



T.C
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN AKUT KARIN AĞRILI HASTALARDA FİZİK
MUAYENE BULGULARI İLE RUTİN LABORATUVAR GÖRÜNTÜLEME
YÖNTEMLERİNİ KORELE EDEREK CERRAHİ VE DAHİLİ KARIN AĞRISI
AYIRIMI YAPABİLME**

ACİL TIP ANABİLİMDALİ UZMANLIK TEZİ
Dr. Ergün KAYA

TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr.Güven KUVANDIK

HATAY-2011



T.C
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN AKUT KARIN AĞRILI HASTALARDA FİZİK
MUAYENE BULGULARI İLE RUTİN LABORATUVAR GÖRÜNTÜLEME
YÖNTEMLERİNİ KORELE EDEREK CERRAHİ VE DAHİLİ KARIN AĞRISI
AYIRIMI YAPABİLME**

ACİL TIP ANABİLİMDALİ UZMANLIK TEZİ
Dr. Ergün KAYA

TEZ DANIŞMANI
Yrd.Doç.Dr.Güven KUVANDIK

HATAY-2011

TEŞEKKÜR

Asistanları olmaktan tüm hayatım boyunca onur duyacağım, tıbbi ve idari alanlarda bizlere aktardıkları bilgi ve deneyimlerini, gelecekteki tüm mesleki hayatımda tatbik edebilmek için çaba sarf edeceğim, insani ve sosyal değerlerini kendime örnek alacağım, bugün bu konuma ulaşabilmemi, zorlu geçen asistanlık hayatımın önemli karar alma süreçlerinde gösterdikleri hoşgörü, anlayış ile verdikleri destek nedeniyle Acil Tıp Anabilim Dalı başkanımız sayın Doç. Dr. Mehmet DURU 'ya,

Medikal ve sosyal anlamda çok şey öğrendiğim, tez hocam değerli Yrd. Doç.Dr. Güven KUVANDIK'a

Eğitimim ve tezimin olgunlaşmasında katkısı bulunan Sayın Yrd. Doç.Dr. Ali KARAKUŞ'A

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tüm hocalarıma,
Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan zevk duyduğum sevgili asistan arkadaşlarıma,
Yıllarca uyum içinde çalıştığım hastane hemşire ve personeline,
Asistanlık eğitimim boyunca yıllarca bana destek olan, vefa, sabır ve anlayış gösteren,
iyi ve kötü günümde hep yanımda olan sevgili eşim Özlem'e,
biricik kızlarım İlayda Gülşen ve Dilara Senanur'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım....

ÖZET

Akut başlangıçlı karın ağrılı hasta, acil serviste sık karşılaşılan hasta grubudur. Bir haftadan daha az süregelen ağrıya akut ağrı denir. Bu tür karın ağrısı ile gelen hastanın ayırıcı tanısının konulması, ameliyat edilip edilmeyeceğine karar verilmesi, taburcu edilip edilmeyeceğinin belirlenmesi acil hekiminin zorlandığı konulardır. Karın ağrılı hasta grubu acil servise başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Karın ağrısının doğru olarak değerlendirilmesi ve hastaya iyi bir bakım verilebilmesi için iyi bir hikâye alınması, karın içi ve karın dışı ağrı nedenleri ve mekanizmalarının iyi bilinmesi önemlidir .

Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Ayırıcı tanı da önemlidir, her zaman akut batın sendromu şüphesi acil cerrahi yaklaşım gerektirmez. Tüm akut karın ağrılı hastalar ele alınırsa hastaların %40'ında bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen karın ağrısı bulunur. Günümüzde; Gelişmiş ülkelerde ve son zamanlarda gelişmekte olan ülkeler sağlıda daha etkin, daha ucuz ve kolay ulaşılabilen sağlık hizmetlerine ulaşmayı, hizmet sunumunda ekonomik ve kaliteyi aramakta ve desteklemektedir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran saatlerce laboratuvar ve görüntüleme merkezlerinde sıra bekleyen hastalardan ziyade, belki de günümüzde unutulmuş fizik muayenenin önemi, acil uzmanlarına referans olabilen kaynakları özümsemeyi ve çalıştığı hastane ortamında en etkin ve verimli çalışmayı içerir.

Çalışmaya 150 olgu dâhil edildi. Olguların 76'sı erkek (%50,0), 74'si kadın(% 48,7) idi. Hastaların yaşları en düşük 19,en yüksek 94 yaş olup ortalama 44,6067 olarak hesaplandı. Çalışma Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde tek merkezli, prospektif bir çalışma olup, Acil Tıp A.D'ında gerçekleştirildi. Acil servise son 7 (yedi) gündür devam eden karın ağrısı şikâyetiyle başvuran, 18 yaş üzeri, gebe olmayan, GİS'e ait herhangi bir malignensi hikâyesi bulunmayan, travma öyküsü olmayan 150 hasta dahil edildi. Travmaya sekonder gelişen akut karın ağrısı, 18 yaşından küçük olma, gebelik durumu ve çalışmaya katılmayı reddetme dışlama kriterleri olarak belirlendi.

Hastaların tedavi aldıkları dahili, cerrahi ve cerrahi medikal klinik sınıflaması ve son tanılarına uygun olarak, ilk geliş fizik muayene bulguları sonuçları anlamlı bulunmuştur. Klinik tanı ile laboratuvar sonuçları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Tanıya yardımcı olarak kullanılan batın usg ve direk grafi klinik olarak cerrahi medikal tedavi alan hasta grubunda anlamlı bulunmuştur. Cerrahi operasyon uygulanan hastaların fizik muayene

bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasının da istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur. Acil servislerde en fazla karşılaşılan nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastalarda fizik muayene bulguları anlamlı bulunmuştur.

Acil servislerde akut batın tanısı koymak; Anamnez, seri fizik muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile beraber, tanı ve ayırıcı tanı için laboratuvar tetkiklerine gereksinim duymakla ve daha spesifik klinik tanıları için çeşitli biyokimyasal markırlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuçta genel literatür çalışmalarından ve bizim çalışmamızda gösterdiğimiz gibi acil servislerde karın ağrılı hastaların %34-53 'nü nihai tanı nonspesifik karın ağrısı oluşturmaktadır. Bu hastalara ise fizik muayene bulguları ile tanıya gidilmekle beraber ayırıcı tanı için laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Akut karın ağrısı, acil servis.

Abstract

Acute abdominal pain is common among patients admitted to the emergency department. The pain less than a week is called acute pain. The differential diagnosis of the patients with acute abdominal pain is always difficult for emergency physicians. Accurate assessment of abdominal pain requires a good medical history and knowledge of mechanisms of intra and extra-abdominal pain causes.

Rapid evaluation and diagnosis of this type of patients have great value. The differential diagnosis is also important. Suspicion of acute abdomen syndrome does not always require urgent surgical approach. In 40% of patients with abdominal pain, an appropriate diagnosis is not always possible, pain is often kept under follow-up and resolve spontaneously. Nowadays in many countries, more effective, less expensive and easily accessed health care services is targeted. Physical examination still has greater importance than laboratory tests and imaging in diagnosis of abdominal.

150 patients were included in the study. 76 patients were male (50.0%) and 74 patients were female (48,7%). The mean age was $44.6 \pm 19,89$ (minimum:19, maksimum: 94). The study is a coss-sectional descriptive study carried out in Health Practice and Research Hospital of Mustafa Kemal University. The study was performed prospectively in the emergency department. 150 patients presenting to the emergency department with an abdominal pain in the last seven days comprised the study sample. Age at least 18 years, non-pregnant, without any history of gastrointestinal malignancy, with no history of trauma were including criteria. Exclusion criteria were the followings: Acute abdominal pain secondary to trauma, being under 18 years, pregnancy status and refuse to participate in the study.

Patients classified according to their treatment such as medical, surgical and medical in surgery department in respect to the results of the attending time. Nonspesific abdominal pain was the most frequent type. There is no significant relationship between clinical diagnoses and laboratory results. Abdominal ultrasound and direct radiography was found to have diagnostic value in patients who were medically treated in surgery. Physical findings of patients undergoing surgical operation were correlated with their abdoinal x-rays.

Diagnosis of acute abdominal pain in emergency department requires a good medical history, serial physical examinations and imaging techniques, together with laboratory tests for the diagnosis and differential diagnosis and more specific clinical diagnoses are needed for various biochemical markers. After all the work of general literature, and as we have shown in

our study: 34-53% of the patients with abdominal pain final diagnosis of nonspecific abdominal pain is the nude. This patients diagnosis with physical examination findings along with laboratory and imaging methods are needed for the differential diagnosis.

Key words: acute abdominal pain, an emergency service.

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| TEŞEKKÜR..... | III |
| ÖZET..... | IV |
| ABSTRACT..... | VI |
| KISALTMALAR..... | X |
| TABLolar..... | XI |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2.GENELBİLGİLER..... | 4 |
| 2.1.KarınAğrısı..... | 4 |
| 2.1.1.Ağrı | 4 |
| 2.1.2 Anatomi ve Fizyolojisi..... | 4 |
| 2.1.3. Karın Ağrısı Uyarıcıları | 6 |
| 2.1.4.Karın Ağrısının Tipleri | 7 |
| 2.1.5.Ağrıların Algılanması | 8 |
| 2.1.6. Spesifik Organ Ağrıları | 9 |
| 2.1.7. Ağrının Klinik Değerlendirmesi Prensipleri..... | 10 |
| 2.1.8.ETYOLOJİ..... | 12 |
| 3.AKUT KARIN..... | 14 |
| 3.1.Anamnez..... | 19 |
| 3.2. Fizik Muayene..... | 20 |
| 3.3.Tanı..... | 23 |
| 3.4. Laboratuvar | 23 |
| 3.5. Radyoloji | 25 |
| 3.6. En Sık Rastlanan Akut Karın Nedenleri | 30 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEMLER..... | 37 |
| 5.BULGULAR..... | 38 |
| 6.TARTIŞMA | 64 |

| | |
|--------------------|----|
| 7.SONUÇ..... | 74 |
| 7. KAYNAKLAR | 76 |

KISALTMALAR

GİS:Gastrointestinal Sistem

USG:Ultrasonografi

AKS:Akut Koroner Sendrom

EKG:Elektrokardiyografi

TÜİK:Türkiye İstatistik Kurumu

MSS:Merkezi Sinir Sistemi

ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography

PID:Pelvik İnflamatuvar Hastalık

DKG:Direk Karın Grafi

İVP:İntra Venöz Pyelografi

HIDA:Hepatobiliyer imminodiacetic acid scan

BT:Bilgisayarlı Tomografi

MR:Magnetik

DL: Diagnostik Laparoscopi

ALT: Alanin aminotransferaz

AST:Aspartat aminotransferaz

ALP: Alkalen Fosfataz

BTV: Bilateral Trunkal Vagotomi

İYE :İdrar Yolu İnfeksiyonu

RT: Rektal Tuşe

AC: Akciger Grafi

LDH:Lactat dehidrogenez

FM: Fizik Muayene

NSKA: Non Spesifik Karın Ağrısı

HCT:Hematocrit

HGB:Hemoglobine

WBC:White blood cell

TABLULAR

Tablo-I: Hastaların Yaş Grupları ile Klinik Tanı Sınıflaması.

Tablo-II: Hastaların Acil Servise Müracaatındaki Ağrı Lokalizasyonlarının Sınıflaması .

Tablo-III: Hastaların Acil Servise Müracaatı Sonucu Tespit Edilen Fizik Muayene Bulgularının Klinik Sınıflaması Sınıflaması.

Tablo-IV: Fizik Muayene Bulgusu İle Klinik Tanı Arasındaki Sınıflama.

Tablo-V: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Sınıflaması.

Tablo-VI: Hastaların Acil Servise Müracaatı Sonucu Çalışılan WBC ,HGB ve HCT Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması.

Tablo-VII: Çalışmamıza Katılan Hastaların Çalışılan SGOT, SGPT ve LDH ve Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması.

Tablo-VIII: Çalışmamıza Katılan Hastaların Çalışılan Amilaz ve Lipaz Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması.

Tablo-IX: Çalışmaya katılan hastaların yaş grupları ile direk grafinin dahili Tedavi Alan Hastalardaki Sonuçları.

Tablo-X: Çalışmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle Direk Grafinin Cerrahi Operasyon Yapılan Hastalardaki Sonuçları.

Tablo-XI: Çalışmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle Direk Grafinin Cerrahi Servislerde Medikal Tedavi Alan Hastalardaki Sonuçları.

Tablo-XII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi ve USG Sonuçlarının Dahili Servislerde Medikal Tedavi Alan Hastalardaki Sonuçları

Tablo-XIII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk grafi ve USG Sonuçunun Cerrahi Operasyon Yapılan Hastalarla Karşılaştırılması.

Tablo-XIV: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi ve USG Sonuçlarını Cerrahi Medikal Tedavi Alan Hastalarla Karşılaştırılması.

Tablo-XV: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk grafi ile FM Bulgularının Dahili Tedavi Alan Hastalarda Karşılaştırılması.

Tablo-XVI: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk grafi ile Fizik Muayene Bulgularının Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalar İle Karşılaştırılması.

Tablo-XVII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk grafi ile Fizik Muayene Bulgularının Cerrahi Medikal Tedavi Alan Hastalarda Karşılaştırılması.

Tablo-XVIII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg Sonuçlarının Organ Sistemlere Ait Tanılar İle Karşılaştırılması.

Tablo-XIX: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg Sonuçlarının Klinik Tanı İle Karşılaştırılması / Safra kesesi hastalıkları.

Tablo-XX: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg Sonuçlarının Klinik Tanı İle Karşılaştırılması / İleus-volvulus.

Tablo-XXI: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg Sonuçlarının Klinik Olarak Karşılaştırılması /Akut Appendisit.

Tablo-XXII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg sonuçlarının Klinik Olarak Karşılaştırılması /Nonspesifik karın ağrısı.

Tablo-XXIII: Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) İle Klinik Sonuçların Karşılaştırılması.

Tablo-XXIV: Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) ile Klinik İleus Volvulus Sonuçların Karşılaştırılması /İleus volvulus.

Tablo-XXV: Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) İle Nonspesifik Karın Ağrısı Sonuçların Karşılaştırılması.

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Karın ağrısı şikâyeti acil servise ile başvuran, 18 yaş üzeri, gebe olmayan, GİS' e ait herhangi bir malingnensi hikâyesi bulunmayan, travma öyküsü olmayan hastalarda detaylı anemnez, fizik muayene, acil serviste kullandığımız rutin biyokimya ve görüntüleme yöntemlerini (Direk Grafi, Batın USG,) kullanarak, hastaların cerrahi ve non cerrahi ayrımını yapabilme amaçlanmaktadır. Çalışma esnasında, mevcut acil serviste karın ağrılı hastaya yaklaşım protokolü haricinde ek hiçbir tetkik ve görüntüleme işlemi yapılmayacaktır (hastanın konsülte edilen branş önerisi haricinde). Son zamanlarda özellikle ülkemizde, modern tıbbın bizlere sunduğu hizmetleri, gelişigüzel ve sonuçlarını çok da iyi düşünmeden kullanmak, ülke ekonomisi, eğitilen hekim ve hasta haklarına büyük ölçüde zarar vermektedir. Bir zamanlar hekimin tanı aracı olarak kullandığı, günümüzde ise ikinci hatta üçüncü sıralara düşen, anemnez ve fizik muayenenin önemi bir kez daha belirtmek, özellikle acil servislerde çok kısa sürede anemnez, fizik muayene yapıldığı gerçeğinden yola çıkarak hekim arkadaşlara faydalı olabilme amacı içermektedir.

Çalışma boyunca hastalar gerek servisimizden taburculuklarında gerekse konsülte edilen branş tarafından uygulanan medikal veya cerrahi operasyon sonucu da eklenip dosya kapatılacaktır.

Yapılan bu çalışmada elde edilen verilerde esas vurgulanmak istenen;

- 1)Anemnez ve fizik muayenenin karın ağrılı hastalardaki önemini ortaya çıkartmak,
- 2)Anemnez, fizik muayene ile tetkiklerin korelasyonunu yapmak,
- 3)Lüzumsuz tetkik ve görüntüleme yöntemlerini belirlemek ,
- 4)Tüm Dünyanın son yıllarda üzerinde önemle vurguladığı;''medikal harcamalar ve zaman'' ikilisini minimum değerlere indirmek,
- 5)Acil servislerde çok kısa sürede doğru ayırıcı tanı ve tanıya gitme ilkesinden yola çıkarak, bu konularda meslektaşlarımıza farklı çalışmalar yapabilme fikrini verme,
- 6)Tez başvuru formunda eklediğim gerek literatür gerekse ülkemizde yayımlanmış karın ağrılı hastalarda yapılan çalışmalarda, ya görüntüleme yada laboratuvar tetkikleri üzerinden yürütülmüş olup, çalışmasını yapmayı planladığım tez konum da ise anemnez, fizik muayene, rutin laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini

içermektedir, dolayısıyla birçok yönden bizlere fayda sağlayacak ve karşılaştırma olanakları tanıyacaktır.

7)Çalışma sonrası elde ettiğimiz verilerin meslektaşlarımızın bilgi, tecrübe ve deneyimlerine katkı sağlama amacı güdülmektedir.

Karın ağrılı hasta grubu acil servise başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Karın ağrısının doğru olarak değerlendirilmesi ve hastaya iyi bir bakım verilebilmesi için iyi bir hikâye alınması, karın içi ve karın dışı ağrı nedenleri ve mekanizmalarının iyi bilinmesi önemlidir (1). Bir haftadan daha az süregelen ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Ayırıcı tanı da önemlidir, her zaman akut batın sendromu şüphesi acil cerrahi yaklaşım gerektirmez. Tüm akut karın ağrılı hastalar ele alınırsa hastaların %40'ında bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen karın ağrısı bulunur (2).

Karın ağrılı hasta acil serviste sık karşılaşılan hasta grubu oluşu nedeniyle bu semptom ile başvuran hastanın ayırıcı tanısı, operasyon endikasyonu olup olmadığı, yatış endikasyonu varlığına, acilden taburcu edilip edilmeyeceği, poliklinik başvurusunun önerilip önerilmeyeceğine karar vermek, poliklinik önerilecekse hangi polikliniğe ne kadar sonra başvurulacağına, karar vermek acil hekiminin yapması gereken önemli konulardır. Bu durumda hastanın hikâye ve fizik muayenesinin yanında laboratuvar sonuçlarının yardımını alarak hasta hakkında sonuca varmak önemli kolaylık sağlar. Karın ağrılı hastanın ayırıcı tanısında kullanılmak üzere literatürde bazı belirteçlerin kullanılabilir olduğu söylenmektedir (3).

Günümüzde; Gelişmiş ülkelerde ve son zamanlarda gelişmekte olan ülkeler sağlıda daha etkin, daha ucuz ve kolay ulaşılabilen sağlık hizmetlerine ulaşmayı, hizmet sunumunda ekonomik ve kaliteyi aramakta ve desteklemektedir.

Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkeler bu modelleri alırken , sağlıkda ki kalite basamaklarını devletin eliyle kontrol edip, belli bir süreçten geçtikten sonra uygulamaya koymalıdır.

Bu süreçler; sağlık kuruluşlarının alt yapısını, verimli, tam donanımlı acil uzmanı ve yardımcı personeli, teknolojiye uygun online iletişim araçları ve hastane

ekipmanlarını içerir. Karın ağrısı ile acil servise başvuran saatlerce laboratuvar ve görüntüleme merkezlerinde sıra bekleyen hastalardan ziyade, belki de günümüzde unutulmuş fizik muayenenin önemi, acil uzmanlarına referans olabilen kaynakları özümsemeyi ve çalıştığı hastane ortamında en etkin ve verimli çalışmayı içerir(1).

Çalışmamızda da görüleceği gibi ve bu konuda yerli ve yabancı birçok çalışmada olduğu gibi hastanın anemnez, fizik muayene, gözlem, rutin laboratuvar ve her şartlarda yapılabilecek görüntüleme yöntemleri ile karın ağrılı hastaların tanı ve tedavilerinin tamamlandığı istatistiksel olarak görülecektir.

Sağlık kuruluşlarında tüm imkânların olması hastaya kısa sürede doğru tanı koyma anlayışıyla korale değildir. Bu konuda önemli olan hastayı sürekli tetkik, görüntüleme ve konsültasyonlardan ve ortaya çıkan maliyet hesabından kurtarıp, hasta kabul, detaylı anemnez, fizik muayene, rutin tetkikler, gerekiyorsa görüntüleme yöntemleri kullanarak tanı ve tedaviyi planlamaktır. Bu konunun gelecek yıllarda ülkemizde daha da önem arz edeceği ve kullanılacağı şüphesizdir. Batılı ülkelerde karın ağrısı ile başvuran 40 yaş üzeri hastalara AKS için sadece EKG istenirken, ülkemizde kardiyak markırlar ve EKG çalışılmaktadır. Ülkemizde TÜİK'nun 2004 verilerine göre acil servislere başvuran ve karın ağrıları sınıflamasında önemli bir yer tutan peptik ülser, gastrit, duodenit, Akut appendisit ve intestinal obstrüksiyon nedeniyle hastanelere 350432 hasta yatırılmıştır(4). Dolayısıyla yukarıda ki örneğin maliyeti hesaplanırsa ciddi ekonomik verilere ulaşılır.

Acil servislerinin günümüzde artan ve gelecek yıllarda daha da artacak iş yükünden dolayı, bu tür çalışmalarının daha da genişletilerek yapılması ve uygulanması acil servis çalışanlarının zamanını, kalite ve iş yükünü, hastalar için doğru ve kısa sürede tanı ve tedaviyi, sosyal güvenlik kurumları için ekonomik kazanımları olacaktır.

2-GENEL BİLGİLER

2.1.Karın ağrısı

2.1.1.Ağrı

Ağrı periferdeki uyarıların merkeze taşınması neticesinde oluşan subjektif bir duygudur. Bu ağrılar rahatsız olan kişinin doktora gitmesine sebep olmakta onun dikkatli analizi ağrının nedeni ve uygun tedavisine karar vermede yardımcı olabilmektedir. Ağrı çok faktörlü kompleks bir olgudur ve yıllar boyunca bilim insanları tarafından yapılan değişik tanımlardan sonra günümüzde, Uluslararası Ağrı Çalışma Derneği (International Association for the Study of Pain, IASP) tarafından yapılmış olan tanıma göre ağrı “gerçek veya potansiyel doku hasarıyla ilişkili, duyu ve emasyonel hoş olmayan oldukça subjektif bir deneyimdir”. Bu tanıma göre ağrı gerçek bir duyu değil, algıdır ve duyu (sensoryal), duygusal (etkilenen, emasyonel) ve bilişsel bileşenlerden oluşmaktadır. Bu bileşenler ağrının şiddet, süre ve yerleşim olarak algılanmasını, motivasyonsal değişiklikler ve nahoşluk hissi duyulmasını, ağrıya bağlı korku, anksiyete ve farkındalık yaratılmasını sağlar (5).

2.1.2.Anatomi ve Fizyoloji

Ağrılı ajanları C afferent lifleri ve küçük A-delta afferent liflerinin serbest uçlarını içeren nöro reseptörleri aktive eder. Kuvvetli bir mekanik uyarı veya aşırı sıcak, soğuk gibi faktörler nöroreseptörleri uyarır. Bradikinin, histamin serotonin, lökotrien ve prostaglandin gibi doku hormonları ağrı reseptörlerini ya direkt olarak uyarır veya uyarıların ağrı eşliğini düşürürler. A delta liflerinin % 25, C-liflerinin ise % 50'si küçük alıcı sahalarının mekanik ve termal uyarılan yüksek eşik karakterine getirir. Duyuların niteliğini taşıyan farklı A delta ve C lifleridir. A delta lifleri çoğunlukla cilt ve kaslara dağılırlar ve akut yaralanmayı takiben keskin, ani, iyi lokalize olmuş ağrıları iletirler.

C lifleri ise kaslar, periostium, parietal periton ve iç organlarda bulunur. Sensory afferentler (intraperitoneal) ağrıları taşırlar. C lifleri tarafından taşınan duyu hisleri, künt, rahatsız edici, hafif lokalize edilebilen, başlangıçtan itibaren gittikçe artan ve uzun süreli olmaya meyilli uyarılan liflerdir. Miyelinsiz C lifleri polimodal bir özellik gösteren, her türlü uyarana karşı duyarlılığı olan, yavaş ileten liflerdir (6).

Vaguslar, % 90 duyu siniri olmalarına rağmen, mide ve bağırsaktan ağrı iletmezler. İç organ ağrılarını iletirler ve vagotomiden sonra da değişiklik göstermezler.

Özefagustan kaynaklanan ağrılar, küçük sempatik sinirler tarafından spinal korda taşınırlar. Karaciğer kapsülü, hepatik ligament, diyafragmanın santral kısmı, dalak kapsülü ve perikarddan kaynaklanan visseral afferentler C3-C5 dermatomları arasındaki deride hissedilirler ve frenik sinir vasıtasıyla merkezi sinir sistemine (MSS) ulaşırlar diafragmanın periferik kısmı, safra kesesi, mide pankreas ve ince bağırsaktaki lifler ile daha büyük splanik sinirler çöliak plexus içinden geçerler ve T6-T9' dan spinal korda girerler.

Kolon, apandiks ve pelvis içi organlardan kalkan uyarılar, daha az splenik sinirler olmak üzere mezenterik plexus yoluyla 10. ve 11. torasik segmentlere ulaşırlar. T11-L1 segmentlerinden kalkan lifler tarafından innerve edilirler. Mesane ve rektosigmoidden çıkan lifler S2-4 plexusuna katılır.

Visseral afferent sinirler dorsal kökte yerleşirler. Splenik sinir içindeki lifler sempatik zincirlere katılıp dorsal köklere ulaşırlar. Bu lifler spinal korda girişinden sonra posterior boynuz içine dallar gönderir ve lamina I-IV' deki dorsal boynuz hücrelerinde sonlanmadan önce birkaç segmente dallar gönderir. Omurilik seviyesinde cereyan eden bir olaydır. Geçmişte spinal kord sadece bir ara durak olarak kabul edilirdi. Ancak 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından ileri sürülen Kapı Kontrol Teorisi ile ağrılı uyarının omurilikte ciddi bir engel ile karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Ağrılı uyarın spinal kord düzeyinde bir değişime uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir.

Visseral afferentler ile marjinal sinirler dorsal boynuz tabanında sinaps yaparlar. Dorsal kökün lamina V'deki hücreleri visseral ağrıya aracılık yapar ve aynı zamanda periferik ağrısız liflerden uyarı alır. Bu innervasyon çifti visseral ağrı eşliğinde gönderilen ağrı duyusunun içinde yer alırlar.

