**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