

# Tıbbın Olmazsa Olmazı Fizik Muayeneyi İhmal mi Ediyoruz?

Ahmet UYGUN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara

**S**indirim sistemi ağızdan başlayıp anüste biten, bir kanal ile karaciğer, safra kesesi, safra yolları ve pankreas gibi yardımcı organlardan oluşan bir sistemdir.

Gastrointestinal sistem (GİS) çok geniş bir hastalık grubunu kapsamaktadır. Hekimlerin gastroenterolojiye ait temel bilgileri çok yakından tanıyarak, vakalar karşısında analiz ve sentez yapabilmek için yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmaları gerekmektedir.

GİS hastalıklarında tanı koymak için sırasıyla şu yollar izlenmelidir;

I. ANAMNEZ

II. FİZİK MUAYENE

III. LABORATUVAR İNCELEMELERİ

## I. ANAMNEZ

1. Hastanın kimliği
2. Şikayeti
3. Hikayesi
4. Öz geçmişi
5. Soy geçmişi
6. Sosyal durumu
7. Alışkanlıkları

8. Kullandığı ilaçlar

9. Beden fonksiyonları

10. Sistemlerin sorgulanması, bölümlerini içermelidir.

## Hasta Muayenesine Başlarken

Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerin ayrıntılı olarak alınması işlemine anamnez alma denir. Bu görüşmedeki ana amaç, hastadan bilgi almak, hastanın güvenini sağlamak ve hastayla iletişim kurmaktır.

Hasta tarafından hissedilen (sübjektif) baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, halsizlik gibi belirtilere semptom denir. Hekimin muayene sırasında saptadığı ödem, sarılık ve siyanoz gibi objektif bulgulara sign denir.

Hasta, vücudunda veya ruhunda normalin dışında bir durum farkedenden, kendisine bir şekilde acı veren ve bu durumdan korkan, telaşlanan, paniğe kapılan insandır.

Hekim, hastalığa doğru tanı koyan ve uygun tıbbi veya cerrahi tedavi uygulayan kişidir.

Mesleği gereği ömrü hep insanlarla birlikte geçecek olan hekim, bilgili, iyi ahlaklı, olgun, dürüst, namuslu, sır saklayan, sorumluluk sahibi, müşfik, sosyal, paramedikal özellikleri olan, temiz ve tertipli giyinen, toplumun diğer mesleklerine sahip kişilerden farklı bir kişi olmalıdır. Zira böyle hekimler mesleğinde daha başarılı olur, toplumda hakkı olan saygı ve sevgiyi bulur.

Bir hekimin mesleğindeki başarısı, yardım etmek zorunda olduğu hasta sıfatını taşıyan kişiyi tanımasıyla başlar. Unutulmalıdır ki, toplum içinde zengin, itibarlı, etrafa emirler yağdıran, mevki sahibi, yüce ve erişilmez kişiler dahi hekim önüne geldikleri zaman kendilerinin bütün toplumsal özelliklerini bir tarafa bırakarak sade, yardım bekleyen, alçak gönüllü insanlar oluverirler. Bazen de, normal sağlıklı hayatlarında gayet tutarlı, terbiyeli ve ölçülü olan insanlar, hastalandıklarında hem çevresindeki yakın aile bireylerine, hem de hekim ve diğer sağlık personeline karşı son derece kaba, çirkin ve saldırgan olabilirler. İşte hekim, bu çeşitli olasılıkları içine sindirerek, karşısında çeşitli ruhsal ve bedensel rahatsızlıklar sergileyen hastalarını, hiçbir telaş ve kargaşaya kapılmadan ele almalı ve şefkatle hastasına yaklaşmalıdır.

Hekimin başarılı olması, kayıtsız şartsız, insanları sevmesine bağlıdır. Tıp Fakültesinin ilk sınıflarında hocalarımızın söylediği “Eğer insanları sevmiyor iseniz, lütfen yol yakinken tıbbiyeden ayrılıp başka meslek seçiniz.” sözünün ne kadar doğru olduğunu son sınıflarda, hatta mezun olup hastalarla yakından ilgilenmeye başlayan meslektaşlarımız daha iyi anlayacaklardır. Zira, mesleğimiz ve dolayısı ile uğraştığımız nesne olan insan, özellikle hasta olduğu zaman, büyük değişiklikler gösterir. İnsanlar, cansız varlıklar gibi tek düze sıraya konulabilecek, istediğimiz şekle girebilecek varlıklar değildir. Yukarıda bahsettiğimiz gibi, hiç umulmayacak kişiler gayet munis, yardımcı ve yumuşak davranışlı olurken, günlük hayatında çok sakin ve disiplinli bir kişi iken, hastalığı nedeniyle son derece zor, saldırgan ve bazen de hekimin işini güçleştirecek derecede karışık durumda olabilir.

Hekimlik mesleği, her zaman uyanık olmayı, adaptasyon kabiliyetinin çok yüksek olmasını icap ettiren bir meslektir. Umulmadık bir ortamda bir gün, bir alkolik, bir suçlu veya katil bunun yanı sıra ülkenin çok saygıdeğer bir devlet adamı, bir bilgin veya din adamını tedavi etmek gerekebilir.

Hekime müracaat eden hastaların yarısından fazlasında çağımızın en korkulan hastalığı olan kanser fobisi vardır. Özellikle, nörotik meyilleri olan kişiler doktora birbirini tutmaz ifadelerle hastalıklarını anlatırken, bazen kendilerince kanser işareti olduğunu zannettikleri bazı semptomları da oldukça abartarak söylerler.

Anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri bittikten ve reçetesi yazıldıktan sonra utangaç ve sessiz bir ifade ile “Ben kanser oldum değil mi doktor?” gibi sizi şaşırtan bir soru so-

rarlar. Eğer hasta bu soruyu size sormayı cesaret edemeyip evine giderse hiçbir zaman verilen ilaçları kullanmayacak, iyi olmayacak ve mutlaka bir veya birden fazla doktora daha gidecektir. İşte hasta ile ilk karşılaşmada anamnez alınması esnasında hekim bu tip bir hastanın, tavır ve ifadelerinden ondaki şuuraltı problem ve çatışmaları hissedip onu rahatlatmak bir şekilde hareket etmelidir. Bu kanser veya başka bir hastalık fobisi olan hastaların yanı sıra, kronik hastalığı olan ve bizim için en önemli belirtileri saklayan hastalar da vardır.

Hasta en önemsiz şikayetlerini ön planda anlatarak, hekimin anamnez, fizik muayene ve diğer testlerle epey yorulmasından sonra “benim 10 yıldır şeker hastalığım veya geçirdiğim bir kanser hastalığım var” demesi biz hekimlerin sık karşılaştıkları bir durumdur. Bu güç ve bazen de bizi sinirlendirebilecek duruma düşmemek için sorgulama sırasında hastaya tek tek sistemik hastalıkları isimleri ile saymakta fayda vardır. Mesleğe yeni başlamış genç hekimlerimizin aldıkları anamnezdeki bazı büyük ve önemli eksiklikler böyle meydana gelir. Hastanın alınan anamnezinde bulunmayan önemli bir bilginin usta bir hekimin sorgulaması sonucu ortaya çıkmasında genç hekimin hastaya dönerek “bunu bana niye söylemedin?” sözü üzerine hasta rahat bir şekilde “siz o soruyu bana sormadınız ki” diye cevap verir. İşte Tıp Fakültelerinde okutulan dersler ve çoğu zaman uygulamalarda genç hekim adayının kolay öğrenemediği böyle durumlardır.

Hekim adayı, genç tıbbiyeli, öğreniminin ilk yıllarında temel bilimleri, insan vücudunun normal ve anormal işlevlerini öğrenir. Hastalık yapan faktörleri, tanıda kullanılan çeşitli laboratuvar ve görüntüleme tekniklerini, hastalıkların tedavisinde kullanılan kimyasal maddeleri ezberler ve tüm bunları öğrendiğine göre artık hastalıkları kolayca tanıyıp, tedavi edebileceği kanısı ile klinik sınıflara başlar ve işte bu andan sonra genç hekim, her biri birinden çok farklı olan “insan” unsuru ile karşılaşır. Daha önceki sınıflarda kalıp olarak öğrenip ezberlediği bilgileri hakiki pratik tıp hayatında çok değişikliklere uğradığını ve çok basit olduğunu düşündüğü bazı hastalıkların nasıl çok renklerde ve çok kalıplarda hiç kitapların yazmadığı şekilde karşımıza çıktığını görerek şaşırır.

Klinik öncesi çeşitli bilgileri alarak gelen öğrenciye yeni başladığı klinik hayatının ilk günlerinden itibaren hasta başı davranışların, düşünce biçimlerinin, değişik tanı ve tedavi metotlarının öğretilmesi gerekmektedir. Bu öğretimde, yalnız kitap bilgileri değil uzun yıllar yapılan hekimlik hayatının deneyim-

leri büyük bir yer kaplar. Çok iyi teorik bilgilere sahip olan genç tıbbiyeli eğer bu klinik döneminde hocasını veya başka bir deyişle “usta”sını iyi izlemez ve kitaplarda öğrendikleri ile hekim olma yoluna giderse bütün hekimlik hayatı hüsrana ve başarısızlıkla sonlanır.

### Hasta İle İlk Karşılaşma

İster hastane polikliniğinde, ister özel muayenehanede isterse bir evin odasında olsun hekimin hastası ile ilk karşılaşması büyük önem taşır.

Hasta kendisi veya yakınları yoluyla, hastalığının önemli olduğuna artık karar vermiş ve doktorunu çeşitli araştırmalar yaparak seçmiştir. Daha doktoruna gitmeden onu görüp tanımadan, ondan bir yardım bir şifa alacağım diye düşünmeye ve ümit etmeye başlamıştır. Bu ümitle belki çok küçük olabilecek bütçesinden önemli bir parayı doktor ve ilaç masrafı olarak ayırır, gözden çıkarır. Belki uzak bir mesafeden sizi bulmaya gelir, hasta hali ile şehirde bulduğunuz yeri arayarak ve vasıtalarla ücret ödeyerek nihayet size ulaşır. Hastanın doktoru bulması ve sırasını diğer hastaların arasında beklemesi onda oldukça büyük bir stres yaratır.

Hastalığının iyi edilebilmesi ümidi ile karşımıza gelen hasta, bilmediği, ilk defa karşılaştığı bu doktordan önce kaygı duyar. Bu doktor acaba ümit ettiği gibi, kendisine yardımcı, cana yakın, samimi ve her şeyden önemlisi bilgili birimi? Acaba kendisine sert konuşacak, azarlayacak, kızacak, tenkit edecek otorite kurmaya çalışacak biri ile mi karşılaşacak? İşte bu sorular kafasında, karmaşık ve korkulu duygular içinde bazı hastalar “doktor bana bir şey sormadan ben ona acele her şeyi anlatacım” diyerek sözümüzü hiç dinlemeden, bizim için hiç önemli olmayan hikaye ve bilgileri arkası arkasına nefes almadan sıralamaya başlar. Bunun altında, yukarıda bahsettiğimiz doktor beni tenkit etmeden, kızmadan ben vaziyete hakim olup hep ben anlatayım fikri vardır. İşte bu tip hastalar hekimleri, özellikle mesleğe yeni başlamış tecrübesi az meslektaşlarımızı çok zor durumlara sokarlar. Hekim hastanın, arkası arkasına hiç nefes almadan birbiri ile pek de alakası olmayan eski olayları anlatan durumu karşısında ne yapacağını şaşırır. Ta, eski gençlik yıllarından başlayan, her gittiği doktorun konuşmalarını ve verdiği ilaçları, tedavileri en ince detaylarına kadar anlatan hasta, aslında doktorun öğrenmek istediği asıl önemli konuları bilmediği için hem zaman kaybına, hem doktorun bu kadar lüzumsuz bilgi ile aklının karışmasına, hem de teşhisin zorlaştırılmasına sebep olur. Böyle durumlarda hekimin hastayı za-

man zaman sözünü keserek yönlendirmesi gerekir. Mesela mide şikayeti ile gelen hastadan bilgi alınırken, hasta 20 sene önce nasıl bademciklerinin hastalandığını veya yumurtalık iltihabı ile ilgili detaylı bilgileri de vermeye başlar. Onun gayesi bir doktora gelmişken mümkün olduğu kadar bütün eski, yeni derterinden kurtulmaktır. Hasta çoğu zaman, özellikle genel dahiliye uzmanı veya pratisyen hekimler karşısında onların tüm bedensel sorunlarını çözeceklerine inanır. Doktorun belirli bir uzmanlık alanı olduğunu veya bazı konuları o organ sistemi için ihtisas görmüş başka doktorlara sorması lazım geldiğini bilemez veya bilmek istemez. Kalbini anlatırken, gözü veya kulağı ile bir sorunu, doktorunu biktırırçasına anlatmaya başlar. İşte burada hekimin görevi ve hatta mecburiyeti, hastayı süratle hastalığı ile ilgili alana yönlendirmektir. Hastayı anlamada ve dolayısıyla teşhise doğru yönelmede hastayı yönlendirmek büyük önem taşır. Hastayı tersleyerek veya onu küçük düşürecek şekilde değil fakat ölçülü bir otorite ve şefkat ile ona asıl hastalığına geri dönmesi söylenir veya ona konuşmanın ilk başındaki esas şikayeti hatırlatılır.

