

MEDISINSK STUDENTOPPGAVE

Veiledning i enkel ØNH-undersøkelse - en medisinsk-pedagogisk oppgave

**Stud.med. Umér A. Sheikh, UiO, V-02
Veileder: Terje Osnes, ØNH, RH**

INNHOOLD

Innledning	3
Anamnese	4
Øret	5
Nese	10
Facialis	12
Munnhule	13
Svelg	15
Larynx	16
Hals	17
Kilder	18

INNLEDNING

Dette er tekstdelen av oppgaven min; veiledning i enkel ØNH-undersøkelse. Størsteparten av arbeidet har blitt lagt inn i videodelen som er levert på en egen DVD. Alt det videotekniske har blitt luket vekk i denne tekstdelen. Dette synes jeg er noe synd da man ikke får inntrykk av hvor mye arbeid som egentlig har blitt lagt ned i oppgaven.

Etter hvert som videoene ble til, oppdaget jeg at jeg måtte gjøre noen forandringer i forhold til teksten. Det vil derfor ikke være 100 % samsvar med innholdet i videoene og denne tekstbeskrivelsen. Jeg har imidlertid forsøkt å beholde rekkefølgen, slik at det blir lettere å følge med på DVD-presentasjonen. Jeg ønsker likevel å presisere at det er videoene som er mitt hovedprodukt.

Tanken bak denne studentoppgaven er å gi nye studenter i faget en mer detaljert undersøkelsesveiledning enn noen av lærebøkene så langt har kunnet tilby. Bøkene beskriver ofte i store trekk, mens for en fersk student i faget kan det være nødvendig med trinn-for-trinn beskrivelser. Dette savnet jeg selv da jeg var student i 7.semester. Jeg har derfor samlet ulike beskrivelser fra en rekke bøker på området, og deretter laget en større beskrivelse med all informasjon jeg har fremskaffet. Resultatet har blitt en relativt detaljert trinn-for-trinn beskrivelse.

Målet er at videoene etter hvert skal legges ut på universitetets nettsider for e-læring; <http://www.med.uio.no/studier/elaring/> .

ANAMNESE

Hovedsymptomer

- Eksakt beskrivelse
- Varighet
- Assosierte/predisponerende faktorer (eks røyking)

Ensidige symptomer bør vekke spesielt mistanke, da flere sykdommer med alvorlige konsekvenser debuterer unilateralt, eks tumores, maligniteter.

Hereditet

Tidligere sykdommer

Medikamenter

Sosialt

Stimulantia

ØRET

Undersøkelsessituasjon

Belysning + otoskop med pasienten sittende i stol. Viktig med tilgang til en sterk lyskilde (helst hvitt lys), da svakt lys kan gi feilaktig fargeoppfatning og detaljene kan bli vanskelig å skille.

Utstyr

Otoskop, stemmegaffel, nesespekel, pannelampe, øretrakt, Siegles pneumatisk øretrakt, vinklet pinsett, cerumenhake, øresprøyte (til øreskylling).

Ytre øret

Inspeksjon av aurikkelen(=pinna) og dets omgivelser. Notér størrelse, fasong og posisjon

1. Se etter arr (postaurikulært: myringoplastikk? Mastoid kirurgi? foran/lobule/temporalt)
2. Observér følgende landemerker:
 - a. Helix
 - b. Scapha
 - c. Antihelix
 - d. Cavum concha
 - e. Crus helix
 - f. Tragus
 - g. Antitragus
 - h. Lobulus auricularis
3. Palper processus mastoideus, sammenligne begge sider. Noter arr, hevelser og deformiteter.
4. Deretter undersøkes øregangen

Øregangen

1. Sitt med pasientens venstre øre mot deg. Plassér din venstre hånd på hodet med tommelen på huden foran tragus og trekk tragus fremover. Ta et grep om helix med høyre pinsettgrep og trekk oppover og bakover. Slik rettes øregangen ut og hos mange er det mulig å se helt frem til trommehinnen. Gjenta det samme på høyre øre. Her skal venstre hånd trekke øret oppover og bakover.
2. Vurdér:
 - a. Øregangens vidde og kurvatur.
 - b. Cerumen
 - c. Eventuelle hindre?(exostoser, atresi, stenose og fremmedlegemer).
 - d. Sekret
 - e. Hudens utseende kan gi indikasjon på øregangseksem (eks otitis externa).
 - f. Smerte ved trekk av pinna kan tyde på infeksjon i meatus auditorius externus.

