



**T.C.
RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE NON-TRAVMATİK KARIN AĞRISIYLA BAŞVURAN
DOĞURGANLIK ÇAĞINDAKİ KADIN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR.ENES GÜLER**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR.ÖZLEM BİLİR**

RİZE-2020

TEŞEKKÜR

Acil tıp uzmanlık eğitimim süresince desteklerini benden esirgemeyen, bilgi, beceri ve tecrübelerinden faydalandığım bana hem abla, hem anne hem de bir eğitmen olan, aynı zamanda tez danışmanım olan kıymetli hocam Doç. Dr. Özlem BİLİR'e

Meslek hayatım içinde bilgilerinden faydalandığım birbirinden değerli hocalarım; Dr. Öğr. Üyesi Gökhan ERSUNAN, Dr. Öğr. Üyesi Özcan YAVAŞI ve Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALTUNTAŞ'a

İhtisasımda varlıklarını her daim yanımda hissettiğim bütün uzman abi ve ablalarım,

Bu yolda birlikte yürüdüğüm Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nın bütün asistanlarına,

Acil Tıp ihtisası içinde yolumun kesiştiği EMDATE ailesine,

Ekip ruhu kazanmama vesile olan birlikte çalıştığım tüm acil servis çalışanlarına,

Hayatlarını eğitimime adanarak nice fedakârlıklarla beni yetiştiren canım annem, canım babam, hayatı birlikte tanıdığım canım ablam ve canım kardeşime,

Varlığıyla her daim güç bulduğum, her kararında en büyük destekçim olan, hayat arkadaşım, yaşama sevincim, değerlim, sevgili eşim Elvan'a ve hayatımıza anlam katan, ilk gözağrım, canım oğlum Batu'ya

Çok teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

DR.ENES GÜLER
RİZE-2020

İÇİNDEKİLER

SAYFALAR

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	1
İÇİNDEKİLER	2
ÖZET.....	4
ABSTRACT.....	5
TABLolar ve ŞEKİLLER LİSTESİ.....	6
KISALTMALAR	8
1.GİRİŞ ve AMAÇ.....	9
2.GENEL BİLGİLER.....	10
2.1. Doğurganlık Çağı	10
2.2. Karın Anatomisi	11
2.3. Karın Ağrısının Değerlendirilmesi	12
2.3.1.Kadınlarda Karın Ağrısının Değerlendirilmesi	18
2.4. Karın Ağrısı Semptomları ve Fizik Muayene.....	22
2.4.1. İnspeksiyon.....	22
2.4.2.Oskültasyon.....	22
2.4.3. Perküsyon	23
2.4.4. Palpasyon	23
2.4.5. Rektal Muayene.....	23
2.4.6. Pelvik Muayene.....	24
2.5. Yardımcı Testler.....	24
2.5.1. Laboratuvar Testleri	24
2.5.2. Radyolojik Görüntülemeler	25
2.6. Karın Ağrısı Nedenleri	31
2.6.1.Üst Karın Ağrısı Nedenleri.....	31
2.6.2.Epigastrik Karın Ağrısı Nedenleri.....	33
2.6.3. Sol Üst Kadran Karın Ağrısı Nedenleri.....	34
2.6.4.Alt Karın Ağrısı Nedenleri	35
2.6.5. Yaygın Karın Ağrısı Nedenleri	36
2.6.6. Daha Nadir Karın Ağrısı Nedenleri	38
2.6.7. Karın Ağrısı Nedenleri-Özel Popülasyonlar	39
3.GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. İstatiksel Analiz Raporu	43

4. BULGULAR	44
4.1. Hastaların Hastaneye Yatırılma Durumlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları	53
4.2. Cerrahi Tedavi Varlığına Göre Karşılaştırma Sonuçları	64
4.3. Diğer Karşılaştırma Sonuçları	69
5. TARTIŞMA	72
6. SONUÇ	76
6.1. Limitasyonlar	76
Kaynakça.....	78



ÖZET

Amaç: Karın ağrısı acil servise sık başvuru nedenlerindedir. Etyolojik açıdan nedenleri çeşitliliğe sahip olduğundan acil servislerin artan hasta sayısı ile birlikte risk barındıran ölümcül karın ağrısı nedenlerinin erken dönemde tanınması da önemli hal almıştır. Burada doğurganlık çağında non-travmatik karın ağrısı sebebiyle başvuran hastalarda tanıları analiz etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi 11.03.2020 tarihli 2020/38 karar numarası Etik Kurul onayı ile prospektif, kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 11.03.2020-01.09.2020 tarihleri arasında non-travmatik karın ağrısıyla başvuran 18-50 yaş aralığındaki kadın hastalar aydınlatılmış onamla bilgilendirildi. Çalışmaya dâhil olmayı kabul eden hastaların vital bulguları, karın ağrısına eşlik eden şikâyetleri, anamnez bilgileri, fizik muayene bulguları, tanı aşamasında kullanılan tüm kan ve görüntüleme tetkikleri, tedavileri ve sonlanımları 30 günlük mortalite açısından analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya travmatik olmayan karın ağrısı olan 167 kadın hasta dahil edildi. Yaşları 18-48 arası olup yaş ortalaması 31 yıldır. Nontravmatik karın ağrısıyla acil servise başvuran hastaların en sık başvuru şikayeti % 41.3 oranında bulantı-kusma iken şikâyet süreleri 30 dk ile 60 gün arasında değişmekte olup ortalama şikâyet süresi 24 saat olarak bulunmuştur. Yapılan fizik muayenede en sık %74.9 oranında batında hassasiyet tespit edilmiştir. Hastaların tanılanması sırasında %95,2'sine kan, idrar ve gaita tetkiki; %61,7'sine ise ADBG, USG, MR veya BT görüntüleme tetkikleri istenmiş ve %24 oranında en sık üriner sistem enfeksiyonu tanısı konulmuştur.

Sonuç: Hastalarda fizyolojik değişikliklerin yanı sıra eşlik eden komorbid hastalık varlığı, geçirilmiş operasyon öyküsü sorgulanmalıdır. Doğru tanıya ulaşmada görüntüleme tetkikleri önemli bir yere sahip olduğu kadar, acil servis kalabalığı, yatış ve cerrahi tedavi açısından da önemlidir. Ancak tanıda kullanılan USG ve BT gibi görüntüleme yöntemlerinin fazla kullanılmasına neden olmaktadır. Bu çalışma sınırlı sayıda ve belirli bir yaş popülasyonunda yapıldığı için daha geniş ve daha spesifik hasta gruplarında prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Doğurganlık çağı, Kadın, Non-Travmatik Karın Ağrısı, Acil Tıp

ABSTRACT

Aim: Abdominal pain is one of the common reasons for emergency services. It has a wide variety of products. Since the etiological reasons are diverse, it has become important to recognize the causes of fatal abdominal pain in the early period with the increasing number of patients in emergency services. In this study, we aimed to analyze the diagnoses in patients presenting with non-traumatic abdominal pain in reproductive age.

Material and Methods: This study was planned as a prospective, cross-sectional study with the approval of the Ethics Committee, dated 11.03.2020, decision number 2020/38 by Medicine Faculty of the Recep Tayyip Erdogan University. Female patients between the ages of 18-50 who were admitted to the Recep Tayyip Erdogan University Medicine Faculty and Training Research Hospital Emergency Service between 11.03.2020-01.09.2020 with non-traumatic abdominal pain were informed with informed consent. The vital signs, abdominal pain accompanying complaints, anamnesis, physical examination findings, all blood and imaging tests used at the diagnosis stage, treatments and outcomes of the patients who accepted to be included in the study were analyzed in terms of 30-day mortality.

Findings: 167 female patients with non-traumatic abdominal pain were included in the study. Their age is between 18-48 and their average age is 31 years. While the most common complaint of patients presenting to the emergency department with nontraumatic abdominal pain was nausea and vomiting at a rate of 41.3%, the duration of complaints ranged from 30 minutes to 60 days, and the average complaint duration was found to be 24 hours. In the physical examination, the most common sensitivity was 74.9%. During the diagnosis of the patients, 95.2% of the patients had blood, urine and stool tests; for 61.7%, SDAG, USG, MRI or CT imaging tests were requested and the most common diagnosis of urinary tract infection was made in 24%.

Result: In addition to physiological changes, the presence of comorbid disease and previous operation history should be questioned. Imaging examinations have an important place in reaching the correct diagnosis, as well as in terms of emergency room crowd, hospitalization and surgical treatment. However, imaging methods such as USG and CT used in diagnosis are used excessively. In this study was conducted in a limited number and in a certain age population, prospective and randomized studies are needed in larger and more specific patient groups.

Keywords: Fertility Age, Female, Non-Traumatic Abdominal Pain, Emergency Medicine

TABLolar ve ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.Nüfus piramidi, 2007, 2019	10
Şekil 2. Karın Bölgelerinin dört kadranda şeklinde tanımlanması.....	11
Şekil 3. Hastaya Ayakta Çekilen Düz PA Radyografi	26
Şekil 4-A (solda) / B (Sağda)	27
Şekil 5. Ayakta Direkt Batın Grafisi	28
Şekil 6.Abdominal aortun ultrason muayenesi.....	29
Şekil 7.Ultrasonda görülen perikolekistik sıvı ile akut kolesistit	29
Şekil 8: Yaş ve Vital Bulguların Servise Yatış Durumuna Göre Dağılım.....	55
Şekil 9: Bazı Laboratuvar Parametrelerinin Hastaneye Yatış Durumuna Göre Dağılımı	61
Şekil 10: TİT Değerlerinin Hastaneye Yatış Durumuna Göre Dağılımı	62
Şekil 11: Yaş ve Vital Bulguların Cerrahi Tedavi Olma Durumuna Göre Dağılımı	66
Şekil 12: Cerrahi Tedavi * Servis.....	71

Tablo 1: İntraperitoneal Ve Retroperitoneal Organlar.....	12
Tablo 2: Sol Üst Kadran Karın Ağrısı Nedenleri	14
Tablo 3: Epigastrik Karın Ağrısı Nedenleri	14
Tablo 4: Sağ Üst Kadran Ağrısı Nedenleri.....	15
Tablo 5: Alt Kadran Karın Ağrısı Nedenleri	16
Tablo 6: Karın Ağrısının Daha Nadir Nedenleri	17
Tablo 7: Karın Ağrısı Diğer Nadir Nedenleri.....	16
Tablo 8: Ürogenital-Jinekolojik Nedenler	19
Tablo 9: Hamilelik İlişkili Nedenler.....	20
Tablo 10: Vasküler Nedenler	20
Tablo 11: Gastrointestinal Nedenler.....	20
Tablo 12: Üriner Sistem İlişkili Nedenler	21
Tablo 13: Kas-İskelet Sistem İlişkili Nedenler.....	21
Tablo 14: Psikiyatrik Nedenler.....	21
Tablo 15: Nörolojik Nedenler	21
Tablo 16: Diğer Nedenler.....	22
Tablo 17: İncelenen kadınların yaşı, şikayet süreleri ve şikayetleri	44
Tablo 18: İncelenen kadınların özgeçmiş ve soygeçmişleri	44
Tablo 19: İncelenen kadınların vital bulguları	45
Tablo 20: İncelenen kadınların fizik muayene bulguları.....	45
Tablo 21: İncelenen kadınların tetkik istenme durumu ve istenen tetkikler.....	46
Tablo 22: İncelenen hastaların Ön Tanı ve Tanı durumu.....	46
Tablo 23: İncelenen kadınların hemogram ve biyokimya sonuçları.....	47
Tablo 24: İncelenen kadınların β -HCG, tam idrar tetkiki, kardiyak markerlar, kanama parametreleri ve kan gazı sonuçları.....	48
Tablo 25: İncelenen kadınların gayta mikroskopisi ve gaytada gizli kan sonucu	49
Tablo 26: İncelenen kadınların hastanede yatma durumu ve yatanların yattığı servis ile operasyon geçirme durumu.....	49

Tablo 27: Sürekli Verilere Ait Genel Tanımlayıcı İstatistikler	49
Tablo 28: Kategorik Verilere Ait Genel Tanımlayıcı İstatistikler	51
Tablo 29: Hastaların Demografik Özellikleri ve Vital Bulgularının Hastaneye Yatış Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları	53
Tablo 30: Hastaların Hemogram ve Biyokimya bulgularının” “Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre” Karşılaştırma Sonuçları	55
Tablo 31: “Hastaların Bazı Laboratuvar Parametrelerinin” “Hastaneye Yatışa Göre” Karşılaştırma Sonuçları	59
Tablo 32: “Hastaların TİT Sonuçlarının” “Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre” Karşılaştırma Sonuçları	61
Tablo 33: Hastaneye Yatış ve Başvuru Semptomları Arasındaki İlişki ve Dağılımı	63
Tablo 34: “Hastaların Demografik özellikleri ve Vital bulgularının” “Cerrahi Tedavi varlığına göre” karşılaştırma sonuçları.....	64
Tablo 35: “Hastaların Hemogram ve Biyokimya Bulgularının” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları	66
Tablo 36: “Hastaların Bazı Kan Değerlerinin” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları	67
Tablo 37: “Hastaların TİT Sonuçlarının” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları	68
Tablo 38: “ Cerrahi Tedavi Varlığı ” ile “ Kategorik Değişkenlerin ” İlişkisi ve Dağılımı	68
Tablo 39: “Tanı” ile “Ön Tanı” Arasındaki Dağılım ve İlişki.....	69
Tablo 40: Bazı Değişkenlerin Alt Kategorilere Dağılımlarının İlişkisi.....	70

KISALTMALAR

- AAA:** Abdominal Aort Anevrizması
AC: Akciğer
ACE: Anjiyotensin Converting Enzim
AGE: Akut Gastroenterit
AKA: Akut Karın Ağrısı
AMI: Akut Miyokard İnfarktüsü
BA: Baz Açığı
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CBC: Tam Kan Sayımı
DKB: Diyastolik Kan basıncı
FMF: Ailesel Akdeniz Ateşi
GİS: Gastrointestinal Sistem
GÖR: Gastroözefageal Reflü
hCG: İnsan Koryonik Gonadotropin
İBS: İrritabl Bağırsak Sendromu
İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu
KAH: Koroner Arter Sendrom
IASP: International Association For The Study Of Pain
MI: Myokard Enfarktüsü
NSAİ: Non Steroid Anti İnflamatuar
OAB: Ortalama Arteryal Basınç
PA: Postero-Anterior
PIH: Pelvik İnflamatuar Hastalık
SKB: Sistolik Kan Basıncı
SMA: Süperior Mezenter Arter
So2: Periferik Oksijen Satürasyonu
SS: Solunum Sayısı
TNF: Tümör Nekroz Faktör
TOA: Tubo Ovaryan Abse
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
US: Ultrasonografi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Karın ağrısı, tüm yaş grupları için acil servis başvurunun %10-15'ini oluştururken %40'luk kısmı doğurganlık çağındaki kadın hastalardır (1).

Birçok vakada ayırıcı tanının geniş bir yelpazede yer alması acil hekimleri için tanısal zorluklara neden olur. Etyolojide medikal, cerrahi, intraabdominal veya ekstraabdominal nedenler yer almaktadır. Özellikle yaşlı, immüsuprese ve doğurganlık çağındaki kadın hastalarda spesifik olmayan başvuru şikayetleri ve asemptomatik durumlar tanı koymayı zorlaştırabilir (2, 3).

Karın ağrısının genellikle spesifik olmayan birçok semptomla birlikte olması tanı da karmaşaya neden olur (4). Acil hekimleri karın ağrısıyla başvuran hastalardan hangisinin önemli ve ciddi olduklarını anlayıp, hangi durumlarda ileri tetkik, tedavi ve ilgili uzman görüşü alması gerektiğini bilmelidir.

Tanı yönteminin temel basamakları olan öykü ve fizik muayene doğurganlık çağındaki kadın hastalarda yeterli olmayabilir. Ölümcül seyredebilecek durumlarda erken dönemde tanı koymak önemlidir. Sadece fizik muayene ile birçok hastalık atlanabileceği için bu özellikli popülasyonda hastalarda hangi şikayetlerin daha sık görüldüğü, hastaların sonlanım ve mortalitesinde hangi tanılarının daha çok gözleendiğinin de bilinmesi gerekmektedir.

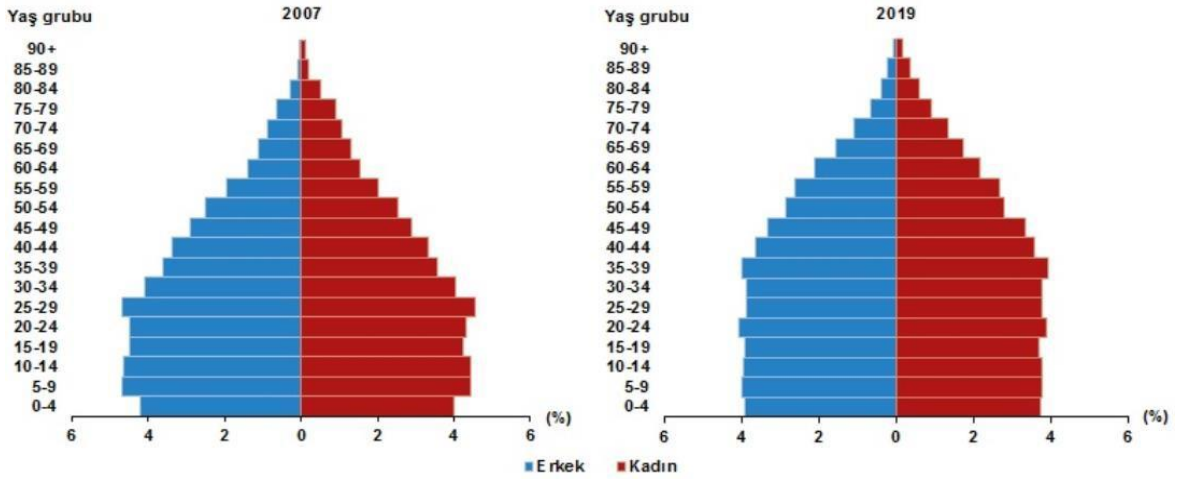
Bu çalışmada acil servise travma dışı nedenlerle başvuran doğurganlık çağındaki karın ağrısı olan kadın hastaları değerlendirerek, bu özellikli popülasyonu daha iyi analiz etmek, tanı ve tedavi noktasında daha iyi sonuçlara ulaşmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğurganlık Çağı

Doğurganlık çağı, kadınlardaki yumurtanın erkekten gelen sperm ile döllenebildiği ve hamile kalabildiği dönemdir. Doğurganlık dönemi kişiden kişiye değişebilir. Başlangıcı, puberte kanamalarının başladığı zamanken sonu ise kadının menapoza girdiği yaş olarak kabul edilir. Doğurganlık yaş aralığı ülkemizde sağlık bakanlığı tarafından 15-49 yaşlar olarak belirlenmiştir (5).

Ülkemizdeki nüfus Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre her geçen yıl artmaktadır. Bu artış son iki yıl için %2.9 olarak belirlenmiştir (6). Türkiye'nin 2007 ve 2019 yılı nüfus piramitleri karşılaştırıldığında, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalmaya bağlı olarak, yaşlı nüfusun arttığı ve ortanca yaşın yükseldiği görülmektedir. Doğurganlık hızındaki azalma ve ortanca yaş dilimindeki artış **Şekil-1**'de yer almaktadır.



Şekil 1. Nüfus piramidi, 2007, 2019

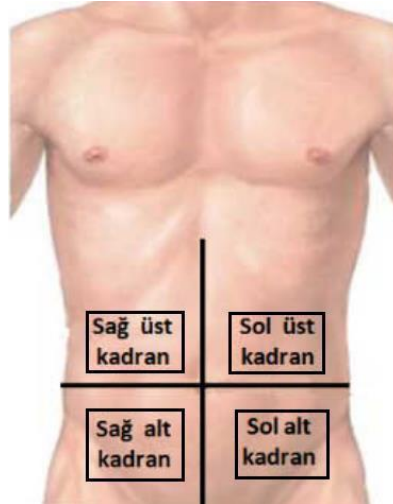
Akut karın ağrısı (AKA) travmatik nedenden kaynaklanmayan 5 günden daha kısa süredir var olan ağrı 5 günden daha uzun süren karın ağrıları ise kronik ağrılar olarak kabul edilir. Doğurganlık çağındaki kadın hastalarda etyolojide en sık pelvik, gastrointestinal, ürolojik ve jinekolojik sistem kaynaklı patolojiler yer alır.

2.2. Karın Anatomisi

Karın duvarı, altında birçok organın yer aldığı, kan akışıyla inerve olan birçok katmandan oluşur. Karın duvarı katmanları cilt, yüzeysel faysa ve kaslardır. Karın duvarının anatomik düzlemleri, iç organları korur, vücudun gövdesine güç ve stabilite sağlar. Koruyucu tabaka oluşturmak için birbiri içinden geçen ve birleştiren çok sayıda kas ve fasyal tabakadan oluşur.

Bu anatomi karının farklı topografik bölgelerine göre değişir; bu nedenle, bu katmanların, kan akışının ve innervasyonlarının tam olarak anlaşılması, seçilecek cerrahi yönetim için de gereklidir. Karın boşluğu, vücuttaki en büyük boşluktur. Sternumun ksifoid proçesi ve 7-10. kaburgaların kırıldıkları ile kraniyal olarak; anterior ilium ve pelvisin pubik kemiği ile kaudal; karın duvarı kas sistemi ile anterior ve L1-L5 vertebraları tarafından da posterior olarak bağlanır (7).

Karın bölgelerinin tanımlanması için en sık kullanılan ve yaygın olarak kabul edilen sistem, umbilicustan sağ-sol / üst-alt şeklinde dikey ve yatay hayali çizgiler çekilerek 4 çeyrek kadrana ayrılmasıdır. (Şekil-2)



Şekil 2. Karın Bölgelerinin dört kadrana şeklinde tanımlanması

Karın duvarı üst sınırı kaburga kenarları ve ksifoid çıkıntı, altta pelvisin üst kenarı ve arkada kolumna vertebralis tarafından oluşur. Periton karın içerisinde faysa ve kas tabaka

altında yer alan, karın duvarı boşluğunu döşeyen, vasküler ve lenfatik kapiller açısından zengin bir ağa sahip karının en iç tabakasıdır (8).

