

# Karın Ağrısının Değerlendirilmesi ve Yönetimi

Prof. Dr. Göktürk MARALCAN

Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Özel Sani Konukoğlu  
Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel  
Cerrahi AD

Sürekli Tıp Eğitimi Toplantısı/Gaziantep/27.12.2018

# Sunum Planı

- Ağrı fizyolojisi
- Karın ağrısı tipleri
- Karın ağrısının değerlendirilmesi
- Karın ağrısının yönetimi

# Nosisepsiyon

Bedenin bir bölgesinde bir **doku hasarı** olduğu zaman bunun **özelleşmiş sinir uçları (nosiseptör)** ile SSS'ne götürülmesi, algılanması ve buna karşı fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik **önlemlerin harekete geçirilmesine nosisepsiyon** denir.

**Ağrı**, nosisepsiyon içinde **bir algılama** olup kişiye ve koşullara göre değişen **bir duygulanım şeklidir**.

Vücutun herhangi bölgesinde doku harabiyeti oluştuğu zaman; bu bölgeden lokal olarak salınan mediyatörler ve aljezikler özelleşmiş sinir uçları olan nosiseptörleri uyararak, ağrının algılanmasını başlatırlar.

# Ağrı Mekanizmaları

1. Uyarıyı tanıyan reseptörler
2. Üst merkezlere iletmek için gerekli yollar
3. Bir santral mekanizma
4. Bir cevap mekanizması bulunur.

Periferden kortekse kadar uzanan ağrılı uyarılar sinapslarla birbirlerine ileten 3 ana sensoriyel nöron grubunu oluşturur.

primer duyuşal nöron (1. nöron)

spinal nöron (2. nöron)

talamokortikal projeksiyon nöron grubu (3. nöron)

# Ağrı yolu (Lat. Spinotalamik Yol)

Ağrılı uyarıları taşıyan periferik liflerin hücre cismi, yani ağrı yolunun birinci nöronu arka kök ganglionları'nda yer alır. Buradan kalkan lifler spinal korda girer ve substantia gelatinosa'da arka boynuz hücreleri ile sinaps yapar.

Yani ağrı iletiminde ikinci durak spinal korddur. Substantia gelatinosa'da enkefalinerjik ara nöronlar bulunmaktadır.

Ağrı yolunun üçüncü nöronu talamustadır. Talamus'dan çıkan uzantılar da kortekse giderek postsentral girus'da sonlanır.

# SİNİR SİSTEMİNİN YAPISI

## PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ

## MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ

KAFA SİNİRLERİ  
(KRANİYAL SİNİRLER)

BEYİN

OMURİLİK

OMURİLİK SİNİRLERİ  
(SPİNAL SİNİRLER)

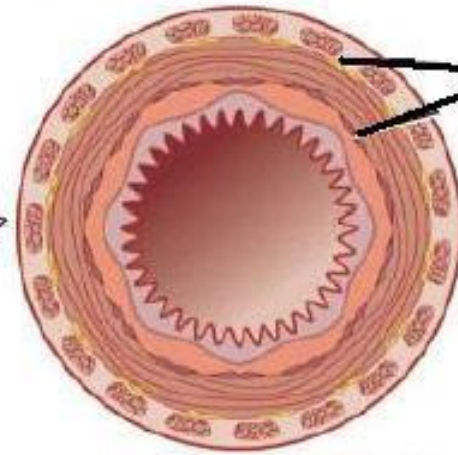
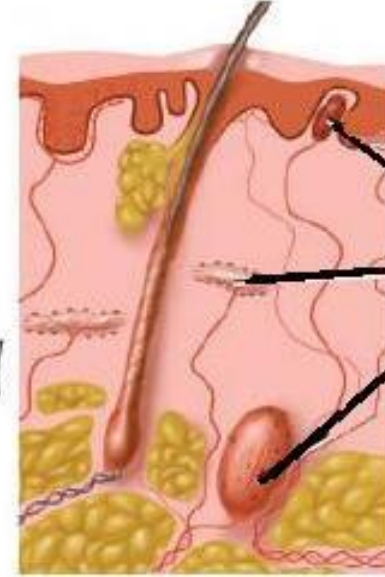
SİNİR DÜĞÜMLERİ  
(GANGLİYONLAR)

UÇLARDAKİ SİNİRLER  
(PERİFERİK SİNİRLER)

## PERİFERİK SİNİR SİSTEMİ

DERİDEKİ DUYU ALGILAYICILARI

İNCEBARSAKTAKİ BARSAK DALLARI  
(ENTERİK PLEKSUS)



*Ağrı algılama işlemi*

Dokunma veya ağrılı olmayan uyarın

Kılıflı uzun uzantı (A fiber)

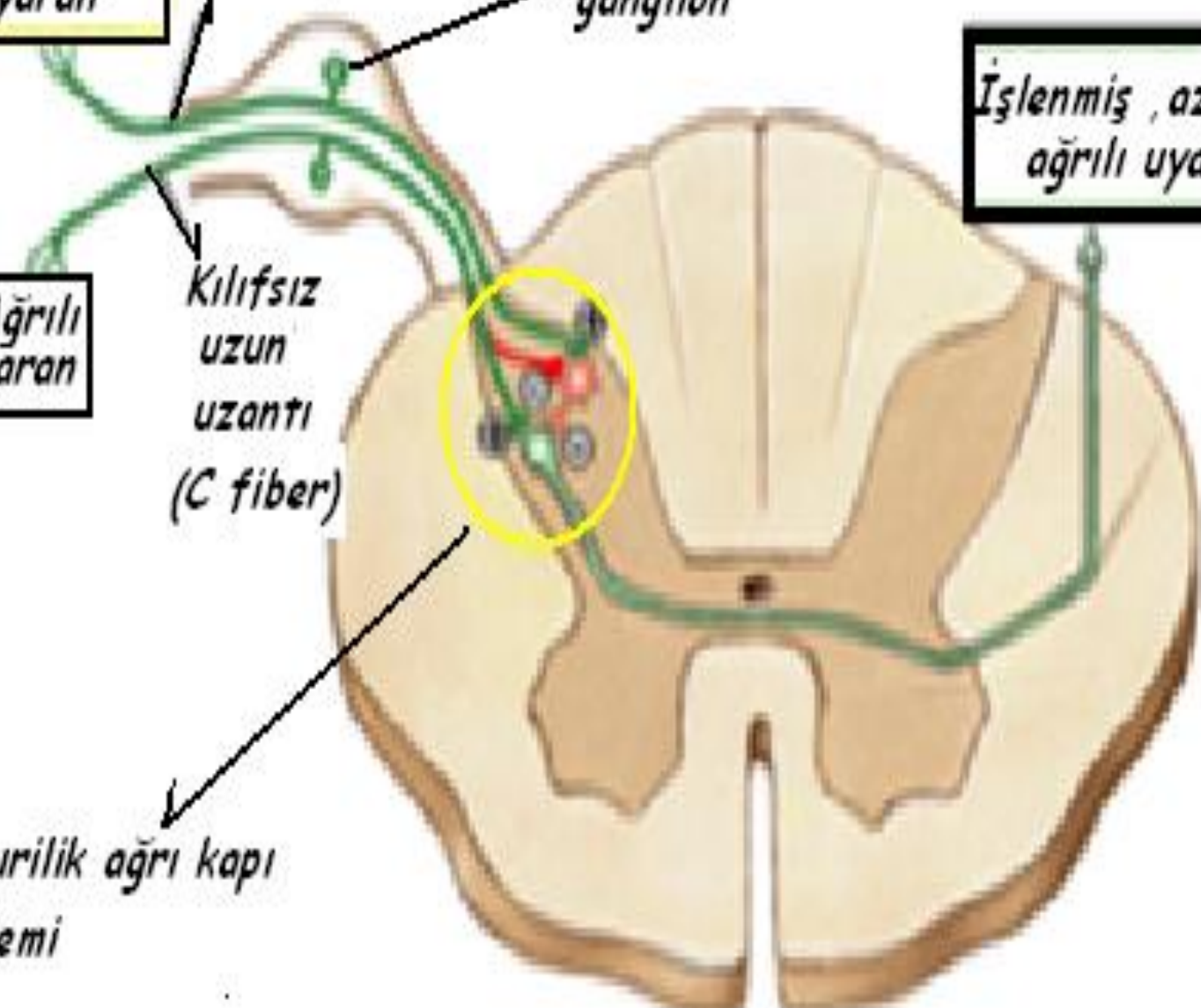
Arka kök duyusal ganglion

Ağrılı uyarın

Kılıfsız uzun uzantı (C fiber)

