

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ. ΔΑΪΚΟΣ
Καθηγητής Παθολογίας, ΕΚΠΑ

**ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ**

Συντελεστές έκδοσης

Γλωσσική Επιμέλεια: Δημήτρης Κονάχος
Γραφιστική Επιμέλεια: Σοφία Λουκέρη
Τεχνική Επεξεργασία: Σοφία Λουκέρη

ISBN: 978-960-***-***-*

Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας

Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι
Παράγωγα Έργα 3.0.

Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ
ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ
Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου
www.kallipos.gr

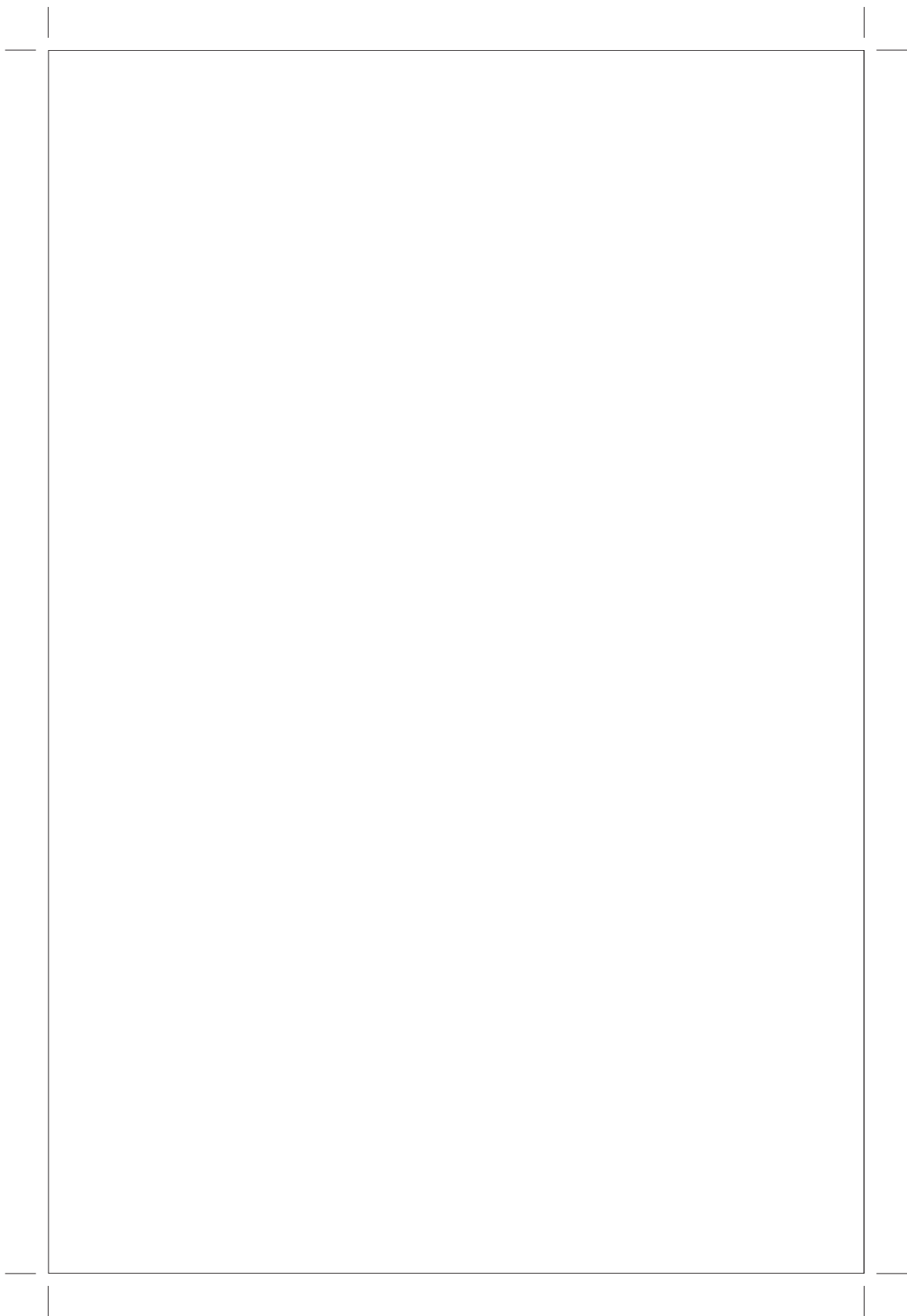
ΛΗΨΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΗ

Γεώργιος Λ. Δαΐκος
Αλέξανδρος Κόκκινος
Σταύρος Λιάτης
Κωνσταντίνος Μακρυλάκης
Μιχαήλ Σαμάρκος
Πέτρος Π. Σφηκάκης
Μαρία Τεκτονίδου
Νικόλαος Τεντολούρης
Μήνα Ψυχογιού

Κριτικός αναγνώστης

Μαρία Χριστίνα Κυρτσώνη





ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πίνακας συντομεύσεων-ακρωνύμια
Πρόλογος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ
ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΕΡΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΚΥΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ
ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ
ΣΥΣΤΗΜΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ
ΚΥΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ
ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ
ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ
ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ
ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ
ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΣΗ.....
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

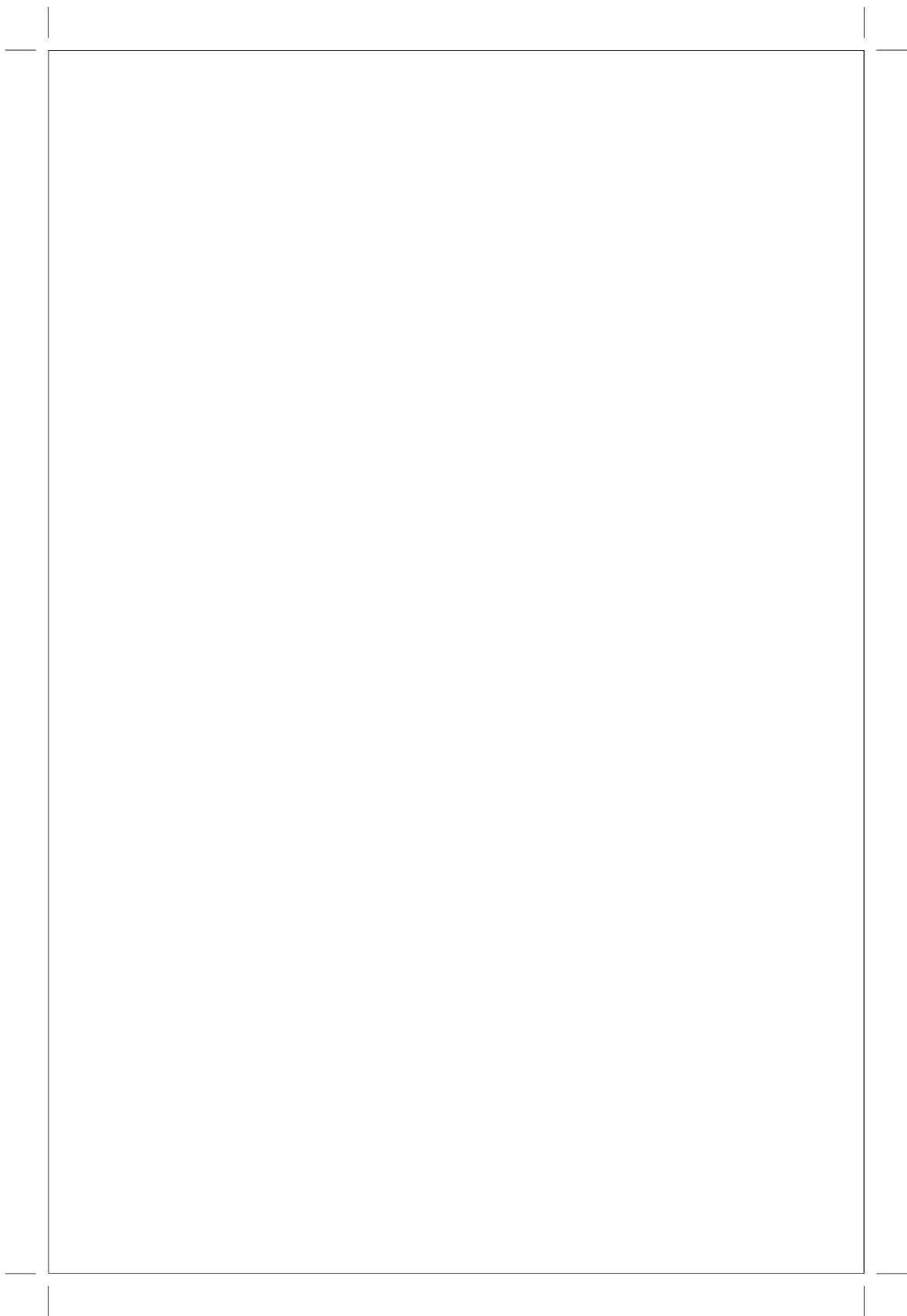
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ.....
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.....
ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ.....
ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....
ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....
ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ-ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΠ	Αρτηριακή πίεση
Α	Αυχενικός σπόνδυλος π.χ. Α5: ο 5ος θωρακικός σπόνδυλος
Θ	Θωρακικός σπόνδυλος, π.χ.. Θ10: ο 10ος θωρακικός σπόνδυλος
Ο	Οσφυϊκός σπόνδυλος, π.χ.. Ο3: ο 3ος οσφυϊκός σπόνδυλος
Ι	Ιερός σπόνδυλος, π.χ.. Ι2: ο 2ος ιερός σπόνδυλος
SaO ₂	Κορεσμός αρτηριακού αίματος σε οξυγόνο
ΧΑΠ	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome – Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας
TBC	Φυματίωση
ΣΣ	Σπονδυλική στήλη
S1-4	Οι καρδιακοί τόνοι – S1: πρώτος, S2: δεύτερος S3: τρίτος, S4: τέταρτος
ΕΦΘ	Εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση
ΣΑΠ	Συστολική αρτηριακή πίεση
ΔΑΠ	Διαστολική αρτηριακή πίεση
ΣΦΠ	Σφαγιτιδική φλεβική πίεση
ΚΦΠ	Κεντρική φλεβική πίεση
ΡΑ	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
ΨΑ	Ψωριασική αρθρίτιδα
Π.Χ.Κ	Πηχεοκαρπική άρθρωση
ΜΚΦ	Μετακαρπιοφαλαγγική άρθρωση
ΠΔΚ	Ποδοκνημική άρθρωση
ΜΤΦ	Μεταταρσιοφαλαγγική άρθρωση
ΑΚΝ	Ανώτερος κινητικός νευρώνας
ΚΚΝ	Κατώτερος κινητικός νευρ,ννας
ΑΕΕ	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο





ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΑΡΑ ΤΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΡΟΟΔΟ που έχει επιτελεστεί τα τελευταία χρόνια στις ιατροβιολογικές επιστήμες, το ιστορικό και η κλινική εξέταση συνεχίζουν να αποτελούν τη βάση για την επίλυση του προβλήματος του αρρώστου, να προσανατολίζουν τον ιατρό προς την πιθανή διάγνωση και να τον κατευθύνουν ώστε να προγραμματίζει τις κατάλληλες παρακλινικές εξετάσεις.

Το παρόν βιβλίο δεν έχει στόχο να αντικαταστήσει τα ήδη υπάρχοντα συγγράμματα Κλινικής Εξέτασης, αλλά αποβλέπει στο να εισαγάγει με παραστατικό τρόπο τον φοιτητή στις βασικές αρχές και μεθόδους της Κλινικής Εξέτασης, και να τον καταστήσει ικανό να παρατηρεί ορθά και μεθοδικά τις εκδηλώσεις και τη σημειολογία διάφορων νοσημάτων. Η ιδέα να γραφτεί ένα συνοπτικό βιβλίο κλινικής εξέτασης προήλθε από τους ίδιους τους φοιτητές, και μάλιστα οι σημειώσεις των φοιτητριών Ελπίδας Αθανασοπούλου, Ειρήνης Αποστολίδη και Ειρήνης Παντιώρα αποτέλεσαν την πρώτη ύλη του παρόντος εγχειριδίου. Η ηλεκτρονική μορφή του βιβλίου δίνει τη δυνατότητα στους φοιτητές να έχουν πρόσβαση σε εικόνες κλινικών σημείων και σε εικόνες ή σχήματα που υποδεικνύουν τον τρόπο εξέτασης διάφορων οργάνων. Επιπλέον, οι φοιτητές δύνανται να παρακολουθούν την εξέταση των κύριων συστημάτων σε βίντεο μέσω των συνδέσμων που παρέχονται. Ευελπιστούμε ότι το βοήθημα αυτό, λόγω της ηλεκτρονικής του μορφής, θα εμπλουτίζεται με νέο οπτικοακουστικό υλικό και θα βελτιώνεται συνεχώς.

Το συνοπτικό αυτό βοήθημα είναι αποτέλεσμα συλλογικής προσπάθειας των συναδέλφων της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ και του Επικουρου Καθηγητή κ. Μιχάλη Σαμάρκου, ο οποίος είχε και την επιμέλεια όλων των εικόνων. Ιδιαίτερα ευχαριστώ την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Χριστίνα Κυρτσώνη για την κριτική ανάγνωση

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

των κειμένων και τον κ. Λάμπρο Δαΐκο για τη φιλοτεχνία των σχημάτων.

Ευελπιστούμε ότι το βιβλίο αυτό, λόγω της ηλεκτρονικής του μορφής, θα εμπλουτίζεται με νέο οπτικοακουστικό υλικό, θα βελτιώνεται συνεχώς και θα αποτελέσει χρήσιμο βοήθημα για τον φοιτητή της Ιατρικής.

Καθηγητής Γεώργιος Α. Δαΐκος

Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

→ ΠΕΤΡΟΣ Π. ΣΦΗΚΑΚΗΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η «ιατρική συνέντευξη» στην οποία γίνεται η λήψη του ιατρικού ιστορικού αποτελεί την πρώτη και σπουδαιότερη επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή, αφού από τη συνομιλία και τη συλλογή των πληροφοριών θα φτάσετε σε μια αρχική κλινική διάγνωση. Αναμφίβολα αποτελεί το σημαντικότερο εργαλείο για την επίλυση του προβλήματος του ασθενούς και, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, έχει πολλαπλάσια διαγνωστική αξία από τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Έτσι, εάν σας ρωτήσουν να επιλέξετε μεταξύ των δυο σεναρίων, α) να έχετε τον ασθενή μπροστά σας ώστε να είστε σε θέση να τον εξετάσετε αλλά να μη μπορείτε να συνομιλήσετε μαζί του διότι μιλάτε διαφορετική γλώσσα ή β) να έχετε τον ασθενή στο τηλέφωνο –επομένως, η φυσική εξέταση είναι αδύνατη–, αλλά η συνομιλία να είναι απρόσκοπτη, η σωστή απάντηση είναι ότι, εάν δεν υπάρξει διερμηνέας για την πρώτη περίπτωση, προτιμάτε την τηλεφωνική συνομιλία! Επιπλέον, με τη λήψη του ιστορικού χτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης που τελικά επιτρέπει στον ασθενή να εκμυστηρευτεί στον ιατρό προσωπικά στοιχεία.

Το ιστορικό καταγράφεται επίσημα από τον ιατρό αφού ολοκληρωθεί και η φυσική εξέταση του ασθενούς, φέρει την υπογραφή του ιατρού και όχι προφανώς του ασθενούς, και αποτελεί νομικό έγγραφο. Η αξιολόγηση και ιεράρχηση των πληροφοριών και η σχέση τους με το προς επίλυση ιατρικό πρόβλημα (=παρούσα νόσος) είναι μοναδική ευθύνη του ιατρού. Είναι λοιπόν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

σαφές ότι η απλή απομαγνητοφώνηση της «ιατρικής συνέντευξης» δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση ιστορικό.

Η λήψη ενός άρτιου ιστορικού μπορεί να δώσει την τελική διάγνωση σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 80% και 90%. Είναι αναγκαίο να εφαρμόζεται μια κοινή μεθοδολογία για τη λήψη του ιστορικού, η οποία βέβαια εμπλουτίζεται με την πείρα του ιατρού, για να εκμαιευτούν τελικά όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς.

Το ιστορικό, παγκοσμίως, απαρτίζεται από 5 συγκεκριμένα μέρη που περιγράφονται παρακάτω: 1) την αιτία εισόδου στο νοσοκομείο ή προσέλευσης στον ιατρό, 2) την παρούσα νόσο, 3) το ατομικό αναμνηστικό ή ιστορικό, 4) το οικογενειακό αναμνηστικό ή ιστορικό και 5) την ανασκόπηση κατά συστήματα. Ορισμένες φορές σε περίπλοκα ιατρικά προβλήματα, είναι δυνατόν η αντίληψη και επομένως η καταγραφή της παρούσας νόσου να διαφέρει ακόμη και σε σημαντικό βαθμό ανάλογα με την εμπειρία του ιατρού που υπογράφει το ιστορικό. Το πρόβλημα αυτό είναι αναπόφευκτο, αλλά θα συμβαίνει αραιότερα όσο αποκτάτε μεγαλύτερη κλινική εμπειρία.

ΤΙ ΠΕΡΙΕΧΕΙ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΝΗΛΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Ημερομηνία λήψης του ιστορικού
- Στοιχεία ταυτότητας (ηλικία, φύλο, φυλή, τόπος γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, θρήσκευμα). Όταν ο ασθενής δεν είναι ικανός να δώσει ο ίδιος πληροφορίες (π.χ. σύγχυση, κώμα), πρέπει να καταγραφεί η πηγή των πληροφοριών (συνοδός ή ο ιατρικός φάκελος του ασθενούς ή ένα ενημερωτικό σημείωμα από άλλο ιατρό).

Αιτία εισόδου

Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομείο, αναφέρεται η αιτία εισόδου, ενώ σε περιβάλλον εξωτερικού ιατρείου αναφέρεται το κύριο ενόχλημα. Θα πρέπει να καταγράφεται μονολεκτικά,

ει δυνατόν, ή με ελάχιστες λέξεις το πρόβλημα για το οποίο ο ασθενής ζητά ιατρική βοήθεια.

Παρούσα νόσος

Αυτή είναι ένας πλήρης χρονολογικός απολογισμός αλλά και λεπτομερής περιγραφή του ιατρικού προβλήματος, από την αρχή του έως σήμερα, για το οποίο ο άρρωστος αναζητά σήμερα βοήθεια και θεραπεία. Ουσιαστικά περιέχει οποιαδήποτε πληροφορία που κατά τη γνώμη σας σχετίζεται με την αιτία εισόδου ή το κύριο ενόχλημα. Έτσι, επιπρόσθετα ενοχλήματα που ενδεχομένως υπάρχουν, ανεξάρτητα εάν ο ασθενής τα αξιολογεί ή δεν τους δίνει σημασία, μπορεί να αφορούν την παρούσα νόσο.

Η περιγραφή πρέπει να περιλαμβάνει τα παρακάτω:

1. την αρχή του προβλήματος (δεν είναι πάντα εύκολο να καθοριστεί η αρχή),
2. το περιβάλλον στο οποίο εξελίχθηκε,
3. τις εναλλαγές του, την αντιμετώπισή του (π.χ. φάρμακα),
4. την επίδρασή του στην καθημερινή ζωή του αρρώστου.

Τα κύρια συμπτώματα που αποτελούν το πρόβλημα πρέπει να περιγράφονται σε σχέση με:

1. την τοποθεσία,
2. την ποιότητα,
3. την ποσότητα ή βαρύτητα,
4. τον χρόνο π.χ. αρχή, διάρκεια και συχνότητα,
5. το περιβάλλον,
6. τους παράγοντες που επιδείνωσαν ή βελτίωσαν τα συμπτώματα και
7. τις συνοδές εκδηλώσεις.

Στην παρούσα νόσο, και εφόσον έγιναν στο χρονικό διάστημα στο οποίο εξελίσσεται η παρούσα νόσος, πρέπει επίσης να περιλαμβάνονται αποτελέσματα τυχόν εργαστηριακών εξετάσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

που έχουν γίνει, ή φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί σε αυτό το χρονικό διάστημα για το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς και το αποτέλεσμα τους.

Τέλος εάν υπάρχουν αρνητικά ευρήματα που, κατά την εκτίμησή σας, θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση πρέπει να αναφερθούν (π.χ. δεν είχε πυρετό...).

Ατομικό αναμνηστικό

Καταγράφονται οι παιδικές ασθένειες ή και σημαντικές ασθένειες ενηλίκων που έχει περάσει (π.χ. φυματίωση), προηγούμενες νοσηλείες σε νοσοκομεία και η αιτία τους, προηγούμενα χειρουργεία και τραυματισμοί. Ακόμη, ο ασθενής ρωτάται για γνωστές αλλεργίες και εμβολιασμούς. Σε πολλά νοσήματα, κυρίως λοιμώδη, ο ιατρός μπορεί να κατευθυνθεί προς τη διάγνωση, αφού ενημερωθεί για τυχόν ταξίδια που έχει κάνει ο ασθενής στο εξωτερικό.

Επίσης καταγράφονται τα τυχόν λαμβανόμενα φάρμακα, καθώς και οι συνήθειες διατροφής, ύπνου, άσκησης, χρήσης καφέ, καπνού, οινόπνευματος καθώς και τυχόν λήψη ναρκωτικών και ψυχοαναληπτικών φαρμάκων.

Οι γυναίκες πρέπει να ερωτώνται εάν είναι ακόμα σε αναπαραγωγική φάση –εάν είναι, πρέπει να διευκρινιστεί η ομαλότητα του κύκλου–, εάν έχουν προηγηθεί κυήσεις και πόσες, εάν είχαν φυσιολογικούς τοκετούς ή αποβολές, το βάρος του νεογνού, ενώ, αν έχουν περάσει την εμμηνόπαυση, πρέπει να ερωτηθούν πότε έγινε αυτό.

Κληρονομικό αναμνηστικό

Σημειώνεται συνήθως με τη μορφή γενεαλογικού δέντρου η οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, συμπεριλαμβάνοντας τους γονείς του, τα αδέρφια του και τα παιδιά του. Αν κάποιο μέλος έχει πεθάνει, ζητείται η ηλικία και η αιτία θανάτου. Επίσης, καταγράφονται σημαντικά νοσήματα που μπορεί να υπάρχουν σε άλλα μέλη της οικογένειας (σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά, αρτηριακή υπέρταση,

δυσλιπιδαιμία, φυματίωση, νεφρική νόσος, καρκίνος, αναιμία, αυτοάνοσα φλεγμονώδη νοσήματα, ψυχικά νοσήματα). Αν το νόσημα για το οποίο διερευνάται ο ασθενής έχει κληρονομικό χαρακτήρα, τότε ρωτάται για την ύπαρξη του νοσήματος αυτού και σε άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς και σε άλλους, πιο μακρινούς συγγενείς.

Ανασκόπηση κατά συστήματα

Ο ιατρός κάνει στοχευμένες ερωτήσεις στον ασθενή σχετικά με συμπτώματα από κάθε σύστημα ξεχωριστά, και ο ασθενής καλείται να απαντήσει για το αν έχει παρατηρήσει τα συμπτώματα αυτά στον εαυτό του. Εάν κάποιες από τις πληροφορίες που θα πάρετε με τις στοχευμένες ερωτήσεις αφορούν, κατά τη γνώμη σας την παρούσα νόσο, τότε δεν θα αναφερθούν εδώ, αλλά θα ενσωματωθούν στην περιγραφή της παρούσας νόσου. Είναι ωφέλιμο για κάθε ιατρό να υιοθετήσει ένα δικό του σύστημα ερωτήσεων, ώστε να μην παραλείπει συμπτώματα αλλά και να διευκολύνει τον ασθενή στις απαντήσεις.

Οι ερωτήσεις σας πρέπει να αφορούν:

- ▶ Γενικά: συνηθισμένο και τωρινό βάρος, αλλαγές βάρους, αδυναμία, κούραση, πυρετός.
- ▶ Δέρμα: εξανθήματα, όγκοι, κνησμός, ξηρότητα, αλλαγή χρώματος, αλλαγές στα μαλλιά ή στα νύχια.
- ▶ Κεφάλι: πονοκέφαλος, τραυματισμοί.
- ▶ Μάτια: όραση, γυαλιά ή φακοί επαφής, τελευταία οφθαλμολογική εξέταση, πόνος, ερυθρότητα, πολλά ή λίγα δάκρυα, διπλωπία, γλαύκωμα, καταρράκτης.
- ▶ Αυτιά: ακοή, βόμβος, ίλιγγος, πόνοι, μόλυνση, εκκρίσεις.
- ▶ Μύτη και ιγμόρεια: συχνά κρυολογήματα, ρινική απόφραξη, αλλεργική ρινίτιδα, ρινορραγίες, προβλήματα ιγμορίτιδας.
- ▶ Στόμα και λάρυγγας: κατάσταση των δοντιών και των ούλων, αιμορραγίες των ούλων, τελευταία οδοντιατρική εξέταση, ερεθισμένη γλώσσα, συχνές λαρυγγίτιδες, κυνάγχη, βραχνάδα, άφθες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- ▶ Τράχηλος: όγκοι στόν τράχηλο, διογκωμένοι αδένες, βρογχοκήλη, πόνος.
- ▶ Μαστοί: όγκοι, πόνος, εκκρίσεις των θηλών, αυτοεξέταση.
- ▶ Αναπνευστικό: βήχας, απόχρεμψη (χρώμα, ποσότητα), αιμόπτυση, αναπνευστική δυσχέρεια, φυματινοαντίδραση, τελευταία ακτινογραφία θώρακα.
- ▶ Κυκλοφορικό: προβλήματα καρδιάς, αρτηριακή υπέρταση, ρευματικός πυρετός, ιστορικό φυσημάτων, δύσπνοια, ορθόπνοια, παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια, οιδήματα, θωρακικοί πόνοι, αίσθημα παλμών, τελευταίο ηλεκτροκαρδιογράφημα ή άλλες καρδιολογικές εξετάσεις.
- ▶ Γαστρεντερικό: δυσκολία στην κατάποση, οπισθοστερνικός καύσος, όρεξη, ναυτία, έμετοι, αιματέμεση, δυσπεψία, αριθμός κενώσεων, αλλαγή στις συνήθειες των κενώσεων, αιμορραγία από τον πρωκτό ή μέλαινες κενώσεις, δυσκοιλιότητα, διάρροια, κοιλιακός πόνος, δυσανεξία τροφών, υπερβολικός λόξυγγας ή αέρια, αιμορροΐδες, ίκτερος, προβλήματα από το ήπαρ ή τη χοληδόχο κύστη, ηπατίτιδα.
- ▶ Ουροποιητικό: συχνότητα ουρήσεων, πολουρία, νυχτουρία, δυσουρία, αιματουρία, στραγγουρία, ακράτεια, ακτίνα ουρήσεως (άνδρες), ουρολοιμώξεις, κωλικοί (λίθοι).
- ▶ Γεννητικό-αναπαραγωγικό:
 - ▶ Άνδρας: εκκρίσεις ή ερεθισμοί στο πέος, κήλες, πόνοι ή μάζες στους όρχεις, σεξουαλικές δυσκολίες.
 - ▶ Γυναίκα: ηλικία εμμηναρχής, τακτικότητα, συχνότητα και διάρκεια περιόδων, ποσότητα αίμα τος, αίμα μεταξύ περιόδων ή μετά τη συνουσία, τελευταία περίοδος, δυσμηνόρροια, ηλικία αρχής κλιμακτηρίου, μετακλιμακτηριακή αιμορραγία, εκκρίσεις, κνησμός, αφροδίσια νοσήματα και θεραπεία τους, τελευταία εξέταση κατά Παπανικολάου. Αριθμός κύψεων, αριθμός γεννήσεων, αριθμός εκτρώσεων ή αυτόματων αποβολών, επιπλοκές εγκυμοσύνης, μέθοδοι αντισύλληψης, σεξουαλικές δυσκολίες.
- ▶ Μυοσκελετικό: μυϊκοί πόνοι ή κράμπες, πόνος περιφερικών αρθρώσεων ή δυσκαμψία, οσφυαλγία, αυχεναλγία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Εάν υπάρχουν τα παραπάνω, περιγράψτε εντόπιση και συμπτώματα (π.χ. οίδημα, ερυθρότητα, πόνος, δυσκαμψία, αδυναμία, μείωση κίνησης ή λειτουργικότητας).

- ▶ Περιφερικό αγγειακό: διαλείπουσα χωλότητα, κράμπες, κίρσοι, θρομβοφλεβίτιδα.
- ▶ Νευρικό: λιποθυμίες, διαλείψεις, επιληψία, παράλυση, τοπική αδυναμία, μουδιάσματα, τρόμος, μνήμη.
- ▶ Ψυχική κατάσταση: εκνευρισμός, υπερένταση, κακή διάθεση, μελαγχολία.
- ▶ Ενδοκρινικό: προβλήματα του θυρεοειδή, έλλειψη αντοχής στο κρύο ή στη ζέστη, υπερβολική εφίδρωση, υπερβολική δίψα, πείνα ή ούρηση.
- ▶ Αιμοποιητικό: αναιμία, εύκολο μελάνιασμα ή αιμορραγία, παλιές μεταγγίσεις αίματος και τυχόν αντιδράσεις.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Είστε έτοιμοι να πλησιάσετε τον άρρωστο, να τον χαιρετίσετε με το όνομά του και να του αφιερώσετε για το επομενο χρονικό διάστημα την προσοχή σας. Χαιρετήστε με χειραψία, αν το συνηθίζετε, και συστηθείτε με το όνομά σας. Χρησιμοποιείτε πάντα τον κατάλληλο τίτλο π.χ. κ. Αποστόλου ή κ. Δημοπούλου, έκτος και αν απευθύνετε σε παιδιά, σε εφήβους ή σε πολύ γνωστούς σας αρρώστους. Η χρήση μικρών ονομάτων ή «τρυφερών» ονομασιών για άγνωστους ενήλικες, όπως «γιαγιά» για μία ηλικιωμένη γυναίκα, μπορεί να μειώνει την προσωπικότητα του αρρώστου, και δυσχεραίνει την επαφή (εκτός εξαιρέσεων).

Μην ξεχνάτε ότι εσείς είστε υγιής, ενώ αντίθετα το άτομο με το οποίο θα έχετε τη συνέντευξη έχει προβλήματα υγείας, που ενδεχομένως επηρεάζουν και τον ψυχισμό του. Καταρχήν, φροντίστε για την άνεσή του. Για παράδειγμα, θα πρέπει να υπάρχει ένα μέρος που να μπορεί να βάλει το παλτό και τα πράγματά του, ώστε να μην είναι αναγκασμένος να τα κρατάει. Στο νοσοκομείο, ρωτήστε τον πώς αισθάνεται και αν είναι δυνατόν να συζητήσετε τη στιγμή αυτή. Η βελτίωση της θέσης του κρεβατιού ή κάποια μικρή καθυστέρηση για να αποχαιρετήσει την οικογένειά του, ή να πάει στην τουαλέτα, μπορεί τελικά να σας βοηθήσουν καθοριστικά στη λήψη του ιστορικού.

Αρχίστε τη συνέντευξη με μια γενική ερώτηση που να επιτρέπει πλήρη ελευθερία απάντησης, π.χ. «Τι σας έκανε να έλθετε εδώ;» ή «Ποιο είναι το πρόβλημα που σας έφερε σήμερα εδώ;», ενώ πρέπει να αποφύγετε γενικόλογες ερωτήσεις, π.χ. «Τι πρόβλημα υγείας έχετε;». Αναφορικά με την αιτία εισόδου / κύριο ενόχλημα, που ουσιαστικά αποτελεί την αιτία προσέλευσης του ασθενούς, ο ιατρός θα πρέπει να καταγράψει επακριβώς ποιο είναι αυτό. Η παγίδα σ' αυτό το σημείο είναι να ξεκινήσει ο ασθενής να μιλά για το νόσημά του αδιάκοπα, χωρίς να εξηγεί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

την αιτία προσέλευσης. Για τον λόγο αυτόν, ο ιατρός θα πρέπει να είναι από την αρχή επικεντρωμένος στο να καταλάβει την αιτία προσέλευσης, και να κατευθύνει τον ασθενή προς αυτή την πληροφορία, έστω και αν χρειαστεί να τον διακόψει με ευγενικό τρόπο. Προκειμένου ο ιατρός να είναι σίγουρος για την αιτία εισόδου / κύριο ενόχλημα, ίσως χρειαστεί να κάνει διευκρινιστικές ερωτήσεις, με προσοχή ώστε να μην υποβάλλει στον ασθενή την απάντηση αλλά να τον υποβοηθά στην έκφραση. Π.χ.

Γιατρός: «Ποιο είναι το πρόβλημα που σας έφερε σήμερα εδώ;»

Ασθενής: «Έχω μια ανησυχία για την καρδιά μου».

Γ: «Εντάξει, θα τα εξετάσουμε όλα, όμως τώρα πείτε μου ποιο ήταν ακριβώς το ενόχλημα που σας ανησύχησε σήμερα και σας ανάγκασε να έρθετε εδώ».

A: «Αισθάνθηκα έναν φοβερό πόνο στο στήθος».

Γ: «Πώς ήταν αυτός ο πόνος;»

A: «Τι εννοείτε;»

Γ: «Ήταν σαν να σας σφίγγουν (συσφιγκτικός), σαν μαχαιριά/σουβλιά (διαξιφιστικός), σαν τσιμπήματα, σαν κάψιμο (καύσος);»

A: «Σαν να με σφίγγουν». (Πολλές φορές τοποθετούν την παλάμη στο προκάρδιο.)

Γ: «Πόσο διήρκεσε ο πόνος;»

A: «Κάποια λεπτά».

Γ: «Όταν λέτε κάποια λεπτά, εννοείτε 5-10 λεπτά ή 20-30 λεπτά;» A: «Περίπου μισή ώρα, θα έλεγα».

Γ: «Ο πόνος αυτός ήταν συνεχής ή ερχόταν και έφευγε;»

A: «Ήταν συνεχής».

Γ: «Εντοπιζόταν μόνο στο στήθος ή πήγαινε και αλλού;» (αντανακλάσεις)

A: «Πού αλλού δηλαδή;»

Γ: «Για παράδειγμα, στον ώμο, στην πλάτη, στο στομάχι, στο χέρι, στην κάτω γνάθο;»

A: «Η αλήθεια είναι ότι αισθάνθηκα πόνο και στον αριστερό ώμο».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Γ: «Τι ακριβώς κάνατε πριν έρθει ο πόνος; Ήσαστε ήρεμος;»

Α: «Χόρευα σε ένα τραπέζι που είχα προσκληθεί».

Γ: «Ο πόνος αυτός πέρασε; Κι αν ναι, με ποιον τρόπο;»

Α: «Αφού μου ήρθε αυτός ο πόνος, σταμάτησα να χορεύω και έμεινα καθιστός, ενώ ένας φίλος μου έδωσε ένα υπογλώσσιο που έπαιρνε ο ίδιος για την καρδιά του. Μετά από λίγο άρχισα να συνέρχομαι σιγά σιγά».

Γ: «Εκτός από τον πόνο, είχατε και τίποτα άλλο; Για παράδειγμα, μήπως κάνατε εμετό;» (συνοδά συμπτώματα)

Α: «Όχι, γιατρέ, εμετό δεν έκανα, αλλά με είχε λούσει κρύος ιδρώτας».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Αιτία εισόδου: προκάρδιο άλγος (αιφνίδιας έναρξης, συνεχές, συσφιγκτικό, με αντανάκλαση στον αριστερό ώμο, χωρίς συνοδά συμπτώματα).

Στη συνέχεια, μόλις σας γίνει κατανοητή η αιτία εισόδου / κύριο ενόχλημα, προτρέπετε τον ασθενή να μιλήσει ελεύθερα για το πρόβλημά του, χωρίς να παρεμβαίνετε στη ροή της διήγησης παρά μόνο για να διευκρινίσετε σημεία με κλινικό ενδιαφέρον. Οι μέθοδοι που βοηθούν και καθοδηγούν τον άρρωστο, δίχως να τον αποσπούν από τη διήγησή του, πρέπει να περιλαμβάνουν: διευκόλυνση, αντανάκλαση σκέψης, διευκρίνιση, απαντήσεις συμπάθειας, αντιπαράσταση, επεξήγηση και ερωτήσεις που ανακινούν συναισθήματα.

Στο παραπάνω παράδειγμα με τον ασθενή που προσήλθε για το προκάρδιο άλγος, ενδεχομένως η καταγραφή της παρούσας νόσου να περιλαμβάνει μόνο αυτές τις πληροφορίες, εάν δεν έχει υπάρξει ποτέ στο παρελθόν συμπτωματολογία συμβατή με στεφανιαία νόσο – επομένως είναι ευκολη. Όμως, υπάρχουν νοσήματα με μακρά ιστορία, όπου ο ασθενής είναι φυσικό να ξεχνάει στοιχεία, όπως ήπια συμπτώματα, διάρκεια συμπτωμάτων, χρόνο επιδείνωσης ή ακόμα και εξεταστικές και θεραπευτικές ενέργειες. Εδώ είναι το σημείο που η γνώση και η εμπειρία του ιατρού θα βοηθήσουν να ξεκαθαριστούν σημεία στο ιστορικό

της νόσου, παροτρύνοντας ο ίδιος τον ασθενή να θυμηθεί αν υπήρχαν συγκεκριμένα συμπτώματα. Αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή αν ο ασθενής έχει διαταραγμένη ψυχική ισορροπία και είναι προδιατεθειμένος να ισχυριστεί ότι έχει όλα τα συμπτώματα που αναφέρει ο ιατρός.

Περνώντας στο ατομικό αναμνηστικό, είναι πιθανό στην ερώτηση «Έχετε άλλα προβλήματα υγείας;» ο ασθενής να απαντήσει αρνητικά, ενώ πάσχει από κάποιο νόσημα, συνηθέστερα αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερ-/ υποθυρεοειδισμό, κατάθλιψη κ.ά. Η πιο πιθανή εξήγηση είναι ότι ο ασθενής έχει πολλά χρόνια τη διάγνωση, έχει εξοικειωθεί με τη νόσο του και τη ρυθμίζει καλά, με αποτέλεσμα να μην τη θεωρεί πλέον πρόβλημα υγείας. Για παράδειγμα, ένας υπερτασικός ασθενής μπορεί να απαντήσει αρνητικά στην ερώτηση

«Έχετε άλλο πρόβλημα υγείας;», αλλά, ακόμα και αν η επόμενη ερώτηση είναι «Πίεση έχετε;», μπορεί και πάλι να απαντήσει αρνητικά, θεωρώντας ότι, εφόσον έχει καλά ρυθμισμένη την αρτηριακή του πίεση με τη φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει, δεν ανήκει πια στους υπερτασικούς. Η λύση συνήθως δίνεται όταν ζητηθεί από τον ασθενή να πει ή να δείξει στον ιατρό τα φάρμακα που λαμβάνει σε καθημερινή βάση ή ακόμα και να τα δει ο ιατρός συνταγογραφημένα στο βιβλιάριο του ασθενούς.

Ένα άλλο ευαίσθητο σημείο είναι η ερώτηση περί αλκοόλ. Ένας ασθενής που δεν πίνει ή πίνει περιστασιακά σε επίπεδο κοινωνικής συναναστροφής συνήθως δεν έχει δυσκολία να το αναφέρει. Όταν όμως η κατανάλωση αλκοόλ είναι καθημερινή, ο ιατρός θα πρέπει με ήπιο και ευγενικό τρόπο, χωρίς στρόφι στον τόνο του ή στην έκφρασή του να προσπαθήσει να καταλάβει ακριβώς την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει ο ασθενής. Ο χαρακτηρισμός «λίγο» ή «αρκετά» δεν αρκούν για τη σωστή εκτίμηση της ποσότητας, καθώς το μέτρο της κατανάλωσης αλκοόλ διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Σχετικά με τη λήψη του οικογενειακού αναμνηστικού, αυτή είναι συνήθως απλή. Ένα δύσκολο, κάποιες φορές, σημείο είναι η περίπτωση υιοθεσίας, όταν αυτή είναι άγνωστη στον ασθενή,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

αλλά προκύπτει από κάποια κληρονομικά χαρακτηριστικά του νοσήματός του. Για παράδειγμα, η διάγνωση της β-μεσογειακής αναιμίας σε ένα άτομο καθιστά αυτόματα τους δύο γονείς ετερόζυγους φορείς της νόσου. Αν όμως αποδειχτεί εργαστηριακά ότι ένας από τους δύο δεν φέρει ανώμαλο γονίδιο της β-αλυσίδας της αιμοσφαιρίνης, αυτόσημαίνει ότι δεν είναι και γονέας του ασθενούς.

Η γενική συμπεριφορά σας είναι πολύ σημαντική. Όπως εσείς παρατηρείτε τον άρρωστο κατά τα πρώτα στάδια της συνεντεύξεως, έτσι κι αυτός παρακολουθεί εσάς. Συνειδητά ή όχι του στέλνετε μηνύματα με τα λόγια και τη συμπεριφορά σας. Έχετε γνώση αυτών των μηνυμάτων και να τα ελέγχετε όσο μπορείτε. Η στάση, οι κινήσεις, το βλέμμα και τα λόγια σας, όλα μπορούν να εκφράσουν ενδιαφέρον, προσοχή, παραδοχή και κατανόηση. Ο πεπειραμένος εξεταστής φαίνεται ήρεμος και δεν βιάζεται ακόμη κι όταν ο χρόνος του είναι περιορισμένος. Οι αντιδράσεις που προδίδουν αηδία, αποδοκιμασία, ντροπή, ανυπομονησία ή ανία παρεμποδίζουν την επαφή. Το ίδιο την εμποδίζει και η ακατάδεκτη συμπεριφορά, που τοποθετεί τον άρρωστο σε καλούπια ή που τον γελοιοποιεί. Εκφραστείτε με γλώσσα κατανοητή και ανάλογη με το μορφωτικό επίπεδο του αρρώστου. Αν και κάποιος ειδικός στα θέματα υγείας μπορεί να αντιληφθεί τι σημαίνει δύσπνοια, θα ήταν καλύτερα να χρησιμοποιηθεί η λέξη λαχάνιασμα. Αν χρειαστεί, χρησιμοποιήστε όρους της τοπικής διαλέκτου του αρρώστου.

Μην ξεχνάτε ότι οι άμεσες ερωτήσεις σας δεν θα πρέπει να είναι καθοδηγητικές. Εάν ο άρρωστος απαντήσει καταφατικά στην ερώτηση «Τα κόπρανά σας είναι μαύρα;», πρέπει πάντα να αναρωτιέστε αν η περιγραφή του σημαίνει το ίδιο με ό,τι έχετε εσείς στο μυαλό σας. Μία καλύτερη διατύπωση θα ήταν: «Τι χρώμα είχαν τα κόπρανά σας;». Οι καθοδηγητικές ερωτήσεις δίνουν συχνά παραπλανητικές απαντήσεις. Όταν μπορείτε, να χρησιμοποιείτε ερωτήσεις που χρειάζονται συγκεκριμένη απάντηση, παρά ένα αόριστο «ναι» ή «όχι». Η ερώτηση: «Πόσα σκαλιά μπορείτε να ανεβείτε πριν λαχανιάσετε;» είναι καλύτε-

ρη από την ερώτηση: «Λαχανιάζετε όταν ανεβαίνετε σκάλες;».

Να ρωτάτε μόνο μία ερώτηση τη φορά. Ερωτήσεις όπως «Έχετε περάσει φυματίωση, πλευρίτιδα, άσθμα, βρογχίτιδα, πνευμονία;» μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητική απάντηση εξαιτίας της σύγχυσης.

Οι φοιτητές και οι νεαροί ιατροί πολλές φορές αισθάνονται υποχρεωμένοι να συνεχίσουν τη συζήτηση, και έρχονται σε δύσκολη θέση όταν ο άρρωστος σιωπά. Δεν υπάρχει λόγος να αισθάνονται άσχημα. Η σιωπή μπορεί να σημαίνει πολλά πράγματα. Οι άρρωστοι συχνά σιωπούν για να συγκεντρώσουν τη σκέψη τους ή να θυμηθούν λεπτομέρειες, ή λόγω αδυναμίας ελέγχου των συναισθημάτων τους. Αντίθετα, προβληματική μπορεί να είναι η συνενόηση και με τον φλύαρο ασθενή που περνάει από το ένα θέμα στο άλλο. Αντιμετωπίζοντας έλλειψη χρόνου και την ανάγκη να ολοκληρώσετε το ιστορικό, ίσως νοιώσετε ανυπομονησία. Αν και δεν υπάρχει οριστική λύση σε αυτό, ορισμένες τεχνικές βοηθούν. Για παράδειγμα, αφήστε τον άρρωστο ελεύθερο για τα πρώτα 5-10 λεπτά της συνέντευξης. Θα έχετε έτσι την ευκαιρία να παρατηρήσετε τον τρόπο της ομιλίας του. Μήπως δείχνει μονομανία με τις λεπτομέρειες ή είναι πολύ αγχώδης; Μήπως παρουσιάζει ασυναρτησία ιδεών ή αποδιοργανωμένη σκέψη, που μπορεί να είναι δείγματα μιας ψυχωσικής διαταραχής; Εναλλακτικά, προσπαθήστε να συγκεντρώσετε τη διήγησή του σε ό,τι εσείς θεωρείτε σημαντικότερο. Δείξτε ενδιαφέρον και ρωτήστε ερωτήσεις γι' αυτά τα σημεία. Διευκολύνετε τον κατά διαστήματα, αλλά διακόψτε τον, εάν πρέπει, με ευγενικό όμως τρόπο.

Ειδικά προβλήματα στη λήψη του ιστορικού παρουσιάζονται με ηλικιωμένους ασθενείς, διότι έχουν μεγαλύτερη συχνότητα σε ορισμένες παθήσεις, όπως μείωση όρασης, ακοής, απώλεια μνήμης και μελαγχολία. Συχνά έχουν χρόνια νοσήματα και γενικά παρουσιάζουν ελάττωση των ζωτικών τους λειτουργιών. Προβλήματα μπορούν να υπάρξουν και με αγχώδεις ασθενείς. Για παράδειγμα, ο αγχώδης άρρωστος μπορεί να κάθεται ανήσυχος και να απασχολείται νευρικά με τα χέρια του ή τα ρούχα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

του, να αναστενάζει συχνά, να ιδρώνει περισσότερο από το κανονικό ή κυριολεκτικά να τρέμει. Μερικοί αγχώδεις άρρωστοι σιωπούν, ανίκανοι να μιλήσουν ελεύθερα ή να εξομολογηθούν. Άλλοι προσπαθούν να καλύψουν τα αισθήματά τους με υπεκφυγές, αποφεύγοντας έτσι τα βασικά τους προβλήματα. Εάν αντιληφθείτε ένα καλυμμένο άγχος, ενθαρρύνετε τον άρρωστο να μιλήσει για ό,τι αισθάνεται.

Άλλοι ασθενείς είναι θυμωμένοι, ίσως διότι αισθάνονται αδύναμοι. Όπως ο θυμός, έτσι και το κλάμα είναι μια σημαντική εκδήλωση για τα συναισθήματα κάποιου. Σπάνια πρέπει να καταπιέζεται. Αφήστε τον ασθενή να εκδηλώσει τα συναισθήματά του. Δεχτείτε τα χωρίς να θυμώσετε. Όταν ηρεμήσει, ίσως μπορείτε να συζητήσετε καλύτερα, πράγμα που θα τον βοηθήσει. Λογικές λύσεις σε συναισθηματικά προβλήματα δεν είναι πάντα εφικτές, και οι άρρωστοι χρειάζονται χρόνο για να εξαλείψουν τα συναισθήματα θυμού που έχουν.

Η συνεννόηση με βαρήκοους ή κωφούς αρρώστους παρουσιάζει πολλά προβλήματα. Σε αυτό τα γραπτά ερωτηματολόγια βοηθούν πολύ. Χρησιμοποιείτε επίσης χειρονομίες που δίνουν έμφαση στα λεγόμενά σας. Όταν έχετε να μιλήσετε με έναν τυφλό άρρωστο, προσέξτε ιδιαίτερα: να γνωστοποιήσετε την παρουσία σας και να του εξηγήσετε ποιος και τι είσαστε. Παίρνοντας το χέρι του, ίσως τον βοηθήσετε να δημιουργηθεί μια επαφή και να προσανατολιστεί. Θυμηθείτε να του απαντάτε προφορικά όταν σας ρωτά. Κινήσεις και γκριμάτσες δεν βοηθούν σε τίποτα. Επίσης, προσέχετε να μην υψώνετε τον τόνο της φωνής σας χωρίς λόγο.

Μερικές φορές μπορεί εσείς να αισθανθείτε εκνευρισμό ή σύγχυση στη σχέση σας με τον άρρωστο. Το ιστορικό του είναι αόριστο και δυσκολονόητο, οι ιδέες του έχουν πολύ φτωχή συσχέτιση η μία με την άλλη, και είναι δύσκολο να παρακολουθήσετε τη γλώσσα του. Αν και εκφράζετε τις ερωτήσεις σας πολύ προσεκτικά, δεν καταφέρνετε να πάρετε ξεκάθαρες απαντήσεις. Ίσως μπορείτε με τις συνηθισμένες έμμεσες τεχνικές να πάρετε περισσότερες πληροφορίες για τα ασυνήθιστα συ-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

μπτόματά του. Επίσης, θα πρέπει να περιλάβετε στη συνέντευξή σας μια εκτίμηση της πνευματικής κατάστασης του αρρώστου, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στο συναίσθημα, στη σκέψη και στην αντίληψή του. Τέλος, είναι φυσικό άπειροι ιατροί να αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον εαυτό τους όταν πρόκειται να έρθουν σε επαφή με ασθενείς που πεθαίνουν ή πάσχουν από θανατηφόρες νόσους. Με μελέτη και συζήτηση θα ξεπεράσετε το πρόβλημα αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Fortin AH VI, Dwamena FC, Frankel RM, Smith RC. Smith's Patient-Centred Interviewing: An Evidence-Based Method, 3rd Ed. New York, McGraw-Hill Medical- Lange: 2012.
- Henderson MC, Tierney LM Jr, Smetana GW. The Patient History: An Evidence-Based Approach to Differential Diagnosis, 2nd Ed. New York, McGraw-Hill Medical- Lange: 2012.



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Το δέρμα θεωρείται από πολλούς ως το «μεγαλύτερο όργανο του σώματος», με μέση επιφάνεια 1,8 m² και βάρος που αποτελεί περίπου το 16% του σωματικού βάρους. Αποτελείται από μια εξωτερική στιβάδα εξωδερμικής προέλευσης, την επιδερμίδα και μια στιβάδα συνδετικού ιστού μεσοδερμικής προέλευσης, τη δερμίδα ή χόριο. Κάτω από το χόριο βρίσκεται ο υποδόριος ιστός, ο οποίος αποτελείται επίσης από συνδετικό ιστό με πολλά λιποκύτταρα και δεν θεωρείται ότι αποτελεί μέρος του δέρματος. Τα εξαρτήματα της επιδερμίδας περιλαμβάνουν τις τρίχες, τα νύχια, τους σμηγματογόνους και τους ιδρωτοποιούς αδένες.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Στη λήψη του ιστορικού πρέπει να περιλαμβάνονται στοιχεία σχετικά με δερματοπάθειες και να δίνεται έμφαση σε στοιχεία όπως η παρουσία συστηματικών νοσημάτων, η υπερευαισθησία σε φάρμακα ή τρόφιμα, το ιστορικό αλλεργικών αντιδράσεων, η χρήση δερματολογικών σκευασμάτων (αλοιφές, καλλυντικές κρέμες κ.λπ.), η έκθεση στον ήλιο ή στο έντονο ψύχος, το επάγγελμα [ιδιαίτερα σε σχέση με την επαφή του δέρματος με διάφορες φυσικές ή χημικές ουσίες και την επαφή με νερό (πι-

σίνες, θάλασσα κ.λπ.)], το ταξιδιωτικό ιστορικό, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η χρήση οινοπνευματωδών.

ΚΥΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Τα κύρια κλινικά ευρήματα από το δέρμα παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1. ΚΥΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΔΕΡΜΑ

ΕΥΡΗΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Κίτρινη χροιά	Τοπική ή γενικευμένη. Συνήθως οφείλεται σε εναπόθεση χολερυθρίνης (ίκτηρος). Ο ίκτηρος είναι πιο εμφανής στους σκληρούς χιτώνες των οφθαλμών και δεν γίνεται αντιληπτός κλινικά εάν η τιμή της χολερυθρίνης δεν ξεπερνά τουλάχιστον τα 2 mg/dl.
Μελάγχρωση	Βαθύς χρωματισμός του δέρματος λόγω υπερπαραγωγής μελανίνης. Μπορεί να είναι τοπική ή γενικευμένη.
Ωχρότητα	Ελάττωση των φυσιολογικών χρωστικών του δέρματος (αιμοσφαιρίνη και μελανίνη). Μπορεί να είναι τοπική ή γενικευμένη.
Ερυθρότητα	Τοπική ή γενικευμένη
Οίδημα	Παθολογική αύξηση του εξωαγγειακού διάμεσου υγρού Τοπικό ή γενικευμένο Με εντύπωμα στην πίεση ή χωρίς εντύπωμα
Κνησμός	Υποκειμενικό σύμπτωμα που αναφέρεται από το σύνολο του πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής του. Εκφράζεται ως ερεθισμός του δέρματος και ανάγκη τριβής του προς ανακούφισή του ατόμου. Μπορεί να είναι τοπικός ή γενικευμένος, καθώς και οξύς (διάρκειας < 6 εβδομάδων) ή χρόνιος.
Υπαισθησία	Μείωση αντίληψης των ερεθισμάτων (αφή, πίεση, θερμοκρασία, πόνος)
Εξανθήματα	Στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος, οι οποίες είτε οφείλονται σε παθήσεις του ίδιου του δέρματος είτε αποτελούν εκδηλώσεις συστηματικών νοσημάτων. Μπορεί να είναι τοπικά ή γενικευμένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

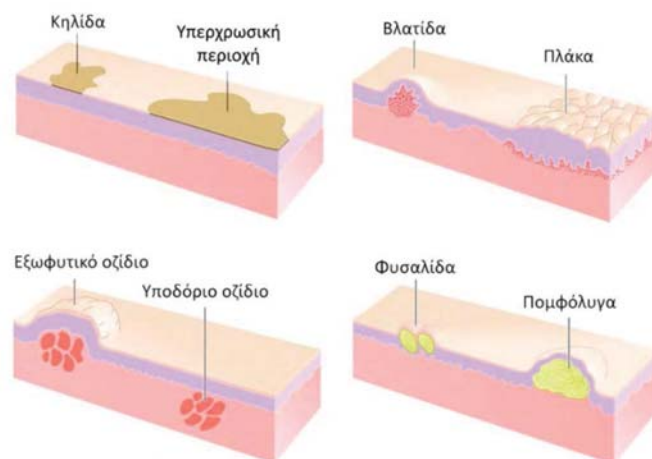
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2. ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

ΒΛΑΒΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Πετέχειες	Αιμορραγικές κηλίδες του δέρματος και των βλεννογόνων (1-3 mm). Δεν εξαφανίζονται με την πίεση.
Εκχυμώσεις	Μεγαλύτερες αιμορραγικές κηλίδες που επεκτείνονται και στον υποδόριο ιστό.
Αιματώματα	Μεγάλες αιμορραγίες που προκαλούν υπέγερση του δέρματος.
Πορφύρα	Εμφάνιση αιμορραγιών του δέρματος και των βλεννογόνων (πετέχειες ή/και εκχυμώσεις) που επέρχονται αυτομάτως ή μετά από ασήμαντη κάκωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3. ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (βλ. Εικόνα 2.1.)

ΒΛΑΒΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Κηλίδα	Επίπεδη και περιγεγραμμένη μεταβολή της χροιάς του δέρματος, του οποίου το πάχος και η σύσταση δεν μεταβάλλονται.
Βλατίδα	Στερό έπαρμα της επιδερμίδας με συνήθως σκληρή σύσταση και μέγεθος έως 1 cm
Πομφός	Ειδικός τύπος μεγάλης βλατίδας με λευκό ή ρόδινο χρώμα
Οζίδιο	Περιγεγραμμένος (συνήθως υποδόριος) σχηματισμός που υπεγείρει την επιδερμίδα.
Φυσαλλίδα	Έπαρμα της επιδερμίδας, έως 1 cm με κοιλότητα, που περιέχει ορώδες υγρό.
Πομφόλυγα	Έπαρμα της επιδερμίδας με ορώδες υγρό, μεγαλύτερο της φυσαλλίδας. Περιβάλλεται από ερυθματώδη άλω.
Φλύκταινα	Έπαρμα της επιδερμίδας που περιέχει πυώδες υγρό.
Κύστη	Κοιλότητα που περιέχει υγρό ή σμήγμα και περιβάλλεται από ελαστική μεμβράνη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

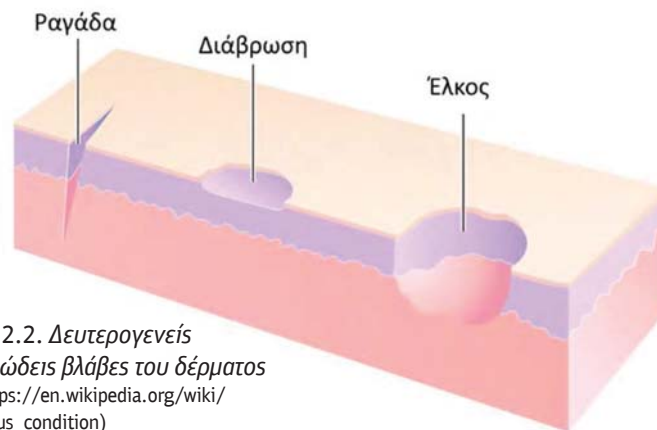


Εικόνα 2.1. Πρωτογενείς στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος
(Από https://en.wikipedia.org/wiki/Cutaneous_condition)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4. ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΕΙΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (βλ. Εικόνα 2.2.)

ΒΛΑΒΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Λέπια	Κεράτινα πετάλια της επιδερμίδας, με ποικίλο μέγεθος, που περιέχουν κερατίνη.
Εφελκίδα	Σχηματισμός που αποτελείται από αποξηραμένο ορό, πύον, νεκρά κύτταρα και εξιδρωματικά προϊόντα.
Διάβρωση	Λύση της συνέχειας του δέρματος που αφορά τις επιφανειακές στιβάδες της επιδερμίδας. Δεν καταλείπει ουλή.
Έλκος	Καταστροφή των στιβάδων του δέρματος έως το χόριο, η οποία καταλείπει ουλή.
Ραγάδα	Γραμμοειδής λύση της συνέχειας του δέρματος που εντοπίζεται στα όρια μεταξύ βλεννογόνων και δέρματος.
Ατροφία	Μερική ελάττωση ή εξαφάνιση μέρους ή όλων των στοιχείων του δέρματος.
Ουλή	Νέος ιστός ο οποίος αντικαθιστά με συνδετικό ιστό φυσιολογικά στοιχεία του δέρματος τα οποία έχουν καταστραφεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ



Εικόνα 2.2. Δευτερογενείς στοιχειώδεις βλάβες του δέρματος (Από https://en.wikipedia.org/wiki/Cutaneous_condition)

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Στους παρακάτω πίνακες περιγράφονται τα αίτια συνήθων κλινικών ευρημάτων από το δέρμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5. ΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΧΡΟΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ	
ΕΥΡΗΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Κίτρινη χροιά	Ίκτερος οποιασδήποτε αιτιολογίας (βλ. Κεφάλαιο 6 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ) Καροτινοδερμία (μεγάλη πρόσληψη τροφών πλούσιων σε καροτίνη, υποθυρεοειδισμός) Χρόνια ουραιμία (ωχροκίτρινη χροιά) Ξανθωμάτωση (υπερλιπιδαιμίες) Κατά την αποδρομή εκχυμώσεων ή αιματωμάτων

Διάχυτη μελάγχρωση	<p>Νόσος Addison Διαβητική δερματοπάθεια Μελανίζουσα ακάνθωση</p> <p>Αιμοχρωμάτωση</p> <p>Φαρμακευτική (βλεομυκίνη, μεθοτρεξάτη, βουσουλφάνη, βαρέα μέταλλα κ.λπ.) Μελαγχρωματικός ομαλός λειχήνας</p> <p>Μετά ακτινοβολία</p> <p>Πρωτοπαθής δερματική αμυλοείδωση Αβιταμινώσεις</p> <p>Κύηση Κάπνισμα</p> <p>Συγγενείς διαταραχές (νευροϊνωμάτωση, συγγενής δερματική μελανοκυττάρωση κ.λπ.)</p>
Διάχυτη ωχρότητα	<p>Αναιμία</p> <p>Εκτεταμένη αγγειοσύσπαση Γενικευμένο οίδημα Αλφισμός</p> <p>Λεύκη</p>
Διάχυτη ερυθρότητα	<p>Παρατεταμένη έκθεση στον ήλιο Πυρετός Ψυχικές συγκινήσεις Αληθής πολυερυθραιμία Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα Φάρμακα</p> <p>Λήψη οionoπνευματωδών Μαστοκυττάρωση Φαιοχρωμικό κτύττωμα Σύνδρομο καρκινοειδούς</p> <p>Ποικίλα εξανθήματα, συμπεριλαμβανομένων των αλλεργικών και της ερυθράς</p>

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.6. ΑΙΤΙΑ ΚΝΗΣΜΟΥ

ΤΟΠΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	
Φλεγμονώδη (δερματίτιδες, κνίδωση, ψωρίαση, ροδόχρους πιτυρίαση κ.λπ.) Νευροδερματίτιδα Ιδιοπαθής ξηροδερμία των ηλικιωμένων	<p>Ουραιμία</p> <p>Χολόσταση</p> <p>Αληθής πολυκυτταραιμία, Μαστοκυττάρωση</p> <p>Λεμφώματα</p> <p>Υπερ- και υποθυρεοειδισμός</p> <p>Σύνδρομο καρκινοειδούς</p>	<p>Δερματομυοσίτιδα</p> <p>Σκληρόδερμα Σύνδρομο Sjögren</p> <p>Μεθερπητική νευραλγία</p> <p>Σκλήρυνση κατά πλάκας Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο Ψυχογενείς διαταραχές</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.7. ΑΙΤΙΑ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ (Βλ. Πίνακα 2.2.)

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ	ΑΙΤΙΑ
Βλάβη του τοιχώματος των αγγείων	Μηνιγγιτιδοκοκκική μικροβιαίμια, ενδοκαρδίτιδα Αγγειίτιδες αυτοάνοσης αιτιολογίας κ.λπ.
Θρομβοπενία	Ποικίλα αίτια. Διακρίνονται αδρά σε καταστάσεις ελαττωμένης παραγωγής (διήθηση μυελού, κυτταροστατικά φάρμακα κ.λπ.) και αυξημένης καταστροφής (υπερσπληνισμός, ιδιοπαθής θρομβοπενική πορφύρα, διάχυτη ενδοαγγειακή πήξη, φάρμακα κ.λπ.).
Διαταραχές της πήξης	Ηπατική ανεπάρκεια, αντιπηκτικά φάρμακα, κληρονομικές διαταραχές της πήξης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.8. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΤΥΠΩΝ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΩΝ ΚΗΛΙΔΩΔΕΣ

Υπεραιμικό (Βλ. αίτια ερυθρότητας του δέρματος) Από διαστολή των αγγείων

Ευρυαγγείες, αιμαγγειώματα

Λόγω μεταβολής της χρωστικής του δέρματος Χλόασμα, λεύκη κ.λπ.

Λόγω εξόδου αίματος από τα αγγεία (Βλ Πίνακα 8.7)

Λόγω εναπόθεσης χρωστικών του δέρματος. (Βλ. Μελάγχρωση) Λόγω εναπόθεσης άλλων χρωστικών ουσιών

Τατουάζ, αργυρίαση κ.λπ.

ΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ - ΚΗΛΙΔΟΒΛΑΤΙΔΩΔΕΣ

Ιογενείς λοιμώξεις Ιλαρά

Ερυθρά Οστρακιά

Ροδόχρους πιτυρίαση Φαρμακευτικά εξανθήματα Αυτοάνοσα νοσήματα

ΠΟΜΦΟΙ

Κνίδωση Αγγειονευρωτικό σίδημα Δερμογραφισμός

ΦΥΣΣΑΛΙΔΩΔΕΣ

Έκζεμα Απλός έρπης

Πολύμορφο ερύθημα

ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ

Εγκαύματα Πέμφιγα

Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές

ΦΛΥΚΤΑΙΝΩΔΕΣ

Ανεμευλογία – έρπης ζωστήρας Πυοδερματίτιδα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Για την εξέταση του δέρματος απαιτείται επαρκής φωτισμός, καθώς και, ορισμένες φορές, μεγεθυντικός φακός. Διενεργείται επισκόπηση, αφή και ψηλάφηση ολόκληρης της επιφάνειας του δέρματος. Δεν πρέπει να παραλείπεται η εξέταση των ονύχων και των τριχών. Εκτιμάται η χροιά του δέρματος, η ελαστικότητα, ο βαθμός υγρασίας ή ξηρότητας, η θερμοκρασία (εφόσον απαιτείται, συγκριτικά στα δύο ημιμόρια του σώματος), η ύπαρξη εξανθημάτων, αιμορραγικών εκδηλώσεων και, γενικότερα, πρωτοπαθών και δευτεροπαθών βλαβών του δέρματος.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

Δοθίνας. Στην περιοχή του δέρματος όπου εκβάλλει τριχικός θύλακος εμφανίζεται μικρό ερυθρό έπαρμα που αυξάνεται σε μέγεθος και σχηματίζει οξίδιο. Στη συνέχεια, σχηματίζεται σκληρή κωνική προεξοχή που διαπυείται και δημιουργείται φλύκταινα, η οποία περιβάλλεται από ερυθρά άλω.

