ABDOMINAL - UNDERSØKELSE

Undersøkelse av abdomen er aktuelt å gjøre ved mange problemstillinger i tilknytning til de ulike organsystem som befinner seg i abdomen, slik som magesmerter, svelgvansker, avføringsendring eller blod i urinen.

Ofte vil det i praksis være naturlig å også undersøke lymfeknuter i lyskeområdet samt gjøre gynekologisk- eller rektalundersøkelse ved slike problemstillinger.

Sist oppdatert: 15.06.2020

FØR UNDERSØKELSEN

Forklar kort hva som vil skje og be om samtykke. Be pasienten kle av seg på overkroppen, inkl. lyskeområdet. Undersøkelsen bør gjøres i flatt ryggleie på undersøkelsesbenk med armene ned langs sidene.

Be pasienten peke på smertefulle områder i abdomen og undersøk ev. disse til slutt. Observer pasientens ansiktsuttrykk underveis som tegn på ubehag eller smerte. Utfør håndhygiene før og etter undersøkelsen.

UTSTYRSLISTE

Stetoskop

GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSEN

1. INSPEKSJON

Orienterende:
Vurder grad av allmennpåvirkning og observer om pasienten ligger rolig eller har bevegelsestrang som tegn på ubehag. Blek, kald og klam pasient bør vekke mistanke om alvorlige tilstander (eks sirkulatorisk sjokk) som krever umiddelbar avklaring.

Hud:
Se etter forandringer i huden, slik som erythem, ikterus, utslett, arr, striae, venetegninger eller brokk.
Umbilicus: Vurder kontur og lokalisasjon

Peristaltikk: Se etter synlig tarmperistaltikk (ofte synlig hos slanke)

Pulsasjon: Se etter synlig pulsasjon i abdominalaorta (ofte synlig i epigastriet)

Øyne: Se på sclera etter ikterus

2. AUSKULTASJON

NB! Gjøres før perkusjon og palpasjon.

- Bedøm tarmmotilitet ved å høre etter tarmlyder. Vurder hyppighet og karakter.
- Vaskulære obstruksjoner med karsus over aa.renalis, aa. Iliacae og abdominalaorta.

3. PERKUSJON

- Perkuter systematisk for å dekke alle bukavsnitt
- Lytt etter dempning eller tympanisme (økt mengde luft/gass)
- Vurder ømhet ved perkusjon

4. PALPASJON

Overfladisk (lett): Gjøres med to hender. Bruk flat hånd og samlede fingre over alle ni områder (suprapubis, hø./ve. fossa iliaca, umbilicalt, hø./ve. flanke, epigastriet, hø./ve. hypokondrium). Be pasienten slappe godt av.
Vurder palpasjonsømhet, muskulær motstand, oppfyllinger. Palper lymfeknuter i lyskeområdet.

Dyp: Gjøres med to hender.

- Vurder palpasjonsømhet og oppfyllinger.
- Bimanuell palpasjon av a. abdominalis: dyp palpasjon med én hånd på hver side av midtlinjen i epigastriet. Kjenn etter pulsasjon og vurder bredde.

Peritonitt: Vurder om det foreligger tegn på peritonitt, slik som smerter ved hosting,stram buk, direkte/indirekte slippømhet og perkusjonsømhet

Murphys tegn: Kan undersøkes ved mistanke om galleblærebetennelse (cholecystitt).
Plasser hånden like under høyre costalbue og palper dypt mens pasienten samtidig bes trekke pusten dypt inn.
Positivt Murphys tegn dersom pasienten opplever intense smerter i området, noe som oftest skyldes betennelse i galleblære.

Psoas tegn: Kan undersøkes ved mistanke om blindtarmbetennelse (appendicitt).
Pasienten ligger i flatt ryggleie og flekterer aktivt til 90 grader i høyre hofte og kne.
Undersøker holder en hånd distalt på pasientens høyre lår og gir motstand mot fleksjon i hofte. Den andre hånden stabiliserer bekkenet. Positivt psoas tegn dersom pasienten angir magesmerter.
Høyre iliopsoasmuskel ligger under blindtarmen når pasienten ligger på ryggen, og smerter kan indikere en inflammert blindtarm.
Sammenlign med venstre side. Positivt psoas tegn kan forekomme ved abscesser i psoas og andre årsaker til peritoneal irritasjon.

LEVER:

Perkusjon: Vurder vertikal utbredelse av leverdempning i midtclaviculærlinjen høyre side; start inferiort for umbilicus og perkuter i retning thorax til leverdempning. Deretter perkuter fra mamillehøyde og nedover til leverdempning. Avstanden mellom disse punktene indikerer leverens vertikale utstrekning.

Palpasjon: Venstre hånd støtter bak pasientens 11. og 12. ribbe. Palper fra et område nedenfor nedre begrensning av leverdempning med flat høyre hånd og med fingrene i retning costalbuen. Be pasienten puste godt inn og press hånden inn og opp i retning costalbuen. Kjenn etter leverkanten. Dersom palpabel, noter dens overflate, konsistens og ømhet.

MILT:

Milten forstørres (splenomegali) i inferomedial retning og kan da bli palpabel nedenfor venstre costalbue

Perkusjon: Start perkusjon på venstre brystvegg nær nedre grense av hjertedempningsområdet og fortsett mot anteriore axillærlinje og ned mot costalbuen. Ved utbredt tympanisme er miltforstørrelse usannsynlig.

Palpasjon: Kan ev. gjøres med pasienten liggende på venstre side med bena lett flektert. Bimanuelt grep. Venstre hånd løfter opp bakre del av venstre brystkasse, høyre fingre palperer under costalbuen i retning milten ved dyp inspirasjon. Normalt kjennes ikke milt.

NYRER:

Palpasjon: Nyrene ligger retroperitonealt og er vanligvis ikke palpable. Bimanuelt grep.
Eks hø. nyre: Venstre hånd plasseres nedenfor 12. costa på baksiden og løfter for å flytte nyret i anterior retning. Høyre hånd palperer dypt fra fremsiden for å forsøke å «fange» nyret mellom de to hendene.

Bankeømhet over nyrelosjene:

Pasienten er sittende med ryggen bar. Plasser den ene håndflaten ved 12. costovertebrale vinkel og dunk med den ulnare flaten av den andre hånden knyttet i knyttneve.

EKSEMPEL PÅ KOLLEGIALRAPPORT VED NORMAL UNDERSØKELSE

Ved **inspeksjon** sees en normalkonfigurert abdomen. Hudfargen er fin og det er normale respirasjonsbevegelser. Ingen synlige hevelser, arr, brokk eller peristaltikk. Ved auskultasjon høres normale tarmlyder og ingen karsus.
Ved **perkusjon** er abdomen uøm med tympanittisk perkusjonslyd og normal dempning over lever og milt.

Ved **palpasjon** er det ingen direkte eller indirekte smerte eller tegn på peritonitt. Ingen oppfyllinger eller hepatosplenomegali. Ikke bankeømhet over nyrelosjene.

FAGLIG MEDVIRKENDE

Arne Wibe, overlege ved kirurgisk klinikk St. Olavs Hospital og professor NTNU

KILDER

LS Bickley. Bates Guide to Physical Examination and history taking, 9th edition - s. 374 - 387.
F-lab manual for abdomenundersøkelse fra LPK-kurset