositoz sıklıkla mevcuttur, laktat artışı ile beraber metabolik asidoz da görülebilir.¹⁶ Bu hastalarda görülen amilaz yüksekliği yanlışlıkla pankreatit tanısının düşünülmesine sebep olabilir. Karın ağrısı, gaitada kan ve ateş klasik triadı mezenter iskemili hastaların sadece üçte birinde mevcuttur.¹¹⁶

Günümüzde mezenter iskemisi tanısı BT anjiyografi ile koyulmaktadır. BT anjiyografi mezenter iskemisi tanısında % 93-96 duyarlılığa, % 94-100 özgüllüğe sahiptir. Akut mezenter iskeminin BT bulguları; barsak duvarlarında kalınlaşma, ödem veya hemoraji ya da barsak duvarında gazgörüntüsüdür.¹¹⁰ Akut mezenter iskemisi hastalığının asıl tedavisi cerrahi olup, cerrahi öncesi dönemde sıvı tedavisi ve dolaşımın stabilizasyonu sağlanmalıdır.

2.5.5.7. Divertikülit

Medikal acillerdendir. Divertikül, kolon duvarı boyunca uzanım gösteren küçük herniasyonlardır. İnflame ya da enfekte olduğu takdirde divertikülit oluşur. Divertikülozis'li hastaların tamamına yakını asemptomatik seyreder fakat yaklaşık %

10'luk kısmında divertikülit meydana gelir, bunlarında yaklaşık % 15'inde cerrahi tedavi gerekir.³⁷

Commane DM ve ark. yapmış oldukları bir çalışmada 55 yaş ve altındaki bireylerde divertikülozis görülme sıklığının% 13 olduğunu, 75 yaş ve üzeridekilerde bu oranın % 50'ye yükseldiğini raporlamışlardır.¹¹⁷ Başka bir çalışmada ise 85 yaş ve üzerinde bu oranın % 80'lere yükseldiği gösterilmiştir.¹¹⁸ Komplike olmamış divertiküler hastalıkta tipik olarak karın ağrısı görülmez. Yapılan iki farklı çalışmada divertikülozisli hastalarda beş yıllık izlem sonrasında divertikülit görülme oranının % 1.7 olduğu bulunmuştur.^{117,119} Yaşlı hastaların ise sadece beşte birinde divertikülozis ile ilişkili divertikülit, obstrüksiyon, hemoraji ve perforasyon gibi komplikasyonların ortaya çıktığı saptanmıştır.¹⁰⁵

Divertikülitli hastalarda sıklıkla sol alt kadranda ağrısı, hafif bir ateş yüksekliği, bulantı kusma ve abdominal distansiyon gibi semptomlar olur. Diffüz abdominal ağrı ve hassasiyet varlığında perforasyon akla gelmelidir. Hastalığın tanısını koymada USG ve BT kullanılabilir. Divertikülitli hastaların BT bulguları; peritoneal boşlukta serbest hava, ileus paterni, sol alt kadranda kitle imajı, parsiyel veya komplet barsak tıkanıklığı olabilir.¹⁶ Divertikülit ön tanısı konulduğunda antibiyotik başlanması gerekir.

2.5.5.8. Fıtık (Herni)

Fıtık, herhangi bir dokunun kendisini çevreleyen doku duvarlarından dışarıya doğru çıkıntı yapmasıdır.³⁷ Fıtık % 5 oranında görülmekle beraber bunların % 83'ü inguinal, % 6'sı femoral, % 5'i insizyonel, % 4'ü umbilikal, % 1'i epigastrik ve % 1'i diğer tip fıtıklardır. İnguinal fıtıklar erkeklerde kadınlara kıyasla dokuz kat daha fazla görülürken, femoral fıtıklar ise kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha sık görülür.¹²⁰ Hernilerin inkanserasyon ve strangülasyon gibi ciddi iki komplikasyonu vardır. Strangüle herniler acil cerrahi girişim gerektirebilir ve abdominal herni cerrahisi ile ilişkili ölümlerin çoğundan sorumludur. İnsidansı 100.000'de 5 ile 15 arasında seyretmektedir. Etkilenen hastaların ortalama yaşı 65 civarındadır.¹²⁰

Fıtık fizik muayene ile kolaylıkla redükte edilebiliyorsa, hasta cerrahi onarım için ayaktan polikliniğe yönlendirilmelidir. Fıtık aşırı hassas ve intestinal obstrüksiyon, toksik görünüm, peritonit ve sepsis kriterlerinin varlığı durumunda strangüle fıtık ve

acil cerrahi girişim düşünülür. Strangülasyon şüphesi varlığında redüksiyon yapılmamalıdır.³⁷

2.5.5.9. Malignite

Batın içi maligniteler karın ağrısının yanı sıra biliyer semptomlar, obstrüksiyon, peritonit, asit veya batın içi kitleye sebep olabilirler. Kolon kanseri perforasyon veya obstrüksiyon sebebi ile karın ağrısına ve komplikasyon ile ilişkili bir çok semptoma yol açabilir. Ayrıca prostat kanserleri kemik metastazları ile ağrı ve obstrüksiyonlara, jinekolojik kanserler ise ağrılı kitleler ve peritonite sebep olabilirler. Pankreas ve biliyer kanserler ise hem alt hem üst batın semptomları ve ciddi ağrıyla hastaneye başvurabilirler.²⁰

2.5.5.10. Abdominal Aort Anevrizması ve Aort Diseksiyonu

Abdominal aort anevrizması (AAA) 50 yaşın altındaki erkek hastalarda sadece % 2-4 prevalansa sahip iken bu oran 50 yaş üzerinde % 5-10'a çıkmaktadır.¹²¹ Bütün gelişmelere rağmen ne yazık ki AAA rüptürlerinde mortalite % 50 civarında iken rüptüre olmamış AAA'ların cerrahisinde ise mortalite sadece % 5 civarındadır. Rüptür gelişen hastalar, hızlı şekilde saptanıp, acil olarak operasyona alınmalıdır. Yapılan bir çalışmada AAA rüptüründe ölümlerin hastaneye başvurudan sonraki iki saat içinde gerçekleştiği bulunmuştur.^{122,123}

AAA rüptüründe, karın orta bölgesinde veya böğürde ani başlayan şiddetli ağrı, şok ve karında atım veren kitle varlığı söz konusudur. Ağrı kasıklara ve uyluğa da yansıyabilir ve pozisyonla değişmez.¹²² BT günümüzde AAA tanısını koymada altın standart tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir ve AAA tanısı için % 100 duyarlılığa sahiptir.¹²⁴ Teknik olarak yeterli yapılmış bir USG anevrizmanın varlığını göstermede ve çapını ölçmede % 90'dan fazla sensitiviteye sahiptir.³⁷

Aort diseksiyonu (AD) hayatı tehdit eden hastalıklar içerisinde en tehlikeli olanıdır. Aortun media tabakasının uzun aksı boyunca intima tabakasından ayrılması olarak tanımlanan aort diseksiyonu oldukça yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden, hızlı tanı ve tedavi gerektiren gerçek kardiyovasküler acillerden biridir.¹²⁵ Aortile ilişkili patolojiler içinde diseksiyonlar en sık görülen hastalık grubudur.¹²⁶ Öyle ki rüptüre AAA'ya oranla iki-üç kat daha sık görülürler.¹²⁷

Aort diseksiyonunun kliniği; tipik olarak ani başlayan, şiddetli, yırtıcı tarzda, sırt boyun ve çeneye yayılan göğüs ağrısı olarak tanımlanır.¹²⁸ Ancak tüm hastalar, tanımlanan bu şikâyetlerle AS'e başvurmazlar; bu olguların % 5-15'inin herhangi bir ağrı tanımlamadığı, ağrısı olan hastaların bazılarında da tanımlanan klasik semptomların çoğu zaman olmadığı bildirilmiştir.¹²⁹⁻¹³¹ Klasik semptomların yokluğunda hastanın tanısının konması gecikmekte, bu durum da mortalite artışına sebep olmaktadır.¹²⁹

2.5.5.11. Akut Gastroenterit

En tipik özelliği ishal ataklarından önce meydana gelen barsak seslerinde artma ve kramp tarzında karın ağrılarıdır. Batın muayenesi akut karına kıyasla daha rahattır. Ateş yüksekliği sıklıkla eşlik eder. Dizanterik formları daha tehlikeli ve toksiktir. Gaita incelemesinde lökosit ve eritrosit görülmektedir. Dizanterik formlarının sebepleri Shigella, invaziv E.Coli, Salmonella, Yersinia, Entamoeba ve Clostridium Difficile iken, dizanterik olmayan formlarının nedenleri ise Norwalk virüs, Rotavirüs, Enterovirüs, Giardia, noninvaziv E.Coli'dir.¹³²

Yaşlı hastalarda toplum kökenli enfeksiyonların en sık sebepleri idrar yolu enfeksiyonu (İYE), akut gastroenterit (AGE), pnömöni ve yumuşak doku enfeksiyonlarıdır.¹³³ Yaşlılarda azalmış intestinal immunité, artmış antibiyotik kullanımı, hipoklorhidri veya aklorhidri gibi sebeplerden dolayı ishale eğilim artmıştır. Gastroenterit akut ve kronik olarak görülebilmekte olup akut gastroenterit, sıklıkla enfeksiyöz kaynaklı olduğundan dolayı yaşlılarda ciddi seyredebilir.¹³⁴ Baert ve ark. yaptıkları bir çalışmada geriatri kliniklerinde gastroenteritli hastalarda en sık saptanan etkenin salmonella spp. olduğunu raporlamışlardır.¹³⁵ Yaşlı hastalar dehidratasyona daha hassas olduklarından dolayı erken dönemde sıvı ve elektrolit replasmanı tedavide önemli yer tutmaktadır.¹³⁴

2.5.5.12. Genito-Üriner Nedenler

Ürolojik yapılar retroperitoneal veya preperitoneal alanda yer aldıklarından dolayı visceral ağrı oluşur ve akut karın benzeri bir ağrı paterni meydana getirirler. İYE'de lumbokostal bölgede hassasiyet, idrar tetkikinde lökosit ve/veya eritrosit, dizüri bulguları görülmektedir.¹³⁶

Akut İYE ve pyelonefrit yaşı hastalarda sık karşılaşılan karın ağrısı sebeplerindendir ve yaşlılarda idrar yaparken yanma gibi şikayetler görülmeyebilir. Asemptomatik bakteriürinin yaş ilerledikçe giderek arttığı, yaşlı bakım evlerinde yaşayan hastalarda asemptomatik bakteriüri görülme sıklığının neredeyse üç katına çıktığı unutulmamalıdır.^{137,138}

Ürolithiasisin ortalama görülme yaşı 30-40'tır, beyaz ırkta ve ailede taş öyküsü bulunan kişilerde daha sık görülür. Ağrı genellikle şiddetli, kıvrandırıcı ve kolik vasıflıdır ve taşın yerine göre sağ ya da sol yanda ortaya çıkar. Ağrıya çoğu zaman bulantı ve kusma eşlik eder. % 85-90'ında hematüri görülebilirken; % 30'unda makroskopik hematüri olabilir. Gelişebilecek komplikasyonlar, taşa bağlı tıkanıklık ve enfeksiyonlardır.³⁷ Yaşlı hastalarda akut batın olgularının% 5-10'unu genitoüriner sebepler oluşturur.^{139,140} Renal taş insidansı yaşla beraber giderek artmaktadır.¹⁴⁰ Glob vezikale birçok sebeple olmakla birlikte genellikle benign prostat hipertrofisine (BPH) bağlı olarak meydana gelir. Ağrı tipik olarak suprapubik bölge yerleşimlidir ve muayenede suprapubik bölgede sertlik mevcuttur. Tanıda en iyi yöntem yatak başı USG'dir.

2.5.5.13. Akut Koroner Sendrom

Karın dışı sistem veya organlardan kaynaklanan ve akut karına benzer klinik oluşturan çok tehlikeli ve acil müdahale gerektiren durumlardan birisidir. Epigastrik bölgede sabit, künt ağrı şeklindedir ve genellikle sırta yayılım gösterir. Halsizlik, terleme, nefes darlığı, baş dönmesi, senkop, bulantı ve kusma eşlik edebilir. Elektrokardiyografi (EKG) tanıda yardımcı olmasına rağmen normal olabilir. Semptom başlangıcından sonraki 4. saatte bakılan troponinin duyarlılığı yaklaşık olarak % 80'dir.³⁷ Özellikle yaşlı ve DM'si olan hastalarda miyokard enfarktüsü çok farklı klinik tablolarla karşımıza çıkacağı için karın ağrısı ile AS'e başvuran bütün yaşlı hastalarda EKG görülmelidir.

2.5.5.14. Nonspesifik Karın Ağrısı (NSKA)

Nonspesifik karın ağrısının belirli bir tanımlaması olmamasına rağmen bir haftadan daha kısa süredir karın ağrısı olan hastaların yapılan fizik muayene ve tetkikler sonucunda şikayetlerini açıklayacak patolojik herhangi bir sebep bulunamadığında

konulan tanıdır. Bu tanımlama yerine “*ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı*” tanımının daha uygun olacağı görüşü de hakimdir.^{24,141} Nonspesifik karın ağrısı, AS’e karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların % 33-50 kadar kısmını oluşturur.¹⁴² 50 yaş ve üzerindeki hastalarda NSKA sıklığı % 16’ya düşmektedir ve ciddi hastalıklar karın ağrısı etyolojisinde önemli bir oranı oluşturur.²⁸ Yaş ve cinsiyet, karın ağrılı hastaların değerlendirilmesindeki önemli parametrelerdir. Yaşın ilerlemesiyle spesifik tanı, cerrahi ihtiyacı ve mortalite oranı artmaktadır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne 1 Mart 2019 ile 1 Aralık 2019 tarihleri arasındaki dokuz aylık sürede, karın ağrısı nedeniyle başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların ileriye dönük olarak incelenmesi ile yapılmıştır. Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan 8 Mart 2019 tarih ve 28 sayılı karar ile onay alındı.

Çalışmaya travmaya bağlı olmayan karın ağrısı şikayeti ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. 65 yaş altındakiler ve travma sonrası karın ağrısı bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalardan elde edilen veriler Ek-1'deki forma kayıt edildi. Çalışmaya alınan hastaların veri toplama formu hastayı değerlendiren Acil Tıp Asistanı(ATA) tarafından dolduruldu. Bu forma; hastanın adı soyadı, hastane protokol numarası, acile başvuru tarihi, yaşı, cinsiyeti, karın ağrısına eşlik eden şikayetleri, yaşamsal bulguları, muayene bulguları, istenen tetkikler ve sonuçları, yandaş hastalıkları, istenen konsültasyonlar, tanıları, sonucu ve yattığı birimler kaydedildi.

Hastalar cinsiyete göre erkek ve kadın, yaş gruplarına göre 65-74 yaş, 75 yaş ve üzeridekiler ve aldıkları tanıya göre dahili tanı alanlar ve cerrahi tanı alanlar olarak gruplara ayrıldı. Cerrahi işlem gerektirebilecek ve/veya cerrahi kliniğe yatışı uygun olan hastalar cerrahi tanı olarak değerlendirilirken diğer tanıları dahili tanı olarak değerlendirildi. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler (bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama, ishal, dizüri, kabızlık, iştahsızlık, sarılık) kaydedildi. Vital bulguların normal değerleri; kan basıncı 100/60-140/90 mmHg, nabız 60-100 /dk, vücut ısısı 35.5-37.5°C arası olarak kabul edildi. Muayene bulguları; hassasiyet, defans ve rebound olarak üç kısımda incelendi. Hastalardan istenen kan, idrar tetkikleri, EKG ve radyolojik incelemeler ayrı ayrı ele alınıp kayıt edildi. Hastalara istenen konsültasyonlar dahili bilimler, cerrahi bilimler ve hem dahili hem cerrahi bilimler olmak üzere üç bölüme ayrıldı. Sonlanma şekilleri yatış, taburculuk, sevk, acil serviste eksitus, acil servisi izinsiz terk ve tedaviyi ret olarak belirlendi. Yatırılan servisler (gastroenteroloji, onkoloji, kardiyoloji, ...vb gibi) ve yoğun bakımlar (genel cerrahi yoğun bakım, dahiliye yoğun bakım, koroner yoğun bakım, ...vb gibi) olarak ayrı bir şekilde detaylı olarak incelendi.

