



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN
45-64 YAŞ İLE 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE
TANILARININ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Dilek KOSTAK MERT

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2014



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN
45-64 YAŞ İLE 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN KARŞILAŞTIRILMASI VE
TANILARININ FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLERLE İLİŞKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Dilek KOSTAK MERT

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Erol ARMAĞAN

BURSA-2014

İÇİNDEKİLER

Özet.....	ii
İngilizce Özet.....	iii
Giriş.....	1
Yaşlılık.....	3
Yaşlı Hastaların Klinik Değerlendirmesindeki Önemli Problemler.....	4
Karın Ağrısı.....	6
Akut Karın.....	6
Karın Ağrısı Nedenleri.....	12
Nonspesifik Karın Ağrısı.....	13
Karın Ağrısının Ayırıcı Tanısı.....	14
Yaşlılarda Akut Karın Ağrısı.....	15
Gereç ve Yöntem.....	17
Bulgular.....	19
Tartışma ve Sonuç.....	29
Kaynaklar.....	36
Ekler	41
Ek-1: Çalışma Formu.....	41
Ek-2: Kısaltmalar.....	42
Teşekkür.....	43
Özgeçmiş.....	44

ÖZET

Çalışmamız, acil servise travmaya bağlı olmayan karın ağrısı ile başvuran 45 yaş ve üzeri hastalarda, karın ağrısı nedenlerinin yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkisini değerlendirmek ve orta yaşlı (45-64 yaş) ile ileri yaşlı (65 yaş ve üzeri) hastalardaki tanı farklılıklarını karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya 1607 hasta alındı. Hastaların yaş grupları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetler, vital bulgular, yandaş hastalıklar, konsültasyonlar, tanılar ve sonuçlar karşılaştırıldı.

Her iki grupta karın ağrısına eşlik eden en sık şikayet bulantı-kusmadır ($p<0.05$). 65 yaş ve üzeri grupta vital bulgulardaki değişikliklerin 45-64 yaş grubuna göre daha fazla olduğu görüldü ($p<0.001$). 65 yaş ve üzeri grupta en sık görülen yandaş hastalık hipertansiyon iken 45-64 yaş grubunda malignitedir. 65 yaş ve üzeri gruba konsültasyon istemi daha fazladır ($p<0.05$). 65 yaş ve üzeri grupta en sık görülen karın ağrısı nedeni safra kesesi ve yollarına ait hastalıklardır. 45-64 yaş grubunda ise ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısıdır. İleri yaşlı hastalarda cerrahi nedenli tanılar orta yaşlı hastalara göre daha fazlaydı. 65 yaş ve üzeri hasta grubunda karın ağrısıyla birlikte vücut ısısı veya nabız yüksekliğinin olması cerrahi nedenli olmayan tanılarda daha fazla bulundu ($p<0.05$). Her iki yaş grubunda karın ağrısı ile birlikte gaz-gaita çıkaramama cerrahi nedenli tanılarda daha fazlaydı ($p<0.05$). Yaşlı grup hastada hastaneye yatış daha fazlayken, 45-64 yaş grubunda taburculuk daha fazla görüldü ($p<0.001$).

Karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırabilmek için hekimlerin yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri bilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Acil servis, karın ağrısı, yaşlı, fizyolojik değişiklikler.

SUMMARY

The Comparison of Patients with Abdominal Pain in Emergency Department at the Age of 45-64 with 65 and 65+, the Evaluation of the Relationship Between the Diagnosis and Physiological Changes

In our study, we aimed to evaluate the relationship between the abdominal pain causes and the physiological changes that occur in aging period and also to compare the diagnostic differences between age groups 45-64 aged , 65 and above.

1607 patients were included in the study. Age groups and the other complaints accompanying the abdominal pain, vital signs, comorbid diseases, consultations, diagnoses and results were compared.

In both groups the most frequent complaints accompanying the abdominal pain was nausea and vomiting ($p < 0.05$). In the age 65 and above group, blood pressure changes, pulse and temperature rise were higher than the age 45-64 group ($p < 0.001$). In the age 65 and above group, the most frequent comorbid disease was hypertension whether it was malignancy in age 45-64 group. The necessity of consultation is higher in age 65 and above group. In addition to this, the most frequent reason of abdominal pain is gall-bladder related diseases in this group. However in 45-64 group; the abdominal pains with unknown etiology were higher. In older patients, surgery related diagnoses were much more frequent than in middle age patients. Abdominal pain with elevation of body temperature or higher pulse was found to be more in the age 65 and above group ($p < 0.05$). In both groups , abdominal pain with intestinal obstruction was higher in surgery related diagnoses ($p < 0.05$). Admission to hospital was higher in older group whether discharge was higher in 45-64 age group ($p < 0.001$).

In conclusion we decided that; physicians should be aware of the physiological changes that occur within aging period to distinguish between the patients with abdominal pain and the urgent patologic conditions.

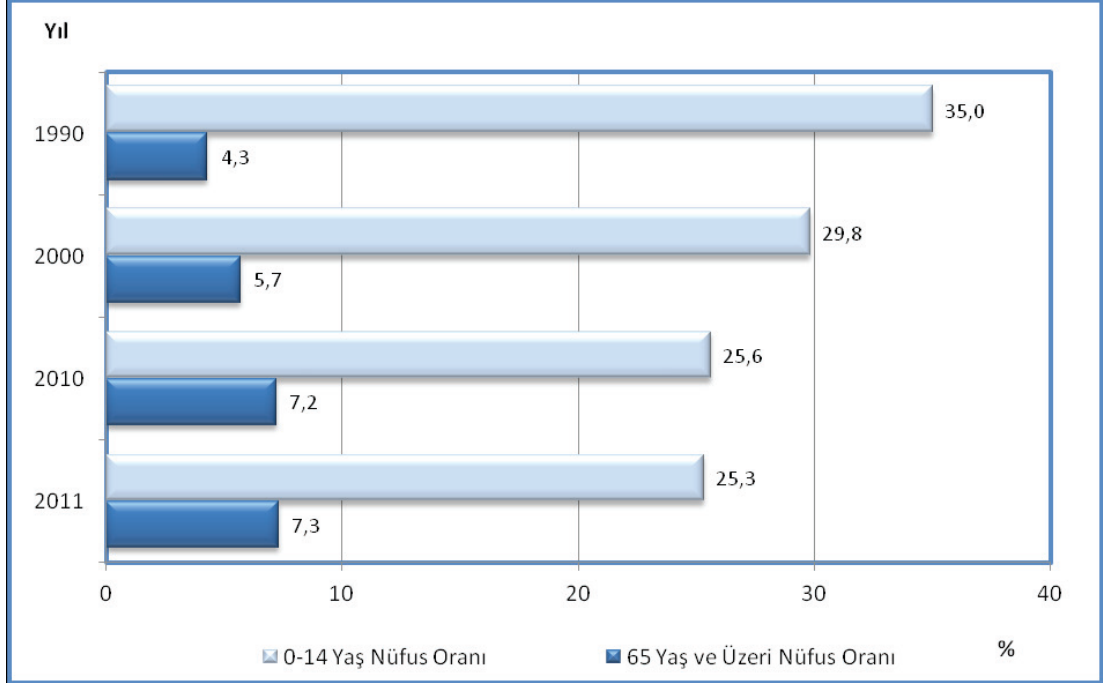
Key words: Emergency Department, abdominal pain, elderly, physiological differences.

GİRİŞ

Tüm dünyada, acil servisler (AS) hastalara hizmetin kesintisiz bir şekilde sunulduğu bölümlerdir. AS'e başvuran hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet verme zorunluluğu acil servisi diğer bölümlerden farklı kılmaktadır. AS'ler genellikle birbirinden farklı yakınmaları olan birçok hastaya hizmet vermektedir.

Yaşlılar, acil servis hizmeti açısından özellikli bir grubu oluştururlar. Acil servis çalışanları açısından yaşlı hastalar, daha fazla zaman harcanan, değerlendirmesi güçlükler arz eden ve acil servis kaynaklarını daha fazla kullanan popülasyonu oluşturmaktadır.

Altmış beş yaş ve üzeri hasta grubu AS başvurularında hızla artan bir popülasyondur (1). Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı insanların nüfusu önemli bir ölçüde artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980'lerde 65 yaş üstü insanların toplam nüfusa oranı %11.3 iken 1999 yılında bu oran %13.1 olmuştur. 2030 yılında ABD'de yaşayan her beş kişiden biri 65 yaş üstü grupta olacaktır (2-4). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de 1985 yılındaki nüfus sayımında 65 yaş üstü insanların oranı %4.2 iken, 1995 yılında %4.7, 2000 yılında %5.7 ve 2005 yılında Nüfus ve Vatandaşlık İşleri'nin (NVI) nüfus kütükleri verilerine göre %7.8 olmuştur. 2011 verilerine göre Türkiye nüfusu 74.724.269 iken bu nüfusun 5.490.715'i (%7.3) 65 yaş ve üzeri nüfusu oluşturmaktadır (5,6) (Şekil-1). Sağlık Bakanlığı'nın nüfus projeksiyonlarında, 65 yaş ve üstü nüfusun oranının 2020 yılında %8.5, 2030 yılında ise %12.1 olacağı tahmin edilmektedir. Bu verilere göre dünyada ve Türkiye'de toplam nüfus içindeki yaşlı sayısı ve oranı giderek artış göstermektedir (7).



Şekil-1: Yıllara göre 0-14 yaş nüfus ve 65 yaş ve üzeri nüfus oranları, (%), Türkiye (5).

Ortalama insan ömrünün uzamasının sonucu olarak, toplumda yaşlı nüfusunda görülen artış, yaşlıların sorunlarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir (8). Bu hasta grubu, hastalıkları tehlikeli boyuta gelene kadar genellikle hastanelere başvurmayı geciktirirler. Santral sinir sistemi bozuklukları, bağımsızlığını kaybedeceği korkusu, depresyon, karışık medikal öykü, çoklu ilaç kullanımı, rahatsızlığın tarifinde yetersizlik ve normal fizyolojik değişiklikler (enfeksiyona ateş cevabı ve lökositöz olmayışı gibi) gibi faktörlere bağlı olarak yaşlı hastalarda öykü ve fizik muayene ayırıcı tanıda fazla yardımcı değildir.

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların %9'unu 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmakta ve bu hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmaktadır. Karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda mortalite oranı %11-14 olarak tespit edilmiş ve yatırılan hastaların üçte birinde operasyon ihtiyacı olduğu görülmüştür (9).

Karın ağrısının intraabdominal, ekstraabdominal organlardan ve sistemik bazı hastalıklardan kaynaklanan pek çok nedeni bulunmaktadır. Genel olarak bakıldığında karın ağrısı şikayeti olan hastaların yaklaşık %20-

25'ini hastaneye acil yatış gerektiren hastalar oluştururken, %35-40'ını yapılan tüm tetkiklere rağmen hiç bir patolojinin bulunmadığı, bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez gözlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturur (10,11). Bu oran 50 yaşın altındaki hastalarda %40 civarındayken, 50 yaş üstü hastalarda %16 oranındadır (12). 65 yaş üstü hastalarda ise nonspesifik karın ağrısı tanısı ile taburcu edilenler sadece %10-23 oranındadır (13). Akut karın bulgusu ile gelen yaşlı hastaların sadece %40'ında kesin tanı konulabilmektedir (14). Yaş ilerledikçe bilier sistem hastalıkları başta olmak üzere maligniteler, barsak tıkanıklıkları ve vasküler olaylar gibi ciddi hastalıklara karın ağrısı nedeni olarak daha sık rastlanılmaktadır (15).

Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, değerlendirmeyi zorlaştırabilir ve dikkate alınması gerekir. Karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırabilmek için hekimlerin yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri mutlaka bilmesi gerekmektedir. Çünkü beklenen yaşam süresi uzamaktadır dolayısıyla karın ağrısına neden olan etyolojiler ve cerrahi müdahale gereksinim oranları değişmektedir.

