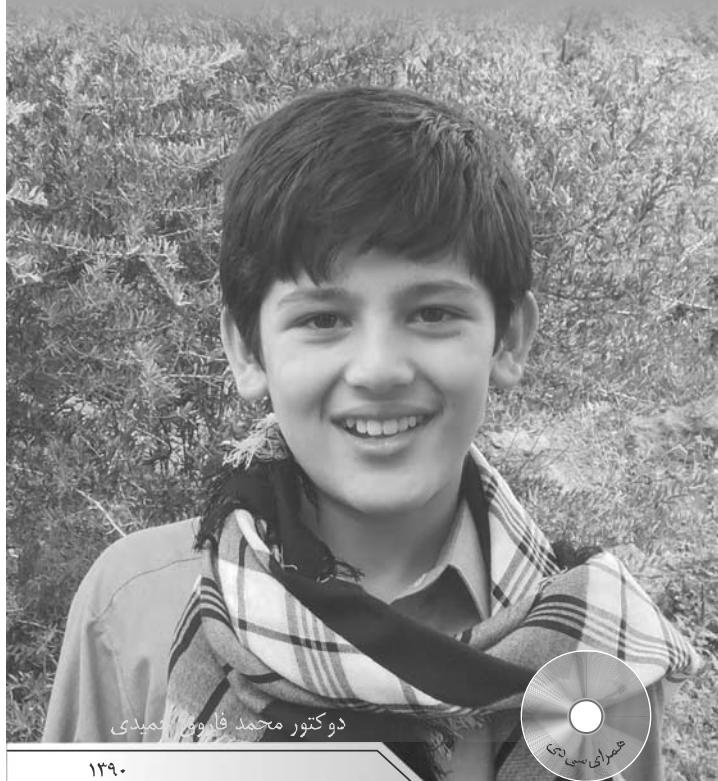




پوهنتون طبی کابل

روش های ارزیابی کلینیکی اطفال



دکتور محمد فاروق حمیدی

۱۳۹۰



روش های ارزیابی کلینیکی اطفال
PEDIATRIC CLINICAL METHODS

دکтор محمد فاروق حمیدی



Kabul Medical University

AFGHANIC

Dr. M. Farouq Hamidi

PEDIATRIC CLINICAL METHODS



Funded by:
DAAD Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service



Printed in Afghanistan

2011

روش های ارزیابی کلینیکی اطفال

دکتور محمد فاروق حمیدی



کابل میڈیکال یونیورسٹی

AFGHANIC



Jt Dent PDR
2014

Funded by:
DAAD Deutschen Akademischen Austauschdienst
German Academic Exchange Service

PEDIATRIC

CLINICAL METHODS

Dr. M. Farouq Hamidi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وزارت تحصیلات عالی

پوهنتون طبی کابل

معاونیت علمی

دیپارتمنټ داخله اطفال

روش های ارزیابی کلینیکی اطفال

مترجم: پوهندوی دوکتور محمد فاروق حمیدی

1390

نام کتاب	روش های ارزیابی کلینیکی اطفال
مؤلف	دکتور محمد فاروق حمیدی
ناشر	پوهنتون طبی کابل
ویب سایت	www.kmu.edu.af
چاپ	مطبعه سهر، کابل، افغانستان
تعداد نشر	۱۰۰۰
سال	۱۳۹۰
دانلود	www.ecampus-afghanistan.org

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای اکادمیک آلمان (DAAD) از بودجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است.
امور تحقیکی و اداری کتاب توسط انجمن عمومی پرسنل طبی در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه
افغانیک (Afghanic.org) (انجام یافته است).

مسئولیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنخی مربوطه می باشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق
کننده مسئول نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی شما چاپ گردد، با ما به تماس شوید:

دکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

ای اس بی ان: 9789936400672

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

پیغام وزارت تحصیلات عالی

کتاب در طول تاریخ بشریت برای به دست آوردن علم و تکنالوژی نقش عمده را بازی کرده و جزء اساسی نصاب تحصیلی بوده و در بلند بردن کیفیت تحصیلات ارزش خاص دارد.

به همین خاطر باید کتب درسی با در نظر گرفتن ضروریات جامعه، معیار های سنت درد و معلومات جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد.

ما از استادان محترم سپاسگزاریم که سالهای متمادی زحمت کشیده و کتاب های درسی را تألیف و ترجمه نموده اند و از استادان محترم دیگر هم تقاضا می نمائیم که آنها هم در رشته های مربوطه مواد درسی را تهیه نمایند، تا در دسترس پوهنخی ها و محصلین قرار داده شوند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند که برای بلند بردن سطح دانش محصلین عزیز مواد معیاری و جدید را تهیه نماید.

در اخیر از ادارات و اشخاصیکه زمینه چاپ کتب درسی را مهیا ساخته اند، بالخصوص از وزارت امور خارجه آلمان، مؤسسه DAAD و داکتر یحیی وردک تشكر میکنم و امیدوارم که این کار سودمند ادامه و به بخش های دیگر هم گسترش یابد.

با احترام

قانونپوه سرور دانش

سرپرست وزارت تحصیلات عالی، کابل، ۱۳۹۰

چاپ کتب درسی و پروگرام بهبود پوهنخی های طب

استادان گرامی و محصلین عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان از مشکلات عمدیه به شمار میرود. محصلین و استادان با مشکلات زیاد روبرو هستند، انها اکثرا به معلومات جدید دسترسی ندارند، از کتاب ها و چیپتر هایی استفاده مینماید که کهن و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی میگردد.

برای رفع این مشکلات در دو سال گذشته ما چاپ کتب درسی پوهنخی های طب، پوهنتون ها را شروع و تا اکنون ۶۰ عنوان کتب درسی را چاپ و به تمام پوهنخی های طب افغانستان ارسال نمودیم.

این در حالی است که پلان سтратئیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۴ - ۲۰۱۰) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتمن و نشر کتب علمی به زبان دری و پشتو زمینه مساعد گردد. برای ریفورم در نصاب تعلیمی ترجمه از کتب و مجلات انگلیسی به دری و پشتو حتمی و لازمی میباشد. بدون امکانات فوق ناممکن است تا محصلان و استادان در تمامی بخش ها به پیشرفت های مدرن و معلومات جدید زود تر دسترسی بیابند. »

در سال ۲۰۱۱ میلادی ۳۳ کتب درسی را از پوهنتون طبی کابل (۹ عنوان) و از پوهنخی طب ننگرهار (۱۳ عنوان)، کندهار (۷ عنوان) و هرات (۴ عنوان) جمع آوری و چاپ کردیم که یک نمونه آن در اختیار شما میباشد.

به اثر درخواست پوهنتون ها و وزارت تحصیلات عالی افغانستان می خواهیم، این پروگرام را فعلا به پوهنتون ها و پوهنخی های دیگر هم توسعه دهیم.

اینکه مملکت ما به دوکتوران ورزیده و مسلکی ضرورت دارد، باید به پوهنخی های طب توجه زیادتر شود.

از آنجاییکه چاپ نمودن کتب درسی یک پروژه پروگرام ما بوده، بخش های کاری دیگر ما بطور خلاصه اینها باشند:

۱. کتب درسی طبی: کتاب که در اختیار شما است، نمونه ای از فعالیت های ما میباشد. ما میخواهیم که این روند را ادامه دهیم تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چیتر و لکچرنوت را خاتمه بدهیم.

۲. تدریس با میتوود جدید و وسائل پیشرفته: در سال ۲۰۰۹ پوهنهای طب بلخ و ننگرهار دارای یک پایه پروجیکتور بود و زیادتر استادان به شکل تیوریکی تدریس می دادند. در جریان سال ۲۰۱۰ توانیستیم در تمام صنوف درسی پوهنهای طب بلخ، هرات، ننگرهار، خوست و کندهار پروجیکتورها را نصب نماییم.

۳. ماستری در طب بین المللی در هیدل برگ: در نظر داریم که استادان بخش صحت عامه پوهنهای طب کشور را به پوهنتون هیدل برگ کشور جرمنی برای دوره ماستری معرفی نماییم.

۴. ارزیابی ضروریات: وضعیت فعلی (مشکلات موجوده و چلنجهای آینده) پوهنهای طب باید بررسی گردد و به اساس این بررسی به شکل منظم پروژه های اداری، اکادمیک و انکشافی به راه انداخته شود.

۵. کتابخانه های مسلکی: باید در تمام مضامین مهم و مسلکی کتب به معیار بین المللی به زبان انگلیسی خریداری و به دسترس کتابخانه های پوهنهای طب قرار داده شود.

۶. لابراتوارها: در پوهنهای طب کشور باید در بخش های مختلف لابراتوارها وجود داشته باشد.

۷. شفاخانه های کدری: هر پوهنهای طب کشور باید دارای شفاخانه کدری باشد و یا در یک شفاخانه شرایط برای ترینیگ عملی محصلین طب آماده گردد.

۸. پلان سтратئیک: بسیار مفید خواهد بود که هر پوهنهای طب در چوکات پلان سтратئیک پوهنتون مربوطه خود دارای یک پلان سтратئیک پوهنهای باشد.

از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید نوشته، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند. بعداً در اختیار ما قرار دهند، تا به کیفیت عالی چاپ و به شکل مجانی به دسترس پوهنخی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نقاط ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به ادرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتر را برداریم.
از محصلین عزیز هم خواهشمندیم که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند.

از مؤسسه DAAD (همکاری های اکادمیک آلمان) تشکر می نمایم، که مصرف چاپ یک تعداد کتب و پروجیکتورها را به عهده گرفت و از پروگرام کاری ما حمایت نموده و وعده همکاری های بیشتر نموده است. از انجمن چتری دوکتوران افغان در کشور آلمان (DAMF) و موسسه افغانیک (Afghanic) تشکر میکنم که در امور اداری و تحقیکی چاپ کتب با ما همکاری نمودند.

در افغانستان در پروسه چاپ کتب از همکاران عزیز در وزارت محترم تحصیلات عالی، سرپرست وزارت تحصیلات عالی قانونپوه سرور دانش، معین علمی وزارت تحصیلات عالی پوهنوال عثمان بابری، معین اداری و مالی پوهاند صابر خویشکی و روسای پوهنتون ها، پوهنخی ها و استادان گرامی متشرکم که پروسه چاپ کتب تدریسی را تشویق و حمایت نمودند.

دکتر یحیی وردگ، وزارت تحصیلات عالی

کابل، ۲۰۱۱ م، دسامبر

دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

موبایل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ایمیل: wardak@afghanic.org

محتويات

مقدمه

1	1. هنر تشخيص امراض اطفال
14	2. اخذ تاریخچه
27	3. معاینات عمومی
51	4. تفاوت های متباز بین معاینات فزیکی کاهلان و اطفال
55	5. سنجش و اندازه گیری بدن انسان برای ارزیابی حالت تغذی
72	6. ارزیابی انکشافی
96	7. تشخیص تفریقی علایم فزیکی غیر عادی معمول
138	8. جلد و ملحقات آن
159	9. سیستم عضلی اسکلیتی
178	10. جهاز هضمی و بطن
195	11. سیستم تنفسی
212	12. سیستم قلبی و عایی
239	13. سیستم عصبی مرکزی
288	14. معاینه طفل نوزاد
332	15. مسائل اخلاقی و قانونی در کار های عملی اطفال
345	16. تشخیص مرگ
350	ماخذ

اهدای

- به والدین بزرگوار و مهربانم که با وجود همه دشواری‌ها و مشکلات زنده‌گی، لحظه‌ای در تعلیم و تربیه بندۀ سهل انجاری ننموده‌اند.
- به همسر دلسوز و اطفال نازنینم که هنگام ترجمه این کتاب با من از حوصله مندی و برده باری زیاد کار گرفته‌اند.

حمد بیکران و سپاس بی پایان خداوند عزوچل را که به بندۀ توفیق عنایت فرمود تا کتاب ممد درسی حاضر (روش های ارزیابی کلینیکی اطفال) را به یکی از زبان های ملی کشور ترجمه نمایم.

از سالیان متمادی که طب اطفال به مثابه شعبه جدگانه طب در کشور ما در خدمت اطفال مریض قرار گرفته و دیپارتمنت امراض اطفال در پوهنخی طب کابل ایجاد گردیده است، کمبود مواد درسی بخصوص در قسمت سیمولوژی مشخص اطفال، همواره محسوس بوده و هست. بنابراین دیپارتمنت داخله‌ی اطفال بندۀ را موظف ساختند که کتاب ممد درسی دست داشته را ترجمه نمایم تا باشد مواد درسی بیشتر در بخش امراض اطفال به زبان ملی در دسترس استادان، محصلان و دکتوران جوان قرار گیرد.

کتاب حاضر دارای ۱۶ فصل بوده و حتی المقدور کوشش به عمل آمده تا عبارات و اصطلاحات با در نظر داشت اصول امانت داری و مراعات قواعد ترجمه به زبان ساده دری و عبارات مروجه طبی پوهنخی های طب کشور به رشتۀ تحریر در آورده شوند. همه محتوای کتاب با احتیاط تمام بدون کاستی بصورت مکمل ترجمه گردیده است و امید وارم خوانندگان از آن بهره بیشتر ببرند اما طوریکه شایع است همه کتب و رساله ها نواقص داشته و یا از دیدگاه دیگران ارزیابی های مبنی بر نظر گری شان صورت می گیرد که این کتاب هم خالی از آن نخواهد بود بنابراین اگر در قسمت از آن اشتباهات موجود باشد که بندۀ بنا بر نواقص بندگی نتوانستم آنرا بشکل اصلی آن جابجا نمایم خواهشمندم بالایم منت گذاشته و در تصحیح آن و یا هم با ارایه نظر شان در قسمت غنی کردن بیشتر مطالب، بندۀ را در جریان گذاشته و همکاری فرمایند.

در اخیر از تمام اعضای دیپارتمنت اطفال و استادان پوهنتون طبی کابل و دیگر همکاران که در قسمت تهیه این کتاب مرا همکاری و رهنمایی نموده اند از صمیم قلب ابراز سپاس و امتنان می نمایم

پوهندوی دکتور محمد فاروق حمیدی

استاد دیپارتمنت اطفال پوهنتون طبی کابل

فهرست آثار علمی پوهنمل دوکتور محمد فاروق حمیدی

1- ترجمه اختلاج از کتاب Nelson

(برای رفع دوره نامزدی)

2- مقاله تحقیقی برانشیولایتس حاد

(صفحه 25-28 افغان طبی مجله شماره سوم 84)

3- مقاله تحقیقی مشکلات تشخیصیه لاپراتواری در التهاب حاد بکتریایی سحابا

(صفحه 36 افغان طبی مجله شماره دوم و سوم سال 85)

4- تحقیق در مورد تحری اشکال سریری و امراض ضمیمی سوء تغذی شدید

(اثر تحقیقی از رتبه پوهنیار به رتبه پوهنمل)

5- مقاله تحقیقی رول زینک در تداوی اسهالات

(صفحه 62 افغان طبی مجله شماره سوم و چهارم سال 87)

6- مقاله تحقیقی تثبیت سویه بیلیروبین نزد نوزادان

(صفحه 44 افغان طبی مجله شماره دوم سال 87)

7- ترجمه کتاب Pediatric Clinical Methods نوشته محترم پروفیسور Meharban singh

(اثر علمی از رتبه پوهنمل به رتبه پوهندوی)

تقریظ

اثر محترم پوهنمل دکتور محمد فاروق حمیدی که تحت عنوان روش های ارزیابی کلینیکی اطفال در جلسه مورخ 86/4/26 استادان دیپارتمنت داخله اطفال و جلسه مورخ 86/5/24 کمیته ارزیابی ترقیات و در شورای علمی مورخ 86/7/25 پوهنتون طبی کابل و بالاخره در شورای محترم انسجام امور اکادمیک بتاریخ 6/8/1386 مورد تایید قرار گرفته بود خوشبختانه به پایه اكمال رسیده و اکنون به دسترس ما قرار دارد تا از یک طرف در ترقی علمی استاد مذکور محاسبه گردیده و از جانب دیگر یک کتاب ممد درسی باشد. کتاب فوق الذکر که مجموعاً دارای 356 صفحه و 16 فصل می باشد بطور عمیق و همه جانبه مطالعه نموده و به این باور شدم که استاد موصوف در تهیه این اثر زحمات زیاد را متقبل شده و گذشته از آن زبان تحریر آن بسیار ساده، روان و عام فهم بوده و همه اصول ترجمه در آن رعایت گردیده است. ناگفته نماند پوهنمل دکتور محمد فاروق حمیدی یکی از اعضای جدی، فعال و پُرکار این دیپارتمنت بوده که وظایف خویش را چه از نظر کار های عملی با محصلان در سرویس و چه از نظر معالجی با حسن اخلاق اجرا نموده و می نماید هکذا همیشه حاضر و پابند وظیفه بوده و با تمام مراجعین، مریضان و مریضداران از رویه خوب و نیکو برخوردار می باشد. بناءً اینجانب پوهاند دکتور سلطان محمد صافی استاد این دیپارتمنت ترجمه کتاب مذکور را مثبت ارزیابی نموده و جهت ترقیع علمی شان از رتبه پوهنمل به رتبه پوهندوی کافی دانسته و از بارگاه ایزد متعال برایش موفقیت استدعا می نمایم.

پوهاند دکتور سلطان محمد صافی

استاد دیپارتمنت اطفال

تقریظ

اثر محترم پوهنمل دوکتور محمدفاروق حمیدی عضو دیپارتمنت داخله اطفال که تحت عنوان PEDIATRIC

نوشته محترم دکتور MEHARBAN SINGH که مجموعاً (352) CLINICAL METHODS

صفحه و (16) فصل دارد بطور عمیق و همه جانبیه مطالعه نموده و به این باور شدم که استاد موصوف در تهیه این اثر زحمات زیاد را متحمل شده است. اثر مذکور به زبان بسیار روان دری تحریر گردیده ، عام فهم بوده و همه اصول ترجمه در آن رعایت گردیده است. تصاویر کتاب مطابق اصل آن در ساحت مربوطه جا بجا گردیده و همه جداول آن بدون استثنای بصورت بسیار زیبا ترجمه و در جاهای خود محفوظ است. ترجمه کتاب مذکور برای محصلین ، دوکتوران ستازیر و دوکتوران جوان خیلی مفید و آموزنده می باشد. بنابراین اینجانب کار علمی محترم داکتر صاحب حمیدی را مثبت ارزیابی نموده و جهت ترقيق علمی شان از رتبه پوهنمل برتبه پوهندوی کافی دانسته و از بارگاه ایزد متعال برایش موفقیت تمنا دارم .

با احترام

پوهندوی دوکتور زمری حصین

شف دیپارتمنت داخله اطفال

تقریظ

کتاب روش های ارزیابی کلینیکی اطفال که توسط محترم پوهنمل دکتور محمد فاروق حمیدی استاد دیپارتمنت اطفال پوهنتون طبی کابل ترجمه گردیده است از شروع تا به اخیر دقیقاً مطالعه نمودم. هویدا است که استاد مذکور در ترجمه آن از دقت بیشتر کار گرفته و گذشته از آن کتاب مذکور به زبان بسیار فصیح و روان ترجمه شده و همه اصول ترجمه در آن رعایت گردیده است. این کتاب حاوی ۱۶ فصل و (352) صفحه می باشد که شامل بخش های هنر تشخیص امراض اطفال، اخذ تاریخچه، معاینات فزیکی، تفاوت های متبازی بین معاینات فزیکی کاهلان و اطفال، سنجش و اندازه گیری بدن انسان برای ارزیابی حالت تغذی، ارزیابی انکشافی، تشخیص تفریقی عالیم فزیکی غیر عادی معمول، جلد و ملحقات آن، سیستم عضلی اسکلیتی، جهاز هضمی و بطن، سیستم تنفسی، سیستم قلبی و عایی، سیستم عصبی مرکزی، معاینه طفل نوزاد، مسایل اخلاقی و قانونی در کار های عملی اطفال و تشخیص مرگ می باشد طوریکه ملاحظه می گردد استاد موصوف در تهییه این اثر زحمات زیاد را متقبل شده البته باید یاد آور شد که مطالعه کتاب فوق الذکر برای استفاده محصلین و خاصتاً دکتوران جوان که در پروگرام های تخصصی اطفال مصروف تعلیم هستند عاری از مفاد نخواهد بود. بنابراین پوهنال دکتور محمد اسحق معاشر استاد این دیپارتمنت زحمات استاد مذکور را قابل قدر دانسته و جهت ترقیع علمی شان از رتبه پوهنمل به رتبه پوهندوی کافی می دانم و از بارگاه خداوند لایزال موقفیت هر چه بیشتر شانرا خواهانم.

پوهنال دکتور محمد اسحق معاشر

استاد دیپارتمنت داخله اطفال

فصل اول

هنر تشخیص امراض اطفال

هیچ تحفه بزرگتر از تحفه حیات نیست! مریض ممکن بالای اقارب، اولاد و حتی والدین خود اعتماد نداشته باشد، اما بالای طبیب خود ایمان کامل دارد. او خود را به داکتر سپرده و در مورد آن هیچ نوع تردید ندارد، بنابرین، وظیفه داکتر است تا از مریض اش چون نفس خود مراقبت و مراقبت نماید.

Charaka

خصوصیات متخصصین اطفال

محصل طب باید دارای ظاهر صفا و سخاوتمند بوده و از مفکوره عالی و نجیب بر خوردار باشد. او باید دیگران را تحمل نموده و در امور اکادمیک از خود شکیابی و استقامت نشان دهد. با اینکه هوشیار و ذکی است، باید منطقی، فروتن و با حیا باشد. دارای ظاهر زیبا و خوش آیند، اندام سالم و متناسب که عاری از نقایص فریکی یا امراض واضح باشد. مخصوصاً، لازم است مشفق و مهربان بوده، در علم و هنر معالجه علاقه فراوان داشته و تمام فهم و بینش خود را صرف جستجوی حقایق امراض و دانستن اهمیت اعراض کلینیکی نماید. علم او باید تنها به منظور غنامندی فکری خودش، بلکه بخاطر کسب مهارت های لازمه در اجرات عملی صرف گردد. در برابر استادان و مربیان خود متواضع و وفادار بوده عاری از اعتیاد، طمع، تکبر و نابردباری باشد.

Charaka sahita (1000 BC)

متخصص شایسته اطفال باید علاقه و محبت واقعی به اطفال داشته باشد. فرصت پروردش اولاد یا نواسه ها یک تجربه آموزشی بزرگ برای متخصص اطفال است. او باید در مورد رفاه مردم مهربان، منظم و با سلیقه بوده و به آنها احترام کامل داشته باشد. حاکم به نفس بوده و دارای حلم، اخلاق و ادب باشد تا مریضان و خدمتگاران با وی همکاری نمایند. این صفات مجیده خواهان دقت خاص به منظور تأمین اعتماد بین والدین اطفال و داکتر بوده که در پروسه الیام و شفادهی ارزش بسزا دارد. داکتر که شواهد اضطراب، وارخطابی و دلی از خود نشان دهد، بعید است که اطمینان مریضان را جلب نماید. جهت تسریع پروسه شفایابی، مریض باید به طبیب خود اعتماد نموده و طبیب به دارو خود ایمان کامل داشته باشد.

متخصص اطفال باید با مریضان خویش مانند اطفال (نه مانند مریض) با درایت، ملایمیت، همدردی و ارتباط درست برخورد نموده و نگاه آرام و مملو از مهربانی داشته باشد تا موجب ترس آنها نگردد. بر عکس کاهلان، اطفال از دیدن اشخاصیکه به چشم های شان مینگرنند مضطرب میگردند! طبیب اطفال باید تصور عالمانه داشته، جهت رسیدن به تشخیص با کمک علم درونی و اصول بنیادی اقدامات منطقی نماید. او نباید متعصب بوده، و باید از محدودیت های علمی خویش باخبر باشد. هیچگاه نباید از گفتن کلمه "تمیدانم" ابا ورزد. او همیشه شاگرد است، دائمًا علم آموخته و ندانی را در خود به علم و حکمت تبدیل نماید. رفاه و آسایش مریضان را در نظر داشته و به منافع مادی و ارزش های معنوی شان احترام قایل گردد. با این حال، طبیب نباید توانایی خود را در اجرای یک معاینه یا مشاهده خوب و ابتکاری ناچیز تصور نماید. خصوصاً گرچه علم طب یک حرفة است اما حیات هرگز نباید طلا پنداشته شود - او بسیار گرانبهای تراست ! طبق فرموده مادر Teresa طبابت باید بمثابه یک رسالت پنداشته شده و نباید آنرا بمثابه یک حرفة یا تجارت حقیر و ذلیل ساخت.

اطفال از شفاخانه، داکتر و سوزن ترسیده و هیچگاه نباید برای تغیر رفتار شان آنها را بواسطه زرقیات تجدید نماید. موضوع پوشیدن یا نپوشیدن چپن سفید تحت مباحثه بوده گرچه برای من بی اهمیت است. چپن سفید حالت تعارف مسلکی را تکمیل نموده و احساس ادب و دسپلین را تمثیل مینماید. متخصصین اطفال باید با والدین اطفال با وجودیکه انها مضطرب بنظر میرسند با وقار، جدیت و احترام برخورد نمایند. میان اعضای تیم خویش فضای صمیمانه را با خلوص نیت، تقوی و عفت قلبی و روحی ایجاد نمایند. ایشان باید نشاندهنده روش سالم کنار بستر مریض بوده و برای شاگردان خویش در نقش یک خدمت گذار الگو باشند. او نباید صرفاً معالج بوده بلکه خدمتکار صادقانه مانند یک فیلسوف و رهنما برای مریضان، والدین و شاگردان خویش باشد.

شیوه رسیدن به تشخیص

"مریض نباید بمثابه یک سیستم، عضو، نسج، حجره و DNA تلقی گردد. بلکه تصور شود که آنها بصورت کل دارای (روح ، جسم و ذهن) بوده و همچنان ایشان تنها نبوده بلکه دارای پیوند دیرینه با محیط زیست، فامیل، دوستان و جامعه میباشند."
- Meharban Singh

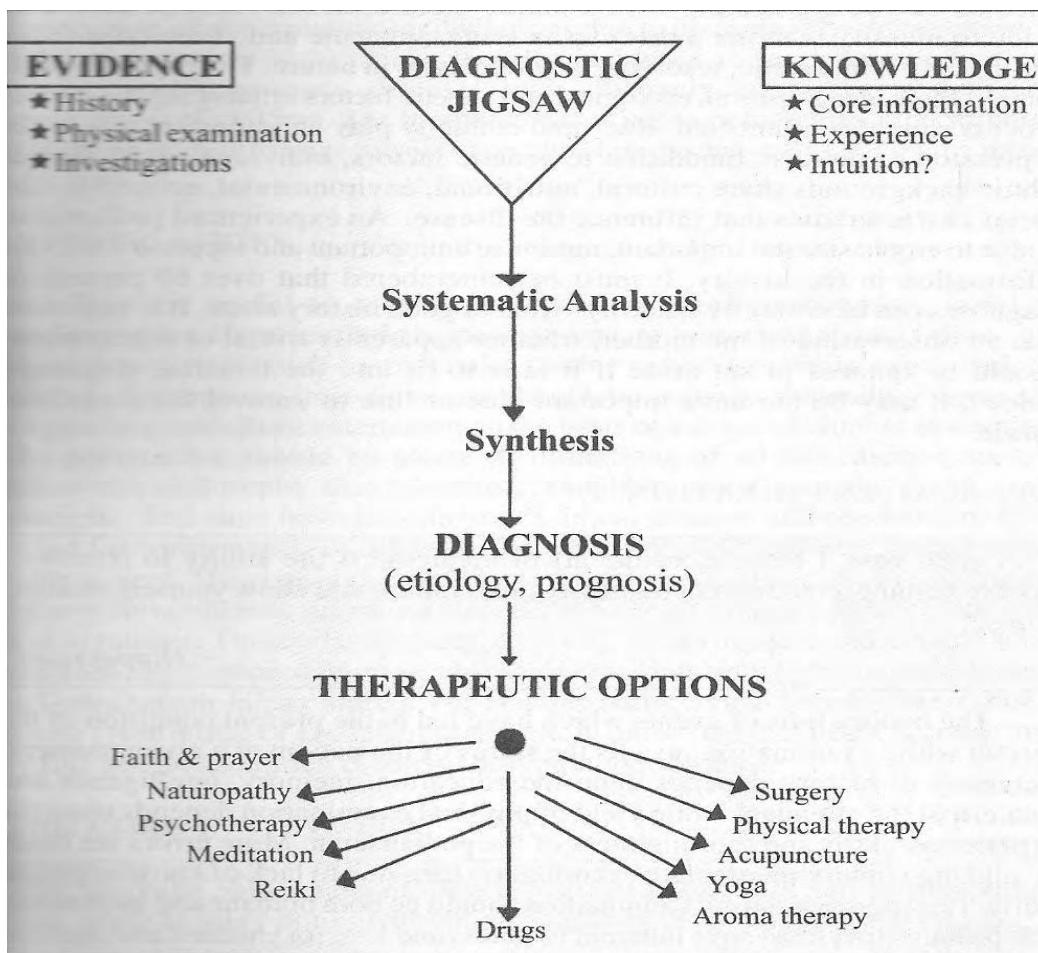
روش فعالیت داکتر متخصص مانند یک مُقتض است، یکی در طلب شرح درد و مرض، دیگری در پیگرد جرم و جنایت. طبیب زیرک حواس ویژه و حساس (مخصوصاً ذکاوت مشاهده گرفتن) داشته و دارای استعداد مهار کردن، مشابه یک وکیل، خارنوال و قاضی میباشد. در جریان دهه اخیر انقلاب در تکنالوژی تصویر برداری با معرفی التراسوند، MRI, CT scaning و توموگرافی توسط انتشار پوزیترون سبب کاهش اطمینان، جذب و اشتیاق متخصصین گردیده است. حقیقت تلخ اینست که حالا طبیان اکثرآ تکنولوگی گردیده و هنر طبابت را از دست داده اند. مریض به سیستم، عضو، نسج، حجره و حتی DNA تجزیه شده است! مشکل است که ما ارتباط مریض و تعامل آنرا با جامعه و محیط زیست نادیده بگیریم. در عوض متروکیت و عدم استفاده از قضاوت کلینیکی، تکنالوژی جدید باید کاملاً بهره مند شده و آماده تایید قضاوت کلینیکی و تسهیل در دانستن میکانیزم پتانوژی امراض اساسی در مراحل مختلف گردد. تشخیص درست امراض اساسی و اسباب احتمالی آنها جهت تداوی منطقی و ارزار مرض تعین کننده است. تشخیص با استنباط شواهد دقیق و تحلیل آن در روشنی با علم درونی، حکمت و تجربه دست داشته داکتر متخصص اطفال بنا نهاده شده است (تصویر ۱.۱).

مدارک یا شواهد

طوریکه شواهد قاطع برای کشف و شناخت یک مجرم لازمی و تعین کننده است، به همین نحو شواهد دقیق که در نتیجه اخذ تاریخچه، معاينا ت فزیکی و سایر تحقیقات جمع آوری می گردد اهمیت اساسی در حل معمای های تشخیص ناشده دارد.

تاریخچه

تاریخچه باید عاری از اظهارات بی مورد و اضطرابی والدین بوده و جهت اخذ تاریخچه واضح و شفاف، ترتیب وقوع آن با تأکید خاص در مورد شروع مرض و معین نمودن پروسه های مرضی ضرور است. در باره اعراض و سیستم های مختلف تمام پروسه مرضی مرور مفصل صورت گیرد، باید کوشش نمود تا اعضاي متأثر شده توسط پروسه مرضی معین شود. مشخص نمایید که آیا یک سیستم ماؤف گردیده یا اینکه شما با تشوش چندین سیستمی مواجه هستید.



تصویر ۱.۱ عناصر کلیدی در حل معمای تشخیصی، جهت اجرای تداوی معقول تشخیص درست تعین کننده است.

همچنان معین گردد که مریضی حاد، تحت الحاد، و یا مزمن است و تصنیف بندی نمایید که آیا تشوش ثابت، پیشرونده و یا هم رشف شونده است. تاثیرات روانی، اجتماعی، نزدی، جغرافیای، محیطی و جنیتک که در پروسه مرضی رول دارد باید واضح گردد. نژاد و قومیت در تعبیر امراض رول مهم را بازی می نمایند. برعلاوه فکتور های جنیتک، بعضی فکتور های شخصی با سابقه نزدی و مشخصات مشترک کلتوری، غذایی، محیطی، اقتصادی و اجتماعی نیز بالای امراض تاثیر دارند. یک متخصص با تجربه اطفال قادر است که در تاریخچه بر نکات مهم تاکید نموده و معلومات بی ربط و غیر ضروری را به حد اقل رسانده و یا حذف نماید. باید به خاطر داشت که تنها

با گرفتن تاریخچه خوب میتوان بیشتر از 60% تشخیص را وضع نمود. لازم است اظهارات منفی یا مخالف مادران را، چه ظاهرًا جزیی یا غیر ضروری باشند، نباید نادیده پنداشته یا بیهوده تصور نمود، گرچه ارزش شان در تشخیص ابتدایی رد شده باشد. در حقیقت، اینکار ممکن سرنخ بسیار مهم برای حل معماهی تشخیصیه باشد.

معاینات فزیکی

”به عقیده من، بزرگترین بخش فن طبابت را، توانایی در اخذ مشاهده تشکیل میدهد. وقت کافی را صرف اخذ مشاهده نموده تا هیچ چیز فراموش تان نگردد.“

- Hippocrates

تاریخچه حوادث را بیان مینماید که منجر به وضعیت کنونی مریض شده است در حالیکه معاینات فزیکی وضعیت جاری مریض را در لحظات معین بیان میدارد. صحت تاریخچه وابستگی به تعلیم، حافظه و ذکاآوت مواظبت کننده داشته در حالیکه نتیجه معاینات فزیکی مربوط به تجربه، مهارت و کمال داکتر است. اشتباهات بیشتر، در اثر معاینات فزیکی ناقص و سرسری بخاطر نداشتن مهارت و دانش کافی بوجود می آید. در زمان اجرای معاینات فزیکی اطفال باید بسیار مهربان بوده و معاینات بصورت سیستماتیک اجرا گردد. داکتر اطفال باید به اطفال توجه و علاقه خاص داشته و آنها را با قلب مهربان و دستان گرم معاینه نمایند. اطاق معاینه باید صمیمی، محروم، دارای روشنی کافی و سامانهای بازی لطیف باشد. از استعمال پرده های زرد و آبی تیره در اطاق معاینه خوداری نموده زیرا ممکن در ارزیابی زردی و سیانوز مشکلات ایجاد نماید. اطفال باید بمثاله اطفال تداوی گردند نه بشکل مریضان و معاینه باید بشکل شوختی اجرا گردد. باید وقت کافی را صرف اخذ مشاهده اطفال نموده و سیستم یا عضوی اساس مشاهده قرار گیرد که بیشتر مأوف بنظر میرسد.

داکتران باید مهارت اخذ مشاهده یا معاینه خویش را بواسطه افزایش توانایی حواس مخصوص شان تقویت نمایند. داکتران اطفال با کودکان از روز تولد الی سن جوانی، با اندازه های مختلف کمتر از 1kg تا اضافه از 40kg و دارای درجه های مختلف پختگی وظیفوی اعضا مختلف سر و کار دارند. امراض اطفال شبیه پرندۀ های هوایی اند که در حرکت میباشند، اطفال رشد نموده، جسامت و درجه پختگی شان در حال تغیر است. معلومات در مورد رشد اнатومیک، فزیالوژیک، بیوشمیک و در مجموع برای ارزیابی اطفال نارمل در سنین مختلف جهت دریافت

سوء اشکال یا مغایرت های ولادی از سبب امراض مختلف ضروری است. حالت انکشافی یا وظیفوی طفل، شیوع و سیر امراض مختلف را متأثر نموده و بر عکس امراض نیز ممکن تأثیر معکوس بالای رشد و تکامل اطفال داشته باشند. در اطفال انساج لمفاوی بصورت وظیفوی هاپیترووفی نموده که منجر به بزرگ شدن لوزتین یا عقدات لمفاوی رقبی به تعقیب انتانات جزئی میگردد.

تحقیقات

تحقیقات در ارزیابی درجه معلولیت اعضاء، مساعدت در تایید تشخیص، کمک در اهتمامات، ارزار و تعقیب آن مفید است. در اینجا توجیه برای اجرای معاینات روتین نزد هر مریض وجود ندارد. در عوض باید تحقیقات مختص و مناسب که در خور تشخیص احتمالی بوده به اساس ارزیابی کلینیکی سفارش گردد. داکتران باید از محدودیت تمام آزمایش های لبراتواری آگاه بوده و برخورد عاقلانه داشته باشند زیرا معاینات لبراتواری باید منحیث ممد تشخیص تلقی گردد نه تشخیص قطعی. شما باید به ذکارت کلینیکی خود باور داشته و معاینات لبراتواری را به منظور کمک برای تایید تشخیص استفاده نموده تا یک تداوی مؤثر برای مریض مهیا گردد. هدف باید تداوی مرض بوده نه راپور معاینات لبراتواری. بر علاوه، تشخیص نباید بخاطر تأخیر تحقیقات ضروری به تعویق انداده شود. لپراتومی بموقع ممکن در اطفال توام با بطن حاد، گره تشخیص ناشده را باز نموده و برای تشخیص تفریقی بین هیپاتیت نوزادی و اترزیا صفرایی خارج کبدی موثر و نجات دهنده باشد. اطفالیکه توام با التهاب عقدات لمفاوی عنق اند نباید تحت تداوی آزمایشی انتی تویر کلوزیک قرار گیرند جز اینکه تشخیص توسط معاینات هستولوژیک مایع اسپایری شده یا بیوپسی عقدات لمفاوی صورت گرفته باشد.

دانش اساسی

"بررسی حادثه مرضی بدون مطالعه کتاب، مشابه کشتی رانی در بحر بدون نقشه است، در حالیکه مطالعه کتاب بدون دیدن مریض طوریست که هرگز در بحر داخل نشده باشید..."
 - Sir William Osler

شواهد بدست آمده از تاریخچه دقیق، معاینات فزیکی و تحقیقات باید در روشنی علم و تجربه موجود داکتر متخصص ارزیابی گردد. هر متخصص اطفال باید از خصوصیات ابتدایی تشوشات معمول دوره طفولیت آگاهی

داشته باشد. بخاطر باید داشت که هیچ عرض یا علامه ۱۰۰٪ برای یک مرض مشخص یا وصفی نمی باشد. در مجموع تظاهرات امراض نوزادان و شیرخواران نسبتاً غیر وصفی اند. اطلاع باید از تحولات علمی جدید روز برای تشخیص و تداوی مشکلات اطفال استفاده نموده در غیر آن از جمله داکتران منسخ شده و بی ارزش به شمار خواهد آمد. متخصص اطفال باید اراسته با علم درونی بوده زیرا چانس مساعدت فقط با فکر غنی از علم و دانش امکان پذیر است. خوب فهمیده میشود که ذهن چقدر میداند، او در حال جستجو است و مرض را پیدا می نماید. تشخیص گلومیرولونفرایتس حاد بعد از انتان استافیلوکوک را میتوان صرف بواسطه دانستن مشخصات آن مانند شروع حاد، پندیدگی و اذیما پاه، کاهش ادرار و تیره رنگ شدن ادرار (هیماچوریای مایکروسکوپیک)، فرط فشار خون و اذوتیمیا که دو هفته بعد از حمله فرنجیت حاد استرپتوکوکل تداوی شده نامناسب یا ناکافی بوجود می آید مشخص نمود.

هنر تشخیص

”ای خدا، ذهن مرا همیشه پاک و هدایت شده گردان. و در پهلوی بستر مریض مرا اجازه انحراف به طرف غیر مده. تمام تجارب و دانش که آموخته ام حاضر خدمت نموده و مانع سستی در کارم کن. این شرف بزرگ است که قضاوت علمی بمنظور حفظ صحت، سلامت و حیات مخلوقات باشد...“

- Moses ben Mirmon (1135-1104 AD)

پرسوه تشخیص یکی از بزرگترین چالش ها در طبابت است. شواهد (نفوس شماری، ایدیمولوژی، اعراض، علایم، تحقیقات) مربوط به مریض در روشنایی کامل دانش، تجربه، و قضاوت کلینیکی داکتران متخصص تجزیه و تحلیل گردیده و میتوان به مناسب ترین تشخیص احتمالی رسید. جهت رسیدن به تشخیص نهایی باید تمام نکات مساعد و مخالف یک تشخیص ویژه بصورت محتاطانه بررسی گردد. طبیب باید تمام قواعد ابتدایی را فهمیده تا در حل معماهای تشخیصیه با در نظر داشت محدودیت دانش مسلکی خویش بخاطر جلوگیری از انجام کارهای کورکورانه یا دگماتیزم از آن استفاده نماید. در طبابت برای کلمات (هیچگاه و همیشه) جای وجود ندارد. زیرا چشم پوشی، و تکبر نقص بزرگتر از نادانی است. اساسات سودمند زیرین را در هنگام وضع تشخیص به یاد داشته باشید:

- ۱.** طبقه بندی امراض روانی معمول ترین طریقه حل مشکلات تشخیصیه است. تشخیص اختلالات وظیفوی باید توسط هر دو حالت یعنی رد تشوشات عضوی و موجودیت شواهد مثبت اختلال روانی گذاشته شوند. توجه بیشتر بالای روابط اطفال با محیط شان نسبت به اینکه صرفاً به اعضای بدن شان صورت می‌گیرد عطف گردد. تمرکز اصلی باید خود طفل باشد نه مرض او. پرسید که آیا طفل با خواهران و برادرانش قابل مقایسه است یا تفاوت دارد. تشوشات شخصیتی و سلوکی در یک طفل انعکاس دهنده ناسازگاری والدین بوده و اطفال باید مانند بارومتر یا معیار سنچ صحت روانی والدین فکر شوند.
- ۲.** این حقیقت مسلم را باید به یاد داشت که امراض معمول بیشترین واقعات را تشکیل میدهند. تظاهرات نادر یک تشوش عام نسبت به تظاهرات عادی یک آفت نادر بیشتر معمول است. وقتیکه یک عرض یا یک علامه در تعداد زیاد امراض بطور عادی دریافت گردد، غیاب آن نسبت به موجودیت اش برای ارایه تشخیص وصفی بیشتر با ارزش میباشد.
- ۳.** باید کوشش گردد تا تمام تصاویر کلینیکی در وجود یک تشخیص واحد گنجانیده شود. این امکان به مراتب نزد اطفال به مقایسه کاهلان بیشتر است. هیچ تشخیص نباید تایید گردد، حتی اگر منسوب به یک داکتر قابل اطمینان یا مرکز صحی مجهر نیز باشد، مگر اینکه به اساس شواهد و استدلال دقیق استوار باشد.
- ۴.** از پوشش اعراض و علائم مرض ذریعه تجویز ادویه در مریضانی که پروسه مریضی شان در حال استنتاج است خود داری نمایید. از چکاندن قطره های توسع دهنده حدقه در چشم ها جهت معاینه قعر عین نزد اطفالیکه جروحات راس یا تغیرات حسی دارند جلوگیری نمایید زیرا ممکن ارزش تشخیصیه اندازه حدقات را به مخاطره اندازد. در واقعات تشخیص ناشده بطن حاد یا جروحات راس از توصیه دوا های ضد درد و آرامیخش قوی اجتناب گردد.
- ۵.** پروسه تشخیصیه جراحی یا لپراتومی را هنگامیکه استطباب داشته باشد به تأخیر نه اندازید.
- ۶.** از تشخیص امراض قابل علاج نباید چشم پوشی نمود. زمانی که منظره کلینیکی توبرکلوز و مرض هوچکن قابل تفریق نباشد بهتر است که پرابلم اولی مریض تداوی گردد.

7. موقف اجتماعی مریض و یا فامیل وی نباید باعث محدودیت معاینات شما گردد. در صورت ضرورت لباس طفل را کاملاً دور سازید. زیرا معاینات ناقص و سرسری اسباب بسیار عمدتاً تشخیص های که حوادث ناگوار بار می آورند میباشند.

8. تشخیص ممکن در مراحل مختلف ارزیابی گذاشته شود، در تجدید نظر تشخیص تان بعد از زمان ارزیابی متعدد نباشد. از ظهور اعراض و علایم جدید در سیر مرض، ممکن مدارک تشخیصیه اضافی بدست آید. آقای Robert Hutchison متخصص کلینیکی افسانوی، چندین (نباید) را برای تشخیص امراض پیشنهاد نموده است. (جدول 1.1)

جدول 1.1 نباید های مخصوص برای تشخیص امراض

- نباید زیاد کنجدکاو باشید.
- نباید تشخیص نادر بگذارید.
- نباید عجله نمایید.
- نباید مأیوس شوید.
- نباید در تشخیص اشتباه نمایید.
- نباید دو مرض را همزمان تشخیص نمایید.
- نباید زیاد مغرور بوده و تشخیص تان را حتمی فکر نمایید.
- نباید فریبکار باشید.
- نباید در تجدید نظر تشخیص تان متعدد باشید.
- نباید متعصب باشید.

احتمالات تشخیصیه

در سیستم طبیعت الوباتیک، اکثر امراض را میتوان نظر به اسباب شان به هشت گروه بزرگ تنظیم نمود، (جدول 1.2). علت اضافتی از 75٪ امراض را انتنانات تشکیل میدهد. در اطفال، سوءتعذی پروتین-کالوری و فقدان مایکرونترنها (ویتامین ها و منزالها) هسته پرایلم صحی را تشکیل داده که اطفال را مساعد به گسترش تشوهات انتانی نموده و سیر امراض را نسبتاً تشدید می نماید. اکثر سوء اشکال ارثی (خطاهای ذاتی میتابولیزم) و تشوهات

کروموزومی در هنگام طفولیت تظاهر می نمایند. تشوشات استحالوی واضح نزد اطفال غیر معمول بوده لاکن درین حالت مشخصات کلینیکی و لا برآتواری مختلف برای شناخت این تشوشات ضروری است بنابرین ستراتیژی

جدول 1.2 زمینه اهتمالات تشخیصی

اسباب	طیف امراض
انتانات	ویروس ها، باکتریا ها، فنگسها، پرازیت ها و غیره
زخمها و توکسین های خارج المنشا	ادویه، مواد کیمیاولی، جسم اجنبي، ترضیضات، سوختگی ها و شاک برقی،
تشوشات فقدانی	کاهش اکسیجن انساج، دیهایدریشن، سوء تغذی پروتین- کالوری، فقدان ویتامین ها منزال ها و هورمون ها
تشوشات انکشافی	امراض جنیتک، تشوشات کروموزومی، سوء تشکلات ولادی.
نیوپالازم	سلیم یا خبیث.
تشوشات الرژیک، فرط حساسیت و اتوایمون	مساعد بودن به الرژی، حساسیت، استما قصبه، تشوشات بعد از انتانات، تشوشات وعایی کولاجن و غیره .
تشوشات استحالوی	اتیروسکلیروزس، پیرکودکی(progeria)، تشوشات استحالوی سیستم عصبی مرکزی؟
تشوشات روانی و روحی جسمی	کبود شدن بعد از گریه، ادرار شبانه، درد های بطن متکرر، تغیر عکس العمل، اعتیاد به ادویه، تشوشات سلوکی، تشوشات حرکی، خیال پرسنی کودکانه، تشوشات فرط تحرکیت با کاهش مواظبت.

وقایوی را میتوان در دوره طفولیت جهت کاهش بار این امراض در هنگام حیات بزرگسالی بنا نهاد. باید به یاد داشت که تخم اکثر امراض دوره کهولت در جریان طفولیت زرع میگردد. تشخیص کامل حالات ابتدائی و اختلالات مترافقه آن مانند انتنان ثانوی و تشوشات که با مریضی فعلی ارتباط ندارد نیز ضروری است. بطور مثال؛ سوتعذی پروتین- کالوری، شکل مرسمیک، عادتهای ناقص غذایی و ویننگ، اسهالات متکرر، هاپوترمیا، کم خونی غذایی، فقدان زینک، کمپلکس ابتدائی ریوی و اسکابیس.

اهتمامات معقول و منطقی

”یک شخص ممکن بقدر کافی آموخته ولی هنوز هم یک طبیب نهایتاً بی تجربه باشد، کسی که به توانمندی خویش اطمینان دارد... چگونگی طرز برخورد با مریض و جلب اعتماد شان، هنر تسلیت و تسکین نمودن آنها، یا جلب توجه شان به موضوعات جدی- همه اینها را نمیتوان از کتاب آموخت“

- John Apply

هدف تشخیص درست عبارت از اجرای تداوی معقول و ارائه راهنمایی افزار مرض به فامیل است. بهتر است که ادویه معمول مصرف نموده تا در مقابل آزمون زمان ایستادگی و مقاومت نمایید. اجرای مانوره نو یا توصیه ادویه جدید ضروری و بهتر نیست. ناراحتی و درد مریضان با توجه به حق صحتمندی و تدرستی شان با تجویز ادویه مناسب و مصون باید کاهش داده شود. به تناسب اینکه صرفاً در تداوی پروسه مریضی اقدام گردد باید موازنیت کلی برای اطفال فراهم نمود. مشوره های جامع و کامل راجع به رژیم غذایی، حفظ الصحه شخصی و معافیت باید به تمام اطفال بدون در نظر داشت روند مریضی اساسی شان توصیه گردد. داکتران باید یک راپور از اطفال و والدین آنها ترتیب نموده تا حمایت عاطفی و اطمینان شان را بدست آورند. متخصص اطفال که احتمالاً از خود مدارک نگرانی، عجله و یا تردید را نشان دهد بعید است که اطمینان مریضان خویش را جلب نماید. متخصص با تجربه اطفال میداند چه وقت مریض را با ادویه تسکین نموده، کدام وقت با الفاظ، چه زمان تداوی حملوی برای معالجه، تداوی عرضی برای تسکین و بالاخره تسلی جهت آسودگی را بکار برد. اینکه چه بگوییم و چه نگوییم، چطور بگوییم و چی وقت بگوییم، تمام تفاوت های را بین این که با مریض خویش کمک و همکاری می توانیم یا

نمی توانیم به وجود می آورد. این ها مهارت های اند که نمیتوان آنرا از کتاب آموخت بلکه با تقلید از یک استاد نمونه بدست می آیند که البته در جامعه مدرن صنعتی ارزش آن تدریجاً کاهش یافته است.

مریض و پایوازان شان دارای احساسات عاطفی بوده لذا از گفتن اینکه "هیچ کاری کرده نمیتوانیم" خود داری گردد. (زیرا همیشه یک چیزی را انجام داده میتوانیم)، در اینجا کلمه "هیچ" غلط است (حتی وقتیکه یک تشوش وظیفوی باشد)، "تشویش نکنید"، "همه چیز خوب خواهد شد" و غیره بهتر است. ترس و نگرانی طفل و والدین او را دریافت نمایید. اضطراب شان را تسکین نموده، آنها را دوباره مطمئن ساخته و اعتماد شان را اعاده نمایید.

بهتر است مستحضر دوایی بسیار مختص واحد را استفاده نمود، تجویز یک دوز مطلوب از راه مناسب و قابل قبول، ترجیحاً نسبت به تداوی تفنگ شکاری با دوز های ناقص ادویه تعویض گردد. در کلینیک های سیار اطفال به استثنای تجویز واکسین و تداوی عکس العمل انفلکتیوید به سختی میتوان جای برای تطبیق زرقيات دریافت نمود. بهتر است خبرِ مرض وخیم یا صعب العلاج طفل به هر دو، پدر و مادر همزممان از طرف متخصص مشاور با دقت، همدردی و شفقت در میان گذاشته شود. مکالمه باید بی عجله بوده و والدین باید تشویق گردد تا احساس خویش را اظهار نموده و از داکتر طالب معلومات شوند. آقای Bernie Siegel بجا می فرماید "به نظر می آید به همان اندازه که قدرت ما در تداوی و تداوم زندگی مردم بصورت دراماتیک کاهش یافته به همان اندازه قدرت ما در علاج امراض بواسطه پیشرفت سریع تکنالوژی افزایش نموده است. در پیشرفت سراسام اور علمی، می بینیم که تماس انسانها بین هم کاهش نموده". احیای هنر طبابت یک ضرورت است. جای شک نیست که ما باید صادقانه کوشش نماییم نه صرف برای اینکه طبیب قابل درک، با هوش و ماهر باشیم بلکه همچنان باید کوشش نماییم تا یک معالج موثر و مافوق تمام انسانهای خوب باشیم. در کتاب مقدس این تقوا و پاکدامنی داکتران توصیف شده" ... بهر حال باید رفتار و کردار بدون تکبر، با فکر آرام، تواضع و تعمق داشته، با وجود آن برای رفاه و سعادت تمام مخلوقات به درگاه خداوند (ج) دعا نماییم ..."

اساس تداوی منطقی امراض و هنر طبابت توسط آقای Robert Hutchison قرار ذیل خلاصه گردیده است:

"از ناتوانی تا پیروزی، از شوق زیاد در برابر پدیده نو و اهانت در برابر چیز های کهنه، از قرار دادن علم در برابر حکمت، دانش در برابر هنر و زرنگی در برابر عقل سلیم، تداوی مريضان بشکل قضایا و در تداوی امراض بسیار وخیم کوشش می نماییم، خداوند متعال (ج) درین راستا ما را همراهی نماید"

به منظور جلوگیری از حوادث ناگوار درمانی، پنج پیام یا گوهر معرفت در ذیل نقل قول شده است.

۱. بسیاری امراض شفاء بنفسه‌ی داشته و بدون تجویز کدام ادویه بصورت خود بخودی بهبود می‌یابد. طبیعت،

وقت و حوصله مندی سه طبیب بزرگ هستند.

۲. ما نباید علاقمند و شیفتنه زیاد استعمال ادویه جدید باشیم که مؤثریت و مصوّنیت آن تحت مطالعه قرار دارد

بلکه قول معروف را که گفته‌اند، چیز کهنه طلا است باید به یاد داشته باشیم.

۳. فن یا هنر طبابت نباید قربانی تکنالوژی گردد.

۴. مریضان نباید به مثابه سیستم‌ها یا اعضا تلقی گردیده بلکه در تمام بدن، فکر، روح و جامعه شان باید قضاوت

نمود.

۵. دواهای تجویز شده نباید سبب متضرر نمودن بیشتر مریض نسبت به خود امراض گردند. ما باید دواهایی را

استعمال نماییم که از آزمون زمان گذشته با تأثیرات مطمئن و دارای مصونیت شناخته شده باشند.

فصل دوم

اخذ تاریخچه

”سلک طبیب مشابه مفتش یا خارنوال است، یکی در تشخیص و تداوی مرض، دیگری در پیگرد جرم و جنایت“.

اخذ تاریخچه یک هنر است که نیاز به مهارت های یک و کیل، مفتش و قاضی دارد. ایجاب کنجکاوی، پیگیری و درایت را می نماید طبیب باید کوشش نماید تا تاریخچه مرض را به ترتیب زمان، طرز شروع و سیر آن به دقت تهیه نماید. طبابت اطفال مشابه دامپزشکی (بیطاری) است بخارطربیکه اطفال خود نیز اعراض خویش را بیان کرده نمی توانند. یک مادر هوشیار و مواظب می تواند شرح کامل مریضی را ارائه نموده لاین بعضی اوقات ممکن از سبب اضطراب و نگرانی که دارد حقایق اغراق آمیز گردد. پدر چون زمان اندک را با اطفال سپری نموده لذا معلومات ناقص در مورد مشکل طفل ارائه می نماید. اطفال سنین مکتب معلومات خوبی را در مورد مشکلات فزیکی خویش ارائه نموده و همیشه باید تشویق گردد که در مورد اعراض شان صحبت نموده و آنرا توضیح نمایند طبیب باید با در نظر داشت تواضع، جدیت، ادب، برخورد مشفقانه و خیر خواهانه، با کمال جدیث و مواضیت تاریخچه را اخذ نماید. رویه متخصص کلینیکی باید دوستانه، صمیمی، آرام، بدون عجله و غیر رسمی، کاملاً مثل برخورد با اعضای فامیل خویش باشد. باید متوجه بود که مریض مشتری محترم وی است. او باید اضطراب والدین را کاهش داده و در زمان معاینه اطمینان شان را نسبت به خود جلب نماید. فراموش نگردد زمانی که شما از طفل یا مواضیت کننده مشاهد گرفته و یا وی را ارزیابی می نمایید، شما نیز توسط آنها راجع به سلوک و رفتار تان ارزیابی می گردید. حتی حالت قیافه، تون صدا، طرز حرکات، حالت عجله، عدم اعتماد و عیب جویی کردن همه اینها میتواند بالای نتیجه ارتباط داکتر و مریض / والدین تأثیر گذار باشند. این اغاز یک ارتباط قاطع بین داکتر – مریض (والدین) بوده، که برای توسعه اعتماد و اطمینان متقابل اساسی میباشد. در زمان اخذ تاریخچه و اجرای

معاینات فزیکی، چگونگی تعامل والدین با اطفال و همچنان روابط والدین با هم ارزیابی گردد. علایق نا مطلوب والدین با اطفال شان یا در بین هم ممکن سبب محرومیت عاطفی یا تشوشات روانی- اجتماعی و رفتاری نزد طفل گردد. اطاق مشورت دهی باید کاملاً روشن، مستریح، آرام و ترثیئن شده با تصاویر و سامان های بازی بوده تا اضطراب اطفال را کاهش دهد. شیرخواران و اطفال کوچک را با دادن بازیچه نرم و لطیف و یا جرنگانه جهت



تصویر 2.1 در زمان اخذ تاریخچه فضای صمیمی تعین کننده است. متخصص اطفال کودک را زمانی که او به راحتی، اطمینان و اعتماد داکر را می نگرد مخفیانه ارزیابی می نماید. این طفل بقیانآتمایل به همکاری در زمان معاینه دارد.

برقرار ساختن ارتباط در زمان اخذ تاریخچه می توان آرام ساخت. اطفال سنین مکتب می توانند در مورد اسم، تفصیلات راجع به مکتب، سرگرمی و مشکلات صحی خویش معلومات دهنند. در زمان اخذ تاریخچه، باید طفل را مخفیانه برای منظر قیافه، ناراحتی، اضطراب و زجرت تنفسی مشاهده نمود (تصویر 2.1).

