

Bölüm 165

BATIN BÖLGESİ MUAYENESİ

Zeynep ERGENÇ¹

Fizik muayene, geleneksel olarak hekimin hastasıyla birebir konuşması sonrası, inspeksiyon (bakarak), palpasyon (dokunarak), perküsyon (parmak uçlarıyla vurarak) ve oskültasyon ile (stetoskopla dinleyerek) yapılan muayene şeklidir. Bu metodlar asırlardır devam etmiş olup muayene yöntemleri günümüze kadar gelişerek gelmiştir. Fizik muayene öncesi bu bilginin alınmasına anamnez denir (1).

Anamneze hastanın şikayetini dinlemek ile başlanır. Şikayetin ne zaman başladığı ve ne kadar süredir devam ettiği ayrıntılı bir şekilde irdelenmelidir. Özellikle ağrının özelliklerine ve şekline yönelik detaylı sorular sorulur. Hastaların mevcut hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar, kullandığı ilaçlar dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Ayrıca anne, baba, kardeşler, çocuklar ve diğer aile fertleri hakkında sorular sorularak ayrıntılı ve detaylı bir şekilde bilgi toplanır. Sonrasında fizik muayene başlanır (1).

Batın muayenesi yapılırken sistematik bir sıra ve düzen içerisinde yapılır. Muayeneye inspeksiyon ile başlanır ve palpasyon ile devam edilir. Sonrasında perküsyon ve oskültasyon ile devam edilerek fizik muayene sonlandırılır. Fizik muayene yaparken özellikle hastanın canını yakmamaya özen gösterilmelidir. Hastaya ağrısı olduğu vakit bunu ifade etmesi söylenir. Özellikle palpasyon yaparken hastanın yüzüne bakarak ağrısının olup olmadığı, hangi bölgede ağrı şiddetinin arttığı çok iyi izlenmeli ve irdelenmelidir (1).

Karın muayenesi yapılırken özellikle hastanın karnı rahat bir şekilde muayene yapabilmek için ksifoidden pubise kadar açık olmalıdır. Normalde klasik olarak meme başından dize kadar hastanın karnı açılarak muayene yapılır. Ancak bazı hastaların bundan rahatsızlık duyabileceği düşünülerek sadece muayene yapmak istenen bölgenin açılması istenir. Muayene esnasında hastanın başının altına bir yastık konur ve muayene hastanın sağına geçilerek yapılır. Karın muayenesinde hastanın dizlerini karnına çekmesi istenir. Bu sayede karındaki gerginlik azalmış olup daha etkili bir şekilde fizik muayene yapılmış olur (1).

Çok zayıf kişilerde karın içe çökmüş, cilt ince ve bağırsak sesleri dışardan izlenebilir. Özellikle Karın şekline ve simetrisine bakılır. Asimetrik bir durum varsa dikkatten kaçmamasına özen gösterilir. Mesela asimetrik distansiyonun varlığı aklımıza sigmoid volvulusu getirmelidir. Karın bölgesinde oluşan büyük kitleler de asimetrik bir görüntü meydana getirerek gözle görülebilir. Özellikle karında meydana gelen distansiyona sebep olan gaz, gaita, şişmanlık, gebelik, ve asit varlığına dikkat edilmelidir. Karın bölgesinde görülen ameliyat kesileri, belirgin damarlar, göbek fıtığına bağlı olarak meydana gelen değişiklikler gözden kaçırılmamalıdır.

KARIN PALPASYONU

Hastanın sağ tarafına geçilip eğilerek yapılan muayene şeklidir. Muayene yaparken ellerimizin ılık

¹ İç Hastalıkları Uzmanı, Sinop/Ayancık Devlet Hastanesi, drzeyneperturk@gmail.com

Kaynaklar

1. Aleksanyan V. Teşhiste Temel Bilgi (Propedötik). İstanbul. 2. Baskı. Filiz Kitapevi. 1982;352-483.
2. Jerry LO, Reginal WD, Wendell Y, Dirks J. Imaging for Suspected Apendicitis. American Academy of Family Physicians 2005;71: 71-78.
3. Ertekin C, Güloğlu R, Taviloğlu K. Akut Karın Hastasına Yaklaşım: Acil Cerrahi Nobel tıp kitabevi; 2009. s.257-77.
4. Menteş A, Sayek İ. Temel Cerrahi. 2. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996. s.1393-1402.
5. Akçay MN, Yıldırğan Mİ, Çapan MY, Çelebi F, Kılıç A, Atamanalp S, ve ark. CRP'nin akut karın tanısındaki yeri. Ulusal Travma Dergisi 1996;2:100-103.
6. Yamada T, Alpers DH, Ovvayang C, Povvell DW, Silverstein FE. Textbook of Gastroenterology. 1th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 2001. p. 660-81.
7. Shearman DJC, Finlayson NDC, Carter DC. Disease of the Gastrointestinal Tract and Liver. 1th ed. London: Churchill Livingstone; 2002. p.505-31.
8. Ertekin C, Güloğlu R, Taviloğlu K. Akut Karın Hastasına Yaklaşım: Acil Cerrahi Nobel tıp kitabevi; 2009. s.257-77.
9. Jerry LO, Reginal WD, Wendell Y, Dirks J. Imaging for Suspected Apendicitis. American Academy of Family Physicians 2005;71: 71-78.