

# GÜNCEL ACİL TIP ÇALIŞMALARI V

**Editör**  
Zeynep KEKEÇ



© Copyright 2024

*Bu kitabın, basım, yayın ve satış hakları Akademisyen Kitabevi A.Ş.'ne aittir. Añlan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bu kitap T.C. Kültür Bakanhğı bandrolü ile satılmaktadır.*

**ISBN**  
978-625-399-769-4

**Sayfa ve Kapak Tasarımı**  
Akademisyen Dizgi Ünitesi

**Kitap Adı**  
Güncel Acil Tıp Çalışmaları V

**Yayıncı Sertifika No**  
47518

**Editör**  
Zeynep KEKEÇ  
ORCID iD: 0000-0003-0914-9090

**Baskı ve Cilt**  
Vadi Matbaacılık

**Yayın Koordinatörü**  
Yasin DİLMEN

**Bisac Code**  
MED026000

**DOI**  
10.37609/akya.3060

### Kütüphane Kimlik Kartı

Güncel Acil Tıp Çalışmaları V / ed. Zeynep Kekeç.  
Ankara : Akademisyen Yayınevi Kitabevi, 2024.  
90 s. : tablo, şekil. ; 135X210 mm.  
Kaynakça var.  
ISBN 9786253997694  
1. Tıp--Acil Tıp.

## UYARI

*Bu üründe yer alan bilgiler sadece lisanslı tıbbi çalışanlar için kaynak olarak sunulmuştur. Herhangi bir konuda profesyonel tıbbi danışmanlık veya tıbbi tanı amacıyla kullanılmamalıdır. Akademisyen Kitabevi ve alıcı arasında herhangi bir şekilde doktor-hasta, terapist-hasta ve/veya başka bir sağlık sunum hizmeti ilişkisi oluşmaz. Bu ürün profesyonel tıbbi kararların eşlemiyi veya yedeği değildir. Akademisyen Kitabevi ve bağlı şirketleri, yazarları, katılmaları, partnerleri ve sponsorları ürün bilgilerine dayalı olarak yapılan bütün uygulamalardan doğan, insanlarda ve ihazlarda yaralanma ve/veya hasarlardan sorumlu değildir.*

*İlaçların veya başka kimyasalların reçete edildiği durumlarda, tavsiye edilen dozunu, ilacın uygulanacak süresi, yöntemi ve kontraendikasyonlarını belirlemek için, okuyucuya üretici tarafından her ilaca dair sunulan güncel ürün bilgisini kontrol etmesi tavsiye edilmektedir. Dozun ve hasta için en uygun tedavinin belirlenmesi, tedavi eden hekimin hastaya dair bilgi ve tecrübelerine dayanak oluşturması, hekimin kendi sorumluluğundadır.*

*Akademisyen Kitabevi, üçüncü bir taraf tarafından yapılan ürüne dair değişiklikler, tekrar paketlemeler ve özelleştirmelerden sorumlu değildir.*

**GENEL DAĞITIM**  
**Akademisyen Kitabevi A.Ş.**

Halk Sokak 5 / A Yenışehir / Ankara

Tel: 0312 431 16 33

siparis@akademisyen.com

[www.akademisyen.com](http://www.akademisyen.com)

# ÖNSÖZ

Akademisyen Yayınevi yöneticileri, yaklaşık 35 yıllık yayın tecrübesini, kendi tüzel kişiliklerine aktararak uzun zamandan beri, ticarî faaliyetlerini sürdürmektedir. Anılan süre içinde, başta sağlık ve sosyal bilimler, kültürel ve sanatsal konular dahil 2700'ü aşkın kitabı yayımlamanın gururu içindedir. Uluslararası yayınevi olmanın alt yapısını tamamlayan Akademisyen, Türkçe ve yabancı dillerde yayın yapmanın yanında, küresel bir marka yaratmanın peşindedir.

Bilimsel ve düşünsel çalışmaların kalıcı belgeleri sayılan kitaplar, bilgi kayıt ortamı olarak yüzlerce yılın tanıklarındır. Matbaanın icadıyla varoluşunu sağlam temellere oturtan kitabın geleceği, her ne kadar yeni buluşların yörüngesine taşınmış olsa da, daha uzun süre hayatımızda yer edineceği muhakkaktır.

Akademisyen Yayınevi, kendi adını taşıyan “**Bilimsel Araştırmalar Kitabı**” serisiyle Türkçe ve İngilizce olarak, uluslararası nitelik ve nicelikte, kitap yayımlama sürecini başlatmış bulunmaktadır. Her yıl Mart ve Eylül aylarında gerçekleştirilecek olan yayımlama süreci, tematik alt başlıklarla devam edecektir. Bu süreci destekleyen tüm hocalarımıza ve arka planda yer alan herkese teşekkür borçluyuz.

**Akademisyen Yayınevi A.Ş.**

# İÇİNDEKİLER

Bölüm 1	Aort Acilleri.....	1
	<i>Halil DOĞANTEKİN</i>	
	<i>Akif YARKAÇ</i>	
Bölüm 2	Hepatik Aciller ve Hepatik Ensefalopati .....	19
	<i>Fatma YORULMAZ</i>	
Bölüm 3	Ortostatik Hipotansiyon Nedeni Üst Gastrointestinal Kanama Olgu Sunumu .....	35
	<i>Nuri Hakan YILDIRIM</i>	
Bölüm 4	Hipertiroidi İlişkili Aciller.....	41
	<i>İlker ŞİRİN</i>	
Bölüm 5	Karbonmonoksit Zehirlenmeleri .....	57
	<i>Şenol ARSLAN</i>	
	<i>Furkan AKPINAR</i>	
Bölüm 6	Yaşlılarda Travma.....	69
	<i>Şenol ARSLAN</i>	
	<i>Halil İbrahim DORU</i>	

## YAZARLAR

**Arş. Gör. Dr. Furkan AKPINAR**  
S.B.Ü. Erzurum Tıp Fakültesi  
Acil Tıp AD.

**Dr. Öğr. Üyesi Akif YARKAÇ**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp AD.

**Doç. Dr. Şenol ARSLAN**  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Nuri Hakan YILDIRIM**  
Ankara Etilik Şehir Hastanesi,  
Acil Tıp Kliniği

**Dr. Halil İbrahim DORU**  
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. Fatma YORULMAZ**  
Ankara Etilik Şehir Hastanesi,  
Acil Tıp Kliniği

**Arş. Gör. Dr. Halil DOĞANTEKİN**  
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Acil Tıp AD.

**Uzm. Dr. İlker ŞİRİN**  
Ankara Etilik Şehir Hastanesi,  
Acil Tıp Kliniği

# BÖLÜM 1

## AORT ACİLLERİ

Halil DOĞANTEKİN<sup>1</sup>  
Akif YARKAÇ<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Aort acilleri, aortla ilişkili ve hayati risk taşıyan çeşitli acil durumları içerir. Bunlar aort diseksiyonu, penetran aort ülseri, intramural hematom, aort anevrizma kaçağı ve rüptüre abdominal aort anevrizmasıdır.