3. Fjern voks og hår hvis dette hindrer innsyn. (øreskylling skal ikke utføres hvis mistanke om perforert trommehinne).
4. Øregangen undersøkes videre med otoskop. Se beskrivelse nedenfor.

NORMALSTATUS YTRE ØRET:

Ytre øre: Aurikkelen normal. Normale forhold av ørets omgivelser.

Otoskopi (undersøkelse av øregang og trommehinne)

Øregangen er S-formet, krummer lett framover, og består av en ytre bruskdell og en indre bendel. Øretube kan gi bedre innsyn, bruk øretube som er litt mindre i diameter enn selve øregangen. Trommehinnen inspiseres med otoskop. Mobiliteten testes ved pneumatisk otoskopi.

Utstyr: Otoskop m/lys. Øretube i riktig størrelse (måles først)

Fremgangsmåte:

- 1) Ta et grep om øverste del av helix med tommel og pekefinger.
- 2) Utøv så et jevnt drag i øremuslingen oppover og bakover. Dette retter ut øregangen. (nedover og bakover hos små barn) og gjør det enklere å sette inn otoskopet.
- 3) Hold så otoskopet i venstre hånd (ved undersøkelse av venstre øre) som en blyant (ikke som en hammer).
- 4) Før denne så mot pasientens venstre øre og sett 5.finger mot pasientens ansikt for å stabilisere stillingen. På denne måten følger otoskopet med når pasienten beveger ansiktet.
- 5) Før tuppen av otoskopet forsiktig inn ca 1 cm innover i øregangen, mens man ser etter forandringer på hudoverflaten.
- 6) Unngå kontakt med benete øregangsvegg som er svært smertefølsom
- 7) Fjern voks og hår hvis dette hindrer innsyn. (øreskylling skal ikke utføres hvis mistanke om perforert trommehinne)
- 8) Mellomøret begynner med trommehinnen. Variér vinkelen på otoskopet for å få inn de ulike aspekter av trommehinnen for å bygge opp et helhetsbilde.
- 9) Ikke vær fornøyd før du har sett hele trommehinnen
- 10) Legg merke til følgende landemerker:
 - a. Hammerskaftet (manubrium mallei): Synlig? (÷ v/akutt otitt) FOR synlig (inndragninger i trommehinne)? Medialrotert/forkortet (otosalpingitt)?
 - b. Trommehinne: Perforasjon? Stilling? Farge? Transparens? Fortykkelse? Forandringer (skleroseringer/arr)? Bevegelighet (pneumatisk otoskopi)? Blodkar (skal normalt ikke være kar på selve trommehinnen)

- c. Bruk hammerskaftet som navigasjonspunkt for å observere resterende deler av trommehinnen. Observer pars flaccida og pars tensa, prominentia mallearis, stria mallearis, umbo og annulus.
- d. Tegn til væske eller masser bak trommehinnen?
- e. Lysrefleks: normalt beliggenhet i trommehinnens nedre halvpart (kl 5 på høyre trommehinne, kl 7 på venstre). Dannes pga innfallende lys som reflekteres vinkelrett mot trommehinnen. Lysrefleksen kan ha et varierende utseende i både normale og forandrede trommehinner, eks nedsatt lysrefleks ved akutt/kronisk infeksjon eller fortykning av andre årsaker, som innebærer at lysrefleksen er en dårlig indikator på eventuell patologi.

Pneumatisk otoskopi

Kan gi informasjon om tubefunksjonen.

Utstyr: pneumatisk otoskop m/okkluderende øretube + ballong

Fremgangsmåte

1. Hold pneumatisk otoskop med penngrep og med skaftet rettet oppover.
2. Undersøkerens øye bør ligge helt inntil otoskopets forstørrelseslinse.
3. Med en ballong tilknyttet øretuben kan trykket økes i øregangen mens man ser om trommehinnen presses innover og faller tilbake på plass når trykket minskes.

Nedsatt bevegelighet:

- Mellomøret væskefylt,
- Undertrykk
- Trommehinnen er fiksert ved adheranser
- Hull i trommehinnen (opphevet)

NORMALSTATUS OTOSKOPI:

Otoskopi: Huden i øregangen normal. Trommehinnen hel, blek med normale tegninger og lysrefleks. Normal bevegelighet.

