

1 Λήψη Ιστορικού και Κλινική Εξέταση



Λήψη ιστορικού

Ο ασθενής συνήθως προσέρχεται στον γιατρό με κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα (σύμπτωμα) και σκοπός του γιατρού είναι να τον "κάνει καλά". Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, ο γιατρός προσπαθεί να ανακαλύψει την αιτία του προβλήματος (διάγνωση), να καθορίσει την βαρύτητά του (εκτίμηση), και τέλος, να συστήσει την κατάλληλη θεραπεία. Η εκτίμηση της βαρύτητας και η προτεινόμενη θεραπεία αποτελούν την αντιμετώπιση του ασθενή.

Η νόσος μπορεί να οφείλεται σε κοινωνικές, ψυχολογικές αιτίες και σε οργανικές διαταραχές και ο χειρουργός θα πρέπει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει όλους αυτούς τους πιθανούς, εμπλεκόμενους παράγοντες. Για την διάγνωση και την εκτίμηση του προβλήματος του ασθενούς, ο γιατρός αντλεί πληροφορίες από τρεις πηγές:

- Το ιστορικό
- Την κλινική εξέταση
- Τις παρακλινικές εξετάσεις

Το ιστορικό είναι από μόνο του ο σημαντικότερος παράγοντας στην διαδικασία θεμελίωσης της διάγνωσης. Αν και το σύγγραμμα αυτό εστιάζει στην έκλυση των παθολογικών κλινικών σημείων, δεν σημαίνει πως αυτά είναι πάντα παρόντα κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς. Το ιστορικό είναι αυτό που καθοδηγεί την αναζήτησή τους, ώστε, η αποκάλυψη των κλινικών διαταραχών, κατά το δυνατόν πρωιμότερα στην κλινική πορεία της νόσου, να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του ασθενούς.

Ο επιδέξιος κλινικός γιατρός αριστεύει στην νοσολογία, όμως, η μεγαλύτερη κλινική δεξιότητα είναι η ικανότητά του να ακούει αυτό που θέλει ο ίδιος ο ασθενής να πει. Αυτό είναι και το κλειδί της διάγνωσης. Για αυτό, ο γιατρός δεν πρέπει με κανέναν τρόπο να σχηματοποιεί, να υποβάλλει, να παραλλιάσει ή να κατευθύνει το ιστορικό προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση, ώστε να ταιριάζει σε μια τυπική διάγνωση. Μια τέτοια τακτική μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη διάγνωση.

Κάποιες φορές, η θεμελίωση της διάγνωσης δεν είναι εφικτή. Όμως, κατά την εκτίμηση του ασθενούς και του προβλήματός του, ο αποκλεισμός μειζόνων διαταραχών θα επιτρέψει στον γιατρό να καθουσιάσει τον ασθενή και να χορηγήσει συμπτωματική αγωγή. Η στρατηγική αυτή

στηρίζεται στην φύση και την διάρκεια των συμπτωμάτων, αλλά και στην προσωπικότητα του ασθενούς. Επιπλέον, ανακουφίζει τους φόβους του και αποφεύγει την παραγγελία υπερβολικών παρακλινικών εξετάσεων για συνηθισμένες και αυτοελεγχόμενες νόσους.

Ωστόσο, θα πρέπει να αποφασισθεί εάν είναι αναγκαία η επανεξέταση του ασθενούς, και να εκτιμηθεί η πιθανότητα συμμόρφωσής του. Η αποτελεσματικότητα των εξηγήσεων προς τον ασθενή εξαρτάται από την έκβαση προηγούμενων συνεννοήσεων, την εξυπνάδα του, την εκπαίδευσή του, το υπόστρωμα και την προσωπικότητά του. Μερικές φορές, η κλινική εκτίμηση πρέπει να προηγείται της διάγνωσης, όπως για παράδειγμα, σε ασθενείς με οξύ πόνο ή αιμορραγία.

Το ακόλουθο σχήμα για την λήψη του ιστορικού προτείνεται ως εισαγωγή στο αντικείμενο και αποτελεί το περίγραμμα των κυριότερων κεφαλαίων που πρέπει να τεθούν κατά την συζήτηση με τον ασθενή.

Υπόδειγμα για την λήψη του ιστορικού

Κατ' αρχήν καταγράψτε την **ημερομηνία** της εξέτασης. Σημειώστε το **όνομα**, την **ηλικία**, το **φύλο**, το **επάγγελμα** (παρόν και προηγούμενα) και την **οικογενειακή κατάσταση** (συμπεριλαμβανομένων των παιδιών) του ασθενούς. Το ιστορικό αναδύεται από την περιγραφή του προβλήματος από τον ίδιο τον ασθενή και καθοδηγείται από τις σχεδιασμένες ερωτήσεις του γιατρού. Τα παρακάτω έξι κεφάλαια αποτελούν χρήσιμο οδηγό για την λήψη και την καταγραφή του ιστορικού.

Παρούσα νόσος

Κύριο σύμπτωμα

"Τι σας έφερε στο νοσοκομείο;" Η απάντηση καταγράφεται ως μια σύντομη δήλωση, κατά προτίμηση, χρησιμοποιώντας τις ίδιες τις λέξεις του ασθενούς. Για παράδειγμα: "αναφέρει κοιλιακό πόνο και εμετό, από 24ώρου" ή "αναφέρει επιδεινούμενη δύσπνοια, από 2 εβδομάδων". Εάν το κύριο σύμπτωμα δεν είναι μόνο ένα, καταγράφονται όλα και συζητούνται λεπτομερέστερα στις ακόλουθες δύο ενότητες.

Ιστορικό του κύριου συμπτώματος

Εδώ, θα πρέπει να καταγράφονται οι λεπτομέρειες του κάθε προβλήματος, χρησιμοποιώντας κυρίως, τα λόγια του ίδιου του ασθενούς. Καταγράψτε με κάθε δυνατή λεπτομέρεια την διάρκεια της παρουσίας του συμπτώματος και τοποθετήστε τα γεγονότα σε χρονολογική σειρά (για παράδειγμα: 1 έτος πριν, 1 μήνας πριν, χθες). Αφήστε τον ασθενή να αφηγηθεί την ιστορία του, όπως επιθυμεί αυτός, χωρίς να διακόπτετε. Ακολουθώντας, κάνετε ερωτήσεις χρησιμοποιώντας λέξεις και όρους οπωσδήποτε κατανοητούς από τον ασθενή, είτε εστιάζοντας είτε διευκρινίζοντας τα αναφερόμενα συμπτώματα.

Η παρούσα νόσος, συνήθως, εστιάζεται σε ένα σύστημα και οι σχετικές ερωτήσεις –αλλά και οι σχετικές με κάθε

σύστημα που σχετίζεται με το κύριο σύμπτωμα– πρέπει να τεθούν σε αυτό το χρονικό σημείο. Οι ερωτήσεις για τον πόνο που αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα περιγράφονται παρακάτω. Πολλές από τις ερωτήσεις είναι κοινές και κατά την διερεύνηση άλλων συμπτωμάτων.

Εάν ο ασθενής είναι κακός αφηγητής ή δεν είναι σε θέση να δώσει ένα καλό ιστορικό, ή ακόμη, εάν υποπτεύεστε πως δεν δίνει αξιόπιστες πληροφορίες, βοηθή να μιλήσετε με τους συγγενείς ή πιθανούς μάρτυρες. Καταγράψτε πάντα την πηγή κάθε πληροφορίας και κάθε μέρους του ιστορικού που δεν λαμβάνετε απευθείας από τον ασθενή.

Προηγούμενο ιστορικό του κύριου συμπτώματος

Εάν ο ασθενής είχε παρόμοια συμπτώματα στο παρελθόν, αντλήστε λεπτομερείς πληροφορίες (σε χρονολογική σειρά) για αυτά, αλλά και για κάθε εξέταση και θεραπεία στην οποία υποβλήθηκε μαζί με τα αποτελέσματά τους. Καταγράψτε κάθε προηγούμενο γεγονός που θεωρείτε πως σχετίζεται σαφώς με την παρούσα κατάσταση, όπως, προηγούμενες εγχειρήσεις, τραυματισμούς, απώλεια βάρους, λήψη φαρμάκων, επαφές με άλλους νοσούντες ασθενείς ή κάθε πρόσφατο ταξίδι στο εξωτερικό.

Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό

Σημειώστε όλες τις προηγούμενες σημαντικές νόσους, εγχειρήσεις, ατυχήματα και νοσηλείες για νόσους που δεν σχετίζονται άμεσα με το κύριο σύμπτωμα, και τις αντίστοιχες ημερομηνίες. Στα παιδιά, καταγράψτε νόσους, εξετάσεις και εμβολιασμούς. Στους ενήλικους, σημειώστε τις σημαντικές παιδικές νόσους, όπως για παράδειγμα, η χρόνια αναπνευστική νόσος, καρδιοπάθειες και ο ρευματικός πυρετός.

Φάρμακα και αλλεργίες

Σημειώστε όλα τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, τη δόσολογία τους και τη διάρκεια λήψης τους. Αναζητήστε τα φάρμακα που λάμβανε κατά το παρελθόν και τους λόγους για τους οποίους τα λάμβανε. Καταγράψτε αλλεργίες σε φάρμακα και κάθε αλλεργικό σύμπτωμα. Ρωτήστε τον ασθενή τι ακριβώς εννοεί όταν αναφέρει "αλλεργία".

Κοινωνικό και ατομικό ιστορικό

Σημειώστε κάθε καπνιστική συνήθεια, τον αριθμό των ετών καπνίσματος και τις αλλαγές με τον χρόνο. Σημειώστε την συνήθη κατανάλωση αλκοόλ, σε μονάδες ανά ημέρα ή εβδομάδα και το είδος του ποτού. Ρωτήστε εάν κατά το παρελθόν υπήρξε βαρύς πότης. Ρωτήστε εάν ο ασθενής λαμβάνει άλλες ουσίες.

Καταγράψτε λεπτομερώς την επαγγελματική απασχόληση, πιθανές δυσκολίες στην εργασία, στην οικογένεια ή στην οικονομική κατάσταση. Σημειώστε κάθε πρόσφατο ψυχικό στρες ή προβλήματα με τον ύπνο. Ο ασθενής ζει μόνος του; Σε ποιόν όροφο; Υπάρχουν ανεπιθυμητές; Η τουαλέτα είναι σε διαφορετικό όροφο; Υπάρχουν κοντά συγγενείς ή/και φίλοι; Λαμβάνει βοήθεια στο σπίτι ή χρειά-

ζεται γεύματα σε καρότσι; Θα μπορέσει ο ασθενής να επιτρέψει στην κατοικία του ή/και στην εργασία του;

Οικογενειακό ιστορικό

Μάθετε την κατάσταση της υγείας ή την αιτία θανάτου των γονέων, των παιδιών, άλλων στενών συγγενών και των συντρόφων. Ρωτήστε, εάν άλλα μέλη της οικογένειας υποφέρουν ή υπέφεραν στο παρελθόν από παρόμοια συμπτώματα. Συχνά, διευκολύνει η καταγραφή του γενεαλογικού δένδρου.

