

T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

**SDÜ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİ'NE BAŞVURAN TRAVMA  
DIŞI ERİŞKİN KARIN AĞRILI HASTALARIN BİR YILLIK  
PROSPEKTİF İNCELEMESİ**

**Dr. Őermin KARACAN TÜRKER**

**ACİL TIP ANABİLİM DALI  
UZMANLIK TEZİ**

**DANIŐMAN  
Doç. Dr. Önder TOMRUK  
Yrd. Doç. Dr. Sadiye YOLCU**

**ISPARTA - 2013**

## TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması, yürütülmesi ve sonuçlandırılmasındaki katkılarından dolayı tez danışmanlarım SDÜ Acil Tıp Anabilimdalı Başkanı saygıdeğer Hocam Doç. Dr. Önder TOMRUK ve Yrd. Doç. Dr. Sadiye YOLCU'ya, Acil Tıp ihtisasım boyunca bilgi ve becerilerini benden esirgemeyen sevgili hocalarım Yrd. Doç. Dr. Nesrin Gökben BECEREN'e, Yrd. Doç. Dr. H. Hakan ARMAĞAN'a; tezimin yapılmasında desteği olan canım eşim Dr. Kemal TÜRKER'e; tezimde katkısından dolayı Dr. İ. Hakkı ERSOY'a ve Emre SÖNMEZ'e teşekkür ederim. Acil Tıp eğitimim sırasında her şeyi paylaşabildiğim değerli asistan arkadaşlarım ve Acil Tıp ailesinin diğer çalışanlarına, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, canım kızlarım ELİF GİZEM ve BEREN SU'ya teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>ii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>iii</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>viii</b>
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Karın Ağrısı Tanımı, Özellikleri ve Yaklaşım .....	3
2.2. Epidemiyoloji .....	3
2.3. Karın Ağrısının Fizyopatolojisi.....	6
2.3.1. Visseral ağrılar.....	7
2.3.2. Somatik Ağrı.....	7
2.3.3. Yansıyan Ağrı .....	8
2.4. Akut Karın Ağrısı Tanısı .....	8
2.4.1. Öykü .....	8
2.4.1.1. Özgeçmiş ve Soy Geçmiş.....	8
2.4.1.2. Yeri.....	9
2.4.1.3. Başlangıcı ve Karakteri .....	9
2.4.1.4. Ağrının Yayılımı .....	9
2.4.1.5. İlişkili Semptomlar .....	10
2.4.1.5.1. Gaz-gaita Çıkaramama .....	10
2.4.1.5.2. İştahsızlık.....	10
2.4.1.5.3. Sarılık .....	10
2.4.1.5.4. Hipotansiyon.....	10
2.4.1.5.5. Ateş.....	11
2.4.1.6. Başlama Zamanı.....	11
2.4.1.7. Arttıran ve Azaltan Nedenler .....	11
2.4.1.8. Sistem Sorgulaması .....	11
2.4.2. Fizik Muayene .....	11
2.4.2.1. İnspeksiyon .....	12
2.4.2.2. Oskültasyon.....	12
2.4.2.3. Perküsyon.....	12

2.4.2.4. Palpasyon .....	12
2.4.2.5. Rektal Tuş.....	13
2.4.3. Tanı Yöntemleri.....	13
2.4.3.1. Lökositoz.....	13
2.4.3.2. Amilaz .....	13
2.4.3.3. Kreatinin ve Elektrolitler.....	14
2.4.3.4. İdrar Tahlili ve Karaciğer Enzimleri .....	14
2.4.3.5. EKG.....	14
2.4.3.6. Akut Karın Radyolojik Tanısı.....	15
2.4.3.6.1. Ayakta ve Yatarak Direkt Karın Grafisi.....	15
2.4.3.6.2. Akciğer Grafisi .....	15
2.4.3.6.3. Ultrasonografi.....	15
2.4.3.6.4. Bilgisayarlı Tomografi .....	16
2.4.3.7. Spesifik Tanı Yöntemleri .....	16
2.4.3.7.1. Parasentez .....	16
2.4.3.7.2. Peritoneal Lavaj.....	16
2.4.3.7.3. Tanısal Laparoskopi (TL).....	16
2.4.3.7.4 Anjiyografi .....	17
2.4.3.7.5. Endoskopi .....	17
2.5. Ayırıcı Tanı .....	17
2.5.1. Nonspesifik Karın Ağrısı (NSAP).....	17
2.5.2. Akut Apandisit.....	17
2.5.2.1. Apandisit Tedavisi .....	19
2.5.3. Safra Yolu Enfeksiyonları .....	19
2.5.4. Mekanik Barsak Obstrüksiyonu .....	20
2.5.5. Akut Pankreatit .....	21
2.5.6. Mezenter İskemi ve Emboli.....	21
2.5.7. Gastrointestinal Perforasyon.....	22
2.5.8. Kolon Volvulusu.....	22
2.5.9. Akut Kolonik Divertikülit.....	22
2.5.10. Vasküler Nedenler .....	23
2.6. Akut Karın Tedavi.....	23
2.7. Prognoz.....	23
<b>3. MATERYAL ve METOD .....</b>	<b>24</b>

<b>4. İSTATİSTİK.....</b>	<b>29</b>
<b>5. SONUÇLAR .....</b>	<b>30</b>
<b>6. TARTIŞMA .....</b>	<b>52</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>58</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>59</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>60</b>

**KISALTMALAR**

<b>ADBG</b>	: Ayakta Direkt Batın Grafisi
<b>ALP</b>	: Alkalen Fosfotaz
<b>ALT</b>	: Alanin Transaminaz
<b>ARDS</b>	: Akut Respiratuar Distres Sendromu
<b>AS</b>	: Acil Servis
<b>AST</b>	: Aspartat Transaminaz
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>BUN</b>	: Kan Üre Azotu
<b>CPK</b>	: Kreatinin Fosfokinaz
<b>DIC</b>	: Dissemine İntravasküler Koagulapati
<b>DPL</b>	: Diagnostik Peritoneal Lavaj
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>ERCP</b>	: Endoskopik Retrograd Kolanjipankreatikografi
<b>FM</b>	: Fizik Muayene
<b>GiS</b>	: Gastrointestinal Sistem
<b>GGT</b>	: Gama Glutamil Transferaz
<b>HT</b>	: Hipertansiyon
<b>İBO</b>	: İnce Barsak Obstruksiyonu
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>LDH</b>	: Laktat Dehidrogenaz
<b>MI</b>	: Miyokart İnfarktüsü
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>NSAİİ</b>	: Non Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar
<b>NSAP</b>	: Non Spesifik Karın Ağrısı
<b>PAAG</b>	: Posteroanterior Akciğer Grafisi
<b>PNL</b>	: Polimorf Nüveli Lökosit
<b>SDÜ</b>	: Süleyman Demirel Üniversitesi
<b>SMA</b>	: Süperior Mezenterik Arter
<b>TL</b>	: Tanısal Laparoskopi
<b>USG</b>	: Ultrasonografi

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 1.</b> Akut karın ağrısının sık nedenleri .....	4
<b>Tablo 2.</b> Akut karın sebepler .....	5
<b>Tablo 3.</b> Cerrahi gerektirmeyen akut karın nedenleri.....	6
<b>Tablo 4.</b> Akut karın ağrısı öyküsünde dikkat edilecek noktalar .....	9
<b>Tablo 5.</b> Hiperamilazemi yapan nedenler.....	14
<b>Tablo 6.</b> Safra kesesi hastalıklarında klinik görünümmler .....	19
<b>Tablo 7.</b> İntestinal obstruksiyon nedenleri .....	20
<b>Tablo 8.</b> Cinsiyet ve başvuru saat dağılımı .....	30
<b>Tablo 9.</b> Vital bulgular dağılımı .....	31
<b>Tablo 10.</b> Özgeçmiş, eski operasyon, soygeçmiş dağılımı.....	31
<b>Tablo 11.</b> Karın ağrısı özellikleri.....	33
<b>Tablo 12.</b> Fizik muayene özellikleri.....	34
<b>Tablo 13.</b> Labarotuar tetkikleri.....	36
<b>Tablo 14.</b> PAAG ve ADBG değerlendirmesi .....	37
<b>Tablo 15.</b> USG değerlendirmesi .....	37
<b>Tablo 16.</b> BT bulguları .....	38
<b>Tablo 17.</b> Kesin tanımlar .....	39
<b>Tablo 18.</b> Konsültasyonlar .....	40
<b>Tablo 19.</b> Nihai sonuç .....	41

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Acil servise başvuran hastaların değerlendirme formu .....	27
--	----



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Tüm dünyada, Acil Servisler’ler (AS) hastalara hizmetin kesintisiz bir şekilde sunulduğu bölümlerdir. AS’e başvuran hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet verme zorunluluğu AS’i diğer bölümlerden farklı kılmaktadır. AS’ler genellikle birbirinden farklı yakınmaları olan birçok hastaya hizmet vermektedir. Karın ağrısı yakınması AS’e başvuru nedenlerinin başında gelir ve tüm AS başvurularının %5-8’ini oluşturur (1). Akut karın ağrısı; bir haftadan daha az süre varolan, nontravmatik nedenlere bağlı gelişen, nedeni bilinmeyen, karın içi veya karın dışı organları ilgilendiren hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan bir semptomdur. Akut karın ağrısı medikal veya cerrahi bir acilin habercisidir (2). Karın ağrısı hemen herkesin yaşamı boyunca en az bir kez karşılaştığı bir durumdur. Acil servislere başvuran hastaların %5-10’unda karın ağrısı vardır (3). Acil servislere geliş nedenleri arasında karın ağrısı 6. sırada yer alır ve tüm medikal acillerin de 4. nedenidir (2).

Karın ağrılı hastaya yaklaşım, AS’te görev yapan hekimler için son derece sıkıntılı bir durumdur. Bu sıkıntının nedeni; karın ağrısının hayati tehlike yaratabilecek bir nedene bağlı olabileceğidir. AS’te muayene edilip taburcu edilen hastaların %3’ünün takip eden ilk 3 hafta içinde tekrar tıbbi müdahaleye gereksinim duydukları bildirilmiştir (1). Karın ağrılı hastada tanı ve tedavinin planlanmasında öykü ve fizik muayene esas olmakla birlikte, tanının doğrulanması ve tedavinin zamanlaması için tanısız girişimlere ve konsültasyonlara da gereksinim duyulmaktadır. Bazı vakalarda istenilen seri tetkik ve konsültasyonlar ise hastanın acil serviste kalma süresinin uzamasına neden olmaktadır.

Karın ağrısı ile başvuran hastaların bazılarında peptik ülser perforasyonu, aort anevrizma rüptürü gibi çok ciddi patolojiler olabileceği gibi, birçok hastada da dispepsi gibi daha önemsiz problemler ağrıyı oluşturabilir. Genel olarak bakıldığında karın ağrısı şikayeti olan hastaların yaklaşık %20-25’ini hastaneye acil yatış gerektiren hastalar oluştururken, %35-40’ını yapılan tüm tetkiklere rağmen hiç bir patolojinin bulunmadığı, bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez gözlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen nonspesifik karın ağrılı hastalar oluşturur (2, 3). Acil kliniklerde akut karın ağrısının tanı ve tedavisi tüm teknolojik gelişmelere rağmen hala önemli klinik sorunların başında gelmektedir. Tanıda anamnez, fizik muayene, görüntüleme ve

laboratuvar yöntemlerinden yararlanılmakla birlikte akut karın ağrısının tanısında sorunlar devam etmektedir. Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Acil Servisine karın ağrısı ile başvuran hastaların sıklığının, cerrahi ve cerrahi dışı akut karın sıklığının, yatırılarak tedavi edilenlerin oranının, karın ağrısına neden olan hastalık dağılımının, demografik özelliklerinin, morbidite, mortalitesinin belirlenmesi ve takiplerde elde edilen sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Karın Ağrısı Tanımı, Özellikleri ve Yaklaşım

Akut karın ağrısı, travmaya bağlı olmayan, kendiliğinden oluşan, sıklıkla acil operasyon gerektiren ana semptomu karın ağrısı olan ve bir haftadan daha kısa süreli karın ağrıları olarak tarif edilebilir (4, 5). Genel populasyon dikkate alındığında acil servislere başvuran yıllık hasta oranı %0.44'tür. Acil servise başvuran hastaların %5-10'unu karın ağrısı oluşturur ve %35-40'nın nedeni nonspesifiktir. En az 48 saat süren ve karın ağrısını kusmanın izlediği, rebound, hassasiyet ve defans varlığı cerrahi araştırma gerektirir (6).

Akut karın ağrıları düzenli ve titiz bir yaklaşım gerektirir. Öykü ve fizik muayene eşliğinde muhtemel tanılara yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Klinisyen hastanın yatırılmasına karar verdikten sonra tedavinin cerrahi veya medikal mi olacağını daha ileri testlerle belirler (4). Akut karın bir çok hastalığa bağlı olarak gelişebilir. Bu hastalıklar medikal, cerrahi ve karın dışı patolojiler olmak üzere üç ana başlıkta toplanır. Cerrahi bir patoloji tıbbi ya da karın dışı bir patoloji gibi ele alınırsa, her geçen an hastada morbidite ve mortaliteyi artırır (7).

### 2.2. Epidemiyoloji

İsviçre'de 1994 yılında yapılan bir çalışmaya göre yetişkin toplumun 1/3'ünün en az 3 aylık süre içinde bir kez karın ağrısı epizodu geçirdiği ve AS'lere bir yılda ortalama %0.44 karın ağrılı hastanın başvurduğu bildirilmiştir (8). US National Center for Health Statistics verilerine göre 1996 yılında AS'e bir yıl boyunca ortalama %0.57 karın ağrılı hastanın başvurduğu ve bunun AS'lere en sık başvuru nedeni olduğu bildirilmiştir. 2000 yılında ise bu oran yıllık %0.63 hasta olarak bildirilmiştir (9). Karın ağrılı hastalarda hastaneye yatış oranı %18-42 arasında değişmekte ve bu oran 65 yaş üstünde %63 gibi bir orana çıkmaktadır (10). Gastroenteritler cerrahi gerektirmeyen karın ağrılarının en sık nedenidir. Acil servislere akut abdominal ağrının en sık nedeni %40-60 oranla nonspesifik karın ağrılarıdır. Akut apandisit ise en sık cerrahi nedenidir (%4-24). Acil servislere sık görülen ve hayatı tehdit eden karın ağrısı nedenleri arasında iç organ perforasyonu, akut pankreatit, abdominal aort anevrizma rüptürü, intestinal

obstrüksiyon ve mezenter iskemi yer alır (11, 12). Akut karın nedenleri tablo 1 ve tablo 2’de verilmiştir (13).

**Tablo 1. Akut karın ağrısının sık nedenleri**

<b>TANI</b>	<b>ORAN (%)</b>
NON SPESİFİK KARIN AĞRISI	34
APENDİSİT	28
SAFRA YOLU HASTALIKLARI	10
İNCE BARSAK HASTALIKLARI	4
AKUT JİNEKOLOJİK BOZUKLUKLAR	4
PANKREATİT	3
RENAL KOLİK	3
PERFORE PEPTİK ÜLSER	3
KANSER	2
DİVERTİKÜLER HASTALIKLAR	2
DİĞERLERİ	6

**Tablo 2.** Akut karın sebepleri

<p><b>1. İnflamasyon / İnfeksiyon</b></p> <p><b>A. Periton</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kimyasal peritonit: Erken dönem ülser perforasyonu, safra kesesi perforasyonu, over kisti rüptürü, mittelschmerz</li> <li>2. Bakteriyel peritonit <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Primer: pnömokoksik, streptokoksik, tüberküloz</li> <li>b. Sekonder: mide, barsak ve safra yollarının perforasyonları</li> </ol> </li> </ol> <p><b>B. Lümenli Gastrointestinal organlar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apendisit</li> <li>2. Kolesistit</li> <li>3. Peptik ülserler</li> <li>4. Gastroenterit</li> <li>5. Regional enterit</li> <li>6. Meckel divertikülü</li> <li>7. Kolit-ülseratif, bakteriyel, amipli</li> <li>8. Divertikülit</li> </ol> <p><b>C. Solid organlar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hepatit</li> <li>2. Pankreatit</li> <li>3. Karaciğer apsesi</li> <li>4. Dalak apsesi</li> </ol> <p><b>D. Mezenter-İenfadenit</b></p> <p><b>E. Pelvis organları</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enflamatuvar pelvis hastalığı</li> <li>2. Tüboovarial apse</li> <li>3. Endometrit</li> </ol> <p><b>II. Mekanik (obstrüksiyon, akut dilatasyon)</b></p> <p><b>A. Lümenli organlar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barsak obstrüksiyonu: volvulus, invajinasyon, adhezyon, fıtık, tümör</li> <li>2. Safra obstrüksiyonu: taşlar, tümör, koledok kisti, hemobili</li> </ol> <p><b>B. Solid organlar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akut splenomegali</li> <li>2. Akut hepatomegali: kalp yetmezliği, Budd-Chiari</li> </ol> <p><b>C. Mezenter-omenta l torsiyon</b></p> <p><b>D. Pelvis organları</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Over kisti</li> <li>2. Ektopik gebelik</li> </ol> <p><b>III. Vasküler</b></p> <p><b>A. İntraperitoneal kanama</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Karaciğer rüptürü</li> <li>2. Dalak rüptürü</li> <li>3. Mezenter rüptürü</li> <li>4. Ektopik gebelik rüptürü</li> <li>5. Aort veya splenik arter rüptürü</li> </ol> <p><b>B. İskemi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mezenterik tromboz veya emboli</li> <li>2. Dalak infarktüsü</li> <li>3. Omentum iskemisi</li> </ol> <p><b>IV. Diğerleri</b></p> <p>A. Endometriosis</p>	<i>Mc Fadden Dwyer Zinner MJ (3).</i>
--	---------------------------------------

Karın ağrısı nedenleri 70 yaş üzeri hastalarda daha farklı olup, akut kolesistit, malignensi, ileus, nonspesifik karın ağrıları, gastroduodenal ülser, akut divertikülit, akut pankreatit, akut apandisit daha sık rastlanılır (12). Cerrahi gerektirmeyen akut karın nedenleri tablo 3’de verilmiştir (4).