از نگریستن دقیق بطرف اطفال خود داری نموده زیرا اگر مشتاقانه بطرف چشم های شان بنگرید می ترسند. او را طوری بنگرید که متوجه شما نشود. طفل باید تصور نماید که طبیب دوست والدین اوست نه شخصی که زرقيات دردنگاک یا ادویه زننده که چون زهر تلخ است به او توصیه می نماید. بخاطر باید داشت که بیشترین امراض معمول را میتوان تنها با اخذ تاریخچه دقیق تشخیص نمود در جریان معاینات فزیکی، بصورت غیر مستقیم اطلاعات اضافی در مورد تاریخچه اخذ شود، خصوصاً زمانی که اینارملتی های فزیکی مشاهده گردد. تاریخچه و معاینات فزیکی باید بصورت مسلسل اجرا گردیده و یکی باید دیگرش را تقویت نماید. مدارک دریافت شده در سیر تاریخچه باید در مرکز توجه معاینات فزیکی اعضا معین قرار گرفته در حالیکه موجودیت علایم فزیکی مثبت باید متخصص اطفال را جهت تجسس بیشتر تفصیلات اعراض / سیستم های معین تشویق نماید. جهت کسب اعتماد والدین اطفال، داکتران متخصص باید در تمام مدت ارزیابی برخورد صمیمانه، گرم، بدون عجله و تشریفات داشته باشند.

معلومات اساسی

از معلومات دهنده (مادر، پدر، اقارب، طفل و غیره) اسم، سن (ترجیحاً تاریخ تولد) و جنس مريض پرسیده شده و همچنان اسم، سن، آدرس، نمبر تلفن، عواید، وظیفه، تعلیمات و مذهب والدین مريض نیز باید یادداشت گردد. تاریخچه ممکن از سبب ضعفِ حافظه، کاهش ذکاوت یا سویه تعلیمی والدین، قابل اعتماد نباشد. سابقه نژادی و مبدا فامیلی در بعضی امراض ارثی با ارزش است. ویژگی یا خصوصیات و امراض تالاسمیا در بین مهاجرین که از پاکستان غربی آمده اند عام است. فقدان G6PD یک مرض معمول در بین اهالی پارس و شمال هندوستان بوده در حالیکه Sickle cell diseases در بین نفوس قبیلوی بیشتر دیده میشود.

معرفی شکایات

شکایت عمده که سبب مراجعته مريض به شفاخانه گردیده باید به ترتیب زمان وقوع آن یادداشت گردد. بطور مثال. تب از 5 روز ، سردردی 3 روز، استفراق 3 روز، اختلاج یک روز و از خیاع شعور 12 ساعت بدینسو. اعراض کلیدی که در سیر تاریخچه بدست آمده باید با یک تسلسل منطقی، که به اساس تجربه و دانش طبیب استوار باشد جهت رسیدگی با تشخیص احتمالی قابل قبول یا فرضیه که به وارسی بیشتر ضرورت دارد ترتیب گردد.

تاریخچه مريضی حاضر

مادر باید جهت شرح ترتیب یا تسلسل رویداد های که در مدت سیر مريضی واقع گردیده اند بدون کمک سوال های هدایت کننده تشویق گردد. طرز شروع، سیر مرض و تفصیلات در مورد تداوی که تا حال اخذ نموده باید در تمام واقعات یادداشت گردد. اعراض که به سیستم های مختلف بدن عطف می گردد بصورت دقیق مرور گردیده تا محل مرض (مرور سیستم) مشخص گردد. تاریخچه باید در برگیرنده معلومات در مورد اینکه ایا مرض بصورت موضعی در کدام سیستم مخصوص بدن موقعیت داشته یا عمومی است باشد. کسب اطلاعات غیر مستقیم از معلومات مفصل مربوط به اعراض مختلف که به وسیله مريض اظهار می گردد باید صورت گیرد (مرور اعراض).

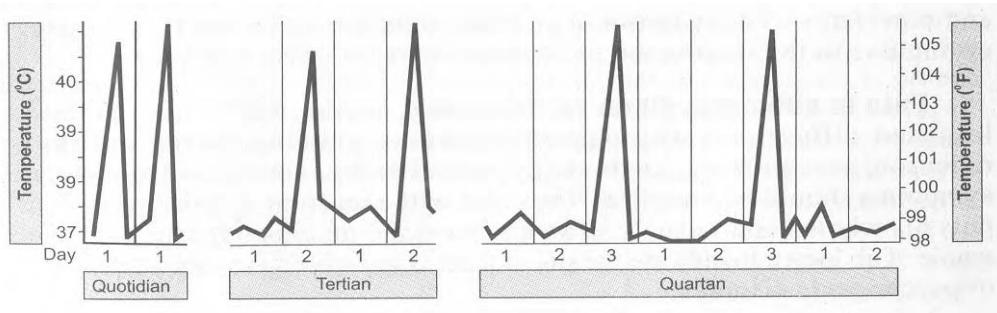
مثال:

- تب: شروع (حاد یا بی سر و صدا) دوام، وصف (دوامدار، تخفیف یابنده، متناوب، مشابه پته پایه زینه، Epstein pel و غیره). شدت، خنک بردگی و لرزه، اعراض موضعی مربوطه و غیره باید پرسیده شود. تب

با موجودیت تب که برای 3-10 روز دوام نموده و با یک دوره بدون تب 3-10 روز تعقیب می‌گردد توصیف می‌شود. و مشخصه کلاسیک مرض هوجکن و لمفوما های دیگر است. اطفال کوچک از خنک بردگی (احساس سردی زیاد) شکایت نتوانسته لakan لرزه ممکن توسط مادر بشکل تکان های حرکی شدید یا مشاهده tremores.

در صورتیکه درجه حرارت بدن هیچگاه به نارمل نرسیده و تغیرات روزانه آن کمتر از 1°C باشد تب دوامدار نامیده می‌شود. زمانیکه تغیرات روزانه اضافتی از 2°C باشد، بنام تب intermittent یاد می‌گردد. در تب tertian (یک روز در میان)، درجه حرارت ممکن روزانه به حد نارمل رسیده یا باقی ماند، تب (quotidian) بوجود آمده و تب (quartan) هر دو روز بعد تولید می‌گردد (تصویر 2.2).

سرفه: دوام، تکرار، خصوصیات barking, brassy, hacking (whooop) خشک و یا بلغم دار، ارتباط وضعیتی، تغیرات روزانه و طویل و عمیق صدا دار تعقیب می‌گردد مثلاً "whooop" خشک و یا بلغم دار، ارتباط وضعیتی، تغیرات روزانه و مشخصات مربوطه باید یاداشت گردد. بپرسید که آیا سرفه خشک است یا مترافق با آوازهای صدری. در اطفال



تصویر 2.2 انواع تب intermittent

صباب wheezing و عدم کفایه احتقانی قلب، سرفه در حالت استراحت و خواب تشدید می‌گردد. شیر خواران مواد بلغمی را دفع نه نتوانسته بلکه آنرا بلع نموده و یا ممکن استفراق نمایند. تاریخچه انشاق جسم اجنبی همیشه نزد اطفالیکه شروع سرفه آنی با زجرت تنفسی و یا اطفالیکه توام با افزایش چرکین متکرر باشند باید پرسیده شود.

استفراق: برگشت محتوی غذایی نزد شیر خواران یک عرض معمول از سبب بلع هوا است. بعضی اطفال به تعقیب حملات سرفه یا در زمان تغذی اجباری و یا دادن ادویه برای استفراق بسیار مساعد هستند. مدت، شدت و تکرار استفراق را بپرسید، ایا استفراق توام با بی اشتهاای و دلبدی است؟ موجودیت صفرا یا مواد غایطی در استفراق نشاندهنده انسداد معایی بوده در حالیکه استفراق خوندار (hematemesis) یک واقعه عاجل طبی می باشد. فکتور های تشید کننده و اعراض مربوط آن اکثراً کلید تشخیص را مهیا میسازد. بستگی آن با تب، سردردی و تغییرات شعور نشاندهنده منتجایتس، موجودیت انفاخ بطنی و قبضیت ما را بطرف انسداد امعا مشکوک ساخته و ظهور اسهال دلالت به گستروانتراترایتس حاد مینماید. حادته ضمنی استفراق با تب، Ketosis و اسیدوزس نشاندهنده استفراق دوره ای از سبب معلولیت اتونومیک یا صرع حشوى میباشد. اعراض دیهایدرایشن مانند تشنگی زیاد، عدم موجودیت عرق یا اشک، کاهش تکرر دفع ادرار یا قطع ادرار پرسیده شود.

اسهال: دفع مواد غایطه بعد از هر بار تغذی، از سبب تشید عکسه Gastro colic reflex، نباید با اسهال مغالطه گردد. واقعات اسهال در نزد اطفال بعد از اخذ مواد غذایی آلوده یا متنen معمول است. راجع به تاریخچه دوام، شدت و تکرار اسهال و اعراض مترافقه آن مانند تب، استفراق و دردهای کولیکی بطن پرسیده شود. اندازه (جزیی یا محجم) قوام (آبگین، مشابه آب برنج، نیمه جامد) محتویات، (ذرات هضم ناشده غذا، مواد غایطه شحمی، کف، بلغم، قیچ، خون) رنگ (زرد، خاسف، سبز) و بوی (بد بوی، متعفن) مواد غایطه ارزیابی گردد. دیزنتری یا پیچش با موجودیت خون و بلغم در مواد غایطه، tenesmus (میل متکرر برای تقوط اما تخلیه اندک) و پرولپس رکتوم مشخص می گردد. اعراض مربوط به دیهایدرایشن مانند اخذ ناکافی مایعات، گریه های بیش از حد از سبب تشنگی، غیابت اشک و عرق، کاهش و یا قطع ادرار پرسیده شود.

درد بطنی: دوام، تکرار، زمان، محل (میهم، دقیق، موضعی، منتشر) شدت، وصف (سوژنده، تیز، آزار دهنده، کولیکی) انتشار، فکتورهای تشید کننده یا تسکین دهنده، و اعراض مترافقه باید یاداشت گردد. طفل مصاب درد بطنی متکرر، اگر تمام دست خود را بطور مبهم بالای قسمت مرکزی یا تمام بطن جهت نشان دادن موقعیت درد بگذارد، به احتمال زیاد تشوشات وظیفوی یا روانی دارد. لازم است تمام نظریات والدین مریض را حتی اگر مناسب طرز تفکر یا تشخیص تان هم نباشد بشنوید. والدین اکثراً بین خناقت و زردی، hematemesis و hemoptysis و

و اختلاج، قیح و واکس گوش ها و غیره تفکیک کرده نمی توانند. و شما باید کوشش نمایید تا با پرسیدن سوالات رهنمائی کننده مناسب در بین آنها فرق قائل شوید.

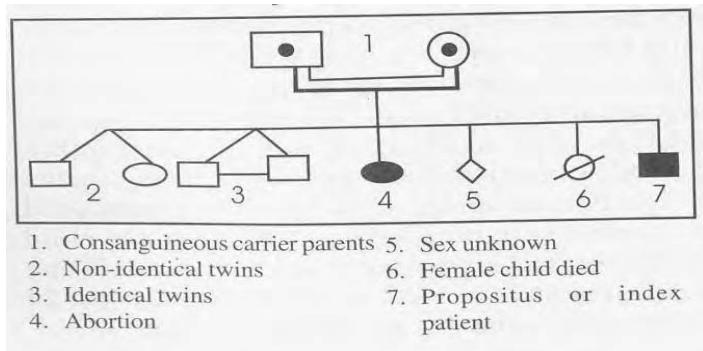
تاریخچه مرضی گذشته

تاریخچه سپری نمودن امراض معمول دوره طفولیت (exanthemata، سیاه سرفه) و اینکه آیا سیر نارمل و یا اختلاطی را پیموده اند پرسیده شود. تفصیلات تاریخچه حول ولادت، Birth asphyxia، زردی شدید نوزادی، التهاب سحايا و غیره در اطفالیکه تأخیر انکشافی و یا اختلاج دارند مهم است. تأخیر گریه در زمان تولد اگر توام با شروع اختلاج در 24 ساعت اول باشد، رفتار غیر عادی عصبی و مشکلات در شیر خوردن نشاندهنده واضح است. اطفالیکه از امراض چون استما، صرع، نفروتیک سندروم، ارترایتسس یا التهاب مفاصل، اکزیما و غیره رنج میبرند، تاریخچه حمله مشابه و کترت وقوع آن در گذشته باید پرسیده شود. در مورد امراض قبلی که ممکن با اعراض یا مرضی فعلی ارتباط داشته باشد مثلاً سابقه تاریخچه زردی در یک طفل مصاب سیروزس، درد مفاصل در طفلي که احتمال امراض روماتیک قلبی نزدش موجود است، انتاتات متکرر تنفسی در

مریضی که شست چپ به راست دارد و غیره باید مورد توجه خاص قرار گیرند.

تاریخچه زمان ولادت

اخذ تاریخچه زمان ولادت در صورت که با نوزادان یا شیر خواران



تصویر 2.3 شجره فامیلی، جهت دریافت ماهیت و طرز به از بردن تشوهات جنیتیک از پدر، مادر، پدرکلان و مادرکلان معلومات خواسته شود.

اطفال بزرگتر که رشد نارمل دارند صرف نظر گردد. امراض مادری یا دوا های را که در جریان حاملگی (مخصوصاً در سه ماه اول) اخذ نموده اند، اعتلال، طرز و محل تولد، اولین گریه بعد از تولد، مشکلات تغذی در جریان دوره نوزادی، زردی، وزن زمان ولادت و غیره باید یادداشت گرددند.

تاریخچه انکشافی

نژد اطفال که مشکوک به تأخیر انکشاف یا تشوشات سیستم عصبی مرکزی اند، باید ازمایش مفصل انکشافی اجرا گردد. زمان دقیق لبخند اجتماعی، کنترول راس، چهار غوک کردن، نشستن، ایستادن، قدم زدن، به تنها بی غذا خوردن و لباس پوشیدن، کنترول ادرار و مواد غایطه و تکلم پرسیده شود. مقایسه انکشافی طفل مورد نظر با خواهران و برادران نارمل اش مفید است. بیان تفاوت های انکشافی طفل مورد نظر در مقایسه با برادران و خواهران نارمل اش نسبت به دریافت سن دقیق معیار های انکشافی مختلف که به آن نایل آمده برای مادر آسانتر است. آیا تأخیر انکشافی طفل کلی است یا در یک ساحة معین، بطور مثال تأخیر تکلم در موجودیت انکشاف حرکی نارمل نشاندهنده کرزی- لالی، حال آنکه تأخیر در ایستادن و راه رفتن با انکشاف نارمل اجتماعی و تطبیقی نشاندهنده سوء تغذی پروتئین- انرژی، و خلع ولادی مفصل حرقی فخذی و غیره است.

تاریخچه فامیلی

شجره فامیلی باید پرسیده شده و دیاگرام ارثی طوریکه در تصویر 2.3 نشانده شده است ترسیم گردد. تاریخچه تماس با امراض انتانی احتمالی مانند تب ویرسی، توبرکلوز، جذام، امراض انتانی دوره طفویلت، التهاب انتانی کبد، تب محرقه، *pyoderma scabies* و غیره پرسیده شود. محل تماس ممکن فامیل، همسایه ها و یا مکتب باشد. در صورتیکه به تشوشات الرژیک، انتانی یا ارثی قویاً مشکوک باشیم، باید تاریخچه امراض مشابه در اعضای فامیل تحری گردد. پیشینه قربت میان والدین را جویا شوید. در صورتیکه امراض ویژه صرف در بین اسلاف مذکور تظاهر نماید، نشاندهنده ارثیت *X-linked inheritance* *pseudohypertrophic muscular dystrophy* و غیره است.

تاریخچه اجتماعی

در مورد وظیفه، تحصیلات، و عواید والدین پرسیده شود. در صورتیکه مادر وظیفه داشته باشد، در مورد مراقبت کننده طفل در غیاب مادر و یا شیر خوارگاه پرسید. آیا همه اعضای فامیل با هم یکجا زندگی می نمایند؟ آیا پدر کلان و مادر کلان با فامیل یکجا اقامت دارند یا خیر. عواید سرانه (فی نفر) را بواسطه تقسیم نمودن عواید مجموعی بر تعداد اعضای فامیل محاسبه نمایید. شرایط مسکن، دفع مواد فاضله و منبع آب باید پرسیده شود.

عادت های کلتوری و اجتماعی که برای پروردش اطفال مضر است مثل چوشک یا شیر چوشک، استعمال *kajal* و غیره مشخص گردد. بازیهای که برای طفل خطرناک و زیان آور بوده و آنرا روزمره پرکنند *ghutti*، *janam* میکنند برای والدین تشریح گردد. مشخص گردد که آیا طفل به مکتب توجه دارد یا خیر، درجه آن در صنف چطور است و آیا امراض در دروس آن مزاحمت می نمایند یا خیر. رفتار متقابل، عادت، سرگرمی، دلچسپی و شخصیت طفل ارزیابی گردیده و مشخص نمایید که چطور از اسلاف اش فرق میگردد. در مورد خوردن، خوابیدن و قضای حاجت طفل پرسیده شود. جوانان باید تشویق گرددند تا راجع به تشویش، اضطراب، مشکلات روانی- جنسی و تمایل به سوء استفاده از مواد مخدر صحبت نمایند. پرسید که آیا کدام حیوانات یا دست آموز دیگر را در اطاق یا حاوی نگهداری می نماید. در مورد کشیدن سگرت، خوردن الكول یا سوء استفاده از ادویه توسط والدین که میتواند بالای حالت روانی فامیل و طرز تربیت اطفال تاثیرات سوء نماید تحقیق صورت گیرد.

تاریخچه غذایی

تاریخچه اخذ غذا در اطفال بسیار مهم بوده زیرا انها جهت رشد و نموی خوبیش به گرفتن غذا نیاز دارند. ضرورت انرژی و کالوری شیرخواران بر هر کیلو گرام وزن بدن در مقایسه با کاهلان 4 برابر است. آیا طفل شیر مادر اخذ نموده یا خیر، تکرر، طرز برنامه زمانی (زمان و تقاضا) دوام و دلایل قطع آن پرسید شود. اگر از شیر جدا گردیده، سن شروع، نوعیت فورمولا (شیرخشک یا شیر تازه)، رفاقت، مقدار، تعداد دفعات، طرز تغذی (بوتل یا قاشق و گیلاس) و غیره، باید به تفصیل پرسیده شود. سن شروع غذایی اضافی، ماهیت و مقدار غذایی نیمه جامد و یا دیگر غذا های متمم یا ویتامین ها و منزال های که به طفل داده می شود باید مشخص گردد. اخذ غذا قبل از شروع مریضی و در جریان مرض باید معین گردد. غذای را که در 24 ساعت گذشته اخذ نموده به تفصیل جویا شده تا اخذ کالوری و پروتئین روزانه بصورت تخمینی محاسبه گردد.

حالت معافیتی

واکسین های مختلف را که تا اکنون اخذ نموده است مشخص نمایید. معلومات فوق یک رهنمای مفید جهت تشخیص و تداوی جامع طفل محسوب می گردد. در جریان معاینه فریکی ندبه واکسین BCG جستجو گردد. به

تمام اطفال در مورد تغذی و تطبيق واکسین چه مریضان سرایا در OPD بوده و یا از شفاخانه مخصوص شده باشند باید مشورت داده شود.

جدول 2.1 نشاندهنده خلاصه برنامه جاری واکسین است.

جدول 2.1 فهرست تطبيق واکسین ها		
واکسین های اختیاری	واکسین های اساسی یا ضروری	سن
	BCG,OPV1,HBV1	7-0 روز
HIB vaccine I	DPTI,OPVII,HBVII	8-6 هفته
HIB vaccine II	DPTII,OPVIII	12-10 هفته
HIB vaccine III	DPTIII,OPV IV,HBVIII	16-14 هفته
واکسین انفلونزا، دو دوز هر چهار هفته بعد (دوز تقویت کننده آن هر سال)	Measles ,OPV V	9-6 ماه
بعد از یکسال دوز 6 الی 12 ماه سوا از پکدیگر	Chicken pox	
واکسین تقویت کننده HIB	MMR,DPT booster,OPV VI	18-15 ماه
واکسین محرقه (تقویت کننده آن هر سه سال بعد)		2 سال یا بعد از آن
	DPT booster,OPV VII, MMR Booster, HBV Booster?	4 ½ تا 5 سال
	Tetanus toxoid	بعد، 10 سال

BCG: Bacille Calmette-Guerin, OPV: Oral Polio Vaccine, HBV: Hepatitis B Vaccine, DPT:

Diphtheria, Pertosis Tetanus toxide, HIB: H. influenza type B vaccine, MMR, Mumps; measles and rubella vaccine, HAV: Hepatitis A vaccine

روند جدید اخذ تاریخچه

- چارت تنظیم شده به اساس پرایلم. سند متشکل از اطلاعات معمولی توام با مرور سیستم ها با لست مفصل پرایلم ها، پلان تداوی برای هر پرایلم، بررسی و کمپیوترایزیشن معلومات است. این حالت دستخوش تعديلات بوده و بزرگترین نقص آن اینست که سبب زوال شخصیت میگردد.

مخفف SOAP برای ثبت نمودن ریکارد طبی که متشکل از (s) برای (subject) یا فاعل، O برای (object) یا مفعول، A برای Assessment یا ارزیابی و P برای پلان کاری استفاده میگردد.

احمد بچه دو ساله مسکونه کابل چنین معرفی میگردد

S

1. تاریخچه تب بلند، دوامدار از مدت یک هفته بدینسو
2. مواد غایطه نیمه مایع بدون موجودیت خون یا بلغم با دفعات تغوط 5-6 مرتبه در روز، که با ORS غلیظ و انتی بیوتیک زرقی تحت تداوی قرار گرفته است. مقدار اطراف ادرار کافی و مناسب بود.
3. استفراق برای دو روز با تکرر 5-6 بار در روز
4. حمله اختلال تونیک کلونیک عمومی 12 ساعت قبل یکبار.
5. تغیرات شعور از 12 ساعت بدینسو

O

- طفل در حالت نیمه کوما بوده، توکسیک بنظر میرسد و علایم حیاتی ثابت دارد.
- درجه حرارت آن 40 درجه سانتی گرید است. علایم تخریش سحابیا و دیهایدرشن نزدش موجود نیست. کبد به اندازه 3 سانتی متر و طحال اندکی قابل جس است. تکان او تار عمیقه با عضلات باسطه دو طرفه کف پا تشديد یافته لاکن علایم عصبی موضعی موجود نیست. معاینه قعر عین نارمل است.

A

1. تب محرقه با encephalopathy
- تب طولانی توانم با اسهال، ضخامة کبد و تغیرات شعور. اختلال ممکن واقع گردیده لاکن غیر معمول است.
- .shigella encephalopathy..2

تب قبل از شروع اسهال بوجود آمده و وصف آن هجموی نمی باشد.

Pyogenic meningitis .3

تاریخچه نسبتاً طولانی داشته و علایم تخریش سحایا موجود نمی باشد.

Hypernatremic dehydration .4

شروع دیهایدریشن اکثراً متأخر بوده و واضح است که استعمال ORS غلیظ سبب hypernatremia و اختلال میگردد. هرچند، علت تب بلند و ضخامه طحال را نمی توان دریافت نمود.

Reye syndrome .5

در صورت موجودیت تب بلند دوامدار و شروع استفراقات در جریان مرض، احتمال مرض فوق موجود است.

6. ابسی دماغی

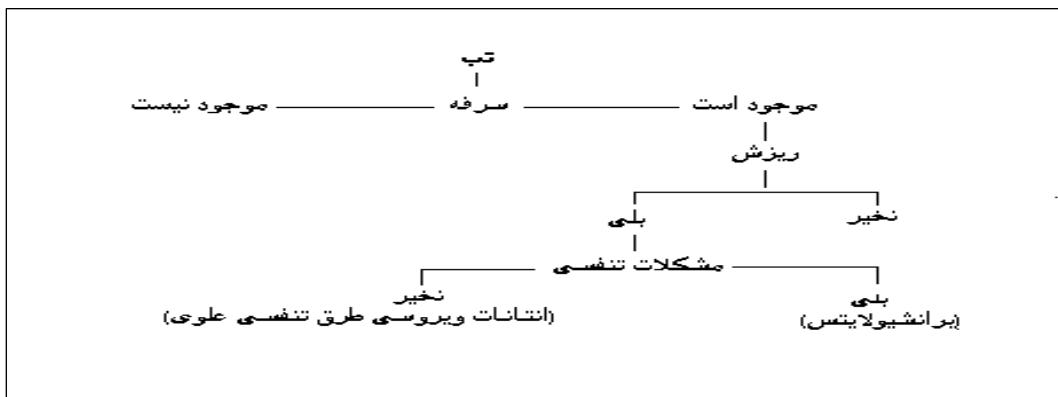
عدم موجودیت علایم عصبی موضعی و فقدان حالات مساعد کننده مانند ترضیض راس، التهاب اذن متوسط و امراض سیانوتیک ولادی قلب تقویت کننده احتمال حالت فوق است.

P

1. معاینات مکمل خون، الکترولايت های سیروم، گلوکوز خون، تست وظایف کبدی، معاینه مایکروسکوپیک و کلچر مواد غایطه، تست widal، کلچر خون، معاینات CSF، و CT scan راس با کمک کانترست.

2. تجویز مایعات داخل وریدی، انتی بیوتیک و ادویه ضد اختلال بالغاصه

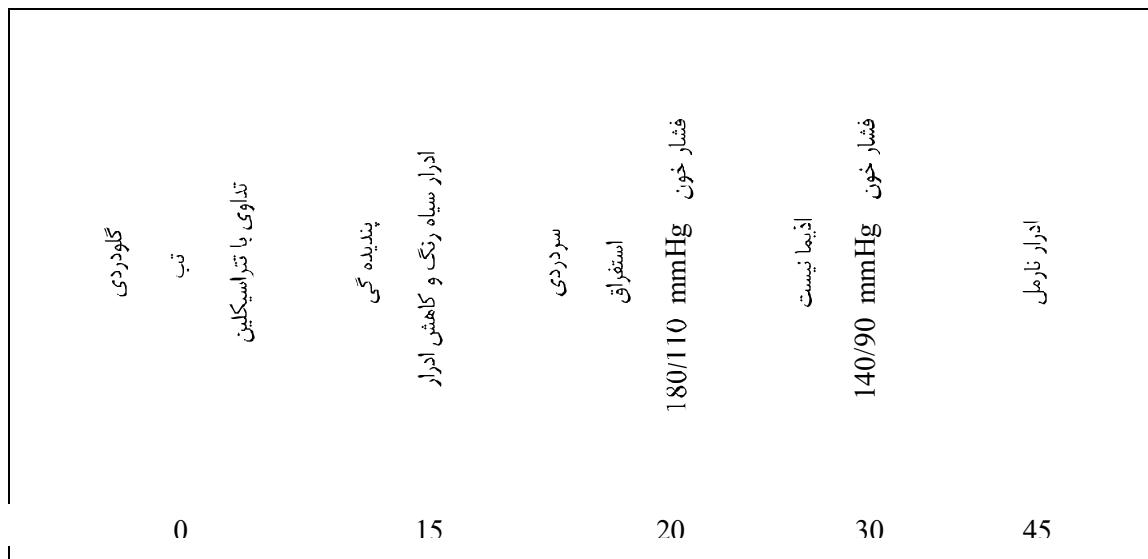
2. تحلیل صفحه جاری. جهت رسیدن آسانتر به تشخیص برای یک کارمند صحی جامعه پیشنهاد می گردد که از روش یا الگوریتم ذیل استفاده نمایند (تصویر 4.2).



تصویر 2.4 الگوریتم نشاندهنده قدمه های ساده رسیدن به تشخیص اسباب تب برای کارمند صحی میباشد. موجودیت سرفه و ریزش رهنمای سودمند برای تشخیص انتان موضعی طرق تنفسی علوی بوده در حالکه مشکلات تنفسی مشخص کننده انتان طرق تنفسی سفلی میباشد.

3. خلاصه دیاگراماتیک. جهت تحلیل معلومات بهتر است تا نگاه مختصر به (تصویر 2.5) داشته باشیم.

نگهداری تاریخچه ثبت شده دقیق، معاینات فزیکی و پیگیری آن در هر دو، شفاخانه و کلینیک سیار نظر به کثرت وقوع آن تحت تعقیب طبی قرار میگیرد.



تصویر 2.5 خلاصه دیاگراماتیک طلفی که مصاب گلومیرولونفرایتس حاد post streptococcal است. نشاندهنده تداوی نامناسب فرینجایتس سترپتکول با تراسیکلین که منجر به تظاهرات وصفتی AGN با شفا کامل تعقیب می گردد است.

شیمای ارائه	
معلومات اساسی اسم، سن و جنس طفل، معلومات و قابل اعتماد بودن آن، حالت اجتماعی و اقتصادی، تعلیم و تربیه، شغل، مذهب، نژاد، سابقه جغرافیائی و غیره.	معلومات اساسی
شکایات حاضر شکایات عمدۀ و نگرانی که والدین را مجبور به جستجو مساعدت طبی نموده اند	شکایات حاضر
تاریخچه مریضی فعلی ارائه حکایت واضح به ترتیب تاریخ با تأکید خاص بالای شروع و تکامل تدریجی پروسه مرضی، تاثیرات ادویه که قبلاً اخذ نموده و مرور کامل اعراض و سیستم ها.	تاریخچه مریضی فعلی
تاریخچه امراض معمول دوره طفولیت (پخارات جلدی، سیاه سرفه، انتانات حاد طرق تنفسی و معدی معانی)، تصادف امراض مشابه در گذشته، وقوع امراض وخیم یا مهم دیگر در گذشته، بلع یا انشاق اجسام اجنبی.	تاریخچه مریضی گذشته
تاریخچه حول ولادت حوادث داخل رحمی و حول ولادت متشکل از اتفاقات مهم گذشته و تفصیلات مربوط آن مخصوصاً نزد شیرخواران و اطفال کمتر از 5 سال باید ثبت گردد.	تاریخچه حول ولادت
تاریخچه انکشاфтی تفاوت انکشافت طفل با معیار های تعیین شده و مقایسه آن با خواهران و برادران اش.	تاریخچه انکشافتی
تاریخچه فامیلی انتنان، تشوشات انکشافتی، ارشی و کروموزمی، شجره فامیلی دو نسل برای ارزیابی ارشی.	تاریخچه فامیلی
تاریخچه اجتماعی- اقتصادی و تعلیم و تربیه، ملاحظات محیط زیست، شیوه کلتوروی تربیه اطفال، مواظبত کننده طفل بعد از رفتن مادر به وظیفه، رفتن به مکتب، سلوک متقابل، عادات و شخصیت طفل.	تاریخچه اجتماعی
تاریخچه تغذی مدت تغذی با شیرمادر، زمان و نوع weaning، راقت فورمولای تغذی، طرز تغذی خوب، اخذ غذا قبل از مریضی، تاثیر پروسه مریضی بالای اشتها و اخذ رژیم غذایی، اخذ واقعی غذا با به یاد آوردن 24 ساعت قبلی برای محاسبه تقریبی اخذ پروتئین و کالوری.	تاریخچه تغذی
حالات معافیت زمان اخذ واکسن های ابتدائی و تقویتی مختلف تا به حال، وجود هر نوع عکس العمل غیر معمول، موجود بیت ندبة BCG	حالات معافیت

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل سوم

معاینات عمومی فزیکی

”جهت رسیدن به تشخیص فزیکی هیچ راه کوتاه تری وجود ندارد، بلکه اینکار صرف بواسطه مشق و تمرین زیاد صورت گرفته میتواند، تمرین کنده، خسته کن، یکنواخت و متأثر کننده نه، بلکه تمرین جدی که با مواضیت حواس پنجگانه صورت گیرد“
- Sir Robert Hutchison

اساسات و هنر معاینه اطفال

معاینات فزیکی subjective بوده (اطلاعات مقدماتی را فراهم میسازد) و نتیجه آن ضروریات مقدماتی متکی به تجربه، مهارت، کمال و مدتی است که داکتر اطفال برای ارزیابی کلینیکی آنرا به خرج میدهد. چشم ها، گوش ها، بینی و انگشتان جس کننده، گوهر های طبیعی طبیب بوده و دماغ سالم تحلیل کننده بمتابه گردن بند تلقی میگردد. وضیعت سالم، حساس و تیزی حواس مخصوص برای اجرای معاینات فزیکی دقیق تعیین کننده است. بینایی (معاینه مشتاقامه و دقیق)، شنوایی (گوش دادن، قرع، اслуша) بویایی (ناخوشی، بوی بد امراض کبدی، یوریمیا، کیتوزس، مسمومیت، قیح، تشوشات استقلابی و غیره) ذایقه (اهمیت کمتر دارد) تماس (با داستان ظریف، ملايم، شفا دهنده، حساس و انگشتان مناسب)، فکر تحلیل کننده و بینش،



تصویر ۳.۱ اسباب ضروری جهت اجرای معاینات فزیکی. زره بین دستی برای معاینه آفات جلدی و تشریح پوست استفاده میگردد.

خصوصیات ضروری برای طبیب موفق است.

اسباب ضروری

ستاتسکوپ، چراغ دستی، قاشق یا سپاتول، چکش قرع، فیته اندازه گیری فایبرگلاس، خط کش پلاستیکی سفید، سیت تشخیصیه، آله فشار (با کف سایز های مختلف)، وسایل ارزیابی انکشافی، دستگاه وزن و چارت دیواری یا ستدیومتر برای اندازه نمودن قد، باید در دسترس باشند (تصویر ۳.۱). برای متخصص اطفال سایز های مختلف وسایل ضرورت است زیرا او با اطفال قبل المعياد با وزن کمتر از ۱kg تا نوجوان اضافه تر از ۴۰ kg سروکار دارد.

محیط

اطاق روشن، گرم، رنگارنگ، مسترخ و دست های گرم بسیار ضروری اند. اکثراً در صورتیکه دستها، لوازم و روش معاینه کننده سرد باشد، معاینات فزیکی ناموفقانه میباشد. اسباب بازی، تصاویر و کارتونها باید موجود بوده تا توجه کودک را بخود جلب نموده و از بیم آن بکاهد. جهت ارزیابی دقیق زردی و سیانوزس از نصب پرده هایی زرد و آبی تاریک در اطاق خوداری شود.

برخورد یا روش

مهربانی، صمیمیت، همدردی، شکیبایی، سلیقه، شفقت، ارتباط، نگاه محبت امیز و مشتاقانه با اطفال از خصوصیات اساسی متخصصین اطفال میباشد. متخصص خوب اطفال معاینه خویش را هر چه زود تر بعد از داخل شدن مادر و طفل به اطاق مشورت در حالیکه تاریخچه می گیرد شروع می نماید. در اثنای مصاحبه، مشاهده پنهانی طفل، پیشکش بازیچه کوچک یا چاکلیت، احترام به مادر یا مواظبت کننده طفل، جهت بدست آوردن اعتماد طفل ضروری است. متخصص با تجربه اطفال باید قادر به ارزیابی و تصنیف بندی اطفال بوده که آیا خوب و صحتمند بنظر رسیده، مریضی خفیف دارد و یا هم شدیداً مریض است که ایجاد مواظبت جدی را می نماید.

همکاری یا تشریک مساعی

والدین نباید با ترساندن کودک توسط زرقيات، تصویر نادرست داکتر را در ذهن وی بوجود آورند. اطفال باید بمنابع اطفال تداوی گردند نه مریض. نزدیک شدن به اطفال با تیسم و نسبتاً سریع بهتر ازین است که به او خیره نگریسته و با ملایمت لمس شود. شما باید حالت بازی را بخود گرفته، و نزدیک شدن تان به طفل بدون کدام پرنسيب معین باشد. داکتر متخصص باید عملأً از لحاظ فزیکی و روانی به سویه کودک تنزل نماید، تا تشریک مساعی بوجود آید. اگر نتوانستید همکاری طفل را جلب نمایید، تقصیر در سلیقه یا طرز برخورد غیر ماهرانه تان است. تجربه قبلی طفل از داکتران دیگر،

طبیعت مرض، هوش طبیب، کشیدن غیر ضروری لباس، معاینات متکرر و غیره... عوامل موثر در عدم همکاری طفل اند. برخنه ساختن بدون موجب و غیر ضروری طفل ناخوش آیند بوده و اکثراً روحیه همکاری را مختلف می سازد. جهت سهولت کار کشیدن لباس باید محدود به دور نمودن قسمی لباس در زمان معاینه گردد. اگر طفل همکاری ننماید معاینه را به تعویق انداخته یا بعد از تسکین او صورت گیرد. معاینات نسبتاً آزار دهنده مانند قرع، معاینه گلو و معاینه مقعد باید در اخیر انجام گردد. برای اطفال بزرگتر که حاضر به معاینه نیستند باید عملیه تشریح گردیده و در صورتی که از همکاری ابا ورزند محکم گرفته شوند.

وضیعت معاینه

برای بدست آوردن حد اکثر همکاری، معاینه اطفال سنین مختلف بهتر است به وضیعت های گوناگون طبق توصیه های ذیل صورت گیرد. بسیاری اطفال در هنگام معاینه به وضیعت نشسته یا ایستاده نسبت به خوابیدن روی بستر احساس راحتی می نمایند. زمانیکه اطفال حالت دوستانه داشته و احساس ترس نزد شان موجود نباشد، میتوان آنها را روی میز، معاینه نماییم.

بالای میز معاینه	0 الی 3 ماهگی
ماهگی در اغوش مادر	3 الی 12
حالت ایستاده یا در اغوش مادر	1 الی 3 سالگی
بالای میز	بعد از 3 سالگی
خدمتگار یا نرس زنانه حتماً باید در زمان معاینه موجود باشد.	
دختران بالغ	

اخذ مشاهده

بیشترین وقت را صرف مشاهده نمایید. شما می توانید تمام بدن طفل را در یک زمان مشاهده نمایید که درین صورت طفل کمتر ناراحت گردیده و معلومات زیاد بدست می آید. برخورد و وضیعت طفل (افتیده در بستر یا قادر به رفتن، orthopneic opisthotonus از سبب تیتانوس، وضیعت پهلو، بی حرکت، ناراحت، مسترح)، قیافه و حالت روانی (کاملاً بیدار، خواب آلود، هزیانات، گیج، نیمه کوما، کوما) حرکات غیر عادی، علایم تخریش سحایا، بو های مخصوص، و نوعیت گریه طفل باید مشاهده گردد. اظهارات فزیکی یا غیر شفاهی مریض را هیچ گاه نادیده نگیرید. به طرز نگریستن، تشویش، اضطراب، لرزش دست ها و شکل

ظاهری مربیض توجه نمایید. با مشاهده چشم ها چیزی که در ذهن است دانسته میشود. تیز هوشی حواس پنجگانه در مشاهده را اثنای فعالیت های روزمره توسعه یا پرورش داده و مقایسه افراد مختلف جهت تشخیص تفاوت های جزئی در سیما وجه، فینوتایپ، رفتار، گفتار وغیره را مدنظر بگیرید. این خصوصیت بی نظیر خلقت است که در بین میلیون ها انسان، دو انسان با قیافه مشابه خلق نگردیده اند.

ترتیب معاینات

طرز معاینات باید بدون تشریفات بوده تا بیشترین همکاری طفل برای اجرای معاینات مناسب بدست آید، معاینات آزار دهنده باید تا اخیر به تعویق انداخته شود. اصغری اطفال که مشکلات قلبی اند باید در ابتدا صورت گیرد زیرا معمولاً اصغری طفل سبب گریه وی میگردد. به تعقیب آن تفتش، جس، فرع، تعیین فشارخون، معاینات ریفلکس های عمیقه، معاینه گوش، گلو - بینی و معاینه مقعدی صورت گرفته و معاینه نواحی دردناک باید در اخیر اجرا گردد.

برنامه ثبت و معرفی

ارائه دریافت های فزیکی باید ستندرد شده و مطابق به نمونه اجرا گردد گرچه شکل معاینه اطفال بدون ترتیب خاص است.

ساختمان و تعذی

اندازه اسکلیت، ساختمان بدن، شحم تحت الجلدی، وکتله عضلی باید ارزیابی گردد. ایا طفل قد بلند، قد کوتاه، چاق، لاغر، عضلانی، سست و ناتوان یا ضعیف الینیه است؟

اندازه گیری ها

انتروپومتری مفصل یا auxology جهت ثبت وزن، قد (یا طول خوابیده به کمک انفانتومیتر)، مساحت ظاهری، محیط وسط بازو، طول تنہ (از فرق سر تا سرین یا ارتفاع حالت نشسته)، محیط بازو، تناسب سگمنت علوی (از سر تا ارتفاق عانه) بر سگمنت سفلی، محیط صدر و محیط راس برای ارزیابی اطفال ضروری اند. راجع به تفصیلات انتروپومتری به فصل پنجم مراجعه گردد.



تصویر 3.2 طفل 3 ساله مصاب مرسموس. نهایات ذوب شده، کتله عضلی ضعیف، از بین رفتن شحم تحت الجلدی (جلد اویخته در چین های سرین و ران) و بر جستگی های عظمی قابل دید را ملاحظه نمایید.

اطفال قبل از مکتب ثبت گردیده که کاملاً موافق و قابل اعتماد است. ناحیه ابطی یا مغبی باید با تکه خشک گردد و لامپ ترمامیتر بطور راحت گذاشته شده و با محکم گرفتن بازو در برابر سینه و یا قبض نمودن ران بالای بطن نگهدارشته شود ترمامتر قبل از خواندن باید برای حد اقل

دو دقیقه در نواحی منذکره گذاشته شود. درجه حرارت جلد نسبت به درجه حرارت دهن 0.4°C (0.7°F) کمتر

معاینات انکشافی
واقعات انتخابی لازم است. برای تفصیلات بیشتر به فصل ششم مراجعه گردد.

علایم حیاتی
(همچنان تست وعایی Hess)

علامه Troussseaus، اگر استطباب داشته باشد باید جستجو گردد) و اندازه تنفس باید ثبت گردد. تنفس در اطفال اساساً بطنی و یا بطنی صدری بوده و بعد از سن پنج سالگی بصورت واضح صدری میشود.

در اطفال که امراض وخیم دارند باید فشار خون و پُر شدن اویه بررسی گردد. قسمت گوشته نوک انگشت را فشار داده اگر پرشدن دوباره اویه یا تازه شدن آن بیشتر از 3 ثانیه دوام نماید نشاندهنده شاک یا خرابی قریب الوقوع دودانی و است. درجه حرارت جلدی (ابطی و مغبی) در شیر خواران و



تصویر 3.3 دختر 1.5 ساله مصاب کواشیورکور. بی علاقگی، تاخر نشو نما، ذیمای عمومی، موهای پراگنده، و crazy-pavement dermatosis بالای پaha ملاحظه گردد. اینجا ضخامة کبدی از سبب انفلتریشن شحمی در کبد موجود است.



تصویر ۳.۴ ثبت درجه حرارت پرده گوش با ترموسکن که اساساً با تکنالوژی infrared کار مینماید. این میتواند در کلیپیک های سیار مزدهم بکار رفته بخطربیکه درجه حرارت در طرف یک نایه بدست میاید.

است، در حالیکه درجه حرارت مقعدی یا غشای طبل 0.4°C (0.7°F) بلند تر از درجه حرارت دهن می باشد. در اطفال سنین مکتب، درجه حرارت فمی اندازه می گردد طوریکه ترمومتر در زیر زبان شان گذاشته شده و از طفل خواهش میشود تا از طریق بینی تنفس نماید. درجه حرارت فمی نباید فوراً بعد از اخذ نوشابه گرم و یا سرد گرفته شود. درجه حرارت مقعدی صرف در اطفال که امراض وخیم دارند

ثبت گردیده لاتن در پروسیجر های روتین باید از آن اجتناب گردد. همچنان درجه حرارت را می توان بالای جلد پیشانی و غشای طبل به ترتیب با استفاده از فیتله های infrared و thermo-crystal اندازه نمود (تصویر ۳.۴). این میتوود سریع و راحت بوده اما بعضی اوقات غیر موثق است.

در مصابین سوء تنفس شدید و نوزادان، جهت ارزیابی شدت هایپوترمیا از ترمومتر که درجه حرارت پاینتر ($30\text{--}40^{\circ}\text{C}$) را نشان می دهد باید استفاده نمود. راس اکثریت شیر خواران از سبب جریان سریع خون دماغی با تماس گرم احساس شده که نباید با تب اشتباه گردد. نظر به ساختمان طبیعی، بعضی اطفال دست های گرم داشته در حالیکه بعضی دیگر شان ممکن دست ها و پاهای نسبتاً سرد داشته باشند. باید به خاطر داشت که اکثریت اطفال نارمل تغیرات روزانه درجه حرارت بدن دارند، در اوایل صبح درجه حرارت پاینتر و در حوالی ساعت چهار بعد از ظهر درجه حرارت بدن شان بلند تر میباشد بلند رفتن خفیف درجه حرارت (درجه حرارت دهن تا 37.7°C یا 99.9°F) در بعضی اطفال مخصوصاً در اثنای بعد از چاشت در ماه های تابستان نشان دهنده کدام پروسه مرضی نمی باشد. در اطفال که به جز این حالت، صحتمند، فعال و قادر به تعذی بوده و نشو نمای نارمل داشته باشد از معاینات غیر ضروری اجتناب گردد.

قسمت علوی بازو دور داده و به اندازه متوسط بین فشار خون سیستولیک و دیاستولیک به مدت ۵ دقیقه هوا داده شود. (Rumpel – lead test, Hess capillary resistance test). کف الله فشار را در

جلد ساعد پنج دقیقه بعد معاینه گردد. ظهور اضافتی از 10 petichiae بالای مربع به مساحت یک انچ در سطح قابضه ساعد مثبت بوده و نشان دهنده افزایش شکننده بودن اویه شعیریه و کاهش صفحات دمویه می باشد. اگر تست در یک طرف منفی بود باید در طرف دیگر تکرار گردد.

Trousseau's sign. کف آله فشار را بالاتر از فشار سستولیک خون هوا داده و برای ۳ دقیقه نگاه میداریم. افزایش قوت عضلی در (قسمت گوشته کف دست در قاعده شست) بر جستگی و تقریب شست دلالت به مثبت بودن علامه Troussseau's نموده و نشان دهنده هایپوکلسیمیا است. سپزمان یا تشنج carpo-pedal که از سبب تیتانی بوجود آید را میتوان با بستن محکم ساعد یا پا مشاهده نماییم (تصویر ۳.۵).

Peroneal sign را میتوان به واسطه تطبیق کف آله فشار بالای ران بدست اوریم.

مشخصات عمومی در اثنای معاینات عمومی فزیکی کمخونی، امراض عقدات لمفاوی، سیانوزس، زردی و اذیما جستجو گردد. عقدات لمفاوی محیطی در نواحی عنق، ابطی، نواحی قاعده ران و حفره رکبی (عقب زانو) جستجو گردد. معاینه عقدات لمفاوی باید شامل موقعیت یا محل (تصویر ۳.۶) تعداد، قوام، حساسیت، حرارت، منفرد و یا هم التصاقی، تحریکیت و تثیت بالای جلد و غیره باشد. عقدات لمفاوی التصاقی مشخصاً در التهابات مزمن که از سبب توپر کلوز بوجود می آید دیده می شود. عقدات لمفاوی مجرزاً الاستیکی یا سخت، نشاندهنده امراض خبیثه یا مرض Hodgkin میباشند (تصویر ۳.۷). در انساج لمفاوی اطفال یک Hyperplasia فزیولوژیک موجود است. Lymphadenopathy رقبی تا به قطر ۱-۱.۵ سانتیمتر، وقتیکه عقدات لمفاوی مجرزاً، متحرک و بدون درد باشد کدام ارزش ندارد. عقدات لمفاوی رقبی در اطفال که مصاب pyoderma، pediculosis و انتانات متکرر طرق تنفسی علوی باشند به اسانی بزرگ میشود.

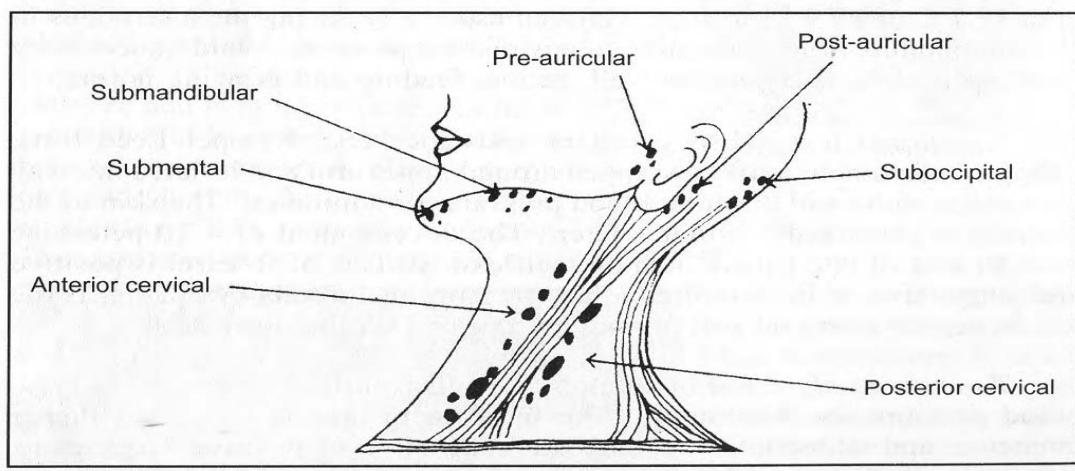
وجه و راس اندازه، شکل، تناظر، بر جستگی یا برآمدگی، فانتنل قدامی (اندازه و فشار) درزها، علامه ، Macewen's اصغاً و عبور نور از راس دیده شود. علامه Macewen's یا صدای ترق دیگ با قرع راس تولید می گردد. افزایش صدا به کمک ستاتسکوپ ممکن قابل سمع باشد (تصویر ۳.۸ الف و ب).

عالمه فوق زمانی مثبت می باشد که درز ها از سبب فرط فشار داخل قحفی از هم جدا باشد. اینحالت بصورت فریالوژیک در جریان شیرخوارگی تا زمانیکه فانتنل قدامی باز باشد موجود میباشد. راس در تمام اطفالیکه عمر کمتر از یک سال دارند استطباب دارد. نور برق مجهر با دستبند اسفنجی الاستیکی را در یک اطاق تاریک بطور محکم بالای نواحی occipital و frontal بسته و حاشیه نیم شفافی آن ملاحظه گردد. زمانیکه translucency دور تر از 0.5 – 2.0 Cm در ناحیه occipital و بیشتر از 1.0 Cm در ناحیه frontal توسعه یافته باشد غیر نورمال بوده و نشاندهنده subdural effusion ، hydrocephalus ، subdural hematoma



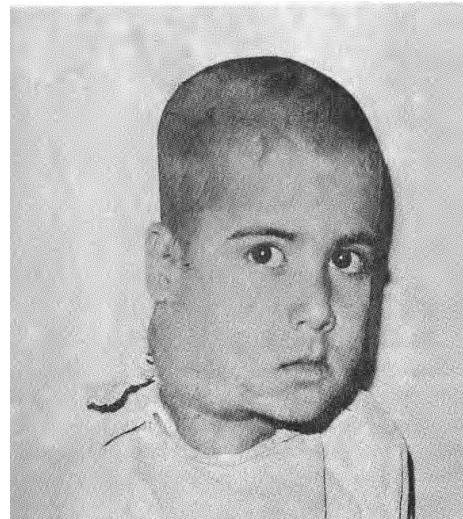
تصویر 3.5 سیزم carpo-pedal در یک دختر شش ساله از سبب سندروم Di George

porencephaly و hydranencephaly می باشد.



تصویر 3.6 موقعیت عقدات لمفاویک در عنق . عقدات لنفاوی عنق در سلسله های افقی و عمودی تصنیف بندی گردیده اند. با شنیدن اواز bruit داخل القحفی باید فرط فشار داخل قحفی و عدم کفایه احتقانی متمرد قلب در نظر باشد. این صدا ممکن در 10 الی 15 % اطفال بصورت نارمل شنیده شود. راس که شکل عجیب و غریب دارد ممکن از سبب بسته

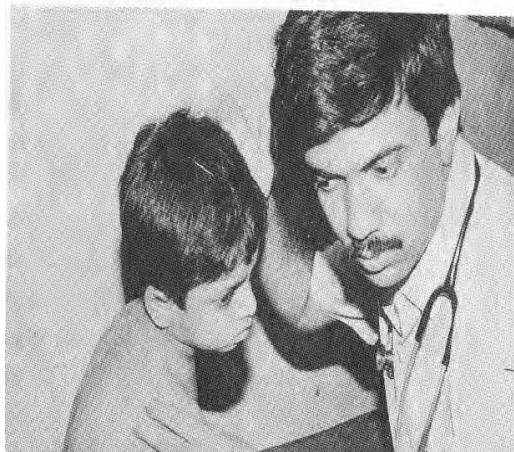
شدن قبل از وقت درز های راس بوجود آمده باشد، بخاطری که عظام راس به زوایای مستقیم به استقامت درز ها رشد می نمایند. قطر قدامی- خلفی ممکن افزایش یافته (dolichocephaly) یا کاهش یابد (brachycephaly). راس ممکن بطور برجسته نامتناظر باشد (plagiocephaly)، شاید به شکل عمودی نمو نموده مانند یک برج (acrocephaly, oxycephaly)، یا مثل یک قایق ظاهر گردد که بنام (scaphocephaly) یاد میگردد. در راس برگ شبدر مانند، تمام درز های قحف قبل از وقت بسته شده و دماغ از طریق فانتانیل های قدامی و صدغی نمو نموده و سبب برجستگی یا تبارز در نواحی صدغی و فرق سر می گردد. وجه



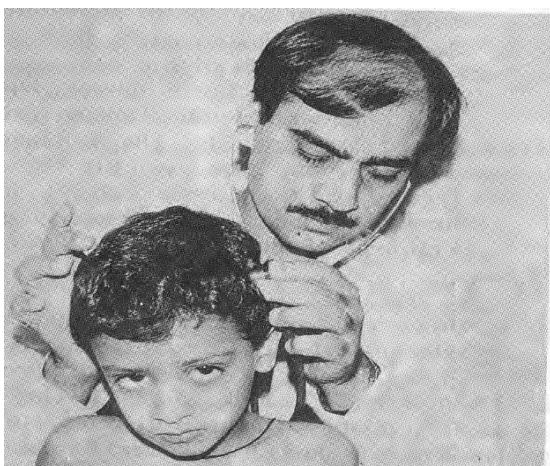
تصویر 3.7 منظره وصفی لمف ادینوباتی رفی در یک طفل که مرض Hodgkin دارد. عقدات متحرک و مجزا بوده و از نظر قوام الاستیکی می باشد.

مخصوص مثلاً در سندروم gorgoyle, cretin, down و تشوشات کروموزومی و غیره، و شواهد سوء شکل وجه، عدم تناظر وجه، اندازه و موقعیت گوش ها، فاصله بین چشم ها، تناظر چشم ها، برج یا برآمدگی بینی، لب ها، زنخ و غیره... باید جستجو گردد. با مشاهده دقیق میتوان سوء اشکال کوچک را نیز دریابیم. ابروها، مژه ها و چشم ها باید جهت شواهد فقدان vit A، کترکت، coloboma (غیاب قسمی یک بخش چشم)، حدقه ها، Exophthalmos و عالمه آفتاب نشست و غیره معاینه گردد. aniridai (عدم موجودیت Iris) که در آینده توام با Wilm's tumor و Hetero chromia irides مشخص می شود باید جستجو گردد. (رنگ Iris هر دو چشم از هم تفاوت دارد.) به علت اسیاب نامعلوم، اطفال مصاب PEM و TB ممکن دارای مژه های نسبتاً طویل باشند. مژه های مجعد و دراز مشخصه وصفی سندروم Cornelia de lange's است. ابرو های انبوه که ممکن در بالای خط Hersutism، ابرو های انبوه که ممکن در قاعده انف امتداد یافته باشد (synophrys) جستجو گردد. شکل یا مقطع عرضانی وجه برای اذیما نکفیه معاینه گردد. این حالت در قدام زاویه فک دیده شده و نرمه پایینی گوش را بطرف جنبی بلند نموده و وقتی که طفل از خلف مشاهده گردد خوبتر دیده میشود. لب ها همچنان آینه چهت دیدن انومالی های غشای مخاطی دهن است.

angular stomatitis یا perleche غذایی یا موجودیت انتانات فنگسی بوجود می آید. Cheilosis یک شکل ترکیدگی یا پارگی لبها است که ممکن از سبب کمبود مواد غذایی و یا تراوش آب از دهن Rhagades (drooling) بوجود آید. آفات مرطوب درخشندۀ بالای philtrum از سبب افرازات متداوم انفی در اطفال که توام با سیفلیس ولادی اند موجود میباشد.



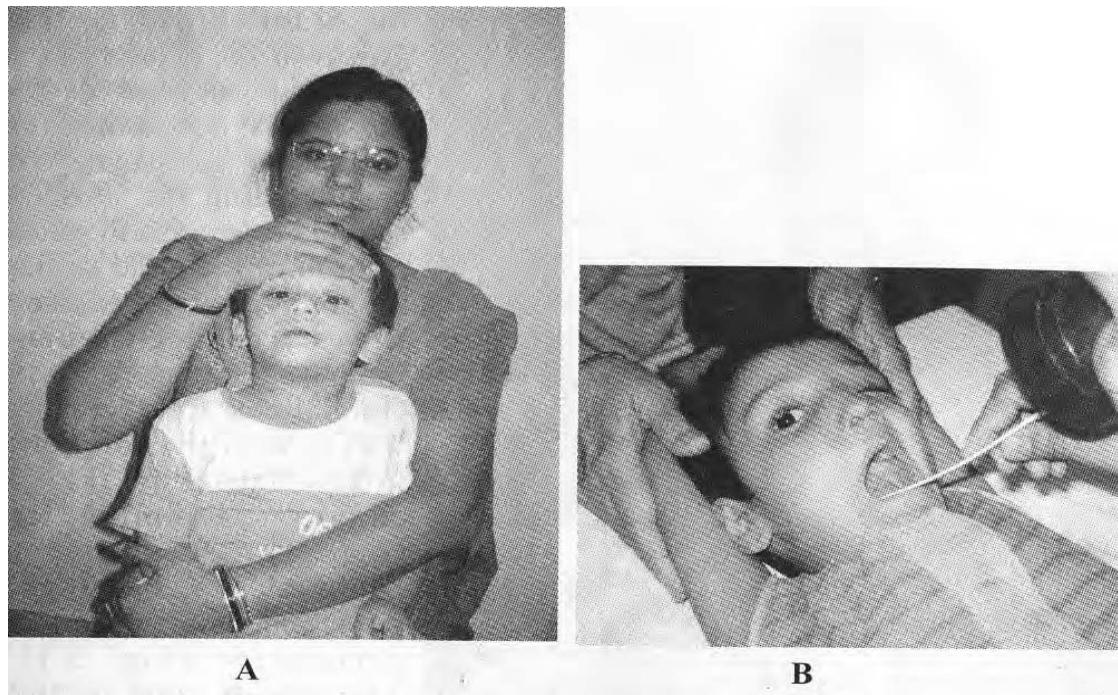
تصویر 3.8 A. macewens sign گوش هی عادی بوده لاکن وقتی خوب تر شنیده میشود که بواسطه ستاتسکوب اصتاً گردد. این حالت دلالت به جدا بودن درز هی راس از سبب فرط فشار داخل المخچی نموده لاکن در صورتیکه فناشیاب قمامی باز باشد بصورت فریولوزیک موجود میباشد.



