

Akut karın ağrılı hastaya dahili yaklaşım

Prof. Dr. Sabahattin Kaymakoğlu

Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı

Akut karın sendromu, ansızın ve beklenmedik bir şekilde başlayan, ani karar vermeyi gerektiren, ciddi karın ağrısı ile karakterizedir. Yirmidört saatten daha kısa süredir mevcut olan karın ağrısına genellikle bulantı, kusma, abdominal distansiyon, ishal, kabızlık, iştahsızlık ve ateş gibi semptom ve bulgular eşlik eder. Hekimin akut karın ağrılı bir hastayı doğru değerlendirmesi kendi klinik tecrübesi ile birlikte, uygun laboratuvar incelemelerini yapmasına, cerrahi ve radyoloji başta olmak üzere ilgili ekiplerle hemen işbirliğine geçmesine bağlıdır.

Karın ağrısı ve birlikte olan semptomlar

Akut karın sendromunun en önemli semptomu, karın ağrısıdır. Karın ağrıları, ağrı impulslarının algılandığı "nociceptor" lerin bulunduğu yer ve iletiği yollara göre üçe ayrılır: İç organların distansiyonu ile meydana gelen visseral ağrı, genellikle karın orta hattında periumblikal bölgede, bazen yaygın olarak hissedilir. İç organdaki inflamasyon paryetal peritona ulaştığı zaman ortaya çıkan şiddetli ağrı, somatik ağrıdır. Ağrının yeri uyarının başladığı anatomik bölgede kesin bir şekilde lokalize edilebilir. Akut apendisitin ileri dönemlerinde sağ alt kadranda hissedilen ağrı, somatik ağrıdır. Yansıyan ağrı hem visseral, hem de somatik ağrının özelliklerini taşır. Uyarının başladığı yerden çok uzakta bulunan, hastalıklı organla aynı nöral segmentten innerve olan alanda hissedilir. Safra kesesi ve yolları hastalıklarında sırt, sağ omuz ve skapulada hissedilen ağrı, yansıyan ağrıdır.

Bulantı, kusma genellikle üst karın organlarını ilgilendiren hastalıklarda meydana gelir. Mezenter trombozu ve akut pankreatitte kusma çok sıktır. Bulantı- kusma karın ağrısından önce başlamışsa, çok büyük bir ihtimalle acil cerrahi girişim gerektiren bir akut karın tablosu yoktur. Bu durumda en muhtemel tanımlar gastroenterit, gıda zehirlenmesi, akut gastrit ve akut pankreatit; nadiren koledok taşı ve üst sindirim kanalı obstrüksiyonudur. Projektıl kusmaya, pilor stenozu gibi üst sindirim kanalı obstrüksiyonlarında rastlanır. Fekaloid kusma, daima distal ince barsak obstrüksiyonu veya gastrokolik fistül varlığında meydana gelir. Aynı zamanda kusma, akut karın sendromunu taklit eden diyabetik ketoasidoz, porfiri ve araknoidizm gibi hastalıklarda sıklıkla bulunur.

Akut gastroenterit bazen akut karın sendromunu düşündürülen bir tabloya yol açabilir. İshalle birlikte olan ve akut karın sendromu yapan en önemli hastalık, pelvik apandisitir. İnflamasyonlu apendiks, rektosigmoid bölgeye komşu olduğu için irritasyonla ishale sebep olur. Diyabetik ketoasidoz, akut ileit (Crohn hastalığı veya infeksiyöz sebeplere bağlı), spesifik ve nonspesifik inflamatuvar barsak hastalıklarında da ishal görülür. Kanlı-mukuslu ishal olan hastalarda ilk planda ülseratif kolit, amipli veya basilli dizanteri ve psödomembranoz kolit düşünülmelidir. İshal, fekal inkontinans veya kabızlık ile birlikte karın ağrısı, şişkinlik, bulantı-kusma ve zayıflaması olan yaşlı veya yatalak hastalarda fekal "impaction" akla gelmelidir. Son bir-iki gün içinde gaz ve gaita çıkaramadığını söyleyen hastalarda, bu durumun sebebi mekanik ileusdur. Son zamanlarda dışkı çapında inceltme ortaya çıkan ve günün birinde gaz-gaita çıkaramadığı için acil polikliniğe başvuran bir hastada muhtemelen distal kolon tümörü vardır. Akut pankreatit ve kolesistit seyri sırasında da sıklıkla parolitik ileus tablosu meydana gelir.