Mezensefalonun santral gri cevherinin ventrolateral kısmındaki lifler ve periventriküler gri ve kaudat çekirdekteki lifler afferent yolu içinde korddan yukarı aşağı ilerlerler. Bu sistemde iletilen uyarılar ağrının inhibisyonu için yüksek bir potansiyele sahiptir.

Söz konusu sistemin hücreleri opiatlar için spesifik reseptörler içerir ve yüksek endorfin konsantrasyonu mevcuttur.

Bu yüzden bu sistemin uyarılması endorfin antagonisti olan nalokson tarafından inhibisyon sağlar. Ayrıca nalokson, stres, akupunktur kullanılması sonucu oluşan analjeziyi inhibe eder. Buna ilaveten diğer santral analjezik mediatörleri olan noradrenalin, serotonin rolü gösterilmiştir. Bu inhibitör ajanlar afferent ağrı uyarılarını değiştirmek için serebral etki gösterirler (7).

2.1.3.Karın Ağrısı Uyarıcıları

Karın organlarında oluşan çoğu uyarılar genellikle ağrı oluşturmazlar. Organların kesilmesi, yırtılması veya ezilmesiyle ağrı oluşmaz.

Visseral ağrı lifleri mide-bağırsak duvarındaki gerilme ve çekilmeye duyarlıdır. Peritonda tümörlere bağlı çekilme, içi boş organların distansiyonu (Biliyer kolik) veya şiddetli adale gerilmesi ağrı oluşturur.

Mide, bağırsak, safra kesesi ve mesane gibi içi boş organların ağrı sinir lifleri kas duvarlarında sonlanır. Karaciğer ve dalak gibi solid organlar da ise organ kapsülünde sonlanır. Böylece parankimal genişleme sonucu kapsülün gerilmesi ile ağrı oluştururlar. Mezenter, parietal ve posterior karını kaplayan periton ağrıya duyarlıdır. Ancak visseral periton ile omentum duyarsızdır. Ağrı oluşması için çekilmenin hızı oldukça yüksek olmalıdır. Oysa yavaş gerilme ile oluşan malign olaylara sekonder biliyer obstrüksiyonlarda ağrı olmayabilir.

İnflamasyon visseral ağrı oluşturabilir. Daha önemlisi inflamasyon ve konjesyon diğer uyarılara bağlı ağrı eşiğini de azaltır, sinir uçlarını duyarlılaştırır.

Bradikinin, serotonin, histamin, lökotrien, prostaglandin gibi doku hormonları inflamatuvar ağrılarda iskemik ağrıya neden olur. Ayrıca diğer toksik uyarılara karşı ağrı eşiğini düşürür. Hücreler arası bu mediyatörlerin salınımı hücre oksijenazyonunu bozduğu gibi ağrı eşiğini de düşürmüş olurlar.

Tümörler duyu sinirlerini tutarak ağrıya neden olabilirler. Pankreatik ve bazı retroperitoneal tümörler bu mekanizma ile ağrı oluştururlar. Bu tür hastalarda anamnezde ağrı şikâyeti ile beraber hekime klinik tanıya yardımcı olabilecek sorgulamalar daha yol gösterici olabilmektedir. Bu hastaların klinik şikâyeti olan ağrı muhtemelen hastalar için çok geç bir semptomdur.

2.1.4.Karın Ağrısının Tipleri

Karın ağrıları üç grupta incelenir

1. **Visseral ağrı,**
2. **Parietal ağrı (Somatik)**
3. **Yansıyan ağrı.**

Visseral:

Visseral ağrı karın içi organların uyarılması ile hissedilir. Ağrı alt-orta karında, periumblikal, epigastrik bölgede künt olarak lokalize olur. Genellikle orta çizginin yanlarında hissedilir. Çünkü karın içi organlar afferent liflerini spinal kordun her iki yanından alır. Ağrılar hasta organı innerve eden dermatomlarda hissedilir.

Lokalizasyonu güçtür, çünkü çoğu organın innervasyonu multisegmentaldir. Ağrının niteliği genellikle kramp, yanma veya kemirici vasıftadır. Terleme, yorgunluk, bulantı, kusma ve solukluk gibi otonomik etkiler sıklıkla visseral ağrıyla birlikte dir.

Hastalar ağrıyı azaltmak için gereksiz hareketler yaparlar.

a)Gerilim tipi ağrı:

b)Kolik ağrı olarak da bilinir ve tipik olarak artmış güçlü peristaltik kontraksiyon nedeniyle oluşur. Sıklıkla bağırsak irritan bir maddeyi atmak isterken ağrı oluşur. Bağırsakta parsiyel veya total obstrüksiyon, adezyon ve hatta konstipasyon durumunda da kuvvetli kontraksiyonlar sonucu gerilim tipi ağrı oluşabilir (8).

b) İnflamatuvar ağrı:

Gerilim tipi ağrı gibi derin ve lokalizasyonu belirsiz olarak başlar. Farklı olarak kaynağı genellikle visseral peritondaki inflamasyondur. Başlangıçta, hasta ağrıyı visseral periton etkilendiği için midabdominal veya periumblikal tarif eder. Meckel divertikülü, kolesistit, kolelitiazis, ürolitiazis, pankreatit, rüptüre ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, perfore gastrik veya peptik ülser, Ailevi Akdeniz Ateşi ve Mittelschmerz rahatsızlıklarında hissedilen ağrı bu gruba girer (8).

Saatler sonra, inflamasyon pariyetal peritona ulaşınca, hasta ağrıyı çoğu zaman sağ alt kadrana lokalize eder.

c) İskemik ağrı:

En az görülür fakat en şiddetli ağrı tipidir. Ani başlar, yoğundur, devamlı ilerler. Strangüle bağırsak, intestinal iskemi, emboli, trombüs, mezenter iskemi, volvulus, orak hücreli anemide dalak sekestrasyon krizi, abdominal aort anevrizma rüptürü durumlarında hissedilen ağrı bu tiptedir. Diğer abdominal ağrı tiplerinin aksine analjeziyle hafiflemez.(8).

2.1.4.2.Parietal (Somatik) Ağrı

Parietal peritonun uyarılması ile oluşur. Genellikle lezyon bölgesinde visseral ağrılara göre daha şiddetli ve daha iyi hissedilir. Apandisitte Mc Burney noktasında oluşan ağrı bu tiptir. Hareket ve öksürük ile artar. Bu ağrılar A delta ve C lifleri tarafından taşınır. Sinir sisteminin tek yönünden innerve edildiği için parietal ağrılarının lokalizasyonu mümkündür.

2.1.4.3.Yansıyan Ağrı

Afferent sinirlerin, merkezi yollan paylaşması sonucu hasta organ ağrılarının değişik ve uzak yerlerde hissedilmesidir. Yansıyan ağrı deride veya dokuların daha derin kısımlarında hissedilebilir ve iyi lokalize edilebilir. Genellikle visseral uyarılar yoğun hale gelmesi halinde oluşur. Bağırsakta hava veya sıvı ile distansiyon oluşturulması bu tip ağrıya neden olur. Ciltteki hiperestezi ve kasların hiperaljezisi gönderilen ağrının yayılımı ile oluşabilir. Bunlar spinal sinirlerin infiltrasyonu ile kaldırılabilceği gibi gönderilen ağrılar da kendi kendini elimine edebilir.

2.1.5.Ağrılarının Algılanması

Ağrılarının algılanması konusunda çelişkili görülen görüşleri uzlaştırıcı teoriler önerilmiştir. Doğru olarak kabul edilen ağrı sinir sisteminin bir özel alt kısmının aktivasyonu ile oluşmaktadır. Bu sistem santral yollar, periferik lifler ve spesifik yerleşimle nöroreseptörlerin işleyişidir.

Fizyolojik olarak kişiye ait özellikler, etnik ve kültürel faktörler, lezyonun sinsi ağrı stimülasyonu ve cevabında değişik görüntüler oluştururlar. Anksiyete ağrı eşliğini düşürür. Ameliyat olmuş hastaların % 30' unda plasebo ile ağrının azaldığı gösterilmiştir. Hangi hastaların plaseboya cevap verip vermeyeceğini söylemek henüz mümkün değildir. Plasebo cevabının opiat antagonisti olan nalokson ile bloke edilmesi plasebonun endorfinler aracılığı ile etkili olduğunu düşündürmektedir.

2.1.6.Spesifik Organ Ağrıları:

Karın organlarının oluşturduğu ağrılar klinik ve lokalizasyonlarına göre farklılıklar göstermektedir.

Özefagus: Özefagus lezyonlarında ağrı genellikle substernal rahatsızlık hissi gösterir. Boyunda, ksifoid civarında ağrı hissedilebilir. Daha şiddetli olanlar sırta vurabilir.

Mide ve Duodenum: Mide ve duodenumda oluşan visseral ağrılar epigastrik bölgede duodenum ve bulbus hastalıkları karının sağ üst tarafında hissedilir. Duodenumdan daha alttan oluşan ağrılar epigastriumun altında algılanır. Ağrılar sırta yayılabilir.

İnce Bağırsaklar: Jejunumdan distal ileuma kadar olan ağrılar karında orta hat bölgesinde, yani göbek civarında duyulur. Ağrı şiddetli ise veya kişinin ağrı eşiği düşük ise sırta yayılabilir.

Kolon: Kolon ağrıları genellikle alt orta bölgede lokalize olur. Rektumun stimülasyonu sakrumun kaba adalelerinde rahatsızlık hissi verebilir.

Safra Kesesi ve Yolları: Safra Bu yapılar orta epigastrium, sağ üst kadranda ağrı oluşturabilir. Sırtta ve sağ skapula altında gönderilen (referred) ağrı hissedilebilir. Biliyer sistemden lifler T9-T10'a taşınmakla birlikte çoğunluğu T9 dermatomunda yoğunlaşır. Innervasyon bilateral olmasına rağmen, liflerin çoğu sağ splenik sinirler içinden korda ulaşır.

Pankreas: Pankreas ağrıları epigastriumun sol veya ortasında hissedilebilir. Sinirler T9-T10 segmentlerine yükselir. Pankreatitte hastalığa sırtın ortasında lokalize gönderilen ağrılar eşlik eder. Somatik ağrı sol omuz içinde hissedilir. Bu durum pankreas kuyruk lezyonlarının inflamasyon yoluyla komşu sol diyafragmatik ağrı liflerini aktive etmesiyle oluşur

Pelvik Organlar: Uterus ağrıları hipogastrik pleksustan geçerek S2-4 segmentlerine doğru yayılırlar. Uterus motilitesine bağlı ağrılar, diğer solid organların aksine daha az cevap oluşturur çünkü uterusun kapsülü yoktur. Overlerin inflamasyon, tümör veya kistleri şayet rüptür ve torsiyon oluşturmazlar ise ağrı oluşturmazlar.(23,24,25)

2.1.7.Ağrının Klinik Değerlendirme Prensipleri

Karın ağrısının değerlendirilmesinde öykü, fizik inceleme ve laboratuvar imkânlarından yararlanılır.

Hastalar hakkında dikkatli sorular sorulmalı, ağrılarının yayılımı konusunda birçok al ağrılarının lokalizasyonunu yapmak zordur. Fakat parietal peritonun oluşturduğu ağrılar bölgesel olarak hissedilir.

Ağrının Şiddeti ve Karakteri: Ağrının şiddeti uyarıların büyüklüğü ile zayıf bir ilgi gösterir. Bazı hastalıklarda çeşitli ağrı görüntüleri mevcuttur. Yanma ve kemirici ağrı duodenal ülseri, kramp ağrısı intestinal obstrüksiyonu temsil edebilir.

Kronoloji: Ağrının şiddeti ve niteliğinin zaman ile ilişkisi ağrının nedenleri hakkında ipuçları verebilir.

Akut karın bulguları olan bir hastada ağrının 6 saatten fazla sürmesi cerrahi tedavinin gerekliliğini gösterebilir. Duodenal ülser ağrısı sabah saatlerinde nadiren oluşur. Daha sonra yemeklerle ilişkisi organın ortak sinirsel innervasyonu, bu sinir uçlarının önceki deneyimler de dikkate alınarak nerelerde ağrı oluşturabileceği göz önüne alınmalıdır. Visseral ağrılarının lokalizasyonunu yapmak zordur. Fakat parietal peritonun oluşturduğu ağrılar bölgesel olarak hissedilir (9.10.11).

Lokalizasyon: Ağrının yeri tanımlanmalıdır. Üreter testis hastalıklarının uyluk içinde ağrı oluşturabileceği dikkate alınmalıdır.

Omuz ağrısı olaya diafragmanın da katıldığını belirtir. Biliyer, duodenal veya pankreas ağrıları sıklıkla sırta yayılır. Visser gözlenir. Akut apandisit, belirtiler devam ederken 12 saatin üzerinde gelişim gösterir.

Hazırlayıcı Faktörler:

Ağrı hangi hallerde gözlenmektedir?. Karın içi başmandaki artma ile oluşan sternal yanma reflü özefajiti düşündürebilir. Emasyonel gerilimler ülser ağrısını veya irritable kolon sendromları ile ilişkili olabilir Alınan ilaçların ağrı üzerine etkileri çok önemli ipuçları verebilir. Örneğin antiasitlerle ağrı kesilmesi peptik ülseri düşündürmelidir.

Bulgu ve Semptomlarla İlişkisi:

Bazı semptom ve bulgular için önemli ipuçları verir. Bulantı, kusma gastrik, diare ve konstipasyon intestinal hastalıkları telkin edebilir. Kemirici ağrı duodenal

ülseri, kramp ağrısı intestinal obstrüksiyonu temsil edebilir. Konstipasyon ve distantü batın kuvvetle, bağırsak obstrüksiyonunu akla getirir(10). Anoreksiya apandisit için küçük prediktif değeri vardır (10).

Fizik Muayene:

Ağrının etiolojisini tespit etmede fizik muayene mükemmel fırsatlar yaratır. Hastanın genel görüntüsü, terleme, ateş, kalp hızı ve ritmi, sepsis, kolanjit, piyelonefrit veya bakterial ince bağırsak enfeksiyonlarını düşündürmelidir. Organlara sekonder oluşan ağrılarda hasta sık sık pozisyon değiştirir. Ancak peritonit var ise hareket etmekten kaçınılır. Herniler özenle araştırılmalıdır. Bağırsak seslerindeki artmalar enterit veya obstrüksiyonu telkin edebilir. Peritonitte ise seslerin azalması veya kaybolması paralitik ileusu düşündürür. Oskültasyonda üfürüm işitilmesi aort anevrizmasında gözlenir.

Karnın palpasyonuna genelde ağrısı 7 bölgeden başlanmalıdır. Aksi halde hastanın güveni kalkar ve savunmasının fazlalığı neticesinde yeterli muayene mümkün olmayabilir. Karın duvarındaki sertlik peritoniti düşündürür. Lokal defansa ait bulgular akut kolesistit, apandisit, divertikülit gibi durumlarda gözlenir. Organların büyüklüğü kitle mevcudiyeti dikkatlice araştırılmalıdır. Akut apandisitte Mc Burney noktasının hassasiyeti ve ağrının birkaç cm.'ye lokalize edilmesi apandisit tanısı için önemli bulgulardır. Hassas bölgeye yapılan yavaş ve derinlemesine olan baskıdan sonra birden ellerin çekilmesiyle "rebound" ağrısı oluşur. Bu işlem parietal peritonun olaya katıldığını gösterir. Organlar üzerine yapılan perküsyonun ağrı oluşturması o organın rahatsızlığını simgeleyebilir.

Genital, rektal ve pelvik muayeneler her karın ağrısı olan hastada yapılmalıdır. Böylece akut pelvik enflamasyon, over kisti, rektal tümör tanısı konabilir. Dikkate alınarak her hastaya mutlaka yapılmalıdır.(10). Rektal tuşe ve pelvik ve alt karın ağrısı olan hastalarda önerilmektedir. Rektal tuşede fekalit, melena, taze kan gibi bulgularla birlikte peritoneal irritasyon bulgusu olan gebelik, salpenjit, tuba-ovaryan apse saptanabildiği gibi, sağ taraf hassasiyetinde retroçekal apandisit düşünülmalıdır(12) . Rektal tuşe ile Douglas araştırılmalı, hassasiyet ya da kitle olup olmadığına bakılmalıdır. Hassasiyetin yaygın olması pelvis peritonunun irritasyonunu, sağ tarafta hassasiyet pelvik apandisiti sol tarafta hassasiyet ise

divertiküli öncelikle düşündürmelidir. Rektumda kitle taşlaşmış gaita ya da yabancı cisim olup olmadığı özellikle mekanik bağırsak tıkanıklığı olan hastalarda önemlidir. Yatalak hastalarda sıklıkla tıkanıklık nedeni olan taşlaşmış gaita elle halas edilerek aynı zamanda tedavi de sağlanmış olur. Ayrıca tuşe sırasında anüsün tonusu, rektumun boş ya da gaita ile dolu olup olmadığı, melena, hematoçezya varlığı araştırılır. Hastalarda mevcut stoma fistül ve yaralarda tuşe ile muayene edilmelidir

Laboratuvar:

Rutin hematolojik testleri kapsar. Diğer testler semptom ve belirtiler doğrultusunda planlanmalıdır.

Baryumlu gastrointestinal sistem taramaları, kolesistografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi gerekli olabilir. Abdominal anjiyo öyküsü veren hastalarda mezenterik anjiyografi tanı koydurucudur. Endoskopik tetkikler önemli tanı vasıtalarıdır. Manometrik çalışmalar gastrointestinal sistemin motor bozukluklarının tanısında çok önemlidir.

Tanı:

Öykü, anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri ile tanı konabilir. Tanı koymada yapılacak düşünce ve planlamada ağrı sebepleri göz önünde tutulmalıdır. Üst karın bölgesinde oluşan kronik ağrının tanısında endoskopinin yardımı olmaksızın güvenilir bir sonuca varmak çok güçtür. Bazı hastalarda duodenal ülser uykusunun çok karakteristik olması tanı koymada sadece radyolojik tetkikin yeterli olmasını sağlar. Kronik nükseden ve tanı konamayan ağrılar önemli bir klinik problem yaratır. Böyle durumlar özellikle kadınlarda sıklıkla ve gereksiz yere laparotomi yapılmasına yol açabilir. Bu hastaların çoğu emasyonel bakımından stabil değildirler. Tanı vasıtaları kullanıldığında testler normal bulunuyor ise gastrointestinal sistemin motilite bozuklukları düşünülmelidir.

Bulgular yeterli değilse kronik apandisit tanısı ile laparotomi yapmak doğru bir yol değildir. Şayet ateş, sarılık, kitle veya röntgen de bir anormallik yok ise laparotomi genellikle olumsuzdur. Diğer taraftan en azından bir objektif bulgu mevcut ise laparotomi tanı problemini çözebilir.

2.1.8.ETYOLOJİ

Karın ağrısı sınıflaması iki kategoriye ayrılıp incelenmelidir.

1.İntraabdominal

2.Extraabdominal

İntraabdominal karın ağrılarını tanı ve tedavi özelliklerinden dolayı 3G (gastrointestinal, genitüriner ve jinekolojik) olarak sınıflandırılabilir(13).

I- İNTRA ABDOMİNAL AĞRILAR

A- Yaygın Peritonit

- 1- Organ perforasyonları
- 2- Primer bakteriyel peritonit
- 3- Non bakteriyel peritonit
- 4- Ailevi Akdeniz Ateşi

B- Lokalize peritonit

- 1- Apandisit
- 2- Kolesistit
- 3- Akut kolon divertikülü
- 4- Pankreatit

C- Organların genişlemesine bağlı ağrılar

- 1- İntestinal obstrüksiyon:
- 2- İntestinal hipermotilite: Spastik kolon
- 3- Safra yolları obstrüksiyonu:
- 4- Üreter obstrüksiyonu:
- 5- Karaciğer kapsül gerilmesi: Akut hepatit, sağ kalp yetmezliği, Budd-Chiari sendromu
- 6- Renal kapsül gerilmesi: Üreter obstrüksiyonu
- 7- Aort anevrizması

D- İskemi

- 1- İntestinal anjina veya enfarktüs: Arterial stenoz, emboli, poliarteritis
- 2- Splenik enfarktüs
- 3- Torsiyon: Safra kesesi, dalak, över kisti, testis, omentum, apandiks
- 4- Tümör nekrozu: Hepatoma

E- Retroperitoneal tümörler

F- Metabolik

- 1- Üremik
- 2- Diabetes mellitus
- 3- Porfiria
- 4- Akut sürrenal yetmezlik

G- Toksinler

- 1- Hipersensitivite reaksiyonları: Böcek sokması
- 2- İlaçlar: Kurşun intoksikasyonu vs.

H- Çeşitli:

Adale zedelenmeleri, hematoma veya tümör

II- EKSTRA ABDOMİNAL AĞRILAR

A- Torasik

- 1- Pnömoni
- 2- Pulmoner emboli
- 3- Pnömotoraks
- 4- Ampiyem
- 5- Koroner arter hastalığı
- 6- Myokardit
- 7- özefajit
- 8- Özefagus rüptürü

B- Nörojenik

- 1- Radikülit: Spinal kord veya periferik sinir tümörleri
- 2- Tabes dorsalis
- 3- Abdominal epilepsi

3. AKUT KARIN

Akut karın terimi, belli başlı belirtisi karın bölgesinde ortaya çıkan, birden başlayıp acil bir cerrahi girişim gerektirebilecek olan non-travmatik bir durumu

simgeler. Literatürde “akut karın ağrısı” ‘nın tanımı; son bir hafta içinde başlamış yeni karın ağrısı olarak ifade edilmektedir (13).

Etiyolojik faktörler sıklıkla intraabdominal bir bozukluğa bağlı olan bu sendromun tanımı ve tedavisindeki gecikmeler prognozu olumsuz yönde etkiler. Akut karın tanısını koymak her zaman kolay değildir. Akut karın ağrısı ile acil servislere müracaat eden hastaların yarısında ağrıların akut karınla ilgili olmayıp gastroenterit, menstrual rahatsızlıklar gibi sebeplere dayandığı tespit edilmiştir.

En yaygın akut karın nedeni akut apandisit, akut kolesistit, ince bağırsak obstrüksiyonu, perforated ülser ve divertikulit gibi durumlardır. Akut karın için acil servise başvuran yetişkinlerin yıllık insidansı nüfusa dayalı oranı 44/1000’dir(13). Akut karın ağrısı ile gelen hastaların cerrahiye gereği olan veya olmayan grupları karşılaştırılırsa her iki grupta ateş veya lökositozun bulunduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar sözü edilen faktörlerin cerrahi kriter olamayacağını düşündürmektedir. Yardımcı bir faktör olarak cerrahi problemler hastalarda ağrı daima bulantıdan öncedir. Aksi durum cerrahiye ihtiyaç olmayan hastalarda gözlenir.

Akut karın ağrıları için patognomik bir klinik sendrom laboratuvar veya röntgen bulgusu tanımlanmamıştır. Dolayısıyla şayet hastada cerrahi tedavi şartları varsa genellikle laparotomi endikasyonu da vardır.

Apandisit tanısı ile açılan hastaların % 10-20'sinde normal apandiks bulunmuştur.

Tanı hataları kadınlarda siktir. En sık yanlış tanı % 30 ile 20 yaş altı ile 50 yaş üzerindeki bayanlarda görülmektedir. En yaygın olarak akut salpanjit'in akut apandisit gibi tanı ile hatalı operasyona ihtiyaç duyulmaktadır. Akut karın ağrılarında erken tanıyı önlemesi, bulguları ortadan kaldırması ve olayı sürüncemede bırakması nedeniyle analjezik kullanılmamalıdır. Öykünün dikkatli alınması ağrının şiddetini, karakter ve başlangıç zamanını belirlemede önemli ipuçları verir.

Akut karın sendromuna sebep olan ağrılar;

- 1- Ani başlayan
- 2- Hızlı
- 3- Kademeli oluşan olarak sınıflandırılabilir.

Ani başlayan ağrılar:

Çok ani başlar. Hasta olayın başlangıcını söyleyebilir. Hasta etiyolojik nedenlere bağlı olarak şoka girebilir. Abdominal hassasiyet perforasyon ve peritonit gelişmesiyle ortaya çıkabilir. Şiddetli ağrı ile beraber belirgin kana bulgularının olmayışı akut abdominal vasküler bir hastalığı simgeleyebilir.

Radyolojik inceleme; parasentez hastalığı belirleyebilir. Anjiyografi mezenterik damar lezyonlarını ortaya çıkarabilir. Ateş ve lökositoz ani oluşan ağrıların başlangıcında görülmezler.

Hızlı oluşan ağrılar:

Bir saatin üzerinde gelişmekte olup obstrüksiyon, inflamasyon, örneğin; apandisit, pankreatit, üreter taşı gibi olayların karakteristik görüntüleridir.

Hasta yatakta yatmayı tercih ediyor ise peritonit mevcuttur. Eğer hareketleri yavaş ve yorgun ise biliyer kolik, intestinal obstrüksiyon gibi visseral ağrılarının olduğuna hükmedilir. Üst karın ağrıları genellikle akut kolesistit, pankreatit veya perforpeptik ülseri düşündürür. Karının orta bölgesindeki ağrılar ise apandisit, intestinal obstrüksiyon veya mezenterik vasküler lezyonları gösterir. Alt karın ağrıları apandisit, divertikülit, üreter koliği, dış gebelik veya torsiyone over kistinden kaynaklanabilir. Lokalize olmuş ağrılar apandisit, kolesistit, divertikülit veya pankreatitten kaynaklanabilir. Bazı durumlarda oluşan hassas kitle bulguları lokalize olmuş perforasyonu veya apandisit, kolesistit, divertikülit sonucu oluşan iltihabi olaylara bağlı meydana gelebilir. Sağ alt kadran ağrısı, Mc Burney noktasında gözleniyorsa apandisit önemle akla gelmelidir. Kusma genellikle ağrı ile başlar, kusma safrsız ise pilor fekaloid ise orta veya üst intestinal obstrüksiyonu gösterir. Cerrahi ağrılar genelde kusmadan önce oluşur.

Fizik incelemede tüm hernia orifisleri tam olarak muayene edilmelidir. Özellikle şişman hastalarda bu durum gözden kaçabilir. Hastalarda 38°C ateş gözlenebilir. Divertikülit, apandisit, kolesistit dışında titreme ve ateşin 39°C den fazla olması alışılmış değildir.

Kademeli ağrı:

12–24 saat içinde doruk noktasına ulaşır. Semptomların yavaş gelişmesi klinisyeni yanlış düşünce içine itebilir. Bu yüzden başarılı erken tanı için birkaç

saat içinde muayenenin tekrar edilmesine ihtiyaç vardır. Akut karını olan hasta ile karşılaşan klinisyen için bazı pratik görüşler mevcuttur.

