

# Akut Karın I Hastanın Değerlendirilmesi

**Dr. Demirali ONAT**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı*

---

Akut karın çok çeşitli muhtemel sebepleri olan, sıklıkla ölümcül potansiyelli bazen de benign olabilen ağrılı karın sendromlarının tümünü içerir. En belirgin özelliği lokal ve genel belirti ve bulgularla birlikte birden açığa çıkan yada giderek şiddeti artan ağrıdır. Akut karına yol açan hastalıkların çoğunda cerrahi girişim gerekirse de bazılarında cerrahi girişim kesinlikle zararlı olur. Akut karınlı hastanın değerlendirilmesinde yetersiz hikaye alma ve dikkatli yapılmayan fizik muayene ile tanıdan kesin emin olmadan verilen analjezikler büyük yanlışlıklara yol açarlar.

Karın ağrısı şikayeti olan hastalar, ağrıya yolaçan hastalığın şiddetine göre kabaca dört gruba ayrılabilirler.

a) Sadece karın ağrısı olanlar. b) Karın ağrısı ile birlikte şokta olanlar. c) Karın travmasından sonra, karın ağrısı olanlar. d) Sepsis bulgularıyla birlikte karın ağrısı olanlar. Sadece karın ağrısı olan hastalar düşük risk grubunu oluştururlar ve kesin tanıya ulaşmak için 6-8 saatlik süre içinde değerlendirilebilirler. Şokta olan hastalarda ise değerlendirme süresi dakikalarla kısıtlıdır. Muayene eden hekimin çabuk tanı koyabilmesi için şokun genel sebepleri üzerinde tereddütleri olmamalıdır. Ağrı ve sepsis bulguları komplike intraabdominal bir sürecin karakteristikleri olup, organ perforasyonu, gangren yada apse oluşumunu düşündürür. Orta risk grubunu oluşturan bu hastalar en

kısa zamanda ameliyat edilmelidirler.

Ateşli silahla yaralananlarda peritona penetrasyon varsa, % 95 oranında karın içi organ yaralanması olur ve hemen ameliyat edilmelidirler. Delici kesici cisimle periton boşluğuna girilmişse % 70 oranında karın içi organ yaralanması olabilir. Bu hastalarda ameliyat düşünülüyorsa çok dikkatli izlenmeleri gerekir. Künt karın travması olan hastalar değerlendirilmesi en güç olabilen gruba oluştururlar. Sık muayene edilmelidirler. Tedavinin seçimi ve uygulanmasında parasentez ve peritoneal lavaj oldukça yararlı olur.

Periferel sinir sisteminin visseral bölümü, impulsları visserlerden santral sinir sistemine taşıyan afferent ve SSS den geriye vissera taşıyan efferent traktusları oluşturan sinir lifleri, nöronlar, ganglionlar ve pleksusleri kapsar. Bu sistemin afferent lifleri morfolojik ve fonksiyonel olarak bağımsız değildir. Serebrospinal sinirlerin duyu ganglionlarında yerleşmiş nöronları vardır. Somatik liflerle karşılıklı bağlantılarına rağmen algılanan duyular belirsiz ve iyi lokalize değildir. Çoğu visseral afferent lifler kan damarlarına eşlik ederler, bir kaç serebro spinal sinirlerle seyrederek. Mide, ince barsaklar, cekum, appandiks, çıkan kolan, transvers kolon, karaciğer, safra kesesi, safra yolları ve pankreasdan çıkan visseral lifler pleksus çöliakus ve onun ana dalı pleksus mezenterikus superiora visseral arterler eşliğinde ulaşırlar. Bu pleksuslardan çıkan liflerde splanknik sinirler, sempatik turunkus ve rami kommunikanlarla spinal sinirler ve ganglionlara ulaşırlar. İnen kolon, sigmoid kolon ve rektumdan çıkan afferent lifler pelvik pleksus ve pleksus mezenterikus inferioru geçerek çöliak pleksusa ulaşırlar. Lomber splanknik sinirler yoluyla sempatik trunkusa ve spinal sinirlere ulaşırlar.

