

1 Βασικές αρχές εξέτασης του ασθενούς

Η ανατομία του ζώντος οργανισμού ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν παραλλαγές στη συνήθη ανατομία, όπως και στο μέγεθος, το σχήμα και την ποσότητα του λιπώδους περιβλήματος μεταξὺ και γύρω από τα ανατομικά στοιχεία. Η σχέση των διαφόρων οργάνων με το δέρμα και με τα άλλα όργανα αλλάζει με τις κινήσεις (όπως οι αναπνευστικές) και με τη στάση του σώματος.

Παρ'ότι υπάρχουν εξαιρετικοί ατλαντές αφηρωμένοι στην ανθρώπινη ανατομία, αυτοί βασίζονται κυρίως σε ανατομικές πτωμάτων και μπορεί να μη συσχετίζουν επαρκώς τα εν τω βάθει ανατομικά στοιχεία με την επιφανειακή ανατομία την οποία και εξετάζουμε στην κλινική πράξη. Επιπλέον υπάρχουν πολύ λίγα κείμενα που επιδιώκουν να συσχετίσουν λεπτομέρεια της ανθρώπινης ανατομίας με κοινές χειρουργικές παθήσεις. Αυτό το βιβλίο επιδιώκει να παρουσιάσει τις βασικές γνώσεις της φυσιολογικής ανατομίας και να βοηθήσει να συσχετιστούν αυτές με τις νοσολογικές οντότητες εφαρμόζοντας τεχνικές λήψης ιστορικού και κλινικής εξέτασης σε χειρουργικούς ασθενείς. Αυτή η προσέγγιση θα βελτιώσει τις διαγνωστικές ικανότητες και θα σας βοηθήσει να κατανοήσετε τη χειρουργική προσπέλαση όταν γίνονται επεμβάσεις σε ασθενείς.

Προσέγγιση του ασθενούς

Με οποιοδήποτε πρόβλημα και αν παρουσιάζει ένας ασθενής, είναι σημαντικό να συστηθούμε πριν πάρομε ιστορικό ή κάνουμε κλινική εξέταση (Πίνακας 1.1). Μπορεί να γνωρίζουμε το όνομα και μερικά στοιχεία του ασθενούς αλλά αυτός ή αυτή πιθανώς δεν μας γνωρίζει. Το να συστηθούμε και να δώσουμε χειραγία, δημιουργεί επαφή με τον ασθενή και μπορεί να ελαττώσει το άγχος που έχει λόγω του μη οικείου ιατρικού περιβάλλοντος. Αυτό θα κάνει τη λήψη ιστορικού και την κλινική εξέταση πολύ ευκολότερη. Οι κρω-



Εικ. 1.1 Ακρόαση της καρδιάς

τήσεις και η εξέταση ενός αγχωμένου ατόμου αποκαλύπτει πολύ λιγότερες πληροφορίες απ'ότι όταν αυτός ή αυτή είναι πιο χαλαροί. Επίσης, αποτελεί επένδυση και σε μερικές χώρες και νομική υποχρέωση η χορήγηση άδειας του ασθενούς για να γίνουν κρωτίσεις και κλινική εξέταση. Επίσης συνιστάται η παρουσία κάποιου βοηθού ειδικά για άνδρες φοιτητές και ιατρούς που εξετάζουν γυναίκες ασθενείς.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

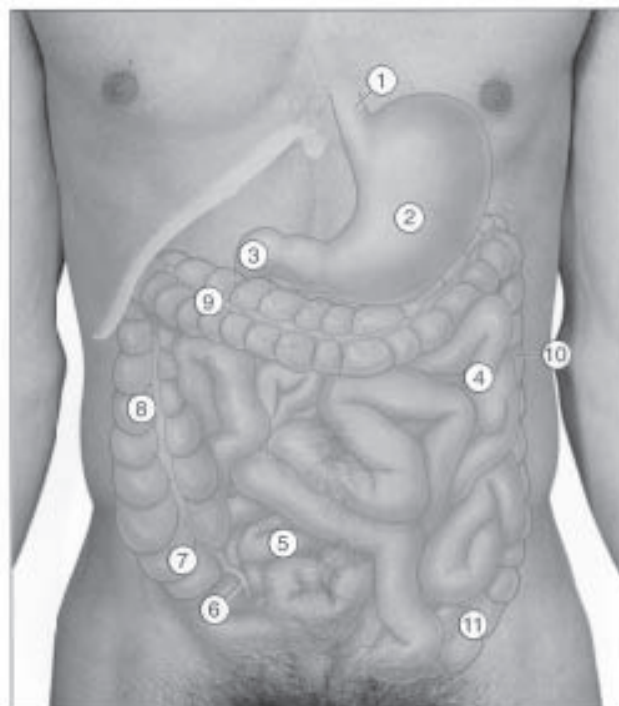
Το ιστορικό ενός ασθενούς περιλαμβάνει:

