

جزوه معاینات بالینی در پزشکی

Medical examination

مترجم تنظیم کننده استادیار رضاپوردست گردان

Translator regulators R. Pourdast garden

پاییز ۱۳۹۲

فصل اول معاینه سیستم عضلانی و اسکلتی

Examine the muscular and skeletal systems

معاینه سیستم عضلانی و اسکلتی شامل ارزیابی استخوانها و عضلات است.

معمولا معاینه سیستم عضلانی و اسکلتی در دو وضعیت ایستاده و نشسته انجام میشود.

علائم و نشانه های آسیب به دستگاه اسکلتی – عضلانی

- ✓ درد در محل آسیب
- ✓ تغییر شکل عضو صدمه دیده
- ✓ تورم شدید
- ✓ زخم باز یا بسته
- ✓ دردناک بودن محل آسیب هنگام لمس حساسیت به لمس
- ✓ عدم توانایی یا عدم تمایل بیمار به حرکت دادن عضو

معاینه دستگاه اسکلتی – عضلانی

معاینه ی عمومی بیمار از نظر آسیب سایر قسمتهای مهم بدن مطابق روش ارزیابی بیمار

معاینه اندام آسیب دیده

بررسی گردش خون و حس در اندام آسیب دیده (پر شدگی مویرگی)

در مشاهده به دنبال علائم و نشانه های زیر بگردید

زخم باز

زخم بسته یا کبودی

تغییر شکل

تورم

در مورد حس اندام از بیمار سؤال کنید . آیا احساس مورمور شدن یا کرحتی دارد ؟ این علائم می تواند نشانه آسیب یا عصب خوئرسائی اندام باشد .

اگر در نهایت هیچ کدام از علائم یا شده مشاهده نشد , از بیمار بخواهید تا اندام را به آرامی و با احتیاط حرکت دهد . بروز درد به هنگام حرکت دادن عضو نیز می تواند نشانه ی وجود صدمه و آسیب اسکلتی باشد.

وضعیت گردش خون و حس اندام آسیب دیده بوسیله عوامل زیر بررسی می شود

نبض اندام

پرشدگی مجدد مویرگی

رنگ و حرارت اندام

حس اندام

حرکت اندام

رنگ اندام آسیب دیده بسیار در تشخیص مهم وسودمند است.

بیماری های عضلانی اسکلتی ناشی از کار شایع ترین انواع بیماری های شغلی هستند و به همین دلیل غربالگری و شناسایی اولیه آنها در حین معاینات دوره ای اهمیت زیادی دارد.

روش اصلی غربالگری و بیماریابی اولیه در مورد بیماری های عضلانی اسکلتی ناشی از کار در حین معاینات دوره ای، شرح حال و معاینه فیزیکی می باشد. در واقع بیماری های عضلانی اسکلتی ناشی از کار با تست های آزمایشگاهی یا پاراکلینیکی تشخیص داده.

(Muscle Types) انواع عضله

جهت درک بهتر انقباض عضلات مختلف (عضلات اسکلتی، قلبی و صاف) بخش توضیحات اضافه و منابع آن نیز در قسمت پایین اشاره گردیده است.

عضلات را می توان به سه گروه تقسیم کرد

عضله اسکلتی (مخطط و ارادی)*

عضله قلبی (مخطط و غیرارادی)*

(عضله صاف غیرارادی*)

هر سه گروه از عضلات دارای فیلامان های اکتین و میوزین هستند، ولی طول و قطر فیبرهای عضلانی نسبت به یکدیگر متفاوت است

عضله اسکلتی (Skeletal muscle)

عضلات اسکلتی با عمل انقباضی خود، دستگاه اسکلتی (استخوان ها و مفاصل) را تحت تاثیر قرار داده، باعث تحرک، ثبات و اعمال حرکتی گوناگون موجودات می گردند. عضلات اسکلتی توسط نورون های حرکتی (آلفا موتور نورون ها) تحریک می شوند. این نورون ها از شاخ قدامی نخاع یا هسته های حرکتی اعصاب مغزی به عضلات اسکلتی می روند.

هر عضله اسکلتی از دو قسمت تشکیل شده است

بافت عضلانی که خاصیت انقباضی داشته و بیشتر شامل فیلامان های اکتین و میوزین است. بافت عضلانی از فیبرهای عضلانی تشکیل می گردد. هر فیبر عضلانی یک سلول عضلانی است

بافت همبند (یعنی اپی میزیوم، پری میزیوم و اندومیزیوم) که به صورت غلاف هایی بافت عضلانی را احاطه می کنند. این غلاف ها در ترتیب های متنوعی ترکیب شده و تاندون را می سازند که عضله اسکلتی را به استخوان متصل می کند.

ناحیه ای که در آن یک ترمینال آکسونی با یک فیبر عضلانی، ارتباط سیناپسی ایجاد می کند، محل تماس عصبی-عضلانی نامیده می شود.

هر نورون حرکتی، مجموعه ای از ترمینال های آکسونی را در انتهای مسیرش ایجاد می کند. یک نورون حرکتی که به عضله اسکلتی می رود در انتهای مسیرش می تواند چندین ترمینال آکسونی را ایجاد نماید که تعداد آن به نوع عضله و ظرافت عمل عضله اسکلتی مربوطه وابسته است.

مجموعه فیبرهای عضلانی که توسط یک نورون حرکتی آلفا (آلفا موتور نورون) عصب دهی می شوند (Motor unit) به همراه آکسون نورون حرکتی، یک واحد حرکتی

نامیده می شود

عضلات اسکلتی را می توان به گروه های زیر تقسیم کرد

عضلات اندام فوقانی مانند عضله دوسر بازویی*

عضلات اندام تحتانی مانند عضله چهارسر رانی*

عضلات تنه*

عضلات سر و گردن*

عضله قلبی (Cardiac muscle)

دیواره قلب از خارج به داخل شامل سه لایه به نام های پریکارد، میوکارد و اندوکارد است که به لایه میانی (میوکارد) عضله قلب گفته می شود. میوکارد که بیشترین قسمت قلب را تشکیل می دهد دارای خاصیت انقباضی است

انواع عضله قلب عبارتند از

عضله دهلیزی*

عضله بطنی*

فیبرهای عضلانی تخصصی-هدایتی یعنی فیبرهای گره سینوسی-دهلیزی و گره دهلیزی-بطنی* در حالت طبیعی، ایمپالس ها از گره سینوسی-دهلیزی شروع شده، سپس به دهلیزها، گره دهلیزی-بطنی و در نهایت به بطن ها انتقال می یابد. قلب بوسیله اعصاب خودکار سمپاتیک و پاراسمپاتیک کنترل می گردد. دستگاه عصبی خودکار به دو طریق فعالیت قلب را کنترل می کند

تغییر تعداد ضربان قلب*

تغییر قدرت انقباضی قلب*

(Smooth muscles) عضلات صاف

به طور کلی دو نوع عضله صاف وجود دارد

عضله صاف چند واحدی (مانند عضلات صاف عروق خونی، راست کننده مو، مژگانی چشم و عنبیه *
(چشم)

عضله صاف تک واحدی (عضله صاف احشایی) مانند عضلات صاف مجاری صفراوی، جدار روده و *
رحم

ویژگی عضله صاف چند واحدی، مجزا بودن فیبرهای عضلانی آن است و معمولاً کنترل آنها از طریق سیگنال های عصبی صورت می گیرد

فیبرهای عضله صاف تک واحدی (احشایی) از طریق غشاء های سلولی با یکدیگر ارتباط می یابند. تحریک بخشی از عضله صاف احشایی- بدون حضور یک میانجی- منجر به تحریک فیبرهای مجاور می گردد (یعنی هدایت الکتریکی)

تاندونیت (Tendonitis)

Tendinitis or Tendonitis: تاندونیت

یعنی التهاب تاندون که همراه با پارگی های میکروسکوپی است. این ضایعه بیانگر یک پاسخ التهابی در داخل تاندون، بدون التهاب لایه خارجی (یعنی پارانتون) آن است. استفاده بیش از حد از عضلات، مهمترین عامل تاندونیت محسوب می شود. درگیری تاندون ماهیچه های مفصل شانه با تشخیص تاندونیت، شیوع بالایی دارد. به عنوان مثال تاندونیت ماهیچه فوق خاری (سوپراسپیناتوس) که یکی از ماهیچه های کلاهی چرخاننده (روتاتور کاف) است، نسبت به عضلات دیگر بیشتر مشاهده می گردد. از جمله عوارض التهاب های تاندونی، تاندونیت کلسیفیه، بورسیت و تاندونیت مزمن است

تنوسینوویت (Tenosynovitis)

عبارت است از التهاب غلاف سینوویال یک تاندون.

این حالت ممکن است در تاندون‌هایی که دارای غلاف سینوویال هستند، به دلایل مختلفی رخ دهد.

تنوسینوویت علائمی مشابه تاندونیت دارد و درمان نیز همانند تاندونیت است

التهاب غلاف سینوویال باعث اختلال در حرکت آرام و نرم تاندون مربوطه می‌گردد. در این موارد،

احتمال چسبندگی تاندون به غلاف سینوویال وجود دارد که علت آن تولید مواد چسبنده ناشی از پاسخ

التهابی در غلاف سینوویال است.

تندینوزیس (Tendinosis)

عبارت است از تغییرات تخریبی مزمن تاندون بدون

واکنش التهابی حاد. این حالت (ضایعه تاندون‌ها بدون پاسخ التهابی حاد) عموماً به عنوان تاندونیت

مزمن شناخته می‌شود. در تاندونیت مزمن، پاسخ سلولی شامل جایگزینی گلبول‌های سفید (لکوسیت‌ها)

با ماکروفاژها و سلول‌های پلازما است. ضایعه ساختمان تاندون‌ها، احتمال پارگی آنها را در طی زمان

تسهیل می‌کند

(Peritendinitis) پری تاندونیت

یعنی التهاب پارانتون یا بافت‌های اطراف تاندون

(اندوتنون و اپی تنون). لایه‌های تاندون از خارج به داخل شامل بافت‌های همبند پارانتون، اپی تنون و اندوتنون است. پارانتون یک بافت همبند دو لایه‌ای است که خارجی‌ترین لایه تاندون محسوب می‌شود.

علل تاندونیت

مهمترین علل تاندونیت عبارتند از

فعالیت‌های تکراری اگرچه در این اعمال، نیروی کمی به کار می‌رود، ولی به دلیل تکرار بالا، آسیب ■

پذیری تاندون افزایش می‌یابد

ضربه مستقیم ■

اختلالات وضعیت پوسچر ■

کاهش خون‌رسانی در برخی از نقاط تاندون مثلاً تاندون فوق خاری یا سوپراسپیناتوس و تاندون آشیل ■

علائم تاندونیت

علائم تاندونیت ممکن است در ارتباط با موارد زیر باشد:

- با استراحت درد کاهش می‌یابد و با فعالیت تشدید می‌گردد.
- معمولاً شروع درد تدریجی بوده و در یک دوره زمانی ایجاد می‌شود.
- با اعمال مقاومت به عضله توسط معاینه کننده در عملی که آن ماهیچه دارد، درد افزایش می‌یابد.
- کشش ماهیچه درگیر، ممکن است با درد همراه گردد.
- در مرحله حاد به هنگام استراحت نیز ممکن است درد وجود داشته باشد.
- احتمال وجود اسپاسم محافظتی
- تورم و احتمال گرمی در ناحیه
- حساسیت به لمس در ناحیه آسیب
- کریپیتاسیون (صدای خش خش) به هنگام عمل فعال عضله. احتمالاً چسبندگی پارانتون در تاندون
- ملتهب باعث کریپیتاسیون می‌گردد. این چسبندگی می‌تواند به علت تولید مواد چسبنده در اثر پاسخ التهابی تاندون ایجاد گردد.