Ανασκόπηση κατά σύστημα

Το ιστορικό του κύριου συμπτώματος συμπεριλαμβάνει την λεπτομερή εξέταση, τουλάχιστον, ενός συστήματος του οργανισμού. Εδώ, ανασκοπούνται τα υπόλοιπα συστήματα για την αναζήτηση πιθανών διαταραχών. Η χρήση σταθερού ερωτηματολογίου που παρουσιάζεται παρακάτω ανά σύστημα, είναι χρήσιμη. Καταγράψτε τέλη, μη ειδικά συμπτώματα, όπως ο πυρετός, η κόπωση, η κακουχία και μεταβολές του σωματικού βάρους.

Πόνος

Ο πόνος αποτελεί ένδειξη νόσου και είναι συχνά το κύριο σύμπτωμα σε κάθε πάσχον σύστημα του οργανισμού. Ποικίλλει ως προς τους χαρακτήρες ανάλογα με τη νόσο και τον ιστό που νοσεί και μπορεί να είναι χαρακτηριστικός και διαγνωστικός για τη νόσο. Εάν κατά την επίσκεψη ο ασθενής πονά, αν και ο γιατρός αποκτά έτσι από πρώτο χέρι άποψη για το πρόβλημα του, είναι πιθανό ο πόνος να επηρεάσει την εκτίμηση του ασθενούς.

Ο πόνος είναι εντελώς υποκειμενικό σύμπτωμα και μπορεί να επηρεάζεται από την αιτία που ο ασθενής πιστεύει ή υποπτεύεται και τις ενδεχόμενες προεκτάσεις της. Ο ασθενής ανησυχεί για την βαρύτητα της συγκεκριμένης κατάστασης και επειδή κάποιος συγγενής ή φίλος έπασχε ή πέθανε από κάποιο παρόμοιο πρόβλημα. Είναι επίσης πιθανόν, ο ασθενής να προσπαθεί να εντυπωσιάσει ή να πείσει τον γιατρό, ή πάλη, να θέλει να υποτιμήσει το κύριο σύμπτωμα για να εξυπηρετήσει προσωπικά σχέδια και να ικανοποιήσει συγκεκριμένες ανάγκες. Η αντίδραση στον πόνο, επίσης, ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, την εκπαίδευση και την προσωπικότητα του ασθενούς. Ο γιατρός θα πρέπει να αντιστέκεται στην κατηγοριοποίηση και τη διερμηνεία του πόνου που επιχειρείται συχνά, συνειδητά ή ασυνείδητα, ώστε να ταιριάζει σε μια επιλεγμένη διάγνωση. Ακόμη και αν η χρήση συγκεκριμένων ερωτήσεων είναι επιβεβλημένη, η επιλογή της απάντησης θα πρέπει να είναι πάντα ελεύθερη.

Αν και οι συγγενείς και οι φίλοι μπορούν να παράσχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το πόσο ο πόνος δυσκολεύει την καθημερινή ζωή του ασθενούς, ωστόσο, δεν μπορούν να περιγράψουν τους χαρακτήρες του πόνου. Κατ' αναλογία, η χρήση διερμηνέων μπορεί να είναι πραγματικά δύσκολη, καθώς λέξεις που χρησιμοποιούνται για

την περιγραφή της φύσης και της έντασης του πόνου μπορεί να σημαίνουν διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικές γλώσσες. Ο διερμηνέας είναι πιθανό να εκθέσει την προσωπική του γνώμη περισσότερο, παρά αυτήν του ίδιου του ασθενούς. Αλλά και ο ασθενής μπορεί να είναι απρόθυμος να παραδεχθεί φόβους ή να αποκαλύψει πιθανές αιτίες του πόνου, διά του διερμηνέα.

Ο κάθε γιατρός θα πρέπει να αναπτύξει μια αποτελεσματική και αξιόπιστη μέθοδο ερωτήσεων προς έναν ασθενή που πονά, χρησιμοποιώντας ξεκάθαρη και κατανοητή γλώσσα. Ακολουθώντας, συζητούνται τα σημεία που πρέπει οπωσδήποτε να καλυφθούν. Η μελέτη αυτών των ερωτήσεων και η σχηματοποίησή τους με τέτοιο τρόπο, ώστε να ανακαλύπτονται εύκολα στην μνήμη (ως ακρωνύμιο ή αναγραμματισμός) είναι χρήσιμη.

Εντόπιση

Το σημείο που εντοπίζεται ο πόνος αποτελεί και έναν καλό δείκτη της προέλευσής του. Ρωτήστε τον ασθενή πού εντοπίζεται ο πόνος και ζητήστε να σας υποδείξει την περιοχή της μέγιστης έντασής του. Εάν ο πόνος είναι **εστιασμένος**, ο ασθενής δείχνει το σημείο του πόνου με το ένα δάκτυλο, όπως, στην παραρρινοκολπίτιδα ή στο κάταγμα του έξω σφυρού. Ιδιαίτερα, οι κακώσεις εντοπίζονται συνήθως εύκολα στο σημείο του πόνου και της ευαισθησίας. Ας σημειωθεί εδώ, πως ο πόνος είναι η αίσθηση του ασθενούς, ενώ η ευαισθησία είναι η έκλυση του πόνου από τον γιατρό κατά την κλινική εξέταση.

Ο πόνος που οφείλεται σε βλάβη του δέρματος και των υποδόριων ιστών είναι εστιασμένος και εντοπίζεται σαφέστερα σε σύγκριση με τον πόνο που οφείλεται σε βαθύτερες βλάβες και συχνά είναι **διάχυτος**. Κεφαλαλγία από μια ενδοκράνια βλάβη, συχνά, υποδεικνύεται από τον ασθενή τοποθετώντας ολόκληρο το χέρι του στην πλευρά ή την κορυφή της κεφαλής. Παρομοίως, ο καρδιακός πόνος περιγράφεται από τον ασθενή τοποθετώντας το χέρι του μπροστά από το κεντρικό θωρακικό τοίχωμα και ο κοιλιακός πόνος με το χέρι του πάνω από ένα τεταρτημόριο της κοιλιάς. Η βαριά ισχαιμία ενός άκρου αποτελεί ένα άλλο παράδειγμα διάχυτου πόνου: ο πόνος ανάπαυσης εντοπίζεται στον πρόσθιο άκρο πόδα ή μερικές φορές, σε ολόκληρο τον άκρο πόδα ή άλλοτε, ακόμη και σε ολόκληρο το σκέλος.

Ο πόνος είναι πιθανόν να **ακτινοβολεί** από το σημείο της πρόκλησής του προς άλλο σημείο του σώματος, όπως για παράδειγμα στην κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου. Η παγίδευση του νεύρου προκαλεί τοπικό πόνο στην οσφυ, αλλά προκαλεί πόνο και προς τα κάτω, στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού, την γαστροκνημία έως και τον άκρο πόδα. Ο πόνος από οπισθοπεριτοναϊκές ανατομικές δομές, όπως η αορτή και το πάγκρεας, μπορεί να ακτινοβολεί προς την οσφυ. Ο κωλικός του νεφρού είναι πόνος στην οσφυ που ακτινοβολεί στον σύστοιχο λαγόνιο βόθρο και την βουβωνική χώρα. Ο κωλικός της χοληδόχου κύστης είναι πιθανό να ακτινοβολεί προς την ράχη, ανάμεσα από τις ωμοπλάτες. Ο πόνος του εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι πιθανό να

ακτινοβολεί από το στέρνο προς τον τράχηλο και προς τον αριστερό βραχίονα. Ο απομακρυσμένος πόνος μπορεί να έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από τον τοπικό πόνο αλλιά και να εμφανίζεται ανεξάρτητα από αυτόν.

Ως **αντανακλιόμενος** πόνος αναφέρεται ο πόνος που εντοπίζεται μακριά από το σημείο της υποκείμενης νόσου που τον προκαλεί και οφείλεται σε σπληαχνικά νευρικά ερεθίσματα που διεγείρουν απαγωγές σωματικές νευρικές ίνες του ίδιου δερματομίου. Ο πόνος στην κορυφή του δεξιού ώμου που οφείλεται σε νόσο κάτω από το διάφραγμα αποτελεί τυπικό παράδειγμα: το σπληαχνικό νεύρο είναι το φρενικό, το σωματικό δερμοτόμιο είναι το 4ο αυχενικό.

Χρονισμός

Όταν ρωτάτε τον ασθενή "πότε πονέσατε;" αναζητήστε τον χρόνο έναρξης, την εξέλιξη και τον χρόνο της παύσης του πόνου. Η **έναρξη** μπορεί να είναι αιφνίδια ή βαθμιαία. Ο αιφνίδιος πόνος συνοδεύει τυπικά την κάκωση, την απόφραξη ή την ρήξη μιας αρτηρίας (όπως, στο έμφραγμα του μυοκαρδίου ή την ρήξη της κοιλιακής αορτής) και την ρήξη ή την διάτρηση ενός κοίλου σπληαχνου (όπως, στον αυτόματο πνευμοθώρακα ή την διάτρηση του πεπτικού έλκους). Οι περισσότεροι ασθενείς είναι σε θέση να περιγράψουν με ακρίβεια την στιγμή της έναρξης, στα προηγούμενα παραδείγματα.

Όταν ο πόνος δεν έχει αιφνίδια έναρξη, η βαθμίδωση της έναρξης του πόνου ποικίλει. Οξείες φλεγμονώδεις βλάβες μπορεί να εξελιχθούν στην διάρκεια μιας ημέρας ή μιας νύκτας, ενώ η διαλείπουσα χωλότητα από την εκφυλιστική αρτηριοπάθεια και η γοναλγία της οστεοαρθρίτιδας μπορεί να υφίστανται για χρόνια πριν ο ασθενής αντιληφθεί πως ο αμβλύς πόνος που αισθάνεται αποτελεί συγκεκριμένο πρόβλημα, ώστε να αναζητήσει ιατρικές συμβουλές. Η βαθμίδωση στις περιπτώσεις αυτές περιγράφει την προοδευτική αντίληψη του πόνου, αλλιά πιθανόν και την προοδευτική αύξηση της έντασής του.

Σημειώστε την **εξέλιξη** του παρόντος επώδυνου επεισοδίου, τους χαρακτήρες και τις μεταβολές του πόνου. Ο πόνος μπορεί προοδευτικά να αυξάνεται ή να μειώνεται σε ένταση, να γίνεται συνεχής ή επίμονος. Αλλιά, μπορεί και να αυξομειώνεται ή να υπάρχει πλήρης ύφεση μεταξύ των επεισοδίων, γεγονός που χαρακτηρίζει τον **κωλικό**. Ο κωλικός οφείλεται σε κύματα περισταλτισμού κατά μήκος ενός αποφραγμένου κοίλου σπληαχνου, όπως, στην απόφραξη του λεπτού εντέρου από μια σύμφυση, στην απόφραξη του παχέος εντέρου από ένα καρκίνωμα ή στην απόφραξη του ουρητήρα από ένα λίθο. Σημειώστε την συχνότητα και την διάρκεια των επώδυνων επεισοδίων. Ο πόνος μπορεί να είναι συνεχής με περιοδικές κορυφώσεις της έντασης. Οι παράγοντες που προκαλούν παροξυσμό ή επιταχύνουν την κορύφωση του πόνου περιγράφονται παρακάτω (Τροποποίηση του πόνου).

