



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ – CERRAHPAŞA

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

ACİL SERVİSE NON-TRAVMATİK KARIN AĞRISI İLE

BAŞVURAN 65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARIN

İNCELENMESİ

UZMANLIK TEZİ

DR. ALTUĞ KANBAKAN

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ

İSTANBUL- 2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, beceri ve tecrübelerinden faydalandığım ve tez danışmanlığımı yapan Prof. Dr. İbrahim İKİZCELİ'ye,

Uzman olma yolunda hep destek olan; bilgi ve becerileri ile eğitimime katkıda bulunan; her daim bana örnek teşkil eden, tez sürecinde ilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren Uzm. Dr. Afşın İpekçi, Uzm. Dr. Yonca Senem Akdeniz ve Uzm. Dr. Fatih Çakmak'a,

Çalışmamın istatistikleri için bana yardımcı olan Senem Nebi ve Şadiye Mıdık'a,

Berber çalıştığım, öğrendiğim ve yaşadığım; hekimliğin birlik ve destek olma yönüne örnek teşkil eden asistan arkadaşlarıma ve acilde ekip çalışmasının önemini öğreten tüm acil servis çalışanlarına,

Rotasyonlarım esnasında bilgilerinden birçok şey öğrendiğim tüm fakülte hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Bana acil tıp bilimini sevdiren, öğrencisi olmaktan daima mutluluk ve gurur duyduğum Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı'ndaki hocalarıma,

Hayallerimi, hayatımı şekillendirmemde bana sonsuz destekte bulunan, ufkumu genişleten ve her daim yanımda olan annem Hülya Kanbakan, babam Turan Kanbakan ve sevgili kardeşim Taylan Kanbakan'a,

Çok Teşekkür Ederim.

DR. ALTUĞ KANBAKAN
İSTANBUL – 2019

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar DİZİNİ	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Yaşlılık ve Acil Değerlendirmesi.....	2
2.2. Ağrı ve Akut Karın Ağrısı	4
2.3. Karın Ağrısı ile İlişkili Semptom ve Muayene Bulguları	5
2.4. Tanısal Zorluklar ve Radyolojik Görüntülemeler	6
2.4.1. Düz Radyografiler.....	7
2.4.2. Ultrasonografi	7
2.4.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT).....	8
2.4.4. Anjiyografi.....	8
2.5. Karın Ağrısında Spesifik Durumlar	8
2.5.1. İntestinal Obstrüksiyon	8
2.5.2. Abdominal Aort Anevrizması.....	9
2.5.3. Safra Yolu Patolojileri	9
2.5.4. Divertikülozis & Divertikülit.....	10
2.5.5. Mezenter İskemi	10
2.5.6. Apandisit.....	11
2.5.7. Pankreatit	12
2.5.8. Peptik Ülser Hastalığı	12
2.5.9. Malignensi	12
2.5.10. Üriner Sistem Patolojileri	13
2.5.11. Akut Gastroenterit.....	13
2.5.12. Nonspesifik Karın Ağrısı	13

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. İstatiksel Analiz	15
4. BULGULAR.....	16
4.1. Hastaların Mortalite Durumuna Göre Değerlendirilmesi	23
4.2. Hastaların Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....	29
5. TARTIŞMA.....	34
6. SONUÇ	43
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	53
Ek – 1: Tez Çalışma Formu	53
Ek - 2: Etik Kurul Onayı.....	54

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 1: Yaşlılıkla Gelişen Fizyolojik Durumlar ve Muhtemel Etkileri	3
Tablo 2: Ağrı Lokalizasyonuna Göre Ayırıcı Tanılar	6
Tablo 3: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Dağılımı.....	16
Tablo 4: Tanı Koyulan Hastaların Tanı Dağılımları.....	18
Tablo 5: Yatışı Yapılan Hastaların Yattıkları Servislerin Dağılımı	19
Tablo 6: Hastaların Ek Hastalık Öykülerine İlişkin Dağılımlar	19
Tablo 7: Hastaların Eşlik Eden Şikâyet ve Bulgularına İlişkin Dağılımlar	20
Tablo 8: Hastaların Hemogram Ölçümlerinin Dağılımları	20
Tablo 9: Hastaların Biyokimya Sonuçlarının Dağılımları	22
Tablo 10: Hastaların Kan Gazı Ölçümlerinin Dağılımları.....	23
Tablo 11: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Mortalite ile İlişkisi.....	24
Tablo 12: Hastaların Ek Hastalık Öykülerinin Mortalite ile İlişkileri	25
Tablo 13: Hastalarda Eşlik Eden Şikâyet ve Bulguların Mortalite ile İlişkileri	25
Tablo 14: Hemogram Ölçümlerinin Mortaliteye ile İlişkisi	27
Tablo 15: Biyokimya Ölçümlerinin Mortalite ile İlişkisi	28
Tablo 16: Kan Gazı Ölçümlerinin Mortalite ile İlişkileri	28
Tablo 17: Mortalite Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi	29
Tablo 18: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Sonlanım ile İlişkisi.....	30
Tablo 19: Hastaların Ek Hastalık Öykülerinin Sonlanım ile İlişkileri.....	31
Tablo 20: Hastalarda Eşlik Eden Şikâyet ve Bulguların Sonlanım ile İlişkileri.....	31
Tablo 21: Hastaların Hemogram Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi	32
Tablo 22: Biyokimya Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi.....	33
Tablo 23: Kan Gazı Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi	33

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa No:</u>
Şekil 1: Nörolojik Hastalık Varlığına Göre Mortalite Dağılımı	26
Şekil 2: Malignite Varlığına Göre Mortalite Dağılımı	26
Şekil 3: Konstipasyon Varlığına Göre Mortalite Dağılımı	26



KISALTMALAR

AAA	: Abdominal Aort Anevrizması
AKA	: Akut Karın Ağrısı
AMI	: Akut Mezenter İskemi
AS	: Acil Servis
ASA	: American Society Anesthesiologists
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
IASP	: International Association For The Study Of Pain
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKY	: Konjestif Kalp Yetersizliği
KOAH	: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
MI	: Myokard Enfarktüsü
MVT	: Mezenterik Ven Trombozu
NOMI	: Non Okluziv Mezenter İskemi
POSSUM	: Physiological And Operative Severity Score For Enumeration Of Mortality And Morbidity
SMA	: Superior Mezenter Arter
SVO	: Serebrovasküler Olay
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
USG	: Ultrasonografi

ÖZET

Amaç: Artan yaşlı hasta popülasyonu nedeniyle hastaların erken dönemde risk barındıran tanılarının fark edilmesi önem arz etmektedir. Biz de bu çalışmamızda altmış beş yaş üstü hastaların travma dışı gelişen karın ağrısı ile acil başvurularındaki özellikleri, laboratuvar incelemeleri ile tanılarını ve bunların mortalite ile ilişkisini incelemeye aldık.

Gereç Ve Yöntem: 09.01.2019 tarihli 5048 sayılı Etik Kurul onayı ile Prospektif, kesitsel bir çalışma olarak tasarlanan çalışmamızda İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine 09.01.2019 ile 09.07.2019 tarihleri arasında karın ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri hastalar aydınlatılmış onam ile bilgilendirildi. Onam veren hastalar demografik veriler, yaşamsal bulguları, karın ağrısına eşlik eden bulguları, muayene bulguları, kronik hastalıklar, laboratuvar incelemeleri, tanılar, sonlanım açısından yatışı gereken servisler, tedaviler açısından incelendi. Hastane yatışı ve taburculukları sonrası da takip edilerek 30 günlük mortalite oranları incelendi.

Bulgular: Hastaların %47,4'ü erkek, ortalama yaş 74,42 olarak saptandı. Hastaların karın ağrısı nedenleri %72,4 oranla abdominal ve %15,6'sı nonspesifik nedenlere bağlı olduğu saptandı. Hastaların mortalitesine etki eden faktörler incelendiğinde ileri yaş, ek nörolojik hastalık ve operasyon öykülerinin ve hemoglobin düşüklüğünün 1 aylık mortaliteyi artırdığı görüldü. Hastaların %64,1' i hastane yatışı ile sonuçlanmıştır.

Sonuç: Yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin yanı sıra hastalara eşlik eden ve mortalite ile ilişkili olabilecek nörolojik hastalık varlığı, operasyon öyküsü ve anemi bu hastaların değerlendirmesi sırasında dikkat edilmelidir. Çalışmamızın sınırlı sayıda hasta ile yapılmış olması ve tanı gruplarından bağımsız mortalite incelendiği göz önünde bulundurulduğunda daha geniş ve daha spesifik hasta gruplarında prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Acil servis, geriatric hasta, karın ağrısı

ABSTRACT

Aim: In this study, we examined the characteristics of non-traumatic abdominal pain and emergency admissions; laboratory investigations and diagnoses of the patients over the age of 65 years and their relationship with mortality.

Material and Method: In our study, which was designed as a prospective, cross-sectional study with the 5048 numbered Ethics Committee approval of on 09.01.2019; patients over 65 years of age who were admitted to Istanbul University Cerrahpaşa Emergency Department between 09.01.2019 and 09.07.2019 were informed with informed consent. The patients who gave consent were examined in terms of demographic data, vital signs, abdominal pain accompanying findings, examination findings, chronic diseases, laboratory investigations, diagnoses, disposition, mortality and treatments. After hospitalization and discharge, 30-day mortality rates were evaluated.

Findings: 47.4% of the patients were male. The mean age was 74.42 years. The causes of abdomen related pain were 72.4% and 15.6% were due to nonspecific causes. 64.1% of the patients were hospitalised.

Result: Due to uncertain clinical findings and increasing risk factors with age, it is difficult to determine the cause of abdominal pain in geriatric patients. In addition to age-related physiological changes, the presence of accompanying neurological disease, history of surgery and anemia that may be associated with mortality should be considered during the evaluation of these patients. Considering the fact that our study was conducted with a limited number of patients and that mortality independent of diagnostic groups was examined; prospective and randomized studies are needed in larger and more specific patient groups.

Keywords: Emergency service, geriatric patient, abdominal pain

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akut karın ağrısı (AKA), travmatik zeminden gelişmeyen ve beş günden kısa süreli olan ağrıların tanımlanmasında kullanılan bir kavramdır. Her gün kesintisiz olarak sağlık hizmeti sunmakta olan acil servislere başvuruların önemli bir bölümünü oluşturan karın ağrısı şikâyeti, tüm acil servis (AS) başvurularının yaklaşık %10-15' ini oluşturmaktadır.(1)

Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde yaşlı hasta popülasyonu artmaktadır. Artan geriatric hasta popülasyonu ile birlikte sağlık harcamalarında belirgin artış izlenmekle beraber, hastalıkların farklı şekillerde hekimlerin karşısına çıkması da söz konusudur. (2) Temel tanı ve yönlendirmenin ön koşulu olan öykü ve fizik muayenenin etkinlik açısından geriatric hasta popülasyonunda güvenilir olmayabileceği konusunda pek çok yayın bulunmaktadır.

Gitgide artan yaşlı hasta popülasyonu nedeniyle hastaların erken dönemde risk barındıran tanılarının fark edilmesi önem arz etmektedir. Özellikle sadece muayene ile tanılarının atlanabileceği bu özellikli popülasyonda hastaların hangi klinik özelliklerinin daha sık görüldüğü, hastaların sonlanımında ve mortalitesinde hangi parametrelerin etkili olduğunun saptanması önem arz etmektedir. Biz de bu çalışma ile altmış beş yaş üstü hastaların travma dışı gelişen karın ağrısı ile acil başvurularındaki özellikleri, laboratuvar incelemeleri ile tanılarını ve bunların mortalite ile ilişkisini incelemeye aldık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık ve Acil Değerlendirmesi

İnsanoğlu, artan sanayileşmiş toplumların etkisiyle birlikte tarihinde ilk kez altmış yaş üzerinde ortalama yaşam süresine sahiptir. Özellikle düşük gelirli ülkelerdeki doğum sırasında ve sonrasındaki ölümlerin azalması, çocukluk dönemi enfeksiyon kaynaklı ölümlerin azalması ile birlikte beklenen yaşam süresi artmakta; yüksek gelirli gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusun azalması neticesinde dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu her geçen yıl artmaktadır. (1)

Ülkemizde ise yaşlı nüfusun Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus projeksiyonu verilerine göre 2018 yılında %8,8 2023 yılında %10 ve 2040 yılında %16 olarak artış göstereceği düşünülmektedir.(2) Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre ise 2010 yılında 65 yaş üstü insan popülasyonu %13 olarak izlenirken, 2045 yılında bu oranın %20'ye ulaşması beklenmektedir. (3)

Yaşlı popülasyonun dağılımındaki bu değişim ile birlikte sağlık hizmetlerinin yapılması ve sağlık harcamalarının düzenlenmesinde büyük bir etkisi olması beklenmektedir. (2) Değişen demografik durum ile birlikte acil servis pratiği de değişime uğramaktadır. ABD verilerine göre acil servis başvurularının yaklaşık %43' ünü 65 yaş üstü hastalar oluşturmaktadır.

Yaş ile birlikte artan eşlikçi hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı, yaşlılığın beraberinde getirdiği kimi fizyolojik değişiklikleri de maskeleyerek hastaların acil serviste erken tanısını zorlaştırmaktadır. Yaşlılarda gelişen fizyolojik durumlar ve muhtemel etkileri **Tablo-1** 'de yer almaktadır. (3)

Fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, görme ve işitme problemleri, algılamada azalma, demans, serebrovasküler olay (SVO), Alzheimer hastalığı ve psikiyatrik problemler hasta ile iletişim kurmaya da engel olabilmektedir. Hastalıkla ilgili kullanılan antikolinergik, antiinflamatuvar ilaçlar ve immün sistemin zayıf olması nedeni ile klinik semptomların baskılanması karın ağrısı tanısının konulmasını güçleştirmektedir. Bunun dışında, yaşlı hastalarda uzun süre önce tanımlanmış sessiz

miyokardiyal enfarktüs (4) zaman içerisinde genişleyerek intraabdominal olaylarda da benzer bir durumun yaşandığını göstermektedir. (5,6)

Tablo 1: Yaşlılıkla Gelişen Fizyolojik Durumlar ve Muhtemel Etkileri

Fizyolojik Değişiklikler	Muhtemel Etkiler
<p><i>Sinir Sistemi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Kan beyin bariyerinin etkinliği azalır. -Isıya karşı vücut cevabı azalır. -Otonomik sistem fonksiyonları bozulur. -Nörotransmitterlerde bozukluk. 	<ul style="list-style-type: none"> - Menejit riski artar. - Termoregülasyon bozulur. -Ortostatik hipotansiyon, ve üriner inkontinans riski - Kompleks mental fonksiyonlarda azalma.
<p><i>Deri / mukoza</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Bütün deri tabakalarının atrofisi -Ter bezlerinin hem sayı hem fonksiyonlarının azalması 	<ul style="list-style-type: none"> - Vücut izolasyonunun azalması. Deride yaralanma ve enfeksiyon riskinin artması. -Hipertermi riskinin artması.
<p><i>İmmün Sistem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Hücrel immünitede azalma -Antikor yapımında azalma 	<ul style="list-style-type: none"> - Latent enfeksiyonların aktive olması ve tümör oluşma ihtimalinin artması -İnfeksiyon riskinin artması
<p><i>Kalp ve Damar Sistemi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Azalmış inotropik/kronotrop cevap -Artmış periferik vasküler direnç -Azalmış ventriküler dolum 	<ul style="list-style-type: none"> -Myokardın strese karşı cevabında azalma. -Maksimum kalp hızının azalması. -Kan basıncının artması. -Organların kanlanmasında değişiklikler.
<p><i>Akciğerler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Azalmış vital kapasite -Akciğer ve hava yolu kompliyansında, Ventilasyonda ve diffüzyon kapasitesinde azalma 	<ul style="list-style-type: none"> -Hava yolu direncinde artma. -Hızlı dekompanzasyon tehlikesi. -PaO₂'de azalma.
<p><i>Hepatik Fonksiyon</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Karaciğer hücre kitlesinde azalma -Hepatik kan akımında azalma 	<ul style="list-style-type: none"> -Rejenarasyon yeteneğinin azalması. -Farmakokinetikte değişiklikler. -Enzim aktivitesinde değişiklikler
<p><i>Böbrekler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Bazal membranda kalınlaşma -Toplam vücut suyunun azalması -Susamaya karşı cevabın azalması -Renal vazopressin cevabının azalması 	<ul style="list-style-type: none"> -İlaç eliminasyonunda azalma. -Hipokalsemi ve osteoporozda artış. -Dehidratasyon, elektrolit bozukluğu riskinin artması.
<p><i>Gastrointestinal Sistem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -Gastrik mukozada azalma -Bikarbonat sekresyonunda azalma -GIS kanlanmasının azalması -Epitel rejenarasyonunun azalması 	<ul style="list-style-type: none"> -Gastrik ülser riskinin artması. -Gastrik ülser riskinin artması. -Perforasyon riskinin artması. -Ülser iyileşme süresinin uzaması.