“Sizin bugün hekime gelme nedeniniz herhalde ilk bahsettiğiniz karnınızdaki ağrı idi, şimdi bana bu ağrıyı etrafıca anlatınız”, şeklinde hasta yönlendirildiğinde verimli bir anamnez almak mümkün olur. Hastaların profesyonel birer anamnez verici olmadığını unutmamak gerekir. Hemen hemen hepsi, sizin karşınıza büyük bir sıkıntı ve psikolojik stres altında gelmişlerdir. Ve belki ömürlerinde ilk defa bir doktora ifade veriyorlardır. Hastalıkları hakkında korku ve endişeleri vardır. Bizim onlara, kendileri hakkında kötü bir şey, ölümcül veya sakat bırakacak bir hastalık ismi söyleyeceğimizden korkarlar. Beyaz gömlekli doktor çoğu kere hastaların ümit kaynağı ve kurtarıcısı olarak algılanmasına rağmen, bazen de, beyaz gömlek, kötü haber, hastalık ve ölümü simgeler. Ömründe ilk defa hastaneye girmiş bir şahıs hastanenin atmosferinden, hemşirelerin ve beyaz gömleklerin görüntüsünden ilk anlarda telaşa kapılır. Bu görüntüler ona daha önce hastanede ölmüş yakınlarını, akrabalarını hatırlatır, büyük bir sıkıntı duyarlar. Bunu bazıları açıkça ifade ederler. “Bu hastanede babam öldü, buraya hiç ayak basmak istemezdim ama mecbur kaldım” sözleri bizlerin sık duyduğumuz ifadelerdir. İşte bu stresli ve bunalımlı kişileri hem ilk karşılaşmamızda rahatlatmak, onlarla sıcak bir diyalog kurmayı becermek, hem de yukarıda bahsettiğimiz gibi hastanın hikayeyi gereksiz yerlere götürmesini mani olmak için uygun seviyede bir otorite kurmak gerekmektedir.

Bahsettiğimiz, devamlı konuşan, konuşmayı istemediğimiz yerlere çeken, aktif ve zaman zaman kontrolümüzden çıkan hasta yanında, bunun tam zıddı, ifade vermekten, konuşmaktan çekinen, içine kapalı, depresif hastalar da ayrı bir problem teşkil eder. Bu tipler belki de hekim için daha büyük bir zorluk gösterirler. Hasta en önemli semptomları söylemez, bazısı bunu özellikle kendisinde mühim bir hastalığın çıkmasına sebep olmasın diye saklar. Ancak tecrübeli hekimin usta- ca soru ve manevraları ile hasta açılır. Ben çeşitli minor gastrointestinal semptomlarını söyleyen bir çok hastanın, konuşmaya başladıktan epey bir zaman sonra eğer sorulursa, mide kanamaları olduğunu veya büyük abdestinin beş gündür siyah renkte olduğunu ifade ettiğine şahit oldum. Yemeklerden sonra karında gaz, hazımsızlık, şişkinlik gibi minor veya nonspesifik şikayetlerini önce söyleyen hasta, eğer sorulursa gastrointestinal traktusdan kanama olduğunu önemli bir şey değilmiş gibi sonra söyler. Yukarıda bahsettiğimiz gibi hasta, kanama gibi önemli bir olayın ölümcül bir hastalıkla ilgili olmasından ve bunun kendisine söylenmesini istemediğinden böyle hareket eder.

Hastanın kültür seviyesinin yüksekliği hekimin işini kolaylaştırır. Daha iyi diyalog kurulabilir, iyi veya kötü prognoz ile ilgili şeyler daha rahat söylenebilir. Muayenenin yapılacağı oda ve ayrıca hekimin yanında bulunacak yardımcı da önemlidir. Özellikle erkek olan hekim, bayan bir hastayı muayene ederken, hastanın soyunması ve hazırlanması için mutlaka yanına hemşiresi veya başka bir yardımcıyı almalıdır. Eğer o anda hemşire veya başka bir yardımcısı yoksa, muayene odasına hastanın eşini, kız kardeşini veya annesini alması uygun olur. Bu davranış hem hastanın daha rahat hareket etmesini, çekinmesinin azalmasını sağlarken, hem de ileride doğabilecek kanuni olaylara karşı iyi bir önlemdir. Burada şunu da hemen ilave etmek isterim ki, muayene odasına en çok bir yakın akraba veya arkadaşı alınmalıdır. Bazı hastaların yanlarındaki refakatçileri, akraba ve arkadaşları ısrarla muayene odasına girmek isterlerken, hatta beraberinde getirdikleri küçük çocuğu dahi içeri sokmak isterler. Bu son derece zararlıdır. Öncelikle hekim bu kalabalığın içinde istediği gibi konuşamaz. Rahat olamaz, muayene edemez. Hastaya sorulan bir soruyu iki üç kişi birden cevap verir. Hasta daha ağzını açmadan akrabalar onun adına cevap verirler. Zavallı hasta şaşkın bir şekilde kalır.

Duruma hakim olmak isteyen bir kocanın karısına sorulan

her soruya; "ben size anlatayım doktor bey" diye öne atıldığı sık sık görülen manzaralardandır. En önemlisi, hasta odada bulunan aile fertleri veya arkadaşlarının önünde her şikayeti ni anlatamaz. Bazı ailevi problemlerini, vücuduna ait bazı mahrem sayacağı bazı sorunlarını dile getiremez. Diğerlerinin de lafa karışması üzerine hekim, kesinlikle yanlış bir bilgi toplar ve anamnez gerçekçi olmaz. Hasta yakınlarına hekim veya hemşire tarafından muayene odalarına girmemeleri veya çok gerekiyorsa sadece bir kişinin girmesi kesin bir ifade ile söylenmelidir. Böyle ilk defa karşılaştığı bir insan olan hekimin karşısına çıkan, biraz sonra soyunarak muayene olacağını bilen hasta, kim olursa olsun muhakkak bir dereceye kadar stres altındadır. Bu stres ve utangaçlığın derecesi hasta olan şahsın psikolojik yapısı ile direkt ilgilidir. Kiminde pek büyük bir değişiklik yaşanmazken kimi hastada ileri derecede sıkılma, utangaçlık ve hatta bunalım diyebileceğimiz psikolojik haller ortaya çıkar. Bu istenmeyen hallerin ortaya çıkması tecrübeli bir hekimin usta davranış ve yaklaşımları ile ortadan kaldırılabılır veya azaltılabilir.

Hekim anamnez başlamadan önce muhakkak hasta ile bir tanışma, birbirine "ısınma" dönemi geçirmelidir. Bu dönemde her hekimin kendine göre bir yöntemi vardır. Ya hastanın memleketi, yaşadığı yer hakkında sohbet edilir veya genel konularda müşterek bilinen hekimler veya dostlar hakkında, sıcak ve hastaya o an bulunduğu durumu unutturacak konuşmalar yapılır. Hastanın daha önce size gelmeden hemşire veya bir yardımcısının hazırladığı anamnez formu üzerinde hastanın adı, yaşı, memleketi, size hastayı gönderen kişinin adı ve benzeri bilgiler vardır. Hekim bu form üzerine bakarak hasta ile konuşmaya başlanır. Burada önemli ve unutulmaması gereken bir nokta, hekimin hastaya ismi ile hitap etmesidir. Bu hitap tarzı birden bire hastayı rahatlatır, kendisinin hekim tarafından artık tanındığını, kabul edildiğini ve samimiyetle kendisinin de hekime açılması gerektiğine karar verir. Muayeneye başlarken bu taktikle hastaya ismi ile hitap ettiğimizde birçok hastanın birden bire yüz ifadesinin değiştiğini, korku ve endişenin yerini rahatlama aldığına şahit oluruz. Birde hastanın sosyokültürel seviyesini de göz önüne alarak bilhassa yaşlı kimselere, "teyze", "baba", "anne" gibi hitaplar onları çok rahatlatır ve hekimin anamnez alma işini de kolaylaştırır. Ancak bu bazen sorun yaratabilir.

Yukarıda tarif ettiğimiz, endişeli, utangaç, sıkılgan hastanın yanı sıra tam tersine, hekim ile ilk karşılaşmasında, hekimi te-



siri altına almak isteyen, çok konuşan, zaman zaman saldırganca ifadeler kullanan hasta tipleri de vardır. Bu tipler, daha önce gidip fayda görmedikleri hekimlerin cezasını size vermek istercesine, size üstün çıkmaya çalışan ve iğnelemek isteyen insanlardır. Bu tip şahıslar karşısında hekim, hiç soğukkanlılığını bozmadan ifadeleri dinlemeli ve yarı sert yarı tatlı bir şekilde hastaya yaklaşmalıdır. Fazla alttan alındığı zaman hastaya hakim olmak, iyi bir fizik muayene yapmak dolayısı ile, doğru bir teşhis ile hastaya yardım etmek imkanı azalır. Hasta hep aynı takıldığı şeyleri mesela kendisine yanlış ilaç verildiğini, yanlış teşhis edildiğini veya lüzumsuz bir ameliyat yapıldığını tekrarlar durur. Böyle anlarda kendisine bizim de yardım etmeye çalışacağımızı, hiçbir doktorun hastasına kötülük etmek istemediğini eğer yanlışlıkları olduysa bunların isteyerek yapılmadığını tekrar tekrar söylemek gerekir.

Burada yine önemli bir noktanın altını çizerek hatırlatmak istiyorum. Bazı tecrübesiz hekimler, hastanın anamnezinde daha önceki meslektaşlarının bir eksik veya yanlışını tespit edince bunu hastaya söyleyip, bu hekim hakkında hiç te iyi olmayan bir atmosfer yaratırlar, bu çok yanlış bir harekettir. Öncelikle hasta şimdiye kadar aldığı ilaçların veya ameliyatın yanlış olduğunu düşünerek artık vücudunun iyi olmayacak bir hale getirildiğini, bundan sonra iyi olmayacağına karar verip büyük bir karamsarlığa düşebilir. Dolayısı ile muayenenin bundan sonraki kısmında hekim ile iyi bir işbirliği de kuramaz. İkincisi sizden bu sözleri duyduktan sonra ertesi gün gidip eski doktorunu mahkemeye verebilir. O zaman dikkatsizce kullanılmış bir söz veya ima, hem o hekimi, hem sizi kanun önünde zor duruma düşürebilir. Şunu bilmeliyiz ki dünyanın her yerinde, hekim istemeyerek yanlışlık yapabilir. Bilgi eksikliği, beceri ve muhakeme eksikliği olabilir. Şimdiye kadar hiç hata yapmadım ve yapmam diyen ne Türk ne de yabancı bir hekim yoktur.

Fakat muhakkak, her hekim attığı her adımda, bir kere değil bir çok kere düşünmeli çok temkinli, dikkatli ve uyanık olmalıdır. Hastanın elinde bulunan eski reçetelere bir hekim edası ile bakarak “siz şimdiye kadar hep yanlış ilaç kullanmışsınız” yerine o ilaçların eksik veya yanlış olduğunu hissetseniz bile “Bu ilaçları kullanmışsınız ve iyi olmamışsınız fakat doktorunuz sizin için elinden geleni yapmış, şimdi bir de ben sizi dinleyip yardımcı olmaya çalışayım” gibi bir ifade ile hastaya yaklaşır ise hasta kesinlikle rahatlayacak eski doktoruna ve aldığı ilaçlarına pişman olmayacaktır.

Tüm hekimlerin gayesi hasta insanlara yardımcı olmak, onları iyi etmektir. Bu nedenle bir hekimin diğeri aleyhine konuşması, hem insanlığa hem tıp ahlakına sığmaz. Hekimler kendi aralarında olduğu zaman bir hasta, hastalık veya ilaç hakkında tartışabilirler, fikir ayrılığı da olur ve hatta birbirini kırarak kadar sert konuşabilirler. Bu konuşma ve tartışmalar hastanın iyiliği ve selameti içindir. Fakat bu tartışmaların hastaya yansıtılması kesinlikle yanlış ve ahlaka aykırıdır.

### **Anamnezde Hastayı Dinleme Sanatı**

Yukarıda anlattığımız çeşitli kaygılar, endişeler ve fiziki ağrılarla karşımıza gelen hastayı dinlemek ve en önemlisi onun rahat ve doğru olarak bize kendisini anlatmasını sağlamak hakikaten bir sanattır. Tıp Fakültelerinden yeni mezun olmuş doktorlar, çok iyi yetişmiş, çağdaş bilgilerle donatılmış olmalarına rağmen uzun zaman anamnez alma becerisini geliştiremezler.

Ancak uzun seneler sonunda hastalar ve daha doğrusu insan psikolojisi hakkında yeterli deneyimlerden geçtikten sonra karşılına gelen hasta ile iyi bir iletişim kurup, başarılı bir anamnez alırlar. Bu başlangıçtaki zorluk ve başarısızlıkları henüz “hasta korkusu” fenomenini yenemediklerinden kaynaklanır. Tıp fakültelerinin bu fobiye yenme ve hasta-hekim ilişkisini en iyi öğrenme yeri olan üçüncü ve dördüncü sınıflarında bu öğretiye yetecek kadar zaman maalesef ayırlanamamaktadır. Şu anda bu okullarda uygulanan programlardaki uygulama saatleri bu beceriyi kazandırabilecek derecede kafi olmamakta, öğrenci, teorik dersler, laboratuvarlar ve diğer etkinliklerle boğulmuş vaziyette bırakılmaktadır. Bu nedenle bütün yük, son sınıfta intörn'lük adı verilen uygulamalı bölümde kalmakta, yine burada da 1-2 aylık dönemler içinde değişik kliniklere giden öğrenci gerekli anamnez alma yeteneğini kazanmadan mezun olmaktadır. Hal böyle olunca mezun olan hekimlerin, bahsettiğimiz ve bahsedeceğimiz hususlara dikkatle riayet ederek kendilerini yetiştirmeleri lazımdır.

Anamnezi alınacak şahıs, doktorun masasının karşısına oldukça yakın bir yere oturarak konuşmalıdır. Bazı otörlere göre masa bir otorite ve hasta üzerinde baskı unsuru olabilmektedir. Bu yüzden doktorun hasta ile karşı karşıya iki koltukta oturmaları önerilmektedir. Bence oturuş şekli çok doktorun hastaya göstereceği alaka, sevgi ifadesi ve ona gösterdiği dikkat daha önemlidir. Hasta, bize derdini anlatmaya gelmiştir, ona bu yüzden konuşması için bir başlangıç fırsatı yaratmak lazımdır. Ona “sizi, bize getiren ana sebebi anlatır mı-

sınız?” şeklinde bir soru sorarak, hemen ana konuya yani hastalığın esas hikaye ve semptomlarına geçilmesini sağlamak gerekir. Daha önce de belirttiğimiz gibi hastaya bu yön verilmez veya verilemez ise (ki bazen hekim bu yöneltmede zorlanır) hasta çok alakasız, uzak hastalık hikayelerinden başlayarak sizi hiç alakadar etmeyen konuları dakikalarca anlatır. Veya çok sıkılğan bir hastaya “nereden başlamak istersiniz?” veya “bana sizin en şikayetçi olduğunuz probleminizi kendiniz anlatın” gibi ifadelerle yön verilir.

