

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**AKUT KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE  
BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA  
AĞRI ŞİDDETİ İLE KLİNİK SEYİR ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**YAHYA KEMAL ÖZEN**

**UZMANLIK TEZİ**

**İZMİR-2006**

T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**AKUT KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE  
BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA  
AĞRI ŞİDDETİ İLE KLİNİK SEYİR ARASINDAKİ  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Yahya Kemal ÖZEN**

**Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Gürkan ERSOY**

## **İÇİNDEKİLER**

**I. TABLO DİZİNİ**

**II. KISALTMALAR**

**III. ÖZET**

**IV. SUMMARY**

**V. GİRİŞ VE AMAÇ**

**VI. GENEL BİLGİLER**

**VI.1-**Akut karın ağrısının tanımı

**VI.2-** Yaşlı hastanın tanımı ve nüfus dağılımındaki önemi

**VI.3-** Yaşlı hastaların klinik değerlendirilmesindeki önemli problemler

**VI.4-** Yaşlı hastalarda akut ağrının ölçümünde kullanılan skalalar

**VI.5-** Yaşlı hastalarda görülen önemli karın ağrısı nedenleri

**VII. GEREÇ VE YÖNTEM**

**VIII. BULGULAR**

**IX. TARTIŞMA**

**X. SONUÇLAR**

**XI. KAYNAKLAR**

**XII. EKLER**

## **I. Tablo Dizini**

Tablo 1. Ağrı duyusunda yaşa bağlı değişiklikler

Tablo 2. Hastaların Genel Özellikleri

Tablo 3. Hastaların Karın Ağrılarının özellikleri

Tablo 4. Fizik muayene bulgularının özellikleri

Tablo 5. Hastaların klinik seyri

Tablo 6. Hastaların aldıkları tanıların dağılımı

Tablo 7. Yaşam çevresi ile AS'e başvuru süresi arasındaki ilişki

Tablo 8. Sürekli analjezik kullanımı ile AS'e başvuru anında ağrı olup olmaması arasındaki ilişki

Tablo 9. Cinsiyet ile sürekli analjezik kullanımı arasındaki ilişki

Tablo 10. DM varlığı ile ağrının lokalizasyonu arasındaki ilişki

Tablo 11. Akut batın bulgularının olup olmaması ile hastanın genel görünümü arasındaki ilişki

Tablo 12. Ağrının lokalize olup olmaması ile bir ay içerisinde ameliyat olup olmama arasındaki ilişki

Tablo 13. Akut batın bulgusu ile ameliyat edilme durumu arasındaki ilişki

## **II. KISALTMALAR**

AS: Acil Servis

ATA: Acil Tıp Asistanı

DM: Diabetes Mellitus

GİS: Gastro İntestinal Sistem

GKS: Glaskow Koma Skalası

NSAİ: Nonsteroid Antiinflamatuvar

mm: milimetre

SMA: Süperior Mezanter Arter

### III. ÖZET

#### **AKUT KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA AĞRI ŞİDDETİ İLE KLİNİK SEYİR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Giriş:** Dünya nüfusunun her geçen yıl yaşlanması ve her geçen gün Acil Servis'te (AS) bakım verilen yaşlı hasta nüfusunun artması bu yaş grubunda daha fazla klinik çalışmanın yapılmasını gerektirmektedir.

AS'e akut karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda klinik değerlendirme yaşla meydana gelen fizyolojik ve patolojik değişiklikler nedeni ile oldukça zordur.

**Amaç:** AS'e akut karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda, hastanın hekime tarif ettiği ağrı şiddetinin, hastanın klinik seyri hakkında hekime öngörü sağlayıp sağlamayacağını araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bir yıl boyunca Dokuz Eylül Hastanesi AS'ne başvuran, klinik sorgulamasında akut karın ağrısı şikâyeti olduğu düşünülen ağrıyı değerlendirme yeteneği sağlam 65 yaş ve üzerinde ki hastalarda çalışma yapıldı. Bu hastaların ağrıları Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastaların yaşları cinsiyetleri, yaşam şekilleri, sağlık güvenceleri, ağrı süreleri, ağrı bölgeleri ve ağrı karakterleri, hekimin hasta hakkındaki görüşleri ve hastalıklarının bir aylık klinik seyirleri veri olarak toplandı. Altmış beş yaş ve üstü akut karın ağrısı şikâyeti olan hastalarda tarif edilen ağrı şiddetinin yaş, cinsiyet, yaşam çevresi, Diabetes Mellitus (DM) hastalığı, sürekli ağrı kesici kullanımından etkilenip etkilenmediği, hastaların hastaneye yatıp yatmamasını, ameliyat olup olmamasını, ölüm oranını artırıp artırmamasını etkileyip etkilemediği araştırıldı. Tüm analizler %95 güven aralığında yapıldı ve p değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırmanın yapıldığı 01.03.2005–28.02.2006 tarihleri arasında AS'e 65 yaş üzeri 8705 hasta başvurdu. Bu hastalardan çalışmaya alma kriterlerine uyan 77 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 45'i (%58.4) kadın olup, tamamının sağlık güvencesi vardı. Hastaların 67'si (%87) birinci derece akrabası ile yaşamaktaydı.

Hastaların 45'inin (%58.4) ağrılarının başlamasından sonraki ilk 24 saatte başvurduğu ve 70'inin (%90.4) AS'e başvuru anında karın ağrısının olduğu görüldü. Ayrıca hastaların 37'sinin (%48.1) ağrılarını yaygın tarif ettikleri gözlemlendi.

Ağrı Şiddetinin yaş, cinsiyet, yaşam evresi, DM, sürekli ağrı kesici kullanımından etkilenmediği, yaşlı hastalarda tarif edilen ağrının Şiddeti ile hastanın hastaneye yatması, ameliyat olması, mortalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı saptandı ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Akut karın ağrısı Şikâyeti ile AS'e başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda hastanın tarif ettiği ağrının Şiddeti hekime hastanın klinik seyri hakkında n gr sağlamaz. Bu yaş grubundaki hastaların ağrılarının Şiddetini VAS kullanılarak tarif etmeleri; hastaların yaŐlarından, cinsiyetlerinden, sürekli ağrı kesici ve antiinflamatuvar ilaç kullanmalarından, DM'lu olmalarından, yaşam çevrelerinden etkilenmez.

**Anahtar kelimeler:** Akut karın ağrısı, prognoz, vizel analog skala, yaşlılık

#### IV. SUMMARY

##### **Analysis of the relationship between individual pain scores and outcomes in elderly patients admitted to the emergency department with acute abdominal pain**

**Background:** The population becomes older every year, associated with an increase in the numbers of elderly patients cared in the emergency department (ED). It is difficult to evaluate the elderly presented to the ED with acute abdominal pain (AAP) due to the physiologic and pathologic processes.

**Study objectives:** To analyze pain scores reported by the geriatric patient admitted to the ED with AAP and their relationship with short-term clinical outcomes.

**Method:** All consecutive patients older than 65 admitted to the University-based ED with AAP in one year were enrolled in the study. They reported the severity of the pain individually using Verbal Analog Scale. Patients' demographics, health insurance, the characteristics, time course of, and the body area affected by pain, presumptive diagnoses, outcome in one month were recorded. The relationship between pain scores and age, sex, environment, presence of diabetes, using analgesic drugs were evaluated. Analyses were performed in 95% confidence interval and p values below 0.05 was significant.

**Results:** In the one-year study period (01.03.2005-28.02.2006), 8705 elderly patients presented to the ED. Seventy-seven patients (45 women, 58.4%) with AAP were recruited. All patients had health insurance. 67 (87%) were living with relatives. 45 (58.4%) of patients presented within 24 hours and 70 (90.4%) of them had ongoing pain on admission. 37 (48.1%) of patients had diffuse abdominal pain. No significant relationship were found between pain scores and hospitalization, operation and mortality in this sample of geriatric patients. ( $p > 0.05$ )

**Conclusions:** The pain description of the elderly patients admitted to the ED with AAP failed to predict the outcome. The individual pain scores using VAS were not found to be affected by demographics, analgesic use, and presence of DM.

**Key words:** acute abdominal pain, outcome, visual analog scale, elderly,

## V.GİRİŞ VE AMAÇ

Karın ağrısı şikâyeti ile Acil Servis'e (AS) başvuran hastaların %9'unu 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturmakta ve bu hastaların yarısından fazlası hastaneye yatırılmaktadır (1). Karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda mortalite oranı % 11-14 olarak tespit edilmiş ve yatırılan hastaların üçte birinde operasyon ihtiyacı olduğu görülmüştür (1).

Literatüre baktığımızda "akut karın ağrısı" son bir hafta içinde başlayan karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır (4). AS'e akut karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastalarda klinik bulgular genç popülasyona göre farklılık göstermektedir (1, 2). Bunun sebebi araştırıldığında yaşlı hastalarda atrofiye uğramış karın kasları, ağrının hissedilmesinde, iletiminde ve değerlendirilmesinde işlevi olan sinir sistemindeki fonksiyon kayıplarının, yandaş hastalıkların, düzenli ve çok sayıda ilaç kullanımı gibi nedenlerin yer aldığı görülmektedir (2, 3). Bunlara ek olarak yaşlı hastalarda işitme azlığı, demans, serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer Hastalığı, psikiyatrik problemler de tanının konulmasında zorlaştırıcı etkenlerdir (2).

Ağrı sübjektif bir bulgudur. Ağrının şiddetini sayısal değerlere dökmeye amacı ile birçok ağrı skalası kullanılmıştır. Bu skalalardan biri olan VAS'ın yaşlı hastalarda ağrının değerlendirilmesinde güvenilirliğinin ve geçerliliğinin olduğu tespit edilmiştir (3). Ülkemizde bu konuda iyi tasarlanmış çalışmalar ve bu popülasyona özgü geçerlilik araştırmaları bulunmamaktadır.

Karın ağrısı ile AS'e başvuran yaşlı hastalarda ağrı şiddeti ve fizik muayene bulguları çok azda olsa, ciddi bir abdominal patoloji olabileceği genellikle vurgulanmaktadır (2). Bu vurgulama karın ağrısı şikâyeti ile gelen yaşlı hastalarda hekimi oldukça tedirgin etmektedir. Bu tedirginlik maliyet hesapları da göz önüne alındığında bazen gereğinden daha fazla tetkik yapılmasına neden olacağından zararlı da olabilmektedir. Bu tedirginlikten yola çıkılarak yaşlı hastaların hissettikleri ağrı yukarıda sayılan nedenlerle az olsa da ne ölçüde anlamlıdır sorusunu akla getirmektedir. Ancak literatürü incelediğimizde bu konuda yapılmış yeterli bir çalışma olmadığını görmekteyiz.