Stemmegaffelprøver

- Rinnes prøve
- Webers prøve

Ved hjelp av stemmegafler kan man gjøre visse kvalitative vurderinger av hørselsfunksjonen. Nøyaktigheten med stemmegafler er vesentlig mindre enn ved audiometri, som er basert på elektroakustisk utstyr. **Det viktigste bruksområdet er når man ønsker en rask indikering om en hørselsskade er konduktiv eller sensorinevral.** Man benytter stemmegafler med frekvensene 256 og 512 Hz (svingninger per sekund). De settes i svingning ved et lett slag mot kneet, eller å presse gaflene mot hverandre og raskt slippe. Det finnes en rekke forskjellige stemmegaffelprøver, men idag benyttes bare Rinnes og Webers prøve i klinikken. Viktig å være klar over at man tester kun for den frekvensen som stemmegaffelen har (vanligst 512 Hz), hørselstap kan fortsatt være tilstede på andre frekvensområder.

Rinnes prøve:

Avgjør om lyden høres best via ben (benledning) eller via luft (luftledning). Skiller på denne måten mellom mekaniske og sensorinevralt hørselstap

Fremgangsmåte:

- 1) Stemmegaffelen settes i svingninger ved et lett slag på kneet
- 2) Basis av gaffelen plasseres på processus Mastoideus i noen sekunder
- 3) Gaffelen snus og deretter plasseres ca 5cm foran øregangen (i luften).
- 4) Pasienten angir hvor lyden høres best (ben eller luft)
- 5) Gjenta prosedyren på det andre øret

Fortolkninger av Rinnes prøve:

Hvis luftledning er bedre enn beinledningen → Rinne positiv. (pga forsterkningseffekten til øreknokkelkjeden og trommehinnen) (NORMALT) Normalt høres luftledning ca dobbelt så lenge som benledning. Ved sensorinevralt hørselstap er rinne positiv, men luftledningen er mindre 2:1 ratio.

Dersom bare beinledningen (svingningslyden fra gaffelen når den er plassert på tinningbeinet) høres, er beinledningen bedre enn luftledningen → Rinne negativ (dvs mekanisk/konduktiv hørselstap)

Falsk negativ: En "felle" for den uoppmerksomme. En person med betydelig eller total sensorinevralt hørselstap i det ene øret kan høre bedre benledning enn luftledning i dette øret. Dette skyldes benledning over til motsatt øres fungerende cochlea (det er svært lite lyd tap ved benledning til motsatt side). Ved mistanke om falsk negativ kan testen gjøres påny med bruk av et larmapparat på det friske øret. Dermed vil pasienten høre lite eller ingenting på det hørselssvake øret.

Webers prøve:

Skiller høyre og venstresidige hørselstap/avgjøre hvilket øre som har best fungerende cochlea. Betraktes som et supplement til Rinnes prøve, spesielt til avsløring av en falsk negativ Rinne. Prøven er svært følsom da et ensidig hørselstap på kun 5dB er nok til å fremkalle lateralisasjon. Normalt høres tonen likt på begge ører.

Fremgangsmåte Webers prøve:

- 1) Stemmegaffelen setting i svingninger ved et lett slag på kneet
- 2) Basis av gaffelen plasseres på toppen av hodet i midtlinjen
- 3) Pasienten bes gjøre rede for hvor lyden høres best.
- 4) Alternativene er: likt / venstre / høyre

Fortolkninger av Webers prøve:

Hvis lyden høres likt i begge ører → Weber indifferent (hørselen normal eller likt nedsatt på begge sider).

Hvis lyden høres best på venstre øre → Weber lateraliserer mot venstre. (bedre benledning i venstre øre eller dårligere luftledning i venstre øre)

Ved best lyd på høyre øre, innebærer det at Weber lateraliseres mot høyre → Weber lateraliserer mot høyre (bedre benledning i høyre øre eller dårligere luftledning i høyre øre)

OVERSIKT

Hørselstap	Konduktivt	Sensorinevral
<i>Lokalisasjon</i>	Øregang, trommehinne, mellomøre	Cochlea + sentralt
<i>Weber</i>	Lateraliserer mot sykt øre	Lateraliserer mot friskt øre
<i>Rinne</i>	Negativ (bedre benledning)	Positiv (bedre luftledning)

NORMALSTATUS:

Stemmegaffelprøver: Rinne positiv bilateralt. Weber indifferent.