- το κύριο σύμπτωμα
- το ιστορικό του συμπτώματος (παρόσα νόσος)
- το ατομικό ιατρικό, χειρουργικό και γυναικολογικό αναμνηστικό (περιλαμβανομένων κρωτίσεων για έκτερο, ρευματικό πυρετό, φυματίωση, κ.λπ.)
- φάρμακα και αλλεργίες
- κοινωνικό και οικογενειακό ιστορικό
- χρήση οινόπνευματών και κάπνισμα
- κρωτίσεις κατά συστήματα για το

καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, γαστροεντερικό, ουρογεννητικό, νεφρικό και μυοσκελετικό σύστημα.

Εξέταση

Θαυμάζω η κλινική εξέταση πρέπει να γίνεται σε ένα ήσυχο, απομονωμένο μέρος. Κατά την εξέταση, η περιοχή του ασθενούς που θα εξεταστεί πρέπει να είναι επαρκώς εκτεθειμένη και ο ασθενής να αισθάνεται άνετα (Εικ. 1.1). Για την κοιλία, αυτό σημαίνει έκθεση του ασθενούς από τις θηλές των μαστιών έως τις βομβωνικές χώρες σε ένα ζεστό δωμάτιο με τον ασθενή κατακεκλιμένο, με τα χέρια στο πλάι και το κεφάλι σε ένα μόνο μαξιλάρι. Το κρεβάτι πρέπει να είναι σε πέτοιο ή προς ώσπ να μπορούμε άνετα να επισκοπούμε, να ψηλαφίσουμε, να επικρούσουμε και να ακροαστούμε τον ασθενή. Όταν και ο ασθενής και ο ιατρός είναι άνετοι και χαλαροί είναι ευκολότερο να συσχετισθεί η φυσιολογική ενδοκοιλιακή ανατομία (Εικ. 1.2) με τις καταστάσεις που αποδηλώνονται από το ιστορικό. Πάντοτε χρειάζεται προσοχή ώστε να διαφύγουν όσο λιγότερα γίνεται.



- ΚΑΕΙΔΙ**
- 1 Οισοφάγος
 - 2 Στόμαχος
 - 3 Δωδεκάδακτυλο
 - 4 Ηπατίδα
 - 5 Πίλεος
 - 6 Σκωληκοειδής
 - 7 Τυφλό
 - 8 Απών κόλον
 - 9 Εγκάρσιο κόλον
 - 10 Κατιόν κόλον
 - 11 Σιγμοειδής

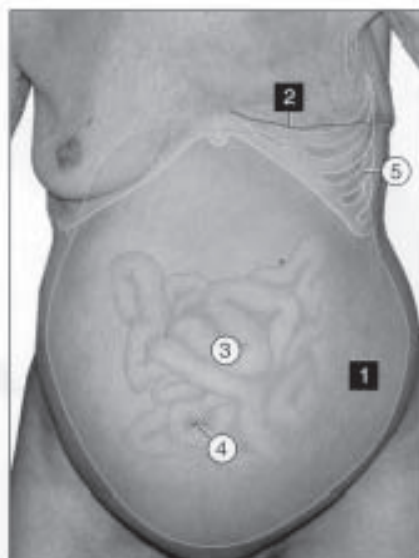
Εικ. 1.2 Ενδοκοιλιακή ανατομία και οι σχέσεις της με την επιφάνεια του σώματος

Πίνακας 1.1 Προσέγγιση του ασθενούς

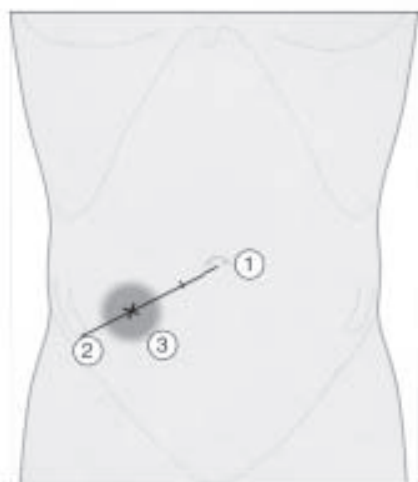
Ευστάσεις	Ψηλάφηση
Άδεια	Επικρούση
Ιστορικό	Ακρόαση
Ώθηση	Διερεύνηση
Θέση	Διάγνωση
Επικοινωνία	Θεραπεία



Εικ. 1.3 Επισκόπηση για κοιλιακή διάταση ή ασυμμετρία και αναζήτηση τυχόν ορατών ουλών



