

Akut pankreatit	6 (%0.76)
Pelvik inflamatuvar hastalık –over kist rüptürü	5 (%0.64)
Yabancı cisim yutma	3 (%0.38)
Troid hastalıkları	3 (%0.38)
Mezenterik iskemi	3 (%0.38)
Volvulus	2 (%0.25)
Meme hastalıkları	2 (%0.25)
Toplam hasta sayısı	782 (%100)

Tablo 2b. Travmatik hastalar etyoloji

Trafik kazası	13 (%34.2)
Delici kesici alet yaralanması	11 (%28.9)
Yüksekten düşme	9 (%23.6)
Ateşli silah yaralanması	3 (%7.9)
Travma sonrası apse (enjeksiyon)	1 (%2.63)
Hayvan tepmesi	1 (%2.63)
Toplam	38 (%100)

Tablo 2c. Travmatik vakalar yaralanan organ

Yaralanan organ	Hasta sayısı
Yumuşak doku yaralanması	4
Barsak mezosu	3
Kalın bağırsak	2
Mide	2
Karaciğer	2
Dalak	1
İnce barsak	1

Acil serviste tanısal amaçlı yapılan kan tetkikler; posterior anterior grafi (PA), ADBG, USG, BT, MRG), tetkikleri ve oranları Tablo 3 de gösterilmiştir. Nontravmatik 7 hastaya MRG çekildi. 2 hasta gebe olduğu için, 1 hastada safra yolları için batın MRG, 4 hastada enfarkt şüphesi için beyin MRG çekildi. Travmatik hastalarda yüksekten düşme sonucu 1 gebe hastaya batın MRG, 1 hastaya araç içi trafik kazası (AİTK) nedeniyle beyin MRG, 1 hastaya delici kesici alet yaralanması (DKAY) nedeniyle lomber MRG çekildi.

Tablo 3. Tanısal amaçlı yapılan tetkikler

Nontravmatik hasta grubu	Travmatik hasta grubu	
	Hasta Sayısı	Hasta Sayısı
Laboratuvar tetkik	754 (%96.4)	36 (%94.7)
Posterior anterior akciğer grafisi	456 (%58.3)	14 (%36.8)
Ayakta direkt batın grafisi	347 (%44.3)	9 (%23.6)
Ultrasonografi	375 (% 48)	11 (%29)
Bilgisayarlı tomografi	386 (%49.3)	31 (%81.5)
Manyetik rezonans görüntüleme	7 (%0.9)	3 (%7.9)

Nontravmatik hastalarda en fazla yapılan ameliyatlar: Apendektomi, etrangüle herni onarımı, kolesistektomi, yumuşak doku apse drenajı şeklinde sıralanmaktadır(Tablo 4).

Nontravmatik hastalara lokal anestezi ile 19, spinal anestezi ile 101, genel anestezi ile 306 olmak üzere toplam 426 hastaya ameliyat yapıldı. Travmatik hastalarda 4 hastaya lokal anestezi, 10 hastaya genel anestezi ile ameliyat yapıldı.

Tablo 4. Nontravmatik olgular için yapılan ameliyatlar

Apendektomi	351 (%82.3)
Etrangüle herni ameliyatı	17 (% 3.99)
Kolesistektomi	15 (% 3.52)
Apse drenajı	15(% 3.52)
Barsak rezeksiyonu	9 (% 2.11)
Peptik ülser perforasyon tamiri	7 (% 1.64)
Perianal Apse drenajı	7 (% 1.64)
Anal fissür –hemoroid	3 (% 0.7)
Troidektomi	2 (% 0.46)
Toplam	426 (% 100)

4. TARTIŞMA

Travma ve akut abdominal ağrı birçok ülkede acil cerrahi başvuruların temel sebepleridir (4). Acil servise başvuran hastaların önemli bir bölümünü oluşturan karın ağrısı şikayeti olan hastalar acilden konsülte edilen ve acilden yatış yapılan yataklı servis birimler arasında genel cerrahi birimi ilk sıralarda gelmektedir (5). Acil vakalar genel cerrahi biriminde ana iş yükünü oluşturur. Genel cerrahi biriminin değerlendirdiği hastalar travmatik ve nontravmatik şeklinde iki gruba ayrılabilir.