Ερυσίπελας (Εικόνα 2.3). Επώδυνο ερύθημα που επεκτείνεται και σχηματίζει ερυθματώδη, οιδηματώδη, θερμή και ευαίσθητη πλάκα που αφορίζεται με σαφήνεια από το περίξ υγιές δέρμα (όχθος). Εμφανίζεται πιο συχνά στο πρόσωπο και στις κνήμες. Συνυπάρχει πυρετός.



Εικόνα 2.3. Ερυσίπελας προσώπου. Είναι εμφανής ο όχθος, ενώ υπάρχει και προσβολή της ρινός.
(CDC Public Health Image Library ID#2874)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

Απλός έρπης (Εικόνα 2.4).

Πρόδρομα συμπτώματα: ελαφρά εξοίδηση, ερυθρότητα, αίσθημα καύσου στο σημείο που πρόκειται να εκδηλωθεί η νόσος. Ακολουθεί η εμφάνιση φυσαλλίδων επί ερυθματώδους εξοιδημένης βάσης. Ακολουθεί ρήξη των φυσαλλίδων και σχηματισμός πολυκυκλικών επιπολής διαβρώσεων που παραμένουν για 5-6 ημέρες.



Εικόνα 2.4. Απλός επιχείλιος έρπης
(CDC Public Health Image Library
ID#1573 Dr. Herrmann)

Ροδόχρους πιτυρίαση (Εικόνα 2.5 & 2.6). Εμφανίζεται πρώτα μητρική πλάκα (συχνότερα στον λαιμό, στο άνω μέρος του θώρακα και στα αντιβράχια), η οποία διαρκεί 5-7 ημέρες, είναι στρογγυλή ή ωοειδής, με χρώμα ανοικτό ερυθρό και επηρμένη επιφάνεια που καλύπτεται από φυσαλλίδες (2-6 cm). Μετά από 10-15 ημέρες εμφανίζεται εξάνθημα σε αθροίσματα στον κορμό (κατά τη φορά των μεσοπλευρίων νεύρων), στον λαιμό, στα αντιβράχια και στους μηρούς, με χαρακτηριστικά παρόμοια της



Εικόνα 2.5. Ροδόχρους πιτυρίαση. Δεξιά με το βέλος σημειώνεται η μητρική πλάκα. (https://en.wikipedia.org/wiki/Pityriasis_rosea)

μητρικής πλάκας αλλά με βλάβες μικρότερου μεγέθους. Μπορεί να συνυπάρχει ελαφρύς ή έντονος κνησμός.

Μηνιγγιτιδοκοκκική σηψαιμία. «Κεραυνοβόλος πορφύρα»: οξεία εμφάνιση αιμορραγικών εκδηλώσεων στο δέρμα, που οφείλονται σε θρόμβωση των μικρών αγγείων και διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Προηγείται καυσαλγία και εμφάνιση πετεχειών. Αργότερα εμφανίζονται εκχυμώσεις. Εάν δεν υπάρξει θεραπεία, σχηματίζονται επώδυνες, καλά περιγεγραμμένες ερυθροϊώδεις βλατίδες. Ακολουθεί νέκρωση και σχηματισμός φυσαλλίδων και πομφολύγων. Μπορεί να ακολουθήσει γαγγραινώδης νέκρωση, με επέκταση στον υποδόριο ιστό και στους μύες.

Ανεμυλογιά – Έρπης ζωστήρας (Εικόνα 2.7). Κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, που αργότερα μετατρέπεται σε φυσαλλιδώδες. Οι φυσαλλίδες σχηματίζονται κατά ομάδες και εδράζονται σε ερυθρηματώδη βάση. Αργότερα σχηματίζονται φλύκταινες. Οι βλάβες μπορεί να γίνουν αιμορραγικές ή και νεκρωτικές. Μπορεί να συνυπάρχει επιχώρια λεμφαδενοπάθεια. Χαρακτηριστικά, παρατηρούνται βλάβες που κατά την ίδια χρονική στιγμή βρίσκο-



Εικόνα 2.7. Έρπης ζωστήρας στον θώρακα. Παρατηρείται κατανομή νευροτομίου. Οι βλάβες δεν ξεπερνούν τη μέση γραμμή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

νται σε διαφορετικό στάδιο εξέλιξης. Οι βλάβες του ζωστήρα είναι ετερόπλευρες και κατανέμονται σε ένα ή και περισσότερα αισθητικά νευροτόμια, ενώ στην ανεμευλογία το εξάνθημα είναι γενικευμένο (αφθονότερο στο πρόσωπο και στον κορμό).



Εικόνα 2.8. Ατοπική δερματίτιδα στο δέρμα της παλάμης.

Ατοπική δερματίτιδα – Έκζεμα (Εικόνα 2.8). Στην οξεία φάση υπάρχει ερύθημα και ορώδης εξίδρωση της πάσχουσας περιοχής. Στη χρόνια φάση παρατηρούνται ερυθρές βλατιδώδεις και λειχηνοποιημένες (πάχυνση του δέρματος και τονισμός των φυσιολογικών πτυχών του) δερματικές βλάβες. Σε όλες τις φάσεις υπάρχει έντονος κνησμός. Η συνηθέστερη εντόπιση είναι οι καμπτικές επιφάνειες των άκρων αλλά και άλλα σημεία, όπως το πρόσωπο, τα πλάγια του τραχήλου, ο θώρακας κ.λπ.

Πολύμορφο ερύθημα. Συμμετρικό εξάνθημα που εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο (χείλη, βλεννογόνος του στόματος και οφθαλμοί) και τα άκρα, αλλά μπορεί να επεκταθεί και σε άλλα μέρη του σώματος. Το εξάνθημα είναι κηλιδοβλατιδώδες, και η βλάβη ξεκινά ως απλή ερυθρή και οιδηματώδης κηλίδα, η οποία μεγεθύνεται (έως 1-2 cm) και ενώ η περιφέρεια παραμένει ερυθρή, το κέντρο γίνεται λευκωπό ή κυανωτικό. Έτσι

σχηματίζονται οι χαρακτηριστικές βλάβες που μοιάζουν με στόχαστρο ή κονκάρδα. Στο βαρύ πολύμορφο ερύθημα (σύνδρομο Stevens-Johnson), επάνω στις κηλίδες/βλατίδες σχηματίζονται φυσαλλίδες ή πομφόλυγες, οι οποίες ρήγνυνται και δημιουργούνται αιμορραγικές κρούστες. Προσβάλλονται οι οφθαλμοί και οι βλεννογόνοι. Η επέκταση του εξανθήματος σε μεγάλη επιφάνεια οδηγεί σε μεγάλη πολυμορφία. υπάρχουν συστηματικά συμπτώματα.

Ψωρίαση. Η τυπική βλάβη της ψωρίασης χαρακτηρίζεται από επηρμένη πλάκα, με έντονο ερυθρό χρώμα, που καλύπτεται από παχιά, αργυρόχροα, χαλαρά προσκολλημένα λέπια. Σημείο στεατοκηρίου: το ξύσιμο της βλάβης οδηγεί σε απολέπιση, ακριβώς όπως όταν ξύνουμε ένα κερί. Η εντόπιση και η έκταση των βλαβών στην ψωρίαση ποικίλλει, πιο συχνά όμως εμφανίζονται στους αγκώνες, στις κνήμες και στο τριχωτό της κεφαλής.

Δερματομυοσίτιδα. Οιδαλέο δέρμα με ερύθημα ιώδους αποχρώσεως, κυρίως στο πρόσωπο. Χαρακτηριστικό οίδημα των



Εικόνα 2.9. Εξάνθημα τύπου ηλιοτροπίου στα βλέφαρα σε ασθενή με δερματομυοσίτιδα (Elizabeth M. Dugan, Adam M. Huber, Frederick W. Miller, Lisa G. Rider - <http://dermatology.cdlib.org/1502/reviews/photoessay/16.jpg> - CC BY-SA 3.0)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΔΕΡΜΑ

βλεφάρων με ιώδη απόχρωση – εξάνθημα τύπου ηλιοτροπίου (Εικόνα 2.9). Το ερύθημα μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, τους ώμους και τα άνω άκρα. Χαρακτηριστικό ερύθημα στη ράχη της ονυχοφόρου φάλαγγας των δακτύλων των χεριών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα: 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.
- Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology, 7th Edition. New York, McGraw-Hill Medical: 2013.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

→ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΚΟΚΚΙΝΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Κεφαλή

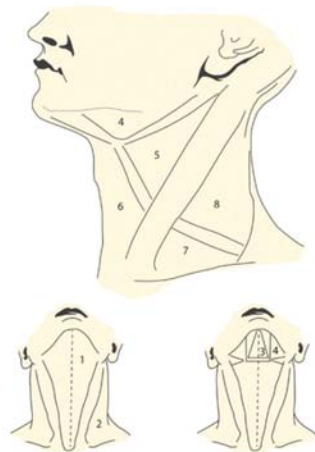
Η κεφαλή χωρίζεται στο εγκεφαλικό ή κυρίως κρανίο και στο σπλαχνικό κρανίο (πρόσωπο), με νοητή γραμμή που άρχεται από το ριζορρίνιο, ακολουθεί το άνω χείλος του οφθαλμικού κόγχου, το υπερκόγχιο χείλος του ζυγωματικού τόξου, και καταλήγει στον έξω ακουστικό πόρο. Οπίσθιο όριο της μπορεί να θεωρηθεί το κάτω πέρασ του ινιακού ογκώματος. Ως οδηγία σημεία χρησιμεύουν το ριζορρίνιο, οι οφθαλμικοί κόγχοι και τα υπερόφρυα τόξα, τα ζυγωματικά τόξα, οι μαστοειδείς αποφύσεις, οι γωνίες της κάτω γνάθου, το ινιακό όγκωμα κ.ά.

Τράχηλος

Τα οδηγία σημεία που αφορίζουν τον τράχηλο είναι: άνω και πρόσθια, οι γωνίες και η κορυφή της κάτω γνάθου (γένειο)· άνω και οπίσθια, το κάτω πέρασ του ινιακού ογκώματος και των μαστοειδών αποφύσεων· κάτω και πρόσθια, η σφαγιτιδική εντομή του στέρνου και τα άνω χείλη των κλειδών, και κάτω και οπίσθια, τα άνω χείλη των τραπεζοειδών μυών. Νοητή γραμμή που άρχεται από το γένειο και καταλήγει στη σφαγιτιδική εντομή χωρίζει τον τράχηλο σε δεξιά και αριστερή τραχηλική χώρα. Αυτές χωρίζονται με όριο τους στερνοκλειδομαστοειδείς μύες σε πρόσθιο και οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο. Το πρόσθιο τρίγωνο διαχωρίζεται, με όρια τον διγαστόρα και τον ωμοϋοειδή μυ, σε υπογνάθιο, υπογενειδίο, άνω και κάτω καρωτιδικό τρίγωνο. Το

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

οπίσθιο τρίγωνο, με όριο τον ωμοϋοειδή μυ, χωρίζεται σε ινιακό τρίγωνο και υπερκλείδιο βόθρο (Εικόνα 3.1).



- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Πρόσθιο τραχηλικό τρίγωνο | 2. Οπίσθιο τραχηλικό τρίγωνο |
| 3. Υπογενειδίο τρίγωνο | 4. Υπογνάθιο τρίγωνο |
| 5. Άνω καρωτιδικό τρίγωνο | 6. Κάτω καρωτιδικό τρίγωνο |
| 7. Υπερκλείδιος βόθρος | 8. Ινιακό τρίγωνο |

Εικόνα 3.1. Τα ανατομικά τρίγωνα του τραχήλου

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ιδιαίτερη σημασία κατά τη λήψη του ιστορικού πρέπει να δοθεί στη χρονική αλληλουχία, διάρκεια και τρόπο εμφάνισης των συμπτωμάτων (π.χ. ινιακή κεφαλαλγία οξείας ενάρξεως μπορεί να υποσημαίνει υπαραχνοειδή αιμορραγία, αίσθημα ζάλης που ακολουθεί ιστορικό απώλειας αίματος μπορεί να οφείλεται σε αναιμία κ.λπ.). Στο ατομικό αναμνηστικό οφείλουν να αναζητούνται επισταμένα παρελθούσες παθήσεις της κεφαλής και του τραχήλου ή επεμβάσεις στην περιοχή, όπως και συστηματικές

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

παθήσεις που εκδηλώνονται με συμπτώματα από την κεφαλή και τον τράχηλο (παθήσεις θυρεοειδούς, αναιμία, αιματολογικές παθήσεις, νεοπλασίες, νοσήματα του ήπατος, σιδηροπενία, λήψη ωτοτοξικών φαρμάκων, λοιμώξεις, κ.ά.). Στο οικογενειακό ιστορικό αναζητούνται παθήσεις με κληρονομικό υπόβαθρο (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, νεοπλασίες). Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στις συνήθειες ζωής (π.χ. το κάπνισμα και η κατάχρηση οινοπνεύματος σχετίζονται με νεοπλασίες κεφαλής/τραχήλου) και στην έκθεση σε λοιμογόνους παράγοντες (π.χ. δήγματα κροτώνων, κουνουπιών, φλεβοτόμων) ή επαγγελματικούς παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την εμφάνιση παθήσεων.

ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1Α. ΣΥΝΗΘΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ίλιγγος	Αίσθημα περιστροφής
Θάμβος όρασης	Αίσθημα θολής αντίληψης των εικόνων
Διπλωπία	Βλέπει διπλά τα αντικείμενα
Ξηροφθαλμία – Δακρύρροια	Αίσθημα ξηρότητας ή καύσου των οφθαλμών (ξηροφθαλμία), αυξημένη παραγωγή δακρύων (δακρύρροια)
Βαρκοΐα	Μειωμένη αντίληψη των ήχων
Εμβοές	Αίσθημα βόμβου στα ώτα
Επίσταξη	Απώλεια αίματος από τους ρώθωνες
Ρινόρροια	Απώλεια υγρού (ορώδους, βλενωδούς ή πυώδους) από τους ρώθωνες
Βράγχος φωνής	Αλλοίωση της χροιάς της φωνής («βραχνάδα»)
Δυσκαταποσία	Δυσχέρεια στην κατάποση (στερεών ή/και υγρών)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1B. ΣΥΝΗΘΗ ΣΗΜΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ

ΣΗΜΕΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αλωπεκία	Απώλεια ή/και ευθρυπτότητα των τριχών της κεφαλής (ή και των φρυδιών)
Οίδημα	Εξαγγείωση υγρού στον διάμεσο χώρο
Ίκτερος	Κιτρινωπή χροιά των σκληρών χιτώνων των οφθαλμών, αντιληπτή κυρίως στο κατώτερο τμήμα τους
Γλωσσίτιδα	Αίσθημα άλγους ή καύσου στην επιφάνεια της γλώσσας, επιπέδωση των γλωσσικών θηλών
Χειλίτιδα	Ξηρότητα, άλγος, ρωγμές των χειλέων (ιδίως στις γωνίες)
Διόγκωση σιελογόνων αδένων	Αύξηση του μεγέθους των παρωτίδων, υπογνάθιων ή υπογενειδίων αδένων
Βρογχοκήλη	Διόγκωση του θυρεοειδούς αδένα
Εξόφθαλμος, ενόφθαλμος	Προεξοχή του βολβού διά της βλεφαρικής σχισμής / εισολκή του οφθαλμού εντός της οφθαλμικής κόγχης
Λάμπον όμμα	Ανάσπαση του άνω βλεφάρου και διεύρυνση της βλεφαρικής σχισμής
Σημείο von Graefe, "Lid lag"	Κατά την προς τα κάτω κίνηση των οφθαλμών υπολείπεται η συνοδός κίνηση των άνω βλεφάρων, με αποτέλεσμα τμήμα των σκληρών να παραμένει ακάλυπτο.
Δακτύλιος των Kayser-Fleischer	Πρασινόφαιη ή κιτρινόφαιη δακτυλιοειδής ταινία στην εξωτερική ζώνη του κερατοειδούς (ηπατοφακοειδής εκφύλιση, νόσος του Wilson)
Διόγκωση λεμφαδένων	Αύξηση του μεγέθους των λεμφαδένων (μονήρης ή γενικευμένη)
Σύνδρομο Homer	Μύση, πτώση βλεφάρου, ενόφθαλμος, ανυδρωσία προσώπου (επί βλάβης των αυχενικών συμπαθητικών γαγγλίων)
Κόρη Argyll Roberston	Κατάργηση του αντανακλαστικού της κόρης στο φως ενώ διατηρείται το αντανακλαστικό της προσαρμογής (επί σύφιλης του κεντρικού νευρικού συστήματος).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1Γ. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΤΡΑΧΗΛΟ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Αλωπεκία	Κληρονομική (ανδρογενετική) αλωπεκία, γυροειδής αλωπεκία (αυτοάνοσης αρχής), σιδηροπενία, υποθυρεοειδισμός και άλλες ορμονικές διαταραχές,
Ίλιγγος – Ζάλη	Ίλιγγος: λαβυρινθικές διαταραχές, βλάβες λόγω πίεσης του ακουστικού νεύρου, βλάβες του εγκεφαλικού στελέχους ή της παρεγκεφαλίδας Ζάλη: ορθοστατική υπόταση, αρρυθμίες, αγγειακές βλάβες σπονδυλοβασικού συστήματος, αναιμία, ψυχικά και φαρμακευτικά αίτια
Οίδημα	Υπολευκωματιναιμία, καρδιακή ανεπάρκεια, αλλεργικές αντιδράσεις, υποθυρεοειδισμός, τοπικές φλεγμονές ή νεοπλάσματα, σύνδρομο άνω
Θάμβος όρασης	Μυωπία, καταράκτης, βλάβες οπτικού νεύρου, φάρμακα
Ξηροφθαλμία – Δακρύρροια	Σύνδρομο Sjögren (ξηροφθαλμία), επιπεφυκίτιδα (δακρύρροια)
Ίκτερος	Κίρρωση ήπατος, απόφραξη χοληφόρων, αιμόλυση
Βαρκοΐα	Συσώρευση κυψελίδας, ωτίτιδα, νεοπλασίες, βλάβες ακουστικού νεύρου, ωτοτοξικά φάρμακα (π.χ. αμινογλυκοσίδες)
Εμβοές	Ξένα σώματα, ωτίτιδα, παθήσεις ακουστικού νεύρου, φάρμακα
Επίσταξη	Θρομβοπενία και άλλες διαταραχές πήξης, τοπικοί τραυματισμοί ή αγγειοδυσπλασίες
Ρινόρροια	Ιογενείς λοιμώξεις, παραρρινοκολπίτιδες
Γλωσσίτιδα	Λοιμώξεις, σιδηροπενία, ανεπάρκεια Β12 και άλλων βιταμινών, φάρμακα
Χειλίτιδα	Σιδηροπενία (γωνιακή χειλίτιδα), λοιμώξεις (π.χ. έρπης, Candida)
Διόγκωση σιελογόνων αδένων	Παρωτίτιδα, σιελαδενίτιδα, νεοπλασίες, αλκοολισμός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Βράγχος φωνής	Λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, πολύποδες φωνητικών χορδών, καρκίνος λάρυγγα, βλάβες παλίνδρομου λαρυγγικού
Δυσκαταποσία	Λοιμώξεις φάρυγγα και οισοφάγου, κατάποση καυστικών ουσιών, λειτουργικές διαταραχές κινητικότητας οισοφάγου, νεοπλασίες
Βρογχοκήλη	Ανεπάρκεια ιωδίου, θυρεοειδίτιδα, πολυζώδης βρογχοκήλη, νεοπλασίες του θυρεοειδούς
Διόγκωση λεμφαδένων	Λοιμώξεις των παροχετευόμενων περιοχών, νεοπλασίες (λεμφώματα, συμπαγείς όγκοι)
Εξόφθαλμος	Νόσος Graves, νεοπλάσματα με εντόπιση στον οφθαλμικό κόγχο, μουκορμύκωση

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ

Γενική εξέταση

Η διαπίστωση διαταραχών των ζωτικών σημείων μπορεί να υποδεικνύει ενδεχόμενα αίτια παθολογικών εκδηλώσεων από την κεφαλή και τον τράχηλο, όπως π.χ. η παρουσία πυρετού (λοιμώξεις, νεοπλασίες – ιδιαίτερα του λεμφικού ιστού), διαταραχών της αρτηριακής πίεσης (ιδιαίτερα η αρτηριακή υπέρταση που σχετίζεται με την εμφάνιση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων) και αρρυθμιών (πιθανό αίτιο ζάλης, τάσης προς λιποθυμία). Η γενικευμένη ωχρότητα ή ικτερική χροιά του δέρματος υποδεικνύουν πιθανώς αναιμία και παθήσεις του ήπατος ή των χοληφόρων αντιστοίχως, που μπορούν να εκδηλωθούν με ευρήματα από την κεφαλή (αδυναμία, ωχρότητα επιπεφυκότων στην πρώτη περίπτωση, ικτερική χροιά σκληρών, εκδηλώσεις ηπατικής εγκεφαλοπαθείας στη δεύτερη). Χρήσιμη είναι επιπλέον η εξέταση της σπαργής του δέρματος για ενδείξεις αφυδάτωσης, καθώς και του βαθμού θρέψης (παχυσαρκία, απίσχνανση).

Εξέταση κεφαλής και τραχήλου

Επισκόπηση

Κεφαλή. Η επισκόπηση και δευτερευόντως η ψηλάφηση είναι οι κυριότερες μέθοδοι εξέτασης της κεφαλής, καθότι η επίκρουση και ακρόαση είναι περιορισμένης αξίας. Στη γενική επισκόπηση της κεφαλής εξετάζεται η συμμετρία, η χροιά, η εμφάνιση παθολογικών διογκώσεων (φλεγμονές, νεοπλασίες), το μέγεθος για μικροκεφαλία (διαταραχές περί τη διάπλαση), βραχυκεφαλία ή χαμηλή πρόσφυση των ώτων (σύνδρομο Down και άλλες γενετικές διαταραχές) και υδροκεφαλία (χρονίως αυξημένη πίεση ή αυξημένος όγκος του εγκεφαλονωτιαίου υγρού). Γενικευμένο οίδημα μπορεί να υποσημαίνει υπολευκωματιναιμία, αλλεργικές αντιδράσεις ή σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας.

Χρήσιμη είναι, επιπλέον, η αναζήτηση ορισμένων ιδιαίτερων προσωπείων που είναι χαρακτηριστικά συγκεκριμένων παθήσεων, όπως:

- ▶ **Ιπποκράτειο:** Παρατηρείται επί καχεξίας και αφυδάτωσης σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς και χαρακτηρίζεται από αποσκελετωμένο πρόσωπο με οφθαλμούς που εισέχουν και γαιώδη χροιά του δέρματος.
- ▶ **Μεγαλακρικό:** Αύξηση της περιμέτρου του κρανίου, διόγκωση των υπερκόγχιων χειλέων, των ζυγωματικών τόξων και της κάτω γνάθου, πάχυνση των μαλακών μορίων (μύτη, γλώσσα).
- ▶ **Μυασθενικό:** Αδυναμία των μυών του προσώπου με πτώση των βλεφάρων (ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη), πτώση της γνάθου και των γωνιών των χειλέων («περιφρονητικό χαμόγελο»).
- ▶ **Μυξοιδηματικό** (επί υποθυρεοειδισμού): Απαθής και εξοιδημένη όψη, ξηρό δέρμα, ευθρυπτότητα και απώλεια των τριχών, ιδιαίτερα στις άκρες των φρυδιών.
- ▶ **Πανσεληνοειδές** του συνδρόμου ή της νόσου Cushing: Στρογγυλό σχήμα, υπερτρίχωση, ακμή.
- ▶ **Παρκινσονικό:** Ανέκφραστο (σαν μάσκα), με νωθρές κι-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

νήσεις των οφθαλμών και ενίοτε τρόμο των χειλέων ή της κάτω γνάθου.

- ▶ **Συγγενής σύφιλη:** Προπέτεια μετωπιαίων οστών, κοίλανση της ράχης της μύτης («εφιπιοειδής»). Ενδέχεται να συνυπάρχουν πριονωτά δόντια (του Hutchinson), διάμεση κερατίτιδα και κόφωση.
- ▶ **Σκληρόδερμα:** Στιλπνό, λεπτό και τεταμένο δέρμα, «ραμφοειδής» μύτη, περιορισμένη δυνατότητα διάνοιξης του στόματος, παρουσία τελαγγειεκτασιών.

Η λεπτομερής επισκόπηση της κεφαλής καλό είναι να διενεργείται από άνω προς τα κάτω (η εξέταση των εγκεφαλικών συζυγιών περιγράφεται στον Πίνακα 3.2):

Στο τριχωτό της κεφαλής εξετάζεται η ύπαρξη φυσιολογικής τρίχωσης. Ευθυρπτότητα των τριχών εμφανίζεται σε σιδηροπενία και υποθυρεοειδισμό, ενώ αλωπεκία μπορεί να είναι κληρονομικής (ανδρογενετικής), αυτοάνοσης (γυροειδής αλωπεκία), λοιμώδους (μυκητιάσεις, όπου μπορεί να ανευρεθεί και απολέπιση του δέρματος) ή φαρμακευτικής αιτιολογίας (αντινεοπλασματικά και άλλα φάρμακα).

Στο μέτωπο εξετάζεται η ρυτίδωση (ετερόπλευρη μείωση εμφανίζεται σε περιφερική πάρεση του προσωπικού νεύρου, βλ. Πίνακα 3.2) και η τρίχωση των φρυδιών (διαταραχή σε υποθυρεοειδισμό, σιδηροπενία, σύφιλη, αγωγή με αντινεοπλασματικά).

Οι οφθαλμοί εξετάζονται για τη φυσιολογική όραση (συζυγία II), τη λειτουργία των οφθαλμοκινητικών μυών, της κόρης, των βλεφάρων, το φωτοκινητικό αντανακλαστικό και αυτό του κερατοειδούς (συζυγίες III, IV, V, VI, VII, βλ. Πίνακα 3.2). Ξανθελάσματα στα βλέφαρα (ειδικά στους έσω κανθούς) σημαίνουν δυσλιπιδαιμία. Η παρουσία εξόφθαλμου απαντάται στην τοξική βρογχοκήλη (νόσο Graves). Οι σκληροί χιτώνες εξετάζονται υπό κατάλληλο φωτισμό για ικτερική χροιά (διαπιστώνεται συνήθως όταν η συγκέντρωση ολικής χολερυθρίνης υπερβαίνει τα 2-3 mg/dl) και υπόσφαγμα (μηνοειδής αιμορραγία στην κατωφέρεια των σκληρών επί θρομβοπενίας και άλλων διαταραχών της πήξης, συνδρόμου άνω κοίλης φλέβας ή συμπιεστικών τραυ-

μάτων του θώρακα). Ωχρότητα των επιπεφυκότων εμφανίζεται επί αναιμίας, συνήθως σοβαρής. Χρήσιμη είναι τέλος η βυθοσκόπηση (οίδημα οπτικής θηλής επί αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης, έλεγχος για διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, κηλίδες Roth κ.ά.).

Η μύτη (ρις), τα παραρρίνια και οι παρειές εξετάζονται για διογκώσεις, φλεγμονές, νεοπλασίες, εξανθήματα. Ελέγχεται η παρουσία και το είδος ρινικού εκκρίματος (ορώδες, βλεννώδες, πυώδες, αιματηρό). Στα ώτα εξετάζεται η παρουσία προωτιαίων ή οπισθοωτιαίων λεμφαδένων, η παρουσία τόφων ουρικού οξέος, το πιθανό έκκριμα ή η ωτόρροια, καθώς και η ακουστική οξύτητα (συζυγία VIII, βλ. Πίνακα 3.2).

Οι παρωτίδες ελέγχονται για πιθανή διόγκωση, ετερόπλευρη (νεοπλασίες, σιελαδενίτιδα – ιδιαίτερα επί συνύπαρξης άλγους ή ευαισθησίας) ή αμφοτερόπλευρη (παρωτίτιδα, αλκοολισμός, αμυλοείδωση).

Τα χείλη εξετάζονται όσον αφορά τη χροιά τους (ωχρή επί αναιμίας, κυανή επί υποξυγοναιμίας), την παρουσία ξηρότητας, ραγάδων ή γωνιακής χειλίτιδας (υποβιταμίνωση, σιδηροπενία), καθώς και για την παρουσία βλατίδων ή φυσαλλίδων (ερπητικές και άλλες λοιμώξεις).

Η επισκόπηση της στοματικής κοιλότητας πρέπει να διενεργείται με φακό και γλωσσοπίεστρο. Επί θρομβοπενίας, λόγω των συνεχών κινήσεων μάσησης και κατάποσης, πετέχειες εμφανίζονται συχνά στα ούλα, υπό τη γλώσσα, στις παρειές και στην υπερώα. Τα δόντια ελέγχονται για τερηδόνα και δυσχρωμίες (τετρακυκλίνες σε παιδιά, βαρέα μέταλλα), τα δε ούλα για αιμορραγική διάθεση, ουλίτιδα, υπερτροφία (λεμφοϋπερπλαστικά νοσήματα, λήψη φαινοϋίνης). Σημειώνεται η πιθανή ύπαρξη τεχνητής οδοντοστοιχίας. Στη γλώσσα εξετάζεται το μέγεθος (διόγκωση σε αμυλοείδωση και μεγαλακρία), η πιθανή παρουσία ξηρότητας (αφυδάτωση), λείανσης των θηλών (σιδηροπενία, ανεπάρκεια βιταμίνης B12), αφθών, τριχωτής λευκοπλακίας στα πλάγια (επί HIV λοιμώξεως) και άλλων λοιμώξεων (π.χ. καντιντίαση). Ελέγχεται επίσης η κινητικότητα (συζυγία XII)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

και αισθητικότητα, καθώς και η αντίληψη της γεύσης (συζυγίες VII και IX, βλ. Πίνακα 3.2). Οι παρειές ελέγχονται για πετέχειες, λευκοπλακία (προνεοπλασματική αλλοίωση κυρίως σε καπνιστές) και κηλίδες του Koplik (ιλαρά). Στα παρίσθια ελέγχεται η ύπαρξη διόγκωσης, λευκωπού επιχρίσματος ή πυωδών βυσμάτων (λοίμωξη EBV ή μικροβιακή αμυγδαλίτιδα), ενώ εξετάζεται η υπερώα για πετέχειες, ενδείξεις ιογενούς λοιμώξεως (π.χ. βλατίδες), και με τη φώνηση ελέγχεται η φυσιολογική και ομότιμη ανύψωσή της (συζυγίες IX και X, βλ. Πίνακα 3.2).

Τραχήλου. Η εξέταση καλό είναι να γίνεται με την κεφαλή σε ελαφρά έκταση και στροφή προς την αντίθετη πλευρά από τον εξεταζόμενο. Ελέγχεται η συμμετρία και ανευρίσκονται ορισμένα οδηγία σημεία όπως οι στερνοκλειδομαστοειδείς μύες, το υοειδές οστό, ο θυρεοειδής χόνδρος, η τραχεία και οι κλείδες. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανακάλυψη παθολογικών διογκώσεων, κυρίως λεμφαδενικών μαζών. Επιπλέον, επισκοπείται η μέση γραμμή για την ανεύρεση πιθανής βρογχοκήλης, και επισκοπούνται οι έξω καρωτίδες (χαρακτηριστικός είναι ο «χορός» των καρωτίδων επί αορτικής ανεπάρκειας, που συνοδεύεται από τον αλλόμονο σφυγμό του Corrigan και κινήσεις της κεφαλής αντίστοιχες του σφυγμού – σημείο Musset). Τα αγγεία πρέπει να εξετάζονται με τον ασθενή σε ημικαθιστική θέση (45 μοίρες). Επίσης ελέγχουμε για πιθανή διάταση των σφαγίτιδων φλεβών, που υποσημαίνει αυξημένες πιέσεις στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες.

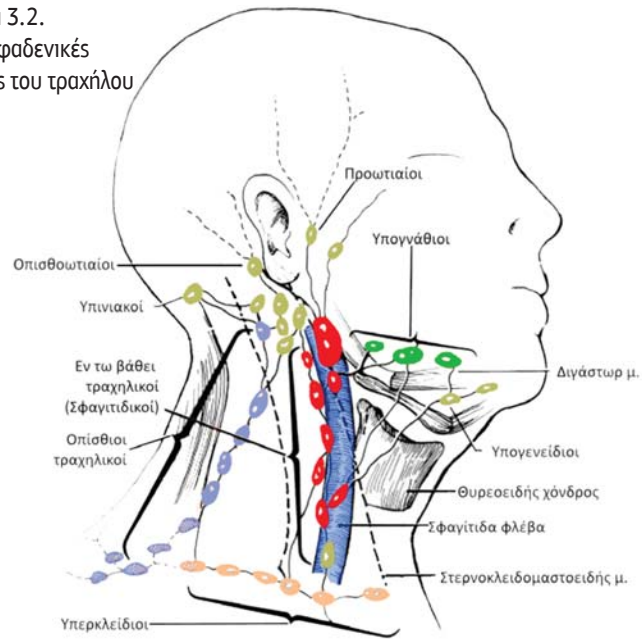
Ψηλάφηση

Κεφαλής. Ψηλαφούνται παθολογικές διογκώσεις που πιθανώς διαπιστώνονται, και εξετάζεται η σύστασή τους (συμπαγείς – κυστικές) και η παρουσία ευαισθησίας που υπονοεί φλεγμονή. Εξετάζονται οι κροταφικές αρτηρίες, καθώς και η σύσπαση των μασητήρων μυών (συζυγία V, βλ. Πίνακα 3.2). Ψηλαφούνται επιπλέον οι παρωτίδες προς αναζήτηση διογκώσεων, καθώς και οι προωτιαίες και οπισθοωτιαίες περιοχές για αναζήτηση λεμφαδενικών διογκώσεων.

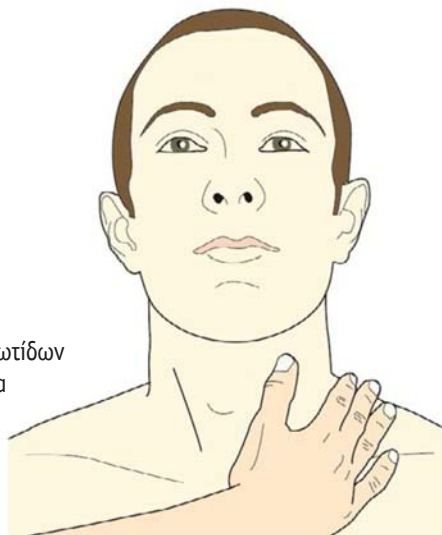
Τραχήλου. Η ψηλάφηση διενεργείται συνήθως από εμπρός, και εξετάζονται κατά σειρά το πρόσθιο τρίγωνο (με ελαφρά κάμψη εμπρός και ήπια παρεκτόπιση του στερνοκλειδομαστοειδούς, ώστε να ψηλαφηθούν λεμφαδένες κατά μήκος του χείλους του), το οπίσθιο τρίγωνο (με ελαφρά κάμψη προς τη σύστοιχη πλευρά), οι υπογνάθιες και υπογενειδίες χώρες (με ελαφρά κάμψη εμπρός) και η υπινιακή χώρα (για τις ομάδες των λεμφαδένων, βλ. Εικόνα 3.2). Εναλλακτικά, η ψηλάφηση διενεργείται με τον εξεταστή πίσω από τον ασθενή, ιδιαίτερα όσον αφορά την ψηλάφηση των υπερκλειδίων βόθρων. Εφόσον διαπιστωθούν διογκωμένοι λεμφαδένες, εξετάζεται το μέγεθος, η σύστασή τους (μαλθακοί ή σκληροί), εάν είναι ευαίσθητοι ή όχι και κατά πόσον συμφύονται με τους παρακείμενους ιστούς. υπέρ νεοπλασίας συνηγορεί το μεγάλο μέγεθος, η σκληρή σύσταση, η απουσία ευαισθησίας και η καθήλωση προς τους παρακείμενους ιστούς. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αναζήτηση υπερκλειδίων λεμφαδένων, καθώς αυτοί είναι ιδιαίτερα ύποπτοι για νεοπλασία. Ο θυρεοειδής ψηλαφείται με τον εξεταστή πίσω από τον ασθενή. Η ψηλάφηση άρχεται από τη σφαγή, έτσι ώστε να διαπιστωθεί πιθανή καταδύομενη βρογχοκήλη, και τα δάκτυλα ανέρχονται προοδευτικά, παρεκτοπίζοντας ελαφρά τον θυρεοειδή χόνδρο από κάθε πλευρά, ώστε να ψηλαφηθούν οι λοβοί του αδένα. Ευαισθησία σημαίνει πιθανή φλεγμονή, σκληρία σημαίνει πιθανή νεοπλασία, ενώ με τις καταποτικές κινήσεις μπορούν να διαπιστωθούν δομές (π.χ. λεμφαδένες) που συμφύονται με τον θυρεοειδή. Οι καρωτίδες ψηλαφούνται με τον αντίχειρα (βλ. Εικόνα 3.3), πάντα καθεμία ξεχωριστά και με ιδιαίτερα απαλές κινήσεις, καθότι πίεση αμφοτέρων μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή βραδυκαρδία και σε συγκοπτικό επεισόδιο. Επίσης, αναζητείται η θέση της τραχείας με τον δείκτη της δεξιάς χειρός στη σφαγιτιδική εντομή του στέρνου. Τέλος, εξετάζεται η παρουσία πιθανής αυχενικής δυσκαμψίας και σημείου Brudzinski (με την κάμψη του αυχένα προκαλείται κάμψη ισχίων και γονάτων), που υποδηλώνουν μηνιγγικό ερεθισμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

Εικόνα 3.2.
Οι λεμφαδενικές
ομάδες του τραχήλου



Εικόνα 3.3.
Ψηλάφηση καρωτίδων
με τον αντίχειρα



Επίκρουση

Δεν έχει ιδιαίτερη χρησιμότητα στην εξέταση της κεφαλής και του τραχήλου, πλην της ελαφράς πλήξης των παραρρινίων (ιγμορείων και μετωπιαίων κόλπων), κατά την οποία τυχόν ευαισθησία αποκαλύπτει υποκείμενη παραρρινοκολπίτιδα.

Ακρόαση

Στη νόσο Graves ενδέχεται να διαπιστωθεί συστολικό φύσημα στον άνω πόλο του θυρεοειδούς αδένος. Φυσήματα στις καρωτίδες μπορεί να οφείλονται σε στένωσή τους (ιδιαίτερα όταν είναι ετερόπλευρα) ή να επεκτείνονται από την αορτική βαλβίδα σε περίπτωση στένωσής της (ακουστά άμφω).

Αντανακλαστικά με συμμετοχή κρανιακών νεύρων

- ▶ **Αντανακλαστικό του κερατοειδούς:** Ερεθισμός του κερατοειδούς (π.χ. με βαμβάκι) προκαλεί σύγκλιση των βλεφάρων. Η κεντρομόλος οδός είναι το τρίδυμο νεύρο, το κέντρο του αντανακλαστικού βρίσκεται στον πυρήνα του προσωπικού, και η φυγόκεντρος οδός είναι ο κλάδος του προσωπικού νεύρου προς τον σφιγκτήρα των βλεφάρων.
- ▶ **Φωτοκινητικό αντανακλαστικό:** Πρόπτωση φωτεινής δέσμης προς τον έναν οφθαλμό προκαλεί σύσπαση της κόρης αυτού του οφθαλμού (άμεσο αντανακλαστικό) αλλά και της κόρης του άλλου οφθαλμού (έμμεσο ή συνεργικό αντανακλαστικό). Η κεντρομόλος οδός είναι η οπτική οδός μέχρι τα γονατώδη σώματα (βλ. Εικόνα 3.4), το κέντρο του αντανακλαστικού είναι ο πυρήνας του κοινού κινητικού νεύρου και η φυγόκεντρος οδός είναι το κοινό κινητικό νεύρο, το οφθαλμικό γάγγλιο και τα βραχέα ακτινοειδή νεύρα του σφιγκτήρα της κόρης.
- ▶ **Αντανακλαστικό προσαρμογής:** Κατά την αλλαγή στην εστίαση του βλέμματος από ένα μακρινό σε ένα κοντινό αντικείμενο (25-30 cm) παρατηρείται συστολή και των δύο κορών. Παράλληλα, υπάρχει σύγκλιση των οφθαλμών και

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

προσαρμογή του φακού. Το προσαγωγό σκέλος του αντανακλαστικού είναι η οπτική οδός, το κέντρο είναι ο πυρήνας του κοινού κινητικού νεύρου, και η απαγωγός οδός είναι το κοινό κινητικό νεύρο (σφιγκτήρας κόρης).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2Α. ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΣΥΖΥΓΙΩΝ (βλ. και Βίντεο 3.1)

ΝΕΥΡΟ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	ΤΡΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ
I. Οσφρητικό	Αίσθηση της όσφρησης	Αντίληψη συνηθισμένων οσμών (καφές, βανίλια, κ.λπ.)
II. Οπτικό	Αίσθηση της όρασης	Οπτική οξύτητα (πίνακες Snellen), αντίληψη χρωμάτων (πίνακες Ishihara), οπτικά πεδία (αντίληψη λεπτών κινήσεων των δακτύλων του εξεταστή στα άνω και κάτω κροταφικά και ρινοκά πεδία, βλ. Εικόνα 3.4)
III. Κοινό κινητικό	Νεύρωση ανελκτήρα του βλεφάρου, καθώς και του άνω, κάτω και έσω ορθού και κάτω λοξού οφθαλμοκινητικού μύος Παρασυμπαθητικές ίνες για τον συστολέα της κόρης	Έλεγχος για διπλωπία και κινητικότητα των οφθαλμών, εξέταση της διάνοιξης των βλεφάρων, έλεγχος για μυδρίαση και παρουσία φωτοκινητικού αντανακλαστικού
IV. Τροχιλιακό	Νεύρωση αντίπλευρου άνω λοξού μύος	Έλεγχος για κίνηση οφθαλμού προς τα κάτω και έσω
V. Τρίδυμο	Αισθητική μοίρα: Αισθητική νεύρωση του προσώπου και τριχωτού της κεφαλής (πλην της ινιακής χώρας) Κινητική μοίρα: Νεύρωση μασπηρών και κροταφικών μυών	Εξέταση αισθητικότητας (τολύπιο βάμβακος, καρφίδα), αντανακλαστικού κερατοειδούς (κεντρομόλος οδός, κατάργηση άμφω επί βλάβης) Ψηλάφηση μασπηρών μυών κατά τη σύσφιξη των οδόντων
VI. Απαγωγό	Νεύρωση έξω ορθού οφθαλμοκινητικού μύος	Έλεγχος για διπλωπία, έξω στροφή βολβού, αδυναμία απαγωγής

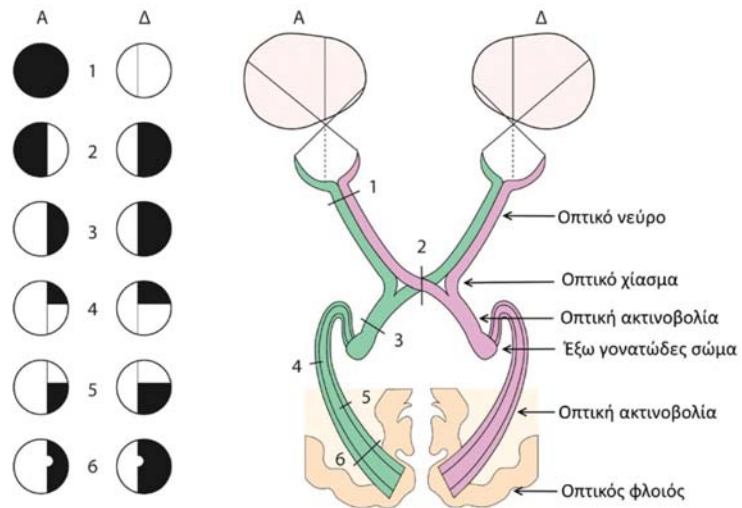
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

VII. Προσωπικό	<p>Κινητική μοίρα: Νεύρωση μύων προσώπου και μύων πλάτους (άνω ημιμόριο από αμφοτέρους τους πυρήνες, κάτω από τον αντίπλευρο), Βλ. Εικόνα 3.5</p> <p>Αισθητική μοίρα: Αισθητικότητα και γεύση στα πρόσθια 2/3 της γλώσσας, αισθητικότητα δέρματος ακουστικού πόρου Παρασυμπαθητικές εκκριτικές ίνες στους δακρυϊκούς, υπογνάθιους και υπογλώσσους σιελογόνους αδένες</p>	<p>Έλεγχος για πτώση γωνίας του στόματος, ενώ επίσης παραγγέλλεται στον ασθενή να σφίξει τα δόντια, να φουσκώσει τα μάγουλα, να σφουρίξει (κεντρικού τύπου πάρεση). Έλεγχος για συνοφρύωση και σύγκλειση των βλεφάρων έναντι αντίστασης (περιφερικού τύπου πάρεση), βλ.Εικόνα 3.5.</p> <p>Αντανακλαστικό κερατοειδούς (φυγόκεντρη οδός, βλ. σημείωση)</p> <p>Δοκιμασία γεύσης (ξινό, πικρό κ.λπ.), δοκιμασία Schirmer (έκκριση δακρύων)</p>
VIII. Στατικο-ακουστικό	<p>Κοχλιακό: Αίσθηση της ακοής</p> <p>Αιθουσαίο: Ισορροπία</p>	<p>Κοχλιακό: Αντίληψη ψιθύρου, δοκιμασίες Rinne και Weber</p> <p>Αιθουσαίο: Αναζήτηση νυσταγμού, δοκιμασία Romberg (πτώση προς την πλευρά της βλάβης) Επί αισθητικής αταξίας: Πτώση με κλειστούς οφθαλμούς Επί αιθουσαίας ή βλάβης της παρεγκεφαλίδας: Πτώση και με ανοικτούς οφθαλμούς</p>

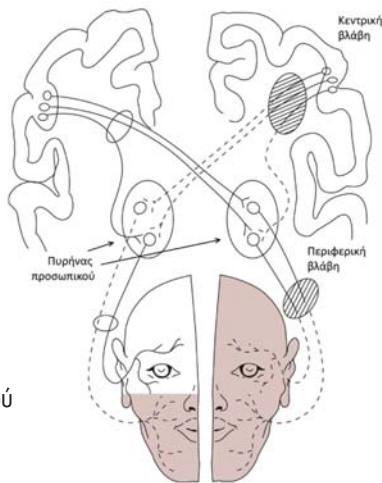
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

<p>ΙΧ. Γλωσσο-φαρυγγικό</p>	<p>Κινητική μοίρα: Φάρυγγας, μαλακή υπερώα Αισθητική μοίρα: Βλεννογόνος φάρυγγα, οπίσθιο 1/3 γλώσσας (γεύση) Παρασυμπαθητικές ίνες για την έκκριση από την παρωτίδα</p>	<p>Έλεγχος για βράγχος φωνής (παλίνδρομος λαρυγγικός κλάδος), φώνηση (έλεγχος για ανύψωση υπερώας, αντανακλαστικό φάρυγγος (gag reflex βλ. σημείωση), έλεγχος γεύσης οπισθίου 1/3 της γλώσσας. Εξειδικευμένες δοκιμασίες για την αυτόνομη μοίρα του πνευμονογαστρικού</p>
<p>X. Πνευμονο-γαστρικό</p>	<p>Κινητική μοίρα: Φάρυγγας, λάρυγγας Αισθητικές και παρασυμπαθητικές ίνες για τα σπλάχνα του θώρακα και της κοιλίας</p>	<p>Εξετάζεται μαζί με το Γλωσσοφαρυγγικό.</p>
<p>XI. Παραπληρωματικό</p>	<p>Νεύρωση στερνοκλειδομαστοειδούς και άνω τραπεζοειδούς μυός</p>	<p>Σύσπαση στερνοκλειδομαστοειδούς (στροφή κεφαλής προς την αντίθετη πλευρά έναντι αντίστασης), ανύψωση ώμων έναντι αντίστασης</p>
<p>XII. Υπογλώσσιο</p>	<p>Νεύρωση μυών της γλώσσας</p>	<p>Έλεγχος για ατροφία, δεσμιδώσεις ή ακούσιες κινήσεις Έλεγχος για πιθανές αποκλίσεις: Σε κεντρική βλάβη, όταν η γλώσσα είναι μέσα στο στόμα, αποκλίνει προς την υγιή πλευρά, ενώ, όταν είναι εκτός, αποκλίνει προς την πάσχουσα.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ



Εικόνα 3.4. Διαταραχές των οπτικών πεδίων ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης



Εικόνα 3.5. Πάρεση προσωπικού κεντρικού και περιφερικού τύπου

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Πάρηση προσωπικού

- ▶ Η παράλυση του προσωπικού νεύρου (περιφερικού τύπου, παράλυση του Bell) εμφανίζεται πιο συχνά σε ασθενείς πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, και ως αίτιο πιθανολογείται ο ιός του απλού έρπη.
- ▶ **Παράδειγμα:** Άνδρας ασθενής 76 ετών, με διαβήτη τύπου 2 και δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή, προσέρχεται λόγω πρόσφατου (προ 24ώρου) οπισθοωτιαίου άλγους δεξιά και πτώσης της δεξιάς γωνίας στόματος. Περιληπτική καταγραφή ευρημάτων κατά την αντικειμενική εξέταση:
 - ▶ ΑΠ: 156/95 mmHg, σφύξεις: 93/min, αναπνοές: 18/min.
 - ▶ **Κεφαλή:** Απώλεια ρυτίδωσης του δεξιού ημιμορίου του προσώπου κατά την ανύψωση των οφρύων, αδυναμία σύγκλεισης του δεξιού βλεφάρου, πτώση δεξιάς γωνίας στόματος, αδυναμία να σφυρίξει ή να φουσκώσει τις παρειές. Λοιπές εγκεφαλικές συζυγίες κατά φύση. Ξανθελάσματα βλεφάρων άμφω.
 - ▶ **Τράχηλος:** Τραχύ φύσημα αμφοτέρων των καρωτίδων, ιδιαίτερα δεξιά.
 - ▶ **Θώρακας:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα.
 - ▶ **Καρδιά:** S1 και S2 ακουστοί, ρυθμικοί. Ήπιο συστολικό φύσημα (2/6) στην εστία ακροάσεως της αορτικής βαλβίδας.
 - ▶ **Άκρα:** Μυϊκή ισχύς ικανοποιητική (4/5) στα άνω και κάτω άκρα. Τενόντια αντανακλαστικά αυξημένα εκλύονται συμμετρικά.

Υπερθυρεοειδισμός:

- ▶ **Ιστορικό:** Πρόκειται συνήθως για γυναίκες μέσης προς μεγάλη ηλικίας, οι οποίες αναφέρουν προοδευτική (σε διάστημα μηνών) εισβολή της χαρακτηριστικής συμπτωματολογίας (αυξημένη εφίδρωση, νευρικότητα κ.λπ.).
- ▶ **Παράδειγμα:** Γυναίκα 54 ετών, με ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης υπό αγωγή, προσέρχεται λόγω εμφάνισης αυξημένης εφίδρωσης, «εκνευρισμού» και λεπτού τρόμου από

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΚΕΦΑΛΗ ΚΑΙ ΤΡΑΧΗΛΟΣ

τριμήνου. Τον τελευταίο μήνα στα ανωτέρω έχουν προστεθεί έντονη δυσανεξία στη ζέστη, απώλεια βάρους (περί τα 4 kg) παρά την ελαφρά αυξημένη πρόσληψη τροφής, υδαρείς κενώσεις και αίσθημα παλμών. Περιληπτική καταγραφή ευρημάτων κατά την αντικειμενική εξέταση:

- ▶ ΑΠ: 130/75 mmHg, σφύξεις: 104/min, αναπνοές 20/min.
- ▶ **Κεφαλή:** Δίνεται η εντύπωση εξόφθαλμου άμφω κατά την παρατήρηση των οφθαλμών από τα πλάγια. Κατά την προς τα κάτω κίνηση των οφθαλμών υπολείπεται η συνοδός κίνηση των άνω βλεφάρων, με αποτέλεσμα τμήμα των σκληρών να παραμένει ακάλυπτο (σημείο von Graefe).
- ▶ **Τράχηλος:** Συμμετρική διόγκωση του θυρεοειδούς, μαλθακός, χωρίς όζους. Δίνεται η εντύπωση φυσήματος στην ακρόαση της μέσης γραμμής.
- ▶ **Θώρακας:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα.
- ▶ **Καρδιά:** S1 και S2 ευκρινώς ακουστοί, άρρυθμοι (στο ηλεκτροκαρδιογράφημα διαπιστώνεται κολπική μαρμαρυγή) χωρίς φυσήματα ή άλλους επιπρόσθετους ήχους.
- ▶ **Κοιλία:** Μαλθακή, ευπίεστη, ανώδυνη. Αυξημένης συχνότητας και φυσιολογικής χροιάς εντερικοί ήχοι. Χωρίς ψηλαφητές μάζες, ήπαρ ή σπλήνα.
- ▶ **Άκρα:** Δέρμα ελαφρά υγρό. Λεπτός τρόμος άνω άκρων. Προκνημιαίο οίδημα άμφω.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Campbell WW. DeJong's The Neurologic Examination 7th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013

Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο
Ι. Παρισιάνου: 1969.

Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic
Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.

Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evi-
dence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medi-
cal: 2009.

Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination
& Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.



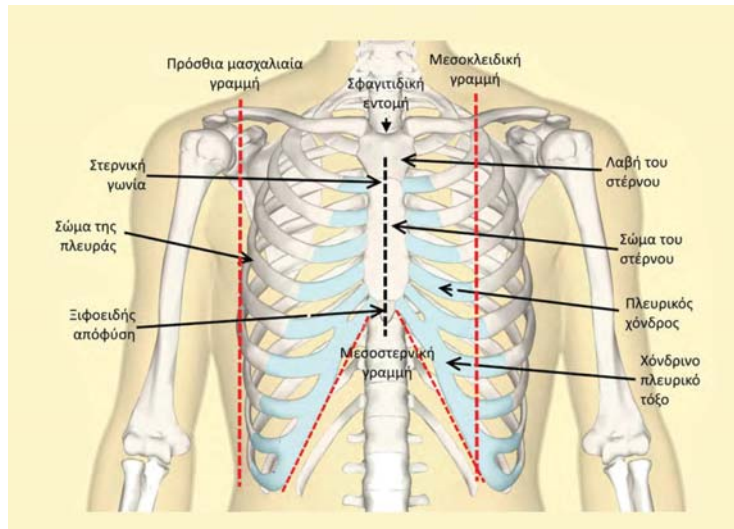
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

→ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η τραχεία χωρίζεται στους δυο κύριους βρόγχους, στον δεξιό και στον αριστερό, στο ύψος της στερνικής (λουδοβίκειου) γωνίας ή γωνίας του Luis στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα, και στον Θ4 σπόνδυλο στην οπίσθια επιφάνεια (Εικόνα 4.1). Οι δύο κύριοι βρόγχοι διαιρούνται στους βρόγχους των λοβών, οι οποίοι δίνουν κλάδους στα αντίστοιχα πνευμονικά τμήματα και καταλήγουν στα βρογχιόλια και στις κυψελίδες. Ο υπεζωκότας είναι η μεμβράνη που καλύπτει τους πνεύμονες και διακρίνεται σε σπλαχνικό, που καλύπτει τους πνεύμονες, και σε τοιχωματικό, που καλύπτει την εσωτερική επιφάνεια του θώρακα και του διαφράγματος. Ο σπλαχνικός και ο τοιχωματικός υπεζωκότας συναντώνται στις πύλες των πνευμόνων. Ο σπλαχνικός υπεζωκότας είναι πλούσιος σε λεμφαγγεία και αιμοφόρα αγγεία, αλλά στερείται νευρικές απολήξεις. Αντίθετα, ο τοιχωματικός υπεζωκότας έχει νευρικές απολήξεις, και ο ερεθισμός του προκαλεί τον χαρακτηριστικό πλευριτικό πόνο. Μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα υπάρχει μια μικρή ποσότητα πλευριτικού υγρού η οποία παράγεται συνεχώς από τον τοιχωματικό υπεζωκότα και απορροφάται από τον σπλαχνικό. Ο δεξιός πνεύμονας διαιρείται σε τρία τμήματα, στον άνω ή πρόσθιο, στον μέσο και κάτω ή οπίσθιο λοβό, και ο αριστερός πνεύμονας σε δύο, στον άνω και κάτω λοβό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.1. Επιφανειακή ανατομία και οδηγιά σημεία στον θώρακα. Στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα η στερνική γωνία αποτελεί το καλύτερο οδηγό σημείο. Βρίσκεται στην οστική γραμμή που συνδέει τη λαβή με το σώμα του στέρνου, λίγα εκατοστά κάτω από τη μανοειδή εντομή, ακριβώς στο ίδιο επίπεδο με τη δεύτερη πλευρά. Το διάστημα κάτω από τη δεύτερη πλευρά είναι το δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα. Όταν προσπαθείτε να αναγνωρίσετε τις πλευρές ή τα μεσοπλεύρια διαστήματα στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, αρχίστε τη μέτρηση από τη στερνική γωνία και το δεύτερο μεσοπλεύριο διάστημα, ακολουθώντας μια λοξή γραμμή προς τα κάτω και έξω, όπως δείχνει η μπλε διακεκομμένη γραμμή στο σχήμα, μερικά εκατοστά πλάγια του στέρνου. Όταν η ψηλάφηση γίνει πιο κεντρικά είναι δυνατό να προκαλέσει σύγχυση, επειδή τα χόνδρινα τμήματα των πλευρών είναι πολύ κοντά το ένα στο άλλο.

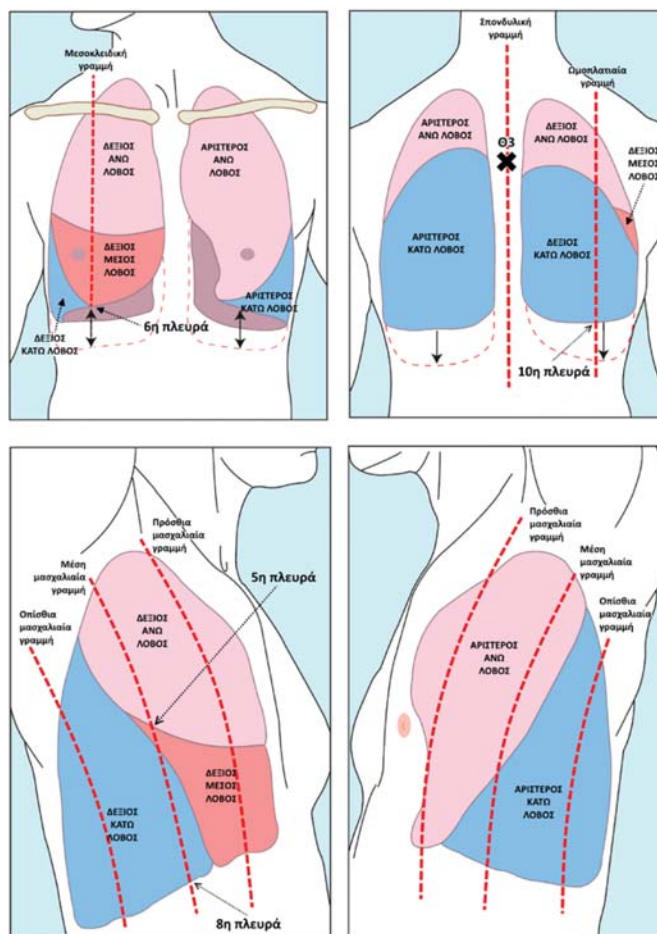
Τροποποιημένο από https://en.wikipedia.org/wiki/Xiphoid_process.

Όρια του πνεύμονα

Οι πνεύμονες εκτείνονται 3-4 cm πάνω από το μέσο της κλείδας. Τα κάτω όρια του δεξιού πνεύμονα συμπίπτουν με τα άνω όρια του ήπατος, δηλαδή την 6η πλευρά στην πρόσθια επιφάνεια στη μεσοκλειδική γραμμή, την 8η πλευρά στη μέση μασχαλιαία γραμμή και τη 10η πλευρά στην οπίσθια επιφάνεια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

στην ωμοπλαταιαία γραμμή (Εικόνα 4.2). Ο δεξιός πνεύμονας με τη μείζονα και οριζόντια σχισμή διαιρείται στον άνω, μέσο και κάτω λοβό, ενώ ο αριστερός με μία σχισμή διαιρείται στον άνω και κάτω λοβό. Ο διαχωρισμός των πνευμόνων σε λοβούς, στην πρόσθια, στην οπίσθια και στις πλάγιες όψεις φαίνονται στην Εικόνα 4.2.



Εικόνα 4.2. Τα όρια των πνευμόνων και των λοβών.

Οδηγά σημεία στον πνεύμονα

Κάτω από την κλείδα βρίσκεται η πρώτη πλευρά, ενώ η δεύτερη πλευρά ξεκινά στο ύψος της λουδοβίκειου γωνίας. Νοητές γραμμές στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα είναι:

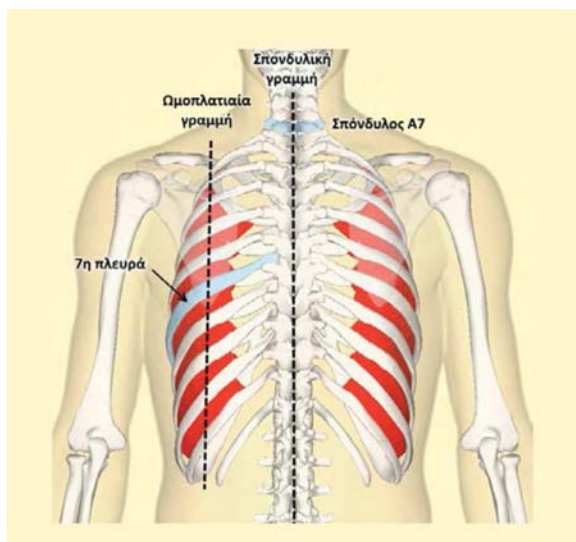
- ▶ η μεσοστερνική γραμμή, η οποία εκτείνεται από τη σφαγή του στέρνου έως την ξιφοειδή απόφυση,
- ▶ η δεξιά και η αριστερή στερνική γραμμή, που είναι παράλληλες προς τη μεσοστερνική και ακολουθούν τα πλάγια χείλη του στέρνου,
- ▶ η δεξιά και αριστερή μεσοκλειδική γραμμή. Οι γραμμές αυτές ξεκινούν από τη μέση της κλείδας και εκτείνονται προς τα κάτω, παράλληλα προς τη μεσοστερνική (Εικόνα 4.1).

Στην οπίσθια επιφάνεια του θώρακα, η ακανθώδης απόφυση που προεξέχει με ελαφρά κάμψη προς τα εμπρός αντιστοιχεί στον 7ο αυχενικό σπόνδυλο. Κάτω από αυτόν οι επόμενοι σπόνδυλοι είναι ο 1ος θωρακικός, ο 2ος κ.ο.κ. Ψηλαφώντας τις ακανθώδεις αποφύσεις των θωρακικών σπονδύλων, προσδιορίζονται οι αντίστοιχες πλευρές. Νοητές γραμμές στην οπίσθια επιφάνεια του θώρακα (Εικόνα 4.3) είναι:

- ▶ η οπίσθια μέση ή σπονδυλική γραμμή, που διέρχεται από τις ακανθώδεις αποφύσεις των σπονδύλων,
- ▶ η ωμοπλατιαία γραμμή, που ξεκινά από την κάτω γωνία της ωμοπλάτης και συνεχίζει προς τα πάνω πορευόμενη παράλληλα προς τη σπονδυλική γραμμή.

Στην πλάγια επιφάνεια φέρονται η πρόσθια, η μέση και η οπίσθια μασχαλιαία γραμμή κάθετα προς τα κάτω, προς το χείλος του μείζονος θωρακικού, το μέσο της μασχαλιαίας κοιλότητας και το χείλος του πλατέος ραχιαίου μυός αντίστοιχα (Εικόνα 4.2).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.3. Οδηγία σημεία στην οπίσθια επιφάνεια του θώρακα. Στο οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα υπάρχουν οι εξής νοπτές γραμμές: Η σπονδυλική κατά μήκος των ακανθώδων αποφύσεων των σπονδύλων, και η ωμοπλαταιαία γραμμή κατά μήκος της ωμοπλάτης, κάθετα από την κάτω γωνία της ωμοπλάτης. Όταν ο εξεταζόμενος κάμπτει τον τράχηλο, η απόφυση που εξέχει περισσότερο είναι η 7η αυχενική (ενίοτε μπορεί να είναι η 1η θωρακική). Σε φάση εκπνοής, η κατώτερη γωνία της ωμοπλάτης αντιστοιχεί περίπου στο ύψος της 7ης πλευράς ή του αντίστοιχου μεσοπλευρίου διαστήματος. Σε φάση εκπνοής, το κάτω όριο του πνεύμονα βρίσκεται στο ύψος της ακανθώδους αποφύσεως του Θ10, ενώ στη βαθιά εισπνοή μπορεί να κατέβει μέχρι το ύψος της ακανθώδους αποφύσεως του Θ12.

Τροποποιημένο από https://en.wikipedia.org/wiki/Innermost_intercostal_muscle.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κύριες εκδηλώσεις των αναπνευστικών νοσημάτων είναι:

- ▶ ο βήχας,
- ▶ η απόχρεμψη,
- ▶ η αιμόπτυση,
- ▶ ο θωρακικός πόνος,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ η δύσπνοια,
- ▶ η συρίττουσα αναπνοή,
- ▶ η κυάνωση.

