

İkinci basamakta doğrudan hastaneye başvuran ishaller hastaların aile hekimliği bakış açısıyla değerlendirilmesi

Evaluation of patients who admitted to a secondary hospital with diarrhea from the perspective of family medicine

Murat Korkmaz¹, Pınar Korkmaz², Murat Ünalacak³, İlhami Ünlüoğlu³

¹ Uz.Dr., Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Odunpazarı, Eskişehir, Türkiye

² Uz.Dr., Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Eskişehir, Türkiye

³ Prof.Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Özet

Amaç: İkinci basamak bir sağlık kuruluşuna ishal şikayetiyle başvuran hastaların tanı ve tedavilerinin aile hekimliği bakış açısı ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 01.09.2009 ve 01.09.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Yunus Emre Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'ne ishal şikayeti nedeniyle başvuran 235 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır.

Bulgular: Hastaların 137'si (%58,3) erkek, 98'i (%41,7) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 41.08±17.7 idi. En sık gözlenen yakınmalar arasında karın ağrısı %97,4, halsizlik % 91,1, iştah kaybı %88,1, bulantı %88,1, kusma %67,7 idi. Hastaların fizik muayenesinde %46 hastada barsak seslerinde artma, %33,6 hastada batında hassasiyet, %14 hastada idrar miktarının azalması izlenmiştir. Hastaların %59,6'sı yalnız ishal diyetiyle tedavi edilmiştir, %17 hastada ishal diyetine antibiyotik eklenmiştir. Hastaların %25,9'u yatırılarak tedavi edilmiştir. Hastaneye yatış oranı; 65 yaş üzeri, orta ve ileri derecede dehidrate hastalarda artmış olarak bulundu.

Sonuç: İkinci basamak bir sağlık kuruluşuna ishal yakınması ile başvuran hastaların rehberler doğrultusunda değerlendirildiğinde büyük bir çoğunluğunun birinci basamakta tedavisinin yapılabilir olduğu gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, ishal, tedavi

Summary

Objective: The aim of the study was evaluate the diagnosis and treatments of patients who applied to the Eskişehir Yunus Emre State Hospital) with diarrhea from the perspective of family medicine.

Material and Method: Study was performed between September 2009 and September 2010 in the Department of Family Medicine at Faculty of Medicine, Eskişehir Osmangazi University. Totally, 235 patients participated to the study; all patients were informed about the study and their written approvals have been obtained.

Results: 137 (58.3%) of the patients were male and 98 (41.7%) were female. Mean age of patients was 41.08±17.7. Most frequently complaints were abdominal pain 97.4%, fatigue 91.1%, lost of appetite 88.1%, nausea 88.1% and vomiting 67.7%. In physical examination increased of intestinal sounds were 46%, abdominal tenderness was 33.6%, decreased in urine output was 14.0%. Most of the patients have been treated with only diet, only 17% of the patients used antibiotics added to diet. %25,9 of the patients were hospitalized. Hospitalization rates have been significantly higher in patients over 65 years with moderate or severe dehydration.

Conclusion: When we evaluated the patients who admitted to a hospital with diarrhea in accordance to the guidelines, observed that the majority of them can be treated in primary care by family physicians.

Keywords: Family physician, diarrhea, treatment

Kabul Tarihi: 10 Aralık 2013

Giriş

Akut enfeksiyöz ishaller tüm dünyada sık görülen ve az gelişmiş ülkelerde malnütrisyon vb. faktörlerin de etkisiyle özellikle çocuklarda ciddi sonuçları olabilen hastalıklardır (1). İshal; dışkı sıklığında, hacminde ve su içeriğinde artmayla karakterize bir sendromdur. On dört günden kısa ishaller akut, on dört ile otuz gün arası sürenlere persistan, otuz günden fazla sürenlere kronik ishaller denir (2). Özellikle beş yaş altı çocuklar bu hastalıklardan etkilenmekte ve ölümler de bu yaş grubunda en yüksek oranda görülmektedir (2,3).

Akut ishali olan hastaları değerlendirirken öykü ve fizik muayene yol göstericidir. İmmünkompromize hastalar, 38,4.⁰C üzerinde ateş varlığı, dehidratasyon, karın ağrısı, kanlı-mukuslu dışkılama ve ishal salgınları dışında ayrıntılı laboratuvar tetkiklerine gerek yoktur (4,5). Öyküde süre, günlük dışkılama sayısı, miktar, görünüm, kıvam, bulantı, kusma, karın ağrısı, ateş, yenilen besinler, seyahat öyküsü ve çevrede ishal öyküsü sorgulanmalı ve bu bilgiler ışığında olası etyoloji tahmin edilmeye çalışılmalıdır (2,4,5).