1. Yaşlılık

Yaşlılık birçok tıbbi kaynakta 65 yaş ve üstü yaşlar olarak kabul görmektedir. Yaşlanmanın tam bir tanımı yoktur. Biyolojik, fizyolojik, duygusal, fonksiyonel yaşlılık olarak birçok şekilde tanımlanır. Biyolojik yaşlılık; yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanırken, fizyolojik yaşlılık; biyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişiklikler olarak tanımlanır (16).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı; zamana bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması, ölüm olasılığının yükselmesi olarak tanımlamış olup 65 yaş ve üzeri nüfus yaşlı nüfus olarak

kabul edilmektedir. DSÖ yaşlılık sınıflamasına göre, 45-59 yaş: orta yaş, 60-64 yaş: genç yaşlı, 65-74 yaş: yaşlıca, 75-84 yaş: yaşlı, 85 yaş ve üzeri: çok yaşlı şeklinde tanımlanmıştır (17,18).

2. Yaşlı Hastaların Klinik Değerlendirmesindeki Önemli Problemler

Yaşlı hastalarda yaşla birlikte birçok sistemde fizyolojik değişiklikler oluşur (Tablo-1). Kazanılan ek hastalıklar, geçirilen ameliyatlara bağlı değişiklikler, mevcut hastalıklara karşı çoklu ilaç kullanımı, bağışıklık sisteminin zayıflaması hastalıkların daha atipik seyir göstermesine, rahatsızlığın daha geç evrede tespit edilmesine ve tüm bunlara bağlı olarak da daha yüksek mortalite oranlarıyla seyretmesine neden olmaktadır (19,20).

Yaşlı hastalarda ayrıca işitme ve görme problemleri, algılamada azalma, demans, serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer Hastalığı ve psikiyatrik problemler hasta ile ilişki kurmada engel oluşturmaktadır (19).

Yapılan çalışmalarda, yaşlıların %84 ünün sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların %46'sını steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar oluşturduğu tespit edilmiştir (21). Kullanılan antikolinergik ilaçlar ve antiinflamatuvar ilaçlar hastalıkla ilgili olan bulgu ve şikâyetleri baskılayabilmektedir (19).

Yaşlı hastalar yeterli ateş yanıtını veremezler. Cooper ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşlıların gençlere göre karın içi olaylarda dört kat daha fazla hipotermik olduklarını tespit etmişlerdir (22).

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

Tablo-1: Yaşlılıkta fizyolojik değişimler ve potansiyel etkileri (23).

Fizyolojik değişim	Muhtemel etki
Sinir Sistemi Kan beyin bariyerinin etkinliği azalır. Isıya karşı vücut cevabı azalır. Otonomik sistem fonksiyonları bozulur Nörotransmitterlerde bozukluk	Menenjit riski artar. İlaçların sinir sistemi üzerine yan etkileri ve etkileri beklenenden fazla olur. Termoregülasyon bozulur. Ortostatik hipotansiyon riski artar. Eretil disfonksiyon, üriner inkontinans. Kompleks mental fonksiyonlarda azalma.
Deri / mukoza Bütün deri tabakalarının atrofisi Ter bezlerinin hem sayısı hem fonksiyonlarının azalması	Vücut izolasyonunun azalması. Deride yaralanma riskinin artması. Enfeksiyon riskinin artması. Hipertermi riskinin artması.
Kas ve İskelet Sistemi İlerleyici kemik kaybı Fibrokartilaj ve sinoviyal doku atrofisi Toplam vücut kitlesinde azalma Yağ dokusu oranının artması	Kırık oluşma riskinin artması. Eklemlerde instabilite ve ağrı. Denge ve hareketlerde bozukluklar. Farmatokinetikte değişiklikler. Farmatokinetikte değişiklikler.
İmmün Sistem Hücrel immünitede azalma Antikor yapımında azalma	Tümör oluşma ihtimalinin artması. Latent enfeksiyonların aktive olması. İnfeksiyon riskinin artması.
Kalp ve Damar Sistemi Azalmış inotropik cevap Azalmış kronotropik cevap Artmış periferik vasküler direnç Azalmış ventriküler dolum	Myokardın stres durumunda cevabının etkinliğinin azalması. Maksimum kalp hızının azalması. Kan basıncının artması. Organların kanlanması değişiklikler.
Akciğerler Azalmış vital kapasite Akciğer ve hava yolu kompliyansında azalma Hiperkapni ve hipoksemiye azalmış kemoreseptör cevabı Ventilasyonda azalma Diffüzyon kapasitesinde azalma	Hava yolu direncinde artma. Hızlı dekompanzasyon tehlikesi. PaO ₂ 'de azalma.

Hepatik fonksiyon Karaciğer hücre kitlesinde azalma Hepatik kan akımında azalma Enzim aktivitesinde değişiklikler	Rejenarasyon yeteneğinin azalması. Farmatokinetikte değişiklikler. Farmatokinetikte değişiklikler.
Böbrekler Böbrek hücre kitlesinde azalma Bazal membranda kalınlaşma Vit D hidroksilasyonunda azalma Toplam vücut suyunun azalması Susamaya karşı cevabın azalması Renal vazopressin cevabının azalması	İlaç eliminasyonunda azalma. İlaç eliminasyonunda azalma. Hipokalsemi ve osteoporozda artış. Farmatokinetikte değişiklikler. Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riskinin artması. Dehidratasyon ve elektrolit bozukluğu riskinin artması.
Gastrointestinal Sistem Gastrik mukozada azalma Bikarbonat sekresyonunda azalma GIS kanlanması azalması Epitel rejenarasyonunun azalması	Gastrik ülser riskinin artması. Gastrik ülser riskinin artması. Perforasyon riskinin artması. Ülser iyileşme süresinin uzaması.

3. Karın Ağrısı

Karın ağrıları klinik olarak akut ve kronik (rekürren) karın ağrıları olmak üzere ikiye ayrılır. Travma dışı nedenlerle ortaya çıkan ve 1 haftadan daha kısa süredir var olan ağrılar akut karın ağrısı olarak tanımlanır (24). Akut karın ağrıları hastaneye başvuran karın ağrılı hastaların %18-42'sini oluşturur. Başvuruların %63'ü ise 65 yaş üstüdür (25). Kronik karın ağrısı 6 hafta üzerinde ağrılı ve ağrısız periyot içeren karın ağrıları olarak tanımlanır. Fonksiyonel ağrı oldukça sıktır.

3.1. Akut Karın

Akut karınlı hastaların değerlendirilmesinde batının anatomi ve fizyolojisinin iyi bilinmesi ayırıcı tanı ve tedavi planlamasında önemlidir. Teknolojideki yeni gelişmelere rağmen, klinisyenin iyi bir hikaye alması, muayenesi, deneyimi ve bilgi birikimi hepsinden daha değerlidir. Akut karın tablosundaki hastanın değerlendirilmesi bir sanattır. Bu hastaları değerlendirirken gerekli olduğu ölçüde eldeki olanakları kullanarak tanı ve tedaviyi çok dikkatli bir şekilde uygulamak gerekir (26).

3.1.1. Anamnez

Hastanın yaşı

65 yaş üzerindeki hastalarda hastalıklar daha ciddi olduğu ve daha komplikasyonlu seyrettiği için daha dikkatli olunmalıdır (27).

Ağrının özellikleri

Karın ağrısının lokalizasyonu, şekli, yayılımı önemlidir. Gastrointestinal sistem, üriner sistem, safra kesesi ve yolları, salpinks gibi içi boş organların ağrıları kolik ağrı olarak adlandırılır. Zaman zaman şiddetlenen ve aralıklarla rahatlama periyodları olan ağrılardır. Bununla birlikte mide duodenum perforasyonlarında, akut apandisit rüptüründe ve akut pankreatitte stabil yani devamlı keskin bir ağrı vardır (28).

Ayrıca hastaya ağrı kesici kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ağrının yeri, başlama zamanı, başlama zamanıyla bulantı ve kusmanın ilişkisi açıklığa kavuşturulmalıdır. Diyare veya konstipasyon epizotlarını da içeren barsak alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Ağrının karakteristiğini ortaya çıkarmak için öğrenilmesi gerekenler; zamanı, lokalizasyonu, yoğunluğu ile ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerdir. Birlikte var olan ateş, titreme, mide ekşimesi, aşırı gaz çıkarma ve geğirme, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı karın ağrısının altında yatan nedeni ortaya çıkarmak için önemli ipuçları verir. Gaita karakteri de özellikle renk ve kan mevcudiyeti açısından sorgulanmalıdır. Kanlı diyare enfeksiyöz enterokolit veya inflamatuvar barsak hastalığını gösterirken, klasik 'kuşüzümü jeli' dışkı intussepsiyonu gösterir (29,30).

Geçmiş medikal öykü sarılık veya karaciğer hastalığı, ülser, geçirilmiş abdominal cerrahiler ve travmayı içermelidir. Daha önce orak hücreli anemi, porfiri veya ailevi akdeniz ateşi gibi tanılarla hastaneye yatış araştırılmalıdır. Önceden pelvik inflamatuvar hastalık, bir intrauterin alet kullanımı veya tubal ligasyon öyküsü ektopik gebelik riskini akla getirmelidir (30).

Ayrıca karın ağrısına eşlik eden semptomlar da önemli olup, sorgulanması gerekir. İştahsızlık, tüm inflamatuvar hastalıklarda erken görülen bir semptomdur. Bulantı ve kusma ise nonspesifik oldukları için tanısız

değerleri yoktur. Şiddetli periton irritasyonu, mezoda gerilme ve barsaklardan toksik madde emilimini akla getirir. Kusmanın tarzı içeriği ve sıklığı önemlidir. Miktarı fazla sulu diare gastroenterit veya akut karının diğer dahili nedenlerinin özelliğidir. Kanlı diare, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, basilli veya amipli dizanteride olur (31).

Kabızlık her zaman intestinal obstrüksiyon için kesin bir bulgu değildir. Fakat eğer progresif, ağrılı bir abdominal distansiyon veya tekrarlayan kusma mevcutsa, obstipasyon halinde kuvvetle mekanik barsak tıkanıklığı akla gelmelidir (31).

Miksiyon sıklığında artma veya azalma, idrarda renk değişikliği veya idrar yaparken yanma (dizüri) karın ağrısı ayırıcı tanısında yol göstericidir (32). Dizüri ve diğer üriner şikayetler üriner bir patolojisi olmayan hastalarda da inflamasyonlu organın mesane ve üreter irritasyonuna bağlı olarak oluşabilmektedir (12,33).

Kardiyopulmoner bir hastalığa bağlı karın ağrısı olabileceği gibi mevcut intraabdominal patolojiye sekonder de kardiyopulmoner şikayetler gelişebilmektedir. Öksürük, balgam, nefes darlığı, hemoptizi ve ortopne sorgulanmalıdır. Ağrıyla birlikte gelişen senkop hikayesi veren bir hastada da aort anevrizma rüptürü ve miyokard infarktüsü gözden kaçırılmamalıdır (34).

3.1.2. Özgeçmiş

Hastanın benzer ağrı şikayetlerini daha önceden de yaşayıp yaşamadığı öğrenilmelidir. Akut kolesistitli ve nonspesifik karın ağrılı (NSKA) hastalarda bu durum yüksek sıklıktadır (12).

Diabetes mellitus, hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı ve kronik akciğer hastalığı gibi daha önceden teşhis konulmuş hastalıklar değerlendirmede önemlidir (35). Ayrıca hastanın kullandığı aspirin, steroid, antibiyotik, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, alkol ve diğer başka ilaç ve maddelerde öğrenilmelidir (12,36).

Geçirilmiş travma ve operasyon öyküleri de tanı için önemli ipuçları sağlar. Örneğin intestinal obstrüksiyonlu hastaların %70'inde geçirilmiş batin içi operasyon öyküsü mevcuttur (37).