Visseral ağrılar, afferent sinir pleksuslerinin anatomik lokalizasyonu nedeniyle genellikle orta çizgide hissedilirler. Visseral efferent lifler çeşitli uyarımlara karşılık organın cevabını kontrol eden sempatik ve parasempatik otonom sinir sistemidir. Visseral ağrılar genellikle kolik özelliğinde olup, orta çizgiye vururlar. Parietal ağrılar ise organın yakınında periferde olurlar ve somatik sinir liflerinin dağılım alanına yayılırlar.

Karnın alt bölümünde lokalize organların hastalıkları üst kadranslarda ağrı oluşturmaz. Bunun aksine yer çekimi sebebiyle üst karında oluşan eksuda parakolik boşluğa ve pelvise akarak birikir ve belirti verir. Peptik ulkus perforasyonunda ani, keskin, şahsın solugunu kesen ve gözünden yaş getiren ağrı olur. Şahıs hareket etmekten çekinir, tedirgin ve terlidir. Hastalar genellikle visseral ağrının nerede başladığını lokalize etmekte güçlük çekerler. Bu tip ağrı yiyecek yada antiasitle geçiyorsa peptik ulkusu düşündürür. Alkollü içecek alınımıyla ilgiliyse pankreatiti, yağlı kızartmalı yemeklerden sonraysa safra kesesi distansiyonu yada inflamasyonunu düşündürür.

Kusma nonspesifik bir belirtidir. Ağrı ile birlikte olması inflamasyonu, mekanik obstrüksiyondan ayırmaya yarayabilir. Mekanik obstrüksiyon kusması episodik, projektildir ve kolik atağından sonra olur. Ağrıda geçici bir rahatlama sağlar. Kusmukda safranin olması obstrüksiyonun ampulla vateri distalinde olduğunu düşündürür. Tıkanıklık ince barsak kolon yada rektumdaysa fekaloid kusma olur. Az miktarda (100-200 ml) sık epizodlar halinde kusma mide dilatasyonu ve plor stenozunun belirtisi olabilir. Öğürme midenin basit refleksi boşalması, barsağın segmental inflamasyonu ve lokal yada generalize peritonitte barsak atonisi sonucu açığa çıkar. Kusma ile peptik ulkus ağrısı yatıştır. Kolesistit ve pankreatit atağında oluşan refleks kusma ağrının özelliğini değiştirmez. Obstipasyon kramp ve kusma ile birlikte olunca mekanik obstrüksiyon

*Kusma nonspesifik bir belirtidir. Ağrı ile birlikte olması inflamasyonu, mekanik obstrüksiyondan ayırmaya yarayabilir. Mekanik obstrüksiyon kusması episodik, projektildir ve kolik atağından sonra olur. Ağrıda geçici bir rahatlama sağlar.*

*Kasığa doğru yayılan böğür ağrısına genellikle üreter taşı yol açar. Bazen de retroperitoneal hematoma, anevrizma, abse ve tümörler üreter üzerine baskı yaparak benzer semptomları verebilirler.*

siyonu düşündürür. Obstipasyonun mekanik olmayan en sık sebebi peritonittir. Ağrı hafif ve atıpkıse, obstrüksiyon peritonit diye tedavi edilebilir. Kusma ve kramplı karın ağrısı ile diarenin birlikte olması gastroenteriti düşündürür. Genç ve orta yaşlı erişkinde ağrı ve kanlı diare "toksik" megakolonu düşündürür, yaşlı şahıslarda kanamasız diarede fekal impaksiyon yada kolorektal kansere bağlı inkomple obstrüksiyon akla gelmelidir. Yakın zamanda ameliyat olmuş şahıslarda ateş ve diare pelvik apseyi düşündürür.

Özellikle vaginal akıntı olmak üzere jinekolojik şikayetler pelvik problemlerin değerlendirilmesinde oldukça yardımcı olurlar. Doğurganlık dönemindeki kadınlarda karında şişkinlik ve ağrı hissi, kusma, dışkılama düzeninde bozukluk dikkatle değerlendirilerek gebe kadını boşuna ameliyat etme trajedisinden kaçınmak gerekir.

Kasığa doğru yayılan böğür ağrısına genellikle üreter taşı yol açar. Bazen de retroperitoneal hematoma, anevrizma, abse ve tümörler üreter üzerine baskı yaparak benzer semptomları verebilirler.

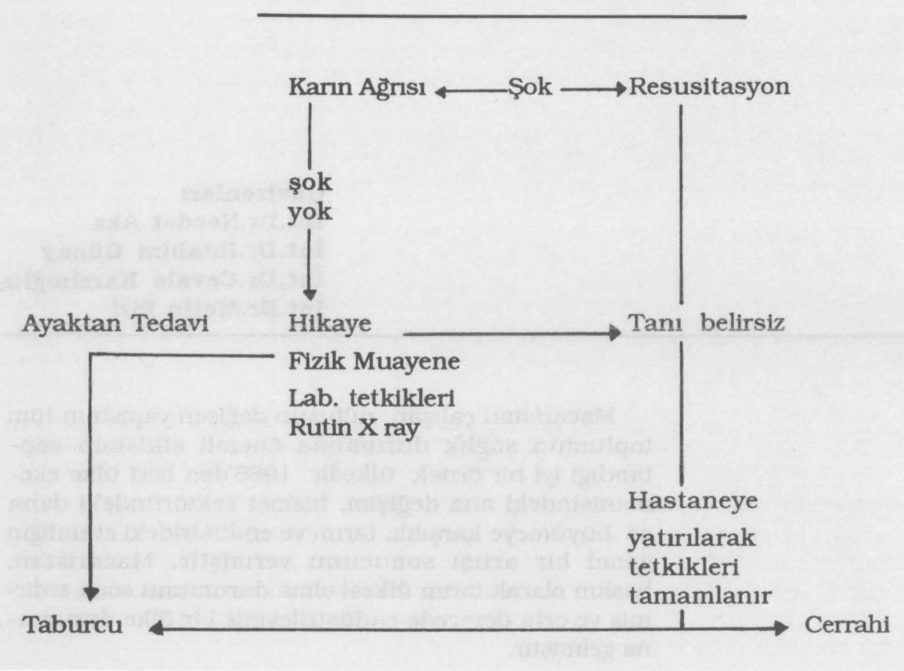
Karın ağrısı ile birlikte vucut ısısının normalin üstüne çıkması (38 C) önemli bir bulgudur. Normalin üstündeki her bir C lik ısı artışı kalp hızında dakikada 10 atımlık artışa yol açar. Bunun olmaması miokartda bozukluk olduğunu, egsajere taşıkardi ise kan dolaşımında bozukluk olduğunu düşündürür. Nabız basıncı kalp debisini kabaca yansıtır. Nabız basıncı 20 mm Hg az ise, sistolik basınç normal sınırlarda da olsa septik yada vasküler bir tehlike çok yakın demektir. Şahıs her an şoka girebilir.

Dikkatli bir inspeksiyonla şahsın ascitesi, sarılığı, fitiği, barsak obstrüksiyonuna bağlı distansiyonu kolaylıkla belirlenebilir. Geçirilmiş operasyonların skarları, yapışıklık ve obstrüksiyon sebeplerini belirler. Abdominal solunumun olmaması şahsın önemli intra abdominal iritasyonu olduğunu belirtir. Ağrının maksimum olduğu yeri belirlemek için hastaya ıkmaması yada öksürmesi söylenir. Peritonit varsa hangi bölgede ağrının en çok olduğu belirlenir. Ağrıyan bölgeye en uzaktan başlanarak karın palpe edilir. Palpasyon sırasında istemli ve istemsiz defans hasta konuşturularak dikkati başka yere çekilip ayırt edilir. Barsak seslerinin duyulmaması akut peritonitte oluşan paralitik ileusun bulgusudur. Barsak sesleri yok diyebilmek için karını iki dakika süreyle dinlemek gerekir. Direkt ya da refered rebound tendernessin bulunması peritoneal iritasyon için diagnostiktir. Rovsing belirtisi, cekumda intraluminal basınç artınca sağ alt karında ağrı olmasıdır. Murphy belirtisi, orta klavikular çizginin arkus kostarumu kestiği yere elle baskı yapılırken hastaya nefes alması söylenir. Ağrı sebebiyle nefes alamaması belirtinin pozitif olduğunu gösterir. Akut karın değerlendirilirken rektal tuşe ve pelvik muayene mutlaka yapılmalıdır. Böylece pelvis abseleri, tubo-ovarian abseler, perirektal abseler, over kistleri, gebelik, servikal kanser, rektal kanser ve hemorroidlerin tanısı konabilir. Akut karın değerlendirilirken, akciğer filmi, ayakta ve yatarak karın filmi, hasta ayağa kalkamıyorsa sol taraf alta gelmek üzere yan karın grafisi çekilir. Böylece mide havası ve splenik fleksuradaki hava varsa serbest intra peritoneal havayı maskeleyemez. Filmlerde kemik yapılar, yumuşak doku gölgeleri, gaz bölgeleri, barsak lümeni içinde ve peritondaki serbest hava, opasiteler araştırılır. Ultrason muayenesi, oldukça yararlı bir tekniktir. Titreşimleri santiyede 18000 in üzerinde olan ses dalgaları çeşitli dansitedeki dokulardan yansıyınca karakteristik "ecko" paternleri verirler. Hasta değerlendirilirken şu noktalar göz önünde olmalıdır. a) İncelenen kavite çapı iki cm.den büyük olmalıdır. b) İntestinal gazlar abseyi taklit edebilirler. c) Patolojinin bitişğinde solid bir organ varsa vizualizasyon büyük olur.

Akut karınlı hastalarda tam kan sayımı yapılmalı, lökositoz ve periferik yayma değerlendirilmelidir. İdrar tahlili yapılmalıdır. Kusma ve dehidratasyona rağmen idrar dansitesi düşükse böbrek hastalığı akla getirilmelidir. Diagnostik peritoneal lavaaj künt karın travmalarının, etyolojisi belirlenemeyen karın ağrıların, ascites ve bazı diğer acil durumların değerlendirilmesinde önemli bir yardımcı muayene metodudur. Bu muayene metodunun yapılmasına kontrindikasyonlar karında distansiyon olması, multiple skarlar, ve hastanın bu muayenenin yapılmasına karşı koymasıdır. Parasentezde enjektöre Defibrine pıhtılaşmayan kanın bulaşması, karın içine kanama olduğunu gösterir. Defibrine kan aspire edilmemişse, karına kateter yerleştirilir. Yıkama sıvısında alyuvarların 100000/mm<sup>3</sup> den daha çok olması karın içine kanamayı gösterir ve laparatomiyi gerektirir. Alyuvar sayısı 50000-100000/mm<sup>3</sup> arasında ise sayım işlemi bir saat sonra tetrarlanır. Karın içi yıkama sıvısı berrak fakat akyuvar sayısı 500/mm<sup>3</sup> ve üzerinde ise laparatomiyi gerektirir.

*Akut karınlı hastalarda tam kan sayımı yapılmalı, lökositoz ve periferik yayma değerlendirilmelidir. İdrar tahlili yapılmalıdır.*

#### Akut Karınlı Hastanın Değerlendirilmesi:



#### Kaynaklar

- Saegesser, F. The acute abdomen. Clin. Gastroenterol. 10:123, 1981
- Brewer, R.J., Golden G.T., Hitch D.C., et al. Abdominal pain: an analysis of 1000 consecutive cases in a university hospital emergency room. Am. J. Surg. 131:219, 1976
- Eisenberg R.L., Heineken P., et al. Evaluation of plain abdominal radiographs in the diagnosis of abdominal pain. Ann. Surg. 197:464, 1983
- Roh J.J., Thompson J.S., et al. Value of pneumoperitoneum in the diagnosis of visceral perforation. Am. J. Surg. 146:830, 1983
- Berne T.V., Halls J.M. Intramural intestinal gas in adults. Surg. Gyn. Obst. 156:479, 1983
- Jones T.K., Walsh J.W.J., Maul K.I. Diagnostic imaging in blunt trauma of the abdomen. Surg. Gyn. Obst. 157:389, 1983
- Powell D.C., Bivins B.A., Bell R.M. Diagnostic peritoneal lavage. Surg. Gyn. Obst. 155:257, 1982