Bunlar;

1-Göğüs hastalıkları akut karın ile karışabilir. Pnömoni, pnömotoraks, akciğer embolisi, miyokard enfarktüsü ve konjestif kalp yetmezliği daima dikkate alınmalıdır.

2-Akut karın ağrısının ilk 12 saati içinde muayene yapılırsa apandisit bulguları tam olarak oluşmamış olabilir. Hasta sık aralıklarla değerlendirilmeli ve ne zaman beklenmeyen bir kötüye gidiş olursa önceki yargılar askıya alınarak eksploratif laparotomi yapılmalıdır.

3-Serum amilaz seviyesine bakılmadan pankreatit tanısı ekarte edilmemelidir. Şayet pankreatit ihtimali tanısı olan hastaların durumu tedaviye rağmen kötüye gidiyor ve koledok taşı ile beraberliği düşünülüyor ise endoskopik papillotomi veya cerrahi tedavi gerekebilir. Sarılığın varlığı her zaman olmasa bile koledok taşını akla getireceğinden kötüye giden hastalarda ERCP ve papillotomi planlanmalıdır.

4-Dizüri ile akut karın ağrılarına sebep olan piyelonefrit; intestinal obstrüksiyon, kolelitiazis veya apandisit ile karışabilir, idrar tahlili tanı koymada önemlidir.

5-Perfore peptik ülserli hastaların %25'inde bulgular atipik olabilir veya radyolojik incelemede serbest hava apandisit, idrar yolları enfeksiyonu, pelvik inflamatuvar hastalıkları akla getirebilir. Perforasyon bölgesinin destek dokuları veya inflamasyon materyali ile sıkıştırılması bu sonuçları yaratacağı gibi ağrının sağ yan veya alt bölgelere yayılımına vesile olabilir.

6- Akut mezenter enfarktüslerinde cerrahi en etkili tedavi olmasına rağmen erken tanı oldukça zordur. Laboratuvar ve muayene bulguları tanı için yeterli olmayabilir. Kanama ve gizli kan mevcudiyeti geç bulgulardır. Anjiyografi için hasta seçimi oldukça güçtür. Ağrısı sebat eden yaşlı hastalarda anjiyografi gereklidir.

7-Visseral ağrısı olan ve intestinal obstrüksiyon, hassasiyet veya kitle bulgusu olmayan hastalarda erken tanı koymak güçtür. Genellikle mezenterik vasküler tıkanmalar, volvulus, fitik boğulmaları, safra taşına bağlı ileuslar bu özellikleri taşır. Bu hastaların %50'sinde cerrahi tedavinin geciktiği gözlenmektedir.

8-Spontane dalak, hepatik tümör, anevrizma veya dış gebelik rüptürlerinde kanamaya bağlı hipovolemik şok oluşur. Böyle hastalara volüm desteği ile acil laparotomi gerekmektedir.

9-Özefagus rüptürlerinde genellikle karın ağrısı olacağından tanı gözden kaçabilir. Bu nedenle selektif radyolojik incelemeler yapılmalıdır.

10-Bazı özel durumlarda radyolojik incelemeler büyük avantaj sağlayabilir: intravenöz piyelografi üreter taşlarını, üst gastrointestinal sistem grafileri ince bağırsağın mekanik uçuşlarını, kolon grafisi volvulus veya invajinasyonu, "HIDA scan" akut kolesistit'i gösterebilir.

Gebelik ve Puerperium Sırasında Akut Karın

Gebelik ve puerperium durumlarında akut karın ağrısı özel problemler oluşturur. Bu tablo içinde genişlemiş uterus diğer karın içi organlarının yerlerini değiştirerek mekanik ağrı yapabilir. Hamilelerin % 0.2'sinde acil laparotomi endikasyonu oluşmaktadır. Bunların üçte biri negatif, dörtte biri spontane düşük şekline bağlıdır. Hamilelik sırasında oluşan apandisit genişlemiş uterus tarafından bası sonucu sınırlanabilir. Bu durum sponta düşük oluşmasına zemin hazırlar. Uterus boşaltıldığında apandisit'te uterus basısı kalkacağından serbest perforasyon ve peritonit ciddi bir tehlike oluşturur.

Apandisit hamilelikte en yaygın cerrahi endikasyondur. Oysa görülüş sıklığı hamile olmayan bayanlardan farklı değildir. Bu hastalarda apandisite bağlı mortalite hızı % 20'dir. Perforasyonda % 14, komplike olmayan apandisitte % 2'dir.

Over kistinin torsiyon veya rüptürü, kist içine kanama gözlenebilir. Gebelikte laparotomi uygulanan hastaların % 40'ı bu sebeplere bağlıdır. Kolesistektomi büyük problem yaratmaz. Genel olarak hamilelik sırasında akut karın tanısı güçtür ve bu yüzden peritonite bağlı mortalite oranı artmaktadır. Şayet cerrahi tedavi gerekliliği ciddi şekilde düşünülüyor ise ameliyat uygulanmalıdır. Dış gebelik kadınlarda akut karın nedeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Doğumdan birkaç gün sonra oluşan akut karında doğru tanı koymak oldukça güçtür. Akut apandisit, intestinal ve psödo-koion obstrüksiyonu sıkça gözlenebilir. Dikkatli anemnez ve özellikle rutin laboratuvar ve görüntüleme batın USG yapılması tanı ve ayırıcı tanı için yararlıdır.

3.1. Anemnez:

Anamnez dikkatle alınmalıdır. Karın ağrısının lokalizasyonu, şekli, yayılımı önemlidir. Gastrointestinal sistem, üriner sistem, safra kesesi ve yolları, salpinks gibi içi boş organların ağrıları kolik ağrı olarak adlandırılır. Zaman zaman şiddetlenen ve aralıklarla rahatlama periyotları olan ağrılardır. Bununla birlikte mide duodenum perforasyonlarında, akut apandisit rüptüründe ve akut pankreatitte stabil yani devamlı keskin bir ağrı vardır (61).

Ayrıca hastaya ağrı kesici kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ağrının yeri, başlama zamanı, başlama zamanıyla bulantı ve kusmanın ilişkisi açıklığa kavuşturulmalıdır. diare veya konstipasyon epizotlarını da içeren detaylı bağırsak alışkanlıkları sorgulanmalıdır. Ağrını karakteristiğini ortaya çıkarmak için öğrenilmesi gerekenler: zamanı, lokalizasyonu, yoğunluğu ile ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerdir. Birlikte var olan ateş, titreme, mide ekşimesi, aşırı gaz çıkarma ve geçirme, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı karın ağrısının altında yatan nedeni ortaya çıkarmak için önemli ipuçları verir. Gaita karakteri de özellikle renk ve kan mevcudiyeti açısından sorgulanmalıdır. Kanlı diare enfeksiyöz enterokolit veya inflamatuvar bağırsak hastalığını gösterirken, klasik 'kuşüzümü jeli' dışkı intussepsiyonu gösterir (15,16).

Geçmiş medikal öykü sarılık veya karaciğer hastalığı, ülser, geçirilmiş abdominal cerrahiler ve travmayı içermelidir. Daha önce orak hücreli anemi, porfiri veya Ailevi Akdeniz ateşi gibi tanılarla hastaneye yatış araştırılmalıdır. Önceden PID, intrauterin alet kullanımı, tubal ligasyon öyküsü ektopik gebelik riskini akla getirmelidir(16).

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

Şiddetli periton irritasyonu, mezoda gerilme ve bağırsaklardan toksik madde emilimini akla getirir. Kusmanın tarzı içeriği ve sıklığı önemlidir. Miktarı fazla sulu diare gastroenterit veya akut karın diğer dahili nedenlerinin özelliğidir. Kanlı diare, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, basilli veya amipli dizanteride olur (17).Kabızlık her zaman intestinal obstrüksiyon için kesin bir bulgu değildir.

Fakat eğer progresif, ağrılı bir abdominal distansiyon veya tekrarlayan kusma mevcutsa, obstipasyon halinde kuvvetle mekanik bağırsak tıkanıklığını akla getirir.

3.2.Fizik Muayene:

Hastaların tam ve düzenli fizik muayenesi yapıp yalnızca karın üstüne konsantre olmaktan kaçınılmalıdır. Ayrıca, ayırıcı tanı ile ilgili ihtimalleri ekarte etmek veya doğrulamak için özel olarak bazı bulgular aranmalıdır.

1- Genel gözlem: Genel gözlem, klinik durumun şiddeti ile ilgili oldukça güvenilir bilgi vermektedir. Hastaların çoğu ne kadar rahatsız olurlarsa olsunlar genelde sakindirler. Visseral ağrı ile kıvranan hastalar (örneğin; intestinal veya üreteral kolik) ile parietal ağrı çeken (örneğin; a.apandisit, jeneralize peritonit) hareketsiz hastalar bir tezat oluştururlar.

2- Sistemik belirtiler: Sistemik belirtiler akut karına neden olan hızlı ilerleyen veya ilerlemiş hastalıklara eşlik ederler. Belirgin solukluk, taşikardi, takipne ve terleme majör intraabdominal kanamaya işaret eder (örneğin; aort anevrizması veya dış gebelik rüptürü). (31).

Ekstraabdominal durumlar hızla ekarte edilmelidir, fakat intraabdominal bir olayın karakteri yalnızca laparotomi ile ortaya çıkarılabilir.

3- Ateş: Divertikülit, akut kolesistit ve apandisit gibi iltihabi olaylarda hafif bir ateş olağandır. Genç bir kadında sistemik bir bulgu olmadan alt karında hassasiyetle birlikte görülen yüksek ateşte akut salpenjit akla gelir. Dizoryantasyon veya ekstrem letarji ile birlikte çok yüksek bir ateş (> 39°C) dalgalı ateş veya üşüme, titreme septik şok başlangıcını gösterir.

4-Karın Muayenesi:

a) İnspeksiyon: Karın palpasyondan önce dikkatle gözlenmektedir. Karın daha önce yapılmış bir ameliyat nedeniyle çok gergin oluşu adezyona bağlı ince bağırsak tıkanıklığını gösterir. Kayık gibi sert bir karın perfore ülserde; karında görülebilen peristaltik hareketler ilerlemiş bağırsak tıkanıklığı olan zayıf kişilerde; yumuşak hamur gibi şiş bir karın ise erken paralitik ileus veya mezenter trombozunda görülür. Yaygın peritonitlerde ve kosta kırıklarında, diafragma hareketi yoktur ve alt kostal kaslar da solunuma iştirak etmezler. Yani yüzeysel ve sık solunum vardır (13).

b) Oskültasyon: Karın oskültasyonu palpasyondan sonra yapılmalıdır. Kolik ağrısıyla eş zamanlı olarak duyulan bağırsak sesleri ince bağırsak tıkanması ve akut pankreatitte duyulur. Bunlar gastroenterit, bağırsak bozukluğu ve fulminant ülseratif

kolitteki ağrıyla ilişkili olmayan yüksek tondaki bağırsak seslerinden farklıdır. Seyrek duyulan çınlama veya gıcırtya benzer seslerin dışındaki sessiz bir karın geç dönemdeki bağırsak tıkanıklığı veya diffüz peritonite işaret eder. Bu üç örnek dışında paralitik ileus ve diğer durumlardaki değişik dinleme bulguları spesifik bir tanı için yetersiz kalmaktadır.

c)Perküsyon: Perküsyonla hassasiyet rebound tendernes ile eş anlamlıdır; her ikisi de periton irritasyonu ve parietal ağrıyı yansıtır. Organ perforasyonunda diafragma altında serbest hava toplanması karaciğer matitesini yok edebilmektedir. Distantü bir karında orta hatta yakın olarak timpanizm alınması gergin bağırsak ansları içinde havanın sıkışıp kaldığını gösterir. Serbest periton sıvısı ise yer değiştiren matite ile gösterilebilmektedir.

d)Palpasyon: Hasta rahat bir vaziyette sırtüstü yatarken uygulanır. Bu sırada insizyonel ve periumblikal fitıklar kaydedilmelidir. Karındaki defans, her iki el karın kasları üstüne konup yumuşak bir şekilde bastırmakla tayin edilebilir.

Eğer bu işlem doğru yapılırsa hasta için ızdırap verici olmaz, istemli kas kasılması mevcutsa hasta ağzından derin derin soluduğu takdirde kaslar gevşeyecektir, gerçek bir spazmda ise kaslar solunum süresinde gergin ve tahta gibi sert kalacaktır.

Nadir görülen nörolojik bozukluklar, renal kolik ve bilinmeyen bazı nedenler dışında yalnızca periton inflamasyonu(efferen motor liflerin refleks afferent uyarımı ile) rektus kasında rijiditeye neden olur.

Akut karın ile gelen bir hastada belki de en önemli bulgu, lokalize periton inflamasyonu gösteren hassasiyettir. Hasta öksürtüldüğü zaman ortaya çıkan hassas bölgeye en uzak mesafeden başlayıp bir veya iki parmakla bu bölgeye doğru yaklaşarak hassasiyetin şiddeti ve yaygınlığı tespit edilebilir. Hassasiyet, akut kolesistit, apandisit, divertikülit ve akut salpenjitte genellikle iyi sınırlıdır. Eğer hastada defansın eşlik etmediği diffüz bir hassasiyet varsa gastroenterit veya diğer bazı iltihabi bağırsak hastalıkları akla gelir. Abdominal kitleler genellikle derin palpasyonla tespit edilirler. Gergin bir safra kesesi veya apandiks apsesi gibi hassas ve yüzeysel lezyonların sınırları genellikle belirgindir.

Eğer defansın akut iltihaplı bir safra kesesini maskeleydiğinden şüphe edilirse sağ subkostal bölge hasta derin derin solurken palpe edilmelidir. Bu sırada şiddetli ağrı

nedeniyle hasta birden nefesini tutar (Murphy belirtisi) veya diafragmanın aşağı itmesiyle safra kesesinin fundusu parmakla hissedilebilir. Gergin bir safra kesesi veya apandiks absesi gibi hassas ve yüzeysel lezyonların sınırları genellikle belirgindir. Eğer defansın akut iltihaplı bir safra kesesini maskeleydiğinden şüphelenilirse sağ subkostal bölge hasta derin derin solurken palpe edilmelidir. Bu sırada şiddetli ağrı nedeniyle hasta birden nefesini tutar (Murphy belirtisi) veya diafragmanın aşağı itmesiyle safra kesesinin fundusu parmakla hissedilebilir.

Daha derindeki kitleler ise karının arka veya yan duvarına ait olup kısmen üstündeki omentum ve ince bağırsaklarla çevrilidir. Sonuçta palpasyonla sınırları tam olarak belli olmayan bu kitlelerden yalnızca künt bir ağrı meydana gelir. Bu tür lezyonlara pankreatik flegmon ve aort anevrizması rüptürü örnek olarak gösterilebilir.

Bir kitle eğer direkt olarak ele gelmezse mevcudiyeti başka yöntemlerle ortaya çıkartabilmektedir. Perinefritik apse veya perfore Crohn enteritinin neden olduğu psoas absesi, kalça eklemi pasif olarak gerildiği veya bir dirence karşı aktif olarak fleksiyon yaptığı zaman ağrıya neden olur (İliopsoas belirtisi). Benzer şekilde fleksiyon halindeki uyluk iç veya dış rotasyon yaptığı zaman obturator kanaldaki bağırsak ansına bası olur (obturator fitiği) ve ağrıya neden olur (obturator testi).

Kosta yayında yumrukla oluşturulan hassasiyet diafragma, dalak, karaciğer veya komşu organlardaki iltihabi bir durumu gösterir. Hepatik, splenik veya subfrenik bir apsede de görülebilen bu durum akut kolesistit, akut hepatit veya dalak enfarktüsünde de sıktır. Kostavertebral açı hassasiyeti ise akut piyelonefritte sık görülür. Bu özel belirtiler her zaman aynı şekilde görülmedikleri için yalnızca öykü ve fizik muayene bulguları arasında bağlantı kurmada faydalıdır.

e) Inguinal ve femoral halkalar: Erkek genital organı: Her iki cinste de inguinal ve femoral halkalar ile erkek genitelyası da dikkatle muayene edilmelidir.

f) Rektal muayene: Akut karın ile gelen hastalara mutlaka rektal muayene yapılmalıdır. Rektal muayene batın muayenesinin önemli bir parçasıdır (19). Karında diffüz bir hassasiyet genellikle non spesifik, fakat tek taraflı bir rektal hassasiyet pelvik apandisit veya pelvis absesine bağlı pelvik irritasyonu gösterir. Rektum tümörü, kanlı gaita veya gaitada gizli kan da diğer faydalı bulgulardır.

g)Pelvis muayenesi: Pelvis muayenesi önemle üstünde durulması gereken bir konudur. Akut karınla gelen katan hastalarda, özellikle genç yaş gruplarında erkeklerden daha sık yanlış tanı konabilmektedir. Eksiksiz yapılmış da olsa pelvis muayenesi operasyon gerektirmeyen akut pelvik inflamatuvar hastalıklar ile akut apandisit, over kisti torsiyonu ve tubo-ovarial apseleri birbirinden ayırmada genellikle yetersiz kalmaktadır.

3.3.Tanı:

Akut karın tanısında öykü, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri ayrı ayrı çok önemli tanı imkânları sağlar. Tüm tanı vasıtaları dikkatli bir sentez içinde değerlendirilerek doğrulanmalıdır (17). Akut karın ağrısının tanısında öykünün istisnai değeri vardır. Ağrının başlangıcı, şiddeti, yayılışı bazı fizyolojik olaylarla ve pozisyonla ilgisi ağrının süresi dikkatle sorulmalıdır. Yakın zamanda alınan ilaçlar ve kazalar dikkate alınmalıdır

Akut karın ile gelen vakaların 2/3'ünde öykü ve fizik muayene ile tanı konabilmektedir. Destekleyici laboratuvar ve radyolojik muayeneler, birçok cerrahi durumun tanısı, operasyon gerektirmeyen birçok medikal durumun ekarte edilmesi ve preoperatif hazırlıklara yardım açısından zorunludur. Spesifik bir tanının yokluğunda bile hasta bakımı ile ilgili akılcı bir karar verilmesini sağlayan yeterli bilgi genelde mevcut olabilmektedir. İlave çalışmalar ise ancak tedavi ile ilgili kararlarda, anlamlı düzeltmeler yapabildikleri veya onları değiştirebil dikleri takdirde değerlidirler. Bazı laboratuvar muayenelerinin güvenilirliği ve elde edilebilirliği her hastanede farklı olduğundan dolayı hekim tanıya gitmek için laboratuvar yöntemlerinin risklerini, maliyet ve zorluğunu mutlaka göz önüne almak zorundadır. Test sonuçları hastanın içinde bulunduğu klinik durum ile birlikte değerlendirilmelidir. Bir kural olarak temel laboratuvar muayeneleri her hastaya özellikle de ümitsiz hastalara mutlaka uygulanmalıdır, diğer daha az önemdeki testler ise gerekirse sonradan istenebilmektedir

3.4.Laboratuvar:

1)Kan Testleri: Hemoglobin, hematokrit ve beyaz küre sayımları oldukça iyi bilgiler verir. Beyaz kürede bir artış veya belirgin lökositoz, periferik yaymada sola kayma da varsa ciddi bir enfeksiyonu gösterir. Hem medikal hem de cerrahi iltihabi

durumlarda görülen orta derecede bir lökositoz genellikle nonspesifiktir, ayrıca yaşlı ve debil hastalarda enfeksiyon olsa bile görülmeyebilmektedir. Özellikle hipovolemi olması beklendiği zaman (şok, şiddetli kusma ve ishal, karın distansiyonu veya belirtilerin başlangıcından sonra uzun süre geçtiği zaman) serum elektrolitleri, üre ve kreatinin çok önemlidir. Hipotansiyon, jeneralize peritonit, pankreatit, iskemik bağırsak ve septisemili hastalarda arteryel kan gazları tayini yapılmalıdır. Daha önceden akla gelmeyen metabolik asidoz ciddi bir durumun ilk belirtisi olabilmektedir. Aort diseksiyonundaki karın ağrısının yanı sıra disseke olan vasküler yapının ilgili organdaki sonuçları, kan tablosuna yansiyacağı ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken acil bir durum olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

Yükselmiş serum amilaz düzeyi ise akut pankreatit tanısını doğrulayıcı niteliktedir: Amilaz düzeyinde yükselme ayrıca strangüle veya iskemik bağırsak, over kisti torsiyonu veya peptik ülser perforasyonunda da görüldüğünden ayırıcı tanıda dikkatli olunmalıdır. Hepatobiliyer bir hastalıktan şüphelenildiği zaman karaciğer fonksiyonu testleri (serum bilirubin, alkalen fosfataz, ALT, AST, albümin, globülin) karaciğerin cerrahi hastalıklarını dahili olanlardan ayırmaya ve altta yatan parankim hastalığının önemini anlamaya yarar. Eğer hasta anemnezinde muhtemel bir hematolojik bozukluk (siroz, peteşi) hikâyesi veriyorsa pıhtılaşma testleri (trombosit sayısı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı) ve periferik yayma istenmelidir. Akut karında sıklıkla non spesifik olarak yükselen sedimantasyon hızı ciddi bir durumu hiçbir zaman ekarte ettirmez.

2)İdrar Tetkiki: Hastalarda hiperbilirubinemi olduğu zaman sallanınca köpüren çay renginde idrar oluşur. Üreteral kolik veya üriner sistem enfeksiyonlarında görülen mikroskobik hematüri veya pyüri hastayı gereksiz acil bir operasyondan korur. Stick'lerle yapılan idrar tahlilleri de (albümin, bilirubin) akut karına sebep olan medikal bir nedeni cerrahi hastalıklardan ayırabilmektedir.

3)Gaita Analizi: Gastrointestinal kanama akut karında sık görülen bir durum olmamakla beraber her hastaya rutin olarak gaitada gizli kan testi mutlaka yapılmalıdır. Test sonucunun pozitif çıkması kronik anemiye neden olabilecek mukozal bir lezyonu veya gizli kalmış bir kanseri gösterir. Gaitadaki bakteri parazit

ve yumurtaları ortaya çıkarmak için yapılan dışkı yaymaları kanlı ve mukuslu diarezi olan hastalarda amip trofozoitlerini gösterebilmektedir.

3.5. Radyolojik Muayeneler:

a)P.A. Akciğer Grafisi: Akut karın ile gelen her hastadan mutlaka akciğer grafisi istenmelidir. Bu preoperatif değerlendirme açısından gerekli olduğu gibi aynı zamanda akut abdomeni taklit eden diafragma üstü lezyonları da gösterir (Örnek: Bazal pnömoni). Yükselmiş bir hemidiafragma veya plevral efüzyon ise subfrenik iltihabi lezyonlara dikkati çeker.

b)Direkt Batın Grafileri: Duruma göre hastalara yatarak ve ayakta direkt karın grafileri (veya zayıf hastalarda lateral dekubitus grafileri) çekilmelidir. Akut karın ile gelen hastaların %40'ında genellikle radyolojik anormallikler mevcuttur, fakat bunların yarısı tanı yönünden anlamlıdır. Belirgin bir abdominal hassasiyeti veya distansiyonu olan veya bağırsak tıkanıklığı, bağırsak iskemisi, organ perforasyonu, böbrek veya üreter taşı veya akut kolesistitten şüphelenilen hastalardan direkt batın grafileri mutlaka istenmelidir Akut karın ağrılı hastalardaki direk grafiğinin sensitivitesi %64, spesifitesi %68' dir.(13). Direk karın grafisi (DKG) veya dekubit pozisyonunda grafi çekilecek olan hasta, ayakta veya dekubit pozisyonunda 5–10 dakika bekletilirse sensitivite yükselir. Bu metot kullanılarak 1–2 cm³ hava bile tespit edilebilir (20).

Ayakta direkt karın grafisinde içi boş organlarda gaz birikmesi; diafragma altı, safra yolları ve bağırsak duvarı dışındaki serbest veya normal hava solid organların kontürü ve peritoneal yağ çizgileri; radyopak oluşumlar iyice gözlenmelidir.

Bağırsaklarda anormal gaz birikimi paralitik ileusu, mekanik bağırsak tıkanıklığı veya psödo-obstrüksiyonu gösterir, özellikle bağırsak seslerinin yokluğunda, ampulla rektiyi sınırlayan hava ile birlikte bağırsaklarda diffüz gaz birikimi paralitik ileusa delalet eder. Bir kural olarak bağırsak tıkanıklığında genellikle hava-sıvı seviyeleri görülürken, kolon tıkanmasında gergin bir çekum ve ince bağırsaklarda dilatasyon görülür. Uzun süreli bir akut apandisit veya atipik apandiks lokalizasyonu gösteren paralitik ileus kendini sağ alt kadranda ileusu şeklinde gösterebilmektedir. Bu radyolojik görünüm, daha önceden karın ameliyatı geçirmemiş kişilerde tanıyı apandisit veya ileoçekal bölgeyi tutan diğer lezyonlar (iltihabi hastalıklar) lehinde

destekler niteliktedir. Kolon duvarında parmak izi görünümü iskemik kolitli hastaların yarısında gözlenmektedir.

Hemidiafragma altında serbest hava aranmadıkça gözden kaçabilmektedir. Perfore ülserlilerin yaklaşık % 80'inde bu durumun görülmesi klinik tanıyı destekleyici niteliktedir. Serbest kolon perforasyonlarında ise masif pnömoperitoneum gözlenmektedir.

Safra yollarında hava görülmesi halinde geçirilmiş papillotomi, koledoko enterostomi ve spontan koledokoduodenal fistül düşünülmelidir. Portal venöz sistem boyunca gözlenen hava ise pyleflebitis için karakteristiktir. Ayrıca incebağırsak lupları arasında gözlenen hava ise küçük, lokalize perforasyonları gösterir. Psoas kası kontürünün silinmesi veya böbrek kontüründe büyüme retroperitoneal bir hastalığı gösterir. Karakteristik görünüm ve yerleşime sahip radyopak dansiteler safra yolları, böbrek veya üreter taşı; apandisit veya aort anevrizması ile ilgili klinik şüpheleri doğrulayıcı niteliktedir. Pelvisteki phlebolitler her zaman tanınabilmekte iken göç etmiş bir safra taşı ileusunda görülen safra yollarındaki hava veya ince bağırsaklardaki distansiyon atlandığı takdirde kalifiye lenf bezleri ile sıklıkla karışa bilmektedir.

c)Anjiyografi: İntestinal iskemi veya intraabdominal kanamadan şüphelenilen durumlarda anjiyografi çekmek gerekir. Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi görüntüyü engellediği için anjiyografi daha önceden çekilmelidir. Selektif viresal anjiyografi mezenter enfarktüsünün tanısında güvenilir bir yöntemdir. Acil anjiyografi ile rüptüre karaciğer adenomu, karsinomu veya rüptüre splenik arter anevrizması veya herhangi bir organ arteri yırtılması gösterebilmektedir. Aort anevrizması rüptürü veya aşikâr peritoneal bulgulara (peritonit) anjiyografinin değeri azdır. Derin şok veya sepsise girmiş genel durumu kötü hastalarda ise anjiyografi kontrendikedir.

d)İlaçlı radyolojik çalışmalar: Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi rutin bir görüntüleme yöntemi değildir. Bunlar yalnızca kontrast görüntüleme ile doğrulanıp tedavi edilebileceği düşünülen özel durumlarda yardımcı olmaktadır. Pnömoperitoneum olmadan özefagus veya gastroduodenal bölgedeki

şüpheli perforasyonlarda suda erir kontrast maddeler tercih edilmelidir. Perforasyon şüpheli hastalarda intraluminal suda çözünen kontrast madde verilmesi de sensitiviteyi yükseltir (21).