İntraperitoneal ve Retroperitoneal alanda çok sayıda organ yer almaktadır.
(**Tablo-1**)

Tablo 1: İntraperitoneal Ve Retroperitoneal Organlar

<u>İntraperitoneal Organlar:</u>	<u>Retroperitoneal Organlar:</u>
<ul style="list-style-type: none">• Mide• Apendiks• Karaciğer• Dalak• İnce Bağırsaklar• Pankreas kuyruk kısmı• Transvers kolon• Üst 1/3 rektum• Duodenum 1.kıta• Safra kesesi	<ul style="list-style-type: none">• Aort• İnférieur vena kava• Böbreküstü bezler• Duodenum (1.kıta hariç)• Kuyruk kısmı hariç pankreas• Üreter• Mesane• İnen ve Çıkan Kolon• Böbrekler• Alt 1/3 rektum

Periton boşluğu erkeklerde dış ortama tamamen kapalıyken, kadınlarda ise tuba uterinler aracılığıyla dış ortama açılır.

2.3. Karın Ağrısının Değerlendirilmesi

Karın ağrısı acil klinisyenleri için tanısal zorluk oluşturmaya devam etmektedir. Birçok durumda ayırıcı tanı geniştir ve çok basit bir nedenden hayatı tehdit eden bir nedene kadar değişebilir.

Gelişmiş tanısal modalitelere rağmen acil servise başvuran hastaların %35-40'ı tanı konularak hastaneye yatış, takip ve tedavi edilirken, acil servisten taburcu edilen hastaların %25'ni tanı konulamayan non spesifik karın ağrıları oluşturur (9-11). Non spesifik karın

ağrısı tanısıyla taburcu edilen hastaların %80'inin ağrısı taburculuktan sonraki 2 hafta içinde normale döner (12). Karın ağrısı hastalıkları yaşlılarda gençlere göre 6-8 kat daha mortal seyreder (13).

Sıklıkla benign veya kendini sınırlayan etyolojiler ön planda düşünülürken, değerlendirmenin asıl amacı acil müdahale gerektirecek ciddi etyolojisi olan hastaları tanımlamak olmalıdır. Anamnez ve iyi bir fizik muayene, ayırıcı tanısında yol göstericidir ve tetkikler tanıda yardımcı olacaktır. Karın ağrısı olan hastanın öyküsü, ağrının akut veya kronik olup olmadığını ve ağrıyla ilişkili semptomların açıklanmasını olanak sağlar.

Karın ağrısının farklı nedenlerini teşhis etmede öykü ve fizik muayenenin duyarlılık ve özgüllüğü düşüktür (14). Bununla birlikte karın ağrısının (akut apendisit gibi) önemli sebeplerinde öykü ve fizik muayene kombinasyonu daha doğru sonuçlar vermiştir (15,16). Ağrı süresine göre ise akut ve kronik kategorilerde değerlendirilir. Ancak ayırıcı tanıyı kesin olarak sınıflandıracak süre yoktur. Kronik karın ağrısı olan hastalar, kronik bir problemin akut alevlenmesi veya yeni ilgisiz bir sorunla da başvurabilir.

Hastaneye gelecek kadar kötüleşen karın ağrısına kadar geçen ve birkaç günden daha kısa süren ağrılar akut ağrılar olarak kabul edilirken aylar ve yıllardır süren, güvenli olarak kabul edilen ağrılar ise kronik ağrı olarak nitelendirilir (17).

Ağrı lokasyona, zamana, ciddiyetine, artırıcı ya da azaltıcı faktörlere ve ilişkili semptomlara göre karakterize edilmelidir. Hastanın tekrarlayan veya benzer ağrı ataklarına sahip olup olmadığını bilmek ayırıcı tanı aralığını daraltacağı için önemlidir.

Karın ağrısının lokasyonu, farklı ağrı sendromlarının tipik olarak karakteristik yerlere sahip olması ayırıcı tanı için yardımcı olur. **(Tablo-2)** Örneğin karaciğer ve biliyer sistem ağrıları sağ üst kadranda yerleşim gösterirken sırt ve epigastriuma yayılım gösterebilir. Karaciğer ağrısı ise sadece karaciğer kapsülü gerilimine bağlı olduğu için sağ üst kadranda yerleşim gösterir. Ağrı radyasyonu (yayılmı) da önemlidir; pankreatit ağrısı klasik olarak sırta yayılım gösterirken renal kolik ağrısı ise kasıklara doğru yayılır.

Ağrının sıklığı, başlangıcı, süresini bilmek yararlıdır. Pankreas ağrısı sürekli ve kademeli iken; perforasyon ve buna bağlı gelişen peritonit aniden başlar ve giderek şiddetlenir. Ağrının şiddeti ise genellikle durumun ciddiyetini gösterir. Örneğin biliyer, renal kolik ve akut mezenter iskemi ağrısı şiddetlidir; ancak gastroenterite bağlı ağrılar daha hafiftir. Yaş ve genel sağlık durumu da hastanın klinik prezentasyonunu etkileyebilir. Kortikosteroid alan bir hastada ağrı önemli ölçüde maskelenir. Yaşlı hastalarda ise ağrı daha az hissedilir.

Lokalizasyonlarına Göre Karın Ağrısı Nedenleri:

Tablo 2: Sol Üst Kadran Karın Ağrısı Nedenleri

Sol Üst Kadran	Klinik Özellikler	Yorumlar
Splenomegali	Yemek sonrası sol üst kadran, sol omuz ağrısı	Çoklu etyoloji
Splenik İnfarkt	Şiddetli sol üst kadran ağrısı	Atipik sunumlar yaygın. Altta yatan çeşitli durumlarla ilişkilidir. (örn. Hiperkoagülabilitate durumu, atriyal fibrilasyon ve splenomegali).
Splenik Abse	Ateş ve sol üst kadran hassasiyeti	Yaygın değildir. Dalak infarktı ile ilişkili olabilir.
Splenik Rüptür	Sol göğüs veya sol omuz ağrısı ve inspirasyonla artan sol üst kadran ağrısı	Çoğunlukla travma ile ilişkilidir.

Tablo 3: Epigastrik Karın Ağrısı Nedenleri

Epigastrik	Klinik Özellikler	Yorumlar
Akut Myokard İnfarktüsü (AMI)	Nefes darlığı ve eforla ilişkili olabilir.	Özellikle koroner arter hastalığı için risk faktörleri olan hastalarda düşünülür.
Akut Pankreatit	Bele doğru yayılan, akut başlangıçlı ve üst kadran ağrısı	
Kronik Pankreatit	Arkaya yayılan epigastrik ağrı	Pankreas yetmezliği ile ilişkilidir.
Peptik Ülser	Epigastrik ağrı veya rahatsızlık en	Bazen rahatsızlık tek tarafa

	belirgin semptomudur.	yerleşir.
Gastroözefagal Reflü	Mide yanması, rejürjitasyon ve yutma güçlüğü ile ilişkilidir.	
Gastrit	Karın ağrısı, mide yanması, bulantı, kusma ve hematemez ile ilişkilidir.	Alkol ve Non steroid inflamatuvar ilaçlar (NSAİ) dahil olmak üzere çeşitli etyolojik nedenler vardır.
Dispepsi	Postprandiyal dolgunluk, erken doygunluk, epigastrik ağrı veya yanma.	Hastalarda yapısal hastalık kanıtı yoktur.
Gastroparezi	Bulantı, kusma, karın ağrısı, erken tokluk, postprandiyal dolgunluk ve şişkinlik.	Çoğu neden idiyopatik, diyabetik veya cerrahi sonrasındır.

Tablo 4: Sağ Üst Kadran Ağrısı Nedenleri

Sağ Üst Kadran	Klinik Özellikler	Yorumlar
Biliyer		
Biliyer Kolik	Sağ üst kadranda veya epigastriumda yoğun ve rahatsız edici ağrı. Bulantı, kusma ve terlemeyle ilişkilidir. Genellikle 30 dk sürer ve 1 saat içinde yayılır. Batın muayenesi rahattır.	Hastalar genellikle iyi görünürler.
Akut Kolesistit	Uzun süreli (>4 ila 6 saat) sağ üst kadran ve epigastrik ağrı, ateş olur. Hastalarda defans ve Murphy bulgusu pozitifdir.	
Akut Kolanjit	Ateş, sarılık, sağ üst kadran ağrısı	Yaşlı yetişkinlerde veya immunsuprese hastalarda atipik prezentasyonlar olabilir.
Oddi Sifinkter Disfonksiyon	Diğer biliyer ağrılara benzer sağ üst kadran ağrısı.	Belirgin nedenleri olmayan biliyer tip ağrı
Hepatik		
Akut Hepatit	Yorgunluk, halsizlik, bulantı, kusma ve anoreksiya ile birlikte olan sağ üst kadran ağrısı. Hastalarda sarılık, koyu renkli idrar ve açık renkli dışkı da olabilir.	Etiyolojilerin çeşitliliği arasında hepatit A, alkol ve ilaca bağlı olarak bulunur.

Karaciğer Absesi	Ateş ve karın ağrısı en sık görülen semptomlardır.	Risk faktörleri diyabet, altta yatan hepatobiliyer veya pankreas hastalığı veya karaciğer naklidir.
Perihepatit (Fitz-Hugh-Curtis sendromu)	Sağ omuza da yansıyabilen plöretik karakterli sağ üst kadran ağrısı	Aminotransferazlar genellikle normaldir veya hafif yüksektir.
Budd-Chiari sendromu	Semptomlar ateş, karın ağrısı, karın şişliği (asit kaynaklı), alt ekstremitte ödemi, sarılık, gastrointestinal kanama ve / veya hepatik ensefalopatiji içerir.	Çeşitli nedenler.
Portal ven trombozu	Semptomlar karın ağrısı, dispepsi veya gastrointestinal kanamayı içerir.	Klinik belirtiler, obstrüksiyonun derecesine ve gelişme hızına bağlıdır. En sık siroz ile ilişkilidir.

Tablo 5: Alt Kadran Karın Ağrısı Nedenleri

Alt Kadran	Lokasyon	Klinik Özellikler	Yorumlar
Apendisit	Genellikle sağ alt kadran	Başlangıçta sağ alt kadrana yayılan periumbilikal ağrı. Anoreksi, bulantı ve kusma ile ilişkilidir.	Ara sıra hastalar epigastrik veya genel karın ağrısı ile başvurur.
Divertikülit	Genellikle sol alt kadran	Ağrı genellikle sabittir ve birkaç gün devam eder. Mide bulantısı ve kusmayla ilişkili olabilir.	Klinik görünüm, altta yatan inflamatuvar sürecin ciddiyetine ve komplikasyonların olup olmadığına bağlıdır.
Nefrolityazis	Her iki yanda	Ağrı en yaygın semptom, hafiften şiddetliye değişir. Genellikle yan ağrısı, ancak sırt veya karın ağrısı olabilir.	Taş renal pelvisten üretere geçerken semptomlara neden olur.
Pyelonefrit	Her iki yanda	Dizüri, sık idrara çıkma, hematüri, ateş, titreme, yan ağrısı ve kostovertebral açı hassasiyeti ile ilişkilidir.	
Akut Üriner Retansiyon	Suprapubik	Alt karın ağrısı ve rahatsızlık ile kendini gösterir; idrara çıkamama	
Sistit	Suprapubik	Dizüri, sık idrara çıkma ve hematüri ile ilişkili.	
İnfeksiyöz Kolit	Her iki yanda	Başlıca semptom olarak ishal, ancak şiddetli olabilen buna bağlı karın ağrısı da olabilir.	Clostridioides (eski adıyla Clostridium) difficile enfeksiyonu olan hastalar, perforasyon ve fulminan

			kolit durumunda akut karın ve peritoneal belirtilerle kendini gösterebilir.
--	--	--	---

Tablo 6: Karın Ağrısının Daha Nadir Nedenleri

Abdominal Aort Anevrizması
Abdominal Kompartman Sendromu
Abdominal Migren
Akut İntermitan Porfiri
Anjiyoödem (kalıtsal veya anjiyotensin dönüştürücü enzim [ACE] inhibitörü ile ilgili)
Çölyak Arter Kompresyon Sendrom
Kronik Abdominal Duvar Ağrısı
Kolonik Psödoobstrüksiyon (akut veya kronik)
Eozinofilik Gastroenterit
Epiploik Apendisit
Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF)
Helmintik Enfeksiyonlar
Herpes Zoster
Hiperkalsemi
Hipotirodizim
Kurşun Zehirlenmesi
Meckel Divertikülü
Narkotik Bağırsak Sendromu
Paroksizmal Noktürnal Hemoglobinüri

Tablo 7: Karın Ağrısı Diğer Nadir Nedenleri

Psödoapendisit
Pulmoner Etyolojiler
Rektus Kılıf Hematomu
Renal İnfarkt
Kaburga Ağrısı
Sklerozan Mezenterit
Somatizasyon
Gezici Dalak

Ağrıyı neyin tetiklediğini ya da hafiflettiğini tespit etmek ayırıcı tanı aralığını daraltır. Kronik mezenter iskeminin neden olduğu ağrı genellikle yemekten sonraki bir saatte başlarken, duodenal ülser ağrısı yemek yerken hafifleyebilir ve yemekten sonraki birkaç saatte tekrarlayabilir. Pankreatitin ağrısı klasik olarak oturarak ve öne eğilerek hafifler. Peritonit ağrısı hareketle artabilir. Karın ağrısı ile ilgili olarak ortaya çıkan semptomlar önemli bilgiler verebilir.

Gastrointestinal semptomlarla ilişkili olarak bulantı, kusma, ishal, kabızlık, hematokezya, melena ve dışkıdaki değişiklikler sorgulanmalıdır. Sağ üst kadranda ağrısıyla gelen karaciğer hastalığından şüphelenilen hastada sarılık, idrar ve dışkı rengi sorgulanır.

Dizüri, sık idrara çıkma, hematüri gibi şikâyetlerle gelen karın ağrılı hastada genitoüriner sisteme ait patolojilerde karın ağrısı olma olasılığı yüksektir. Ateş, titreme, halsizlik, kilo kaybı ve anoreksi gibi semptomlar malignite veya inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi sistematik hastalıklarla ilgili olabilir. Öksürük, ortopne, nefes darlığı ve efor dipnesi gibi semptomlar kardiyak ve pulmoner patolojileri düşündürür. Ortostatik hipotansiyon şokun erken evresi veya adrenal yetmezlikle ilişkili olabilir. Diyabetik ketoasidoz hastaları da karın ağrısıyla gelebilir, bu hastalarda poliüri ve dehidratasyon bulguları da beklenir.

2.3.1. Kadınlarda Karın Ağrısının Değerlendirilmesi

Karın ağrısıyla başvuran kadın hastalarda cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve pelvik inflamatuvar hastalık risklerinin olması ihtimaline yönelik olarak anamnezde spesifik sorular sorulmalıdır. Premenopozal kadınlarda son menstrüal dönemleri, son normal menstrüal dönemleri, önceki menstrüal dönemleri ve oral kontraseptif ilaç kullanımı gibi durumlar sorgulanmalıdır. Üreme çağındaki kadınların üçte birinden fazlası non-menstrüel dönemlerde bir kez de olsa pelvik ağrı yaşarlar. Çoğu akut pelvik ağrı üreme, idrar veya gastrointestinal sistem bozukluklarından kaynaklanırken, kas iskelet sistemi, vasküler ve nörolojik süreçlerin anormallikleri de neden olabilir. Hamile kadınlarda pelvik ağrı nedenleri ve tedavisi önemli ölçüde değişkenlik gösterir, bu nedenle pelvik ağrısı olan kadınlarda hamileliği dışlamak oldukça önemlidir. Pelvik ağrılar genellikle karın ağrısıyla birlikte görülür. Hayatı tehdit edebilecek süreçler hızlı bir şekilde teşhis ve tedavi edilmelidir.

Ektopik gebelik, over kist rüptürü, over torsiyonu, pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), tubaovaryan abse (TOA) ve uterus rüptürü kadınlarda hayatı tehdit eden en yaygın jinekolojik patolojilerdir (18). Uterus rüptürü gebe olmayan kadınlarda nadirdir. Ektopik gebelik ve over kistlerinin rüptürü halinde kontrolsüz intraperitoneal kanamaya neden olabilir. Over fonksiyonunu korumak için over torsiyonunun hızlı bir şekilde teşhis edilmesi ve düzeltilmelidir (19). Hem PIH hem de ciddi TOA durumu, akut sepsise ve uzun süreli infertiliteye neden olabilir (20). Hamile olmayan kadınlarda uterus rüptürü görülebilir, ancak bu nadirdir (21,22).

Apendisit ve divertikülit, bağırsak perforasyonu ve sepsise neden olabilen, hayatı tehdit eden gastrointestinal sorunlardır. Üreter obstrüksiyonu (böbrek taşı, cerrahi nedenler, vb.) ve komplike idrar yolu enfeksiyonları (İYE) teşhis ve tedavi edilmezse hem renal hasara hem de sepsise neden olarak hayatı tehdit eden üriner sistem sorunlarıdır. Kadın pelvis bölgesinde uterus, overler, fallop tüpleri, vajina, mesane, ureterler, sigmoid kolon, rektum ve bunlara bağlı vasküler, kas iskelet ve nörolojik sistemler yer alır. Bunlardaki patolojilere bağlı akut pelvik ağrılar olabilir. Pelvis içinde yer alan visseral (organlar) ve somatik (kaslar, fasya) sistemler arasındaki nöral çapraz geçişler nedeniyle çeşitli patolojilerin ağrıları birbirine benzeyebilir. Bu durum kadın hastalarda doğurganlık çağındaki kadın hastaların kesin klinik tanı almasını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden başlangıçtaki ayırıcı tanıları oldukça geniştir. (**Tablo 7**)

Tablo 8: Ürogenital-Jinekolojik Nedenler

Pelvik İnflamatuvar Hastalık
Endometrit
Salfenjit
Tubo Ovaryan Abse (TOA)
Dismenore
Over Kisti
Endometriyozis
Uterus Leiomyom (fibroid)
Adenomyozis
Mittelschmerz (orta döngü yumurtlama ağrısı)
Adneksiyal Torsiyon (yumurtalık ve / veya fallop tüpü)

Over Hiperstimülasyon Sendromu
Endosalpinjiozis
Uterus perforasyonu (uterus cerrahisi geçirmiş kadınlarda)
Asherman sendromu
Neoplazma

Tablo 9: Hamilelik İlişkili Nedenler

Düşük Tehdidi
Ektopik Gebelik
Korpus Luteum Hematomu
Eksik Kürtaj
Septik Kürtaj
Uterus Sıkışması
Erken Doğum
Koryoamniyonit
Plasental Abrupsyon
Dejenere Uterus Leiomyom (fibroid)
Over Ven Trombozu
Endometrit

Tablo 10: Vasküler Nedenler

Abdominal Aort Anevrizması ve Disseksiyonu
Orak Hücre Hastalığı Krizi
Septik Pelvik Tromboflebit
Over Ven Trombozu
Pelvik Konjesyon Sendromu

Tablo 11: Gastrointestinal Nedenler

Apandisit
İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS)
Divertikülit
Enflamatuvar Barsak Hastalığı

Kabızlık
Gastroenterit
Mezenterik Lenfadenit
Abdominopelvik Adezyonlar
Bağırsak Obstrüksiyonu
İnkarsere veya Strongüle Herni
İskemik Bağırsak
Hirschsprung Hastalığı [23]
İntussussepsiyon [24]
Meckel Divertikülü [25]
Volvulus [26]

Tablo 12: Üriner Sistem İlişkili Nedenler

Sistit
Pyelonefrit
Ağrılı Mesane Sendromu
Böbrek Taşı
Üriner Retansiyon
Malignite (mesane kanseri)

Tablo 13: Kas-İskelet Sistem İlişkili Nedenler

Kas Gerginliği veya Burkulması
Karın Duvarı Hematomu veya Enfeksiyonu
Herni (İnguinal veya Femoral)
Pelvik Fraktür
Kas-Fasya Ağrısı

Tablo 14: Psikiyatrik Nedenler

Depresyon
Somatizasyon Bozukluğu

Tablo 15: Nörolojik Nedenler

Herpes Zoster

Abdominal Epilepsi [27]
Abdominal Migren [28]

Tablo 16: Diğer Nedenler

Ailesel Akdeniz Ateşi
Porfiri [29]
Kurşun Zehirlenmesi
TNF Reseptörüne Bağlı Periyodik Sendrom

2.4. Karın Ağrısı Semptomları ve Fizik Muayene

Tüm hastalarda vital bulgulara bakılmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Detaylı fizik muayene anamneze göre şekillenmelidir. Anstabil vital bulgular, hastanın derhal değerlendirilmesi için önemli bir göstergedir.

Karın fizik muayenesi inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyonu içerir. Psikojenik karın ağrısından şüphelenilen hastalarda hastanın dikkatinin dağıldığı anda fizik muayene yapılması önemlidir.

2.4.1. İnspeksiyon

Genel görünüm, konfor veya rahatsızlık seviyeleri not edilmelidir. Karın muayenesi sırasında hastaların pozisyonları da dikkatle gözlenmelidir. Peritonit tanılı hastalar stabil bir şekilde immobil durmaya çalışırlarken safra veya böbrek kaynaklı kolik hastalar acı içinde kıvrılır pozisyonda görülürler. Ekimoz, döküntü, ameliyat skarları gibi inspeksiyon bulguları açısından bakılmalıdır.

2.4.2. Oskültasyon

Karında oskültasyon bağırsak seslerini dinlemek için yapılmalıdır. Oskültasyon özellikle ileus saptanmasında yararlı bir fizik muayene aracıdır (30,31). Anormal bağırsak sesleri ince bağırsak tıkanıklığı ile gelen akut karın ağrılı hastalarda oldukça prediktiftir.

Anormal derecede aktif, yüksek perdeli bağırsak sesleri erken bağırsak tıkanıklığının bir belirtisi iken, splenik enfarktı olan hastalarda sürtünme sesi gibi ses duyulabilir.

2.4.3. Perküsyon

Perküsyon muayenesine palpasyona göre daha nazik manipülasyonlarla başlanır. Peritonitli hastalarda hafif perküsyonla ağrı olacaktır. Perküsyon ayrıca asit ve hepatomegaliyi tanımlamak için kullanılır. İçi boş bağırsaklarda timpanik ses, içi dolu organlarda ise mat ses alınır. Matitenin değişmesi asit tanısı için güvenilir ve oldukça doğru bir işarettir.