Calcific bursitis: بورسیت کلسیفیه

عبارت است از وجود توده‌های کلسیمی در بورس‌ها. یک بورس، کیسه‌ای کوچک حاوی مایع سینوویال بوده که باعث کاهش اصطکاک بین بافت‌های مجاور خود می‌گردد، بنابراین در تسهیل حرکات آنها نسبت به یکدیگر نقش دارد. به التهاب یک بورس، بورسیت می‌گویند

بورسیت کلسیفیه، به طور شایعی در ناحیه شانه ایجاد می‌گردد. در این ارتباط، بورس زیر اخرمی (بورس ساب آکرومیال) که در ناحیه شانه بین زائده آکرومیون و تاندون ماهیچه فوق خاری (سوپراسپیناتوس) قرار می‌گیرد، شایع ترین بورسی است که درگیر می‌شود. این بورس، بورس ساب دلتونید نیز خوانده می‌شود، چون ادامه آن، تا زیر ماهیچه دلتونید (دالی) امتداد می‌یابد. گاهی این دو قسمت (بورس ساب آکرومیال یا ساب دلتونید) مجزا بوده، اگرچه معمولاً با یکدیگر در ارتباط هستند.

علل بورسیت

عوامل زیر ممکن است در ایجاد بورسیت کلسیفیه (کلسیفیکاسیون بورس) نقش داشته باشند

بورسیت مزمن. در صورت عدم درمان بورسیت، احتمال رسوب املاح کلسیمی در بورس وجود دارد ■

تاندونیت کلسیفیه گاهی املاح کلسیم از تاندون‌هایی که دچار رسوب شده‌اند، به بورس‌ها منتقل می‌شود ■

پارگی نسوج اطراف تاندون در مواردی، پارگی بافت‌های اطراف تاندون باعث ورود توده‌های ■
کلسیمی به بورس می‌گردد.

این حالت ممکن است در ارتباط با شانه از تاندون عضله سوپراسپیناتوس به بورس ساب آکرومیل رخ
دهد.

دستگاه اسکلتی یا سیستم اسکلتی

(Skeletal system)

از مجموعه استخوان ها و مفاصل تشکیل می گردد که از طریق عضلات اسکلتی یا ماهیچه های مخطط
در اعمال حرکتی دخالت می کنند. وظایف مهم سیستم اسکلتی در موجوداتی چون انسان عبارتند از

محافظت از قسمت هایی چون مغز و اندام های داخلی*

افزایش ثبات و حمایت بدنی*

تسهیل حرکات به واسطه مفاصل که با کمک عضلات صورت می گیرد*

سیستم اسکلتی به عنوان یک دستگاه اهرمی در حرکات نقش دارد که بیشتر در ارتباط با استخوان *
های بلند است.

در این دستگاه، مفاصل به عنوان محور اهرم ها محسوب می گردند

(Hematopoiesis) تشکیل سلول خونی یا خونسازی *

(Mineral homeostasis) هموستاز مواد معدنی *

ذخیره چربی و مواد معدنی *

انواع استخوان بر اساس شکل طبقه بندی عمومی استخوان ها

از نظر شکل می توان استخوان ها را به پنج گروه تقسیم کرد

استخوان های دراز مانند استخوان های ران، بازو و ساق پا*

استخوان های کوتاه از قبیل استخوان های مچ دست و پا*

استخوان های پهن همانند استخوان های هیپ (بی نام) و اسکاپولا کتف*

استخوان های نامنظم که شکل معینی ندارند مثل مهره ها و استخوان خاجی ساکروم*

استخوان های سزاموئید (کنج دی) مانند کشکک*

مفاصل (Joints)

مفصل ناحیه ای است که استخوان ها به یکدیگر متصل می گردند. مفاصل بدن به سه گروه اصلی تقسیم می شوند

مفاصل ثابت یا لیفی فیروز *

مفاصل نیمه متحرک یا غضروفی (کارتیلاژنوس) *

مفاصل متحرک سینوویال *

REFERENCE

www.nsbri.org

www.pearsonschoolsandfecolleges.co.uk

www.ncbi.nlm.nih.gov

فصل دوم معاینه سیستم بویایی

Examination of the olfactory system

در تست بویایی جنسیت و سیگاری بودن افراد نقش عمده دارد

کاهش حس بویایی می تواند جزئی و یا کامل باشد، هر چند که نداشتن حس بویایی به طور کامل، خیلی کم است.

کاهش حس بویایی بر اساس علت ایجادکننده آن می تواند موقتی یا دائمی باشد.

داشتن حس بویایی برای احساس طعم غذاها لازم است. کاهش یا فقدان حس بویایی منجر به بی علاقه‌گی به غذا خوردن و در نتیجه کاهش وزن، سوء تغذیه و حتی افسردگی می شود.

علل کاهش یا فقدان حس بویایی به سه گروه تقسیم می شوند

الف) مشکلات مربوط به دیواره داخلی بینی

سینوزیت حاد	سرما خوردگی	آلرژی بینی	آنفلوآنزا	گرفتگی بینی
-------------	-------------	------------	-----------	-------------

ب) گرفتگی راه بینی

پولیپ	تومور	بد شکلی استخوان بینی
-------	-------	----------------------

ج) آسیب مغز یا اعصاب

جراحی	بیماری	بیماری	آسیب و	آنوریسم	پرتودرمانی	بیماری
مغز	هانتینگتون	پارکینسون	ضربه مغزی	مغزی	یا رادیوتراپی	پیک

تحقیقات نشان می دهند سیستم عصبی بدن برای انتقال پیام های درد و بویایی از کانال های مشترکی استفاده می کند. در نتیجه بی حسی یا استفاده از مسکن ها می تواند اثرات سوئی روی حس بویایی انسان داشته باشد.

REFERENCE

www.sussex.ac.uk

www.biomedcentral.com

www.dartmouth.edu

فصل سوم معاینه رفلکسها

Examination of reflexes

رفلکس‌های مهم کششی عضلات باید به‌طور روتین بررسی شوند

در حالت ۰ هیچ رفلکسی وجود ندارد

در حالت ۱ رفلکس وجود دارد ولی کاهش یافته است

در حالت ۳ رفلکس هیپیر اکتیو است

در حالت ۴ انقباضات ریتمیک مکرر بارز است

انواع رفلکس کششی

۱- رفلکس شکمی

۲- رفلکس آنال

۳- رفلکس اسفنکتری

در آسیب و ترومای مغز معمولاً اختلالات حسی در بیماران بارز است

رفلکس کف پای معمولاً قبل از ۲ سالگی از بین میرود

در پزشکی و عصب‌شناسی پاسخ رفلکسی کف پا یا علامت بابینسکی نوعی پاسخی عصبی به تحریک کف پا است که در تشخیص برخی اختلالات مغز و نخاع به کار می‌رود

برای گرفتن این رفلکس باید سطح خارجی کف پا توسط جسمی غیر تیز از پاشنه به سمت انگشتان به طریقی که باعث آسیب یا بریدگی نشود تحریک شود

علامت بابینسکی

انواع پاسخها

فلکسور: انگشتان به داخل خم و پا به داخل می‌چرخد. این واکنش در افراد طبیعی و سالم است.

علامت بابینسکی منفی

بدون پاسخ

اکستنسور: انگشت بزرگ پا به پشت خم شده و سایر انگشتان از هم جدا می‌شوند. این حالت در آسیبهای سیستم عصبی مرکزی دیده می‌شود. (بابینسکی مثبت)

رفلکس مثبت در نوزادان و همچنین هنگام خواب و یا بعد از راه رفتن طولانی نیز ممکن است دیده شده و طبیعی است.

رفلکس پلانتار شایع ترین رفلکس سطحی مورد معاینه است . تحریک معمولاً با نوک دسته چکش رفلکس از سمت لترال کف پا شروع و به شصت ختم می‌شود . رفلکس طبیعی شامل پاسخ رو به پایین انگشت شصت یا عدم پاسخ است . پاسخ غیرطبیعی یعنی حرکت رو به بالای شصت و باز شدن انگشتان از هم و به نام علامت بابینسکی شناخته می‌شود و نشانه آسیب مسیر کورتیکواسپینال

(بدون مشخص کردن محل ضایعه) است . همین تحریک از سمت قوزک خارجی به سمت لترال روی پا نیز می‌تواند شبیه به علامت بابینسکی را ایجاد کند و به نام علامت چادوک شناخته می‌شود هم چنین انگشت حرکت کوچک پا به سمت خارج می‌تواند شبیه به دو علامت قبلی را ایجاد کند و به نام علامت استرانسکی شناخته می‌شود

انواع دیگر رفلکس های سطحی: شکمی ، گرماستریک ، بولبوکاورنوس و سطحی مقعدي هستند

رجه بندي این رفلکس ها به این شرح است

• بدون پاسخ

۱ رفلکس کاهش یافته

رفلکس کاهش یافته و نیازمند مانورهای افزایش دهنده

که در آن بیمار انگشتان دست ها را به هم فشار می دهد و دست ها را از طرفین میکشد و نگه میدارد .

مشابه این مانور با فشردن دندان ها به هم و زانوها به هم نیز انجام می شوند

2طبیعی

3افزایش یافته

4افزایش یافته به همراه کلونوس

REFERENCE

www.ncbi.nlm.nih.gov

www.neuroexam.com

فصل چهارم معاینه نوزادی

Examination of the newborn

به ۲۸ روز اول پس از تولد دوران نوزادی اطلاق می شود

دوره زمان بسیار آسیب پذیر برای نوزاد است . به طوری که میزان مرگ و میر در ۲۴ ساعت اول حیات در بالاترین حد خود قرار دارد و ۶۵ درصد مرگهای زیر یک سال را شامل می شود. در پی انقباضات رحمی که اکسیژن رسانی به جنین را به طور متناوب کاهش می دهد و به دنبال انتقال وی به حیات خارج رحمی ، نوزاد با محرک های بسیاری از قبیل نور ، سروصدا ، هوای سرد ، نیروی جاذبه و محرک لمس برای اولین بار مواجه شده و به طور همزمان تطابق های مهمی در دستگاه تنفسی، گردش خون و کنترل دمای بدن و سایر دستگاه ها ایجاد میشود

تغییرات تنفسی

شروع و تثبیت تنفس برای بقای نوزاد اهمیت دارد

برای شروع تنفس نوزاد تنوری های مختلفی وجود دارد

۱- عده ای بالا رفتن گاز کربنیک در خون را محرک شروع تنفس می دانند

۲- بعضی کمبود اکسیژن خون نوزاد را محرک تنفسی می دانند

۳- تنوری دیگر این است که تنفس نوزاد ادامه حرکات تنفس داخل رحم است

اینکه تنفس دقیقا چگونه آغاز می شود هنوز روشن نیست.