Travma kaynaklı olmayan ve karın içi organlarda aniden ortaya çıkan ve hayatı tehdit edecek kadar ciddi olabilen patolojilere bağlı ağrılara nontravmatik akut karın ağrısı denmektedir (6). Türker ve ark. nontravmatik karın ağrısı nedeniyle acil servise başvuran erişkin 1080 kişilik bir hasta grubunda yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalaması 41,9 olarak bulunmuştur (7). Akut karın ağrılı hastaların çoğunun erkeklerden oluşmakta olduğu ve hastaların en yoğun bulunduğu yaş aralığı ise 21-30 yaş aralığıdır (2,7). Bizim çalışmamızda da nontravmatik olguların %52'sini erkekler oluşturmuş olup hastaların en yoğun olduğu yaş aralığı % 29 ile 21-30 yaş aralığıdır. Nontravmatik ve travmatik olgular arasında istatistiksel anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Hastaların demografik özellikleri literatürle benzerdir.

Hastanemiz acil servisine karın ağrısı şikayetiyle gelen hastaların tanıları en sık olandan en az görülene sırasıyla; Akut apandisit, boğulmuş fitik, akut kolesistit (nontravmatik hastaların % 89'unu oluşturan grup) idi. Yapılan çalışmalarda en yaygın nontravmatik akut karın nedenleri: Nonspesifik karın ağrısı, akut apandisit, akut kolesistit, ince bağırsak obstrüksiyonu, perfore ülser ve divertikülit gibi durumlar olarak gösterilmiştir (8,9). Kanlıöz ve ark. yaptığı çalışmada acil girişim yapılan hastaların %94.63'ü nontravmatik akut batın nedeniyle, %5.36 hasta ise travmatik akut batın nedeniyle opere edilmiştir (10). Nontravmatik hastalar azalan sırasıyla: Akut apandisit, akut taşlı kolesistit, boğulmuş fitik (hastaların %86 sını oluşturan grup) nedeniyle ameliyat edilmiştir. Kahramanca ve ark. yaptığı çalışmada apendektomi %60 en çok yapılan nontravmatik ameliyattır (11). Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde en çok yapılan ameliyat apendektomi olup, acil ameliyat edilen hastaların % 96.8 nontravmatik, %3.2'si travmatik nedenlerle ameliyat edilmiştir. En çok yapılan ameliyatlar apendektomi, boğulmuş fitik ameliyatı ve kolesistektomidir.

Acil servisten genel cerrahi birimine konsulte edilen hastalar içerisinde ikinci ana konu travmatik hastalardır. Travmalar, dünyanın pek çok ülkesinde yüksek mortalite ve morbidite nedenidir ve tüm ölümler arasında % 10 oranında gözükmektedir (12). Travma vakaları için genel cerrahi bölümü

vazgeçilmezdir ve genel cerrahi doktoru travma ekibinin kaptanıdır. ATLS (The Advanced Trauma and Life Support) güdeline göre genel cerrah travma ekibinin içinde bulunmalıdır (13).

Coğrafi farklılıklar olmaklar birlikte künt travmalar sıklık sırasına göre ilk başta gelmektedir. En yaygın acil cerrahi başvuruların sebepleri trafik kazaları, ateşli silah yaralanması (ASY), yanıklar ve düşmelerdir (3,4,14). Bizim travmalı hastalarımızda da künt travmalar yaklaşık 1.5 kat daha fazla görülmekte olup, ilk sırayı trafik kazaları oluşturmaktadır. Travmalarla ilgili yapılan birçok çalışmada hastaların büyük çoğunluğunu genç erkek hastalar oluşturmaktadır (15). Çalışmamızdaki travma vakaların % 73'ünü erkek hastalar oluşturmuş olup, hastaların yaş ortalaması 39.8 ± 17.5 dir. Yaş ortalamasının literatüre göre biraz yüksek olmasının nedeni hastanemizde 18 yaş altı hastalara çocuk cerrahi biriminin müdahale etmesinden kaynaklanmaktadır.