İşlenmiş, azaltılmış ağrılı uyarın

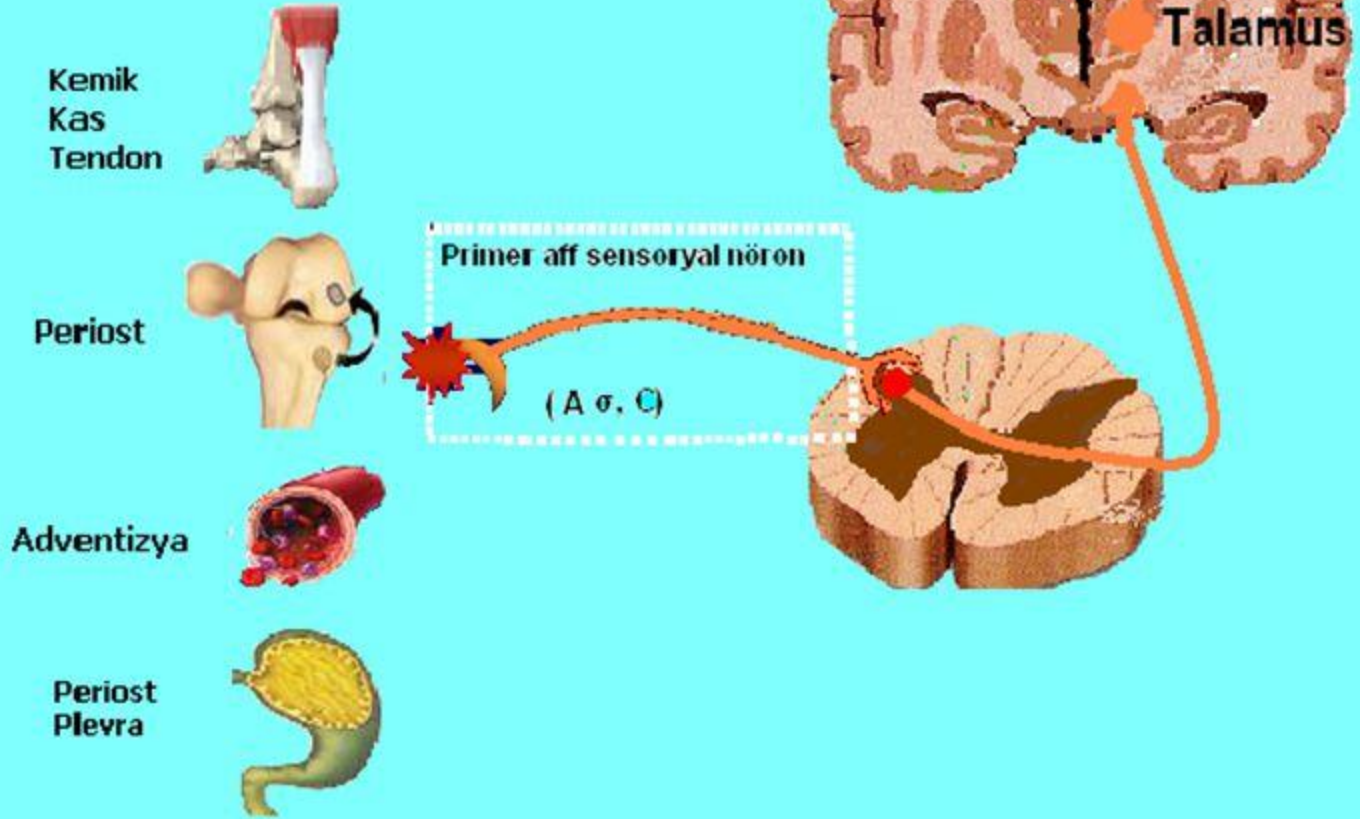
Omurilik ağrı kapı sistemi





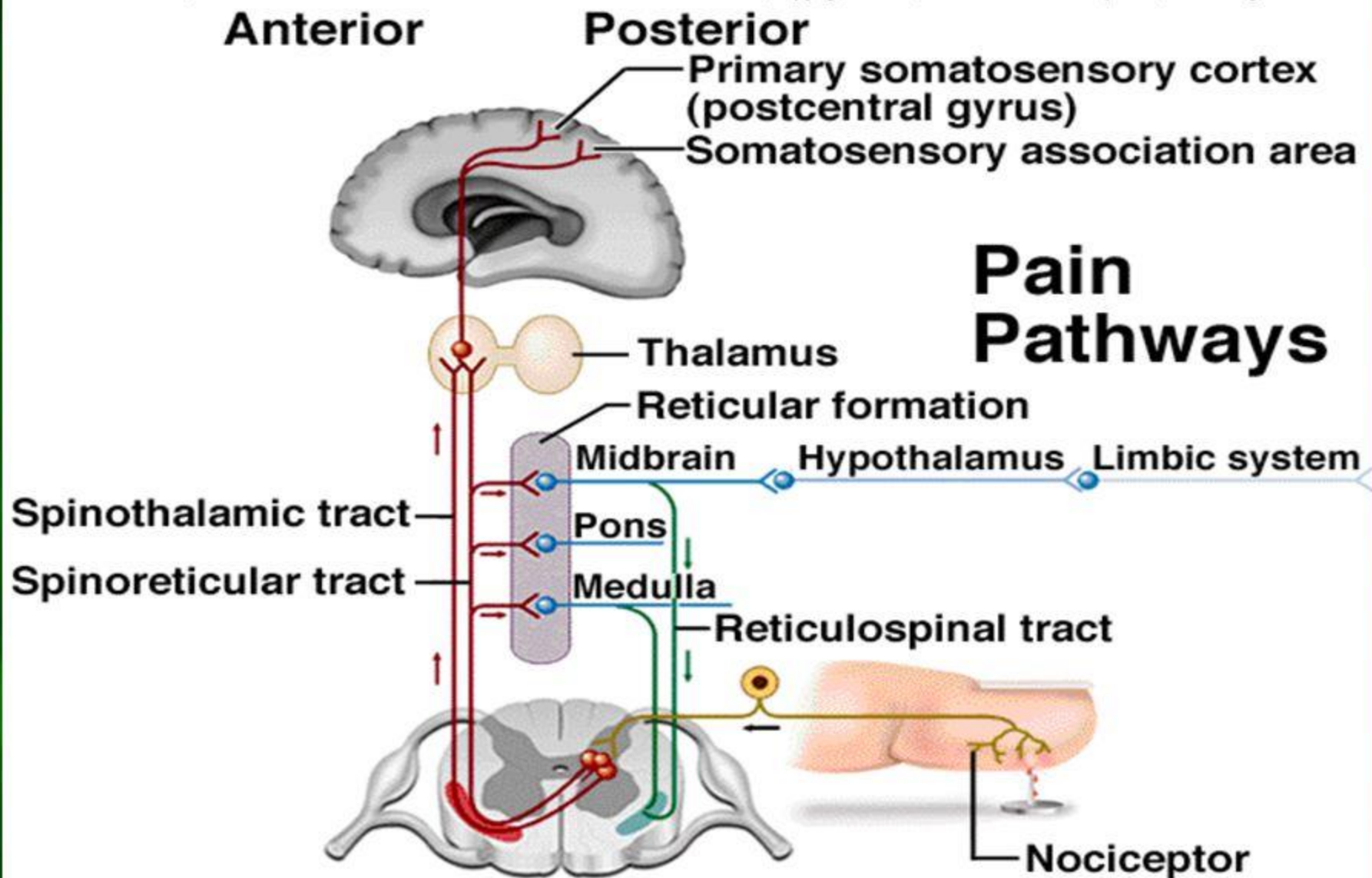
# TRANSDÜKSİYON

## NOSİSEPTÖR LOKALİZASYONU



# Ağrı Yolları

Kenneth S. Saladin, ANATOMY AND PHYSIOLOGY: THE UNITY OF FORM AND FUNCTION, Copyright © 1998, The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.



**Ağrının amacı: Korumak**

**Ağrı: Koruyucu Mekanizma**

# Ağrı Reseptörlerini Uyarın Stimulus Tipleri

- Mekanik
- Termal
- Kimyasal
- İskemi

- Ağrı reseptörleri hemen hemen çok az adaptasyon gösterirler ya da hiç adaptasyon göstermezler.
- Böylece: kişinin; uyarı devam ettiği sürece, ağrı yaratan zararlı uyarıdan haberdar olması sağlanmaktadır.

# Karın Ağrısının Sınıflandırılması

- Süresine göre
- Kaynağına göre
- Karakterine göre

## Ağrı Tipleri (Süresine Göre)

1. Akut
2. Kronik

## KARIN AĞRISI TIPLERİ (Kaynağına Göre)

- Visseral ağrı
- Pariyetal ağrı (Somatik ağrı)
- Yansıyan ağrı



## Akut karın ağrıları (Ağrı karakterine göre)

1. İnflamatuvar ağrı
2. Kolik ağrı
3. İskemik ağrı
4. Perforan ağrı
5. Birleşik ağrı

## Ağrı Tipleri (Süresine Göre)

1. Akut
2. Kronik

Ağrı sinyalleri MSS'ne iki yoldan ulaşır.

1. Akut ağrı yolları
2. Kronik ağrı yolları

**Akut ağrı:**  $A^\delta$  ağrı lifleriyle taşınır.

**Kronik ağrı:** C lifleriyle taşınır.

- **Akut ağrı sinyalleri:** Periferik sinirlerden MS' e ileti hızları; saniyede 6-30m olan küçük A<sup>δ</sup> tipi liflerle iletilir.
- **Kronik ağrı sinyalleri:** İleti hızı, saniyede 0.5-2m olan C lifleriyle iletilmektedir.

**A<sup>δ</sup> lifleriyle iletilen akut tipteki ağrı;** uyarılan alanın 10-20cm çevresinde lokalize edilebilir. Öte yandan;

**Kronik tipteki ağrı, C lifleriyle iletilebilir** ve ancak çok kaba olarak belki vücudun bir ekstremitesi gibi büyük bir parçasında lokalize edilebilir fakat küçük bir alana lokalize edilemez. Bu durum, **bu liflerin beyin sapı ve talamus'ta çok yaygın sonlandıkları gerçeğine uygun düşmektedir.**

Primer afferent nosiseptörler iki sınıfta incelenir;

A delta mekanotermal nosiseptörler ve

C polimodal nosiseptörler

- **Myelinli A delta lifleri hızlı ileten**, sensitizasyona açık, termal ve mekanik uyarılarla uyarılan liflerdir. Çoğunlukla cilt ve kaslara dağılırlar ve akut yaralanmayı takiben **keskin, ani ve iyi lokalize edilebilen ağrıları** iletirler.
- **C lifleri** ise kaslar, periostium, pariyetal periton ve organlarda bulunurlar; polimodal bir özellik gösterirler ve her türlü uyarana karşı duyarlı olup, **yavaş iletken liflerdir**. C lifleri tarafından taşınan ağrı duyusu **künt, rahatsız edici, hafif lokalize edilebilen**, başlangıçtan itibaren gittikçe artan ve uzun süreli olmaya meyilli özelliktedir.