اکثر نوزادان تنفس منظم و مداوم را ظرف ۶۰ ثانیه پس از خروج کامل از بدن مادر بدست می آورند و تعدادی هم اولین تنفس را به محض زایمان سر انجام میدهند. در هنگام ترم ۱۰۰ میلی لیتر مایع درون دستگاه تنفس نوزاد قرار دارد که در طول زایمان فشرده شدن دیواره قفسه سینه در به خارج رانده شدن مقداری از این مایع کمک می کند و باقی مانده آن توسط جریان خون و سیستم لنفاوی ریه جذب می شود

مهمترین عوامل موثر در شروع تنفس

محرك حسی	محرك شیمیایی	محرك فیزیکی
----------	--------------	-------------

از محرکهای فیزیکی می توان به برداشته شدن فشار از روی قفسه سینه نوزاد و در نتیجه خروج مایع از آلونولها و تهویه ریه اشاره کرد اشاره کرد.

عوامل شیمیایی شامل تغییرات گازهای خون نوزاد، کاهش فشار اکسیژن ، افزایش فشار دی اکسید کربن و کاهش آسفیکسی یا خفگی موقت میباشد که باعث تحریک مرکز تنفس در بصل النخاع می شود. محرک های حسی شامل گیرنده های حس درد ، لمس، نور، بو صدا و از همه مهمتر گیرنده های حرارتی (حس سرما) میباشد. تحریک گیرنده های حرارتی منجر به تحریک مرکز تنفس در بصل النخاع و تحریک تنفس میشود.

تنفس های منظم و طبیعی ۶۰ ثانیه بعد از زایمان تثبیت می شود نوزادان بین ۳۰ تا ۶۰ تنفس در دقیقه انجام می دهند که از نوع سطحی و شکمی هستند < به طور طبیعی ۲۰ ثانیه وقفه در حین تنفس نوزاد مشاهده میشود وقفه بیش از ۲۰ ثانیه آینه نامیده می شود و غیر طبیعی است

تغییرات گردش خون

این تغییرات تدریجی است. در زندگی جنینی تنها ۱۰ درصد برون ده قلبی از به ریه ها فرستاده می شود. با اتساع ریه ها و پایین آمدن مقاومت عروق ریوی به علت ورود اکسیژن به داخل رگهای ریوی در نهایت تمام برون ده قلبی به ریه ها فرستاده می شود. و خون اکسیژن دار از ریه به سمت قلب چپ باز می گردد و فشار دهلیز چپ را افزایش می دهد و فشار دهلیز راست کاهش می یابد زیرا جریان خون بند ناف قطع می شود.

و در نتیجه ی این اختلاف فضا سوراخ بیضی بسته می شود در روزهای اول زندگی بسته شدن سوراخ بیضی برگشت پذیر است به همین دلیل ممکن است در صورت بالا بودن مقاومت عروق ریوی رخ دهد و در نتیجه موجب حملات سیانوز موقتی در نوزاد شود، در زمانی که نوزاد گریه می کند یا متحمل فشار ی می شود

مثلا هنگام دفع ،امکان شیفت خون کم اکسیژن از سمت راست قلب به سمت چپ از طریق مجرا هایی که هنوز به طور کامل بسته نشده اند وجود دارد ،این مسئله باعث بروز یک سیانوز گذرا میشود که مهم نیست . مجرای شریانی ۸ تا ۱۰ ساعت بعد از تولد بسته می شود بسته شدن آنتاتومیک آن چند ماه بعد رخ می دهد.به علت کندی جریان خون محیطی تاد ۲-۳ ساعت اول بعد از تولد انتهای اندام و اطراف لب می تواند مختصری سیانوز شود .

اگر بیشتر از این زمان به طول بیانجامد پاتولوژیک است . تعداد ضربان قلب نو.زاد ۱۲۰ تا ۱۴۰ ضربه در دقیقه است که در زمان گریه به ۱۸۰ و در زمان خواب به ۱۰۰ ضربه در دقیقه می رسد.

تغییرات متابولیکی

دستگاه گوارش برای جذب و هضم غذا توانایی کافی دارد اما به علت نقص در تولید آنزیم آمیلاز پلی شاکارید ها به خوبی جذب نمی شوند ، همچنین نقص در تولید آنزیم لیپاز مصرف چربی ها را محدود میکند .

مخصوصا چربیهای اشباع شده مثل چربی شیر گاو را به درستی هضم نمینماید. کبد ناقص ترین عضو سیستم گوارشی بعد از تولد است. پروتئین های پلاسما به خوبی ساخته نمی شوند و فاکتور های انعقادی هم به میزان کافی وجود ندارد .

بعد از تولد و همین امر استعداد نوزاد به خونریزی را افزایش می دهد. به همین دلیل آمپول ویتامین کا به نوزاد تزریق می گردد. میزان ذخیره گلیکوژن در موقع تولد کم است به همین دلیل مستعد

هیپو گلیسمی است. که بایستی با شیر دادن مرتب به نوزاد از آن پیشگیری نمود. نوزاد دارای تعدادی غدد بزاقی می باشد اما اکثر آنها ترشحاتی ندارند .

ظرفیت معده نوزاد محدود و در حدود ۹۰ میلی لیتر است و به دلیل حرکات پرستالتیسم زمان تخلیه شیر سریع است و معمولاً در حدود ۲/۵-۳ ساعت معده خالی می شود. تغییرات در وضع مدفوع نشان دهنده تغییر در وضعیت گوارش می باشد.

مدفوع اولیه نوزاد موکونیم نام دارد و سیاه متمایل به سبز است که ترکیبی از پیگما نه‌های صفراوی . سلول های اپیتلیال ، اسیدهای چرب ف موکوس ، خون و مایع آمنیوتیک می باشد . به ازای هربار شیر خوردن یک بار دفع دارد. ۶ بار دفع در روز طبیعی است

تغییرات آب و الکترولیت

در هنگام تولد ۷۳ درصد وزن نوزاد را آب تشکیل می دهد . در دوران جنینی مایع خارج سلولی به مراتب بیشتر از مایع داخل سلولی است که بعد از تولد به زودی ایت نسبت تغییر می کند و حجم مایع داخل سلولی بیشتر می شود.

میزان تبادلات ۷ برابر بزرگسالان است و متابولیسم ۲ برابر بالغین می باشد در نتیجه نوزاد دوبرابر بالغین در واحد وزن اسید تولید می کند .

و همین عامل موجب بروز اسیدوز سریع در نوزاد می شود. به علاوه کلیه نیز به حد کافی رشد نکرده و نمی تواند تغلیظ ادرار را به حد کافی انجام دهد و این عوامل موجب مستعد شدن نوزاد به دهیدرا تاسیون و اسیدوز می شود

خود ایمنی نوزاد

تشکیل پادتن در بدن نوزادان تا سه ماهگی ممکن نیست به همین علت است که تا قبل از دو ماهگی تزریق واکسن برای نوزادان توصیه نمی شود به هر حال بدن نوزاد تا دوماهگی حاوی آنتی بلدی هایی است که از مادر گرفته است که بیشتر برضد بیماری های فلج اطفال، سرخک، سیاه سرفه، دیفتی ، سرخجه، وکزاز است و کمی هم بر ضد آبله مرغان و تبخال ساده

تغییرات سیستم خو نساز

بستگی میزان خون منتقل شده از جفت دارد ، هرچه ارتباط جنین و جفت دیسر تر قطع شود نوزاد خون بیشتری دریافت می کند ، حجم خون در نوزادان ترم به طور متوسط در حدود ۸۰-۸۵ سی سی به ازاء هر کیلو گرم وزن می باشد

بلا فاصله بعد از تولد حجم خون نوزاد ۳۰۰ سی سی است و اگر بند ناف دیر تر قطع شود ۱۰۰ سیسی به این مقدار اضافه می شود در هر میلی لیتر مکعب ۶ میلیون گلبول قرمز وجود دارد و هماتوکریت ۵۲٪ است هماتو کریت کمتر از ۴۰ غیر طبیعی است ونشان دهنده خونریزی داخلی یا همو لیز شدن گلبول های خونی و کاهش غیر طبیعی حجم خون است ،بعد از برقراری تبادل واقعی اکسیژن در ریه نوزاد نیاز به اریترو سیت ها کاهش می یابد و بالاخره دطول سه ماه به حد اقل خود می رسد ، هموگلوبین طبیعی ۲۰-۱۵ گرم در دسی لیتر است

تاسن ۶ هفتگی به ۱۱-۱۲ گرم در هر صد میلیلیتر خون می رسد .گلبول های سفید خون در بدو تولد زیاد بوده و تقریبا ۴۵۰۰۰-۱۵۰۰۰ در هر میلی لیتر مکعب می باشد و بیشتر از نوع چند هسته ای به دلیل استریل بودن روده وعدم وجود فلور آن پایین است به همین دلیل K هستند . سطح ویتامین انعقاد خون نیز ضعیف است

تغییرات سیستم اسکلتی ماهیچه ای

در هنگام تولد سیستم استخوانی حاوی مقدار زیادی غضروف نسبت به استخوان است به همین دلیل استخوان ها بسیار نرم و قابل انعطاف می باشند، مفاصل حالت الاستیکی داشته و این مسئله به عبور نوزاد از کانال زایمان کمک می کند. استخوان های سر نسبتاً نرم می باشند و به هم جوش نخورده اند. حرکات نوزاد غیر هماهنگ می باشد و کنترلی بر روی ماهیچه ها ندارد مثلاً قادر به کنترل گردن و نگهداری سر نمی باشد.

تغییرات سیستم عصبی

وزن مغز نوزاد ۲۵ درصد وزن مغز افراد بالغ است. سیستم عصبی به خوبی تکامل نیافته و اعصاب کاملاً میلینه نشده اند

مشخصات فیزیکی نوزاد

پرستار باید با نشانه های طبیعی آشنا باشد تا قادر باشد نوزاد طبیعی از غیر طبیعی را تشخیص دهد

ظاهر نوزاد: یک نوزاد طبیعی فول ترم بلا فاصله بعد از تولد ۵/۳ کیلو گرم وزن دارد تا روز سوم بعد از تولد ۱۰٪ از وزن نوزاد کم می شود وزن پسران اندکی بیش از وزن دختران است . نوزاد هنگامی که کاملاً دراز کشیده است به طول ۴۸ - ۵۰ سانتیمتر است (از فرق سر تا پاشنه پا). محیط دور سر نوزاد ۳۳-۳۵ می باشد البته این پدیده بعد از تولد به علت پدیده مولدینگ و در هم فرو رفتن استخوان های سر تا حدودی کاهش می یابد و در روز دوم تا سوم به حالت اولیه خود بر می گردد. سر نوزاد یک چهارم بدنش است . اندازه طبیعی دور سینه حدود ۵/۳-۳۳ سانتیمتر می باشد (۲ تا ۳ سانتیمتر کوچکتر از سر است) اگر چنانچه خیلی کمتر از دور سینه باشد باید به هیدرو سفالی مشکوک شد

علائم حیاتی نوزاد

میزان طبیعی درجه حرارت در نوزادان حدود $36/6 - 37/5$ درجه سانتیگراد است و بستگی به فعالیت، خواب و محیط نوزاد دارد. درجه حرارت نوزاد باید از راه زیر بغل اندازه گیری شود.