Παρόλο που τα συμπτώματα αυτά δεν είναι ειδικά για τις πνευμονικές παθήσεις (π.χ. η δύσπνοια μπορεί να οφείλεται εκτός από πνευμονικά νοσήματα και σε καρδιακή ανεπάρκεια ή σε άλλα συστηματικά νοσήματα), ο θεράπων ιατρός οφείλει να αξιολογήσει τα συμπτώματα αυτά όπου υπάρχουν, δίνοντας έμφαση στον τρόπο έναρξης, στη διάρκειά τους, στην εξέλιξή τους, καθώς και σε παράγοντες που επιδεινώνουν ή που ανακουφίζουν από τα συμπτώματα. Απαραίτητη είναι η αναζήτηση εξωθωρακικών σημείων, όπως η πληκτροδακτυλία, τα οποία σχετίζονται με πνευμονικές παθήσεις.

Βήχας. Ο βήχας είναι ένα αντανακλαστικό με το οποίο ο οργανισμός απομακρύνει τις εκκρίσεις ή τις ερεθιστικές ουσίες από τους αεραγωγούς. Διακρίνεται σε παραγωγικό (συνοδεύεται από απόχρεμψη) και μη παραγωγικό ή ξηρό βήχα. Ο παραγωγικός βήχας παρατηρείται σε οξείες ή χρόνιες φλεγμονές των βρόγχων ή των πνευμόνων. Αντίθετα, ο μη παραγωγικός βήχας χαρακτηρίζει παθήσεις όπως η φαρυγγίτιδα και η λαρυγγίτιδα, το βρογχογενές καρκίνωμα, η βλάβη του παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου, η τραχειίτιδα., ο ερεθισμός του βρογχικού δένδρου από την παλινδρόμηση γαστρικού υγρού και ενίοτε ως ανεπιθύμητη ενέργεια από τη λήψη αναστολέων μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης. Χρόνιο βήχα παρατηρούμε σε χρόνια βρογχίτιδα σε καπνιστές, σε βρογχογενές καρκίνωμα, φυματίωση κ.ά. Ιδιαίτερη περίπτωση βήχα είναι ο παροξυσμικός βήχας, τον οποίο συναντούμε στον κοκκύτη.

Απόχρεμψη. Απόχρεμψη είναι οι εκκρίσεις των αεροφόρων οδών ή/και των κυψελίδων, οι οποίες αποβάλλονται με τον βήχα. Φυσιολογικά παράγονται 75 ml πτυέλων ανά 24ωρο. Αύξηση των πτυέλων μπορεί να υποδεικνύει οξεία ή χρόνια βρογχίτιδα, βρογχικό άσθμα, βρογχεκτασία, πνευμονία, φυματίωση ή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

και απόστημα πνεύμονα. Τα πτύελα αξιολογούνται με βάση την ποσότητά τους, το χρώμα τους, τη σύστασή τους και την πρόσμιξη ή όχι αίματος. Σε μικροβιακές φλεγμονές τα πτύελα είναι κίτρινα ή πράσινα λόγω της παρουσίας νεκρών ουδετερόφιλων και των προϊόντων της λύσης τους.

Αιμόπτυση. Αιμόπτυση είναι η αποβολή με τον βήχα καθαρού αίματος ή αίματος αναμεμιγμένου με πτύελα. Σχετίζεται συχνά με καρκίνο του πνεύμονα, αλλά μπορεί επίσης να προέρχεται από βρογχεκτασία, φυματίωση, απόστημα, πνευμονική εμβολή ή από καρδιακή ανεπάρκεια. Ως μαζική χαρακτηρίζεται η αιμόπτυση όταν η ποσότητα του αίματος είναι ≥ 400 ml/24ωρο. Η αιμόπτυση μπορεί να είναι επακόλουθο αιμορραγίας του οπίσθιου τμήματος της ρινός.

Θωρακικός πόνος. Θωρακικός πόνος μπορεί να προκαλείται από νοσήματα του θωρακικού τοιχώματος, της σπονδυλικής στήλης, του υπεζωκότα, του διαφράγματος και των μεσοπλευρίων νεύρων. Οι παθήσεις του πνευμονικού παρεγχύματος και του σπλαχνικού υπεζωκότα δεν προκαλούν πόνο επειδή δεν διαθέτουν νεύρωση. Θωρακικό πόνο μπορεί να προκαλέσουν, επίσης, νοσήματα του οισοφάγου και της καρδιάς.

Ο θωρακικός πόνος διακρίνεται ανάλογα με την προέλευση σε πλευριτικό πόνο, οπισθοστερνικό πόνο και σε πόνο που οφείλεται σε παθήσεις του σκελετού του θώρακα.

Ο πλευριτικός πόνος είναι οξύς, διαξιφιστικός και επιδεινώνεται με τη βαθιά εισπνοή και τον βήχα. Παρατηρείται σε φλεγμονή του υπεζωκότα μετά από πνευμονία, φυματίωση και πνευμονικό έμφρακτο, εξαιτίας πνευμονικής εμβολής. Ο πόνος εντοπίζεται στο πάσχον ημιθώρακιο και μπορεί να είναι τόσο έντονος, που να περιορίζει το εύρος των αναπνευστικών κινήσεων. Οφείλεται σε τριβή του σπλαχνικού και τοιχωματικού υπεζωκότα και συνοδεύεται συχνά από ήχο τριβής κατά την ακρόαση. Όταν αναπτύσσεται άφθονο πλευριτικό υγρό και τα δύο πέταλα του υπεζωκότα απομακρύνονται το ένα από το άλλο,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ο πόνος συνήθως υποχωρεί. Ο πλευριτικός πόνος του διαφραγματικού υπεζωκότα είναι δυνατόν να αντανakλά στον τράχηλο και στον σύστοιχο ώμο, λόγω ερεθισμού του φρενικού νεύρου.

Ο οπισθοστερνικός πόνος είναι οξύς και εντοπίζεται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα πίσω από το στέρνο. Οφείλεται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου, σε πνευμονική υπέρταση, σε διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής, σε σπασμό του οισοφάγου, και σε περικαρδίτιδα.

Στην ισχαιμία του μυοκαρδίου (στηθαγχικός πόνος) ο πόνος εντοπίζεται στο κατώτερο τμήμα του στέρνου, έχει χαρακτήρα συσφυγτικό, εμφανίζεται συνήθως κατά την προσπάθεια και υποχωρεί με την ανάπαυση, και μπορεί να επεκτείνεται προς τον τράχηλο, την κάτω γνάθο, τα άνω άκρα και τη ράχη.

Στην πνευμονική υπέρταση (οξεία ή χρόνια) ο πόνος εμφανίζεται κατά την προσπάθεια, έχει πιεστικό χαρακτήρα και έχει την ίδια εντόπιση και τις αντανakλάσεις με τον πόνο της ισχαιμίας του μυοκαρδίου. Οξεία πνευμονική υπέρταση παρατηρείται σε περιπτώσεις πνευμονικής εμβολής, οπότε συνυπάρχουν και άλλα συνοδά ευρήματα (δύσπνοια, αιμόπτυση, ταχυκαρδία κ.λπ.). Η χρόνια πνευμονική υπέρταση έχει πολλά αίτια (διάμεσες πνευμονοπάθειες, βαλβιδοπάθειες κ.λπ.) και μπορεί να συνοδεύεται από αύξηση της έντασης του 2ου καρδιακού τόνου, πληκτροδακτυλία, υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και αυξημένη πίεση στην πνευμονική αρτηρία.

Στο διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής ο πόνος είναι οξύς, έντονος, μοιάζει με τον πόνο του εμφράγματος του μυοκαρδίου, ακτινοβολεί προς τον τράχηλο, τη ράχη, την κοιλιά και την οσφύ (ακολουθεί δηλαδή την πορεία της αορτής).

Ο πόνος που προκαλείται από σπασμό του οισοφάγου είναι έντονος και οφείλεται σε έντονη σύσπαση των μυών του οισοφάγου συνήθως από την παρουσία γαστρικού υγρού λόγω γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Ο ευερέθιστος οισοφάγος μπορεί επίσης να προκαλέσει σπασμό λόγω διαταραχών κινητικότητας και αυξημένης ευαισθησίας του οισοφάγου. Δεν διακρίνεται εύκολα από τον στηθαγχικό πόνο όσον αφορά την

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

εντόπιση, την ένταση και τις αντανακλάσεις. Συχνά όμως συνυπάρχουν δυσφαγία και καύσος, που βοηθούν στη διαφορική διάγνωση.

Ο πόνος της περικαρδίτιδας είναι πλευριτικού τύπου και επιδεινώνεται κατά τη βαθιά εισπνοή. Συνοδεύεται από περικαρδιακό ήχο τριβής.

Θωρακικός πόνος σε παθήσεις του σκελετού του θώρακα. Η αρθρίτιδα των πλευροσπονδυλικών αρθρώσεων (αγκυλοποιητική ή εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα), ο έρπης ζωστήρας, τα κατάγματα των πλευρών και οι μεταστάσεις στα σπονδυλικά σώματα και στις πλευρές προκαλούν εντοπισμένο πόνο που επιδεινώνεται με τη βαθιά εισπνοή αλλά και τις κινήσεις του κορμού. Η προσβολή των στεרνοπλευρικών αρθρώσεων των ανώτερων πλευρών (σύνδρομο Tietze) επίσης αποτελεί αίτιο θωρακικού πόνου, και η ευαισθησία αποκαλύπτεται με την άσκηση πίεσης στην πάσχουσα περιοχή.

Δύσπνοια. Ως δύσπνοια ορίζεται το υποκειμενικό αίσθημα δυσκολίας στην αναπνοή. Ο φυσιολογικός αριθμός αναπνοών είναι 16-20 αναπνοές/min και είναι μεγαλύτερος στα νεογνά και στα παιδιά και μικρότερος σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Στη φυσιολογική αναπνοή, μεταξύ της εισπνοής και της εκπνοής υπάρχει μια μικρή παύλα. Η δύσπνοια αποτελεί σημαντική εκδήλωση νοσημάτων του αναπνευστικού και του κυκλοφορικού συστήματος, καθώς και πολλών άλλων παθολογικών καταστάσεων (π.χ. αναιμία, διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας κ.λπ.). Η δύσπνοια είναι συνήθως επακόλουθο μηχανικών διαταραχών του θώρακα (ελάττωση της διατασιμότητας και ελαστικότητας του πνεύμονα και του θωρακικού τοιχώματος, αύξηση της αντίστασης των αεραγωγών, παράλυση των αναπνευστικών μυών) ή μπορεί να αποτελεί συνέπεια διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας (π.χ. μεταβολική οξέωση). Η δύσπνοια ταξινομείται ανάλογα με τη βαρύτητα, τους παράγοντες που την εκλύουν ή την επιδεινώνουν, και την αιτιολογία της. Έτσι, διακρίνουμε δύσπνοια ηρεμίας (ορθόπνοια, παροξυσμική νυχτερινή δύ-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

σπνοια), που χαρακτηρίζει κυρίως της καρδιακές παθήσεις, και δύσπνοια κατά την προσπάθεια. Επίσης, η δύσπνοια διακρίνεται σε εισπνευστική, εκπνευστική ή μεικτή, εισπνευστική και εκπνευστική.

Η ορθόπνοια εμφανίζεται στην κατάκλιση, και υποχωρεί όταν ο ασθενής λάβει την καθιστή ή την όρθια θέση. Ορθόπνοια υπάρχει χαρακτηριστικά επί ανεπάρκειας της αριστερής κοιλίας. Η παροξυσμική νυχτερινή δύσπνοια χαρακτηρίζεται από δύσπνοια στη διάρκεια του ύπνου, η οποία αφυπνίζει τον ασθενή. Υποχωρεί 10-20 min μετά την έγερση και είναι σύμπτωμα αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας ή σοβαρού βαθμού στένωσης της μιτροειδούς βαλβίδας.

Η εισπνευστική δύσπνοια εκδηλώνεται με εργώδη αναπνοή (εισολκή μεσοπλεύριων διαστημάτων και υπερκλείδιων βόθρων). Αίτια αποτελούν: α) η μερική απόφραξη των μεγάλων αεραγωγών (λάρυγγας, τραχεία, βρόγχοι) από ξένο σώμα, ενδοαυλικό όγκο, σπασμό της γλωττίδας, λοίμωξη (διφθεριτική λαρυγγίτιδα) ή από εξωτερική πίεση (όγκοι μεσοθωρακίου, καταδύομενη βρογχοκήλη), β) η στένωση των μικρότερων αεραγωγών (κρίση βρογχικού άσθματος), γ) η καρδιακή ανεπάρκεια. Στις δύο τελευταίες καταστάσεις υπάρχει ταυτόχρονα και εκπνευστική δύσπνοια.

Σε απόφραξη των μεγάλων αεραγωγών δημιουργείται χαρακτηριστικός εισπνευστικός συριγμός (stridor), δηλαδή ήχος υψηλής συχνότητας, τραχύς μουσικός, ο οποίος είναι ακουστός από απόσταση. Όταν η απόφραξη είναι μεγάλου βαθμού μπορεί να ακούγεται και στην εκπνοή.

Η εκπνευστική δύσπνοια χαρακτηρίζεται από παρατεταμένη και δυσχερή εκπνοή, και οφείλεται σε στένωση του αυλού των βρόγχων και των βρογχιολίων. Η στένωση προκαλείται από σπασμό, οίδημα του βλεννογόνου ή απόφραξη του βρόγχου από εκκρίματα (π.χ. κρίση βρογχικού άσθματος, χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες), και ονομάζεται και συρίττουσα αναπνοή (wheezing). Επειδή η εισπνοή είναι ενεργητική διαδικασία και γίνεται με τη σύσπασση των αναπνευστικών μυών –σε αντίθεση

με την εκπνοή, η οποία γίνεται με την παθητική σύμπτυξη του θωρακικού τοιχώματος, μια ήπια στένωση των αεραγωγών μπορεί να μην είναι αντιληπτή. Η συρίττουσα αναπνοή μπορεί να απουσιάζει σε βαριές κρίσεις άσθματος όταν η ροή του αέρα στους βρόγχους είναι ελάχιστη.

Δύσπνοια μεικτού τύπου (εισπνευστική και εκπνευστική) μπορεί να παρατηρηθεί σε λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού (πνευμονία, βρογχοπνευμονία), διάμεσες πνευμονοπάθειες, πνευμονική εμβολή κ.λπ.

Διαταραχές του ρυθμού της αναπνοής. Στην αξιολόγηση των διαταραχών της αναπνοής περιγράφουμε τη συχνότητα, το βάθος και τη ρυθμικότητα (Εικόνα 4.4).

Άπνοια: Είναι η προσωρινή διακοπή της αναπνοής για χρονικό διάστημα > 10 sec. Το θωρακικό τοίχωμα βρίσκεται σε θέση εκπνοής (π.χ. σύνδρομο άπνοιας-υπόπνοιας στον ύπνο, βλάβες κεντρικής αιτιολογίας).

Υπόπνοια: Είναι η ελάττωση της ροής του αέρα κατά $\geq 50\%$ με ταυτόχρονο αποκορεσμό $\geq 4\%$ (π.χ. σύνδρομο άπνοιας-υπόπνοιας στον ύπνο). Η απόφραξη οφείλεται σε χαλάρωση του τόνου των μυών του φάρυγγα και της γλώσσας στον ύπνο.

Ταχύπνοια: (ταχεία επιπόλαιη αναπνοή): Ορίζεται ως η αύξηση του ρυθμού των αναπνοών πάνω από 20/min. Χαρακτηρίζει την περιοριστική πνευμονοπάθεια και τον πλευριτικό πόνο.

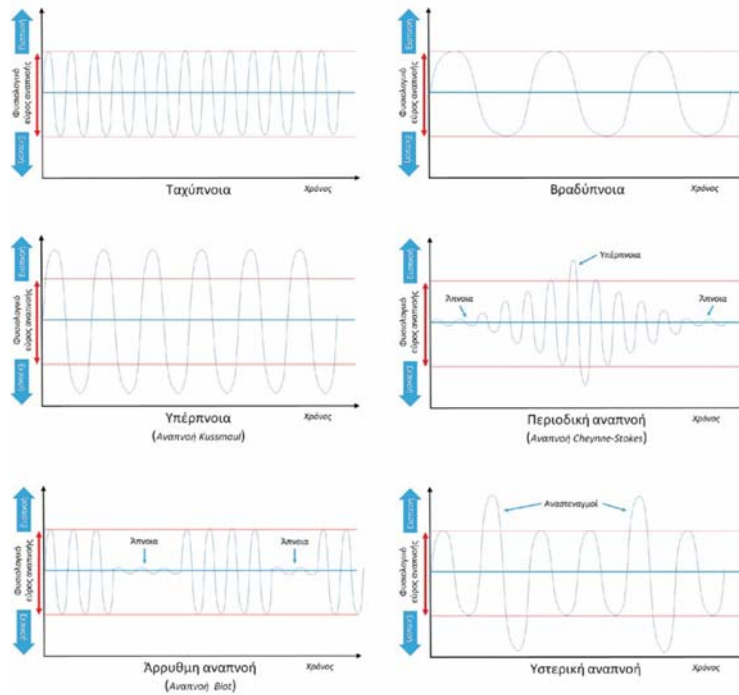
Υπέρπνοια: Ορίζεται ως η αύξηση του αερισμού των πνευμόνων (υπεραερισμός).

Αναπνοή Kussmaul: Χαρακτηρίζεται από βαθιές, συχνές αναπνοές χωρίς παύλα. Παρατηρείται στη μεταβολική οξέωση και, παροδικά, σε έντονη άσκηση.

Βραδύπνοια: Οφείλεται συχνά σε διαβητικό κώμα ή καταστολή του κέντρου της αναπνοής.

Περιοδική αναπνοή ή αναπνοή Cheyne-Stokes: Χαρακτηρίζεται από περιόδους άπνοιας ορισμένης διάρκειας που εναλλάσσονται με περιόδους υπέρπνοιας. Χαρακτηρίζει κυρίως την

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.4. Διαταραχές του ρυθμού της αναπνοής.

καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά μπορεί να αποτελεί εκδήλωση εγκεφαλικής βλάβης με ενδοκράνια υπέρταση και λήψη φαρμάκων ή ουσιών που καταστέλλουν το κέντρο της αναπνοής.

Αναπνοή Biot (άρρυθμη αναπνοή): Πρόκειται για αταξική αναπνοή, που χαρακτηρίζεται από απρόβλεπτες ανωμαλίες της αναπνοής. Συναντάται σε καταστολή του κέντρου της αναπνοής από διάφορες αιτίες, όπως η λήψη φαρμάκων και οι εγκεφαλικές κακώσεις, καθώς και προθανάτια.

Υστερική αναπνοή: Είναι ακανόνιστη αναπνοή και συνοδεύεται από αναστεναγμούς. Δεν αποτελεί, στην ουσία, δύσπνοια, και οφείλεται σε αίσθημα πνιγμονής που έχουν τα άτομα και αδυναμίας λήψης βαθιάς αναπνοής.

Αποφρακτικού τύπου αναπνοή: Χαρακτηρίζεται από παράταση της εκπνοής και απαντάται στις αποφρακτικές πνευμονοπάθειες. Οφείλεται στην αυξημένη αντίσταση των αεραγωγών. Σε περίπτωση που χρειαστεί να αυξηθεί η αναπνευστική συχνότητα (π.χ. σε κάποια προσπάθεια), απουσιάζει ο αναγκαίος χρόνος για πλήρη εκπνοή, ο θώρακας αδυνατεί να συμπτυχθεί και να εκπτυχθεί επειδή υπάρχει παγιδευμένος αέρας στους αεραγωγούς, και η αναπνοή γίνεται επιπόλαιη.

Κυάνωση. Είναι η χαρακτηριστική κυανή ή κυανέρυθη χροιά του δέρματος και των βλεννογόνων, λόγω αυξημένης (> 5 g/dL) ποσότητας αναχθείσας αιμοσφαιρίνης (μη συνδεδεμένης με οξυγόνο) στα μικρά αγγεία της επιφάνειας. Η κυάνωση είναι πλέον έκδηλη σε σημεία που η επιδερμίδα είναι λεπτή, όπως είναι τα χείλη, τα νύχια και τα πτερύγια των αυτιών. Διακρίνεται σε κεντρική και σε περιφερική κυάνωση.

Κεντρική κυάνωση παρατηρείται όταν το ποσοστό κορεσμού της αιμοσφαιρίνης στο αρτηριακό αίμα (SaO_2) είναι <75% και παρατηρείται σε περιπτώσεις όπως οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και οι συγγενείς καρδιοπάθειες, όταν υπάρχει διαφυγή φλεβικού αίματος από τις δεξιές κοιλότητες της καρδιάς προς τις αριστερές ή την αορτή (shunts).

Περιφερική κυάνωση παρατηρείται όταν αυξηθεί το ποσοστό της αναχθείσας αιμοσφαιρίνης στα τοπικά τριχοειδή λόγω βραδείας κυκλοφορίας και υπερβολικής κατανάλωσης O_2 τοπικά στους ιστούς. Το ποσό της αναχθείσας αιμοσφαιρίνης τοπικά είναι >5 g/dL, ενώ ο κορεσμός της αιμοσφαιρίνης στο αρτηριακό αίμα είναι φυσιολογικός. Περιφερική κυάνωση παρατηρείται σε γενικευμένη αγγειοσύσπαση (έκθεση στο κρύο, σοκ, καρδιακή ανεπάρκεια). Στο φαινόμενο Raynaud η κυάνωση εμφανίζεται στη φάση του σπασμού των φλεβών και υποχωρεί μετά τη λύση του.

Η περιφερική κυάνωση εμφανίζεται στα περιφερικά σημεία του σώματος που είναι κρύα λόγω της αγγειοσύσπασης, ενώ οι βλεννογόνοι έχουν φυσιολογική χροιά. Αντίθετα, στην κεντρική κυάνωση, η κυάνωση είναι γενικευμένη, παρατηρείται στα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

κεντρικά σημεία του σώματος (χείλη, γλώσσα), ενώ τα άκρα είναι θερμά. Επίσης, το ποσοστό κορεσμού της αιμοσφαιρίνης βοηθάει στη διαφορική διάγνωση, αφού είναι μειωμένο στην κεντρική και φυσιολογικό στην περιφερική κυάνωση.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

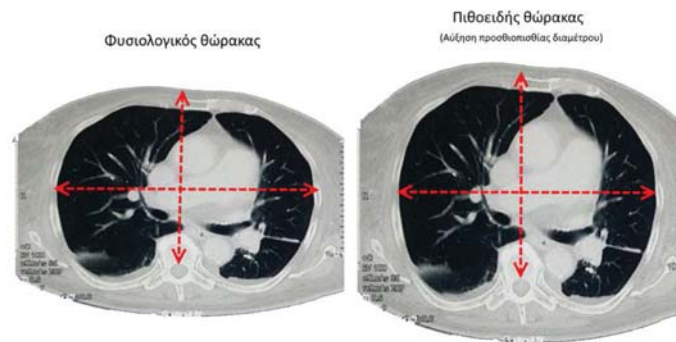
Η κλινική εξέταση του αναπνευστικού συστήματος παρουσιάζεται στο Βίντεο 4.1.

Επισκόπηση. Στην επισκόπηση του θώρακα ο ασθενής βρίσκεται καθισμένος ή σε όρθια θέση, και ο εξετάζων στέκεται στη δεξιά πλευρά του ασθενούς και παρατηρεί την πρόσθια, πλάγια και οπίσθια επιφάνεια του θώρακα. Από την επισκόπηση ο ιατρός πιθανόν να εντοπίσει ασυμμετρία των ημιθωρακίων, χειρουργικές τομές, οίδημα, διογκώσεις στις πλευρές, πλήρωση των υπερκλείδιων βόθρων, αγγειακές ανωμαλίες (τηλεαγγειεκτασίες, σπίλοι, επίφλεβο), όζοι και δερματικά εξανθήματα. Επίσης, ο εξεταστής παρακολουθεί για την ύπαρξη ανώμαλης εισολκής ή προπέτειας των μεσοπλεύριων διαστημάτων και των κορυφών κατά την αναπνοή, τη χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών, ειδικότερα των στερνοκλειδομαστοειδών, σκαληνών, τραπεζοειδών κατά την εισπνοή και των κοιλιακών μυών κατά την εκπνοή.

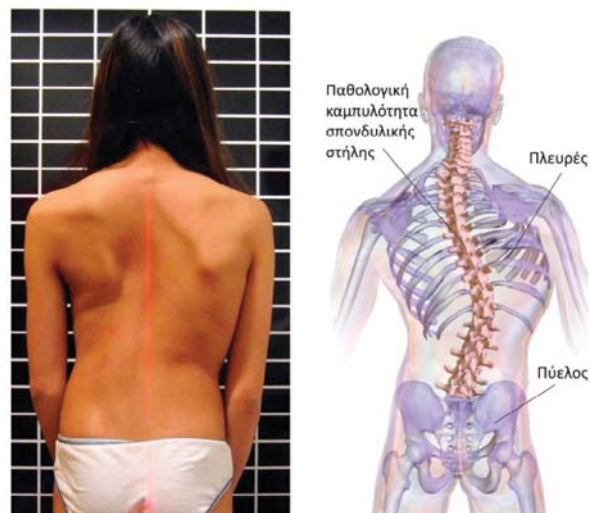
Οι κυριότερες ανωμαλίες στο σχήμα του θώρακα είναι:

Ο πιθοειδής θώρακας. Παρατηρείται στις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες. Στον φυσιολογικό ενήλικα η σχέση της προσθιοπίσθιας προς την πλάγια διάμετρο είναι περίπου 1:2. Ο πιθοειδής θώρακας χαρακτηρίζεται από αύξηση της προσθιοπίσθιας και της πλάγιας διαμέτρου του θώρακα (σχέση περίπου 1:1), με ταυτόχρονη οριζόντιωση των πλευρών (Εικόνα 4.5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.5. Πιθωειδής θώρακας.
Η προσθιοπίσθια διάμετρος έχει αυξηθεί σημαντικά.



Εικόνα 4.6. Κυφωσκολίωση της σπονδυλικής στήλης σε έφηβη γυναίκα. Τροποποιημένο από © 2007 Weiss; licensee BioMed Central Ltd. CC Attribution 2.0 Generic & Blausen.com staff. "Blausen gallery 2014".

Wikiversity Journal of Medicine. DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 20018762.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο κυφωτικός θώρακας. Η κύφωση της σπονδυλικής στήλης προκαλεί και υπερβολική κύρτωση στον θώρακα. Στην παιδική και στην εφηβική ηλικία συναντάμε κυρίως την ιδιοπαθή κύφωση, όπου είναι αγνώστου αιτίας. Η συχνότητα της εμφάνισης είναι μεγαλύτερη στα αγόρια, σε σχέση με τα κορίτσια. Πολλές περιπτώσεις δεν οφείλονται σε προβλήματα σπονδύλων αλλά στην κακή στάση, και προκαλείται κυρίως σε άτομα αγύμναστα με χαλάρωση μυών. Παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με κύφωση είναι αποτέλεσμα καταστροφής των σπονδύλων από φυματίωση, καρκίνο, βαριά οστεοπόρωση, αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα κ.ά. Μπορεί να συνυπάρχει με σκολίωση, δηλαδή προς τα πλάγια (αριστερά ή δεξιά) κύρτωση ενός τμήματος της σπονδυλικής στήλης, οπότε ο θώρακας γίνεται κυφοσκολιωτικός (Εικόνα 4.6).

Πτηνοειδής θώρακας (pectus carinatum). Πρόκειται για προπέτεια του στέρνου ή και των πρόσθιων άκρων των πλευρών (Εικόνα 4.7). Παρατηρείται σε βρογχικό άσθμα που δεν έχει θεραπευτεί σωστά από την παιδική ηλικία, αλλά μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και στην οστεομαλακία, σε πνευμονικές λοιμώξεις στην παιδική ηλικία, σε συγγενείς καρδιοπάθειες, ακόμη και στο σύνδρομο Marfan.

Θώρακας με εισέχον στέρνο (θώρακας των υποδηματοποιών ή pectus excavatum). Πρόκειται για κοίλανση στο κατώτερο τμήμα του στέρνου και έχει συγγενή αιτιολογία (Εικόνα 4.8). Οι ηπιότερες μορφές συνήθως δεν προκαλούν ιδιαίτερα προβλήματα στην αναπνευστική λειτουργία.

Με τον ασθενή κατακεκλιμένο σε γωνία 30°-45°, ο ιατρός σημειώνει τη θέση της τραχείας, τη συχνότητα και τα χαρακτηριστικά της αναπνοής και την έκπτυξη των ημιθωρακίων. Η διαφορά της περιμέτρου του θώρακα μεταξύ βαθιάς εισπνοής και εκπνοής μετράται με μια μεζούρα στο ύψος των θηλών των μαστών και φυσιολογικά είναι ≥ 5 cm. Συμμετρική υποκινητικότητα παρατηρείται στις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.7. Πιπνοειδής θώρακας.
(Από <http://www.ghschildrens.org/pectus.php>).



Εικόνα 4.8.
Θώρακας με εισέχον στέρνο.
(Από <http://www.ghschildrens.org/pectus.php>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

στη διάχυτη πνευμονική ίνωση, σε παθήσεις της σπονδυλικής στήλης ή σε καταστολή του κέντρου της αναπνοής. Ασύμμετρη υποκινητικότητα παρατηρείται σε προσβολή του ενός ημιθωρακίου (πνευμονία, πνευμοθώρακας, ατελεκτασία, κατάγματα πλευρών), ενώ το υγιές ημιθώρακιο έχει φυσιολογική κινητικότητα.

Ψηλάφηση. Με την ψηλάφηση του θώρακα, ο εξετάζων ελέγχει την κινητικότητα των δύο ημιθωρακίων, τη θέση της τραχείας, τις φωνητικές δονήσεις, ενώ μπορεί να διακρίνει τοπική ευαισθησία ή να εντοπίσει κραδασμούς και παθολογικές σφύξεις.

Για τον έλεγχο της κινητικότητας των ημιθωρακίων, ο εξετάζόμενος τοποθετείται κατακεκλιμένος σε 30°-45°. Στη συνέχεια ο εξετάζων τοποθετεί τις παλάμες του στο προσθιοπλάγιο τμήμα του θώρακα, με τους αντίχειρες όσο το δυνατόν πιο κοντά μεταξύ τους, και στην ξιφοειδή απόφυση. Στη συνέχεια παραγγέλλεται στον ασθενή βαθιά εισπνοή. Η έκπτυξη του θώρακα και συνεπώς και των παλαμών του εξετάζοντος πρέπει να είναι συμμετρική και το λιγότερο 5 cm, όσο δηλαδή και η έκπτυξη του θώρακα σε φυσιολογική αναπνοή. Η κινητικότητα των βάσεων οπισθίως γίνεται με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Ο ιατρός τοποθετεί της παλάμες στις οπισθοπλάγιες επιφάνειες του θώρακα, παράλληλα προς τη 10η πλευρά, με τους αντίχειρες να πιέζουν το δέρμα προς τη σπονδυλική στήλη, σχηματίζοντας πτυχή. Ταυτόχρονα οι αντίχειρες πρέπει να είναι ελεύθεροι για να ακολουθούν τα ημιθώρακια στην εισπνοή (Εικόνα 4.9). Σε φυσιολογική κίνηση του θώρακα, η πτυχή εξαφανίζεται ισότιμα, ενώ σε μειωμένη κινητικότητα του ενός ημιθωρακίου η πτυχή μεταβάλλεται ανισότιμα.

Ασυμμετρία στην κινητικότητα των ημιθωρακίων υποδηλώνει πνευμονεκτομή, πνευμοθώρακα, ατελεκτασία, πνευμονική πύκνωση, έντονη θωρακαλγία, η οποία αναγκάζει τον ασθενή να διακόψει ο ίδιος την εισπνοή, ή πλευρίτιδα. Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελεί η παράδοξη αναπνοή, όπου παρατηρείται εισολκή αντί της έκπτυξης σε ένα μέρος του θώρακα κατά την εισπνοή. Το εί-



Εικόνα 4.9.
Έλεγχος κινητικότητας ημιθωρακίων.

δος αυτό αναπνοής συναντάται σε διπλό κάταγμα πλευράς.

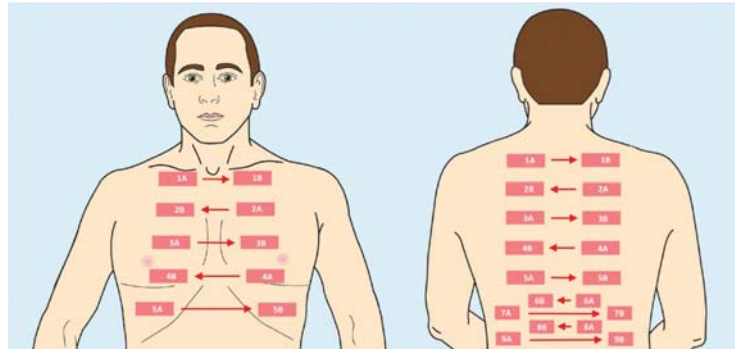
Η θέση της τραχείας μεταβάλλεται όταν παρεκτοπίζεται κάποιο από τα ημιθωράκια και, ανάλογα με την πάθηση, έλκεται ή απωθείται από το άσχον ημιθωράκιο (έλκεται σε ατελεκτασία, πνευμονεκτομή και εντοπισμένη πνευμονική ίνωση και απωθείται σε περιπτώσεις πλευρίτιδας και πνευμοθώρακα). Για αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό να εντοπιστεί η θέση της τραχείας. Ο έλεγχος για τη θέση της τραχείας γίνεται με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Ο εξετάζων τοποθετεί τον δείκτη του στην εντομή του στέρνου και πιέζει

απαλά. Η εξέταση μπορεί να είναι λίγο δυσάρεστη. Με τον ασθενή να κοιτά μπροστά, κινούμε τον δείκτη δεξιά και αριστερά. Η απόκλιση της τραχείας πρέπει να είναι ισότιμη και ο δείκτης να εισέρχεται με την ίδια ευχέρεια και προς τις δύο πλευρές.

Οι φωνητικές δονήσεις μεταβάλλονται ανάλογα με τη σύσταση του πνεύμονα. Για να εξεταστούν, ο εξετάζων τοποθετεί τις παλάμες ή το υποθέναρ σε συμμετρικές θέσεις στον θώρακα του ασθενούς, όπως φαίνεται στην Εικόνα 4.10, ο οποίος είναι σε καθιστή θέση, και του ζητείται να προφέρει συνεχόμενα τις λέξεις «τριάντα τρία». Οι φωνητικές δονήσεις αυξάνονται σε περίπτωση πύκνωσης (πνευμονία) και μειώνονται όταν υπάρχει υγρό ή αέρας στην υπεζωκοτική κοιλότητα. Οι φωνητικές δονήσεις μπορεί να ελεγχθούν και με την ακρόαση.

Η εξέταση για τοπική ευαισθησία γίνεται με ψηλάφηση, και σκοπός είναι η εντόπιση καταγμάτων, νεοπλασιών, φλεγμονών των πλευρών ή των πλευροστερνικών χόνδρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.10. Τα σημεία και η σειρά εξέτασης του θώρακα.

Με την ψηλάφηση μπορεί ο εξετάζων να εντοπίσει κραδασμούς όπως αυτός του υποδόριου εμφυσήματος. Ο κριγμός αυτός δίνει την αίσθηση σύνθλιψης χιονιού. Το υποδόριο εμφύσημα μπορεί να είναι απόρροια πνευμοθώρακα, εγχειρήσεως ή κατάγματος πλευρών στον θώρακα ή αεριογόνου γάγγραινας.

Επίκρουση θώρακος. Για να γίνει η επίκρουση στο πρόσθιο και πλάγιο τμήμα του θώρακα, ο ασθενής είναι σε γωνία 45° σε ύπτια θέση ή καθιστός. Η επίκρουση στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα ξεκινά από τις υπερκλειδίες χώρες και συνεχίζει κάτω από την κλείδα στο 2ο-6ο μεσοπλεύριο διάστημα συμμετρικά όπως φαίνεται στην Εικόνα 4.10, ώστε να μπορεί να γίνει η σύγκριση των ήχων των δύο ημιθωρακίων. Στην πλάγια επιφάνεια ξεκινά κατά μήκος της μέσης μασχαλιαίας γραμμής, από τη μασχαλιαία κοιλότητα μέχρι το 8ο μεσοπλεύριο διάστημα. Στο οπίσθιο τοίχωμα η επίκρουση γίνεται ενώ ο ασθενής κάθετα και αφού φέρει τα χέρια του στο πρόσθιο τοίχωμα χιαστί (Εικόνα 4.10). Επικρούεται η κορυφή του πνεύμονα συνεχίζοντας προς τα κάτω συμμετρικά και κάθε 4-5 cm μέχρι το ύψος του 10ου μεσοπλεύριου διαστήματος. Ο ήχος που παράγεται στο οπίσθιο τοίχωμα από τον 7ο αυχενικό έως το 10ο μεσοπλεύριο διάστημα φυσιολογικά είναι σαφής πνευμονικός. Με την επίκρουση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

γίνονται αντιληπτές βλάβες του πνεύμονα σε βάθος 5-6 cm και σε διάμετρο 4-5 cm.

Στο αριστερό ημιθώρακιο και μεταξύ της μεσοστερνικής και της αριστερής μεσοκλειδικής γραμμής, στο ύψος μεταξύ του 4ου και 6ου πλευρικού χόνδρου, ο ήχος είναι φυσιολογικά αμβλύς (καρδιακή αμβλύτητα). Επίσης, στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα κατά τη μεσοκλειδική γραμμή και μετά το 6^ο μεσοπλεύριο διάστημα ο ήχος γίνεται αμβλύς ή υπαμβλύς (ηπατική αμβλύτητα).

Για την επίκρουση, τοποθετήστε σε υπερέκταση το μέσο δάκτυλο του αριστερού χεριού (αν είστε δεξιόχειρας) και πιέστε την ονυχοφόρο φάλαγγα στην επιφάνεια που πρόκειται να επικρούσετε, ώστε να βρίσκεται σε στενή επαφή με το θωρακικό τοίχωμα. Η προς επίκρουση επιφάνεια στο θωρακικό τοίχωμα είναι τα μεσοπλεύρια διαστήματα, και το δάκτυλο στο οποίο γίνεται η επίκρουση πρέπει να τοποθετείται παράλληλα με αυτά. Τα υπόλοιπα δάκτυλα πρέπει να βρίσκονται σε απαγωγή για να αποφεύγεται η απόσβεση των ήχων. Τοποθετήστε το δεξιό αντιβράχιο κοντά στην επιφάνεια του θώρακα (περίπου 5 cm) που πρόκειται να εξετάσετε, με το χέρι σηκωμένο προς τα πάνω. Ο δεξιός μέσος δάκτυλος πρέπει να είναι ελαφρά κεκαμμένος, έτοιμος να επικρούσει. Η επίκρουση γίνεται με γρήγορες απότομες και χαλαρές κινήσεις του καρπού. Σκοπεύστε κάθετα στη βάση της ονυχοφόρου φάλαγγας ή στην άπω φαλαγγοφαλαγγική άρθρωση. Χρησιμοποιήστε την κορυφή του επικρούοντος δακτύλου και όχι τη θηλή. Αποτραβήξτε γρήγορα τον επικρούοντα δάκτυλο για να αποφύγετε απόσβεση των ήχων. Επικρούστε μια δυο φορές σε κάθε θέση και μετά προχωρήστε. υπενθυμίζεται ότι κατά την επίκρουση η κίνηση γίνεται με τον καρπό και όχι με το δάκτυλο, τον αγκώνα ή τον ώμο. Η πλήξη πρέπει να είναι κάθετα και όχι λοξά. Η επίκρουση πρέπει να γίνεται πάντοτε σε συμμετρικά σημεία του θώρακα.

- ▶ **Σαφής πνευμονικός:** Ο ήχος που παράγεται στον φυσιολογικό πνεύμονα.
- ▶ **Τυμπανικός:** Ο παραγόμενος ήχος όταν στην περιοχή που

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

γίνεται επίκρουση υπάρχει αυξημένος αέρας, όπως σε περίπτωση πνευμονικού εμφυσήματος, πνευμοθώρακα και μεγάλης ενδοπνευμονικής κοιλότητας. Τυμπανικός ήχος παράγεται αν κάνουμε επίκρουση πάνω στα φουσκωμένα μάγουλά μας.

- ▶ **Αμβλύς:** Ο ήχος που παρατηρείται όταν υπερέχει η στερεή ή η υγρή μάζα στον πνεύμονα. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η πνευμονεκτομή, η εξεργασία, η ατελεκτασία, το πλευριτικό υγρό, η πνευμονία και το εκτεταμένο πνευμονικό έμφρακτο. Αμβλύς ήχος παράγεται κατά την επίκρουση του μηρού.
- ▶ Οι ενδιάμεσες διαβαθμίσεις (υπερσαφής πνευμονικός ή υπαμβλύς) δεν έχουν ιδιαίτερη διαγνωστική αξία διότι παρεμβαίνει ο υποκειμενικός παράγοντας. υπερσαφής πνευμονικός ήχος υπάρχει στο πνευμονικό εμφύσημα. υπαμβλύς ήχος παράγεται κατά την επίκρουση στο ανώτερο τμήμα του ήπατος, στο όριο με τον δεξιό πνεύμονα.

Η καρδιά και το ήπαρ επειδή είναι συμπαγείς δομές παρουσιάζουν κατά φύση αμβλύτητα.

Ο έλεγχος της κινητικότητας των διαφραγμάτων γίνεται με τον ασθενή σε καθιστή θέση. Κατά την επίκρουση σημειώνεται το κατώτερο όριο στο οποίο παρατηρείται σε ήρεμη αναπνοή σαφής πνευμονικός ήχος. Το σημείο αυτό αντιστοιχεί στο επίπεδο του διαφράγματος. Στη συνέχεια, η επίκρουση επαναλαμβάνεται αφού ζητηθεί από τον ασθενή να πάρει βαθιά εισπνοή. Σημειώνεται πάλι το κατώτερο όριο στο οποίο παρατηρείται σαφής πνευμονικός ήχος. Η διαφορά των δύο αυτών επιπέδων αντικατοπτρίζει τη διαφραγματική κινητικότητα, και πρέπει να είναι περίπου 4-5 cm. Η εξέταση αυτή έχει περισσότερη αξία αν η διαφραγματική κινητικότητα δεν είναι ισότιμη. Σε τέτοια περίπτωση, μπορούμε να υποπτευθούμε παράλυση του σύστοιχου φρενικού νεύρου, πνευμονία, πλευρίτιδα ή και υποδιαφραγματικό απόστημα. Αμφοτερόπλευρη υποκινητικότητα του διαφράγματος παρατηρείται σε εγκυμοσύνη, ασκίτη, παχυσαρκία κ.ά.

Ακρόαση. Η ακρόαση γίνεται στο προσθιοπλάγιο τοίχωμα με τον ασθενή ξαπλωμένο στις 30ο-45ο και στο οπίσθιο με τον εξεταζόμενο καθιστό. Πάντα εξετάζονται τα δύο ημιθωράκια συμμετρικά, για να γίνεται η σύγκριση των ήχων σε κάθε πλευρά του θώρακα, και παραγγέλλεται στον ασθενή να παίρνει βαθιές εισπνοές, όπως φαίνεται στην Εικόνα 4.10. Στο πρόσθιο τοίχωμα ξεκινά η εξέταση με τοποθέτηση του στηθοσκοπίου υπερκλειδικά, και στη συνέχεια συνεχίζουμε υποκλειδικά έως την 6η πλευρά. Στο πλάγιο τοίχωμα η εξέταση αρχίζει από τη μασχαλιαία κοιλότητα κατά μήκος της μασχαλιαίας γραμμής μέχρι τον 8ο μεσοπλεύριο διάστημα. Τέλος, στην οπίσθια επιφάνεια το στηθοσκόπιο τοποθετείται στην κορυφή του πνεύμονα και συνεχίζει προς τα κάτω έως το 10ο μεσοπλεύριο διάστημα στην ωμοπλατιαία γραμμή.

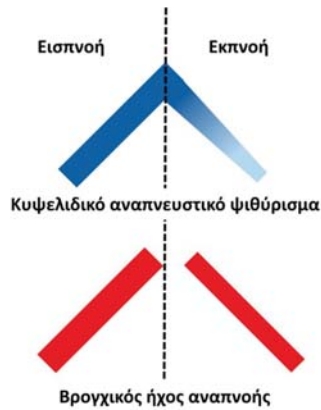
Ήχοι κατά την ακρόαση του θώρακος

Φυσιολογικοί ήχοι αναπνοής. Ο αέρας που εισέρχεται στους πνεύμονες πρέπει να είναι ικανός να παράγει τους ήχους αυτούς, γι' αυτό και σε υποαερισμό πιθανόν να μην υπάρχουν, οπότε ο πνεύμονας ονομάζεται ήσυχος πνεύμονας.

Το κυψελιδικό αναπνευστικό ψιθύρισμα είναι ένας χαμηλής συχνότητας ήχος, και εντοπίζεται κυρίως περιφερικά, δηλαδή σε όλη την έκταση των πνευμόνων, εκτός από περιορισμένη περιοχή πάνω από τη λαβή του στέρνου και στη μεσομωπλάτιο χώρα. Ακούγεται σε όλη τη διάρκεια της εισπνοής και στο πρώτο τρίτο της εκπνοής. Μεταξύ της εισπνευστικής και της εκπνευστικής φάσης υπάρχει μια παύση ενός δευτερολέπτου που δεν γίνεται αντιληπτή από το στηθοσκόπιο. Παρατηρείται μείωση σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ύπαρξη αέρα ή υγρού στην υπεζωκοτική κοιλότητα.

Ο βρογχικός ήχος αναπνοής ή βρογχική αναπνοή ή σωληνώδες φύσημα είναι έντονος ήχος υψηλής συχνότητας. Ακούγεται καλύτερα στην τραχεία και τους στελεχιαίους βρόγχους και, όταν ακούγεται σε άλλες περιοχές πλην των ανωτέρω, θεωρείται σημείο παθολογικής κατάστασης. Η εισπνευστική φάση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 4.11. Τα χαρακτηριστικά των ήχων της αναπνοής

έχει περίπου την ίδια χρονική διάρκεια με την εκπνευστική, και υπάρχει αναπνευστική παύλα μεταξύ των δύο φάσεων. Βρογχικό ήχο αναπνοής μπορούμε να ακούσουμε στην πνευμονική πύκνωση όταν ο υποκείμενος κύριος βρόγχος είναι ανοιχτός, επί πλευριτικής συλλογής και σε περιπτώσεις έντονης πνευμονικής ίνωσης (Εικόνα 4.11).

Επιπρόσθετοι πνευμονικοί ήχοι.

Οι ήχοι αυτοί υποδηλώνουν πάντα παθολογική κατάσταση

και χωρίζονται σε ρόγγους (μουσικούς και μη μουσικούς) και σε ήχο τριβής.

Μουσικοί ρόγγοι ή συρίττοντες: Είναι οι ήχοι που παράγονται από τη διόδο του αέρα μέσα από στενωμένους βρόγχους λόγω οιδήματος του βλεννογόνου ή της παρουσίας εκκριμάτων και ακούγονται κύρια στην εκπνοή, αλλά μπορεί να ακούγονται και στην εισπνοή. Σε περίπτωση που οι μουσικοί ρόγγοι οφείλονται σε εκκρίματα, τότε αυτοί μεταβάλλονται ή και εξαφανίζονται με τον βήχα και την αποβολή των εκκριμάτων. Κύριες παθήσεις που χαρακτηρίζονται από ύπαρξη μουσικών ρόγγων είναι οι χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες (βρογχικό άσθμα, βρογχίτιδα, εμφύσημα) αλλά και η οξεία βρογχίτιδα.

Μη μουσικοί ή υγροί ρόγγοι: Είναι οι ήχοι που παράγονται από το αργοπορημένο άνοιγμα των ήδη ξεφουσκωμένων αεραγωγών ή την ύπαρξη υγρού στις κυψελίδες. Εμφανίζονται στην εισπνοή και δεν αλλάζουν χροιά με τον βήχα. Διακρίνονται σε πρώιμους εισπνευστικούς (ακούγονται στην αρχή της εισπνοής), τελοεισπνευστικούς (ακούγονται στο τέλος της εισπνοής) και σε όλοεισπνευστικούς (ακούγονται σε όλη τη διάρκεια της εισπνο-

ής). Πρώιμοι είναι αυτοί που εμφανίζονται και παρατηρούνται κυρίως στις χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες. Οι τελειοσπνευστικοί ακούγονται σε καταστάσεις πνευμονικής ίνωσης, ατελεκτασίας και στην καρδιακή ανεπάρκεια. Στην πνευμονική ίνωση οι μη μουσικοί ρόγχοι έχουν τη χροιά του ήχου που παράγεται όταν αποκολλούμε μια ταινία βέλκρο.

Ήχος τριβής: Είναι ο ήχος που παράγεται από την τριβή του τοιχωματικού πάνω στον σπλαχνικό υπεζωκότα σε καταστάσεις φλεγμονής του υπεζωκότα, πριν αναπτυχθεί επαρκής ποσότητα πλευριτικού υγρού. Όταν αναπτυχθεί αρκετό υγρό και τα δύο πέταλα του υπεζωκότα απομακρύνονται, ο ήχος παύει να ακούγεται. Ακούγεται τόσο στην εισπνοή όσο και στην εκπνοή και έχει τη χροιά του ήχου που παράγεται όταν τρίβουμε με τα δάκτυλά μας ξερά φύλλα.

Οι φοιτητές μπορούν να χρησιμοποιήσουν τον σύνδεσμο <http://www.practicalclinicalskills.com/lung-sounds.aspx> για να ακούσουν διάφορα είδη φυσιολογικών και παθολογικών αναπνευστικών ήχων.

Περίληψη της κλινικής εξέτασης

- ▶ Στον πνεύμονα υπάρχουν οδηγία σημεία που υποδεικνύουν τις υποκείμενες ανατομικές δομές.
- ▶ Τα βασικά συμπτώματα στα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος είναι ο βήχας, η απόχρεμψη, η δύσπνοια, η αιμόπτυση, ο θωρακικός πόνος, η συρίττουσα αναπνοή και η κυάνωση.
- ▶ Η εξέταση του θώρακα περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση, την επίκρουση και την ακρόαση.
- ▶ Στην επισκόπηση εξετάζονται η συχνότητα, το βάθος και η ρυθμικότητα της αναπνοής, η χρήση των επικουρικών αναπνευστικών μυών και η μορφολογία και η κινητικότητα του θωρακικού τοιχώματος.
- ▶ Η ψηλάφηση, η επίκρουση και η ακρόαση του θώρακα πρέπει πάντοτε να γίνονται συμμετρικά. Πρέπει πάντοτε να εξετάζεται και το πλάγιο θωρακικό τοίχωμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Στην ψηλάφηση εξετάζονται η κινητικότητα των ημιθωρακίων, η θέση της τραχείας, οι φωνητικές δονήσεις και η ύπαρξη τοπικής ευαισθησίας, κραδασμών και παθολογικών σφύξεων.
- ▶ Στην επίκρουση αναγνωρίζονται η ύπαρξη σαφούς πνευμονικού, τυμπανικού ή αμβλέος ήχου.
- ▶ Στην ακρόαση αναγνωρίζεται η ύπαρξη κυψελιδικού αναπνευστικού ψιθύρισματος ή βρογχικού ήχου αναπνοής. Επιπρόσθετοι παθολογικοί ήχοι είναι οι μουσικοί και οι μη μουσικοί ρόγχοι, και ο υπεζωκοτικός ήχος τριβής.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ)

- ▶ **Επισκόπηση:** Πιθοειδής θώρακας, κεντρικού τύπου κυάνωση, χρήση επικουρικών αναπνευστικών μυών
- ▶ **Ψηλάφηση:** Δεν ψηλαφείται η καρδιακή ώση
- ▶ **Επίκρουση:** Ήχος υπερσαφής πνευμονικός
- ▶ **Ακρόαση:** Παράταση της εκπνοής, ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα, μουσικοί ρόγχοι άμφω

Λοβώδης πνευμονία

- ▶ **Επισκόπηση:** Ταχύπνοια, ταχυκαρδία, κυάνωση
- ▶ **Ψηλάφηση:** Αυξημένες φωνητικές δονήσεις στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο
- ▶ **Επίκρουση:** Αμβλύτητα στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο
- ▶ **Ακρόαση:** Ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα, μη μουσικοί τελοεισπνευστικοί ρόγχοι και βρογχική αναπνοή στο δεξιό κάτω πνευμονικό πεδίο

Πνευμονική ίνωση

- ▶ **Επισκόπηση:** Ταχύπνοια, κεντρικού τύπου κυάνωση,πληκτροδακτυλία
- ▶ **Ψηλάφηση:** Ελαττωμένη έκπτυξη των πνευμόνων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ **Επίκρουση:** Αμβλύτητα στις βάσεις άμφω
- ▶ **Ακρόαση:** Λεπτοί μη μουσικοί τελοεισπνευστικοί ρόγχοι στις βάσεις άμφω

Πλευριτική συλλογή

- ▶ **Επισκόπηση:** Προπέτεια του αριστερού ημιθωρακίου, ταχύπνοια
- ▶ **Ψηλάφηση:** Ελαττωμένη έκπτυξη του αριστερού ημιθωρακίου, εκτόπιση της τραχείας δεξιά, ελαττωμένες φωνητικές δονήσεις στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο
- ▶ **Επίκρουση:** Αμβλύτητα στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο
- ▶ **Ακρόαση:** Ελαττωμένο αναπνευστικό ψιθύρισμα στο αριστερό κάτω πνευμονικό πεδίο, παρουσία βρογχικής αναπνοής

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Coviello JS, Auscultation Skills: Breath & Heart Sounds. 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins: 2013. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.

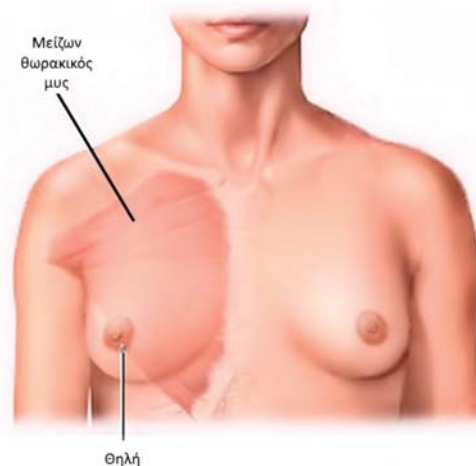
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ



→ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

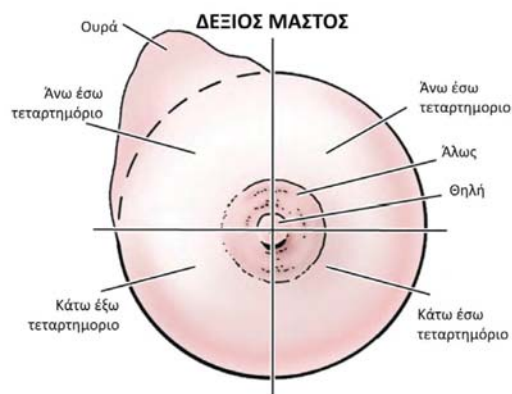
Οι μαστοί στις γυναίκες βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, επιπολής του μείζονα θωρακικού και του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μεταξύ της 2ης και της 6ης πλευράς ανάμεσα στο στέρνο και στη μέση μασχαλιαία γραμμή (Εικόνα 5.1). Για περιγραφικούς λόγους, ο κάθε γυναικείος μαστός χωρίζεται σε τεταρτημόρια με μια οριζόντια και μια κάθετη γραμμή που διασταυρώνονται στη θηλή: το άνω έσω, το κάτω έσω, το κάτω έξω και το άνω έξω (Εικόνα 5.2). Το τελευταίο καταλήγει στην «ουρά», η οποία αποτελεί το τμήμα του μαζικού αδένου, που προσφύεται στη μασχαλιαία κοιλότητα. Η περιγραφή των ευρημά-



Εικόνα 5.1.
Η θέση του μαστού
στο πρόσθιο
θωρακικό τοίχωμα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

των από την εξέταση των μαστών μπορεί να γίνει με βάση τα τεταρτημόρια ή με βάση το σύστημα των ωρών ή με βάση την απόσταση σε cm από τη θηλή του μαστού.



Εικόνα 5.2.
Τα τεταρτημόρια
του μαστού

Στο κέντρο του μαστού βρίσκεται η θηλή, στην οποία καταλήγουν οι γαλακτοφόροι πόροι, ενώ η θηλή περιβάλλεται από τη θηλαία άλω. Οι σμηγματογόνοι αδένες στη θηλαία άλω φαίνονται σαν μικρές προπέτειες. Η θηλή και η θηλαία άλως έχουν λείες μυϊκές ίνες που χρησιμεύουν για τη σύσπαση της θηλαίας άλω και τη συμπίεση της θηλής. Το δέρμα της θηλής είναι σκουρόχρωμο και άτριχο. Το δέρμα της θηλαίας άλω είναι επίσης σκουρόχρωμο, αλλά περιέχει διάσπαρτα τριχοθυλάκια.

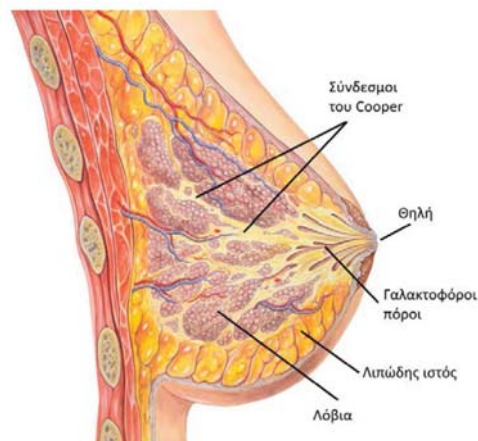
Ο μαζικός αδένας αποτελείται από αδενικό, ινώδη και λιπώδη ιστό (Εικόνα 5.3). Ο αδενικός ιστός είναι οργανωμένος σε 12-25 λοβούς. Οι αδένες του κάθε λοβού καταλήγουν σε έναν πόρο που εκβάλλει στην επιφάνεια της θηλής. Ο ινώδης ιστός βρίσκεται μεταξύ του αδενικού ιστού και καταλήγει στο δέρμα και στην περιτονία των υποκείμενων μυών. Οι σύνδεσμοι του Cooper (κρεμαστήρες σύνδεσμοι) αποτελούν προεκτάσεις του συνδετικού ιστού του μαζικού αδένου, οι οποίες συμφύονται με τις εξωτερικές στοιβάδες της επιπολής περιτονίας και χρησιμεύουν για τη στήριξη του μαζικού αδένου. Ο λιπώδης ιστός περιβάλλει τον

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

μαστό και βρίσκεται σε αφθονία στην επιφάνεια και στο βάθος του μαστού. Η αναλογία των στοιχείων του μαστού ποικίλλει με την ηλικία, την εγκυμοσύνη και άλλους παράγοντες. Η κύρια φυσιολογική αλλαγή των μαστών που σχετίζεται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο είναι η διόγκωσή τους που παρατηρείται 3-5 ημέρες πριν από την έμμηνη ρύση. Τότε ο μαστός διογκώνεται, αυξάνεται η πυκνότητά του, έχει οζώδη σύσταση και είναι πολύ ευαίσθητος στην ψηλάφηση. Για αυτόν τον λόγο δεν συνιστάται να γίνεται εξέταση μαστών σε αυτή τη φάση του κύκλου. Στην εγκυμοσύνη οι μαστοί διογκώνονται και αποκτούν περισσότερο σκληρή σύσταση, η θηλαία άλω σκουραίνει, και οι θηλές μεγαλώνουν και γίνονται περισσότερο στητές. Μετά την εμμηνόπαυση το μέγεθος των μαστών μικραίνει, ο ινώδης συνδετικός ιστός μειώνεται, και ο μαστός γίνεται λιγότερο πυκνός.

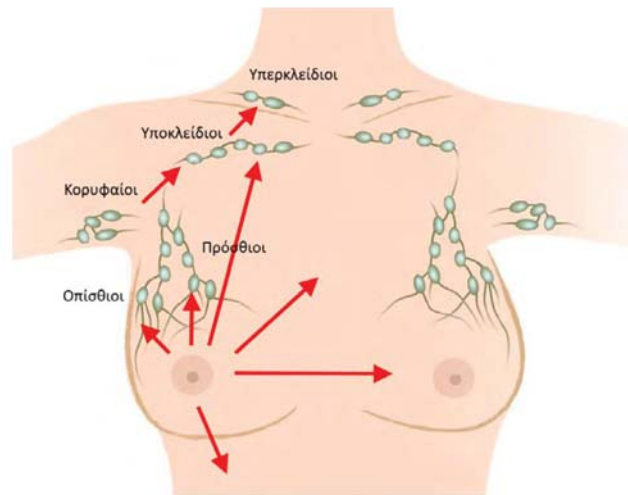
Ο μαστός στους άνδρες αποτελείται από μια μικρή θηλή και άλω. Αυτά βρίσκονται πάνω σε έναν ατροφικό μαζικό αδένα, που κλινικά δεν μπορεί να διακριθεί από τους περίξ ιστούς.

Στη μασχάλη διακρίνουμε την κορυφή, το πρόσθιο χείλος που σχηματίζεται από τους θωρακικούς μύες και το οπίσθιο χείλος που σχηματίζεται από τον πλατύ ραχιαίο και τον υποπλάτιο μυ. Στη μασχάλη βρίσκονται οι λεμφαδένες που παροχετεύουν τη



Εικόνα 5.3.
Η ανατομία του μαστού
(Από https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Breast_anatomy_normal.jpg CC BY 2.5)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ



Εικόνα 5.4. Οι λεμφαδενικές ομάδες του μαστού και η φορά παροχέτευσης της λέμφου

λέμφο από τον μαστό, τα άνω άκρα, το πρόσθιο και το οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα. Διακρίνουμε τις εξής ομάδες λεμφαδένων (Εικόνα 5.4):

- ▶ Κεντρικοί μασχάλιαοι λεμφαδένες, οι οποίοι βρίσκονται ψηλά στην κορυφή της μασχάλης στον πρόσθιο οδοντωτό μυ.
- ▶ Η θωρακική ή πρόσθια ομάδα λεμφαδένων βρίσκεται κατά μήκος του κάτω χείλους του μείζονος θωρακικού μυός, εντός της πρόσθιας μασχάλιαας πτυχής. Οι λεμφαδένες αυτοί παροχετεύουν λέμφο που προέρχεται από τους μαστούς και από το πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.
- ▶ Η οπίσθια ή υποπλάτια ομάδα λεμφαδένων βρίσκεται κατά μήκος του πλάγιου χείλους της ωμοπλάτης, κάτω από την οπίσθια μασχάλιαα πτυχή. Οι λεμφαδένες αυτοί παροχετεύουν τη λέμφο που προέρχεται από το οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα και από ένα μέρος των άνω άκρων.
- ▶ Η πλάγια ομάδα λεμφαδένων βρίσκεται πλάγια κάτω από την κεφαλή του βραχίονα. Οι λεμφαδένες αυτοί παροχετεύουν τη

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

λέμφου που προέρχεται από το μεγαλύτερο μέρος των άνω άκρων.

Η λέμφος παροχετεύεται από τους κεντρικούς μασχαλιαίους λεμφαδένες στους υποκλείδιους και υπερκλείδιους λεμφαδένες. Από τον μαζικό αδένα το 75% της λέμφου παροχετεύεται στους ομόπλευρους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης, η λέμφος (σε ποσοστό μέχρι 25%) μπορεί να παροχετεύεται απευθείας στους υποκλείδιους λεμφαδένες, στους εν τω βάθει λεμφαδένες του θώρακα και της κοιλιάς ή και στον αντίθετο μαστό.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα συμπτώματα στις παθήσεις του μαστού είναι:

- ▶ πόνος,
- ▶ παθολογικό έκκριμα από τη θηλή,
- ▶ τοπική διόγκωση,
- ▶ αλλοιώσεις στο δέρμα του μαστού.

Πόνος. Ο πόνος (μαστοδυνία ή μασταλγία) μπορεί να έχει κυκλικό χαρακτήρα και να εμφανίζεται πριν την έμμηνη ρύση ή μη κυκλικό χαρακτήρα. Η κυκλική μαστοδυνία εμφανίζεται στη δεύτερη φάση του κύκλου, έχει περιοδικότητα, εμφανίζεται και στους δύο μαστούς, σχετίζεται με τις ορμονικές μεταβολές και υποχωρεί με την έμμηνη ρύση. Η μη κυκλική μαστοδυνία μπορεί να οφείλεται σε φλεγμονές του μαζικού αδένα (μαστίτιδα), του υπερκείμενου δέρματος (κυτταρίτιδα), σε εκτασία των γαλακτοφόρων πόρων, σε καταπόνηση των συνδέσμων του Cooper, ιδιαίτερα σε γυναίκες που έχουν μεγάλους μαστούς ή σε φλεγμονώδη μορφή καρκίνου. Η κυτταρίτιδα (μαστίτιδα) παρουσιάζεται σε γυναίκες που θηλάζουν, και τοπικά υπάρχουν τα στοιχεία της φλεγμονής (ερυθρότητα, οίδημα, αυξημένη θερμότητα και πόνος). Η κυτταρίτιδα είναι ετερόπλευρη, η προσβληθείσα περιοχή έχει τριγωνικό σχήμα, και μπορεί να

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

συνυπάρχει τοπική σκληρία, πόνος και πυρετός (Εικόνα 5.5). Ο φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού χαρακτηρίζεται από τοπικά σημεία φλεγμονής στο δέρμα του μαστού και μοιάζει με την κυτταρίτιδα. Επιπλέον, το δέρμα του μαστού έχει την όψη φλοιού πορτοκαλιού (peau d'orange) λόγω της διήθησης των λεμφαγγείων από καρκινικά κύτταρα (Εικόνα 5.6).