Akut Aort Sendromları (AAS) nadirdir ancak ölüm oranları çok yüksektir. Aort acillerinin İnsidansı yılda 100.000'de 2-5 arasındadır. Aort Hastalıkları (AH) 2014 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği klavuzu'nda 6 ana başlık altında incelenmiştir (**Tablo 1**). Acil servise başvuran akut göğüs ağrısı olan hastalar, AAS açısından değerlendirilmelidir. Risk faktörleri, ağrının vasfı ve fizik muayene (FM) bulguları değerlendirilmelidir.

---

<sup>1</sup> Arş. Gör. Dr., Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., dgntkn@live.com, ORCID iD: 0009-0000-1413-5852

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., akifyarkac@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-2529-8064

kan ürünleri önerilir. 5cm'den büyük olan anevrizmaların rüptüre olma ihtimali daha yüksektir. Kadınlarda boyut olarak daha küçük anevrizmalarda bile erkeklere göre rüptür riski artmıştır. 3-5 cm asemptomatik anevrizmalar birinci basamak ve kalp damar cerrahi ile birlikte antihipertansif tedavilerle takip edilebilir. 3-5,5 cm aralığında erkeklerde cerrahi onarım hayatta kalımı artırmamakla birlikte kadınlarda endike olabilir. Gebelerde ve postpartum dönemde rüptür riski artar.

## **SONUÇ**

Aort acillerinin tanısında en önemli basamak hekimin şüphesidir. Atipik-tipik göğüs ve sırt ağrılarında mutlaka aort diseksiyonu akla gelmeli ve mümkünse dışlanmalıdır. Aort diseksiyonunda erken tanı, tedavi ve cerrahi sağkalımı ciddi oranda artırabilir.

## **KAYNAKLAR**

1. Pacini D, Di Marco L, Fortuna D, et al: Acute aortic dissection: epidemiology and outcomes. *Int J Cardiol* 167: 2806, 2013. [PMID: 22882963]
2. Olsson C, Thelin S, Stahle E, et al: Thoracic aortic aneurysm and dissection: increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14,000 cases from 1987-2002. *Circulation* 114: 2611, 2006. [PMID: 17145990]
3. Cleveland Clinic. Aorta. Last reviewed by a Cleveland Clinic medical professional on 02/24/2022. (<https://my.clevelandclinic.org/health/body/17058-aorta-anatomy> adresinden 15.02.2024 tarihinde erişilmiştir.)
4. Vignaraja V, Thapar A, Dindyal S. Acute Aortic Syndrome. 2022. ( <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576402/> adresinden 15.02.2024 tarihinde erişilmiştir.)
5. Pandey G, Sharma P. The Management of Patients With Penetrating Aortic Ulcers: A Systematic Review. *Vasc Endovascular Surg.* 2021;55(7):730-740. doi:10.1177/15385744211017110
6. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al: The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA* 283: 897, 2000. [PMID: 10685714]
7. Ohle R, Kareemi HK, Wells G, Perry JJ: Clinical examination for acute aortic dissection: a systematic review and meta-analysis. *Acad Emerg Med* 25: 397, 2018. [PMID: 29265487]

## Güncel Acil Tıp Çalışmaları V

8. Isselbacher EM, Bonaca MP, Di Eusanio M, et al: Recurrent aortic dissection. Observations from the international registry of aortic dissection. *Circulation* 134: 1013, 2016. [PMID: 27587434]
9. Nienaber CA, Powell JT: Management of acute aortic syndromes. *Eur Heart J* 33: 26, 2012. [PMID: 21810861]
10. Fan KL, Leung LP: Clinical profile of patients of acute aortic dissection presenting to the ED without chest pain. *Am J Emerg Med* 35: 599, 2017. [PMID: 27989538]
11. Tang W, Yao L, Roetker NS, et al: Lifetime risk and risk factors for abdominal aortic aneurysm in a 24-year prospective study: the ARIC study (Atherosclerosis Risk in Communities). *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 36: 2468, 2016. [PMID: 27834688]
12. Ahmed R, Ghoorah K, Kunadian V: Abdominal aortic aneurysms and risk factors for adverse events. *Cardiol Rev* 24: 88, 2016. [PMID: 25580705]
13. Frick EJ, Cipolle MD, Pasquale MD, Wasser TE, Rhodes M, Singer RL, et al. Outcome of blunt thoracic aortic injury in a level I trauma center: an 8-year review. *J Trauma* 1997;43:844-51.
14. Özkan S, Koyuncu M, İpekci A, Avşaroğulları L, Dönmez H, Durukan P. Travmatik aort diseksiyonu: olgu sunumu. *AKATOS* 2011;2(1):40-3.
15. Robbins RC, McManus RP, Mitchell RS, Latter DR, Moon MR, Olinger GN, et al: Manangement of patients with intramural hematoma of the Thoracic aorta. *Circulation*, suppl. II, 1993;88:1.
16. Irace L, Laurito A, Venosi S, Irace FG, Malay B , Gossetti B ,et al. Mid-and Long-term results of endovascular treatment in thoracic aorta blunt trauma. *The Scientific World Journal*. 2012;4.
17. Cherkas D. Traumatic hemorrhagic shock: advances in fluid management. *Emerg Med Pract* 2011;13(11) 1-19.
18. Bowling WM, Wilson RF, Bucham TG. Thoracic Trauma. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. *Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*. 5th ed. New York: Mc GrawHill; 2000 p.1675-99.
19. Svensson LG, Crawford ES, Hess KR et al. Dissection of the aorta and dissecting aortic aneurysms: Improving early and long-term surgical results. *Circulation*, 1990;82(Suppl 5):IV 24-38.
20. Coselli JS, Koksoy C. Aortic Dissections. In: Franco KL, Verrier ED. *Advanced Therapy in Cardiac Surgery* Eds. BC Decker Inc,1999;p:296-310.
21. Estrera AL, Huynh TT, Porat EE et al. Is acute type A aortic dissection a true surgical emergency? *Sem Vas Surg*, 2002;15:75-82.
22. Shiga T, Wajima Z, Apfel CC et al. Diagnostic accuracy of transesophageal echocardiography, helical computed tomography, and magnetic resonance imaging for suspected thoracic aortic dissection: Systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med*, 2006;166:1350-6.
23. Khan IA, Nair CK. Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest* 2002; 122: 311-328.
24. Cigarroa JE, Isselbacher EM, DeSanctis RW, Eagle KA. Diagnostic imaging