Eğer bağırsak perforasyonuna ait klinik bulgu yoksa rektal yolla verilen baryum tıkanıklığın düzeyini belirleyebilmekte, hatta sigma volvulusu veya invajinasyonu düzeltilebilmektedir. Non travmatik hematüri nedenlerini değerlendirmede nadiren acil İVP gerekebilmektedir. Sarılık ve akut kolesistitten şüphelenilen hastaların değerlendirilmesinde ultrasonografi, HIDA scan ve ERCP yapılması yararlıdır.

e)Ultrasonografi ve CT scan: Ultrasonografi, ülser veya bağırsak tıkanmasına bağlı ağrıdan farklı yukarı karın ağrılarını değerlendirmede ve abdominal kitleleri araştırmada faydalı bir yöntemdir. Aşikâr bir peritonit tablosu göstermeyen stabil hastalarda ultrasonografi ancak direkt batın grafileri incelendikten sonra istenmelidir. Bu yöntem en çok akut kolesistit veya kolanjit, pankreatit, A.apandisit(19), karaciğer veya karın içi apseleri, retroperitoneal ve pelvik kitlelerin tanısında çok faydalıdır. Son 10 yılda yapılan 3358 hastayı kapsayan 17 çalışmanın metaanalizinde USG ile apandisit teşhisinin sensitivitesi %68- 93 ve spesitivitesi, %73 –100 olarak rapor edilmiştir (22). Özellikle gebe hastalarda, hastayı herhangi bir radyasyon tehlikesine maruz bırakmaksızın atipik semptomları açıklayabilmektedir. Ultrasonografiden BT teknolojisinde en büyük gelişmeler spiral BT ve Voyager programlı BT'lerdir. Spiral BT ile solunum hareketlerinden kaynaklanan yanlışlıklar en aza indirgenebilmiştir.

Voyager programlı BT'ler ise BT görüntüleri bilgisayarca yorumlanarak endoskopi görüntüleri gibi, istenen içi boş organın intraluminal görüntüleri elde edilmektedir. Ayrıca spiral BT anjiyografi ile torakoabdominal aorta, renal arterler, pulmonary arterler, hepatik portovenöz sistemler, superior ve inferior mezenter arterlerin konvansiyonel anjiyografilerindeki gibi iyi sonuçlar alınabilmektedir (23).

Yüksek maliyeti, bağırsak ve solunum hareketlerinden etkilenmesi, uzun sürmesi birçok hastanede bulunmaması, klostrofobi, kalp pili ve başka metal implantları olan hastalarda kullanılamaması Magnetik Resonans Imaging (MR)'ın akut karınlı hastalarda kullanımının yaygın olmasını engellemiştir. McGehee ve arkadaşlarının

yaptığı bir çalışmada künt batın travmalarında MR'ın BT'ye bir üstün olmadığı bulunmuştur (24).

MR kolanjiopankreatografisi son yılların önemli yöntemlerinden birisidir. BT ve USG ye göre sensitivite ve spesifisite'deki üstünlüğü ve Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography (ERCP)'ye göre ise noninvaziv olması nedeniyle yararlıdır. Ancak MR kolanjiopankreatografisinde safra yollarındaki 5 mm 'den küçük taşların saptanmasında sorunlar vardır. Ayrıca ERCP yapılırken aynı seansta gerekli endoskopik cerrahi işlemleri uygulayarak hastaların kliniklerinde dramatik iyileştirmeler sağlanması ve 2-5 mm 'lik safra taşlarında bile duyarlılık, ERCP ve endoskopik cerrahinin belli grup hastada "gold standart" olarak kabul edilmesine yol açmıştır. Laparoskopi tanı ve tedavide son yılların en gözde uygulamalarındandır. Diagnostik laparoskopi (DL) ile ilgili birçok çalışma yayınlanmış ve çok olumlu sonuçlar bildirilmiştir (25,26). Berci ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada künt abdominal travmalı hastalarda iv sedasyon ve lokal anestezi ile yapılan diagnostik laparoskopi sonuçlarına göre %19 hastada acil operasyon, %25 vakada klinik takip, %56 hastada ise erken taburcu kararı alınmıştır (47). Sözüer ve arkadaşlarının tanısı açıklanamayan 66 acil hastada DL ile yaptıkları bir çalışmada, %98 sensitivite ve %96 spesifisite değerleri bildirilmiştir (28). DL'nin en büyük handikabı %18'ler düzeyinde olan içi boş organ yaralanmalarındaki ve retroperitoneal yaralanmalardaki düşük sensitivitedir (29). DL'in iki tane kesin kontrendikasyonu vardır; hastanın batın ile ilgili halen radyoterapi alıyor olması ve immundeprese hastalar. Hamile kadınlarda düşük basınçla kullanımının güvenli olduğu bildirilmiştir (30). Ancak DL yapılan hamile kadınlarda laparotomiye göre fetal ölümlerin daha çok olduğu da bildirilmiştir (31).

f) Radyonükleik Taramalar: Karaciğer, dalak, HIDA ve Gallium taramaları intraabdominal apselerin lokalizasyonunda ve akut kolesistit tanısında çok faydalıdır.

5) Endoskopi: Kolon tıkanıklığı, masif rektal kanama veya rektal kitleden şüphe edilen hastalara proktosigmoidoskopi endikasyonu vardır. Prokto-sigmoidoskopi sırasında bağırsak ensüflasyonu için çok az miktarda hava kullanılmalıdır. Kolonoskopi ise sigmoid Volvolusu redüksiyonunun yanında aşağı gastrointestinal

sistem kanamalarında, kanama hafifledikten sonra kanamanın kaynağının tespitine de yaramaktadır. Üst endoskopi ve ERCP bazı özel durumlarda gerekebilir.

6)Parasentez: Serbest periton sıvısı olan hastalarda abdominal parasentez oldukça faydalı bilgiler sağlar. Kunt travmalardan farklı olarak ponksiyon akut karında periton lavajındaki kadar bilgi sağlayabilmektedir. En değerli bulgu serbest kan veya bulanık infekte asittir. Kan, safra ve bağırsak içeriğinin aspirasyonu acil laparotomi için kesin endikasyondur. Diğer yandan spontan bakteriyel peritonit tüberküloz peritoniti veya şiloz asit gibi durumlarda infekte asid aspirasyonu tanıya yardımcı olabilmektedir. Preoperatif Tedavi ve Laparotomi ilk değerlendirmeden sonra ağrıyı hafifletmek için narkotik analjezik kullanılmaktan kaçınılmamalıdır. Yeterli dozda narkotik ajan kullanımına rağmen devam eden ağrılarda cerrahi girişim gerektiren ciddi bir durumdan şüphelenmeliyiz. Medikal tedavi düşünülen nedene göre yapılmalıdır. Kalp ilaçları, kortikosteroidlerin kullanımı ve diyabetin kontrolüne özellikle dikkat edilmelidir. Antibiyotikler bazı infeksiyöz durumlarda veya preoperatif dönemde profilaksi amacıyla kullanılmaktadır.

Hematemezi olan veya bol miktarda kusan, paralitık ileus veya bağırsak tıkanıklığından şüphelenilen hastalara ameliyata girmeden önce nazogastrik tüp takılmalıdır. Bu hastalıklarda nazogastrik aspirasyon uygulanması ile klinik tablo tamamen düzelebilir. Akut pankreatitte hastanın ancak bulantı, kusma ve karında distansiyonu varsa nazogastrik sonda konulmalıdır. Alınan bu önlemler sayesinde öksürük refleksi kaybolmuş ilaç veya alkol entoksikasyonunda, komada ve debil hastalarda aspirasyon pnömonisi önlenebilmektedir.

Konstipasyon nadiren gerçek bir akut karına neden olmasına rağmen baryum ve laksatifler bağırsak tıkanıklığı ihtimali ekarte edilmedikçe kullanılmamalıdır. Tanı kesin olduğu zaman cerrahi girişim mutlaka uygulanır fakat bazı durumlarda kesin tanı koymadan önce karını açmak gerekebilmektedir. Akut karın ağrısı çeken hastalar arasında yaşı 65'ten yukarı olanlar (% 33) gençlerden daha çok operasyona maruz kalmaktadırlar. Sonuçsuz kalan inatçı sağ alt kadranda hassasiyeti hastalarda açıkça eksploratris laparotomi tavsiye edilmektedir. Sol üst kadranda ise, nedeni ortaya çıkarmak için daha ileri tetkikler gerektiğinden cerrahi girişim daha az uygulanmaktadır.

3.6.En Sık Rastlanan Akut Karın Nedenler

Akut Apendisit:

Akut karının en sık rastlanılan nedenidir. Önce epigastrium ve periumblikal bölgede, daha sonra sağ alt kadranda lokalize ağrı olur. İştahsızlık en sık ve ilk ortaya çıkan bulgusudur. Bulantı, kusma periton irritasyonuna bağlı olarak oluşur. Palpasyonla ağrı ve hassasiyet Mc Burney noktasında hissedilir. Perforasyon durumlarında ağrı hassasiyet ve musküler rijidite tüm batında görülür (32). Lökositoz sıklıkla vardır, ancak klinik takipte tablo ilerlerken lökositte azalma olurken C-Reaktif Protein'de artış olması laparotomiye işaret eden bir bulgudur (33). Teşhis ve tedavide son yıllarda laparoskopi sıklıkla kullanılmaktadır (34).akut appendisit tanısı almış vakalarda appendektomi ile morbitite %3,1 iken, tedavide geç kalınmış veya perfore appendisitde bu oran %47,2' dir (35). Akut apandisitinin erken dönemlerinde antibiyotik ile tedavi sağlanabileceği ileri sürülse de yapılan çalışmalarda antibiyotik tedavisinden %60 hastada başarılı sonuç alınmış (36).

Akut Kolesistit:

Semptomlar genellikle ağır bir yemekten sonra başlayan sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrium ağrısı ile karakterizedir. Ağrı tipik olarak sırta doğru yayılır. USG ile kese içinde taş tespiti, duvar kalınlaşması ve kese çevresinde sıvı koleksiyonunun izlenmesi ayırıcı tanıda önemlidir. Kolesistit atağının ilk 48 saatinde acil kolesistektomi önerilirken geciken subakut vakalarda konservatif tedavi sonrası elektif kolesistektomi uygulamaları en çok önerilen yaklaşımlardır. Laparoskopik yöntemler acil vakalarda da önerilmektedir. Akut kolesistit tedavisinde US ve floroskopi eşliğinde PK cerrahi riski yüksek hasta grubunda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile etkin ve güvenli bir yöntemdir. Perkütan kolesistostomi sonrası elektif cerrahi tedavi gerekliyse de, özellikle taşsız kolesistitte kesin tedavi yöntemi de olabilir (37).

Akut Pankreatit:

Ağrının kuşak tarzında bele doğru yayılması tipiktir. Hastalar öne doğru eğilerek ağrıyı azaltmaya çalışırlar. Serum amilaz değeri yükselmiştir. Tanı aşamasında USG ve BT çok yararlıdır. Safra taşları ve alkol tüm pankreatit olgularının %70-80'ini oluşturmaktadır. Geçmişte lipaz/amilaz oranının 2'den

büyük olması alkolik pankreatiti düşündürmekte ise de yakın zamanda yapılan çalışmalar bu oranın pozitif prediktif değerinin düşük olduğunu göstermiştir (38). Alanin aminotransferaz (ALT) değerinin 3 kat ve daha fazla yükselmesinin %95 oranında pozitif prediktif değer ile biliyer pankreatit tanısı koydurduğu gösterilmiştir (58). Hafif pankreatitli olgularda safra yollarındaki taş büyük oranla düştüğü için ERCP' ye gereksinim yoktur. Ancak biliyer obstrüksiyonu düşündüren kolanjit uzamış sarılık, bilirubin ve alkalin fosfataz (ALP) değerlerinde sebat eden yükseklik durumlarında preoperatif ERCP ve safra yollarında taş varlığında sfinkterotomi önerilmektedir. Biliyer obstrüksiyon düşünülmeyen olgularda elektif kolesistektomi sırasında intraoperatif kolanjiyografi önerilmektedir (39).

Meckel Divertikülü:

Meckel divertikülü gastrointestinal sistemde %1–3 oranında görülen en sık rastlanan konjenital anomalidir (40). Bağırsak duvarının tüm katlarını içeren gerçek bir divertiküldür. Meckel divertikülü omfalo-mezenterik kanalın intrauterin dönemde kapanmaması sonucu oluşmaktadır (41). İleoçekal valvin 60 cm proksimalinde ve antimesenterik yüzde bulunur(42). Preoperatif olarak komplikasyon gelişmemiş meckel divertikülü olgularında tanının konması oldukça zordur. Meckel divertikülü semptomsuz olup tesadüfen saptanabileceği gibi yaşamı tehdit eden çok ağır klinik tablolara neden olabilen komplikasyonlar ile karşımıza çıkabilir. Meckel divertikülü bulunan hastaların yaşamları boyunca ancak %3,7-%6.42'ü semptomatik olmaktadır (41.42.43).

Akut intestinal iskemi:

Bu tabloya neden olan etiyolojik faktörler arasında en sık görüleni, akut arteriyel trombozdur (%47). Bu patolojiyi sırasıyla, arteriyel emboli ve venöz tıkanma takip etmektedir. Akut intestinal iskemide, arteriyosklerotik kalp hastalığı hipertansiyon, mitral komissürektomi ameliyatı, serebrovasküler atak, aort anevrizması, iliak ve femoral arter tıkanması, amputasyon, iskemik kolit, akciğer kanseri, Hodgkin hastalığı ve siroz gibi hastalıklar yandaş hastalık olarak bulunmaktadır. Akut intestinal iskemi meydana gelen kişilerde başlıca şikayet karın ağrısıdır. Fizik muayenede genellikle abdominal distansiyon, musküler defans ve bağırsak peristaltizminde azalma meydana gelir. Eğer perforasyon ve sekonder

peritonit varsa, buna ait akut karın belirti ve bulguları ile septik şok görülür. 12000-20.000 /mm³ arasında bir lökositoz vardır (44).

Nonobstrüktif iskemide mezenterik damarlarda yaygın vazokonstriksiyon vardır. Bu olay, daha çok şok varlığında, akut pankreatit, akut myokard enfarktüsü, kardiyopulmoner by-pass veya büyük karın ameliyatları geçirenler ile devamlı dijital grubu ilaç kullananlarda olmaktadır (45).

Kesin tanı aracı mezenter anjiografidir. Ancak son yıllarda spiral BT eşliğinde yapılan anjiografiden ve lokal anestezi ile Düşük Basıncılı Diagnostik Laparaskopi tekniği ile çok başarılı sonuçlar alınmaktadır. Mezenterik arterde embolektomi endarterektomi, by-pass ve reimplantasyon ameliyatlarının uygulanması, bağırsakta nekroz meydana gelmemiş olan hastalarda düşünülmektedir (44).

Peptik Ülser Perforasyonu:

Akut karın nedenleri arasında en sık rastlanan sebeplerdendir (46). En tipik bulguları hastanın epigastrik bölgesinde bıçak saplanır gibi bir ağrı hissetmesi ve ağrının daha sonra latent döneminden sonra platoya ulaşır şiddetle seyretmesi, batin muayenesinde muskuler rijidite olması ve direkt karın grafisinde diafragma altında hava gölgesi olmasıdır. Ancak bu son belirtinin hastaların %60- 70'de bulunabileceği unutulmamalıdır. Bazı yazarlarca seçilmiş vakalarda non operatif tedavi önerilmekteyse de (47), Taylor ve ark. bu tür, duodenal ülserde % 11 ve gastrik ülserde ise %25 mortalite oranı bildirmişlerdir (48). Çoğu hasta perforasyonun basit kapaması ile tedavi edilirken, seçilmiş vakalarda Parietal Gastrik Vagotomi veya Bilateral Trunkal Vagotomi (BTV) + pyloroplasti yapılabilir. Son yıllarda laparoskopik olarak perforasyonu fibrin yapıştırıcı, omental patch, jelatin sponge, sütür veya bunların kombinasyonları ile tamir yöntemlerinden olumlu sonuçlar bildirilmektedir (49).

2.2.6.Ayırıcı Tanı

Hastaların yaşı ve cinsiyeti ayırıcı tanıda oldukça yardımcıdır. Akut karına neden olan durumlar genelde o yöredeki hastalık modellerini yansıtır. Dolayısıyla hastaların anamnezi hekime ayırıcı tanı ve ana tanı için yol gösterici nitelikte olabilir.

| Sağ üst katran sağ alt katran | sol üst katran | sol alt katran | |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|
| Kolesistit, bilier kolik,Kolanjit | A.Apandisit | Dalak rüptürü, | S.Diverkülü |
| Duedenal Ülser | A. Salpenjit | infarktı, | Crohn |
| Gastrit, | Dış gebelik | Splenomegali | A.salpenjit |
| Akut hepatit | rüptürü | Gastrik | Endometriozis |
| Akut konjestif | Over kist | P.ülser | Dışgebelik |
| Hepatomegali | torsiyonu | A.Pankreatit | kolit |
| Plörazi | M.Lenfadenit | Aort anevrizma | Overkist |
| P.emboli | İnkansere, | rüptürü | torsiyonu |
| Subdiaframatik | strangüle | Splenik arter | İnkansere |
| Abse | herni | anevrizması | strangüle |
| herpes zoster | Meckel divertikülü | Plevral reaksiyonlu | herni |
| A.Piyelonefrit | Gastroenterit | pnömoni | İnen kolan |
| A.Pectoris | Psoas absesi | P.emboli | perforasyonu |
| Musküloskeletal | Üreter taşı | Plörazi | Regional |
| Skeletal | | Musküloskeletal | ileit |
| Kaynaklı ağrılar | | kaynaklı ağrılar | Psoas absesi |
| | | herpes zoster | M.divertikülü |
| | | MI | Üreter taşı |
| | | Perikardit | Sistit |

Mezenter Lenfadenit:

Mezenterik lenf gangliyonlarında lenfadenit veya inflamasyon ve Peyer plaklarında ülserasyon sonucu, karın ağrısı ve ishal görülebilir. Peyer plaklarında ülserasyona bağlı karın ağrısı yanında kanlı ishal ve tifo benzeri klinik tablo da gelişebilir. Akut karını taklit edebilir (50).

Akut Gastroenterit:

En tipik özelliği ishal ataklarından önce ortaya çıkan hiperaktif bağırsak sesleri ve kramp tarzında karın ağrılarıdır. Batın muayenesi tipik akut karına göre daha rahattır. Yüksek ateş sıklıkla olur. Dizanterik formları daha toksiktir. Gayta

incelemesinde lökosit ve kırmızı küre bulunur. Dizanterik formlarının nedenleri Shigella, invaziv E.Coli, Salmonella, Yersinia, Entamoeba ve Clostridium Difficile, non dizanterik formlarının nedenleri Norwalk ajanı, Rotavirüs, Enterovirüs, Giardia, noninvaziv E.Coli 'dir (51). Özellikle daha önce bir karın cerrahisi geçirmiş hastalarda parsiyel ince bağırsak tıkanmaları ile karışabilir. Tedavi rehidrasyon, non viral formları için antimikrobiyal terapidir. Oral ciprofloksasin yararlıdır. Kesin mikrobiyal ajan belirlendikten sonra antibiyotik düzenlenmesi yapılabilir (51).

Dış Gebelik Rüptürü:

Alt karında ani başlayan ağrı ve karın içi kanamaya bağlı hipovolemi hatta şok ile karakterize bir tablodur. Çok güvenli olmasa da adet gecikmesi hikayesi ayırıcı tanıda yardımcıdır. Pelvik muayenede tuba ovarian kitlenin varlığı, kuldosentezde pıhtılaşmayan kan gelmesi önemli bir bulgudur. Ayrıca gebelik testinin (+) olması ve pelvik USG' de tanı aşamasında çok yararlıdır (52).

Pelvik İnflamatuvar Hastalık:

Hastada genellikle çift taraflı olsa da özellikle sağda ağrı vardır ve akut apandisit ile karışır (53). Bu hastalarda gastrointestinal sistem semptom ve bulguları daha siliktir. Karın bulguları çok yardımcı olmasa da pelvik muayenede serviksin çok hassas olduğu izlenir ve vagenden pis kokulu akıntı gelmesi de tanıda yardımcıdır (54).

İdrar yolu enfeksiyonu (İYE), nefrourolithiasis, testis torsiyonu, akut epididimit ve seminal vezikülit:

Ürolojik yapılar retroperitoneal veya preperitoneal bölgede yer aldıkları için viseral ağrı oluşur ve akut karın benzeri bir ağrı paterni oluşturabilirler. İYE'de lumbokostal hassasiyet, idrar tetkikinde lökosit ve/veya eritrosit, dizuri mevcuttur. Nefrourolithiasisli hastalar zaman zaman gelen ağrı dönemlerinde ağrılarının şiddeti fazladır. Bu dönemlerde bulantı ve kusmaları olabilir; ancak batın muayeneleri ürolithiasisin bulunduğu bölge haricinde genelde rahattır. Tanıda tam idrar tahlili, USG, spiral BT, ürografi, yatarak batın ve pelvik grafileri yararlıdır. Akut dönemde intra venöz pyelografinin yararı yoktur. 8 mm büyüklüğünün üzerindeki taşlar nadiren kendiliğinden düşerler. Testis torsiyonu, prostatit, akut epididimit ve seminal vezikülitin rutin sistemik muayene ile ayırıcı tanıları yapılabilir (55).

Crohn Hastalığı:

Gastrointestinal sistemin ağızdan anüse herhangi bir yerinde bir yada birden fazla segmentini tutabilen, transmural inflamasyonla karakterize, remisyon ve alevlenme periyodları ile seyreden, zaman zaman ekstraintestinal bulguların (artrit, üveit, ankilozan spondilit, hepatik komplikasyonlar, cilt bulguları) eşlik ettiği yangısal bir hastalıktır. Regionel enterit veya terminal ileit olarak da bilinir. Makroskopik olarak aralarında normal yapıda segmentlerin bulunduğu yama tarzında hastalıklı alanlar saptanması Crohn hastalığı için tipiktir. Klinik olarak darlık ve tıkanmalara yol açan fibrostenotik tip, inflamasyonun ön planda olduğu tip ve (serbest yada kapalı) perforasyona neden olup peritonit veya fistüllere neden olan tip olarak karşımıza çıkabilir (56). Fibrostenotik tip en yaygın olanıdır. Crohn hastalığı tanısı alan hastaların yaklaşık %75'inde ince bağırsak tutulumu gözlenir. Bunların da yarısında etkilenen bölge terminal ileumdur. Crohn hastalarının %12-35'inde dağınık yerleşimli fibrotik lezyonlar görülür (56). Medikal tedavide immün sistemi baskılayıcı steroid ve steroid dışı ajanlar, salisilat türevleri ve gerekli olgularda cerrahi tedavi uygulanmakla beraber Crohn hastalığının ne tıbbi ne de cerrahi halen bilinen küratif bir tedavi yöntemi yoktur (57).

İntraabdominal vaskülitler:

Bu tür hastalarda bağırsaklardaki serozal, intramural ve lüminal inflamasyon karında lokalize edilemeyen bir ağrı, hassasiyet, invajinasyona sekonder ve/veya kitle belirtisi, parsiyel obstrüksiyon, bazen de major kanama ve duvar nekrozu nedeniyle perforasyona yola açabilir.

Nedenler: Henoch-Schönlein Purpurası, Rocky Mountain Spotted Fever, Sistemik Lupus Eritematosus, Rheumatoid Vaskülit, Poliarteritis Nodosa ve Takayasu Arteritidir. Henoch-Schönlein Purpurası; genellikle streptokokal bir enfeksiyonu veya nonspesifik viral sendromları takiben 2-3 hafta içinde gelişir. Kesin nedeni bilinmemektedir. Otoimmün bir yanıtta da kaynaklanabilir. Karın ağrısı ön planda olabilir. Ancak eklem ağrıları, purpuralar ve nefrit hemen her zaman bulunur. Parsiyel obstrüksiyon, GİS kanama ve perforasyon açısından da dikkatle takip edilmelidir. Hasta kendi kendine remisyona girer. Ancak steroid tedavisi gerekebilir. Sistemik Lupus Eritematosus; kronik bir otoimmün bozukluktur. Vaskülit, yüzde

kelebek tarzı döküntü, intraabdominal vaskülit, glomerülonefrit ve perikardit yapar. Definitif tedavide steroidler, immunsupresifler ve antimetabolitlerden yararlanılır (58).

Ailevi Akdeniz Ateşi:

Ülkemizde nadir değildir. Otozomal resesif bir hastalıktır. Hastaların çocukluklarından itibaren 3-4 gün süren karın ağrısı ve ateşli dönemleri olur. Kesin patolojik mekanizma bilinmemektedir ancak serozal epitelde inflamatuvar süreçlerin spontan aktivasyonu ile ilişkili olabilir. Hastalarda sıklıkla menenjit, perikardium, eklemlerde ve plevrada inflamasyon olabilir. Kesin bir mekanizması bilinmeyen bir amiloidosis vardır. Yaygın peritonit nedeniyle, karın muayenelerinde yaygın hassasiyet, yer yer rebound, orta derecede de defans vardır. Akut apandisit ile çok karışır; hatta bu tür hastaların birçoğu hayatının bir döneminde apendektomi geçirmiş olabilir. Bu tür hastaları apendektomili olarak takip öneren otoritörler de vardır (59). Akut apandisitten, serumda fibrin, fibrin yıkım ürünlerindeki artış, hastanın öyküsü batındaki hassasiyetin lokalize olmaması ve tablonun fazla değişkenlik arz etmemesi ve inflamatuvar süreçlere göre daha ılımlı gitmesi ile ayrılabilir. 2-3 günlük takiple hastanın şikayetleri remisyona girer. Tedavide kullanılan kolşisin, protein tubuline bağlanır ve onun polimerizasyonunu ve böylece de lökosit migrasyonunu engeller. Atak başladıktan sonra kolşisin nadiren semptomları azaltır o nedenle tanı amaçlı kullanılamamalıdır profilaksiste etkilidir (60).

