Halla Viðarsdóttir
kvíðarholsskurðlæknir á Landspítala

Páll Helgi Möller
yfirlæknir kvíðarholsskurðlækninga á Landspítala, prófessor læknadeild HÍ

Kviðskoðun

Sjúkrasaga og skoðun læknis eru eitt af undirstöðuatriðum læknisfræðinnar í greiningu sjúkdóma. Kviðskoðun er mikilvæg hjá þeim sem leita aðstoðar vegna kviðverkja og eða hafa einkenni frá meltingarfærum. Sjúkrasaga er ekki síður mikilvæg, en hér verður einvörðungu farið yfir mikilvæga þætti í kviðskoðun sem getur hjálpað til við að komast nær sjúkdómsgreiningu.

Hefðbundið er að skipta kviðarholi í níu svæði þegar lýsa á staðsetningu verkja, eymslum eða fyrirferðum við kviðskoðun (mynd 1). Önnur aðferð, og líklega algengari meðal lækna, er að skipta kviðnum upp í fjögur svæði, hægri og vinstri, efri og neðri fjórðung (mynd 2).

Almennt hefst skoðun á að lýsa almennu útliti sjúklings, sem getur verið hjálplegt. Er sjúklingur meðtekinn, óáttaður, liggur hann grafkyrr eða á hann erfitt með að finna þægilega stellingu vegna verkja. Þá er nauðsynlegt að skoða litarhaft sjúklings, hvort hann er fölur eða gulur svo eitthvað sé nefnt.

Lífsmörk (blóðþrýstingur, hjartsláttar- og öndunartíðni, súrefnismettun og hiti) eru mikilvægur hluti af skoðun. Í töflu I má sjá það sem ber að hafa í huga við óeðlileg lífsmörk hjá sjúklingum með kviðverki.

Þegar kviðskoðun fer fram er mælt með að sá sem skoðar sjúkling standi við hægri hlið sjúklings.

Kviðskoðun hefst á að horfa á kviðinn og síðan fylgir í kjölfarið hlustun, þreifing, bank og endaþarmsskoðun. Nú verður farið yfir hvern þátt fyrir sig.

Horfa (*inspection*)

Hafa skal sjúkling í liggjandi stöðu með kodda undir höfði (ekki öxlum), handleggi niður með síðum og fætur beina, ekki krosslagða, til að hafa kviðvöðvana slaka. Fjarlægja þarf föt sjúklings þannig að hægt sé að skoða kvið frá neðsta hluta brjóstbeins (*processus xiphoideus*) niður að lífbeini (*os pubis*) og mikilvægt er að báðir nárar séu sýnilegir. Skoða skal form og útlit kviðar og hvort hann sé samhverfur eða ekki. Er kviður þaninn? (Aukin vökva- eða loftmyndun). Eru sjáanlegar útbunganir eða fyrirferðir? (Til dæmis kviðslit í nafla, nárum eða örum.) Eru ör á kviðnum sem gefa til kynna fyrri skurðaðgerðir? Eru til staðar víkkaðar bláæðar sem ganga út frá naflanum (*caput medusae*) sem geta gefið til kynna skorpulifur og portal háþrýsting?

Hlusta (*auscultation*)

Hlustað er eftir hvort garnahljóð séu til staðar og þá hvort þau séu eðlileg eða hávær með dropahljóðum. Það er mikilvægt ef vafi er á hvort garnahljóð séu til staðar að leggja við hlustir í 2-3 mínútur. Það eru rannsóknir sem sýna takmarkað notagildi af hlustun eftir garnahljóðum en rannsóknir á sjúklingum með garnastíflu hafa sýnt að um 40% þeirra hafa aukin garnahljóð og 25% minnkuð eða engin garnahljóð. Eðlileg garnahljóð geta þannig talað gegn greiningunni garnastífla.[1,2] Þá er kannað hvort óhljóð (*bruit*) séu til staðar yfir ósæð og eða nýrnaæðum.

Þreifa (*palpation*)

Þreifingu er gjarnan skipt í grunna og djúpa þreifingu. Það er mikilvægt að hendur séu heitar þegar lófinn er lagður á kviðinn. Byrjað er lengst frá því svæði þar sem sjúklingurinn hefur hvað mesta verkina.

Grunnri eða léttri þreifingu er ætlað að svara hvar eymslin eru mest og hvort kviður sé mjúkur eða sýni merki um vöðvavörn. Með vöðvavörn er átt við að kviðvöðvar spennast ósjálfrátt við þreifingu, sem getur gefið til kynna undirliggjandi lífhimnubólgu (*peritonitis*). Hafa þarf í huga að vöðvavörn þarf ekki alltaf að vera til staðar þrátt fyrir lífhimnubólgu, til dæmis hjá eldri sjúklingum. Þá er mikilvægt að greina ósjálfráða vöðvavörn frá vöðvavörn sem er vegna þess að sjúklingur spennir sjálfur kviðinn, til dæmis vegna hræðslu eða kvíða.