NESE

Nesen og bihulene har især betydning for respirasjon, luktesans og resonans.

Faresignaler:

Unilateral illeluktende sekret hos barn (mistenke fremmedlegeme)

Unilateral nasal polypp / blodig rhinorhé (mistenke tumor)

Undersøkelse

- **Inspeksjon** ytre nese
Abnormiteter i form (eks benete/bruskete fremspring, smal, bred, stilling for eksempel skjevhet, arr, masse)
Tegn på traume
- **Palpasjon** ytre nese
Forsiktig palpasjon av ben/brusk-overgangen (minste nedsenking kan gi nasal obstruksjon)
- **Apex løftes opp med tommelfinger**
Undersøke vestibulum nasi, kan være sete for hudaffeksjoner.

Rhinoscopia anterior

Utstyr: Nesespekulum, belysning (pannelampe/pannespeil), evt lokalanestesi

Fremgangsmåte:

- 1) Pannelampe monteres og justeres.
- 2) Nesespekelet holdes med venstre hånd i lett pronert stilling.
- 3) Høyre hånd legges på pasientens hode, beveg så pasientens hode så de ulike deler i nesekaviteten bringes i synsfeltet (15-30grader bakover). Undersøkeren bør holde sitt eget hode i ro.
- 4) Den høyre hånden frigjøres ved evt inngrep i nesen.
- 5) Ved innførelse av nesespekelet må man unngå at spissen berører septumslimhinnen, som er svært følsom og blør lett. Spekelet settes inn mest mulig parallelt med nesegangen, ca 0.5 cm inn i vestibulum nasi. Spekelet skal åpnes tilstrekkelig til å gi godt synsfelt og en god belysning, men ikke så det er ubehagelig for pasienten.
- 6) Notér så følgende:
 - a) Septum (deviasjoner fra midtplanet)
 - b) Lateralvegg:
 - i. Concha inferior (forreste del sees helt fortil og nedadtil i nesehulen).
 - ii. Concha media (lengre bak og høyere opp sees forenden av c.m., ofte lysere enn c.i og til tider med en lysrefleks, ofte kan c.i være så stor at den sperrer for innblikk til c.m)

- c) Neseslimhinne: skal normalt være lett rosa-farget og fuktig. Rød mucosa indikerer inflammasjon, blå/grå indikerer allergi. Kan være tegn på sykdom dersom hevelser, atrofi, tørre og skorpebelagt.
 - d) Sekret: notér sekretets karakter (tynn-/tyktflytende), lukt og lokalisasjon. Eks vil man ved sinusitt normalt finne sekret i meatus medius eller medialsiden av concha media.
 - e) Meatus: Inspisere meatus medius (midtre nesegang) etter sekret. Maxillar-, frontal- og ethmoidalsinus drenerer hit. Denne kan enklest sees ved å bøye pasientens hode forsiktig bakover og se langt opp og bak i nesen. Sphenoidal- og ethmoidalsinus(bakre) drenerer ovenfor og bakenfor concha superior, som for øvrig kun er synlig gjennom nasal endoskop. Ductus nasolacrimalis munner ut helt fortil i meatus inferior.
 - f) Generelt: For å få bedre innblikk er det en fordel å redusere størrelsen på neseslimhinnen, især concha inferior, ved å legge inn slimhinnereduserende og lokalanestesi. Metoden er også verdifull ved utredning av årsaken til en nasalstenose, idet man kan vurdere om det skyldes slimhinesvulst eller forandringer i nesens benete og bruskelede skjelett. Samtidig kan man sondere eventuelle patologiske prosesser uten ubehag for pasienten.
- 6) Palpér evt over frontal-, ethmoidal og maxillarsinus for å avsløre palpasjonsømheter. Samhold dette med evt sekret i meatus og dette kan være et tegn på sinusitt.

Funksjonsundersøkelser

Lytteprøve (inspirasjon + ekspirasjon)

Enkleste. Man undersøker hver nesehalvdel for seg, ved å lukke det ene nesebor med sin tommelfingerpulpa. Lytter så til respirasjonslyden gjennom det andre nesebor. Trykk nedenfra, ikke fra siden da dette også påvirker passasjeforholdene på den andre siden.