تصویر 3.8 B. macewen's sign که به کمک ستاتسکوب اجرا گردیده است.

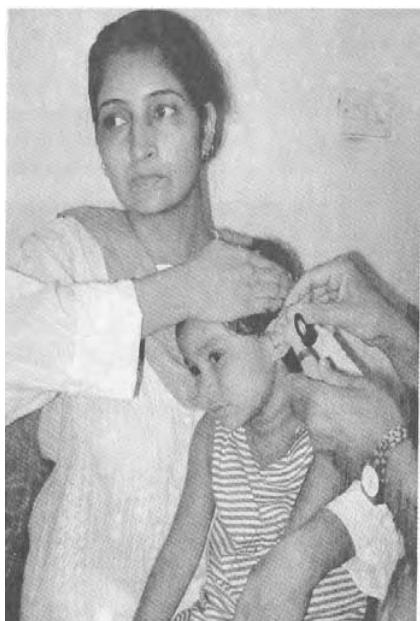
گوش، گلو و بینی

زبان باید معاینه گردیده که آیا مرطوب است یا خشک، پوشش، رنگ حلیمات، رعشه، تناظر، قرحت aphthous، فیسور یا ترکیدگی و غیره ملاحظه گردد. زبان سرخ گوشتی لشم از سبب اترووفی حلیمات از خصوصیات تشخیصیهٔ فقدان ویتامین بی کامپلکس است. strawberry tongue (زبان توت فرنگی) به واسطهٔ حلیمات قارچ مانند اذیمایی سفید با قاعده سرخ گوشتی خام در اطفال که مصاب تب محملک، مرض Kawasaki و سندروم شاک سمی اند دیده میشود.



تصویر ۳.۹ ا) مادر یا نرس خواهش گردد تا طفل را به وسیله‌ی حرکت نمودن راس و محکم گرفتن اطراف علوی مهار نماید. گلو را می‌توان به هر دو حالت نشسته (A) و یا خوابیده (B) معاینه نمود. گردن را باید خفیفاً بسط داده و گریه در حقیقت در معاینه گلو کمک می‌نماید. در اطفال که سترابیدور داشته و یا اشتباه نزد شان موجود باشد با داخل نمودن قاشق جهت معاینه گلو کوشش صورت نگیرد زیرا ممکن سبب انسداد تام طرق تنفسی گردد.

برآمدن دندان‌های ابتدایی ممکن از سبب فکتور‌های طبیعی تا به یکسالگی به تاخیر افتاد. دندان‌های شیری در مقایسه با دندان‌های دائمی دارای رنگ سفید و کنارهای لشم‌اند، رنگ عاج دندان سفید یا off-white و بطور ظریف کنارهای دندانه دار دارد. در تمام اطفال که انتانات طرق تنفسی علوی دارند kopliks spot برای تشخیص سرخکان در اثنای مرحله مخبروی جستجو گردد. این‌ها خال‌های سفید سر سنجاق مانند با کنارهای سرخ هستند که بالای غشای مخاطی رخسار در مقابل دندان‌های آسیاب متشر می‌باشد. در کله چرک، سرخی و اذیما اطراف فوچه قنات (در مقابل دندان آسیاب دوم) موجود می‌باشد. گلو در تمام اطفال برای اندازه تانسل‌ها، شواهد التهاب، stensons فولیکل، غشاء، دانه حصبه و غیره معاینه گردد. (تصویر ۳.۹ A و B) Herpangina یک مریضی حاد تب دار از سبب ویروس‌های Enterovirus، Coxsackie A و B و echoviruses عبارت از بلع دردناک از سبب تشکل آفات دردناک papulo-vesicular به اندازه ۱-۴ میلی متر که بواسطه یک Aphthous ساحه شدیداً سرخ احاطه گردیده که اکثراً بالای قسمت قدامی لوزتین و حنك نرم موقعیت دارد. قرحتات



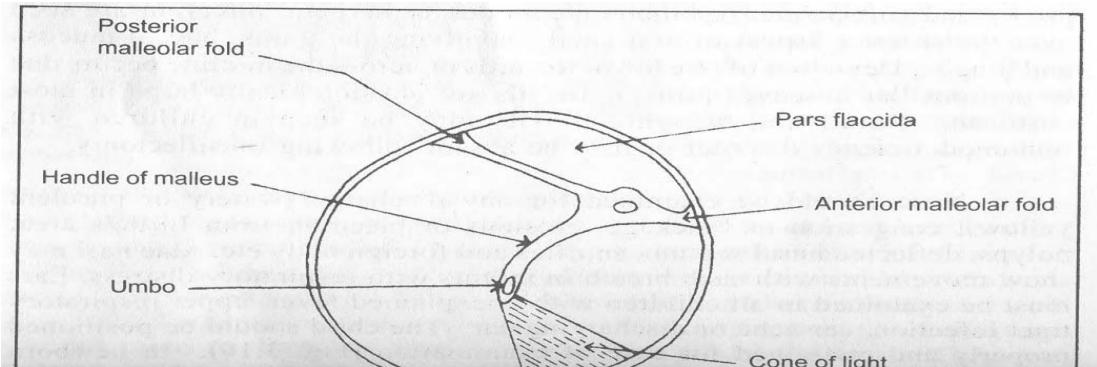
تصویر 3.10 وضعیت دادن و کنترول طبل برای معاینه گوش با اوتوسکوپ. از موظبته کننده باید خواهش گردد که طفل را محکم گرفته تا زوارد شدن اسیب به کانال گوش جلو گیری صورت گیرد.

تب نامعلوم، انتانات طرق تنفسی علوي، درد گوش يا آمدن چرك از گوش دارند معاینه گوش با اوتوسکوپ. مسیر کanal گوش در اطفال نوزاد و شیر خوار بطرف بالا بوده حال آنکه در اطفال بزرگتر بطرف پایین و جلو ادامه دارد. جهت دیدن پرده گوش (تمپانیک) لاله گوش با انگشتان شست و اشاره یک دست بطرف بالا و خلف در اطفال بزرگتر و بطرف پایین و جنبی در شیر خواران کش گردد. بزرگترین سپیکولوم را که مناسب کanal گوش باشد استفاده نمایید. با دستی که اوتوسکوپ را محکم گرفته اید باید در برابر رخسار یا راس طفل تکیه داده شود بخاطریکه، اگر طفل حرکت نماید، اوتوسکوپ مطابق آن بدون تحمیل کدام خطر به طفل حرکت می نماید. کanal گوش برای افرازات، واکس، جسم اجنبي و التهاب دیده شود. پرده گوش برای دیدن رنگ، شفافيت، برجستگي يا فرو رفتگي، شکل مخروطی روشناني و تشقق معاینه گردد. (تصویر 3.11) عدم موجوديت مخروط روشناني نشاندهنده از بين رفتن درخشندگی از سبب التهاب است. اقسام معمول تشقق عبارت از قدامی-سفلي، Subtotal (به اندازه نسبتاً بزرگتر) و attic pars flaccida بالاي است.

از سبب انتانات Herpetic در بالاي وجه قدامي جوف دهن که در برگيرنده بيره ها، غشای مخاطی دهن و زبان می باشد دیده می شود. انحراف يك لوزه بطرف خط متوسط در اثر ابسی های اطراف لوزه ها (quincy) بوجود می آيد. لوزتین در اکثر اطفال بصورت فزيولوژيك بزرگ می گردد. لوزه های خورد یا اتروفيک شاید در اطفال که تشوش فقدان معافيتي دارند ملاحظه گردیده و يا ممکن به تعقيب کشیدن لوزتین غایب گردد. بینی باید برای موجوديت افرازات (آبی يا قیحی زرد) احتقان يا بندش، تخریش يا خونریزی از يك ساحه کوچک، پولیپ ها، انحراف جدار انف، تنفس با زحمت از طریق انف و جسم اجنبي و غیره معاینه گردد. مناخر انف در اطفال که زجرت تنفسی دارند شاید با هر تنفس از خود حرکت نشان دهند. گوش ها باید در تمام اطفال که

چشم ها

چشم ها دریچه سیستم عصبی مرکزی هستند. خلافت منظمه پلکی دیده شود (کمخونی)، bitot spots (فقدان ویتامین A)، وعایی شدن اطراف قرنیه (فقدان ویتامین B1). نقیصه های Xerosis



تصویر ۳.۱۱ خصوصیات اناتومیک نارمل پرده تمپانیک گوش.

انکشافی مانند سقوط جفن، کترکت، گلوکوما، قرنیه ابری، مکدریت قرنیه، واکنش سفید (retinoblastoma) و strabismus به واسطه تست پوشش متقابل جستجو گردد. برجستگی، تبارز و جلو آمدگی تخم های چشم (hordeolum) در یک یا هر دو چشم جستجو گردد. اذیما و انتان اجفان دیده شود. Stye (proptosis) مژه یک پندیدگی موضعی دردناک کثار جفن توام با نقطه زرد از سبب انتان ستافیلوكوک میباشد. کیست های bulbar meibomian chalazion یا عبارت از ندول های سخت، مجزا و بدون درد در وجه همچوar tarsal plate می باشند. اندازه و ریفلکس یا عکس العمل حدقه ها در مقابل نور و عکسه سرخ در هر چشم به صورت جداگانه و هم زمان با کمک مستقیم افتالموسکوپ در افق تاریک دیده شود. در صورت استطباب، معاینه قعر عین برای اذیمای حلیمه، اتروفی optic، chorio-retinitis، cherry-red spot، عنق

(اندوکاردیت تحت الحاد بکتریایی) رسوب کریووات سفید و گرانولومای التهابی (توبرکلوما، کاندیدیما) اجرا گردد.

عنق

عنق در اطفال کوتاه بوده و باید به خاطر موجودیت تورم، جلد اضافی، خط موها، فشار ورید وداجی (JVP)، نبضان شریانی و وریدی، غده درقیه، عقدات لمفاوی، کیست ها، فیستولا و وضیعت شزن معاینه گردد. تورم کیستیک مثل کیست درموئید (Dermoid) یا کیست غدوات دهنیه و کیست قنات thyroglossal در خط

متوسط جستجو گردد. کیست درمویید متعلق به قسمت فوقانی جلد بوده در حالیکه کیست thyroglossal مربوط به ساختمان های تحتانی می باشد و وقتیکه از طفل خواهش گردد تا زبان خود را بیرون بکشد بطرف بالا حرکت می نماید. Hygroma و Lymphangioma عنق، تورم نرم، باطلاقی، تراکم پذیر و قابل عبور نور است که ممکن تا قسمت های علوی صدر توسعه یافته باشد. (تصویر 3.12) کیست Bronchial cleft شاید در اطفال بالغ فقط در قدام یک بر سه علوی کنار قدامی عضله Sternomastoid بوجود آید. آن ها بشکل تورم های کیستک نرم، مجزا، منحرک، سخت که اندازه آن بین 1-5 سانتی متر متفاوت است ظاهر می گردد. و وقتی که کیست پاره گردد افرازات چسپناک، روشن و مخاطی از آن خارج میشود.

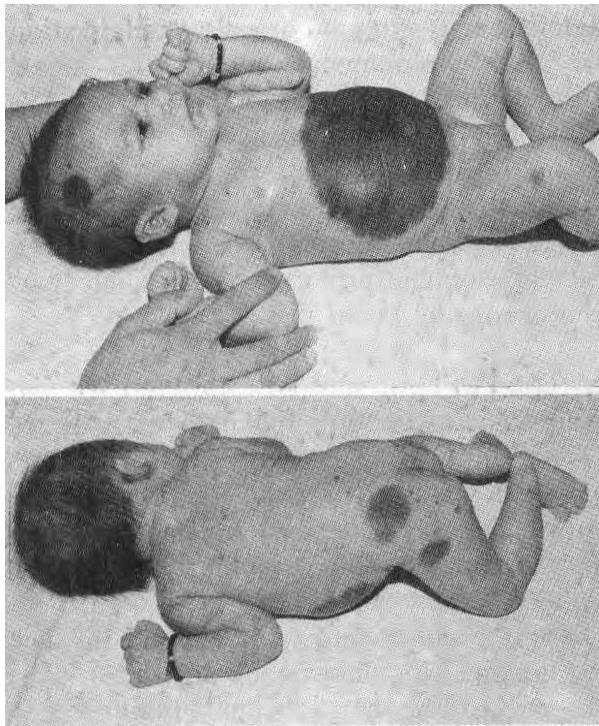
جلد و ملحقات آن

ناخن های دستها و پاها جهت موجودیت Koilonychia، Clubbing یا فشردگی، خونریزی بستر ناخن، Osler Nodes، شکننده گی و خطوط نیمه شفاف معاینه گردد. Koilonychia یا قاشق مانند شدن ناخن ها که یک علامه فقدان آهن است در اطفال نسبتاً غیر معمول میباشد. جلد باید بخاطر رنگ، ترکیب، الاستیکیت، صبغات، نقطه های خونریزی، رش های احمراری (که برخلاف Petechia و Pyoderma با فشار بی رنگ می گردد)، نodel Echemosis با

های تحت الجلدی Neuroectodermal dysplasia ، خال palmar ، Xanthoma Spider- nevi (Nevi) خدایی (Nevi)، erythema (3.13 A و B) و غیره معاینه شود. (تصویر A و B) فولیکولیر مشخصاً بالای نواحی باسطه ساعد ها و سُرین دیده می شود. که این حادثه از سبب فقدان مواد غذایی مانند ویتامین A و اسید های شحمی اساسی بوجود می آید. طبیعت و توزیع آفات جلدی، آیا منفرد است یا گلی، متناظر، یا غیر متناظر، توسعه آن از مرکز به محیط است یا از محیط به مرکز، در نواحی باسطه موجود است و یا قابضه و یا در نواحی که به شعاع آفتاب مواجه است جستجو گردد.



تصویر 3.12 موقعیت و منظره وصفی hygroma عنق تورم نرم و انعطاف پذیر بوده و قابلیت عبور نور را دارد.



تصویر 3.13 nevus صباغی بزرگ در بالای بطن (A) با nevi صباغی کوچک در بالای وجه، پشت و سرین (B).

به هر یک از اشکال فرورفتہ، برجسته و یا ضخیم شده احساس شده می تواند)، زخم ها، شاریدگی ها و یا تشکل ندبه و غیره مشخص می گردد. توزیع، رنگ، ترکیب، شکننده گی و آلودگی به شپش در موهای راس ممکن ندرتاً نظر باشد. ندرتاً ممکن موها بشکل نوار های متناسب کمرنگ گردیده که علامه وصفی بیرق مانند را در اطفال از سبب سوء تغذی مزمون بوجود می آورد. جهت تفصیلات بیشتر معابنه جلد و ملحقات آن به فصل هشتم مراجعه گردد.

زمانی که وزن قبل از مریضی طفل معلوم باشد، شدت دیهایدریشن را میتوان دقیقاً بواسطه درجه ضیاع وزن ارزیابی نمود. (جدول 3.1). ولی اکثر اوقات وزن دقیق قبل از مریضی

طفل معلوم نبوده و شدت دیهایدریشن به اساس نظریه سازمان صحی جهان درجه بندی می گردد (جدول 3.2). تورگر یا الاستیکیت جلد بواسطه کش نمودن جلد بطن یا صدر، یاداشت نمودن این که چقدر سریع حالت نارمل را بخود می گیرد. (تصویر 3.14) در اطفال مصاب مرسموس turgor جلدی از سبب ضیاع شحم تحت الجلدی خراب می باشد. شدت دیهایدریشن در اطفال سوء تغذی بیشتر از حالت اصلی تخمین می گردد. آن ها ممکن چشم های فرو رفته، فانتانیل

مورفولوژی آفات جلدی به شکل مکول (نواحی تغییر رنگ که هم سطح جلد می باشد) پپول (برجستگی که مساحت آن تا به 5mm ندول (بزرگتر از پاپول) ویزیکل (آبله های که تا به 10 میلی متر قطر داشته باشد). Wheals، Bullae (پپول های خاسف و مسطح با محیط سرخ روشن طوری که در Urticaria دیده می شود) یا ارچق، Burrows (تبارزات مستقیم یا مارپیچی نصواری سیاه رنگ در نواحی بین انگشتان که از سبب کرم های مؤنث اسکاییس تولید میگردد)، Comedones (جوانی دانه هایی که سر سیاه

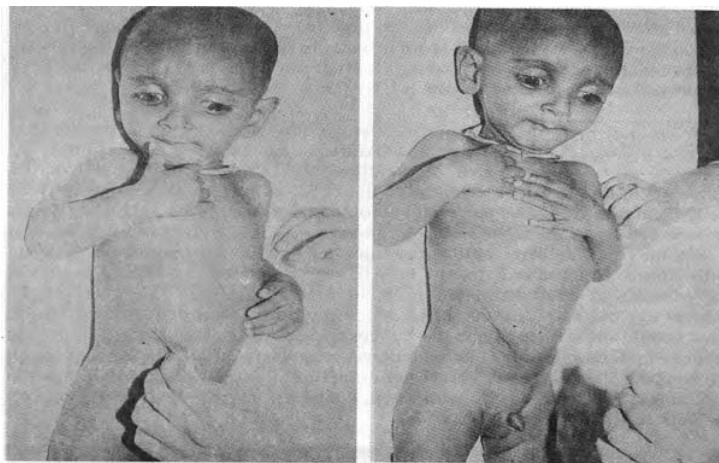
دارند)، Plaques (نواحی مشخص هموار جلد که

شواهد حالات کمبودی ها

هموار و الاستیکیت جلدی ضعیف بدون کدام دیهایدریشن داشته باشد شما باید شواهد ضیاع بیش از حد مایعات (استفراغ، اسهال) یا اخذ ناچیز، تشنگی، خشک بودن غشای مخاطی دهن، کاهش ادرار / عدم موجودیت ادرار، اسیدوزس و شاک را برای تشخیص نمودن دیهایدریشن در اطفال مصاب سوء تغذی در نظر بگیرید. از طرف دیگر در اطفال فربه یا چاق دیهایدریشن ممکن از نظر دور مانده و یا ناچیز تخمین گردد.

جدول 3.1 ارزیابی کلینیکی شدت دیهایدریشن		
علایم	ضیاع حاد وزن	درجه
تخریبیت، تشنگی زیاد	تا به 5 فیصد	خفیف
فانتانیل قدامی فوروفته، چشمها فروافت، کاهش عرق و اشک، ضیاع الاستیکیت جلدی، غشای مخاطی خشک، کاهش اطراف ادرار	5 الی 10 فیصد	متوسط
ضیاع شدید الاستیکیت جلد (تصویر 3.14) و عدم موجودیت اشک ، کاهش یا قطع واضح ادرار، ازدیاد حرکات قلب، جلد سرد و مرطوب، شاک، اسیدوزس، تغییرات شعور. در دیهایدریشن Hypermatremic شکل کاغذ پوست آهو را بخود گرفته، توام با تشنگی واضح، جلد خمیرمانند، شاک و تأخیر در Renal Shut down به ملاحظه می رسد. اختلالات ممکن در اثنای اصلاح سریع دیهایدریشن هایپرتریپیک بوجود آید.	اضافه از 10 فیصد	شدید

شاهد فقدان پروتئین و کالوری Maramic- Kwashiorkor Marasmus undernutrition (کوالوری kwashiorkor فقدان ویتامین A, B, C, D و (جدول 3.3) و فقدان منزال های مختلف مانند آهن، کلسیم، مس و زنك جستجو گردد. (جدول 3.4).



تصویر ۳.۱۴ میتوود بررسی الاستیکیت جلد. جلد بطن را فشار داده، بلند نموده و رها نماید (الف). وقتیکه الاستیکیت جلد از سبب دیهایدریشن (یا مرسوس) خسایع شده باشد قبل از اینکه جلد چملک شده منظره عادی را بخود بگیرد چندین ثانیه را در بر خواهد گرفت (ب). چشمان فرو رفته طفل را ملاحظه نمایید.

جدول ۳.۲ ارزیابی دیهایدریشن با معیارات WHO

علایم	دیهایدریشن نیست	دیهایدریشن قسمی	دیهایدریشن شدید
حالت طفل	هوشیار و نارمل	نا آرام و مخرش	Lethergic و یا شعور زایل می گردد
تشنگی	تشنگی نارمل	تشنه است و به شوق آب می نوشد	قدرت نوشیدن را ندارد
چشم ها	نارمل	فرورفتہ	فرورفتہ و خشک
زبان	مرطوب	خشک	خشک و کباب شده
کش کردن جلد	به سرعت به عقب بر می گردد	به سرعت به عقب بر می گردد	به بسیار آهستگی به عقب بر می گردد
خروج ادرار	نارمل	کاهش ادرار	کاهش شدید ادرار یا قطع ادرار
اسیدوزس امیتابولیک*	نیست	ممکن موجود باشد	موجود است
حالت دورانی	نارمل	سرعت حرکات قلب و کاهش حجم نبض	جلد تاریک و لکه دار با نهایات سرد و تغیریط فشار و شاک

* تنفس Kussmals یا به عباره دیگر تنفس سریع و عمیق در اطفالی که اسیدوزس امیتابولیک دارند دیده می شود.

جدول 3.3 منظره کلینیکی فقدان ویتامین ها در اطفال

اعراض و عالیم	كمبود ویتامین ها
شبکوری، bitot spot (لکه های تباشیری - خاکی در سمت تمپورال قسمت اتصال قرنیه- صلبیه)، hyperkeratosis follicular keratomalacia xerophthalmia (phrynoderm)، تشكل ناقص اپیفیز عظام، تغییرات مخاطی که منجر به انتانات متکرر جهاز هضمی و تنفسی می گردد. از رشد باز ماندن و تشكل سنگ های کلیوی و مثانی	1. ویتامین A
(Thiamin(B1) : بیری بیری خشک (بولی نیورایتس، سقوط جفن، صدا گرفتگی، حساس شدن عضلات ساق پا و کندی تکان های اوتار عمیقه) بیری بیری مرتطب (palpitation)، تکی کاردی، نفس تنگی، ضخامه قلب و اذیما مترافق با ولتاژ پایین. فاصله QT طویل و واژگونی موجه T (E. K. G). Riboflavin(B2) : التهاب زبان (زخم، زبان لشم و سرخ)، cheilosis (ترک خوردگی زاویه دهن) درماتایتس تفلیس در چین های انفی شفوفی، عایق شدن محیط قرنیه و التهاب قرنیه. Niacin (B3) : فکتور PP یا Pellagra که به واسطه اسهال، التهاب جلدی (قسمت های بالای جلد که معروض به شعاع آفتاب اند) و Dementia (ضعف عضلي، از دست دادن حافظه، افسردگی و بیحالی). Folic Acid (keto-glutaric acid) : کم خونی میگالوبلاستیک، التهاب زبان، قرحةات بلومی و خرابی معافیت. Cobalamin (B12) : کم خونی میگالوبلاستیک، ترومبوساپتوپنی	2. ویتامین B complex
سکاروی که به واسطه تخریشیت واضح، خونریزی تحت سمحاقی عظام طویله (فلج کاذب همراه با وضعیت بقه مانند). بیره ها، غشای مخاطی و جلد، Scorbutic Rosary (خلع خلفی عظم قص)، برخلاف Rickets زاویه دار شدن Scorbutic Beads دیده می شود. بلند رفتن خطر انتانات و شفای ضعیف زخم ها مشخص میگردد.	3. ویتامین C (اسکاربیک اسید)
Rickets که به واسطه بر جستگی های عظام راس، Craniotabes، تأخیر در بسته شدن فانتانیل قدامی، دانه های تسبیح مانند ضلعی غضروفی (Richitic rosary)، صدر کبوتر مانند، میزابه Harrison (کشنز مرز های سفلی صدر که منتظر با محل اتصال حجاب حاجز است)، سوء شکل ستون فقرات، توسع و بزرگی نهایات عظام طویله، کمان شدن پاهای، کجی زانو ها بطرف داخل (knock knees)، سوء شکل عظم فیمور در حنای مفصل حرقوی فخذی (Coxa Vara)، شکم بزرک و غیره. تشوش رشد معمول بوده و تیتانی ممکن واقع گردد.	4. ویتامین D (cholecalciferol)
کمخونی هیمولایتیک در اطفال قبل المعیاد، نیورومایوپتی پیشرونده که بشكل Ataxia و فلج عضلات خارجی چشم تظاهر می نماید.	5. ویتامین E (tocopherole)
وقوع امراض خون دهنده مقدم و مؤخر نوزادان که با خونریزی از ساحت مختلف تظاهر می نماید.	6. ویتامین K

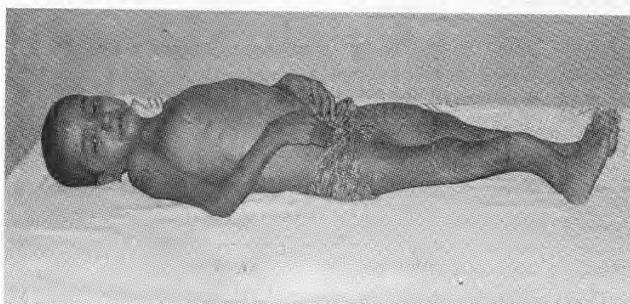
ویتامین های A ، D ، E و K در شحم منحل بوده در حالیکه ویتامین های B Complex و C در آب منحل اند

جدول 3.4 منظره کلینیکی فقدان عناصر کمیاب	
حالات فقدان	اعراض و علایم
1. آهن	pica، خستگی زود رسان، تخرشیت، خرابی نمو و انکشاف، کاهش ظرفیت کار، نفس کوتاهی جهادی، خثافت (منظمه)، زبان، کف دست و کف پا) koilonychias یا فشردگی ناخن ها.
2. کلسیم	تیتانی، سپزم carpopedal و دندانها، rickets از رشد ماندن، EKG ممکن نشان دهنده QoTc طویل باشد.
3. آبودین	گواهر ساده، توقف رشد، تاخر عصبی حرکی، تشوشات یادگیری، کربی، جلد درشت، عدم تحمل سردی، فبضیت و غیره.
4. زینک	تشوش رشد، (آفات vesiculo-bullous acrodermatitis) قرحت پسوریازیس مانند در نقاط اتصال مخاط و جلدکه شامل نواحی اطراف دهن و اطراف مقعد، طاسی، هایپوگونادیزم، انتیام ضعیف زخم ها، انتانات متکرر از سبب کاهش معافیت.
5. مس	کمخونی پیشرونده، neutropenia، osteoporosis، کاهش صباغات جلد و مو و ataxia غیره.

سوء شکل صدر، تورم موضعی، نهایات عظام طویل، حساسیت سترنوم، التهاب،

عظم و مفاصل

تورم و تحرکیت مفاصل و غیره باید جستجو گردد. اندازه و تناظر اعضا (تصویر



تصویر 3.15 سوء شکل اسکلیتی از سبب ریکتیس کلیوی در یک طفل 10 ساله. در اینجا پهن بودن نهایات عظام طویل، دانه های کوچک ضلعی غضروفی و سوء شکل وصفی عظام اطراف سفلی.

(3.15). درد مفاصل (تنها درد مفصل) و التهاب مفاصل (درد مفاصل همراه با تورم) باید از هم تفکیک گردد. درد های مهاجرتی یا زود گذر مفاصل نشانده تب روماتیزم حداد و Gonococcemia است. معاینه

دست ها و پاها از نظر اندازه، شکل و طول انگشتان و پنجه ها، علامات یا نشانه های جلدی، انگشتان چسبیده و موجودیت شش انگشتی یا بیشتر از آن؛ آیا در جلو محور بدن (نزدیک به کنار شست) یا در خلف محور بدن (نزدیک به کنار انگشت کوچک).

انگشتان برای موجودیت camptodactyly (کسر یا انحراف انگشت) و clinodactyly (انحنای ثابت مفاصل بین انگشتان که سبب بوجود آمدن منظره چنگال مانند می گردد) معاینه گردد. دست ها و پاها ممکن از سبب

کوتاه بودن Metatarsal و Metacarpal کوتاه و خشن معلوم شود. در اطفال مصاب های پاراتایرویدیزم کاذب، انگشت اشاره ممکن به خاطر کوتاه بودن تمام Metacarpal ها به استثنای Metacarpal دوم درازتر از انگشت متوسط باشد. سوء اشکال مانند Club Foot (قبض کف پا، تقرب و تدور کف پا بطرف داخل) و سوء شکل Calcaneo-Valgus (خمیدگی پا بطرف سطح بالایی با قبض مفصل بجلک پا و تدور کف پا به طرف خارج). پا های کمان مانند (bowed legs) بصورت عادی در اثنای دو سال اول حیات دیده شده در حالی که کجی خفیف زانو بطرف داخل (knock knees) در بین سنین 2 الی 5 سالگی معمول است. شدت کمان بودن پاها به واسطه اندازه نمودن فاصله بین هردو زانو وقتی که طفل به استجای ظهری قرار داشته و بجلک های وسطی دقیقاً در یک ردیف قرار داشته تعیین می گردد. برای ارزیابی شدت knock knees از طفل خواهش می شود تا بالای زانو های خود ایستاده و هر دو زانو را بهم نزدیک نماید و مسافه بین بجلک متوسط پا اندازه می گردد. شدت فزیولوژیک knock knees تا به اندازه 5cm و bowed legs تا به اندازه 5cm محدود است. قوس پاها به واسطه غلاف شحمی در جریان دو سال اول حیات از بین رفتہ و پا های هموار فزیولوژیک بوجود میابد. در اطفالیکه تاریخچه درد یا التهاب مفاصل دارند، حرکات مفاصل باید به تمام جهات معاینه گردد. محدودیت تدور داخلی یک علامه مقدم اکثر امراض مفصل ران بخصوص Legg-Parthe's و Slipped Epiphysis disease میباشد. تدور خارجی بیش از حد مفصل دان یکی از دریافت های معمول در اطفال تا به 18 ماهگی می باشد.

ستون فقرات

انحناء (Scoliosis, Lordosis, Kyphosis) تورم، حساسیت، و حدود حرکات باید دریافت گردد. سوء شکل ستون فقرات ممکن سبب بیجا شدن Apex Beat یا زروه قلب گردد. جهت ارزیابی بیشتر راجع به سیستم عضلی اسکلیتی و ستون فقرات به فصل نهم مراجعه گردد.

اعضای تناسلی و مراحل پختگی جنسی

درجه بلوغ جنسی در اطفال نوجوان ارزیابی گردیده و حالات غیر عادی دستگاه تناسلی جستجو گردد (جدول 3.4).

مرحله بلوغ از سن 10 الی 16 سالگی در دختران و از 12 الی 18 سالگی در پسران ادامه دارد. مرحله بلوغ و پختگی جنسی در دختران به تناسب پسران 2 سال مقدم تر واقع می گردد. رشد ثدیه ها اولین تظاهر انکشاف جنسی در دختران بوده در حالیکه بزرگ شدن خصیه ها خبر دهنده شروع رشد جنسی در پسران می باشد.

(مهره های با حجم های متفاوت از 1.0ml تا به 25.0 ml) را میتوان جهت ارزیابی دقیق اندازه/حجم خصیه ها استفاده نمود. در اطفال چاق قبل از بلوغ، فضیب ممکن در شحم عانه پنهان گردیده و به گمان غلط به هایپوگونادیزم نسبت داده شود. مشخص نمایید که آیا پختگی جنسی پیشرفته، نارمل، و یا عقب مانده است. بلوغ وقتی عقب مانده تلقی می گردد که خواص ثانوی جنسی الی 13 سالگی در دختران و الی 15 سالگی در پسران بوجود نه آید. بلوغ زودرس یا قبل از وقت در دختران وقتی مشخص می گردد که رشد ثدیه ها قبل از 8 سالگی و نخستین عادت ماهوار قبل از 10 سالگی صورت گیرد.

ازیابی شدت بیماری

بسیار مهم است تا مشخص نماییم که آیا بیماری شدید یک طفل مصاب را میتوان در کلینیک سراپا کنترول نموده و یا در شفاخانه بستر نمایم. موجودیت

مشخصات کلینیکی ذیل نشاندهنده بیماری وحیم طفل می باشد:

- مضطرب، گرفته و ظاهراً قیافه مسموم.
- تغییرات شعور، صدای نالش و فریاد، غیابت گریه، عدم پاسخ در مقابل پیشنهاد والدین، تورم فانتانیل قدامی یا شخی گردن.
- امتناع از خوردن یا نوشیدن.
- اختلالات بدون تاریخچه قبلی epilepsy یا اختلالات تب دار.
- تب شدید با وجود معالجه کافی خد تب و تطبیقات سرد.
- زجرت تنفسی واضح با کشش بین الصلعی، نالش و سترایدور یا تنفس مشابه نزع.

جدول 3.3 مراحل رشد جنسی

دختران				
سن (به سال)	مراحل*	SMR*	موهای عانه	ئدیه ها
< 10	1	قبل از بلوغ	قبل از بلوغ	قبل از بلوغ
10-13	2	پرآگنده، صباغات خفیف بالای سرحد انسی	لب های فرج	ئدیه و نوک ئدیه بلند شده و سبب تشکل برآمدگی میگردد. قطر areolar افزایش یافته می باشد.
12-14	3	تاریک، شروع به حلقه نمودن.		ئدیه و areola بزرگ گردیده، حد فاصل جذابی موجود نیست
12-14	4	مجعد، وافر، درشت		areola و نوک پستان بلند تر از برآمدگی ثانوی بدنی سینه میباشد.
14-16	5	مثث کاهلان موئت، منتشر تا به ران ها		نوک سینه برجسته، areola جزء از بدنی عمومی سینه
بچه ها				
سن (به سال)	مراحل*	SMR*	موهای عانه	خصیه ها
<10	1	هیچ	قبل از بلوغ	قبل از بلوغ
15-10.5	2	کمرنگ روشن	کیسه بیضه ها بزرگ	خفیفاً رشد یافته ساختمان گلابی متغیر
15.5-12	3	تیره تر، شروع به حلقه شدن	بزرگ تر	طوبیل تر
15.5-12	4	بسکل کاهل لakan کمتر در مقدار	بزرگتر با کیسه تاریکتر	بزرگتر با رشد glans و افزایش عرض
16-15	5	منتشر تا به سطح داخلی ران	به اندازه کاهل	به اندازه کاهل

(اندازه پختگی جنسی)

- سیانوزس مرکزی (در عدم موجودیت امراض سیانوتیک قلبی)، خسافت خاکی رنگ، جلد لکه دار،

نهایات سرد و مرطوب، تفریط فشار خون و Shock.

- شواهد دیهایدریشن متوسط تا شدید یا Acidosis (تنفس Oliguria و Oligurea، kussmauls و Anurea

و Petechiae Ecchymoses ● و تظاهرات دیگر خونریزی ها.

طرز ارائه	
وضعیت، چگونگی طرز ایستادن، سیما، گریه، استراحت، مریضی شدید، مسموم، بی قرار، تنگی نفس، orthopneic، میزان هشیاری، شواهد تخریش سخایا.	عمومی
اندازه اسکلیت، چوکات بدن، کتله عضلی، شحم تحت الجلدی، قد بلند، کوتاه، چاق، لاغر ضعیف البینه، کمخون، سیانوز، زردی، اذیمه، و امراض عقدات لمفاوی.	ساختمان و تعذیه
وزن، قد (یا طول اضافه تر از 2 سال باشد)، محیط وسط بازو (برای اطفال بین 1 الی 5 سال) محیط سر، محیط صدر، تناسب سگمنت علوی بر سفلی و اندازه بازو، حالت وزن بر عمر، وزن برقد، قرار دادن فیصدی اندازه شده در چارت ستاندارد نمو، درجه سوء تعذیه.	اندازه گیری اعضای بدن
درجه حرارت، نیض، تنفس، فشار خون	علایم حیاتی
سوء شکل ستون فرات، scoliosis، Lordosis، kyphosis. پندیده گی، حساسیت و محدودیت حرکات.	نخاع شوکی
اندازه سر، شکل، بر جستگی، فلتانیل، درز ها، macewen sign مشخصات وجه، سوء شکل وجه، سوء شکل چشم ها، گوشها، بینی، دهن، زنخ و غیره.	روی و سر
حفظ الصحة دهن، دندان ها، بیره ها، زبان، لوزه تین، غشاء مخاطی دهن، معاینه گوشها، بینی و گلو.	معاینه گوش، گلو و بینی
سقوط جفن، مکدریت قرنیه، لکه های بایتوت، کترکت، گلوكوما، ریفلکس سفیدی، فیچی، جلو آمدگی تخم چشم و معاینه قعر عین.	چشم ها
خط مو ها، webbing (پشكل تار عنکبوت)، نبضان ورید های ثباتی، نبضان وریدی و شریانی، غله در قیه، شزن، کیسه، فستول، عقدات لمفاوی و غیره	گردن
ناخن ها: clubbing، فشردگی یا koilonychia، رنگ، نوار نیمه شفاف، خونریزی های خورد بستر ناخن. جلد: رنگ، ساخت، turgor و الاستیکیت، راش های جلدی، نودول ها، بیوریورا، ایکیموزیز، صیاغات، پایودرمی، اکزیما، spider angioma، xanthoma، nevi، neuroectodermal dysplasia و سرخی کف دست و غیره.	جلد و ملحقات آن

طرز ارائه	
موها: توزیع، رنگ، ترکیب، شکنندگی، ابروها، مژه ها، نابجارویی مو در زنان	
شواهد دیهایدریشن، سوء تغذی پروتین و انرژی، فقدان ویتامین ها، منزال ها و عناصر کمیاب	شواهد حالات فقدانی
سوء شکل عظام طولیه، قفس سینه، ستون فقرات، دست ها و پاهای شواهد التهاب مفاصل، حساسیت عظام، Rickets وغیره.	عظام و مفاصل
آیا اعضای تناسلی نارمل است یا مبهم؟ مرحله پختگی جنسی، نارمل، تأخیرشده و یا زودرس است (قبل از وقت طبیعی).	اعضای تناسلی و درجه پختگی جنسی
آیا انکشاف نارمل است، تأخیر کلی و یا تأخیر در یک ساحة مشخص، سن انکشافی و ضریب انکشاف.	معاینات انکشافی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل چهارم

تفاوت های بارز بین معاینات فزیکی کاھلان و اطفال

تفاوت های عام

1. تاریخچه اطفال اکثراً غیر دقیق بوده زیرا آنها نمی توانند مشکل خویش را تشریح نمایند. صحبت

تاریخچه مربوط به ذکاوت، دانش و قابلیت افاده والدین یا مراقبت کننده می باشد.

2. تاریخچه رژیم غذایی و تطبیق واکسین ها نزد اطفال ارزش خاص دارند. باید حوادث حول ولادت، و

تاریخچه نمو و انکشاف مخصوصاً نزد شیر خواران ثبت گردد.

3. به صورت عموم اطفال در جریان معاینات همکاری نمی نمایند. لذا در آنها مشاهده بسیار کمک کننده

بوده و باید برایش بیشترین ارزش قابل شد.

4. در معاینات فزیکی ما مکلف به تعقیب نمودن کدام ترتیب مشخص نبوده بلکه از هر جاییکه خواسته

باشیم شروع نموده میتوانیم اما مانوره های ناخوشایند هر چه به تعویق اندخته شود بهتر است. باید

متوجه بود که با اطفال به مثابه اطفال برخورد نمایید نه به مثابه مریض!

5. نمو و انکشاف، مشخصات اصلی دوره طفولیت می باشند، بنابرین متخصص اطفال با اشخاص سر و کار

دارد که وزن شان از 1kg تا به 40 کیلو گرام متغیر بوده و در مراحل مختلف پختگی وظیفوی قرار

دارند. سایز های مختلف اسباب معاینه به اساس سن طفل لازم است استفاده گردد مثلاً اندازه

ستانسکوب، specula گوش، کف آله فشار، انگشت کوچک برای معاینه مقعدی و غیره.

معاینات فزیکی عمومی

1. انتروپومتری یا اندازه نمودن اعضای بدن در اطفال ارزش به سزا دارد.

2. ارزیابی انکشاف، معاینه ویژه اطفال است.

3. تشوش اندازه و شکل راس بخاطر باز بودن درز های آن منحصر به اطفال است.

4. صورت (چهره) های ویژه و تشخیصی کاملاً منحصر به اطفال است (dysmorphism).
5. حالات فقدانی در بین اطفال بیشتر معمول است. بعضی حالات فقدانی در مقایسه با کاهلان نزد اطفال بیشتر بوجود آمده و سبب تظاهرات مختلف در بین آنها می‌گردد مثلاً osteomalacia و rickets.
6. عالیم تخریش سحایا در سه ماه اول حیات و نزد مصابین سوء تغذی شدید ممکن جزئی یا معدوم باشند.
7. هایپرپلازیای لمفاوی در جریان دوره قیل از مکتب بر جسته یا محسوس است.
8. Koilonychia در بین اطفال نادر است.
9. عالیم حیاتی : معیار عالیم حیاتی نظر به سن اطفال متفاوت میباشد (جدول 4.1).

جدول 4.1 عالیم حیاتی در اطفال				
فشار خون (mmHg)	اندازه تنفس (در دقیقه)	اندازه نبض (در دقیقه)	درجة حرارة (°C)	عمر
**60/40	*40	*140	37-36	نوزاد
70/50	30	120	37.5-36.5	1 ساله
90/50	20	100	37 ± 0.2	5 ساله
100/70	18	90	37 ± 0.2	10 ساله
100/80	18	80	37 ± 0.2	بعد از 10 سال

* دو چند کاهلان ، ** نصف کاهلان

معاینات سیستمیک

سیستم قلبی و عایی

1. نبض در شیر خواران سریع بوده و از سبب کاهش تون vagal به مشکل جس می‌گردد. Sinus arrhythmia معمول است.
2. ارزیابی فشار ورید و داجی در اطفال از سبب کوتاه بودن عنق و چاقی گردن مشکل است.

3. اضعاء قلب در اطفال قبل از اینکه در نتیجه جس و یا قرع گریه نماید بهتر است اولتر صورت گیرد.
4. برجستگی ناحیه پریکاردیوم شاید نشاندهنده ضخامه طویل المدت قلب از سبب اضلاع نرم قفس صدری باشد.
5. ذروه قلب در مسافه 4 بین الصالعی یا خفیفاً به طرف بیرون خط متوسط ترقی قرار دارد.
6. مضاعف شدن آواز دوم قلب معمول است. P2 به تناسب A2 در اطفال تا به سن شش ماهگی بلند تر می باشد. آواز های قلبی از سبب نازک بودن دیوار صدری بهتر شنیده می شود.
7. شنیدن مرمر های سیستولیک وظیفوی و venous hum در اطفال معمول است.
8. در اطفال نوزاد ضخامه بطین راست اما در کاهلان تبارز بطین چپ بوجود می آید.
9. فشار خون اطفال پایین بوده و اندازه مناسب کف آله فشار (جهت پوشاندن 2/3 علوی بازو) برای ثبت آن ضروری میباشد. میتود فلش یا سیستم داپلر ممکن برای ثبت فشار خون نوزادان استفاده گردد.
10. تظاهراتِ اکثریت نقیصه های ولادی قلب در اثنای طفویلیت مقدم ظاهر گردیده در حالیکه بروز امراض روماتیزمی قلب در سن کمتر از 3 سالگی نادر است.

سیستم تنفسی

1. تنفس در اطفال سریع و از نوع بطنی- صدری است. ریتم نورمال شهیق- ذفیر- وقفه میباشد. در سینه بغل بصورت معکوس به نالش ذفیری- شهیق- وقفه تغییر می نماید. فرورفتگی مسافتین بین الصالعی و فوق القصی از سبب اضلاع نرم معمول است.
2. طرق هوایی باریک، زمینه را برای وقوع مکرر سترایدور، Rhonchi و اتلکتازس مساعد می سازد.
3. قرع در بالای قسمت قبضه مانند سترنوم از سبب بزرگی تایمیس ممکن ناقص باشد. صدر در اطفال به تناسب کاهلان وضاحت بیشتر دارد.
4. وصف آواز های نارمل تنفسی در اطفال Hollow و puerile یا ویزیکولر خشن است. آواز های اضافی تنفسی بخارط کوچک بودن صدر، از یک طرف صدر به طرف دیگر آن نیز قابل انتقال است.

سیستم هضمی

1. بطن در اطفال نرم و برآمده (pot-belly) است.
2. بهترین وقت جس بطن در اطفال، زمان شیر دادن است
3. کبد نارمل دارای قوام نرم بوده و در تمام دوره طفویلت تا به 2 سانتیمتر قابل جس میباشد در حالیکه زروه طحال به صورت نارمل در سه ماه اول حیات ممکن اندکی جس گردد.

سیستم عصبی مرکزی

1. همکاری اطفال چهت معاینات مناسب سیستم عصبی مرکزی تا حد زیاد دشوار است. ممکن روش های متعدد برای ارزیابی کامل سیستم عصبی مرکزی به کار گرفته شوند. اما ارزیابی حواس میریض بسیار مشکل است.
2. چندین عکسه اتوماتیک ابتدایی (neck tonic reflex, palmar grasp, Moro reflex) در زمان تولد موجود بوده و تا به سن 5-6 ماهگی ناپدید می گردند. دوام آنها نشاندهنده آسیب دماغی می باشد.
3. آزمایش های انکشافی جزء ارزیابی سیستم عصبی مرکزی اطفال است. تاخیر لبخند اجتماعی، دوام ریفلکس های اتوماتیک، وضعیت مقویت گردن، گره کردن مشت، افزایش مقویت عضلی، تعقیب نتوانستن توب سرخ روشن و تاخیر در اجرای مهارت های حرکی، علایم مفید برای تشخیص مقدم فلج دماغی اند.
4. تکان های عمیق و تری بصورت نارمل در اثنای شیرخوارگی شدید می باشند. زمانی که تکان زانو یا Knee jerks در یک طرف ازمایش گردد، ممکن عکس العمل نزدیک کننده مقابله در اطفال نارمل مشاهده گردد.
5. کف پاها ممکن تا به دو سالگی در هر دو طرف منبسط باشند. موجودیت واکنش یک طرفه بسط کف پا در این سن بیشتر ارزش دارد.
6. معاینه قعر عین در اطفال بصورت نارمل نشان دهنده دسک خاثف می باشد. اذیمای حلیمه صرف بعد از سن 3 سالگی زمانی که درز ها بسته شده باشند ظاهر می گردد.
7. احتمال موجودیت اعراض عصبی از سبب امراض خارج سیستم عصبی مرکزی در اطفال نسبت به کاهلان به مراتب بیشتر است.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل پنجم

اندازه گیری و سنجش بدن انسان برای ارزیابی حالت تغذی

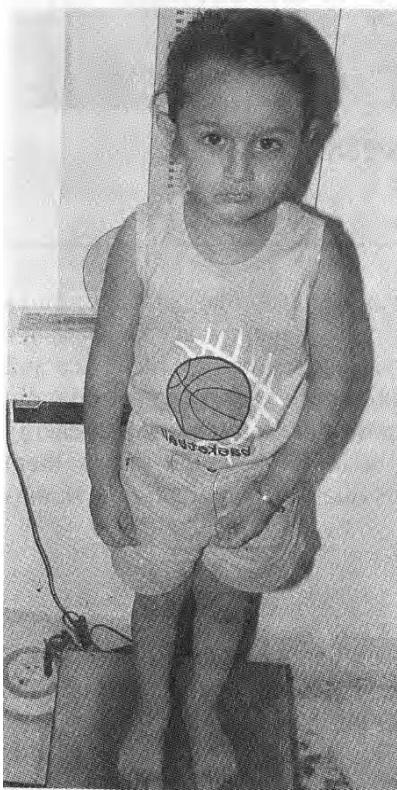
نmo و انکشاف یکی از مشخصات بسیار برجسته اطفال بوده که آنها را از کاهلان متمایز می سازند. خصوصیات اanatomیک و پختگی وظیفوی اعضا در سنین مختلف شیوع و تظاهرات امراض اطفال را تغییر داده و تشوشات دوره طفولیت میتواند تاثیرات عمیق و معکوس بالای نmo و انکشاف اطفال داشته باشد. سوء تغذی ابرزی- پروتین، اساس پرایلم صحی در اطفال بوده که آنها را برای گسترش امراض انتانی مختلف مساعد ساخته و زمینه سیکل معیوبیه امراض و ناتوانی را مساعد میسازد.



وزن

اندازه گیری وزن معیار بسیار موثق ارزیابی صحبت و حالت تغذی اطفال است. وزن زمان تولد مربوط به صحت، تغذی و بهزیستی مادر در جریان حاملگی است. رشد فزیکی بعد از تولد، وابسته به اثر متقابل استعداد جنیتیک و تاثیرات محیطی، مخصوصاً اخذ

رژیم غذایی و وقوع یا عدم موجودیت امراض انتانی می باشد. وزن عبارت از اندازه نمودن تمام کتله بدن بوده و با تغییر مایعات، شحم، کتله عضلی، اسکلیت و اعضای بدن حساس بوده و تغییر می نماید. وزن بواسطه ترازو شاهین دار ثبت گردد (ترازو که قدرت نشاندادن $20\text{g} \pm$ را داشته باشد) ترازو باید مکرراً با اوزان ستندرد چک گردد. ترازوی برقی برای شیر خواران با دقت ($\pm 5\text{g}$) و در اطفال ($\pm 10\text{g}$) در دسترس بوده که به خاطر دقت و مناسب بودن آن ترجیح داده می شود. (تصویر 5.1 و 5.2) ترازوی نوع حمام برای وزن کردن اطفال ناموثق بوده لاکن ترازوی دیجیتال برقی با قدرت تفکیک 100 گرام رضایت بخش است (تصویر 5.3). در حالات سیار ماشین فنردار که برای وزن نمودن نمک استفاده می گردد کافی است چون انتقال آن آسان می باشد.



تصویر ۵.۲ طفل بواسطه ترازو الکترونیکی وزن گردید است (محدوده ۱۰-۶۰ کلوگرام) با قدرت تنفسک ۱۰g ±. صفر نمودن بواسطه فشار دادن دکمه وزن خالص بدست می‌آید.

(تصویر ۵.۴) این ماشین از یک چنگک آویزان گردیده یا به واسطه یک ملازم محکم گرفته شده و طفل در آن قرار داده شده و تسمه مربوط آن در چنگک پایینی انداخته شود. ثبت نمودن هر دوره وزن در جارت نمو چهت نظارت رشد اطفال زیر پنج سال ضروری است.

(5.5 تصویر)

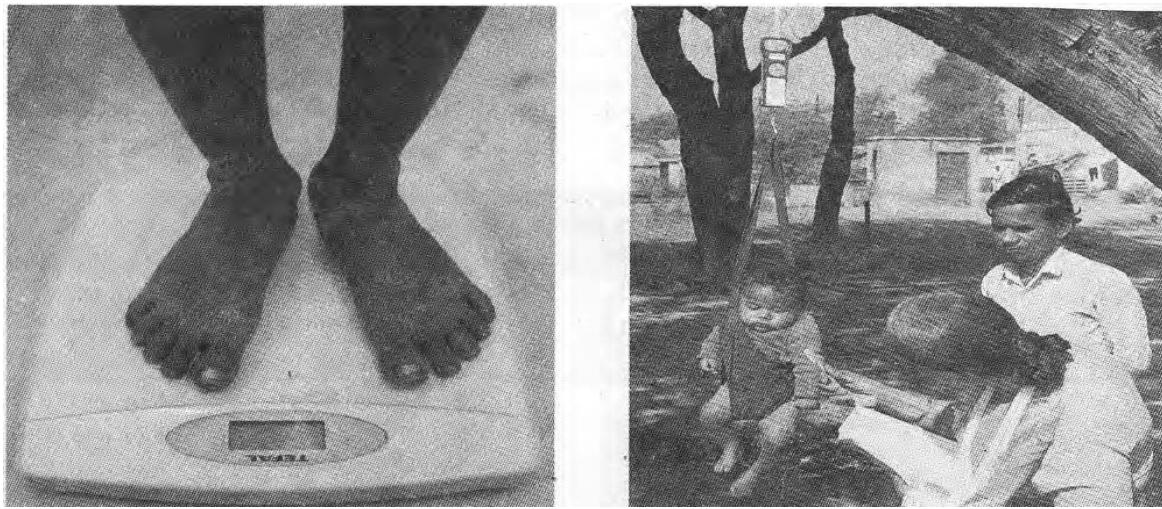
سازمان صحي جهان استفاده از ارقام رiferنس مرکز ملي احصائي National Center for Health Statistics صحی (NCHS 2000) را در سراسر جهان به منظور استفاده يكسان پيشنهاد می نماید. هرچند، رiferنس واحد سنترال بين المللی قبول نموده که تمام اطفال قدرت جنیتیک یکنواخت برای نمو داشته در حالیکه این حقیقت ندارد. بنابرین، بسیار منطقی خواهد بود که چارت های نمو رiferنس از اطفال صحتمند جامعه که وابسته به گروپ های اجتماعی- اقتصادي بلند تر بدون کدام محدودیت انکشافی، محیطی یا غذایی باشد تهییه گردد. ثبت وزن به تنها یکی معلومات مفید راجع

به سرعت نمو ارائه نمی تواند. بچه ها معمولاً به تناسب دختران تا به سن 10 سالگی بیشتر وزن می گیرند. در جریان 12 الی 13 سالگی، دختران به تناسب بچه ها از سبب بلوغ مقدم افزایش ناگهانی نمو می داشته باشند. به اساس وزن واقعی طفل، وزن سنی را می توان به واسطه مشوره چارت ستندرد نمو بیان نمود.

سريع نمو:

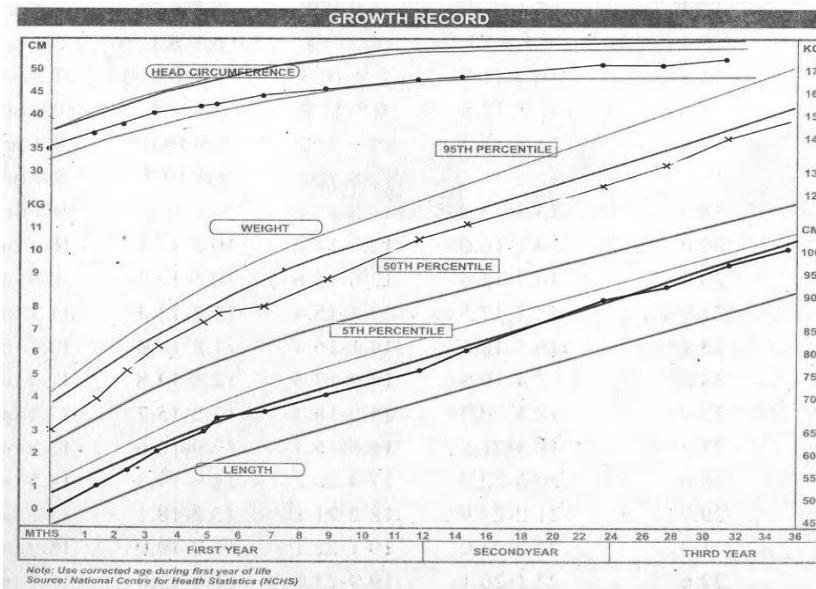
Weight Velocity	
A.	0 - 4 months 1.0 kg/month (30 g/day)
	5 - 8 months 0.75 kg/month (20 g/day)
	9 - 12 months 0.50 kg/month (10 g/day)
	1 - 2 years 3.0 kg/yr
	3 - 12 years 2.0 kg/yr
	12 - 18 years 5.0-6.0 kg/yr (0.5 kg/month)
B.	Weight at 4-5 months 2 x birth weight
	Weight at 1 year 3 x birth weight
	Weight at 2 years 4 x birth weight
	Weight at 7 years 7 x birth weight

$$\text{وزن به کیلوگرام} = 2 \times (3 + \text{عمر به سال})$$



تصویر ۵.۳ وزن نمودن نوزادان و شیر خواران بواسطه ترازو دیجیتال الکترونیکی قابل نمایش نوع حمامی با قدرت تدقیک $\pm 100\text{g}$

تصویر ۵.۴ وزن نمودن نوزادان و شیر خواران بواسطه ترازو فنر دار با قید
تسمه توسط کارکنان صحی اجتماعی.



تصویر ۵.۵ راه رسیدن بسوی کارت صحي برای نظارت نمو اطفال زیر پنج سال، کارت صحي برای اینگه نشاندهنده ساده و اکسین های تطبیق شده، تنفسی و مراحل انکشافی مهم در گذشته است. لذا باید برای مادر ارزش نظارت نمو توضیح گردیده و مسولیت تنهایی سالم کوت تراپیس و اگزار گردد. بیت پریودیک وزن معلومات ارزشمند را در مورد سرعت نمود طفل ارائه می نمایند. مسیر حرکت یا انحراف منحنی وزن به تناسب موقعیت آن در چارت بسیار مهم است. منحنی رضایت بخش نمو بطريق بالا حرکت نموده و موّری به خطوط ضخجم قرار می گیرد. اگر منحنی نمو هموار با یعنی بوده و یا بطريق پایین منحرف گردد، طفل نیاز به توجه عاجل جهت دریافت اسباب و برگشت روند دارد. در اثنای شیر خوارگی مقدم افزایش وزن مربوط به سن حملی، وزن زمان تولد، صحت و سلامتی مادر و تكافو مناسب شیر سینه مادر میباشد. در سن ۱-۲ سالگی اکثر اطفال ممکن منحنی نمو بینوی خود را دریافت نموده و سرعت نمو خوبیش را موّری با منحنی نمو جنیتیکی مناسب خوبیش حفظ نماید. چارت نمو به شکل اسباب با اینزار مفید برای ترویج نمودن تنفسی، تعلیم و عکس العمل متقابل بین کرمند صحي و مادر است.

Table 5.1. Grading of Malnutrition as suggested by Indian Academy of Pediatrics (weight in kg)

Age	50 th Percentile of NCHS* data	Grade I (71-80 %)	Grade II (61-70 %)	Grade III (51-60 %)	Grade IV (50 % or less)
Birth	3.4	2.4-2.7	2.1-2.3	1.7-2.0	1.6 or less
3 months	5.7	4.0-4.5	3.5-3.9	2.9-3.4	2.8 or less
6 months	7.6	5.4-6.1	4.6-5.5	3.9-4.5	3.8 or less
9 months	9.1	6.5-7.3	5.5-6.4	4.6-5.4	4.5 or less
12 months	10.1	7.2-8.1	6.2-7.1	5.1-6.1	5.0 or less
15 months	10.7	7.6-8.6	6.5-7.5	5.4-6.4	5.3 or less
1½ years	11.4	8.1-9.1	6.9-8.0	5.8-6.8	5.7 or less
2 years	13.4	9.5-10.7	8.2-9.4	6.8-8.1	6.7 or less
2½ years	14.6	10.4-11.7	8.9-10.3	7.4-8.8	7.3 or less
3 years	15.6	11.1-12.5	9.5-11.0	7.9-9.4	7.8 or less
3½ years	16.6	11.8-13.3	10.1-11.7	8.5-10.0	8.4 or less
4 years	17.7	12.6-14.2	10.8-12.5	9.0-10.7	8.9 or less
4 ½ years	18.8	13.3-15.0	11.5-13.2	9.6-11.4	9.5 or less
5 years	20.0	14.2-16.0	12.2-14.2	10.2-12.1	10.1 or less
5 ½ years	20.7	14.7-16.6	12.6-14.6	10.5-12.5	10.4 or less
6 years	21.9	15.5-17.5	13.3-15.4	11.2-13.3	11.1 or less
6 ½ years	23.2	16.5-18.5	14.1-16.4	11.8-14.0	11.7 or less
7 years	24.5	17.4-19.6	14.9-17.3	12.5-14.8	12.4 or less
7 ½ years	25.9	18.4-20.7	15.8-18.3	13.2-15.7	13.1 or less
8 years	27.3	19.4-21.8	16.6-19.3	13.9-16.6	13.8 or less
8 ½ years	28.6	20.3-22.9	17.4-20.2	14.6-17.3	14.5 or less
9 years	29.9	21.2-23.9	18.2-21.1	15.2-18.1	15.1 or less
9 ½ years	31.3	22.2-25.0	19.1-22.1	16.0-19.0	15.9 or less
10 years	32.6	23.1-26.1	19.9-23.0	16.6-19.8	16.5 or less
10 ½ years	33.9	24.1-27.1	20.7-24.0	17.3-20.6	17.2 or less
11 years	35.2	25.0-28.4	21.5-24.9	17.9-21.4	17.8 or less
11 ½ years	35.2	25.0-28.4	21.5-24.9	17.9-21.4	17.8 or less
12 years	38.3	27.2-30.6	23.4-27.1	19.5-23.2	19.4 or less
13 years	42.2	30.0-33.8	25.7-29.9	21.5-25.6	21.4 or less
14 years	48.4	34.6-39.0	29.8-34.5	24.9-29.7	24.8 or less

* مرکز ملی احصایی صحي، USA

Table 5.2 Gomez classification of malnutrition	
Weight-for-age*	Grade of malnutrition
> 80%	Normal
71-80%	Grade I
61-70%	Grade II
51-60%	Grade III
< 50%	Grade IV

*50th percentile of NCHS data

وزن به اساس سن یک رهنمای موثق حالت تغذی اطفال

است. شدت سوء تغذی را میتوان به اساس تصنیف بندی که توسط اکادمی اطفال هند پیشنهاد گردیده است ارزیابی نمود (تصویر 5.1). تصنیف بندی سوء تغذی Gomez که به اساس وزن بر عمر صورت گرفته است در جدول 5.2 نشان داده شده است.

طول قد یا ارتفاع

تا سن دو سالگی طول حالت خوابیده به کمک اندازه می گردد در حالیکه نزد اطفال بزرگتر ارتفاع یا بلندی به حالت ایستاده ثبت می گردد. ثبت دقیق قد مشکل بوده و اکثراً غیر دقیق می باشد، هر چند این یک معیار بهتر نمود فزیکی است. شیر خوار به



تصویر 5.6 میتوان ثبت طول قد در infantometer . طول خفیفا به تناسب بلندی دراز تر است.

استجاء ظهری در infantometer قرار داده می شود. از نرس یا مادر خواهش گردد تا راس طفل را به طور راحت با قسمت ثابت عمودی تماس دهد.

پاها به واسطه فشار بالای زانو کاملاً منبسط گردد، و قدم ها به طور عمودی به زاویه 90° نگهداشته شوند، قسمت متحرک پایینی infantometer به آهستگی در مقابل کری پاها قرار داده شده و طول قد از روی خط کش خوانده شود. عملاً بسط هر دو پا مشکل است در حالیکه بسط یک پا برای ثبت طول قد مناسب و قناعت بخش می باشد (تصویر 5.6).



تصویر 5.7 میتوان ثبت ارتفاع در برابر جارت که به روی دیوار نقش گردیده است. جویت تفصیلات به متن مراجعه گردد



تصویر 5.8 میتواند نسبت ارتفاع با stadiometer وضیعت طفّل باید عمودی و تناظر کامل چشمها و گوشها موجود باشد.

در اطفال بزرگتر که می توانند بایستند، ارتفاع را میتوان به واسطه میله یا چوب مربوط به ماشین شاهین یا بواسطه stadiometer یا بطور ساده طفل را در برابر دیوار که خط کش اندازه گیری روی آن نقش شده باشد ایستاده و اندازه نماییم. طفل باید با پاهای برهنه روی سطح هموار در مقابل دیوار بایستد، طوریکه کف پاه، سرین، شانه ها و ناحیه قفوی راس به صورت موازی به تماس دیوار باشند و راس باید به شکل عمودی، چشم ها در ردیف افقی و گوش ها بطریور عمودی بدون کدام کجی

HEIGHT VELOCITY	
A.	At birth
	Gain during 1 st year
	Gain during 2 nd year
	Gain during 3 rd year
	Gain during 3-12 years*
	Adolescence
	20 inches (50 cm)
	10 inches (25 cm)
	5 inches (12.5 cm)
	3-4 inches (7.5-10 cm)
	2-3 inches / year (5.0-7.5 cm)
	8 cm / year for girls
	10 cm / year for boys

*During a period of observation of at least 6 months, if the growth velocity is less than 4 cm per year after the age of 4 years, it is suggestive of growth failure or poor linear growth.

نگهداشته شوند. با کمک اسپاتول چوبی یا خط کش پلاستیکی، بالاترین نقطه فرق سر بالای دیوار دریافت گردد (تصویر 5.7). مناسب است تا از ترازوی برقی که stadiometer ضمیمه آن است استفاده نماییم (تصویر 5.8) نمو طولی (قامت یا ارتفاع) بعد از جوش خوردن Epiphyses در زمان بلوغ توقف می نماید. محرومیت غذایی برای مدت طولانی (معمولًاً بیشتر از شش ماه) اندازه نمoe طولی طفل را متأثر نموده در حالیکه فاقعی حاد باعث ضیاع وزن به سبب از دست دادن انساج تحت الجلدی و کتله عضلی می گردد. در مقایسه با قد واقعی طفل، ارتفاع سنی باید با در نظر داشت چارت ستندرد قد بیان گردد.

در اثنای بلوغ، 20% قد بدن و 50% کتله عظمی بزرگسالی بوجود می آید. افزایش ناگهانی وزن دوره بلوغ برای 3.0-2.5 سال ادامه داشته و اکثراً در اثنای مراحل پختگی جنسی 5-2 موجود می باشد. در دختران، افزایش ناگهانی وزن دوره بلوغ بعد از شروع تھیض تنقیص نموده یا متوقف می گردد حال آنکه در بچه ها این حالت تا به سن 18 سالگی ادامه دارد. نمو نوجوانی در تمام اعضای بدن به استثنای عرض ران ها نزد پسران در مقایسه به دختران بیشتر است.

ب. قد متوقع تا به 12 سالگی

$$\text{طول} \text{ يا } \text{قد} \text{ (انچ)} = \text{عمر} \text{ به سال} \times 30 + 2.5$$

$$\text{طول} \text{ يا ارتفاع (سانتیمتر)} = \text{عمر} \text{ به سال} \times 77 + 6$$

ج. قد تخمینی کاهلان

۱. محاسبه اوسط قد والدین جهت ارزیابی استعداد جنیتک نمو طولی اطفال مفید است. با استفاده از فورمول های ذیل میتوان قد آنها را تخمین نمود:

$$\text{پسران} = (\text{قد مادر} \text{ به cm} + \text{cm}) / 2 \text{ يا به عبارت دیگر اوسط قد والدین} + 6.5 \text{cm}$$

$$\text{دختران} = (\text{قد پدر} \text{ به cm} + \text{cm}) / 2 \text{ يا به عبارت دیگر اوسط قد والدین} - 6.5 \text{cm}$$

قد تقریبی کاهلان به وسیله این میتوان در حدود $8 \text{cm} \pm 2 \text{ SD}$ باشد.

Tanner's 2 فرمول

$$\text{قد کاهل} = \text{قد در دو سالگی} \times 2$$

$$\text{قد کاهل} = \text{قد در سه سالگی} \times 1.37$$

.3. فرمول weech's

قد کاهل به inches

$$\text{پسران} = 14.84 + p 0.544 + H3 0.545$$

$$\text{دختران} = 10.09 + P 0.544 + H3 0.545$$

در فورمول فوق H3 قد طفل در 3 سالگی و P نشاندهنده اوسط قد والدین است.

میحاط راس

در جریان حیات جنینی، 70% نموه دماغ تکمیل می گردد. 15% نمو دماغ در جریان شیرخوارگی بوجود آمده و 10% باقیمانده آن در سال های قبل از مکتب تکمیل می گردد. در اطفال مصاب مرسموس دیده میشود که راس شان به تناسب اندازه بدن آنها بزرگتر است زیرا نموی دماغ در اثر سوء تغذی بصورت جزئی متاثر می گردد. در جریان سوء تغذی باشدت های مختلف، وزن (شحم تحت الجلدی و عضلات)، قد و نموه دماغ به ترتیب متاثر می گردند. میحاط راس باید با فیته occipito-frontal fibre-glass در قسمت گردد. فیته اندازه گیری باید از قسمت متبارز عظم قفوی و ناحیه فوق اوربیتال جبهی دور داده شود (تصویر 5.9). جدول 5.3 نشان دهنده اندازه های نارمل محیط راس در اطفال زیر پنج سال است.

سرعت نمو محیط راس

تا به سه ماهگی	2cm در هر ماه
سه ماه الی یک سال	2cm در هر سه ماه (1/3 سرعت ابتدایی)
3-1 سال	1cm در هر شش ماه (1/12 سرعت ابتدایی)
3-5 سال	1cm در هر سال (1/24 سرعت ابتدایی)

در جریان سال اول محیط راس 12 سانتی متر بیشتر می گردد، در حالیکه در بین سن 5-1 سالگی، صرف 5 سانتی متر افزایش و در سن 5-6 سالگی به اندازه راس کاھل می رسد.

جدول 5.3 محیط راس (سانتیمتر) در اطفال زیر پنج سال (10-90 پرستایل)

Birth	32.0-35.5
1 month	34.0-37.5
2 months	36.0-39.5
3 months	38.0-41.5
6 months	40.0-43.5
9 months	42.0-45.0
1 year	43.5-46.5
1½ years	44.5-48.0
2 years	45.5-49.0
2½ years	46.5-50.0
3 years	46.8-50.3
3½ years	47.1-50.6
4 years	47.5-50.9
4½ years	47.8-51.2
5 years	48.1-51.5

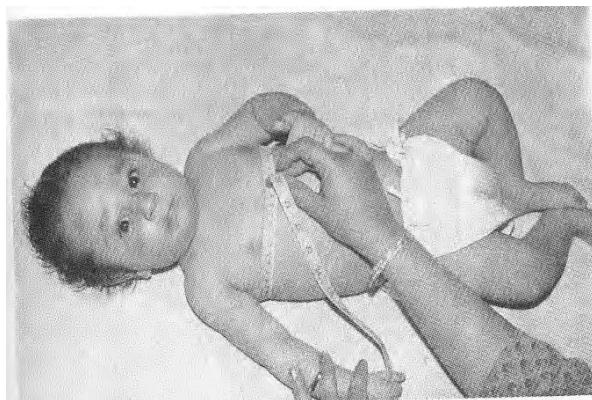


تناسب محیط راس با صدر

در هنگام تولد محیط راس نسبت به محیط صدر تا
به 3cm بزرگتر می باشد. نزد اطفال قبل از وقت،
اطفال کوچک برای زمان تولد و اطفال که
هايدروسفالوس دارند، محیط راس در زمان تولد در
مقایسه با صدر بیشتر از 3cm بزرگ می باشد. در

حوالی سنین 9 ماهگی تا یک سالگی محیط صدر
مساوی به محیط راس گردیده اما بعد ها صدر به

تناسب دماغ بسیار سریعتر نمو می نماید. در اطفال قبل المعياد اندازه محیط صدر به تناسب محیط راس ممکن در سن 6-9 ماهگی بیشتر گردد. در اطفال سوء تعذی، اندازه صدر ممکن بصورت واضح نسبت به محیط راس کوچک تر باشد، زیرا نمود دماغ بواسطه سوء تعذی کمتر متاثر می گردد. بنابرین تأخیر قابل ملاحظه در سرعت



تصویر ۵.۱۰ سنجش محیط صدر در سطح نوک پستان ها.

نحو محیط صدر به تناسب محیط راس ممکن ملاحظه گردد. محیط صدر در حذای نوک پستان اندازه می گردد (تصویر ۵.۱۰).

معیار های مستقل سنی در سوء تغذی در کشور های رو به انکشاف، تاریخ تولد و سن دقیق بعدی طفل اکثراً نامعلوم بوده لذا معیارات

فوق زیاد مفید نمی باشند. سن تخمینی را میتوان با استفاده از سالنامه محلی مانند

حوادث، فصل های مختلف، عید ها و جشن ها دریافت نمود. در صورت که مادر کاملاً در مورد سن طفل خوبیش بی خبر باشد، معیارات مستقل سنی ذیل را میتوان برای ارزیابی حالت تغذی طفل مورد استفاده قرار داد.

محیط قسمت متوسط علوی بازو

در جریان سال های ۱-۵، محیط قسمت متوسط علوی بازو (MUAC) بصورت قابل قبول در بین اطفال صحتمند ۱۵-۱۷cm باقی می ماند. زیرا شحم شیرخوارگی مقدم بصورت تدریجی به واسطه عضلات تعویض می گردد. محیط قسمت متوسط علوی بازو را می توان به واسطه steel tape fibre-glass یا در نقطه وسطی بین olecranon و acromian اندازه نمود (تصویر ۵.۱۱ A و B). فیته خیاطی دقیق نبوده و نباید آنرا استعمال نمود. اگر محیط قسمت علوی بازو کمتر از 12.5cm باشد، نشاندهنده سوء تغذی شدید بوده در حالیکه بین 12.5cm الی 13.5cm نشان دهنده سوء تغذی متوسط است.

را می توان برای ارزیابی سریع محیط بازو استفاده نمود. یک حلقه fibre-glass را که قطر داخلی آن ۴ سانتی متر باشد را بطرف بالا حرکت دهید. اگر این حلقه از قسمت آرنج بطرف بالا عبور نمود، نشاندهنده این است که بازوی فوقانی کمتر از 12.5cm بوده و طفل مصاب سوء تغذی شدید می باشد.

Shakir Tape این فیته fibre-glass توسط رنگ های سرخ (کمتر از 12.5cm)، رنگ زرد (12.5cm-) و رنگ آبی (>13.5cm) دیزاین گردیده است. بنابرین کارکنان صحی با سادگی می توانند حالت تغذی را بدون این که اندازه های نارمل محیط وسط بازو را بخاطر داشته باشد ارزیابی نمایند.

QUAC STICK

فاقدگی حاد محیط وسط بازو را شدیداً متأثر نموده در حالیکه قد متأثر نمی گردد. طفل به صورت قد بلند، باریک و لاغر ظاهر می گردد. QUAC STICK یک میله متر است که با دو مجموعه اعداد علامت گذاری شده است. در برابر اندازه های مختلف قد متوجه طفل اندازه های محیط وسط بازو وی نوشته شده است. اطفال سوء تغذی ممکن به تناسب قد پیش بینی شده از محیط وسط بازو، بلند تر باشند (جدول 5.4).

ضخامت شحم تحت الجلدی

ضخامت شحم تحت الجلدی توسط پرکار Herpenden's که برای اندازه گیری ضخامت یا قطر اجسام استفاده می گردد در بالای نواحی عضله Triceps یا تحت عظم کتف اندازه میشود. ضخامت شحم در اطفال صحتمند بین 1-6 سال به اندازه 6mm کمتر از 10mm یا بیشتر است. اگر ضخامت مذکور کمتر از 6mm باشد نشاندهنده درجه متوسط تا شدید سوء تغذی است.

تناسب بد ن

اکثراً پیچیده و مغلق بوده و غیر موقق میباشد.

شاخص وزن بر قد : singh's و Rao

وزن به کیلوگرام / $(\text{قد به سانتیمتر})^2 \times 100$ (شاخص نارمل > 0.15)

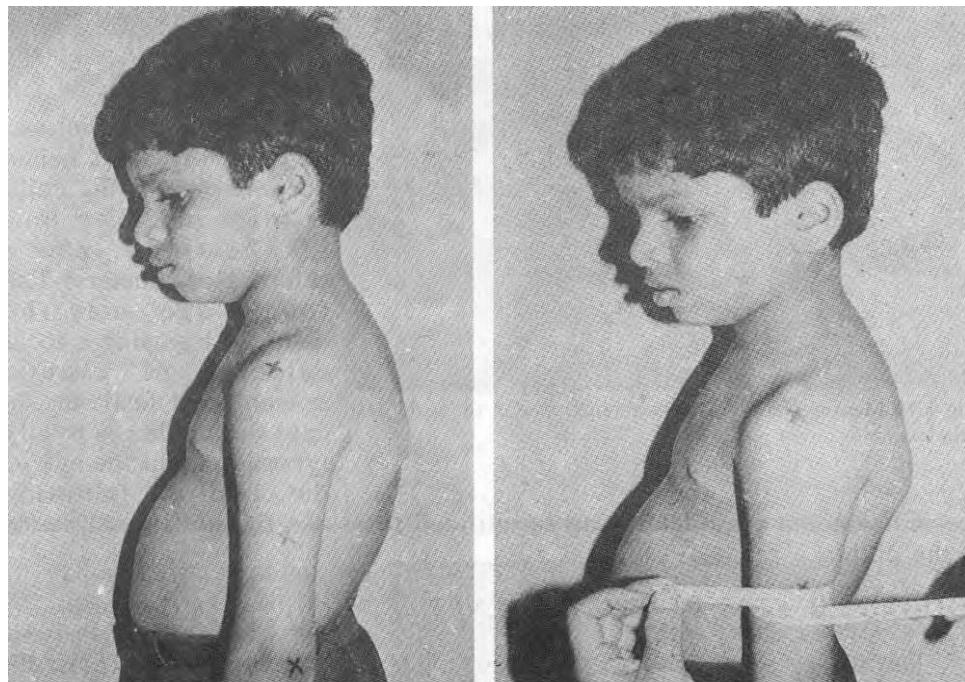
شاخص های Mc laren و kanwati (در جریان 3 ماهگی تا 4 سالگی)

محیط وسط بازو / محیط راس (نسبت نارمل آن > 0.31)

وزن بر قد

وزن بر قد نشاندهنده فیصدی اوسط وزن ریفرنس متوجه به اساس قد مریض بوده و قرار ذیل محاسبه می گردد.

وزن مریض به کیلوگرام / اوسط وزن ریفرنس در برابر قد واقعی مریض $\times 100$



تصویر 5.11 میتوان اندازه گیری محیط وسط علوی بازو. (الف) نقطه وسطی بین olecranon و مشخص گردیده است.
(ب) محیط با کمک فیتہ fibre-glass اندازه گردیده است. این نوع اندازه گیری باید صرف در اطفال ۱-۵ سال استفاده گردد.

جدول 5.4 محیط بازو در برابر قد یا ارتفاعات مختلف

محیط وسط علوی بازو(سانتیمتر)	قد (سانتیمتر)
16.50	133.00
16.00	129.00
15.50	125.00
15.00	121.00
14.75	118.00
14.50	116.00
14.25	113.50
14.00	110.00
13.75	106.50
13.50	103.50
13.25	97.50
13.00	90.00
12.75	80.00
12.50	70.00

حالات غذایی را به اساس وزن بر قد قرار ذیل میتوان ارائه نمود:

حالات غذایی	*وزن بر قد
نارمل	> 90%
سرحد سوء تغذی	85 - 90%
سوء تغذی متوسط	75 - 80%
سوء تغذی شدید	< 75%

*ارقام ریفرنس استندرد از NCHS

تصنیف بندی وزن بر قد و قد بر عمر

زمانی که سوء تغذی مزمن گردد، طفل از رشد می ماند، هر دو وزن بر عمر و قد بر عمر شان کم بوده لاکن وزن بر قد شان اکثراً نارمل می باشد. در سوء تغذی حاد، هرچند تناسب قد بر عمر نارمل بوده لاکن کتله عضلی طفل ذوب شده و نظر به سن و قد شان کمتر می باشد. Waterlow تصنیف بندی بهتر سوء تغذی و stunting را ذیلاً پیشنهاد می نماید (جدول 5.5).

جدول 5.5 تصنیف بندی حالات تغذی Waterlow بر اساس قد بر عمر و وزن بر قد

حالات غذایی	*مقدار*	معاييرات
نارمل	>80%	وزن بر قد
	> 90%	قد بر عمر
از رشد مانده	> 80%	وزن بر قد
	< 90%	قد بر عمر
ذوب شده	<80%	وزن بر قد
	>90%	قد بر عمر
ذوب شده و از رشد مانده	<80%	وزن بر قد
	<90%	قد بر عمر

*ارقام ریفرنس استندرد از NCHS

نحو متناسب تنہ و اطراف



تصویر 5.12 میتوود ارزیابی سگمنت علوی در یک شیر خوار به کمک infantometer .

نقطه وسطی بدن اطفال نوزاد سُرّه بوده در حالیکه نزد کاهلان نقطه وسطی از سبب نمو بیشتر اطراف نسبت به تنہ به ارتفاق عانه تغییر موقعیت می نماید. نسبت سگمنت علوی (از راس تا به کنار علوی ارتافق عانه) بر سگمنت سفلی (طول اطراف یعنی از ارتافق عانه تا به کری پا) که در زمان تولد ۱.۸ است به ۱.۰ تنزیل می نماید. کاهش تدریجی این تناسب (از سبب نمو سریع اطراف یا epiphyseal نزدیک به $0.07 - 0.10$ در هر سال صورت گرفته تا اینکه به تناسب ۱:۱ در سن ۱۰ - ۱۲ سالگی می رسد. در بین کاهلان صحتمند تناسب معمولی تنہ بر اطراف ۱.۰ تا به ۱.۱ است.

در نزد شیر خواران، سگمنت علوی را می توان با استفاده از Infantometer طوریکه در تصویر ۵.۱۲ نشان داده شده است اندازه نمود. سگمنت سفلی را میتوان با منفی نمودن سگمنت علوی از طول مجموعی بدست آورد تناسب سگمنت علوی بر سفلی طفولیت (تنہ غیر معمولی بزرگ یا اطراف غیر معمول کوچک) در dwarfism ، cretinism ، achondroplasia (تصویر ۵.۱۳) ، با اطراف کوتاه، زود رسی جنسی و پا های کمان مانند ملاحظه گردیده در حالیکه تناسب سگمنت علوی بر سفلی بیشتر در (تنہ غیر معمول کوتاه یا اطراف غیر معمول دراز) در Turner ، Eunuchoidism ، Hypogonadism ، arachnodactyly ، rickets ، وسوء اشکال ستون فقرات (chondrodyostrophy ، Klinefelter's syndrome

ستون فقرات) دیده می شود.

فاصله معین دست ها

عبارت از فاصله نوک انگشتان وسطی هر دو دست بسط شده به سوی زاویه راست بدن است. فاصله دست ها از طرف خلف طفل اندازه گیری می گردد. در اطفال زیر ۵ سال، این فاصله $1-2\text{cm}$ کوچک تر از طول بدن می



تصویر 5.13 . سگمنت علوي achondroplasia . سگمنت علوي نارمل بوده در حالیکه اطراف کوتاه است و تناسب سگمنت علوي بر سفلی طفولیت را بوجود آورده است.

باشد. در جریان سنین 10-12 سالگی، اندازه مذکور مساوی به قد یا ارتفاع گردیده در حالیکه فاصله کاهلان 2cm بیشتر از قد می باشد. اندازه بزرگی غیر عادی در مریضان مصاب arachnodactyly Klinefelter's ، Eunuchoidism ،(Marfan syndrom) coarctation syndrome و ابهر دیده می شود (به علت نمو نسبتاً اضافی اطراف علوي). نزد مریضان dwarfism با اطراف کوتاه، achondroplasia و cretinism دست ها در مقایسه با قد کوتاه تر است.

چاقی

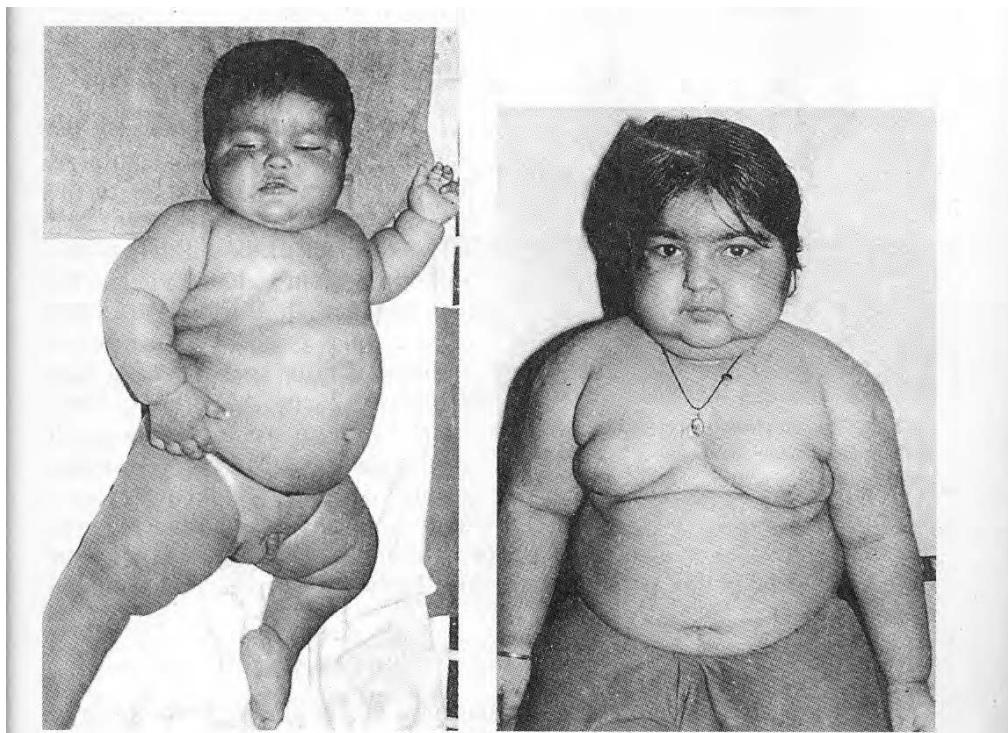
سوء تغذی پروتین- انرژی اساسی ترین مشکل صحی اطفال در ممالک رو به انکشاف می باشد اما با آن هم تغذی بیشتر یا چاقی پیشرونده نزد اطفال فامیل های متمول که رژیم غذایی (أخذ غذا های مملو از کالوری) و شیوه زندگی غیر صحی دارند رو به افزایش است. تعریف رضایت بخش یا معیاری برای چاقی در اطفال وجود ندارد. وزن بر قد بیشتر از SD 2 به وسیله ارقام NCHS (نمرات $> +2 z$) یا بالاتر از 95 پرستایل نشان دهنده چاقی است. کمیته ماهرین سازمان صحي جهان سفارش می نماید که از اندیکس کتله بدن برای عمر استفاده نمایند. اندیکس کتله بدن (BMI) توسط فورمول وزن به کیلوگرام تقسیم مربع قد به متر محاسبه می گردد. همچنان BMI را میتوان بواسطه فورمول ریاضی دیگر محاسبه نمود مثلاً: وزن به پوند تقسیم مربع قد به انج ضرب 703.

$$BMI = \frac{weight(Lb)}{height^2(inches)} * 703 \quad BMI = \frac{weight(Kg)}{height^2(m)}$$

BMI به اساس سن-بالاتر از 85 فیصد نشاندهنده چاقی بوده و زمانیکه توام با چین های ضخیم جلدی نواحی عضله Triceps یا تحت کتف برای سن بیشتر از 90 فیصد باشد، تشخیص کننده چاقی نوجوانی است. برای ورزش کاران زیبای اندام و جوانان که دارای کتله عضلی و بنیه عظمی قوی باشند، BMI به تنهایی نمی تواند

معیار قابل اطمینان برای چاقی باشد. چاقی طبیعی (غذایی) باید از چاقی مرضی یا اندوکراینی تشخیص تفییقی گردد. (جدول ۵.۶)

چاقی مرضی زمان شیر خوارگی به ساده‌گی تشخیص گردیده و اکثراً از سبب عوامل اندوکراینی یا سندروم‌های مشهور و شناخته شده بوجود می‌آید (تصویر ۵.۱۴ و ۵.۱۵). برعلاوه تاثیرات روانی مضر و اختلالات اورتوپیدیک، چاقی خود عامل خطر شناخته شده برای امراض مانند فرط فشار خون، امراض شرایین اکلیلی non-insulin dependent diabetes mellitus و metabolic syndrome X ظهرور بعضی سرطان‌ها در بزرگ سالی می‌باشد.



تصویر ۵.۱۵ ۵ پچه یک و نیم ساله مصاب چاقی، هایپوگونادیزم و تاخیر دماغی از سبب prader-willi syndrome . تصویر ۵.۱۵ دختر سه ساله مصاب چاقی از سبب کوشنگ سندروم که در نتیجه کارسینوما قشر ادرينال بوجود آمده است. وجه مهتابی، زندگان مضاعف، کوهان شتر با سینه‌های بزرگ و کشال.

جدول ۵.۶ تفاوت بین چاقی ذاتی یا فامیلی و چاقی پتالوژیک یا اندوکراینی

خصوصیات	چاقی ذاتی یا فامیلی	چاقی پتالوژیک یا اندوکراینی
تاریخچه فامیلی	ممکن موجود باشد	معمولاً موجود نیست
طرز خوراک	بیش از حد یا طرز خوراک سریع و ناقص، شیوه زندگی تنبل	خوراک نارمل یا پُر خوری، فعالیت بعد از شروع چاقی متاثر می گردد
توزیع شحم	عمومی	”کوهان شتر“ بخارط تراکم بیشتر شحم در اطراف وجه و نواحی خلف رقبی
قد	معمولاً با پیشرفت سن عظمی کاهش می یابد	معمولاً با عقب ماندن سن عظمی افزایش می یابد
فشار خون	نارمل	ممکن بلند باشد
تأثیرات اندوکراینی	هیچ	.Acni hirsuitism، فقدان قاعده گی و بی نظمی تحیض
هایپوگونادیزم	موجود نبوده لاکن قضیب ممکن در طبقه شحم عانه مخفی شده باشد	ممکن توام با برخی سنده ها مانند: prader-willi syndrome ,alstrom syndrome ,GH deficiency, Laurence-moon-biedle syndrome, و تشوهات هایپوتالامیک باشد.
تظاهرات در سیستم عصبی مرکزی	موجود نیست	خواب بیش از حد، هایدروسفالوس توام با تناقص ساخه رویت (SOL) از سبب (pituitary tumor, craniopharyngioma، اذیمهای حلیمه یا استحالة شبکیه، و تاخر دماغی توام prader-encephalitis، vaquez syndrome، willi syndrome (Laurence-moon-biedle syndrome,

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل ششم

ارزیابی انکشافی

اطفال برخلاف کاهلان نموی فزیکی و انکشاف عصبی حرکی متداوم دارند. پختگی سیستم عصبی مرکزی به واسطه هماهنگی فعالیت‌های حرکی و نموی طفل که در پاسخ به مقابله محیط زیست بطور هدفمند به کمک حواس مخصوص (توان اولیه صوتی و سمعی)، صحبت بودن سیستم‌های vestibular، labyrinthine و

عضلی اسکلیتی صورت می‌گیرد مشخص می‌گردد. اطفال به مرحله برجسته انکشاف عصبی حرکی در عمر پیش‌بینی شده با تغییر اندک چند هفته و یا ماه دست میابند.

انکشاف متعلق به عکس العمل متقابل پتانشیل طبیعی جنتیکی و فکتورهای محیطی مانند تأمین مصونیت، عنق و علاقه، محیط تنفسی خانه، تغذی مطلوب، فکتورهای کلتوری و نژادی می‌باشد. تاخیر عصبی حرکی ممکن از باعث عدم پختگی دوران حاملگی، هایپوکسیای دوره perinatal، ترضیضات زمان ولادت، تشوشات میتابولیک (خطاهای ذاتی میتابولیزم) هایپوگلایسمیا، kernicterus، انتانات داخل رحمی، انتانات بعد از ولادت سیستم عصبی مرکزی، هایپوتایروییدیزم، تشوشات کروموزومی و انکشافی بوجود آید.

اساسات انکشاف

1. تکامل خصوصیت بسیار عمده دوره طفولیت بوده و پروسه دوامدار است که از زمان القاح تا بلوغ ادامه دارد.
2. انکشاف ارتباط صمیمی به پختگی سیستم عصبی مرکزی دارد.
3. مراحل انکشاف در تمام اطفال یکسان بوده لاین سرعت انکشاف از یک طفل تا طفل دیگر متفاوت می‌باشد.
4. فعالیت‌های عام گروبی دوره شیرخوارگی مقدم به واسطه عکس العمل‌های منفرد جزئی و مخصوص تعویض می‌گردد. زمانی که یک وسیله بازی به طفل نشان داده شود، شیرخواران به واسطه حرکت دادن تن، بازو ها، پاهای و غم غم کردن، هیجان دیوانه وار از خود نشان داده در حالیکه اطفال بزرگ تر صرف لبخند زده و خود را به شی مورد نظر نزدیک می‌سازند.

۵. تسلسل انکشاف بصورت cephlo-coudal یا از راس به طرف پایین است. در شیر خواران ابتدا کنترول

رأس انکشاف نموده، متعاقباً، چنگ زدن، نشستن، سینه خیز رفتن، ایستادن، راه رفتن و غیره بوجود می‌آید.

۶ رفلکس‌های مشخص ابتدایی مانند walking reflex، grasp reflex باشد بصورت متناسب قبل از

کسب حرکات ارادی از بین بروند..

۷. رشد لسان در دختران نسبت به پسران مقدم تر و پیشرفته تر می‌باشد.

۸. زمان برآمدن دندان‌ها برای ارزیابی انکشاف عصبی حرکی قابل اعتماد نیست.

۹. اطفال که قیافه عجیب و غریب دارند الزاماً توان با حالت غیر عادی دماغی نمی‌باشند.

۱۰. برخی مشخصاتِ مانند قوه ابتکار، استعداد آینده، IQ و برتری دماغی را نمی‌توان بصورت مشخص در اطفال

پیش بینی نمود.

روش‌های ارزیابی

میتود‌های متعدد برای ارزیابی انکشافی اطفال معرفی گردیده اند که ایجاب موجودیت یک روان‌شناس ماهر

کلینیکی و لوازم مخصوص را می‌نماید. (Gessel development) حرکات عمده، حرکات ظریف، اجتماعی،

تطابقی و سلوک لسانی را ارزیابی می‌نماید. از میتود Amiel-tison برای ارزیابی قوت عضلی (فعال و منفعل)

عکس العمل‌های حسی و عصبی مقیاس پختگی اجتماعی (شنوایی و بینایی) و ارزیابی سلوک عصبی استفاده می‌

گردد. مقیاس پختگی اجتماعی vineland و Raval's برای ارزیابی انکشاف دماغی تطابقی و اجتماعی

معمول است. میتود‌های دیگر که برای ارزیابی حرکی عصبی استفاده می‌گردند شامل مقیاس Bayley برای

ارزیابی انکشافی (حرکی و دماغی) شیرخواران، Brazelton مقیاس اندازه گیری سلوک نوزادان، تختنیک

Vojta (عکس العمل وضعیتی و هماهنگی مرکزی) و Denver development screening test

(DDST) می‌باشد. در بین این‌ها Bayly Scal of infant development (BSID) بسیار مشهور

بوده و بیشتر استفاده می‌گردد. که برای اجرای آن به معاینه کننده خوب آزموده شده ضرورت بوده و همچنان

مدت (45) دقیقه برای انجام دادن (130) مانوره تست جهت ارزیابی روانی، حرکی و سلوک شیرخوار ضرورت

است. مقیاس انکشافی شیرخواران Bayly برای اطفال هند تا به 30 ماهگی ستبرد قبول گردیده است.

کارکنان صحی در سطح جامعه را می‌توان برای Baroda development screening test (BDST)

Trivandrum development Screening Chart (TDSC)

و Wood Side Screening System (WSST) تربیه نمود تا انکشاف اطفال را آزمایش نمایند.

Draw-a-man test نیز برای اطفال هند ساده و قابل اعتماد بوده و ارزیابی انکشافی اطفال قبل از مکتب به واسطه آن صورت می‌گیرد. binet-kamath (Stanford Binet) و مقیاس ذکاءت Weschler بسیار مغلق بوده و صرف می‌توان در برخی مراکز معین آن را اجرا نمود. ضریب انکشافی طور ذیل محاسبه می‌گردد:

$$DQ = \frac{\text{developmental age}}{\text{chronological age}} \times 100$$

ضریب را می‌توان به صورت جداگانه از انکشاف روانی و حرکی محاسبه نمود.

وسایل اساسی برای ارزیابی بالای بستر مریض

دوکتوران اطفال باید در صورت ضرورت از آلات دقیق و ساده برای ارزیابی انکشافی بالای بستر مریض استفاده نمایند. این وسایل عبارت اند از: چراغ قوه، حلقه سرخ آویزان شده Dangling به قطر 6.5 سانتی متر، توب یا گلوله سرخ به قطر 5.0 سانتی متر، ده عدد مکعب رنگ به اندازه 2-5 سانتی متر، جرنگانه، پیاله دسته دار، خوشه کلیدها، گلوله ها یا مهره ها، کتاب مصور، کاغذ، رنگ ها و چکش قرع.

استطبابات ارزیابی انکشافی

1. تعقیب نوزادان مواجه به خطر، برای کشف مقدم Mental retardation یا Cerebral palsy

2. ارزیابی مکمل اطفال که تشوهات انکشافی، کروموزومی و عصبی دارند.

3. جهت تفکیک اطفال که تاخیر انکشافی در موارد خاص دارند از آنها بیان که تاخیر انکشافی کلی دارند.

تاریخچه انکشافی

اخذ تاریخچه دقیق انکشافی اکثرأ به خاطر عدم موجودیت توجه و دانش کافی مادران مشکل است. ممکن والدین حوادث مقدم حیات انکشافی طفل را فراموش نمایند. معیارات انکشافی باید به ترتیب سنی آن به روش ساده و واضح پرسیده شوند. تبسم دوستانه (Social smile) باید از لبخند بنفسه‌ی که ممکن نوزاد حتی در حالت

خواب از خود نشان دهد تشخیص تفریقی گردد. داشتن زمان کنترول راس و نشستن طفل به تنها یی کفایت نمی کند، بلکه باید در مورد چگونگی کنترول راس و یا این که آیا می تواند بدون تکیه به صورت مستقیم و یا به وضعیت خمیده بنشیند دانسته شود. ضرور است تا از مادر در مورد شاخص های انکشافی طفل در مقایسه با خواهران و برادرانش پرسیده شود. او به سادگی می تواند بصورت مقایسوی نسبت به عمر طفل معلومات مفید ارائه نماید. در مورد بازی طفل و اشتراک او در بازی با همسالان و یا اطفال خودتر پرسیده شود. کوشش نمایید تا تثبیت گردد که آیا طفل بصورت کلی و یا هم در یک ساحه مشخص عقب مانده تر است، مثلاً تاخیر تکلم، کری، به تاخیر افتیدن قدم زدن در اطفالی که خلع ولادی مفصل حرقوی فخذی دارند و غیره. پیشرفت انکشافی اطفال بزرگتر را میتوان بواسطه ملاحظه عملکرد شان در مکتب، مهارت در بازی ها، سرعت حرکی و روش اجتماعی خوبتر ارزیابی نمود.

معاييرات ارزیابی

علاوه از ارزیابی مراحل برجسته انکشافی، دوکتور باید معاینات مفصل عصبی، ارزیابی قوت عضلی (adductor)، مفصل شنوازی و بینایی و parachely reaction، Landau reflux، Scarf maneuver angle (بینایی و شنوازی) را انجام دهد. در تمام شیرخواران که مواجه به خطر بیشتر اند، باید در سن 6 ماهگی ارزیابی مُفصل شنوازی و بینایی صورت گیرد. فکتور های که توام با کری در دوره شیر خوارگی اند شامل مُفصل شنوازی و بینایی، هایپوکسیک اسکیمیک انسفالوپاتی، craniofacial malformation، Prematurity، منجایتس، Furosemide، aminoglycosid ها و kernicterus، قربت نسبی ولادی ویروسی، استعمال دوامدار Furosemide، و تاریخچه فامیلی کری می باشد.

طفل نظر به سن در موقعیت ها و وضعیت های مختلف قرار داده شده و عکس العمل های انکشافی متوجه که قرار ذیل ارائه گردیده ارزیابی شوند (تصاویر 6.1-6.16). در اطفال قبل المیعاد سن دقیق (سن حملی) باید مانند سن تقویمی مخصوصاً در سال اول حیات محاسبه گردد.

تعلق یا آویزش بطی

معاینه کننده شیر خوار را به وضعیت استجای بطی (prone position) با تکیه دادن بطن طفل توسط کف

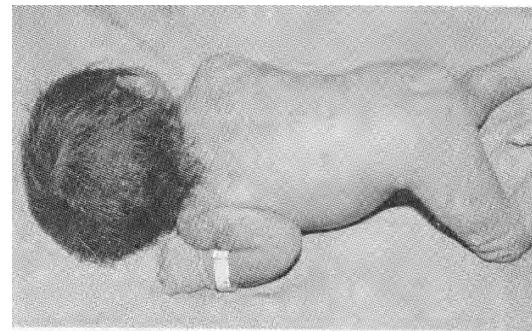
دست خود معلق می نماید. بسط گردن و قبض نهایات مشاهده می گردد.

نوزاد

راس طفل بصورت کامل آویزان و قسمت ظهری آن دایروی است.

4 هفته

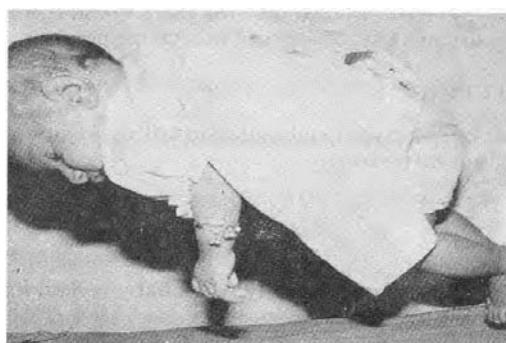
راس را بصورت گذرنی برای چند ثانیه بالا نگهداشته می تواند و آرنج ها قبض می باشند.



تصویر 6.1 وضعیت استجای بطئی . در یک طفل نوزاد راس به یک طرف حرکت نموده و حوصله بلند گردیده است.

6 هفته

راس را برای چند لحظه به عین پلان که بدنش قرار گرفته، نگهداشته می تواند.



تصویر 6.2 طفیلکه 4 هفته عمر دارد سر را برای چند لحظه به وضعیت استجای بطئی بلند نموده میتواند.

8 هفته

راس را به امتداد بدن خود نگهداشته و برای چند لحظه

بیشتر از آن هم بلند می تواند.

12 هفته

راس خود را به خوبی از سطح که بدن استراحت نموده بلند کرده می تواند.

Prone position

شیرخوار بالای میز معاینه در وضعیت استجای بطئی قرار داده شده و وضعیت راس، بازوها، حوصله و پاها دیده شود.



تصویر 6.2 طفل در چهار هفته گی راس خود را برای چند لحظه در وضعیت تعليق بطئی محکم گرفته میتواند



تصویر 6.4 وضیعت تعلیق بطنی. طفل در 12 هفتگی سر را از سطح بدن بلند نموده می‌تواند

نوزاد

راس خود را به یک طرف نگهداشته حوصله را بلند و زانو ها را زیر بطن گذاشته است.

4 - 6 هفتگی

مفصل حرقفی فخذی و مفصل زانو را قسماً بسط داده و برای چند لحظه میتواند زنخ خود را از فرش بلند نگهدارد.

8 هفتگی

راس را در خط متوسط نگهداشته و زنخ خود را از فرش دور نگهداشته می‌تواند.

12 هفتگی

حوصله را به روی تخت هموار نگهداشته و پاها را کاملاً بسط می‌دهد. زنخ را از فرش بلند می‌کند.

16 هفتگی

صدر را از فرش دور ساخته بازوها را کاملاً بسط می‌دهد.

20 هفتگی

وزن بدن خود را به واسطه بازو ها حمایه می‌تواند.

24 هفتگی

وزن را به واسطه دست ها حمایه نموده و از حالت استجای بطنی به استجای ظهری دور می‌خورد. اطفال هند دور خوردن را نخست از استجای ظهری به بطنی یاد می‌گیرند بخاطریکه آنها اکثراً به وضیعت استجای بطنی

پرسناری نمی‌شوند.

وضیعت استجای ظهری و نشستن

طفل به وضیعت supine به روی تخت قرار داده شده و بعداً به واسطه کش کردن ساعدها به حالت نشسته بلند (traction response) گردد.



تصویر 6.5 وضیعت استجای بطنی. در 16-20 هفتگی سینه خود را از کبار تخت دور ساخته، وزن بدن را بواسطه بازو های خود حمایه می‌تواند.

نوزاد

راس کاملاً به عقب میماند.

4 هفتگی

زمانیکه طفل به حالت نشسته بلند کرده شود، راس خود را برای چند لحظه هم سطح وجودش نگهداشته می تواند. وقتیکه طفل به وضعیت نشسته گرفته شود. قسمت ظهری مریض مدور می باشد. زنخ را ممکن چند لحظه بلند گرفته بتواند.

12 هفتگی

راس را وقتی که به وضعیت نشسته گرفته شود بلند نگهداشته لاکن منجر به حرکت سریع به قدم می گردد.

16 هفتگی

وقتی که به طرف بالا کش گردد راس در شروع خفیفاً عقب رفته و بعداً به طرف مقابل قبض می گردد. وقتی که به وضعیت نشسته قرار داده شود و طفل بجنبد، راس طفل تکان می خورد.

20 هفتگی

راس عقب نمانده و بصورت ثابت بدون تکان باقی می ماند و عقب مریض مستقیم می باشد.

24 هفتگی

وقتی که اطراف بطرف بالا کش گردد، بلند شدن راس از کنار تخت سبقت می نماید. در چوکی مخصوص اطفال یا چوکی بلند تکیه دار نشسته می تواند.



تصویر 6.6 عکس العمل کشش (traction response). طفل از حالت تخته به پشت بد وضعیت نشستن با محکم گرفتن آن از ساعدهیش کش میگردد. در اطفال نوزاد عقب ماندن کامل رسم موجود میباشد

28 هفتگی

می تواند به روی زمین بنشیند طوریکه

دست ها را برای حمایه در قدام قرار می دهد.

32 هفتگی

برای چند لحظه می تواند بدون حمایه بنشیند.

36 هفتگی

بدون کمک بصورت ثابت نشسته و به جلو خود را خم نموده و دوباره موازنۀ خود را کنترول می تواند.

40 هفتگی

از وضعیت تخته به پشت نشسته می تواند

48 هفتگی

می تواند خود را به اطراف خود دور داده و دورادور شی مورد نظر جهت برداشتن آن بچرخد.

تعليق عمودی، ایستادن و قدم زدن

نوزادان

ریفلکس قدم زدن در اثنای 3-2 هفته اول.

8 هفتگی

راس خود را برای اضافت از چند لحظه بلند نگهداشته می تواند.

24 هفتگی

تقریباً تمام وزن بدن خود را بالای پاهای خود قرار میدهد.

28 هفتگی

با خوشی و لذت خیز و جست می نماید.

36 هفتگی

خود را کش نموده تا ایستاده شود و به کمک ایستاد شده میتواند.

44 هفتگی

وقتی که ایستاده باشد یک پای خود را بلند می نماید.

48 هفتگی

وقتی که هر دو دستش گرفته شود و یا فرنچر را محاکم بگیرد قدم می زند.

1 سالگی

چند قدم بصورت آزادانه رفته میتواند.

15 ماهگی

به سمت بالا می خزد، بدون کمک زانو زده می تواند.

18 ماهگی

بدون کمک بالای زینه بالا و پایین خزیده می تواند و چرخه بازی را کش می تواند.

2 سالگی

هر پته زینه را با دو پا پایین و بالا می پیماید. به شکل تقليدي يا جعلی به عقب می رود. شی مورد نظر را بدون آنکه بیفتند از زمین بلند می تواند، می دود، و توپ را با لگد زده میتواند.

2.5 سالگی

به نوک پنجه راه رفته می تواند و با هر دو پا خیز می زند.



در زینه با گذاشتن یک پا در هر پله بلند شده می تواند و از پله پایینی خیز می زند.

3 سالگی

در زینه با گذاشتن یک پا در هر پله پایین شده می

تواند، با یک پا خیز زده می تواند.

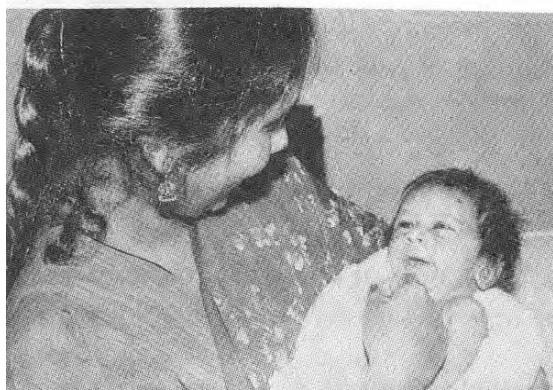
4 سالگی

در زینه با گذاشتن یک پا در هر پله پایین شده می

تواند، با یک پا خیز زده می تواند.

تصویر 6.7 عکسه کشش. در حوالی 6-8 هفتگی راس را برای چند لحظه به استقامت بدن نگهداری می تواند.

تصویر 6.8 عکسه کشش. در 12 هفتگی عقب ماندن راس موجود نمی باشد.



5 سالگی

با هر دو پا خیز می زند.

عکس العمل های تطبیقی، اجتماعی و حرکی طریف
(انجام مهارت ها)

نوزاد

Grasp رفلکس

4 هفتگی

دست ها اکثرآ بسته است.

8 هفتگی

دست ها اکثرآ به حالت باز نگهداشته می شوند.

12 هفتگی

دست ها اکثرآ باز بوده، عکسه محکم گرفتن یا Grasping reflex از بین میرود، وقتی که در دست گرفته شود غم غم می نماید.

16 هفتگی

کوشش می نماید خود را به هدف برساند لاتن به خطأ میرود. دست ها در اثنای بازی یکجا می نمایند.

20 هفتگی

بطرف شی مورد نظر رفته و بشکل ماهرانه آرا می



تصویر 6.10 طفل در 12 هفتگی حلقه سرخ آویزان شده را تا 180 درجه تعقیب نموده میتواند.



تصویر 6.11 طفل بطرف صدای زنگ در سن 16 هفتگی دور میخورد

گیرد، اشیا را در دهن قرار داده و با بازیچه بازی می نماید.

24 هفتگی

وقتی یک شی برایش داده شود، دیگر ش را می اندازد، جرنگانه را محکم می گیرد، مکعب را که با کف دست خود بصورت آرام چنگ زده بلند می نماید.

28 هفتگی

به هدف به شکل غیر ماهرانه نزدیک می شود. شی را از یک دست به دست دیگر انتقال می دهد. بسکت خود را خورده می تواند. اشیا را با یکدیگر بسته نموده و بالای میز قرار می دهد، مکعب اولی را زمانی که دومی برایش داده شود حفظ می نماید.

40 هفتگی

مهره را با انگشت اشاره و شست خود برداشته می تواند.

1 سالگی

بازیچه را به معاینه کننده می دهد، یک شی را بعد از دیگر به داخل سبد قرار می دهد.

15 ماهگی

به واسطه پیاله نوشیده می تواند. از 3-2 مکعب برج ساخته و دو مکعب را در یک دست گرفته می تواند.

18 ماهگی

بواسطه قاشق غذا خورده می تواند و از 4-3 مکعب برج می سازد.

2 سالگی

از 7-6 مکعب برج ساخته و دستگیر دروازه را دور می دهد. جراب، بوت و پطلون خود را پوشیده و کشیده می تواند.

دو نیم سالگی

پنسل را برای نوشتن خطوط ناخوانا در دست گرفته می تواند.

3 سالگی

برج 10-9 مکعبی می سازد لباس را کشیده و پوشیده می تواند. دکمه را باز و بسته نموده، و دایره را ترسیم نموده می تواند.

انکشاف لسانی، روانی و اجتماعی

4 هفتگی

وقتی که مادر با او حرف می‌زند، مشتاقانه به او نگرد. هدف یا شی مورد نظر را تا به زاویه ۹۰ درجه تعقیب می‌نماید، با صدای زنگ آرام می‌گردد.

6 هفتگی

لبخند با معنی می‌زند و اشخاص متحرک را تعقیب می‌نماید.

8 هفتگی

به کسی که صدا می‌کشد بصورت ثابت و دقیق چشم به چشم نگاه می‌نماید.

12 هفتگی

به دست‌ها توجه می‌نماید، مادر خود را می‌شناسد و شی را تا زاویه ۱۸۰ درجه تعقیب می‌نماید. وقتی که با اوی حرف می‌زنید سر و صدا نموده و زمانی که به بازیچه نگاه می‌نماید هیجانی می‌شود.

16 هفتگی

وقتی که غذا تهیه می‌گردد از خود هیجان نشان می‌دهد، به صدای بلند می‌خندد، سر خود را به طرف صدای زنگ و جرنگانه دور می‌دهد.

20 هفتگی

به تصویر خود در آینه لبخند می‌زند. در جریان روز در صورت که به تشنه عادت داده شود، خشک می‌باشد

24 هفتگی

بیشتر ازین به دست‌های خود توجه ندارد، وقتی بازیچه را از نزدش بگیرید قهر می‌شود، دوست داشتن و بیزار بودن را از خود نشان می‌دهد، اگر چیزی بیفتند نظرش در جستجوی آن است. شباهه خشک می‌باشد.

28 هفتگی

از تقلید اعمال، صدایها و بازی‌ها لذت می‌برد. با شنیدن نام خود عکس العمل نشان می‌دهد، به تصویر خود در آینه دست می‌کشد. حروف یک سیلا به مانند به، ده و مه می‌گوید.

32 هفتگی

صدا را تقلید می نماید، در برابر عکس العمل مخالفت نشان داده و (نه) می گوید، و حروف دو سیلابه مانند به به، مه مه، ده ده و غیره را گفته میتواند.



تصویر 6.12 کنترول راس محکم در چهار ماهگی.

40 هفتگی

لباس مادر خود را به خاطر جلب توجه اش کش میکند. دست های خود را به علامت بای بای تکان می دهد. اعمال را که باعث خنده می گردد، تقلید می نماید.

پکسالگی

بازیچه را به معاینه کننده می دهد.

یک و نیم سالگی

سخن بی مفهوم یا شکسته می گوید، وقتی که تکه هایش تر بوده یا به رفع حاجت ضرورت داشته باشد به آن اشاره می نماید.

2 سالگی

چیزی را که گفته می شود تکرار می نماید. کلمات (من)، (از من) و (شما) را استعمال می نماید، به نوک زبان حرف زده و اکثرآ لکنت زبان می داشته باشد. سه عضو یا قسمت گُدی را نشان داده می تواند.



تصویر 6.13 بازی و خنده نمودن با آیینه در حوالی 4 ماهگی.

3 سالگی

عادی سخن می گوید، اسم خود را می دارد، برای رفع حاجت بدون تر شدن رسیدگی می نماید، لباس خود را پوشیده و کشیده می تواند.



تصویر 6.14 در عمر 16-20 هفته‌ی پاهاخود را محکم گرفته و کوشش می‌نماید که پنجه پای خود را در دهن خود نماید.



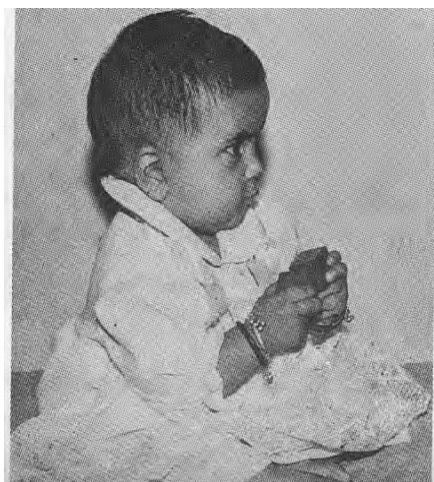
تصویر 6.15 در حوالی 4-5 ماهگی به کمک دست‌های خود می‌بینید

مشخص نمودن مراحل برجسته زندگی

اطفال صحتمند نارمل به مراحل برجسته انکشافی در طرف یک محدوده کوتاه چند هفته بی دست می‌یابند. عمر صحیح پیشنهاد شده (از زمان متوقع تولد محاسبه شده) معاینات انکشافی در سن 4 ماهگی، 8 ماهگی، 12 ماهگی و بعداً هر شش ماه بعد تا به سن سه سالگی صورت می‌گیرد. بالاترین عمر رسیدن به بعضی از مراحل مهم زندگی در ذیل مشخص گردیده است:

1. عدم موجودیت تبسیم اجتماعی در دو ماهگی.
2. نبودن کنترول ثابت راس در 4 ماهگی.
3. قادر نبودن به شناخت مادر در 6 ماهگی.
4. قادر نبودن به نشستن در 6 ماهگی وقتی که برای نشاندن کش گردد. و ناتوانی در نشستن بصورت آزادانه بدون کمک در سن هشت ماهگی.

5. ناتوانی در خزیدن در 9 ماهگی.
6. ناتوانی در ایستادن بدون کمک در یک سالگی.
7. ناتوانی در قدم زدن بدون کمک در 18 ماهگی.
8. فقدان غم کردن هجایی در یک سالگی و ناتوانی در ساختن جملات با معنی در 3 سالگی.
9. ناتوانی در چنگ زدن یا محکم گرفتن در سن 1 سالگی.
10. ناتوانی در بازی نمودن فعال با دیگران در سن یک سالگی.



تصویر 6.16 در عمر 7-8 ماهگی بدون کمک نشسته و پشت خود را راست نگه میدارد.

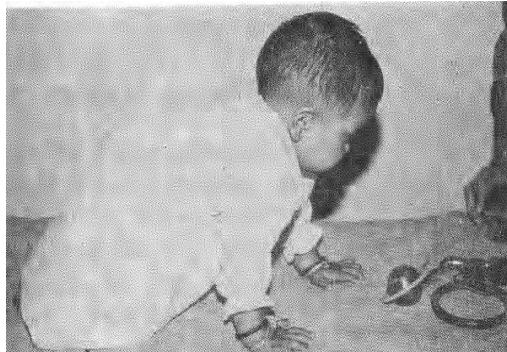
این اطفال باید به واسطه سایکولوژست انکشافی با تجربه مورد ارزیابی کامل انکشافی قرار گیرند. برای ارزیابی بینایی و شنوایی به فصل 13 مراجعه گردد.

نشانه های مقدم فلج دماغی

نوزادان که مواجه به خطر بیشتر اند باید جهت تشخیص مقدم ناتوانی عصبی حرکی تعقیب گردیده همچنان تداوی تبیه مناسب که سبب افزایش انکشاف سیستم عصبی حرکی می شود آغاز گردد. متخصص باید استفاده از میتودهای کلتوری ساده قبول شده در مورد تبیه طفل را به مادر آموزش دهد. طفل را میتوان به واسطه موسیقی، اسباب دارای رنگ های روشن، اللو گفتن و میتودهای را که مادر پیشنهاد می نماید تبیه نمود. موضوع حایز اهمیت این است که می توان مادر را بهترین معلم و تداوی کننده طفالش دانست. او باید طفل را نوازش داده و با او دلجویی نماید، با سخن گفتن، سرودن، قصه گویی، و نشان دادن عکس العمل مناسب به شوخي هایش با او ارتباط قایم سازد.

علایم کلینیکی ذیل باید جهت تشخیص مقدم فلج دماغی مد نظر باشند.

1. حملات گریه های غیر قابل تسلیت یا حرکات جویدن و خوردن لب ها، حساسیت بیش از حد در مقابل روشی و صوت، تکان یا وحشت زدگی بنفسه‌ی یا مفرط، رفلکس **moro** و غیره.
2. حالت دوامدار وضعیت شخی گردن بعد از هفته چهارم.
3. مشت نمودن دست توام با تقریب شست و قبض آن در وسط کف دست بعد از هفته هشتم.
4. کاهش یا معدومیت حرکات غیر ارادی اطراف در اثنای 6-12 هفتگی.
5. اینارملتی مقویت عضلی (اکثراً هایپرتونیا لاکن بعضًا هایپوتونیا) که بواسطه **scarf sign** و زوایای مختلف ارزیابی می گردد.
6. تداوم ریفلکس های اتوماتیک بعد از 4-5 ماهگی (**asymmetric grasp reflex**، **moro reflex**، **tonic neck reflex**)
7. تداوم عدم تناظر وضعیت، مقویت، حرکات و رفلکس ها غیر نارمل است.
8. نشو و نمای بطي راس.



تصویر 6.17 خزیدن به سینه چهت اخذ دوباره بازیچه در اطراف 8-10 ماهگی.

جدول 6.1 ظهور و از بین رفلكس های معمول انکشافی را در سنین مختلف ارائه می نماید، عدم موجودیت عکس العمل parachute و رفلكس landau و تداوم رفلكس های اتوماتیک دیگر بعد از سن ذکر شده در جدول، نشاندهنده فاج دماغی می باشد.

ارزیابی قوت عضلی به مصابه نشانه فلج دماغی

تغییرات در مقویت عضلی مخصوصاً هایپرتونیا در فلح

دماغی معمول است. نوزادان صحتمند با میعاد بصورت فزیولوژیک هایپرتونیا داشته و کاهش تدریجی مقویت عضلی در جریان سال اول حیات بوجود می آید. مقویت عضلی باید وقتی ارزیابی گردد که طفل کاملاً بیدار، متوجه، آرام و به وضعیت استجای ظهری که راس آن در خط متوسط قرار داشته باشد.

مقویت عضلی ذیلاً ارزیابی میگردد

(i) توجه به وضعیت غیر نارمل نهایات.

(ii) جس عضلات جهت دریافت شخی یا سستی عضلات.

(iii) اندازه حرکات و مقاومت در مقابل آن در مفاصل بزرگ.

(iv) بواسطه تکان دادن اطراف آزاد جهت اندازه نمودن حدود شخی حرکات.

جدول 6.1 رفلكس های انکشافی

سن معدومپت	سن تظاهر	رفلكس ها
3 ماهگی	تولد	Rooting
6-5 ماهگی	تولد	Moro
6 ماهگی	تولد	palmar grasp
10-9 ماهگی	تولد	Tonic neck
8-7 ماهگی	تولد	اقامه توسعه تکان زانو
24 ماهگی	10 ماهگی	Landau
در اطفال نارمل دوام می نماید	9-8 ماهگی	Parachute

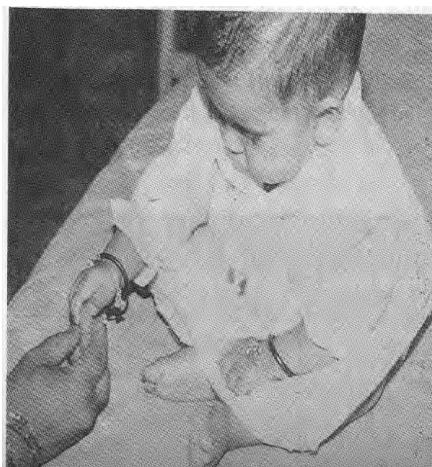


تصویر 6.18 در حوالی عمر پنج ماهگی حلقه را با دو دست خود محکم گرفته و آنرا در دهن خود مینماید.

اندازه حرکات مفاصل بزرگ در دوره شیر خوارگی قرار ذیل معاینه می گردد.

زاویه نزدیک کننده

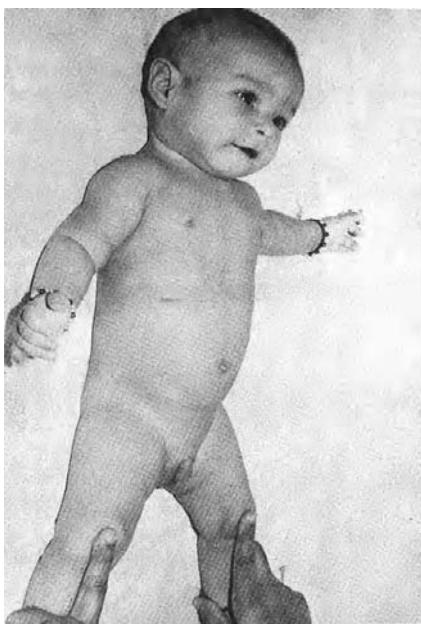
شیرخوار را به استجای بطئی خوابانده و پاهاش را بسط دهید، راس را در خط متوسط قرار داده، هر دو مفصل حرقوی فخذی بصورت اعظمی از هم دور گردیده و به واسطه محکم گرفتن زانو ها با انگشت اشاره که در قدام ران بالای آن قرار دارد زاویه بین ران زاویه adductor است (تصویر 6.20). وقتیکه طفل هایپرتونیک باشد در اثنای پروسیجر زاویه نزدیک کننده محدود بوده و مواجه به مقاومت می باشد. عدم تناظر بین ران راست و چپ باید یاداشت گردد.



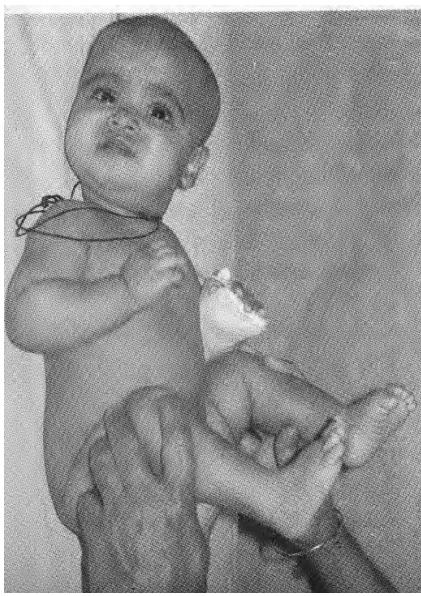
تصویر 6.19 طرز گرفتن بواسطه انگشت و شست برای برداشتن چیز کوچک مانند ساقمه یا مهره در عمر 10 ماهگی

زاویه عقب زانو

شیرخوار را به استجای ظهری روی بستر خوابانده، مفصل حرقوی فخذی را بصورت کامل بالای بطن در حالی که زانو ها را محکم گرفته قبض می نماید. پاها بعداً بواسطه فشار آنی دست معاینه کننده که در عقب پاها قرار دارد بسط داده می شود و زاویه عقب زانو ها اندازه می گردد. مقاومت در برابر مانوره در هر دو طرف یاداشت گردیده و زاویه بصورت جداگانه در هر دو طرف اندازه گردد.



تصویر 6.20 زاویه نزدیک کننده، انگشت اشاره جهت اندازه نمودن زاویه بالای ران گذاشته شود.



تصویر 6.21 زاویه popliteal. زاویه را در هر دو طرف به صورت هم زمان ارزیابی نموده و موجودیت تفاوت در قوت هر دو طرف ر' مشخص نمایید.

زاویه خمیدن مج پا

پاها به شکل منفعل با فشار آنی انگشت کلان که در بالای کف پا گذاشته شده است قبض گردیده و زاویه بین پشت قدم و قدام پا یاداشت می گردد. در دوران شیر خوارگی زاویه dorsiflexion در بجلک پا 70 درجه و یا کمتر از آن می باشد.

مانوره کری پا تا گوش

شیر خواری که به وضعیت استجای ظهری قرار دارد، پاها به زانوها بسط داده شده و یکجا محکم گرفته شده و بطرف پا تا اندازه که امکان داشته باشد بطرف گوش بالا برده می شود بدون اینکه حوصله از میز بلند گردد. زیاد بودن مقاومت در یک طرف نشان دهنده عدم تناظر قوت در هر دو طرف است.

علامه دستمال گردن

قوت عضلی اطراف علوی به واسطه ارزیابی حدود حرکات شانه ها معاینه می گردد. طفل به استجای ظهری بالای تختخواب خوابانده شود. اطراف علوی، از آرنج قبض گردیده، و تا حد امکان از عرض صدر با محکم گرفتن دست و بند دست کش گردد. وضعیت آرنج به نسبت خط وسطی بدن یاداشت گردد (تصویر 6.24). اندازه های نارمل زاویه های مختلف دوره شیر خوارگی در جدول 6.2 ارایه گردیده است قوت غیرعادی گذری (مخصوصاً هایپوتونیا) ممکن در اثنای شش ماه اول سال ملاحظه گردیده و در حوالی یک سالگی نارمل گردد.

جدول 6.2 درجه های نارمل زوایا در اثنای شیر خوارگی

سن (ماه ها)	زاویه نزدیک کننده	زاویه حفره عقب زانو	زاویه خم شدن مچ پا	علامه دستمال گردن
3-0	80 -40	100 -80	70 -60	آرنج خط متوسط راعبور نمی تواند
6-4	110 -70	120 -90	70 -60	آرنج خط متوسط راعبور می نماید
9-7	140 -110	160 -110	70 -60	آرنج فراتر از خط قدمی ابطی عبور می نماید
12-10	160 -140	170 -150	70 -60	



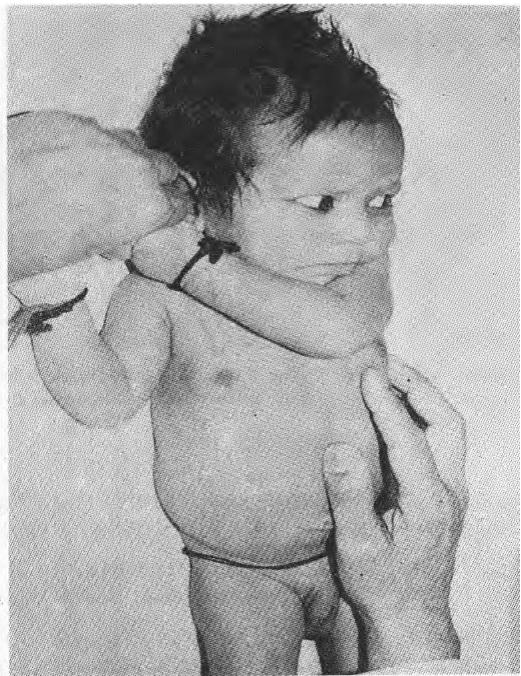
تصویر 6.22 زاویه dorsiflexion در مفصل بند پا

انگشتان نزد طفل به وجود می آید (تصویر 6.25). این یک عکس العمل محافظتی است و در حوالی سن 8 الی 9 ماهگی تظاهر می نماید. عکسه مذکور در اطفالی که مصاب فلیج دماغی شکل spastic هستند معدهم می باشد.



تصویر 6.23 مانوره کری با تا گوش. زانو باید منیسٹ نگهداشته شده و تنہ نماید از کنار تخت دور گردد.

عکسه Landau



تصویر 6.24 میتوود ارزیابی علامه شال گردن. یک بارو در عین زمان از بند دست محکم گرفته شده و از روی صدر به طرف شانه مقابل کش می گردد. وضیعت آرنج در مقابل پالن تنه یاداست گردد. رُس در خط متوسط نگهداشته شود



تصویر 6.25 واکنش پراشووت. عکس العمل در این طفل که کوشش برای رها کردن آن صورت گرفته بواسطه بسط و تبعید اطراف علوی نارمل است.

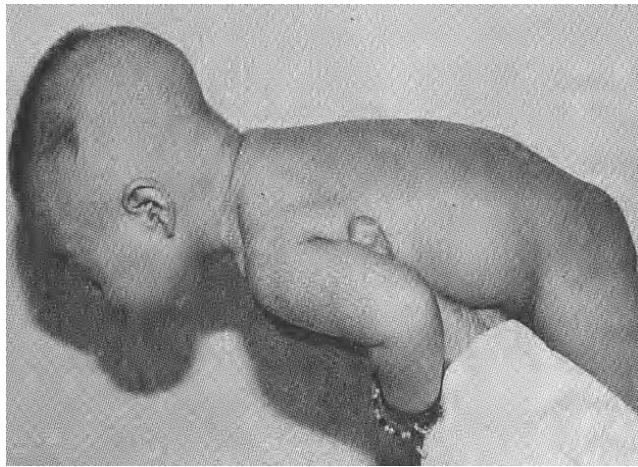
طفل به وضیعت استجای بطئی به حمایه شکم آن به واسطه کف دست به حالت تعليق گرفته شود. طفل به صورت بنفسه‌ی بعد از سن 10 ماهگی عنق، تنه و پا های خود را بسط می دهد. بسط شدید گردن توام با قبض مفصل حرقفی فخذی و پاها می باشد (تصویر 6.26). عکسه مذکور در صورتی که تشوهات مقویت عضلی مخصوصاً در اطفال شل موجود باشد معصوم می باشد.

چارت آزمایش انکشافی

آزمایش های انکشافی پیشرفتی زمان گیر بوده و ایجاب سرویس را که سایکولوژست های انکشافی تربیه شده در آن موجود باشد می نماید. اینها بر علاوه کشف اینارملتی های borderline به مقصد ریسرج استفاده می گردند. لذا ایجاب می نماید تا چارت های انکشافی ساده موثق که بواسطه متخصصین مصروف یا کارمندان صحی جامعه قابل استفاده باشد ایجاد گردد.

چارت آزمایش انکشافی (Trivandrum (TDSC)

این یک آزمایش انکشافی مناسب برای اطفال زیر 2 سال توسط کارمندان تیم صحی است. حدود هر بخش آزمایش از نورم های پذیرفته شده مقیاس انکشافی



تصویر 6.26 . عکس landau در تعلیق بطنی طفل گردن خود را به پلان تنه بسط داده و توام با بسطا قوی اطراف سفلی میباشد.

اطفال Bayley گرفته شده است اساس آن بواسطه 17 اقلام ساده تست که از میان 67 قلم جنس متحرک مقیاس Bayley ارزیابی انکشافی اطفال انتخاب گردیده است (نورم یا ستندرد Baroda). طرف چپ هر خط افقی سیاه نشان دهنده عمر 3% اطفالی است که این بخش را عبور نموده و در کنار راست نشان

دهنده عمر 97% اطفالی است که تحت مطالعه Trivandrum قرار داشته و این بخش را عبور نموده است (تصویر 6.27). یک خط کش پلاستیکی یا یک پنسل را به اندازه سن تقویمی طفل بصورت عمودی نگه می داریم، اگر طفل در سپری نمودن یکی از اقلام که در طرف چپ ثبیت کننده سن قرار دارد از خود کوتاهی نشان بدهد، فکر می شود که طفل تاخیر انکشافی دارد. این میتوود ساده مورد استفاده بوده و مدت 5-7 دقیقه نیاز به اجرا دارد. این بهترین انتخاب برای استفاده اطفال که در حوالی عمر یک سالگی اند می باشد به خاطریکه اکثریت اقلام آزمایش در حوالی همین عمر متتمرکز گردیده اند.

تست ازمایش انکشافی (BDST) Baroda

جهت ساده ساختن مقیاس انکشافی اطفال Bayley، 22 بخش متحرک و 31 بخش دماغی، بعضی تجهیزات ستندرد که حفظ گردیده بود لازم نه میباشد. این اقلام به اساس عمر، هر یک ماه در 12 ماه اول و هر سه ماه بعد از آن الی 30 ماهگی گروپ بندی گردیده است. 50% و 97% سن تعیین شده هر قلم در گراف ترسیم گردیده و بطرف دو منحنی هموار متصل میباشد. رقم عمومی اقلام عبور شده به واسطه طفل در مقابل سن تقویمی آن ترسیم می گردد. (یا سن دقیق آن در صورتیکه قبل المعياد باشد) وقتیکه این امتیاز زیر 97% خط منحنی تنزیل نماید، طفل به طرف تاخیر انکشافی فکر گردیده و موقول به ارزیابی بیشتر می گردد.

شرح یافته های انکشافی

1. تاخیر انکشاف عمومی در تمام ساحت (حرکی، تطبیقی، اجتماعی، لسانی و غیره) نشاندهنده تاخیر دماغی است.
2. تاخیر تنها ی در انکشاف حرکی برجسته ممکن در اثر نموی فزیکی ضعیف از سبب سوء تغذی ابرژی و پروتئین وجود آید.
3. عدم موجودیت تنبهات محیطی و عکس العمل ضعیف والدین ممکن تاثیرات معکوس بالای انکشاف عصبی حرکی طفل داشته باشد.
4. تاخیر در یک ساحه جداگانه انکشاف حرکی مانند قدم زدن ممکن در اثر خلع ولادی مفصل حرقفی فخذی باشد.
5. تاخیر مجزا در انکشاف لسانی اکثراً از سبب کری وجود می آید.
6. اطفالی که تشوهات بینایی خیالی دارند (فراگیرنده تشوهات انکشافی) باید از اطفالی که تاخیر دماغی دارند تشخوص تعریقی گردند. این تشوش 4 مرتبه در پسران به تناسب دختران بیشتر معمول است. اطفال خیال پرور ممکن تا یک سن معین انکشاف نارمل داشته و بعداً پس رفت مخصوصاً در مهارت های اجتماعی و ارتباطی شان رونما گردد. اطفال خیال پرور خوش ندارند که آنها را در آغوش گرفته و یا نگهداشته شوند و تماس چشم به چشم نزد آنها هیچ موجود نه بوده و یا مختصر می باشد. واکنش یا عکس العمل اجتماعی و گرمی احساسات یا هیجان نزد آنها معده است. آنها ممکن حرکات تقلیدی، وسوسی و تکراری مانند تکان خوردن، خیز زدن، سر کوبیدن، تاب و پیچ خوردن، تاب دادن شی و اویختن یا تاب و پیچ دادن انگشتان و یا دست ها... را از خود نشان دهند. آنها در دنیای خود مجنووب و گم شده اند. وقتی او را به نام صدا می زنید ممکن جواب نگوید. طفل ممکن شیفته تنبهات بصری مانند حرکت نور و پکه گردد. عادت های غیر نارمل دیگر شامل رفتن با انگشتان پا، استشمام کردن، لیسیدن یا بوبیدن شی می باشد. قوه نطق ممکن معده است یا حروف شکسته و نامفهوم ادا نموده و تکرار و تقلید سخنان دیگران (echolalia) را با خود می نمایند. آنها ممکن میل شدید یا سلوک اضافی در مورد بعضی اشیای بیجان و عکس العمل شدید در برابر بعضی تغییرات محیط و روش جاری روزانه از

POINTS TO PARTS OF DOLL (3 PARTS)	[REDACTED]	[REDACTED]
WALK UPSTAIRS WITH HELP	[REDACTED]	[REDACTED]
WALK BACKWARDS	[REDACTED]	SAYS TWO WORDS
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	WALKS ALONE
	[REDACTED]	THROWS BALL
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	WALKS WITH HELP
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	PAT A CAKE
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	FINE PREHENSION PELLET
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	STANDING UP BY FURNITURE
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	RAISES SELF TO SITTING POSITION
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	TRANSFERS OBJECTS HAND TO HAND
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	URNS HEAD TO SOUND OF BELL/RATTLE
	[REDACTED]	
	[REDACTED]	ROLLS FROM BACK TO STOMACH
	[REDACTED]	
HOLDS HEAD STEADY	[REDACTED]	
	[REDACTED]	EYES FOLLOW PEN/PENCIL
	[REDACTED]	
SOCIAL SMILE	[REDACTED]	

خود نشان دهند. بعضی اطفال ممکن پرایبلم های شدید خواب داشته باشند. مريضان توام با X fragile syndrome سندروم ولادی روپيلا، Tuberous sclerosis و سندروم Rett ممکن دارای برخی روش های خيال پروری باشند.

7. اطفالی که مصاب (ADHD) attention deficit hyperactivity disorder اند ممکن ناتوانی در آموزش و مشکلات مکتب از باعث فرط فعالیت و کاهش اندازه توجه داشته باشند. مقیاس انکشافی معمولاً نارمل بوده و ممکن بعضی اطفال قدرت استثنایی شناخت داشته باشند. آنها آرام نه نشسته بلکه پیوسته راه می روند. همیشه متحرک، بیقرار و ناراحت بوده و انگشتان خویش را بدون مقصد به هر چیز زده و آن را لمس می نمایند. قادر به نشستن به برنامه های تلویزیون و یا گوش دادن به قصه نیستند. ظرفیت توجه و عملکرد ضعیف مکتب دارند. سلوک آنها از روی انگیزه آنی و بدون تفکر قبلی بوده، جواب فوری بدون آنکه سوال تکمیل گردد و انتظار پر مشقت برای نوبت سخن گفتن دارند. رفتار شان در جاهای مزدهم و در مقابل مهمانان بدتر می گردد. به بهانه های کوچک اوقات تلخی نموده و گریان سر می دهند. در رفتار خویش پرخاشگر اند، با همسنفان خویش همکار نبوده و در جلب محبت رفقا مشکل دارند.

آنها دارای سلوک مخالف اصول اجتماعی مانند نافرمانی، لجبازی، بی دسپلینی، خراب کاری، وضع ظاهری خشن و ضرر رسان به دیگران می باشند. از سبب حواس پرتی و ظرفیت توجه کمتر، مصاب ناتوانی لسانی و آموزشی می باشند. تشخیص آنها بواسطه استعمال پرسشنامه Connors که در بر گیرنده 28 ماده برای معلم و 48 ماده برای والدین است. جهت ارزیابی واقعی طفل توام با (ADHD) صورت می گیرد.

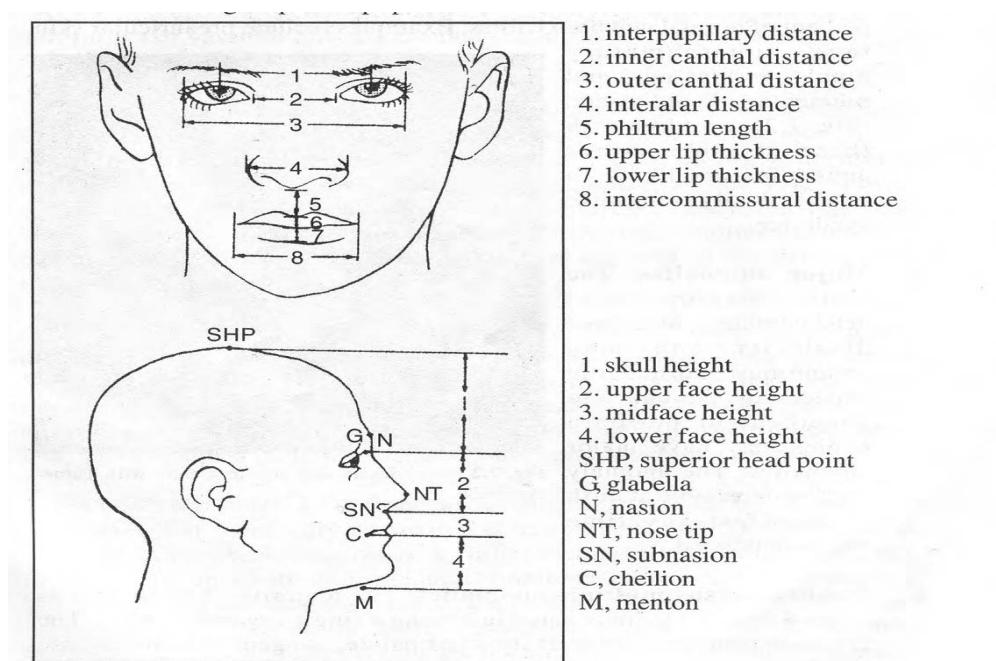
8. بعضی اطفال ممکن با این که انکشاف عصبی حرکی، درک و عکس العمل اجتماعی نارمل دارند، ناتوانی ویژه یادگیری در ساحه خواندن (dyslexia) نوشتن (dysgraphia) یا ریاضیات (dyscalculia) داشته باشند. ممکن علایم عصبی خفیف مانند عدم تناظر مقویت عضلي، مشکلات در ایستادن به یک پا، عدم توانایی در اجرای حرکات سریع متناوب، مشکلات در شناخت چپ و راست داشته باشند. این اطفال باید مخصوصاً برای دید و شنوایی شان معاینه گردیده و به واسطه سایکولوژست انکشافی، روانشناس اطفال و مربي و مشاور مخصوص ارزیابی گردند.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل هفتم

تشخیص تفریقی علایم فزیکی غیر عادی معمول

تعداد زیاد نقصه های انکشافی و تشوشات کروموزومی در هنگام طفولیت ملاحظه می گردد. بیشترین امراض دوره طفولیت را می توان بواسطه شناسایی چهره های وصفی یا معین مشخص نمود. متخصص اطفال باید با تلاش و تمرین دوامدار قوه ذهنی خویش را تقویت نموده تا اینارمیتی های جزئی و کوچک راس و وجه را تشخیص نماید. منظره قدامی و جنبی وجه باید معاینه گردیده تا سوء اشکال وجه شناسایی گردد. اندازه و هم ترازی چشم ها، مسافه بین هر دو چشم، شکل نوک و برآمدگی بینی، اندازه Philtrum، اندازه و موقعیت گوش ها، اندازه زنخ و پیشانی... و غیره باید جستجو گردد. (تصویر 7.1). معلومات مشخص جهت ارزیابی حقیقی dysmorphism در میان گروپ های مختلف نژادی و قومی نفوس در دسترس است.



تصویر 7.1 راهنمای برای اندازه گیری راس و وجه چهت تشخیص dysmorphism صورت.

طفل dysmorphic

طفلی که توان با نتایج انکشافی یا اномالی های ساختمانی ولادی باشد، بنام طفل dysmorphic پاد می گردد. Dysmorphism هنگام طفولیت تظاهر نموده و هر متخصص اطفال باید در برخورد کلینیکی با این اطفال آشنایی کامل داشته باشد.

anomalی های ساختمانی ولادی را می توان قرار ذیل تصنیف بندی نمود:

1. تغیرات نارمل یا ساختمانی، عبارت از تغیرات نارمل انکشافی یا اнатومیک اند که مستلزم کدام تداوی نمی باشند. مثالهای آن شامل چین و چروک های میمون مانند، clinodactyly (انحراف انسی یا وحشی انگشتان)، camptodactyly (انگشتان چنگال مانند)، گرافیک ابنارمel جلد، فانتانیل قدامی عریض، پیشانی وسیع، بینی نوک دار و غیره. این تغیرات شاید کدام ارزش کلینیکی خاص داشته و یا نداشته باشند.

2. اномالی های کوچک. این ها انمالي های حقیقی بوده که عمدتاً سبب نگرانی تزئینی یا وجاهتی می گردند. انمالي های کوچک ممکن در اضافه تر از 10% نوزادان نارمال موجود باشد. مثال های آن شامل ضمایم جلدی قدام گوش، نوک های پستان اضافی، خال های مادر زادی مختلف و تشوهات صباگی و غیره اند. (تصویر 7.2).



تصویر 7.2 ضمایم جلدی یا منگوله قدام گوش در یک طفل مصاب سندروم turner.

اطفالی که توان با سه یا بیشتر انمالي کوچک باشند، احتمال سندروم dysmorphic نزد شان موجود است. **3.** انمالي های بزرگ. نقیصه های انکشافی بزرگ سبب وجود آمدن ناتوانی وظیفوی گردیده و ممکن توقع نارمل حیات را به مخاطره اندازد. در حدود 2-3% فیصد اطفال نوزاد ممکن انمالي های بزرگ داشته باشند. این انمالي ها شاید در زمان تولد قابل دریافت بوده یا در هر زمان بعدی دوره طفولیت ظاهر گردد.

4. انومالی های متعدد مجزا. اکثریت نقایص ولادی (تقریباً 2/3) بشكل تنهایی یک عضو یا سیستم را متاثر مینماید. مثال های معمول آن عبارتند از: لب چاکی، کام چاکی، امراض ولادی قلب و غیره. اسباب انومالی های بزرگ انفرادی معمولاً چندین فکتوری یا چندین ژنی است. ندرتاً، انومالی های ولادی ممکن چندین ارگان یا سیستم بدن را متاثر نموده و سبب بوجود آمدن نقیصه های ولادی متعدد گردد.

مثال های معمول انومالی ساختمانی متعدد شامل ASSOCIATION ها، انومالی های نوع sequence نقایص ساحوی The field defects و سندروم ها می باشند.

ASSOCIATION . عبارت از یکجا شدن غیر اتفاقی انومالی ها که در آن اجزای انفرادی بطور متکرر نسبت به اینکه بصورت تصادفی توقع آن می رود با همدیگر واقع می شوند. منظره کلینیکی ممکن از یک واقعه تا واقعه دیگر فرق نموده اما برای شناسایی به متابه یک سندروم بقدر کافی سازگار می باشد. بطور مثال اتحاد trachioesophageal VACTERL شامل انومالی های فقرات، anal atresia، نقایص قلبی، atresia انومالی های کلیوی و نقایص اطراف می باشد. تشخیص دو یا سه منظره اساسی ما را وا می دارد تا سایر انومالی های مخفی را جستجو نماییم. خطر تکرر انومالی های اشتراکی کمتر بوده و این معلومات برای مشوره های جنتیک مفید می باشد. CHARGE association بواسطه coloboma چشم، انومالی های قلبی (choanal atresia (PDA ,VSD ,ASD)، tetralogy of Falout)، تاخیر (دماغی و فزیکی) هایپوپلازیا تناسلی (micropenis و cryptorchidism)، انومالی های گوش و کری مشخص می گردد. ضیاع وظیفوی حس بویایی و فقدان حس شامه جدیداً راپور داده شده است. VATER association با انومالی های فقرات (قرات نیم کره ای یا سوء شکل عجزی) یا انومالی های وعایی، سوء شکل مقعدی، و نقایص کلیوی ya radial fistula tracheo esophageal.

Sequence نوعی از سوء اشکال متعدد ولادی بوده که نمی توان آنها را در گروه انومالی های امبریولوژیک و انکشافی توضیح نمود. مثال وصفی انومالی sequence عبارت از potter oligohydraminoios از سبب عدم تشکل کلیه ها است. oligohydraminoios به علت عدم تشکل کلیه ها منجر به فشردگی داخل

رحمی جنین با سوء شکل اطراف، مسطح یا فشرده شدن شکل وجه و هایپوپلازیای ریوی که معمولاً سبب مرگ می‌گرددند می‌باشد.

field defects : به سوء شکل اعضای مختلف بدن که در هنگام پیدایش جنین از سبب نزدیکی اнатومیک با همدیگر تفکیک می‌شوند عطف می‌گردد. بعضی فکتورهای زیان آور رحمی شاید در انکشاف نورمال تفکیک ساختمان‌ها در جریان مرحله بهرانی انکشافی دخالت نمایند. آنها اکثرآ سبب حوادث نامساعد و عایی گردیده و خطر عود شان کم می‌باشد. مثال‌های آن شامل Moebius syndrome و Poland anomaly می‌باشند.

SYNDROME : عبارت از مجموعه چندین سوء شکل است که مکرراً در نمونه‌های ثابت واقع می‌گرددند. موجودیت مناظر dysmorphic متعدد در یک طفل نشان دهنده نقایص کروموزومی می‌باشد. در مریضانی که سوء اشکال متعدد دارند، تست‌های لابراتواری تاییدی موجود نه بوده و تشخیص آنها به اساس شناسایی الگوهای وصفی انومالی‌ها گذاشته می‌شود. بنا بر موجودیت انومالی‌های بزرگ، این سندروم‌های dysmorphic را می‌توان به صورت کلینیکی به 10 گروپ بزرگ تقسیم نمود. خصوصیات تشخیصیه مهم سندروم‌های dysmorphic معمول در جدول 7.1 لست گردیده‌اند. بعضی اوقات، مجموع سوء اشکال در یک مریض شاید به هیچ سندروم شناخته شده مطابقت نه نماید.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها



تصویر 7.1 سندروم داون، Hypertelorism، epicanthal fold، clinodactyly، AV توام با عدم کفایه احتقانی قلب دارد.

سندروم های کروموزومی

Down syndrome (Trisomy-21)

- راس کوتاه (قطر قدامی خلفی کوچک)، وجه هموار، ازدیاد فاصله بین چشم ها، همراه با کجی mongoloid چشم (چهره منگولیایی یا چشم های منگولیایی) و چین های epicantal، دهن باز و زبان برآمده، گوش های کوچک با موقعیت سفلی، لکه های brushfield در iris، چین یا خط های میمون مانند، انگشتان کوچک خفیفاً بداخل کج شده، clinodactyly (انحراف انگشتان به طرف انسی یا وحشی)، کاهش قوت، ماویت دماغی و غیره.

Edward syndrome (trisomy- 18)

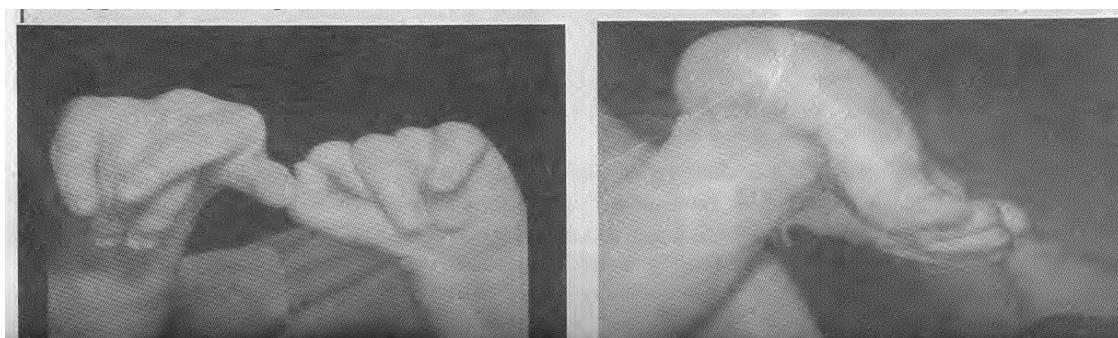
- راس کوچک توام با عظم قفوی برجسته، گوش ها دارای سوء شکل بوده و موقعیت سفلی دارند، چشم های کوچک، دست ها بشکل مشت شده با رویهم افتادن انگشت اشاره بالای انگشت سوم و انگشت پنجم بر روی انگشت چهارم، پنجه اول کوتاه و خم شده، عظم قص کوتاه، کف پا مانند چوب زیر گهواره، نقايسن ولاדי قلب (ASD, PDA, VSD) و تاخیر شدید عصبی عضلي (تصویر 7.4 الف و ب).

Patau syndrome (trisomy-13)

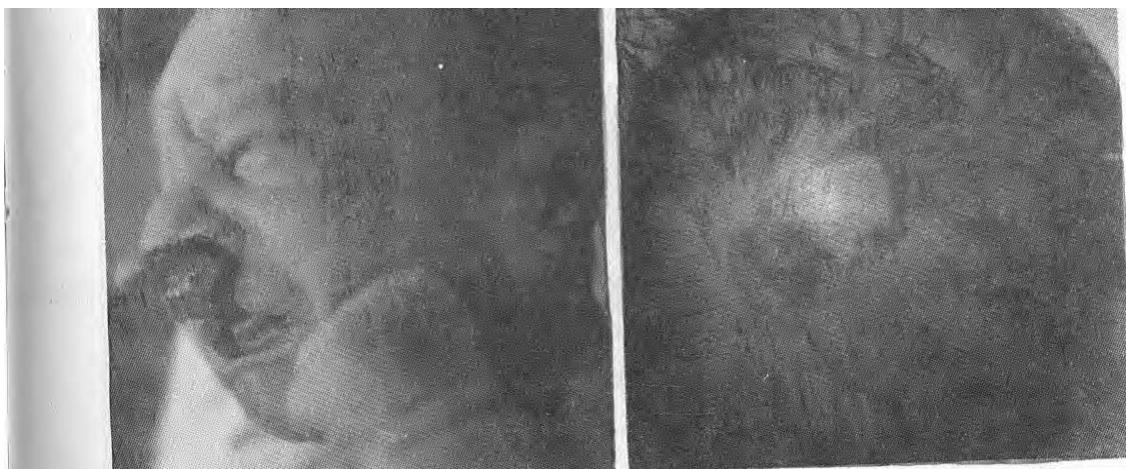
- مایکروسفالی توام با نقايسن موضعی فرق سر، کام / لب چاکی یا هر دو، بینی پهن و عریض، هایپرتیلوزیم، موقعیت پایین گوش ها، چشم های کوچک، coloboma عنبیه، موجودیت چندین انگشت در خلف محور دست ها و پا ها، نقايسن ولاדי قلب (PDA, VSD ASD)، تاخیر عصبی حرکی (تصویر 7.5 الف و ب).

Cri – du – chat syndrome(5 p-)

- گریه پشک مانند در دوران شیر خوارگی، مایکروسفالی، هایپرتیلوزیم، چین های Epicantal، عدم رشد و نمو، کجی چشم بر عکس منگولایایی.



تصویر 7.4 (الف) روی هم افتادگی انگشتان با ناخن های هایپرپلاستیک، (ب) پاهای EDWARD SYNDROME

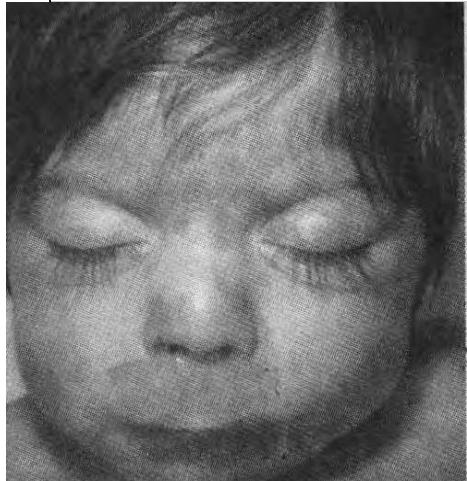


تصویر 7.5 (الف) کام و لب چاکی دو طرفه، بینی پهن - عریض و موقعیت سفلی گوشها. (ب) نقیصه موضعی فوجه فرق سر بطرف بیرون .



تصویر 7.6 سندروم (الف) گردن کوتاه پوست دار با اندیمایی لمفاوی قسمت ظهری دست. (ب) حصر سپر مانند با فاصله زیاد بین خلیمه ندیه ها (ج) لمفادینوما قسمت ظهری پا.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)



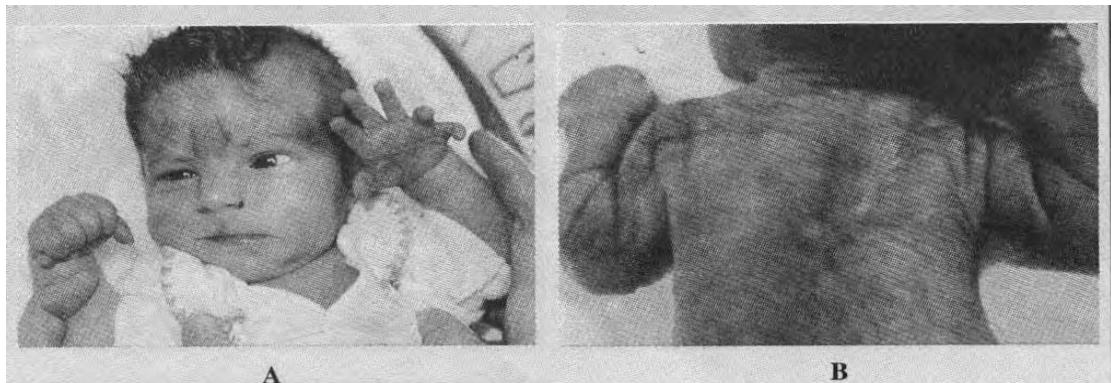
(monosomy X) Turner syndrome

گردن کوتاه پوست دار، خط موها خلفی سفلی، اذیمای لمفاوی قسمت ظهری دست ها و پاهای ساعد کمان مانند، صدر سپر مانند با فاصله زیاد بین حلمیه ندبه ها، قامت کوتاه، فقدان قاعده ای ابتدایی (تصویر 7.6 الف، ب، ج).

سندروم های توانم با قد بی نهایت کوتاه

Cornelia de Lange syndrome راس کوچک پهن، مو های غیر طبیعی در زنان، مژه های مجعد و دراز، لب علوی نازک رو به پائین، طوبیل، ابروهای انبوه و پیوسته در خط متوسط، کوچکی غیر عادی یک یا هر دو دست و یا پا، تاخیر عقلی (تصویر 7.7).

تصویر 7.7 Cornelia de Lange syndrome بیجا
روییسن موها در زنان، مژه های مجعد و دراز، لب علوی نازک رو به پائین، Philtrum طوبیل.



تصویر 7.8 Rubinstein-taybi syndrome (الف) مایکروسفالی، کجی انتی منگولوید چشم ها، بینی منقار مانند با چدار انتی که از سرحد مناخ انف پایین تر امتداد یافته است (ب) hypertrichosis قسمت خلفی و (ج) شست و انگشتن عریض.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

Rubinstein- Taybi syndrome •

راس کوچک، رشد ناکافی عظم مکزیلا با حنك دراز و باریک، موقعیت سفلی گوش ها، درز های پلکی کج انتی منکولیایی، بینی منقار مانند با جدار انفی که از سرحد مناخر انف پایین تر امتداد یافته، hypertrichosis هموار بودن شست دست ها و پنجه ها، تاخیر عقلی، تمایل برای تشکل کبیلوید (تصویر 7.8.الف، ب و ج).

Russel –Silver syndrome •

وجه مشتمی با کناره های دهن به طرف پائین برگشته، عدم تناظر اسکلیت بدن (در وجه اطراف)، کجی اندگشتن، لکه های .café-au-lait

(Bird- headed dwarf syndrome) seckel syndrome •

راس کوچک، هایپوپلازیایی وجه با بینی متبارز، چشمان بر جسته، گوش ها توانم با سوء شکل بوده و موقعیت سفلی دارد، تاخیر دماغی.

: Hallermann – streiff syndrome •

کوتاهی قطر قدامی-خلفی راس (brachycephaly) با برجستگی عظام جداری یا جبهی، وجه پرنده مانند، هایپوتراپیکوزس مو های راس، ابروها و مژه ها، کوچک بودن چشم ها توانم با کترکت دو طرفه، بینی کوچک رنگ پریده، فک سفلی کوچک با مضاعف بودن زنخ.

Laron syndrome •

قد کوتاهی واضح (مقاومت و یا غیر حساس بودن به HGH)، برجستگی عظم جبهی، بینی زین مانند، عالمه غروب چاقی، اعضاء تناسلی کوچک، صدای با زیروبیم بلند. (Sitting sun)

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توام با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

سندروم های توام با قد کوتاهی متوسطه، نقصیه های وجهی و یا تناسلی

Rothmund – Thomson syndrome •

حساسیت در مقابل نور، تاسی، کترکت، هایپوگونادیزم، قامت کوتاه.

Smith – Lemli – Opitz syndrome •

سقوط اجفان، چین های Epicantal سوراخ های بینی منحرف به قدام، موقعیت سفلی گوش ها، کوچک بودن غیر عادی فک سفلی، انگشتان یا پنجه دوم و سوم چسبیده، Cryptorchidism و Hypospadias در پسران، عدم رشد، تاخیر دماغی.

Laurence- Moon Biedle syndrome •

چاقی، Retinitis pigmentosa یا التهاب شبکیه رنگی (شب کوری)، تاخیر دماغی، کوچک بودن اعضا تناسلی و موجودیت انگشتان اضافی.

Williams syndrome •

صورت جن یا پری مانند، Philtrum طویل، سوراخ های بینی منحرف به قدام، فشردگی بند بینی، لب های ضخیم با لب سفلی کشال، کم بودن فاصله بین چشم ها، اذیما یا پر بودن اطراف چشم ها، قیچی چشم ها، چشم های آبی، صدای خشن، تضییق ابهر فوق دسامی، تضییق ریوی محیطی، شخصیت مهربان و صمیمی (Cocktail – party)، هایپرکالسیمی دوران نوزادی، تاخیر دماغی با لکنت زبان، قیافه پر مانند از سبب چملک شدن جلد و خاکستری رنگ شدن موها.

Noonan syndrome •

فینوتایپ مشابه turner، گردن پوست کشال، ازدیاد فاصله بین چشم ها با کجی چشم انتی منگولویید، پیشانی عریض، سقوط اجفان، گوش های تدور یافته به سفلی و خلف، صدر فرو رفته، برآمده یا هر دو، تضییق دسام ریوی یا ASD، عدم نزول بیضه ها در سفن (Cryptorchidism).

Aarskog syndrome •

وجه مدور، بینی کوچک هموار با سوراخ های منحرف به قدام، Philtrum طویل با کجی انگشت پنجم، محاط شدن قاعده قضيب توسط چین جلد صفن)، قامت کوتاه.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

سندروم های توانم با رشد فزیکی زیاد و نقصه های مربوط آن

Fragile X syndrome •

وجه طویل، گوش های متبارز، زنخ بزرگ، قابلیت فرط بسط مفاصل بعیده بند انگشت، رشد بیش از حد خصیه ها بعد از بلوغ، حالت دماغی تحت نارمل، فرط تحرکیت، رفتار پرخاشگری یا خیال پرستی.

Sotos syndrome •

راس بزرگ و طویل، وجه خشن و درشت، درز های پلکی کج، زنخ متبارز (macroglossia)، دستها و پاهای بزرگ، تاخیر دماغی.



تصویر 7.9 Beckwith-wiedemann syndrome. زبان بزرگ و چاک بودن نرمه گوش ملاحظه گردد. طفل مذکور مصاب بتنقی سروی و هایپوگلایسیمیا است.

Beckwith-Wiedemann syndrome •

فتق سره، زبان بزرگ، Nervus flammeus بالای پیشانی، چشم های برجسته، چاک بودن نرمی گوش، بزرگ شدن احشاء، هایپوگلایسیمی، هایپرتروفی نصف بدن (تصویر 7.9).

Berardinelli lipodystrophy syndrome •

هیکل عضلاتی بدون شحم تحت الجلدی، دست ها و پا های بزرگ، جلد حساس، ضخیم و سیاه، بزرگ شدن ورید ها، ضخامه کبد، قضیب بزرگ.

Marshall – smith syndrome •

بزرگتر از سن حملی، پیشانی برجسته، بینی رو به بالا، صلبیه آبی، زنخ کوچک، رشد فزیکی و اسکلیتی پیشرفته، تاخیر دماغی.

Weaver- smith syndrome •

طفل بزرگ در زمان تولد، راس بزرگ، پیشانی عریض، هایپرتیلوریزم، کجی چشم انتی منگولویید، Philtrum بسیار بلند و طویل، گوش های بزرگ، زنخ کوچک، Camptodactyly، شست های عریض، افزایش تون عضلی توانم با تقبیضات یا کشش.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

سندروم های غیر معمول سیستم عصبی مرکزی یا عصبی عضلی و ناقایص مربوط آن

Arthrogryposis multiplex congenita •

شخی مفاصل بزرگ، کجی دو طرفه پاها، وضعیت دستها و بازو های پولیس مانند، کاهش کتله عضلی.

Meckel – Gruber syndrome •

عزم قفوی، راس کوچک، اب/کام چاکی، اعضاء تناسلی غیرعادی، انگشت اضافه در پشت محور دست، کلیه های بزرگ قابل جس از سبب موجودیت Encephalocele .multicystic dysplasia

Sjogren – Larsson syndrome •

استحاله شبکیه، تاخیر دماغی، spastic diplegia .Ichthyosis

Ataxia–telangiectasia •

توسع اوعیه منظمه بصلی، برآمدگی بینی و لاله گوش ataxia مخیخی پیشرونده، انتانات متکرر تنفسی و سینوزیت.

Prader – Willi syndrome •

چاقی، دهان ماهی مانند، کاهش تون عضلی، micromelia درز جفني بادام مانند، هایپوگونادیزم در مرد ها، تاخیر دماغی.

Zellweger syndrome •

وجه دراز و هموار، پیشانی بلند، چین های epicantic ، فانتائل بزرگ، زنخ کوچک، گوش های غیر عادی، ضخامه کبد، کاهش تون عضلی، کیست های کبدی و کلیوی.

Myotonic dystrophy syndrome •

نقایص عضلی وجه همراه با انزوی عضلات صدغی، سقوط اچفان، کترکت (معمولًا با معاینه Slit – lamp) هایپوتونیا هنگام شیرخوارگی، سپرم یا تشنج هنگام طفو لیت، انزوی خصیه ها در پسران بالغ.

سندروم های توانم با **dysmorphism** وجهی به متابه مشخصه عمدہ

Moebius Sequence •

سقوط اچفان، فلچ دو طرفه عصب ششم، فلچ دو طرفه عصب وجہی با وجه ماسک مانند، فک سفلی کوچک.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

Pierre-Rrobin sequence •

فك سفلی کوچک و موقعیت خلفی فک ها، سقوط زبان، شکاف U مانند حنك نرم

Frontonasal dysplasia sequence •

نوك بینی عریض شکاف دار یا سوراخ های بینی دو شکافه، گوشه های چشم بعیده، تقیصه خط متوسط عظم جبهی.

Waardenburg syndrome •

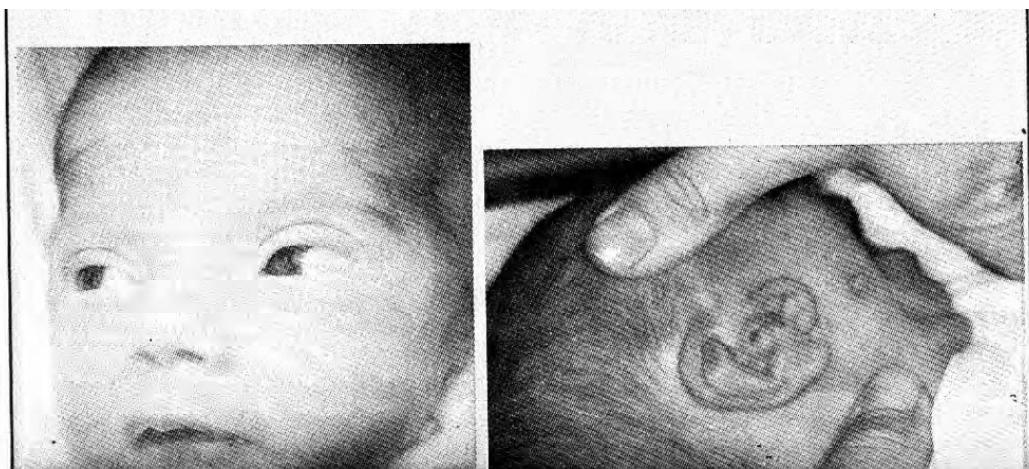
گوشه های چشم بعیده، تغیر موقعیت فوجه سفلی اشکیه به خارج، البینیزم جزی (موهای کاکل یا پیشانی سفید)، عنیبه رنگارنگ، کری حسی عصبی.

Treacher-Collins syndrome •

هاپوپلازیا گونها، کجی فیسورهای جفنی به شکل coloboma Anti mongoloid جفن سفلی، سوء اشکال گوش خارجی، فک سفلی کوچک.

Goldenhar syndrome •

عدم تناظر وجهی: (گوش های کوچک فشرده شده یا کاملاً عدم موجودیت گوش ها)، ضمایم جلدی قدام گوش، توسع جنبی ترک مانند کنج دهن، انومالی فقرات رقی (تصویر 7.10 الف و ب).



تصویر 7.10. (الف) عدم تناظر وجه با توسع چک مانند جنبی کنج دهن. (ب) گوش سوء شکل یافته کوچک توانم با ضمایم جلدی قدام گوش.

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توام با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

سندروم هایی توام با نتایج ووجه و اطراف

Langer – Giedion syndrome •

گوش های برجسته و بطرف وحشی برا مده، بینی ناک مانند با قاعده وسیع، مو های پراکنده و تنک راس، برا مده های متعدد عظمی، اپیفیز های مخروط مانند بند انگشتان.

Whistling face syndrome •

”وجه اشپلاق مانند“، فرو رفتگی روی زنخ، کوتاه شدن انساج عضلی و یا لیفی مفاصل کوچک، انحراف انگشتان به طرف زندی.

Coffin Lowry syndrome •

وجه خشن، کجی فیسورهای جفنی به شکل (نوک بینی پندیده)، انگشتان ضخیم باریک شده نوک تیز، منظره چوب دهل بند انگشت بعده، تاخیر شدید دماغی.

Coffin siris syndrome •

وجه خشن، مو های پراکنده و نازک راس، هایپوپلازیا یا عدم موجودیت انگشت پنجم و ناخن های پنجه های پا، کاهش قوت عضلی، تاخیر دماغی.

Pyknodysostosis •

برجستگی کاسه سر، فانتازل قدامی بزرگ، درز های وسیع، فک سفلی کوچک، بینی طوطی مانند، صلبیه آبی، قد کوتاهی توام با اطراف کوتاه، Osteopetrosis (بیماری ارثی است که توام با سخت شدن عظام، از دیاد کثافت، تخریب مخ عظم و کسور متعدد در عظام مأمور می باشد)، رشد غیر نارمل ناخن ها، منظره انگشتان دست ها و پنجه های پا بشکل چوب دهل عریض و پهن می باشد.

سندروم هایی که مشخصه عمده آن نتایج اطراف اند

Poland anomaly •

هایپوپلازیا یا عدم موجودیت یک طرفه عضله بزرگ صدری (Pectoralis major) توام با انگشتان کوتاه به هم چسبیده همان طرف.

Escobor syndrome •

سقوط جفن، کجی فیسورهای جفنی خلاف منگولیابی، فک سفلی کوچک، pterygia های متعدد در عنق، ناحیه ابطی، در مقابل عظم زندی، حفره عقب زانو و ناحیه داخلی ساق پا، پا های Rocker – Bottom

Holt – Oram syndrome •

توام با انگشت سه بندی است یا عدم موجودیت انگشت شست، غیاب قسمی یا کامل عظم Radius و تعدادی از انواعی های مربوط آن.

(TRA. syndrome) Thrombocytopenia – Radial Aplasia syndrome •

تروموساپوتونیا توام با معدومیت یا هایپوبلازیا میگاکاربوسایتها در دوران طفولیت مقدم، فقدان یا هایپوبلازیا دو طرفه عظام لاکن انگشتان شست معمولاً موجود می باشد.

مراحل قطع نوار امنیوتیک •

موجودیت حلقات تقبضی یا قطع مستعرض انگشتان و یا اطراف، انگشتان بهم چسبیده کاذب، ترک یا چاک غیر معمول وجهی که با ترکیب هموار اнатومیک جینی مطابقت ندارد.



تصویر 7.11 Crouzon syndrome. رس طویل،
جلو آمدگی چشمها و هایپوبلازیا عظم maxilla

Craniosynostoses syndromes

Carpenter syndrome •

راس پهن، چاقی، هموار بودن برآمدگی انف، بیجا شدن گوشه چشم بطرف جنی، موجودیت انگشتان اضافی در محور قدامی پا ها، انگشتان قسمًا چسبیده دست ها و پا ها.