میزان تنفس نوزاد در حالت طبیعی ۳۰ تا ۶۰ تنفس در دقیقه است ضربان قلب ۱۲۰ تا ۱۴۰ ضربه در دقیقه می باشد. میزان فشار خون سیستولیک ۷۰ میلیلیتر جیوه است

مراقبت های معمول بلا فاصله بعد از تولد در اتاق زایمان

هنگامی که سر نوزاد متولد شد، موکوس اضافی را از دهان او به آرامی بایستی پاک کرد. باید مراقب بود که سوراخ بینی او لمس نشود زیرا این عمل موجب رفلکس دم و کشیده شدن مواد به داخل نای را تحریک می کند. در صورت لزوم میتوان راه هوایی را به کمک یک پوار به آرامی تمیز کرد. به هر حال دهان و حلق باید قبل از بینی آسپیره شود. ساکشن عمیق می تواند سبب اساسم حنجره و یا برادی کاردی شود

بعد از کلمپ نمودن بند ناف آن را باقیچی جدا می نمایند . قبل از کلامپ نمودن بند ناف اگر نوزاد بالای سطح رحم نگه داشته شود خون به جفت بر می گردد و اگر زیر سطح رحم باشد خون به انتقال خون ازجفت بهنوزاد به مقدار زیاد انجام می شود .

که در هر دو حالت می تواند منجر به اختلال قلبی -ریوی شود. بعد باید نوزاد را خشک کرد و ضمن خشک کردن یک ارزیابی از وضعیت عمومی نوزاد به عمل آورد. یک دقیقه بعد از تولد

سیستم آپگار در سال ۱۹۵۳ جهت ارزیابی وضعیت و شرایط فیزیکی نوزاد بعد از تولد توسط دکتر ویرجینیا آپگار مطرح شد. موارد مورد ارزیابی شامل :تعداد ضربان قلب، وضعیت تنفس ، تون عضله پاسخ رفلکسی به تحریک و رنگ بدن که براساس جدول زیر برای آنه نمره ۰ تا ۲ را در نظر گرفت

که شیر خوار با وضعیت خوب در هنگام تولد نمره ۷ تا ۱۰ می گیرد . نمره زیر ۷ نشان می دهد که نوزاد به احیاء نیاز دارد .. نمره آپگار (۰ تا ۲) معرف دپرسیون است در این صورت باید بعد از تمیز کردن راه های هوایی نوزاد او را انتوبه کرده و اکسیژن ۱۰۰ درصد را از طریق لوله تراشه به نوزاد بدهیم ، نوزاد را احیاء کنیم و درجه حرارت بدن را حفظ نماییم

در صورتی که نمره آپگار ۳_۴ باشد پس از ساکشن کردن راه هوایی نوزاد را خشک کرده و حرارت بدن وی را تأمین نمود. سپس برای وی لوله تراشه گذاشته و اکسیژن را از این طریق به نوزاد میدهیم

در نمره آپگار ۵-۷ پس از ساکشن کردن و خشک کردن نوزاد و تأمین درجه حرارت فاز طریق ماسک به نوزاد اکسیژن می دهیم

تطابق دمایی

بعد از شروع تنفس تنظیم درجه حرارت مهمترین عامل در زنده ماندن نوزاد است در دوران جنینی درجه حرارت نوزاد ۵/۲ درجه از مادر بیشتر است در هنگام تماس با هوای سرد بیرون درجه حرارت بدن ناگهانی افت می کند .. خشک و گرم کردن نوزاد و گذاشتن زیر گرم کننده های تابشی برای پیشگیری از افت بیش از حد حرارت لازم است و تحت این شرایط در عرض ۸ تا ۱۲ ساعت حرارت بدن نوزاد تثبیت میشود و نوزاد قادر به تنظیم درجه حرارت است

عوامل متعددی در ازدست دادن حرارت نقش دارند

الف- سطح بدن یک نوزاد نسبت به وزن وی سه برابر بزرگسالان است

ب- میزان متابولیسم به ازاء هر کیلو گرم وزن بدن دوبرابر بزرگستان است

ج- یک نوزاد دوسوم یک بزرگسال حرارت تولید می کند ولی دو برابر او حرارت از دست می دهد

د- نازک بودن چربی زیر پوستی باعث اتلاف حرارت وی می شود

ت- مکانیزم لرزش در هنگام مواجهه با سرما در نوزادان ضعیف است بخصوص نوزاد نارس

پ-مرکز کنترل درجه حرارت بدن و سیستم گرانش خون به تکامل نهایی نرسیده اند و حرارت بدن به سرعت تحت تاثیر محیط قرار می گیرد

زردی نوزاد

یرقان فیزیولوژیک معمولاً از پایان روز دوم زندگی شروع و در روزهای چهارم و پنجم به حداکثر مقدار خود می‌رسد و سپس به تدریج کاهش می‌یابد. دلیل آن ناتوانی کبد در دفع بیلی روبین است

بطور کلی میزان بیلی روبین کمتر از ۱۲ میلی گرم درصد میلی لیتر خون در نوزادان با سن جنینی طبیعی و بیلی روبین کمتر از ۱۴ میلی گرم درصد میلی لیتر خون در نوزادان نارس، یرقان فیزیولوژیک نامیده می‌شود. در صورتی که مقدار بیلی روبین از مقادیر یاد شده برای نوزادان طبیعی و نارس تجاوز کند، یرقان پاتولوژیک محسوب می‌شود

ظاهر نوزاد

الف - تون ماهیچه ای : به طور طبیعی تون عضلات نوزاد خوب است و پوزیشن اندام ها به صورت خم شده است . نباید نوزاد دارای تون عضلانی خیلی سفت یا شل باشد . در هنگام گریه شدیداً دست و پای خود را حرکت می دهد

ب- ظاهر پوست رنگ پوست نوزاد طبیعی صورتی رنگ بوده و در زمان گریه کبودیهی بنفش رنگی در پوست ظاهر می شود . آکرو سیانوز در چند ساعت اول بعد از تولد ، طبیعی بوده و به تدریج برطرف می گردد . رنگپریدگی ، سیانوز ، جاندیس ، اکیموز ، پتیشیا مواردی غیر طبیعی هستند که بایستی گزارش شوند . به علت عدم ثبات گردش خون و جریان کند گردش خون عروق محیطی لکه های خال خال پوست میتواند دیده شود

ج - قوام پوست: به طور طبیعی پوست نوزاد صاف ، کشیده و نرم است در نوزادان نارس پوست ، نازک ، ظریف و چروکیده بوده و ژلاتینی به نظر می رسد و به سادگی دچار خونمردگی میشود . بر روی پوست ماده سفید پنیری شکلی وجود دارد (ورنیکس کازوا) که در تنظیم درجه حرارت بدن نقش دارد . لانگو در نوزادان از بین رفته و یا توسط موهای کرکی جایگزین می شود . در نوزادان نارس لانگو روی سر ، صورت ، شانه و ابو را می پوشاند و ناخنها ناقص و رشد نیافته اند

رنگ چشم در اغلب نوزادان آبی تا خاکستری می باشد که به تدریج تغییر رنگ می دهد و در سه ماهگی رنگ چشم ثابت می شود. نوزاد در زمان گریه اشک ریزش ندارد زیرا غدد اشکی عملکرد خود را در چند هفته اول تا چند ماه اول ندارند. وجود ترشح چرکی در چشم غیر طبیعی است

دهان: دهان را می توان به راحتی با فشار بر زاویه فک باز نمود و زبان ، لثه کام را مشاهده نمود، به شکاف کام و لب شکری که اغلب همراه با بیماری های کروموزومی است باید توجه کرد

گردن: به طور طبیعی گردن کوتاه ، حجیم و کاملاً متحرک و بدون توده است. در حرکات گردن نباید محدودیت باشد. وجود توده در گردن کوتاهی غیرطبیعی و همچنین انحراف گردن به یک سمت از یافته های غیر طبیعی است. در صورت انحراف گردن به یک سمت باید به نقایص مادر زادی و یا وجود هماتوم و اسپاسم عضله استرنو کلونید ماستونید شک کرد

قفسه صدی: مشاهده قفسه ی صدی و شمارش حرکات تنفسی انجام شود. در صورتی که حرکات تنفسی بیشتر از ۶۰ یا کمتر از ۳۰ تا در دقیقه باشد ، میتواند دلیل بیماری قلبی یا ریوی باشد. ریتم تنفس نوزادان نارس نامنظم است .

در طی دم بخش قدامی قفسه سینه ، درحالی که شکم به طرف بیرون می آید به داخل کشیده می شود. که اگر نوزاد آرام و راحت بوده و رنگ بن او خوب باشد ای حرکات متناقض دال بر تهویه مناسب است.

تنفس همراه با زحمت و کوشش دلیل دیسترس تنفسی پنومونی، ناهنجاریها یا اختلالات مکانیکی ریه است. صداهای قلبی باید طبیعی باشد و آریتمی و مرمر قلبی نباید سمع شود. سینه ها باید قرینه، صاف باشند در ۲-۳ روز اول سینه ها بزرگ بوده و دارای ترشح هستند که به علت تغییرات هورمونی بوده و نباید برای خروج شیر آنها را فشار داد، فقط بایستی آنها را خشک و تمیز نگه داشت. به فاصله نوک پستان ها توجه شود زیرا زیاد بودن این فاصله می تواند با ناهنجاری های کروموزومی همراه باشد

شکم: شکم نوزاد بیرون زده و برجسته و گرد است. کبد ۲-۳ سانتیمتر زیر دنده راست لمس می شود، اما نبایستی بزرگتر باشد، سر طحال ممکن است در ربع فوقانی چپ لمس شود، کلیه ها هم در لمس عمقی در سطح ناف لمس می شوند، هیچ علامت قرمزی، سفتی، ترشح بودار و... در سطح ناف نباید وجود داشته باشد. در ۲۴ ساعت اول بعد از تولد خطر خونریزی و در ۲۴ ساعت دوم خطر عفونت در بند ناف بیشتر است. ۱۰ تا ۷ روز طول می کشد تا بند ناف خشک شود و بیفتد.

پشت بدن :

ستون فقرات مستقیم ، انعطافپذیر وبدون توده است.وجود هرنوع توده ای در پشت ویا وجود تودهای مو بر روی مهره های ناحیه لومبوساکرال در نوزادان ترم احتمال اسپینا بیفیدا را مطرح می کند

اندام ها: به طور طبیعی اندامها متقارن وهم اندازه هستند . انگشتان دست وپا از نظر سایز و شکل و تعداد باید بررسی شود . سین داکتلی(چسپندگی انگشتان و وجود پرده بین انگشتان) و پلی داکتلی (وجود انگشت اضافه) وخطوط غیر طبیعی کف دست از نکات غیر طبیعی در معاینه می باشند.مفصل لگن تمام نوزادان باید جهت رد نمودن در رفتگی مادرزادی بررسی کرد . پاها باید از نظر پا چنبری و سایر نقایص مادرزادی باید مشاهده نمود.