Çalışmamızın amacı; akut karın ağrısı şikâyeti ile AS'imize başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda ağrının şiddeti ile hastanın başvuru sonrası bir aylık klinik sonuçlar



arasında ilişki olup olmadığını araştırmaktır. Bu yönde bir ilişki tespit edilebilirse, ağrının şiddeti üzerinden hekime hastanın klinik seyri hakkında bir n fikir verebilmektedir.

## **VI. GENEL BİLGİLER**

### **VI.1- AKUT KARIN AĞRISININ TANIMI**

Literatürde “akut karın ağrısı” ‘nın tarifi; son bir hafta içinde başlamış yeni karın ağrısı olarak ifade edilmektedir (4).

### **VI.2- YAŞLI HASTANIN TANIMI VE NÜFUS DAĞILIMINDAKİ ÖNEMİ**

Yaşlılık birçok tıbbi kaynaktan 65 yaş ve üstü yaşlar olarak kabul görmektedir. Yaşlanmanın tam bir tanımı yoktur. Biyolojik, fizyolojik, duygusal, fonksiyonel yaşlılık olarak birçok şekilde tanımlanır. Biyolojik yaşlılık; yaşlanmaya bağlı olarak insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanır iken, fizyolojik yaşlılık; biyolojik değişikliklere bağlı olarak ortaya çıkan kişisel ve davranışsal değişiklikler olarak tanımlanır (5). Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 yılı raporunda ise yaşlılık; özürlülüklerin artması ve başkalarına daha fazla bağımlılığa olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanımda; zamana bağlı olarak kişinin değişen çevreye uyum sağlama yetisi ve organizmanın iç-dış etkenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalması, ölüm olasılığının yükselmesi olarak yapılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre takvim yaşı olarak yaşlılık şöyle tarif edilmektedir:

Genç yaşlı: 60–64 yaş

Yaşlıca: 65–74 yaş

Yaşlı: 75–84 yaş

Çok yaşlı: 85 ve üzeri yaşlar olarak tanımlanmaktadır.

Yaşlılık sadece insanlar için değil toplumlar içinde geçerlidir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından dört gruba ayrılırlar.

1. Genç toplumlar: altmış beş yaş üzeri nüfus % 4'den azdır.
2. Erişkin toplumlar: altmış beş yaş üstü nüfus % 4–7 arasındadır.
3. Yaşlı toplumlar: altmış beş yaş üzeri nüfus %7–10 arasındadır.
4. Çok yaşlı nüfus: altmış beş yaş üzeri nüfus % 10 üzerindedir.

Türkiye Devlet İstatistik Enstitüsü’nün 2004 yılı verilerine göre doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 68,8 yıl, kadınlarda 73.6 yıl olup ortalama 71.1 yıl olarak

tespit edilmiştir. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranı 1985’te % 4.2, 1990’da % 4.3, 1997 % 4.7, 2000 yılında % 5.6 olarak tespit edilmiş ve bu verilere dayanarak 2020 yılında bu oranın % 7.7’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu veriler dikkate alındığında Türkiye'nin şu anda erişkin toplum olarak sınıflandırılması gerektiği ancak yakın gelecekte yaşlı toplum olarak adlandırılacağı görülmektedir.

## **VI. 3. YAŞLI HASTALARIN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNDEKİ ÖNEMLİ PROBLEMLER**

### **VI. 3. a. Yaşlanmanın getirdiği fizyolojik ve patolojik değişiklikler**

Yaşlı hastalarda yaşla birlikte birçok sistemde fizyolojik değişiklikler oluşur. Kazanılan ek hastalıklar, geçirilen ameliyatlara bağlı değişiklikler, mevcut hastalıklara karşı çoklu ilaç kullanımı, bağışıklık sisteminin zayıflaması hastalıkların daha atipik seyir göstermesine, rahatsızlığın daha geç evrede tespit edilmesine ve tüm bunlara bağlı olarak ta daha yüksek mortalite oranlarıyla seyretmesine neden olmaktadır (2-3). Bunlarla birlikte “acaba yaşlılar gençlere göre daha mı az ağrı hissederler” sorusu akla gelmektedir. Yapılan bir çalışmada genç insanlar ile 65 yaş üstü insanların uygun vücut noktalarına ölçülebilen basınç uygulayarak ağrı oluşturulmuş ve iki grup basınç ağrı eşiği açısından karşılaştırılmış; istatistik anlamı olan fark tespit edilememiştir. Ancak bu çalışma ayrıca basınç ağrı eşiğinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğunu ve literatürün de bunu desteklediğini saptamıştır (6). Yapılan başka bir çalışmada ise yaşlanmayla birlikte sinir iletim hızlarının yavaşladığı bildirilmektedir (7).

Yaşlı hastalarda ayrıca işitme ve görme problemleri, algılamada azalma, demans, serebrovasküler hastalıklar, Alzheimer Hastalığı ve psikiyatrik problemler hasta ile ilişki kurmada engel oluşturmaktadır (2).

Kullanılan antikolinergik ilaçlar ve antiinflamatuvar ilaçlar hastalıkla ilgili olan bulgu ve şikâyetleri baskılayabilmektedir (2).

Yaşlı hastalar yeterli ateş yanıtını veremezler. Cooper ve arkadaşları yaptıkları çalışmada yaşlıların gençlere göre karın içi olaylarda dört kat daha fazla hipotermik olduklarını tespit etmişlerdir (2,18).

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

Yapılan bir çalışmalarda yaşlıların %84 ünün sürekli ilaç kullandığı ve kullanılan ilaçların % 46'sını steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar oluşturduğu tespit edilmiştir (9).

### **VI. 3. b. Ağrı algılanmasında yaşa başlı değişiklikler**

Yaşlı hastalar ağrısız kalp krizi geçirmekte veya ağrısız olarak karın içi ciddi problemler yaşayabilmektedir (3). Yaşlı hastalarda ağrının iletiminde gevli ağrı reseptlerinde, periferik sinirlerde, santral sinir sisteminde birçok değişiklik Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ne yazık ki bütün bu bulgular ağrı duyusu için özellikli olmayıp ağrının hissedilmesindeki etkilerinin zayıf olduğu tespit edilmiştir.

### **VI. 4. YAşLI HASTALARDA AğRI ÖLÇÜMÜNDE KULLANILAN SKALALAR**

Ağrı, yaşlı hastalarda görülen semptomlar içerisinde birinci sırayı alır (3). Ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi son yıllarda önemli hale gelmiştir. Ağrı patofizyolojisi ile ilgili son yıllarda yeni birçok bilgiye ulaşılmasına rağmen ağrının değerlendirilmesi ve tedavisi ne yazık ki yetersiz düzeydedir. Ağrı hoş olmayan algı ve duygusal durumdur. Ağrının algılanması oldukça karmaşık bir süreci içerir. Ne yazık ki ağrıyı gösteren objektif bir gösterge yoktur. Ağrının şekli ve süreci kana bakılarak, elektroensefalografi ile veya diğer görüntüleme teknikleri ile gösterilemez. Ağrı klinik olarak akut ve kronik olarak sınıflandırılabilir. Akut ağrı sıklıkla aniden başlar değişik nedenlerden kaynaklanır ve kısa sürer. Travma, yanık, iskemi ve inflamasyon akut ağrıya neden olur. Kronik ağrı da Uluslar Arası Ağrı alışma rgt tarafından son üç aydır devam eden ağrı olarak tanımlanmıştır (3).

#### **VI. 4. a. Patofizyolojik olarak ağrı sınıflaması**

1- Nosiseptif ağrı (somatik ve visseral)

a. Travma ve yanık

b. iskemi

c. İnflamasyon (enfeksiyon, inflamatuvar hastalıklar, artrit)

d. Mekanik deformasyonlar (şişlik, burkulma, döndürülme)

e. Miyalji (miyofasial ağrı sendromları)

2- Nöropatik ağrı

a. Periferik sinirler

i. DM bağlı nöralji

ii. Viral nöralji(post herpetik nöralji)

iii. Travmatik nöralji (cerrahi sonrası nöralji, fantom ağrısı)

iiii. Trigeminal nöralji.

b. Santral sinir sistemi.

i. Post talamik inme ağrısı

ii. Myelopatik ağrı (multipli skleroz)

c. Sempatik sinir sistemi

i. Refleks sempatik distrofi

ii. Kozalji

3- Karışık veya anlaşılammış patofizyoloji

a.Kronik tekrarlayan baş ağrısı

b.Vaskülopatik ağrı sendromları

4-Psikolojik temelli ağrı sendromları (somatizasyon bozukluğu, histerik reaksiyon.)

#### **VI. 4. b. Ağrıyı değerlendirme skalaları**

Ağrıyı değerlendirmek amacı ile kullanılan birçok skala vardır. Bu skalalar ağrının dökümente edilmesinde yarar sağlar. Ağrı skalaları tek boyutlu ve çok boyutlu olmak üzere iki grupta toplanır. Çok boyutlu skalalar çoklu sabit ölçümleri içerir. Bu nedenle kullanımları uzun sürdüğü, zaman aldığı, yatak başı kullanımı zor olduğu için klinik kullanımları oldukça zordur. Ayrıca çok boyutlu skalaların yaşlılarda kullanımı ile ilgili çok az veri vardır (3). Çok boyutlu ağrı skalalarına örnek olarak; McGill Ağrı Sorgulaması, Wisconsin Kısa Ağrı Envanteri, Geriatri Ağrı Ölçümü, Nöropatik Ağrı Skalası, Hurley Rahatsızlık Skalası, Roland ve Morris Yetersizlik Sorgulaması gibi örnekler verilebilir. Bunlardan örnek olarak McGill Ağrı Sorgulaması yirmi gruba ayrılmış yetmiş sekiz kelimededen oluşur. Dolayısı ile oldukça karmaşık ve zaman alıcı olup klinik uygulaması zordur (3).