2.4.4. Palpasyon

Palpasyon karın hassasiyetini değerlendirmek, hepato-splenomegali gibi organ büyümelerini saptamak ve kitle tespiti amacıyla yapılır. Palpasyon muayenesine hastanın ağrısının en az olduğu kadrardan başlanır. Rebound veya defans peritoneal inflamasyonun önemli ve erken bir belirtisidir. Renal kolik veya pankreatit gibi daha derin ağrı kaynaklı durumlarda genellikle rebound bulgusu yoktur. Rebound hassasiyeti peritoniti yansıtabilir. Palpasyona başlandığında rebound ve hassasiyet varsa nazik ve yavaş manipülasyonlarla dokunurken, rebound ve hassasiyet yoksa daha derin palpasyonla muayene yapılmalıdır.

Hasta kas, sinir hasarı ve fitik açısından muayene edilmelidir. Dermatomal dağılımlarda ağrı ve hiperestezi olması herpes zoster ve sinir kökü basıları, sıkışmaları gibi durumların belirtisi olabilir. Karın duvarı patolojileri palpasyonla veya hasta karın kaslarını kullanırken duyduğu ağrıya dikkat edilerek bulunabilir.

2.4.5. Rektal Muayene

Karın ağrısı olan hastaların çoğunda rektal muayene yapılmalıdır. Fekaloid, tıkanıklık belirtileri ve semptomlarının açıklaması olabilirken, rektal muayenede hassasiyet

retroçekal apandisitli bir hastada tek anormal bulgu olabilir. Bununla birlikte, lokalize üst karın ağrısı (örn. sağ üst kadrın ağrısı) veya gastrointestinal olmayan bir nedenden (örn. sistit) kaynaklanabilecek karın ağrısı olan bazı hastalar rektal muayene gerektirmeyebilir.

2.4.6. Pelvik Muayene

Pelvik patoloji ayırıcı tanıda olduğunda pelvik muayene yapılmalıdır. Hastanın başka bir karın ağrısı etiyolojisi yoksa, akut alt karın ağrısı olan tüm kadınların pelvik muayenesi olmalıdır. Doğurganlık çağındaki non travmatik karın ağrısı olan bütün kadın hastalara şüpheli gözıyla bakılarak gebelik tanısı mutlaka ekarte edilmelidir.

2.5. Yardımcı Testler

Klinisyen tanı koymak için tamamen yardımcı çalışmalara güvenmemeli, ek olarak kullanmalıdır.

2.5.1. Laboratuvar Testleri

Laboratuvar testleri genellikle şüphelenilen hastalıklara tanı koymak veya etyolojisi belli olmayan karın ağrısı nedenlerini aydınlatmak için kullanılır. İstenilen laboratuvar testleri hastanın cinsiyetine, durumuna, semptomlarına ve yaşına göre değişebilir. Örneğin doğurganlık çağındaki kadınlarda gebelik testi gereklidir. İdrar veya serum kalitatif insan koryonik gonadotropin (hCG) testi kullanılabilir. Her iki test de son derece hassastır. Hastanın gebelik durumunu kendi kendine değerlendirmesi aynı derecede güvenilir değildir (33). Ciddi hastalarda ve bilinen diyabet hastalarında hiperglisemiye değerlendirmek ve diyabetik ketoasidoz tanısını dışlamak için parmak ucu kan şekeri bakılmalıdır. Hasta hiperglisemik ise, hastalığın şiddetini değerlendirmek için temel elektrolit ölçümleri alınmalıdır. Sıklıkla order edilse de, tam kan sayımı (CBC) spesifik değildir ve nadiren yönetimi değiştirir (34-36). Akut apandisitli hastaların %80'inde lökosit(WBC) sayısı artarken (36), sağ alt kadrın karın ağrısının diğer nedenleri olan hastaların %70'inde de artmaktadır (37).

Dikkat çekici bir şekilde, akut batına sahip yaşlı veya immün sistemi baskılanmış hastalarda normal lökosit sayısı tespit edilebilir (38), sağlıklı gebe hastalarda ise lökositoz olabilir. Klinik olarak anlamlı üst veya orta karın ağrısı olan hastalarda karaciğer ve pankreatik enzim konsantrasyonları ölçülmelidir. Serum amilaz konsantrasyonlarındaki yükselmeler pankreatit için ne spesifik ne de sensitif değildir ve mezenterik iskemi veya bağırsak perforasyonu gibi bir durumda dayükselebilir. Serum lipaz değeri, pankreatit için amilaza göre daha sensitif ve spesifiktir, ancak lipaz yükselmeleri başka hastalıktan da kaynaklanabilir. Komplike olmayan kolesistitte serum total bilirubin ve alkalın fosfataz konsantrasyonlarındaki yükselme yaygın değildir.

İdrar tetkiki faydalı bilgiler sağlayabileceği kadar yanıltıcı da olabilir. Piyüri, proteinüri ve hematüri varlığı, idrar yolu enfeksiyonu (İYE) tanısını düşündürür, ancak bu bulgular akut apandisit veya her iki üretere komşu herhangi bir yerdeki enflamatuvar süreç ile de ilişkili olabilir. Apandisit tanısı alan hastaların yaklaşık yüzde 20 ila 48'inde idrarında hemoglobin, lökosit veya bakteri vardır (39,40). Birçok erişkin kadında kronik hafif pyüri görülebilir.

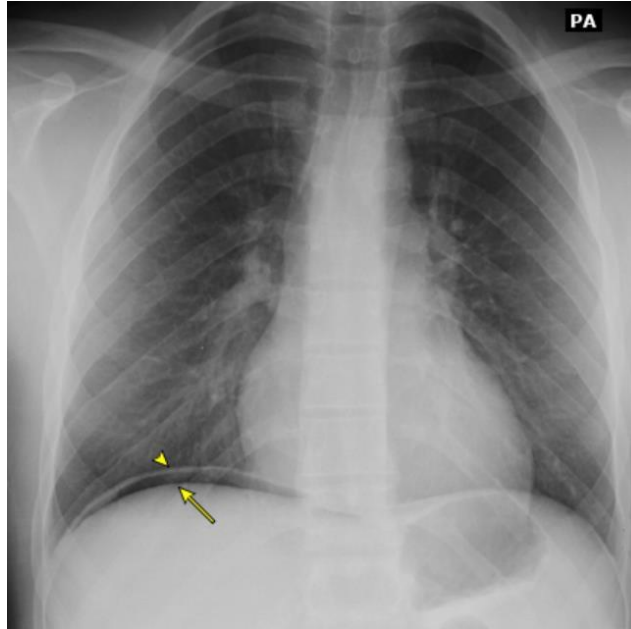
2.5.2. Radyolojik Görüntülemeler

Tıbbi tanısall araştırma yöntemlerinin çok hızlı bir şekilde geliştiği ve çeşitlendiği günümüzde hangi durumlarda hangi görüntüleme yöntemlerinin kullanılacağına karar vermek acil serviste çalışan her hekim için büyük önem taşımakta ve erken tanı ve tedavinin sağlanması, hastaya gereksiz girişimlerin önlenmesi, hastane maliyetinin azalması açısından daha önemli hale gelmiştir (41). Anamnez ve fizik muayeneyi radyolojik bulgularla desteklemek medikal veya cerrahi bir etiolojinin dışlanması için oldukça önemlidir (42). Acil servislerdeki klinik yaklaşımların ve tedavilerin çeşitliliğinin artması, hastalıklara hızlı ve etkili tanı konması gereksinimini doğurmaktadır (43). Acil radyoloji acil servislerdeki anamnez ve fizik muayene ile ortaya çıkan ön tanıların doğrulanmasında önemli bir yere sahiptir (44). Radyolojik görüntüleme klinik tanı ve tedavi üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir (45). Radyografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri acil servislerde klinik karar vermede yardımcı olabilmektedir. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinin tanı ve tedavi

noktasında etkin olduğunun görülmesi, son dönemde artmış oranlarda kullanıma neden olmuştur (46).

2.5.2.1. Direkt Grafiler

Direkt grafiler karın ağrısı olan hastalarda sıklıkla istenen görüntüleme yöntemlerinden biridir. Genel karın ağrısını değerlendirmek için düz radyografinin gelişigüzel kullanımı son derece verimsiz bir uygulamadır (47,48). Düz radyografler, bağırsak obstrüksiyonu, bağırsak perforasyonu veya radyopak bir yabancı cisimden şüphelenildiğinde faydalı olabilir, ancak bu tanıları dışlamak için güvenilir değildir. Direkt grafilerin tanı doğruluk oranı %53 olup, sadece %4 hastanın tedavi planında değişikliğe neden olmakta ve daha ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanımına gerek duyulmaktadır (49,50). Tanısal incelemelerde direkt grafilerin etkinliği, maliyeti ve radyasyon ışınlarının fiziksel özellikleri gibi durumlar dikkate alındığında, direkt grafinin en çok tercih edilen görüntüleme yöntemlerinden biri olduğu görülmektedir (51,52,53). Bağırsak perforasyonu tanısı, ayakta çekilen PA akciğer grafisinde serbest intraperitoneal havanın varlığı ile doğrulanabilir. (Şekil-3)

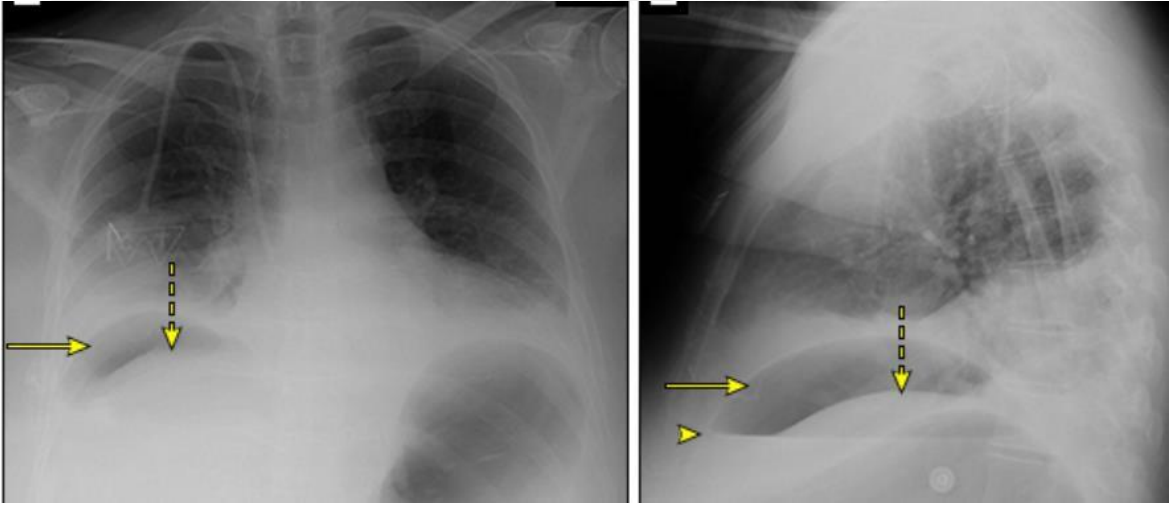


Şekil 3. Hastaya Ayakta Çekilen Düz PA Radyografisi

(Hasta ayakta çekilen PA grafide, sağ hemidiyaframın altında, abdominal yapılar içinde perforasyon tanısını doğrulayan az miktarda serbest hava görülüyor. Oklar arasında berrak, hilal

şeklinde serbest hava görülüyor. Karaciğerin kubbesi (ok) ve sağ hemidiyaframın (ok başı) yumuşak doku gölgesi serbest havayı sınırlıyor.)

Perforasyonun yeri serbest havanın tespit edilme olasılığını belirler. Gastroduodenal perforasyonda, vakaların üçte ikisinde serbest hava bulunur; distal ince barsak veya kalın barsakta perforasyon olguların ise üçte birinde serbest hava bulunur. Daha önce karın ameliyatı geçiren veya duvar perforasyonu olan hastalarda duyarlılık daha da azalır (54). Posteroanterior (PA) dik göğüs grafisinde serbest hava görülmezse, dik bir lateral göğüs grafisinde elde edilebilir bu durum pnömoperitoneum için daha duyarlıdır. (Şekil-4)



Şekil 4-A (solda) / B (Sağda)

Şekil-4.A: Bir A-P X-ışını diyaframın altında serbest havayı, iyi tanımlanmış bir karaciğer kenarını (kesik ok) gösterir, ancak belirgin serbest bir sıvı göstermeyebilir.

Şekil-4.B: Lateral görüntüde (B), A-P görüntüde belirgin olmayan bir hava sıvı seviyesi (ok başı) görülüyor. Yukarıdaki serbest hava (ok) karaciğer kenarını daha net bir şekilde (kesikli ok) gösteriyor.

Sol lateral dekübit radyografilerinde karaciğer kenarının üzerindeki diyafram üzerinde serbest hava tespit edilebilir. Düz karın radyografisi ile yaklaşık 5 mL serbest hava saptanırken, ayakta çekilen bir göğüs grafisinde hasta 5 ila 10 dakika dik kaldıktan sonra 1-2 mL kadar hava tespit edilebilir (55). Nazogastrik bir tüp yerleştirilerek 50 mL hava veya suda çözünür kontrast enjekte edilerek tespit iyileştirilebilir. Genel olarak, düz radyografiler obstrüksiyon teşhisi konan hastaların %69' a kadarduyarlı ve %57' e

kadar spesifiktir (56). Eğrisel bir küçük gaz kabarcığı dizisinin ("boncuk dizisi" işareti) radyografik bulguları, ince bağırsak tıkanıklığı için patognomoniktir. (Şekil-5)



Şekil 5. Ayakta Direk Batın Grafisi

Ayakta Direk Batın grafisi, ince bağırsak tıkanıklığı teşhisi ile tutarlı hava-sıvı seviyelerine sahip ince bağırsağın genişlemeli halkaları görülüyor.

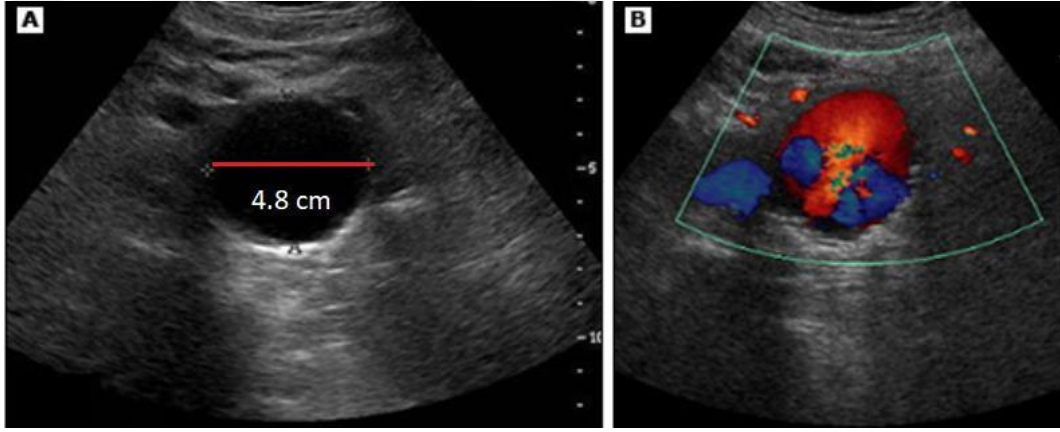
Direkt grafilerin sensivite ve spesifitesi bilgisayarlı tomografiye göre daha azdır ve tanı koyma sürecinde birden fazla, çok kesitli grafi gerekmektedir (57). Direkt grafilerin kesin tanıda doğruluk oranının az olmasından dolayı, direkt grafilerin acil serviste travmatik olmayan karın ağrısı ile başvuran her hasta için rutin tetkik olarak istenmesi uygun bir yaklaşım değildir (58).

Sonuç olarak acil cerrahi hastalıkların kendi içinde değerlendirildiğinde ise; en sık bağırsak perforasyonu, bağırsak tıkanıklığı, volvulus, abdominal aort anevrizması, pnömatozis intestinalis, pnömoperitoneum ya da radyo-opakkalsifikasyonların olduğu yabancı cisim aspirasyonu, apendikolit, ürolitiazis, kolelitiazis, pankreatik kalsifikasyonlar gibi hastalıklarda grafilerden tanı açısından daha çok yararlanılmakta ve karın grafilerinin tanısallık etkinliği vurgulanmaktadır (59-60). Tanıya ulaşmada kullanılan radyolojik yöntemlerin seçimi ve öncelik sırası klinik duruma göre değişmektedir. Amaç en ucuz, en basit, en zararsız ve en az invazif yöntem ile en çok veriyi toplayarak en doğru sonucu en kısa zamanda almaktır (61).

2.5.2.2. Ultrasonografi (USG)

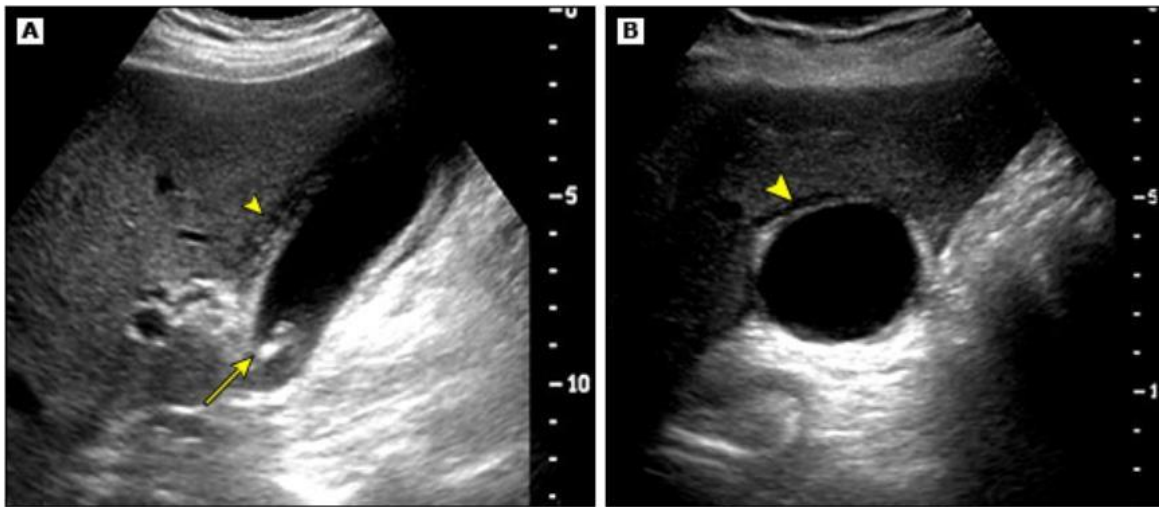
Acil serviste acil durumlarda hızlı, yatakbaşı uygulanabilir olması, kolay ulaşılabilir ve iyonizan radyasyon yaymaması, gebelerde kullanılabilirliği gibi avantajlar nedeniyle etkili bir görüntüleme aracıdır (62). Özellikle karın ağrısıyla gelen hastalarda abdominal aort anevrizması, kolesistit, ektopik gebelik, hemoperitoneum, renal kolik, pankreatit, apendisit ve venöz tromboz gibi durumların değerlendirilmesinde yardımcı olur (63).

Abdominal aort anevrizması (AAA) ve safra kesesine ait patolojilerde yatak başı kullanım kolaylığı açısından sıklıkla tercih edilir olmuştur. (Şekil-6,7)



Şekil 6. Abdominal aortun ultrason muayenesi.

A-Transvers projeksiyonda abdominal aort çapının en geniş noktasında 4.8 cm ölçülmesi. B-Doppler modunda abdominal aort içerisinde türbülanslı düzenli olmayan heterojen akım görülüyor.



Şekil 7. Ultrasonda görülen perikolekistik sıvı ile akut kolesistit.

A:Longitudinal projeksiyonda safra kesesi için gölge veren safra taşı.

B:Transvers projeksiyonda artmış safra kesesi duvar kalınlığı ve kese etrafında perikolesistik sıvı görülüyor.

Ultrason acil serviste akut karın ağrısı olan hastalarda sıkça kullanılır ve bu hasta popülasyonunda %65 oranında ayırıcı tanıyı doğruladığı görülmüştür (64). Acil servislerde ultrason kullanımı tanıya daha hızlı, daha doğru ulaşmayı ve kesin tedaviyi kolaylaştırır ve böylelikle invaziv işlemleri ve radyasyona maruziyeti azaltır (65,66). Günümüzde acil servislerde ultrason kullanımı kolay uygulanabilir, non-invaziv, masrafsız, acil hastaların taburculuk sürelerini kısalttığı için çok yaygınlaşmıştır. Günümüzde birçok acil kliniğinin kendisine ait ultrason cihazı bulunmaktadır (67).

2.5.2.3. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Bilgisayarlı tomografi özellikle tanı almamış non travmatik karın ağrılarında kullanılan bir görüntüleme aracıdır (68). Acil servise başvuran karın ağrılı hastaların yaklaşık üçte ikisine bilgisayarlı tomografi ile tanı konur (69). Literatürde retrospektif bir çalışmada sadece fizik muayene ve anamnezle %76 oranında doğru tanı konulan hastalıklara tomografi birlikteliğiyle %90 oranında doğru tanı konulduğu tespit edilmiştir (70). Ultrason abdominal aort anevrizması (AAA) veya rüptüründen şüphelenilen anstabil hastalar için de ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Retroperitoneal kanama da tomografi ile tespit edilebilir. Hemoraji, acil durumlarda IV kontrastın gerekmediği veya IV kontrastın kontrendike olabileceği durumlardaki taramalarda görüntülenebilir. BT görüntüsü bağırsak gazı veya obezite ile etkilenmez ve AAA teşhisinde yaklaşık %100 hassasiyete sahiptir. BT serbest hava tespitinde son derece yararlı ve hassastır (68). Ayrıca mesenter arter iskemisi, gastrointestinal kanamalar, akut pankreatit ve akut kolesistit gibi birçok hastalığa tanı konulabilir (71,72). BT'nin aşırı kullanımı; yüksek maliyete ve radyasyon sebep olmaktadır (73). BT'nin retroperitonu iyi görüntülemesi, farklı planlarda görüntü sunması ve acil birimlerde hızlı görüntüleme sunması gibi birçok avantajı mevcuttur. Bunun yanı sıra diğer görüntüleme yöntemlerine göre pahalı olması, gebelerde kullanılmaması, radyasyon içermesi ve hastada kullanılan kontrast maddeye bağlı komplikasyonların gelişmesi de dezavantajlarıdır (74). BT'nin 3 boyutlu veri sunması, yüksek çözünürlük içermesi, anatomik yapıları çok iyi göstermesi, kafa içi kanama ve

fraktürleri çok hızlı sunması gibi nedenlerle diğer görüntüleme yöntemlerine göre avantajlıdır.

