

MEDİKO-LEGAL

VAKALARLA ACİL TIP

Dr. Yusuf KANTAR



Dr. Yusuf KANTAR
VAKALARLA ACİL TIP
KONU KİTABI

tipakademisi.com

TIPAKADEMİSİ
EĞİTİM SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.
Sertifika No: 47694

tipakademisi.com

ISBN: 978-605-06704-5-5
Baskı Tarihi: **Mart 2022**

tipakademisi.com

Kapak Tasarım: M. Serhat ŞAHİN
Dizgi, Mizanpaj: Tıpakademisi Eğitim Sağlık Ltd. Şti.

tipakademisi.com

© Copyright 2021, tipakademisi.com.
Bu kitabın hakları TIPAKADEMİSİ'ne aittir. Tüm hakları saklıdır.
Kaynak gösterilmeden kitaptan alıntı yapılamaz.
TIPAKADEMİSİ'nin yazılı izni olmadan fotokopi ya da herhangi bir yöntemle çoğaltılamaz, yayınlanamaz,
dağıtılamaz ve her ne surette olursa olsun sosyal ortamda paylaşılamaz

Eşime ve çocuklarıma . . .



61 Yaşında erkek hasta
akşam saat 22:00 civarında
**karın ağrısı, bulantı-kusma ve
kanlı dışkılama**
şikayeti ile acil servise başvurur.

1

Uzm. Dr. Yusuf KANTAR
Acil Tıp Uzmanı

Özgeçmiş

Hipertansiyon

Vitaller

Tansiyon 140/80 mmHg, nabız 86/dk, ateş:36,7 °C'dir.

Fizik Muayene

Batın muayenesinde yaygın hassasiyet tespit edilir. Rektal tuşe yapılır ve koyu kırmızı (vişne çürüğü), gayta ile bulaş şeklinde taze kan tespit edilir. Diğer sistem muayeneleri normaldir.

EKG

Atrial fibrilasyon.

Seyir

Hastaya nazogastrik sonda takılır ve kanama takibi yapılır. Klinik olarak GİS kanama düşünülen hasta monitörize edilir, oral alımı kapatılır, PPI tedavisi ve hidrasyon başlanır. Hastanın kan tetkikleri alınır, sonuç WBC:21000, Hb:15.4 Plt:260, INR:1.0, diğer biyokimya değerleri normal sınırlarda tespit edilir. NG takibinde aktif kanama olmayan hasta dahiliye ile konsülte edilir. İlgili konsültan hastanın vital bulgularını sorar, vital bulguların normal sınırlarda olması, NG'den aktif gelenin olmaması ve Hb değerinin yüksek olması nedeniyle acil endoskopi ihtiyacı olmadığını söyler, hastadan birkaç saat sonra kontrol CBC bakılmasını önerir. Hastadan 4 saat sonra tekrar kan alınır, kontrol CBC sonucunda WBC:24000, Hb:15.2 olarak görülür. Dahiliye uzmanıyla tekrar görüşülür, hasta elektif şartlarda, ertesi gün endoskopi yapılması planlanarak GİS kanama ön tanısıyla servise yatırılır. Servise yattıktan birkaç saat sonra karın ağrısının arttığını ifade eden hasta nöbetçi dahiliye hekimi tarafından muayene edilir, tüm kadrarlarda yaygın hassasiyet, defans olmasından dolayı kontrastlı batın BT çekilir. Tomografi raporunda süperior mezenterik arterde dolum defekti tespit edilir.

Tanı

Hasta mezenter iskemi tanısıyla genel cerrahiye devredilir. Acil opere edilen hasta post-op yoğun bakıma alınarak takip edilir.

Şikayet

Hasta yakınları ilk başvurduklarında hastanın tanısını koyamadığı gerekçesiyle acil doktorunu şikayet ederler.

Ön soruşturmacı atanır ve hasta yakınlarını ve acil hekimini çağırarak konu ile ilgili sorular sorar.