## *Güncel Acil Tıp Çalışmaları V*

- in the evaluation of suspected aortic dissection. Old standards and new directions. *N Engl J Med*, 1993;328:35.
25. Waluch V, Bradley WG. NMR even echo rephasing in slow laminar flow. *J Comput Assist Tomogr*, 1984;8:594.)
  26. Bansal RC, Chandrasekaran K, Ayala K et al. Frequency and explanation of false negative diagnosis of aortic dissection by aortography and transesophageal echocardiography. *J Am Coll Cardiol*. 1995;25:1393-401.
  27. Nazerian P, Mueller C, Soeiro AM, Leidel BA, Salvadeo SAT, Giachino F, Vanni S, Grimm K, Oliveira MT Jr, Pivetta E, Lupia E, Grifoni S, Morello F; ADVISED Investigators. Diagnostic Accuracy of the Aortic Dissection Detection Risk Score Plus D-Dimer for Acute Aortic Syndromes: The ADVISED Prospective Multicenter Study. *Circulation*. 2018 Jan 16;137(3):250-258. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029457. Epub 2017 Oct 13. PubMed PMID: 29030346.

## BÖLÜM 2

# HEPATİK ACİLLER VE HEPATİK ENSEFALOPATİ

**Fatma YORULMAZ<sup>1</sup>**

### GİRİŞ

Hepatit hepatositlerin enfeksiyöz, toksik veya metabolik nedenlerle hasarına bağlı olarak ortaya çıkan karaciğer parankiminin inflamasyonudur. İnflamasyonun süresine ve parankimdeki hasara bağlı olarak akut ve kronik hepatit şeklinde sınıflandırılabilir. 6 aydan kısa süren inflamasyon akut hepatit, 6 aydan uzun süren inflamasyon ve karaciğer parankim hasarı ise kronik hepatit olarak değerlendirilir. (1)

Hastanın acil servise başvurusundaki ana şikayetin sarılık, bulantı, kusma, ishal, sağ üst kadranda ağrısı, epigastrik ağrı, kaşıntı, anormal kanama, anormal morluk veya mental durum değişikliği olması karaciğer hastalığını akla getirmelidir. Anamnez alınırken şikayetlerin asetaminofen kullanımı (tek seferde yüksek doz veya kronik olarak yüksek dozlarda), mantar veya çığ istiridye tüketiminden sonra ortaya çıkması gibi durumlar sorgulanmalıdır. Bunun dışında hastanın özgeçmişinde kronik hepatit, kan ürünü transfüzyonu öyküsü, HIV pozitifliği, sık analjezik kullanımı gibi işaretler karaciğer hastalığı için risk faktörü niteliğindedir. Obezite, Tip 2 Diyabetes Mellitus ve hiperlipidemi Alkolik Ol-

---

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, drfatmakose@hotmail.com, ORCID iD:0000-0002-9331-2112

fiziksel kısıtlama yöntemleri kullanılmalıdır. Buna rağmen ilaç tedavisi gerekli olan hastalarda haloperidol, klinik deneyim ve bazı sınırlı verilere dayanarak benzodiazepinlerden daha güvenli bir ilaçtır. (44)

## KAYNAKLAR

1. Schaefer TJ. Acute Hepatitis. StatPearls. January 2022. (Ekim 2023 tarihinde. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551570/> adresinden ulaşılmıştır.)
2. Marazzo J, Spach D. Hepatitis Web study. March 31, 2009. (Ekim 2023 tarihinde <http://depts.washington.edu/hepstudy/index.html> sitesinden ulaşılmıştır.)
3. Ryder SD, Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Acute hepatitis. *BMJ*. 2001 Jan 20;322(7279):151-3.
4. Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *American Journal of Gastroenterology* 2017; 112:18.
5. Newsome PN, Cramb R, Davison SM, et al. Guidelines on the management of abnormal liver blood tests. *Gut* 2018; 67:6.
6. Ryder SD, Beckingham IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Acute hepatitis. *BMJ*. 2001 Jan 20;322(7279):151-3.
7. Hosseini N, Shor J, Szabo G. Alcoholic Hepatitis: A Review. *Alcohol Alcohol*. 2019 Jul 01;54(4):408-416.
8. Montrieff T, Koyfman A, Long B. Acute liver failure: A review for emergency physicians. *Am J Emerg Med*. 2019 Feb;37(2):329-337.
9. Wilson TR. The ABCs of hepatitis. *The Nurse Practitioner*. 2005 Jun;30(6):12-21, quiz 22-3.
10. Lee WM, Larson AM, Stravitz RT; American Association for the Study of Liver Diseases: Position paper: the management of acute liver failure; update (2011). *Hepatology* 55: 965, 2012.
11. Stravitz RT, Lee WM. Acute liver failure. *Lancet*. 2019 Sep 07;394(10201):869-881.
12. Bernardi M. EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatology*. 2017 May;66(5):1047-1081.
13. Bondesson JD, Saperston AR: Hepatitis. *Emergency Medicine Clinic of North America* 14: 695, 1996.
14. Sundaram V, Shaikh OS. Hepatic encephalopathy: pathophysiology and emerging therapies. *Medical Clinics of North America* 2009; 93:819.
15. Runyon BA: AASLD practice guideline: management of adult patients with ascites due to cirrhosis: update 2012. *Hepatology* 57: 1651, 2013.
16. Ge PS, Runyon BA. The changing role of the beta blocker therapy in patients with cirrhosis. *J Hepatology* 2014; 60:643

