



# Acil serviste karın ağrısına yaklaşım

## Management to the abdominal pain in emergency department

Ergün Kaya<sup>1</sup>, Güven Kuvandik<sup>2</sup>, Ali Karakuş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İskenderun Devlet Hastanesi Acil Servisi, Hatay.

<sup>2</sup>Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Doç. Dr., Hatay.

### Özet

Akut başlangıçlı karın ağrılı hasta, acil serviste sık karşılaşılan hasta grubudur. Bir haftadan az süredir olan ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Ayırıcı tanı önemlidir. Her zaman Akut Batın Sendromu şüphesi acil cerrahi yaklaşım gerektirmez. Acil servislerde akut batın tanısı koymak amacıyla; anamnez, seri fizik muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile beraber, tanı ve ayırıcı tanı için laboratuvar tetkikleri ve daha spesifik tanıları için çeşitli biyokimyasal belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda özellikle eksik alınan anamnez ve eksik yapılan fizik muayenenin önemi vurgulanarak akut karın tanılı hastaya yaklaşım değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Akut karın ağrısı, Yönetim, Acil servis

### İletişim adresi:

Doç. Dr. Ali Karakuş  
drkarakus@yahoo.com

### Summary

Acute abdominal pain is common among patients admitted to the emergency department. The pain less than a week is called acute pain. Rapid evaluation and diagnosis of this type of patients have great value. The differential diagnosis is also important. Suspicion of acute abdomen syndrome does not always require urgent surgical approach. Diagnosis of acute abdominal pain in emergency department requires a good medical history, serial physical examinations and imaging techniques, together with laboratory tests for the diagnosis and differential diagnosis and more specific clinical diagnoses are needed for various biochemical markers. In this article, the importance of the missing anamnesis and the missing physical examination was emphasized and the approach to the patient with acute abdomen was evaluated.

**Key Words:** Acute abdominal pain, Management, Emergency department

Geliş tarihi: 04.06.2018

Kabul tarihi: 11.06.2018

Çevrimiçi yayın tarihi:

**Ahntı Kodu:** Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Acil serviste karın ağrısına yaklaşım.  
Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 59-67. Doi: 10.15511/tjffp.18.00259.

## Giriş

Son zamanlarda özellikle ülkemizde, modern tıbbın bizlere sunduğu hizmetleri, gelişigüzel ve sonuçlarını çok da iyi düşünmeden kullanmak, ülke ekonomisi, eğitilen hekim ve hasta haklarına büyük ölçüde zarar vermektedir. Bir zamanlar hekimin tanı aracı olarak kullandığı, günümüzde ise ikinci hatta üçüncü sıralara düşen, anamnez ve fizik muayenenin önemini bir kez daha belirtmek, özellikle acil servislerde çok kısa sürede anamnez alınıp, fizik muayene yapıldığı gerçeğini dile getirmek gereklidir.

Karın ağrılı hasta grubu acil servise başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Karın ağrısının doğru olarak değerlendirilmesi ve hastaya iyi bir bakım verilebilmesi için iyi bir hikaye alınması, karın içi ve karın dışı ağrı nedenleri ve mekanizmalarının iyi bilinmesi önemlidir.<sup>1</sup> Bir haftadan daha az süregelen ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Tüm akut karın ağrılı hastalar ele alınırsa hastaların %40'ında bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen karın ağrısı bulunur.<sup>2</sup>

Karın ağrılı hasta acil serviste veya alanda ilk değerlendirmesi yapılırken dikkat edilmesi gereken nokta olayın akut olup olmadığına karar vermektir. Akut ağrı tanısına karar verilen hastaya vakit geçirilmeden cerrahi veya dahili nedenlerine göre tedavisi planlanmalıdır. Bunun yolu da doğru bir anamnez ve fizik muayene ile başlar. Eldeki mevcut imkanlarla hastaların hemodinamik stabilitesinin sağlanmasının ardından ileri tanı yöntemleri ve tetkikler kullanılmalıdır. Akut karın ağrılarında erken tanıyı önlemesi, bulguları ortadan kaldırması ve olayı sürüncemede bırakması nedeniyle analjezik kullanımı önerilmemekle birlikte; uzun süre acil servislerde bekleyecek hastaların konforunu sağlamak ve gereksiz ajitasyonları önlemek maksatlı uygun fizik muayene sonrası ağrı kesiciler yapılabilir.<sup>3</sup>

Bu yazımızda anamnez ve fizik muayenenin önemi vurgulanarak Akut Karın Sendromu olabilecek hasta değerlendirilirken gerekli ayırıcı tanının yapılması, en sık görülen nedenler, gereken tanı yöntemleri ve hastaya yaklaşım konuları değerlendirildi.<sup>4</sup>

## Sınıflandırma

Karın ağrısı yapan nedenleri kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırabiliriz (Tablo 1).

### Akut karın

Akut karın terimi, belli başlı belirtisi karın bölgesinde ortaya çıkan, birden başlayıp acil bir cerrahi girişim gerektirebilecek olan non-travmatik bir durumu simgeler. Literatürde son bir hafta içinde başlamış yeni karın ağrısı olarak ifade edilmektedir.<sup>5</sup>

Etiyolojik faktörleri sıklıkla intraabdominal bir bozukluğa bağlı olan bu sendromun tanı ve tedavisindeki gecikmeler prognozu olumsuz yönde etkiler. Akut karın tanısını koymak her zaman kolay değildir. Akut karın ağrısı ile acil servislere müracaat eden hastaların yarısında ağrıların akut karınla ilgili olmayıp gastroenterit, menstrual rahatsızlıklar gibi sebeplere dayandığı tespit edilmiştir. En yaygın akut karın nedeni akut apandisit, akut kolesistit, ince bağırsak obstrüksiyonu, perforé ülser ve divertikülit gibi durumlardır (Tablo 2).

Akut karın ağrısı ile gelen hastaların cerrahiye gereği olan veya olmayan grupları karşılaştırılırsa her iki grupta da ateş veya lökositozun bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar sözü edilen faktörlerin cerrahi kriter olamayacağını düşündürmektedir. Yardımcı bir faktör olarak cerrahi problemler hastalarda ağrı daima bulantıdan öncedir. Aksi durum cerrahiye ihtiyaç olmayan hastalarda gözlenir. Akut karın ağrıları için patognomik bir klinik sendrom laboratuvar veya röntgen bulgusu tanımlanmamıştır. Dolayısıyla şayet hastada cerrahi tedavi şartları varsa genellikle laparotomi endikasyonu da vardır.

**Tablo 1. Kaynaklandığı bölgeye göre karın ağrısı sınıflandırması**

1. INTRAABDOMİNAL AĞRILAR	
<b>A- Yaygın peritonit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Organ perforasyonları</li><li>• Primer bakteriyel peritonit</li><li>• Non bakteriyel peritonit</li><li>• Ailevi Akdeniz Ateşi</li></ul>
<b>B- Lokalize peritonit</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apandisit</li><li>• Kolesistit</li><li>• Akut kolon divertikülü</li><li>• Pankreatit</li></ul>
<b>C- Organların genişlemesine bağlı ağrılar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İntestinal obstrüksiyon</li><li>• İntestinal hipermotilite: Spastik kolon</li><li>• Safra yolları obstrüksiyonu</li><li>• Üreter obstrüksiyonu</li><li>• Karaciğer kapsül gerilmesi: Akut hepatit, sağ kalp yetmezliği, Budd-Chiari sendromu</li><li>• Renal kapsül gerilmesi: Üreter obstrüksiyonu</li><li>• Aort anevrizması</li></ul>
<b>D- İskemi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İntestinal anjina veya enfarktüs: Arteriyel stenoz, emboli, poliarteritis</li><li>• Splenik enfarktüs</li><li>• Torsiyon: Safra kesesi, dalak, över kisti, testis, omentum, apandiks</li><li>• Tümör nekrozu: Hepatoma</li></ul>
<b>E- Retroperitoneal tümörler</b>	
<b>F- Metabolik nedenler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Üremik</li><li>• Diabetes mellitus</li><li>• Porfiria</li><li>• Akut sürrenal yetmezlik</li></ul>
<b>G- Toksinler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipersensitivite reaksiyonları: Böcek sokması</li><li>• İlaçlar: Kursun intoksikasyonu vs.</li></ul>
<b>H- Diğer</b>	Kas zedelenmeleri, hematoma veya tümör
2. EKSTRA ABDOMİNAL AĞRILAR	
<b>A- Torasik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pnömoni</li><li>• Pulmoner emboli</li><li>• Pnömotoraks</li><li>• Ampiyem</li><li>• Koroner arter hastalığı</li><li>• Myokardit</li></ul>

Devamı sayfa 62'de

**Tablo 1. (Sayfa 61'den devam) Kaynaklandığı bölgeye göre karın ağrısı sınıflandırması**

2.EKSTRA ABDOMİNAL AĞRILAR	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Özefajit</li> <li>• Özefagus rüptürü</li> </ul>
B- Nörojenik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radikülit: Spinal kord veya periferik sinir tümörleri</li> <li>• Tabes dorsalis</li> <li>• Abdominal epilepsi</li> </ul>

**Tablo 2. Akut karın ayırıcı tanısında en sık rastlanan durumlar ve özellikleri**

TANI	ÖZELLİKLERİ
<b>Akut Apendisit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut karının en sık rastlanılan nedenidir</li> <li>• Önce epigastrium ve periumblikal bölgede, daha sonra sağ alt kadranda lokalize ağrı olur.</li> <li>• İstahsızlık en sık ve ilk ortaya çıkan bulgudur</li> <li>• Palpasyonla ağrı ve hassasiyet Mc Burney noktasında hissedilir. Perforasyon durumlarında ağrı hassasiyet ve musküler rijidite tüm batında görülür<sup>3</sup></li> <li>• Lökositoz sıklıkla vardır, ancak klinik takipte tablo ilerlerken lökositte azalma olurken C Reaktif Protein'de artış olması laparotomiye işaret eden bir bulgudur</li> </ul>
<b>Peptik Ülser Perforasyonu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En tipik bulguları hastanın epigastrik bölgesinde bıçak saplanır gibi bir ağrı hissetmesidir.</li> <li>• Direkt karın grafisinde diafragma altında hava gölgesi olur</li> </ul>
<b>Akut Gastroenterit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En tipik özelliği ishal ataklarından önce ortaya çıkan hiperaktif bağırsak sesleri ve kramp tarzında karın ağrılarıdır</li> <li>• Batın muayenesi tipik akut karına göre daha rahattır. Yüksek ateş sıklıkla olur</li> <li>• Gayta incelemesinde lökosit ve kırmızı küre bulunur</li> <li>• Tedavi rehidrasyon, non viral formları için antimikrobiyal terapidir. Oral siprofloksasin yararlıdır</li> </ul>
<b>Akut Kolesistit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semptomlar genellikle ağır bir yemekten sonra başlayan sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrium ağrısı ile karakterizedir</li> <li>• Ağrı tipik olarak sırta doğru yayılır</li> <li>• USG ile kese içinde taş tespiti, duvar kalınlaşması ve kese çevresinde sıvı koleksiyonunun izlenmesi ayırıcı tanıda önemlidir</li> <li>• Kolesistit atağının ilk 48 saatinde acil kolesistektomi önerilirken geciken subakut vakalarda konservatif tedavi sonrası elektif kolesistektomi uygulamaları en çok önerilen yaklaşımlardır</li> </ul>
<b>Akut Pankreatit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ağrının kuşak tarzında bele doğru yayılması tipiktir. Hastalar öne doğru eğilerek ağrıyı azaltmaya çalışırlar</li> <li>• Serum amilaz değeri yükselmistir</li> <li>• Tanı aşamasında USG ve BT çok yararlıdır</li> <li>• Safra taşları ve alkol tüm pankreatit olgularının %70-80'ini oluşturmaktadır</li> <li>• Alanin aminotransferaz (ALT) değerinin 3 kat ve daha fazla yükselmesinin %95 oranında pozitif prediktif değer ile biliyer pankreatit tanısı koydurduğu gösterilmiştir</li> </ul>

Devamı sayfa 63'te

Tablo 2. (Sayfa 62'den devam) Akut karın ayırıcı tanısında en sık rastlanan durumlar ve özellikleri

TANI	ÖZELLİKLERİ
<b>Ailevi Akdeniz Ateşi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Otozomal resesif bir hastalıktır. Hastaların çocukluklarından itibaren 3-4 gün süren karın ağrısı ve ateşli dönemleri olur</li><li>• Yaygın peritonit nedeniyle, karın muayenelerinde yaygın hassasiyet, yer yer rebound, orta derecede de defans vardır</li></ul>
<b>Akut intestinal iskemi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bu tabloya neden olan etiyolojik faktörler arasında en sık görüleni, akut arteriyel trombozdur</li><li>• Abdominal distansiyon, musküler defans ve bağırsak peristaltizminde azalma meydana gelir</li></ul>
<b>Dış Gebelik Rüptürü</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alt karında ani başlayan ağrı ve karın içi kanamaya bağlı hipovolemi hatta şok ile karakterize bir tablodur</li><li>• Çok güvenli olmasa da adet gecikmesi hikayesi ayırıcı tanıda yardımcıdır</li><li>• Ayrıca gebelik testinin (+) olması ve pelvik USG'de tanı aşamasında çok yararlıdır</li></ul>
<b>Pelvik İnflamatuvar Hastalık</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastada genellikle çift taraflı olsa da özellikle sağda ağrı vardır ve akut apandisit ile karışır</li><li>• Bu hastalarda gastrointestinal sistem semptom ve bulguları daha sılıktır</li></ul>
<b>İdrar yolu enfeksiyonu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lumbokostal hassasiyet, idrar tetkikinde lökosit ve/veya eritrosit, dizüri mevcuttur</li></ul>
<b>Nefrorolitiazis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zaman zaman gelen ağrı dönemlerinde ağrıların şiddeti fazladır</li><li>• Bu dönemlerde bulantı ve kusmaları olabilir; ancak batın muayeneleri ürolitiazisin bulunduğu bölge haricinde genelde rahattır</li><li>• Tanıda tam idrar tahlili, USG, spiral BT, ürografi, yatarak batın ve pelvik grafileri yararlıdır. Akut dönemde intra venöz piyelografinin yararı yoktur. 8 mm büyüklüğünün üzerindeki taşlar nadiren kendiliğinden düşerler</li></ul>

### Akut karın sendromuna sebep olan ağrılar

**1. Ani başlayan ağrılar:** Çok ani başlar. Hasta olayın başlangıcını söyleyebilir. Hasta etiyolojik nedenlere bağlı olarak şoka girebilir. Abdominal hassasiyet perforasyon ve peritonit gelişmesiyle ortaya çıkabilir. Radyolojik inceleme; parasentez hastalığı belirleyebilir. anjiyografi mezenterik damar lezyonlarını ortaya çıkarabilir. Ateş ve lökositöz ani oluşan ağrıların başlangıcında görülmezler.

**2. Hızlı oluşan ağrılar:** Bir saatin üzerinde gelişmekte olup obstrüksiyon, inflamasyon, örneğin; apandisit, pankreatit, ureter taşı gibi olayların karakteristik

görüntüleridir. Hasta yatakta yatmayı tercih ediyor ise peritonit mevcuttur. Eğer hareketleri yavaş ve yorgun ise biliyer kolik, intestinal obstrüksiyon gibi visseral ağrıların olduğuna hükmedilir. Üst karın ağrıları genellikle akut kolesistit, pankreatit veya perforpe peptik ülseri düşündürür. Karının orta bölgesindeki ağrılar ise apandisit, intestinal obstrüksiyon veya mezenterik vasküler lezyonları gösterir. Alt karın ağrıları apandisit, divertikulit, ureter koligi, dış gebelik veya torsiyone over kistinden kaynaklanabilir. Lokalize olmuş ağrılar apandisit, kolesistit, divertikulit veya pankreatitten kaynaklanabilir. Sağ alt kadranda ağrısı, Mc Burney noktasında gözleniyorsa apandisit önemle akla gelme-

lidir. Kusma genellikle ağrı ile başlar; kusma safrsız ise pilor, fekaloid ise orta veya üst intestinal obstrüksiyonu gösterir. Cerrahi ağrılar genelde kusmadan önce oluşur. Fizik incelemede tüm hernia orifisleri tam olarak muayene edilmelidir. Özellikle şişman hastalarda bu durum gözden kaçabilir. Hastalarda 38°C ateş gözlemlenir. Divertikülit, apandisit, kolesistit dışında titreme ve ateşin 39°C den fazla olması alışılmış değildir.

**3. Kademeli ağrı:** 12-24 saat içinde doruk noktasına ulaşır. Semptomların yavaş gelişmesi klinisyeni yanlış düşünce içine itebilir. Bu yüzden başarılı erken tanı için ilk birkaç saat içinde muayenenin tekrar edilmesine ihtiyaç vardır.

## Tanı

### Anamnez

Karın ağrısının lokalizasyonu, şekli, yayılımı önemlidir. Gastrointestinal sistem, üriner sistem, safra kesesi ve yolları, salpinks gibi içi boş organların ağrıları **kolik ağrı** olarak adlandırılır. Zaman zaman şiddetlenen ve aralıklarla rahatlama periyotları olan ağrılardır. Bununla birlikte mide duodenum perforasyonlarında, akut apandisit rüptüründe ve akut pankreatitte **stabil** yani devamlı keskin bir ağrı vardır.<sup>6</sup>

Ayrıca hastaya ağrı kesici kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ağrının yeri, başlama zamanı, başlama zamanıyla bulantı ve kusmanın ilişkisi açıklığa kavuşturulmalıdır. Diyare veya konstipasyon epizotlarını da içeren detaylı bağırsak alışkanlıkları sorgulanmalıdır.

**Ağrının karakteristiğini ortaya çıkarmak için öğrenilmesi gerekenler: zamanı, lokalizasyonu, yoğunluğu ile ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerdir.** Birlikte var olan ateş, titreme, mide ekşimesi, aşırı gaz çıkarma ve geçirme, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı karın ağrısının altında yatan nedeni ortaya çıkarmak için önemli ipuçları verir. Gaita karakteri de özellikle renk ve kan mevcudiyeti açısından

sorgulanmalıdır. Kanlı diyare enfeksiyöz enterokolit veya inflamatuvar bağırsak hastalığını gösterirken, klasik 'kuş üzümü jeli' dışkı intussepsiyonu gösterir.<sup>7</sup> Geçmiş medikal öykü, sarılık veya karaciğer hastalığı, ülser, geçirilmiş abdominal cerrahiler ve travmayı içermelidir. Daha önce orak hücreli anemi, porfiri veya Ailevi Akdeniz Ateşi gibi tanılarla hastaneye yatış araştırılmalıdır.

Önceden pelvik inflamatuvar hastalık (PID), intrauterin alet kullanımı, tubal ligasyon öyküsü ektopik gebelik riskini akla getirmelidir.<sup>7</sup> Ayrıca karın ağrısına eşlik eden semptomlar da önemli olup, sorgulanması gerekir. İştahsızlık, tüm inflamatuvar hastalıklarda erken görülen bir semptomdur. Bulantı ve kusma ise nonspesifik oldukları için tanısız değerleri yoktur. Şiddetli periton irritasyonu, mezenterde gerilme ve bağırsaklardan toksik madde emilimini akla getirir. Kusmanın tarzı, içeriği ve sıklığı önemlidir. Miktarı fazla sulu diyare gastroenterit veya akut karının diğer dahili nedenlerinin özelliğidir. Kanlı diyare ülseratif kolit, Crohn hastalığı, basilli veya amipli dizanteride olur. Kabızlık her zaman intestinal obstrüksiyon için kesin bir bulgu değildir. Fakat eğer progresif, ağrılı bir abdominal distansiyon veya tekrarlayan kusma mevcutsa mekanik bağırsak tıkanıklığını akla getirir.

### Fizik Muayene

Ağrının etiyolojisini tespit etmede fizik muayene mükemmel fırsatlar yaratır. Hastanın genel görünüşü, terleme, ateş, kalp hızı ve ritmi, sepsis, kolanjit, piyelonefrit veya bakteriyel ince bağırsak enfeksiyonlarını düşündürmelidir. Organlara sekonder oluşan ağrılarda hasta sık sık pozisyon değiştirir. Ancak peritonit var ise hareket etmektan kaçınılır. Herniler özenle araştırılmalıdır. Bağırsak seslerindeki artmalar enterit veya obstrüksiyonu telkin edebilir. Peritonitte ise seslerin azalması veya kaybolması paralitik ileusu düşündürür. Oskültasyonda üfürüm işitilmesi aort anevrizmasında gözlenir.

Karnın palpasyonuna genelde ağrısız bölgeden başlanmalıdır. Aksi halde hastanın güveni kaybolur ve sa-



vunmasının fazlalığı neticesinde yeterli muayene mümkün olmayabilir. Karın duvarındaki sertlik peritoniti düşündürür. Lokal defansa ait bulgular akut kolestistit, apandisit, divertikülit gibi durumlarda gözlenir. Organların büyüklüğü, kitle mevcudiyeti dikkatlice araştırılmalıdır. Akut apandisitte Mc Burney noktasının hassasiyeti ve ağrının birkaç cm.'ye lokalize edilmesi apandisit tanısı için önemli bulgulardır. **Hassas bölgeye yapılan yavaş ve derinlemesine olan baskıdan sonra birden ellerin çekilmesiyle "rebound" ağrısı oluşur.** Bu işlem pariyetal peritonun olaya katıldığını gösterir.<sup>3</sup> Organlar üzerine yapılan perküsyonun ağrı oluşturması o organın rahatsızlığını simgeleyebilir.

Genital, rektal ve pelvik muayeneler her karın ağrısı olan hastada yapılmalıdır. Böylece akut pelvik enflamasyon, over kisti, rektal tümör tanısı konabilir. Dikkate alınarak her hastaya mutlaka yapılmalıdır.<sup>3</sup> Rektal tuşe, pelvik ve alt karın ağrısı olan hastalarda önerilmektedir. Rektal tuşede fekalit, melena, taze kan gibi bulgularla birlikte peritoneal irritasyon bulgusu olan gebelik, salpenjit, tubaovaryan apse saptanabildiği gibi, sağ taraf hassasiyetinde retroçekal apandisit düşünülmelidir. Rektal tuşe ile Douglas araştırılmalı, hassasiyet ya da kitle olup olmadığına bakılmalıdır. Hassasiyetin yaygın olması pelvis peritonunun irritasyonunu, sağ tarafta hassasiyet pelvik apandisiti, sol tarafta hassasiyet ise divertiküliti öncelikle düşündürmelidir. Rektumda kitle, taşlaşmış gaita ya da yabancı cisim olup olmadığı özellikle mekanik bağırsak tıkanıklığı olan hastalarda önemlidir. Yatalak hastalarda sıklıkla tıkanıklık nedeni olan taşlaşmış gaita elle halas edilerek aynı zamanda tedavi de sağlanmış olur. Ayrıca tuşe sırasında anüsün tonusu, rektumun boş ya da gaita ile dolu olup olmadığı, melena, hematokezya varlığı araştırılır. Hastalarda mevcut stoma, fistül ve yaralar da tuşe ile muayene edilmelidir.

#### Laboratuvar

**Kan Testleri:** Hemoglobin, hematokrit ve beyaz küre sayımları oldukça iyi bilgiler verir. Beyaz kürede

bir artış veya belirgin lökositoz, periferik yaymada sola kayma da varsa ciddi bir enfeksiyonu gösterir. Hem medikal hem de cerrahi iltihabi durumlarda görülen orta derecede bir lökositoz genellikle nonspesifiktir, ayrıca yaşlı ve debil hastalarda enfeksiyon olsa bile görülmeyebilmektedir. Özellikle hipovolemi olması beklendiği zaman (şok, şiddetli kusma ve ishal, karın distansiyonu veya belirtilerin başlangıcından sonra uzun süre geçtiği zaman) serum elektrolitleri, üre ve kreatinin çok önemlidir. Hipotansiyon, jeneralize peritonit, pankreatit, iskemik bağırsak hastalığı ve septisemili hastalarda arteryel kan gazları tayini yapılmalıdır. Daha önceden akla gelmeyen metabolik asidoz ciddi bir durumun ilk belirtisi olabilmektedir. Aort diseksiyonundaki karın ağrısının yanı sıra disseke olan vasküler yapının ilgili organdaki sonuçları, kan tablosuna yansıtacağı ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken acil bir durum olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

Yükselmiş serum amilaz düzeyi ise akut pankreatit tanısını doğrulayıcı niteliktedir: Amilaz düzeyinde yükselme ayrıca strangüle veya iskemik bağırsak, over kisti torsiyonu veya peptik ülser perforasyonunda da görüldüğünden ayırıcı tanıda dikkatli olunmalıdır. Hepatobiliyer bir hastalıktan şüphelenildiği zaman karaciğer fonksiyon testleri (serum bilirubin, alkalen fosfataz, ALT, AST, albümin, globülin) karaciğerin cerrahi hastalıklarını dahili olanlardan ayırmaya ve altta yatan parankim hastalığının önemini anlamaya yarar. Eğer hasta anamnezinde muhtemel bir hematolojik bozukluk (siroz, peteşi) hikayesi veriyorsa pıhtılaşma testleri (trombosit sayımı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı) ve periferik yayma istenmelidir. Akut karında sıklıkla non spesifik olarak yükselen sedimantasyon hızı ciddi bir durumu hiçbir zaman ekarte ettirmez.

**İdrar Tetkiki:** Hastalarda hiperbilirubinemi olduğu zaman sallanınca köpüren çay rengine idrar oluşur. Üreteral kolik veya üriner sistem enfeksiyonlarında görülen mikroskopik hematüri veya piyüri hastayı gereksiz acil bir operasyondan korur. Stick'lerle yapılan

idrar tahlilleri de (albümin, bilirubin) akut karına sebep olan medikal bir nedeni cerrahi hastalıklardan ayırabilmektedir.

**Gaita Analizi:** Gastrointestinal kanama akut karında sık görülen bir durum olmamakla beraber her hastaya rutin olarak gaitada gizli kan testi mutlaka yapılmalıdır. Test sonucunun pozitif çıkması kronik anemiye neden olabilecek mukozal bir lezyonu veya gizli kalmış bir kanseri gösterir. Gaitadaki bakteri, parazit ve yumurtaları ortaya çıkarmak için yapılan dışkı yaymaları kanlı ve mukuslu diyaresi olan hastalarda amip trofozoitlerini gösterebilmektedir.

#### Parasentez

Serbest periton sıvısı olan hastalarda abdominal parasentez oldukça faydalı bilgiler sağlar. Künt travmalardan farklı olarak pnösiyon, akut karında periton lavajındaki kadar bilgi sağlayabilmektedir. En değerli bulgu serbest kan veya bulanık infekte asittir. Kan, safra ve bağırsak içeriğinin aspirasyonu acil laparotomi için kesin endikasyondur.

#### Endoskopi

Kolon tıkanıklığı, masif rektal kanama veya rektal kitleden şüphe edilen hastalarda proktosigmoidoskopi endikasyonu vardır.