Hasta Yakınları;

Hastayı karın ağrısı, makattan kanama şikayeti ile acil servise götürdüklerini söylerler. Orada yapılan tahlillerden sonra hastanın mide kanaması geçirdiğini söyleyerek dahiliye servisine yatırdılar. Ancak hastamıza herhangi bir işlem yapılmadan sadece serum takılarak sabahı bekleyeceği söylendi. Aradan biraz zaman geçti ve hastamızın karın ağrısı daha da şiddetlendi, tomografi çekildi ve acilen ameliyata alındı. Karında damar tıkanıklığı olduğu, bunun hayati bir durum olduğu o yüzden yoğun bakıma yatırıldığı söylendi. Hastanın damar tıkanıklığı acil serviste tespit edilseydi belki vakit kaybetmemiş olacaktık ve belki ameliyata bile gerek kalmayacaktı diye düşünüyoruz o yüzden acildeki doktordan şikayetçiyiz derler.

Acil Hekimi;

Hasta nöbetimde karın ağrısı, makattan kanama şikayeti ile getirildi. Muayenesini yaptığımda karın ağrısı vardı ama bence daha önemlisi barsaktan kanaması vardı ve ben de ona odaklandım. Hastaya acil serviste gerekli tedaviyi başladım, sonra konuyla ilgili olarak dahiliye uzmanı ile görüştüm. Kan değerlerinin çok düşmediği için kanama miktarının çok olmadığı ya da kanamanın kendini sınırladığını düşünerek ertesi gün endoskopi yapılabileceğini söyledi, yine de takip amaçlı hastayı dahiliye servisine yatırdık.

DOĞRULAR;

- ✓ GİS kanama düşündürecek şikayetlerle başvuran bir hastanın vitallerini kontrol etmek,
- ✓ Hastayı monitörize takip etmek,
- ✓ Rektal tuşe yapmak,
- ✓ NG takmak,
- ✓ Oral alımın kapatılması, PPI tedavisi başlanması,
- ✓ Dahiliye ile konsültasyonu.

EKSİKLER & YANLIŞLAR;

- ✗ Kanama düşünüldüğü için Hb değerine odaklanıp tetkiklerdeki diğer anormalliklerin gözden kaçması.
- ✗ Önce 21000, kısa süre sonra 24000 olan WBC, karın ağrısı, EKG'de atrial fibrilasyon olan üstelik Hb düşüklüğü de olmayan bir hastada tek ön tanının GİS kanama olması.

SONUÇ

- ▶ Kanlı kusma ya da makattan kanama şikayetiyle ayaktan veya 112 ile başvuran hastalarda ilk yapılması gereken hastaların vital bulgularına bakmak olmalıdır.
- ▶ Vital bulgular, özellikle hipotansiyon-taşikardi varlığı kanamanın (kısa sürede kaybedilen kan miktarının) ciddiyeti ile ilgili bilgi verir.
- ▶ Kanamanın kusma ile mi tuvalete çıkma ile mi olduğu sorulmalıdır.
- ▶ Antikoagülan, NSAİİ kullanıp kullanmadığı sorgulanmalıdır.
- ▶ Daha önce GİS kanama öyküsü olup olmadığı, ülser, gastrit, siroz öyküsü olup olmadığı sorulmalıdır.
- ▶ Genel sistem muayeneleri ile birlikte tüm hastalara RT muayenesi yapılmalıdır (ağızdan kanama şik. ile başvuranlar dahil).
- ▶ Tüm hastalara mutlaka NG takılmalı ve serbest drenaja bırakılmalıdır.

NOT; karaciğer sirozu nedeniyle takip edilen hastaların kanamaları özefagus varis kanaması olabileceği için NG takılmaz).

- ▶ Hastalara 2 geniş damar yolu açılmalıdır, bir taraftan PPI infüzyonu verilirken diğer taraftan kan-sıvı replasmanı yapılabilir.
- ▶ Kanamanın derecesi sadece anamnez-NG-RT ile büyük ölçüde tahmin edilebilir.
- ▶ Bu sayede konsültasyon ya da sevk konusunda ne kadar zamana sahip olduğumuzu da bilebiliriz.
- ▶ Kanama aciliyet derecelerine göre;

Hematemez (ağızdan taze kan)

Hematokezya (makattan taze kan)