**Tablo 3.** Cerrahi gerektirmeyen akut karın nedenleri

<b>ENDOKRİN VE METABOLİK NEDENLER</b>	<b>ENFEKSİYON VE ENFLAMATUAR HASTALIK</b>
Üremi	Tabes dorsalis
Diyabetik ketoasidoz	Herpes zoster
Addison koması	Akut romatizmal ateş
Akut intermitten porfiriya	Henoch-Schönlein purpura
Hereditör Akdeniz ateşi	Sistemik lupus eritematöz
<b>HEMATOLOJİK BOZUKLUKLAR</b>	Poliarteritis nodosa
Orak hücreli anemi	<b>TORASİK BÖLGE</b>
Akut lösemi	Miyokart enfarktüsü
Kan diskrazileri	Akut perikardit
<b>TOKSİN VE İLAÇLAR</b>	Pnömoni
Narkotik alımı	Pulmoner emboli
Ağır metal zehirlenmesi	Pnömotoraks
	Ampiyem
	Kalça ve sırt ağrısı

Yaşlı hastalarda ağrıyı algılama ve enflamasyona; ateş ve kas yanıtı azaldığı için, gençlerle aynı semptom ve bulgular görülmez. Volüm açığı, kanama, sepsis nedeni ile gelişen hipovolemi normalde hipertansif olan hastanın kan basıncının normotansif ölçülmesi ile gözden kaçabilir (5). Tanıdaki yanlışlıklar cerrahi gerektiren bir grup hastanın izlenmesine veya cerrahi gerektirmeyen bir grup hastanın opere edilmesine yol açar. Bu durumların her ikisinde de mortalite ve morbidite ileri derece yüksektir (14).

### **2.3. Karın Ağrısının Fیزیopatolojisi**

Akut karınlı hastayı değerlendirmeden önce karın ağrısını oluşturan ağrı tipleri ile ilgili temel bazı bilgileri hatırlamak gerekir. Karın ağrıları klinik olarak üç gruba ayrılır.

Bunlar visceral, parietal (somatik) ve yansıyan ağrıdır (5, 13).

### 2.3.1. Visseral ağrılar

Gerilme, basınç artışı ve iskemi visseral ağrıyı uyarır (15). Hasta visseral ağrıyı, ağrıya neden olan organın bulunduğu bölgede değil, embriyoda köken aldığı dermatom segmentlerinde hisseder (7). Visseral ağrılarının özellikleri:

1. Karın içindeki içi boş organların spastik kasılmaları, lümen içindeki basınç artışı, iskemi ve solid organların kapsüllerinin ani gerilmesi sonucu oluşur (16).
2. Ağrı lifleri bilateral olduğu için iyi lokalize edilemeyen ağrı, rahatsızlık hissi şeklinde algılanabilir (15).
3. Visseral ağrı, içi boş organların duvarı ve solid organ kapsüllerinde yerleşen afferent C lifleri tarafından iletilir ve duyusu talamusta algılanır (16).
4. Şiddetli visseral ağrıda otonomik refleksler aracılığı ile terleme, bulantı, kusma, taşikardi, bradikardi görülür. Böbrek ve üreterlerde unilateral innervasyon olduğundan bu bölgenin visseral ağrıları orta hatta değil tek tarafta hissedilir (16).
5. Ağrının başlangıcı yavaş ve süresi uzundur (16).

### 2.3.2. Somatik Ağrı

Parietal peritonun stimülasyonu sonucu oluşur. İskemi, inflamasyon ve parietal peritonun gerilmesi sonucu ağrı oluşur. Bu ağrılar genelde keskin, rahatsız edici, öksürük ve hareketle artan ağrılardır (5, 15). Karın duvarı ve parietal peritondan çıkan getirici somatik sinirler T5-L2 seviyelerinde medulla spinalise girerler (7). Hem C hemde A lifleri ile medulla spinalis arka köküne, oradan beyin korteksine ulaşır.

Bu sinir lifleri A- $\delta$  tipi lifler olup, ileti hızları 6-30 m/sn'dir. Somatik ağrılar, ağrıya yol açan patolojinin yerleşimini gösterir (7). Somatik ağrı özellikleri:

- 1) Somatik ağrılar iyi lokalize edilen ağrılardır. Karın duvarını innerve eden spinal sinirlerle iletilir (16).

- 2) Somatik ağrı varlığı ağrıya neden olan hastalığın komplike hale geldiğinin ve cerrahi endikasyonun ortaya çıktığının bir göstergesidir (16).
- 3) Bu ağrılar solunum, kusma ve hareketle artar. Rijidite mevcuttur.

### **2.3.3. Yansıyan Ağrı**

Karın ağrısına ilave olarak uzak bir vücut bölgesinde ağrı hissedilen ağrıya yansıyan ağrı denir. Akut karında yansıyan ağrıya en iyi örnek, diyafragmatik peritonun irritasyonu sonucu omuzlarda hissedilen ağrıdır (Kehr Bulgusu) (7). Ayrıca pnömonili bir hastada T9 dermatomunun etkilenmesi sonucu karın ağrısı oluşması (15), pankreatitte sırt bölgesinde ağrı olması, üreteral kolik ağrısının aynı taraf kasıklarda olması da yansıyan ağrı örnekleridir (17). Yansıyan ağrı anatomik olarak farklı ancak embriyolojik olarak ortak oluşumların afferent innervasyonlarının aynı olması sonucu oluşan durumdur (16).

## **2.4. Akut Karın Ağrısı Tanısı**

### **2.4.1. Öykü**

Özgeçmiş, soygeçmiş, sosyal yaşam, alınan ilaçlar, yakın zaman içinde yapılan seyahatler gibi konularda bilgi edinilmelidir (7).

#### **2.4.1.1. Özgeçmiş ve Soy Geçmiş**

Geçirilmiş ameliyatlara ve hastalıklar (kronik böbrek hastalığı, diyabet ve kardiyak hastalıklar vs) karın ve kasık fitiklerinin bulunup bulunmadığı, daha önce benzer ağrısının olup olmadığı dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır (7). Karın ağrılı hastanın öyküsünde dikkat edilecek noktalar tablo 4’de verilmiştir (18).



**Tablo 4.** Akut karın ağrısı öyküsünde dikkat edilecek noktalar

Akut karın ağrısı öyküsünde dikkat edilecek hususla	
S (site)	Yeri
O (onset)	Başlangıcı
C (character)	Karakteri
R (radiation)	Yayılm
A (associated symptoms)	İlişkili semptomlar
T (time course)	Zamanla değişimi
E (exacerbating/ relieving factors)	Kötüleştiren ve iyileşim faktörler
S (system review)	Sistem araştırması

#### 2.4.1.2. Yeri

Karın bölgesi epigastrik, sağ hipokondriak, sol hipokondriak, umbilikal, suprapubik, sağ lumbal, sol lumbal, sağ iliak ve sol iliak olarak 9 bölgeye ayrılabilir.

Sağ üst kadrın ağrılarının (sağ hipokondriak) en sık nedeni duodenal ülser, akut pankreatit, akut kolesistit ve akut hepatittir. Sol üst kadrın (sol hipokondriak) ağrısı yapanlar; gastrit, gastrik ülser, akut pankreatit ve dalak enfarktı veya rüptürü olabilir. Akut apandisit en sık sağ alt batın ağrısı, divertikülozis de en sık sol alt kadrın ağrısı nedenidir. Ürolojik ve jinekolojik hastalıklar alt bölgede karın ağrısına neden olurlar (19).

#### 2.4.1.3. Başlangıcı ve Karakteri

Şiddetli ve ani ortaya çıkan karın ağrılarını organ perforasyonunu düşündürürken, kolonik divertikül, duodenum veya midenin peptik ülser hastalığı da olabilir. Bebe vuran şiddetli ağrılarda aortik anevrizma rüptüründen şüphelenilmelidir.

Kolik ağrılar safra kesesi, barsak ve üreterden köken alan ağrılardır. Yavaş başlayıp zamanla kötüleşen ağrılar genellikle inflamasyon kökenli olup kolesistit veya divertikülitte görülebilir (18).

#### 2.4.1.4. Ağrının Yayılımı

Cerrahi karın ağrılarının yayılım paternini ve eşlik eden belirtiler hastalığın tanınmasında önemlidir. Akut apandisitinin erken döneminde olan umbilikal karın

ağrısı zamanla pariyetal peritonunda inflamasyona katılması ile yer değiştirir. Pankreatitte retroperitoneal yapıların etkilenmesi sonucu ağrı sırt bölgesine yayılabilir. Duodenal ülser perforasyonunda sağ iliak alana, kolesistitte diyafragma irritasyonuna bağlı omuza yayılabilir (18).

#### **2.4.1.5. İlişkili Semptomlar**

İştahsızlık, bulantı, kusma sık eşlik eden şikayetlerdir (18).

##### **2.4.1.5.1. Gaz-gaita Çıkaramama**

Paralitik ileus veya cerrahi bir patoloji olan mekanik barsak tıkanıklıklarında ağrı dışında ikinci belirgin şikayet gaz-gaita çıkaramamadır. Mekanik tıkanıklarda ağrının kolik karakteri ve giderek artan kusmalar son derece önemlidir.

Gerginlik nedeni, barsak salgılarının ve pütrifikasyon sonucu ortaya çıkan gazların birikmesidir. Gerginlik distal tıkanıklarda daha belirgindir (7).

##### **2.4.1.5.2. İştahsızlık**

Akut apandisit olgularının % 95'inde ağrı öncesi pek de uzun olmayan bir dönem iştahsızlık söz konusudur (7).

##### **2.4.1.5.3. Sarılık**

Hepatobiliyer bozuklukları düşündürmelidir. Sağ üst kadranda ağrısı ile birlikte hepatomegali ve sarılık hepatit; titreme ile yükselen ateş ve sarılık, kolanjit; üst gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ve sarılık hemobilinin göstergeleridir.

##### **2.4.1.5.4. Hipotansiyon**

Akut karın düşünülen bir hastada erken dönemde hipovolemi bulguları tespit edildiğinde hastanın yaşı ve cinsi göz önünde bulundurularak iki patoloji düşünülmelidir. Bunlar dış gebelik rüptürü ve aort anevrizma rüptürüdür.

Sırtta ani ve şiddetli ağrı ile gelen hastada kan basıncı her iki koldan ayrı ayrı ölçülmelidir. Kollar arasındaki fark yüksek olursa, akut aort disseksiyonundan şüphelenilmelidir (7).

#### **2.4.1.5.5. Ateş**

İnflamatuvar akut karın hastalıklarında subfebril bir ateş olabilir. Akut karın düşünülen bir hastada ateş saptanırsa; öncelikle akut karın hastalıklarına bağlı batın içi apse, jeneralize peritonit, kolanjit gibi komplikasyonlar araştırılmalıdır (7).

#### **2.4.1.6. Başlama Zamanı**

Akut karın ağrılı hastalar genelde beş günden daha kısa süreli karın ağrısı tariflerler.

Karın ağrılarının altı saatten daha uzun süreli olması altta yatan cerrahi bir duruma işaret edebileceği için yakın gözlem gerektirir (18).

#### **2.4.1.7. Arttıran ve Azaltan Nedenler**

Hareketle artan karın ağrıları periton irritasyonunu gösterir, sıklıkla cerrahi bir nedeni düşündürür. Anti-enflamatuvar ilaçlar peptik ülser perforasyonuna neden olurken, kortikosteroidler önemli abdominal patolojileri maskeleyebilir. Kardiyak sorunlar mezenter arter emboli ve iskemisini, produktif öksürük pnömonileri akla getirmelidir (18).

#### **2.4.1.8. Sistem Sorgulaması**

Crohn hastalığı gibi durumlarda hastaların özgeçmişi önemlidir. Önceki geçirilmiş karın ameliyatları adezyonlara sebep olacağı için barsak obstruksiyonunun nedeni olabilir (18). Bulantı, kusma, iştahsızlık, kabızlık ishal, üşüme, titreme gibi semptomlar karın ağrısı ile birlikte bulunabilir. Sarılık, üşüme, titreme ve ateş süpüratif kolanjiti akla getirmelidir.

#### **2.4.2. Fizik Muayene**

Akut karın ağrılarının tanısındaki en önemli unsur fizik muayene (FM) becerisi ve deneyimidir (20).

#### **2.4.2.1. İnspeksiyon**

Akut karın ağrılı hastanın FM'si genel gözlemlerle başlar. Karın duvarındaki skar, herni, kitle, distansiyon gözlemlenebilir. Sklerada ikter hepatobiliyer hastalık işareti olabilir (19). Kolik tarzında (intestinal, renal) ağrılarda hasta hareketli iken, iltihabi olaylarda (peritonit, akut apandisit) hareketsizlik hakimdir. Karın içindeki iltihabi olaylarda göğüs solunumu hakim olup, karın pek solunuma katılmaz.

#### **2.4.2.2. Oskültasyon**

Peristaltizm değerlendirmesi için oskültasyon yapılır. Barsak sesleri normal, hiperaktif ve hipoaktif diye sınıflandırılır. Peritonit, gastroenteritte hiperaktif sesler alınır. Paralitik ileusta hipoaktif ses alınabilir. Oskültasyon, perküsyon ve palpasyondan önce yapılmalıdır (19).

#### **2.4.2.3. Perküsyon**

Perküsyonda normalde karaciğer üzerinde matite, epigastrik bölgede hipersonorite alınır. İntestinal obstrüksiyon ve asit varlığında genel perküsyonda şişkin karın vardır. Asit varlığında açıklığı yukarı bakan matite alınır (19). Barsaklarda ileri derecede gaz biriktiğinde timpanik ses, karın içinde sıvı var ise matite yine perküsyonla saptanabilir. Hastanın ağrısı tarif ettiği yerin uzağından başlayarak yapılan mikroperküsyon karındaki hassasiyeti ortaya çıkarır (17).

#### **2.4.2.4. Palpasyon**

Hastaya ağızdan nefes alıp vermesi söylenerek, her iki el yumuşak şekilde hastanın karnına bastırılarak adale defansı ortadan kaldırılır. Kas spazmına bağlı istemli defans olabilir. İstemsiz defans genelde peritonitte görülür (19). Peritonitte görülen dört bulgu, defans, rijidite, rebound ve hassasiyettir (21).

Öksürük testi: Palpasyonla özellikle rebound tespiti için yapılan muayenede peritonitli hastalarda çok fazla ağrı duyulabilir. Bu gibi hallerde öksürtülmekle hastanın en fazla ağrıyan yeri tespit edilebilir (13).

#### **2.4.2.5. Rektal Tuş**

Pelvik lokalizasyonlu apandisitlerde ve pelviperitonit hallerinde tek taraflı veya çift taraflı hassasiyet tespit edilebilir. Rektum tümörü, uterus salpinksinin hassasiyeti ile salpenjit tanısında yardımcıdır. Akut karın hastalarında rektal muayene yapılmadan fizik muayene tamamlanmış sayılmamalıdır (7).

#### **2.4.3. Tanı Yöntemleri**

Hasta takibe alındığı andan itibaren tam kan sayımı, kan grubu, kan elektrolitleri, kan gazları, kan şekeri, kanama ve pıhtılaşma zamanı, karaciğer fonksiyon testleri, kreatinin, idrar analizi, gaitada gizli kan yine gerekli olduğu hallerde amilaz ve lipaz için örnek alınmalıdır.

Üreteral kolik veya üriner sistem infeksiyonları açısından hastayı gereksiz acil operasyondan korumak için tam idrar tahlili mutlaka yapılmalıdır (22).

##### **2.4.3.1. Lökositoz**

İnflamatuvar akut karın hastalarında genellikle orta dereceli lökositoz (10.000-15.000 ml/u) görülür. Periferik yaymada polimorf nüveli lökositlerde (PNL) artış yani sola kayma tespit edilebilir. Akut karın düşünülen hastada 15.000 ml/u üzerinde lökosit değerlerinde jeneralize peritonit, batın içi abse, kolanjit gibi ciddi komplikasyonlar ya da karın içi organlarda iskemi düşündürmelidir (7). İlk olarak hemoglobin, hemotokrit, lökosit sayısı ve idrar tetkiki yapılmalıdır. Lökositoz ve periferik yaymada sola kayma infeksiyonu gösterir.

##### **2.4.3.2. Amilaz**

Akut pankreatitin klinik semptom ve bulgularının varlığında genellikle kanda amilaz yüksekliği bulunur. Amilaz şu durumlarda artar (Tablo 5) (23).

**Tablo 5.** Hiperamilazemi yapan nedenler

<b>İntraabdominal nedenler</b>	<b>Ekstraabdominal nedenler</b>
Akut pankreatit	Tükürük bezi hastalıkları
Akut apandisit	Kafa travması
Aort anevrizma diseksiyonu	Diyabetik ketoasidoz
İnce barsak travmaları	Pnömoni
Perfore ülser	Yanıklar
İnce barsak obstrüksiyonu	ilaçlar
Mezenter iskemi	
Fallop tüp hastalıkları	
Afferant loop sendromu	
Gebelik	
Renal transplantasyon	
Renal disfonksiyon	

#### **2.4.3.3. Kreatinin ve Elektrolitler**

Dehidratasyonlu hastalarda, kardiyak etkilerinden dolayı özellikle potasyum değeri postoperatif sıvı replasmanında önemlidir. Sebebi obstrüksiyon olan renal kolikli hastalarda serum kreatinin değeri yükselebilir (21).

#### **2.4.3.4. İdrar Tahlili ve Karaciğer Enzimleri**

Diyabetik hastalarda karın ağrısı yapabilen ketoasidozun ayırt edilebilmesi için kan şekeri ve idrarda glukoz, aseton artışı aranmalıdır.

Alanin transaminaz (ALT), aspartat transaminaz (AST) ve spesifik antijenlerin tespiti viral hepatiti ayırt ettirebilir. Hematüri bir üreter taşıını düşündürür. Bazen akut apandisitte (retroçekal) idrarda kan ve lökosit artışı olabilir.

#### **2.4.3.5. EKG**

Kırk yaş üzeri tanısı şüpheli karın ağrılarında elektrokardiografi (EKG), olası miyokard enfarktüsünü (MI) gösterebilir (21).