Künt travmalarda batın içi organ yaralanmalarında sıklık sırasıyla dalak, karaciğer, mezenter ve ince barsak yaralanmaları görülmektedir (16). DKAY'da ise en sık karaciğer, kolon, ince barsak ve mide yaralanmaları görülmektedir (17). Çalışmamızda travmatik batın yaralanmalarında azalan sırasıyla barsak mezosu, kalın bağırsak, mide, karaciğer, dalak, ince barsak yaralanmaları izlendi.

Jawaid ve ark. yaptığı çalışmada abdominal travma tüm cerrahi hastaların % 7'sini oluşturmuş olup travma hastalarının % 16.8'si ameliyata ihtiyaç duyulmuştur (13). Bizim pratiğimizde travmatik cerrahi hastalar tüm acil hastaların % 4.6'lık kısmını oluşturmakta olup hastaların %36.8'si ameliyat edilmiştir.

Penetran travmalar, tüm dünyada mortalite ve morbiditenin önemli nedenleridir (18). Etkenin özelliğine bağlı olarak; kesici, delici, kesici ve delici ya da ASY olarak karşımıza çıkarlar. DKAY, ASY'ye göre üç kat fazla görülmesine rağmen ASY'nin mortalitesi daha yüksektir. Delici kesici alet yaralanmalarında karın içi organların yaralanma olasılığı %30-60 oranında değişmektedir (19,20). Bizim çalışmamızda literatüre benzer şekilde DKAY, ASY 'ye göre 4 kat daha fazla görülmüş olup, penetran travmalı hastaların % 71'inde karın içi organ yaralanması bulunmuştur.

Acil servise ilk başvuran hastalarda hem kolay ulaşılabilir olması, hemde hekime kılavuzluk yapması açısından kan tetkikleri ilk sırada gelmektedir. Nontravmatik hastalardan kan tetkiki istenmesi % 95.4 lerdedir (7). Bizdede bu oran % 96.4 ile literatürle paralellik göstermektedir. Nontravmatik akut karın ağrısıyla başvuran hastaların değerlendirilmesinde tanısal amaçlı sırasıyla direkt grafiler (PA akciğer ve ADBG), USG ve BT kullanılmaktadır. Bu grup hastalarda batın USG çoğunlukla ilk görüntüleme yöntemi olarak yapılması önerilmektedir (21). Bizim olgularımızda BT, USG den biraz daha fazla çekilmesine rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0.05$). Akut karın ağrısıyla acil servise başvuran hastalarda ADBG çekilme oranı % 21'ler seviyesindedir (22). Bizim hastalarımızda ADBG çekilme oranı % 43,4, PA grafi oranı % 57,3 olup, literatürün aksine yüksek bir orandadır. Bunun ana sebebi USG ya da BT gibi ileri görüntüleme yöntemlerinin olmadığı ilçe hastanelerinde karın ağrısının ayırıcı tanısında halen ADBG'nin kullanılması ve ameliyat edilecek hastalara acil serviste rutin PA grafisi çekilmesinden kaynaklanmaktadır.

Kanlıöz ve ark. yaptığı 373 hastalık bir çalışma grubunda nontravmatik hastaların % 79.3'üne batın USG, % 26.2'sine batın CT çekilmiştir (10). Acil servise başvuran nontravmatik hasta grubumuzda 386 (%49.3) hastaya BT çekilirken, 375 (%47,9) hastaya batın USG çekildi, tetkiklerin çekilme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ($p < 0.05$). Batın USG çekilme oranımızın düşük olup batın CT çekilmesinin yüksek olmasının nedeni hastanemizde Radyoloji uzmanlarının hafta içi mesai saatleri dışında icap şeklinde nöbet tutmasından kaynaklanmaktadır.

Travmatik olgularda ise ilk değerlendirme, fizik muayene ve vital bulguların değerlendirilmesidir. Durumu stabil olanlara direkt grafi ve laboratuvar tetkikleri yapılırken, durumu stabil olmayan veya tetkiklerinde şüphe olan hastalara ise ilk olarak USG ve/veya DPL önerilir. Ancak visseral yaralanma düşünülen hastalarda BT daha faydalıdır (3). Hastanemize başvuran travmatik olgularda USG (%29), BT % 81.5 hastaya çekilmiş olup aralarında istatistiksel olarak belirgin fark saptanmıştır. Algoritmada USG'nin önceliği olmasına rağmen USG yapılabilmesi için Radyoloji uzmanına gereksinim duyulması, birçok ilçede radyoloji uzmanının olmayıp; ancak BT çekilebilmesi imkanının olması,

