**Belgyógyászati propedeutika**

**Anamnézis**

Név:
Mikor született:

*Jelen panaszok*
Legfőbb panasz, miért fordult orvoshoz?
Mikor kezdődtek?
Milyenek voltak a betegség elején? Változtak?
Gyógyszerre szűnik-e?

*Státusz*: láz, fájdalom, köhögés, köpet, testsúly, vizelés, székelés, étvágy, hányás, légzés, oedema

*Előző betegségek*
Gyermekbetegségek, balesetek, műtétek
Figyelünk: Reumás láz, tbc, hepatitis
Szűrővizsgálatok

*Farmakológiai anamnézis*
Jelenlegi és korábbi gyógyszeres kezelés
Gyógyszer túlérzékenység
Vérátömlesztés (Hepatitis és AIDS)
Külföldön volt-e?

*Szociális anamnézis*
Lakás, táplálkozás, munka

*Foglalkozás anamnézis*
Munkái

*Családi anamnézis*
Diabetes, tbc, hypertensio, daganatok, cukorbetegség

*Szexuális anamnézis*
Menarche, Menopauza, szülséek száma, fogamzásgátló

*Élvezeti szerek*
Alkohol, cigi, kv

**Fizikális vizsgálat**

Alappilérek:

1) Megtekintés🡪testtartás, mozgás, tápláltság
Kahexia🡪extrém lesoványodás
Hypothireozis, Cushing, GB kór, akromegália
Hirsutizmus🡪nőkön sűrü, bő, durva szőrzet, bajussz és szakál
Alkat lehet:
Astheniás: szűk mellkas, keskeny váll, hosszú nyak, sovány, szögletes
Piknikus: széles, hordó mellkas, kerek vál, kerek nagy fej, rövid nyak, hajlamos hízásra
Atléta : izomzat robosztus fejlődése

2) Tapintás
Oedema🡪újjbenyomatot megtart tibia felett
Mixoedema🡪Nem tartja meg az újjbenyomatot

3) Kopogtatás
Tompa🡪Tömör test felett (izom), folyadékgyülem, légtelen tüdő (halk, rövid hang)
Éles🡪Légtartalmű egészséges tüdő felett (mély, hangosabb, hosszan hangzó)
Dobos🡪nagy légtartalmú üreges szervek felett (gyomor, bél, légmell)

4) Hallgatózás
Harangos rész: elmozduló testfelület esetén (tüdő), szív mély hangok (mitrál stenosis)
Membrános rész: Has, szív magas hangok (aortainsf)

**Hőmérséklet mérése**
Mérés helye: hónalj, szájüreg, végbél, homlok, fül

Értékek:
36,1-37🡪nomrál
37-37,5—>subfebrilitas
39-ig🡪közepes láz
40-ig🡪magas láz
40 felett🡪hiperpirexia

Lázgörbék:
Continua continens: napi ingadozás nem éri el az 1 fokot
Remittáló: napi ingadozás másfél foknál nagyobb, de a hőmérséklet a normál alatt van
Intermittáló: Nagy hőingadozások, hőmérséklet időnként eléri a normált
Rekkurrens: napokig tartó lázas szakaszok hosszabb láztalan szakaszokkal váltakoznak

ismeretlen eredetű láz:
Legalább 3 hétig fennáll, időnként eléri a 38-3-t, eredete 1 hát alatt nem tisztázható

**Vérnyomás**
Sistolés érték megállapítása: Korotkov vagy pulzus tapintás
Optimális: 120/80
Emelkedett: 130/90
Kóros (III fokozat): 140/180-90/110
ABPM🡪ambuláns vérnyomás monitorozás

*Fehérköpeny hipertónia:*
Rendelő vérnyomás 140/160-90/100
Nincsenek célszervkárosodások és frissen felfedezett a hipertonia
Otthoni környezetben normális a vérnyomás

*Maszkírozott hipertónia*
Rendelői maga/normál BP
Mindkét szülő hipertóniás, célszervkárosodások vannak, diabetes is
Otthoni, ABPM-es vérnyomás magas