2.2. Ağrı ve Akut Karın Ağrısı

Toplumda acil servis başvurularının en sık nedeni olan ağrı şikâyeti IASP (International Association For The Study of Pain) terminolojisine göre “var olan yahut olası doku hasarı ile ilişkili ya da bu hasar ile tanımlanabilen bireyin emosyonel ve sensöriyel algısı ile tanımlanan nahoş deneyim” olarak tanımlanmaktadır. (7)

Ağrı, acil servis başvurularının önemli bir bölümünü oluşturmakta iken karın ağrısı, tüm acil servis başvurularının %5 ile %10 ‘unu oluşturmaktadır. Her ne kadar gelişmiş tanısal araçlara sahip olsak da karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %25’ine tanı koyulamamakta; nonspesifik karın ağrısı ile acil servisten taburcu edilmektedir. Tanı alan hastaların %35-41’i ise hastane yatışı ile tedavi-takiplerine devam edilmektedir. (8)

Literatürde, nonspesifik karın ağrısı, yaşın ilerlemesi ile belirgin oranda azalmakta olan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle 50 yaş altındaki hastalarda nonspesifik karın ağrısı tanısı yaklaşık %40 olarak koyulurken, bu oran 50 yaş üzerindeki hastalarda %15-16 civarında izlenmektedir.(9) Giderek artan bu oran karşısında geriatrik hasta popülasyonunda karın ağrısının acil müdahale gerektiren ve/veya hastanede tedavi ihtiyacı doğuran durumların daha sık izlendiği söylenebilir.

Karın ağrısı, akut ve kronik olarak incelenmekte; ağrı süresine göre tanımlamalar yapılmaktadır. Ancak, ayırıcı tanı için başarılı olabilecek kesin bir süre ayrımı bulunmamaktadır. Hastaları ağrının başlangıcı, maksimum ağrı noktasına ulaşma süresi; ek hastalıkları ile ilişkili olabilecek durumları (mezenter iskemi, akut intestinal obstrüksiyon vb.) gibi öykü özellikleri ve hastanın başvurusundaki hayati değerlerin stabil olup olmaması ile değerlendirmek daha uygun bir klinik yaklaşım olarak görülmektedir.(10)

Karın ağrısı, orijin olarak viseral, somatik ya da yansıyan karakterde olabilir. Viseral ağrı, organların etrafını saran viseral peritona yerleşik nosiseptörlerin uyarılması ile oluşmaktadır. İçi boş organların distansiyonu ya da kapsüllü organların gerilmesi ile meydana gelen bu ağrı tipi hasta tarafından yetersiz olarak lokalize edilebilir. Yanı sıra doğası gereği kolik, intermitan ve rekürren olma eğilimindedir. Viseral ağrının lokalizasyonu organların embriyolojik kökenine göre abdominal alanlarda kendisine

karşılık bulmaktadır. Ön bağırsak (foregut) kökenli yapılar (mide, duodenum, karaciğer, biliyer sistem ve pankreas) üst abdomende; orta bağırsak (midgut) kökenli organlar (ince bağırsak, proksimal kolon, apendiks) periumblikal bölgede ve arka bağırsak (hindgut) kökenli yapılar (distal kolon ve genitoüriner yapılar) alt abdomende ağrı hissine neden olurlar.

Somatik ağrı, parietal peritonun lokal irritasyonu sonucu ortaya çıkan ağrıdır. Süreğen, şiddetli ve çok iyi lokalize edilebilen ağrı ile kendisini gösterir. Ağrı, daha ziyade patolojinin olduğu alana spesifik olarak görünürler velakin ağrı her zaman patolojinin yer aldığı anatomik yapıyı işaret etmeyebilir. Apandisit ağrısının flank ağrısına neden olabilmesi buna en tipik örneklerden biridir. Ağrı lokalizasyonuna göre ayırıcı tanılar **Tablo-2** de yer almaktadır.

Yansıyan ağrı, patolojinin meydana geldiği orijin alanı dışında hissedilen ağrıdır. Düşük sensöriyal girdi veren alanlardaki (örn. Organ kapsülü) afferent ağrı lifleri ile yüksek sensöriyal girdi veren alanlardaki afferent ağrı lifleri (örn. Deri) ile birlikte aynı medulla spinalis seviyesinden giriş yaparlar. Beynin, düşük ağrı girdisi veren alandaki uyarılar ile yüksek ağrı girdisi oluşturan alanların aynı dermatomda yer alması nedeniyle; bu iki ağrı liflerindeki veriyi yüksek sensöriyal alandan kaynaklandığı şeklinde yanlış yorumlaması olduğu düşünülmektedir. (11)

Hem viseral, hem somatik ağrı yansıyan ağrı olarak karşımıza çıkabilmektedir. Diyafragmatik irritasyona bağlı olarak omuzda; safra kesesi patolojilerinde skapula alt ucunda ve miyokard enfarktüsü nedeniyle epigastrik ağrının oluşması yansıyan ağrı için tipik örneklerdir.

2.3. Karın Ağrısı ile İlişkili Semptom ve Muayene Bulguları

Karın ağrısı ile başvuran hastaların büyük bir çoğunluğunda eşlik eden ve ağrının kaynağı ile ilişkili olabilecek semptomlar bulunmaktadır. Ateş, üşüme-titreme konstitüsyonel; bulantı, kusma, diyare, konstipasyon ve iştah kaybı gastrointestinal sistem ilişkili; dizüri, idrar sıklığında artma, hematüri ve urgency ise genitoüriner sistem ilişkili semptomlar olarak ele alınabilir. Her ne kadar bulantı ve kusma pek çok intra-abdominal ve ekstra-abdominal patolojide eşlik edebilen bir semptom olsa da fekülen

kusma içeriği intestinal obstrüksiyon; taze ya da sindirilmiş kan içerikli kusma ve siyah dışkılama gastrointestinal kanama için en belirgin göstergelerdir. (11)

Tablo 2: Ağrı Lokalizasyonuna Göre Ayırıcı Tanılar

Sağ Üst Kadran	Epigastrium	Sol Üst Kadran
Hepatobiliyer Patoloji Duodenal Ülser Renal Kolik, Pyelonefrit Retroçekal Apendisit Pnömoni, Pulmoner Emboli	Gastrit, Peptik Ülser Hepatobiliyer Patoloji Pankreatit Aort Anevrizması Erken dönem Apendisit Myokard Enfarktüsü	Gastrit, Peptik Ülser Renal Kolik, Pyelonefrit Splenik Patoloji Pankreatit Pnömoni
Sağ Lumbar / Flank	Periumblikal	Sol Lumbar / Flank
Renal Kolik, Pyelonefrit Aort Anevrizması Psoas Apsesi Apendisit	Orta bağırsak (midgut) kökenli yapıların viseral ağrısı Erken Apendisit Aort Anevrizması	Renal Kolik, Pyelonefrit Aort Anevrizması Psoas Apsesi
Sağ Alt Kadran	Suprapubik	Sol Alt Kadran
Apendisit Ektopik gebelik, Tubo- ovaryen Patoloji, Endometriozis, Pelvik Enflamatuvar Hastalık Üriner Sistem Enfeksiyonu, Üreter Koliği Divertikülit Herni Aort Anevrizması Testiküler Torsiyon, Epididimo-orşit	Sistit, Mesane Patolojisi Üriner Sistem Enfeksiyonu Prostatit Ektopik gebelik, Tubo- ovaryen Patoloji, Endometriozis, Pelvik Enflamatuvar Hastalık	Sağ alt kadran ağrısına neden olan durumlar ile aynı (nadir görülen Apendisit dışında)

2.4. Tanısal Zorluklar ve Radyolojik Görüntülemeler

Geriatric popülasyon, karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalar içerisinde tanı koyulmada en çok zorluk yaşanan hasta grubudur.(12) Hem semptomların silik başlangıçlı olması hem de hastalık kliniğinin daha geç oturması nedeniyle hastaların acil serviste tanı alma süresi uzamaktadır. (12,13) Başvuru sırasında tanı alamayıp taburcu edilen hastaların yaklaşık üçte biri tekrar devam eden şikâyet-semptomlar ile

başvurmakta; genç hastalara göre yüzde elli oranda daha fazla hastaneye yatırılmakta ve üçte bir oranında daha fazla cerrahi girişim gerektirecek patoloji saptanmaktadır.

Bunun yanı sıra, yaşlılığın beraberinde getirdiği fizyolojik değişiklikler sebebiyle hayatı tehdit eden karın ağrısı nedenleri dahi çok az ya da neredeyse hiç endişe verici semptomlar olmadan da karşımıza çıkabilmektedir. (3) Katastrofik intra-abdominal hadise potansiyeli bulunan yaşlı hasta grubunda ateş veya beyaz küre sayısında artış her daim izlenmemektedir. (14) Örneğin, apandisit olan hastaların %30'unda ve akut kolesistiti olan hastaların büyük bir kısmında ateş gelişmemektedir. (15,16) Bu durum nedeniyle yaşlı hastaların tanı almasında yardımcı olabilecek sonografi, direkt grafi ve bilgisayarlı tomografi gibi seri görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testlerinin geniş bir spektrumda incelenmesi çoğu zaman gerekmektedir.(14,17) Acil tıp literatüründe de bu duruma paralel olarak, yaşlı hasta grubunda ayırt edilemeyen karın ağrısı olgularının erken dönemde, geniş bir tanısal düzlemde eşğin düşük tutularak radyolojik görüntüleme yapılması önerilmektedir. (18)

2.4.1. Düz Radyografiler

Çoğu zaman düz radyografilerin kullanılabilirliği batın içerisinde serbest havadan şüphe edilmesi ile ilişkilidir. Her ne kadar maliyet etkin ya da doğrudan tanısal olmasa da kimi bulgular ile çekal ya da sigmoid volvulus, amfizematöz kolesistit izlenebilir. (17) Belirtilen durumlardaki göze hemen çarpmayan bulgular dışında düz radyografilerin kullanışlı olduğu en büyük alan intestinal obstrüksiyon ve intra-peritoneal hava varlığıdır.

2.4.2. Ultrasonografi

Acil tıp uzmanlığı eğitiminde kendine büyük bir yer edinmeye başlamış olan ultrasonografi, giderek yaygınlaşması ile birlikte hastanın yatak başı değerlendirilmesinde bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastanın sonografik değerlendirilmesi ile Abdominal Aort Anevrizması (AAA) kolayca tanı alabilmektedir. Her ne kadar sonografi ile anevrizmanın aktif kanaması tespit edilemese de karın ağrısı ile başvuran instabil yaşlı hastada tespit edilen AAA'nın ivedi cerrahi eksplorasyonu zorunlu hale gelmektedir. Sonografi ile değerlendirmede yaşanan en büyük handikapı ise hastanın görünümü (örn. Hastanın obez olması), intestinal gaz

gölgelerinin varlığı ve operatör deneyimi oluşturmaktadır. Haricinde, biliyer sistem ve pelvik alan patolojilerinde seçilebilecek radyolojik modalitelerdendir.

2.4.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Multidedektörlü Bilgisayarlı Tomografilerin (BT) gelişmesi ve yaygınlaşması ile birlikte BT görüntü kalitesi artmış ve daha yüksek çözünürlükte, daha az artefakt görüntüsü ile ve daha hızlı bir biçimde görüntüleme yapılmasına yol açmıştır. Buna ek olarak, BT görüntülerinin yeniden düzenlenmesi ile BT anjiyografi görüntü kalitesi konvansiyonel anjiyografi ile neredeyse eşdeğer olmaktadır. (19) 2004 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada BT görüntülemesi ile %45 hastanın tanısı değişmiş olduğu; %25 kadar hastanın hastaneye yatış endikasyonunu belirlediği, %20 oranda hastanın antibiyotik ihtiyacını belirlemede etkili olduğu ve %12 oranda cerrahi girişim ihtiyacı durumunu değiştirdiği belirtilmektedir.(20)

BT, perforasyon, apandisit, AAA gibi sıklıkla görülen antitelerde yüksek sensitiviteye sahip olması nedeniyle büyük oranda altın standart yöntem olarak kullanılmaktadır.

2.4.4. Anjiyografi

Akut mezenterik iskemi (AMI) için yüksek tanısal değere sahip olan anjiyografi özellikle mezenterik venöz tromboz düşünülmesi durumunda BT'ye göre daha üstündür. Bu yüzden BT ile tespit edilen mezenterik iskemi olgularında operasyon öncesinde tanısal ve terapötik nedenlerle anjiyografi yapılması öncelikli olarak belirlenebilmektedir. Ancak invaziv olması, çekilmesinin her zaman kolay olmaması ve kontrast nefropatisi oluşturma potansiyeli nedeniyle acil servis koşullarında uygulanması belirli koşullar dışında mümkün olmamaktadır

2.5. Karın Ağrısında Spesifik Durumlar

2.5.1. İntestinal Obstrüksiyon

Yaşlı hastalarda karın ağrısına neden olan durumların yaklaşık %10'unu oluşturan intestinal obstrüksiyon (ileus), yaşlı popülasyonda gençlere göre yaklaşık üç kat daha fazla izlenmektedir. (21,22)

İntestinal obstrüksiyon tıkanan anatomik bölgeye göre ince bağırsak ve kalın bağırsak obstrüksiyonu olarak değişmektedir. İnce bağırsak obstrüksiyonları daha ziyade herni ve adezyon nedenli ortaya çıkarken; kalınbağırsak obstrüksiyonu daha büyük oranda malignensi (%60) divertikül ve volvulus (%10-15) nedeniyle meydana gelmektedir. (13,23,24) Geriatrik popülasyonda en sık görülen ileus nedeni safra taşına bağlı ileustur. Her ne kadar acil müdahalesinde gastrik dekompresyon, intravenöz hidrasyon gibi destek tedavileri uygulansa da kolonik obstrüksiyonun mortalitesinin %40'lara ulaşması nedeniyle erken dönemde cerrahi tedavinin uygulanması en iyi yoldur. (25)

2.5.2. Abdominal Aort Anevrizması

Abdominal aort anevrizması (AAA) yaşla giderek artan insidansı ile yaşlı hasta grubunda önemli bir mortalite nedenidir. 50 yaş üzeri hastaların yaklaşık %5-10'unda rastlanan bu anevrizmaların rüptüre olması durumunda mortalitesi %50'lere yükselmektedir. (26)

Acil serviste genel bir kural olarak karın ağrısı ile gelen, hipovolemik şok bulguları olan ve pulsatil abdominal kitle saptanan hastada rüptüre olmuş AAA düşünülerek acil cerrahi tedavisinin sağlanması gereklidir. Ancak hastaların neredeyse %65'inde hipotansiyon izlenmemektedir. (27) Hastalar, atipik prezentasyonları nedeniyle en sık renal kolik olarak yanlış tanısı almaktadır. (28,29)

2.5.3. Safra Yolu Patolojileri

Safra yolu hastalıkları, yaşlı hasta popülasyonunda akut abdominal cerrahi ihtiyacının başı çeken nedenlerindedir. (30) Safra kesesi perforasyonu, amfizematöz kolesistit, kolanjit, safra taşı ileusu, koledikolitiyazis, safra taşı ilişkili pankreatit prevalansları yaşla beraber artmakta; hastalık şiddeti de yaşlı hastalarda daha fazla olmaktadır. (31)

Kolesistit olan yaşlı hastalarda sağ üst kadran ve epigastriumda ağrı ve hassasiyet olması tipiktir. Genç hastalardan farklı olarak yaşlı hastaların yarısından fazlasında bulantı-kusma olmadığı gibi yine yaklaşık yarısı kadarında ateş gözlenmez. Hatta perforasyon, gangrenöz kolesistit gibi durumlarda dahi hastaların üçte biri kadarında ateş izlenmez. (32) Ultrasonografi (USG) değerlendirmede hastaların

sonografik Murphy işaretinin olması kesinlik sağlamakta; opioidler ile analjezi sağlanmış olsa dahi kesinliği değişmemektedir.(33) Biliyer hastalık tanısı alan hastalara cerrahi girişim öncesinde özellikle gram negatif ve anaerop etkenleri kapsayacak şekilde antibiyotik başlanması gerekmektedir. (34)

2.5.4. Divertikülozis & Divertikülit

Divertiküler hastalıkların yaş ile beraber sıklığı giderek artmaktadır. 70 yaş üzeri hastaların yaklaşık %50'sinde, 85 yaş üstü hastaların neredeyse %80'inde izlenmektedir. (35) Tipik olarak divertikülit veya alt gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları ile karşımıza çıkmaktadır. Perforasyon kliniği daha sık yaşlı ve immüsuprese hasta gruplarında izlenir. Perforasyon kliniği bulunan hastaların mortalitesinin kimi çalışmalarda %25'e kadar yükselebildiği gösterilmiştir. (36)

Divertikülozis, geriatric hastalarda GİS kanamanın en sık nedenidir ve masif kanamaya neden olabilir. Spontan olarak iyileşebilse de hastaların %25'inde tekrar kanama ve hemorajik şok gelişebilir. (37)

Divertiküller daha ziyade divertikülit gelişerek prezente olmaktadır. Klasik bulguları olan bulantı, ateş, distansiyon ve sol alt kadranda kitle bulgularının her daim bulunmaması nedeniyle çoğu kez hastalar yanlış tanı almaktadır. Divertikülün enflamasyonu ile mesane ve üriner sistemin irritasyonu meydana gelebilir. İrritasyon sonucunda gelişen piyüri ve/veya hematüri ile hastalar çoğu zaman üriner sistem enfeksiyonu yanlış tanısı alırlar. Haricinde apandisit ya da jinekolojik malignensi gibi klinik durumlar ile karışabilmesi nedeniyle BT inceleme konusunda eşğin düşük tutulması faydalı olmaktadır.