Karın ağrılı hastaların çoğunda altta yatan psikiyatrik bozukluklar gözden kaçır. Tekrarlayan karın ağrıları okul çağındaki çocuk ve ergenlerde siktir ve yalnızca küçük bir bölümünde organik bir neden saptanır. NSKA düşünölen hastaların okul ve evde stres altında olup olmadıkları öğrenilmelidir. Kronik karın ağrılı hastaların büyük bir yüzdesinde de altta yatan psikiyatrik bir bozukluk vardır (38).

3.1.3. Fizik Muayene

Akut karın tablosu içindeki hastaların kaybedecek zamanları yoktur. Hastaların genel gözlemleri esnasında ağrı nedeniyle akut karınlı hastaların hareketleri ve aldıkları çeşitli pozisyonlar ağrının tipi hakkında fikir verir. Fizik muayene sırasında karın bölgelerini ve bu bölgelerde bulunan organları bilmek gerekmekte olup, aşağıdaki gibidir:

Stabil ağrılı olanlarda hasta hareketsiz yatmayı tercih ederken, kolik tipi ağrı geçirenlerde devamlı pozisyon değışikliğı ve hareketlilik dikkat çekicidir. Ürolitiazis'i olan hasta ara ara gelen aşırı ağrı dönemlerinde adeta "yerinde duramayan" bir görüntü sergilerken, intestinal perforasyon ve diffüz peritoniti olan hastalar hareketsiz yatarlar ve bacaklarını karına doğru çekerek psoas kasını fleksiyona getirerek karınlarını yumuşatmaya çalışırlar. Yaygın peritonitlerde ve kosta kırıklarında, diafragma hareketi yoktur ve alt kostal kaslar da solunuma iştirak etmezler. Yani yüzeysel ve sık solunum vardır (26).

Şiddetli solukluk, taşikardi, takipne ve terleme, aort anevrizması veya dış gebelik rüptürü gibi major intraabdominal kanamaya işaret eder (39).

Kan basıncı mutlaka her iki koldan ölçölmelidir, çünkü her iki kol arasındaki basınç farkı olası bir akut aortik diseksiyonu ortaya çıkarabilir. Karın ağrılı hastanın vücudu bir bütün olarak değeriendirilmelidir. Baş ve boyun incelenmeli, ağız içi lezyonlar, skleralar, fundus, servikal adenopati, jugular venöz distansiyon incelenmeli akciğerler ve göğüs kafesi kapsamlı bir şekilde değeriendirilmelidir. Lumbal bölgedeki (Grey-Turner belirtisi) ve göbek çevresindeki (Cullen belirtisi) mavi yeşil renk değışiklikleri hemorajik pankreatiti akla getirmelidir. Rektal muayene batın muayenesinin önemli bir parçasıdır (40).

Erişkin bayanlarda pelvik muayene çok önemlidir. Vajinal akıntının kıvamı, rengi, direkt mikroskopisi ve kültürü önemli ipuçları verebilir. Erkeklerde testis, torsiyon veya inflamasyon yönünden incelenmelidir. Varikoselle birlikte olan testiste ödem retroperitoneal bir patolojinin göstergesi olabilir. Nörolojik muayene sinir köklerindeki patolojiler açısından değerlendirilmeli ve paralizilerin de barsak motor fonksiyonlarını inhibe ederek batın problemine yol açabileceği akılda bulundurulmalıdır. Otonomik sistemdeki defekt, özellikle sempatik sistemdeki bir baskılanma akut kolonik psödoobstruksiyonu ortaya çıkarabilir. Bu tabloya yol açan nedenler, kardiyovasküler, posttravmatik, postoperative, inflamatuvar, respiratuvar, metabolik, nörolojik ve farmakolojik bozukluklardır (41).

Palpasyon yaparken hasta sırt üstü yatar, pelvik fleksiyon oluşturarak karın ön duvarını nispeten gevşetmek için uyluğa fleksiyon yaptırılır. Defans, rebound ve rijiditeye bakılır. Bazı durumlarda dinlenmekle bile periton irritasyonu karın duvarının tüm esnekliğini iptal etmiştir. Bu hastanın istemine bağlı değildir ve karın adeta tahta gibidir ve rijidite olarak isimlendirilir. Perküsyon, karın içinde matite ve sonariteyi tespit için kullanılan bir yöntemdir.

Oskültasyonda; kolik ağrıyla eş zamanlı duyulan yüksek ve tiz şeklindeki barsak sesleri ince barsak tıkanması ve akut pankreatitte de duyulur. Seyrek duyulan çınlama ya da gıcırtya benzer seslerin haricindeki, sessiz bir karın geç dönemdeki barsak tıkanıklığı veya diffüz peritonite işaret eder (42).

3.1.4. Laboratuvar

Laboratuvar testleri öykü ve fizik muayene ışığında muhtemel tanıları doğrulamak veya ayırıcı tanıları dışlamak için kullanılır. Hasta takibe alındığı andan itibaren tam kan sayımı, kan grubu, kan elektrolitleri, kan gazları, kan şekeri, kanama ve pıhtılaşma zamanı, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin, idrar analizi, gaitada gizli kan yine gerekli olduğu hallerde amilaz ve lipaz için örnek alınmalıdır. Beyaz kürede bir artış veya belirgin lökositoz, periferik yaymada sola kayma da varsa ciddi bir enfeksiyonu gösterir. Düşük beyaz

küre sayısı ise mezenter adenit veya gastroenterite neden olan viral bir enfeksiyonu akla getirir (40).

Üreteral kolik veya üriner sistem enfeksiyonları açısından hastayı gereksiz acil operasyondan korumak için tam idrar tahlili mutlaka yapılmalıdır. Gastrointestinal kanama akut karında sık görülen bir durum olmamakla beraber dışkıda gizli kan testi çok yararlı olabilir. Eğer hastada veya ailesinde kardiyak hastalık öyküsü varsa, elektrokardiyografi (EKG) ve kardiyak enzimler de istenmelidir. Ayrıca bayan olan doğurgan yaştaki her hastaya gebelik tahlili yapılmalıdır (43).

3.1.5. Görüntüleme

Akut karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde direkt grafiler, ayakta ve yatar konumda karın grafisi ve ayakta akciğer grafisi olmak üzere üçlü bir film olarak istenmelidir. Batın içi serbest havanın belirlenebilmesi ve bu havanın diafragma altına yerleşebilmesi için 5-10 dakika hasta dik olarak oturmalı ondan sonra her iki diafragma altı görülecek şekilde ön arka akciğer filmi çekilmelidir. Röntgen filminde serbest havanın görülmesi periton içinde serbest havanın hacmine bağlıdır. Perfore barsakta olduğu gibi büyük hacimdeki havanın ortaya çıktığı durumlar için karın grafisinin sensitivitesi % 100 olarak rapor edilmiştir (44).

Direk karın grafisi (DKG) veya dekubit pozisyonunda grafi çekilecek olan hasta, ayakta veya dekübit pozisyonda 5-10 dakika bekletilirse sensitivite yükselir. Bu metod kullanılarak 1-2 cm³ hava bile tespit edilebilir (45).

Ultrasonografi (USG) noninvazif bir tanı yöntemi olarak, endikasyonlarında seçici davranmak koşulu ile akut karınlı hasta tanısında kullanılabilir. Ultrasonografi kullanımının bu çerçevede içinde en belirgin endikasyonları akut kolesistit, akut pankreatit ve akut apandisit'tir (40). Son 10 yılda yapılan 3358 hastayı kapsayan 17 çalışmanın metaanalizinde USG ile apandisit teşhisinin sensitivitesi %68-93 ve spesitivitesi, %73-100 olarak rapor edilmiştir (46).

Bilgisayarlı Tomografi (BT) akut karınlı hastaların çok yararlı bir tanı aracıdır. Özellikle apandisit, divertikülit, intestinal iskemi, pankreatit, intestinal

obstruksiyonda ve organ perforasyonlarında değerli bulgular verir (47). Apandisit tanısında oral ve iv kontrast ile %96-98 sensitivite ve %83-89 spesitivite, oral ve iv kontrastsız ise %87-90 sensitivite değerlerine ulaşılmıştır (48).

Yüksek maliyeti, barsak ve solunum hareketlerinden etkilenmesi, uzun sürmesi, birçok hastanede bulunmaması, klostrofobi, kalp pili ve başka metal implantları olan hastalarda kullanılamaması manyetik rezonans (MR) görüntülemenin akut karınlı hastalarda kullanımının yaygın olmasını engellemiştir. (49)

MR kolanjiopankreatografisi son yılların önemli yöntemlerinden birisidir. BT ve USG ye göre sensitivite ve spesifisite'deki üstünlüğü, ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatografisine (ERCP) göre ise noninvaziv olması nedeniyle yararlıdır. Ancak MR kolanjiopankreatografisinde safra yollarındaki 5 mm'den küçük taşların saptanmasında sorunlar vardır. Ayrıca ERCP yapılırken aynı seansta gerekli endoskopik cerrahi işlemleri uygulayarak hastaların kliniklerinde dramatik iyileştirmeler sağlanması ve 2-5 mm'lik safra taşlarında bile duyarlılık, ERCP ve endoskopik cerrahinin belli grup hastada "gold standart" olarak kabul edilmesine yol açmıştır.

Laparoskopi tanı ve tedavide son yılların en gözde uygulamalarındandır. Diagnostik laparoskopi (DL) ile ilgili bir çok çalışma yayınlanmış ve çok olumlu sonuçlar bildirilmiştir (50,51). Sözüer ve ark'nın tanısı açıklanamayan 66 acil hastada DL ile yaptıkları bir çalışmada, %98 sensitivite ve %96 spesifisite değerleri bildirilmiştir (52). DL'nin en büyük handikapı %18'ler düzeyinde olan içi boş organ yaralanmalarındaki ve retroperitoneal yaralanmalardaki düşük sensitivitedir (53). DL'in iki tane kesin kontrendikasyonu vardır; hastanın batın ile ilgili halen immundeprese hastalar. Hamile kadınlarda düşük basınçla kullanımının güvenli olduğu bildirilmiştir (54). Ancak DL yapılan hamile kadınlarda laparotomiye göre fetal ölümlerin daha çok olduğu da bildirilmiştir (55).

3.2. Karın Ağrısı Nedenleri

Akut karın sendromuna yol açan hastalıklar 3 grup altında toplanabilir (56).

3.2.1. Genellikle Acil Cerrahi Girişim Gerektiren Karın İçi Lezyonlar

Akut apandisit, mekanik intestinal obstrüksiyon, peptik ülser perforasyonu, peritonit bulgularının eşlik ettiği akut kolesistit, torsiyon (over kisti, fibrinoid, omentum, tümör, Meckel divertikülü), rüptür (dış gebelik, kist, divertikül, abdominal aort), mezenterik tıkanıklık (tromboemboli), omentum ve barsak infarktüsü.

3.2.2. Akut Karın Sendromu Meydana Getiren Fakat Genellikle Acil Cerrahi Girişim Gerektirmeyen Karın İçi Lezyonlar

Akut pankreatit, akut hepatit, akut pelvik inflamatuvar hastalık, ailevi Akdeniz ateşi, çocuklarda primer peritonit, mezenterik lenfadenit, retroperitoneal kanama, inflamatuvar barsak hastalıkları, toksik megakolon, kolon malign neoplazmı.

3.2.3. Akut Karın Sendromunu Taklit Eden Tıbbi Hastalıklar

Kardiyovasküler sistem hastalıkları (myokard infarktüsü, akut perikardit, karaciğer konjesyonu, poliarteritis nodoza), göğüs lezyonları (pnömoni, pulmoner emboli, pnömotoraks, plörezi, akut mediastinit, özefagus rüptürü- genellikle cerrahi girişim gerekir), diğer metabolik hastalıklar (diabetik ketoasidoz, akut intermittan porfiri, orak hücreli anemi, akut kurşun zehirlenmesi, ailevi hiperlipidemi, parazitik hastalıklar).