#### **2.4.3.6. Akut Karın Radyolojik Tanısı**

Fizik bakı ve laboratuvar bulguları genellikle akut karın tanısı için yeterlidir. Radyolojik incelemeler, klinik şüphelerin doğrulanması, etiyolojik tanının belirlenmesi ve tedavi planlanmasının yapılmasında yarar sağlar. Temel amaç, gereksiz invaziv tanı yöntemleri ve laparotomilerin sayısını azaltıp, gecikmeden doğru tanı ve uygun tedavi seçimlerinin farklılığı nedeniyle, tedaviye karar verilmeden önce tanının çok iyi belirlenmesi gerekir (24). Ayakta ve yatarak düz karın grafileri akut karın tanısında en sık kullanılan yöntemlerdir.

##### **2.4.3.6.1. Ayakta ve Yatarak Direkt Karın Grafisi**

Biliyer ve üriner sistem taşları, aorttaki kalsifikasyonlar (anevrizmada), fekalitler direkt karın grafisinde görülebilir (17).

Supin, ayakta ve dekübitis filmleri gazların dağılımını belirlemek için rutinde en sık kullanılan yöntemlerdir (24).

GİS'de tıkanıklığı olan hastalarda direkt karın grafileri %50-60 oranda teşhis edici, %20-30 oranında şüphelendirici, %10-20 oranında yanıltıcıdır (7). Direkt grafilerde içi gaz dolu olan bağırsak ansları (sentiner loop) akut pankreatitlerde sıkılır. Ayrıca her iki fleksurada gaz görünmeside (cut-off belirtisi) pankreatitlerde görülen diğer bir bulgudur (25).

##### **2.4.3.6.2. Akciğer Grafisi**

Akut karın şüphesi olan hastalarda posteroanterior akciğer grafisi (PAAG) rutin olarak çekilmelidir. Bu grafiler akut karın tablosuna yol açabilen toraks içi patolojilerin teşhisini sağlar (7). Karında serbest hava varlığını değerlendirmek için PAAG grafisi en değerli yöntemdir. Klinik veriler perforasyon lehine iken direk grafi normal ise incelemeye bilgisayarlı tomografi (BT) ile devam edilir veya 100 ml hava verilerek grafi tekrarı yapılabilir (24).

##### **2.4.3.6.3. Ultrasonografi**

Akut karın tablosu ile gelen her hastaya kolaylıkla yapılabilecek ve kısa sürede hekime çok fazla bilgi sağlayabilecek bir yöntemdir. Solid organlar ve sıvı,

ses dalgalarını iyi iletirken yağ dokusu ve hava iyi iletici değildir. Bu nedenle şişman hastalarda ve bağısıklarda gaz olan hastalarda US'nun tanı değeri düşüktür (7).

#### **2.4.3.6.4. Bilgisayarlı Tomografi**

Pankreasın, retroperitoneal lezyonların tanısında yararlı bilgi verebilen bu yöntem abdominal kitleleri araştırmada da yararlıdır. GİS perforasyonunda, BT küçük miktarlardaki serbest havayı göstermede direk grafilerden daha üstündür. İntraperitoneal gaz saptanmasında BT'nin duyarlılığı %92 iken, direk grafilerin %74 olarak belirlenmiştir (26). BT pankreatik ve retroperitoneal lezyonların ya da karında yerleşmiş enfeksiyonların (Akut divertikülit, plastrone apandisit, karın içi abse) tanısında daha faydalıdır.

#### **2.4.3.7. Spesifik Tanı Yöntemleri**

##### **2.4.3.7.1. Parasentez**

Serbest peritoneal sıvı tespit edilen hastalarda yararlı bilgiler sağlar. USG eşliğinde yapılması komplikasyonları azaltır. Paralitik ileus ve mekanik bağırsak tıkanıklığı olan hastalarda yapılmamalıdır. Parasentez ile sıvının cinsi (asit, kan, safra, idrar, bağırsak mayii) saptanabilir (16).

##### **2.4.3.7.2. Peritoneal Lavaj**

Özellikle karın travmaları ve şuur bozukluğu nedeniyle FM'si tam olarak değerlendirilemeyen hastalarda kullanılabilen tanı yöntemidir. Yıkama içeriğinde kan ya da barsak içeriği varlığı acil laparotomi endikasyonudur. Yıkama veya aspirasyon sıvısında nötrofil varlığı peritonit bulgusudur ( 16 ).

##### **2.4.3.7.3. Tanısal Laparoskopi (TL)**

Akut karın ağrısı olan FM, laboratuvar ve radyolojik yöntemler ile rahatlıkla laparotomi kararı verilemeyen hastalarda TL yanlış teşhis oranını %20'lerden %0'lara kadar indirebilir. Özellikle kadınların alt kadran ağrılarında ayırıcı tanıyı kesin olarak sağlayan en güvenilir tanı yöntemidir (7).



#### **2.4.3.7.4 Anjiyografi**

Akut karın hastalarında anjiyografi; mezenter arter tıkanıklığı ve mezenter ven trombozu düşünülen hastalarda kesin tanıyı sağlar. Hemodinamisi stabil olmayan ve sepsisi olan hastalarda kontrendikedir (7).

Kanama ve mezenter tıkanıklıklarında selektif anjiyografi ile kanama ve tıkanma yeri belirlenebilir ve aynı zamanda embolizasyon ile kanama tedavisinde yapılabilir (7).

#### **2.4.3.7.5. Endoskopi**

Proktosigmoidoskopi, mekanik barsak tıkanmalarının nedenini araştırmada alt GİS kanamaların ve kolondaki kitlelerin araştırılmasında başvurulabilecek bir yöntemdir. Aynı şekilde özafagogastroskopi de üst GİS kanama ve mide tümörlerinin tanısında yardımcıdır. Sağ üst kadranda ya da epigastriyumda akut karın ağrısı olan ancak teşhis edici fizik bulgu tespit edilmeyen hastalarda gastroduodenoskopi ayırıcı tanıyı, kolanjit düşünülen hastalarda endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP) ve sfinkterotomi hem tanı hem de tedavi sağlar (7).

### **2.5. Ayırıcı Tanı**

#### **2.5.1. Nonspesifik Karın Ağrısı (NSAP)**

Bütün çalışmalara rağmen nedeni bulunamamış veya kendiliğinden sonlanan karın ağrılarında NSAP denir. Karın ağrısından sonra en sık görülen şikayet bulantı, ağrının en sık lokalize olduğu bölge epigastrik ve alt karın bölgeleridir. Laboratuvar testleri genelde normaldir ancak hastalarda orta düzeyde lökositoz olabilir.

NSAP olanlar nedeni belli olmayan karın ağrılarını kapsar ve ağrı kendiliğinden sonlanabilir. NSAP olanlar cerrahi operasyona ihtiyaç göstermemekle beraber hatalı olarak altta yatan cerrahi bir patoloji olabilir (21, 27).

#### **2.5.2. Akut Apandisit**

Akut apandisit akut karın sendromunun en sık sebebidir. Erken tanı ve cerrahi tedaviyle mortalite %1'in altında iken, perforasyonda %30'a yükselir (28). Cerrah

akut apandisit ön tanısıyla ameliyat ettiği hastaların %85-90'ında apandisit saptamışsa doğru karar vermiş demektir, %10-15 normal apendiks saptanması makul kabul edilebilir (29). Apandisitın klasik bulguların olmadığı atipik hastalarda tanıdaki karışıklıklar tedavinin gecikmesine yol açar (30). Apandisitın tanınamaması nedeniyle gelişen komplikasyonlar: intraabdominal abseler, yara enfeksiyonu, adezyon oluşumu, barsak obstruksiyonu ve infertilitedir (31).

Apendiks yerleşimi çekal, subçekal, retroileal ve retroçekal olabilir. Bu yerleşim farklılıkları klinik tanıda zorluklar doğurur (32). Sol alt kadrana palpasyonla basınç uygulandığında sağ alt kadranda ağrı olması Rovsing belirtisi olarak bilinir. Psoas belirtisi, psoas kasında irritasyon sonucu olur (33). Maksimal hassasiyetin olduğu McBurney noktası, göbek ile anterior süperior ilyak iskeleti birleştiren hattın 1/3 distal kısmıdır. Akut apandisitte 39-39,5 C° olabilen ateş, perforasyon gelişmesi durumunda 40-41 C°'ye ulaşabilir (34).

Tanıda gecikmeler yüksek morbidite ve mortalite nedenidir. Tedavinin geciktirilmesi perforasyon hızını (%34-75), yara enfeksiyon riskini (%0-11), pelvik apse oranını (%1-5) ve karın içi adezyon riskini artırır. Cerrah için %10-30'luk yalancı pozitif tanı değeri makul görülmüştür. Gereksiz apendektomi oranını düşürmek ve doğru tanı koyma şansını artırmak için skor yöntemleri geliştirilmiştir (35). Akut apandisitte klinik bulguların yorumu hastayı ilk gören hekim ve özellikle acil birim hekimlerinin deneyimine bağlı olarak yanlış tanı oranını arttırdığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (36).

Özellikle yaşlılarda daha sık olmak üzere, lökosit sayısı normal olabilir veya perfore apandisitte lökopeni gözlenebilir. Ayrıntılı periferik yaymada parçalı nötrofil hakimiyeti vardır (37).

Bilgisayarlı tomografi, akut apandisit düşünülen olgularda non-invazif altın standarttır. Lokalize enflamasyon ve apseyi gösterir (38). Akut apandisitın saptanmasında nükleer görüntüleme olarak kullanılan Teknesyum 99m fanolesomab'ın sensitivitesi ve spesifisitesi %87'dir. Bu teknik akut apandisitın tanı ve tedavisinde umut vericidir (39, 40).

### 2.5.2.1. Apandisit Tedavisi

Akut apandisitte tedavi apendektomidir. Preoperatif antibiyotik profilaksisi enfeksiyöz komplikasyonları azaltır. Perforasyon veya gangrenöz apandisit varsa hastanın ateşi ve lökosit değeri normale gelene kadar antibiyotiğe devam edilir ve cerrahi müdahalede deri ve deri altı açık bırakılır, 4-5 gün sonra gecikmiş primer kapatma uygulanır. Enflamatuvar kitle (plastron) ile karşılaşırsa antibiyotik tedavisine takiben 6 hafta ile 3 ay arasında elektif apendektomi yapılır (33).

### 2.5.3. Safra Yolu Enfeksiyonları

Akut kolesistit, safra taşlarının duktus sistikus tıkamasına sonucu oluşan sekonder safra kesesi inflamasyonudur (41). Semptomatik safra taşlarının %1-3'ünde akut kolesistit gelişir. Duktus sistikusun tıkanması inflamasyonu başlatır. Hastalık sürecinde safra kesesi gangreni ve perforasyonu oluşabilir (42). Safra kesesi hastalıklarında klinik görünüm tablo 6'da verilmiştir (43).

**Tablo 6.** Safra kesesi hastalıklarında klinik görünüm

Safra kesesi hastalıklarında klinik görünüm	
<b>Kolelitiazis</b>	Sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrik ağrı. Sıklıkla kolik ve yemek sonrası olur Omuz ve bel çevresine yayılabilir. Bulantı kusma olabilir.
<b>Kolesistit</b>	Aynı bulgular ve kolelitiazis bulgularına ilaveten Murph bulgusu, ateş ve titreme
<b>Kolanjit</b>	Kolesistit bulgularına ilaveten Sarılık Mental durum değişikliği Şok

Bütün kolesistit vakalarının %5-14'ünde görülen yaşamı tehdit eden akalküloz kolesistit oluşur ve %50 üzerinde mortalitesi vardır (42). Temel semptom karın ağrısı olup genellikle hafiftir, yaşlı hastaların % 79'unda vardır. Fizik muayenede ateş ve sarılığa ek olarak sağ üst kadranda palpasyonla duyarlılık, hastaların 2/3'ünde vardır. Sağ subkostal bölge palpasyonunda derin nefes alması söylenen hastanın nefesini

tutmasına Murphy bulgusu denir. Murphy bulgusunun sensitivitesi %97,2 ve spesifitesi %48,3 bulunmuştur. Pozitif tahmin değeri %70, negatif tahmin değeri %93,3 olarak belirlenmiştir. Lökosit sayısının yükselmesi ve sola kayma beklenen bir bulgudur (44). Direkt karın grafisi akut kolanjitin tanısında yardımcı olmaz. USG, BT, ERCP, perkutan trans kolanjiografi kolanjite yol açabilen bulguları ortaya koyması yönünden yararlıdır (45).

#### 2.5.4. Mekanik Barsak Obstrüksiyonu

Genel Cerrahi servisine yatırılan hastaların yaklaşık %20'sini oluşturur. Barsak lümeninin tam veya kısmi olarak intrensek veya ekstrensek bir lezyon tarafından bloke edilmesi olarak tanımlanan bu cerrahi probleminden paralitik ileus, intestinal psödoobstrüksiyon ve primer mezenterik iskemi gibi mekanik olmayan haller ayırt edilmelidir (46). Mekanik ince barsak obstrüksiyonu (İBO) geçirilmiş cerrahi işlemler veya enflamatuvar hastalıklardan dolayı gelişen adezyonlardan kaynaklanır. İnkansere inguinal herni en sık ikinci nedendir. İntestinal obstrüksiyon nedenleri tablo 7'de gösterilmiştir (47).

**Tablo 7.** İntestinal obstrüksiyon nedenleri

Duodenum	İnce barsak	Kolon
Stenoz	Adezyon	Karsinoma
Yabancı Cisim(Bezoar)	Herni	Fekal Tıkaç
Striktür	İnvaginasyon	Ulseratif Kolit
Superior mezenter arter sendromu	Lenfoma	Volvulus
	Striktür	Divertikülitis
		İnvaginasyon
		Psödo-obstrüksiyon

Kalın barsak obstrüksiyonlarındaki öncelikli nedenler; kolon kanseri, divertikülit, sigmoid volvulustur. Karın içi kanser riski 40 yaşından sonraki her dekatta ikiye katlanır (48). Barsak sesleri erken dönemde hiperaktif ve metalik vasıfta olup geç dönemde ve strangulasyon gelişmiş olgularda azaldığı hatta tam bir sessizliğin hakim olduğu tesbit edilebilir (49). Direkt karın filmlerinin barsak obstrüksiyonu tanısı için %50-80 oranında tanısal olduğu bildirilmektedir. Tanı zorluğu olan durumlarda BT kullanılabilir (50).

Tedavi medikal veya cerrahi yapılır: Oral alımın kısıtlanması, nazogastrik sonda ile gastrik dekompresyon, intravenöz sıvı tedavisi, sıvı-elektrolit defisitinin karşılanması, lökositöz varlığında parenteral antibiyotik tedavisi verilmesidir (47).

Hastalar günlük karın grafisi ile takip edilir. Lokalize adezyon, apse varlığı, lokal veya sistemik komplikasyonlar oluşmuşsa cerrahi yapılır. Komplikasyon sonucu barsak gangreni ve strangülasyon gelişebilir (51). Nazogastrik tüp ile dekompresyon her tip obstrüksiyon için yapılması gereken ilk tedavi seçeneğidir (52). Strangülasyonlu obstrüksiyonlarda mortalite (%10-20) ve morbidite (%40) oranları basit obstrüksiyonlardan anlamlı olarak yüksek olup ölümlerin yarısında strangülasyonun yarattığı komplikasyonlar yer almaktadır (53).

### **2.5.5. Akut Pankreatit**

Akut pankreatitin yaklaşık %85'i, glandın ödemiyle kendini gösteren hafif bir klinik tabloyla seyreder. %15'inde ise, sıklıkla şok, sepsis, ağır metabolik bozukluk, GIS kanaması, dissemine intravasküler koagülopati (DIC) ve multipl organ yetmezliği ile ciddi oranda mortalite ve morbiditeye yol açar (39). Akut pankreatit nedenleri safra yolları hastalığı, alkol, hiperlipidemi, hiperkalsemi, ailesel, travma, retrograd pankreatografi, iskemi, hipotansiyon, pankreas kanalının obstrüksiyonu, viral enfeksiyon, idiyopatik ve ilaçlar olarak sayılabilir (54). Fizik muayenede dikkati çeken bir diğer bulgu da, sağ ve sol plevral effüzyon veya sol diyafram yükselmesidir. Solunum yetmezliği ile de taşikardi, dispne ve siyanoz ortaya çıkar (54). Hiperamilazemi, genellikle semptomlar başladıktan sonra 24 saat içinde gelişir. Serum amilaz değerinin 1000'in üstünde olması, safra taşı pankreatiti için karakteristik bir bulgu sayılabilir (39). Gerekli endikasyonlar oluştuğunda akut pankreatitte BT'den faydalanabilir (55). Akut pankreatitin pulmoner, kardiyovasküler, metabolik vs. komplikasyonları olabilir (56).

### **2.5.6. Mezenter İskemi ve Emboli**

Akut mezenterik iskemi, erken tanı gerektiren, hayatı tehdit eden, barsak nekrozu ve hasta ölümü ile sonuçlanan bir vasküler acildir. Erken tanı ve etkili bir tedavi ile iyi klinik sonuçlar sağlanabilir (57). Beşinci dekad üzerindeki kimselerde %75-90 gibi yüksek mortalite hızı ile ilişkilidir. Tanı ve tedavideki gecikmelerin en

sık nedeni hastanın asemptomatik olması veya FM ile uyumsuz karın ağrısı semptomlarının varlığıdır (58).

Mezenter ven trombozu tanısının dışlanmasında veya başka yöntemlerle tanının konamadığı durumlarda BT kullanılabilir. Akut mezenterik iskemi, mortalitesi %60-80'in üzerinde ve insidansı gittikçe artan ölümcül bir hastalıktır. Klinik bulgular, başlangıçta nonspesifik olup karın ağrısının ciddiyeti ile uyumsuz FM bulguları vardır. Barsak iskemisi hızlı ilerleyerek barsak nekrozuna dönebilir veya ciddi metabolik bozukluklara ve multipl organ yetmezliklerine yol açabilir (57).