2.5.5. Mezenter İskemi

Akut Mezenterik İskemi (AMI) tanısı en zor koyulan hastalıklardan biridir. Tanı için yüksek şüphe, hastaların agresif bir şekilde görüntülemesi gerekmektedir. Mezenter iskemi, içerisinde dört farklı kliniğin yer aldığı bir tanı grubudur. Superior Mezenter Arter (SMA) embolisi, SMA trombozu, Mezenterik Venöz Tromboz (MVT) ve Non-okluziv Mezenter İskemi (NOMI). Hastaların büyük bir çoğunluğunu SMA embolisi oluşturmaktadır. (38)

Muayene ile uyumsuz karın ağrısı, kusma ve/veya ishal kliniği olan hastaların tipik olarak altta yatan atrial fibrilasyonu, valvüler hastalığı ya da ventriküler anevrizması bulunmaktadır. Atrial fibrilasyon altta yatan en sık hastalık olsa da AMI hastalarının %50'sinden azında görülmektedir. (39) SMA trombozu, altta yatan aterosklerotik plak nedeniyle meydana gelir. SMA trombozu olan hastaların beslenme sonrası gelişen şiddetli karın ağrısı nedeniyle gıda alımından kaçınması tipiktir. Uzun süreli beslenme bozukluğu nedeniyle geriatrik hasta popülasyonunda kaşeksi ile kendisini gösterir. AS başvuruları genel olarak SMA embolisi ile benzer olmaktadır. MVT ise daha ziyade günler- haftalar içerisinde giderek artan bir klinik oluşturur. Altta yatan hiperkoagülopati öyküsü olan hastalarda derin ven trombozu, pulmoner emboli hikâyesi bulunmaktadır. (40)

Genel olarak lökositoz, derinliği değişen metabolik asidoz ve hiperlaktatemi izlense de AMI tanısı koydurabilecek ya da dışlamasını sağlayabilecek spesifik bir laboratuvar incelemesi bulunmamaktadır. (41,42) Bulantı ve diyarenin olması nedeniyle gastroenterit; laboratuvarında amilaz yüksekliği olabilmesi nedeniyle pankreatit lehine kanaat oluştursa da geriatrik hasta grubunda AMI tanısında ısrarcı olunmalıdır.

Düz grafiler erken ve geç dönemde hastalığı tanımlamada yeterli bilgi vermemektedir. Çekim kalitesi giderek artan BT incelemeleri nedeniyle hastaların BT anjiyografi ile birlikte değerlendirilmesi değerli bilgiler sağlaması nedeniyle tercih nedenidir. BT anjiyografide trombüs izlenebileceği gibi; erken dönemde BT anjiyografi çekilerek tanı alan hastaların genel mortalitesinin azaldığı izlenmiştir. (43–45)

2.5.6. Apandisit

Daha çok genç popülasyonda görülmesi nedeniyle gençlerin hastalığı olarak düşünülen apandisit sıklığı yaşlı hasta grubunda önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı hastalarda acil cerrahi girişim ihtiyacı yaratan en sık üçüncü durumdur. (46) Buna ek olarak genel popülasyonda cerrahi komplikasyon riski %1 iken yaşlı hastalarda bu riski %4-8 arasında değişmektedir. (47) Yine yaşlı hastaların %70'inde apandisite perforasyon eşlik etmektedir. (48) Ateşin hastaların büyük çoğunluğunda eşlik etmemesi nedeniyle genellikle hastalar kırksekiz saat sonrasında tanı almaktadırlar. (49) Bu yüzden hastaların apandektomi öyküsü bulunmuyor ise apandisit açısından dikkatli olunmalı, tespitinde erken dönemde cerrahi konsültasyonu istenmelidir. Pek çok

çalışmada hızlı bir şekilde yapılan laparotominin mortalite ve morbiditede belirgin düşme sağladığı gösterilmiştir. (50–52)

2.5.7. Pankreatit

Pankreatit, geriatric popülasyonda en sık izlenen cerrahi gerektirmeyen durumların başında gelmektedir. (53) Yaş ile birlikte artan pankreatit insidansı 65 yaş sonrasında 200 kat artmakta; 70 yaş üzerinde ise diğer batın içi patolojiler gibi mortalitesi artarak %40'a kadar ulaşmaktadır. (54)

Yarattığı metabolik etki nedeniyle hastaların yaklaşık %10'u hipotansiyon ve bilinç değişikliği ile gelmektedir. (55) Bunun dışında yüksek amilaz değerleri nedeniyle AMI gibi daha mortal seyreden klinik antiteler gözden kaçabilmektedir. Özellikle 80 yaş üzerindeki hastaların mortal seyreden nekrotizan pankreatite eğilimi nedeniyle BT görüntülemesi erken dönemde yapılmalıdır. (56)

2.5.8. Peptik Ülser Hastalığı

Peptik ülser hastalığının endoskopik olarak tanı almış geriatric hastaların yaklaşık %60'ında ağrısız olarak seyrettiği izlenmiştir (13). Geriatric popülasyonda peptik ülserin ilk prezentasyonu %50 oranda kanama olmaktadır (55). Perforasyon varlığında %80 oranda abdominal rijiditeye rastlanmamaktadır (57). Perforasyon şüphesinde ilk olarak yapılan düz radyografi ile görüntülemenin güvenilirliğinin düşük olduğu; perfore peptik ülser tanısı alan hastaların %40'ında grafide serbest havanın izlenmediği bildirilmiştir (13).

Hemorajik komplikasyonlar yaşlı hastalarda daha sıklıkla gözlenmektedir. GİS kanama ile gelen geriatric hastaların üçte birinin öncesinde peptik bir şikâyeti olmadığı izlenmiştir. Bu hastalarda erken dönemde taşikardi gelişmemesi transfüzyon ihtiyacının tam olarak belirlenememesine yol açabilmektedir (58).

2.5.9. Malignensi

Batın içerisinde yer alan maligniteler, orijininden bağımsız olarak obstrüksiyona, biliyer patolojilere ve asit oluşumuna neden olabilirler. Jinekolojik maligniteler peritonitis karsinomatoza ile birlikte hem asit, hem de ağrı oluşturması nedeniyle ayırıcı

tanı içerisinde yer alırlar. Bunun dışında pankreatik ve biliyer malignensiler hem üst abdomen hem de alt abdomen semptomlarına neden olabilirler.

2.5.10. Üriner Sistem Patolojileri

Renal taş insidansının yaşla birlikte artması ile akut batın tablosunda başvuran geriatric hastalarda %5-10 oranda altta yatan renal patolojiler görülmektedir (59,60). Yaşlı hasta grubunda üriner sistem enfeksiyonu ve pyelonefrit sık karşılaşılan enfeksiyöz hastalıklardır. Genelde dizüri, bulantı-kusma ve karın ağrısı ile gelen hastalarda bu semptomlar önceden de belirtilmiş olduğu gibi birlikte izlenmeyebilir. Asemptomatik bakteriüri insidansı yaşla beraber artmakta iken özellikle yaşlı bakım evlerinde kalan hastaların semptomatik bakteriüriye sahip olabileceği unutulmamalıdır. (61,62)

2.5.11. Akut Gastroenterit

Yaşlı hastalarda toplum kaynaklı enfeksiyonun en sık nedeni idrar yolu enfeksiyonu, akut gastroenterit, pnömöni ve yumuşak doku enfeksiyonlarıdır. (63) Artan antibiyotik kullanımı, azalmış intestinal immün yanıt nedeniyle geriatric popülasyon gastroenteritlere daha duyarlı konumda yer almaktadır. Özellikle oral alım yetersizliği olan hastalarda kaybedilen volümün erken dönemde yerine konması gerekmektedir. Kronik gastroenterit yaşlılarda sık izlense de akut gelişmiş gastroenteritin enfeksiyöz nedeni olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

2.5.12. Nonspesifik Karın Ağrısı

Nonspesifik karın ağrısı, ya da daha doğru bir tanım ile “ayırıcı tanısı yapılamamış karın ağrısı” bir haftadan daha kısa süredir olan karın ağrısı şikâyeti ile başvuran hastaların mevcut şikâyetlerini açıklayacak patoloji tespit edilememesi durumudur. (64,65)

Genç hastaların %34-53'üne nonspesifik karın ağrısı tanısı koyularak acil servisten taburcu edilirken geriatric hastalarda bu oran %10-23 arasında değişmektedir. Hastaların, özellikle yaşlı hastaların, bu tanıyı almadan önce artan cerrahi müdahale gereksinimi; mortalite ve morbiditenin artması nedeniyle acil durumlar açısından dikkatli bir şekilde araştırılması gerekmektedir.(37)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Prospektif, kesitsel bir çalışma olarak tasarlanan çalışmamızda İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisine 01.12.2018 ile 01.06.2019 tarihleri arasında karın ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri hastalar incelendi.

Çalışmaya dahil edilen olgular yaş, cinsiyet, yaşamsal bulguları, karın ağrısına eşlik eden bulguları (bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, dizüri), muayene bulguları (defans, rebound, hassasiyet) kronik hastalıklar, laboratuvar incelemeleri (hemogram, biyokimya ve hekimin gerekli görmesi durumunda kan gazı) tanılar, sonlanım açısından yatışı gereken servisler (iç hastalıkları, genel cerrahi, yoğun bakım ünitesi, ... vb.), tedaviler (medikal, cerrahi) ve son durumları (taburculuk, yatış, eksitus) incelenerek EK-1 de yer alan formlara kaydedildi. Hekim kararı ile bazı hastalardan (Genel durum bozukluğu, hipoksi, renal yetersizlikte metabolik tablonun değerlendirilmesi, mezenter iskemi şüphesi olgularında, sepsis olgularında) arter kan gazı örneği alınmıştır. Hekim tarafından endikasyon görülmeyen hastalardan arter kan gazı örnekleme yapılmamıştır. Hastaların yatış veya taburculuk durumları kaydedildi. Hastane yatışı ve taburculukları sonrası da takip edilerek 30 günlük mortalite oranları incelendi.

Laboratuvar normal değerleri İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Fikret Biyal Acil Biyokimya Laboratuvarının kullanmakta olduğu alt ve üst sınırlar olan WBC 4,3 – 10,3 10^3 /mm³, Hgb 13,6 – 17,2g/dl, PLT 156-373 10^3 /mm³, NEUT 2,1 – 6,1 10^3 /mm³ NEUT(%) %41-73, Üre 17-49 mg/dl, Kreatinin 0,7 – 1,2 mg/dl, AST <40 IU/L, ALT <41 IU/L CRP <5 mg/L Na 136 – 145 mmol/L K 3,5 – 5,1 mmol/L Total Bilirubin 0,2 – 1,2 mg/dl Direkt Bilirubin < 0,3 mg/dl normal değer aralıkları olarak kabul edilerek bunun dışında kalan değerler anormal olarak kabul edildi. Hastalar cinsiyete göre erkek ve kadın, yaş gruplarına göre (65-74 yaş, 75 yaş ve üzeri) tanıları (abdominal nedenler, abdomen dışı nedenler, nonspesifik) olarak gruplara ayrıldı. 24 saat ve üzeri acil servis tedavi takibi yapılan hastalar tanılarına göre servis yatış olarak kabul edildi. Altmış beş yaş altındakiler, travma sonrası karın ağrısı ile başvuran hastalar ve onam alınamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.1. İstatiksel Analiz

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student-t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test ve Fisher's exact test, kullanıldı. Mortaliteye etki eden risk faktörlerinin tespitinde Backward Lojistik Regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 09.01.2019 ile 09.07.2019 tarihleri arasında acil servise başvuran toplam hasta sayısı 31273 olup bu hastaların 5037'sini 65 yaş üzeri hastalar, 1296'sını ise travma ilişkisiz karın ağrısı yakınması olan 65 yaş üzeri hastalar oluşturmaktaydı. Çalışma 09.01.2019 ile 09.07.2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde travma ilişkisiz karın ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri hastalardan çalışmaya onay veren %47,4'ü (n=91) erkek, %52,6'sı (n=101) kadın toplam 192 olgu ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 65 ile 94 arasında değişmekte olup, ortalama $74,42 \pm 7,52$ yaş olarak saptanırken; %53,1'inin (n=102) 65-74 yaş arasında olduğu, %46,9'unun (n=90) 75 yaş ve üzerinde olduğu gözlenmiştir. Hastaların bunun dışında vital bulguları aşağıdaki gibidir. (**Tablo 3**)

Tablo 3: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Dağılımı

Yaş (yıl)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	65-94 (73,5)
	<i>Ort±Ss</i>	74,42±7,52
	65-74 Yaş	102 (53,1)
	≥75 Yaş	90 (46,9)
Cinsiyet	Erkek	91 (47,4)
	Kadın	101 (52,6)
Sistolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	70-210 (130)
	<i>Ort±Ss</i>	131,85±25,99
Diastolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	37-136 (79)
	<i>Ort±Ss</i>	78,00±15,13
Tansiyon	≤90/60	15 (7,8)
	>90/60	177 (92,2)
Nabız	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	56-162 (89)
	<i>Ort±Ss</i>	90,97±19,31
	<100	150 (78,1)
	≥100	42 (21,9)
Ateş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	35-40 (36,55)
	<i>Ort±Ss</i>	36,58±0,70
	36-40	184 (95,8)
	<36; >40	8 (4,2)
Neden	Abdominal Nedenler	139 (72,4)
	Nonabdominal Nedenler	23 (12,0)
	Nonspesifik	30 (15,6)
Operasyon (n=123)	Var	23 (18,7)
	Yok	100 (81,3)
Sonlanım	Taburcu	69 (35,9)
	Yatış	123 (64,1)
Mortalite	Yaşayan	143 (74,5)
	1 Ay içinde Eksitus	49 (25,5)

Çalışmaya katılan olguların %72,4'ünün (n=139) abdominal nedenlerden dolayı, %12'sinin (n=23) nonabdominal nedenlerden dolayı ve %15,6'sının (n=30) nonspesifik nedenlerden dolayı geldiği gözlenirken, olguların %35,9'unun (n=69) taburcu olduğu, %64,1'ine (n=123) ise yatış verildiği gözlenmiştir. Yatışı yapılan olguların %18,7'sine (n=23) operasyon uygulandığı saptanmıştır. Bunun dışında, olguların %74,5'inin (n=143) yaşadığı, %25,5'inin (n=49) ise 1 ay içinde eksitus olduğu gözlenmiştir.

Karın ağrısı şikâyeti ile başvuran ve tanı alan hastaların, aldıkları tanıların dağılımı incelendiğinde; Hastaların %17,9'u (n=29) gastrointestinal kanama, %16'sının (n=26) safra yolu hastalıkları, %10,5'inin (n=17) ileus ve %6,2'sinin ise (n=10) idrar yolu enfeksiyonu tanılarını aldığı gözlenmiştir. **(Tablo 4)** Safra yolu hastalıkları tanısı alan 26 olgunun %11,5'ini (n=3) kolanjit, %11,5'ini (n=3) koledokolitiazis, %69,2'sini (n=18) kolesistit ve %7,7'sini (n=2) kolestaz tanısı aldığı görülmüştür.