4-GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma acil servise başvuran karın ağrılı hastalarda, anamnez, fizik muayene rutin laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerini kullanarak cerrahi/non cerrahi batın ayırımı yapabilme ve anamnez, fizik muayene ile tetkiklerin korelasyonunu karşılaştırma, anamnez ve fizik muayenenin tanısal değerinin olup olmadığı araştırıldı.

Bu araştırma Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde tek merkezli, prospektif bir çalışma olup, etik kurul onayı alındıktan sonra Acil Tıp A.D'ında gerçekleştirildi. Acil servise son 7 (yedi) gündür devam eden karın ağrısı şikayetiyle başvuran, 18 yaş üzeri, gebe olmayan, GİS' ait herhangi bir malignensi hikayesi bulunmayan, travma öyküsü olmayan 150 hasta dahil edildi. Travmaya sekonder gelişen akut karın ağrısı, 18 yaşından küçük olma, gebelik durumu ve çalışmaya katılmayı reddetme dışlama kriterleri olarak belirlendi. Tüm analizler %95 güven aralığında yapıldı ve p değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

Çalışma Protokolü:

1. aşama: Akut karın ağrısı ile acil servise müracaat eden ve kriterlere uygun olan hastaların, onam formu ile rızaları alındı. Çalışma formu ile hastalığın değerlendirilmesinde rutin olarak yapılması gereken öykü, fizik muayene bulguları, tam kan sayımı değerleri, biyokimyasal değerlendirmeler, radyolojik bulgular gibi veriler kayıt altına alındı

2. aşama: Vaka sayısı tamamlandığında çalışma formundaki hastalara ait bilgiler, SPSS proqramı kullanılarak sonuçlar karşılaştırıldı.

3. aşama: Çalışma yazı haline getirildi. Çalışmamızda akut karın ağrılı hastalarda rutin olarak kullanılan hemogram, rutin biyokimya (AST ,ALT,LDH Lipaz Amilaz,Na,K,Ca,) TİT, RT,AC grafisi, direk grafi, USG gibi tetkik sonuçları kayıt altına alınmış olup, hastaya ve hastaneye ek maliyet getirmemiştir. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alındı. Çalışmamızın verileri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) bilgisayar proqramı kullanılarak değerlendirildi.

5-BULGULAR

Çalışmaya 150 olgu dahil edildi. Olguların 76'sı erkek (%50,0), 74'si kadın(%48,7) idi. Hastaların yaşları en düşük 19, en yüksek 94 yaş olup ortalama $44,6067 \pm 19,89$ olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan hastaların yaş gruplamasında grup I yaş (19–40 yaş aralığı) 69 hasta, grup II yaş (41–65 yaş aralığı) 54 hasta, grupIII yaş (66–100 yaş aralığı) 27 hasta vardı. Yaş grupları ve klinik sonuçları tabloI de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan hastalardan dahili hastalıklar tanısı alan hastalardan minimum yaş 20, maximum yaş 85, ortalama yaş ise 43,2727 idi. Cerrahi operasyon gerektiren hastalarda ise minimum yaş 20, maximum yaş 94, ortalama 49,4828 idi. Cerrahi servislere(genel cerrahi, kadın doğum ve üroloji) yatışı yapıp cerrahi operasyon gerektirmeyen ve medikal tedavi uygulanan hastalarda ise minimum yaş 19, maximum yaş 82, ortalama 43,6464 idi.

Tablo–I. Hastaların Yaş Grupları ile Klinik Tanı Sınıflaması:

| | | Sonuç | Sonuç | Sonuç | |
|----------------------|-----------|--------|---------|-----------------|--------|
| Yaş Grup aralığı | | Dahili | cerrahi | Cerrahi Medikal | Toplam |
| GrupI (19-40 yaş) | N | 32 | 9 | 28 | 69 |
| | %yaş grup | %46,4 | %13 | %40,6 | %100 |
| | % sonuç | %48,5 | %31 | %50,9 | %46 |
| | % Toplam | %21,3 | %6 | %18,7 | %46 |
| GrupII (41-65 yaş) | N | 26 | 13 | 15 | 54 |
| | %yaş grup | %48,1 | %24,1 | %27,8 | %100 |
| | % sonuç | %39,4 | %44,8 | %27,3 | %36 |
| | % Toplam | %17,3 | %8,7 | %10 | %36 |
| GrupIII (66-100 yaş) | N | 8 | 7 | 12 | 27 |
| | %yaş grup | %29,6 | %25,9 | %44,4 | %100 |
| | % sonuç | %12,1 | %24,1 | %21,8 | %18 |
| | % toplam | %5,3 | %4,7 | %8 | %18 |
| Toplam | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | %yaş grup | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p>0.551

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş grup ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunamamıştır(**Tablo-I**).

Çalışmaya dahil edilen hastaların, aldıkları klinik tanı ile ağrı başlangıç bölgesine göre sınıflaması yapıldı ve Tablo-II gösterildi. Buna göre sağ alt kadran ağrısı 18 (%11.8), sağ üst kadran ağrısı 23 (%15.1), pelvik bölge 27 (17,8) ,epigastrik bölge 40 (26,3) ve diffüz 26 (17,1) ve diğer bölgeler 16 (10,5) idi.

Tablo-II. Hastaların Acil Servise Müracaatındaki Ağrı Lokalizasyonlarının Sınıflaması.

Karın Ağrısı Başlangıç Bölgesi:

| | | Sağüst batın | epigastrik | Sağalt batın | Pelvik bölge | diffüz | diğer | Toplam |
|--------------------|-------------------------------|-----------------|------------|-----------------|-----------------|--------|-------|--------|
| dahili | N | 4 | 27 | 10 | 12 | 8 | 5 | 66 |
| | % sonuç | %6,1 | %40,9 | %15,2 | %18,2 | %12,1 | %7,6 | %100 |
| | % ağrı başlangıç bölgesi | %17,4 | %67,5 | %55,6 | %44,4 | %30,8 | %31,3 | %44 |
| cerrahi | N | 8 | 7 | 1 | 3 | 7 | 3 | 29 |
| | % sonuç | %27,6 | %24,1 | %3,4 | %10,3 | %24,1 | %10,3 | %100 |
| | % ağrısı başlangıç bölgesi | %34,8 | %17,5 | %5,6 | %11,1 | %26,9 | %18,8 | %19,3 |
| Cerrahi Medikal | N | 11 | 6 | 7 | 12 | 11 | 8 | 55 |
| | % sonuç | %20 | %10,9 | %12,7 | %21,8 | %20 | %14,5 | %100 |
| | % ağrısı başlangıç bölgesi | %47,8 | %15 | %38,9 | %44,4 | %42,3 | %50 | %36,7 |
| Toplam | N | 23 | 40 | 18 | 27 | 26 | 16 | 150 |
| | % sonuç | %15,3 | %26,7 | %12 | %18 | %17,3 | %10,7 | %100 |

p>0.162

Hastaların ağrı başlangıç bölgesi ile aldıkları klinik tanı sınıflamasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır **p>0.162 (Tablo-II)**

Hastaların acil servise müracaatındaki ağrı lokalizasyonlarının sınıflamasında ise en fazla epigastrik bölge ağrısı ile başvurmuş olup, bu hastaların 12'in de peptik ülser tanısı almış olup, diğer 28 hastanın ise 5 'in de Akut kolesistit, 8'in de ileus-volvulus gibi intestinal hastalıklar, 3 hastada akut appendisit, 15'in de nonspesifik karın ağrısı, 3'ün de ise renal hastalıklar tanısı konmuştur.

Çalışmamızdaki hastaların acil servise müracaatında ilk geliş şikâyetleri ise kusma 10 (%6,7) hastada, bulantı 7 (%4,7) hastada, ateş 10(%6,7) hastada ve ağrı 133 (%88,7) hastada ilk geliş şikayeti olarak kaydedildi.

Hastaların acil servise ilk geliş şikayetleri temel alınarak hekimin hastaya sorduğu şikayetiniz nedir sorusunun cevabı olarak ilk şikayet olarak kaydedilmiştir.

Çalışmamızda hastalar karın ağrısı ile acil servise müracaatında ek şikâyetlerine göre sınıflandırıldıklarında; bulantı-kusma 76 (%50,7) hastada, ateş 20 (%13,4) hastada, iştahsızlık 26 (%17,4) hastada, 28 (%18,7) hastada ise karın ağrısına eşlik eden herhangi bir şikâyeti yoktu.

Hastaların acil servise müracaatında ilk geliş şikayeti kusma olan 10(%6,7) hastanın tamamında ağrı ikincil şikayeti olarak kaydedildi.

Hastaların acil servise müracaatında ilk geliş şikâyeti bulantı olan 7(%4,7) hastanın tamamında ikinci şikayeti ağrı olarak kaydedildi.

Çalışmaya dahil edilen 146 hastada fizik muayene bulgusu mevcuttu. Hastaların 4 (%2,6)'ında normal fizik muayene bulgusu olarak değerlendirildi. Fizik muayene bulgusu pozitif olan hastaların ise 42 (%27,6) hassasiyet, 6 (%3,9) diffüz hassasiyet,9 (%5,9) defans 10 (%6,6) rebound, 9 (%5,9) defans-rebound, 33 (%21,7) defans-rebound- hassasiyet pozitif iken ,23 (%15,1)'ünde murphy bulgusu, 14 (%9,2) kostaverabral açığı hassasiyeti mevcuttu. Fizik muayenede defans, rebound ve hassasiyeti olan 42(%28) hastanın, 15(%10) 'nun cerrahi tedavi aldığı görülmüştür. İlk fizik muayenede defans saptanan 9(%6) hastanın sadece 1(%0,66) 'sına cerrahi operasyon yapılmıştır. İlk fizik muayenede rebound saptanan 10(%6,66) hastanın ise sadece 2(%1,33) 'ne cerrahi operasyon yapılmıştır. FM sadece lokal hassasiyet tespit edilen 42(%28) 'inde, 30(%20) 'inde dahili tedavi alırken, 2(%1,33) hasta cerrahi tedavi almıştır. Diffüz hassasiyeti olan 6(%4) hasta ise sadece dahili ve cerrahi medikal tedavi almıştır, cerrahi tedavi uygulanmamıştır.

Tablo-III. Hastaların Acil Servise Müracaatı Sonucu Tespit Edilen Fizik Muayene Bulgularının Klinik Sınıflaması:

Tablo-III:

| | | Sonuç | Sonuç | Sonuç | Toplam |
|----------------------------------|------|--------|---------|-----------------|--------|
| FM | | dahili | cerrahi | Cerrahi medikal | |
| hassasiyet | N | 30 | 2 | 10 | 42 |
| | % FM | 71,4% | 4,8% | 23,8% | 100,0% |
| diffüz hassasiyet | N | 4 | 0 | 2 | 6 |
| | % FM | %66,7 | %0 | %33,3 | %100 |
| defans | N | 4 | 1 | 4 | 9 |
| | FM | %44,4 | %11,1 | %44,4 | %100 |
| rebound | N | 6 | 2 | 2 | 10 |
| | % FM | %60 | %20 | %20 | %100 |
| DR | | 1 | 4 | 4 | 9 |
| | % FM | %11,1 | %44,4 | %44,4 | %100 |
| DRH | N | 7 | 11 | 15 | 33 |
| | % FM | %21,2 | %33,3 | %45,5 | %100 |
| Murphy bulgusu | N | 7 | 7 | 9 | 23 |
| | % FM | %30,4 | %30,4 | %39,1 | %100 |
| Kostavertabral açığı hassasiyeti | N | 4 | 2 | 8 | 14 |
| | % FM | %28,6 | %14,3 | %57,1 | %100 |
| Normal Fizik muayene | N | 3 | 0 | 1 | 4 |
| | % FM | %75 | %0 | %25 | %100 |
| Toplam | | 66 | 29 | 55 | 150 |
| % FM | | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |
| % toplam | | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

P<0.001

Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 150 hastada fizik muayene bulgularından en fazla dahili servislerde tedavi alan hastalarda hassasiyet 30(%71,4) tespit edilmiştir. İkinci en sık fizik muayene bulgusu ise cerrahi servislerde takip edilip, cerrahi operasyon uygulanmayan(cerrahi medikal tedavi) 15(%45,5) hastada defans-rebound-hassasiyeti içeren fizik muayene bulgusu saptanmıştır. Fizik muayene bulguları ile hastaların klinik tanıları arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldıklarında karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 150 hastada fizik

muayene bulgularından en fazla dahili servislerde tedavi alan 30(%71,4) hastada hassasiyet, ikinci en sık fizik muayene bulgusu ise non cerrahi tedavi uygulanan 15(%45,5) hastada defans-rebound-hassasiyet tespit edilen hastalar olmuştur. Fizik muayene bulguları ile hastaların klinik tanıları arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldıklarında anlamlı ve güçlü bir korelasyon bulunmuştur (**p<0.001**) (**Tablo III**).

Hastaların acil servise müracaatı sonucu tespit edilen fizik muayene bulguları ile aldıkları tanıların değerlendirilmesinde ise; murphy bulgusu tespit edilen toplamda 23 hastanın 17(%73.91)'de safra kesesi hastalıkları, defans-rebound-hassasiyet bulunanan toplamda 33 hastanın 24(%72.72)'in de ileus-volvulus ve Akut appendisit, hassasiyet ve diffüz hassasiyeti olan toplamda 48 hastanın 32(%66.66)'ın da nonspesifik karın ağrısı tespit edilmiştir. Toplamda renal hastalıklar ve üriner enfeksiyon tanısı alan 30 hastada, kosta-vertebral açı hassasiyeti olan 14 (%46.66) 'ün de renal ve üriner sistem patolojileri ile ilgili tanı almıştır (**Tablo-IV**).

Hastaların acil servise müracaatı sonucu tespit edilen fizik muayene bulguları ile aldıkları tanıların değerlendirilmesinde ise; murphy bulgusu tespit edilen toplamda 23 hastanın 17(%73.91)'in de safra kesesi hastalıkları tespit edilmiştir(**p<0.001**) (**Tablo-IV**). Hassasiyet ve diffüz hassasiyeti olan toplamda 48 hastanın 32(%66.66)'sin de nonspesifik karın ağrısı tespit edilmiştir. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (**p<0.001**) (**Tablo-IV**).

Defans-rebound-hassasiyet bulunanan toplamda 33 hastanın 24(%72.72)'ün de ileus-volvulus ve Akut appendisit tanısı almıştır. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç yoktur(**p>0.296**) (**Tablo-IV**). Toplamda renal hastalıklar ve üriner enfeksiyon tanısı alan 30 hastada, kosta vertebral açı hassasiyeti olan 14(%46.66)'de renal ve üriner sistem patolojileri ile ilgili tanı almıştır. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak düşük de olsa anlamlı bir korelasyon vardır (**P>0.053**) (**Tablo-IV**)

Tablo-IV. Fizik Muayene Bulgusu İle Klinik Tanı Arasındaki Sınıflama:

| | Murphy/N/%/p | D+R+H/N/%/p | H+DH/N/%/p | KVAÇH/N/%/p |
|---|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Safra.k.hast. N=17/%73.91 | N=23/%15.33 P<0.001 | | | |
| İleus- volvulus A.appendisit N=24/%72.72 | | N=33/%22 p >0.296 | | |
| NSKA N=32/%66.66 | | | N=48/%32 P <0.001 | |
| Üriner sistem N=30/%20 | | | | N=14/%46.66 p >0.053 |

Murphy bulgusu ile safrakesesi hastalıkları arasında(**p<0.001**) ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır (**Tablo-IV**). Fizik muayenesinde murphy bulgusu tespit edilen toplam 23(%15,33) hastanın, son tanısında safrakesesi hastalıkları 17(%73,91) klinik tanısı konularak, istatistiksel olarak da anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Murphy bulgusu pozitif olan hastaların aldıkları diğer tanımlar ise G.İS ait 3(%13), üriner sisteme ait 1(%4,3, USG normal olan 4(%17,4) hastada tespit edilmiştir.

Defans, rebound ve hassasiyet tespit edilen hastalar ile ileus-volvulus ve Akut appendisit tanısı arasında (**p>0.296**) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır (**Tablo-IV**). Hastaların fizik muayene bulgusu olarak defans rebound ve hassasiyeti olan toplam 33(%22) hastada son tanı olarak ileus-volvulus tanısı 23(%72,72) hasta saptanmıştır.

Hassasiyet ve diffüz hassasiyet tespit edilen hastalar ile nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastalar arasında (**P<0.001**) İleri düzeyde anlamlı bir korelasyon vardır (**Tablo-IV**). Çalışmaya alınan hastaların toplamda 48 (%32)'in de hassasiyet-diffüz hassasiyet bulunmuş olup, bu hastaların 32(%66,66) 'ında nonspesifik karın ağrısı tanısı konularak taburcu edilmiştir. Kostavertabral açı hassasiyet tespit edilen hastalar ile üriner sistem hastalıkları arasında (**p>0.053**) İstatistiksel olarak zayıfda olsa anlamlı bir ilişki vardır(**Tablo-IV**). .

Çalışmaya alınan hastaların 30 (%20) 'inde üriner sisteme ait patolojiler bulunmuş olup, bu hastaların 14 (%46,6) kostavertabral açığı hassasiyeti tespit edilmiştir.

Tablo-V. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Tanılarının Yaş Gruplarına Göre Sınıflaması

| Hastalık Tanısı | Grup yaş I | Grup yaşII | Grup yaşIII | Toplam | P<0.05 |
|-------------------------------|------------|------------|-------------|----------|-------------------|
| Peptik ülser /% | 7(%58,3) | 4(%33,3) | 1(%8,3) | 12(%100) | p>0.291 |
| Renal hastalıklar/ % | 12(%60) | 7(%35) | 1(%5) | 20(%100) | P>0.085 |
| İleus-volvulus/ % | 6(%28,6) | 5(%23,8) | 10(%47,6) | 21(%100) | P<0.002 |
| Akutappendisit/ % | 9(%52,9) | 5(%29,4) | 3(%17,6) | 17(%100) | p>0.671 |
| Over-adnexiyal hastalıklar/ % | 3(%75) | 1(%25) | 0(%0,0) | 4(%100) | p>0.205 |
| Safrakesesi hastalıkları/ % | 3(%13,6) | 15(%68) | 4(%18,2) | 22(%100) | P>0.28 |
| İYE, sistit prostatit/ % | 8(%44,45) | 10(%56,5) | 0(%0,0) | 18(%100) | P<0.024 |
| Nonspesifikkarın ağrısı/ % | 21(%47,7) | 15(%34,1) | 8(%18,2) | 44(%100) | p>0.871 |

Buna göre hastaların tanı sınıflaması (operasyon tanısı, görüntüleme yöntemleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları) değerlendirildiğinde en büyük grubu 44 (%29,3) hasta ile nonspesifik karın ağrısı oluştururken, yaş grup ile tanı arasında (**p>0.871**) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur (**Tablo-V**). İkinci grup 22 (%14,7) hasta ile safra kesesi hastalıkları ile yaş grup ile tanı arasında(**p>0.28**) İstatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo-V**). Üçüncü grup 21 (%14) hasta ile ileus-volvulus klinik tanısı ile yaş grupları arasında(**p<0.002**) istatistiksel olarak güçlü bir ilişki vardır (**Tablo-V**). Dördüncü grup 20 (%13,3) renal hastalıklar(renal kolik, hidronefroz, taş) tanısı ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak(**p>0.085**) bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo-V**). Beşinci grup 18(%12) iye, sistit prostatit tanıları ile yaş grupları arasında(**p<0.024**) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır(**Tablo-V**). Altıncı grup A.appendisit 17(%11,33) tanısı ile yaş grupları arasında(**p>0.671**) anlamlı bir ilişki yoktur (**Tablo-V**). Yedinci grup 12(%8) Peptik ülser tanısı alan

hastalar ile grup yaşları arasında($p>0.291$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo-V).

Tablo-VI. Hastaların Acil Servise Müracaatı Sonucu Çalışılan WBC, HGB ve HCT Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması:

| | | N | ortalama | Std. sapma | Std. sapma | Minumum değer | Maxiumum değer | p<0.05 |
|-----|-----------------|-----|----------|------------|------------|---------------|----------------|-----------|
| WBC | dahili | 66 | 10,1905 | 3,84348 | 0,47310 | 9,2456 | 11,1353 | $p>0.281$ |
| | cerrahi | 29 | 11,0417 | 4,32276 | 0,80272 | 9,3974 | 12,6860 | |
| | Cerrahi-medikal | 55 | 9,6085 | 3,77581 | 0,50913 | 8,5878 | 10,6293 | |
| | Toplam | 150 | 10,1417 | 3,92254 | 0,32027 | 9,5088 | 10,7745 | |
| HGB | dahili | 66 | 12,6924 | 2,12909 | 0,26207 | 12,1690 | 13,2158 | $p>0.324$ |
| | cerrahi | 29 | 12,1755 | 2,58110 | 0,47930 | 11,1937 | 13,1573 | |
| | Cerrahi-medikal | 55 | 13,1393 | 3,57769 | 0,48242 | 12,1721 | 14,1065 | |
| | Toplam | 150 | 12,7563 | 2,82664 | 0,23079 | 12,3003 | 13,2124 | |
| HCT | dahili | 66 | 37,7409 | 6,03413 | 0,74275 | 36,2575 | 39,2243 | $p>0.760$ |
| | cerrahi | 29 | 36,8517 | 5,74522 | 1,06686 | 34,6664 | 39,0371 | |
| | Cerrahi-medikal | 55 | 37,8018 | 6,08393 | 0,82036 | 36,1571 | 39,4465 | |
| | Toplam | 150 | 37,5913 | 5,96942 | 0,48740 | 36,6282 | 38,5544 | |

Hastaların çalışılan WBC değerleri ile klinik tanıları arasında ($p>0.281$) istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (Tablo-VI) .

Hastaların çalışılan HGB değerleri ile klinik tanıları arasında ($p>0.324$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo-VI).

Hastaların çalışılan HCT değerleri ile klinik tanıları arasında ($p>0.760$) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur (Tablo-VI) .

Tablo-VII. Çalışmamıza Katılan Hastaların Çalışılan SGOT, SGPT ve LDH ve Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması:

Tablo-VII:

| | | N | ortalama | St.sapma | St.sapma | Minumum değer | Maximum değer | p<0.05 |
|------|-----------------|----|----------|----------|----------|---------------|---------------|---------|
| SGOT | dahili | 66 | 37,3120 | 48,27277 | 5,94197 | 25,4450 | 49,1789 | p>0.950 |
| | cerrahi | 29 | 40,6503 | 43,17512 | 8,01742 | 24,2274 | 57,0733 | |
| | Cerrahi medikal | 55 | 38,4944 | 46,62951 | 6,28752 | 25,8886 | 51,1001 | |
| SGPT | dahili | 66 | 28,3379 | 38,47892 | 4,73643 | 18,8786 | 37,7972 | p>0.708 |
| | cerrahi | 29 | 25,6897 | 18,83974 | 3,49845 | 18,5234 | 32,8559 | |
| | Cerrahi medikal | 55 | 23,7273 | 23,89828 | 3,22244 | 17,2667 | 30,1879 | |
| LDH | dahili | 66 | 172,0364 | 58,06956 | 7,14787 | 157,7611 | 186,3116 | p>0.203 |
| | cerrahi | 29 | 183,9786 | 67,87156 | 12,60343 | 158,1617 | 209,7956 | |
| | Cerrahi medikal | 55 | 194,8309 | 82,32425 | 11,10060 | 172,5755 | 217,0863 | |

Hastaların alışılan SGOT değerleri ile klinik tanılar arasında (p>0.950) istatistiksel olarak bir ilişki yoktur (Tablo-VII).

Hastaların alışılan SGPT değerleri ile klinik tanılar arasında (p>0.708) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo-VII) .

Hastaların alışılan LDH değerleri ile klinik tanılar arasında (p>0.203) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo-VII).