Dışkının makroskobik ve mikroskobik görünümü (kıvam, kan-mukus varlığı) temelde ilk basamak tetkiklerdir. Akut ishallerde genellikle hematokrit, lökosit sayısı, elektrolitler, kan üre azotu, kreatinin değerleri yeterlidir. Radyolojik ve endoskopik incelemeler nadiren gerekir (2,4).

Tedavide değerlendirilmesi gereken 2 temel nokta vardır: birincisi hastanın sıvı kaybının derecesi olup kaybı ciddi boyutlarda ise öncelikle kaybın yerine konması gerekir. İkincisi ise hastanın antibiyotik tedavisine ihtiyaç olup olmadığıdır. Rehidratasyonun sağlanması, uygun beslenme ve endikasyonu varsa antibiyotik kullanımı ishallerde olgulara yaklaşımda anahtar konuları oluşturmaktadır (6,7)..

Çalışmanın amacı hangi ishal hastasının birinci basamakta tanı ve tedavi edilebilir olduğunu belirlemeye yardımcı olmaktır. Bu çalışmada ishallerde ikinci basamağa sevk kriterlerinin gözden geçirilmesi planlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışma 01.09.2009 – 01.09.2010 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından prospektif olarak yürütüldü. Yunus Emre Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne ishal şikayeti ile başvuran, 18 yaş ve üstü, toplam 235 hasta çalışmaya alındı. Hastalar, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine doğrudan başvuran akut enfeksiyöz / nonenfeksiyöz ishallerden oluşmaktaydı. Çalışma için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 16/12/2009 tarih ve 40 sayılı karar ile onay alındı. Tüm hastalar çalışma ile ilgili bilgilendirildi ve yazılı onayları alındı.

Hastaların değerlendirilmesinde, eşlik eden hastalıklar, hastanın yakınmaları, fizik inceleme sonuçları, laboratuvar sonuçları, hastaya başlanan tedaviler, hastaneye yatış olup olmadığı, hastaneye yatan hastalar için yatış süresi, alınan tedaviler ve çıkış şekli; ayaktan izlenen hastalar için başlanan tedaviler ve varsa sonraki dönemde tekrar poliklinik başvurusu, izlem formlarına kayıt edildi. Hastaların yatış endikasyonuna, izleyen klinisyen tarafından rehberler doğrultusunda karar verilmiştir. Hastalar Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control - CDC), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Sağlık Bakanlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nin akut ishale yaklaşım algoritmasına göre değerlendirilmiştir. İleri yaş, devam eden hastalık veya kronik tıbbi hikaye, 39,5 C üzeri ateş, gaitada kan olması, sık ve çok miktarda gaita çıkışı, persistan kusma, ciddi dehidratasyonla uyumlu kriter, mental durumda değişiklik (irritabilite, apati, letarji), oral rehidratasyon tedavisine yanıtızlık ileri tıbbi değerlendirme kriterleri (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından değerlendirilme) olarak kabul edilmiştir (8,9,10,11). Aynı rehberlerde minimal dehidratasyonu olan olgularda diyet ve oral sıvı desteği, orta ve ağır dehidratasyonda ise ileri tıbbi değerlendirme önerilmiştir. Antibiyotik tedavisi enfeksiyöz olduğu düşünülen ishaller (kanlı, mukuslu gaita/gaita mikroskobisinde lökosit varlığı) için önerilmektedir (8,9,10,11). Tüm ishallerde hastalar ileri değerlendirme kriterleri yönünden rehberler gözetilerek değerlendirilmiş ve aile hekimliği pratiği yönünden birinci ba

samakta ne kadarının tanı ve tedavisinin yapılabilir olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmelerinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare (Pearson kıkare, Continuity kıkare) ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 137'si (%58,3) erkek, 98'i (%41,7) kadın olmak üzere toplam 235 hasta alındı. Yaş ortalaması $41,1 \pm 17,7$ yaş olan hastaların 33'ü (%14,0) 65 yaş ve üzerindedir. Yatan hastaların yaş ortalaması ise $44,3 \pm 19,2$ idi.