17. Mandorfer M, Bota S, Scwabl P, et al. Nonselective beta blockers increase risk for hepatorenal syndrome and death in patients with cirrhosis and spontaneous bacterial peritonitis. *Gastroenterology* 2014; 146:1680
18. Franca AV, De Souza JB, Silva CM, et al. Long-term prognosis of cirrhosis after spontaneous bacterial peritonitis treated with ceftriaxone. *J Clinical Gastroenterology* 33: 295, 2001.
19. Such J, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. *Clinical Infectious Diseases* 1998; 27:669.
20. Mattos AA, Wiltgen D, Jotz RF, et al. Spontaneous bacterial peritonitis and extraperitoneal infections in patients with cirrhosis. *Annals of Hepatology* 2020; 19:451.
21. Runyon BA. Monomicrobial nonneutrocytic bacterascites: a variant of spontaneous bacterial peritonitis. *Hepatology* 1990; 12:710.
22. Hoefs JC, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. *Dis Mon* 1985; 31:1
23. Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al. Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Critical Care Medicine* 2006; 34:1589.
24. Chavez-Tapia NC, Soares-Weiser K, Brezis M, et al: Antibiotics for spontaneous bacterial peritonitis in cirrhotic patients. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD002232, 2009.
25. Romero-Gómez M, Boza F, García-Valdecasas MS, et al. Subclinical hepatic encephalopathy predicts the development of overt hepatic encephalopathy. *American J Gastroenterology* 2001; 96:2718.
26. Boyer TD, Haskal ZJ, American Association for the Study of Liver Diseases. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt in the management of portal hypertension, *Hepatology* 2005; 41:386.
27. Ong JP, Aggarwal A, Krieger D, et al. Correlation between ammonia levels and the severity of hepatic encephalopathy. *The American Journal of Medicine* 2003; 114:188.
28. Prabhakar S, Bhatia R. Management of agitation and convulsions in hepatic encephalopathy. *Indian J Gastroenterology* 2003; 22 Suppl 2:S54.
29. Goldbecker A, Buchert R, Berding G, et al. Blood-brain barrier permeability for ammonia in patients with different grades of liver fibrosis is not different from healthy controls. *J Cereb Blood Flow Metab* 2010; 30:1384.
30. James JH, Escourrou J, Fischer JE. Blood-brain neutral amino acid transport activity is increased after portacaval anastomosis. *Science* 1978; 200:1395.
31. Merli M, Lucidi C, Pentassuglio I, et al. Increased risk of cognitive impairment in cirrhotic patients with bacterial infections. *J Hepatology* 2013; 59:243.
32. Villanueva C, Albillos A, Genescà J, et al. Bacterial infections adversely influence the risk of decompensation and survival in compensated cirrhosis. *J Hepatology* 2021; 75:589.
33. Loffroy R, Favelier S, Pottecher P, et al. Transjugular intrahepatic portosys-

- temic shunt for acute variceal gastrointestinal bleeding: Indications, techniques and outcomes. *Diagn Interv Imaging* 2015; 96:745.
34. Nardelli S, Gioia S, Pasquale C, et al. Cognitive Impairment Predicts The Occurrence Of Hepatic Encephalopathy After Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt. *The American Journal of Gastroenterology* 2016; 111:523.
  35. Bureau C, Thabut D, Jezequel C, et al. The Use of Rifaximin in the Prevention of Overt Hepatic Encephalopathy After Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt : A Randomized Controlled Trial. *Ann Intern Med* 2021; 174:633.
  36. Bajaj JS, Wade JB, Sanyal AJ. Spectrum of neurocognitive impairment in cirrhosis: Implications for the assessment of hepatic encephalopathy. *Hepatology* 2009; 50:2014.
  37. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. *Hepatology* 2014; 60:715.
  38. Gill RQ, Sterling RK. Acute liver failure. *J Clinical Gastroenterology* 2001; 33:191.
  39. Cadranel JF, Lebiez E, Di Martino V, et al. Focal neurological signs in hepatic encephalopathy in cirrhotic patients: an underestimated entity? *The American Journal of the Gastroenterology* 2001; 96:515.
  40. Ong JP, Aggarwal A, Krieger D, et al. Correlation between ammonia levels and the severity of hepatic encephalopathy. *Am J Med* 2003; 114:188.
  41. Khungar V, Poordad F. Hepatic encephalopathy. *Clin Liver Dis* 2012; 16:301.
  42. Mullen KD, Sanyal AJ, Bass NM, et al. Rifaximin is safe and well tolerated for long-term maintenance of remission from overt hepatic encephalopathy. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014; 12:1390.
  43. Phongsamran PV, Kim JW, Cupo Abbott J, et al: Pharmacotherapy for hepatic encephalopathy. *Drugs* 70: 1131, 2010.
  44. Prabhakar S, Bhatia R. Management of agitation and convulsions in hepatic encephalopathy. *Indian J Gastroenterology* 2003; 22 Suppl 2:S54.

## BÖLÜM 3

# ORTOSTATİK HİPOTANSİYON NEDENİ ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMA OLGU SUNUMU

Nuri Hakan YILDIRIM <sup>1</sup>

### GİRİŞ

Üst gastrointestinal (GI) kanama, ağızdan Treitz ligamentine kadar olan kanama olarak tanımlanır. Üst GI kanaması için yaygın risk faktörleri arasında önceden geçirilmiş üst GI kanaması, antikoagülan kullanımı, yüksek dozda nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımı ve ileri yaş yer alır. Üst gastrointestinal kanamanın nedenleri arasında peptik ülser kanaması, gastrit, özofajit, varis kanaması, Mallory-Weiss sendromu ve malignite yer alır. Üst GI kanamanın belirti ve bulguları arasında karın ağrısı, baş dönmesi, baş dönmesi, senkop, hematemez ve melena sayılabilir. Fizik muayene hemodinamik stabilitenin değerlendirilmesini, karın ağrısı veya batın defans, reboun ve hassasiyetinin varlığını ve dışkı renginin incelenmesini içerir. Laboratuvar testleri tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler, koagülasyon paneli, karaciğer testleri ve kan grubu çalışmalarını içermelidir. Hipovolemiyi düzeltmek ve kan basıncını korumak için bolus normal salin hızla infüze edilmeli ve hemoglobün 7 g/dL nin altına düştüğünde kan transfüzyonu yapılmalıdır. (1) Üst GI