Tek boyutlu ağrı skalalarını klinik kullanımı daha kolaydır. Bu skalalar kolay uygulanması ve az zaman alması kadar doğru ve güvenilir sonuçlar elde edilmesiyle de daha yaygın kullanılmaktadır. Tek boyutlu ağrı skalalarına örnek olarak Vizüel Analog Skala (VAS), Şimdiki Ağrı Şiddeti Skalası, Grafik Resimler Skalası, Sloan Kettering Ağrı Kartları, Sözel 0–10 Skala verilebilir. Bunlardan VAS'nın ağrı değerlendirmesindeki kullanımı ele alındığında geçerliliğinin iyi düzeyde, güvenilirliğinin ise yeterli düzeyde olduğu yapılan klinik çalışmalarda tespit edilmiştir (3). Bunun dışında VAS ile yapılan iki klinik çalışmada ağrı sorgulaması biraz daha az veya biraz daha fazla ağrı olarak hastalar tarafından nitelendirilen ağrıdaki klinik olarak anlamlı değişikliğin 13mm gibi değere karşılık geldiği tespit edilmiştir (11,12,15). On üç mm olarak ortalama ölçülen değer ağrının hissedilmesinde klinik anlamlı değişikliği ifade etmektedir.

#### **VI. 5. YAŞLI HASTALARDA GÖRÜLEN ÖNEMLİ KARIN AĞRISI NEDENLERİ**

##### **VI. 5. 1. BARSAK TIKANIKLIĞI**

Kalın ve ince bağırsak tıkanıklıkları yaşlı hastalarda büyük bir sağlık problemidir. Abdominal distansiyon, anormal barsak sesleri, kusma, karında hassasiyet yaşlı hastada her zaman gözlenmez. Kalın barsak obstrüksiyonlarındaki öncelikli nedenler; kolon kanseri, divertikülit, sigmoid volvulustur. Karın içi kanser riski 40 yaşından sonraki her dekatta ikiye katlanır (2).

Çekum volvulusu sık görülmeyip tüm volvulusların %20'sinden azını oluşturur. Volvulusa predispoze faktörler olarak adezyonlar, geçirilmiş cerrahi, konjenital bantlar, uzamış kontipasyon sayılabilir (2).

Sigmoid volvulus tüm volvulusların %75-80'nini oluşturur. Predispozan faktörler arasında özellikle inaktivite, laksatif, trankilizan, antikolinergik, ganglion blokerleri ve antiparkinson ilaç kullanımı sayılabilir (2).

İnce barsak tıkanıklıklarında üç alışılmış neden vardır. Bunlar; adezyonlar, neoplazm ve fıtıklardır. Ağrı, kusma, distansiyon genelde görülmesine rağmen her zaman görülmez. Defans ve rebound ve hassasiyet geç bulgulardır, sıklıkla perforasyon ve gangren işaretidir.

Safra taşı ileusu kadınlarda daha fazla oranda görülen nadir bir hastalıktır. Genelde kadınlarda görülür, ileusa neden olan vakaların %20'si 65 yaş ve üstüdür (2). Taş genelde ikibuçuk cm'den büyük ve distal ileumdadır. Bu hastalarda klasik triad olarak ince bağırsak tıkanıklığı, sağ alt kadranda kalkül görüntüsü ve safra yollarında hava gözlenmesi görülür. Mortalitesi %15 den fazladır (2).

## **VI. 5. 2. İNFLAMATUAR NEDENLER**

### **VI. 5. 2. a. Peptik ülser hastalığı**

Yaşlılarda sıklıkla kliniği atipik seyreder ve semptomlar genelde belli belirsizdir. Komplikasyonlar sıktır ve hastalığın ilk bulgusu komplikasyon olabilir. Mortalite oranı 60 yaş üstündekilerde özellikle de kadınlarda gençlere göre 100 kat daha fazladır (2). Yaşlılarda yapılan bir çalışmada Nonsteroid Antiinflamatuvar (NSAİ) ilaç kullananların kullanmayanlara göre peptik ülser veya Gastro İntestinal Sistem (GİS) kanamasından ölüm oranlarını dört kat arttığını tespit etmiştir (16). Peptik ülserli yaşlılar genelde GİS kanaması ile başvurur. Karın ağrısı eğer varsa genelde epigastrik bölgededir. Kusma genellikle yoktur. Perforasyonlu hastada ani başlangıçlı ağrı olmayabilir ve batın yumuşak olabilir. Ayakta düz grafilerde serbest hava %40'dan az görülür (2).

### **VI. 5. 2. b. Kolesistit**

Karın içi cerrahinin yaşlı hastalarda en sık nedeni bilier hastalıklardır. Yapılan bir çalışmada 70 yaş üstündekilerde kolesistit insidansı %50 den fazla olduğu tespit

edilmiştir (17). Yaşlılarda acil kolesistektominin mortalitesi %8.5 ile %14 arasında tespit edilmiştir. Klinik bulgular hastalığın şiddeti ile korelasyon göstermez (2). Yapılan bir çalışmada hastaların %40'nın safra kesesi ampiyemi, gangrenöz kolesistit, serbest perforasyon ve %15 nin subfrenik veya hepatik absesi olduğu; ancak bunların üçte birinde ateş olmadığı ve çeyreğinde karında hassasiyet olmadığı tespit edilmiştir (2). Ağrı genellikle kolik vasıflı olmayıp sırtta yukarıya yayılım gösteren genellikle bir ile 24 saat arasında sürdüğü ve genelde epigastrik bölge ve sağ üst kadranda hissedildiği tespit edilmiştir. Bulantı, kusma genelde olup peritoneal bulgular seyrek görülür. Ateş ve lökositoz yardımcı olmakla birlikte hastaların %30'undan fazlasında normal değerlerdedir. Akut süpüratif kolanjit yedinci dekattan önce nadirdir. Genelde ateş, orta düzeyde sarılık ve ağrı semptomları görülür (2).

#### **VI. 5. 2. c. Pankreatit**

Hastalık oluşumunu kolaylaştırıcı faktörler arasında; alkolizm, safra yolları hastalıkları, ülser penetrasyonu, enfeksiyon"sıklıkla viral, seyrek olarak E. Coli, Pseudomonas, Stafilokok, Klebsiella", hipertrigliseridemi, ilaç reaksiyonları "tiyazid, furosemid, NSAİ, eritromisin, sülfanamidler, tetrasiklin, kortikosteroid, asetaminofen, östrojenler", hiperkalsemi, karbon monoksit zehirlenmesi, hipotermi sayılabilir(2,19). Klinik olarak orta epigastrik ağrı, bulantı, kusma, orta düzeyde ateş, dehidratasyon bulguları görülüp gençlerden farklı değildir. Ağrı orta sırt bölgesine yayılım gösterebilir yaşlılarda değişkendir. Amilaz seviyesinin 1.5 ile 3 kat artması yol göstericidir. Ancak lipaz seviyesindeki artış daha spesifiktir (2).

#### **VI. 5. 2. d. Apandisit**

Apandisit sıklıkla gençlerin hastalığıdır. 50 yaş sonrasında kadınlarda 1:35, erkeklerde 1:50 oranında görülür. Komplikasyon oranı 55 yaş üstünde artar (13). Yaşlı hastalarda gangren veya perforasyon ile birlikte görülür (2). Yapılan bir çalışmada rüptür hastaların %71'inde gözlenip, hastaların %74'ü komplikasyonlu olup, ölenlerin hepsinde de komplikasyon görülmüştür (20). Apandisit kliniği yaşlılarda gençlere göre daha siliktir (2). Ateş ve lökositoz değişkendir. Fenyo ve deDombal akut apandisitli yaşlı hastaların %39'unda kusma, %45'inde bulantı ve sadece %35'inde tipik klinik ile birlikte sağ alt kadranda ağrısı olduğunu tespit etmiştir (2). Fizik bakıda %94 oranında sağ alt kadranda hassasiyeti ve %30 oranında rektal



hassasiyet olduğu tespit edilmiştir. İştahsızlık yaşlılarda en sık şikayet değildir. Yaşlılarda apandisit erken tanısında psoas bulgusunun olması, barsak seslerinin varlığı veya yokluğu, palpe edilebilen kitle bulguları yararlı değildir (19). Yapılan bir çalışmada karın röntgenlerinde tespit edilen barsak tıkanıklığı, ürolithiazis veya kolelithiazis bulguları apandisit doğru tanısının konulmasını geciktirmiştir (2,13). AS doktoru karın ağrılı yaşlı hastalarda apandisitten mutlaka şüphe etmeli ve diğer hastalıkları taklit edebileceğini unutmamalıdır.

#### **VI. 5. 2. e. Divertikülit**

Divertiküler hastalıklar yaşla birlikte artar (2). Genel nüfusta %5 oranında iken 90 yaşında %50 ile %75 arasında artış görülür. Yapılan bir çok çalışmada divertikülü olan hastaların %30'unda divertikülit veya başka bir komplikasyon görüldüğü tespit edilmiştir. Genelde sol alt kadranda ağrısı, düşük derecede bir ateş yüksekliliği, bulantı, nadiren kusma, orta düzeyde abdominal distansiyon gözlenir. Diffüz abdominal ağrı ve hassasiyet perforasyonu düşündürmelidir. Radyolojik olarak peritoneal boşlukta serbest hava, ileus paterni, sol alt kadranda kitle imajı, parsiyel veya komplet barsak tıkanıklığı bulguları görülebilir (2).

Divertikülozis masif alt GİS kanamasının en sık nedenidir (2). Kanamayla birlikte genelde ağrı yoktur. Genelde hastalar geçirilmiş divertikülit öyküsü verir. Divertiküler hastalıklar farklı olarak yaygın inflamasyon ve deriye, mesaneye, ince barsaklara fistülizasyon ve kalın barsak tıkanıklığı ile yüksek ameliyat sonrası morbidite ve mortaliteye sahiptir.

#### **VI. 5. 2. f. Karın içi enfeksiyonlar**

Yaşlı hastalarda karın içi enfeksiyonlar karın ağrısı, bulantı ve kusma, ateş, isal gibi tipik olmayan semptomlarla karşımıza çıkar (2). Yaşlı hastalarda semptomlar hastalık uzun süre devam ettikten sonra ortaya çıkar ve gençlerle karşılaştırıldıklarında hipotermi dört kat daha fazla gözlenir (18). Peritonitin nedeni sıklıkla uzun süredir devam eden peritoneal dializ veya barsak perforasyonudur (2).