Doggprøve (kun ekspirasjon)

Med lukket munn, la pasienten respirere mot en blank metall- eller glassplate (eks metallspatel) som holdes under nesen. Størrelsen av de framkomne duggpletter gir et inntrykk av luftpassasjen på de to sider. Vær obs på funksjonssyklus, dvs ett nesebor dominerer respirasjonen for så å bytte etter 2-5t.

NORMALSTATUS:

Ytre nese: Intet å merke ved nesens stilling eller utseende.

Rhin. Ant: Septum midtstilt. Slimhinnen blekrød. Sparsomt klart sekret. God luftpassasje.

FACIALISFUNKSJON

Facialispareser deles inn i sentral og perifer parese

Sentral → Supranukleært, dvs sentralt for fascialiskjernen

Bevart funksjon av m.frontalis (pannerynking) og m.orbicularis oculi (blinking)

Perifert → Nukleære og infranukleære årsaker

Samtlige grener er rammet. Pasienten kan ikke rynke pannen. Øyet kan ikke lukkes og øyespalten er utvidet (lagophthalmus). Ved forsøk på lukning av øyet dreies bulbus i stedet oppad (Bells fenomen). Pasienten kan ikke rynke nesen, hengende munnvik. Ikke lage trutmunn og ikke vise tenner.

Undersøkelse

Inspeksjon

Se etter skjevheter, ansiktsmimikk, symmetrisk blinking (m.orb.oculi), veldefinerte nasolabialfurer, høydeforskjell i munnvik og evt bilateral ansiktssvekkelse

Langstående parese kan gi kontraktur. Når ansiktet er i ro kan man se en fremhevning (accentuering) av nasolabialfuren og hevelse av munnviken

Be pasienten:

1. Heve øyenbryn (m.frontalis) deretter lukke øynene hardt (m.orb.oculi)
-undersøker prøver deretter å åpne øyelokket med tomlene.
2. Blåse opp kinnene (m.orb.oris).
3. Vise tenner (m.orb.oris)
4. Stramme halsmuskulatur (platysma)
5. Tåresekresjon (nedsatt tyder på at lesjon er perifer for ganglion geniculi)
6. Overfølsomhet for kraftig lyd kan være tegn på nedsatt stapediusrefleks (n.facialis
→ n.stapedius → m.stapedius)

MUNNHULE

Munnhulen bør undersøkes systematisk så man ikke overser noen områder. Evt tannproteser taes ut før undersøkelsen. God belysning er viktig.

Utstyr: Tungespatel, lyskilde (pannelykt ideelt), speil, hansker

Speilgrepet: Holdes i venstre hånd. Hvile mot pasientens ve munnvik. Unngå kontakt med andre elementer i munnhulen, da dette kan fremkalle brekningsrefleks.