سیستم عصبی : سیستم عصبی نوزاد در هنگام تولد کاملا تکامل نیافته است ولی درحدی میباشد که بتواند زندگی خارج رحمی را تحمل کند . در ابتدا اعصاب محیطی بدون میلین می باشند و به مرور میلین دار می شوند. عملکرد سیستم عصبی نوزاد به صورت غیر اردی و. رفلکسی می باشد . به عبارت دیگر نوزاد کنترلی بر حرکات انجام شده ندارد.وجود رفلکسهای نوزادی نشانه سلامت عصبی وی است ،تضعیف رفلکسها در نوزاد نشانه صدمه عصبی می باشد

بررسی رفلکس های نوزاد

متخصص اطفال همچنین برخی پاسخهای رفلکسی (غیر ارادی) نوزاد را معاینه می کند . سلامت این عکس العمل ها نشان می دهد که نوزاد در وضعیت خوبی است و سیستم عصبی مرکزی وی سالم است . رفلکسها ، پاسخهایی بازتابی و غیر ارادی هستند که طی هفته های اول به بقای کودک در محیط خارج از رحم کمک می کنند و زمانی که مهارت های فیزیکی و عقلی کودک تکامل یابند و کودک قادر به انجام اعمال ارادی و هوشیارانه باشد، ناپدید می شوند. اگر نوزاد نارس باشد پاسخ های رفلکسی وی با پاسخ های يك نوزاد سر موعد ، متفاوت خواهد بود و این نکته باید در نظر گرفته شود

چنگ زدن

پزشک این رفلکس را به وسیله قرار دادن انگشت خود در کف دست کودک چك می کند ، با این کار نوزاد انگشتان خود را به دور انگشت معاینه کننده حلقه کرده و آن را می گیرد . در برخی کودکان این رفلکس بسیار قوی است . همچنین ممکن است این رفلکس در کف پا نیز وجود داشته باشد و با قرار دادن شینی یا انگشت در کف پای کودک ، انگشتان کودک به دور آن حلقه شود . رفلکس چنگ زدن . معمولاً در پنج ماهگی از بین می رود اما رفلکس کف پایي ممکن است تا يك سالگی باقی بماند

مکیدن ، جستجو برای غذا و بلعیدن

اساسی ترین رفلکس نوزاد ، رفلکس مکیدن است که کودک را قادر به تغذیه می کند. کودک انگشتان خود یا شما را با ولع می مکد و در صورت تماس انگشت یا نوک سینه با گونه اش ، خود به خود سرش را به سمت تحريك شده برمی گرداند و دهانش را باز می کند . این رفلکس، جستجو برای غذا نام دارد.

عمل قورت دادن و بلعیدن که به پاکسازی مجاری هوایی کودک کمک می کند نیز به طور رفلکسی انجام می شود.

رفلکس مورو

مورو یک رفلکس دفاعی است. پزشک، با یک دست، پشت و با دست دیگر سر کودک را نگاهداشته، سپس ناگهان سر را کمی رها می کند تا سر پایین بیفتد، در این هنگام نوزاد بازوها و پاها را باز کرده و انگشتان دستش را می گشاید چنان که گویی می خواهد به جایی چنگ بزند، سپس به آرامی بازوها و انگشتان را جمع کرده و پاها را به داخل شکم بالا می آورد. هر دو سمت بدن باید از نظر این رفلکس هماهنگ و مساوی باشند. رفلکس مورو در حدود دو ماهگی از بین می رود.

رفلکس راه رفتن

اگر زیر بازوهای کودک را نگه داشته و او را به وضعیت ایستاده در آورید، کودک شروع به قدم برداشتن می کند. این رفلکس در حدود یک ماهگی از بین می رود و هیچ ارتباطی با کسب مهارت راه رفتن در آینده ندارد. مهارت ایستادن و راه رفتن هنگامی ایجاد می شود که عضلات، مفاصل و حس تعادل وی کامل شده باشد که این اتفاق در حدود دوازده ماهگی می افتد.

رفلکس خزیدن

وقتی کودک را روی شکم قرار می دهید، خود به خود وضعیتی شبیه خزیدن به خود می گیرد، به این ترتیب که باسن را بالا داده و زانوها را زیر بدن خم می کند و وقتی به کف پای او ضربه ملا میم بزنید

به طور مبهم شروع به خزیدن می کند . این رفتار هنگامی که کودک قادر شود به طور مستقیم بخوابد و دیگر پاها را خم نکند (حوالی دو ماهگی) از بین می رود

REFERENCE

www.osceskills.com

www.patient.co.uk

www.adhb.govt.nz/newborn/

فصل پنجم معاینه لگن در زنان

Chapter pelvic examination

نحوه انجام معاینات فیزیکی زنان

معاینه پستان : پزشك باید روش معاینه پستان توسط خود بیمار رابه وي آموزش دهد وهرخاني باید ماهي يكبار پستان خودرامعاینه كند وبهتراست زمان معاینه درهرماه ثابت وترجیحاً يك هفته پس ازشروع قاعدگی باشد

مشاهده : درمحيطي مناسب ازبیمارخواسته مي شود لباس خودرا درآورده سپس در چند وضعیت پستان بیمار را ازنظر قرینه گي، سايز ، فرورفتگی ، تغییر رنگ پوست و مورد مشاهده قرار مي دهيم

۱- در وضعیت نشسته و کاملاً و دست ها در کنار بیمار

۲- در وضعیت نشسته بیمار دست هایش را بالای سر برده و قفسه سینه را به سمت جلو قرار دهد -

۳- بیمار در وضعیت نشسته دست های خود را محکم به پهلوهایش فشار دهد

۴- بیمار خود را به سمت جلو خم کرده باشد . در واقع پستان ها آویزان شده باشد

لمس : جهت لمس، بیمار روی تخت معاینه دراز کشیده و زیرشانه بیمار یک بالش کوچک گذاشته و دست راستش را پشت سرش قرار دهد . معاینه کننده با سینه انگشتان خود (بندهای میانی) پستان فرد را معاینه نماید .

معاینه بایستی به صورت دورانی از سمت بالا به پایین یا چرخشی یا اینکه پستان را به ۴ ربع تقسیم کرده و هر ربع را جداگانه معاینه کرده در هنگام معاینه باید ناحیه آگزیلاری (زیر بغل) هم معاینه شود چون بافت پستانی تا زیر بغل امتداد دارد و غدد لنفاوی زیر بغل هم معاینه شوند . در نهایت ، نیپل را فشار داده و به سمت خارج کشیده و از نظر ترشح و مورد بررسی قرار می دهیم

تغییر شکل، غیر قرینه گی، لمس توده پستانی (اندازه و دامنه بافت)، ترشح نوک پستان، قوام، رنگ، ترشح خودبخود یا غیرخودبخود، یک طرفه یا دوطرفه، از یک مجرای چندمجرای مورد بررسی قرار می گیرد. وجود درد پستان (دوره ای یا مداوم) با علائم قاعدگی درد ارتباط دارد یا نه

معاینه شکم: بیمار به پشت دراز کشیده و باید کاملاً آرام و شل باشد. تمام ۴ ربع شکم بایستی از نظر توده، توده داخل شکمی، بزرگی انحنای یا اتساع مورد بررسی قرار گیرد

معاینه شکم از نظر سائز، استریا، هرنی، پیگمانتاسیون، اسکار، آسیت، اتساع، ارگانومگالی، حساسیت شکمی در زمان لمس و.... مورد بررسی قرار می گیرد

معاینه لگن: جهت انجام معاینه لگنی بیمار روی تخت در وضعیت لیتوتومی دور سال قرار گرفته و پاهای بیمار به طور راحت در رکابها و ناحیه سرین در انتهای تحتانی تخت معاینه قرار گرفته تا بتوان ناحیه پرینه را به آسانی مشاهده کرد

مشاهده ولو : مونس پوبیس ، سائز کلیتوریس ، لیبوم ماژور ، لیبوم مینور ، نحوه رویش مو ، ادم ، ناهنجاری ، ضایعات ، زخم ، هموروئید ، عروق واریسی ، اسکار ، التهاب ، اریتم وقرمزی ، هایمن ، لکوره (مقدار ، رنگ ، زمان شروع و.....) خارش درناحیه

مشاهده واژن و سرویکس : با اسپکولوم باید همواره مقدم بر لمس آنها باشد . با داشتن شرایط بیمار ، اگر اقدام به گرفتن اسمیر می نمائید اسپکولوم باید به صورت خشک داخل واژن قرارگیرد در غیر این صورت بایستی اسپکولوم را با محلول شسته یا آب گرم معمولی مرطوب کرد .

سائز اسپکولوم باید مناسب با جثه بیمار ، پاریته ، منوپوز بودن و همچنین اعمال کلپورافی انتخاب شود . تیغه های اسپکولوم به صورت مایل با زاویه ۴۵ درجه وارد مدخل واژن شده در طول دیواره خلفی واژن وارد کرده و بعد از قرارگیری کامل ، تیغه ها را در وضعیت افقی چرخشی داده و به اسپکولوم مانور داده تا سرویکس بین تیغه ها دیده شود

واژن و سرویکس از نظر ترشحات ، التهاب ، قرمزی ، رنگ ، آتروفیک بودن ، وجود هرگونه ضایعه ، خونریزی غیرعادی ، سائز ، پولیپ زخم ، کیست نابوت و..... مورد مشاهده قرار می گیرد

درموقع خارج نمودن اسپکولوم از بیمار خواسته می شود ماتور و السالوا را انجام دهد تا از نظر پرولاپس مورد بررسی قرار گیرد . این واژه برای جابجایی مثانه ، رحم و رکتوم به کار می رود . پرولاپس دارای درجه بندی می باشد که با افزایش پرولاپس درجه آن بالا می رود

درجه صفر مشاهده نشد

یک سوم تحتانی I درجه

درحد پرده بکارت II درجه

بعد از پرده بکارت III درجه

بیرون زدگی IV درجه

روش معاینه دودستی

بامعاینه دودستی می توان انحنای لگن را تشخیص داد. فرد معاینه کننده یک دست را در قسمت تحتانی دیواره شکم و انگشتان دست دیگر را معمولاً دو انگشت رادرواژن قرار می دهد و جهت لمس از آن استفاده می نماید. بامعاینه دودستی باید رحم و سرویکس را از نظر موقعیت، ساختمان و اندازه، شکل، تومور، قوام، حساسیت و تحرک و..... مورد بررسی قرار داد.

انگشتان داخل واژن را در فورنیکس جانبی راست و دست روی شکم را روی ربع تحتانی راست قرار داده و به طرف انگشتان داخل واژن حرکت دهید تا حدود آدنکس هامشخص شود. لوله رحمی طبیعی قابل لمس نیست.