### **2.5.7. Gastrointestinal Perforasyon**

Gastrointestinal perforasyon ve kanamada mortalite oranı 60 yaş üstündekilerde özellikle de kadınlarda gençlere göre 100 kat daha fazladır (48). Yaşlılarda yapılan bir çalışmada Nonsteroid antiinflamatuvar ilaç (NSAİİ) kullananların kullanmayanlara göre peptik ülser veya GİS kanamasından ölüm oranlarını dört kat arttırdığını tespit etmiştir (59). Perforasyondan şüphelenilen hastaların AS tedavilerinde nazogastrik uygulama, volüm replasmanı, antibiyotik verilmesi ve hızlı cerrahi konsültasyon yapılması gerekir (60).

### **2.5.8. Kolon Volvulusu**

Sigmoid volvulus en sık görülen şekli olup tüm volvulusların %75-80'ini oluşturur. Predispozan faktörler arasında özellikle inaktivite, laksatif, trankilizan, antikolinergik, ganglion blokerleri ve antiparkinson ilaç kullanımını sayılabilir (48).

Volvulus oluşumunun temelinde barsağın uzun eksenini üzerinde dönmesi vardır (61). Bütün hastaların en az yarısında değişmez bulgu distansiyondur.

### **2.5.9. Akut Kolonik Divertikülit**

Bütün toplumun %10-25'i divertikülit komplikasyonunun gelişebileceği divertikulozis hastalığından etkilenir, bunların da % 30'unda cerrahi tedavi gerekir. 40 yaş üzeri erkek hastalarda daha sıklıkla görülür. Genel nüfusta %5 oranında iken 90 yaşında %50 ile %75 arasında artış görülür (48, 59). Divertikulozis, 5 yılda %10, 30 yılda %35 divertikülit komplikasyonu riskine sahiptirler ve sıklıkla kolonda

görülür. Ateş ve lokalize karın hassasiyeti olabilir. Lökositoz %69-83 vakada varken yüksek seviyeleri daha çok apse ve peritonit varlığını destekler. (62).

#### **2.5.10. Vasküler Nedenler**

Vasküler hastalıklar daha çok ileri yaşlarda görülür, kırk beş yaş üstündeki hastaların %50'sinden fazlasında Çölyak Arter, Süperior Mezenter Arter (SMA) ve İnférieur Mezenter Arter damarlarının aterosklerozdan etkilendiği rapor edilmiştir (48), geç bulgu olarak intramural veya portal hava radyolojik bulgulardır (63).

Arteriografi tanısall olarak çok sensitif ve spesifiktir. SMA embolisi sıklıkla kardiyak kökenlidir. Embolinin; akut karın ağrısı ile birlikte kardiyak hastalık bulgularının olması, akut GİS boşalması (diyare veya kusma) şeklinde bir triadı vardır (48).

#### **2.6. Akut Karın Tedavi**

Resusitatif ve stabilize edici işlemler uygun olarak yapılmalıdır. Anstabil hastalar klinik bulgulara dayanılarak saptanmalı, gerekli acil müdahale ve cerrahi konsültasyonu yapılmalıdır (6). Cerrah hastaya müdahale için, ayırıcı tanıda iyi bir öykü, FM, radyolojik, laboratuvar incelemeleri gerekirse laparotomi sonucu karar vermelidir (64).

Serum fizyolojik veya laktatlı ringer solusyonu ile intravenöz hidrasyon düşünölmelidir (6). Şüphe edilen enfeksiyon kaynağına göre uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

#### **2.7. Prognoz**

Akut karın hastalıklarının prognozu sebebe, yaşa ve ameliyattan önce geçirilmiş sürenin uzunluğuna göre değişir. Yaşlılarda mortalite gençlere göre fazladır. Akut karın patolojisinin başlaması ile ameliyatın uygulanmasına kadar geçen süre ne kadar uzun ise prognoz o kadar kötüdür. Mortalite, perfore apandisit ve perfore duodenal ulkusta %1-20 arası; diğer perforasyonlarda %20-50 arası; postoperatif peritonitlerde %40-60 arasında değişmektedir (65).

### 3. MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis'ine başvuran karın ağrılı hastaların; sıklığının, cerrahi ve cerrahi dışı akut karın sıklığının, yatırılarak tedavi edilenlerin oranının, karın ağrısına neden olan hastalık dağılımının, demografik özelliklerinin, morbidite, mortalitesinin belirlenmesi ve takiplerde elde edilen sonuçların prospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı. SDÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 12.06.2012 tarihinde 64 sayılı kararı ile onay alındı. 12 Mart 2012 ile 11 Mart 2013 tarihleri arasında AS'e başvuran hastalar değerlendirmeye alındı. Veri toplama aracı olarak takip formu geliştirildi (şekil 1). Bu formda hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon), vital bulguları (kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu), fizik muayene bulguları (inspeksiyon, oskültasyon, perkusyon, palpasyon), ağrı özellikleri (başlangıç zamanı, acil servise başvurusuna kadar geçen süre, başvuru zamanı, ağrının tipi, ağrının yeri, eşlik eden şikayet), laboratuvar (tam kan sayımı, BUN, kreatinin, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, fosfor, AST, ALT, Alkalan fosfat (ALP), Gama glutamil transferaz (GGT), total bilirubin, direkt bilirubin, amilaz, lipaz, troponin, beta HCG, CK, CKMB, tam idrar tetkiki), görüntüleme (posteroanterior akciğer grafisi, ayakta direkt karın grafisi, ultrason, tomografi), spesifik tanı yöntemleri (parasentez, endoskopi), kesin tanı, konsültasyonları ve hastanın akıbeti bilgileri değerlendirildi. Hastaların acile başvuru tarihleri ay olarak kaydedildi. AS'e başvuru saatleri 08-16, 16-24 ve 24-08 olarak üç gruba sınıflandırıldı. Ölçülen sistolik kan basınçları 90 mmHg altındakiler düşük, 90-140 mmHg arasındakiler normal, 140 mmHg üstündekiler yüksek olarak sınıflandırıldı. Ölçülen diastolik kan basınçları 60 mmHg altındakiler düşük, 60-90 mmHg arasındakiler normal, 90 mmHg üstündekiler yüksek olarak sınıflandırıldı. Nabızı 60/dk altındaki hastalar bradikardik, 60-100 /dk arasındakiler normal, 100/dk üstündekiler taşikardik olarak sınıflandırıldı. Ateşi 36 santigrat derece altındakiler hipotermik, 36-37,5 santigrat arasındakiler normal, 37,5 üstündekiler yüksek ateşli olarak değerlendirildi. Oksijen saturasyonları %90 altındakiler, %90-95 arasındakiler ve %95 üstü olarak sınıflandırıldı. Hastaların özgeçmişleri hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), koroner arter hastalığı (KAH), malignite ve özellik yok



şeklinde sınıflandırıldı. Hastalarda eski operasyon öyküsü var ve yok olarak sınıflandırıldı. Ağrı başlangıç saati ile AS'e başvuru saati arasında geçen süre <6 saat, 6-12 saat ve >12 saat olarak üç gruba ayrıldı. Hastaların karın ağrısı tipi kolik, nonkolik, visseral, parietal, yansıyan ve diğer olarak gruplandırıldı. Karın ağrısına eşlik eden şikayetler bulantı, kusma, ateş, ishal, iştahsızlık, dizüri, mens, gaz-gaita çıkaramama ve diğer olarak değerlendirildi. Hastanın birden fazla eşlik eden şikayeti varsa öncelikli olanı değerlendirmeye alındı. Karın ağrısının yeri sağ hipokondriak, sol hipokondriak, epigastrik, sağ lumbal, sol lumbal, umbilikal, sağ iliak, sol iliak ve hipogastrik olarak sınıflandırıldı. Oskultasyonda hipoaktif, hiperaktif, normoaktif, üfürüm olarak sınıflandırıldı. Palpasyonda rebound, defans, özellik olmaması ve diğer (hassasiyet vs) değerlendirildi. Hastaların laboratuvar değerlendirmesinde beyaz küre sayısı düşük (<5200/mm<sup>3</sup>), normal (5200-12400/mm<sup>3</sup>), yüksek (>12400/mm<sup>3</sup>), hemoglobin değeri düşük (<13.6 g/dl), normal (13.6-17.2 g/dl), yüksek(>17.2 g/dl) olarak, trombosit düzeyleri düşük (<156000/mm<sup>3</sup>), normal (156000-373000/mm<sup>3</sup>), yüksek (>373000/mm<sup>3</sup>), aspartat aminotranferaz (AST) normal (<35 U/L), yüksek (>35U/L), alanin transaminaz (ALT) normal (<45 U/L), yüksek (>45 U/L), total bilirubin normal (<1,2 mg/dl), yüksek (>1,2mg/dl), direkt bilirubin normal (<0,2 mg/dl), yüksek (>0,2 mg/dl), serum kreatinin normal (<1,25 mg/dl), yüksek (>1,25 mg/dl), kan üre azotu (BUN) normal(<18 mg/dl), yüksek (>18 mg/dl), alkalen fosfataz (ALP) normal (<120 U/L), yüksek(>120 U/L), gama glutamil transferaz (GGT) normal(<38 U/L), yüksek (>38 U/L), serum amilaz değeri normal (<100 U/L), yüksek (>100 U/L), serum lipaz değeri normal (<67 U/L), yüksek(>67 U/L), troponin normal (<0.014 ng/dl), yüksek (>0,014 ng/dl), kreatinin kinaz normal (<171 U/L), yüksek(>171 U/L), kütle CK-MB normal (<24 U/L), yüksek (>24 U/L) , beta HCG pozitif (>5 ng/mL) ve negatif (<5 ng/mL) olarak değerlendirildi. Serum elektrolitlerinden sodyum düşük (<136 mmol/L), normal (136-146 mmol/L), yüksek(>146 mmol/L), potasyum düşük(<3,3 mmol/L), normal (3,3-5,1 mmol/L), yüksek(>5,1 mmol/L), klor düşük(<85 mmol/L), normal (85-110 mmol/L), yüksek (>110 mmol/L), kalsiyum düşük (<8,8 mg/dl), normal(8,8-10,6 mg/dl), yüksek (>10,6 mg/dl), fosfor düşük (<2,5 mg/dl), normal (2,5-4,5 mg/dl), yüksek (>4,5 mg/dl) olarak değerlendirildi. Tam otomatik idrar tahlilinde lökosit, eritrosit varlığı değerlendirildi. PAAG'de perforasyon, pnömoni, plevral efüzyon, pnömotoraks

değerlendirildi. ADBG hava-sıvı seviyesi, toksik megakolon, yabancı cisim, normal ve diğer olarak değerlendirildi. Ultrasonografi (USG) apandisit, over kisti, ürolitiazis, kolanjit, kolesistit, mezenter iskemisi, koledok taşı, serbest sıvı, pankreatit, ektopik gebelik, diğer ve normal olarak değerlendirildi. Batın tomografisi apandisit, perforasyon, serbest mayi, kanama, mezenter iskemi, pankreatit, üriner taş, diğer ve normal olarak değerlendirildi. Yapılan parasentez sıvısında lökositöz ve hemoraji değerlendirildi. Yapılan konsültasyonlar; genel cerrahi, dahiliye, kardiyoloji, üroloji, enfeksiyon, kadın doğum hastalıkları, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi, kulak burun boğaz olarak gruplandırıldı. Kesin tanıları apandisit, kolanjit, kolesistit, koledok taşı, mezenter iskemi, over kisti, perforasyon, peptik ulkus, peritonit, gastrointestinal kanama, ektopik gebelik, ileus, miyokart enfarktüsü, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, renal kolik, pankreatit, non spesifik karın ağrısı, dismenore, gastroenterit, diğer (metastaz, strangulasyon, ailevi akdeniz ateşi, divertikülit vs) olarak sınıflandırıldı. Hastaların AS'deki akibetleri ise AS'deki medikal tedavi ile taburcu, reçete verilerek taburcu, gözlem sonrası öneri, poliklinik kontrol, eksitus ve servislere yatış olarak değerlendirildi.

Bu formlar hastayı değerlendiren acil servis hekimleri tarafından dolduruldu. Hasta acil servise başvurduğunda çalışmadan bağımsız olarak acil servise acil servis hekimi tarafından nasıl değerlendirilmesi gerekiyorsa değerlendirildi ve hasta ile ilgili yapılması gereken işlem ve müdahaleler bittiğinde anket formu dolduruldu. Hiçbir hastaya çalışmayı etkileyecek gereksiz tetkik (kan ya da görüntüleme tetkikleri) ya da müdahale yapılmadı.

#### **Araştırmaya dahil olma ölçütleri:**

1. SDÜ Acil Servisine travma dışı karın ağrısı ile başvuran hastalar
2. 18 yaş üstü olması

#### **Araştırmaya dahil olmama ölçütleri:**

1. Karın ağrısının travma nedeniyle olması
2. 18 Yaş altı hastalar
3. Serebrovasküler olay vs sebeplerle ağrısını tarifleyemeyen hastalar
4. Bilinci Kapalı hastalar

Araştırmada bu kriterlere uyan bütün evrene ulaşılması hedeflendi ve ulaşıldı. Hastaların fizik muayeneleri acil servis hekimi tarafından değerlendirildi, laboratuvar tetkikleri SD Uygulama ve Araştırma Hastanesi laboratuvarlarında, görüntüleme yöntemleri SD Uygulama ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Ana Bilim Dalı Kliniği'nce değerlendirilmiştir.

**şekil 1.** Acil servise başvuran hastaların değerlendirme formu

**ACIL SERVİSE BAşVURAN ERİşKİN, TRAVMA DIşI KARIN AğRILI  
HASTALARI İZLEME FORMU**

**Hastanın adı-soyadı:** **Tel no:** **Tarih-saat:** **Dosya no:**  
**Yaş:** **Cinsiyet:**

**TA:** **Nb:** **Sol:** **Ateş:** **Puls oks:**

**Özgeçmiş:** HT/DM/KAH/KANSER ( )/

Daha önce geçirdiği operasyon: Diğer:

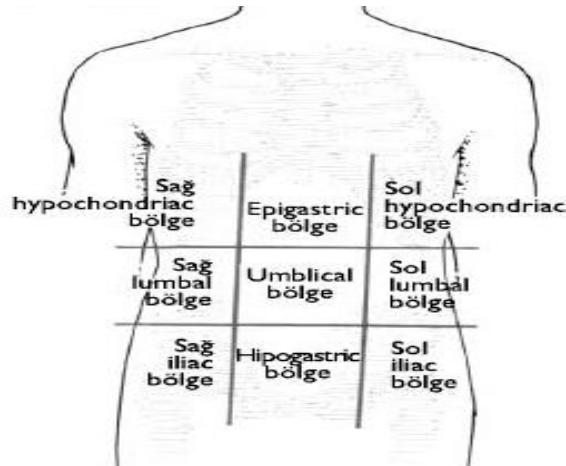
**Soy geçmiş:**

**Karın ağrısının başlama zamanı:** 6 saatten az / 6-12 saat arası / 12 saat üzeri

**Ağrının tipi:** Kolik / Nonkolik / Visseral / Parietal / Yansıyan / Diğer:

**Ağrıya eşlik eden şikayetler:** Bulantı – Kusma – Ateş – İşhal – İştahsızlık – Dizüri – Mens - Gaz gaita ıkaramama - Diğer:

**Ağrının Yeri:**



**FM bulgusu:****İnspeksiyon:** operasyon izi vs**Oskültasyon:** Hiperaktif- Hipoaktif-Normoaktif- Üfürüm- Diğer**Palpasyon:** Rebound/ Defans Diğer:**Perküsyon:** Matite-Submatite-Hipersonerite

\*\*\*Laboratuar: (Hemogram, Biyokimya, Kardiyak Markır, Beta-HCG, Tit) Diğer:

PAAC:Perforasyon-Pnömoni-Effüzyon-Pnömotoraks-Normal-Diğer

ADBG:Hava-Sıvı seviyesi/ Toksik megakolon/ Yabancı cisim/ Normal/ diğer

USG:Yapıldı-Yapılmadı BT:Çekildi- Çekilmedi Diğer: Endoskopi/ Parasentez/

İstenen konsültasyonlar:

Kesin tanı: (non spesifik karın ağrısı)

Sonuç: Taburcu (medikal tedavi ile şifa)( ) (RV)( ) Gözlem sonrası karın ağrısı  
 önerileriyle( ) Poliklinik kontrol önerisi( ) ( ) Yatış( )  
 ( ) Sevk( ) Ex( ) Diğer( )

#### 4. İSTATİSTİK

Veriler bilgisayar ortamına aktarıldı. İstatistiki analiz statistical packages for the social sciences (SPSS) for Windows 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde sürekli değişkenler ortalama ve standard sapma (SS) ile; kategorik değişkenler sayı ve yüzdeler ile özetlendi. Parametrelerin birbiri ile ilişkisinin test edilmesinde spearman korelasyon katsayısı (\*) kullanıldı. Spearman korelasyon katsayısı (\*) 0-0.250 arasında çok çok hafif, 0.250- 0.500 arasında hafif, 0.500-0.750 arasında orta, 0.750-1 arasında kuvvetli korelasyon olarak değerlendirildi. Sonuçlarımızda çok çok hafif olan korelasyonlar dikkate alınmadı.