Servis yatışı yapılan 123 hastanın en sık yatış yapıldığı servis %61 oranla (n=75) Genel Cerrahi servisi olurken bunu takiben %19,5 oranla (n=24) İç Hastalıkları servisi olduğu izlenmiştir. **(Tablo 5)**

Tablo 4: Tanı Koyulan Hastaların Tanı Dağılımları

	n	%
Tanı Koyulan Hastaların Tanı Dağılımları (n=162)		
Gastrointestinal Kanama	29	17,9
Safra Yolu Hastalıkları	26	16,0
İleus	17	10,5
Abdominal Herni	10	6,2
İdrar Yolu Enfeksiyonu	10	6,2
Malignite	9	5,6
Pnömoni	8	4,9
Sepsis	7	4,3
Akut Böbrek Yetersizliği	5	3,1
Enflamatuvar Barsak Hastalığı	4	2,5
Gastrointestinal Sistem Perforasyonu	4	2,5
Hemoroid	4	2,5
Divertikülozis	3	1,9
Fekalom	3	1,9
Pankreatit	3	1,9
Akut Koroner Sendrom	2	1,2
Mezenterik İskemi	2	1,2
Perianal Abse	2	1,2
Peritonit	2	1,2
Akut Gastroenterit	1	0,6
Gastrik Outlet Obstrüksiyonu	1	0,6
Glob Vezikale	1	0,6
İntraabdominal Abse	1	0,6
İntraabdominal Hematom	1	0,6
Konjestif Kalp Yetersizliği	1	0,6
Peptik Ülser	1	0,6
Portal Ven Trombozu	1	0,6
Pulmoner Emboli	1	0,6
Splenik Ven Trombozu	1	0,6
Transient İskemik Atak	1	0,6
Vertigo	1	0,6

Tablo 5: Yatışı Yapılan Hastaların Yattıkları Servislerin Dağılımı

		n	%
Yatış Yapılan Hasta (n=123)	Genel Cerrahi	75	61
	İç Hastalıkları	24	19,5
	Yoğun Bakım	9	7,3
	Enfeksiyon Hastalıkları	4	3,3
	Göğüs Hastalıkları	4	3,3
	Kardiyoloji	3	2,4
	Kalp Damar Cerrahisi	1	0,8
	Dış Yoğun Bakım	1	0,8

Çalışmaya katılan hastaların ek hastalıkları incelendiğinde, Kardiyak hastalıklar (MI, KKY) %38'inde (n=73) en sık olarak görülmüştür. İkinci sıklıkta Hipertansiyon %36,5'inde (n=70) ve üçüncü sıklıkta Diyabet %33,3'ünde (n=64) izlenmiştir. (**Tablo 6**)

Tablo 6: Hastaların Ek Hastalık Öykülerine İlişkin Dağılımlar

	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Operasyon	78 (40,6)	114 (59,4)
Kardiyak (MI, KKY)	73 (38,0)	119 (62,0)
Hipertansiyon	70 (36,5)	122 (63,5)
Diyabet	64 (33,3)	128 (66,7)
Malignite	63 (32,8)	129 (67,2)
Nörolojik	29 (15,1)	163 (84,9)
Aritmi	21 (10,9)	171 (89,1)
Astım / KOAH	20 (10,4)	172 (89,6)
KBY	19 (9,9)	173 (90,1)
Emboli	4 (2,1)	188 (97,9)

Çalışmaya katılan olguların başvurusu sırasındaki ek şikâyetleri ve muayene bulguları incelendiğinde karın ağrısına en sık eşlik eden şikâyetin %18,8 oranla (n=36) bulantı/kusma, ikinci sıklıkta ise %16,1 oranla (n=31) konstipasyon olduğu görülmüştür. Hastaların %78,6'sında (n=151) hassasiyet, %25'inde (n=48) defans ve %8,9'unda (n=18) rebound olduğu gözlenmiştir. (**Tablo 7**)

Tablo 7: Hastaların Eşlik Eden Şikâyet ve Bulgularına İlişkin Dağılımlar

	Var	Yok
	n (%)	n (%)
Hassasiyet	151 (78,6)	41 (21,4)
Defans	48 (25,0)	144 (75,0)
Bulantı/Kusma	36 (18,8)	156 (81,3)
Konstipasyon	31 (16,1)	161 (83,9)
Diyare	18 (9,4)	174 (90,6)
Rebound	17 (8,9)	175 (91,1)
Dizüri	15 (7,8)	177 (92,2)

Olguların Hemogram ölçümleri değerlendirildiğinde, olguların %58,3'ünün (n=112) WBC ölçümü 4000-11000 arasında olduğu, %41,7'sinin (n=80) 4000'den az veya 11000'den fazla olduğu gözlenmiştir. Nötrofil sayıları (Neut) değerlendirildiğinde, olguların %43,4'ünün (n=79) nötrofil değerinin 6 ve altında olduğu, %56,6'sının (n=103) 6'nın üzerinde olduğu gözlenmiştir. Nötrofil yüzdeleri (Neut %) olguların %36,8'inin (n=67) Nötrofil yüzdesi 70 ve altında olduğu, %63,2'sinin (n=115) 70'in üzerinde olduğu gözlenmiştir. Son olarak olguların %70,8'inin (n=136) HGB değerinin 10 ve üzerinde, %29,2'sinin (n=56) 10'un altında olduğu gözlenmiştir. (**Tablo 8**)

Tablo 8: Hastaların Hemogram Ölçümlerin Dağılımları

WBC	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,6-319 (9,15)
	<i>Ort±Ss</i>	15,17±31,90
	4000-11000	112 (58,3)
	<4000; >11000	80 (41,7)
NEUT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1,3-78 (6,4)
	<i>Ort±Ss</i>	8,50±7,65
	≤6	79 (43,4)
	>6	103 (56,6)
NEUT (%)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	6-96 (76,9)
	<i>Ort±Ss</i>	74,07±14,73
	≤70	67 (36,8)
	>70	115 (63,2)
HGB	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4,9-17,7 (11,25)
	<i>Ort±Ss</i>	11,19±2,41
	≥10	136 (70,8)
	<10	56 (29,2)
PLT (x10³)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	6,80-638 (235,5)
	<i>Ort±Ss</i>	254,02±124,34
	≥150000	155 (80,7)
	<150000	37 (19,3)
INR	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,8-10 (1)
	<i>Ort±Ss</i>	1,28±1,14

Çalışmaya katılan olguların biyokimya ölçümleri değerlendirildiğinde ise olguların %52,6'sının (n=101) Üre değerinin 50'nin altında olduğu, %47,4'ünün (n=91) 50 ve üzerinde olduğu; %66,7'sinin (n=128) Kreatinin değerinin 1,2'nin altında olduğu, %33,3'ünün (n=64) 1,2 ve üzerinde olduğu izlenmiştir. Olguların %76'sının (n=146) Na değerinin 135 ve üzerinde olduğu, %24'ünün (n=46) 135'in altında olduğu, %78,1'inin (n=150) K değerinin 3,5 ile 5 arasında, %4,2'sinin (n=8) 3,5'in altında, %17,7'sinin (n=34) 5'in üstünde olduğu gözlenmiştir.

Olguların %74'ünün (n=142) Total Bilirubin değerinin 1,2'den düşük olduğu, %26'sının (n=50) 1,2 ve üzerinde olduğu, %66,7'sinin (n=128) Direkt Bilirubin değerinin 0,3 ve altında olduğu, %33,3'ünün (n=64) 0,3'ün üzerinde olduğu gözlenmiştir. Olguların %78,6'sının (n=151) ALT değerinin 41'in altında olduğu, %21,4'ünün (n=41) 41 ve üzerinde olduğu, %70,3'ünün (n=135) AST değerinin 40'ın altında olduğu, %29,7'sinin (n=57) 40 ve üzerinde olduğu gözlenmiştir. Olguların %21,9'unun (n=42) CRP değerinin 5 ve altında olduğu, %78,1'inin (n=150) 5'in üzerinde olduğu gözlenmiştir. **(Tablo 9)**

Tablo 9: Hastaların Biyokimya Sonuçlarının Dağılımları

ÜRE	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15-297 (49)	
	<i>Ort±Ss</i>	42,46±44,36	
		<50	101 (52,6)
		≥50	91 (47,4)
Kreatinin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,4-9,9 (0,9)	
	<i>Ort±Ss</i>	1,24±1,08	
		<1,2	128 (66,7)
		≥1,2	64 (33,3)
Na	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	119-149 (137,5)	
	<i>Ort±Ss</i>	136,92±4,99	
		≥135	146 (76,0)
		<135	46 (24,0)
K	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2,4-7,2 (4,4)	
	<i>Ort±Ss</i>	4,50±0,73	
		3,5-5	150 (78,1)
		<3,5	8 (4,2)
		>5	34 (17,7)
Total Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,1-25 (0,7)	
	<i>Ort±Ss</i>	1,59±3,16	
		<1,2	142 (74,0)
		≥1,2	50 (26,0)
Direkt Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-19 (0,2)	
	<i>Ort±Ss</i>	0,96±2,56	
		≤0,3	128 (66,7)
		>0,3	64 (33,3)
AST	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4-1807 (25)	
	<i>Ort±Ss</i>	74,46±181,08	
		<40	135 (70,3)
		≥40	57 (29,7)
ALT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,6-1175 (17)	
	<i>Ort±Ss</i>	48,53±121,29	
		<41	151 (78,6)
		≥41	41 (21,4)
CRP	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,2-316 (26)	
	<i>Ort±Ss</i>	58,75±73,84	
		≤5	42 (21,9)
		>5	150 (78,1)

Arter kan gazı örneği alınan olgular incelendiğinde: Olguların %49,1'inin (n=57) pH değerinin 7,36 ile 7,45 arasında olduğu, %15,5'inin (n=18) 7,35 ve altında, %35,3'ünün (n=41) 7,45'in üzerinde olduğu görülmüştür. Olguların %53,4'ünün (n=62) Laktat değerinin 2'nin altında olduğu, %46,6'sının (n=54) 2 ve üzerinde olduğu gözlenmiştir. Olguların %64,7'sinin (n=75) ABE değerinin -4 ile +4 arasında olduğu, %24,1'inin (n=28) -4'ün altında, %11,2'sinin (n=13) 4'ün üzerinde olduğu

gözlenmiştir. Olguların %43,1'inin (n=50) HCO₃ değerinin 22 ile 26 arasında olduğu, %33,6'sının (n=39) 22'nin altında, %23,3'ünün (n=27) 26'nın üzerinde olduğu gözlenmiştir. (Tablo 10)

Tablo 10: Hastaların Kan Gazı Ölçümlerinin Dağılımları

pH	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	7,21-7,6 (7,44)
	<i>Ort±Ss</i>	7,43±0,07
	7,36-7,45	57 (49,1)
	≤7,35	18 (15,5)
	>7,45	41 (35,3)
Lactat	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,4-13,6 (1,9)
	<i>Ort±Ss</i>	2,57±2,28
	<2	62 (53,4)
	≥2	54 (46,6)
ABE	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-18,9-22 (-0,05)
	<i>Ort±Ss</i>	-0,77±5,64
	-4 - +4	75 (64,7)
	<-4	28 (24,1)
	>+4	13 (11,2)
HCO₃	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	10,5-40 (24)
	<i>Ort±Ss</i>	23,32±4,31
	22-26	50 (43,1)
	<22	39 (33,6)
	>26	27 (23,3)

4.1. Hastaların Mortalite Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Mortalite durumu 1 ay içinde eksitus olan olguların yaşları, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,010; p<0,05). Erkek olgularda 1 ay içinde eksitus görülme oranı, Kadın olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,056; p>0,05). Mortalite durumu 1 ay içinde eksitus olan olguların Sistolik Kan Basıncı değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Mortalite durumu 1 ay içinde eksitus olan olguların Diyastolik Kan Basıncı değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,016; p<0,05). Tansiyonu 90/60 ve altında olan olgularda 1 ay içinde eksitus görülme oranı, tansiyonu 90/60'ın üzerinde olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). Mortaliteye göre olguların nabız ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların ateş ölçüm değerleri, yaşayan

olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,030; p<0,05). Geliş nedenlerine ve Sonlanım durumuna göre olguların mortalite sonuçlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). (Tablo 11)

Tablo 11: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Mortalite ile İlişkisi

		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	p
Yaş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	65-91 (72)	65-94 (76)	t:-2,604
	<i>Ort±Ss</i>	73,60±7,15	76,80±8,13	^a 0,010*
Cinsiyet	Erkek	62 (68,1)	29 (31,9)	χ^2 :3,667
	Kadın	81 (80,2)	20 (19,8)	^b 0,056
Sistolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	81-210 (134)	70-189 (120)	t:3,822
	<i>Ort±Ss</i>	135,76±25,09	119,78±25,78	^a 0,001**
Diyastolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	44-136 (80)	37-110 (76)	t:2,430
	<i>Ort±Ss</i>	79,41±14,81	73,41±15,27	^a 0,016*
Tansiyon	≤90/60	137 (77,4)	40 (22,6)	χ^2 :10,177
	>90/60	6 (40,0)	9 (60,0)	^c 0,003**
Nabız	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	56-162 (88)	61-152 (89)	t:-0,948
	<i>Ort±Ss</i>	90,20±19,28	93,22±19,39	^a 0,345
Ateş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	35-40 (36,6)	35-38 (36,4)	t:2,182
	<i>Ort±Ss</i>	36,65±0,72	36,40±0,61	^a 0,030*
	36-40 °C	138 (75,0)	46 (25,0)	χ^2 :0,630
	<36; >40 °C	5 (62,5)	3 (37,5)	^c 0,423
Neden	Abdominal	107 (77,0)	32 (23,0)	χ^2 :2,719
	Nonabdominal	14 (60,9)	9(39,1)	^b 0,284
	Nonspesifik	22 (73,3)	8 (26,7)	
Sonlanım	Taburcu	56 (81,2)	13 (18,8)	χ^2 :2,529
	Yatış	87 (70,7)	36 (29,3)	^b 0,112

^aStudent-t Test

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher's Exact Test

*p<0,05

**p<0,01

Hipertansiyon, diyabet, kardiyak, astım, KBY, Emboli, Operasyon, aritmi, bulantı/kusma, dizüri, diyare, defans, rebound ve hassasiyet görülme durumuna göre olguların mortalite sonuçlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). (Tablo 12) (Tablo 13) Nörolojik hastalık görülen olgularda 1 ay içinde eksitus görülme oranı, nörolojik hastalık görülmeyen olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,010; p<0,05). (Şekil 1) Malignite görülen olgularda 1 ay içinde eksitus görülme oranı, Malignite görülmeyen olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,002; p<0,01). (Şekil 2) Konstipasyon görülen olgularda 1 ay içinde eksitus görülme oranı, konstipasyon

görülmeyen olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,022; p<0,05). (Şekil 3) (Tablo 13)

Tablo 12: Hastaların Ek Hastalık Öykülerinin Mortalite ile İlişkileri

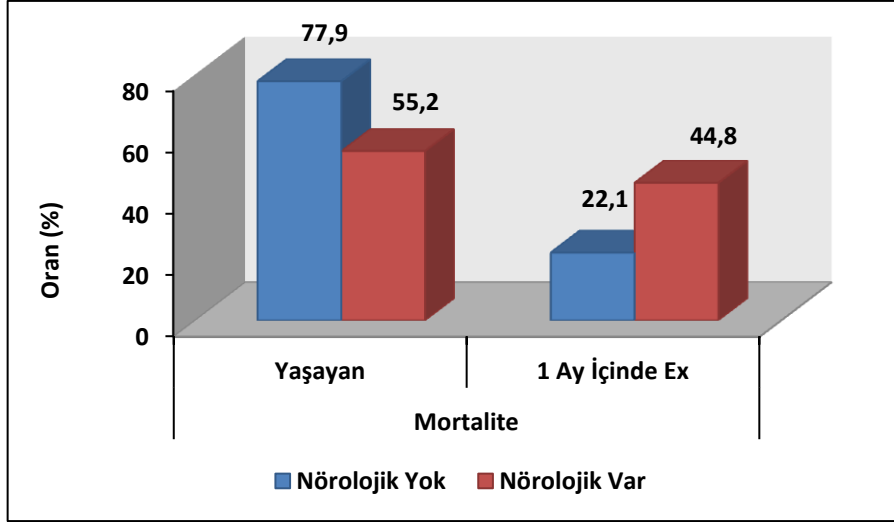
		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	p
Hipertansiyon	Yok	87 (71,3)	35 (28,7)	χ^2 :1,767
	Var	56 (80,0)	14 (20,0)	^b 0,184
Diyabet	Yok	96 (75,0)	32 (25,0)	χ^2 :0,055
	Var	47 (73,4)	17 (26,6)	^b 0,815
Kardiyak (MI, KKY)	Yok	88 (73,9)	31 (26,1)	χ^2 :0,046
	Var	55 (75,3)	18 (24,7)	^b 0,830
Astım / KOAH	Yok	125 (72,7)	47 (27,3)	χ^2 :2,829
	Var	18 (90,0)	2 (10,0)	^b 0,093
KBY	Yok	131 (75,7)	42 (24,3)	χ^2 :1,422
	Var	12 (63,2)	7 (36,8)	^c 0,269
Emboli	Yok	140 (74,5)	48 (25,5)	χ^2 :0,001
	Var	3 (75,0)	1 (25,0)	^c 1,000
Nörolojik	Yok	127 (77,9)	36 (22,1)	χ^2 :6,699
	Var	16 (55,2)	13 (44,8)	^b 0,010*
Malignite	Yok	105 (81,4)	24 (18,6)	χ^2 :9,894
	Var	38 (60,3)	25 (39,7)	^b 0,002**
Operasyon	Yok	90 (78,9)	24 (21,1)	χ^2 :2,947
	Var	53 (67,9)	25 (32,1)	^b 0,086
Aritmi	Yok	128 (74,9)	43 (25,1)	χ^2 :0,115
	Var	15 (71,4)	6 (28,6)	^b 0,734

^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test *p<0,05 **p<0,01

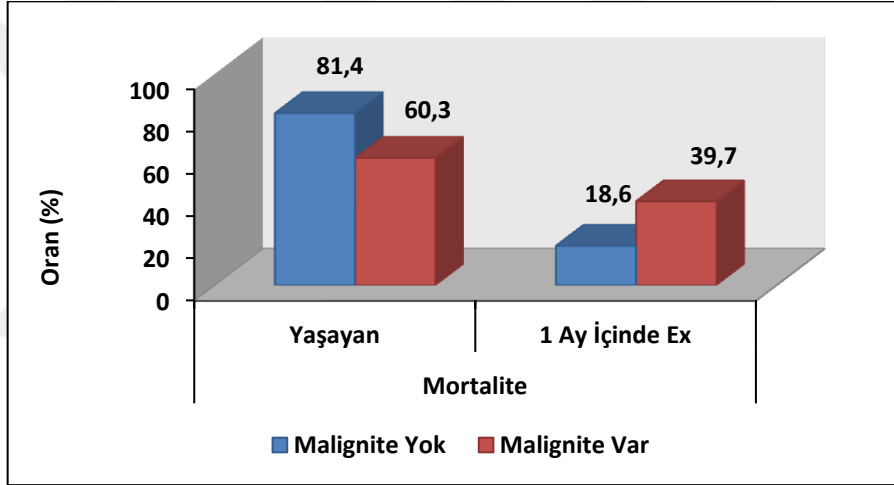
Tablo 13: Hastalarda Eşlik Eden Şikâyet ve Bulguların Mortalite ile İlişkileri