3.3. Nonspesifik Karın Ağrısı (NSKA)

Çok sayıda karın ağrısı nedeni olmakla birlikte yetişkin yaş grubundaki hastaların yaklaşık %34-53'ü nonspesifik karın ağrısı tanısı almaktadır. Belirgin bir tanımlaması olmamasına rağmen bir haftadan daha kısa süren karın ağrısı olan hastaların şikayetlerini açıklayacak patolojik bir neden bulunmadığında ve diğer nedenler ekarte edildiğinde konulan tanı NSKA'dır. Bu tanımlama yerine "ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı" tanımının daha uygun olacağı görüşü hakimdir (12,57). Karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde iki önemli parametre yaş ve cinsiyettir. Yaş ilerledikçe spesifik tanı, cerrahi gereksinimi ve mortalite oranı artmaktadır. 50 yaş

üzerinde NSKA oranı %16 ya düşmektedir ve önemli patolojiler karın ağrısı etyolojisinde önemli bir oranı oluşturur (15).

4. Karın Ağrısının Ayırıcı Tanısı

Karın ağrılı hastaların acil servis değerlendirmesinde en önemli nokta acil cerrahi ve acil medikal müdahale gerektiren durumların ayırıcı tanısının yapılabilmesidir (58). Tanı aşamasında hastanın yaşı, cinsiyeti, ek medikal veya cerrahi problemleri ayrıntılı olarak değerlendirilmeli, ağrı anamnezi detaylı olarak alınmalıdır.

Ağrıya ilişkin alınan anamnezde ağrının başlangıç zamanı ve lokalizasyonu, şiddeti ve karakteri, geçen zaman ile şiddeti ve lokalizasyonundaki değişiklik, ağrıyı arttıran ve azaltan etkenler ve ek semptomların varlığı değerlendirilmelidir. Örneğin orta yaş ve üstü kadınlarda sağ üst kadranda ağrısı başlangıçta safra kesesi ve yollarına ait patolojileri düşündürür. Ağrının gece uykudan uyandırması organik ve daha ciddi nedenleri tanıda düşündürmelidir (58,59). Ağrının aniden başlaması büyük olasılıkla perforasyon, rüptür, obstrüksiyon ya da arteriyel emboliyi akla getirmelidir.

Ağrı karakteri de tanıda değerlidir. Örneğin; epigastrik bölgede yanıcı tarzdaki ağrı peptik ülseri akla getirirken yırtılma şeklindeki şiddetli ağrıda aort anevrizmasından şüphelenilmelidir.

Ağrının yer değiştirmesi epigastrik ve periumbilikal başlayıp sağ alt kadrana yer değiştiren apandisit ağrısında olduğu gibi tipik tanılar için yol gösterici olabilir. Ağrının yansımaları ayırıcı tanıda ipucu verebilir. Örneğin üreter taşları erkeklerde skrotuma doğru yansırken safra taşlarına bağlı yansıyan ağrı sağ omuz ve skapulada hissedilebilir (58,59).

Ağrı şiddetinin zamanla olan değişikliği öğrenilmelidir. Çünkü organ rüptürüne bağlı peritonit tablosunda, organ iskemisinde, solid organ kapsül gerilmesinde ve inflamatuvar tip ağrı yapan durumlarda ağrı aynı şiddette devam eder (26). Mekanik ileus, kurşun zehirlenmesi, üremi ve diabetik ketoasidoz gibi durumlarda intermittan karın ağrısına rastlanır (58).

Karın ağrısı değerlendirilirken mutlaka karın ağrısına neden olabilecek karın dışı nedenler örneğin; pulmoner emboli, pnömoni, akut miyokard infarktüsü, özefagus rüptürü gibi nedenler akılda tutulmalıdır. Karın ağrısına neden olabilecek vasküler nedenler atlandığında gelişebilecek yüksek mortalite ve morbidite nedeniyle ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

5. Yaşlılarda Akut Karın Ağrısı

Kardiyovasküler, pulmoner hastalıklar ve diabetes mellitus gibi kronik sağlık sorunlarının tanı ve tedavisindeki ilerlemelere paralel olarak batı ülkelerinde ve ülkemizin de içinde olduğu gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaş ortalamasında artış gözlenmektedir. Yaşlıların toplumdaki oranlarındaki bu artış gittikçe artan sayıda yaşlı hastanın acil cerrahi girişime gereksinim duymasına neden olmaktadır. Yaşlılarda akut karına neden olan hastalıklar gençlerdekiye göre farklılık göstermektedir. Metabolik ve endokrin cevabın değişmiş ve fizyolojik kapasitenin azalmış olması, fiziksel ve sosyal engeller hastalığın belirti ve bulgularını değiştirmekte ve sıklıkla tanının geç konmasına, perioperatif ve postoperatif dönemin daha komplike geçmesine yol açmaktadır. Yaşlılarda bilier sistemde meydana gelen değişiklikler akut kolesistite zemin hazırlar. Yaşlı popülasyonda en yaygın cerrahi endikasyon bilier sistem patolojileridir. İlaç ve alkol kullanımı, safra taşları pankreatit gelişimine zemin hazırlar. Yine yaşlı grupta divertikülit de önemli bir akut abdominal ağrı nedenidir. Adeziv hastalık ve malignansiye bağlı ince ve kalın barsak obstrüksiyonları yaşlılarda daha yaygındır ve genellikle cerrahi gerektirir (60-62).

Akut apandistin %5-10'u yaşlılarda ortaya çıkar, fakat akut apandisite bağlı ölümlerin %50'sinden fazlası yaşlılarda görülür. Görüntüleme metodlarındaki gelişmelere rağmen yaşlılarda akut apandisit atipik seyrettiği için tanısı zordur. Akut apandisitinin yaşlılarda hızlı ilerleyişi, klinik prezantasyonun atipik oluşu, hastaneye başvuru ve ameliyattaki gecikmeler, yaşlılardaki apandisitinin doğal seyri nedeniyle perforasyon riski artmıştır. Yaşlı apandisitindeki bu doğal seyir lümen daralması, obliterasyon,

mukozada incelme, müsküler duvarda fibrosis ve yağ infiltrasyonu gibi fizyopatolojik değişikliklerle açıklanmaktadır (63,64).

Daha nceki çalışmalar, acil servise karın ağrısı ile gelen hastaların demografik özelliklerine ve tanılarına yönelik olmasına karşın yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkili karın ağrısına yönelik çalışma kısıtlıdır.

Çalışmamızın amacı acil servise karın ağrısı ile başvuran 45 yaş ve üzeri hastalarda karın ağrısı nedenlerinin yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerle ilişkisini değerlendirmek ve 45-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri hastalardaki tanı farklılıklarını karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis'inde Şubat 2013-Temmuz 2013 tarihlerini kapsayan 6 aylık sürede prospektif olarak yürütüldü. Çalışmamız için fakültemiz Tıbbi Etik Kurulunun 4 Haziran 2013 tarih ve 2013-10/12 sayılı kararı ile izin alındı.

Çalışmaya travmaya bağlı olmayan karın ağrısı şikayeti ile başvuran 45 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi. 45 yaş altı ve travmaya maruz kalan 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, ek şikayetleri, vital bulguları, yandaş hastalıkları, istenen konsültasyonlar, tanıları, sonucu ve yattığı birim kaydedildi.

Hastalar yaş gruplarına göre 45-64 yaş, 65 yaş ve üzerindeki olarak iki alt gruba ayrıldı. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler (bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama, ishal, dizüri, 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. Hastalara istenen konsültasyonlar dahili bilimler, cerrahi bilimler ve hem dahili hem cerrahi bilimler olmak üzere üç bölüme ayrıldı. Hastaların aldıkları tanılar ayrı olarak belirtildi ancak cerrahi nedenli olmayan ve cerrahi nedenli tanı olarak da iki grupta toplandı. Ayrıca tanılar vücut sistemlerine göre sınıflandırıldı. Sonlanma şekilleri yatış, taburculuk, sevk, acil serviste eksitus, acil servisi izinsiz terk ve tedaviyi ret olarak belirlendi. Yatırılan birimler dahili bilimler, cerrahi bilimler ve yoğun bakım olmak üzere üçe ayrıldı.

Hastaların yaş grupları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetler, vital bulgular, yandaş hastalıklar, istenen konsültasyonlar, tanılar, sonuçlar, yattığı

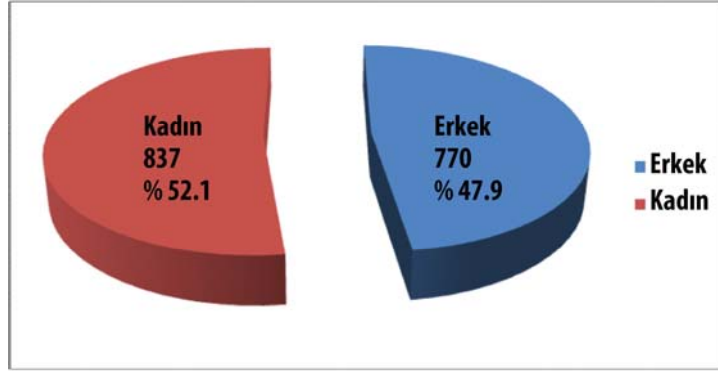
birimler ve tanuların sınıflandırıldığı sistemler karşılaştırıldı. Ayrıca yaş gruplarına göre cerrahi nedenli olmayan ve cerrahi nedenli tanularla eşlik eden şikayetler ve vital bulgular arasındaki korelasyon incelendi.

Çalışmaya ait elde edilen tüm veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. Kategorik değişkenler için frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. Sürekli değerşkenler için betimleyici istatistikler olarak medyan, minimum, maksimum değerleri verildi. Kategorik değerşkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin ki-kare testleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Şubat 2013-Temmuz 2013 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis'ine (UÜTF AS) travmaya bağlı olmayan karın ağrısı şikayeti ile başvuran 45 yaş ve üzeri 1607 hasta çalışmaya alındı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların 837'si (%52.1) kadın, 770'i (%47.9) erkekti. Hastaların medyan yaşı 61 yıl (min:45 max:92) idi. Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımı Şekil-2'de verilmiştir.



Şekil-2: Karın ağrılı olguların cinsiyetlerine göre dağılımı.

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında UÜTF AS'ine yaklaşık 44.000 hasta başvurusu oldu, bu hastaların 4413'ünü 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Acil servise bu dönemde travmayla ilişkili olmayan karın ağrısı şikayeti ile 65 yaş ve üzeri 615 hasta başvurdu. Karın ağrısı, 65 yaş ve üstü hastaların tüm AS başvurularının %13.9'unu oluşturmaktaydı.

Tüm hastaların 992'si (%61.7) 45-64 yaş arasında, medyan yaş 53 yıl (min:45 max:64), 615'i (%38.3) 65 yaş ve üzerinde, medyan yaş 73 yıl (min:65 max:92) idi. 45-64 yaş grubunda n:536 kadın, n:456 erkek, 65 yaş ve üzeri grupta n:301 kadın, n:314 erkek vardı. Hastaların yaş gruplarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$) (Tablo-2)

Tablo-2: Hastaların yaş gruplarına ve cinsiyetlerine göre dağılımı.

Yaş grupları (yıl)	Kadın (n:837,%52.1)	Erkek (n:770,%47.9)	Toplam (n:1607, %100)
45-64	536 %54	456 %46	992 %100
≥65	301 %48.9	314 %51.1	615 %100

Karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuran hastalarda en sık eşlik eden ilk üç şikayet sırasıyla bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama ve ishal olarak bulundu. Yaş grupları ile karın ağrısına eşlik eden şikayetler karşılaştırıldı. Bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama ve sarılık ile yaş grupları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$), ancak dizüri ve ishal ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0.05$) (Tablo-3).

Tablo-3: Hastaların yaş grupları ile eşlik eden şikayetlerin karşılaştırılması.