Erişkinlerde akut karın sendromu yapan hastalıkların başlangıç evresinde nadiren yüksek ateş vardır. Klinik tablonun başlangıcında 38 dereceyi geçen ateş, genellikle akut karın sendromunu taklit eden tıbbi hastalıklarda görülür. Apendisitte ateş, çoğu zaman yüksek değildir; titremeler nadirdir. Akut apendisit düşünülen bir hastada yüksek ateş ve titremelerin bulunması, bir komplikasyona (perforasyona bağlı peritonit, portal venin septik trom-

boflebiti) işaret eder. Kadınlarda vaginal akıntı ve pelvik ağrı ile birlikte yüksek ateş, pelvik inflamatuvar hastalığı akla getirir. Üşüme-titretilme ile birlikte yüksek ateş, akut kolanjit ve piyelonefrit gibi biliyer veya üriner sistem infeksiyonlarında sıktır. Üşüme, titretilme, ateş sağ üst kadranda ağrısı, sarılık ve hipotansiyon, bir darenaj girişimini (cerrahi, radyolojik veya endoskopik) gerektiren süperatif kolanjiti düşündürür. Ateşle birlikte titremelerin görülmesi, karın içi patolojinin perforasyon ve abse teşekkülüne ilerlediği anlamını taşır. Titremeler, mezenter trombozu ve embolisinin seyri sırasında da ortaya çıkabilir.

Karın ağrısının bazı temel özellikleri bilinirse, ayırıcı tanı yapmak oldukça kolaylaşır:

Ağrının başlangıç şekli: Bir dakika önce gayet iyi olan bir hastada, takiben çok şiddetli "agonizan" bir ağrı meydana gelmiş ise, en muhtemel tanı organ perforasyonu, veya aort anevrizması rüptürü gibi bir vasküler patolojidir. Bu gibi durumlarda ağrı, daha başlangıçtan itibaren en şiddetli derecededir veya kısa bir süre içinde maksimal yoğunluğuna ulaşacaktır. Renal veya biliyer kolik ani başlangıçlı olmasına rağmen, çok şiddetli değildir. Ağrı orta derecede ve ani başlangıçlı, ancak hızla şiddetini artırıyor ise akut pankreatit, mezenter trombozu veya ince barsak düğümlenmesi akla gelmelidir. Doğurgan bir kadında aynı özellikte bir pelvik ağrı mevcut ise dış gebelik veya over folikül kisti rüptürü düşünülmelidir. Hafif şiddette başlayıp yavaş yavaş yoğunluğunu arttıran ağrı, peritonitler için karakteristiktir. Apendisit veya divertikülit ağrıları da bu tarzdadır.