Çeşitli iç organlardan gelen **ağrının lokalizasyonu** birçok nedenle çoğu zaman güçlük yaratır.

**İlk olarak;** beyin çeşitli organların varlığından direkt olarak haberdar değildir. Bu nedenle iç organlardan gelen herhangi bir ağrı ancak genel olarak lokalize edilebilir.

**İkinci olarak;** karın ve göğüsten gelen duyular, MSS'ne iki ayrı yolla iletilir:

Visseral yol

Parietal yol

Gerçek visseral ağrı; OSS'nin duysal lifleriyle iletilir ve bu duyular çoğunlukla ağrılı organdan uzak vücut yüzeylerine yansır.

Öte yandan pariyetal duyular, pariyetal periton, plevra ya da perikarttan direkt olarak iletilir ve genellikle doğrudan ağrılı organın üzerinde lokalize olurlar.

Vücutun diğer organlarından farklı olarak intraabdominal organların sensoriyal sistemleri gelişmemiştir ve farklı organ ağrıları benzer özellikler gösterir.

## KARIN AĞRISI TIPLERİ (Kaynağına Göre)

- Visseral ağrı
- Pariyetal ağrı (Somatik ağrı)
- Yansıyan ağrı

**Visseral ağrı:** Organlardan kaynaklanan ağrıdır.

Visseral ağrının beş önemli klinik özelliği vardır.

- a. Her organdan kaynaklanmaz (karaciğer, böbrek gibi sert organların çoğu ağrıya karşı hassas değildir).
- b. Her zaman doku harabiyeti ile ilgili değildir (barsakların kesilmesi ağrıya yol açmaz).
- c. Yaygındır ve kolay lokalize edilemez, başka bölgelere de yayılım gösterir.
- d. Motor ve otonom reflekslerle birlikte seyreder (ör. bulantı, kusma ve bel kaslarında kasılma).

**Visseral** ağrının niteliği genellikle kramp, yanma ve kemirici tarzdadır.

Visseral ağrı hastalığın hafif olduğu başlangıç evrelerinde ortaya çıkar.

Akut apandisitte başlangıçta göbük çevresinde hissedilen ağrı visseral ağrıdır.

Visseral ağrı lifleri mide ve barsak duvarındaki gerilme ve çekilmeye duyarlıdır. Mide, bağırsak, safra kesesi ve mesane gibi içi boş organların ağrı sinir lifleri organların kaslarında sonlanır.

Karaciğer ve dalak gibi solid organların sinir lifleri ise organ kapsülünde sonlanır. Karaciğer ve dalakta parankimal genişleme sonucu kapsülün gerilmesi ile ağrı oluşur.

**Visseral afferent liflerin** somatik liflere göre daha az sayıda bulunması ve birbirinden ayrılabilen farklı ileti yollarının olmaması nedeniyle, bu lifler **lokalizasyonu zor bir ağrı oluştururlar.**



Bazı organların ağrıya hassas olmaması bu organların periferik reseptörlerinin özelliğine bağlıdır.

Organlardan kaynaklanan ağrı, MSS'ne sempatik sistem içinde iletilir.

İç organların parankimasi ve beyinde ağrı reseptörleri bulunmaz.

Arter duvarları, periton, plevra, dura mater ve diğer bağ dokusu bulunan yerlerde ağrı reseptörleri bulunur.

Organlardan gelen otonom afferentler'in arka boynuzda somatik ağrı yoluna taşınması ile buradaki somatik sinirin inerve ettiği cilt alanında ağrı (yansıyan ağrı) duyulur.

# Visseral Ağrı Yaratanlar

- Organlardan gelen ağrı
- Visseral dokunun iskemisi
- Organ yüzeylerinin kimyasal haraplanması
- İçi boş bir organda düz kasların spazmı
- İçi boş organın ya da ligamentlerin gerilmesi

# Visseral (Kramp) Tipi Karın Ağrıları

- Gastroenterit
- Konstipasyon
- Menstrüasyon
- Doğum
- Safra kesesi hastalıkları
- Üreteral obstrüksiyon

Çoğu kez spazm gelişen organın ağrısı, kramplar şeklindedir. Ağrının şiddeti giderek ağırlaştıktan sonra yatıştır ve bu durum birkaç dakikada bir ritmik olarak devam eder. **Ritmik dönemler, düz kasın ritmik kasılmasından ileri gelir.**

# Ağrıya Duyarsız Visseral Alanlar

- KC parankimi
- AC alveolleri

# Ağrıya Duyarlı Visseral Alanlar

- KC kapsülü
- Safra kanalı
- Bronşlar
- Paryetal plevra

Visseral afferent ağrı lifleri, iç organlardan yansıyan ağrının iletiminden sorumlu olduğu için **yansıyan ağrının vücut yüzeyindeki lokalizasyonu** o organın embriyoda geliştiği segmentin dermatomuna uyar.



Bazı yansıyan ağrı tipleri; refleks kas spazmı sonucu ortaya çıkar. Örnek: Üreterdeki ağrının bel kaslarında refleks spazm yaratması.

Akut karın bulguları olan bir hastada ağrının altı saatten fazla sürmesi cerrahi tedavinin gerekliliğini gösterebilir.

Visseral bir ağrının uzun sürmesi yani geçen saatlere rağmen hasta organa lokalize olmaması iskemi ve distansiyon bulgusudur.

Ağrıyı arttıran, azaltan veya ortadan kaldıran faktörlerin belirlenmesi tanı koymada önemli ipuçları verir.

Epigastrik bölgenin palpasyonu ile ağrıda artma olması ve sternal yanma reflü özefajiti düşündürülebilir.

Emosyonel gerilimler ülser ağrısını aktive edebilir veya irritabl kolon sendromları ile ilişkili olabilir.

Kullanılan ilaçların ağrı üzerine etkileri çok önemli ipuçları verebilir. Örneğin antiasitlerle ağrının kesilmesi peptik ülseri düşündürmelidir.

Proteinden zengin gıdalar pankreas salgısını arttırdıkları için pankreatit ağrısını başlatabilirler.

Crohn hastalarında dışkılama sonrası göbek çevresindeki ağrının hemen kaybolması ve gıda alımının kısıtlanması ile ağrının azalması önemli bulgulardır.

Epigastrium'daki baskı hissi myokardiyal iskemiye, gastrik distansiyon veya inflamasyonu akla getirir.

Sağ üst kadrandağı ağrı safra kesesi ve safra yolları ile ilgili bir patolojiye işaret eder.

Ağrının yansıdığı bölgelerin de bilinmesi gerekir.

Uyluk içinde ağrı testislerle ilgili olabilir.

Omuz ağrısı olaya diyafragmanın da katıldığını gösterir.

Sırtta ağrı, sırta yayılan ağrı, biliyer, duodenal ve pankreas ağrıları olabilir.

Pariyetal peritondan kaynaklanan ağrılar A delta ve C lifleri ile alınıp somatik sinir lifleri aracılığıyla spinal korda ulaştırılır. **Somatik sinir lifleri çaprazlaşsa bile ağrılı uyarın, kortekse ulaştırılır** ve iyi lokalize edilebilir.

Ağrı inflamasyonun olduğu pariyetal periton üzerindeki karın duvarına lokalize olur (akut apandisitteki Mc Burney noktası gibi)

Ağrı; ona neden olan dokulardan oldukça uzak bir vücut bölgesinde duyulabilir. Buna **yansıyan ağrı** denir.

**Yansıyan ağrı** Afferent sinirlerin, merkezi yolları paylaşması sonucu hasta organ ağrılarının değişik ve uzak yerlerde hissedilmesidir; gerçekte pariyetal veya visseral ağrıdır. Hem visseral ağrının hem de pariyetal ağrının özelliklerini taşır.

**Yansıyan visseral ağrı;** ağrılı uyarının çok şiddetli olması veya uzun bir süre devam etmesi sonucu meydana gelir. **Ağrılı uyarın çok şiddetli olduğu için splanknik liflerle taşınır.** Bu lifler spinal kordda cildin somatik sinirleri ile sinaps yaptığı için yansıyan visseral ağrı; embriyoda köken aldığı dermatom segmentinde veya hastalıklı organla aynı nöral segmentten innerve olan dokuların daha derin kısımlarında hissedilebilir.

Yansıyan visseral ağrı gerçek visseral ağrıdan daha iyi lokalize edilir. Bağırsakta hava veya sıvı ile distansiyon oluşturulması bu tip ağrıya neden olur.

Safra kesesi ve yolları ile ilgili hastalıklarda sırt, sağ omuz ve skapulada; akut ve kronik pankreatitte belde hissedilen ağrı yansıyan ağrıdır.

Mide embriyoda yedi ile dokuzuncu torasik segmentler arasında geliştiği için mide ağrısı anterior epigastriuma yansır.



Bütün **visseral ağrılar** otonomik sinirler tarafından özellikle de **sempatik sinirler içindeki ağrı lifleri** içinde taşınırlar. Bu ağrı lifleri ince, myelinsiz **C tipi lifler**dir. C tipi lifler yavaş iletkendir ve hissedilen ağrı; **iyi lokalize edilemeyen**, tanımlanması güç, yavaş yavaş ortaya çıkan, künt vasıfta ağrılardır.

