

medicus universalis XXXVIII/4–5. 2005.



eredeti közlemény

AZ AKUT HAS PROBLEMATIKÁJA AZ ALAPELLÁTÁSBAN

DR. RIESZ TAMÁS

Az orvosi hivatás Krisztus előtt a XX. században megbecsült de ugyanakkor veszélyes foglalkozás volt. Hammurabi törvénykönyve megkövetelte a betegek érdekében a kornak megfelelő magas szakmai színvonalat, elérhető és elvárható legjobb eredményt. A sikeres munkát jutalmazta, a hanyagot, nem megfelelőt pedig büntette. Törvény írta elő, hogy egy sikeres gyógyításért a sebésznek annyi pénz járt, mint amennyit egy munkás, (pl. egy asztalos) közel egy év alatt keresett; de ha a beteg meghalt a műtét alatt, a sebésznek levágták a fél kezét. A törvények ugyanakkor csak a sebészeti beavatkozásokkal foglalkoztak, a gyógyszeres terápia, ráolvasás eredményeire, és így a nem helyesen felállított diagnózis következményeire egyáltalán nem tértek ki.

A XXI. század Magyarországon, a hazánkban is egyre terjedő, és terebélyesedő orvos ellenes joggyakorlat miatt az orvoslás újra veszélyes foglalkozás lett, az ókori kollégákhoz képest azzal a különbséggel, hogy a számtalan rendelettel, kötöttséggel, törvénnyel, előírással megterhelt gyógyító tevékenységet itthon egyre kevésbé övezi általános emberi, erkölcsi és anyagi megbecsülés.

Az egészségügyi struktúraváltás következtében a családorvosi munka és egyben felelősség felértékelődött. A beteget először látó családorvosnak ma már nem lehet az elsődleges célja, hogy paciensét a pontos diagnózis felállítása érdekében mielőbb szakrendelőbe vagy kórházba küldje. Neki kell – rendszerint egyedül, és rendszerint külső segítség nélkül – a helyes kórismét megállapítani, a megfelelő terápiát elkezdeni, valamint azt eldönteni, hogy a beteg milyen kiegészítő vizsgálatokra szorul, vagy esetleg kórházba kell-e küldeni. A megnövekedett felelősség és tevékenységi kör magába foglalja azonban a gyakoribbá váló tévedés és ennek minden következményének a lehetőségét (a beteg állapotának súlyosbodása, esetleg halála, ugyanakkor az orvos meghurcolását, és egyre inkább az anyagi és erkölcsi tönkretételét jelentheti).

A családorvosra váró megoldandó nehézségek

között talán a legtöbb problémát az akut hasi kórképek diagnosztikája, differenciáldiagnosztikája, akut ellátása okozza. A diagnosztikus tévedés lehetősége szinte minden esetben előfordulhat. Jelen munkával az ilyen esetek esetén felállítandó jó diagnózis eléréséhez szeretnénk segítséget nyújtani. Bevezetesként a saját gyakorlatunkban a közelmúltban előfordult három esetet ismertetünk – kommentár nélkül.

1.eset: 15 éves fiú. Délutáni órákban hirtelen fellépő hidegrázás, láz, diffúz hasi fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés. Anamnézisben lényeges megbetegedés nem szerepel. Először gyermekorvos látja. Feltételezett dg: gyomorrontás. Javasolt terápia: koplalás, aktív szén, Daedalon kúp. Panaszok nem enyhülnek. Este orvosi ügyelet vizsgálja: Feltételezett dg: infectio virosa. Javasolt terápia: Tabl Algopyrin, Caps Klacid. Éjjel hívják az ismerős orvost. Diffúz érzékeny has, fájdalom, pm. a McBurney ponton, Rovsing jel és a psoas tünet: pozitív. Kórházi beutaló dg: Akut has. Appendicitis acuta? Sebészeti osztályos felvétel. Fvs szám: 18000. Műtési dg: Appendicitis acuta. Appendectomy.