Αναζητήστε προσεκτικά πληροφορίες σχετικά με **προηγούμενα** επεισόδια του πόνου ή οτιδήποτε παρόμοιο κατά το παρελθόν. Καταγράψτε την πορεία των προηγούμενων επεισοδίων, τη συχνότητα, τη διάρκεια και τον συνοδικό αριθμό τους. Σημειώστε πιθανές μεταβολές στον χαρακτή-

ρα τους. Οι όροι "παροξυσμός" και "υποτροπή" χρησιμοποιούνται για να χαρακτηρίσουν μεταβολές της πορείας της νόσου αλλιά και της εξέλιξης των συμπτωμάτων.

Όπως η έναρξη, έτσι και η **ύφεση** μπορεί να είναι αιφνίδια ή βαθμιαία, κι αυτό μπορεί να είναι χαρακτηριστικό της υποκείμενης νόσου. Η ανακούφιση από τον πόνο, συνήθως, υποδηλώνει βελτίωση της νόσου ή άρση της υποκείμενης αιτίας. Η ανακούφιση επιτυγχάνεται με τα αναλγητικά, χειρουργικώς ή με άλλες θεραπευτικές μεθόδους. Λίγες φορές, η ύφεση του πόνου αποτελεί κακό προγνωστικό σημείο, όπως για παράδειγμα, στη ρήξη ενός υπό τάση αποστήματος προς τις εγκεφαλικές κοιλίες ή την περιτοναϊκή κοιλότητα. Το προηγούμενο ιστορικό και η γνώση κάθε υποκείμενης νόσου παρέχουν τις κατευθυντήριες γραμμές για την πρόβλεψη πιθανής υποτροπής του πόνου.

Ένταση

Η ποσοτική αξιολόγηση του πόνου, γενικά, έχει σχέση με την βαρύτητα της υποκείμενης νόσου που τον προκαλεί. Όμως, η ανοχή του πόνου στα διάφορα άτομα ποικίλλει ευρέως, αλλιά και μπορεί να επηρεάζεται από το άγχος και τον φόβο των πιθανών παρεπόμενων. Μερικές φορές, ο ασθενής προσπαθεί να εντυπωσιάσει τον γιατρό σχετικά με το μέγεθος του προβλήματός του ή αντίθετα, να υποτιμήσει τα συμπτώματά του, για προσωπικούς λόγους.

Ένας χρήσιμος δείκτης είναι η επίδραση του πόνου στην καθημερινή ζωή του ασθενούς. Εξετάστε εάν ο πόνος ανάγκασε τον ασθενή να απέχει από την εργασία του ή να παραμείνει στο κρεβάτι, εάν τον εμπόδιζε να κοιμηθεί. Εάν ο ασθενής πονά κατά την επίσκεψη, η αντίδρασή του στον πόνο μπορεί να εκτιμηθεί άμεσα, αν και είναι πιθανό ο ασθενής να έχει ήδη λάβει κάποιο κατάλληλο αναλγητικό.

Η αδρή ποσοτική εκτίμηση της έντασης του πόνου μπορεί να επιτευχθεί με την χρήση μιας δεκάβαθμης κλίμακας (1-10). Ο ασθενής καλείται να βαθμολογήσει την ένταση του πόνου του, χρησιμοποιώντας την κλίμακα: το μηδέν αντιστοιχεί στο "κανένας πόνος" και το δέκα αντιστοιχεί στον "χειρότερο δυνατό πόνο που μπορείτε να φανταστείτε". Αν και η χρήση της κλίμακας είναι επίσης πολύ υποκειμενική και εξαρτώμενη από την αντίδραση του ασθενούς, διατηρεί την αξία της στην εκτίμηση της εξέλιξης του πόνου του ίδιου ασθενούς, στον χρόνο.

Ποιότητα

Η ποιότητα ή η φύση του πόνου αποτελεί επίσης προϊόν της υποκειμενικής εκτίμησης του πόνου από τον ασθενή. Αν και είναι πιθανόν να αποκαλύπτει ειδικά χαρακτηριστικά του πόνου, η κατηγοροποίηση είναι δύσκολη. Οι λέξεις που χρησιμοποιεί ο ασθενής συνδέονται με προηγούμενες εμπειρίες του, για παράδειγμα: "σουβλιιά", "μαχαιριά" ή "σφάχτης". Τέτοιοι χαρακτηρισμοί συνοδεύουν τα περισσότερα τραύματα.

Η φλεγμονή και ο πόνος από εν τω βάθει πάσχοντα όργανα, συνήθως, περιγράφονται από τον ασθενή με λιγότερο ακριβείς λέξεις όπως "κάψιμο" και "στρίψιμο". Ο κωλικός έχει ήδη αναφερθεί σε σχέση με την εντερική απόφραξη,

οπότε ο ασθενής θα παραπονείται και για την διάταση ("φούσκωμα") της κοιλίας. Η κοιλιακή διάταση χαρακτηρίζει επίσης την εγκυμοσύνη και την επίσχεση ούρων.

Ο πόνος σε μια υπό τάση, ευαίσθητη περιοχή που αυξάνει σε ένταση με κάθε καρδιακή ώση, πιθανόν, οφείλεται σε αγγειοβριθείς όγκους, οξεία φλεγμονή με ή χωρίς σχηματισμό αποστήματος, αυξημένη ενδοκράνια πίεση και αγγειακές βλάβες όπως ένα επεκτεινόμενο ανεύρυσμα, μια επιπλεγμένη αρτηριοφλεβική δυσπλασία ή επικοινωνία.

Τροποποίηση

Μερικοί από τους παράγοντες που επιταχύνουν την έλωση ή επηρεάζουν τον πόνο, πιθανόν, έχουν ήδη αποκαλυφθεί κατά την λήψη του ιστορικού. Τώρα, ρωτήστε τον ασθενή, συγκεκριμένα, τι επιδεινώνει και τι ανακουφίζει από τον πόνο και τι κάνει κατά την διάρκεια του επώδυνου επεισοδίου.

Στους παράγοντες που **επιδεινώνουν** τον πόνο περιλαμβάνονται οι καυτερές τροφές (στο πεπτικό έλκος), οι λιπαρές τροφές (στην χοληλιθίαση), η κίνηση που προκαλεί ο βήχας (στον πνευμονικό πόνο και στην περιτονίτιδα), η βάδιση (στις κακώσεις ή την ισχαιμία των κάτω άκρων), συγκεκριμένες στάσεις του σώματος όπως το κάθισμα και η όρθια στάση (στις κήλες του μεσοσπονδύλιου δίσκου, στην οσφυ) ή η ανύψωση του σκέλους (σε βαριά ισχαιμία ή στην συμπίεση των ιερών νευρικών ριζών).

Στους παράγοντες που **ανακουφίζουν** από τον πόνο περιλαμβάνονται τα αναλγητικά και συγκεκριμένα φάρμακα, όπως τα αντιόξινα. Η λήψη τροφής μπορεί να ανακουφίζει από τον πόνο του δωδεκαδακτυλικού έλκους. Η ανάπαυση του σκέλους ανακουφίζει από τον πόνο που προκαλούν πιθανές κακώσεις του. Ο έντονος πόνος της ισχαιμίας του κατώτερου κάτω άκρου βελτιώνεται όταν ο ασθενής αφήνει το πόδι να κρέμεται από το κρεβάτι.

Η εφαρμογή θερμότητας με μια θερμοφόρα, φωτιά ή ένα δοχείο με θερμό νερό χρησιμοποιείται συχνά, αλλήλ χρησιμοποιούνται και πιο ειδικές μέθοδοι, όπως ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευροδιεγέρτης. Η επαναλαμβανόμενη εφαρμογή θερμότητας, για παράδειγμα φωτιάς στις κνήμες ή θερμοφόρας στην κοιλία, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαρακτηριστικής, διάστικτης, φαιής υπέρχρωσης του δέρματος (erythema ab igne) που αποτελεί σημαντικό κλινικό σημείο.

Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς πως η απονεύρωση καθιστά μια ανατομική περιοχή αναισθητική και ως εκ τούτου θέση επαναλαμβανόμενου τραύματος και φλεγμονών εξαιτίας της απουσίας του προστατευτικού αισθήματος του πόνου. Τέτοια παραδείγματα αναγνωρίζει κανείς στην διαβητική νευροπάθεια, όπου εμφανίζονται συχνά διατραίνοντα έλκη των πελμάτων στις περιοχές που δέχονται την μέγιστη πίεση. Ακραία παραδείγματα, σε ασθενείς με λήπρα, αποτελούν η προοδευτική απώλεια δακτύλων ή και μελών.

Συνοδά συμπτώματα

Οι συστηματικές εκδηλώσεις του πόνου μπορεί να είναι

πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς. Στις πρωτοπαθείς εκδηλώσεις περιλαμβάνονται ο έμετος σε ασθενείς με πεπτικό έλκος ή η διάρροια σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Ωστόσο, τα ίδια αυτά συμπτώματα μπορούν να εμφανισθούν και ως μη ειδικά, σε ασθενείς με έντονο πόνο που δεν έχει σχέση με το πεπτικό σύστημα. Παρομοίως, η ναυτία, η κακουχία, η εφίδρωση, η αϋπνία και ο περιορισμός της λήψης υγρών και τροφής παρατηρούνται συχνά.

Η αιτία του πόνου

Είναι σημαντικό να ζητήσετε από τον ασθενή την γνώμη του για την αιτία του πόνου του. Ίσως γνωρίζει ή νομίζει πως γνωρίζει την ακριβή αιτία. Πιθανόν, όμως, να είναι φοβισμένος ή απρόθυμος να μιλήσει γι αυτό όταν διακατέχεται από σύμπλεγμα ενοχής, όπως για παράδειγμα, σε περιπτώσεις παρόντος ή προηγούμενου ιστορικού αυτοτραυματισμού. Παρόλα αυτά, όμως, και πάλι υπάρχουν κάποιες ενδείξεις της υποκείμενης αιτίας του πόνου. Παρόμοια ίχνη και ενδείξεις θα πρέπει να καταγράφονται προσεκτικά.

Ο ασθενής είναι πιθανό να έχει αφιερώσει πολύ χρόνο και σκέψη όσον αφορά στις δυναμικές αιτίες του πόνου του και είναι σημαντικό να αναγνωρίσετε και να συζητήσετε τα πιθανά άγχη του αλλήλ και να τον θεραπεύσετε, καθησυχάζοντας τον άμεσα.

Γενική κλινική εξέταση

Όταν εξετάζετε τον ασθενή, φροντίστε να είναι άνετος, χαλαρός και καθησυχασμένος. Πείτε του τι πρόκειται να κάνετε κάθε στιγμή (εάν δεν είναι ολοφάνερο) και προσπαθήστε για την μικρότερη δυνατή ενόχληση του. Το ζεστό περιβάλλον είναι απαραίτητο και κατ' αναλογία τα χέρια του εξεταστή πρέπει επίσης να είναι ζεστά. Η ιδιωτικότητα ενός μικρού δωματίου ή ενός χώρου αποκλεισμένου από μια κουρτίνα είναι απαραίτητη, όπως και ο ιδεώδης (κατά προτίμηση, φυσικός) φωτισμός.

Ο ασθενής βγάζει τα ρούχα του έως τα εσώρουχα και φορά μια εξεταστική μπλούζα. Ακολουθώντας, ξαπλώνει σε ύπτια θέση στο εξεταστικό κρεβάτι που διαθέτει προσαρμοσσιμο άνω μέρος για την στήριξη της κεφαλής, και σκεπάζεται με τον διαθέσιμο ιματισμό. Η κάθε ανατομική περιοχή θα πρέπει να εκτίθεται στον βαθμό που απαιτείται, με την ελάχιστη δυνατή ενόχληση για τον ασθενή. Η έκθεση και των δύο πλευρών κατά την εξέταση συμμετρικών ανατομικών δομών, προκειμένου να συγκρίνεται η υγιής και η πάσχουσα πλευρά (π.χ. άκρο ή μαστός) αποτελεί θεμελιώδη αρχή. Η παρουσία ενός συνεργάτη είναι απαραίτητη όταν εξετάζετε ασθενείς του αλλήλου φύλου. Η παρουσία συγγενών συνήθως αποκλείεται, εκτός εάν εξετάζετε παιδιά.

Ο εξεταστής στέκεται στην δεξιά πλευρά του ασθενούς. Η εξέταση γίνεται κατά **περιοχή** και όχι κατά σύστημα, αν και το κεντρικό νευρικό σύστημα συχνά εξετάζεται στο σύνολό του μαζί με διάφορα μέρη του κινητικού συστήματος, στο τέλος της εξέτασης.

Συνήθως, η εξέταση ξεκινά από τα χέρια και ακολουθώντας από την κεφαλή μέχρι τα πόδια, ελέγχοντας όλα τα

συστήματα. Αργότερα, τα ευρήματα μαζί με το ιστορικό καταγράφονται, συνήθως, κατά σύστημα. Η σχολαστικότητα κατά την εξέταση είναι σημαντική, η αποτελεσματικότητα και η ταχύτητα επιτυγχάνονται με την πρακτική άσκηση. Η διάρκεια της εξέτασης δεν θα πρέπει να παρατείνεται σε βαρέως πάσχοντες ή εξασθενημένους ασθενείς, ενώ σε επείγουσες καταστάσεις, η εξέταση θα πρέπει να επικεντρώνεται στις πάσχουσες περιοχές αφήνοντας την πλήρη κλινική εξέταση για αργότερα.

Γενική εντύπωση

Κατά τη λήψη του ιστορικού και την προσπάθεια θεμελίωσης της διάγνωσης, ο εξεταστής αποκτά ήδη μια πρώτη εντύπωση σχετικά με την φυσική, την πνευματική κατάσταση του ασθενούς, αλλά και την βαρύτητα της όποιας ανικανότητάς του. Η παρατήρηση του ασθενούς συνεχίζεται και κατά την κλινική εξέταση, οπότε ο εξεταστής συλλέγει πληροφορίες σχετικά με την γενική κατάσταση της υγείας του, την στάση του, την κατάσταση της προσωπικής του υγιεινής και την σωματική και πνευματική του δραστηριότητα. Αν και αρχικά ο γιατρός παρατηρεί τα εκτεθειμένα μέρη του σώματος και ιδιαίτερα τα χέρια, το δέρμα, την κεφαλή και τον τράχηλο, ο ασθενής εκτιμάται συνολικά.

Ο ασθενής μπορεί να είναι σε καλή κατάσταση, ωστόσο, προβλήματα με την λήψη τροφής και την νόσο πιθανόν να προκαλούν μεταβολές στην διατροφή και την ενυδάτωση όπως η παχυσαρκία, η απώλεια βάρους, η καχεξία, η απώλεια της σπαργής και της ελαστικότητας του δέρματος. Κατά την επίσκεψη, ζυγίστε τον ασθενή και καταγράψτε επίσης τους σφυγμούς, την αρτηριακή πίεση και τα αποτελέσματα της εξέτασης ούρων. Ο ασθενής, συνήθως, γνωρίζει το ύψος του, όμως, η ακριβής μέτρηση είναι σημαντική όταν υπάρχει υποψία ενδοκρινικών διαταραχών, οπότε καλό είναι να μετρηθούν μέλη και ανοίγματα. Η εισαγωγή για νοσηλεία υποδεικνύει συνήθως σοβαρή νόσο και απαιτεί στενότερη παρακολούθηση θερμοκρασίας, αναπνοών ανά λεπτό, κενώσεων και εξέταση σάλιου και κοπράνων.

Πνευματική κατάσταση

Η συμπεριφορά του ασθενούς είναι πιθανό να επηρεάζεται είτε από την ασυνήθη για αυτόν κατάσταση του νοσούντος είτε από την ίδια την νόσο (ιδιαίτερα, εάν υπάρχει νόσος) και να εκδηλώνεται με τις εκφράσεις του προσώπου, τον βαθμό της οπτικής επαφής, την ανησυχία, την εφίδρωση, το άγχος, την απάθεια, την κατάθλιψη, της απουσία συνεργασίας ή την επιθετικότητα. Το άγχος υποδεικνύεται από την γρήγορη αναπνοή, την ταχυσφυγμία και την εφίδρωση. Σημειώστε εάν η διανοητική κατάσταση και η προσωπικότητα του ασθενούς είναι ανάλογη των προσδοκιών από το ιστορικό ή εάν έχει μεταβληθεί σε συνάρτηση με την νόσο.

Το επίπεδο της συνείδησης που επηρεάζεται από φάρμακα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και άλλες νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος, μπορεί να εμφανίζεται επηρεασμένο: αργή και συγκεχυμένη αντίδραση, έλλειψη προσοχής, μειωμένη αντίδραση σε ηλεκτρικά και φυσικά ερεθίσματα. Ο προσανατολισμός του ασθενούς σε χρόνο, χώ-

ρο και πρόσωπα θα πρέπει να καταγράφεται. Η κλίμακα κώματος Γλασκόβης αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο τεκμηρίωσης του επιπέδου συνείδησης για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Η ομιλία του ασθενούς μπορεί επίσης, να επηρεασθεί από νόσους του κεντρικού νευρικού συστήματος, εμφανίζοντας δυσφασία ή δυσarthρία, ή βράγχος φωνής σε λaryγγικές λοιμώξεις και μυξοίδημα. Διαταραχές στην κινητική λειτουργία μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα αδυναμία ή σπαστικότητα που πιθανώς επηρεάζουν και την εκφορά του λόγου.

Η στάση και η βάδιση αλλά και άλλες κινήσεις, όπως η αφαίρεση των ενδυμάτων, θα πρέπει να παρατηρούνται. Πιθανόν να παρατηρούνται επιπρόσθετες κινήσεις, όπως ο λεπτός τρόμος του γήρατος, της θυρεοτοξίκωσης, της νόσου του Πάρκινσον και του αλκοολισμού ή ο πτερυγισμός (τρόμος) της ηπατικής, αναπνευστικής, νεφρικής και καρδιακής ανεπάρκειας ή ακόμη ειδικότερες νευρολογικές διαταραχές που προκαλούν ασυνέργεια και ακούσιες κινήσεις.

Η ψυχιατρική εκτίμηση δεν αποτελεί συνήθως μέρος της χειρουργικής κλινικής εξέτασης, όμως, εάν υπάρχουν ή υποψιάζεστε ψυχιατρικές διαταραχές, σημειώστε τη γενική συμπεριφορά και διαταραχές της συνείδησης και του προσανατολισμού. Καταγράψτε τη συναισθηματική κατάσταση, την εικόνα του εαυτού, τη διαδικασία σκέψης και το περιεχόμενό τους, ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις και ψυχαναγκαστικά φαινόμενα, και συμπεριλάβετε την εκτίμηση της γνωστικής και νοητικής λειτουργίας.

Παθολογικά προσώπια και στάσεις του σώματος

Μερικές συγγενείς και ενδοκρινικές νόσοι εμφανίζουν χαρακτηριστική γενική εικόνα που επιτρέπει την άμεση διάγνωση. Ωστόσο, πρέπει κάποιος να είναι έμπειρος για να μπορέσει να διακρίνει ελάχιστονες διαφορές και τα ακραία φυσιολογικά όρια, ώστε να αποφύγει τον κίνδυνο εσφαλμένων συμπερασμάτων. Τέτοιες συγγενείς νόσοι είναι τα σύνδρομα Down, Turner και Marfan, η αχονδροπλασία και η τηλαγγειεκτασία. Στις ενδοκρινικές διαταραχές περιλαμβάνονται η ακρομεγαλία, η νόσος του Cushing, το μυξοίδημα και η θυρεοτοξίκωση. Άλλες νόσοι που επιτρέπουν την επί τόπου διάγνωση είναι η νόσος Paget, η νόσος του Parkinson και μυοπάθειες (βλέπε κεφάλαιο 2). Στο τέλος του κεφαλαίου, έχουν προστεθεί μερικές γενικές καταστάσεις όπως η απώλεια βάρους, η αφυδάτωση, το οίδημα και ο πυρετός άγνωστης αιτιολογίας, αλλά και παραδείγματα από τις παραπάνω αναφερόμενες νόσους. Σε άλλα κεφάλαια περιγράφονται χαρακτηριστικά σημεία της νεφρικής και της ηπατικής ανεπάρκειας.

Οι άκρες χείρες

Η γενική κλινική εξέταση ξεκινά από τα χέρια. Η εφίδρωση ή παθολογικές διαταραχές των μαλακών μορίων έχουν ίσως ήδη παρατηρηθεί κατά την αρχική χειραψία. Οι άκρες χείρες μπορεί να είναι ασυνήθιστα μεγάλες, όπως στην μεγαλακρία ή μικρές και παραμορφωμένες, πιθανώς εξαιτίας κάποιας προηγούμενης κάκωσης ή συστηματικής νόσου. Διαταραχές στο δέρμα της παλάμης και της ραχιαίας επι-



■ **Εικόνα 1.1.** Η άκρα χείρ στη μεγαλακρία είναι μεγάλη με πηλανά και μακριά δάκτυλα.



■ **Εικόνα 1.3.** Υπέρχρωση μιας περιοχής ατοπικού εκζέματος στον καρπό ασθενούς με νόσο Addison.