*Rezisztens hipertónia:
Epizodikus hipertónia: időskorban, diabetesben
Terhességi hipertónia*

**Pulzusvizsgálat.**
Helye: a radialis, a dorsalis pedis, a tibialis posterior, a poplitea, a femoralis
Kvalitások: Frekvencia, Ritmus, Nagyság, Gyorsaság, Egyenlőség, Elnyomhatóság
Értékei: 60-80🡪Nomrál
100 felett🡪tachykardia
50-55🡪bradycardia

**Testsúlymérés**

Ideje: Reggel, székelés és vizelés után, reggeli előtt, azonos öltözékben
BMI🡪testsúlyindex Testsúly/Méterben mért magasság négyzete
Sovány: 18,5 alatt
Normál: 18,5-24,9
Túlsúlyos🡪25-30
Elhízott🡪30-40
Súlyosan elhízott🡪40 fölött

Android típusú elhízás: törzsre, hasra lokalizálódik (alma típusú)
Gynoid típusú elhízás: csípőtájra, alsó testfélre lokalizálódik (körte típusú)

Latens oedema: 5-6 liter folyadék észrevétlenül halmozódik fel a szervezetben
Rejtett oedema: 1 kg-nál nagyobb súlyemelkedés/nap

**Vizeletmérés**
Napi vizelet normálisan: 1000-1500 ml
Kevesebb mint 500 ml🡪oliguria
Több mint 2 liter🡪polyuria
Kevesebb mint 100 ml🡪anuria
DM🡪kevesebb mint 4 liter vizelet
DInsipidus🡪5-10 l napi vizelet

**Jelen állapot**

Bőr, nyh:
Icterus, subicterus:
Oedema:
Cyanosis
Nyirokcsomók:
Pajzsmirigy:
Alkat:
Tápláltság:
Száj és garatképletek:
Szörzet:
Emlők:

**Lágzőszervek vizsgálata**

Felső lebenyek: elől és a hónaljárok felső részében hallgatjuk és kopogtatjuk
Alsó lebenyek: hátul és a hónaljárok alsó részében hallgatjuk és kopogtatjuk
Középső lebeny: jobb mellkasfél alsó része

Jobb tüdőhatár: E:VI borda alja; H:
Bal tüdőhatár: E: VI-VII borda közt H

**Anamnézis.**
1) Nehézlégzés
Jelei: változik a légzés szaporasága, mélysége, ritmusa, légzési segédizmok működnek
Cardialis dyspnoe🡪beteg ül és 2 karjával az ágy oldalába kapaszkodik
Gasp🡪mérgezések esetén; nyitott szájjal, igen gyorsan, kapkodó légzés horkantással
Inspiratoricus dyspnoe: felső léguti stenosis, légzőizombénulás
Exspiratorikus dyspnoe: asthma bronchiale, bronchitis
Klinikai megjelenési formák: Cardialis, respiratorikus, mérgezésekben, agyvérzésben, hisztériában, ha csökken a levegő parciális nyomása, O2 TP zavart

2) Köhögés
Eredményes🡪van köpet; Eredménytelen🡪nincs köpet
Kiválthatják: légutak hurutos, gyulladásos betegségei, pleura betegségei, mediastinum térszűkitő folyamatai, kisvérköri pangás, tüdőinfarktus, idegentest a felső légutakban, extrasystole,

Pleuritis🡪szaggatott, apró köhögés, heves fájdalom, eltorzult arc, kezek a mellkas előtt
Tracheális🡪száraz, ugató.
Bronchialis🡪bő váladékürítés, nedves, produktív köhögés
Ideges🡪apró krákogás a beszéd előtt
Gégehurut🡪 rekedt, fájdalmas
Szamárköhögés🡪rohamokban jön, húzó hang vezeti be
Mediastinum térszűkítő folyamatai🡪kínzó, rohamszerű csengő köhögés
3) Köpetürítés
tüdőödéma🡪bő, híg, habos, szzilvalészerű
garatköpet🡪nyákos sés szürke
Bronchitis🡪nyákos, később gennyes
Asthma bronchiale🡪üvegesen nyákos, tapadós, nehezen ürül
Lobáris pneumonia🡪nyákos, gennyes, tapadós, barnásvörös
Tüdőtumor🡪vérrel kevert, málnaszerű
Tüdőinfarktus🡪véres-nyákos, gyakran tiszta vér