Εικόνα 5.5 .
Κυτταρίτιδα
του μαστού



Εικόνα 5.6. Φλεγμονώδης καρκίνος του μαστού

Επίσης, ο πόνος στην περιοχή του μαστού μπορεί να προβάλλει από άλλες περιοχές (στηθάγχη, νοσήματα του υπεζωκότα, του περικαρδίου, του οισοφάγου) ή να οφείλεται σε φλεγμονή των πλευρο-χονδρικών αρθρώσεων (σ. Tietze).

Παθολογικό έκκριμα από τη θηλή. Έκκριμα από τη θηλή φυσιολογικά υπάρχει στη γαλακτοφορία. Σε όλες τις άλλες περιπτώσεις το έκκριμα της θηλής είναι παθολογικό και πρέπει να διερευνάται σχολαστικά επειδή οφείλεται τόσο σε καλοήγη αλλά και σε κακοήγη νοσήματα. Έκκριμα από τη θηλή μπορεί να οφείλεται σε υπερπρολακτιναιμία, υποθυρεοειδισμό, φαρμακευτική ή νευρική διέγερση, εκτασία ή θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων και σε πορογενές καρκίνωμα του μαστού.

Οι συνηθέστεροι τύποι εκκρίματος είναι το ορώδες και το αιματηρό. Το ορώδες έκκριμα είναι υδαρές και λεπτόρρευστο και συνήθως γίνεται αντιληπτό από την ανεύρεση κιτρινόλευξης κηλίδας στο εσώρουχο. Οφείλεται σε θήλωμα των γαλακτοφόρων πόρων, στη χρήση αντισυλληπτικών ή και σε καρκίνο του μαστού. Το αιματηρό έκκριμα μπορεί να οφείλεται σε καλοήγηθες θήλωμα ή σε θηλώδες καρκίνωμα των γαλακτοφόρων πόρων. Όταν το έκκριμα είναι αμφοτερόπλευρο, προέρχεται από πολλούς γαλακτοφόρους πόρους, έχει λευκοκίτρινο χρώμα και οφείλεται σε καλοήγη συνήθως αίτια. Αντίθετα, όταν το έκκριμα είναι ετερόπλευρο, προέρχεται από έναν γαλακτοφόρο πόρο, έχει χρώμα διαγές ή αιματηρό και η έκκριση είναι αυτόματη καθώς και συνεχής, μπορεί να οφείλεται σε καρκίνο του μαστού.

Τοπική διόγκωση. Η παρατήρηση από την ασθενή για ύπαρξη μάζας στον μαστό είναι ιδιαίτερα σημαντική. Μια μάζα στον μαστό μπορεί να οφείλεται σε καλοήγη νοσήματα (ινοκυστικές αλλαγές, ινοαδένωμα, νέκρωση του λίπους από προηγηθείσα κάκωση, φυλλοειδή όγκο, θήλωμα των πόρων) ή σε καρκίνο. Αν το μέγεθος της μάζας αυξάνεται λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, είναι πιθανό να οφείλεται σε φυσιολογικές μεταβολές του μαζικού αδένα που προκαλούνται από τις ορμονικές μεταβολές. Η συνύπαρξη εκκρίματος από τη θηλή, επιπέδωσης ή εισολκής του δέρματος, εισολκής της θηλής ή αλλοιώσεων του δέρματος πάνω ή γύρω από τη μάζα συνηγορούν ισχυρά για ύπαρξη νεοπλασματος.

Αλλοιώσεις στο δέρμα του μαστού. Ερυθρότητα στο δέρμα του μαστού σημαίνει την ύπαρξη λοίμωξης (μαστίτιδας) ή φλεγμονώδους καρκίνου, όπως περιγράφηκαν προηγουμένως.

Η ύπαρξη επιπέδωσης ή εισολκής του δέρματος σημαίνει ότι υπάρχει υποκείμενη παθολογική διεργασία που προκαλεί διήθηση του δέρματος και υποδεικνύει την ύπαρξη νεοπλασματος.

Η εισολκή της θηλής χαρακτηρίζεται από θηλή η οποία είναι στραμμένη προς τα μέσα. Μπορεί να είναι ετερόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη. Όταν προϋπάρχει, δεν αποτελεί πρόβλημα και δεν επηρεάζει τον θηλασμό. Όταν όμως δεν προϋπάρχει και πρωτοεμφανίζεται σε ενήλικες γυναίκες, πρέπει να αξιολογείται και να ελέγχεται.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

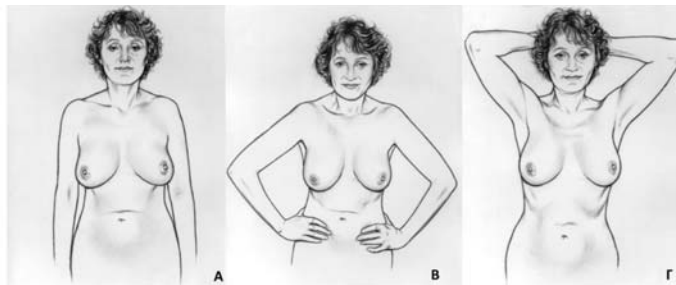
Ο γυναικείος μαστός φυσιολογικά έχει διακυμάνσεις στη σύσταση κατά τη διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου. Έτσι, γίνεται περισσότερο οιδηματώδης, συμπαγής και οζώδης προεμμηνορυσιακά, ενώ η ψηλάφηση μπορεί να είναι επώδυνη. Για τον λόγο αυτόν, είναι προτιμότερο η εξέταση να γίνεται λίγες μέρες μετά την έμμηνη ρύση. Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση και τον έλεγχο για ύπαρξη παθολογικού εκκρίματος.

Επισκόπηση. Εάν πρόκειται για έφηβη, σημειώνεται το στάδιο ανάπτυξης του μαστικού αδένα κατά Tanner.

Για την επισκόπηση των μαστών, η ασθενής πρέπει να μένει χωρίς κανένα ένδυμα από τη μέση και πάνω. Πάντα γίνεται σύγκριση των δύο μαστών.

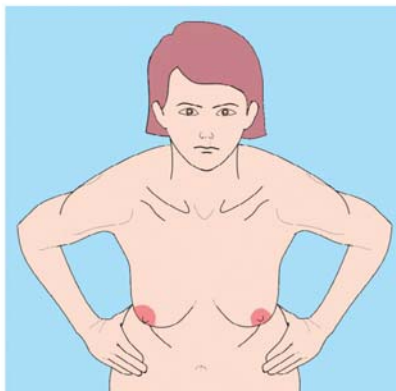
Η ασθενής αρχικά εξετάζεται σε καθιστή θέση με τα χέρια χαλαρά στο πλάι (Εικόνα 5.7Α), έπειτα τα τοποθετεί στη μέση πιέζοντάς την ελαφρά (Εικόνα 5.7Β), κατόπιν τα σηκώνει πάνω από το κεφάλι ώστε να ανασηκωθούν ελαφρά οι μαστοί (Εικόνα 5.7Γ), και τέλος ζητείται από την ασθενή να κάμψει τον κορμό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ



Εικόνα 5.7. Θέσεις επισκόπησης των μαστών

(National Institutes of Health – National Cancer Institute, image ID2146, public domain)



Εικόνα 5.8.
Επισκόπηση των
μαστών με κλίση
του κορμού προς
τα εμπρός

της με τα χέρια τεντωμένα μπροστά (Εικόνα 5.8). Κατά την επισκόπηση σημειώνονται:

- ▶ Το δέρμα των μαστών,
- ▶ Η συμμετρία στο μέγεθος των μαστών. Μια ελαφρά ασυμμετρία είναι συχνή στο πλαίσιο της ανάπτυξης φυσιολογικών μαστών, κάτι που μπορεί να διευκρινίσει η ίδια η ασθενής, αν ερωτηθεί κατά πόσο έχει αλλάξει η συμμετρία.
- ▶ Πιθανές μάζες, επιπεδώσεις ή εισολκές του δέρματος και της θηλής,
- ▶ Το χρώμα, το μέγεθος, πιθανές εξελκώσεις της θηλής ή έκκριμα.

Ψηλάφηση. Η ψηλάφηση των μαστών γίνεται με την ασθενή σε ύπτια θέση. Ο εξεταστής πρέπει να ψηλαφήσει όλη την επιφάνεια του μαστού, από τη μασχαλιαία κοιλότητα ως το στέρνο, και να ψηλαφεί σχολαστικά σημείο σημείο με τις ράγες των δακτύλων του τυχόν βλάβες.

Ξεκινώντας να ψηλαφεί το έξω τμήμα του μαστού, ζητά από την ασθενή να σηκώσει τον βραχίονα ψηλά και να στρέψει ελαφρώς τον κορμό προς την αντίθετη κατεύθυνση, ώστε να επιπεδωθεί όσο το δυνατό περισσότερο η περιοχή που εξετάζεται (Εικόνα 5.9). Η ψηλάφηση ξεκινά από τη μασχάλη, όπου προσφύεται η «ουρά» του μαζικού αδένου. Στη συνέχεια ο εξεταστής ακολουθεί ψηλαφητικά νοητές γραμμές ή στήλες που εκτείνονται από την κλείδα έως τη μαζική πτυχή, καλύπτοντας όλη την επιφάνεια του μαστού. Όταν η ψηλάφηση φτάσει στη θηλή, η ασθενής μπορεί να αλλάξει θέση (ο βραχίονας σε ορθή γωνία και πλήρης υπτιασμός ή στροφή του κορμού προς την κατεύθυνση του μαστού που εξετάζεται), ώστε να επιπεδωθεί το έσω τμήμα του μαστού, από τη στήλη που περνά από τη θηλή έως το στέρνο, προκειμένου να γίνει ευχερέστερη η ψηλάφηση. Τελικά ψηλαφείται και η περιοχή της θηλαίας άλω με τις ράγες των δακτύλων, κάνοντας κυκλοτερείς κινήσεις γύρω από τη θηλή.



Εικόνα 5.9. Ψηλάφηση του μαστού

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

Κατά την ψηλάφηση ο εξεταστής αναζητά τυχόν ασυνήθιστη σύσταση του μαστού (πέραν της φυσιολογικής οζώδους σύστασης πριν την έμμηνη ρύση), τυχόν ευαισθησία ή μάζα. Στην περίπτωση της τελευταίας, σημειώνεται η εντόπιση, το μέγεθος, το σχήμα, η σύσταση, τα όρια (σαφή ή ασαφή), η ευαισθησία και η κινητικότητα. Μάζες που είναι πολλαπλές, έχουν ελαστική σύσταση, ομαλά όρια και είναι ευκίνητες είναι συνήθως καλοήθειες. Αντίθετα μια μονήρης μάζα με σκληρή σύσταση, που συμφύεται με τους περίξ ιστούς και που έχει ανώμαλα όρια, είναι κατά κανόνα κακοήθης.

Έλεγχος για ύπαρξη παθολογικού εκκρίματος. Προκειμένου να εξεταστεί τυχόν έκκριμα από τις θηλές, ο εξεταστής πιέζει κυκλοτερώς την άλω με τον δείκτη. Αν διαπιστωθεί έκκριση, σημειώνεται η προέλευση (από έναν ή περισσότερους πόρους), το χρώμα και η σύσταση του εκκρίματος (Εικόνα 5.10).

Εξέταση μασχάλης. Η εξέταση της μασχάλης περιλαμβάνει την επισκόπηση και την ψηλάφηση για ύπαρξη παθολογικών διεργασιών στο δέρμα και λεμφαδενικών διογκώσεων.

Στην περιοχή της μασχάλης ψηλαφείται καταρχήν το δέρμα για ύπαρξη διόγκωσης ή ευαισθησίας. Συχνές σε αυτή την περιοχή είναι οι θυλακίτιδες, οι οποίες είναι εντοπισμένες λοιμώξεις των θυλάκων των τριχών. Προκαλούν τοπική ευαισθησία, ερυθρότητα και σκληρία. Πλέον εκσεσημασμένες ορατές διογκώσεις χωρίς στοιχεία φλεγμονής οφείλονται κατά κανόνα σε λεμφαδενική διόγκωση.

Η ψηλάφηση της μασχάλης για ύπαρξη λεμφαδένων γίνεται με τον ασθενή καθιστό. Κατά την εξέταση της αριστερής μασχάλης, το αριστερό χέρι του ασθενούς είναι τελείως χαλαρό και υποστηρίζεται από το αριστερό χέρι του εξεταστή. Η ψηλάφηση γίνεται με το δεξί χέρι, αρχίζοντας από την κορυφή της μασχάλης, και στη συνέχεια εξετάζεται η πρόσθια και η οπίσθια μασχαλιαία πτυχή για ύπαρξη λεμφαδένων (Εικόνα 5.11). Κατά την εξέταση της δεξιάς μασχάλης, το δεξί χέρι του ασθενούς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ



Εικόνα 5.10. Έλεγχος του μαστού για ύπαρξη παθολογικού εκκρίματος (National Cancer Institute – National Institutes of Health, image ID 2223, public domain)



Εικόνα 5.11. Ψηλάφηση της μασχάλης (National Cancer Institute – National Institutes of Health, image ID 2220, public domain)



Εικόνα 5.12. Ψηλάφηση υποκλείδιας χώρας (National Cancer Institute – National Institutes of Health, image ID 2218, public domain)



Εικόνα 5.13. Ψηλάφηση υπερκλείδιας χώρας. (National Cancer Institute – National Institutes of Health, image ID 2217, public domain)

είναι τελείως χαλαρό και υποστηρίζεται από το δεξί χέρι του εξεταστή. Η ψηλάφηση γίνεται με το αριστερό χέρι με την ίδια σειρά που περιγράφηκε ανωτέρω στην εξέταση της αριστερής μασχάλης. Κατόπιν εξετάζονται η περιοχή μπροστά από την κεφαλή του βραχιόνιου οστού και οι υποκλείδιες, καθώς και

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

οι υπερκλείδιες χώρες (Εικόνες 5.12 και 5.13). Η εξέταση των λεμφαδένων μπορεί να γίνει και με τον ασθενή σε ύπτια θέση.

Αν ανευρεθούν λεμφαδενικές διογκώσεις, σημειώνονται το μέγεθος, η σύσταση, η ευαισθησία, η κινητικότητα και η σύμπτυξη των λεμφαδένων μεταξύ τους και με τους υποκείμενους ιστούς. Μικροί ανώδυνοι λεμφαδένες στη μασχάλη είναι συχνοί λόγω επανειλημμένων τραυματισμών των άνω άκρων. Η ύπαρξη ευαισθησίας υποδηλώνει λεμφαδενική διογκωση λόγω λοίμωξης. Οι ανώδυνοι λεμφαδένες μπορεί να οφείλονται σε νοσήματα του μαστού (καρκίνο) ή σε άλλα συστηματικά νοσήματα (λεμφώματα, ιογενείς λοιμώξεις, σαρκοείδωση κ.λπ.).

Περίληψη της κλινικής εξέτασης

- ▶ Οι μαστοί βρίσκονται στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα, επιπολής του μείζονα θωρακικού και του πρόσθιου οδοντωτού μυός, μεταξύ της 2ης και της 6ης πλευράς μεταξύ του στέρνου και της μέσης μασχαλιαίας γραμμής.
- ▶ Ο κάθε γυναικείος μαστός χωρίζεται σε τεταρτημόρια, ενώ υπάρχει και η προέκταση του άνω έξω τεταρτημορίου προς τη μασχάλη που αποτελεί την «ουρά» του μαστού.
- ▶ Στη μασχάλη διακρίνουμε την κορυφή, το πρόσθιο χείλος και το οπίσθιο χείλος. Στη μασχάλη βρίσκονται οι λεμφαδένες που παροχετεύουν τη λέμφο από τον μαστό, τα άνω άκρα, το πρόσθιο και το οπίσθιο θωρακικό τοίχωμα. Διακρίνουμε τις εξής ομάδες λεμφαδένων: Κεντρικοί μασχαλιαίοι λεμφαδένες, θωρακική ή πρόσθια ομάδα λεμφαδένων, οπίσθια ή υποπλάτια ομάδα λεμφαδένων και πλάγια ομάδα λεμφαδένων.
- ▶ Συμπτώματα στις παθήσεις του μαστού είναι ο πόνος (μασταλγία), η ύπαρξη εκκρίματος από τη θηλή, οι τοπικές διογκώσεις και οι αλλαγές του δέρματος του μαστού.
- ▶ Ο πόνος στην περιοχή του μαστού μπορεί να οφείλεται σε παθήσεις του μαστού ή να προβάλλεται από άλλα όργανα.
- ▶ Η ύπαρξη παθολογικού εκκρίματος πρέπει πάντα να αξιολογείται και να ελέγχεται. Δεν έχει τόση σημασία η μορφή του εκκρίματος όση έχει η ύπαρξη του εκκρίματος αυτού καθαυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

- ▶ Τοπικές διογκώσεις μπορεί να οφείλονται σε καλοήθειες παθήσεις και σε καρκίνο.
- ▶ Η εξέταση του μαστού περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση και τον έλεγχο για ύπαρξη παθολογικού εκκρίματος από τη θηλή.
- ▶ Κατά την επισκόπηση ελέγχονται το δέρμα και η ύπαρξη επιπέδωσης ή εισολκής του δέρματος και της θηλής. Ζητείται από την ασθενή να λάβει συγκεκριμένες θέσεις ώστε να αναδειχτούν τυχόν υποκείμενες βλάβες που μπορεί να διηθούν και να καθιλώνουν ορισμένες δομές του μαστού.
- ▶ Η ψηλάφηση του μαστού γίνεται με την ασθενή σε ύπια θέση. Ψηλαφούνται όλα τα τεταρτημόρια και η ουρά του μαστού. Κατά την ψηλάφηση ελέγχεται η σύσταση του μαστού και η ύπαρξη τυχόν ευαισθησία ή μάζας. Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη μάζας, σημειώνεται η εντόπιση, το μέγεθος, το σχήμα, η σύσταση, τα όρια (σαφή ή ασαφή), η ευαισθησία και η κινητικότητα.
- ▶ Η ψηλάφηση της μασχάλης γίνεται με την ασθενή σε καθιστή θέση. Ψηλαφείται η κορυφή της μασχάλης, η πρόσθια και η οπίσθια μασχαλιαία πτυχή και η περιοχές μπροστά από την κεφαλή του βραχιονίου, καθώς και οι υποκλείδιες και υπερκλείδιες χώρες για ύπαρξη λεμφαδενικών διογκώσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα: 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ ΜΑΣΧΑΛΕΣ

- Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.

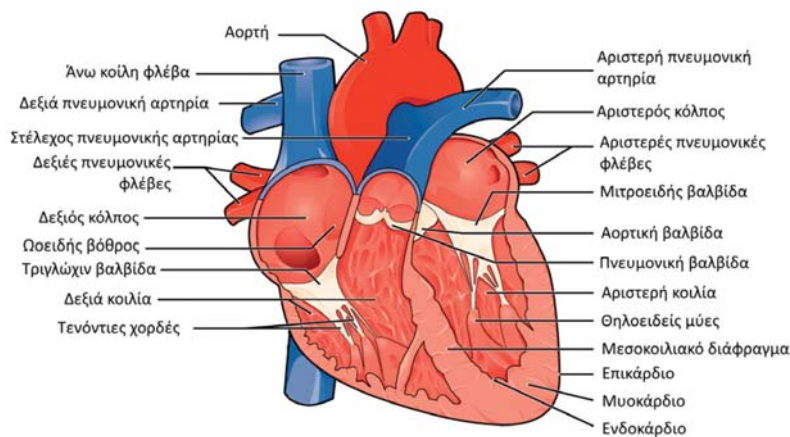


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

→ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η καρδιά είναι μια αντλία, υπεύθυνη για την αιματική άρδευση του οργανισμού. Αποτελείται από τέσσερις κοιλότητες (2 κόλπους και 2 κοιλίες) και τέσσερις βαλβίδες (μιτροειδής, αορτική, τριγλώχινα και πνευμονική). Σε αυτήν εισέρχονται η άνω και η κάτω κοίλη φλέβα (εκβάλλουν στον δεξιό κόλπο) και οι πνευμονικές φλέβες (εκβάλλουν στον αριστερό κόλπο), ενώ εξέρχονται από αυτήν η αορτή (από την αριστερή κοιλία) και η πνευμονική αρτηρία (από τη δεξιά κοιλία) (Εικόνα 6.1).

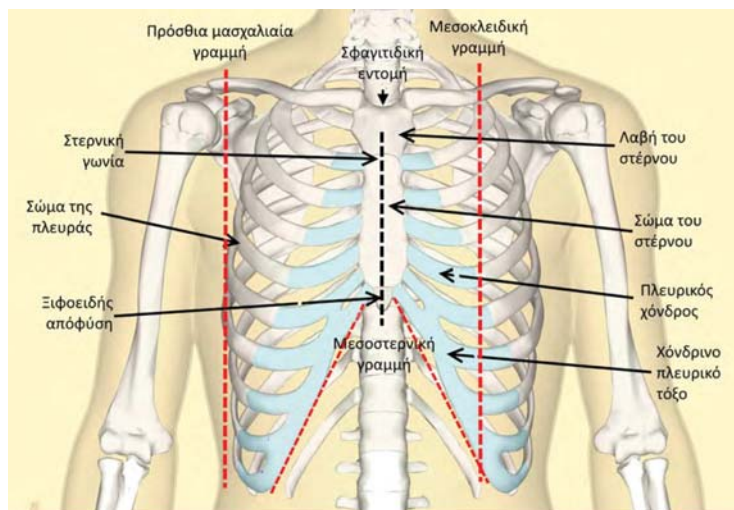


Εικόνα 6.1. Ανατομία της καρδιάς

(Τροποποιημένο από Illustration from Anatomy & Physiology, Connexions Web site. <http://cnx.org/content/col11496/1.6/>, Jun 19, 2013, CC BY 3.0)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι κοιλότητες της καρδιάς συνεχώς συστέλλονται (συσπώνται) και διαστέλλονται (χαλαρώνουν) ρυθμικά, ενώ οι βαλβίδες ανοιγοκλείνουν, ώστε να διατηρείται ένας σταθερός καρδιακός κύκλος, χάρη στον οποίο γίνεται αποτελεσματικά η κυκλοφορία του αίματος στον οργανισμό. Σε κάθε κοιλιακή συστολή, το οξυγονωμένο αίμα από την αριστερή κοιλία, μεταφέρεται με την αορτή και τους κλάδους της (αρτηρίες) σε όλο το σώμα, ώστε να γίνει η απόδοση του οξυγόνου και των θρεπτικών συστατικών στα κύτταρα. Ταυτόχρονα το μη οξυγονωμένο αίμα από τη δεξιά κοιλία μεταφέρεται με την πνευμονική αρτηρία στους πνεύμονες για να οξυγονωθεί. Κατά τη διαστολή των κοιλιών, το περιφερικό αίμα επιστρέφει με τις περιφερικές φλέβες (που καταλήγουν στην άνω και κάτω κοίλη φλέβα) στον δεξιό κόλπο – δεξιά κοιλία, ενώ το οξυγονωμένο αίμα από τους πνεύμονες, επιστρέφει με τις πνευμονικές φλέβες στον αριστερό κόλπο – αριστερή κοιλία.



Εικόνα 6.2. Επιφανειακή ανατομία και οδηγία σημεία στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα
(Τροποποιημένο από https://en.wikipedia.org/wiki/Xiphoid_process)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η καρδιά βρίσκεται μέσα στη θωρακική κοιλότητα, πίσω από το στέρνο και προς τα αριστερά. Η πρόσθια επιφάνεια του θωρακικού τοιχώματος που καλύπτει την καρδιά ονομάζεται προκάρδιο. Κατά την κλινική εξέταση χρειάζεται συχνά να αναφερόμαστε σε κάποιο σημείο στο θωρακικό τοίχωμα, και για τον σκοπό αυτόν χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα οδηγία ανατομικά σημεία, άλλα φυσικά και άλλα τεχνητά. Οι πλευρές σχηματίζουν χρήσιμα οριζόντια οδηγία σημεία. Για την αριθμότη τους χρησιμοποιείται ως οδηγία σημείο η Λουδοβίκειος (ή στερνική) γωνία, που αναγνωρίζεται ως ένα έπαρμα κατά την ψηλάφηση του στέρνου, αρχίζοντας από τη μηνοειδή εντομή στη βάση της λαβής του στέρνου και ψηλαφώντας με το δάκτυλό μας προς τα κάτω, κατά μήκος της μέσης γραμμής του στέρνου. Στο σημείο αυτό καταφύεται η 2η πλευρά (δεξιά και αριστερά) (βλ. Εικόνα 6.2). Πάνω από τη 2η πλευρά είναι το 1ο μεσοπλεύριο διάστημα. Κατόπιν μπορεί κανείς να αναγνωρίσει εύκολα τα υπόλοιπα μεσοπλεύρια διαστήματα, ψηλαφώντας τα ένα ένα προς τα κάτω, μακριά από το στέρνο, καθώς γίνονται πιο εύκολα αντιληπτά έτσι. Σε περίπτωση που η Λουδοβίκειος γωνία δεν είναι εύκολα ψηλαφητή (συμβαίνει μερικές φορές σε ορισμένους ανθρώπους), η αριθμηση των πλευρών μπορεί να γίνει με οδηγία σημείο την κλείδα: Η πρώτη πλευρά βρίσκεται ακριβώς κάτω από την κλείδα.

Άλλα τεχνητά οδηγία σημεία στον θώρακα αποτελούν η μεσοστερνική γραμμή (από την εντομή έως την ξιφοειδή απόφυση στο μέσο του στέρνου), η μεσοκλειδική γραμμή (διέρχεται κατακόρυφα από το μέσον της κλείδας, παράλληλα με τη μέση γραμμή), και στην πλάγια επιφάνεια του θώρακα, η πρόσθια, η μέση και η οπίσθια μασχालιαία γραμμή (φέρονται κατακόρυφα στο πρόσθιο, στο μέσον και στο οπίσθιο χείλος της μασχάλης αντίστοιχα).

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που θα θέσουν την υπόνοια ότι μπορεί να έχει κανείς κάποια πάθηση από το καρδιαγγειακό σύστημα, και πρέπει πάντοτε να αναζητούνται στο ιστορικό του ασθενούς, είναι οι παρακάτω:

- ▶ κάπνισμα,
- ▶ δυσλιπιδαιμία,
- ▶ υπέρταση,
- ▶ σακχαρώδης διαβήτης,
- ▶ παχυσαρκία,
- ▶ οικογενειακό ιστορικό πρώιμης εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου σε συγγενή πρώτου βαθμού (πριν την ηλικία των 55 ετών για άνδρα συγγενή και <65 ετών για γυναίκα συγγενή),
- ▶ ηλικία (άνδρες >45 και γυναίκες >55 ετών) και
- ▶ προηγούμενο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου (στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, διαλείπουσα χωλότητα κ.λπ.).

ΚΥΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ

Τα συνηθέστερα συμπτώματα που μπορεί να σχετίζονται με το καρδιαγγειακό σύστημα είναι τα παρακάτω:

- ▶ θωρακικό άλγος ή δυσφορία (πίεση, σφίξιμο, βάρος, καύσος, κ.λπ.) ηρεμίας ή κατά την προσπάθεια,
- ▶ δύσπνοια (ηρεμίας, προσπαθείας, ορθόπνοια, νυχτερινή παροξυσμική δύσπνοια),
- ▶ κυάνωση,
- ▶ οιδήματα (κάτω άκρων, ανά σάρκα, ασκτική συλλογή),
- ▶ συγκοπτικά – προσυγκοπτικά επεισόδια,
- ▶ αίσθημα προκάρδιων παλμών,
- ▶ εύκολη κόπωση,
- ▶ διαλείπουσα χωλότητα.

Θωρακικό άλγος. Το θωρακικό άλγος (θωρακικός πόνος) και η διαφορική του διάγνωση έχουν περιγραφεί στο Κεφάλαιο 4 για το αναπνευστικό σύστημα.

Ιδιαίτερα θα πρέπει να τονιστεί ότι στην περίπτωση καρδιακής ισχαιμίας (στεφανιαίας νόσου) είναι δυνατόν ο ασθενής να μην αναφέρει πόνο αλλά ισοδύναμα πόνου (βάρος, πίεση, καύσος, αδιευκρίνιστη δυσφορία κ.λπ.) στο στήθος, με ή χωρίς τις συνήθεις αντανακλάσεις (στον τράχηλο, στην κάτω γνάθο, στους ώμους, στα άνω άκρα, στη ράχη, στο επιγάστριο), πράγμα που μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση και να εμποδίσει τη σωστή διάγνωση. Είναι σημαντικό η αρχική ερώτηση προς τον ασθενή να είναι «ανοικτή» και όχι «κλειστή». Ανοικτή ερώτηση είναι αυτή που δεν επιδέχεται μόνο «ναι» ή «όχι» ως απάντηση, αλλά αφήνει στον ασθενή το περιθώριο να εκφραστεί όπως αυτός θέλει. Π.χ. η ερώτηση «Έχετε πόνο στο στήθος όταν περπατάτε;» είναι κλειστή, ο ασθενής θα πρέπει να απαντήσει «ναι» ή «όχι». Αν όμως αισθάνεται «βάρος» ή «κάψιμο» ή οποιαδήποτε δυσφορία στο στήθος κατά το περπάτημα, αυτό μπορεί κάλλιστα να είναι ισοδύναμο στηθαγγικού άλγους, και ο ασθενής, μην έχοντας τις κατάλληλες γνώσεις, ίσως θεωρήσει ότι δεν σχετίζεται με καρδιακό πρόβλημα και να απαντήσει αρνητικά στην ερώτηση. Η σωστή ερώτηση θα πρέπει να είναι: «Έχετε οποιαδήποτε δυσφορία (πόνος, βάρος, πίεση, σφίξιμο, κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή) στο στήθος (ή στον λαιμό, στα χέρια ή στη ράχη) όταν περπατάτε;» Η ερώτηση αυτή δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να εκφράσει με δικά του λόγια το τι βιώνει, και έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να οδηγήσει σε ορθή διάγνωση κάποιου πιθανού προβλήματος.

Δύσπνοια. Η δύσπνοια αναλύεται επίσης λεπτομερειακά στο κεφάλαιο για το αναπνευστικό σύστημα.

Κυάνωση. Ομοίως, η κυάνωση αναλύεται στο κεφάλαιο για το αναπνευστικό σύστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οιδήματα. Οίδημα είναι η συλλογή υγρού στον διάμεσο (εξωκυττάριο) χώρο. Γίνεται αντιληπτό στον υποδόριο ιστό από το χαρακτηριστικό εντύπωμα (Εικόνα 6.3) που αφήνει στην πίεση με το δάκτυλο. Ένα χρόνια οίδημα, παρόν για αρκετά χρόνια, μπορεί να μην αφήνει πια εντύπωμα στην πίεση, όπως επίσης και το οίδημα που οφείλεται σε λεμφαγγειακή απόφραξη (λεμφοοίδημα).

Το οίδημα εμφανίζεται συνήθως σταδιακά στα κατωφερέστερα σημεία του σώματος (στα σφυρά και στα κάτω άκρα στους περιπατητικούς ασθενείς ή στην οσφυϊκή/ιερά χώρα στους κατακεκλιμένους), ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται αύξηση του βάρους του σώματος από την κατακράτηση των υγρών (μερικές φορές οι ασθενείς προσέρχονται στον ιατρό γιατί θεωρούν ότι πάχυναν, για να ζητήσουν συμβουλή για διαίτα και απώλεια βάρους, και δεν έχουν καταλάβει ότι έχουν πρηστεί). Χαρακτηριστικά, το οίδημα υποχωρεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, όταν ο ασθενής είναι κατακεκλιμένος, ενώ την ημέρα, που είναι όρθιος, το οίδημα χειροτερεύει. Το οίδημα ανά σάρκα σημαίνει ότι υπάρχει γενικευμένο οίδημα (στα πόδια, στους μηρούς, στην κοιλιά και στην πλάτη) σε συνδυασμό συνήθως με ασκίτη.



Εικόνα 6.3.
Οίδημα που αφήνει
εντύπωμα στην πίεση
(James Heilman, MD Wikimedia
commons File:
Combinpedal.jpg CC BY 3.0)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο μηχανισμός που δημιουργεί το οίδημα είναι είτε λόγω αύξησης της υδροστατικής πίεσης στα τριχοειδή των ιστών (π.χ. σε καρδιακή ανεπάρκεια) είτε λόγω μείωσης της κολλοειδωσμοτικής πίεσης (π.χ. σε υποαλβουμιναιμικές καταστάσεις), είτε λόγω αύξησης της λεμφαγγειακής πίεσης (λεμφοίδημα).

Συγκοπτικά – προσυγκοπτικά επεισόδια. Συγκοπή είναι η ξαφνική και προσωρινή απώλεια των αισθήσεων, που αποκαλείται επίσης λιποθυμία. Συνήθως συμβαίνει όταν υπάρχει πτώση της αρτηριακής πίεσης, με αποτέλεσμα να διακόπτεται η συνεχής παροχή οξυγόνου στον εγκέφαλο.

Μερικοί ασθενείς δεν λιποθυμούν πλήρως, αλλά φτάνουν πολύ κοντά στη συγκοπή, με μείωση του επιπέδου συνείδησης και των αισθήσεων, αλλά χωρίς πλήρη απώλειά τους. Η κατάσταση αυτή αποκαλείται προσυγκοπή. Οι αιτίες ενός συγκοπτικού/προσυγκοπτικού επεισοδίου μπορεί να είναι καρδιακές, μη καρδιακές ή άγνωστης αιτιολογίας. Τις περισσότερες φορές είναι μη καρδιακής αιτιολογίας.

Αίσθημα προκάρδιων παλμών. Το αίσθημα προκάρδιων παλμών («φτερουγίσματα» στο στήθος) είναι η συναίσθηση των καρδιακών παλμών ως ισχυρών κτύπων στο στήθος, ή της καρδιάς να «τρέχει» στο στήθος ως ένα δυσάρεστο συναίσθημα. Δεν σημαίνει πάντοτε ότι υπάρχει οργανικό καρδιακό πρόβλημα, συχνά όμως αυξάνει το άγχος και τον φόβο του ασθενούς, και μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα πανικού ότι κάτι πολύ σοβαρό μπορεί να συμβεί.

Από το ιστορικό, καλό είναι να ερωτηθεί ο ασθενής εάν το αίσθημα παλμών άρχισε ξαφνικά ή επήλθε βαθμιαία, ποιοι παράγοντες μπορεί να πυροδότησαν την έναρξη ή τον τερματισμό τους (στρεσογόνο γεγονός, αλκοόλ, καφές, κάπνισμα, φάρμακα κ.λπ.) και αν υπήρχαν συμπαρομαρτούντα συμπτώματα (ζάλη, συγκοπή, θωρακικό άλγος, δύσπνοια κ.λπ.).

Εύκολη κόπωση. Πρόκειται για έναν όρο ο οποίος δεν αναφέρε-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ται σε μία συγκεκριμένη ασθένεια αλλά σε ένα σύμπτωμα που μπορεί να είναι επακόλουθο πολλών παθολογιών. Δεδομένου ότι υπάρχει και φυσιολογική κόπωση, αυτή αξιολογείται ως σύμπτωμα όταν ο ασθενής θεωρεί ότι προκαλείται από δραστηριότητες οι οποίες στο παρελθόν δεν του προκαλούσαν κόπωση. Από τα συμπτώματα που σχετίζονται με καρδιακές παθήσεις, το υποκειμενικό αίσθημα της γενικευμένης αδυναμίας και εύκολης κόπωσης είναι το πιο δύσκολο να εκτιμηθεί. Μπορεί να οφείλεται σε μια ποικιλία νόσων, οι συνηθέστερες των οποίων δεν αφορούν την καρδιά, αλλά συχνότερα σχετίζονται με κατάθλιψη, ιογενή σύνδρομο ή αγχώδεις διαταραχές. Οι ασθενείς συχνά μπερδεύουν τη μυϊκή αδυναμία (που μπορεί να οφείλεται σε νευρομυοσκελετικές παθήσεις) με την εύκολη κόπωση (γενικευμένη αδυναμία).

Όταν οφείλεται σε καρδιοπάθεια, η συνηθέστερη αιτία είναι η καρδιακή ανεπάρκεια ή η συνύπαρξη σοβαρής αναιμίας με ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Διαλείπουσα χωλότητα. Διαλείπουσα χωλότητα ονομάζεται ο πόνος στα κάτω μέλη (γλουτούς, μηρούς, γάμπες ή πέλματα) που εμφανίζεται κατά τη βάρδιση, ενώ εξαφανίζεται με την ανάπαυση για λίγα λεπτά (συνήθως <10 λεπτά). Μπορεί να μην εμφανίζεται πάντοτε πόνος αλλά ενίοτε σφίξιμο, βάρος ή αδυναμία στα άκρα. Οφείλεται σε μειωμένη ροή αίματος στις αρτηρίες των κάτω άκρων λόγω αθηροσκληρωτικής στένωσης των αρτηριών. Στην ηρεμία η ποσότητα του αίματος που φθάνει σ' αυτά είναι επαρκής, όμως κατά τη βάρδιση η κυκλοφορία δεν επαρκεί. Αναλόγως του ύψους του αγγείου που έχει αποφραχθεί/στενέψει, η συμπτωματολογία ποικίλει· έτσι, στένωση των λαγόνιων αρτηριών προκαλεί συνήθως άλγος στους γλουτούς ή στους μηρούς κατά τη βάρδιση, στένωση της επιπολής μηριαίας αρτηρίας προκαλεί άλγος στη γαστροκνημία, ενώ στένωση των αρτηριών κάτωθεν του γόνατος προκαλεί άλγος στο πέλμα.

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1. ΚΑΡΔΙΑΚΑ ΑΙΤΙΑ ΘΩΡΑΚΙΚΟΥ ΑΛΓΟΥΣ					
ΑΙΤΙΟ	ΕΝΤΟΠΙΣΗ	ΠΟΙΟΤΗΤΑ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ Η ΣΗΜΕΙΑ
Στηθάγχη	Οπισθοστερνικά Τράχηλος Κάτω γνάθος Επιγάστριο Ύμνοι – άνω άκρα	Πίεση Σφίξιμο Βάρος Φούσκωμα Κάψιμο	<10 λεπτά	Άσκηση Ψύχος Στρες Φαγητό Νι- τρώδη Prinzmetal	S4 Συστολικό φύσημα
Έμφραγμα μυοκαρδίου	Ίδια με στηθάγχη	Ίδια με στηθάγχη	Αιφνίδιο, > 30 λεπτά	Ίδιες με στηθάγχη	S4 Δύσπνοια, αδυναμία, ναυτία, έμετος, αγωνία, αίσθημα επικείμενου θανάτου
Περικαρδί- τιδα	Εντοπισμένο Στέρνο Κορυφή καρδιάς Τράχηλος Αριστερό άνω άκρο	Οξύ Διαξιφιστικό Σαν «σουβλιά»	Ώρες Μέρες	↑ με αναπνοή, ↑ με κινήσεις, ↓ με καθιστή θέση	Τριβή Διάταση σφραγίδων Σημείο Kussmaul Παρά- δοξος σφυγμός
Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής	Θώρακας (πρόσθια- οπίσθια περιοχή) Κοιλία Επέκταση καθώς το ανεύρυσμα επεκτεί- νεται	Σαν «αχίσισμο» «Φοβερός πόνος» Σαν «μαχαριριά»	Αιφνίδιο Ώρες	--	↓ ΑΠ στο ένα χέρι Ασφυγμία Αορτική ανεπάρκεια Παρόδοξος σφυγμός

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΕΥΡΗΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Θωρακικό άλγος εξω-καρδιακής αιτιολογίας	Πνευμονική εμβολή Πνευμονική υπέρταση Πνευμονία με πλευριτίδα Πνευμοθώρακας Σπονδυλορθρίτιδα αυχένα και θωρακικής μοίρας ΣΣ Άγχος Πλευροχονδρίτιδα (σύνδρομο Tietze) Έρπης ζωστήρας Γαστρεντερικές παθήσεις (οισοφαγίτιδα, σπασμός οισοφάγου, διάτρηση οισοφάγου, έλκος στομάχου, γαστρίτιδα, χολοκυστίτιδα, παγκρεατίτιδα κ.ά.)
Δύσπνοια	Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια Βαλβιδοπάθεια (στένωση ή ανεπάρκεια μιτροειδούς, στένωση ή ανεπάρκεια αορτικής) Ενδοκαρδίτιδα Συγγενείς καρδιοπάθειες (π.χ. τετραλογία Fallot) Πνευμονική υπέρταση (πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής) Πνευμονοπάθειες (π.χ. άσθμα, χρόνια βρογχίτιδα, εμφύσημα, πνευμονία, πνευμονική εμβολή, κυστική ίωση, πνευμοθώρακας, κ.ά.) Αναμία Χρόνια σξέωση (π.χ. σε ουραιμία)
Κυάνωση	Α. Κεντρική κυάνωση Συγγενείς καρδιοπάθειες (π.χ. τετραλογία Fallot) Πνευμονικές αρτηριοφλεβικές αναστομώσεις Πνευμονικό οίδημα Πνευμονικές παθήσεις με υποαερισμό (άσθμα, ΧΑΠ, εισρόφηση ξένου σώματος) Πνευμονικές παθήσεις με διάχυτες βλάβες (π.χ. πνευμονικά έμβολα) Αιμοσφαιρινοπάθειες (π.χ. μεθαιμοσφαιριναιμία) Β. Περιφερική κυάνωση Αγγειακή περιφερική απόφραξη Φαινόμενο Raynaud Δικτυωτή πελώση (livedo reticularis) Καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένη καρδιακή παροχή

Οιδήματα	<p>Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια Κίρρωση ήπατος Νεφρωσικό σύνδρομο Άλλες καταστάσεις υποαλβουμιναιμίας (π.χ. εντεροπάθεια με απώλεια λευκώματος, σοβαρά εγκαύματα) Φάρμακα (αναστολείς σβεστίου του τύπου των διυδροπυριδινών [αμλοδιπίνη, φελοδιπίνη κ.λπ.], γλυκοκορτικοειδή, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη) Αμφοτερόπλευρη εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση κάτω άκρων θρόμβωση/απόφραξη κάτω κοίλης φλέβας Λεμφαγγειακή απόφραξη (λεμφοίδημα)</p>
Συγκοπή – προσυγκοπή	<p>Καρδιακά προβλήματα (αρρυθμίες, καρδιομυοπάθεια, στεφανιαία νόσος) Ορθοστασία σε ένα σημείο για μεγάλο χρονικό διάστημα Απότομη μετάβαση από καθιστή ή ξαπλωμένη θέση στην όρθια θέση Καταβολή μεγάλης προσπάθειας για αφόδευση Παρατεταμένες εξάρσεις βήχα Πολύ έντονος πόνος ή φόβος Συναπθηματικό στρες, μεγάλη ψυχική καταπόνηση Σημαντική απώλεια υγρών, μεγάλος βαθμός αφυδάτωσης, υπερθερμία Μεγάλη αιμορραγία Γρήγορη πτώση της πίεσης αίματος υπέρπνοια (γρήγορη, ταχεία αναπνοή) υπογλυκαιμία Χρήση ναρκωτικών ή κατάχρηση αλκοόλ Πνευμονική εμβολή Επιληψία, σπασμοί</p>
Αίσθημα προκάρδιων παλμών	<p>Κολπική μαρμαρυγή Παροξυσμική υπερκοιλιακή ταχυκαρδία Κολπιακή ταχυκαρδία Έκτακτες συστολές Στεφανιαία νόσος Βαλβιδοπάθειες (π.χ. πρόπτωση μιτροειδούς) Μυοκαρδιοπάθειες Βαριά αναμία υπογλυκαιμία υπερθυρεοειδισμός Άγχος, στρες, φόβος Καφεΐνη Κοκαΐνη Χάπια διαίτης Άσκηση Πυρετός υπερερισμός υποξυγοναιμία Νικοτίνη</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Εύκολη κόπωση	<p>Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια Στεφανιαία νόσος Αναμία ΧΑΠ Νευροψυχιατρικές νόσοι (κατάθλιψη, μισαθένεια κ.ά.) Ενδοκρινολογικές (νόσοι θυρεοειδούς, Νόσος Addison [φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια], σύνδρομο Cushing κ.ά.) Χρόνιες λοιμώξεις (βακτηριακές, ιογενείς, AIDS, TBC κ.ά.) Ανεπάρκεια οργάνων (νεφρών, ήπατος) Καρκίνος Ινομυαλγία Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υποκαλιμμία, υπονατρίαμια) Φάρμακα (β-αδρενεργικοί αναστολείς, κορτικοειδή, σύνδρομο στέρωσης από καφεΐνη, αλκοόλ, πρεμιστικά) Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης (ιδιοπαθές)</p>
Διαλείπουσα χωλότητα	<p>Αθηροσκληρωτική στένωση αρτηριών κάτω άκρου Στένωση σπονδυλικού σωλήνα</p>

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η κλινική εικόνα του καρδιαγγειακού συστήματος παρουσιάζεται στο Βίντεο 6.1.

Γενική εξέταση. Η εξέταση του αρρώστου περιλαμβάνει την επισκόπηση (προσώπου, τραχήλου, θώρακα και άκρων), την ψηλάφηση (αρτηριακού σφυγμού, προκαρδίου, ήπατος), τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και την ακρόαση (καρδιάς, πνεύμονα και αγγείων). Πολλοί φοιτητές και νέοι ιατροί δεν αφιερώνουν ιδιαίτερη προσοχή και χρόνο στην εξέταση του αρτηριακού και του σφαγιτιδικού φλεβικού σφυγμού, καθώς και στην εξέταση του προκαρδίου με επισκόπηση και ψηλάφηση, που θα πρέπει πάντοτε να προηγούνται της ακρόασης της καρδιάς, με αποτέλεσμα να διαφεύγουν ενίοτε σημαντικές πληροφορίες, χρήσιμες για τη διάγνωση ή τη βαρύτητα της πάθησης του ασθενούς. Για τον λόγο αυτόν, η εξέταση του καρδιαγγειακού συστήματος είναι καλό να ακολουθεί μια λογική σειρά, ως ακολούθως:

- ▶ εξέταση αρτηριακού σφυγμού,
- ▶ μέτρηση αρτηριακής πίεσης,
- ▶ εξέταση σφαγιτιδικού φλεβικού σφυγμού στον τράχηλο,
- ▶ εξέταση προκαρδίου (επισκόπηση και ψηλάφηση),
- ▶ ακρόαση καρδιάς.

Εξέταση αρτηριακού σφυγμού. Κατά την κλινική εξέταση το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις αρτηρίες του τραχήλου, καθώς και των άνω και κάτω άκρων, που είναι πιο εύκολα ψηλαφητές. Συγκεκριμένα, εξετάζονται οι καρωτίδες, η βραχιόνια, η κερκιδική, η κοινή μηριαία, η ιγνυακή, η οπίσθια κνημιαία και η ραχιαία αρτηρία του άκρου ποδός, ενίοτε δε και η κροταφική αρτηρία (επί υποψίας κροταφικής αρτηρίτιδας). Επειδή οι καρωτίδες αρτηρίες βρίσκονται πιο κοντά στην καρδιά από τις υπόλοιπες, είναι συχνά πιο εύκολο να αναγνωριστούν προβλήματα με τον αρτηριακό σφυγμό σε αυτές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Συμπτώματα που προέρχονται από παθολογία των περιφερικών αγγείων είναι:

- ▶ διαλείπουσα χωλότητα,
- ▶ έλκη κάτω άκρων,
- ▶ άλγος κάτω άκρων – δακτύλων (αιφνίδιο ή χρόνια), με παραισθησία, παράλυση και ωχρότητα,
- ▶ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο,
- ▶ ωχρά κάτω άκρα με απώλεια τριχών και τροφικές αλλοιώσεις δέρματος,
- ▶ οιδήματα άκρων.

Με την ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ των άκρων του ασθενή σημειώνονται:

- ▶ Οιδήματα: βοηθά η σύγκριση του μεγέθους των δύο άκρων. Απαραίτητο να εξετάζεται αν αφήνει εντύπωμα μετά από πίεση (λόγω αύξησης του ύδατος του διάμεσου χώρου ή φλεβικής ανεπάρκειας) ή όχι (λεμφοίδημα).
- ▶ Χρώμα δέρματος και ετερογένεια του χρώματος, ανάλογα με την περιοχή άρδευσης των αρτηριών: ωχρότητα μπορεί να υποδηλώνει αιματική υποάρδευση, ενώ στη φλεβική ανεπάρκεια είναι συνήθης η ανομοιογενής υπέρχρωση του δέρματος (Εικόνα 6.4).



Εικόνα 6.4.
Υπέρχρωση
δέρματος έσω
σφυρού λόγω
φλεβικής
ανεπάρκειας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Έλκη: μπορεί να είναι φλεβικής (συνήθως στην έσω επιφάνεια των σφυρών και της κνήμης) (Εικόνα 6.5) ή αρτηριακής αιτιολογίας (συνήθως στην πρόσθια-πλάγια επιφάνεια της κνήμης ή τα δάκτυλα) (Εικόνα 6.6).
- ▶ Τροφικές αλλοιώσεις: απώλεια τριχών, δυστροφίες ονύχων, λέπτυνση δέρματος.
- ▶ Διάταση φλεβιδίων: μικρότερα από 1 mm ονομάζονται τελαγγειεκτασίες, μεγέθους 1-3 mm ευρυαγγείες, ενώ τα φλεβίδια με μέγεθος μεγαλύτερο από 3 mm λέγονται κίρσοι (συνχρότερα προέρχονται από τη μείζονα και την ελάσσονα σαφηνή φλέβα).



Εικόνα 6.5. Φλεβικό έλκος στο έσω σφυρό



Εικόνα 6.6. Αρτηριακό έλκος στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Με την ΨΗΛΑΦΗΣΗ εξετάζονται αρχικά οι καρωτίδες αρτηρίες και κατόπιν οι υπόλοιπες περιφερικές.

Ο καρωτιδικός σφυγμός εξετάζεται με ελαφρά ανύψωση του άνω μέρους του σώματος του εξεταζομένου και ελαφρά στροφή της κεφαλής του προς το μέρος της προς εξέταση καρωτίδας. Αυτό συστήνεται ώστε να χαλαρώσει ο ομόπλευρος στερνοκλειδομαστοειδής μυς, επί τα εντός του οποίου πορεύεται η καρωτίδα. Η εξέταση της κάθε καρωτίδας ξεκινά με την ΑΚΡΟΑΣΗ για πιθανό φύσημα – υποδηλώνει στένωση της καρωτίδας από αθηρωματική πλάκα ή επέκταση φυσήματος από στένωση αορτικής βαλβίδας. Η διάκρισή τους θα γίνει κλινικά, αφενός με την ύπαρξη φυσήματος στην εστία ακροάσεως της αορτικής βαλβίδας και αφετέρου με τη θέση του φυσήματος στην καρωτίδα (στην περίπτωση επέκτασης από την αορτική βαλβίδα το φύσημα ακούγεται από τη βάση του λαιμού προς τα πάνω, ενώ στη στένωση της καρωτίδας συνήθως είναι ψηλότερα, στον διχασμό των καρωτίδων). Η εξέταση συνεχίζεται με την ψηλάφηση της καρωτίδας χαμηλά, άνωθεν της στερνοκλειδικής γωνίας και μεταξύ στερνοκλειδομαστοειδή και τραχείας, ώστε να μην ερεθιστεί το καρωτιδικό σωμάτιο και προκληθεί πτώση της αρτηριακής πίεσης και βραδυκαρδία. Σε αντίθεση με τις περιφερικές αρτηρίες, η ψηλάφηση των δύο καρωτίδων ταυτόχρονα πρέπει να αποφεύγεται, ώστε να αποφευχθεί πιθανή συγκοπτική κρίση.

Η εξέταση των αρτηριών δεν θα πρέπει να θεωρείται πλήρης, αν δεν ψηλαφηθούν όλες οι περιφερικές αρτηρίες των άνω και κάτω άκρων, ώστε να εκτιμηθεί η ύπαρξη ή η απουσία του σφυγμού, η έντασή του, καθώς και να συγκριθούν σε σχέση με τις υπόλοιπες αρτηρίες ως προς την ένταση, τον συγχρονισμό και τα αναμενόμενα από τον εξεταστή χαρακτηριστικά. Έτσι, εκτός από τις καρωτίδες, εξετάζονται και οι βραχιόνιες, οι κερκιδικές, οι κοινές μηριαίες, οι ιγνυακές, οι οπίσθιες κνημιαίες και οι ραχιαίες του ποδός αρτηρίες (βλ Εικόνα 6.7α και 6.7β), καθώς επίσης και η κοιλιακή αορτή, όταν είναι δυνατόν (σε λεπτόσωμα άτομα).

Κατά την εξέταση του σφυγμού μελετάμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Κερκιδική αρτηρία



Βραχιόνιος αρτηρία

Εικόνα 6.7α.
Ψηλάφηση
του σφυγμού
των αρτηριών
των άνω άκρων



Μηριαία αρτηρία



Ιγνυακή αρτηρία



Ραχιαία ακρου ποδός



Οπίσθια κνημιαία

Εικόνα 6.7β: Ψηλάφηση του σφυγμού των αρτηριών των κάτω άκρων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ **τη συχνότητά του:** μετράμε τις σφύξεις επί 15 sec και έπειτα πολλαπλασιάζουμε επί 4, ώστε να προκύψουν οι σφύξεις/min. Σε άρρυθμους ασθενείς μετράμε για περισσότερα sec, συνήθως για 30 sec και πολλαπλασιάζουμε x2. Φυσιολογικά η συχνότητα σε ηρεμία κυμαίνεται μεταξύ 60-80 σφύξεων/min.
- ▶ **τον ρυθμό του:** ο φυσιολογικός σφυγμός είναι ρυθμικός, αναλογικά με τον φλεβοκομβικό ρυθμό, όμως μεταβάλλεται λίγο με την αναπνοή (αναπνευστική αρρυθμία). Συγκεκριμένα, επιταχύνεται κατά την εισπνοή και επιβραδύνεται κατά την εκπνοή (το φαινόμενο αυτό εξαφανίζεται σταδιακά με την ηλικία).
- ▶ **τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, π.χ. το μέγεθος και την ταχύτητα ανύψωσης και επαναφοράς του σφυγμικού κύματος,** που εξαρτώνται από την ποσότητα του αίματος που εξωθείται από την αριστερή κοιλία σε κάθε συστολή και από την ελαστικότητα του αρτηριακού τοιχώματος (βλ. είδη σφυγμού παρακάτω).

Παθολογικά ευρήματα

Συχνότητα

- ▶ Σφύξεις <60/min δηλώνουν βραδυκαρδία και μπορεί να οφείλονται σε καρδιακά ή μη καρδιακά αίτια (π.χ. χορήγηση β-αποκλειστών, σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, υποθυρεοειδισμός, παρασυμπαθητικοτονία, αθλητισμός, προχωρημένη ηλικία κ.ά.).
- ▶ Σφύξεις >100/min δηλώνουν ταχυκαρδία, η οποία στη μεν παιδική ηλικία είναι φυσιολογική, στη δε ενήλικη μπορεί να οφείλεται σε άσκηση, εμπύρετες καταστάσεις, υπερθυρεοειδισμό, σοβαρή αιμορραγία, σηπτική καταπληξία, καθώς και σε διάφορες αρρυθμίες.

Ρυθμός

Μπορεί να παρατηρηθεί αρρυθμία και συγκεκριμένα:

- ▶ Έκτακτες συστολές: (π.χ. διδυμία υπάρχει όταν κάθε έκτακτη συστολή ακολουθεί μία φυσιολογική, τριδυμία όταν ακολουθεί δύο φυσιολογικές, μεμονωμένες έκτοπες συστολές

κ.λπ.). Σε υγιή άτομα είναι αθώες και συνήθως αποδίδονται σε άγχος, κάπνισμα ή λήψη διεγερτικών ουσιών. Αντίθετα, η παρουσία τους σε άτομα με καρδιαγγειακή νόσο μπορεί να είναι δυσσιώνη ως προς την εγκατάσταση κάποιας σοβαρής αρρυθμίας. Άλλοτε δε οφείλονται σε καρδιακή ανεπάρκεια ή και σε δηλητηρίαση από δακτυλίτιδα.

- ▶ Πλήρως άρρυθμος σφυγμός: Συναντάται στην κολπική μαρμαρυγή.

Παθολογικά είδη σφυγμού

- ▶ Μικρός σφυγμός: Σε καταστάσεις χαμηλού όγκου παλμού, μικρής διαφορικής αρτηριακής πίεσης και αυξημένων περιφερικών αγγειακών αντιστάσεων (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, συμπίεστική περικαρδίτιδα, στένωση αορτικής ή μιτροειδούς βαλβίδας) το μέγεθος του σφυγμού είναι μικρό (κρίνεται από τη δύναμη με την οποία το σφυγμικό κύμα κτυπά το δάκτυλο του εξετάζοντος).
- ▶ Νηματοειδής σφυγμός: Πολύ μικρός και συχνός, που ψηλαφείται με δυσκολία και παρατηρείται στην καταπληξία.
- ▶ Μέγας σφυγμός: Συναντάται σε μεγάλο όγκο παλμού, αυξημένη διαφορική αρτηριακή πίεση και μειωμένες περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις (π.χ. ανοιχτός βοτάλειος πόρος, υπερθυρεοειδισμός, υπερκινητική κυκλοφορία, ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας). Συγκεκριμένα στην ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας ο σφυγμός είναι μέγας, ισχυρός και ταχύς και ονομάζεται «αλλόμενος σφυγμός» ή «σφυγμός Corrigan». Συνοδεύεται δε από μεγάλη, οπτικά ορατή ανάπαυση των καρωτίδων («χορός των καρωτίδων»).
- ▶ Δικόρυφος σφυγμός: Με δύο αντιληπτά κύματα στη φάση της συστολής. Παρατηρείται στην υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια, στην πρόπτωση μιτροειδούς και στη μεικτή πάθηση της αορτής.
- ▶ Δίκροτος σφυγμός: Με δύο κύματα, ένα κατά τη συστολή και ένα κατά τη διαστολή. Παρατηρείται σε χαμηλή καρδιακή παροχή (π.χ. συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, καρδιακό επιπωματισμό, εμπύρετο νόσημα κ.ά.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ **Εναλλασσόμενος σφυγμός:** Ρυθμικά εναλλάσσεται ένας μεγάλος με έναν μικρό σφυγμό. Είναι ενδεικτικός βαριάς αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας, μυοκαρδιοπάθειας ή βαλβιδικών παθήσεων. Γίνεται αντιληπτός όταν η διαφορική αρτηριακή πίεση (μεταξύ των δύο σφυγμών) είναι >20 mmHg.
- ▶ **Δίδυμος σφυγμός:** Επί έκτακτης συστολής, συγκεκριμένα διδυμίας, με έναν μεγάλο και έναν μικρό σφυγμό. Διαφέρει από τον εναλλασσόμενο σφυγμό στο γεγονός ότι μεταξύ των ζευγών των σφυγμών παρεμβάλλεται αναπληρωματική παύλα.
- ▶ **Παράδοξος σφυγμός:** Λέγεται η πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης >10 mmHg στη φάση της εισπνοής (φυσιολογική θεωρείται η πτώση έως 10 mmHg). Παρατηρείται κυρίως στον καρδιακό επιπωματισμό και στο οξύ βρογχικό άσθμα με έντονο βρογχόσπασμο. Αντιληπτός γίνεται όταν η πτώση της συστολικής αρτηριακής πίεσης είναι $>15-20$ mmHg στην εισπνοή, οπότε ψηλαφείται μεγάλη πτώση στο μέγεθος του σφυγμού.
- ▶ **ΠΡΟΣΟΧΗ:** Ο εναλλασσόμενος και ο παράδοξος σφυγμός ανιχνεύονται και κατά τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης.

Ενίοτε είναι χρήσιμο να γίνει και ΑΚΡΟΑΣΗ των περιφερικών αρτηριών (όπως ακριβώς και με τις καρωτίδες) για τυχόν ανεύρεση φυσημάτων.

Η εξέταση των αγγείων των άκρων μπορεί επίσης να αναδείξει και προβλήματα από τις φλέβες των κάτω άκρων (εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση, θρομβοφλεβίτιδα, κίρσοι, ευρυαγγείες των φλεβών κ.λπ.). Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση (ΕΦΘ) συχνότατα εντοπίζεται στις εν τω βάθει φλέβες της γαστροκνημίας ή του μηρού. Ισχυρή κλινική υποψία τίθεται όταν η γαστροκνημία παρουσιάζεται οιδηματώδης, επώδυνη στην πίεση αλλά ενίοτε και στην ηρεμία, εξέρυθρη και θερμή. Κατά τη ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός πιθανώς να εκλυθεί άλγος στη γαστροκνημία (θετικό σημείο Homan), ενώ ενδέχεται να διατείνονται και οι επιπολής φλέβες. Σημειώνεται ότι η τυπική αυτή εικόνα παρουσιάζεται μόνο περίπου στους μισούς ασθενείς με ΕΦΘ.

Μέτρηση αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Αρτηριακή πίεση είναι η πίεση που ασκείται από το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών. Εξαρτάται από τον όγκο παλμού και τις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις, αλλά και από τη διατασιμότητα του αρτηριακού τοιχώματος και τη γλοιότητα του αίματος. Η μέτρηση της ΑΠ γίνεται με τη χρήση σφυγμομανόμετρου (υδραργυρικού ή μεταλλικού), η περιχειρίδα του οποίου τοποθετείται γύρω από τη βραχιόνια αρτηρία. Καταγράφονται 2 τιμές, η συστολική (μεγάλη) και η διαστολική (μικρή) ΑΠ και η μονάδα μέτρησης είναι σε mmHg.

Για τη σωστή και αξιόπιστη μέτρηση της ΑΠ πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες και προϋποθέσεις:

- ▶ Το δωμάτιο πρέπει να είναι ήσυχο, με καλή θερμοκρασία.
- ▶ Πριν τη μέτρηση ο εξεταζόμενος πρέπει να μην έχει καταναλώσει φαγητό ή κάποια διεγερτική ουσία (π.χ. καφέ), να μην έχει καπνίσει (τουλάχιστον για μισή ώρα), να έχει αδειάσει την ουροδόχο κύστη του (μια γεμάτη κύστη μπορεί να επηρεάσει την πίεση) και να είναι σε ηρεμία τουλάχιστον για 5 λεπτά.
- ▶ Η μέτρηση γίνεται σε καθιστή θέση (όταν είναι δυνατόν), με τον βραχίονα στηριγμένο σε τραπέζι, ώστε οι μύες να είναι χαλαροί, και με το μέσον του βραχίονα στο επίπεδο της καρδιάς. Η πλάτη επίσης του εξεταζομένου θα πρέπει να υποστηρίζεται και τα πόδια του να ακουμπούν καλά στο πάτωμα. Θα πρέπει να δοθούν οδηγίες στον εξεταζόμενο να μην μιλάει κατά τη διάρκεια της μέτρησης.
- ▶ Το μέγεθος της περιχειρίδας πρέπει να εφαρμόζει καλά στον βραχίονα. Αν ο βραχίονας είναι πολύ μεγάλος για την περιχειρίδα, η μέτρηση μπορεί να είναι πιο υψηλή από την πραγματική. Η περιχειρίδα πρέπει να περιβάλλει τα 2/3 του βραχίονα, να απέχει από τον αγκώνα περίπου 3 cm, και ο αεροθάλαμος να βρίσκεται ξεφουσκωτος πάνω από τη βραχιόνια αρτηρία, χωρίς την παρεμβολή ρουχισμού (τα μανίκια θα πρέπει να μαζεύονται ψηλά ώστε να αποκαλύπτεται ο βραχίονας, το μαζεμένο μανίκι δεν θα πρέπει να πιέζει τον βραχίονα, ενώ η περιχειρίδα δεν πρέπει να τοποθετείται πάνω από το ρούχο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Ο εξεταστής ψηλαφεί την κερκιδική αρτηρία του χεριού στο οποίο θα μετρηθεί η ΑΠ και φουσκώνει τον αεροθάλαμο έως ότου εξαφανιστούν οι σφυγμοί στην κερκιδική αρτηρία. Ξεφουσκώνει κατόπιν τον αεροθάλαμο αργά (περίπου κατά 2-3 mmHg/sec), έως ότου ο σφυγμός γίνει ξανά ψηλαφητός στην κερκιδική αρτηρία. Το σημείο αυτό είναι μια αδρή εκτίμηση της συστολικής ΑΠ. Ο εξεταστής ξεφουσκώνει τελείως τον αεροθάλαμο και ελέγχει κατόπιν (μετά από 15-30 sec) την ΑΠ χρησιμοποιώντας το στηθοσκόπιο.
- ▶ Φουσκώνει τον αεροθάλαμο περίπου 30 mmHg στο σφυγμομανόμετρο πάνω από την τιμή που είχε βρεθεί ότι ήταν αδρά η συστολική ΑΠ προηγουμένως. Τοποθετεί το διάφραγμα (ή τον κώδωνα) του στηθοσκοπίου χωρίς πολλή πίεση πάνω από τη βραχιόνια αρτηρία, χαμηλότερα από το χείλος της περιχειρίδας, στην έσω καμπή του αγκώνα.
- ▶ Αφήνει τον αεροθάλαμο να ξεφουσκώνει αργά, με ρυθμό 2-3 mmHg/sec.
- ▶ Όταν η πίεση μέσα στον αεροθάλαμο του σφυγμομανόμετρου εξισωθεί με τη συστολική πίεση μέσα στη βραχιόνια αρτηρία, το αίμα αρχίζει να περνά με στροβιλώδη ροή προς τα κάτω. Είναι η φάση που ο εξεταστής ακούει τους πρώτους χαρακτηριστικούς ήχους Korotkoff από το στηθοσκόπιο, από τους οποίους σημειώνει τη συστολική και διαστολική πίεση.