2.5.2.4. Anjiyografi

Anjiyografi mezenterik iskeminin tanı ve tedavisinde yardımcı olabilir. Akut mezenterik iske mi (AMI) için yüksek tanısal değere sahiptir. Özellikle venöz mezenterik trombüslerde BT'den daha önce düşünülür. Üst mezenterik artere papaverin enjeksiyonu vasküler oklüzyonun hafifletilmesine yardımcı olabilir. Bununla birlikte, hasta şokta ysa veya vazopresör gerekiyorsa, laparotomi sırasında tanılamayapılmalıdır. Anjiyografinin rüptüre AAA'nın acil değerlendirilmesinde rolü yoktur. Anjiyografinin çekilmesinin zor olması, kontrast nefropati komplikasyonu oluşturabilmesi ve invaziv bir işlem olması nedeniyle acil servis koşullarında uygulanması pek mümkün değildir.

2.6. Karın Ağrısı Nedenleri

2.6.1.Üst Karın Ağrısı Nedenleri

Üst karın ağrı sendromları tipik olarak sağ üst kadr an ağrısı, epigastrik ağrı veya sol üst kadr an ağrısı gibi karakteristik yerlere sahiptir. Biliyer ve hepatik etiyolojiler sağ üst kadr an ağrı sendromlarına neden olur.

2.6.1.1. Safra Taşları

Biliyer kolik belirtileri klasik olarak sağ üst kadr anda, epigastriumda veya (daha az sıklıkla) arkaya yayılabilen substernal bölgede (özellikle sağ omuza vuran) yoğun ve rahatsız edici bir ağrıdır. Hastalarda bulantı, kusma ve terleme olabilir. Ağrı genellikle en az 30 dakika sürer ve bir saat içinde yayılır. Hastalarda dikkat çekici olmayan bir karın muayenesi vardır.

2.6.1.2. Akut Kolesistit

Akut kolesistitin klinik belirtileri arasında uzun süreli (dört ila altı saatten fazla), sabit, şiddetli sağ üst kadran veya epigastrik ağrı, ateş, defans, pozitif Murphy bulgusu ve lökositoz bulunur. Ultrasonografi (USG) değerlendirmelerinde hastalarda sonografik Murphy bulgusunun olması kesinlik sağlamakta olup; opioidler ile analjezi sağlansa da dahi kesinliği değişmemektedir (75).

2.6.1.2. Akut Kolanjit

Akut kolanjit, biliyer veya hepatik kanallara safra taşının düşmesiyle, tıkanmış kanalın genişlemesine ve bakteriyel süperenfeksiyona neden olduğunda ortaya çıkar. Ateş, sarılık ve karın ağrısı ile karakterizedir, bu klasik triad (Charcot triadı) vakaların sadece %50 ila 75'inde görülür (76). Karın ağrısı tipik olarak belirsizdir ve sağ üst kadranda bulunur.

2.6.1.3. Hepatit

Akut hepatitli hastalarda (örn. Hepatit A, alkol veya ilaçlardan) sağ üst kadran ağrısına ek olarak yorgunluk, halsizlik, bulantı, kusma ve anoreksiya olabilir. Diğer belirtiler arasında sarılık, koyu renkli idrar ve açık renkli dışkı bulunur.

2.6.1.4. Perihepatit

Fitz-Hugh-Curtis sendromu veya perihepatit, pelvik inflamatuvar hastalığı (PIH) olan genç kadınlarda sağ üst kadran ağrısının bir nedenidir. Akut PIH 'lı hastaların yaklaşık %10'unda görülür. Bazen sağ omuza vuran plöretik karakterli sağ üst kadran ağrısı ile karakterizedir.

2.6.1.4. Karaciğer Absesi

Karaciğer apsesi en yaygın visseral apse nedenidir. Hastalar genellikle ateş ve karın ağrısı ile başvururlar. Risk faktörleri diyabet, altta yatan hepatobiliyer veya pankreas hastalığı veya karaciğer transplantasyonudur.

2.6.1.4. Budd-Chiari sendromu

Budd-Chiari sendromu, hepatic venöz çıkış yolu tıkanıklığı olarak tanımlanır. Tıkanma kardiyak hastalıklar, perikardiyal hastalıklar veya sinüzoidal tıkanma sendromuna (veno-oklüzif hastalık) bağlı olarak ortaya çıkar. Semptomlar ateş, karın ağrısı, karın şişliği (asit kaynaklı), alt ekstremitte ödem, sarılık, gastrointestinal kanama ve / veya hepatic ensefalopatiji içerir.

2.6.1.4. Portal Ven Trombozu

Portal ven trombozunun klinik belirtileri, obstrüksiyonun derecesine ve gelişim hızına (akut veya kronik) bağlı olarak değişir. Sirozlu hastalarda yaygındır ve karaciğer hastalığının şiddeti ile ilişkilidir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi karın ağrısı, dispepsi veya gastrointestinal kanama da meydana gelebilir.

2.6.2. Epigastrik Karın Ağrısı Nedenleri

Pankreas ve mide etiyojileri genellikle epigastrik ağrıya neden olur.

2.6.2.1. Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI)

Epigastrik ağrı, akut miyokard enfarktüsünün semptomu olabilir. Hastalarda ilişkili nefes darlığı veya egzersiz semptomları görülebilir.

2.6.2.2. Pankreatit

Hem akut hem de kronik pankreatit, sıklıkla sırta yayılan karın ağrısı ile ilişkilidir. Akut pankreatitli hastaların çoğunda akut başlangıçlı kalıcı, şiddetli epigastrik ağrı vardır. Ağrı sabittir ve orta epigastriumda, sağ üst kadranda, dağınık veya seyrek olarak sol tarafla sınırlı olabilir. Kronik pankreatitin iki temel klinik belirtisi epigastrik ağrı ve pankreas yetmezliğidir. Ağrı tipik olarak epigastriktir, bazen bulantı ve kusma ile ilişkilidir ve dik oturarak veya öne eğilerek kısmen rahatlayabilir.

2.6.2.3. Peptik Ülser

Üst karın ağrısı veya rahatsızlığı, peptik ülseri olan hastalarda en belirgin semptomdur. Hastalar çoğunlukla epigastrik ağrıya sahiptir. Perforasyon şüphesinde ilk bakılan görüntüleme yöntemi düz radyografinin güvenilirliğinin düşük olduğu; perfore peptik ülser saptanan hastaların %40 'ında grafide serbest havanın izlenmediği bildirilmiştir (77).

2.6.2.4. Gastroözefageal Reflü (GÖR)

Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) olan çoğu hasta mide yanması, rejürjitasyon ve disfajiden şikayetçidir. Bununla birlikte, bazı hastalar epigastrik ve / veya göğüs ağrısı ile başvurabilir.

2.6.2.5. Gastrit-Gastropati

Gastrit, mide mukozasındaki iltihaplanma anlamına gelir. Gastrit ağırlıklı olarak enflamatuar bir süreçtir, gastropati terimi ise minimal iltihaplı veya iltihaplanmayan bir mide mukozal bozukluğunu ifade eder. Akut gastropati sıklıkla karın rahatsızlığı / ağrı, bulantı, kusma ve hematemez ile ortaya çıkar. Gastropati alkol ve steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (NSAID'ler) dâhil olmak üzere etiyolojide birçok neden yer alabilir.

2.6.3. Sol Üst Kadran Karın Ağrısı Nedenleri

Sol üst kadran ağrısı genellikle dalakla ilişkilidir.

2.6.3.1. Splenomegali

Splenomegali sol üst kadranda ağrı veya rahatsızlığa, sol omuza ağrıya ve / veya erken tokluğa neden olabilir. Splenomegalinin birden fazla nedeni vardır.

2.6.3.2. Splenik İnfarkt

Dalak enfarktüsü olan hastalar klasik olarak şiddetli sol üst kadranda ağrısı ile başvururlar, ancak atipik sunumlar da yaygındır. Dalak enfarktüsü altta yatan çeşitli durumlarla ilişkilidir (örn. hiperkoagülebilirlik durumu, atriyal fibrilasyondan embolik hastalık, splenomegali ile ilişkili durumlar).

2.6.3.3. Splenik Abse

Dalak apseleri nadirdir ve tipik olarak sol üst kadranda ateş ve hassasiyet ile ilişkilidir. Ayrıca dalak enfarktüsü ile ilişkili olabilirler.

2.6.4. Alt Karın Ağrısı Nedenleri

Doğurganlık çağındaki kadınlarda üreme organlarından kaynaklanan bozukluklar nedeniyle daha çok alt karın ağrısı olabilir.

2.6.4.1. Akut Apendisit

Akut apandisit tipik olarak başlangıçta sağ alt kadranda yayılan periumbilikal ağrı ile kendini gösterir. İştahsızlık, bulantı ve kusma ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bazen hastalar epigastrik veya yaygın karın ağrısı ile başvurabilirler. Enflamasyon periton yüzeyine yayılmaya başladığında ağrı sağ alt kadranda lokalize olur.

2.6.4.2. Divertikülit

Divertikülitin klinik görünümü altta yatan inflamatuvar sürecin şiddetine ve komplikasyonların olup olmadığına bağlıdır. Sol alt kadranda ağrısı, batıda en sık görülen şikâyettir ve hastaların %70'inde görülür. Sağ taraflı divertikülit Asyalı hastalarda daha yaygındır. Ağrı genellikle sabittir ve genellikle sunumdan birkaç gün önce ortaya çıkar. Hastalarda bulantı ve kusma olabilir.

2.6.4.3. Renal Taşlar

Genellikle taş böbrek pelvisinden üretere geçtiğinde semptomlara neden olur. Ağrı en yaygın semptomdur ve hafif ila şiddetli arasında değişir. Hastalarda yan ağrısı, sırt ağrısı veya karın ağrısı olabilir.

2.6.4.4. Pielonefrit

Pielonefritli hastalarda sistit belirtileri olabilir veya olmayabilir. (dizüri, sık idrara çıkma, idrarda yanma ve / veya hematüri) Bu hastalarda ayrıca ateş, titreme, yan ağrısı ve kostovertebral aç hassasiyeti vardır.

2.6.4.5. Sistit

Hastalar suprapubik ağrının yanı sıra dizüri, sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ve / veya hematüriden şikâyet edebilirler.

2.6.4.6. Akut Üriner Retansiyon

Akut idrar retansiyonuna yol açan mesane çıkış tıkanıklığı olan hastalar idrar yapamama ile başvururlar. Alt karın ve / veya suprapubik ağrı veya rahatsızlıkla ilişkili olabilirler.

2.6.5. Yaygın Karın Ağrısı Nedenleri

Karın ağrısı sendromları yaygın, spesifik olmayan veya değişken ağrı paternlerine sahip olabilir.

2.6.5.1. Obstrüksiyon

Şiddetli, akut yaygın karın ağrısı, bağırsakların kısmen veya tamamen tıkanmasından kaynaklanabilir. Hasta ağrı, kusma ve kabızlıktan şikâyet ettiğinde bağırsak tıkanıklığı düşünülmelidir. Fizik muayene bulguları arasında abdominal distansiyon,

palpasyonla hassasiyet, yüksek sesli veya kaybolmuş bağırsak sesleri ve timpanik bir karın bulunur. Yetişkinlerde en sık görülen etiyolojiler postoperatif adezyonlar, malignite (örneğin kolorektal kanser) ve komplike fitıklar olmak üzere birçok nedeni mevcuttur. Diğer daha az yaygın etiyolojiler arasında Crohn hastalığı, safra taşı, volvulus ve intussussepsiyon bulunur. İnce bağırsak obstrüksiyonları daha çok herni ve adezyon nedeniyle olurken; kalın bağırsak obstrüksiyonları daha çok malignite, divertikül ve volvulus nedeniyle oluşur (78,79).

2.6.5.2. Gastrointestinal Sistem Perforasyon

Gastrointestinal sistemin perforasyonu akut veya kronik olabilir. Hastalar bir dereceye kadar göğüs veya karın ağrısından şikâyet ederler. Cerrahi aletlerle operasyon sonrası ani, şiddetli göğüs veya karın ağrısı perforasyon için çok önemlidir. İmmünesüpresif veya antienflamatuar ajanlar kullanan hastalarda, enflamatuar yanıtbozularak ağrı ve/veya hassasiyet gibi bulgular ortaya çıkmayabilir. Birçok hasta, önemli göğüs veya karın ağrısının başlangıcı veya kötüleşmesi ile medikal tedavi isteyecektir, ancak ilaç kullanılması tablonun gecikmeli olarak sunulmasına neden olacaktır.

2.6.5.3. Mezenter İskemi

Akut mezenterik iskemi, sıklıkla muayene ile orantılı olarak ağrı tanımlanan akut ve şiddetli yaygın ve kalıcı karın ağrısıyla ortaya çıkar. Ağrının çeşitli özellikleri ve sunumu iskeminin etiyolojisine dair ipuçları sağlayabilir ve ince bağırsağı kolon iskemisinden ayırt etmeye yardımcı olabilir.

Kronik mezenterik iskemi, yemekten sonra karın ağrısı ("intestinal anjina"), kilo kaybı, bulantı, kusma ve ishal gibi çeşitli semptomlarla kendini gösterebilir. Çölyak bölgeyi içeren iskemi epigastrik veya sağ üst kadran ağrısına neden olur. İskemi arteriyel veya venöz sistemden kaynaklanabilir. Hastaların büyük çoğunluğunu SMA embolisi oluşturur (80). Atriyal fibrilasyon altta yatan en önemli hastalık olsa da akut mezenterik iskemi hastalarının %50' sinden azında görülmektedir (81). Genel olarak lökositoz, metabolik asidoz, hiperlaktatemi gözlenirse de mezenterik iskemi tanısı koyduracak ya da dışlayacak spesifik bir laboratuvar incelemesi bulunmamaktadır (82,83).

2.6.5.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH)

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) iki ana hastalıktan oluşur: ülseratif kolit ve Crohn hastalığı. Ülseratif kolitli hastalar genellikle kanla ilişkili olabilecek ishal ile başvururlar. Rektal inflamasyonun bir sonucu olarak sık ve az dışkılama vardır. İlişkili semptomlar kolik karın ağrısı, aciliyet, tenesmus ve inkontinansı içerir.

Crohn hastalığının klinik belirtileri ülseratif kolitinkinden daha değişkendir. Hastalar tanıdan önce yıllarca semptomlara sahip olabilirler. Yorgunluk, karın ağrısı ile uzamış ishal, kilo kaybı ve ateş, kanaması olan veya olmayan, Crohn hastalığının ayırt edici özellikleridir.

2.6.5.5. Konstipasyon

Kabızlık karın ağrısı ile ilişkili olabilir. Kabızlık ile ilişkili hastalıklar arasında nörolojik ve metabolik bozukluklar; kolorektal kanser de dahil olmak üzere gastrointestinal sistemin obstrüktif lezyonları; diabetes mellitus gibi endokrin bozukluklar; ve anoreksiya nervoza gibi psikiyatrik bozukluklar vardır. Kabızlık ayrıca ilaçların yan etkisine bağlı olabilir.

2.6.5.6. Divertüküloz

Komplike olmayan divertiküloz genellikle asemptomatiktir ve kolonoskopi veya sigmoidoskopide tesadüfi bulunur. Bununla birlikte, bu hastalarda karın ağrısı ve kabızlık belirtileri olabilir.

2.6.6. Daha Nadir Karın Ağrısı Nedenleri

2.6.6.1. Abdominal Aort Anevrizması (AAA)

Abdominal aort anevrizması (AAA) olan hastaların çoğunda semptom yoktur. Rüptüre olmamış AAA hastalarında semptomlar olduğunda, karın, sırt veya yan ağrısı en

sık görülen klinik bulgudur. Klasik olarak, rüptüre AAA şiddetli ağrı, hipotansiyon ve palpasyonda pulsasyon veren bir karın ile ilişkilidir. Ancak hastaların değişken klinikleri olabilir. Hastalar atipik prezentasyonlar nedeniyle en sık renal kolik yanlış tanısı alırlar (84,85).

2.6.6.2. Abdominal Migren

Abdominal migren de tekrarlayan karın ağrısı oluşabilir (86). Bu hastalar genellikle tipik migren baş ağrısından muzdariptir, ancak nadiren hastalar sadece gastrointestinal semptomlarla ortaya çıkar (87). Abdominal migren ayrıca siklik kusma sendromu ile ilişkilendirilmiştir.

2.6.6.3. Ailesel Akdeniz Ateşi

Ailevi Akdeniz ateşinin tipik belirtileri, bir ila üç gün süren ve daha sonra kendiliğinden geçen, tekrarlayan şiddetli karın ağrısı (serosit nedeniyle bir veya daha fazla bölgede) ve ateştir. Çoğu hastada karın ağrısı vardır. Ataklar arasında hastalar kendilerini iyi hissederler.

2.6.6.4. Meckel Divertikülü

Meckel divertikülü genellikle klinik olarak sessizdir ve gastrointestinal kanama veya diğer akut karın şikayetleri gibi çeşitli klinik bulgularla tesadüfen ortaya çıkabilir. Meckel divertikülü ile ilişkili akut karın ağrısı, akut apandisite benzerlik gösterir. Bağırsak obstrüksiyonu veya Meckel'in veya bitişik bağırsağın perforasyonu ile ilişkili divertiküler inflamasyonun sonucu olabilir.

2.6.7. Karın Ağrısı Nedenleri-Özel Popülasyonlar

Yukarıda listelenen karın ağrısı nedenlerine ek olarak bazı etyolojiler özel hasta popülasyonlarına özgüdür. Kadınlarda alt karın ağrısı ve / veya pelvik ağrı sıklıkla iç kadın üreme organlarının bozukluklarından kaynaklanır.

2.6.7.1. Gebelik

Gebelik ve / veya gebelik komplikasyonları karın ağrısına yol açabilir. Bu nedenle doğurganlık çağında karın ağrısıyla başvuran kadın hastalarda gebelik tanısı göz önünde bulundurulmalı ve şüphe durumunda ekarte edilmelidir.

2.6.7.2. Ektopik Gebelik

Ektopik gebeliğin en sık klinik görünümü ilk trimester vajinal kanama ve / veya karın ağrısıdır. Klinik belirtiler, tipik olarak son normal adet döneminden altı ila sekiz hafta sonra ortaya çıkar. Rüptüre ektopik gebeliği olan kadınlar hayatı tehdit eden kanama ile başvurabilirler.

2.6.7.3. Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PIH)

Alt karın ağrısı, pelvik inflamatuvar hastalığı (PIH) olan kadınlarda en sık görülen semptomdur. Cinsel olarak aktif olan herhangi bir kadın PIH için risk altındadır. Geniş bir klinik semptom yelpazesine sahiptir. Akut semptomatik PIH, alt karın veya pelvik ağrının akut başlangıcı, pelvik organ hassasiyeti ve genital sistemin iltihaplanması ile karakterizedir. Komplikasyon olarak tuboovaryan apse (TOA) gelişebileceği unutulmamalıdır.

2.6.7.4. Over Torsiyonu

Over torsiyonunun klasik durumu, adneksiyal kitlesi olan bir kadında genellikle mide bulantısı ve muhtemelen kusma ile orta ila şiddetli pelvik ağrının akut başlangıcı şeklinde olur.

2.6.7.5. Over Kist Rüptürü

Over kist rüptürü asemptomatik olabilir veya ani tek taraflı alt karın ağrısı ile ilişkili olabilir. Klasik klinik durumu, cinsel ilişkiden sonra aniden başlayan şiddetli lokal alt kadran ağrısıdır.

2.6.7.6. Endometriyozis

Klasik endometriozis semptomları dismenore, pelvik ağrı, disparoni ve / veya infertilitedir, ancak başka semptomlar da olabilir. (örn. Bağırsak veya mesane semptomları) Hastalar semptomlardan birisi veya kombinasyonu ile başvurabilir.

2.6.7.7. Endometrit

Endometrit, uterusun iç tabakası olan endometriyumun iltihaplanması olarak tanımlanır. Akut endometrit genellikle PIH ile başlar. Akut endometrit tanısı, akut PIH tanısı için geçerlikriterlere göre klinik olarak konur. Semptomatik kronik endometritli kadınlar genellikle intermenstrüel kanama, lekelenme, postkoital kanama, menoraji veya amenorenden oluşabilecek anormal uterin kanama ile başvurabilirler. Belirsiz, kramplı alt karın ağrısı kanamaya eşlik eder veya tek başına ortaya çıkabilir.

2.6.7.8. Leiomyom

Leiomyomlar pelvik basınca veya ağrıya neden olabilir. Bu belirtiler, toplu veya seyrek olarak miyomlarla ilişkili olabilir. Dejenerasyondan akut ağrıya veya pedinküle edilmiş bir tümörün torsiyonuna kadar birçok tabloyaneden olabilir. Ağrı, düşük dereceli ateş, palpasyonda uterus hassasiyeti, artmış beyaz kan hücresi sayısı veya periton belirtileri ile ilişkili olabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Prospektif, kesitsel olarak planlanan çalışmamızda, etik kurul onayı alınarak Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine 01.03.2020 ile 01.09.2020 tarihleri arasında non travmatik karın ağrısıyla başvuran 18-50 yaş arası doğurganlık çağı kadın hastalar değerlendirildi.