Eşlik eden hastalıklar açısından değerlendirildiğinde hastaların 22'sinde (%9,4) hipertansiyon, 12'sinde (%5,1) tip 2 diabetes mellitus bulunmaktaydı. Eşlik eden hastalıklar Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. İshalli hastalardaki eşlik eden hastalıklar

Hastalık	Sayı	%
Hipertansiyon	22	9.4
Tip 2 diabetes	12	5.1
Astım	7	3.0
Kardiovasküler hast.	7	3.0

En sık görülen şikayetler karın ağrısı (229 hasta; %97,4), halsizlik (214 hasta; %91,1) ve iştahsızlık (207 hasta; %88,1) idi. Hastalarda en sık görülen şikayetler Tablo 2'de verilmiştir. Öyküde risk faktörleri açısından hastaların 60'ında (%25,5) çevrede ishal öyküsü, 59'unda (%25,1) şüpheli gıda alımı ve 13'ünde (%5,5) antibiyotik alımı tespit edildi.

Tablo 2. En sık görülen şikayetler

Şikayetler	%	Sayı
Karın ağrısı	97.4	229
Halsizlik	91.1	214
İştahsızlık	88.1	207
Bulantı	87.7	206
Kusma	67.7	159
Susuzluk	33.2	78
Tenezm	23.8	56
Persistan kusma	18.7	44
Kas krampları	6.4	15

Fizik muayenede en sık saptanan bulgular barsak seslerinde artış (108 hasta, %46,0), ağız ve dil kuruluğu (86 hasta, %36,6) ve batında hassasiyet (79 hasta, %33,6) idi. Hastaların 171'inde (%72,8) dışkı mikroskobisinde herhangi bir özellik tespit edilmedi. Hastalara ait fizik muayene bulguları ve dışkı mikroskobisi sonuçları Tablo 3 ve 4'te verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların fizik muayene bulguları

		N	%
Genel durum	İyi	165	70.2
	Orta	69	29.4
	Kötü	1	0.4
Sistolik kan basıncı ort		116.9±9.7	
Diastolik kan basıncı ort		71.8±6.4	
Nabız ort.		79.05±7.7	
Solunum sayısı ort.		20.2±0.9	
Ateş ort.		36.94±0.6	
Ağız ve dil kuruluğu		86	36.6
Göz çukurları belirgin		24	10.2
Nabız dolgunluğu	Normal	233	99.1
	Uzamış	2	0.9
Bağırsak sesleri	Artmış	108	46.0
	Normal	127	54.0
Batında hassasiyet		79	33.6
Deri turgoru	Hemen	199	84.7
	2 sn <	33	14.0
	2 sn >	3	1.3
Ekstremitte sıcaklığı	Sıcak	234	99.6
	Soğuk	1	0.4
İdrar miktarı	Normal	201	85.5
	Azalmış	33	14.0
	Çok az	1	0.4

Tablo 4. Dışkı mikroskobisi sonuçları

Hücre	N	%
Özellik yok	171	72.8
Lökosit	55	23.4
Eritrosit	1	0.4
Eritrosit + lökosit	5	2.1
Maya	3	1.3

Hastaların %59,6'sına (140 hasta) ishal diyeti ve %17,0'sine (40 hasta) ishal diyetine ek olarak antibiyotik tedavisi uygulandı. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri

Verilen Tedavi	N	%
İshal diyeti	140	59.6
İshal diyeti + Antibiyotik	40	17.0
İshal diyeti + IV Mayi	23	9.8
İshal diyeti + IV Mayi + Antibiyotik	32	13.6

Çalışmamız süresince toplam 61 hasta (%25,9) hastaneye yatırıldı. Hastaneye yatışa etkili faktörler incelendiğinde; yatan hastaların 37'si (%60,7) erkek, 24'ü (%39,3) kadındı. Cinsiyetin yatış üzerine etkisi yoktu ($p>0.05$). Yatan hastaların 14'ü (%23,0) 65 yaş ve üzerindediydi. İleri yaşın (65 yaş ve üzeri) yatışa olan etkisi anlamlı bulundu ($p:0,035$). Yatan hastaların 52'sinde (%85,2) kusma ve 40'ında (%65,6) oral alım bozukluğuna yol açan persistan kusma görüldü. Kusmanın ve persistan kusmanın yatışa olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla $p:0.001$ ve $p<0.001$).