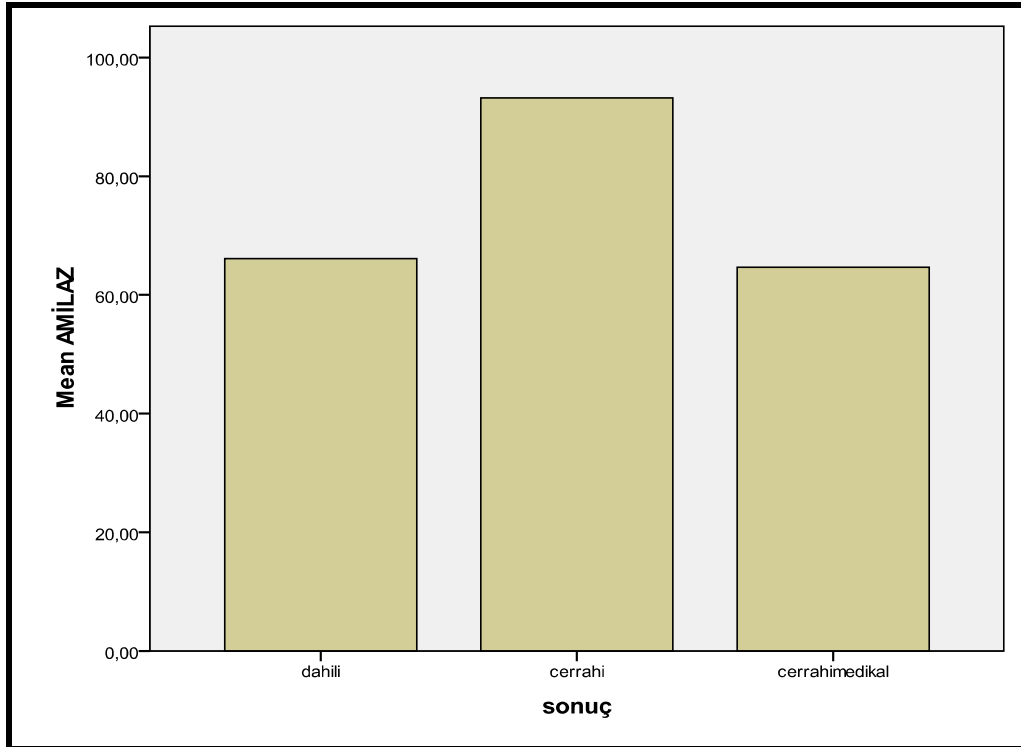
Tablo-VIII. Çalışmamıza Katılan Hastaların alışılan Amilaz ve Lipaz Değerlerinin Klinik Tanı Sınıflaması:

| | | N | ortalama | St. sapma | St. sapma | Minumum değer | Maximum değer | p<0.05 |
|--------|-----------------|-----|----------|-----------|-----------|---------------|---------------|---------|
| AMİLAZ | dahili | 66 | 65,4394 | 38,22409 | 4,70506 | 56,0427 | 74,8360 | p>0.113 |
| | cerrahi | 29 | 93,7241 | 130,41387 | 24,21725 | 44,1174 | 143,3309 | |
| | Cerrahi medikal | 55 | 64,6727 | 36,74086 | 4,95414 | 54,7403 | 74,6052 | |
| | Toplam | 150 | 70,6267 | 66,71984 | 5,44765 | 59,8620 | 81,3913 | |
| LİPAZ | dahili | 66 | 29,3244 | 19,22563 | 2,36651 | 24,5981 | 34,0506 | p>0.107 |
| | cerrahi | 29 | 50,6379 | 93,84487 | 17,42655 | 14,9413 | 86,3346 | |
| | Cerrahi medikal | 55 | 30,1285 | 21,87941 | 2,95022 | 24,2137 | 36,0434 | |
| | Toplam | 150 | 33,7399 | 45,37338 | 3,70472 | 26,4193 | 41,0604 | |

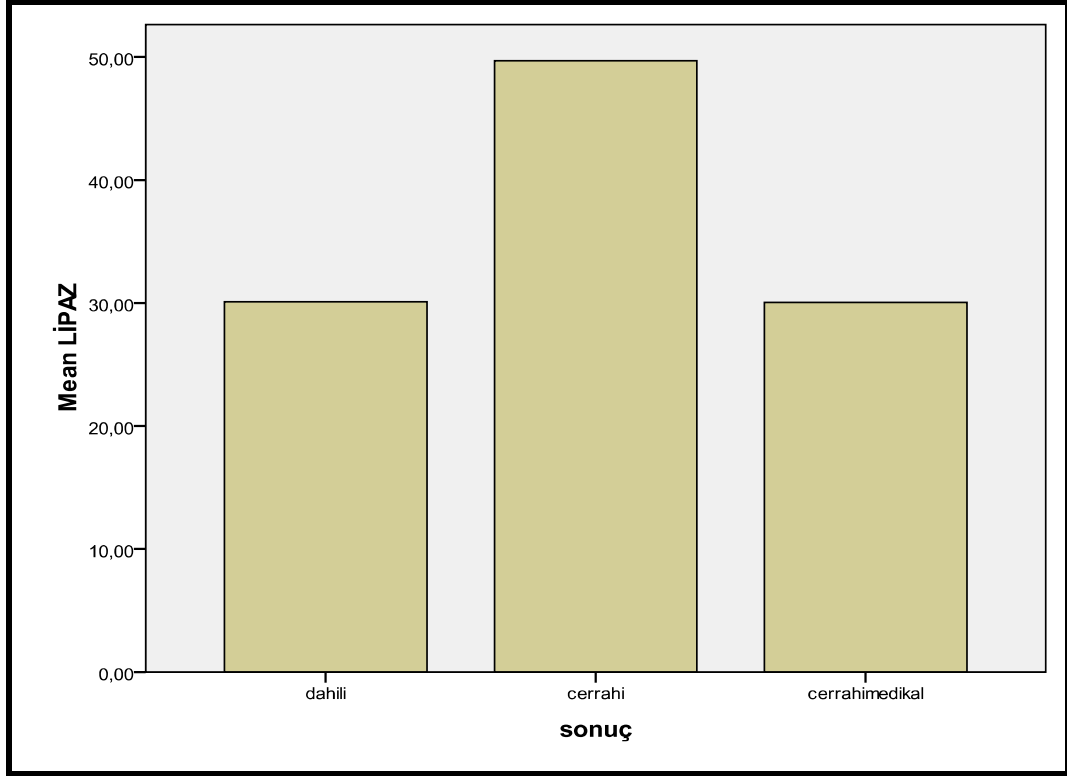
Hastaların alışılan Amilaz değerleri ile klinik tanılar arasında ($p>0.113$) istatiksels olarak anlamlı bulunmamıştır (**Tablo-VIII**).

Hastaların alışılan Lipaz değerleri ile klinik tanılar arasında ($p>0.107$) istatiksels olarak anlamlı bulunmamıştır (**Tablo-VIII**).

Grafi I-Amilaz:



Grafi II-Lipaz:



Tablo-IX. Çalışmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle Direk Grafinin Dahili Tedavi Alan Hastalardaki Sonuçları:

| Direkgrafi | | Yaş Grup | Yaş Grup | Yaş Grup | Toplam |
|------------|--------------|----------|----------|----------|--------|
| | | I | II | III | |
| Normal | N | 25 | 20 | 6 | 51 |
| | % direkgrafi | %49 | %39,2 | %11,8 | %100 |
| Anormal | N | 7 | 6 | 2 | 15 |
| | % direkgrafi | %46,7 | %40 | %13,3 | %100 |
| Toplam | N | 32 | 26 | 8 | 66 |
| | % Direkgrafi | %48,5 | %39,4 | %12,1 | %100 |
| | % Toplam | %48,5 | %39,4 | %12,1 | %100 |

p>0.847

Yaş Grup I (19-40 yaş), yaş Grup II (41-65 yaş), yaş Grup III (66-100 yaş) Çalışmaya katılan hastalardan dahili servislerde medikal tedavi alan hastalara çekilen direk grafi ile yaş grupları arasında (**p>0.847**) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo-IX**).

Tablo-X. Çalışmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle Direk Grafinin Cerrahi Operasyon Yapılan Hastalardaki Sonuçları:

| Direkgrafi | | Yaş Grup I | Yaş Grup II | Yaş Grup III | Toplam |
|------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------|
| Normal | N | 4 | 5 | 2 | 11 |
| | %Direkgrafi | %36,4 | %45,5 | %18,2 | %100 |
| | % Toplam | %13,8 | %17,2 | %6,9 | %37,9 |
| Anormal | N | 5 | 8 | 5 | 18 |
| | % Direkgrafi | %27,8 | %44,4 | %27,8 | %100 |
| | % Toplam | %17,2 | %27,6 | %17,2 | %62,1 |
| Toplam | | 9 | 13 | 7 | 29 |
| | % Direkgrafi | %31,0 | %44,8 | %24,1 | %100 |
| | % Toplam | %31,0 | %44,8 | %24,1 | %100 |

p>0.528

Cerrahi tedavi alan hastalara direk grafi sonucu ile yaş grupları arasında (**p>0.528**) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (**Tablo-X**).

Tablo-XI. Çalışmaya Katılan Hastaların Yaş Grupları İle Direk Grafinin Cerrahi Servislerde Medikal Tedavi Alan Hastalardaki Sonuçları:

| direkgrafi | | Yaş Grup I | Yaş Grup II | Yaş Grup III | Toplam |
|------------|--------------|------------|-------------|--------------|--------|
| Normal | N | 23 | 9 | 5 | 37 |
| | % Direkgrafi | %62,2 | %24,3 | %13,5 | %100 |
| | % Toplam | %41,8 | %16,4 | %9,1 | %67,3 |
| Anormal | N | 5 | 6 | 7 | 18 |
| | % Direkgrafi | %27,8 | %33,3 | %38,9 | %100 |
| | % Toplam | %9,1 | %10,9 | %12,7 | %32,7 |
| Toplam | N | 28 | 15 | 12 | 55 |
| | % Direkgrafi | %50,9 | %27,3 | %21,8 | %100 |
| | % Toplam | %50,9 | %27,3 | %21,8 | %100 |

Çalışmaya katılan hastalardan, cerrahi servislerde medikal tedavi alan hastaların direk grafi sonucu ile yaş grupları arasında (**p<0.010**) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo-XI**).

Hastaların direk grafi sonuçlarına bakıldığında toplamda 91 hastada normal bulunduğu, 59 hastada ise anormal grafi sonuçlarının olduğu görülmektedir. En çok

47(%51,6) dahili hastada normal olmasına karşın, cerrahi ve cerrahi-medikal 44 (%48,4) hastada normal, buna karşın ise cerrahi ve cerrahi-medikal 36(%24) hastada ise anormal bulunmuştur. Cerrahi operasyon uygulanan hastalar ile cerrahi kliniklerde medikal tedavi alan hastalardaki direk grafi her iki grupta 18(%12) hastada anormal bulunmuş olup toplamda 36(%24) hastada anormal bulunmuştur. Dahili medikal tedavi alan 15(%10) hastada ise direk grafi anormal bulunmuştur.

Tablo–XII. Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının dahili servislere medikal tedavi alan hastalardaki sonuçları:

| | | USG Sonuç | USG Sonuç | USG Sonuç | USG Sonuç | USG Sonuç | |
|----------------|------------------|-----------------------------|--------------|------------------|------------------------|---------------|--------|
| | | Hepato Biliyer Sistem | GİS | Üriner Sistem | Kadıngenital Sistem | Normal USG | Toplam |
| Direk grafi | Normal | 6 | 12 | 7 | 0 | 26 | 51 |
| | | %11,8 | %23,5 | %13,7 | %0 | %51 | %100 |
| | | %85,7 | %63,2 | %77,8 | %0 | %86,7 | %77,3 |
| Direk grafi | Anormal | 1 | 7 | 2 | 1 | 4 | 15 |
| | | %6,7 | %46,7 | %13,3 | %6,7 | %26,7 | %100 |
| | | %14,3 | %36,8 | %22,2 | %100 | %13,3 | %22,7 |
| Toplam | N | 7 | 19 | 9 | 1 | 30 | 66 |
| | % Direk grafi | %10,6 | %28,8 | %13,6 | %1,5 | %45,5 | %100 |
| | % USG sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %10,6 | %28,8 | %13,6 | %1,5 | %45,5 | %100 |

($p>0.224$)

Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının dahili hastalardaki sonuçları arasında ($p>0.224$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo–XII).

Hastaların direk grafi sonucunun normal fakat batın USG'nin pozitif olduğu 26(%50,98) dahili hastanın %86,7 'da batın USG 'de normal bulunmuştur.

Tablo–XIII. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk grafi ve USG Sonucunun Cerrahi Operasyon Yapılan Hastalarla Karşılaştırılması :

Tablo–XIII:

| | | USG sonuç | USG sonuç | USG sonuç | USG sonuç | |
|-------------|-------------|-----------|---------------|----------------------|-----------|--------|
| | | GİS | Üriner Sistem | Kadın Genital Sistem | Normal | Toplam |
| Direk grafi | Normal | 3 | 0 | 0 | 1 | 11 |
| | | %27,3 | %0 | %0 | %9,1 | %100 |
| | | %20 | %0 | %0 | %33,3 | %37,9 |
| | | %10,3 | %0 | %0 | %3,4 | %37,9 |
| | Anormal | 12 | 1 | 1 | 2 | 18 |
| | | %66,7 | %5,6 | %5,6 | %11,1 | %100 |
| | | %80 | %100 | %100 | %66,7 | %62,1 |
| | | %41,4 | %3,4 | %3,4 | %6,9 | %62,1 |
| Toplam | N | 15 | 1 | 1 | 3 | 29 |
| | %Direkgrafi | %51,7 | %3,4 | %3,4 | %10,3 | %100 |
| | % USG sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %51,7 | %3,4 | %3,4 | %10,3 | %100 |

(p>0.156)

Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının cerrahi hastalardaki sonuçları arasında (**p>0.156**) istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır (**Tablo–XIII**).

Direk grafinin anormal olduğu 12(%66,7) hastada, batın USG‘de %80 oranında pozitif bulunmuştur. Direk grafinin normal olduğu fakat batın USG sonucunun pozitif olduğu cerrahi tedavi uygulanan hastalarda en fazla hepatobiliyer sisteme ait USG sonucu %63,6 oranında pozitif batın USG olarak değerlendirilmiştir. Toplam cerrahi tedavi uygulanan 29(%19,33) hastada batın USG‘nin pozitif olarak değerlendirilmesine karşın, bu hastaların 11(%7,34) tanesinde direk grafi sonucu normal olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi tedavi alan hastaların 18(%12) tanesinde direk grafi de pozitif olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi operasyon yapılan toplamda 29(%19,4) hastanın fizik muayene bulgusu olarak 18(%12) ‘inde defans, rebound ve hassasiyet saptanmıştır.

Tablo–XIV. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi ve USG Sonuçlarını Cerrahi Medikal Tedavi Alan Hastalardaki Karşılaştırılması:

| | | GİS | Üriner Sistem | Normal | Toplam |
|------------|--------------|-------|---------------|--------|--------|
| Direkgrafi | Normal | 6 | 16 | 8 | 37 |
| | | %16,2 | %43,2 | %21,6 | %100 |
| | | %33,3 | %94,1 | %80 | %67,3 |
| | | %10,9 | %29,1 | %14,5 | %67,3 |
| | Anormal | 12 | 1 | 2 | 18 |
| | | %66,7 | %5,6 | %11,1 | %100 |
| | | %66,7 | %5,9 | %20 | %32,7 |
| | | %21,8 | %1,8 | %3,6 | %32,7 |
| Toplam | N | 18 | 17 | 2 | 55 |
| | % Direkgrafi | %32,7 | %30,9 | %3,6 | %100,0 |
| | % USG sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %32,7 | %30,9 | %3,6 | %100 |

(p<0.037)

Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının cerrahi medikal hastalardaki sonuçları arasında **(p<0.037)** istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (**Tablo–XIV**). Tabloda spesifik hastalıklarının ilgili organ sistemleri içerisinde genel başlık adı altında batın USG sonuçları çalışılmıştır.

Cerrahi medikal tedavi alan toplamda 55(%36,7) hastanın, direk grafi görüntülemesinde 18(%12) hastada anormal görüntü tespit edilmiştir. Batın USG ve direk grafi pozitif olan bu hastalara cerrahi medikal tedavi uygulanıp taburcu edilmiştir. Direk grafi en çok batın USG' nin pozitif olduğu, direk grafinin anormal olarak değerlendirildiği GİS ait patolojisi bulunan 12(%66,7) hasta da anormal iken gis patolojisi bulunan 6(%16,2) hastada ise normal grafi olarak değerlendirilmiştir.

Tablo–XV. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi ile FM Bulgularının Dahili Tedavi Alan Hastalarda Karşılaştırılması:

Tablo–XV:

| | | Direkgrafi | Direkgrafi | |
|----------------------------------|--------------|------------|------------|---------|
| FM | %/N | Normal | Anormal | Total |
| Hassasiyet | | %76.7/23 | %23.3/7 | %100/30 |
| | %direkgrafi | %45,1 | 46,7% | %45,5 |
| Diffüz hassasiyet | N | %75.0/3 | %25.0/1 | %100/4 |
| | %direkgrafi | 5,9% | %6,7 | %6,1 |
| Defans | N | %100/4 | %0.0/0 | %100/4 |
| | % direkgrafi | %7,8 | %0 | %6,1 |
| Rebound | N | %66.7/4 | %33.3/2 | %100/6 |
| | % direkgrafi | %7,8 | %13,3 | %9,1 |
| DR | N | %100/1 | %0.0/0 | %100/1 |
| | % direkgrafi | %2, | %0 | %1,5 |
| DRH | N | %57.1/4 | %42.9/3 | %100/7 |
| | % direkgrafi | %7,8 | %20 | %10,6 |
| Murphy bulgusu | N | %100/7 | %0.0/0 | %100/7 |
| | % direkgrafi | %13,7 | %0 | %10,6 |
| Kostavertabral açıhassasiyeti | N | %50/2 | %50/2 | %100/4 |
| | % direkgrafi | %3,9 | %13,3 | %6,1 |
| Normal fizik muayene | N | %100/3 | %0.0/0 | %100/3 |
| | % direkgrafi | %5,9 | %0 | %4,5 |
| Toplam | N | %77.3/51 | %22.7/15 | 66 |
| % Direkgrafi | | %100 | %100 | %100 |

p>0.912

Çalışmamıza katılan hastaların (N=150) tamamına(%100) direk grafi ve USG tetkiki yapılmış olup, USG'nin normal sınırlarda bulunduğu 35 hastada direk grafide normal olarak değerlendirilmiştir. GİS hastalıklarında ise toplam 52 hastanın 32 tanesinde anormal olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza katılan, karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran ve dahili hastalıklar tanısı alan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasın da (**p>0.912**) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur(**Tablo–XV**).

Tablo–XVI. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi İle Fizik Muayene Bulgularının Cerrahi Tedavi Uygulanan Hastalar İle Karşılaştırılması:

| FM | | Direk grafi | | Toplam |
|--------------------------------|--------------|-------------|----------|---------|
| | | Normal | Anormal | |
| Hassasiyet | N | %0 /0 | % 100/2 | %100/2 |
| | % Direkgrafi | %0 | %11,1 | %6,9 |
| Defans | %/N | %0/0 | %100/1 | %100/1 |
| | % Direkgrafi | 0% | %5,6 | %3,4 |
| Rebound | %/N | %0/0 | %100/2 | %100/2 |
| | % Direkgrafi | ,0% | 11,1% | 6,9% |
| DR | N | %0/0 | %100/4 | %100/4 |
| | % Direkgrafi | ,0% | 22,2% | 13,8% |
| DRH | %/N | %36.4/4 | %63.6/7 | %100/11 |
| | % Direkgrafi | %36,4 | %38,9 | %37,9 |
| Murphy bulgusu | N | %85.7/6 | %14.3/1 | %100/7 |
| | % Direkgrafi | 54,5% | 5,6% | 24,1% |
| Kostavertabral açı hassasiyeti | N | %50/1 | %50/1 | %100/2 |
| | % Direkgrafi | %9,1 | %5,6 | %6,9 |
| Toplam | | %37.9/11 | %62.1/18 | %100/29 |
| % Direkgrafi | | %100 | %100 | %100 |
| % toplam | | %37,9 | %62,1 | %100 |

p<0.009

Cerrahi operasyon uygulanan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasında (**p<0.009**) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**Tablo–XVI**).

Tablo–XVII. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Direk Grafi İle Fizik Muayene Bulgularının Cerrahi Medikal Tedavi Alan Hastalarda Karşılaştırılması:

| FM | | Direk grafi | | Toplam |
|--------------------------------|--------------|-------------|----------|---------|
| | | Normal | Anormal | |
| Hassasiyet | N | %70/7 | %30/3 | %100/10 |
| | % Direkgrafi | 18,9% | 16,7% | 18,2% |
| Diffüz hassasiyet | N | %100/2 | %0.0/0 | %100/2 |
| | % Direkgrafi | 5,4% | ,0% | 3,6% |
| Defans | N | %100/4 | %0.0/0 | %100/4 |
| | % Direkgrafi | 10,8% | ,0% | 7,3% |
| Rebound | N | %100/2 | %0.0/0 | %100/2 |
| | % Direkgrafi | 5,4% | ,0% | 3,6% |
| DR | N | %25/1 | %75/3 | %100/4 |
| | % Direkgrafi | 2,7% | 16,7% | 7,3% |
| DRH | N | %46.7/7 | %53.3/8 | %100/15 |
| | % FM | 46,7% | 53,3% | 100,0% |
| | % Direkgrafi | 18,9% | 44,4% | 27,3% |
| Murphy bulgusu | N | %88.9/8 | %11.1/1 | %100/9 |
| | % FM | 88,9% | 11,1% | 100,0% |
| | % Direkgrafi | 21,6% | 5,6% | 16,4% |
| Kostavertabral açı hassasiyeti | N | %75/6 | %25/2 | %100/8 |
| | % Direkgrafi | 16,2% | 11,1% | 14,5% |
| Normal Fizik muayene | N | %0.0/0 | %100/1 | %100/1 |
| | % Direkgrafi | ,0% | 5,6% | 1,8% |
| Toplam | N | %67.3/37 | %32.7/18 | %100/55 |
| | % Direkgrafi | %100 | %100 | %100 |

p>0.463

Çalışmamıza katılan, karın ağrısı şikâyeti ile acil servise başvuran ve cerrahi medikal tedavi uygulanan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasında (**p>0.463**) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**Tablo–XVII**).

Tablo–XVIII. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların USG Sonuçlarının Organ Sistemlerine Ait Tanılar İle Karşılaştırılması:

| | | Sonuç | Sonuç | Sonuç | |
|----------------------|-------------|--------|---------|-----------------|--------|
| USG sonuç | | Dahili | Cerrahi | Cerrahi medikal | Toplam |
| Hepatobiliyer-Sistem | N | 7 | 9 | 8 | 24 |
| | % USG sonuç | 29,2% | 37,5% | 33,3% | 100,0% |
| | % sonuç | 10,6% | 31,0% | 14,5% | 16,0% |
| GİS | N | 19 | 15 | 18 | 52 |
| | %USG sonuç | %36,5 | %28,8 | %34,6 | %100 |
| | % sonuç | %28,8 | %51,7 | %32,7 | %34,7 |
| Ürinersistem | N | 9 | 1 | 17 | 27 |
| | % USG sonuç | %33,3 | %3,7 | %63 | %100 |
| | % sonuç | %13,6 | %3,4 | %30,9 | %18 |
| Kadıngenital sistem | N | 1 | 1 | 2 | 4 |
| | % USG sonuç | %25,0 | %25 | %50 | %100 |
| | % sonuç | %1,5 | %3,4 | %3,6 | %2,7 |
| Normal | N | 30 | 3 | 10 | 43 |
| | % USG sonuç | %69,8 | %7 | %23,3 | %100 |
| | % sonuç | %45,5 | %10,3 | %18,2 | %28,7 |
| Toplam | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | % USG sonuç | %44 | %19,3 | %36, | %100 |
| | % sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p<0.007

Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının klinik olarak karşılaştırılmasında istatistiksel olarak (**p<0.007**) anlamlı sonuç bulunmuştur (**Tablo–XVIII**).

Çalışmaya dahil edilen hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının klinik olarak karşılaştırılmasında; cerrahi tedavi uygulanan 29 hastanın 18 tanesinde direk grafi sonucu anormal olarak değerlendirilmiş olup, USG sonucu normal olup direk grafi anormal olan 1 hastaya da cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi-medikal tedavi alan 55 hastanın 18 tanesinde direk grafi anormal olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan 150 hastanın batın USG sonuçlarına bakıldığında en fazla tanı alan hastalık grubu 52 (%34,7) ile GİS hastalıkları alırken 43 (%28,7) ile batın USG sonucu normal olarak bulunmuştur (**Tablo–XVIII**).

Tablo–XIX. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların USG Sonuçlarının Klinik Tanı İle Karşılaştırılması.

Safra Kesesi Hastalıkları:

| | | Klinik Sonuç | Klinik Sonuç | Klinik Sonuç | |
|--------|----------------------------|--------------|--------------|-----------------|--------|
| | Safra kesesi hastalıkları | Dahili | Cerrahi | Cerrahi medikal | Toplam |
| var | N | 4 | 10 | 8 | 22 |
| | % Safrakesesi hastalıkları | 18,2% | 45,5% | 36,4% | %100 |
| | % sonuç | %6,1 | %34,5 | %14,5 | %14,7 |
| yok | N | 62 | 19 | 47 | 128 |
| | %Safrakesesi hastalıkları | 48,4% | 14,8% | 36,7% | %100 |
| | % sonuç | %93,9 | %65,5 | %85,5 | %85,3 |
| Toplam | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | Safrakesesi hastalıkları% | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |
| | % Toplam | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p>0.149

Çalışmaya katılan hastaların batın USG sonucu ile safra kesesi hastalıkları ile ilgili son tanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktu (**p>0,149**) (**Tablo–XIX**).

Çalışmamıza katılan toplam hastaların 22(%14,7) safra kesesi hastalıkları ile ilgili tanı almıştır. Hastaların 4(%18,2) dahili medikal tedavi, 10(%34,5) cerrahi tedavi, 8(%36,4) cerrahi medikal tedavi uygulanmıştır. Çalışmamıza katılan ve safra kesesi hastalıkları tanısı alan hastaların ise yaş gruplarına göre sınıflandırılmasında grup yaş I (19-40)'de 3 hasta, grup yaş I (41-65)'da 15 hasta, grup yaş III (66-100)'da 4 hasta yer almaktadır. Grup yaş I'de yer alan 3(%100,%13.63) hastanın tamamı opere olmuştur. Grup yaş II'den 4(%26.66,%18.18) hasta opere olurken, 4 (%26.66, %18.18) hasta dahili, 7(%46.66,%31.81) hasta ise cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş III'de ise 1(%25,%4.54) hasta cerrahi medikal tedavi alırken, diğer

3(%75,%13.63) hasta opere edilmiştir. Sınıflamalardaki ilk yüzdeler grup içi, ikinci yüzde dilimleri toplam safra kesesi hastalıkları oranına göre bulunmuştur.

**Tablo–XX. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların USG sonuçlarının Klinik Tanı İle Karşılaştırılması:
İleus-volvulus**

| | Tanı | Klinik Sonuç | Klinik Sonuç | Klinik Sonuç | |
|--------|------------------|--------------|--------------|-----------------|--------|
| | İleusvolvulus | Dahili | Cerrahi | Cerrahi medikal | Toplam |
| var | N | 3 | 6 | 12 | 21 |
| | % İleus volvulus | %14,3 | %28,6 | %57,1 | %100 |
| | % Toplam | %2 | %4,0 | %8 | %14 |
| yok | N | 63 | 23 | 43 | 129 |
| | % İleus volvulus | %48,8 | %17,8 | %33,3 | %100 |
| Toplam | % Toplam | %42 | %15,3 | %28,7 | %86 |
| | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | %İleus volvulus | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |
| | % Sonuç | %100 | 100,0% | %100 | %100 |
| | % Toplam | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p<0.006

Batın USG sonucu ile ileus volvulus hastalıkları ile ilgili son tanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu (**p<0,006**) (Tablo–XX).

Çalışmamıza katılan 150 hastanın, 21(%14) ileus volvulus tanısı almıştır. Hastaların 3(%14,3) dahili medikal tedavi, 6(%28,6) cerrahi tedavi, 12(%57,1) cerrahi medikal tedavi almıştır. İleus volvulus hastalıkları tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre sınıflandırılmasında grup yaş I (19–40) ‘6 hasta, grup yaş II (41–65)’da 5 hasta, grup yaş III (66–100) ‘da 10 hasta yer almaktadır. Grup yaş I’de yer alan 6 hastanın 2(%9.52) dahili medikal tedavi 4(%19.04)’sı cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş II’den 4(%19.04) hasta opere olurken, 1(%4.76) hasta cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş III’de ise 7(%33.33) hasta cerrahi medikal tedavi alırken,1(%4.76) hasta dahili, 2(%9.52) hasta opere edilmiştir.