Apert syndrome •

پهن سری با پیشانی بلند (acrocephaly)، و (قسمت قدامی راس بشکل مخروطی)، هایپوبلازیا وسط وجه، وجه هموار، کجی فیسور های چفنی به شکل Anti mangoloid یا بازوی مانند، انگشتان چسبیده با پوست اضافی معمولاً با جوش کامل انگشتان دوم، سوم و چهارم (Mitten hands) یا بشكل دستکشی که برای چهار انگشت یک خانه دارد، عریض بودن بند انگشت بعیده، شست دست و پا.

Crouzon syndrome •

هایپوبلازیای مگزیلا، جوف حجاج کم عمق هموراه با جلو آمدن چشم ها، قیچی یا چپ چشم بودن، از دیاد فاصله بین چشم ها و بینی طوطی مانند (7.11).

جدول 7.1 لست سندروم های dysmorphic معمول توانم با اشکال کلینیکی اساسی آنها (ادامه)

سندروم هایی توانم با (نموی بیش از حد حجرات انساج نارمل) های متعدد

Sturge - Weber syndrome •

Portwine hemangioma که نواحی وجهی را توسط شعبه Trigeminal عصب تعصیب می نماید در بر می گیرد، hemangioma سحاابی همان سمت با تکلس، hemangioma همان طرف ضفیره مشیمیه (Choroid).

Incontinentia Pigmenti •

Patch خلطون نامنظم پلاک های وزیکولی و Patch های زخ مانند که با آفات صیاغی جلد در بالای تنہ و نهایات تعقیب می گردد، تاسی با رفتن موها، تسنن غیر عادی، اختلاج، شخی عضلی، تاخیر عقلی. صباغات بشکل حلقه های مکوار، Patch های شبکه مانند، خال ها و لکه های کوچک و رگه های خطی.

Tuberous sclerosis •

ادینومای غدوات دهنه در وجه، مکول های مانند اوراق خاکستری (Patch Shagreen)، (Ash leaf)، تشنج، angiomyolipomata (همرتوما های شبکه چشم)، نقیصه حفره مانند در میتی دندان، کیست های بند انگشت، کلیه.

Leopard syndrome •

نقیصه در انتقال امواج ECG، ازدیاد فاصله بین کره های چشم، تضییق شریان ریوی، غیرعادی بودن اعضای تناسلی، تاخیر نمو و کری.

Neurofibromatosis type 1 •

Café- au - lait (بیشتر از 5 دانه، با سایز حداقل 5 میلی متر) Neurofibromata های متعدد، نودول Lisch (همرتومای رنگی در عنیبه).

Klippel – trenaunay – weber syndrome •

Hemangiomas های متعدد نامتناظر نهایات همراه با phlebectasias، Hemangiomas اتومالی های lymphangiomatosus، انگشتان بهم چسبیده، انگشتان اضافی یا انگشتان بسیار بزرگ، خلع مفصل ران Hemangiomas ،Kypho- scoliosis احتشای.

تعدادی از اطلاعات کمپیوترايز شده در مورد سوء شکل شناسی برای همکاری با متخصصین کلینیکی در دسترس بوده تا آن ها تشخیص موثق طلفی را که دارای چندین سوء شکل است ارایه نماید. اطلاعات کمپیوترايز شده مشهور شامل London neurogenetic (London–dysmorphology database) LDDB

POSSUM (Picture of standard syndrome and unidentified LNDB (data base SYNDROC و malformation) وغیره اند.

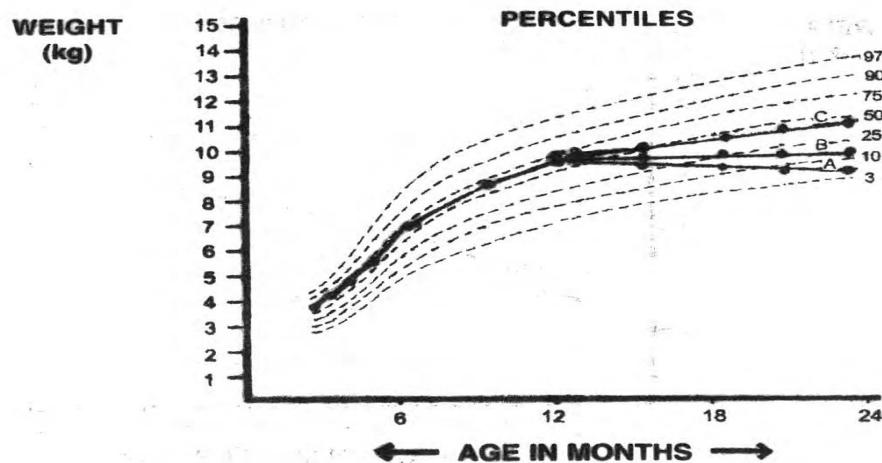
این اطلاعات را می توان روی صفحه کمپیوتر شخصی خویش جستجو و انتخاب نمود. اگر جستجوی اطلاعات کدام تشخیص قاطع یا معین را پیشنهاد نکرد، ترکیب این انومالی ها ممکن یک سندروم جدید بوده که تا به حال گذارش نه گردیده است. برای این منظور تجزیه و تحلیل کروموزومی در مرحله Prometaphase توصیه می گردد تا انومالی های کروموزومی نادر (معمولاً معدهمیت یا تغییر موقعیت بین الخاللی) به عنوان اسباب سندروم ها رد گردد.

عدم رشد (Failure to thrive) و کوتاه ماندن قد (Stunting)

اکثر والدین در مورد نمو اطفال شان نگران می باشند. عدم رشد (FTT) یک عرض معمول مراجعه اطفال برای ارزیابی نزد داکتر است. این مسئله نیاید با عدم تمایل به خوردن غذا در اطفالی که والدین حساس دارند و به اندازه رضایت آنها غذا نمی خورند و رشد نمی نمایند، مغالطه گردد. FTT را نمی توان با یکبار معاینه و بررسی تشخیص نمود. این حالت به اساس موجودیت نقص در گرفتن وزن یا از دست دادن وزن در یک دوره معین زمانی مشخص می گردد. تشخیص موثق وقتی صورت می گیرد که نمونه باختن وزن طفل در کارت صحی وی ذکر گردد. در اطفال قبل المعياد جهت ثبت اندازه های Anthropometric در کارت صحی در جریان دو سال اول حیات باید از سن دقیق یا سن بعد از القاح استفاده نمود. منحنی وزن طفل مصاب FTT نشان دهنده مسیر هموار یا نزولی بوده تا اینکه پائین ترازو خط بزرگ فیصدی کاهش یابد (تصویر 7.12). همچنان زمانی می توان به تشخیص FTT مشکوک شد که اگر اندازه وزن بر قد طفل کمتر از 10 فیصد در چارت وزن بر قد مرکز ملی احصاییه صحی (NCHS) بررسد.

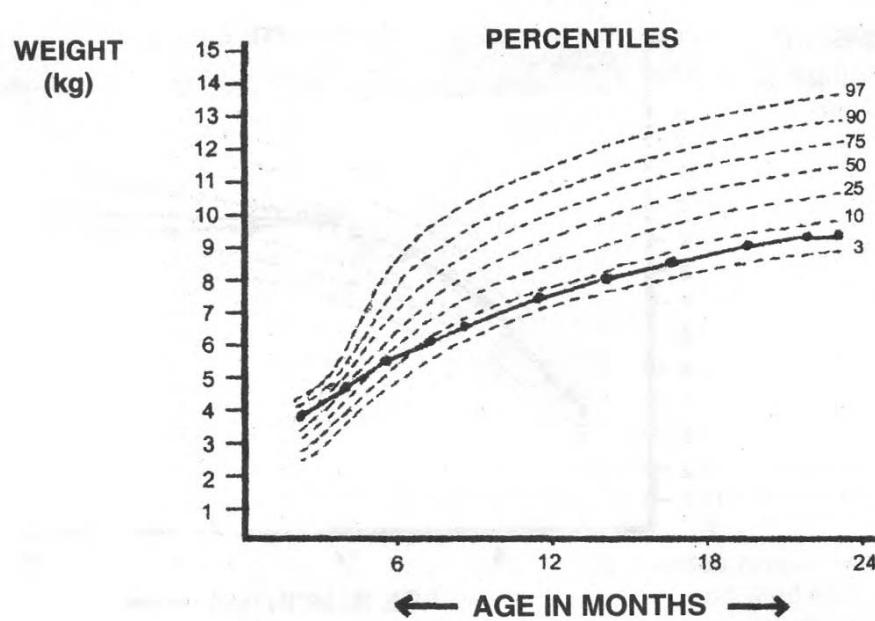
تشخیص کم وزنی (under weight) زمانی به طفل اطلاق می گردد که وزن آن کمتر از $2SD -$ در ریفرنس اوسط وزن بر سن باشد. ضیاع وزن وقتی مشخص می گردد که اندازه وزن بر قد کمتر از $2SD -$ در مرجع اوسط وزن بر قد باشد. کوتاه ماندن قد (Stunting) وقتی تشخیص می گردد که اندازه قد کمتر از $2SD -$ در مرجع اوسط قد بر عمر باشد. تظاهر بطایت اندازه نمoe طولی ممکن شش ماه را در بر گرفته در حالی

شکل 7.12 (الف) ضایع وزن، (ب) وزن ثابت یا ساکن، (ج) تنقیص در افزایش وزن failure to thrive

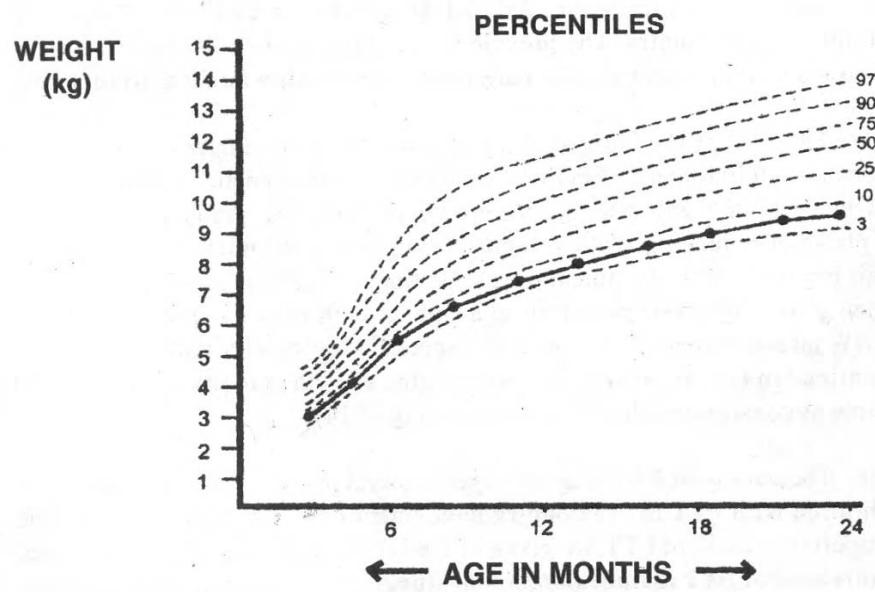


که بطائت در گرفتن یا باختن وزن را می توان در یک دوره کوتاه ملاحظه نمود. در حدود 50% اطفال زیر 5 سال در هند از رشد کامل مانده و قد کوتاه هستند. همچنان شیوع Stunting را میتوان به مثابه یک اندیکاتور ضعیف اجتماعی برای هر ملت صرف مانند میزان بلند مرگ و میر اطفال قبول نمود.

اندازه طفل در هنگام تولد نسبت به فکتورهای جنتیک یا بنیوی، زیادتر مربوط به صحت مادر و مناسب بودن محیط داخل رحمی می باشد. اطفال که قدرت نمو جنتیکی ضعیف دارند ممکن تدریجاً به مرحله کاهش سرعت نمو در هنگام شش الی دوازده ماه اول حیات بروند. بعد از این تعديل فیزیولوژیک طفل "منحنی رشد جنتیک خود را می یابد" و بعداً در امتداد همین فیصدی سرعت نمو بطي رشد می نماید (شکل 7.13). برخی اطفال LBW توام با سوء تغذی جنینی (مخصوصاً اطفالی که IUGR متناسب دارند) روند سرعت نمو داخل رحمی خود را بعد از تولد نیز تعقیب نموده و مانند اطفال نوزاد ذاتی یا بنیوی نمو می نمایند. (شکل 7.14) اسباب FTT ممکن روانی- اجتماعی یا عضوی باشند. اکثریت اطفال مصاب FTT در هند اسباب غذایی یا عضوی دارند. اسباب مهم در جدول 7.2 مشخص گردیده است. ارتباط معمول روانی- اجتماعی FTT شامل معلولیت والدین، فقدان حمایت عاطفی و روانی، مشکلات اقتصادی و استفاده از مواد مخدر و غیره می باشد.



شكل 7.13 نوزاد نارمل "در حال دریافت منحنی نمو خوبیش" در هنگام شیر خوارگی



شكل 7.14 طفل LBW مانند طفل بنیوی نمو سریع دارد.

جدول 7.2 اسباب کندی نمو (Failure to thrive) و کوتاه ماندن قد (Stunting)

- 1. محرومیت روانی اجتماعی و سوء استفاده از اطفال**
 - 2. حوادث قبل از ولادت**
- اطفال قبل المعياد و LBW (IUGR)، انتانات داخل رحمی، سندروم های دوایی جنینی (الکل، دواهای ضد اختلاج)، نواقص انکشافی
- 3. عادات های غذایی ناقص**
 - عدم تغذی با شیر مادر
 - رفاقت بیش از حد شیر مصنوعی
 - شیوه های نادرست و موخر Weaning
 - اخذ ناکافی micronutrients (ویتامین ها و منرال ها)
 - 4. عوامل عضوی بعد از ولادت**
 - انتانات
 - انتانات داخل رحمی، توپرکلوز، مalaria، انتان HIV، انتانات متکرر
 - تشوشات معدی معایی استهالات متکرر یا معنده، مردگان سلیاک، Protein losing enteropathy، الرئی طرق معدی معایی، giardiasis، ریفلکس معده به مری، aganglionic maga colon
 - سیستم تنفسی استمای قصبه، انتانات منکرر تنفسی، Mucoviscidosis، توپرکلوز
 - تشوشات قلبی وعایی امراض ولادی قلب، امراض روماتیک قلب
 - تشوشات کلیوی انتانات متکرر کلیوی، renal tubular acidosis، عدم کفایه مزمن کلیه
 - حالات Hemato-oncologic (سرطانی و خون)
 - تالاسیمیا اکبر، Sickle cell anemia، امراض خیشه دوران طفولیت
 - تشوشات عصبی فلچ دماغی، تاخیر عقلی، Subdural hematoma، تومور های سیستم عصبی مرکزی، سندروم Diencephalic Cranial irradiation
 - تشوشات اندوکراتینی فقدان هورمون نشو نمه، مرض شکر diabetes insipidus، هایپوتایرویدیزم، هایپرتایرویدیزم، کوشنگ سندروم، Pseudohypoparathyroidism
 - تشوشات اسکلیتی
- Chondrodystrophies، قد کوتاهی توان با اطراف کوتاه، achondroplasia، تعظم ناقص، ریکتس و لادی و کسبی (توپرکلوز، ریکتس، hemivertebra، eosinophilic granulom، kypnosis، scoliosos) معالجه با ستیرویید.
- ستیرویید) امراض ستون فقرات.
- حالات معافیتی
- تشوشات ابتدایی فقدان معافیت، تشوشات وعایی کولاجن

- حالات متفرقه

سوء تشکلات متعدد ولادی، انولی های کروموزومی (turner و سندروم Trisomy 13, 18, 21)، تشوشات میتابولیک،
بلوغ هایپوتوربیزیم، هایپوتوربیدیزیم، کوشتگ سندروم، سوء تغذی، قد کوتاهی بینیوی توام با تاخیر
.A و تسمم با ویتامین Progeria، Leprechaunism

*سن عظمی در اطفالیکه مصاب هایپوتوربیزیم، هایپوتوربیدیزیم، کوشتگ سندروم، سوء تغذی، قد کوتاهی بینیوی توام با تاخیر
بلوغ هایپوتوربیدیزیم در مرد ها و امراض مزمن سیستمیک باشد ممکن به تاخیر افتاد. زمانی که سن عظمی عقب ماند امکان دارد
نمود طولی تحرک بیشتر برای جبران عقب ماندگی به خرج دهد

در اینجا تاریخچه تخریشیت، اختلال خواب، گریه مفرط و کج خلقی موجود می باشد. اطفالی که توام با محرومیت
حسی آند، توسط کاهش تلفظ صوتی، تبسیم خفیف، وضعیت گرفتن غیر عادی، نواش کردن، بستن، حرکات
گهواره و حالت نشخوار کردن تشخیص می شوند. در اطفال ظاهرآ صحتمند رشد فزیکی نا مطلوب و Stunting
ممکن از سبب فقدان جزیی مایکرونترتنتها (ویتامین ها و منوال های کمیاب) به وجود آید. مواد غذایی مملو از
مایکرونترتنت ها، می تواند نمو اطفال را به واسطه بیان قوه جنیتیک مطلوب شان بیشتر نماید. در اطفالی که نمو
قد شان بطي است، تاخیر بینیوی نمو، بلوغ و قد کوتاهی ارشی فامیلی باید از هم دیگر تفکیک گردد (جدول 7.3).

(جدول 7.3) نفاوت های برجسته بین تاخیر بینیوی در رشد و قد کوتاهی فامیلی

شماره	خصوصیات	تاریخچه فامیلی	تاخیر بینیوی یا طبیعی در رشد و بلوغ	قد کوتاهی فامیلی
1	بلوغ موخر در یکی از والدین	بک یا هردو والد شاید قد کوتاه باشد		
2	جنس	اکثرآ پسر ها	هر دو جنس	
3	نحو مقدم	حین تولد نورمال اما بعد از 1-2 سال طفل منحنی ارشی	طفل ممکن در زمان تولد کوچک و همراه با رشد بطي باشد.	
4	وزن بر قد	عادی		عادی
5	تناسب بدن	عادی		عادی
6	سن عظمی	در سن دو سالگی عقب مانده و بسته شدن epiphyses	مطابق سن زمانی می باشد	
7	شروع بلوغ	متاخیر		متنااسب به سن
8	قد کاهلان	عادی		کوتاه (از سبب غیر عادی بودن اخذه های هورمون نشو نما)

بسته شدن مؤخر فانتانل قدامی

اندازه فانتانل قدامی در زمان تولد بین 1.0 ± 2.0 سانتی متر متفاوت بوده و به تناسب عظام جبهی و جداری خفیفا فشرده شده می باشد. فانتانل قدامی بصورت عادی بین سن 12 تا 18 ماهگی بسته می شود. بسته شدن قبل از وقت فانتانل قدامی در صورتی که نمو راس بطور عادی پیشرفت و برجستگی درز ها موجود نه باشد نکته قابل نگرانی نیست. بزرگی بیش از حد فانتانل قدامی و بسته شدن مؤخر آن منظره کلینیکی شناخته شده حالات ذیل میباشد.

Pituitary dwarf	•	Malnutrition	•
Alpert syndrome	•	Rickets	•
Achondroplasia	•	Hydrocephalus	•
Trisomy 13 and 18	•	Cretinism	•
Russell-silver syndrome	•	Down syndrome (Trisomy-21)	•
Hypophosphatasia	•	Gorgoylism	•
Progeria (پیر کودکی)	•	(mucopolysaccharidoses)	
Hallermann-Ostreiff syndrome	•	Congenital syphilis	•
Pyknodysostosis	•	Thalassemia major	•
Zellweger syndrome	•	Osteogenesis imperfecta	•
Congenital rubella syndrome	•	Cleidocranial dysostosis	•

فانتانل قدامی برجسته

فانتانل قدامی باید زمانی معاینه گردد که طفل آرام بوده و به وضعیت عمودی قرار داشته باشد. فانتانل بطور عادی به تناسب عظام جبهی و جداری هموار یا خفیفا فشرده شده بوده و دارای نبضان می باشد. فانتانل برجسته یک علامه موثق و قابل اطمینان برای فرط فشار داخل قحفی در هنگام طفولیت است. نبضان شاید در اثر سخت شدن فانتانل از سبب بلند رفتن واضح فشار داخل قحفی ناپدید گردد.

- هایپر پاراتایرویدیزیم
- فرط فشار داخل القحفی (منجایتس، خونریزی داخل القحفی، تومور، pseudotumor cerebri و غیره)
- طفلى که در حالت گریه باشد.
- Hypophosphatasia و لادی
- Maple syrup urine disease
- Urea cycle enzyme defects
- Galactosemia
- Vitamin D-dependent rickets
- Nalidixic acid overdose
- هایدروسیفالوس
- تداوی با تتراسیکلین و flouroquinolone
- تسمم با ویتامین A
- تداوی با کورتیکوستیروئید (به تعقیب قطع نمودن)

CRANIOTABES

عبارت از نرم شدن و باریک شدن عظام کاسه سر است که می تواند به شکل توب پینگ پانگ ظاهر نماید. علامه مذکور باید دورتر از درز های راس جستجو گردد. این علامه بصورت نارمل در اطفال قبل الميعاد قابل دریافت است. اسباب معمول آن عبارتند از:

- تعظم نافض فریالوژیک
- Lacunar skull and craniofenestria ریکتس
- Hypervitaminosis A سفلیس و لادی
- Mandibulo-facial dysostosis هایدروسفالوس
- (Treacher-Collins syndrome) بر جستگی راس

متبارز بودن یا بر جستگی عظام سر بنام **bossing** یاد می گردد. شاید عظام جبهی، جداری یا قفوی را متأثر نماید، اما بر جستگی عظم جبهی بیشتر معمول است. اسباب مهم آن عبارت اند از:

- | | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|---|
| Ehlers-danlos syndrome | • | Rickets | • |
| Ectodermal dysplasia | • | Thalassemia major | • |
| Lowe's syndrome | • | Congenital syphilis | • |
| Hallermann-streiff | • | Achondroplasia | • |
| Generalized gangliosidosis type 1 | • | Hurler's syndrome | • |
| 10 p deletion syndrome | • | (mucopolysaccharidoses) | |
| Pyknodysostosis | • | Cleido-cranial dysostosis | • |

تکان سر

تکان سر بطرف بالا و پایین یا به شکل جنبی و محکم زدن راس (Banging) یا غلتک زنی راس (Rolling) در وضعیت نشسته نسبت به استجاع ظهری بیشتر ممکن در بعضی اطفال نارمل مشاهده گردد. Nodding در وضعیت نشسته نسبت به استجاع ظهری بیشتر است. در صورتی که این حالت دوامدار یا شدید شود، حالات ذیل باید در نظر باشند:

- محرومیت عاطفی Spasmus nutans (with nystagmus)
- تاخر دماغی Ocular albinism
- خیال پرستی Pelizaeus-Marzbacher disease (with poor head control and cog-wheel nystagmus)
- غمگینی و فشار Bobble-head doll syndrome (hydrocephalus due to lesion in the region of the third ventricle)

MACROCEPHALY

زمانی تشخیص می گردد که محیط راس اضافه تر از 2.5 سانتیمتر از اوسط عمر و یا بیشتر از SD 2 اوسط سن، جنس، قد و وزن تجاوز نماید.

• هایدروسفالوس

هایدروسفالوس به وسیله توسع سیستم های بطیئی مشخص می گردد. تظاهرات کلینیکی برجسته آن شامل فانتنل قدمی بزرگ برآمده، درز های مجراء، برجستگی عظام جبهی، اورده متراکم در بالای کاسه سر و عالمه Sun Setting می باشد. محیط راس باید بصورت متکرر اندازه گردیده تا مشخص شود که آیا در حالت پیشرفت بوده (فعال) و یا اینکه هایدروسفالوس توقف نموده است (تصویر 7.15 الف و ب).

- Hydrocephaly
- انصباب تحت dural (پوش خارجی دماغ و نخاع شوکی)
- عظام ضخیم کاسه سر:

craniometaphysial ,pyknodysostosis ,Osteopetrosis ,achondroplasia)

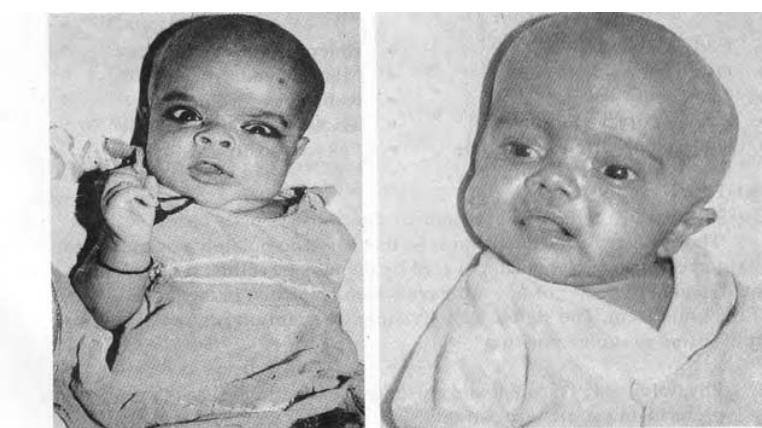
. leontiasis ossea ,rickets ,orodigitofacial dysostosis dysplasia و غیره).

- Cerebral gigantism •
- Mucopolysacharidosis •
- Cerebral lipodosis (gangliosidosis) •
- Metachromatic leukodystrophy •
- Fragile X syndrome •
- Porencephaly •
- Subdural hematoma •
- تومورهای داخل القحفی •
- Glutaryl – coenzym A •
- Dehydrogenase deficiency •

MICROCEPHALY

عبارت از کاهش محیط راس کمتر از $SD 2$ (انحراف سنترال) اوست برابر سن، جنس، وزن و قد می باشد. این
حالت ممکن بصورت ابتدائی از سبب نمو خراب دماغی یا به صورت ثانوی از سبب جوش خوردن قبل از وقت درز
های راس به وجود اید. (تصویر 7.16)

- مايكروسفالي فاميلي •
- (odd-shaped skull) Craniosynostosis •
- درز های بر جسته •
- انتنانات داخل الرحمی (CMV ,rubella ,toxoplasmosis ,HIV) •



تصویر 7.15 (الف) هایدروسفالوس ولادی با بر جستگی واضح عظم جمجمه. (ب) هایدروسفالوس به تعقیب منتج است.



تصویر 7.16 مایکروسفالی ابتدایی فامیلی.

- Cockayne's syndrome •
- Smith-Lemli-Opitz syndrome •
- Lissencephaly •
- Rett syndrome •
- 18 short-arm deletion(18p-) and long-arm deletion (18q-) syndromes •
- Cri-du-chat syndrome •
- Trisomy 13 and 21 •
- Cerebral dysgenesis •
- hydantoin، سندروم های کشنده الکهول،
یا کوکلین •
- Rothmund-thomson syndrome •
- Wolf-Hirschhorn syndrome •
- (p- syndrome)
- Incontinentia pigmenti •

صلبیه آبی

رنگ صلبیه شیر خواران و اطفال کوچک اکثراً متمایل به آبی می باشد. اسباب معمول آن عبارت اند از:

- | | | | |
|-------------------------|---|-----------------------------|---|
| Ehlers-danlos syndrome | • | شیرخوارگی مقدم | • |
| Marfan syndrome | • | تعظم ناقص | • |
| Roberts syndrome | • | گلوكوما | • |
| Marshall-Smith syndrome | • | Russell-Silver syndrome | • |
| Pyknodysostoses | • | Hallermann-streiff syndrome | • |

SETTING SUN SIGN

چشم ها بطرف پائین دور خورده طوری که عنیبه به صورت کامل توسط اجفان سفلی پوشیده شده و صلبیه توسط اجفان علوی پوش نمی گردد. این حالت از سبب ماروفیت مرکز نگریستن دقیق بطرف بالا (Upward Gaze) که در ناحیه (Pretectal) ساقه دماغ موقعیت دارد واقع می گردد. علامه مذکور زمانیکه طفل سریعاً از حالت نشسته به حالت استجایی ظهری پایین آورده شود به آسانی قابل دید است.



تصویر 7.17 هایپرتیلوریزم با کجی چشم انتی منگونویید

- فزیالوژیک. علامه (Sun Setting)

اتفاقی یا گذری در اطفال قبل المعياد و برخی اطفال با معياد معمول است.

- هایدروسفالوس (فسردگی ساقه دماغ از سبب توسع بطین سوم)

Kernicterus •

Laron dwarfism •

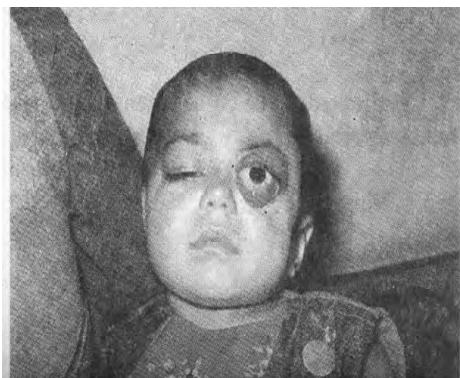
HYPERTELORISM

از دیاد فاصله در بین مردمک های هر دو چشم بنام هایپرتلوریزم نامیده می شود (تصویر 7.14). این حالت در اثر هایپرتروفی بال کوچک عظم sphenoid بوجود می آید. اسباب مهم آن در ذیل ارائه گردیده است:

Noonam syndrome	•	نزادی	•
Rubinstein-Taybi syndrome	•	(sotos) سندروم Cerebral gigantism	•
Di George syndrome	•	Down سندروم	•
Larsen syndrome	•	Cretinism	•
Multiple Lentigines syndrome	•	Chondrodyostrophy	•
Orofaciodigital dysostosis	•	Craniofacial dysostosis	•
Apert syndrome	•	Thalassemia major	•
Coffin-Lowry syndrome	•	Ehlers-Danlos syndrome	•
Crouzon disease	•	Turners syndrome	•
Fetal hydantoin syndrome	•	Waardenburg syndrome	•
Whistling face syndrome	•	Cat cry syndrome	•
Williams syndrome	•	Aarskog syndrome	•
Carpenter syndrome	•	Nevvoid basal cell carcinoma	•
		Optiz syndrome	•



تصویر 7.18 Hand-schullar Christian disease
چشمان بر جسته، seborrhea capitis، ضخامه کبد و طحال
توُم با دینت بی مزه (diabetes insipidus)



تصویر 7.19 سقوط چشم چپ از سبب نیورو فایبروما

OCULAR HYPOTELORISM

کاهش فاصله بین حدقه ها کمتر معمول بوده و در حالات ذیل مشاهده میگردد.

- Cyclops •
- Ethmocephaly •
- Cebocephaly •
- Arrhinencephaly •

EXOPHTHALMOS

جلو آمدگی چشم ها شاید یک طرفه یا دو طرفه باشد.
صلبیه در بالا و پایین قرنیه قابل دید بوده و عقب ماندن یا پس افتادگی پلک چشم اکثراً موجود می باشد. چشم های متبارز نباید با proptosis که در آن چشم ها به جلو برآمده می باشد مغالطه گردد.

- Thyrotoxicosis •
- (تصویر 7.18) Hand-schullar Christian disease •
- Optic glioma •
- Crouzon's disease •
- Chloroma (acute myeloid leukemia) •
- A.V.aneurysm •
- LEOPARD Syndrome •
- Cavernous sinus thrombosis •
- Retro orbital hemorrhage •
- Orbital cellulites and abscess •
- Neuroblastoma •
- (تصویر 7.19) Neurofibromatosis •
- Anterior meningocele •
- Rhabdomyosarcoma •
- Langerhans cell histiocytosis •
- Lymphangioma یا Cavernous hemangioma •
- Apert syndrome •
- Polyostotic fibrous dysplasia •

- Basal skull fracture •
- Pyknodysostosis •
- Sickle cell disease •
- Vesceral larva migrans •

PTOSIS

سقوط جفن ممکن ولادی یا کسی یک طرفه یا دو طرفه باشد. اسباب آن قرار ذیل است:

- | | |
|-------------------------|--|
| Botulism | • سقوط جفن ولادی یک طرفه / دو طرفه |
| Myotonic dystrophy | • فلچ عصب حرکی چشم (سقوط جفن توانم با توسع حدقه) |
| Aarskog syndrome | • ptosis (Horner's syndrome) |
| Mobius syndrome | • Enophthalmos, و عدم موجودیت تعرق) |
| Noonan syndrome | • سندروم کشنده الکهول |
| Whistling face syndrome | • |
| Sticky eyes | • Myasthenia gravis |

CATARACT



تصویر 7.20 کترکت هر دو چشم از سبب سندروم ولادی رویلا.

مکدریت عدسیه بواسطه افتالموسکوپ که دیوپتر لینز آن 10+ باشد و به فاصله 10cm از چشم های مریض قرار داشته باشد بهتر مشاهده می گردد. عکسه سرخ چشم به واسطه مکدریت سفید معاوضه می گردد. کترکت می تواند ولادی یا کسی، یک طرفه یا دو طرفه، مرکزی یا مکمل باشد.

- فامیلی (idiopathic) انکشافی
- Homocystinuria
- Rubella syndrome
- Rothmund-thomson syndrome
- Galactosemia
- تداوی با کورتیزون
- Marfan's syndrome

Alport's syndrome	•	Osteopetrosis	•
Mannosidosis	•	Iridocyclitis	•
انتانات داخل الرحمى	•	Zellweger syndrome	•
Mandibulo-facial dysostosis	•	بعد از ترمیض	•
(toxoplasmosis,CMV,herpes simplex)		Conradi's disease	•
Smith-Lemli- Opitz syndrome	•	Lowe's syndrome	•
Cockayne syndrome	•	Hypoparathyroidism	•
Turner syndrome	•	Hallermann-streiff syndrome	•
Trisomy 13,18,21	•	Incontinentia pigmenti	•
Diabetes mellitus	•	(پیری زود رس) Progeria	•
		Refsum syndrome	•

عکسه سفید چشم (چشم پشک)

زمانیکه نور مستقیماً به مردمک چشم تابانده یا به واسطه افتالموسکوپ به حدقه نگریسته شود، در حالت عادی شعله سرخ مشاهده می گردد. عدم موجودیت عکسه سرخ نشان دهنده حالات ذیل بوده که ایجاد موازنیت عاجل قرار ذیل اند: Leukokoria را می نماید. اسباب حدقه سفید یا

Cataract	•
Retinoblastoma	•
غشای مردمک (persistent central hyaloid artery)	•
Opacity Vitreous	•
Retrothalental fibroplasias	•
Eosinophiic granuloma (Visceral larva migrans)	•
Retinal detachment	•

فسردگی بند بینی (SADDLE NOSE)

Cleidocranial dysostosis	•	نژادی	•
Ectodermal dysplasia	•	Down syndrome	•
Conradi syndrome	•	Cretinism	•
Williams syndrome	•	Thalassemia major	•
Smith-lemli-opitz syndrome	•	سیفلس ولادی	•
Larson syndrome	•	Hurler's syndrome	•
		Chondrodystrophies	•
		Osteopetrosis	•

مايل بودن چشم ها بطرف علوی (کجی منگولیایی یا کجی به طرف بالا و خارج)

Prader-Willi syndrome	•	نژادی	•
Leri's pleonosteosis	•	Down syndrome	•
Aarskog syndrome	•	Ectodermal dysplasia	•

مايل بودن چشم ها بطرف سفلی (کجی مخالف منگولیایی یا کجی به طرف پایین و خارج)

Whisling face syndrome	•	Mandibulo-facial dysostosis	•
Alagille-watson syndrome	•	Turner's syndrome	•
Alaport syndrome	•	Trisomy 17-18	•
Smith-lemlı-opitz syndrome	•	Cat cry syndrome	•
Noonan syndrome	•	Apert's syndrome	•
Lop depletion syndrome	•	Treacher- Collins syndrome	•

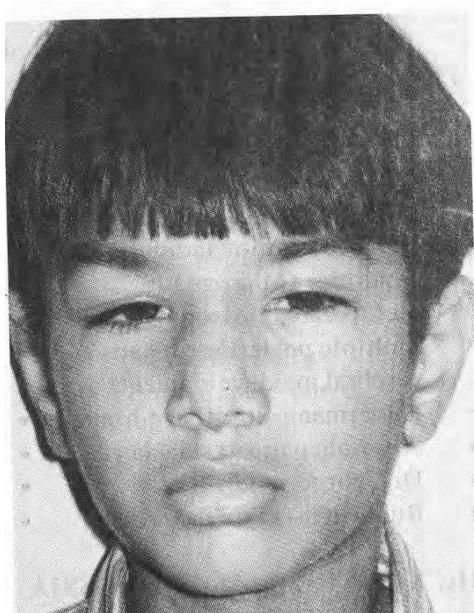
اذیمای اجفان و انساج اطراف اوربیتال (جوف حجاج)

اذیمای خفیف توانم با حلقات تاریک در زیر چشم ها ممکن در اطفال مصاب انتنات متکرر طرق تنفسی، الرژی بینی، التهاب مزمن سینوس ها یا بشکل فامیلی مشاهده گردد. اسباب عمدہ آن قرارذیل است.

فامیلی	•
التهاب منظمه	•
گزیدگی حشرات	•
گریه بیش از حد	•
Hypoproteinemia (نفرایتسن، نفروتیک سندروم، کمخونی، کواشیورکور و غیره)	•
Cavernous sinus thrombosis	•
Angioneurotic edema	•
عدم کفایه احتقانی قلب	•
Orbital trauma and cellulites	•
انسداد میدیاستینوم	•
Hypothyroidism (myxedema)	•
سرفه اشتدادی	•
Ethmoid sinusitis	•
Chronic corpulmonal	•
Dermatomyostis (Heliotrope color)	•

- Sickle cell veno-occlusive crisis
- Constrictive pericarditis

غیر عادی بودن PHILTRUM



تصویر 7.21 از نیما اطراف اجفان و ظهور پت یا urticaria بعد از اخذ nimesulide

ساحه فرورفته بین خط وسطی مناخ رانف (کنار سفلی جدار رانف) و لب علوي Philtrum نامیده می شود. Philtrum طویل غیر عادی شاید در حالات ذیل ملاحظه گردد.

- Hurler's syndrome
- Robinow syndrome
- سندروم کشنده الکهول
- Femoral hypoplasia
- سندروم کشنده hydantoin
- Aarskog syndrome
- Smith-lemli-opitz syndrome
- Wagler-stickler syndrome
- Williams's syndrome
- Weaver syndrome
- در حالات ذیل Philtrum شاید بصورت غیر عادی کوتاه باشد.
- DiGeorge's syndrome
- Oro-facio-digital syndrome
- گوش های کوتاه پایین واقع شده

حدود علوي و سفلی لاله گوش بصورت عادي به ترتيب مطابق به سويه ابرو ها و قاعده مناخ رانف واقع شده است. خط افقی داخلی پلک ها، زمانیکه به خلف امتداد داده شود، شاید گوش ها را به قسمت های 1/3 علوي و 2/3 سفلی تقسیم نماید. اگر خط مذکور از قسمت علوي گوش ها عبور نماید نشان دهنده موقعیت سفلی گوش ها یا Low-set ears بوده و در حالات ذیل قابل دید است.

- Idiopathic hypercalcemia
- Smith-lemli-opitz syndrome
- Treacher-collins syndrome
- Cri-du-chat syndrome
- Carpenter syndrome
- Apert syndrome
- Down syndrome
- عدم تشكل کلیه ها (وجه کلال مانند)
- Gorgolism
- Turner's syndrome
- Trisomy 17-18-13-15

(HYPOPLASIA OF MANDIBLE) MICROGNATHIA زنخ کوچک.

زنخ کوچک که بشكل وجه پرنده (گنجشک) مانند معلوم می گردد، خصوصیات تشخیصیه حالت ذیل را تشکیل

می دهد.

Pierre robin syndrome	•
(Micrognathia,retrognathia,cleft palate and glossoptosis)	
Cerebro-costo-mandibular syndrome (micrognathia,cleft palate and	•
گندین فاصله یا محل خالی در فقرات خلفی و انکشاف نادرست دماغ (glossoptosis,	
Pyknodystosis	•
Cri-du-chat syndrome	•
Fetal alcohol syndrome	•
Russel-silver syndrome	•
Schwartz-jampel syndrome	•
Wegener-stickler syndrome	•
Weaver syndrome	•
Hallermann-streiff syndrome	•
Arteriohepatic dysplasia	•
Di George syndrome	•
Rubinstein-taybi syndrome	•
Smith-lemli-opitz syndrome	•
Trisomy-13 and 18	•
Warkany syndrome	•
Juvenile rheumatoid arthritis	•
Treacher-collins syndrome	•

زبان بزرگ

Cretinism	•
(زبان عادی بوده لکن جوف دهن کوچک است) Down syndrome	•
Glycogen storage disease (pomp disease)	•
Hurler's syndrome	•
Generalized gangliosidosis	•
Beckwith-wiedemann syndrome	•
Primary amyloidosis	•
New growth of tongue	•
(lymphangioma, neurofibromatosis, rhabdomyoma)	
Duchenn's muscular dystrophy	•
Sandhoff disease	•

هایپرپلازیا بیره ها

Xanthomatosis	•	حفظ الصحه خراب دهن
epulis	•	تمدوی با phenytoin

Diffuse fibromatosis	•	Scurvy	•
Histiocytosis X	•	Acute monocytic leukemia	•
		Hurler's syndrome	•

تاخیر در تسنن

برآمدن دندان های ابتدایی اکثرًا در حوالی سن 6 الی 8 ماهگی صورت می گیرد. جوانه زدن دندان ها ممکن تا یک سالگی بدون موجودیت کدام مریضی سیستمیک از سبب فکتورهای جنتیک یا بنیوی به تاخیر افتد. اگر در اولین سالگره طفل هنوز هم تسنن صورت نه گرفته باشد تاخیر در تسنن مطرح می گردد. اسباب معمول تاخیر در تسنن عبارت اند از:

- تاخیر بنیوی
- هایپوتایرودیزم
- سوء تغذی انرژی و پروتئین
- هیپوپیتیواریزم
- ریکتس

تعییر رنگ دندان ها به رنگ خرمایی

تعییر رنگ دندان ها به رنگ خرمایی ممکن در نتیجه Amelogenesis ناقص از سبب ضیاع وظیفوی امیلوبلاست ها با تشکل ناچیز مینای دندان یا به خاطر لکه دار شدن دندان ها توسط ادویه و میتابولایت های داخلی بوجود اید.

تعظم ناقص	•	حفظه الصحه خراب دهن و داندن ها	•
تداوی با مستحضرات اهن	•	Caries and fluorosis	•
Erythrodontia (porphyria erythropoitica)	•	Kernicterus	•
(تداوی با تتراسکلین	•
X-linked dominant	•		
Hypophosphatemic rickets			

COSTO-CHONDRAL BEADING

- ریکتس
- Scurvy
- Chondrodyostrophy (اختلال تکوین غضروف)



مهره ها در ریکتس عریض و قبه مانند بوده حال آنکه در واقعات سکاروی از سبب خلع خفیف قسمت خلفی عظم قص مانند سر نیزه نوک تیز می باشد.

CLUBBING

مکانیزم دقیق Clubbing نامعلوم بوده و ممکن از سبب فرط وعایی شدن و باز بودن چاینل های پیوسته به بستر ناخن یا در نتیجه تولید مواد خلطی که سبب توسع اوعیه خون در نوک انگشتان می گردد بوجود اید. Clubbing ممکن در حدود 6 هفته بعد از ظهور فکتور های مساعد کننده تبارز نماید. چهار مرحله کلینیکی Clubbing قرار ذیل است.

(الف) از بین رفتن زاویه بستر ناخن.

- (ب) از دیاد نموج در بستر ناخن.
- (ج) از دیاد انحنا و ضخامت ناخن (تصویر 7.22).

(د) شکل مقطع عرضانی بند انگشت بعیده را معاینه نمایید. زمانی که Clubbing موجود باشد، ارتفاع عمودی قاعده ناخن ممکن نسبت به ارتفاع مفصل بعیده بند انگشت بزرگ تر باشد. اسباب مهم آن قرار ذیل است :

- فامیلی یا ولادی
- سیروز کبدی
- تقطیح ریوی (برانشیاکتازس، ابسی ریوی، امپیما، سیستیک فایبروزس)
- سندروم سوء چذب
- Ulcerative colitis
- کولون Polyposis
- توبرکلوز ریوی Clubbing (fibro-caseous) بشكل منقار طوطی
- امراض سیانوتیک قلب Clubbing (بشكل چوب دهل)
- اندوکاردیایتس بکتریایی تحت الحاد

توام با درد قسمت بالایی بند دست و بحلک پا از سبب تعظم subperiosteal روی بدنۀ عظام بعيده بنام هایپرتروپیک mesothelioma نامیده شده و ممکن در نتیجه osteoarthropathy، برانکشنازس و سیروزس کبدی بوجود آید.

(LOCK JAW) TRISMUS

عبارةت از عدم توانایی در باز نمودن دهن است. اسباب معمول آن عبارتند از:

- | | | | |
|---|-------------|--------------------------------|---|
| مرض gaucher's | دوره طفولیت | Tetanus | ● |
| (Rhabdomyosarcoma) | تومور الاشه | سندروم ضیاع وظیفوی ساقه دماغ | ● |
| hypoparathyroidism | ابنایی | التهاب مفصل temporo mandibular | ● |
| (DiGeorge syndrome) | | Encephalitis | ● |
| درد حاد ماهیچه ها به تعقیب انتان ستربیتوکول | | Nasopharyngeal carcinoma | ● |
| هایپرترمیا خبیثه که بواسطه انستیزی | | تومور دماغ | ● |
| تحریک می گردد. | | Strychnine | ● |
| Maple syrup urine disease | | تسسم با Phenothiazinice | ● |
| | | تسسم با Neuroleptic | |

گردن کوتاه گردن پره دار (Pterygium colli) به خاطر موجودیت نسج ضخیم جلد که از خلف گوش الی سرحد خارجی عظم ترقوه و بارزه Acromial یا نوک شانه امتداد دارد بشكل گردن کوتاه معلوم می گردد. اسباب آن عبارت اند از.

- | | | | |
|----------------------|---|-------------------------------------|---|
| Hurler syndrome | ● | تکوین ناقص غضروف (Morquios disease) | ● |
| sprengel's | ● | Klippel-feil deformity | ● |
| سوء شکل دو طرفه | | Down syndrome | ● |
| Goldenhar syndrome | ● | Platybasia | ● |
| Spondyloepiphyseal | ● | Turner syndrome | ● |
| dysplasia congenital | | | |
| Noonan syndrome | ● | | |

شخی گردن و OPISTHOTONOS

درین حالت زنخ را نمی توان با قبض نمودن گردن در قدام صدر تماس داد. در اطفال نارام و مخرش، راس باید از کنار میز معاینه اویزان گردیده تا گردن شل گردد. در سنین کمتر از 3 ماه، سوء تعذی شدید و اطفالی که حالت

معافیتی خراب دارند، شخی گردن ممکن حتی در موجودیت متنجایتس موجود نه باشد. Opisthotonus با شخی وصفی گردن توام با بسط کمان مانند تمام بدن مشخص می‌گردد.

Subarachnoid hemorrhage discs •	Meningitis •
Lyme disease •	Phenothiazinc toxicity •
Juvenile chronic arthritis •	Meningismus* •
Calcification of cervical intervertebral •	Leukemic infiltrates in CNS •
Arnold-chiari malformation •	Tetanus •
(تصویر 7.23) Infantile gaucher's disease •	Hypernatremia •
Leptospirosis •	Vertebral anomalies •
Decerebrate -rigidity •	Toxic shock syndrome •
Behcet syndrome •	Vertebral trauma •
Kernicterus •	Posterior fossa brain tumor with herniation •
Lesch-Nyhan syndrome •	Caries cervical spine •
Acute poliomyelitis •	Retropharyngeal abscess •

* علایم تحریش سحابی بدون کدام حالت غیر عادی در CSF ممکن در اطفال مصاب نمودن، leukemic infiltrates ،bacillary dysentery ،salmonellosis وغیره دیده شود.

کجی گردن (WRY NECK) TORTICOLLIS

Torticollis عبارت سوء شکل نا منتظر عنق و راس است که با قبض جنبی راس به طرف سمت مأوف و تدور زنخ بطرف شانه مقابل مشخص می‌گردد. در اطفال نارمل راس را می‌توانیم به اندازه دور بدھیم که زنخ در هر دو شانه تماس نماید و گوش را می‌توان به شانه همان طرف تماس داد.

Sternocleidomastoid	• تومور عضله
Klppel-feil syndrome	•
توپرکلوز قسمت رقبی ستون فقرات	•
Acute dystonic drug reaction	•
فتق شبیه لوزتین	•
Down syndrome	•
Juvenile chronic arthritis	•
Morequio's syndrome	•
Larsen syndrome	•



تصویر 7.23 مرض gaucher's دوره طفولیت. کشش وصفی گردن، ضخامه کبد - طحال و تاخیر در انکساف نیورو موتوور.

Pseudo achondroplasia	•
Paroxysmal torticollis	•
(انحراف چشم ها) Strabismus	•
التهاب حاد غدد رقبی	•
Torsion dystonia	•
تومور های رقبی ستون فقرات	•
(esinophilic granuloma, osteoid osteoma)	
خلع خفیف مفصل atlantoaxial	•
سوء شکل اسکلیت	•
Occiptalization and basilar impression of skull	•
Congenital anomalies of the odontiod process	•
Sandifer syndrome	•

اریتمیا نودوزم به واسطه نودول های حساس، دردناک، متمایل به قرمز که بصورت وصفی در ساق پا موقعیت دارند مشخص می گردند. نودول های مذکور بصورت تدریجی در ظرف چندین هفته پژمرده شده و لکه های کبود رنگ از خود بجا می گذارد اما هیچگاه قرحة تولید نمی نماید. اسباب معمول erythema nodosum قرار ذیل اند:

انتانات فنگسی سیستمیک	•
توبرکلوز	•
توکسوپلازموز	•
امراض التهابی امعا	•
Sarcoidosis	•
Behcet's disease	•
تداوی با Sulphonamid	•
جدام (Leprosy)	•
انتانات سترپتوکوکال	•

Micropenis

به قضیب کوچک اطلاق می گردد. در این حالت کمترین نمو اعضای تناسلی هنگام طفویلیت به واسطه جهش ناگهانی نمو زمان بلوغ تعقیب می گردد. طول عادی قضیب منبسط در شیرخواران $3.9 + 0.8$ سانتی متر است. قضیب کوچک وقتی گفته می شود که طول alt تناسلی از 2.0 سانتی متر کمتر باشد. در اطفال چاق قضیب ممکن در شحم ناحیه عانه مخفی شده باشد. قضیب کوچک علامه تشخیص کلینیکی تشوشات ذیل است:

Carpenter's syndrome	• Hypogonadotrophic hypogonadism	•
Robinows syndrome	• (Kallmanns syndrome ,Prader-Willi	
Williams syndrome	• syndrome ,Ruds syndrome ,Alstrom	
Hallermann-streiff syndrome	• syndrome ,Septo-optic dysplasia)	
X-linked hypogammaglobulinemia	• Klinefelters syndrome	•
Hypopituitarism	• Deletion of long arm of 18	•
CHARGE association	chromosomes	
	• Noonan syndrome	•
	• Down syndrome	•
	• Cornelia de Lang syndrome	•
	• Fanconi's anemia	•

اندازه غیر عادی خصیه ها

اندازه خصیه ها به کمک Orchidometer که دارای توب های پلاستیکی خصیه مانند به اندازه های مختلف می باشد بهتر ارزیابی می گردد. در زمان قبل از بلوغ اندازه خصیه ها بین $1.5 - 2.0$ سانتی متر است. اندازه خصیه کاهلان بین $3.5 - 5.0$ سانتی متر تغییر می نماید. خصیه راست اندکی بزرگ تر و دارای موقعیت پایین تر نسبت به خصیه چپ است. قصور در بزرگی خصیه ها در سن 14 سالگی نشان دهنده تاخیر در پختگی تناسلی یا هایپوگونادیزم می باشد.

خصیه کوچک علامه تشخیصیه حالات ذیل است:

اگر طول خصیه ها کوچکتر از 1.0 سانتی متر یا حجم آن کمتر از 1.0 ملی لیتر باشد، نشان دهنده خصیه های کوچک است.

- Rudimentary testes syndrome •
- Klinefelter syndrome •
- Laurence-moon-biedle syndrome •
- Hypopituitarism •
- تشوشتات هایپوتalamیک •
- ممکن با سایر سندروم هایی که دارای قضیب کوچک اند توأم باشد. •

خصیبه های بزرگ ممکن در حالات ذیل واقع شود:

طول بیشتر از 2 سانتی متر یا حجم بیشتر از 2 ملی لیتر خصیبه ها در اطفال قبل از بلوغ نشان دهنده خصیبه های بزرگ است.

- Fragile-x syndrome •
- زودرسی ایدیوپاتیک یا نیوروجینیک جنسی •
- تفریط فعالیت غده درقیه •
- تومور های خصیبه (Rhabdomyosarcoma ، تومور حجرات بین الخلالی، teratoma) •

SEXUAL INFANTILISM (کودک مانده گی جنسی)

شواهد پختگی جنسی باید نزد دختران در سن 12 الی 13 سالگی و نزد پسران در 14 الی 15 سالگی ظاهر گردد. تاخیر بلوغ می تواند در حالات ذیل واقع شود.

1- تاخیر بنیوی

افزایش نمoe هنگام بلوغ، ممکن در پسران نسبت به دختران بیشتر اوقات متاخر باشد.

2. اسباب مرکزی (hypogonadotropic hypogonadism)

- Hypopituitarism •
- تشوشتات هایپوتalamیک •
- کیست یا تومور Suprasellar، ترمیض، تشعشع، encephalitis و غیره. •
- Kallmann syndrome (فقدان حس شامه و عدم تفکیک رنگ ها علایم خوب تشخیصیه است). •
- Laurence-moon- beidle syndrome •
- Prader-willi syndrome •
- Vaquez syndrome •
- Septo-optic dysphasia •
- Alstrom syndrome •

۳. تشوشات مزمن سیستمیک

، مرحله نهایی امراض کلیوی، کیستیک فایبروزس، امراض مزمن کبدی، امراض

التهابی امعا، خاکش، چاقی شدید، بی اشتہایی عصبی.

4. تشوش غدوات جنسی (hypogonadism .hypergonadotropic)

پسران

- عدم موجودیت ولادی خصیه ها یا هایپرپلازیا آن

- کله چرک یا التهاب خصیه های غیر وصفی

- تدور حبل منوي

- ترضیض

- Cryptorchidism با فایبروزس ناشناخته

- تضعیف جراحی

- Klinefelter syndrome

- Weinstein syndrome

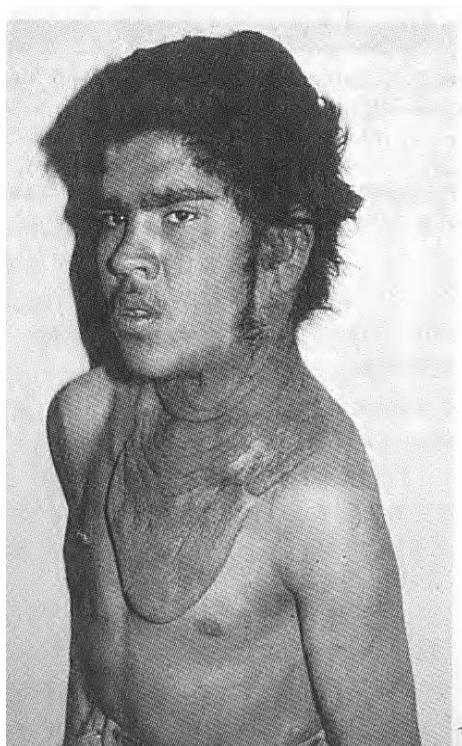
دختران

- سندروم Turner

- نارسایی پیدایش غدد جنسی

- اسطحاله میپیش

- سندروم مبیض مقاوم در مقابل Gonadotropin



5. سایر تشوشات اندوکراتینی

- تفریط فعالیت غده درقیه

- مرض شکر

- کوشنگ سندروم

- هاپرپلازیا ولادی ادرینال از سبب فقدان alpha - 7-

- hydroxylase نزد دختران

تصویر 7.24 مرض von Recklinghausen. کله شبکه ای آویزان شده، چند لایه انساج نیورو فایبروماتوزس در بالای عنق و صدر در پسر بالغ.

CAFE-AU-LAIT SPOTS

عبارت از مکول های خرمایی رنگ (قهوه با چای) هموار، با حدود واضح جلد می باشد. در اطفال، تا به 5 حال که قطر آن کمتر از 1.0 سانتی متر باشد نورمال تلقی می شود. وقتی که اندازه خال ها بزرگ بوده یا تعداد شان بیشتر باشد، شاخص عمدۀ حالات ذیل است

(7.24) تصویر Nerofibromatosis •

Gaucher's disease •

Ataxia-telangiectasia •

Tuberous sclerosis •

Fanconi's anemia •

Chronic myeloid leukemia •

(7.25) تصویر Mc Cune-Albright syndrome •

Russell-silver syndrome •

Bloom syndrome •

Chediak-Hegashi syndromes •

Epidermal nevus syndrome •

Multiple lentigenes •



تصویر 7.25 CAFÉ-AU-LAIT SPOTS در دختر که مصاب سندروم Albright است. درینجا Polyostotic fibrous dysplasia توانم با افکت متعدد اندوکرینی و بلوغ زد رس موجود است.

HEMI HYPERTROPHY

بواسطه بزرگ شدن یک طرف بدن مشخص گردیده یا هایپرترووفی ممکن به وجه یا یکی از اطراف محدود باشد. اسباب معمول و مرتبط آن قرار ذیل است.

Idiopathic	•
Beckwith-Wiedman syndrome	•
Kilppel-trenunay-weber syndrome	•
فستولا شریانی-وریدی ولادی	•
کارسینومای قشر غده فوق الکلیه	•
Cutis marmorata telangiectatica congenita	•
Russell-silver syndrome	•
Hepatocellular carcinoma	•
Neurofibromatosis	•

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل هشتم

جلد و ملحقات آن

جلد بزرگترین عضو بدن است که پوش محافظتی ساختمان های تحتانی را فراهم می سازد. جلد در اطفال بیشتر ظریف و نازک است. به اساس راپور دوکتوران طب بیشتر از 10 فیصد اطفال تشوشات جلدی دارند. تظاهرات جلدی شاید اساساً به علت تشوشات ابتدایی جلد بوجود آمده و یا ممکن در اثر اختلالات سیستمیک مشاهده گردند. تعداد اندفاعات جلدی ویروسی در اطفال محدود است. زمانی که تظاهرات ابتدائی پروسه مرضی در جلد محدود باشد ایجاب معاینات مفصل جلد و ملحقات آن را می نماید.