2.eset: 58 éves férfi: Anamnézisben beállított és kontrollált hypertonia szerepel. Késő este Dél Amerikából érkezik. Már a repülőn hasi dyscomfort-érzés. Éjjel keveset és rosszul alszik. Fokozódó hasi fájdalom, hányinger, hasmenés. Reggel orvosánál, kórházi ambulancián jelentkezik vizsgálatra. Dg: Travellers diseases. Therápia: Doxycyclin, lázcsillapítás, diéta. Mivel panaszai nem szűnnek az ügyeletet hívják, aki megerősíti a korábban feltételezett dg-t. Therápia: 2 amp. Algopyrin, Zamp NoSpa im.

A harmadik orvos másnap reggel látja a beteget. Néma has, széklet szelek nem távoznak. McBurney pont kifejezetten érzékeny. Psoas tünet pozitív. Azonnali sebészeti kórházi beutalás appendicitis feltételezett dg miatt. Fvs szám 22000. Mellkas rtg, üres hasi felvétel negatív. Hasi UH: Appendicitisre utaló kép. Műtési dg. Appendicitis acuta cum perforatione. Peritonitis.

3.eset: 48 éves férfi: Anamnézisben időszakos, főleg diéta hibát követően fellépő, nem vizsgált eredetű

jobb bordaív alatti tompa fájdalmak, hasi puffadás kíséretében jelentkező rosszulletek szerepelnek. Jelen panaszai késő délután fogyasztott ebédet követően jelentkeztek (nagy mennyiségű sólet, hozzá mintegy fél liter vörösbort). A kora esti órákban epigasztriális, fokozódó tompa fájdalmak jelentkeztek nagyfokú gyengeségérzés, nyugtalanság, majd hányinger, később hasmenés kíséretében. Első orvosi dg: Cholecystitis acuta. Terápiás javaslat: Nospa, Ciprobay. A panaszok nem enyhültek, ezért az orvosi ügyeletet hívták, aki az akut has lehetőségét kizárni nem tudta, ezért sebészeti kórházi osztályos megfigyelést javasolt. Mivel a beteg nem akart kórházba menni, valamint a panaszai is az elmondása szerint a lányegesen regrediáltak, az orvos Demalgonil, Papaverin im injectiót beadva elment. Az éjjeli órákban igen erős retrosternalis, epigasztriális fájdalom jelentkezett. OMSz esetkocsi 15 percen belül a helyszínen volt. RR:105/85 hgmm, P:110/min, sápadt, hideg, nyirkos bőr, intenzív retrosternalis és epigasztriális fájdalom. EKG: inferior típusú myocardialis laesio.

Az akut has változó, szinte mindig más és más klinikai alakban, rendszerint nem „tankönyvi formában”, hirtelen jelentkező sorscsapás. Hasi fájdalom esetén mindig gondolni kell rá – főleg akkor ha nem gondolunk rá....!

Tapasztalt orvos helyzete az akut hasban szenvedő beteg ágyánál olyan, mint a mesterdetektív egy bűntény megoldása előtt. Egyiküknek egy alattomos betegséget, másikuknak egy aljas bűnelkövetőt kell idejekorán nyakon csípnie. Mindkét esetben, a nagy tárgyi tudást, kombinatív készséget és hatalmas tapasztalatot igénylő, embert próbáló feladat megoldásakor – a betegség mielőbbi felderítésénél – mint a rejtőzködő gyilkos elcsípésénél – a beteg (a következő áldozat) élete a tét.

Az akut hassal először az esetek döntő többségében a háziorvos (ügyelet) találkozik. Az ő azonnali feladata ilyenkor:

1. Az akut has meglétének rögzítése, megközelítően helyes diagnózis felállítása. Differenciáldiagnózis. Annak eldöntése, hogy a beteg igényel-e, és ha igen milyen kórházi ellátást.
2. A beteget mielőbb, szállítható állapotban, a felvételes kórház megfelelő osztályára küldeni, úgy, hogy oda élve meg is érkezzon!
3. A szállítható állapot eléréséhez/abban tartásához csak olyan gyógyszereket használjon, melyek a tüneteket nem fedik el!
4. Írjon olyan olvasható!! beutalót (tájékoztatót), amely tartalmazza az észleléskor talált adatokat, a feltételezett diagnózist, és az alkalmazott gyógyszereket

Anamnézis (heteroanamnézis) felvétele már a híváskor, a statusé pedig a betegszobába történő belépéskor megkezdődik. A jó orvos ilyenkor már úgy működik mint egy detektív: egyszerre használja az érzékszerveit, összpontosít, észrevesz, kombinál. Míg a beteg kiker-

dezése könyvből nem megtanulható, egy az orvos által megszokott, saját maga számára kialakított soha sem sematikus rendszer mentén megy végbe, addig a beteg vizsgálata és a status rögzítése mindig a megszokott sorrendben történjen, nehogy a célra koncentráció miatt valamely szerv (testtájék) vizsgálata elmaradjon. Ne felejtjük soha el, hogy az akut hasi katasztrófa az a betegség, ami „sohasem tudja a tankönyvet”, de ugyanakkor azt sem, hogy más kórképek is jelentkezhetnek hasonló klinikai képből!

Az anamnézis (heteroanamnézis) lehet:

1. jól felvehető,
2. nehezen vagy csak részben kideríthető és
3. kideríthetetlen,

a beteg és hozzátartozó (kísérő) informáltsága, kora (gyermek, idős), szellemi állapota, a betegség súlyossága (eszméletlenség, nagy fájdalom), és a rendelkezésre álló adatok (zárójelentések, leletek, szedett [kapott] gyógyszerek) szerint. A hozzátartozó gyakran nagyon sok hasznos információt szolgáltat, de vigyáznunk kell, nehogy főszereplővé váljon! Kíváncsisága, lo-gorrhoea-ja, tudálékossága, rossz idegállapota, vagy szereplési vágya miatt sokszor szükségessé válhat a kikapcsolása!

A kikérdezésekor mindig lényegre törők legyünk! Mindvégig irányítsuk mi a párbeszédet, de sohasse essünk abba a hibába, hogy valamire „rábeszéljük” a beteget (hozzátartozót), a saját magunkban felállított és elhitt, helytelen (esetleg blikk) diagnózisunk igazolására. Ne legyünk felületesekek, nagyolók, lekezelőek, de ugyanakkor ne is fecserésszünk!

Az anamnézis felvételekor rögzítésre kerülnek:

1. korábbi történések adatai (előző betegségek, műtétek, gyógyszerek, trauma, fertőzés)
2. a vizsgálatkor és azt közvetlen megelőzően jelentkező és rögzíthető adatok: fájdalom, (annak jellege, lokalizációja, kisugárzása), étvágy, hányinger, hányás (milyensége), haematemesis, obstipatio, hasmenés, melaena, flatulentia, széklet nem távoznak, polyuria, anuria, oliguria, amenorrhoea, hidegrázás, láz, collapsus, shock etc).

Has inspekciója:

1. Összbenyomás. Viszonyítsuk a hasi régiót a környezetéhez
2. Figyeljük meg, a bőr színét, hőmérsékletét, turgorát. Látható-e a hason sérülés, műtéti heg, kiemelkedő terime, bélkontúr, bélmozgás, tágult vénák? Megfigyelhető-e egyes tájékok kitöltöttsége?
3. Regisztráljuk a has és a mellkas szintek egymáshoz viszonyított helyzetét
 - A mellkas szintje elé domborodik, puffadt, meteorisztikus, vagy feszes folyadékkal kitöltött

- A mellkas szintje alatt helyezkedik el, lapos, esetleg izom kontúrok láthatók, hasi légző mozgás nem figyelhető meg

Palpatio:

