

## Statusmall Buk, Yttre genitalia, Rektal-undersökning

Kom ihåg att berätta för patienten vad du skall göra!

Se till att patienten ligger förhållandevis bekvämt!

### Buken

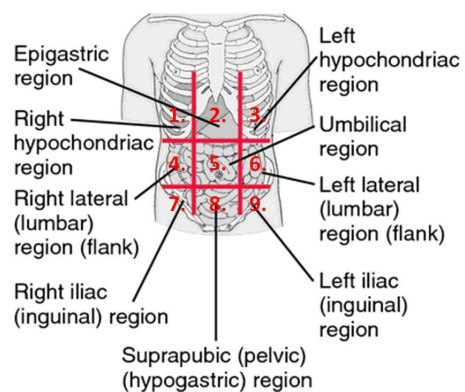
I ett kliniskt bukstatus ingår visuell inspektion av patienten och buken, palpation av hela buken (inkl. ljumskar), hos män yttre genitalia, perkussion, auskultation av tarmljud, dunkförsök över lever och njurloger samt undersökning per rektum. Vid observation med upprepade undersökningar bör man även dokumentera datum och tid för att kunna bedömma förloppet.

**Inspektion** Notera eventuella ärr efter operationer, sträckningar i huden (striae) efter t ex graviditeter, ökad venteckning, spiders (leversjukdom), uppdriven (distension) eller asymmetrier, tarmresning, utfyllnad i ljumskar samt hos män scrotum.

**Auskultation** Lyssna efter tarmens peristaltik, ljuden är lika över hela buken så lyssna centralt hö om naveln. Lyssna minst 30 sekunder. Normala tarmljud är intermittenta, diskreta och koordinerade med tarmperistaltikvågen. Höga, klingande tarmljud (ileus); stegrande, kontinuerliga (gastroenterit). Avsaknad av tarmljud?

**Palpation** Inled med ytlig palpation med lätt hand, använd först hela handflatan för att småningom använda även fingrarna, är bukväggen mjuk/hård, det senare vid tonusökning – s.k. défense? Känn efter eventuell ömhet. Börja inte där patienten anger att det gör som mest ont. Håll ögonkontakt med patienten för att notera eventuella smärtreaktioner. Börja palpera längst bort från det ömmande/smärtande området.

Fortsätt med djupare palpation avseende bukens olika områden (se figur), för värdering av eventuella resistenser och för organpalpation. Tänk anatomiskt vid palpationen. Släppömhet - direkt eller indirekt, detta kan testas genom att från djup palpation snabbt lyfta handen från patienten. Direkt släppömhet anger smärta i det undersökta området och indirekt släppömhet är då smärta istället utlöses i en annan del av buken. Det går också att testa dunkömhet över höger arcus och över njurloger. Lever kan ofta palperas nedom arcus om man ber patienten ta ett djupt andetag. Gallblåsan ska normalt inte kunna palperas. Mjälten kan om den är kraftigt förstörd kännas under vänster arcus vid en djup inandning. Det går ofta att känna bukaortaspulsationer centralt i buken, framförallt hos smala individer. För njurarna används båda händerna, bimanuell palpation och kan i princip enbart palperas hos magra individer eller vid förstörade njurar. En



1. Under höger arcus
2. Epigastriet
3. Under vänster arcus
4. Höger flank
5. Umbilikal/periumbilikal
6. Vänster flank
7. Höger fossa
8. Hypogastriet/suprapubiskt
9. Vänster fossa

tom urinblåsa kan inte palperas, men när blåsan är fylld med mer än 2-3 dl kan den palperas hos magrare personer.

Ljumskar och bråckportar palperas för eventuella resistenser (lymfkörtlar, bråck med fett eller tarminnehåll), be patienten öka bukpressen genom att krysta eller genom hoststöt. Om specifikt bråck efterletas undersök patienten även i stående.

**Perkussion** Perkutera leverns övre gräns mot diafragma/lunga. Notera eventuell dämpning, (kan vara organ, tumor, ascites), tympanism (trumliknande) (tecken på gas). En välfylld urinblåsa kan perkuterats ovanför pubis benet.

### Yttre genitalia

Pungen undersöks med patienten liggande men om möjligt med fördel med patienten stående. Ljumskbråck som går ner i pungen samt hydrocele, spermatocele och varicocele framträder tydligare. Efter inspektion undersök med bimanuell palpation. Genomlysning med ficklampa bakom resistens för att avgöra om det är vätska som är transparent för ljus. Testiklarnas storlek, konsistens och eventuella ojämnheter palperas, samt eventuell ömhet, förstoring och konsistens av bitestiklar. Eventuella pungåderbråck (varicocele) undersöks alltid patienten med inspektion och palpation i både stående och liggande ställning. Vid varicocele ber man patienten göra en Valsalva-manöver för att se om varicocelet ökar i volym

Penis inspekteras avseende förhud (retraherbar, fimosis), penisskaft, ollonet och uretramynning.

### Rektalundersökning

Finns olika tekniker beroende på frågeställning. En vanlig teknik är att patienten ligger i vänster sidoläge med uppdragna ben. Börja alltid med att inspektera (hudflikar, prolaps, sår, hämatom, fistlar, abscess), ange med ”klockslag”. Med handske och rikligt med glidslem på hö pekfinger (högerhänt undersökare) förs fingret in i anus för bedömning av: sfinktertonus, ömhet, smärta? Slemhinnor släta eller ojämnheter, resistenser? Hos män palperas prostata avseende storlek, avgränsning, konsistens, ev resistenser och ömhet.

Om det står avföring i ampullen samt avföring på handsken noteras färg, förekomst av hematochezi, melena eller slem.