Çalışmaya dahil edilen olgular yaş, cinsiyet, vital bulgular, karın ağrısına eşlik eden durumlar (kabızlık, ishal, bulantı, kusma, idrarda yanma gibi), rebound, defans, hassasiyet gibi fizik muayene bulguları, laboratuvar (hemogram, biyokimya, hekimin gerekli görmesi durumunda kan gazı, koagülasyon parametreleri ve b-HCG tetkikleri) ve görüntüleme tetkikleri, hastaların sonlanım durumları bakımından herhangi bir kliniğe yatırılanlar (dahiliye, genel cerrahi servisi, yoğun bakım ünitesi,..vb), tedavi yöntemlerinden medikal veya cerrahi seçenekleri, taburculuk, yatış veya eksitus açısından son durumları EK-1’de yer alan hasta takip formuna kaydedildi. Hipoksi, genel durum bozukluğu, böbrek yetmezliği, sepsis ve mesenter iskemi şüpheli olgularda hekim kararı ile bazı hastalardan arter kan gazı örneği ve şüpheli gebelik, ektopik gebelik durumlarında ise b-HCG kan tetkikleri alındı. Hastaların yatış ve taburculuk durumları takip edilerek 30 günlük mortalite oranları incelendi.

Olgulardan; yaş, yakınma süresi, karın ağrısı özellikleri, eşlik eden yakınmalar ve eşlik eden hastalıklar sorgulanarak ayrıntılı bir anamnez alındı.

Laboratuvar normal değerlerinde Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Biyokimya Laboratuvarı alt ve üst sınır değerleri referans kabul edilmiştir. Bu referans değerleri arasındaki sonuçlar normal, bunun dışında kalan değerler ise anormal olarak kabul edildi. 18 yaş altındaki kadın hastalar, 50 yaş üzerindeki kadın hastalar, travmaya bağlı karın ağrısı olan kadın hastalar ve onam alınamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.1. İstatistiksel Analiz Raporu

“Acil servise non-travmatik karın ağrısıyla başvuran doğurganlık çağındaki kadın hastaların incelenmesi” amacıyla yapılan bu çalışmanın örnek genişliğini hesaplamada, her değişken için power (testin gücü) en az %80 ve 1. tip hata %5 alınarak belirlenmiştir. Çalışmadaki sürekli ölçümlerin normal dağılıp dağılmadığına Kolmogorov-Smirnov ($n>50$) testi ile bakılmış ve ölçümlerin normal dağılmadığından dolayı nonparametrik testler uygulanmıştır. Çalışmamızdaki sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Ölçümlerin Servise Yatış ve Operasyon Gruplarına göre karşılaştırılmasında Mann-Whitney-U Testi kullanılmıştır. Ölçümler arası ilişkileri belirlemede Spearman korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki-kare testi kullanılmıştır. “Ön Tanı” ile “Tanı”ya ait oransal karşılaştırmalar için ise Z-oran testi kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi (α) %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (IBM SPSS for Windows, ver.24) ve Minitab (Statistical Software for Windows, ver.17) istatistik paket programları kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırma kapsamında, 01.03.2020 ile 01.09.2020 tarihleri arasında acil servise non-travmatik karın ağrısı ile başvuran doğurganlık çağındaki toplam 167 olgu incelendi. Çalışmaya katılan olgularla ilgili tanımlayıcı tablolar aşağıdaki sınıflandırmalarda verilmiştir.

Tablo 17: İncelenen kadınların yaşı, şikayet süreleri ve şikayetleri

Değişken	(n=167)
Yaş (yıl), medyan (IQR) (min-maks)	31 (24-37) (18-48)
Şikayet Süresi (saat), medyan (IQR) (min-maks)	24 (6-48) (0.5-1440.0)
Şikayetler, n (%)	
Karın ağrısı	167 (100)
Bulantı-Kusma	69 (41.3)
Pelvik ağrı	26 (15.6)
Midede yanma	19 (11.4)
İdrarda yanma	18 (10.8)
İshal	18 (10.8)
Yan ağrısı	14 (8.4)
Baş dönmesi	3 (1.8)
Adet gecikmesi	2 (1.2)
Kabızlık	2 (1.2)
İdrarda kanama	1 (0.6)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi; IQR: Interquartilerange (Çeyrekler arası aralık)

Tablo 18: İncelenen kadınların özgeçmiş ve soygeçmişleri

(n=167)	n (%)
Özgeçmişte Herhangi Bir Özellik Bulunma Durumu	
Var	38 (22.8)
Yok	129 (77.2)
Özgeçmişte Mevcut Olan Hastalıklar	
Hipertansiyon	13 (7.8)
Sezeryan	11 (6.6)
Diyabetes mellitus	6 (3.6)
Astım	5 (3.0)
Kolon polibi	3 (1.8)
Üreter taşı	3 (1.8)

Over kisti	2 (1.2)
Guillainbarre	1 (0.6)
Benign kafa içi hipertansiyonu	1 (0.6)
Kronik böbrek yetmezliği	1 (0.6)
Otoimmün hepatit	1 (0.6)
Soygeçmişte Herhangi Bir Özellik Bulunma Durumu	
Var	11 (6.6)
Yok	156 (93.4)
Soygeçmişte Mevcut Olan Hastalıklar	
Hipertansiyon	7 (4.2)
Diyabetes mellitus	8 (4.8)
Üreter taşı	2 (1.2)
Akut koroner sendrom	1 (0.6)
Konjestif kalp yetmezliği	1 (0.6)
Astım	1 (0.6)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 19: İncelenen kadınların vital bulguları

(n=167)	medyan (IQR)	min-maks
SKB (mmHg)	110 (100-120)	80-180
DKB (mmHg)	70 (70-80)	50-90
SpO₂ (%)	99 (98-100)	95-100
Solunum Sayısı (/dk)	16 (14-16)	10-20
Vücut Isısı (°C)	36.5 (36.5-36.7)	36.1-38.5)

n: Hasta sayısı; IQR: Interquartilerange (Çeyrekler arası aralık); SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı

Tablo 20: İncelenen kadınların fizik muayene bulguları

(n=167)	n (%)
Herhangi bir Fizik Muayene Bulgusunun Mevcut Olma Durumu	
Var	135 (80.8)
Yok	32 (19.2)
Mevcut Olan Fizik Muayene Bulguları	
Hassasiyet	125 (74.9)
Rebound	30 (18.0)
Defans	27 (16.2)
Kostavertebral açı hassasiyeti	14 (8.4)
Murphy Bulgusu	6 (3.6)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 21: İncelenen kadınların tetkik istenme durumu ve istenen tetkikler

(n=167)	n (%)
Herhangi Bir Tetkik İstenme Durumu	
İstenmiş	159 (95.2)
İstenmemiş	8 (4.8)
İstenen Tetkikler	
Hemogram	156 (93.4)
Biyokimya	155 (92.8)
β -HCG	122 (73.1)
Tam idrar tetkiki	104 (62.3)
Koagülasyon parametreleri	37 (22.2)
Kardiyak markerlar	18 (10.8)
Kan gazı	6 (3.6)
Gaita mikroskopisi	4 (2.4)
Gaitada gizli kan	2 (1.2)
Herhangi Bir Görüntüleme Yöntemi İstenme Durumu	
İstenmiş	103 (61.7)
İstenmemiş	64 (38.3)
İstenen Görüntüleme Yöntemleri	
Bilgisayarlı tomografi	59 (35.3)
Ultrasonografi	55 (32.9)
Ayakta direkt batin grafisi	26 (15.6)
Posterior-anterior akciğer grafisi	13 (7.8)
Manyetik rezonans görüntüleme	8 (4.8)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 22: İncelenen hastaların Ön Tanı ve Tanı durumu

(n=167)	Ön Tanı	Tanı
	n (%)	n (%)
Üriner Sistem Enfeksiyonu	34 (20.4)	40 (24.0)
Non-Spesifik Karın Ağrısı	33 (19.8)	28 (16.8)
Akut Gastroenterit	17 (10.2)	19 (11.4)
Akut Apendisit	16 (9.6)	7 (4.2)
Renal Kolik	16 (9.6)	7 (4.2)
Peptik Ulcus	14 (8.4)	11 (6.6)
Over Kisti	8 (4.8)	10 (6.0)
Akut Kolesistit	8 (4.8)	3 (1.8)
Dismenore	6 (3.6)	6 (3.6)
Over Torsiyonu	5 (3.0)	3 (1.8)

Akut Pankreatit	3 (1.8)	1 (0.6)
Gebelik	4 (2.4)	6 (3.6)
Gastrit	3 (1.8)	3 (1.8)
Dispepsi	2 (1.2)	2 (1.2)
Üreter Taşı	1 (0.6)	8 (4.8)
Safra Kesesi Taşı	1 (0.6)	3 (1.8)
Tabo OvaryanAbse (TOA)	1 (0.6)	1 (0.6)
Koledokolyazis	0	4 (2.4)
Endometrioma	0	3 (1.8)
Hemorajik Kist	0	3 (1.8)
Umblical Herni	0	2 (1.2)
Pelvik İnflamatar Hastalık (PID)	0	2 (1.2)
Ektopik Gebelik	0	2 (1.2)
Salfenjit	0	2 (1.2)
Diyabetes Mellitus	0	1 (0.6)
İleus	0	1 (0.6)
Leiomyom	0	2 (1.2)
Malignite	0	1 (0.6)
Adenomyomatozis	0	1 (0.6)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 23: İncelenen kadınların hemogram ve biyokimya sonuçları

	medyan (IQR)	min-maks
Hemogram (n=156)		
Beyaz Küre (10 ³ /uL)	8.58 (6.64-10.72)	1.26-17.84
Lenfosit (10 ³ /uL)	2.18 (1.56-2.72)	0.39-5.95
Nötrofil(10 ³ /uL)	5.35 (3.86-7.76)	0.73-16.23
Lenfosit yüzdesi	26.8 (18.0-33.9)	2.5-56.4)
Nötrofil yüzdesi	64.4 (57.4-76.0)	38.3-94.4)
Hemoglobin (g/dL)	12.8 (11.9-13.5)	7.5-16.4
Hematokrit (%)	38.0 (35.7-39.9)	25.1-44.6
MCV (fL)	87.7 (84.5-90.3)	61.3-97.9
Trombosit(10 ³ /uL)	263.5 (226.2-315.8)	97-552
Biyokimya (n=155)		
Glukoz (mg/dl)	102 (95-114)	77-368
Üre (mg/dl)	24 (20-29)	8-70
Kreatinin(mg/dl)	0.68 (0.61-0.73)	0.29-2.24
T.Bilirubin(mg/dl)	0.48 (0.31-0.73)	0.03-6.90

D.Bilirubin(mg/dl)	0.10 (0.06-0.16)	0.02-3.20
ALT (U/L)	15 (11-23)	5-936
AST (U/L)	21 (10-19)	11-829
GGT (U/L)	13 (10-19)	5-498
Sodyum (mmol/L)	137 (135-138)	130-142
Potasyum (mmol/L)	4.20 (.95-4.42)	3.40-5.10
Amilaz (U/L)	62 (48-75)	18-1284
CRP (mg/L)	2.7 (0.9-9.1)	0.02-261.30)

n: Hasta sayısı; IQR: Interquartilerange (Çeyrekler arası aralık)

Tablo 24: İncelenen kadınların β -HCG, tam idrar tetkiki, kardiyak markerlar, kanama parametreleri ve kan gazı sonuçları

	medyan (IQR)	min-maks
β-HCG (miu/ml) (n=122)	1.2 (1.2-1.2)	1.2-15000.0)
Tam İdrar Tetkiki (n=104)		
Glukoz	0 (0-0)	0-3)
Protein	0 (0-0)	0-2)
Keton	0 (0-0)	0-1)
Eritrosit	4 (1-13)	0-1368
Lökosit	1 (1-7)	0-638
Bakteri	2 (1-5)	0-63)
Kardiyak Markerlar (n=18)		
CK-MB (ng/ml)	0.8 (0.6-1.2)	0.5-1.7
Troponin (pg/ml)	3.2 (3.2-3.2)	3.2-5.0
Kanama Parametreleri (n=37)		
APTT (sn)	28.1 (25.9-29.5)	14.1-33.0
PT (sn)	13.9 (13.2-14.2)	11.8-16.1
INR	1.03 (0.98-1.06)	0.87-1.20
%PT	96 (91.5-103.0)	76-125
Kan Gazları (n=6)		
Ph	7.39 (7.34-7.40)	7.31-7.40
pCO ₂ (mmHg)	39.2 (37.3-43.8)	35.9-46.6
pO ₂ (mmHg)	38.8 (24.8-45.9)	21.9-49.7
SO ₂ (%)	70.2 (40.5-79.2)	31.2-85.2
c-HCO ₃ (mmol/L)	22.8 (21.8-23.2)	19.0-23.8
c-Base (mmol/L)	1.0 (0.3-3.1)	0.3-6.1
c-Lac (mmol/L)	1.0 (0.8-1.6)	0.6-2.1)

n: Hasta sayısı; IQR: Interquartilerange (Çeyrekler arası aralık)

Tablo 25: İncelenen kadınların gayta mikroskopisi ve gaytada gizli kan sonucu

	n (%)
Gayta Mikroskopisi (n=4)	
Pozitif	3 (75.0)
Negatif	1 (25.0)
Gaytada Gizli Kan (n=2)	
Pozitif	2 (100)
Negatif	0

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 26: İncelenen kadınların hastanede yatma durumu ve yatanların yattığı servis ile operasyon geçirme durumu

	n (%)
Hastanede Yatma Durumu (n=167)	
Yatmış	31 (18.6)
Yatmamış	136 (81.4)
Hastanede Yatan Kadınların Yattığı Servis (n=31)	
Genel cerrahi	14 (45.2)
Kadın doğum	10 (32.3)
Gastroenteroloji	5 (16.1)
Üroloji	2 (6.5)
Operasyon Geçirme Durumu (n=167)	
Geçirmiş	17 (10.2)
Geçirmemiş	150 (89.8)

n: Hasta sayısı; %: Sütun yüzdesi

Tablo 27: Sürekli Verilere Ait Genel Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Mean	Std. Dev.	Median	Min.	Max.
Yaş (yıl)	167	31,26	8,27	31,00	18,00	48,00
Şikayet Süresi (Saat)	167	57,41	143,84	24,00	,50	1440,00
SKB	167	111,62	13,77	110,00	80,00	180,00
DKB	167	76,11	54,67	70,00	50,00	770,00
SPO2%	167	98,73	1,13	99,00	95,00	100,00
Solunum Sayısı	167	14,84	2,03	16,00	10,00	20,00
Ateş (C)	167	36,60	,28	36,50	36,10	38,50
Glukoz	167	101,41	41,15	101,00	,00	368,00

Üre	167	23,34	10,20	24,00	,00	70,00
Kreatinin	167	,64	,25	,67	,00	2,24
T.Bil.	167	,88	3,51	,45	,00	45,00
D.Bil.	167	,16	,36	,09	,00	3,20
ALT	167	28,62	80,80	14,00	,00	936,00
AST	167	31,62	77,57	20,00	,00	829,00
GGT	167	24,27	63,21	13,00	,00	498,00
Sodyum	167	126,01	36,61	136,00	,00	142,00
Potasyum	167	3,88	1,13	4,16	,00	5,10
Amilaz	167	74,45	127,80	59,00	,00	1284,00
CRP	167	13,05	36,61	2,20	,00	323,30
WBC	167	8,31	3,70	8,40	,00	17,84
LY#	167	2,03	1,08	2,08	,00	5,95
NE#	167	6,06	6,33	5,27	,00	76,00
LY%	167	24,37	12,40	25,70	,00	56,40
NE%	167	64,65	40,34	62,80	,00	511,80
HGB	167	12,40	8,50	12,80	,00	112,40
HCT	167	35,11	9,98	37,60	,00	44,60
MCV	167	81,24	22,36	87,30	,00	97,90
PLT	167	253,42	102,16	259,00	,00	552,00
Beta-Hcg	167	307,59	1835,56	1,20	,00	15000,00
TİT-Glukoz	167	,04	,34	,00	,00	3,00
TİT-Protein	167	,10	,44	,00	,00	3,50
TİT-Keton	167	,01	,08	,00	,00	1,00
TİT-Eritrosit	167	35,72	179,01	1,00	,00	1368,00
TİT-Lökosit	167	8,89	51,13	1,00	,00	638,00
TİT-Bakteri	167	2,78	6,66	1,00	,00	63,00
CK-MB	167	,10	,29	,00	,00	1,70
Troponin	167	,36	1,04	,00	,00	5,00

APTT	167	6,02	11,46	,00	,00	33,00
PT	167	2,98	5,70	,00	,00	16,10
INR	167	,68	5,88	,00	,00	76,00
%PT	167	21,33	40,78	,00	,00	125,00
KG-Ph	167	,27	1,38	,00	,00	7,40
KG-PCO2	167	1,45	7,54	,00	,00	46,60
KG-PO2	167	1,32	7,11	,00	,00	49,70
KG-SO2	167	2,29	12,38	,00	,00	85,20
KG-Chco3	167	,81	4,19	,00	,00	23,80
KG-cBase	167	,07	,52	,00	,00	6,10
c-Lac	167	,04	,23	,00	,00	2,10

Yukarıdaki tabloda; “sürekli ölçümlere ait genel tanımlayıcı istatistikler” verilmiştir.

Tablo 28: Kategorik Verilere Ait Genel Tanımlayıcı İstatistikler

		N	%
Karın Ağrısı	Yok	0	0,0%
	Var	167	100,0%
Bulantı Kusma	Yok	102	61,1%
	Var	65	38,9%
Midede Yanma	Yok	148	88,6%
	Var	19	11,4%
Yan Ağrısı	Yok	153	91,6%
	Var	14	8,4%
Baş Dönmesi	Yok	165	98,8%
	Var	2	1,2%
Pelvik Ağrı	Yok	142	85,0%
	Var	25	15,0%
İdrarda Yanma	Yok	150	89,8%
	Var	17	10,2%

İshal	Yok	151	90,4%
	Var	16	9,6%
İdrarda Kanama	Yok	166	99,4%
	Var	1	0,6%
Adet Gecikmesi	Yok	164	98,2%
	Var	3	1,8%
Kabızlık	Yok	166	99,4%
	Var	1	0,6%
Özgeçmiş	Yok	130	77,8%
	Var	37	22,2%
Soygeçmiş	Yok	157	94,0%
	Var	10	6,0%
b-HCG	Bakılmadı	45	26,9%
	Bakıldı	122	73,1%
TİT-Glukoz	Negatif	164	98,2%
	Pozitif	3	1,8%
TİT-Protein	Negatif	157	94,0%
	Pozitif	10	6,0%
TİT-Keton	Negatif	166	99,4%
	Pozitif	1	0,6%
TİT-Eritrosit	Negatif	69	41,3%
	Pozitif	98	58,7%
TİT-Lökosit	Negatif	72	43,1%
	Pozitif	95	56,9%
TİT-Bakteri	Negatif	80	47,9%
	Pozitif	87	52,1%
Servise Yatış	Yatış Yok	136	81,4%
	Yatış Var	31	18,6%
Servis	Gastroenteroloji	5	16,1%

	Üroloji	2	6,5%
	Genel Cerrahi	14	45,2%
	Kadın Doğum	10	32,3%
Operasyon	Op. Yok	150	89,8%
	Op. Var	17	10,2%
Gaita Mikroskopisi	Yok	164	98,2%
	Var	3	1,8%
Gaitada Gizli Kan	Yok	165	98,8%
	Var	2	1,2%

Yukarıdaki tabloda; “kategorik ölçümlere ait genel tanımlayıcı istatistikler” verilmiştir.

4.1. Hastaların Hastaneye Yatırılma Durumlarına Göre Karşılaştırma Sonuçları

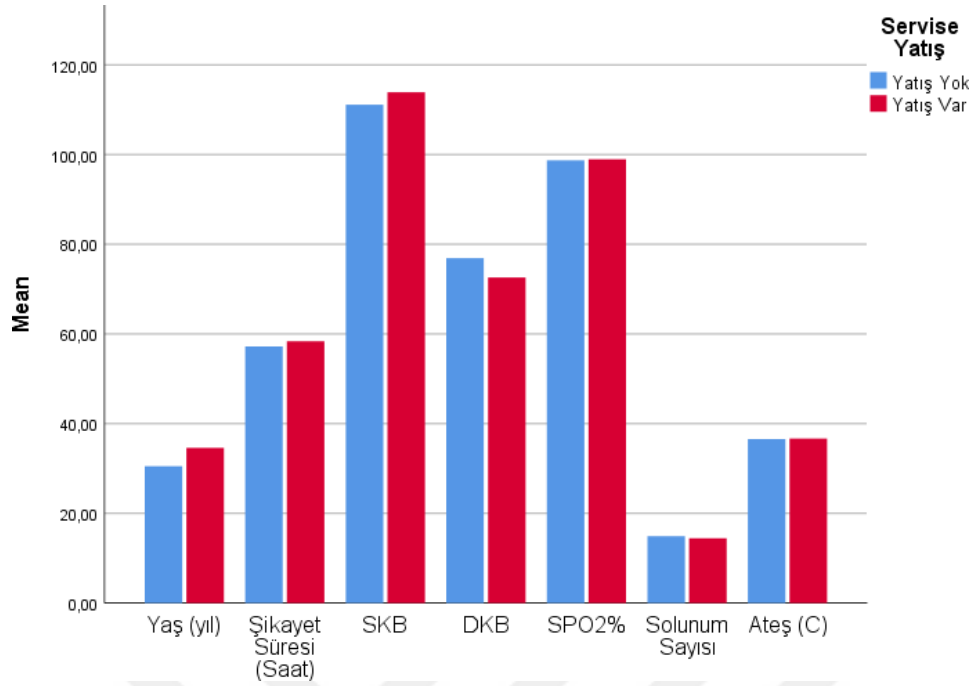
Tablo 29: Hastaların Demografik Özellikleri ve Vital Bulgularının Hastaneye Yatış Durumuna Göre Karşılaştırma Sonuçları

	Hastane Yatış	N	Mean ± Std.Dev. (Min.-Max.)	*p.
Yaş	Yok	136	30,50 ± 8,19 (18,00- 46,00)	,012
	Var	31	34,61 ± 7,89 (20,00-48,00)	
Şikayet Süresi (s)	Yok	136	57,20 ± 152,37 (50-1440,00)	,841
	Var	31	58,35 ± 100,05 (1,00-480,00)	
SKB	Yok	136	111,10 ± 12,51 (80,00-140,00)	,905

	Var	31	113,87 ± 18,38 (80,00-180,00)	
DKB	Yok	136	76,91 ± 60,47 (50,00-770,00)	,865
	Var	31	72,58 ± 8,15 (60,00-90,00)	
SPO2%	Yok	136	98,68 ± 1,15 (95,00-100,00)	,315
	Var	31	98,94 ± 1,00 (97,00-100,00)	
Solunum Sayısı	Yok	136	14,93 ± 1,95 (10,00-20,00)	,347
	Var	31	14,45 ± 2,35 (10,00-18,00)	
Ateş (C)	Yok	136	36,58 ± 25 (36,10-38,50)	,186
	Var	31	36,68 ± 35 (36,30-37,80)	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların demografik özellikleri ve vital bulgularının” “hastaneye yatış durumuna göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; “yaşta”, “hastaneye yatışta” istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p < 0,05$). Burada; hastaneye yatanların yaşının (34,6), yatırılmayanlara (30,5) göre daha yüksek olduğu görülmüştür.