BT'nin hastaların değerlendirilmesinde hızlı ve etkili bir görüntüleme yöntem olması, hastanemizde tomografi filminin yorumlanması hizmet alım sistemiyle günün her saatinde aralıksız yapılabilmesinden dolayı BT daha fazla çekilebilmektedir. BT'nin pahalı olması ve radyotoksitesi nedeniyle USG'nin bulgu vermediği durumlarda başvurulmuş bir yöntem olmalıdır. Bu problemin çözülebilmesi için özellikle acil ve genel cerrahi uzmanlarının acil USG yapabilecek eğitim alması ve hastanelerin ekipmanının bu yönde iyileştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

MR cerrahi olguların %1.2'sine çekilmiş olup akut karın nedeniyle % 0.4 hastaya gebelik nedeniyle batın MR çekilmiş olup diğer sebepler hastalara nörolojik nedenlerden dolayı çekilmiştir.

Kahramanca ve ark. yaptığı çalışmada genel cerrahi konsültasyonu istenilen tüm hastaların %21'ine genel, %9'una lokal anestezi ile ameliyat yapılırken %3 elektif girişim önerildi (11). Bizim çalışmamızda % 2.8 hastaya lokal anestezi, %12.3 spinal anestezi, % 38.5 genel anestezi ile ameliyatı yapıldı.

Acil cerrahi başvurularda mortalite oranımız %2.4 olup çeşitli çalışmalarda mortalite oranı %6-7.8 arasında değişmektedir (23). Mortalite oranımızın düşük olmasının sebebi hastanemizin II. basamak hastane olması nedeniyle mortalitesi yüksek hastaların ileri merkeze sevk edilmesi ve uzun yatan hastaların yoğun bakım birimine yatırılıp takibimizden çıkarılmasından kaynaklanmaktadır.

Acile başvuran hastalarda yeterli ayırımın yapılamaması, özellikle travma olgularında herhangi bir patolojiyi gözden kaçırmaktan çekinen sağlık ekibinin, gerekli olmasa dahi yasal kaygılardan dolayı konsültasyon istediği görülmüştür. Bazı çalışmalarda %38 -%42 oranlarında gereksiz cerrahi konsültasyon istendiği görülmüştür (24,25). Bizim çalışmamızda %17 genel cerrahi biriminin primer rol üstlenmediği, öneri alınan hasta grubu oluşturmaktaydı. Literatüre göre başarılı olmasının nedeninin acil servisimizde acil uzman hekimlerin bulunması ve Bilgisayarlı Tomografinin kolaylıkla ulaşılabilir olup ve hizmet alım yöntemiyle kısa sürede raporlanması, acil hekimlerinin hastayı değerlendirmedeki işini daha kolaylaştırması sebebiyle gereksiz konsültasyon az istenmektedir.

5. SONUÇ

Genel cerrahi birimi acile başvuran hastaların tanı ve tedavisinde önemli roller üstlenmektedir. Acil cerrahi hastalara nasıl yaklaşılacağı, sırasıyla hangi tetkiklerin isteneceği konusunda bir konsensus olmadığından ve hekimlerin adli kaygılardan dolayı gereksiz tetkikler ve konsültasyonlar istendiği görülmektedir. Akut batın nedeniyle acil servise başvuran hastalarda USG ve özellikle BT'nin öncelik sırasına göre kullanılmasını ve hastane şartlarının bunu sağlayacak şekilde düzenlenmesini öneriyoruz

Türkiyede özellikle III. basamak hastanelerin acil genel cerrahi ilgili çalışmalar yapması ve bir hasta profili ortaya çıkarılması gerekir. Sonuçlara göre hem genel cerrahi hem de acil birim uzmanı eğitim programlarının tekrar gözden geçirilerek, hastalık etyoloji ve tedavisine göre sağlık ekip ve hastane ekipmanının düzenlenmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Lie RK. The ethics of the physician-patient relationship. Ethical perspectives 1997;4:263-7.
2. Aydın O. Acil servisten genel cerrahiye konsülte edilen olguları tanısal analizi. KÜ Tıp Fak Derg 2014;16(3):1-3.
3. Hatipoğlu RA, Karagülle E, Karakaya K, Gökçe SF, Abcı I. Dokuz yıllık travma olgularımız. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2001;7(2):91-5.
4. Ahmed M, Ali Shah M, Luby S, Drago-Johnson P, Wali. Survey of surgical emergencies in a rural population in the Northern Areas of Pakistan. Tropical Med Int Health. 1999; 4 (12):846-857.



5. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg* 2011;17:57-62.
6. Turan M, Şen M, Koyuncu A, Aydın C, Karadayı K, Canbay E. Yeni gelişmeler ışığında akut karın. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;24(1):45-52.
7. S. K. Türker, N. G. Beceren, Ş. Yolcu, H.Armağan, Ö.Tomruk.“Acil servisimize bir yıl süreyle başvuran travma dışı erişkin karın ağrılı hastaların incelemesi,” *Genel Tıp Derg*, 2015;vol. 25, pp. 1–7,
8. Grundmann RT, Petersen M, Lippert H, Meyer F. Theacute (surgical) abdomen-epidemiology, diagnosis and general principles of management. *Z Gastroenterol* 2010;48(6):696-706.9.
9. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Acil serviste karın ağrısına yaklaşım. *Jour Turk Fam Phy* 2018; 09 (2): 59-67.
10. Kanlıöz M, Ekici U, Tatlı F, Karataş T, Emre A. Malatya State Hospital General Surgery Emergency profile. *Gaziantep Med J* 2016;22(3):152-156.
11. Kahramanca Ş, Kaya O, Azılı C, Güzel H, Özgehan G, İrem B. The role of general surgery consultations in patient management. *Ulus Cerrahi Derg*. 2013;29(1):20–24.
12. Dur A, Cander B, Koçak S, Girişgin S, Gül M, Koyuncu F. Multiple Trauma Patients and Trauma Scoring Systems in Emergency-İntensive Care Unit. *JAEM* 2009;8:4.
13. Jawaid M, Raza SM, Alam SN, Manzar S. On–call emergency workload of a general surgical team. *J Emerg Trauma Shock*. 2009;2:15–8.
14. Chianakwanam GU, Ihegihu CC, Okafor PI, Anyanwu SN, Mbonu OO. Adult surgical emergencies in a developing country: The experience of Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital, Nnewi, Anambra State Nigeria. *World J Surg*. 2005; 29: 804-808.
15. Leyland AH. “Homicides involving knives and other sharp objects in Scotland, 1981- 2003”. *Journal of Public Health*. 2006;282:145-7.
16. Wilkinson AE. Review of diagnostic methods in abdominal trauma. *S Afr J Surg* 1989;27:49-51.
17. Lee WC, Uddo JF, Nance FC. Surgical judgment in the management of abdominal stab wounds: utilizing clinical criteria from a 10-year experience. *Ann Surg*. 1984;199:549–554.
18. Macpherson A, Schull M. Penetrating trauma in Ontario emergency departments: apopulation-based study. *Can J Emerg Med*. 2007; 91:16-20.
19. Soybir GR. *Travma Epidemiyolojisi*. Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R (eds). *Travma*, 1.baskı. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005;29 .
20. Isenhour JL, Marx M. “Advances in Abdominal Trauma”. *Emerg Med Clin N Am*. 2007; 253:713-33.
21. Mazzei MA, Guerrini S, Cioffi Squitieri N, Cagini L,Macarini L, Coppolino F et al. The role of US examination in the management of acute abdomen. *Crit Ultra sound J* 2013;5:1-6.
22. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med* 2011; 29: 711-16.
23. Onyemaechi NOC, Urube SU, SO E. Pattern of surgical emergencies in a Nigerian tertiary hospital. *Afri Health Sci*. 2019;19(1). 1768-1777.
24. Şahin K, Oskay K, Cem A, Hakan G, Gülay Ö, Burak İ. Genel cerrahi konsültasyonlarının hasta tedavisini yönlendirmedeki rolü.*Turkish journal of surgery*.2013;29(1);20-24.
25. Çobanoğlu U. Bir üniversite hastanesinde göğüs cerrahisi konsültasyonu yapılan olguların değerlendirilmesi. *Tur Toraks Der* 2009; 24 11: 117-21.