		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	p
Bulantı/Kusma	Yok	115 (73,7)	41 (26,3)	χ^2 :0,254
	Var	28 (77,8)	8 (22,2)	^b 0,615
Dizüri	Yok	132 (74,6)	45 (25,4)	χ^2 :0,011
	Var	11 (73,3)	4 (26,7)	^c 1,000
Konstipasyon	Yok	125 (77,6)	36 (22,4)	χ^2 :5,240
	Var	18 (58,1)	13 (41,9)	^b 0,022*
Diyare	Yok	128 (73,6)	46 (26,4)	χ^2 :0,819
	Var	15 (83,3)	3 (16,7)	^c 0,570
Defans	Yok	110 (76,4)	34 (23,6)	χ^2 :1,105
	Var	33 (68,8)	15 (31,3)	^b 0,293
Rebound	Yok	129 (73,7)	46 (26,3)	χ^2 :0,608
	Var	14 (82,4)	3 (17,6)	^c 0,567
Hassasiyet	Yok	33 (80,5)	8 (19,5)	χ^2 :0,990
	Var	110 (72,8)	41 (27,2)	^b 0,320

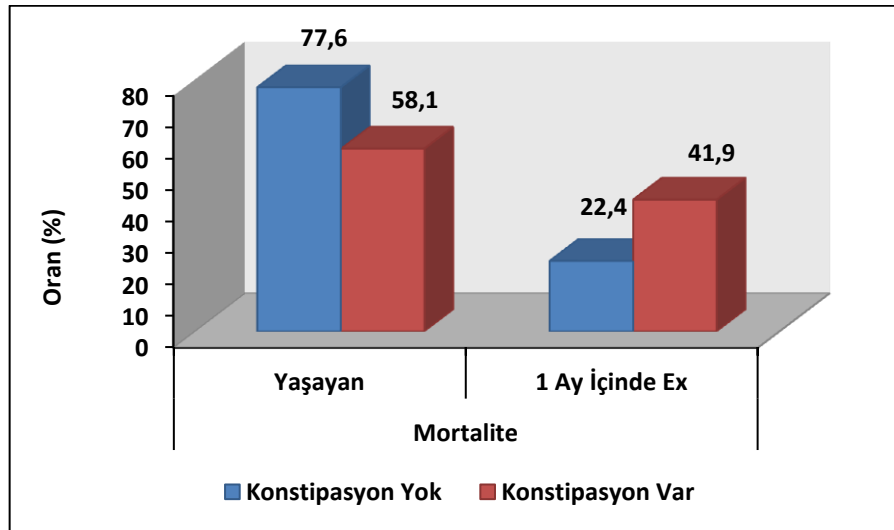
^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test *p<0,05 **p<0,01



Şekil 1: Nörolojik Hastalık Varlığına Göre Mortalite Dağılımı



Şekil 2: Malignite Varlığına Göre Mortalite Dağılımı



Şekil 3: Konstipasyon Varlığına Göre Mortalite Dağılımı

Çalışmaya katılan olguların WBC ölçümleri, mortalite bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların Nötrofil ve Nötrofil (%) değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla $p=0,017$; $p<0,05$ ve $p=0,014$; $p<0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların HGB değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların INR değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,057$; $p>0,05$). (Tablo 14)

Tablo 14: Hemogram Ölçümlerinin Mortaliteye ile ilişkisi

		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	<i>p</i>
WBC	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2,3-319 (9)	0,6-42 (9,3)	Z:-0,679
	<i>Ort±Ss</i>	16,26±36,61	12,00±8,29	^a 0,497
NEUT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1,3-78 (6,1)	2,3-24,8 (8,2)	Z:-2,378
	<i>Ort±Ss</i>	8,02±7,92	10,12±6,51	^a 0,017*
NEUT (%)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	6-96 (74,6)	37-95 (80,95)	t:-2,487
	<i>Ort±Ss</i>	72,60±14,56	78,96±14,40	^a 0,014*
HGB	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4,9-16,8 (12)	5,3-17,7 (10,5)	t:2,465
	<i>Ort±Ss</i>	11,44±2,37	10,47±2,41	^a 0,015*
PLT (x10³)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	19,8-634 (237)	6,8-638 (229)	t:0,286
	<i>Ort±Ss</i>	255,74±114,59	249,01±150,46	^a 0,776
INR	<i>n</i>	126	44	Z:-1,901
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,8-10 (1)	0,8-2,1 (1,1)	^a 0,057
	<i>Ort±Ss</i>	1,31±1,31	1,20±0,32	

^aStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Çalışmaya katılan olguların Kreatin, Na, K, Total Bilirubin, ALT ölçümleri, mortalite bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların Üre değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,015$; $p<0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların Direkt Bilirubin değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,024$; $p<0,05$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların AST değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların CRP değeri ise yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). (Tablo 15)

Tablo 15: Biyokimya Ölçümlerinin Mortalite ile İlişkisi

		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	p
Üre	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15-297 (46)	19-212 (58)	Z:-2,442
	<i>Ort±Ss</i>	56,97±39,10	78,49±54,37	^a 0,015*
Kreatinin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,4-6,1 (0,9)	0,5-9,9 (1)	Z:-1,822
	<i>Ort±Ss</i>	1,10±0,68	1,66±1,75	^a 0,069
Na	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	119-145 (138)	120-149 (136)	t:1,573
	<i>Ort±Ss</i>	137,31±4,48	135,80±6,19	^a 0,120
K	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2,4-7,1 (4,4)	3,2-7,2 (4,5)	t:-1,242
	<i>Ort±Ss</i>	4,46±0,67	4,63±0,87	^a 0,218
Total Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,12-25 (0,6)	0,1-14 (0,9)	Z:-1,807
	<i>Ort±Ss</i>	1,32±2,84	2,37±3,88	^a 0,071
Direkt Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,01-19 (0,2)	0-12 (0,3)	Z:-2,263
	<i>Ort±Ss</i>	0,71±2,21	1,69±3,28	^a 0,024*
AST	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	4-827 (23)	7-1807 (33)	Z:-2,949
	<i>Ort±Ss</i>	52,21±99,39	139,39±308,99	^a 0,003**
ALT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,6-484 (16)	3-1175 (20)	Z:-1,129
	<i>Ort±Ss</i>	35,81±66,83	85,64±208,42	^a 0,259
CRP	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,2-316 (19)	2-300 (51)	Z:-2,937
	<i>Ort±Ss</i>	51,40±69,96	80,22±81,15	^a 0,003**

^aStudent-t Test^aMann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Arter kan gazı örneği alınan olguların pH ve HCO₃ ölçümleri, mortalite bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların Laktat değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,012; p<0,05). Mortalite sonucu 1 ay içinde eksitus olan olguların ABE değeri, yaşayan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,038; p<0,05). (**Tablo 16**)

Tablo 16: Kan Gazı Ölçümlerinin Mortalite ile İlişkileri

		Mortalite		Test Değeri
		Yaşayan	1 Ay İçinde Ex	p
pH	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	7,21-7,6 (7,44)	7,21-7,55 (7,43)	t:1,205
	<i>Ort±Ss</i>	7,43±0,07	7,41±0,09	^a 0,234
Lactat	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,4-7,3 (1,75)	0,9-13,6 (2,1)	Z:-2,505
	<i>Ort±Ss</i>	2,07±1,40	3,69±3,29	^a 0,012*
ABE	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-11,8-22 (0,3)	-18,9-16,8 (-1,7)	Z:-2,074
	<i>Ort±Ss</i>	0,06±4,68	-2,60±7,07	^a 0,038*
HCO₃	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	15-34,9 (24,5)	10,5-40 (22,5)	t:1,758
	<i>Ort±Ss</i>	23,88±3,37	22,07±5,75	^a 0,085

^aStudent-t Test^aMann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Mortaliteye etki eden risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla çalışmaya alınan yaş, cinsiyet, tansiyon, ateş, sonlanım, astım, nörolojik hastalık, malignite, operasyon öyküsü, konstipasyon, neut, neut (%), HGB, INR, Üre, kreatinin, Na, Total Bilirubin, Direkt Bilirubin, AST, CRP, Laktat, ABE ve HCO₃ değişkenleri Backward Stepwise Lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada 17. step sonunda; mortalite üzerine etkisi olan risk faktörlerinden yaş, nörolojik hastalık, operasyon öyküsü, HGB, ABE ve HCO₃ değişkenlerinin anlamlı bir model oluşturduğu görülmektedir. Modelin açıklayıcılık katsayısı %82,8'dir. Modele göre; yaştaki bir birimlik artışın olguların 1 ay içinde eksitus olma riskini 1,121 katına (%95 CI: 1,033-1,216) çıkartmaktadır. Nörolojik hastalığı olanlarda 1 ay içinde eksitus olma riskini 5,797 katına (%95 CI: 1,452-23,151) çıkartmaktadır. Operasyon geçmişi olanlarda 1 ay içinde eksitus olma riskini 5,183 katına (%95 CI: 1,392-19,291) çıkartmaktadır. HGB değerindeki bir birimlik düşüşün olguların 1 ay içinde eksitus olma riskini 0,656 katına (%95 CI: 0,496-0,868) çıkartmaktadır. (Tablo 17)

Tablo 17: Mortalite Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi

	<i>p</i>	ODDS	%95 CI	
			Lower	Upper
Yaş	0,006**	1,121	1,033	1,216
Astım / KOAH (+)	0,091	0,099	0,007	1,449
Nörolojik Hastalık (+)	0,013*	5,797	1,452	23,151
Operasyon Öyküsü (+)	0,014*	5,183	1,392	19,291
NEUT (%)	0,063	1,047	0,998	1,100
HGB	0,003**	0,656	0,496	0,868
Constant	0,005**	0,000		

**p*<0,05

***p*<0,01

4.2. Hastaların Sonlanım Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Olguların cinsiyetlere, yaşlara ve geliş nedenlerine göre sonlanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (*p*>0,05). Sonlanım şekli yatış olan olguların Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı değerleri, taburcu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (sırasıyla *p*=0,049; *p*<0,05 ve *p*=0,022; *p*<0,05). Tansiyonu 90/60 mmHg ve altında olan olgularda yatış görülme oranı, tansiyonu 90/60 mmHg'nin üzerinde olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dikkat çekici düzeyde yüksek saptanmıştır (*p*=0,057; *p*>0,05).

Sonlanım şekli yatış olan olguların nabız değeri, taburcu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,002; p<0,01). Sonlanım şekli yatış olan olguların ateş ölçüm değerleri, taburcu olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,026; p<0,05). Geliş nedenlerine göre olguların sonlanım şekillerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Abdominal ve nonabdominal sebeple gelenlerde yatış oranı daha yüksek iken nonspesifik sebeple gelenlerde taburculuk yüksek oranda saptanmıştır. (Tablo 18)

Tablo 18: Hastaların Demografik Özelliklerinin ve Vital Bulgularının Sonlanım ile İlişkisi

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	p
Yaş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	65-90 (73)	65-94 (74)	t:-0,454
	<i>Ort±Ss</i>	74,09±7,27	74,60±7,68	^a 0,650
Cinsiyet	Erkek	31 (30,7)	70 (69,3)	χ^2 :2,546
	Kadın	38 (41,8)	53 (58,2)	^b 0,111
Sistolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	81-202 (133)	70-210 (130)	t:1,970
	<i>Ort±Ss</i>	136,61±24,68	128,92±26,64	^a 0,049*
Diyastolik Kan Basıncı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	58-127 (80)	37-136 (78)	t:2,306
	<i>Ort±Ss</i>	81,20±13,64	76,02±15,63	^a 0,022*
Tansiyon	≤90/60	67 (37,9)	110 (62,1)	χ^2 :3,611
	>90/60	2 (13,3)	13 (86,7)	^c 0,057
Nabız	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	56-130 (83)	57-162 (92)	t:-3,097
	<i>Ort±Ss</i>	85,33±17,55	94,13±19,59	^a 0,002**
Ateş	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	36-38 (36,4)	35-40 (36,6)	t:-2,250
	<i>Ort±Ss</i>	36,46±0,42	36,66±0,82	^a 0,026*
SatO₂	<i>n</i>	1	9	-
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	96	89-99 (95)	
	<i>Ort±Ss</i>	96	94,22±3,19	
Neden	Abdominal	38 (27,3)	101 (72,7)	χ^2 :45,987
	Nonabdominal	4 (17,4)	19 (82,6)	^b 0,001**
	Nonspesifik	27 (90,0)	3 (10,0)	

^aStudent-t Test ^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test *p<0,05
**p<0,01

Çalışmaya katılan olgularda hipertansiyon, diyabet, kardiyak, astım, KBY, emboli, nörolojik hastalık, malignite, operasyon, aritmi, bulantı/kusma, dizüri, konstipasyon, diyare ve hassasiyet varlığına göre olguların sonlanım sonuçlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemektedir (p>0,05). Defans ve rebound gözlenen olguların sonlanım şeklinin yatış olma oranı, defans

gözlenmeyen olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,004; p<0,01 ve p=0,007; p<0,01). (Tablo 19) (Tablo 20)

Tablo 19: Hastaların Ek Hastalık Öykülerinin Sonlanım ile İlişkileri

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	p
Hipertansiyon	Yok	39 (32,0)	83 (68,0)	χ^2 :2,291
	Var	30 (42,9)	40 (57,1)	^b 0,130
Diyabet	Yok	47 (36,7)	81 (63,3)	χ^2 :0,102
	Var	22 (34,4)	42 (65,6)	^b 0,750
Kardiyak	Yok	41 (34,5)	78 (65,5)	χ^2 :0,299
	Var	28 (38,4)	45 (61,6)	^b 0,584
Astım / KOAH	Yok	62 (36,0)	110 (64,0)	χ^2 :0,009
	Var	7 (35,0)	13 (65,0)	^b 0,926
KBY	Yok	65 (37,6)	108 (62,4)	χ^2 :2,029
	Var	4 (21,1)	15 (78,9)	^b 0,154
Emboli	Yok	68 (36,2)	120 (63,8)	χ^2 :0,212
	Var	1 (25,0)	3 (75,0)	^c 1,000
Nörolojik	Yok	63 (38,7)	100 (61,3)	χ^2 :3,450
	Var	6 (20,7)	23 (79,3)	^b 0,063
Malignite	Yok	48 (37,2)	81 (62,8)	χ^2 :0,276
	Var	21 (33,3)	42 (66,7)	^b 0,599
Operasyon	Yok	44 (38,6)	70 (61,4)	χ^2 :0,862
	Var	25 (32,1)	53 (67,9)	^b 0,353
Aritmi	Yok	64 (37,4)	107 (62,6)	χ^2 :1,506
	Var	5 (23,8)	16 (76,2)	^b 0,220

^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test *p<0,05 **p<0,01

Tablo 20: Hastalarda Eşlik Eden Şikâyet ve Bulguların Sonlanım ile İlişkileri

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	p
Bulantı/Kusma	Yok	57 (36,5)	99 (63,5)	χ^2 :0,131
	Var	12 (33,3)	24 (66,7)	^b 0,718
Dizüri	Yok	61 (34,5)	116 (65,5)	χ^2 :2,139
	Var	8 (53,3)	7 (46,7)	^b 0,144
Konstipasyon	Yok	58 (36,0)	103 (64,0)	χ^2 :0,003
	Var	11 (35,5)	20 (64,5)	^b 0,954
Diyare	Yok	64 (36,8)	110 (63,2)	χ^2 :0,574
	Var	5 (27,8)	13 (72,2)	^b 0,449
Defans	Yok	60 (41,7)	84 (58,3)	χ^2 :8,212
	Var	9 (18,8)	39 (81,3)	^b 0,004**
Rebound	Yok	68 (38,9)	107 (61,1)	χ^2 :7,318
	Var	1 (5,9)	16 (94,1)	^b 0,007**
Hassasiyet	Yok	16 (39,0)	25 (61,0)	χ^2 :0,216
	Var	53 (35,1)	98 (64,9)	^b 0,642

^bPearson Chi-Square Test ^cFisher's Exact Test *p<0,05 **p<0,01

Çalışmaya katılan olguların Hemogram ölçümleri ile sonlanım arasındaki ilişkiye bakıldığında yatış gözlenen olguların WBC değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,018; p<0,05). Yatış

gözlenen olguların INR, Nötrofil ve Nötrofil yüzde değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Yanı sıra, yatış gözlenen olguların HGB değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,048; p<0,05). (**Tablo 21**)