Ήχοι Korotkoff

- ▶ Φάση I: Πρωτοεμφανιζόμενοι ήχοι (σαν κτύποι) με κάθε καρδιακό παλμό (= Συστολική Αρτηριακή Πίεση [ΣΑΠ]).
- ▶ Φάση II: Οι ήχοι αντικαθίστανται με ήπιο φύσημα.
- ▶ Φάση III: Το φύσημα ενισχύεται.
- ▶ Φάση IV: Ξαφνική εξασθένηση των ήχων.
- ▶ Φάση V: Πλήρης εξαφάνιση των ήχων (= Διαστολική Αρτηριακή Πίεση [ΔΑΠ]).
- ▶ Η εμφάνιση του πρώτου ήχου αντιστοιχεί στη συστολική ΑΠ.
- ▶ Η πλήρης εξαφάνιση των ήχων αντιστοιχεί στη διαστολική ΑΠ.

- ▶ Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν οι ήχοι να μην εξαφανιστούν εντελώς. Τότε για τη διαστολική ΑΠ σημειώνεται το σημείο εξασθένησης των ήχων (φάση IV).

Επίσης, ενίοτε επί σοβαρής στένωσης της αορτικής βαλβίδας μπορεί να παρατηρηθεί απότομη εξαφάνιση των ήχων Korotkoff μεταξύ των φάσεων I και II, οι οποίοι επανεμφανίζονται μετά από λίγο. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται «ακροαστικό χάσμα» και απαιτεί προσοχή ώστε να μην σημειωθεί λανθασμένη διαστολική ΑΠ στο σημείο αρχικής εξαφάνισης των ήχων μετά τη φάση I ή να μην φουσκωθεί ο αεροθάλαμος μόνο μέχρι το ακροαστικό χάσμα, και έτσι να υποτιμηθεί η συστολική ΑΠ. Για τον λόγο αυτόν, συνιστάται πάντα να εξετάζεται αρχικά η ΑΠ με την ψηλάφηση του σφυγμού (όπως περιγράφηκε παραπάνω, ώστε να εκτιμηθεί η ΣΑΠ αδρά με τον σφυγμό) και κατόπιν με το στηθοσκόπιο.

Εάν οι ήχοι Korotkoff δεν είναι ευκρινείς (συμβαίνει ενίοτε κυρίως σε παχύσαρκους ασθενείς), ο εξεταστής μπορεί να ζητήσει από τον ασθενή, αφού πρώτα βάλει σφιχτά την περιχειρίδα γύρω από τον βραχίονα, να σηκώσει το χέρι του ψηλά και να ανοιγοκλείσει τη γροθιά του μερικές φορές. Αυτό επιτρέπει το άδειασμα των φλεβών και τριχοειδών του χεριού. Με το χέρι ακόμα ψηλά, φουσκώνεται ο αεροθάλαμος έως πάνω από τη συστολική πίεση, και κατόπιν το χέρι επαναφέρεται αργά στη φυσιολογική θέση μέτρησης και μετράται η ΑΠ. Οι ήχοι Korotkoff ακούγονται συνήθως ευκρινώς μετά τον αναφερθέντα χειρισμό.

Όταν η ΑΠ εξετάζεται για πρώτη φορά σε κάποιον ασθενή, ή επί ενδείξεων στένωσης της υποκλείδιας ή της βραχιόνιας αρτηρίας, ο εξεταστής θα πρέπει να ελέγχει την ΑΠ και στα δύο χέρια. Φυσιολογικά η ΑΠ πρέπει να είναι παρόμοια, με διαφορά έως 10-15 mmHg. Μεγαλύτερη διαφορά μπορεί να υποδηλώνει στένωση υποκλείδιας ή βραχιόνιας αρτηρίας.

Για τον περιορισμό της πιθανότητας λανθασμένης μέτρησης, τόσο εξαιτίας του εξεταστή όσο και του ασθενή (π.χ. υπέρταση λευκής μπλούζας) προτείνεται να γίνονται 3 μετρήσεις με μεσοδιάστημα 1 λεπτού (χρησιμοποιείται ο πλησιέστερος ζυγός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

αριθμός για την καταγραφή της ΑΠ). Συνήθως καταγράφεται ο μέσος όρος των 2 τελευταίων μετρήσεων.

Ταξινόμηση ΑΠ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 18 ΕΤΩΝ (Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες 2013)

	Συστολική ΑΠ		Διαστολική ΑΠ (mmHg)
Ιδανική	<120	ΚΑΙ	<80
Φυσιολογική	120-129	Ή	80-85
Υψηλή Φυσιολογική	130-139	Ή	85-89
Υπέρταση σταδίου I (ελαφρά)	140-159	Ή	90-99
Υπέρταση σταδίου II (μέτρια)	160-179	Ή	100-109
Υπέρταση σταδίου III (βαριά)	≥180	Ή	≥110
Μεμονωμένη συστολική	≥140	ΚΑΙ	<90

Διαστολική ΑΠ >130 mmHg αποτελεί σημαντικό εύρημα και ορίζει την κακοήθη υπέρταση.

Η ΑΠ θα πρέπει να μετράται την πρώτη φορά τόσο σε καθιστή, όσο σε ύπτια και όρθια θέση, καθώς και στα πόδια. Πτώση της συστολικής ΑΠ περισσότερο από 20 mmHg (ή της διαστολικής περισσότερο από 10 mmHg) από την ύπτια στην όρθια θέση (μαζί συνήθως με συμπτώματα ζάλης) αποτελεί διαγνωστικό εύρημα ορθοστατικής υπότασης, που συχνά αποτελεί δυσχερές πρόβλημα αντιμετώπισης σε υπερτασικά άτομα.

Η ΑΠ στα πόδια είναι φυσιολογικά υψηλότερη από την ΑΠ στα χέρια, και εκτιμάται συνήθως για τον έλεγχο ύπαρξης περιφερικής αρτηριοπάθειας, ιδίως σε ασθενείς με συμπτώματα διαλείπουσας χωλότητας. Μία κατάλληλου μεγέθους (μεγάλη) περιχειρίδα τοποθετείται γύρω από τον μηρό ή την κνήμη και μετράται η ΑΠ στην ιγνυακή ή στη ραχιαία του ποδός αρτηρία αντίστοιχα. Αν η ΑΠ στα κάτω άκρα είναι μικρότερη από την ΑΠ στα άνω άκρα, αυτό υποδηλώνει παρακώλυση της κυκλοφορίας των κάτω άκρων, συνήθως από αθηροσκληρωτική στένωση των αρτηριών των κάτω άκρων.

Εξέταση σφαγιτιδικού φλεβικού σφυγμού στον τράχηλο

Η εξέταση των φλεβών του τραχήλου παραλείπεται συχνά (λανθασμένα) κατά την εξέταση του καρδιαγγειακού συστήματος, συνήθως λόγω δυσκολιών ανεύρεσης του φλεβικού σφυγμού και κατανόησης των ευρημάτων. Η εξέταση πάντως του σφαγιτιδικού σφυγμού και της σφαγιτιδικής φλεβικής πίεσης μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς:

- ▶ Η σφαγιτιδική φλεβική πίεση (κεντρική φλεβική πίεση) δίνει πληροφορίες σχετικά με τον όγκο των υγρών του σώματος (σωστή ενυδάτωση, υπερφόρτωση με υγρά ή αφυδάτωση του ασθενούς), καθώς και ενδείξεις ύπαρξης συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.
- ▶ Ο σφαγιτιδικός φλεβικός σφυγμός μπορεί να υποδείξει ανωμαλίες της δομής ή της λειτουργίας της δεξιάς κοιλίας, οι οποίες δεν μπορούν να διαγνωστούν με άλλο τρόπο κλινικά, παρά την κλίση του ασθενούς.
- ▶ Ο σφαγιτιδικός φλεβικός σφυγμός δίνει επίσης ενδείξεις ύπαρξης καρδιακών αρρυθμιών, οι οποίες είναι δύσκολο να διαγνωστούν διαφορετικά κλινικά.

Είναι προτιμότερο να εξετάζονται οι σφαγίτιδες από τη δεξιά πλευρά του τραχήλου, διότι η επικοινωνία της δεξιάς έσω σφαγίτιδας με τον δεξιό κόλπο είναι άμεση και ευθεία (δεν υπάρχουν βαλβίδες ανάμεσά τους). Τα φαινόμενα πίεσης στον δεξιό κόλπο και δεξιά κοιλία αντανακλώνται άμεσα στη δεξιά έσω σφαγίτιδα. Η δεξιά έξω σφαγίτιδα φλέβα μπορεί να μην σφύζει, λόγω της ύπαρξης βαλβίδων.

Η θέση του ασθενούς κατά την εξέταση έχει πολύ μεγάλη σημασία. Η εξέταση πρέπει να αρχίζει με τον ασθενή σε κατακεκλιμένη θέση, με ανύψωση του άνω μέρους του σώματος κατά 30°-45° σε σχέση με το οριζόντιο επίπεδο. Απαραίτητο είναι να διατηρούνται οι μύες του τραχήλου χαλαροί, αφού μόνο τότε γίνεται ορατός ο σφυγμός της έσω σφαγίτιδας.

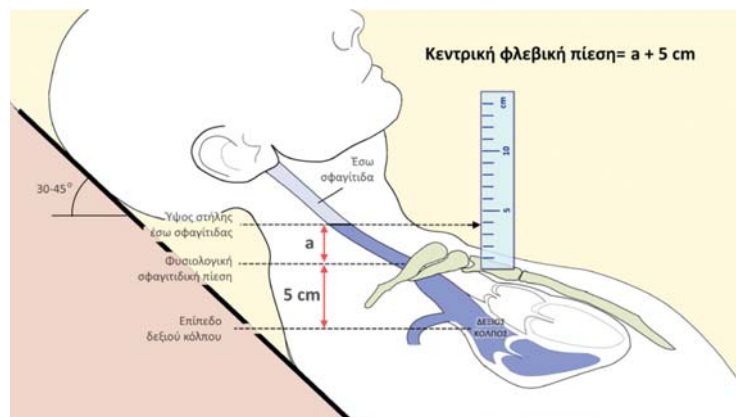
Σε αυτή τη θέση εκτιμάται συνήθως η Σφαγιτιδική Φλεβική

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πίεση (ΣΦΠ) σε cm H₂O (εκτίμηση της Κεντρικής Φλεβικής Πίεσης – ΚΦΠ) με τον εξής τρόπο (Εικόνα 6.8): Θεωρούμε ως ΣΦΠ την κάθετη απόσταση που ενώνει τη νοητή οριζόντια γραμμή όπου φαίνεται η στήλη της έσω σφαγίτιδας με τη νοητή οριζόντια γραμμή που φέρεται από τη στερνική γωνία +5 cm (που υπολογίζεται ότι είναι πάντα η απόσταση του δεξιού κόλπου από τη στερνική γωνία).

Φυσιολογικά η ΣΦΠ είναι μικρότερη από 8-9 cm H₂O, οπότε και η στήλη της έσω σφαγίτιδας βρίσκεται λίγο πάνω από το ύψος της κλείδας και είναι ορατή. Σε περιπτώσεις πολύ αυξημένης ΣΦΠ, οπότε ο σφυγμός της έσω σφαγίτιδας μπορεί να φτάνει έως και τη γωνία της κάτω γνάθου, μπορεί να χρειάζεται η περαιτέρω ανύψωση του ασθενούς έως και σε 90° για να γίνει ορατός ο σφαγιτιδικός σφυγμός κάτω από τη γνάθο. Αντίθετα, σε περίπτωση υποογκαιμίας, οπότε ο σφαγιτιδικός σφυγμός μπορεί να μην είναι καθόλου ορατός πάνω από την κλείδα, μπορεί να χρειαστεί ακόμα και πλήρης οριζόντια κατάκλιση του ασθενούς και ανύψωση των κάτω άκρων για να φανεί ο σφαγιτιδικός σφυγμός πάνω από την κλείδα.

Πρέπει εδώ να τονιστεί ότι η εξέταση της έσω σφαγίτιδας επηρεάζεται από την αναπνοή. Έτσι, σε βαθιά εισπνοή, επειδή



Εικόνα 6.8. Προσδιορισμός της κεντρικής φλεβικής πίεσης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

μειώνεται η ενδοθωρακική, άρα και η φλεβική πίεση στην έσω σφαγίτιδα, μειώνεται ο σφαγιτιδικός σφυγμός. Αντίθετα στην εκπνοή, λόγω αύξησης της ενδοθωρακικής πίεσης, συμβαίνει το αντίθετο. Η παράδοξη διάταση των σφαγιτιδών κατά την εισπνοή ονομάζεται σημείο Kussmaul και διαπιστώνεται σε συμπιεστική περικαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή ή έμφραγμα της δεξιάς κοιλίας.

Μία χρήσιμη επιβοηθητική εξέταση για την εκτίμηση του σφαγιτιδικού σφυγμού είναι η «δοκιμασία της ηπατοσφαγιτιδικής παλινδρόμησης». Σ' αυτήν, με τον ασθενή σε θέση 30°-40°, ο εξεταστής πιέζει σταθερά για 15 sec την ηπατική περιοχή στο δεξιό υποχόνδριο, ώστε να αυξήσει την πίεση των ηπατικών κολποειδών και κατ' επέκταση της κάτω κοίλης φλέβας, των δεξιών καρδιακών κοιλοτήτων και τέλος της έσω σφαγιτιδας. Φυσιολογικά, παρατηρείται παροδική μόνο ανύψωση της σφαγιτιδικής στήλης, παρόλο που η πίεση στο δεξιό υποχόνδριο συνεχίζεται. Θετική για αυξημένη ΣΦΠ θεωρείται η δοκιμασία όταν η στήλη ανυψωθεί πάνω από 4 cm καθ' όλη τη διάρκεια της δοκιμασίας, και υποδηλώνει δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια. Ψευδώς θετική βγαίνει η δοκιμασία και με ταυτόχρονο χειρισμό Valsalva.

Παθολογικά ευρήματα:

Αυξημένη ΣΦΠ οφείλεται σε ένα από τα παρακάτω αίτια: Καρδιακά αίτια:

- ▶ συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια,
- ▶ ανεπάρκεια – στένωση τριγλώχινας βαλβίδας,
- ▶ συμπιεστική περικαρδίτιδα. Πνευμονικά αίτια:
- ▶ πνευμονική εμβολή – πνευμονικό οίδημα. Μη καρδιακά αίτια:
- ▶ απόφραξη άνω κοίλης φλέβας,
- ▶ υπερκινητική κυκλοφορία (αναιμία, υπερθυρεοειδισμός, κύηση),
- ▶ αύξηση κυκλοφορούντος όγκου αίματος.

Μειωμένη ΣΦΠ οφείλεται σε μειωμένο όγκο αίματος από αφυδά-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

τωση ή απώλεια αίματος (δεν μπορεί να προσδιοριστεί με την κλινική εξέταση, παρά μόνο με καθετηριασμό της έσω σφαγίτιδας).

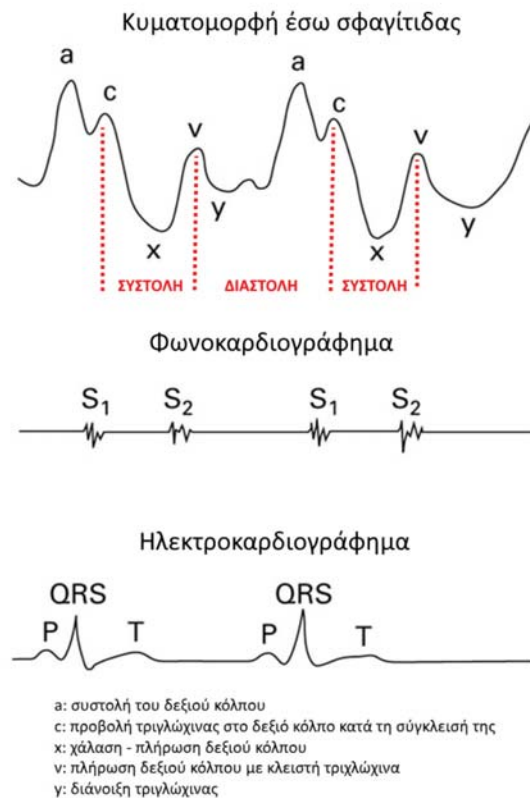
Επάρματα του σφαγιτιδικού φλεβικού σφυγμού (φλεβικοί κυματισμοί). Ο σφαγιτιδικός σφυγμός αποτελείται από 4 κύματα ανά καρδιακό κύκλο, που διαμορφώνονται από τις πιέσεις στις δεξιές καρδιακές κοιλότητες και στην άνω κοίλη φλέβα, και διακρίνονται καλύτερα στο σφαγιτιδογράφημα (Εικόνα 6.9). Συγκεκριμένα, και ανάλογα με τον καρδιακό κύκλο:

Η αρχική συστολή του δεξιού κόλπου είναι υπεύθυνη για την αύξηση της ΣΦΠ και τη δημιουργία του πρώτου θετικού κύματος «α» (atrial). Ακολουθεί η χάλαση του δεξιού κόλπου, με μείωση της πίεσης σ' αυτόν, άρα και η έναρξη του αρνητικού κύματος «x», με την παρεμβολή ενός μικρού θετικού επάρματος «c» (carotid) (συνήθως δεν φαίνεται κλινικά, διαπιστώνεται μόνο με σφαγιτιδογράφημα), το οποίο οφείλεται στην προβολή της τριγλώχινας βαλβίδας μέσα στον δεξιό κόλπο μετά τη σύγκλεισή της κατά την κοιλιακή συστολή, με αποτέλεσμα παροδική διατήρηση της αυξημένης πίεσης στη σφαγίτιδα. Ύστερα, κατά τη φάση της πλήρωσης του δεξιού κόλπου, αδειάζουν οι σφαγίτιδες και η κάτω κοίλη φλέβα, οπότε και συνεχίζεται το αρνητικό κύμα «x» μετά το έπαρμα «c». Σταδιακά αυξάνεται η πίεση του δεξιού κόλπου καθώς πληρούται με αίμα, και έτσι δημιουργείται το ανιόν σκέλος του δεύτερου θετικού κύματος «v» (valve), το οποίο συνεχίζει την ανοδική πορεία καθ' όλη τη διάρκεια της κοιλιακής συστολής. Μετά δε τη σύγκλειση της πνευμονικής βαλβίδας στο τέλος της κοιλιακής συστολής, ανοίγει η τριγλώχινα, με αποτέλεσμα τη γρήγορη πτώση της πίεσης στον δεξιό κόλπο και τον σχηματισμό του δεύτερου αρνητικού επάρματος «y».

Με το γυμνό μάτι δεν είναι πάντα εύκολο να δει κανείς όλα αυτά τα επάρματα και τα αρνητικά κύματα του σφαγιτιδικού σφυγμού παρά την κλίση του ασθενούς. Συνήθως διακρίνονται καλύτερα το πρώτο θετικό κύμα «α» ακολουθούμενο από το

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

αρνητικό κύμα «x». Η ταυτόχρονη ψηλάφηση του καρωτιδικού σφυγμού (από την αριστερή καρωτίδα) μπορεί να βοηθήσει στη διευκρίνιση των επαρμάτων. Ο καρωτιδικός σφυγμός γίνεται αντιληπτός ψηλαφητικά αμέσως μετά το κύμα «α» του σφαγιτιδικού σφυγμού (στη φάση του αρνητικού κύματος «x» – συμπίπτει μάλιστα στην πραγματικότητα με το μη ορατό κύμα «c»). Συχνά το δεύτερο θετικό κύμα «v» και το αρνητικό κύμα «y», επειδή είναι μικρότερα, δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά από τον εξεταστή.



Εικόνα 6.9. Ο σφαγιτιδικός σφυγμός

Παθολογικά επάρματα. Αυξημένα κύματα «α» συναντώνται σε καταστάσεις που αυξάνουν την πίεση στον δεξιό κόλπο (π.χ. στένωση τριγλώχινας, στένωση πνευμονικής, πνευμονική υπέρταση).

Ειδικά «γιγάντια κύματα α» ή «Cannon α waves» παρατηρούνται σε κολπική συστολή με κλειστή την τριγλώχινα και είναι:

- ▶ είτε σταθερά, σε κομβική βραδυκαρδία και σε κάποιες κοιλιακές και υπερκοιλιακές ταχυαρρυθμίες
- ▶ είτε περιοδικά, στον πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και στην κοιλιακή ταχυκαρδία.

Εξαφάνιση του κύματος «α» παρατηρείται στην κολπική μαρμαρυγή (αφού δεν υπάρχει κολπική συστολή). Αύξηση του κύματος «x» παρατηρείται στον καρδιακό επιπωματισμό.

Ελάττωση έως και εξαφάνιση του «x» παρατηρείται στην ανεπάρκεια της τριγλώχινας, στην κολπική μαρμαρυγή και σε μυοκαρδιοπάθεια.

Αύξηση του «v» παρατηρείται στην ανεπάρκεια της τριγλώχινας (οπότε σε κάθε κοιλιακή συστολή το παλινδρομούν στον δεξιό κόλπο αίμα μέσα από την ανεπαρκούσα τριγλώχινα αυξάνει την πίεση στον δεξιό κόλπο και στη σφαγίτιδα).

Η μετάδοση του φλεβικού κύματος προς το ήπαρ, το οποίο γίνεται αντιληπτό κατά την ψηλάφησή του, λέγεται

«ηπατικός φλεβικός σφυγμός» και συναντάται σε μεγάλου βαθμού ανεπάρκεια της τριγλώχινας.

Να σημειωθεί επίσης ότι σε σύνδρομο άνω κοίλης φλέβας (απόφραξη της άνω κοίλης από θρόμβο, εξωγενή πίεση κ.λπ.) παρατηρείται διάταση των σφαγίτιδων (συχνά και ολόκληρου του προσώπου και του λαιμού), οι οποίες όμως σφαγίτιδες δεν σφύζουν (αφού έχει διακοπεί η επικοινωνία ανάμεσα σ' αυτές και στον δεξιό κόλπο).

Μερικές φορές είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς τον σφαιγίτικό από τον καρωτιδικό σφυγμό στον τράχηλο (ο καρωτιδικός σφυγμός συνήθως δεν είναι ορατός με το μάτι, είναι όμως ψηλαφητός, σε αντίθεση με τον σφαιγίτιδικό, που είναι συνήθως ορατός αλλά μη ψηλαφητός). Στη διάκρισή τους βοηθάει:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ η προσπάθεια ψηλάφησης της ανάπαλσης που φαίνεται (αν είναι μη ψηλαφητή, πρόκειται για τον σφαγιτιδικό σφυγμό, ενώ, αν είναι ψηλαφητή, πρόκειται για τον καρωτιδικό),
- ▶ η ανύψωση του ασθενούς προς τα πάνω, σε μεγαλύτερη γωνία (οπότε το ύψος του σφαγιτιδικού σφυγμού χαμηλώνει λόγω βαρύτητας, ενώ ο καρωτιδικός δεν επηρεάζεται), και
- ▶ η εξάσκηση μικρής πίεσης με τα δάκτυλα στη βάση της κλείδας στον τράχηλο (αποκόπτοντας έτσι τη ροή αίματος μεταξύ σφαγιτιδίων και δεξιού κόλπου, οδηγεί σε εξαφάνιση του σφυγμικού κύματος στις σφαγιτίδες, ενώ δεν επηρεάζεται το σφυγμικό κύμα στις καρωτίδες).

Εξέταση προκαρδίου (επισκόπηση και ψηλάφηση). Κατά την ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ του προκαρδίου εξετάζεται η ανατομία του θώρακα, και ενίοτε μπορεί να εντοπιστεί η καρδιακή ώση της αριστερής κοιλίας στην κορυφή της καρδιάς (φυσιολογικά αναγνωρίζεται σε πολύ λεπτόσωμα άτομα), στο 5ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά, στο ύψος της μεσοκλειδικής γραμμής. Η καρδιακή ώση, βέβαια, εξετάζεται καλύτερα με την ψηλάφηση. Οποιοσδήποτε άλλες ορατές σφύξεις στο προκάρδιο είναι παθολογικές. Π.χ. ορατές σφύξεις στο 6ο-7ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά υποδηλώνουν ανεπάρκεια της αορτικής ή μιτροειδούς βαλβίδας, στο 2ο μεσοπλεύριο δεξιά ανεύρυσμα αορτής, ενώ στο 2ο μεσοπλεύριο αριστερά πνευμονική υπέρταση.

Τυχόν θωρακική ανατομική ανωμαλία (όπως *pectus excavatum*, *pectus carinatum*, σκολίωση θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης) πρέπει να σημειωθεί, διότι μπορεί να μετατοπίσει την καρδιά.

Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί επίφλεβο ή εισολκή των μεσοπλεύριων διαστημάτων, καθώς επίσης και ουλές στο θωρακικό τοίχωμα, που υποδηλώνουν προηγηθείσα επέμβαση.

Κατά την ΨΗΛΑΦΗΣΗ του προκαρδίου αναζητείται η καρδιακή ώση, αρχικά με ολόκληρη την παλάμη και κατόπιν με τις ράγες του δείκτη και του μέσου δακτύλου. Η θέση της καρδια-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

κής ώσης αντιπροσωπεύει την κορυφή της καρδιάς, άρα και το αριστερό όριό της. Φυσιολογικά βρίσκεται στο 5^ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά, στη μεσοκλειδική γραμμή. Η διάμετρος που καλύπτει είναι περίπου 2 cm. Μερικές φορές είναι δύσκολο να ψηλαφηθεί (ιδίως σε παχύσαρκα άτομα, ή με εμφύσημα, στένωση μιτροειδούς κ.λπ.). Στις περιπτώσεις αυτές είναι ίσως δυνατόν να γίνει ψηλαφητή η καρδιακή ώση σε καθιστή θέση του ασθενούς και κλίση του σώματος προς τα εμπρός, οπότε η καρδιά πλησιάζει περισσότερο προς το θωρακικό τοίχωμα. Εύρεση της καρδιακής ώσης σε σημείο διαφορετικό μπορεί να οφείλεται σε μετατόπιση ολόκληρης της καρδιάς (σκελετικά αίτια, πνευμοθώρακας υπό τάση, πλευριτική συλλογή κ.ά.) ή σε διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων, ιδίως της αριστερής κοιλίας, η οποία μετατοπίζει την καρδιακή ώση προς τα αριστερά και κάτω (ανεπάρκεια αορτής ή μιτροειδούς, μεσοκοιλιακή επικοινωνία, διατατική μυοκαρδιοπάθεια κ.ά.). Η καρδιακή ώση μπορεί επίσης να χαρακτηριστεί ως υπερκινητική, όταν είναι διάχυτη, μικρής ανόδου και δεν εντοπίζεται ακριβώς το σημείο μέγιστης έντασης (π.χ. σε καρδιακή διάταση) αλλά και ως υπερδυναμική, όταν είναι βραδείας και μεγαλύτερης ανόδου (π.χ. σε καρδιακή υπερτροφία).

Μετά την καρδιακή ώση αναζητείται άλλη αισθητή ώση στο προκάρδιο, η οποία στους ενήλικες είναι παθολογική. Έτσι, ψηλαφητή ώση παραστερνικά αριστερά ή κοντά στο επιγάστριο είναι ενδεικτική υπερτροφίας ή διάτασης της δεξιάς κοιλίας (ονομάζεται και συστολική ανάπαυση της δεξιάς κοιλίας).

Σε λεπτόσωμα άτομα και παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατό να ψηλαφηθούν και οι καρδιακοί τόνοι, οι οποίοι μελετώνται καλύτερα κατά την ακρόαση.

Τελευταίο που πρέπει να αναζητηθεί είναι η πιθανή ύπαρξη ροΐζου, δονήσεις δηλαδή στο θωρακικό τοίχωμα που αποτελούν το ψηλαφητικό ισοδύναμο των φυσημάτων. Ο ροΐζος μπορεί να είναι συστολικός (ο πιο συνήθης), διαστολικός ή συνεχής και γίνεται αισθητός στις ίδιες εντοπίσεις με τα φυσημάτα (βλ. ακρόαση), χωρίς να ακτινοβολεί σε άλλες θέσεις. Η ύπαρξη ροΐ-

ζου σημαίνει ότι υπάρχει οργανικό πρόβλημα της υποκείμενης βαλβίδας, και το φύσημα που τον παράγει είναι αρκετά δυνατό (>4/6).

Ακρόαση καρδιάς

Τεχνική. Χρησιμοποιείται το διάφραγμα του στηθοσκοπίου για τους ήχους υψηλής συχνότητας και ο κώδωνας για τους ήχους χαμηλής συχνότητας.

Θέση: Αρχικά ο ασθενής τοποθετείται σε κατακεκλιμένη ή ελαφρά υπερυψωμένη θέση, κατόπιν τοποθετείται στην αριστερή πλάγια για την καλύτερη ακρόαση της μιτροειδούς βαλβίδας. Ύστερα στην καθιστή και με πρόσθια κάμψη για την καλύτερη ακρόαση της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας, και τέλος σε θέση οκλαδόν, ειδικά για τις περιπτώσεις της υπερτροφικής αποφρακτικής μυοκαρδιοπάθειας και της πρόπτωσης της μιτροειδούς.

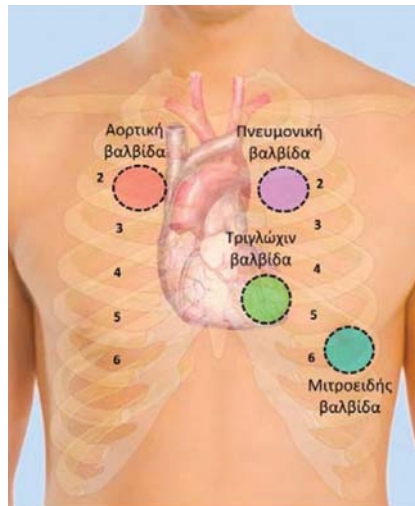
Αναπνοή: Όλοι οι ήχοι οι προερχόμενοι από τις αριστερές καρδιακές κοιλοότητες είναι πιο ευκρινείς κατά την εκπνοή, ενώ αυτοί των δεξιών κοιλοτήτων κατά την εισπνοή. Εξαίρεση αποτελεί ο ήχος εξώθησης της πνευμονικής βαλβίδας, ο οποίος εξασθενεί με την εισπνοή.

Εστίες ακρόασης: Οι εστίες ακρόασης δεν αντιστοιχούν στις ανατομικές θέσεις της κάθε βαλβίδας πλην της πνευμονικής, αλλά στις θέσεις της καρδιάς, όπου δημιουργούνται ήχοι εξαιτίας της ροής αίματος διαμέσου των βαλβίδων.

Οι εστίες ακρόασης των βαλβίδων έχουν ως εξής (Εικόνα 6.10):

- ▶ μιτροειδής → κορυφή της καρδιάς (5ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά, στη μεσοκλειδική γραμμή),
- ▶ αορτική → 2ο μεσοπλεύριο διάστημα δεξιά παραστερνικά, 3ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά παραστερνικά (σημείο Erb),
- ▶ τριγλώχινα → 4ο μεσοπλεύριο αριστερά παραστερνικά,
- ▶ πνευμονική → 2ο μεσοπλεύριο αριστερά παραστερνικά.

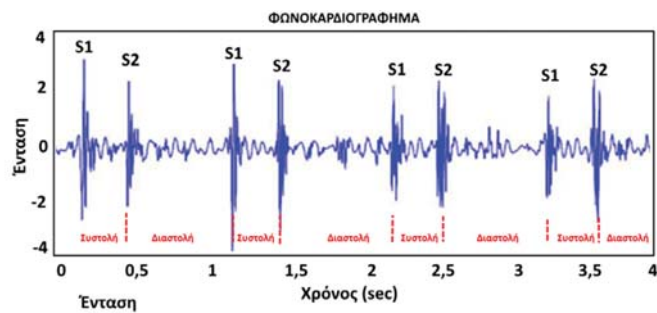
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 6.10.
Οι εστίες ακρόασης των καρδιακών βαλβίδων (Τροποποιημένο από https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Surface_anatomy_of_the_heart.png?uselang=el Public Domain)

Προχωρώντας στη διαδικασία της ακρόασης, ο εξεταστής πρέπει να επικεντρωθεί στην αναγνώριση κατά σειρά των εξής:

- ▶ 1ον: του πρώτου (S₁) και δεύτερου (S₂) καρδιακών τόνων (Εικόνα 6.11),
- ▶ 2ον: επιπρόσθετων καρδιακών τόνων (S₃, S₄) (Εικόνα 6.12),
- ▶ 3ον: επιπρόσθετων ήχων (π.χ. κλαγγή διάνοιξης βαλβίδας, ήχοι εξώθησης κ.ά.),
- ▶ 4ον: φυσημάτων ή περικαρδιακής τριβής.



Εικόνα 6.11. Ο 1ος και 2ος καρδιακός τόνος

Καρδιακοί τόνοι. Ο 1ος καρδιακός τόνος (S₁) είναι ο ήχος που παράγεται από τη σύγκλειση της μιτροειδούς και της τριγλώχινας, κατά συνέπεια αποτελείται από ένα μιτροειδικό (M₁) και ένα τριγλωχινικό (T₁) στοιχείο, το καθένα από τα οποία ακούγονται εντονότερα στις θέσεις ακρόασης των αντίστοιχων βαλβίδων. Διχασμός του S₁ μπορεί να είναι είτε φυσιολογικός είτε παθολογικός. Η αναγνώριση του S₁ γίνεται με την ταυτόχρονη

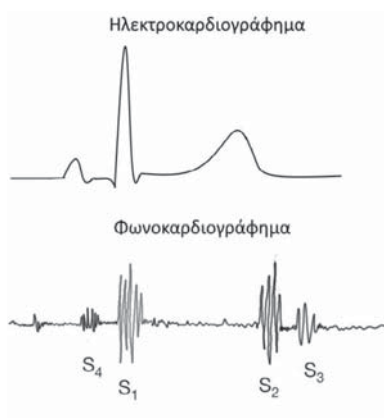
ψηλάφηση του καρωτιδικού ή κερκιδικού σφυγμού και είναι αυτός που συμπίπτει χρονικά με την ψηλαφητή σφύξη

Ο 2ος καρδιακός τόνος (S₂) είναι ο ήχος που παράγεται από τη σύγκλειση της αορτικής και πνευμονικής βαλβίδας, άρα αποτελείται επίσης από ένα αορτικό (A₂) και ένα πνευμονικό στοιχείο (P₂). Ο διχασμός του S₂ είναι φυσιολογικό φαινόμενο (Εικόνα 6.13), πιο έκδηλο στο τέλος της εισπνοής και κυρίως στη θέση ακρόασης της πνευμονικής. Αυτό συμβαίνει γιατί στη φάση της εισπνοής όλα τα πνευμονικά στοιχεία καθυστερούν.

Εκτός από την ψηλάφηση του σφυγμού (που συμπίπτει με τον 1ο καρδιακό τόνο), η διάκριση μεταξύ 1ου και 2ου τόνου μπορεί επίσης να γίνει κλινικά από το γεγονός ότι η απόσταση μεταξύ 1ου και 2ου τόνου (φάση κοιλιακής συστολής) είναι μικρότερη χρονικά σε σχέση με την απόσταση μεταξύ 2ου και επόμενου 1ου τόνου (φάση κοιλιακής διαστολής) (Εικόνα 6.11).

Παθολογικά ευρήματα για τον S₁

Αύξηση έντασης S₁: υπερκινητική κυκλοφορία, στένωση και πρόπτωση μιτροειδούς, διαταραχές κολποκοιλιακής αγωγιμότητας, κολποκοιλιακός αποκλεισμός.



Εικόνα 6.12.
Ο 3ος και 4ος καρδιακός τόνος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μείωση έντασης S1: στένωση τριγλώχινας, ανεπάρκεια μιτροειδούς, καρδιακή ανεπάρκεια, μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

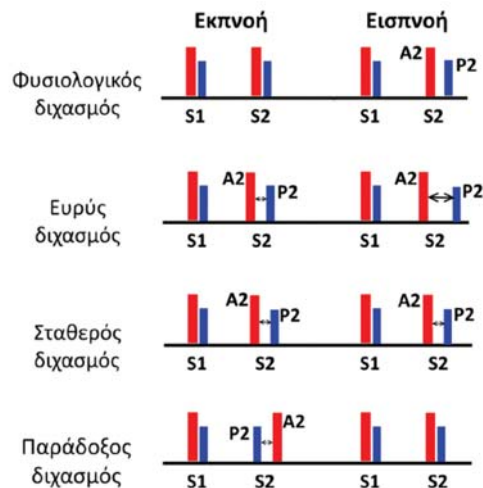
Παθολογικά ευρήματα για τον S₂

Αύξηση έντασης S2: αύξηση του αορτικού στοιχείου (A2) έχουμε σε αρτηριακή υπέρταση, ενώ του πνευμονικού (P2) σε πνευμονική υπέρταση.

Μείωση έντασης S2: μείωση του A2 σε στένωση ή ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, μείωση του P2 σε στένωση της πνευμονικής.

Παθολογικός διχασμός S2

- ▶ Ευρύς διχασμός του S συμβαίνει σε καταστάσεις που είτε καθυστερούν το P είτε επισπεύδουν το A στοιχείο: αποκλεισμός δεξιού σκέλους του δεματίου του His, στένωση πνευμονικής βαλβίδας, πνευμονική υπέρταση, ανεπάρκεια μιτροειδούς.
- ▶ Σταθερός διχασμός (δηλαδή χωρίς να μεταβάλλεται με την αναπνοή) συμβαίνει λόγω αυξημένου όγκου παλμού στη δεξιά κοιλία: μεσοκοιλιακή επικοινωνία, καρδιακή ανεπάρκεια με κάμψη της δεξιάς κοιλίας, διάταση ή στένωση πνευμονικής αρτηρίας.



Εικόνα 6.13.
Ο διχασμός
του 2ου τόνου

- ▶ Ανάστροφος διχασμός του S (τα δυο στοιχεία συμπίπτουν στην εισπνοή και διχάζονται στην εκπνοή) συμβαίνει σε καθυστέρηση του A₂ στοιχείου: αποκλεισμός αριστερού σκέλους του δεματίου του His, στένωση αορτής, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, τεχνητή βηματοδότηση της δεξιάς κοιλίας, έκτακτες συστολές από τη δεξιά κοιλία.

3ος και 4ος καρδιακός τόνος (Εικόνα 6.11)

Ο 3ος καρδιακός τόνος (S) είναι χαμηλής συχνότητας ήχος που ακολουθεί τον S και ακούγεται καλύτερα στην κορυφή, όταν προέρχεται από την αριστερή κοιλία, και αριστερά παραστερνικά, όταν προέρχεται από τη δεξιά κοιλία. Αποτελεί ουσιαστικά ήχο κραδασμού από το τοίχωμα της κοιλίας, η οποία δέχεται απότομα όγκο αίματος από τον κόλπο. Είναι φυσιολογικό πιθανό εύρημα σε παιδιά, νέους ενήλικες, αθλητές και εγκύους. Μετά την ηλικία των 40 ετών είναι παθολογικός και οφείλεται σε συστολική δυσλειτουργία της καρδιάς. Συναντάται επί ανεπάρκειας μιτροειδούς, μεσοκοιλιακής επικοινωνίας, ανοιχτού βοτάλειου πόρου και μεγάλου βαθμού ανεπάρκειας κοιλίας με μειωμένη καρδιακή παροχή (έμφραγμα, μυοκαρδιοπάθεια, μυοκαρδίτιδα κ.ά.).

Ο 4ος καρδιακός τόνος (S) είναι χαμηλής συχνότητας, που προηγείται του S και αναζητείται επίσης στην κορυφή και αριστερά παραστερνικά. Είναι και αυτός ήχος κραδασμού του μυοκαρδίου της κοιλίας, που συμβαίνει όμως στη φάση της συστολής των κόλπων, όταν το μυοκάρδιο της κοιλίας έχει χαμηλή ενδοτικότητα. Είναι πάντοτε παθολογικός και ακούγεται σε καταστάσεις με κοιλιακή υπερτροφία (συστηματική ή πνευμονική υπέρταση, στένωση αορτικής ή πνευμονικής) και σε ανεπάρκεια των κοιλιών.

Η ακρόαση τριών καρδιακών ήχων ονομάζεται «καλπαστικός ρυθμός». Όταν ο πρόσθετος ήχος είναι ο S₃, τότε αναφερόμαστε σε «κοιλιακό καλπασμό», ενώ, όταν είναι ο S₄, αναφερόμαστε σε «κολπικό καλπασμό». Αν συνυπάρχουν μαζί με ταχυκαρδία, τότε η μεταξύ τους διάκριση είναι δύσκολη και τότε μιλάμε για «αθροιστικό καλπασμό».

Επιπρόσθετοι ήχοι

Επιπρόσθετοι ήχοι είναι ήχοι που παράγονται από τη διάνοιξη των βαλβίδων ή ήχοι εξώθησης, η δε παρουσία τους είναι πάντοτε παθολογική.

Κλαγγή διάνοιξης βαλβίδας είναι ο ήχος που παράγει μια στενωμένη βαλβίδα κατά τη διάνοιξή της. Στην πράξη, η συνήθεστη κλαγγή διάνοιξης είναι αυτή της μιτροειδούς βαλβίδας όταν υπάρχει στένωση. Ακούγεται μεταξύ στέρνου και κορυφής της καρδιάς, και χρονικά ακολουθεί τον S_2 . Διάκριση από το P_2 στοιχείο του S_2 γίνεται στη φάση της αναπνοής, όπου ο P_2 καθυστερεί στην εισπνοή, ενώ η κλαγγή δεν επηρεάζεται. Διάκριση από έναν πιθανό S_3 γίνεται με βάση τη συχνότητα (ο S_3 είναι χαμηλής συχνότητας – η κλαγγή διάνοιξης είναι υψηλής συχνότητας) και την εντόπιση (ο S_3 είναι εντοπισμένος στην κορυφή – η κλαγγή διάνοιξης είναι πιο διάχυτη).

Ήχοι εξώθησης είναι ήχοι υψηλής συχνότητας που ακολουθούν τον S_1 , και ουσιαστικά αποτελούν δονήσεις προερχόμενες από τις αλλοιωμένες βαλβίδες κατά τη διάνοιξή τους. Ακούγονται συνήθως σε στένωση αορτικής ή πνευμονικής, συγγενή διγλώχια αορτική βαλβίδα, υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια και ανευρυσματική διάταση αορτής. Σε στένωση βαλβίδας από ασβέστωση, επειδή μειώνεται η κινητικότητά της, ο ήχος εξώθησης μπορεί να εξαφανιστεί.

Μεσοελοσυστολικά clicks είναι ήχοι υψηλής συχνότητας, που ακούγονται κυρίως στην πρόπτωση της μιτροειδούς, λόγω της παλινδρόμησης των γλωχίνων της μιτροειδούς βαλβίδας μέσα στον αριστερό κόλπο. Ακούγεται στην κορυφή και συνήθως ακολουθείται από τελοδιαστολικό φύσημα.

Ήχοι προσθετικών μεταλλικών βαλβίδων: Είναι τόσο έντονοι, που μπορεί να ακουστούν και χωρίς στηθοσκόπιο, ενώ έχουν μεταλλική χροιά.

Καρδιακά φυσήματα. Φυσήματα είναι οι ήχοι που δημιουργούνται από τη στροβιλώδη ροή του αίματος, κυρίως σε περιπτώσεις που διέρχεται από στενωμένη βαλβίδα ή παλινδρομεί μέσα

από ανεπαρκούσα βαλβίδα. Επίσης, φυσήματα δημιουργούνται και λόγω αυξημένης ταχύτητας ή αυξημένου όγκου αίματος που διέρχεται από φυσιολογική βαλβίδα (λειτουργικά φυσήματα). Κατά την ακρόαση των φυσημάτων θα πρέπει να επισημάνουμε τα εξής:

- ▶ Χρονισμός: Αν είναι συστολικό, διαστολικό ή συνεχές:
- ▶ Εστία ακρόασης
- ▶ Σημεία επέκτασης
- ▶ Ένταση

Χρονισμός φυσήματος

Τα συστολικά διακρίνονται περαιτέρω σε:

- ▶ μεσοσυστολικά φυσήματα εξώθησης, τα οποία ξεκινούν μετά τον S₁, αυξάνονται προοδευτικά και κατόπιν εξασθενούν και εξαφανίζονται πριν τον S₂ (crescendo-decrescendo) (στένωση αορτικής και πνευμονικής βαλβίδας, υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, που δημιουργεί λειτουργική στένωση της αορτικής βαλβίδας),
- ▶ ολοσυστολικά φυσήματα παλινδρόμησης, τα οποία ξεκινούν ταυτόχρονα με τον S₁, είναι σταθερής έντασης και τελειώνουν ταυτόχρονα με τον S₂ (ανεπάρκεια μιτροειδούς και τριγλώχινας, μεσοκοιλιακή επικοινωνία),
- ▶ πρώιμα συστολικά φυσήματα, τα οποία ξεκινούν με τον S₁ και σταδιακά εξασθενούν, μέχρι να εξαφανιστούν στο μέσο της συστολής (decrescendo) (μικρού βαθμού ανεπάρκεια μιτροειδούς ή τριγλώχινας, μικρή μεσοκοιλιακή επικοινωνία),
- ▶ μεσο-τελοσυστολικά φυσήματα, τα οποία ξεκινούν στο μέσο της συστολής και σταδιακά αυξάνονται μέχρι τον S₂ (crescendo) (κυρίως σε πρόπτωση μιτροειδούς).

Αθώα συστολικά φυσήματα παρατηρούνται επί υγιούς καρδιάς σε παιδιά και νέους, αθλητές, εγκύους, εμπύρετες καταστάσεις και σοβαρή αναιμία. Ως αθώα μπορούν να χαρακτηριστούν μόνο τα χαμηλής έντασης, πρώιμα συστολικά φυσήματα εξώθησης, κυρίως στην πνευμονική και ορισμένα στην κορυφή, στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα διαστολικά φυσήματα διακρίνονται περαιτέρω σε:

- ▶ πρώιμα διαστολικά, τα οποία ξεκινούν με τον S και προοδευτικά εξασθενούν (decrescendo) (ανεπάρκεια αορτής ή πνευμονικής βαλβίδας),
- ▶ μεσο-τελοδιαστολικά, τα οποία ξεκινούν μετά τον S και εξασθενούν προοδευτικά, αλλά επιτείνονται εκ νέου μέχρι τον S₁ (decrescendo-crescendo). Οφείλονται σε στένωση της μιτροειδούς ή της τριγλώχινας και ονομάζονται και διαστολικά κυλίσματα.
- ▶ «φύσημα Austin-Flint»: Ειδικά στην ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας, μεσοδιαστολικό φύσημα στην κορυφή. Οφείλεται στην εκτόπιση μιας γλωχίνας της μιτροειδούς από τη βίαη παλινδρόμηση αίματος μέσω της ανεπαρκούς αορτικής βαλβίδας.
- ▶ «φύσημα Graham-Steel»: Πρώιμο διαστολικό φύσημα που γίνεται ακουστό στην ανεπάρκεια της πνευμονικής βαλβίδας και δημιουργείται συνήθως από πνευμονική υπέρταση.

Τα συνεχή φυσήματα ξεκινούν με τον S₁, είναι εντονότερα στο τέλος της συστολής και εξασθενούν κατά τη διαστολή (crescendo-decrescendo) (ανοιχτός βοτάλειος πόρος χωρίς πνευμονική υπέρταση, αρτηριοφλεβώδης επικοινωνία).

Εστία ακρόασης

Την εστία ακρόασης: με προσοχή στα συστολικά, τα οποία, όταν είναι πολύ έντονα, ακούγονται σε μεγάλο μέρος του προκαρδίου.

- ▶ Φυσήματα μιτροειδούς → κορυφή
- ▶ Φυσήματα τριγλώχινας → 3ο-4ο μεσοπλεύριο αριστερά παραστερνικά
- ▶ Φυσήματα αορτικής → 2ο-3ο μεσοπλεύριο δεξιά παραστερνικά για τα συστολικά και 3ο μεσοπλεύριο αριστερά παραστερνικά (σημείο Erb) για πρώιμο διαστολικό
- ▶ Φυσήματα πνευμονικής → 2ο μεσοπλεύριο αριστερά παραστερνικά

Σημεία επέκτασης

- ▶ Τα συστολικά φυσήματα της αορτής μπορούν να επεκταθούν προς τις καρωτίδες στον τράχηλο και στην κορυφή.
- ▶ Τα φυσήματα της μιτροειδούς επεκτείνονται αριστερά από την κορυφή προς τη μασχάλη.

Ένταση φυσήματος

Τα συστολικά φυσήματα διαβαθμίζονται ανάλογα με την έντασή τους ως εξής:

- ▶ 1ου βαθμού: ασθενές, δύσκολα ακουστό,
- ▶ 2ου βαθμού: χαμηλής έντασης, ακουστό,
- ▶ 3ου βαθμού: μέσης έντασης, εύκολα ακουστό, χωρίς ροίζο,
- ▶ 4ου βαθμού: μέσης ένταση, εύκολα ακουστό, με ροίζο,
- ▶ 5ου βαθμού: υψηλής έντασης, ακουστό χωρίς μεγάλη πίεση του στηθοσκοπίου, μεροίζο,
- ▶ 6ου βαθμού: υψηλής έντασης, ακουστό και χωρίς στηθοσκόπιο, με ροίζο.

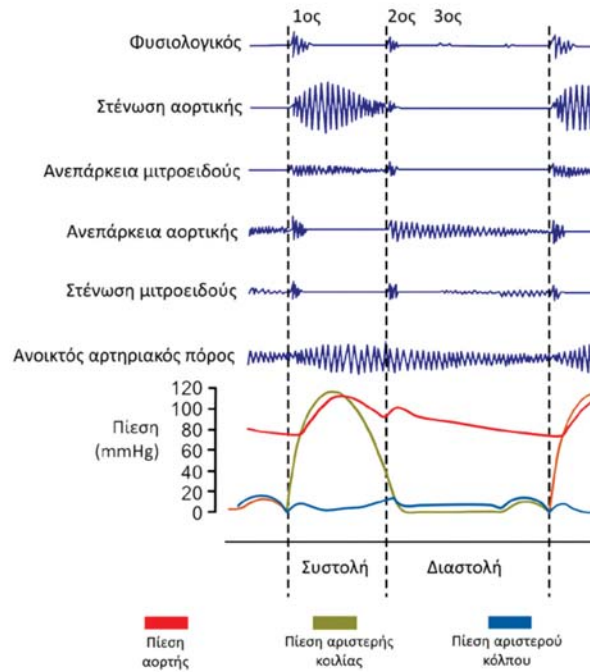
Τα συστολικά φυσήματα κατονομάζονται σε έκτα (π.χ. 3/6).

Τα διαστολικά είναι εν γένει χαμηλότερης έντασης, γι' αυτό πρακτικά δεν υπερβαίνουν τον 4ο βαθμό. Ο βαθμός της έντασης δεν σχετίζεται απαραίτητα με τη σοβαρότητα της πάθησης.

- ▶ Τα φυσήματα στις κύριες βαλβιδοπάθειες απεικονίζονται στην Εικόνα 6.14.

Περικαρδιακή τριβή. Η τριβή είναι ήχος μέσης συχνότητας που προκαλείται από την τριβή των δύο πετάλων του περικαρδίου λόγω φλεγμονής (περικαρδίτιδας). Σχετίζεται με τον καρδιακό κύκλο, κατά συνέπεια έχει συστολικά και διαστολικά στοιχεία, ενώ μπορεί να εντοπιστεί σε οποιοδήποτε σημείο του προκαρδίου. Διακρίνεται από τα φυσήματα, διότι είναι πολύ πιο επιφανειακός και μεταβάλλεται με τις κινήσεις του κορμού, ενώ μπορεί να είναι και διαλείπων. Διακρίνεται από την πλευριτική τριβή, αφού η τελευταία σχετίζεται με τις αναπνευστικές κινήσεις. Η ακρόαση της περικαρδιακής τριβής γίνεται καλύτερα στην καθιστή θέση, με ελαφρά κάμψη προς τα εμπρός και στην εκπνοή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 6.14. Φυσήματα στις κύριες βαλβιδοπάθειες (http://www.textbookofcardiology.org/wiki/File:Phonocardiograms_from_normal_and_abnormal_heart_sounds.svg CC BY-NC-SA 3.0)

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Στένωση αορτικής βαλβίδας

Γενικά. Η μεμονωμένη στένωση της αορτικής βαλβίδας μπορεί να είναι συγγενής (μονήρης, δίπτυχη, τρίπτυχη) ή επίκτητη (εκφύλιση η συχνότερη αιτία, ασβέστωση, κατόπιν φλεγμονής, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου, νόσος Paget, ωχρονοσία). Μπορεί να οφείλεται και σε υπερτροφική αποφρακτική μυοκαρδιοπάθεια. Η στένωση ρευματικής αιτιολογίας συνοδεύεται από παράλληλη προσβολή και της μιτροειδούς. Τα βασικά κλινικά συμπτώματα της στένωσης της αορτικής βαλβίδας είναι η στη-

θάγγη, τα συγκοπτικά επεισόδια και τέλος όλα τα σημεία της αριστερής καρδιακής ανεπάρκειας.

Εξέταση.

- ▶ Επισκόπηση: σε διάταση της αριστερής κοιλίας μετατοπίζεται η καρδιακή ώση αριστερά και κάτω.
- ▶ Ψηλάφηση: μικρός σφυγμός βραδείας ανόδου, υπερδυναμική ώση, συστολικός ροίζος στην εστία ακρόασης της αορτικής, που μπορεί να επεκτείνεται στον τράχηλο.
- ▶ Ακρόαση: (καλύτερη ακρόαση της αορτικής στην καθιστή θέση με πρόσθια κάμψη του κορμού) ↓ του Α2 στοιχείου του S2, ανάστροφος διχασμός του S2, S3 ή S4, μεσοσυστολικό φύσημα εξώθησης στην εστία ακρόασης της αορτικής, ίσως και στον τράχηλο και στην κορυφή, που έπεται μετά από ήχο εξώθησης.

Ανεπάρκεια αορτικής βαλβίδας

Γενικά. Αίτια είναι ο ρευματικός πυρετός (συνυπάρχει στένωση αορτικής και προσβολή μιτροειδούς), η εκφύλιση της (ακολουθεί τη στένωσή της), η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, η συγγενής δίπτυχη βαλβίδα, η μυξωματώδης εκφύλιση, ενώ σήμερα συχνότερη από τη βαλβιδική νόσο είναι η νόσος της αορτικής ρίζας. Αυτή συνήθως οφείλεται σε διάταση της ρίζας και της ανιούσας αορτής από εκφύλιση, διαχωριστικό ανεύρυσμα, κυστική νέκρωση του μέσου χιτώνα, σύνδρομο Marfan, οροαρνητικές αρθρίτιδες, αρτηρίτιδες, συφιλιδική αορτίτιδα. Τέλος, μπορεί να οφείλεται σε διάταση και υπερτροφία της αριστερής κοιλίας, διάταση του μιτροειδικού δακτυλίου ή διάταση του αριστερού κόλπου. Παραμένει ασυμπτωματική για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μπορεί να προκαλέσει αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία και θωρακικό άλγος, ενώ σε προχωρημένο επίπεδο εκδηλώνεται με τα συμπτώματα της καρδιακής ανεπάρκειας.

Εξέταση.

- ▶ Επισκόπηση: αλλόμενος σφυγμός / σφυγμός Corrigan, έντο-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

νες σφύξεις των καρωτίδων από απότομη διάταση και γρήγορη υποχώρηση (χορός των καρωτίδων – σημείο Corrigan), ρυθμική κίνηση της κεφαλής με κάθε καρδιακή συστολή (σημείο Musset), μετατόπιση της καρδιακής ώσης αριστερά και κάτω, ορατές σφύξεις στην κοίτη των νυχιών στα δάκτυλα (σφυγμός Quincke).

- ▶ Ακρόαση: (καλύτερη ακρόαση της αορτικής στην καθιστή θέση με πρόσθια κάμψη του κορμού) S_3 , S_4 , πρώιμο διαστολικό φύσημα στις εστίες ακρόασης της αορτικής, με επέκταση στην κορυφή ή στο 2ο μεσοπλεύριο διάστημα αριστερά παραστερνικά, συστολικό φύσημα εξώθησης με ήχο εξώθησης, το οποίο αποτελεί φύσημα ροής, λόγω λειτουργικής (ή και πραγματικής) στένωσης της αορτικής, μεσοδιαστολικό χαμηλής έντασης φύσημα (Austin-Flint) στην κορυφή, συστολικό και διαστολικό φύσημα στη μηριαία αρτηρία (σημείο Duroziez).

Στένωση μιτροειδούς

Γενικά. Το κυριότερο αίτιο είναι ο ρευματικός πυρετός, ο οποίος είναι δυνατό να προσβάλλει και άλλες βαλβίδες στη συνέχεια. Άλλα αίτια είναι η ασβέσωση, το καρκινοειδές, ο συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος και σπάνια η ρευματοειδής αρθρίτιδα. «Λειτουργική» στένωση της βαλβίδας μπορεί να παρουσιαστεί σε καταστάσεις όπου αυξάνεται η ροή του αίματος από τη βαλβίδα (πυρετός, εγκυμοσύνη, βαριά αναιμία). Δίνει συμπτώματα από τους πνεύμονες (δύσπνοια, αιμόπτυση) και την καρδιά (αίσθημα παλμών, συστηματική θρομβοεμβολική νόσος), ενώ σε προχωρημένα στάδια προκαλεί σημεία δεξιάς καρδιακής ανεπάρκειας. Πάρα πολύ συχνά οδηγεί και σε κολπική μαρμαρυγή.

Κλινική εξέταση.

- ▶ Επισκόπηση: μιτροειδικό προσωπείο (ροδοϊώδης απόχρωση των παρειών και ελαφρά κύνωση των χειλέων)
- ▶ Ψηλάφηση: σφυγμός μικρός και άρρυθμος επί κολπικής μαρμαρυγής, έπαρση της δεξιάς κοιλίας παραστερνικά αριστερά, διαστολικός ροίχος στην κορυφή.

- ▶ Ακρόαση: (καλύτερη ακρόαση της μιτροειδούς στην αριστερή πλάγια θέση) $\uparrow S_1$, $\uparrow S_2$ επί πνευμονικής υπέρτασης, S4 κλαγγή διάνοιξης μιτροειδούς, διαστολικό κύλισμα μετά την κλαγγή με προσυστολική επίταση.

Ανεπάρκεια μιτροειδούς

Γενικά. Η συχνότερη αιτία είναι η μυξωματώδης εκφύλιση και η πρόπτωση της μιτροειδούς. Άλλες αιτίες είναι η λοιμώδης ενδοκαρδίτιδα, ο ρευματικός πυρετός, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια, νόσοι κολλαγόνου αλλά και οι παθήσεις του ινώδους δακτυλίου, η ρήξη των τενόντιων χορδών, η ισχαιμία ή ρήξη των θηλοειδών μυών και η διάταση της αριστερής κοιλίας. Δίνει συμπτώματα ελαττωμένης καρδιακής παροχής (κόπωση, αδυναμία), ενώ προοδευτικά και από τον πνεύμονα (δύσπνοια). Πολύ συχνά προκαλεί κολπική μαρμαρυγή.

Κλινική εξέταση.

- ▶ Επισκόπηση: μετατόπιση της καρδιακής ώσης αριστερά και κάτω.
- ▶ Ψηλάφηση: σφυγμός άρρυθμος επί κολπικής μαρμαρυγής, υπερκινητική, μετατοπισμένη ώση, σπάνια συστολικός ροίζος στην κορυφή.
- ▶ Ακρόαση: (καλύτερη ακρόαση της μιτροειδούς στην αριστερή πλάγια θέση) $\downarrow S_1$, ευρύς διχασμός S_2 , S_3 , ολοσυστολικό ή πρώιμο συστολικό (σε μικρότερου βαθμού ανεπάρκεια) φύσημα στην κορυφή με επέκταση στη μασχάλη.

Πρόπτωση μιτροειδούς

Γενικά. Μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να παρουσιάζεται με αγχώδεις εκδηλώσεις, προσυγκοπτικά ή συγκοπτικά επεισόδια και αίσθημα παλμών. Οδηγεί συχνά σε κολπική μαρμαρυγή.

Κλινική εξέταση.

- ▶ Ψηλάφηση: σφυγμός πιθανώς δικόρυφος ή και άρρυθμος επί κολπικής μαρμαρυγής, υπερδυναμική ώση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Ακρόαση: $\uparrow S_1$: Τα ακροαστικά ευρήματα στην πρόπτωση της μιτροειδούς εξαρτώνται πολύ από τη θέση του ασθενούς κατά την ακρόαση. Έτσι, σε θέση οκλαδόν → μεσοσυστολικό κλικ που ακολουθείται από μεσοσυστολικό φύσημα, σε ύπτια θέση → μεσοσυστολικό κλικ που ακολουθείται από μεσοτελοσυστολικό φύσημα, σε όρθια θέση → μεσοσυστολικό κλικ πρωιμότερο, που ακολουθείται από σχεδόν ολοσυστολικό φύσημα. Παρατηρείται διαδοχικά μετακίνηση του μεσοσυστολικού κλικ προς τον S_1 , καθώς και επίταση του φύσηματος.

Συμπιεστική Περικαρδίτιδα

Γενικά. Η οντότητα αυτή δημιουργείται όταν στην περικαρδιακή κοιλότητα σχηματιστεί κοκκιώδης ιστός, συμφύσεις και ασβεστώσεις, και η καρδιά εγκλωβίζεται και αδυνατεί να εκπτυχθεί. Συνήθη αίτια είναι η φυματίωση, υποτροπιάζοντα επεισόδια περικαρδίτιδας, αιμοπερικάρδιο μετά από τραύμα ή κακοήθεια, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, προηγηθείσα ακτινοβολία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ερυθριματώδης λύκος. Σε ένα ποσοστό ασθενών δεν διευκρινίζεται το αίτιο.

Ιστορικό: Ο ασθενής παραπονείται για εύκολη κόπωση, δύσπνοια, αύξηση βάρους, διάταση της κοιλιάς και οίδημα στα κάτω άκρα.

Κλινική εξέταση.

- ▶ ΑΠ: 100/80 mmHg, σφύξεις: 100/min, αναπνοές 24/min.
- ▶ Κεφαλή/τράχηλος: Διατεταμένες σφαγίτιδες, σημείο Kussmaul θετικό.
- ▶ Καρδιά: Καρδιακή ώση δεν ψηλαφείται, S_1 , S_2 μειωμένης έντασης.
- ▶ Κοιλία: Κοιλία διατεταμένη, αμβλύτητα κατά την επίκρουση, μετακινούμενη αμβλύτητα (+), εξέταση για αντιτυπία (+).
- ▶ Άκρα: Οίδημα κάτω άκρων.

Ενδοκαρδίτιδα

- ▶ Ιστορικό: Ο ασθενής παραπονείται για πυρετό και εύκολη κόπωση τις τελευταίες 2 εβδομάδες. Πριν από έναν μήνα αναφέρει ότι είχε επισκεφθεί οδοντίατρο και υπεβλήθη σε εξαγωγή οδόντος.
- ▶ Κλινική εξέταση:
 - ▶ ΑΠ: 120/80 mmHg, σφύξεις: 100/min, αναπνοές 20/min.
 - ▶ Κεφαλή/τράχηλος: Κηλίδες Roth κατά τη βυθοσκόπηση.
 - ▶ Καρδιά: Ολοσυστολικό φύσημα (3/6) στην εστία ακρόασης της μιτροειδούς με επέκταση στη μασχάλη.
 - ▶ Κοιλία: Ήπαρ ψηλαφητό 3 cm κάτω από το πλευρικό τόξο, σπλήνας ψηλαφητός 5 cm κάτω από το πλευρικό τόξο.
 - ▶ Άκρα: Επώδυνα οζίδια στις ράγες των δακτύλων (οζίδια Osler), υπονύχιες αιμορραγίες, αγγειιτιδικού τύπου εξάνθημα στα κάτω άκρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Coviello JS, Auscultation Skills: Breath & Heart Sounds. 5th Ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins: 2013. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Perloff JK. Physical Examination of the Heart and Circulation, 4th edition. New York, McGraw-Hill Medical: 2009. Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd edition. Oxford, Oxford University Press: 2014.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



→ ΜΗΝΑ ΨΥΧΟΓΥΙΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

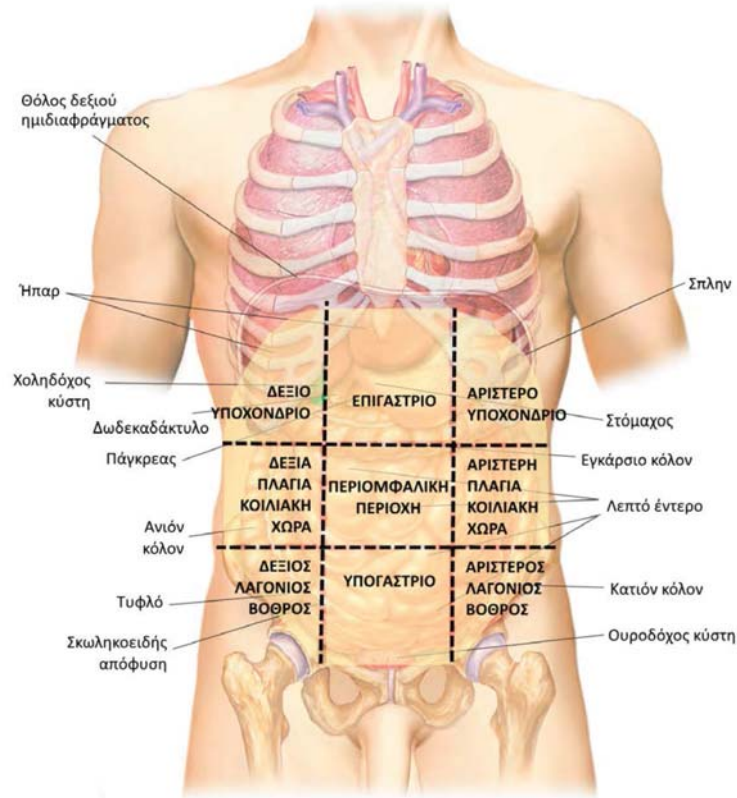
Το γαστρεντερικό σύστημα περιλαμβάνει τον πεπτικό σωλήνα, το ήπαρ και τα χοληφόρα, το πάγκρεας και τον σπλήνα. Ο πεπτικός σωλήνας ξεκινά από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό, και περιλαμβάνει τον οισοφάγο, τον στομάχο, το λεπτό έντερο και το παχύ έντερο.