---

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği,  
dr.hakan1905@hotmail.com, ORCID iD: 0009-0004-4742-9880

kanama riski ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca üçlü antitrombotik tedavi alan hastaların, üçlü antitrombotik tedavi almayan hastalara kıyasla üst gastrointestinal kanama riskinin 10 kat arttığını da göstermektedir. (4)

Bununla beraber aort stenozu; kolon çekum ve duodenumda anjiyodisplazi ile seyreden Heyde sendromunda transkateter aort kapak replasmanının gastrointestinal kanamalar açısından tedavi edici olduğu da bilinmektedir. (5)

Acil servise hastalar çeşitli şikayetlerle oral antikoagulanların yanlış kullanımına bağlı komplikasyonlar ile başvurmaktadır. Çoğu zaman altta yatan neden kanama olsa da ilk bakıda vitaller normal saptanıp takibinde ciddi bir hemorajik şok tablosu ile karşılaşılabilir. Bu açıdan mutlaka dikkatli olunmalı ve acil serviste mümkünse monitörize alanda takip edilmelidir.

Hastaların anamnezleri ayrıntılı alınmalı ve sistem muayeneleri acil servis yoğunluğunda bile dikkatli ve detaylı bir biçimde yapılmalıdır.

## **SONUÇ**

Ortostatik hipotansiyon ile acil servise başvuran hastalarda etyolojiyi belirleme açısından anamnezin yeri oldukça önemlidir.

## **KAYNAKLAR**

- 1 Villanueva, C., Colomo, A., Bosch, A., Concepción, M., Hernandez-Gea, V., Aracil, C., Graupera, I., Poca, M., Alvarez-Urturi, C., Gordillo, J., Guarner-Argente, C., Santaló, M., Muñoz, E., & Guarner, C. (2013). Transfusion strategies for acute upper gastrointestinal bleeding. *The New England journal of medicine*, 368(1), 11–21. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211801>
- 2 Wilkins, T., Wheeler, B., & Carpenter, M. (2020). Upper Gastrointestinal Bleeding in Adults: Evaluation and Management. *American family physician*, 101(5), 294–300
- 3 Lanas, A., Perez-Aisa, M. A., Feu, F., Ponce, J., Saperas, E., Santolaria, S., Rodrigo, L., Balanzo, J., Bajador, E., Almela, P., Navarro, J. M., Carballo, F., Castro, M., Quintero, E., & Investigators of the Asociación Española de Gastroenterología (AEG) (2005). A nationwide study of mortality associa-

- ted with hospital admission due to severe gastrointestinal events and those associated with nonsteroidal antiinflammatory drug use. *The American journal of gastroenterology*, 100(8), 1685–1693. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.41833.x>
- 4 Stanger, D. E., Abdulla, A. H., Wong, F. T., Alipour, S., Bressler, B. L., Wood, D. A., & Webb, J. G. (2017). Upper gastrointestinal bleeding following transcatheter aortic valve replacement: A retrospective analysis. *Catheterization and cardiovascular interventions : official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 90(2), E53–E61. <https://doi.org/10.1002/ccd.26650>
  - 5 Goltstein, L. C. M. J., Rooijackers, M. J. P., Görtjes, N. C. C., Akkermans, R. P., Zegers, E. S., Pisters, R., van Wely, M. H., van der Wulp, K., Drenth, J. P. H., van Geenen, E. J. M., & van Royen, N. (2022). Reduction of Gastrointestinal Bleeding in Patients With Heyde Syndrome Undergoing Transcatheter Aortic Valve Implantation. *Circulation. Cardiovascular interventions*, 15(7), e011848. <https://doi.org/10.1161/Circinterventions.122.011848>



# BÖLÜM 4

## HİPERTİROİDİ İLİŞKİLİ ACİLLER

İlker ŞİRİN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

#### Anatomi ve Hormonlar

Tiroid; larinksin altında, trakeanın önünde iki taraflı yer alan bir bezdir. Tiroid bezi  $T_4$  (tiroksin),  $T_3$  (triiodotironin) ve kalsiyum metabolizmasında yer alan kalsitonin hormonlarını salgılar.  $T_4$  ve  $T_3$  vücutta metabolizma hızını belirgin şekilde artırır. Tiroid bezinden salgılanan tiroid hormonlarının %93'ü  $T_4$ , %7'si  $T_3$ 'tür. İşlevleri aynı olan bu iki hormonun etki hızları ve şiddetleri farklıdır.  $T_3$ ,  $T_4$ 'ün yaklaşık dört katı güçtedir.

#### Tiroid Hormonlarının Fizyolojik Etkileri

Tiroid hormonları birçok sistemi etkileyerek fizyolojik etkilerini meydana getirir. Öncelikle tiroid hormonları çekirdek reseptörlerini aktive ederek birçok yeni protein salgılanmasını sağlar. Hücre metabolik aktiviteyi arttırmayı mitokondri sayısını ve aktivitesini artırarak, hücre zarından iyonların aktif taşınmasını arttıran gerçekleştirir. Ayrıca direkt olarak büyüme hormonunu etkileyerek özellikle gelişme çağındaki çocuklar üzerinde etkisi önemlidir. Bunların dışında yağ metabolizmasını uyatarak yağ asitlerinin oksidasyonunu önemli ölçüde artırır

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Ankara Etlik Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği, sirinilkerr@gmail.com, ORCID iD: 0000-0003-2694-5574

saptanacak patolojiye yönelik tedavi başlanmalıdır. Radyoaktif iyot ablasyonu ve cerrahi ile kesin tedavi düşünülmelidir.