Ağrının karakteri: Organ perforasyonu veya aort anevrizması rüptürüne bağlı ağrılar, narkotik analjeziklerle iyileşmeyecek kadar çok şiddetlidirler. Nadiren biliyer ve renal kolik bu şekilde olabilir. İlaçlarla kontrol altına alınabilen ciddiyetteki ağrı, akut pankreatit veya barsak iskemisine (tromboz veya düğümlenmeden) eşlik eden peritonitte görülür. Künt, müphem, tam lokalize edilemeyen ve aneljezi gerektirmeyen ağrılar, genellikle yavaş başlangıçlıdır; apendisit, divertikülit gibi inflamatuvar olay veya hafif bir infeksiyonu düşündürürler. Kramplarla birlikte gelen aralıklı-tekrarlayan ağrıya akut gastroenteritte rastlanır. Ağrı belirli aralıklarla geliyor, gittikçe şiddetini artırıp daha sonra da geriliyor ve bunu ağrısız bir dönem izliyorsa, en muhtemel tanı mekanik ileustur. Karın oskültasyonunda ağrılı dönemlerde barsak seslerinin arttığı, ağrısız dönemlerde azaldığı tespit edilirse mekanik ileus tanısı hemen hemen kesindir. Retroçekal apendisit veya karın içinde serbest periton boşluğuna direkt komşuluğu olmayan bir inflamatuvar lezyon varsa, karın ağrısından ziyade, dışkılama ile iyileşecekmiş gibi gelen, ama gerçekte iyileşmeyen bir dolgunluk hissedilir.

Ağrının yeri: Ağrının kaynaklandığı organa; visseral, somatik ve yansıyan ağrı olmasına göre, karın ağrısının hissedildiği bölgeler farklıdır.

- Sağ üst kadranda ağrısı: biliyer kolik, akut hepatit, karaciğer absesi veya tümörü
- Epigastrik ağrı: mide-duodenum ülseri (perfore veya değil), pankreatit, aort anevrizması, miyokard infarktüsü
- Sol üst kadranda ağrısı: dalak infarktüsü dalak rüptürü, pankreatit
- Böğür ağrısı: pylonefrit, nefrolitiazis, retroçekal apendisit, retroperitoneal kanama
- Alt karın ağrısı: aort anevrizması, apendisit, divertikülit, pelvik inflamatuvar hastalık, barsak perforasyonu
- Diffüz karın ağrısı: peritonit, karın ağrısının cerrahi dışı sebepleri

Karın ağrısında anamnez

Akut karın sendromuna sebep olan hastalıkların %80-90'ında iyi bir anamnez ile tanı koymak mümkündür. Tek başına fizik muayene ve laboratuvar, ancak % 10 - 20 oranında tanıya katkıda bulunabilir. Akut karın ağrısı durumunda, hasta yatırılarak gözlem altına alınır ve anamnezle birlikte diğer teşhis koydurucu işlemlere başlanır. Tanı kesinleştirilinceye kadar, iyi bir yol gösterici olan ağrıyı ortadan kaldırmaya yönelik analjezikler asla kullanılmaz.

Akut karın sendromunun bazı sebepleri, hastaların yaş ve cinsi ile ilgili özellikler gösterir. Erkeklerde ülser perforasyonu ve myokard infarktüsü, kadınlarda akut kolesistit ve jinekolojik hastalıklar daha siktir. Çocuklarda apendisit, infeksiyöz ileit, mezen-terik adenit, Meckel divertikülüti, konjenital band veya malrotasyona bağlı ileus ve travmatik pankreatite; genç erişkinlerde apendisite; yaşlılarda mezenterik tromboemboli, kolesistit ve kalın barsak obstrüksiyonuna daha çok rastlanır. Hastanın özgeçmiş önemli ipuçları verebilir. Geçirilmiş karın cerrahisi brid ileusunu, dispeptik semptomlar ülser perforasyonunu veya pankreatiti, biliyer kolik atakları akut kolesistit veya pankreatiti, alkolizm kronik pankreatitin akut atağını, irritabl barsak sendromu veya kolonik divertikülozis divertikülüti, vaginal akıntı pelvik inflamatuvar hastalığı, doğurma çağındaki kadınlarda yeni başlamış amenore dış gebelik rüptürünü, romatizmal kalp kapak hastalığı (özellikle mitral kapak hastalığı) veya atriyal fibrilasyon mezenter embolisini ilk anda düşündürür. Alınan ilaçlar da soruşturulmalıdır. Ti-azid grubu diüretikler ve azatioprin pankreatite, antikoagülanlar karın içi hematoma veya retroperitoneal kanamaya, barbituratlar porfiri atağına, antibiyotikler allerjik reaksiyona ve Henoch-Schönlein purpurasına, oral kontraseptifler pankreatite ve mezenterik venöz tromboza sebep olabilirler. Aile hikayesinin olması, karın ağrısının sebebi hakkında ipuçları verebilir. Ailevi Akdeniz ateşi, talasemi, orak hücreli anemi ve akut intermittan porfiri gibi ailevi hastalıklar karın ağrısı atakları ile birlikte seyrederek.