#### **VI. 5. 2. g. Vasküler nedenler**

Kırk beş yaş üstündeki hastaların %50'sinden fazlasında Çölyak Arter, Süperior Mezenter Arter (SMA) ve İnfirior Mezenter Arter damarlarının

aterosklerozdan etkilendiği rapor edilmiştir (2). Yaşlı hastalarda vasküler problemler %80'den fazla oranında mortal seyreder. Emboli, trombozis, yavaş akım durumu(nonokluziv iskemi) en sık nedenlerdir. Akut mezenter iskemi akut karın ağrısı, kusma, diare, hafif defansın eşlik ettiği distansiyon, azalmış barsak sesleri ve çok tablosu gösterir. Erken dönemde dikkati çeken en önemli şey şiddetli ağrıya rağmen muayene bulgularının silikliğidir. Abdominal distansiyon ve peritoneal irritasyon bulguları geç bulgu olup, gangren ve peritoniti gösterir. Lökositoz sıklıkla mm<sup>3</sup>'te 20000'in üzerindedir ve intestinal iskemiye düşündürür. Bir çok çalışma spesifik laboratuvar ve radyolojik bulgunun yetersizliğinden bahseder. Düz karın grafileri nadiren tanısaldır. İnce barsakdaki olması gereken miktardaki gaz görüntüsünün olmaması (erken dönem spazmı gösterir), ince ve kalın barsakda dilatasyon, barsak duvarında kalınlaşma, barsak boğumlarının ayrılması, geç bulgu olarak intramural veya portal hava radyolojik bulgulardır (14). Metabolik asidoz, serum fosfat, laktik dehidrojenaz ve amilaz yüksekliği akut iskemi yönünden yol gösterir. Ne yazık ki bunlar birçok hastalıkta olabilen nonspesifik değişikliklerdir (2). Arteriografi tanısız olarak çok sensitif ve spesifiktir. SMA embolisi sıklıkla kardiyak kökenlidir. Embolinin; akut karın ağrısı, akut karın ağrısı ile birlikte kardiyak hastalık bulgularının olması, akut GİS boşalması (diare veya kusma ) şeklinde bir triadı vardır (2).

Nonokluziv SMA iskemisine kardiyak kapasitenin azalmasına neden olan; konjestif kalp yetmezliği, yakın dönemde geçirilmiş kalp krizi, kardiyomiyopati, miyokardit, valvuler patoloji, kardiyak aritmiler, hipovolemi, sepsis veya barsak kan akımını sınırlayan dijital ve vazokonstrüktör kullanımı gibi nedenler sebep olur.

SMA trombüsü ise sıklıkla ateroskleroza sekonder olup bu hastalar genelde post prandial karın ağrısı, kilo kaybı, diğer GİS semptomları şeklinde klinik bulgular verir (2).

## VII. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi AS'ine 01.03.2005–28.02.2006 tarihleri arasındaki bir yıllık sürede başvuran anamnezi ile akut karın ağrısı olarak değerlendirilen ve aşağıdaki dışlama kriterleri bulunmayan 65 yaş ve üstü tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Ağrıyı değerlendirme yetisi bozuk olan, bir haftadan uzun süredir karın ağrısı olan, Alzheimer'ı, Demans'ı, dil problemi olan, travmatik karın ağrısı olan, Glaskow Koma Skala'sı (GKS) 15'in altında olan, kooperasyon kurulamayan, yer, zaman, kişi oryantasyonu bozuk olan, yazma, görme ve ortopedik problemi olan, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastaların anamnez ve fizik bakıları tamamlandıktan ve gerekli görülen laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri istendikten sonra çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alındı ve çalışmaya dahil edildi.

Hastalardan elde edilen veriler Ek-1'deki forma kayıt edildi. Bu hastaların değerlendirilmesi ve veri toplama formunun doldurulması kıdemli Acil Tıp Asistanı (ATA) tarafından yapıldı. Bu forma hastanın adı soyadı, hastane protokol numarası, acile başvuru tarihi, telefon numaraları, sosyal ve demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, yaşam çevresi), başka nedenlerle sürekli antiinflamatuvar ve/veya analjezik kullanımının ve DM'lu olup olmadığı, karın ağrısının ne kadar zamandır olduğu (0–24 saat, 24 saatten fazla–72 saat, 72 saatten fazla–1 hafta), AS'e başvuru anında ağrının olup olmadığı, ağrının karakteri (künt, batıcı, bıçak saplanır tarzda, ezici, delici, kolik ve diğer), ağrı lokalizasyonu (sağ üst, sağ orta, sağ alt, epigastrik, periumblikal, suprapubik, sol üst, sol orta, sol alt, yaygın), bu ağrı nedeni ile analjezik kullanımının olup olmadığı, hastanın kıdemli ATA tarafından değerlendirilen genel görünümü (rahat, az ağrılı, çok ağrılı), batında hassasiyetin olup olmadığı varsa lokalizasyonu (sağ üst, sağ orta, sağ alt, epigastrik, periumblikal, suprapubik, sol üst, sol orta, sol alt, yaygın), fizik bakıda akut batın bulgularının (defans, rebound, mikroperküsyon vb.) olup olmadığı, konsültasyon istenip istenmediği, istendiyse hangi bölümden istendiği, hastanın son tanısı, hastanın klinik seyri (taburcu, tedaviyi kabul etmeme, sevk kliniği izinsiz terk, yatış -yapıldıysa bölüm-, acilde ölüm, acilen ameliyat olup olmadığı (ilk 24 saat içinde yapılan ameliyat) kaydedildi. Hastaların ağrı şiddetini değerlendirmede VAS kullanıldı. Hastalara bu skaladaki 100 milimetre (mm) düz çizginin sol ucunun ağrının hiç olmadığı noktayı, sağ ucunun ise olabilecek

en şiddetli ağrıyı temsil ettiği anlatılarak son bir haftada hissettiği en şiddetli ağrıyı gösteren noktayı bu 100 mm'lik çizgi üzerinde işaretlemesi istendi. Bir ay sonra kaydedilen telefon numaraları arandı ve hasta dosyaları incelendi. Bu sürede hastaların aynı şikâyet nedeniyle ameliyat olup olmadıkları, hastaneye yatırılarak tedavi edilip edilmedikleri, ölüp ölmedikleri kaydedildi. Ölçülen VAS değerlerinin ortalaması (değer  $\pm$ SD olarak) verildi.

Çalışmadan elde edilen veriler "Statistical Package for Social Sciences 11.0 for Windows" bilgisayar programına kaydedildi. Ölçümle belirlenen değişkenlerden parametrik olanların ortalamaların karşılaştırılmasında t-testi, non parametrik olanların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, sayımla elde edilen verinin çözümlemesinde ki-kare ve Fisher'in kesin testi kullanıldı. Tüm analizler %95 güven aralığında yapıldı ve p değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

## VIII. Bulgular

Araştırmanın yapıldığı 01.03.2005-28.02.2006 tarihleri arasında AS'e 65 yaş üzeri 8705 hasta başvurdu. Bu hastalardan karın ağrısı şikâyeti olup klinik sorgulamasında akut karın ağrısı olarak değerlendirilen ve çalışmaya alma kriterlerine uyan 77 hasta (%0.88) çalışmaya dâhil edildi. Hastaların 45'i (%58.4) kadın olup, tamamının sağlık güvencesi vardır ve 67'si (%87) birinci derece akrabası ile yaşamaktadır. Çalışmaya alınan hastaların yaş ve cinsiyet dağılımları, sağlık güvencelerinin olup olmaması, sürekli analjezik-antiinflamatuvar kullanıp kullanmadıkları, hastaların yalnız, birinci derece akrabası, evinde bakıcı veya geriatri bakım merkezinde yaşamaları, DM'lu olup olmaması gibi genel özellikleri Tablo 2'de açıklanmıştır.

Hastaların 45'inin (%58.4) ilk 24 saatte başvurduğu ve 70'inin (%90.4) AS'e başvuru anında karın ağrısının olduğu görülmektedir. Ayrıca hastaların 37'sinin (%48.1) ağrılarını yaygın tarif ettikleri gözlemlendi. Hastaların karın ağrısının ne zamandır olduğu, AS'e başvuru anında karın ağrılarının olup olmadığı, akut karın ağrıları nedeni ile ilaç kullanıp kullanmadıkları, karın ağrılarının karakteri, ağrının hastaya göre lokalizasyonu gibi özellikler Tablo 3'de açıklanmıştır.

Hastaların 6'sında (%7.8) karın muayenesinde hassasiyet olmadığı saptanırken, hastaların genel görünüm olarak değerlendirildiğinde 19'unun (%24.7) rahat olarak değerlendirildiği görülmektedir. Hekim tarafından değerlendirilen hastanın genel görünümüleri, karın muayenesinde hassasiyet olup olmadığı, hassasiyet varsa bunun lokalizasyonu, akut batın bulgusunun olup olmaması gibi fizik muayene bulgularının özellikleri Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tüm olgular için ölçülen VAS değerinin ortalaması  $74.58 \pm 22.28$  mm idi.

Hastaların 39'unun (%50.6) AS'ten hastaneye yattığı, bir ay içinde poliklinikten yatan bir hastanın AS'den taburcu edilirken aldığı tanının da kolelitiazis olduğu ve 15 gün sonra elektif kolesistektomi olduğu saptandı. Bir ay içerisinde ölen iki hastadan birinin tanısının İleus olduğu ve hastaneye yatışının ikinci günü öldüğü, diğerinin tanısının abdominal aort anevrizması olduğu ve aynı gün yoğun bakımda anevrizmanın rüptüre olması nedeni ameliyata alındığı ve öldüğü saptandı. Hastaların AS'e başvurduktan sonra başka bir bölümle konsülte edilip edilmedikleri, konsülte edildilerse hangi bölümle konsülte edildikleri, hastaneye yatıp yatmadıkları,

hastanede hangi bölüme yattıkları, ilk 24 saat içinde ameliyat olup olmadıkları ve bir aylık süreçte hastaneye yatıp yatmadıkları, karın ağrısına neden olan patoloji nedenli ameliyat olup olmadıkları ve bu süreçte ölüp ölmediklerine ait veriler Tablo 5'te özetlenmiştir.

Hastaların 18'inin (%23.4) nonspesifik karın ağrısı tanısı aldığı, safra kesesi ve yolları hastalıklarının toplam 16 hastada (%20.7) saptandığı görüldü. Hastaların aldığı tüm tanılar Tablo 6'da özetlenmiştir.

Hastalar 65–74 yaş ve 75 yaş ve üzeri yaş gruplarına ayrıldı. Bu iki yaş grubundaki hastaların aldıkları VAS değerlerinin ortalamasına bakıldığında 65-74 yaş grubundaki 42 (%54.5) hastanın ortalama VAS değeri  $72.31 \pm 23.18$  mm ve 75 yaş ve üzeri 35 (%45.5) hastanın ortalama VAS değeri  $77.31 \pm 21.74$  mm olarak bulundu. Bu değerler t-testi ile karşılaştırıldı ve anlamlı farklılık olmadığı saptandı ( $p=0.317$ ).