Hasta anlatmaya başladığı zaman, hekime düşen onu doğru bir şekilde dinlemektir. Zira hasta anlatırken hekimi de bir taraftan çok dikkatlice süzer ve onun kendisini ne alaka ile dinlediğini anlamak ister. Hekim hastaya yakın, yüz yüze ve ilgi ile dinlemeli arada önündeki kağıda notlarını yazmalıdır. Fakat, kesinlikle gözü devamlı önündeki kağıtta olmamalıdır. Dinlemenin en önemli bölümü, karşısındaki ile devamlı göz temasında bulunmaktır. Arada saate veya başka bir şeye bakmak, esnemek, camdan dışarı bakmak hasta üzerinde kötü bir tesir bırakır. Mesleğe yeni başlayan doktorlar göz göze olmaktan rahatsız olabilirler. Bu zaman hastanın dudaklarına veya çene kısmına takılıp sonra göze geçilebilir. Arada not alacağı zaman hastaya bu sözlerin çok mühim olduğunu ifade ederek, “biraz müsaade edin şu notları alayım” diyerek, anamnez kağıdı doldurulur.

Dinleme sanatı, biz hekimlerin çok iyi bilmesi lazım gelen bir sanattır. Kulağa çok kolay bir şey gibi gelmesine rağmen, dinlemek hiç te kolay değildir. Günlük yorgunlukların ve yoğun stresin altında çalışan doktor ancak iyi bir eğitim ve çaba sonucu becerili bir dinleyici olur. Hekimin, hasta konuşurken ona küçük sorular yönlendirmesi ve “evet anlıyorum”, “ya öyle mi?”, “evet” gibi sözlerle cesaretlendirmesi fayda getirir. Tamamen sessiz ve hareketsiz kalmamız hasta tarafından kendisinin dinlenmediği, önem verilmediği, anlaşılmadığı gibi anlaşılır. Kaygılı bazı hastalara hekimin ufak girişimlerle yardımcı olması gerekir. Vücudundaki bir şişlik veya röntgen-deki bir lezyonun kanser olmasından korkarak hekime gelen bir hasta bu korkusunu bize direkt olarak açıklamaz. Fakat burada hekim “bu şişliğin kanser olacağından kaygı duyuyorsunuz değil mi?” tarzında bir soru ile hem hastayı rahatlatır hem de hastanın esas şikayetini anlamış olur. “Etkin dinleme” adı verilen bu yaklaşımla hastalar kendilerini kabul edici bir dinleyene geldikleri için rahatlar ve kötü duygularından süratle kurtulur. Bu tip bir dinlemenin en sinirli, kaygılı ve zor

hastaları birkaç dakika içinde hemen değiştirdiği çok görülmüştür. Her ne branştan olursa olsun, her hekimin sorgulama ve anamnez alma konusunda çok usta olması gerekir.

Burada yukarıda saydığımız konuları tek tek araştırırken ayrıca, gösterilecek sabır, hoşgörü ve anlayışlı olma özellikleri daima ön planda tutulmalı ve kesinlikle hasta ile tartışmaya, sürtüşmeye girilmemelidir. Bazı genç hekimlerin zaman zaman maalesef hasta veya hasta yakınları ile münakaşaya giriştikleri görülmektedir. Bu, genellikle kalabalık poliklinik odalarının önünde, saatlerce ağır hastaları ile sıra bekleyen hasta sahiplerinin sinirli tavırları ve bu beklemeden doktoru suçlu bulurcasına davranışlarından ileri gelir. Bu tip davranışlarda bulunan hasta sahiplerinin karşısında hekim daima soğukkanlılığını muhafaza ederek onları yatıştırıcı tarzda konuşmalı, dertlerini anlayışla karşılamalıdır. Ancak hastaya bu şekilde yaklaşım, iyi bir anamnez alma, fizik muayene etme ve tabii ki doğru tanıya gitmede rol oynar.

### Anamnez Alma Şeması ve Özellikleri

**1. Hastanın Kimliği:** Adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, mesleği, devamlı oturduğu ev adresi, telefonu ve başvuru tarihi kaydedilmelidir.

Bazı hastalıklar genellikle bazı yaşlarda ortaya çıkar. Fakat bu bir kural değildir. Konjenital hastalıklar, genellikle çocuklarda ve genç erişkinlerde daha sık görülür. Ateroskleroza bağlı hastalıklar ve malign hastalıklar daha çok orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkarlar.

İkamet edilen şehir ve bölgede bazı hastalıklar daha sık görülebilir. Bazı enfeksiyon hastalıkları, örneğin sıtma, güney ille-rimizde daha sık görülür. Yakın zamanda tropikal bölgelere seyahat etmiş bir hastada her zaman görülmeyen viral, bakteriyel veya paraziter bir hastalığın ortaya çıkması mümkündür.

Hastanın mesleğine bağlı olarak bazı hastalıklar daha sık görülür. Örneğin, kurşun sanayisinde çalışanlarda kurşun zehirlenmesi, bazı kimyasal maddelerle ilişkili işlerde çalışanlarda zehirlenmeler daha sık görülür.

**2. Şikayeti:** Hastayı hekime getiren mevcut şikayetler öğrenilir ve tek tek kaydedilir. Bu şikayetler net, açık, kısa, anlaşılır, bölgesel şiveleri içermeyen, tıp terimleri kullanılmadan, Türkçe ifadeler kullanılarak, hastanın ifadesi yazılmalıdır. Örneğin; baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, çarpıntı, halsizlik ve nefes darlığı gibi anlaşılır ve net olmalıdır.

**3. Hastalığın Hikayesi:** Hastanın hastalığı ile ilgili mevcut şikayetlerinin hikayesi, başından sonuna kadar araştırılır. Ancak bu her zaman kolay değildir. Bazı hastalar herhangi bir yoruma kaçmadan şikayetlerini ve bunların özelliklerini anlatabilirler. Bazıları eksik bırakır ya da tam ifade edemezler, şikayetlerinin başlangıcını ve sırasını karıştırabilirler, bazıları ise aşırıya kaçarak gereksiz detaylara girerek hekime yardımcı olduklarını zannederler, bazen de öz ve soy geçmişlerinden başlayabilirler.

Bu gibi durumlarda, hekimin doğru bir şekilde hikayeyi alabilmesi için; şu 4 soruyu sırayla sorması ve sabırla, hastanın detaylı bir şekilde cevaplandırmasını sağlaması gerekmektedir. Eğer bu sorular sırayla sorulmaz ve ayrıntılı cevapları alınmaz ise hastanın hikayesi ya eksik, ya yanlış ya da karışık bir şekilde alınmış olur.

Sorulması gereken sorular şunlardır:

**a. Hastanın anılan şikayetleri ilk defa ne zaman başlamıştır?**

Hastanın kaç adet şikayeti olursa olsun, tek tek bütün şikayetlerin ilk defa ne zaman başladığı sorulmalı ve kaydedilmelidir. Örneğin karın ağrısı, bulantı, baş dönmesi ve gaitanın siyah gelmesi şikayetleri olan bir hastada, karın ağrısının 15 gün, bulantı ve baş dönmesinin 4 gün, gaitanın siyah gelmesi şikayetinin 2 gün önce başladığını öğrendiğimizde, bu şikayetler tek tek sırayla yazılmalıdır. Böylece bu soru ve cevaplarla, hastalığın akut, kronik bir hastalığın akut hecmeleri veya kronik bir hastalık olduğunu anlamış oluruz. Eğer şikayetler kısa bir zaman önce başladı ise (1 ay içinde) akut başlayan bir hastalık olduğunu, eğer aynı şikayetler, belli belirsiz zaman aralıkları ile tekrarlıyorsa, kronik bir hastalığın akut hecmeleri olduğunu, eğer uzun zamandır devam ediyorsa kronik bir hastalık olduğunu düşünürüz.

**b. Hastanın bu şikayetleri nasıl olmaktadır?**

Şikayetler tek tek ele alınarak, bunların nasıl olduğu, karakteri (yakıcı, delici, gezici, ritmik, saplayıcı), şiddeti (künt, şiddetli, kolik), yeri ve derinliği (yüzeysel veya derin), genişliği, yayılması, süresi (saniye, dakika, saat, gün), sıklığı (ritmik, periyodik), vücut fonksiyonları ile ilgisi, artıran etkenler (sıcak, soğuk, alkol, efor, istirahat, soluk almak ya da vermekle, açlık, tokluk, üzüntü, yiyecek çeşitleri), gideren ya da azaltan etkenler (yemek, kusmak, süt ya da antiasit almak), uyku ve kullandığı herhangi bir ilaçla ilişkisi sorulmalıdır. Her sempo-

toma yol açabilecek sebepler ve hastalıklar düşünülerek hastaya ona göre sorular sorulmalı ve değerlendirilmelidir.

**c. Hasta bu şikayetleri ile ilgili olarak ne yapmıştır?**

Hasta bu şikayetleri ile ilgili olarak şu ana kadar ne yapmıştır?, Hangi hastanenin hangi uzmanına gitmiştir?, Hangi tetkikler yapılmış ve hangi tanı konmuştur? (Bu bilgiler hastanın kendisinden, hastanın elindeki tetkiklerden ve epikrizden edinilebilir), Hangi ilaçlar, hangi dozda, ne kadar süre ile verilmiştir?, Bu tedaviden fayda görmüş mü görmemiş midir?. Bu sorular tek tek cevaplandırılarak kaydedilmelidir.

**d. Hasta ne için yatırılmıştır?**

Hasta ileri tetkik ve tedavi için ya da tedavinin kontrolü için yatırılabilir.

**4. Öz Geçmişi:** Hastanın evvelce geçirdiği ameliyatlar ve hastalıklar sorulur. Önce çocukluk hastalıklarını geçirip geçirmediği araştırılır. Çocukluk hastalıkları; Kızamık, kızamıkçık, boğmaca, kabakulak, devamlı bağışıklık bırakan hastalıklardır. Bu hastalıklara, çocuklukta geçirilmediği takdirde, ileriki yaşlarda yakalanma klinik tablonun değişik ve daha ağır olmasına yol açabilir. Ayrıca bu hastalıklar bazen sekel (Hastalığa bağlı kalıcı organik bozukluk) bırakırlar (İşitme bozuklukları, bronşit vs.). hastanın şikayetleri bu sekellerle ilgili olabilir. Bunlardan sonra kronik hastalıklardan tüberküloz, romatizmal ateş, tifo, hepatit, nefrit vs. geçirip geçirmediği sorulur. Bunlar kronik veya kronikleşen hastalıklar olup, sekeller de bırakabilirler.

**5. Soy Geçmişi:** Anne-baba, büyükanne-büyükbaba, teyzedayı, hala-amca gibi yakın soyunda ne gibi hastalıklar bulunduğu, vefat etmişlerse nedeni, sorulur. Burada amaç soyunda kalıtsal bir hastalık (Diabetes Mellitus, Hemoglobinopatiler vs.) veya bulaşıcı bir hastalık (tüberküloz, enfeksiyonlar vs.) olup olmadığını öğrenmektir.

**6. Sosyal Durumu:** Hasta evli mi, bekar mı, eşi ve çocuklarının sağlık durumları sorulur. Aile bireylerinin herhangi birisinde hastaninkine benzer bir tablo var mı, gereğinde hastanın sosyo-ekonomik-psişik durumunu saptamaya çalışır.

**7. Alışkanlıkları:** Sigara kullanıyor mu (pipo, sigar, nargile), kaç yıldır ve günde kaç tane alıyor, alkol kullanıyorsa, kaç yıldır ve ne miktarda sorulur. Diğer kötü alışkanlıkları (esrar, morfin vs.) olup olmadığı araştırılır.

**8. Kullandığı İlaçlar, İlaç Alerjisi:** Sürekli ilaç kullanıp kullanmadığı, hangi ilaçları ne süredir kullandığı, ilaç alerjisi olup olmadığı (penicilin vs.) sorulur.

**9. Beden Fonksiyonları ve Beş Duyu:** Hastanın uykusunun düzenli olup olmadığı öğrenilir. Uyku düzensizliği varsa, uykuya başlamada gecikme veya arada uyanma mı oluyor? Uyku sırasında uyanma oluyorsa bir nedeni var mı? (Nefes darlığı,). Defekasyon (dışkılama), miksiyon (idrar etme) fonksiyonları sorulur. Defekasyonda, konstipasyon (kabızlık, peklik), diyare (amel, ishal) araştırılır. Kaç günde bir veya günde kaç defa defekasyon yaptığı, kıvamı, rengi, kan var mı (Gaitaya bulaşık mı, gaitayla karışık mı, doğrudan kan gelmesi şeklinde mi?), kokusu, ağırlı mı, tenezm (defekasyondan sonra da defekasyon gereksinimi duyma) olup olmadığı sorulur. Miksiyon günde kaç defa ve ne kadar idrar yaptığı sorulur. Normalde günde 3-5 defa ve toplam 1000-1500 cc idrar çıkarılır. Eğer hem idrar miktarı hem de miksiyon sayısı artmışsa poliüri, miksiyon sayısı artmış ama her defasında az miktar idrar yapılıyorsa pollaküri, miksiyonda yanma, ağrı varsa dizüri denir. Normalde yatarken su ve sulu yiyecekler, alkol alınmadı ise gece miksiyona kalkılmaz. Eğer hasta gece birkaç defa idrar etmeye kalkıyorsa Niktüri'den (Noktürya) bahsedilir. Erkeklerde ileri yaşlarda prostat hipertrofinin oluşmasına bağlı görülebilir. Çocukların gece yatağını ıslatmasına ise Enürezis Noktürna denir.