## 5. SONUÇLAR

Çalışmamızda 12 mart 2012-11 mart 2013 tarihleri arasında SDÜ Hastanesi AS'ne kriterlerimize uyan toplam 1080 travma dışı karın ağrılı hasta başvurdu. Bu hastaların en genci 18 yaşında iken en yaşlısı 97 yaşındaydı. Hastaların ortalama yaşı 41.9 idi. En sık başvuran yaş ise 21 idi (n:76, %7). Başvuran hastaların cinsiyet dağılımı ise 421 erkek, 659 kadın idi. Erkek hastalar toplam hastaların %39'unu oluştururken kadın hastalar %61'ini oluşturdu. Hastaların %42.3'ü (n:456) AS'ne 08:00-16:00 saatleri arasında başvururken, %42.2'si (n:455) 16:00-24:00 saatleri arasında, %15.5'i (n:169) 24:00-08:00 saatleri arasında başvurdu. Hastaların AS'e başvurma zamanları aylara göre incelendiğinde; en çok başvurular sırası ile şubat (%16.4, n:177), eylül (%10.3, n:111), nisan (%10.1, n:109), en az başvurular sırası ile ekim (%3, n:32), temmuz (%5.5, n:59), haziran (%6.1, n:66) aylarında tespit edildi. Yaş ve cinsiyet dağılımı ve AS'e başvuru zamanları tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Cinsiyet ve başvuru saat dağılımı

<b>CİNSİYET</b>	<b>ERKEK</b>	<b>KADIN</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>SAYI (N)</b>	421	659	1080
<b>YÜZDE</b>	%39	%61	%100
<b>BAŞVURU SAATİ</b>	08:00-16:00	16:00-24:00	24:00-08:00
<b>SAYI (N)</b>	456	455	169
<b>YÜZDE</b>	%42.3	%42.2	%15.5

Fizik muayenelerinde vital bulguları incelendiğinde sistolik kan basıncı düşük olanlar hastaların %4'ünü (n:26), normal olanlar hastaların %74'ünü (n:802), yüksek olanlar hastaların %22'sini (n:252) oluşturdu. Diastolik kan basıncı incelendiğinde düşük olanlar %5'ni (n:52), normal olanlar %79'unu (n:855), yüksek olanlar %16'sını (n:173) oluşturdu. Nabızı düşük olanlar %2 (n:20), normal olanlar %92,6'sını (n:1002), yüksek olanlar %5,4'ünü (n:58) oluşturdu. Ateş incelendiğinde düşük ateşliler hastaların %15,1'ni (n:163), normal olanlar %82,5'ni (n:893), yüksek olanlar %2,4'nü (n:24) oluşturdu. Oksijen saturasyonları incelendiğinde <%90 olanlar %5,2'sini (n:26), %90-95 arası olanlar %21,1 (n:228), >%95 olanlar %73,7 (n:796) tespit edildi. Vital bulgular tablo 9'da gösterilmiştir.

**Tablo 9.** Vital bulgular dağılımı

	<b>DÜŞÜK</b>		<b>NORMAL</b>		<b>YÜKSEK</b>		<b>TOPLAM</b>	
	<b>SAYI (N)</b>	<b>%</b>	<b>SAYI (N)</b>	<b>%</b>	<b>SAYI (N)</b>	<b>%</b>	<b>SAYI (N)</b>	<b>%</b>
<b>SİSTOLİK</b>	26	4	802	74	252	22	1080	100
<b>DİASTOLİK</b>	52	5	855	79	173	16	1080	100
<b>NABİZ</b>	20	2	1002	92,6	58	5,4	1080	100
<b>ATEŞ</b>	163	15,1	893	82,5	24	2,4	1080	100

Hastaların özgeçmişleri incelendiğinde; %1,5 HT (n:16), %2,3 DM (n:25), KAH %0.2 (n:2), kanser %5.5 (n:60) saptandı, %90.5'inde (n:977) özellik saptanmadı. Eski operasyonlar incelendiğinde %8'inde (n:87) eski operasyon öyküsü varken, %92'sinde (n:993) eski operasyon öyküsü alınmadı. Soygeçmişleri incelendiğinde %1.5 (n:16) özellik varken, %98.5'inde (n:1064) özellik saptanmadı. Özgeçmiş, eski operasyon ve soygeçmiş ile ilgili bulgular tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10.** Özgeçmiş, eski operasyon, soygeçmiş dağılımı

<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>HT</b>	<b>SAYI (N)</b>	16
		<b>%</b>	1,5
	<b>DM</b>	<b>SAYI (N)</b>	25
		<b>%</b>	2,3
	<b>KAH</b>	<b>SAYI (N)</b>	2
		<b>%</b>	0,2
	<b>KANSER</b>	<b>SAYI (N)</b>	60
		<b>%</b>	5,5
	<b>ÖZELLİK YOK</b>	<b>SAYI (N)</b>	977
		<b>%</b>	90,5
	<b>ESKİ OPERASYON</b>	<b>VAR</b>	<b>YOK</b>
		<b>SAYI (N)</b>	87
<b>%</b>		8	92
<b>SOYGEÇMİŞTE ÖZELLİK</b>	<b>VAR</b>	<b>YOK</b>	
	<b>SAYI (N)</b>	16	1064
	<b>%</b>	1,5	98,5

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların ağrı özellikleri incelendi. Hastaların karın ağrısı başlamasından itibaren acile başvuru süreleri incelendiğinde ilk 6 saatte başvuranlar %12.9 (n:137), 6-12 saat arasında başvuranlar %42.4 (n:459), 12 saatten sonra başvuranlar %44.7 (n:484) olarak tespit edildi. Ağrının tipini ise kolik ağrı %32.5 (n:351), non kolik ağrı %51.9 (n:561), visseral ağrı %7.4 (n:80), parietal ağrı %4.5 (n:49), yansıyan ağrı %3.4 (n:37) ve diğer %0.2 (n:2) oluşturmuştur. Ağrıya eşlik eden şikayetler bulantı %17.6 (n:190), kusma %11.2 (n:121), ateş %1.3 (n:14), ishal %1 (n:11), iştahsızlık %1.3 (n:14), dizüri %1.9 (n:20), mens %10.3 (n:103), gaz-gaita çıkaramama %0.8 (n:9), diğer şikayetler %0.9 (n:10) olarak bulunurken karın ağrısına eşlik eden şikayet tariflemeyenler %53.7 (n:588) olarak bulunmuştur. Ağrı lokalizasyonları incelendiğinde sağ hipokondriak bölgedeki ağrı %7.8 (n:84), sağ lumbal %4.1 (n:44), sağ iliak %11.9 (n:129), epigastrik %17 (n:184), umbilikal %3.1 (n:34), hipogastrik %16.8 (n:181), sol hipokondriak %4.2 (n:45), sol lumbal %3.4 (n:37), sol iliak %4.4 (n:47) ve yaygın ağrı tarifleyenler %27.3 (n:295) bulunmuştur. AS'e başvuran hastalardaki karın ağrılarının özellikleri Tablo 11'de gösterilmiştir.



**Tablo 11.** Karın ağrısı özellikleri

		SAYI (N)	%
<b>BAŞVURU SÜRESİ</b>	<b>0-6 SAAT</b>	137	12,9
	<b>6-12 SAAT</b>	459	42,4
	<b>&gt;12 SAAT</b>	484	44,7
<b>AĞRI TİPİ</b>	<b>KOLİK</b>	351	32,5
	<b>NONKOLİK</b>	561	51,9
	<b>VİSSERAL</b>	80	7,4
	<b>PARİETAL</b>	49	4,5
	<b>YANSİYAN</b>	37	3,4
	<b>DİĞER</b>	2	0,2
<b>EŞLİK EDEN ŞİKAYETLER</b>	<b>BULANTI</b>	190	17,6
	<b>KUSMA</b>	121	11,2
	<b>ATEŞ</b>	14	1,3
	<b>İSHAL</b>	11	1
	<b>İŞTAHSIZLIK</b>	14	1,3
	<b>DİSÜRİ</b>	20	1,9
	<b>MENS</b>	103	10,3
	<b>GAZ-GAİTA ÇIKARAMAMA</b>	9	0,8
	<b>DİĞER</b>	10	0,9
	<b>YOK</b>	688	63,7
<b>AĞRI YERİ</b>	<b>SAĞ HİPOKONDRIAK</b>	84	7,8
	<b>SAĞ LUMBAL</b>	44	4,1
	<b>SAĞ İLİAK</b>	129	11,9
	<b>EPIGASTRİK</b>	184	17
	<b>UMBLİCAL</b>	34	3,1
	<b>HİPOGASTRİK</b>	181	16,8
	<b>SOL HİPOKONDRIAK</b>	45	4,2
	<b>SOL LUMBAL</b>	37	3,4
	<b>SOL İLİAK</b>	47	4,4
<b>YAYGIN</b>	295	27,3	

AS'e başvuran hastaların fizik muayene bulguları incelendi. İnspeksiyon muayenesini özellik saptananlar %11.5 (n:126) oluşturduken özellik saptanmayanlar %88.5'ni (n:954) oluşturdu. Oskültasyon muayenesinde; hiperaktivite %4.9 (n:53), hipoaktivite %6.1 (n:66), normoaktivite %88.8 (n:959) ve üfürüm %0.2 (n:2) saptandı. Palpasyon muayenesinde; rebound %5.2 (n:59), defans %10.8 (n:116),

diğer %16.9 (n:182), özellik saptanmaması %67.1 (n:723) olarak bulundu. Toplam hastaların %16.5'ne yani 181 kişiye perküsyon muayenesi yapılmış olup bunların %0.6 (n:1) ile matite, %48.6 (n:88) ile submatite, %45.3 (n:82) ile timpanite ve %5.5 (n:10) ile hipersonarite oluşturmuştur. Fizik muayene ile ilgili bulgular tablo 12'de gösterilmiştir.

**Tablo 12.** Fizik muayene özellikleri

		SAYI (N)	%
<b>İNSPEKSİYON</b>	ÖZELLİK SAPTANANLAR	126	11,5
	ÖZELLİK SAPTANMAYANLAR	954	88,5
<b>OSKULTASYON</b>	HİPERAKTİVİTE	53	4,9
	HİPOAKTİVİTE	66	6,1
	NORMOAKTİVİTE	959	88,8
	ÜFÜRÜM	2	0,2
<b>PALPASYON</b>	REBOUND	59	5,2
	DEFANS	116	10,8
	DİĞER	182	16,9
	ÖZELLİK YOK	723	67,1
<b>PERKÜSYON</b>	MATİTE	1	0,6
	SUBMATİTE	88	48,6
	TİMPANİTE	82	45,3
	HİPERSONORİTE	10	5,5
	PERKÜSYON YAPILMAYANLAR (totale göre)	899	83,5

AS'e başvuran karın ağrılı hastalarda bakılan laboratuvar tetkikleri incelendi. Toplamda 863 kişiye tam kan sayımı tetkiki yapıldı. Yapılan kişilerde lökosit düşüklüğü %4.4 (n:38), normal lökosit sayısı %66.4 (n:575), lökositoz %29 (n:250), anemi %51.3 (n:443), normal hemogram %46.3 (n:400), hemogloblin yüksekliği %2.3 (n:20), trombositopeni %9 (n:77), normal trombosit sayısı %84.9 (n:733), trombositoz %6.1 (n:53) tespit edildi. Toplamda 774 kişiye ALT tetkiki yapıldı. ALT tetkiki yapılanlarda; %79.8 (n:618) ALT normal saptanırken, %20.2 (n:156) ALT yüksek saptandı. AST bakılan 777 kişide AST %71.7 (n:557) normal, %28.9 (n:220) yüksek saptandı. Total bilirubin düzeyi 492 hastada bakılırken bunlardan %74.4'ünde (n:366) normal, %25.6'sında (n:126) yüksek tespit edildi. Direkt bilirubin düzeyi 476 hastada bakıldı, %68.9 (n:328) normal, %31.9 (n:148) yüksek bulundu. 795 hastada bakılan serum kreatinin düzeyi %81.5 (n:648) normal, %18.5

(n:147) yüksek tespit edildi. BUN düzeyi 797 hastada bakılırken bunların; %72.5'i (n:578) normal, %27.5'ini(n:219) yüksek olarak saptandı. ALP 318 hastada bakıldı, %69.5 (n:221) normal, %30.5 (n:97) yüksek bulundu. GGT 5 kişide bakıldı 2 kişide normal (%40), 3 kişide yüksek (%60) bulundu. Serum amilaz düzeyi 499 kişide bakıldı, %82.8 (n:413) normal, %17.2 (n:86) yüksek bulundu. Serum lipaz düzeyi 496 kişide bakıldı, %87.5 (n:434) normal, %12.5 (n:62) yüksek tespit edildi. Serum elektrolitlerinden sodyum 777 kişide %25.9 (n:201) düşük, %73.6 (n:572) normal, %0.5 (n:4) yüksek tespit edildi. Potasyum düzeyi 778 kişide bakıldı, %2.3 (n:18) düşük, %92.3 (n:718) normal, %5.4 (n:42) yüksek bulundu. Serum kalsiyum değeri 291 kişide bakıldı, %24.4 (n:71) düşük, %75.6 (n:220) normal tespit edildi, hiç kimsede yüksek tespit edilmedi. Serum fosfor 114 kişide %8.8 (n:10) düşük, %84.2 (n:96) normal, %7 (n:8) yüksek, serum klor 773 kişide %2.3 (n:18) düşük, %95.7 (n:740) normal, %1.9 (n:15) yüksek bulundu. Kardiyak markerlardan troponin 91 kişide %78 (n:71) normal, %22 (n:20) yüksek, kreatinin kinaz 116 kişide %74.1 (n:86) normal, %25.9 (n:30) yüksek, kütle CK-MB 120 kişide %53.3 (n:64) normal, %46.7 (n:56) yüksek bulundu. B-hCG toplam 54 bayan hastada bakıldı, bunların %25.9'unda (n:14) pozitif saptanırken, %74.1'inde (n:40) negatif saptandı. TİT 389 kişide bakılırken lökosit %20.3 (n:79), eritrosit %22.9 (n:89) saptanırken %56.8'de (n:221) özellik saptanmadı. Labarotuar tetkik sonuçları tablo 13'te gösterilmiştir.

**Tablo 13.** Labarotuar tetkikleri

HEMOGRAM	DÜŞÜK		NORMAL		YÜKSEK		TOPLAM	
	SAYI (n)	%	SAYI (n)	%	SAYI (n)	%	BAKILANLAR	BAKILMAYANLAR
LÖKOSİT	38	4,4	575	66,4	250	29	863	217
HEMOGLOBİN	443	51,3	400	46,3	20	2,3		
TROMBOSİT	77	9	733	84,9	53	6,1		
SODYUM	201	25,9	572	73,6	4	0,5	777	303
POTASYUM	18	2,3	718	92,3	42	5,4	778	302
KLOR	18	2,3	740	95,7	15	1,9	773	307
KALSİYUM	71	24,4	220	75,6	0	0	291	789
FOSFOR	10	8,8	96	84,2	8	7	114	966
BİYOKİMYA	NORMAL		YÜKSEK		TOPLAM			
	SAYI (n)	%	SAYI (n)	%	BAKILANLAR	BAKILMAYANLAR		
ALT		618	79,8	156	20,2	774	306	
AST		557	71,7	220	28,9	777	303	
TOTAL BİLURUBİN		366	74,4	126	25,6	492	588	
DİREK BİLURUBİN		328	68,9	148	31,9	476	604	
KREATİNİN		648	81,5	147	18,5	795	285	
BUN		578	72,5	219	27,5	797	283	
ALP		221	69,5	97	30,5	318	762	
AMİLAZ		413	82,8	86	17,2	499	581	
LİPAZ		434	87,5	62	12,5	496	584	
TROPONİN		71	78	20	22	91	989	
CK		86	74,1	30	25,9	116	964	
CK-MB		64	53,3	56	46,7	120	960	
BETA HCG		40	74,1	14	25,9	54	1026	

PAAG'si 359 kişide çekildi, çekilen kişilerde %1.4 (n:5) perforasyon, %0.5 (n:2) pnömoni, %3.6 (n:13) plevral efüzyon, %0.5 (n:2) pnömotoraks saptandı, %93.6 (n:337) özellik saptanmadı. ADBG 432 hastada çekildi, sonuçta hava-sıvı seviyesi %11.8 (n:51), toksik megakolon %17.8 (n:26), diğer %8 (n:33) saptanırken, %92.4 (n:322) özellik saptanmadı. PAAG ve ADBG sonuçları tablo 14'te gösterilmiştir.

**Tablo 14.** PAAG ve ADBG değerlendirmesi

		<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>	<b>TOPLAM</b>
<b>PAAG</b>	<b>PERFORASYON</b>	5	1,4	359
	<b>PNÖMONİ</b>	2	0,5	
	<b>PLEVRAL EFÜZYON</b>	13	3,6	
	<b>PNÖMOTORAKS</b>	2	0,5	
	<b>ÖZELLİK YOK</b>	337	93,6	
<b>ADBG</b>	<b>HAVA SIVI</b>	51	11,8	432
	<b>TOKSİK MEGAKOLON</b>	26	17,8	
	<b>DİĞER</b>	33	8	
	<b>ÖZELLİK YOK</b>	322	92,4	

USG değerlendirmesinde 1080 hastanın 728'una (%67.4) USG yapılmazken 352'ine (%32.6) USG yapıldı. USG yapılanlarda apandisit %4.2 (n:45), over kisti %2 (n:22), ürolitiazis %1.2 (n:13), kolanjit %1.7 (n:18), kolesistit %4.2 (n:45), mezenter iskemisi %0.1 (n:1), koledok taşı %0.8 (n:9), serbest sıvı %4.5 (n:49), normal USG %9.4 (n:100), pankreatit %0.4 (n:4), ektopik gebelik %0.3 (n:3), diğer bulgular %3.8 (n:43) tespit edildi. USG bulguları tablo 15'te gösterilmiştir.

**Tablo 15.** USG değerlendirmesi

	<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>
<b>YAPILMAYAN</b>	728	67,4
<b>NORMAL</b>	100	9,4
<b>SERBEST SIVI</b>	49	4,5
<b>APANDİSİT</b>	45	4,2
<b>KOLESİSİTİT</b>	45	4,2
<b>DİĞER</b>	43	3,8
<b>OVER KİSTİ</b>	22	2
<b>KOLANJİT</b>	18	1,7
<b>ÜROLİTİAZİS</b>	13	1,2
<b>KOLEDOK TAŞI</b>	9	0,8
<b>PANKREATİT</b>	4	0,4
<b>EKTOPIK GEBELİK</b>	3	0,3
<b>MEZENTER İSKEMİ</b>	1	0,1

Batın tomografisi 1080 hastanın 880'inde (%81.5) yapılmazken, 200 kişiye (%18.5) yapıldı. Yapılanlarda apandisit %1.9 (n:20), perforasyon %0.4 (n:4), serbest mayi %2.3 (n:25), kanama %0.1 (n:1), mezenter iskemisi %0.3 (n:3), pankreatit

%2.2 (n:24), diğer bulgular %8 (n:86), normal %2.4 (n:26), üriner taş %1 (n:11) tespit edildi. Batın BT bulguları tablo 16'da gösterilmiştir.