تاریخچه

به استثنای تفصیلات دیموگرافیک، باید در مورد دوام آفت جلدی، محل ماقومیت ابتدایی، پیشرفت بعدی، تکامل تدریجی و انتشار آن تحقیقات صورت گیرد. نواحی ماقمه مخصوص جلد، چه بطور برجسته بالای سطوح باسطه و یا التوات قابضه باشد باید یاداشت گردد. موجودیت خارش، سوزش و احساس سوزنک زدن باید پرسیده شود. اطفال، احساس خارش را با نا راحتی و تخریشیت تبارز می دهند.

موجودیت اعراض اساسی مترافق مانند تب، درد مفاصل، درد بطن، خطاهای ذاتی میتابولیزم و تظاهرات دیگر سیستمیک دیده شود. تظاهرات جلدی ممکن در اثر فقدان مواد مغذی اساسی و عناصر کمیاب مانند ویتامین ها، زنك و اسید های شحمی اساسی بوجود آید. تاریخچه اخذ ادویه و احتمال عوارض جانبی دواها باید همیشه در نظر باشد. تطبیق سیروم، خون و اجزای خون باید پرسیده شده تا serum sickness و host-versus-graft reaction تفکیک گردد. تحقیقات مشرح جهت دریافت تاریخچه تماس با مواد آرایشی گوناگون، گیاه ها، حشرات (پشه، مورچه، زنبور عسل، گزدم و غیره) و حیوانات (کیک، لاروای حشوی مهاجر، و غیره) در نظر گرفته شود. تاریخچه تظاهرات مشابه بین اعضا خانواده که به تماس مریض اند، نشان دهنده تشوشات انتانی مانند انتانات ویروسی، پیودرمی و اسکابیس می باشد. تاریخچه فامیلی vitiligo، Psoriasis ، atopic dermatitis.Eczema.

تظاهرات سیستمیک بواسطه بررسی مفصل سیستم‌های عضویت رد گردد. تاریخچه مکمل تداوی‌های سیستمیک و موضعی اخذ شده باید یادآشت شود.

معاینات فزیکی

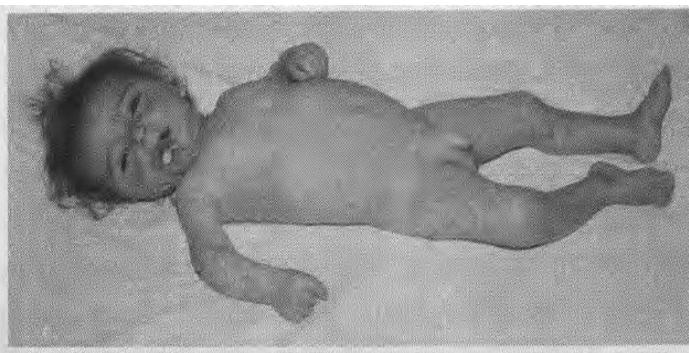
معاینات جلدی باید در یک اطاق کاملاً روشن، ترجیحاً در روشنی کامل آفتاب صورت گیرد. جهت مطالعه مورفولوژی آفات جلدی باید از شیشه‌های ذره بینی استفاده گردد. بهتر است اطفال کوچک در وقت معاینه، کاملاً برهنه شده در حالی که اطفال بزرگ تر می‌توانند لباس آزاد و مناسب پوشند. موجودیت تظاهرات مانند تب، توکسیمیا، بی‌اشتهاایی و اعراض سیستمیک ایجاد معاینات مفصل فزیکی را می‌نماید. اطفالی که تشوشات عمومی جلد دارند باید علایم حیاتی شان بررسی گردد. تمام ساحتات جلد به شمول کف‌های دست، و پا، التوت، جلد راس، اطراف دهن، جلد نواحی مقعدی و تناسلی باید به دقیقت بررسی گردد. از اینکه جلد و سیستم عصبی مرکزی هر دو از اکتوورم منشا می‌گیرند، بسیاری از نقایص جنیتیک یا انکشافی جلد توأم با سوء اشکال سیستم عصبی مرکزی یا Hamartoma ها (رشد که انساج حقیقی یک تومور را نساخته بلکه نموی اضافی حجرات نارمل یک نسج است) می‌باشد

Spider nevi، سرخی کف دست، بزرگ شدن شدیه‌ها در جنس مذکور و لکه‌های زرد غیر منظم در تحت جلد ممکن در مصابین امراض مزمن کبدی توأم با عدم کفایه حجرات کبد ملاحظه گردد. در اکثریت آفات جلدی، غشای مخاطی، مو و ناخن‌ها نیز مبتلا شده لذا باید به تفصیل معاینه گردند. جنبه بسیار مهم معاینات فزیکی جلد مورفولوژی اختصاصی آفات جلدی می‌باشد. بر علاوه تفتیش کامل جلد، جس آفات جلدی ممکن با معاینه کننده در مورد دریافت دقیق برحسنگی و فرورفتگی های آفات جلدی همکاری نماید. منظره مورفولوژی آفات جلدی ذیل باید محتاطانه دیده شده و توزیع و وسعت آن در دیاگرام انسانی ثبت گردد. یک تعداد اندفاعات ویروسی (جدول 8.1) و انتنانات حاد باکتریایی (جدول 8.2) را می‌توان به واسطه مشخصات توزیع و تکامل تدریجی رش‌های جلدی از نظر کلینیکی تشخیص نمود.

جدول 8.1 مشخصات رش‌های جلدی در اندفاعات معمول ویروسی

سرخکان

اندفاعات جلدی بعد از 3-4 روز دوره مخبره تب، ریزش و احتقان منظمه‌ها ظاهر می‌گردد. تب در روز شروع اندفاعات زیاد می‌گردد. اندفاعات morbilliform rash یا Maculo-papular از خلف گوش آغاز گردیده و به پیشانی، وجه، گردن، تنفس و نهایات انتشار می‌نماید (شکل 1-8). (نقاط سفید متمایل به خاکستری مشابه دانه‌های ریگ با محیط سرخ رنگ بالای غشای مخاطی دهن در مقابل دندانهای آسیاب تحتانی) 24 ساعت قبل یا 24-48 ساعت بعد از پیداپیش بخارها ظاهر گردیده که اولین عالمه تشخیصیه سرخکان می‌باشد. بخارهای جلدی در روز سوم آغاز به محو شدن نمود و به



ترتیب ظاهر شدن شان ناپدید می‌گردد. وقتی که اندفاعات پژمرده شد، جلد به شکل خرمایی مسی بی رنگ با تفلسفات پودری برای چندین روز دیده می‌شود.

سرخکانچه (روبیلا)

تصویر 8.1. بخارهای عمومی morbilliform در طفل بکساله از سبب سرخکان اندفاعات یک روز بعد از اعراض مخبره خفیف مانند تب، سرفه و ریزش ظاهر می‌گردد. اندفاعات از وجه آغاز نموده و در ظرف چند ساعت بالای بدن به شکل مکولهای منتشر نازک گلابی روشن یا بخارهای محمل مانند انتشار می‌نماید. عقدات لمفاوی تحت قفوی و خلف گوش ممکن خفیفاً ضخاموی و حساس باشند. اندفاعات بعد از 2-4 روز شروع به تفلس نموده و از خود تفلسفات خفیف به جا می‌گذارند تشخیص تغیریقی بین سرخکانچه و شکل خفیف سرخکان که با معافیت دادن قبلی و یا واکسین اصلاح شده باشد مشکل می‌باشد.

آبله مرغان (آب چیچک):

در اینجا علایم اولیه مرض مانند اعراض ریزش خفیف طرق تنفسی علوی برای 1-2 روز موجود نمی‌باشد. بخارها بالای تنفس با منظره همزمان مکول، پیول، وزیکل (مشابه قطره شبنم یا قطره اشک) ظاهر می‌نماید که منتج به تشکل ارجق و pustules می‌گردد. آفت به نواحی محیطی به شمول نهایات و وجه انتشار می‌نماید. (تصویر 8.2) خارش معمول است. ظاهر اندفاعات جدید در مدت 4-5 روز ادامه یافته و اندفاعات از 8 تا به 14 روز طول می‌کشد. اکثر آفات به جز آنهایی که انتان ثانوی مداخله نماید. بدون ندبه شفایاب می‌گردد. زمانی که تمام آفت ارجق گرفت مرض دیگر ساری نمی‌باشد.

جدول 8.1 مشخصات رش های جلدی در انفعالات معمول ویروسی (ادامه)



(Fifth disease) Erythema infectiosum

عامل این مرض B1 Parvovirus بوده و رش های سرخ روشن بالای رخسار، گونه ها و بینی آشکار شده که به شکل (روی سیلی خورده) معلوم می شود. خسافت اطراف دهن ممکن موجود باشد. مکول های سرخ رنگ ممکن در نواحی وحشی و باسطه نهایات، تنہ و سرین انتشار یابد. در انتای بهبودی از سبب پاک شدن قسمت های مرکزی مکول های سرخ رنگ شکل تور ماهی را بخود می گیرد.

تصویر 8.2 زخم وصفی مرض chicken pox در وجه یک طفل مصاب varicella ولادی

(Exanthum subitum) roseola infantum

شروع آن به شکل آنی توام با تب بلند و بعضًا همراه با اختلاج می باشد. ریزش خفیف بوده و یا هیچ موجود نمی باشد. شدت تب بعد از 3-4 روز دوباره پائین آمده و با انفعالات مکولوبیولر جلد که از تنہ شروع شده، بازو ها و گردن را در بر می گیرد تعقیب می گردد. انفعالات در نواحی وجه و پاها موجود نه بوده و یا خفیف می باشد. انفعالات جلدی بعد از 24 ساعت بدون تفلسات از بین می رود.

امراض دست-پا و دهن

سبب آن معمولاً واپرس Coxsackie A16 و یا سایر واپرس های Coxsackie می باشد. درد گلو و قرحت دهن از سبب وزیکول ها وجود آمده و قرحت دردناک پیولو وزیکولر بالای دست ها و پاها ظاهر می گردد.

Infectious mononucleosis

رش های جلدی آن سرخ روشن و مشابه انفعالات سرخکان و یا تب محملک بوده که اکثراً بعد از گرفتن Ampicillin به سرعت بوجود می آید. دوره آن طویل بوده و با ضخامت عقدات لمفاوی رقبی، درد گلو، یرقان خفیف و ضخامت طحال همراه می باشد.

Enteroviruses

واپرس های Coxsackie A9، B5 و واپرس 4، 9 و 16 ممکن سبب تولید انفعالات مکولو پیولر، پت یا رش های جلدی petechial شوند. منظره کلینیکی وصفی یا تشخیصی ندارد.

Adenoviruses

انفعالات Maculo-papular غیر وصفی اکثراً توام با انتان ادینو واپرس می باشد.

جدول 8.2 انتانات باکتریایی حاد توام با روش های جلدی

امراض	ارگانیزم ها	تظاهرات جلدی	منظمه های مربوط
Anthrax	B.Anthracis	پبول خارش دار که بصورت وصفی در وجه موقعیت دارد، بعداً بزرگ گردیده و سبب تشکل زخم که توسط وزیکول ها و اذیمای وصفی احاطه است میگردد، و با گذاشتن ندبه و یا قرحة سیاه رنگ شفا یاب میشود.	تب، سردردی و ضخامة عقدات لمفاوی
اندوکاردیت تحت الحاد بکتریای	سترتیتوکوک ها ستافیلوکوک ها	غده های osler (نودول های کلابی رنگ حساس با تماس نوک انگشت) Petechiae و غیره در جلد و غشاء مخاطی، خونریزیهای نقطوی در بستر ناخن	امراض اساسی قلبی با تظاهر مرمر جدید، خونریزی های شعله مانند (Roth spots) در قبر عین ، هیماچوریا مایکرو سکوپیک
سرخی گانگرینی و دیگرات انتانات چوبک مانند گرام منفی	pseudomonas Aeruginosae	پلک های سخت شده که از آبله خون و یا بخار چرکین منشا گرفته و منتج به تفلس و ندبه میشود. اکثراً در نواحی ابطی، مقبنی و ناحیه عجان موقعیت دارند	اکثراً اطفال neutropenic و نوزادان را متاثر میسازد
لیپتوسپایروس	Leptospira Interrogans	اندفاعات مکولوپیولر جلد، التهاب منظمه و خونریزی صلبیه در تعداد کم واقعات	درد عضلات و منتجایتس غیر انتانی در واقعات بسیار شدید، زردی و خونریزی جلدی رخ میدهد (weil's disease)
مننگوکوسیمیا	n.meningitides	بخارهای جلدی وسیع petechial و کاهش فشار خون و منتجایتس ecchymotic که تنه و نهایات را در بر می گیرد، ممکن منتج به ساحت گانگرینی از سبب پورپورای شدید شود.	کاهش فشار خون و منتجایتس
تب نیش زدن موش	Streptobacillus Moniliformis	اندفاعات مکولوپیولر جلد بالای کف دستها، پاهای، نهایات، مخصوصاً مفاصل با تفلسات در مرحله شفایی	تب، درد عضلات و درد مفاصل
تب لکه دار Rocky mountain	rickettsia rickettsii	بخار از بند دستها و بجلک پاها شروع و بطرف تنه انتشار می نماید. ممکن کف دستها و پاهای را مصاب نموده و آفت از مکول رنگ پریده سفید تا حصبه تحول نماید	سردردی، درد عضلات و درد بطنی
تب محملک	سترتیتوکوکس Group A	سرخی رنگ پریده منتشر از وجه شروع نموده به تنه و نهایات انتشار می نماید، خسافت اطراف دهن (sandpaper)	تب، گلودردی و سردردی

جدول 8.2 رش‌های جلدی انتنات حاد بکتریایی (ادامه)

امراض	ارگانیزم‌ها	تظاهرات	منظرهای مربوطه
سندروم سوختگی جلد ستافیلوکوکل	S.aureus Phage group2	مطابق ساخت جلد، برجسته نمونن خطوط احمراری در چین خودگی‌های جلد (خطوط Pastia's) زبان توت فرنگی و تفلسات در جریان هفته دوم	در اطفال کمتر از ده سال و نوزادان وجود می‌آید (مرض Ritter's)
سندروم شاک توکسیک ستافیلوکوکل	S.aureus	سرخی منتشر که در بر گیرنده کف دستها، سطح غشای مخاطی و منظمه‌ها است. تفلسات 7-10 روز بعد مریضی واقع می‌گردد	تب بلند، تفریط فشار خون و عدم کفايه سیستم های متعدد
سندروم شاک توکسیک ستريپتوکوکل	Group A Streptococcus	بخار مخملک مانند با التهاب نکروتیک غشای لیفی	تفریط فشار خون و عدم کفايه سیستم های متعدد
تب محرقه	s.typhi	مکول‌ها و پیول‌های احمراری سفید شونده گذری بالای تنفس	سردردی، اسهال، ضخامة طحال و توکسیمیا (Rose spots)

آفات ابتدائی

آفات ابتدائی جلد کلید اساسی تشخیص دقیق امراض را مهیا می‌سازد. آن‌ها معرف مراحل مختلف امراض

بدون کدام تغیر بواسطه مریض توسط خراشیدن، مالیدن، انتنات ثانوی یا تداوی هستند.

مکول‌ها. تغیر رنگ جلد در نواحی هموار بوده و غیر قابل جس می‌باشد. مکول‌ها می‌توانند احمراری، بی

رنگ یا هایپرپigmینت باشند. آنها ممکن دارای اشکال مختلف با حوافى منظم و یا حدود غیر منظم باشند.

مثال‌های آن شامل لکه‌های cafe'- au-lait، پیس یا ابلق، خال‌های آبی منگولیایی و

stain و غیره می‌باشند.

پیول‌ها. آفات جلدی برجسته اند که قطر شان کمتر از 0.5cm می‌باشد. مثال‌های آن شامل

Warts (زخ‌ها) و molluscum contagiosum (گرمی دانه) می‌باشند.

Papilloma: این یک آفت ساقه دار است که از جلد منشا می‌گیرد.

نودول ها، نودول ها آفات مرتفع جلد اند که قطر شان بزرگتر از 0.5cm می باشد. ممکن در اپیدرم، درم یا نسج تحت الجلدی موقعیت داشته باشند. مثال های آن شامل کیست های اپیدرموئید، فایبروما و نیوروفایبروما می باشند.

تومورها. تومور ها نودول های بزرگ هستند که قطر شان اضافه تر از 2cm می باشد. ممکن سلیم یا خبیث بوده و ابتدائی یا میتواستاتیک باشند.

Plaques. آفات مشخص شده بسیار خوب با قاعده وسیع اند که اکثرًا از یکجا شدن تعداد از پیوں ها بوجود می آیند. قطر یا وسعت آفت به تناسب بلندی یا ارتفاع آن بزرگ تر است. مثال وصفی آن psoriasis می باشد.

Wheals. آفات اذیمایی گذری جلد اند که از سطح جلد برگسته بوده و کثار های غیر منظم دارند. آفات احمراری و قسمت مرکزی آن خاسف می باشد. معمولاً خارش شدید دارند. این ها را می توان در پت و گریده گی (dariers sign and tachy cerebral)، dermatographism نمود.

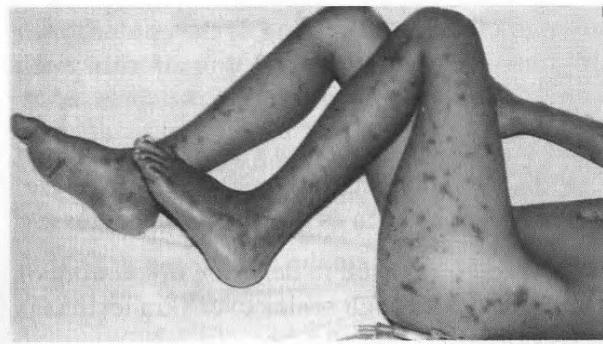
ویزیکول. آفات مرتفع جلد اند که دارای مایع بوده و قطر آن کمتر از 1 سانتی متر باشد، مثال های آن شامل herpes simple و herpes zoster یا chicken pox و التهاب جلدی تماسی اند.

Bullae. زمانی که قطر وزیکول ها بزرگتر از 1cm باشد bullae نامیده می شود. اینها ممکن داخل اپیدرم یا تحت اپیدرم باشند. مثال های آن epidermolysis bullusa و سندروم جلدی staphylococcal است scalded.

Cysts. کیست ها عبارت از تومورهای محدود و مشخص اند که دارای محتوى نیمه جامد و یا مایع می باشد. مثال وصفی آن کیست های اپیدرمل است که بعد از بلوغ در وجه و قسمت بالایی جذع بوجود می آیند.

Pustules. آفات مرتفع جلد که محتوى آن مواد قیحی یا چرک باشد پستول نامیده می شود. بر عکس منظره شفاف وزیکول، پستول ها ممکن مکدر، غیر شفاف و سفید و یا زرد رنگ باشند. مثال های آن Pyoderma و folliculitis می باشد.

Comedones. این ها آفات جلدی مخصوص جوانی دانه یا acne اند که در وجه و قسمت بالای جذع بوجود می آیند. Comedones باز یا کله سیاه از 2-5mm پیوں گوشی رنگ با مرکز سیاه می باشد.



1- Comedones بسته یا کله سفید از

3mm پیول گوشتی رنگ با سوراخ بسیار کوچک است.

Purpura رخنه خون در جلد بنام پورپورا

یاد می شود. بر عکسِ مکول های احمراری، پورپورا به واسطه فشار انگشت یا سلайд شیشه ای، بی رنگ نمی گردد.

Petechiae خونریزی های بسیار

کوچک (کمتر از 3mm) اند، در حالی

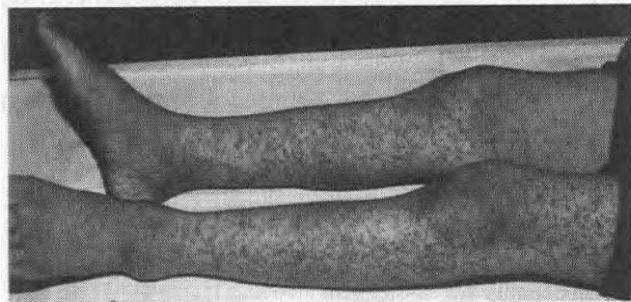
که ecchymoses ساحت بزرگ تر

خون خارج شده در جلد می باشد

(تصویر 8.3). نواحی اکیمتویک جلد

ممکن هموار بوده یا از سطح جلد در

صورتیکه توام با التهاب وعایی مختصر،



تصویر 8.4 رش های وصفی پورپوریک که خفیفاً از سطح جلد برجسته است (از سبب التهاب وعایی) که منظره کیک گز بد ه گی را در مریض مصاب سندروم henoch-schonlein برش بالای سطوح باسطه باها ، سرین و آرچ ها توزیع گردیده است.

Henoch-Schonlein purpura و تشوشات وعایی کولازن باشد برجسته شود (تصویر 8.4).

این ها آفات خطی جلد اند که بواسطه کرم مؤنث تولید می شوند، طوریکه کرم مذکور در طبقه

کورنیوم تونل می سازد. در مقطع مقدم تونل یک نقطه سیاه از باعث جاگزینی کرم موجود می باشد.

Barrow به صورت وصفی در نواحی بین انگشتان دست ها و پا ها موقعیت دارند. آفات ابتدایی را می توان

به گروپ های وسیع تشوشات جلدی تصنیف بندی نمود که جهت تشخیص تفریقی به طور قابل ملاحظه

مورد استفاده قرار می گیرند. گروپ های وسیع آفات ابتدایی جلد شامل Maculo-papular و

vesiculobullous، papulosquamus، تومور، نودول، عکس العمل های وعایی (پت، پورپورا) اکزیما

و تغییرات رنگ می باشد.

آفات ثانوی

تغیراتی اند که در اثر خراشیدن، دست زدن، مداخله انتنانات ثانوی و تأثیرات تداوی موضعی و یا سیستمیک بوجود می آیند.

(تفلسات). عبارت از ریزش بیشتر عادی و غیر عادی طبقه قرنی جلد است.

Crusts (ارچق). در اثر خشک شدن خون، سیروم و سایر ترشحات التهابی بالای جلد مافو بوجود می آید. اکثراً در impetigo و آفات اکزیمایی آب دهنده موجود بوده که به شکل رنگ عسل ظاهر می شود. **Excoriations** (پوست رفتگی). اینها ضایعات خطی جلد اند که بصورت ثانوی از اثر خاریدن و یا ساییدن جلد توسط شخص بوجود می آیند. مثال های معمول آن Atopic contact dermatitis و گزیدن حشرات می باشد.

Ulcer (قرحات). از باعث ضایعات عمیق جلد واقع شده که در بر گیرنده هر دو طبقه اپیدرم و به عمق متغیر درم یا انساج تحت الجلدی می باشد. این ها ممکن در نتیجه انتان، نارسایی وعایی و یا سوختگی بوجود آیند.

Eschar (ندیه) یک آفت نکروتیک جلد است که توسط ارچق سیاه پوشیده شده است. **Fissure** (ترک، درز) درز های خطی اند که به صورت عمیق در طبقه اپیدرم در جلد ضخیم یا التهابی مزمن موقعیت دارند.

. ضخیم شدن جلد با تزئید عالیم جلدی از باعث ساییدن زیاد در اثر آفات الرژیک یا انتانی جلد بنام **Lichenification** یاد می شود.

Atrophy اتروفی جلد به ضیاع یا نازک شدن طبقه اپیدرم یا درم گفته می شود. اتروفی اپیدرم توسط چملکی جلد و telangiectases (سرخی نواحی کوچک از جلد که در اثر بزرگی و توسع گروپ از اوعیه شعریه بوجود می آید) مشخص می گردد. در اتروفی درم یا تحت الجلدی جلد فشرده می شود. آفات اکریماتوز جلد. این حالت به آفات التهابی جلد اطلاق می گردد که در مرحله حاد دارای کنار های نامعلوم با احمرار و تشکل ویزیکول باشد. در اثر پیشرفت آفت تقلس یا scaling Lichenification و ممکن مشاهده گردد.

Hyperkeratosis (رشد بیش از حد طبقه قرنی جلد). این یک اصطلاح هستولوژیک است که برای توصیف ضخیم شدن طبقه قرنی جلد استعمال می شود. موجودیت تفلسات درشت و ضخیم بالای آفت جلدی یک

علامه کلینکی خوب hyperkeratosis است.

شكل آفات جلدی

موقعیت آفات جلدی ممکن راهنمای موثر برای تشخیص باشد. آفات خطی در یک خط واقع گردیده و مشخصاً در *incontinentia pigmenti* و *contact dermatitis* دیده می شوند. خط باریک مرتفع احمراری است که 30-60 ثانیه بعد از خراشیدن با ناخن انگشت و یا اشیای نوک تیز دیگر ظاهر می شود. این حالت ممکن در مریضان *meningitis*, *encephalitis* و یا سایر امراض حاد التهابی سیستم عصبی مرکزی ملاحظه گردد. آفات شکل حلقوی مانند در اطفال مصاب *pityriasis rosea* (tinea corporis) ring worm یا *nummular* دیده می شوند.

آفات نیم دایروی یا قوسی نشاندهنده *Erythema marginatum* می باشند. آفات گروبوی که به نام آفات *herpetiform* یاد می شوند، در انتنانات تب خالی به مشاهده می رسند. اندفاعات شبکوی که دارای منظره درهم پیچیده یا مشابه تور ماهی اند در مریضان مصاب *Erythema infectiosum* و *Incontinentia pigmenti* به مشاهده می رسند. یک تعداد اصطلاحات وصفی دیگر نیز مستعمل است که اکثراً بصورت مستقل کدام امراض وصفی را معرفی نمی توانند. به طور مثال *discoid* (دسک مانند) اکثراً به *nummular*, *discoid lupus erythematosus* (سکه مانند) به یک نوع اکزیما و خال خالی (قطره مانند) به یک شکل از پسوریازس عطف می گردد. آفات *lichen planus* اندکی از سطح جلد برجسته، هموار و بلند بوده و رنگ بنفش دارند.

توزیع رش های جلدی

معاینه توزیع آفات جلدی باید محتاطانه صورت گرفته و ممکن رهنمای تشخیصیه موثر را مهیا سازد. وقتی که توزیع آفات جلدی متناظر باشد، نشاندهنده اسباب داخلی بوده در حالیکه آفات غیر متناظر می توانند از باعث فکتور های خارجی بوجود آیند. توزیع متناظر آفت جلدی در نواحی قابضه نشان دهنده *atopic dermatitis* بوده حال آنکه مصابیت نواحی باسطه در پسوریازس دیده می شود. توزیع آفات جلدی در *Erythema* و *pityriasis rosea* متمایل به مرکز بوده در حالی که در *chicken pox* و *erythema nodosum* دور تر از مرکز می باشد.



در Scabies وجه مشخصاً مأوف نمی گردد. (به استثنای شیر خواران) آفات اکثراً در نواحی بین انگشتان دست ها و پا ها و نواحی تناسلی متتمرکز می باشد. موجودیت اندفاعات در وجه ممکن راهنمای تشخیصیه امراض اساسی عوایی کولازن باشد. سیستمیک erythematous lupus بواسطه اندفاعات وصفی پروانه مانند حساس در مقابل شعاع آفتاب بالای رخسار توام با سرخی و آفات papulovesicular مشخص می گردد (تصویر 8.5).

تصویر 8.5 رش وصفی احمراری پروانه مانند نزد دختر بالغ مصاب سیستمیک erythematosus lupus که نواحی رخسار را در بر گرفته و بالای پُل بینی امتداد دارد. در اینجا احمرار شدید توام با آفات جلدی Papulo vesicular که کنار های غیر منظم دارد موجود است.

تغییر رنگ تحت تاثیر شعاع آفتاب یا تغییر رنگ چشم به رنگ یاسمنی بنفسش توام با اذیمایی اطراف اچقان قویاً نشان دهنده dermatomyositis می باشد. بر علاوه التهاب

احمراری تفلس دهنده جلد بالای تبارزات عظمی مانند metacarpophalngeal مفاصل قریبیه، زانو، آرنج و interphalangeal malleolus یا غوزک وسطی موجود می باشد. احمرار کف دست ها و پاها با و یا بدون تفلسات خصوصیات تشخیصیه تداوی طویل المدت با ستروئید، عدم کفایه حجرات کبدی، تب محملک، امراض دست، پا و دهن، مرض Kawasaki، و تب لکه دارکوه های rocky می باشد. Rash های جلدی بالای نواحی برهنه عضویت (وجه، نهایات، دست ها و پاها) از سبب حساسیت در مقابل نور منظره مشخص یک تعداد تشوهات می باشد.

جدول 8.3 اسباب اندفاعات جلد حساس در مقابل نور

pellagra	•
Hartnup disease	•
(تصویر 8.6) Porphyria erythropoetica	•
cosmetics etc, topical agents, NSAID drugs, Drugs (phenothiazines)	•
Phytophotodermatitis (psoralen containing fruits and plants)	•
Xeroderma pigmentosa	•
Cockayne syndrome	•
Bloom Syndrome	•
Rothmund-Thomson syndrome	•

رنگ آفات جلدی

آفات مکولر احمراری جلد بیشتر معمول اند. این ها اندفاعات ویروسی اند که در نتیجه توسع اوایه سطحی جلد بوجود می آیند. احمرار به سهولت توسط فشار بی رنگ می گردد. آفات جلدی purpuric با فشار دادن سفید نگردیده و از گلابی روشن به گلابی تاریک یا متمایل به آبی، آبی و نصواری تاریک در مدت چند روز تغییر رنگ می نمایند. Petechia و اکیموز ممکن در اثر vasculitis، thrombocytopenia، و انتانات تهدید کننده حیات واپروسی، باکتریایی و treponemal بوجود آید (جدول 8.1 و 8.2). آفات جلدی ممکن با تفلسات شفایاب گردیده و بعد از مرحله شفایابی و بهبودی رنگ آن روشن (pigment) به صورت Depigmentation (hypopigmentation) ثانوی در اثر تشوهات Autoimmune مانند vitiligo یا از سبب تشوهات ارثی مانند albinism (piebaldism) قسمی و احلاق می گردد. در جذام آفات جلدی ممکن بیرنگ بوده و یا به رنگ سرخ تواام با کنار های خفیفاً مرتفع باشد و اینها ممکن در مقابل تست وخذ سوزن بی حس باشند. نقاط nevocellular nevocellular باید از خال های مادر زادی café-au-lait تشخیص تفریقی گردد. لب ها نشاندهنده منظره سندروم peutz-jeghers Pigmentation کامل اطلاق می گردد. لب ها نشاندهنده منظره سندروم multiple polyps کولون یا معده مشخص می شود. که با پولیپ های متعدد کولون یا معده مشخص می شود. نصواری تاریک یا سیاه نهایات، در محل اصطکاک (بند انگشت) و همچنان مخاط دهن، منظره مشخصه مرض ادیسون می باشد. Carotenemia سبب تغییر رنگ جلد به رنگ زرد مشابه یرقان گردیده، اما رنگ صبلیه تغییر نمی نماید. livedo reticularis یک نمونه تار مانند تغییر رنگ آبی مایل به سرخ که بیشتر در برگیرنده پا ها بوده در التهاب وعایی autoimmune دیده می شود.

جدول 8.4 حالات سیستمیک تواام با Hypertrichosis

• فامیلی یا ذاتی	
• ادویه مانند ستروئید و فینوتوبئن	
• کوشنگ سندروم	
• سوء تغذی مزمن یا فاقچی	
• porphyria cutanea tarda	
• coffin-siris syndrome	
• Cornelia de lange syndrome	
• Treacher –Collins Syndrome (مو های جنبی وجه)	



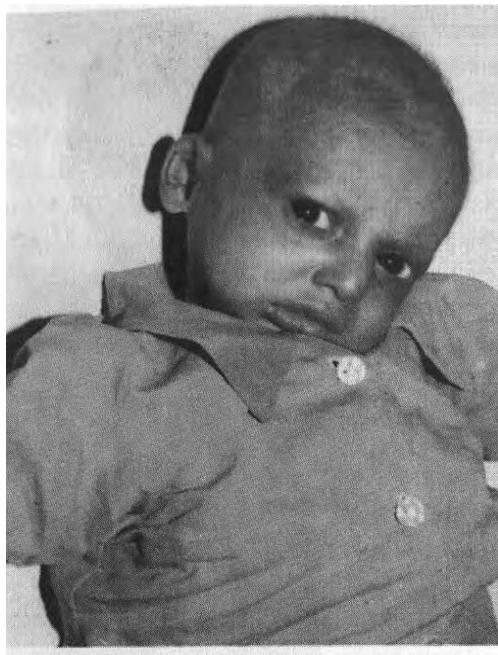
تصویر 8.6 اندفاعات جلدی حساس به نور تواام
با pigmentatio
ba hepatosplenomegaly
porphyria erythropoietica

موها و ناخنها محافظت جلد را فراهم نموده و ممولاً منشاً امبریولوژیک دارند. بسیاری از تشوهات انکشافی یا کسبی جلد ممکن تواام با سوء شکل موها، ناخنها و دندانها باشند. ناخنها ممکن در سندروم ارثی Nail-patella موجود نباشند. خونریزی های کوچک در تحت بستر ناخن ممکن از باعث ترضیض، پسوریازس، تشوهات Trichinosis وعایی کولازن، اندوکاردیت تحت الحاد باکتریایی و (آلوده گی با کرم گوشت خوک) واقع گردند. تشوهات متعدد کسبی جلد تواام با اینارملتی های غشای مخاطی موها و ناخنها می باشد. بی شکلی اکتودرم توسط هایپرترمیا (تب از سبب بلند رفتن درجه حرارت محیطی بخار از عدم موجودیت غدوات عرقیه)، طاسی، عدم موجودیت

ابروها و مژه ها مشخص می گردد. (شکل 8.7) Hypertrichosis. یا فرط نمو کلی مو های بدن در ساحت غیر جنسی عضویت در تعداد از تشوهات سیستمیک به مشاهده می رسد. راس جهت موجودیت آفات فنگسی قرص مانند راس و پسوریازس، alopecia و آلودگی به شپشک و کاهش seborrhea

جدول 5-8 علل مو های برآگنده، نصوبی روشن و شکننده غیر نارمل راس

• Kwashiorkor	• Congenital syphilis
• Cretinism	• Idiopathic hyperparathyroidism
• امراض تضعیف کننده مژمن	• Zinc deficiency
• Progeria	• Copper deficiency
• Ectodermal dysplasia	• Acrodermatitis enteropathica
• Hypervitaminosis A	• Biotinidase deficiency
• acrodynia	• Anorexia nervosa
• Adrenal insufficiency	• Homocystinuria
• Cartilage-hair hypoplasia syndrome	• Menkes syndrome(kinky hair disease)
• Langer-Giedion syndrome	• Alopecia areata
• Hallermann-streiff syndrome	• Traction alopecia ("pony-tail" alopecia)
• Trichotillomania	• Tinea capitis
• Trichorrhexis nodosa (paint-brush hair) Incontinentia	• Coffin-siris syndrome
• Pigmenti	• Polyendocrine deficiency
• Conradi disease	• Drug induced (تصویر 8.8).

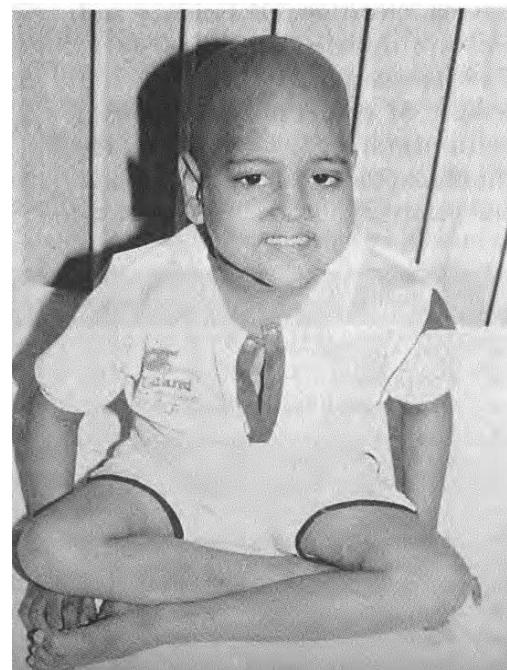


تصویر 8.7 alopecia . عدم موجودیت ابرو ها و مژه ها در طفل مصاب anhidrotic ectodermal dysplasia

یا خطوط عمودی در ناخن ها (Leukonychia) ممکن در نتیجه ترپیض، فقدان مواد مغذی و تشوشات تضعیف کننده مزمن بوجود آید. انکشاف غیر عادی ناخن ها منظره تشخیصیه epidermolysis bullosa، بی شکلی اکتودرمل، بی شکلی کاندرو اکتودرمل و سندروم nails patella است. بی شکلی ناخن ها در اطفال مصاب سندروم های کشنده الکول و phenytoin به مشاهده می رسد. Tuberous sclerosis ممکن با فایپروما تحت اطراف ناخن که از کنار بستر ناخن انگشتان و پنجه ها منشا می گیرد همراه باشد.

رنگ جلد معاینه شود. ندرتاً ممکن موهای بصورت معاوضی رنگ رفتگی از خود نشان داده و علامه وصفی بیرق مانند را در مریضان کواشیورکور نشان دهد. تعدادی تشوشات سیستمیک با موهای پراگنده نصواری رنگ شکننده راس توام می باشد. (جدول 5,8) اکثریت این تشوشات با تظاهرات مختلف جلدی همراه است.

ایجاد حفره در ناخن ها توام با ضخیم شدن آن، ضیاع درخشندگی یا جلای آن و keratosis و atopic dermatitis ها ممکن در پسوریازس و onychomycosis واقع شود. حال های سفید و



تصویر 8.8 alopecia از سبب تداوی با cyclophosphamide در مریضان مصاب مرض Hodgkin's



تصویر ۸.۹ اکز یما دوران کودکی . آفات papulo-vesicular آبدهنده یا مرطوب که اکثراً بالای رخسار ، بند دستها و سطوح باسطه و بازوها و پاها در اطفال مصاب atopic dermatitis .

برخی از حالات غیر عادی جلد.

این ها یک تعداد حالات نسبتاً عام و بعضاً غیر معمول جلد اند که باید توسط متخصصین اطفال به درستی شناسایی گردند. منظره های واضح تشخیص های کلینیکی در ذیل ارایه گردیده اند. فهرست مذکور صرف یک نمونه بوده و شامل تمام جزئیات نمی باشد.

Scabies مشخصه آفت مذکور موجودیت burrows (تونل ها) همراه با نقاط سیاه رنگ در کنار آن ها می باشد که اکثراً بالای نواحی ابطی، خط کمریند، سطوح قابضه، نهایات مخصوصاً بند دست ها، نواحی بین انگشتان، کف دست ها و پا ها و نواحی

تناسلی دیده می شود. وجه به استثنای شیرخواران معمولاً مصاب نمی گردد. خارش شدید مخصوصاً از طرف شب موجود می باشد. بصورت ثانوی خراشیدگی، نواحی اکزیماتوز، pustules و ارچق از سبب خارش، مالش و انتان ثانوی موجود می باشد. مرض شدیداً ساری بوده و چندین عضو فامیل همزممان مصاب می گرددند.

Atopic dermatitis توزیع rash های جلدی نظر به سن مریض متغیر می باشد. نزد شیر خواران رخسار، بند دست ها و سطوح باسطه بازو ها و پا ها به صورت وصفی ماوف گردیده و سبب به وجود آمدن آفات papulo-vesicular، که اکثراً آب دهنده یا مرطوب بوده و ممکن با بجا گذاشتن اثر زخم و Lichenification منجر گردد (جدول ۸.۹). نواحی راس و خلف صیوان گوش اکثراً ماوف شده در حالی که نواحی قنداق معمولاً محفوظ می ماند. انتانات تالی و آفات ترپیضی ممکن از سبب خاربیدن و مالیدن بوجود آید. در اطفال بزرگتر آفات Maculopapular خشک اکثراً بالای سطوح قابضه نهایات، عنق، بند دست و قوزک پا توزیع دارند. آفات xerosis و Lichenification معمولاً بصورت تصادفی رخ می دهد.

ایزینوفیلیا و بلند بودن سویه IgE سیروم تشخیص را تأیید می نماید.

جوانی دارد. این حالت از راس بواسطه تقلسات چرب زرد گونه آغاز نموده و به طرف پائین به سمت پیشانی و ابرو ها، بینی و گوش ها توسعه می یابد. نواحی التوت و نواحی قنداق ممکن در اثر انتانات خمیموی کاندیدا متاثر گردد. در جریان دوره مریضی ضیاع مو های راس و آفات کاهش رنگ جلد به مشاهده می رسد. تشخیص تفریقی آن از atopic dermatitis در عین زمان مشکل می باشد. عدم موجودیت ایزینوفیلیا و سویه نارمل IgE سیروم تشخیص Seborrheic dermatitis را تایید می نماید.

Papular Urticaria. یک تشوش معمول شدیداً خارش دار است که از سبب عکس العمل الرژیک در مقابل نیش حشرات بوجود می آید. آفات تازه آن عبارت از پپول های بوده که با یک نقطه بر روی قاعده احمراری بالای سطوح برهنه جلد واقع می باشند. بسیاری واقعات آن در جریان تابستان و بهار از سبب گریدن کیک ها و پشه ها واقع می گردد. Excoriation و انتانات تالی ممکن منجر به Hyperpigmentation در آفت سابقه گردد.

تشوشات غذایی

فقدان زینک. تظاهرات جلدی آن بصورت وصفی در نواحی اطراف دهن، دورادور جوف حاجج و اطراف مقعد به مشاهده می رسد. تظاهرات جلدی به قسمت های بعیده اطراف مخصوصاً دست ها و پاها نیز توسعه می یابد. آفات vesiculobullous جلدی به زودی خشک، تفلسی و حدود آفات ارچق دار سریعاً واضح می گردد. وزیکول ها سریعاً ترکیده و یک قاعده سرخ مرطوب را از خود به جا گذاشته و بعداً خشک و پلاک مانند می گردند. معمولاً توام با اسهال و alopecia (موی رفتگی) می باشد. اطفال مصاب، مخرش و بی علاقه بوده خوب رشد نمی نمایند.

فقدان اسیدهای اساسی شحمی. این حالت بواسطه التهاب جلدی فلس مانند که در بر گیرنده ضخیم شدگی، احمراری و صفحات تفلسی می باشد مشخص می گردد. اکثراً توام با alopecia (مو رفتگی)، کاهش صفحات دمویه و تاخر نمو می باشد.

آفات جلدی توام با تقلسات نازک

Pityriasis alba. یک حالت معمول غیر عرضی جلدی در شیر خواران و اطفال جوان است اسباب آن

نامعلوم (احتمالاً از سبب *s.albus*) می باشد. حدود آفات جلدی به صورت بسیار خوب معین و همراه با لکه های کم رنگ مدور یا بیضوی با تقلسات خفیف نازک می باشد. تعداد آن از ۱ تا ۳ عدد بوده و اکثراً در وجه واقع می گردد ولی امکان دارد بالای عنق، قسمت علوی تنہ و بخش های انسی نهایات واقع شوند.

Tinea versicolor یا **Pityriasis** نصواری یا نسبتاً سفید رنگ بالای عنق، صدر و ناحیه ظهری مشخص می گردد. آفت مذکور دارای تقلسات نازک التصاقی می باشد. خارش اکثراً غایب و یا خفیف می باشد. اکثربیت واقعات آن بعد از بلوغ با وجودی که اطفال جوان ممکن از مادران متتن شان مصاب شوند رخ می دهد. مستحضرات KOH ممکن بصورت وصفی حجرات مدور یا باریک دراز *M.furfur* را نشان دهد.

Pityriasis rosea. عبارت از یک تشوش عام است که اسباب آن نامعلوم بوده و اکثراً در اطفال بالغ و کاهلان جوان به مشاهده می رسد. اعراض اساسی خفیف مانند تب، سردردی، کسالت و درد های مفاصل ممکن قبل از ظهور اندفاعات موجود باشد. در نصف مریضان، یک لکه مخبره یا رهنمایی کننده بیضوی گوشته رنگ بالای تنہ که جسامت آن به اندازه 1-10cm می رسد به وجود می آید. فقط چند روز بعد از بوجود آمدن لکه های مخبره، rash های عمومی جلدی بالای تنہ ظاهر می شوند. اندفاعات مشتمل بر مکول های بیضوی گوشته رنگ یا گلابی توام با مرکز روشن و کنار های تفلسی نازک و مرتفع می باشد. آفات جلدی معمولاً منتظر بوده و محور طولانی آن ها خط انقسام را تعقیب نموده و منظره درخت Christmas را بالای تخته پشت بوجود می آورد. خارش جزیی و یا هیچ موجود نمی باشد. تشوش مذکور اغلباً با *Tinea corporis* و آفات جلدی مغالطه گردیده گاه گاهی توسط داکتران ریسیدنت جوان مانند ”اکثربیت آفات قارچی“ تشریح می گردد. نمای اندفاعات تقریباً در حدود دو هفته ادامه یافته و آفات جلدی معمولاً برای 3-8 هفته و بعضاً برای چندین ماه داوم می نماید.

انتنات فنگسی

Tinea capititis . منظره مشخص ندارد. اکثراً مانند یک قطعه Pustular التهابی باطلاق مانند توام با موضعی راس ظاهر می نماید. آفات تفلسی وصفی دایروی با کنار های مرتفع و مرکز روشن که در *tinea corporis* به ملاحظه میرسد در *tinea capititis* غیر معمول است. در این حالت تشکل اکزیما، به جا ماندن ارجق و بوجود آمدن تقلسات معمول است. حالت مذکور باید از سبوروثئیک درماتایتس،



تصویر 8.10 راش های احمراری تفلسی بالای نواحی قاعده ران، اطراف مقدد و اطراف دهن از سبب انتانات منتشر کاندیدیایی

و pustular follicutitis
folliculitis تغییص تفریقی
trichotillomania
گردد. اقدامات KOH در tinea capitis
قابل اعتماد نبوده و تشخیص بواسطه کلچر
فنگسی خوب تر تائید می گردد.

Tinea corporis
احمراری حلقوی همراه با کناره های بلند
 واضح و مرکز روشن مشخص می گردد.
سرحدات آن عموماً تفلسی، انگشتی مرتفع و
بعضًا به واسطه وزیکول های کوچک و
pustules های نازک تزئین شده می باشد.
آفت ممکن واحد و یا متعدد باشد. Tinea

corporis' باید از herald patch حلقوی و اکزیمای granuloma pityriasis rosea که در حشك حلقوی وجود دارد تشخیص تفریقی شود.

انتنانات کاندیدیایی. انتنانات کاندیدیایی جلد به ساحت مرطوب مانند نواحی قنداق، عنق، ابطی، التوات ران، نواحی اطراف دهن و اطراف مقدد تمایل خاص دارند (تصویر 8.10). و باعث تولید هم زمان احمرار توام با خیس شدن و فیسور می گردد که در بالای قاعده احمراری آفات vesiculopustular موجود می باشد. برفک دهن thrush oral و انتنانات کاندیدیایی ناخن می توانند به صورت هم زمان موجود باشند. کاندیدیازس ولادی جلد در زمان تولد و یا در ظرف 12 ساعت حیات بواسطه مکول های متعدد احمراری یا آفات vesiculo pustular مشخص می گرددند. پیشرفت یا توسعه کاندیدیازس بعد از دوره نوزادی باید برای متخصص اطفال یک هوشدار تلقی شده تا تشوهات اساسی فقدان معافیت داخل الحجروی، انتنانات، HIV مرض شکر، هایپوپاراتایرویدیزم (DiGeorge syndrome)، مرض ادیسون، فقدان Biotinase و آفات خبیثه را در نظر داشته باشد.

حالات متفرقه



Erythema multiforme

بواسطه آفات احمراری که دارای اشکال مختلف می باشند مشخص می گردد. آفت توسط مکول های احمراری آغاز گردیده و به پیوول، وزیکول، plaque، bullae های Urticular و یا لکه های احمراری هم زمان توسعه می یابد. آفات وصفی Erythema multiform رنگین کمان بوده که دارای مرکز تاریک و یک حلقه کم رنگ و سرحد خارجی احمراری می باشد. محصولات متناظر آفات جلدی

تصویر 8.11 Stevens – Johnson syndrome از سبب اخذ phenytoin توام با مصایب مشخص غشایی مخاطی دهن، منظمه ها و نواحی مجرای بولی.

اکثراً در سطوح باسطه بازو ها و پا ها واقع گردیده و اغلبآ کف های دست و پا را نیز مصاب می سازد. آفات جلدی مذکور در اضافه تر از 4-6 هفته با hyper pigmentation یا hypo pigmentation یاد می گردد (تصویر 8.11). این حالت به نام Stevens Johnson syndrome

(LP) یک تشوش papulosquamous است که توسط پیوول های خارش دار، چندین خلی دارای قسمت فوقانی هموار مشخص می گردد. خاراندن آن ممکن سبب تولید پیوول های اضافی یا آفات خطی مرتفع گرددن (Koebner phenomenon). معاینه با زره بین دستی ممکن نشان دهنده اتصال خط های خاکستری رنگ باشد (Wickhams striae). آفت جلدی مذکور تمایل خاص به ماوف ساختن سطوح قابضه بند دست، جلد ساعد، بازو، قسمت سفلی پشت تن و نواحی تناسلی دارد. مصایبیت راس ممکن منجر به از دست دادن مو ها گردد. غشای مخاطی دهن معمولاً ماوف گردیده و منجر به تشكیل اندفاعات سفید شبکه مانند می گردد. اسباب (LP) نامعلوم بوده و کورس آن متغیر می باشد لاکن بیشترین

مریضان به صورت بنفسه‌ی در ظرف ۶ ماه تا به ۲ سال بهبودی می‌یابند. ستیروئید‌های موضعی موجب تسکین عرضی می‌گردند.

Granuloma annulare. این یک تشوش جلدی غیر معمول است که اطفال مکتب و کاهلان جوان را مأوف می‌سازد. حالت مذکور توسط پیپول های لشم گوشتی یا گلابی رنگ نیمه هلالی یا قوسی مشخص می‌شود. یکجا شدن آفت‌ها شکل بیضوی، مدور یا حلقوی با مرکز هموار را بخود می‌گیرد. اندازه آفت بین ۱ الی ۵ سانتی متر متفاوت، واحد یا متعدد بوده، ممکن در هر قسمت بدن واقع شده اما بیشترین واقعات آن بالای نهایات می‌باشند. آفات جلدی لشم بدون تفلسات یا ماویت اپیدرم می‌باشند. آفات جلدی بدون اعراض بوده و ممکن چند ماه تا دو سال را در برگیرد تا بصورت بنفسه‌ی شفایاب گردد. عدم مصابیت اپیدرم، فقدان تفلسات، آفات متعدد بدون خارش carporis tinea granuloma annular تشخیص تغیریقی می‌نماید.

(GVHD) Graft – versus – host disease شکل حاد (GVHD) با رش‌های مکولوبیولر تظاهر نموده (که ممکن در حالات صاعقوی به toxic epidermal necrolysis پیشرفت نماید) که توام با اسهال، تکی پنی و هیپاتوسپلینومیگالی باشد. شکل مژمن (GVHD) بواسطه رش‌های جلدی Hyperkeratotic، هیپاتوسپلینومیگالی، رفتن موها، اسهال مژمن و لاغری مشخص گردد. **Toxic epidermal necrolysis**. این حالت به واسطه شل شدن سطح بزرگ اپیدرم با تشکل bullae سست یا شل مشخص می‌گردد. Bullae پاره گردیده و منجر به اشکار شدن جلد سخت گلابی، درم یا اپیدرم تحتانی که منظره ابله جلد را بخود می‌گیرد می‌شود. علامه Nikolsky مثبت بوده یا به عباره دیگر اپیدرم ساحة نارمل توسط مالش به آسانی برهنه می‌گردد. حالت مذکور ممکن در اثر توکسین ستافیلوکوکس اوربیوس یا به تعقیب خوردن بعضی دواها واقع گردد.

انتانات .TORCH

انتانات داخل الرحمی ممکن نشاندهنده تظاهرات petechia و ecchymoses در بالای تنہ و نهایات از سبب ترومیوسایتوپیینیا گردد. حال های (blue berry muffins) از هم جدا، آفات جلدی خوب محدود و مشخص شده از سبب erythropoiesis درم در اطفال شدیداً مافوف با انتان CMV ولادی (تصویر 8.12). سفیس ولادی بواسطه راش های maculopapular که در ابتدای بیضوی شکل و گلابی رنگ است اما بعداً به نصواری مسی با تقلیلات، مخصوصاً بالای کف های دست و پا تبدیل می گردد. اندفاع وصفی vesiculobullous سرخی دار، با تشکل آبله و ارچق ممکن در بالای نهایات، کف های دست و پا واقع گردد.



تصویر 8.12 حال های کلاسیک (blue berry muffins) بالای وجه از سبب dermal erythropoiesis نزد یک شیرخوار

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل نهم

سیستم عضلی اسکلیتی

تاریخچه

سیستم عضلی-اسکلیتی معین کننده ساختمان، قامت، وضعیت و حرکت بدن می باشد. حینی که طفل وارد اطاق معاینه می گردد، باید رفتار و طرز ایستادن اش ملاحظه گردد. شکایات فعلی مریض باید به اساس قدمات آن با تاکید خاص بالای طرز شروع، حد یا بی سرو صدا بودن آن و سیر تکاملی پروسه مرضی پرسیده شود. با پرسیدن ساحة دقیق و منبع درد یا ناراحتی، دریافت نمایید که آیا اعراض مربوط به عضلات است یا سایر انساج رخوه، عظام و یا مفاصل. تشوشات انکشافی، کروموزومی و میتابولیک عظام و عضلات بسیار معمول بوده و شروع آن احتمالاً در زمان تولد یا اوایل حیات می باشد. Oligohydramnios ممکن منجر به نقیصه های وضعیتی یا کیفیتی از سبب موقعیت های غیر عادی داخل رحمی گردد. ترضیض سبب عمدۀ ناتوانی حرکی بوده و ممکن شناسایی نه گردیده و یا راپور داده نشده است، بطور مثال در نتیجه سوء استفاده از اطفال. تشوشات که به تعقیب انتانات تاسیس می نماید و تشوشات اتوایمیون یا وعایی کولاجن بصورت ابتدایی محدود به عضلات و مفاصل بوده لاین مشخص گردیده که هر سیستم بدن به شمول جلد و ملحقات آن را مصاب ساخته می تواند.

تفصیلات در مورد تاریخچه ناراحتی، سوء شکل، درد و ناتوانی پرسیده شود. درجه ناتوانی باید بواسطه پرسیدن طفل در مورد این که آیا او می تواند فعالیت های روزمره حیاتی خویش مانند رفع حاجت، گرفتن حمام، پوشیدن لباس و غیره را مستقلانه انجام داده و یا به کمک مادر ضرورت دارد تعین گردد. گاه گاهی، درد مفصل ممکن مربوط مفصل یا عضو دیگر بدن باشد. درد زانو ممکن مربوط به مصابیت مفصل حرقوی فخذی باشد، درد شانه شاید در اثر تخریش دیافراگم در نتیجه سینه بغل یا سنگ های صفراء بوجود آید و درد خلخ قسمی آرنج اکثراً به مفصل بند دست عطف می گردد. توزیع مفاصل مصاب، آیا مرض بطور برجسته مفاصل بزرگ یا مفاصل کوچک را متاثر نموده، و آیا طبیعت آن polyarticular، pauciarticular یا monoarticular است. فرق بین

درد (درد تنهایی) و التهاب مفاصل (درد با علایم التهاب) باید صورت گیرد. امراض یک مفصلی معمولاً نشان دهنده پیچ خودگی یا صدمه، Hemarthrosis، یا انتانات قب آور است. درد های مفصلی مهاجر و زود گذر مانند مصایب 2-3 مفصل برای 2-3 روز و بعداً ماوف نمودن مفاصل دیگر با تسکین قسمی مفاصل متاثر قبلی، منظره کلاسیک قب روماتیک است، لکن شاید در اثر التهاب مفصلی گونوکوکل، التهاب مفصلی منگوکوکل، امراض التهابی امعا و لوکیمیا حاد بوجود آید. شخی مفصلی اوایل صبح، منظره تشخیصی امراض حاد مفصلی مخصوصاً از سبب تشوشات وعایی کولاجن می باشد. التهاب انگشتان یا به عباره دیگر اذیمای دوک مانند التهابی انگشت ممکن در اثر توپرکلوز، سغلیس ولادی یا sickle cell disease واقع گردد. زمانی که بازوی مبسوط یک طفول نو پا به زور کش نمایید، ممکن خلع راس رادیال یا کعبه واقع گردد. طفل گریه نموده و آرنج خود را خفیقاً قبض نموده و دست بطرف داخل تدور می نماید، در حالی که دور دادن دست به طرف بالا محدود بوده و دردنگ می باشد. اطفال قبل از مكتب معمولاً از درد پاها مخصوصاً در هنگام صبح و شام شکایت می نمایند. این حالت اشتباهها به درد های رشدی عطف می گردد، اما علت اصلی آن خستگی و کسالت زیاد نزد اطفال بسیار فعال و شوخ می باشد. زمانی که درد های بدن در چندین ساحه موجود باشد، معمولاً نشان دهنده تشوشات روانی است. درد موضعی عظام شاید در اثر خونریزی تحت سمحاقی یا التهاب غشای عظمی (periostitis) یا کسر چوب تر (Green stick) از اثر ترضیض، انتان، نموه تازه یا نکروز وعایی از سبب sickle cell disease باشد. درد های عظمی رام نشدنی ضمنی چندین قسمت، مخصوصاً از طرف شب، ممکن در اطفال مصاب لوکیمیایی حاد، امراض میتابولیک و میتابستاتیک عظمی موجود باشد. درد های خلفی در اطفال غیر معمول بوده اما شاید در اثر جراحت سپورت، فشار فزیکی، سوء شکل ستون فقرات، انتان موضعی یا تومور بوجود آید. اعراض اساسی مربوطه مانند بی اشتهايی، تعرق، تب، توکسیمیا و ضیاع وزن پرسیده شود. تاریخچه فامیلی ممکن رهنمای خوب برای تشخیص تشوشات ممکن است ارثی مانند سندوم های ولادی، دسترووفی عضلی و سوء شکل اسکلیتی باشد.