Hanımlarda menstrüasyon (aybaşı kanaması, adet görme, regl, mens) durumu sorulur. Menstrüasyonun kaç yaşında başladığı, kaç günde bir olduğu, kaç gün sürdüğü, kanama miktarı (kaç pet değiştirdiği) sorulur. Erkeklerde libido, ereksiyon, ejakülasyon bozukluğu olup olmadığı sorulmalıdır. Seksle ilgili sorularda mümkünse hasta ile hekim yalnız olmalıdır, hasta sıklılabılır, utanabilir, doğru cevap vermeyebilir.

Beş duyuya ait bozukluk olup olmadığı araştırılır; görme, işitme, koku, tat alma, duyu bozuklukları gibi. Hastanın ateşi olup olmadığı, ateşi oluyorsa derece ile saptanıp saptanmadığı araştırılmalıdır. Ateşi var gibi hissedip derece konunca yüksek bulunmuyorsa (Ateş basması) bu ayrıca değerlendirilmelidir (Menopoz vs). Ateşi varsa tipi saptanmaya çalışılır.

Hastanın durumundan veya verdiği cevaplardan, gerekirse ekstra sorular sorularak, ruhsal durumu ve mental fonksiyonları değerlendirilir.

**10. Sistemlerin Sorgusu:** Fizik muayeneye geçmeden ön-

ce, dinleme ve soruşturma bittiği zaman, hekim sistemlerle ilgili şikayetler hakkında detaylı sorular sormalı, böylece hastanın söyleyemediği veya unuttuğu şikayetleri saptamalıdır. Bunlar kısaca şöyle özetlenebilir;

Genel durumla ilgili sorular:

**Vücut ağırlığı:** Sabit mi, artmış mı, azalmış mı, ne kadar değişmiştir?

**Cilt, saç, tırnaklar:** Cildde; kaşıntı, pigmentasyon, döküntü, kuruma, yağlanma, dökülme, tırnaklarda; şekil bozukluğu, kırılma, çukurlaşma, renk değişikliği vb. değişiklikler var mı?

**Ateş, halsizlik, çabuk yorulma:** Varsa özellikleri sorulur.

**Solunum sistemi ile ilgili sorular:** Öksürük; kuru mu, balgam çıkarıyor mu, balgam; miktarı, gece mi, gündüz mü fazla, rengi kokusu nasıl, kanlı mı?, solunum; nefes darlığı var mı?, dispne istirahatte mi, eforla mı oluyor?

**Kardiovasküler sistemle ilgili sorular:** Dispne; nefes darlığı ne zaman gelmekte?, gece (paraksismal noktürnal dispne) mi, eforla mı, istirahatte mi, oturunca geçiyor mu, yatar vaziyette iken nefes darlığı (dekubitus dispnesi) var mı?, oturur vaziyette dispne (ortopne) oluyor mu?, hemoptizi, ödem, ayaklarda kızarıklık morluk var mı?, göğüs ağrısı veya sıkıntı; göğüs ağrısının yeri, karakteri, yayılımı, karakteri, artıran, azaltan faktörler, eforla mı, istirahatte mi oluyor?, bacaklarda kramp tarzı ağrı varmı, ayaklarda solukluk, soğukluk, üşüme ve yara varmı?, çarpıntı var mı, ritmik mi, aritmik mi, efor çarpıntıyla artırıyormu yoksa kayboluyor mu?

**Gastrointestinal sistemle ilgili sorular:** İştah, bulantı, kusma var mı, kusmakta kan içeriyor mu, miktarı, bir gün önce yenmiş olan gıdaların kalıntısı var mı, ağrı var mı, yeri, şiddeti, yayılımı, süresi, yemekle, antiasitle, açlık ve toklukla ilişkisi, yutma güçlüğü (disfaji) var mı, katı ve sıvı gıdalarla ilişkisi, yutma ağırlı mı, yanma var mı, ishal, kabızlık var mı, gaita sulu mu, köpüklü mü, kanlı mı, sümüksü mü, GİS'de safra kesesi ve karaciğerle ilgili olarak sarılık, sağ üst kadranda ağrısı, idrar ve dışkı rengi, kaşıntı var mı? sorulur.

**Üriner sistemle ilgili sorular:** Yüzde, göz kapaklarında ve ayaklarda ödem oluyor mu, ağrı, idrar bozuklukları, hipertansiyon veya nefrotoksik bir ilaç kullanıp kullanmadığı, idrar miktarı, rengi, sayısı sorulur.

**Lökomotor sistemle ilgili sorular:** Lokomotor sistemi si-



nir, kas, kemik, eklem ve yumuşak dokular oluşturur. Bunlarla ilgili olarak kemik ağrısı, şiddeti, gece gündüz farkı, eklemde şişlik, kızarıklık, hareket kısıtlılığı varmı vb.?

**Sinir sistemi ile ilgili sorular:** Bayılma, şuur kaybı, süresi, konvulziyon var mı lokal mi, genel mi, dilini ısırma var mı, idrar ve gaita bırakıyor mu, baş ağrısı, baş dönmesi, beş duyu fonksiyonları iyice soruşturulur.

Hasta klinikten ayrılırken kendisine mutlaka hastalığı ile ilgili anamnez, muayene ve laboratuvar bulgularını, teşhis ve yapılan tedaviyi (tıbbi ve cerrahi), yapılacak tedavi ve tavsiyeleri kapsayan yazılı bir belge (epikriz) verilmelidir.

## II. FİZİK MUAYENE

Karnın başarılı bir fizik muayenesi, güzel alınmış anamnez ile birlikte, hekime değerli bilgiler verebilir. Diğer sistemlerde olduğu gibi karnın fizik muayenesinde de 4 temel fizik muayene (inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon) yöntemi uygulanır. Karın muayenesinde bu temel yöntemlerden palpasyon ve perküsyon büyük bir önem taşır.

İyi bir karın muayenesi için hasta sırt üstü yatmalı, baş altına bir yastık konmalı, doktor hastanın sağında bulunmalı ve ışıklandırma normal olmalıdır. Hastanın bacakları ya hafif fleksiyon durumunda, ya da uzatılmış durumda karın bölgesi tamamen çıplak olmalıdır. Ayrıca karın fizik muayenesinin tam olarak yapılması açısından sol supraklaviküler çukurun ve anorektal bölgenin de muayenesi gerekir.

Karın muayenesinde GİS semptomların ve fizik bulguların yerlerinin saptanması için karnın belirli topografik bölgelere bölünmesi büyük kolaylık sağlar. Bu amaçla;

**1. Kadran sistemi:** Göbekten geçen dikey ve yatay iki çizgi karnı dört kadrana ayırır.

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| 1. Sağ üst kadran | 2. Sol üst kadran |
| 3. Sağ alt kadran | 4. Sol alt kadran |

**2. Klasik sistem:** Kostalar yayının en altından ve spina iliaca superior'lardan geçen iki yatay ve klavikuların ortasından indirilen iki dikey çizgi ile karın dokuz bölgeye ayrılır.

|                     |                 |                     |
|---------------------|-----------------|---------------------|
| 4. Sağ hipokondrium | 1. Epigastrium  | 5. Sol hipokondrium |
| 6. Sağ lomber       | 2. UMBİLİKAL    | 7. Sol lomber       |
| 8. Sağ inguinal     | 3. Hipogastrium | 9. Sol inguinal     |

Karın organları önde ve arkada olmak üzere iki planda yer almıştır. Ön planda mide, dalak, karaciğer, ince ve kalın bağırsaklar ve mesane, arka planda böbrekler, böbrek üstü bezleri, üreterler, overler ve uterus bulunur.

### A. İnspeksiyon

Normalde sindirim sistemi muayenesi ağızdan başlar. Ağız muayenesi ile dudaklar, dişler, dişetleri, dil, damak, tükürük bezleri ve orofarinks incelenir.

Normal bir insanın karnı göbek çevresinde hafif kabarıktır. Göbekten yanlara doğru hafif bir meyli vardır. Karın, şişman kişilerde genellikle bombe ve kabarık, zayıf şahıslarda ise gevşek ve çökük görünümde olabilir. Göbek çukuru karnın tam ortasında bulunur, yani göbek-ksifoid mesafesi göbepubis mesafesine eşittir. Hastanın karnı dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir.

İnspeksiyonla şu değişiklikler araştırılmalıdır;

**1. Karın Derisindeki Değişiklikler:** Karın derisinde, sistemik hastalıklarla veya sindirim sistemi hastalıkları ile ilgili bulgular gözlenebilir.

Başlıca dikkati çeken değişiklikler şunlardır:

**a. Karın duvarında peteşiler, ekimozlar ve çeşitli döküntüler görülebilir;** Çeşitli kan hastalıklarında diğer bölgelerde olduğu gibi karın duvarında da peteşi veya ekimoz tarzında kanamalar olabilir. Meningokoksesemi ve tifoda karın duvarında küçük kırmızı lekelerin varlığı dikkati çekebilir.

Göbekte ekimoz olabilir ve göbek mavi bir renk alabilir. Buna mavi göbek adı verilebilir. Periton içi kanamalar (hemoperitoneum) sonucu meydana gelebilir. Akut pankreatit nedeni ile oluşmuşsa "Cullen" bulgusu denir. Yine aynı nedenle karın ve yanlarda da ekimozlar görülebilir buna ise "Grey-Turner" bulgusu denir. Zona hastalığında sinir segmenti ile ilgili olarak karnın belirli kısımlarında çok sayıda veziküller görülebilir. Tek taraflı oluşu ve ağrının varlığı tanı için ipucu olabilir.

**b. Sistemik bir bulgunun bir parçası olarak karın derisinde genel renk değişikliği görülebilir;** Örneğin, yaygın esmer pigmentasyon, Addison, hemokromatozis ve primer biliyer sirozda, lokal renksiz alanlar (vitiligo)'da ve konjenital pigmentasyon bozukluklarında dikkati çekebilir. Siyanoz, anemi (solukluk), hepatobiliyer hastalığının önemli

bir bulgusu olan ikter karın cildinde de görülebilir. İkterle birlikte kaşıntı izlerine de rastlanabilir.

**c. Karın derisine sıcak uygulamalar sonucu oluşan dalgalı morluklar gözlenebilir;** Bunlara “Cutis marmorata” adı verilir.

**d. Diastasis rekti;** İki rektus kası normal birleşme yerlerinden ayrılabilir, yani linea alba’da yarık olabilir. Yatar pozisyonunda karın gevşek olduğu için dikkati çekmez, hastanın başı biraz yükseltildiğinde iki ayrı hat oluşabilir. Çok doğurmuş kadınlarda kas tonusu azalması sonucu görülebilir. Ayrıca diffüz karın şişliği yapan nedenler de diastasis rekti’ye sebep olabilir.

**e. Stria’lar ve nedbeler;** Yanıklara bağlı derin intizamsız nedbeler kolay tanınır. Tüm skarlar başlangıçta kırmızıdır, daha sonra pembe olur ve ortalama 6 ayda renk söner ve solgun hale gelir. Yine nedbeler cerrahi girişimler veya travmalar sonucu görülebilir. Strialar, karında çok görülen, 1-6 cm uzunluğunda epidermis altında uzanan, yeni olduklarında pembe veya kırmızı, eskiler ise gümüş renkte olan nedbelerdir. Ayrıca omuzlarda, memelerde ve kalçalarda da görülebilir. Gebelik, şişmanlık, asit, tümörler ve deri altı ödemlerinden ileri gelen karnın diffüz şişliği strialara neden olur. Cushing sendromunda erguvani renkte strialar dikkati çeker.

**f. Deride irili-ufaklı nodüller görülebilir;** (Recklinghausen hastalığı ve lipomatosi). Nadiren karın duvarında tümör metastazlarına da rastlanabilir. Daha çok göbekte görülür. Göbekte özellikle mide karsinomalarında (Lig. Rotundum veya V. Umbilikalisler yoluyla) sert, ağırlı bir kitle (Sister Joseph Nodülü), dikkati çekebilir.

**2. Karın Normal Solunuma Katılıyor mu? Katılmıyor mu?:** Bu araştırılmalıdır: Akut periton irritasyonlarında hastaya derin soluk alıp vermesi söylene dahi karnın solunuma iştirak etmediği veya çok az iştirak ettiği izlenebilir. Erkeklerde karın solunumu daha çok belirgindir. Kadınlarda daha çok torakal solunum hakimdir.

**3. Diffüz Bir Karın Şişliğinin Olup, Olmadığı Gözlenmelidir:** Karnın normal bombeliği kaybolup, yan eğimleri (akıntıların) silinebilir. Diffüz karnın şişliğinin başlıca nedenleri asit (periton boşluğunda sıvı toplanması), pnömoperitoneum (periton boşluğunda hava birikimi), pnömoperitoneumda ağrı yoktur, barsak aktiviteleri normaldir, over kisti, obezite (şişmanlık) ve gebeliktir. Asit fazla olunca karın ade-

ta kubbe gibi bombeleşir göbek fıtığı husule gelir, göbek-ksifoid mesafesi uzar ve göbek aşağıya doğru kayar (kurbağa karnı). Gastrointestinal distansiyona bağlı meteorizm ileus tablosunda (paralitik veya mekanik) dikkati çeker. Bazen önemli bir sebep olmaksızın iritabl barsak sendromu olan hastalarda da meteorizm görülebilir.

**4. Lokal Bir Karın Şişliği Var mı?:** Lokal karın şişlikleri karında mevcut organların büyümelerinde veya her hangi bir bölgede tümoral oluşumlar sonucu dikkati çeker. Örneğin karaciğer, böbrek ve dalak büyümeleri o bölgede gözle görülebilen lokal şişliklere neden olabilir. Kaşektik bir hastada epigastriumda büyümüş bir kütle mide karsinomasını akla getirebilir. Sağ hipokondriumda armut şeklinde ve solunumla hareketli bir kitle safra kesesini düşündürmelidir. Mesanenin idrarla çok gerildiği durumlarda da hipogastrik bölgede pubis üzerinde lokal bir şişlik dikkati çekebilir.