Hastaların cinsiyeti ile VAS değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmaya alınan hastalardan kadınların ortalama VAS değeri  $77.40 \pm 20.71$ mm ve erkeklerin ortalama VAS değeri  $70.62 \pm 24.11$ mm bulundu. Değerler t-testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı cinsiyetin VAS değerini etkilemediği saptandı ( $p=0.203$ ).

Sürekli analjezik-antiinflamatuvar kullanan hastalar ile kullanmayan hastalar VAS ortalama değerleri açısından karşılaştırıldı. Kullanan 19 (%24.7) hastanın ortalama VAS değeri  $76.63 \pm 20.45$ mm iken kullanmayan 58 (%75.3) hastanın ortalama VAS değeri  $73.91 \pm 22.99$ mm saptandı. Değerler Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.710$ ).

Olguların VAS değerleri ile yaşam çevreleri arasındaki ilişki araştırıldı. Hastaların yaşam çevreleri birinci derece akrabası ile yaşayanlar birinci grubu ve yalnız, evde bakıcı ile geriatri bakım merkezinde yaşayanlar ise ikinci grubu oluşturacak şekilde gruplandırıldı. Birinci derece yakını ile yaşayan 67 (%87) hastanın VAS değeri ortalaması  $73.10 \pm 22.54$ mm iken diğer gruptaki 10 (%13) hastanın VAS değeri ortalaması  $84.50 \pm 18.50$ mm saptandı. Mann-Whitney U testi kullanılarak iki grup arasında anlamlı farklılık araştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı saptandı ( $p=0.110$ ).

Hastaların yaşam çevreleri ile AS'e başvuru süreleri arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı ilişki olmadığı görüldü (Tablo 7  $p=0.180$ ).

Sürekli analjezik-antiinflamatuvar kullanımı ile AS'e başvuru anında ağrı olup olmaması arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 8 p=1.000).

Sürekli analjezik-antiinflamatuvar kullanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (Tablo 9 p=0.790).

Hastaların VAS değeri ile AS'e başvuru süresi arasındaki ilişki incelendi. İlk 24 saatte başvuran 45 (%58.4) hastanın VAS değeri  $79.33 \pm 18.98$  mm bulunurken, 24 saatten sonra başvuran 32 (%41.6) hastanın VAS ortalaması  $67.91 \pm 25.05$  saptandı. Bu değerler t-testi kullanılarak incelendiğinde anlamlı farklılık olduğu; ağrıyı VAS ile daha yüksek değerlendiren hastaların AS'e daha erken başvurduğu saptandı (p=0.034).

Hastaların DM'u olup olmaması ile VAS değerleri arasındaki ilişki incelendi. DM'u olan 16 (%20.8) hastanın ortalama VAS değeri  $82.94 \pm 15.69$  mm iken, DM'u olmayan 61 (%79.2) hastanın ortalama VAS değeri  $72.39 \pm 23.33$  mm idi. Değerler Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p=0.119).

Hastaların genel görünümü ile VAS değerleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığı araştırıldı. Rahat olarak değerlendirilen hastalar birinci grubu, az ağrılı ve ağrılı olarak değerlendirilen hastalar diğer grubu oluşturdu. Rahat olarak değerlendirilen 19 (%24.7) hastanın ortalama VAS değeri  $71.47 \pm 24.84$  mm bulunurken, diğer grubundaki 58 (%75.3) hastanın ortalama VAS değeri  $75.60 \pm 21.52$  mm saptandı. Değerler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edilmedi (p=0.519).

Hastaların DM olup olmamaları ile ağrılarını lokalize veya yaygın hissetmeleri arasındaki ilişki olup olmadığı araştırıldı. DM'un ağrının lokalize veya yaygın hissedilmesini etkileyen bir faktör olmadığı saptandı (Tablo 10 p=0.546).

Fizik bakıda lokalize hassasiyeti olan hastaların VAS değerleri ile yaygın hassasiyeti olan hastaların VAS değerleri arasındaki fark araştırıldı. Lokalize hassasiyeti olan 34 (%44.2) hastanın ölçülen VAS değerlerinin ortalaması  $73.18 \pm 23.38$  mm iken yaygın hassasiyeti olan 37 (%48.1) hastada bu değer  $76.84 \pm 19.76$  mm idi. Değerler t-testi kullanılarak incelendiğinde aralarındaki farkın anlamlı olmadığı belirlendi (p=0.481).

Akut batın bulgusunun olup olmaması ile hastanın genel görünümü arasındaki ilişki incelendiğinde; akut batını olan hastaların ATA tarafından daha ağırlı değerlendirilmesi lehine anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 11 p=1.000).

Akut batın bulgusu olan hastaların VAS değerleri ile akut batın bulgusu olmayan hastaların VAS değerleri karşılaştırıldı. Akut batını olan 13 (%16.9) hastanın VAS değeri ortalaması 79.84±23.48mm iken, olmayan 64 (%83.1) hastanın VAS değeri 73.51±22.07mm bulundu. İki değer Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldı. Anlamlı fark olmadığı görüldü (p=0.192).

Akut karın ağrısı nedeni ile bir aylık süre içerisinde hastaneye yatarak tedavi gören hastaların VAS değerleri ortalaması ile yataklı tedavi görmeyen hastaların VAS değerleri ortalaması karşılaştırıldı. Yataklı tedavi gören 40 (%51.9) hastanın VAS değeri ortalaması 74.93±22.29mm iken yataklı tedavi görmeyen 37(%48.1) hastanın VAS değeri ortalaması 74.22±22.58mm saptandı. İki değer t-testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p=0.890).

Ağrısı lokalize olan hastaların bir ay içinde ameliyat olup olmamaları ile ağrısı yaygın olan hastaların bir ay içerisinde ameliyat olup olmadıkları incelendi. Anlamlı fark saptanmadı (Tablo 12 p=1.000).

Akut batın bulgusunun bulunup bulunmaması ile hastanın ameliyat olup olmaması arasındaki ilişki incelendiğinde akut batın bulgusu olan hastaların daha fazla ameliyat oldukları lehine anlamlı farklılık saptandı (Tablo 13 p=0.000).

Bir ay içerisinde akut karın ağrısına bağlı ameliyat olan hastalar ile olmayan hastaların VAS ortalamaları karşılaştırıldı. Ameliyat olan 12 (%15.6) hastanın VAS değeri ortalaması 68.17±24.52mm iken olmayan 65 (%84.4) hastanın değeri 75.77±21.85mm idi. Değerler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p=0.339).

Acil ameliyata alınan hastaların VAS değerleri ortalaması ile acil ameliyat olmayanların VAS değerleri ortalaması karşılaştırıldı. Acil ameliyat olan 4 (%5.2) hastanın VAS değeri ortalaması 84.25±25.25mm iken olmayan 73 (%94.8) hastanın değeri 74.03±22.17mm idi. Değerler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı (p=0.229).

Akut karın ağrısına neden olan patolojiye bağlı bir ay içerisinde ölen hastalar ile ölmeyen hastaların VAS değerleri ortalaması karşılaştırıldı. Ölen 2 (%2.6) hastanın



VAS değeri ortalaması  $51.50 \pm 6.36$ mm iken yaşayan 77 (%97.4) hastanın değeri  $75.20 \pm 22.24$ mm bulundu. Değerler Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ( $p=0.093$ ).

**Tablo 1. Ağrı Duyusunda Yaşa Bağlı Değişiklikler**

Etkilenenler	Yaşla birlikte değişiklikler	Yorumlar
Ağrı reseptörleri	Pasini yapıları %50 oranında azalır Meissner ve Merkle diskleri %10–30 oranında azalır Serbest sinir sonlanmalarında değişiklik olmaz.	Az çalışma var ve deri genişliği nedenli sınırlı
Periferik sinirler	<i>Myelinize sinirler</i> dansitede azalma anormal ve dejenere fibrillerde artma İletim hızında yavaşlama <i>Demiyelinize sinirler</i> kalın liflerin sayısında azalma(1.2–1.6 mikrometre.) İnce liflerde değişiklik olmaz(0.4 mikrometre) substans P azalır	Bu değişiklikler ağrı için spesifik değildir
Santral sinir sistemi	<i>Arka boynuz nöronlarında kayıp</i> değişen endojen inhibisyon, hiperaljezi <i>Korteks, ortabeyin ve beyinde hücre kaybı</i> Değişen serebral uyarılma potansiyeli Katekolamin, asetilkolin, GABA, 5HT düzeyinde azalma Endojen opiatlar: miks değişiklikler Nöropeptitlerde değişiklik olmaz	Bulgular ağrı için spesifik değildir.

**Tablo 2. Hastaların Genel Özellikleri**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
65-74 y	42	54.5
75 y ve üzeri	35	45.5
Toplam	77	100
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	32	41.6
Kadın	45	58.4
Toplam	77	100
<b>Sağlık güvence</b>		
Var	77	100.0
Yok	0	0.0
Toplam	77	100
<b>Sürekli analjezik/antiinflamatuvar kullanımı</b>		
Var	19	24.7
Yok	58	75.3
Toplam	77	100
<b>Kiminle yaşadığı</b>		
Yalnız	7	9.1
Birinci derece akraba	67	87.0
Evinde bakıcı ile	1	1.3
Geriatrici bakım merkezi	2	2.6
Toplam	77	100
<b>DM</b>		
Var	16	20.8
Yok	61	79.2
Toplam	77	100

**Tablo 3. Hastaların Karın Ağrılarının özellikleri**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastanın ağrısı ne zamandır var</b>		
0-24 saat	45	58.4
24<-72 saat	15	19.5
72<saat-1 hafta	17	22.1
Toplam	77	100
<b>Hastanın AS başvurusu esnasında karın ağrısı</b>		
Var	70	90.9
Yok	7	9.1
Toplam	77	100
<b>Hastanın ağrı nedeniyle ilaç kullanımı</b>		
Var	22	28.6
Yok	55	71.4
Toplam	77	100
<b>Karın ağrısının karakteri</b>		
Künt/ezici	22	28.6
Delici/bıçak saplanır	16	20.8
Kolik	23	29.9
Diğer	16	20.8
Toplam	77	100
<b>Karın ağrısının hastaya göre lokalizasyonu</b>		
Sağ üst kadrın	17	22.1
Epigastrik	16	20.8
Umbilikal	4	5.2
Suprapubik	1	1.3
Sol alt kadrın	2	2.6
Yaygın	37	48.1
Toplam	77	100

