

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANELERİ'NDE ÇALIŞAN ACİL TIP UZMAN
VE ASİSTANLARININ AKUT KARIN AĞRISINDA AĞRI
KESİCİ KULLANIM YAYGINLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özgür ÖZEN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. G. Selahattin KIYAN

İZMİR - 2014

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince, gerek tıbbi, gerekse diğer konulardaengin bilgi ve deneyimlerini büyük bir özveri ile bize aktaran, her konuda bize yol gösteren, bilgi ve deneyimini esirgemeyip, her türlü yardımda bulunan, Doç. Dr. Güçlü Selahattin Kıyan, Doç. Dr. Murat Ersel, Yard. Doç. Dr. Funda Karbek Akarca ve Uz. Dr. Yusuf Ali Altuncı'ya,

Asistanlığım süresince güzellik, dostluk ve yardımlarını paylaştığım tüm acil tıp asistan arkadaşlarıma, uzmanlarıma ve öğretim üyesi hocalarıma,

Tezimin hazırlanması sırasında bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşan, her türlü desteğini gördüğüm tez danışmanım Doç. Dr. Güçlü Selahattin Kıyan'a, Uz. Dr. Gül Kitapçioğlu'na, ve anketlerime katılım sağlayan tüm Türkiye Acil Tıp ailesine, hayatım boyunca hiçbir yardımı benden esirgemeyen tüm dostlarıma, Öğr. Gör. Celal Gençoğlu'na,

Asistanlık eğitimim boyunca hep birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım ve ayrıca da yaşamımda ayrı yerleri olan tüm çalışma arkadaşlarıma ve yeryüzünün tüm emekçilerine,

Eğitim hayatım boyunca hep yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen eşime, hayatım boyunca beni yalnız bırakmayan anneme, babama, kardeşime ve canım kızım Devrim Doğa'ya, teşekkürü borç biliyorum.

Dr. Özgür Özen

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ağrı.....	4
2.2. Karın Ağrısı.....	4
2.2.1. Karın Ağrısı Patofizyolojisi.....	4
2.2.1.1. Visseral Ağrı.....	4
2.2.1.2. Parietal (Somatik) Ağrı.....	5
2.2.1.3. Yansıyan Ağrı.....	5
2.3. Akut Batın.....	5
2.3.1. Akut Batın Nedenleri.....	6
2.3.1.1. Myokard enfarktüsü.....	6
2.3.1.2. Akut abdominal aort anevrizması.....	6
2.3.1.3. Nonspesifik karın ağrısı.....	7
2.3.1.4. Akut Apandisit.....	8
2.3.1.5. Safra kesesi ve Safra yolları hastalıkları.....	8
2.3.1.5.1. Kolelitiazis.....	9
2.3.1.5.2. Kolanjit.....	9
2.3.1.6. Akut Pankreatit.....	9
2.3.1.7. Mekanik Barsak Obstrüksiyonu.....	11
2.3.1.8. Akut Mezenter İskemi.....	11
2.3.1.9. Gastrointestinal Perforasyon.....	11
2.3.1.10. Divertikülit.....	12
2.3.1.11. Renal Kolik.....	12
2.3.1.12. Pelvik inflamatuvar hastalık.....	12
2.3.1.13. Ektopik gebelik rütürü.....	12

2.4. Analjezi	13
2.4.1. Analjeziklerin sınıflaması	13
2.4.1.1. Opioid analjezikler	13
2.4.1.1.1. Fentanil	13
2.4.1.1.2. Morfin	14
2.4.1.1.3. Meperidin	14
2.4.1.1.4. Tramadol	14
2.4.1.1.5. Hidromorfin	14
2.4.1.1.6. Oksikodon	15
2.4.1.1.7. Kodein	15
2.4.1.2. Non opioid analjezikler	15
2.5. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımı	16
3. MATERYAL VE METOD	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	56
6. KISITLILIKLAR	63
7. SONUÇLAR	64
8. KAYNAKLAR	65

TABLolar

Tablo 1.	Alvarado Skorlaması.....	8
Tablo 2.	Akut Pankreatitin Nedenleri	10
Tablo 3.	Ranson Kriterleri.....	10
Tablo 4.	Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı.....	21
Tablo 5.	Katılımcıların Görev Dağılımları.....	21
Tablo 6.	Analjezik İlaç Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı	22
Tablo 7.	En Sık Analjezik Kullanım Zamanına göre Dağılım.....	22
Tablo 8.	Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etki Dağılımı	23
Tablo 9.	Hastaların Analjezik İlaç Talep Sıklığının Dağılımı	23
Tablo 10.	Acil Hekimlerinin Genel Cerrah Hastayı Değerlendirmeden Analjezik Uygulanma Kararının Dağılımı	24
Tablo 11.	Acil Hekimlerinin Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Kararlarının Dağılımı	24
Tablo 12.	Acil Tıp Hekimlerinin Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenlerinin Dağılımı	24
Tablo 13.	Acil Tıp Hekimlerinin Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenlerinin Dağılımı	25
Tablo 14.	Acil Tıp Hekimlerinin İlaç Tercihlerinin Dağılımı.....	26
Tablo 15.	Acil Tıp Hekimlerinin Ağrı Kontrol Düzeyi Sağlayabilme Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	26
Tablo 16.	Analjezik Kullanımı Sonrası Yanlış veya Geç Tanı Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	27
Tablo 17.	Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politikalar Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	27
Tablo 18.	Cerrahi Konsültan Hekiminin Analjezik Önerme Sıklığı Dağılımı.....	27
Tablo 19.	Genel Cerrahi Konsültasyonu Öncesi Analjezik Uygulama Kararını Etkileyen Faktörler ve Önem Düzeyleri.....	28
Tablo 20.	Analjezik kullanım kararında hastaya ait faktörlerin dağılımı	29
Tablo 21.	Analjezik kullanım sıklığının görev türüne göre dağılımı.....	32
Tablo 22.	Analjezik ilaç kullanma zamanı kararının görev türüne göre dağılımı.....	33
Tablo 23.	Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı.....	33

Tablo 24. Cerrahi Konsültan hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı.....	34
Tablo 25. Kesin tanı konmadan önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı	34
Tablo 26. Analjezik kullanımını destekleme nedenlerinin görev türüne göre dağılımı	35
Tablo 27. Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin görev türüne göre dağılımı	36
Tablo 28. Analjezik kullanımı ile ilgili cerrahi bölümlerle oluşturulmuş ortak politikanın olup olmadığının görev türüne göre karşılaştırması	37
Tablo 29. Analjezik kullanım sıklığının kurumlara göre dağılımı.....	37
Tablo 30. Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin kurumlara göre dağılımı.....	38
Tablo 31. Analjezik kullanımını destekleme nedenlerinin kurumlara göre dağılımı.....	38
Tablo 32. Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin kurumlara göre dağılımı	39
Tablo 33. Katılımcıların analjezik tercihlerinin kurumlar arası karşılaştırılması	40
Tablo 34. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı Kurumlara Göre Karşılaştırılması.....	41
Tablo 35. Analjezik kullanım sıklığının görev türüne göre dağılımı.....	44
Tablo 36. Analjezik ilaç kullanma zamanı kararının görev türüne göre dağılımı.....	44
Tablo 37. Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı	45
Tablo 38. Cerrahi Konsültan hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı.....	45
Tablo 39. Kesin tanı konmadan önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı	46
Tablo 40. Analjezik kullanımını destekleme nedenlerinin görev türüne göre dağılımı	46
Tablo 41. Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin görev türüne göre dağılımı.....	47
Tablo 42. Katılımcıların analjezik tercihlerinin görev türü karşılaştırılması	48
Tablo 43. Analjezik kullanımı ile ilgili cerrahi bölümlerle oluşturulmuş ortak politikanın olup olmadığının görev türüne göre karşılaştırması	49

Tablo 44. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı Görev Türlerine Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 45. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının Üniversite ATA ları ile Eğitim Araştırma Hastaneleri ATA ların Karşılaştırma Tabloları.....	54
Tablo 46. Üniversite ATA'larının Eğitim Araştırma Hastanelerindeki ATA'larla Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etkisi Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 47. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının ATA ların 24 ay öncesi ve sonrası olarak Karşılaştırma Tabloları	55
Tablo 48. Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etkisinin ATA'ların Sürelerine Göre Karşılaştırılması.....	55

ÖZET

TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE VE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANELERİ’NDE ÇALIŞAN ACİL TIP UZMAN VE ASİSTANLARININ AKUT KARIN AĞRISINDA AĞRI KESİCİ KULLANIM YAYGINLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZEN, Özgür

Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp A.D.

Tez Danışmanı: Doç. Dr. G. Selahattin KIYAN

Özet

Giriş ve Amaç: Akut karın ağrısı, tüm acil servis başvurularının %10’nunu oluşturmaktadır. Bu hastaların ise yaklaşık dörtte biri ‘akut batın’ tanısıyla cerrahi servislere yatmaktadır (3). Cerrahi pratiğinde genel olarak akut karın ağrılı hastaların kesin tanısı konulmadan analjezik kullanılmasının, fizik muayene bulgularının değiştireceği yönündeki kaygı, son yıllarda tartışılmaya başlanmış ve bu konuda klinik çalışmalar yapılmıştır (4-9). Yakın zamanda yapılan çalışmalar akut karın ağrılı hastalarda erken analjezinin, fizik muayene bulgularını baskılamadığı, tanıda gecikmelere veya yanlış tanıya sebep olmadığı, analjezinin güvenli olduğunu göstermektedir (4-9). Bu nedenle akut karın ağrılı hastalarda erken analjezi özellikle kısa etkili opiat türevlerinin uygulanması yönünde bir eğilim ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın amacı Türkiye Acil Tıp uzman, asistan ve öğretim üyelerinin akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı konusundaki tutumlarını, günlük pratik uygulamalarını ve analjezik kullanım kararını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik tipte tanımlanan bu araştırma, 15 Kasım 2013-25 Ocak 2014 tarihleri arasında Türkiye’nin çeşitli illerinde bulunan Üniversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan 803 acil servis asistan, uzman ve öğretim üyesi ile araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formu uygulanarak yapılmıştır.

Anketler aracılığı ile verilerin 410 adeti, elektronik ortamda, https://docs.google.com/forms/d/1a6nTje_WxjWW260oB2Q_AG8Pz1zFxmhm0_T_X-OEtc0Sk/viewform adlı internet bağlantısı kullanılarak elde edilmiştir. Diğer 393 tanesi anabilim dalı başkanlıklarına posta yoluyla gönderilmiş ve çeşitli acil tıp kongre ve sempozyumlarında yüz yüze görüşme

tekniki uygulanarak yapılmıştır. E-posta adresleri acil tıp derneklerinden elde edilmiştir. Elde edilen 1309 mail adresinin 121 tanesinin hatalı olduğu görülmüştür.

Bulgular: Araştırmanın en önemli bulgusu Türkiye’deki Acil Tıp Anabilim Dalı hekimlerinin akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanım sıklığının arttığı ve asistan, uzman ve öğretim üyeleri arasında davranış değişikliği olduğunun belirlenmesidir. Uzman hekimler ile öğretim üyelerinin akut karın ağrısında analjezik kullanma veya kullanmama nedenleri, kullanma sıklıkları, hastaya ait faktörlere göre kullanım kararları incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir. Bunun nedeni çalışmadaki öğretim üyesi sayısının 45 kişiyle sınırlı kalması olabileceği düşünülmektedir. Bu yüzden öğretim üyeleri ve uzman hekimler birlikte ele alınıp asistan hekimlerle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye Acil Tıp Hekimlerinin %49,5 analjezik ilaç kullanımının fizik muayene bulgularını baskıladığını, diğer %45,9’ü ise etkilemediğini belirtmiştir. Asistanların %69’ u baskıladığını düşünürken uzman hekimlerin %49.7 si etkilemediğini sonucu ortaya çıkmıştır.

Tartışma ve Sonuç: AAA’lı hastaların analjezik belirtileri nihai teşhis konuluncaya değin, semptomları maskeleyen kaçınmak adına ertelenmektedir. Oysa, AAA’lı hastaların ilk değerlendirme evresinde analjezi kullanımının tanısal doğruluğa etki etmeksizin ağrıda önemli bir azalma sağladığını gösteren araştırmalar vardır. Akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı acil tıp hekimleri arasında yıllara göre artış sağlamıştır. Analjezik kullanımını etkileyen en önemli faktörler güncel yayınlardaki bilgileri takip edip etmeme ve cerrahi konsültan hekimle olabilecek tartışmadan çekinmektir. Cerrahi konsültan hekim ile acil servis hekimleri arasında belirli bir protokol sağlanmalıdır. Akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı kararı verildiğinde fentanil diğer ajanlara göre öne çıkmıştır. Akut karın ağrılı hastalarda analjezi kullanmama kararı hala bir tabudur.

Anahtar kelimeler: Akut karın, analjezik, acil servis, ağrı.

ABSTRACT

THE PREVALENCE AND THE FACTORS AFFECTING OF THE USE OF ANALGESICS FOR ACUTE ABDOMINAL PAIN AMONGST EMERGENCY MEDICINE SPECIALISTS AND PHYSICIANS, AT UNIVERSITY AND AT EDUCATION AND RESEARCH HOSPITALS IN TURKEY

ÖZEN, Özgür

Thesis for Specialization in Medicine, Ege University, Faculty of Medicine, Academic Emergency Department

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. G. Selahattin KIYAN

Background and Purpose: Acute abdominal pain accounts for 10% of all emergency room visits. Approximately one-quarter of these patients are hospitalized at surgical services with the diagnosis of 'acute abdominal pain' (3). Concerns in the general surgery practice that the use of analgesics for patients with acute abdominal pain without establishing a final diagnosis will change physical examination findings have begun to be discussed in recent years and clinical trials have been conducted in this regard (4-9). Recent studies have revealed that early use of analgesics in patients with acute abdominal pain does not suppress physical examination findings, not cause any delay in diagnosis or misdiagnosis and that analgesia is safe (4-9). Therefore, early use of analgesics in patients with acute abdominal pain has emerged a trend towards administering especially short-acting opiate derivatives. The purpose of this study is to determine attitudes, daily practices of Emergency Medicine Specialists, assistants and faculty members on the use of analgesics in patients with acute abdominal pain and factors affecting their decisions on the use of analgesics.

Materials and Methods: This cross-sectional analytical study was conducted between November 15, 2013 and January 25, 2014 by carrying out a questionnaire filling with 803 emergency service assistants, specialists and faculty members working in University Hospitals, the Ministry of Health Training and Research Hospitals, Public Hospitals and private hospitals in several provinces in Turkey.

Data from 410 of the questionnaires was obtained from the link below: https://docs.google.com/forms/d/1a6nTje_WxjWW260oB2QAG8Pz1zFhxhmmoT_X-OEtc0Sk/viewform, while data from 393 of these questionnaires was obtained from those sent

to the departments of emergency medicine via e-mail and through face-to-face interviews conducted in several emergency medicine congresses and symposiums. E-mail addresses were obtained from emergency medicine associations. 121 of 1309 e-mail address obtained was understood to be incorrect.

Findings: The most important finding of the study is the determination that the prevalence of the use of analgesics in patients with acute abdominal pain by academic emergency department physicians in Turkey has increased and the attitude amongst emergency department assistants, specialists and faculty members in this regard has changed. No significant difference was observed when the reasons whether or not to use analgesics for acute abdominal pain, the prevalence of the use of analgesics and the decisions to use analgesics based on patient-related factors by specialist physicians and faculty members were examined. The reason for this is thought that the number of faculty members participated in the study is limited with 45 faculty members. For this reasons, the faculty members and specialist physicians must be taken up together and compared with physician assistants. According to this study, 49.5% of Turkish Emergency Medicine Physician reported that the use of analgesics would not suppress the physical examination findings, while the other 45.9% reported otherwise. While 69% of the physician assistants were of the opinion that the use of analgesics would suppress the physical examination findings, 49.7% of the specialists thought otherwise.

Discussion and Conclusion: Analgesic symptoms of patients with acute abdominal pain are delayed in order to avoid masking symptoms until the final diagnosis is established. However, there are studies revealing that the use of analgesics during the initial examination of patients with acute abdominal pain patients delivers a significant reduction in pain without affecting the diagnostic accuracy. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain among emergency medicine physician has gradually increased by years. The most important factors affecting the use of analgesics are failure to keep up with information in current publications and refraining from possible discussions with surgical consultant specialists. A certain protocol should be established between surgical consultant specialists and emergency department physicians. The use of fentanyl has come forward in deciding the use of analgesics in patients with acute abdominal pain. The decision not to use analgesics in patients with acute abdominal pain is still a taboo.

Keywords: Acute abdomen, analgesic, emergency service, pain.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akut abdominal ağrı (AAA) bir haftadan kısa süreli karın ağrısı (1), 'akut batın' ise akut cerrahi müdahale gerektiren nontravmatik abdominal olaylar olarak tanımlanır (2). Akut karın ağrısı tüm acil servis başvurularının %10'nunu oluşturmaktadır. Bu hastaların ise yaklaşık dörtte biri 'akut batın' tanısıyla cerrahi servislere yatmaktadır (3).

Cerrahi pratiğinde genel olarak akut karın ağrılı hastaların kesin tanısı konulmadan analjezik kullanılmasının fizik muayene bulgularını değiştireceği yönünde kaygı son derece yüksektir. Attard ve ark. Opioid analjezik uygulamasının plesabo ile karşılaştırmasını inceledikleri çalışmalarında, opioid uygulamasının hastanın fizik muayene bulgularını değiştirdiğini bulmuşlardır(100).Fakat bu konu son yıllarda tartışılmaya başlanmış ve bu konuda klinik çalışmalar yapılmıştır (4-9).Türkiye'deki Acil Tıp ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları arasında Akut Karın Ağrısında analjezi kullanımına yönelik çalışma ve araştırma yapılmamıştır. Yakın zamanda yapılan çalışmalar akut karın ağrılı hastalarda erken analjezinin, fizik muayene bulgularını baskılamadığı, tanıda gecikmelere veya yanlış tanıya sebep olmadığı, analjezinin güvenli olduğunu göstermektedir (4-9). Bu nedenle akut karın ağrılı hastalarda erken analjezi özellikle kısa etkili opiat türevlerinin yapılması yönünde bir eğilim ortaya çıkmıştır. Son yıllarda, diğer ülke pratiklerinde akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı sık tartışılır hale gelmekle beraber, 2011 Cochrane çalışmasında terapötik, diagnostik akut ağrılarında özellikle opioid analjezik kullanımının tanıda yanlıslara yol açmadığı, hastanede kalış süresini kısalttığı ve hasta konforunu arttırdığı açık şekilde ortaya konmuştur (10). Kıyan ve ark. yapmış oldukları çalışmada Türkiye'deki Acil Tıp doktorlarının yaklaşımı incelemişler ancak 322 acil tıp asistan ve uzmanından 263'üne ulaşmışlardır. Çalışmaya katılanların sadece %6'sı karın ağrılarında her zaman analjezik uyguladığını belirtmiştir. Çalışmaya katılanların %50'si akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımını etik bulmadığını belirtmişlerdir.Analjezik kullanım kararı veren acil tıp hekimlerinin %35'i hastanın muayene ve planını yaptıktan sonra analjezik uygulamışlardır.%54'ü akut karın ağrısında kullanılan analjeziğin muayene bulgularını baskıladığını bildirmişlerdir. Analjezik kullanımı destekleyen acil tıp hekimlerinin %50.2'si hastayı ağrılı izlemeyi etik bulmadığı için uyguladığını, desteklemeyenlerin ise %35'i analjeziğin fizik muayene bulgularını baskıladığını düşündüklerinden kullanmadıklarını bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre katılımcıların sadece %24'ü genç karın ağrılı hastalara

analjezik kullanımını desteklemiş, %17,1'i ise yaşlı karın ağrılı hastalara analjezik kullanımını desteklemiştir. (11).