1. A beteget hanyatt fekvé, párnával a feje alatt, nyújtott majd felhúzott lábakkal, testmeleg, finom, puha kézzel, lassú mozdulatokkal, a panaszolt területtel ellenoldalon kezdjük vizsgálni.
2. Izomvédekezést kóros terimét mindig először ujjbeggyel tapintjuk meg!
3. Megállapítjuk:
 - Van-e izomvédekezés, ha igen annak mértékét és kiterjedését.
 - Hol van a vizsgálatkor kiváltott fájdalom punctum maximuma, és ez egybe esik-e a spontán fájdalom elhelyezkedésével.
 - Mutat-e a spontán és a tapintási fájdalom kisugárzást?
 - Milyen a hasfal tapintási lelete, az észlelt folyadék, rezisztencia és/vagy terime elhelyezkedése?
 - Milyenek a tapintható szervek elhelyezkedése, nagysága, érzékenysége?
 - Látható-e, tapintható-e vagy kiváltható-e fokozott peristaltica?
 - Milyen a tapintható kóros képletek elhelyezkedése, környezetükhöz való viszonya, nagysága, állománya, konzisztenciája, érzékenysége, körüljárhatósága, elmozgathatósága, kopogtatási hangja.
 - Mindig el kell végeznünk 8–10 cm magasságig a rectalis digitalis vizsgálatot (Douglas tasak), és szükség esetén a bimanuális vizsgálatot. Kóros elváltozás esetén megnézzük, hogy tapintható-e ez rectalis vizsgálattal vagy a hüvely felől?

Percussio:

1. A hátán fekvő betegnél először a máj tompulatot, az epehólyagtáját, majd veséket, a Traube teret majd ezután az ismert speciális helyzetben a lépet kopogtatjuk ki.
2. Kóros állapotok:
 - Meteorismus
 - Eltűnt májtompat (levegő a rekesz alatt).
 - Hasi folyadékgyülem (exszudátum, transzudátum, vér, epe)
 - Kóros terime (tumor, kizárt bélszakasz, haematoma. tályog, nyirokcsomó etc).
 - Ileus jellegzetes kopogtatási hangja.

Auscultatio:

1. A hátán fekvő beteg hasát mindig fonen-

doszkóppal, kellő türelemmel, hosszú percekig auscultáljuk! Meghallgatjuk a bélhangokat és azt hogy van-e kóros zöreje, loccsanás!

2. Peristaltica lehet

- Normális
- Fokozott vagy hyperperistaltica.
- Gyér vagy megszünt. (Néma a has akkor, ha legalább öt percig folyamatosan hallgatva nem regisztrálható bélhang!)

A különféle – a mindennapos gyakorlatban előforduló – akut hasi kórképek diagnosztikájakor felhasználható tüneteket, leleteket és az ilyenkor szükséges teendőket az alábbi táblázatban foglaltam össze:

Megbeszélés

Az akut hasi katasztrófa, ma a XXI század küszöbén még mindig az orvostudomány ősi fegyvertárából származó vizsgálati módszerrel – *fizikális vizsgálattal*, már a beteg otthonában, vagy az orvosi rendelőben diagnosztizálható. A betegek sorsa így rendszerint az őket először látó – ellátó (házi)orvostól függ. Attól az orvostól, akinek fel kell ismernie, hogy nagy a baj: a beteg sürgős kórházi ellátást – rendszerint műtétet igényel. Ő az az orvos, aki ha kell a beteget megfelelő állapotba hozva, időben az intenzív gyógykezelés, és a műtéti megoldás színhelyére, a kórházba irányítja.

A helyes és korai diagnózis alapvető kritériuma, hogy az orvosnak az akut hasi katasztrófát okozó különféle betegségek tankönyvi tünetei mellett ismernie kell a propedeutika vonatkozó fortélyait. Ezen a két alapvető tényező mellett az évek-évtizedek alatt felgyülemlett szakmai tapasztalatszerzés és gyakorlat teszi az alapellátásban dolgozó orvost jó „vadásszá”, „detektívve”!

A dolgozat megírására, majd átdolgozott formája elkészítésére az a felismerés készített, hogy a fizikális vizsgálatokat, ma az instrumentális diagnosztika (UH, CT, MRI, PET) világában egyre többen és egyre több helyen elhanyagolják – jelentőségüket nem ismerik fel – középkori hókusz-pókuszoknak tartják. Ha ez így van, és sajnos így van, komolyan felvetődik a kérdés, hogy a közel vagy távolabbi jövőben, az idősebb korosztály kikopásával lesz-e olyan fórum, ahol az orvostanhallgatók és a fiatal orvosok ezen hiányosságukkal történő szembesülésük esetén végül is elsajátíthatják ezt a jelentőségéből semmit sem veszített vizsgáló eljárást?

