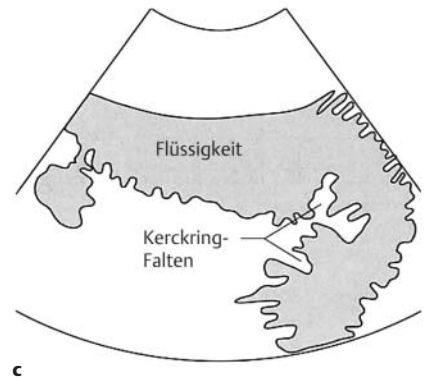
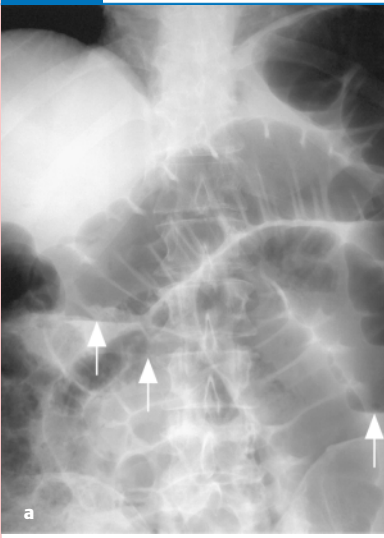


### C-3.3 Symptomenorientierte Differenzialdiagnose der Ileusformen.

	paralytischer Ileus	Obturationsileus	Strangulationsileus
<b>Anamnese</b>	Erkrankung mit Peritonitis	Karzinom, Gallensteine, Askariden	frühere Laparotomien
<b>Beginn</b>	plötzlich; Perforation allmählich: nach Laparotomie	allmählich	plötzlich, ohne Vorboten
<b>Allgemeinzustand</b>	schwerstkrank, oft Schock	anfangs wenig krank	schwerkrank, Schock
<b>Schmerz</b>	evtl. fehlend	meist kolikartig	heftig, kolikartig
<b>Meteorismus</b>	ausgeprägt diffus („Trommelbauch“)	gering	umschrieben
<b>Peristaltik</b>	fehlend („Grabesstille“)	verstärkt, sichtbar	initial vorhanden, später fehlend

### C-3.8 Ileus.



- a** Meteoristisch geblähte Dünndarmschlingen mit Spiegelbildung (→) bei Ileus in der Abdomenleeraufnahme.
- b + c** Dünndarmileus, sonografischer Befund: Ausgeprägte Flüssigkeitsfüllung von Dünndarmschlingen, wodurch die Kerkring-Falten deutlich sichtbar werden.

**Auskultation abdomineller Gefäße:** Zur Feststellung dieser Geräusche muss das Stethoskop tief eingedrückt werden. Die Aorta wird in der Median- oder Paramedianlinie vom Epigastrium bis zum Nabel auskultiert. Die Nierenarterien lassen sich am besten kranial des Nabels, etwa handbreit rechts und links der Medianlinie auskultieren.

**Reibegeräusche:** Achten Sie auf atemabhängiges Reiben (wie Sandpapier). Eine beginnende Perisplenitis oder Perihepatitis kann durch Fibrinbeläge Rauigkeiten des Peritoneums verursachen.

#### 3.1.5 Perkussion

Die Perkussion dient zur Feststellung des Luftgehalts der Darmschlingen („Tympanie“), Bestimmung der Lebergröße und zur weiteren Charakterisierung von Tastbefunden. Zur allgemeinen Technik s. S. 191. Routinemäßig sollten Sie die Perkussion in der Medianlinie kranial des Nabels beginnen und sich dann orientierend nach beiden Seiten bis in die Flanken vorarbeiten.

**Auskultation abdomineller Gefäße:** Zur Feststellung von Geräuschen, die von abdominalen Gefäßen ausgehen, muss das Stethoskop tief eingedrückt werden. Die Aorta wird in der Median- oder Paramedianlinie vom Epigastrium bis zum Nabel auskultiert. Die Nierenarterien lassen sich am besten kranial des Nabels, etwa handbreit rechts und links der Medianlinie auskultieren. Die meisten arteriellen Geräusche gehen von der Aorta aus. Stenosen der Nieren- oder Mesenterialarterien sind nur unter besonders günstigen Umständen hörbar und können mit dieser einfachen Methode keineswegs ausgeschlossen werden.

**Reibegeräusche:** Achten Sie besonders bei umschriebenen, atemabhängigen Schmerzangaben des Patienten auf atemabhängiges Reiben, ähnlich Sandpapier. In frühen Stadien einer Perisplenitis (z. B. nach Milzinfarkten) oder Perihepatitis kann es durch Fibrinbeläge zu Rauigkeiten des Peritoneums kommen.

#### 3.1.5 Perkussion

Die Perkussion des Abdomens dient zur Feststellung des Luftgehalts der Darmschlingen („Tympanie“), zur Bestimmung der Lebergröße und zur weiteren Charakterisierung von Tastbefunden. Zur allgemeinen Technik der Perkussion s. S. 191. Das Mittglied des linken Mittelfingers (bei Rechtshändern) liegt stramm der Bauchwand an, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand klopfen kräftig darauf. Routinemäßig sollten Sie die Perkussion in der Medianlinie kranial des Nabels beginnen und sich dann orientierend nach beiden Seiten bis in die Flanken vorarbeiten. Wegen der praktisch immer vorhandenen partiellen Luftfüllung des Magens werden Sie zunächst tympanitischen Klopfeschall hören. Achten Sie auf mögliche Dämpfungungen.