**Visseral ağrı reseptörleri** serozal yüzeylerde, mezenter içinde, içi boş organlarda, muskularis mukoza ve submukoza içerisinde bulunur. **Visseral periton somatik ağrı lifleri içermez**, sadece otonomik C tipi liflerle innerve edilir.

- **Yansıyan ağrı mekanizması:** Visseral ağrı lifleri dallarının medulla spinalis'te, deriden gelen ağrı liflerinin sonlandığı ikinci nöronlarla sinaps yaptığı belirtiliyor.
- Visseral lifler stimulus edildiği zaman iç organlardan gelen bu ağrı sinyallerinin en azından bir bölümü deriden gelen sinyallerin sonlandığı aynı nöronlara ulaşır ve **kişi bizzat deriden kaynaklanan duyuları alıyormuş gibi hisseder.**

## Karın Ağrısının Başlama Şekli

**Ani başlangıçlı karın ağrısı:** Lümenli bir organın perforasyonu veya volvulusu; içi boş organdan taş veya tıkaçıcı bir madde pasajı; solid bir organın rüptürü gibi durumlarda veya arteriyel embolizasyonda görülür. Bunun en tipik örneği **duodenum ön yüz ülser delinmesi, distal özefagus rüptürü, ektopik gebelik rüptürü, spontan pnömotoraks ve aort anevrizması** diseksiyonudur.

**Yavaş yavaş başlayan zamanla artan tarzda devam eden karın ağrısı:** İnflamatuvar bir olayı veya yavaş gelişen bir tıkanıklığı temsil eder. **Akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit, mezenterik iskemi ve mekanik intestinal obstrüksiyon** gibi durumlarda ağrı yavaş yavaş artan tarzdadır

Abdominal organlarda ağrı iletimini sağlayan visseral peritondaki liflerin büyük çoğunluğu C tipi liflerdir ve bu organlara ait ağrılar genellikle künt, yanıcı ve kemirici vasıfta hissedilir ve iyi lokalize edilmezler.

Pariyetal periton ise C liflerine ek olarak A lifleri de içerdiği için ağrı hem daha iyi lokalize edilir, hem de daha keskin olarak hissedilir.

Tüm sindirim kanalı ve eklerini oluşturan **lümenli ve solid organlardan** afferent nosiseptörler tarafından algılanan ağrılı uyarılar **splanchnik sinirlerle sempatik zincire** katılır, omurilik arka kordona geçip, myelinsiz liflerle talamusda sonlanır.

Bu uyarılar kortekse ulaşmadığı için de tam olarak tanımlanamaz ve lokalize edilemez.

Hasta ağrıyı spinal kordun aynı segmentinde visseral afferentler olarak çıkan somatik duyu liflerinin segmental olarak dağıldığı deri alanları ve zonlarında hisseder; ağrı, hasta organları innerve eden dermatomlarda da hissedilir.

**Pariyetal ağrı (Somatik ağrı)** Organlardaki inflamasyonun pariyetal peritona ulaştığında ortaya çıkan şiddetli ağrıdır.

Pariyetal ağrı kimyasal uyarılar, iltihaba bağlı ödem, periton içi ısı ve pH değişimlerine bağlı oluşur.

Visseral ağrıya göre daha şiddetli, **oldukça iyi lokalize edilen, beden hareketleri, öksürme, ıkınma, hapşırma gibi karın içi basıncı artıran etkilerle artan ağrılardır.**

Pariyetal peritondan kaynaklanan ağrılar A delta ve C lifleri ile alınıp somatik sinir lifleri aracılığıyla spinal korda ulaştırılır. **Somatik sinir lifleri çaprazlaşsa bile ağrılı uyarın, kortekse ulaştırılır** ve iyi lokalize edilebilir. Ağrı inflamasyonun olduğu pariyetal periton üzerindeki karın duvarına lokalize olur (akut apandisitteki Mc Burney noktası gibi)

Vücut yüzeyini inerve eden spinal sinirlerden ikinci bir grup; içeriye doğru girerek pariyetal periton, pariyetal plevra ve pariyetal perikardı da inerve eder. Aynı zamanda retroperitoneal visseral organlar ve belki mezenterin bazı bölümleri de bir dereceye kadar pariyetal ağrı lifleriyle inerve edilir. Örnek: Böbrek; hem pariyetal hem de visseral liflerle donatılmıştır.



Apendiks'ten apendisit nedeniyle gelen impulslar, sempatik visseral ağrı lifleriyle sempatik zincire katılır ve sonra yaklaşık T10'da, T11'de medulla spinalis'e girerler; bu ağrı, göbük çevresindeki alana yansır, sancı ve kramp tipindedir.

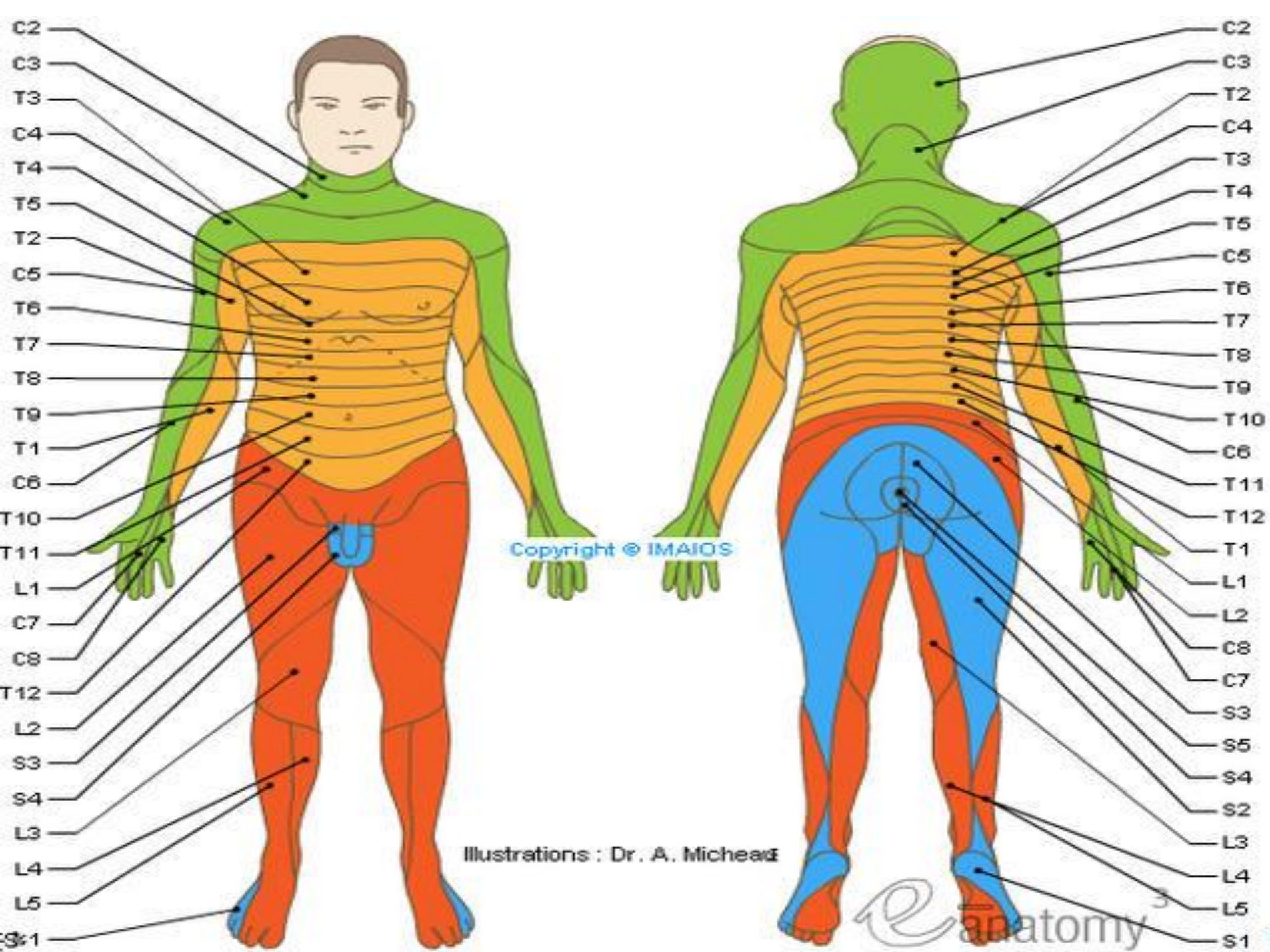
Öte yandan apendisit'in abdominal çepere değdiği pariyetal peritondan kaynaklanan ağrı impulsları ise spinal sinirlerle yaklaşık L1 ya da L2 düzeyinde medulla spinalis'e girer. Bu ağrı, doğrudan karnın sağ alt kadranında, irritasyona uğrayan periton üzerinde duyulur ve keskin bir ağrı tipindedir.

Her organdan gelen visseral afferent liflerin medulla spinalis'teki yeri, **yansıyan ağrının vücut yüzeyindeki durumu, organın embriyolojik olarak geliştiği vücut segmentine bağlıdır: Örneğin;**

**Kalp,** boyun ve üst toraks'tan gelişir. Bunun sonucu olarak kalbin visseral ağrı lifleri medulla spinalis'e C3 ile T5 segmentleri arasında girer.

**Mide;** embriyoda yaklaşık 7. ve 9. torasik segmentlerden gelişir ve bu nedenle midenin visseral afferentleri medulla spinalis'e bu düzeylerde girer.