4) Mellkasi fájdalom
Tüdő fájdalom lehet:
 pleurális🡪szúró, légzésre erősödik, a mellkas egészére kiterjed, de legintenzívebb a tüdőbázison. Nyomásra fokozódik, nyak és has felé sugárzik.
Iidegkompressziós🡪pleura és tüdőtumorok okozzák, melyek ráterjednek valamely IC idegre vagy a plexus brachialisra.
Hirtelen megsemmisítő fájdalommal jár a pneumothorax és az a pulmonalis embóliája okozta infarktus

**Megtekintés:**
Astheniás, piknikus (hordó)
Tyúkmellkas🡪hegyesen előre álló sternum
Cipészmellkas🡪szegycsont alsó vége besüpped

**Megtapintás**
Mellkasrezgés, pectoralflemitus🡪 mondd 33
gyengül🡪idegen anyag van a tüdő és a mellkas közt. PL.: folyadék, tumor
Erősödik🡪Infiltrált, atelectasiás tüdőnél

Pleurális dörzsölés csikorgás vagy nyikorgás alakjában tapintható

**Kopogtatás**
A) Topografikus
B) Összehasonlító
Alsó határ hátul: Paravertebrális és scapuláris vonalban a T11 magasságában, középső hónaljvonalban a VIII borda magasságában
Jobb oldalt elől: medioclaviculáris vonalban a VI bordánál

Dobozos🡪emphysema
Dobos🡪pneumothorax felett, nagy caverna felett, relaxált tüdőszövet felett, Traube tér

Mélyebb tüdőhatárok mindkét oldalt:
1) Emphysema🡪const.belégzési állapot (dobozos kopogtatási hang)
2) Asthmás roham🡪ideiglenes belégzési állapot
3) Enteroptosis🡪hasűri nyomás kisebb a megszokottnál

Féloldalt mélyebb tüdőhatár:
1) Pneumothorax

Mindkét oldalon magasabb tüdőhatár:
1) Hasűri nyomás fokozódásakor
2) Folyadékgyülem mindkét oldalon a pleuraűrben

Egyik oldalon magasabb tüdőhatár:
1) n. phrenicus bénulás
2) Zsugorodó pleurafolyamat
3) egyoldali kóros hasi folyamat
4) Egyoldali pleuritis exsudativa
5) Jobb oldai tüdő fiziológiásan is kicsit magasabban áll

Traube tér🡪gyomorléghólyag

**Tompulat oka:**1 ) A tüdő helyét tömörebb anyag foglalja el
-tüdő veszít a légtartalmából🡪infiltrátum az alveolusokban, vagy alveolus kompresszió;
-tüdő és mellkasfal közt folyadék vagy tömör anyag van

**Meghallgatás**

1. Alaplégzés (puhasejtes légzés)🡪bronchiolus-alveolus áramláskor keletkezik. Fúvó jellegű („U”, „V”) hang. Csak belégzés során hallható (alveolusok fala rezeg ekkor)
Gyengül: Emphísema, a pleuralis űrben folyadék/levegő van, 1 nagyobb bronchs teljesen elzáródik
Eltűnik és helyt ad a hörgi légzésnek: Alveolus infiltráció
2. Hörgi légzés (tracheobranchiális hang)🡪be és kilégzéskor is hallható „Ch” szerű hang a trachea felett és a jobb interscapuláris térben, máshol nem
3. Száraz, bronchiális szörcszörej🡪tapadós, nyúlós váladék hozza létre a hörgőkben, magas ciripelő, fütyülő, sípoló búgás
4. Szörcszörej🡪hörgőkben folyékony váladék van
5. Pleurális mellékzörejek a pleuralemezek elmozdulása következtében
Pleurális dörzsölés🡪mély légzésnél a tüdő bázisán hallható be és kilégzés alatt, körülírt helyen és a köhögés nem befolyásolja. Nyomásra fájdalom jelentkezik. Néha a mellkasra helyezett kézzel is érezhető.
HIppocratesi loccsanás🡪a pleuraüregben folyadék és levegő van együtt
6. Krepitáció🡪alveolusokban keletkező finom zörej, mely a beáramló levegő hatására jön létre, ami szétválasztja az alveolusok összetapadt falát (hajdörzsölés jellegű). Csak azon tüdőrész felett halljuk, ahol nincs masszív infiltrátum. Alveoláris zörej, mely köhögésre nem tisztul fel.
CSAK BELÉGZÉS ALATT hallható