Vişne çürüğü

Cıvık melena

Yarı katı melena

Katı melena

- ▶ Bu skalaya göre katı melenası olan bir hasta sadece IV destek tedavi ile toparlayabileceği gibi, hematemezi olan bir hasta kan tetkik sonuçları çıkmadan acil serviste şoka girip arrest olabilir.
- ▶ Kanama durumuyla ilgili bir fikir edindikten sonra geriye konsültasyon, acil endoskopi ihtiyacı olup olmadığı gibi değerlendirmeler kalır.
- ▶ Vaka örneğine bakacak olursak makattan kanama şikayetiyle başvuran bir hastada başta GİS kanama düşünülmesi ve o yönde tetkik - tedavi protokolünün başlatılması gayet doğal ancak hastanın ilk kan tetkikleri sonuçlandığında WBC:21000 görülmesi sonrası kafada bir soru işareti belirmelidir. EKG'de atriyal fibrilasyon olan, batında yaygın hassasiyeti olan ve Hb düşüklüğü yerine WBC yüksekliği olan bir hastada tanılar arasına mezenter iskemi girmelidir. Yine de GİS kanama ekarte edilemez, ancak kontrol CBC sonrası tablo daha da oturmuş ve denge mezenter iskemi tarafına kaymıştır. Bu aşamadan sonra yapılması gereken batın BT anjio çekilip tanının doğrulanması ya da ekarte edilmesidir.



GİS Kanama Tedavi;

- ✓ Oral stop.
- ✓ 80 mg PPI IV puşe,
- ✓ 8 mg/h PPI IV infüzyon,
- ✓ Tansiyona göre ek mayi tedavisi,
- ✓ IV hidrasyona rağmen vital bulguları instabil olan hastaya ES replasmanı.

Klinik pratikte;

- ✓ 2 flakon PPI IV puşe (acil servisinizde hangi ilaç varsa (genelde 40 mglık olur))
- ✓ 500 cc SF içine 1 flakon koyup 100 cc/h IV infüzyon,
Ya da 1000 cc SF içine 1 flakon koyup 200 cc/h IV infüzyon,
- ✓ NG takılan hastaların serbest drenajda olduğuna dikkat etmek gerekir
(bazı sağlık memurları çam uçlu enjektörle kapatıp bırakabilir)
- ✓ Sıvı açığı olduğunu düşündüğünüz hastalarda diğer damar yolundan SF verilebilir, uzun süre oral kapalı takip edilmesi planlanan hastalarda idame sıvı tedavisinin SF+%5 dextroz şeklinde verilmesi gerekebilir.





19 Yaşında erkek hasta
sol göğüs ağrısı şikayeti
şikayeti ile acil servise başvurur.
Anamnezinde ağrısının birkaç saattir
olduğunu, batıcı tarzda olduğunu ve
nefes aldıkça arttığını belirtir

2

Uzm. Dr. Yusuf KANTAR
Acil Tıp Uzmanı



**tip
akademisi**

Özgeçmiş

Yok

Vitaller

Tansiyon 130/80 mmHg, nabız: 102/dk, ateş: 36.5 C°, oda havasında oksijen saturasyonu: 98 olarak ölçülmüştür

Seyir

Belirgin bir fizik muayene bulgusuna rastlanmamıştır
EKG: Acil müdahale gerektiren bir patolojiye rastlanmaz

Hastanın kan tetkiklerinde troponin normal sınırlarda. Akciğer grafisinde pnömotoraks veya pnömoni lehine bir bulgu saptanmaz. Hastaya tetkiklerinde göğüs ağrısı yapacak akciğer veya kalp ile ilgili acil bir problem olmadığı söylenir. Ağrı kesici tedavisinden sonra şikayetlerinin gerilediğini belirten hastaya ağrı veya nefes darlığında artış olursa kardiyoloji ve göğüs cerrahisi polikliniğine ya da acil servise tekrar başvurması önerilerek taburcu edilir. Ertesi gün ağrıları tekrarlayan hasta göğüs cerrahisi polikliniğine başvurur. Şikayetlerini anlatır, göğüs cerrahisi hastadan akciğer grafisi ister ve normal olarak değerlendirir. Daha sonra göğüs cerrahisi ileri tetkik amacıyla hastadan kontrastsız toraks tomografisi ister. Tomografi raporu; "Sol akciğer apeksinde yaklaşık %10 civarında pnömotoraks ve 3 cm çapında bül (hava kisti) tespit edilmiştir" şeklinde raporlanır. Bunun üzerine göğüs cerrahisi hastaya akciğerinde hava sönmesi olduğunu bunun hemen müdahale edilecek kadar büyük oranda olmadığını ancak artarsa akciğerine bir diren (göğüs tüpü) takarak tedavi edeceğini söyler. Hastayı takip amaçlı göğüs cerrahisi servisine yatırır, günlük akciğer grafisi ile takip eder. Üçüncü gün çekilen akciğer grafisinde akciğer sönmesi oranında artış olması nedeniyle hastaya göğüs tüpü takılır. Yedi gün sonra tedavisi tamamlanan hastanın göğüs tüpü çekilerek ağrı kesici reçete edilir ve bir hafta sonra kontrole gelmesi söylenerek taburcu edilir.