**Safra kesesi,** hemen tümüyle 9. torasik segmentten kaynaklanır ve böylece kesenin visseral afferentleri T9 segmentinde medulla spinalis'e girer.



**Yansıyan pariyetal ağrı**da ise ağrı etkilenen organdan uzak bir bölgede hissedilir (dalağın travmatik rüptüründeki **Kehr işareti** gibi)

Bazı yansıyan ağrı tipleri; refleks kas spazmı sonucu ortaya çıkar. Örnek: Üreterdeki ağrının bel kaslarında refleks spazm yaratması.

## Akut karın ağrıları (Ağrı karakterine göre)

1. İnflamatuvar ağrı
2. Kolik ağrı
3. İskemik ağrı
4. Perforan ağrı
5. Birleşik ağrı

**İnflamatuvar ağrı:** Akut karın tablosu oluşturan hastalıkların % 80'i inflamatuvar ağrı modeliyle ortaya çıkar.

Ağrı başlar, yavaş yavaş şiddetlenir ve sonra sürekli devam eder.

**En önemli özelliği sürekli oluşudur.**

Ağrı kendiliğinden geçmez, eğer geçerse inflamasyonlu organın perforasyonuna bağlıdır.

**“Hain sukünet dönemi”**

**Kolik ağrı:** Genellikle içi boş organların herhangi bir nedenle tıkanması sonucu oluşan **düz kas spazmıdır.** Ağrı başlar, şiddetlenir ve sonra kendiliğinden geçer. **Ana özelliği aralıklı olmasıdır.**

Gastroenterit ve bayat, bozuk gıda nedeniyle olan enteritlerde ağrı bu tiptir.

Kolik ağrı ile seyreden ve gerçek akut karın nedeni olan tek hastalık **mekanik intestinal obstrüksiyondur.**



**İskemik ağrı:** En şiddetli karın ağrısı tipidir.

**Visseral bir ağrı** olduğu halde tüm sinir uçlarını uyardığı için ağrı **geniş bir alanda** çok şiddetli olarak hissedilir.

Ani, şiddetli başlar ve **sürekli**dir.

Akut mezenterik iskemide tanı hızlı konmalı, 7-8 saat içinde de müdahale edilmelidir.

İçi boş organların aşırı dolması da dokunun gerilmesi nedeniyle ağrı yaratır. Aşırı gerilme, organın çeperindeki kan damarlarını kollabe edebilir ya da çeperi bastırarak **iskemik ağrıyı** ağırlaştırabilir.

**Perforan ağrı:** Peptik ülser perforasyonuna özgü bir ağrı modelidir. Serozanın delinmesi ile peritona sızan safralı ve asitli sıvı pariyetal peritonda kimyasal peritonite neden olur ve ani bıçak saplanır gibi tarif edilen ağrıyı oluşturur.

Ağrının başlangıcı iskemik ağrıya benzer fakat perforasyon olunca ağrının şiddeti azalır. Devam eden kimyasal irritasyon ağrıyı tekrar arttırır, sürekli bir hal alır. Ağrının inflamatuvar modeli tabloya hakim olur.

**Birleşik ağrı:** Mekanik bağırsak obstrüksiyonuna özgü bir ağrı modelidir. Obstrüksiyon başlangıcında **kolik ağrı** başlar. Tıkanıklık devam ettikçe gelişen ödem nedeniyle mezenterik damarlarda iskemi olur. Tabloya **iskemik ağrı** eklenir.

**Akut karın ağrısı;** bir haftadan daha az süreden beri varolan, **nontravmatik** nedenlere bağlı gelişen, **nedeni bilinmeyen, karın içi veya karın dışı organları ilgilendiren** hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan **bir semptomdur.**

Genel olarak bakıldığında **karın ağrısı** şikayeti olan hastaların yaklaşık **%20-25**'ini hastaneye **acil yatış gerektiren hastalar** oluştururken, **%35-40**'ını yapılan tüm tetkiklere rağmen hiç bir patolojinin bulunmadığı, bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez gözlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen **nonspesifik karın ağrılı hastalar** oluşturur.

# KARIN AĞRISINDA TANI

Karın ağrısı ile kliniğe başvuran hastada öncelikle tanımlanması gereken bu ağrının **akut karın ağrısı olup olmadığıdır.**

Daha sonra ise akut karın ağrısının **acil cerrahi gerektiren bir karın ağrısı olup olmadığının saptanması gerekir.** Bu ayırıcı tanı yapılana kadar akut karın ağrılarında erken tanıyı önlemesi ve bulguları ortadan kaldırabilmesi nedeniyle **analjezik kullanılmaması önerilmektedir.**

# KARIN AĞRISINDA TANI

A. ANAMNEZ

B. FİZİK MUAYENE

C. LABORATUAR TESTLERİ

D. GÖRÜNTÜLEME TETKİKLERİ

E. ENDOSKOPIK GİRİŞİMLER

F. PARASENTEZ

G. TANISAL LAPAROSKOPI

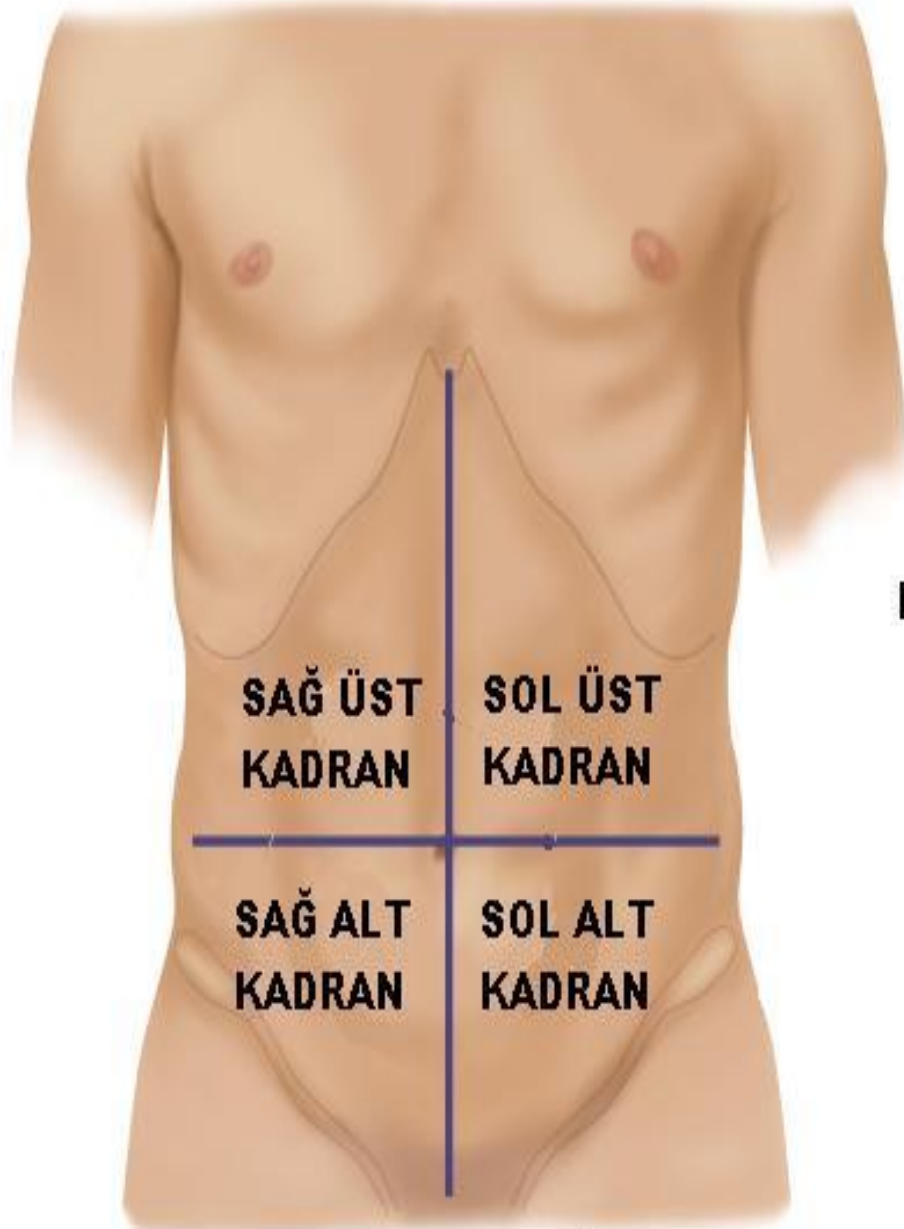


Akut karın ile gelen vakaların 2/3'ünde öykü ve fizik muayene ile tanı konabilmektedir.