Fizik muayene

Akut karın sendromlu hastalarda eksiksiz bir sistemik muayene yapılmalıdır. Yaşlı, immun yetmezlikli ve kortikosteroid ilaç verilen hastalarda muayene bulgularının silik olabileceği unutulmamalıdır. Karın muayenesinde mutlaka uyulması gereken bazı genel kurallar vardır: Muayene inspeksiyon, oskültasyon, palpasyon ve perküsyon sırasına göre yapılır. Muayeneye karında ağrının hiç hissedilmediği veya en az duyulduğu yerden başlanır. Ağrının şiddetlendirecek manevralar en sona bırakılır.

İnspeksiyon: İlk yapılacak iş, hastanın vücut postürünün gözlenmesidir. Karın cildi, karının solunuma katılıp katılmadığı izlenir.

Oskültasyon: Karın oskültasyonunda, stetoskop bastırılmadan karın cildi üzerine hafifçe yerleştirilmeli, en az iki-üç dakika dinlenerek barsak sesleri ve anormal üfürümler değerlendirilmelidir. Barsak peristaltizminin tamamen durduğu sessiz karın yaygın peritonitte, paralitik ileusda ve mekanik ileusun geç dönemlerinde tespit edilir. Akut ince barsak obstrüksiyonlarında, barsak koliğinin başlaması ile birlikte barsak seslerinin artması (>10/dakika), ağrısız dönemlerde ise barsak seslerinin azalması (<4/dakika) hatta kaybolması tipiktir.

Palpasyon: Akut karın sendromunun palpasyon bulguları lokal veya genel kas direnci, defans, "rebound" hassasiyet ve karın içi kütledir. Bazı nörolojik hastalıklar (spinal kord travması), tabetik kriz, araknoidizm veya rektus adele lezyonları hariç, sadece peritonit karın kaslarında rijidite meydana getirebilir. Yaygın peritonitte görülen kas rijiditesi iki yanlıdır ve tahta gibi sert bir karın duvarı palpe edilir. Bazen rijidite, lokalize peritonitten dolayı sadece inflamasyonlu bölgenin üzerindeki karın duvarını ilgilendirir. Örneğin peptik ülser perforasyonunda sızma hafifse, peritonit yaygın değildir ve rijidite sadece epigastriumdadır. Aynı şekilde perfore apendisitte peritonit sınırlı kalmışsa üst karın bölgesinde rijidite saptanmaz. Pelvik peritonitte ise hipogastriumda bile rijidite tespit etme ihtimali düşüktür. Renal kolikte, aynı taraf rektus adelesinde lokalize spazm oluşabilir. Abdominal hassasiyeti lokalize etmek için palpasyon bütün bir elle değil, tek bir parmakla yapılmalıdır. Gerçek bir kas direnci olmadan karında yay-

gın hassasiyet bulunması, gastroenterit veya barsakların diğer inflamatuvar hastalıklarını akla getirir. Eskiden üzerinde çok durulan "rebound" hassasiyetin (inflamasyonlu bölge üzerine derin palpasyon yaptıktan sonra aniden elin geri çekilmesi ile o bölgede şiddetli ağrı duyulması) fizik muayeneye önemli katkılar sağlayan bir bulgu olmadığı bildirilmektedir.