φάνειας γίνονται πιο εύκολα αντιληπτές σε άτομα της λευκής φυλής, όμως, είναι ορατές σε όλες τις φυλές και θα πρέπει να αναζητούνται. Στις διαταραχές αυτές περιλαμβάνονται η ωχρότητα, η κυάνωση, η πολυκυτταραιμία, η εναπόθεση χρωστικών (Εικ.1.2), εκδορές, εξανθήματα (Εικ.1.3 και 1.4) και η χρώση από νικοτίνη. Πολλά από αυτά τα ευρήματα αναγνωρίζονται ευκολότερα στο δέρμα της κεφαλής και του τραχήλου και συζητούνται λεπτομερέστερα στην επόμενη ενότητα.

Τα νύχια

Τα νύχια μπορούν να αποτελέσουν δείκτη τοπικών και συστηματικών νόσων. Μπορεί να υπολείπονται σε ανάπτυξη, να είναι εύθραπτα και παραμορφωμένα. Η ονυχοφαγία αναγνωρίζεται από την απουσία προεξοχής των νυχιών σε όλα τα δάκτυλα και των δυο χεριών. Υπονύχιες λευκωπές κηλίδες (leukonychia punctata) (Εικ.1.6) συνοδεύουν ελάσσονα τραύματα. Η ωχρότητα της αναιμίας (Εικ.1.7) και της υπολευκωματιναιμίας, όπως και ο ίκτερος και η κυάνωση (Εικ.1.8) αναγνωρίζονται συνήθως εύκολα. Οι διάστικτες



■ **Εικόνα 1.4.** Εξάνθημα της ραχιαίας επιφάνειας της άκρας χειρός, σε ασθενή με δισκοειδή ερυθματώδη λύκο.



■ **Εικόνα 1.2.** Υπέρχρωση του δέρματος της ραχιαίας επιφάνειας της άκρας χειρός, σε έναν καυκάσιο ασθενή με σύνδρομο Nelson.



■ **Εικόνα 1.5.** Χρώση των δακτύλων από νικοτίνη, σε βαρύ καπνιστή.



■ **Εικόνα 1.6.** Λευκωπές βλάβες των νυχιών που υποδεικνύουν προηγούμενο τραύμα.

βλάβες των νυχιών είναι συχνές στην ψωρίαση (Εικ. 1.9). Υπονύχιες αιμορραγίες που μοιάζουν με ακίδες (Εικ. 1.10) και αναγνωρίζονται ως επιμήκεις φαιές γραμμώσεις στο μέσο του νυχιού, εμφανίζονται στην υποξεία βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα και σε αγγειακές διαταραχές. Η κοίλωση του νυχιού (κοίλωνυχία) παρατηρείται στην σιδηροπενική αναιμία (Εικ.1.11).

Η εμφάνιση εγκάρσιων αυλάκων σε παρόμοιο επίπεδο, στα νύχια διαφόρων δακτύλων (γραμμές Beau, Εικ.1.12) ίσως σηματοδοτεί αναπτυξιακές διαταραχές σχετιζόμενες με την έναρξη βαριάς συστηματικής νόσου. Το τόξο επάνω στην βάση του νυχιού μπορεί να γίνει καστανό (γραμμές Meil) στην νεφρική ανεπάρκεια, σε δηλητηριάσεις και σε μερικές φλεγμονώδεις νόσους. Λοιμώξεις γύρω από το νύχι (παρονυχίτιδα, Εικ.1.13) είναι συχνές, ωστόσο, πρέπει πάντα να αποκλείεται η παρουσία σακχαρώδους διαβήτη.

Πληκτροδακτυλία

Στην πληκτροδακτυλία, οι ιστοί στην βάση του νυχιού παχύνονται και η γωνία που σχηματίζει η βάση του νυχιού με



■ **Εικόνα 1.7.** Το χρώμα των νυχιών σε αναιμικό ασθενή.



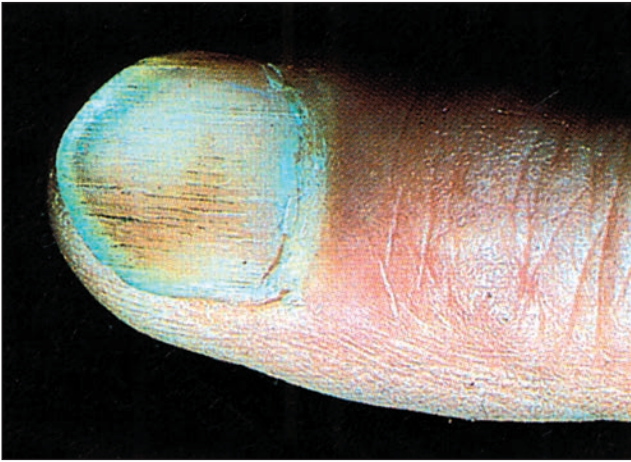
■ **Εικόνα 1.8.** Εκσεσημασμένη κυάνωση των νυχιών σε ασθενή με τετραλογία Fallot.



■ **Εικόνα 1.9.** Διάστικτες βλάβες των νυχιών σε ασθενή με ψωρίαση.



■ **Εικόνα 1.10.** Υπονύχιες αιμορραγίες που συνοδεύουν την βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα.



■ **Εικόνα 1.11.** Εντύπωμα με σχήμα κουταλιού, σε ασθενή με κοιλιονυχία.



■ **Εικόνα 1.13.** Παρονυχία ροϊμωξη, γύρω από το πλάγιο άκρο του νυχιού.

το γειτονικό δέρμα του δακτύλου (φυσιολογικώς, περίπου 160°) απαλείφεται. Η άσκηση ήπιας πίεσης στη βάση του νυχιού προκαλεί δυσανάλογη κίνηση της κοίτης. Το νύχι χάνει την επιμήκη του διαμόρφωση και κυρτώνει από πάνω προς τα κάτω και από την μια προς την άλλη πλευρά. Στα όψιμα στάδια εμφανίζεται συνοδός διόγκωση των κορυφών των δακτύλων. Η υπερτροφική πνευμονική οστεοarthropathy μπορεί να συσχετίζεται με την πηληκτροδακτυλία στο βρογχογενές καρκίνωμα (Εικ.1.14). Σε αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να αναζητείται πιθανή συμμετοχή της άρθρωσης του καρπού.

Η πηληκτροδακτυλία εμφανίζεται και στους άκρους πόδες (Εικ. 1.15), ιδιαίτερα, εάν είναι συγγενής. Συνήθεις αιτίες της πηληκτροδακτυλίας είναι το καρκίνωμα και οι πυώδεις καταστάσεις των πνευμόνων (βρογχεκτασία, απόστημα πνεύμονα, εμπύημα), οι συγγενείς καρδιοπάθειες και η ροϊμώδης ενδοκαρδίτιδα. Λιγότερο συχνές αιτίες είναι η πνευμονική ίνωση, η ινώδης κυψελίτιδα, η πνευμονική φυματίωση, το μεσοθηλίωμα, η κυστική ίνωση, η κοιλιόκακη, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, η κίρρωση (Εικ.1.16),



■ **Εικόνα 1.14.** Πηληκτροδακτυλία σε ασθενή με βρογχογενές καρκίνωμα.



■ **Εικόνα 1.12.** Γραμμές του Beau.



■ **Εικόνα 1.15.** Συγγενής πηληκτροδακτυλία των άκρων ποδών.



■ **Εικόνα 1.16.** Πληκτροδακτυλίτις σε ασθενή με ηπατική κίρρωση.

η δυσαπορρόφηση, η θυρεοτοξίκωση και οι βρογχικές αρτηριοφλεβικές δυσπλασίες.

Δέρμα

Η εξέταση του δέρματος στις παλάμες υποδεικνύει τον τύπο της εργασίας του ασθενούς. Τεντώστε το δέρμα και εξετάστε το χρώμα του στις αύλακες καθώς παρέχει περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τις περισσότερες εκτεθειμένες περιοχές. Το ερύθημα του παλαμιαίου δέρματος είναι περισσότερο εμφανές στο θέναρ και το υποθέναρ (Εικ. 1.17) και αποτελεί σημαντικό εύρημα σε ηπατοπάθειες, αλλήλα και στην εγκυμοσύνη, τη θυρεοτοξίκωση, την πολυκυτταραιμία, τη ηευχαιμία, σε χρόνια εμπύρετα νοσήματα και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σε ασθενείς με ηπατοπάθεια είναι πιθανό να ανευρεθούν επίσης αραχνοειδείς σπίλιοι (spider naevi, Εικ. 1.18α, β). Το δέρμα στη ραχιαία επιφάνεια της άκρας χειρός είναι χρήσιμο σημείο για την εξέταση της σπαργής, γενικευμένης υπέρχρωσης (Εικ. 1.19-1.21) και εκχυμώσεων (Εικ. 1.22). Άλλες παθολογικές δερματικές βλάβες (Εικ. 1.23-1.25) αναφέρονται στη σελίδα 182. Η χαλιάρωση του δέρματος (Εικ. 1.26) ανευρίσκεται σε ηλικιωμένους, αλλήλα μπορεί να υποδηλώνει και γενι-



■ **Εικόνα 1.17.** Παλαμιαίο ερύθημα σε ασθενή με χρόνια ηπατική ανεπάρκεια.



■ **Εικόνα 1.18.** Πρωτοπαθής χολική κίρρωση. (α) Κίτρινη χρώση του σκληρού χιτώνα εξαιτίας του ικτέρου. (β) Αραχνοειδής σπίλιος. Πρόκειται συνήθως για αποτέλεσμα παθολογικών διεργασιών στον υποδόριο συνδετικό ιστό, ειδικά σε ηπατοπάθειες, που προκαλούν την κατά τόπους διάταση μικρών αγγείων. Μπορεί, επίσης, να είναι συγγενούς αιτιολογίας.



■ **Εικόνα 1.19.** Acanthosis nigricans. Χρώση και πάχυνση του δέρματος που συνοδεύει υποκείμενη κακοήθη νόσο. Είναι συχνή σε μεγαλύτερες ηλικίες, συνοδεύεται από κνησμό και ανευρίσκεται συχνά στις βουβώνες, τα χέρια και το πρόσωπο. Μπορεί επίσης να προσβάλλει τον βλεννογόνο του στόματος.



■ **Εικόνα 1.20.** Λεύκη: αυτοάνοση καταστροφή των μελανοκυττάρων, συχνά συνοδευόμενη από άλλες αυτοάνοσες νόσους. Η κατάσταση μπορεί να είναι οικογενής και οι βλάβες μερικές φορές αναπτύσσονται εξαλληασόμενες σε μελάνωμα.



■ **Εικόνα 1.23.** Δερμογραφισμός. Η ουρτικήαρία αποτελεί παροδικό οίδημα με ή χωρίς ερυθρότητα που προκαλείται από φυσικούς και χημικούς παράγοντες. Ο δερμογραφισμός που παρουσιάζεται στην εικόνα αποτελεί αντίδραση υπερευαισθησίας στο ξύσιμο.



■ **Εικόνα 1.21.** Ερύθημα ab igne. Η δικτυωτή χρώση είναι αποτέλεσμα επανειλημμένης εφαρμογής θερμότητας. Στην προκειμένη περίπτωση, χρησιμοποιείτο φιάλη με καυτό νερό για την ανακούφιση από τοπικό πόνο.



■ **Εικόνα 1.24.** Δερματίτιδα από φωτοευαισθησία. Το ηλιακό έγκαυμα εμφανίζεται μερικές ώρες μετά την έκθεση, όμως, η φωτοευαισθησία εμφανίζεται αμέσως, ειδικά σε περιοχές που δεν εκτίθενται συχνά στον ήλιο.



■ **Εικόνα 1.22.** Εκχύμωση. Τα άτομα εμφανίζουν διαφορετική ευαισθησία ως προς την ανάπτυξη εκχυμώσεων, ωστόσο, η αυτόματη ή η υπερβολική εμφάνισή τους απαιτεί διερεύνηση.



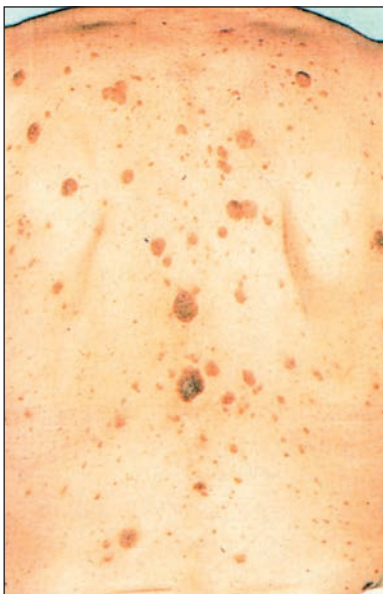
■ **Εικόνα 1.25.** Αποφολιδωτική δερματίτιδα. Η δερματίτιδα είναι φλεγμονή του δέρματος και μπορεί να εμφανίζεται ως αντίδραση σε κάποιο αλλεργιογόνο, αν και η αιτία παραμένει συνήθως άγνωστη.



■ **Εικόνα 1.26.** Χαλάρωση του δέρματος. Με την ηλικία, το δέρμα καθίσταται λεπτότερο και χάνει την ελαστικότητά του.

κευμένη αφυδάτωση, σε κάθε ηλικία. Παρόμοια, οι εκχυμώσεις και η γεροντική κεράτωση (Εικ. 1.27), αν και φυσιολογικά ευρήματα σε ηλικιωμένους ασθενείς, είναι πιθανό να αποτελούν ενδείξεις νόσου. Δερματικά οζίδια και σπίλοι είναι συχνά ευρήματα (σελ. 199).

Σημειώστε την τροφική κατάσταση των άκρων των δακτύλων στη σκληροδερμία (Εικ. 1.28), τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Εικ. 1.29), σε άλλες νόσους του κολληγόνου και σε ισχαιμικές καταστάσεις. Στις τελευταίες, η απώλεια του πολφού του δακτύλου και η παρουσία μικρών εξελκώσεων στα άκρα, είναι πιθανή. Στη λοιμώδη ενδοκαρδίτιδα ανευρίσκονται επώδυνα οζίδια στην άκρη των δακτύλων (οζίδια του Osler). Η πάχυνση της παλαμιαίας περιτονίας (σύσπαση Dupuytren, Εικ. 1.30) μπορεί να είναι ιδιοπαθής, κληρονομική ή να συνοδεύει την ηπατική κίρρωση και διάφορες διαταραχές του πεπτικού συστήματος και των πνευμόνων.



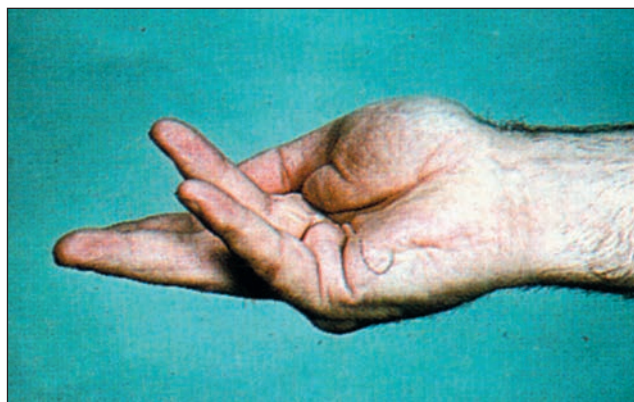
■ **Εικόνα 1.27.** Γεροντική κεράτωση. Το ηλικιωμένο δέρμα εκτεθειμένο στα καιρικά στοιχεία, τις εκχυμώσεις και τις χρωστικές, παρουσιάζει μερικές φορές κεχωρωμένη υπερκεράτωση, ιδιαίτερα σε περιοχές που υφίστανται συνεχή τριβή ή είναι μόνιμα εκτεθειμένες στα καιρικά στοιχεία.



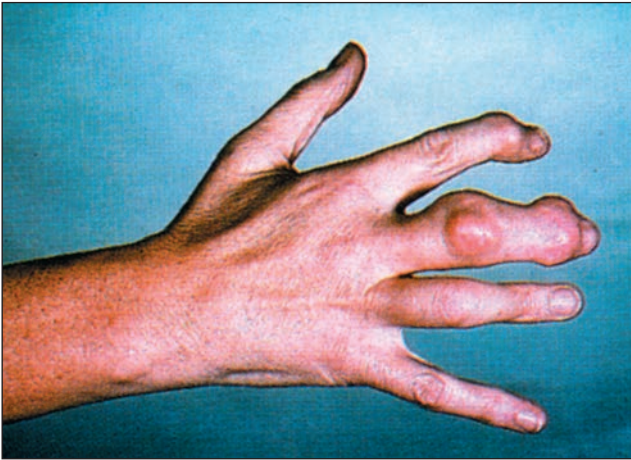
■ **Εικόνα 1.28.** Στη σκληροδερμία υπάρχει πολλαπλασιασμός και φλεγμονώδης διήθηση του συνδετικού ιστού. Συνήθως, προσβάλλει το δέρμα και προκαλεί νέκρωση ή άλλης διαταραχές στους ιστούς.



■ **Εικόνα 1.29.** Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Οι χρόνιες φλεγμονώδεις αλλοιώσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας προσβάλλουν περισσότερο τις αρθρώσεις προκαλώντας παραμόρφωση και δυσλειτουργία.



■ **Εικόνα 1.30.** Σύσπαση Dupuytren.



■ **Εικόνα 1.31.** Η ατροφία των μικρών μυών της άκρας χειρός είναι συνήθως αποτέλεσμα γενικευμένης απώλειας βάρους ή ειδικών διαταραχών της νεύρωσης των μυών.

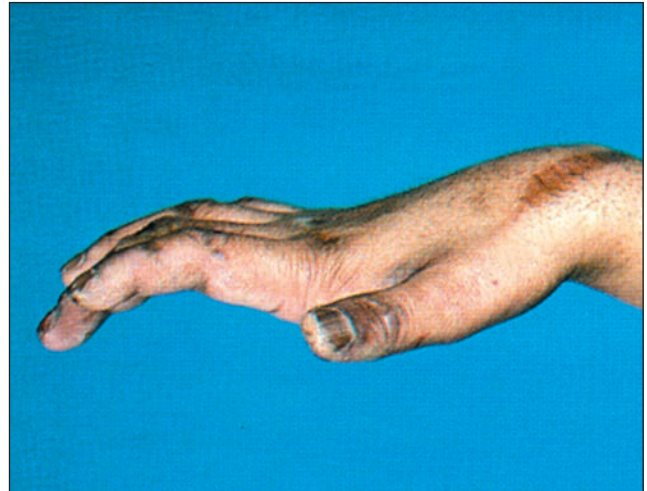
Μύες και αρθρώσεις

Οι μικροί μύες της άκρας χειρός παρέχουν μια πρώτη ένδειξη της γενικής εικόνας του μυϊκού συστήματος και της μυϊκής ατροφίας, καθώς επίσης και της κάκωσης των περιφερικών νεύρων. Σημειώστε, ιδιαίτερα στη ραχιαία επιφάνεια, την καχεξία των μεσώστεων μυών του αντίχειρα και του δείκτη (Εικ. 1.31) και την απώλεια της μυϊκής μάζας εν τω βάθει των μακρών εκτεινόντων τενόντων. Στις τοπικές αιτίες της μυϊκής ατροφίας περιλαμβάνονται το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα, κεντρικότερες βλάβες του μέσου και του ωλήνιου νεύρου καθώς και των ριζών τους (Εικ. 1.32), η νόσος του κινητικού νευρώνα, η πολιομυελίτιδα, η συριγγομυελία, η περιφερική νευροπάθεια και η ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Οι αρθρώσεις της άκρας χειρός προσβάλλονται συχνά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (σελ. 432) και μερικές φορές, οι άπω φαθαγοφαθαγγικές αρθρώσεις προσβάλλονται στην οστεοαρθρίτιδα (Εικ. 1.33).



■ **Εικόνα 1.32.** Λέπρα. Η μυϊκή ατροφία οφείλεται σε περιφερική νευροπάθεια.



■ **Εικόνα 1.33.** Όζοι του Heberden: φλεγμονώδεις όζοι του δέρματος πάνω από τις προσβεβλημένες από οστεοαρθρίτιδα αρθρώσεις.

Η εξέταση του σφυγμού περιγράφεται λεπτομερώς στο κεφάλαιο 28 (σελ. 485), αλλή εδώ, κατά την γενική εξέταση του ασθενούς, θα πρέπει να αναζητείται ο σφυγμός, να μετρείται για τουλάχιστον μισό λεπτό και να καταγράφονται ανωμαλίες στο εύρος, τον χαρακτήρα και τον ρυθμό. Η συχνότητα των σφυγμών κατά τη γέννηση είναι 135 ανά λεπτό, μειώνεται στους 100 σφυγμούς ανά λεπτό στα 5 έτη, στους 80 στους έφηβους και τους 72 σφυγμούς ανά λεπτό, στους ενήλικες. Αυτή είναι και η κατάλληλη στιγμή να μετρήσετε την αρτηριακή πίεση, καθώς η μέτρηση είναι εύκολη να παραληφθεί εάν δεν ενσωματώνεται ως ρουτίνα στη συστηματική εξέταση του ασθενούς.

Η αρτηριακή πίεση

Το άνω άκρο αποκαλύπτεται πλήρως και ο ασθενής κάθετα ή ξαπλώνει στο εξεταστικό κρεβάτι. Χρησιμοποιείται πάντα περιχειρίδα κατάλληλου μεγέθους, για τους ενήλικες μήκους 12,5 εκ. Η περιχειρίδα θα πρέπει να εφαρμόζεται ομαλά και πλήρως γύρω από τον βραχίονα, χωρίς να εμποδίζει τη μασχάλη ή τον αγκωνιαίο βόθρο. Για τα παιδιά, είναι διαθέσιμες μικρότερες περιχειρίδες. Η χρήση μικρής περιχειρίδας είναι πιθανό να σημαίνει ψευδώς υψηλή τιμή, ενώ η χρήση μεγάλης περιχειρίδας εμποδίζει την πρόσβαση στη βραχιόνια αρτηρία. Το μανόμετρο θα πρέπει να βρίσκεται στο ύψος των ματιών του εξεταστή.