Tablo 21: Hastaların Hemogram Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	p
WBC	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2,3-36 (8,7)	0,6-319 (9,4)	Z:-2,356
	<i>Ort±Ss</i>	9,12±5,14	18,56±33,32	^a 0,018*
NEUT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1,3-23,1 (5,5)	1,4-78 (7,3)	Z:-3,575
	<i>Ort±Ss</i>	6,09±3,58	9,94±8,98	^a 0,001**
NEUT (%)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	20-95 (70)	6-96 (80,65)	t:-4,280
	<i>Ort±Ss</i>	68,29±13,25	77,52±14,54	^a 0,001**
HGB	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	7-16,3 (12,2)	4,9-17,7 (11,1)	t:1,992
	<i>Ort±Ss</i>	11,65±2,10	10,93±2,54	^a 0,048*
PLT (x10³)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	60-597 (229)	6,8-638 (237)	t:0,338
	<i>Ort±Ss</i>	258,08±117,95	251,75±128,20	^a 0,736
INR	<i>n</i>	57	113	Z:-3,316
	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,8-2,3 (1)	0,8-10 (1,1)	^a 0,001**
	<i>Ort±Ss</i>	1,05±0,22	1,40±1,38	

^aStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

*p<0,05

**p<0,01

Çalışmaya katılan olguların Biyokimya değerlerinin sonlanım ile ilişkisine bakıldığında, yatış gözlenen olguların Üre değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,003; p<0,01). Yatış gözlenen olguların Total ve Direkt Bilirubin değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,019; p<0,05 ve p=0,001; p<0,01). Yatış gözlenen olguların CRP değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,002; p<0,01). Sonlanım durumuna göre olguların Kreatinin, Na, K, AST ve ALT ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (**Tablo 22**)

Tablo 22: Biyokimya Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	<i>p</i>
Üre	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	17-144 (38)	15-297 (55)	Z:-2,956
	<i>Ort±Ss</i>	49,04±26,26	69,98±50,37	^a 0,003**
Kreatinin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,5-2,24 (0,9)	0,4-9,9 (0,9)	Z:-1,787
	<i>Ort±Ss</i>	0,98±0,39	1,39±1,30	^a 0,074
Na	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	119-144 (137)	120-149 (138)	t:-0,078
	<i>Ort±Ss</i>	136,88±4,48	136,94±5,29	^a 0,938
K	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	2,4-6,6 (4,4)	3,1-7,2 (4,4)	t:-0,680
	<i>Ort±Ss</i>	4,45±0,69	4,53±0,75	^a 0,497
Total Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,1-4,4 (0,5)	0,1-25 (0,8)	Z:-2,344
	<i>Ort±Ss</i>	0,74±0,71	2,07±3,84	^a 0,019*
Direkt Bilirubin	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-2,1 (0,1)	0,03-19 (0,3)	Z:-3,614
	<i>Ort±Ss</i>	0,27±0,36	1,35±3,12	^a 0,001**
AST	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	10-198 (23)	4-1807 (27)	Z:-1,824
	<i>Ort±Ss</i>	34,12±34,98	97,09±221,85	^a 0,068
ALT	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,7-484 (16)	0,6-1175 (18)	Z:-1,332
	<i>Ort±Ss</i>	29,27±62,89	59,33±143,18	^a 0,183
CRP	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,2-232 (15)	0,5-316 (35,8)	Z:-3,170
	<i>Ort±Ss</i>	36,57±47,39	71,20±82,77	^a 0,002**

^aStudent-t Test^aMann Whitney U Test**p*<0,05***p*<0,01

Arter kan gazı örneği alınan olguların sonlanım durumuna göre pH ve Laktat ölçümleri, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (*p*>0,05). Yatış gözlenen olguların ABE değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanırken (*p*=0,017; *p*<0,05); HCO₃ değeri, taburcu olan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (*p*=0,023; *p*<0,05). (**Tablo 23**)

Tablo 23: Kan Gazı Ölçümlerinin Sonlanım ile İlişkisi

		Sonlanım		Test Değeri
		Taburcu	Yatış	<i>p</i>
pH	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	7,33-7,6 (7,43)	7,21-7,58 (7,44)	t:1,619
	<i>Ort±Ss</i>	7,45±0,06	7,42±0,08	^a 0,108
Lactat	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0,4-4,5 (1,7)	0,5-13,6 (1,9)	Z:-0,852
	<i>Ort±Ss</i>	1,91±0,89	2,81±2,56	^a 0,394
ABE	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-6,6-4,5 (1,5)	-18,9-22 (-1,0)	Z:-2,384
	<i>Ort±Ss</i>	0,80±2,99	-1,31±6,23	^a 0,017*
HCO₃	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	18-28,2 (24,95)	10,5-40 (23)	t:2,318
	<i>Ort±Ss</i>	24,49±2,48	22,91±4,73	^a 0,023*

^aStudent-t Test^aMann Whitney U Test**p*<0,05

5. TARTIŞMA

Toplumda giderek artan geriatik nüfus nedeniyle geriatik nüfusun acil servis başvuruları da artmaktadır. Geriatik hastaların acil servislere başvuruları hakkında Loğoğlu ve ark. (66) yaptıkları çalışmada başvuru oranının %15 olduğunu bildirmiştir. Durukan ve ark. (67) yaptıkları çalışmada acil servise yapılan tüm başvuruların %13,3'ünün 65 yaş üzeri hastalar olduğunu bildirmişlerdir. Mert ve ark. (68) ise yaptıkları çalışmada 65 yaş üzeri hastaların toplam başvuruya oranını %13,9 olarak bildirmiştir. Henden ve ark. (69) ise yaptıkları çalışmada bu başvuru oranını %21.2 olarak saptadıklarını bildirmişlerdir. Bedel ve ark. (70)'ın acil servise başvuran geriatik hastaları analiz ettikleri çalışmasında toplam acil servis başvurularının %14,2'si 65 yaş ve üzeri olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada hastaların en sık başvuru şikâyeti %17,9 oranla karın ağrısı olarak izlendiği bildirilmiştir. Lamsal ve ark. (71) 'ın yaptıkları çalışmada ise acil servise başvuran geriatik hastaların tüm başvurulara oranı %22,15 olarak bildirilmiştir. Biz de yaptığımız çalışmada 01.12.2018 – 01.06.2019 tarihleri arasındaki 6 aylık süre içerisinde İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne başvuru yapan geriatik hastaların tüm hastaların %25,7'sini oluşturduğunu saptadık. Çalışmamızda elde edilen başvuru oranının literatür bilgisine göre yüksek oranda olma nedenini hastane takibinde olan solid ve hematolojik kanser hastalarının görece ileri yaş hastalardan meydana geldiğini ve hastaların daha ziyade takipli oldukları merkez olan hastanemize başvurduklarını düşünmekteyiz. Ancak bu hipotezin doğrulanması için ileri ve detaylı çalışmalar yürütülmesi gerekmektedir.

Macaluso ve ark. (72)' in yaptığı çalışmada karın ağrısı ile başvuran hastaların %9'unun 65 yaş ve üzeri olduğunu bildirmişlerdir. Gallenger ve ark. (73) ise yaptıkları çalışmada karın ağrısı ile başvuran geriatik hastaların tüm başvurulara oranının %5-8 arasında değişmekte olduğunu bildirmiştir. Henden ve ark. (69) de çalışmalarında acil servise karın ağrısı ile başvuran geriatik hastaların %4,4 oranında olduğunu bildirmişlerdir. Fagbohun ve ark. (74) ise bu oranın %10 olarak saptadıklarını bildirmişlerdir. Biz de yaptığımız bu çalışma ile karın ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri hastaların tüm hasta başvurularına oranını %4,1 olarak saptadık ve literatür bilgisi ile uyumlu olduğunu gördük.

Karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran hastaların büyük bir kısmını kadınların oluşturduğuna literatürde farklı çalışmalar yer vermektedir. Lewis ve ark. (75) karın ağrısı ile acil servise başvuran 60 yaş ve üzeri hastaları incelediği çalışmasında hastaların %66'sının kadın olguların oluşturduğunu bildirmişlerdir. Gardner ve ark. (76) acil servise karın ağrısı ile başvuran geriatric hastaların %60'nın kadınlar olduğunu bildirmiştir. Çam ve ark. (69) acil servise travma dışı karın ağrısı ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları incelediği çalışmasında hastaların %51.8'inin kadın olduğunu bildirmiştir. Biz de çalışmamızda, literatür ile benzer şekilde karın ağrısı ile acil servise başvuran hastaların kadınlarda erkeklere göre fazla olduğunu saptadık.

Hustey ve ark. (73)'in geriatric hastalardaki akut abdominal ağrı şikâyetinin incelenmesi ile ilgili çalışmasında ortalama yaş 73.2 ± 8.8 olarak bildirilirken Çam ve ark. (69)'in yaptıkları çalışmada ortalama yaş 74.8 ± 6.5 olarak bildirilmiştir. Lewis ve ark. (14)'in geriatric hastalarda karın ağrısının etiyoloji ve klinik seyrini incelediği çok merkezli çalışmasında ise ortalama yaş 74.6 ± 8.8 olarak bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise yaş ortalaması $74,42 \pm 7,52$ yaş olarak saptanarak yaş ortalaması bakımından literatür ile uyumlu izlendi.

Yaşla beraber periferik vasküler direnç artışı ve sonucunda gelişen hipertansiyon özellikle geriatric hastalar için fizyolojik stres faktörlerine verilen cevabı değiştirmektedir. Bu yüzden yaşlı hastalarda hipertansiyon önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. (3) Çam ve ark. (69)'in yaptıkları çalışmada ortalama sistolik kan basıncı 120.0 ± 20.4 mmHg olarak bildirilirken M.Chung ve ark. (75)'in acil servise başvuran geriatric hastaların bakımı hakkında yaptıkları çalışmada ortalama sistolik kan basıncı 144.0 ± 28.6 olarak bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise ortalama sistolik kan basıncı $131,85 \pm 25,99$ olarak saptanmış olup literatür ile uyumlu izlenmiştir.

Çam ve ark. (69)' in yaptıkları çalışmada ortalama nabız 84.0 ± 13.4 vuru/dakika, M.Chung ve ark. (77)'in yaptıkları çalışmada ise ortalama nabız 98.2 ± 21.0 vuru/dakika olarak bildirilmiştir. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada ise acil servise başvuruları sırasında alınan vital bulgularında hastaların ortalama nabızı $90,97 \pm 19,31$ olarak saptanmış olup literatür bilgisi ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Geriatric hastaların yaşlılık ile birlikte değişen fizyolojileri nedeniyle enfeksiyona yatkın olmasına rağmen ateşin genç hastalara göre daha geç dönemde

yükselebildiği, yanı sıra ateşin yine genç hastalara göre daha düşük seyrettiği literatürde yer almaktadır. Parker ve ark. (78) acil servise akut kolesistit tanısı alan 65 yaş üzeri hastaları incelediği çalışmasında hataların %56'sında ateş izlenmediğini bildirmiştir. Pappas ve ark. (79) 'ın acil servise nontravmatik karın ağrısı ile başvuran yaşlı ve yaşlı olmayan hastaların karşılaştıkları çalışmalarında ise geriatrik grupta ateş izlenme oranını %11 olarak saptadıklarını bildirmişlerdir. Mert ve ark. (68)' in acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaların tanıları ve bunun fizyolojik değişkenler ile ilgisini incelediği prospektif çalışmalarında hastaları 45-64 yaş ile 65 yaş ve üzeri olarak ayırarak hayati bulgularını incelemiştir. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri grupta kan basıncı yüksekliğinin veya düşüklüğünün, nabız veya vücut ısısı yüksekliğinin 45-64 yaş grubuna göre daha fazla olduğunu bildirmiştir. Parker ve ark. (80)' in akut kolesistit tanısı alan 168 geriatrik hasta ile yaptığı çalışmada ateşi %56 oranda izlediklerini bildirmişlerdir. Çam ve ark. (69) ise çalışmada yer alan olguların ortalama vücut sıcaklığını 36.6 ± 0.6 °C olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda hastaların %95,8'inde vücut sıcaklığı normal olarak izlenirken, literatür ile benzer bir şekilde çalışmaya katılan olguların ortalama vücut sıcaklığının $36,58 \pm 0,7$ °C olduğunu saptadık.

Karın ağrısı şikâyetine eşlik eden yakınmalar ve bulgular incelendiğinde Durukan ve ark. (67) 106 hasta ile yaptıkları çalışmada en sık eşlik eden yakınma %33 oranla bulantı-kusma; fizik muayenede en sık rastlanan bulgu ise %36,8 ile hassasiyet olduğu belirtilmektedir. Çam ve ark. (69)'ın yaptıkları çalışmada ise bulantı yakınması hastaların %49,6'ında eşlik etmekte iken Mert ve ark. (68)'in yaptığı çalışmada cerrahi tanı alan hastalarda gaz-gaita çıkaramama anlamlı olarak saptanmış ancak bulantı-kusma %34 oranla izlendiği bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise, karın ağrısına en sık eşlik eden şikâyetin %18,8 oranla bulantı – kusma olduğu saptanırken; fizik muayenede en sık rastlanan bulgunun %78,6 olduğu saptanmıştır. Oransal bu farklılığın, hassasiyet bulgusunun diğer fizik muayene bulgularına görece subjektif olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hastaların karın ağrısı nedenleri incelendiğinde Lawrence ve ark.(75) yaptıkları çok merkezli prospektif çalışmada 60 yaş üzeri hastalarda nonspesifik karın ağrısını %14.8 olarak bildirmişlerdir. Bavunoğlu ve ark. (81)' in akut batın ile ilgili yaptıkları çalışmada yaşlı hastalarda nonspesifik karın ağrısının %15'den az görüldüğünü bildirmişlerdir. Çam ve ark. (69) ise nonspesifik karın ağrısını %11,9 olarak

bildirmişlerdir. Biz de çalışmamızda nonspesifik karın ağrısının tüm karın ağrılarına oranını %15,6 ve literatür bilgisine yakın ancak nispeten yüksek olarak saptadık. Bu durumun hasta örneklem grubunun sayıca yetersiz olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastaların acil serviste aldıkları tanıları incelendiğinde literatürde, Çam ve ark. (69)'ın yaptıkları çalışmada en sık koyulan tanı %19,6 oranla safra yolu hastalıkları; %11,9 nonspesifik karın ağrısı; %9,8 oranla malignite ilişkili karın ağrısı saptandığı bildirilmiştir. Lewis ve ark. (75)'in yaptıkları çalışmada ise karın ağrısına neden olan spesifik nedenlerin başında %8,6 oranla İYE; %8 oranla intestinal obstrüksiyon; %6,8 oranla AGE; %6,5 oranla divertikülit; %6,2 oranla safra yolu hastalıkları yer aldığı bildirilmiştir. Fagbohun ve ark.(74)'in yaptıkları derlemede yaşlı hastalarda karın ağrısına neden olan majör hastalıklar %25 oranla kolesistit; %20 oranla intestinal obstrüksiyon; %15 oranla apandisit; %8 oranla gastrit/peptik ülser hastalığı; %2 oranla üriner sistem enfeksiyonu ve tanımlanamamış nedenler %16 olarak bildirilmiştir. Lamsal ve ark. (71)'in yaptıkları çalışmada ise hastaların %23,2'sinin üriner sistem enfeksiyonu, %21'inin peptik ülser hastalığı, %15,5'inin akut gastroenterit ve %4,3'ü üst gastrointestinal kanama tanısı aldığı bildirilmiştir. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada hastaların karın ağrısına neden olan özellikli nedenler ise %17,9 oranla GİS kanama; %16 oranla safra yolu hastalıkları; %10,5 oranla ileus ve %6,2 oranla üriner sistem enfeksiyonu olarak gözlenmiştir. Literatürde her ne kadar tanıları çalışılan popülasyona göre değişiklik arz etse de başı çeken spesifik neden sıklıkla safra yolu hastalıkları olduğu izlenmektedir. Bu açıdan literatür ile uyumlu gözlenmeyen sonuçlarımız popülasyona ait özelliklerden biri olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bu belirgin farkın aydınlatılması için daha fazla çalışmaya gereksinim bulunmaktadır.

Yaş ile beraber safra bileşimindeki kolesterol içeriğinin artışı ve biliyer sistemin kolesistokine kontraksiyon cevabının azalması nedeniyle yaşlı hastaların safra yolu hastalıkları için kolaylaştırıcı neden olduğu bildirilmiştir. (82) Pek çok çalışma özellikle 70 yaş ve üzeri hastaların %50'sinden fazlasında insidental kolelitiazis saptandığı; yaşlılarda karın ağrısına en sık neden olarak kolesistit belirtilmiş, farklı serilerde oranı %25-41 arasında değiştiği bildirilmiştir. (83,84) Çam ve ark. (69)'ın yaptıkları çalışmada en sık görülen safra yolu hastalıkları sırasıyla %11,3 oranla koledokolitiazis, %5,1 oranla kolanjit, %2,1 oranla kolesistit ve %1,2 oranla kolelitiazis olarak

bildirilmiştir. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada %16 oranla ilenen safra yolu hastalıkları içerisindeki 26 hastanın %69,2'si kolesistit; %11,5'i kolanjit ve %11,5'i koledokolitiazis olarak saptanmıştır. Literatürdeki kolesistit ve kolelitiazis saptama oranı geniş bir aralık içerisinde değişmektedir. Yapılan derlemelerde yer alan kolelitiazise olan yatkınlık nedeniyle görece daha fazla komplike vakaların izlendiği hastanemizde vakaları kolesistit olarak izlemiş olabileceğimizi düşünmekteyiz.