**5. Venöz Kollateraller:** Karın duvarında genişlemiş ve kabarmış venalara bu ad verilir. Normalde karın duvarında venöz kollaterallere rastlanmaz. Karnın 2/3 alt bölümünün venaları aşağıya, 1/3 üst bölümünün venaları da yukarı doğru akar. Karın cildi çok ince olanlarda veya karın gerildiğinde ciltte görülen mavi çizgileri kollateral dolaşım olarak değerlendirmemek gerekir. Karın içinden geçen iki önemli ve ayrı vena sistemi vardır. Bunlar VCI ve V. Porta sistemleridir

Karın derisinde venöz kollateral dolaşıma en sık portal hipertansiyonda rastlanır. V. Porta kaynaklı kollateral venöz dolaşımında, çoğu kez karaciğer (KC) sirozu nedeniyle KC içinden yeterince yol bulamayan kan, V. Paraumbilikalisler ve bazen de üst bölümü kısmen açık kalabilen, V. Umbilikalis yoluyla karın ön duvarına akar. Burada kan karında hem aşağıya hemde yukarıya doğru akabilir. Bu nedenle kollaterallerde kan dolaşımının yönünün tayini çok önemlidir. Bunun için vena üzerine parmakla basılır, kanın boşalması beklenir veya diğer elle sıvazlayarak vena boşaltılır, sonra parmak kaldırılarak akış yönü gözlenir.

Portal hipertansiyona bağlı oluşan venöz kollateral dolaşımın başlıca iki özelliği vardır;

a. Genellikle göbek çevresinde oluşurlar.

b. Akım yönleri göbekten geçen yatay çizginin üst kısmında yukarıya, alt kısmında ise aşağıya doğrudur. Yani akım iki yönlüdür.

Çok nadiren göbekten ışınsal tarzda yayılan ve oldukça kalın olan venöz kollateraller de gözlenir. Bunlara “Caput Medusae” adı verilir. Bu, umbilikal venin açık olduğunu ve portal hipertansiyonun intrahepatik nedenlerle oluştuğunu gösterir. Ayrıca, göbek çevresinde venöz bir üfürüm (sistol-diastolik üfürüm) duyulabilir ve venöz bir trıl palpe edilebilir. Ayrıca atrofik KC sirozu görülür.

Portal hipertansiyon dışında kaval ven obstrüksiyonlarında görülen venöz kollaterallerde, VCI’un abdomende tıkanması sonucu alt tarafın bütün kanı, karın çeperindeki venalardan kalbe dönmek zorunda kalır. Burada kollateral venler, karının yanlarında, kalçalarda, belde ve sırtta görülebilir.

Akım yönü tek taraflıdır. VCI tıkanmalarında akım yönü yukarıya, VCS tıkanmalarında ise akım yönü aşağıya doğrudur.

**6. Arteriyel Pulsasyonlar ve Peristaltizmlerin Görülmesi:** Karın duvarı ince olduğu zaman, özellikle zayıf şahıslarda mide ve ince barsakların normal kontraksiyonları deri altında yavaş ondülasyonlar halinde görülebilir. Karın düzeyinden ve yandan dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Barsak tıkanmalarında tıkanmanın proksimalindeki ince ve kalın barsaklarda genişleme ve kasılma sonucu ağrılı barsak peristaltizmi görülebilir. Benzer duruma pilor stenozunda da rastlanabilir. Burada yukarıdan aşağıya ve sağdan sola doğru ilerleyen peristaltik dalgalar görülebilir. Konjenital pilor stenozunda bu bulgu daha dikkat çekicidir.

Normalde abdominal aorta epigastriumda hafif bir pulsasyon oluşturur. Aort anevrizmasında ve aorta yapışmış tümörlerde bu pulsasyon belirginleşir. Kütleyle yakın bir üfürüm anevrizmayı düşündürür. Ayrıca, triküspid kapağı yetersizliğinde sağ hipokondrium bölgesinde hepatomegali ile birlikte sistolik bir pulsasyon görülebilir.

**7. Karın Duvarındaki Kabarıklıklar (Fitiklar-Herniler):** Genellikle ayakta veya öksürürken, nadiren yatarken görülebilirler. En sık rastlanan herniler, göbek hernileri, inguinal-skrotal herniler ve femoral hernilerdir. Hernilere basmakla içinde sıvı-hava sesi alınabilir. Boğulmuş herniler çok ağrılıdır. Mor, şiş ve ödemli kütleler halinde görülürler.

## B. Palpasyon

Karın fizik muayenesinin en önemli kısmını oluşturur. Hasta yine sırt üstü pozisyonda, sakin ve iyi aydınlatılmış bir odada yatmalıdır. Sadece hernilerin muayenesi için hastanın ayakta durması daha uygun bir pozisyonudur. Palpasyon esna-

sında hastanın düzenli aralıklarla ağızdan soluk alıp vermesi söylenir. El ayası ön kola paralel olarak el bileğinden bükülmeden karna tatbik edilir. Palpasyon yapılırken elin soğuk olmasına dikkat edilmelidir. Aniden ve soğuk elle yapılan palpasyon karın kaslarında kasılmalara ve palpasyonun güçleşmesine neden olabilir. Önce yüzeysel sonra derin palpasyon yapılır.

Yüzeysel palpasyona inguinal bölgeden başlayarak, yavaş yavaş, karnı okşar gibi kosta yayına doğru yükselmek iyi bir kuraldır. Böylece yumuşak oluşumların (karaciğer, dalak) kenarlarını belirlemek mümkün olur. Yüzeysel palpasyonda en fazla 1 cm bastırılmalıdır. Yüzeysel palpasyonda elde edilen bulgular, daha sonra derin palpasyonla ayrıntılı olarak incelenmelidir.

Yüzeysel palpasyonla elde edilen bulgular şunlardır;

**1. Karın Duvarının Durumu:** Deride aşırı kalınlık duygusu ödeme işaret eder, basmakla karın derisinde parmak izleri (gode) meydana gelir. Karın derisinde palpasyonla saptanan bir bulgunun karın duvarında mı, yoksa karın içindeki oluşumlardan mı kaynaklandığını ortaya çıkarmak için Cornett manevrasından yararlanılır. Bu manevrada yatan hastaya oturması söylenir; bu sırada kasılan kaslar karın içinden kaynaklanan bulguları örter, fakat karın duvarındakiler kaybolmaz.

**2. Karında Aşırı Duyarlılık (Hiperestezi):** Karın derisine el, parmak veya iğne gibi bir cisimle sürtüldüğünde, aşırı bir duyarlılığın olması, duvarda veya karın içinde bir hastalığa işaret eder. İltihaplanmış karın organlarından kalkan visero-kütane bir refleksle, mide hastalıklarında epigastrium ve sol hipokondriumda, safra kesesinde sağ hipokondriumda vb. hissedilir.

**3. Krepitasyon:** Karın derisinin altında hava habbelerinin toplanmasına bağlı olarak, kar üstüne basan bir ayağın duyduğu sese benzer bir duygudur. Bu habbeler basmakla ezilir ve sıvazlanmakla yer değiştirir. Krepitasyon, pnömoperitoneumda, mezenter hava kistlerinde ve en önemlisi karın organlarının gazlı gangreninde görülür.

**4. Karında Bölgesel Veya Genel Kas Kasılmasına Bağlı Sertlik (Rijidite; Müsküler Defans):** Yüzeysel palpasyonda karında bir sertlik duyulması o topografik bölgede yer alan organlardan birinde önemli bir iltihabın var olduğunu gösterir. Peritoneo-kütane (Morley) bir reflekten ileri gelir.

Örneğin akut apandisitiste sağ inguinal bölgede, akut kolesistitte sağ hipokondriumda görülen sertlik gibi. Organ perforasyonlarında, perforasyon bölgesinde lokal, fakat oldukça yaygın ve şiddetli bir sertlik görülür. Genel peritonitiste karında yaygın sertlik saptanır. Genel karın sertliği çok ciddi bir prognoza işaret eder.

Derin palpasyonda daima tek el kullanılır. Nadiren bir kitleyi incelemek için, iki el arasına alarak büyüklüğü, sertliği, yapışık veya ağrılı olup olmadığı araştırılır. Derin palpasyonda el ve parmaklar mümkün olduğu kadar derine batırılır. Karın duvarı sertse veya çok derindeki oluşumlar için, iki elle üstten takviyeli palpasyon yapılır.

Derin palpasyonda iki amaç vardır:

**1. Karındaki bazı organlarda ağrı olup olmadığı araştırılır;** Eger ağrılı nokta varsa, bunun karın topografisine göre hangi organla ilgili olduğu saptanmaya çalışılır.

**2. Karında olağan olmayan bir kütlenin varlığı araştırılır.** Bu kütle normal bir organın büyümesinden (dalak, karaciğer, böbrek, uterus) veya yeni bir oluşumdan (iyi ve kötü huylu tümörler, anevrizmalar, kistler) ileri gelebilir.

*Derin palpasyonla bir kitle tespit edilirse aşağıdaki fizik nitelikler araştırılır;*

- Kitlenin lokalizasyonu
- Boyutları (cm olarak)
- Şekli, kıvamı
- Yüzeyi, ağrılı olup olmadığı
- Hareketli olup olmadığı
- Pulsatil olup olmadığı (arter anevrizması)
- Solunumla hareket edip etmediği tespit edilerek kitle hakkında bilgi edinilir.

Derin karın palpasyonu ile elde edilen bulgular şunlardır:

**1. Karında bir hassasiyet var mı ve bu hassasiyet defans (rijidite) ile beraber mi?** Karında direkt bir hassasiyet ve kas defansının gösterilmesi son derece önemlidir. Hassasiyet karın duvarının lokal iltihabına bağlı olabilir (periton veya organa bağlı). Solid bir organ, kapsülü gerildiğinde hassas olabilir (karaciğer ve dalak gibi). Duyarlılık ve kas rijiditesi yaygın ise akut peritoniti düşündürmelidir. Sıklıkla perforasyonlarda karşılaşılır. Tahta sertliğinde bir karın genel ola-

rak perforasyonlar (appendiks, ülser) için tipiktir. Akut apandisitte ağrı önce göbek çevresinde duyulur, daha sonra ise sağ alt kadrana lokalize olur. Ağrı ile birlikte bu bölgede hassasiyet ve kas rijiditesi dikkati çeker. Üreter kolığında kas rijiditesi yoktur.

Karın içinde peritona yayılmış bir iltihap varsa, bu bölgeden uzaktaki bir bölgeye, genellikle orta çizginin karşı tarafındaki bir bölgeye parmak uçları ile baskı yapıldıktan sonra el aniden kaldırılırsa hasta organ bölgesinde şiddetli bir ağrı duyar. Buna geri tepme duyarlılığı adı verilir (Rebound tenderness, Blumberg belirtisi).

**2. Karında ağrılı noktaların araştırılması:** Derin palpasyonla karında belirli noktalarda ağrı oluşturularak, organ hastalıkları hakkında fikir edinilebilir.

**a. Epigastriumdaki ağrılı noktalar:** Ksifoidi göbekte birleştiren hat üç eşit parçaya bölündüğünde 1/3 üst ve orta parçasını birleştiren noktanın hemen solu mide noktası, hemen sağ ise duodenum noktası olarak bilinir. Mide ve duodenum hastalıklarında buralarda ağrı ve duyarlılık olabilir. Bu hattın orta ve alt 1/3'nü birleştiren nokta soler nokta olarak anılır. Plexus solaris nevrалjilerinde ağrılıdır. Aynı hatta göbeğin hemen üzerindeki nokta ise pankreas noktası olarak bilinir. Pankreas karsinomalarında ve pankreatitlerde bu nokta ağrılıdır.

**b. Sağ hipokondriumdaki ağrılı nokta ve bölgeler:** Sağ hipokondriumda rektus kasının dış kenarının kosta yayını kestiği nokta Murphy noktası (safra kesesi noktası)'dır. Tam safra kesesi lojuna uyar. Bu noktaya uyacak şekilde el karın cidarına konur ve hastaya derin soluk alıp vermesi söylenir. Derin nefes alırken el kosta yayına doğru hafif itilir. Bu esnada hasta ağrı duyabilir ve bu noktada duyarlılık olabilir. Buna Murphy manevrası adı verilir.

**c. Appendiks noktaları:** Appendiks normal anatomik yerinde ise göbekte ön-üst spina iliakayı birleştiren noktanın dış 1/3 ve orta 1/3'nü birleştiren nokta klasik Mc. Burney noktası, iç 1/3 ve orta 1/3 hattı birleştiren nokta Morris noktası ve iki ön-üst spina ilikayı birleştiren hattın 1/3 sağ noktası (midklavikular hattın ön üst spina iliakaların birleşim noktası) Lanz noktası olarak bilinir. Akut apandisitlerde appendiksin lokalizasyonuna göre belirtilen noktalarda ağrı ve duyarlılık olabilir. Ayrıca bu bölgede deride aşırı bir hiperestezi varlığı da teşhise yardım eder.



**d. Üreter noktaları:** Sadece üst ve orta üreter noktaları araştırılabilir. Alt üreter noktaları mesaneye giriş noktaları olduğu için palpe edilemezler. Üst üreter noktası göbekten geçen yatay hattın, orta üreter noktaları ise spina iliakaları birleştiren hattın rektus kaslarının dış kenarlarını kestikleri noktalarıdır. Bu noktalarda ağrı ve duyarlılık olup olmadığı araştırılmalıdır.

**e. Böbrek noktaları:** Böbrek taşı ve iltihaplarında arkada kosto-lomber açıya basmakla veya elin ulnar kenarı ile vurmakla ağrı görülebilir.

**3. Karın organlarının palpasyonu:** Başlıca karaciğer, dalak ve böbreklerin palpabl olup olmadığı araştırılmalıdır. Karaciğer, dalak ve böbrek palpasyon ve perküsyonları aşağıda ayrı ayrı ele alınacaktır.

**a. Mide palpasyonu:** Mide boşken ele gelmez. Dolu mide çalkalanınca, su-hava çarpışmasından çalkantı sesi (klopota) meydana gelir. Mide tonüsü normalse bu bulgu normal midelerde alınmaz, fakat mide gevşek (hipotonik) ve genişlemiş ise, belirgin çalkantı sesi verir. Bu bulgu aç karnına pozitif olduğunda önem kazanır. Açlıkta, öncelikle sabah aç karnına, midede pek az mide sıvısı bulunur ve çalkantı alınmaz. Mide boşalmasında güçlük varsa, hem midede sabah aç karnına fazla miktarda sıvı birikir, hem de mide zamanla genişlediği için belirgin çalkantı bulunur.