Kannað er hvort eymslin séu staðbundin undir lófanum (*bein eymsli*) eða hvort þau komi fram annars staðar en þar sem þrýst er (*óbein eymsli*). Klassískt dæmi um slíkt er til að mynda Rovsing-teikn við botnlangabólgu (tafla II).

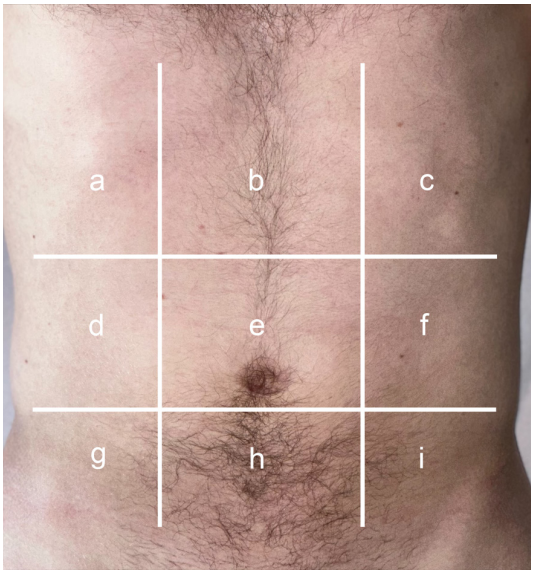
Þegar lokið er við grunna þreifingu er þreifað dýpra ef sjúklingur hefur engin merki um lífhimnubólgu en annars er kannað hvort um sleppieymsli (*rebound tenderness*) sé að ræða. Þegar kannað er hvort sjúklingur sé með sleppieymsli er þrýst varlega með flötum lófanum, hægt og djúpt, á kviðinn og síðan er sleppt snögglega. Ef um lífhimnubólgu er að ræða fær sjúklingur meiri verk þegar hendi er sleppt en þegar þrýst var niður.

Eins og komið hefur fram gefur vöðvavörn til kynna merki um lífhimnubólgu. Til eru aðrar aðferðir sem gjarnan eru notaðar til að kanna hvort um lífhimnubólgu geti verið að ræða. Eitt þeirra er hóstapróf en þá er sjúklingur beðinn um að hósta og ef verkurinn kemur fram eða eykst við hóstann telst það jákvætt. Þetta er einnig kallað Dunphy-teikn (tafla II). Einnig er hægt að sjá hvort verkur kemur fram eða versnar með því að láta sjúkling standa á tám og láta sig detta niður á hælana og ef svo er telst það jákvætt. Þetta próf er kennt við Markle (tafla II). Að lokum er hægt að fá fram ertingu á lífhimnuna með því að hrista skoðunarbekkinn.

Sérstökum skoðunarprófum hefur verið lýst fyrir ákveðnar sjúkdómsgreiningar og eitt það mest notaða er Murphys-teikn við greiningu bráðrar gallblöðrubólgu (tafla II). Ef framkvæmd þess er erfið, má leggja flatan lófann yfir vinstra rifjabarð og slá létt á handarbakið sem viðmið en

Tafla I. Lífsmörk.

Lífsmark	Gefur til kynna	Getur verið falskt eðlilegt
Hiti	Sýking eða bólguástand	Ónæmisbældir, eldra fólk
Blóðþrýstingur	Lágur: Sýklasótt, blæðing, þurrkur	
Púls	Hár: Verkur, sýklasótt, blæðing, þurrkur	Sjúklingar á betablokker
Öndunartíðni	Há: Efnaskiptablóðsýring, miklir verkir	



Mynd 1. *Kvið skipt í níu svæði. a. Hægri hypocondrium. b. Epigastrium. c. Vinstri hypocondrium. d. Hægri flanki. e. Svæði kringum nafla (periumbical-svæði). f. Vinstri flanki. g. Hægri iliac fossa. h. Suprapubic-svæði. i. Vinstri iliac fossa.*



Mynd 2. *Skipting kviðar í fjögur svæði.*

þetta er síðan endurtekið yfir hægra rifjabarði. Ef sterkur grunur er um gallblöðrubólgu eru bankeymslin mun meiri hægra en vinstra megin.

Ef fyrirferð þreifast er mikilvægt að lýsa stærð hennar, litarhætti og hvort hún er mjúk eða hörð, aum eða ekki og hvort hún er hreyfanleg. Til að kanna hvort fyrirferð sé í kviðvegg eða innan hans má biðja sjúkling um að spenna kviðvöðvana og ef fyrirferðin þreifast ennþá, er hún sennilega í kviðveggnum. Eins og fram hefur komið er mikilvægt að skoða nára og þá einkum með tilliti til þess hvort til staðar séu fyrirferðir sem gefa til kynna innklemmd (*incarceration*) kviðslit eða eitlastækkanir.

Ef ástand sjúklings leyfir, er þreifað dýpra og kerfisbundið yfir kviðinn eins og við léttari þreifingu. Þreifað með flötum lófa yfir hvert svæði og byrjað eins og áður á svæðinu fjærst staðnum þar sem sjúklingurinn finnur mest til. Við djúpa þreifingu má greina fyrirferðir og stækkun líffæra.