Για περιγραφικούς λόγους, στην κλινική εξέταση, την κοιλιά τη διαιρούμε σε 9 περιοχές με τη βοήθεια 4 νοητών γραμμών (Εικόνα 7.1). Με τον τρόπο αυτόν η κοιλιά διαιρείται στο δεξιό και αριστερό υποχόνδριο, το (κυρίως) επιγάστριο, τη δεξιά και αριστερή πλάγια κοιλιακή χώρα, την ομφαλική χώρα, τον δεξιό και αριστερό λαγόνιο βόθρο (ή βουβωνικές χώρες) και το (κυρίως) υπογάστριο.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Κατά τη λήψη του ιστορικού διερευνούμε το προεξάρχον σύμπτωμα και αναζητούμε το ιστορικό παρόμοιας συμπτωματολογίας στο παρελθόν, το οποίο να υποδηλώνει συγκεκριμένο νόσημα, π.χ. πεπτικό έλκος ή φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου. Ερωτούμε για τη λήψη φαρμάκων ακόμη και μη συνταγογραφούμενων από ιατρό. Στο οικογενειακό ιστορικό αναζητούμε νοσήματα όπως η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτιδα, ο καρκίνος του παχέος εντέρου σε πρώτου βαθμού συγγενή. Το

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 7.1. Οι εννέα περιοχές της κοιλιάς
(Τροποποιημένο από Open Stax College Anatomy & Physiology www.cnx.org Creative Commons Attribution 4.0)

σύνδρομο Gilbert, η αιμοχρωμάτωση, η νόσος Wilson, τα αυτοάνοσα νοσήματα διερευνώνται στην περίπτωση προϋπάρχοντος οικογενειακού ιστορικού. Όσον αφορά τις συνήθειες ζωής, η κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα, η χρήση ουσιών, η δυσανεξία στη γλουτένη, η δυσανεξία στη λακτόζη διερευνώνται συστηματικά. Ιστορικό προσφάτου ταξιδιού σε ενδημική χώρα αναζητείται σε διαρροϊκό σύνδρομο.

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφονται συνοπτικά τα κυριότερα συμπτώματα από το γαστρεντερικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΤΕΡΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Γενικά συμπτώματα	
Ανορεξία	Μείωση της όρεξης
Απώλεια βάρους	Μείωση του σωματικού βάρους κατά τουλάχιστον 5% σε διάστημα 6-12 μηνών
Κοιλιακό άλγος	Μπορεί να είναι συνεχές, διαλείπον, κωλικοειδές, εντοπισμένο ή γενικευμένο.
Κοιλιακή διάταση	Αύξηση της περιφέρειας της κοιλιάς
Συμπτώματα από το ανώτερο πεπτικό	
Ξηροστομία	Αίσθημα ξηρότητας στη στοματική κοιλότητα από μειωμένη παραγωγή σιέλου
Σιελόρροια	Αυξημένη παραγωγή σιέλου
Επώδυνα χείλη, γλώσσα και στόμα	Συνήθως οδηγεί και σε δυσφαγία.
Δυσγευσία	Διαταραχή στην αντίληψη της γεύσης
Δυσφαγία	Δυσκολία στην κατάποση Μπορεί να αφορά στερεές ή υγρές τροφές.
Οδυνοφαγία	Άλγος στην κατάποση
Οπισθοστερνικό καυστικό άλγος	Άλγος με συγκεκριμένη εντόπιση (οπισθοστερνικά) και χαρακτήρα (καύσος)
Δυσπεψία	Δυσκολία στην πέψη που χαρακτηρίζεται από δυσφορία, φούσκωμα και βάρος στην περιοχή του επιγαστρίου
Ναυτία	Αίσθημα επικείμενου εμέτου
Αιματέμεση	Αποβολή αίματος με έμετο – πρέπει να διακρίνεται από την αιμόπτυση (αποβολή αίματος με βήχα).
Λόξυγγας	Ακούσιος σπασμός του διαφράγματος που εκδηλώνεται με μια εισπνευστική κίνηση που διακόπτεται απότομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Συμπτώματα από το κατώτερο γαστρεντερικό σύστημα	
Διάρροια	Αυξημένη συχνότητα ή αυξημένος όγκος κοπράνων
Δυσκοιλιότητα	Μειωμένη συχνότητα κενώσεων
Στεατόρροια	Κόπρανα με αυξημένο περιεχόμενο λίπους – συνήθως είναι δυσσομα και επικολλώνται στην τουαλέτα.
Τεινεσμός	Επώδυνη ατελής κένωση
Αιματοχεσία	Αποβολή αίματος από το ορθό
Μέλαινα κένωση	Αποβολή μαύρων κοπράνων από το ορθό
Συμπτώματα από το ήπαρ και τα χοληφόρα	
Ίκτερος	Χαρακτηριστική (κιτρινοπράσινη) χροιά του δέρματος και των σκληρών χιτώνων του οφθαλμού
Αποχρωματισμός κοπράνων, υπέρχρωση ούρων	Οφείλονται στη μείωση των χολοχρωστικών στα κόπρανα και στην αποβολή τους στα ούρα. Τα κόπρανα εμφανίζονται πολύ ανοιχτόχρωμα (σαν «στόκος») ενώ τα ούρα έχουν σκούρο χρώμα (σαν «κονιάκ»). Η υπέρχρωση ούρων πρέπει να διακρίνεται από άλλες αιτίες σκουρόχρωων ούρων (Βλ. Κεφάλαιο 7: Ουροποιητικό).
Κνησμός	Αναφέρεται από το σύνολο του πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής του. Εκφράζεται ως ερεθισμός του δέρματος και ανάγκη τριβής του προς ανακούφισή του ατόμου.

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα συνήθη αίτια των συμπτωμάτων από το γαστρεντερικό σύστημα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Δυσφαγία	Στοματικά έλκη, κυνάγχη, περιαμυγδαλικό απόστημα, νευρολογικά αίτια, αχαλασία οισοφάγου, μυασθένεια Gravis, καρκίνος οισοφάγου, συστηματικό σκληρόδερμα, εκκόλπωμα οισοφάγου
Αιματέμεση	Γαστρικό έλκος, δωδεκαδακτυλικό έλκος, κίρσοι οισοφάγου, σύνδρομο Mallory-Weiss, οισοφαγίτιδα, γαστρίτιδα, καρκίνος οισοφάγου, καρκίνος στομάχου, αγγειοδυσπλασίες
Διάρροια	Οξεία Διάρροια: λοιμώδους αιτιολογίας, φάρμακα Χρονία Διάρροια: ευερέθιστο έντερο, φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, δυσαπορρόφηση, καρκίνος παχέος εντέρου, αυτόνομη νευροπάθεια, κατάχρηση υπακτικών, υπερθυρεοειδισμός, παρασίτωση
Δυσκοιλιότητα	Δίαιτα πτωχή σε κυτταρίνη, ευερέθιστο έντερο, στένωση ή απόφραξη αυλού του εντέρου από καρκίνο, νευρολογικά και μεταβολικά νοσήματα που προκαλούν μειωμένη εντερική κίνηση, όπως βλάβη ιερών νεύρων και ιππουρίδος, νόσος του Parkinson, υποθυρεοειδισμός, υπερσβεστιαμία, ουραιμία, φάρμακα (αναλγητικά, οπιοειδή, αντιχολινεργικά)
Αιματοχεσία	Αιμορροϊδοπάθεια, καρκίνος παχέος εντέρου, φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, ισχαιμική κολίτιδα, αγγειοδυσπλασίες, μαζική αιμορραγία από το ανώτερο πεπτικό, αορτοεντερικό συρίγγιο, ενδομητρίωση ορθού
Ίκτερος	Αιμόλυση οποιασδήποτε αιτιολογίας Σύνδρομο του Gilbert • Ηπατοκυτταρική βλάβη (π.χ. οξεία ηπατίτιδα, κίρρωση ήπατος) • Ενδοηπατική απόφραξη χοληφόρων (πρωτοπαθής χολική κίρρωση, φάρμακα) Εξωηπατική απόφραξη χοληφόρων (χολόλιθοι, καρκίνος παγκρέατος, χολαγγειοκαρκίνωμα)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Γενική εξέταση. Κατά τη γενική εξέταση παρατηρούμε την ύπαρξη πυρετού, εάν ο ασθενής παρουσιάζει όψη πάσχοντος, εάν είναι παχύσαρκος ή καχεκτικός. Στην εξέταση των χεριών αναζητούμε την ύπαρξη πληκτροδακτυλίας (Εικόνα 7.2), κοιλωνυχίας, λευκωνυχίας (Εικόνα 7.3) ή ερυθήματος παλαμών (Εικόνα 7.4). Στην κεφαλή αναζητούμε την ύπαρξη ικτερικής χροιάς των σκληρών (Εικόνα 7.5), την ύπαρξη ωχρότητας δέρματος ή επιπεφυκότων, τη διόγκωση παραωτίδων, το προσωπέιο Cushing. Από το στόμα αναζητούμε την ύπαρξη γωνιακής χειλίτιδας, γλωσσίτιδας, ελκών. Στον τράχηλο αναζητούμε την ύπαρξη λεμφαδενικών διογκώσεων (αδένας του Virchow). Από την εξέταση του θώρακα αναζητούμε την ύπαρξη γυναικομαστίας, αραχνοειδών σπύλων (Εικόνα 7.6), ενώ στα κάτω άκρα την ύπαρξη οιδήματος, γαγγραινώδους πυοδέρματος ή οζώδους ερυθήματος.



Εικόνα 7.2. Πληκτροδακτυλία
(Από <http://knol.google.com/k/jerry-nick-m-d/cystic-fibrosis/Utl7gr91/HU2blw#> CC BY 3.0)

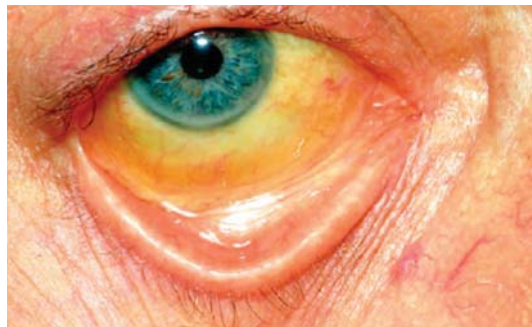


Εικόνα 7.3. Λευκωνυχία
(Από <https://www.dermquest.com/imagelibrary/large/025768HB.JPG>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 7.4. Ερύθημα παλαμών



Εικόνα 7.5. Ικτερική χροιά σκληρών



Εικόνα 7.6. Αραχνοειδής σπίλος

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ	
ΠΕΡΙΟΧΗ	ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΥΡΗΜΑ
Γενική επισκόπηση	Σωματική μάζα (παχυσαρκία, απίσχναση) Μυϊκή ατροφία Κατάσταση ενυδάτωσης (αφυδάτωση, οίδημα) Πυρετός Δυσφορία, στρες
Πρόσωπο	Ωχρότητα Ίκτερος Διόγκωση παρωτίδων Αραχνοειδείς σπίλοι
Στοματική κοιλότητα	Γωνιακή χειλίτιδα Γλωσσίτιδα
Τράχηλος	Λεμφαδενοπάθεια
Θώρακας/κορμός	Γυναικομαστία, αραχνοειδείς σπίλοι, διάταση κοιλίας, επίφλεβο, κεφαλή της μέδουσας
Άκρα	Πληκτροδακτυλία, Κοιλωνυχία, Λευκωνυχία Παλαμιαίο ερύθημα (ηπατικές παλάμες) Σύσπαση Dupuytren (παλαμιαία κάμψη δακτύλων λόγω σύσπασης της παλαμιαίας απονεύρωσης και των καμπτήρων τενόντων των δακτύλων) Τρόμος άκρων χειρών κατά την υπερέκταση (περυγοειδής τρόμος, flapping tremor) Οζώδες ερύθημα

Εξέταση κοιλίας. Για την εξέταση της κοιλίας ο ασθενής τοποθετείται σε κατακεκλιμένη θέση, κατά προτίμηση με τα γόνατα σε κάμψη, ώστε να είναι χαλαροί οι κοιλιακοί μύες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, βέβαια, ο ασθενής είναι ανήσυχος και αδυνατεί να μείνει ακίνητος σε μια θέση (π.χ. οξεία παγκρεατίτιδα) ή οι κοιλιακοί μύες αδυνατούν να χαλαρώσουν (π.χ. οξεία περιτονίτιδα). Αυτά καταγράφονται ως ευρήματα από τον εξεταστή. Η κλινική εξέταση της κοιλίας παρουσιάζεται στο Βίντεο 7.1.

Επισκόπηση κοιλίας. Αρχικά, παρατηρούμε τη γενική όψη και θρέψη του ασθενή, καθώς και την αναπνοή, η οποία φυσιολογικά είναι κυρίως διαφραγματική, καθώς και αν υπάρχει ορατός περισταλτισμός. Στη συνέχεια εξετάζουμε το δέρμα. Παρατηρούμε την απόχρωση, την τριχοφυΐα, καθώς και παθολογικές πετέχειες, εκχυμώσεις, ραβδώσεις, ορατές φλέβες και ουλές από προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση. Τέλος, εκτιμούμε τυχόν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

γενικευμένη διόγκωση ή διάταση του κοιλιακού τοιχώματος, η οποία μπορεί να οφείλεται σε παχυσαρκία, αυξημένα εντερικά αέρια ή κόπρανα, σε ασκίτη και σε εγκυμοσύνη. Εντοπισμένη διόγκωση της κοιλιάς συνήθως υποδηλώνει ευμεγέθη μάζα ή εκσεσημασμένη διόγκωση σπλάχνου (ήπατος ή σπλήνα). Πιο συχνό εύρημα είναι μια τοπική προπέτεια του κοιλιακού τοιχώματος, που προκαλείται από μια κήλη (βουβωνοκήλη, μηροκήλη, ομφαλοκήλη, κήλη της λευκής γραμμής, κοιλοκήλη, μετεγχειρητική κήλη ή αλλή πιο σπάνια κήλη).

Παθολογικά ευρήματα. Σε κακή όψη και θρέψη του ασθενή είναι σημαντικό να διαπιστωθεί απώλεια βάρους. Απώλεια βάρους περισσότερο από το 5% του βάρους του σε 6 μήνες, χωρίς θετικό θερμιδικό ισοζύγιο θεωρείται σημαντική απώλεια. Ακινησία των κοιλιακών τοιχωμάτων κατά την αναπνοή οφείλεται συνήθως σε περιτοναϊκό ερεθισμό και καθολική σύσπαση των κοιλιακών μυών. Αντιθέτως, έντονη κοιλιακή αναπνοή, με μείωση ή και απώλεια της θωρακικής, οφείλεται σε αδυναμία του μηχανισμού της αναπνοής, από αναπνευστικά, ανατομικά ή εγκεφαλικά αίτια.

Ορατός περισταλτισμός μπορεί να είναι σπάνια φυσιολογικό εύρημα σε πολύ αδύνατα άτομα, συνήθως όμως αποτελεί ένδειξη πυλωρικής στένωσης ή απόφραξης της 1ης μοίρας του δωδεκαδακτύλου, όταν παρατηρείται στο επιγάστριο, ή εντερικής απόφραξης, όταν παρατηρείται περιομφαλικά.

Από το δέρμα μπορεί να διαπιστωθεί κιτρινωπή χροιά, δηλαδή ίκτερος, ή και μελάγχρωση.

Επί αιμορραγικής διάθεσης είναι δυνατό να παρατηρηθούν πετέχειες και εκχυμώσεις. Ειδικές εκχυμώσεις αποτελούν οι περιομφαλικές, που αναφέρονται και ως σημείο Cullen (Εικόνα 7.7A) και παρατηρούνται σε αιμοπεριτόναιο, καθώς και αυτές στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα επί οπισθοπεριτοναϊκής αιμορραγίας, που αναφέρονται και ως σημείο Grey-Turner. (Εικόνα 7.7B) Τα δύο αυτά σημεία ανευρίσκονται συχνά στην αιμορραγική παγκρεατίτιδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 7.7Α.: Σημείο Cullen

(Από <https://www.pinterest.com/pin/529243393687043667/>)



Εικόνα 7.7Β.: Σημείο Grey-Turner

(Από <http://medicine-time.blogspot.gr/2013/06/clinical-sign-grey-turners-sign.html>)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι δερματικές ραβδώσεις είναι συνήθως το αποτέλεσμα αυξομείωσης του σωματικού βάρους και είναι κυανέρυθρες, όταν είναι πρόσφατες, και λευκωπές, όταν είναι παλιότερες. Πιο σπάνια μπορεί να οφείλονται στο σύνδρομο Cushing, οπότε και είναι πολυάριθμες και πιο έντονα κυανές.

Ορατές φλέβες στο κοιλιακό τοίχωμα ή αλλιώς επίφλεβο είναι παθολογικό εύρημα και οφείλεται είτε σε πυλαία υπέρταση είτε σε απόφραξη της κάτω κοίλης φλέβας ή της άνω κοίλης φλέβας, με συνύπαρξη επίφλεβου στο θωρακικό τοίχωμα στην τελευταία περίπτωση. Η προέλευση της φλεβικής απόφραξης αναγνωρίζεται κλινικά ως εξής:

- ▶ Ελέγχουμε τη φορά της ροής του αίματος μέσα σε κάθε ορατή φλέβα του κοιλιακού τοιχώματος. Ο εξεταστής αδειάζει τη φλέβα με τις ράγες των δακτύλων και στη συνέχεια αποσύρει το ένα δάκτυλο και παρατηρεί τη ροή του αίματος εντός της φλέβας. Αν η φλέβα γεμίζει γρήγορα και με ορατή τη ροή του αίματος, σημαίνει πως η ροή γίνεται από το άκρο που άφησε ανοιχτό ο εξεταστής προς το άκρο που είναι ακόμα αποφραγμένο με το άλλο δάκτυλο. Αντίθετα, αν η φλέβα γεμίζει αργά και ομοιόμορφα, ταυτόχρονα σε όλο το μήκος, αυτό σημαίνει ότι η ροή του αίματος ακολουθεί την αντίθετη κατεύθυνση. Προς επιβεβαίωση η δοκιμασία μπορεί να επαναληφθεί με ανοιχτό το άλλο άκρο φλέβας από τον εξεταστή.
- ▶ Επίφλεβο από πυλαία υπέρταση εντοπίζεται περιομφαλικά (κεφαλή μέδουσας). Η δε φορά του αίματος είναι φυγόκεντρη, από τον ομφαλό προς την περιφέρεια.
- ▶ Επίφλεβο από απόφραξη της κάτω κοίλης φλέβας εντοπίζεται στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα, η δε φορά του αίματος είναι από κάτω προς τα πάνω (όπως και της κάτω κοίλης φλέβας).
- ▶ Επίφλεβο από απόφραξη της άνω κοίλης φλέβας εντοπίζεται στα πλάγια κοιλιακά τοιχώματα και στον θώρακα, η δε φορά του αίματος είναι από πάνω προς τα κάτω (όπως και της άνω κοίλης φλέβας).

Ακρόαση κοιλίας. Η ακρόαση της κοιλιάς πρέπει να προηγείται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

της επίκρουσης και της ψηλάφησης της κοιλιάς, καθώς οι τελευταίες μπορεί να προκαλέσουν παροδική τροποποίηση των εντερικών ήχων, λόγω μηχανικού ερεθισμού.

Εντερικοί ήχοι. Τοποθετείται το στηθοσκόπιο στο κοιλιακό τοίχωμα σταθερό. Οι φυσιολογικοί εντερικοί ήχοι, που παράγονται από τον περισταλτισμό του εντέρου είναι ήπιοι και έχουν μέση συχνότητα 5-10 ανά λεπτό, αν και αυτό διαφέρει από άτομο σε άτομο. Για τον λόγο αυτόν χρειάζεται ακρόαση τουλάχιστον 1-2 λεπτά, ώστε να τεκμηριωθεί η απουσία τους. Απουσία εντερικών ήχων υποδηλώνει παραλυτικό ειλεό ή περιτονίτιδα. Έντονοι και συχνοί εντερικοί ήχοι συναντώνται σε φλεγμονή ή αιμορραγία του εντέρου και ονομάζονται βορβορυγμοί. Σε περίπτωση αποφρακτικού ειλεού ακούγονται έντονοι ήχοι αυξημένης συχνότητας με χαρακτηριστική μεταλλική χροιά, γι' αυτό και καλούνται μεταλλικοί ήχοι.

Παφλασμός. Αναζητείται με το στηθοσκόπιο στο επιγάστριο του ασθενούς, γυρίζοντας τον ασθενή απότομα από τη μία πλευρά στην άλλη. Ακούγεται κυρίως σε πλωρική στένωση.

Αγγειακοί ήχοι. Τοποθετείται το στηθοσκόπιο πάνω από την κοιλιακή αορτή για πιθανά φυσήματα. Επίσης τοποθετείται 2-3 cm πάνω και περιφερικά του ομφαλού, για την ακρόαση των νεφρικών αρτηριών.

Ήχος τριβής. Ακούγεται επάνω από το ήπαρ και τον σπλήνα σε περιπτώσεις υποκάψιας αιμορραγίας, φλεγμονής της κάψας, ισχαιμικών και σηπτικών εμφράκτων.

Φυσήματα. Ακούγονται επί απόφραξης αρτηριών (νεφρικών, κοιλιακής αορτής, λαγονίων κ.ά.) και στο ήπαρ επί οξείας αλκοολικής ηπατίτιδας ή ηπατοκυτταρικού καρκινώματος.

Επίκρουση κοιλιάς.

Επίκρουση ήπατος. Γίνεται για να καθοριστούν τα όρια του ήπατος στο δεξιό ημιθώρακιο και αντιστοιχούν στο σημείο όπου ο σαφής πνευμονικός ήχος γίνεται αμβλύς. Φυσιολογικά,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

τα όρια του ήπατος αντιστοιχούν στο 5ο μεσοπλεύριο διάστημα στο ύψος της μεσοκλειδικής γραμμής, στο 7ο μεσοπλεύριο στο ύψος της μέσης μασχαλιαίας γραμμής και στο 9ο μεσοπλεύριο στο ύψος της οπίσθιας μασχαλιαίας γραμμής. Τα φυσιολογικά κάτω όρια δεν υπερβαίνουν παρά σπανίως το πλευρικό τόξο.

Η ηπατική επικρουστική αμβλύτητα μπορεί να αντικατασταθεί από τυμπανικότητα σε περίπτωση ελεύθερης διάτρησης κοίλου σπλάχνου με αέρα στην κοιλιά, καθώς και στο σύνδρομο Κελαϊδίτη, όπου έλικα του παχέος εντέρου παρεμβάλλεται μεταξύ ήπατος και διαφράγματος. Στην περίπτωση ειλεού, οι έλικες του εντέρου διατείνονται τόσο, που ο ήχος επίκρουσης του ήπατος μπορεί να γίνει τυμπανικός.

Επίκρουση σπλήνα. Γίνεται για να καθοριστεί αδρά το μέγεθος του οργάνου στο αριστερό ημιθώρακιο και αντιστοιχεί επίσης σε αμβλύ επικρουστικό ήχο. Φυσιολογικά επικρούεται καλύτερα με τον ασθενή σε δεξιά κατακεκλιμένη θέση, αριστερά από τον στόμαχο, μεταξύ 9ης-11ης πλευράς, χωρίς να κατέρχεται από το πλευρικό τόξο.

Χαρακτηριστικό αδρό κλινικό σημείο είναι η επίκρουση του 8ου μεσοπλεύριου διαστήματος στην πρόσθια μασχαλιαία γραμμή, που κανονικά δίνει τυμπανικό ήχο. Όταν αυτό δεν συμβαίνει, τότε είτε ο σπλήνας είναι διογκωμένος είτε υπάρχει ελεύθερο υγρό στην κοιλιά.

Επίκρουση υπόλοιπης κοιλίας. Φυσιολογικά ο ήχος επίκρουσης της κοιλίας είναι τυμπανικός, εκτός από την υπερηβική περιοχή που καταλαμβάνει μια διατεταμένη ουροδόχος κύστη ή μια εγκυμονούσα μήτρα, όπου υπάρχει αμβλύτητα. Επικρουστική αμβλύτητα μπορεί να βρεθεί εντοπισμένα σε κάποια μεγάλη ενδοκοιλιακή νεοπλασία, συχνότερα όμως αφορά την ύπαρξη ασκίτη.

Ασκίτης. Προκειμένου να βεβαιωθεί ο εξεταστής για την ύπαρξη ασκίτη, ακολουθεί μια σειρά χειρισμών. Αρχική υποψία τίθεται όταν οι κοιλιά του ασθενή είναι διατεταμένες, με τη χαρακτη-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ριστική βατραχοειδή όψη (Εικόνα 7.8). Όταν η ποσότητα του υγρού είναι σχετικά μεγάλη (>500 ml), παρατηρείται αμβλύτητα, συνήθως με πεταλοειδή κατανομή στο υπογάστριο και στις πλάγιες κοιλιακές περιοχές. Περιομφαλικά η τυμπανικότητα δεν χάνεται, καθώς οι έλικες του λεπτού εντέρου επιπλέουν στο ασκитικό υγρό.

Για να διαπιστωθεί αν το υγρό είναι ελεύθερο, ζητείται από τον ασθενή να γυρίσει στο δεξιό και κατόπιν στο αριστερό πλάγιο, οπότε και η αριστερή και δεξιά πλάγια κοιλιακή χώρα αντίστοιχα χάνουν την αμβλύτητα και δίνουν πάλι τυμπανικό ήχο (μετακινούμενη αμβλύτητα, Εικόνα 7.9).

Άλλος τρόπος να διαπιστωθεί η ύπαρξη ελεύθερου υγρού είναι η αναζήτηση αντιτυπίας. Ζητείται από τον ασθενή ή κάποιον βοηθό να τοποθετήσει το οπισθέναρ του κάθετα στη μέση γραμμή της κοιλιακής χώρας. Ο εξεταστής τοποθετεί την αριστερή παλάμη του στο αριστερό πλάγιο της κοιλιάς του ασθενή και πλήττει ελαφρά με τα δάκτυλα του δεξιού χεριού του το δεξιό πλάγιο της κοιλιάς του ασθενή (Εικόνα 7.10). Αν αισθανθεί το κύμα να μεταφέρεται στην αριστερή παλάμη, αυτό σημαίνει πως υπάρχει ελεύθερο ασκитικό υγρό.

Σε εκσεσημασμένο ασκίτη, όπου η μετακινούμενη αμβλύτητα και η αντιτυπία δεν μπορούν να αναπαραχθούν, ενώ ο ασθενής έχει διογκωμένα σπλάχνα, ο εξεταστής μπορεί να αναζητήσει το σημείο του «επιπλέοντος πάγου». Τοποθετεί την παλάμη του στο δεξιό ή αριστερό υποχόνδριο, αντίστοιχα με τη θέση του ήπατος και του σπλήνα, τα οποία δεν μπορούν να ψηλαφηθούν λόγω ασκίτη. Πιέζει στιγμιαία, προκαλώντας απότομες ώσεις με τις άκρες των δακτύλων, ενώ η παλάμη και τα δάκτυλα δεν χάνουν την επαφή με το κοιλιακό τοίχωμα. Μετά τη γρήγορη και απότομη πίεση, είναι δυνατό να αισθανθεί την άνοδο των συμπαγών οργάνων (ήπατος ή σπληνός) στην παλάμη και στα δάκτυλα.

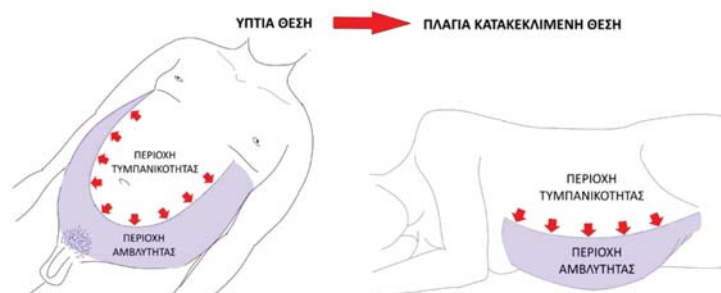
Ψηλάφηση κοιλίας. Για την ψηλάφηση της κοιλιάς συστήνεται στον ασθενή να είναι ξαπλωμένος, με τα χέρια δίπλα στον κορμό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 7.8. Βατραχοειδής κοιλιά

(Από <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Hepaticfailure.jpg> James Heilman© CC BY 3.0)



Εικόνα 7.9. Μετακινούμενη αμβλύτητα

και με τα γόνατα σε κάμψη, προκειμένου να χαλαρώσουν οι κοιλιακοί μύες. Σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να είναι φοβισμένος ή να πονά τόσο, ώστε να αδυνατεί να εφαρμόσει τις συστάσεις του εξεταστή. Τότε γίνεται προσπάθεια να του

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 7.10. Σημείο αντιτυπίας

(Από <https://meded.ucsd.edu/clinicalmed/abdomen.htm> Copyright ©2015, The Regents of the University of California)

αποσπαστεί η προσοχή. Πριν ξεκινήσει ο εξεταστής να ψηλαφεί, ζητείται από τον ασθενή να δείξει ο ίδιος το σημείο του πόνου. Ο εξεταστής ξεκινά την ψηλάφηση από το πιο απομακρυσμένο σημείο της κοιλιάς, και προοδευτικά πλησιάζει προς το σημείο του πόνου, παρατηρώντας πάντα τις εκφράσεις του ασθενή.

Επιπολής ψηλάφηση. Ο εξεταστής με όλη την επιφάνεια του δεξιού χεριού του ψηλαφεί ελαφρά, χωρίς πολλή πίεση, το κοιλιακό τοίχωμα του ασθενή. Σκοπός του εξεταστή είναι να διαπιστώσει εάν υπάρχει ευαισθησία και κυρίως μυϊκός σπασμός στην επιπολής ψηλάφηση. Σε έντονο πόνο ή φόβο του ασθενή, οι κοιλιακοί μύες μπορεί να είναι εκουσίως συσπασμένοι και να δυσχεραίνεται η εξέταση. Αντιθέτως, ακούσια σύσπαση των κοιλιακών μυών είναι το αποτέλεσμα φλεγμονής του περιτοναίου. Μπορεί να είναι εντοπισμένη, οπότε οφείλεται στην τοπική

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

φλεγμονή του περιτοναίου από το όργανο που βρίσκεται στη συγκεκριμένη θέση (π.χ. οξεία σκωληκοειδίτιδα, οξεία χολοκυστίτιδα κ.ά.), αλλά μπορεί να είναι και γενικευμένη, σε όλο το κοιλιακό τοίχωμα, οπότε οφείλεται σε γενικευμένη οξεία περιτονίτιδα. Ειδικά στην τελευταία περίπτωση, η κοιλιά είναι τόσο έντονα συσπασμένη, που αναφέρεται ως «σανιδώδης κοιλιά», ενώ καταργείται και η κοιλιακή αναπνοή. Σημειωτέον, η μυϊκή σύσπαση του κοιλιακού τοιχώματος είναι δυνατό να οφείλεται και σε παθήσεις εκτός κοιλίας, όπως σε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, σε λοβώδη πνευμονία και πλευρίτιδα, σε οξεία πορφυρία, σε διαβητική κετοξέωση κ.ά.

En τω βάθει ψηλάφηση. Η εν τω βάθει ψηλάφηση ακολουθεί την επιπολής ψηλάφηση, με τον εξεταστή να ασκεί μεγαλύτερη πίεση στο κοιλιακό τοίχωμα. Σκοπός είναι να διαπιστωθεί εάν υπάρχει ευαισθησία, επί παρουσίας ευαισθησίας να ελεγχθεί εάν υπάρχει παλίνδρομη ευαισθησία και τέλος εάν υπάρχει ψηλαφητή μάζα στην κοιλιά, συμπεριλαμβανομένων και των κοιλιακών οργάνων, η ψηλάφηση των οποίων θα αναλυθεί παρακάτω.

Στο σημείο ευαισθησίας, στην εν τω βάθει ψηλάφηση του ασθενή, ο εξεταστής αναζητά το σημείο παλίνδρομης ευαισθησίας (rebound tenderness) ως εξής: στο σημείο της μέγιστης ευαισθησίας πιέζει σταθερά με τα δάκτυλα για μερικά δευτερόλεπτα. Ακολούθως, χωρίς να έχει εξηγήσει τη δοκιμασία στον ασθενή και χωρίς να τον προειδοποιήσει, αποσύρει απότομα το χέρι του από την κοιλιά. Το σημείο παλίνδρομης ευαισθησίας θεωρείται θετικό αν ο ασθενής αισθανθεί μεγαλύτερο πόνο μετά την απόσυρση των δακτύλων του εξεταστή. Εναλλακτικά, μπορεί να ζητηθεί από τον ασθενή να βήξει, οπότε μπορεί να επιταθεί ο πόνος. Η παρουσία παλίνδρομης ευαισθησίας υποδηλώνει ενδοκοιλιακή πάθηση και είναι ενδεικτική για περιτοναϊκό ερεθισμό.

Σε περίπτωση ψηληφητής μάζας θα πρέπει να περιγραφούν τα χαρακτηριστικά της: εντόπιση, μέγεθος, σχήμα, ευαισθησία, σύσταση στην ψηλάφηση, ομαλότητα ορίων, αν είναι σφύζουσα,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

αν είναι κινητή και αν μετατοπίζεται ανάλογα με τις αναπνευστικές κινήσεις. Προσοχή χρειάζεται ώστε να μην εκληφθεί ένα διογκωμένο σπλάγχο ως μάζα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΨΗΛΑΦΗΤΩΝ ΜΟΡΦΩΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑ

ΕΝΤΟΠΙΣΗ	ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ
Γενικευμένη διόγκωση	Παχυσαρκία, ασκίτης, αέρια (μετεωρισμός), κόπρανα (δυσκοιλιότητα), εγκυμοσύνη
Επιγαστρική μάζα	Καρκίνος στομάχου, καρκίνος παγκρέατος, ανεύρυσμα αορτής
Μάζα δεξιού λαγόνιου βόθρου	Καρκίνος τυφλού, νόσος του Crohn, φλέγμονας σκωληκοειδούς αποφύσεων
Μάζα αριστερού λαγόνιου βόθρου	Καρκίνος σιγμοειδούς, κόπρανα, εκκολπωματίτιδα
Μάζα υπογαστρίου	Νεοπλάσματα γυναικείων έσω γεννητικών οργάνων, επίσχεση ούρων (διατεταμένη ουροδόχος κύστη)

Ψηλάφηση ήπατος. Η ψηλάφηση ξεκινά από τον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Ο εξεταστής τοποθετεί όλη την επιφάνεια του δεξιού χεριού του παράλληλα στο χείλος του ορθού κοιλιακού μυός, με τα δάκτυλα να προσανατολίζονται προς το πλευρικό τόξο. Ζητείται από τον ασθενή να πάρει βαθιά εισπνοή, προκειμένου να κατέλθει το διάφραγμα και ταυτόχρονα το ήπαρ, ενώ ο εξεταστής με το δεξιό χέρι αναζητεί το χείλος του ήπατος. Επαναλαμβάνει τη διαδικασία μετακινώντας προοδευτικά, 1-2 εκατοστά τη φορά, το χέρι του ψηλότερα, προς το δεξιό υποχόνδριο (βλεπε Βίντεο 7.1). Σε περίπτωση που το ήπαρ είναι διογκωμένο, θα αισθανθεί τον διογκωμένο λοβό να γλιστρά κάτω από τις ράγες των δακτύλων του.

Εναλλακτικά, μπορεί να εφαρμόσει την ίδια διαδικασία, ενώ τοποθετεί το αριστερό χέρι κάτωθεν των κατώτερων δεξιών πλευρών, τις οποίες ωθεί προς τα άνω κατά τη βαθιά εισπνοή του ασθενή, προκειμένου να υποβοηθηθεί η ψηλάφηση του διογκωμένου ήπατος, κάτωθεν του πλευρικού τόξου.

Άλλος τρόπος ψηλάφησης του ήπατος είναι με το δεξί χέρι του εξεταστή τοποθετημένο παράλληλα προς το χείλος του ήπα-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

τος, αρχικά στον δεξιό λαγόνιο βόθρο και προοδευτικά ψηλότερα, έως το δεξιό υποχόνδριο. Η διαδικασία είναι η ίδια. Ζητείται από τον ασθενή να πάρει βαθιά εισπνοή, ενώ το δεξί χέρι του εξεταστή μένει σταθερό. Αν το ήπαρ είναι διογκωμένο, ο εξεταστής θα το αισθανθεί σαν κρούση στο κερκιδικό χείλος του δείκτη και στις ράγες του μέσου και παράμεσου δακτύλου.

Τελευταίος τρόπος ψηλάφησης του ήπατος είναι το «άγκιστρο», το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ανευρεθεί μικρή μόλις διάταση του οργάνου. Ο εξεταστής στέκεται στο άνω μέρος του ασθενή και τοποθετεί τις ράγες των δακτύλων και των δύο χεριών σταθερά και ελαφρώς πιεστικά κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο του ασθενή. Παραγγέλλεται βαθιά εισπνοή και, επί διογκωμένου ήπατος το χείλος του οργάνου γίνεται αισθητό στις ράγες των δακτύλων του εξεταστή.

Φυσιολογικά, το ήπαρ είναι αψηλάφητο, αν και υπάρχει περιπτωση να είναι μόλις ψηλαφητό στη βαθιά εισπνοή, ακριβώς κάτω από το πλευρικό τόξο σε φυσιολογικά άτομα. Αν ψηλαφηθεί το χείλος του ήπατος, ο εξεταστής θα πρέπει να περιγράψει: το μέγεθος της διόγκωσης σε εκατοστά κάτω από το πλευρικό τόξο, τη συμμετρία ή ασυμμετρία της διόγκωσης, τη σύσταση του χείλους (μαλακή, σκληρή, υπόσκληρη), την υφή της επιφάνειας του ήπατος (ομαλή, ανώμαλη, οζώδης), την ευαισθησία κατά την ψηλάφηση (υποδηλώνει φλεγμονή ή διάταση της κάψας του ήπατος) και την παρουσία ηπατικού σφυγμού (σε δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια).

Ψηλάφηση χοληδόχου κύστεως. Φυσιολογικά είναι αψηλάφητη. Κατά συνέπεια, μπορεί να ψηλαφηθεί όταν είναι διατεταμένη, σαν ένα ομαλό ωοειδές μόρφωμα, ακριβώς κάτω από το δεξιό πλευρικό τόξο, στο σημείο που συναντά το χείλος του ορθού κοιλιακού μυός, πιο εύκολα κατά τη βαθιά εισπνοή. Η διάταση της χοληδόχου κύστεως οφείλεται συνήθως σε απόφραξη του χοληδόχου ή του κυστικού πόρου. Πόνος προκαλείται στην ψηλάφηση επί φλεγμονής ή εμπυήματος. Μπορεί, τέλος, να ψηλαφηθεί ως σκληρή ή ανώμαλη, γεγονός που μπορεί να οφείλεται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

σε χολολιθίαση ή καρκίνο της χοληδόχου κύστεως. Κατά την ψηλάφηση της χοληδόχου κύστεως, ο εξεταστής προσέχει για την ύπαρξη: Σημείου Murphy: εκλύεται πόνος στο σημείο ψηλάφησης της χοληδόχου κύστεως κατά τη βαθιά εισπνοή, τόσο έντονος που ο ασθενής σταματά την προσπάθεια εισπνοής. Είναι ενδεικτικός οξείας χολοκυστίτιδας.

Σημείου Courvoisier: ανώδυνη, ψηλαφητή χοληδόχος κύστη, που συνοδεύεται από ίκτερο. Οφείλεται σε καρκίνο της κεφαλής του παγκρέατος, σε καρκίνο του φύματος του Vater ή σε καρκίνο του χοληδόχου πόρου. Σύμφωνα με τον νόμο του Courvoisier, η απόφραξη που προκαλεί τον ανώδυνο ίκτερο δεν μπορεί να οφείλεται σε λιθίαση του χοληδόχου πόρου, γιατί σε αυτήν την περίπτωση η χοληδόχος κύστις θα ήταν ρικνή, λόγω προηγούμενων επανειλημμένων φλεγμονών.

Ψηλάφηση σπληνός. Φυσιολογικά είναι αψηλάφητος. Η ψηλάφηση ξεκινά από τον αριστερό λαγόνιο βόθρο και επεκτείνεται προς το αριστερό υποχόνδριο. Ο εξεταστής τοποθετεί όλη την επιφάνεια του δεξιού του χεριού στο κοιλιακό τοίχωμα με τα δάκτυλά του να προσανατολίζονται προς το αριστερό πλευρικό τόξο. Ζητείται από τον ασθενή να πάρει μια βαθιά εισπνοή, ενώ ο εξεταστής συγκρατεί το χέρι του σταθερό, και αναζητεί τον κάτω πόλο του σπληνός με τις ράγες των δακτύλων του. Συνεχίζει την ίδια διαδικασία, τοποθετώντας το χέρι του προοδευτικά, 1-2 εκατοστά κάθε φορά, πιο κοντά στο αριστερό πλευρικό τόξο, με τα δάκτυλα στην ίδια κατεύθυνση (βλέπε Βίντεο 7.1).

Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιήσει την αμφίχειρη μέθοδο, με την οποία τοποθετεί το αριστερό χέρι κάτωθεν των κατώτερων αριστερών πλευρών, ωθώντας αυτές προς τα πάνω κατά τη βαθιά εισπνοή και με το δεξί χέρι αναζητεί τον κατερχόμενο κατά την εισπνοή σπλήνα.

Άλλος τρόπος ψηλάφησης του σπλήνα είναι στη δεξιά πλάγια θέση. Ζητείται από τον ασθενή να ξαπλώσει στο δεξιό πλάγιο, με το αριστερό κάτω άκρο σε ελαφρά κάμψη. Ο εξεταστής τοποθετεί τα δάκτυλα του δεξιού του χεριού σταθερά και ελαφρώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

πιεστικά ακριβώς κάτω από το αριστερό πλευρικό τόξο, με τον ασθενή να παίρνει βαθιά εισπνοή.

Τελευταίος τρόπος ψηλάφησης του σπλήνα είναι το «άγκιστρο». Ο εξεταστής στέκεται στο άνω μέρος του ασθενή, αριστερά, και τοποθετεί τις ράγες των δακτύλων του δεξιού χεριού σταθερά και ελαφρώς πιεστικά κάτω από το αριστερό πλευρικό τόξο του ασθενή. Παραγγέλλεται βαθιά εισπνοή, και επί διογκωμένου σπλήνα το χείλος του οργάνου γίνεται αισθητό στις ράγες των δακτύλων του εξεταστή.

Προσοχή χρειάζεται προκειμένου να διευκρινίσει ο εξεταστής αν το σπλάγχο που ψηλαφεί είναι ο σπλήνας ή ο αριστερός νεφρός. Για να ξεχωρίσει τα δύο όργανα, λαμβάνει υπόψη ότι, όταν πρόκειται για τον σπλήνα, είναι ψηλαφητή και η χαρακτηριστική εντομή στο χείλος του, ενώ δεν είναι δυνατό να προωθήσει τα δάκτυλά του μεταξύ του διογκωμένου οργάνου που ψηλαφεί και του αριστερού πλευρικού τόξου. Τέλος, επειδή δεν παρεμβάλλονται έλικες εντέρου μεταξύ του σπλήνα και του κοιλιακού τοιχώματος, η επίκρουση θα δώσει αμβλύ ήχο. Βλ. επίσης Κεφάλαιο 8: Ουροποιητικό και Γεννητικό Σύστημα (Πίνακας 7.9).

Ψηλάφηση βουβωνικών περιοχών. Δεν πρέπει να παραλείπεται η εξέταση των λεμφαδένων στη βουβωνική περιοχή, καθώς και ο έλεγχος για την παρουσία βουβωνοκήλης ή μηροκήλης.

Ο έλεγχος για κήλη γίνεται ως εξής:

- ▶ Με τον ασθενή όρθιο, μπορεί να παρατηρηθεί προπέτεια στο έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου, κοντά στην ηβική σύμφυση, ή του μηριαίου δακτυλίου. Η προπέτεια, μπορεί να γίνει πιο εμφανής αν ζητηθεί από τον ασθενή να βήξει, ώστε να αυξηθεί η ενδοκοιλιακή πίεση.
- ▶ Ψηλαφητικά, σε περίπτωση μη ορατής προπέτειας, ο εξεταστής τοποθετεί το δάκτυλό του μέσα στο έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου (ή του μηριαίου δακτυλίου) και ζητά από τον ασθενή να βήξει. Τότε, ο κηλικός σάκος θα πλήξει το δάκτυλο του εξεταστή. Με αυτή τη δοκιμασία ένας έμπειρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

εξεταστής μπορεί να καταλάβει σε περίπτωση βουβωνοκήλης αν πρόκειται για ευθεία ή πλάγια. Η ευθεία βουβωνοκήλη, που δημιουργείται από την υποχώρηση ενός ενένδοτου τοιχώματος άνωθεν του βουβωνικού πόρου (τρίγωνο του Hasselbach) και προσπίπτει απευθείας στο έξω στόμιο του βουβωνικού συνδέσμου, πλήττει το άκρο του δακτύλου του εξεταστή. Αντίθετα, η πλάγια βουβωνοκήλη, που προέρχεται από το έσω στόμιο και ακολουθεί τον βουβωνικό πόρο σε όλο το μήκος του, πλήττει το δάκτυλο του εξεταστή από το πλάι.

- ▶ Αν ο κηλικός σάκος εισέρχεται πίσω στην κοιλιά είτε όταν ο ασθενής είναι κατακεκλιμένος είτε κατόπιν χειρισμού, η κήλη καλείται ανατασσόμενη. Αν παραμένει, τότε καλείται μη ανατασσόμενη. Οι μη ανατασσόμενες κήλες μπορεί να γίνουν περιεσφιγμένες, όταν γίνει στραγγαλισμός του σπλάχνου που περιέχουν, γεγονός που μπορεί να εκδηλωθεί ως οξεία χειρουργική κοιλία, λόγω αποφρακτικού ειλεού ή ισχαιμίας και νέκρωσης του περιεχομένου του κηλικού σάκου.

Εξέταση πρωκτού και ορθού. Με τον ασθενή στην αριστερή πλάγια κατακεκλιμένη θέση και με τα γόνατα σε κάμψη, πολύ κοντά στην κοιλιά, αρχικά ο εξεταστής επισκοπεί την περιπρωκτική περιοχή για δερματικές αλλοιώσεις, αιμορροΐδες ή πρόπτωση του ορθού και στη συνέχεια πραγματοποιεί τη δακτυλική εξέταση, με την εισαγωγή και την ολόκληρη περιστροφή του δείκτη ή του μέσου δακτύλου στον ορθοπρωκτικό σωλήνα, κατόπιν επάλειψης του γαντιού με γέλη. Ο εξεταστής ενδιαφέρεται να παρατηρήσει την παρουσία ευαισθησίας στον πρωκτικό δακτύλιο λόγω ραγάδας ή εσωτερικών αιμορροΐδων, την παρουσία ευαισθησίας στον δουλάσειο χώρο της ελάσσονος πυέλου λόγω φλεγμονής του περιτοναίου, καθώς επίσης και να σημειώσει ψηλαφητές μάζες, όπως στην περίπτωση ενός πολύποδα ή ενός καρκίνου της περιοχής.

Στη δακτυλική εξέταση ελέγχεται επίσης και ο προστάτης, ο οποίος βρίσκεται εμπροσθεν του ορθού και μπορεί να σημειωθεί η ευαισθησία, το μέγεθος και η σύσταση του οργάνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τέλος, ο εξεταστής μετά την εξαγωγή του δακτύλου μπορεί να ελέγξει τη χροιά των κοπράνων στη λήκυθο του ασθενή και να επιβεβαιώσει ή όχι την ύπαρξη αίματος μακροσκοπικά και με εξέταση για αιμοσφαιρίνη.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οξεία σκωληκοειδίτιδα. Πυρετός, ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού λαγόνιου βόθρου, πιθανά ψηλαφητή μάζα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο, σημεία περιτονίτιδας.

Διάτρηση πεπτικού έλκους με οξεία περιτονίτιδα. Κοιλιακή διάταση, απουσία εντερικών ήχων, σύσπαση κοιλιακών τοιχωμάτων, σανιδώδης σύσπαση κοιλίας, διάχυτη ευαισθησία.

Οξεία παγκρεατίτιδα. Πυρετός, ευαισθησία επιγαστρίου και πιθανά δεξιού υποχονδρίου με αντανάκλαση στην οσφύ, μειωμένοι ή απόντες εντερικοί ήχοι. Σημεία Cullen και Grey-Turner σε αιμορραγική παγκρεατίτιδα.

Οξεία χολοκυστίτιδα. Πυρετός, ευαισθησία δεξιού υποχονδρίου, σημείο Murphy.

Ραγέν ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής. υπόταση και σοκ, ψηλαφητή, σφυγμώδης μάζα στη μεσότητα της κοιλίας με φύσημα υπερθεν αυτής, ασύμμετρη ψηλάφηση μηριαίων αρτηριών.

Οξεία ισχαιμία μεσεντερίου. Κολπική μαρμαρυγή, καρδιακή ανεπάρκεια, ασυμμετρία στις περιφερικές σφύξεις, απόντες εντερικοί ήχοι, ευαισθησία στην ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας

Εντερική απόφραξη. Προϋπάρχουσες χειρουργικές τομές, κήλες, κοιλιακή μάζα, κοιλιακή διάταση, ορατός περισταλτισμός περιομφαλικά, αυξημένοι εντερικοί ήχοι μεταλλικής χροιάς.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Χρονία ηπατική νόσος – Κίρρωση ήπατος. Επισκόπηση: ικτερική χροιά σκληρών, πληκτροδακτυλία, λευκωνυχία, παλαμιαίο ερύθημα, γυναικομαστία, αραχνοειδείς σπίλοι δέρματος, απώλεια φυσιολογικής τριχοφυΐας, κοιλιακή διάταση, βατραχοειδής εμφάνιση κοιλίας, επίφλεβο – κεφαλή μέδουσας.

Ακρόαση: εντερικοί ήχοι αραιοί φυσιολογικής έντασης και χροιάς.

Επίκρουση: σημείο μετακινούμενης αμβλύτητας, αύξηση των ορίων του ήπατος (της ηπατικής αμβλύτητας), αύξηση των ορίων του σπληνός.

Ψηλάφηση: ανώδυνο, ανώμαλο και υπόσκληρο χείλος του ήπατος, σπληνομεγαλία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills, 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η κλινική εξέταση του ουροποιογεννητικού συστήματος περιλαμβάνει την εξέταση των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως, των έξω γεννητικών οργάνων, τη δακτυλική εξέταση (στους άνδρες), καθώς και την εξέταση του κόλπου και του τραχήλου στις γυναίκες.

Νεφροί. Οι νεφροί βρίσκονται οπισθοπεριτοναϊκά, εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης, σε ύψος που αντιστοιχεί από τον 12ο θωρακικό σπόνδυλο μέχρι τον 3ο οσφυϊκό, κατά μήκος του έξω χείλους των αντίστοιχων λαγονοψοϊτών μυών. Ο δεξιός νεφρός βρίσκεται χαμηλότερα κατά μισό σπονδυλικό σώμα από τον αριστερό λόγω της σύστοιχης ύπαρξης του ήπατος. Σε κάθε νεφρό διακρίνονται πρόσθια και οπίσθια επιφάνεια, έσω και έξω χείλος, άνω και κάτω πόλος. Στη μεσότητα του έσω χείλους παρατηρείται εσοχή, η οποία ονομάζεται νεφρική πύλη, από όπου προβάλλει το κάτω τμήμα της νεφρικής πυέλου και ο ουρητήρας και εισέρχονται/εξέρχονται τα νεφρικά αγγεία.

Ουρητήρες. Οι ουρητήρες είναι λεπτά όργανα που βρίσκονται βαθιά στον οπισθοπεριτοναϊκό χώρο και δεν ψηλαφούνται ακόμη και όταν παρουσιάζουν μεγάλη διάταση.

Ουροδόχος κύστη. Η ουροδόχος κύστη είναι κοίλο ινομυώδες όργανο που δέχεται και αποθηκεύει τα ούρα. Βρίσκεται εξωπεριτοναϊκώς, στο πρόσθιο τμήμα της ελάσσονος πυέλου, όπισθεν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

της ηβικής συμφύσεως και μπροστά από το ορθό ή τη μήτρα. Η θέση και το σχήμα της ουροδόχου κύστεως μεταβάλλονται ανάλογα με την ποσότητα των περιεχομένων ούρων, αλλά και την πληρότητα του ορθού. Εμφανίζει ανώτερη-οπίσθια και δύο πλάγιες- κατώτερες επιφάνειες, κορυφή, καθώς και πυθμένα. Ο τελευταίος δέχεται την εκβολή των ουρητήρων και από αυτόν ξεκινά η ουρήθρα.

Ανδρική ουρήθρα. Η ανδρική ουρήθρα εξέρχεται από την ουροδόχο κύστη και πορεύεται διαμέσου του προστάτη. Η πρώτη της μοίρα (προστατική) δέχεται τις εκβολές των εκσπερματιστικών πόρων. Ακολουθεί η υμενώδης μοίρα και τέλος η σφραγγώδης μοίρα (μέσα στο σφραγγώδες σώμα του πέους), η οποία και εκβάλλει στην κορυφή της βαλάνου.

Γυναικεία ουρήθρα. Η γυναικεία ουρήθρα είναι κατά πολύ βραχύτερη της ανδρικής. Εκβάλλει στην άνω γωνία του προδόμου του αιδοίου, κάτω από την κλειτορίδα.

Ανδρικό γεννητικό σύστημα. Το ανδρικό γεννητικό σύστημα αποτελείται από το πέος, τους όρχεις, την εκφορητική γεννητική οδό (αλλήρειο δίκτυο, επιδιδυμίδα, σπερματικό πόρο, σπερματοδόχο λήκυθο, ουρήθρα), τους παραγεννητικούς αδένες (προστάτης, σπερματοδόχος κύστη, βολβοουρηθραίοι αδένες, ουρηθραίοι αδένες).

Γυναικείο γεννητικό σύστημα. Το γυναικείο γεννητικό σύστημα αποτελείται από τις ωοθήκες, τους ωαγωγούς (ή σάλπιγγες), τη μήτρα, τον κόλπο και το αιδοίο (έξω γεννητικά όργανα).

ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Ουροποιητικό σύστημα.

- Προϋπάρχοντα νοσήματα του ουροποιητικού συστήματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Προηγηθείσες χειρουργικές επεμβάσεις
- ▶ Προηγηθείσα ακτινοβολία στην περιοχή της πυέλου
- ▶ Άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα που μπορεί να σχετίζονται με συμπτώματα από το ουροποιητικό.
- ▶ Κάπνισμα
- ▶ Κατάχρηση οιοπνευματωδών
- ▶ Λήψη φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένων των μη συνταγογραφούμενων και των «εναλλακτικών» σκευασμάτων). Έμφαση στη λήψη ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, κυκλοφωσφαμίδης, κορτικοστεροειδών, αντιυπερτασικών, ΜΣΑΦ ή ορισμένων φαρμάκων έναντι της υπεργλυκαιμίας (αναστολείς SGLT-2 υποδοχέων, πιογλιταζόνη).
- ▶ Επαγγελματική έκθεση σε βαρέα μέταλλα (κάδμιο, κοβάλτιο, μόλυβδος, υδράργυρος, αρσενικό), που παρατηρείται σε εργαζόμενους σε εργοστάσια αλουμινίου, παρασκευής μπαταριών, πλαστικών κ.λπ.), αρωματικές αμίνες (κάπνισμα, χρώματα, εργοστάσια πλαστικών και ελαστικών, βυρσοδεψία), πετρελαιοειδή.
- ▶ Ταξιδιωτικό ιστορικό
- ▶ Συνθήκες και συνήθειες ατομικής υγιεινής

Γεννητικό σύστημα

- ▶ Σεξουαλικές συνήθειες και πρακτικές (συμπεριφορά υψηλού κινδύνου)
- ▶ Σεξουαλική κακοποίηση
- ▶ Ύπαρξη συμπτωμάτων σε σεξουαλικό σύντροφο
- ▶ Μέθοδοι αντισύλληψης (κρέμες, προφυλακτικά, διαφράγματα)
- ▶ Ιστορικό έμμηνης ρύσης (έναρξη, διάρκεια, περιοδικότητα, διακοπή κ.λπ.)
- ▶ Ιστορικό αποβολών / αυτόματων ή τεχνητών διακοπών της κύησης
- ▶ Οικογενειακό ιστορικό νοσημάτων ουροποιογεννητικού συστήματος

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥΣ

Τα κύρια συμπτώματα τόσο από το ουροποιητικό όσο και από το γεννητικό σύστημα περιγράφονται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1. ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Πόνος	Εντόπιση και χαρακτήρες ανάλογα με το όργανο που πάσχει (πόνος στις πλευροσπονδυλικές γωνίες, στην κοιλία, χαμηλά στην οσφύ, υπερηβικός πόνος ή πόνος στα γεννητικά όργανα)
Δυσουρικά ενοχλήματα	Δυσχέρεια στην ούρηση με (επώδυνη ούρηση) ή χωρίς πόνο Έπειξη προς ούρηση: εντονότατη επιθυμία για ούρηση Πόνος πριν την ούρηση (κυστικός τεινεσμός) Πόνος ή καύσος κατά τη διάρκεια της ούρησης Πόνος ή καύσος αμέσως μετά την ούρηση
Μεταβολές της συχνότητας ουρήσεως	
Συχνουρία	Αύξηση της συχνότητας των ουρήσεων, συνήθως > 10/24ωρο
Επίσχεση ούρων	Πλήρης αναστολή της αποβολής ούρων λόγω αποφρακτικού ή λειτουργικού αιτίου
Ακράτεια ούρων	Αποβολή ούρων ακουσίως (παροδική ή διαρκής)
Ενούρηση	Ακούσια κένωση της κύστης κατά τη νύχτα
Μεταβολές της ποσότητας των ούρων	
Πολυουρία	Αποβολή υπερβολικής ποσότητας ούρων (> 2 l/24h).
Ολιγουρία	Παραγωγή ούρων < 500 ml/24h
Ανουρία	Παραγωγή ούρων < 100 ml/24h

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.2. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΩΝ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

ΜΕΤΑΒΟΛΗ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ερυθρά ούρα	Συνήθως οφείλονται σε αιματοουρία, δηλαδή αποβολή ούρων που περιέχουν αίμα. Πρέπει να διακρίνεται σε: Αρχική, τελική ή ολική Ανώδυνη ή επώδυνη Αυτόματη ή μετά από κόπωση Μικροσκοπική ή μακροσκοπική Βαριά (σχηματισμός αιμοπηγμάτων) Η αιματοουρία πρέπει να διακρίνεται από την αιμοσφαιρινουρία (αιμοσφαιρίνη χωρίς ερυθρά στα ούρα) και τη μυοσφαιρινουρία (αποβολή μυοσφαιρίνης στα ούρα).
Θολρότητα των ούρων	Απώλεια της χαρακτηριστικής διαύγειας των ούρων. Συνθετέρο αίτιο είναι η πυουρία (αποβολή ούρων που περιέχουν πυοσφαίρια).
Πνευματουρία	Αποβολή ούρων που περιέχουν φυσαλλίδες
υπέρχρωση ούρων	Έντονος χρωματισμός των ούρων (σκούρα, πορτοκαλί, «σαν κονιάκ»)
Δυσσμία των ούρων	Αμμωνιακή, κοπρανώδης, οσμή υδροθείου

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Πόνος	Εντόπιση και χαρακτήρες ανάλογα με τη νόσο και το πάσχον όργανο
Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή	Μπορεί να αφορά ολόκληρη τη διάρκεια ή ορισμένες φάσεις της (διείσδυση, εκσπερμάτιση κ.λπ.).
Έκκριμα από την ουρήθρα	Χαρακτηριστικά που ποικίλλουν (πυώδες, ορώδες, αιματηρό κ.λπ.)
Βλάβες στα έξω γεννητικά όργανα	Συγγενείς ανωμαλίες, δερματικές βλάβες, διογκώσεις, οίδημα κ.λπ.
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Διάφορες εκδηλώσεις, όπως διαταραχή στη libido, διαταραχές στύσης, πρόωμη εκσπερμάτιση κ.λπ.
Γενικά συμπτώματα	Πολλές παθήσεις του γεννητικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν γενικά συμπτώματα όπως καταβολή, πυρετό κ.λπ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.4. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Πόνος	Εντόπιση και χαρακτήρες ανάλογα με τη νόσο και το πάσχον όργανο
Πόνος κατά τη σεξουαλική επαφή	Μπορεί να αφορά ολόκληρη τη διάρκεια ή ορισμένες φάσεις της (διείσδυση κ.λπ.).
Βλάβες στα έξω γεννητικά όργανα	Συγγενείς ανωμαλίες, δερματικές βλάβες, διογκώσεις, οίδημα κ.λπ.
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Διάφορες εκδηλώσεις, όπως διαταραχή στη libido, ξηρότητα βλεννογόνων κ.λπ.
Κολπικό έκκριμμα	Αποβολή ορώδους, οροπυώδους ή πυώδους υγρού από τον κόλπο
Κολπική αιμορραγία	Χαρακτηριστικά ανάλογα με την προέλευση (μήτρα, σάλπιγγες, τράχηλος, κόλπος, ωοθήκες) και την πάθηση
Διαταραχές της έμμηνυσης	Καθυστέρηση έναρξης, αμηνόρροια, διαταραχές στην περιοδικότητα, στη διάρκεια, δυσμηνόρροια κ.λπ.