Günümüzde Türkiye Acil Tıp uzman ve asistan sayıları 1800'e yaklaşmıştır. 2013 yılına kadar acil tıp uzman ve asistanlarının akut karın ağrılı hastalara analjezik kullanımı ve yaklaşımlarının 6 yıldaki süreçte değişimlerinin ne yönde olduğu saptamak, yeni yapılanan ve gelişen Acil Tıp uzmanlığı eğitimi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı Türkiye Acil Tıp uzman, asistan ve öğretim üyelerinin akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı konusundaki tutumlarını, günlük pratik uygulamalarını ve analjezik kullanım kararını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Hipotezler:

- Türkiye'de Acil Tıp uzmanları akut karın ağrısında analjezik kullanımında farklı yaklaşımlar, varsa değişimler ve nedenleri belirlenebilir.
- Bu çalışmanın bulguları Acil Tıp uzmanlık eğitiminde yeni yaklaşımların uygulanmasına öncülük edebilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

Ağrı, zararlı bir uyarana karşı verilen fizyolojik yanıttır. Kognitif, davranışsal ve sosyokültürel ölçüler arasındaki karmaşık etkileşim ile değişir (12). Bireysel ağrı tecrübesi o anki ve geçmiş medikal öyküye, fiziksel ve duygusal olgunlaşmaya, kognitif duruma, ağrının anlamına, ailevi alışkanlıklara, kültüre ve çevreye bağlı olarak değişkenlik gösterir (13). Ağrı (akut veya kronik) hem insana verdiği acı ve sıkıntı, hem de üretkenlik kaybı yönünden sağlık sistemlerinde maliyet açısından yük getirmektedir. Tintinalli ağrı yönetiminde son nokta olarak hastanın ağrısının dindirilmesi kararının verilmesi üzerinde durmuştur. Bu konudaki tek amacın hastanın ihtiyaçlarının karşılanması olduğunu vurgulamıştır (14).

2.2. Karın Ağrısı

Karın organlarında oluşan çoğu uyarılar genellikle ağrı oluşturmazlar. Organların kesilmesi, yırtılması veya ezilmesiyle ağrı oluşmaz. Mide, barsak, safra kesesi ve mesane gibi içi boş organların ağrı sinir lifleri kas duvarlarında sonlanır. Karaciğer ve dalak gibi solid organlarınkiler ise organ kapsülünde sonlanır. Böylece parankimal genişleme sonucu kapsülün gerilmesi ile ağrı oluştururlar.

2.2.1. Karın Ağrısı Patofizyolojisi

Karın ağrısı nöroanatomik yapılarına göre Visseral Ağrı (VA), Parietal Ağrı (PA) ve Yansıyan Ağrı (YA) olmak üzere üçe ayrılır.

2.2.1.1. Visseral Ağrı

Karın içi organların uyarılması ile hissedilen VA alt-orta karında, periumblikal, epigastrik bölgede kramp tarzında, künt veya acı verici olarak hissedilir. Ağrılar hasta organı innerve eden dermatomlarda hissedilir. Lokalizasyonu güçtür çünkü çoğu organın innervasyonu multisegmentaldir. İntraperitoneal organlar iki taraflı innerve edildiği için uyarılar omuriliğin her

iki tarafına da gönderilir. Organın anatomik kökeni sağ veya sol olmasından etkilenmeden bu tür ağrıların orta hatta hissedilmesine neden olur. VA tanımlaması içinde kolik ağrı, inflamasyona bağlı ağrı ve iskemik ağrı da yer alır. Bağırsak obstrüksiyonu kolik ağrıya, kolesistit pankreatit inflamatuvar ağrıya ve ağrı şiddeti en yoğun olan mezenter iskemi, abdominal aort anevrizma rüptürü iskemik ağrıya verilebilecek belli başlı örneklerdir (14).

2.2.1.2. Parietal (Somatik) Ağrı

Parietal peritonu innerve eden miyelin liflerin uyarılması ile olur. Bu lifler genellikle karın ön duvarını kapsar. PA, VA'dan en önemli farkı uyarının olduğu bölgenin yüzeyindeki dermatoma lokalize edilebilmesidir (3, 20). Fakat altta yatan hastalık ilerledikçe VA semptomları PA bulgularına dönüşür ve önemli muayene bulguları hassasiyet, defans oluşur (14).

2.2.1.3. Yansıyan Ağrı

Bu ağrı tipinin en önemli özelliği paterninin embriyolojik gelişime dayanmasıdır. Hasta organdan viseral aferentler ile taşınan uyarılar uzak anatomik lokalizasyondaki somatik liflerle aynı düzeyde omuriliğe girdiğinde oluşur (21). Örneğin, üreter ve testis anatomik olarak bitişiktir. Dolayısıyla aynı segmentten innervasyonu paylaşmaktadır. Bu sebeple akut üreter tıkanıklığı çoğu zaman aynı taraflı testis ağrısıyla birlikte (14).

2.3. Akut Batın

Akut batın intra abdominal bir hastalığın belirtisi olan ve genellikle cerrahi tedavi gereken belirti ve bulgular topluluğu olarak tanımlanmaktadır (15). Diğer bir tanıma göre ise travmaya bağlı olmayan, kendiliğinden oluşan, ana semptomu karın ağrısı olan, sıklıkla acil operasyon gerektiren ve bir haftadan daha kısa süreli karın ağrıları olarak tarif edilebilir (14, 16).

Karın ağrısı yapan ama cerrahi tedavi gerektirmeyen hastalıklar da olduğu için akut karın ağrılı hasta sistematik bir biçimde değerlendirilmeli ve çok geçmeden cerrahi bir yaklaşım gerekip gerekmediği ortaya konmalıdır (15).

2.3.1. Akut Batın Nedenleri

2.3.1.1. Myokard enfarktüsü

Kardiyak belirteçlerde yükselme ve/veya düşme ile birlikte en az bir iskemi kanıtının bulunmasına denir. Bu kanıtlar:

- İskemik semptomlar
- Yeni gelişen iskemik elektrokardiyografi (EKG) değişiklikleri
- EKG' de patolojik Q dalgasının gelişmesi
- Yeni gelişen canlı doku kaybı veya bölgesel duvar hareket bozukluğunun görüntülenmesi
- Akut koroner sendrom

Hastaların yalnızca %50'sinde ilk EKG tanısaldır. Ardışık iki derivasyonda 1mm üstünde ST segment yüksekliği, yeni sol dal bloğu veya sol ventrikül yüklenme bulguları, Q dalgası varlığı (DIII hariç), T negatifliği (DIII ve V1 hariç), ikiden fazla derivasyonda sivri T dalgaları.

Chowta ve ark. Yaptığı bir çalışmada akut myokard infarktüsünün prezantasyonu incelendiğine %80 göğüs ağrısı saptanmışken,%10 hastada karın ağrısı ile başvuru bulunmuştur. Acil servis başvurularında özellikle yaşlı hastaların karın ağrılarında akut myokard infarktüsü mutlaka dışlanmalıdır (17).

2.3.1.2. Akut abdominal aort anevrizması

Abdominal aortik anevrizma, anevrizma çapının 3 cm ve üzeri olması şeklinde tanımlanır ve 5 cm üzerinde cerrahi onarım düşünülmelidir (18). Ani başlayan ve şiddetli karın ağrısında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken, mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Hastaların çoğu > 60 yaşlıdır ve erkeklerde hastalık riski artar (19). Semptomatik abdominal aortik anevrizmalar diğer tanıları taklit eden değişik bulgu ve belirtilerle kendini gösterebilir: senkop; karın ağrısı; aorta duodenal fistülden gastrointestinal kanama; anevrizmadaki trombüsün embolizasyonundan kaynaklanan ekstremiteler iskemisi; şok; ya da ani ölüm. Ani ölüm en sık anevrizmanın intraperitoneal rüptüründen kaynaklanır, masif, hızlı kan kaybına

neden olur ve ölümcüldür. Uyarıcı bir semptom olmaksızın ciddi karın yada sırt ağrısı sonrası gelişen senkop visseral yada abdominal aortik anevrizma rüptürünü düşündürür.

Genellikle sırt ya da karın ağrısı en sık başvuru semptomudur. Ağrı sıklıkla şiddetli ve ani başlangıçlı olarak tanımlanır (20). Senkop hastaların % 10 da vardır. Birçok hastada ağrı; yan ağrısı, kasık, ya da kalça ağrısı şeklinde atipiktir.

Hızlı yatak başı ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemeye gidemeyecek stabil olmayan hastaları değerlendirmede idealdir

İntravenöz kontrast maddeli BT görüntüleme anevrizmanın anatomik detaylarını ve retroperitoneal kanamayı göstermede faydalıdır. BT görüntüleme stabil durumdaki hastalarda yapılmalıdır.

Tüm semptomatik aortik anevrizmalı hastalarda acil cerrahi konsültasyonu ya da acil onarım yapabilecek bir merkeze transfer gereklidir. Abdominal aortik anevrizmalı akut rüptürlü hastanın bakımında, tanısını koymada ve operasyon odasına hızlı transferinde acil hekimi rol oynar. Karın ve/veya sırt ağrısı, pulastil abdominal kitle ve hipotansiyon üçlüsü olan her hasta damar cerrahi tarafından acil olarak değerlendirilmelidir

2.3.1.3. Nonspesifik karın ağrısı

Bütün çalışmalara rağmen nedeni bulunamamış veya kendiliğinden sonlanan karın ağrılarına Nonspesifik karın ağrısı (NSAP) denir. Acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların yaklaşık üçte biri NSAP'dır (21). En sık semptom genellikle ağrıdır. Karın ağrısından sonra en sık görülen şikâyet bulantıdır. Hassasiyet çoğu hastada görülebilen bir bulgudur. Laboratuvar bulguları genellikle normal olmakla birlikte hastalarda orta düzeyde lökositoz görülebilir. Abdominal görüntüleme çalışmaları daima normal veya nonspesifiktir. Taburcu edilen hastalara 24 saat sonrasına kadar gelişebilecek karın ağrısı ve kusma gibi şikâyetlerin varlığında tekrar muayeneye gelmesi söylenmelidir (12). Bazı hastalarda sosyal ve fizyolojik faktörler çok önemlidir. Anksiyete ağrının algılanmasında önemli olabilir (22). NSAP'lar cerrahi operasyona ihtiyaç göstermemekle beraber hatalı olarak altta yatan cerrahi bir patoloji olabilir.

2.3.1.4. Akut Apandisit

Akut karının en sık rastlanan cerrahi nedenidir. Karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık 4te birine akut apandisit tanısı konulmaktadır (21). Önce epigastrium ve periumblikal bölgede başlayıp çoğunlukla sağ alt kadrana lokalize olur. İştahsızlık en sık rastlanan sebep olmakla birlikte bulantı ve kusma periton iritasyonuna bağlı olarak başlar. Palpasyonla Mc Burney noktasında ağrı ve hassasiyet hissedilir. Perforasyon durumlarında ağrı hassasiyet ve musküler rijidite tüm batında görülür (23).

Alvarado skorlaması apandisit tanı sırasında kullanılabilen non invaziv bir yöntemdir. Alvarado skoru <3 olan hastaların %5' inde, Alvarado skoru 4-6 olan hastaların %36'sında ve Alvarado skoru >7 olan hastaların %78'inde apandisit saptandığı gösterilmiştir . Tablo 1.'de Alvarado skorlaması gösterilmiştir (24).

Tablo 1. Alvarado Skorlaması

Klinik bulgular	Skor
Ağrının yer değiştirmesi	1
İştahsızlık	1
Bulantı/kusma	1
Sağ ilyak fossada hassasiyet	2
Rebound ağrı	1
Ateş (> 37,3 °C)	1
Lökosit sayımı $\geq 10 \times 10^9/l$	2
Artmış nötrofil oranı > 75%	1
Toplam	10

2.3.1.5. Safra kesesi ve Safra yolları hastalıkları

Akut kolesistit, safra taşlarının duktus sistikusuna tıkanmasına sonucu oluşan sekonder safra kesesi inflamasyonudur (25). Genellikle sağ üst kadrana veya epigastrik ağrıyla karakterizedir. Tipik olarak ağrı sırta yayılabilir. Ultrasonografi ile kese içindeki taş varlığı, duvar kalınlaşması, kese çevresinde sıvı varlığı ve sonografik, Murphy bulgusu tanıda önemlidir. Safra taşı hastalığı batı ülkelerinin genel popülasyonunun % 10'unda bulunur ve bunların da %80'i asemptomatiktir. Semptomatik safra taşlarının %1-3'de akut kolesistit

gelişir. Duktus sistikusun tıkanması inflamasyonu başlatır. Bütün kolesistit vakalarının %5-14'de görülen yaşamı tehdit eden akalküloz kolesistit oluşur. %50 üzerinde mortalite vardır (26) 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.

2.3.1.5.1. Kolelitiazis

Sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrik ağrı ve sıklıkla kolik tarzda olan omuz ve bel çevresine yayılabilen belirti verir. Bulantı kusma olabilir.

2.3.1.5.2. Kolanjit

Kolesistit bulgularına ek olarak sarılık mental durum değişikliği ve şok tablosunun eklenmesidir. Serum bilirubin düzeyi ayırıcı tanıda yardımcıdır (27).

2.3.1.6. Akut Pankreatit

Akut karın ağrılı hastaların yaklaşık % 3'ünde görülen bir hastalıktır (21). Akut pankreatitin yaklaşık %85'i, glandın ödemiyle kendini gösteren hafif bir klinik tabloyla seyreder. %15'inde ise, sıklıkla şok, sepsis, ağır metabolik bozukluk, GİS kanaması, dissemine intravasküler koagülopati (DIC) ve multipl organ yetmezliği ile ciddi oranda mortalite ve morbiditeye yol açar (29). Akut pankreatitin %80-90'ından alkol alınması veya safra yolları hastalığı sorumludur. Akut pankreatit nedenleri Tablo 2.'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Akut Pankreatitin Nedenleri (29)

Safra yolları hastalığı
Alkol
Hiperlipidemi
Hiperkalsemi
Ailesel
Travma
İskemi
Pankreas kanalının obstrüksiyonu
Düodenal obstrüksiyon
Viral enfeksiyon
İdiyopatik
İlaçlar

Ağrı hastaların %90'ında en belirgin bulgudur. Göbek çevresinde hafif olarak başlar, birkaç saatte en şiddetli düzeye ulaşır.

Tablo 3. Ranson Kriterleri(29)

	Nonbilier	
	pankreatit	Bilier pankreatit
Başyuru anındaki kriterler		
Yaş	>55	>70
WBC (hücre/mm ³)	>16.000	>18.000
Glukoz (mg/dl)	>200	>220
LDH (IU/L)	>350	>400
AST (IU/L)	>250	>250
48 saat içinde başyurular		
Hemotokritte düşme >10	>10	>10
BUN artışı (mg/dl)	>5	>2
Kalsiyum (mg/dl)	<8	<8
PaO ₂ (mmHg)	<60	<60
Baz defisiti (mEq/L)	>4	>5
Sıvı ihtiyacı (L)	>6	>4

2.3.1.7. Mekanik Barsak Obstrüksiyonu

Acil servisine akut karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık % 4'ünü oluşturur. Barsak lümeninin tam veya kısmi olarak intrensek veya ekstrensek bir lezyon tarafından bloke edilmesi olarak tanımlanır. Mekanik ince barsak obstrüksiyonunun (İBO) en sık sebeplerinden bir tanesi geçmişte geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü olan ve batın içindeki adezyonların neden olduğu obstrüksiyonlardır. Sıklıkla tedavi olarak tekrar cerrahi operasyondur. Batın içi herniler ikinci en sık obstrüksiyon nedenidir. Bu hastaların obstrüksiyon süresinin uzamasıyla bağırsak kanlanması bozulmaması arasında korelasyon vardır. Acil serviste hızlı tanı konulması gereken hastalıklardandır (30).

2.3.1.8. Akut Mezenter İskemi

Oldukça erken tanı gerektiren, hayatı tehdit eden, barsak nekrozu ve hasta ölümü ile sonuçlanan bir vasküler acildir. En sık görülen nedeni akut arteriel trombozudur. Sonrasında arteriel emboli ve venöz tıkanma takip eder. Etiyolojisinde arteriosklerotik kalp hastalığı hipertansiyon, serebrovasküler atak, aort anevrizması, malinite ve siroz gibi hastalıklar bulunmaktadır. İntestinal iskemi meydana gelen hastalarda başlıca şikâyet karın ağrısıdır. Muayenede bulguları ile hastanın klinik durumunda korelasyon yoktur. Eğer perferasyon ve buna sekonder peritonit bulguları gelişmişse septik şok tablosu görülebilir. Mortalitesi %60-80'in üzerinde ve insidansı gittikçe artan ölümcül bir hastalıktır (31).

2.3.1.9. Gastrointestinal Perforasyon

Akut karın nedenleri arasında en sık rastlanan sebeplerdendir. Tipik bulguları epigastrik bölgede bıçak saplanır gibi bir ağrı hissi ve ağrının latent bir dönemden sonra platoya ulaşmış şiddetle seyretmesi, batın muayenesinde muskuler rijidite ve direkt karın grafisinde diafragma altında hava gölgesi olmasıdır. Ancak bu son belirtinin hastaların %60-70'inde bulunabileceği unutulmamalıdır (17). Perforasyonun semptom ve bulguları, peritonun kimyasal irritasyonuna bağlıdır. Bunun sonucunda sepsis ve infeksiyonlar oluşabilir. Bu yüzden acil serviste hızla tanı konması gereken hastalıklardan bir diğeridir.

2.3.1.10. Divertikülit

Toplumun %10-25'si divertikülit komplikasyonunun gelişebileceği divertikulozis hastalığından etkilenir, bunların da % 30'unda cerrahi tedavi gerekir. 40 yaş üzeri erkek hastalarda daha sıklıkla görülür. Akut divertikülitis miks anaerobik ve aerobik flora içerir. Hastaların çoğunda sol alt kadranda yavaş gelişen karın ağrısı öyküsü vardır. Ateş ve lokalize karın hassasiyeti olabilir. Lökositoz %69-83 vakada varken yüksek seviyeleri daha çok apse ve peritonit varlığını destekler. Divertiküloz hastalarının çoğu asemptomatik seyrederken yalnızca %10-15 vakada divertikülit gelişir. Cerrahi tedavi %15- 20 vakada gerekir (32).

2.3.1.11. Renal Kolik

Renal kolik, ürolojik yapıların çoğunlukla retroperitoneal bölgede bulunması nedeniyle visseral ağrıya neden olur ve akut karın benzeri bir tablo oluştururlar. Özellikle hastalar zaman zaman artan zaman zaman da azalan ağrı epizotları sonrası ağrının en yoğun olduğu dönemde acil servise başvururlar. Bulantı, kusma, ağrıdan sonra görülen en sık semptomlardır. Ağrının olduğu taraf dışında karın muayenesi çoğunlukla normaldir (33).

2.3.1.12. Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Çoklu partner öyküsü risk faktörüdür. Ağrının bilateral olması tipik olmakla beraber tek taraflı ağrı da görülür. Pelvik muayenede serviks hassasiyeti ve vajende pis kokulu akıntı gelmesi tanıda yardımcıdır (34).

2.3.1.13. Ektopik Gebelik Rüptürü

Önemli jinekolojik cerrahi acillerdendir. Özellikle alt kadranda ani başlayan ve şiddeti giderek artan karın ağrısı tipik belirtisidir. Hipevolemiye bağlı şok görülebilir. Pelvik muayenede tubovaryen kitlenin varlığı gebelik testinin pozitif olması ve pelvik ultrasonografi tanıda yardımcıdır (35).

2.4. Analjezi

Acil serviste ağrı yönetiminin anahtar noktası, ağrı derecesine uygun hızlı etkili başlayabilen uygulaması kolay ve güvenli olan etkin bir ajan seçilmesidir. Akut ağrıda hastada genel olarak endişe ve kontrol kaybı vardır. Bu analjezik ile rahatlama sağlayarak önlenir. Ağrı yönetiminde, sıralı yaklaşım kavramı eğer ağrı devam ediyorsa, düşük etkiliden yüksek etkili ajana geçme ya da ajan ekleme anlamına gelir. Akut ağrı yönetimine sıralı yaklaşım hastayı gereksiz yere daha uzun süre acı çekmeye maruz bırakır. Bu yüzden hastanın ağrı şiddetine göre uygun ajan uygun zamanda uygun yolla başlanmalıdır (18).

2.4.1. Analjeziklerin Sınıflaması

2.4.1.1. Opioid Analjezikler

Opioid analjezikler, orta ve şiddetli akut ağrılarda kullanılan ajanların en önemlisidir. Günümüzde değişik nedenlerden dolayı bazı hekimler bu ilaç grubunu kullanmaktan kaçınmaktadır. Opioidler hızlı ve güçlü analjezik etkiye sahip olduklarından akut ağrı tedavisinde daha sıklıkla kullanıldığında hastanın ağrısının gereksiz uzamasını engeller (36).

2.4.1.1.1. Fentanil

Sentetik bir opioid olan fentanil'in etki başlama süresi ve maksimum etki süresi kısadır (i.v. uygulamadan 90 saniye sonra etki başlar ve 30-40 dakika içinde etkisi sonlanır). Oldukça kuvvetli bir narkotik analjeziktir ve kardiyovasküler yan etkileri oldukça azdır (37). Bu özelliklerinden dolayı acil serviste sık tercih edilen opioid türevi ilaçtır. Kullanım dozu erişkinlerde 2-3 mcg / kg / IV çocuklarda 1 mcg / kg / IV şeklindedir (36). En önemli görülen yan etkisi yüksek dozda kullanıldığında göğüs duvarı direncidir. Morfinden daha az histamin salınımına neden olur. Morfinle aynı dozda periferik etkiye sahip olması nedeniyle bronkospazmı olan ağrılı hastalarda iyi bir seçenektir (38,39).

2.4.1.1.2. Morfin

Hidrofilik olduğundan kan beyin bariyerinden transportu diğer lipofilik opioidlere göre daha yavaştır. Bu etki süresinin uzun (yaklaşık 2-4 saat) olmasına neden olmaktadır. Etki başlangıç süresi 1-2 dakika olup 3-5 dakika içerisinde zirve etkiye ulaşır. Histamin salınımına bağlı geçici hipotansiyon, mide bulantısı ve kusmaya neden olabilir ancak ek bir tedavi gerektirmez (18). Morfin periferik dirençte düşme, periferik ve splenik vasküler kompartmanlarda kapasitenin artması sonucu sol ventrikül yetmezliği ve pulmoner ödeme bağlı dispneyi dramatik ölçüde azaltır.

2.4.1.1.3. Meperidin

Spazmolitik ve analjezik etkisi vardır. Analjezik etkisi gastrointestinal ve üriner sistemde belirgindir (39). Son dönemde birçok dezavantajından dolayı acil serviste kullanımı oldukça azalmıştır. Doz olarak 1 mcq / kg / IV kullanılır. 5 dakika içinde etki göstermeye başlayıp 2-3 saat sürer. Monoamin oksidaz inhibitörleri ile beraber kullanımı ölüme neden olabilir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleriyle beraber kullanımı serotonin sendromuna neden olabilir (39).

2.4.1.1.4. Tramadol

Analjezik sınıflamasında zayıf opioid grubunda yer alan tramadol aslında hem opioid hem de nonopioid etki mekanizmasına sahip çift etkili bir ilaçtır (40). Acil serviste kullanımı yaygın olmayan tramadol 50-100 mg / PO kullanılır. 10 – 15 dakikada etkisi görülmeye başlayıp, 4-6 saat sonra sonlanır. Merkezi sinir sistemine yaygın yan etkileri vardır (18).

2.4.1.1.5. Hidromorfin

Yarı sentetik morfin türevidir ve güçlü bir analjeziktir. Kullanım dozajı 0,015 mg/kg/ IV dir. Etki süresi 3-5 dakikada başlayıp 2-4 saat süren hidromorfinin acil serviste kullanımı artmıştır (39).

2.4.1.1.6. Oksikodon

Oral olarak biyoyararlanımı yüksek olan oksikodon, güçlü bir opioid ajandır. 5-10 mg/PO dozajda kullanılıp, 10-15 dakika içinde etkisi başlar ve 3-4 saat sonra sonlanır (18).

2.4.1.1.7. Kodein

Zayıf bir opioid reseptör agonistidir. Ağrının ayakta tedavisinde nadiren oksikodon kullanılmadığı durumlarda tercih edilir. 30-60 mg/PO kullanılıp, etki süresi 30-60 dakikada başlayan kodein bulantı, kramp ve kabızlık yan etkilerinden dolayı acil serviste sık kullanılan bir ajan değildir (39).

2.4.1.2. Non-opioid Analjezikler

Bu grup ilaçlara kısaca antiinflamatuvar analjezikler de denir. Klasik nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) genel anlamda analjezik, antipiretik, antiinflamatuvar etkileri nedeniyle kullanılmaktadırlar. Bu gruptaki ilaçların antiinflamatuvar etkinliği steroid yapılı glukokortikoid ilaçlara göre zayıftır. Analjezik etkileri de güçlü analjezikler olan ancak antiinflamatuvar etkisi olmayan narkotik analjeziklere göre genellikle zayıftır.

- Salisilatlar: Asetil salisilik asit, Salisilik asit, Sodyum salisilat, Metil salisilat, Diflunisal
- Paraaminofenol Türevleri: Asetaminofen (parasetamol)
- Pirazolon Türevleri: Aminopirin, Propifenazon, Metamizol sodyum, Fenilbutazon, Oksifenbutazon
- Profenler (fenilpropiyonik asit türevleri): İbuprofen, Naproksen, Fenbufen, Tiaprofenik asit, Ketoprofen, Fenoprofen kalsiyum
- Fenilasetik asit türevleri: Diklofenak sodyum, Nabumeton, Fenklofenak
- İndolasetik asit türevleri: İndometazin, Asetmetazin, Tolmetin, Ketorolak, Trometamol, Sulindak,
- Fenamik asit türevleri: Mefenemik asit, Flufenamik asit, Etofenamat
- Oksikamlar: Piroksikam, Tenoksikam, Meloksikam, Prokuazon, Azapropazon, Lornoksikam
- COX-2 İnhibitörleri: Selekoksib, Rofekoksib, Valdekoksib, Nimesulid, Meloksikam, Etodolak

Bu ilaçların antiinflamatuvar, analjezik ve antipiretik etkilerinin organizmada siklooksijenaz enziminin (COX) inhibisyonu sonucu prostaglandin sentezinin azalmasından kaynaklandığı kabul edilmektedir. NSAİİ'lar analjezik olarak opioidlerden daha zayıf etkilidirler. Santral Sinir Sistemi (SSS) de solunum depresyonu, bağımlılık gibi etkileri daha azdır. Ağrıda sensoriyal duyuyu inhibe etmezler. Kronik ve somatik ağrılar NSAİİ'lar tarafından daha iyi kontrol edilirler. Baş ağrısı, sırt ağrısı, diş ağrısı, dismenore, yumuşak doku zedelenmesi ve postoperatif ağrılar, kemik metastazına bağlı kemik ve eklem ağrısında kullanılabilirler. Kısa süreli analjezik etki için; Aspirin, parasetamol, ibuprofen kullanılması gerekirken, uzun etki süreli ve daha güçlü analjezik etki için; naproksen, piroksikam, diflunisal kullanılmalıdır (41-43).

2.5.Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımı

On yıllardır Akut Abdominal Ağrılı (AAA) hastaların analjezik belirtileri nihai teşhis konuluncaya değin, semptomları maskelemekten kaçınmak adına ertelenmiştir. Bu da rahatsızlığın fiziksel keşfinde ya da cerrahi müdahale gerektiren rahatsızlıkların tanısında bir değişim yaratmıştır. Bu strateji, AAA'lı hastaların ilk değerlendirme evresinde analjezi kullanımının tanısal doğruluğa etki etmeksizin ağrıda önemli bir azalma sağladığını gösteren kimi araştırmalarla sorgulanmıştır (10).

Genel Cerrahi ve diğer cerrahi branşların karın ağrısı pratiğinde hasta acil servise başvurusundan tanı konuluncaya kadar geçen sürede analjezi kullanımını önermemektedirler. Bu da hastaların acil serviste kaldıkları sürede konforlarını ve aynı zamanda acil servis hekim ve çalışanlarının konforlarını etkilemektedir. GH Lim ve ark. acil servise ağrı ile başvuran hastaların ortalama 77.6.dk da analjeziye ulaştıklarını bulmuştur (44). Geleneksel Cerrahi yaklaşımdan ötürü bu sürenin akut karın ağrılı hastalarda daha uzun olduğu düşünülebilir.

Geçtiğimiz 20 yıl içinde birçok faktör ele alınarak akut karın ağrılı hastalarda analjezi kullanımı ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Zoltie ve ark. yaptıkları çalışmada sublingual bupromorfin ile yaptıkları çalışmada hastaların opioid alım sonrası muayene bulgularında değişim olmadığını göstermiştir. Bu çalışma acil akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımının ilk yapıldığı çalışmadır. Fakat karın ağrısında sublingual etken madde kullanımı, kontrol grubunun olmaması çalışmanın kısıtlılığıdır (45). Attard ve ark. çalışmasında akut karın ağrılı hastalarda intramuskuler papaverin kullanımı ile yaptıkları

çalışmada hastalarda yanlış tanıya sebep olunmadığı bulmalarına rağmen hastaların fizik muayene bulgularını değiştirdiğini göstermişlerdir (6). Bu çalışmadan 4 yıl sonra Pace ve ark. intraventriküler morfin uygulaması ile yaptıkları çalışma oldukça iyi dizayn edilmiş bir çalışma olmakla beraber hastalarda yanlış tanıya sebep olmadığı gibi çok önemli bir sonuç ortaya çıkmıştır (5). Lo Vecchio ve ark. yaptıkları 5 ve 10mg morfin uygulaması ile karşılaştırma gruplarında fizik muayene bulgularını baskılamadığını ve değiştirmedini bulmuşlardır (4). Garyfallou ve ark 1.5micogram/kg dozunda uyguladıkları fentanil sonrası yaptıkları çalışmanın özeti yayınlanmıştır. Bildirilen ön raporda analjezik kullanımın herhangi bir muayene bulgularını silikleştirdiğine ilişkin herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Çalışma tamamlanmamış olmakla beraber fentanil kullanımıyla ilgili önemli bir çalışmadır (46).

Bu tarihsel süreçte yapılan çalışmalarda akut karın ağrısında analjezik kullanımı bir tabu olmaktan yavaş yavaş çıkmaya başlamakla beraber henüz yeterli seviyeye ulaşılamamıştır. Yazarların da çalışmalarında bildirdiği kısıtlılıklar oldukça önemlidir. Bu süreçte en önemli çalışma 2011 yılında yapılan Cochrane taraması ele aldığı 9 çalışmayı incelemiş, 2 çalışma tarama dışında bırakılmış ve önemli veriler elde edilmiştir.

Bu inceleme, AAA'lı hastaların tanı süreçlerinin bir parçası olarak opioid analjeziklerin kullanımının uygun olmayan bir tedavi kararı alma riskini arttırmadığını gösterdiği gibi, plaseboyla yapılan karşılaştırmalara göre hastanın konfor seviyesinde de belirgin bir artış gerçekleştirdiğini gösterir.

Opioid kullanımının klinik muayene süresini uzattığı ya da cerrahi bir duruma dair bir gecikmeye yol açtığına ilişkin herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Sonuç olarak, bu çalışma öznelinde harcanan tutarlara dair bir karar vermek mümkün değildir.

Hastanede yatış süresi ile bağlantılı olarak, ki bu durum çok nadir rapor edilmiştir, plasebo alan hastalarla opioid analjezik alan hastalar arasında hospitalize olma süresi arasında büyük farklar bulunmadığını söylemek mümkündür (6).

Ranji ve ark yaptıkları bir çalışmada ise toplam 12 (dokuz yetişkin ve üç çocuk) çalışma incelemişler ve opiatların fiziksel muayene bulgularını değiştirebilmesine rağmen, bu değişikliğin klinik yönetimde hata oranı açısından anlamlı bir artışa neden olmadığı sonucuna varmışlardır (56).

Yong ve ark. Akut apandisit ile 16 ve 70 yaşları arasında 106 kişi ile prospektif, çift-kör, plasebo kontrollü bir klinik çalışma yaptılar. Hastalar, rastgele bir morfin grubuna (n =

54) veya normal salin grubuna (n = 52) ayrılmıştır. Tüm hastalar, 3 gün içinde başlayan akut karın ağrısı ile başvuran hastalardan seçilmiştir. Morfin grubuna deri altı morfin enjeksiyonu (0.15 mg / kg, maks. 20 mg) ve kontrol grubu üyelerine eşit miktarda normal tuzlu su çözeltisi verilmiş. Fiziki muayene sırasında klinik semptomlar, fiziki bulgular ve hastanın kooperasyonu morfin veya normal serumdan 30 dakika önce ve sonra değerlendirilmiş. Kontrol grubu ve morfin uygulamasından öncesi ile karşılaştırıldığında, 30 dakikalık tedavi sonrasında morfin grubunda karın ağrısı önemli ölçüde dinmiş ve hastaların kooperasyonu artmıştır (p <0.05). Fiziksel belirtiler, her iki tedaviden de etkilenmediği görülmüştür (58).

Onlarca yıl analjeziklerin akut abdominal semptomları ve belirtilerini gizleyeceğine, tanıyı geciktireceğine ve cerrahlar tarafından kesin tanı konulana veya bir tedavi planı yapılana kadar mortaliteyi artıracığına inanılmaya devam edilmektedir. Karın ağrısı ile başvuran hastaların analjezikler ile erken ağrı tedavisine halen yaygın olarak itiraz edilmekte ve acil hekimleri muayeneleri sırasında ve doğru teşhis koyabilmelerinde kendilerini engellenmiş hissetmektedir. Bununla birlikte, akut karın ağrısının erken dindirilmesine insanca tedavi itibarıyla daha fazla önem verilmelidir. Çeşitli çalışmalar, akut karın ağrısının tedavisinde analjeziklerin erken kullanımının ağrıyı dindirebileceğini ve teşhis ve tedavide hiçbir gecikme olmaksızın tanısal doğruluğu artırabileceğini göstermiştir.

Tanıya yönelik ipuçları sağlaması için hastaların ağrıya dayanıklılığına bağlı olmak modern tıpta kabul edilemez. Bu nedenle, akut karın ağrısını güvenli bir şekilde nasıl dindirileceğini incelemek önemlidir.

Ülkemizde yapılan özellikle plasebo kontrollü ve akut karın ağrılı hastalara analjezik verilerek yapılan çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu eksiklik literatür taramasında önemli bir kısıtlılık olarak karşımıza çıkmıştır. Bu konuda hem cerrahi branşların hem de acil tıp uzmanlarının birlikte ya da tek başlarına çalışma yapılmasına oldukça ihtiyaç vardır.

Kıyan ve ark. Yaptıkları çalışmada acil tıp uzmanlarının akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımına yönelik tutum ve davranışlarını incelemişlerdir. Bu çalışmada acil tıp hekimlerinin %38'inin akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımının muayene bulgularını etkilemediğini bildiklerini saptamışlardır. % 50,2'si hastayı ağrılı izlememenin etik olmadığını düşündüklerinden, % 46.8'si analjezik kullanımının hasta yanında hekiminde konforunu arttırdığı için analjezik kullanımı desteklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların %34.6'sı (n=91) analjezi kullanımının muayene bulgularını baskılamadığı için kullandıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların %35.0'i fizik muayene bulgularını baskıladıklarını

düşündüklerinden, %25.5'i yanlış tanıya neden olabileceğini düşündüklerinden uygulamadıklarını bildirmişlerdir (11).

Türkiye'deki kontrol gruplu çalışma; F Güngör ve ark. 65yaş üstündeki non-travmatik karın ağrılı hastaları 1:1 oranında kör olarak morfin veya plasebo karşılaştırmalı randomize etmişlerdir. Seksen hasta (39 morfin ve 41 plasebo) çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Bu çalışma ile acil serviste opioid analjezi uygulanmasının güvenli olduğu ve akut nonspesifik karın ağrısı olan yaşlı hastalarda klinik olarak önemli tanısal değişikliğe neden olmadığı, fakat hastalarda abdominal rijidite gibi önemli fiziksel inceleme bulgularını değiştirebileceği sonucuna varılmıştır (47).

Türkiye'deki diğer çalışma; prospektif, randomize, plasebo kontrollü çift kör çalışmada 210 hastayı 70 hasta:1mg/kg tramadol 70hasta:15mg/kg parasetamol 70 hasta:plasebo vererek 20. ve 40. dakikada görsel ağrı skalası ve muayene ile izledikleri çalışmada en ciddi ağrı azalması opioid analjeziklerde olduğunu, yanlış tanı ve muayene bulgularında değişimde anlamlı fark olmadığını göstermişlerdir (48).

Bu çalışmalar sonunda her ne kadar akut karın ağrılı hastalarda analjezi kullanımı artmasına rağmen henüz yeterli değildir.

Bununla ilgili bir diğer çalışma Avustralya Devleti Ulusal Sağlık ve Araştırma konseyi bir poster yayınlayıp Akut Karın Ağrısı konusunda halkı bilgilendirmiş ve akut karın ağrısında analjezi kullanımını Level 1 öneri olduğu konusuna netlik getirmiştir (49).

3. MATERYAL VE METOD

Kesitsel analitik tipte planlanan bu araştırma,15 Kasım 2013-25 Ocak 2014 tarihleri arasında Türkiye'nin çeşitli illerinde bulunan Üniversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve özel hastanelerde çalışan 803 acil servis asistan, uzman ve öğretim üyesi ile araştırmacı tarafından hazırlanmış olan anket formu uygulanarak yapılmıştır.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalıştığı kurum,görev türleri, mezun oldukları yıl ve fakülte,ikinci bölümde ise acil servise başvuran akut karın ağrılı hastalardaki pratik, tutum ve görüşleri alınmıştır.

Veri Toplama:

Anketler aracılığı ile verilerin 410 adeti, elektronik ortamda, <https://docs.google.com/forms/d/1a6nTjeWxjWW260oB2QAG8Pz1zFxmTmT-X-OEtc0Sk/viewform> adlı internet bağlantısı kullanılarak elde edilmiştir. Diğer 393 tanesi anabilim dalı başkanlıklarına posta yoluyla gönderilmiş ve çeşitli acil tıp kongre ve sempozyumlarında yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılmıştır. E-posta adresleri acil tıp derneklerinden elde edilmiştir. Elde edilen 1309 mail adresinin 121 tanesinin hatalı olduğu görülmüştür.

Veriler istatistik paket programında kodlanarak, istatistik analiz uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, frekans tabloları, ileri analizde Oranlar arası farkın anlamlılığını saptamak üzere Ki kare analizi uygulanmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

1. Sosyodemografik Özellikler

Tablo 4. Katılımcıların Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımı.

Kurum	n	%
Eğitim Araştırma Hastanesi	355	48,3
Üniversite	298	40,5
Devlet Hastanesi	82	11,2
Toplam	735	100,0

Katılımcıların %48,3'ü (n=355) eğitim ve araştırma hastanelerinde, %40,5'i (n=298) üniversite hastanelerinde çalışmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların Görev Dağılımları.

Görevler	n	%
Araştırma Görevlisi	470	59,3
Acil Tıp Uzmanı	278	35,1
Öğretim Görevlisi	45	5,7
Toplam	793	100,0

Katılımcıların %59,3'sü (n=470) Araştırma Görevlisi, %35,1 (n=278) Acil Tıp Uzmanı olarak çalışmaktadır.

2. Acil Tıp Hekimlerinin Akut Karın Ağrısında Analjezik Uygulamasına Yönelik Pratik,Tutum ve Görüşleri

Tablo 6. Analjezik İlaç Kullanım Sıklığına Göre Dağılımı.

Sıklık	n	%
Sıklıkla	276	34,5
Bazen	259	32,3
Nadiren	177	22,1
Her zaman	50	6,2
Hiçbir Zaman	39	4,9
Toplam	801	100,0

Katılımcıların %34,5'si (n=276) 'sıklıkla',%32,3'u (n=259) 'bazen' analjezik kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7. En Sık Analjezik Kullanım Zamanına göre Dağılımı.

Kullanım Zamanı	n	%
Muayene ve Hastanın Planlanması Sonrası	393	50,7
Cerrahi Girişim Dışlanınca	129	16,6
Tanı Sonrası	127	16,4
Cerrah Gördükten Sonra	112	14,5
Operasyon Kararı Verilince	14	1,8
Toplam	775	100,0

Katılımcıların %50,7'si (n=393) 'Muayene ve Hastanın Planlaması Yapıldıktan Sonra', %16,4'u (n=127) 'Tanı Sonrası' analjezik uyguladıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 8. Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etki Dağılımı.

Etkiler	n	%
Baskılar	395	49,5
Etkilemez	366	45,9
Netleştirir	37	4,6
Toplam	798	100,0

Katılımcıların,%49,5'i (n=395) analjezik ilaç kullanımının fizik muayene bulgularını baskıladığını, %45,9'ü (n=366) fizik muayene bulgularını etkilemediğini belirtmişlerdir.

Tablo 9. Hastaların Analjezik İlaç Talep Sıklığının Dağılımı.

Talep Sıklığı	n	%
Her zaman	383	47,9
Sıklıkla	333	41,6
Bazen	53	6,6
Nadiren	24	3,0
Hiçbir zaman	7	0,9
Toplam	800	100,0

Katılımcıların %47,9'i (n=383) hastalarının 'her zaman', %41,6'si (n=333) 'sıklıkla' analjezik talepleri olduklarını bildirmişlerdir.

Tablo 10. Genel Cerrah Hastayı Değerlendirmeden Analjezik Uygulanma Dağılımı.

Cerrahi Konsültasyon Öncesi Analjezi	n	%
Uygularım	487	60,6
Uygulamam	316	39,4
Toplam	803	100,0

Katılımcıların %60,6'sı (n=487) Genel Cerrah Hastayı Değerlendirmeden Analjezik Uyguladıklarını, %39,4'i(n=316) Uygulamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 11. Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Karar Dağılımı.

Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulaması	n	%
Uygularım	457	56,9
Uygulamam	346	43,1
Toplam	803	100,0

Katılımcıların %56,9'ü (n=457) kesin tanı konmadan analjezik uyguladıklarını, %43,1'si (n=346) uygulamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 12. Acil Tıp Hekimlerinin Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenlerinin Dağılımı.

Destekleme Nedenleri	n	%
Fizik muayene bulgularını etkilemediğini düşünüyorum	209	35,6
Ağrılı izlemek etik olmadığını düşünüyorum	180	30,7
Hasta konforu yanında hekim konforunu arttırdığını düşünüyorum	64	10,9
Literatür analjeziyi güvenli olduğunu söyler	60	10,2
Ağrının geçirilmesini istemesi hasta hakkı olduğunu düşünüyorum	51	8,7
Tanı konulmasını hızlandırdığı düşünüyorum	14	2,4
Diğer	9	1,5
Toplam	587	100,0

Katılımcıların %35,6'sı (n=209) fizik muayene bulgularını etkilemediğini düşündüklerinden, analjezik kullanımını destekledikleri, %30,7'si (n=180) hastayı ağrılı izlemeyi etik bulmadıklarından desteklediklerini bildirmişlerdir.

Tablo 13. Acil Tıp Hekimlerinin Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenlerinin Dağılımı

Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenleri	n	%
Fizik muayene bulgularını baskıladığımı düşünüyorum	116	41,6
Doğru tanı konulmasında gecikmeye neden olduğumu düşünüyorum	59	21,1
Cerrahi konsültasyon hekimiyle tartışmaya sebep olur	36	12,9
Literatürde güvenilir olduğumu destekleyen yeterli bulgu yok	25	9,0
Yanlış tanıya sebep olduğumu düşünüyorum	25	9,0
Tanı konulana kadar ağrıya dayanılması gerektiğini düşünüyorum	8	2,9
Komplikasyonlardan çekindiği için	6	2,2
Diğer	4	1,4
Toplam	279	100,0

Katılımcıların %41,6'sı (n=116) fizik muayene bulgularını baskıladıklarını düşündüklerinden analjezik kullanımını desteklemediklerini, %21,1'i (n=59) doğru tanı konulmasında gecikmeye neden olduğumu düşündüklerinden desteklemediklerini bildirmişlerdir.

Tablo 14. Katılımcıların İlaç Tercihlerinin Dağılımı*

İlaç Tercihleri	n	%
Fentanil	488	60,8
Spazmolitik	263	32,8
Morfin	209	26,0
Parasetamol	160	19,9
NSAİ	150	18,7
Meperidine	143	17,8
Tramadol	132	16,4
Diğer	15	1,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Katılımcıların %60,8'i(n=488) Fentanil, %32,8'i (n=263) spazmolitik kullandıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 15. Katılımcıların Ağrı Kontrol Düzeyi Sağlayabilme Dağılımı

Ağrı Kontrol Düzeyi Sağlayabilme Durumu	n	%
Sıklıkla	434	54,5
Bazen	249	31,3
Nadiren	79	9,9
Her zaman	23	2,9
Hiçbir zaman	11	1,4
Toplam	796	100,0

Katılımcıların %54,5'i (n=434) ağrı kontrolünü yeterli düzeyde sıklıkla sağlayabildiklerini, %31,3'ü (n=249) bazen sağlayabildiklerini bildirmişlerdir.

Tablo 16. Analjezik Kullanımı Sonrası Yanlış veya Geç Tanı Dağılımı.

Analjezik Kullanımı Sonrası Yanlış veya Geç Tanı	n	%
Yanlış ve geç tanı YOK	602	76,2
Yanlış ve geç tanı VAR	188	23,8
Toplam	790	100,0

Katılımcıların %76,2'ü (n=602) analjezik kullanımı sonrası yanlış veya geç tanıların olmadığını, %23,8'i (n=188) olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 17. Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politika Dağılımı.

Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politika	n	%
YOK	628	79,1
VAR	90	11,3
Fikrim yok	76	9,6
Toplam	794	100,0

Katılımcıların %79,1'i (n=628) cerrahi bölümlerle oluşturulmuş ortak politikalarının olmadığını, 11,3'ü (n=90) ortak politikalarının olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 18. Acil Tıp Hekimlerinin Cerrahi Konsültan Hekiminin Analjezik Önerme Sıklığı Dağılımı.

	n	%
Nadiren	272	34,6
Hiçbir zaman	225	28,7
Bazen	196	24,4
Sıklıkla	77	9,6
Her zaman	15	1,9
Toplam	785	100,0

Katılımcıların %34,6'sı (n=272) cerrahi konsültan hekiminin nadiren analjezi uygulamasını önerdiğini, %28,7'si (n=225) hiçbir zaman önermediğini bildirmiştir.

Tablo 19. Acil Tıp Hekiminin Genel Cerrahi Konsültasyonu Öncesi Analjezik Uygulama Kararını Etkileyen Faktörler ve Önem Düzeyleri

Etkenler	Çok Önemli		Önemli		Orta Derecede Önemli		Önemsiz		Çok Önemsiz	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanın ağrı derecesi	358	45,9	172	22,1	119	15,3	72	9,2	59	7,6
Cerrahi konsültasyon için geçen zaman	208	26,8	198	25,5	159	20,5	106	13,7	104	13,4
Fizik muayeneyi değiştirme kaygısı	174	22,4	136	17,5	113	14,5	172	22,1	183	23,5
Tanı kesinliği için duyulan kaygı	136	17,5	142	18,3	192	24,7	155	20,0	151	19,5
Konsültan hekimle tartışma kaygısı	73	9,5	77	10,0	159	20,6	186	24,1	276	35,8
İlaç komplikasyonu için duyulan kaygı	45	5,9	74	9,7	159	20,8	253	33,0	235	30,7

Katılımcıların %45,9'u (n=358) cerrahi konsültasyonu öncesi analjezik uygulama kararında hastanın ağrı derecesinin, %26,8'i (n=208) cerrahi konsültasyonu için geçen zamanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 20. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı.

Faktörler	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
YAŞ						
Hastanın genç olması durumunda analjezik uygulamam	407	52,7	119	15,4	246	31,9
Hastanın yaşlı olması durumunda analjezik uygulamam	455	58,6	137	17,6	185	23,8
CİNSİYET						
Hastanın erkek olması durumunda analjezik uygulamam	463	60,1	112	14,5	195	25,3
Hastanın kadın olması durumunda analjezik uygulamam	477	61,2	117	15,0	185	23,7
SOSYO KÜLTÜREL YAPI						
Hastanın yüksek sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	443	57,1	108	13,9	225	29,0
Hastanın düşük sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	474	61,2	116	15,0	185	23,9
AĞRI ÖZELLİĞİ						
Ağrının kolik vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	180	23,1	107	13,8	491	63,1
Benzer ağrılarla daha önce acile sık başvuru öyküsü durumunda analjezik uygulamam	245	31,5	152	19,5	382	49,0
Ağrının şiddetli olması durumunda analjezik uygulamam	223	28,7	127	16,3	427	55,0
Ağrının künt vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	331	42,8	165	21,3	277	35,8
Ağrının dayanılabilir olması durumunda analjezik uygulamam	451	57,9	158	20,3	170	21,8

Tablo 20. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı).

FİZİK MUAYENE BULGULARI						
Normal karın muayene bulgularının olması durumunda analjezik uygulamam	149	19,1	109	14	522	66,9
Sadece sol üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	340	43,6	139	17,8	301	38,6
Sadece sağ üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	352	45,1	123	15,7	306	39,2
Sadece sol alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	371	47,6	134	17,2	275	35,3
Muayenede defans veya rebound olması durumunda analjezik uygulamam	368	47,1	144	18,4	270	34,5
Sadece sağ alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	494	63,4	117	15,0	168	21,6
Sadece periumblikal bölgede hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	436	55,9	133	17,1	211	27,1
Hastanın ateşinin olmaması durumunda analjezik uygulamam	442	57,1	113	14,6	219	28,3
Hastanın ateşinin olması durumunda analjezik uygulamam	435	56,3	120	15,5	218	28,2
LABORATUVAR BULGULARI						
Ağrıya beraber lökositozun olmaması durumunda analjezik uygulamam	363	46,8	149	19,2	264	34,0
Ağrıya beraber lökositozun olması durumunda analjezik uygulamam	474	60,9	122	15,7	182	23,4

Tablo 20. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı).

RADYOLOJİK BULGULAR						
Hastanın batin tomografisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	157	20,2	153	19,7	468	60,2
Hastanın batin ultrasonunun normal olması durumunda analjezik uygulamam	273	35,0	202	25,9	304	39,0
Hastanın ayakta batin grafisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	416	53,4	140	18,0	223	28,6
TANIDAKİ YAKLAŞIM						
Tanının konulmuş olması durumunda analjezik uygulamam	91	11,7	69	8,9	617	79,4
Hastanın akut kolesistit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	79	10,2	73	9,4	624	80,4
Hastanın akut pankreatit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	81	10,4	75	9,7	621	79,9
Hastanın akut apandisit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	138	17,7	92	11,8	550	70,5
Hastanın akut gastroenterit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	122	15,7	118	15,1	539	69,2
Hastanın akut mezenter iskemi tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	129	16,6	136	17,5	510	65,8
Hastanın ileus tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	207	26,8	121	15,7	444	57,5
Hastanın renal kolik tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	52	6,7	44	5,7	681	87,6
Tanının belirsiz olması durumunda analjezik uygulamam	370	47,6	173	22,3	234	30,1

Katılımcıların %32,2'si (n=233) hastanın genç olması, %25,3'ü (n=183) erkek olması, %28,9'u (n=211) yüksek sosyo-kültürel düzeyde olması, %63'ü (n=460) hastanın ağrısının kolik tarzda olması, %67,6'sı (n=495) normal fizik muayene bulguları olması, %34,3'ü (n=250) lökositoz olmaması, %59,8'i (n=437) batin tomografisi normal sınırlarda olması,

%87,5'i (n=638) tanı renal kolik olması durumunda analjezik kullanımını her zaman desteklerini belirtmişlerdir.

Acil Tıp Hekimlerinin %63,4'ü (n=494) ağrının sağ alt kadranda olması,%55,9'u (n=436) periumblikal bölgede olması, %57,1'i(n=442) hastanın ateşinin olmaması,%56,3'ü ateşinin olması durumunda analjezik uygulamadıkları görülmüştür.

3. Akut Karın Ağrısında analjezik Kullanımının Uzman ve Öğretim Üyeleri Karşılaştırma Tabloları

Akut Karın Ağrısında analjezik Kullanımının Uzman ve Öğretim Üyeleri'nin karşılaştırılması incelendiğinde, her iki grup arasında analjezik kullanım sıklığında, analjezik ilaç kullanma zamanı kararında, analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin yorumunda, cerrahi konsültan hekim hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararında, kesin tanı konmadan önce analjezik uygulama kararında, analjezik kullanımını destekleme-desteklememe nedenlerinde istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 21. Analjezik Kullanım Sıklığının Görev Türüne Göre Dağılımı.

Analjezik Kullanım Sıklığı	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Hiçbir zaman	11	73,3	4	26,7	15
Nadiren	44	88	6	12	50
Bazen	93	86,9	14	13,1	107
Sıklıkla	108	87,1	16	12,9	124
Her zaman	22	81,5	5	18,5	27
Toplam	278	86,1	45	13,9	323
Kikare: 2,832;p=0.586					

Analjezik kullanım sıklığının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde, acil tıp uzmanlarının %87,1'i (n=108) sıklıkla kullandıkları, öğretim üyelerinin %26,7 'si (n=4) hiçbir zaman kullanmadıkları görülmüştür. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (Kikare:2,832).

Tablo 22. Analjezik İlaç Kullanma Zamanı Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı.

Analjezik İlaç Kullanma Zamanı	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Muayene, plan sonrası	155	85,2	27	14,8	182
Cerrah gördükten sonra	34	81	8	19	42
Cerrahi girişim dışlanınca	43	89,6	5	10,4	48
Tanı sonrası	37	92,5	3	7,5	40
Operasyon kararı verilince	3	100	0	0	3
Toplam	272	86,3	43	13,7	315
Kikare:3,438;p=0,487					

Analjezik ilaç kullanma zamanı kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde uzman hekimlerin %85,2'si (n=155) hastanın muayenesini yapıp, yönetim planını verdiğinde; öğretim üyelerinin %14,8'i (n=27) muayene ve hasta yönetim planı yapıldıktan sonra uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamı değildir (Kikare:3,438).

Tablo 23. Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı

Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisi	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Baskılar	104	87,4	15	12,6	119
Netleştirir	15	75	5	25	20
Etkilemez	156	86,7	24	13,3	180
Toplam	275	86,2	44	13,8	319
Kikare:2,286;p=0,319					

Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı incelendiğinde uzman hekimlerin %87,4'ü (n=104) baskıladığını, öğretim üyelerinin %13,3'ü (n=24) netleştirdiğini düşündüğü saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Kikare:2,286).

Tablo 24. Cerrahi Konsültan Hastayı Değerlendirmeden Önce Analjezik Uygulama Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı

Cerrahi Konsültan Hastayı Değerlendirmeden Önce Analjezik Uygulama Kararı	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Evet	205	87,6	29	12,4	234
Hayır	73	82,0	16	18,0	89
Toplam	278	86,1	45	13,9	323
Fischer Exact:p=0,210					

Cerrahi konsültan hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde uzmanların %87,6'sının (n=205) cerrah muayene etmeden analjezik uyguladıkları, öğretim üyelerinin ise %18'inin (n=16) uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Fischer Exact:p=0.210).

Tablo 25. Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı

Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Kararı	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Evet	185	85,6	31	14,4	216
Hayır	93	86,9	14	13,1	107
Toplam	278	86,1	45	13,9	323
Fischer Exact:p=0,865					

Kesin tanı konmadan önce analjezik kullanımının görev türlerine göre dağılımı incelendiğinde uzman acil tıp hekimlerinin %85,6'sının (n=185) uyguladıkları, öğretim üyelerinin %14,4'ünün (n=31) uyguladıkları bulunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (Fischer Exact:p=0,865).

Tablo 26. Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenlerinin Görev Türüne Göre Dağılımı

Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenleri	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	n
Fizik muayene bulgularını etkilemediğini	88	80	22	20	110
Tanı konulmasını hızlandırdığı	4	50	4	50	8
Ağrılı izlemek etik değil	65	84,4	12	15,6	77
Literatür analjeziyi güvenli olduğunu söyler	33	97,1	1	2,9	34
Ağrının geçirilmesini istemesi hasta hakkı	16	100	0	0	16
Hasta konforu yanında hekim konforunu artırır	22	91,7	2	8,3	24
Diğer	3	100	0	0	3
Toplam	231	84,9	41	15,1	272
Ki kare:17,858; p=0,007					

Analjezik kullanma nedenlerinin görev türüne göre dağılımı incelendiğinde uzman hekimlerin %97,1'inin (n=33) literatürün analjezi kullanımının güvenli olduğunu söylediği için, öğretim üyelerinin %15,6'sının (n=12) hastayı ağrılı izlemeyi etik olarak kabul etmedikleri için uygulamadıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Ki kare:17,858).

Tablo 27. .Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenlerinin Görev Türüne Göre Dağılımı

Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenleri	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	N
Baskıladığını düşünür	28	87,5	4	12,5	32
Doğru tanı konulmasında gecikmeye neden olur	7	77,8	2	22,2	9
Tanı konulana kadar ağrıya dayanmalı	3	100	0	0	3
Literatürde güvenilir olduğunu destekleyen yeterli bulgu yok	6	85,7	1	14,3	7
Komplikasyonlardan çekindiği için	2	100	0	0	2
Yalnız tanıya sebep olur	5	100	0	0	5
Cerrahi konsültasyon hekimiyle tartışmaya sebep olur	14	93,3	1	6,7	15
Diğer	3	100	0	0	3
Toplam	68	89,5	8	10,5	76
Ki kare:3,311;p=0,855					

Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin görev türüne göre dağılımları incelendiğinde, acil tıp uzmanlarının %87,5'inin (n=28) muayene bulgularını baskıladığını düşündüğünden, öğretim üyelerinin %12,5'inin (n=4) muayene bulgularını baskıladığını düşündüğünden muayene bulgularını baskıladığını düşündüğünden uygulamamaya karar verdikleri saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki kare:16,461).

Tablo 28. Analjezik Kullanımı İle İlgili Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politikanın Olup Olmadığının Görev Türüne Göre Karşılaştırması

Analjezik Kullanımı İle İlgili Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politikanın Varlığı	Uzman		Öğretim Üyesi		Toplam
	n	%	n	%	N
Evet	24	80	6	20	30
Hayır	236	86,1	38	13,9	274
Fikrim Yok	16	94,1	1	5,9	17
Toplam	276	86	45	14	323
Kikare: 1,829;p=0.401					

Analjezik kullanımı ile ilgili cerrahi bölümlerle oluşturulmuş ortak politikanın olup olmadığını, görev türüne göre dağılımı incelendiğinde, uzman hekimlerin %86,1 'inin (n=238) ortak politikanın olmadığını, öğretim üyelerinin %13,9'unun (n=38) ortak politikanın olmadığını bildirmiştir. Gruplar arası istatistiksel fark bulunmamıştır (Ki kare:1,829).

4. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının Üniversite Dışı Ve Üniversite Acil Tıp Hekimlerinin Karşılaştırma Tabloları

Tablo 29. Analjezik Kullanım Sıklığının Kurumlara Göre Dağılımı.

Analjezik Kullanım Sıklığı	Üniversite dışı		Üniversite		Toplam
	n	%	n	%	N
Hiçbir zaman	25	71,4	10	28,6	35
Nadiren	106	64,6	58	35,4	164
Bazen	143	61,9	88	38,1	231
Sıklıkla	144	55,8	114	44,2	258
Her zaman	19	41,3	27	58,7	46
Toplam	423	59,5	265	40,5	688
Kikare:12.193; p=0.016					

Analjezik ilaç kullanım sıklığının kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, üniversite dışında çalışan acil tıp hekimlerinin %71,4'i (n:25) hiçbir zaman kullanmadıkları; üniversitede çalışan acil tıp hekimlerinin %58,7'i (n=27) her zaman kullandıkları görülmüştür. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı bulunmuştur (Ki kare :12.193; **p=0.016**).

Tablo 30. Analjezik Uygulamasının Fizik Muayene Bulgularına Etkisinin Kurumlara Göre Dağılımı

Analjezik Uygulamasının Fizik Muayene Bulgularına Etkisi	Üniversite dışı		Üniversite		Toplam
	n	%	n	%	N
Baskılar	204	57,3	152	42,7	356
Netleştirir	13	37,1	22	62,9	35
Etkilemez	218	64,1	122	35,9	340
Toplam	435	59,5	296	40,5	731
Ki kare:10.982;p=0.004					

Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, üniversite dışı hekimlerin %64,1'i (n=218) etkilemediğini; üniversite hekimlerinin %62,9'u (n=22) netleştirdiğini savunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Ki kare:10.982: p=0.004).

Tablo 31. Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenlerinin Kurumlara Göre Dağılımı

Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenleri	Üniversite dışı		Üniversite		Toplam
	n	%	n	%	n
Fizik muayene bulgularını etkilemediğini düşünüyor	117	58,8	82	41,2	199
Tanı konulmasını hızlandırdığı	3	25	9	75	12
Ağrılı izlemek etik değil	85	50,3	84	49,7	169
Literatür analjeziyi güvenli olduğunu söyler	38	67,9	18	32,1	56
Ağrının geçirilmesini istemesi hasta hakkı	26	54,2	22	45,8	48
Hasta konforu yanında hekim konforunu arttırır	35	63,6	20	36,4	55
Diğer	6	75	2	25	8
Toplam	310	56,7	237	43,3	547
Ki kare:13,222; p=0,040					

Analjezik kullanımını destekleme nedeninin kurumlara göre dağılımı incelendiğinde üniversite dışı hekimlerin %58,8'i (=117) fizik muayene bulgularını etkilemediği için,

üniversitede görev yapan acil tıp hekimlerinin %49,7'si (n=84) hastayı ağırlı olarak izlemenin etik olmadığını düşündükleri için uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**Ki kare:13,222; p=0,040**).

Tablo 32.Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenlerinin Kurumlara Göre Dağılımı.

Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenleri	Üniversite dışı		Üniversite		Toplam
	n	%	n	%	n
Baskıladığını düşünür	64	62,1	39	37,9	103
Doğru tanı konulmasında gecikmeye neden olur	38	77,6	11	22,4	49
Tanı konulana kadar ağrıya dayanmalı	4	57,1	3	42,9	7
Literatürde güvenilir olduğunu destekleyen yeterli bulgu yok	14	63,6	8	36,4	22
Komplikasyonlardan çekindiği için	4	66,7	2	33,3	6
Yanlış tanıya sebep olur	17	68	8	32	25
Cerrahi konsültasyon hekimiyle tartışmaya sebep olur	16	50	16	50	32
Diğer	2	50	2	50	4
Toplam	159	64,1	89	35,9	248
Ki kare:7,468; p=0,382					

Analjezik kullanmama nedeninin kurumlara göre dağılımı incelendiğinde, üniversite dışı hekimlerin %62,1'inin (n=64) muayene bulgularını baskıladığını düşündüğü için, üniversite acil tıp hekimlerinin %50'sinin (n=16) cerrahi konsültan hekimle tartışmaya neden olacağını düşündüğünden uygulamamaya karar verdikleri saptanmıştır. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (**Ki kare:7,468; p=0,382**).

Tablo 33. Katılımcıların Analjezik Tercihlerinin Kurumlar Arası Karşılaştırılması.

İlaç		Üniversite dışı		Üniversite	
		n	%	n	%
Parasetamol	Evet	86	57	65	43
	Hayır	351	60,1	233	39,9
Morfin	Evet	106	55,8	84	44,2
	Hayır	331	60,7	214	39,3
Spasmolitik	Evet	154	65,5	81	34,5
	Hayır	283	56,6	217	43,4
NSAİ	Evet	94	67,1	46	32,9
	Hayır	343	57,6	252	42,4
Fentanil	Evet	260	57	196	43
	Hayır	177	63,4	102	36,6
Meperidine	Evet	77	58,3	55	41,7
	Hayır	360	59,7	243	40,3
Tramadol	Evet	67	55,8	53	44,2
	Hayır	370	60,2	245	39,8
Diğer	Evet	5	38,5	8	61,5
	Hayır	431	60,2	285	39,8

Katılımcıların analjezik tercihlerinin kurumlarıyla karşılaştırılması incelendiğinde morfin kullanımına üniversite dışı %60,7 (n=331) hayır, üniversite %44,2 (n=84) evet dedikleri (Fischer Exact:p=0,047); Spazmolitik kullanımına üniversite dışı %65,5 (n=154) evet, üniversite %43,4 (n=217) hayır dedikleri (Fischer Exact: p=0,02); NSAİ kullanımına üniversite dışı %67,1 (n=94) evet, üniversite %42,4 (n=252) hayır dedikleri (Fischer Exact: p=0,011) Fentanil kullanımına üniversite dışı %63,4 (n=177) hayır, üniversite %43 (n=196) evet dedikleri (Fischer Exact: p=0,027); Meperidine kullanımına araştırma görevlileri %62,2 (n=405) hayır, uzman %54,2 (n=77) evet dedikleri (Fischer Exact: p=0,0001); saptanmıştır. Gruplar arası istatistiksel fark diğer karşılaştırmalarda görülmemiştir.

Tablo 34. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı

		Üniversite Dışı		Üniversite		
		n	%	n	%	
YAŞ						Ki kare = X^2
Hastanın genç olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	237	63,5	136	36,5	$X^2= 4,348$ $p=0,114$
	Kararsızım	60	55,6	48	44,4	
	Katılıyorum	130	56	102	44	
Hastanın yaşlı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	268	64	151	36	$X^2= 8,250$ $p=0,016$
	Kararsızım	73	57,5	54	42,5	
	Katılıyorum	88	51,5	83	38,5	
CİNSİYET						
Hastanın erkek olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	266	62,3	161	37,7	$X^2= 3,603$ $p=0,165$
	Kararsızım	59	59	41	41	
	Katılıyorum	99	54,1	84	45,9	
Hastanın kadın olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	276	62,9	163	37,1	$X^2= 4,656$ $p=0,097$
	Kararsızım	57	53,8	49	46,2	
	Katılıyorum	96	55,5	77	44,5	
SOSYO KÜLTÜREL YAPI						
Hastanın yüksek sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	255	62,3	154	37,7	$X^2= 3,340$ $p=0,188$
	Kararsızım	51	52,6	46	47,4	
	Katılıyorum	123	58,6	87	41,4	
Hastanın düşük sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	273	62,9	161	37,1	$X^2= 4,660$ $p=0,097$
	Kararsızım	61	57,5	45	42,5	
	Katılıyorum	94	53,7	81	46,3	
AĞRI ÖZELLİĞİ						
Ağrının kolik vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	100	62,5	60	37,5	$X^2= 0,592$ $p=0,744$
	Kararsızım	58	59,8	39	40,2	
	Katılıyorum	271	59	188	41	
Benzer ağrılarla daha önce acile sık başvuru öyküsü durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	141	64,7	77	35,3	$X^2= 3,134$ $p=0,209$
	Kararsızım	82	57,7	60	42,3	
	Katılıyorum	205	57,6	151	42,4	
Ağrının şiddetli olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	134	68	63	32	$X^2= 8,521$ $p=0,014$
	Kararsızım	62	53	55	47	
	Katılıyorum	232	57,7	170	42,3	
Ağrının künt vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	184	61,1	117	38,9	$X^2= 3,078$ $p=0,215$
	Kararsızım	98	64,1	55	35,9	
	Katılıyorum	144	55,8	114	44,2	
Ağrının dayanılabilir olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	255	62,3	154	37,7	$X^2= 2,774$ $p=0,250$
	Kararsızım	87	57,2	65	42,8	
	Katılıyorum	87	55,4	70	44,6	

Tablo 34.Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı)

FİZİK MUAYENE BULGULARI						İstatistik
Normal karın muayene bulgularının olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	82	59,4	56	40,6	$X^2= 1,774$ $p=0,412$
	Kararsızım	67	65,7	35	34,3	
	Katılıyorum	280	58,6	198	41,4	
Sadece sol üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	189	60,6	123	39,4	$X^2= 0,371$ $p=0,831$
	Kararsızım	76	60,8	49	39,2	
	Katılıyorum	164	58,4	117	41,6	
Sadece sağ üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	203	62,7	121	37,3	$X^2= 2,915$ $p=0,233$
	Kararsızım	68	61,3	43	38,7	
	Katılıyorum	159	56	125	44	
Sadece sol alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	207	61,1	132	38,9	$X^2= 0,953$ $p=0,621$
	Kararsızım	74	61,2	47	38,8	
	Katılıyorum	148	57,4	110	42,6	
Muayenede defans veya rebound olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	214	64,7	117	35,3	$X^2= 7,217$ $p=0,027$
	Kararsızım	78	58,6	55	41,4	
	Katılıyorum	137	53,7	118	46,3	
Sadece sağ alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	286	63,6	164	36,4	$X^2=$ $11,105$ $p=0,004$
	Kararsızım	66	60	44	40	
	Katılıyorum	76	48,4	81	51,6	
Sadece periumbilikal bölgede hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	242	60,5	158	39,5	$X^2= 3,628$ $p=0,163$
	Kararsızım	82	65,1	44	34,9	
	Katılıyorum	105	54,7	87	45,3	
Hastanın ateşinin olmaması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	251	61,8	155	38,2	$X^2= 1,874$ $p=0,392$
	Kararsızım	61	59,2	42	40,8	
	Katılıyorum	115	56,1	90	43,9	
Hastanın ateşinin olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	253	63,6	145	36,4	$X^2= 6,423$ $p=0,040$
	Kararsızım	63	56,8	48	43,2	
	Katılıyorum	108	53,2	95	46,8	
LABRATUVAR BULGULARI						
Ağrıyla beraber lökositozun olmaması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	206	62	126	38	$X^2= 1,833$ $p=0,400$
	Kararsızım	84	60,4	55	39,6	
	Katılıyorum	139	56,5	107	43,5	
Ağrıyla beraber lökositozun olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	278	63,9	157	36,1	$X^2= 8,710$ $p=0,13$
	Kararsızım	66	56,4	51	43,6	
	Katılıyorum	85	51,2	81	48,8	
RADYOLOJİK BULGULAR						
Hastanın batin tomografisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	95	66,4	48	33,6	$X^2= 3,398$ $p=0,183$
	Kararsızım	78	56,9	59	43,1	
	Katılıyorum	225	58,5	181	41,5	
Hastanın batin ultrasonunun normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	160	64,5	88	35,5	$X^2= 3,644$ $p=0,162$
	Kararsızım	107	58,2	77	41,8	
	Katılıyorum	161	56,7	123	43,3	
Hastanın ayakta batin grafisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	234	61,6	146	38,4	$X^2= 1,499$ $p=0,473$
	Kararsızım	72	55,8	57	44,2	
	Katılıyorum	121	58,5	86	41,5	

Tablo 34. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı)

TANIDAKİ YAKLAŞIM						İstatistik
Tanının konulmuş olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	47	58,8	33	41,2	$X^2=0,118$ $p=0,943$
	Kararsızım	39	58,2	28	41,8	
	Katılıyorum	341	60	227	40	
Hastanın akut kolesistit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	47	66,2	24	33,8	$X^2=2,072$ $p=0,355$
	Kararsızım	42	63,6	24	36,4	
	Katılıyorum	337	58,4	240	41,6	
Hastanın akut pankreatit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	44	65,7	23	34,3	$X^2=1,183$ $p=0,554$
	Kararsızım	44	61,1	28	38,9	
	Katılıyorum	339	59	236	41	
Hastanın akut apandisit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	87	71,9	34	28,1	$X^2=8,936$ $p=0,011$
	Kararsızım	50	57,5	37	42,5	
	Katılıyorum	292	57,3	218	42,7	
Hastanın akut gastroenterit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	70	63,1	41	36,9	$X^2=0,673$ $p=0,714$
	Kararsızım	63	57,8	46	42,2	
	Katılıyorum	296	59,7	200	40,3	
Hastanın akut mezenter iskemisi tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	75	66,4	38	33,6	$X^2=2,879$ $p=0,237$
	Kararsızım	73	56,2	57	43,8	
	Katılıyorum	277	58,9	193	41,1	
Hastanın ileus tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	125	66,1	64	33,9	$X^2=4,390$ $p=0,111$
	Kararsızım	68	60,2	45	39,8	
	Katılıyorum	233	57,1	175	42,9	
Hastanın renal kolik tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	32	66,7	16	33,3	$X^2=0,993$ $p=0,609$
	Kararsızım	25	59,5	17	40,5	
	Katılıyorum	371	59,4	254	40,6	
Tanının belirsiz olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	209	63,1	122	36,9	$X^2=3,199$ $p=0,202$
	Kararsızım	92	55,8	73	44,2	
	Katılıyorum	125	57,3	93	42,7	

Hastaların muayene bulguları, ağrının lokalizasyonu, görüntüleme yöntemleri sonuçları, ve hastanın tanısı sonrası üniversite dışı ve üniversite acil tıp hekimlerinin tutum ve davranışlarının ileri istatistiksel inceleme verilerinde anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır.

5. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının Acil Tıp Asistanları ile Acil Tıp Uzmanlarının(Öğretim Üyesi Dahil) Karşılaştırma Tabloları

Tablo 35. Analjezik Kullanım Sıklığının Görev Türüne Göre Dağılımı

Analjezik Kullanım Sıklığı	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	N
Hiçbir zaman	24	61,5	15	38,5	39
Nadiren	126	71,6	50	28,4	176
Bazen	147	57,9	107	42,1	254
Sıklıkla	149	54,6	124	45,4	273
Her zaman	23	46	27	54	50
Toplam	469	59,2	323	40,8	792

Ki kare: 17,484; p=0.002

Analjezik kullanım sıklığının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde, araştırma görevlilerinin %71,6'sı (n=126) nadiren kullandıkları, uzmanların %54'ü (n=27) her zaman kullandıkları görülmüştür. Gruplar arası fark istatistiksel anlamlı bulunmuştur (Kikare:17,484; p=0.002).

Tablo 36. Analjezik İlaç Kullanma Zamanı Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı.

Analjezik İlaç Kullanma Zamanı Kararı	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	N
Muayene, plan sonrası	210	53,6	182	46,4	392
Cerrah gördükten sonra	68	61,8	42	38,2	110
Cerrahi girişim dışlanınca	77	61,6	48	38,4	125
Tanı sonrası	84	67,7	40	32,3	124
Operasyon kararı verince	11	78,6	3	21,4	14
Toplam	431	58,8	285	41,2	716

Ki kare:11,595; p=0,021

Analjezik ilaç kullanma zamanı kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %78,6'sı (n=11) operasyon kararı verildiğinde; uzmanların %46,4'ü (n=182) muayene ve hasta yönetim planı yapıldıktan sonra uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Kikare:11,595).

Tablo 37. Analjezik Uygulamasının Fizik Muayene Bulgularına Etkisinin Görevlere Göre Dağılımı

Analjezik Uygulamasının Fizik Muayene Bulgularına Etkisi	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	N
Baskılar	271	69,5	119	30,5	390
Netleştirir	17	45,9	20	54,1	37
Etkilemez	182	50,3	180	49,7	362
Toplam	470	59,6	319	40,4	789
Ki kare:31,760; p<0,0001					

Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %69,5'i (n=271) baskıladığını, uzman hekimlerin %54,1'i (n=20) netleştirdiğini düşündüğü saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**Ki kare:31,760; p<0,0001**).

Tablo 38.Cerrahi Konsültan Hastayı Değerlendirmeden Önce Analjezik Uygulama Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı

Cerrahi Konsültan Hastayı Değerlendirmeden Önce Analjezik Uygulama Kararının	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	N
Evet	251	51,8	234	48,2	485
Hayır	219	71,1	89	28,9	308
Toplam	470	59,3	323	40,7	793
Fischer Exact p=0,0001					

Cerrahi konsültan hastayı değerlendirilmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %71,1'i (n=219) cerrah muayene etmeden analjezik uygulamadıkları, uzman hekimlerin %48,2'si (n=234) uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Fischer Exact p=0.0001).

Tablo 39. Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Kararının Görev Türüne Göre Dağılımı.

Kesin Tanı Konmadan Önce Analjezik Uygulama Kararı	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	n
Evet	237	52,3	216	47,7	453
Hayır	233	68,5	107	31,5	340
Toplam	470	59,3	323	40,7	793
Fischer Exact p=0,0001					

Kesin tanı konmadan önce analjezik kullanımının görev türlerine göre dağılımı incelendiğinde, araştırma görevlilerinin %68,5'inin (n=233) uygulamadıkları, uzman hekimlerin %47,7'sinin (n=216) uyguladıkları bulunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (**Fischer Exact p=0,0001**).

Tablo 40. Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenlerinin Görev Türüne Göre Dağılımı

Analjezik Kullanımını Destekleme Nedenleri	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	n
Fizik muayene bulgularını etkilemediğini	98	47,1	110	52,9	208
Tanı konulmasını hızlandırdığı	4	33,3	8	66,7	12
Ağrılı izlemek etik değil	103	57,2	77	42,8	180
Literatür analjeziyi güvenli olduğunu söyler	26	43,3	34	56,7	60
Ağrının geçirilmesini istemesi hasta hakkı	35	68,6	16	31,4	51
Hasta konforu yanında hekim konforunu artırır	38	61,3	24	36,7	62
Diğer	6	66,7	3	33,3	9
Toplam	310	53,3	272	46,7	582
Ki kare:15,673; p=0,016					

Analjezik kullanma nedenlerinin görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %68,6'sının (n=35) hastanın ağrısının geçirilmesini istemesinin hakkı olduğunu, uzman hekimlerin %56,7'sinin (n=34) literatürün analjezi kullanımının güvenli olduğunu söylediği için kullandıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür (**Ki kare:15,673; p=0,016**).

Tablo 41.Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenlerinin Görev Türüne Göre Dağılımı

Analjezik Kullanımını Desteklememe Nedenleri	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	n
Baskıladığımı düşünür	82	71,9	32	28,1	114
Doğru tanı konulmasında gecikmeye neden olur	46	83,6	9	16,4	55
Tanı konulana kadar ağrıya dayanmalı	5	62,5	3	37,5	8
Literatürde güvenilir olduğunu destekleyen yeterli bulgu yok	18	72,0	7	28,0	25
Komplikasyonlardan çekindiği için	4	66,7	2	33,3	6
Yanlış tanıya sebep olur	20	80	5	20	25
Cerrahi konsültasyon hekimiyle tartışmaya sebep olur	20	57,1	15	42,9	35
Diğer	0	0	3	100	3
Toplam	195	72	76	28	271
Ki kare:16,461; p=0,021					

Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin görev türüne göre dağılım tabloları incelendiğinde, araştırma görevlilerinin %71,9'unun (n=82) muayene bulgularını baskıladığımı düşündüğünden, uzman hekimlerin %42,9'unun (n=15) cerrahi Konsültan hekimle tartışmaya neden olacağını düşündüğünden uygulamamaya karar verdikleri saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (**Ki kare:16,461; p=0,021**).

Tablo 42. Katılımcıların Analjezik Tercihlerinin Görev Türü Karşılaştırılması.

İlaç		Araştırma Görevlisi		Uzman	
		n	%	n	%
Parasetamol	Evet	94	59,1	65	40,9
	Hayır	376	59,3	258	40,7
Morfin	Evet	125	60,4	82	39,6
	Hayır	345	58,9	241	41,1
Spasmolitik	Evet	151	58,3	108	41,7
	Hayır	319	59,7	215	40,3
NSAİ	Evet	80	54,8	66	45,2
	Hayır	390	60,3	257	39,7
Fentanil	Evet	282	58	204	42
	Hayır	188	61,2	119	38,8
Meperidine	Evet	65	45,8	77	54,2
	Hayır	405	62,2	246	37,8
Tramadol	Evet	83	63,4	48	36,6
	Hayır	387	58,5	275	41,5
Diğer	Evet	8	53,3	7	36,7
	Hayır	457	59,4	313	40,6

Katılımcıların analjezik tercihlerinin görev türü ve kurumlarıyla karşılaştırılması incelendiğinde morfin kullanımına üniversite dışı %60,7 (n=331) hayır, üniversite %44,2 (n=84) evet dedikleri (Fischer Exact:p=0,047); Spazmolitik kullanımına üniversite dışı %65,5 (n=154) evet, üniversite %43,4 (n=217) hayır dedikleri (Fischer Exact: p=0,02); NSAİ kullanımına üniversite dışı %67,1 (n=94) evet, üniversite %42,4 (n=252) hayır dedikleri (Fischer Exact: p=0,011) Fentanil kullanımına üniversite dışı %63,4 (n=177) hayır, üniversite %43 (n=196) evet dedikleri (Fischer Exact: p=0,027); Meperidine kullanımına araştırma görevlileri %62,2 (n=405) hayır,uzman %54,2 (n=77) evet dedikleri (Fischer Exact: p=0,0001); saptanmıştır. Gruplar arası istatistiksel fark diğer karşılaştırmalarda görülmemiştir.

Tablo 43.Analjezik Kullanımı İle İlgili Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politikanın Olup Olmadığının Görev Türüne Göre Karşılaştırması

Cerrahi Bölümlerle Oluşturulmuş Ortak Politika	Araştırma Görevlisi		Uzman		Toplam
	n	%	n	%	n
Evet	59	66,3	30	33,7	89
Hayır	347	55,9	274	44,1	621
Fikrim yok	58	77,3	17	22,7	75
Toplam	464	59,1	321	40,9	785
Ki kare:14,888; p=0,001					

Analjezik kullanımı ile ilgili cerrahi bölümlerle oluşturulmuş ortak politikanın olup olmadığının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %77,3'ünün (n=58) fikirlerinin olmadığı, uzman hekimlerin %44,1'inin (n=274) politikalarının olmadığını belirttiği saptanmıştır. Gruplar arası istatistiksel fark bulunmuştur (**Ki kare:14,888; p=0,001**).

Tablo 44. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı

		Araştırma Görevlisi		Uzman		İstatistik
		n	%	n	%	
YAŞ						
Hastanın genç olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	250	61,7	155	38,3	$X^2=1,824$ $p=0,402$
	Kararsızım	72	61,5	45	38,5	
	Katılıyorum	138	56,6	106	43,4	
Hastanın yaşlı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	270	59,5	184	40,5	$X^2=0,654$ $p=0,721$
	Kararsızım	77	57	58	43	
	Katılıyorum	112	61,5	70	38,5	
CİNSİYET						
Hastanın erkek olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	280	60,6	182	39,4	$X^2=3,807$ $p=0,149$
	Kararsızım	72	66,1	37	33,9	
	Katılıyorum	106	54,9	87	45,1	
Hastanın kadın olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	290	60,9	186	39,1	$X^2=1,064$ $p=0,587$
	Kararsızım	66	57,9	48	42,1	
	Katılıyorum	104	56,8	79	43,2	
SOSYO KÜLTÜREL YAPI						
Hastanın yüksek sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	270	60,9	173	39,1	$X^2=3,097$ $p=0,213$
	Kararsızım	67	63,8	38	36,2	
	Katılıyorum	122	55	100	45	
Hastanın düşük sosyo-kültürel düzeye sahip olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	281	59,4	192	40,6	$X^2=0,013$ $p=0,993$
	Kararsızım	68	59,6	46	40,4	
	Katılıyorum	109	59,9	73	40,1	
AĞRI ÖZELLİĞİ						
Ağrının kolik vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	112	62,6	67	37,4	$X^2=4,903$ $p=0,86$
	Kararsızım	70	66,7	35	33,3	
	Katılıyorum	275	56,4	213	43,6	
Benzer ağrılarla daha önce acile sık başvuru öyküsü durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	145	59,7	98	40,3	$X^2=1,155$ $p=0,561$
	Kararsızım	94	62,7	56	37,3	
	Katılıyorum	219	57,6	161	42,4	
Ağrının şiddetli olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	145	65,3	77	34,7	$X^2=11,052$ $p=0,04$
	Kararsızım	84	67,2	41	32,8	
	Katılıyorum	230	54,2	194	45,8	
Ağrının künt vasıflı olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	193	58,3	138	41,7	$X^2=4,866$ $p=0,88$
	Kararsızım	108	66,7	54	33,3	
	Katılıyorum	154	56,2	120	43,8	
Ağrının dayanılabilir olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	276	61,5	173	38,5	$X^2=6,818$ $p=0,033$
	Kararsızım	98	63,2	57	36,8	
	Katılıyorum	86	50,9	83	49,1	

Tablo 44. Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı)

FİZİK MUAYENE BULGULARI						
Normal karın muayene bulgularının olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	94	93,1	55	36,9	$X^2=1,904$ $p=0,386$
	Kararsızım	67	62,6	40	37,4	
	Katılıyorum	299	57,7	219	42,3	
Sadece sol üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	203	59,7	137	40,3	$X^2=1,688$ $p=0,43$
	Kararsızım	87	64	49	36	
	Katılıyorum	171	57,4	127	42,6	
Sadece sağ üst kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	217	61,6	135	38,4	$X^2=6,065$ $p=0,048$
	Kararsızım	78	66,1	40	33,9	
	Katılıyorum	166	54,4	139	45,6	
Sadece sol alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	225	61,1	143	38,9	$X^2=4,733$ $p=0,094$
	Kararsızım	86	65,2	46	34,8	
	Katılıyorum	150	54,7	124	45,3	
Muayenede defans veya rebound olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	234	64,3	130	35,7	$X^2=11,928$ $p=0,003$
	Kararsızım	89	62,7	53	37,3	
	Katılıyorum	138	51,1	132	48,9	
Sadece sağ alt kadranda hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	290	59,2	200	40,8	$X^2=2,695$ $p=0,26$
	Kararsızım	76	66,1	39	33,9	
	Katılıyorum	95	56,5	73	43,5	
Sadece periumblikal bölgede hassasiyet olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	261	59,9	175	40,1	$X^2=0,391$ $p=0,822$
	Kararsızım	79	60,8	51	39,2	
	Katılıyorum	120	57,7	88	42,3	
Hastanın ateşinin olmaması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	263	59,5	179	40,5	$X^2=3,237$ $p=0,198$
	Kararsızım	73	66,4	37	33,6	
	Katılıyorum	121	56	95	44	
Hastanın ateşinin olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	262	60,4	172	39,6	$X^2=2,559$ $p=0,278$
	Kararsızım	75	64,1	42	35,9	
	Katılıyorum	120	55,6	96	44,4	
LABORATUVAR BULGULARI						
Ağrıyla beraber lökositozun olmaması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	218	60,2	144	39,8	$X^2=0,732$ $p=0,693$
	Kararsızım	90	61,6	56	38,4	
	Katılıyorum	151	57,6	111	42,4	
Ağrıyla beraber lökositozun olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	285	60,5	186	39,5	$X^2=1,578$ $p=0,454$
	Kararsızım	73	61,3	46	38,7	
	Katılıyorum	101	55,5	81	44,5	

Tablo 44.Analjezik Kullanım Kararında Hastaya Ait Faktörlerin Dağılımı (Devamı)

RADYOLOJİK BULGULAR						
Hastanın batin tomografisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	101	64,7	55	35,3	$X^2= 7,068$ $p=0,029$
	Kararsızım	99	66	51	44	
	Katılıyorum	260	55,8	206	44,2	
Hastanın batin ultrasonunun normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	172	63,2	100	36,8	$X^2= 7,078$ $p=0,029$
	Kararsızım	126	63,3	73	36,7	
	Katılıyorum	162	53,6	140	46,4	
Hastanın ayakta batin grafisinin normal olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	250	60,5	163	39,5	$X^2= 0,851$ $p=0,653$
	Kararsızım	83	60,6	54	39,4	
	Katılıyorum	127	57	96	43	
TANIDAKİ YAKLAŞIM						
Tanının konulmuş olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	56	61,5	35	38,5	$X^2= 5,163$ $p=0,076$
	Kararsızım	48	71,6	19	28,4	
	Katılıyorum	353	57,6	260	42,4	
Hastanın akut kolesistit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	52	65,8	27	34,2	$X^2= 15,363$ $p=0,00$
	Kararsızım	57	79,2	15	20,8	
	Katılıyorum	349	56,4	270	43,6	
Hastanın akut pankreatit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	50	62,5	30	37,5	$X^2= 7,897$ $p=0,019$
	Kararsızım	54	74	19	26	
	Katılıyorum	354	57,3	264	42,7	
Hastanın akut apandisit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	93	68,4	43	31,6	$X^2= 12,702$ $p=0,002$
	Kararsızım	64	70,3	27	29,7	
	Katılıyorum	303	55,4	244	44,6	
Hastanın akut gastroenterit tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	71	58,2	51	41,8	$X^2= 7,280$ $p=0,026$
	Kararsızım	82	70,7	34	29,3	
	Katılıyorum	306	57,2	229	42,8	
Hastanın akut mezenter iskemi tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	80	62,5	48	37,5	$X^2= 8,479$ $p=0,014$
	Kararsızım	93	69,4	41	30,6	
	Katılıyorum	284	56	223	44	
Hastanın ileus tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	128	61,8	79	38,2	$X^2= 5,475$ $p=0,065$
	Kararsızım	80	67,2	39	32,8	
	Katılıyorum	247	56,1	193	43,9	
Hastanın renal kolik tanısı alması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	34	65,4	18	34,6	$X^2= 3,602$ $p=0,165$
	Kararsızım	30	71,4	12	28,6	
	Katılıyorum	395	58,3	282	41,7	
Tanının belirsiz olması durumunda analjezik uygulamam	Katılmıyorum	235	64	132	36	$X^2= 8,650$ $p=0,013$
	Kararsızım	101	59,1	70	40,9	
	Katılıyorum	121	51,9	112	48,1	

Analjezik kullanım kararında hastaya ait faktörlerin dağılımı incelendiğinde, ağrının şiddetli olması durumunda araştırma görevlilerinin %67,2'sinin (n=84) kararsız oldukları, uzman hekimlerin % 45,8'inin (n=194) kullanmaya katıldıkları görülmüştür (Ki kare:11,052;p=0,04). Sağ üst kadranda ağrısında araştırma görevlilerinin %66,1'inin (n=78) kararsız oldukları, uzman hekimlerin %45,6'sının (n=139) kullandıkları saptanmıştır (Ki kare:6,065;p=0,048). Hastanın fizik muayenesinde defans veya rebound olduğunda araştırma görevlilerinin %62,7'sinin (n=89) kararsız oldukları, uzman hekimlerin %48,9'unun (n=132) kullanımını destekledikleri bulunmuştur (Ki kare:11,928;p=0,003). Labarotuvarda bulgularında lökositoz olması durumunda analjezik kullanımında araştırma görevlilerinin %60,5'inin (n=285) kullanmadıkları, uzman hekimlerin %44,5'inin (n=81) kullanım kararına katıldıkları saptanmıştır (Ki kare:1,578 p=0,454). Normal sınırlarda batın tomografisi olan hastalarda araştırma görevlilerinin %66'sının (n=99) analjezik kullanımında kararsız oldukları, uzman hekimlerin %44,2'sinin (n=206) kullanım kararını destekledikleri bulunmuştur (Ki kare:7,068;p=0,029). Batın ultrasonografisinin normal sınırlarda olması durumunda araştırma görevlilerinin analjezik kullanım kararına %63,3'ünün (n=126) kararsız kaldıkları, uzman hekimlerin %46,4'ünün (n=140) katıldıkları görülmüştür (Ki kare:7,078;p=0,029). Hastanın akut kolesistit tanısı alması durumunda araştırma görevlilerinin %79,2'sinin(n=57) kararsız kaldıklarını, uzman hekimlerin %43,6'sının (n=270) destekledikleri bulunmuştur (Ki kare:15,363;p=0,00). Akut apandisit tanısı alan hastalarda analjezik kullanım kararında araştırma görevlilerinin %70,3'ünün(n=64) kararsız kaldıkları, uzman hekimlerin %44,6'sının (n=244) katıldıkları görülmüştür (Ki kare:12,702;p=0,002). Akut gastroenterit tanısı alan hastalarda araştırma görevlilerinin %70,7'sinin (n=82) analjezik kullanımına kararsız kaldıkları, uzman hekimlerin %42,8'inin (n=229) kullanma kararına katıldıkları saptanmıştır (Ki kare:7,280;p=0,026). Mezenter iskemi saptanan hastalarda analjezik kullanma kararını vermede araştırma görevlilerinin %69,4'ünün (n=93) kararsız kaldıkları, uzman hekimlerin %44'ünün (n=223) katıldıkları bulunmuştur (Ki kare:8,479;p=0,014). Yukarıdaki bulgular dışındaki hasta özelliği ve analjezik kullanımını arasındaki ilişkide istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının Üniversite ATA ları ile Eğitim Araştırma Hastaneleri ATA ların Karşılaştırma Tabloları

Tablo 45. Üniversite ATA'larının Eğitim Araştırma Hastanelerindeki ATA'larla Analjezik Kullanım Zamanının Karşılaştırılması

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Toplam
Eğitim Araşt Hast	17	74	81	70	5	247
	4,0%	17,2%	18,8%	16,3%	1,2%	57,4%
Üniversite	5	40	51	73	14	183
	1,2%	9,3%	11,9%	17,0%	3,3%	42,6%
Toplam	22	114	132	143	19	430
	5,1%	26,5%	30,7%	33,3%	4,4%	100,0%

Ki kare:18,719 p:0,001

Acil tıp asistanlarının analjezik kullanım sıklığına göre eğitim araştırma ve üniversite hastanelerine göre dağılım tabloları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel fark anlamlı saptanmıştır.

Tablo 46. Üniversite ATA'larının Eğitim Araştırma Hastanelerindeki ATA'larla Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etkisi Hakkındaki Düşüncelerinin Karşılaştırılması

	Baskılar	Netleştirir	Etkilemez	Toplam
Eğitim Araşt Hast	142	5	100	247
	57,5%	2,0%	40,5%	100,0%
Üniversite	105	12	67	184
	57,1%	6,5%	36,4%	100,0%
Toplam	247	17	167	431
	57,3%	3,9%	38,7%	100,0%

Ki kare:5,862 p:0,053

Acil tıp asistanlarının analjezik kullanımının muayene bulgularına etki konusundaki yorumlarının eğitim araştırma ve üniversite hastanelerine göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır.

Tablo 47. Akut Karın Ağrılı Hastalarda Analjezik Kullanımının ATA ların 24 ay öncesi ve sonrası olarak Karşılaştırma Tabloları

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	Toplam
24 AY VE ALTI	17	71	78	68	11	245
	6,9%	29,0%	31,8%	27,8%	4,5%	100,0%
25 AY VE ÜZERİ	5	43	54	75	8	185
	2,7%	23,2%	29,2%	40,5%	4,3%	100,0%
Toplam	22	114	132	143	19	430
	5,1%	26,5%	30,7%	33,3%	4,4%	100,0%

Ki kare:10,434;p:0,034

Acil tıp asistanlarının göreve başlama süreleri 24 ay öncesi ve sonrası olarak ele alınıp analjezik kullanma zaman tercihlerine göre karşılaştırma tabloları incelendiğinde veriler istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Tablo 48. Analjezik Kullanımının Muayene Bulgularına Etkisinin ATA'ların Sürelerine Göre Karşılaştırılması

	Baskılar	Netleştirir	Etkilemez	Toplam
24 AY VE ALTI	157	5	84	246
	63,8%	2,0%	34,1%	100,0%
25 AY VE ÜZERİ	90	12	83	185
	48,6%	6,5%	44,9%	100,0%
Toplam	247	17	167	431
	57,3%	3,9%	38,7%	100,0%

Ki kare:12,683; p:0,002

Acil tıp asistanlarının göreve başlama süreleri 24 ay öncesi ve sonrası olarak ele alınıp analjezik kullanımının muayene bulgularına etkisi hakkındaki yorumlarına göre karşılaştırma tabloları incelendiğinde veriler istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Türkiye Acil Tıp uzman, asistan ve öğretim üyelerinin Akut Abdominal Ağrı (AAA)'lı hastalarda analjezik kullanımı konusundaki tutumlarını, günlük pratik uygulamalarını ve analjezik kullanım kararını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın en önemli bulgusu Türkiye'deki Acil Tıp Anabilim Dalı hekimlerinin akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanım sıklığının arttığı ve asistan, uzman ve öğretim üyeleri arasında davranış değişikliği olduğunun belirlenmesidir. Uzman hekimler ile öğretim üyelerinin akut karın ağrısında analjezik kullanma veya kullanmama nedenleri, kullanma sıklıkları, hastaya ait faktörlere göre kullanım kararları incelendiğinde anlamlı fark görülmemiştir. Bunun nedeni çalışmadaki öğretim üyesi sayısının 45 kişiyle sınırlı kalması olabileceği düşünülmektedir. Bu yüzden öğretim üyeleri ve uzman hekimler birlikte ele alınıp asistan hekimlerle karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye Acil Tıp Hekimlerinin %49,5'i analjezik ilaç kullanımının fizik muayene bulgularını baskıladığını, diğer %45,9'u ise etkilemediğini belirtmiştir. Asistanların % 69'unun baskıladığını düşündüğü uzman hekimlerin %49,7'sini ise etkilemediği sonucunu ortaya çıkarmıştır. AAA'lı hastaların analjezik belirtileri kesin teşhis konuluncaya değin, semptomları maskeleyen kaçınmak adına ertelenmektedir. Oysa AAA'lı hastaların ilk değerlendirme evresinde analjezi kullanımının tanısal doğruluğa etki etmeksizin ağrıda önemli bir azalma sağladığını gösteren araştırmalar vardır. AAA'lı hastaların tanısal süreçlerinde analjezik kullanımı geleneksel bir tedavi olarak görülmemiştir. Bazı çalışmalar, akut abdomeni olan hastalarda hızlı ve etkin bir analjezik kullanımının tanıya etkisi olmadığını; hatta ilk fiziksel muayeneyi kolaylaştırabildiğini ortaya çıkarmıştır (50-52). Ayrıca, AAA'lı hastalarda başlangıçta analjezik kullanımının ağrıyı büyük ölçüde azalttığı; hatta tanıya etki etmediği ve semptomların yoğunluğundaki düşüşe rağmen tanıyı kolaylaştırdığı gözlenmiştir (53).

Bu çalışmada Acil Tıp hekimlerinin %60,6'sı genel cerrah hastayı değerlendirmeden analjezik uyguladığını, %39,4'ü ise uygulamadığını belirtmiştir. Cerrahi konsültan hekim hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlileriyle uzman hekimlerin cerrah muayene etmeden analjezik uygulama davranışı arasında anlamlı fark görülmüştür (Fischer Exact:p=0.0001). Buna karşılık pek çok cerrah klinik uygulama ve cerrahi müdahale öncesi değerlendirme ve tanısal doğruluğu güçleştirebileceği düşüncesiyle hareket ettiğinden analjezik kullanımından uzak durmayı standartlaştırmışlardır (54).

Bu çalışmada akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı açısından davranışları değerlendirilen acil tıp hekimlerinin %35,6'sı fizik muayene bulgularını etkilemediğini düşündüklerinden, analjezik kullanımını destekledikleri, %30,7'si hastayı ağrılı izlemeyi etik bulmadıklarından analjezik uyguladıklarını belirtmişlerdir. Analjezik kullanma nedenlerinin görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %68,6'sının hastanın ağrısının geçirilmesini istemesinin hakkı olduğunu, uzman hekimlerin %56,7'sinin literatürün analjezi kullanımının güvenli olduğunu söylediği için kullandıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür (Ki kare:15,673;p=0,016). Ayrıca, AAA'lı hastalarda başlangıçta analjezik kullanımının ağrıyı büyük ölçüde azalttığı; hatta tanıya etki etmediği ve semptomların yoğunluğundaki düşüşe rağmen tanıyı kolaylaştırdığı gözlenmiştir (53).

Bu çalışmanın sonucuna göre acil servise başvuran akut karın ağrılı hastaların ağrı kesici talep sıklığı sorgulanmıştır. Buna göre hekimlerin %47,9'i hastalarının 'her zaman', %41,6'si 'sıklıkla' analjezik talep ettiğini bildirmiştir. Kontrendikasyon olmadığı müddetçe, AAA şikayetiyle Acil servislere başvuran hastalara farmakolojik ağrı dindirici uygulanmasının güvenli ve insani olduğunu öne sürmektedir (55). Bunun nedeni olarak asistan hekimlerin analjezik kullanımını destekleme nedenlerinde %68,6 oranında ağrının geçirilmesinin hasta hakkı olmasından ve %52,2 sinin de hastayı ağrılı izlemenin etik olmadığını düşünmesinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

AAA'lı hastalarda, hangi uygun analjeziğin kullanılacağına belirlenmesinde çeşitli engeller vardır. Bunların en önemlileri; yeterli kanıt-temelli veri eksikliği, ağrının doktor ve hasta tarafından algısı arasındaki tezat ve hastanın analjezik alması durumunda oluşabilecek yanlış teşhise dair endişelerdir (55, 56). Bu çalışmadaki acil tıp hekimlerinin %60,8'inin Fentanil, %32,8'inin spazmolitik kullandıkları saptanmıştır. Böylece hekimlerin %54,5'i ağrı kontrolünü yeterli düzeyde sağlayabildiklerini, %31,3'ü ise kısmen sağlayabildiklerini bildirmişlerdir.

Anket çalışmasına katılan hekimlerin %60,6'si Genel Cerrah Hastayı Değerlendirmeden Analjezik Uyguladıklarını, %39,4'i Uygulamadıklarını belirtmişlerdir. Cerrahi konsültan hastayı değerlendirilmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde, araştırma görevlilerinin %71,1'inin cerrah muayene etmeden analjezik uygulamadıkları, uzman hekimlerin %48,2'sinin uyguladıkları saptanmıştır. Analjezi uygulama kararında hastayı cerrahın muayene edip etmemesi önemli bir kriterdir. Analjezik ilaç yapma kararında, Acil tıp uzmanları cerrahın hastayı muayene etmesine önem vermezken

acil tıp asistanları önem vermektedir. Yapılan çalışmalarda AAA, Acil Servislere (AS) konsültasyon için yaygın bir neden olup, AS'e başvuran hastalar arasındaki en yüksek üç nedenden biridir ve AS'lerdeki %5 ile %10 arasında tedavi edilen bir oranı temsil eder (51). Bu çalışmada acil tıp hekimlerinin bu derece önemli konsültasyon isteminin önemine dikkat etmeleri yanı sıra yaptığımız çalışmada cerrahi konsültasyon hekimiyle tartışmaya sebep olduğunu düşünen hekim oranı %12,9 saptanmıştır. Bu analjezi kullanımını desteklemeyen hekimlerin, desteklememe nedenleri arasında 3. sırayı almaktadır.

Cinsiyet ayırdı olmaksızın tanı sürecinde karar vermeden önce, Opioidlerin kullanıldığı herhangi bir analjezik kür ile plasebo verilen AAA'lı yetişkin hastaların karşılaştırıldığı klinik deneyler gerçekleştirilmiştir (57). Yapılan bu çalışmaya göre, araştırma görevlileri ve uzmanlar ile üniversite hekimleri ile üniversite dışı hekimlerin analjezik kullanımında cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır. Analjezi kullanım kararında cinsiyet farklılığı anlamlı bulunmamıştır.

Akut Abdominal Ağrının en yaygın nedenleri; apandisit, kolesistit, ince bağırsak düğümlenmesi, üriner kolik, gastrit, perfora peptik ülser, gastroentrit, pankreas, divertikulum, kadınlardaki jinekolojik rahatsızlıklar ve cerrahi olmayan abdominal ağrıdır (58). Yaptığımız çalışmada hastalara konulan tanılara göre analjezik kullanımı incelendiğinde %87,6 ile renal kolik ilk sırayı almaktadır. Aynı zamanda tanı konmuş hastalarda analjezik kullanımı artmakla beraber, tanı konulmamış hastalarda uzman ve araştırma görevlisi arasında anlamlı fark saptanmıştır. Acil tıp uzman hekimleri tanıyı beklemeden analjezik uyguladıkları gibi acil tıp asistanları tanı konulduğunda bile analjezik uygulamasında kararsız kalmışlardır.. Ciddi ve daha az ciddi akut abdominal problemler arasında farklı tanılara izin veren opsiyonlar; klinik geçmiş, fizik muayane ve genel laboratuvar test sonuçlarıdır (59). Lökositoz olması durumunda acil tıp uzmanları ile asistanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Acil tıp uzmanları lökositoz olması durumunda analjezik uygulama kararı alırken acil tıp asistanları analjezik uygulamama kararı almışlardır.

Katılımcıların %76,2'si analjezik kullanımı sonrası yanlış veya geç tanılarının olmadıklarını, %23,8'i olduklarını belirtmişlerdir. AAA'lı hastalarda, hangi uygun analjezikin kullanılacağı belirlenmesinde çeşitli engeller vardır. Bunların en önemlileri; yeterli kanıt-temelli veri eksikliği, ağrının doktor ve hasta tarafından algısı arasındaki tezat ve hastanın analjezik alması durumunda oluşabilecek yanlış teşhise dair endişelerdir (55,56). Genel cerrahi konsültan hekiminin analjezi uygulama önerdiğini katılımcıların sadece %1,9 u

bildirmiştir Pek çok cerrah klinik uygulama ve cerrahi müdahale öncesi değerlendirme ve tanısal doğruluğu güçleştirebileceği düşüncesiyle hareket ettiğinden analjezik kullanımından uzak durmayı standartlaştırmışlardır (54). Katılımcıların %45,9'u cerrahi konsültasyonu öncesi analjezik uygulama kararında hastanın ağrı derecesinin, %26,8'i cerrahi konsültasyonu için geçen zamanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir. Cerrahi konsültasyonun zamanı konusunda yeterli çalışma bulunamamıştır.

Katılımcıların %54,5'i ağrı kontrolünü yeterli düzeyde sıklıkla sağlayabildiklerini, %31,3'ü bazen sağlayabildiklerini bildirmişlerdir. Abdominal ağrı ve analjezi kullanımını ihtiyacına dair yalnızca birkaç çalışma doktor – hasta uzlaşması seviyesini aşabilmiştir (53-54, 60).

Yaptığımız çalışmada Analjezik uygulamasının fizik muayene bulgularına etkisinin görevlere göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %69,5'i baskıladığını, uzman hekimlerin %54,1'i netleştirdiğini düşündüğü saptanmıştır. Araştırma görevlilerinin analjezi kullanmama nedenlerinde %57.1 ile cerrahi konsültan hekim ile tartışma kaygısı 4.sırada yer aldığı saptanmıştır. Kesin tanı konmadan önce analjezik kullanımının görev türlerine göre dağılımı incelendiğinde uzman acil tıp hekimlerinin %85,6'sının uyguladıkları, uzman hekimlerin %14,4'ünün uyguladıkları bulunmuştur. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamış olup araştırma görevlilerinin analjezi kullanmama sebebinin öğretim üyesinden mi, uzman hekim den mi kaynaklandığı ayırt edilememiştir. Bu konuda daha çok çalışma yapılmaya ihtiyaç vardır. Cerrahi konsültan hastayı değerlendirmeden önce analjezik uygulama kararının görev türüne göre dağılımı incelendiğinde araştırma görevlilerinin %71,1'i cerrah muayene etmeden analjezik uygulamadıkları, uzman hekimlerin %48,2'si uyguladıkları saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Cerrah muayenesinden önce analjezik kullanımında uzman hekimlerin bu önermeyi dikkatte almadığı saptanmıştır. Sebep olarak güncel yayınları daha çok takip etme ve deneyim olduğu düşünülmüştür. Bu konu da ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. AAA'lı hastalarda başlangıçta analjezik kullanımının ağrıyı büyük ölçüde azalttığı; hatta tanıya etki etmediği ve semptomların yoğunluğundaki düşüşe rağmen tanıyı kolaylaştırdığı gözlenmiştir (53).

Üniversite dışı hekimlerin karın ağrısında tercih ettikleri ajan olarak analjezik etkisi olmayan spazmolitikler %65,5 ile ilk sırada yer almaktadır. Üniversitede görev yapan acil tıp hekimlerinin ise %44,2 ile morfin,%43 ile fentanil ilk sırayı almaktadır. Uzman hekimlerin ise %42 ile fentanil ilk sırayı almaktadır. Tüm Türkiye 'deki acil tıp hekimleri incelendiğinde %60,8 ile fentanil ilk sırada yer almaktadır (K). Kısa etkili (15-45 dakika) etkili bir ajan olan

fentanil tüm çalışma incelendiğinde oldukça öne çıkmıştır. Opioid kullanımının klinik muayene süresini uzattığı ya da cerrahi bir duruma dair bir gecikmeye yol açtığına ilişkin herhangi bir bilgi bulunmamaktadır (61). Ülkemizde karın ağrısında analjezik kullanımına dair klinik araştırma bulunmaması yanı sıra, özellikle karın ağrısında opioid kullanımını değerlendiren özgün çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan hekimlerin %54,5 hastalarının ağrı kontrolünü sağlayabildiğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada, AAA'lı hastalarda opioid analjezik kullanımının yetersiz tedavi kararı alma riskini arttırmadığına, tam tersi tanı süreci bir karara bağlanmışsa, hastanın konfor seviyesini belirgin düzeyde yükselttiğini gösteren yeterli veri bulunmaktadır (61). Opioid kullanım oranı arttıkça ağrı kontrol düzeyini arttırdığı düşünülmekle beraber, katılımcıların diğer analjeziklerle de ağrı kontrolü sağlanabildiğini düşündükleri saptanmıştır.. Hangi ajan ile ağrı kontrolünün sağlanması gerektiğine yönelik çalışma yapılmaya ihtiyaç olduğu görülmüştür. Katılımcıların %79,1'i ağrı kontrolü için cerrahi anabilim dallarıyla ortak bir politikalarının olmadığını belirtmişlerdir. Tartışmaya yer vermemek ve hasta konforunu arttırmak amaçlı güncel yayınlar önderliğinde, cerrahi branşlar ile ortak bir politika saptanması gerektiği ortaya konmuştur.

Araştırmaya katılan hekimlerin %76,2'si analjezik kullanımı sonrası yanlış veya geç tanıya neden olmadıklarını bildirmişlerdir. AAA'lı hastalarda tanısal süreç sonuçlandırılırken, opioid analjezik kullanımının, hasta konforunu iyileştirmesinin yanı sıra tedaviye ilişkin kararlarda tanısal hata riskini arttırmadığını gösterir. Bununla beraber, bu inceleme özellikle belli bir analjezik rejimi önermeye dair bir yaklaşım içinde bulunmamaktadır (61).