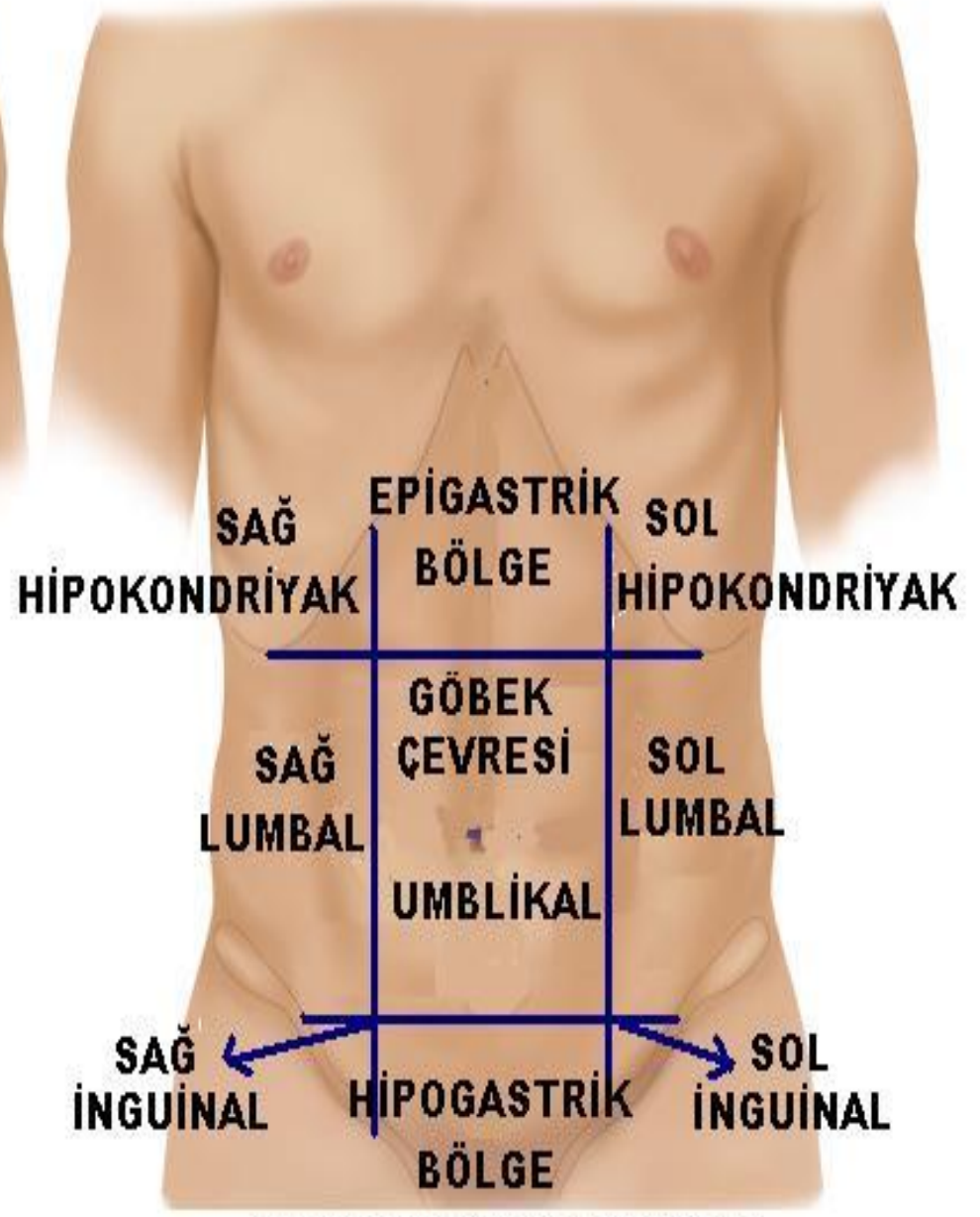
Destekleyici laboratuvar ve radyolojik tetkikler, birçok cerrahi durumun tanısı, ameliyat gerektirmeyen birçok medikal durumun ekarte edilmesi ve preoperatif hazırlıklara yardım açısından gereklidir.

- İnspeksiyon
- Oskültasyon
- Palpasyon
- Perküsyon

# KARNIN ANATOMİK BÖLÜMLERE AYRILMASI



**DÖRDE BÖLÜNDÜĞÜNDE**



**DOKUZA BÖLÜNDÜĞÜNDE**

**Direkt rebound:** Ağrılı bölgeye bastırılan elin hızla çekilmesiyle oluşan ağrının palpasyon sırasındaki ağrıdan fazla olmasıdır. Pariyetal periton inflamasyonunu gösterir. Hem cerrahi akut karın hem de cerrahi olmayan karın ağrılarında görülebilir.

**İndirekt rebound:** Hastayı öksürtmek, derin nefes aldirmek, topuk ve psoas testi yaptırmakla hastanın ağrısının arttığını ifade etmesidir.

an









- Karın oskültasyonu peristaltizmin etkilenmemesi için palpasyondan önce yapılmalıdır.
- Garguyman, bir kaptan diğer kaba su boşalması şeklinde bir ses olup, paralitik ileusda ve mekanik obstrüksiyonda duyulur.



- Perküsyonla hassasiyet 'rebound tenderness' ile eş anlamlıdır; her ikisi de periton irritasyonu ve pariyetal ağrıyı yansıtırılar.
- **Palpasyon** akut karın ve akut karını taklit eden hastalıkları ayırmada en yararlı muayene yöntemidir.

Bir hasta, karın ağrısı şikayeti ile acil ünitesine veya herhangi bir bölüm polikliniğine başvuruyor ve tanı konmadan veya tanı koymak için bir plan yapmadan sadece bir ağrı kesici ve/veya antibiyotik ile çıkışı yapıyorsa bu bir hatadır.

Karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda; tanı kısa sürede konulamayacaksa hasta, gözlem ve tanı koymak amaçlı olarak hastaneye yatırılmalı, gereken tetkikler ve konsültasyonlar yapılmalı, tanı konmalı ve tedavisi tamamlanmalı veya tedavi planı sonuçlandırılmalıdır. Eğer yatış için yer yoksa yeri olan başka bir hastaneye yazılı bilgi verilerek yönlendirilmelidir.

Akut karın bulguları olan bir hastada ağrının altı saatten fazla sürmesi cerrahi tedavinin gerekliliğini gösterebilir.

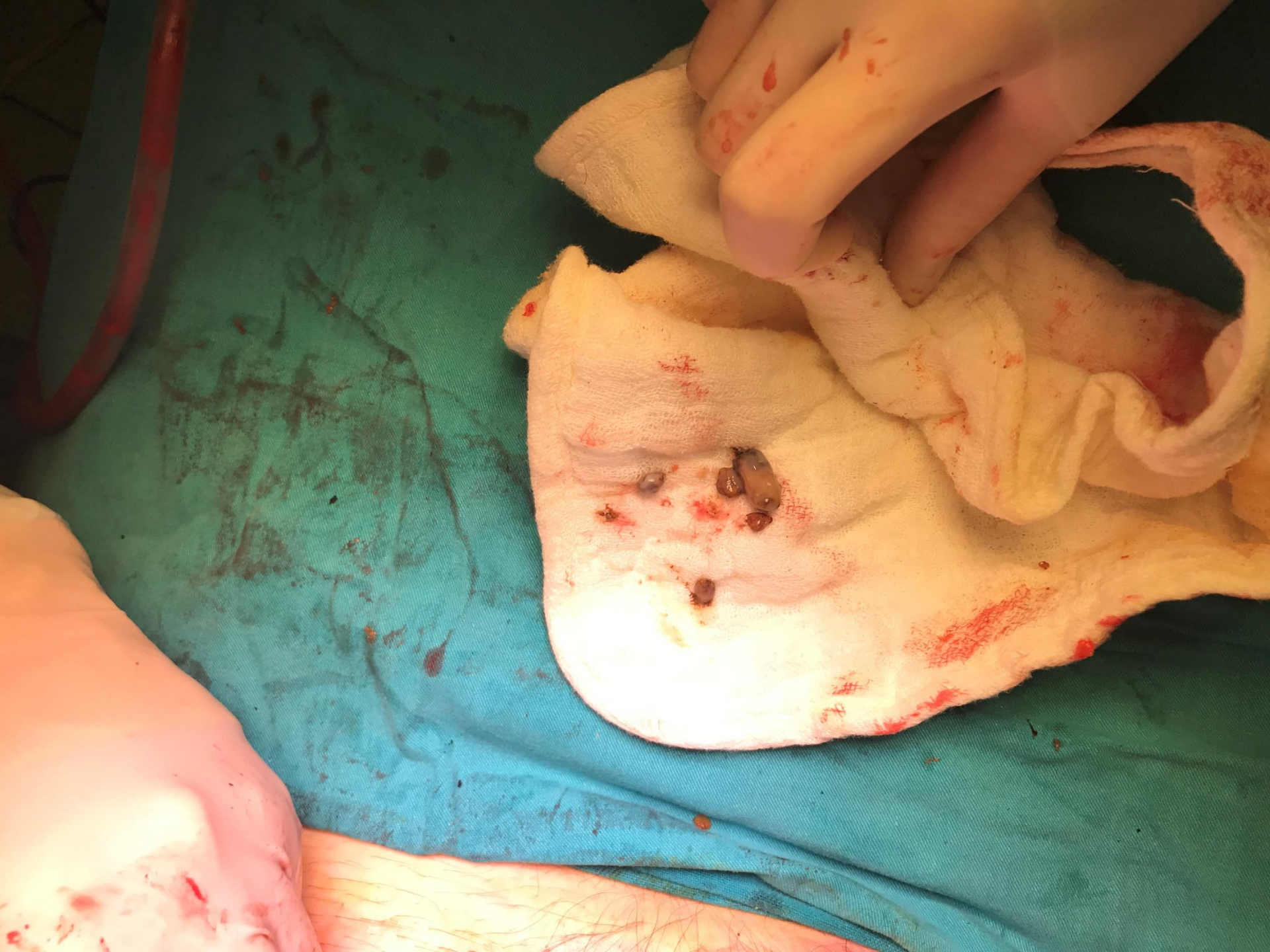
Visseral bir ağrının uzun sürmesi yani geçen saatlere rağmen hasta organa lokalize olmaması iskemi ve distansiyon bulgusudur.

Semptom tedavi edilmez. Hastalık tedavi edilir.

