

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Klinisk undersøgelse af abdomen (KUA) består af inspektion, palpation, perkussion og auskultation.

Læringsmål

Den studerende forventes efter endt undervisning, selvstændigt at kunne foretage objektiv undersøgelse af abdomen.

Herudover skal den studerende kunne vurdere en patients almentilstand samt redegøre for, hvordan undersøgelserne journalføres.

Forberedelse til timen

Læsning af manual.

Repetition af relevant anatomi og fysiologi.

Indikation/kontraindikation

Der er indikation for at foretage systematisk KUA hos alle patienter med abdominale symptomer, oftest smerter. Herudover kan der være indikation for en mindre detaljeret KUA som led i generel objektiv undersøgelse.

Der er ingen absolutte kontraindikationer.

Identifikation af patient

Inden undersøgelsen skal patienten identificeres med cpr. nummer og fulde navn.

Information til patient

Informer patienten om, hvad der skal ske og skab en god kontakt til vedkommende. En dårlig kontakt kan medføre, at patienten spænder mere i maven eller er mere øm end normalt. Patienten skal sige til, hvis der er noget, som bliver ubehageligt eller smertefuldt.

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Forberedelse af patient

Enhver undersøgelse af abdomen forudgås af en omhyggelig anamnese, der skal indeholde oplysninger om starttidspunkt for nuværende gener med beskrivelse af symptomernes placering, karakter, udstråling, forværende og lindrende faktorer. Endvidere må der være oplysninger om eventuelt ledsagende symptomer, såsom kvalme, opkastninger, diarré, afførings- eller flatusstop. Endelig skal der være oplysninger om tidligere abdominale sygdomme og operationer. Oplysninger om eventuel smertestillende medicin og feber er vigtige.

Når der er opnået god kontakt, sikrer man sig at undersøgelsen foregår i et varmt og roligt rum, hvor patienten kan føle sig tryk. Undersøgerens attitude skal være rolig, høflig og velovervejet, og undersøgeren informerer løbende om undersøgelsen.

Undersøgeren skal helst sidde på en justerbar stol ved patientens højre side (for højrehådede). Man kan også sætte sig på sengekanten. Hvis undersøgeren står op, bør man justere sengens højde. Hænderne skal være rene og varme.

Patienten afklædes svarende til det abdominale område, og hovedet placeres let eleveret på blød pude. Knæene let flekteret, evt. med pude under. Armene er placeret langs siden eller foldet på brystet.

Apparatur/utensilier

Til undersøgelsen skal der bruges et stetoskop, og der bruges fortrinsvis membransiden. Stetoskopet må gerne varmes lidt op med hånden inden den placeres på patienten.

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

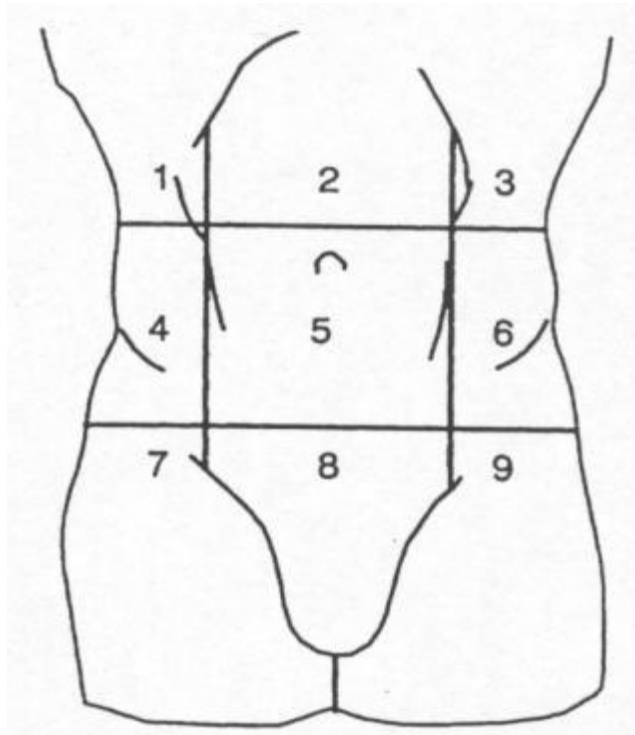
Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Procedure

Man undersøger abdomen ud fra principperne inspektion, palpation, perkusion og auskultation. Abdomen inddeles i 9 regioner og afgrænses opadtil af ribbenskurvaturen og processus xiphoideus, nedadtil af lyskerne og symfyen.