Banka (*percussion*)

Þegar banka á kvið er lófinn settur á kviðinn og síðan slegið með fingri (gjarnan löngutöng) á fingur þeirrar handar sem hvílir á kviðnum. Bank má nota til að greina milli lofts (holhljómur) og vökva (bankdeyfa) í þöndum kvið. Þá geta bankeymsli gefið til kynna lífhimnubólgu. Bank er einnig hægt að nota til að meta stærð líffæra eins og lifur og milta. Þá er gjarnan bankað yfir báðum nýrum til að athuga hvort eymsli séu til staðar.

Endaþarmsskoðun er hluti af kviðskoðun. Mælt er með því að staðið sé við hægri hlið sjúklings. Sjúklingur er beðinn um að snúa sér á vinstri hlið. Byrjað er að skoða svæðið umhverfis endaþarmsop (fyrirferð, litabreyting eða sár). Þá er þreifað í endaþarmsop eftir fyrirferðum, eymslum og hægðum. Blöðruhálskirtill er þreifaður og að lokum er athugað hvort blóð sé sjáanlegt á hanska eða í hægðum.

Ýmis teikn eru notuð þegar kviðskoðun er lýst og hafa nokkur verið nefnd í textanum hér að framan. Við höfum tekið saman þau helstu í töflu II.

Heimildir

1. Bohner H, Yang Q, Franke C, Verreet PR, Ohmann C. Simple data from history and physical examination help to exclude bowel obstruction and to avoid radiographic studies in patients with acute abdominal pain. Eur J Surg. 1998;164(10):777-84.
2. Staniland JR, Ditchburn J, De Dombal FT. Clinical presentation of acute abdomen: study of 600 patients. Br Med J. 1972;3(5823):393-8.
3. McGee, S. (2007) Evidence based physical diagnosis (2nd edition). Saunders Elsevier.
4. Ford MJ, Cumming AD. (2000). The Alimentary and genitourinary systems. Munro JF, Campbell IW. Macleod's clinical examination (10th edition p. 161-169). Churchill Livingstone.
5. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-based medicine approach to abdominal pain. Emerg Med Clin Nort Am. 2016;34 (165-90).
6. Rastogi V, Singh D. Tekiner H. Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs of inspection and medical eonyms. 2019; 17(115-126).

Tafla II. Teikn.

Teikn	Hver lýsti
Courvoisier	Lýst árið 1890 af svissneskum skurðlækni, Ludwig Courvoisier (1843-1918), hjá sjúklingi með verkjalausa gulu vegna steinalausrar stíflu í gallrás (*choledochus*) og með þreifanlega eymslalausa gallblöðru
Cullen	Lýst árið 1918 af bandarískum meinafræðingi, Thomas Stephen Cullen (1868-1953), hjá sjúklingi með mar (*ecchymosis*) í kringum nafla tengt blæðingu í kviðarholi (rofið utanlegsfóstur og brisbólga)
Dunphy	Lýst árið 1975 af bandarískum skurðlækni, John Englebert Dunphy (1908-1981). Sjúklingur fær sáran kviðverk við hósta. Staðsetur svæðið þar sem er bráð lífhimnubólga
Grey-Turner	Lýst árið 1920 af breskum skurðlækni, Gilbert Grey Turner (1877-1951), hjá sjúklingi með mar (echcymosis) í flanka tengt blæðingu í kviðarholi (bráð brisbólga)
Markle	Lýst árið 1973 af bandaríkum skurðlækni, George Bushar Markle IV (1921-1999). Sjúklingur fær slæma kviðverki í hægri neðri hluta kviðar við að standa á tám og láta sig falla niður á hælana (botnlangabólga)
Murphy	Lýst árið 1903 af bandaríkum skurðlækni, John B. Murphy (1857-1916), hjá sjúklingi með bráða gallblöðrubólgu. Þreifað er í hægri efri hluta kviðar (undir hægra rifjabarð) og sjúklingur er beðinn um að draga djúpt inn andann en við það þrýsta lungun þindinni niður og gallblaðran mætir fingrum þess sem skoðar. Vegna eymsla hættir sjúklingur að anda inn (bráð gallblöðrubólga)
Rovsing	Lýst árið 1907 af dönskum skurðlækni, Niels T. Rovsing (1862-1927), hjá sjúklingi með bráða botnlangabólgu. Þrýstingur í vinstri, neðri fjórðungi kviðar kallar fram verk í hægri, neðri hluta kviðar (óbein eymsli) (botnlangabólga)
Valentino	Ítalskt-ættaður Ameríkani, Rudolph Valentino (1895-1926), sem var tekinn til aðgerðar í New York þar sem framkvæmd var botnlangataka vegna gruns um bólgu. Lést úr lífhimnubólgu og fjölkerfabilun í kjölfar aðgerðarinnar þar sem hann reyndist vera með skeifugarnarsár með rofi og leka á innihaldi skeifugarnar niður í hægri flanka og hægri, neðri fjórðung kviðar