**Tablo 16.** BT bulguları

	<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>
<b>YAPILMAYAN</b>	880	81,5
<b>DİĞER</b>	86	8
<b>NORMAL</b>	26	2,4
<b>SERBEST MAYI</b>	25	2,3
<b>PANKREATİT</b>	24	2,2
<b>APANDİSİT</b>	20	1,9
<b>ÜRİNER TAŞ</b>	11	1
<b>PERFORASYON</b>	4	0,4
<b>MEZENTER İSKEMİ</b>	3	0,3
<b>KANAMA</b>	1	0,1

Parasentez toplamda 5 kişide yapılmış olup 4'ünde lökositöz saptanmış, 1'inde de özellik saptanmamıştır. Endoskopi 1 kişiye yapılmış olup GİS kanama saptanmıştır.

Kesin tanıları incelendiğinde apandisit %5.9 (n:64), kolanjit %1.5 (n:16), kolesistit %3.5 (n:38), koledok taşı %1.1 (n:12), mezenter iskemi %0.5 (n:5), over kisti %2 (n:22), perforasyon %1.3 (n:14), peptik ulkus %8.6 (n:93) (dispeptik yakınmaları olan hastalar peptik ulcus olarak değerlendirildi), peritonit %0.4 (n:4), kanama %0.1 (n:1), ektopik gebelik %0.6 (n:6), ileus %3.6 (n:39), miyokard enfarktüsü %1.4 (n:15), pnömoni %0.2 (n:2), idrar yolu enfeksiyonu (İYE) %3.1 (n:33), renal kolik %6.6 (n:71), pankreatit %3.3 (n:36), non spesifik ağrı %27.2 (n:294), dismenore %10.6 (n:114), gastroenterit %3.5 (n:38), diğer tanıları %15.1 (n:163) bulunmuştur. Kesin tanıları sonuçlarıyla ilgili tablo 17'de gösterilmiştir.

**Tablo 17.** Kesin tanımlar

	<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>
<b>NON SPESİFİK</b>	294	27,2
<b>DİĞER</b>	163	15,1
<b>DİSMENORE</b>	114	10,6
<b>PEPTİK ULKUS</b>	93	8,6
<b>RENAL KOLİK</b>	71	6,6
<b>APANDİSİT</b>	64	5,9
<b>İLEUS</b>	39	3,6
<b>GASTROENTERİT</b>	38	3,5
<b>KOLESİSTİT</b>	38	3,5
<b>PANKREATİT</b>	36	3,3
<b>İYE</b>	33	3,1
<b>OVER KİSTİ</b>	22	2
<b>KOLANJİT</b>	16	1,5
<b>MI</b>	15	1,4
<b>PERFORASYON</b>	14	1,3
<b>KOLEDOK TAŞI</b>	12	1,1
<b>EKTOPİK GEBELİK</b>	6	0,6
<b>MEZENTER İSKEMİ</b>	5	0,5
<b>PERİTONİT</b>	4	0,4
<b>PNÖMONİ</b>	2	0,2
<b>KANAMA</b>	1	0,1

Yapılan konsültasyonlar değerlendirildiğinde; 1080 hastanın %55.4'ünde (n:598) konsültasyon istenmemiştir. Konsültasyon istenen hastalar incelendiğinde genel cerrahi %22.1 (n:239), dahiliye %10.6 (n:115), kardiyoloji %2.6 (n:28), üroloji %1.2 (n:13), enfeksiyon hastalıkları %1 (n:11), kadın doğum hastalıkları %6 (n:65), göğüs hastalıkları %0.5 (n:5), KVC %0.5 (n:5), KBB %0.1 (n:1) konsültasyonu yapılmıştır. Konsültasyon sonuçları tablo 18'de gösterilmiştir.

**Tablo 18.** Konsültasyonlar

	<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>
<b>GENEL CERRAHİ</b>	239	22,1
<b>DAHİLİYE</b>	115	10,6
<b>KADIN DOĞUM</b>	65	6
<b>KARDİYOLOJİ</b>	28	2,6
<b>ÜROLOJİ</b>	13	1,2
<b>ENFEKSİYON</b>	11	1
<b>GÖĞÜS H.</b>	5	0,5
<b>KALP DAMAR CER.</b>	5	0,5
<b>KBB</b>	1	0,1
<b>YAPILMAYAN</b>	598	55,4

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların AS'deki nihai durumları incelendiğinde hastaların %33'ü (n:356) medikal tedavi ile taburcu edildiği, %5.6'sı (n:60) reçete ile taburcu edildiği, %4.5'i (n:49) AS'de gözlem sonrası taburcu edildiği, %18.5'ü (n:200) poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildiği saptandı. Hastaların %18.7'si (n:202) genel cerrahiye, %9.4'ü (n:102) dahiliyeye, %0.6'sı (n:7) ürolojiye, %0.6 (n:6) enfeksiyon hastalıklarına, %3.6'sı (n:39) kadın doğum hastalıklarına, %2.1(n:23) kardiyolojiye, %0.2 (n:2) göğüs hastalıklarına, %0.2 (n:2) anesteziye, %0.5 (n:5) kalp damar cerrahisine, %0.2 (n:2)göğüs cerrahisine, %0.1 (n:1) KBB servisine yatırıldığı tespit edildi. KBB servisine yatırılan hasta acil servise karın ağrısı ve vertigo şikayeti ile başvurdu, NSAP olan ve medikal tedavi ile şikayeti gerileyen hasta vertigo nedeniyle KBB'ye yatırıldı Hastaların %0.4'ü (n:4) AS'de eksitus olduğu, %1.9'una (n:20) diğer işlemler (kendi istekleri ile acil servisten ayrılma, tedaviyi kabul etmeme vs) saptandı. Hastaların nihai durumları tablo 19'da gösterilmiştir.



**Tablo 19.** Nihai sonuç

	<b>SAYI (n)</b>	<b>%</b>
<b>MEDİKAL TEDAVİ İLE TAB.</b>	356	33
<b>GENEL CERRAHİ YATIŞ</b>	202	18,7
<b>POLİKLİNİK KONTROL</b>	200	18,5
<b>DAHİLİYE YATIŞ</b>	102	9,4
<b>REÇETE İLE TABURCU</b>	60	5,6
<b>GÖZLEM SONRASI TABURCU</b>	49	4,5
<b>KADIN DOĞUM YATIŞ</b>	39	3,6
<b>KARDİYOLOJİ YATIŞ</b>	23	2,1
<b>DİĞER</b>	20	1,9
<b>ÜROLOJİ YATIŞ</b>	7	0,6
<b>ENFEKSİYON YATIŞ</b>	6	0,6
<b>KALP DAMAR C. YATIŞ</b>	5	0,5
<b>EX</b>	4	0,4
<b>GÖĞÜS CER. YATIŞ</b>	2	0,1
<b>GÖĞÜS H. YATIŞ</b>	2	0,2
<b>ANESTEZİ Y.B. YATIŞ</b>	2	0,2
<b>KBB</b>	1	0,1

Çalışmamızda bakılan parametrelerin birbirleri ile olan ilişkilerine bakıldı. Hastaların AS'e başvuru tarihleri (ay olarak) ile kesin tanı, yaş ve cinsiyet ile ilişkisi saptanmadı. Hastaların yaşları ile başvuru tarihleri, ağrı başlangıcı ile AS'e başvuru arasında geçen süre, ağrının yeri, inspeksiyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, ALT, total ve direk bilirubin, ALP, kesin tanı, başvuru saati, GGT, lipaz, Na, K, Ca, P, Cl, troponin, CK, CK-MB, TİT, PAAG, ADBG, USG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Yaş ile sistolik kan basıncı ( $r=0.317^*$ ,  $p<0.05$ ), diyastolik kan basıncı ( $r=0.253^*$ ,  $p<0.05$ ), oksijen saturasyonu ( $r=-0.373^*$ ,  $p<0.05$ ), ağrının tipi ( $r=-0.700^*$ ,  $p<0.05$ ), palpasyon ( $r=-0.820$ ,  $p<0.05$ ), trombosit sayısı ( $r=-0.860^*$ ,  $p<0.05$ ), AST ( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ), kreatinin ( $r=0.321^*$ ,  $p<0.05$ ), BUN ( $r=0.495^*$ ,  $p<0.05$ ), konsültasyonlar ( $r=0.322^*$ ,  $p<0.05$ ), hastaların nihai sonuçları ( $r=0.340^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.256^*$ ,  $p<0.05$ ) ve beta hCG ( $r=0.400^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

Cinsiyet ile diğer parametrelerin ilişkisi incelendi. Cinsiyet ile yaş, başvuru tarihi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu, ağrının tipi, eski operasyon öyküsü, soygeçmiş, ağrının tipi, eşlik eden şikayetler, ağrının yeri, inspeksiyon, perküsyon, oskültasyon, palpasyon, lökosit sayısı, trombosit sayısı, AST, ALT, total ve direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK-MB, TİT, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Cinsiyet ile özgeçmiş ( $r=0.620^*$ ,  $p<0.05$ ), ağrı başlangıcı ile AS'ye başvuru arasında geçen süre ( $r=-630^*$ ,  $p<0.05$ ), hemoglobin düzeyi ( $r=-420^*$ ,  $p<0.05$ ), CK ( $r=-250^*$ ,  $p<0.05$ ), beta hCG ( $r=500^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon bulundu.

Hastaların AS'de bakılan sistolik kan basıncı ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Sistolik kan basıncı ile cinsiyet, nabız, ateş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, eski operasyon, soygeçmiş, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, eşlik eden şikayetler, ağrı yeri, inspeksiyon, oskültasyon, palpasyon, perküsyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

Diyastolik kan basıncı ile diğer parametreleri ilişkisine bakıldı. Diyastolik kan basıncı ile başvuru zamanı, cinsiyet, nabız, ateş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon, perküsyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Diyastolik kan basıncı ile yaş ( $r=0.253^*$ ,  $p<0.05$ ) ve sistolik kan basıncı ( $r=0.621^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

Nabız ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Nabız ile sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, ateş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı

tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

Ateş ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Ateş ile nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

Oksijen saturasyonu ile diğer parametreleri ilişkisine bakıldı. Oksijen saturasyonu ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Oksijen saturasyonu ( $r=0.373^*$ ,  $p<0.05$ ) ile yaş arasında korelasyon saptandı.

Ağrı başlangıç saati ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Ağrı başlangıç saati ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Ağrı başlangıç saati ile troponin ( $r=-0.288^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Ağrı tipi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Ağrı tipi ile ağrı başlangıç saati, ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

Eşlik eden şikayetler ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Eşlik eden şikayetler ile ağrı tipi, ağrı başlangıç saati, ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Eşlik eden şikayetler ile beta hCG ( $r=0.408^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Ağrı yeri ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Ağrı yeri ile eşlik eden şikayetler, ağrı tipi, ağrı başlangıç saati, ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Ağrı yeri ile yapılan konsültasyonlar ( $r=0.313^*$ ,  $p<0.05$ ) ve USG ( $r=-0.263^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

İnspeksiyon muayenesi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. İnspeksiyon ile eşlik eden şikayetler, ağrı tipi, ağrı başlangıç saati, ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu,

eski operasyon, ağrı yeri, palpasyon, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Ca, Cl, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. İnceleme ile özgeçmiş ( $r=0.277^*$ ,  $p<0.05$ ) ve eski operasyon hikayesi ( $r=0.718^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Oskultasyon muayenesi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Oskultasyon ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inceleme, palpasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Oskultasyon muayenesi ile ADBG ( $r=0.336^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Palpasyon muayenesi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Palpasyon ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inceleme, oskultasyon, perkusyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Palpasyon ile yapılan konsültasyonlar ( $r=-0.263^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=0.275^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=-0.287^*$ ,  $p<0.05$ ), USG ( $r=-0.321^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

Perkusyon muayenesi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Perkusyon muayenesi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inceleme, palpasyon,

oskultasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsultasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

Lökosit sayısı ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Lökosit sayısı ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, oskultasyon, perküsyon, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsultasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Lökosit sayısı ile troponin ( $r=0.253^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Hemogloblin düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Hemogloblin düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, perküsyon, palpasyon, oskultasyon, lökosit sayısı, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsultasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Hemogloblin düzeyi ile beta hCG ( $r=0.299^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Trombosit sayısı ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Trombosit sayısı ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskultasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsultasyonlar,

kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı.

AST düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. AST düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskultasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, başvuru saati, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. AST düzeyi ile yaş ( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ), ALT ( $r=0.701^*$ ,  $p<0.05$ ), total bilirubin ( $r=0.436^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.471^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.497^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.284^*$ ,  $p<0.05$ ), GGT ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.280^*$ ,  $p<0.05$ ), lipaz ( $r=0.381^*$ ,  $p<0.05$ ), CK-MB ( $r=0.403^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

ALT düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. ALT düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskultasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. ALT düzeyi ile AST ( $r=0.701^*$ ,  $p<0.05$ ), total bilirubin ( $r=0.496^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.524^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.581^*$ ,  $p<0.05$ ), GGT ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.291^*$ ,  $p<0.05$ ), lipaz ( $r=0.338^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

Total bilirubin düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Total bilirubin düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskultasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, kesin tanı, başvuru saati, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile

ilişkisi saptanmadı. Total bilirubin düzeyi ile AST ( $r=0.436^*$ ,  $p<0.05$ ), ALT ( $r=0.496^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.821^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.379^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsültasyonlar ( $r=0.254^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.312^*$ ,  $p<0.05$ ), GGT ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptandı.

Kreatinin düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Kreatinin düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, ALP, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, nihai sonuç, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Kreatinin düzeyi ile yaş ( $r=0.321^*$ ,  $p<0.05$ ), BUN ( $r=0.506^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

ALP düzeyi ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. ALP düzeyi ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, yapılan konsültasyonlar, başvuru saati, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, troponin, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, USG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. ALP düzeyi ile AST ( $r=0.497^*$ ,  $p<0.05$ ), ALT ( $r=0.581^*$ ,  $p<0.05$ ), total bilirubin ( $r=0.379^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.457^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=0.349^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.349^*$ ,  $p<0.05$ ), GGT ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.258^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Parasentez ve endoskopi ile hiçbir parametre arasında korelasyon saptanmadı.

AS'de yapılan konsültasyonlar ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Konsültasyonlar ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, perküsyon, oskültasyon, lökosit sayısı, hemogloblin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, başvuru saati, GGT, amilaz, Na, K, Cl, Ca, P,



CK, CK-MB, TİT, PAAG, ADBG ile ilişkisi saptanmadı. AS'de yapılan konsültasyonlar ile yaş ( $r=0.322^*$ ,  $p<0.05$ ), palpasyon muayenesi ( $r=0.263^*$ ,  $p<0.05$ ), total bilirubin ( $r=0.254^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.280^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.272^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=-0.368^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.730^*$ ,  $p<0.05$ ), lipaz ( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ), troponin ( $r=0.374^*$ ,  $p<0.05$ ), beta hCG ( $r=-0.518$ ,  $p<0.05$ ), USG ( $r=0.458^*$ ,  $p<0.05$ ), BT ( $r=0.339^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Kesin tanı ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Kesin tanı ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, yaş, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, inspeksiyon, perkusyon, oskültasyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, AST, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, kreatinin, BUN, ALP, parasentez, endoskopi, başvuru saati, GGT, amilaz, lipaz, Na, K, Cl, Ca, P, CK, CK-MB, TİT, beta hCG, PAAG, ADBG ve BT ile ilişkisi saptanmadı. Kesin tanı ile ağrının yeri ( $r=0.313^*$ ,  $p<0.05$ ), palpasyon ( $r=0.275^*$ ,  $p<0.05$ ), konsültasyon ( $r=-0.368^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=-0.438^*$ ,  $p<0.05$ ), troponin ( $r=-0.281^*$ ,  $p<0.05$ ), USG ( $r=-0.281^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Nihai sonuç ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Nihai sonuç ile ateş, nabız, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, başvuru zamanı, cinsiyet, oksijen saturasyonu, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon, eşlik eden şikayetler, ağrı başlangıç saati, ağrı tipi, ağrı yeri, inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon, lökosit sayısı, hemoglobin düzeyi, trombosit sayısı, ALT, kreatinin, BUN, parasentez, endoskopi, başvuru saati, GGT, Na, K, Cl, Ca, P, CK, CK-MB, TİT, PAAG, ADBG ile ilişkisi saptanmadı. Nihai sonuç ile palpasyon ( $r=-0.287^*$ ,  $p<0.05$ ), AST ( $r=0.284^*$ ,  $p<0.05$ ), total bilirubin ( $r=0.312^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.367^*$ ,  $p<0.05$ ), yaş ( $r=0.342^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.349^*$ ,  $p<0.05$ ), konsültasyonlar ( $r=0.730^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=-0.438^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.299^*$ ,  $p<0.05$ ), lipaz ( $r=0.311^*$ ,  $p<0.05$ ), troponin ( $r=0.549^*$ ,  $p<0.05$ ), beta hCG ( $r=-0.438^*$ ,  $p<0.05$ ), USG ( $r=0.431^*$ ,  $p<0.05$ ), BT ( $r=0.345^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

AS'ye başvuru saati ile diğer parametreler arasında korelasyon saptanmadı.

Amilaz ile AST ( $r=0.280^*$ ,  $p<0.05$ ), ALT ( $r=0.291^*$ ,  $p<0.05$ ), yaş ( $r=0.256^*$ ,  $p<0.05$ ), ALP ( $r=0.258^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.299^*$ ,  $p<0.05$ ), lipaz ( $r=0.616^*$ ,  $p<0.05$ ) ve ADBG ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptanırken diğer parametrelerle ilişki saptanmadı. Lipaz ile yaş ( $r=0.256^*$ ,  $p<0.05$ ), AST ( $r=0.381^*$ ,  $p<0.05$ ), ALT ( $r=0.338^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsültasyonlar ( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.311^*$ ,  $p<0.05$ ), amilaz ( $r=0.616^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptanırken diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

Na, K, Cl, Ca ve P ile diğer parametreler arasında ilişki saptanmadı. P ile troponin( $r=0.410^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı. Ca ile CK-MB ( $r=-0.271^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Troponin ile ağrı başlangıç saati ( $r=-0.288^*$ ,  $p<0.05$ ), lökosit sayısı ( $r=0.253^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsültasyonlar ( $r=0.374^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=-0.281^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.549^*$ ,  $p<0.05$ ), CK ( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptanırken diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

CK ve CK-MB'nin diğer parametrelerle ilişkilerine bakıldı. CK ile troponin( $r=0.273^*$ ,  $p<0.05$ ) ve CK-MB ile AST ( $r=0.403^*$ ,  $p<0.05$ ) ve Ca ( $r=-0.271^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptandı.

