



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? (Anı, 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?
- Arttırıcı 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 enflamatuvvar 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), rigidite, **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 hemokonsantasyona 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 kadran lokalize	Sinsi – akut Sürekli	Başlangıçta epigastrik, sonra sağ alt kadran duyarlılığı	Akut apandisit	Derhal Sevk et
Yaygın	Ani Kolik	Karin distansiyonu	İntestinal obstrüksiyon	Derhal Sevk et
Epigastrik	Ani Sürekli	Epigastrik duyarlık	Perfore duodenal ülser	Derhal Sevk et
Epigastrik veya sağ üst kadran	Sinsi – akut	Sağ üst kadранda duyarlık	Akut kolesistit	Sevk et
Epigastrik ve arkaya yayılan	Ani Sürekli ve şiddetli	Epigastrik duyarlık	Akut pankreatit	Derhal Sevk et
Kostaverbral veya üreter traseleri boyunca	Ani, şiddetli ve Keskin	Lomber duyarlık	Renal kolik	Sevk et
Bilateral adneksiyal, jeneralize olabilir	Yavaş Gittikçe artan	Serviks 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 yanlışlıkla tanımlayacağı için, **ağrı kesici uygulanması sakıncalıdır.**

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 Emergency 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 Unduly Long for Analgesia, Journal of Royal College of Surgeons of Edinburgh, 1999, 44: 181-4.