- ΚΛΕΙΔΙ**
- 1 Κοιλιακή διάταση (υγρό, επικρουστική αμβλύτητα)
 - 2 Ουλή μαστεκτομής
 - 3 Έντερο (τυμπανικότητα στην επικρουση)
 - 4 Ομφαλός
 - 5 Πλευρές

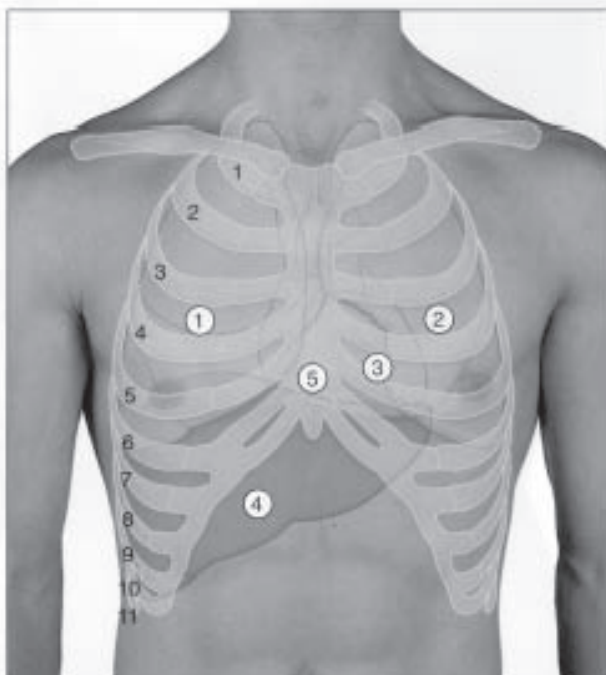


- ΚΛΕΙΔΙ**
- 1 Ομφαλός
 - 2 Πρόσθα άνω Πυλόνα ακροοφία
 - 3 X = σημείο Mc Burney

Εικ. 1.4 Η θέση και η έκταση μιας επώδυνης ή ευαίσθητης περιοχής υποδεικνύουν την υποκείμενη παθολογική εξεργασία. Τέτοιες περιοχές πρέπει να εξετάζονται με φευγίες, μετά την εξέταση του υπολοίπου σώματος πριν ο ασθενής οριστεί αντανακλαστικά από τον ερεθισμό επώδυνων στοιχείων

- ΚΛΕΙΔΙ**
- 1 Δεξιός πνεύμονας
 - 2 Αριστερός πνεύμονας
 - 3 Καρδιά
 - 4 Ήπαρ
 - 5 Στέρνο
- Αριθμοί 1-11 - πλευρές

Εικ. 1.5 φυσιολογική ανατομία του θώρακα σε σχέση με την επιφάνεια του σώματος



Επισκόπηση. Αυτή πρέπει να περιλάβει τις δερματικές πτυχές και τα όρια της εκτεθειμένης περιοχής ώστε να είναι βέβαιο ότι δε διαφεύγει τίποτα. Το να κάνουμε ένα βήμα πίσω και να επισκοπήσουμε τον ασθενή από τα πόδια του κεραιτικό μπορεί να μας επιτρέψει να εκτιμήσουμε τη γενική εμφάνισή του (π.χ. ίκτερο) και να ανακαλύψουμε διάταση 1, ασυμμετρία ή μάζες, ειδικά στην κοιλιά και τις βοσβονικές χώρες (Εικ. 1.3). Επίσης μπορεί να βοηθηθούμε αν ρωτήσουμε τον ασθενή για ορατές ουλές 2.

Ψηλάφηση. Πριν ψηλαφήσετε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος, πρέπει να ρωτήσουμε τον ασθενή αν και πόσο πονάει και πόσο αντανακλά ο πόνος (Εικ. 1.4). Αποφεύγουμε την επώδυνη περιοχή όσο περισσότερο μπορούμε και ψηλαφούμε όσο πιο απαλά γίνεται, ώστε να αισθανθεί πιο άνετα ο ασθενής. Αυτό θα μας επιτρέψει να πάρουμε πληροφορίες από τα δάκτυλά μας (όπως π.χ. να ψηλαφήσουμε μία μάζα) πριν ο ασθενής σφίχτει αντανακλαστικά λόγω ερεθισμού επώδυνων περιοχών. Αν εξετάσουμε κάποιο διεφές στοιχείο (π.χ. όρχις ή μαστός) το να εξετάσουμε πρώτα τη φυσιολογική πλευρά ενισχύει τη γνώση μας για τη φυσιολογική ανατομία του ασθενούς και καθιστά εύκολο τον ασθενή για το πόσο προσεκτικοί και σίγουροι είμαστε στην προσέγγισή μας.

Επικρουση. Αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στο θώρακα και την κοιλιά, όπου η γνώση της φυσιολογικής ανατομίας είναι ζωτικής σημασίας. Για παράδειγμα, η επέκταση της κοιλιακής κοιλότητας κάτω από τον κλωβό που σχηματίζουν οι πλευρές (Εικ. 1.5). Διαφορετικά μπορεί κανείς να παραπλανηθεί και να πιστέψει ότι η επικρουστική διαφορά με ταξή δεξιάς και αριστεράς πλευράς οφείλεται σε ενδοθωρακική παθολογία, ενώ στην πραγματικότητα οφείλεται στο ήπαρ (4) που βρίσκεται κάτω από το δεξιό ημιθώρακιο. Η χροιά του επικρουστικού ήχου (π.χ. τυμπανικός, αμβλύς) και οι διαφορές με ταξή της δεξιάς και της αριστεράς πλευράς είναι κρήματα κλειδιά για τη διάγνωση.

Ακρόαση. Κατά την ακρόαση, οι περισσότερες πληροφορίες λαμβάνονται από τη σωστή χρήση του στηθοσκοπίου, κατά την οποία το διάφραγμα ή ο κώδωνας πρέπει να τοποθετούνται στη σωστή θέση, σε ήσυχον περιβάλλον. Η στάση του ασθενούς είναι πολύ σημαντική (ειδικά κατά την ακρόαση καρδιακών ήχων). Η ακτινοβολία των ήχων πρέπει να κρημνίζεται με τις γνώσεις της τοπικής ανατομικής.

Διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση που προέχπει από το ιστορικό και την κλινική εξέταση μπορεί να αναλυθεί περαιτέρω με τη χρήση εξετάσεων που επιλέγονται

προσκειτικά από μία τυποποιημένη λίστα (πίνακας 1.2).

Αυτές πρέπει να επιλεγούν σωστά ως κ χωρίς να γίνει κάτι περιττό, να προκύψουν κλινικά χρήσιμες πληροφορίες για τη διάγνωση και την προετοιμασία του ασθενούς για χειρουργείο. Έτσι, π.χ. ένα ΗΚΓ και μία ακτινογραφία θώρακα είναι χρήσιμα για τον καθορισμό της φυσικής κατάστασης ενός 70χρονου καπνιστή που πρόκειται να υποβληθεί σε επέμβαση πλαστικής βρονοκλήδας.

Για μερικά στοιχεία που είναι κοντά στην επιφάνεια του σώματος, δε χρειάζεστε παρά ελάχιστη καθοδήγηση για το πώς η παθολογία σχετίζεται με τον ασθενή (Βικ. 1.6). Άλλα στοιχεία,

ειδικά αυτά που βρίσκονται βαθιά στο θώρακα ή στην κοιλιά, ανιχνεύονται λιγότερο εύκολα από την επιφάνεια και μπορεί να απαιτηθούν απεικονιστικές τεχνικές ώστε να συσχετιστεί η παθολογική διεργασία με την ανατομία του ασθενούς (Βικ. 1.7). Σε μερικές περιπτώσεις, η κωτική εμφάνιση (για παράδειγμα από την ενδοσκοπική εξέταση) ή η ιστολογική εικόνα με τά από βιοψία ή εκτομή είναι χρήσιμες για τον καθορισμό της διάγνωσης και το σχεδιασμό της θεραπείας. Η οριστική διάγνωση για έναν ασθενή γίνεται συνήθως με το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις εξετάσεις πριν από τη χειρουργική παρέμβαση, όταν αυτή απαιτείται. Το να γίνεται η διάγνωση κατά

την ώρα της επέμβασης είναι ασήμαντες, αλλά μπορεί να συμβεί σε ενδοκοιλιακές παθήσεις, παρά την προσκειτική κλινική εκτίμηση και τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας.

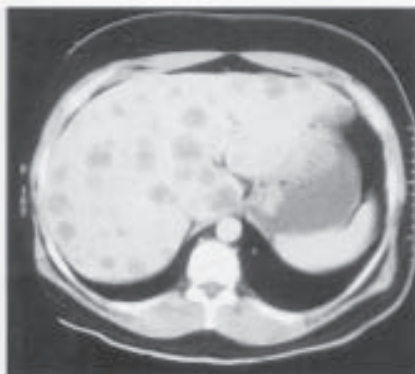
Για την άσκηση των κλινικών και διαγνωστικών μας ικανοτήτων, δεν υπάρχει σπουδαιότερο της εξάσκησης στην εξέταση και τη διερεύνηση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών όταν κανείς είναι φοιτητής. Αυτό το βιβλίο αποσκοπεί στο να βάλει τα θεμέλια για να μάθουμε να συσχετίζουμε τα συμπτώματα και τα σημεία με τη φυσιολογική και την παθολογική ανατομία των ασθενών.



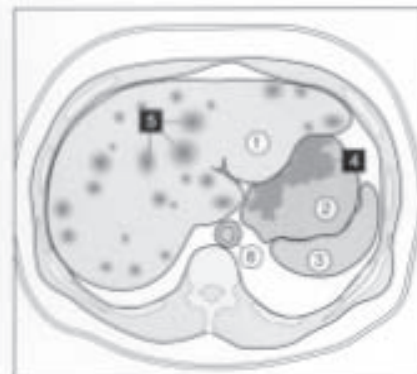
Εικ. 1.6 Στοιχεία όπως οι κίρσοι βρίσκονται κοντά στη επιφάνεια του σώματος και επιτρέπουν γ την εύκολη κατανόηση του πώς η υποκείμενη κατάσταση συσχετίζεται με την ανατομία του ασθενούς.



ΚΛΕΙΔ
1 Κίρσοι
2 Έλκος κίρσων
3 Αποχρωματισμός δέρματος
4 Μείζων σαφηνής φλέβα



Εικ. 1.7 Οι απεικονιστικές τεχνικές μη ορούς γ' αποκαλύπτουν εν τω βάσει παθολογικές διεργασίες που δεν ανευρίσκονται με την απλή κλινική εξέταση. Αυτή η αξονική τομογραφία κοιλίας δείχνει πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις από καρκίνο του στομάχου



ΚΛΕΙΔ
1 Ήπαρ
2 Στομάχος
3 Σπλήνας
4 Γαστρικός καρκίνος
5 Ηπατικές μεταστάσεις
6 Αορτή

Πίνακας 1.2	Επιπρόσθετη διερεύνηση
Επκ ούρων	Βιοχημικές, μικροβιολογικές εξετάσεις Τεστ κήσεως
Κόπρωνα	Αίμα Μικροβιολογικές εξετάσεις Δοκιμασίες λειτουργίας του γαστρεντερικού
Εξετάσεις αίματος	Αιματολογικές, πηκτικότητα Βιοχημικές Μικροβιολογικές Ανοσολογικές Εξετάσεις για πάθηση μετά γέννηση αίματος Επίπεδα ορμονών
Καρδιολογικές εξετάσεις	ΗΚΓ Υπερηχογράφημα
Ακτινολογικές εξετάσεις	Ακτινογραφία κρανίου κι αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης Ακτινογραφία θώρακος Ακτινογραφία κοιλίας-πύλου Ακτινογραφία άκρου Μελέτες με σκιαγραφικό του: <ul style="list-style-type: none"> Γαστρεντερικού σωλήνα Αγγειακού δέντρου Συροποιητικού συστήματος Υπερηχογράφημα και Doppler Αξονική τομογραφία Μαγνητική τομογραφία Σπινθηρογράφημα
Χειρουργικές εξετάσεις	Πρακτοσκόπηση Στην ενδοσκόπηση με άκαμπτο ενδοσκόπιο Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού Στην ενδοσκόπηση-κολοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο Ενδοσκοπική ανάλυση χολαγγειοπαγκρεατογραφία (ERCP)
Μελέτες φυσιολογίας	Ανώτερο πεπτικό Κατώτερο πεπτικό Συροποιητικό Νευρικό σύστημα
Παθολογοανατομικές εξετάσεις	Κυτταρολογική Βιοψία

2 Κεφαλή και τράχηλος

Ο τράχηλος διαιρείται σε μία σειρά μικρών τριγώνων με οδηγιά σημεία τους μς και τα οστά της τραχηλικής χώρας (Εικ. 2.1). Το οπίσθιο τρίγωνο περιλαμβάνει το ινιακό (7) και το υπερκλείδιο (5) τρίγωνο και το πρόσθιο τρίγωνο περιλαμβάνει το διγαστρομικό (3) και το (2) καρωτιδικό τρίγωνο.