Beta hCG ile diğer parametrelerin ilişkisine bakıldı. Beta hCG ile yaş ( $r=-0.400^*$ ,  $p<0.05$ ), eşlik eden şikayet ( $r=0.408^*$ ,  $p<0.05$ ), hemogloblin düzeyi ( $r=0.299^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsültasyonlar ( $r=-0.518^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=-0.438^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptanırken diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

TİT ile diğer parametreler arasında ilişki saptanmadı.

PAAG ile diğer parametreler arasında ilişki saptanmadı. ADBG ile konsültasyon ( $r=0.336^*$ ,  $p<0.05$ ) ve GGT ( $r=1^*$ ,  $p<0.05$ ) arasında korelasyon saptanırken diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

USG ile diğer parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde BT ( $r=0.276^*$ ,  $p<0.05$ ), ağrının yeri ( $r=-0.263^*$ ,  $p<0.05$ ), palpasyon muayenesi ( $r=-0.321^*$ ,  $p<0.05$ ), direkt bilirubin ( $r=0.238^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsültasyonlar ( $r=0.458^*$ ,  $p<0.05$ ), kesin tanı ( $r=-0.281^*$ ,  $p<0.05$ ), nihai sonuç ( $r=0.431^*$ ,  $p<0.05$ ), GGT ( $r=-0.323^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptanırken, diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

BT ile diğer parametreler arasındaki ilişki incelendiğinde USG ( $r=0.276^*$ ,  $p<0.05$ ), yapılan konsultasyonlar ( $r=0.339^*$ ,  $p<0.05$ ) ve nihai sonuç ( $r=0.345^*$ ,  $p<0.05$ ) ile korelasyon saptanırken, diğer parametrelerle ilişki saptanmadı.

## 6. TARTIŞMA

Çalışmamızda 12 mart 2012- 11 mart 2013 tarihleri arasında SDÜ Acil Servisi'ne başvuran travma dışı karın ağrılı erişkin 1080 hastanın değerlendirmesi yapıldı. Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, özgeçmiş, soygeçmiş, eski operasyon), vital bulguları (kan basıncı, nabız, ateş, oksijen saturasyonu), fizik muayene bulguları (inspeksiyon, oskültasyon, perkusyon, palpasyon), ağrı özellikleri (başlangıç zamanı, acil servise başvurusuna kadar geçen süre, başvuru zamanı, ağrının tipi, ağrının yeri, eşlik eden şikayet), laboratuvar (tam kan sayımı, BUN, kreatinin, sodyum, potasyum, klor, kalsiyum, fosfor, AST, ALT, ALP, GGT, total bilirubin, direkt bilirubin, amilaz, lipaz, troponin, beta HCG, CK, CKMB, tam idrar tetkiki), görüntüleme (posteroanterior akciğer grafisi, ayakta direkt karın grafisi, ultrason, tomografi), spesifik tanı yöntemleri (parasentez, endoskopi, laparotomi), kesin tanı, konsültasyonları ve hastanın akıbeti bilgileri (nihai sonuç) değerlendirildi. Hastaların yaşları incelendiğinde en genç hasta 18, en yaşlı hasta ise 97 yaşında idi. AS'e başvuran hastaların ortalama yaşı 41.9 idi. En sık başvuran hasta yaşı ise %7(n:76) ile 21 yaş idi. Yaşlar arası inceleme yapıldığında yaş dağılımının homojen olduğu gözlemlendi. Başvuran hastalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde hastaların %39'unu (n:421) erkekler, %61'ni (n:659) kadınlar oluşturdu. SDÜ AS'e başvuran karın ağrılı hastaların çoğunluğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Hastaların kan basınçları incelendiğinde sistolik ve diyastolik kan basınçlarının sırası ile %74 ve %79'nun normal saptanmıştır. Hastaların nabız, ateş ve oksijen saturasyonlarının sırasıyla %92.6, %82.5, %73 normal olduğu tespit edildi. Kan basıncı, ateş, nabız gibi değerlerin çoğunluğunun normal olması ağrıyı algılama ve enflamasyona ateş yanıtı azaldığı için yaşlı hastalarda sıklıkla gençlerle aynı semptom ve bulguların görülmemesi ve volüm açığı, kanama, sepsis nedeni ile gelişen hipovolemi normalde hipertansif olan hastanın kan basıncının normatansif ölçülmesi ile gözden kaçması ile açıklanabilir (5). AS'e başvuran karın ağrılı hastaların özgeçmiş, soygeçmiş ve eski operasyon öyküleri incelendiğinde sırası ile %90.5, %92 ve %98.5'inde özellik saptanmadı.

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların ağrı özellikleri incelendi. Hastaların, karın ağrısı başladıktan sonra %12.9'u ilk 6 saatte, %42.4'ü 6-12 saat arasında,

%44.7'si 12 saatten sonra AS'e başvurdukları tespit edildi. Karın ağrısı başladıktan sonraki ilk 6 saatte başvurunun az olduğu gözlemlendi. Bu durum hastaların yetersiz eğitim ve karın ağrısına dair bilgi eksikliği olması ile açıklanabilir. Ağrı tipi incelendiğinde en çok %51.9 ile nonkolik ağrı sonra %32.5 ile kolik ağrı şeklinde başvurdukları tespit edildi. Karın ağrısına en çok %17.6 ile bulantı sonra %11.2 ile kusmanın eşlik eden şikayetler olduğu gözlemlendi. Bu sonuçlar diğer çalışmalarla uyumludur (18). Hastaların %63.7'sinin ise karın ağrısına eşlik eden şikayet belirtmediği görüldü, bunun sebebi hastaların şikayetlerini tariflememesi yada anamnezin iyi alınmamış olması olabilir. Karın ağrısının yeri incelendiğinde en çok %27.3 ile yaygın ağrı sonra %17 ile epigastirik bölgeler tespit edildi. Bunun sebebi AS'de en sık tespit edilen hastalıklar olan nonspesifik ağrı, dismenore ve peptik ulkus olması düşünüldü.

AS'e başvuran hastalarda yapılan fizik muayenelerde inspeksiyonda %88.5 özellik saptanmaması özgeçmişlerinde ve eski operasyon öykülerinde az özellik saptanmasına bağlı olabilir. Oskultasyon muayenesine %88.8 normoaktivite saptanması mezenter iskemi (%0.5), gastroenteri (%3.5), peritonit (%0.4), ileus (%3.6) gibi patolojik oskultasyon bulguları yapacak tanılarla az karşılaşılması olabilir (7). Palpasyon muayenesinde %67.1 özellik saptanmazken, %16.9 ile diğer bulgular (hassasiyet vs), %10.8 ile defans tespit edildi. Toplam hastaların sadece %16.5'ine perkusyon muayenesi yapılmış olup yapılanların %48.6'sında matite tespit edildi. Perkusyon muayenesinin bu kadar az kişiye yapılması AS'de karın ağrılı hastalarda perkusyon muayenesine yeterli önemin gösterilmediği düşünüldü.

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların laboratuvar tetkikleri incelendi. Hastaların %66.4'ünde normal lokosit sayısı, %29'unda lökositoz tespit edildi. Lökositoz sebebinin inflamatuvar karın ağrısı (İYE, kolesistit, kolanjit, gastroenterit.. vs) tanılarının yol açtığı düşünüldü (7) ve lökositoz oranı ile inflamatuvar karın ağrısı sıklığı birbirlerine benzer oranda tespit edildi. Karın ağrılı hastaların trombosit sayısı %84.9 ile normaldi. Hemoglobin düzeyi incelendiğinde %51.3 anemi saptanması başvuran hastaların çoğunluğunun kadın olması ve kadınlarda demir eksikliği anemisinin sık görülmesi ve yaşlılarda aneminin sık görülmesi olabilir (66).

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların kesin tanıları incelendiğinde en sık rastlananlar sıklık sırasına göre nonspesifik ağrı %27.2, dismenore %10.6, peptik ulcus %8.6, renal kolik %6.6, apandisit %5.9, ileus %3.6 tespit edildi. En çok nonspesifik ağrının tespit edilmesi beklenen bir bulgu olarak düşünüldü (13). AS'e başvuran karın ağrılı hastalarda yapılan konsültasyonlar incelendi. Hastaların %55.4'üne konsültasyon istenmemiştir bu da nonspesifik ağrı, dismenore, peptik ulkus gibi konsültasyon gerektirmeyen tanıların sıklığı ile uyumlu bulunmuştur. Yapılan konsültasyonlarda en sık genel cerrahi ve dahiliye konsültasyonlarının olması görüş alınması gereken karın ağrısı durumlarının en çok bu bölümlerle ilgili olması ile açıklanabilir (örneğin apandisit, kolesistit, pankreatit, ileus vs) (19).

AS'e başvuran hastaların nihai durumları incelendiğinde en çok sırası ile %33 medikal tedavi ile rahatlama sonucu taburcu, %18.4 poliklinik kontrolü ile taburcu, %18.7 genel cerrahi servisine yatış, %9.4'ü dahiliye servisine yatış tespit edildi. Toplamda hastaların %33.3'ü bir servise takip ya da cerrahi müdahale için yatmıştır bu da başka çalışmalarla uyumludur (10). En çok medikal tedavi ile rahatlama sonucu taburcu olma tespit edilmesi nonspesifik ağrının daha çok tespit edilmesine bağlı olduğu düşünüldü. En çok servise yatışın genel cerrahi ve dahiliye servislerine olması yatış gerektiren karın ağrılarının (apandisit, ileus, kolesistit, pankreatit.. vs) bu bölümlerle ilgili olmasına bağlandı.

Çalışmamızda AS'e karın ağrısı ile başvuran hastalarda bakılan bütün parametrelerin birbirleri ile ilişkileri değerlendirildi. Hastaların yaşları ile sistolik ve diyastolik kan basınçlarının, kreatinin ve BUN tetkiklerinde ilişki saptanması yaşla birlikte hipertansiyon ve böbrek yetmezliği sıklığının artmasına bağlı olduğu düşünüldü (67). Yaş ile yapılan konsültasyonların ilişkili olması yaş arttıkça konsültasyon gerektiren karın ağrısı sebeplerinin (ileus, pankreatit, kolesistit, kolanjit ..vs) artması olduğu düşünüldü (68). Yaş ile oksijen saturasyonun ilişkili olması yaş arttıkça vital kapasitenin azalması, KOAH gibi hastalıkların artmasına bağlı olduğu düşünüldü (69). Cinsiyet ile AS'e başvuru süresinin ilişkili olması kadınların ağrı eşliğinin düşük olması ve erkeklere göre AS'e karın ağrısı başlamasından daha kısa süre başvurması ile ilişkili olduğu düşünüldü. Cinsiyet; hemoglobin, CK ve beta hCG ile ilişkili bulundu. Hemoglobin ile ilişkili olması AS'ye daha çok kadınların (%61) başvurması ve kadınlarda DEA'sinin daha sık görülmesi ile ilgili olduğu düşünüldü

(66). Cinsiyetin CK ile ilişkili olması AS'e daha çok kadınların (%61) başvurması ve kadınlarda kas kitlesinin erkeklere göre daha düşük olması ile ilgili olduğu düşünüldü. Beta hCG'nin zaten kadınlarla ilişkili olması beklenen bir bulgu olarak düşünüldü. Karın ağrısı başlangıcı ile AS'e başvuru zamanı arasındaki sürenin troponinle ilişkili olması troponin değerinin Mİ gibi şiddetli ağrılara yol açan hastalıklarda yüksek bulunması ve dolayısı ile hastaların acil servise daha kısa sürede başvurması ile ilişkili olduğu düşünüldü (70). Eşlik eden şikayetler ile beta hCG'nin ilişkili bulunması beta hCG'nin ektopik gebelik gibi bulantı yapan karın ağrılarında yüksek saptanması ile ilgili olduğu düşünüldü (71). Ağrı yeri ile yapılan konsültasyonlar ve USG ilişkili bulundu. Bunun sebebi konsültasyon ve USG gerekliliği düşündüren apandisit (sağ alt kadran ağrısı), kolesistit (sağ üst kadran ağrısı), koledok taşı (sağ üst kadran ağrısı) gibi hastalıklarla ağrı yerinin ilişkili olması olabilir (19).

İnspeksiyon muayenesi ile özgeçmiş ve eski operasyon öyküsünün ilişkili olması inspeksiyon muayenesinde dikkat çeken operasyon skarı vs saptanması ile ilişkili olduğu düşünüldü. Palpasyon muayenesi ile yapılan konsültasyonlar, kesin tanı, hastaların nihai sonuçları ve USG ile ilişkisi saptandı. Konsültasyonlarla ilişki palpasyonda tespit edilen rebound, defans gibi özelliklerde daha çok konsültasyon gerektirecek cerrahi patolojilerin saptanması, kesin tanı ile ilişki palpasyonda tespit edilen defans, reboundun ileus, pankreatit gibi hastalıklarla sağ üst kadran hassasiyetinin kolesistit, kolanjit gibi hastalıklarla ilişkili olması, USG'nin daha çok apandisit (sağ alt kadran hassasiyeti), kolesistit (sağ üst kadran hassasiyeti) gibi düşünülen hastalıklarda istenmesi ile açıklanabilir (19).

Hemoglobin düzeyi ile beta hCG arasındaki ilişki beta hCG yüksekliğine yol açan ektopik gebelik gibi aneminde genç-orta yaş kadınlarda daha sık karşılaşılabilmektedir. AST düzeyi ile yaş, ALT, total bilirubin, direkt bilirubin, ALP, nihai sonuç, GGT, amilaz, lipaz, CK-MB ile ilişkisi saptandı. Yaş ile ilişkili olması AST yüksekliğine sebep olan kolanjit, kolesistit, pankreatit gibi karın ağrılarının yaşla görülme sıklığında artış olmasına bağlı olduğu düşünüldü. AST'nin ALT, ALP, total bilirubin, direkt bilirubin, amilaz, lipaz ile ilişkili olması bu değerlerin birbirleri ile ilişkili olması genellikle pankreatit, kolesistit, kolanjit gibi

karın ağrısı sebeplerinde beraber yükselmeleri ile açıklanabilir (72). CK-MB ile ilişkili olması AST’inde kalp kaynaklı olarak yükselebileceği ile açıklanabilir.

AS’de yapılan konsültasyonlar ile yaş, palpasyon muayenesi, total bilirubin, direkt bilirubin, ALP, amilaz, lipaz, troponin, kesin tanı, nihai sonuç, beta hCG, USG ve BT ile ilişkili bulundu. Konsültasyonların yaş ve palpasyon muayenesi ile ilişkisine önceden değinilmişti. Total bilirubin, direkt bilirubin, ALP, amilaz, lipaz, troponin ile ilişkili olması bu değerlerin daha çok konsültasyon gerektiren pankreatit, kolesistit, kolanjit, Mİ ve ektopik gebelik gibi rahatsızlıklarda yükselmesi ile açıklanabilir (72). USG ve BT ile ilişkili olması bu görüntüleme tetkiklerinin daha çok konsültasyon gerektirecek ağrılarda (örn: kolesistit, pankreatit, apandisit, ektopik gebelik ..vs) düşünülmesi yada konsültasyona gelen ilgili branş doktorlarının bu tetkikleri istemesi ile ilişkili olduğu düşünüldü (72). Konsültasyonların kesin tanı ile ilişkili olması konsültasyon istenen karın ağrılı hastalarda kesin tanının daha kolay konması ya da belirli hastalıklarda (örn:apandisit, ektopik gebelik, kolesistit, pankreatit..vs) konsültasyon istenmesi ile ilişkili olabilir. Konsültasyonların nihai sonuç ile ilişkili olması konsültasyonun daha çok yatırılarak takip edilmesi yada cerrahi müdahale edilmesi gereken ağrılarda istenmesi ile açıklanabilir.

Kesin tanı ile ağrının yeri, palpasyon, konsültasyon, nihai sonuç, troponin ve USG ilişkisi saptandı. Ağrı yeri, palpasyon, konsültasyon ve troponin ile ilişkisine daha önceden değinilmişti. Kesin tanı ile nihai sonucun ilişkili olması beklenen bir bulguydu, çünkü hastaların nihai sonuçları neticede hastalara konan tanımlarla belli olmaktadır. Nonspesifik bir karın ağrısının medikal tedavi ile taburcu edilmesi, apandisit cerrahi tedaviye alınması, ileusun yatırılıp takip edilmesi örnek olarak verilebilir. USG ile ilişkili olması USG’nin AS’de karın ağrılı hastalarda kesin tanı konmada etkili olduğunu gösterir (72).

Yapılan bu çalışmanın neticesinde AS’e başvuran travma dışı erişkin hastalarda anamnez ve fizik muayenenin önemi tekrar ortaya konurken, fizik muayenede perküsyona gereken önemin verilmediği ortaya konmuştur. Anamnez ve fizik muayeneyi takiben lüzum halinde sağlık personeline yardımcı olabilecek gerekli olan laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri ve konsültasyonlar süratle yapıp hastanın kesin tanısı konup gerekli işlemlerin yapılmasının önemi ortaya



çıkmiştir. Ayrıca karın ağrılı hastaların AS'e karın ağrısını takiben erken dönemde başvurmadığı tespit edilmiştir, bu konuda halkımızın bilgilendirilmesi ve bu konularda eğitim verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu alanda daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

## ÖZET

### SDÜ Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne Başvuran Travma Dışı Erişkin Karın Ağrılı Hastaların Bir Yıllık Prospektif İncelemesi

Tüm dünyada AS'e başvuran hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet verme zorunluluğu AS'i diğer bölümlerden farklı kılmaktadır. Karın ağrısı yakınması AS'e başvuru nedenlerinin başında gelir ve tüm AS başvurularının %5-8'ini oluşturur. AS'de akut karın ağrısının tanı ve tedavisi tüm teknolojik gelişmelere rağmen hala önemli klinik sorunların başında gelmektedir. Tanıda anamnez, fizik muayene, görüntüleme ve laboratuvar yöntemlerinden yararlanılmakla birlikte akut karın ağrısının tanısında sorunlar devam etmektedir. Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi(SDÜ) Acil Servisi'ne karın ağrısı ile başvuran hastaların sıklığının, yatırılarak tedavi edilenlerin oranının, karın ağrısına neden olan hastalık dağılımının, demografik özelliklerinin, morbidite, mortalitesinin belirlenmesi ve takiplerde elde edilen sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışmamızda 12 Mart 2012 ile 11 Mart 2013 tarihleri arasında AS'e başvuran 1080 hastanın demografik özellikleri, vital bulguları, fizik muayene bulguları, ağrı özellikleri, laboratuvar tetkikleri, görüntüleme tetkikleri, kesin tanıları, konsültasyonları ve hastanın akıbeti bilgileri değerlendirildi.