**Tablo 4. Fizik muayene bulgularının özellikleri**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hastanın genel görünümü</b>		
Rahat	19	24.7
Az ağrılı	41	53.2
Çok ağrılı	17	22.1
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
<b>Hastanın karın muayenesinde hassasiyet</b>		
Var	71	92.2
Yok	6	7.8
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
<b>Karın muayenesine göre hassasiyetin lokalizasyonu</b>		
Yok	6	7.8
Sağ üst	17	22.1
Epigastrik	13	16.9
Umbilikal	2	2.6
Sol alt	2	2.6
Yaygın	37	48.1
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100</b>
<b>Akut batın bulgusu</b>		
Var	13	16.9
Yok	64	83.1
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 5. Hastaların klinik seyri**

<b>ÖZELLİKLER</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Konsültasyon</b>		
Var	41	53.2
Yok	36	46.8
<b>Konsülte edilen bölüm</b>		
Dahili bölüm	10	13.0
Cerrahi bölüm	27	35.1
Her iki bölüm	4	5.1
Yok	36	46.8
<b>Yattığı bölüm</b>		
Cerrahi bölüm	28	36.3
Dâhili bölüm	11	14.3
Yatmadı	38	49.4
<b>Sonuç</b>		
Hastaneye yattı	39	50.6
Taburcu edildi	35	45.5
Kendi isteğiyle çıktı	3	3.9
<b>İlk 24 saatte ameliyat</b>		
Var	4	5.2
Yok	73	94.8
<b>Bir ay içerisinde hastaneye yatış</b>		
Acilden yattı	39	50.6
Poliklinikten yattı	1	1.3
Yataklı tedavi görmedi	37	48.1
<b>Bir ay içerisinde ameliyat olup olmadığı</b>		
Ameliyat oldu	12	15.6
Ameliyat olmadı	65	84.4
<b>Bir ay içerisindeki mortalite</b>		
Var	2	2.6
Yok	75	97.4
<b>Her bölüm Toplamı</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 6. Hastaların aldıkları tanıların dağılımı**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Nonspesifik</b>	18	23.4
<b>İleus</b>	15	19.5
<b>Dispepsi</b>	7	9.1
<b>Pankreatit</b>	6	7.8
<b>Kolelithiazis</b>	6	7.8
<b>Kolesistit</b>	5	6.5
<b>Kolanjit</b>	3	3.9
<b>İdrar yolu enfeksiyonu</b>	3	3.9
<b>Gastroenterit</b>	2	2.6
<b>Divertikülit</b>	2	2.6
<b>Ürolithiazis</b>	2	2.6
<b>Abdominal aort anevrizması</b>	1	1.3
<b>Kolesistit+pankreatit</b>	1	1.3
<b>Fıtık</b>	1	1.3
<b>Konstipasyon</b>	1	1.3
<b>Akut koroner sendrom</b>	1	1.3
<b>Renal enfarkt</b>	1	1.3
<b>Sigmoid tm</b>	1	1.3
<b>Koledokolithiazis</b>	1	1.3
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 7. Yaşam çevresi ile AS'e başvuru süresi arasındaki ilişki**

	Başvuru zamanı						P*
	İlk 24 saat		24 hafta saat<-bir		Toplam		
Yaşam çevresi	n	%	n	%	n	%	
Birinci derece akrabası ile	37	55.2	30	44.8	67	100.0	0.180
Diğer	8	80.0	2	20.0	10	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>45</b>	<b>58.4</b>	<b>32</b>	<b>41.6</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 8. Sürekli analjezik kullanımı ile AS'e başvuru anında ağrı olup-olmaması arasındaki ilişki**

	AS başvurusunda ağrı				P*
	Var		Yok		
Sürekli analjezik kullanımı	n	%	n	%	
Var	17	89.5	2	10.5	1.000
Yok	53	91.4	5	8.6	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 9. Cinsiyet ile sürekli analjezik kullanımı arasındaki ilişki**

	Sürekli analjezik kullanımı				P*
	var		yok		
Cinsiyet	n	%	n	%	
Kadın	12	26.7	33	73.3	0.790
Erkek	7	21.9	25	78.1	

\*Fisher'in kesin testi



**Tablo 10. DM varlığı ile ağrının lokalizasyonu arasındaki ilişki**

	Ağrı						P*
	Lokalize		Yaygın		Toplam		
DM	n	%	n	%	n	%	
Var	5	38.5	8	61.5	13	100.0	0.546
Yok	29	50.0	29	50.0	58	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>47.9</b>	<b>37</b>	<b>52.1</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 11. Akut batın bulgularının olup olmaması ile hastanın genel görünümü arasındaki ilişki**

	Genel Görünüm						P*
	Rahat		Ağrılı		Toplam		
Akut batın	n	%	n	%	n	%	
Var	3	23.1	10	76.9	13	100.0	1.000
Yok	16	25.0	48	75.0	64	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>19</b>	<b>24.7</b>	<b>58</b>	<b>75.3</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 12. Ağrının lokalize olup olmaması ile bir ay içerisinde ameliyat olup olmama arasındaki ilişki**

	Bir aylık süreçte ameliyat olup olmadığı						P*
	Ameliyat oldu		Ameliyat olmadı		Toplam		
Ağrı	n	%	n	%	n	%	
Lokalize	6	17.6	28	82.4	34	100.0	1.000
Yaygın	6	16.2	31	83.8	37	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>16.9</b>	<b>59</b>	<b>83.1</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>	

\*Fisher'in kesin testi

**Tablo 13. Akut batın bulgusu ile ameliyat edilme durumu arasındaki ilişki**

	Ameliyat Olma						P*
	Var		Yok		Toplam		
Akut batın	n	%	n	%	n	%	
Var	7	53.8	6	46.2	13	100.0	0.000
Yok	5	7.8	59	92.2	64	100.0	
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>15.6</b>	<b>65</b>	<b>84.4</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	

\*Fisher'in kesin testi

## IX. Tartışma

Literatürde yaşlı hastalardaki akut karın ağrısı ile ilgili bilgilerin sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Ayrıca karın ağrısının şiddeti ile kinik seyir arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma da bulunamamıştır. Bu nedenle çalışmamızda literatürden yararlanırken yaşlı hastalarda “akut karın ağrısı” değil, “akut batin ya da karın ağrısı”na yönelik yapılan çalışmalardan faydalandık.

Ülkemizde yapılmış bir çalışmada AS'e başvuran yaşlı hastaların %6'sını karın ağrısı olan hastalar oluşturduğu belirlenmiştir (8). Aynı çalışmada hastaların %45.3'ünün erkek, %54.7'sinin kadın olduğu saptanmış olup bizim çalışmamızla uyumludur(8).

Genç ve yaşlı hastalar arasında ağrı algılanmasında farklılığı saptama amacını güderek yapılmış bir çalışmada 65 yaş üstü hastalarla genç hastalar karşılaştırılmış ve her iki grup arasında basınç ağrı eşiği açısından farklılık olmadığı saptanmıştır (6). Araştırmamızda 65–74 yaş grubu ile 75 ve üzeri yaş grubundaki hastalar VAS skorları açısından incelendiğinde iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Yaşlı hastalarda yaşın ilerlemesi ile birlikte hissedilen ağrının azalabileceğini düşünmek bu bulgu ışığında doğru değildir.

Yaşlı hastalar sahip oldukları birçok hastalık nedeni ile çok sayıda ilaç kullanmaktadır. Yapılan araştırmalarda; kullanılan ilaçların çoğunluğunu analjezik-antiinflamatuvar grubundaki ilaçlar oluşturmakta olup, oran geriatri bakım merkezinde kalan hastalarda %46.3 olarak saptanmıştır (9). Çalışmamızda bu oran %24.7 saptanmış olup uyumlu değildir. Bu uyumsuzluk çalışmaya aldığımız hasta grubunun ağrıyı değerlendirme yeteneği bozulmamış hastalardan oluşmasından ve hastaların büyük çoğunluğunun birinci derece yakını ile yaşamasından kaynaklanabilir.

Sürekli ağrı kesici kullanımı açısından bakıldığında kadınların daha fazla ağrı kesici kullandığı gözlenirse de bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli ağrı kesici kullanıp kullanmama ile AS'e başvuru anındaki karın ağrısının olması arasındaki ilişki incelendiğinde; AS'e başvuru anında karın ağrısı olup sürekli ağrı kesici kullanan 17 (%89.5) hasta ile kullanmayan 53 (%91.4) hasta arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı buna bağlı olarak ta AS'e başvuru anında ağrı olmasının sürekli analjezik kullanımı ile ilişkisi olmadığı belirlendi. Sürekli ağrı kesici

kullanımı AS'e başvuru anındaki ağrının olup olmasını etkileyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Sürekli ağrı kesici kullanımının VAS değerini etkileyip etkilemediği incelendiğinde her iki hasta grubunun VAS ortalama değerleri arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı. Sürekli ağrı kesici kullanımı hastaların VAS değerlerinde düşmeye neden olmamıştır. Sürekli analjezik kullanan yaşlı hastalar akut karın ağrısı şikayetlerinde kullanmayan hastalara göre daha az ağrı hissetmezler.

Çalışmaya alınan hastaların yaşam çevreleri ile tarif ettikleri ağrının şiddetini ifade eden VAS değerleri arasında ilişki incelendiğinde hastalar birinci derece yakını ile yaşayan grup ve diğer yaşam şekilleri olarak gruplanmış ve bu iki grubun VAS değerleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu sonuç yakınları yanında yaşayan hastalar ile yalnız, geriatri bakım merkezinde, bakıcı destekli yaşamlarını devam ettiren yaşlı hastalar arasında akut karın ağrılarını VAS ile tarif etmelerinde fark olmadığını ifade eder.

Hastaların yaşam çevrelerinin AS'e başvuru sürelerini etkileyip etkilemediği incelendiğinde; ilk 24 saat ve 24 saat-bir hafta süresinde başvuran hasta grubu ile birinci derece yakını veya diğer yaşam şekillerinde yaşaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat farklılık tespit edilmemesinde kısıtlayıcı yanlar olarak öncelikle Türk Toplumunda ataerkil yaşantının fazla olması nedeniyle çalışmamıza aldığımız hastaların 67'sinin (%87) birinci derece akrabası ile yaşaması, diğer taraftan da hastanemize yakın geriatri bakım merkezlerinin bulunması nedeni ile hastaneye başvuru sürelerinde anlamlı farklılık tespit edilememiş olabilir.