Geriatrik hastaların beklenen fizyolojik değişikliklerin yanı sıra artan yaşam süresi ile birlikte kronik hastalıklar hastaların hem günlük yaşamını hem de hastane başvuruları sırasında değerlendirme sürecini etkilemektedir. Hastaların başvurularında eşlik eden ek hastalık öyküsü açısından literatür incelendiğinde Loğoğlu ve ark. (66)'ın yaptıkları çalışmada en az bir kronik hastalık öyküsü olan hasta oranı %78 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada geriatrik hastaların %40,8'inde hipertansiyon, %22,6 oranında koroner arter hastalık öyküsü ve %22,4 oranında ise diabetes mellitus'un görüldüğü belirtilmektedir. Öncül ve ark. (85)'in acil servise karın ağrısı ile başvuran geriatrik hastaların mortalitesine etki eden faktörleri araştırdığı çalışmasında hastaların %28,8'nde diabetes mellitus, %24,4'ünde hipertansiyon %41,5'inde kardiyak (KAH, KKY) hastalık öyküsü olduğu; hastaların malignensi öyküsünün %5,1 olduğu bildirilmiştir. Lamsal ve ark. (71)'in yaptıkları çalışmada ise en sık izlenen eşlik eden hastalık %72,7 oranla hipertansiyon, takiben %20,7 oranla diabetes mellitus olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda ise katılan hastaların ek hastalıkları sorgulanmış olup en sık %38 oranla kardiyak hastalıklar (KAH, KKY), ikinci sıklıkla %36,5 oranla hipertansiyon ve üçüncü sıklıkta %33,3 oranla diabetes mellitus izlenmiş olup literatür bilgisinden farklı olarak hastaların malignite oranı %32,8 ve nörolojik hastalıklar oranı %15,1 olarak saptanmıştır. Bu farklılığın üçüncü basamak bir hastane olan İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinin büyük oranda malignite hastalarını takip etmesi olduğunu düşünmekteyiz. Bunun dışında nörolojik hastalık öyküsünün özellikle kardiyak hastalıklar ile olan ilişkisi nedeniyle altta yatan bir neden olarak düşünmekteyiz. Yine de bu durumun daha iyi anlaşılabilmesi için konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hastaların yatış ve taburculuk durumu incelendiğinde Mert ve ark. (68)'in yaptıkları çalışmada karın ağrısı nedeniyle gelen 65 yaş ve üstü hastaların taburculuk oranını %51,7 olarak bildirirken Çam ve ark. (69)' in yaptıkları çalışmada ise karın

ağrısı şikâyeti ile başvuran geriatrik olguların taburculuk oranı %51,2 olarak bildirilmiştir. Yolcu ve ark. (86)'ın 18 yaş ve üzerindeki hastaların karın ağrısı nedeniyle acil servise yaptıkları başvuruları inceleyen çalışmasında tüm hastalar içerisinde taburculuk oranını %33 olarak bildirmişlerdir. Aksel ve ark. (87)'in yıl içerisinde geriatrik hastaların tüm başvurularında yatış oranı %36,3 olarak bildirilmiştir. Mert ve ark. (88)'in geriatrik hastaların acil servis kullanımlarını inceledikleri çalışmalarında ayaktan tedavi oranı %71,2 olarak bildirilmiştir. Lamsal ve ark. (71)'in yaptıkları çalışmada ise hastaların %41,9'unun hastane yatışı yapılırken %56,8'inin taburcu edildiği bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise karın ağrısı ile başvuran hastaların %35,9'unun taburculuk ile sonuçlandığını; %64,1'inin ise hastane yatışının yapıldığını, literatürden farklı bir sonuç elde ettiğimizi saptadık. Bu durumun hastanemizin üçüncü basamak bir hastane olması, başvuran hastaların çalışmada yer alan hasta oranına göre daha fazla yaşlı nüfusu içermesi ve yine hastane takibinde olan solid ve hematolojik kanser hastalarının görece ileri yaş hastalardan oluşması nedeni olduğunu düşünsek de daha fazla çalışma ile durumun araştırılması gerekmektedir.

Hastaların yatışlarının yapıldıkları servislerin dağılımları incelendiğinde Yolcu ve ark. (86)'ın yaptıkları çalışmada karın ağrısı ile başvuran tüm hastaların %18,7'sinin genel cerrahi servisine; %9,4'ünün ise iç hastalıkları servisine yatışının gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Çam ve ark. (69)'ın yaptıkları çalışmada ise yatırılan hastaların %24,7'sinin gastroenteroloji servisine, %17,6'sının genel cerrahi servisine yatırıldığı bildirilmiştir. Lamsal ve ark. (71) 'ın yaptıkları çalışmada yatırılarak takip edilen hastaların %45,7'sinin iç hastalıkları servisine, %23,8'inin cerrahi servise ve %30,1'inin kritik bakım ünitesine yatırıldığı bildirilmiştir. Bizim gerçekleştirdiğimiz çalışmada ise abdominal ve nonabdominal tanıları alan hastaların servis yatışı daha yüksek iken nonspesifik tanısı alanlarda taburculuk daha yüksek izlenmiştir. Laboratuvar sonuçları değerlendirildiğinde; beyaz küre, nötrofil ve nötrofil yüzdesi; üre, total ve direkt bilirübin değerleri yüksek olan hastaların daha yüksek oranda servis yatışı yapıldığı izlenmiştir. Yatışı yapılan hastaların %61'inin genel cerrahi servisine; %19,5'inin ise iç hastalıkları servisine yattığı gözlenmiştir. Literatürdeki bu farklı sonuçlar dışında bizim yaptığımız çalışmada genel cerrahi servisine yatışın belirgin olarak daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bu durumun nedeni başvuran hastalarda daha ziyade gastrointestinal kanama ağırlıklı izlenmesi olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri incelendiğinde, literatürde çoğunlukla medikal tedavinin uygulandığı belirtilmektedir. Pappas ve ark. (79) 'ın yaptıkları çalışmada karın ağrısı ile başvuran hastalar incelenmiş ve iki yaş grubunda (65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri) tedavi biçimleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada 65 yaş ve üzeri hastaların operasyon ihtiyacı %8 olarak saptanırken 65 yaş altı hastalarda bu oran %9 olarak saptanarak anlamlı fark görülmediği bildirilmiştir. Çam ve ark. (69) 'ın yaptıkları çalışmada ise başvuran tüm geriatrik hastaların %17,6'sına cerrahi girişim yapıldığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise yatışı gerçekleştirilen tüm hastaların %18,7'sine cerrahi girişim uygulanmış; diğer hastalarda medikal tedavi uygulandığı gözlenmiştir.

Karın ağrısı olan geriatrik hastaların mortalitesine etki eden faktörler açısından çalışmalar olsa da standart bir gösterge bulunmamaktadır. Literatürde daha ziyade opere olan hastaların mortalite üzerine etki eden faktörlerin incelemeleri bulunmaktadır. İleri yaş ile beraber kronik hastalık insidansının artması ve tanının kesinlik arz etmemesi nedeniyle geriatrik hastaların başvurusundan operasyona alınma arasındaki geçen süre genç hastalara göre uzamaktadır. Laurell ve ark. (89)'ın yaptıkları üç yıllık bir prospektif çalışmada yaşlı hastaların operasyona alınma süresi 1,8 güne kadar uzayabildiğini belirtmiştir.

Cerrahi mortaliteye etki ettiği bilinen American Society Anesthesiologists (ASA) klasifikasyonu (90–92) dışında Copeland ve ark. (93)'ın 1991 yılında perioperatif hastaların mortalitesini belirlemede kullanmak üzere geliştirdikleri The Physiological and Operative Severity Score for Enumeration of Mortality and Morbidity (POSSUM) skorlaması bulunmaktadır. Ancak acil servise karın ağrısı ile başvuran hastaları tanılarından bağımsız olarak advers sonlanım açısından değerlendirebilecek bir skorlama ya da sınıflama sistemi bulunmamaktadır.

Carpenter ve ark. (94)'ın geriatrik hastaların acil servis başvurularındaki faktörlerin advers sonlanım ile ilişkisini inceledikleri sistematik derlemesinde 34 yayın incelenmiş. Risk faktörleri olarak yaş, demans, delirium, malnutrisyon, bası yarası riski olarak saptanarak yapılan derleme sonucunda sayılan bu faktörlerin advers sonlanımı belirgin düzeyde artırdığına dair sonuca rastlanmadığını belirtmişlerdir. Bakıma muhtaç olmayan ve bakım evinde kalmayan hastaların 1 yıllık mortalitelerinin bu faktörlere sahip olan hastalara göre daha düşük olarak saptadıklarını bildirmişlerdir. Bunun dışında, Jonna ve ark. (95)'ın hastane yatışı yapılan geriatrik kanser hastalarının

mortalitesini 800 hasta ile inceleyen retrospektif kohort çalışmasındaki multivaryan analizde kognitif bozukluğu olan hastaların mortalitesinin olmayan hastalara göre 1.24 kat artmakta (%95 CI: 1.03–1.48) $p=0.02$ olduğu bildirilmiştir.

Chung ve ark. (77)'in acil servise ateş şikâyeti ile başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların 30 günlük mortalitesini öngörmeye yönelik yaptıkları retrospektif çalışmada, mortaliteyi etkileyen üç bağımsız faktör olarak lökositoz ($WBC >12,000 /mm^3$), şiddetli bilinç değişikliği ($GKS \leq 8$) ve trombositopeni ($150 \cdot 10^3/mm^3$) saptanmıştır. Bu verileri kullanarak geliştirdikleri Geriatrik Ateş Skoru ile hastaların mortalitesinin bu üç faktörden en az ikisine sahip olması durumunda arttığını bildirmiştir. Yaptığımız çalışmadaki laboratuvar sonuçları değerlendirildiğinde; nötrofil ($>6,1 \cdot 10^3 /mm^3$), nötrofil yüzdesi (>73) yüksek; hemoglobin düzeyi ($<13,6 \text{ g/dL}$) düşük olarak izlenen hastalar istatistiksel olarak mortalite ile anlamlı farklılık gösterdiği görüldü. Bunun dışında üre ($>49 \text{ mg/dL}$), direkt bilirubin ($>0,3 \text{ mg/dL}$), AST ($>40 \text{ IU/L}$) ve CRP ($>5 \text{ mg/L}$) düzeyleri yüksek olarak izlenen hastalar istatistiksel olarak mortalite ile anlamlı farklılık gösterdiği görüldü.

Bu anlamlı olabilecek değerlerin regresyon analizi ile değerlendirildi. Acil servise başvuran hastalarda yaştaki bir birimlik artışın olguların 1 ay içinde eksitus olma riskini 1,121 katına (%95 CI: 1,033-1,216); nörolojik hastalığı olanlarda 1 ay içinde eksitus olma riskini 5,797 katına (%95 CI: 1,452-23,151) çıkarttığı saptanmıştır. Bunun haricinde operasyon geçmişi olan hastaların 1 ay içinde eksitus olma riskinin 5,183 katına (%95 CI: 1,392-19,291) çıktığı saptandı. Konunun daha geniş bir perspektiften incelenmesi nedeniyle bu veriler genel geriatrik nüfusa yansıtılabilecek spesifik bir sonuç sunmasa da literatürde de yer alan veriler ışığında acil servise başvuran geriatrik hastaların bakım ihtiyacını artıran geçmişinde yer alan nörolojik hastalıkların mortalite üzerine etkisi olduğu söylenebilir. Daha net yorumda bulunabilmek ve homojen bir nüfus olarak incelemiş olduğumuz geriatrik hastaların sonlanımını öngörebilmek için ise daha spesifik ölçütlerle yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikârdır.

Çalışma, geriye dönük (kayıt temelli) çalışma ile yaşanabilecek veri kayıplarının önüne geçmek için prospektif olarak tasarlanmış olsa da sadece hasta onamı alınan olgular ile çalışılmış, tüm vakalara erişilmemiştir. Yüksek riskli nüfusa hizmet vermekte olan üçüncü basamak bir hastanede, tek merkezli çalışıldığı için sonuçların toplumun genelini kapsayıp kapsamadığı bilinmemektedir. Çalışma sadece geriatrik nüfus ile

birlikte çalışılmış olup daha genç nüfus ile kıyaslama yapılmamıştır. Arter kan gazı örnekleme endikasyon dâhilinde, muayene eden hekimin kararına bırakıldığı için mortalite üzerinde anlamlı olabilecek metabolik bazı göstergeler çalışılmamıştır.



6. SONUÇ

- 1- Çalışmaya alınan hastaların %53,1'i 65-74 yaş ve %46,9'u 75 yaş ve üzerindedir. Hastaların %52,6'sı erkek olarak saptanmıştır.
- 2- Hastaların sadece %4,2'sinde vücut sıcaklığı normal sınırların (36°C – 40°C) dışında izlenmiştir.
- 3- Hastaların karın ağrısı ile başvuru nedenlerinin %15,6'sı nonspesifik karın ağrısı olduğu saptanmıştır. Karın ağrısının en sık nedeni %72,4 oranla abdominal nedenler olup en sık koyulan spesifik tanı %17,9 oranla GİS kanama olarak saptanmıştır. Safra yolu hastalıkları ise %16 oranla ikinci en sık spesifik neden olarak izlenmiştir.
- 4- Abominal ve nonabdominal nedenler ile başvuran hastaların yatış oranı nonspesifik hastaların yatışına göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır (p=0,001 p<0,01). Hastaların en sık yatışının yapıldığı servis genel cerrahi servisi (%61) olarak saptanmıştır. Yatışı yapılan hastaların %18,7'sine cerrahi tedavi uygulanırken diğer hastalara medikal tedavi uygulanmıştır.
- 5- Karın ağrısına en sık eşlik eden semptom %18,8 oranla bulantı-kusma olarak saptanmıştır. Hastaların muayenesinde sadece %8,9'unda rebound gözlenmiştir. Fizik muayenede defans ve rebound izlenen hastaların servis yatışı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0,004; p<0,01 ve p=0,007; p<0,01). Konstipasyon izlenen hastalarda bir ay içinde eksitus görülme oranı, olamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde anlamlı saptanmıştır (p=0,022; p<0,05).
- 6- Ek hastalıklarda, en sık %38 oranla kardiyak (KAH, KKY) hastalık öyküsü, %36,5 hastada hipertansiyon ve %33,3 oranla diabetes mellitus olduğu saptanmıştır. Nörolojik ek hastalığı olanlarda mortalite riskinin 5,797 katına çıktığı; Operasyon geçmişi olanlarda ise mortalitenin 5,183 katına çıktığı saptanmıştır.
- 7- Çalışmamızda karın ağrısı ile gelen geriatrik hastaların mortalite riskinin her 1 yaşta 1,121 kat arttığı saptanmıştır. Eksitus oranı erkek ve kadın arasından istatistiksel olarak anlamlı izlenmemiştir (p=0,056; p>0,05). 75yaş ve üzeri olgularda mortalitenin daha yüksek olduğu izlenmiştir (p=0,01 p<0,05).

7. KAYNAKLAR

1. Kendall, John L Moreira ME. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. *UpToDate*. Available at: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=abdominal pain emergency department&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=abdominal+pain+emergency+department&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1). Erişim Eylül 12, 2019.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. TÜİK Nüfus Projeksiyonları 2018-2080. 30567. Available at: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>. Erişim Şubat 21, 2018.
3. Birnbaumer DM. The Elder Patient. *Rosen's Emerg. Med. Concepts Clin. Pract.* 2014;2351-5.
4. Bayer AJ, Chadha JS, Farag RR, Pathy MSJ. Changing Presentation of Myocardial Infarction With Increasing Old Age. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986;34(4):263-266.
5. 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):146-148.
6. Clinch D, Banerjee AK, Ostick G. Absence of abdominal pain in elderly patients with peptic ulcer. *Age Ageing* 1984;13(2):120-123.
7. Merskey H. *CLASSIFICATION OF CHRONIC PAIN DESCRIPTIONS OF CHRONIC PAIN SYNDROMES AND DEFINITIONS OF PAIN TERMS*. Second Edi. (Bogduk N, ed.). Seattle: IASP PRESS; 1994.
8. Kendall JL, Moreira ME. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. *UpToDate* 2014.
9. Ünsal, A. Çevik AMS. Yaşlı hastaların Acil Servis Başvuruları. *Turkish J. Geriatr.* 203M.S.;6(3):83-88.