Ιστορικό

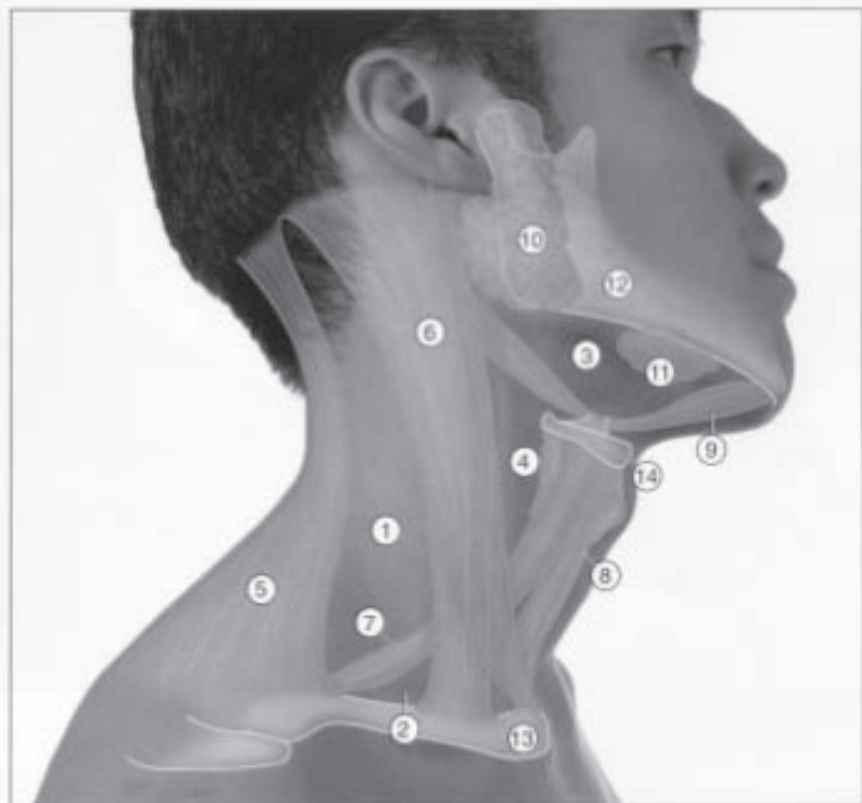
Το κλινικό ιστορικό για παθήσεις της κεφαλής και του τραχήλου πρέπει να αφορά τις συνήθεις παθολογικές διεργασίες που προσβάλλουν αυτή την περιοχή (Πίνακας 2.1). Η ηλικία του ασθενούς, τα τοπικά και συστηματικά συμπτώματα μαζί με τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης θέτουν συχνά τη διάγνωση πριν την επιβεβαίωσή της από τις εξετάσεις.

Τοπικά συμπτώματα. Αν ο ασθενής παρουσιάζεται με μία διόγκωση, ρωτάμε για τη θέση, το μέγεθος, το σχήμα και το χρώμα, επίσης για επαισθησία, ερυθρότητα κι κερρά ή πυρήν, για τη διάρκεια και τις αλλαγές στο μέγεθος, αν είναι εκσπικτή ή συμπυκνή και τη σχέση της με τη μάσηση ή την κατάποση.

Συστηματικά συμπτώματα. Ρωτάμε για συμπτώματα που υποδεικνύουν υπερθρεοειδισμό (εφίδρωση, τρόμος, υπερθεσιτότητα, αίσθημα παλμών, απώλεια βάρους) ή υποθρεοειδισμό (θυσανεία στο κρύο, λήθαργο, αλλαγές στη φωνή). Επίσης ρωτάμε για την παρουσία πυρετού κι εφίδρωσης (λέμφωμα, φυματίωση, ίωση, βακτηριαιμία).

Απομικρό αναμνηστικό. Το κάπνισμα, η κατανάλωση οινοπνευματωδών και η έκθεση σε ακτινοβολία σχετίζονται με καρκινώματα της κεφαλής και του τραχήλου.

Τα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής μπορεί να θέσουν τη διάγνωση, π.χ. θυροξίνη για υπερθρεοειδισμό, ή ανάλογες παθήσεις.



Εικ. 2.1 Οστική και μυϊκή ανατομία του τραχήλου

ΚΛΕΙΔΙ

- (7) Ινιακό τρίγωνο
- (2) Υπερκλείδιο τρίγωνο
- (3) Διγαστρομικό τρίγωνο
- (3) Καρωτιδικό τρίγωνο
- (5) Τραπεζοειδής μς
- (5) Στερνοκλειδομastoειδής μς
- (7) Ομοειδής μς
- (8) Στερνοειδής μς
- (9) Διγαστρομικός μς
- (15) Παρωτίδα
- (12) Υπογνάθιος αδένας
- (13) Κάτω γνάθος
- (13) Κλείδα
- (14) Υοειδές οστό

Οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό. Το οικογενειακό ιστορικό μπορεί να περιλαμβάνει ιστορικό θυρεοειδικής νόσου ή κακοήθειας (εάν ναι, πού εντοπιζόταν). Το κοινωνικό ιστορικό πρέπει να περιλάβει τα ταξίδια, τις επαφές με ζώα (οικιακά ή σε φάρμα), τις επαφές με γνωστούς φορείς ασθενιών, τη φυλετική καταγωγή και τις συνθήκες διαβίωσης.