Hastaların AS'e başvuru süreleri ile VAS değerleri arasında ilişki araştırıldığında doğal olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edildi. AS'e ilk 24 saatte başvuran hastaların VAS değerlerinin 24 saatten sonra başvuran hasta grubuna göre anlamlı yüksek olduğu gözlemlendi. Ağrıyı daha şiddetli hisseden hastalar AS'e daha erken başvurmakta olup ağrı şiddeti AS'e başvuru süresini etkileyen önemli bir faktördür.

Kenneth ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DM'un karın patolojisi olan yaşlı hastaların %26'sında görülen üçüncü yandaş hastalık olduğu tespit edilmiş olup bu sonuç oran olarak çalışmamızla uyumlu idi (10).

DM açısından hastalar değerlendirildiğinde DM'u olan hastaların VAS değerleri ile olmayanların VAS değerleri karşılaştırıldı anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Çalışmamızda elde edilen bu sonuç bize DM'lu hastaların karın ağrılarının şiddetini tarif etmede DM'u olmayan hastalardan farklı olmadıklarını ifade etmektedir.

Akut karın ağrısı şikayeti ile AS'e başvuran hastaların 45'inin (%58.4) ilk 24 saat içinde başvurduğu gözlemlendi. Yapılan geriye dönük bir çalışmada bu süre 97.10 saat tespit edilmiş olup çalışmamızla uyumsuz olmakla birlikte bu çalışmada akut karın ağrılı değil tüm karın ağrılı hastalar çalışmaya alınmıştır (8). Hastaların çoğunluğunun ilk 24 saat içerisinde başvurması gene ataerkil yaşantı şekli ve geriatri bakım merkezlerinin yakınlığı nedeni olabilir.

Hastaların AS'e başvuru anındaki ağrıları değerlendirildiğinde büyük çoğunluktaki hastanın ağrısı olduğu gözlemlendi.

Hastaların yapılan sorgulamasında daha çok sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet tarif etmesi aldıkları tanılar göz önüne alındığında uyumlu olduğu düşünüldü. Hastaların 33'ü (%42.9) sağ üst kadranda veya epigastrik bölgede ağrı tarif etmiş olup yapılan hekim muayenesi sonucunda 30 (%39) hastada aynı bölgede hassasiyet olduğu saptanmış ve alınan tanılar değerlendirildiğinde 29 (%37.7) hastanın safra kesesi, pankreas ve mide hastalıklarına yönelik tanı aldığı saptanmıştır. Epigastrik ve sağ üst kadranda hassasiyeti yapılan bir çalışmada %48.5 bulunmuştur (8). Burada dikkat edilmesi gereken başka bir şey de hastaların 37'sinin (%48.1) ağrılarını lokalize edemeyip yaygın tarif etmesidir. Bu durum yaşlı hastadaki inflamatuvar yanıtın yetersizliği ve ağrı lokalizasyonunda gerekli sinir sistemindeki zafiyet göz önünde tutulduğunda anlamlıdır.

Hekim tarafından değerlendirilen hastaların genel görünümleri incelendiğinde hastaların 58'inin (%75.3) az ağrılı veya çok ağrılı olarak değerlendirildiği ancak hastalardaki VAS değerlerine bakıldığında ağrısız görünen hastalarla ağrılı görünen hastalar arasında VAS değerlerinin ortalaması açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. AS'e başvuru anında yedi (%9.1) hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesine rağmen hekim tarafından 19 (%24.7) hastanın ağrısız olarak değerlendirilmesi, ancak hastaların muayenesi sonucunda gene benzer şekilde altı (%7.8) hastada karın hassasiyetinin olmadığını saptanması yaşlı hastalarda hasta genel görünümünün hekimi yanıltabileceği gerçeğini ortaya çıkarmaktadır. Yaşlı hastanın rahat görüntüsü hekimi yanıltmamalıdır.

Hastaların %17'sinde akut batın bulgusuna rastlandı. Akut batını olan hastalar hekimin genel değerlendirmesi açısından incelendiğinde de akut batını olan üç hastanın (%23.1) hekim tarafından rahat değerlendirilmesi aynı uyarıyı bir kez daha gerektirmektedir.

DM'lu hastaların bağışıklık sisteminin zayıf olması ve olası nöropati komplikasyonları nedeniyle bu hastalarda daha çok muayenede yaygın hassasiyet saptanmasını beklemekteydik. Ancak sonuçlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi. Bununla beraber daha fazla sayıda hasta ile yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebileceğini belirtmek gerekir.

Çalışmamızda lokal hassasiyet tespit edilen hastalarla yaygın hassasiyet tespit edilen hastaların VAS değerleri arasında anlamlı fark tespit edilemedi. Aynı şekilde akut batın bulgusu olan hastalar ile olmayan hastaların VAS değerleri ortalaması arasında yine anlamlı farklılık tespit edilmedi. Bu durum bize ağrı şiddetinin ağrının lokalizasyonu veya akut batın bulgularının olup olmaması ile ilişkili olmadığını ifade eder. Akut batın bulgusu olan hastanın ağrısının da mutlaka daha şiddetli olması gerektiği yaşlı hastalarda düşünülemez.

AS'e başvuran akut karın ağrılı yaşlı hastalarda klinik bulguların silik olması nedeniyle bu hastalarda konsültasyon eşiği düşük tutulması gerekir (1). Çalışmamızda hastaların %53.2'si en az bir bölümle konsülte edilmiştir. Hastaların yatış oranları değerlendirildiğinde %50.6'sının AS'den hastaneye yattığı belirlenmiş olup yaşlı hastalarda konsültasyon eşiğinin düşük tutulması gerekliliğini oldukça güzel şekilde açıklamaktadır. AS'den taburcu edilen sadece bir hasta elektif şartlarda 15 gün sonra kolesistektomi ameliyatı olmuş olup bu hastanın da AS çıkış tanısının kolelitiazis olduğu görüldü.

Hastaların bir ay içerisinde karın ağrısı nedeniyle hastaneye yatmasında tarif ettikleri ağrı şiddetinin etkinliği araştırıldığında hastaneye yatan ve yataklı tedavi görmeyen hastalar arasında VAS değerleri açısından anlamlı fark tespit edilememiştir. Akut karın ağrılı hastalarda ağrının şiddeti hastanın yataklı tedavi görmesinde belirleyici bir kıstas olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda lokalize ağrısı olan hastalarla yaygın ağrısı olan hastalar arasında bir ay içerisinde ameliyat olmaları açısından anlamlı fark saptanmadı. Aynı zamanda bir ay içinde karın ağrısına bağlı ameliyat olan hastaların VAS değeri ile

olmayanların VAS değerleri ortalamaları arasında da gene anlamlı farklılık yoktu. Bu durum ağrının şiddetinin, lokal veya yaygın olmasının yaşlı hastalarda ameliyat gerekliliğinin belirlenmesinde etkili olmadığını göstermektedir. Doğal olarak beklenen bir sonuç vardı ki o da akut batın bulgusu olan hastaların olmayanlara göre daha fazla ameliyat olacakları idi.

Bugliosi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada karın ağrısı ile AS'e başvuran yaşlı hastaların son tanıları sıklık sırasına göre değerlendirilmiş ve hastaların % 23'nün nonspesifik, %12'sinin bilier kolik veya kolesistit, %12'sinin barsak tıkanıklığı, %8'inin dispepsi tanısı aldığı tespit edilmiş olup bizim çalışmamıza bakıldığında %23.4'ü nonspesifik karın ağrısı, %20.7'sinin safra kesesi ve yollarına ait hastalıklar, %19.5'inin barsak tıkanıklığı, %9.1'inin dispepsi tanısı aldığı görülmektedir (21). Aynı çalışmada akut karın ağrısı ile gelen yaşlı hastaların üçte birinden fazlasında cerrahi müdahale ihtiyacı olduğu bulunmuş olup bizim çalışmamızda bu oran %15.6 saptandı (21). Sonuçlar arasındaki uyumsuzluğun nedeni ileus, akut kolesistit, pankreatit gibi patolojilerde zaman içerisinde cerrahi tedavi yaklaşımının değişmesi olabilir. Aynı zamanda safra kesesi hastalıklarının yaşlı hastalarda görülen en sık karın içi cerrahi patoloji olması açısından bakıldığında çalışmamız uyumludur (2).

Peki, ağrının şiddeti hastanın acil ameliyat olmasında etkilimidir? Bu soruyu yanıtlamak için acil ameliyat olan hastaların VAS ortalamaları ile olmayanların VAS ortalamalarını karşılaştırdık. Anlamlı bir farklılık tespit edemedik. Ağrının şiddeti yaşlı hastalarda acil ameliyat olmayı etkileyen bir kıstas değildir.

Karın ağrılı 65 yaş ve üstü hastalarda mortalite oranı literatürde %11–14 olarak bildirilmiş olup çalışmamızda bu oran %2.6 tespit edilmiştir (1). Hastaların VAS değerleri ile mortalite ilişkisi araştırıldığında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Ağrı şiddeti karın ağrılı yaşlı hastalarda mortalite belirleyicisi değildir sonucunu çıkarsak ta bunun söylenebilmesi için daha fazla sayıda hastanın incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

## X. Sonuçlar

Çalışmamız akut karın ağrılı 65 yaş ve üstü hastalarda ağrının şiddeti ile klinik seyri arasındaki ilişkiyi araştıran ilk ileriye dönük çalışmadır.

Çalışmamızda AS'e akut karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 65 yaş ve üstü ağrı değerlendirme yeteneği sağlam olan hastalarda hastaların tarif ettikleri karın ağrılarının şiddetinin hastanın klinik seyri hakkında hekime bir ön fikir veremeyeceğini tespit ettik.

Yaşlı hastaların genel görünümleri hekim tarafından yanlışlıkla daha iyimser bir bakış açısıyla değerlendirildiği tespit edildi. Genel görünümü oldukça rahat gözükten hastaların AS'lerde yanlış tanı alma oranları yüksek olacağından 65 yaş ve üstü hastalarda genel görünümünden öte hastaların tarif ettikleri ağrı lokalizasyonlarının ve hekim fizik bakı bulgularının tanısal değerinin daha yüksek oranda olduğunu tespit ettik. Bu sonuçtan ağrıyı değerlendirme yeteneği bozulmamış yaşlı hastaların aslında rahatsızlıklarını tarif edebildikleri ancak hekimin hastayı değerlendirmesinin daha iyimser olduğu anlamını çıkartabiliriz.