10. Robert M Penner MScMary B Fishman. Evaluation of the adult with abdominal pain. *UpToDate* 2019. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain>. Erişim Ocak 18, 2019.
11. Cameron P, Jelinek G, Kelly A-M, Brown AFT, Little M. Textbook of Adult Emergency Medicine E-Book: . 2014. Available at: <https://www.dawsonera.com:443/abstract/9780702054389>. Erişim Eylül 29, 2019.
12. Kekeç Z. *Tüm Yönleriyle Acil Tıp*. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2013.
13. Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Geriatr. Emerg. Med. Princ. Pract.* 2014;24:94–101.
14. Lui CT, Ching WM, Tsui KL, Chu HC, Tsui ATS, Au TS, vd. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: A prospective, multicenter study. *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2005;26(4):242–249.
15. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *J. Am. Med. Assoc.* 2003;289(1):80–86.
16. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996;276(19):1589–94.
17. Hendrickson M, Naparst TR. Abdominal surgical emergencies in the elderly. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 2003;21(4):937–69.
18. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC. Abdominal pain in geriatric emergency patients: Variables associated with adverse outcomes. *Acad. Emerg. Med.* 1998. doi:10.1111/j.1553-2712.1998.tb02689.x.
19. Chow LC, Chan FP, Li KCP. A comprehensive approach to MR imaging of mesenteric ischemia. *Abdom. Imaging* 2002;27(5):507–516.
20. Esses D, Birnbaum A, Bijur P, Shah S, Gleyzer A, Gallagher EJ. Ability of CT to alter decision making in elderly patients with acute abdominal pain. *Am. J. Emerg. Med.* 2004;22(4):270–272.

21. Telfer S, Fenyö G, Holt PR, de Dombal FT. Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scand. J. Gastroenterol. Suppl.* 1988;144:47–50.
22. Kizer KW, Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am. J. Emerg. Med.* 1998;16(4):357–362.
23. Wilson MS, Ellis H, Menzies D, Moran BJ, Parker MC, Thompson JN. A review of the management of small bowel obstruction. Members of the Surgical and Clinical Adhesions Research Study (SCAR). *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1999;81(5):320–8.
24. Sanson TG, O’Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1996;14(3):615–27.
25. Ragsdale L, Southerland L. Acute Abdominal Pain in the Older Adult. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 2011;29(2):429–448.
26. Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NH. Increasing prevalence of abdominal aortic aneurysms. A necropsy study. *Eur. J. Surg.* 1992;158(1):19–23.
27. Lee CW, Bae M, Chung SW. General considerations of ruptured abdominal aortic aneurysm: Ruptured abdominal aortic aneurysm. *Korean J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2015;48(1):1–6.
28. Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A. Abdominal aortic aneurysm: A comprehensive review. *Exp. Clin. Cardiol.* 2011;16(1):11–5.
29. Eisenhoffer JL, Marston WA, Ahlquist RA, Johnson GA. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J. Vasc. Surg.* 1992;16(1):0017–0022.
30. Rosenthal RA, Andersen DK. Surgery in the elderly: Observations on the pathophysiology and treatment of cholelithiasis. *Exp. Gerontol.* 1993;28(4–5):459–472.
31. Bedirli A, Sakrak O, Sözüer EM, Kerek M, Güler I. Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. *Hepatogastroenterology.* 48(41):1275–8.

32. Morrow DJ, Thompson J, Wilson SE. Acute Cholecystitis in the Elderly: A Surgical Emergency. *Arch. Surg.* 1978;113(10):1149–1152.
33. Nelson BP, Senecal EL, Ptak T, Thomas SH. Opioid analgesia for acute abdominal pain in the elderly: Is the diagnosis of gallbladder pathology hindered? *Ann. Emerg. Med.* 2004;44(4):S89.
34. Madden JW, Croker JR, Beynon GP. Septicaemia in the elderly. *Postgrad. Med. J.* 1981;57(670):502–6.
35. Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N. Engl. J. Med.* 1998;338(21):1521–6.
36. Krukowski ZH, Matheson NA. Emergency surgery for diverticular disease complicated by generalized and faecal peritonitis: A review. *Br. J. Surg.* 1984;71(12):921–927.
37. Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M. *Rosen's emergency medicine : concepts and clinical practice.*
38. McKinsey JF, Gewertz BL. Acute mesenteric ischemia. *Surg. Clin. North Am.* 1997;77(2):307–18.
39. Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ, Hallett JW, Bower TC, Panneton JM, vd. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. *J. Vasc. Surg.* 2002;35(3):445–452.
40. Rhee RY, Gloviczki P, Mendonca CT, Petterson TM, Serry RD, Sarr MG, vd. Mesenteric venous thrombosis: Still a lethal disease in the 1990s. *J. Vasc. Surg.* 1994;20(5):688–697.
41. Glenister KM, Corke CF. Infarcted intestine: A diagnostic void. *ANZ J. Surg.* 2004;74(4):260–265.
42. Meyer T, Klein P, Schweiger H, Lang W. [How can the prognosis of acute mesenteric artery ischemia be improved? Results of a retrospective analysis]. *Zentralbl. Chir.* 1998;123(3):230–4.

43. Bradbury MS, Kavanagh P V., Chen MY, Weber TM, Bechtold RE. Noninvasive assessment of portomesenteric venous thrombosis: Current concepts and imaging strategies. *J. Comput. Assist. Tomogr.* 2002;26(3):392–404.
44. Clark RA, Gallant TE. Acute mesenteric ischemia: Angiographic spectrum. *Am. J. Roentgenol.* 1984;142(3):555–562.
45. Lobo Martínez E, Meroño Carvajosa E, Sacco O, Martínez Molina E. [Embolectomy in mesenteric ischemia]. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 1993;83(5):351–4.
46. Kauvar DR. The geriatric acute abdomen. *Clin. Geriatr. Med.* 1993;9(3):547–58.
47. Gupta H, Dupuy DE. Advances in imaging of the acute abdomen. *Surg. Clin. North Am.* 1997;77(6):1245–1263.
48. Yamini D, Vargas H, Bongard F, Klein S, Stamos MJ. Perforated appendicitis: is it truly a surgical urgency? *Am. Surg.* 1998;64(10):970–5.
49. Freund HR, Rubinstein E. Appendicitis in the aged. Is it really different? *Am. Surg.* 1984;50(10):573–6.
50. Graham A, Henley C, Mobley J. Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain. *J. Laparoendosc. Surg.* 1991;1(3):165–8.
51. Forde KA, Treat MR. The role of peritoneoscopy (laparoscopy) in the evaluation of the acute abdomen in critically ill patients. *Surg. Endosc.* 1992;6(5):219–221.
52. Koruda MJ. Appendicitis: laparoscopic strategy in diagnosis and treatment. *N. C. Med. J.* 1992;53(5):196–8.
53. Martin SP, Ulrich CD. Pancreatic disease in the elderly. *Clin. Geriatr. Med.* 1999;15(3):579–605.
54. HOFFMAN E, PEREZ E, SOMERA V. A cute pancreatitis in the upper age groups. *Gastroenterology* 1959;36(5):675–85.
55. Kahn JH, Magauran BG, Olshaker JS. *Geriatric emergency medicine : principles and practice.*

56. Paaajanen H, Jaakkola M, Oksanen H, Nordback I. Acute pancreatitis in patients over 80 years. *Eur. J. Surg.* 1996;162(6):471–5.
57. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly. Experience from two series in Stockholm. *Am. J. Surg.* 1982;143(6):751–754.
58. Borum ML. Peptic-ulcer disease in the elderly. *Clin. Geriatr. Med.* 1999;15(3):457–71.
59. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann. Emerg. Med.* 1990;19(12):1383–1386.
60. Usui Y, Matsuzaki S, Matsushita K, Shima M. Urolithiasis in geriatric patients. *Tokai J. Exp. Clin. Med.* 2003;28(2):81–7.
61. Abrutyn E, Mossey J, Levison M, Boscia J, Pitsakis P, Kaye D. Epidemiology of asymptomatic bacteriuria in elderly women. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1991;39(4):388–93.
62. Rodhe N, Löfgren S, Matussek A, André M, Englund L, Kühn I, vd. Asymptomatic bacteriuria in the elderly: high prevalence and high turnover of strains. *Scand. J. Infect. Dis.* 2008;40(10):804–10.
63. Avkan-Oguz V, Yapar N, Erdenizmenli M, Kuruuzum Z, Alp-Cavus S, Ucku R, vd. Effects of community-acquired infections on fever, leukocyte count and the length of stay in elderly. A cross-sectional study of 240 cases. *Saudi Med. J.* 2006;27(3):368–72.
64. J. GE. Gastrointestinal Emergency: Acute Abdominal Pain. İçinde: *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. McGraw-Hill Education; 2010:356–366.
65. Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non- specific abdominal pain. *Br. J. Surg.* 1994;81(8):1216–1218.

66. Loğoğlu A, Ayrik C, Köse A, Bozkurt S, Demir F, Narci H, vd. Acil servise başvuran travma dişi geriatrik olguların demografik özelliklerinin incelenmesi. *Turkiye Acil Tıp Derg.* 2013;13(4):171–179.
67. Durukan P., evik Y. YM. Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Turkish J. Geriatr.* 2005;8(3):111–114.
68. Kostak Mert D, Durak VA, zdemir F, Armağan E. Acil Servise Karın Ağrısı Őikayeti ile Başvuran 45-64 Yaş ile 65 Yaş ve zeri Hastaların Karşılaştırılması ve Tanılarının Fizyolojik Değişikliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2017;43(1):7–12.
69. Henden am P, Baydin A, Yrker S, Erenler AK, Őengldr E. Investigation of Geriatric Patients with Abdominal Pain Admitted to Emergency Department. *Curr. Gerontol. Geriatr. Res.* 2018. doi:10.1155/2018/9109326.
70. Bedel C, Tomruk . Sleyman Demir Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran 65 Yaş st Hastaların zellikleri. *SD Tıp Fakültesi Derg.* 2018;25(4):393–399.
71. Daya Ram Lamsal JB. STATUS OF GERIATRIC PATIENTS WITH ABDOMINAL PAIN PRESENTED TO EMERGENCY DEPARTMENT. *J. Chitwan Med. Coll.* 2019;9(28):90–96.
72. Macaluso C, Mcnamara. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int. J. Gen. Med.* 2012:789.
73. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am. J. Emerg. Med.* 2005;23(3):259–265.
74. Fagbohun CF, Toy EC, Baker B. The evaluation of acute abdominal pain in the elderly patient. *Prim. Care Update Ob. Gyns.* 1999;6(6):181–185.
75. Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: A prospective, multicenter study. *Journals Gerontol. - Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.* 2005. doi:10.1093/gerona/60.8.1071.

76. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J. Emerg. Med.* 2010. doi:10.1016/j.jemermed.2007.11.060.
77. Chung MH, Huang CC, Vong SC, Yang TM, Chen KT, Lin HJ, vd. Geriatric fever score: A new decision rule for geriatric care. *PLoS One* 2014;9(10):1–6.
78. Parker LJ, Vukov LF, Wollan PC. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis. *Acad. Emerg. Med.* 1997;4(1):51–55.
79. Pappas. Comparative Approach to Non-Traumatic Acute Abdominal Pain Between Elderly and Non-Elderly in the Emergency Department: A Study in Rural Greece. *J. Clin. Med. Res.* 2013. doi:10.4021/jocmr1424w.
80. Parker JS, Vukov LF, Wollan PC. Abdominal pain in the elderly: Use of temperature and laboratory testing to screen for surgical disease. *Fam. Med.* 1996.
81. Bavunoğlu I ŞF. Akut Cerrahi Karını Taklit Eden Cerrahi Dışı Nedenler. *Türkiye Klin. Cerrahi Tıp Bilim.* 2005;1(4):30.
82. Affronti J. Biliary disease in the elderly patient. *Clin. Geriatr. Med.* 1999;15(3):571–8.
83. Chang CC, Wang SS. Acute abdominal pain in the elderly. *Int. J. Gerontol.* 2007;1(2):77–82.
84. Balsano N, Cayten CG. Surgical emergencies of the abdomen. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1990;8(2):399–410.
85. Öncül MV, Dağar S, Emektar E, Çorbacıoğlu ŞK, Aytar H, Çevik Y. Effects of Systemic Inflammatory Parameters on Mortality in Elderly Patients Admitted to Emergency Department with Abdominal Pain. *Istanbul Med. J.* 2019;20(2):125–129.
86. Yolcu S, Beceren NG, Armağan HH, Yazar Soyadı YA. Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi. *Genel Tıp Derg.* 2015;25(1):1–1.

87. Tez U, Aksel A. Adnan menderes üniversitesi uygulama ve araştırma hastanesi acil servisine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların değerlendirilmesi. 2013.
88. Mert E. Geriatrik Hastaların Acil Servis Kullanımı. *Turkish J. Geriatr.* 2006;9(2):70–74.
89. Laurell H, Hansson LE, Gunnarsson U. Acute abdominal pain among elderly patients. *Gerontology* 2006;52(6):339–344.
90. Arenal JJ, Bengoechea-Beeby M. Mortality with emergency abdominal surgery in the elderly. *Can J Surg* 2003;46(2):111–116.
91. Ozkan E, Fersahoğlu MM, Dulundu E, Ozel Y, Yıldız MK, Topaloğlu U. Factors affecting mortality and morbidity in emergency abdominal surgery in geriatric patients. *Ulus. Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010;16(5):439–44.
92. Rubinfeld I, Thomas C, Berry S, Murthy R, Obeid N, Azuh O, vd. Octogenarian abdominal surgical emergencies: not so grim a problem with the acute care surgery model? *J. Trauma* 2009;67(5):983–989.
93. Copeland GP, Jones D, Walters M. POSSUM: a scoring system for surgical audit. *Br. J. Surg.* 1991;78(3):355–360.
94. Carpenter CR, Shelton E, Fowler S, Suffoletto B, Platts-Mills TF, Rothman RE, vd. Risk factors and screening instruments to predict adverse outcomes for undifferentiated older emergency department patients: A systematic review and meta-analysis. *Acad. Emerg. Med.* 2015;22(1):1–21.
95. Jonna S, Chiang L, Liu J, Carroll MB, Flood K, Wildes TM. Geriatric assessment factors are associated with mortality after hospitalization in older adults with cancer. *Support. Care Cancer* 2016;24(11):4807–4813.

8. EKLER

Ek – 1: Tez Çalışma Formu

"Acil Servise Non-Traumatik Karın Ağrısı ile Başvuran 85 Yaş Üstü Hastaların İncelenmesi"

Tez Çalışma Formu

HASTANIN BAŞVURU TARİHİ:

BARKOD / YOKSA YANMA GEÇİR	HASTAYA AİT BİLGİLER		
	İSİM SOYİSİM:	ÖN TANI:	
	TC KİML NO:	TANI:	
	CİNSİYET: <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KADIN	YAŞ:	

ANAMNEZ

VİTAL DEĞERLER: TANSİYON NABİZ ATEŞ

EK HASTALIK: HT DM KAH ARİTMİ KKY KBY HPL DVT PE AAA HEMATOLOJİK
BİLİNEN KANSER ÖYKÜSÜ: YOK VAR → (BELİRTİNİZ)

BATIN OPERASYON ÖYKÜSÜ: YOK VAR → (BELİRTİNİZ)

İMMÜN-SUPRESAN KULLANIMI: YOK VAR

DEVAM EDEN AB KULLANIMI: YOK VAR

EKG DE ARİTMİ VARLIĞI: YOK VAR

SEMPTOMLAR

BULANTI YOK VAR KUSMA YOK VAR DİZÜLÜ YOK VAR

KONSTİPASYON YOK VAR DİYARE YOK VAR

BULGULAR

DEFANS YOK VAR REBOUND YOK VAR HASSASİYET YOK VAR

MURPHY YOK VAR KVAH YOK VAR

SONUÇ

- TABURCULUK
 SERVİS YATIŞI
 YB YATIŞI
 OPERASYON
 EKŞİTUS

BT ÇEKİMİ

- KONTRASTSIZ
 IV KONTRAST
 IV+ORAL KONTRAST

BU ALANI ARAŞTIRMACI DOLDURACAKTIR.

WBC : ÜRE :
NEUT : KREAT :
NEUT (%): SODYUM :
HGB : POTASYUM :
PLT : TBİL / DBİL :
INR : AST/ALT:
CRP :
AMİLAZ :

KAN GAZI (alındysa)

Ph :
LAC :
ABE :
HCO₂ :

Dr. Altuğ Karabakan

Ek – 2: Etik Kurul Onayı

İÜC Tarih ve Sayı: 09/01/2019-5048



T. C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :83045809-604.01.02-
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Altuğ
KANBAKAN'ın etik kurul
kararı A-56

ACİL TIP ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi :04.01.2019 tarih, 31887016-804.01-2009 sayılı yazı

Anabilim Dalımız öğretim üyesi **Prof.Dr.İbrahim İKİZCELİ'nin** danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Altuğ KANBAKAN'ın** yürütücülüğünde **Uzm.Dr.Afşin İPEKÇİ, Uzm.Dr.Yonca Senem AKDENİZ ve Uzm.Fatih ÇAKMAK'ın** yardımcılıklarında "Acil Servise Non-Travmatik Karın Ağrısı ile Başvuran 65 Yaş Üstü Hastaların İncelenmesi" başlıklı Uzmanlık Tezi hakkında ilgi yazımız ve ekleri **08 Ocak 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Neşe SALTOĞLU
Bölüm Başkanı V.

[Doğrulamak için:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/en/Visio.n.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKA0R87M](http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/en/Visio.n.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKA0R87M)

Ayrıntılı bilgi için iletişim : Güler SOYDANER Dahili : 22300

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL

Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33

e-posta : ctfjpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr