

# GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ACİLLERİ

Öğr.Gör. Nurhan BİNGÖL

# İÇERİK PLANI

## SİNDİRİM SİSTEMİ

- Sindirim Sisteminin yapısı
- SİNDİRİM SİSTEMİNİ OLUŞTURAN YAPILAR
- Sindirim sistemi = gastrointestinal / midebarsak sistemi
  - Ağız/ağız boşluğu
  - lareks(gırtlak)
  - Özefagus
  - Mide
  - İnce bağırsak
  - Kalın bağırsak
- SİNDİRİM SİSTEMİNE YARDIMCI YAPILAR
  - Tükürük bezleri
  - Karaciğer
  - Safra kesesi
  - Pankreas
  - Appendiks
- Bağırsak Seslerinin dinlenmesi
- Bağırsak seslerinin değerlendirilmesinde dikkat edilecek noktalar

# İÇERİK PLANI

## B. SİNDİRİM SİSTEMİNE AİT BELİRTİ VE BULGULAR

- Bağırsak Seslerini Ayırt Etmek.
- Hipoaktif
- Hiperaktif
- Sindirim Sistemine Ait Sistemik Belirti ve Bulgular
- Bulantı
- Kusma
- Hematemez
- Melana
- Diyare
- Kontipasyon
- Hematoşezi

# İÇERİK PLANI

## C-SİNDİRİM SİSTEMİNE AİT HASTALIKLAR

- Sindirim Sistemini Oluşturan Yapılar
- Özefagus varisleri
- Özefagial reflü
- Divertiküler hastalıklar
- Peptik ülser
- Gastrit
- Kısmi barsak tıkanmaları
- Hemoroidler
- Fissürler
- Sindirim sistemi tümörleri
- Sindirim Sistemine Yardımcı Yapılar
- Karaciğer hastalıkları
- Safra kesesi hastalıkları
- Pankreas

## D. SİNDİRİM SİSTEMİ HASTALIKLARINDA GENEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

- Sindirim sistemi hastalıklarının prognozu
- Sindirim sistemi hastalıklarında öngörülen tedavi

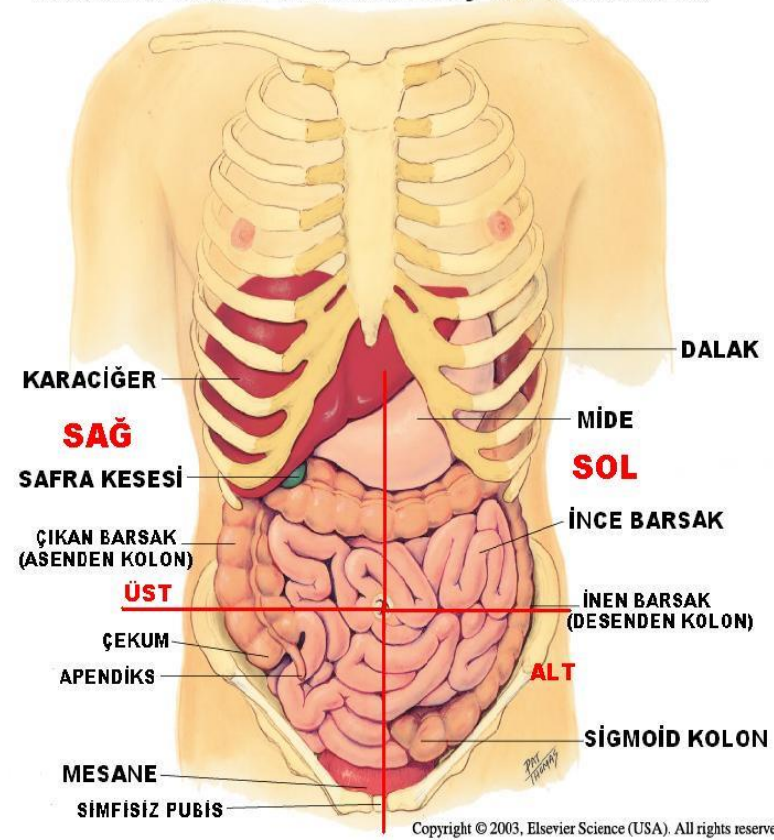
# ABDOMİNAL DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ

- ⦿ Abdomen bir bütündür.
- ⦿ Batına ait semptomların çözümlenmesinde ve batının her yerinin muayenesinde sindirim sistemine ait ( mide, ince ve kalın barsaklar, periton, karaciğer, safra yolları, pankreas) hastalıklar ön planda düşünülür.
- ⦿ Ancak üriner sistem ( böbrekler, üreter, mesane ) ve genital sistem ( uterus ve adnexler ) organlarında her zaman akılda tutulmalıdır

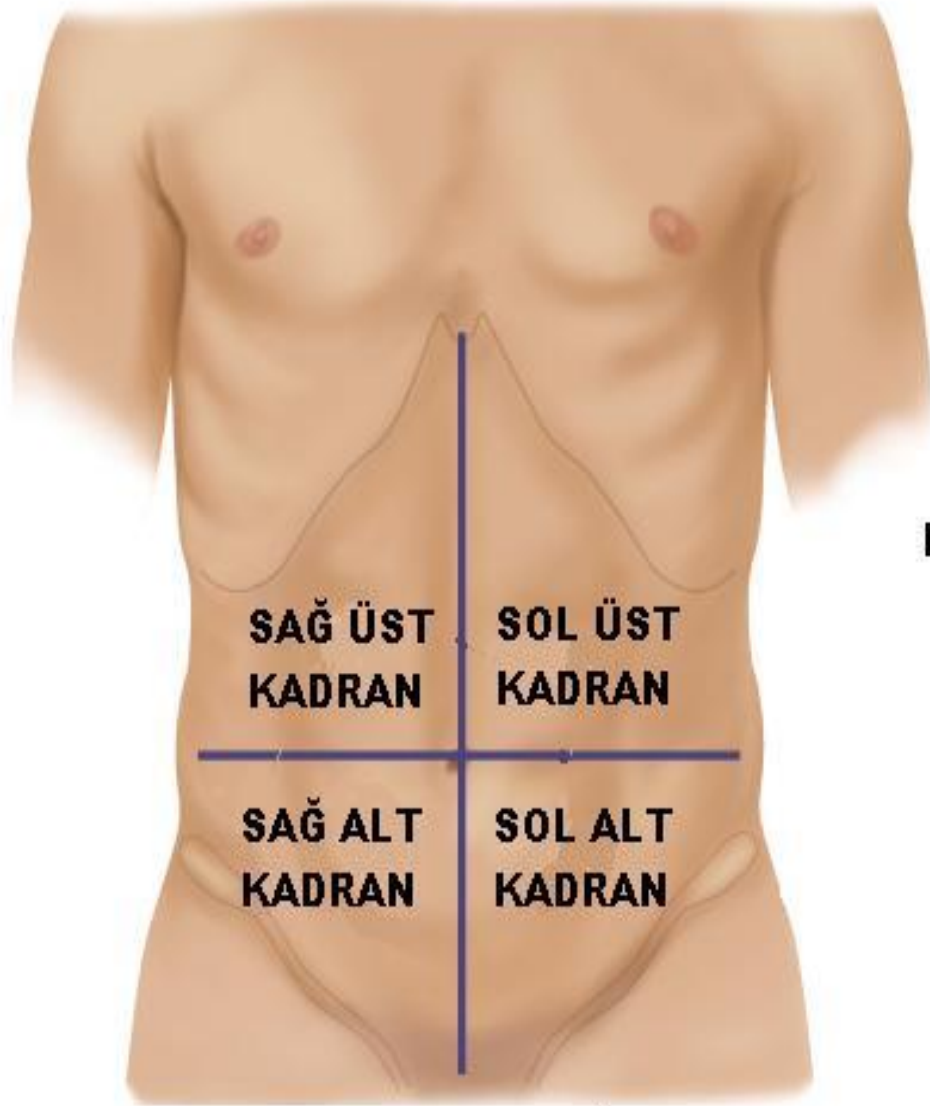
# KARIN / BATIN / ABDOMEN ANATOMİSİ

## KARIN BÖLGESİNDEKİ KATI VE BOŞLUKLU ORGANLAR

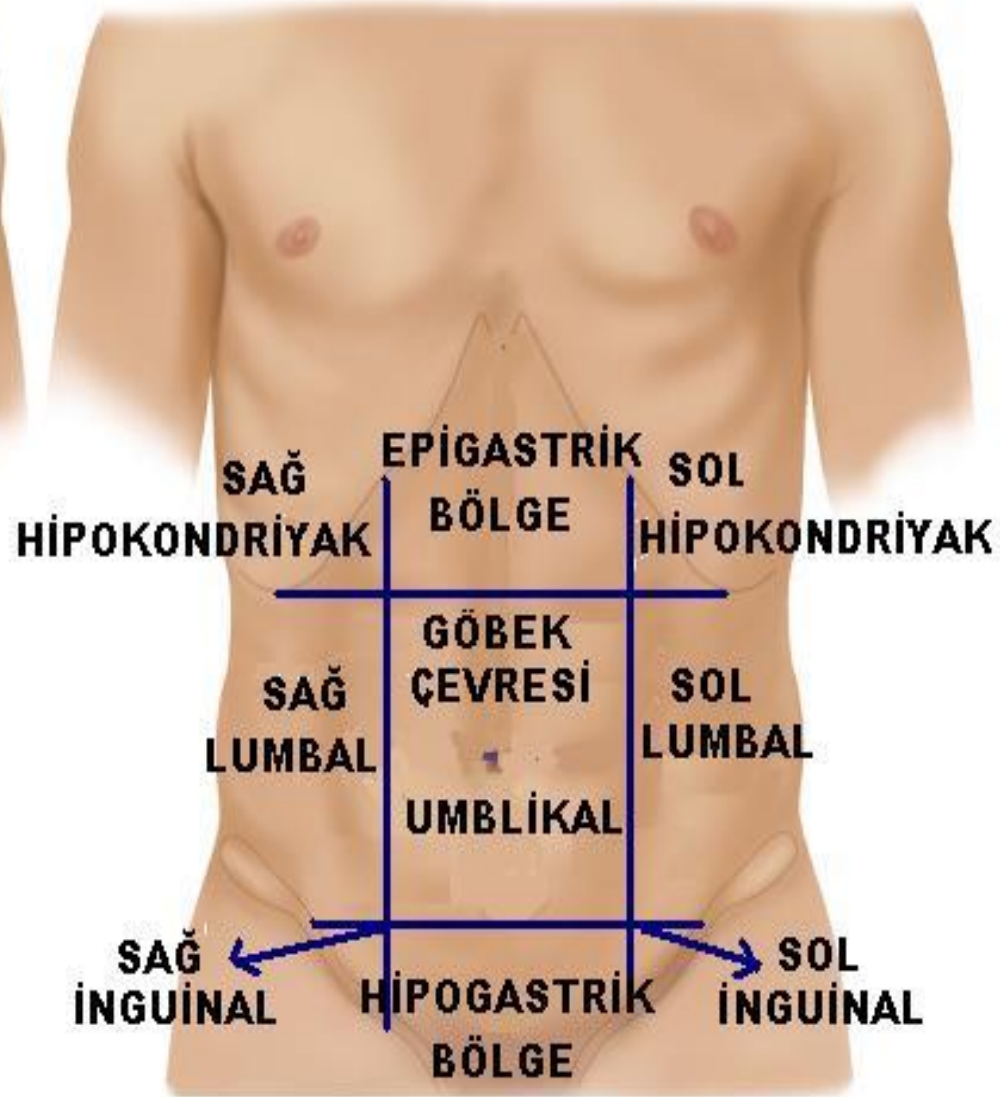
- Üst sınırı **DIYAFRAM**
- Alt sınırı **PELVİS**
- Arka sınırı **LUMBAL OMURLAR**
- Ön sınırı **KARIN DUVARI KASLARI**



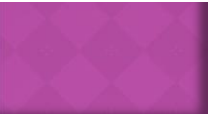
# KARNIN ANATOMİK BÖLÜMLERE AYRILMASI



**DÖRDE BÖLÜNDÜĞÜNDE**

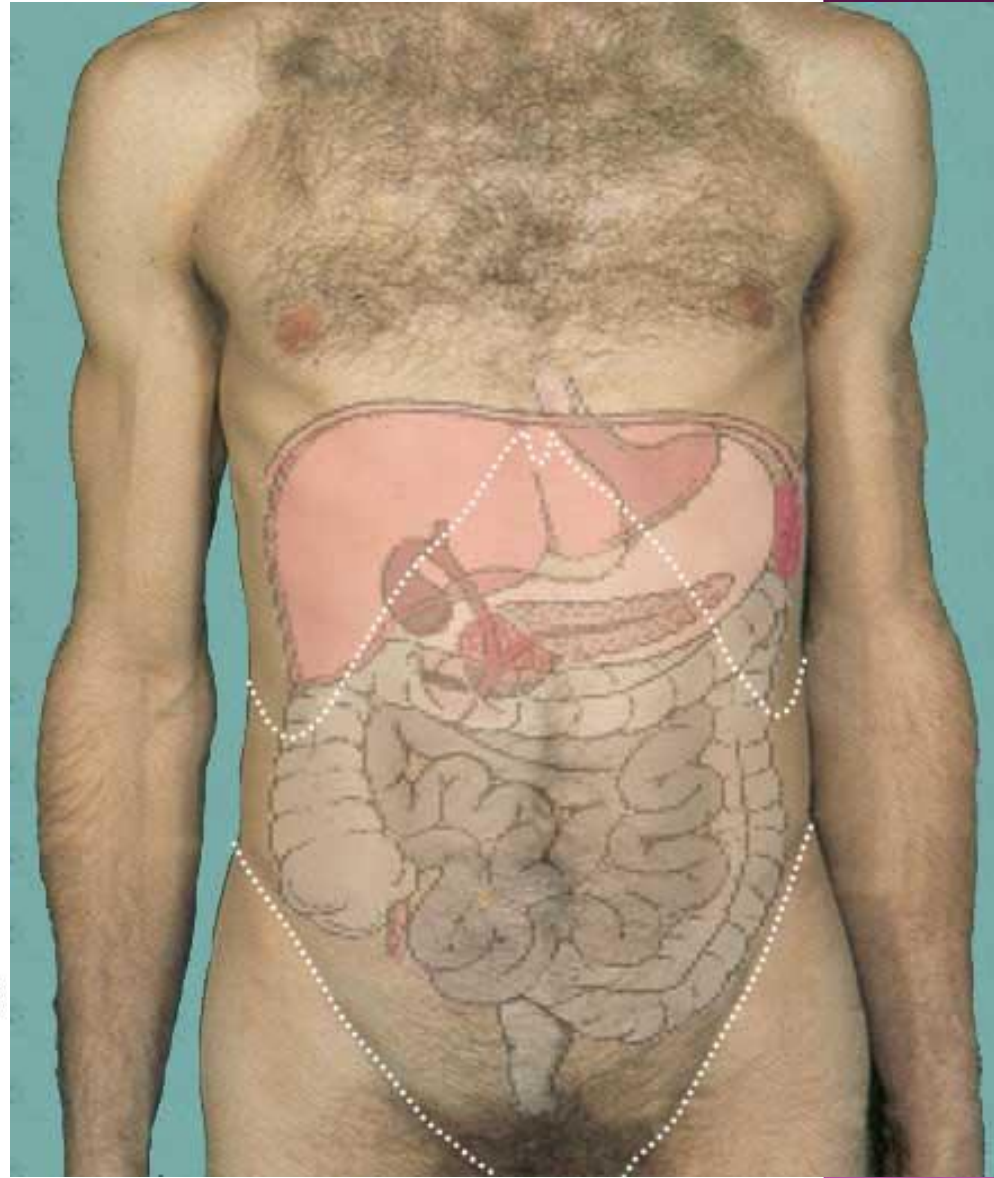
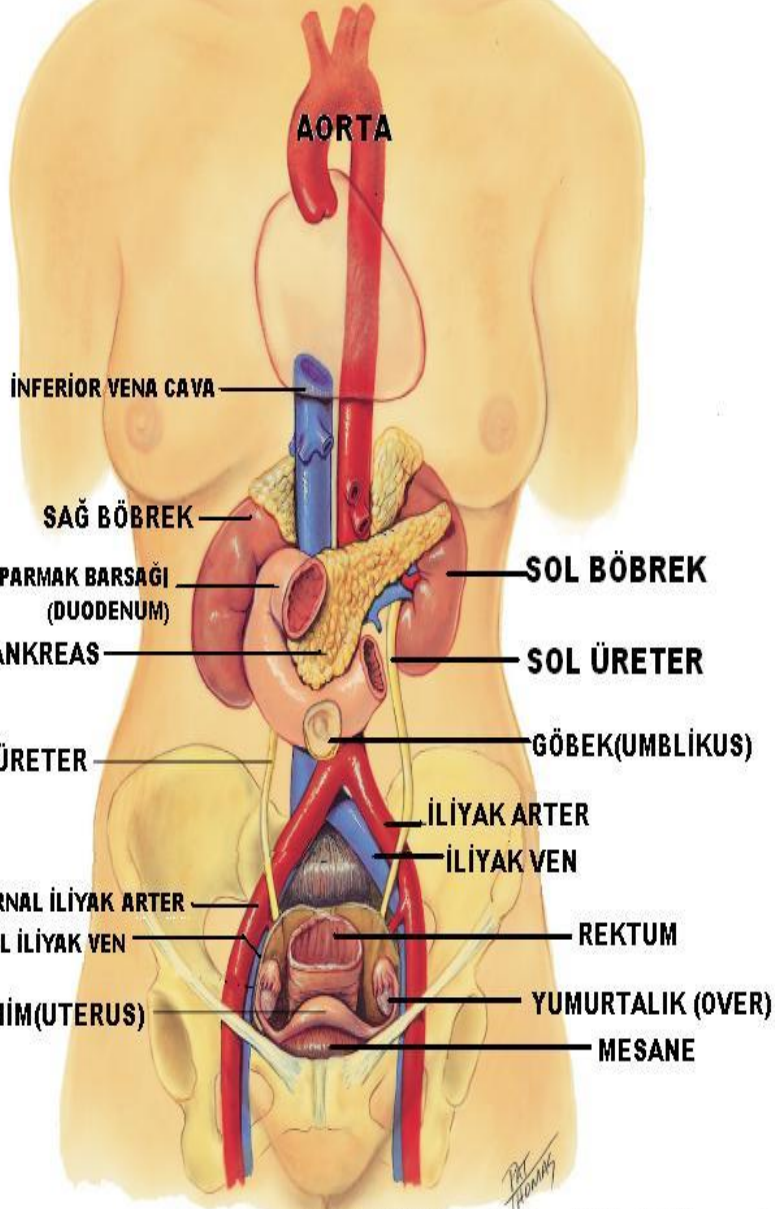


**DOKUZA BÖLÜNDÜĞÜNDE**





## RETROPERİTONEAL ORGANLAR

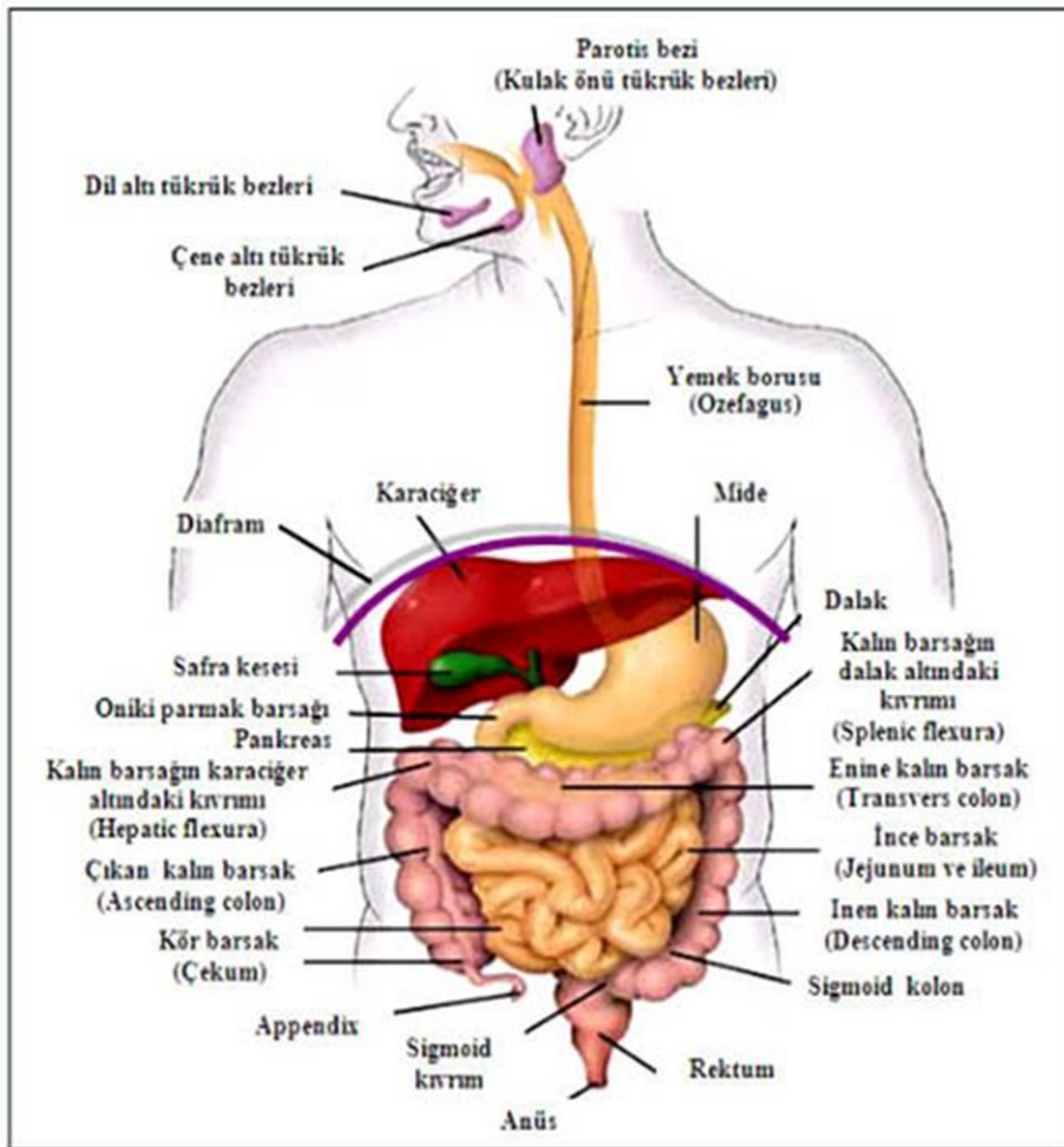


# SİNDİRİM SİSTEMİNİ OLUŞTURAN YAPILAR

- Ağız - Ağız boşluğu
- Dudaklar, yanaklar, dişetleri, dişler, dil
- Farinks
- Özefagus (yemek borusu)
- Mide
- İnce bağırsak
- Kalın bağırsak

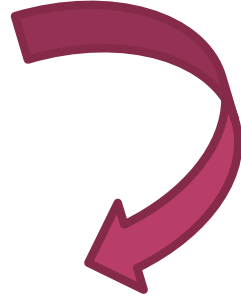
# SİNDİRİM SİSTEMİNE YARDIMCI YAPILAR

- Tükürük bezleri
- Karaciğer
- Safra kesesi
- Pankreas
- Appendiks





⦿ Anamnez ;



Yarı yarıya TANIYA yaklaştırır

## ANAMNEZDE HASTAYA SORULMASI GEREKEN SORULAR:

- Ağrın nerede ?
- Nasıl bir ağrın var ?
- Ağrı ne zaman başladı ?
- Ağrı herhangi bir yere vuruyor mu ?
- Ağrın ne zamandan beri var ?
- Bulantı, kusma ?
- İdrarda değişiklik var mı?
- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik var mı ?

# 1 ) KARIN AĞRISI :

- Ani başlayan karın ağrılarına akut karın adı verilir. Akut karına yol açan pek çok durum zamanında cerrahi olarak tedavi edilmezse hastanın ölümüne sebep olabilir.
- Akut karın ağrıları GİS, KVS, GÜS, Pulmoner Sistem gibi çok değişik etiyolojik faktörlü olabilir.
- Hastayı şoka sokabilecek bu cerrahi durumları önceden anlaya bilmek karın ağrısı iyi bir şekilde değerlendirilmelidir.

# 1 ) KARIN AĞRISI DEVAM...

○ Ağrının 3 kategorisi vardır :

○ **VİSSERAL AĞRI**

○ **PARİETAL AĞRI**

○ **YANSIYAN AĞRI**





# 1 ) KARIN AĞRISI devam... :

## VİSSERAL AĞRI :

- Karın organlarındaki otonom sinir liflerinin gerilmesi ile oluşan bir ağrıdır. Lümenli organların distansiyonu ve kapsüllü organların gerilmesine bağlı olarak gelişir.
- Ağrı hasta tarafında iyi lokalize edilemez. Kolik, künt, veya kramp tarzında tarif edilebilir. Terleme, bulantı ,taşikardi gibi bulgular eşlik edecektir.

# 1 ) KARIN AĞRISI devam... :

## SOMATİK AĞRI :

- ◉ Kimyasal veya bakteriel enflamasyonlarla peritondaki sinir liflerinin uyarılmasına bağlı oluşan bir ağrıdır. Visseral ağrıya oranla daha lokalizedir ağrı periton üzerinden somatik liflerle iletilir.

# 1 ) KARIN AĞRISI devam... :

## YANSIYAN AĞRI :

- Ağrıya neden olan organdan uzak yerleşimde hissedilen ağrıdır.
- Diafragma altında biriken pü, kan vb nedenlere bağlı iritasyonu o taraf omuz ve boyunda ağrıya sebep olur.
- Safra kesesi ve yolları hastalıklarında sırt, sağ omuz ve skapulada hissedilen ağrı yansıyan ağrıdır
- Üreterde hareket eden taş ağrısı ise genital bölge veya uyluğun iç kısmına yayılır.

## EN SIK RASTLANAN YANSIYAN AĞRILAR

SORUN

YERLEŞİM

YANSIMA

Kolesistit

Sağ üst kadran

Sağ omuz

Apandisit

Sağ alt kadran

Göbek

Dalak rüptürü

Sol üst kadran

Sol omuz

# 1 ) KARIN AĞRISI devam... :

## AĞRİNİN TARİFİ :

- ◉ **KOLİK TARZI AĞRI :** Giderek Őiddetlenen ve bir noktada pik yaparak dakikalarca bu noktada kalır , sonra tekrar azalır, hafifler ve tekrar yükselmeye başlar. Özellikle obstrüksiyonlarda düz kas kasılması ve gevŐemesi ile olur.

- ◉ **SAFRA KOLİĞİ** : Çok şiddetlidir sağ üst kadranda olabildiği gibi tüm sağ tarafta da hissedilebilir. Sırta sağ omuza vurur. Safra yollarını tıkayan taşlarda sıkça karşılaşılır.
- ◉ **BÖBREK KOLİĞİ ( RENAL KOLİK )** : Ağrı lomber bölgede başlar. Ureter boyunca kasığa, uyluğun iç yüzüne vurur. Birlikte kusma ve idrarda kan vardır.

- ◉ **MİDE KOLİĞİ** : Üstte orta hatta ksfoid kemiğın hemen altında hissedilir.
- ◉ **APENDİX KOLİĞİ** : Çok şiddetli ağrı vardır. Göbek çevresinde non spesifik olarak başlar. Olay ilerledikçe sağ alt kadrana yerleşmeye başlar

- **UTERUS KOLİĞİ** : Menstruasyon günlerinde altta orta hatta pubis üstünde hissedilir. Ovaryan adnexlerde ise sağa veya sol alt kadrana lokalize ağrı görülür.
- **PANKREAS KOLİĞİ** : Çok şiddetli ağrı vardır. Göbek çevresinde başlar ve kuşak şeklinde yanlara doğru yayılır.



- ◉ **YIRTICI ŞEKİLDE BAŞLAYAN AĞRILAR** : Aort anevrizma rüptürleri , ektopik gebelik rüptürleri ve adnex kist rüptürlerinde ani başlangıçlı ağrı gözlenir.
- ◉ **YANICI TARZDA AĞRILAR** :Epigastik ağrıyı akla getirir. Genellikle mide asit artışı ile ilgili hastalıklarda görülür.
- ◉ **SÜREKLİ KÜNT AĞRILAR** : İnflamatuar veya destrüktif

# AĞRININ BAŞLANGICI :

## ⦿ Ani Başlayan ağrılar :

Aort anevrizma rüptürü

Ektopik gebelik rüptürü

Peptik ülser perforasyonu

## ⦿ Zaman içinde artan ağrılar :

Pankreatit

Kolesistit

Divertikülit- Renal obstrüksiyonlar

# AĞRININ KLİNİK DEĞERLENDİRME PRENSİPLERİ

1. Ağrının yeri
2. Ağrının şiddeti
3. Ağrının karakteri
4. Ağrının kronolojisi
5. Ağrıyı arttıran ve azaltan nedenler
6. Ağrıya eşlik eden semptom ve bulgular
7. Aile hikayesi
8. Fizik muayene
9. Laboratuvar

# 1. AĞRININ YERİ:

Kaynaklandığı organa,

Viseral,

Somatik

Yansıyan ağrı olmasına göre,

- Üreter, testis hastalıkları uyluk içinde ağrı oluşturabilir
- Omuz ağrısı olaya diyafragmanın da katıldığını belirtir.
- Biliyer (safra) , duodenal veya pankreas ağrıları sıklıkla sırta yayılır

# LOKALİZASYONUNA GÖRE KARIN AĞRISININ NEDENLERİ

## Sağ üst kadran

Hepatit  
Kolesistit  
Kolanjit  
Pankreatit  
Budd-Chiari  
sendromu  
Pnömoni, ampiyem  
Subdiafragmatik  
apse  
Karaciğer apsesi

## Sağ alt kadran

Apandisit  
Salpenjit  
Dış gebelik  
Kasık fıtığı  
İltihabi barsak hast.

## Sol üst kadran

Dalak absesi  
Dalak infarktüsü  
Gastrit  
Gastrik ülser  
Pankreatit

## Sol alt kadran

Divertikülit  
Salpenjit  
Dış gebelik  
Kasık fıtığı  
İrritabl barsak  
hast.  
İltihabi barsak  
hast.

## Epigastrik

Peptik ülser  
Gastroözefagial reflü  
hast.  
Gastrit  
Pankreatit  
Myokart infarktüsü  
Perikardit  
Aort anevrizma rüptürü

## Göbek etrafı

Erken apandisit  
Gastroenterit  
Barsak tıkanıklığı  
Aort anevrizma rüptürü

## Yaygın

Gastroenterit  
Mezenter iskemi  
Metabolik(porfiria  
Diabetik ketoasidoz)  
Sıtma  
Ailevi Akdeniz Ateşi  
Peritonit  
Barsak tıkanıklığı

Kolesistit  
Biliyer kolik  
Hepatosteatoz  
Perihepatit  
Dudenum ülser.  
Pnömoni



Pankreatit

Peptik ülser  
Gastrit  
Özofajit

Gastrik ülser  
Dalak rütürü

Apendisit  
(Erken dönem)  
Meckel  
divertikülü

Sigmoid  
divertiküli  
Jinekolojik  
hastalıklar  
IBS

Üreter koliji  
Sistit  
Mesane tabanı  
lezyonları

Diafram  
irritasyonu

Özefagus  
Duodenum ülseri

Retroperitoneal  
lezyonlar

Perfore  
duodenum ülseri  
Akut kolesistit



Biliyer kolik

Pankreatit  
Renal kolik

Uterus ve  
rektumağnları

## 2. AĞRININ ŞİDDETİ;

- Kişinin ağrıya reaksiyon eşiği ve diğer bireysel etkenlerin rolü göz önüne alındığında, ağrı şiddetine göre etyolojik ayırım yapılamaz.

Ülser perforasyonları,

Mezenter trombusu,

Taşa bağlı kolikler,

Bilier peritonitte ağrı çok şiddetlidir.

### 3. AĞRININ KARAKTERİ;

Ağrının şiddeti ve karakteri için hastaların kullandıkları ifadeler subjektiftir.

Yanma ve kemirici ağrı  
Kramp ağrısı

duodenal ülseri,  
intestinal obstrüksiyonu



## 4. AĞRININ KRONOLOJİSİ;

- Hafif şiddette başlayıp yavaş yavaş yoğunluğunu arttıran ağrı, peritonitler için karakteristiktir. (Apendisit ve divertikülit ağrıları)
- Ağrı orta şiddette ve ani başlangıçlı, ancak hızla şiddetini arttırıyor ise akut pankreatit, mezenter trombozu veya ince barsak tıkanmasını akla getirmelidir.

## 5. AĞRIYI ARTTIRAN VE AZALTAN NEDENLER;

İlaçlar

Beslenme

Emosyonel Durum

Karın ağrısı ile ilgili çok önemli ipuçları verebilir.

## Örneğin;

- ◉ Anti asit kullanıldığında ağrının azaldığının hissedilmesi peptik üsere bağlı olarak değerlendirilir.
- ◉ Emosyonel gerilim ile mide yakınmaları ve irritabl kolon rahatsızlığı
- ◉ Renal koliklerde hasta ağrısını hafifletmek için en uygun pozisyonu bulmaya çalışır sürekli hareket halindedir.
- ◉ Hastalar bazı besinlerle ağrı arasında ilişkiden bahsederler; örneğin yağlı gıdaların safra koliğini uyarması gibi.
- ◉ Yaygın pankreatitlerde ise hasta ağrısını hissetmemek için hiç hareket etmez hatta abdominal solunumu dahi önleyerek sadece torakal solunum yapar. Arasındaki ilişki belirgindir.

## 6. AĞRIYA EŞLİK EDEN SEMPTOM VE BULGULAR:

Bulanti, kusma,  
Diyare, konstipasyon,  
Ateş, titreme,  
Kilo kaybı



- Örneğin uzun süreli bir karın ağrısı ile kilo kaybının da olması maligniteyi akla getirir.
- Ağrı ile birlikte gaz gaita çıkışının durması barsak tıkanıklığını düşündürür.

# 7.FİZİK MUAYENE

- Abdominal,
- Rektal,
- Pelvik
- Genitoüriner Sistem

Tam Bir  
Muayene  
Yapılmalıdır

İlerleyen slaytlarda ayrıntılı olarak tartışılacaktır...

## 2) KUSMA :

- ◉ **KUSMA MERKEZİNİN STİMÜLASYONU SONUCU OLAN KUSMA :**
- ◉ Pis bir koku, kötü bir görüntü sonrası meydana gelebilir.
- ◉ Histeri, psikolojik sebepler.
- ◉ Kafa içi basıncının arttığı ( intrakranial kanamalar veya ödem ) durumlarda görülür. Bulantısız kusmadır. Aniden ortaya çıkar.
- ◉ Labirentit ( içkulak denge bozukluğu)- Deniz tutması durumlarında.
- ◉ Göz içi basıncının arttığı (glokom) durumlarda gözlenir.
- ◉ Gebeliğin ilk aylarında görülür.

# TOKSİK VE İLAÇLARA BAĞLI KUSMA :

- ◉ Üremi - Hyperkalsemi - Asidozlar (Diabet asidozu ) - Alkolizm (sabah kusmaları )
- ◉ Apomorfin - Dijital - Toksinler ( ilaç veya besin )

# MİDE HASTALIKLARINA BAĞLI KUSMA :

- ⦿ Akut ve kronik gastritler
- ⦿ Ağır yemek, fazla alkol, irritan yiyecekler(aşırı baharatlı )
- ⦿ Duodenum ülseri kusmaları.
- ⦿ Mide kanseri kusmaları.



# OBTRÜKTİF KUSMALAR :

- Mide barsak sisteminin herhangi bir noktasındaki tıkanma ile peristaltizmin durması ile biriken materyal kusma ile dışarı atılır. Kusmuk safralıdır, ara ara gelir ve fışkırır tarzdadır. Kişi kustuktan sonra rahatladığını söyler bir süre sonra olay tekrarlar.

- KUSMA.....KARIN AĞRISI olay daha çok MEDİKAL kaynaklıdır.
- KARIN AĞRISI.....KUSMA şeklindeyse CERRAHİ tedavi gerektirecek bir olay düşünülür.

- ◉ Kusmuk içeriği de 6nemlidir.
- ◉ Safralı veya safrasız olması incelenmelidir.
- ◉ Gastro intestinal sistem içindeki kanamalar kusma ile dışarı atılacaktır.
- ◉ Kusma sırasında taze kan g6r6lmesi kanamanın 6st seviyelerden (ağız boşluğu, farenx) olduğunu d6ř6nd6r6r.
- ◉ Daha alt seviyelerden olan kanamalarda ( 6zefagus- mide - duodenum ) kan mide asiti ile temas edeceği için kahve telvesi şeklinde kahverengi bir kusma olacaktır(hematemez ).

## 3 ) BAĞIRSAK ALIŞKANLIĞININ DEĞİŞMESİ :

- Hastanın eskisinden daha az ( konstipasyon ) veya daha sık ( diare ) dışkılamaya çıkması önemlidir.
- Dışkılama dışında hastanın gaz çıkartıp çıkaramadığı mutlaka sorgulanmalıdır.
- Alt GİS kanamalarında rektuma yakınsa taze kan görülürken (hemoroid) daha üst seviyelerde ise sindirilmiş kan siyah katran gibi görülecektir. (melena )

## 4 ) MENSTRÜASYON ÖYKÜSÜ :

- Bayanlarda karın ağrısı değerlendirilirken mutlaka sorgulanmalıdır. Ani başlayan yırtılır tarzda bir ağrı ektopik gebelik rüptürünü akla getirmelidir. Hastayı hızla şoka sokar çabuk müdahale gerektirir.

# BATIN MUAYENESİ

# FİZİK MUAYENE

- ◉ İnspeksiyon,
- ◉ Oskültasyon,
- ◉ Palpasyon
- ◉ Perküsyon



sırasına göre yapılır.

- Muayeneye karında ağrının hiç hissedilmediği veya az hissedildiği yerden başlanır.
- Ağrıyı şiddetlendirecek manevralar en sona bırakılır.



⦿ Hastanın hızla genel durumu ve problemin aciliyeti değerlendirilir.

⦿ **İNSPEKSİYON :**

⦿ Karın duvarının şekli incelenir.

**DİSTANSİYON :** Barsak tıkanıklıklarında gaz ve periton boşluğunda sıvı birikmesi sonrası batında şişlik olmasıdır. Karnın içeri çökük olması yaygın peritoniti düşündürür. Yine solunumda batının solunuma katılmaması peritoniti düşündürür.

- Kitle görüntüsü veya fıtıklaşma görüntüsü araştırılmalıdır.
- Karın cildinin rengi sarı ise KC veya safra yollarında bir tıkanıklık olabilir  
( Taş veya hepatit )
- Cildin kahve renkli toprak renginde olması Kronik böbrek yetmezliğinin belirtisidir.  
Karın cildi üzerindeki venlerin belirginleşmesi VCI veya KC portal damar sisteminde bir patoloji olduğunu düşündürür.

# İNSPEKSİYON:

- Peritonitli hasta hareket etmemeye çalışır.
- Biliyer veya renal kolikli hasta acı ile kıvrılır.
- Akut pankreatitli hasta diz-dirsek pozisyonunda yatarak ağrıyı azaltmaya çalışır.

- Skleraralarda ve ciltte sarılık olup olmadığına bakılmalıdır.
- Karında distansiyon, karın duvarında organ peristaltizminin görülmesi, ameliyat nebdesi, cilt lezyonları ve karnın solunuma eşlik edip etmemesi, terleme, dehidratasyon gibi toksik belirtilere dikkat edilmelidir.

# OSKÜLTASYON :

- Tüm muayenelerde 2. sırada palpasyon gelirken burada sıra değişir. Mevcut ağrıları arttırmamak ve barsak seslerini engellemek için önce oskültasyon yapılır. Oskültasyonda 4 kadran ayrı ayrı ve 1 dakika süreyle dinlenir. Acil vakalarda batın orta hattan hızlı bir şekilde dinlenebilir. Dinlerken barsak seslerinin sıklığı sayısına bakılır.

# OSKÜLTASYON devam...

- ◉ Yaşlılarda yaşla birlikte fizyolojik olarak yavaşlamış olabilir. Barsak seslerinin bir kadrandan alınmaması bir noktada obstrüksiyonu düşündürür. Yaygın alınmaması akut batını veya peritonit düşündürür.
- ◉ Umblical bölgeden abdominal aorta dinlenir. Üfürüm duyulması aort diseksiyonu ve aort anevrizmasını akla getirmelidir. Acil müdahale gerektirebilir

# OSKÜLTASYON devam...

- Tam olarak barsak seslerinin yokluğu ilerlemiş peritonitlerde veya paralitik ileusta olur.
- Aktivitenin fazlaca artmış olması ve yüksek perdeden barsak seslerinin olması erken evrede bağırsak tıkanıklığının bulgusudur.
- Akut gastroenteritli hastalarda barsak sesleri hiperaktif olarak işitilir.
- Dalak enfarktüsü veya karaciğer metastazında da sürtünme sesi işitilebilir.

# PALPASYON:

○ Palpasyona genelde ağrısız bölgeden başlanmalıdır.

- Muskuler Rijidite Peritonit
- Lokal Defans Kolesistit, Apandisit, Divertikülit
- Diffüz Hassasiyet Barsak Hast.
- Derin Palpasyon Kitle
- Murphy Belirtisi Akut Kolesistit
- Mc Burney Belirtisi Akut Apandisit

Şiddetli ağrı ile seyreden renal kolik ve pankreatit gibi hastalıklarda tipik olarak kas sertliği yoktur



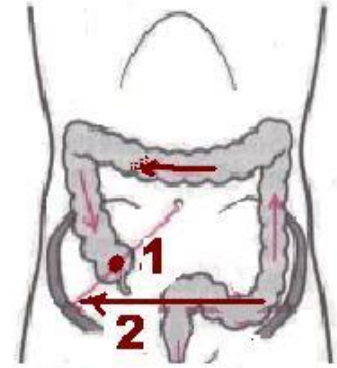
# PALPASYON

- **Defans**; palpasyonla oluşan ağrıya yanıt olarak m¼sk¼ler kontraksiyondur. Eğer periton, bir alanda inflame ise, o zaman abdominal duvarın palpasyonu defansa neden olabilir.
- **Rebound hassasiyeti** de, peritoneal inflamasyonu yansıtır. Bu belirti abdomenin hassas bir bölgesine bastırılıp, sonra aniden baskınızı çekerek, abdomenin normal pozisyonuna geri gelmesini sağlayarak aranır. Bu manevra ile daha kötüleşen ağrı rebound hassasiyettir.

# PALPASYON

- **Murphy belirtisi (İnspiratuar arrest)**, safra kesesi hastalığının bir belirtisi, sağ kostanın hemen altının, parmaklarla palpe edilmesi ile ortaya çıkar. Bundan sonra hastaya derin bir nefes almasını istersiniz ve siz bu sırada bu bölgeye bastırırsınız. Eğer safra kesesinde inflamasyon varsa, parmak uçlarınız safra kesesine değdiğinde, hasta inspirasyon ortasında soluk almayı kesebilir; böylece inspiratuar arreste neden olur.

- ◉ **Mc Burney noktası/belirtisi**, apandiksin, abdomen içinde normalde bulunduğu bölgeyi gösterir (sağ spina iliaca anterior superior ile umblicus arasında ki yolun 1/3'ü). Bu bölgedeki hassasiyet veya rebound apandisiti düşündürür.
- ◉ **Rovsing belirtisi**, sol alt kadranın palpasyonu sırasında sağ alt kadranda ağrı hissedilmesidir (apandisitte görülür).
- ◉ **Topuk vurma belirtisi**, avucunuzun içiyle, sağ topuğa (10-20 derece yükseltilmiş) vurduğunuzda sağ alt kadranda oluşan ağrıdır.



1. McBurney noktası
2. Rovsing bulgusu

# PALPASYON :

- Hasta sert bir zemine sırt üstü yatırılmalıdır. Ayaklar dizden fleksiyona getirilir. Bacaklar karına doğru çekilerek karın kasları gevşek hale getirilir. Hastanın başı sol tarafa doğru çevrilir.

- Eller sıcak olmalıdır. Soğuk eller karın kaslarında kasılma yapacaktır. Hastanın her zaman sağ tarafında durulur. Dört kadrandan da önce yüzeysel palpasyon yapılır. Eğer muayene öncesi hasta herhangi bir noktada ağrı tarif ediyorsa önce ağrı olmayan taraftan muayeneye başlanır. En son ağrılı noktaya palpasyon uygulanır. Palpasyon sırasında batında sertlik ve rijidite varlığı akut apandisit veya kolesistitte bağlı olabilir. Bu durumda lokal duyarlılıklar olacaktır.

- Batında kitle - asit varlığı araştırılmalıdır. Batında asit birikmişse bir taraftan fiske vurulduğunda diğer taraftan dalgalanması duyulacaktır. Periton boşluğu büyük miktarda sıvı ile dolduğu zaman ise KC dalak gibi organlar sıvı içinde yüzer hale gelirler elle bastırılınca batıp tekrar çıkarlar ( buz belirtisi ) Batına palpasyon yapıldığında direnç ile karşılaşılması **DEFANS MUSKULER** denir. Hastanın bir tarafında yavaş yavaş bastırılır ve birden bırakılırsa hasta ağrı ile olduğu yerden sıçrayacaktır. **(REBAUND)**

# KARACİĞER PALPASYONU :

- Karaciğer sağda kostalar altında bulunur. Mid-klavikuler hattın yaklaşık 1 parmak aşağıda olabilir. Daha fazla aşağı inmesi patolojiktir. Her inspiyumda diafragma ile aşağı itilir. Eş zamanlı olarak kasıktan aşağıdan yukarı doğru parmak uçları ile palpasyon yapılır. ve KC alt ucu tespit edilir. Üst ucu ise Interkostal aralık'dan yapılacak perküsyon ile tespit edilir.

- Normalde karaciğer kenarı künt, orta sertlikte ve ağrısızdır. Sirozda sert, keskin bir KC ele gelir. KC'de yağlanma varsa künt bir KC ele gelecektir. Sağ kalp yetmezliğinde KC staz olacaktır. Bu durumda KC ağrılı olacaktır. Aşağıdan KC palpe edildiğinde juguler venin dolduğu görülecektir. Yine viral hepatitlerde ağrılı bir KC ele gelir.



# SAFRA KESESİ PALPASYONU :

- Normalde ele gelmez. Ama taş, infeksiyon ve inflamasyona bağlı kesede şişlik meydana gelmişse muayenede ele gelecektir. Sağda kosta alt kenarının mid klavikuler hat ile kesiştiği noktaya el konulup içeri doğru bastırılır. Hastaya derin bir nefes alması istenir . Eğer kesede bir problem varsa inspiryum ağrı nedeniyle yarıda kesilecektir.( Murphy bulgusu ) Eğer kese çok fazla şişmişse normal palpasyonda da ele gelecektir.

# DALAK PALPASYONU :

- Normal büyüklüğünün 2 katına ulaşmadan dalak palpe edilemez. KC muayenesine benzer şekilde solda kasıktan yukarı doğru palpasyon yapılır. Diğer el ile hastanın arka tarafından desteklenirse daha belirgin palpe edilecektir.

# UTERUS PALPASYONU :

- Gebe uterusu 4. aydan itibaren pelvis içinden batına doğru yükselmeye başlar.
- 4. Ayda pubisle göbük arasındadır
- 6. Ayın bitiminde göbük düzeyinde
- 5. Ayda göbeğin 2 parmak altında
- 8. Ayda ise ksifoide kadar dayanmıştır.

# MESANE PALPASYONU :

- Mesane boşken pelvis içindedir ve palpe edilemez. Aşırı dolu olduğunda pupik kemik üzerine çıkar ve top şeklinde palpe edilir.(Glob mesane ) Bilinci kapalı hastalarda idrar retansiyonunun önlenmesi için tespiti önemlidir.

# PERKÜSYON :

- ◉ Batın içi organların sınırlarının belirlenmesinde, batındaki şişliğin gaz mı, sıvı mı yoksa kitle mi ayrımını yapmak için uygulanır.
- ◉ Karaciğerin üst sınırı midklavikuler hatta yukarıdan aşağıya inerken 5. İKA'da bulunur. Amfizemde diafragma aşağıya itileceğinden matite daha alt seviyelerde alınacaktır. Yine KC nekroze olmuşsa sınırları değişecektir.

# PERKÜSYON:

- Organ perforasyonunda, diafragma altında serbest hava toplanması karaciğer matitesini yok edebilmektedir.
- Serbest periton sıvısı ise yer değiştiren matite ile gösterilebilmektedir.
- Timpanizm gazla dolu barsakları, matite ise bir kitleyi gösterebilir.

- ◉ Dalak sol orta koltuk çizgisi üzerinde 9/11 IKA'da matite verir. Batındaki aşırı şişliklerde eğer perküsyonda davul gümbürtüsünü andıran bir timpanik ses duyuluyorsa ileusa bağlı barsaklarda yoğun gaz birikimi olmuş olabilir.
- ◉ Periton boşluğunda sıvı birikmişse (asit) matite alınacaktır. Serbest sıvı batında yer değiştirecek ve daha önce matite alınan yerde timpanik ses alınabilecektir.

# AKUT BATIN NEDENLERİ

- APANDİSİT
- YABANCI CİSİM YUTULMASI
- İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON
- SAFRA KESESİ ve SAFRA YOLLARI HASTALIKLARI
- AORT ANEVRİZMASI ve DİSEKSİYONU
- MEZENTERİK ARTER İSKEMİSİ
- EKTOPIK GEBELİK



# 1.APANDİSİT

- ⦿ Toplumun yaklaşık % 6' sını rölatif olarak etkileyen yaygın bir hastalıktır.
- ⦿ 20-30' lu yaşlarda daha sık görülür.
- ⦿ Morbidite ve mortalite hızları, semptomların başlamasından kesin tanı konana kadar geçen süre ile ilişkilidir.

# 1. APANDİSİT

- ⦿ **ETYOLOJİ :**
- ⦿ Lümen obstrüksiyonu yapan sebepler, çocuklarda yabancı cisim yutma sonucu veya yaşlılarda taşlaşmış dışkının lümeni tıkaması sonucu ortaya çıkabilir.
- ⦿ Yine her yaş grubunda paraziter enfeksiyonlar tıkanıklığa sebep olabilir.

# 1.APANDİSİT

- Obstrüksiyon dışı nedenlerden sıklıkla karşılaşılan sistemik enfeksiyonların apandiksi etkilemesi ve inflamasyon veya fibrozise sebep olmasıdır.

# 1.APANDİSİT

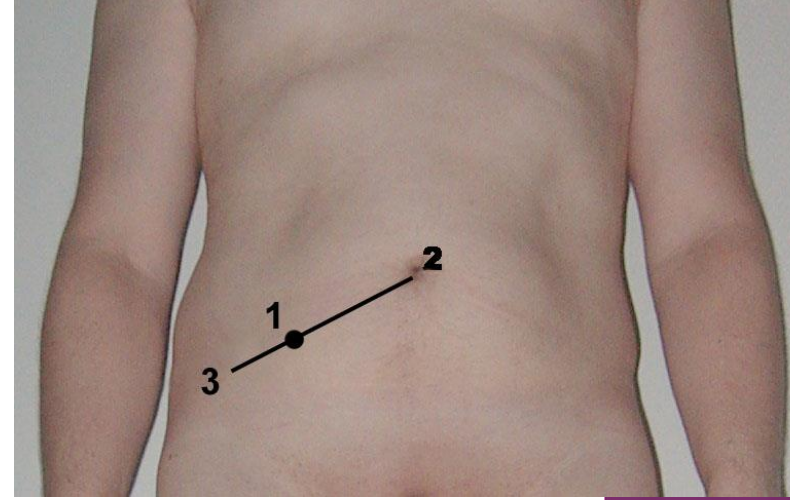
- ◉ **AĞRI** : Karın ağrısı apandisit'in en güvenilir semptomudur.
- ◉ İnflame apendiksin visseral innervasyonu nedeniyle hasta başlangıçta ağrısını lokalize edemez.
- ◉ Periumblikal ve epigastrik bir ağrı vardır.
- ◉ Olay peritona ulaştınca sağ alt kadranda ağrı lokalize olur.

# 1.APANDİSİT

- ⦿ **DİĞER SEMPTOMLAR :** Karın ağrısı başladıktan sonra ortaya çıkan diğer semptomlar, iştahsızlık, bulantı ve kusmadır.
- ⦿ Bu semptomlar % 60 oranında görülse de hastalığa spesifik değildir. Semptomlar 24 saatlik bir periyot içinde artar.

# 1. APANDİSİT

- ◉ **Mc Burney Hassasiyeti** : Sıspinal ilyak anterior süperior ile umbilikusu birleştiren noktanın 1/3'lük alt kısmına temasta aşırı hassasiyet alınmasıdır.
- ◉ **Psoas Bulgusu** : Psoas belirtisi ise retro-çekal yerleşimli appendix vermiformiste pozitiftir. Bunun için hasta sol yanına yatar ve sağ uyluk arkaya çekilir. Psoas kası gerilir ve üzerindeki appendix vermiformisi uyarıp ağrıya neden olur..
- ◉ **Obturator Bulgusu** : Sağ kalça ve diz fleksiyona getirilir kalçayı iç rotasyona alınarak bakılır.



# 1.APANDİSİT :

- ⦿ Psoas ve obtrator manevrası muayene sırasında ağrılı bulgu veriyorsa apandisit için ( + ) kabul edilir.
- ⦿ Ancak apandisit pelvik yerleşimli ise en çok hassasiyet pelvik muayenede ortaya çıkar.
- ⦿ Yine retro çekal yerleşimli ise sağ yan ağrısı şeklinde ortaya çıkabilir.

# 1.APANDİSİT :

- ◉ **ATEŞ** : Relatif olarak ortaya çıkar ve geç bir bulgudur. Rüptür veya diğer komplikasyonlar ortaya çıkmadıkça 39 C üzerine nadiren çıkar.
- ◉ Ağrının göbük etrafında başlayıp sağ alt kadrana yayılması, rijidite olması ağrıyı kusmanın takip etmesi, rebound hassasiyeti ve defans olması tabloyu büyük ölçüde doğrular. Kan tablosu lökositozu gösterirse ( 8 000-10 000 ) tanı daha da pekişecektir.



# 1.APANDİSİT

## ACİL YAKLAŞIM :

- Hastaya tanı konmadan analjezik verilmemelidir.
- Hastanın vital bulguları sık aralıklarla kontrol edilir.
- IV damar yolu açılır ve izotonik veya Ringer solusyonu başlanır.
- Eğer ateş varsa periferik soğutma yapılabilir.
- Hastaya cerrahi girişim yapılabileceği düşünülerek oral gıda verilmez.
- Hızlı transport yapılmalıdır hastada yaygın peritonit tablosu gelişebilir.



## 2. YABANCI CİSİM YUTULMASI



- Yabancı cisim yutulması her yaşta görülebilir.
- Çocuk : Metal para  
Oyuncak- pil
- Yetişkin : Kemik parçası  
diş
- Psikiatrik hastalar : Jilet çivi  
diş fırçası



## **2. YABANCI CİSİM YUTULMASI**

- ◉ Özefagusa takılan cisimler anksiyete, retrosternal sıkışma hissi öğürme, kusma, disfaji yaratabilir. Yetişkinlerde öykü alınabilirken çocuklarda bu daha zordur.

## **2. YABANCI CİSİM YUTULMASI**

- ◉ Çocuklarda ; yemek yemeyi reddetme kusma, boğazda tıkanma, öksürük, stridor gibi bulgular şüphe yaratmalıdır.
- ◉ Hasta sekresyonlarını kontrol edebiliyorsa konservatif tedavi uygundur.
- ◉ Besin 12 saattir ilerlemiyorsa veya hasta sıvıları yutamıyorsa ek girişim gereklidir.



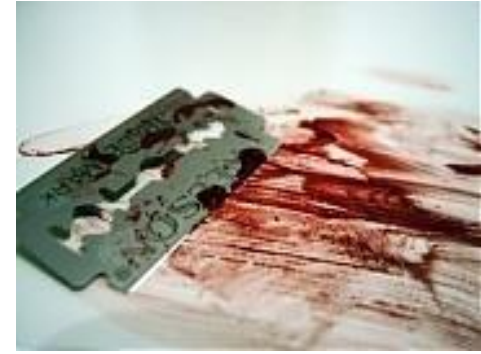
# METAL PARA YUTMA

- Özefagusta metal para takılan çocukların yaklaşık 1/3'ü asemptomatiktir.
- Şüphe varsa mutlaka grafi alınır.
- Özefagustaki paralar frontal planda dururken , larenxden aspire edilen paralar sagital planda durur.
- Genellikle kendiliğinden çıkar ama özefagusta takılı kalırsa endoskopik olarak çıkarılmalıdır.

# YASSI PİL YUTMA :



- Hızla kostik etki yaptığı için yassı pil yutma ciddi bir acildir. 4 saatte özefagusta yanık, 6 saatte perforasyona sebep olabilir. Lityum içeren piller daha yüksek yan etki insidansına sahiptir.
- Pilin özefagusta takıldığı düşünülüyorsa acil endoskopi ile çıkarılmalıdır. Asemptomatik hastada pil özefagusu geçmiş ve 48 saat sonra piloru geçmiş ise konservatif tedavi ile takip edilir.
- Semptomatik hastalara mukoza hasarı ve perforasyon riski nedeni ile erken cerrahi yapılacaktır.



## KESKİN CİSİMLERİN YUTULMASI

- 5 cm uzun, 2 cm den daha geniş cisimler nadiren mideyi geçer.
- Ucu açık çengelli iğne, jilet gibi aşırı sivri uçlara sahip cisimler sıklıkla ileoçekal bölgede barsak perforasyonuna sebep olurlar.





## UYUŐTURUCU PAKETLERİNİN YUTULMASI :

- ⦿ Küçük paketler halinde yutulmuş olabilir.
- ⦿ Barsak irrigasyonu yapılır.
- ⦿ En sık kokain için kullanılır.

## YABANCI CİSİMLERİN ÇIKARTILMASI :

Uyuőturucu hariç ilk tercih edilen yöntem endoskopidir. Özefagusa takılmış cisimler, ağır cisimler, keskin kenarlı cisimler, 48 saat sonunda mideyi terk etmemiş pil, madeni para gibi durumlarda endoskopi yapılır. % 1 hasta için cerrahi gerekebilir.



# 3.İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON

- ◉ İntestinal obstrüksiyon ya mekanik faktörler yada normal peristaltizm kaybı ile meydana gelir.
- ◉ Sempatik aktivitenin artıp, parasempatik aktivitenin sistemin baskılanması ile peristaltizmin azalması veya tamamen durması ile meydana gelir.
- ◉ Batın içi büyük operasyonlar sonucu motilite durabilir.
- ◉ İnce barsağın geçirilmiş cerrahisi sonucu veya inflamasyonu sonucu pasaj tıkanabilir ve motilite durur.

# 3.İNTESTİNAL OBSTRUKSİYON

- Yaşlı haslarda fekal impeksiyon ( taşlaşmış gaita) sık görülen semptomlardandır.
- İnguinal herniler tedavi edilmezse ve inkansere olurlarsa obstrüksiyona sebep olabilirler.
- Hipokalemi olduğunda nöromuskuler irritabilite etkilendiğinden barsak hareketleri azalır.
- Büyük yanıklar, alt lob pnömonileri, retroperitoneal kanamalarda motilite azalabilir.

# KLİNİK ÖZELLİKLER :

- ⦿ Ağrı : Kramp tarzında aralıklı karın ağrısı obstrüksiyon için tipiktir.
- ⦿ Kusma erken dönemde safralı daha geç dönemde fekaloiddir.
- ⦿ Abdominal distansiyon değişik seviyelerde olabilir.
- ⦿ Mekanik tıkanmalarda metalik tiz barsak sesleri tipiktir.
- ⦿ Tablo ilerledikçe barsak sesleri tamamen alınamaz hale gelir.
- ⦿ Hastada geçirilmiş operasyon skarı olması semptomları destekleyebilir.

# ACİL YAKLAŞIM

- IV damar yolu açılıp hızlı sıvı replasmanına başlanmalıdır. Hastada dehidratasyon bulguları varsa şok bulguları çıkmadan rehidrate edilmelidir.
- N/G sonda takılır ve mide de kompresyon yapılmalıdır.İçeriden gelen materyal incelenmelidir
- Hastanın mutlak cerrahi operasyona alınacağı düşünülerek sık aralıklarla vital bulguları takip edilir ve hızlı bir şekilde transport edilmelidir.

## 4.SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLARI HASTALIKLARI

- ◉ **KOLELİTHİAZİS ( SAFRA TAŞI ) :**
- ◉ Safra taşları kolesterol ve kalsiyumla kombine bilirubin veya inorganik tuzlardan oluşmuştur.
- ◉ Safranın yapısı herhangi bir sebepten dolayı değişirse kesede veya kanallarda taş oluşmaktadır. Enflamasyon veya dolaşım stazı nedeniyle kesede ve kanallarda ödem oluşması keseden drenajı azaltarak taşa sebep olmaktadır.

# 5.KOLELİTHİAZİS ( SAFRA TAŞI ) :

## BELİRTİ VE BULGULAR :

- **AĞRI**; sağ üst kadranda lokalizedir. Ağrı sağ scapula ucuna, sağ omuza ve göğüsey yayılabilir.
- **SARILIK** ; safra yollarının tıkanmasına bağlı safranın dreneye olamaması ile ilgilidir. Bunun sonucunda hastada koyulaşmış idrar (çay rengi), kaşıntı, renksiz dışkılama olabilir.
- Ateş ve titreme
- Bulantı , kusma
- Yağlı yiyeceklerden sonra intolerans gelişebilir.

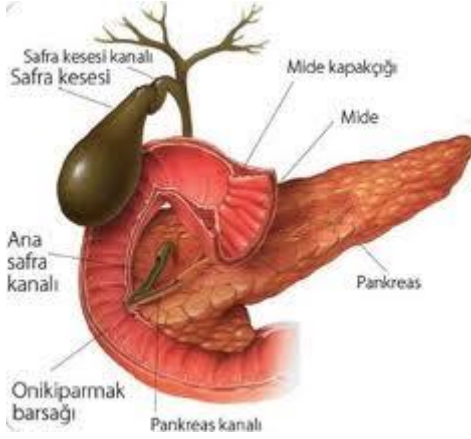


## 6.KOLELİTHİAZİS ( SAFRA TAŞI ) :

### ACİL YAKLAŞIM :

- Damaryolu açılarak IV mai başlanır
- N/G sonda takılarak dekompresyon yapılır.
- Hastaya pozisyon verilir.
- Hastanın cerrahi olarak taşların alınması gerekir bu sebeple opere olabileceği bir merkeze transport edilmelidir.

# 7.KOLESİSTİT ( SAFRA KESESİ İNFLAMASYONU )



- Safrakesesi enflamasyonudur akut ve kronik olarak 2 ‘ ye ayrılır.
- **AKUT KOLESİSTİT** : Safra kanallarının taş ile tıkanması sonucu safra kesesinde gelişen akut enflamasyondur. Tıkanıklık sonucu safra kesesinin kan akımı ve lenfatik drenajının da azalması ile bakterilerin çoğalması için uygun ortam oluşacaktır.

# AKUT KOLESİSTİT

## BELİRTİ VE BULGULAR :

- AĞRI; Epigastrik bölgede ağrı,
- Sağ üst kadranda hassasiyet
- Sarılık, ateş, bulantı ve kusma vardır.



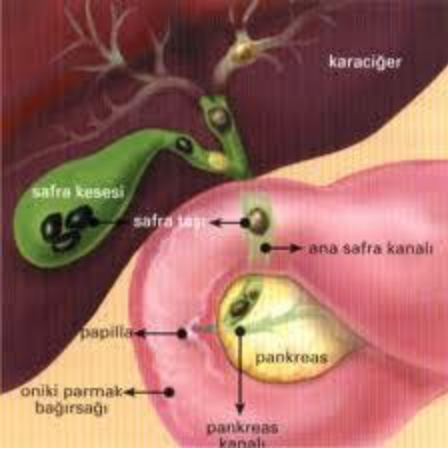
# AKUT KOLESİSTİT

## ACİL YAKLAŞIM ;

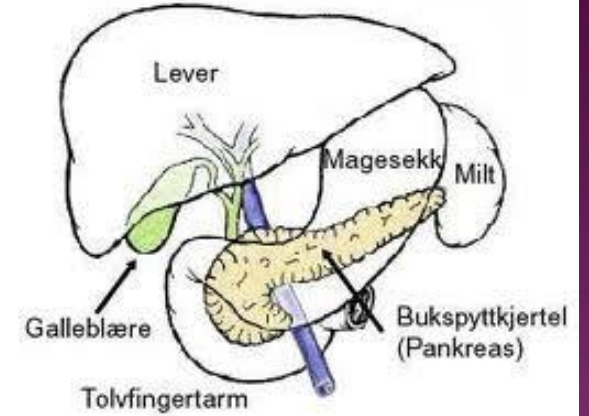
- Sıvı elektrolit dengesi sağlanmalıdır.
- Enfeksiyon kontrol altına alınmalıdır.
- Ağrının kontrol edilmesi gerekir.

# KRONİK KOLESİTİT

- Akut kolesistite benzerdir. Fakat ağrı daha hafif, ateş yoktur. Dispepsi, yağlı gıdalara karşı intolerans ve gaz vardır. Tekrarlayan atakları vardır. Safra kesesi mukozası ve kas dokusunun yerini fibrotik doku alır.
- **TEDAVİ** : Kolesistektomidir.



## 8. PANKREATİT



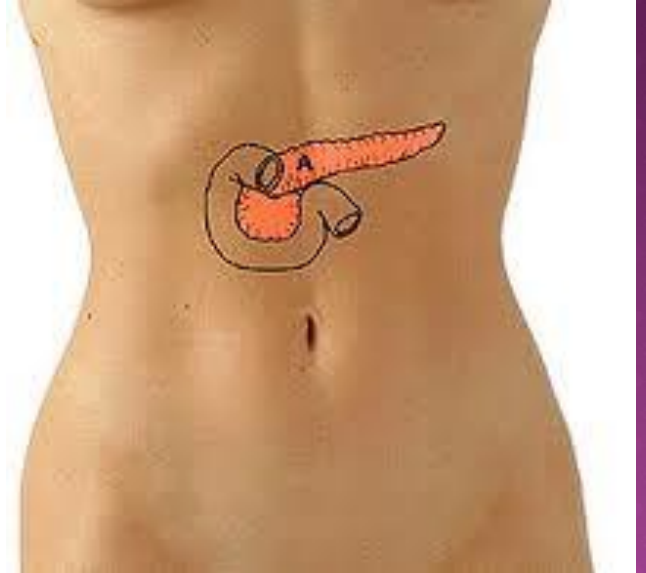
- Pankreasın akut veya kronik enflamasyonu olup en çok 60-70 li yaşlardaki kişilerde rastlanır.

### ETYOLOJİ :

- Safra ve pankreas kanallarındaki tıkanıklar sonucu pankreatik enzimler duodenuma akamaz ve pankreas kendi dokusunu sindirmeye başlar.

# 8. PANKREATİT

- Kronik alkolizm
- Enfeksiyonlar
- Metabolik faktörler
- Hormonal faktörler
- Toksik etkiler
- Travma
- Vasküler faktörler
- Alerjik durumlar
- Kanserler



# AKUT PANKREATİT :

- ⦿ Pankreasın akut iltihabi hastalığıdır.
- ⦿ **BELİRTİ ve BULGULAR :** Epigastrik ve sol üst kadranda ağrı vardır, ağrının kuşak şeklinde sırta yayıldığını ifade eder. Ağrı sıklıkla yemek sonrası veya alkol alımı sonrası ortaya çıkar.
- ⦿ Bulantı kusma \* Ateş \* Karında hassasiyet \* Sarılık \* Hyperglisemi bulguları gözlenir.



# AKUT PANKREATİT :

## TEDAVİ :

- Ağrının azaltılması ( dolantin )
- Sıvı elektrolit dengesinin sağlanması
- Enfeksiyonun tedavi edilmesi
- Pankreatik uyarıyı azaltmak için N/G dekompresyon yapılır. Mide suyunun duodenuma geçerek pankreas salgısını uyarması engellenir.
- Oral gıda alımı engellenir, hasta IV beslenir.
- Hypergliseminin önlenmesi gerekir.

# KRONİK PANKREATİT :

- ⦿ Pankreasın kronik ilerleyici iltihabi hastalığıdır ve pankreas dokusunda skar oluşur.

## **BELİRTİ ve BULGULAR :**

- ⦿ Ataklar halinde ortaya çıkar.
- ⦿ Semptomlar benzerdir ancak pankreas enzimlerinin yitirilmesine bağlı değişiklikler ortaya çıkar.
  - Kilo kaybı
  - Aşırı yağlı dışkılama
  - Abdominal distansiyon
  - Kramp
  - Sarılık

# KRONİK PANKREATİT :

## ○ TEDAVİ :

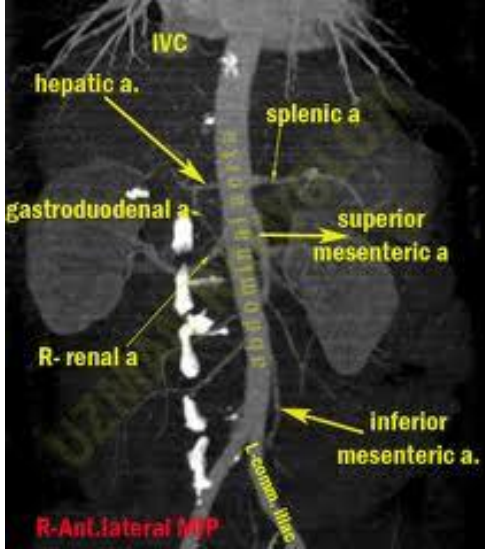
- \* Ağrının azaltılması
- \* Az yağlı diyet
- \* Alkolün kesilmesi
- \* Hyperglisemi ile mücadele

# 9.AKUT İNTESTİNAL İSKEMİ

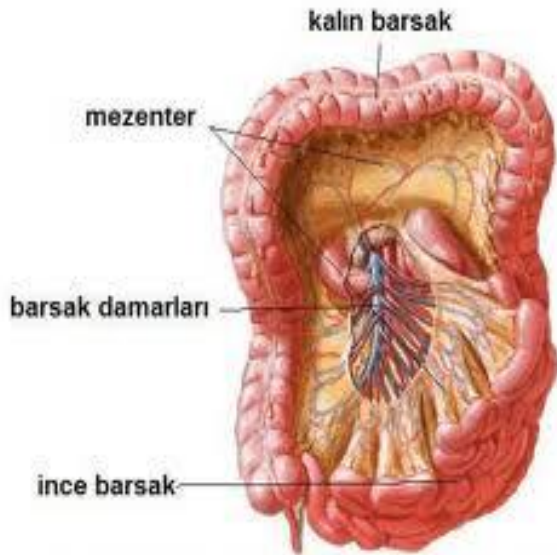
## ⦿ AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ :

Barsakta ani bir kanama bozukluğu sonucu ortaya çıkan ve hayatı tehdit eden akut karın hastalığıdır. Superior mezenterik arterin ani tıkanması sonucunda görülen klinik tablo en sık rastlanan klinik olguları oluşturur.

# AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ :



- Venöz kaynaklı intestinal iskemi daha az oranda (%3) görülmektedir.
- Erken dönemde tanı konamayan hastalar genelde terminal dönemde hastaneye ulaştıkları için mortalite % 90 civarındadır.



# AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ :

## ■ ETYOLOJİ :

Akut intestinal iskemiye sebep olan etyolojik faktörler arasında en sık görüleni akut artelyal trombozdur. (%49). Bunu sırası ile arteriyal emboli ve venöz tıkanma takip eder.

## ■ RİSK GRUBU

Aterosklerotik kalp hastalığı olanlar HT, Mitral kapak operasyonu geçirenler aort anevrizması olanlar.Siroz ve Kanser hastaları.

# AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ :

## ■ KLİNİK :

- \* Mezenterik arter bütün mezenterin dolayısı ile GİS'in büyük bölümünü besler. Ani tıkanmalarda iskemiye duyarlı olan barsaklarda reaksiyon gelişecek ve bu kişiye ani batıcı ve şiddetli bir karın ağrısı olarak yansıyacaktır.
- \* Karın ağrısını kusma, ishal, melana gaz ve gaita çıkaramama takip edecektir.

# AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ :

## ■ FİZİK MUAYENE :

- \* Abdominal distansiyon, müsküler defans, barsak peristaltizmde azalma olacaktır.
- \* Perforasyon ve sekonder peritonit gelişmişse akut batın muayene bulguları da hastaya eklenecektir.



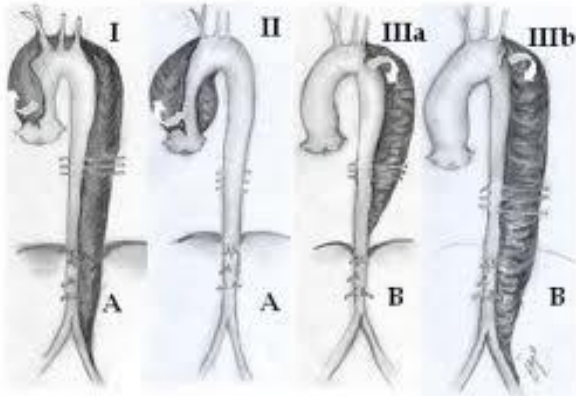
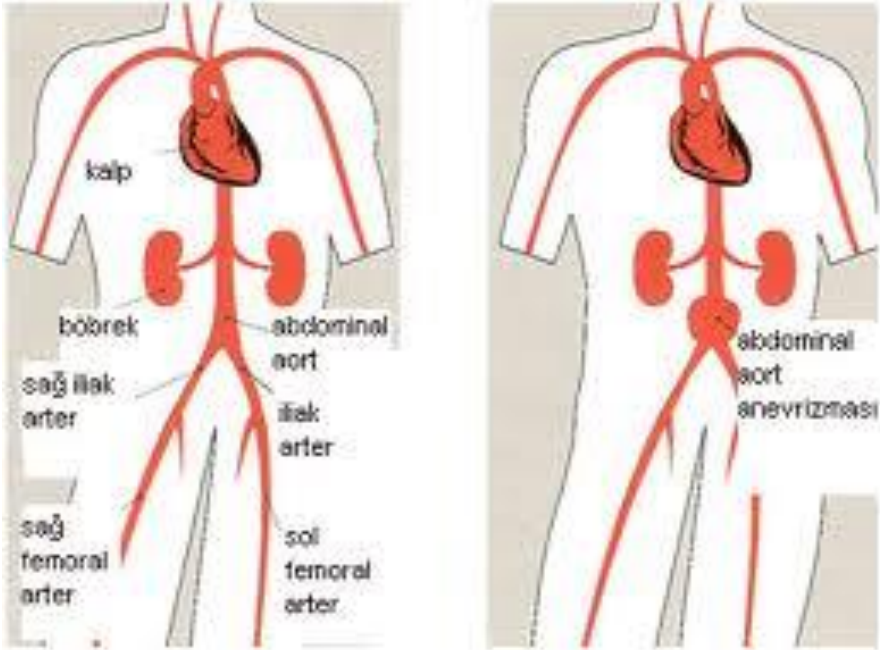
# AKUT MEZENTER ARTER İSKEMİSİ

- ACİL YAKLAŞIM :

Karın ağrısı olan bir hastada yukarıda bahsedilen hikaye ve FM bulguları ile uyumlu bir tablo varsa hasta vakit kaybetmeden transport edilmelidir.

\* Transport sırasında IV damar yolu ve monitörizasyon şarttır.

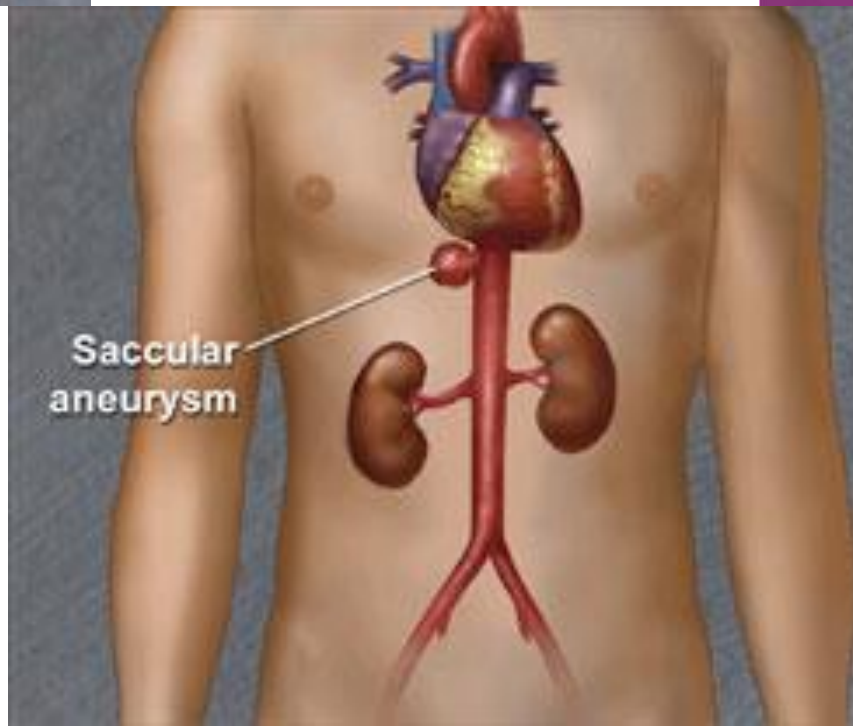
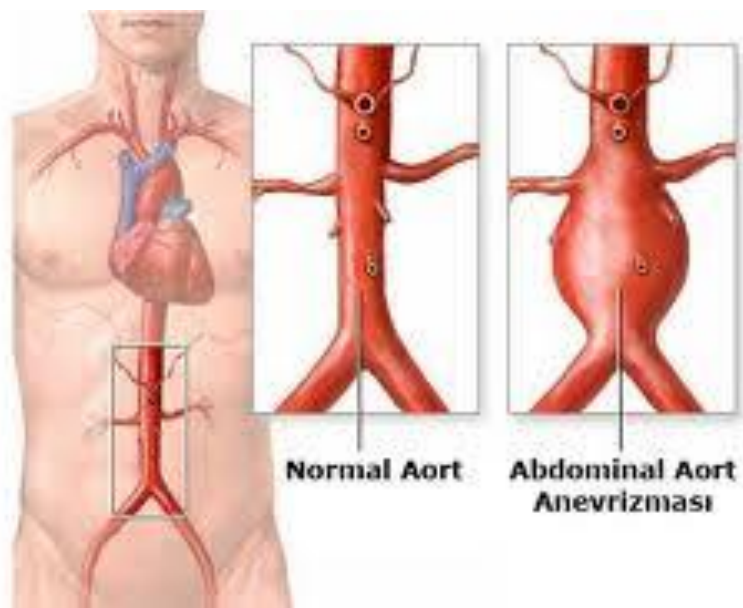
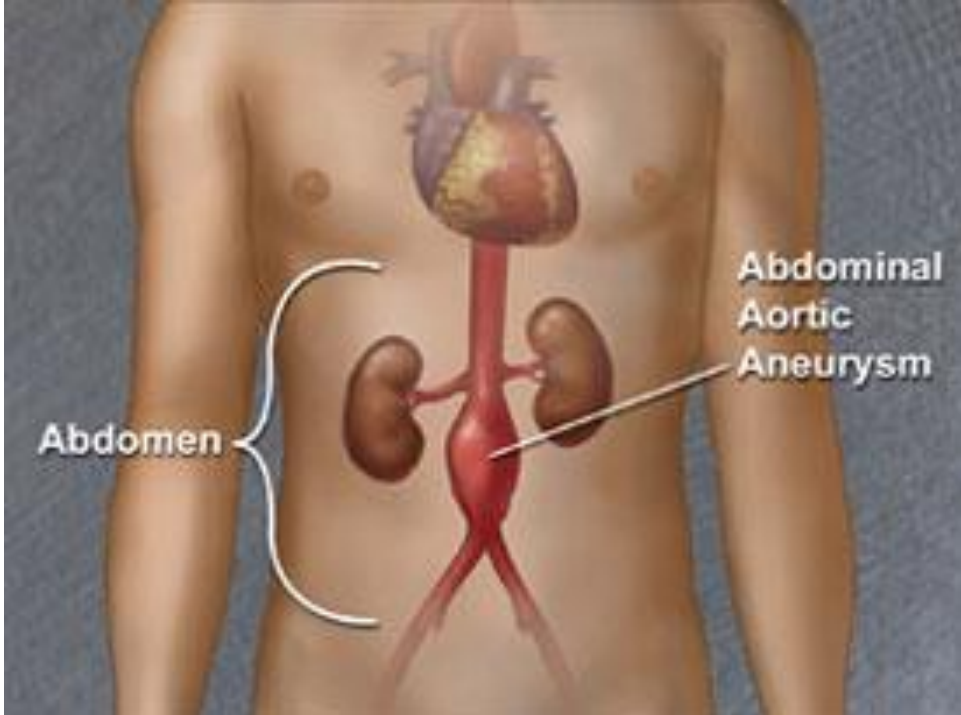
# 10.AORTİK ANEVİZMALAR VE AORT DİSEKSİYONU



- Aort diseksiyonu ve abdominal aort anevrizması (AAA) morbiditede ölümlerin önemli bir nedenidir. Hızlı tanı ve hastanın opere olabileceği bir merkeze ulaştırılması hayat kurtarıcı olacaktır.

## ■ ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI :

AAA rüptürü hızla tanınıp, onarılmazsa ölüme neden olabilecek gerçek bir acildir.



# ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI :

- **KLASİK BAŞVURU ŞEKLİ :**

Aterosklerozlu , sigara içen, yaşlı (60 yaş) erkek hastada hiçbir uyarı olmaksızın gelişen senkop sonrası bilincin yerine gelmesi, ciddi abdominal ve sırt ağrısının görülmesidir.

- **FİZİK MUAYENE :**

Bu hastaların fizik muayenesinde hassas pulsatil kitle saptanır.

# ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI :

## ■ FİZİK MUAYENE :

- \* Başvuru boyunca hipotansiyon sürekli bulunabilir. Veya vital bulguları değişiklik gösterir. Femoral pulsasyon tipik olarak normaldir. Bu klasik tablo dışında hastalar tek taraflı yan ağrısı, kasık ağrısı, kalça ağrısı yada bir kadrana lokalize karın ağrısından şikayet edebilirler.
- \* Eğer hasta obez ise pulsatil abdominal kitle alınmayabilir.

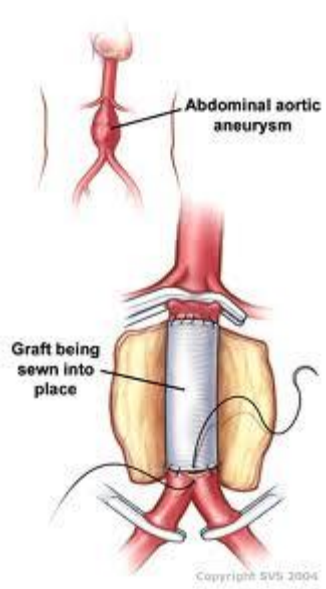
# ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI :

- **FİZİK MUAYENE :**

\* Hassasiyet minimal veya hiç bulunmayabilir.. Retroperitoneal hemoraji, periumblikal ekimoz. Lomber ekimoz veya skrotal hematoma fark edilebilir.

# ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI :

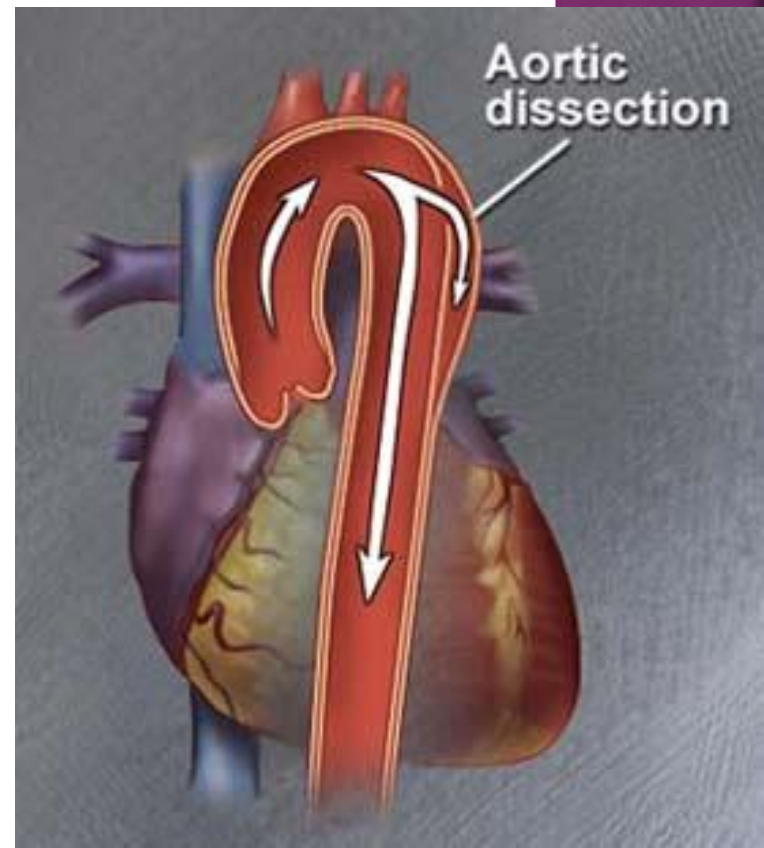
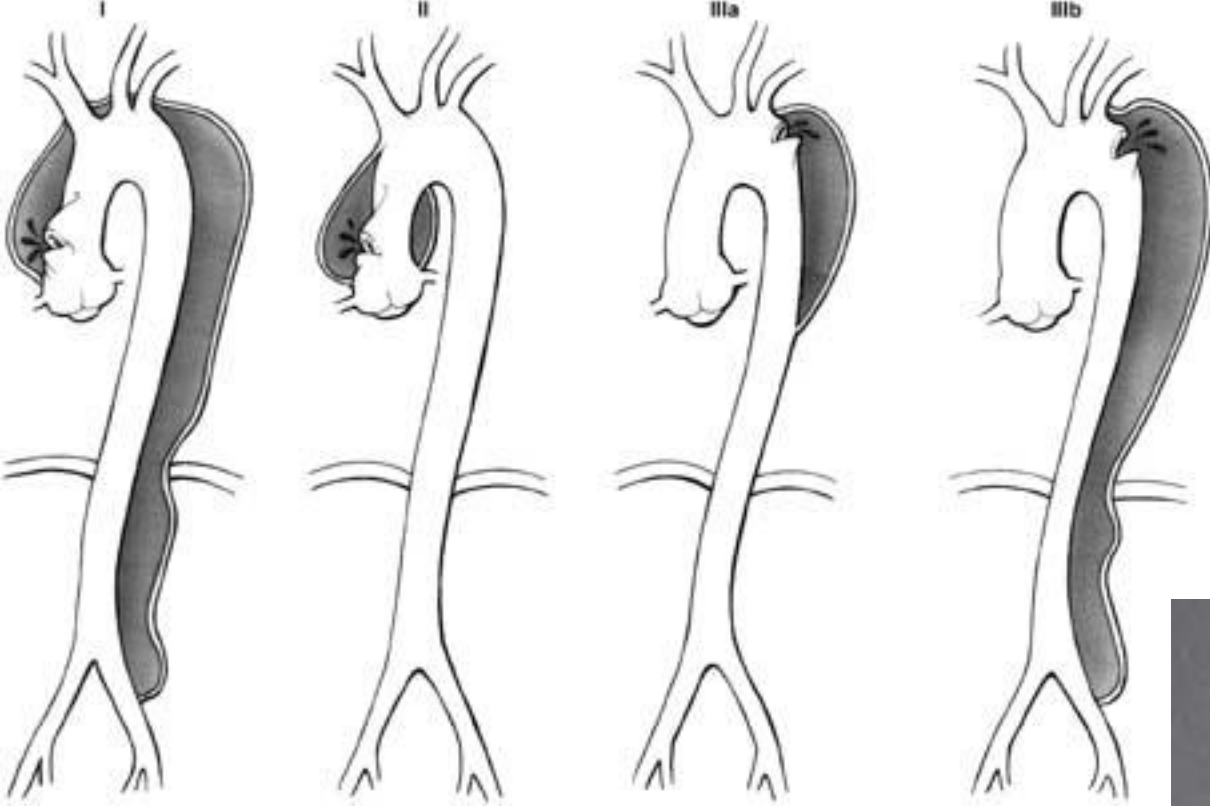
- **ACİL YÖNLENDİRME :**
  - Senkop, sırt ağrısı, pulsatil kitle ile birlikte şok durumunda tanı oldukça açıktır. Diğer senkop nedenleri ekarte edilmelidir. (KVS SSS)
  - Hastaya geniş çaplı bir IV damar yolu ve hipotansiyon için kontrollü sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır.
  - Hastada şok belirtileri ortaya çıkmaya başlarsa kan transfüzyonu endikasyonu doğabilir.
  - Hasta hızlı transport edilir.



# AORT DİSEKSİYONU

- Aort diseksiyonu genel olarak torasik aortanın , inen ve çıkan aortayıda içine alan bir hastalıdır. Damar yapısındaki intima tabakası ile adventisiya tabakasının bir sebeple ayrılması ve damar lümenindeki kanın bu oluşan sekonder lümen içine dolması ile gerçekleşir.
- Hastaların çoğu 50 yaş üzerindedir ve hipertansiyon hikayesi vardır. Genç popülasyonda ise kolojen doku hastalığı olanlarda , gebelerde ve konjenital kalp hastalarında karşımıza çıkabilir.





# AORT DİSEKSİYONU :

## ■ KLİNİK :

- Hastaların % 90'ından fazlasında ani başlayan yırtıcı yarılır tipte göğüs veya sırt ağrısı (skapulalar arasında) tipiktir. Beraberinde bulantı, kusma ve terleme sık görülür.
- Diseksiyon seviyesine göre hastada semptomlar değişecektir. Abdomene ilerledikçe karın ağrısı belirginleşmeye başlar. Femoral nabızda azalma ve nörolojik belirtiler ortaya çıkabilir.

# AORT DİSEKSİYONU :

## ■ KLİNİK :

Yine aortik yetmezlik üfürümü duyulabilir.

Hipertansiyon ve taşikardi sık olmamakla birlikte hipotansiyon sık olabilir.

## ■ ACİL YAKLAŞIM .

- Hastada diseksiyon tanısı düşünülüyorsa hızlı transport edilmelidir.
- Sirkülasyondaki kan efektif olmadığı için hasta şok belirtilerine karşı iyi takip edilmelidir.

# AORT DİSEKSİYONU :

## ■ ACİL YAKLAŞIM :

- Sağlam ve geniş lümenli bir damar yolu açılmalıdır.
- Hastaya yüksek konsantrasyonda O<sub>2</sub> başlanmalıdır.
- Monüterize edilmeli ve kardiyak fonksiyonlar yakından takip edilmelidir.
- Entübasyon seti hazırda tutulmalıdır.

# AORT DİSEKSİYONU :

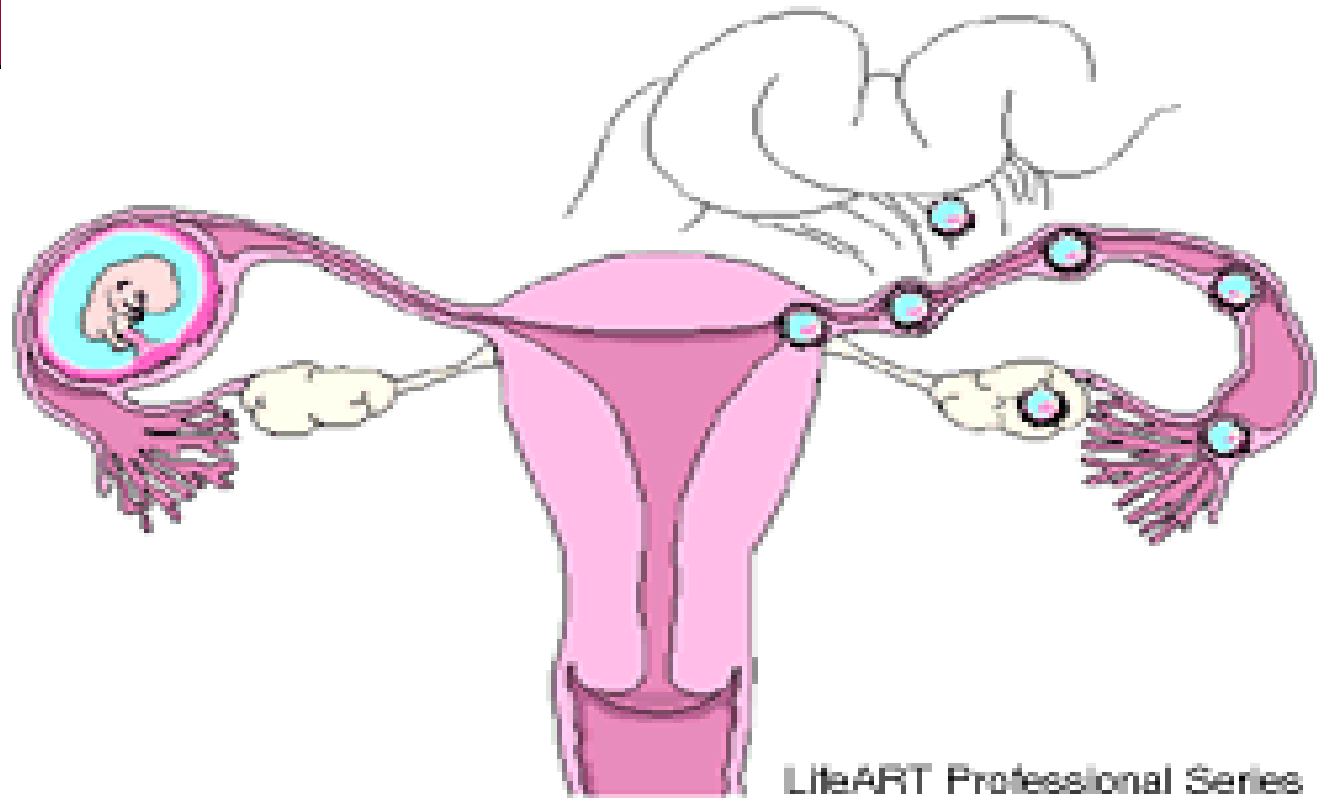
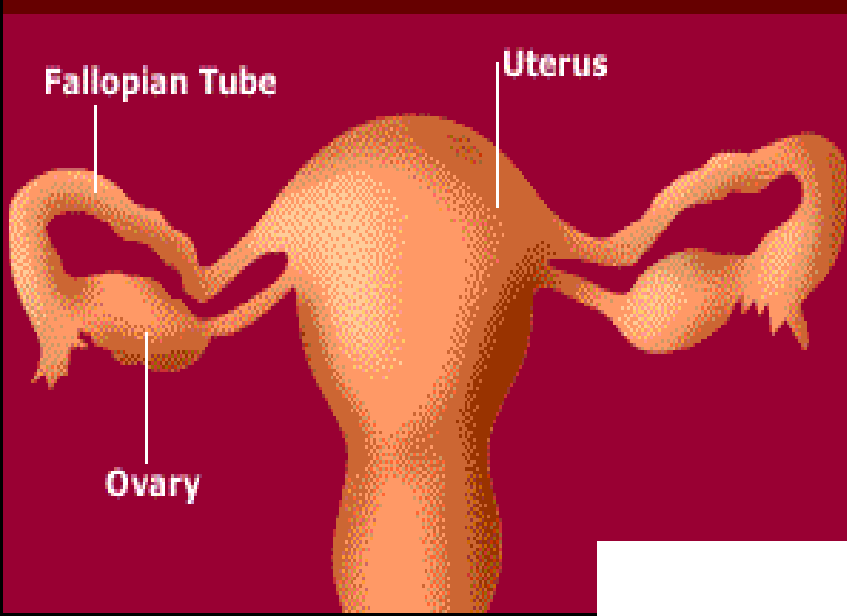
## ■ ACİL YAKLAŞIM :

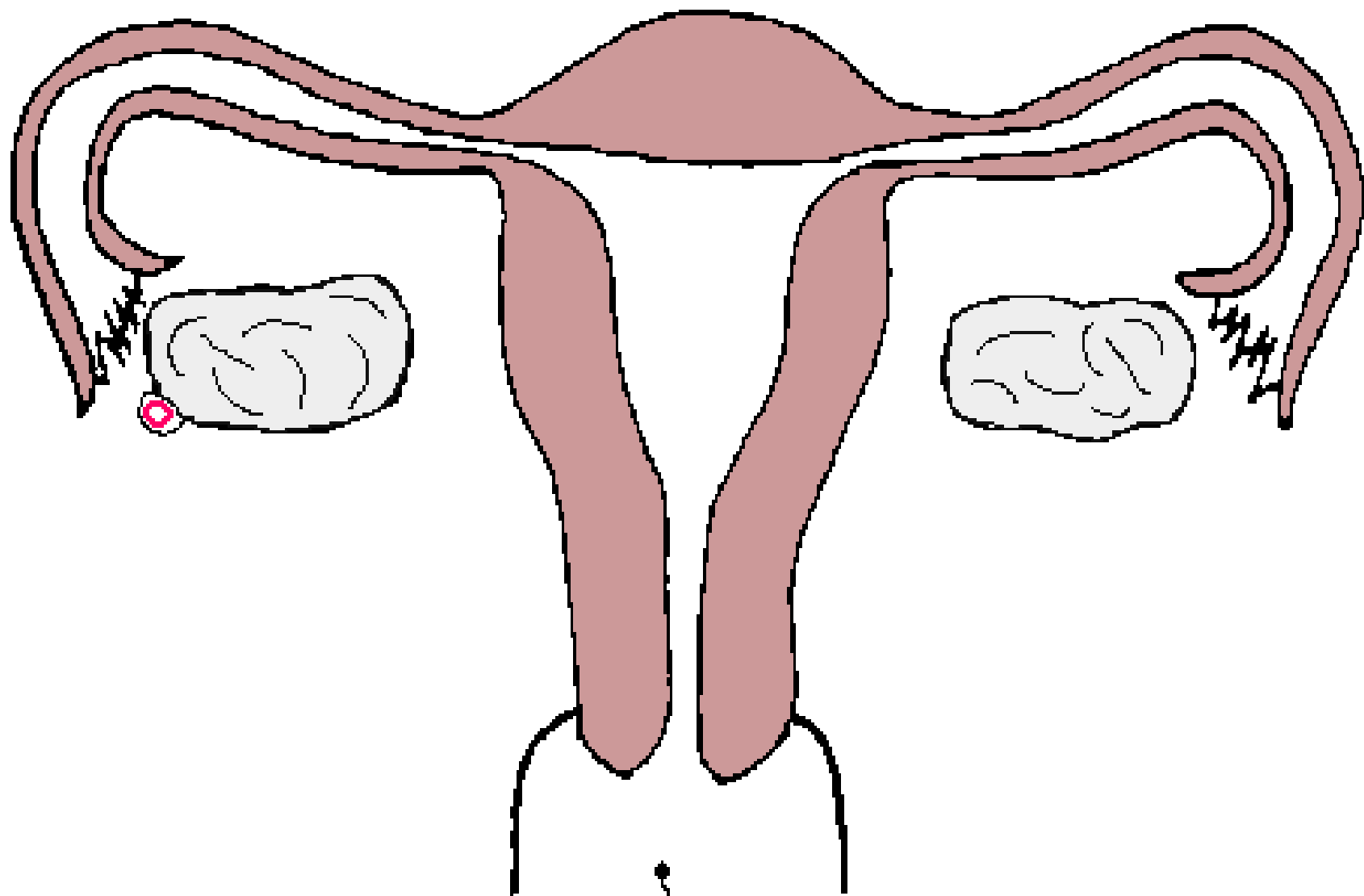
- Sağlam ve geniş lümenli bir damar yolu açılmalıdır.
- Hastaya yüksek konsantrasyonda O<sub>2</sub> başlanmalıdır.
- Monüterize edilmeli ve kardiyak fonksiyonlar yakından takip edilmelidir.
- Entübasyon seti hazırda tutulmalıdır.

# 11.EKTOPIK GEBELİK

- Tüm gebeliklerin % 2'inde ektopik gebelik oluşmaktadır. Embriounun uterusu ulaşmadan sıklıkla fallop tüpleri içinde implante olması ve burada büyümeye başlaması sonucu gelişen klinik tablodur.
- İlk trimestırde anne ölümlerinin ilk sırasında yer alır.
- % 20 hastada başvuru sırasında rüptüre olmasına bağılı semptomlar gelişmiştir.

# Female reproductive organs







# 11.EKTOPIK GEBELİK

## ■ RİSK FAKTÖRLERİ :

- Pelvik infalamatuar hastalık
- Tuba ligasyonu veya tuba operasyonu geçirenler
- Apandisite bağlı peri tubuler adezyonlar.
- Daha önce EG geçirenler veya Doğum kontrol metodu olarak RİA kullanan hastalar.

# 11.EKTOPIK GEBELİK

## ■ KLİNİK :

- \* % 90 hastada Abdominal ağrı, % 80 hastada vaginal kanama, % 70 hastada amenore öyküsü vardır.
- Ağrı yaygın veya pelvis bölgesine lokalize olabilir.
- Kanamanın pelvis bölgesine yaptığı diyafragmatik iritasyon sonucu üst abdomen ve omuza vuran ağrı vardır.
- FM bulguları çok değişken olabilir. Tamamen normal vital bulgulardan ilerleyici hemorajik şok bulgularına kadar değişik seviyede olabilir.

# 11.EKTOPIK GEBELİK

## ■ ACİL YAKLAŞIM :

- İyi bir hikaye alınmalıdır. Hastanın menstrüel siklusu mutlaka sorulmalıdır.
- Anstabil hastalar için damar yolu çift açılmalıdır. Kristaloid süspansiyonlar varsa eritrosit süspansiyonu verilmelidir.
- Hasta kadın hastalıkları ve doğum uzmanının olduğu bir merkeze transport edilmelidir.

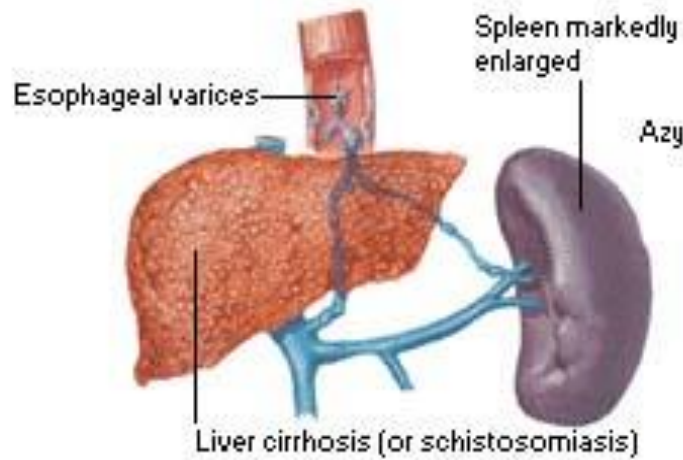
## 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- GİS kanamaları alt ( jejunum, ileum,kolon,rektum) ve üst ( özefagus , mide, duodenum) olmak üzere ikiye ayrılır.Kanama nedenleri arasında :
  - ÜST GİS :  
Özefagial varisler Peptik ülser  
Erozif gastrit Mallary Weis Sendr.
  - ALT GİS :  
Divertikulozis Anjiodisplazi Polipler  
Hemoroid
- Sayılabılır.

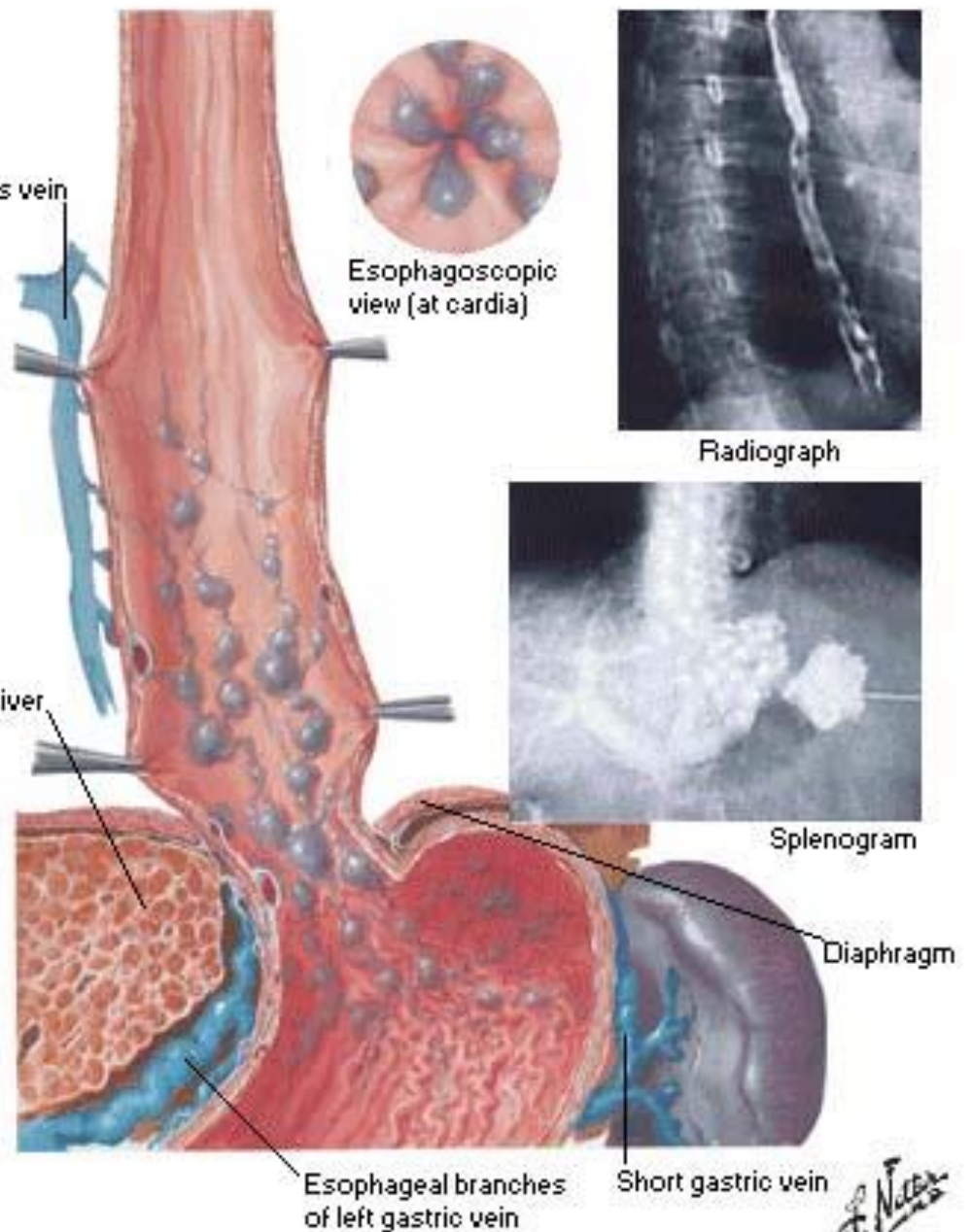
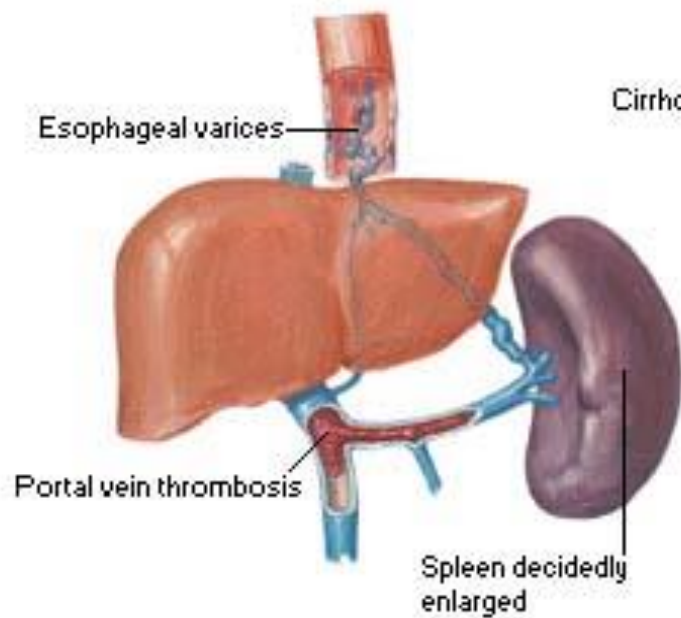
## 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

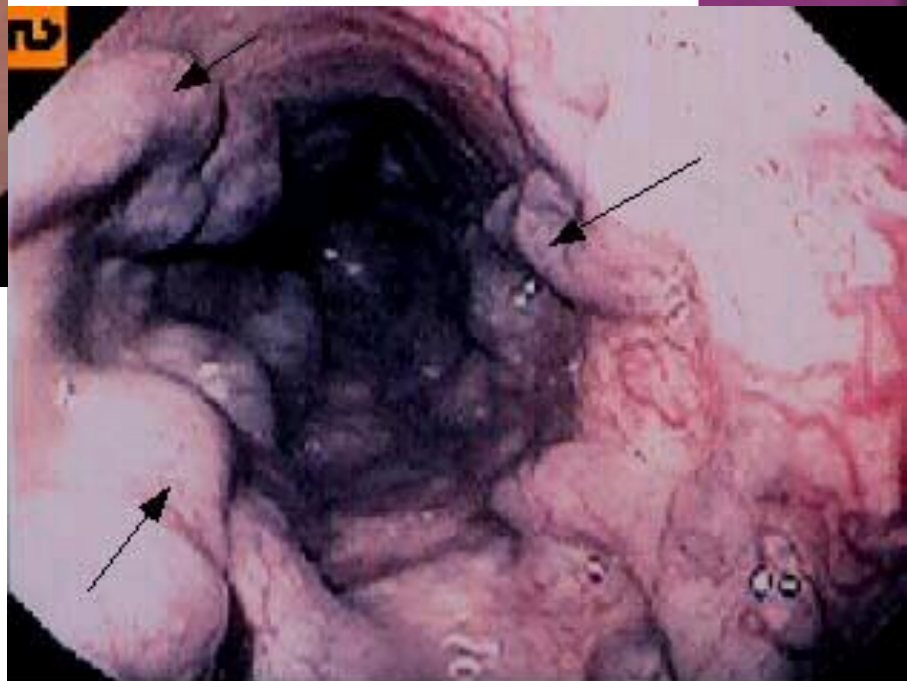
- Üst sistemin en önemli olayı özefagus varis kanamasıdır. Portal sistemden kaynaklanan dolaşım bozukluklarında (siroz) venöz kan portal sistemin dışında bir yol bularak VKS'e ulaşır.Bu yeni venöz dolaşım özefagus venleri aracılığı ile olur.
- Bu venlerdeki basıncın artması nedeniyle önce varisleşme ve takiben kanama oluşur.

### Intrahepatic causes



### Infrahepatic causes





Esophageal varices

# 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

## ■ AYIRICI TANI :

Hasta diğer hipovolemi nedenleri açısından değerlendirilmelidir. Ağızdan gelen kanın miktarı, içeriği, rengi, geliş şekli ( ksürüğu takiben - kusmayı takiben ) değerlendirilmelidir.



## 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- KLİNİK ÖZELLİKLER :
  - Üst GİS kanamalarında kahve telvesi şeklinde kusma (hematemez)
  - Alt GİS kanamalarında melana veya hematokezya görülür.
  - Kanamaya bağlı hipotansiyon ve taşikardi.
  - Azalmış nabız basıncı.
  - Konfüzyon, halsizlik, senkop, bilinç bozukluğu
  - Azalmış venöz dolgunluk
  - Soğukluk üşüme terleme

## 12. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

### ■ ACİL YAKLAŞIM :

- \* Resusitasyon tedavide en önemli basamaktır. GI kanama regurjitasyon ve aspirasyon olasılığı nedeniyle havayolunu tehlikeye atar ve oksijen taşınmasında azalmaya neden olur.
- \* Hipovolemi, azalmış oksijen sunumu ve kardiyak stres iskemi ve dolaşım kollapsına neden olabilir.

## 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

### ■ ACİL YAKLAŞIM :

- 1- Yüksek akımlı O2 başlanır. Hava yolu güvenliği sağlanır. Gerekiyorsa entübasyon yapılır.
- 2- Geniş bir damar yolu açılır ve RL başlanır.
- 3- Hasta yaşlı ise kanama devam ediyorsa veya 2 l kristaloid infüzyonuna cevap vermiyorsa eritrosit süspansiyonu düşünülmelidir.
- 4- Hastaya oral gıda verilmez.

## 12.GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARI

- 5- N/G sonda takılması kontrendike olabilir.  
Özellikle özefagus varis kanamalarında kanamayı artırabilir.
- 6- Hipovolemi takibi için hastaya foley sonda takılabilir.
- 7- Hasta semi fowler pozisyonunda transport edilir.
- 8- Kesin tedavisi hastane şartlarında sengstaten - Blakmor sondası uygulaması ve portal basıncın düşürülmesi ile yapılır.