**Bronchophonia vizsgálata.**

1. Ép tüdő rosszul vezeti a suttogó hangokat
2. Infiltrált tüdő jól vezeti🡪mondd hatvanhat
3. Nem hallható bronchophonia🡪bronchostenosis (nem jut levegő a hallgatott tüdőrészbe) vagy ha a pleurális üregben folyadék van
4. Erősebb bronchophonia🡪infiltrált és atelectasiás tüdő felett

**Szindrómák**

1. Tüdő infiltrátum szindróma
- Alveolusokban exsudatum, tumor, vér tölti ki, de nincs mediastinum diszlokáció
-Tompult kopogtatási hang felette, de nem masszív, mert csak az alveolusokban van inf.
- Infiltrátum felett hörgi légzés hallható a beszűrődés tetőfokán, elején krepitáció. HA folyékony váladék van a hörgőkben szörcszörejt is hallunk
- Inf. felett a PF és a BP erősödött!
- Infiltrációhoz vezet: lobaris pneumonia (tüdőgyuszi), tüdőinfarktus,
- Masszív inf🡪az inf kitölti a bronchusokat is az aéveolusok mellett
- Centrális inf.--> inf a hílus környékén van
2. Mellkasi folyadékgyülem szindróma
-Folyadék kerül a pleura két lemeze közé🡪transsudatum, exsuddatum, vér, genny
- Masszívabb tompulat, bázis felé fokozódik és határa a gerinctől a hátsó hónaljvonal felé emelkedik
- Alsó része felett a PF és BP és légzési hang gyengült. Felső rész felett a PF erősödött (komprimált tüdőszövet miatt) és légzési hang hallható
- Mediastinumot diszlokál az ellenkező olda felé
3. Atelectasia
-Alveolusokból felszívódott a levegő, megfelelő tüdőrész légtelen lesz
- Létrejöhet: Elégtelen légzés, bronchostenosis és kompresszió következtében
- Masszív tompulat, gyengült PF és BP jellemzi-🡪bronchostenosis
- Enyhébb tompulat, hörgi légzés, krepitáció🡪kompresszió és felületes légzés
4. Pneumothorax
- Pleura lemezei közé légnemű anyag kerül kívülről vagy alveolusból
- Nagyfokú, totál🡪mellkasfél előredomborodik, elmarad a légzésben, mediastinum és szív az egészséges olda felé diszlokálódik
- Kopogtatási hang mély és hangos, dobos. Légzés gyengült, vagy nem hallható
- Tünetei: pleurális jellegű megsemmisítő fájdalom, dyspnoe, cyanosis, szapora pulzus

**Keringési szervek**

Szívcsúcslökés helye🡪ötödik bordaköz, középvonaltól 8-10 cm-re.
Nem tapintható🡪jelentős mennyiségű pericardiális folyadékgyülem
Emelő🡪bal kamra hypertrophia
Ha feljebb vagy lejjebb van, diaphragma állása változott