Murphy bulgusu akut kolesistitte, karaciğerin iltihabi ve konjesyonlu durumlarında saptanır. Derin palpasyonda distandü, hassas bir safra kesesi (kolesistit); sağ alt kadranda erken abse formasyonlu apendisite ait hassas kütle; sol alt kadranda sigmoid divertikülünün ağırlı kütle; orta hatta, abdominal anevrizmaya ait pulsatil kütle ele gelebilir. Özellikle çocuklarda sucuk şeklinde bir kütlelenin palpasyonu iç içe geçmiş barsak segmentlerini (invaginasyon) düşündürür. Karın ağrısının duyulmadığı bir bölgeye derin palpasyonu takiben elin hızla çekilmesi ile yansıyan "rebound" hassasiyet ortaya konabilir. Keza parmak-topuk testi, öksürme, gülme, karnını içine çekme veya dışa doğru kabartma sırasında da ağrı duyulması, peritoneal inflamasyonu lokalize etmede yardımcı olabilir.

Perküsyon: Perküsyonla ağırlı, hassas bölgelerin tespitinin yanı sıra matite veya hipertimpanizmin varlığı araştırılır. Serbest perforasyonda diyafragma altında biriken hava, karaciğer matitesinin azalmasına hatta kaybolmasına sebep olur.

Rektal ve jinekolojik muayene: Rektal muayene akut karın sendromlu her hastada; bimanuel pelvik muayene de gerektiğinde kadın hastalarda mutlaka yapılmalıdır. İleus düşünülen vakalarda, obstüksiyonun yeri ve sebebini tespit için karışıklığı önlemek için (rektal tuşe sırasında rektuma hava girer), rektal tuşe ayakta direkt karın grafisi çekildikten sonra yapılmalıdır.

Laboratuvar

İlk değerlendirme için tam idrar tetkiki, tam kan sayımı, EKG, amilaz, glikoz, BUN, kreatinin ve elektrolitler rutin olmalıdır. Karın ağrısı ve hipotansiyonu olan doğurgan yaştaki kadınlarda gebelik testi istenmelidir. Karın üst bölgesinde ağrısı olan vakalarda, karaciğer ile ilgili biyoşimik testler (kolestaz enzimleri, aminotransferazlar, bilirubinler) de yapılmalıdır. Tanının hastayı görür görmez kesin bir şekilde konamadığı tüm vakalarda, en az dört grafi (ayakta ve yatarak direkt karın grafileri, arka-ön ve yan akciğer grafileri) çekilmelidir. Daha spesifik laboratuvar testlerine hastanın yaş, cins, anamnez ve fizik muayene bulguları ile tabloya peritonitin eşlik edip etmemesine göre başvurulur. Rektal ateşin koltuk altına göre 1 derece fazla olması peritoneal irritasyonu destekler, olmaması aleyhine değildir.

Karın travmasında, komadaki bir hastada karın travması şüphesi bulunduğu ve tanının kesinleştirilemediği, ancak muhtemelen cerrahi tedaviyi gerektirecek ciddi bir klinik tablo kuşkusu olan durumlarda (bilhassa anamnez ve fizik muayene bulgularının yetersizliğinden dolayı peritoniti elimine etmekte güçlük çekilen yaşlılarda) parasentez yapılmalıdır. Fizik muayenede asit saptanan vakalarda ise parasentez mutlaka gereklidir.

Suda erir bir kontrast madde ile çekilen üst gastrointestinal sistem grafileri mide ve duodenum perforasyonları ile üst ince barsak obstrüksiyonu düşünülen vakalarda, sulu baryum ile üst gastrointestinal sistem grafileri çekilebilir. Kolonik obstrüksiyondan şüphelenilenlerde kolonun absorpsiyonu nedeni ile koyulaşan baryum total tıkanıklığa yol açabileceği için, ağız yoluyla baryum verilmemelidir. Divertikülit, retroçekal apendisit, sigmoid volvulusu ve distal kolonda obstrüksiyon düşünülen hastalarda lavman opakla kolon grafisi, tanıyı kesinleştirmede oldukça yararlıdır.