**b. İnce ve kalın barsak palpasyonu:** İnce barsaklar göbek çevresinde geniş bir alanda, kalın barsaklar da onun çevresinde bir çerçeve gibi yer almıştır. İnce ve kalın barsaklarda, pasaja engel olan bir lezyon varsa onun proksimalinde dilatasyon gelişeceğinden, o bölgede palpasyonla gurlama (garguyma) şeklinde bir çalkantı sesi duyulur.

**c. Safra kesesi palpasyonu:** Normal safra kesesi palpe edilmez ve ağrısızdır. Taşla dolu olduğu zaman ve kanserlerde kese sert olarak ele gelir. Kolesistit ve serozaya yayılmış safra kesesi kanserinde kese hassastır ve Murphy manevrası pozitifdir. Akut duktus sistikus tıkanmasında kolikle birlikte (taş) kese ağrılı olarak şişer (safra kesesi hidropsu). Pankreas başı kanserinde ise, kese yavaş yavaş ve ağrısız olarak, bazen gözle görülecek kadar büyür, şişer ve ele gelir. Vater ampullası ve koledok kanalının kanserle tıkanmasına bağlı olan bu belirti daima sarılıkla birlikte dir. Buna Courvoisier –Terrier belirtisi denir.

**4. Femoral arterlerin palpasyonu:** Karnın derin palpasyonunda femoral arterlerin palpasyonu da unutulmamalıdır.

Femoral nabız yokluğu veya azlığı aort koarktasyonu, aortanın terminal trombozu veya aorta anevrizması tanısına yol açan rutin muayenede ilk rastlanan bulgu olabilir. Karnın fizik muayenesinde bu önemli bulgunun araştırılmaması yukarıda belirtilen hastalıkların gözden kaçmasına neden olabilir. İki taraf arasındaki pulsasyon farkına da dikkat edilmelidir.

### C. Perküsyon

Normal bir şahısta karın perküsyonu yapıldığında timpanik ses alınır. Karın perküsyonu ksifoiden itibaren ışınsal bir tarzda yapılır. Yeterli bir fikir edinebilmek için en az beş hasta perküsyon yapmak gerekir.

Perküsyon yaparken sol elin işaret veya orta parmağı perükte edilecek yere konur, diğer parmaklar ve el ayası vücuda dokunmayacak şekilde kaldırılır; sağ elin işaret veya orta parmağının uçları ile dikey olarak sol elin vücuda dayalı parmağı üzerine vurulur. Vuran el yalnız bilekten bükülerek vurulmalıdır. Vuruşlar kısa, kesin ve aralıklı olmalı, her vuruşun çıkardığı ses dikkatle değerlendirilmelidir.

Normalde mide, ince ve kalın barsaklar gaz içeriğinden dolayı karnın tümü perküsyonla sonor-timpan ses alınır. Karında yeni oluşan bir kitle, sıvı toplanması, karaciğer, dalak gibi karnına doğru büyüyen organlar o bölgede mat ses alınmasına neden olurlar.

Perküsyonun diffus karın şişliği nedenlerinin ayırıcı tanısında büyük önemi vardır. Diffus karın şişliğinin en çok rastlanan nedeni asittir. Asit tanısı için perküsyon yapıldığında açıklığı yukarı bakan bir matite alanı saptanır. Bu asitin varlığını gösterir. Meteorizm ve pnömoperitoniumda ise perküsyonla artmış bir timpanik ses alınır. İkisini ayırt etmede yararlı bilgi karaciğer perküsyonu ile sağlanabilir. Pnömoperitoniumda periton boşluğunda serbest hava bulunduğu için karaciğer matitesi kaybolmuştur. Halbuki meteorizmde gaz gastro-intestinal boşlukta bulunduğu için perküsyonla normal karaciğer matitesi alınır.

Diffus karın şişliğinin bir diğer nedeni olan over kistinde ise açıklığı aşağı bakan bir matite saptanır. Perküsyon abdominal organ ve kitlelerin sınırlarını tayin etmede de yararlı bilgiler sağlar. Perküsyon özellikle palpasyonla karaciğer ve dalak büyüklüğünden şüphe ediliyorsa varlığını kanıtlamak için faydalı bir yöntemdir. Karaciğer, dalak ve asit perküsyonu aşağıda ayrı başlık altında anlatılacaktır.

**Klopota:** Pilon stenozunda midede sıvı toplanacağından epigastriumda ve göbek çevresinde darbeler halinde perküs-

yon yapılacak olursa midede fazla sıvı ve gaz varlığı nedeniyle bir çalkantı sesi duyulur. Buna klapotaj adı verilir. Bu muayenenin daima sabahleyin hasta aç iken yapılması gerekir. Yoksa yemek yiyen ve su içen her insanda bu ses duyulabilir. Pilor stenozu tanısında yararlı olabilir.

#### D. Oskültasyon

Karın fizik muayenesi tamamlanması açısından oskültasyonun ihmal edilmemesi gerekir. Öskültasyon GIS hastalıklarının tanısında az kullanılan, fakat bazı durumlarda çok önemli bilgiler verebilen bir yöntemdir. Oskültasyon şu amaçlar için yapılır;

**1. Barsak seslerinin araştırılması:** Normalde özellikle ince barsaklarda dakikada 4-6 defa tekrarlanan pırtı şeklinde barsak sesleri duyulur. İnce barsaklarda peristaltizm sıklaşır ve derinleşirse, yani peristaltizm artarsa, bu seslerin sayısı ve şiddeti artar. İshallerde ve mekanik ileuslarda başlangıçta barsak peristaltizminin artmasına bağlı olarak barsak sesleri şiddetlenir ve sıklaşır. Paralitik ileuslarda ise barsak sesleri kaybolur. Bunu saptamak için karın 5 dakika süre ile dikkatle dinlenmelidir.

Normal barsak sesleri intermittant düşük veya orta şiddetli fokurtular tarzında duyulur. Bazen yüksek tonlu gürültüler şeklinde de duyulabilir. İnce barsak içindeki sıvı veya gazın uzun mesafeler katedecek şekilde fokurtulara Borborygmus (gurlama) veya garguyma şeklinde uzaktan bile duyulabilen seslerin çıkmasına sebep olur. Böyle seslerin varlığı kolik tarzında ağrıları olan hastalarda ince barsak obstrüksiyonu için son derece önemli bir bulgudur.

Barsak hareketleri azaldığı veya tamamıyla durduğu zaman peristaltizm sesi hafifler veya hiç duyulmayabilir. Peritonitislere ve karın operasyonlarını izleyen 1 ve 2.ci günlerde barsak felci nedeniyle ses duyulmaz. Buna mezar sessizliği veya ölüm sessizliği denir. Bu kötü prognostik bir anlam taşır ve 48 saatten uzun sürerse kaygı uyandırmalıdır.

**2. Yutma sesinin dinlenmesi:** Normalde lokma veya bir yudum su yutulduğunda 5-8 sn sonra, özofagus alt ucunda çift yutma sesi duyulur. Özofagusta darlık veya tıkanma varsa, ilk ses hafif veya hiç duyulmaz, ikinci ses ise 15 saniyeden daha geç ve hafif duyulur.

**3. Venöz üfürüm ve trıl:** Göbek çevresinde duyulan sürekli, mırıltı veya uğultu şeklindeki venöz üfürüme (portal hipertansiyon, caput medusae) Cruveilhier-Baumgarten sendromu denir. Aynı bölgede palpasyonla trıl duyulur.

**4. Sistolik üfürüm ve trıl:** Karında renal, mesenter ve iliak arterlerin daralmasına bağlı ve abdominal arterler üzerinde oluşan anevrizma dinlenirse sistolik sert bir üfürüm ve elelemekle trıl duyulur. Dalak veya böbrekte konjenital yada posttravmatik arteriovenöz anastomozlarda devamlı üfürüm duyulması tanı açısından büyük değer taşır.

Hepatosellüler karsinoma, karaciğer hemanjyomasi ve bazen alkolik hepatitte de karaciğer üzerinde arteriyel ve venöz üfürümler duyulabilir.

**5. Periton frotmanı:** Dalak ve karaciğer gibi katı organların kapsüllerinin iltihaplanmasında, dalak infarktüslerinde, karaciğer metastatik kanserlerinde frotman duyulabilir.

### KARACİĞER'İN FİZİK MUAYENESİ VE HEPATOMEGALİLER

Karının fizik muayenesi yapılırken hemen daima büyüyüp, büyümediği kontrol edilen yegane organ karaciğerdir. Karaciğerin fizik muayenesinin temelini palpasyon ve perküsyon oluşturur.

Karaciğerin inspeksiyonu bir özellik göstermez. Ancak ileri derecede büyümüş ve üzerinde belirgin nodüller bulunan karaciğer dikkat çekebilir. Sağ hipokondriumda, özellikle solunumla hareketli, böyle bir kütle büyük bir karaciğer izlenimi verebilir.

Karaciğerin palpasyonunu yapabilmek için, şu özelliklere dikkat etmek gerekir. Hasta sırt üstü yatar pozisyonunda olmalı, hekim, solak değilse, hastanın sağında bulunmalı, el sol koltuk altına bakacak şekilde yerleştirilmeli ve palpasyona daima sağ inguinal bölgeden başlanmalıdır. Karaciğer solunumla hareket eden bir organ olduğu için el inspiryumda sabit tutulmalı ekspiryumda yukarı doğru hareket ettirilmelidir. Böylece inspiryum esnasında diafragma hareketi ile aşağıya doğru inen karaciğer şayet büyük ise elimizle hissedilir. Bu tip palpasyonla palpasyon yapan sağ elin işaret ve orta parmağının kenarları karaciğeri hissedebilir. Önce midklaviküler hat üzerinde karaciğerin kosta yayını ne kadar geçtiği santimetre olarak belirtilir. Daha sonra tüm büyümüş karaciğer yüzeyi palpe edilir. Parmaklar karının içine doğru dik olarak batırılmamalıdır. Bu kasların kasılmasına palpasyonun güçleşmesine neden olabilir.

Genel olarak normal şahıslarda palpasyonla karaciğer ele gel-

mez. Nadiren derin solunumla kosta yayını 1-2 cm kadar geçebilir. Yeni doğanlarda, bebeklerde ve asteniklerde kosta kenarını 2-3 cm geçebilir. Karaciğer çoğu kez aşağıya, bazen hem aşağıya hem yukarıya, seyrek olarak yalnız yukarıya doğru büyür. Yukarı büyürse diyafragmayı yükseltir. Palpabl oluşu karaciğer büyüklüğünü göstermez. Karaciğerin alt kenarı palpe edilince daima üst sınırına da bakmak gerekir. Çünkü karaciğer gerçekte büyümemiş, aşağıya doğru inmiş olabilir.

Palpasyonla karaciğer büyük bulunduğu taktirde karaciğerin şu özelliklerinin araştırılması gerekir;

1. Karaciğer ne kadar büyümüştür? Büyüklüğü cm olarak belirtilmelidir.
2. Yüzeyi nasıldır? Düzgün mü, nodüllü mü, intizamsız mı?
3. Ağrılı mı değil mi? Karaciğerde ağrılı kısım Glison kapsülüdür. Kapsülün ani gerilmeleri ağrı uyandırır. Karaciğer dokusu ağrılı değildir.
4. Karaciğerin kenarı nasıldır? Keskin mi, künt mü, düzensiz mi?
5. Karaciğerin kıvamı nasıldır? Yumuşak mı, orta sertlikte mi, çok sert mi?

Ayrıca çok seyrek olarak sistolik bir pulsasyon söz konusu mu? Bu bulgu triküspid yetersizliği için patognomotik bir bulgudur. Yani sistolik pulsasyon gösteren karaciğer triküspid yetersizliği tanısı koydurur.

Karaciğer perküsyonu ile KC'in karın içine büyüüp büyümediği araştırılabilir. Ancak bu durumda palpasyon daha hassastır. Fakat çok yumuşak bir karaciğer büyümesini ortaya çıkarmada palpasyon şüpheli ise kosta yayı altının perküsyonu ile bilgi verir. Karaciğerin üst kenarını saptamak ve KC'in fizik muayenesini tamamlamak için perküsyon yapmak gerekir. Karaciğer perküsyonu yapmak için sırt üstü yatan hastada klavikula altından başlayarak parmaklar interkostal aralıklara konarak, sağ hemitoraks, midklaviküler hat üzerinde yukarıdan aşağıya doğru önden normal toraks perküsyonu yapılır. Submatitenin başladığı yer karaciğerin izafi (rölatif) matitenin, mutlak matitenin başladığı yer ise üst sınırını gösterir. Normal şahıslarda submatite 4. veya 5. interkostal aralıkta, mutlak matite ise 6. interkostal aralıktadır. Karaciğer üst sınırı karaciğeri büyüten KC absesi, hidatik kist, tümör vb. durumlar da yükselir. Aksine KC ptozunda ve atrofik siroz durumların-

da üst matite aşağıya kayar. Mide, duodenum gibi içinde hava bulunan karın organlarının delinmesi sonunda sağ diyafragma altına hava kaçmışsa karaciğer matitesi kaybolur, o bölge sonor olur. Bu muayene perforasyonu kanıtlayan önemli bir bulgudur.

Sağ hemitoraksta sıvı (plevra epaşmanı) veya hava (pnömotoraks) olduğu zaman karaciğer üst sınırının perküsyonu yeterli bilgi vermeyebilir. Karaciğerin üst sınırının perküsyon bulgusu mutlaka, alt sınırının palpasyon bulgusu ile birlikte değerlendirilmelidir. Dikkatli bir şekilde yapılan karaciğer palpasyon ve perküsyonu karaciğer büyüklüğü hakkında modern tanı yöntemleri kadar fikir verebilir.