Şekil 8: Yaş ve Vital Bulguların Servise Yatış Durumuna Göre Dağılım

Tablo 30: Hastaların Hemogram ve Biyokimya bulgularının” “Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Hastane Yatış	N	Mean ± Std.Dev. (Min.-Max.)	*p.
Glukoz	Yok	136	99,83 ± 43,81 (00-368,00)	,027
	Var	31	108,32 ± 25,94 (00-152,00)	
Üre	Yok	136	22,95 ± 9,77 (00-47,00)	,990
	Var	31	25,06 ± 11,91 (00-70,00)	
Kreatinin	Yok	136	63 ± 23 (00-1,24)	,130

	Var	31	72 ± 32 (00-2,24)	
T.Bil.	Yok	136	86 ± 3,84 (00-45,00)	,263
	Var	31	94 ± 1,37 (00-6,90)	
D.Bil.	Yok	136	12 ± 18 (00-1,83)	,231
	Var	31	34 ± 74 (00-3,20)	
ALT	Yok	136	20,42 ± 31,82 (00-339,00)	,137
	Var	31	64,61 ± 172,98 (00-936,00)	
AST	Yok	136	24,76 ± 46,98 (00-553,00)	,318
	Var	31	61,68 ± 149,04 (00-829,00)	
GGT	Yok	136	16,08 ± 18,01 (00-179,00)	,544
	Var	31	60,19 ± 137,87 (00-498,00)	
Sodyum	Yok	136	124,55 ± 38,75 (00-142,00)	,352
	Var	31	132,42 ± 24,64 (00-141,00)	
Potasyum	Yok	136	3,84 ± 1,19 (00-5,10)	,290

	Var	31	4,08 ± 83 (00-5,00)	
Amilaz	Yok	136	61,54 ± 34,87 (00-276,00)	,567
	Var	31	131,06 ± 284,32 (00-1284,00)	
CRP	Yok	136	9,06 ± 19,87 (00-132,40)	,010
	Var	31	30,57 ± 72,45 (30-323,30)	
WBC	Yok	136	7,85 ± 3,58 (00-16,85)	,002
	Var	31	10,35 ± 3,58 (4,61-17,84)	
LY#	Yok	136	2,07 ± 1,16 (00-5,95)	,163
	Var	31	1,84 ± 60 (43-3,17)	
NE#	Yok	136	5,65 ± 6,74 (00-76,00)	,000
	Var	31	7,85 ± 3,65 (2,49-16,23)	
LY%	Yok	136	25,29 ± 12,85 (00-56,40)	,020
	Var	31	20,37 ± 9,30 (2,50-36,40)	
NE%	Yok	136	62,73 ± 44,21 (00-511,80)	,000

	Var	31	73,08 ± 11,02 (54,20-94,30)	
HGB	Yok	136	12,40 ± 9,41 (00-112,40)	,469
	Var	31	12,39 ± 1,21 (9,80-14,60)	
HCT	Yok	136	34,64 ± 10,91 (00-44,60)	,898
	Var	31	37,17 ± 3,18 (29,00-43,10)	
MCV	Yok	136	80,01 ± 24,45 (00-97,90)	,423
	Var	31	86,63 ± 6,38 (70,90-95,80)	
PLT	Yok	136	249,65 ± 107,64 (00-552,00)	,731
	Var	31	269,97 ± 72,53 (135,00-518,00)	
Beta-Hcg	Yok	136	321,38 ± 1977,13 (00-15000,00)	,809
	Var	31	247,09 ± 1023,76 (00-5265,00)	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların Hemogram ve Biyokimya bulgularının” “Serviste Yatışa göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Burada; hastaların tespit edilen patolojileri nedeniyle herhangi bir klinikte yatarak takip ve tedavi edilenlerin glukoz, CRP, lökosit, neutrofil ve lenfosit değerlerinin, ayaktan takip ve tedavi edilenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05).

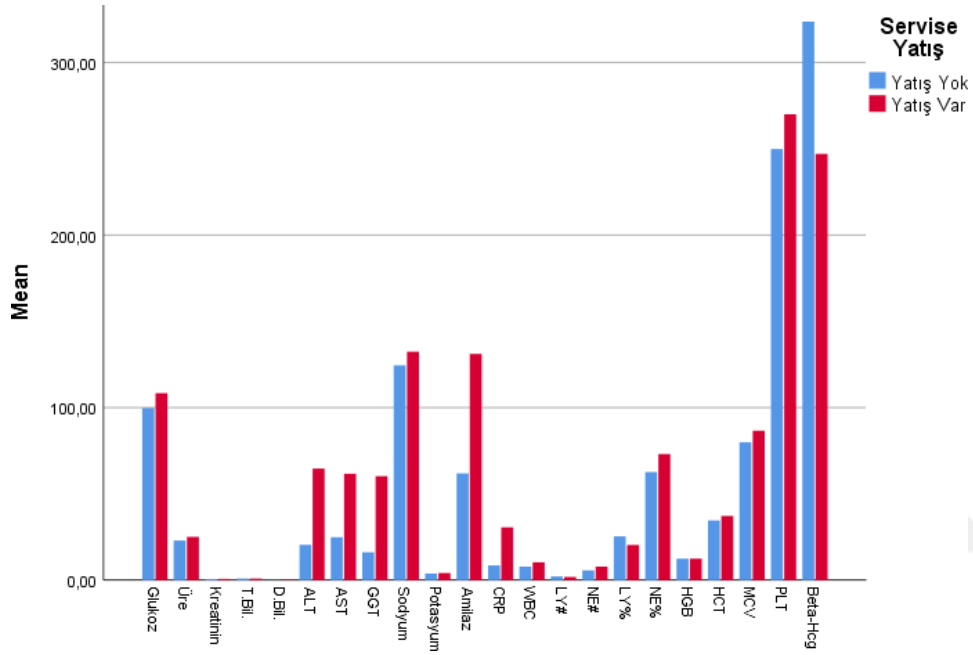
Tablo 31: “Hastaların Bazı Laboratuvar Parametrelerinin” “Hastaneye Yatışa Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Hastane Yatış	N	Mean ± Std.Dev. (Min.-Max.)	*p.
CK-MB	Yok	136	06 ± 24 (00-1,30)	,003
	Var	31	24 ± 45 (00-1,70)	
Troponin	Yok	136	24 ± 84 (00-3,20)	,002
	Var	31	88 ± 1,55 (00-5,00)	
APTT	Yok	136	4,42 ± 10,20 (00-33,00)	<,001
	Var	31	13,05 ± 14,00 (00-30,90)	
PT	Yok	136	2,13 ± 4,98 (00-15,60)	<,001
	Var	31	6,73 ± 7,10 (00-16,10)	
INR	Yok	136	0,72 ± 6,51 (00-76,00)	<,001
	Var	31	0,50 ± 53 (00-1,18)	
%PT	Yok	136	15,49 ± 36,31 (00-125,00)	<,001
	Var	31	46,58 ± 49,32 (00-117,00)	

KG-Ph	Yok	136	0,22 ± 1,26 (00-7,40)	,370
	Var	31	0,47 ± 1,83 (00-7,38)	
KG-PCO2	Yok	136	1,18 ± 6,82 (00-46,60)	,338
	Var	31	2,63 ± 10,19 (00-42,80)	
KG-PO2	Yok	136	1,03 ± 6,27 (00-49,70)	,343
	Var	31	2,58 ± 10,05 (00-44,60)	
KG-SO2	Yok	136	1,76 ± 10,79 (00-85,20)	,348
	Var	31	4,57 ± 17,76 (00-77,20)	
KG-Chco3	Yok	136	0,68 ± 3,88 (00-23,00)	,350
	Var	31	1,38 ± 5,38 (00-23,80)	
KG-cBase	Yok	136	0,03 ± 23 (00-2,10)	,351
	Var	31	0,21 ± 1,10 (00-6,10)	
c-Lac	Yok	136	0,04 ± 24 (00-2,10)	,375
	Var	31	0,05 ± 19 (00-90)	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların bazı kan değerlerinin” “Serviste Yatışa göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; “CK-MB, troponin, APTT, PT ve INR değerlerinde yatarak takip ve tedavi edilen hastalarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (p<0.05)



Şekil 9: Bazı Laboratuvar Parametrelerinin Hastaneye Yatış Durumuna Göre Dağılımı

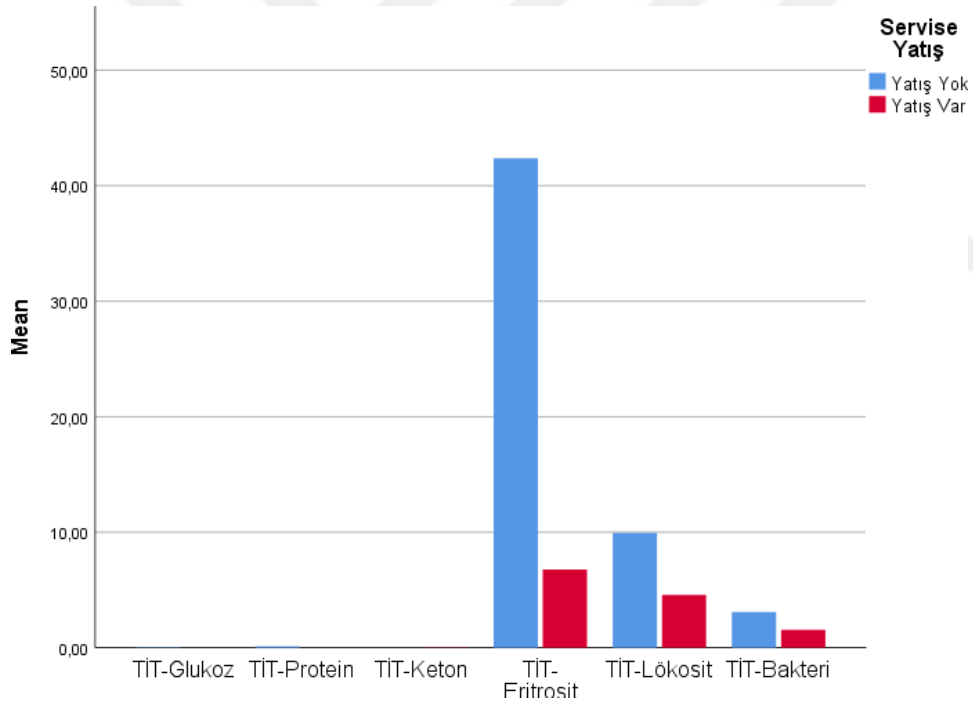
Tablo 32: “Hastaların TİT Sonuçlarının” “Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Servise Yatış	N	Mean	Std.Dev.	Median	Min.	Max.	*p.
TİT-Glukoz	Yok	136	,05	,37	,00	,00	3,00	,405
	Var	31	,00	,00	,00	,00	,00	
TİT-Protein	Yok	136	,12	,48	,00	,00	3,50	,121
	Var	31	,00	,00	,00	,00	,00	
TİT-Keton	Yok	136	,00	,00	,00	,00	,00	,036
	Var	31	,03	,18	,00	,00	1,00	

TİT-Eritrosit	Yok	136	42,37	197,72	1,00	,00	1368,00	,078
	Var	31	6,77	23,88	,00	,00	132,00	
TİT-Lökosit	Yok	136	9,87	56,18	1,00	,00	638,00	,069
	Var	31	4,58	15,41	,00	,00	76,00	
TİT-Bakteri	Yok	136	3,07	7,14	1,00	,00	63,00	,170
	Var	31	1,55	3,77	,00	,00	20,00	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların TİT sonuçlarının” “Hastaneye Yatışa göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; “tam idrar tetkikinde gketon tespiti yatan hastalarda istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).



Şekil 10: TİT Değerlerinin Hastaneye Yatış Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 33: Hastaneye Yatış ve Başvuru Semptomları Arasındaki İlişki ve Dağılımı

		Servise Yatış				*p.
		Yok		Var		
		Count	Row N %	Count	Row N %	
Karın Ağrısı	Yok	0	0,0%	0	0,0%	
	Var	136	81,4%	31	18,6%	
Bulantı Kusma	Yok	88	86,3%	14	13,7%	,044
	Var	48	73,8%	17	26,2%	
Midede Yanma	Yok	121	81,8%	27	18,2%	,767
	Var	15	78,9%	4	21,1%	
Yan Ağrısı	Yok	124	81,0%	29	19,0%	,667
	Var	12	85,7%	2	14,3%	
Baş Dönmesi	Yok	135	81,8%	30	18,2%	,250
	Var	1	50,0%	1	50,0%	
Pelvik Ağrı	Yok	116	81,7%	26	18,3%	,841
	Var	20	80,0%	5	20,0%	
İdrarda Yanma	Yok	119	79,3%	31	20,7%	,038
	Var	17	100,0%	0	0,0%	
İshal	Yok	120	79,5%	31	20,5%	,045
	Var	16	100,0%	0	0,0%	
İdrarda Kanama	Yok	135	81,3%	31	18,7%	,632
	Var	1	100,0%	0	0,0%	
Adet Gecikmesi	Yok	133	81,1%	31	18,9%	,404
	Var	3	100,0%	0	0,0%	
Kabızlık	Yok	136	81,9%	30	18,1%	,036
	Var	0	0,0%	1	100,0%	
Özgeçmiş	Yok	107	82,3%	23	17,7%	,588
	Var	29	78,4%	8	21,6%	
Soygeçmiş	Yok	129	82,2%	28	17,8%	,337
	Var	7	70,0%	3	30,0%	

b-HCG	Bakılmadı	37	82,2%	8	17,8%	,874
	Bakıldı	99	81,1%	23	18,9%	
Operasyon	Yok	136	90,7%	14	9,3%	<,001
	Var	0	0,0%	17	100,0%	
Gaita Mikroskopisi	Yok	133	81,1%	31	18,9%	,404
	Var	3	100,0%	0	0,0%	
Gaitada Gizli Kan	Yok	134	81,2%	31	18,8%	,497
	Var	2	100,0%	0	0,0%	

* Ki-kare testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi

Yukarıdaki tabloda; “Hastaneye Yatış ve Başvuru Semptomları Arasındaki İlişki” dağılımı verilmiştir. Buna göre bakıldığında; “bulantı-kusma, idrarda yanma, ishal ve kabızlık şikayeti nedeniyle başvuran hastaların klinik yatış oranları diğer hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olup ayaktan takip ve tedavisi düzenlenen hastalara göre daha yüksekti (p<0.05)

4.2. CERRAHİ TEDAVİ VARLIĞINA GÖRE KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARI

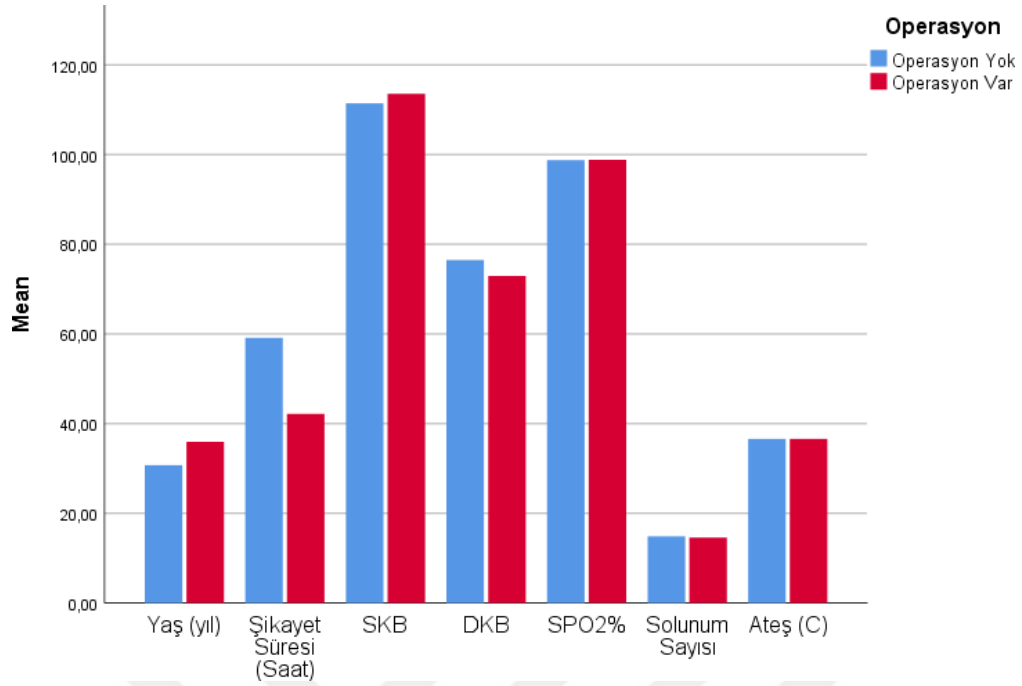
Tablo 34: “Hastaların Demografik özellikleri ve Vital bulgularının” “Cerrahi Tedavi varlığına göre” karşılaştırma sonuçları

	Cerrahi Tedavi	N	Mean ± Std.Dev. (Min.-Max.)	*p.
Yaş	Yok	150	30,73 ± 8,13 (18,00-48,00)	,018
	Var	17	35,94 ± 8,25 (20,00-48,00)	
Şikayet Süresi (Saat)	Yok	150	59,14 ± 150,01 (50-1440,00)	,388
	Var	17	42,18 ± 69,35 (1,00-240,00)	
SKB	Yok	150	111,40 ± 12,85 (80,00-140,00)	,871

	Var	17	113,53 ± 20,60 (80,00-180,00)	
DKB	Yok	150	76,47 ± 57,63 (50,00-770,00)	,699
	Var	17	72,94 ± 8,49 (60,00-90,00)	
SPO2%	Yok	150	98,72 ± 1,14 (95,00-100,00)	,817
	Var	17	98,82 ± 1,01 (97,00-100,00)	
Solunum Sayısı	Yok	150	14,87 ± 1,97 (10,00-20,00)	,751
	Var	17	14,59 ± 2,53 (10,00-18,00)	
Ateş (C)	Yok	150	36,59 ± ,27 (36,10-38,50)	,677
	Var	17	36,61 ± ,33 (36,30-37,40)	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların demografik özellikleri ve vital bulgularının” “Operasyon varlığına göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; yatırılarak takip edilen ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaş ortalaması cerrahi tedavi uygulanmayan hastalara göre yüksek olup istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0.05$).



Şekil 11: Yaş ve Vital Bulguların Cerrahi Tedavi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Tablo 35: “Hastaların Hemogram ve Biyokimya Bulgularının” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Cerrahi Tedavi	N	Mean	Std.Dev.	Median	Min.	Max.	*p.
Glukoz	Yok	150	100,09	42,84	100,00	,00	368,00	,048
	Var	17	113,00	17,89	115,00	87,00	152,00	
Sodyum	Yok	150	124,72	38,43	136,00	,00	142,00	,033
	Var	17	137,41	1,54	137,00	135,00	141,00	
Potasyum	Yok	150	3,83	1,18	4,12	,00	5,10	,047
	Var	17	4,30	,37	4,27	3,40	5,00	
WBC	Yok	150	8,06	3,64	8,11	,00	17,22	,012
	Var	17	10,58	3,49	10,42	5,20	17,84	
NE#	Yok	150	5,84	6,55	5,14	,00	76,00	,004
	Var	17	7,93	3,42	8,01	2,93	15,69	
NE%	Yok	150	63,70	42,37	62,20	,00	511,80	,005

	Var	17	73,02	9,18	74,70	56,40	87,70	
MCV	Yok	150	80,42	23,39	87,20	,00	97,90	,045
	Var	17	88,45	5,79	89,60	71,90	95,80	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Tablo 36: “Hastaların Bazı Kan Değerlerinin” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Cerrahi Tedavi	N	Mean	Std.Dev.	Median	Min.	Max.	*p.
CK-MB	Yok	150	,07	,26	,00	,00	1,30	,008
	Var	17	,28	,49	,00	,00	1,70	
Troponin	Yok	150	,29	,95	,00	,00	5,00	,010
	Var	17	,94	1,50	,00	,00	3,20	
APTT	Yok	150	4,71	10,42	,00	,00	33,00	<,001
	Var	17	17,60	13,89	26,60	,00	30,90	
PT	Yok	150	2,29	5,13	,00	,00	15,60	<,001
	Var	17	9,06	6,95	13,50	,00	16,10	
INR	Yok	150	,68	6,20	,00	,00	76,00	<,001
	Var	17	,67	,52	,98	,00	1,18	
%PT	Yok	150	16,70	37,40	,00	,00	125,00	<,001
	Var	17	61,59	47,65	89,00	,00	117,00	

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların hemogram ve biyokimya bulgularının” “cerrahi tedavi varlığına göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Cerrahi tedavi uygulanan hastaların laboratuvar tetkiklerinde glukoz, sodyum, potasyum, lökosit, nötrofil, MCV, CK-MB, troponin, APTT, PT ve INR değerleri medikal tedavi uygulanan hastalara göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 37: “Hastaların TİT Sonuçlarının” “Cerrahi Tedavi Varlığına Göre” Karşılaştırma Sonuçları

	Cerrahi Tedavi		N	Mean	Std.Dev.	Median	Min.	Max.	*p.
	Yok	Var							
TİT-Keton	Yok	150	,00	,00	,00	,00	,00	,003	
	Var	17	,06	,24	,00	,00	1,00		
TİT-Eritrosit	Yok	150	38,81	188,48	1,00	,00	1368,00	,024	
	Var	17	8,71	31,84	,00	,00	132,00		
TİT-Lökosit	Yok	150	9,86	53,88	1,00	,00	638,00	,002	
	Var	17	,29	,59	,00	,00	2,00		
TİT-Bakteri	Yok	150	3,00	6,96	1,00	,00	63,00	,047	
	Var	17	,88	2,00	,00	,00	8,00		

* Mann-Whitney-U Testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “hastaların TİT sonuçlarının” “cerrahi tedavi varlığına göre” karşılaştırma sonuçları verilmiştir. Cerrahi yöntemle tedavi edilen hastaların tam idrar tetkiklerinde keton, eritrosit, lökosit ve bakteri varlığı diğer hasta gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı pozitiflik olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Tablo 38: “Cerrahi Tedavi Varlığı” ile “Kategorik Değişkenlerin” İlişkisi ve Dağılımı

	Cerrahi Tedavi					*p.
		Yok		Var		
		N	%	N	%	
Kabızlık	Yok	150	90,4%	16	9,6%	,003
	Var	0	0,0%	1	100,0%	
Soygeçmiş	Yok	143	91,1%	14	8,9%	,033
	Var	7	70,0%	3	30,0%	

* Ki-kare testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi

Yukarıdaki tabloda; “cerrahi tedavi varlığı” ile “kategorik değişkenlerin” ilişkisi ve dağılımı verilmiştir. Buna göre bakıldığında; kabızlık şikayeti ile başvuran hastalarda tedavi yöntemi olarak mevcut patolojileri nedeniyle cerrahi tedavi yöntemleri uygulanmıştır ($p<0.05$). Yatırılarak takip ve tedavi edilen hastaların %45.2’sinin cerrahi tedavi yöntemleri ile tedavi edildiği tespit edilmiştir.

4.3. DİĞER KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARI

Tablo 39: “Tanı” ile “Ön Tanı” Arasındaki Dağılım ve İlişki

	Ön Tanı	Tanı	*p.
	N (%)	N (%)	
Üriner Sistem Enfeksiyonu	34 (20.4)	40 (24.0)	,429
Non-Spesifik Karın Ağrısı	33 (19.8)	28 (16.8)	,479
Akut Gastroenterit	17 (10.2)	19 (11.4)	,724
Akut Apendisit	16 (9.6)	7 (4.2)	,049
Renal Kolik	16 (9.6)	7 (4.2)	,049
Peptik Ulcus	14 (8.4)	11 (6.6)	,533
Over Kisti	8 (4.8)	10 (6.0)	,628
Akut Kolesistit	8 (4.8)	3 (1.8)	,219
Dismenore	6 (3.6)	6 (3.6)	1,00
Over Torsiyonu	5 (3.0)	3 (1.8)	,723
Akut Pankreatit	3 (1.8)	1 (0.6)	,623
Gebelik	4 (2.4)	6 (3.6)	,750
Gastrit	3 (1.8)	3 (1.8)	1,00
Dispepsi	2 (1.2)	2 (1.2)	1,00
Üreter Taşı	1 (0.6)	8 (4.8)	,037
Safra Kesesi Taşı	1 (0.6)	3 (1.8)	,623
Tubo Ovaryan Abse (TOA)	1 (0.6)	1 (0.6)	1,00
Koledokolyazis	0	4 (2.4)	,123

Endometrioma	0	3 (1.8)	,248
Hemorajik Kist	0	3 (1.8)	,498
Umbilical Herni	0	2 (1.2)	,498
Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID)	0	2 (1.2)	,498
Ektopik Gebelik	0	2 (1.2)	,498
Salfenjit	0	2 (1.2)	,498
Diyabetes Mellitus	0	1 (0.6)	,997
İleus	0	1 (0.6)	,997
Leiomyom	0	2 (1.2)	,498
Malignite	0	1 (0.6)	,997
Adenomyomatozis	0	1 (0.6)	,997

*Z-oran testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyi

Yukarıdaki tabloda; “Tanı” ile “Ön Tanı” arasındaki dağılım ve ilişki sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; anamnez, fizik muayene ve tetkikleri neticesinde belirlenen ön tanı ile kesin tanıları karşılaştırıldığında, akut apendisit, renal kolik ve üriner taş ön tanısı alan hastaların kesin tanıları değerlendirildiğinde, bu hastalık öntanısı olanların istatistiksel olarak anlamlı oranda kesin tanıların bu tanıları ait olduğu görülmüştür.

Tablo 40: Bazı Değişkenlerin Alt Kategorilere Dağılımlarının İlişkisi

		N	%	*p.
Cerrahi Tedavi	Op. Yok	150	89,8%	<,001
	Op. Var	17	10,2%	
Hastane Yatış	Yatış Yok	136	81,4%	<,001
	Yatış Var	31	18,6%	
Servis	Gastroenteroloji	5	16,1%	,012
	Üroloji	2	6,5%	
	Genel Cerrahi	14	45,2%	
	Kadın Doğum	10	32,3%	
b-HCG	Bakılmadı	45	26,9%	<,001
	Bakıldı	122	73,1%	

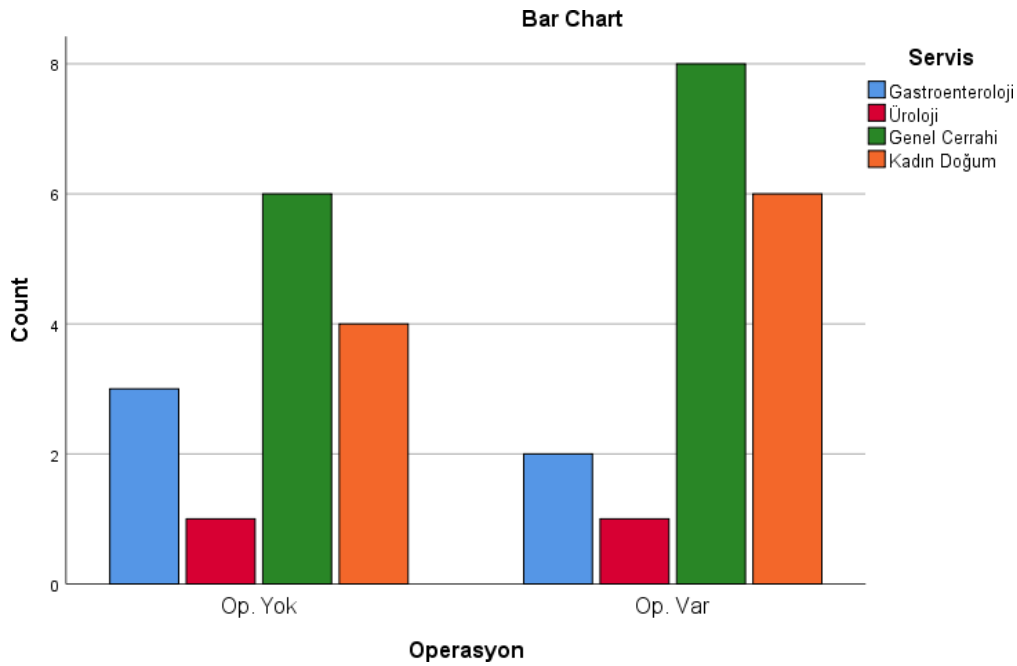
*Tek örnek (one sample) Ki-kare testi sonuçlarına göre anlamlılık düzeyleri

Yukarıdaki tabloda; “bazı değişkenlerin alt ketgorileri dağılımlarının ilişkisi” sonuçları verilmiştir. Buna göre bakıldığında; hastaların “ cerrahi tedavi olması” ile “cerrahi tedavi olmaması” arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Başka bir ifadeyle; hastaların “cerrahi tedavi olma oranlarının”, “cerrahi tedavi olmama oranlarına göre” daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Benzer şekilde; hastaların “hastaneye yatırılma durumu” ile “hastaneye yatırılmaması durumu” arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Burada; hastaların “hastaneye yatırılma oranlarının”, “hastaneye yatırılmama oranlarına göre” daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Yine; hastaların “hangi servise yatırıldığına” göre istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Burada; hastaların çoğunluğunun “Genel Cerrahi veya Kadın Doğum Servislerine” yatırıldığı tespit edilmiştir.

Hastaların “b-HCG bakılma durumu” ile “b-HCG bakılmama durumu” arasında istatistik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($p<0,05$). Burada; hastaların “b-HCG bakılma oranlarının”, “b-HCG bakılmama” oranlarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.



Şekil 12: Cerrahi Tedavi * Servis

5.

TARTIŞMA

Karın ağrısı, acil servis başvurularının en sık nedenidir (88). Altta yatan etyolojik çeşitlilik nedeniyle erken tanı ve tedavi, mortalite ve morbiditenin önüne geçebilmek için önemlidir (89). Karın ağrısına neden olan patolojik durumun ayırıcı tanısında yaş, cinsiyet, gibi demografik veriler yanı sıra anamnez, semptom ve bulgular ile yapılan fizik muayene yol göstericidir. Hastaların stabilitesinin değerlendirilmesinin ardından yapılacak ileri tetkik ve incelemeler tanıya ulaşmamızı sağlar (90).

Tanının olgunlaşmasında ve istenecek tetkiklerin ne olması gerektiği konusunda yol gösterici olan fizik muayene bulguları önemlidir. Fizik muayene de en sık hassasiyet tespit edilmiş olup literatürde yer alan diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte oransal olarak farklılıklar mevcuttur (91-94). Tespit edilen bu farklılığın bizim çalışmamızda daha yüksek oranda bulunma nedeninin ise hassasiyetin diğer fizik muayene bulgularına göre daha subjektif olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Herhangi bir patolojiye rastlanmayan ağrıya sebep olabilecek nedenler elendiğinde akut batın hastalarında nihai teşhis nonspesifik karın ağrısıdır (95). Karın ağrısı nedeniyle yapılan çalışmalarda oranlar arasında farklılıklar mevcuttur (96-97). Bu durum çalışmalara dahil edilen hasta sayılarının farklı olmasından kaynaklanmakla birlikte bizim çalışmamızda dahil edilen hasta sayısının göreceli olarak yetersiz olmasının oranlarımızı artırdığı düşüncesindeyiz.

Yapılan görüntülemelere göre dağılımlar incelendiğinde çalışmamızda hastaların %61,7'sine herhangi bir görüntüleme yöntemleri istenmişken; hastaların %38,3'üne ise görüntüleme yöntemlerinden hiçbirisi kullanılmamıştır. İstenme sıklığına göre hastalarımızda en sık BT ve USG kullanılmıştır. Yeniocak ve ark. (98) benzer bir çalışmada akut karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde USG'yi (%71,1) BT'den (%22,3) daha fazla kullanmıştır. Aygencel ve ark. (99) yapmış oldukları çalışmada acil servise karın ağrısı tanılanmasında başvuran hastaların %20,1'ine USG, %1,8'ine BT çekilmiştir. BT akut karın ağrılı hastaların değerlendirilmesinde yüksek tanısal doğruluk oranına sahip ve akut karın sendromuna yol açan hastalık gruplarının oldukça geniş olması sebebiyle, şüphelenilen ön tanının doğrulanmaması halinde alternatif tanıları önermektedir. Bizim çalışmamızın literatür taramalarına göre farklı sonuçlanmış olmasını, USG

kullanımının subjektif olması, kullanıcı deneyiminin yetersiz olması, acil servise başvuran hastaların USG çekim öncesi açlık durumu gibi standartlarının olmaması ve buna bağlı yoğun gaz artefaktları nedeniyle görüntülemenin optimal olamaması ve radyoloji hekimlerine ulaşmanın zor ve sınırlı olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Bu sınırlılıklardan dolayı ve acil servisler için hızlı tarama yapabilme detaylı görüntüleme sağlaması, tanı üstünlüğü ve acilde kalış süresini kısaltması gibi avantajlar sağlayan BT akut karın ağrısının tanısında en tercih edilen görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Rosen ve ark. (100) BT'nin, acil servisten hastaneye yatış oranlarını %17 azalttığını, hastaların %62'sinde gereksiz cerrahi müdahaleyi önlediğini ve %13'ünde cerrahi tedavinin daha erken yapıldığı sonucuna varmıştır. Bilgisayarlı tomografi, akut karın ağrısı olan hastalarda en yüksek duyarlılığa ve özgüllüğe sahip olduğu için acil durumlarda en çok tercih edilen görüntüleme yöntemidir (101). Lewis ve ark. (96) yaptıkları çalışmada karın ağrısına neden olan spesifik nedenler başında %8,6 oranla üriner sistem enfeksiyonları saptamıştır. Lamsal ve ark. (102) da yaptıkları çalışmada nontravmatik karın ağrılarında en sık spesifik nedeni %23,2 oranla üriner sistem enfeksiyonları olarak raporlamıştır. Biz de yapmış olduğumuz çalışmada literatürle uyumlu olarak nontravmatik karın ağrılarında üriner sistem enfeksiyonlarını %24 ile en sık spesifik karın ağrısı nedeni olarak saptadık. Çam ve ark. (97) yaptıkları çalışmada karın ağrısının safra yolları sebeplerini sırasıyla %5,1 oranla koledokolityazis, %2,1 oranla kolesistit ve %1,2 oranla kolelityazis olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da safra yoluna bağlı nedenler sırayla %2,4 oranla koledokolityazis, %1,8 oranla kolesistit ve %1,8 oranla kolelityazis saptanmıştır. Safra yolu hastalıkları nedenleri sonuçları literatürle benzer olmasına rağmen oranların nispeten düşük olmasının çalışılan hastaların popülasyonlarının değişiklik göstermesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Görüntüleme gruplarına göre; BT ve USG çekilen olguların acilde kalış süreleri hiçbir görüntüleme yapılmayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni görüntüleme istenen hastaların pozitif fizik muayene bulgularının olması nedeniyle hemen taburcu edilmemesi ve BT çekimi yapılabilmesi için üre, kreatin gibi BFT tetkik sonuçlarının beklenmesi olarak yorumlanmıştır. Hastaların acil servis kalış süreleri radyolojik tetkik istemi, triaj sistemi, konsültasyon isteme ve sonuçlanması, polikliniklerden randevu alamama gibi nedenlerle acil serviste bekleme sürelerini artırmaktadır (103). Karın ağrısı nedeniyle başvuran hastaların sonuç tanıları değerlendirildiğinde en sık üriner sistem enfeksiyonu olduğu tespit edildi. Bu açıdan literatürle benzer olup diğer tanılarının oranlarında farklılıklar mevcuttur(96, 102, 104). Farklı olmasının nedeni olarak ise, coğrafi

koşulların, total olgu sayılarının ve yaş popülasyonları olduğunu düşünmekteyiz.

Türker ve ark. (93)'nin acil serviste travma dışı sebeplere bağlı olan karın ağrısı şikayeti olan hastalar üzerine yaptıkları bir çalışmada; hastaların % 33'nün medikal tedavi ile rahatladıklarını ve sonrasında hastaneden taburcu olduklarını, % 18,4'nün ilk değerlendirme sonrasında poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu olduklarını, % 18,7'nin genel cerrahi servisine yattığını, % 9,4'nün ise dahiliye servisine yattığını, % 5,6'nın reçete yazılarak taburcu olduğunu, % 4,5'nin acil servisteki gözlemi sonrasında taburcu olduğunu, % 1,9'nun uygulanan tedaviyi reddederek hastaneden çıktıklarını ve % 0,4'nün ise öldüğü rapor edilmiştir. Benzer sonuçlar Aslaner ve ark. (105)'nin yaptığı başka bir çalışmada da tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise acil servise nontravmatik karın ağrısıyla başvuran hastaların % 81,4'ünün medikal tedavi sonrası rahatladığı ve taburcu edildiği görüldü. Hastaların %18,6'sı hayati risk içermeleri veya aldıkları tanılar nedeniyle hastaneye yatırılarak takip ve tedavileri düzenlenmiş bu hastaların %54,8'i, toplam olguların ise %10,1'ine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Takip ve tedaviler en sık Genel Cerrahi ve sırasıyla Kadın Doğum ve Hastalıkları, Gastroenteroloji ve Üroloji Klinikleri tarafından yürütülmüştür. Çalışma sonucumuz literatür ile uyumluken oransal olarak yüksek saptamamızın nedeni total olgu sayısı ve çalışılan yaş popülasyon farklılığı nedeniyle olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan benzer çalışmalar değerlendirildiğinde vital parametrelerdeki patolojik değişikliklerin ve yüksek yaşın, altta cerrahi nedenli patoloji olma olasılığını arttırdığı bildirilmiştir (106-107). Bizim çalışmamızda da herhangi bir kliniğe yatırılarak takip edilip cerrahi tedavi uygulanan hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışındaki vital bulgularda servise yatış ve operasyona alınma açısından literatürden farklı olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış olup, sebebinin daha genç yaş popülasyon aralığında çalışma yapmış olmamıza bağlıyoruz. Semptom ve fizik muayene bulguları ile konulan tanılarla tetkik sonrası tanıların karşılaştırıldığı çalışmalarda hastaların başlangıçta asistan doktorlar tarafından değerlendirildiği, bir ön tanı konduğu, testlerin istendiği, testlerin sonunda bu tanının %33 oranında değiştiği belirtilmektedir (108). Tanı ve ön tanı arasındaki dağılım ve ilişki bu çalışmada ve literatürdeki diğer çalışmalarda uyumluluk göstermektedir .

Hastaların başvurularında özgeçmişte eşlik eden hastalıklar incelendiğinde geriatric hastalarda özgeçmişte en az bir kronik hastalık bulunma oranı yüksektir (109, 110). Aynı çalışmada kronik hastalıkların %40,8'inde hipertansiyon, %22,6'sında koroner arter

hastalığı ve %22,4 oranında ise diyabetes mellitusun görüldüğü belirtilmiştir. Çalışmamızda hipertansiyon ve diyabetes mellitus tanıları en çok saptanan kronik hastalıklardan olmasıyla birlikte oransal farklılıklar ve ek olarak sezeryan operasyonu durumu saptanma nedeni çalışmamızın 18-50 yaş arasındaki kadın hastalarda yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmamızda doğurganlık çağında nontravmatik karın ağrısıyla başvuran kadın hastaların %73,1'ne b-Hcg tetkiki istenmiş ve bu hastaların yaklaşık %5'de gebelik saptanmıştır. Tek örnek ki-kare anlamlılık düzey testine göre doğurganlık çağındaki kadın hastalara b-hcg bakılmasının önemli ve gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Yine çalışmamızda başvuran hastaların %95,2'sinde bir tetkik istenmiştir. Beyaz küre, CRP, nötrofil ve b-Hcg değerlerinin atravmatik karın ağrısı olan doğurganlık çağında istenmesinin operasyon ve servise yatırılması açısından önemli olduğu saptanmıştır. Konunun geniş bir perspektiften incelenmesi nedeniyle bu veriler genel doğurganlık çağındaki kadın hastalar için spesifik sonuçlar sunmasa da literatürde yer alan veriler ışığında acil servise başvuran doğurganlık çağındaki atravmatik karın ağrılı kadın hastaların incelenmesi açısından katkı sağlayacağı söylenebilir. Daha net yorumda bulunabilmek için daha çok sayıda merkez ve hastada, daha spesifik ölçütlerle yapılacak başka çalışmalara ihtiyaç duyulduğu aşikardır.

6. SONUÇ

1. Çalışmaya dahil edilen 18-50 yaş arası doğurganlık çağındaki 167 kadın hastasının ortalama yaşı 31 yıldır.
2. Nontravmatik karın ağrısına en çok eşlik eden şikayet %41,3 oranla bulantı ve kusma saptanmıştır.
3. Olguların %80,8'inde defans, rebound ve hassasiyet gibi fizik muayene bulgusu olup karın ağrısına en sık eşlik eden fizik muayene bulgusu %74,9 oranla hassasiyet saptanmıştır. Fizik muayenesinde rebound, defans ve hassasiyet bulgularından biri veya daha fazlası saptanan hastaların %22,9'u servise yatırılmış, pozitif fizik muayene bulgusu olanların %54,8'inin operasyon geçirdiği saptanmıştır.
4. Ek hastalıklarda en sık %7,8 oranla hipertansiyon saptanmıştır.
5. Olguların %95,2' sine laboratuvar ve/veya görüntüleme tetkiki istenmiştir. En çok istenen tetkikler sırayla %93,4 oranında hemogram, %92,8 oranında biyokimya testleridir.
6. Gebelik şüphesi veya tanısı olanların dışlandığı çalışmamızda nontravmatik karın ağrısı ile başvuran hastaların %73,1'nde b-hCG tetkiki istenmiş olup, tetkik istenenlerin %4,91'nde yeni gebelik tanısı konulmuştur.
7. Hastalara %61,7 oranında görüntüleme tetkiki istenmiş olup en sık %35,3 oranla BT, %32,9 oranla USG çekilmiştir. BT ve/veya USG çekilen hastaların %30,9'u hospitalize edilmiş, %16,5'ine cerrahi tedavi uygulanmıştır.
8. Hastaların aldığı tanı en sık %24 oranla üriner sistem enfeksiyonu ve %16,8 oranda nonspesifik karın ağrısıdır.
9. Abdominal nedenlerle başvuran hastaların herhangi bir kliniğe yatırılma oranı nonabdominal nedenlerle yatan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. ($p < 0,01$) Hastalar en sık %45,2 oranla genel cerrahi servisine, %32,3 oranda kadın doğum servisine, %16,1 oranında gastroenteroloji ve %6,5 oranında üroloji servisine yatırılmıştır.
10. Yatışı yapılan hastaların %54,8'ine cerrahi tedavi uygulanırken diğer hastalara medikal tedavi uygulanmıştır.

6.1. Çalışma Limitasyonları

- Çalışma, retrospektif çalışmalarda yaşanabilecek veri kayıplarının önüne geçebilmek için prospektif olarak tasarlanırsa da sadece hasta onamı alınan olgularla çalışılmıştır, bu yüzden doğurganlık çağında atravmatik karın ağrısıyla başvuran tüm hastalar değerlendirilememiştir.
- Çalışmanın 6 aylık süre içerisinde yapılmış olması çalışma limitasyonlarından biridir.