Eşlik eden şikayetler	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Bulantı-kusma							
Var	140	%45.5	168	%54.5	308	%100	< 0.001
Yok	852	%65.6	447	%34.4	1299	%100	
Gaz-gaita çıkaramama							
Var	50	%37.9	82	%62.1	132	%100	< 0.001
Yok	942	%63.9	533	%36.1	1475	%100	
İshal							
Var	76	%70.4	32	%29.6	108	%100	> 0.05
Yok	916	%61.1	583	%38.9	1499	%100	
Sarılık							
Var	24	%45.3	29	%54.7	53	%100	< 0.05
Yok	968	%62.3	586	%37.7	1554	%100	
Dizüri							
Var	37	%71.2	15	%28.8	52	%100	> 0.05
Yok	955	%61.4	600	%38.6	1555	%100	

Karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuran hastaların yaş grupları ile vital bulgular karşılaştırıldığında, genele bakıldığında her iki yaş grubunda da normal vital bulgular daha fazla iken, 65 yaş ve üzeri grupta kan basıncı yüksekliğinin veya düşüklüğünün, nabız veya vücut ısısı yüksekliğinin 45-64 yaş grubuna göre daha fazla olduğu görüldü, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.001$) (Tablo-4).

Tablo-4: Hastaların yaş grupları ile vital bulgularının karşılaştırılması.

Vital Bulgular	45-64 yaş		≥ 65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Kan Basıncı							
Normal	978	%63.1	571	%36.9	1549	%100	< 0.001
Yüksek	8	%30.8	18	%69.2	26	%100	
Düşük	6	%18.8	26	%81.2	32	%100	
Nabız							
Normal	983	%64	554	%36	1537	%100	< 0.001
Yüksek	9	%13.2	59	%86.8	68	%100	
Düşük	-	-	2	%100	2	%100	
Vücut Isısı							
Normal	973	%63.8	553	%36.2	1526	%100	< 0.001
Yüksek	19	%23.5	62	%76.5	81	%100	

Hastaların yaş gruplarına göre yandaş hastalıklarının dağılımına bakıldığında, 65 yaş ve üzeri grupta sırasıyla hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), malignite, koroner arter hastalığı (KAH), geçirilmiş serebrovasküler hastalık (SVH), konjestif kalp yetmezliği (KKY), astım veya kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), karaciğer sirozu (KCS) ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) görülürken, 45-64 yaş grubunda malignitenin ilk sırada yer aldığı görüldü. Yaş grupları ile yandaş hastalıklar karşılaştırıldığında ise, 65 yaş ve üzeri grupta HT, DM, KAH, geçirilmiş SVH, KKY, Astım veya KOA, KCS ve KBY daha fazla bulunurken, 45-64 yaş grubunda malignite daha sık bulundu. İstatistiksel olarak da anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$) (Tablo-5).

Tablo-5: Hastaların yaş grupları ile yandaş hastalıklarının karşılaştırılması.

Yandaş hastalıklar	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Hipertansiyon	73	%24.4	226	%75.6	299	%100	< 0.001
Diabetes Mellitus	66	%32	140	%68	206	%100	< 0.001
Malignite	157	%53	139	%47	296	%100	< 0.05
KAH	35	%25.7	101	%74.3	136	%100	< 0.001
Geçirilmiş SVH	10	%16.1	52	%83.9	62	%100	< 0.001
KKY	13	%22.8	44	%77.2	57	%100	< 0.001
Astım-KOAH	22	%36.1	39	%63.9	61	%100	< 0.001
Karaciğer Sirozu	19	%44.2	24	%55.8	43	%100	< 0.05
KBY	10	%27.8	26	%72.2	36	%100	< 0.001

KAH: Koroner arter hastalığı, SVH: Serebrovasküler hastalık, KKY: Konjestif kalp yetmezliği, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KBY: Kronik böbrek yetmezliği

Karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuran 1607 hastanın 729'una (%45.4) konsültasyon istendi. Hastaların yaş grupları ile istenen konsültasyonlar karşılaştırıldığında dahili veya cerrahi bilimler konsültasyon istemi 65 yaş ve üzeri grupta, 45-64 yaş gruba göre daha fazla bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.05$). Dahili ve cerrahinin birlikte istendiği konsültasyon sayısı 45-64 yaş grubunda, 65 yaş ve üzeri gruba göre daha fazla görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Genele bakıldığında 65 yaş ve üzeri gruba konsültasyon talebi daha fazladır, bu da istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.05$) (Tablo-6).

Tablo-6: Hastaların yaş grupları ile istenen konsültasyonların karşılaştırılması.

İstene Konsültasyon	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Dahili bilimler	125	%37.1	212	%62.9	337	%100	< 0.05
Cerrahi bilimler	165	%47.5	182	%52.5	347	%100	< 0.05
Dahili ve Cerrahi	23	%51.1	22	%48.9	45	%100	> 0.05
Toplam	313	%43	416	%57	729	%100	< 0.05

Çalışmaya alınan 1607 hastanın karın ağrısı nedenlerinin en sık sebebi sırasıyla ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı, safra kesesi ve

yollarına ait hastalıklar, akut gastrit, maligniteye sekonder karın ağrısı ve ileustur. Hastaların yaş gruplarına göre aldıkları tanıların dağılımına bakıldığında, 65 yaş ve üzeri grupta en sık görülenler sırasıyla, safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar, ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı ve ileustur. 45-64 yaş grubunda ise birinci ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı, ikinci akut gastrit, üçüncü sırada ise safra kesesi ve yollarına ait hastalıkları yer almaktadır. Hastaların yaş grupları ile tanıları karşılaştırdığımızda ise, safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar (SKYH), ileus, konstipasyon, akut pankreatit, mezenter iskemi, divertikülit, abdominal aort diseksiyonu (AAD), alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE), sepsis, akut böbrek yetmezliği (ABY), gastrointestinal sistem (GİS) perforasyonu ve maligniteye sekonder karın ağrısı tanıları 65 yaş ve üzeri grupta daha fazla bulunurken, ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı, akut gastrit, akut apandisit, renal kolik, inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) ve ailevi akdeniz ateşi tanıları 45-64 yaş grubunda daha fazla görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$) (Tablo-7).

Yaş grupları ile diğer tanıları (akut gastroenterit, üriner sistem enfeksiyonları, akut koroner sendrom, akut lökoz, akut hepatit, jinekolojik hastalıklar, abdominal herni, intraabdominal apse, peritonit, GİS kanama, diyabetik ketoasidoz, portal ven trombozu, postoperatif komplikasyon) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo-7: Hastaların yaş grupları ile tanılarının karşılaştırılması.

Tanılar	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
SKYH	104	%47.5	115	%52.5	219	%100	p < 0.001
ATYKA	229	%79.8	58	%20.2	287	%100	p < 0.001
İleus	48	%48.5	51	%51.5	99	%100	p < 0.05
Akut Gastrit	128	%84.2	24	%15.8	152	%100	p < 0.001
Maligniteye sekonder karın ağrısı	52	%51.5	49	%48.5	101	%100	p < 0.05
Konstipasyon	40	%45.5	48	%54.5	88	%100	p < 0.05
Akut Pankreatit	23	%41.1	33	%58.9	56	%100	p < 0.05
Mezenter İskemi	1	%4.2	23	%95.8	24	%100	p < 0.001
GİS Perforasyonu	9	%33.3	18	%66.7	27	%100	p < 0.05
Sepsis	5	%29.4	12	%70.6	17	%100	p < 0.05
ASYE	5	%31.2	11	%68.8	16	%100	p < 0.05
ABY	3	%21.4	11	%78.6	14	%100	p < 0.05
Renal Kolik	55	%93.2	4	%6.8	59	%100	p < 0.001
Akut Apandisit	37	%88.1	5	%11.9	42	%100	p < 0.05
Divertikülit	-	-	8	%100	8	%100	p < 0.05
AAD	-	-	4	%100	4	%100	p < 0.05
İBH	14	%100	-	-	14	%100	p < 0.05
Ailevi Akdeniz Ateşi	10	%100	-	-	10	%100	p < 0.05
Diğer tanılar	229	%61.9	141	%38.1	370	%100	p > 0.05

SKYH: Safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar, ATYKA: Ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı, GİS: Gastrointestinal sistem, ASYE: Alt solunum yolu enfeksiyonu, ABY: Akut böbrek yetmezliği, AAD: Abdominal aort diseksiyonu, İBH: İnflamatuar bağırsak hastalığı

Çalışmaya alınan 45-64 yaş hasta grubunun 854'ü (%86.1) cerrahi nedeni olmayan tanı alırken, 138'i (%13.9) cerrahi nedeni tanı aldı. 65 yaş ve üzeri hasta grubunda ise 459'u (%74.6) cerrahi nedeni olmayan tanı alırken, 156'sı (%25.4) cerrahi nedeni tanı aldı.

Hastaların yaş gruplarına göre cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanılarla vital bulgular arasındaki korelasyon incelendiğinde 45-64 yaş grubundaki hastaların vital bulgularındaki değişiklikler ile cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). 65 yaş ve üzeri hasta grubunda ise vücut ısısı veya nabız yüksekliğinin olması cerrahi nedenli olmayan tanılarda cerrahi nedenli tanılara göre daha fazla görüldü ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$) (Tablo-8), ancak kan basıncı değişiklikleri ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo-8: 65 yaş ve üzeri grupta cerrahi olmayan nedenli veya cerrahi nedenli tanılarla vücut ısısı ve nabızın ilişkisi.

65 yaş ve üzeri	Vücut ısısı yüksekliği		Nabız yüksekliği	
	n	%	n	%
Cerrahi nedenli olmayan tanı	54	% 87,1	34	% 57,6
Cerrahi nedenli tanı	8	% 12,9	25	% 42,4
Toplam	62	% 100	59	% 100

$p<0.05$

Yaş gruplarının aldığı cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanıların karın ağrısına eşlik eden şikayetlerle ilişkisine bakıldığında, her iki yaş grubunda da bulantı-kusma veya ishalin cerrahi nedenli olmayan tanılarda, gaz-gaita çıkaramamanın cerrahi nedenli tanılarda daha fazla görüldüğü bulundu ($p<0.05$). 45-64 yaş hasta grubunda karın ağrısına dizüri veya sarılığın eşlik etmesinde, cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$) (Tablo-9), 65 yaş ve üzeri hasta grubunda dizürinin eşlik etmesi cerrahi nedenli olmayan tanılarda daha fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$), bu yaş grubunda sarılığın olması ise istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo-10).

Tablo-9: 45-64 yaş grubunda cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanıların karın ağrısına eşlik eden şikayetlerle ilişkisi.

45-64 yaş hasta grubu	Cerrahi olmayan tanı		Cerrahi tanı		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Bulantı-kusma	112	% 80	28	% 20	140	% 100	p < 0.05
Gaz-gaita çıkaramama	18	% 36	32	% 64	50	% 100	p<0.001
İshal	76	% 100	-	-	76	% 100	p < 0.05
Dizüri	36	% 97.3	1	% 2.7	37	% 100	p > 0.05
Sarılık	22	% 91.7	2	% 8.3	24	% 100	p > 0.05

Tablo-10: 65 yaş ve üzeri grupta cerrahi nedenli olmayan veya cerrahi nedenli tanıların karın ağrısına eşlik eden şikayetlerle ilişkisi.

65 yaş ve üzeri hasta Grubu	Cerrahi olmayan tanı		Cerrahi tanı		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Bulantı - kusma	114	% 67.9	54	% 32.1	168	% 100	p < 0.05
Gaz-gaita çıkaramama	31	% 37.8	51	% 62.2	82	% 100	p < 0.001
İshal	32	% 100	-	-	32	% 100	p < 0.05
Dizüri	15	% 100	-	-	15	% 100	p < 0.05
Sarılık	26	% 89.7	3	% 10.3	29	% 100	p > 0.05

Karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların aldıkları tanıları vücut sistemlerine göre gruplandırıp yaş gruplarıyla karşılaştırdığımızda, her iki yaş grubunda da gastrointestinal sistem içindeki tanımlar daha çok olmakla birlikte, 45-64 yaş grubunda daha fazla bulundu. 65 yaş ve üzeri grupta ise kardiyovasküler ve solunum sistemini ilgilendiren tanımlar 45-64 yaş grubuna göre daha fazla görüldü (p<0.05). Diğer sistemlerle yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05)(Tablo-11).