Πίνακας 2.1 Διαφορική διάγνωση βλαβών κεφαλής και τραχήλου

Ευγενείς	Επίκτητες	Τοπική (Εικ. 2.7) Περιοχική (Εικ. 2.5) Γενικευμένη
Βραγχική κύστη Βραγχικό ουρίγγιο (Εικ. 2.20) Κύστη θυρεογλωσσικού πόρου (Εικ. 2.21) Κυστικό ύγρωμα (Εικ. 2.22) Δερμοειδής κύστη Λυχνική τήκωρα Δικτυοενδοθηλιακό	Διόγκωση λεμφαδένων	Παρωτίδα (Εικ. 2.11) Υπογνάθος (Εικ. 2.12)
Γαστρεντερικό	Διόγκωση σιελογόνων αδένων	Διάχυτη βρογχοκήλη (Εικ. 2.14) Μοήρης άξος (Εκ. 2.18) Πολυκυστική βρογχοκήλη (Εικ. 2.17)
Ενδοκρινικό	Θυρεοειδής	Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα Ακανθοκυτταρικό καρκίνωμα (Εικ. 2.9) Μελάνωμα (Εικ. 2.8) Εμμηματογόνος κύστη (Εικ. 10.1) Λίπωμα (Εικ. 10.2)

Εξέταση

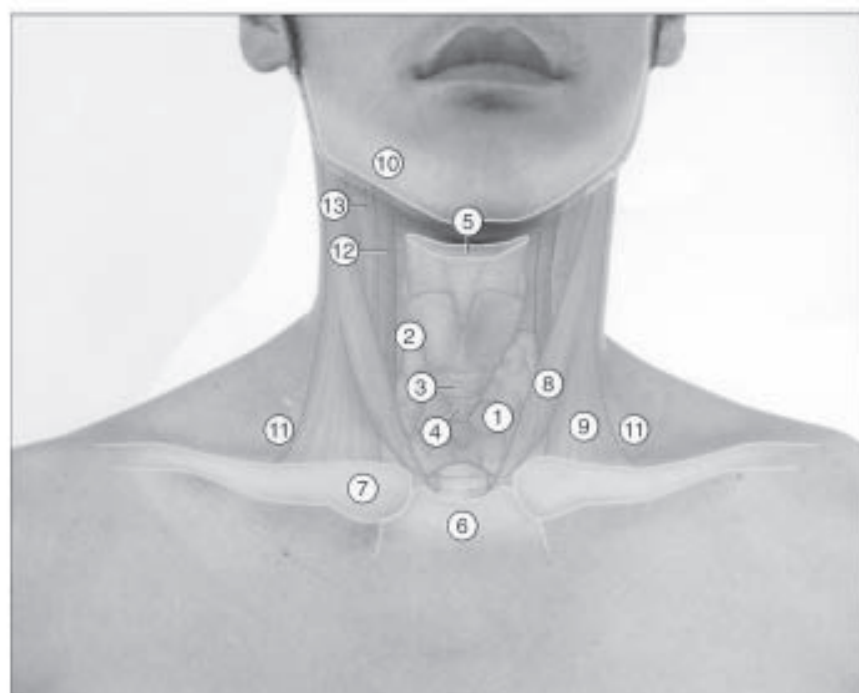
Έκθεση. Βεβαιωνόμαστε ότι υπάρχει πλήρης έκθεση της κεφαλής και του τραχήλου έως τις κλείδες και ότι τα μαλλιά δεν κρύβουν κανένα μέρος της κεφαλής και του τραχήλου που θέλουμε να εξετάσουμε. Συνήθως είναι πιο άνετο για τον ασθενή και τον γιατρό να επισκοπείται ο τραχήλος από μπροστά (Βικ. 2.2, 2.4) και από το πλάι (Βικ. 2.3) και με τή να ψηλαφάται ο τραχήλος με τον γιατρό όρθιο πίσω από τον καθιστό ασθενή.

Επισκόπηση. Από μπροστά επιθεωρούμε την κεφαλή και τον τραχήλο για ορατές ανωμαλίες και οσλές. Κοιτάζουμε με προσοχή για βλάβες ή οσλές κρυμμένες στις δερματικές πτυχώσεις ή κάτω από τα μαλλιά, πίσω από τα αυτιά ή μέσα στο στόμα αν υπάρχει ένδειξη από το ιστορικό. Κοιτάζουμε για ασυμμετρία μεταξύ της δεξιάς και της αριστερής πλευράς και για παρεκτόπιση της τραχείας.