De 9 regioner findes vha. linjer gennem følgende referencepunkter:

- Højre og venstre ribbenskurvatur - Højre og venstre crista iliaca
- Højre og venstre MCL



Regionerne kaldes følgende

- 1) regio hypochondriaca dextra
- 2) regio epigastrica
- 3) regio hypochondriaca sinistra
- 4) regio lateralis dextra
- 5) regio umbilicalis
- 6) regio lateralis sinistra
- 7) regio inguinalis dextra
- 8) regio pubica
- 9) regio inguinalis sinistra

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Inspektion

Man starter med at se på patienten, og ved den akutte patient noterer man sig om patienten virker smerteforpinet eller ej. Er patienten chokeret (kold/klam/cyanotisk). Er det icterus. Herefter lægges der mærke til, om abdomen bevæger sig synkront med respirationen (udspiles ved inspiration). Er der ophævet bevægelse af abdomen hos en patient med akutte mavesmerter, kan det være tegn på peritonitis. Der observeres, om der er symmetri eller om der er lokaliseret eller generel udspiling af abdomen. Specielt lægges der mærke til, om abdomen virker "større" end hvad man ville forvente for en patient med den pågældende fysiognomi. Årsagerne til stort opdrevede abdomen er oftest luft (ileus) eller væske (ascites) og meget sjældent tumor. Dernæst noteres det, om der er cicatricer, og hvor de er lokaliseret. Endelig ser man efter brok, der kendetegnes ved lokaliserede frembulinger. Hos overvægtige med stort og hængende abdomen kan det være nødvendigt at holde op i abdomen for at inspicere begge lysker. Endelig noteres eventuelle hud- eller karforandringer. Cicatricer hos ny opererede undersøges for infektion (ømhed, rødme, hævelse eller pus).

Palpation

Formålet med palpation er primært at lokalisere og vurdere ømhed. Organforstørrelse eller tumor er mindre vigtig, specielt i de akutte tilfælde. Efter hvad der passer en bedst, bruges én eller to hænder til at palpere abdomen, og der palperes med fingerpulpa. Man indleder undersøgelsen med en let palpation. Start altid længst væk fra det sted, hvor patienten angiver, at der er smerter. Formålet med den lette palpation er at afsløre tegn på peritoneal reaktion. Direkte trykømheden over det syge organ er som regel det tidligste tegn på peritoneal reaktion. Indirekte trykømheden ses, når smerter udløses et andet sted i abdomen end der, hvor der trykkes. Slipømheden findes, når man gradvist og langsomt trykker i dybden på et ømt sted og smerten herefter udløses eller forværres, når man slipper. Defense (muskelværn) er en reflektorisk kontraktion af abdominalmuskler, som følger af diffus peritoneal inflammation (fx efter perforation af et organ).

Hos patienter, hvor der ikke er særlig ømhed ved palpation, kan der fortsættes med den dybe palpation, hvor man trykker fingrene så dybt i abdomen som patienten tillader. Formålet med denne del af undersøgelsen er at finde forstørrede organer og andre udfyldninger samt tegn på en dybere ømhed. Den dybe palpation udføres systematisk kvadrant for kvadrant, men regn ikke med, at du kan udpalpere organerne, medmindre de er væsentligt forstørrede. Forstørret lever og milt kan føles under kurvaturerne og beskrives med antal cm under ribbenskurvaturen. Nyrelojerne undersøges ved at føre den ene hånds fingerspidser om i flanken, hvorefter man løfter samtidig med, at man presser ned på abdomen under ribbenskurvaturen med den anden hånd – bimanuel teknik. Palperer man en abnorm udfyldning i abdomen, beskrives den som følgende; lokalisation, størrelse, overflade, konsistens og ømhed. McBurneys punkt er et punkt, der ligger en tredjedel af afstanden fra spina iliaca ant. sup. til umbilicus, og indikerer placeringen af appendix hos den ikke-gravide.