Tablo-11: Yaş grupları ile vücut sistemlerine göre gruplandırılan tanıların karşılaştırılması.

Tanıların sistemlere göre grupları	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Gastrointestinal	818	% 63.5	471	% 36.5	1289	% 100	p < 0.05
Kardiyovasküler	9	% 18.4	40	% 81.6	49	% 100	p < 0.001
Solunum	5	% 31.2	11	% 68.8	16	% 100	p < 0.05
Ürogenital	154	% 63.9	87	% 36.1	241	% 100	p > 0.05
Hematolojik	1	% 50	1	% 50	2	% 100	p > 0.05
Endokrin	5	% 50	5	% 50	10	% 100	p > 0.05

45-64 yaş grubundan 780 hasta taburcu iken 65 yaş ve üzeri grupta 318 hasta taburcudur, yaş grupları ile taburculuk durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.001).

65 yaş ve üzeri grupta 274 hasta hastaneye yatarken, 45-64 yaş grubundan 195 hasta hastaneye yatırıldı. Yaş grupları ile hastaneye yatış karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p<0.001) (Tablo-12).

Tablo-12: Hastaların yaş gruplarına göre sonlanış şekillerinin dağılımı.

Sonuç	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Taburcu	780	% 71	318	% 29	1098	% 100
Yatış	195	% 41.6	274	% 58.4	469	% 100
Sevk	10	% 47.6	11	% 52.4	21	% 100
AS'te eksitus	-	-	3	% 100	3	% 100
AS'i izinsiz terk	3	% 100	-	-	3	% 100
Tedaviyi ret	4	% 30.8	9	% 69.2	13	% 100

AS: Acil servis

Karın ağrısı ile AS'e başvuran 469 hastanın, 214'ü dahili kliniklere, 254'ü cerrahi kliniklere ve 1'i de yoğun bakıma yatırıldı. Dahili kliniklerden en fazla yatış yapılan bölüm gastroenterolojidir (n:110, %6.8). Cerrahi kliniklerden de en fazla yatış yapılan bölüm genel cerrahidir (n:242, %15.1). Bu iki bölüme de orta yaş grubuna göre yaşlı grubun yatışı daha fazladır (p<0.001) (Tablo 13).

Tablo-13: Hastaların yaş grupları ile yattığı kliniklerin karşılaştırılması .

Yattığı Klinik	45-64 yaş		≥65 yaş		Toplam		p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Dahili Klinik	83	% 38.8	131	% 61.2	214	% 100	p < 0.001
Cerrahi Klinik	111	% 43.7	143	% 56.3	254	% 100	p < 0.001
Yoğun Bakım	1	% 100	-	-	1	% 100	p > 0.05

TARTIŞMA VE SONUÇ

Karın ağrısı acil servislere en sık başvuru şikayetlerinden birisidir. Tüm acil servis başvurularının yaklaşık %5-8'ini karın ağrısı oluşturmaktadır (12). Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran hastaların %9'unu 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır (9). Ülkemizde yapılmış bir çalışmada AS'e başvuran yaşlı hastaların %6'sını karın ağrısı olan hastalar oluşturduğu belirtilmiş (64) olup bizim çalışmamızda ise bu oran %13.9'dur. Bu oranın literatürden yüksek olmasının nedeni olarak; hastanemizin bölgenin tek üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması ve 65 yaş ve üzeri karın ağrılı hastaların büyük bir çoğunluğunun multidisipliner yaklaşım gerektiren daha ciddi olgular olmasından dolayı hastanemize sevk edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Daha önceden yapılan çalışmalarda karın ağrısı yakınması ile AS'e başvuran hastaların çoğunu kadınların oluşturduğu rapor edilmiştir (65-68). Biz de çalışmamızın sonunda literatürle uyumlu olarak karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların çoğunun kadın olduğunu saptadık. Çalışmamıza alınan tüm hastaların %47.9'u erkek, %52.1'i kadın ve median yaş 61 (min:45 max:92) olarak saptandı.

Çalışmamızda, yaş grupları ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. 45-64 yaş grubu hastaların %33.4'ü kadın, %28.4'ü erkektir. 65 yaş ve üzeri grup hastaların ise %18.7'si kadın, %19.5'i erkektir. Bu durumu, 45-64 yaş grubu hastaların, toplam başvuruların %61.7'sini oluşturmasına ve kadınların nüfus içindeki oranlarının giderek artmasına bağlıyoruz.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2009 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi kadınlarda daha uzun olup toplamda 73.7 yıl, erkeklerde 71.5 yıl, kadınlarda 76.1 yıl olarak bildirilmiştir (69). 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 (70). Başka bir çalışmada yaş ortalaması 73.88 yıl saptanmıştır (71). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, 65 yaş ve üzerinde, medyan yaş 73 yıl (min:65 max:92) bulundu.

Yaş gruplarına göre AS'e başvuran karın ağrılı hastaların dağılımını incelediğimizde başvuruların 45-64 yaş arası daha fazla olduğunu ve median yaşı 53 (min:45 max:64) yıl olduğunu saptadık. Literatürde benzer çalışmalarda farklı yaş ortalamaları (43.5; 43 ± 16 ; 32.8; 48) tespit edilmiştir (72-75). Bu farklılık; çalışmaların yapıldığı yerlerin ve çalışmalara alınan hasta gruplarının yaş aralığının farklılığından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuran hastalarda en sık eşlik eden ilk üç şikayet sırasıyla bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama ve ishal olarak bulundu. Staniland ve ark. (65), Brewer ve ark. (76) çalışmalarında karın ağrısına eşlik eden en yaygın şikayetin bulantı-kusma olduğunu bildirmişlerdir. Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak karın ağrısına en sık eşlik eden şikayetin bulantı-kusma olduğunu saptadık.

Yaş grupları ile eşlik eden şikayetler karşılaştırıldığında, 65 yaş ve üzeri hasta grubunda karın ağrısı ile birlikte bulantı-kusma, gaz-gaita çıkaramama veya sarılığın, 45-64 yaş grubuna göre daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu, ancak dizüri veya ishal ile istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü. Durukan ve ark. (64) da yaptığı bir çalışmada, 65 yaş üzeri karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastalara en sık eşlik eden şikayetin bulantı-kusma olduğunu belirtmişlerdir.

Yaşlı hastalarda karın ağrısına eşlik eden şikayet olarak gaz - gaita çıkaramamanın daha çok görülmesi, mekanik obstrüksiyonun yanı sıra yaşlanmaya bağlı kalın bağırsaklardaki peristaltizmin yavaşlamasına, kolon transit zamanındaki uzamaya, yaşlı hastaların çoklu ilaç kullanımına, immobilizasyonuna ve yandaş hastalıklarının sıklığına bağlıdır (77).

Çalışmamızda yaşlı hastalarda karın ağrısına eşlik eden şikayetlerden sarılığın daha fazla görülmesi ise yaşlanmayla kolestatik sarılık

insidansındaki artıştan kaynaklanmaktadır, bu durum malign obstrüksiyon ve koledokolitiyazise bağlıdır (78).

Yapılan çalışmalar, yaşlıların gençlere göre karın içi olaylarda dört kat daha fazla hipotermik olduğunu ve çoklu ilaç kullanımının hastalıkla ilgili olan bulgu ve şikâyetleri baskılayabildiği bildirilmiştir (19,21,22). Bizim çalışmamızda, yaş grupları ile vital bulgular karşılaştırıldığında, karın ağrısı ile başvuran her iki yaş grubunda da normal vital bulgular daha fazla iken, 65 yaş ve üzeri grupta vital bulgulardaki değişikliklerin daha fazla olduğu bulundu. 65 yaş ve üzeri grupta kan basıncı yüksekliğinin daha fazla bulunması bu grupta aterosklerozun yaygın görülmesine ve yaşlanmayla artan periferik vasküler dirence bağlıdır. Kan basıncı düşüklüğünün daha çok görülme nedeni ise, yaşlanmayla birlikte nitrat ve diüretik benzeri ilaçların kullanımındaki artışa bağlı vazodilatasyon ve kardiyak outputta azalma, yaşlıların sepsise yatkınlığı ile birlikte fizyolojik kompanzasyon mekanizmalarının yetersizliğinin hipotansiyona yol açmasıdır. Yine bu grupta vücut ısısının daha fazla görülmesini yaşlanmayla ter bezlerinin hem sayısı hem fonksiyonlarının azalmasından dolayı hipertermi riskinin artmasına ve bu yaş grubunun enfeksiyonlara yatkınlığına bağlıdır. Nabızdaki artış ise; karın ağrısına bağlı fizyolojik yanıt, vücut sıcaklığındaki yükselme, bu yaş grubunda ritim ve ileti bozukluklarının daha sık görülmesi ve hipoksiye neden olabilen yandaş hastalıklar nedenlidir (79).

Hastaların yaş gruplarına göre yandaş hastalıklarının dağılımına bakıldığında, 65 yaş ve üzeri grupta en sık görülen yandaş hastalık hipertansiyondur. Kenneth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hipertansiyonun, karın ağrısı olan yaşlı hastalarda görülen en sık yandaş hastalık olduğu tespit edilmiştir (80).

AS'e başvuran karın ağrılı yaşlı hastalarda klinik bulguların silik olması nedeniyle bu hastalarda konsültasyon eşliğinin düşük tutulması gerekir (9). Çalışmamızda toplam 729 konsültasyon istemi yapıldı. Bunun %57'si 65 yaş ve üzeri hasta grubu için istendi. Karın ağrısı nedeniyle AS'e başvuran hastaların 469'u yatırıldı. Yatışı yapılan hastaların %41.6'sı 45-64 yaş grubu hasta iken %58.4'ü 65 yaş ve üzeriydi. Yaşlılarda yatış oranının fazla olması

bu hasta grubunda konsültasyon eşiğinin düşük tutulması gerekliliğini açıklamaktadır.

AS'e karın ağrısı şikayetiyle başvuran 1607 hastanın aldıkları tanıları sıklık sırasına göre değerlendirdiğimizde en sık saptanan üç tanı sırasıyla, ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı, safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar, akut gastrit olarak görüldü.

Acil polikliniklerine karın ağrısı ile gelen hastaların %30-40'ını yapılan tüm tetkiklere rağmen herhangi bir patolojinin saptanamadığı ve gözlem sırasında şikayetleri kendiliğinden gerileyen nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturur (81-83). Yapılan bir çalışmada acil polikliniklere karın ağrısı ile başvuran hastaların %20'sinin herhangi bir patolojinin bulunmadığı nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturmuştur. Nonspesifik karın ağrısı genç erişkinlerde daha sık görülür (83). Yaşlı hastalarda nonspesifik karın ağrısı oranı %15'den azdır (82). Çalışmamıza alınan 1607 hastanın %17.9'una (n:287) ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı tanısı kondu ve bunun %14.3'ünü 45-64 yaş grubu, %3.6'sını 65 yaş ve üzeri hasta grubu oluşturmaktadır.

