

## Algemene Praktisynsreeks

### DIAGNOSE VAN DIE 'AKUTE BUIK'

VON W. EYBERS, CH.M., *Chirurg, Bloemfontein*

Die term 'akute buik' is 'n vae benaming, maar behels tog enige buiktoestand wat as dringend beskou word, wat onmiddellik ondersoek moet word en wat dikwels 'n noodoperasie vereis.

Daar is geen vertakking van die chirurgie waar oordeel gebaseer op kliniese ondervinding van groter belang is, as die diagnose en hantering van akute siektes van die buik nie. Die bykomstige toetse wat in die afgelope jare ontwikkel is en wat so waardevol is by die diagnose van baie siektes, is grotendeels van min hulp in die akute buik. Die toepassing van moderne röntgenologiese metodes, alhoewel waardevol, is dikwels misleidend. Die allerbelangrikste faktore in die akute buikdiagnostiek bly nog steeds die neem van 'n noukeurige geskiedenis, sorgvuldige fisiese ondersoek, bloedtelling, en ondersoek van die urine.

Algemene praktisyns, veral die op die platteland, moet dikwels 'n belangrike besluit neem met betrekking tot die vervoer van die pasiënt na 'n sentrum waar die nodige hospitaalfasiliteite bestaan. En om die saak verder te bemoeilik bestaan daar, afgesien van verskeie chirurgiese toestande, ook 'n groot aantal interne toestande wat die diagnose kompliseer.

Die volgende is 'n lys van algemene chirurgiese buiktoestande wat 'n noodoperasie mag vereis:

#### 1. *Beserings*

- (a) Penetrenderende en perforerende wonde.
- (b) Indirekte beserings en kneusings.

#### 2. *Infeksies*

- (a) Appendisitis en divertikulitis.
- (b) Peritonitis na perforasie. In hierdie verband moet spesiale vermelding gemaak word van (i) peptiese ulsers, hetsy van die maag of duodenum; (ii) vreemde voorwerpe soos visgrate, hoenderbene, spelde, ens.; en (iii) Richter se hernia.
- (c) Cholesistitis met komplikasies—empieem, gangreen, peri-cholesistitis, peritonitis.

#### 3. *Dermobstruksie*

- (a) *Die kleinderm*: (i) eenvoudige obstruksie, en (ii) beklemming.
- (b) *Die grootderm*: (i) eenvoudige obstruksie, (ii) beklemming, en (iii) volvulus.

#### 4. *Mesenteriese Trombose en Embolisme*

#### 5. *Bloeding*

- (a) Gastro-intestinaal.
- (b) Intraperitoneaal, byvoorbeeld in miltskeur.
- (c) Retroperitoneaal, byvoorbeeld 'n nierskeur.
- (d) Postoperatief.

#### AKKURATE GESKIEDENIS

Die benadering van 'n akute buikgeval behels, eerstens die neem van 'n akkurate geskiedenis. Die volgende vrae moet in hierdie verband gestel word:

1. *Wanneer het die pyn begin?* Was dit gedurende die dag of nag? Hoe laat? Hoe was die kronologiese verloop van die siektebeeld—stap vir stap. Het die pyn ingetree na 'n groot maaltyd of na die gebruik van 'n oormaat alkohol? Perforasie van 'n ulkus van die maag of duodenum en perforasie van die esofagus, asook 'n akute pancreatitis tree dikwels na 'n maaltyd in.

2. *Waar het die pyn eerste ontstaan in die buik?* Dit is van hulp as die pasiënt self aandui waar die pyn begin het, indien moontlik met een vinger.

3. *Waarheen het die pyn gegaan of gesprei?* Die klassieke geskiedenis van die pyn van akute appendisitis met sy oorsprong in die middel van die buik of bobuik, met verspreiding na die regter onderbuik, word beskrywe. Die pyn kan egter ook in die regter onderbuik, of in die onderbuik ontstaan. Die klassieke beeld van pyn wat in die galblaas of galbuis ontstaan, is aan ons bekend, maar dié soort pyn kan ook atipies voorkom. Byvoorbeeld, dit kan in die epigastrium ontstaan en dan links oor die bobuik na die rug of linkerblad en skouer, en af in die arms versprei, m.a.w. dit kan die pyn van 'n koronêre trombose of spasme naboots.