تخمدان ها طبیعی (به ابعاد ۲ تا ۳ سانتی متر سفت و متحرک هستند و لمس نمیشوند)

پزشکان معاینه لگنی را در موارد زیر انجام می‌دهند

1. حین معاینه جسمی سالانه برای چکاپ

2. هنگامی که زن باردار است

3. هنگامی که پزشک به دنبال بررسی وجود عفونت تناسلی است

4. هنگامی که زن از درد ناحیه لگن یا کمر شکایت دارد

ابتدا با اسپکولوم معاینه می‌کند. در جریان این معاینه وسیله‌ای لوله‌مانند درون واژن شما قرار داده می‌شود.

پزشک اسپکولوم را باز می‌کند تا واژن گشاد شود و بتواند درون واژن و گردن رحم را ببیند. حین این معاینه، آزمایش پاپ اسمیر را انجام می‌دهد.

پزشک با استفاده از یک کاردک پلاستیکی و برس کوچک از گردن رحم نمونه‌برداری می‌کند (ممکن است یک نمونه از ترشحات واژن هم برای آزمایش برای عفونت برداشته شود).

پزشک پس از معاینه و آزمایش اسپکولوم را برمی‌دارد و سپس معاینه دودستی را انجام می‌دهد. پزشکتان برای این کار ابتدا دستکش دست می‌کند.

سپس دو انگشتش را درون واژن قرار می‌دهد و دست دیگرش را به آرامی از بیرون روی ناحیه‌ای که در حال لمس آن از داخل است، فشار می‌دهد.

او با این معاینه می‌تواند متوجه تغییرات اندازه و شکل این اندام‌ها شود. گاهی یک معاینه مقعدي هم حین معاینه لگنی انجام می‌شود. پزشک برای این کار دستکش لاستیکی به دست می‌کند و ناحیه مقعد را از لحاظ وجود تومورها یا سایر ناهنجاری‌ها بررسی می‌کند. در انتها پزشک شما را در جریان نتایج معاینه قرار می‌دهد و از شما می‌خواهد نتیجه آزمایش‌ها را برای او بیاورید

نمونه سلول‌هایی که در جریان معاینه لگنی برداشته شده پاپ اسمیر یا آزمایش پاپ می‌گویند و برای یافتن سلول‌های سرطانی یا پیش سرطانی گردن رحم است.

آزمایش ترشحات واژن نیز برای بررسی وجود بیماری‌های عفونی آمیزشی است. انجمن سرطان آمریکا توصیه می‌کند که زنان در طول ۳ سال پس از شروع فعالیت جنسی یا از سن ۲۱ سالگی - هر کدام زودتر بود- سالانه معاینه لگنی انجام دهند.

این معاینه باید شامل انجام آزمایش پاپ اسمیر سالانه باشد. برخی از زنان که در معرض خطر بالاتر سرطان‌های تناسلی هستند، ممکن است نیاز به انجام مکررتر آزمایش پاپ اسمیر داشته باشند. در این مورد با پزشکتان مشورت کنید

5 ماتور در معاینه لگنی

آزمایش از لحاظ حساسیت گردن رحم هنگام حرکت دادن آن، که به‌خصوص در بیماری التهابی لگن ایجاد می‌شود

لمس توده‌های ضمیمه رحم شامل لوله‌های رحمی و تخمدان‌ها

نمونه‌برداری از ترشحات گردن رحم

نمونه‌برداری از ترشحات واژن

نمونه‌برداری از سلول‌های گردن رحم پاپ اسمیر

REFERENCE

www.ncbi.nlm.nih.gov

www.redlightwarningsignals.com

فصل ششم معاینه قفسه سینه

Chest examination

در معاینه قفسه سینه باید کبودی و تورم در قفسه سینه ارزیابی گردد

در تنفس طبیعی بالا و پایین رفتن قفسه سینه طبیعی است

در حرکات متناقض یک طرف سینه به بالا و یک طرف به پایین حرکت میکند

توکشیدگی عضلات ریه ناشی از اختلالات هوایی در ریه است

حرکات پارادوکس ریه معمولاً ناشی از شکستگی دنده ها است

در تروما به قفسه سینه اختلالات تنفسی بارز است

در بررسی صداهاى ریه باید لباسهای بیمار خارج شود

در تنفس بازحمت تلاش برای تنفس افزایش یافته است

معلا تنفس صدا دار غیر طبیعی است

از علل درد قفسه سینه می توان به موارد زیر اشاره کرد

۱-بیماری های گوارشی مثل زخم معده و زخم اثنی عشر، بیماری کیسه صفرا و

۲-بیماری های جدار قفسه سینه (اسکلتی – عضلانی)

۳- بیماری های قلبی مثل آنژین صدری و سکته قلبی

۴- وضعیت روحی روانی

آنژین صدری

یکی از علل بروز درد قفسه سینه بیماری آنژین صدری است. آنژین عبارتست از درد یا ناراحتی در ناحیه قفسه سینه که علامت بیماری عروق شریانی قلب است

این حالت زمانی پیش می آید که رگ های خونی منتهی به قلب یا مسدود و یا تنگ شده باشند. این باعث می شود که خون و اکسیژن کمتری به قلب برسد

آنژین حمله قلبی نیست، بلکه علامت هشدار دهنده است که شما با خطر حمله قلبی مواجه هستید

آنژین اغلب به صورت یک احساس چلانده شدن یا فشار وارد آمدن در ناحیه قفسه سینه دیده می شود. بعضی افراد آن را شبیه درد و سوزش سردل (ترش کردن غذا) توصیف می کنند.

درد غالباً در شانه ها، بازوها، گردن، فک تحتانی صورت یا ناحیه پشت احساس می شود

این درد فشار دهنده و سنگین است که با فعالیت تشدید شده و با استراحت بهبود می یابد و ممکن است همراه با تهوع و استفراغ، تنگی نفس، تعریق، سبکی سر و کاهش یا افزایش فشار خون باشد

درد مذکور معمولاً بیش از ده دقیقه طول نمی کشد و بوسیله استراحت یا با داروی نیتروگلسیرین (به شکل اسپری) برطرف می شود

انواع آنژین

۱- آنژین ثابت: حالتی است قابل پیش بینی و زمانی پیش می آید که نیاز قلب به خون در اثر فعالیت بدنی، فشار عصبی یا صرف غذای سنگین افزایش یابد

۲- آنژین غیرثابت: حالتی است غیرقابل پیش بینی و زمانی پیش می آید که شخص استراحت می کند.

این آنژین بیشتر پیش می آید و مدت آن طولانی تر است و باید فوراً آن را بررسی کرد

۳- آنژین متفاوت: معمولاً در حال استراحت شخص و اغلب در شب پیش می آید

۴- آنژین میکروواسکولار: باعث درد قفسه سینه می شود، ولی بدون انسداد شریان خونی و در اثر

عملکرد بد رگ های خونی ریز قلب بوجود می آید

۵- آنژین غیرعادی: این نوع آنژین در خانم ها بیشتر بروز می کند و دارای علائم غیرعادی است

REFERENCE

www.osceskills.com

www.patient.co.uk/

فصل هفتم معاینه ریه

Lung examination

مشاهده-

در بچه ها برای مشاهده ی حرکات تنفس باید یا به شکم یا به قفسه ی سینه نگاه کرد نه هر دو ولی غالبه در بچه های دو سال به بالا این دو باید هماهنگ شوند. در دوران شیرخوارگی به دلیل انعطاف پذیری قفسه ی سینه گاهی قفسه سینه به داخل کشیده شده و شکم برآمده میشود که به این تنفس ، تنفس الاکلنگی میگویند.

البته در موارد فلج دیافراگم هم یک چنین تنفسی ممکنه مشاهده بشه. در نوزادان به طور طبیعی ممکنه ۵ تا ۱۵ ثانیه توقف تنفس (آپنه) مشاهده کنیم که اگر این زمان بیشتر طول کشید غیر طبیعی است

اشکال و انواع تنفسها غیر طبیعی عبارتند از

(cheyne-stoke): تنفس شین استوک

در این نوع تنفس ابتدا آرام آرام بیمار شروع به تنفس میکند سپس تنفس بیشتر میشود و دوباره کم شده و نهایتاً به آپنه میرسد و دوباره این روند تکرار میشود. از علل آن: نارسایی احتقانی قلب ، مشکل مغزی و ... است

آپنه

نا منظم بودن تنفس توام با آپنه ی طولانی

تنفس سریع و عمیق: Kussmaul

انواع دیگر تنفس ، تاکی پنه ، برادی پنه ، هایپر پنه و ... است. تفاوت هایپر پنه و تاکی پنه در آن است که عمق تنفس در این دو متفاوت میباشد

در مشاهده باید به کیفوز (افزایش انحنای ستون فقرات)

اسکلیوز (انحراف ستون مهره ها) دقت کنیم چون ممکنه باعث دفرمیتی هایی در ریه شود

سمع-

در مورد سمع بچه حتما باید در حالت خوابیده قرار بگیرد

و تمام قسمت های ریه شنیده شود (خلف ، قدام و...)

به طور مثال لب میانی راست در خلف ریه سمع نمیشود و لوب لینگولا که مربوط به لب فوقانی چپ است در قدام سمع میشود..گاهی اوقات از بیمار میخواهیم که با دهان باز نفس بکشد چون ممکنه در بینی بیمار ترشح وجود داشته باشد و در سمع تنفس اختلال ایجاد کند

در سمع مهمه که به این نکات توجه کنیم:طول صدا،تداوم آن، فرکانس، شدت

انواع صداهای نرمال ریه:

۱ صدای تراکنال

صدای بازدم برابر با دم بوده و دم و بازدم با هم فاصله ی کوچکی دارند. شدت زیادی داشته و تقریباً فرکانس بالایی دارد

این صدا در راههای هوایی بزرگ (نای) قابل شنیدن است

۲ صدای برونکیال

بازدم کمی طولانیتر از دمه و فاصله ی کوچیکی بین دم و بازدم وجود دارد. و در اطراف جناغ که برونشها قرار دارند شنیده میشود

۳ صدای وزیکولار

low pitch. دم طولانی تر از بازدم است و برخلاف صداهای قبلی فاصله ای بین دم و بازدم نیست است. این صدا مختص راههای هوایی کوچک و آئولهاست که در محیط ریه شنیده میشود. این صدا، صدای غالب ریه است

۴ صدای برونکووزیکولار

دم و بازدم تقریباً برابرند. بدون فاصله بین دم و بازدم. در محل بین دو اسکاپولا در خلف و فضای بین دنده ای ۱ و ۲ در قدام شنیده میشوند

لازم به ذکره که اساتید ما چیز دیگه ای گفتن. تفاوتها

بازدم نای طولانیتر از دم

دم و بازدم برونکیال مساوی

لمس

در لمس مجدداً قرینگی حرکات را با گذاشتن کف دست بررسی میکنیم

یکی از کارهایی که در لمس انجام میشه اینه که ۲ تا انگشت شست رو میذاریم اطراف نای تا محلش رو لمس کنیم و ببینیم که آیا انحرافی داره یا نه؟