1. **Kopogtatás**
-Abszolút tompulat🡪a mellkasfalhoz közvetlenül hozzáfekvő szívrész adja
Határai:
Jobb🡪sternum bal széle
Fenn🡪IV borda alsó széle
Bal🡪5. bordaköz, középvonaltól 7 cm-re.
Megnő: Pericardiális folyadékgyülem esetén
Kisebb: Emphísema, bal oldali légmell,
- Relatív tompulat🡪Tüdővel fedett rész adja
Határai:
Jobb🡪szegycsont jobb széle
Fenn🡪III bordaköz
Bal🡪Szívcsúcslökés
Nagyobbodás: kamra hypertrophia, folyadék a pericardium lemezei közt
A) Jobb oldat megállapítjuk medioclavicularis vonalban az alsó tüdőhatárt
B) Összekötve a vonalat a szívcsúcslökés helyével megkapjuk a szív alsó határát
C) Kikopogtatjuk a relatív szívtompulat jobb határát
D) Relatív szívtompulat felső határát parasternálisan
E) Relatív szívtompulat bal határának meghatározása medioclaviculárisan
2. **Hallgatózás**-Szisztolés hang🡪hosszabb, mélyebb „bú” karakterű. Kamrai izomhang, mitrál és Tricusp. billentyű záródás
- Diasztolés hang🡪rövidebb, magasabb „tupp” karakterü. Aorta és TP billentyű záródás.
Hallgatózási helyek:
M🡪szívcsúcs, középvonaltól 9-10 cm-re 5. bordaközben
TC🡪Processus xiphoideus jobb oldalán
A🡪jobb oldal II bordaköz
TP🡪bal oldat II bordaköz
* III hang🡪gyors kamrai telődés
* Gyermekben és fiatal felnpttben hallható a szívcsúcsnál és a IV bordaközben
* IV hang🡪pitvar S.
* Gyermekben hallható a IV bordaközben

Hasadt I hang🡪kettőzött jobb Tawara-szár blokkban (jobb kamra később húzódik össze)
Hasadt II hang🡪belégzéskor fiziológiásan észlelhető. Jobb Tawara-szár blokkban kórosan nagy a kettő közti szünet. Bal Tawara SZB esetén a TP hangja megelőzi az A hangot
galoppritmus🡪a különálló harmadiik hang felerősödése a D kezdetén (bal kamra gyengeségének jele)

**Szívzörejek:**
Figyelünk:
- Időbeli megjelenésére: S-s vagy D-s zörej
- Intenzitására: 6 fokozat
- Karaktere: fúvó, kaparó, dörzsölő,
- Változása a testhelyzettel:
- Punctum maximum
- Vezetődés
Extracariális zörejek lehetnek:
1) Pericardiális🡪pericardium lemezei közt fibrines lerakódás van és mozgásakor dörzsöl
2) Pleuropericardiális🡪a pleura pericardiális felszinén van lerakódás
3) Pneumocardiális