Tiroid fırtınası mortalitesi yüksek yoğun bakım takibi gerektiren, nadir görülen hipermetabolik bir durumdur. Tedavide birçok ilaç kullanılmaktadır ancak tartışmalı durumlar mevcuttur. İlaç seçimi hasta özelinde yapılmalı ve vakit kaybetmeden tedaviye başlanmalıdır. Hastalar plazmaferez, hemoperfüzyon veya mekanik solunum desteklerine ihtiyaç duyabilir. Bu nedenle tiroid fırtınasındaki hastaların tedavileri birçok durum göz önünde tutularak hassas bir şekilde planlanmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. Galindo RJ, Hurtado CR, Pasquel FJ, García Tome R, Peng L, Umpierrez GE. National Trends in Incidence, Mortality, and Clinical Outcomes of Patients Hospitalized for Thyrotoxicosis With and Without Thyroid Storm in the United States, 2004-2013. *Thyroid*. 2019;29(1):36-43.
2. Angell TE, Lechner MG, Nguyen CT, Salvato VL, Nicoloff JT, LoPresti JS. Clinical features and hospital outcomes in thyroid storm: a retrospective cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):451-9.
3. Akamizu T, Satoh T, Isozaki O, Suzuki A, Wakino S, Iburi T, et al. Diagnostic criteria, clinical features, and incidence of thyroid storm based on nationwide surveys. *Thyroid*. 2012;22(7):661-79.
4. Trzepacz PT, Klein I, Roberts M, Greenhouse J, Levey GS. Graves' disease: an analysis of thyroid hormone levels and hyperthyroid signs and symptoms. *Am J Med*. 1989;87(5):558-61.
5. Kidd GS, Glass AR, Vigersky RA. The hypothalamic-pituitary-testicular axis in thyrotoxicosis. *J Clin Endocrinol Metab*. 1979;48(5):798-802.
6. Krassas GE, Pontikides N, Kaltsas T, Papadopoulou P, Batrinos M. Menstrual disturbances in thyrotoxicosis. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1994;40(5):641-4.
7. Boelaert K, Torlinska B, Holder RL, Franklyn JA. Older subjects with hyperthyroidism present with a paucity of symptoms and signs: a large cross-sectional study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010;95(6):2715-26.
8. Trivalle C, Doucet J, Chassagne P, Landrin I, Kadri N, Menard JF, et al. Differences in the signs and symptoms of hyperthyroidism in older and younger patients. *J Am Geriatr Soc*. 1996;44(1):50-3.
9. Rana P, Alba Aponte P, Babar G. An Adolescent Female with Bipolar Disorder Presenting with Lithium-Induced Hyperthyroidism. *Case Rep Endocrinol*. 2020;2020:1283464.
10. Daniels GH, Vladoic A, Brinar V, Zavalishin I, Valente W, Oyuela P, et al. Alemtuzumab-related thyroid dysfunction in a phase 2 trial of patients

- with relapsing-remitting multiple sclerosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014;99(1):80-9.
11. Batcher EL, Tang XC, Singh BN, Singh SN, Reda DJ, Hershman JM. Thyroid function abnormalities during amiodarone therapy for persistent atrial fibrillation. *Am J Med.* 2007;120(10):880-5.
  12. Satoh M, Aso K, Nakayama T, Saji T. Effect of treatment with epoprostenol and endothelin receptor antagonists on the development of thyrotoxicosis in patients with pulmonary arterial hypertension. *Endocr J.* 2017;64(12):1173-80.
  13. Dabon-Almirante CLM, Surks MI. Clinical and Laboratory Diagnosis of Thyrotoxicosis. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* 1998;27(1):25-35.
  14. Brooks MH, Waldstein SS. Free thyroxine concentrations in thyroid storm. *Ann Intern Med.* 1980;93(5):694-7.
  15. Feely J, Forrest A, Gunn A, Hamilton W, Stevenson I, Crooks J. Propranolol dosage in thyrotoxicosis. *J Clin Endocrinol Metab.* 1980;51(3):658-61.
  16. Bourcier S, Coutrot M, Kimmoun A, Sonnevile R, de Montmollin E, Persichini R, et al. Thyroid Storm in the ICU: A Retrospective Multicenter Study. *Crit Care Med.* 2020;48(1):83-90.
  17. Vora NM, Fedok F, Stack BC, Jr. Report of a rare case of trauma-induced thyroid storm. *Ear Nose Throat J.* 2002;81(8):570-2, 4.
  18. Swee du S, Chng CL, Lim A. Clinical characteristics and outcome of thyroid storm: a case series and review of neuropsychiatric derangements in thyrotoxicosis. *Endocr Pract.* 2015;21(2):182-9.
  19. Rivas AM, Larumbe E, Thavaraputta S, Juarez E, Adiga A, Lado-Abeal J. Unfavorable Socioeconomic Factors Underlie High Rates of Hospitalization for Complicated Thyrotoxicosis in Some Regions of the United States. *Thyroid.* 2019;29(1):27-35.
  20. Akamizu T. Thyroid Storm: A Japanese Perspective. *Thyroid.* 2018;28(1):32-40.
  21. Anjo D, Maia J, Carvalho AC, Castro H, Aragão I, Vieira AP, et al. Thyroid storm and arrhythmic storm: a potentially fatal combination. *Am J Emerg Med.* 2013;31(9):1418.e3-5.
  22. Martinez-Diaz GJ, Formaker C, Hsia R. Atrial fibrillation from thyroid storm. *J Emerg Med.* 2012;42(1):e7-9.
  23. Heeringa J, Hoogendoorn EH, van der Deure WM, Hofman A, Peeters RP, Hop WC, et al. High-normal thyroid function and risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Arch Intern Med.* 2008;168(20):2219-24.
  24. Isozaki O, Satoh T, Wakino S, Suzuki A, Iburi T, Tsuboi K, et al. Treatment and management of thyroid storm: analysis of the nationwide surveys: The taskforce committee of the Japan Thyroid Association and Japan Endocrine Society for the establishment of diagnostic criteria and nationwide surveys for thyroid storm. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2016;84(6):912-8.
  25. Dalan R, Leow MK. Cardiovascular collapse associated with beta blockade in thyroid storm. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2007;115(6):392-6.

26. Herzallah ZN, Gupta S, Abdulhamid MD, Muhammed Noori OQ. Esmolol Is Not the Solution: Thyroid Storm With Atrial Fibrillation. *Cureus*. 2023;15(2):e35201.
27. Subahi A, Ibrahim W, Abugroun A. Diltiazem-Associated Cardiogenic Shock in Thyrotoxic Crisis. *Am J Ther*. 2018;25(6):e666-e9.
28. Senda A, Endo A, Tachimori H, Fushimi K, Otomo Y. Early administration of glucocorticoid for thyroid storm: analysis of a national administrative database. *Crit Care*. 2020;24(1):470.
29. Yang Y, Hwang S, Kim M, Lim Y, Kim M-H, Lee S, et al. Refractory Graves' disease successfully cured by adjunctive cholestyramine and subsequent total thyroidectomy. *Endocrinology and metabolism*. 2015;30(4):620-5.