Tablo–XXI. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg sonuçlarının Klinik Olarak Karşılaştırılması:

Tablo–XXI .Akut Appendisit

| | | Klinik Sonuç | Toplam | | |
|--------|----------------------|--------------|---------|--------------------|--------|
| | Akut appendisit | Dahili | Cerrahi | Cerrahi medikal | Toplam |
| var | N | 2 | 10 | 5 | 17 |
| | %A.appendisit | %11,8 | %58,8 | %29,4 | %100 |
| | % sonuç | %3,0 | %34,5 | %9,1 | %11,3 |
| yok | N | 64 | 19 | 50 | 133 |
| | % Akut appendisit | %48,1 | %14,3 | %37,6 | %100 |
| | % sonuç | %97 | %65,5 | %90,9 | %88,7 |
| Toplam | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | %Akut appendisit | 44% | %19,3 | %36,7 | %100 |
| | % sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p>0.223

Batın USG sonucu ile A.appendisit karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**p>0.223**) (Tablo–XXI).

Çalışmamıza katılan toplam 150 hastanın, 17 (%11,3) Akut Appendisit ile ilgili tanı almıştır. Hastaların 2(%11.8) dahili medikal tedavi, 10(%58.8) cerrahi tedavi, 5(%29.4) cerrahi medikal tedavi almıştır. Çalışmamıza katılan ve Akut Appendisit tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre sınıflandırılmasında grup yaş I (19–40) ‘da 9 hasta, grup yaş II(41–65)’da 5 hasta, grup yaş III(66–100)’de ise 3 hasta yer almaktadır. Grup yaş I’de yer alan 9 hastanın 5(%29.41) opere olurken, 4 (%23.529)’sı cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş II’den3(%17.64) hasta opere olurken 1(%5.88) hasta cerrahi medikal tedavi, 1(%5.88)hasta ise dahili medikal tedavi almıştır. Grup yaş III’ de ise 2(%11.76) hasta cerrahi tedavi alırken,1(%5.88) hasta dahili medikal tedavi almıştır.

Tablo–XXII. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Usg sonuçlarının Klinik Olarak Karşılaştırılması: Nonspesifik Karın Ağrısı

| | | Klinik Sonuç | | | |
|--------|----------------------------|--------------|---------|----------------|--------|
| | Nonspesifik Karın ağrısı | dahili | cerrahi | cerrahimedikal | Toplam |
| var | N | 32 | 1 | 11 | 44 |
| | % Nonspesifik Karın ağrısı | %72,7 | %2,3 | %25 | %100 |
| | % sonuç | %49,2 | %3,4 | %20 | %29,5 |
| yok | N | 33 | 28 | 44 | 105 |
| | % Nonspesifik Karın ağrısı | %31,4 | %26,7 | %41,9 | %100 |
| | % sonuç | %50,8 | %96,6 | %80 | %70,5 |
| Toplam | N | 65 | 29 | 55 | 149 |
| | % Nonspesifik Karın ağrısı | %43,6 | %19,5 | %36,9 | %100 |
| | % sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Total | %43,6 | %19,5 | %36,9 | %100 |

p<0.001

Batın USG sonucu ile nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastaların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p<0.001**) (Tablo–XXII).

Çalışmamıza katılan toplam 150 hastanın, 44 (%29,5) nonspesifik karın ağrısı tanısı almıştır. Bu hastaların 32(%21.33)’si acil servis de gözlendikten sonra taburcu edilmiştir. 1(%0.66) hasta ise acil servis de yeterli gözlem sonucu şikâyetlerinin geçmemesi üzerine laparoskopik cerrahiye alınmış. 1(%7.33) hasta ise cerrahi medikal tedavi almıştır. Çalışmamıza katılan ve nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastaların yaş gruplarına göre sınıflandırılmasında grup yaş I (19–40) ‘da 21 hasta, grup yaş II (41–65)’da 15 hasta, grup yaş III (66–100)’de ise 8 hasta yer almaktadır. Grup yaş I’de 15(%34.09) hasta dahili tedavi, 1(%2.272) hasta cerrahi tedavi, 5(%11.36) hasta ise cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş II (41–65)’de 13 hasta(%29.54) dahili medikal, 2(%4.54) hasta ise cerrahi medikal tedavi almıştır. Grup yaş III (66–100)’de ise 4(%9.09) hasta dahili medikal, 4(%9.09) hasta ise cerrahi medikal tedavi almıştır.

Tablo–XXIII. Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) İle Klinik Sonuçların Karşılaştırılması:

| RT | | Sonuç | Sonuç | Sonuç | |
|------------|----------|--------|---------|-----------------|--------|
| | | Dahili | Cerrahi | Cerrahi medikal | Toplam |
| Normal | N | 34 | 11 | 22 | 67 |
| | % RT | %50,7 | %16,4 | %32,8 | %100 |
| | % sonuç | %51,5 | %37,9 | %40 | %44,7 |
| Anormal | N | 9 | 9 | 13 | 31 |
| | %RT | %29 | %29 | %41,9 | %100 |
| | %sonuç | %13,6 | %31 | %23,6 | %20,7 |
| yapılamadı | N | 23 | 9 | 20 | 52 |
| | % RT | %44,2 | %17,3 | %38,5 | %100 |
| | %Toplam | %15,3 | %6 | %13,3 | %34,7 |
| Toplam | N | 66 | 29 | 55 | 150 |
| | %RT | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |
| | % sonuç | %100 | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %44 | %19,3 | %36,7 | %100 |

p>0.417

FM bulgusu RT ile klinik tanıların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (**p>0.417**) (**Tablo–XXIII**).

Çalışmaya dâhil edilen 150 hastanın 52(%34,7)'sine RT yapılamamıştır, yapılmama sebepleri ise hastanın reddetmesi, hekimin uygun görmemesi ve fiziki şartlar gibi sebepler yer almaktadır. Çalışmaya katılan 98(%65,3) hastaya RT yapılmıştır. RT'nin normal bulunduğu 67(%44,7) hastanın, 34(%51,5)'nün dâhili medikal tedavi 11 (%16,4)hasta cerrahi tedavi, 22(%32,8)'i cerrahi medikal tedavi almıştır. RT'nin anormal bulunduğu 31(%20.7) hastanın 9(%29.0)'ü cerrahi tedavi 13 (%41.9)'i cerrahi medikal tedavi alırken, 9(%29.0)'ı dahili tedavi almıştır. RT'nin yapılamadığı 52(%34,7) hastadan 9(%17,3)'ü cerrahi, 23(%44,2)'si dahili medikal tedavi, 20(%38,5) 'de cerrahi medikal tedavi almıştır.

**Tablo–XXIV. Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) İle Klinik İleus Volvulus Sonuçların Karşılaştırılması:
İleus Volvulus**

| Rektal Tuşe | | İleus volvulus | | |
|-------------|------------------|----------------|-------|--------|
| | | var | yok | Toplam |
| Normal | N | 7 | 60 | 67 |
| | % RT | %10,4 | %89,6 | %100 |
| | % İleus volvulus | %33,3 | %46,5 | %44,7 |
| Anormal | N | 12 | 19 | 31 |
| | % RT | %38,7 | %61,3 | %100 |
| | % İleus volvulus | %57,1 | %14,7 | %20,7 |
| Yapılamadı | N | 2 | 50 | 52 |
| | % RT | %3,8 | %96,2 | %100 |
| | % İleus volvulus | %9,5 | %38,8 | %34,7 |
| | % Toplam | %1,3 | %33,3 | %34,7 |
| Toplam | N | 21 | 129 | 150 |
| | % RT | %14 | %86 | %100 |
| | % İleus volvulus | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %14 | %86 | %100 |

p>0.442

İleus-volvulus tanısı alan hastalar ile RT pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**p>0.442**) (Tablo–XXIV) .

Çalışmaya dâhil edilen 150 hastanın, 21(%14)'üne ileus volvulus tanısı konmuştur. Hastaların 7(%33,3)'ünde normal muayene, 12(%38,7)'in de anormal rektal tuşe muayenesi saptanmıştır, 2(%3,8) hastaya uygulanmamıştır.

Tablo–XXV. Çalışmaya Dahil Edilen Hastalarda Fizik Muayene Bulgusu (RT) İle Nonspesifik Karın Ağrısı Sonuçların Karşılaştırılması: Nonspesifik Karın Ağrısı

| Rektal Tuşe | | Nonspesifik karın ağrısı | | Toplam |
|-------------|----------------------------|--------------------------|-------|--------|
| | | var | yok | |
| Normal | N | 22 | 45 | 67 |
| | % RT | %32,8 | %67,2 | %100 |
| | % Nonspesifik karın ağrısı | %50 | %42,5 | %44,7 |
| Anormal | N | 8 | 23 | 31 |
| | % RT | %25,8 | %74,2 | %100 |
| | % Nonspesifik karın ağrısı | %18,2 | %21,7 | %20,7 |
| Yapılamadı | N | 14 | 38 | 52 |
| | % RT | %26,9 | %73,1 | %100 |
| | % Nonspesifik karın ağrısı | %31,8 | %35,8 | %34,7 |
| Toplam | N | 44 | 106 | 150 |
| | % RT | %29,3 | %70,7 | %100 |
| | % Nonspesifik karın ağrısı | %100 | %100 | %100 |
| | % Toplam | %29,3 | %70,7 | %100 |

p>0.467

Nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastalar ile RT pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**p>0.467**) (Tablo–XXV).

Çalışmaya dâhil edilen 150 hastanın 44(%29,3)'ne nonspesifik karın ağrısı tanısı konmuş olup bu hastalardaki RT sonuçları ise; hastalardan 22(%50)'inde normal olarak değerlendirilmiştir.8(%18,8)'inde ise anormal rektal tuşe muayenesi saptanmıştır. Nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastalardan 14(%26,9)'na rektal tuşe yapılamamıştır.

6-TARTIŞMA

Acil servislere müracaat eden hastaların % 5 kadarında gerçek anlamda akut karın ağrısı yakınması vardır. ABD’de 2002’de tüm Acil Servis (AS) başvurularını % 6,5’i karın ağrısıdır(61). Akut karın ağrısının etiyojisinde birçok neden olmasının yanında eğer olgu üreme çağındaki kadın veya yaşlı hastaysa etiyojide daha da karmaşık olabilmektedir. Özellikle yaşlı akut karın ağrısı ile gelen yaşlı hastalarda rutin testler normal olmasına karşın bu hastalarda etiyojide biliyer sistem ve ince bağırsak hastalıklarının olabileceği asla akıldan çıkarılmamalıdır. Karın ağrısı hekime başvuran hastaların yakınmalarının başında gelmektedir. Bu yakınmayla gelen her hastada akut batın tablosunun olabileceğinin düşünülmesi, problemin yarısının çözülmesi anlamına gelmektedir. Akut karın düşünülmeden tanısı geciktirilen veya konmayan olgular kaybedilebilmekte veya hastaların daha ağır klinik durumlarda uzun süre tedavi görmeleri gerekebilmektedir. Doğacak komplikasyonlar ve adli durumlar hekimler için büyük problemlere yol açabilmektedir.

Akut batın dendiği zaman; travmaya bağlı olmayan, ani başlayan ve cerrahi girişim gerektiren karın ağrısının en değişmez yakınma olduğu batın patolojileri anlaşılmaktadır. Bu şekilde oluşan yakınmalar ilerleyicidirler ve tanı ve tedavisinin zamanında yapılması gereken durumlardır. Bu tablo için kullanılan ‘akut’ tabiri miyokart enfarktüsünde olduğu gibi dakikalarla sınırlı bir zamanı anlatmamakla beraber çok uzun bir süreyi de kapsamamaktadır. Nedenine göre bu süre örneğin; akut appendisitte 6-48 saat, akut kolesistitte 4-5 gün ve akut pankreatitte 6-7 gün kadardır. 5-6 saatten daha uzun süren karın ağrılarının bu yönüyle değerlendirilmeleri şarttır. Nontravmatik akut karın ağrılı hastaların tanısında anamnez, fizik muayene ve rutin tetkikler dışında tanı aşamasında ve prognozu belirlemek için kullanabileceğimiz; kolay uygulanan, güvenilir ve ucuz bir kan tetkikine ihtiyaç devam etmektedir.

Onur Ö.E. ve arkadaşlarının yapmış olduğu “karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda akut cerrahi batın belirlenmesinde İnterlökin 6 (IL-6)ve Tümör Nekrotizan Faktör-Alfa (TNF-Alfa)’nın rolü” adlı çalışmada çalışmaya 37 erkek ve

43 kadın hasta alınmış; erkeklerde ortalama yaş 43 (\pm 8) yıl, kadınlar için 51 (\pm 7) yıl olarak belirlenmiş (62). Çalışkan M. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada karın ağrısı ile başvuran 957 hastanın 384'u (%40,1) erkek ve 573'u (%59,9) kadın olup Hastaların yaşları 16 ile 93 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 38.66 yıl olarak rapor edilmiş (63). Çalışmamızdaki hastaların acil servise müracaatında ilk geliş şikâyetleri ise kusma 10 (%6,7) hasta, bulantı 7 (%4,7) hasta, ateş 10(%6,7) hasta ve ağrı 133 (%88,7) hasta şikâyetinde vardı.

Çalışkan M. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada karın ağrısı ile başvuran 957 hastanın 582'si (%60,8) ani, 375'i (%39,2) yavaş başlayan ağrı, 667 (%69,7) hastanın kolik ağrısı, 290 (%30,3) hastanın nonkolik tarzda ağrısı mevcut olduğu rapor edilmiş (63).

Çalışmamızda hastalar karın ağrısı ile acil servise müracaatında ek şikâyetlerine göre sınıflandırıldıklarında; bulantı-kusma 76 (%50,7) hastada, ateş 20 (%13,4) hastada iştahsızlık 26 (%17,4) hastada, 28 (%18,7) hastada ise karın ağrısına eşlik eden herhangi bir şikâyeti yoktu. Yine Çalışkan M. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada değerlendirilen 957 karın ağrılı hastanın karın ağrısına ek olarak 649 (%67,8) hastanın bulantı, 529 (%55,3) hastanın iştahsızlık ve 313 (%32,7) hastanın kusma şikâyetleri de olduğu rapor edildi (63).

Acil hekiminin ayırıcı tanıda düşünmesi gereken akut karın ağrısı nedenlerinin arasında metabolik nedenler, ilaca bağlı sebepler veya üriner sistem patolojileri de mevcuttur. Bunlardan başka diabetik ketoasidoz, hipoglisemi, porfiri, akut adrenal yetmezlik, salisilat zehirlenmesi, kurşun zehirlenmesi, ailevi akdeniz ateşi gibi olasılıklar teşhisi daha da zorlaştırabilmektedir. Herhangi bir neden bulunmayan akut batın hastalarının nihai tanımı nonspesifik karın ağrısıdır. Ağrıya sebep olabilecek sebepler elendiğinde nonspesifik karın ağrısı tanısı konur (64,65). Çeşitli çalışmalarda nonspesifik karın ağrısı oranı %34–53 arasında rapor edilmiştir (66). Çalışmamıza alınan 150 hastanın 44'i (%29,3) teşhis konmadan taburcu edilmiş olması, nonspesifik karın ağrısı oranımızın literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir(66). Akut batın ayırıcı tanısında hemen hemen sonsuz sayıda etioloji olması nedeni ile acil servise başvuran hastalarda kısıtlı zaman süresinde

teşhis koymaktan ziyade hangi hastanın cerrahi ekibe teslim edileceğinin kararının verilmesi ile ilgili araştırmalar, öteden beri ilgi odağı olmuştur. Konuyla ilgili en kapsamlı çalışmalar arasında 26 farklı merkezden alınan verilerle 10320 hasta üzerinde elde edilen OMGE çalışması verileridir.(67), Irvin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, Wilson ve arkadaşlarının 1196 hasta ile yaptıkları çalışmalar yol gösterici olabilir (68,69). Bu çalışmaların verilerine göre sırası ile akut apandisit %18, %16,8, % 15,6; akut kolesistit %9,7, %5,1, %5,8; ince bağırsak obstrüksiyonu %4,1, %14,8, %2,6; akut jinekolojik hastalıklar %4, %1,1, %4; akut pankreatit %2,9, %2,4, %1,3; ürolojik aciller %2,9, %5,9, %4,7; perforpe peptik ülser %2,5, %2,5, %2,3; kanser %1,5, %3, %0; divertiküler hastalık ise %1,5, %3,9, %1,1 oranlarında bulundu.

Bizim çalışmamızda ise 22 hasta (%14,7) safra kesesi ve hastalıkları, 21 hasta (%14) ileus-volvulus, 17 hasta (%11,3) akut apandisit, 4 hasta (%2,7) over hastalıkları, 12 hasta (%8) gastrit-peptik ülser, 20 hasta renal hastalıklar(13,3), 10 hasta(6,7) iye, sistit gibi tanılar almıştır. Gürleyik ve arkadaşları da “Abdominal surgical emergency in the elderly” adlı çalışmalarında yaşlılardaki abdominal cerrahi acillerin en başında akut kolesistit olduğunu tespit etmişlerdir (41).

Litaratür bulguları ile karşılaştırıldığında; çalışmamıza dahil edilen hastaların tanı sınıflandırmasına göre akut apandisit oranı ise benzer olarak izlendi. Çalışmamızdaki safra kesesi hastalıklarının yaş grup sınıflamasında grup III yaş gruplarında toplam safra kesesi cerrahi akut batın oranı hastaların(%18,2) tespit edilirken grup II’ de bu oran (%68,2) oranında bulunmuştur. Literatür bulguları ile karşılaştırıldığında Oranlarının fazla oluş nedeni hastanemizin şehir merkezinden ulaşımının zorluğu, periferdeki ilçe hastanelerinin kolay ulaşabileceği konumda olup üst kurum olan hastanemize sevk gereksiniminin olması ve acil servise akut karın ağrısı şikâyetiyle müracaat edip çalışmaya dâhil olmalarından kaynaklanmış olabilir. Hastanemize acil servise başvuran renal ve üriner sistem hastalıklarının fazla oluşu bölge itibariyle su kaynakları, beslenme özellikleri ve hastanemizin üst kurum olarak ESWL yöntemini kullanarak renal ve üreter taşlara müdahale etmesi ve bu hastaların acil servise başvurmasından kaynaklanmış olabilir. Belvis Escaples VM, Jimenez Navarro ve

arkadaşlarınınİspanya'dayapılan çalışmalarında renal kolik ve idrar yolu enfeksiyonlarının ilk sırada yer aldığı ve hemen arkasından benign prostat hiperplazisinin geldiği görülmektedir (77). İleus volvulus tanısı alan hastaların oranı literatüre yakın bulunmuştur. Laurell'in çalışmasında ve Durukan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da genç hastalarda akut karın ağrısının en sık nedeni apandisit iken, 50 yaş üzerindeki hastaların en sık nedeninin kolesistit olduğu ve bunu intestinal obstrüksiyonlar, apandisit, pankreatit, divertikülit ve üriner sistem hastalıklarının izlediği belirtilmiştir (29,66). Çalışmamızda cerrahi operasyon uygulanan 6 hasta 41 yaş üzeri, cerrahi medikal tedavi alan 12 hastanın 7'si 66 yaş üzeri olması yaşla beraber artan operasyon riskleri nedeniyle fazla bulunmuştur. Over-adnexiyal hastalıklar literatüre benzer sonuçlar bulunmuştur. Karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran 150 hastada fizik muayene bulgularından en fazla dahili medikal tedavi alan hastalarda hassasiyet 30 (%71,4) ikinci en sık fizik muayene bulgusu ise cerrahi medikal tedavi uygulanan 15(%45,5) defans-rebound-hassasiyet tespit edilen hastalar olmuştur. Fizik muayene bulguları ile hastaların klinik tanıları arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldıklarında anlamlı bir korelasyon bulunmuştur($p<0.001$)

Hastaların acil servise müracaatı sonucu tespit edilen fizik muayene bulguları ile aldıkları tanıların değerlendirilmesinde ise; murphy bulgusu tespit edilen toplamda 23 hastanın 17(%73.91) tanesinde safra kesesi hastalıkları, hassasiyet ve diffüz hassasiyeti olan toplamda 48 hastanın 32(%66.66)' nun da nonspesifik karın ağrısı tespit edilmiştir. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.001$). Murphy işareti fizik muayenede akut kolesistitli hastalarda tespit edilebilir fakat 65 yaş üzeri hastalarda pek güvenilir değildir.(78,79). Defans-rebound-hassasiyet bulunan toplamda 33 hastanın 24(%72.72) tanesinde ileus-volvulus ve Akut appendisit tanısı almıştır. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç yoktur($p>0.296$) .Psoas belirtisi, rijitite ve hassasiyet A.appendisit için spesifik değildir(80). Toplamda renal hastalıklar ve üriner enfeksiyon tanısı alan 30 hastada, kostavertabral açı hassasiyeti olan 14(%46,66) hastada renal ve üriner sistem

patolojileri ile ilgili tanı almıştır. Bu hasta grubunda fizik muayene ile klinik tanı arasında istatistiksel olarak düşük de olsa anlamlı bir korelasyon vardır($p>0.053$).

Hastaların yapılan fizik muayene bulguları sonucunda yine Çalışkan M. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada değerlendirilen 957 karın ağrılı hastanın 948'inde (%99,1) karında hassasiyet, 244'ünde (%25,5) defans ve 146'sında (%15,3) rebound mevcut olduğu rapor edilmiş (101).

Batın grafisi, karın ağrısı için en çok kullanılan radyolojik yöntemdir. Olası tanı için ek bilgi vermese bile ayırıcı tanıda diğer hastalıkları ekarte etmek için kullanılır. Serbest havayı göstermesi ve hava-sıvı seviyelerini ortaya koyması en çok faydalanılan özellikleridir. Çalışmaya dahil edilen 150 hastanın tamamına direk batın direk batın grafisi çekildi. 150 hastanın 99'ünde (%66) ayakta direk batın grafisinde herhangi bir patoloji görülmez iken, 51'inde (%34) hava-sıvı seviyesi, gis ait yoğun gaz, safra kesesine uyumlu opasite, üriner trakta opasite, tespit edildi. Direkgrafi usg ve CT'ye göre daha ucuz ve kolay ulaşılabilen bir tetkiktir. Diyafram altında serbest hava gis'e ait perforasyonu gösterdiği gibi ileus-volvulusa ait hava sıvı seviyesi ve dilate döngüler görülebilir. Renal taşlar %90 oranında, kese taşları gibi anormal taşları % 10 ve apantix taşları %5 oranında gösterebilir.(12). Akut karın ağrılı hastalardaki direk grafisinin, laparoskopik cerrahi sonucu ile karşılaştırıldığında sensitivitesi %64, spesifitesi %68 dir(13). İleus –volvulus tanısı alıp tedavi edilen 21 hastanın(% 14), 16'sın da hava sıvı seviyesi saptandı. Direk grafi anormal olan 18 hastaya cerrahi tedavi uygulanırken yine direk grafi anormal olan 18 hastaya da cerrahi medikal tedavi alıp taburcu edildi. Çalışmamızda direk grafisi normal 11 hasta cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastaların USG sonucu ve tedavi sonrası tanılarında ileus volvulus tanısı alan 16 hastada direk grafi anormal iken, 5 hastada direk grafi normal bulunmuştur. Akut appendisit tanısı almış ve cerrahi uygulanan 8 hastada direk grafi anormal, 5 hasta dâhili ve cerrahi medikal tedavi,4 hastada ise direk grafi normal olarak bulunmuştur. Çalışkan M. Ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 11 mekanik intestinal obstrüksiyonu olan hasta ve 4 peptik ulkus perforasyonu gelişen hasta olduğu halde hastaların 50'sinde (%5,3) hava-sıvı seviyeleri, yalnızca bir tanesinde serbest hava saptandı. 951 hastanın 652'sinin

(%68,6) düz karın grafisi normal olarak değerlendirilirken, 248'inde (%26,1) gaz birikimi saptandı(63).

Yapılan bazı çalışmalarda DKG ince bağırsak obstrüksiyonu şüpheli hastaların yaklaşık % 60'ında tanısal bulunmuştur (70). Düşük dereceli obstrüksiyonlarda sensitivitesi daha düşük gösterilmiştir (71). Flasar M.H. ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada perfore bağırsakta olduğu gibi büyük hacimdeki havanın ortaya çıktığı durumlar için DKG'nin sensitivitesi % 100 kadar yüksek rapor edilmiştir (72). Çalışmaya alınan 150 hastanın tamamına USG çekildi. 24(%16) hastada hepatobiliyer sistem hastalıkları, 52(%34,7) hastada GİS ait hastalıklar, 27(%18) hastada üriner sistem hastalıkları, 4(%2,7) hastada kadın genital sistem hastalıkları ve 43(%28,7) hastada normal olarak bulundu. Batın USG ve spesifik klinik tanı ise 22(%14,7) safra kesesi, safra yollarına ait hastalıklar, 17(%11,3) akut appendisit, 20(%13,3) hastada renal taş, hidronefroz, kist vs, 4(%2,7) over ve adnexiyal hastalıklar tespit edildi. Klother HJ ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada klinik muayeneye ultrasonografi ilave edildiğinde apandisit tanısı %90'ı geçmiş ve negatif laparotomi oranı düşük bulunmuştur (73). Ohmann C. Ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise akut karında doğru tanı, US kullanılmadığında %62–87, kullanıldığında ise %83 90 civarındadır (74). Shea JA ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada USG'nin safra kesesi taşları tanısında sensitivite %84 ve spesifitesi % 99 olarak rapor edilmiş (75).

Hastaların acil servise müracaatı sonucu çalışılan laboratuvar değerleri Lökosit $10,1417 \pm 3,92254$ mm³, Amilaz $70,6267 \pm 66,71984$ u/L Lipaz $33,7399 \pm 45,37338$ Amilaz değerleri cerrahi tedavi alan hastalarda 93,2143, dahili tedavi alan hastalarda 66,0909, cerrahi medikal tedavi alan hastalarda 64,6786 olarak tespit edildi. Lipaz değerleri ise cerrahi hastalarda 49,6964, dahili tedavi alan hastalarda 30,0911, cerrahi medikal tedavi alan hastalarda 30,0620 olarak ölçüldü. Akyıldız H.Y. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada travmaya bağlı olmayan akut karın ağrısı nedeniyle acil servise müracaat eden 225 hasta değerlendirilmiş ve bu hastaların tanısında lökosit sayısının ve D-dimer testinin doğruluğu karşılaştırılmış. Ddimer seviyesi ve lökosit sayısı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş. Ek olarak, acil laparotomi gereken hastalarda bu testin duyarlılığı %95,7 iken, lökosit sayısının ise

%74,8 olarak saptanmış. Akut karın ağrılı bir hastada D-dimer testi lökosit sayısına güçlü bir alternatif veya yardımcı olabileceği sonucuna varılmış (76).