**Typische Klangphänomene** im Bereich des Abdomens sind **Tympanie** und **Schenkelschall** (Tab. C-3.4).

**Typische Klangphänomene** sind **Tympanie** und **Schenkelschall** (Tab. C-3.4).

#### C-3.4 Typische Klangphänomene im Bereich des Abdomens.

Klangphänomen	Klangcharakter	Vorkommen
Tympanie	„dumpfe Pauke“	luftgefüllte Abschnitte des Magen-Darm-Trakts
Schenkelschall	gedämpfter Klopfeschall	solide Organe, große Tumoren, freie Flüssigkeit

Die **Tympanie** klingt ähnlich einer dumpfen Pauke und tritt bei der Perkussion luftgefüllter Abschnitte des tubulären Magen-Darm-Trakts auf. Je mehr die Wand des Hohlorgans gespannt ist (z. B. bei Meteorismus), umso hochfrequenter klingt der Perkussionsschall. Über soliden Organen, großen Tumoren oder Flüssigkeitsansammlungen kommt es zur Dämpfung des Klopfeschalls (**Schenkelschall**). Dieses Phänomen benutzt man zur Größenbestimmung der Leber. Der kaudale Leberrand ist durch leise Perkussion als Dämpfung auszumachen, zur Festlegung des kranialen Randes führt man eine mittellaute Perkussion durch.

Anschließend bestimmen Sie die kraniale Grenze der Leber durch eine mittellaute **Perkussion** (s. S. 193) in der MCL. Achten Sie auf den Übergang vom sonoren Klopfeschall der Lunge zur Dämpfung durch den oberen Leberrand und markieren Sie diese Stelle mit einem Stift (**Abb. C-3.9**). In Inspiration befindet er sich normalerweise in Höhe der sechsten Rippe in der MCL.

#### Nachweis von Aszites

Das wichtigste Perkussionsphänomen ist der Nachweis von Aszites. Kleine Aszitesmengen weisen Sie nach, indem Sie den Patienten auffordern, sich in Knie-Ellenbogen-Lage zu begeben. Die Flüssigkeit sammelt sich dann am tiefsten Punkt in der Nabelgegend und verursacht dort eine Dämpfung. In Rückenlage des Patienten hört man an dieser Stelle dagegen tympanitischen Klopfeschall. Größere Aszitesmengen führen in Rückenlage zu einer Flankendämpfung, die auf dem Erguss schwimmenden luftgefüllten Darmschlingen bedingen eine Tympanie in der Nabelgegend (**Abb. C-3.10**). Sie markieren die Stelle der Flankendämpfung mit einem Stift, lassen dann den Patienten auf der Seite liegen und perkutieren erneut. Beim Vorliegen von Aszites muss die Dämpfung gewandert sein, die Tympanie ist in der rechten oder linken Flanke hörbar.

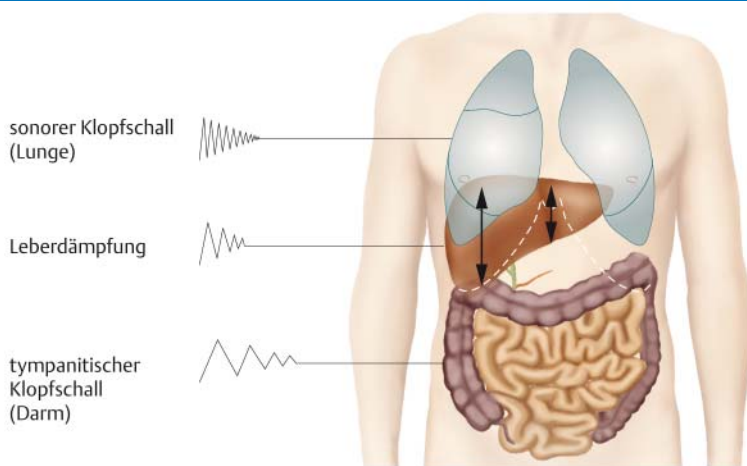
Die **Tympanie** klingt ähnlich einer dumpfen Pauke und tritt bei der Perkussion luftgefüllter Abschnitte des tubulären Magen-Darm-Trakts auf. Je mehr die Wand des Hohlorgans gespannt ist, umso hochfrequenter klingt der Perkussionsschall. Über soliden Organen, großen Tumoren oder Flüssigkeitsansammlungen kommt es zur Dämpfung des Klopfeschalls (**Schenkelschall**).

Anschließend bestimmen Sie die kraniale Grenze der Leber durch eine mittellaute **Perkussion** in der MCL (Übergang vom sonoren Klopfeschall der Lunge zur Dämpfung durch den oberen Leberrand normalerweise in Höhe der sechsten Rippe in der MCL, **Abb. C-3.9**).

#### Nachweis von Aszites

Das wichtigste Perkussionsphänomen ist der Nachweis von Aszites. Kleine Aszitesmengen führen in Knie-Ellenbogen-Lage zu einer Dämpfung am tiefsten Punkt in der Nabelgegend, die in Rückenlage des Patienten verschwindet. Größere Aszitesmengen führen in Rückenlage zu einer Flankendämpfung (**Abb. C-3.10**), die in Seitenlage des Patienten nicht mehr nachweisbar ist.

#### C-3.9 Perkussion zur Bestimmung der kranialen Grenze der Leber.



#### Vorgehensweise:

- Setzen Sie die Hände in der MCL auf (wie im Bild gezeigt).
- Bei der mittellauten Perkussion achten Sie auf den Übergang vom sonoren Klopfeschall der Lunge zur Dämpfung durch den oberen Leberrand.