Hastaların yaş grupları, cinsiyetleri ve cerrahi ile dahili tanıları; karın ağrısına eşlik eden şikayetler, vital bulgular, muayene bulguları, tetkikler, yandaş hastalıklar, istenen konsültasyonlar, tanılar, sonuçlar, yattığı birimler ile karşılaştırıldı ve aralarındaki korelasyon incelendi. Ayrıca karın ağrısının nedenlerinin tanısal olarak detaylı analizi yapılarak, sıklıkları incelendi.

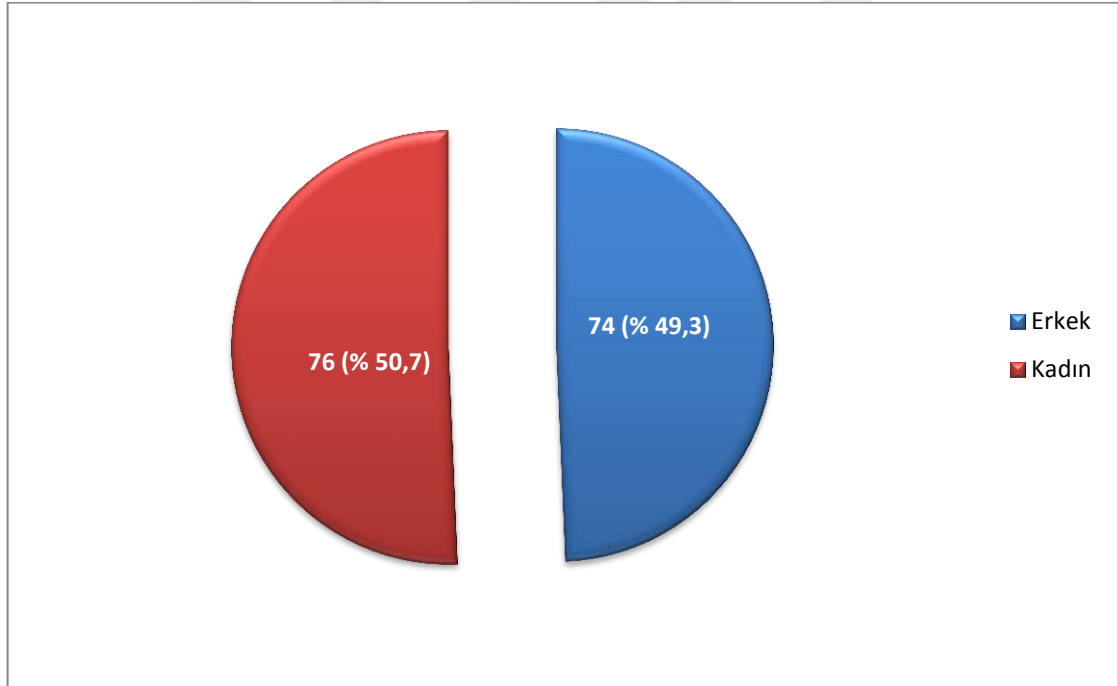
Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlemler ortalama, sapma ve minimum - maksimum olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson's Ki-kare testi kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek ikili değişkenlerde student t-testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmaya acil servimize başvuran 65 yaş üzeri 150 hasta dahil edildi. Hastaların 76 (% 50,7)'sı kadındı (Şekil 2). Çalışmamızda yer alan 65 yaş üstü hastalar 65-74 yaş ile 75 yaş ve üzeri olmak üzere iki farklı grupta ele alındı. Hastalardan 68 (% 45,3)'i 65-74 yaş arasında, 82 (% 54,7)'si 75 yaş ve üzeri olduğu gözlemlendi. Hastaların genel yaş ortalamaları 77,21 (65-98) yıldır. Kadın hastaların yaş ortalamaları, erkek hastaların yaş ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu ($p=0,009$) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların tanıttıcı özelliklerinin dağılımı

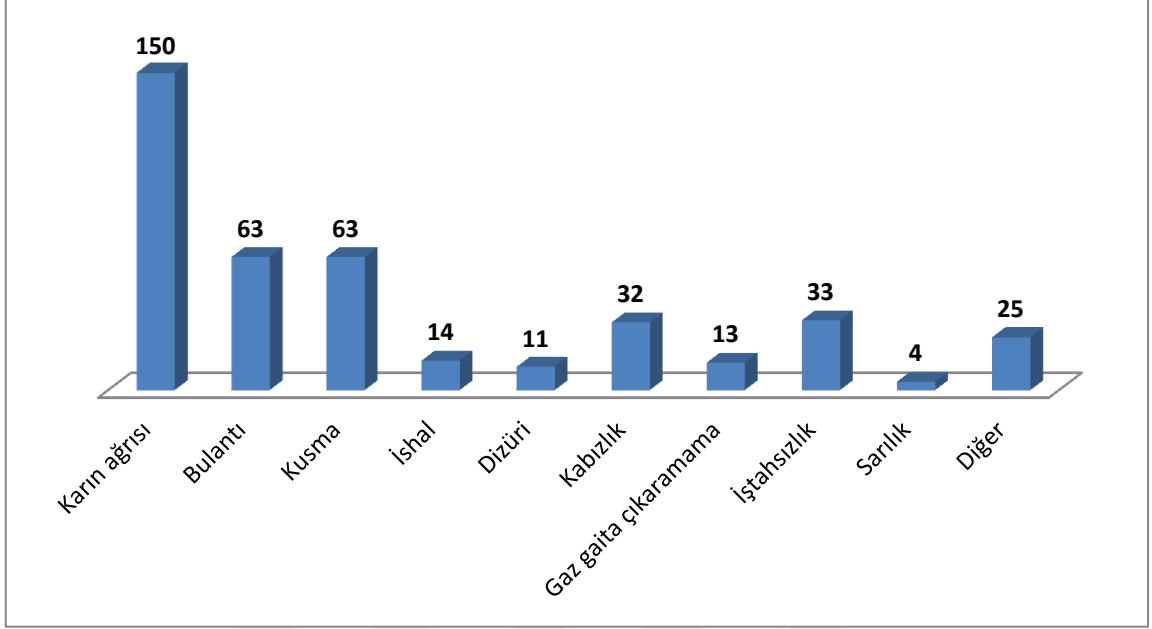
		Sayı (n)	Yüzde (%)	p
Yaş	65-74 yaş arası	68	45,3	
	75 yaş ve üzeri	82	54,7	
		Ort±ss	Min-Maks	0,009*
Yaş		77,21±7,87	65-98	
Yaş	Erkek	75,51±7,16	65-95	
	Kadın	78,86±8,22	65-98	



Şekil 2. Hastaların cinsiyetlerinin dağılımı

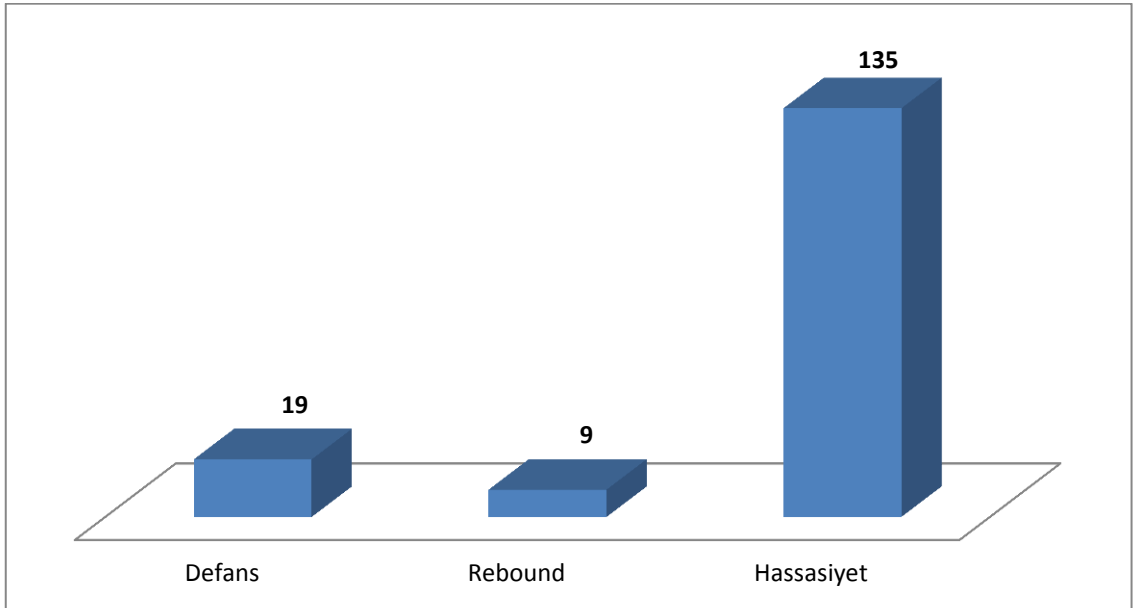
Acil servimize başvuran hastaların tamamında karın ağrısı bulgusuna rastlandı. 63'er hastada bulantı ve kusma, 33 hastada iştahsızlık, 32 hastada kabızlık bulgusu gözlemlendi. 32 hastada ise sadece karın ağrısı mevcuttu. Hastalardan 4'ünde sarılık,

11'inde dizüri, 13'ünde ise gaz gaita çıkaramama şikayetleri varlığı tespit edildi (Şekil 3).



Şekil 3. Hastaların geliş şikayetlerinin incelenmesi

Karın ağrısı şikayeti ile acil servimize başvuran hastalardan 135'i muayene sırasında hassasiyet, 19'u defans, 9'u ise rebound gösterdiği saptandı (Şekil 4).



Şekil 4. Hastaların muayene bulgularının incelenmesi

Acil servimize başvuran hastalardan 57'sinin sistolik basıncı yüksek iken, 44 hastada diyastolik basınç bulgusu düşük bulundu. Nabız bulguları 34 hastada taşikardi şeklinde gözlenirken, Hastaların ateş ortalamaları 36,55 (34,9-39,5) idi (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların vital bulgularının incelenmesi

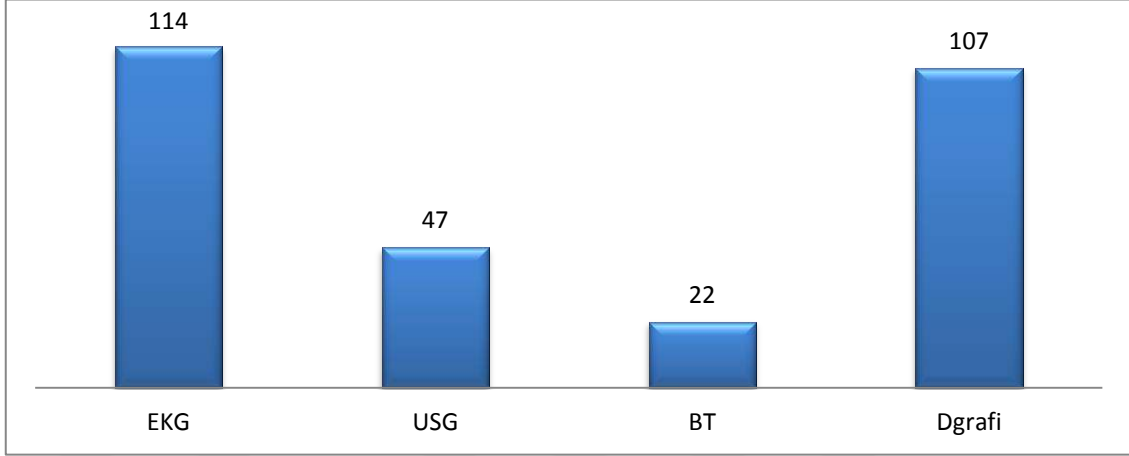
		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sistolik basınç	Düşük (90 ve altı)	10	6,7
	Normal (90-139)	83	55,3
	Yüksek (139 üzeri)	57	38,0
Diyastolik basınç	Düşük (60 ve altı)	44	29,3
	Normal (60-89)	86	57,3
	Yüksek (90 üzeri)	20	13,3
Nabız	Düşük (dakikada 60 altı)	7	4,7
	Normal (dakikada 60-100)	109	72,7
	Taşikardi (dakikada 100 üzeri)	34	22,7
		Ort±ss	Min-Maks
Ateş		36,55±0,74	34,9-39,50

Acil servimize başvuran hastaların laboratuvar bulguları ile yaş grupları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Laboratuvar bulgularının hastaların yaş grupları ile olan farklılıkların incelenmesi

Laboratuvar tetkikleri	65-74 yaş arası (n: 62)	75 yaş ve üzeri (n: 75)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
WBC	10,73±4,70	10,0±5,31	0,400
Hg	12,22±2,49	12,21±2,40	0,981
PLT	228,83±222,21	103,64±863,02	0,684
AST	131,82±392,90	100,35±229,99	0,562
ALT	127,16±445,91	67,04±145,89	0,276
ALP	115,44±82,11	122,06±85,67	0,677
GGT	94,01±166,68	97,50±149,33	0,907
BUN	25,32±15,34	27,20±19,15	0,534
Kreatinin	1,32±1,38	1,23±1,08	0,662
Amilaz	112,05±180,44	179,75±452,73	0,294
Sodyum	137,24±7,89	136,93±4,30	0,771
Potasyum	4,43±1,14	4,39±0,60	0,784
Kalsiyum	10,54±11,20	8,84±0,63	0,256
Glukoz	152,11±59,31	156,08±115,41	0,809
CKMB	3,12±4,15	2,87±2,37	0,687
Tropi	36,60±151,23	57,22±197,15	0,544
T. Bil	1,37±1,76	1,17±1,21	0,463
D. Bil	0,54±0,97	0,41±0,66	0,369
Laktat	2,33±0,34	2,68±1,36	0,561
pH	7,38±0,08	7,39±0,06	0,613
PCO2	39,60±8,33	40,28±8,11	0,689
HCO3	23,68±5,19	23,49±3,48	0,829

Hastalardan 114'ünden EKG, 107'sinden Direkt grafi, 47'sinden USG, 22'sinden ise BT ek tetkikleri istenildiği saptandı (Şekil 5).



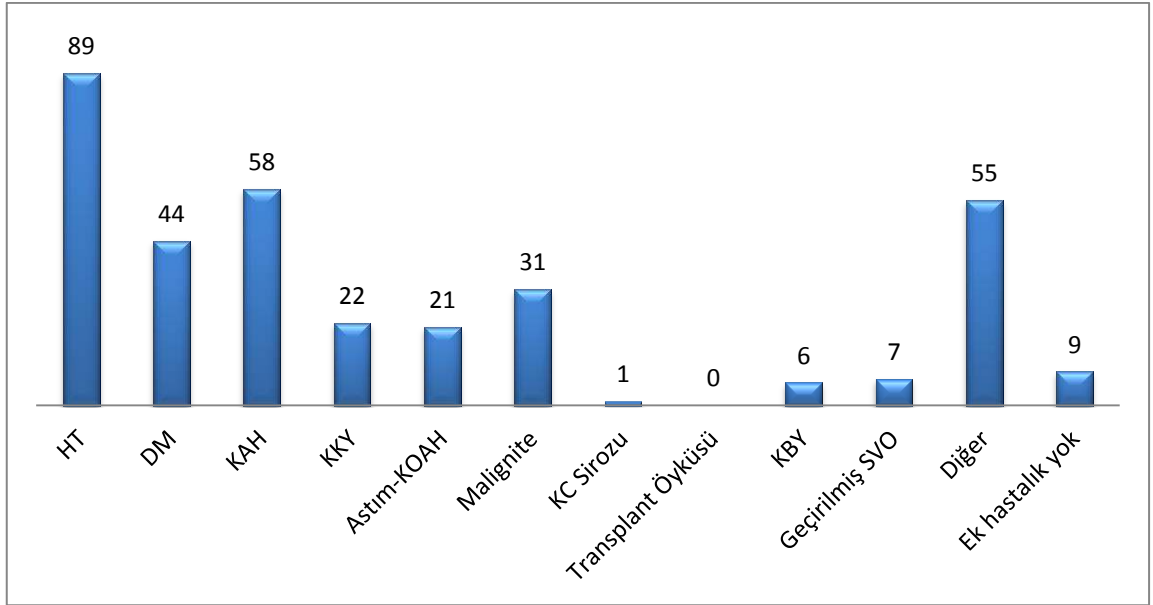
Şekil 5. Hastalara uygulanan ek tetkiklerin incelenmesi

Çalışmamızda EKG istenilen hastalardan % 62,30 (n: 71)'ünden normal EKG saptanırken, % 37,70 (n: 43)'sinden normal olmayan EKG bulguları tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 8. EKG istenilen hastaların EKG bulgularının incelenmesi (n: 114)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Normal EKG	71	62,30
Normal olmayan EKG	43	37,70

Acil servisimize başvuran hastalardan 89'unda HT, 58'inde Koroner Arter Hastalığı (KAH), 44'ünde DM, 55'inde diğer ek hastalık bulgularına rastlanırken, bir hastada KC sirozu, 6 hastada KBY, 7 hastada ise geçirilmiş SVO bulgularının varlığı tespit edildi (Şekil 6).