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα συνήθη αίτια των συμπτωμάτων από το ουροποιογεννητικό σύστημα παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες

3

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.5. ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ
Πόνος στην περιοχή του νεφρού (πλευροσπονδυλική γωνία)	Κωλικός νεφρού (οξεία απόφραξη της ανώτερης αποχετευτικής μοίρας) Πυελονεφρίτιδα υδρονέφρωση Έμφρακτο του νεφρού Όγκοι και αποστήματα του νεφρού
Δυσουρικά ενόχληματα	Κυστικός τεινεσμός: επίσχεση ούρων, φλεγμονές, λιθίαση της ουροδόχου κύστεως Πόνος ή καύσος κατά την ούρηση: φλεγμονές και όγκοι της ουροδόχου κύστεως, της ουρήθρας ή του προστάτη Πόνος αμέσως μετά την ούρηση: φλεγμονές ή ερεθισμός του κυστικού τριγώνου (κυστίτιδα, λιθίαση)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μεταβολές της συχνότητας ουρήσεως	
Συχνουρία	Φλεγμονές, λίθοι ή όγκοι της ουροδόχου κύστεως ή παρακείμενων οργάνων (προστάτης, ωοθήκες, ενδοπυελική σκωληκοειδίτιδα κ.λπ.)
Επίσχεση ούρων	Μηχανική απόφραξη (διόγκωση προστάτη, ενσφύνωση λίθου στην ουρήθρα, τραυματική ρήξη της ουρήθρας, στενώματα ουρήθρας, όγκοι) Νευρολογικά αίτια
Ακράτεια ούρων	Βλάβη των σφιγκτήρων (τραύμα, νευρολογικές διαταραχές, φλεγμονή)
Μεταβολές της ποσότητας των ούρων	
Πολυουρία	↑ πρόσληψη υγρών, διουρητικά, πολυουρική φάση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας, αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, άποιος διαβήτης, κατάχρηση οινόπνευματων
Ολιγουρία – ανουρία	Αφυδάτωση, απώλεια πλάσματος ή αίματος, κυκλοφορική καταπληξία, νεφροπάθειες, μετά από χειρουργική επέμβαση

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.6. ΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΩΝ ΤΩΝ ΟΥΡΩΝ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Αιματοουρία	Παθήσεις του νεφρικού παρεγχύματος Σπειραματικές, παθήσεις (σπειραματονεφρίτιδες) Παθήσεις μεγάλων νεφρικών αγγείων (θρόμβωση ή εμβολή νεφρικών αρτηριών) Άλλες νεφρικές παθήσεις (πυελονεφρίτιδα, καρκίνος του νεφρού, διάμεση νεφρίτιδα, πολυκυστική νόσος, φυματίωση, τραυματικές κακώσεις, νεφρική βιοψία) Παθήσεις αποχετευτικής μοίρας Νεφρολιθίαση Τραυματισμός Κυστίτιδα Νεοπλάσματα Παθήσεις του προστάτη Άλλα αίτια Αιμορραγική διάθεση, δρεπανοκυτταρική νόσος
Αιμοσφαιρινοουρία	Ταχεία ενδοαγγειακή αιμόλυση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πυουρία	Παθήσεις του νεφρού (πυελονεφρίτιδα, απόστημα, φυματίωση) Παθήσεις της κύστεως (κυστίτιδα, όγκοι, λίθοι, εκκολπώματα) Παθήσεις του προστάτη (προστατίτιδα, απόστημα) Επινέμηση από φλεγμονές ή ρήξη αποστημάτων των γύρω οργάνων προς την αποχετευτική μοίρα του ουροποιητικού
Πνευματουρία	Εντεροκυστικό συρίγγιο

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.7. ΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΔΡΙΚΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Πόνος στην περιοχή των έξω γεννητικών οργάνων (συνεχής ή κατά τη σεξουαλική επαφή)	Φλεγμονές (ουρηθρίτιδα, κυστίτιδα, προστατίτιδα, επιδιδυμίτιδα, ορχίτιδα) Βουβωνοκήλες Στενώματα ουρήθρας Σπασμός περινέου Συστροφή του όρχεως Νεοπλάσματα
Έκκριμα από την ουρήθρα	Ουρηθρίτιδα, τραυματισμοί
Βλάβες στα έξω γεννητικά όργανα	Τραυματισμοί, λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή), δερματικά νοσήματα, νεοπλάσματα, κήλες, συγγενείς ανωμαλίες, ενδοκρινικές διαταραχές, αυτοάνοσα νοσήματα (σύνδρομο Reiter, νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet κ.ά.)
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Ποικίλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων ψυχογενών και λειτουργικών (αγγειοπάθειες, νευροπάθειες, τραυματισμοί κ.λπ.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.8. ΤΑ ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Πόνος στην περιοχί των έξω γεννητικών οργάνων (συνεχής ή κατά τη σεξουαλική επαφή)	Φλεγμονές (κυστίτιδα, ουρηθρίτιδα, εξαρτηματίτιδα, κολπίτιδα) Στενώματα ουρήθρας Σπασμός περινέου Εξωμήτρια κύηση Νεοπλάσματα
Έκκριμα από την ουρήθρα	Ουρηθρίτιδα, τραυματισμοί
Βλάβες στα έξω γεννητικά όργανα	Τραυματισμοί, λοιμώξεις (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή), δερματικά νοσήματα, νεοπλάσματα, κήλες, συγγενείς ανωμαλίες, ενδοκρινικές διαταραχές, αυτοάνοσα νοσήματα (σύνδρομο Reiter, νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet)
Σεξουαλική δυσλειτουργία	Ποικίλες αιτίες, συμπεριλαμβανομένων ψυχογενών και λειτουργικών (αγγειοπάθειες, νευροπάθειες, τραυματισμοί κ.λπ.)
Κολπική αιμορραγία	Λοιμώδεις ή νεοπλασματικές παθήσεις των ωοθηκών, των ωαγωγών, της μήτρας και του κόλπου Επιπλοκές της κύησης Διαταραχές έμμηνης ρύσης Τραυματισμοί Φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων των αντισυλληπτικών και των αντιπηκτικών) Συστηματικά νοσήματα (νοσήματα που προκαλούν αιμορραγική διάθεση, νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet κ.λπ.) Ενδομητρίωση
Διαταραχές της έμμηνης ρύσης	Ποικίλα ενδοκρινικά, γυναικολογικά και ψυχογενή αίτια

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αυτή περιλαμβάνει την εξέταση των νεφρών, της ουροδόχου κύστεως και των έξω γεννητικών οργάνων. Συμπληρώνεται με τη δακτυλική εξέταση από το ορθό στους άνδρες (προκειμένου

να εξεταστεί ο προστάτης) και με την κοιλιακή εξέταση και την εξέταση του τραχήλου στις γυναίκες.

Εξέταση των νεφρών. Η εξέταση των νεφρών γίνεται με την επισκόπηση και την ψηλάφηση.

Η επισκόπηση επιτελείται με τον ασθενή σε καθιστή θέση, όπου εξετάζονται οι νεφρικές χώρες για τυχόν προπέτεια ή διογκώσεις. Η ψηλάφηση γίνεται στην ίδια θέση, οπότε ασκείται ελαφρά πίεση με τον αντίχειρα για τη διαπίστωση ευαισθησίας ή μυϊκής σύσπασης. Στη συνέχεια διενεργείται ελαφρά πλήξη στη νεφρική χώρα, χρησιμοποιώντας το ωλένιο χείλος της άκρας χειρός, η οποία φυσιολογικά δεν προκαλεί πόνο.

Η ψηλάφηση των νεφρών διενεργείται και στην ύπτια θέση, με τους μηρούς σε ελαφρά κάμψη και τα άνω άκρα χαλαρά κατά μήκος του σώματος. Η εξέταση γίνεται από τη δεξιά πλευρά του ασθενούς και είναι αμφίχειρη. Το αριστερό χέρι τοποθετείται στην εξεταζόμενη νεφρική χώρα, έτσι ώστε οι ράγες των δακτύλων να φθάνουν μέχρι τη γωνία που σχηματίζεται από το έξω χείλος των ιερονοτιαίων μυών και τη 12^η πλευρά. Το δεξιό χέρι τοποθετείται στην κοιλιά, με τα δάκτυλα προς τα επάνω, προς το σύστοιχο πλευρικό τόξο. Στη συνέχεια, παραγγέλλεται βαθιά εισπνοή, κατά τη διάρκεια της οποίας ασκείται πίεση και με τα δύο χέρια. Εφόσον ο νεφρός που εξετάζεται είναι ψηλαφητός, μετακινείται προς τα κάτω, γλιστράει ανάμεσα στα δύο χέρια, και έτσι γίνεται αντιληπτός. Κατά τη διάρκεια της εισπνοής, η πίεση που ασκείται από το χέρι που βρίσκεται σε επαφή με το κοιλιακό τοίχωμα μειώνεται ελαφρώς, ώστε να «συλληφθεί» μεταξύ των δύο χεριών ο κατερχόμενος νεφρός. Ο νεφρός αναγνωρίζεται από τη λεία και ολισθηρή του επιφάνεια, το σχήμα του, τον στρογγυλό κάτω πόλο και την εντομή της πύλης του.

Τονίζεται ότι στα άτομα με φυσιολογική σωματική ανάπτυξη ο νεφρός ΔΕΝ είναι ψηλαφητός. Στα ισχνά άτομα και στις πολύτοκες γυναίκες είναι δυνατόν να ψηλαφείται ο κάτω πόλος, ιδίως του δεξιού νεφρού. Ο νεφρός γίνεται επίσης ψηλαφητός σε περίπτωση διόγκωσής του. Η διάκριση των διογκώσεων του

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

νεφρού από εκείνες των γειτονικών οργάνων μπορεί να γίνει με τη διαπίστωση της νεφρικής αντιτυπίας. Αυτή ορίζεται ως το αίσθημα κρούσης που γίνεται αντιληπτό κατά την αμφίχειρη εξέταση από το χέρι του εξετάζοντος που βρίσκεται στο κοιλιακό τοίχωμα, και καθώς το άλλο χέρι (που βρίσκεται στην οσφυϊκή χώρα) ασκεί επαναλαμβανόμενη ταχεία και απότομη πίεση. Εκτός της αντιτυπίας τα κλινικά ευρήματα που βοηθούν στη διάκριση διόγκωσης του σπληνός από του νεφρού παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.9. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΟΥ ΣΠΛΗΝΟΣ ΑΠΟ ΔΙΟΓΚΩΜΕΝΟ ΝΕΦΡΟ

Διογκωμένος σπλήνας	Διογκωμένος νεφρός
Τα δάκτυλα του εξεταστή δεν μπορούν να εισχωρήσουν μεταξύ του σπλήνα και του πλευρικού τόξου.	Τα δάκτυλα του εξεταστή μπορούν να εισχωρήσουν μεταξύ του νεφρού και του πλευρικού τόξου.
Ψηλαφητή εντομή.	Δεν ψηλαφείται εντομή
Κινείται προς τα κάτω και τη μέση γραμμή στην εισπνοή	Κινείται προς τα κάτω στην εισπνοή.
Δεν υπάρχει σημείο αντιτυπίας	Σημείο αντιτυπίας
Αμβλύτητα στην επίκρουση	Συνήθως τυμπανικότητα λόγω υπερκειμένων εντερικών ελίκων

Εξέταση της ουροδόχου κύστεως. Η ουροδόχος κύστη ψηλαφείται μόνο όταν υπερπληρούται. Γίνεται αντιληπτή ως σφαιρική ελαστική μάζα, με λεία επιφάνεια, η οποία κατά την επίκρουση αποδίδει αμβλύτητα. Σε χρόνια και μεγάλη διάταση της ουροδόχου κύστεως, τα άνω όριά της μπορεί να φθάνουν μέχρι το ύψος του ομφαλού. Η διάκριση μεταξύ της διατεταμένης κύστεως και άλλων διογκώσεων μπορεί να είναι δυσχερής, και επιβάλλεται εξέταση μετά από ούρηση.

Εξέταση των ανδρικών έξω γεννητικών οργάνων. Εξετάζονται το πέος, το όσχεο και οι όρχεις. Παραγγέλλεται η αποκάλυψη της βαλάνου του πέους και στη συνέχεια γίνεται επισκόπηση και ψηλάφηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Πέος: ελέγχεται το στόμιο της ουρήθρας ως προς τη θέση του, καθώς και για τυχόν παθολογικό έκκριμα. Ελέγχεται η βάλανος και το σώμα του πέους για τυχόν δερματικές αλλοιώσεις, διογκώσεις κ.λπ.

Όσχεο - όρχεις: αναζητούνται δερματικές αλλοιώσεις και τυχόν εξελκώσεις, ελέγχεται η φυσιολογική πτύχωση του οσχέου (μπορεί να καταργείται επί φλεγμονής των όρχεων ή της επιδιδυμίδας) και η ύπαρξη κισσοκήλης (διάτασης των φλεβών του σπερματικού τόνου).

Με την ψηλάφηση αναζητούνται τυχόν διογκώσεις του ίδιου του οσχέου, των όρχεων και της επιδιδυμίδας. Οι όρχεις δεν ψηλαφούνται εάν υπάρχει κρυπορχία, ενώ είναι δυνατόν να είναι ατροφικοί λόγω υπογοναδισμού. Στην ψηλάφηση τυχόν διογκώσεων έχει μεγάλη σημασία ο καθορισμός των χαρακτηρισ τους (μέγεθος, σύσταση, ευαισθησία). Οι ευαίσθητες διογκώσεις οφείλονται συνήθως σε φλεγμονώδη νοσήματα (ορχίτιδα, επιδιδυμίτιδα) ή σε συστροφή του όρχεως. Οι ανώδυνες και σκληρές διογκώσεις οφείλονται πιο συχνά σε νεοπλάσματα ή φυματίωση. Πολύ μεγάλη διόγκωση του οσχέου παρατηρείται στην οσχεοκήλη (είσοδος βουβωνοκήλης μέσα στο όσχεο) και στην υδροκήλη (συλλογή υγρού μεταξύ των πετάλων του ελυτροειδούς χιτώνα).

Εξέταση του προστάτη (μέσω δακτυλικής εξέτασης του ορθού).

Αυτή γίνεται με τον ασθενή σε πλάγια κατακεκλιμένη θέση, με τα γόνατα σε κάμψη προς την κοιλία. Ο προστάτης ψηλαφείται στο πρόσθιο τοίχωμα του ορθού. Φυσιολογικά, είναι επίπεδος, λείος, με χαρακτηριστική αυλάκωση μεταξύ των δύο λοβών του. Εξετάζεται το μέγεθος, η σύσταση και η ευαισθησία του οργάνου, χρησιμοποιώντας την ονυχοφόρο φάλαγγα του δακτύλου. Σημειώνεται ότι πριν από την εξέταση ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για τη φύση αυτής καθώς και ότι, προκειμένου η εξέταση να μην είναι επώδυνη, πρέπει η είσοδος του δακτύλου να γίνεται μετά από τοποθέτηση στην είσοδο του ορθού βαζελίνης ή ξυλοκαΐνης (σε μορφή γέλης). Η δακτυλική εξέταση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

δεν συνιστάται επί υποψίας οξείας προστατίτιδας, λόγω έντονης ευαισθησίας και πιθανής πρόκλησης εισόδου μικροβίων στη συστηματική κυκλοφορία.

Εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Εξετάζονται τα έξω γεννητικά όργανα (αιδοίο) για τυχόν ανωμαλίες του δέρματος, διογκώσεις, τραυματισμούς κ.λπ.

Εξέταση του κόλπου και του τραχήλου της μήτρας. Αυτή δεν αποτελεί τμήμα της κλινικής εξέτασης ρουτίνας και συνήθως γίνεται από τον ειδικό (γυναικολόγο), με τη βοήθεια των κολποδιαστολέων και του μητροσκοπίου.

Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση μπορεί να γίνει από τον γενικό ιατρό ή τον παθολόγο. Πραγματοποιείται με τον δείκτη του δεξιού χεριού, ο οποίος εισάγεται στο βάθος του κόλπου, ενώ, παράλληλα, το αριστερό χέρι πιέζει εξωτερικά το κοιλιακό τοίχωμα, επάνω από την ηβική σύμφυση, προς τα μέσα. Έτσι γίνεται δυνατή η ψηλάφηση της μήτρας και των εξαρτημάτων της και ελέγχεται η θέση, το μέγεθος και η σύστασή της, καθώς και η τυχόν ύπαρξη όγκων, προπτώσεων, φλεγμονών κ.λπ.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Κωλικός νεφρού. Η στάση του ασθενούς είναι χαρακτηριστική, καθώς, αφού δεν μπορεί να βρει θέση ανακούφισης από τον πόνο, κάμπει τον κορμό προς την πάσχουσα πλευρά, και κρατάει με ολόκληρη την παλάμη την επώδυνη περιοχή. Ο πόνος αρχίζει συνήθως αιφνίδια, εντοπίζεται αρχικά στη νεφρική χώρα, αργότερα όμως επεκτείνεται προς τα κάτω, ακολουθώντας την πορεία του ουρητήρα, προς τα γεννητικά όργανα και την ουρήθρα. Πολλές φορές συνυπάρχουν δυσουρικά ενοχλήματα και αιματοουρία. Συνυπάρχουν επίσης ναυτία, έμετοι και άφθονη εφίδρωση. Κατά την πλήξη της πάσχουσας νεφρικής χώρας με το ωλένιο χέιλος της άκρας χειρός του εξετάζοντος εκλύεται έντονος πόνος (σημείο Giordano).

Οξεία πυελονεφρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια εμφάνιση υψηλού πυρετού, του οποίου κατά κανόνα προηγείται έντονο ρίγος. Μπορεί να συνυπάρχουν δυσουρικά ενοχλήματα. υπάρχει πόνος στην πάσχουσα νεφρική χώρα και ευαισθησία κατά την πλήξη αυτής (σημείο Giordano). Μπορεί να συνυπάρχουν έμετοι, γενικά συμπτώματα (κακουχία, ανορεξία κ.λπ.), ενώ σε βαριά νόσο υπάρχουν συμπτώματα και σημεία βαριάς σήψης ή σηπτικής καταπληξίας.

Οξεία κυστίτιδα. Ποικίλα δυσουρικά ενοχλήματα, συχνά θολά και δύσοσμα ούρα (πυουρία), μερικές φορές αιματουρία, χωρίς πυρετό. Δεν εκλύεται σημείο Giordano. Πολύ συχνότερη στις γυναίκες.

Οξεία προστατίτιδα. Υψηλός πυρετός με ρίγος, κακουχία, δυσουρικά ενοχλήματα, πόνος στο περίνεο ή/και την πύελο, θολά ούρα (πυουρία). Σπανιότερα επίσχεση ούρων. Ο προστάτης είναι οίδηματώδης, και λίαν επώδυνος (η δακτυλική εξέταση δεν συνιστάται για την αποφυγή μικροβιαμίας)

Οξεία (ορχο)επιδιδυμίτιδα. Πόνος και οίδημα στην πάσχουσα επιδιδυμίδα, ο οποίος μπορεί να προκαλεί διόγκωση και ερυθρότητα ολόκληρου του οσχέου. Έντονη ευαισθησία στην ψηλάφηση. Φυσιολογικό αντανακλαστικό κρεμαστήρα (σύσπαση και έλξη του όρχεως προς τα πάνω μετά από ήπιο ερεθισμό της σύστοιχης έσω επιφάνειας του μηρού). Μπορεί να συνυπάρχουν δυσουρικά ενοχλήματα και πυρετός. Σε ορισμένες περιπτώσεις, επέκταση της φλεγμονής στον σύστοιχο όρχι (ορχεοεπιδιδυμίτιδα).

Συστροφή του όρχεως. Αιφνίδιος και οξύς πόνος στο όσχεο (συνήθως σε παιδί ή έφηβο). Μπορεί να συνυπάρχει άλγος υπογαστρίου, ναυτία και έμετος. Οίδημα, σκληρία και ερυθρότητα του οσχέου. Έλξη του όρχεως προς το έξω στόμιο του βουβωνικού πόρου. Κατάργηση του αντανακλαστικού κρεμαστήρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Εντονότατη τοπική ευαισθησία που καθιστά πολύ δύσκολη την ψηλάφηση. Διόγκωση, σκληρία και ευαισθησία του σπερματικού τόνου. Η θερμοκρασία του οσχέου –τουλάχιστον τις πρώτες ώρες– παραμένει φυσιολογική. Δεν συνυπάρχουν δυσουρικά ενοχλήματα. Ούρα διαυγή.

Καρκίνος του νεφρού (υπερνήφρωμα). Η κλινική εικόνα ποικίλλει αναλόγως του σταδίου και περιλαμβάνει:

- ▶ Αιματουρία, η οποία μπορεί να αποτελεί το αρχικό σύμπτωμα. Συνήθως είναι ανώδυνη αλλά, σπανιότερα μπορεί να συνυπάρχει πόνος στη νεφρική χώρα.
- ▶ Ψηλαφητή μάζα του νεφρού στην αμφίχειρη εξέταση, υποδηλώνει συνήθως προχωρημένη νόσο. Θετικό το σημείο νεφρικής αντιτυπίας.
- ▶ Κιρσοκήλη (~10%), λόγω απόφραξης της σπερματικής φλέβας.
- ▶ Οίδημα κάτω άκρων και ασκίτης επί προσβολής της κάτω κοίλης φλέβας.
- ▶ Συμπτώματα και σημεία λόγω διασποράς της νόσου.
- ▶ Συμπτώματα και σημεία οφειλόμενα σε παρανεοπλασματικά σύνδρομα [αναιμία, πυρετός (20%), υπερασβεστιαμία, ηπατική δυσλειτουργία (σύνδρομο Stauffer), αμυλοείδωση, θρομβοκυττάρωση, ρευματική πολυμυαλγία].

Καρκίνος του όρχεως

- ▶ *Τυπική μορφή:* σκληρή και ανώδυνη διόγκωση του όρχεως.
- ▶ *Φλεγμονώδης μορφή:* ευαίσθητη διόγκωση του όρχεως με στοιχεία τοπικής φλεγμονής – σύγχυση με οξεία ορχεοεπιιδυμίτιδα ή συστροφή.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Ασθενής με οξεία πυελονεφρίτιδα. Υψηλός Πυρετός (39,5° C) που εμφανίστηκε μετά από έντονο ρίγος. Συχνά ιστορικό προ-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ & ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ηγουμένων λοιμώξεων του ουροποιητικού, ιστορικό νεφρολιθίασης ή άλλου προδιαθεσικού παράγοντα για ουρολοιμώξεις (μόνιμος ουροκαθετήρας, νεφρολιθίαση, νεφροστομία κ.λπ.).

- ▶ *Επισκόπηση:* Όψη πάσχοντος. Θολερότητα και δυσσομία των ούρων.
- ▶ *Ψηλάφηση:* Ευαισθησία στην πλήξη της δεξιάς νεφρικής χώρας (σημείο Giordano). Αψηλάφητοι νεφροί άμφω. Φυσιολογική η εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013. Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 **ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

→ ΜΑΡΙΑ ΤΕΚΤΟΝΙΔΟΥ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ. ΔΑΪΚΟΣ

Το μυοσκελετικό σύστημα αποτελείται από τα οστά, τους μύες, τους συνδέσμους και τους τένοντες, τα νεύρα των μυών και το δέρμα. Επιτελεί ποικίλες λειτουργίες, η βασικότερη εκ των οποίων είναι η κίνηση, αλλά επίσης συμμετέχει στη στήριξη των μαλακών μορίων, στην προφύλαξη ζωτικών οργάνων, στην αιμοποίηση και στην ομοιοστασία διάφορων συστημάτων.

ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Οι αρθρώσεις ανάλογα με το εύρος κίνησης που έχουν διακρίνονται σε : α) Διαρθρώσεις, που είναι υμενικές και επιτρέπουν ελεύθερη κίνηση, όπως π.χ. η άρθρωση του ώμου, β) Διαρθρώσεις, που χαρακτηρίζονται από ινοχόνδρινη συνένωση και έχουν πολύ μικρό εύρος κίνησης, όπως π.χ. είναι η ηβική σύμφυση, και γ) Συναρθρώσεις (συνδεσμώσεις), που είναι ινώδεις και δεν έχουν κανένα εύρος κινητικότητας, όπως είναι οι ραφές του κρανίου.

Για την κλινική εξέταση των διαρθρώσεων είναι απαραίτητη η καλή γνώση των ανατομικών δομών (ενδοαρθρικών και εξωαρθρικών) που τις απαρτίζουν. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 9.1, μια άρθρωση αποτελείται από τα συναρθρούμενα οστά, τα οποία στις αρθρικές επιφάνειες καλύπτονται από τον αρθρικό χόνδρο. Τα πέρατα των οστών καλύπτονται από τον αρθρικό υμένα, που παράγει το αρθρικό υγρό, και τον αρθρικό θύλακο. Επίσης στον σχηματισμό μιας άρθρωσης συμμετέχουν οι μη-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

σε αρθρώσεις είναι συχνά εκδήλωση σηπτικής ή κρυσταλλοειδούς αρθρίτιδας, ενώ ο χρόνιος πόνος συχνότερα οφείλεται σε οστεοαρθρίτιδα και φλεγμονώδεις αρθροπάθειες (π.χ ρευματοειδής αρθρίτιδα). Άλλα στοιχεία που πρέπει να αναζητηθούν είναι ο χαρακτήρας του πόνου, η εντόπισή του και η αντανάκλαση του πόνου (π.χ ριζική συνδρομή σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου), τα αίτια έκλυσης και οι διάφοροι παράγοντες που τον επιτείνουν ή τον μειώνουν, με ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση που έχουν η κίνηση και η ακινησία. Πόνος που επιδεινώνεται με την κίνηση οφείλεται συνήθως σε μηχανικά αίτια (π.χ οστεοαρθρίτιδα, δισκοπάθεια), ενώ, αν υπάρχει επιδείνωση κατά τη διάρκεια της νυχτερινής κατάκλισης, συνήθως οφείλεται σε φλεγμονώδη αρθρίτιδα ή ορισμένες φορές σε όγκο (π.χ οστεοσάρκωμα). Συνολικά, με βάση τα παραπάνω θα εκτιμηθεί σε πρώτη φάση αν ο πόνος είναι φλεγμονώδης ή αν οφείλεται σε μηχανικά (π.χ τενοντίτιδα, εκφυλιστική σπονδυλαρθρίτιδα) ή ψυχογενή αίτια (π.χ ινομυαλγία).

Πρωινή δυσκαμψία. Είναι σύνηθες σύμπτωμα σε πολλές παθήσεις του μυοσκελετικού ιδιαίτερα στις φλεγμονώδεις αρθρίτιδες και χαρακτηρίζεται από έντονη δυσκαμψία διάρκειας 30 λεπτών και άνω μετά από περίοδο ανάπαυσης ή ακινησίας, ιδιαίτερα μετά την πρωινή έγερση.

Μυϊκή αδυναμία – Διαταραχές αισθητικότητας. Πάντα θα πρέπει να ερωτάται ο ασθενής για ενδεχόμενο αίσθημα μυϊκής αδυναμίας εντοπισμένο ή γενικευμένο, που μπορεί να υποδηλώνει συστηματική φλεγμονή ή βλάβη περιφερικού νεύρου. Επίσης θα πρέπει να προσδιορίζεται αν η αδυναμία είναι κεντρομελική (μυοπάθεια ή μυοσίτιδα) ή περιφερική (νευρογενής βλάβη). Προοδευτική επιδείνωση της μυϊκής αδυναμίας κατά τη διάρκεια της ημέρας υποδηλώνει βαριά μυασθένεια. Παράλληλα, ο ασθενής θα πρέπει να ερωτάται για αιμωδίες ή παραισθησίες, και να προσδιορίζεται με ακρίβεια η εντόπισή τους και οι παράγοντες υπό τους οποίους εκλύονται ή υποχωρούν.

Διαταραχές κινητικότητας. Αρκετές φορές ο ασθενής θα αναφέρει την αδυναμία πραγματοποίησης ή ολοκλήρωσης κίνησης μιας άρθρωσης, η οποία μπορεί να οφείλεται σε μυϊκή αδυναμία, πόνο, βλάβη νεύρου η συνδυασμό αυτών.

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις. Διάφορα φλεγμονώδη νοσήματα του μυοσκελετικού εκδηλώνονται με γενικά συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να αναζητούνται, όπως είναι ο πυρετός, η απώλεια βάρους, η καταβολή. Άλλες εξωαρθρικές εκδηλώσεις είναι το φαινόμενο Raynaud, η παρουσία εξανθήματος, διαταραχές από τους οφθαλμούς, το γαστρεντερικό ή το καρδιαγγειακό.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η φυσική εξέταση περιλαμβάνει την ενδελεχή εξέταση των αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης, μεστόχο την ανεύρεση παθολογικών σημείων και λειτουργικών η παθολογικών ανωμαλιών. Η βασική ανιχνευτική εξέταση του μυοσκελετικού παρουσιάζεται στο Βίντεο 9.1.

Γενικές αρχές. Η εξέταση κάθε άρθρωσης θα πρέπει να γίνεται με την εξής αλληλουχία πράξεων:

- ▶ *Επισκόπηση:* Αναζητούνται ασυμμετρίες, συγκρίνοντας τις 2 πλευρές, χειρουργικές ουλές, οιδήματα, ατροφίες μυών, δερματικά εξανθήματα.
- ▶ *Ψηλάφηση:* Ελέγχεται η παρουσία οιδήματος, κριγμού, ευαισθησίας κατά την ψηλάφηση των αρθρώσεων, ενθέσεων (συνδέσμων και τενόντων) και μυών, διαφορές θερμοκρασίας.
- ▶ *Έλεγχος κινητικότητας:* Γίνεται έλεγχος τόσο της ενεργητικής όσο και της παθητικής κίνησης των αρθρώσεων και της μυϊκής ισχύος των διάφορων μυϊκών ομάδων.
- ▶ *Μετρήσεις:* Χρησιμοποιώντας κανόνα και γωνιόμετρο, προσδιορίζονται διάφορες παράμετροι, όπως π.χ. το σημείο Schober, το εύρος κινητικότητας της αυχενικής μοίρας κ.ά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ *Ειδικές δοκιμασίες:* Πρόκειται για την εφαρμογή ανάλογα με την άρθρωση ειδικών δοκιμασιών για τη διάγνωση παθολογικών καταστάσεων, π.χ. Phallen test για το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα ή δοκιμασία Lasegue για τη συμπίεση του ισχιακού νεύρου σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου.
- ▶ *Έλεγχος λειτουργικότητας της άρθρωσης:* Σε κάθε άρθρωση αναζητείται πάντα η τριάδα οίδημα, θερμότητα και πόνος, που είναι αποδεικτικά αρθρίτιδας. Τέλος, ο έλεγχος της μυϊκής ισχύος μιας μυϊκής ομάδας γίνεται με βάση την ακόλουθη κλίμακα:
 - 0: Απουσία μυϊκής σύσπασης – παράλυση,
 - 1: Παρουσία μυϊκής σύσπασης αλλά αδυναμία κίνησης της άρθρωσης, ακόμα και αν εξουδετερωθεί η βαρύτητα,
 - 2: Κίνηση εφόσον εξουδετερωθεί η βαρύτητα,
 - 3: Κίνηση ενάντια στη βαρύτητα αλλά όχι ενάντια στην αντίσταση,
 - 4: Κίνηση ενάντια στη βαρύτητα και ενάντια στη μετρία αντίσταση,
 - 5: Πλήρης μυϊκή ισχύς, κίνηση έναντι πλήρους αντίστασης.

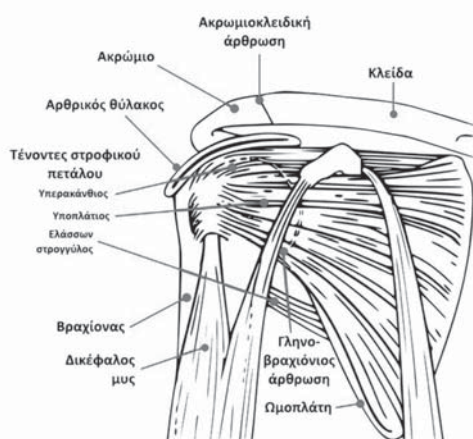
Ώμος. Η αναφορά άλγους στην περιοχή του ώμου είναι πολύ συχνή και τις περισσότερες φορές δεν οφείλεται σε αρθρίτιδα αλλά σε προβλήματα των μυών που περιβάλλουν την άρθρωση (περιαρθρίτιδα), και συχνότερα των τενόντων του στροφικού πετάλου (Rotator cuff), που απαρτίζεται από τον υπερακάνθιο, τον υπακάνθιο, τον ελάσσονα στρογγύλο και τον υποπλάτιο (Εικόνα 9.2). Η κλινική εξέταση του ώμου παρουσιάζεται στο Βίντεο 9.2.

Επισκόπηση. Ελέγχεται η συμμετρία των δελτοειδών, πιθανή προπέτεια της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης, η παρουσία οιδήματος ή μυϊκής ατροφίας και η τοπογραφία των δυο ώμων για ενδεχόμενο υπεξάρθρωμα (πρόσθιο ή οπίσθιο).

Ψηλάφηση. Η ψηλάφηση γίνεται με την εξής σειρά. Στερνο-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

κλειδική άρθρωση, κλείδα, ακρωμοκλειδική, ακρώμιο, κεφαλή βραχιονίου, κορακοειδής απόφυση, έσω ωμοπλατιαία χώρα. Εξετάζεται η παρουσία κριγμού, ευαισθησίας, ενώ επίσης ελέγχεται η υπερκλείδια χώρα για την παρουσία λεμφαδένων.



Εικόνα 9.2. Ανατομία της άρθρωσης του ώμου (National Institute Of Arthritis And Musculoskeletal And Skin Diseases – Work on Public Domain. Modified by Angelito 7 https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Shoulder_joint.svg?use-lang=el)

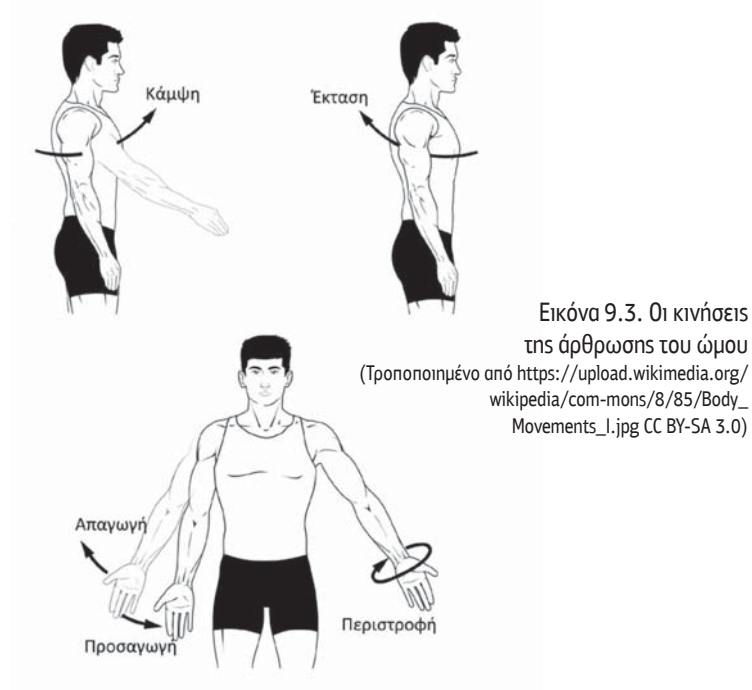
Κινητικότητα. Η άρθρωση του ώμου είναι η άρθρωση με το μεγαλύτερο εύρος κινήσεων. Παραγγέλλεται στον εξεταζόμενο να πραγματοποιήσει τις ακόλουθες κινήσεις (Εικόνα 9.3):

- ▶ Κάμψη του άνω άκρου πάνω από την κεφαλή
 - ▶ Έκταση (ευθυσμός) του άνω άκρου προς τα πίσω
 - ▶ Απαγωγή του άνω άκρου από τη μέση γραμμή, μέχρι τα δάκτυλα να έχουν κατεύθυνση προς το ταβάνι
 - ▶ Προσαγωγή του άνω άκρου προς την αντίθετη κατεύθυνση κατά μήκος του κορμού
 - ▶ Έξω στροφή. Με τους αγκώνες σε κάμψη ο εξεταζόμενος απομακρύνει όσο το δυνατό περισσότερο τα αντιβράχια σε τροχιά τόξου.
 - ▶ Έσω στροφή. Επαναφορά των άνω άκρων στην αρχική θέση.
- Η εξέταση της κινητικότητας μπορεί επίσης να γίνει πιο άμεσα παραγγέλλοντας στον ασθενή τις ακόλουθες 2 σύνθετες κινήσεις:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Έξω στροφή και απαγωγή (τοποθέτηση των παλαμών πίσω από το κεφάλι)
- ▶ Έσω στροφή και προσαγωγή (τοποθέτηση της ραχιαίας επιφάνειας της άκρας χειρός στο ύψος μεταξύ των δύο ωμοπλάτων).

Για τον έλεγχο των παθητικών κινήσεων ο εξεταστής ακινητοποιεί με το ένα χέρι την ωμοπλάτη, και με το άλλο χέρι επαναλαμβάνει τις προηγούμενες κινήσεις.



Εικόνα 9.3. Οι κινήσεις της άρθρωσης του ώμου (Τροποποιημένο από https://upload.wikimedia.org/wikipedia/com-mons/8/85/Body_Movements_1.jpg CC BY-SA 3.0)

Ειδικές δοκιμασίες

Εξέταση του στροφικού πετάλου. Πραγματοποιείται ζητώντας από τον ασθενή να απάγει τον ώμο έναντι μικρής αντίστασης. Πόνος συνήθως μεταξύ 40^ο-120^ο υποδεικνύει βλάβη του στροφικού πετάλου, που πιο συχνά πρόκειται για τενοντίτιδα του υπερακανθίου.

Έλεγχος της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης. Αδυναμία, λόγω πόνου,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ανύψωσης του άνω άκρου πάνω από το κεφάλι μετά τις 90^ο μοίρες είναι ενδεικτική φλεγμονής της ακρωμιοκλειδικής άρθρωσης.

Αγκώνας

Επισκόπηση. Αναζητούμε δερματικές βλάβες (π.χ ψωρίαση, Εικόνα 9.4), ρευματοειδή οζίδια (Εικόνα 9.5), παραμορφώσεις (ραιβός ή βλαισός αγκώνας), μυϊκή ατροφία, οιδήματα.



Εικόνα 9.4. Ψωριασικές βλάβες στον αγκώνα

(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Psoriasis_001.jpg CC BY-SA 3.0)

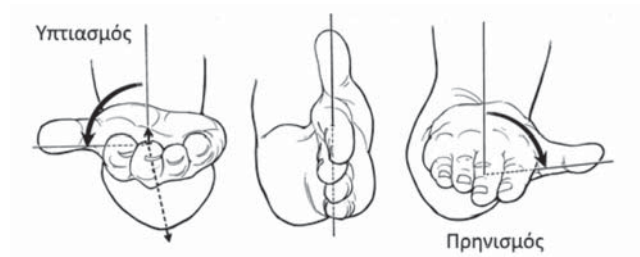
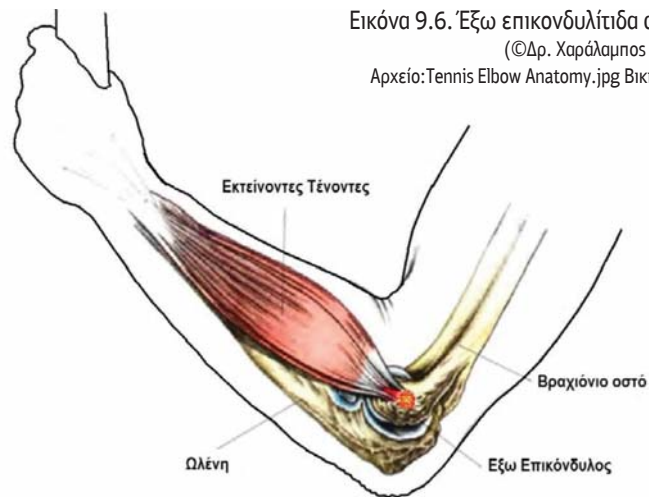


Εικόνα 9.5. Ρευματοειδή οζίδια

Ψηλάφηση. Ψηλαφείται η άρθρωση για υποδόρια οζίδια (ρευματοειδή οζίδια, ουρικούς τόφους), ψηλαφείται η αύλακα του ωλενίου για την αναζήτηση υμενίτιδας, εξετάζεται η παρακονδύλια απόφυση για ενδεχόμενη ευαισθησία (έξω επικονδυλίτιδα-tennis elbow, Εικόνα 9.6), όπως επίσης και η παρατροχίλια απόφυση (έσω επικονδυλίτιδα-golfers' elbow).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Εικόνα 9.6. Έξω επικονδυλίτιδα αγκώνα
(©Δρ. Χαράλαμπος Γούβας –
Αρχείο:Tennis Elbow Anatomy.jpg Βικιπαίδεια)



Εικόνα 9.7. Πρηνισμός και υπτιασμός πήχεως – άκρας χειρός

Κινητικότητα. Η άρθρωση του αγκώνα κάνει τις εξής κινήσεις:

- ▶ Κάμψη του πήχη προς τον βραχίονα (0-145°)
- ▶ Έκταση του πήχη (0-10°)
- ▶ Πρηνισμός πήχεως – άκρας χειρός (80°-90°) (Εικόνα 9.7)
- ▶ υπτιασμός πήχεως – άκρας χειρός (80°-90°) (Εικόνα 9.7)

Ειδικές δοκιμασίες.

Tinel Test. Σε περίπτωση παγίδευσης του ωλένιου νεύρου στον αγκώνα, πλήξη του νεύρου στην έσω μοίρα του αγκώνα προκαλεί αιμωδία στο 4ο και 5ο δάκτυλο.

Πηξοκαρπική -Άκρα χείρα

Επισκόπηση. Εξετάζεται τόσο η ραχιαία όσο και η παλαμιαία επιφάνεια των άκρων χειρών. Συχνά παθολογικά ευρήματα κατά την επισκόπηση είναι η ατροφία των ραχιαίων μεσόστεων μυών (ρευματοειδής αρθρίτιδα) και των μυών του θέναρος και του οπισθέναρος (σ. καρπιαίου σωλήνα, ρίκνωση Dupuytren), όπως και η παρουσία οζιδίων όπως π.χ. οζίδια Heberden στην οστεοαρθρίτιδα, (Εικόνα 9.8) ρευματοειδή οζίδια, ουρικοί τόφοι κ.ά. Επίσης ελέγχονται το δέρμα (παλαμιαίο ερύθημα, πορφύρα, Raynaud, έλκη) και τα νύχια (πληκτροδακτυλία, ονυχοδυστροφίες) και εντοπίζονται διογκώσεις και παραμορφώσεις (ωλένια απόκλιση δακτύλων-PA – Εικόνα 9.9, δίκην λαιμού κύκνου- PA – Εικόνα 9.10, δίκην λουκάνικου-ΨΑ – Εικόνα 9.11).



Εικόνα 9.8. Οζίδια Heberden σε ασθενή με οστεοαρθρίτιδα
(<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Heberden-Arthrose.JPG> GNU Free Documentation License, version 1.2)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 9.9. Ωλένια απόκλιση δακτύλων σε ρευματοειδή αρθρίτιδα
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rheumatoid_Arthritis.JPG Wikimedia Commons James Heilman CC BY-SA 3.0)



Εικόνα 9.10. Παραμόρφωση δίκη λαιμού
κύκνου σε ρευματοειδή αρθρίτιδα
(https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Swan_neck_deformity_in_a_65_year_old_Rheumatoid_Arthritis_patient-_2014-05-27_01-49.jpg Wikimedia Commons User:Phoenix119 CC BY-SA 3.0)



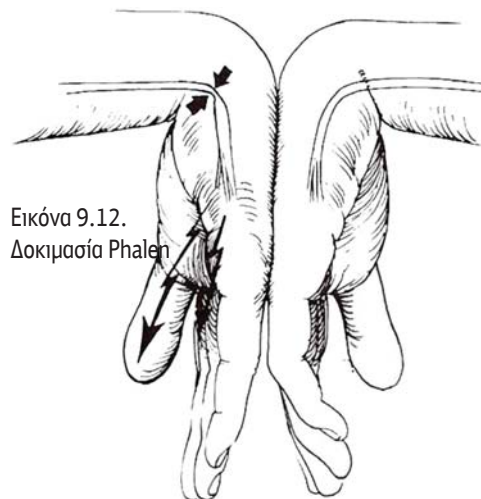
Εικόνα 9.11. Δάκτυλα δίκην λουκάνικου σε ψωριασική αρθρίτιδα
(Από <http://howshealth.com/dactylitis-symptoms-pictures-causes-treatment/>)

Ψηλάφηση. Η ψηλάφηση όλων των αρθρώσεων γίνεται με τους δύο αντίχειρες. Κατά σειρά ψηλαφούνται οι πηγεοκαρπικές (ΠΧΚ), οι μετακαρπιοφαλαγγικές (ΜΚΦ), οι εγγύς και άπω φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις, και αναζητούνται σημεία υμενίτιδας, οζίδια, ψηλαφείται η στυλοειδής απόφυση και ο μακρός εκτείνων τον αντίχειρα (τενοντοελυτρίτιδα de Quervain).

Κινητικότητα. Η άκρα χείρα κάνει τις εξής κινήσεις: Κάμψη καρπού.

- ▶ Έκταση καρπού
- ▶ Πρηνισμός σε συνδυασμό με τον αγκώνα
- ▶ Υπτιασμός σε συνδυασμό με τον αγκώνα
- ▶ Κάμψη δακτύλων
- ▶ Έκταση δακτύλων
- ▶ Ειδικές δοκιμασίες
- ▶ Δοκιμασία Phallen (Εικόνα 9.12) και σημείο Tinel (σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, Εικόνα 9.13)
- ▶ Δοκιμασία Finkelstein (τενοντοελυτρίτιδα De Quervain)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 9.12.
Δοκιμασία Phalen



Εικόνα 9.13. Δερματική νεύρωση άκρας χειρός. Σε σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα προσβάλλεται το μέσο νεύρο.

Ισχίο. Οι εκδηλώσεις προσβολής του ισχίου είναι πόνος, δυσκαμψία και χωλότητα. Ο πόνος μπορεί να εντοπίζεται στη βουβωνική χώρα ή να αντανακλά στην έσω επιφάνεια του μηρού.

Η κλινική εξέταση της άρθρωσης του ισχίου παρουσιάζεται στο Βίντεο 9.3.

Επισκόπηση. Αρχικά ο ασθενής εξετάζεται στην όρθια θέση και παρατηρείται αν υπάρχει ανισοσκελία που προκαλεί σκολίωση, λόρδωση ή κάμψη του φυσιολογικού άκρου. Επίσης ζητείται από τον ασθενή να περπατήσει και ελέγχεται για πιθανό ανώμαλο πρότυπο βάδισης, όπως, για παράδειγμα, σε περιπτώσεις δυσλειτουργίας των απαγωγών (σημείο Trendelenburg), ανταλγική βάδιση, υπερβολική εσωτερική ή εξωτερική στροφή, ανισοσκελία και ανωμαλίες στη λειτουργία του ποδός και της ποδοκνημικής άρθρωσης. Στη συνέχεια, στην ύπτια θέση εξετάζεται αν οι λαγόνιες ακρολοφίες βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο η όχι και αν το ισχίο βρίσκεται σε έξω στροφή η όχι.

Ψηλάφηση. Ψηλαφούνται οι πρόσθιες λαγόνιες άκανθες, ο μείζων τροχαντήρας, και αναζητούνται σημεία ευαισθησίας ή παραμόρφωσης.

Κινητικότητα. Οι κινήσεις του ισχίου παρουσιάζονται στην Εικόνα 9.14.

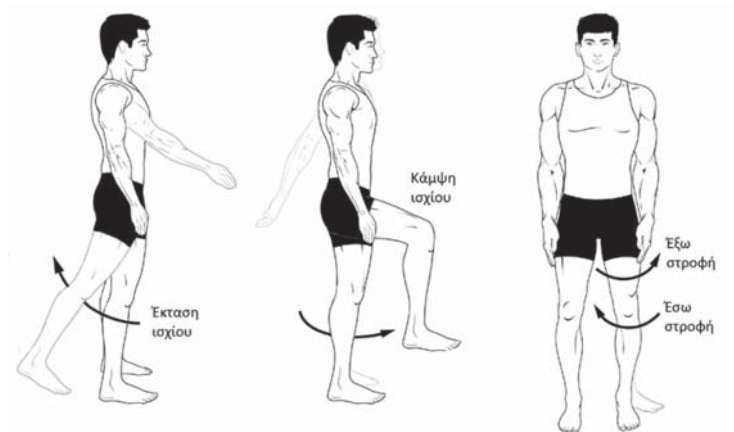
Για την εξέταση του ισχίου αρχικά ακινητοποιείται η λεκάνη και εξετάζεται η κινητικότητα σε δυο θέσεις: Σε ύπτια θέση:

- ▶ Κάμψη του γόνατος στην κοιλιά (120°)
- ▶ Προσαγωγή του κάτω άκρου προς τη μέση γραμμή (30°)
- ▶ Απαγωγή του κάτω άκρου από τη μέση γραμμή (30°-40°).

Σε πρηνή θέση:

- ▶ Έκταση του κάτω άκρου
- ▶ Έσω στροφή
- ▶ Έξω στροφή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 9.14. Οι κινήσεις του ισχίου

(Τροποποιημένο από https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/85/Body_Movements_I.jpg CC BY-SA 3.0)



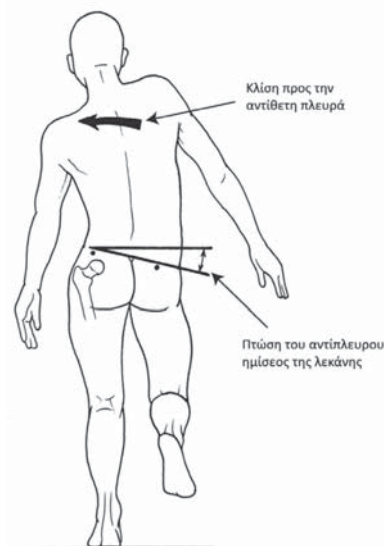
Εικόνα 9.15. Δοκιμασία F-AB-ER-E
(Dr. Donald Corenman, MD - Colorado Spine
Doctor, www.neckandback.com.)

Επίσης μια πιο γρήγορη εκτίμηση της κινητικότητας του ισχίου μπορεί να γίνει με τη δοκιμασία πτέρνας-γόνατος, η οποία είναι γνωστή ως σημείο F-AB-ER-E από τα αρχικά των λέξεων Flexion, Abduction, External rotation και Extension. Στη δοκιμασία αυτή η πτέρνα του κάτω άκρου φέρεται στο γόνατο του άλλου με σύγχρονη στροφή προς τα έξω, έτσι ώστε η έξω

επιφάνεια του γόνατος που είναι σε κάμψη να εφάπτεται στην κλίση (Εικόνα 9.1).

Ειδικές δοκιμασίες.

Δοκιμασία Trendelenburg. Χρησιμοποιείται για αναγνώριση καταστάσεων που προκαλούν αδυναμία στους απαγωγούς μύες του ισχίου. Ο εξεταζόμενος στέκει στο επηρεασμένο κάτω άκρο και ανασηκώνει το υγιές πόδι από το δάπεδο. Σε θετική δοκιμασία, η λεκάνη αποτυγχάνει να μείνει επίπεδη και πέφτει προς τα κάτω, προς την υγιή πλευρά (Εικόνα 9.16). Παθολογικές καταστάσεις όπως συγγενές εξάρθημα του ισχίου, ραιβό ισχίο, κάταγμα του μεγάλου τροχαντήρα, διολίσθηση της επίφυσης της κεφαλής του μηριαίου, καθώς και νευρολογικά προβλήματα όπως πολιομυελίτιδα, μηνιγγοκήλη ή μια βλάβη ρίζας νωτιαίου μυελού μπορεί να προκαλέσουν από μικρή αδυναμία έως και παράλυση των απαγωγών μυών.



Εικόνα 9.16. Δοκιμασία Trendelenburg.

Δοκιμασία Thomas. Χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί ο βαθμός μόνιμης κάμψης του ισχίου (π.χ.

Εικόνα 9.17.
Δοκιμασία Thomas

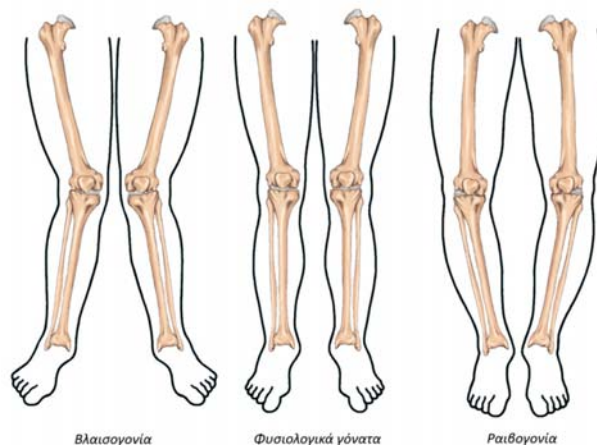


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

σε οστεοαρθρίτιδα). Ο πάσχων κατακλίνεται σε ύπτια θέση, και το υγιές ισχίο κάμπτεται προς την κοιλία για τον ευθειαςμό της οσφυϊκής μοίρας. Η γωνία που σχηματίζεται στον πάσχοντα αντίθετο μηρό αποτελεί τη μόνιμη κάμψη του ισχίου (Εικόνα 9.17).

Άρθρωση γόνατος. Η κλινική εξέταση του γόνατος παρουσιάζεται στο Βίντεο 9.4.

Επισκόπηση. Ελέγχεται σε ύπτια θέση η παρουσία παραμορφώσεων (βλαισό – ραιβό γόνατο, Εικόνα 9.18), ατροφίας μυών ή διόγκωσης – ασυμμετρίας των γονάτων. Επίσης εξετάζεται τυχόν εξάλειψη της κοίλανσης στα πλάγια της επιγονατίδας που είναι ενδεικτική παρουσίας υγρού (Εικόνα 9.19).



Εικόνα 9.18. Παραμορφώσεις της άρθρωσης του γόνατος

Ψηλάφηση. Ελέγχεται η θερμοκρασία με τη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός. Ψηλαφούνται οι πλάγιοι σύνδεσμοι και ο ιγνυακός βόθρος για την ανεύρεση τυχόν ιγνυακής κύστης (κύστη Baker, Εικόνα 9.20) και το κοινό καταφυτικό σημείο του ισχνού προσαγωγού, ραπτικού και ημιτενοντώδους (θυλακίτιδα του χήνιου πόδα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 9.19. Ύδραρθρο
(<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Kneeffusion.JPG?uselang=el> Wikimedia Commons James Heilman CC BY-SA 3.0)



Εικόνα 9.20. Κύστη Baker στον ιγνυακό βόθρο

Η αναζήτηση του υγρού στην άρθρωση γίνεται με το σημείο του χορού της επιγονατίδας (Εικόνα 9.21). Συγκεκριμένα με την παλάμη του αριστερού χεριού ασκείται μικρή πίεση στον υπερεπιγονατιδικό θύλακο και με τον δείκτη και αντίχειρα στα πλάγια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

τις επιγονατίδας αντίστοιχα, ώστε το υγρό να μετακινηθεί κάτω από την επιγονατίδα. Στη συνέχεια με τον αντίχειρα και τον δείκτη του δεξιού χεριού πιέζεται κάθετα η επιγονατίδα, η οποία θα αναπηδήσει πάνω στον μηριαίο κόνδυλο.



Εικόνα 9.21. Το σημείο του χορού της επιγονατίδας

Κινητικότητα. Κατά τις παθητικές κινήσεις στην άρθρωση του γόνατος είναι πολύ συχνή η ανεύρεση κριγμού. Οι κινήσεις στην άρθρωση του γόνατος είναι: Κάμψη της κνήμης(135°) Έκταση της κνήμης(10°)

Ειδικές δοκιμασίες

Ρήξη πρόσθιου χιαστού συνδέσμου. Η ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου μπορεί να διαπιστωθεί με τις παρακάτω δοκιμασίες (βλ. Βίντεο 9.4):

- ▶ Πρόσθια/οπίσθια συρταροειδή δοκιμασία: Σε κάμψη του γόνατος 60° - 90° , έλκεται το άνω άκρο της κνήμης σε σχέση με τους μηριαίους κόνδύλους προς τα εμπρός ή αντίστοιχα απωθείται προς τα πίσω. Μετατόπιση μεγαλύτερη από 2 cm είναι δηλωτική ρήξης του πρόσθιου ή οπίσθιου χιαστού.
- ▶ Δοκιμασία Lachmann: Επανάλεγχος της πρόσθιας συρταρο-

ειδούς δοκιμασίας σε ελάχιστη κάμψη του γόνατος. Η δοκιμασία αυτή έχει μεγαλύτερη ευαισθησία σε σχέση με τη συρταροειδή.

Ρήξη των μηνίσκων. Η ρήξη των μηνίσκων ελέγχεται με τις δοκιμασίες McMurray και Apley (βλ. Βίντεο 9.4).

Η δοκιμασία McMurray γίνεται με τον εξεταζόμενο σε ύπια θέση. Ο εξεταστής φέρνει το γόνατο σε πλήρη κάμψη και προκαλεί τη μέγιστη δυνατή έξω και έσω στροφή της κνήμης για έλεγχο του έσω και έξω μηνίσκου αντίστοιχα. Στη συνέχεια, ο εξεταστής εκτείνει βαθμιαία το γόνατο και, καθώς ο έσω ή ο έξω μηνιαίος κόνδυλος κυλίνονται πάνω από την περιοχή της μηνισκικής ρήξης, είναι δυνατό να ακουστεί ένα «κλικ» που χαρακτηρίζεται ως θετικό σημείο McMurray.

Σπονδυλική Εξέταση

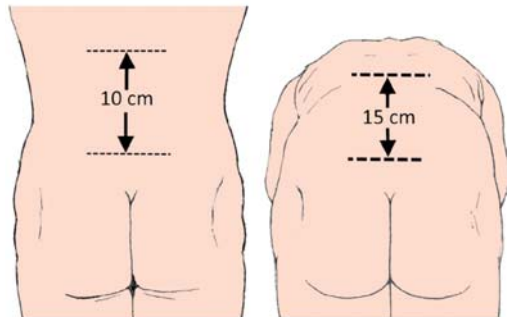
Επισκόπηση. Παρατηρείται η ΣΣ από πίσω και από πλάγια και σημειώνεται η θέση των λαγόνιων ακρολοφιών, τα οποία πρέπει να βρίσκονται στο ίδιο σημείο. Σημειώνεται, επίσης, αν υπάρχουν διαταραχές στη φυσιολογική καμπυλότητα της ΣΣ (κύφωση, λόρδωση) ή αν υπάρχει σκολίωση. Για να διακριθεί αν η σκολίωση οφείλεται σε κακή στάση ή σκελετικές ανωμαλίες, παραγγέλλεται κάμψη του κορμού προς τα εμπρός. Σκολίωση που οφείλεται σε κακή στάση διορθώνεται.

Ψηλάφηση. Ψηλαφούνται μία προς μία οι ακανθώδεις σπονδυλικές αποφύσεις. Έκλυση πόνου κατά την ψηλάφηση παρατηρείται σε φλεγμονώδεις, εκφυλιστικές ή μεταστατικές βλάβες των σπονδύλων. Επίσης, ψηλαφούνται οι μύες εκατέρωθεν της σπονδυλικής στήλης για ενδεχόμενο μυϊκό σπασμό. Τέλος, με πίεση εξετάζονται και οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις.

Κινητικότητα. Για τον έλεγχο της αυχενικής μοίρας παραγγέλλονται κινήσεις κάμψης, έκτασης, πλάγιας κάμψης και στροφής. Για τον έλεγχο της θωρακικής-οσφυϊκής μοίρας παραγγέλλονται κινήσεις κάμψης, έκτασης, πλάγιας κάμψης και στροφής.

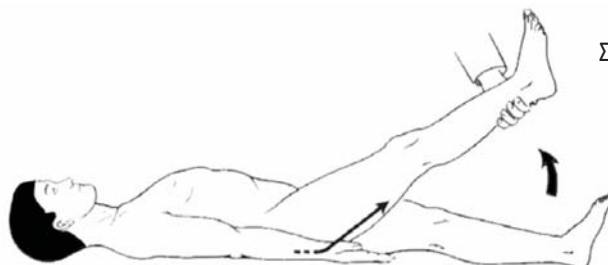
Ειδικές δοκιμασίες

Δοκιμασία Schober. Με τη δοκιμασία αυτή ελέγχεται το εύρος κάμψης της οσφυϊκής μοίρας. Ο ασθενής βρίσκεται σε όρθια στάση, και ο εξεταστής ορίζει ένα σημείο στο ύψος της οπίσθιας λαγόνιας άκανθας (ύψος Ο5) και βάζει άλλο ένα σημείο 10 cm πιο πάνω, και παραγγέλλει στον ασθενή να ακουμπήσει με τα δάκτυλα το πάτωμα, έχοντας τα γόνατα τεντωμένα. Φυσιολογικά, η απόσταση μεταξύ των 2 σημείων γίνεται μεγαλύτερη των 15 cm (Εικόνα 9.22). Σε φλεγμονώδεις, ωστόσο, παθήσεις της ΣΣ (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα) η αύξηση της απόστασης είναι μικρότερη από 4 cm.



Εικόνα 9.22. Δοκιμασία Schober

Δοκιμασία Lasegue. Το σημείο Lasegue (Εικόνα 9.23) εφαρμόζεται για αναζήτηση βλάβης των Ο5 και Ι1 οπίσθιων νευρικών ριζών, όπως π.χ. συμβαίνει σε κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Ο ασθενής τοποθετείται σε ύπτια θέση, και ο εξεταστής προβαίνει σε παθητική κάμψη του ευθειασμένου κάτω άκρου προς τον κορμό. Αν προκληθεί πόνος στον γλουτό ή στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού, η δοκιμασία θεωρείται θετική, και υπολογίζεται η γωνία που σχηματίζεται από το ανεγειρόμενο άκρο και το οριζόντιο επίπεδο, π.χ. θετικό σημείο Lasegue σε 40°. Αν στη θέση έκλυσης του πόνου γίνει και ραχιαία κάμψη του άκρου ποδός, επιτείνεται ο πόνος λόγω περαιτέρω τάσης του ισχιακού νεύρου (σημείο Bragard).



Εικόνα 9.23.
Σημείο Lasegue.

Ποδοκνημική – Άκρος πόδας

Επισκόπηση. Εντοπίζονται παραμορφώσεις όπως ο βλαισός μέγας δάκτυλος (Εικόνα 9.24), η ραιβοποδία, η βλαισοποδία και η ιπποποδία. Επίσης ελέγχεται η ποδική καμάρα (πλατυποδία ή κοιλοποδία), εντοπίζονται διογκώσεις, οζίδια, ουρικοί τόφοι και εξετάζεται το δέρμα και τα νύχια.



Εικόνα 9.24.

Ψηλάφηση. Ψηλαφούνται κατά σειρά η ΠΔΚ, οι ΜΤΦ, εγγυς και άπω φαλαγγοφαλαγγικές, η πελματιαία απονεύρωση, ο αχίλλειος τένοντας. Με την ψηλάφηση επιβεβαιώνονται τα ευρήματα της επισκόπησης (διογκώσεις, οζίδια, ουρικοί τόφοι κ.ά.)

Βλαισός μέγας δάκτυλος
(Blausen.com staff. "Blausen gallery 2014".
Wikiversity Journal of Medicine. DOI:10.15347/
wjtm/2014.010. ISSN 20018762 CC BY-SA 3.0)

Κινητικότητα. Ελέγχονται οι παρακάτω κινήσεις της ποδοκνημικής:

- ▶ πελματιαία κάμψη,
- ▶ ραχιαία κάμψη,
- ▶ έσω κλίση,
- ▶ έξω κλίση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013
- Gross JM, Fetto J, Rosen E. Musculoskeletal Examination, 4th Edition. Oxford, Wiley-Blackwell: 2016. Κρικέλης ΙΝ.
- Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford; Oxford University Press: 2014.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



→ ΜΙΧΑΗΛ ΣΑΜΑΡΚΟΣ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ Λ. ΔΑΪΚΟΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΑΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΗΓΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η κλινική εξέταση του νευρικού συστήματος μπορεί πολλές φορές να προσφέρει «τοπογραφική διάγνωση», να προσδιορίσει δηλαδή με ακρίβεια τη θέση της ανατομικής βλάβης που ευθύνεται για τη νευρολογική συνδρομή του ασθενούς. Για τον σκοπό αυτόν είναι απαραίτητη η γνώση της ανατομικής οργάνωσης του νευρικού συστήματος. Θα αναφέρουμε στη συνέχεια ορισμένα βασικά στοιχεία ανατομίας του νευρικού συστήματος. Το νευρικό σύστημα οργανώνεται σε κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. Το κεντρικό νευρικό σύστημα απαρτίζεται από τον εγκέφαλο (εγκεφαλικά ημισφαίρια, στέλεχος και παρεγκεφαλίδα) και τον νωτιαίο μυελό. Το περιφερικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τα κρανιακά νεύρα και τα περιφερικά νεύρα. Το περιφερικό νευρικό σύστημα περιλαμβάνει τόσο το σωματικό νευρικό σύστημα όσο και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Αδρή ανατομία της κινητικής οδού (Εικόνα 10.1). Η κύρια κινητική οδός είναι η φλοιονωτιαία (ή πυραμιδική) οδός, η οποία διεκπεραιώνει τις εκούσιες κινήσεις. Ξεκινάει από νευρικά κύτταρα του κινητικού φλοιού (ανώτερος κινητικός νευρώνας) στην πρόσθια κεντρική έλικα. Οι νευρίτες των κυττάρων αυτών συγκεντρώνονται και σχηματίζουν το πυραμιδικό δεμάτιο, το οποίο περνάει από την έσω κάψα, το εγκεφαλικό στέλεχος και καταλήγει στον προμήκη μυελό. Εκεί ένα μέρος των ινών καταλήγει στους κινητικούς πυρήνες των εγκεφαλικών συζυγιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

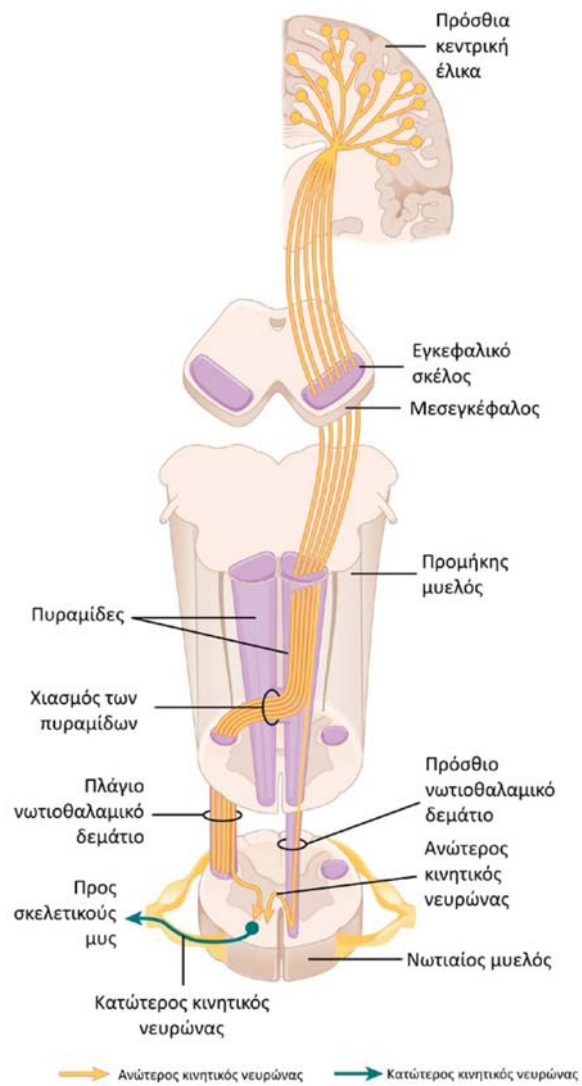
Στο κατώτερο μέρος του προμήκη, το 80% περίπου των ινών του πυραμιδικού δεματίου διέρχονται προς το αντίθετο ημιμόριο (χιασμός), σχηματίζοντας μια ορατή ανατομική δομή, την πυραμίδα. Οι ίνες αυτές κατέρχονται προς τον νωτιαίο μυελό. Το 20% των ινών του πυραμιδικού δεματίου δεν χιάζονται, αλλά συνεχίζουν προς τον νωτιαίο μυελό, όπου ένα μέρος των οποίων χιάζεται σε κάθε επίπεδο. Στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού όπου καταλήγουν, οι ίνες του πυραμιδικού δεματίου συνάπτονται με νευρικά κύτταρα του πρόσθιου κέρατός του (κατώτερος κινητικός νευρώνας), οι νευρίτες των οποίων σχηματίζουν το κινητικό μέρος των νωτιαίων ριζών και των περιφερικών νεύρων.