Yaşlı hastaların akut karın ağrısı şikâyetlerinde ağrılarının şiddetini tarif etmelerinde cinsiyetleri, yaşlı veya çok yaşlı olmaları, yaşam şekilleri, sürekli ağrı kesici kullanmaları, DM'lu olup olmamaları ağrılarını tarif etmelerinde istatistiksel anlamlılığı olan farklar yaratmaz.

Yaşlı hastalarda ağrı şiddeti hastanın hastaneye yatmasında, ameliyat olmasında etkili bir faktör olmayıp aynı zamanda mortalite ile de ilişkisi yoktur. Ancak daha kesin ve net sonuçlara varabilmek için daha çok hastanın katılımının sağlandığı çalışmalara ihtiyaç vardır.



## **XI. KAYNAKLAR:**

1. McNamara R. Abdominal pain in the elderly. Tintinalli JE. Kelen GD. Stapczynski JS. Emergency Medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill basımevi. 5. baskı 2000; 515–519
2. Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. Emerg Med Clin North Am 1996;14(3): 615–27
3. Ferrell BA. Acute and chronic pain. Cassel CK. Leipzig RM. Cohan HJ. Larson EB. Meier DE. Geriatric Medicine An evidence-Based Approach. 4. baskı. 2003. 323–343
4. Gallagher E. John. Acute abdominal pain. Tintinalli JE. Kelen GD. Stapczynski JS. Emergency Medicine A comprehensive study guide. McGraw-Hill basımevi. 5. baskı 2000; 497.
5. Akgün S. Bakar C. Budakoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2):105–110.
6. Gökoğlu F. Erdem HR. Ceceli E. İncel NA. Yorgancıoğlu ZR. Yaşlı popülasyondaki basınç ağrı eşiğinin analizi. Geriatri 2001; 4(3): 113–115.
7. Akyüz G. Ofloğlu D. Kayhan Ö. Sağlıklı yaşlı bireylerde motor ve duyuşal sinir iletimi değerleri. Geriatri 1998; 1(2): 97–99.
8. Durukan P. Çevik Y. Yıldız M. Acil servise karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastaların değerlendirilmesi. Turk J Geriatrics. 2005;8(3): 111–114.
9. Seçkin Ü. Bodur H. Kutsal YG. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Geriatri 1998 1 (1). 36–38.
10. Kizer KW. Vassar MJ. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. Am J Emerg Med 1998;16(4):357–362
11. Todd KH. Funk KG. Funk JP. Bonacci R. Clinical significance of reported changes in pain severity. Ann Emerg Med 1996;27: 485–489.
12. Gallagher EJ. Liebman M. Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. Ann Emerg Med 2001;38: 633–638.
13. Horattas MC. Guyton DP. Wu D. A reappraisal of appendicitis in the elderly. Am J Surg 1990 160: 291–93
14. Cooke M. Sande MA. Diagnosis and outcome of bowel infarction on an acute medical service. Am J Med 1983; 75: 984–987.

15. Değerli V. Karcioğlu . Torakoabdominal ağrı ile başvuran yetişkin olgularda minimum klinik anlamlı değişikliğin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı. İzmir 2003.
16. Griffin MR. Ray WA. Schaffner W Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons. *Ann Intern Med.* 1988 109(5): 359–63.
17. Balsano N. Cayten CG. Surgical emergencies of the abdomen. *Emerg Med Clin North Am* 1990 8: 399–403.
18. Cooper GS. Shlaes DM. Salata RA. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clin Infect Dis* 1994; 19(1):146–8.
19. Burns RP. Cochran JL. Russell WL ve arkadaşları. Appendicitis in mature patients. *Ann Surg* 1985 201: 695
20. Owens BJ. Hamit HF. Appendicitis in the Elderly *Ann Surg* 1978 187(4): 392–6.
21. Bugliosi TF. Meloy TD. Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med* 1990; 19(12): 1383–6

## XII. EKLER:

### EK 1.

## AKUT KARIN AĞRISI İLE ACİL SERVİSE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA AĞRI ŞİDDETİ İLE KLİNİK SEYİR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tez çalışması: Dr. Y. Kemal ÖZEN

### Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Ağrıyı değerlendirme yetisi bozuk olan hastalar  
Bir haftadan uzun süredir olan karın ağrısı  
Alzheimer hastalığı, Demansı olan hastalar  
Dil problemi (yabancı dil) olanlar  
Travmatik karın ağrısı olan hastalar

GKS sı 15 in altında olan hastalar  
Kooperasyon kurulamayan hastalar  
Yer, zaman, kişi oryantasyonu bozuk olan hastalar  
Yazma, görme ve ortopedik problemi olan hastalar  
Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar.

Ad,soyad:..... Tarih:...../...../.....

Protokol:..... Telefon: Ev..... Cep.....

Yaş:..... Cinsiyet: E O K O Sağlık güvencesi: Var O yok O

Sürekli Antiinflamatuvar ve/veya Analjezik kullanımı Var O Yok O

Yaşam çevresi: yalnız O yakınıyla O bakıcıO huzurevi O

Bilinen DM: Var O Yok O

Ağrı ne zamandır var?: 0-24 s O 24<-72 s O 72 s<-1 h O

Karın ağrısı nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanımı Var O Yok O

Acile başvuruda ağrı: Var O Yok O

Ağrının biçimi : Künt O Baticı O Bıçak Saplanır Tarzda O

Ezici O Delici O Kolik O Diğer O

Ağrı lokalizasyonu:

sağ üst O epigastrik O sol üst O  
sağ ortaO periumblikal O sol orta O yaygın O  
sağ alt O suprapubik O sol alt O

Hastanın genel görünümü: Rahat O az ağrılı O çok ağrılı O

Batın hassasiveti: var O vok O

Hassasiyet sağ üst O epigastrik O sol üst O  
lokalizasyon sağ ortaO periumblikal O sol orta O yaygın O  
sağ alt O suprapubik O sol alt O

VAS ile ağrı şiddeti:

Ağrı yok \_\_\_\_\_ Hayatının en şiddetli ağrısı

Konsültasyon: yok O var O: .....

SONUÇ: Taburcu O Acilde Ex O TKE O KİT O Sevk O

Yatış O Sahiplenen Bölüm:..... Servis O YB O

Klinik Tanı:..... Acil ameliyat var O yok O

Formu dolduran doktor:

## EK 2

### GÖNÜLLÜ BİLGİ FORMU

Bu çalışmaya katılmak için karar vermeden önce, sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine bu konuya ilişkin sorunuz olduğunda lütfen doktorunuzla görüşmekten çekinmeyiniz.

Bu çalışma Acil Servis'e (AS) en fazla bir hafta öncesinden başlayan herhangi bir travmaya bağlı olmayan karın ağrısı şikayeti olan 65 yaş ve üstü hastalarda ağrının şiddeti ile klinik tanı arasında ilişkinin olup olmadığını araştırma amacıyla yapılan bir çalışmadır.

AS'te tedavinizden sorumlu olan hekim size ağrınızın şiddeti ve eşlik eden şikayetleriniz doğrultusunda sorular yöneltecek ve gerekli muayene tetkik ve tedavinizi yapacak veya tedavinizin devam edeceği bölüme yönlendirecektir. Hekiminiz size ağrınızın şiddetini 100 mm bir çizgi üzerinde işaretlemenizi isteyecektir. Bu çizginin sol ucu hiç ağrınızın olmadığı yeri, sağ ucu ise hayatınızın en şiddetli ağrısını ifade eden bölgedir. Lütfen sizi AS'e getiren ağrıyı daha önce yaşamış olduğunuz ağrılar ile karşılaştırarak çizginin uygun olan yerini işaretleyiniz. İşaretlediğiniz nokta tetkik ve tedavinizde hiçbir değişikliğe neden olmayacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamanız size uygulanacak herhangi bir tedaviyi veya tetkiki değiştirmeyecektir.

Eğer bu çalışmada yer almak istemiyorsanız; bunu belirtmeniz yeterli olup, bu durum bundan sonraki tedavinizi etkilemeyecektir. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz, araştırmadan istediğiniz zaman çekilmeye hakkınız vardır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında endişelendiğiniz herhangi bir konuda bir sorunuz olursa, lütfen doktorunuza başvurmadan çekinmeyiniz.

Doktorunuzun adı soyadı..... ve tel no: 232.4122733. Çalışmaya katılmaya karar verirsiniz kimliğinizin saklı kalması koşulu ile bu araştırmadan elde edilen bilgi ve bulguların istendiğinde ilgili makamlara verilebileceğini ve yayınlanabileceğini önceden kabul etmiş olursunuz.

Yukarıda gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Araştırma sorumlu doktoru:

Ar. Gör. Dr. Y.Kemal ÖZEN

İş tel: 4122733

Rıza alınma işleminin başından sonuna tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı soyadı:

İmzası:



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**KLİNİK VE LABORATUVAR ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU**  
Tarih ve Sayı: 21.12.2004/186

**Etik Kurul Üyeleri**

Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR  
Doç. Dr. Cem Şeref BEDİZ  
Doç. Dr. Uğur MÜNGAN  
Doç. Dr. Hüray İŞLEKEL  
Doç. Dr. Arzu SAYINER  
Doç. Dr. Özgül SAĞOL  
Doç. Dr. Görsev YENER  
Doç. Dr. Mehmet Ali KOÇDOR  
Doç. Dr. Kamer UYSAL  
Doç. Dr. Mustafa SEÇİL  
Yard. Doç. Dr. Ayşe KARCI

**Etik Kurul Başkanı**

Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR

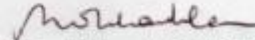
**Etik Kurul Sekreteri**  
Yonca YILDIRIM

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,**

Etik Kurulumuzun 21 Aralık 2004 tarih ve 02/17/04 no.lu toplantısında, Acil Tıp Anabilim Dalı, Dr. Yahya Kemal ÖZEN'e ait Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Gürkan ERSOY'un sorumlu olduğu 585 protokol no.lu "Acil Servise Akut Karın Ağrısı Şikayeti İle Başvuran Yaşlı Hastalarda Ağrının Şiddeti İle Klinik Tanı Arasındaki İlişkinin Araştırılması" isimli projenin uygulanması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

  
Prof. Dr. Mehmet ALAKAVUKLAR  
Klinik ve Laboratuvar Araştırmaları  
Etik Kurul Başkanı

Tel: 0232 412 22 54