Ο κερκιδικός σφυγμός ψηλαφάται καθώς εμφυσείται ο αεροθάλαμος της περιχειρίδας. Η πίεση αυξάνεται, έως περίπου τα 30 mmHg, πάνω από το σημείο στο οποίο εξαφανίζεται ο σφυγμός. Το σπληνοσκόπιο εφαρμόζεται ήπια πάνω από την βραχιόνια αρτηρία, προς τα έσω του αγκωνιαίου βόθρου, και η πίεση στον αεροθάλαμο αφήνεται να υποχωρεί σταθερά, περίπου κατά 5 mmHg. Η ένδειξη του μανόμετρου όταν ακροάται για πρώτη φορά ο ήχος του σφυγμού αποτελεί τη συστολική αρτηριακή πίεση. Η ένδειξη του μανόμετρου όταν ο ήχος εξασθενεί απότομα ή εξαφανίζεται,

αποτελεί τη διαστολική αρτηριακή πίεση. (Ήχοι Korotkoff: I – εμφάνιση, IV – απόσβεση, V – εξαφάνιση).

Σε ασθενείς με νόσο του καρδιαγγειακού συστήματος, η αρτηριακή πίεση μετριέται και στα δύο χέρια και σε ασθενείς με υπέρταση (υπό αγωγή ή μη) σε ύπτια και σε όρθια θέση. Εάν ο ασθενής είναι αγχώδης, είναι πιθανόν να καταγραφεί ψευδώς θετική ένδειξη σε συνδυασμό με ταχυσφυγμία. Όταν ανευρίσκονται παθολογικές τιμές, η μέτρηση θα πρέπει να επαναλαμβάνεται. Μεταξύ των μετρήσεων, η πίεση στον αεροθάλαμο θα πρέπει να μηδενίζεται.

Σε ασθενείς με περιφερική αγγειοπάθεια, η αρτηριακή πίεση μετριέται και στα κάτω άκρα. Για την μέτρηση αυτή απαιτείται η χρήση πηλατύτερου αεροθαλάμου, ικανού να συμπίεσει τον μηρό και η χρήση ηχοβοηθία Doppler για τον έλεγχο της παρουσίας η μη περιφερικού σφυγμού. Η συστολική πίεση είναι η ένδειξη του μανόμετρου όταν επανεμφανίζεται ηχητικώς ο σφυγμός κατά την προοδευτική αποσυμπίεση του αεροθαλάμου.

Το πρόσωπο

Η γενικευμένη απώλεια βάρους καθίσταται εμφανής στη μεταβολή του περιγράμματος του προσώπου και του τραχήλου. Το πλεονάζον υγρό των ιστών (οίδημα, Εικ. 1.34) ακολουθώντας τη βαρύτητα αναγνωρίζεται συνηθέστερα στα κάτω άκρα, προς το τέλος της ημέρας. Είναι όμως πιθανό να εμφανίζεται στο πρόσωπο, ιδιαίτερα στα βλεφάρια, μετά την νυκτερινή κατάκλιση. Εντοπισμένο οίδημα της κεφαλής, του τραχήλου και των άνω άκρων παρουσιάζεται στην απόφραξη της άνω κοίτης φλέβας, αλλιώς και το οίδημα του μυξοιδήματος μπορεί να είναι ιδιαίτερα εμφανές στα βλεφάρια μαζί με μεταβολές του δέρματος και της τριχοφυΐας (Εικ. 1.35, 1.36).



■ Εικόνα 1.34. Οίδημα προσώπου.



■ Εικόνα 1.35. Ιδιοπαθής τριχοφυΐα. Συνήθως πρόκειται για την εμφάνιση ανδρικού τύπου τριχοφυΐας σε γυναίκα ασθενή. Η γυναικεία τριχοφυΐα αν και ποικίλει στις διάφορες φυλές, εμφανίζεται αυξημένη σε κάποιες ενδοκρινικές διαταραχές.

Ενώ η ωχρότητα και η κυάνωση στα χέρια μπορεί να οφείλονται στο ψύχος ή σε τοπική αρτηριοπάθεια, τα ίδια σημεία στη ζεστή, κεντρική περιοχή των χειλιών και της γλώσσας υποδεικνύουν συστηματική αιτία. Η ωχρότητα της αναιμίας αναγνωρίζεται ευκολότερα στους βλεννογόνους, αν και το εύρημα στερείται ειδικότητας. Η έσω επιφάνεια του κάτω βλεφάρου είναι σημαντικό σημείο για την αναζήτηση της ωχρότητας, όπως και οι βλεννογόνοι και οι αύλακες στις παλάμες.

Η κυάνωση είναι η κυανή χρώση που λαμβάνει το δέρμα εξαιτίας του αποξυγονωμένου αίματος. Καθώς, για την



■ Εικόνα 1.36. Αλωπεκία. Η μετωπιαία υποχώρηση της τριχοφυΐας και η ήεπνωση του τριχωτού της κεφαλής έχει σχέση με την ηλικία και το φύλο. Παρατηρείται επίσης σε συνδυασμό με διάφορες καταστάσεις, ιδιαίτερα κατά την χρήση κυτταροστατικών φαρμάκων.



■ **Εικόνα 1.37.** Κυάνωση σε βρέφος με καρδιοπάθεια.

ορατή κυάνωση απαιτείται η κατ' ελάχιστον παρουσία αποκορεσμένου αίματος 5 mg/dl, δεν παρατηρείται κυάνωση σε σοβαρή αναιμία. Η κυάνωση παρατηρείται καλύτερα σε περιοχές με πλούσιο αγγειακό δίκτυο, όπως η γλώσσα και τα χείλη, αλλά μπορεί να παρατηρηθεί, επίσης, στα λοβία των ώτων και στις ονυχοφόρες φάλαγγες των δακτύλων. Ωστόσο, στις τελευταίες, το εύρημα μπορεί να οφείλεται σε αγγειοσύσπαση ως αντίδραση στο ψύχος, με αποτέλεσμα την εμφάνιση περιφερικής κυάνωσης παρά τον φυσιολογικό κορεσμό του αίματος σε οξυγόνο.

Η κεντρική κυάνωση οφείλεται συνήθως σε καρδιοαναπνευστικές διαταραχές (Εικ. 1.37, 1.38), αλλά παρατηρείται και σε υψηλά υψόμετρα, με μεθαιμοσφαιριναιμία και θηοαιμοσφαιριναιμία. Στις καρδιακές διαταραχές περιλαμβάνεται ένας αριθμός συγγενών καρδιοπαθειών με διαφυγή αίματος από τα δεξιά προς τα αριστερά, ενώ στις άλλες αιτίες της κυάνωσης περιλαμβάνονται ο υποαερισμός (κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, υπερβολική δόση οπιοειδών), η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και διαταραχές αερισμού-αιμάτωσης (πνευμονική εμβολή, πνευμονικές διαφυγές, αρτηριοφλεβικές επικοινωνίες). Η



■ **Εικόνα 1.38.** Κυάνωση σε παιδί με μονήρη καρδιακή κοιλία.



■ **Εικόνα 1.39.** Ερύθημα ζυγωματικών. Το ερύθημα του προσώπου παρατηρείται σε άτομα που εκτίθενται συνεχώς στα καιρικά στοιχεία αλλά και σε ασθενείς με στένωση της πνευμονικής ή της μιτροειδούς βαλβίδας. Ανευρίσκεται επίσης σε ασθενείς με σύνδρομο Cushing, καρκινοειδές σύνδρομο και νόσους του κολλαγόνου.

κυάνωση είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί σε μελαμψούς ασθενείς με αναιμία. Πορφυρό-κυανό χρώμα του δέρματος είναι δυνατό να παρατηρηθεί και σε ασθενείς με πολυκυτταραιμία (υπερβολικός αριθμός κυκλοφορούντων ερυθρών αιμοσφαιρίων) μιμούμενο την κυάνωση. Ωστόσο, στους ασθενείς αυτούς, η κυανή απόχρωση παρατηρείται και στις παρειές και τις ραχιαίες επιφάνειες των άκρων χειρών (Εικ. 1.39, 1.40).

Ο ίκτερος είναι η κίτρινη απόχρωση του δέρματος που οφείλεται στη κυκλοφορία χολοχρωστικών. Ο ήπιος ίκτερος αναγνωρίζεται εύκολα στους σκληρούς χιτώνες των οφθαλμών (Εικ. 1.18a). Μην συγχέετε την ομοίμορφη κίτρινη χρώση του ικτέρου, με τον κιτρινωπό περιφερικό αποχρωματισμό του σκληρού χιτώνα που μπορεί να παρατηρηθεί σε μερικά άτομα. Καθώς ο ίκτερος επιτείνεται, παρατηρείται κίτρινη απόχρωση του δέρματος που προοδευτικά εξελίσσεται προς το κίτρινο/πορτοκαλί ή ακόμη και το καστανό, σε υψηλές τιμές της χολερυθρίνης στο πλά-



■ **Εικόνα 1.40.** Ερύθημα προσώπου σε ασθενή με καρκινοειδές σύνδρομο.



■ **Εικόνα 1.41.** Πτωχή οδοντοστοιχία.

σμα. Άλλες γενικευμένες διαταραχές στη χρώση του δέρματος περιγράφονται στην σελίδα 199.

Το στόμα

Το στόμα αποτελεί αξιόλογο δείκτη της συστηματικής νόσου αλλά και της τοπικής παθολογίας. Η εμβρυολογική του προέλευση είναι σύνθετη, καθώς αποτελεί το σημείο της συμβολής του εξωδέρματος και του ενδοδέρματος, ενώ στον σχηματισμό του συμμετέχει και το μεσόδερμα των φαρυγγικών τόξων. Οι μύες της γλώσσας προέρχονται από υποϊνιακούς σωμίτες που μεταναστεύουν προς τα εμπρός, γύρω από τον φάρυγγα, ακολουθούμενοι από τα αντίστοιχα νεύρα. Η σύνθετη αυτή εμβρυολογική προέλευση αντανακλάται στην ποικιλία των νόσων που εμφανίζονται στην περιοχή του στόματος και περιλαμβάνουν διαταραχές του δέρματος και του βλενογόννου μαζί με άλλες παθολογικές και χειρουργικές βλάβες.

Η αναπνοή θα πρέπει να ελέγχεται για δυσσομία (foetor oris) ενδεικτική αναπνευστικής νόσου, νόσου του ανώτερου πεπτικού ή συστηματικής νόσου. Η πυώδης στοματική ροίμωξη που προκαλεί δυσσομία του στόματος, συνήθως, αφορά στα ούλα, σε ασθενείς με ελλιπή οδοντοστοιχία (Εικ. 1.41). Η στοματική καντιντίαση (Εικ. 1.42, λευκωπή μυκητιασική επικάλυψη) ανευρίσκεται σε συνδυασμό με σοβαρές νόσους, παρατεταμένη λήψη αντιβιοτικών ή στεροειδών, ανοσολογικές νόσους (όπως, η σαρκοείδωση), ανοσοανεπάρκεια (όπως, η HIV ροίμωξη) και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Κάποια φάρμακα (όπως, η παραλδεΐδη) προκαλούν χαρακτηριστική οσμή της αναπνοής.