Şekil 6. Hastalara uygulanan ek hastalık varlığının incelenmesi

Hastalarımızın % 50,0 (n: 75)'sinden konsültasyon istenmediği gözlenirken, hastaların % 20 (n:30)'sinden genel cerrahi, % 19,3 (n:29)'ünden dahiliye, % 8,7 (n: 13)'sinden diğer kliniklerden konsültasyon istendiği, % 1,3 (n: 2)'ünden de genel cerrahi ve dahiliye bilimlerinden birlikte konsültasyon istendiği saptandı (Tablo 9).

Tablo 9. Hastalardan istenilen konsültasyon bulgularının incelenmesi

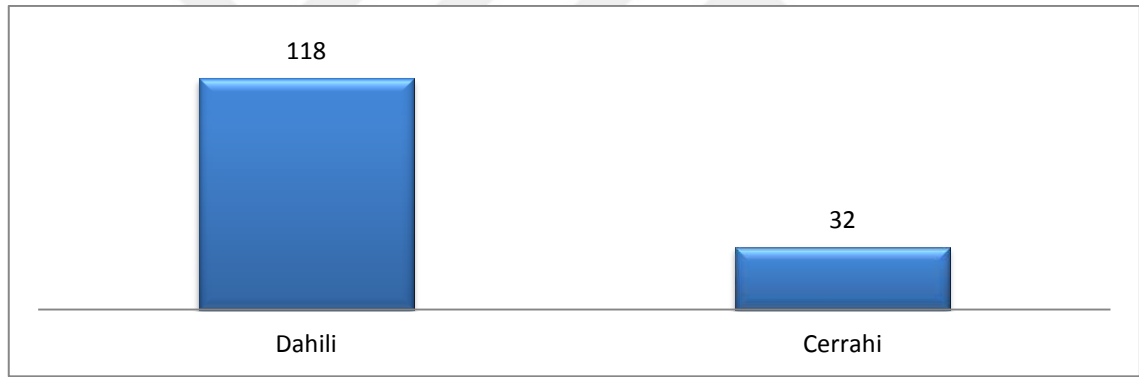
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Konsültasyon istenmedi	75	50,0
Genel cerrahi	30	20,0
Dahiliye	29	19,3
Diğer konsültasyonlar	14	9,4
Genel cerrahi ve dahiliye	2	1,3

Acil servimize başvuran hastaların hiçbirinden enfeksiyon hastalıklarından konsültasyon istenilmediği gözlenirken, 32'sinden genel cerrahi, 31'inden dahiliye, 17'sinden diğer birimler (9 hastadan kardiyoloji, 4 hastadan kalp damar cerrahi, 2 hastadan üroloji, bir hastadan göğüs hastalıkları, bir hastadan göğüs cerrahisi) konsültasyon istenildiği gözlemlendi (Tablo 10).

Tablo 10. Konsültasyon istenilen hastaların klinik dağılımlarının incelenmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel cerrahi	Yok	118	78,7
	Var	32	21,3
Enfeksiyon	Yok	150	100,0
Dahiliye	Yok	119	79,3
	Gastroentereoloji	26	17,3
	Nefroloji	3	2,0
	Hematoloji	1	0,7
	Onkoloji	1	0,7
Diğer	Yok	133	88,7
	Kardiyoloji	9	6,0
	Kalp damar cerrahi	4	2,6
	Üroloji	2	1,3
	Göğüs hastalıkları	1	0,7
	Göğüs cerrahisi	1	0,7

Hastalardan 118'ine dahili bilimler tanısı konulurken, 32 hastaya cerrahi bilimler tanısı konulduğu saptandı (Şekil 7).

**Şekil 7. Hastalara konulan tanıların dağılımı**

Hastalarımızdan 22'sinde safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar (kolesistit, kolelithiazis, koledokolithiazis, kolanjit, safra kesesi perforasyonu), 19 hastada nonspesifik karın ağrısı, 17 hastada İYE, 14 hastada ileus (üç hastada aby, aby+şok, hiatalherni ile birlikte), 11 hastada Akut Gastroenterit (biri hastada aby, şok ile birlikte), 10 hastada pankreatit tanısı koyulmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Hastalara konulan tanı bulgularının incelenmesi

Konulan tanı bulguları	Sayı	Yüzde
A. Gastrit	9	5,4
Ürolithiazis	2	1,3
Ürolithiazis ve Akut böbrek yetmezliği	1	0,7
İleus	11	7,3
İleus ve Akut böbrek yetmezliği	1	0,7

Tablo 11'in devamı

İleus, akut böbrek yetmezliği ve Şok	1	0,7
İleus ve hiatal herni	1	0,7
Pankreatit	10	6,7
Akut koroner sendrom	5	3,3
Portal ven trombozu	1	0,7
Hepatit (akut, fulminan)	3	2,0
Strangüle herni	1	0,7
GİS kanama	2	1,3
Perforasyon (mide, kolon)	2	1,3
Peritonit	2	1,3
Abdominal aort anevrizması (AAA)	1	0,7
Abdominal aort anevrizması (AAA) ve Aort diseksiyonu	1	0,7
Aort diseksiyonu	2	1,3
Akut apandisit	1	0,7
Nonspesifik karın ağrısı (NSKA)	19	12,7
Akut böbrek yetmezliği	1	0,7
Safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar	22	14,7
Pnömotoraks	1	0,7
Mezenter iskemi	1	0,7
Fournier gangreni ve şok	1	0,7
Konstipasyon	10	6,7
İnguinal herni	3	2,0
CA ağrısı	2	1,3
İYE	17	11,4
Glob vezikale	1	0,7
Peptik ülser	2	1,3
A. Gastroenterit	11	7,3
A. Gastroenterit ve Akut böbrek yetmezliği	1	0,7
A. Gastroenterit ve Şok	1	0,7

Acil servimize başvuran hastalardan 96'sının kendi hastanemize yatış durumu olmazken, 34 hasta yoğun bakıma, 20 hasta ise servise yatırıldı. Yedi hasta dış merkez yoğun bakımlara sevk edildi. Hastalardan 84'ü taburcu edilirken, sadece bir hastanın acilde eksitus olduğu gözlemlendi. Hastalardan iki tanesi tedaviyi reddederken, iki hastada izinsiz olarak acil servimizi terk ettiği saptandı (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların sonuçlarına ilişkin bulgular

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yatış durumu	Yok	96	64,0
	Yoğun bakım	34	22,7
	Servis	20	13,3
Taburcu	Yok	66	44
	Var	84	56
Sevk	Yok	143	95,3
	Var	7	4,7
Acilde eksitus	Yok	149	99,3
	Var	1	0,7
Tedavi Reddi	Yok	148	98,7
	Var	2	1,3

Tablo 12'nin devamı

İzinsiz Terk	Yok	148	98,7
	Var	2	1,3

Hastalarımızın yaş grupları açısından hastaneye geliş şikayet bulguları ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların geliş şikayetlerinin yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		n(%)	n(%)	
Karın ağrısı	Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Var	68 (100,0)	82 (100,0)	
Bulantı	Yok	36 (52,9)	51 (62,2)	0,164
	Var	32 (47,1)	31 (37,8)	
Kusma	Yok	36 (52,9)	51 (62,2)	0,164
	Var	32 (47,1)	31 (37,8)	
İshal	Yok	61 (89,7)	75 (91,5)	0,463
	Var	7 (10,3)	7 (8,5)	
Dizüri	Yok	61 (89,7)	78 (95,1)	0,171
	Var	7 (10,3)	4 (4,9)	
Kabızlık	Yok	54 (79,4)	64 (78,0)	0,500
	Var	14 (20,6)	18 (22,0)	
Gaz-gaita çıkaramama	Yok	59 (86,8)	78 (95,1)	0,064
	Var	9 (13,2)	4 (4,9)	
İştahsızlık	Yok	51 (75,0)	66 (80,5)	0,271
	Var	17 (25,0)	16 (19,5)	
Sarılık	Yok	66 (97,1)	80 (97,6)	0,616
	Var	2 (2,9)	2 (2,4)	
Diğer	Yok	57 (83,8)	68 (82,9)	0,531
	Var	11 (16,2)	14 (17,1)	

Acil servimize başvuran hastaların karın ağrısı, dizüri, sarılık ve diğer şikayet bulgularının karın ağrısı nedenleriyle aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Hastalardan dahili bilimler tanısı konulanların bulantı, kusma, ishal, dizüri ve kabızlık bulgularının oranları, cerrahi bilimler tanısı konulan hastaların oranlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Cerrahi bilimler tanısı konulan hastaların gaz gaita çıkaramama ve iştahsızlık bulgularının oranları, dahili bilimler tanısı konulan hastaların oranlarından istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların geliş şikayetlerinin karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları

		Dahili (n: 118) n(%)	Cerrahi (n: 32) n(%)	p
Karın ağrısı	Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Var	68 (100,0)	82 (100,0)	
Bulantı	Yok	75 (63,6)	12 (37,5)	0,007*
	Var	43 (36,4)	20 (62,5)	
Kusma	Yok	75 (63,6)	12 (37,5)	0,007*
	Var	43 (36,4)	20 (62,5)	
İshal	Yok	104 (88,1)	32 (100,0)	0,029*
	Var	14 (11,9)	0 (0,0)	
Dizüri	Yok	107 (90,7)	32 (100,0)	0,064
	Var	11 (9,3)	0 (0,0)	
Kabızlık	Yok	101 (85,6)	17 (53,1)	0,000*
	Var	17 (14,4)	15 (46,9)	
Gaz-gaita çıkarmama	Yok	118 (100,0)	19 (59,4)	0,000*
	Var	0 (0,0)	13 (40,6)	
İştahsızlık	Yok	102 (86,4)	15 (46,9)	0,000*
	Var	16 (13,6)	17 (53,1)	
Sarılık	Yok	114 (96,6)	32 (100,0)	0,379
	Var	4 (3,4)	0 (0,0)	
Diğer	Yok	97 (82,2)	28 (87,5)	0,339
	Var	21 (17,8)	4 (12,5)	

Hastaların cinsiyet bulguları ise; karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal, dizüri, iştahsızlık, sarılık ve diğer geliş şikayet bulguları ile aralarındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Erkek hastalarda kabızlık ve gaz-gaita çıkarmama şikayeti sıklığı, kadın hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların geliş şikayetlerinin cinsiyetleri açısından farklılıkları

		Erkek (n: 74) n(%)	Kadın (n: 76) n(%)	p
Karın ağrısı	Yok	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Var	68 (100,0)	82 (100,0)	
Bulantı	Yok	47 (63,5)	40 (52,6)	0,118
	Var	27 (36,5)	36 (47,4)	
Kusma	Yok	47 (63,5)	40 (52,6)	0,118
	Var	27 (36,5)	36 (47,4)	
İshal	Yok	70 (94,6)	66 (86,8)	0,087
	Var	4 (5,4)	10 (13,2)	
Dizüri	Yok	70 (94,6)	69 (90,8)	0,282
	Var	4 (5,4)	7 (9,2)	
Kabızlık	Yok	51 (68,9)	67 (88,2)	0,003*
	Var	23 (31,1)	9 (11,8)	
Gaz-gaita çıkarmama	Yok	64 (86,5)	73 (96,1)	0,035*
	Var	10 (13,5)	3 (3,9)	

Tablo 15'in devamı

İştahsızlık	Yok	58 (78,4)	59 (77,6)	0,535
	Var	16 (21,6)	17 (22,4)	
Sarılık	Yok	71 (95,9)	75 (98,7)	0,300
	Var	3 (4,1)	1 (1,3)	
Diğer	Yok	59 (79,7)	66 (86,8)	0,171
	Var	15 (20,3)	10 (13,2)	

Hastaların yaş grupları ile muayene bulgularından defans ve hassasiyet oranlarının dağılımı benzerdi ($p>0,05$). 65-74 yaş grubunda yer alan hastaların rebound oranları, 75 yaş ve üzeri olan hastaların oranından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların muayene bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68) n(%)	75 yaş ve üzeri (n: 82) n(%)	p
Defans	Yok	58 (85,3)	73 (89,0)	0,330
	Var	10 (14,7)	9 (11,0)	
Rebound	Yok	61 (89,7)	80 (97,6)	0,047*
	Var	7 (10,3)	2 (2,4)	
Hassasiyet	Yok	7 (10,3)	8 (9,8)	0,562
	Var	61 (89,7)	74 (90,2)	

Hastaların muayene bulguları ile cinsiyet değişkenleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların muayene bulgularının cinsiyetleri açısından farklılıkları

		Erkek (n: 74) n(%)	Kadın (n: 76) n(%)	p
Defans	Yok	64 (86,5)	67 (88,2)	0,475
	Var	10 (13,5)	9 (11,8)	
Rebound	Yok	69 (93,2)	72 (94,7)	0,483
	Var	5 (6,8)	4 (5,3)	
Hassasiyet	Yok	9 (12,2)	6 (7,9)	0,275
	Var	65 (87,8)	70 (92,1)	

Hastaların muayene bulgularından hassasiyet bulgusu ile cinsiyet değişkenleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11). Cerrahi bilimler tanısı konulan hastalar muayene sırasında defans ve rebound oranları, dahili bilimlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların muayene bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları

		Dahili (n: 118)	Cerrahi (n: 32)	p
		n(%)	n(%)	
Defans	Yok	115 (97,5)	16 (50,0)	0,000*
	Var	3 (2,5)	16 (50,0)	
Rebound	Yok	117 (99,2)	24 (75,0)	0,000*
	Var	1 (0,8)	8 (25,0)	
Hassasiyet	Yok	14 (11,9)	1 (3,1)	0,125
	Var	104 (88,1)	31 (96,9)	

Hastaların yaş grupları ile EKG, USG ve BT bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Acil servimize başvuran hastalardan 65-74 yaş arasında olanların Dgrafi bulgularının oranları, 75 yaş ve üzerinde olan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Hastaların EKG, USG, BT ve Dgrafi bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		n(%)	n(%)	
EKG	Yok	20 (29,4)	16 (19,5)	0,111
	Var	48 (70,6)	66 (80,5)	
USG	Yok	48 (70,6)	55 (67,1)	0,389
	Var	20 (29,4)	27 (32,9)	
BT	Yok	56 (82,4)	72 (87,8)	0,239
	Var	12 (17,6)	10 (12,2)	
D grafi	Yok	14 (20,6)	29 (35,4)	0,034*
	Var	54 (79,4)	53 (64,6)	

Hastaların yaş grupları ile ek hastalık varlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların ek hastalık öykülerinin yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		n(%)	n(%)	
HT	Yok	26 (38,2)	35 (42,7)	0,350
	Var	42 (61,8)	47 (57,3)	
DM	Yok	46 (67,6)	60 (73,2)	0,287
	Var	22 (32,4)	22 (26,8)	
KAH	Yok	46 (67,6)	46 (56,1)	0,100
	Var	22 (32,4)	36 (43,9)	
KKY	Yok	62 (91,2)	66 (80,5)	0,052
	Var	6 (8,8)	16 (19,5)	
Astım-KOAH	Yok	58 (85,3)	71 (86,6)	0,502
	Var	10 (14,7)	11 (13,4)	
Malignite	Yok	50 (73,5)	69 (84,1)	0,082
	Var	18 (26,5)	13 (15,9)	