# BÖLÜM 5

## KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMELERİ

**Şenol ARSLAN**<sup>1</sup>  
**Furkan AKPINAR**<sup>2</sup>

### GİRİŞ VE EPİDEMİYOLOJİ

Karbonmonoksit (CO) intoksikasyonu, acil servis hekimlerinin en sık karşılaştığı toksikasyonlardan biridir. Aynı zamanda dünyada ölüme neden olan zehirlenmeler içinde en sık nedendir. Amerika Birleşik Devletleri'nde CO maruziyeti nedeniyle yılda yaklaşık 1200'ün üzerinde ölüm bildirilmiştir. (1) CO zehirlenmesi ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler de ise çok daha ciddi bir tehdit olmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yangınla ilişkili olmayan CO zehirlenmelerinde ölüm oranı %1-3 arasındadır. Ölüm oranının CO'ye kasıtlı olarak maruz kalan hastalarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir. (2) Karbonmonoksit intoksikasyonuna sebep olan çok sayıda örnek vardır. Bunlar Tablo 1'de listelenmiştir; (1, 3, 4)

---

<sup>1</sup> Doç. Dr., S.B.Ü. Erzurum Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., drsenolarslan@gmail.com  
ORCID iD: 0000-0002-6636-5307

<sup>2</sup> Arş. Gör. Dr., S.B.Ü. Erzurum Tıp Fakültesi Acil Tıp AD., drakpinar2525@gmail.com,  
ORCID iD: 0009-0007-2089-5437

## KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention. Average annual number of deaths and death rates from unintentional, non-fire-related carbon monoxide poisoning, by sex and age group—United States, 1999–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014; 63(3): 65.
2. KAYA H. Karbonmonoksit Zehirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Emerg Med-Special Topics.* 2018; 4(2):149-57.
3. Pelham T, Holt L, Moss M. Exposure to carbonmonoxide and nitrogen dioxide in enclosed ice arenas. *Occupational and Environmental Medicine.* 2002; 59(4): 224.
4. Chang YL, Yang CC, Deng JF, et al. Diverse manifestations of oral methylenechloride poisoning: a report of 6 cases. *J Toxicol Clin Toxicol.* 1999; 37: 499
5. Mott JA, Wolfe MI, Alverson CJ, et al. National vehicle emissions policies and practices and declining US carbonmonoxide-related mortality. *JAMA.* 2002; 288: 988
6. Beşli GE, Ergüven M, Karadoğan M, et al. Çocuklarda Karbon Monoksit Zehirlenmesi. *Journal of Academic Emergency Medicine/Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi.* 2010; 9.1.
7. Engel RR, Rodkey FL, O'Neal JD, et al. Relative affinity of human fetal hemoglobin for carbonmonoxide. *Blood.* 1969; 33: 37.
8. Prockop, LD, Chichkova R. ICarbon monoxide intoxication: an updated review. *Journal of the neurological sciences.* 2007; 262(1-2): 122-130.
9. Maloney GE. Carbon Monoxide., Tintinalli JE, Tintinalli's Emergency Medicine Michigan: McGraw-Hill. 2020. p.1414-1417.
10. Nelson LS, Hoffman RS. Inhaled Toxins. Walls RM. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Philadelphia. 2018.p.1931-1934
11. Giniş T, Gürsoy C, Mısırlıoğlu E. et al. Sekiz Yıllık dönemde karbonmonoksit zehirlenmelerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.* 2014; 8.2: 55-58.
12. Weaver LK, Churchill SK, Deru K, et al: False positive rate of carbonmonoxide saturation by pulse oximetry of emergency department patients. *Respir Care.* 2013; 58: 232.
13. Brvar M, Mozina V, Osredkar J, et al: S100B protein in carbonmonoxide poisoning: a pilot study. *Resuscitation.* 2004; 61: 357.
14. Marius-Nunez AL. Myocardial infarction with normal coronary arteries after acute exposure to carbonmonoxide. *Chest.* 1990; 97: 491.
15. Buckley NA, Juurlink DN, Isbister G, Bennett MH, Lavonas EJ: Hyperbaric oxygen for carbonmonoxide poisoning. *Cochrane Database of SystRev.* 2011; 13(4): CD002041.
16. Scheinkestel CD, Bailey M, Myles PS. Hyperbaric or normobaric oxygen for acute carbonmonoxide poisoning: a randomized controlled clinical trial. *Med J Aust.* 1999; 170: 203.

## Güncel Acil Tıp Çalışmaları V

17. Weaver LK, Hopkins RO, Chan KJ, et al. Hyperbaric oxygen for acute carbonmonoxide poisoning. *N Engl J Med.* 2002; 347: 1057.
18. Pace N, Strajman E, Walker EL. Acceleration of carbonmonoxide elimination in man by high pressure oxygen. *Science.*1950; 111: 652.
19. Ernst A, Zibrak JD. Carbonmonoxide poisoning. *N Engl J Med.* 1998; 339: 1603-8
20. Logue CJ; on behalf of the Hyperbaric Medicine Section of ACEP. An inconvenient truth? *Ann EmergMed.* 2008; 51: 339-40.
21. Hampson NB, Piantadosi CA, Thom SR, et al. Practice recommendations in the diagnosis, management, and prevention of carbonmonoxide poisoning. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012; 186(11): 1095–1101.
22. D. Elkharrat JC, Raphael JM, Korach MC, et al. Acute carbonmonoxide intoxication and hyperbaric oxygen in pregnancy. *Intensive Care Med.* 1991; 17: 289-92
23. Vogel SN, Sultan TR, Ten Eyck RP. Cyanide poisoning. *ClinToxicol.* 1981; 18: 367-83.
24. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J (Eds). *Ellenhorn's MedicalToxicology: Diagnosis and Treatment of Human Poisoning.* Baltimore: Williams & Wilkins. 1997.