**Szerzett vitiumok.**

1. Mitrális insuf
- S-kor a vér 1 része regurgitál a pitvarba. Ekkor halljuk a hangot
- Pitvar kitágul (fokozódik a nyomás benne)🡪bal kamra is kitágul a több beérkező vér miatt. Tüdőben is nő a nyomás , ami jobb kamra hypertrophiához vezet
- Szív megnagyobbodott, kamrai galopphang észlelhető (III)
2. Mitrál stenosis
- Szűkült szájadék, kevesebb vér a kamrába D-kor, bal pitvar kitágul, hypertrophizál🡪visszahat a kisvérkörre és jobb kamra is hypertrophizál. Hang!
- Orcák és ajkak cyanotikusak, periorális sápadtság
- Szívtompulat jobbra és felfelé nő. Szívcsúcslökés normál, élénk, normál helyen
- Jellemzpek rá a következő hangok:
A) Szívcsúcson hallható dobbanó I hang+ II hang
B) Nyitási kattanás
C) Decrescendo diasztolés és crescendo peaesystolés zörej
3. Aortainsuf
-Aortabillentyű D alatt nem zár rendesen, a vér egy része visszacsorog a kamrába
- Bal kamra tágulat, hypertrophizálás, bal felé megnőtt szívtompulat, szívcsúcslökés balra és lefelé tolódik
- Decrescendo jellegú D-s zörejjel jár (visszaáramló vér okozta őrvény)
- Punctum maximuma a bal II-bordaközben és az Erb ponton van
- D alatt a nyomás gyorsan és nagy fokban esik, pulzusamplitudó nagy
Corrigan-féle pulzus🡪a perifériás erek lüktetése olyan nagy, hogy a fejet is ritmusos mozgásba hozhatja (musset) és a kapillárisokra is ráterjed🡪köröm lenyomásával látható lesz a pulzéció. Tenyérre helyezett fonendoszkóppal hallhatjuk a S-s hangot
4. Aortastenosis
- Bal kamra nem tudja a megfelelő vérmennyiséget S alatt továbbítani az aortába🡪hípertrophizál🡪aorta ascendens a turbulencia miatt kitágul
- Hallgatózási eltérés az aortaszájadék felett hallható, és a carotisok felé vezetődő ejekciós S-s zörej aorta felett surranásként hallható.
5. Tricuspidális insuf
- jobb kamra tágulás
- belégzésben erősödő holosystole-s zörej jellemzi, mely punctum maximuma a IV bordaközben van a sternumon.
- telt nyaki vénák, májpulzáció
6. Tricuspidális stenosis
- Igazán RITKA
- Belégzésre erősödő diastolés zörej jellemzi, presystolés zörej, nyitási kattanás
- Telt nyaki vénák,máj megnagyobbodás
7. Pulmonáris stenosis
- csaknem mindig veleszületett, gyakori
- a pulm. billentyű felett nem vezetődő ejekciós S-s kaparó jellegű zörej jellemzi, esetleg surranás. II hang nem kettőzött
- Jobb kamra hipertrophizál, tüdő hipervaszkularizált, hilus aszimmetrikus
8. Pulmonáris insuf
- Decrescendó szerű D-s zörej jellemzi a 2L2-ben
9. Ventricularis septum deffektus
-Kamrai sövényhiány🡪van membranosus és muscularis
-S-ban a vér keveredik a kamrák közt. Általában bal🡪jobb irányba megy
- 4-2L2-ben S-z zörej hallható surranás kíséretével
10. Pitvari septum deffektus
A) Secundum típusú🡪foramen ovale-nak megfelelően van hiány
B) Sinus venosus típusú🡪pitvari sövény felső részén van defektus
c) Primum típusú defektus🡪endocardiális párnák fejlődési zavara. Defektus a sövény alsó részén van

**Erek vizsgálata**
Tapintjuk: a radialis, a brachialis, a femoralis, a poplitea, a dorsalis pedis, a tibialis posterior
- Vénák betegségei:
A) Primer alsó végtagi vericositas🡪vénák ismeretlen eredetű tágulata és a vénabillentyűk elégtelen működése.
B( Szekunder🡪mélyvvénás elzáródás, kismedencei vagy hasi tumor kompressziója okozta pangás következtében

**Szindrómák**

1. Angina pectoris
-Szíveredetű mellkasi fájdalom, melyet a szív O2 hiánya vált ki
- Szorító jellegű fájdalom, bal karba sugárzik az ulnáris oldalon, halálfélelemmel jár együtt
- Nitroglicerin, nifedipin hatására gyorsan szűnik, de magától is 15 perc alatt
- Előidézheti: coronaria szűkület, nagyfokú vérnyomásesés, súlyos anaemia, hyperthyreosis (relatív oxigénhiány), nagyfokú balkamra hypertrophia, coitus, lelki izgalom
- Típusai
A) Effort angina🡪fizikai terhelés hatására jön elő
B) Prandiális angina🡪bő étkezés után lép fel (véreloszlás változás)
C) Dekubitális angina🡪nyugalomban, fekve lép fel emocionális hatásokra
D) Instabil angina🡪adekvált gyógyszeres kezelés mellett egyre gyakoribb és fokozottabb retrosternalis fájdalom.
E) Status anginosus🡪szünet nélkül halmozottan jelentkező rohamok
2. Myocardiális infarktus
- Hatalmas fájdalom, mely nem szűnik semmire
- ST elevatio és patológiás q hullám
- Q (komplett) és non-Q (nem komplett)infarktus van
3. Keringési rendellenességek
- Centrális: heveny szívelégtelenség, krónikus szívelégtelenség, tachykardia, cardialis dyspnoe, asthma cardiale, cyanosis, kisvérköri pangás, phlebohypertensio, cardial oedema,
- Perifériás: collapsus (ideiglenes érelzáródás), syncope (pillanatnyi eszméletvesztés, sokk,