Yatan hastaların 41'inde (%67,2) idrar miktarı normal; 20'sinde (%32,8) idrar miktarında azalma gözlemlendi. İdrar çıkımı olmayan hasta gözlenmedi. İdrar çıkımının yatışa olan etkisi ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0.001$). Yatan hastaların dışkı mikroskobisinin yatışa olan etkisi incelendiğinde; dışkı mikroskobisinde anormal bulgular olan hastalarda yatışın arttığı gözlemlendi ($p:0.008$).

Yatan hastaların 6'sında (%9,8) oral rehidratasyon tedavisine yanıt gözlemlendi; 65'inde (%90,2) yanıt gözlenmedi. Oral rehidratasyon tedavisinin yatışa olan etkisi ileri derecede anlamlı bulundu ($p:0.000$).

Oral rehidratasyona yanıt azaldıkça yatış oranı artmıştır. Yatan hastaların 15'inde (%24,6) minimal dehidratasyon; 46'sında (%76,4) orta ve ciddi derecede dehidratasyon vardı. Yatan hastaların dehidratasyon dereceleri hafif dehidratasyon orta ve ciddi dehidratasyona göre karşılaştırıldığında ileri derecede anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tartışma

Akut ishal tüm dünyada sıkça görülebilmesine karşın gelişmekte olan ülkelerde önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Su ve besinlerle bulaşan hastalıkta etken genel olarak ağız yoluyla alınır ve sıklıkla karın ağrısı, ishal, kusma gibi semptomlar gözlenir (12,13).

Bozdemir ve arkadaşlarının (14) acil servise başvuran ishal yakınması olan hastaları değerlendirdikleri çalışmalarında bulantı %76,5, kusma %62,4, karın ağrısı %63,8 en sık görülen şikayetler olarak bulunmuştur. Demirtürk'ün (15) akut ishalleri olguları değerlendirdiği çalışmasında, olguların %85'inde karın ağrısı, %60'ında bulantı, %45'inde kusma en sık görülen şikayetlerdir. Odabaş ve arkadaşlarının (16) ishal salgınına değerlendirdikleri çalışmalarında, olguların %75,4'ünde karın ağrısı, %60,2'sinde bulantı, %57,9'unda kusma en sık gözlenen şikayetlerdir. Çalışmadaki hastalarda karın ağrısı %97, halsizlik %91, iştahsızlık %88,1, bulantı %87,7, kusma %67,7 en sık görülen şikayetler arasındadır.

Elaldı ve ark. (17) inflamatuvar ve inflamatuvar olmayan akut ishal ayırımında kan belirleyicilerinin yeri adlı çalışmalarında; anamnez ateş olup olmaması açısından sorgulandığında, inflamatuvar ishalleri hastaların %45,6'sında, inflamatuvar olmayan ishalleri hasta grubunda ise %17 oranında ateş şikayetleri arasında yer almış, fizik muayenede inflamatuvar ishalleri hastalarda %24'ünde, inflamatuvar olmayan ishalleri hastaların %6,4'ünde ateş tespit edilmiş. Tenezm aynı çalışmada inflamatuvar ishalleri hastalarda %36,9'unda, inflamatuvar olmayan ishalleri hasta grubunda ise %14,9'unda tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastaların %4,6'sında ateş yüksekliği ve %14,9'unda tenezm saptanmıştır. Bu da olgularımızın büyük bir çoğunluğunun inflamatuvar olmayan ishal olguları olduğunu desteklemesi açısından anlamlıdır.

Dışkıda lökosit saptanması ishal etkeni, etkenin anatomik lokalizasyonu ve mukozal inflamasyonun varlığını göstermesi açısından anlamlıdır. Dışkıda lökosit veya laktoferrin negatifse genellikle dışkı kültürü önerilmemektedir (18,19,20). Demirtürk (15) çalışmasında yatan hastaların dışkılarının basit mikroskopik incelemelerinde hastaların %87,5'inde lökosit, %31,2'sinde eritrosit görmüşlerdir. Çalışmamızda yatan hastalarının dışkılarının mikroskopik incelemesinde % 34,4'ünde lökosit, %4,9'unda lökosit ve eritrosit saptanmıştır. Demirtürk'ün (15) çalışmasında yatan hastalardaki dışkıda lökosit pozitifliği oranının yüksekliği, bu çalışmadaki yatan hasta sayısının (n:10) azlığı ile açıklanabilir.