# BÖLÜM 6

## YAŞLILARDA TRAVMA

**Şenol ARSLAN<sup>1</sup>**  
**Halil İbrahim DORU<sup>2</sup>**

### GİRİŞ

Yaşlı hastalar ek hastalıklarının varlığı, çoklu ilaç kullanmaları ve bilişsel-fonksiyonel durumlarında kayıp ihtimali nedeniyle multidisipliner bir yaklaşım gerektiren özel bir hasta grubudur. Son yıllarda teknoloji ve sağlık alanında yaşanan gelişmeler doğrultusunda yaşam süreleri uzamakta ve her geçen yıl yaşlı hasta nüfusu artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü gelecekte yıllarda bu artışın devam edeceğini öngörmektedir. Tüm bu durumlar her geçen yıl daha fazla sayıda yaşlı hastanın acil servislere (AS) başvurmasını beraberinde getirir. Birçok farklı şikayetle AS ye başvurabilen yaşlı hastalarda, travma başvuru şikayetleri arasında önde gelen nedenlerdendir.

Travma yaşlı hastapopülasyonu içerisinde önemli bir halk sağlığı sorunudur. 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık üçte biri yılda en az bir kere travmaya maruz kalmaktadır ve bu travmaların başında da düşme gelmektedir. (1) Yaşlı hastalar, travmalardan dolayı ciddi yaralanmalar yaşayabilir. Özellikle anatomik ve fizyolojik süreçlerin gereği olarak organlardaki parankim hücrelerinin

<sup>1</sup> Doç. Dr., Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD., drsenolarslan@gmail.com, ORCID iD: 0000-0002-6636-5307

<sup>2</sup> Dr., Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp AD., drhalildoru@gmail.com, ORCID iD: 0000-0001-9467-621X



duvarı travmasından sonra ağrı kontrolü, atelektazi ve enfeksiyon riskini azaltmak için ventilasyonu desteklemede hayati önem taşır.

Nabız oksimetresi ve kapnometri, oksijenasyon ve ventilasyonun değerlendirilmesine yardımcı olur. Tekrar eden arteriyel kangazı analizleri, havayolu fonksiyonu ve rezervi hakkında erken bilgi sağlar. (20)

## SONUÇ

Teknolojideki gelişmeler, yaşam standartlarının artması ve kronik hastalık bakımındaki ilerlemeler ile yaşlı nüfus her geçen yıl artmaktadır. Aynı zamanda yaşlı bireylerin sağlıklı ve aktif bir yaşam sürme olanakları da artmaktadır. Tüm bu durumlar yaşlı hastaların travmaya maruz kalma riski oranını yukarı çekmektedir. Yaşla birlikte artan ek hastalıklar ve azalmış fizyolojik rezerv yaşlı hastaları genç hastalara göre daha kırılğan hale getirmektedir. Bu yüzden yaşlı hastaların hastaneye kabulü, ileri travma merkezlerine sevki, ileri görüntüleme ihtiyacı, gibi durumlarda eşik değerler daha düşük tutulmalıdır. Yaşlı travma hastalarının detaylı bir anamnez sonrası baştan aşağı fiziki muayeneye tabi tutulmaları gerekir. Yaşlı travma hastalarının normal vital bulgularının güvenilir olmayacağı akılda tutulmalı ve gözlem süreleri uzatılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Kim T, Choi SD, Xiong S. Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly. *PloS one*. 2020; 15(6): e0234787.
2. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of emergency medicine*. 2002; 39(3): 238-247.
3. Vanpee D, Swine CH, Vandenbossche P, et al. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine*. 2001; 8(4): 301-304.
4. Sarı MK, Durna Z. Geriatrik Sendromlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022; 9(1): 39-46.

5. Ioannidis G, Flahive J, Pickard L, et al. Non-hip, non-spine fractures drive healthcare utilization following a fracture: the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women (GLOW). *Osteoporosis international*. 2013; 24: 59-67.
6. Ageing OECD. transport: Mobility needs and safety issues. *Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, France*.
7. Schiller WR, Knox R, Chleborad W. A five-year experience with severe injuries in elderly patients. *Accident Analysis & Prevention*. 1995; 27(2): 167-174.
8. Osler T, Gance LG, Hosmer DW. Simplified estimates of the probability of death after burn injuries: extending and updating the baux score. *Journal of trauma and acute care surgery*. 2010; 68(3): 690-697.
9. Heffernan DS, Thakkar RK, Monaghan SF, et al. Normal presenting vital signs are unreliable in geriatric blunt trauma victims. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2010; 69(4): 813-820.
10. Faul M, Wald MM, Xu L, et al. Traumatic brain injury in the United States: emergency department visits, hospitalizations, and deaths. 2010; 2002-2006.
11. Li, J, Brown J, Levine M. Mildheadinjury, anticoagulants, and risk of intracranialinjury. *The Lancet*. 2001; 357(9258): 771-772.
12. Looby S, Flanders A. Spine trauma. *Radiologic Clinics*. 2011;49(1):129-163.
13. Sirmali M, Türüt H, Topçu S, et al. A comprehensive analysis of traumatic rib fractures: morbidity, mortality and management. *European Journal of Cardio-ThoracicSurgery*. 2003; 24(1): 133-138.
14. Sadro CT, Sandstrom CK, Verma N, et al. Geriatric trauma: a radiologist's guide to imaging trauma patient saged 65 years and older. *Radiographi-cs*. 2015;35(4): 1263-1285.
15. Ježek M, Džupa V. Theinfluence of patient age and mechanism of injury on the type of pelvic fracture: epidemiologic al study. *Acta chirurgiae orthopaedicae et traumatologiaeCechoslovaca*. 2012; 79(1): 65-68.
16. Brauer CA, Coca-Perraillon M, Cutler DM, et al. Incidence and mortality of hip fractures in the United States. *Jama*. 2009; 302(14): 1573-1579.
17. Cannon J, Silvestri S, Munro M. Imaging choices in occult hip fracture. *The Journal of emergency medicine*. 2009; 37(2): 144-152.
18. Blakeney WG. Stabilization and treatment of Colles' fractures in elderly patients. *Clinical interventions in aging*. 2010; 337-344.
19. Martin, JT, Alkhoury F, O'Connor JA, et al. 'Normal'vital signs belie oc-cult hypoperfusion in geriatric trauma patients. *The American surgeon*. 2010; 76(1): 65-69.
20. Calland JF, Ingraham AM, Martin N, et al Evaluation and management of geriatric trauma: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012; 73(5): S345-S350.