Tablo 20'nin devamı

KC Sirozu	Yok	67 (98,5)	82 (100,0)	0,453
	Var	1 (1,5)	0 (0,0)	
Transplant öyküsü	Yok	68 (100,0)	82 (100,0)	1,000
	Var	0 (0,0)	0 (0,0)	
KBY	Yok	64 (94,1)	80 (97,6)	0,257
	Var	4 (5,9)	2 (2,4)	
Geçirilmiş SVO	Yok	65 (95,6)	78 (95,1)	0,603
	Var	3 (4,4)	4 (4,9)	
Diğer	Yok	44 (64,7)	51 (62,2)	0,442
	Var	24 (35,3)	31 (37,8)	

Acil servisimize başvuran kadın hastalarda HT gözlenme sıklığı, erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Erkek hastalarda astım-KOAH ve malignite ek hastalık varlığı oranı, kadın hastaların oranlarına göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyet değişkeni ile DM, KAH, Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY), KC sirozu, transplant öyküsü, Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), geçirilmiş Serebrovasküler Olay (SVO) ve diğer ek hastalık bulguları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların ek hastalık öykülerinin cinsiyetleri açısından farklılıkları

		Erkek (n: 74) n(%)	Kadın (n: 76) n(%)	p
HT	Yok	40 (54,1)	21 (27,6)	0,001*
	Var	34 (45,9)	55 (72,4)	
DM	Yok	57 (77,0)	49 (64,5)	0,065
	Var	17 (23,0)	27 (35,5)	
KAH	Yok	45 (60,8)	47 (61,8)	0,515
	Var	29 (39,2)	29 (38,2)	
KKY	Yok	62 (83,8)	66 (86,8)	0,383
	Var	12 (16,2)	10 (13,2)	
Astım-KOAH	Yok	58 (78,4)	71 (93,4)	0,007*
	Var	16 (21,6)	5 (6,6)	
Malignite	Yok	52 (70,3)	67 (88,2)	0,006*
	Var	22 (29,7)	9 (11,8)	
KC Sirozu	Yok	73 (98,6)	76 (100,0)	0,493
	Var	1 (1,4)	0 (0,0)	
Transplant öyküsü	Yok	74 (100,0)	76 (100,0)	1,000
	Var	0 (0,0)	0 (0,0)	
KBY	Yok	71 (95,9)	73 (96,1)	0,647
	Var	3 (4,1)	3 (3,9)	
Geçirilmiş SVO	Yok	71 (95,9)	72 (94,7)	0,515
	Var	3 (4,1)	4 (5,3)	
Diğer	Yok	45 (60,8)	50 (65,8)	0,322
	Var	29 (39,2)	26 (34,2)	

Hastaların karın ağrısı nedenleri ile ek hastalık varlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi ($p>0,05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların ek hastalık öykülerinin karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları

		Dahili (n: 118)	Cerrahi (n: 32)	p
		n(%)	n(%)	
HT	Yok	44 (37,3)	17 (53,1)	0,079
	Var	74 (62,7)	15 (46,9)	
DM	Yok	85 (72,0)	21 (65,6)	0,309
	Var	33 (28,0)	11 (34,4)	
KAH	Yok	72 (61,0)	20 (62,5)	0,524
	Var	46 (39,0)	12 (37,5)	
KKY	Yok	100 (84,7)	28 (87,5)	0,472
	Var	18 (15,3)	4 (12,5)	
Astm-KOAH	Yok	103 (87,3)	26 (81,3)	0,271
	Var	15 (12,7)	6 (18,8)	
Malignite	Yok	94 (79,7)	25 (78,1)	0,511
	Var	24 (20,3)	7 (21,9)	
KC Sirozu	Yok	117 (99,2)	32 (100,0)	0,787
	Var	1 (0,8)	0 (0,0)	
Transplant öyküsü	Yok	118 (100,0)	32 (100,0)	1,000
	Var	0 (0,0)	0 (0,0)	
KBY	Yok	114 (96,6)	30 (93,8)	0,378
	Var	4 (3,4)	2 (6,3)	
Geçirilmiş SVO	Yok	111 (94,1)	32 (100,0)	0,179
	Var	7 (5,9)	0 (0,0)	
Diğer	Yok	76 (64,4)	19 (59,4)	0,372
	Var	42 (35,6)	13 (40,6)	

Dahiliyeden konsültasyon istenme oranları her iki yaş grubunda da benzerlik gösterdiği saptandı ($p>0,05$). Hastalardan 65-74 yaş grubunda olanların konsültasyon istenme oranları, 75 yaş ve üzerindeki hastaların oranından istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi ($p<0,05$). Konsültasyonun genel cerrahi bilimlerinden 65-74 yaş arasında istenilme oranı, 75 yaş ve üzerinde olan hastaların oranından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Hastaların konsültasyon bulgularının yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		n(%)	n(%)	
Konsültasyon	Yok	33 (48,5)	55 (67,1)	0,044*
	Genel cerrahi	20 (29,4)	12 (14,6)	
	Dahiliye	15 (22,1)	15 (18,3)	
Genel cerrahi	Yok	48 (70,6)	70 (85,4)	0,023*
	Var	20 (29,4)	12 (14,6)	
Dahiliye	Yok	52 (77,9)	67 (81,7)	0,355
	Var	15 (22,1)	15 (18,3)	

Hastaların karın ağrısı nedenleri ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Yaş grubu açısından 75 yaş ve üzerinde olanların karın ağrısı nedenlerinin dahili bilimler olma oranı, cerrahi bilimlerdeki hastaların oranına göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Hastaların karın ağrısı nedenlerinin yaş ve cinsiyet açısından farklılıkları

		Dahili (n: 118)	Cerrahi (n: 32)	p
		n(%)	n(%)	
Yaş	65-74 yaş arası	48 (40,7)	20 (62,5)	0,023*
	75 yaş ve üzeri	70 (59,3)	12 (37,5)	
Cinsiyet	Erkek	54 (45,8)	20 (62,5)	0,069
	Kadın	64 (54,2)	12 (37,5)	

Acil servisimize başvuran 27 hastanın genel cerrahi yoğun bakım, 12 hastanın gastroenteroloji servise yattıkları belirlendi (Tablo 25). Toplam 33 hasta hastanemiz yoğun bakımlarına yatırılırken, 21 hasta servislere yatırıldı. 7 hasta dış merkez yoğun bakımlara sevk edildi.

Tablo 25. Hastaların yattıkları birimlere ilişkin bulguların incelenmesi

	Sayı	Yüzde
Yok	96	64,0
Genel cerrahi yoğun bakım	27	18,0
Gastroenteroloji servisi	12	8,0
Koroner yoğun bakım	3	2,0
Dahiliye yoğun bakım	3	2,0
Nefroloji servisi	2	1,3
Genel cerrahi servisi	2	1,3
Üroloji servisi	1	0,7
Kardiyoloji servisi	1	0,7
Kalp damar cerrahi yoğun bakım	1	0,7
Onkoloji servisi	1	0,7
Göğüs cerrahisi servisi	1	0,7

Hastaların yaş grupları ile sevk, acilde eksitus, tedavi reddi ve izinsiz terk olma bulgularıyla aralarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 26).

Hastalardan 65-74 yaş arasında olanların yoğun bakım ve servise yatma oranları, 75 yaş ve üzeridekilerden yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$).

Hastalardan 75 yaş ve üzeridekilerin taburculuk oranlarının, 65-74 yaş arasında olanlardan yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Hastaların tedavi sonuçlarının yaş grupları açısından farklılıkları

		65-74 yaş arası (n: 68) n(%)	75 yaş ve üzeri (n: 82) n(%)	p
Yatış durumu	Yok	35 (51,5)	61 (74,4)	0,011*
	Yoğun bakım	22 (32,4)	12 (14,6)	
	Servis	11 (16,2)	9 (11,0)	
Taburcu	Yok	37 (54,4)	31 (37,8)	0,031*
	Var	31 (45,6)	51 (62,2)	
Sevk	Yok	67 (98,5)	76 (92,7)	0,094
	Var	1 (1,5)	6 (7,3)	
Acilde Eksitus	Yok	67 (98,5)	82 (100,0)	0,453
	Var	1 (1,5)	0 (0,0)	
Tedavi reddi	Yok	68 (100,0)	80 (97,6)	0,297
	Var	0 (0,0)	2 (2,4)	
İzinsiz terk	Yok	66 (97,14)	82 (100,0)	0,204
	Var	2 (2,9)	0 (0,0)	

Hastaların karın ağrısı nedenleri ile sevk, acilde eksitus, tedavi reddi ve izinsiz terk bulguları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 27).

Yatış durumu açısından cerrahi bilimlertanısı konulan hastaların yoğun bakıma yatma oranları, dahili bilimler tanısı konulan hastaların oranlarına göre yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$) (Tablo 27).

Dahili bilimler tanısı konulan hastaların taburculuk oranı, cerrahi bilimler tanısı konulan hastaların oranına göre istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27. Hastaların tedavi sonuçlarının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıkları

		Dahili (n: 118) n(%)	Cerrahi (n: 32) n(%)	p
Yatış durumu	Yok	93 (78,8)	3 (9,4)	0,000*
	Yoğun bakım	7 (5,9)	27 (84,4)	
	Servis	18 (15,3)	2 (6,3)	
Taburcu	Yok	38 (32,2)	30 (93,8)	0,000*
	Var	80 (67,8)	2 (6,3)	
Sevk	Yok	111 (94,1)	32 (100,0)	0,179
	Var	7 (5,9)	0 (0,0)	
Acilde Eksitus	Yok	117 (99,2)	32 (100,0)	0,787
	Var	1 (0,8)	0 (0,0)	
Tedavi reddi	Yok	117 (99,2)	31 (96,9)	0,382
	Var	1 (0,8)	1 (3,1)	
İzinsiz terk	Yok	116 (98,3)	32 (100,0)	0,618
	Var	2 (1,7)	0 (0,0)	

Hastaların yaş grupları ile sistolik, diyastolik ve nabız bulgularındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 28).

Hastalardan 65-74 yaş grubunda olanların ateş bulguları, 75 yaş ve üzerinde olanların oranından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p<0,05$) (Tablo 28).

Tablo 28. Hastaların vital bulgularının yaş grupları açısından farklılıklarının incelenmesi

		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		n(%)	n(%)	
Sistolik basınç	Düşük (90 ve altı)	5 (7,4)	5 (6,1)	0,627
	Normal (90-139)	40 (58,8)	43 (52,4)	
	Yüksek (139 üzeri)	23 (33,8)	34 (41,5)	
Diyastolik basınç	Düşük (60 ve altı)	20 (29,4)	24 (29,3)	0,999
	Normal (60-89)	39 (57,4)	47 (57,3)	
	Yüksek (90 üzeri)	9 (13,2)	11 (13,4)	
Nabız	Düşük (dakikada 60 altı)	3 (4,4)	4 (4,9)	0,823
	Normal (dakikada 60-100)	48 (70,6)	61 (74,4)	
	Taşikardi (dakikada 100 üzeri)	17 (25,0)	17 (20,7)	
		65-74 yaş arası (n: 68)	75 yaş ve üzeri (n: 82)	p
		Ort±ss	Ort±ss	
Ateş		36,75±0,88	36,38±0,56	0,003*

Hastaların karın ağrısı nedeni ile sistolik, diyastolik, nabız ve ateş bulgularındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Hastaların vital bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıklarının incelenmesi

		Dahili (n: 118)	Cerrahi (n: 32)	p
		n(%)	n(%)	
Sistolik basınç	Düşük (90 ve altı)	7 (5,9)	3 (9,4)	0,590
	Normal (90-139)	64 (54,2)	19 (59,4)	
	Yüksek (139 üzeri)	47 (39,8)	10 (31,3)	
Diyastolik basınç	Düşük (60 ve altı)	32 (27,1)	12 (37,5)	0,515
	Normal (60-89)	70 (59,3)	16 (50,0)	
	Yüksek (90 üzeri)	16 (13,6)	4 (12,5)	
Nabız	Düşük (dakikada 60 altı)	5 (4,2)	2 (6,3)	0,059
	Normal (dakikada 60-100)	91 (77,1)	18 (56,3)	
	Taşikardi (dakikada 100 üzeri)	22 (18,6)	12 (37,5)	
		Dahili (n: 118)	Cerrahi (n: 32)	p
		Ort±ss	Ort±ss	
Ateş		36,51±0,74	36,68±0,72	0,266

Hastaların cinsiyet değişkenleri ile sistolik, diyastolik, nabız ve ateş bulgularındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Hastaların vital bulgularının karın ağrısı nedenleri açısından farklılıklarının incelenmesi

		Erkek (n: 74) n(%)	Kadın (n: 76) n(%)	p
Sistolik basınç	Düşük (90 ve altı)	4 (5,4)	6 (7,9)	0,818
	Normal (90-139)	42 (56,8)	41 (53,9)	
	Yüksek (139 üzeri)	28 (37,8)	29 (38,2)	
Diyastolik basınç	Düşük (60 ve altı)	19 (25,7)	25 (32,9)	0,494
	Normal (60-89)	46 (62,2)	40 (52,6)	
	Yüksek (90 üzeri)	9 (12,2)	11 (14,5)	
Nabız	Düşük (dakikada 60 altı)	4 (5,4)	3 (3,9)	0,211
	Normal (dakikada 60-100)	49 (66,2)	60 (78,9)	
	Taşikardi (dakikada 100 üzeri)	21 (28,4)	13 (17,1)	
		Erkek (n: 74) Ort±ss	Kadın (n: 76) Ort±ss	p
Ateş		36,55±0,74	36,55±0,74	0,952

Cinsiyet ve yaş grupları ile hastalardan istenen konsültasyon bulguları arasındaki farklılıklar benzerdi ($p>0,05$). Konsültasyon istenen hastalardan cerrahi bilimlerdeki oran istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. Konsültasyon istenen hastaların cinsiyet, yaş ve karın ağrısı nedenleri ile konsültasyonların karşılaştırılması (n: 75)

Ölçümler		Genel cerrahi n(%)	Dahiliye n(%)	Diğer konsültasyonlar n(%)	Genel cerrahi ve dahiliye n(%)	p
Cinsiyet	Erkek	20 (47,6)	15 (35,7)	7 (16,7)	0 (0,0)	0,222
	Kadın	10 (30,3)	15 (45,5)	6 (18,2)	2 (6,1)	
Yaş	65-74	19 (46,3)	15 (36,6)	6 (14,6)	1 (2,4)	0,666
	75 yaş ve üzeri	11 (32,4)	15 (44,1)	7 (20,6)	1 (2,9)	
Karın ağrısı nedeni	Dahili	0 (0,0)	30 (69,8)	13 (30,2)	0 (0,0)	0,000*
	Cerrahi	30 (93,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	

5. TARTIŞMA

Karın ağrısı acil servise başvuruların sık görülen sebeplerinden olup, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir.¹⁴³ Bu nedenle mümkün olduğu kadar erken tanı konması ve tedavinin başlanması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda akut karın ağrısının AS'deki hastalarda en sık görülen şikayetlerden biri olduğu bildirilirken, Fagerström ve arkadaşları AS'e karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda en sık karın ağrısı nedeninin NSKA olduğunu bildirmiştir.^{144,145} NSKA, tüm AS ziyaretlerinin % 6-10'unu oluşturmaktadır ve giderek sıklığı artmaktadır. Karın ağrılı bir hastanın acil serviste kalış süresi ortalama 6 saattir ve % 25'i hastaneye yatırılmaktadır.¹⁴⁶ Karın ağrısında altta yatan patolojilerin çok geniş spektrumundan ötürü ayırıcı tanı yapılması zordur. Acil hekiminin zamanında bu hastaları doğru değerlendirmesi hastanın morbidite ve mortalitesini azaltır. Acil serviste bu hastaların değerlendirilmesi hikaye, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik çalışmalar ile konsültasyon gerektirir.¹⁴⁷ Bu aşamalar zaman alıcıdır ve bu sırada hastanın ağrısını da yönetmek önemlidir.¹⁴⁷