Klinik olarak akut ishaller, çok hafif tablodan ileri derecede sıvı kaybına kadar değişen geniş bir spektruma sahiptir. Morbiditeyi sıklıkla dehidratasyonun derecesi belirlemektedir. Bu nedenle öncelikle sıvı kaybı düzeyinin saptanması ve açığın yerine konulması gerekmektedir (21). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi'nde de akut ishalde 2. ve 3. derece dehidratasyonu olan hastaların bir üst basamağa sevk edilmesi gerektiği, oral alabilen, minimal dehidratasyonu olan hastaların ise tedavi ve takiplerinin birinci basamakta yapılabileceği belirtilmiştir (9)..

Yatan hastalar oral rehidratasyon tedavisine cevaba göre incelendiğinde; yatan hastaların %90,2'sinin ORS'ye yanıtının iyi olmadığı gözlenmiştir. ORS'ye cevapsızlığın yatışa etkisi istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p:0.000). Oral sıvı tedavisi ile düzelmeyen hastalar Sağlık Bakanlığı'nın 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre bir üst basamağa sevk edilmelidir (9). CDC'nin akut ishallerle ilgili rehberine göre persistan kusması olan dolayısı ile ORS alamayan hastalar ileri değerlendirmeye alınması önerilmektedir (8). Çalışmamızda *persistan kusma* oral alamayacak düzeyde ve süreklilik gösteren kusma anlamında kullanılmıştır. Yatan hastalarda persistan kusmanın da yatışa etkisi ileri derecede anlamlı bulunmuştur (p:0,000).

Başvuran hastaların dehidratasyon dereceleri incelendiğinde ise 132 hastada hafif derecede dehidratasyon, 101 hastada orta derecede

dehidratasyon, 2 hastada ciddi derece dehidratasyonla uyumlu bulgular saptanmıştır. Bu çalışmada hastaneye başvuran olguların büyük çoğunluğunda minimal dehidratasyon (%56,1) bulgularının olması, olguların birinci basamakta tedavi edilebilir olduğunu göstermesi açısından anlamlıdır.

Hastaneye yatan hastalarda; orta ve ileri derecede dehidratasyonla başvuran hastalarda hastaneye yatış oranı (46/103, %44,6), hafif dehidratasyonu olan 15 (15/132, %11,4) hastalara göre yüksek olduğu bulunmuştur; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.005). Minimal dehidratasyonu olan hastalarda yatış nedenleri incelendiğinde rehberlerle uyumlu olarak; ileri yaş, sık ve çok miktarda gaita çıkımı (24 saatte 6'dan fazla dışkılama/48 saatten uzun süren ishal) gibi nedenlerle klinisyen tarafından yatış verildiği gözlenmiştir. Bu hasta grubunda dehidratasyonun sık ve çok miktarda gaita çıkımı gibi nedenlerle hızlı ilerleme riski mevcut olduğundan klinisyen tarafından yatışı yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre birinci basamakta ishal takibinde en önemli parametre olarak dehidratasyon derecesi alınmış, orta ve ağır dehidratasyonu olan vakaların bir üst basamağa yönlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (9). İshal ilgili diğer rehberler incelendiğinde dehidratasyon derecesinin aynı şekilde önemli olduğu görülmekle beraber; eşlik eden hastalık, ateş, kanlı-mukuslu dışkılama, sık ve çok miktarda dışkılama, ileri yaşın da beraber değerlendirilerek karar verilmesi gerekliliği gözlenmektedir (5,8,10,11). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre ateş, tenezm, dışkıda kan-mukus, karın ağrısı, kilo kaybı var ise hafif dehidratasyon bulguları olanlarda sıvı tedavisi, gerektiği durumlarda antibiyotik tedavisi önerilirken, sıvı desteğine rağmen ishal şikayeti ve dehidratasyon bulguları devam eden hastaların bir üst basamağa sevk önerilmektedir. Bu grup hastalarda ilk değerlendirmede 2.-3. derecede dehidratasyon bulgularının olması veya orta-ağır ishalde bir üst basamağa direkt sevk önerilmektedir (9).

Rehberler doğrultusunda değerlendirildiğinde hastaların %49,7 (117/235)'sinin birinci basamakta tedavilerinin yapılabileceği gözlenmiştir (5,8,9,10,11).

Sonuç

Akut gastroenteritlerde tedavinin en önemli basamağı, hastanın dehidratasyon derecesinin belirlenmesi ve hastanın rehidrate edilmesidir. Çalışmada genel durumu iyi, 65 yaş altı, persistan kusması olmayan, ağızdan sıvı alabilecek, ciddi dehidratasyon belirtileri göstermeyen; ateş, kanlı-mukuslu dışkılama veya sık ve çok miktarda dışkılması olmayan hastaların ayakta tedavi edilebileceği gözlenmektedir. İkinci basamak bir sağlık kuruluşuna ishal yakınması ile başvuran hastaların rehberler doğrultusunda değerlendirildiğinde önemli bir kısmının birinci basamakta tedavisinin yapılabilir olduğu gözlenmektedir.