Perkussion

Ved perkussion forsøger man at afgøre om en diffus udspiling skyldes luft (fx ileus), der giver tympanisme (rungende lyd) eller væske (dæmpning). Mistanke om væske forstærkes ved dekliv flankedæmpning, som er flytbar ved lejringskift. Eventuel forstørret blære (urinrention) viser sig ved dæmpning over symfyse og op mod umbilicus.

Auskultation

Denne undersøgelse er behæftet med stor usikkerhed, da tarmlydende som udløses af peristaltikken, varierer betydeligt over kortere og længere tid. Manglende tarmlyde eller kraftige tarmlyde er almindeligt hos helt raske. Den almindelige peristaltik giver normalt boblende eller gurglende lyde. Manglende tarmlyde (tyst abdomen) kan være tegn på paralytisk ileus, høje klingende tarmlyde kan bekræfte mistanke om mekanisk ileus.

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Brokportene

Både inspiceres og palperes. Dette foregår i stående stilling. Man beder patienten om at hoste eller bruge bugpressen samtidig med, at man observerer om herniet bliver synligt. Er der frembuling over ligamentet, er det et inguinalhernie (langt det hyppigste), ses der frembuling under ligamentet, er det et femoralhernie. Er der brok, undersøges der for, om det kan skubbes på plads (reponibelt) i liggende stilling. Et hernie kan afklemmes (inkarcerere) og give smerter og symptomer på mekanisk ileus.

Genitalia og rektal eksploration

Til en fuldstændig abdominalundersøgelse hører undersøgelse af genitalier externa. Rektal eksploration foretages på indikation og kun hos patienter over 40 år – medmindre patienten angiver anale gener eller symptomer. Gynækologisk undersøgelse kun ved mistanke om gynækologisk lidelse

Efterfølgende kontrol af patienten

Den abdominale undersøgelse er i høj grad subjektivt betinget. Videnskabelige undersøgelser har således vist dårlig sensitivitet og specificitet ved alle former for klinisk undersøgelse af abdomen, hvorfor supplerende undersøgelser i form af ultralydskanning, CT-skanning eller røntgenoversigt over abdomen er indiceret. Dette gælder specielt personer ældre end 40 år, medens man hos yngre ofte kan tillade sig at se tiden an såfremt abdominalundersøgelsen ikke afslører noget sikkert abnormt.

Ved diffus peritoneal reaktion (defence) bør man altid overveje akut operation, idet fundet er tegn på abdominal katastrofe.

Risici

Der er ikke nogen umiddelbar risiko forbundet med selve undersøgelsen. Man skal derfor ikke være bange for at udløse ruptur af eksempelvis et aortaaneurisme eller at perforere en tarm eller et organ. Man skal være opmærksom på, at ældre ofte undervurderes i forbindelse med en peritoneal reaktion, mens børn ofte overvurderes, da de ofte er bange for undersøgelsen og derved overreagerer. Den største risiko ved undersøgelsen er en fejlvurdering, hvorfor den oftest må suppleres med billediagnostik eller anden paraklinisk undersøgelse (blodprøver og urinundersøgelser).

Manual

Klinisk undersøgelse af abdomen

Færdighedstræning *Abdomen B7* medicinuddannelsen

Litteratur

- Yen K et al. Interexaminer reliability in physical examination of pediatric patients with abdominal pain. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:373-6
- Harris S et al. Clinical examination of abdomen. Time for a consensus? Med Teach 2006;28:666.
- Vanni D et al. Palpation of the abdomen. A routine procedure or a diagnostic tool?. Intern Emerg Med 2006;4950.
- Brostrøm S, Saxtrup Nielsen N. Subjektiv og objektiv 1.udg. Munksgård Danmark 2005
- Epstein O, Perkin G.D., Cookson J et al. Clinical examination 3 udg. Mosby 2003
- Callesen, Antonsen, Christensen, Lang-Jensen. Den Akutte patient. Kapitel 16. Patienten med akutte abdominalsmerter. 1 Udgave 2005

Udarbejdelse/godkendelse

Udarbejdet og godkendt af:

- Faglig ansvarlig Professor Niels Qvist, Forskningsenheden for Kirurgi, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet – den 4. april 2010

Revideret og godkendt af:

- Faglig ansvarlig Klinisk lektor Kristian Aagaard Poulsen, Forskningsenheden for Kirurgi, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet – den 13. august 2018