Dunderm-pyn, byvoorbeeld die pyn wat ontstaan as gevolg van 'n dundermobstruksie is gewoonlik in die middel van die buik gelokaliseer, en dit het die tipiese geaardheid van koliek. Pyn in die bobuik wat deur gaan na die middel van die rug toe, ontstaan gewoonlik vanaf retroperitoneale organe, soos byvoorbeeld, die pankreas, die niere, en die aorta. Dink maar aan die rugpyn waaroor die pasiënt kla wat 'n penetrasie van die maag of duodenale ulkus gehad het. Pyn, hoog in die epigastrium naby die xifisternum, wat pre-sternaal versprei, word dikwels deur 'n maagulkus hoog op in die klein boog van die maag of ondereinde van die esofagus veroorsaak, soos byvoorbeeld in die geval van esofagitis wat veroorsaak word deur terugvloeiing.

4. *Wat is die geaardheid van die pyn?* Is dit 'n koliekpyn, m.a.w. is die pyn krampaardig met tussenposes van verligting? 'n Koliekpyn ontstaan as gevolg van die een of ander obstruksie in 'n hol orgaan, soos byvoorbeeld in die maagdermkanaal, ureter, galbuisie of galblaas. Dit is kenmerkend van hierdie soort pyn dat die pasiënt rusteloos is en dat hy groot moeite ondervind om doodstil te lê; ook dat die pyn van 'n kwaai gehalte is en groot dosisse verdowingsmiddels vereis om dit te verlig.

## DIE PYVERSKYNSELS

Het braking, diaree, hardlywigheid of geelsug ingetree? Refleksiewe braking word gevind by akute cholestitis, galsteenkolië, akute appendisitis, niërkolië akute pankreatitis, akute piëlosistitis, asook by sekere ginekologiese toestande soos byvoorbeeld steeldraai van 'n sis van die ovarium. Hierdie braking is gewoonlik 'n kort episode. As dit aanhoudend is moet meer spesifiek aan gastro-intestinale toestande gedink word, soos byvoorbeeld, gastro-enteritis en obstruksietoestand van die maagdremkanaal. Hoe hoër die obstruksie voorkom, hoe erger en meer aanhoudend is hierdie simptome. Daar moet op die aard van die braaksel gelet word; vars bloed, die koffiemoer-voorkoms van ou bloed, bestanddele van 'n onlangse maaltyd, of maaginhoud van 'n dag of wat gelede as gevolg van obstruksie van die pilorus. Verder is die stinkende troebel braaksel van dun-dermobstruksie kenmerkend. By klein babetjies is dit allerbelangriks om vas te stel of daar gal in die braaksel is of nie, want in dié bevinding lê die geheim van die differensiële diagnose tussen 'n hipertrofiese pilorus-stenose en aangebore duodenale obstruksie, opgesluit.

Pertinente vrae aangaande die pasiënt se vroeëre gesondheidstoestand en gewoontes moet altyd aan die pasiënt met 'n akute toestand van die buik gestel word. Besonderhede aangaande dispepsie, slukmoëlikheid, eetlus, gewigsverlies, ontlastingsgewoontes, swart stoelgange, hardlywigheid, geelsug, teenwoordigheid van bloed en slym in die stoelgang, die aan- of afwesigheid van 'n breuk en vorige operasies is van belang. Aangesien die bejaarde pasiënt met 'n akute buik dikwels 'n vergrote prostaat het, moet navraag gedoen word na verskynsels van prostatisme.

## ONDERSOEK VAN DIE PASIËNT

Daar moet op die algemene voorkoms van die pasiënt gelet word. Is die pasiënt rusteloos of lê hy doodstil in die bed? Wat is die voorkoms van die vel en slymvliese met betrekking tot die aan- of afwesigheid van anemie? Is dehidrasie teenwoordig? Is die pasiënt geelsugtig? Dit is moeilik om geringe mate van geelsug by elektriese lig vas te stel.

Die neem van die pols met betrekking tot snelheid en gehalte is vanselfsprekend, maar daar is tog geneesheres wat dit nie doen nie. Die bloeddrukbeplating is absoluut noodsaaklik in elke geval. 'n Ernstige skoktoestand met verlaging van die bloeddruk bring ons op die spoor van 'n akute mesenteriese trombose, beklemming van 'n dermlus, akute hemorrhagiese pankreasnekrose, 'n akute diffuse peritonitis of inwendige bloeding. Die herhaalde beplating van die bloeddruk is 'n goeie aanduiding van hoe 'n geskokte pasiënt reageer op behandeling.

In babas en maer persone is peristalse dikwels waarneembaar in dermobstruksie. Dink maar aan hipertrofiese pilorus-stenose en die verskillende aangebore obstrukties in die duodenum.