Şikayet

Hasta bütün bu yaşadıklarının acil servise ilk başvurduğu gün tanısının konulamadığından kaynaklandığını, o gün tanısı konulsaydı göğüs tüpü gibi ağırlı bir işleme maruz kalmadan ilaç tedavisiyle iyileşebileceğini, on gün hastanede yatıp iş gücü kaybı yaşamayacağını iddia ederek acil servis doktorundan şikayetçi olmuştur.

Ön soruşturmacı atanır ve hasta yakınlarını ve acil hekimini çağırarak konu ile ilgili sorular sorar.

Hasta Yakınları;

Şikayet dilekçesinde belirttiği gibi 2-3 saattir olan göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurduğunu kalp ve akciğer ile ilgili bazı tetkikler yapıldığını, acil bir şey olmadığı belirtilerek eve gönderildiğini söyler. Ertesi gün göğüs cerrahisi tarafından akciğer sönmesi hastalığının olduğunu ve hastaneye yatarak göğüs tüpü denilen ağırlı bir işlem yapıldığını toplamda on gün hastanede yattığını ve bunun acil serviste tanı konulamadığından kaynaklandığını belirtir.

Acil Hekimi;

Hastanın acil servise başvurduğu andaki bakılan tansiyon, nabız, oksijen saturasyonu gibi yaşam bulgularının normal olduğunu, şikayetlerine yönelik yapılan tetkiklerinde kalp grafisinde, kan tetkiklerinde ve akciğer grafisinde herhangi bir patolojiye rastlanmadığını söyler. Ancak yine de bu o an tespit edemeyeceğimiz bir hastalığın başlangıcı olabileceği için hastaya ilgili bölümlerin polikliniklerine ya da acil servise tekrar başvurması önerilmiştir.

DOĞRULAR;

- ✓ Göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran bir hastada EKG-PAAC-Troponin üçlüsüne bakmış olmak
- ✓ Mevcut klinik durumda acil servis şartlarında yapılan tetkiklerde bir patoloji bulunmamasına rağmen hastayı taburcu ederken ilgili poliklinik kontrolü önermek

EKSİKLER & YANLIŞLAR;

- ✗ Birkaç saattir göğüs ağrısı olan bir hastada non-STMI açısından kontrol troponin planlanabilir. (Teorik olarak böyle bir ihtimal olsa da klinik pratikte bu yaş grubunda non-STMI sık karşılaşılan bir durum değildir.)
- ✗ Bu vakada acil tıp yaklaşımı açısından yanlış yapılan bir şey yoktur.

SONUÇ

- ▶ Vaka örneğinde; Dışarıdan bakan bir göz "pnömotoraks" gibi bir tanı gözden kaçırılmış ve hayati bir hata yapılmış gibi düşünebilir. Ancak genç, kronik bir hastalığı olmayan bir göğüs ağrısı vakasına acil servis açısından doğru bir yaklaşım yapılmıştır. Göğüs ağrısının nedeni kardiyak olabileceği düşünülerek EKG, troponin tetkikleri istenmiş, akciğer kaynaklı olabileceği düşünülerek PAAC çekilmiştir.
- ▶ Gelelim pnömotoraks meselesine; Pnömotoraks acil müdahale gerektiren bir durum olmakla birlikte vaka örneğinde bahsi geçen pnömotoraks çeşidi "okült (gizli)" pnömotoraktır. Okült PTX akciğer grafisinde görülemeyecek kadar küçük ancak BT ile tespit edilebilecek oranda PTX olması demektir. Acil serviste tespit edilememesi tıbbi hata değildir. Vaka örneğinde de poliklinik şartlarında tespit edilmiş olmasına rağmen acil müdahale gerekliliği görülmemiş ancak takiplerde PTX oranının artması neticesinde tüp torakostomi uygulanmıştır.
- ▶ Bu hasta travma sonrası bu şikayetlerle başvuran bir hasta olsaydı akciğer grafisinde bir patoloji görülme bile toraks BT çekilmesi gerekirdi.
- ▶ Sonuç olarak acil serviste her vaka kendi içinde değerlendirildiğinde acil patolojiler ekarte edildiyse o an için tanısı konulamamış bir durumun varlığı acil hekimini hukuki-tıbbi olarak bağlamaz. Burada hastanın şikayeti acil servise başvurduğu şikayet ile birkaç gün sonra tüp torakostomi gibi invaziv bir işleme maruz kalması arasında kendince bir bağ kurup bir şeylerin eksik-yanlış yapılmış olacağı düşüncesidir.