Αν διαπισπνούμε μία διόγκωση του θυρεοειδή (Βικ. 2.2 (1), Βικ. 2.2 (1, 2) ή γενικότερα της μέσης γραμμής, πρέπει να ζητήσουμε από τον ασθενή να κατακίσει (επικολότερο με ένα ποτήρι νερό) και να κοιτάξουμε εάν η διόγκωση κινείται προς τα άνω. Αν υποπτευόμαστε παράλυση του προσωπικού νεύρου (με τή από χειρουργική επέμβαση σε σκελογόνο αδένες), ζητούμε από τον ασθενή να σφριξει μετά να δείξει τα δόντια του και μετά να κλείσει σφιχτά τα βλέφαρά του, κινήσεις που απαιτούν την άπαρη ακέραιας κινητικής νέκρωσης (συστήγία VII, προσωπικό νεύρο) προς τους προσωπικούς μας. Εξετάζουμε τις κινήσεις των οφθαλμών κινώντας το κεφάλι ή ανάσπαση του βλέφαρου, πρόπτωση και χύμωση (οίδημα του κρατοειδούς) σε θυρεοειδικές παθήσεις.

Όταν εξετάζουμε μία διόγκωση επί της μέσης γραμμής (που μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη) θημόμαστε το εκτεταμένο δίκτυο των τραχηλικών λεμφαδένων (Βικ. 2.3). Αυτό παρέχει τέσσερα παρακείμενα στοιχεία (π.χ. οι υπογνάθιοι λεμφαδένες (3) παρέχει τέσσερα τον υπογνάθιο αδένες (9) και με τη σκίρα τους παρέχονται στην εν τω βάθει τραχηλική άλσση (4) και το σφαγιτιδοδιαστορικό λεμφαδένα γύρω από την έσω σφαγιτιδα φλέβα.

Ψηλάφηση. Στοιχεία της πρόσθιας τραχηλικής χώρας (Βικ. 2.2) όπως ο θυρεοειδής αδένες (1), του πρόσθιου και του οπισθίου τραχηλικού τριγώνου και της υπερκλείδιας χώρας (7) ψηλαφώνται καλύτερα από πίσω ενώ η τραχεία (2) και μερικά άλλα στοιχεία της μέσης γραμμής όπως επίσης και οι υπακτικοί λεμφαδένες ψηλαφώνται από μπροστά (Βικ. 2.3 (3)). Αφού ρωτήσουμε αν κάποια από τις ορατές βλάβες είναι



Εικ. 2.2 Πρόσθια όψη του τραχήλου: οστά, μυς, Πάρυγγα και θυρεοειδής αδένες

- ΚΛΕΙΔΙ**
- (1) Θυρεοειδής αδένες
 - (2) Θυρεοειδής κόνδρος
 - (3) Κρικοειδής κόνδρος
 - (4) Πρώτο μικρικό της τραχείας
 - (5) Υοειδές οστό γ
 - (6) Στέρνο
 - (7) Κλείδα
 - (8) Στερνοκλειδομοστοειδής μυς-στερνική κεφαλή
 - (9) Στερνοκλειδομοστοειδής μυς-κλειδική κεφαλή
 - (10) Κάτω γνάθος
 - (11) Υπερκλείδια χώρα
 - (12) Κρωτιαία αρτηρία
 - (13) Έσω σφαγιτιδα φλέβα

επίδονη, προσπαθούμε να ψηλαφούμε μία διόγκωση ώσπ να μετρήσουμε το μέγεθος (κατά προτίμηση με παχύμετρο) και να επανεξιμετρήσουμε το σχήμα, τη θέση και την καθήλωση προς τα παρακείμενα στοιχεία. Είναι η διόγκωση καθήλωμένη στο δέρμα και τους υποκείμενους ιστούς ή είναι ελεθερα κινήτη; Κινείται κατά τις καταποτικές κινήσεις; Παρουσιάζει σφίξιμα, διατασιμότητα ή κλωδασμό; (Για να ελέγξουμε για κλωδασμό χρησιμοποιούμε δύο δάκτυλα του ενός χεριού για να συγκρατήσουμε το ογκώδιο σταθερό και με ένα τρίτο δάκτυλο πιέζουμε απαλά μεταξύ των άλλων δύο). Παρουσιάζει η διόγκωση διαήγηση στο φως; Αν ναι, τότε πριέχει σπρό. Υπάρχουν άλλες σχετιζόμενες διογκώσεις όπως ψηλαφητοί λεμφαδένες; (Βικ. 2.3)

Η στοματική εξέταση με ψηλάφηση των στοιχείων όπως οι σκελογόνοι αδένες και οι πόροι από το εσωτερικό της στοματικής κοιλότητας πρέπει να γίνεται με γάντια ώστε να προστατεύεται και ο ασθενής και ο εξετάζων.

Επίρρηση. Η επίρρηση πάνω από το θυρεοειδή και τη στερνική έντομή (Βικ. 2.2 (1) και (2)) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την επιβεβαίωση της παρουσίας οπισθοστερνικού θυρεοειδούς.