Belirtilen özellikler dikkate alınarak yapılan palpasyon ve perküsyon sonucu ele gelen her karaciğer hepatomegaliyi göstermez. Yani her palpabl karaciğer hepatomegali demek değildir. Sağ diafragmanın aşağıya inmesi (amfizem, bronkial astma), diafragma altı abseleri, Riedel lobu, karın kaslarının zayıf oluşu ve bazen normal şahıslarda da karaciğer palpe edilebilir. Bunlar gerçek hepatomegali değildir.

Karaciğerin fizik muayenesini tamamlamak için kısaca oskültasyonundan da bahsetmek gerekir. Sağ hipokondrium bölgesi dinlendiğinde üfürümler (arteriyel veya venöz) duyulabilir. Başlıca nedenleri arteriovenöz fistüller, hepatosellüler karinoma, karaciğer hemanjioması ve nadiren alkolik hepatittir. Ayrıca çeşitli nedenlere bağlı olmak üzere frotman da duyulabilir. Karaciğer palpasyonu ile büyük bir karaciğer palpe edildiğinde "Hepatomegaliden" söz etmek gerekir.

Çok çeşitli nedenler hepatomegaliye sebep olur. Öğrenim kolaylığı nedeniyle hepatomegalileri 6 grupta toplamak gerekir.

## Hepatomegali Nedenleri

### A. Konjestif hepatomegaliler

1. Hepatik venüllerin tıkalıcı hastalığı (Veno-oklüzif hastalık)
2. Hepatik ven trombozu (Budd-Chiari sendromu)
3. V. kava inferior obstrüksiyonu
4. Konstriktif perikardit
5. Triküspid yetersizliği
6. Sağ kalp yetersizliği

## B. İnfeksiyöz hepatomegaliler

1. Akut infeksiyonlar (Tifo, sepsisler, akut viral hepatitler, Weil hastalığı, infeksiyöz mononükleoz, milier tüberküloz, vb)
2. Kronik infeksiyonlar (Sıtma, kala-azar, Bureselloz, histoplasmosis, karaciğer aktinomikozu, karaciğer tüberkülozu, vb)

## C. İnfiltratif hepatomegaliler

Karaciğer yağlanması, Diabetes mellitus, amiloidoz, glikojen depo hastalıkları, Gaucher hastalığı, Nieman-Pick hastalığı, Lösemiler, Hodgkin ve Hodgkin dışı lenfomalar, Sarkoidoz, hemolitik anemiler, myeloproliferatif sendromlar

## D. İnfiltratif ve rejeneratif hepatomegaliler

Kronik hepatitler, sirozlar

## E. Kolestatik hepatomegaliler

İntra ve ekstra hepatik kolestaz nedenleri

## F. Soliter hepatomegaliler

Karaciğer tümörleri (primer, metastatik), hidatik kist, karaciğer abseleri, hepatosteatoz, polikistik karaciğer, selim tümörleri

## DALAĞIN FİZİK MUAYENESİ VE SPLENOMEGALİLER

Dalağın fizik muayenesi inspeksiyonla başlar. Dalağın bulunduğu sol hipokondrium gözden geçirilir. Bu bölgede bulunan ve solunumla hareket eden bir kabarıklık dalağın büyük olduğu izlenimini verebilir. Bazen sol kadranda, özellikle çok büyük dalaklarda, dalağın çentiği bile dikkati çekebilir.

Dalak palpasyonu tıpkı karaciğer palpasyonu gibi yapılır. Yine hasta sırt üstü pozisyonda yatar ve karın bölgesi tamamen açıktır. Dalak normalde palpe edilmez. Ele geliyorsa, normalin 2-3 katı büyümüş olduğu kadul edilir. Palpasyona sol inguinal bölgeden ve parmak uçları yine sol koltuk altına bakacak şekilde başlanır. Hastanın her soluk alışında el sabit tutulur, soluk verişte ise yukarıya doğru hareket ettirilir. Yine inspiyumda dalak şayet büyük ise elin kenarına çarpması beklenir. Normalde dalak palpe edilmez. Dalak alt ucu ele geliyorsa kosta yayını kaç santimetre aşmış olduğu saptanır. Sonra bu kütlelin dalak olup olmadığının araştırması yapılır. Dalağın ön kenarında bulunan çentiğin palpe edilmesi kütlelin

dalak olduğu hakkında önemli bir ip ucu verir. Ayrıca kütlelin önde oluşu ve solunumla hareket etmesi de dalak olduğu lehine değerlendirilmelidir. Dalak kistlerinde ve çok nadir olan tümörlerinde bu özellikler bulunmayabilir ve sadece bir kütle palpe edilebilir. Dalak ile en çok karışan kütle büyümüş böbrektir. Böbreğin şekli keskin kenarlı olmayışı ve bimanuel muayene ile palpabl oluşu büyümüş böbrek lehinedir. Ayrıca sol kolon fleksura tümörleri de, nadiren büyümüş dalakla karıştırılabilir.

Dalak büyüklüğünün araştırılmasında perküsyonun da önemi büyüktür. Normalde dalak orta koltuk altı çizgisi üzerinde 9. ve 11. kostalar arasında perküte edilebilir. Bu normal dalağın perküsyon alanıdır. Dalak perküsyonu için hasta sağ yanına yatırılmalı sol kolunu çok germeden başına doğru kaldırmış olmalıdır. Perküsyon hattı ön ve arka koltuk altı çizgisini taşmaz. Dalak yukarıdan aşağı, soldan sağa ve genellikle öne doğru büyüdüğü için ön koltuk altı çizgisini geçmez. Geçtiği takdirde gerçekten büyümüş dalak söz konusudur. Yani dalak perkütabl denir. Her perkütabl dalak palpabl değildir. Buna karşın her palpabl dalak perkütabl değildir.

Dalak perküsyonundan bahsederken Traube üçgeninden bahsetmek gerekir. Bu üçgenin sınırlarını solda ön koltuk altı çizgisi, alt kenarını sol kosta yayı ve üst kenarını ise ksifoidden geçen yatay hat oluşturur. Bazen de dalak yalnız yukarıya doğru büyüyebilir. Bu takdirde Traube üçgeni perküte edilirse, dalağın büyüklüğü ile orantılı olmak üzere matite bulunur. Orta derecede splenomegalilerde Traube üçgeninin yalnızca dış bölümü kapalı bulunur. Çok büyük dalaklarda bütün üçgen kapalı bulunur. Normalde bu alan mide fundusunun göğüs cidarı üzerindeki projeksiyondur ve perküte edildiğinde timpanik ses verir. Dalak perkütabl olup bu bölgeyi kapatırsa, timpanik ses yerini mat sese bırakır. Dalak dışında, plörezi, perikardit, nadiren kolon tümörleri ve fundus tümörleri de Traube alanını kapatabilir.

Dalak bölgesinin oskültasyonu çok önemli olmamakla beraber, nadiren yararlı ip uçları verebilir. Örneğin, portal hipertansiyon bulguları var olan bir hastada bu bölgede duyulan bir üfürüm, hiperkinetik portal hipertansiyon tanısını koydurur, veya splenik bir arterio-venöz fistül düşündürülebilir.

Fizik muayenede özellikle perküsyon ve palpasyon sonucu dalak büyük ise splenomegali söz konusudur. Çok çeşitli hastalıklar splenomegaliye neden olurlar. Bu nedenle splenomegalileri gruplandırmak gerekir. Splenomegaliler konjestif, in-



feksiyöz, infiltratif, hematolojik hastalıklara bağlı ve izole splenomegaliler olmak üzere 5 ana gruba ayrılır.

Splenomegalilerden söz ederken kısaca hipersplenizm ve hiposplenizmden bahsetmek gerekir. Hipersplenizm denince splenomegali, pansitopeni veya bisitopeni, normal veya hipersellüler kemik iliği ve splenektomi yapıldığında pansitopeninin düzelmesini anlıyoruz. Konjestif splenomegalilerde hipersplenizm sık olarak görülür (karaciğer sirozunda olduğu gibi). Nadiren Gaucher hastalığı, sarkoidoz ve kronik infeksiyonlarda (sıtma, kala-azar) da hipersplenizme rastlanabilir.

Dalağın bulunmadığı veya fonksiyone olmadığı durumlarda hiposplenizmden bahsedilir. Başlıca nedenleri orak hücreli anemi, çöliak hastalığı ve aspleni (konjenital dalak yokluğu)dir.

### **Splenomegali Nedenleri**

#### **A. Konjestif splenomegaliler**

1. Presinüsoidal ekstrahepatik portal hipertansiyon
2. Presinüsodial intrahepatik portal hipertansiyon
3. Postsinüsodial intrahepatik portal hipertansiyon
4. Postsinüsodial ekstrahepatik portal hipertansiyon
5. Hiperkinetik ve idiopatik portal hipertansiyon

#### **B. İnfektif splenomegaliler**

1. **Akut infeksiyonlar:** Tifo, sepsisler, akut viral hepatitler, infeksiyöz mononükleöz, milier tüberküloz, subakut bakteriel endokardit, vb.
2. **Kronik infeksiyonlar:** Sıtma, Kala-azar, bruselloz, histoplasmosis, dalak tüberkülozu, vb.

#### **C. İnfiltratif splenomegaliler**

Gaucher hastalığı, Niemann-Pick hastalığı, Amilodioz

#### **D. Hematolojik hastalıklara bağlı splenomegaliler**

1. Myeloproliferatif hastalıklar (Polisitemia vera, esansiel trombositemi, kronik myelositik lösemi, myeloskleroz)
2. Lenfoproliferatif hastalıklar (Kronik lenfositik lösemi, tüylü hücreli lösemi, Waldenström makroglobulinemisi, ağır zincir hastalıkları, akut lösemiler, Hodgkin hastalığı, Hodgkin dışı lenfomalar, histiositozlar)

3. Hemolitik anemiler, pernisiöz anemiler

#### **E. İzole splenomegaliler**

Dalak tümörleri, dalak absesi, dalak kistleri (konjenital, hidatik)

### **ASİTLİ HASTANIN FİZİK MUAYENESİ**

Asit (ascites) yunanca torba anlamına gelir. Normal olarak periton boşluğunda, diğer seröz boşluklarda olduğu gibi 50 ml'den az miktarda ve yüksek (4gr/dl) proteinli bir sıvı vardır. Periton boşluğunda normalden fazla-patolojik miktarlarda sıvı birikmesine assit, bu sıvıya ise assit sıvısı denir. Assit dendiği zaman periton boşluğunda (belli bir yere lokalize olmayan-pozisyonla yer değiştiren) sıvı birikmesi anlaşılmalıdır. Abse, kistik-lokalize sıvı birikmesi bu tanımın dışındadır.

Asit çok önemli ve sık rastlanan klinik bir bulgudur. Diffus karın şişliğinin en sık nedenlerinden biridir. Karnın fizik muayene ilkeleri asitli hastalar içinde geçerlidir.

Periton boşluğunda sıvı birikmesi anlamına gelen asit inspeksiyonunda şu özellikler dikkati çeker. Karın diffus olarak şiştir, yan akıntılar silinmiştir ve karın kurbağa karnı görünümünü almıştır. Asit fazla olduğunda karın oldukça gergin, şiştir ve solunuma az katılır. Göbek platosu silinmiş hatta göbek dışı doğru fırlamış olabilir (göbek fırtığı). Göbek-ksifoid mesafesi uzamış, göbek aşağı doğru kaymış ve göbek- pubis mesafesi kısalmıştır.

Asit varlığını anlamamanın en iyi muayene yöntemi karın perküsyonudur. Karın perküsyonu işinsal tarzda, en az beş hat üzerinde proc. ensiformisten başlayarak, aşağıya doğru yapılır. Karnın perküsyonu ile normal şahıslarda timpanik bir ses alındığı karnın fizik muayenesinde anlatılmıştır. Yapılan işinsal perküsyonla kaide olarak ne kadar çok asit olursa olsun epigastrium daima timpandır, aşağıya inildikçe bir noktada timpan ses biter matite başlar. Bu nokta işaretlenir. Aralıklı olarak bütün yönlerde yapılan muayene sonunda açıklığı yukarı bakan bir matitenin varlığı asiti gösterir. Diğer diffus karın şişliği nedenlerinden olan over kisti, mesanenin idrarla aşırı dolu olduğu haller ve gebelikte ise açıklığı aşağı bakan bir matite vardır.

Asitin varlığında karaciğer, dalak veya bir kütlenin aranması için özel bir muayene usulü uygulanır. Karın palpasyonunda olduğu gibi, yine ingüinal bölgelerden başlanmak üzere karnın tüm bölgelerine el hareketleri ile küçük darbeler vurulur.

Bu darbe sırasında sıvının itilmesi ile büyümüş bir organ veya yabancı kütle söz konusu ise parmak uçları bunlara çarpar. Buna buz belirtisi- balotman (Signe de glaçon) adı verilir. Böylece büyümüş organ veya kütlelerin sınırları ve nitelikleri saptanabilir. Asitli hastaların karın oskültasyonu büyük bir önem taşımaz.

Asitin miktarına göre asit fizik muayenesi değişmektedir. Bunlar:

**1. Çok az miktardaki asit muayenesi:** Asit miktarı çok az ise hasta sırt üstü yatarken karında matite alınmaz ve karın şişliği dikkati çekmeyebilir. Bu durumda özellikle inguinal bölgelerin çok iyi perküte edilmesi gerekir. Inguinal bölgelerde açıklığı yukarı bakan bir matite varlığı asiti düşündürmelidir. Asit çok az ise inguinal bölgelerin perküsyonu ile matite alınamaz.

Asit çok az 150-500 ml arasında ise, hasta diz-dirsek pozisyonuna getirilerek muayene edilir. Karın ön duvarının orta çukurunda toplanan asit, aşağıdan yukarıya doğru yapılan perküsyonla göbek çevresinde matite alınması asit varlığını gösterir.

Eğer 120 ml'den daha az asit varsa, hasta diz-dirsek pozisyonuna getirilerek 3-5 dk. tutulur. Stetoskop göbek etrafına konur, karnın bir yanına fiske vurularak dinlenir.