Safra kesesi hastalıkları tanısı alan 22 hastanın 10(%45,45) opere oldu. Bu 10 hastanın 3'ü acil servisten direk ameliyata alınmış olup, 7 hasta servise yatırılıp bir süre medikal takip sonrasında operasyona alındı. Geri kalan 12 hastaya (%54.545) dahili ve cerrahi servislerde medikal tedavi uygulandı.

İleus-volvulus tanısı alan 21 hastanın 6'sı (%28.571) opere oldu. Bu 6 hastanın 2'si acil servisten direk ameliyata alındı. 4 hasta ise serviste bir süre medikal takip sonrasında operasyona alındı. Opere olmayan 15 hastaya (%71.428) ise dahili ve cerrahi servislerde medikal yaklaşım sergilendi.

Hastaların son tanı olarak Akut appendisit tanısı alan 17 hastanın, 10(%58.823) opere oldu. Geri kalan 7'si(41.176) dahili ve cerrahi servislerde medikal olarak takip edildikten sonra taburcu edilmiştir. Çalışmamızda biyokimyasal parametrelerin karşılaştırılmasında anlamlı bir korelasyon izlenmemiştir. Hastaların biyokimyasal değerleri sağlıklı bireylerle yaklaşık olarak aynı bulundu. Amilaz ve Lipaz değerlerinin hastalar arasındaki korelasyonunda anlamlılık olmamasına rağmen cerrahi tanı ve tedavi alan hastalarda diğer gruplara göre daha yüksek biyokimyasal değerler elde edildi. Amilaz cerrahi tanı alan hastalar içinde en yüksek 744 U/L,dâhili hastalar içinde 198 U/L,cerrahi medikal tanı alan hastalar içerisinde ise 158 U/L olarak ölçüldü. Lipaz değeri ise cerrahi tanı alan hastada en yüksek 524 U/L,dâhili tanı alan hastada 157 U/L,cerrahi medikal tedavi alan hastada ise 133u/L olarak ölçüldü. Bu bulgular ışığında acil servise karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastalarda laboratuvar bulguları erken dönemde bizlere önemli ipuçları vermemektedir Çalışmamızda da görüldüğü gibi özellikle yaşlı ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda biyokimyasal parametreler anlamlılık kazanmıştır ama bunu genellemek doğru bir yaklaşım değildi. Görüntüleme yöntemlerinden en çok kullanılan ve günümüz Türkiye'sinde ulaşılabilir olan direk grafi ve usg'nin birlikteliği önem kazanmaktadır. Çalışmamızda hepatobiliyer sistem hastalığı tanısı alan 24(%16) hastada direk grafi 6(%25) anormal,18(%75)'inde normal bulunmuştur. GİS ile ilgili tanı almış 52(%34,666) hastanın31(%59,615)'inde anormal,21(%40,384)'inde normal olarak değerlendirilmiştir. Direk grafiyi ayırıcı tanıda ve özellikle ileus,

volvulus perforasyon tanısında etkinliği, ucuz oluşu ve kolay uygulanabilirliği yönünden tercih edilmelidir.

Acil servise başvuran hastalarda belki de en az yapılan fizik muayene yöntemlerinden biri olan rektal tuşedir. Dünya sağlık örgütü istatistik yıllığında rektal tuşenin fizik muayenedeki yeri ve önemini belirten çalışmaları mevcuttur. Burada da görülmüştür ki rektal tuşe birçok klinik durumun erken ve doğru tanı aracı olarak görülmektedir. Nedeni kısa sürede yapılması, ucuz ve etkin fizik muayene yöntemi olmasıdır. Rektal tuşenin etkin uygulanabileceği klinik alanlardan biride acil servisler olmasına rağmen yapılan gözlemler sonucu RT'nin çok sık kullanılmadığı ortaya konmuştur. Rektal tuşe, acil servise başvuran karın ağrılı hastaların %10'unda akut veya kronik kanamaya ait pozitif muayene bulgusu elde edilmiştir.(13).Çalışmamızda hastalara uygulanan rektal tuşe sonucu normal 67(%44,7)anormal 31(%20,7),yapılamadı 52(%34,7) olarak kaydedildi. Nonspesifik karın ağrısı tanısı alıp ta burcu edilen hastalardan RT 22(%50)'inde normal,8(%18,2)'inde anormal RT, 14(%31,8)'inde yapılamadı. Akut appendisit tanısı konulan hastalar içerisinde 7(%41,2)'de normal, 2(%11,8)'inde anormal 8(%47,1)'inde yapılamadı. İleus volvulus tanısı alan hastalardan ise 7(%33,3)'ünde normal, 12(%57,1)'inde anormal sonuç, 2(%9,5)inde ise yapılamadı. Safra kesesi ile ilgili tanı alan hastalardan ise 14(%63,6)'ında normal, 5(%22,7)'inde anormal sonuçlar,3(%13,6)'ında ise yapılamadı. Üriner enfeksiyon tanısı alan hastalardan ise 2(%20)'inde normal,8(%80)'ine yapılamadı, anormal RT saptanmadı. Peptik ülser tanısı alıp taburcu edilen hastalardan ise 4(%33,3)'ünde normal, 2(%16,7)'inde anormal sonuç, 6(%50)'sine ise yapılamadı. Over adnexiyal hastalık tanısı alan hastalarda ise 2(%50) normal, 1(%25) anormal,1(%25) yapılamadı. Renal patoloji saptanan hastalarda ise 9(%45)'inde normal, 10(%50)'inde yapılamadı, 1(%5)'inde yapılamadı. Çalışmamızdaki sonuçlara bakılacak olursa RT'nin anormal bulunduğu en fazla hastalık grubu ileus volvulus tanısı alan hastalardan oluşmaktadır. Yaş gruplarına göre RT ile tanılar karşılaştırıldığında ise grup I yaş(19–40)'ında ileus volvulus tanısı alan 6(%28) hastanın, 3(%50)'inde normal, 1(%16,7)'inde anormal bulunmuş iken, yaş grup II (41–65)'de ise toplamda 5(%23.80) hastanın 3(%60)'ında anormal,2(%40)'ında ise normal bulunmuştur. Yaş grup 3(66–100) 'de

ise toplam 10 (%47.61) hastanın 8(%80)'inde anormal sonuç, 2(%20)'inde normal sonuçlar bulunmuştur. Safra kesesi hastalıkları ile ilgili tanı alan hastalardan ise grup yaş(19–40) toplam 3(%13.63) hastanın 1(33,3)'inde normal, 2(67,7)'ine yapılamadı. Grup II yaş(41–65) hastalarda ise toplamda 15 hasta(%68.18) 'nın 10(%66,7)'inde normal, 4(26,7)'inde anormal iken 1(6,7)'ine yapılamamıştır. Grup III yaş(66–100)'de toplam 4 (%18.18) hastanın, 1(25)' anormal sonuç iken 3(%75)'inde normal bulunmuştur. Nonspesifik karın ağrısı tanısı ile taburcu edilen hastalardan ise grup I yaş (19-40) toplam 21(%47.72) hastanın 1(%4.8)'inde anormal iken 8(%38.1)'inde normal 12(%57.1)'inde yapılamamıştır. Grup II yaş (41-65) hastalarda 15(%34.09) ise 3 (%20)'inde anormal, 10(%66.7)'inde normal, 2(%13.3)'unda yapılamamıştır. Grup III yaş (66-100) hastalarda 8(%18.18) ise 4(%50)'inde anormal, 4(%50)'inde ise normal olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda rektal tuşe ile ilgili elde edilen sonuçlardan bir tanesi yaşla birlikte RT'nin yapılma oranının arttığıdır. Yine sonuçlardan biride yaşla beraber daha sık görülen GIS ait hastalıklarının görülme sıklığının artması ve patolojik RT görülme oranının da aynı derecede artmasıdır.

Tüm bunlar değerlendirilip göz önüne alındığında acil servislerde çok kısa bir zaman aralığında akut batın tanısı koymak, hastaların mortalite ve morbititesini etkileyen unsurlardan olduğu için hastalardan yeterli ve detaylı anamnez, seri fizik muayene ve hasta ile ilgili kayıtların tutulması, yapılan işlemlerin kayıt altına alınması günümüz şartlarında en iyi ve etkin tanı koyma aracı olmaya devam etmektedir. Gelişmiş spiral CT kullanımı, her hastane şartlarında laporaskopik yöntemlerin olmayışı anamnez ve fizik muayenenin önemini ortaya koymaktadır.

Acil servislerde akut batın tanısı koymak; Anamnez, seri fizik muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile beraber, tanı ve ayırıcı tanı için laboratuvar tetkiklerine gereksinim duymakla ve daha spesifik klinik tanımlar için çeşitli biyokimyasal markırlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuçta genel literatür çalışmalarından ve bizim çalışmamızda gösterdiğimiz gibi acil servislerde karın ağrılı hastaların %34–53 'nü nihai tanı nonspesifik karın ağrısı oluşturmaktadır. Bu hastalara ise fizik muayene bulguları ile tanıya gidilmekle beraber ayırıcı tanı için laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Karın ağrılı hastalar içerisinde akut batın tanısına uyan hastalarda daha spesifik biyokimyasal parametrelere ihtiyaç vardır. Daha detaylı, uzun dönem içerisinde yapılan, çok merkezli çalışmalar ve literatürde geçen biyokimyasal parametrelerin kullanılıp etkinliğinin araştırılması tanı ve tedaviyi yönlendirmesi açısından uygun olacaktır.

7-SONUÇ

1.-Çalışmaya 150 olgu dahil edildi. Olguların 76'sı erkek (%50,0), 74'si kadın(%48,7) idi. Hastaların yaşları en düşük 19,en yüksek 94 yaş olup ortalama 44,6067 olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan hastaların yaş gruplamasında grup I(19–40 yaş) 69 hasta, grup II (41–65 yaş) 54 hasta, grup III(66–100 yaş) 27 hasta vardı.

2-Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş grupları ile tedavi aldıkları dahili, cerrahi ve cerrahi medikal sınıflamasında anlamlılık yoktu ($p>0.551$).

3-Hastaların acil servise ilk gelişinde ağrı başlangıç bölgesi ile klinik olarak dahili, cerrahi ve cerrahi medikal hastalarda anlamlılık yoktu ($p>0.162$).

4-Hastaların FM bulguları dahili, cerrahi ve cerrahi medikal klinik tanı anlamlı bulunmuştur($p<0.001$).

5-Hastaların FM bulguları ile NSKA klinik tanısı anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

6-Hastaların yaş grup III ile ileus-volvulus tanısı arasında anlamlılık vardır($p<0.002$), diğer tanılar için istatikselsel olarak anlamlılık yoktu ($p>0.05$).

7-Hastaların FM bulguları ile safra kesesi hastalıkları klinik tanısı anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

8-Hastaların yaş grupları ile klinik tanılarının sınıflamasında klinik tanı, ileus volvulus ile 66 yaş ve üzeri hastalarda görülme sıklığı anlamlı bulundu ($p<0.002$).

9-Hastaların yaş grupları ile klinik tanılarının sınıflamasında klinik tanı, iye ve sistit gibi üriner enfeksiyonlar ile grup I (19–40 yaş) grubu hastalarda görülme sıklığı anlamlı bulundu ($p<0.024$).

10-Klinik tanılar ile laboratuvar sonuçları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

11-Yaş grupları ve klinik tanı olarak dahili tedavi alan hastalar ile direk grafinin pozitifliği arasında bir anlamlılık yoktu ($p>0.05$).

11-Yaş grupları ve klinik tanı olarak cerrahi tedavi alan hastalar ile direk grafinin pozitifliği arasında bir anlamlılık yoktu ($p>0.05$).

12-Yaş grupları ve klinik tanı olarak cerrahi medikal tedavi alan hastalar ile direk grafinin pozitifliği anlamlı bulunmuştur ($p<0.010$).

13-Hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının dahili hastalardaki sonuçları arasında istatikselsel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

14-Hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının, cerrahi tedavi alan hastalar arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) .

15-Hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının cerrahi medikal tedavi alan hastalardaki sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur ($p<0.037$).

16-Dahili hastalıklar tanısı alan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasın da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ($p>0.05$).

17-Cerrahi operasyon uygulanan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasın da istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmuştur ($p<0.009$).

18-Cerrahi medikal tedavi uygulanan hastaların fizik muayene bulguları ile direk grafinin karşılaştırılmasın da istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ($p>0.463$).

19-Hastaların direk grafi ve USG sonuçlarının genel sistemlere ait tanılar ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.007$).

20-Batın USG sonucu ile ileus volvulus hastalıkları ile ilgili son tanının karşılaştırılmasın da istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,006$).

21-Batın USG sonucu ile Akut.appendist karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

22-Hastaların batın USG sonucu ile safra kesesi hastalıkları ile ilgili son tanının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlılık yoktu ($p>0,05$).

23-Batın USG sonucu ile nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastaların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

24-FM bulgusu RT ile klinik tanıların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

25-İleus-volvulus tanısı alan hastalar ile RT pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

26-Nonspesifik karın ağrısı tanısı alan hastalar ile RT pozitifliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

27-Acil servise başvuran karın ağrılı hastalarda cerrahi ve dahili akut batın ayırımı yapmak fizik muayene bulguları ile anlamlı bir oranda korele bulunsa da, tanı ve ayırıcı tanı için daha ileri düzey görüntüleme yöntemlerine ve yeni biyokimyasal markırlara ihtiyaç vardı

8-KAYNAKLAR

1. İliçin G. Biberoğlu K., Süleymanlar G., Ünal S. İç Hastalıkları. 2003; 1: 1479.
2. Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. *Emerg Med Clin North Am.* 2001; 19: 123–136.
3. Meisner M. Pathobiochemistry and clinical use of procalcitonin. *Clinica Chimica Acta.* 2002; 323: 17-29.
4. www.tuik.gov.tr/veribilgi.do.11,2006
5. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet.* 1999; 353: 1607–1609.
6. Erdine S. Ağrı mekanizmaları. Erdine S (ed). Ağrı, Birinci baskı, İstanbul; Alemdar Ofset. 2000; 20.
7. Way LL: Abdominal pain. Seisenger MH, Fordtran JS (ed): *Gastrointestinal Disease Pathophysiology Diagnosis Management'de* 4. baskı, WBSaunders Company, Philadelphia, 1989, s. 238–249.
- 8)Doherty GM, Boey JH. The acute abdomen. In: Way L, Doherty GM, eds. *Current Surgical Diagnosis and Treatment*, 11th ed. LangeMedical Books/McGraw-Hill, NewYork. 2003; 503–516.
- 9)Way LL: Abdominal pain. Seisenger MH, Fordtran JS (ed): *Gastrointestinal Disease Pathophysiology Diagnosis Management'de* 4. baskı, WBSaunders Company, Philadelphia. 1989; 238–249.
- 10)Klein BK, Mellikof SM: Approach to the patient with abdominal pain, YamadaT, Alpers DH, Ovyang C, Povvell DW, Silverstein FE (ed):*Textbook of Gastroenterology'de* 1. baskı, JB Lippincott Company, Philadelphia. 2001; 660–668.
- 11)Shearman DJC, Finlayson NDC, Carter DC: The acute abdomen. *Disease of the Gastrointestinal Tract and Liver*, Churchill Livingstone, London. 2002; 505–531.
- 12)Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults - April 1, 2008 of *Medicine*, Winston-Salem, North Carolina. *Am Fam Physician.* 2008 Apr 1;77(7):971–978.
- 13)Judith E.Tintinalli, Gabor D. Kelen. *Emergency Medicine.*2000,s. 497–519.
- 14)McCraig L, Burt CW. National ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data.* 2004; 340.

- 15) Miller SK, Alpert PT. Assessment and Differential Diagnosis of Abdominal Pain. *The Nurse Practitioner*. 2006; 31: 38–47.
- 16) Batman F. Karın Ağrısına Yaklaşım. In: Ünal Yasavul Ü, ed. *Hacettepe İç Hastalıkları Kitabı*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara. 2003; 555–557.
- 17) Akdoğan A, Aras D, Bayramoğlu E. Akut karın tabloları. Coşkun A (ed): *Genel Cerrahi*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. Ankara. 1998; 273–282.
- 18) Arıbal D. Akut Karın. Ankara Üniv. Genel Cerrahi Ders Notları. Ankara. 1998; 460–472.
- 19) Martin R, Rossi R. The acute abdomen: An overview and algorithms. *Surg Clin North Amer*. 1997; 77: 1227–1245.
- 20) Billittier AJ, Abrams BJ, Brunetto A. Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints. *Emerg Med Clin North Am*. 1996; 14: 789–850.
- 21) Roh JJ, Thompson JS, Harned RK ve ark. Value of pneumoperitoneum in the diagnosis of visceral perforation. *Am J Surg*. 1983; 146: 830-833.
- 22) Orr RK, Porter D, Hartman D. Ultrasonography to evaluate adults for appendicitis. *Acad Emerg Med*. 1995; 2: 644–650.
- 23) Rubin GD, Dake MD, Napel SA. Three dimensional spiral CT angiography of the acute abdomen: initial clinical experience. *Radiology*. 1993; 186: 147–152.
- 24) McGehee M, Kier R, Cohn SM. Comparison of MR with postcontrast CT for the evaluation of acute abdominal trauma. *J Compt Assist Tomogr*. 1993; 17:410-413.
- 25) Sosa JL, Arrillaga A, Puente I. Laparoscopy in 121 consecutive patients with abdominal gunshot wounds. *J Trauma*. 1995; 39: 501–504.
- 26) Reiertsen O, Rosseland AR. Laparoscopy in patients admitted for acute abdominal pain. *Acta Chir Scand*. 1985; 151: 521–524.
- 27) Berci G, Sackier JM, Paz Parthlow M. Emergency laparoscopy. *Am J Surg*. 1991;161: 332–335.
- 28) Sozuer EM, Bedirli A, Ulusal M, Kayhan E, Yilmaz Z. Laparoscopy for diagnosis and treatment of acute abdominal pain. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2000; 4: 203–207.

- 29)Forde KA, Treat MR: The role of peritonoscopy (laparoscopy) in the evaluation of the acute abdomen in critically ill patients. *Surg Endosc.*1992;6:219–221.
- 30)Schreiber JH. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *Surg Endosc.* 1990; 4:100–102.
- 31)Amos JD, Schorr SJ, Norman PF. Laparoscopic surgery during pregnancy. *Am J Surg.* 1996; 17: 435–437.
- 32)Arıbal D. Akut Karın. Ankara Üniv. Genel Cerrahi Ders Notları. Ankara. 1998; 460–472.
- 33)Ericsson S, Granstrom L, Carlstrom A. The diagnostic value of repetitive preoperative analyses of C-reactive protein and total leucocyte count in patients with suspected acute appendicitis. *Scand J Gastroenterol.* 1994; 29: 1145–1154.
- 34)Cox MR, Mc Call LI, Toouli J. Prospective randomized comparison of open versus laparoscopic appendectomy in men. *World J Surg.* 1996; 20: 263.
- 35)What is positive appendicitis? A new answer to an old question. Clinical, macroscopical and microscopical findings in 200 consecutive appendectomies; *Singapore Med J* 2009; 50(12): 1145–1149. Hussain A, Mahmood H, Singhal T, Balakrishnan S, El-Hasani S
- 36)Eriksson S, Granstrom L. Randomized controlled trial of appendectomy versus antibiotic therapy for acute appendicitis. *Br J Surg.* 1995; 82: 166–167.
- 37)Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 2004; 10: 323–327.
- 38)Pezzilli R, Billi P, Miglioli M, et al. Serum amylase and lipase concentrations and lipase/amylase ratio in the assessment of etiology and severity of acute pancreatitis. *Dig Dis Sci.* 1993; 38: 1265-1269.
- 39)Tenner S, Dubner H, Steinberg W. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameter: A meta- analysis. *Am J Gastroenterol.* 1994; 89:1863–1866.
- 40)Perlman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia). *Am J Surg.* 1980; 139: 286–289.
- 41)Leijonmarck CE, Bonman-Sandelin K, Frisell J, et al. Meckel's diverticulum in the adult. *Br J Surg.* 1986; 73: 146–149.
- 42)St-Vil D, Brandt ML, Panic S, et al. Meckel's diverticulum in children: a 20-year review. *J Pediatr Surg.* 1991; 26: 1289–1292.

- 43)Cullen JJ, Kelly KA. Current management of Meckel's diverticulum. *Adv Surg.* 1996; 29: 207–214.
- 44)Eldrup J, Hawkins R, Bredenberg C. Abdominal vascular catastrophes. *Surg Clin North Amer.* 1997; 77: 1227–1245.
- 45)Törüner A. Mezenterik vasküler hastalıklar. In Sayek İ. (ed): *Temel Cerrahi*.2. baskı. Güneş Kitabevi. Ankara. 1998; 2: 1437–1441
- 46)Stabile BE. Current surgical management of duodenal ulcers. *Surg Clin North Am.* 1992; 72: 335–339.
- 47)Baron JH. Peptic ulcers can now be cured without operation. *Ann R Coll Surg Engl.*1995; 77: 168.
- 48)Taylor H. The non-surgical treatment of perforated ulcer. *Gastroenterology.* 1957; 3: 353–359.
- 49)Mouret O, Francois Y, Vignal J. Laparoscopic treatment of perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 1990; 77:1006.
- 50)Ho H, Zuckerman MJ, Schaeffer L, Polly SM. Brucellosis: Atypical presentation with abdominal pain. *Am J Gastroenterol.* 1986; 81(5): 375–377.
- 51)Roy S, Weimersheimer P. Nonoperative causes of abdominal pain. *Surg Clin North Amer.* 1997; 77:1433–1454.
- 52)Ling FW, Stovall TG. Update on the management of ectopic pregnancy. *Adv Obstet Gynecol.* 1994; 1: 57-62.
- 53)Krivak T, Propst A. Tubo-ovarian abscess. Principles of contemporary management. *Fem Patient.* 1997; 22: 27–32.
- 54)Landers DV. Tubo-ovarian abscess complicating pelvic inflammatory disease. In Landers DV, Sweet RL (ed): *Pelvic inflammatory disease.* New York, Springer Verlag. 1996; 94–99.
- 55)Ireton R. Prostatitis and epididimitis. *Urol Clin North Am.* 1984; 11: 83–89.
- 56)Dietz D, Lauretti S, Strong SA et al. Safety and long-term efficacy of strictureplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease. *J Am Coll Surg.* 2001; 192: 330–337.
- 57)Devecioğlu S, Savasan MK, Kaya M. Granümatöz Kolit. Sayek I. *Temel Cerrahi.* Güneş Kitabevi. Ankara 2. baskı. 1996; 1118–1123.

- 58)Zizic T. Acute abdominal complications of systemic lupus erythematosus and polyarteritis nodosa. *Am J Med.* 1982; 73: 525–532
- 59)Reissman P. Elective laparoscopic appendectomy in patients with Familial Mediterranean Fever. *World J Surg.* 1994; 18: 139–141.
- 60)Millaire A, de Groote P, Decoulx E, Goullard L, Ducloux G. Treatment of recurrent pericarditis with colchicine. *Eur. Heart J.* 1994; 15: 120–124
- 61)McCraig L, Burt CW. National ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. *Advance Data* 2004; 340.
- 62)Onur Ö.E., Ünlüer E.E., Denizbaşı A., Güneysel Ö. *Marmara Medical Journal.* 2009; 22(2): 97–103.
- 63)Çalışkan M., Coşkun A., Acar A., Atak İ., Kalcan S., Şişik A. ve ark. *Akademik Acil Tıp Dergisi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye.* 2010; 9, 2: 75–82
- 64)Leung A KC, Sigalet DL. Acute Abdominal Pain in Children. *American Family Physician.* 2003; 67(11): 2321–2326.
- 65)Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with nonspecific abdominal pain. *Br J Surg.* 1994; 81: 1216–1218.
- 66)Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Ruiz E. *Emergency medicine: a comprehensive study guide.* 4th ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc. 1996; 217–221.
- 67)OMGE (de Dambal FT) The OMGE acute abdominal pain survey progress report. *Scand J Gastroenterol.* 1998; 144: 35
- 68)IRVIN TT Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions *Br J.* 1998; 76: 1121.
- 69)Wilson DH, Wilson PD, Walmsley RG Prognosis of acute abdominal pain in accident and emergency department. *Br J.* 1977; 64: 249.
- 70)Maglinte DDT, Balthazar EJ, Kelvin FM ve ark. The role of radiography in the diagnosis of small bowel obstruction. *AJR.* 1997; 168: 1171–1180.
- 71)Miller RE, Nelson SW. The roentographic demonstration of tiny amounts of free intraperitoneal gas: experimental and clinical studies. *AJR.* 1971; 112: 574–585.

- 72)Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. *Med Clin N Am.* 2006; 90: 481–503.
- 73)Klotter HJ, Zielke A, Nies C ve ark. lar>: Sonographie biem akuten abdominellen Notfall. *Chirurg.* 1992; 63: 597–560.
- 74)Ohmann C, Kraemer M, Jaeger M, ve ark.: Akuter Bauchschmerz - standardisierter Befundung als Dianoseunterstützung. Ergebnisse einer prospektive multizentrischen. Interventionsstudie und Testung eines computerunterstützten Diagnosesystems. *Chirurg.* 1992; 63: 113.
- 75)Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ ve ark. Revised estimate of diagnostic test sensitivity and spesificity in suspected biliary tract disease. *Arch Inten Med.*1994; 154: 2573.
- 76)Akyıldız H.Y.ve ark. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* Year: 2010; 16: 22–26.
Diana Gaitini, Nira Beck-Razi, David Mor-Yosef, Doron Fischer, Ofer Ben Itzhak, Michael M. Krausz, and Ahuva Engel *Am. J. Roentgenol.*, May 2008; 190: 1300 - 1306
- 77)Belvis Escaples VM, Jimenez Navarro J, Ruiz Fernando J, Gasso Matoses, Mira Llinaus A, Statistical study of outpatient urologic care. *Acras Urol Esp* 1991 Jul-Aug; 15(4). 325–30.
- 78.Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojanian KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA.* 2003; 289(1):80–86.
- 79.Adedeji OA, McAdam WA. Murphy’s sign, acute cholecystitis and elderly people. *J R Coll Surg Edinb.* 1996; 41(2):88–89.
- 80.Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA.* 1996;276(19):