Wang ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, AS'e başvuran yaşlı hastaların karın ağrısı nedenlerinin çoğunu safra kesesi ve yollarına ait hastalıkların oluşturduğunu tespit etmişlerdir (84). Bizim çalışmamızda da, 65 yaş ve üzeri karın ağrılı hastalarda en sık neden safra kesesi ve yollarına ait hastalıklardır. Çalışmamızda 45-64 yaş grubunda ise birinci neden ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısıdır. 65 yaş ve üzeri grupta safra kesesi ve yollarına ait hastalıkların daha sık görülmesinin nedeni, yaşlanmayla kolesistokinine safra kesesi kontraksiyon cevabında azalma, safranin kolesterol ve fosfolipid içeriğinde artış nedeni ile ilerleyen yaşla birlikte safra kesesi taşı insidansında artış (85) ve safra kanallarında taş veya diğer patolojilerin yokluğunda bile yaşlı hastaların safra kanal çaplarının sıklıkla gençlerden daha geniş olmasıdır (78). Bir başka neden ise, safra kanallarında taş mevcut olan hastaların endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi yapılmak üzere tarafımıza sevkinin fazla oluşu ve

acilimize karın ağrısı şikayetiyle müracaat edip, çalışmaya dahil olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Daha önce yapılmış çalışmalarda cerrahi nedenli tanı alan olguların, yaşın artmasıyla birlikte arttığı bildirilmiştir (1,24,61). Kizer ve ark.'nın (80) 2291 karın ağrılı hastada yaptıkları çalışmada cerrahi olmayan nedenlerin 65 yaş altı hasta grubunda 65 yaş ve üstü hasta grubuna oranla daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda 45-64 yaş grubu hastalarda cerrahi olmayan nedenler %86 oranında bulundu, bu bulgular literatürle uyumluydu. Ayrıca cerrahi nedenli tanı alan olguların çoğunun 65 yaş ve üzeri hastalarda olduğunu saptadık. Dolayısıyla ileri yaşta karın ağrısı ile AS'e başvuran hastalarda cerrahi nedenli patolojilerin olma olasılığının arttığını söyleyebiliriz.

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 görüldü. Abbas ve ark.'nın (68) 286 karın ağrılı olguda yaptıkları çalışmada yüksek ateş ve taşikardinin görülme oranını özellikle cerrahi nedenli tanılar alan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir. Laurell ve ark.'nın (86) 65 yaş üstü karın ağrılı 831 hastada yaptıkları çalışmada cerrahi girişim gerektiren olgularda ateşin belirgin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Yine başka bir çalışmada (87) vital parametrelerdeki patolojik değişikliklerin, altta cerrahi nedenli patoloji olma olasılığını arttırdığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda yüksek ateşi, cerrahi nedenli olmayan patolojilerin çoğunun enfeksiyöz nedenli olmasından dolayı meydana gelen enflamatuar duruma, nabızda ki artışı ise gerek ağrıya gerekse vücut sıcaklığındaki yükselmeye bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

Karın ağrısına eşlik eden şikayetlerle yaş gruplarına göre cerrahi nedenli ve cerrahi nedenli olmayan tanılar alan hastalar karşılaştırıldığında; her iki grup hastalarda karın ağrısına eşlik eden bulantı - kusma ve ishal şikayetleri cerrahi nedenli olmayan tanılarda daha sık görülürken, gaz -gaita çıkaramamanın eşlik etmesi cerrahi nedenli tanılarda daha fazlaydı. 65 yaş

ve üzeri hasta grubunda karın ağrısına dizürinin eşlik etmesi cerrahi nedenli olmayan tanılarda daha fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Staniland ve ark.'nın (65) 600 karın ağrılı hastada yaptıkları çalışmada, gaz-gaita çıkaramama şikayetinin cerrahi nedenli tanılar alan grupta daha yüksek görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızın sonucu literatürle uyumluydu.

Karın ağrısı ile AS'e başvuran hastaların aldıkları tanıları vücut sistemlerine göre gruplandırıp yaş gruplarıyla karşılaştırdığımızda, her iki yaş grubunda da gastrointestinal sistem içindeki tanılar daha fazlaydı. Yaş grupları kendi içinde karşılaştırıldığında, gastrointestinal sisteme ait tanılar 45-64 yaş grubunda daha fazlayken, 65 yaş ve üzeri grupta ise kardiyovasküler ve solunum sistemini ilgilendiren tanılar daha fazla görüldü, bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıydı. Çalışmamızda, orta yaş grubuna göre yaşlı grup hastalarda karın ağrısı nedeni olarak karın dışı tanılar daha fazla görülmektedir, bu da karın ağrısı ile başvuran yaşlı grupta kardiyovasküler ve solunum sistemi ile ilgili tanıların da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan 45-64 yaş hasta grubunun %78.6'sı taburcu, %19.6'sı yatış, %1'i sevk şeklinde sonlandı. 65 yaş ve üzeri hasta grubunun %51.7'si taburcu, %44.5'i yatış, %1.8'i sevk edildi. 45-64 yaş grubunda yatış yapılan 195 hastanın %42.6'sı dahili kliniğe, %56.9'u cerrahi kliniğe, %0.5 tanesi yoğun bakıma yatırılırken, 65 yaş ve üzeri yatış yapılan 274 hastanın %47.8'i dahili kliniğe %52.2'si cerrahi kliniğe yatırıldı. Her iki yaş grubunda en çok yatış yapılan bölümler ise sırasıyla genel cerrahi ve gastroenterolojidir. Çalışmamızda en yüksek yatış oranının genel cerrahi servisine olması cerrahi nedenli tanıların daha ciddi patolojiler olması ile uyumluydu. AS'e karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların 12'sinin yoğun bakım ihtiyacı vardı. Bu hastaların 1'i orta ve genç yaşlı hasta grubunda iken 11'i ileri yaşlı hastaydı. Yani 65 yaş ve üzeri hasta grubunun yoğun bakım ihtiyacı daha fazla bulundu. Ancak bu 11 hastanın hepsi dış merkez yoğun bakımlara sevk edildi. Yoğun bakıma yatış oranlarının düşük olması hastanemiz yoğun bakım yatak sayısının az oluşuna bağlı olabilir. Yapılan benzer çalışmalarda, yatış oranları %18.9-%59.35 iken yoğun bakım yatış oranları %38.1-%70.4

bulunmuştur (70,71,88-90). Bu konuyla ilgili diğer çalışmalarda, yatış yapılan bölümler incelendiğinde dahili branşlardan ilk sıralarda dahiliye yer alırken cerrahi branşlarda en fazla yatışın genel cerrahiye yapıldığı görülmektedir (70,91).

Karın ağrısı nedenlerinin belirlenmesinde; hastaların demografik özellikleri, eşlik eden şikayetler, vital bulgular, yandaş hastalıklar ve yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik değişiklikler önem arz etmektedir. Karın ağrılı hastalarda gaz-gaita çıkaramamanın eşlik etmesi cerrahi nedenli tanılar lehine, bulantı-kusma veya ishal bulunması durumunda ise cerrahi nedenli olmayan tanılar lehine yorumlanabilir. Karın ağrısı ile AS'e başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda; vital bulgulardaki değişikliklerin daha fazla olduğunu, yüksek ateş veya taşikardinin cerrahi nedenli olmayan tanılarda daha fazla bulunduğunu, orta ve genç yaşlı hastalara göre ileri yaşlı hastalarda cerrahi nedenli patolojilerin olma olasılığının arttığını ve karın dışı tanıların daha fazla görüldüğünü söyleyebiliriz. 65 yaş ve üzeri hastalarda istenen konsültasyon sayısının daha fazla olduğu ve hastaneye yatışın sık yapıldığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç olarak, acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların değerlendirmesinde acil hekime düşen en büyük görev, ağrının cerrahi nedenli mi veya cerrahi nedenli olmayan hastalıktan mı kaynaklandığına karar vermektir. Artan yaşlı nüfusla birlikte acil servislerin yaşlı hastalar tarafından kullanımı artmaktadır. Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler, değerlendirmeyi zorlaştırabilir ve dikkate alınması gerekir. Yaşlı hastalardaki atipik prezentasyonlar sık olduğundan karın ağrısı ile gelen hastaları acil patolojik durumlardan ayırabilmek için hekimlerin yaşla birlikte olan fizyolojik değişiklikleri bilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. deDombel FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenteroloji 1994;19:331-5.
2. Sanders AB. Care of the elderly people in the emergency department. Ann Emerg Med 1992;21:792-5.
3. Sanders AB. Care of the elderly people in the emergency department. conclusions and recommendations. Ann Emerg Med 1992;21:830-4
4. US Bureau of the census. Statistical abstract of the United States, 2010 ed 110, Washington DC, 2010 (2010.census.gov.04/06/2012)
5. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu, www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do
6. T.C. İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Nüfus Kütükleri verileri,2005, www.nvi.gov.tr/11,2005nufus_Kutukleri
7. Bıyık A, Özgür G, ve ark. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Fiziksel Sağlık Sorunları ve Hastalıklarına Yönelik İlacı Kullanma Davranışları. Türk Geriatri Dergisi 2002; 5: 68-74.
8. Bölükbaşı S. Kemik ve Yaşlanma. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(Suppl): 130-3.
9. McNamara R. Abdominal pain in the elderly. Tintinalli JE. Kelen GD. Stapczynski JS. Emergency Medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill basımevi. 5. baskı 2000; 515-9
10. Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am 2001;19:123-36.
11. Lameris W, Randen A, Dijkdraaf M, et al. Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. BMC Emergency Medicine 2007;7:9.
12. Gallenger EJ. Gastrointestinal emergency: Acute abdominal pain. In Tintinalli JE, Kelne GD, Stapczynski JS (eds). Emergency medicine, a comprehensive study guide. 5th edition. USA: McGraw-Hill Companies Inc. 2000;356-66.
13. Trott AT, Lucas RH. Acute abdominal pain, in Rosen P, Barkin R, Danzl DF(eds): Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (Fourth Edition). St Louis: Mosby 1998, pp 1888-1903.
14. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, et al. Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. Acad Emerg Med 1998; 5:1163-8.
15. Younis MT. Evaluation of akut abdominal pain. In Thomas A, Schwartz GR (eds). Principles and practice of emergency medicine. 4th edition. Philadelphia/USA: Williams and Wilkins; 1999;465-87.
16. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):105-10.
17. Koç. F. Kekeç. Z. Acil servise başvuran geriatric olgularının nörolojik yönden değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2011; 14:117-21

18. Arulat T. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi Antalya 2009. Kongre Kitabı, 2009: 17-22.
19. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 1996;14(3): 615-27.
20. Ferrell BA. Acute and chronic pain. Cassel CK. Leipzig RM. Cohan HJ. Larson EB. Meier DE. *Geriatric Medicine An evidence-Based Approach*. 4. baskı. 2003. 323-43
21. Seçkin Ü. Bodur H. Kutsal YG. Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Geriatric Medicine* 1998;1(1): 36-8.
22. Cooper GS, Shlaes DM, Salata RA, Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994;19(1):146-8.
23. Ragsdale L, Southerland L. Acute Abdominal Pain in the Older Adult. *Emerg Med Clin N Am* 2011;29:429-48.
24. de Dombal FT. The OMGE acute abdominal pain survey progress report 1986. *Scand J Gastroenterol* 1988; 23:35-42.
25. Özkan K. Akut karın. Özkan K, Özen N, Malazgirt Z. (ed.) *Genel Cerrahi Ders Notları*. 1. Baskı. Ankara. Hacettepe-Taş, 1996; 205-214.
26. Menteş A. Akut Karın. In Sayek İ. (ed): *Temel Cerrahi*. 2 baskı. Güneş Kitabevi. Ankara. 1998; 2: 273-82.
27. Adelman A: Abdominal pain in the primary care setting. *J Fam Pract* 1987;25-7
28. McCraig L, Burt CW. National ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data*. 2004;340-1.
29. Miller SK, Alpert PT. Assessment and Differential Diagnosis of Abdominal Pain. *The Nurse Practitioner* 2006; 31: 38-47.
30. Batman F. Karın Ağrısına Yaklaşım. In: Ünal Yasavul Ü, ed. *Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 2003;555-7.
31. Akdoğan A, Aras D. Bayramoğlu E. Akut karın tabloları. Coşkun A (ed), *Genel Cerrahi*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara. 1998; 273-282.
32. De Dombal FT. Akut Karın Ağrısının Tanısı. Çev. Menteş A, Yılmaz M: İzmir/Türkiye. Bilgehan Basımevi, 1985.
33. Graff L, Radford MJ, et al. Probability of appendicitis before and after observation. *Ann Emerg Med* 1991; 20:503-7.
34. Cope JR, Abrams PH. Chest disease presenting as an acute abdomen. *Am Surg* 1979; 45:364-6.
35. Fenyo G. Acute abdominal disease in the elderly: Experience from two series in Stockholm. *Am J Surg* 1982;143:751-4.
36. Bouterie RL. The acute abdomen, in Warner CG. *Emergency care: assesment and intervention (Second Edition)*: Mosby. 1978, pp 431-4.
37. Stewardson RH, Bombeck CT, Nyhus M. Critical operative management of small bowel obstruction. *Ann Surg* 1978; 187:189-92.
38. Gomez J, Dally P. Psychologically mediated abdominal pain in surgical and medical outpatient clinics. *Br Med J* 1977; 1:1451-5.
39. Aribal D. Akut Karın. Ankara Üniv. Genel Cerrahi DersNotları. Ankara. 1998; 460-72.