Ρινικές ροιμώξεις και παραρρινοκοιλίτιδες, αλλά και εκφυλιστικοί όγκοι στις περιοχές αυτές, είναι πιθανό να προκαλούν δυσσομία της αναπνοής, όπως και η βρογχεκτασία.

Η δυσσομία του στόματος μπορεί να οφείλεται επίσης σε γαστρεντερίτιδα, απόφραξη του πυλωρού, του λεπτού ή του παχέος εντέρου, αλλά και στην υπερβολική κατανά-

ληψη τροφής ή αλκοόλ. Στις τελευταίες περιπτώσεις, η αποφορά είναι χαρακτηριστική του χρόνου και της ποσότητας που καταναλώθηκε.

Στις συστηματικές νόσους που προκαλούν χαρακτηριστική δυσσομία της αναπνοής περιλαμβάνονται η διαβητική κετοξέωση, η νεφρική και η ηπατική ανεπάρκεια. Η γλυκιά αποφορά της κετωτικής αναπνοής έχει σχέση με την ανεπάρκεια ινσουλίνης αλλά πιθανώς και με τον αυξημένο μεταβολικό ρυθμό (όπως, σε ασθενείς με πυρετό, σε νηστεία), ιδιαίτερα, σε παιδιά.

Εξέταση του στόματος

Η εξέταση του στόματος απαιτεί καλό φωτισμό που εξασφαλίζεται είτε με τον φυσικό φωτισμό είτε με τη χρήση ειδικού λαμπτήρα. Η χρήση του γλωσσοπίεστρου επιτρέπει την παρατήρηση των χειλιών, των παρειών και της γλώσσας, σε κάθε σημείο. Όταν χρειάζεται, βοηθά η χρήση του οδοντικού καθρέπτη. Η ψηλάφηση γίνεται με το δάκτυλο (χρησιμοποιώντας γάντι), ενώ, το άλλο χέρι βοηθά στην αμφίχειρη εξέταση του εδάφους του στόματος και των παρειών. Η γλώσσα συλλαμβάνεται με μια γάζα και φέρεται προς τα εμπρός για να εξετασθούν οι πλευρές της και οι γειτονικές ανατομικές δομές.

Οι ειδικές διαταραχές της γλώσσας (όπως, οι συγγενείς ανωμαλίες) και οι καλοήθειες και κακοήθειες όγκοι της αναφέρονται στην σελ. 271. Η γλώσσα όμως, αποτελεί επίσης, έναν καλό δείκτη συστηματικής νόσου. Η γεωγραφική ποικιλομορφία της χρώσης και του σχεδίου των θηλών είναι μεγάλη, ωστόσο, η ωχρότητα της αναιμίας, η



■ **Εικόνα 1.42.** Στοματική καντιντίαση.

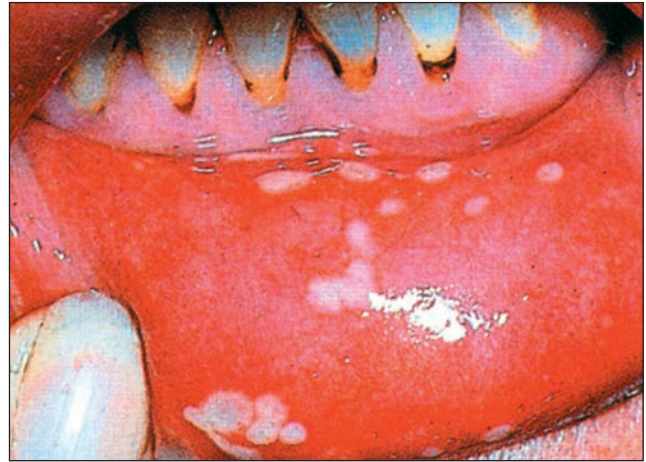
κεντρική κυάνωση και η κιτρινωπή απόχρωση του ικτέρου αναγνωρίζονται σε όλες τις φυλές.

Πολλές επιστρώσεις της γλώσσας στερούνται κλινικής σημασίας ή απλώς, αντανακλούν ένα πρόσφατο γεύμα. Οι φυτικές ίνες των τροφών μπορούν να απομακρύνουν την επίστρωση, και έτσι, πράγματι η επίστρωση έχει σχέση με την διατροφή. Διαιτητικές ανεπάρκειες, όπως, η έλλειψη βιταμίνης C και D μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα μια παθολογικώς λεία γλώσσα. Η επίστρωση είναι μεγαλύτερη σε καπνιστές και σε άτομα που αναπνέουν με το στόμα. Στους δεύτερους, η αναπνοή από το στόμα είναι πιθανό να αφυδατώνει την επιφάνεια της γλώσσας. Ωστόσο, η στεγνή γλώσσα μαζί με την απώλεια της σπαργής του δέρματος και τα βυθισμένα μάτια αποτελούν χρήσιμο δείκτη της γενικής κατάστασης αφυδάτωσης του ασθενούς, μετεγχειρητικώς, επί πυρετού και επί μειωμένης πρόσληψης υγρών. Ατροφία της γλώσσας μαζί με γωνιαία στοματίτιδα (Εικ. 1.43) και διαταραχές του γαστρικού βλενογόννου, παρουσιάζεται στο σύνδρομο Plumber-Vincent.

Εξέλκωση της γλώσσας

Η εξέλκωση της γλώσσας είναι συχνό εύρημα, συνήθως, σε οδοντικούς τραυματισμούς και αφθώδη έλκη. Στην πρώτη περίπτωση, πιθανόν υπάρχει αιχμηρή οδοντική προεξοχή ή ατελώς εφαρμόζουσες τεχνητές οδοντοστοιχίες (εξετάστε προσεκτικά τα ούλη για συνοδές βλάβες). Το δήγμα της γλώσσας είναι συχνό σε πτώσεις, απώλεια συνείδησης, αθλητικές ή άηλες κακώσεις. Ψαροκόκαλα μπορούν να ενσφηνωθούν στη γλώσσα αήλη και σε οποιοδήποτε σημείο του πεπτικού σωλήνα προκαλώντας τραύμα και λοίμωξη.

Τα αφθώδη έλκη (Εικ. 1.44) μπορεί να συνοδεύουν γενικευμένη νόσο, όμως, συνήθως είναι άγνωστης αιτιολογίας. Τα έλκη μπορεί επίσης να συνοδεύουν φλεγμονώδη εξεργασία της γλώσσας. Η γλωσσίτιδα αυτή, επίσης, είναι πιθανό να έχει σχέση με γενικευμένη νόσο. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι φαρμακευτικές αντιδράσεις, όπως τα σύνδρομα Stevens-Johnson και Magic. Στα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα που προκαλούν γλωσσίτιδα και φλεγμονή περιλαμβάνονται η HIV λοίμωξη, η σύφιλη και η γονόρροια, μπορεί όμως η φλεγμονή να εμφανίζεται και ως μέρος του συνδρόμου Reiter. Αυτοάνοσες διαταραχές του συνδετικού ιστού και κατά περίπτωση νόσοι του πεπτικού συστήματος (όπως η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn, Εικ. 1.45) μπορεί να συνοδεύονται από έλκη του στόματος.



■ **Εικόνα 1.44.** Τα αφθώδη έλκη είναι συχνά και συνήθως άγνωστης αιτιολογίας. Μερικές φορές αποτελούν επιπλοκές υποκείμενης ανοσοανεπάρκειας.

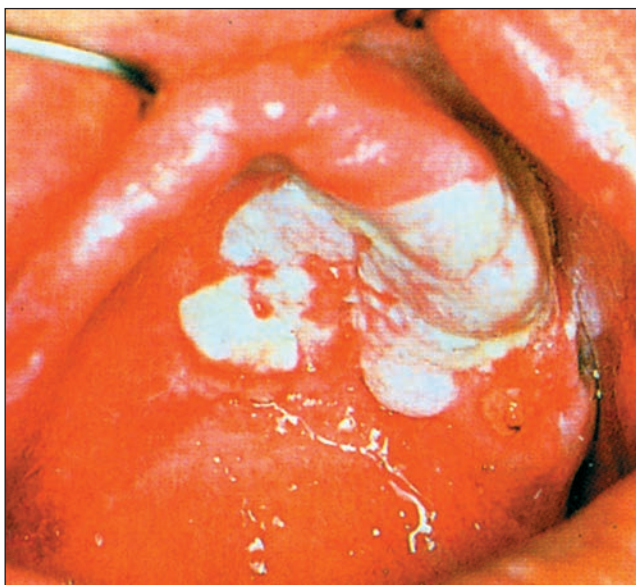
Η επίστρωση της καντιντίασης έχει ήδη αναφερθεί στην



■ **Εικόνα 1.43.** Γωνιαία στοματίτιδα με διαβρώσεις των χειλιών: ένδειξη ανεπάρκειας βιταμινών.



■ **Εικόνα 1.45.** Νόσος Crohn που προσβάλλει τον βλενογόνο του στόματος.



■ Εικόνα 1.46. Λευκοπληκία.



■ Εικόνα 1.48. Μακρογλωσσία επί μεγαληκρίας.

προηγούμενη παράγραφο. Η εμφάνιση λευκών περιοχών μπορεί επίσης να οφείλεται στον ομαλό λειχήνα (lichen planus), μια διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας. Σε αυτήν, παρουσιάζονται χαρακτηριστικά σχέδια λευκωπών περιοχών που περιλαμβάνουν συνήθως τα άκρα της γλώσσας μαζί με ατροφία του βλενογόννου και διαβρώσεις. Η διαφορική διάγνωση της λευκωπής επίστρωσης από την λευκοπληκία, μια προκαρκινωματώδη κατάσταση, είναι σημαντική (Εικ. 1.46, 1.47). Στη δεύτερη, η ξέση του βλενογόνου δεν απομακρύνει τη λευκάζουσα βλάβη.

Η παρουσία μεγάλης γλώσσας παρατηρείται σε ασθενείς με υποθυρεοειδισμό και μεγαληκρία (Εικ. 1.48), σε αναπτυξιακές διαταραχές και σε συνδυασμό με μερικά συγγενή σύνδρομα, όπως το σύνδρομο Down.

Η γλώσσα νευρώνεται αμφοτεροπλευρώς, από τον φλοιό, έτσι ώστε η εμφάνιση παράλυσης συμβαίνει μόνο σε αμφοτερόπλευρες βλάβες του άνω κινητικού νευρώνα (ψευδοπρομηνική παράλυση). Ωστόσο, ο πυρήνας της 12ης εγκεφαλικής συζυγίας μπορεί να προσβληθεί από τη νόσο του κινητικού νευρώνα ή το νεύρο να υποστεί χει-



■ Εικόνα 1.47. Καρκίνωμα της γλώσσας.



■ Εικόνα 1.49. Παράλυση της 12ης συζυγίας (υπογλώσσιο νεύρο).