Mezenterik tromboembolide, mezenterik anjiyografi hem tanı koydurucudur, hem de işlem sırasında tedavi girişimlerinin uygulanmasına imkan verir. Biliyer sintigrafi (Pipida, Hida) ile sistik kanalın tıkalı olduğunun gösterilmesi akut kolesistit lehinedir. Ultrasonografi karaciğer, safra kesesi ve yolları, dalak, pankreas, apendiks ve overlerin patolojilerini değerlendirmede faydalı bir tekniktir. Ultrasonografi, sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran akut karın sendromlu hastalarda en önemli tanı yöntemidir. Aynı şekilde, bilgisayarlı tomografi de karın içi ve retroperitoneal hastalıkları ortaya koymada, konvansiyonel radyografilere göre daha yararlıdır. Bilgisayarlı tomografi ile barsak duvarı, mezenter, peri-

ton içi ve retroperitoneal yapılar hakkında bilgi edinilir; abse, serbest hava, kalkül ve periton içi sıvı kolaylıkla tespit edilebilir. Erişkinlerde, akut karın sendromunun ayırıcı tanısında bilgisayarlı tomografinin en faydalı olduğu klinik tablolar perforasyon, pankreatit, splenik travma ve rüptürü, Crohn hastalığı, apendisit, pelvik inflamatuvar hastalık, over kisti, peritonit, abse, vasküler hastalık ve barsak obstrüksiyonudur.

Ayırıcı tanı

Akut karın sendromlu bir hasta değerlendirilirken en önemli husus, acil cerrahi girişim gerekir gerekmediği konusunda karar vermektir. Anamnez ve fizik muayeneden elde edilen cerrahi karın izlenimini, ateş ve lökositozun tespit edilmesi iyice destekler. Aşkar peritonit bulguları saptanan, ancak laparotomisi negatif olan bir hastada nisbeten seyrek rastlanan sebepler düşünülmelidir: Addison krizi, vaskülit (romatoid artrit, sistemik lupus eritematosus, poliarteritis nodosa, Henoch-Schönlein purpurası), akut intermittan porfiri, ailevi Akdeniz ateşi, nöropatili diabetes mellitus, gastroenterit. Yanlışlıkla cerrahi girişimin en çok uygulandığı hastalık, akut salpenjittir. Cerrahi girişim gerektiren jinekolojik patolojiler dış gebelik rüptürü (hematokritte düşme, amilazda yükselme, pozitif gebelik testi) over kisti rüptürü, over torsiyonu ve tubo-ovarian absedir. Sağ alt kadranda lokalize peritonit bulguları, lökositoz, ateşi olan ve akut apendisit düşünülen bir hastada, bazen operasyonda akut inflamasyonlu ileum bulunur. Böyle durumlarda cerrah, ileride ağrı tekrarladığı zaman karışıklığa meydan vermemek için apendektomi yapmalı, mutlaka ileumdan biyopsi almalı, ancak rezeksiyon yapmamalıdır. Akut ileit, infeksiyöz ajanlara (*Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter fetus* veya *jejuni*, *Entamoeba histolytica*, *Salmonella*) veya Crohn hastalığına bağlı olabilir.

Ayakta direkt karın grafisinde diafragmalar altında serbest hava görülmesi organ perforasyonu tanısıyla acil cerrahi girişimi gerektirir. Ancak, karın içi serbest hava izole bir bulgu (karında hassasiyet yok) olduğu ve grafilerde "pneumosis cystoides intestinalis" görüldüğü zaman, hemen cerrahi girişim uygulamaktan ziyade hasta dikkatli bir şekilde izlemeye alınmalıdır. Karın ameliyatlarından ve laparoskopiden sonra yedi güne kadar, karında serbest hava bulunabilir.