Addig minden igyekezetünk mellett csak reménykedhetünk, hogy esetleges hasi panaszaink esetén olyan kolléga érkezik a problémánk megoldására, aki akut hasi katasztrófánkat időben és helyesen ismeri fel, magabiztosan és helyesen imtézkezik, és megfelelő állapotba hozva küld gyógyintézetbe.

Akut hasi kórképek

kórkép	tünetek	leletek	teendő
Appendicitis acuta	Állandó köldöktáji, majd a McBurney ponton jelentkező görcsös nem irradiáló hasi fájdalom, láz, hasmenés. Blumberg, Rovsing, Hedri, psoas tünet. Soha nincs regressio!!! Perforáció esetén bélparalysis, peritonitis, Douglas érzékenység	fv: ↑↑, ↑↑↑!!!, negatív vizelet lelet, negatív nőgyógyászat. UH, CT	Azonnali műtét!
Gastroduodenalis fekély átfúródás	Akut éles erős fájdalom, (vér)hányás, szurokszéklet diffúz izomvédekezés, eltűnt máj tompulat	Üres hasi rtg: szabad levegő a rekesz alatt!! UH	Azonnali műtét! Fedett perforáció esetén műtét csak szövődmény esetén!
Bélperforáció	Diffúz hasi fájdalom, izomvédekezés, néma has, hányás, romló szepikus állapot majd shock	Anamnézisben diverticulosis, sérv, idegentest nyelés. UH: szabad hasúri folyadék. RTG: szabad levegő a rekesz alatt. fvs↑↑, sü↑↑,	Azonnali műtét!
Vékonybél ileus	Intenzív görcsös-periodikus, diffúz hasi fájdalmak, erőltetett, jellemző bűzű hányás, fokozott bélhangok, szelek nem távoznak, széklet nincs, üres ampulla recti, exsiccatio, dēfense	Anamnézisben korábban több hasi műtét. Rtg: folyadék nívók., Folyadék és elektrolit veszteség	Folyadék, elektrolit háztartás rendezése után azonnali vagy sürgős műtét!
Vastagbél ileus	Fokozatosan jelentkező puffadás, meteorizmus, hányinger, hányás, esetleg széklethányás, alhasi tompa-nyomó, esetleg a gáttájék felé sugárzó fájdalom. Szelek nem távoznak, széklet nincs, az ampulla recti üres. Mikr.vagy makr.melaena.	Anamnézis: székelési szokásváltozás. Rtg: folyadék nívók. Feszülő gázzal telt coecum. Irrigoscopia: obstructio (tumor). Exsiccatio, Folyadék és elektrolit veszteség	Gyomorszonda. Folyadék, elektrolit háztartás rendezése után azonnali vagy sürgős műtét, ha az ileus konzervatív uton történő megoldása sikertelen
Mesenterialis vasc. elzáródás	Villámcsapásszerű kezdet. Intenzív diffúz hasi fájdalom, has dobszerűen feszes puffadt, hányás paralyticus ileus, véres hasmenés, shock	Rtg: Belekben folyadék nívók, UH: szabad hasi folyadék	Azonnali műtét!
Kizárt sérv	Erőlködést, fokozott hasprést, köhögési rohamot követően a sérv fajtájának megfelelően, annak táján jelentkező intenzív, tartós fájdalom. Occlusio bél-görcsök. Fokozatosan kialakuló subileus – ileus	A külső sérv kizáródása az egyetlen olyan akut hasi kórkép, amely fizikális vizsgálattal diagnosztizálható!	Amennyiben nem reponálható mielőbb műtét!