**Has vizsgálata**

Régiók: Jobb és bal hipochondrium, epigastrium, jobb és bal lumbál régió, umbilicalis régió, jobb és bal inguinlis/iliacalis régió, supravesicalis régió

**Leggyakrabbi panaszok:**

1. Hasi fájdalom: jellege, helye, kisugárzása, időbeli sajátságai, fájdalom és étkezés viszonya, befolyásolhatósága gyógyszerrel, kísérő tünetek
2. Étvágytalanság
3. Hányinger: émelygés, sápadtság, BP esés, gyengeség, hideg verejték
4. Hányás: pylorus elzáródik, corpus ellazul, cardia megnyílik, antrum kontrakció, hasprés, rekesz görcs
5. Nyelési nehézség:
Okai: oesophagitis, tumor, nyelőcsőspasmus (görcs), heges szűkület, külső nyomás
Fájdalmas nyelés🡪gyulladásra utal, motilitászavar, idegentest is okozhatja
6. Gyomorégés🡪kóros neuromuscularis betegség váltja ki
Alkália bevételére enyhül
Oka lehet: hiatus hernia, reflux, oesophagitis, piloricus, neurosis
7. Csuklás🡪a rekesz akaratuntól független hirtelen összehúzódása
Oka lehet: peritoneális érintettség, hashártyagyulladás, centrál eredet
8. Puffadás (meteorismus)🡪belek gáztartalmának felszaporodása
Oka lehet: sok levegőt nyel a beteg, szokottnál több gáz keletkezik a bélben, kevésbé szívódnak a bélfalon keresztül és távozásuk akadályozott, vagustónus fokozódása,
9. Flatuentia🡪bélgázok nagy mennyiségű gyakori távozása
10. Székrekedés🡪bélmotalitás zavar, ami eredményeként a normálistól eltérő konzisztenciájú széklet ürül (keményebb)
Előidéző okok: Ülő életmód, kevés cellulóztartalmű étel fogyasztása, defekációs inger rendszeres elnyomása, hasizom, vastagbél izomzat gyengesége, vagustónus fokozódása.
11. Hasmenés🡪bő, híg széklet
Okai: fokozott folyadékelválasztás, csökkent visszaszívás, gyorsult motilitás
Kiváltható: idegi alapon, bélfal károsodásával, hashajtóval, egész szervezetre ható betegségek által, avitaminosis.
12. Fájdalmas székelés
13. Véres széklet (hematochesia)
Oka lehet: súlyos infekció, aranyér, daganat, gyulladás

**Megtekintés**

Figyeljük: helyzetét a mellkashoz viszonyítva, hasfalat mély légzés során, vénahálózatot, vannak-e előredomborodások, perisztaltika látható-e,
Elődomborodás okai: gáz- vagy folyadékfelhalmozódás, tumor
Behúzódás: meningitis tuberculosa

**Tapintás**

Pozíció: háton fekvés, láb felhú, kíméletes tapintás távol a fájdalmas területtől,
Cél: defense musculaire, nyomásérzékenység és rezisztenciák megítélése

A jobb bordaív alatti „viharsarokban” leggyakoribb a nyomásérzékenység.
Okai: epehólyag megbetegedés, heveny májduzzanat, nyombélfekély, appendicitis, vesekő.
Epigastriumban pancreas megbetegedések esetén, és kis hasfali sérvek esetén
Bal hipochondrium: lép megbetegedés okoz nyomásérzékenységet
McBurney-pont🡪appendicitis
Máj nagyságát meghatározhatjuk vele🡪harántujjakban mérjük