Fremgangsmåte

- 1) Start med leppene, noter teleangieektasier, sår, fissurer og fargeforandringer (munnvikssår opptrer ofte ifbm anemi). Se også etter evt arr fra tidligere kirurgi (eks hareskår).
- 2) Be pasienten åpne munnen og undersøk videre slimhinnene i kinnet (bruk gjerne spatel for å holde ned tungen). Inspiser også sulcus alveolabialis (omslagsfolden mellom tennene og innsiden av kinn). Bruk spatel for å inspiser innsiden av kinn på begge sider. Notér utførselsgangen til gl.parotis, i øvre del av kinnet på begge sider, hyperkeratose, misfarginger, evt traume, mengde saliva som fukter mucosa.
- 3) Neste trinn er tennene og tannkjøttet. Se spesielt etter tannkjøttbetennelse(gingivitt) eller åpenbar karies. Inspiseres med speil og perkuterer for evt ømhet.. Notér sår, kul og pigmentering.
- 4) Se den harde gane etter evt belegg, arr og teleangieektasier. Se også etter unormale krumninger.
- 5) Tungen. Inspiser. Farge (varierer normalt fra rosa, rød til mørkbrun) Belegg? (eks leukoplaki, ”geografisk tunge”) Sår? Atrofi? Fasikulasjoner? Se etter tungebevegelser i alle retninger. Start med å strekke tungen ut. Symmetrisk? Tunge deviasjon kan tyde på lammelse av n. hypoglossus (XII). Tungen devierer da mot syk side. Ved dobbeltsidig hypoglossusaffeksjon kan ikke tungen strekkes frem og det er uttalt dysartri samt redusert svelgfunksjon. Be pasienten strekke tungen til venstre og se i bakre laterale tungerand (”Coffin corner”, dvs. overgangen mellom tungeroten og fremre ganeseil). Bruk spatelen til å skyve vekk tungen. Dette kan være sted for karsinomer). Gjenta på høyre side. Kraft: pasienten presser med tungen på innsiden av kinn, mens undersøker presser utenfra. Er normalt god kraft i tungen.
- 6) Undersøk videre munnhulens bunn. Be pasienten føre tungespissen mot den den harde gane (god bevegelse?). Observer da frenulum (stram?) og utførselsgangene til gl.submandibularis. Se også her etter sår, oppfyllinger og leukoplaki Etter inspeksjon gjøres bimanuell palpasjon (husk hansker), dvs ene hånden palperer inne i munnhulen og den andre hånds fingre holdes på huden utenfor. Kjenn etter abnormiteter eks forstørrede spyttkjertler (Gl. submandibularis), steiner i spyttkjertel-gangene eller andre tumores.
- 7) Kjeveledd: Smerter? Knepping? Luksasjon? Andre lyder? Nedsatt bevegelighet? Be pasienten gape og utføre sidebevegelser. Undersøk om bittet passer. Palpér kjeveledd.

Sjekkliste:

- a) Inspisert hele munnhulen, inkludert ”coffin corner”?
- b) Fissurer eller sår på leppene? vesikler på leppene? Sår i munnvikene?
- c) Velsanerte tenner og tannkjøtt?
- d) Normal gane?
- e) Belegg: leukoplaki eller erytroplaki? Ulcerasjoner?
- f) Kan munnen åpnes fullstendig?
- g) Normal bevegelse av tungen?

NORMALSTATUS:

Cavum oris: Velsanerte egne tenner. Blekrøde slimhinner. Ingen sår dannelse eller palpable oppfyllinger.

SVELG

Utstyr: tungespatel x2, belysning

Fremgangsmåte:

- 1) Ved inspeksjon av svelget plassér tungespatel bestemt på bakre tredel av tungen, be pasienten si "AAA" samtidig som du presser tungen ned skrått fremover med spatelen. Tungen bør forbli i munnhulen for bedre innblikk i pharynx.
- 2) Ved undersøkelse av tonsillene er det en fordel å bruke to tungespatler; ene for å presse ned tungen, mens den andre brukes til å "lirke frem" tonsillen fra sin lille hule. Vurder farge, størrelse, og belegg, ulcerasjoner, og symmetri. Tonsillene skal være omtrentlig like store på begge sider. Enhver forskjell i størrelse hos voksne bør undersøkes omhyggelig (tumor, ulcerasjon, lymfom gir bla unilateral forstørrelse). Ganeseil: noter symmetri og bevegelsen. Ved ensidig parese vil ganeseilet trekkes mot den friske siden. Ved dobbelsidig parese henger ganeseilet slapt ned.
- 3) Bakre svelgvegg: Vurder belegg, farge, tumores, bevegelse. Beveger ganeseilene seg symmetrisk? Se uvula, beveger seg symmetrisk?

NORMALSTATUS:

Fauces: Slimhinnen blekrød. Tonsillene blekrøde, uten propper eller belegg. Ganen og svelget beveges symmetrisk.

LARYNX

Lupelaryngoskopi (bruk av stivt skop, 70Grader)

Selv for en godt trent undersøker, vil indirekte laryngoskopi (med speil) gi tilstrekkelig visualisering av larynx og stemmebånd i kun ca 70% av pasientene. Mange har en veldig aktiv brekningsrefleks som fremkalles selv etter lokalbedøvelse. Lupelaryngoskopet tillater mer fullstendig undersøkelse og tolereres av flere.

