

ÇOCUKLARDA KARIN AĞRISI: AKUT APENDİSİT VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Mehmet BULDUK¹

Veysel CAN²

GİRİŞ

Çocuklarda akut karın ağrısı, birinci basamak sağlık hizmeti veren birimler için tanı koymada zorlayıcı bir şikayet olarak ortaya çıkmaktadır (1). Akut karın ağrısı ile başvuran çocuklara özel dikkat gösterilmelidir. Çünkü karın ağrısı şikayeti ile başvuran çocuklar tipik olarak ağrılarının tam olarak ifade etmekte güçlük çekerler. Daha büyük çocuklar ile iletişim kurmak küçük çocuklara nazaran daha kolay olduğundan, hastanın yaşı karın ağrısının nedeninin belirlenmesine yardımcı olabilir (2).

Çocuklarda apandisit tanısının çabuk ve doğru bir şekilde konulabilmesi için pediatri hemşireleri, erken dönemdeki belirti ve bulgulardan karın ağrısı olan çocuğu değerlendirebilmelidir (3). Öykü genellikle semptomlarını sözlü olarak ifade edemeyen bebeklerin ve ergenlik öncesi çocukların ebeveynlerinden veya bakıcılarından alınmaktadır. Apandisti olan bir çocukta karın ağrısı en sık görülen yakınma olup ağrının süresi, şiddeti, hafifletici ve alevlendirici faktörler gibi özellikleri araştırılmalıdır. Peri-umbilikal ağrı ve mide bulantısının klasik semptomlarını, ardından ağrının sağ alt kadrana göçü, kusma ve ateşi ergenlik öncesi çocuklarda ortaya çıkarmak zor olabilir. Apandisit, her yaşta çocukta tedavi

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, mehmetbulduk@yyu.edu.tr

² Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, veyselcan@yyu.edu.tr

ti ilerletilmelidir. Ateş normal sınırlarda ve ameliyat bölgesinde herhangi bir komplikasyon yoksa hasta ameliyat günü veya sonraki gün taburcu edilmektedir. Apendektomi uygulanan hastalar ameliyattan 2-3 hafta sonra normal aktivitelerine başlayabilirler. Taburculuk sırasında, hastanın dinlenmesi söylenmeli, insizyon bakımı, olası enfeksiyon semptomları ve yara iyileşmesine bağlı gelişebilecek komplikasyonlar hakkında eğitim verilmelidir. Bir hafta içinde dikişlerin alınması ve kontrol için tekrar gelmesi gerektiği söylenmelidir. Peritonit olasılığının söz konusu olduğu hastalarda insizyon bölgesine yakın bir bölgeye dren yerleştirilir. Bu hastalar birkaç gün hastanede tutularak bağırsak tıkanıklığı ya da ikincil kanama yönünden takip edilirler. Pelviste, diyafragma altında ya da karaciğerde ikincil apseler oluşabilir. Bu durumda beden ısısı, nabız ve lökosit sayısında artış görülür. Bu hastalar taburcu olurken hemşire hasta ve ailesine, insizyon bakımı hakkında eğitim vermelidir. Ayrıca olası komplikasyonların önlenmesi ve yara iyileşmesinin kontrolü için evde bakım hemşiresi ile iletişim kurmaları söylenmelidir (23).

KAYNAKLAR

1. Raymond M, Marsicovetere P, DeShaney KJ. Diagnosing and managing acute abdominal pain in children. *Journal of the American Academy of Pas.* 2022;35(1):16-20.
2. Yang W-C, Chen C-Y, Wu H-P. Etiology of non-traumatic acute abdomen in pediatric emergency departments. *World Journal of Clinical Cases.* 2013;1(9):276.
3. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. *Pediatric hemşireliği.* Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2018.
4. Hunter CJ. *Controversies in Pediatric Appendicitis:* Springer; 2019.
5. Kwan KY, Nager AL. Diagnosing pediatric appendicitis: usefulness of laboratory markers. *The American journal of emergency medicine.* 2010;28(9):1009-1015.
6. O'Neill J, Rowe M. *Pediatric surgery.* St Louis Missouri USA: Mosby-Year Book: Inc; 1998.
7. Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, Perrin EM, Katznelson J, Rice HE. Does this child have appendicitis? *Jama.* 2007;298(4):438-451.
8. D'souza N, Nugent K. Appendicitis. *American family physician.* 2016;93(2):142-143.
9. Lund D, Coran A, Adzick N, Krummel T. *Pediatric Surgery.* 7th: Philadelphia, PA, USA: Elsevier; 2012.
10. Glass CC, Rangel SJ. Overview and diagnosis of acute appendicitis in children. Paper presented at: Seminars in pediatric surgery2016.

11. Rothrock SG, Skeoch G, Rush JJ, Johnson NE. Clinical features of misdiagnosed appendicitis in children. *Annals of emergency medicine*. 1991;20(1):45-50.
12. Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, et al. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. *World journal of surgery*. 1999;23(2):133.
13. Karnath B, Mileski W. Acute abdominal pain. *Hospital Physician*. 2002;38:45-50.
14. Becker T, Kharbanda A, Bachur R. Atypical clinical features of pediatric appendicitis. *Academic Emergency Medicine*. 2007;14(2):124-129.
15. Rodríguez-Sanjuán JC, Martín-Parra JI, Seco I, García-Castrillo L, Naranjo A. C-reactive protein and leukocyte count in the diagnosis of acute appendicitis in children. *Diseases of the colon rectum*. 1999;42(10):1325-1329.
16. Brown LL, Elliott MR, Durbin DR. Diagnostic utility of C-reactive protein in children with suspected appendicitis. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11(5):597.
17. Elangovan S. Clinical and laboratory findings in acute appendicitis in the elderly. *The Journal of the American Board of Family Practice*. 1996;9(2):75-78.
18. Calder J, Gajraj H. Recent advances in the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *British journal of hospital medicine*. 1995;54(4):129-133.
19. Lau W, Ho Y, Chu K, Yeung C. Leucocyte count and neutrophil percentage in appendicectomy for suspected appendicitis. *Australian New Zealand Journal of Surgery*. 1989;59(5):395-398.
20. Doraiswamy N. Leucocyte counts in the diagnosis and prognosis of acute appendicitis in children. *British Journal of Surgery*. 1979;66(11):782-784.
21. Peltola H, Ahlqvist J, Rapola J, et al. C-reactive protein compared with white blood cell count and erythrocyte sedimentation rate in the diagnosis of acute appendicitis in children. *Acta chirurgica scandinavica*. 1986;152:55-58.
22. Pelosi L. The role of the advanced practice nurse in pediatric general surgery. *The Nursing Clinics of North America*. 2000;35(1):159-170.
23. Çelik S, Taşdemir N. *Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi 2018.