Betasting van die buik is onontbeerlik. Die plankharde onbeweeglike buikwand van 'n akute diffuse peritonitis, soos byvoorbeeld wat ons vind by 'n onlangse perforasie van 'n peptiese ulkus, is aan almal bekend. Sodra so 'n perforasie eger net bietjies-bietjies lek is die diagnose hiervan gladnie so duidelik nie en kan dit verwar word met akute cholestitis, pankreatitis of akute appendisitis. Baie buike is al vir akute appendisitis oopgemaak waar dan 'n lekkende peptiese ulkus gevind is. Betas die buik om vas te stel waar die

maksimale lokale drukteerheid geleë is. Toestande soos akute cholestitis, akute appendisitis, akute pankreatitis, beklemming van 'n dermlus, of divertikulitis van die kolon moet in hierdie verband in gedagte gehou word.

As daar nog gepaardgaande lokale stywigheid waarneembaar is, dan is die parietale peritoneum by die lokale siekte-toestand betrokke en dui dit op verspreiding van die infeksie of die perforasie. Die skielike loslaat van die buikwand met skielike subjektiewe pyntoename is hier ook van belang.

By babas is die betasting van die harde ovaalvormige tumor van 'n hipertrofiese pilorus-stenose in die regter bobuik absoluut diagnosties, so ook die betasting van die worstvormige tumor van 'n intussussepsie by jong kinders.

Hiperperistalse kan met die stetoskoop op die buik vasgestel word; gepaard met afwisselende pynaanvalle dui dit op moontlike dermobstruksie, maar daar moet onthou word dat erge gastro-enteritis presies dieselfde bevinding kan gee. Muntstukperkussie van die buik is van waarde om uitgesette dermlus vas te stel. Dit word nou algemeen aanvaar dat die sogenaamde 'kliesma-toets' by dermobstruksie waardeloos is, al word die kliesma herhaal, aangesien die pasiënt tog die kolon kan ontledig in so 'n obstruksietoestand. Daar moet nie vergeet word om die liesstreke vir 'n moontlike beklemde breuk te ondersoek nie en veral by die vroulike pasiënte moet 'n femorale breuk uitgeskakel word.

Rektale ondersoek is 'n vereiste by die pasiënt met 'n akute toestand van die buik en gee waardevolle inligting, soos by die teenwoordigheid van 'n karsinoom of poliep in die rektum, en bloed en slym in die rektum. Verder moet die toestand van die prostaat by die man en die toestand van die uterus en adnexa by die vrou ondersoek word. Tumore kan in die sak van Douglas gevoel word asook die teenwoordigheid van drukteerheid of 'n massa wat dui op infektiewe toestande, soos 'n bekkengeleë appendisitis of sigmoïed divertikulitis. In die jong kind kan die voorstotende punt van 'n intussussepsie in gevorderde gevalle vasgestel word en die bekende pruimkonfyt-voorkoms van die stoelgang op die vinger gesien word.

As die diagnose van die akute buik onseker is, dan is dit 'n goeie beleid om na 'n uur of twee die ondersoek te herhaal en weereens te herhaal. Dit is tog verbasend hoedat akute buiktoestande, veral infektiewe letsels, hulself met die loop van tyd lokaliseer en die diagnose duideliker ontwikkel.

Daar moet onthou word dat die toediening van verdowingsmiddels soos omnopon, morfin of petidien by hierdie pasiënte lei tot verdwyning van die simptome. Indien die diagnose nog nie duidelik is nie, of as daar nog nie besluit is om 'n laparotomie te doen nie, moet verdowingsmiddels toegedien word met inagneming van hierdie feit.

*Bykomstige Ondersoeke en Toetse*

Die volgende bykomstige ondersoeke en toetse is ook van belang:

(a) *Ondersoek van die urine.*

(b) *Bloedtelling.* Die belangrike punte hier is die aanwesigheid van anemie, leukositose of leukopenie, 'n verskuiwing van die witselle na links of na regs, en die uitskaking van een of ander retikulose.

(c) *Beplating van die bloedureum.* Uremie kan die akute buik naboots en by die bejaarde man kan 'n bykomende hipertrofie van die prostaat die hantering van 'n buiktoestand bemoeilik.

(d) *Bepaling van die serum amilase.* Hierdie bepaling word gedoen in verdagte gevalle van akute pankreatitis, maar af en toe kan die waardes hier binne normale perke wees. Daar moet egter onthou word dat die serum amilase in perforasie-toestande van die bobuik en in dundermobstruksie verhoog word. 'n Duidelike styging van die serum amilase na 300-400

eenhede sal egter die kliniese diagnose van 'n akute pankreatitis bevestig.

(e) *Röntgenondersoek van die buik.* Die diagnose van die akute buik moet nie staan of val by die röntgenondersoeke nie en in elke geval moet die hele siektebeeld in aanmerking geneem word voordat die finale diagnose gestel word.