**2. Orta miktardaki asit muayenesi:** En anlamlı muayene pozisyonla yer değiştiren matitenin (shifting dullness) varlığının gösterilmesidir. Yer değiştiren matite ile asit tespit edilmesi için 1500 ml sıvı olmalıdır. Bunun için sırt üstü yatan hastanın karnı perküte edilirse, göbek altından yanlara doğru gidildikçe timpan (sonor) sesin iki tarafa gidildikçe matlaştığı saptandıktan sonra bu matitenin hastanın pozisyonu ile yer değiştirip değiştirmediğine bakılır. Karnın sağ yanında bir matite alanı saptanırsa hastanın sol yanına yatması söylenir, biraz bekledikten sonra saptanan matite alanı tekrar perküte edilir. Mat ses yerini timpan sese bırakmışsa yani sıvı yer değiştirmişse asitin serbest olduğuna karar verilir. Aynı işlem soldan da tekrarlanabilir.

Bu manevranın tek sakıncası ankiste ve bir taraflı asitlerde özellikle peritonitis tüberkülozda, peritondaki ve organlardaki yapışıklıklar nedeni ile asit serbest değildir ve matite yer yer tespit edilir (Dama tahtası matitesi).

**3. Çok fazla miktarda (tense) asit muayenesi:** Bu durumda bütün belirtilerle şiş ve gergin karın, göbek fıtığı, kur-

bağa karın, yer değiştiren matite, karında kollateral venaların ve splenomegalinin bulunması vb. asiti düşündürür.

Çok fazla miktarda ve gergin asitte dalgalanma duyusu (sensation des flots) manevrası ile asit gösterilir. Bunun için bir el ayası karnın iç tarafına yerleştirilir, diğer el ile karnın diğer tarafına fiskeler tarzında darbeler vurulur. Bu darbelerin oluşturduğu dalgalanmalar karnın diğer yanına konan el ayasında hissedilir (Tıpkı havuza bir taş atıldığında oluşan dalgalanmaların havuz kenarına çarpması gibi). Asit fazla olduğunda karın gergin olacağı için asitin serbest olup olmadığını anlamada bu yöntem oldukça yararlıdır.

Asit az ise yada yağlı bir karın duvarının titreşimi iletebilmesinden doğabilecek yanılmayı önlemek için, ya hasta kendi elinin ya da bir yardımcının elinin ulnar kenarı ile orta hatta karın duvarına hafifçe bastırması gerekir.

Asitin kesin varlığını ve niteliklerini belirlemek için periton ponksiyonu yapılır ve buna parasentez adı verilir. Periton ponksiyonu genellikle soldan, göbekte spina iliaka anterior süperiorü birleştiren hattın 1/3 dış noktasından veya göbek altında orta hattan (linea alba; avasküler olduğundan tercih edilir) yapılır. Yeterli bir inceleme için 50-100 ml asit sıvısı gerekir.

Alınan asit sıvının niteliklerine göre transüda ve eksüda asit söz konusu olabilir. Bir asit sıvısına transüda veya eksüda diyebilmek için sıvının yoğunluk (dansite), protein miktarı, hücre sayısı ve rivalta reaksiyonunun değerlendirilmesi gerekir.

#### Transüda ve Eksüda Asit Özellikleri:

|                    | TRANSÜDA | EKSÜDA  |
|--------------------|----------|---------|
| Yoğunluk           | 1.015    | 1.018   |
| Total protein(dl)  | <2.5 g   | >2.5 g  |
| Hücre sayısı(mm3)  | <300     | >500    |
| Rivalta reaksiyonu | negatif  | pozitif |

Rivalta reaksiyonuna şu şekilde bakılır: Bir cam kaba 100-150 ml kadar damıtılmış su konur, üzerine 1-2 damla derişik asetik asid damlatılır ve çalkalanır. Alınan asit sıvısından birkaç damla damlatılır. Eğer sigara dumanına benzer bir bulanıklık

oluşursa, Rivalta reaksiyonu pozitif, oluşmuyorsa Rivalta negatif olarak değerlendirilir. Reaksiyonun esas sıvıdaki proteinin az veya çokluğuna dayanır.

Periton ponksiyonu ile alınan asit sıvısında şu incelenmeler yapılmalıdır:

#### A. Rutin İncelemeler:

**1. Gros görünüm:** Berrak, pürülan, bulanık, hemorajik, vb.

**2. Dansite:** 1016'dan yüksek ise eksüda, düşük ise transüda için tipiktir.

**3. Lökosit sayımı:** Normalde lökosit < 500/mm<sup>3</sup> ve PNL < 250/mm<sup>3</sup> dür.

**4. Albumin:** Son yıllarda asit ayırıcı tanısında yeni bir kriter söz konusudur. Bunun nedeni transüda-eksüda sınıflanmasının bir çok vakada yanlış sonuçlar vermesi veya yetersiz kalmasıdır. Transüda asit beklenen karaciğer sirozu vakalarının %10-20'sinde yüksek proteinli asit, eksüda asit beklenen hastalarda ise benzer oranlarda düşük proteinli asit bildirilmiştir. Bu nedenle asit ayırıcı tanısında başka parametreler de araştırılmıştır. Başlıcaları asit-serum total protein oranı ve serum-asit albumin farkının değerlendirilmesidir. Serum-asit arasındaki onkotik- hidrostatik basınç farkını gösteren Serum- Asit Albumin Gradienti (SAAG) kavramı kullanılmaya başlanmıştır.

SAAG = Serum albumin - Asit albümin ile hesaplanır. SAAG, ne asitin oluş patogenezi ne de albüminin nereden geldiğini (KC, barsak) izah etmez. Yalnızca portal basıncın indirekt bir bulgusu olarak değerlendirilir.

Asit sınıflamasının yüksek veya düşük albümin gradientli asit şeklinde yapılması daha doğru olur. Eger bir hastada SAAG > 1.1 ise siroz tanısı koyduramaz ancak %97 oranında asitin portal hipertansiyona bağlı olduğu söylenebilir. Asit ve serum albümin örnekleri aynı saat içinde simültane alınmalıdır. SAAG 1 veya 1.1 gr/dl bulunursa parasentezin tekrarlanması gerekir. Eger serum globulin düzeyi 5 gr/dl'den yüksek ise SAAG yanılgıya yol açar (yalancı düşük SAAG). Bunu önlemek için düzeltme yapmak gerekir. Düzeltilmiş SAAG=0.16 x [(2.5+ Serum Globulin)xSAAG] formülü uygulanır.

Serum-asit albumin farkını belirleyen ana unsurun "effektif portal basınç" (portal alanda hidrostatik basınç ile intraabdominal basınç arasındaki fark) olduğu gösterilerek asit ayırıcı tanısında ve asitin portal hipertansiyonla ilişkisinin belirlenmesinde önemli bir kriter olduğu vurgulanmıştır. Buna göre

SAAG 1.1> gr/dl'nin üzerinde ise asit transüda yani portal hipertansiyona bağlı, altında ise asit eksüda yani portal hipertansiyonuna bağlı değildir.

Asit ayırıcı tanısında %96 oranında doğru sonuç veren asit sınıflandırılması aşağıdaki gibidir;

#### Asitlerin sınıflandırılması

##### a. Portal hipertansiyona bağlı (Yüksek alb. gradientli asit )

1. Kronik karaciğer hastalıkları (sirozlar)
2. Alkolik hepatit
3. Sağ kalp yetmezliği
4. Konstriktif perikardit
5. Budd-Chiari sendromu
6. Hepatik venüllerin tıkalı hastalığı (Veno-oklüziv hastalık)
7. Fülminan hepatik yetersizlik
8. Portal ven trombozu

##### b. Portal hipertansiyona bağlı olmayan (Düşük alb. gradientli asit)

1. Peritonitis karsinomatoza
2. Peritonitis tüberküloza
3. İnfeksiyöz peritonit
4. Pankreatik asit
5. Şilöz asit
6. Bilier asit
7. Nefrotik sendrom
8. Protein kaybettiren enteropati
9. Miksödem
10. Kollajen doku hastalığındaki serositis

**5. Mikrobiyolojik inceleme:** Direk inceleme (gram boyaması) ve kültür (nonspesifik ve spesifik) yapılır. Kültür, hasta yatağı başında, kültür vasatındaki sıvının 1/5-1/10'u oranında asit sıvısı ilave edilerek yapılmalıdır.

#### B. Rutin olmayan incelemeler

**1. Glükoz:** Küçük bir molekül olduğu için karın boşluğuna

diffüzyonla geçer. Peritonitin geç evresinde ve barsak delinmelerinde sayıları artmış olan nötrofil ve bakteriler nedeniyle miktarı düşer 0 mg/dl olabilir.

**2. Amilaz:** Pankreatik asitte miktarı artar. Asit amilazı komplike olmayan sirotik asitte, serum düzeyinin yarısı kadardır. Pakreatit ve barsak delinmelerinde asit sıvısında amilaz artar, genellikle 2000 IU/ L'den daha fazladır.

**3. LDH:** Asit LDH'ı komplike olmayan sirotik asitte, serum düzeyinin yarısı kadardır. Spontan bakteriyel peritonitte asidik LDH artar ve sıklıkla serum düzeyini geçer. Sekonder peritonitte asidik sıvıda LDH çok yükselir ve hatta serum düzeyinden 6-7 kat yüksektir.

**4. Sitolojik İnceleme:** Karın içi organların ve peritona ait maling olayların tanınmasını sağlar.

**5. TG:** Şilöz asitte artmıştır.

**6. Bilirubin:** Serum düzeyinin üzerine çıkması safra yolları ve barsak perforasyonunu düşündürür.

**7. Tümör işaretleyicileri:** AFP, Malign asitlerde kolesterol, Fibrinojen,CEA düzeyleri artmıştır.

**8. Diğer:** Hiyalüronik asit mezotelyomada artar, adenozin deaminaz tüberküloz peritonitte artar.

Karının fizik muayenesinin tamamlanması için sol supraklaviküler çukurun, anorektal bölgenin ve böbreklerin muayenesinin yapılması gerekir.

**SOL SUPRAKLAVİKÜLAR ÇUKURUN MUAYENESİ:** Özellikle mide ve pankreas kansinomlarında bu çukurda adenomegali (Virchow Nodülü) tümörün metastatik bir bulgusu olarak saptanabilir.

**BÖBREKLERİN MUAYENESİ:** Böbrekler periton arkasında bulunur ve normalde ele gelmezler. Böbrekler genellikle iki elle muayene edilir. Klinikte 3 metod kullanılır.

**1. Guyon Yöntemi:** Hasta sırt üstü yatar, dizlerini bükerek karnını gevşetir, iki elle palpasyon yapılır.

**2. İsrail Yöntemi:** Hasta yan yatar, üsteki böbrek bimanüel palpe edilir.

**3. Glenard Yöntemi:** Hasta sırt üstü yatar, tek elle yapılan muayenedir.

## ANOREKTAL MUAYENE

Anorektal muayene 5 pozisyonlardan herhangi biri ile yapılabilir.

1. Sol yan pozisyonu (Sims pozisyonu)
2. Diz- Dirsek pozisyonu (Genu-pectoralis)
3. Litotomi pozisyonu
4. Proktoloji pozisyonu (Baş aşağı)
5. Dorsal pozisyon ayakta duran hastanın yatak veya muayene masası üzerine eğilerek tutunmalarını sağladıktan sonra yapılan muayene şeklidir.

## DOSYA ÖZETİ

Hastanın anamnez ve fizik muayenesi bittikten sonra normal ve patolojik bulgular özet olarak yazılır. Muayene sonunda gözlem özeti olarak bilinen bu kısımda şu bölümler yer almaktadır;

1. Genel durumu (iyi, orta, kötü)
2. Vital bulguları (AKB, Ateş, Vuru)
3. Sistem muayene bulgularının özetini içermelidir.

## III. LABORATUVAR

Laboratuvarda en basit tetkiklerden başlanılmalı ve bir sıra dahilinde tetkik edilmelidir. Öncelikle biokimyasal (Tam kan, tam idrar, sedim, rutin biokimya), mikrobiyolojik (kültürler, direk ve indirekt gaita incelemeleri), serolojik ve immünolojik tetkikler, düşünülen ön tanı ile ilgili özel markırlar istenmelidir. Sonra radyolojik incelemeler, takiben ön tanısı düşünülen hastalıkla ilgili özel tetkikler ve gerekli ise histopatolojik inceleme için biyopsi istenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Aleksanyan V. Teşhiste Temel Bilgi (Propedötik). İstanbul. 2. Baskı. Filiz Kitapevi. 1982;352-483.
2. Memik F, Arınık A. İç Hastalıklarında Muayene Yöntemleri ve Sistem Muayeneleri. In: Arınık A, (Ed). İç Hastalıklarında Belirti Bulgu ve Muayene Yöntemleri, Bursa. Rota Yayıncılık. 2000;217-51.
3. Ökten A. Karın Muayenesi. In: Molvalılar Ş. (Ed). İç Hastalıklarında Semiyoloji. İstanbul. Alfa Yayınevi. 1997;325-59.
4. Aktan H, Paykoç Z. Karın Muayenesi. Gastroenterolojiye Giriş. Ankara. A.Ü. Basımevi. 1984;4-39.



5. Yeo W. (Çeviri). Ünal S, Aksöyek S, Öykü, Fizik Muayene ve Karın Muayenesi. Ankara. Güneş Kitabevi. 2001;3-43 ve 111-24.
6. Bickley LS. (Çeviri). Özsüt H, Tetikkurt C, Vatansever S. (Çeviri Editörleri). Anamnez Bölüm-1, Karın Bölüm-11, Rektum Bölüm-15. Bates' Fizik Muayene Rehberi. Ankara. Nobel Kitabevi. 2004;4-42, 355-86, 449-54.
7. Sherlock S, Dooley J. Disease of the liver and biliary system. Eleventh Edition. London Blackwell Scientific Publication. 2002;86-93, 147-65, 209-11, 226-7.



#### ESKİ MISIR

18. Hanedanda bir stel (MÖ 1580-1350) Bir genç adam çocuk felci için tipik olan kurumuş bacağıyla bastona yaslanırken gösterilmiş. Carlsberg Glyptothek Koleksiyonu, Kopenhag