Hastaların yaşları incelendiğinde en genç hasta 18, en yaşlı hasta ise 97 yaşında idi. AS'e başvuran hastaların ortalama yaşı 41.9 olup, yaş dağılımının homojen olduğu görüldü. Hastalar cinsiyet açısından değerlendirildiğinde %39'unu (kişi: 421) erkekler, %61'ni (kişi: 659) kadınlar oluşturdu. Hastaların, karın ağrısı başladıktan sonra %12.9'u ilk 6 saatte, %42.4'ü 6-12 saat arasında, %44.7'si 12 saatten sonra AS'ye başvurdukları tespit edildi.

AS'e başvuran karın ağrılı hastaların kesin tanıları incelendiğinde en sık rastlananlar sıklık sırasına göre nonspesifik ağrı %27.2, dismenore%10.6, peptik ulcus %8.6, renal kolik %6.6, apandisit %5.9, ileus %3.6 tespit edildi. AS'ye başvuran hastaların nihai durumları incelendiğinde en çok sırası ile %33 medikal tedavi ile rahatlama sonucu taburcu, %18.4 poliklinik kontrolü ile taburcu, %18.7 genel cerrahi servisine yatış, %9.4'ü dahiliye servisine yatış tespit edildi.

Yapılan bu çalışmanın neticesinde AS'e başvuran travma dışı erişkin hastalarda anamnez ve fizik muayenenin önemi tekrar ortaya kondu. Anamnez ve fizik muayeneyi takiben lüzum halinde acil hekime yardımcı olabilecek gerekli olan laboratuvar tetkikleri, görüntüleme yöntemleri ve konsültasyonlar süratle yapıp hastanın kesin tanısı konup gerekli işlemlerin yapılmasının önemi ortaya çıkmıştır. Ayrıca karın ağrılı hastaların AS'e karın ağrısını takiben erken dönemde başvurmadığı tespit edilmiştir, bu konuda halkımızın bilgilendirilmesi ve bu konularda eğitim verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu alanda daha geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Acil Servis, Kesin Tanı, Karın Ağrısı

## ABSTRACT

### EVALUATION OF NONTRAUMATIC ADULT ABDOMINAL PAIN PATIENTS WHO ADMITTED TO SULEYMAN DEMIREL UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL EMERGENCY SERVICE DURING ONE YEAR

The obligation of fast, proper and continuous service to patients who admitted emergency service is distinguished than other departments. Abdominal pain complaints are the main reasons of emergency service admissions and consists %5-%8 of all admissions.

Diagnosis and treatment of acute abdominal pain in the emergency service, inspite of all technological developments those still are of the first order of importance clinical problems. Although anamnesis, physical examination, imaging and laboratory methods are exploited, the problems in diagnosis of acute abdominal pain still remains. In this study, it was aimed to determine the frequency of the patients who came with the complaints of abdominal pain to SDU Emergency Service, the rate of those who hospitalized, distribution of disease which caused the abdominal pain, demographic characteristics, morbidity and mortality, to evaluate results which were received from the observations.

In our study, demographic characteristics, vital findings, physical examination findings, pain etymology, laboratory and imaging tests, final diagnoses, consultations and the general condition of 1080 patients were evaluated between 12 March 2012-11 March 2013.

While looking over the ages, youngest and oldest patient were 18 and 97 years old respectively. The patients who admitted to emergency service were average 41,9 years old and age pattern distribution observed homogeneous. While the patients classified from the perspective of gender, men are made up 39% (421 people), women are 61% (659 people). It has identified that the patients after the start of abdominal pain 12.9% first 6 hours, 42.4% between 6-12 hours, 44.7% after 12 hours were admitted to emergency service.

While analysing, the final diagnosis of patients who has abdominal pain in order of frequency of non-specific pain 27.2%, dysmenorrhea 10.6%, peptic ulcer 8.6% renal colic 6.6%, appendicitis 5.9%, and ileus 3.6% were identified. And also, most of patients, respectively, were 33% discharged in good condition with medical treatment, 18.4% discharged by ordering a control examination, 18.7% hospitalized into general surgery service, 9.4% hospitalized into internal medicine service.

As a result of this study, the importance of anamnesis and physical examination on the adult patients except trauma cases who admitted emergency service with the complaints of abdominal pain were stated. When anamnesis and physical examination are required to assist in case of needs of emergency physician, laboratory tests, imaging methods and consultations should be done quickly and patient's final diagnosis, take necessary actions, were expressed. Finally, it is seen that the patients who have abdominal pain were not consulted emergency service in early period were identified. Therefore, further comprehensive studies on this issue are needed.

**Key Words:** Emergency Service, Final Diagnosis, Abdominal Pain

## KAYNAKLAR

1. Cartwright S.L., Knudson M.P. Evaluation of acute abdominal pain in adults . Am Family Physician 2008; 77(7):971-978. .
2. Graff L.G., Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am. 2001 Feb;19(1):123-36.
3. Lameris W., Van Randen A., Dijkgraaf M.G., Bossuyt P.M., Stoker J., Boermeester M.A. Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. BMC Emerg Med. 2007;7:9.
4. Doherty G.M., Boey J.H., Way L.W., Current surgical diagnosis & Treatment. 2003:503-16.
5. Gallagher E.J. Acute abdominal pain. in: Emergency Medicine. Tintinalli K.G., Stapczynski J.S. (Eds). A Comprehensive Study Guide 6th ed NYMGH, 487-501.
6. Gallagher E.J. Acute abdominal pain. In: Emergency Medicine. Tintinalli K.G., Stapczynski J.S. (Eds). A Comprehensive Study Guide 5th ed NYMGH, 497-515.
7. Ertekin C., Kalaycı G., Acarlı K., Demirkol K., Mercan S., Özmen V., Sökücü N. (Eds). Genel cerrahi: Akut karın hastalıkları. Nobel tıp kitabevleri. İstanbul. 2002:195-215
8. Agreus L., Svardsudd K., Nyren O. et al. . The epidemiology of abdominal symptoms: Prevalence and demographic characteristics in a Swedish adult population. A report from The Abdominal Symptom Study. Scan J Gastroenterol 1994;29:102.
9. McCaig L.F., Nghi L. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 Emergency Department Summary. Advance data from vital and health statistics; no 326. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics 2002:14.
10. Bugliosi T.F., Meloy T.D., Vukov L.F. Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 1990;19:1383.
11. Powers R.D., Guertler A.T. Abdominal pain in the ED: Stability and Change over 20 years. Am J Emerg Med 1995; 13(3):301-303.
12. Hoekstra J.W. Acute abdominal pain. Emergency Medicine. An approach to clinical problem solving. 1991:5: 83-103.
13. Kalafat H. Akut karın. Acil Hekimlik Sempozyumu. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri İstanbul. 1997:221-31.
14. Ersoy E., Karamercan A. Cerrahi olmayan akut karın nedenleri. Klinik Gelişim. 2000:13:36-43.
15. Leung C., Sigalet D.L. Acute abdominal pain in children. Am Fam Physician. 2003;67:2321-6.
16. Hamzaoğlu İ. Akut karına yaklaşım. İç Hastalıklarında Aciller. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2002;29:173-80.
17. Trott A.T., Greenberg R., Rosen P., Barkin R.M., Braen G.R., Dailey R.H., Hedges J.R., Hockberger R.S. et al (Eds). Akut Abdominal Pain: Emergency

- medicine. Concepts and clinical practice. Third Edition. Mosby Year Book. USA. 1992;1498-514.
18. Knight J.S., Lamparelli M.J. Acute abdominal pain for the general physician-who, when and how to refer to the on-call surgeon. *Acute Medicine*. 2005;4:37-39.
  19. Karnath B., Mileski W. Acute abdominal pain. *Hospital Physician*. 2002: 45-50.
  20. Matthews J.B., Hodin R.A. Acute abdomen and appendix. *Surgery. scientific principles and practice*. Lippincott williams wilkins. USA 2001:1224-35.
  21. Brittan J., Morris P.J., Wood W.C. The acute abdomen. *Oxford Textbook of Surgery*. second edition. New York. 2000:6: 1823-43.
  22. Turan M., Sen M., Koyuncu A., Aydın C., Karadayı K., Canbay E. Yeni gelişmeler ışığında akut karın. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002:24: 45-52.
  23. Murr M.M., Norman J. Acute pancreatitis. *Surgery scientific principles and practice*. Third Edition. Lippincot Williams& Wilkins. USA. 2001:63-873.
  24. Dicle O. Nontravmatik akut karında radyoloji. *TRD* 1997:32: 375-86.
  25. Harris A., Bolus N. Appendicitis imaging. *Radiologic Technology* 2005:77: 111-7.
  26. Catalano O. Computed tomography in the study of gastrointestinal perforation. *Radiol Med* 1996:91: 247-52.
  27. Deodhar S.D., Shirahatti R.G., Mohide J.D., Kirloskar M.S., Pandya S.V. Non-specific abdominal pain-a clinical entity. *J Postgrad Med* 1989:35: 86-9.
  28. Nussbaum M.S. Disease of the appendix: In: Bell RH, Rikkers LF. Michael W.Mulholland ME (Eds). *Digestive Tract Surgery a text and atlas*. Lippincott-Raven. 1996:1315-37.
  29. Zülfikarağlı B., Özalp N., Keşkek M., Bilgiç İ., Koç M. 80 yaş ve üzerindeki hastalarda acil abdominal cerrahi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2005:8: 115-9.
  30. Birnbaum B.A., Wilson S.R. Appendicitis at the millennium. *Radiology*. 2000:215: 337-48.
  31. FitzGerald D.J., Pancioli A.M. Appendicitis. In: *Emergency Medicine*. Tintinalli J.E, Kelen G.D., Stapczynski J.S. (Eds). *A Comprehensive Study Guide* 5th ed, New York: Mc Graw Hill, 2000, 535-9.
  32. Old J.L., Dusing R.W., Dirks J. Imaging for suspected appendicitis. *American Family Physician*. 2005:71: -8.
  33. Kozar R.A., Roslyn J.J. The Appandix. In: Shires, Spencer, Daly, Fischer, Galloway (Eds). *Prenciples of Surgery*. Seventh Edition, McGraw Hill 1999:1383-894.
  34. Fergusen C.M., Morris P.J., Wood W.C. Acute appendicitis. *Oxford text book of surgery*. Second Edition. New York. 2000:1539-43.

35. Lintula H., Pesonen E., Kokki H., Vanamo K., Eskelinen M. A diagnostic score for children with suspected appendicitis. *Langenbecks Arch Surg.* 2005;390: 164-70.
36. Chung C.H., Lai K.K. Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2000;6: 254-9.
37. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg* 2002;37: 877-81.
38. Soybel D.I., Norton J.A., Bollinger R.R. Appendix. *Essential practice of surgeon.* 1999;22:269-79.
39. Mayer K.L., Ho H.S., Frey C.F. Acute pancreatitis. In: *Current Surgical Therapy.* Ed. By Cameron J.L. Mosby Co. Sixty Ed. . 1998.
40. Sabiston D.C. Appendicitis. In: Sabiston Editor. *Textbook of Surgery. The Biological Basis of Modern Surgical Practice, Fifteenth Edition.* W.B.Saunders Company. 1997; 964-970.
41. Gürleyik E., Gürleyik G. Small bowel volvulus: A common cause of mechanical intestinal obstruction in our region. *Eur J Surg* 1998; 164: 51-55.
42. İndar A.A. Beekingham J.İ. Acute cholecystitis. *BMJ* 2002; 325: 639-643.
43. Brady W.J., Aufderheide T.P., Tintinalli J.E. Cholecystitis and biliary colic. In: *Emergency Medicine.* Tintinalli J.E., Kelen G.D., Stapczynski J.S. (Eds). *A Comprehensive Study Guide 6th ed.* New York: Mc Graw Hill, 2004: 561-565.
44. Ariogul O. Safra Yolu Enfeksiyonları. Akut ve Toksik Kolanjit. *Klinik Gelişim* 2000; 13:73-77.
45. Lambert G.W., Kaye D.M., Cox H.S. Regional 5-hydroxyindoleacetic acid production in humans. *Life Sci* 1995; 57: 255-267.
46. Bass K.N., Bulkley G.B. Small bowel obstruction. In John Cameron Editor. *Current Surgical Therapy: St Louis: Mosby, 1998;122-131.*
47. Vicario S.J., Price T.G. Intestinal obstruction. In: *Emergency Medicine.* Tintinalli J.E., Kelen G.D., Stapczynski J.S.(Eds). *A Comprehensive Study Guide 5th ed,* New York: Mc Graw Hill,2000; 539-543.
48. Sanson T.G., O'Keefe K.P. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg Med Clin North Am* 1996;14(3): 615–27.
49. Fischer J.E., Nussbaum M.S., Chance W.T., Luchette F. Manifestation of Gastrointestinal Disease. In Seymour Schwartz Editor. *Principles of Surgery.* New York: McGraw-Hill Companies, 1999; 1054-1079.
50. Ay M., Gürbilek M., Vatansev H. Akut faz proteinleri. *Anadolu ofset. Genel Tıp Dergisi.*1998; 8: 125-132.
51. Shih S.C., Jeng K.S., Lin S.C., Kao C.R., Chou S.Y., Wang H.Y. Adhesive small bowel obstruction: How long can patients tolerate conservative treatment? *World J Gastroenterol* 2003; 9: 603-605.
52. Pickleman J., Lee R.M. The management of patients with suspected early postoperative small bowel obstruction. *Ann Surg* 1989; 210: 216-222.

53. Sarr M.G., Bulkley G.B., Zuidema G.D. Preoperative recognition of intestinal strangulation obstruction. Prospective evaluation of diagnostic capability. *Am J Surg* 1983; 145: 176-182.
54. Lillemo K.D., Yeo C.J. Management of complications of pancreatitis. *Current Problems in Surgery* 35: 13-97.
55. Güven K., Poyanli A., Rozanes İ., Acunaş B. Akut pankreatit ve komplikasyonlarında görüntüleme yöntemleri ve girişimsel radyolojik tedavi yaklaşımları. *Türk HPB Cilt 1, Sayı 1.2005*: 10-16.
56. Vissers R.J., Abu-laban R.B. Acute and chronic pancreatitis. In: *Emergency Medicine*. Tintinalli J.E., Kelen G.D., Stapczynski J.S. (Eds). A Comprehensive Study Guide 6th ed. New York: Mc Graw Hill, 2004: 573-576.
57. Oldenburg W.A., Lau L.L., Rodenberg T.J., Edmonds H.J., Burger C.D. Acute mesenteric ischemia. *Arch Intern Med*. 2004; 164: 1054-1062.
58. Rasti M., Refaei E., Rahmani A. A new in diagnosis of acute mesenteric ischemia. *Journal of Research in Medical Sciences* 2004; 5: 28-32.
59. Griffin M.R., Ray W.A., Schaffner W. Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and death from peptic ulcer in elderly persons. *Ann Intern Med*. 1988 109(5): 359-63.
60. McNabney W.K. Perforated viscus. Tintinalli J.E., Krome R.L., Ruiz E. (Eds). *A Comprehensive Study Guide* 3th ed, New York: Mc Graw Hill 1992; 316-319.
61. Berry A.R. Volvulus of the colon. Morris R.J., Wood W.C. *Oxford textbook of surgery*. Second edition. New York. 2000; 2: 1515-1519.
62. Arnell T.D., Stabile B.E. Acute colonic diverticulitis. *Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. Proplems in General Surgery*. 2002; 19: 109-120.
63. Cooke M., Sande M.A. Diagnosis and outcome of bowel infarction on an acute medical service. *Am J Med* 1983; 75: 984-987.
64. Schechter W.P. Peritoneum and acute abdomen. Norton J.A., Bollinger R.R. *Essential practice of surgery*. 1999; 14:147-155.
65. Khan I., Rehman A.U. Application of alvarado scoring system in diagnosis of acute appendicitis. *J Ayup Med Coll Abbottabad* 2005; 17(3).
66. Means R.T. Iron deficiency anemia. *Hematology*. Sep;18(5):305-6.
67. Cha R.H., Kim S., Ryu D.R., Eun Oh J., Han S.Y. Association between blood pressure and target organ damage in patients with chronic kidney disease and hypertension: results of the APrODiTe study. *Hypertens Res*. Sep 19.
68. Hoekstra J.W. Acute abdominal pain. *Emergency Medicine. An approach to clinical problem solving*. 1991;5: 83-103.
69. Glaser S., Schaper C., Obst A., Ittermann T., Volzke H., Felix S.B. Impact of different definitions of airflow limitation on the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in the general population. *Respiration*.80(4):292-300.

70. Anaya P., Moliterno D.J. The evolving role of cardiac troponin in the evaluation of cardiac disorders. *Curr Cardiol Rep.* Nov;15(11):420.
71. Jiang W., Lv S., Sun L., Singer G., Xu C., Lu X. Diagnosis and Treatment of Retroperitoneal Ectopic Pregnancy: Review of the Literature. *Gynecol Obstet Invest.* Jul 30.
72. Tintinalli J.E., Stapczynski J.S., Ma O.J., Cline D.M., Cydulka R.K., Meckler G.D. *Tintinalli Acil Tıp. Nobel Tıp Kitabevi.* 2013:522.