Hasi rezisztencia észlelésénél kitérünk:
Lokalizáció, nagyság és alak, konzisztencia, felszín, széle, elhatárolódás a környezettől, elmozdíthatóság, légzőmozgások követése, nyomásérzékenység, hangjelenség

**Kopogtatás**

Kopogtatási hang: dobos
Máj, lép, telt hólyag, terhes méh tompulatot ad.
Májtompulat eltünt🡪levegő van a hasüregben (gyomor és bélperforáció)
Májtompulat kisebb🡪meteorismus,
Tompulata a MC vonalban 10-12 cm széles

**Lép kopogtatás.**
-Halkan kopogtatjuk. Beteg a bal karját a fele felé teszi
- Középső hónaljvonalban kezdjük felülről lefelé (IX-XI borda magasságában van)

**Ascites**🡪tompulatot ad a has alsó és oldalsó részei felett
fluktuáció vizsgálat🡪egyik tenyerünket az egyik oldali topmulatra tesszük, majd a másik oldalon megütjük a tompulatot. Érezzük a fluktuációt.
Próbapunkció helye az anti MCBurnei pont

**Hallgatózás**

Szünetel a perisztaltika🡪paralitikus ileusban. Igen súlyos jele a diffúz peritonitisnek
Folyadék és levegő együtt van jelen loccsanást hallunk, ha ütögetjük a hasfalat

**Akut has**🡪életveszélyes állapot, mely sürgős kezelést, műtétet igényel.
Jellemzői:
 Fájdalom🡪szinte mindig van, de a sokk és gyógyszerek elfedhetik.
Hányás🡪gyakori
Defense musculaire🡪lehet körülírt és diffúz
Meteorismus🡪bélelzáródás miatt
Sokk🡪sápadt bőr, hideg verejték, szapora pulzus, csökkent BP, üres vénák

Sürgős műtéti kezelést igénylő akut hasi kórképek:
Appendicitis acuta, perforáció a szabad hasüregbe, mechanikus ileus, mesenteriális infarktus, hasi trauma, extrauterin terhesség, akut cholecystis

*Sürgős műtéti kezelést nem igényel:*
Akut pancreatitis, akut alkoholos hepatitis

Icterus (sárgaság) és subicterus (sárga sclerák)🡪epefesték felszaporodás következtében jön létre
Rubinicterus🡪vörös árnyalat társul a sárga színhez. Hepatitist kísér.
verdinicterus🡪Zöldes árnyalat társul hozzá🡪hosszantartó obstrukciós sárgaság
Icterus melas🡪piszkos szürkésbarna árnyalat.
Kilikailag megkülönböztetünk:
Praehepaticus🡪olyan nagy mennyiségű a bilirubin képződése, hogy az meghaladja a máj kiválasztó kapacitását
Hepaticus🡪az epefesték felszaporodását a májsejtek károsodása, betegsége okozza és
Posthepaticus sárgaságot🡪mechanikus elzáródás van az epeutakban

**Vesebetegségeknél figyelmet kell fordítani:**

1. Napi vizeletürítés mennyiségére
Poliuria (több mint 2L), oliguria (kevesebb mint 500ml), anuria (kevesebb mint 100ml)
2. Vizelési rendellenességek
Dysuria (nehéz vizelés), Inkontinencia (vizeletvisszatartási rendellenesség), pollakisuria (gyakori vizelési inger), Alguria (fájdalmas)
3. Vesetáji fájdalom, volt-e fejfájás, étvágytalanság, subfebrilitas, korábbi betegségekre rákérdezünk, családi anamnézis, farmak anamnézis

**Megtekintés**
-sápadtság, szemhély oedemát,
Tapintás
- Nephrosisos oedematapintással jól vizsgálható, ujjbenyomatot megtart.
- Vesetájéki érzékenységet ütögetéssel határozzuk meg
- Fiziológiás méretű és elhelyezkedésű vese nem tapintható