Acil servise 112 tarafından
araç içi trafik kazası
nedeniyle üç vaka getirilir.
Vakalardan bir tanesi 22 yaşında
erkek hastadır.

3

Uzm. Dr. Yusuf KANTAR
Acil Tıp Uzmanı



**tip
akademisi**

Özgeçmiş

Yok

Vitaller

Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, yer zaman oryantasyonu tam olarak görülür. TA:120/70 mmHg, nabız:98/dk olarak tespit edilir

Seyir

Fizik Muayene: Sol omuzda dokunmakla hassasiyet, eklem hareketlerinin ağrılı olduğu ve omuz üzerindeki ciltte yüzeysel sıyrıklar olduğu görülür. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal olarak tespit edilir.

Hastadan ağrısına yönelik omuz röntgeni ve kan tetkikleri istenir. Röntgen görüntülerinde kemik yapılarında herhangi bir sorun olmadığı kan tetkiklerinde hemoglobin değerinin 12.3 olduğu görülür. Hastaya damar yolunda ağrı kesici parasetamol verilir. Sıyrıklarına pansuman yapılır, tetanoz aşısı uygulanır. Ağrısı azalan hastaya kaza sırasında omzunu çarpmış olduğundan dolayı yumuşak dokulardaki hasara bağlı omuz ağrısının olduğu birkaç gün istirahat etmesi, ağrı kesici alması gerektiği önerilerek taburcu edilir. Hasta aynı gece olaydan sekiz saat sonra şiddetli karın ağrısı, baş dönmesi, halsizlik şikayeti ile tekrar acil servise getirilir. Hastanın bilinci açık, rengi soluk, cildi terli görünümündedir. Tansiyonuna bakılır ve 90/50mmHg olarak ölçülür. Hastaya hemen damar yolu açılır kan tetkikleri alınır tansiyonu yükseltmek için serum tedavisi başlanır. Yapılan karın muayenesinde sol üst kadranda hassasiyet tespit edilir ve hasta tomografi ünitesine gönderilir. Kontrastlı batın tomografisi çekilir. Tomografi raporunda dalakta evre 2 laserasyon ve pelviste minimal serbest sıvı mevcut olduğu söylenir. Serum tedavisi sonrası kontrol tansiyonu 110/70mmHg olan hastanın kan tetkiklerinde hemoglobin değeri 10.5 olarak görülür. Hasta genel cerrahi ile konsulte edilerek yoğun bakıma yatırılır. Hastaya 4x1 CBC takibi ve saatlik tansiyon takibi order edilir. Takiplerinde tıbbi durumunda kötüleşme olmayan hastaya birkaç gün sonra kontrol karın tomografisi çekilir dalak yaralanmasında artış olmaması nedeniyle hasta genel cerrahi servisine alınır. Serviste de birkaç gün takip edilen hasta istirahat önerilerek taburcu edilir.

Şikayet

Hasta yakınları ilk başvurduğunda acil serviste dalak yaralanmasını tespit etmediği gerekçesiyle acil servis doktorundan şikayetçi olurlar.

Ön soruşturmacı atanır ve hasta yakınlarını ve acil hekimini çağırarak konu ile ilgili sorular sorar.

Hasta Yakınları;

Hasta ilk başvurduğunda sadece sol omzunun ağrıdığını karnında da belli belirsiz bir ağrısı olduğunu ama çok rahatsız olmadığı için doktora söyleme gereği duymadığını belirtir. Doktorun söylediği gibi omuz ağrısından dolayı eve gidip istirahat ediyordum bir şeye uzanmak için aniden hareket ettikten sonra karnıma birden bir ağrı girdi ve sonrasında başım döndü kendimi kötü hissettiğim için olduğu yere yığıldım der. Hasta yakınları ise hastamızı ikinci defa hastaneye götürdüğümüzde dalak yaralanması ve iç kanama olduğunun söylendiğini, ilk başvurumuzda yeterince araştırılmadığını düşündüklerini ve acil servis doktorundan şikayetçi olduklarını söylerler.