1993 yılında Acil Tıp uzmanlığı ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edildi ve aynı yıl Türkiye'de iki acil tıp anabilim dalı kuruldu (Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi). İlk ve Acil Yardım (Acil Tıp) yeni bir uzmanlık dalı oldu. Dokuz Eylül ve Fırat Ü. İlk ve Acil Tıp Anabilim Dalları açıldı ve uzmanlık eğitimi vermeye başladı. TATD ve ATUDER verilerine göre 2014 yılında Türkiye'de 51 Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 39 Üniversite 'de acil tıp uzmanlığı eğitimi verilmektedir. 11 acil tıp profesörü,79 Acil tıp Doçent doktoru, 77 yardımcı doçenti,708 acil tıp uzmanı,1002 acil tıp asistanı hizmet vermektedir. Kıyan ve ark. ait çalışmada katılımcı acil tıp hekimlerinin %52.1si analjezik kullanımının fizik muayene bulgularını baskıladığını düşündüğünü, %38 i fizik muayene bulgularının değiştirmedeğini, %8'i ise muayene bulgularını netleştirdiğini savunmuşlardır (11).

Çalışmamızda ise katılımcı hekimlerin %49 'u muayene bulgularını baskıladığını, %45,9'u muayene bulgularını değiştirmedini belirtmişlerdir. Kıyan ve ark. 2010 yılında yaptıkları çalışmada katılımcı acil tıp hekimlerinin %32'si cerrahi konsültan hekim hastayı muayene ettikten sonra analjezi kullandıklarını belirtmişken, bu çalışmada ise katılımcılar % 60,6 oranında cerrahi konsültan hekim hastayı değerlendirmeden analjezik kullandıklarını belirtmişlerdir. Diğer çalışmada analjezi kullanan hekimlerin, %37 ile ilk sırada fentanil kullandıklarını bildirmişken, çalışmamızdaki hekimlerin en yüksek sıklıkla %60,8 oranına ulaşmışken gene fentanil ilk sırayı almıştır. İlaç kullanım tercihi, kullanıp kullanmama tercihi 4 yıllık zamanda değişim göstermiştir. Acil tıp anabilim dalının Türkiye deki gelişiminde bu değişimi ortaya çıkaran faktörler hakkında çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yaptığımız çalışmada katılımcı hekimlerin en yüksek oranda %49,5 ile ağrı kesici yapılan hastaların muayene bulgularının baskıladığını düşündükleri saptanmıştır. Periton işaretlerin kaybı, bu sonucu inceleyen iki araştırmada opiat alan hastaların % 6-19'nda ve kontrol grubundaki hastaların % 3-8'nde görülmüştür (62).

Yapılan bir çalışmada genel cerrahi hekimlerinin %56'sı ağrı kesici kullanımını desteklemedikleri, %67'sinin ise ağrı kesici kullanımının muayene bulgularını baskıladığını düşündüklerini öne sürmüştür (63). Bu araştırmanın bulguları da benzer olarak genel cerrahi hekimlerinin sadece %1,9 'unun ağrı kesici kullanımını her zaman önerdikleri saptanmıştır.

Kontrol grubu ve morfin uygulaması öncesi ile karşılaştırıldığında, 30 dakikalık tedavi sonrasında morfin grubunda karın ağrısı önemli ölçüde dindiği ve hastaların kooperasyonunun arttığı saptanmıştır. Fiziksel belirtiler, her iki tedaviden de etkilenmemiştir (64). Yaptığımız çalışmada Analjezik kullanımını desteklememe nedenlerinin görev türüne göre dağılım tabloları incelendiğinde, araştırma görevlilerinin %71,9'unun muayene bulgularını baskıladığını düşünerek, uzman hekimlerin %42,9'unun cerrahi konsültan hekimle tartışmaya neden olacağını düşünerek uygulamamaya karar verdikleri saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Analjezik kullanmama sebebi olarak muayene bulgularını değiştirdiğini düşünen hekimlerin güncel bilgileri takip etmekte yetersiz kaldığı düşünülmüştür.

Yapılan bir çalışmada morfinin, akut apandisit fiziksel belirtilerini gizlemediği saptanmıştır (64). Yaptığımız çalışmada Akut apandisit tanısı alan hastalarda analjezik kullanım kararında, araştırma görevlilerinin %70,3'ünün kararsız kaldıkları, uzman

hekimlerin %44,6'sının kullanma düşüncesinde oldukları saptanmıştır. Fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Akut apandisit ön tanısı olan hastaları ağırlı izlemek yerine analjezik yapıp izlemek konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Onlarca yıldır bu analjeziklerin akut abdominal semptomları ve belirtilerini gizleyeceğine, tanıyı geciktireceğine ve cerrahlar tarafından kesin tanı konulana veya bir tedavi planı yapılanaya kadar mortaliteyi artıracığına inanılmıştır. Karın ağrısı ile başvuran hastaların analjezikler ile erken ağrı tedavisine halen yaygın olarak itiraz edilmekte ve acil hekimleri muayeneleri sırasında ve doğru teşhis koyabilmelerinde kendilerini engellenmiş hissetmektedir. Bununla birlikte, akut karın ağrısının erken dindirilmesine insanca tedavi itibarıyla daha fazla önem verilmelidir. Çeşitli çalışmalar, akut karın ağrısının tedavisinde analjeziklerin erken kullanımının ağrıyı dindirebileceğini ve teşhis ve tedavide hiçbir gecikme olmaksızın tanısal doğruluğu artırabileceğini göstermiştir.

En etkili tedavi protokollerini kurabilmek için daha fazla yüksek kalitede klinik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İncelemeye dahil edilen çalışmalar genel itibarıyla sorulara yeterli yanıt verebilecek düzeydedir, ancak farklı araştırma hedefleri, küçük örneklem boyutları, ve yetersiz randomizasyon gibi bazı metodolojik sorunlar gözlenmektedir. Bu nedenle, bundan sonra yapılacak çalışmalar ortak bir hedef yeterli bir örneklem boyut tahmini ve uygun bir randomizasyon gerektirmektedir.

Kanıtsal temellere dayanmayan yaklaşım bazı analjezi çalışma grupları tarafından irdelenmiş ve AAA'lı hastalarda analjezi kullanımının tanısal doğruluğa etki etmeksizin ağrıda belirgin bir azalma yarattığı sonuçlarına varılmıştır (52, 54).

Amerikan Acil Hekimleri Birliği 2000 yılında, hekimler tarafından ön değerlendirme yapıldıktan sonra abdominal ağrıyı dindirmek için analjeziklerin kullanılabilceğini belirtmiştir. Sağlık Araştırma ve Kalite Kurumu, tanı ve tedaviyi etkilemedikleri durumlara akut abdominal ağrı ile başa çıkmada analjeziklerin uygulanmasına onay vermiştir. Birçok çalışma, analjezik kullanımının morbiditeyi artırmadan abdominal ağrıyı azaltmada güvenli ve etkili olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmalar, yetişkin acil tıp ve yetişkin genel cerrahi uygulamalarını değiştirmiştir (64).

6. KISITLILIKLAR

1. Acil tıp gelişim sürecinde Türkiye’de akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımını inceleyen yeterli çalışma bulunmamaktadır.
2. Anket çalışmasında yeterli sayıda öğretim üyesine ulaşmakta zorluk çekilmiştir.
3. Asistan hekimlerin analjezik kullanma kararındaki farklılıkların öğretim üyesinden ya da uzman hekimden kaynaklandığına dair anlamlı istatistiksel farklar ortaya çıkmamıştır.

7. SONUÇLAR

1. Akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı acil tıp hekimleri arasında yıllara göre artış sağlamıştır.
2. Analjezik kullanımını etkileyen en önemli faktörler güncel yayınlardaki bilgileri takip edip etmeme ve cerrahi konsültan hekimle olabilecek tartışmadan çekinmektir.
3. Cerrahi konsültan hekim ile acil servis hekimleri arasında belirli bir protokol sağlanmalıdır.
4. Akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanımı kararı verildiğinde fentanil diğer ajanlara göre öne çıkmıştır.
5. Akut karın ağrılı hastalarda analjezik kullanma kararında Acil Tıp Asistanları ve Acil Tıp uzmanları arasında, üniversite acil tıp asistanları ile eğitim, araştırma hastaneleri acil tıp asistanları arasında fark saptanmıştır.
6. Akut karın ağrılı hastalarda analjezi kullanmama kararı hala bir tabudur.

8. KAYNAKLAR

1. American College of Emergency Physicians Clinical Policy: Critical issues for the initial evaluation and management of patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Ann Emergency Med* 36:406, 2000.
2. Boey J The acute abdomen, in Way L (ed): *Current-Surgical Diagnosis and Treatment* (ed 10). Norwalk CT, Appleton and Lange, 1994 pp. 441-452.
3. Galagher EJ. Gastrointestinal emergencies: acute Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. *A comprehensive Study Guide: Textbook of Emergency Medicine*, 6th edi. North Carolina: Mc Graw-Hill; 2004; 487-501.
4. LoVecchio F, Oster N, Sturmman K, Nelson LS, Flasher S. The use of analgesics in patients with acute abdominal pain *J Emerg Med* 1997; 15: 775-779.
5. Pace S, Burke TF. Intravenous morphine for early pain relief in patients with acute abdominal pain. *Acad Emerg Med* 1996; 3:1086-1092.
6. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992; 305: 554-556
7. Mackway-Jones K, Harrison M. Towards evidence based emergency medicine: analgesia and assessment of abdominal pain. *J Accid Emerg Med* 2000; 17: 128-129.
8. Brewster GS, Herbet ME, Hoffman JR. Medical myth: analgesia should not be given to patients with an acute abdomen because it obscures the diagnosis. *West J Med* 2000; 172: 209-210.
9. Thomas SH, Silen W. Effects on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *British Journal Surgery* 2003; 90: 5-6.
10. Manterola C, VialM, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011
11. Kiyani S, Kitapcioglu G, Aksay E, Ersel M, Ozsarac M, Yuruktumen A. "Views of Emergency Physicians Working at University Hospitals in Turkey Regarding Use of Analgesics in Patients with Acute Abdominal Pain and Factors Affecting the Use Of Analgesics". *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. DOI:10.5174 /tutfd. 2010.03404.3 2010

12. Ducharme J. Acute Pain Management in Adults. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, eds. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study. 7th ed: McGraw-Hill; 2011.
13. Wheeler E, Hardie T, Klemm P, Ibronke A, Schonewolf E, Scott J, et al. Level of Pain and Waiting Time in the Emergency Department. Pain Manag Nurs. 2010;11(2):108-114
14. Gallagher EJ. Acute abdominal pain. in: Emergency Medicine. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (Eds). A Comprehensive Study Guide 6th ed, New York: McGraw Hill, 2004: 487-501
15. Sabiston Textbook of Surgery – Modern Cerrahi Pratiğin Biyolojik Temeli Nobel Yayınevi 2010: 519-525
16. Doherty GM, Boey JH. The acute abdomen. Way LW, Doherty GM. Current surgical diagnosis & Treatment 2003: 503-516
17. Chowta K.W., Prijith P.D., Chowta M.N. Modes of Presentation of Acute Myocardial Infarction Indian J Crit Care Med Vol 9 Issue 3 2005:151-154
18. Tintinalli Acil Tıp 7. Baskı, kısım 7 Kardiyovasküler Hastalıklar, Bölüm 63; Aorta ve Büyük Arterlerin Anevrizması
19. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, et al: The Aneurysm Detection and Management Study Screening Program: validation cohort and final results. Arch Intern Med 160: 1425, 2000. [PMID: 10826454]
20. Hagan P, Nienaber C, Isselbacher EM, et al: The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. JAMA 283: 897, 2000. [PMID: 10685714]
21. Karnath B, Mileski W. Acute abdominal pain. Karnath B. Hospital Physician. 2002; 45-50
22. Doherty GM, Boey JH. The acute abdomen. In: Way L, Doherty GM, eds. Current Surgical Diagnosis and Treatment, 11th ed. LangeMedical Books/McGraw-Hill, New York. 2003; 503-516.
23. Gloor B and Reper HA. Gallstone pancreatitis. In: Current Surgical Therapy. Ed.by Cameron JL. Mosby Co. Sixth Ed.1998

24. Clinical policy critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 2010
25. Gürleyik E, Gürleyik G. Small bowel volvulus: A common cause of mechanical intestinal obstruction in our region. Eur J Surg 1998; 164: 51-55
26. Arıbal D. Akut Karın. Ankara Üniv. Genel Cerrahi Ders Notları. Ankara. 1998; 460-472
27. Arıoğul O. Safra Yolu Enfeksiyonları. Akut ve Toksik Kolanjit. Klinik Gelişim 2000; 13:73-77
28. Mayer KL, Ho HS, Frey CF. Acute pancreatitis. In: Current Surgical Therapy. Ed. By Cameron JL. Mosby Co. Sixty Ed. 1998
29. Ferguson CM. Acute appendicitis. Morris PJ, Wood WC. Oxford text book of surgery. Second Edition. New York. 2000: 1539-1543
30. Bass KN, Bulkley GB. Small bowel obstruction. İn John Cameron. Editor. Current Surgical Therapy: St Louis: Mosby, 1998;122-131
31. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, Edmonds HJ, Burger CD. Acute mesenteric ischemia. Arch Intern Med. 2004; 164: 1054-1062
32. Arnell TD, Stabile BE. Acute colonic diverticulitis. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. Proplems in General Surgery. 2002; 19: 109-120
33. Ireton R. Prostatitis and epididimitis. Urol Clin North Am. 1984; 11: 83-89
34. Krivak T, Propst A. Tubo-ovarian abscess. Principles of contemporary management. Fem Patient. 1997; 22: 27-32.
35. Ling FW, Stovall TG. Update on the management of ectopic pregnancy. Adv Obstet Gynecol. 1994; 1: 57-62.
36. Çevik Şebnem Eren Çevik, Onur Yeşil, Tuba Cimilli Öztürk, Özlem Güneysel Acil Serviste Akut Ağrı Tedavisinde Opioid Kullanımı Sakaryamj;2011(2):39-45

37. Miner JR, Paris PM, Yealy DM. Pain Management. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams JG, BarsanWG, Biros MH, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Vol 2. 7th ed: Saunders, An Imprint of Elsevier Inc.; 2010. p.2410-2428
38. Rose Miner JR, Paris PM, Yealy DM. Pain Management. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, Adams JG, BarsanWG, Biros MH, et al., eds. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. Vol 2. 7th ed: Saunders, An Imprint of Elsevier Inc.; 2010. p.2410-2428
39. Karcıoğlu Ö. Acil Serviste Girişimsel Sedasyon ve Analjezi. Klinik Gelişim. 2008; 21(4):10-21.
40. Kader Kader Keskinbora, İflık Aydınlı Atipik opioid analjezik: Tramadol Ağrı 18:1, 2006
41. Anesthesiology Clinics 25 (2007) 761–774
42. Klinik anesteziyoloji G.Edward Morgan, Maged S.Mikhail, Michael J.Murray 2008
43. FitzGerald GA. Coxibs and cardiovascular disease. N Engl J Med 2004;351:1709–11
44. Lim GH, Wee FC, Seow E. Pain management in the emergency department. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. 2006;13:38-45.
45. Zoltie N, Cust MP. Analgesia in the acute abdomen. Ann R Coll Surg 1986; 68: 209–210.
46. Garyfallou GT, Grillo A, O'Connor RE, Fulda GJ, Levine BJ. A controlled trial of fentanyl analgesia in emergency department patients with abdominal pain: can treatment obscure the diagnosis? Acad Emerg Med 1997; 4: 424 (Abstract).
47. Faruk GÜNGÖR, Mutlu KARTAL, Fırat BEKTAŞ, Secgin SÖYÜNCÜ, Özlem YİĞİT, Ayhan MESCI. Randomized controlled trial of morphine in elderly patients with acute abdominal pain. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2012;18 (5):397-404
48. H. OGUZTURK, D. OZGUR, M.G. TURTAY, C. KAYAALP, S. YILMAZ, M. DOGAN, E. PAMUKCU. Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief. European Review for Medical and Pharmacological Science. 2012; 16: 1983-1988

49. Emergency Care Evidence in Practice Series 2008 National Institute of Clinical Studies
Emergency Care Community of Practice
50. Camus-Kerebel C, Malledant Y, Joly A. Abdominal syndromes and analgesia. *Can Anesthesiol* 1996;44:335–9.
51. Thomas SH, Silen W. Effect on diagnostic efficiency of analgesia for undifferentiated abdominal pain. *British Journal of Surgery* 2003;90:5–9
52. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, Kumar AM, Stair TO. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196(1):18–31
53. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ* 1992;305(6853):554–556.
54. Kim MK, Galustyan S, Sato TT, Bergholte J, Hennes HM. Analgesia for Children With Acute Abdominal Pain: A Survey of Pediatric Emergency Physicians and Pediatric Surgeons. *Pediatrics* 2003;112:1122–26.
55. McHale PM, LoVecchio F. Narcotic analgesia in the acute abdomen--a review of prospective trials. *Eur J Emerg Med* 2001;8(2):131–136.
56. Gallagher EJ, Bijur PE, Latimer C, Silver W. Reliability and validity of a visual analog scale for acute abdominal pain in the ED. *Am J Emerg Med* 2002;20(4):287–290.
57. Stone R. Acute abdominal pain. *Lippincotts Primary Care Practice* 1998;2:341–357.
58. Ahn SH, Mayo-Smith WW, Murphy BL, Reinert SE, Cronan JJ. Acute nontraumatic abdominal pain in adult patients: Abdominal radiography compared with CT evaluation. *Radiology* 2002;225:159–164.
59. Mahler CW, Boermeester MA, Stoker J, Obertop H, Gouma DJ. Diagnostic modalities in diagnosis of adult patients with acute abdominal pain. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2004;11(148):2474–2480.
60. Thomas SH, Borczuk P, Shackelford J, Ostrander J, Silver D, Evans M, Stein J. Patient and physician agreement on abdominal pain severity and need for opioid analgesia. *Am J Emerg Med* 1999;17(6):586–590.

61. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Jan 19;(1):CD005660.
62. Ranji SR, Goldman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain?. *JAMA* 2006;296(14):1764–1774.
63. Graber MA, Ely JW, Clarke S, Kurtz S, Weir R. Informed consent and general surgeons' attitudes toward the use of pain medication in the acute abdomen. *Am J Emerg Med* 1999;17:113-6.
64. YUAN Yong, CHEN Jia-yong, GUO Hao, ZHANG Yi, LIANG Dao-ming, ZHOU Dong, ZHAO Hui and LIN. Feng Relief of abdominal pain by morphine without altering physical signs in acute appendicitis. *Chin Med J* 2010;123(2):142-145