40. Martin R, Rossi R. The acute abdomen: An overview and algorithms. *Surg Clin North Amer* 1997; 77: 1227-45.
41. Nakhgevany KB. Colonoscopic decompression of the colon in patients with Ogilvie's Syndrome. *Am J Surg* 1984; 148: 317-9.
42. Duphy JE. Acute Abdomen. In LW Way (ed) : *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. 6th Ed. Lange, California. 1983; 412-43.
43. Akdoğan A, Aras D, Bayramoğlu E. Akut karın tabloları. Coşkun A (ed), *Genel Cerrahi*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara. 1998; 273-82.
44. Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. *Med Clin N Am* 2006; 90: 481-503.
45. Billittier AJ, Abrams BJ, Brunetto A. Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 789-850.
46. Orr RK, Porter D, Hartman D. Ultrasonography to evaluate adults for appendicitis. *Acad Emerg Med* 1995; 2: 644-50.
47. Balthazar EJ, Birnbam BA, Yee J. Acute appendicitis: CT and US correlation in 100 patients. *Radiology* 1994; 190: 31-5.
48. Malone AJ, Wolf CR, Malmed AS. Diagnosis of acute appendicitis: value of unenhanced CT. *Am J Roentgenol* 1993; 160: 763-6.
49. Rubin GD, Dake MD, Napel SA. Three dimensional spiral CT angiography of the acute abdomen: initial clinical experience. *Radiology* 1993; 186: 147-52.
50. Sosa JL, Arrillaga A, Puente I. Laparoscopy in 121 consecutive patients with abdominal gunshot wounds. *J Trauma* 1995; 39: 501-4.
51. Reiertsen O, Rosseland AR. Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. *Acta Chir Scand* 1985; 151: 521-4.
52. Sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2000; 4: 203-7.
53. Forde KA, Treat MR. The role of peritonoscopy (laparoscopy) in the evaluation of the acute abdomen in critically ill patients. *Surg Endosc* 1992; 6: 219-21.
54. Schreiber JH. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *Surg Endosc* 1990; 4: 100-2.
55. Amos JD, Schorr SJ, Norman PF. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Am J Surg* 1996; 17: 435-7.
56. Güler K, Çalangu S (eds). *Acil dahiliye*. 7.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
57. Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non specific abdominal pain. *Br J Surg* 1994;81:1216-8.
58. Güloğlu R, Taviloğlu K, Ertekin C (eds). *Acil cerrahi*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2009.
59. Deakin P, Reed J, Burkitt GH (eds). *Essential surgery*. 4th edition. New York: Churchill Livingstone; 2007.
60. Eryılmaz R, Şahin M, Alimoğlu O. What has changed in the management of acute appendicitis in the elderly? *Chirurgia* 2004;17: 219-22.

61. Lyon C, Clark D. Diagnostik of Acute Abdominal Pain in Older Patients. American Academy of Family Physicians 2006;74:1537-44.
62. Ağalar F, Özdoğan M, Daphan ÇE, Topaloğlu S, Sayek İ. Akut karınla başvuran geriatric hastalarda cerrahi tedavi ve sonuçları. Turkish Journal of Geriatrics 1999;2:1-4.
63. Mentеш Ö, Eryılmaz M, ve ark. 60 yaş üstü apendektomili olgularımızın retrospektif analizi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2008;7:36-41.
64. Durukan P, Çevik Y, Yıldız M. Acil servise karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Turkish journal of geriatrics 2005;8:111-14.
65. Staniland JR, Ditchburn J, de Dombal FT. Clinical presentation of the acute abdomen: Study of 600 patients. Br Med J 1972; 3:393-8.
66. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, et al. Nontraumatic Acute Abdominal Pain: Unenhanced Helical CT compared with three-view acute abdominal series. Radiology 2005; 237:1,114-22.
67. Agreus L, Svardsudd K, Nyren O, et al. The epidemiology of abdominal symptoms: prevalence and demographic characteristics in a Swedish adult population: a report from the abdominal symptom study. Scand J of Gastroenterology 1994; 29:2,102-9.
68. 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? World Journal of Emergency Surgery 2007;2:26-7.
69. 2009 yılı genel nüfus sayımları. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/nufusmenuapp/menu.zul> Erişim tarihi: 13.12.2011
70. Satar S, Sebe A, Avcı A, Karakuş A, İcme F. Yaşlı hasta ve acil servis. Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 29: 43-50.
71. Dede F. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Acil Polikliniği'ne Ocak 2005 - Aralık 2005 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzerindeki hastaların epidemiyolojik incelenmesi. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2005.
72. Nagurney JT, Brown DFM, Chang Yuchiau, et al. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. The Journal of Emerg Med 2003; 25: 363-71.
73. Weiner JB, Nagurney JT, Brown DFM, et al. Duration of symptoms and follow-up patterns of patients discharged from the emergency department after presenting with abdominal or flank pain. Family Practice 2004; 21:3;314-6.
74. Ohene-Yeboah M. Acute surgical admissions for abdominal pain in adults in Kumasi, Ghana. ANZ J Surg 2006; 76:898-903.
75. Simmen HP, Decurtins M, Rotzer A, et al. Emergency room patients with abdominal pain unrelated to trauma: prospective analysis in a surgical university hospital. Hepato-Gastroenterology 1991; 38:279-82.
76. Brewer RJ, Golden GT, Hitch DC, et al. Abdominal pain: an analysis of 1000 consecutive cases in a university hospital emergency room. Am J Surg 1976; 131:219-24.
77. Doğan A, Dönmez KB, Nakipoğlu G, Özgirgin N. Geriatric inmeli hastalıklar ve komplikasyonlar. Türk Geriatri Dergisi 2009; 12: 118-23.

78. Affronti J. Billiary disease in the elderly patient. Clin Geriatr Med 1999; 15: 571-8.
79. Kutsal G. Y, Aslan D. Birinci Basamak için Temel Geriatri. Birinci Baskı, Ankara, 2012;17-66.
80. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. Am J Emerg Med 1998;16(4):357-62.
81. Stefanidis D, Richardson WS, Chang L, Earle B, Fanelli RD. The role of diagnostic laparoscopy for acute abdominal conditions: an evidence-based review. Surg Endosc 2009;23:16-23.
82. Bavunoğlu I, Őirin F. Akut cerrahi karını taklit eden cerrahi dışı nedenler.Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri 2005;10:30-5.
83. Özgüç H, Çakın N, Duman U. Akut nonspesifik karın ağrılı olguların bir yıllık prognozları, semptom ve bulguların tanısal doğruluğu. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2008;14:118-24.
84. Wang S-S, Chang C-C. Acute abdominal pain in the elderly. International Journal of Gerontology 2007; 1(2):77-82.
85. Trash DB, Ross PE, Murison J, et al. Proceedings: The influence of age on cholesterol saturation of bile. Gut 1976; 17: 394-5.
86. Laurell H, Hansson LE, Gunnarsson U. Acute abdominal pain among elderly patients. Gerontology 2006; 52:339-44.
87. Burg MD, Francis L. Acute abdominal pain in the elderly. Emerg Med 2005; 37:8;8-12.
88. Unsal A,Cevik AA, MetintaŐ S, ArslantaŐ D, İnan CO. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları. Turkish Journal of Geriatrics 2003; 6: 83-8.
89. Mert E. Geriatrik hastaların acil servis kullanımı. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 70-4
90. Kekeç Z, Koc F, Buyuk S. Acil serviste yaşlı hasta yatıŐlarının gözden geçirilmesi. JAEM 2009; 8: 21-4.
91. Taymaz T. Acil polikliniğinden yatırılan geriatrik hastaların ayrıntılı irdelenmesi. Akademik Geriatri 2010; 2: 167-75.

EKLER

EK-1: ÇALIŞMA FORMU

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

Hastanın adı/ soyadı:

Protokolü:

Doğum tarihi / yaşı :

Cinsiyeti:

Geliş şikayeti: Karın ağrısı Bulantı-kusma İshal Dizüri

Gaz gaita çıkaramama

Sarılık diğer (belirtiniz.....)

Vitalleri:

TA:/..... Nabız :..... Vücut ısısı:.....

Ek hastalık öyküsü: HT DM KAH KKY Astım - KOAH

Malignite (belirtiniz.....)

Transplant KBY Geçirilmiş SVO

Diğer (.....) YOK

Konsültasyon: Genel Cerrahi Enfeksiyon

Dahiliye (bölüm belirtiniz.....)

Diğer (.....)

TANI:.....

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

Ex Tedaviyi red İzinsiz terk

Formu Dolduran Dr:

EK-2: KISALTMALAR

AAD	Abdominal Aort Diseksiyonu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABY	Akut Böbrek Yetmezliği
AS	Acil Servis
ASYE	Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu
ATA	Acil Tıp Asistanı
ATYKA	Ayırıcı Tanısı Yapılamamış Karın Ağrısı
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DKG	Direk Karın Grafisi
DL	Diagnostik Laparoskopi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
ERCP	Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi
GİS	Gastrointestinal Sistem
HT	Hipertansiyon
İBH	İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KBY	Kronik Böbrek Yetmezliği
KC S	Karaciğer Sirozu
KKY	Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MR	Manyetik Rezonans
NSKA	Nonspesifik Karın Ağrısı
NVİ	Nüfus ve Vatandaşlık İşleri
SKYH	Safra Kesesi ve Yollarına ait Hastalıklar
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SVH	Serebrovasküler Hastalık
USG	Ultrasonografi
ÜÜTF	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, anlayış ve hoşgörölü destekleri ile eğitimime büyük katkıda bulunan değerli Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Erol Armağan'a, tezimin hazırlanması ve değerlendirilmesinde her türlü desteği ile yol gösteren danışman hocam Uzm. Dr. Fatma Özdemir'e, eğitimimdeki emekleri ve destekleri için Doç. Dr. Şule Akköse Aydın'a ve Doç. Dr. Özlem Köksal'a, teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Asistanlığım boyunca her anı paylaştığım ve birlikte çalışmaktan mutlu olduğum sevgili asistan arkadaşlarıma, hemşire, sekreter ve tüm personel arkadaşlarıma, varlığı ve desteği için hayat arkadaşım, sevgili eşim Nedim Mert'e, hayatımın her aşamasında yanımda olan, bana inanan ve beni her zaman destekleyen canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

16 Nisan 1982 yılında Giresun'da doğdum. İlköğrenimimi Giresun Cumhuriyet İlkokulu'nda tamamladım. Ortaokul ve lise eğitimimi Giresun Hamdi Bozbağ Anadolu Lisesi'nde bitirdikten sonra 2000 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazanarak tıp öğrenimime başladım. 2006 yılında mezun oldum. Mezuniyet sonrası iki buçuk yıl İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olmak üzere çeşitli 112 acil servis istasyonlarında görev aldım. Eylül 2008'de Tıpta Uzmanlık Sınavı'nı kazanarak Uludağ Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda ihtisas yapmaya hak kazandım. 30 Ocak 2009 tarihinden beri bu bölümde araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım. Evliyim, 2 yaşında bir oğlum var.