Acil Hekimi;

Hasta 112 tarafından acil servise getirildi ve toplamda aynı kazaya maruz kalmış üç kişiden biriydi. Kazanın nasıl olduğunu sorguladım ve oluş biçimi itibarıyla yüksek enerjili bir maruziyet söz konusu olmadığını düşündüm. Hastanın yaşam bulguları normal sınırlarda idi. Aktif şikayeti sol omuz ağrısıydı ve yaptığım muayenede omzunda sıyrıklar ve hassasiyet tespit ettim. Omuz ağrısına yönelik yaptığım röntgen görüntülemesinde kemik yapıları normal olarak değerlendirdim, kan tetkiklerinde de ileri tetkik gerektirecek bir patolojiye rastlamadığımdan dolayı hastanın omuz ağrısını mekanik bir kas ağrısı olduğunu düşünerek pansuman ağrı kesici ve tetanoz aşısı tedavisinden sonra hastaya istirahat önerdim ve taburcu ettim. Hasta ikinci başvurusunda ani hareket sonrası karnına bir ağrı girdiğini başının döndüğünü ve fenalaştığını belirtti. Olası bir organ yaralanmasının geç bulgusu olabileceğini düşünerek hastanın ilk hayati müdahalesini yaptıktan sonra hızlıca tomografi çektim ve dalak yaralanması olduğunu tespit ettim. Serum tedavisinden sonra tansiyonu yükselen hasta kendisini daha iyi hissettiğini belirtti. Hastayı genel cerrahi ile görüşerek takip ve tedavisinin devamı için yoğun bakıma yatırdım.

DOĞRULAR;

- ✔ Birden fazla yaralının olduğu trafik kazasında travmanın oluş şeklini sorgulamak ve yüksek enerjili bir travma olmadığını düşünmek.
- ✔ Açık yaralanması olan hastanın tetanoz sorgulaması ve profilaksinin yapılması
- ✔ İkinci başvuruda hastanın hızlıca değerlendirilip, sıvı resüstasyonunun yapılması sonrasında etyolojiye yönelik yapılan görüntüleme ve ilgili branş ile konsültasyon.

EKSİKLER & YANLIŞLAR;

- ✘ Hastanın düşük enerjili bir travmaya maruz kaldığı ve majör bir yaralanma olmadığı düşünülse bile trafik kazasına bağlı dinamik bir süreçte olduğu göz ardı edilmemeli ve acil serviste gözetim süresi birkaç saate uzatılmalıdır.
- ✘ Multitravmalı hastalarda hastanın şikayeti olmasa bile ya da muayene esnasında pozitif bulgu bulunmasa bile sadece ağrıyan bölgeye yönelik görüntüleme yapmak yerine; servikal, torakal, lomber vertebraları, akciğeri, pelvisi kapsayacak x-ray görüntülemesi yapmak daha doğru bir yaklaşım olacaktır.

SONUÇ

- ▶ Araç içi ya da araç dışı trafik kazası nedeniyle getirilen hastalarda ilk yapılması gereken kazanın oluş şeklini sorgulamaktır. Getiren 112 ekibine olay yerinin durumu, eğer şuuru yerindeyse hastaya da kazanın oluş şekli sorulur.
- ▶ Bir sisteme ya da bir bölgeye ait patolojinin varlığı bir başka bölgede olabilecek patolojinin gözden kaçmasına neden olmamalıdır.
- ▶ Vaka örneğinde akılda kalıcı olması açısından dalak yaralanmasında diyafram irritasyonuna bağlı gelişen "kehr bulgusuna" atıfta bulunulmuştur.
- ▶ Bu vaka gerçekten basit, izole bir omuz ağrısına da sahip olabilirdi ancak hastanın ifadesinde belirttiği gibi karın ağrısı olmasına rağmen söylemediği ciddi bir durum da olabilir.
- ▶ Her omuz ağrısında dalak laserayonu düşünmek fazla obsesif bir yaklaşım olmakla birlikte yansıyan ağrıların da görüldüğünden büyük problemlere neden olabileceğini akılda tutmak hayat kurtarıcı olabilir.



Arrest

4

Uzm. Dr. Yusuf KANTAR
Acil Tıp Uzmanı



**tıp
akademisi**