Karın ağrısını değerlendirirken; yaş, cinsiyet, altta yatan hastalıklar gibi etkenleri, tanıda önemli olan semptom ve bulguları bilmek karın ağrısının ayırıcı tanısında yol göstericidir. Fizik muayene ve anamnez sonrası acil cerrahi müdahale gerektirmeyen hastalıkların bir kısmı ekarte edildikten sonra ileri tetkikler istenmektedir.¹⁴⁸ Karın ağrısında, fizik muayene kadar ileri görüntüleme ve laboratuvar tetkiklerinin erken tanı ve tedavi açısından oldukça önemli olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{149,150}

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği'nde 65 yaş ve üzeri travmaya bağlı olmayan karın ağrılı hastaların değerlendirildiği bu çalışmada; acil servimize başvuran 65 yaş ve üstü hastalar 65-74 yaş ile 75 yaş ve üzeri şeklinde iki farklı şekilde gruplandırıldı. Gruplama neticesinde 65-74 yaş aralığında 68 hasta, 75 yaş ve üzerinde ise 82 hasta tespit edildi. Acil servimize başvuran hastaların % 50,7'si kadındı. Henden acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran hastalardan kadınların yaş ortalamalarının, erkek hastalara göre yüksek olduğunu raporlamıştır.¹⁵¹ Acil servimize başvuran hastalarımızın yaş ortalaması 77,21 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 75,51 yıl, kadınların ise 78,86 yıl olduğu gözlemlendi. Bu bağlamda acil servisimize başvuran hastalardan kadınların yaş ortalamaları, erkeklerin yaş ortalamalarına göre

istatistiksel açıdan anlamlı yüksek idi. Bu sonuç literatür ile uyumlu olup bizde kadınların nüfustaki oranlarının giderek artmasına ve doğuştan beklenen yaşam sürelerinin uzun olmasına bağlıyoruz. Herhangi bir nedenle acile başvuran 65 yaş üstündeki hastalara baktığımızda ise Satar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması toplamda 72 ± 6.02 yıl olarak bulunmuştur.¹⁵² Dede'nin yapmış olduğu bir çalışmada yaş ortalaması 73.88 yıl saptanmıştır.¹⁵³ Bizim de yapmış olduğumuz çalışmada medyan yaş 77,21 yıl (min:65 max:98) olup literatür ile uyumlu bulunmuştur. Gardner ve ark.'ları karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran geriatrik hastaların % 60'ını kadın hastaların oluşturduğunu bildirmişlerdir.¹⁵⁴ Salameh ve ark. çalışmalarında, AS başvurularında erkeklerin (% 44) kadınlara (% 56) oranla daha az olduğunu raporlamışlardır.¹⁵⁵ Başka yapılan çalışmalarda da karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların çoğunu kadınların oluşturduğu rapor edilmiştir.^{156,157} Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak karın ağrısı ile AS'e başvuran hastalarda kadın oranının fazla olduğu saptandı. Bu durumunda toplumdaki geriatrik kadın oranının daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşündük.

Geriatrik hastalarda karın ağrısına bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal, kabızlık ve sarılık gibi yakınmalar eşlik edebileceği gibi, yaşlanmayla birlikte demansın görülmesine bağlı olarak hastalarda karın ağrısına oral alım azlığı ve genel durum bozukluğu da eşlik edebilmektedir.¹⁵¹ Driscoll ve arkadaşları karın ağrısı şikayeti ile AS'e gelen hastalar üzerine yaptıkları çalışmalarında karın ağrısına en çok % 17.6 bulantı, % 11.2 kusma ve diğer şikayetler % 0.9 oranında olduğu rapor etmiştir.¹⁵⁸ Yapılan farklı çalışmalarda karın ağrısına en sık eşlik eden semptomların bulantı ve kusma olduğu bildirilmiştir.^{4,156} Türker ve arkadaşları erişkin karın ağrılı hastalar üzerine yaptıkları benzer bir çalışmada; bulantı, kusma, kabızlık şikayetlerine ek olarak ateş, ishal, iştahsızlık dizüri eklenirken sadece karın ağrısı olan hastaların oranı % 53,7 olarak saptamışlardır.¹⁵⁹ Çalışmamızda yer alan hastaların AS'e başvuru anında % 42 (63)'sinde bulantı ve kusma, % 22 (33)'sinde iştahsızlık, % 21,3 (32)'ünde de kabızlık mevcut iken, hastaların % 21,3'ünde ek semptomun eşlik etmediği sadece karın ağrısı mevcuttu. Karın ağrısına eşlik eden klinik semptom ve belirtiler literatür taramalarıyla uyumlu bulunmuştur. Staniland ve ark. yaptıkları çalışmada gaz ve gaita çıkaramama yakınmasının cerrahi nedenli tanı grubunda daha yüksek görüldüğünü bildirmişlerdir.¹⁶⁰ Bizim çalışmamızda; hastalarımızdan karın ağrısı nedenleri açısından dahili bilimler

tanısı alan hastalarda bulantı, kusma, ishal ve kabızlık şikayeti istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, cerrahi tanı alan hastalarda gaz ve gaita çıkaramama, iştahsızlık oranının anlamlı yüksek olduğu saptandı. Biz de çalışmamızda Staniland ve ark.'na benzer sonuçlar saptadık. Hastalarımızın yaş grupları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmezken, erkek hastalarda kabızlık, gaz ve gaita çıkaramama oranı istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu.

Akut cerrahi karın ağrısı ile ilişkili bir çalışmada yaşlı hastalarda ve doğurganlık çağındaki kadınlarda hastalığın ciddiyeti ile fizik muayene bulguları arasındaki uyumsuzluk gençlere ve erkeklere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir.¹⁶¹ Yaşlanmayla beraber osteoporoz, artrit gibi hastalıkların görülme sıklığının genç yaşa oranla daha fazla olması sebebiyle yaşlılarda sürekli ağrı kesici kullanımı oldukça yaygındır. Sürekli ağrı kesici kullanılması sebebiyle karın ağrısı ile ilişkili klinik bulgular yaşlılarda daha silik görülebilmektedir.¹⁶² Durukan ve ark. çalışmalarında karın ağrısı bulunan geriatric hastaların gecikmiş olarak hastaneye başvurdıklarını (karın ağrısının başlamasından ortalama $97,1 \pm 160,8$ saat sonra) belirtmişlerdir.⁴ Ayrıca geriatric hastalarda karın ağrısına sebep olan ciddi abdominal patolojik durumlarda bile fizik muayenenin silik olabileceğini, defans ve rijiditenin de görülemeyebileceğini belirtmişlerdir. Hastaneye geç başvurulmasının diğer bir sebebi olarak da fizik muayenedeki bulgularının silik olmasını bildirmişlerdir.⁴ Samsun'da yapılan bir çalışmada hastaların fizik muayenesinde % 79,4 oranında hassasiyet bulunduğunu, % 20,9 oranında defans ve % 10,4 oranında ise rebound görüldüğü bildirildi.¹⁵¹ Bizim çalışmamızda da elde edilen sonuçlar literatür ile uyumluluk göstererek; muayene sırasında hastalarımızın % 90'ında hassasiyet gözlenirken, % 12,6'sında defans, % 6'sında da rebound bulgusuna rastlandı. Muayene bulgularında akut batın muayene bulgusunun az olması hastaların kullandığı ilaçlara, yaş ile olan fizyolojik değişikliklerine ve yandaş hastalıklarına bağlandı. Ayrıca çalışmamızda acil servisimize başvuran hastalardan cerrahi tanı alan hastaların fizik muayene sırasında daha fazla defans ve rebound gösterdikleri saptanırken, 65-74 yaş grubunda olan hastalarımızda ise daha fazla rebound görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bu durum da yaşlı hastalarda, yaş ilerledikçe muayene bulgularının silikleştiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların fizik muayene bulgularının cinsiyet açısından benzerlik göstermesini, hasta örneklem grubumuzun 65 yaş ve üzerinde olmasına bağlamaktayız.

Fagerström ve arkadaşları hastaların yaşları ilerledikçe yaşanan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak, hastaların infeksiyonlara yatkınlığının arttığını fakat vücut sıcaklığındaki artışın gençlere göre daha geç ortaya çıktığını belirtmişlerdir.¹⁴⁵ Ayrıca geriatric hastalardaki ateşin derecesinin gençlere kıyasla daha düşük düzeyde seyrettiği de rapor edilmiştir.¹⁶² Ondokuz Mayıs Üniversitesi tıp fakültesi acil servisinde yürütülen çalışmada hastaların vücut sıcaklıklarının ortalama $36,6 \pm 0,6^{\circ}\text{C}$ olduğunu gözlenmiştir.¹⁵¹ Bizim çalışmamızda literatürle uyumluluk göstererek hastalarımızın ateş ortalamaları $36,55 \pm 0,74^{\circ}\text{C}$ bulunmuştur. Kostak Mert ise karın ağrısı yakınması ile acil servise başvuran hastalardan 65 yaş ve üzeri grupta yaşamsal bulguların diğer gruba (45-65 yaş) göre daha çok değiştiğini bildirmiştir.⁷ Bizim çalışmamızda da acil servimize başvuran hastalarımızdan 65-74 yaş arasında olanların ateş bulguları 75 yaş ve üzeri hastalara oranla istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Bu durumu yaşlı hastalarda yaşı giderek artmasıyla infeksiyona yanıt olarak ateşin daha az görüldüğünü düşünmekteyiz.

Henden ve ark. yaptıkları çalışmada hastaların yaş gruplarına göre cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanılarla vital bulgular arasındaki korelasyon incelendiğinde 65 yaş ve üzeri hasta grubunda ateş veya nabız yüksekliğinin olması cerrahi nedenli olmayan tanılarda, cerrahi nedenli tanılara göre daha fazla görüldüğünü bildirmiştir.¹⁵¹ Abbas ve arkadaşlarının 286 karın ağrılı hasta üzerine gerçekleştirdikleri çalışmalarında yüksek ateş ve taşikardinin görülme oranının özellikle cerrahi nedenli tanılar alan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir.¹⁵⁷ Bizim çalışmamızda Henden ve ark.'nın yaptığı çalışma ile paralellik göstererek, 65-75 yaş aralığında olanlar ve dahili bilimlerde olanların sistolik basınç, diyastolik basınç ve nabız bulguları yüksek olmasına karşın, istatistiksel açıdan anlamlı olmaması hasta örneklem sayımızın azlığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

BT, tanısal doğruluk oranının yüksek olması sebebiyle karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır.¹⁵⁵ Fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarına göre belirlenen BT çekim teknikleri (oral-iv kontrast madde kullanımı, dinamik BT), BT'nin tanısal etkinliğini belirgin derecede artırmaktadır.¹⁵⁹ Yenioçak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada USG'yi (% 71,1) BT'den (% 22,3) daha fazla

kullandıklarını raporlamışlardır.¹⁶³ Acil serviste karın ağrısının değerlendirilme maliyetinin yapıldığı bir çalışmada karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların % 20,1'ine USG, % 1,8'ine BT çekildiği saptanmıştır.¹⁶⁴ Bizim çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların 114'üne (% 76) EKG, 107'sine (% 71,3) Direkt grafi, 47'sine (% 31,3) USG, 22'sine (% 14,6) ise BT istenmesi literatür ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Çekilen EKG'lerin % 37,7'sinde anormal EKG bulguları gözlemlendi. Bu oran göz önünde bulundurulacak olursa, AS'e başvuran 65 yaş ve üzeri karın ağrısı olan hastalardan mutlaka EKG çekilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca direkt grafi görüntülemesi hastalarımızdan 65-74 yaş arasında olanlarda istatistiksel açıdan daha yüksek bulundu.

Son yıllarda beklenen yaşam süresindeki uzama ile beraber kronik hastalıklar da sık görülmektedir ve geriatrik hastaların günlük yaşantısında kronik hastalıklar önemli bir problem haline gelmektedir.² Loloğlu ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada geriatrik hastalarda % 40,8 oranında HT, % 26,6 oranında KAH ve % 22,4 oranında ise DM'nin görüldüğü bildirilmiştir.² Uludağ üniversitesi tıp fakültesi acil servis kliniğinde gerçekleştirilen çalışmada hastalardan 65 yaş ve üzeri grupta en sık görülen ek hastalık varlığının HT olduğu gözlemlenmiştir.⁷ Henden ve ark. yaptıkları çalışmada AS'e başvuran hastaların % 77,4'ünde kronik bir hastalığın bulunduğunu ve bu kronik hastalığı bulunan geriatrik hastaların da % 47,2'sinde HT, % 25,7'sinde DM ve % 24'ünde ise malign bir hastalığın mevcut olduğunu rapor ettiler.¹⁵¹ 60 yaş ve üstü hastalar üzerine yürütülen bir çalışmada HT'nin en sık görülen ek hastalık varlığı olduğu saptandı.¹⁶⁵ Bizim çalışmamızda literatür ile uyumluluk göstererek; hastalarımızın 89'unda (% 59,3) HT, 58'inde (% 38,6) KAH, 44'ünde (% 29,3) DM, 31'inde (% 20,6) ise malignite bulguları tespit edildi. Hasta grubumuzun yaş grupları açısından ek hastalık öykü varlıkları gruplarda istatistiksel olarak benzerlik gösterdiği saptandı. Çalışmamızdaki kadın hastalarda HT oranının yüksek, erkeklerde hastalarda ise astım-KOAH ve malignite bulguları istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulundu. Hastalarımıza konulan tanı açısından ek hastalık öykülerinden elde edilen sonuçların istatistiksel açıdan benzerlik gösterdiği tespit edildi. Türkiye genelinde 15 ve daha yukarı yaştaki bireylerin % 31,3'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı % 47,9 iken, kadınlarda % 15,2'dir.¹⁶⁶ Biz de çalışmamızdaki erkek hastalarda

KOAH'ın daha sık görülmesini Türkiye'deki erkeklerin daha fazla sigara içiyor olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran yaşlı hastalar üzerine yapılan bir çalışmada hastaların karın ağrısı şikayetlerinin çoğunluğunun safra kesesinden kaynaklandığı bildirilmiştir.¹⁶⁷ Yapılan çalışmalarda safra kesesi ve yollarına ait hastalıkların sıklıkla yaşlılarda gözlendiği, bunun sebebi olarak da hastaların yaşı ilerledikçe kolesistokinine safra kesesi kontraksiyon cevabının azalması, safranin kolesterol ve fosfolipid içeriğindeki artışın safra taşı oluşumunda artışa neden olmasından kaynaklandığı belirtilmiştir.^{94,95,168} Henden ve ark. 336 hasta ile yaptıkları çalışmada en sık görülen tanılar; safra yolu hastalıkları % 19,6, NSKA % 11,9, malignite % 9,8, ileus % 8 oranında olarak raporlamışlardır.¹⁵¹ Kostak Mert'te 65 yaş ve üzerinde karın ağrısı şikayeti ile gelen hastaların en sık safra kesesinden dolayı acil servislere başvurdıklarını belirtmiştir.⁷ Bizim çalışmamızda literatür ile uyumluluk göstererek karın ağrısı şikayeti ile AS'e gelen hastalarımızdan % 14,7'sinde safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar gözlenirken, sırasıyla % 12,7'sinde NSKA, % 11,4'ünde İYE, % 9,3'ünde ileus, % 8,6'sında AGE, % 6,7'sinde de pankreatit tanısı saptanmıştır. Safra kesesi ve yolları ile ilişkili hastalıkların ve pankreatitin hastanemizde sık görülme nedenlerinin arasında üçüncü basamak ve ERCP yapılabilen bir hastane olmamız olduğunu düşündük. Ayrıca yaşlılarda barsak tıkanıklığının genç hastalara oranla üç kat daha fazla görüldüğü de Telfer ve ark. tarafından bildirilmiştir.¹⁰⁰ Bizim çalışmamızda da ileus ile yatış oranları benzer şekilde sık saptanmıştır.

Yaş ilerledikçe bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu enfeksiyon hastalıklarının yaşlılarda daha sık görüldüğü raporlanmıştır.⁴ Saçar ve ark. yaptıkları çalışmada geriatric hastalardaki enfeksiyonları değerlendirmişler ve en sık İYE bulunduğunu, bunu gastroenteritin izlediğini tespit etmişlerdir.¹⁶⁹ Henden ve ark. yaptıkları çalışmada akut gastroenteritin en fazla görülen enfeksiyon olduğunu ve bunu İYE'nin takip ettiğini belirtmişlerdir.¹⁵¹ Biz de yapmış olduğumuz çalışmada AS'e başvuran hastalarda enfeksiyon hastalıklarından en sık idrar yolu enfeksiyonunu ikinci sıklıkta ise gastroenteriti gözlemledik ve bu durumun Saçar ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmayla uyumlu olduğunu saptadık.