Akut hasi kórképek

eredeti közlemény

kórkép	tünetek	leletek	teendő
Cholecystitis	Rohamokban jelentkező, szuró (égő), jobb vállba, lapockába sugárzó fájdalom, hányinger, hányás, láz	Fvs↑↑, sü↑↑. Hasi UH: kő, hydrops, empyema. CT ha az UH nem megfelelő diagnosztikus értékű	48 órán belül cholecystectomy
Cholecysta perforáció	Cholecystitises panaszok progresszív fokozódása. Intenzív jobb bordaív alatti, a coecumba majd az egész hasba kisugárzó fájdalmak, defense. Megtartott májtompulat. Esetleg subicterus. Shock	Anamnézisben gyulladás, epekövesség vagy npl. UH:epekő, gyulladáisos jelek, levegő. Fvs↑↑↑, sü↑↑↑	Azonnali műtét!
Pancreatitis acuta	Diéta hiba után hányinger, hányás, igen intenzív, állandó, megsemmisítő övszerűen terjedő, a hátba sugárzó fájdalom, izomvédekezés, paralitikus ileus	Anamnézisben epe kövesség. Fvs ↑↑, serum, vizelet amylase ↑↑,↑↑↑, UH, CT: oedema, vérzés, necrosis, szabad hasi és bal oldali pleurális folyadék. Rtg: Sentinell loop. Nincs fogyás	Intenzív, konzervatív terápia. Műtét ha: 1. kétséges dg 2. tályog 3. diff.peritonitis progred.sepsis. Pseudocysta esetén műtét később!
Chr. pancreatitis akut recidiva	Hányinger, hányás, igen intenzív, állandó, megsemmisítő övszerűen terjedő, a hátba sugárzó fájdalom, izomvédekezés, paralitikus ileus	Anamnézisben alkoholizmus vagy ismert chr.panc. Fogyás, beteg 40 életév felett.Fvs ↑↑, serum, vizelet. amylase ↑↑,↑↑↑. UH,CT: szabad hasi és bal oldali pleurális folyadék, pancreas vetületében meszesedés, oedema, vérzés, pseudocysta, tályog	Intenzív konzervatív terápia. Műtét ha: 1. kétséges dg 2. tályog 3. diff.peritonitis 4. progred.sepsis Pseudocysta esetén műtét később!
Extrauterin graviditás	Menstruáció elmaradása. Lumbosacralis tájékba sugárzó alhasi, majd diffúzzá váló hasi fájdalom. Anaemia, collapsus, majd vérzéses shock	Anaemia labor jelei. UH: szabad hasúri folyadék. RTG: bél folyadék nívók. Ismételten pozitív terhességi teszt	Transfúzió-azonnali műtét!
Lépruptura	Bal vállba sugárzó, belégzésre fokozódó bal bordaív alatti, hirtelen jelentkező fájdalom. Oehlecker, Kehr jel. Anaemia, collapsus, majd progresszív keringés romlás. A kétszakaszos formában az első tünetek jelentkezése után panaszmentes intervallum, majd ismét akut tünetek-shock	Hasi UH. a hasüregi, bal bordaív alatti illetve távolabb elhelyezkedő vérgyülemet mutatja. Anamnézisben trauma, vagy mononucleosis infectiosa	Transfúzió-azonnali műtét!

Akut hasi kórképek

kórkép	tünetek	leletek	teendő
Abdominalis aorta aneurysma rupt.	Hirtelen kezdet. Deréktáji fájdalom, feszes, diffúz fájdalmas, domború has. Fokozódó hasi feszülés. Rohamos anaemizálódás majd vérzékes shock	Anamnézis: idős kor, hypertonia, atherosclerosis. Azonnali CT, UH	Transfuzió-azonnali műtét!
Aneurysma dissecans aortae	Hirtelen fellépő intenzív mellkasi, háti, a hasba sugárzó fájdalom. Collapsus, majd fenyegető vérnyomás emelkedés. Végtagok közötti pulzus és vérnyomás differencia	Medianecrosis (Marfan syndroma), hypertonia szövődménye. Rtg: aortagomb kiszélesedés, aorta megvastagodás (kettős csík). Pontos dg: UH, CT	Transfuzió-azonnali műtét!
Here torsio	Hirtelen kezdődő inguinális, majd suprapubicus intenzív fájdalom, hányinger, hányás, collapsus. Érintett scrotum fájdalmas, duzzadt, vizenyős, ráncok elsimultak. Funiculus tömöttebb, igen érzékeny. Járásképtelenség. Esetleg üres herezacskó	Ha a scrotum alápolcolása csökkenti a panaszokat, az orchitis vagy epididimitis mellett szól, ha nem az here torsiora utal	Mielőbbi műtét!