Akut karın ağrılı, ancak 48 saatten daha uzun bir sürede yavaş yavaş gelişen, generalize veya lokalize peritonit bulguları olmayan, özgeçmişinde de şimdiki tabloya benzer problemlerinin olduğunu tarif eden bir hastada, takip ve değerlendirmenin ayaktan da yapılabileceği düşünülür. Akut karın ağrısına rağmen acil cerrahi girişimin gerekli olmadığına karar verilen bazı hastaların yakın takibe alınması zorunludur. Barsak gangreni gelişme-

sine karşılık, 70 yaşın üzerindeki birçok hastada ateş, lökositoz ve taşikardi ortaya çıkmayabilir. Keza uzun süredir kortikosteroid alan hastalarda meydana gelen barsak perforasyonu, peritonit bulgularına ve aşkar laboratuvar anormalliklerine yol açmayabilir. Hatta ülser perforasyonu ve akut apendisitli psikotik hastaların yaklaşık üçte biri, karın ağrısı bile tarif etmez. Yaşlı, debilitan, dehidrate, steroid kullanan, direkt karın grafisinde ileus bulguları saptanan ve karın ağrısı kusmadan önce başlayan (cerrahi akut karın sendromunun en önemli özelliği) vakaların yatırılarak, dikkatlice takibe alınması uygun olur.

Dispeptik semptomlarda antasid ve H₂-reseptör blokerleri çok etkilidir. Acil ünitesindeki ilk tedaviden sonra bu hastalar ileri değerlendirme için ayaktan ilgili bölümlere sevk edilir. Ağrısı karın alt kadranelerinde olan bir hastada, üriner infeksiyon ve ürolitiazisi elimine etmek için idrar tahlili şarttır. Hematüri, disüri ve böğür ağrısı gibi üriner sistemle ilgili bir hastalığı ön planda düşündürülen bulgular varsa, idrar tahlili normal olsa bile direkt üriner sistem grafisi, hatta intravenöz pyelografi çekilmelidir. Kadınlarda pelvik, erkeklerde prostat muayenesi yapılmalıdır. Prostatit, idrar yolu semptomları ve anormal idrar analizi bulguları olmaksızın, künt vasıflı sakral ve rektal ağrı ile ortaya çıkabilir.

Hastanın izlenmesi

Tanı kuşkulu ve hastanın durumu kritik değilse, hastayı gözlem altına almak zorunludur. Semptomlardaki progresyon ve değişiklikler sık aralıklarla soruşturulmalı, karın muayenesi ve uygun laboratuvar testleri tekrarlanmalıdır. Hekim 6-12 saat içinde tanıyı koyamazsa, gözlem ve daha ileri araştırmalar için hastayı servise yatırmalıdır. Ciddi karın ağrısı ve peritonit bulguları olan, laboratuvar incelemelerinde önemli bir hastalığı düşündürülen anormallikler tespit edilen hastaların da yatırılması gerekir. Akut karın sendromlu bir hastada tanı kesinleştirilinceye kadar, analjeziklerden kaçınmak kuraldır. Ancak, şiddetli ağrısı olan ve bu nedenle muayene ve kooperasyonun mümkün olmadığı vakalarda, analjeziklerle ağrının hafifletilmesi uygun olur. Böylelikle diffuz olan karın ağrısını hasta daha iyi lokalize edebilir ve karın muayenesi daha iyi şartlarda yapılabilir.

Erken cerrahi konsültasyon hem cerrah, hem de hasta için faydalıdır. Cerrah teşhis için acil hekimi gibi tekrarlanan muayene bulgularına dayandığından, hastayı ne kadar erken tanırsa, kesin teşhisi o kadar hızlı koyabilir. Öte yandan konsültasyonda gecikme, klinik tablonun kötüleşmesine ve bu arada tehlikeli gelişmelere sebep olabilir. Tanı kuşkulu olduğu zaman, acil cerrahi girişim gerektiren bir durumda hastayı ameliyat etmemenin sonuçlarının, gereksiz yere yapılan laparotomiye göre daha ciddi ve tehlikeli olabileceği unutulmamalıdır.