Akut apandisit yaşlılarda gençlere oranla daha az görülmektedir. Yapılan farklı çalışmalarda tüm akut apandisit vakalarının ancak % 5-10'unun yaşlılarda görüldüğü

bildirilmiştir.^{5,170,171} Henden ve ark. yapmış oldukları 65 yaş ve üzeri hastalardaki çalışmalarında akut apandisit % 1,8 oranında görüldüğünü raporlamışlardır.¹⁵¹ Mert ve ark. yaptıkları çalışmalarında; 1607 hastadan 615 hastanın 65 yaş ve üzerinde olduğu ve bu hasta grubunda 5 (% 0,8) hastanın akut apandisit tanısı aldığını raporlamışlardır. Bizim çalışmamız da literatür ile uyumlu bulunarak hastaların % 0,7'sinde akut apandisit tanısı koyulmuştur. Bu durumun yaş ilerledikçe akut apandisit görülme sıklığının giderek azalmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

AAA elli yaşın altındaki erkek hastalarda sadece % 2-4 prevelansa sahip iken bu oran elli yaş ve üzerinde % 5-10'a yükselmektedir.¹⁷² Karın ağrısı bulunan geriatrik yaş grubu hastalarda en önemli katastrofik nedenlerin AAA rüptürü ve aort diseksiyonu olduğu Ersel M. tarafından belirtilmiştir.¹⁶² Ender görülmesine rağmen oldukça ölümcül seyreden bir diğer katastrofik sebep de mezenter iskemisi dir.¹¹⁰ AS'lerde tomografinin yaygın kullanımından sonra erken tanı almasına rağmen halen mezenter iskemisinin mortalite oranı % 60-90 arasında değişmektedir.^{111,112} Samsun'da yapılan bir çalışmada geriatrik hastalarda AAA görülme oranının % 0,3, mezenter iskemi görülme oranının ise % 0,9 olduğunu raporlanmıştır.¹⁵¹ Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak AAA % 1,4 oranında aort diseksiyonu % 2 oranında mezenter iskemi % 0,7 oranında görülmüştür. Acilde ex olan tek erkek vakamızda AAA ve abdominal aort diseksiyonu birlikte bulunmaktaydı. Bu nedenle yaşlı hastaların, klinik şüphe varlığında mortal seyretmesinden dolayı bu hastalık grupları açısından özellikle değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Akut koroner sendromu olan hastalar, özellikle inferior miyokard enfarktüsü olan hastalar sadece epigastrik ağrı, bulantı ve kusma ile AS'e başvurabilirler. Geriatrik yaş grubundaki epigastrik ağrı ile başvuran tüm hastalara mutlaka EKG çekilmesi ve miyokard enfarktüsü açısından değerlendirilmesi gereklidir.¹⁶² Bizim kliniğimizde karın ağrısı ile AS'e başvuran yaşlı hastaların % 76'sında EKG çekilirken, % 3,3'ünde akut koroner sendrom tespit edilmiştir. Bu yüzden karın ağrısı ile AS'e başvuran bütün yaşlı hastalardan EKG çekilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca akut koroner sendrom açısından yüksek riskli hasta gruplarının daha ayrıntılı incelenmesi ve acilde yeterli süre takip edilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

AS'e karın ağrısı şikayeti ile başvuran yaşlı hastalarda klinik bulguların net olarak elde edilememesinden dolayı ek konsültasyon eşiğinin düşük tutulması gerektiği

bildirilmiştir.⁹ Kostak Mert çalışmasında yapılan 729 konsültasyon isteminin % 57'sinin 65 yaş ve üzeri hasta grubu için yapıldığını belirtmiştir.⁷ Henden ve ark. yaptıkları çalışmalarında hastaların % 75,9'undan konsültasyon istendiğini saptamışlardır.¹⁵¹ Bizim çalışmamızda literatür ile uyumluluk göstererek konsültasyon isteme oranının % 50 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca hasta gruplarımızda 65-74 yaş arası hastalarda genel cerrahiden konsültasyon isteme oranı istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur. Yaşlı hastalarda klinik bulguların silik seyretmesi ve hastaların yandaş hastalıklarının çokluğu ve kendini ifade etmekte güçlük çekmelerinden dolayı hastaları değerlendirmekte zorluklar yaşanmaktadır bu yüzden de yaşlı hastalarda konsültasyon eşliğinin düşük tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Pappas ve arkadaşları; Yunanistan'da gerçekleştirdikleri çalışmada 65 yaş altındaki hasta grubunda en sık yatış yapılan servisin cerrahi bilimler olduğunu ve yatış oranının bu yaş grubunda % 22 olduğunu, 65 yaş ve üzerindeki hasta grubunda ise en sık yatış yapılan servisin dahili bilimler olduğunu ve yatış oranının bu yaş grubunda % 43 olduğunu raporlamışlardır.¹⁷³ Henden ve ark. yaptıkları çalışmada AS'e başvuran hastaların % 41,7'sinin AS'te takip sonrası taburcu edildiğini, % 48,8'nin bir servise yatırıldığını ve en fazla yatış yapılan bölümlerin sırasıyla gastroenteroloji servisi (% 24,2) ve genel cerrahi (% 17,6) servisi olduğunu belirtmişlerdir.¹⁵¹ Mert ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında 615 yaşlı hastanın % 44,5'inin hastaneye yatırıldığı tespit edilmiş olup, geriatrik hastaların orta yaş grubundakilere (45-64 yaş) oranla servislere daha fazla yatırıldığını bildirmiş ve her iki yaş grubunda da en fazla yatış yapılan birimin genel cerrahi olduğunu raporlamışlardır.⁷ Çalışmamızda hastalardan % 54,6'sının acilde takip sonrası taburcu edildiği, % 36'sının hastanemiz yoğun bakım veya servislerine yatırıldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda Mert ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile benzerlik göstererek cerrahi bilimlere daha fazla hastanın yatırıldığı tespit edilmiştir. Konulan tanıya göre ise dahili nedenle acil servisimize başvuran hastaların 75 yaş ve üzerinde olması istatistiksel açıdan anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca cerrahi bilimlere yatışı uygun hastalarda erkek hastalar çoğunluğu oluştururken, dahili bilimlerde kadın hastaların oranı daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yatışı uygun görülen hastalardan en sık yatış yapılanlar; 27 hasta (% 18) ile genel cerrahi yoğun bakım, 12 hasta (% 8) ile gastroenteroloji servisidir. Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğunu düşünmekteyiz fakat yatış

oranlarının literatürden düşük saptanmasının sebebi olarak hastanemiz dahili bölümlerinde boş yatak bulunmamasından dolayı yatış eşiğinin konsültan hekimler tarafından yüksek tutulmasına bağlamaktayız.

Acil serviste travma dışı karın ağrısı üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların % 33'nün medikal tedavi ile rahatladığı ve sonrasında hastaneden taburcu olduklarını, % 18,4'nün ilk değerlendirme sonrasında polikliniğe gelmek üzere taburcu olduklarını, % 18,7'nin genel cerrahi servisine yattığını, % 9,4'nün ise dahiliye servisine yattığını, % 5,6'nın reçete verilerek taburcu olduğunu, % 4,5'nin AS'teki gözlemi sonrasında taburcu olduğunu, % 1,9'nun uygulanan tedaviyi reddederek hastaneden çıktıklarını ve % 0,4'nün ise öldüğü bildirilmiştir.¹⁵⁹ Acil servise başvuran hastaların yoğun bakıma yatışlarının değerlendirildiği bir çalışmada hastaların yoğun bakıma yatışı uygun görülme sıklıkları genel cerrahi yoğun bakımda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.¹⁷⁴ Henden ve ark. 336 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların % 1,7'sinin yoğun bakıma yatırıldığını saptamışlardır.¹⁵¹ Mert ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada 12 hastanın yoğun bakım ihtiyacı olduğu, bu hastalardan bir tanesinin 65 yaş altı grupta, 11 tanesinin 65 yaş ve üzeri hasta grubunda olduğu gözlemlenmiştir. Bu 11 hastanın tamamının dış merkez yoğun bakımlara sevk edildiği belirtilmiştir. Altmış beş yaş ve üzeri hasta grubunun yoğun bakım ihtiyacının daha fazla olduğu vurgulanmıştır.⁷ Çalışmamızda karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvuran geriatric hastaların yoğun bakıma yatış sıklığı, cerrahi hastalarımızda istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hastalarımızın taburculuk oranı dahili nedenle gelen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza alınan geriatric hastalardan 41 (% 27,3) hastanın yoğun bakım ihtiyacı mevcut olup, bunlardan 27'si genel cerrahi yoğun bakım, üçü dahiliye yoğun bakım, üçü koroner yoğun bakım, biri kalp damar cerrahi yoğun bakım ünitesini yatırılmış olup, yedi tanesi dış merkez yoğun bakımlara sevk edilmiştir. Sevk edilen yedi hasta da dahili nedenle olup 6 tanesi 75 yaş ve üzeri gruptadır. Yoğun bakım yatış oranlarımızın literatürden yüksek saptanmasını; hastanemizin son basamak hastane olmasına ve hastalarımızın karın ağrısına eşlik eden çoklu yandaş hastalıklarının bulunmasına bağlamaktayız. Ağırlıklı dahili yoğun bakım hasta sevkini de, dahiliye yoğun bakım ünitemizde yeterli yatak bulunmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca acil servisimize başvuran hastalardan 65-74 yaş arasında olanların yoğun bakıma yatma oranları istatistiksel açıdan anlamlı yüksek

bulunurken, hastalarımızın taburculuk oranı ise 75 yaş ve üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durumun da kliniğimize gelen cerrahi nedenli olan vakaların 65-74 yaş aralığında daha fazla saptanmış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise gelen hastalar üzerine yapılan çalışmalarda acil cerrahi girişime bağlı mortalite ve komplikasyon oranının elektif cerrahi girişim yapılanlara göre daha yüksek olduğu ve acil cerrahi uygulananlarda mortalite oranının % 11-37 arasında değiştiği bildirilmektedir.^{151,157,175} Henden yaptığı çalışmada mortalite oranını dahili nedenlere bağlı karın ağrısı olanlarda % 9,7 ve cerrahi karın ağrısı olanlarda ise % 20,5 olarak bulmuştur.¹⁵¹ Çalışmamızda karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvuran geriatric hastaların yoğun bakıma yatış sıklığı, cerrahi hastalarımızda istatistiksel açıdan anlamlı yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca hastalarımızın taburculuk oranı dahili nedenle gelen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu durumda cerrahi nedenli karın ağrısı olan hastaların mortalitesinin yüksek olmasına bağlanmış olup literatür ile paralellik göstermektedir.

Acil servisler, hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine en kısa sürede ulaşılmasını sağlayan yerlerdir. Chan ve ark. çalışmalarında AS'deki aşırı hasta yoğunluğundan dolayı AS'e gelen hastaların % 1,4-2,9'nun uzun bekleme süresi sebebiyle acil hekimi tarafından değerlendirilmeden AS'den ayrıldığını, hatta bu oranın % 15'e kadar ulaşabildiğini rapor etmişlerdir.¹⁷⁶ Serinken ve ark. AS'den tedaviyi reddederek ayrılanların oranının % 1 olduğunu ve bunların geliş şikayetlerinin azalan sıklıkta sırasıyla zehirlenme, karın ağrısı ve göğüs ağrısı olduğunu raporlamışlardır.¹⁷⁷ Henden ve ark. yaptıkları çalışmalarında karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların % 68'nin AS'de 6 saatten fazla beklediğini ve % 7,1'nin ise uygulanan tedaviyi reddederek AS'ten ayrıldığını saptamışlardır.¹⁵¹ Biz de yaptığımız çalışmada literatür ile uyumlu olarak AS'e gelen hastaların % 1,3'ünün tedaviyi reddettiğini, % 1,3'ünün de hastaneyi izinsiz terk ettiğini saptadık.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

1. Çalışmamıza 65 yaş ve üzeri 150 hasta dahil edildi. Hastaların 76'sı kadın (% 50,7), 74'ü erkek (% 49,3) idi. Hastaların yaş ortalaması 77,21 yıl olup, erkeklerin yaş ortalaması 75,51 yıl, kadınların ise 78,86 yıldır.
2. Karın ağrısına % 42,0 ile en sık bulantı ve kusma eşlik etmektedir. İştahsızlık, gaz ve gaita çıkaramama cerrahi tanı alan hastalarda daha fazla görülmektedir.
3. Karın ağrısının akut batın muayene bulguları çalışmamızda % 12,6 defans, % 6 rebound şeklinde saptanmıştır. Geriatrik hastalarda akut batın muayene bulguları az görülmektedir.
4. 65-74 yaş grubunda yer alan hastaların rebound oranları, 75 yaş ve üzeri olan hastaların oranından yüksek bulunmuştur. Bundan dolayı yaşlı hastalarda yaş ilerledikçe muayene bulgularının silikleştiğini söyleyebiliriz.
5. Çalışmamızda hastaların % 50'sinden konsültasyon istendiği saptanmıştır. Geriatrik hastalarda konsültasyon eşiği düşük tutulmalıdır.
6. Hastalardan 65-74 yaş grubunda olanların ateş bulguları, 75 yaş ve üzerinde olanların oranından yüksek saptanmıştır. Yaşlı hastalarda yaştan giderek artmasıyla enfeksiyona yanıt olarak ateş daha az görülmektedir.
7. Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri karın ağrısı olan hastaların 114'ünden EKG çekilmiş olup, anormal EKG oranı % 37,7 saptanmıştır. Bu nedenle AS'e karın ağrısı ile başvuran geriatrik hastalardan EKG çekilmesi gerekmektedir.
8. Çalışmamızdaki hastalardan görüntüleme yöntemi olarak % 71,3 ile en sık direkt grafi istendiği, % 31,3 ile USG, % 14,6 ile BT istendiği saptanmıştır.
9. Karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların % 94,0'ünde en az bir kronik hastalık görülmektedir. En sık görülen kronik hastalık % 59,3 ile hipertansiyondur.
10. Acil servisimize başvuran hastalarda; hipertansiyon kadınlarda daha sık gözlenirken, astım, KOAH ve malignite erkek hastalarda daha sık gözlenmiştir.