Αδρή ανατομία της αισθητικής οδού (Εικόνα 10.2). Η αισθητική οδός ξεκινάει από τους υποδοχείς της περιφέρειας οι οποίοι ανιχνεύουν διάφορες αισθήσεις, όπως της αφής, του πόνου, της θερμοκρασίας και της θέσης. Οι νευρικές ώσεις από τους υποδοχείς μεταφέρονται προς τα γάγγλια των ραχιαίων ριζών των νωτιαίων νεύρων. Οι ίνες που μεταφέρουν την αίσθηση του πόνου, της θερμοκρασίας και της αδρής αφής χιάζονται στο επίπεδο εισόδου τους στον νωτιαίο μυελό και μέσω του νωτιοθλαμικού δεματίου φθάνουν στον θάλαμο και από εκεί στον αισθητικό φλοιό. Αντίθετα, οι ίνες για την ιδιοδεκτική αισθητικότητα, την παλαισθησία και τη λεπτή αφή μεταφέρονται με τα ομόπλευρα οπίσθια δεμάτια του νωτιαίου μυελού μέχρι το κατώτερο μέρος του προμήκη μυελού, όπου και χιάζονται και στη συνέχεια, μέσω του θαλάμου, καταλήγουν στον αισθητικό φλοιό.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΨΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

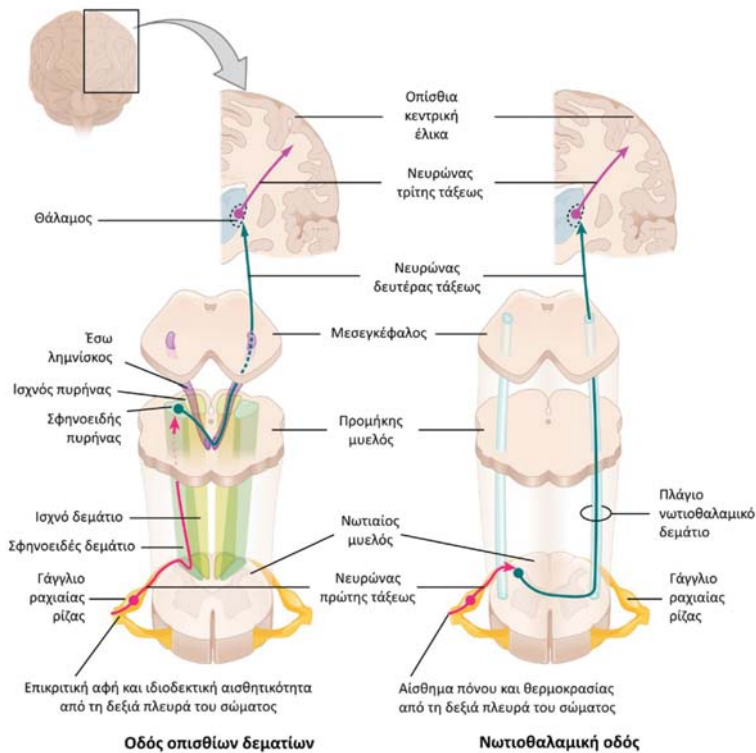
Ο ιατρός μπορεί να πάρει σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη νευρολογική κατάσταση του ασθενούς, λαμβάνοντας το συνηθισμένο ιατρικό ιστορικό. Αυτές περιλαμβάνουν πληροφορίες για την τρέχουσα ψυχική υγεία του ασθενούς, το επίπεδο συνείδησής του, την προσοχή, τη μνήμη και τον λόγο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 10.1. Ανατομία της κινητικής οδού
CNX.ORG <http://cnx.org/contents/14fb4ad7-39a1-4eee-ab6e-3ef2482e3e22@7.30:94/Motor-Responses> Creative Commons Attribution 4.0 License)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 10.2. Ανατομία της αισθητικής οδού

[https://cnx.org/contents/14fb4ad7-39a1-4eee-ab6e-3ef2482e3e22@7.30:93/%20Central-Processing Creative Commons Attribution 4.0 License\)](https://cnx.org/contents/14fb4ad7-39a1-4eee-ab6e-3ef2482e3e22@7.30:93/%20Central-Processing%20Creative%20Commons%20Attribution%204.0%20License)

Αναφορικά με το ατομικό αναμνηστικό του ασθενούς από νευρολογικής απόψεως, ο ιατρός πρέπει να αναζητήσει πληροφορίες για:

- ▶ Κεφαλαλγία,
- ▶ Ίλιγγο,
- ▶ Αστάθεια,
- ▶ Απώλεια συνείδησης,
- ▶ Αδυναμία άκρου,
- ▶ Διαταραχές της μνήμης,

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

- ▶ Αισθητικές διαταραχές (αιμωδίες, υπαισθησία),
- ▶ Τρόμο
- ▶ Σπασμούς,

Επίσης πρέπει να ρωτήσει για ιστορικό:

- ▶ Αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου,
- ▶ Επιληψίας,
- ▶ Νόσου του Parkinson,
- ▶ Ψυχικών νοσημάτων,
- ▶ Λοιμώξεων κεντρικού νευρικού συστήματος,
- ▶ νοιας

ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Τα κύρια συμπτώματα από το νευρικό σύστημα περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.1. ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	
ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ζάλη	Η ζάλη είναι ένα ασαφές σύμπτωμα. Πρέπει κατά τη λήψη του ιστορικού ο ιατρός να διακρίνει μεταξύ τεσσάρων διαφορετικών συνδρόμων που οι ασθενείς περιγράφουν με τον κοινό όρο «ζάλη», δηλαδή τον ίλιγγο, την αστάθεια, την προλιποθυμία και την αταξινόμητη ζάλη.
Ίλιγγος	Αίσθημα περιστροφής, ενώ ο ασθενής δεν κινείται.
Αστάθεια	Διαταραχή της ισορροπίας, χωρίς ο ασθενής να αισθάνεται ότι θα χάσει τις αισθήσεις του.
Προλιποθυμία	Αίσθημα επικείμενης απώλειας συνείδησης, χωρίς τελικά να συμβαίνει.
Αταξινόμητη ζάλη	Ασαφές αίσθημα που δεν μπορεί να ενταχτεί στις παραπάνω κατηγορίες.
Κεφαλαλγία	Άλγος σε οποιοδήποτε σημείο της κεφαλής. Ανάλογα με την εντόπιση μπορεί να είναι π.χ. ινιακή, οπισθοβολβική, κροταφοβρεγματική ή γενικευμένη.
Τρόμος	Ο τρόμος είναι ρυθμικές παλινδρομικές κινήσεις ενός μέρους του σώματος με σχετικά σταθερή συχνότητα αλλά κυμαινόμενη ένταση, συνήθως σε ένα επίπεδο. Πρέπει να διακρίνεται από άλλες μορφές παθολογικών κινήσεων (βλ. σπασμοί). Αδρά ο τρόμος ταξινομείται σε τρόμο σκοπού, τρόμο θέσεως και τρόμο ηρεμίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Διαταραχή επιπέδου συνείδησης	Κυμαίνονται από την υπνηλία μέχρι το κώμα. υπνηλία: Ο ασθενής αφυπνίζεται, ανοίγει τα μάτια και απαντάει σε ερωτήσεις, αλλά ξανακοιμάται εύκολα. Κώμα: Πλήρης απώλεια της συνειδήσεως με αδυναμία αφύπνισης του ασθενούς και ελάχιστες αντιδράσεις στα εξωτερικά ερεθίσματα. Λήθαργος, εμβροντησία, ημικόμα, προκόμα, θόλωση, σύγχυση: Καταστάσεις μεταξύ της υπνηλίας και του κώματος.
Σπασμοί	Τοπικές ή γενικευμένες εκδηλώσεις που προκύπτουν από την παροξυσμική παθολογική εκφόρτιση νευρώνων. Ο συνηθέστερος τύπος σπασμών είναι οι τονικοκλονικοί σπασμοί.
Αδυναμία άκρου	Ελάττωση (πάρεση) ή εξάλειψη (-πληγία) της μυϊκής ισχύος σε ένα άκρο (μονοπάρεση ή μονοπληγία), σε ένα ήμισυ του σώματος (ημιπάρεση ή ημιπληγία) και στα δύο κάτω άκρα (παρπάρεση ή παραπληγία) ή και στα τέσσερα άκρα (τετραπάρεση ή τετραπληγία)
Διαταραχές αισθητικότητας	υπαισθησία: μείωση της ικανότητας αντίληψης αισθητικών ερεθισμάτων, συνήθως της αφής ή της πίεσης. Αιμωδίες: Το άτομο μπορεί να βιώνει μία αίσθηση χωρίς να υπάρχει αισθητικό ερέθισμα ή να βιώνει μια μη φυσιολογική αίσθηση μετά από ένα σύνθετο αισθητικό ερέθισμα, π.χ. αφή.

ΣΥΝΗΘΗ ΑΙΤΙΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Τα συνήθη αίτια των συμπτωμάτων του νευρικού συστήματος παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΗΘΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΣΥΜΠΤΩΜΑ	ΑΙΤΙΑ
Ίλιγγος	Περιφερικού τύπου ίλιγγος Παθήσεις του λαβυρίνθου:καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος θέσεως, νόσος Meniere, λαβυρινθίτιδα, σξεία αιθουσαία νευρωνίτιδα Κεντρικού τύπου ίλιγγος Ισχαιμικά έμφρακτα του προμήκη μυελού (πλάγιο προμηκικό σύνδρομο) ή της παρεγκεφαλίδας Όγκοι του οπίσθιου βόθρου (π.χ. γεφυροπαρεγκεφαλιδικής γωνίας) Ανεπάρκεια του σπονδυλοβασικού αρτηριακού συστήματος Σύνδρομο υποκλοπής υποκλείδιας αρτηρίας υπαρανοειδής αιμορραγία
Αστάθεια	Νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος (παρεγκεφαλικά νοσήματα, απραξία μετωπιαίου λοβού, παρκινσονισμός) Αισθητικές διαταραχές (οπτικές, ιδιοδεκτικές, αιθουσαίες) Μυϊκές διαταραχές Οστεοαρθρίτιδα ή παθήσεις της σπονδυλικής στήλης Φάρμακα
Προλιποθυμία	Υπογκαιμία οποιασδήποτε αιτιολογίας Αναιμία Διαταραχή αυτόνομου νευρικού συστήματος (βαγοτονικά επεισόδια) Σύνδρομο υπερευαισθησίας του καρωτιδικού βολβού Καρδιακές αρρυθμίες Στένωση αορτικής βαλβίδας Βαριά καρδιομυοπάθεια Φάρμακα
Αταξινόμητη ζάλη	Αγχώδης νεύρωση, κατάθλιψη, κρίσεις πανικού, υπερερισμός

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κεφαλαλγία	Λειτουργικές αιτίες (ημικρανία, αθροιστική κεφαλαλγία, κεφαλαλγία τάσεως) Λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλικό απόστημα, υποσκληρίδιο εμπύημα) Υπαραχνοειδής αιμορραγία καθώς και τα νεοπλάσματα του κεντρικού νευρικού συστήματος.
Τρόμος	Νόσος του Parkinson και παρεμφερή σύνδρομα Βλάβες παρεγκεφαλίδας Πολλαπλή σκλήρυνση Ιδιοπαθής τρόμος υπερθυρεοειδισμός υπογλυκαιμία.
Διαταραχές αισθητικότητας	Αντίστοιχες με τις αιτίες αδυναμίας άκρου (Πίνακας 10.7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΑΣ

Πρωτοπαθής κεφαλαλγία	Ημικρανία Αθροιστική κεφαλαλγία Κεφαλαλγία τάσεως
Δευτεροπαθής κεφαλαλγία	
Εξωκρανιακά αίτια	Οδοντιατρικές διαταραχές (λοιμώξεις, δυσλειτουργία κροταφογοναθικής άρθρωσης) Οξύ γλαύκωμα Παραρρινοκολπίτιδα Διαχωριστικό ανεύρυσμα καρωτίδας ή σπονδυλικής αρτηρίας
Ενδοκρανιακά αίτια	Νεοπλάσματα του εγκεφάλου και άλλες χωροκατακτητικές εξεργασίες Ενδοκρανιακή αιμορραγία (ενδοεγκεφαλική, υπαραχνοειδής, υποσκληρίδια) Ιδιοπαθής ενδοκράνια υπέρταση Αποφρακτικός υδροκέφαλος Λοιμώξεις (μηνιγγίτιδα, απόστημα, υποσκληρίδιο εμπύημα) Μη λοιμώδης μηνιγγίτιδα (π.χ. καρκινωμάτωσης ή χημική) Αγγειακά νοσήματα (π.χ. αγγειακές δυσπλασίες, αγγειίτιδα)
Συστηματικά νοσήματα	Σοβαρή υπέρταση • Εμπύρετα νοσήματα (π.χ. βακτηριαιμία) Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα υπερκαπνία Ιογενείς λοιμώξεις
Φάρμακα και τοξίνες	Κατάχρηση αναλγητικών Απόσυρση από καφεΐνη Μονοξειδίο του άνθρακα Νιτρώδη

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.4. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΕΩΣ

Τραυματικά αίτια	Εγκεφαλική θλάση
Αγγειακά	Ενδοεγκεφαλική αιμορραγία ή έμφρακτο
Λοιμώδη	Εγκεφαλίτιδα, μηνιγγίτιδα
Νεοπλάσματα του ΚΝΣ	Πρωτοπαθείς όγκοι εγκεφάλου Εγκεφαλικές μεταστάσεις
Μεταβολικά	Κετωτικό και μη κετωτικό υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό κώμα, υπογλυκαιμικό κώμα Ουραιμία Ηπατικό κώμα υπερνατριαιμία και υπονατριαιμία υπερκαπνία ή υποξία
Τοξικά και φαρμακευτικά	Βενζοδιαζεπίνες, οπιούχα, μονοξειδίο του άνθρακα

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.5. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΠΑΣΜΩΝ

Επιληψία	Ιδιοπαθής, διάφορες μορφές
Λοιμώξεις του ΚΝΣ	Μηνιγγίτιδα Εγκεφαλίτιδα Εγκεφαλικό απόστημα
Νεοπλάσματα του ΚΝΣ	Πρωτοπαθείς όγκοι εγκεφάλου Εγκεφαλικές μεταστάσεις
Μεταβολικά αίτια	Ουραιμία Ηπατική ανεπάρκεια υπογλυκαιμία Διαταραχές νατρίου υπασβεστιαίμια υποξαιμία Ένδεια πυριδοξίνης
Αγγειακά αίτια	Ισχαιμικά έμφρακτα ή αιμορραγίες στο ΚΝΣ υπερτασική εγκεφαλοπάθεια
Ανοσολογικής αρχής	Νοσήματα που προσβάλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα: συστηματικός ερυθματώδης λύκος, αγγειίτιδες
Τοξικές ουσίες	Αλκοόλ Φάρμακα: αντιχολινεργικά, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή αντιεπιληπτικά (σε τοξικά επίπεδα) Μονοξειδίο του άνθρακα Κοκαΐνη
Σύνδρομα απόσυρσης	Αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες ή αντιεπιληπτικά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΔΥΝΑΜΙΑΣ ΑΚΡΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

Βλάβη του άνω κινητικού νευρώνα (ΑΚΝ)	
Αγγειακά αίτια	Ισχαιμικά έμφρακτα, ενδοεγκεφαλικές αιμορραγίες
Τραυματικά αίτια	Κατώσεις του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού
Νεοπλάσματα του ΚΝΣ	Πρωτοπαθείς όγκοι εγκεφάλου Εγκεφαλικές μεταστάσεις
Λοιμώξεις	Εγκεφαλικά αποστήματα
Νευροεκφυλιστικά νοσήματα	Πλαγία μυατροφική σκλήρυνση (προσβάλλει και τον ΚΚΝ)
Βλάβη του κάτω κινητικού νευρώνα (ΚΚΝ)	
Μηχανικά αίτια	Πίεση νωτιαίων ριζών ή περιφερικών νεύρων
Παρανεοπλασματικά σύνδρομα	Σύνδρομο Lambert-Eaton
Ανοσολογικής αρχής ριζονευροπάθειες	Σύνδρομο Guillain-Barre • Χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική πολυνευροπάθεια
Κληρονομικά αίτια	Νόσος Charcot-Marie-Tooth (απομυελινωτική περιφερική νευροπάθεια)
Ιογενείς λοιμώξεις	Πολιομυελίτιδα
Τοξικές ουσίες	Τοξικές περιφερικές νευροπάθειες: αλκοόλ, μολυβδίαση
Μη νευρολογικά αίτια	
Βλάβη τελικής κινητικής πλάκας	Βαριά μυασθένεια
Μυϊκές παθήσεις	Μυοπάθειες οποιασδήποτε αιτιολογίας

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.7. ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΠΟ ΒΛΑΒΗ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΩΝΑ

ΑΝΩΤΕΡΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΝΕΥΡΩΝΑΣ	ΚΑΤΩΤΕΡΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΝΕΥΡΩΝΑΣ
Υπέρτονια («Σπαστικότητα»)	Χαλαρή παράλυση
Αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά	Μειωμένα τενόντια αντανακλαστικά
Κλόνος	Δεσμιδώσεις
Απουσία μυϊκής ατροφίας	Μυϊκή ατροφία
Εκτατικό πελματιαίο αντανακλαστικό (Σ. Babinski)	Φυσιολογικό ή απόν πελματιαίο αντανακλαστικό

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η κλινική εξέταση (εκτός της εξέτασης των κρανιακών νεύρων) παρουσιάζεται στο [Βίντεο 10.1](#).

Γενική επισκόπηση του ασθενούς. Από την αρχική επαφή με τον ασθενή μπορεί κανείς να λάβει πολλές πληροφορίες:

- ▶ εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης του ασθενούς, του προσανατολισμού και της προσοχής,
- ▶ της ομιλίας (άρθρωση), του λόγου (γλωσσικό περιεχόμενο) και της μνήμης,
- ▶ εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς,
- ▶ εκτίμηση των κινητικών λειτουργικών του ασθενούς.

Επίπεδο συνείδησης (βλ. παραπάνω: «Πτώση επιπέδου συνειδήσεως»). Εκτιμάται με την επισκόπηση του ασθενούς. Αν το επίπεδο συνειδήσεως δεν είναι φυσιολογικό, δηλαδή ο ασθενής δεν είναι σε εγρήγορση, πρέπει να εξεταστεί η απάντηση του ασθενούς σε διάφορα ερεθίσματα: αρχικά λεκτικά (π.χ. φωνάζουμε τον ασθενή με το όνομά του), στη συνέχεια απλά σωματικά ερεθίσματα (π.χ. χτυπάμε ελαφρά τον ασθενή στον ώμο), και τέλος επώδυνα ερεθίσματα (π.χ. πίεση των μαστοειδών αποφύσεων). Καταγράφουμε την αντίδραση του ασθενούς ώστε να τη χρησιμοποιήσουμε για να υπολογίσουμε τη βαθμολογία στην κλίμακα κώματος της Γλασκώβης (βλ. Πίνακα). Σημειώνεται ότι, αν η αντίδραση του ασθενούς είναι διαφορετική στις δύο πλευρές, κατά τον υπολογισμό της βαθμολογίας λαμβάνεται υπόψη η καλύτερη αντίδραση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.8. ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ

Βαθμοί	Οφθαλμοί	Ομιλία	Κίνηση
1	Δεν ανοίγει μάτια	Καμιά	Καμιά
2	Ανοίγει τα μάτια σε επώδυνα ερεθίσματα	Ακατανόητοι ήχοι	Αντίδραση απεγκεφαλισμού σε επώδυνα ερεθίσματα
3	Ανοίγει τα μάτια σε λεκτικά ερεθίσματα	Χρησιμοποιεί λανθασμένες λέξεις	Αντίδραση αποφλοιώσης σε επώδυνα ερεθίσματα
4	Ανοίγει τα μάτια αυτόματα	Συγχυσμένος, αποπροσανατολισμένος	Απόσυρση σε επώδυνα ερεθίσματα
5		Προσανατολισμένος, συζητάει φυσιολογικά	Εντοπίζει τα επώδυνα ερεθίσματα
6			Εκτελεί εντολές

Γνωσιακές λειτουργίες. Οι γνωσιακές λειτουργίες περιλαμβάνουν τις λεγόμενες ανώτερες λειτουργίες όπως η γλώσσα, η μνήμη, ο προσανατολισμός κ.λπ., οι οποίες εδράζονται σε διάφορες περιοχές του φλοιού. Όπως αναφέρθηκε, ο ιατρός αποκτά μια αδρή αλλά ικανοποιητική εκτίμηση των γνωσιακών λειτουργιών με την αρχική επαφή με τον ασθενή και τις απλές ερωτήσεις που του υποβάλει κατά τη λήψη του ιστορικού.

Αν είναι απαραίτητη μια καλύτερη εκτίμηση, μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάποιο εργαλείο αξιολόγησης των γνωσιακών λειτουργικών όπως το Mini-Mental State Examination στη συντομευμένη ή πλήρη μορφή του, με το οποίο ελέγχονται ο προσανατολισμός, η προσοχή, η ικανότητα υπολογισμών, η εγγάραξη και η ανάκληση, η γλώσσα και η ικανότητα εκτέλεσης πράξεων.

Αγνωσία. Είναι η αδυναμία του ασθενούς να αναγνωρίσει αντικείμενα που του εκτίθενται ενώ βρίσκεται σε εγρήγορση, δεν έχει διαταραχές των αισθητικών και των νοητικών λειτουργιών και δεν εμφανίζει αφασία. Μπορεί να είναι οπτική (ο ασθενής δεν μπορεί να κατονομάσει αντικείμενα που του δείχνουμε),

ακουστική (ο ασθενής αδυνατεί να ταυτοποιήσει ένα αντικείμενο το οποίο έχει κατονομάσει ο εξεταστής) ή απτική (στερεοαγνώστια στην οποία ο ασθενής αδυνατεί να κατονομάσει ένα αντικείμενο το οποίο ψηλαφεί με τα χέρια του, χωρίς να το βλέπει). Η σωματοαγνώστια είναι η αδυναμία του ασθενούς να αναγνωρίσει μέρη του σώματός του.

Λόγος. Οι διαταραχές του λόγου αφορούν το περιεχόμενο του λόγου (γλώσσα), ενώ οι διαταραχές της ομιλίας αφορούν την εκφορά (άρθρωση) του λόγου. Τις περισσότερες φορές οι διαταραχές αυτές είναι εμφανείς από την αρχή της εξέτασης, ωστόσο η μεθοδική εξέτάσή τους είναι απαραίτητη ώστε να ταυτοποιηθούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια.

Δυσαρθρία. Η δυσαρθρία είναι η διαταραχή στην άρθρωση του λόγου. Συνήθως είναι άμεσα εμφανής και δεν απαιτεί ειδικούς χειρισμούς για την αποκάλυψή της. Μπορεί να προκύψει από βλάβες των κρανιακών νεύρων που νευρώνουν τους μύες της γλώσσας, των χειλέων και του λάρυγγα (υπογλώσσιο, προσωπικό, πνευμονογαστρικό), από βλάβες του κινητικού φλοιού που αντιστοιχεί στις παραπάνω περιοχές, από βλάβες της παρεγκεφαλίδας και τέλος από βλάβες της εξωπυραμιδικής οδού. Παθήσεις των μυών μπορούν επίσης να επηρεάσουν την άρθρωση.

Αφασία (Δυσφασία). Είναι διαταραχή του περιεχομένου του λόγου, που αφορά είτε τη διαταραγμένη αντίληψη (πρόσληψη) ή την έκφραση (εκπομπή) της γλώσσας. Η διαταραχή του λόγου, επομένως, είναι δυνατόν να μην αφορά μόνο τον προφορικό λόγο αλλά και τον γραπτό. Στις περιπτώσεις αυτές μπορεί ο ασθενής να εμφανίζει διαταραχές στην ανάγνωση και στη γραφή. Οι αφασικές διαταραχές οφείλονται σε βλάβη των φλοιωδών κέντρων του λόγου. Το κινητικό κέντρο του λόγου (περιοχή του Broca) βρίσκεται στον μετωπιαίο λοβό, ενώ το ακουστικό και το οπτικό κέντρο του λόγου βρίσκεται στη βρεγματοκροταφική χώρα (περιοχή Wernicke).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αδρά, η αφασία διακρίνεται σε αφασία εκπομπής και σε αφασία αντίληψης. Η αφασία εκπομπής οφείλεται σε βλάβη του κινητικού κέντρου του λόγου. Χαρακτηρίζεται από αδυναμία του ασθενούς να απαντήσει σε ερωτήσεις, ενώ ο λόγος είναι κατακερματισμένος και με λανθασμένη σειρά λέξεων. Ο ασθενής δεν εμφανίζει αδυναμία κατανόησης, αλλά αδυνατεί να επαναλάβει προτάσεις.

Η αφασία αντίληψης οφείλεται σε βλάβη του ακουστικού ή και του οπτικού κέντρου του λόγου. Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής αδυνατεί να κατανοήσει τον προφορικό ή τον γραπτό λόγο, και έτσι δεν εκτελεί προφορικές ή και γραπτές εντολές. Ο λόγος του έχει ροή, αλλά μπορεί να περιλαμβάνει λέξεις χωρίς νόημα, και αδυνατεί να επαναλάβει προτάσεις. Στην αφασία εκπομπής περιλαμβάνεται η παραφασία, κατά την οποία ο ασθενής αντικαθιστά μία λέξη με μία άλλη παραπλήσια ή με μία πρόταση. Π.χ., αντί για τη λέξη μολύβι, λέει «αυτό που γράφουν». Μια βαριά μορφή αφασίας αντίληψης είναι η ιδιοματική αφασία (jargon aphasia), κατά την οποία ο ασθενής μιλάει με εντελώς ακατάληπτες λέξεις και ήχους.

Η αφασία αγωγής είναι μια μορφή αφασίας που οφείλεται σε βλάβες των συνδέσεων μεταξύ των κέντρων του λόγου και εκφράζεται με την αδυναμία του ασθενούς να επαναλάβει προτάσεις, ενώ κατανοεί και εκφράζεται φυσιολογικά. Η πλήρης αφασία συμβαίνει όταν βλαφθούν ταυτόχρονα και το κινητικό και το ακουστικό κέντρο του λόγου. Ο ασθενής εμφανίζει πλήρη αδυναμία κατανόησης του λόγου αλλά και ομιλίας.

Για να εξετάσουμε την ικανότητα αντίληψης του λόγου, δίνουμε αρχικά απλές λεκτικές εντολές (π.χ. κλείστε τα μάτια σας) και στη συνέχεια περισσότερο περίπλοκες (π.χ. κλείστε το δεξί σας μάτι με το αριστερό σας χέρι). Για να εξετάσουμε την ικανότητα έκφρασης, ζητάμε από τον ασθενή να ονομάσει αντικείμενα τα οποία του δείχνουμε. Σε ειδικές περιπτώσεις μπορούμε επίσης να ζητήσουμε από τον ασθενή να διαβάσει ένα γραπτό κείμενο ή να γράψει μια λέξη.

Εγκεφαλικές συζυγίες (Κρανιακά νεύρα). Βλ. Κεφάλαιο 2. Κεφαλή και τράχηλος

Κινητικότητα

Γενική εκτίμηση. Ο ιατρός εκτιμά επισκοπικά τη στάση του ασθενούς και τον τρόπο βάδισής του. υπάρχουν ορισμένοι παθολογικοί τρόποι βάδισης που αναγνωρίζονται εύκολα:

- ▶ **Ημιπληγικό βάδισμα:** Εξαιτίας της σπαστικότητας, ο ασθενής αδυνατεί να κάμψει φυσιολογικά την άρθρωση του γόνατος, με αποτέλεσμα να κινεί το πάσχον άκρο με απαγωγή και ημικυκλική κίνηση («δρεπανοειδές βάδισμα»). Συνήθως το σύστοιχο άνω άκρο είναι σε κάμψη στον αγκώνα και κολλημένο στον θώρακα. Σε αμφοτερόπλευρη αντίστοιχη βλάβη έχουμε το σπαστικό βάδισμα («ψαλιδοειδές»).
- ▶ **Παρκινσονικό βάδισμα:** Εξαιτίας της γενικευμένης υπερτονίας, ο ασθενής με νόσο του Parkinson δυσκολεύεται να ξεκινήσει να βαδίζει, κάνει μικρά και συρόμενα βήματα, ο κορμός βρίσκεται σε κάμψη προς τα εμπρός και τα άνω άκρα δεν κινούνται.
- ▶ **Καλπαστικό βάδισμα:** Σε πάρεση του περνιαίου νεύρου υπάρχει αδυναμία ραχιαίας έκτασης του άκρου ποδός, με αποτέλεσμα ο ασθενής, θέλοντας να βαδίσει, να σηκώνει το κάτω άκρο υψηλότερα και να το πατάει πρώτα με τα δάκτυλα.
- ▶ **Αταξικό βάδισμα:** Το βάδισμα είναι ασταθές και αβέβαιο με ευρεία βάση, μπορεί να απουσιάζουν οι συνεργικές κινήσεις, να υπάρχει απόκλιση προς μια πλευρά ή και πτώση στο έδαφος. Μπορεί να οφείλεται σε βλάβες της αισθητικής οδού (βλάβη περιφερικών νεύρων ή νωτιαίου μυελού, διαταραχή αιθουσαίου συστήματος) ή της παρεγκεφαλίδας. Ανάλογα με την αιτιολογία (αισθητική ή παρεγκεφαλιδική αταξία) η συμπτωματολογία ποικίλει. Στην αισθητική αταξία παρατηρείται επιδείνωση όταν ο ασθενής κλείνει τα μάτια του.

Μυϊκή μάζα και μυϊκός τόνος. Η μυϊκή μάζα εξετάζεται επισκοπικά και ψηλαφητικά. Εκτιμούμε αν είναι φυσιολογική, μειω-

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

μένη ή αυξημένη με βάση την ηλικία και το φύλο του ασθενούς. Μειωμένη μυϊκή μάζα λόγω ατροφίας παρατηρείται σε βλάβες του κατώτερου κινητικού νευρώνα. Αυξημένη μυϊκή μάζα παρατηρείται συνήθως λόγω εντατικής άσκησης, ενώ σπανιότερα μπορεί να οφείλεται σε ορισμένες παθήσεις των μυών, π.χ. μυϊκές δυστροφίες. Στην τελευταία περίπτωση, ενώ ο μυς είναι υπερτροφικός, υπάρχει μυϊκή αδυναμία.

Ο μυϊκός τόνος εξετάζεται με την εκτέλεση παθητικών κινήσεων των κυρίων αρθρώσεων των άνω και κάτω άκρων του ασθενούς. Είναι χρήσιμη η σύγκριση των άκρων μεταξύ τους. Αρχικά αξιολογείται αν ο μυϊκός τόνος είναι μειωμένος (υποτονία) ή αυξημένος (υπερτονία). Ο μειωμένος μυϊκός τόνος υποδηλώνει συνήθως βλάβη του ΚΚΝ ή των περιφερικών νεύρων και σπανιότερα βλάβη της παρεγκεφαλίδας (βλ. Πίνακα 10.7). υποτονία επίσης υπάρχει στην αρχική φάση οξέων βλαβών του ΚΚΝ, όπως π.χ. σε ημιπληγία μετά από ΑΕΕ. Ο αυξημένος μυϊκός τόνος μπορεί να οφείλεται σε βλάβη του ΚΚΝ (πυραμιδική υπερτονία) ή του εξωπυραμιδικού συστήματος (εξωπυραμιδική υπερτονία). Παράδειγμα πυραμιδικής υπερτονίας αποτελεί η σπαστικότητα που συνοδεύει αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, συνήθως μετά την οξεία φάση. Σε εκτεταμένη βλάβη του φλοιού παρατηρείται η στάση αποφλοίωσης (κάμψη των άνω άκρων στους αγκώνες και έκταση των κάτω άκρων), ενώ σε βλάβη της πυραμιδικής οδού στο στέλεχος παρατηρείται η στάση απεγκεφαλισμού (υπερέκταση των άνω άκρων με πρηγισμό). Η αναγνώριση των στάσεων αποφλοίωσης και απεγκεφαλισμού είναι απαραίτητη για τη χρήση της κλίμακας κώματος της Γλασκώβης (Πίνακας 10.8). Η εξωπυραμιδική υπερτονία αντιπροσωπεύεται από τη νόσο του Parkinson και τα συναφή σύνδρομα. Παρατηρείται υπερτονία σε όλες τις ομάδες των μυών η οποία συνοδεύεται από τρόπο ηρεμίας και βραδυκινησία (βραδύτητα αυτοματοποιημένων κινήσεων). Χαρακτηριστικό εύρημα εξωπυραμιδικής υπερτονίας είναι το σημείο του οδοντωτού τροχού, όπου οι παθητικές κινήσεις μιας άρθρωσης γίνονται κλιμακωτά, σαν η άρθρωση να έχει εσωτερικά έναν οδοντωτό τροχό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μυϊκή ισχύς. Η μυϊκή ισχύς εξετάζεται αρχικά παραγγέλλοντας στον ασθενή να εκτελέσει ενεργητικές κινήσεις των άκρων (π.χ. κάμψη κάτω άκρου στο ισχίο με τον ασθενή σε ύπτια θέση). Στη συνέχεια εξετάζεται η μυϊκή ισχύς κατά ομάδες μυών (π.χ. καμπτήρες του πήχεως), ζητώντας από τον ασθενή να κρατήσει το άκρο σε συγκεκριμένη θέση (π.χ. με τον πήχη σε κάμψη), ενώ προσπαθούμε να υπερνικήσουμε την αντίστασή του. Εξετάζουμε τις κύριες μυϊκές ομάδες σε άνω και κάτω άκρα. Ανάλογα με τη μυϊκή ομάδα που πάσχει μπορούμε να συμπεράνουμε την υπεύθυνη νωτιαία ρίζα (Πίνακας 10.9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.9. ΝΩΤΙΑΙΕΣ ΡΙΖΕΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΗ ΔΡΑΣΗ ΜΥΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

Άρθρωση	Κάμψη	Έκταση	Απαγωγή	Προσαγωγή
Όμος			A5	A6, A7
Αγκώνας	A5, A6	A7		
Καρπός	A6, A7	A6, A7		
Δάκτυλα	A8	A7, A8	Θ1	Θ1
Ισχίο	01, 02, 03	05, 11	04, 05, 11	02, 03, 04
Γόνατο	05, 11	03, 04		
Ποδοκνημική	01, 02 (α)	04, 05 (β)		

Σημείωση: α: πελματιαία κάμψη, β: ραχιαία έκταση.

Η μυϊκή ισχύς καταγράφεται με βάση την κλίμακα μυϊκής ισχύος από 0-5 (Πίνακας 10.10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.10. ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΥΪΚΗΣ ΙΣΧΥΟΣ ΤΟΥ MEDICAL RESEARCH COUNCIL

ΒΑΘΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
0	Καμιά κίνηση
1	Μυϊκές συσπάσεις χωρίς κίνηση του άκρου
2	Δυνατότητα κίνησης που δεν επηρεάζεται από τη βαρύτητα (π.χ. σε ύπτια θέση μετακίνηση του κάτω άκρου στο οριζόντιο επίπεδο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

3	Κίνηση που μπορεί να υπερνικήσει τη βαρύτητα αλλά όχι επιπλέον αντίσταση
4	Κίνηση που μπορεί να υπερνικήσει κάποια αντίσταση αλλά όχι φυσιολογική μυϊκή ισχύς
5	Φυσιολογική μυϊκή ισχύς

Αν εντοπιστεί μυϊκή αδυναμία ή παράλυση πρέπει να διακριθεί σε βλάβη του ΑΚΝ ή του ΚΚΝ (βλ. Πίνακα 10.8). Σε βλάβες του ΑΚΝ η κλινική εικόνα εξαρτάται από το επίπεδο της βλάβης:

- ▶ *Βλάβη κινητικού φλοιού:* Παράλυση του ετερόπλευρου ημιμορίου του σώματος. Η έκταση της βλάβης στον φλοιό αντιστοιχεί στην έκταση της παράλυσης και μπορεί να είναι μερική (π.χ. μονοπληγία) ή πλήρης (ημιπληγία). Ο βαθμός της μυϊκής αδυναμίας μπορεί να μην είναι ομότιμος σε άνω και κάτω άκρα, π.χ. μεγαλύτερος στο άνω συγκριτικά με το κάτω άκρο.
- ▶ *Βλάβη στην έσω κάψα:* Πλήρης ημιπληγία του ετερόπλευρου ημιμορίου με συνοδές αισθητικές διαταραχές.
- ▶ *Βλάβη στο εγκεφαλικό στέλεχος:* Ετερόπλευρη προς τη βλάβη ημιπληγία και ομόπλευρη προς τη βλάβη παράλυση εγκεφαλικών συζυγίων (χιαστί παράλυση). Ανάλογα με το ύψος της βλάβης προσβάλλονται αντίστοιχες εγκεφαλικές συζυγίες.
- ▶ *Βλάβη στον νωτιαίο μυελό:* Ημιπληγία ομόπλευρη προς τη βλάβη. Αν η βλάβη προσβάλλει και τα αισθητικά δεμάτια, η ημιπληγία συνοδεύεται από αισθητικές διαταραχές στο έτερόπλευρο ήμισυ του σώματος (σύνδρομο Brown-Sequard).

Παθολογικές κινήσεις. Εκτός από τον τρόμο και τους σπασμούς (βλ. παραπάνω) υπάρχουν και άλλες όχι συνηθισμένες παθολογικές κινήσεις, όπως η χορεία, η αθέτωση, οι μυοκλονίες και ο πτερυγίζων τρομος.

Συντονισμός κινήσεων. Ο συντονισμός των κινήσεων και η ισορροπία επιτυγχάνονται με την απαρτίωση ερεθισμάτων της εν τω βάθει αισθητικότητας και του αιθουσαίου συστήματος στην παρεγκεφαλίδα. Στη λειτουργία αυτή συμμετέχουν και τα

οπτικά ερεθίσματα, καθώς και ανώτερα κέντρα του φλοιού. Η εξέταση του συντονισμού των κινήσεων περιλαμβάνει τις παρακάτω δοκιμασίες:

- ▶ *Δοκιμασία βάρδισης σε ευθεία γραμμή*: Ζητάμε από τον ασθενή να βαδίσει σε ευθεία γραμμή, διατηρώντας μικρό εύρος στήριξης. Παρατηρούμε αν υπάρχει απόκλιση προς τη μια πλευρά ή και πτώση (βλ. παραπάνω: αταξικό βάδισμα). Για τον λόγο αυτόν, όταν εκτελούμε αυτή τη δοκιμασία, συνοδεύουμε τον ασθενή ώστε να τον υποστηρίξουμε αν χρειαστεί.
- ▶ *Δοκιμασία Romberg*: Ο ασθενής πρέπει να σταθεί όρθιος, με τα πόδια ενωμένα και τα χέρια σε στάση προσοχής. Ζητάμε από τον ασθενή να κλείσει τα μάτια του, και παρατηρούμε αν τείνει να χάσει την ισορροπία του. Η δοκιμασία θεωρείται θετική αν ο ασθενής αδυνατεί να διατηρήσει αυτή τη στάση για 60 sec. Αυτό συμβαίνει στην παρεγκεφαλιδική και στην αισθητική αταξία, καθώς και σε βλάβες του αιθουσαίου συστήματος. Στην αισθητική αταξία ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του με ανοικτά μάτια.
- ▶ *Δοκιμασία δείκτη – ρινός*: Ζητάμε από τον ασθενή να αγγίζει επαναλαμβανόμενα την κορυφή της ρινός με τον δείκτη του, ξεκινώντας με το άνω άκρο σε έκταση. Η δοκιμασία γίνεται με κλειστά και ανοικτά μάτια και στις δύο πλευρές. Παρατηρούμε για αδυναμία επίτευξης του στόχου (δυσμετρία).
- ▶ *Δοκιμασία πτέρνας – γόνατος*: Ζητάμε από τον ασθενή (σε ύπτια θέση) να αγγίζει με την πτέρνα του το κάτω μέρος της ετερόπλευρης κνήμης και να τη σύρει μέχρι το γόνατο.
- ▶ *Δοκιμασία διαδοχοκινησίας*: Ζητάμε από τον ασθενή να εκτελέσει όσο το δυνατόν ταχύτερα διαδοχικές κινήσεις, π.χ. πρητισμού και υπτιασμού της παλάμης. Η αδυναμία εκτέλεσης ονομάζεται αδιαδοχοκινησία.
- ▶ *Δοκιμασία rebound*: Ζητάμε από τον ασθενή να κρατήσει τον αγκώνα του σε κάμψη ενώ προσπαθούμε να τον εκτείνουμε. Αιφνίδια αφήνουμε το άκρο του ασθενούς ελεύθερο και παρατηρούμε αν ο ασθενής μπορεί να σταματήσει άμεσα την κίνηση του χεριού του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Αντανακλαστικά. Τα αντανακλαστικά είναι ακούσιες κινήσεις που εκλύονται από αισθητικά ερεθίσματα. Κάθε αντανακλαστικό έχει την αισθητική οδό (προσαγωγό), το κέντρο ή σύναψη και την κινητική οδό (απαγωγός). Διακρίνονται σε φυσιολογικά και παθολογικά. Τα φυσιολογικά αντανακλαστικά εκλύονται σε όλα τα άτομα, αλλά σε παθολογικές καταστάσεις μπορεί να είναι μειωμένα ή εξαφανισμένα. Ανάλογα με το ερέθισμα τα φυσιολογικά αντανακλαστικά διακρίνονται σε δερματικά ή επιπολής (όταν το αισθητικό ερέθισμα είναι δερματικό π.χ. νυγμός) και σε τενόντια ή εν τω βάθει (όταν το αισθητικό ερέθισμα είναι απότομη τάση ενός μυός, συνήθως μετά από πλήξη του αντίστοιχου τένοντα). Τα παθολογικά αντανακλαστικά παρατηρούνται μόνο σε παθολογικές καταστάσεις. Ορισμένα παθολογικά αντανακλαστικά αναδύονται με την κατάργηση των φυσιολογικών, π.χ. το σημείο του Babinski είναι ένα παθολογικό αντανακλαστικό το οποίο αντικαθιστά το φυσιολογικό πελματιαίο δερματικό αντανακλαστικό σε βλάβες της πυραμιδικής οδού.

Τενόντια αντανακλαστικά. Για να εξετάσουμε τα τενόντια αντανακλαστικά, πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται σε κατάλληλη θέση ώστε ο μυς που αναμένεται να συσπαστεί να είναι σε χάλαση. Επειδή ο φλοιός ασκεί κατασταλτική δράση στα τενόντια αντανακλαστικά, πρέπει ο ασθενής να μην «σκέφτεται» την περιοχή που εξετάζεται. Σε περιπτώσεις που υπάρχει δυσκολία στην έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών για τον λόγο αυτόν, μπορούμε να αποσπάσουμε την προσοχή του ασθενούς με χειρισμούς ενίσχυσης. Για παράδειγμα, όταν εξετάζουμε τα τενόντια αντανακλαστικά των κάτω άκρων, ζητάμε από τον ασθενή να σφίξει τα δάκτυλα του ενός χεριού με το άλλο και να προσπαθήσει να τα απομακρύνει. Η έκλυση των τενόντιων αντανακλαστικών γίνεται με πλήξη του κατάλληλου τένοντα (π.χ. του αχίλλειου) με το νευρολογικό σφυρί, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούμε ή και ψηλαφούμε τον μυ, ώστε να αξιολογήσουμε τυχόν σύσπασή του. Η ζωνρότητα της έκλυσης των τενόντιων αντανακλαστικών βαθμολογείται με

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

0 μέχρι 4+ (Πίνακας 10.11). Η αξιολόγηση των τενόντιων αντανακλαστικών είναι σε έναν βαθμό υποκειμενική και για τον λόγο αυτόν αξιολογείται ιδιαίτερα η διαφορά μεταξύ των δύο πλευρών (αριστερά – δεξιά).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.11. ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΕΝΟΝΤΙΩΝ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΩΝ	
ΒΑΘΜΟΣ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
0	Απουσία αντανακλαστικού
±	Αντανακλαστικό που εκλύεται μόνο μετά από χειρισμό ενίσχυσης
1+	Αντανακλαστικό νωθρότερο του φυσιολογικού
2+	Φυσιολογικό αντανακλαστικό
3+	Αντανακλαστικό εντονώτερο του φυσιολογικού
4+	Εμφάνιση κλόνου

Η μείωση των τενόντιων αντανακλαστικών σημαίνει βλάβη σε οποιοδήποτε σημείο του (προσαγωγό σκέλος, κέντρο, απαγωγό σκέλος), επομένως μπορεί να αφορά τα περιφερικά νεύρα (αισθητικά ή κινητικά), τις νωτιαίες ρίζες (πρόσθιες ή οπίσθιες) ή τον νωτιαίο μυελό. Ορισμένες φορές βλάβη ανώτερων κέντρων μπορεί να προκαλέσει παροδική εξάλειψη των τενόντιων αντανακλαστικών (π.χ. εγκεφαλική αιμορραγία). Η εντόπιση τυχόν βλάβης βασίζεται στη γνώση των νωτιαίων ριζών που διεκπεραιώνουν το αντανακλαστικό (Πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.12. ΤΕΝΟΝΤΙΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ	
ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΟ	ΚΕΝΤΡΟ
Κερκιδικό: πλήξη στη στυλοειδή απόφυση → κάμψη του πήχυ	A5, A6
Δικεφάλου: πλήξη του τένοντα του δικέφαλου βραχιονίου → κάμψη του πήχυ	A5, A6
Τρικεφάλου: πλήξη του τένοντα του τρικέφαλου βραχιονίου → έκταση του πήχυ	A7, A8
Επιγονάτιο: πλήξη του τένοντα της επιγονατίδας → έκταση της κνήμης	O3, O4
Αχίλλειο: πλήξη του αχίλλειου τένοντα → πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός	I1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών δεν οφείλεται σε βλάβη του αντανακλαστικού τόξου αλλά σε βλάβη της πυραμιδικής οδού σε οποιοδήποτε ύψος, με αποτέλεσμα την άρση της ανασταλτικής της επίδρασης στο αντανακλαστικό τόξο.

Επιπολής (ή δερματικά) αντανακλαστικά. Τα επιπολής ή δερματικά αντανακλαστικά διαφέρουν από τα τενόντια γιατί δέχονται επιπλέον έλεγχο από ανώτερα κέντρα μέσω της πυραμιδικής οδού. Τα κυριότερα επιπολής αντανακλαστικά είναι τα παρακάτω:

- ▶ *Αντανακλαστικό του κερατοειδούς και του φάρυγγα / μαλακής υπερώας:* βλ. Εγκεφαλικές Σύζυγίες.
- ▶ *Κοιλιακά αντανακλαστικά (κέντρο Θ7-Θ12):* Με τον ασθενή σε ύπτια θέση, σύρουμε ένα αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. βελόνα, αλλά με προσοχή ώστε να μην εκλύεται πόνος) στο δέρμα της κοιλιάς, οριζόντια με κατεύθυνση προς τη μέση γραμμή. Η φυσιολογική απάντηση είναι η σύσπαση των κοιλιακών μυών. Τα κοιλιακά αντανακλαστικά καταργούνται σε βλάβες της πυραμιδικής οδού, σε πολιομυελίτιδα και στην πολλαπλή σκλήρυνση.
- ▶ *Αντανακλαστικό του κρεμαστήρα (κέντρο O1):* Ερεθισμός στην έσω επιφάνεια του μηρού προκαλεί σύσπαση του κρεμαστήρα μυ και έλξη του όρχεως προς τα άνω.
- ▶ *Πελματιαίο.*

Παθολογικά αντανακλαστικά. Τα παθολογικά αντανακλαστικά συνήθως οφείλονται σε οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος, συνήθως της πυραμιδικής οδού. Τα κυριότερα είναι τα εξής:

- ▶ *Σημείο Babinski:* πρόκειται για ένα παθολογικό πελματιαίο αντανακλαστικό. Όταν ο εξεταστής ερεθίζει το έξω χείλος του πέλματος με αιχμηρό αντικείμενο, προκαλείται έκταση του μεγάλου δακτύλου και μερικές φορές απαγωγή των υπόλοιπων δακτύλων (σχηματισμός «ριπιδίου»), ραχιαία έκταση του άκρου ποδός και κάμψη του γόνατος και του ισχίου. Η

φυσιολογική αντίδραση είναι η πελματιαία κάμψη του άκρου ποδός. Εκτός από βλάβες της πυραμιδικής οδού (π.χ. αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια) το σημείο Babinski μπορεί να ανιχνεύεται και σε κωματώδεις καταστάσεις.

- ▶ *Αντανακλαστικό συλλήψεως*: σύσφιξη των δακτύλων σε ερεθισμό της παλάμης. Είναι φυσιολογικό τους πρώτους μήνες της ζωής, αλλά στη συνέχεια είναι παθολογικό και υποδεικνύει συνήθως βλάβη του ετερόπλευρου μετωπιαίου λοβού (π.χ. νεόπλασμα).
- ▶ *Κλόνος*: συνεχόμενες ρυθμικές κινήσεις μετά από μια αρχική σύσπαση του μυός. Θεωρείται η ακραία εκδήλωση αυξημένων τενόντιων αντανακλαστικών (βλ. παραπάνω) και ελέγχεται στον άκρο πόδα ή στην επιγονατίδα. Συνήθως οφείλεται σε βλάβη της πυραμιδικής οδού.

Αισθητικότητα. Η εξέταση της αισθητικότητας απαιτεί τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής να είναι συγκεντρωμένοι και να συνεργάζονται. Πολλές φορές οι απαντήσεις του ασθενούς δεν είναι αξιόπιστες, και για τον λόγο αυτόν πρέπει ο ιατρός να εξηγήει αναλυτικά στον ασθενή τη διαδικασία και τα ερωτήματα και ο ασθενής να μην έχει οπτική αντίληψη των ερεθισμάτων. Η έκταση της εξέτασης εξαρτάται από το ιστορικό του ασθενούς και από την ύπαρξη παθολογικών ευρημάτων ή όχι.

Επιπολής αισθητικότητα. Η εξέταση της επιπολής αισθητικότητας περιλαμβάνει την εξέταση των παρακάτω:

- ▶ *Αίσθηση αφής*: Ο εξεταστής αγγίζει ελαφρά το δέρμα με το λύπιο βαμβακιού και ο ασθενής αναφέρει αν αισθάνεται το ερέθισμα.
- ▶ *Αίσθηση πόνου*: Ο εξεταστής χρησιμοποιεί βελόνα για να ελέγξει την αντίληψη του επώδυνου ερεθίσματος.
- ▶ *Αίσθηση θερμού-ψυχρού*: Ο εξεταστής χρησιμοποιεί δοκιμαστικούς σωλήνες με θερμό ή ψυχρό νερό και ο ασθενής αναφέρει το είδος του ερεθίσματος.
- ▶ *Αίσθηση επικριτικής ικανότητας*: Ο εξεταστής, χρησιμοποιεί

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

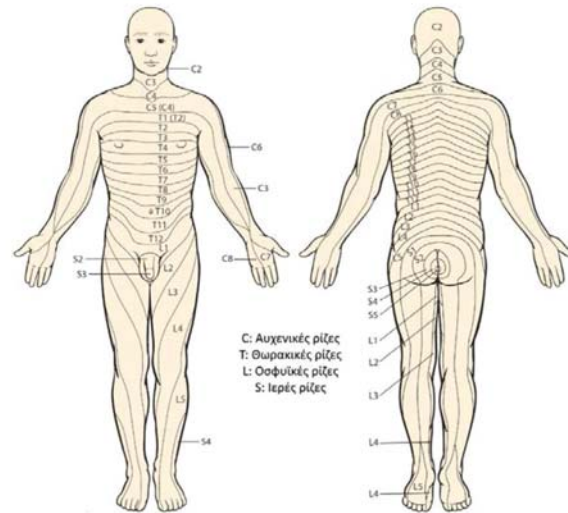
ώντας κατά προτίμηση έναν διαβήτη, αγγίζει ταυτόχρονα σε δύο σημεία το δέρμα του ασθενούς. Ο ασθενής πρέπει να αναφέρει αν αντιλαμβάνεται ένα ή δύο ερεθίσματα, και καταγράφεται η ελάχιστη απόσταση στην οποία ο ασθενής διακρίνει δύο ερεθίσματα.

Εν τω βάθει αισθητικότητα. Η εξέταση της εν τω βάθει αισθητικότητας περιλαμβάνει τα παρακάτω:

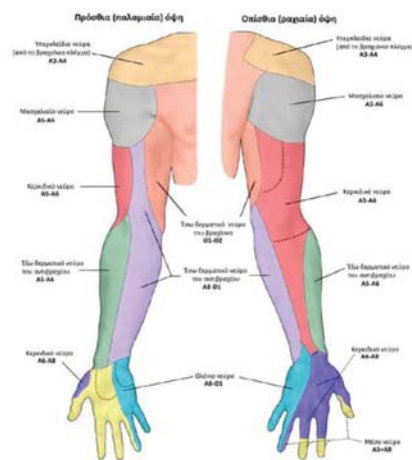
- ▶ *Ιδιοδεκτική αισθητικότητα:* Ο εξεταστής κινεί παθητικά τις αρθρώσεις (συνήθως των δακτύλων) και ο ασθενής πρέπει να αναφέρει την κατεύθυνση της κίνησης.
- ▶ *Παλλαισθησία:* Ο εξεταστής χρησιμοποιεί τονοδότη 128 Hz, τον οποίο τοποθετεί σε οστικές προβολές (π.χ. έξω σφυρό), και ο ασθενής πρέπει να αναφέρει αν αισθάνεται τη δόνηση.

Για την ταυτοποίηση του επιπέδου της βλάβης σε συγκεκριμένο περιφερικό νεύρο ή νωτιαία ρίζα, τα ευρήματα συγκρίνονται με την κατανομή των νωτιαίων ριζών και των περιφερικών νεύρων στο δέρμα (Εικόνες 10.3, 10.4 και 10.5). Όταν η βλάβη αφορά τα ανώτερα κέντρα, π.χ. τον νωτιαίο μυελό, τότε η απώλεια αισθητικότητας διαφέρει ανάλογα με το είδος της αίσθησης, π.χ. η κατανομή της απώλειας της αίσθησης του πόνου είναι διαφορετική από αυτή της εν τω βάθει αισθητικότητας (βλ. και Αδρή ανατομία της αισθητικής οδού και Εικόνα 10.6).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

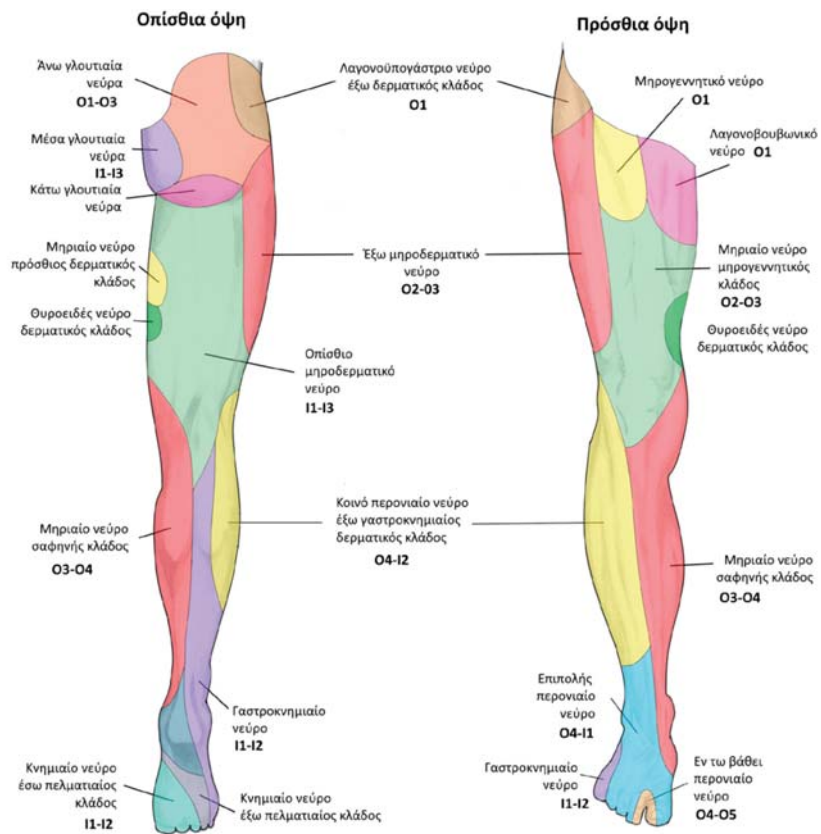


Εικόνα 10.3. Δερμοτόμια νωτιαίων ριζών



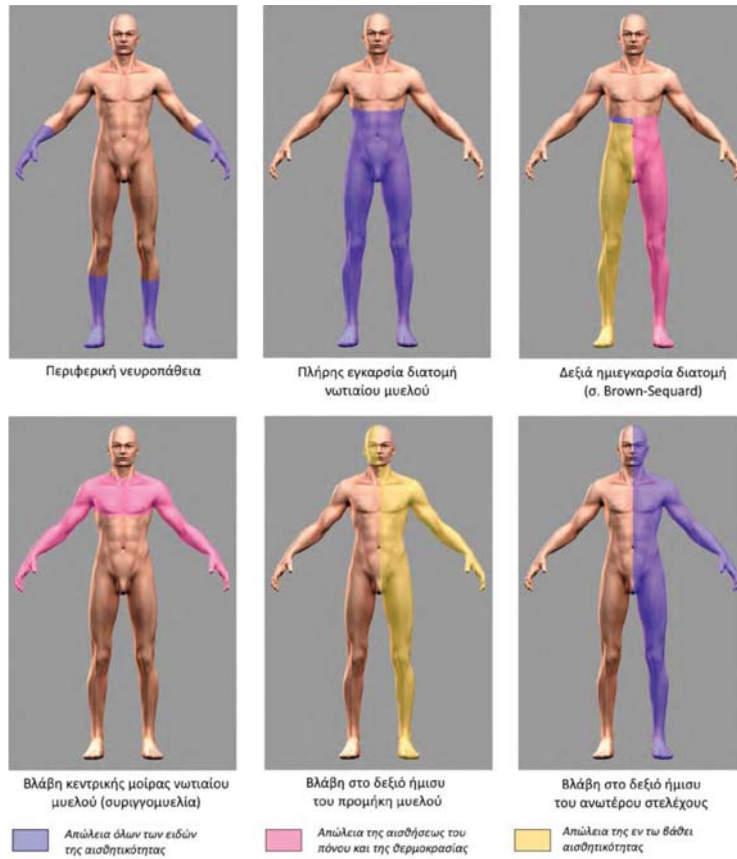
Εικόνα 10.4. Δερματική νεύρωση άνω άκρων
(Public Domain – Modified from Henry Gray [1918] Anatomy of the Human Body.)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 10.5. Δερματική νεύρωση κάτω άκρων
(Public Domain – Modified from Henry Gray [1918] Anatomy of the Human Body)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ



Εικόνα 10.6. Διαταραχές της αισθητικότητας ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης της αισθητικής οδού

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΕ ΚΥΡΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο – Ισχαιμία μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας. Επίπεδο συνείδησης φυσιολογικό ή μειωμένο σε μεγάλη έκταση ισχαιμία.

Αφασία συνήθως εκπομπής (Broca) όταν η βλάβη βρίσκεται στο επικρατούν ημισφαίριο. Ασυμμετρία προσώπου (κεντρικού τύπου πάρεση προσωπικού), δυσαρθρία.

Μυϊκή αδυναμία ετερόπλευρα προς τη βλάβη κυρίως του άνω άκρου και λιγότερο του κάτω άκρου. Αρχικά μειωμένος μυϊκός τόνος (χαλαρή παράλυση).

Υπαισθησία ή αναισθησία αντίστοιχα με τη μυϊκή αδυναμία. Τενόντια αντανακλαστικά ζωηρά ή αυξημένα στην πάσχουσα πλευρά.

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο – Ισχαιμία σπονδυλικής αρτηρίας

— *Ομόπλευρα προς τη βλάβη:* Ημιυπαισθησία προσώπου, νυσταγμός, διπλωπία, δυσφαγία, βράγχος φωνής, παράλυση υπερώας, παράλυση φωνητικών χορδών, σύνδρομο Horner (μύση, βλεφαρόπτωση, ανιδρωσία), υπαισθησία σύστοιχου άνω άκρου, ημίσειος κορμού και κάτω άκρου, αταξία των άκρων, πτώση προς την πλευρά της βλάβης.

— *Ετερόπλευρα προς τη βλάβη:* Διαταραχή της αίσθησης του πόνου και της θερμότητας στο άνω άκρο, στον κορμό και στο κάτω άκρο, μερικές φορές και στο πρόσωπο.

Νόσος Parkinson. Απαθής έκφραση προσώπου (υπομιμία), τρόμος ηρεμίας, υπερτονία άκρων με σημείο οδοντωτού τροχού, βραδυκινησία, χαρακτηριστικό βάδισμα (βλ παραπάνω).

Πλαγία μυατροφική σκλήρυνση. Συνδυασμός σημείων από βλάβη του ΑΚΝ και του ΚΚΝ. Βλάβη ΑΚΝ: μυϊκή αδυναμία, αύξηση τενόντιων αντανακλαστικών, σπαστικότητα. Βλάβη ΚΚΝ: μυϊκή αδυναμία, μυϊκή ατροφία, δεσμιδώσεις.

Σύνδρομο Guillain-Barre. Προοδευτικά εξελισσόμενη (σε χρόνο ημερών μέχρι 4 εβδομάδων) συμμετρική μυϊκή αδυναμία, αρχικά στα κάτω και στη συνέχεια στα άνω άκρα και στους αναπνευστικούς μύες. Μπορεί να προσβάλλει και τους μύες του προσώπου (αμφοτερόπλευρη πάρεση προσωπικού) και τους οφθαλμοκινητικούς μύες. Απουσία τενόντιων αντανακλαστικών.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

Νευρολογική εξέταση ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην περιοχή της αριστερής μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας.

Ασθενής με φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης, προσανατολισμένος σε χώρο και χρόνο. Αδυναμία ορθοστάτησης και βάρδισης.

— Εγκεφαλικές συζυγίες: κεντρικού τύπου πάρεση δεξιού προσωπικού νεύρου, πάρεση δεξιού υπογλωσσίου νεύρου.

— Μυϊκή μάζα: φυσιολογική σε άνω και κάτω άκρα.

— Μυϊκός τόνος: μειωμένος μυϊκός τόνος στο δεξιό άνω και κάτω άκρο. Μυϊκή ισχύς: 2/5 στο δεξιό άνω άκρο, 3/5 στο δεξιό κάτω άκρο.

— Επιπολής αισθητικότητα: υπαισθησία στην αδρή αφή στο δεξιό ήμισυ του προσώπου, στο δεξιό άνω και στο δεξιό κάτω άκρο.

— Παρεγκεφαλιδικά σημεία: Δεν διαπιστώνονται παθολογικά παρεγκεφαλιδικά σημεία (δυσμετρία, δυσδιαδοχοκινησία). Σημειώνεται ότι ο έλεγχος είναι ελλιπής λόγω μυϊκής αδυναμίας του δεξιού άνω και κάτω άκρου. Τενόντια αντανακλαστικά:

— Δικεφάλου AP: 2+, ΔΕ: 3+, Επιγονάτιο: AP: 2+, ΔΕ: 3+, Αχίλλειο: AP: 2+, ΔΕ: 3+ Πελματιαία αντανακλαστικά: AP: φυσιολογικό καμπτικό, ΔΕ: σημείο Babinski.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αραπάκης ΓΙ. Κλινική σημειολογία και διαγνωστική, 5η έκδοση. Αθήνα, 2012.
- Bickley LS, Szilagyι PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2013.
- Campbell, WW. De Jong's The Neurological Examination, 7th ed. New York, McGraw-Hill Medical: 2012. Douglas G, Nicol F, Robertson C. Macleod's Clinical Examination, 13th ed. Edinburgh, Churchill Livingstone: 2013.
- Κρικέλης ΙΝ. Φυσική εξέταση και διάγνωση. Αθήνα, Βιβλιοπωλείο Ι. Παρισιάνου: 1969.
- Leblond RF, Brown DD, Suneja M, Szot JF. DeGowin's Diagnostic Examination, 10th Ed. New York, Mc- Graw-Hill Medical: 2015.
- Simel D, Drummond R. The Rational Clinical Examination: Evidence-Based Clinical Diagnosis. New York, McGraw-Hill Medical: 2009.
- Thomas J, Monaghan T. Oxford Handbook of Clinical Examination & Practical Skills 2nd Ed. Oxford, Oxford University Press: 2014.