- Çalışmamızın yüksek riskli hastalara hizmet vermekte olan üçüncü basamak hastanede ve tek merkezde yapılmış olması sonuçların toplumun genelini kapsamaması açısından limitasyon oluşturmaktadır.
- Kan gazı, gaita mikroskopisi gibi tetkiklerin çalışılması muayene eden hekimin kararına bırakıldığı için mortalite, operasyon ve servis yatış üzerinde anlamlı olabilecek bazı göstergeler açısından limitasyon oluşturmaktadır.
- Çalışmamızın planlandığı Mart 2020-Eylül 2020 tarihleri arasındaki 6 aylık dilim dünya genelini sarsan covid19 pandemisinin ülkemizde başlangıcı kabul edilen Mart ayına tekabül etmiştir. Kısıtlamalar, sokağa çıkma yasakları ve hastaların hastanede COVID19 hastalığına yakalanacaklarını düşünmeleri hastanelere başvuru sayısını ciddi düzeyde azaltmıştır. Bu durum da çalışmamızdaki toplam olgu sayısı açısından limitasyon oluşturmaktadır.



Kaynakça

- 1) Kendall, J. L., & Moreira, M. E. Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. 2017; *UpToDate*. (level 5).
- 2) Hustey, F. M., Meldon, S. W., Banet, G. A., Gerson, L. W., Blanda, M., & Lewis, L. M. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *The American journal of emergency medicine* (2005), 23(3), 259-265.
- 3) Cooper, G. S., Shlaes, D. M., & Salata, R. A. Intraabdominal infection: differences in presentation and outcome between younger patients and the elderly. *Clinical infectious diseases* (1994), 19(1), 146-148.
- 4) Sağlığı, H., & Müdürlüğü, G. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ (2008), sf 32
- 5) Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni; (Sayı: 33705)
Available at: <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=3370504> Şubat 2020
- 6) Janz, B. A., Johnson, J., & Angelos, T. M. Regions and Planes of the Abdomen, (2013).
- 7) Bleibel, W., Kozyreva, O., & May, S. K. Peritoneal cancer. *eMedicine [online]*, (2007). Available at: www.emedicine.com/med/topic1795.htm. Accessed July, 23.
- 8) Powers, R. D., & Guertler, A. T. Abdominal pain in the ED: stability and changeover 20 years, (1995). *The American journal of emergency medicine*, 13(3), 301-303.
- 9) Powers, R. D., & Guertler, A. T. Abdominal pain in the ED: stability and changeover 20 years (1995). *The American journal of emergency medicine*, 13(3), 301-303.
- 10) Irvin, T. T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions, (1989). *British Journal of Surgery*, 76(11), 1121-1125.
- 11) Lukens, T. W., Emerman, C., & Efron, D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain, (1993). *Annals of emergency medicine*, 22(4), 690-696.
- 12) Lukens, T. W., Emerman, C., & Efron, D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain, (1993). *Annals of emergency medicine*, 22(4), 690-696.
- 13) Lewis, L. M., Banet, G. A., Blanda, M., Hustey, F. M., Meldon, S. W., & Gerson, L. W. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study, (2005). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(8), 1071-1076.
- 14) Yamamoto, W., Fukui, T., Maekawa, M., Yoshihara, K., Fujita, H., Hazama, K., ... & Koizumi, S. Predictive factors for cancer in patients with abdominal pain, (2000). *General Medicine*, 1(1), 9-16.
- 15) Parker, L. J., Vukov, L. F., & Wollan, P. C. Emergency department evaluation of geriatric patients with acute cholecystitis, (1997). *Academic emergency medicine*, 4(1), 51-55.
- 16) Lyon, C., & Clark, D. C. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients, (2006). *American family physician*, 74(9), 1537-1544.
- 17) Penner, R., Fishman, M. B., & Majumdar, S. Evaluation of the adult with abdominal pain, (2017). Retrieved septiembre, 10, 2018.
- 18) Kruszka, P., & Kruszka, S. J. Evaluation of acute pelvic pain in women, (2010). *American family physician*, 82(2), 141-147.
- 19) Robertson, J. J., Long, B., & Koyfman, A. Myths in the evaluation and management of ovarian torsion, (2017). *The Journal of Emergency Medicine*, 52(4), 449-456.

- 20) Tsevat, D. G., Wiesenfeld, H. C., Parks, C., & Peipert, J. F. Sexually transmitted diseases and infertility, (2017). *American journal of obstetrics and gynecology*, 216(1), 1-9.
- 21) Herrera, F., Hassanein, A., & Bansal, V. Atraumatic spontaneous rupture of the non-gravid uterus, (2011). *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*, 4(3), 439.
- 22) Mostafa-Gharabaghi, P., Bordbar, S., Vazifekhah, S., & Naghavi-Behzad, M. Spontaneous Rupture of Pyometra in a Nonpregnant Young Woman, (2017). *Case reports in obstetrics and gynecology*, 2017.
- 23) Qiu, J. F., Shi, Y. J., Hu, L., Fang, L., Wang, H. F., & Zhang, M. C. Adult Hirschsprung's disease: report of four cases, (2013). *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*, 6(8), 1624.
- 24) Balogun, O. S., Olajide, T. O., Afolayan, M., Lawal, A., Osinowo, A. O., & Adesanya, A. A. An appraisal of the presentation and management of adult intussusception at a Nigerian Tertiary Hospital, (2019). *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 26(3), 169.
- 25) Dumper, J., Mackenzie, S., Mitchell, P., Sutherland, F., Quan, M. L., & Mew, D. Complications of Meckel's diverticula in adults, (2006). *Canadian Journal of Surgery*, 49(5), 353.
- 26) Li, X., Zhang, J., Li, B., Yi, D., Zhang, C., Sun, N., ... & Jiao, A. Diagnosis, treatment and prognosis of small bowel volvulus in adults: a monocentric summary of a rare small intestinal obstruction, (2017). *PLoS One*, 12(4), e0175866.
- 27) HarShe, D. G., HarShe, S. D., Harshe, G. R., & Harshe, G. G. Abdominal epilepsy in an adult: a diagnosis often missed, (2016). *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(10), VD01.
- 28) Kunishi, Y., Iwata, Y., Ota, M., Kurakami, Y., Matsubayashi, M., Kanno, M., ... & Kato, Y. Abdominal migraine in a middle-aged woman, (2016). *Internal Medicine*, 55(19), 2793-2798.
- 29) Klobučić, M., Šklebar, D., Ivanac, R., Matković, D. V., Jug-Klobučić, A., & Šklebar, I. Differential diagnosis of acute abdominal pain-acute intermittent porphyria, (2011). *Medicinski Glasnik*, 8(2).
- 30) Gu, Y., Lim, H. J., & Moser, M. A. How useful are bowel sounds in assessing the abdomen?, (2010). *Digestive surgery*, 27(5), 422-426.
- 31) Eskelinen, M., Ikonen, J., & Lipponen, P. Contributions of history-taking, physical examination, and computer assistance to diagnosis of acute small-bowel obstruction: a prospective study of 1333 patients with acute abdominal pain, (1994). *Scandinavian journal of gastroenterology*, 29(8), 715-721.
- 32) Nagurney, J. T., Brown, D. F., Chang, Y., Sane, S., Wang, A. C., & Weiner, J. B. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain, (2003). *The Journal of emergency medicine*, 25(4), 363-371.
- 33) Ramoska, E. A., Sacchetti, A. D., & Nepp, M. Reliability of patient history in determining the possibility of pregnancy, (1989). *Annals of emergency medicine*, 18(1), 48-50.
- 34) Nagurney, J. T., Brown, D. F., Chang, Y., Sane, S., Wang, A. C., & Weiner, J. B. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain, (2003). *The Journal of emergency medicine*, 25(4), 363-371.
- 35) Silver, B. E., Patterson, J. W., Kulick, M., Schadt, M. E., & Heller, M. B. Effect of CBC results on ED management of women with lower abdominal pain, (1995). *The American journal of emergency medicine*, 13(3), 304-306.
- 36) Elangovan, S. Clinical and laboratory findings in acute appendicitis in the elderly, (1996). *The Journal of the American Board of Family Practice*, 9(2), 75-78.

- 37) Calder, J. D., &Gajraj, H. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis, (1995). *British journal of hospital medicine*, 54(4), 129.
- 38) Berry Jr, J. O. H. N., & Malt, R. A. Appendicitisnearitscentenary, (1984). *Annals of surgery*, 200(5), 567.
- 39) PaaJanen, H., Tainio, H., &Laato, M. A chance of misdiagnosis between acute appendicitis and renal colic, (1996). *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 30(5), 363-366.
- 40) Pu, D., Bedalov, G., Fridrih, S., Vu, I., Banek, T., &Pasini, J. Urinalysis, ultrasound analysis, and renal dynamic scintigraphy in acute appendicitis, (1995). *Urology*, 45(1), 108-112.
- 41) Tanısal tetkiklerin secimi', http://www.akademikaciltip.com/sayilar/226/buyuk/ATUDER_4_6_4_82.pdf, (Erişim Tarihi 21.11.2018).
- 42) Özgüç, H., Çakın, N., & Duman, U. Akut nonspesifik karın ağrılı olguların bir yıllık prognozları, semptom ve bulgularının tanısal doğruluğu, (2008).
- 43) Balcı, S., & Onur, M. R. Acil Radyolojide Görüntüleme Protokolleri, (2016).
- 44) ÇIKMAN, M., KANDİŞ, H., & KARA, İ. H. Birinci basamakta akut karın hastalarına yaklaşım, (2015). *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*, 6(4), 83-89.
- 45) Walsh, P. F., Crawford, D., Crossling, F. T., Sutherland, G. R., Negrette, J. J., &Shand, J. The value of immediate ultrasound in acute abdominal conditions: a criticalappraisal, (1990). *Clinical radiology*, 42(1), 47-49.
- 46) del Arco Galán, C., Gordo, M. P., & Sánchez, G. G. C. Pruebas de imagen en el dolor abdominal agudo, (2008). *Revista clinica espanola*, 208(10), 520-524.
- 47) Eisenberg, R. L., Heineken, P. A. U. L., Hedgcock, M. W., Federle, M. I. C. H. A. E. L., & Goldberg, H. I. Evaluation of plain abdominal radiographs in the diagnosis of abdominal pain, (1983). *Annals of Surgery*, 197(4), 464.
- 48) Kellow, Z. S., MacInnes, M., Kurzencwyg, D., Rawal, S., Jaffer, R., Kovacina, B., & Stein, L. A. The role of abdominal radiography in the evaluation of thenontraumaemergencypatient, (2008). *Radiology*, 248(3), 887-893.
- 49) Brenner, D. J., & Hall, E. J. Computed tomography—an increasing source of radiationexposure, (2007). *New England Journal of Medicine*, 357(22), 2277-2284.
- 50) MacKersie, A. B., Lane, M. J., Gerhardt, R. T., Claypool, H. A., Keenan, S., Katz, D. S., & Tucker, J. E. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three-view acute abdominal series, (2005). *Radiology*, 237(1), 114-122.
- 51) Stoker, J., van Randen, A., Laméris, W., & Boormeester, M. A. Imaging patients with acute abdominal pain, (2009). *Radiology*, 253(1), 31-46.
- 52) van Randen, A., Laméris, W., Luitse, J. S., Gorzeman, M., Hesselink, E. J., Dolmans, D. E., ... & Boormeester, M. A. The role of plain radiographs in patients with acute abdominal pain at the ED, (2011). *The American journal of emergency medicine*, 29(6), 582-589.
- 53) Musson, R. E., Bickle, I., & Vijay, R. K. Gaspatterns on plain abdominal radiographs: a pictorial review, (2011). *Postgraduate medical journal*, 87(1026), 274-287.

- 54) Billittier, A. J., Abrams, B. J., & Brunetto, A. Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints, (1996). *Emergency Medicine Clinics*, 14(4), 789-850.
- 55) Mindelzun, R. E., & Jeffrey, R. B. Unenhanced helical CT for evaluating acute abdominal pain: a little more cost, a lot more information, (1997). *Radiology*, 205(1), 43-45.
- 56) Maglinte, D. D., Reyes, B. L., Harmon, B. H., Kelvin, F. M., Turner Jr, W. W., Hage, J. E., ... & Gage, S. N. Reliability and role of plain film radiography and CT in the diagnosis of small-bowel obstruction, (1996). *AJR. American journal of roentgenology*, 167(6), 1451-1455.
- 57) Boleslawski, E., Panis, Y., Benoist, S., Denet, C., Mariani, P., & Valleur, P. Plain abdominal radiography as a routine procedure for acute abdominal pain of the right lower quadrant: prospective evaluation, (1999). *World journal of surgery*, 23(3), 262.
- 58) Smith, J. E., & Hall, E. J. The use of plain abdominal x rays in the emergency department, (2009). *Emergency medicine journal*, 26(3), 160-163.
- 59) Böhner, H., Yang, Q., Franke, C., Verreet, P. R., & Ohmann, C. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain, (1998). *The European journal of surgery*, 164(10), 777-784.
- 60) Prasanna, S., Zhuang, T. J., & Gul, Y. A. Diagnostic value of plain abdominal radiographs in patients with acute abdominal pain, (2005). *Asian journal of surgery*, 28(4), 246-251.
- 61) Radyolojik Görüntüleri Kullanım Sırası, http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/32526/AE-abdomende%20normal_radyolojik_anatomu_ve_degerlendirme_algoritmasi_notAE.pdf, (Erişim Tarihi 9.11.2018).
- 62) Hoffmann B, et al. Focus on abnormal air: diagnostic ultrasonography for the acute abdomen. *European Journal of Emergency Medicine*
- 63) Ünlüer, E. E., Yavasi, Ö., Eroglu, O., Yilmaz, C., & Akarca, F. K. Ultrasonography by emergency medicine and radiology residents for the diagnosis of small bowel obstruction, (2010). *European Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 260-264.
- 64) Walsh, P. F., Crawford, D., Crossling, F. T., Sutherland, G. R., Negrette, J. J., & Shand, J. The value of immediate ultrasound in acute abdominal conditions: a critical appraisal, (1990). *Clinical radiology*, 42(1), 47-49.
- 65) Zhang, M., Liu, Z. H., Yang, J. X., Gan, J. X., Xu, S. W., You, X. D., & Jiang, G. Y. Rapid detection of pneumothorax by ultrasonography in patients with multiple trauma, (2006). *Critical Care*, 10(4), R112.
- 66) Mercaldi, C. J., & Lanes, S. F. Ultrasound guidance decreases complications and improves the cost of care among patients undergoing thoracentesis and paracentesis, (2013). *Chest*, 143(2), 532-538.
- 67) Eryılmaz R, Baş G, Alimoğlu O, Ercan M, Şahin M. Akut apandisit şüpheli hastalarda ultrasonografinin ayırıcı tanıda artan önemi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2001;17: 28-33.
- 68) Stoker, J., van Randen, A., Laméris, W., & Boermeester, M. A. Imaging patients with acute abdominal pain, (2009). *Radiology*, 253(1), 31-46.
- 69) Mindelzun, R. E., & Jeffrey, R. B. Unenhanced helical CT for evaluating acute abdominal pain: a little more cost, a lot more information, (1997). *Radiology*, 205(1), 43-45.

- 70) Siewert, B., Raptopoulos, V., Mueller, M. F., Rosen, M. P., &Steer, M. Impact of CT on diagnosis and management of acute abdomen in patients initially treated without Surgery, (1997). *AJR. American journal of roentgenology*, 168(1), 173-178.
- 71) Dewitte, A., Biais, M., Coquin, J., Fleureau, C., Cassinotto, C., Ouattara, A., &Janvier, G. Diagnosis and management of acute mesenteric ischemia, (2011, May). In *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation* (Vol. 30, No. 5, p. 410).
- 72) McSweeney, S. E., O'Donoghue, P. M., &Jhaveri, K. Current and emerging techniques in gastrointestinal imaging, (2010). *Journal of postgraduate medicine*, 56(2), 109.
- 73) Sungur, c. tıbbi görüntüleme hizmetlerinin gereksiz kullanımı ve buna karşı çözüm önerileri, (2018). *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), 67-86.
- 74) http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/2adY9u64Ua.pdf (Erişim tarihi: 10.11.2018).
- 75) Nelson, B. P., Senecal, E. L., Ptak, T., & Thomas, S. H. Opioid analgesia for acute abdominal pain in the elderly: Is the diagnosis of gallbladder pathology hindered?(2004). *Annals of Emergency Medicine*, 44(4), S89.
- 76) Saik RP, Greenburg AG, Farris JM, Peskin GW. Spectrum of cholangitis. *Am J Surg* 1975; 130:143.
- 77) Martinez JP, Mattu A. Abdominal pain in the elderly. *Geriatr. Emerg. Med. Princ. Pract.* 2014;24:94–101.
- 78) Wilson MS, Ellis H, Menzies D, Moran BJ, Parker MC, Thompson JN. A review of the management of small bowel obstruction. Members of the Surgical and Clinical Adhesions Research Study (SCAR). *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* 1999;81(5):320–8.
- 79) Sanson TG, O'Keefe KP. Evaluation of abdominal pain in the elderly. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1996;14(3):615–27.
- 80) McKinsey JF, Gewertz BL. Acute mesenteric ischemia. *Surg. Clin. North Am.* 1997;77(2):307–18.
- 81) Park WM, Gloviczki P, Cherry KJ, Hallett JW, Bower TC, Panneton JM, vd. Contemporary management of acute mesenteric ischemia: Factors associated with survival. *J. Vasc. Surg.* 2002;35(3):445–452.
- 82) Glenister KM, Corke CF. Infarcted intestine: A diagnostic void. *ANZ J. Surg.* 2004;74(4):260–265.
- 83) Meyer T, Klein P, Schweiger H, Lang W. [How can the prognosis of acute mesenteric artery ischemia be improved? Results of a retrospective analysis]. *Zentralbl. Chir.* 1998;123(3):230–4.
- 84) Aggarwal S, Qamar A, Sharma V, Sharma A. Abdominal aortic aneurysm: A comprehensive review. *Exp. Clin. Cardiol.* 2011;16(1):11–5.
- 85) Eisenhoffer JL, Marston WA, Ahlquist RA, Johnson GA. Misdiagnosis of ruptured abdominal aortic aneurysms. *J. Vasc. Surg.* 1992;16(1):0017–0022.
- 86) Roberts JE, deShazo RD. Abdominal migraine, another cause of abdominal pain in adults. *Am J Med* 2012; 125:1135.
- 87) Angus-Leppan H, Saatci D, Sutcliffe A, Guiloff RJ. Abdominal migraine. *BMJ* 2018; 360:k179.
- 88) Chanana, L., Jegaraj, M. A., Kalyaniwala, K., Yadav, B., &Abilash, K. Clinical profile of non-traumatic acute abdominal pain presenting to an adult emergency department, (2015). *Journal of family medicine and primary care*, 4(3), 422.
- 89) Cervellin, G, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Annals of Translational Medicine*, 4.19 (2016).
- 90) Smith-Bindman R, et al. Use of diagnostic imaging studies and associated radiation exposure for patients enrolled in large integrated health care systems, 1996-2010. *Jama*, 307.22 (2012): 2400-2409.
- 91) Salameh S., vd. Acil serviste akut travmatik olmayan karın ağrısının değerlendirilmesinde gelişmiş karın bilgisayarlı tomografinin kullanımı. *İsrail Tabipler Birliği Dergisi, IMAJ*, 21.3 (2019): 208-212.
- 92) Ertekin C, Güloğlu R, Taviloğlu K. Akut karın hastasına yaklaşım, *Acil Cerrahi Nobel Tıp Kitabevi*; 2009. s.257-77.
- 93) Türker ŞK, et al. Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi. *Genel Tıp Dergisi*, 25.1 (2015).
- 94) Durukan P., Çevik Y. YM. Acil Servise Karın Ağrısıyla Başvuran Yaşlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Turkish J.Geriatri.* 2005;8 (3): 111-114.

- 95) Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non- specific abdominal pain. *British Journal of Surgery*, 81.8 (1994): 1216-1218.
- 96) Lewis, L. M., Banet, G. A., Blanda, M., Hustey, F. M., Meldon, S. W., & Gerson, L. W. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenterstudy, (2005). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(8), 1071-1076
- 97) Henden Çam, P., Baydin, A., Yürüker, S., Erenler, A. K., &Şengüldür, E. Investigation of geriatric patients with abdominal pain admittedtoemergencydepartment, (2018). *Current gerontology and geriatrics research*, 2018.
- 98) Yeniocak S, et al. Analysis of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain/Akut karın ağrısıyla acil servise başvuran hastaların analizi. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, (2012): 212-216.
- 99) Aygencel G, et. al. Acil serviste karın ağrısını değerlendirmenin maliyeti. *Gazi MedicalJournal*, 20.1 (2009).
- 100) Rosen MP, Siewert B, Sands DZ, Bromberg R, Edlow J, Raptopoulos V. Value of abdominal CT in the emergency department for patients with abdominal pain. *Eur Radiol*, 2003;13:418-24.
- 101) Gans, SL, et al. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive Surgery*, 32.1 (2015): 23-31.
- 102) Lamsal, D. R., &Bhandari, J. Status of Geriatric Patients with Abdominal Pain PresentedToEmergencyDepartment, (2019). *Journal of Chitwan Medical College*, 9(2), 90-96.
- 103) Aydın T, et al. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9.4 (2010): 163-8.
- 104) Fagbohun, C. F., Toy, E. C., & Baker III, B. The evaluation of acute abdominal pain in theelderlypatient, (1999). *Primary Care Update for OB/GYNS*, 6(6), 181-185.
- 105) Aslaner, M. A. Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu Ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi, (2014).
- 106) Abbas, S. M., Smithers, T., &Truter, E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain?, (2007). *World Journal of Emergency Surgery*, 2(1), 26.
- 107) Mehta, S. S. Abdominal pain in theElderly, (2008). *Medicine*, 18.
- 108) Driscoll, P. A., Vincent, C. A., Servant, C. J., & Audley, R. J. Use of advisers in the diagnosis and management of abdominal pain in accident and emergencydepartments, (1988). *British journal of surgery*, 75(12), 1173-1175.
- 109) LOĞOĞLU, A., AYRIK, C., KÖSE, A., BOZKURT, S., DEMİR, F., NARCI, H., & KARAASLAN, U. Acil Servise Başvuran Travma Dışı Geriatrik Olguların Demografik Özelliklerinin İncelenmesi, (2013). *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 13(4).
- 110) Öncül, M. V., Dağar, S., Emektar, E., Çorbacioğlu, Ş. K., Aytaç, H., & Çevik, Y. Effects of Systemic Inflammatory Parameters on Mortality in Elderly Patients Admitted to Emergency Department with Abdominal Pain, (2019). *Istanbul Medical Journal= Istanbul Tıp Dergisi*, 20(2), 125.