11. Acil servisimize başvuran geriatric hastalarda karın ağrısının en sık sebebi, % 14,7 ile safra kesesi ve yollarına ait hastalıklardır.
12. İleus çalışmamızda % 9,4 oranında saptanmış olup, geriatric hastalarda ileusun sık görüldüğü akılda tutulmalıdır.
13. Çalışmamızdaki geriatric hastalarda; enfeksiyon hastalıklarından en sık görülenler, sıklık sırasına göre % 11,4 ile idrar yolu enfeksiyonu ve % 8,7 ile akut gastroenterittir.
14. Çalışmamızda sadece bir hastaya apandisit tanısı koyulmuştur. Yaşın ilerlemesiyle birlikte, akut apandisit görülme sıklığının azaldığını söyleyebiliriz.
15. Karın ağrısı yakınması ile AS'imize başvuran geriatric hastaların çoğunluğu cerrahi bilimlere yatırılmış olup, en sık yatış yapılan birimler sırasıyla genel cerrahi yoğun bakım ve gastroenteroloji servisidir.
16. Karın ağrısı ile AS'e başvuran geriatric hastalardan 41'inin (% 27,3) yoğun bakım ihtiyacı mevcut idi. Geriatric hastaların yoğun bakım ihtiyaçları ve yatış oranları yüksektir.
17. Yaşlı hastalarda klinik semptomlar silik ve atipik prezentasyonlar sık olduğundan karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırt edebilmek için hekimlerin, yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri bilmesi gerektiğini ve yaşlı hastaları daha dikkatli değerlendirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. **de Dombal FT.** Acute abdominal pain in the elderly. *Journal of clinical gastroenterology*. **1994**; 19(4):331-5.
2. **Loğoğlu A, Ayrik C, Köse A, Bozkurt S, Demir F, Narcı H, et al.** Acil Servise Başvuran Travma Dışı Geriatrik Olguların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi. **2013**; 13(4).
3. **Strange GR, Chen EH, Sanders AB.** Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base. **1992**; 21(7):819-24.
4. **Durukan P, Çevik Y, Yıldız MJ.** Acil servise karın ağrısıyla başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. **2005**; 8(3):111-4.
5. **Ünsal A, Çevik A, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OJ.** Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. **2003**; 6(3):83-8.
6. **Bölükbaşı S.** Kemik ve Yaşlanma. **2008**; 28(6):130-3.
7. **Mert DK, Durak VA, Özdemir F, Armağan E.** Acil Servise Karın Ağrısı Şikayeti ile Başvuran 45-64 Yaş ile 65 Yaş ve Üzeri Hastaların Karşılaştırılması ve Tanılarının Fizyolojik Değişikliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *JUÜTFD*, **2014**; 43(1):7-12.
8. **Fagbohun CF, Toy EC, Baker I.** The evaluation of acute abdominal pain in the elderly patient. *BJPCUJOG*, **1999**; 6(6):181-5.
9. **McNamara R.** Abdominal pain in the elderly In: Tintinalli JE, GD K, JS S, editors. Emergency medicine; A comprehensive study guide5. ed. NY USA,: McGraw-Hill, **2000**:515-9.
10. **Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ.** Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *JTGD*, **2004**; 7(2):105-10.
11. **Koc F, Kekeç Z.** Acil servise başvuran geriatri olgular› n› n nörolojik yönden irdelenmesi. *JTJoG*, **2011**; 14:117-21.
12. **Arulat T.** Kongre Kitabı. Aile hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. *JAGKA*, **2009**:17-22.
13. **Beğner T, Yavuzer HJ.** Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. **2012**; 25(3):1-3.
14. **Gökçe Kutsal YJ.** Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. **2007**:5-11.

15. **Bostan H, Doğan Ö.** Türkiye'nin demografik dönüşümü ve nüfus projeksiyonlarına göre fırsatlar. *SJDCD*, **2019**; 24(41):61-90.
16. **Sanson TG, O'Keefe KP.** Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am.* **1996**; 14(3):615-27.
17. **Ferrell BA.** Acute and chronic pain. In: HJ. CCLRC, DE LEM, editors. *Geriatric Medicine An evidence-Based Approach*. 4. ed: Springer, **2003**:323-42.
18. **Seçkin Ü, Bodur H, Gökçe-Kutsal Y.** Yaşlılarda ilaç tüketimi. *JTGD*, **1998**; 1(1):36-8.
19. **Cooper GS, Shlaes DM, Salata R.** Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *AJCID*, **1994**; 19(1):146-8.
20. **Ragsdale L, Southerland LJ.** Acute abdominal pain in the older adult. *EmcoNA*, **2011**; 29(2):429-48.
21. **Loeser JD, Melzack R.** Pain: an overview. *JTI*. **1999**; 353(9164):1607-9.
22. Arıncı K, Elhan A. *Anatomi 1 Ve 2 Cilt* 3. ed. Ankara, **2001**.
23. **Graff IV LG, Robinson DJ.** Abdominal pain and emergency department evaluation. *EmcoNA*, **2001**; 19(1):123-36.
24. **Gallenger E.** Gastrointestinal emergency: Acute abdominal pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, JS S, editors. *Emergency medicine; A comprehensive study guide*. 5. ed. NY USA: McGraw-Hill; **2000**:356-66.
25. **Özkan K.** Akut karın,. In: Özkan K, Özen N, Malazgirt Z, editors. *Genel Cerrahi Ders Notları* 1. ed. Ankara, Hacettepe, **1996**:205-14.
26. **Laméris W, van Randen A, Dijkgraaf MG, Bossuyt PM, Stoker J, Boermeester MAJ** Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. *Bem.* **2007**; 7(1):9.
27. **Trott AT, RHL.** Acute abdominal pain. In: P R, Barkin R, DF D, editors. *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 4. ed. **1998**:1888-903.
28. **Younis M.** Evaluation of acute abdominal pain In: Thomas A, GR S, editors. *Principles and practice of emergency medicine*. 4. ed. Philadelphia/USA: Williams and Wilkins; **1999**:465-87.
29. **Huether SE.** Pain, temperature regulation, sleep, and sensory function In: McCance KL, SE H, editors. *Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children*. Mosby, St Louis **2002**:401-37.

30. **Doherty GM, JH B.** The acute abdomen. In: Way L, GM D, editors. Current Surgical Diagnosis and Treatment New York,: Lange Medical Books/Mc Graw-Hill **2003**:503-16.
31. **Guyton A, Hall J.** Mechanisms of Disease teWS, Philadelphia. Pain, headache, and thermal sensations. *JHP*, **1996**; 392-9.
32. **Erdine S.** Ağrı mekanizmaları. In: S E, editor. Ağrı. 1. ed. İstanbul; Alemdar Ofset; **2000**:20.
33. **Golstein PE, Askenasi R.** Abdominal pain. In: M C, editor. Gastroenterology and Hepatology London,: Mc Graw-Hill **1999**:35-47.
34. **Glasgow RE.** Acute abdominal pain. In: Feldman M, Friedman L, Sleisdenger, editors. Gastrointestinal and liver disease. Philadelphia, Saunders, **2007**:90-8.
35. **Emet M, Eroğlu M, Aslan Ş, Öztürk GJE.** Approach to patient with abdominal pain. **2007**;39:136-41.
36. **Ertekin C, Güloğlu R.** Akut Karın Hastasına Yaklaşım. In: Ertekin, C GR, K T, editors. Acil Cerrahi. 1. ed: Nobel Tıp Kitabevi; **2009**:257-77.
37. **Tintinalli EJ.** In: J. Stephan Stapczynski, David M. Cline, O. John Ma, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A comprehensive Study Guide7. ed. Mc Graw Hill: Nobel kitabevi; **2013**.
38. **Adelman A.** Abdominal pain in the primary care setting. *The Journal of family practice*. **1987**; 25(1):27-32.
39. **Fenyo G.** Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am J Surg*. **1982**; 143(6):751-4.
40. **Bouterie R.** The acute abdomen. In: Warner C, editor. Emergency care assesment and intervention. 2. ed. Mosby, **1978**:431-4.
41. **Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus LM.** Critical operative management of small bowel obstruction. *JAos*, **1978**; 187(2):189.
42. **Gomez J, Dally PJ.** Psychologically mediated abdominal pain in surgical and medical outpatients clinics. *BMJ*, **1977**; 1(6074):1451-3.
43. **McCaig LF, Burt CW.** National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data*. **2004**; 340:1-34.
44. **Gürkan E.** Acil serviste karın ağrılı hastaya yaklaşım. In: Z K, editor. Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı ve Tedavi Uygulama Kitabı. 2. ed. Adana Nobel Kitabevi, **2011**:229-50.

45. **Miller SK, Alpert PT.** Assessment and differential diagnosis of abdominal pain. *JTNP*, **2006**; 31(7):38-47.
46. **Batman F.** Karın Ağrısına Yaklaşım. In: Ü ÜY, editor. Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; **2003**:555-7.
47. **Dombal FD.** Akut Karın Ağrısının Tanısı. İzmir/Türkiye: Bilgehan Basımevi; **1985**.
48. **Graff L, Radford MJ, Werne C.** Probability of appendicitis before and after observation. *Annals of emergency medicine*. **1991**; 20(5):503-7.
49. **Cope JR, Abrams PH.** Chest disease presenting as an acute abdomen. *The American surgeon*. **1979**; 45(6):364-5.
50. **Menteş A.** Akut Karın. In: İ S, editor. Temel Cerrahi. 2. ed. Ankara: Güneş Kitabevi; **1998**:273-82.
51. **Aribal D.** Akut Karın, Ankara Üniv. Genel Cerrahi Ders Notları Ankara, **1998**:460-72.
52. **Martin RF, Rossi RL.** The acute abdomen. An overview and algorithms. *The Surgical clinics of North America*. **1997**; 77(6):1227-43.
53. **Duphy J.** Acute Abdomen,. In: Way L, editor. Current Surgical Diagnosis and Treatment. 6. ed. Lange, California, **1983**:412-43.
54. **Nakhgevany KB.** Colonoscopic decompression of the colon in patients with Ogilvie's syndrome. *JTAJOS*. **1984**; 148(3):317-20.
55. **Yılmazlar T, Işık Ö, Öztürk E, Özer A, Gülcü B, Ercan İ.** Fournier's gangrene: review of 120 patients and predictors of mortality. *JUTACD*, **2014**; 20(5):333-7.
56. **Zeynep E.** Nontravmatik karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastalardan nötrofil/lenfosit oranının prognoza olan ilişkisinin değerlendirilmesi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; **2017**.
57. **Flasar MH, Goldberg E.** Acute abdominal pain. *The Medical clinics of North America*. **2006**; 90(3):481-503.
58. **Babaknia A, Parsa H, Woodruff JD.** Appendicitis during pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. **1977**; 50(1):40-4.
59. **Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD.** Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *JEmcoNA*, **2003**; 21(1):61-72.

60. **Gans SL, Atema JJ, Stoker J, Toorenvliet BR, Laurell H, Boermeester MA.** C-reactive protein and white blood cell count as triage test between urgent and nonurgent conditions in 2961 patients with acute abdominal pain. *Medicine*. **2015**; 94(9):569.
61. **Ballou SP, Kushner I.** C-reactive protein and the acute phase response. *Advances in internal medicine*. **1992**; 37:313-36.
62. **Andersson RE.** Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *The British journal of surgery*. **2004**; 91(1):28-37.
63. **Ridker PM, Cushman M, Stampfer MJ, Tracy RP, Hennekens CH.** Inflammation, aspirin, and the risk of cardiovascular disease in apparently healthy men. *JNEjom*. **1997**; 336(14):973-9.
64. **Yu CW, Juan LI, Wu MH, Shen CJ, Wu JY, Lee CC.** Systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of procalcitonin, C-reactive protein and white blood cell count for suspected acute appendicitis. *JBJS*. **2013**; 100(3):322-9.
65. **Spangler R, Van Pham T, Khoujah D, Martinez JP.** Abdominal emergencies in the geriatric patient. *International Journal of Emergency Medicine*. **2014**; 7:43.
66. **Demir IE, Ceyhan GO, Friess H.** Beyond lactate: is there a role for serum lactate measurement in diagnosing acute mesenteric ischemia? *JDs*. **2012**; 29(3):226-35.
67. **Smotkin J, Tenner SJ.** Laboratory diagnostic tests in acute pancreatitis. *Jocg*. **2002**; 34(4):459-62.
68. **Frank B, Gottlieb KJ.** Amylase normal, lipase elevated: is it pancreatitis?: a case series and review of the literature. *TAjog*. **1999**; 94(2):463-9.
69. **Tenner S, Dubner H, Steinberg WJ.** Predicting Gallstone Pancreatitis with Laboratory Parameters: A Meta--analysis. *AJoG*. **1994**; 89(10).
70. **Akdoğan A, Aras D.** Akut karın tabloları. In: A C, editor. Genel Cerrahi2. ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; **1998**:273-82.
71. **Billittier AJ, Abrams BJ, Brunetto A.** Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints. *JEMC*. **1996**; 14(4):789-850.
72. **Joshua B.** Diagnostic Imaging for the Emergency Physician. Philadelphia: Elsevier Health Sciences, **2011**.
73. **Taylor MR, Lalani N.** Adult small bowel obstruction. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. **2013**; 20(6):528-44.

74. **Orr RK, Porter D, Hartman D.** Ultrasonography to evaluate adults for appendicitis: decision making based on meta-analysis and probabilistic reasoning. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. **1995**; 2(7):644-50.
75. **Rubano E, Mehta N, Caputo W, Paladino L, Sinert R.** Systematic review: emergency department bedside ultrasonography for diagnosing suspected abdominal aortic aneurysm. *JAEM*. **2013**; 20(2):128-38.
76. **Bektas F, Eken C, Soyuncu S, Kusoglu L, Cete Y.** Contribution of goal-directed ultrasonography to clinical decision-making for emergency physicians. *JEMJ*. **2009**; 26(3):169-72.
77. **Albayram F, Hamper UMJ.** Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation. *Jouim*. **2001**; 20(10):1083-9.
78. **Nizar K, Deutsch M, Filmer S, Weizman B, Beloosesky R, Weiner ZJ.** Doppler studies of the ovarian venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion. *JoCU*. **2009**; 37(8):436-9.
79. **Balthazar EJ, Birnbaum BA, Yee J, Megibow AJ, Roshkow J, Gray CJR.** Acute appendicitis: CT and US correlation in 100 patients. **1994**; 190(1):31-5.
80. **Oliva IB, Davarpanah AH, Rybicki FJ, Desjardins B, Flamm SD, Francois CJ, et al.** ACR Appropriateness Criteria® imaging of mesenteric ischemia. **2013**; 38(4):714-9.
81. **Malone Jr A, Wolf C, Malmed A, Melliore BJA.** Diagnosis of acute appendicitis: value of unenhanced CT. *Ajor*. **1993**; 160(4):763-6.
82. **Levenson RB, Camacho MA, Horn E, Saghir A, McGillicuddy D, Sanchez LD.** Eliminating routine oral contrast use for CT in the emergency department: impact on patient throughput and diagnosis. *JEer*. **2012**; 19(6):513-7.
83. **Razavi SA, Johnson J-O, Kassin MT, Applegate K.** The impact of introducing a no oral contrast abdominopelvic CT examination (NOCAPE) pathway on radiology turn around times, emergency department length of stay, and patient safety. *EJEer*. **2014**; 21(6):605-13.
84. **Brenner DJ, Hall EJ.** Computed tomography-an increasing source of radiation exposure. *JNEJoM*. **2007**; 357(22):2277-84.
85. **De González AB, Mahesh M, Kim K-P, Bhargavan M, Lewis R, Mettler F, et al.** Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. **2009**; 169(22):2071-7.
86. **McSherry C, Ferstenberg H, Calhoun WF, Lahman E, Virshup M.** The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *J Aos*. **1985**; 202(1):59.

87. **Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, Kerek M, Guler I.** Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. *Hepato-gastroenterology*. **2001**; 48(41):1275-8.
88. **Rothrock S, Greenfield R, Falk J.** Acute abdominal emergencies in the elderly: clinical evaluation and management. Part II-diagnosis and management of common conditions. *JEMR*. **1992**; 13(185):92.
89. **Elwood DR.** Cholecystitis. *The Surgical clinics of North America*. **2008**; 88(6):1241-52.
90. **Atilla RCO.** Akut pankreatit. In: Çete Y, Denizbaşı A, AA Ç, editors. Tintinalli Acil Tıp, Kapsamlı Bir Çalışma Klavuzu: Nobel Tıp kitabevleri, **2013**:558-66.
91. **Attasaranya S, Fogel EL, Lehman G.** Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. *AJMCoNA*. **2008**; 92(4):925-60.
92. **Karnath B, Mileski W.** Acute abdominal pain. *JHP*, **2002**; 38:45-50.
93. **Martin SP, Ulrich CD.** Pancreatic disease in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*. **1999**; 15(3):579-605.
94. **Rossetti B, Spizzirri A, Migliaccio C, La Mura F, Cattorini L, Trastulli S, et al.** editors. Acute pancreatitis in the elderly: our experience. BMC geriatrics; *BioMed Central*, **2009**.
95. **Xin M-J, Chen H, Luo B, Sun J-BJ.** Severe acute pancreatitis in the elderly: etiology and clinical characteristics. *Wjog W*. **2008**; 14(16):2517.
96. **Hoffman E, Perez E, Somera VJG.** Acute pancreatitis in the upper age groups. **1959**; 36(5):675-85.
97. **Martinez JP, Mattu A.** Abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am*. **2006**; 24(2):371-88.
98. **Caesar R.** Dangerous complaints: the acute geriatric abdomen. *JEMR*. **1994**; 15(2):191-202.
99. **Horakova M, Vadovicova I, Katuscak I, Janik J, Makovnik P, Sadlonova J.** Consideration of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in cases of acute biliary pancreatitis. *JBil*. **2009**; 110(9):553-8.
100. **Telfer S, Fenyo G, Holt PR, de Dombal FT.** Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scandinavian journal of gastroenterology Supplement*. **1988**; 144:47-50.
101. **Kizer KW, Vassar MJ.** Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *JTAjoem*. **1998**; 16(4):357-62.