Fremgangsmåte:

- 1) Evt. anesteser svelget ved bruk av xylocain spray
- 2) Hold skop i ene hånd, tungegrep mellom tommel og pekefinger og gasbind i den andre hånden. 3.-5. finger kan hvile på pasientens ansikt for å stabilisere grepet.
- 3) Før skopet inn i munnhulen, mellom ganeseil og drøvel. Gjerne hvile på pekefinger.
- 4) Når skopet er på plass i svelget, tipp tuppen nedover. Bruk pekefinger som knekkpunkt.
- 5) Titt inn i skopet. Identifiser så de anatomiske strukturer; tungebasis, epiglottis, plica vocalis, plica ventricularis, rima glottidis, cartilago arytenoidea, recessus piriformis.
- 6) Vurdér posisjon og bevegelse av stemmebånd ved å be pasienten si "hi" eller "he".
- 7) Ansamling av saliva i hypopharynx, samt mucosa-abnormaliteter i larynx og pharynx noteres.
- 8) Husk at pasienter med bedøvet pharyngeal eller laryngeal mucosa bør unngå mat og drikke den neste timen etter undersøkelsen; det kan resultere i for eksempel aspirasjon.

NORMALSTATUS LARYNGOSKOPI:

Slimhinnen i hypopharynx og larynx blekrød. Stemmebåndene bleke, stramme og med fri symmetrisk bevegelse. God glottisadaptasjon ved fonasjon. Ingen sekretretensjon eller tumoroppfyllinger.

HALS

Halsen er sete for 200-300 lymfeknuter, ca halvparten av kroppens totale antall. Vanligste funn er lymfeknutesvulst, halscyster og spyttkjerteltumores.

Undersøkelse:

Sørg for at hele halsen er undersøkt, dvs eksponér halsen fra skuldre og opp. Inspiser front og fra siden. Åpenbare tumores noteres. Sørg for å undersøke hele halsen før du konsentrerer deg om de enkelte tumores. Halsen undersøkes best stående bak pasienten.

Bakre triangel:

palper i fossa supraclavicularis, dernest fremre rand av trapezius og til sist bakre rand av m. sternocleidomastoideus. Skyv hele tiden muskelen fremover for å komme til lymfeknutene under muskelen. Palper deretter lymfeknuter occipitalt. Pasientens hode kan tippes bakover for lettere tilgang.

Fremre triangel:

Start i jugulum. Palpér oppover langs fremre rand av m.sternokleid, forsøke å skyve muskelen bakover for å komme til lymfeknutene under. Palpér opp til kjevevinkelen. Deretter de submandibulære og submentale lymfeknuter. Dette bør gjøres bimanuelt, dvs en hånd utenfor, én finger i munn. Dette kan imidlertid vente til resten av undersøkelsen er gjennomført, siden man må ta på seg hansker for dette.

Palper deretter strukturer i midtlinjen, hovedsakelig gl. Tyroidea.

Stå bak pasienten. Finn arcus cartilaginis cricoideae, like under ligger istmus og de to lapper på hver side. Sett fingertuppene over begge lapper og kjenn etter oppfyllinger. Be deretter pasienten svelge. Dersom oppfyllingen følger svelgbevegelsen, kan en nærmest fastslå at denne er lokalisert i tyroidea. Kjertelen er for øvrig normalt ikke palpabel.

Undersøkelse av tumores:

Notér størrelse og konsistens, relasjon til nærliggende områder, spesielt muskulatur, ben og brusk. Bevegelig eller fiksert. Fiksering til omkringliggende strukturer.

NORMALSTATUS COLLUM:

Symmetriske forhold. Huden normal. Ingen palpable glandler eller andre tumores.

KILDER

1. Epstein, Perkin, Clinical Examination, third ed (Mosby)
2. Douglas, Nicol, Robertson, Macleod's Clinical Examination, 11th ed.
3. Arnesen, Øre-, Nese-, Hals-sykdommer (1996)
4. Lucente, Essentials of otolaryngology, fourth ed.
5. Jepsen, Thomsen, Bretlau, Pedersen Øre, Næse, halssygdomme. Hoved-halskirurgi. 9.utg
6. P.D. Bull, Lecture notes on Diseases of the Ear, Nose and Throat. 8th ed.
7. Albert L. Menner, A Pocket Guide to the Ear
8. Wilson, Nadol Jr, Randolph, The Clinical handbook of Ear, Nose and Throat disorders.
9. Rogan J Corbridge, Essential ENT Practice
10. Hallén, Anniko, Öron-, näs- och halssjukdomar
11. Notater fra ØNH-undervisning i 7. semester, Rikshospitalet