#### Radyolojik tetkikler

**P. A. Akciğer Grafisi:** Akut karın ile gelen her hastadan mutlaka akciğer grafisi istenmelidir.

**Direkt Batın Grafileri:** Duruma göre hastalara yatarak ve ayakta direkt karın grafileri (veya zayıf hastalarda lateral dekubitus grafileri) çekilmelidir. Akut karın ağrılı hastalardaki direkt grafinin sensitivitesi %64, spesifitesi %68'dir.<sup>5</sup> Direkt karın grafisi (DKG) veya dekubit pozisyonunda grafi çekilecek olan hasta, ayakta veya dekubit pozisyonda 5-10 dakika bekletilirse sensitivite yükselir. Bu metot kullanılarak 1-2 cm<sup>3</sup> hava bile tespit edilebilir. Ayakta direkt karın grafisinde içi boş

organlarda gaz birikmesi; diafragma altı, safra yolları ve bağırsak duvarı dışındaki serbest veya normal hava, solid organların kontürü ve peritoneal yağ çizgileri, radyopak oluşumlar iyice gözlenmelidir.

Bağırsaklarda anormal gaz birikimi paralitik ileusu, mekanik bağırsak tıkanıklığı veya psödo-obstrüksiyonu gösterir, özellikle bağırsak seslerinin yokluğunda, ampulla rektiyi sınırlayan hava ile birlikte bağırsaklarda diffüz gaz birikimi paralitik ileusa delalet eder. Bir kural olarak bağırsak tıkanıklığında genellikle hava-sıvı seviyeleri görülürken, kolon tıkanmasında gergin bir çekum ve ince bağırsaklarda dilatasyon görülür. Kolon duvarında parmak izi görünümü iskemik kolitli hastaların yarısında gözlenmektedir. Hemidiyafragma altında serbest hava, aranmadıkça gözden kaçabilmektedir. Perfore ülserlilerin yaklaşık %80'inde bu durumun görülmesi klinik tanıyı destekleyici niteliktedir.

**Ultrasonografi ve BT "scan":** Ultrasonografi, ülser veya bağırsak tıkanmasına bağlı ağrıdan farklı yukarı karın ağrılarını değerlendirmede ve abdominal kitleleri araştırmada faydalı bir yöntemdir. BT teknolojisinde en büyük gelişmeler spiral BT ve Voyager programlı BT'lerdir. Spiral BT ile solunum hareketlerinden kaynaklanan yanlışlıklar en aza indirgenebilmiştir.

**İlaçlı radyolojik çalışmalar:** Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi rutin bir görüntüleme yöntemi değildir. Bunlar yalnızca kontrast görüntüleme ile doğrulanıp tedavi edilebileceği düşünülen özel durumlarda yardımcı olmaktadır.

**Radyonükleik taramalar:** Karaciğer, dalak, HIDA ve Gallium taramaları intraabdominal apselerin lokalizasyonunda ve akut kolesistit tanısında çok faydalıdır.

**Anjiyografi:** İntestinal iskemi veya intraabdominal kanamadan şüphelenilen durumlarda anjiyografi çekmek gerekir. Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi görüntüyü engellediği için anjiyografi daha önceden çekilmelidir. Selektif viseral anjiyografi mezenter enfarktüsünün tanısında güvenilir bir yöntemdir.





## Kaynaklar

1. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Ucar E, Celik MM, Aydoğan A. Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service. Middle East Journal of Internal Medicine 2013;6(2):3-8.
2. Onur ÖE, Ünlüer EE, Denizbaşı A, Güneysel Ö. Karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda akut cerrahi batın belirlenmesinde interlökin 6 ve tümör nekroz faktör alfa'nın rolü. Marmara Medical Journal 2009;22:97-103.
3. Tekin F, İlter T. Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2015;16(3):161-70. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/63/pdf/100415.pdf> adresinden 23.5.2018 tarihinde erişilmiştir.
4. Emet M, Eroğlu M, Aslan Ş, Öztürk G. Approach to Patient with Abdominal Pain The Eurasian Journal of Medicine 2007;1:137-41.
5. Çıkman M, Kandış H, Kara İH. Birinci basamakta akut karın hastalarına yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6:83-9.
6. McCraig L, Burt CW. National ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. Advance Data 2004;1: 340.
7. Miller SK, Alpert PT. Assesment and Differential Diagnosis of Abdominal Pain. The Nurse Practitioner 2006; 31: 38-47.

**Alıntı Kodu:** Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Acil serviste karın ağrısına yaklaşım. Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 59-67. Doi: 10.15511/tjffp.18.00259.