- 102. Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, Cohn I.** Surgical management of the acutely obstructed colon: a review of 127 cases. *JTAjos*. **1988**; 156(3):163-8.
- 103. Greenlee HB, Pienkos EJ, Vanderbilt PC, Byrne MP, Mason JH, Banich FE, et al.** Acute large bowel obstruction: Comparison of county, veterans administration, and community hospital populations. **1974**; 108(4):470-6.
- 104. Kauvar D.** The geriatric acute abdomen. *RJCigm*. **1993**; 9(3):547-58.
- 105. Hendrickson M, Naparst TR.** Abdominal surgical emergencies in the elderly. *JEmcoNA*, **2003**; 21(4):937-69.
- 106. Horattas MC, Guyton DP, Wu D.** A reappraisal of appendicitis in the elderly. *Am J Surg*. **1990**; 160(3):291-3.
- 107. Lee JF, Leow CK, Lau WY.** Appendicitis in the elderly. *The Australian and New Zealand Journal of Surgery*. **2000**; 70(8):593-6.
- 108. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK.** Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. *The Cochrane database of systematic reviews*. **2003**; 2:14-39.
- 109. Griffin MR, Ray WA, Schaffner W.** Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons. *Annals of Internal Medicine*. **1988**; 109(5):359-63.
- 110. Ruotolo RA, Evans SR.** Mesenteric ischemia in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. **1999**; 15(3):527-57.
- 111. Kassahun WT, Schulz T, Richter O, Hauss JJ.** Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six year review. *Lsaos*. **2008**; 393(2):163-71.
- 112. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ, Hallett JW, Bower TC, Panneton JM, et al.** Contemporary management of acute mesenteric ischemia: factors associated with survival. **2002**; 35(3):445-52.
- 113. Acosta-Merida MA, Marchena-Gomez J, Hemmersbach-Miller M, Roque-Castellano C, Hernandez-Romero JM.** Identification of risk factors for perioperative mortality in acute mesenteric ischemia. *JWjos*. **2006**; 30(8):1579-85.
- 114. Edwards MS, Cherr GS, Craven TE, Olsen AW, Plonk GW, Geary RL, et al.** Acute occlusive mesenteric ischemia: surgical management and outcomes. **2003**; 17(1):72-9.
- 115. McKinsey JF, Gewertz BL.** Acute mesenteric ischemia. *JSCoNA*. **1997**; 77(2):307-18.

116. **Chang RW, Chang JB, Longo WE.** Update in management of mesenteric ischemia. *JWJoGW*. **2006**; 12(20):3243.
117. **Commene DM, Arasaradnam RP, Mills S, Mathers JC, Bradburn M.** Diet, ageing and genetic factors in the pathogenesis of diverticular disease. *World journal of gastroenterology*. **2009**; 15(20):2479-88.
118. **Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W.** Acute diverticulitis. *The New England journal of medicine*. **1998**; 338(21):1521-6.
119. **Thompson WG, Patel DG, Tao H, Nair RC.** Does uncomplicated diverticular disease produce symptoms? *JDD, sciences* **1982**; 27(7):605-8.
120. **Menteş A.** Akut Karın, Temel Cerrahi. 1. ed. Sayek E, **1991**:1057-66.
121. **Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NJ.** Increasing prevalence of abdominal aortic aneurysms. A necropsy study. *TEjosAc*. **1992**; 158(1):19-23.
122. **Tüzün H.** Abdominal Aorta Anevrizma Ruptürü. *JTKJoSMS*, **2005**; 1(4):102-4.
123. **Urgo RC, Singh A.** Abdominal Pain. In: Plantz S, Adler J, editors. *NMS Emergency Medicine*. 3. ed. Baltimore: Williams&Wilkins; **1998**:135-66.
124. **Radvany MG, Cho KJ.** Abdominal aortic aneurysm imaging. **2013**.
125. **Erdheim JJ.** Medionecrosis aortae idiopathica cystica. *VAfpAuPufkM*, **1930**; 276(1):187-229.
126. **Büket S, Atay Y, Çalkavur T, Sarıbülbul O.** Aort Diseksiyonları. In: Büket S, T Y, editors. *Aort Cerrahisi*. 1. ed. İstanbul: Yüce; **2003**:133-98.
127. **Paç M, Akçevin A, Aykut Aka S, Büket S.** Kalp Damar Cerrahisi. 1. ed. Ankara: Medikal&Nobel; **2004**:1017-9.
128. **De Bakey ME, Cooley DA, Creech Jr.** Surgical considerations of dissecting aneurysm of the aorta. *OJAos*, **1955**; 142(4):586.
129. **Park SW, Hutchison S, Mehta RH, Isselbacher EM, Cooper JV, Fang J, et al.** editors. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clinic Proceedings*; **2004**.
130. **Spittell PC, Spittell JA, Joyce JW, Tajik AJ, Edwards WD, Schaff HV, et al.** editors. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clinic Proceedings*; **1993**.

131. **Armstrong WF, Bach DS, Carey LM, Froehlich J, Lowell M, Kazerooni E.** Clinical and echocardiographic findings in patients with suspected acute aortic dissection. *AJAhj*. **1998**; 136(6):1051-60.
132. **Roy S, Weimersheimer P.** Nonoperative causes of abdominal pain. *JSCoNA*. **1997**; 77(6):1433-54.
133. **Avkan-Oguz V, Yapar N, Erdenizmenli M, Kuruuzum Z, Alp-Cavus S, Ucku R, et al.** Effects of community-acquired infections on fever, leukocyte count and length of stay in the elderly. **2006**; 27(3):368-72.
134. **Varlı M.** Yaşlıda sık görülen gastrointestinal problemler. *JKG*. **2012**; 25:56-65.
135. **Baert D, De Man M, Oosterbosch L, Duyck M, Van Der Spek P, Lepoutre L.** Infectious gastroenteritis: are they all the same. *JACB*. **1995**; 50(5):269-73.
136. **Ireton R, Berger RJ.** Prostatitis and epididymitis. *TUcoNA*. **1984**; 11(1):83-94.
137. **Abrutyn E, Mossey J, Levison M, Boscia J, Pitsakis P, Kaye D.** Epidemiology of asymptomatic bacteriuria in elderly women. *Journal of the American Geriatrics Society*. **1991**; 39(4):388-93.
138. **Rodhe N, Löfgren S, Matussek A, André M, Englund L, Kühn I, et al.** Asymptomatic bacteriuria in the elderly: high prevalence and high turnover of strains. **2008**; 40(10):804-10.
139. **Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF.** Acute abdominal pain in the elderly. *Annals of emergency medicine*. **1990**; 19(12):1383-6.
140. **Usui Y, Matsuzaki S, Matsushita K, Shima M.** Urolithiasis in geriatric patients. *The Tokai journal of experimental and clinical medicine*. **2003**; 28(2):81-7.
141. **Doshi M, Heaton KJ.** Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non-specific abdominal pain. *Bjos*, **1994**; 81(8):1216-8.
142. **Hobbs R.** Rising emergency admissions. British Medical Journal Publishing Group; **1995**.
143. **Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al.** Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. **2016**; 4(19).
144. **Mills AM, Baumann BM, Chen EH, Zhang K-Y, Glaspey LJ, Hollander JE, et al.** The impact of crowding on time until abdominal CT interpretation in emergency department patients with acute abdominal pain. **2010**; 122(1):75-81.

- 145. Fagerström A, Paajanen P, Saarelainen H, Ahonen-Siirtola M, Ukkonen M, Miettinen P, et al.** Non-specific abdominal pain remains as the most common reason for acute abdomen: 26-year retrospective audit in one emergency unit. **2017**; 52(10):1072-7.
- 146. Miller AC, Khan AM, Castro Bigalli AA, Sewell KA, King AR, Ghadermarzi S, et al.** Neuroleptanalgesia for acute abdominal pain: a systematic review. *Journal of pain research*. **2019**; 12:787-801.
- 147. Sinert R, Blackstock U.** Evidence-based emergency medicine/systematic review abstract. Analgesia in patients with acute abdominal pain: to withhold or not to withhold? *Annals of emergency medicine*. **2008**; 52(5):563-6.
- 148. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Johnson E, Lee C, Feigelson HS, Flynn M, et al.** Use of diagnostic imaging studies and associated radiation exposure for patients enrolled in large integrated health care systems, 1996-2010. *Jama*. **2012**; 307(22):2400-9.
- 149. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA.** Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive surgery*. **2015**; 32(1):23-31.
- 150. Karakuş A, Kaya E, Kuvandık GJ.** Acil serviste karın ağrısına yaklaşım. *TJoTFP*. **2018**; 9(2):59-67.
- 151. Henden P.** Acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran geriatrik hastaların geriye dönük incelenmesi. samsun: ondokuz mayıs üniversitesi tıp fakültesi; **2015**.
- 152. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İçme FJ.** Yaşlı hasta ve acil servis. *ÇÜTFD*, **2004**; 29(2):43-50.
- 153. Dede F.** Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Polikliniği'ne Ocak 2005-Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların epidemiyolojik incelenmesi. **2005**.
- 154. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A.** Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *JTJoem*. **2010**; 39(3):275-81.
- 155. Salameh S, Antopolsky M, Simanovsky N, Arami E, Hiller N.** Use of Unenhanced Abdominal Computed Tomography for Assessment of Acute Non-Traumatic Abdominal Pain in the Emergency Department. *JTIMAJL*. **2019**; 21(3):208-12.
- 156. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, Claypool HA, Keenan S, Katz DS, et al.** Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three-view acute abdominal series. **2005**; 237(1):114-22.
- 157. Abbas SM, Smithers T, Truter E.** What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? *JWJoES*, **2007**; 2(1):26.

158. Driscoll P, Vincent C, Servant C, Audley R. Use of advisers in the diagnosis and management of abdominal pain in accident and emergency departments. *JBjOs*. **1988**; 75(12):1173-5.
159. Türker ŞK, Beceren NG, Yolcu S, Armağan HH, Tomruk Ö. Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi. *JGTD*. **2015**; 25(1).
160. Staniland J, Ditchburn J, De Dombal F. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. *JBMJ*. **1972**; 3(5823):393-8.
161. Bavunoğlu I, Şirin F. Akut cerrahi karını taklit eden cerrahi dışı nedenler. *JTKJoSMS*, **2005**; 1(4):30-6.
162. Ersel M. Geriatrik hastada akut karın ağrısına yaklaşım. *JETD*. **2014**; 53.
163. Yeniocak S, Turkmen S, Uzun O, Karaca Y, Tatli O, Turedi S, et al. Analysis of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain/Akut karin agrisiyla acil servise basvuran hastalarin analizi. **2012**:212-6.
164. Aygencel G, Yılmaz U, Karamercan M, Karamercan A, İlhan M. Acil Serviste Karin Ağrisini Değerlendirmenin Maliyeti. *NJGMJ*, **2009**; 20(1).
165. Menteş Ö, Eryılmaz M, Yiğit T, Taşçı S, Balkan M, Kozak O, et al. Retrospectively analysis of appendectomies which performed elderly cases. **2008**; 7:36-41.
166. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi Ve Risk Faktörleri. *JTTCB*. **2010**; 1(2):105-13.
167. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. *JApf*. **2006**; 74(9):1537-44.
168. Affronti J. Biliary disease in the elderly patient. *Clinics in geriatric medicine*. **1999**; 15(3):571-8.
169. Saçar S, Cenger DH, Asan A, Kavas ST, Demir M, Turgut H. Geriatrik infeksiyonların 50 olguda değerlendirilmesi. *JPTD*. **2008**; 2:84-6.
170. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. *JTAjoem*. **1998**; 16(1):43-8.
171. Gürleyik G, Gürleyik E. Age-related clinical features in older patients with acute appendicitis. *JEJoEM*, **2003**; 10(3):200-3.
172. Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NH. Increasing prevalence of abdominal aortic aneurysms. A necropsy study. *The European journal of surgery = Acta chirurgica*. **1992**; 158(1):19-23.

- 173. Pappas A, Toutouni H, Gourgiotis S, Seretis C, Koukoutsis I, Chrysikos I, et al.** Comparative approach to non-traumatic acute abdominal pain between elderly and non-elderly in the emergency department: a study in rural Greece. *Journal of clinical medicine research*. **2013**; 5(4):300-4.
- 174. Aslaner MA.** Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu Ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi. **2014**.
- 175. Saraç A.** Nontravmatik akut karın sendromu ön tanılı hastalarda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi bulgularının klinik sonuçlarla karşılaştırılması. **2009**.
- 176. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss D.** Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *AJAoem*, **2005**; 46(6):491-7.
- 177. Serinken M, Türkcüer İ, Özen M, Uyanık E, Eliçabuk H, Karşlı E.** A Retrospective Analysis of Patients who Visited the Emergency Department and Left by Their Own Choice in a University Hospital. *JJoAEMAATOSD*. **2013**; 12(3).

8. EKLER

8.1. Ek 1. Çalışma Föyü

65 YAŞ VE ÜZERİ KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Tarih:/...../.....

Hastanın adı/soyadı:

Protokolü:

Doğum tarihi/ yaşı/ cinsiyeti:

Geliş şikayeti: ☐ Karın ağrısı ☐ Bulantı-kusma ☐ İshal ☐ Dizüri ☐ Kabızlık
☐ Gaz gaita çıkaramama ☐ İştahsızlık
☐ Sarılık ☐ diğer (belirtiniz.....)

Vitalleri:

TA:/..... Nabız: Vücut ısısı:

Muayene: defans..... rebaund..... hassasiyet.....

Tetkikler:

Wbc:	Bun:	Ck-mb:	pH:
Hg:	Kreatinin:	Trop I:	PCO2:
Plt:	Amilaz:	T.Bil:	HCO3:
Ast:	Sodyum:	D.Bil:	EKG:
Alt:	Potasyum:	Digoxin:	USG:
Alp:	Kalsiyum:	Laktat:	BT:
Ggt:	Glukoz:	TİT:	D.Grafi:

Ek hastalık öyküsü: ☐ HT ☐ DM ☐ KAH ☐ KKY ☐ Astım - KOAH

☐ Malignite (belirtiniz.....) ☐ KC Sirozu

☐ Transplant (belirtiniz.....) ☐ KBY ☐ Geçirilmiş SVO

☐ Diğer (.....) ☐ YOK

Konsültasyon: ☐ Yok ☐ Genel Cerrahi ☐ Enfeksiyon

☐ Dahiliye (bölüm belirtiniz.....)

☐ Diğer (.....)

TANI:

Sonuç: ☐ Yatış (Bölüm:) ☐ Taburcu ☐ Sevk

☐ Acilde Ex ☐ Tedaviyi red ☐ İzinsiz terk

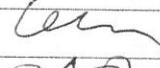
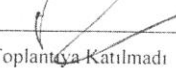
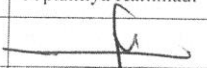
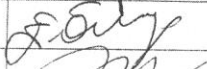
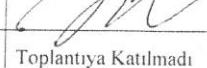
Formu Dolduran Dr:

8.2. Ek 2. Etik Kurul Raporu

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
86		8 Mart 2019

KARAR NO 28- Acil Tıp Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ahmet Sebe yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Mehmet Işık tarafından yürütülmesi öngörülen, "65 Yaş ve Üzeri Karın Ağrısı Şikayeti ile Acil Servise Başvuran Hastaların Prospektif Değerlendirilmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Prof Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Murat Gündüz Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	
	Doç Dr Ezgi Özyılmaz Saraç Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Mehmet IŞIK
Doğum Tarih ve Yeri : 20.08.1989 - Adana
Medeni Durumu : Evli
Adres : Yurt Mahallesi 71337 Sokak Çalık Park Sitesi
A Blok, Kat: 15 Daire: 30 Çukurova/ADANA
Telefon : +90 506 831 83 94
Faks :-
E.posta : memothe69@hotmail.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Varsa Mezuniyet Derecesi : -
Görev Yerleri : Ersin Arslan Devlet Hastanesi GAZİANTEP
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ADANA
Adana Şehir Hastanesi, ADANA
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
ADANA
Dernek Üyelikleri : -
Alınan Burslar : -
Yabancı Dil(ler) : İngilizce
Diğer Hususlar : -