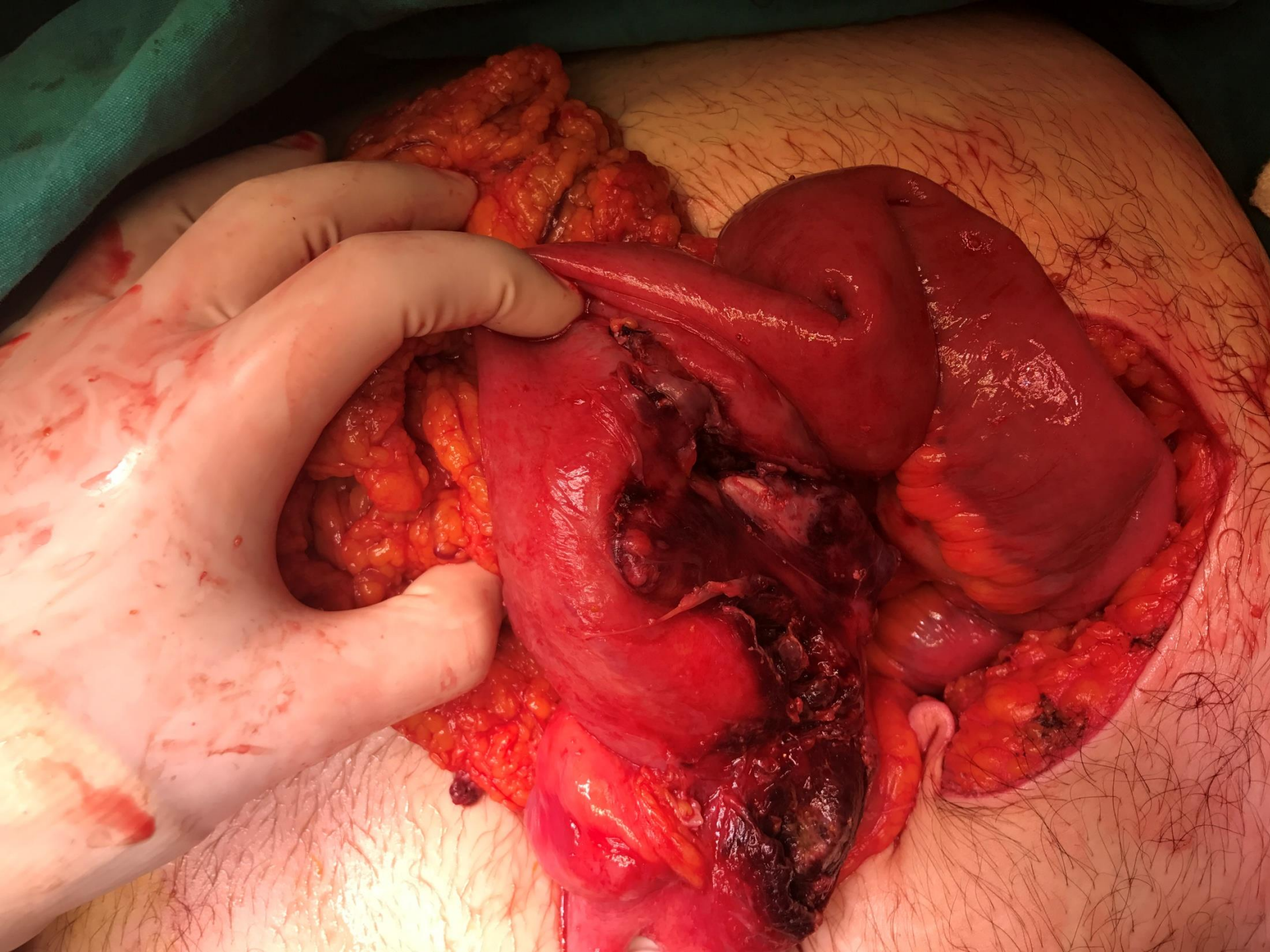
Karın ağrısı tedavi edilmez. Karın ağrısının nedeni tedavi edilir.