ریه ها رو بررسی میکنیم به این صورت کف دستان را طوری پشت بیمار میگذاریم که انگشتان شستمون کنار هم در اطراف خط وسط قرار بگیرن سپس پوست کنارش رو به داخل چین میدیم و از بیمار میخوایم که دم رو انجام بده در حالت عادی باید چین ها به طور قرینه حدود ۵ سانتی متر باز بشن اگر کمتر باز بشن یعنی محدودده ی حرکاتش کم شده که شایعترین علت میتونه اسپوندیلیت انکیلوزان باشه

دق

در موقع دق کردن دقت کنیم که تنها ، انگشت وسط دست چپ روی بدن بیمار و با ۲ انگشت سبابه و وسط دست راست روی مفصل بند آخر رو دق میکنیم. به این کار دق غیر مستقیم میگن. گاهی اوقات هم دق مستقیم انجام میدن یعنی با مشت سمت راست به قفسه ی سینه میزنیم

بررسی بوی تنفس بیمار هم مهم هست

بیمار با اغمای دیابتی: بوی میوه ی مخصوص

بیمار تیفوئیدی: بوی نان تازه پخته شده

بیمار تب زرد: بوی قصابی

بیمار مسلول: بوی آبجوی کهنه و مانده یا بوی دارچین

بیمار با عفونت بینی و سینوس: بوی گند

بیمار با جسم خارجی در بینی: ترشحات بسیار بد بو و متعفن

بیمار اورمیک: بوی آمونیاک یا ماهی

بیمار با نارسایی کبدی: بوی ماهی کهنه

بیمار با انسداد روده: بوی تنفسی مدفوعی

REFERENCE

www.med.umich.edu/

www.patient.co.uk/

www.clinicalexam.com

فصل هشتم معاینه قلب

Examination of the heart

علائم از مهمترین روش تشخیص بیماریهای قلبی است

تستهای مهم معاینه قلب

۱- تست خون

۲- اکوکاردیوگرافی

۳- تست ورزش

مهم ترین علامت آنژین صدری درد قفسه سینه است

معمولا درد قفسه سینه در آنژین فشاری است

در آنژین صدری درد به بازو دست چپ و گردن و فک و ناحیه سر دل انتشار می یابد

در آنفارکتوس میوکارد تهوع و استفراغ بارز است

اگر درد قفسه سینه با سرفه افزایش یابد کمتر قلبی است

اگر درد قفسه سینه با مصرق غذا بارز گردد نشانه رفلکس معده است

در بیماریهای قلبی به طور عمده ضعف و خستگی بارز است

در تنگی نفس همراه تورم پاها نارسایی قلبی مطرح است

در ضعف قلب ممکن است سرگیجه بروز کند

پزشک متخصص قلب و عروق، با نگاه کردن، گوش کردن توسط گوشی پزشکی، سنجش فشار خون با

فشارسنج و جویا شدن از وضعیت جسمانی گذشته و حال شما و همچنین در صورت لزوم شرح حال

دیگر اعضای خانواده از لحاظ سلامت و مشکلات احتمالی را شامل بوده و انجام می گیرد

روشهای تشخیص بسیار پیشرفته نیز هم اکنون برای تشخیص تکمیلی بیماریهای قلبی در اختیار می‌باشد. با این وجود، شرح حال دارای اهمیت ویژه بوده و در تشخیص اولیه بیماری بسیار مفید و موثر است

نوار قلب

در این روش با استفاده از الکترودهایی که روی قفسه سینه و اندامها قرار می‌گیرد، گزارشی از فعالیت الکتریکی قلب ثبت می‌شود. با نوار قلب تا حدودی از خون‌رسانی قلب، بیماری عضله قلب، تغییرات یونی در بدن و تاثیر داروهای قلبی مطلع می‌شویم. گرفتن نوار قلب یک آزمایش ضروری بوده و تکمیل‌کننده معاینه بیمار است

اکوکاردیوگرافی

اکوکاردیوگرافی در واقع سونوگرافی مخصوص قلب می‌باشد که با استفاده از امواج ماوراء صوت به بررسی ساختمان و کار قلب می‌پردازد. با اکوکاردیوگرافی به سایر حفره های قلب، ناهنجاریهای مادرزادی قلب، میزان انقباض و بیماریهای دریچه ای قلب پی می‌بریم. بعد از نوار قلب، اکوکاردیوگرافی معمول ترین اقدام تشخیص در بیماریهای قلب و عروق بوده و کامل کننده اطلاعاتی است که توسط معاینه به دست می‌آید

تست ورزش

در این روش درحالی‌که بیمار روی دستگاه دو ثابت (تردمیل) حرکت می‌کند از بیمار نوار قلب گرفته می‌شود و در صورت وجود تنگی در عروق قلب، همزمان با افزایش ضربان قلب با ورزش، در نوار قلب بیمار تغییراتی حاصل می‌شود که پزشک را به تشخیص گرفتگی عروق کرونر هدایت می‌کند. در صورت مثبت بودن تست ورزش، بیمار با تشخیص پزشک نیاز به انجام آنژیوگرافی عروق کرونر دارد

تالیوم اسکن

در بیمارانی که به دلایلی قادر به انجام تست ورزش نیستند (کهولت سن، آرتروز شدید، مشاهده تغییرات خاصی در نوار قلب) یا وقتی که نتیجه تست ورزش مشکوک بوده و در تشخیص زیاد به پزشک کمک نکند، جهت تشخیص گرفتگی عروق کرونر از روش تالیوم اسکن کمک می‌گیریم. در این تست با ایجاد استرس در قلب توسط دارو یا تست ورزش و تزریق ماده رادیو اکتیو و سپس در حالت استراحت، خونرسانی مناطق مختلف قلب را بررسی کرده و در صورتی که قسمتی از قلب دچار کاهش خونرسانی باشد، آن قسمت مشخص خواهد شد

زمانی که اسکن بیمار نشان دهنده وجود ضایعه باشد، بیمار با صلاحدید پزشک معالج نیاز به آنژیوگرافی عروق کرونر دارد

REFERENCE

www.osceskills.com

www.amazon.com

فصل نهم معاینه دستگاه تناسلی مردان

Examination of the male genitalia

در معاینه دستگاه تناسلی مردان باید بیضه و پروستات ارزیابی گردد معاینات بیضه در افرادی که دچار کریپتورکیدیسم بوده اند اندیکاسیون دارد.

اگر بیمار بیضه نزول نکرده دارد باید اولین معاینه در سنین بلوغ انجام گیرد

درد بیضه معمولاً از علائم کانسر بیضه است

هماچوری در مردان از علائم عمده بیماریهای مردان است

در ادرار زرد رنگ معمولاً کم آبی مطرح است

علائم کانسر پروستات معمولاً ادراری هستند

کاهش حجم و فشار ادرار از علائم کانسر پروستات است

PSA

تست مناسب در تشخیص کانسر پروستات است

درد کانسر بیضه ممکن است به ران منتشر شود

معاینه آلت تناسلی هم در مردان مهم است کاندوم از روشهایی است که از آلت تناسلی محافظت میکند

اصلاح مرتب آلت تناسلی در حفظ بهداشت آن سودمند است

شستشو مکرر وعدم شستشو زمینه ساز بالانیت التهاب آلت تناسلی مردانه است

مردان از نظر جنسی فعال باید حتما به طور منظم معاینات آلت تناسلی را انجام دهند

REFERENCE

WWW.MAYOCLINIC.COM

WWW.WEBMED.COM

WWW.NHS.COM

فصل دهم معاینه دستگاه ادراری

Examination of the urinary tract

معاینه کلیه ها: معمولاً کلیه ها در معاینه لمس نمی شوند. لمس در مردان نسبت به زنان سخت تر . است. گاهی در خاتم های لاغر پل تحتانی کلیه راست قابل لمس می باشد. در باقی موارد اگر لمس شود، اکثراً غیر نرمال است.

تشخیص افتراقی های کلیه بزرگ قابل لمس شامل تومور، کلیه پلی کیستیک، هیپرتروفی جبرانی و هیدرونفروز می باشد

شایعترین علت توده های شکمی در کودکان، هیدرونفروز ناشی از

انسداد محل اتصال حالب به لگنچه است.

اما شایعترین علت توده های قابل لمس کلیوی در کودکان، تومور ویلمز و در شیرخواران زیر یک سال مزوبلاستیک نفروما است.

معاینه مثانه: اگر حداقل ۱۵۰ سی سی ادرار داخل مثانه باشد، مثانه قابل لمس می شود. لمس مثانه در کودکان راحت تر است چون به طور نرمال مثانه در اطفال بالای سمفیز پوبیس است

در دستگاه ادراری مردان باید اسکرتوم هم معاینه شود

سیستکتومی در معاینه دستگاه ادراری سودمند است

۱- بررسی وضعیت سیستم ادراری- تناسلی برای مثال بی اختیاری ادرار همراه با علایم التهابی، پیوری یا هماچوری استریل، دفع ادراری دردناک یا عفونت راجعه

۲- ارزیابی درگیری های مثانه و پیشابراه با بدخمی های دستگاه تناسلی

۳- به عنوان راهنما در حین عمل

۴- تشخیص، بررسی و پیشگیری از آسیب های دستگاه ادراری مربوط به چگونگی انجام روش های مختلف جراحی زنان،

- ۵ بلافاصله پس از جراحی‌های دستگاه ادراری- تناسلی، برای بررسی اینکه آیا بخیه‌ها، نخ‌ها، مش، کلاژن‌ها و دیگر وسایل، به درستی در جای خود قرار دارند یا خیر و
- ۶ تشخیص بیماری‌های داخل مثانه، مانند ارزیابی سیتولوژی غیرطبیعی دستگاه ادراری و هم‌چوری سیستمیت بینابینی

REFERENCE

www.dnatube.com/

www.baus.org.uk

www.medicinenet.com

فصل یازدهم معاینه چشمها

Examination of the eyes

یک معاینه کامل چشم پزشکی بسیار فراتر از تعیین عیوب انکساری چشم و شماره عینک مناسب است. در واقع یک معاینه چشم پزشکی شامل مراحل مختلفی است که بسیاری از اختلالات چشمی را در مراحل اولیه تشخیص داده و در صورت اقدام به موقع مانع از پیشرفت آنها می شود.