Kaynaklar

1. Dupont LH. Diarrhea and Gasroenteritis. In: Root KR, Waldvogel F, Corey L, Stamm WE (eds). Clinical Infectious Diseases, A Practical Approach. New York: Oxford University Pres. 1999, 581.
2. Öztürk R. Akut İnfeksiyöz İshaller. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S (eds). İç Hastalıkları. 2. Baskı. Ankara: Ertem Matbaası, 2003: 3041-57.
3. Thielman NM, Guerrant R. Clinical practice. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 2004;350:38-47.
4. Yalçın AN, Turhan Ö. Akut İshalli Hastaya Yaklaşım. Türkiye Tıp Dergisi 2004;11(4):182-93.
5. DuPont H. Guidelines on Acute Infectious Diarrhea in Adults. The American Journal of Gastroenterology 1997(92):1963-75.
6. Günseren F. Erişkinde Akut İnfeksiyöz İshaller ve Tedavileri. Ankem Dergisi 2003;17(3):225-8.
7. Çaylan R. Bakteriyel İshaller. Topçu Willke A, Söyletir G, Doğanay M (eds). Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 3 Baskı. Nobel Tıp Kitabevi. 2008:1051-64.
8. Guidelines for acute diarrhea for healthcare providers. Centers for Disease Center, 2008. <http://www.emergency.cdc.gov/disasters/hurricanes/pdf/dguidelines.pdf>
9. Arısoy ES. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi. Akut ishal. 2.Baskı. Ankara: Hıfızsızıhha Mektebi Müdürlüğü 2003;163-6.
10. Manatsathit S, DuPont H, Farthing M et al. Guideline for the management of acute diarrhea in adults. Journal of Gastroenterology and Hepatology; 2002(17):54-71.
11. World Gastroenterology Organisation practice guideline: Acute diarrhea, 2008. Geneva: World Health Organization. http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/01_acute_diarrhea.pdf.
12. Taşdan Y. Akut ishallerde klinik bulgular ve tanı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yaz İshalleri Besin Zehirlenmeleri Sempozyumu. 8-9 haziran 1998:23-30.
13. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. İç: Akın L, editör. Su ve besinlerle bulaşan hastalıkların kontrolü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2006:905-13.
14. Bozdemir MN, Mustafa Y, Metin A, Mustafa B, İsa K. Acil Servise Başvuran İshalli Hastaların Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2007;12(2):118-20.
15. Demirtürk N. Akut İshalli olguların Değerlendirilmesi İki Yıllık İzlem. Ankem Dergisi 2004;18(1):24-7.
16. Odabaş Y, Topbaş M, Kazaz S, Sünbül Ş, Çan G. Trabzon Vakfikebir İlçesi Akut Gastroenterit Salgını İncelemesi - Kasım 2006. Kor Hek 2007;6(4):233-41.
17. Elaldı N, Bakır M, Dökmetaş İ, Bakır S, Alagözlu H, Aydın H. İnvaziv ve Noninvaziv akut ishal ayırımında kan belirleyicilerin yeri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2000;22(1):13-20.
18. Herbert ME. Culture and medicine, medical myths. West J Med 2000;172:414.
19. Siegel D, Cohen PT, Neighbor M, et al. Predictive value of stool examination in acute diarrhea. Arch Pathol Lab Med 1987;111:715.
20. Guerrant LR, Gilder VT, Steiner TS et al. Practice Guidelines for the Management of Infectious Diarrhea. IDSA Guidelines. CID 2001;32(1):331-51.
21. Akçam F, Gönen İ, Kaya O, Yaylı G. Akut ishalli olgularımızın güncel tedavi yaklaşımları ışığında irdelenmesi. Türkiye klinikleri J Microbiology Infection 2004;3:47-51.

İletişim:

Uz.Dr. Murat Korkmaz
Eskisehir Halk Sağlığı Müdürlüğü
Arifiye Mah. İkieylül Cad. Ptt çıkamazı Ptt binası no:1
Oduņpazarı, Eskişehir, Türkiye
Tel: +90.222.2337878
Fax: +90.222.2202114
e-mail: drmurat79@gmail.com