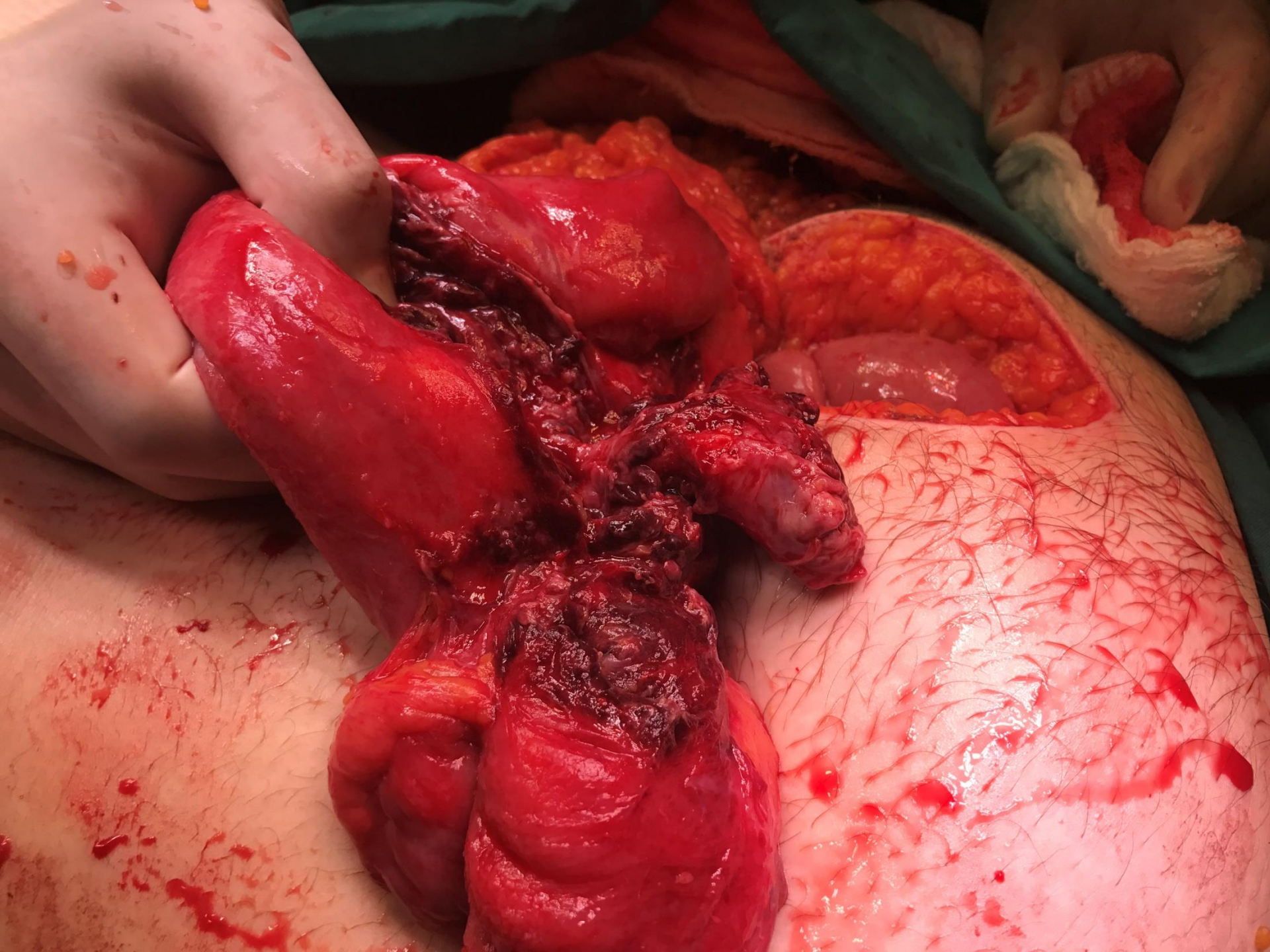








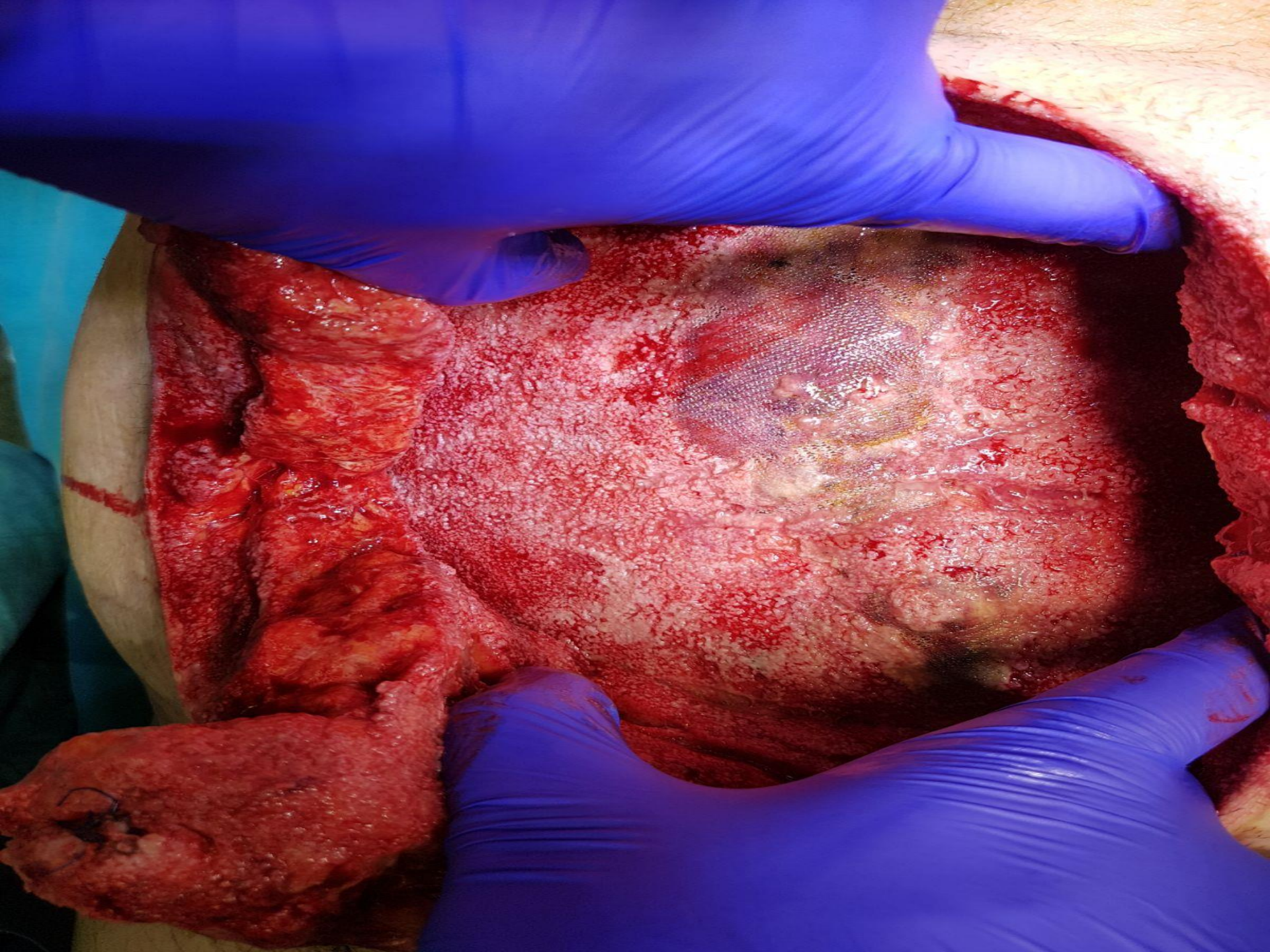




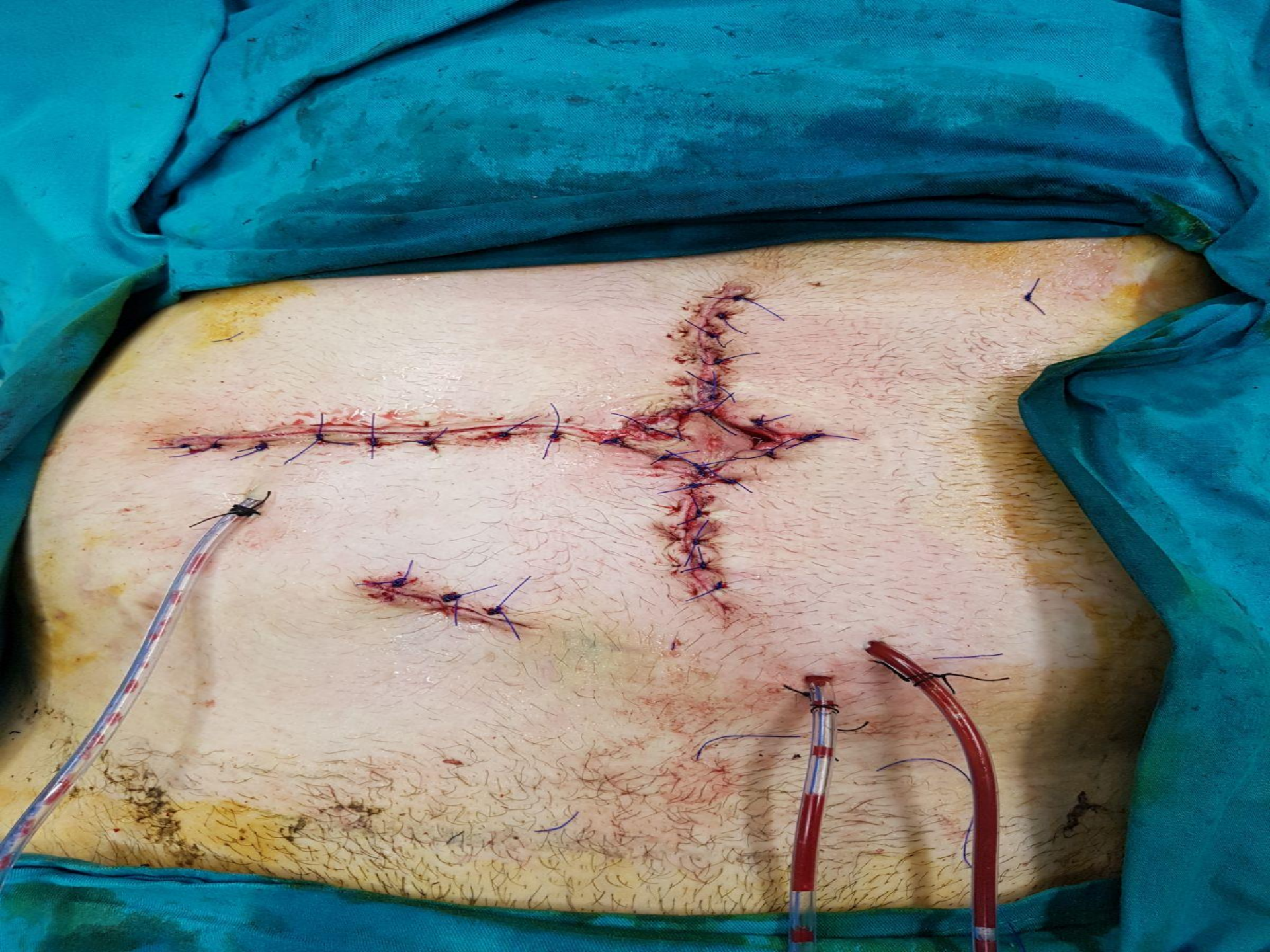












# Multidisipliner Çalışma

- Acil hekimi
- Genel cerrahi uzmanı
- Üroloji uzmanı
- Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı
- İç hastalıkları uzmanı
- Gastroenteroloji uzmanı
- Radyoloji uzmanı

# KARIN AĞRISI NEDENLERİ

1. Karın içi hastalıklar
2. Karın dışı hastalıklar
3. Metabolik hastalıklar
4. Psikolojik kökenli ağrılar



# Karın İçi hastalıklar

## A. Parietal periton inflamasyonu

1. Yaygın peritonit
  - a. Primer bakteriyel infeksiyon (primer peritonit); pnömokok, streptokok ve E.colinin neden olduğu peritonitler.
  - b. Bakteriyel kontaminasyon; apandiks ve kolon perforasyonu sonucu gelişen peritonitler.
  - c. Kimyasal peritonit; duodenum ülser perforasyonu ve over kist rüptürü sonucu gelişen peritonitler.
2. Lokalize peritonit; akut apandisit, kolesistit, terminal ileit, pankreatit.
3. Mezenterin gerilmesi (tümoral nedenler) .

## B. Lümenli organların gerilmesine neden olan mekanik tıkanmalar

1. İnce veya kalın barsak tıkanmaları; kolon tümörü, brid, volvulus, invajinasyon.
2. Safra yollarında tıkanma; safra taşları, darlıklar, tümörler.
3. Üreter tıkanmaları; taş, kıvrılma, dıştan tümoral bası.
4. Uterus tıkanması; tümör, doğum eylemi.

## C. Solid organların kapsülünün ani gerilmesi

1. Karaciğer kapsülü; hepatit, hızlı büyüyen tümörler.
2. Dalak kapsülü; akut splenomegali, kapsül içi kanama, apse, kist, tümör.
3. Böbrek kapsülü; pyelonefrit, kapsül içi kanama, apse, üreter tıkanması.

## D. Akut iskemi

1. Mezenterik tromboembolizm.
2. Splenik tromboembolizm.
3. Hepatik infarktüs veya toksik hepatit.
4. Safra kesesi, dalak, over kisti, testis veya appendiksin hızlı torsiyonu.
5. Damar yırtılması ( anevrizma, mezenterik apopleksi).
6. Orak hücreli anemi.

# Karın Dışı Hastalıklar

## A. Göğüs içi organların hastalıkları

1. Pnömoni, pulmoner embolizm, pnömotoraks
2. Akut myokard infarktüsü, myokardit, anjina pectoris
3. Özefagus rüptürü, özefageal spazm

## B. Nörolojik ve iskelet/kas sistemi hastalıkları

1. Omurilik hastalıkları (tümör, tabes dorsalis, bası)
2. İnfeksiyöz veya mekanik radikülopati (herpes zoster, postherpetik nevralji, bası)
3. Nöropati ve nevraljiye neden olan kaburga kırıkları
4. Alt kıkırdak kaburga kırığı veya çıkığı
5. Miyofasyal ağrı sendromları, karın duvarı kaslarına travma, polimiyozit

# Metabolik hastalıklar

## A. Ekstresek nedenler

1. Örümcek ısırıkları
2. Kurşun ve diğer ağır metal zehirlenmeleri

## B. İntrensek nedenler

1. Üremi
2. Porfiri
3. Diabetes mellitus komplikasyonu olan diabetik ketoasidoz
4. Allerjik hastalıklar

# Psikolojik Kökenli Ağrılar

- A. İrritabl bağırsak sendromu
- B. Anksiyete
- C. Depresyon
- D. Hipokondriyak tablo

# SPEŞİFİK ORGAN AĞRILARI

- Özefagus
- Mide-Duodenum
- İnce bağırsaklar
- Kolon
- Safra kesesi ve safra yolları
- Pankreas
- Pelvik organlar