یک معاینه کامل شامل

اندازه گیری فشار داخل چشم

بررسی قسمت خلفی و شبکیه

و بررسی قسمت قدامی (جلویی) چشم است

زمان تکرار آزمایشات چشمی بسته به نظر پزشک معالج شما دارد. با این حال توصیه های انجمن چشم پزشکی آمریکا این است که

اگر سن شما زیر ۴۰ سال است بهتر است که هر ۳ سال یک بار معاینه کامل چشم صورت گیرد

اگر سن شما بین ۴۰ تا ۶۵ سال است بهتر است که هر دو سال یک بار معاینه صورت گیرد

اگر ۶۵ سال یا بیشتر دارید این معاینات باید سالیانه صورت گیرد

اگر شما دیابتی هستید باید سالیانه یک بار معاینات کامل چشم پزشکی را انجام دهید. بعضی از افراد که دارای برخی بیماری های سیستمیک یا چشمی خاصی هستند، احتیاج به معاینات بیشتری دارند

مراحل معاینه چشم پزشکی

گرفتن شرح حال

در این قسمت چشم پزشک از سابقه بیماری های چشمی، زمان آخرین معاینه چشم پزشکی و شکایات احتمالی بینایی از شما سوال خواهد کرد. همچنین او درمورد شغل، سرگرمیها و تفریحات و در مورد سابقه و خانوادگی بیماری های چشمی از شما سوال خواهد کرد

سنجش (حدت بینائی)

انجام این تست در واقع به این معناست که چشمان شما چقدر خوب می بیند یا به عبارت دیگر وضوح و قدرت بینائی شما را محک می زند. اولین آزمایشی که شما در حین معاینات چشم پزشکی با آن مواجه خواهید شد، دیدن چارت معروفی است که شامل حروف در اندازه های مختلف است. ابتدا شما باید در فاصله ۶ متری از این چارت بایستید. از شما خواسته می شود که جهت حروف را که به تدریج کوچک تر می شود، تشخیص دهید. کوچک ترین ردیفی که توسط چشم شما دیده می شود میزان دید چشمان شما خواهد بود.

حرکات چشمی

چشم پزشک از شما می خواهد که به یک هدف نزدیک (معمولاً "انگشت دست او) نگاه کنید و حرکت پهن در فضا می باشد دنبال کنید. این آزمایش قابلیت حرکت H انگشت او را که مانند ترسیم حرف چشمان شما را ارزیابی می کند. در اختلالات اعصاب چشمی که به عضلات چشم عصب دهی می کند و یا در صورت وجود مشکل در خود عضلات چشم، این حرکات مختل می شوند

ارزیابی مردمک

در این آزمایش یک منبع نورانی به چشم شما تابانده می شود تا واکنش مردمک به نور سنجیده شود

تست پوشاندن چشم

این تست برای ارزیابی عمل کرد هم زمان دو چشم با یک دیگر است. در این آزمایش از شما خواسته می شود که در صورتی که دارای عیوب انکساری هستید عینک مخصوص خود را به چشم بزنید و سپس به یک نقطه دور در روی چارت حروف ثابت نگاه کنید. سپس چشم پزشک یکی از چشمان شما را می پوشاند.

اگر چشم شما برای ثابت ماندن بر روی نقطه مورد نظر حرکت کند یعنی از آن چشم استفاده نمی شود و این می تواند نشانه ای از استرابیسم (لوچی) و یا تنبلی چشم باشد.

برای تکرار آزمایش برای چشم دیگر چشم پزشک بعد از برداشتن پوشش از چشم اول چند ثانیه ای صبر می کند تا تعادل برقرار شود و سپس آزمایش را با چشم دیگر تکرار می کند.

اگر چشمی که پوشش از روی آن برداشته شده حرکت کند، این حالت

phoria

نامیده می شود. معنای این جمله این است که در هنگام استراحت هر دو چشم به سمت نقطه هدف نگاه نمی کنند بنابراین شما باید سعی کنید که هر دو چشم را روی یک نقطه، ثابت نگاه دارید که این مسئله (eye strain) می تواند ایجاد فشار در چشم کرده

و در نهایت باعث سردرد شود

تست بررسی تطابق

هدف از انجام این آزمایش، سنجش توانایی چشمان شما برای تطابق است. چشم پزشک از شما می خواهد که به یک نقطهء نزدیک نگاه کنید و سپس این هدف را تا بینی نزدیک و نزدیک تر می کند و از شما می خواهد اولین باری که آن را به صورت دو شیء می بینید ذکر کنید در صورت نیاز بررسی های بیشتری روی چشم بیمار صورت می گیرد

REFERENCE

www.patient.co.uk/

www.mayoclinic.com

فصل دوازدهم معاینه شکم

ABDOMINALEXAMINATION

مشاهده عمومی

بیماران دچار درد احشائی (نظیر کولیک روده‌ای یا کولیک حالب) بی‌قرار هستند و به‌خود می‌پیچند، برخلاف بیماران دچار درد جداری (نظیر آپاندیسیت حاد، پریتونیت ژنرالیزه) که سفت و بی‌حرکت، درد را تحمل می‌کنند

نشانه‌های سیستمیک

نشانه‌های سیستمیک معمولاً در بیماری‌های پیشرفته و یا با سیر پیشرونده سریعی که با شکم حاد نیز همراه هستند دیده می‌شوند

تب

تب خفیف در بیماری‌های التهابی نظیر دیورتیکولیت، کوله‌سیستیت حاد و آپاندیسیت نشانه شایعی است.

تب شدید همراه با حساسیت قسمت تحتانی شکم در یک زن جوان در صورتی که فاقد نشانه‌های یک بیماری سیستمیک باشد نشانهٔ سالپنژیت حاد است. خواب‌آلودگی شدید یا عدم توانایی شناخت زمان و مکان در صورتی که با تب خیلی شدید (۳۹ یا نوساندار و یا با لرز و سفتی بدن همراه باشد نشانهٔ شومی از شوک سپتیک است. این وضعیت غالباً در پریتونیت پیشرفته، کلانژیت حاد یا پیلونفریت دیده می‌شود

معاینه شکم حاد

مشاهده

سمع

سرفه برای ایجاد درد

دق

لمس: گاردینگ با قراردادن دست‌ها بر روی عضلات شکم و فشار دادن ملایم آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

در صورتی که این مآثور درست انجام شود، برای بیمار تسکین بخش خواهد بود. اگر اسپاسم شکم ارادی باشد، در صورتی که بیمار از طریق دهان نفس عمیق بکشد انقباض عضله در زیر دست لمس خواهد شد، در حالی که در اسپاسم غیرارادی واقعی، عضله در طول تنفس سفت و محکم (شبیه به تخته) باقی می‌ماند.

به جز موارد نادر بیماری‌های نورولوژیک - و به دلایل نامشخص در کولیک کلیوی - فقط در التهاب صفاق (به دلیل تحریک رفلکسی فیبرهای حرکتی و ابران توسط فیبرهای آوران) است که سفتی عضلات رکتوس شکم دیده می‌شود. برخلاف پریتونیت، در کولیک کلیوی فقط عضله رکتوس همان طرف دچار اسپاسم می‌شود.

زمانی که بیمار سر خود را از روی تخت یا میز معاینه بلند می‌کند، عضلات شکم سفت می‌شوند. در بیماری‌های دیواره شکم در این حالت حساسیت شکم باقی می‌ماند (نظیر هماتوم رکتوس)، در حالی که درد صفاقی عمقی‌تر که از بیماری داخل صفاقی ناشی شده باشد کاهش پیدا می‌کند.

توده‌های شکمی: توده‌های شکمی معمولاً در لمس عمقی به دست می‌خورند. اگر شک داشتیم که گاردینگ شکم باعث مخفی ماندن التهاب حاد کیسه صفرا شده است، باید ناحیه زیردنده‌ای راست را در دم عمیق لمس کنیم. در این صورت عمل دم ناگهان به دلیل درد متوقف می‌شود. (نشانه مورفی) و یا فوندوس کیسه صفرا به هنگام پائین آمدن دیافراگم به انگشتان معاینه‌کننده برخورد می‌کند.

توده‌های عمقی‌تر ممکن است به جداره‌های خلفی یا طرفی شکم چسبندگی داشته باشند و غالباً به طور نسبی با امتنوم و روده کوچک پوشیده شده‌اند. در نتیجه حدود این توده‌ها نامشخص است و در لمس فقط درد مبهم پیدا می‌کنند. فلگمون پانکراتیت و پارگی آنوریسم آئورت از این گونه هستند.

یک آبسه بزرگ پسواس که از آبسه پری‌نفریک یا پارگی انتريت کرون ناشی شده باشد، ممکن است در اکستانسیون غیرفعال یا فلکسیون فعال مفصل هیپ در برابر مقاومت، درد ایجاد کند.

(نشانه ایلئوپسواس) همچنین در صورتی که قسمتی از روده باریک در درون مجرای ابتوراتور به دام افتاده باشد (فتق ابتوراتور) چرخش داخلی و خارجی ران در وضعیت فلکسیون به علت اعمال فشار بر روی روده، درد ایجاد می کند (نشانه ابتوراتور). حساسیت دنده های تحتانی نسبت به فشار

(حساسیت فشاری) نشانه یک فرآیند التهابی در دیافراگم، کبد، طحال یا ساختمان های مجاور آنها است. این نشانه در آبسه های کبدی، طحالی، یا سابفرنیک دیده می شود. ولی در کوله سیستیت حاد، هپاتیت حاد یا انفارکتوس طحال نیز شایع است. حساسیت زاویه کوستوورتمبرال در پیلونفریت حاد شایع است

حلقه های اینگونال و فمورال؛ ژنیتالای مردانه

معاینه رکتوم: حساسیت سمت راست رکتوم اگر با ریباند تندرینس قسمت تحانی شکم همراه باشد،

نشانه ای از آزرده گی صفاق ناشی از آپاندیسیت یا آبسه لگنی است

معاینه لگن: برای رد علل زنانگی

REFERENCE

www.fastbleep.com

www.patient.co.uk

فصل سیزدهم معاینه پستان

BREAST EXAMINATION

خود آزمائی سینه دو مرحله دارد

1 نگاه کردن که علائم ظاهری را مشخص میکند

2 لمس کردن که توده ها را تشخیص میدهد

مرحله اول: ابتدا در جلوی يك آینه پهن ایستاده و به سینه‌های خود در چهار حالت

1دستها بالای سر

2دستها به کمر زده

3دستها در کنار بدن آویزان

خم شده به سمت جلو

به دقت نگاه کنید و در صورت وجود هر گونه علامت غیر عادی مانند فرو رفتگی پوست و یا نوک سینه و یا زخمهای مزمن یا پوسته پوسته شدن نوک سینه یا حالت پوست پرتقالی سینه توجه کنید

مرحله دوم

به پشت بخوابید و دست سمتی را که میخواهید معاینه کنید زیر سر بگذارید و با دست مقابل تمامی سینه را معاینه کنید. برای اینکار از قسمت نرم بند انتهائی انگشتان دوم تا چهارم استفاده کنید و نسج پستان را به آرامی و به حالت دورانی روی قفسه سینه بلغزانید

برای اینکه تمام قسمت‌ها به طور کامل معاینه شوند، نسج سینه را مانند يك ساعت در نظر بگیرید و تمام قسمت‌های آن را معاینه کنید

ناحیه زیر بغل را نیز فراموش نکنید و با نگه داشتن بازو به حالت نیمه باز این منطقه را نیز به صورت عمقی معاینه کنید

معاینه سینه را میتوانید در حمام و در حالت ایستاده نیز انجام دهید

در انتها نوك سینه را به آرامی فشار دهید تا از وجود یا عدم ترشحات نوك سینه مطلع شوید

در صورت لمس توده یا سفتی در سینه یا ترشح از نوك سینه بدون اضطراب و نگرانی به پزشك مراجعه کنید زیرا در بسیاری از موارد این علامتها مربوط به بیماریهای خوش خیم سینه بوده و درمان آنها بسیار راحت میباشد

REFERENCE

www.nationalbreastcancer.org

www.osceskills.com

