



AKUT KARIN (ERİŞKİN)

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Akut karın, karın içi organlarda enflamasyon, perforasyon, obstrüksiyon ya da infarkta bağlı olarak birden ortaya çıkan ve genellikle acil cerrahi girişim gerektiren bir durumdur. Akut karın nedenleri yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir.

Tanı

Akut karın yapan birçok neden vardır.

Doğru tanıya ulaşmada iyi bir sorgulama ve fizik muayene çok önemlidir.

Semptomlar

Karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, ateş, ishal veya kabızlık, huzursuzluk.

Öykü

1. Ağrı sorgulaması

- Başlangıcı:
 - Nasıl başladı? (Ani, 1-2 saat içinde, saatler içinde)
 - Ne zaman başladı? **(6 saatten uzun süren şiddetli ağrıda önemli bir durum var demektir.)**
 - Nerede başladı? (Başlangıç yeri, zamanla yer değiştirdi mi?)
- Özelliği (Kolik, aralıklı, sürekli)
- Şiddeti
- Yerleşimi: Yayılımı var mı?
- Arttıran ve azaltan faktörlerin varlığı.

2. Eşlik eden semptomlar:

İştahsızlık, bulantı, kusma (safralı, kanlı, fekaloid), sarılık, dışkılama bozuklukları (kabızlık, ishal, kanlı, mukuslu), rektal ağrı, dizüri, hematüri, ateş, terleme, dispne, öksürük, görmede bulanıklık olabilir.

3. Kadınlarda jinekolojik öykü: Son adet tarihi, varsa obstetrik öyküsü, anormal vajinal kanama, ektopik gebelik risk faktörleri (pelvik enflamatuvar hastalık, rahim içi araç, geçirilmiş ektopik gebelik öyküsü).

4. Özgeçmiş: Kronik hastalıklar (diabetes mellitus, iskemik-aritmik kalp hastalıkları gibi), geçirilmiş karın ameliyatları, kullanılan ilaçlar, alkol kullanımı.

Fizik muayene

- İnspeksiyon: Karın distansiyonu, skar dokusu, herni varlığı
- Palpasyon: duyarlık (hassasiyet), rijidite, **kas defansı (peritonit lehinedir ve hasta kesinlikle eve gönderilmemelidir)**, organ büyümeleri, ele gelen kitle varlığı, geri tepen (rebound) duyarlık varlığı
- Oskültasyon: Bağırsak seslerinde artma veya azalma, abdominal aortada üfürüm duyulması

Laboratuvar

- Kan sayımı: Beyaz küre sayısı çoğu hastada artarken, ilerlemiş peritonit ve sepsiste normal veya düşük olabilir. Hematokrit, kan kaybı durumlarında düşme gösterir, dehidratasyonda hemokonsantrasyona bağlı artış olabilir.
- Tam idrar incelemesi: Üriner sistem enfeksiyonu ve/veya hematüri saptanabilir.

Ayırıcı tanı

| Ağrının Yerleşimi | Ağrının Başlangıç Şekli ve Tipi | Fizik Muayene | Olası Tanı | Karar |
|--|---------------------------------|---|-------------------------|----------------|
| Periumbilikal veya genellikle sağ alt kadrana lokalize | Sinsi – akut Sürekli | Başlangıçta epigastrik, sonra sağ alt kadrana duyarlığı | Akut apandisit | Derhal Sevk et |
| Yaygın | Ani Kolik | Karın distansiyonu | İntestinal obstrüksiyon | Derhal Sevk et |
| Epigastrik | Ani Sürekli | Epigastrik duyarlık | Perfore duodenal ülser | Derhal Sevk et |
| Epigastrik veya sağ üst kadrana | Sinsi – akut | Sağ üst kadranda duyarlık | Akut kolesistit | Sevk et |
| Epigastrik ve arkaya yayılan | Ani Sürekli ve şiddetli | Epigastrik duyarlık | Akut pankreatit | Derhal Sevk et |
| Kostavertebral veya üreter traseleri boyunca | Ani, şiddetli ve Keskin | Lomber duyarlık | Renal kolik | Sevk et |
| Bilateral adneksiyal, jeneralize olabilir | Yavaş Gittikçe artan | Serviksin hareketiyle artan ağrı | Akut salpenjit | Derhal Sevk et |
| Unilateral pelvik, rüptüre olursa omuza yayılabilir | Ani Hafif -şiddetli | Adneksiyal kitle | Ektopik gebelik | Derhal Sevk et |

Tabloda akut karına en sık neden olan hastalıklar özetlenmiştir. Başka birçok hastalık da akut karına neden olabilir. Herhangi bir başka nedenle akut karın geliştirdiği düşünülen tüm hastalar cerrahi girişim yapılabilecek bir merkeze sevk edilmelidir.

Sevk

Akut karın şüphesi olan bütün hastalar sevk edilmelidir.

Sevk öncesinde, bir sonraki hekimi yanıtılabileceği için, **sakincedir.**

ağrı kesici uygulanması

Kaynaklar

1. Trunkey DD, Crass Ra. Abdominal Pain. Mills J, Ho MT, Salber PR, Trunkey DD, ed. Current Emergency Diagnosis & Treatment, Los Altos: Lange, 1985: 111-30.
2. American College of Emergency Physicians. Clinical Policy for the Initial Approach to Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdominal Pain. Ann Emerg Med 1994; 23: 906-22.
3. Clinical Policy: Critical Issues for the Initial Evaluation and Management of Patients Presenting with a Chief Complaint of Nontraumatic Acute Abdominal Pain. Ann Emerg Med 2000; 36: 406-15.
4. Boey JH. The Acute Abdomen. Way LW, ed. Current Surgical Diagnosis & Treatment. Beirut: Lange, 1994, 441-52.
5. Tait IS. The Patients with Acute Abdominal Pain Wait Unduty Long for Analgesia, Journal of Royal College of Surgeons of Edinburgh, 1999, 44: 181-4.