معاینات عمومی فزیکی

رفتار و وضیعت طفل را در زمان دخول به اطاق معاینه مشاهده نمایید. حالت غذایی طفل را ارزیابی نموده و شواهد کمخونی و فقدان ویتامین ها (مخصوصاً ویتامین C و D) و عناصر کمیاب را جستجو نمایید. چشم ها باید برای

صلبیه آبی که نشانه Osteogenesis imperfecta است معاینه گردند. التهاب منظمه ها معمولاً توام با مریضان مصاب Reiter's سندروم، چشمان خشک در سندروم Sjogren دردناک در مریضان مصاب عدسيه يا التهاب عدسي Ankylosing spondylitis موجود می باشد. خلع عدسيه يا التهاب عدسي Ectopia Iridocyclitis شاید در مریضان Homocystinuria و Marfan syndrome موجود باشد. شاید در اطفال مصاب Chorioretinitis Pauciarticular rhematoid arthritis واقع شده در حالی که منظره وصفی انتانات TORCH است. اذیما، سوء اشکال، و محدودیت های وظیفوی واضح را در اطراف علوی و سفلی جستجو نمایید.

درجه حرارت، تعداد نبض، تنفس و فشار خون باید یادآشت گردند. فرط فشار خون معمولاً در مریضانی که مصاب امراض وعایی کولاجن اند، موجود می باشد. در اطفالی که توام با شروع سیستمیک روماتویید ارترایتس اند، تب شدید بلند، با اندفاعات گلابی ناپایدار جلد ممکن چندین روز یا هفته قبل از مصاابت مفاصل واقع گردد. خمامه عقدات لمفاوی در نواحی آب دهنده ساحت مرضی و Lymphadenopathy عمومی باید جستجو گردد. جلد باید جهت دریافت اندفاعات، نودول های تحت جلدی، خونریزی نقطوی، Erythema marginatum، لکه های Xanthomas و Café-au-lait معاینه گردد. نودول های تحت الجلدی غیر حساس، سخت و بدون درد که مشخصاً در بالای نواحی فشار و اصطکاک مانند نوک عظم ساعد (Olecranon) سطوح باسطه ساعد، ساق پا و عظم عجز دیده می شوند. اندفاعات مکولو-پیول احمراری پروانه مانند در وجه نشان دهنده Systemic Lupus Erythematosus است. التهاب بکتریایی غیر انتانی، آفات مخاطی در دهن و نواحی تناسلی در اطفال بالغ که مصاب مرض Reiter's اند دیده می شود. معاینات سیستمیک، مخصوصاً ارزیابی سیستم قلبی وعایی هنگامی که امراض وعایی کولاجن یا تشوشات میتابولیک قویاً مشکوک باشد لازمی است. لغزیدن اپیفیز عظم فیمور شاید با تشوشات اندوکراینی توام باشد.

معاینات مشخص

معاینات تفصیلی از سر تا پنجه پا اجرا گردد، از راس شروع نموده و تدریجاً بطرف وجه، فک، عنق، اطراف علوی،

اطراف سفلی، تنہ و ستون فقرات پیش روید. اولین هدف ارزیابی کلینیکی سیستم حرکی عبارت از تائید و یا رد مأوفیت عضلات، مفاصل، عظام، ساختمان های انساج رخوه مانند کپسول مفصلی، Bursae، اوتار و اربطه ها می باشد. جهت معاینه مفصل یا نهایت دردناک در اطفال مهارت و تجربه بیشتر لازم بوده و باید در ختم معاینات سیستمیک دیگر انجام داده شود. در معاینه مفصل یا طرف، جهت دریافت اذیما، احمرار و سوء شکل توجه صورت گیرد. حرکات فعل باید قبل از جس و ارزیابی حدود حرکات منفعل در مفاصل مختلف ارزیابی گردد. اطفال Todller باید به راحتی در آغوش مادر معاینه گردیده در حالی که هنگام معاینه مفاصل یا اطراف دردناک دیگران ایشان را مصروف نموده و باید از بیشترین ظرافت و ملایمت کار گرفت.

نقیصه های انکشافی معمول عضلی اسکلیتی

سوء اشکال عضلی اسکلیتی ۱/۳ تمام انوملی های اطفال را تشکیل می دهد. برعلاوه نقیصه های انکشافی و کروموزومی، این ها ممکن از سبب قرار گرفتن غیر نارمل داخل رحمی یا بخارط تقبیض حبل امنیوتیک نیز بوجود آیند.

کجی ولادی پا: **Club foot (Equinovarus)**. در این جا تقرب پای قدامی، تدور کف پای خلفی بطرف داخل و وضعیت Equinus (قبض کف پا) کُری پا موجود است. قبض کامل مج پا طوری که قسمت ظهری پا به ساق پا تماس نماید ناممکن است. در تقرب پای قدامی بصورت مجزا (metatarsus adductus) و بسط فزیوتراپی اصلاح گردد. کجی پا ممکن یکطرفه یا دو طرفه بوده و شاید یک ابنارملتی مستقل بوده یا تظاهر Craniocarpotarsal dysplasia، Meningocele، Caudal regression syndrome، سندروم Equinus و تومور های نخاعی باشد. وضعیت dwarfism، diastrophic، Larson syndrome (قبض کف پا) شاید در اثر کوتاه و یا سخت شدن و تراشیل از سبب فلچ دماغی و در اطفال مصاب دسترووفی عضلی هایپرتروفیک کاذب بوجود آید.

کجی پا: **Calcaneovalgus**. کمتر معمول بوده و به واسطه تدور، تبع و قبض بند یا مج پا مشخص می گردد.

خلع یا سوء شکل ولادی مفصل ران؛ در اول باری های مونث که به وضعيت breech تولد می شوند، بيشتر معمول است. ممکن يك طرفه یا دو طرفه بوده و کدام اینارملتی محسوس را در دوره نوزادی تولید نه نماید. اين حالت با معاینات فزیکی مُفصل و اجرای تست های Barlow و Ortolani تشخيص می شود. (فصل 14 دیده شود) در صورتِ که تشخيص بصورت مقدم صورت نگیرد، ممکن سبب بوجود آمدن عدم تناظر چین ناحیه مغبنی یا سرین، کوتاه شدن نسبی فخذ در طرف مأوف، محدودیت تبعد مفصل ران، تاخیر در قدم زدن، لنگیدن یا رفتار مرغابی (خلع ولادی دو طرفه مفصل ران) گردد.

برای ارزیابی کوتاهی واضح عظم فخذ، هر دو مفاصل ران و مفاصل زانو قبض گردیده، طوریکه کف پاها به صورت هموار روی میز گذاشته شود. زیرا در خلع خلفی مفصل ران، زانو طرف مأوف ممکن به تناسب طرف سالم در سطح پایین تر قرار داشته باشد(Galeazzi sign).

پا های کمان (**Genu varum**). در 2 سال اول حیات کمان بودن فزیولوژیک واضح عظم قصبه از سبب تدور در نزدیک زانو موجود می باشد (تصویر ۹.۱). زمانی که کمان بودن حقیقی قصبه مشخص گردد، و بيشتر از سن دو سالگی دوام نماید، باید احتمال ریکتس، Achondroplasia Metaphyseal dysostosis و Osteochondrosis و برآمدگی کاندیل وسطی قصبه رد گردد (مرض Blount). شدت کمان بودن پاها به واسطه اندازه نمودن فاصله بین زانو ها زمانی که طفل تخته به پشت افتیده و بجلک های وسطی با هم نزدیک گرددند، ارزیابی می شود.

زانو های کج (**Genu valgum**). کمان بودن فزیولوژیک پاها تدریجاً در سن 5-2 سالگی به واسطه زانو های کج تعویض می گردد. شدت کجی زانو ها به واسطه اندازه نمودن فاصله بین بجلک میانی پاها زمانی که طفل بصورت عمودی ایستاده و زانو ها بطور واضح با هم دیگر تماس داشته باشند ارزیابی می گردد (تصویر ۹.۲). زمانی که شدت **Genu valgum** اضافه تر از پنج سانتی متر (فاصله بین پاها) بوده و یا بعد از پنج سالگی دوام نماید، احتمال ریکتس، Pes valgus، Hypophosphatasia، مرض Morquio، سندروم Hurler و احتمال ایستاده.

پا های هموار (**Pes planus**). در جریان 2-3 سال اول حیات، قوس پاها به واسطه لایه شحمی محو گردیده و پا های هموار فزیالوژیک بوجود می آیند. وقتی که از طفل خواهش گردد که به نوک پنجه ایستاده شود، قوس



پا ها ظاهر می گردد. پا های سالم هموار تواام با تدور به سمت داخلی یا برگشت پای جلوی و بعضی کجی شسته پا (تقریب پنجه بزرگ) و برجستگی بحلک میانی پا می باشد. اطفال که پا های هموار یا مسطح دارند دارای رخاوت عمومی در اوتار خویش بوده و بوت های شان بیشتر از سطح داخلی کُری پا می ساییند. وقتیکه از ایشان خواهش گردد تا با پا های تر راه برود، نشانی کامل پا ها در کف زمین باقی می ماند.

Pes Cavus. در این شکل قوس بزرگ طولانی با انحنای بیشتر کف پا ها موجود می باشد. این حالت شاید یک ابتار ملتی ولادی مجزا بوده یا ممکن تظاهر با تواام با Friedreich ataxia

Metatarsus Varus.Qauda Equina .Spina Bifida

Diastematomyelia، اتروفی عضلات قسمت خارجی ساق پا،

تصویر 9.2 (genu valgum) knock knee .
این حالت در 2 - 3 سالگی فزیالوژیک است (A)
فاصله بین بحلک وسطی در بند پا ها وقته که زانو ها
با هم تماس داشته باشند کمتر از پنج سانتی متر لست
knock knee (B) متبارز یا پنالوژیک از سبب
ضیاع وظیفوی نیوبول های کلیوی و (C) بدون کدام
سبب معلوم.

سندروم Hurler و نیوروپاتی محیطی (مرض Charcot Marie-Tooth) باشد.

انگشتان اضافی. انگشتان اضافی ممکن در دست ها و یا پا ها، به طرف انسی و یا وحشی موجود باشند. انگشتان اضافی وجه زندی (انگشتان کوچک اضافی) در هر دو دست بیشتر معمول بوده و شاید به شکل یک انومالی جدأگانه یا توانم با (Ellis-van Creveld Syndrome) Chondro-ectodermal dysplasia و Trisomy-13، short-rib polydactyly dwarfism، Lawrence-Moon-Biedl سندروم، Meckel سندروم باشد.

انگشتان بهم چسبیده، امتداج عظمی یا چسبیدن جلدی انگشتان یا پنجه ها شاید یک انومالی جدأگانه بوده یا ممکن توانم با انومالی های دیگر مخصوصاً امتداج نارس درز های راس باشد. چسبیدگی انگشتان منظره وصفی سندروم Pfeiffer، سندروم Poland و سندروم Carpenter (فقدان فلتگنس Mitten Hand) Apert یا بند انگشت وسطی تمام انگشتان) می باشد.

نهایات

نشانه های اختصاصی عظمی برای اندازه نمودن طول و محیط اطراف علوی و سفلی استفاده می گردد. عظم کتف، Acromian عظم Olicranon عظم زندی و نهایت سفلی Condyle عظم کعبی نشانه های اختصاصی عظمی قابل اعتماد در اطراف علوی اند. در اطراف سفلی بارزه قدامی علوی حرقفی، سرحدات علوی و سفلی عظم Patella و کنار وحشی بجلک میانی نشانه های اختصاصی عظمی مفید اند. محیط صدر هم سطح نوک ثدیه ها اندازه گردیده در حالی که محیط بطن برابر غضروف ذیل خنجری یا سره (ناف) اندازه گیری می شود.

کوتاهی، درازی، هایپرتروفی یا اتروفی نهایات یا قطعات آن جستجو گردد. هایپرتروفی نیم طرف یا هایپرتروفی Beckwith، Cutis marmorata talangectatica سندروم Wiedeman، Wilm's، Klippel-Trenuanay Weber، Russel-silver سندروم -، Hepatocellular carcinoma، Adrenocortical carcinoma و tumor

Neurofibromatosis، فستولای ولادی شریانی-وریدی، Lymphangiactasia و تنبه نمو اپیفیزیل

به تعقیب التهاب یا کسر نزدیک اپیفیزس بوجود آید.

کوتاه بودن یک طرف شاید از اثر عظم قصبه یا فخذ کوتاه ولادی، هایپویلازیا فخذ (اطفالی که از مادران دیابتیک به دنیا می آیند)، خلع ولادی مفصل ران، لغش اپیفیز بزرگ عظم فخذ، Coxa plana، پولیو میلایتس، فلج یکطرفه، مرض Ollier's و توقف قبل از وقت نمو اپیفیزیل از سبب انتان یا ترمیض باشد. در Hyperostoses قشری طفولیت (مرض Caffey) و تسهم با ویتامین A، بزرگی منتشر، دردناک و موضعی عظم فک سفلی، ترقوه، اصلاح، کتف و بعضی عظام طویل موجود می باشد. بزرگی نهایات عظام طویله یا بزرگ شدن اپیفیزیل ممکن در اطفال مصاب ریکتس، Chondrodystrophy، Hypophosphatemia، مرض Morquio's و هایپرپاراتایرویدیزم ابتدایی دیده شود. نهایات عظام طویله ممکن بزرگ، دردناک و توام با Clubbing انجشتان در مریضان مصاب Osteo-arthropathy هایپرتروفیک ریوی باشند. برعلاوه بزرگ شدن بند دست و بجلک پا، ریکتس بواسطه برجستگی عظم جبهی، Costo-chondral beading (Pectus excavatum) یا قیف مانند (Pectus carinatum) (Rachitic rosary)، صدر کبوتر مانند (Rachitic rosary)، سوء شکل ستون قفرات، کمان شدن پاها یا Knock-knee، Harrison's sulcus مشخص می گردد. تظاهرات اسکلیتی سکاروی یا فقدان ویتامین سی شامل خونریزی تحت سمحاقی در عظام طویله توام با تخریشیت واضح و فلح کاذب نهایات با وضیعت بقه مانند و Scorbutic Rosary که با زاویه سرنیزه مانند در مقطع اتصال عظمی غضروفی از سبب خلع خلفی عظم قص مشخص می گردد. دستها و پاها جهت اندازه، شکل، سوء اشکال و طول انجشتان معاینه گردند. نهایات، دستها، پاها، انجشتان و پنجه های طویل و باریک در مریضان مصاب Morphan syndrome Arachnodactyly (Morphan syndrome) دیده می شود. "علامه Stickler Syndrome و Mucosal Neuroma Homocystinuria شست" یعنی جلو آمدگی شست به آن طرف کف دست وقتی که دست مشت گردد، خصوصیت برجسته است. دستان و انجشتان کوچک و کوتاه شاید در مریضان مصاب سندروم Down Morphan syndrome (Rubinstein-Tybi Syndrome، Prader-Willi Syndrome، Cretinism) (فلنگس های نهایی)

شست ها و پنجه های کوتاه و عریض) و Pfeiffer Syndrome (عدم موجودیت فلنگس وسطی) قابل ملاحظه باشد. هایپرپلازیای بند انگشتان نهایی و ناخن ها ممکن در سندروم کشنده الکھول و ادویه خد اختلال، Dysostosis Cleidocranial و Chondroectodermal dysplasia باید در هر دختر قامت کوتاه مخصوصاً اگر توام با جلد اضافی عنق یا Cubitus Valgus یعنی Turner (از دیاد زاویه انتقالی شانه) باشد در نظر گرفته شود. عدم موجودیت یا هایپرپلازیای عظم زندی و شست شاید توام با (Fancini Syndrome)، کمخونی اپلاستیک (TAR Syndrome) Thrombocytopenia با نقیصه حجاب بین بطینی (Holt-Oram Syndrome) باشد.

عظام

معاینه عظام که موقعیت عمیق دارند به تناسب عظام سطحی مانند عظم قصبه (Tibia) و عظام کوتاه دست و پا مشکل است. درد عظمی اکثراً مداوم (ارتباط به حرکت مفاصل و وضعیت ندارد) بیزار کننده، و موقعیت عمیق داشته و وصف آن شدید می باشد و معمولاً سبب مختل شدن خواب می گردد. درد های عظمی شاید بدون کدام یافته های فزیکی از سبب لوکیمیا، امراض میتوستاتیک و میتابولیک عظمی بوجود آیند. درد شدید، ناراحت کننده و تورم خفیقاً گرم با احمرار و حساسیت ممکن بالای یک یا چند عظم طویل از سبب مصابیت انسداد وعایی عظمی در مریضان مصاب کمخونی Sickle cell درد شوند. اذیمای موضعی عظام طویله شاید در اثر اوستیومیلاتس، کیست و یا تومور بوجود آید. اوستیومیلاتس توام با علایم کلاسیک التهاب مانند سرخی (Ruber)، گرمی درد و حساسیت (Dolor) و تورم (tumor) می باشد. Osteochondritis در نهایت بعیده عظام طویله شاید از سبب سفلیس ولادی و انتانات دیگر TORCH رخ دهد. التهاب انگشتان منظره وصفی مرض سفلیس و توبرکلوز است. Saber Tibiae (انحناء قدامی یا کمان شدن عظم قصبه) ممکن از سبب سفلیس ولادی، Neurofibromatosis ، جایجا شدگی غیر طبیعی کشنده جنبین و عدم موجودیت ولادی عظم شزیه (Fibula) بوجود آید.

كسر ممکن در عظام سالم یا مرضى (كسر پتالوژیک) بوجود آید. در اطفال ترضیضات که در اثر فعالیت های سبورتی بوجود می آیند شاید تشخیص نگردنده یا ترضیضات که از اثر سوء استفاده از اطفال بوجود آید را پور داده

نشوند. موجودیت کسور متعدد در زمان تولد یا در اوایل عمر با عظام باریک، ناقص و صلبیه آبی نشان دهنده (تعظم ناقص) است. زمانی که کسر در یک طفل که چندین لکه ای Osteogenesis Imperfecta دارد واقع شود، باید احتمال Fibrous Dysplasia را گردد. در اثر موجودیت عظام نرم و Café-au-lait قابل انعطاف، در اطفال شاید کسر Green-stick بدون جدا شدن اتصال عظمی واقع گردد. کسر عظم ترقوه و نهایت علوی عضد یا فخذ شاید در اثنای ولادت مشکل به وضیعت Breach بوجود آید. مشخصات وصفی کسور بسته شامل درد، حساسیت، تورم، سوء شکل طرف، کریپتوس عظمی (حرکات غیر عادی در ساحه کسر) و عدم استفاده از طرف می باشد. در کسر Colle's (کسر نهایت بعیده Radius) سوء شکل کلاسیک "پنجه غذا خوری" از سبب بیجا شدگی و انحراف، کوتاه بودن و تدور بند دست بوجود می آید. در کسور باز یا مرکب، انساج رخوه تخریب گردیده و نهایات عظام شکسته از طریق جلد تخریب شده به بیرون نفوذ نماید. در صورت کسور مرکب، باید جریان خون، حسیت جلد و حرکات ارادی برای دریافت شواهد تخریب اعصاب بعیده از ساحه کسر ارزیابی گرددند.

مفاصل

Ehlers-Danlos Syndrome، Hyperlysinemia، Homocystinuria، Stickler Syndrome، Marfan Syndrome، Osteogenesis Imperfecta و هایپرپاراتایرویدیزم ابتدا ای مشاهده می گرددند. فرط بسط محسوس انگشتان و دست ها ممکن در اطفال توام با Cutis laxa، Cartilage-hair Hypoplasia و سندروم Fragile-X دیده شود.

Fascitis، Synovitis، Scleroderma، Dermatomyositis، Contracture، Arthrogryposis و Hurler، Morquio's، سندروم مانند مرض مخصوصی و میتابولیک دارند. موجودیت متکرر خون در مفاصل که انتقال دهنده وزن بدن اند ولادی مرکب شخصی عمومی مفاصل دارند. موجودیت متکرر خون در مفاصل که انتقال دهنده وزن بدن اند

(مفاصل زانو و بحلک پا) از سبب هیموفیلیا شاید منجر به Ankylosis، ضخیم شدن Synovial و اترووفی عضلات اطراف آن گردد (Arthropathy مزمن).

خلع و بیجا شدگی خفیف

دسپلازی انکشافی یا خلع ولادی مفصل ران باید به واسطهٔ معاینات دقیق کلینیکی در تمام اطفال نوزاد رد گردد. اطفالی که دارای مفاصل با قابلیت فرط بسط اند بیشتر مساعد به ایجاد یا تظاهر خلع مفاصل مختلف اند. خلع چندین مفصل مخصوصاً مفصل ران، زانو و آرنج مشخصه وصفی سندروم Larsen است. برخی اطفال Toddler زمانی که از دست شان محکم گرفته و کش گردند، مساعد به حادثه متکرر بیجا شدگی خفیف مفصل آرنج می‌باشند. جدا شدن ترپیضی اپیفیزس در نوزادان شاید به تعقیب وضع حمل ترپیضی واقع گردد. این حالت بیشتر در اپیفیزس علوی بازو رخ داده اما شاید هر مفصل را متأثر نموده و سبب تورم، درد و محدودیت حرکات شود.

التهاب و درد مفاصل

اسباب معمول التهاب و درد مفاصل در اطفال در جدول 9.1 لست گردیده اند. نزد برخی اطفال ممکن در اثنای حرکات فعال و منفعل مفاصل خصوصاً مفصل زانو، صدای شکستن و غُزّه کردن شنیده شود، که ارزش کلینیکی ندارد. التهاب مفصل بواسطهٔ درد موضعی، تورم، سرخی، گرمی، محدودیت و دردناک بودن حرکات مفاصل، سوء شکل و اعراض بُنیوی و سیستمیک مشخص می‌گردد. نوع (بزرگ، کوچک یا هر دو)، و تعداد مفاصل مصاب را دریافت نموده و مشخص نمایید که آیا مصابیت مفاصل متناظر است یا غیر متناظر. در صورت موجودیت قیح یا Exudate، در مفاصل سطحی (خصوصاً مفصل زانو) باید به اذیمای Pitting، تمواج و Patellar Tap مشکوک شد. مصابیت نیوروپتیک مفاصل به واسطهٔ حملات متکرر تورم بدون درد قدم و مفصل پا تواام با ضیاع حسیت سطحی و عمیقه مشخص می‌گردد. (Charcot's Joints).

حرکات مفاصل

باید حرکات فعال و منفعل مفاصل مأوف ارزیابی گردیده و با طرف نارمل مقایسه گردد. حرکات ممکن در اثر موجودیت درد، سیزم و شخی عضلات از سبب تخریب ساختمان مفصل محدود گردیده باشد. حرکات باید بعد از این که مفصل به وضعیت طبیعی آن قرار داده شد ارزیابی گردند. حدود حرکات را می‌توان به کمک زاویه سنج یا نقاهه شفاف یا نور گذران اندازه نمود.

فک. حرکات فک بواسطه باز و بسته نمودن دهن، پیش آوردن و پس کشیدن و از یکسو بسوی دیگر حرکت

جدول ۹.۱ اسباب معمول التهاب و درد مفاصل در اطفال

۱. درد مفاصل*

التهاب مفصلي توکسيك يا reactive، التهاب كبدی مزمن فعال، امراض التهابي امعاء، سندروم شاك توکسيك، Synovitis گذری، بروسيلوزس، Cystic fibrosis، Serum sickness، تشوشات فقدان معافيت، روانی، روماتيزم و غيره.

۲. التهاب مفاصل

● مفصل واحد

التهاب مفصلي قيحي يا سپتيك، التهاب مفصلي توبيرکلوزي، Synovitis گذری حاد

● التهاب چندين مفصلي مهاجروي

● تب روماتيك، التهاب مفصلي Systemic Lupus Erythematosus .Gonococcal

● Non Hodgkin's Lymphoma يا Leukemia

● مفاصل بزرگ متعدد

● تب روماتيك، تشوشات وعاني كولاجن (Polyartteritis Nodosa .Kawasaki ، SLE، JRA) ، مرض

● Henoch-Schonlein Purpura .Serum Sickness

● مفاصل متعدد كوچك دستها و پاها

● التهاب انگشتان توبيرکلوزيک، سفلیس ولادی، لوکیمیا، Juvenile Rheumatoid Arthritis

● Psoriatic Arthropathy .cell disease

۳. التهاب مفصلي ترضيسي

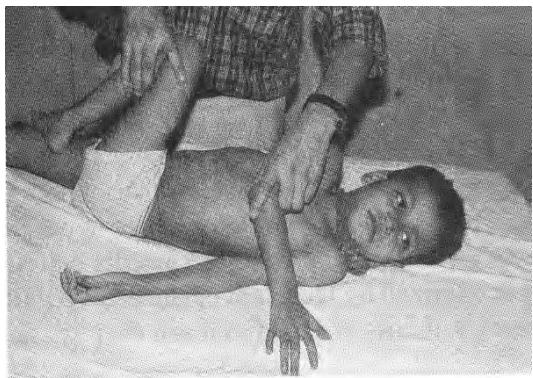
خونریزی داخل مفصلي، پارگی يا تخریب وتر Cruciate (صلبي) يا پاره شدن غضروف وسطي و جانبی کپسول

مفصل زانو.

4. اسباب متفرقه

Serum sickness ,Reiter syndrome ,Sarcoidosis
Pulmonary hypertrophic Osteo- ,Sickle cell disease ,Psoriatic Arthropathy
.arthropathy

دادن فک ارزیابی می گردد. اندازه فاصله بین دندان های ثانیا در حالیکه دهن کاملاً باز باشد اندازه دقیق شدت سختی مفاصل صدغی فکی را ارایه می نماید.



شانه. وضعیت طبیعی شانه با بازو در جنب، آرنج به زاویه 90 درجه قبض گردیده و ساعد بطرف قدام متوجه باشد. کتف باید در بین انگشت اشاره و شست مهار گردیده در حالیکه حرکات مفصل شانه را ارزیابی می نماید. قبض، بسط، تبعد، تدور (در هر دو وضعیت

تبعد و طبیعی) و بلند نمودن را امتحان نماید.

آرنج. وضعیت طبیعی آن اینست که ساعد منبسط می

تصویر 9.3 Pretzel تست. ران یک طرف با شانه طرف مقابل را دور داده تا خط متوسط را عبور نماید. مفصل Sacroiliac طرف ران بواسطه این مانوره انبساط نموده و درد خفیف در مفصل Sacroiliac احساس خواهد شد.

باشد. قبض، فرط بسط، تدور کف دست بطرف بالا و تدور بطرف داخل امتحان گردد.

بند دست. وضعیت طبیعی آن عبارت از موجودیت دست در یک خط با ساعد بوده و وجه کف دست بطرف پایین می باشد. قبض خلفی (بسط)، قبض قدامی کف دست، انحراف زندی و کعبی آزمایش گردد.

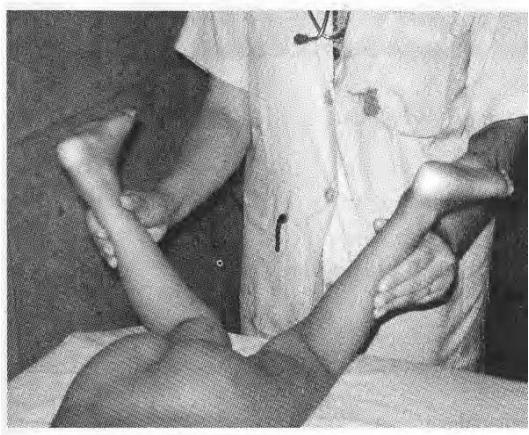
مفاصل Sacroiliac بواسطه دو



تصویر 9.4 حرکات مفصل ران زمانی که از مریض خوشهش گردد تا به وضعیت روی بطون بخوابد در حالی که زانو ها به زاویه 90 درجه قبض بشد بهتر ارزیابی می گردد. پالس بهم نزدیک یا از هم دیگر عبور داده شده تا تدور مفصل داخلی ران ارزیابی گردد.

* بواسطه درد مفاصل بدون کدام شواهد علایم التهابی مشخص می گردد.

حفره در هر دو طرف بالای ناحیه قطنی معین می گردد. مفاصل Sacroiliac هیچ حرکات نداشته و لاکن متاثر بودن آنرا می توان با وارد نمودن فشار مستقیم بالای هر مفصل Sacroiliac، فشار محکم یا ثابت در بالای عجز و فشار درونی به هر دو عظم Iliac تشخیص نمود. تست Pretzel برای دریافت حساسیت مفاصل استفاده می گردد (تصویر 9.3).



تصویر 9.5 پاها چپت امتحان نمودن تدور خارجی مفصل ران تبعده داده شده است.

مفصل ران. وضعیت طبیعی مفصل ران منبسط با مسیر Patella بطرف قدام می باشد. حوصله باید با یک دست ثابت گردیده در حالی که حرکات مفصل ران را ارزیابی می نمایید. قبض مفصل ران را با زانو خمیده، تبعد، تقرب، تدور با هر دو حالت منبسط (به وضعیت Prone) و منقبض، و بسط در حالی که مریض به وضعیت جنبی قرار داشته باشد ارزیابی نمایید. تدور مفاصل ران زمانی که از مریض خواهش گردد تا به وضعیت روی بطن بخوابد در حالی که زانو ها به زاویه 90 درجه قبض باشد بهتر ارزیابی می گردد (تصاویر 9.4 و 9.5). تست Trendlenburg برای ارزیابی ثبات مفصل ران اجرا می گردد. مریض را از خلف مشاهده نموده و از او خواهش گردد تا یک پای خود را بلند نماید. وقتی که مفصل ران سالم باشد، حوصله در طرف که پا بلند شده است بطرف بالا کج می گردد. اما در صورتی که مفصل ران مرضی یا خفیفاً بیجا شده باشد، خمیدگی یا کجی حوصله زمانی که پا بلند گردد بطرف پایین می باشد.

زانو: وضعیت طبیعی آن بسط کامل است. حرکات قبض و بسط را امتحان نمایید. ضربه زدن Patella برای چک نمودن موجودیت مایع در مفصل زانو استفاده می گردد.

بند پا: وضعیت طبیعی آن با سرحد خارجی قدم به زاویه 90 درجه با ساق پا و وسط بین Inversion و Eversion مطابقت دارد. قبض ظهری پا و قبض کف پا در حالی که زانو خفیفاً قبض باشد ارزیابی شود. اندازه و سختی عضلات ساق پا و وتر Achilles جستجو گردد.

پا ها: Eversion Inversion، تبعد پای قدمی، تقرب و قبض-بسط مفاصل میتاatarsis بند انگشت و بین بند انگشتان امتحان گردد. سوء اشکال مانند Varus Hallux Valgus یا Toeing-in or out، پنجه چنگال مانند، پنجه های چکش مانند (انحنا ثابت مفصل نهایی) و روی هم قرار گرفتن پنجه ها در نظر باشد.

ستون فقرات: طفل به وضعیت های عمودی ایستاده و نشسته معاینه گردد. علامه مشخص برای شمردن فقرات Barzeh شوکی C7 و ضلع آخری که با فقره 12 صدری مفصل گردیده است میباشد. درین حالت فزیالوژیک نواحی عنق و قطنی با انحنا S شکل ستون فقرات صدری قطنی موجود است. Kyphosis (انحنا وسیع خلفی) و Gibbus (سوء شکل زاویه دار موضعی) از سبب مرض Pott's (توبرکلوز ستون فقرات) و پرولپس دسک فقری باید جستجو گردد. انحناه جنبی بنام Scoliosis یاد گردیده و همواره توانم با تدور جسم فقرات می باشد. زمانی که Scoliosis از سبب عدم تساوی طول پاها بوجود آمده باشد، در وضعیت نشسته ناپدید می گردد. مهره های ستون فقرات در نواحی رقبی و صدری-قطنی جهت ارزیابی حرکات مختلف مانند قبض، بسط، تدور به راست، چپ و خمیدگی جنبی بطرف راست و چپ معاینه گردد. تمام حرکات فقری ناحیه رقبی در صورتی که فقرات صدری تدور بیشتر را اجازه بدهد واقع گردیده در حالی که فقرات قطنی می توانند قبض، بسط و جنبأ خم گردد. توسع صدر ارزیابی گردد، در صورت که امراض اساسی ریوی موجود نباشد شاید در اثر Ankylosing spondylitis کاهش یابد. درد و محدودیت بلند نمودن مستقیم پا و کاهش حسیت در بالای ناحیه عجزی نشان دهنده پرولپس دسک بین فقرات است. زمانی که محدودیت بلند نمودن مستقیم پا بوجود آمد، قبض پا بطرف سطح بالایی یا ظهری از بند پا سبب کشش بیشتر عصب سیاتیک و موجب درد شدید می گردد.

عضلات

باید مقویت و قدرت عضلات، اتروفی یا هایپرتروفی موضعی و این که مصایبیت متناظر است یا غیر متناظر جستجو گرددند. بزرگ شدن یا هایپرتروفی موضعی عضلات شاید در مریضان مصاب دسترووفی عضلی Duchenne، Schwartz-Jampl، Myotonia Becher سندروم، اتروفی مزمن عضلی ستون فقرات تایپ 3 و Amyloidosis مشاهده گردد. ندرتاً، هایپرتروفی عضلی عمومی در مریضان مصاب

هایپوتاپروپیدیزم (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Deficiency) و امراض ذخیری گلایکوچن که توام با فقدان انزایم Maltase باشند مشاهده می‌گردد. هایپوتونیا و شل بودن عمومی عضلات در اطفال از سبب عوامل مختلف واقع شده می‌توانند. (جدول ۹.۲).

درد بدن از سبب درد عضلات در جریان کورس انتانات ویروسی و از سبب خستگی در اطفال قبل از مکتب که بنام درد های رشدی یاد می‌گردد معمول است. درد شدید عضلات شاید در سیر Leptospirosis، تب Rocky Mountain Spotted، سندروم شاک توکسیک و مرض طاعون واقع گردد. انتانات ستافیلوکوک

جدول ۹.۲ اسباب معمول هایپوتونیا عضلی

<ul style="list-style-type: none"> • حالات دماغی <ul style="list-style-type: none"> فلج دماغی انژنیک، تومورهای مخیچی و Gliomas اسباب وابسته به ستون فقرات قطع عرضانی نخاع شوکی، Transverse Myelitis تمام تشوشات قرن قدامی • اسباب معمولی <ul style="list-style-type: none"> Guillian-Barre Syndrome، Werdnig-Hoffmann Disease تشوشات عضلی <ul style="list-style-type: none"> و لادی Myopathies تشوشات ارثی نسج منظم Ehlers-Danlos، سندروم Marfan تشوشات میتابولیک امراض ذخیری گلایکوچن، Zellweger cerebrohepatorenal syndrome، هایپوتاپروپیدیزم، مایوپاتی Tay Sachs، Myasthenia Gravis، ققدان Carnitine Disease اسباب متفرقه <ul style="list-style-type: none"> سوء تغذی ارزی و پروتئین، دیکتس، Prader-Willi Syndrome، Down's Syndrome

Idiopathic hypercalcemia

ممکن سبب بوجود آمدن Fibromyalgia و Myositis تحدید کننده حبات گردد. در جوانی بواسطه درد های مزمن و متکرر عضلی- اسکلیتی و درد در حد اقل ۳ یا بیشتر ساحت با کسالت و شخی صبحانه مشخص می گردد.

طرز راه رفتن

رفتار باید با قدم و ساق پای کاملاً برهنه و بدون بوت یا کفش ارزیابی گردد. از طفل خواهش نمایید تا کنار شما تا به نقطه معین قدم زده، و سپس به عقب برگردد. رفتار طفل را بهتر است زمانیکه اگاه نباشد مشاهده نماید. اینارملتی های رفتاری که از سبب تشوشتات سیستم عصبی مرکزی بوجود می آید در لست درج Equinus گردیده است. اکثر اطفال راه رفتن را با پنجه هایشان آغاز نموده لakin تداوم راه رفتن با پنجه ها (Gait) اکثراً نشاندهنده Spastic Diplegia، Tomor های داخل نخاعی و رشته های نهایی ليفی، دستروفی عضلی هایپرتروفیک کاذب، کوتاه شدگی وتر Achilles و خیال پرستی می باشد. رفتار Out-Toeing و In-Toeing از سبب تغیرات تدوری شاید واقع گردیده لakin اکثراً بصورت بنفسجه رفع میگردد. تدور وسطی یا داخلی عظم قصبه (Tibia) در جریان شیر خوارگی مقدم معمول بوده و سبب بسیار مهم Toeing-in Gait یا Pigeon-Toed می باشد. زمانیکه طفل تخته به پشت خوابیده و زانو ها منبسط باشد Malleolus یا عظم بجلک پا جنبی بصورت نارمل ۱۵-۱۰ درجه به نسبت Malleolus وسطی خلف قرار دارد. تدور وسطی قصبه زمانی تشخیص می گردد که اگر Malleolus جنبی در سطح مساوی یا قدام Malleolus وسطی قرار داشته باشد.

Synovitis گذری مفصل ران در اطفال زیر سن 10 سال واقع گردیده و یک سبب عمده تب با شروع حاد درد در مفصل یا ناحیه قاعده ران (بعضی اوقات بطرف مفصل زانو رجعت می نماید) و لنگیدن است. اطراف سفلی بحالات قیضن، تدور خارجی و تقریب نگهداشته می شود. تدور داخلی و تبعد در مفصل ران محدود است. محدودیت بعد زمانی بهتر ظاهر میگردد که از طفل خواسته شود تا به وضعیت استجا ظهری خوابیده در حالیکه زانو ها قبض

و پاها بشکل هموار بالای میز معاینه قرار داشته باشد. وقتیکه به طفل گفته شود زانو ها را بصورت جداگانه بطرف پایین رها نمایید در حالیکه پاها با همدیگر نگهداری می شود، محدودیت تبعد در طرف ماوف هویدا می گردد. تدور داخلی مفصل ران طوری ارزیابی می گردد که از طفل خواهش نموده تا به وضیعت استجای بطئی با زانو های قبض شده قرار گیرد. یک تعداد حالات کلینیکی باید در تشخیص های مختلف Synovitis گذری در نظر باشد مثلاً التهاب مفصلی سپتیک، مرض Legg-Calves-Perthes (نکروز بدون اوعیه اپیفیز بزرگ فخذی) لغش اپیفیز فخذی، Osteoid Osteoma، توبرکلوز، Osteomyelitis و التهاب مفصلی روماتیسمی. تغییر آنی رفتار و لنگیدن شاید حالات مختلف دردنگ که در اثر مصابیت عضلات، مفاصل، اوتار و عظام بوجود می آید واقع گردد(جدول ۹.۳). مشخص نمایید که آیا لنگیدن توانم با درد است یا بدون درد.

جدول ۹.۳ اسباب رفتار لنگیدن در اطفال

۱. ترضیض

بیچ خوردن بند پا، Splinter Periostitis ترضیضی، کوفتگی، بوت های تنگ و غیره.

۲. Osteochondrosis

اپیفرس بزرک فخذی، توبرکل قصبه، Patella، عظام تارس و میتا تارس

۳. التهاب مفاصل و عظام

Synovitis گذری، اپیفس فخذی لغزنده، التهاب مفاصل، Bursitis و Osteomyelitis مفاصل ماوف اطراف سفلی

۴. امراض نیوپلاستیک

لوكيميا، ساركوما و ميتواستازس از نیوروبلاستوما

۵. تشوشات نیوروجنیک

نیوروپاتی محیطی، خصف عضلات یا فلنج، تومور های نخاع شوکی و غیره.

۶. حالات متفرقه

عدم تساوی طول پاها، سخت شدن وتر Achilles، لمف ادینوپاتی ناحیه مغبنی یا حرتفی، دستروفی عضلی، پولیومیلاتس، تشوشات Conversion و غیره.

شیمای ارائه	
طبیعت و شدت ناتوانی فزیکی، حالت غذایی و شواهد کلینیکی فقدان ویتامین C و ویتامین D اینارملتی راس، سوء شکل وجه و جلد اضافی عنق، صلبیه آبی، Iridocyclitis Ectopia lentis و Chorioretinitis، کمخونی، بزرگی عقدات لمفاوی و ضخامة کبد و طحال. درجه حرارت، نبض، تنفس، فشار خون، راش های جلدی، ندلهای تحت جلدی، Erythema Petechiae Xanthomas marginatum، پسوریاژس، Café-au-lait spot. قلب برای کدام پریکاردیتس با مصابیت دسامات و شواهد تقیصه های ولادی قلب.	معاینات عمومی فزیکی
معاینات از سر تا پنجه پا که از راس شروع، وجه، عنق، اطراف علوی، اطراف سفلی، تنہ، و ستون فقرات. نقیصه های انکشافی عضلی اسکلتی مانند پا های کج، خلع ولادی مفصل ران، Bowed، Pes cavus، Flat feet، knock knee، legs. انگشتان اضافی یا انگشتان بهم چسبیده.	معاینات مخصوص
شواهد کوتاهی، درازی، هایپرتروفی و اتروفی اطراف یا بخش های آن. دست ها و پا ها برای اندازه، شکل، سوء اشکال و طول انگشتان معاینه گردد.	نهایات
تورم موضعی یا منتشر، گرمی، سرخی، درد و حساسیت. مشخص نمودن کسور، آیا عظام سالم یا مرضی را مأوف نموده است، ماهیت ترخیص (خفیف یا شدید) و آیا واحد، متعدد و متکرر.	عظام
فرط تحریکیت یا قابلیت تمدید مفصل، محدودیت حرکات مفصل و شکنی مفاصل مختلف، درد یا التهاب مفصل، تعداد و طبیعت (بزرگ یا کوچک) مفاصل مأوف، متناظر یا غیر متناظر، خلع یا جدا شدگی ترخیصی اپیفیرس جستجو گردد، حرکات فعل و منفعل مفاصل مأوف، حدود و محدودیت آن، سوء شکل، انقباض و یا کشش مفاصل.	مفاصل
سوء اشکال Lordosis، Kyphosis یا gibbus. موقعیت دقیق آن، آیا بدون درد یا دردناک و حساس است، حرکات ستون فقرات و حدود آن و کدام محدودیت در قیض، بسط، تدور و خم شدن جنبی.	ستون فقرات
ثون عضلی، قدرت، اتروفی یا هایپرتروفی عضلی، تورم، علایم التهابی و حساسیت، هایپوتونیا یا شل بودن عمومی، آیا متناظر است یا غیر متناظر	عضلات
تعیر آنی در رفتار و لنگیدن، آیا دردناک است یا بی درد، و کدام اینارملتی رفتار از اوایل حیات مانند راه رفتن بروی پنجه ها Out-toeing و in-toeing.	طرز رفتار

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل دهم

جهاز هضمی و بطن

تاریخچه:

با گذارش مریضی حاضر به ترتیب زمان بدون تحریف حقایق و پرسیدن سوال‌های متعدد رهنمایی کننده یک تاریخچه واضح بگیرید. به شروع (جاد، تحت الحاد، بی سر و صدا) و سیر تکاملی (پیشرونده، رفع شونده، ثابت) پروسه مرض و جواب بمقابل تداوی باید توجه خاص صورت گیرد. اعراض عمده تشوهات معده معايی شامل درد بطنی، ناراحتی معايی (اسهال، قبضیت)، استفراغ، توسع بطنی، زردی، تغییرات اشتها (بی اشتها یا بیش از حد) و عدم رشد می باشد.

تب ممکن یک مشخصه بر جسته نزد اطفالی که مصاب توبرکلوز، ملاریا، لشمانیای حشوی، التهاب ویروسی کبد، التهاب مجرای صفراوی، آبسه های کبدی، لیپتوسپیروزس و تشوهات خبیثه اند باشد. سیپتیسیمی که عامل سببی آن مایکروارگانیزم های گرام منفی اند در اطفال مصاب معلولیت مزمن کبد بعلت عبور از مانعه ریتیکولاندوتیلیل کبدی بخارط باز بودن کانال های سیستمیک باب معمول است.

بطن متوجه (pot belly) در اطفال نارمل بوده و نباید به صفت شواهد امراض کبدی تلقی گردد. توسع پیشرونده بطن ممکن در اثر بزرگی احشای بطنی، حین، تومور یا نفخ و باد بوجود آید.

در مورد تاریخچه زردی که در شروع مرض ظهر نموده و یا از سابق موجود بوده، آیا کاهش یافته یا شدت آن بصورت تدریجی در حال افزایش است پرسیده شود. با پرسش سوالات مناسب خود را متیقن سازید که مادر زردی را با خناقت اشتباه نکرده باشد. در مورد رنگ مواد غایطه و ادرار معلومات حاصل نمایید. دفع مزمن مواد غایطه خاکی رنگ یا بدون صفرا قویاً دلالت به یرقان انسدادی می نماید. تاریخچه اخذ کدام دوایی هیپاتوتوكسیک یا معجون باید پرسیده شود. در مورد تاریخچه ترانسفیوژن خون که منبع مهم سرایت ویروس های هیپاتیت B و C است باید استجواب گردد.

زمانی که درد بطنی یک عرض بر جسته است، سوال های مشخص برای دریافت محل (چه با یک انگشت مشخص شده و یا به طوری مبهم توسط تمام دست نشان داده شود)، شدت (خفیف، یا آن قدر شدید که طفل را مجبور به گریه می نماید)، ماهیت (ثابت، کولیکی، طاقت فرسا)، انتشار، فکتور های تشید کننده و تخفیف دهنده آن پرسیده شود. کولیک های کلیوی بطور وصفی از کمر شروع شده و به طرف قاعده ران و بعضی اوقات به طرف ناحیه تناسلی و وجه داخلی ران ها انتشار می نماید. درد نیمه شب که طفل را از خواب بیدار می نماید همیشه مرضی بوده در حالی که درد قبل از ظهر یک فریب و بهانه جوبی برای نخوردن شیر و ترک نمودن مکتب است.

حملات گریه شبانه توام با کمان نمودن تخته پشت، استفراغ و امتناع از شیر خوردن (poor feeding) از سبب التهاب مری نشان دهنده مرض ریفلکس معده به مری است. زمانی که یک طفل از درد چندین ناحیه بدن مانند صدر، بطن، اطراف، سردردی و غیره شکایت داشته باشد، این ها معمولاً منشا روانی و یا وظیفوی دارند. استفراغ قوی یا معند که توام با نگرفتن وزن باشد و استفراغ صفرا دار مطلقاً مرضی است. در مورد شدت، دوام، تکرار و نوعیت استفراغ، فکتورهای تشید کننده و تسکین دهنده و مشخصات مربوطه آن پرسیده شود. تاریخچه خونریزی معده معاiej (استفراغ خوندار، پیچش خونی، موجودیت خون تازه در مواد غایطه) و تمایل به هر نوع خونریزی عمومی استجواب گردد. خونریزی بی درد با مواد غایطه کم، نشاندهنده پولیپ ممتد است. اکثر تشوشات جهاز هاضمه توام با بی اشتهاي است. پُرخوری یا اشتهاي بیش از حد ممکن در اطفال که مصاب کرم های اسکاربیس کتلوي اند یا بهبودی از عدم کفایه کبدی و آنانی که گورتیکوستروبید اخذ می نمایند دیده شود. جزئیات تفکیک کننده در مورد پرازیت های معاiej پرسیده شود. تاریخچه که نشاندهنده مواد غایطه شحمی و شواهد فقدان ویتامین های منحل در شحم (A,D,E,K) باشد باید جستجو گردد. عدم رشد و تاخیر انکشافی ممکن از سبب عدم کفایه مزمن کبدی، انتانات داخل رحمی و خطاهای ذاتی میتابولیزم واقع گردند. تاریخچه فامیلی تویرکلوز و تاریخچه امراض مشابه در سایر اعضای فامیل باید پرسیده شود.

مشاهده وضعیت مریض معلومات مفید را فراهم می نماید. اطفال که مصاب پریتوئیت اند، بی حرکت بوده، حال آنکه مصابین کولیک های بطنی بی قرار می باشند. وجه رنگ پریده در سیروز مشاهده می گردد. عسرت تنفس ممکن از سبب حبن کتلوب واقع گردد. چشم ها باید به خاطر پیش برآمدگی یا proptosis (cholorma) و عالیم فقدان ویتامین های منحل در شحم معاینه گردد. Kayser Fleischer ring (neuroblastoma)، کترکت، حلقه های Macular، اسطحاله kayser Fleischer و retinitis علایم و

حلقه های خاکی سیز و یا نصواری طلائی رنگ در اطراف قرنیه در اثر رسوب مس در مریضان مصاب مرض سندروم Wilson's، سندروم cholestatic فامیلی و هیبتایتس مزمون فعال دیده می شوند. یافته های مذکور ممکن با معاینه چشم یا به کمک عینک های ذره بین دار یا چراغ Slite قابل دید گردد. درجه حرارت، نبض، تنفس و فشار خون را یاداشت نمایید. اینمیا، سیانوز (portal azygos shunt) (زردی و ضخامه عقدات لمفاوی جستجو گرددند. ارزیابی درجه خثافت در طفل مصاب زردی بصورت عملی مشکل است. منظمه پلکی، قسمت ظهری زبان و ناخن ها نواحی قابل اطمینان برای ارزیابی کلینیکی اینمیا می باشند. زردی بواسطه معاینه منظمه بصلی، سطح سفلی زبان، غشای مخاطی دهن و جلد در روشنی طبیعی روز ارزیابی گرددند. منظمه تیره نباید با یرقان مغالطه گردد. در اطفال نوزاد، یرقان بهتر است بواسطه کاهش رنگ جلد وجه در اطراف چین های لب و بینی، جذر انفی و رخسار جستجو گردد.

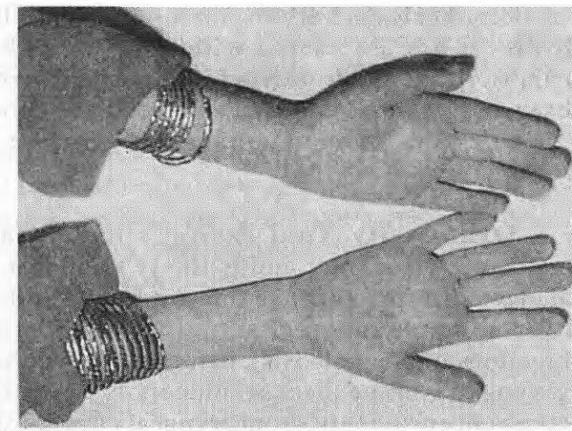
حالت غذایی. باید با گرفتن اندازه های سنتردرد انتروپومتریک و جستجوی شواهد سوء تعذی ابرزی و پروتین و فقدان مایکروترنترن های مختلف ارزیابی گردد. یک تعداد زیاد تشوشات معدی معایی توام با تشوشات غذایی اند بطور مثال اسهال مزمون، سندروم سوء جذب، مرض سیلیاک، mucoviscidosis، امراض التهابی امعاء، giardiasis و غیره. نمو و انکشاف در اطفال که مصاب خطاهای ذاتی میتابولیزم، انتانات داخل الرحمی و عدم کفایه مزمن کبدی اند متاخر می باشد.

جوف دهن. جوف دهن باب ورودی یا روزنے بسوی طرق معدی معایی بوده و مانند یک آینه نشان دهنده تغیرات التهابی موجود در امعاء می باشد. جوف دهن را به خاطر موجودیت thrush (monilial stomatitis)، قرحت

جوف فم، التهاب بلعومی غشایی (التهاب بلعومی سترپتوكوکل، دیفتیریا، infectious mononucleosis)، هایپرتروفی بیره ها و بزرگ شدن زبان (امراض ذخیری گلایکوجن، herpangina، mucopolysaccharidosis) مشاهده نماید.

حملات متکرر کاندیدیازس فمی-بلغومی نشان دهنده حالت فقدان معافیت داخل الحجری به شمول AIDS می باشد. قرحتات (acute herpetic gingivo-stomatitis) aphthus قرحتات دردناک سطحی کوچک با قاعده سفید و یا زرد رنگ و حلقه سرخ هایپرایمیک اند که بالای بیره ها، غشای مخاطی دهن، زبان و حنک منتشر بوده و سبب ایجاد مشکلات تغذی می گردند. خط های آبی رنگ نقطه ای بالای کنار بیره ها نشانده نماید. معروض شدن به سرب بوده و ممکن تواام با درد های کولیکی بطئی، قبضیت و نقاط بزووفیلیک باشد. هایپرتروفی منتشر بیره ها معمولاً به تعقیب تداوی با فینوتوبین دیده شده در حالی که epulis یا اذیما موضعی بیره ها در اثر ترضیض، گرانولوما یا هایپرپلازیا سالم بوجود می آید. صباغی شدن لب ها و غشای مخاطی یکی از مشخصات وصفی سندروم Peutz-Jeghers است که تواام با پولیپ های متعدد کولون و معده می باشد. زبان صاف و لشم که از اثر اتروفی حلیمات بوجود می آید نشانده نماید. B12 ویتامین، آهن، پلگرا و مرض سیلیاک است. زبان سرخ (Strawberry) در مصابین تب محملک و مرض Kawasaki بخارطه موجودیت برآمدگی حلیمات بزرگ سرخ روش در بالای سطح درخشندۀ قرمز زبان قابل دید است. فیسور های ولادی زبان Geographical tongue یا down syndrome (scrotal tongue) یک مشخصه معمول است. زبان جغرافیایی با نمو ثابت و تغیرات نا منظم قرحتات سرخ اپیتل تفلسی و حلیمات رشته ای با کنار های زرد- مایل به سفید روشن که منظره نقشه را در بالای زبان می دهد مشخص می گردد. یک تغییر سالم بوده و ارزش پتانلیک ندارد. زبان بند (ankylo glossia) بواسطه فرینولوم یا چین غشایی کوتاه، خستیم و لیفی، عدم توانایی در بیرون کردن زبان و شکاف یا فرورفتگی خط متوسط در نوک زبان مشخص می گردد. کف یا سطح سفلی دهن بخارطه موجودیت کیست ها معاینه گردد. Ranula بشكل یک تورم نیمه شفاف سفید مایل به آبی که در اثر بندش قنات غده های مخاطی بوجود می آید دیده شود. از طرف دیگر کیست درموئید تحت السانی یک تورم تحت مخاطی مکدر است که در اثر تجزیه انساج اپیدرم بوجود می آید.

xanthoma angiomos، عالیم خراشیدگی، ecchymosis petechiae و حساسیت در مقابل نور معاینه گردد. ناخن ها جهت دریافت seborrhic dermatitis، exanthema و حساسیت در مقابل نور معاینه گردد. ناخن ها جهت دریافت Crohns، ulcerative colitis (سیروزس، اسهال مزمن) معاینه گردد.

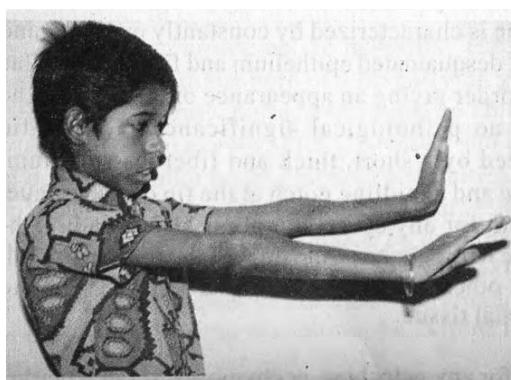


تصویر 10.1 سرخی کف دست از سبب عدم کفايه حجرات کبدی.

ازیمای اطراف چشم، پا ها، حبن و anasaraca در اثر امراض کلیوی، کبدی و سوء جذب بوجود آمده می تواند.

شواهد عدم کفايه حجرات کبدی. یرقان، تغیرات حواسی، بوی بد (بوی یا تنفس پوسیده از سبب flapping tremors)، mercaptans رعشه شل، سرخی کف دست، هایپر ریفلکسیا، بسط کف پا و حال های عنکبوت مانند (spider nevi)

باید جستجو گردد (تصویر 10.1). برای نشان دادن "liver flap" از مریض خواسته شود تا هر دو بازو اش را بسط داده و کوشش نماید تا دست های خود را به حالت dorsi flex نگهدارد. در این حالت انحراف یا لغزش غیرمنتظر ناموزون یا سقوط دست ها از سبب عدم توانایی در نگهداری وضعیت بوجود می آید (تصویر 10.2).

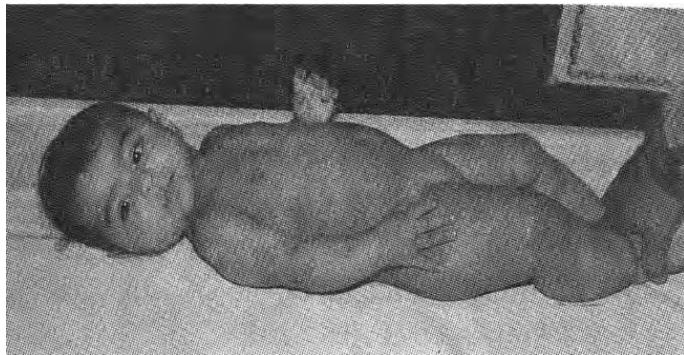


تصویر 10.2 مینود اجرای flapping tremors. از مریض خواهش گردیده تا هر دو بازو اش را بسط داده و کوشش نماید تا دستهای خود را به وضعیت dorsiflex نگهدارد.

ندرتاً gynecomastia و اترووفی خصیه ها ممکن در پسران نوجوان دیده شود.

حساسیت و تورم عظمی. یک عالمه مهم تشوهات ارتشاخي عظام مخصوصاً لوکیمیای حاد است. سوء اشکال اسکلیتی (mucopolysaccharidosis)، شواهد التهاب عظمی غضروفی (انتنات ولادی مخصوصاً سغلیس)، ریکتس (cystinosis و tyrosinosis) و کسور پتالوژیک (مرض Gauchers) باید جستجو گردد.

تومور های انساج رخوه و عظام مخصوصاً ماوفیت فک سفلی ممکن توام با پولیپ های معایی فامیلی (gardner syndrome) باشد. تاخیر نمو و انکشاف در اطفال که مصاب خطاهای ذاتی میتابولیزم، انتانات داخل رحمی و عدم کفایه مزمن کبدی آند بوجود می آید.



تصویر 10.3 هایپرتروفی نیم طرف سمت راست در طفلی که مصاب Wilm's تومور است.

بواسطه قبض خفیف ران، لنگیدن و درد در صورت بسط آنی مفصل حرقوی فخذی مشخص می گردد. قبض و تدور داخلی ران نیز ممکن سبب درد بطنی گردد (Qbturator sign). هایپرتروفی نیم طرف که ممکن توام با تومور Wilms' و تومور های ادرینال و کبدی و حشوی باشد جستجو گردند.

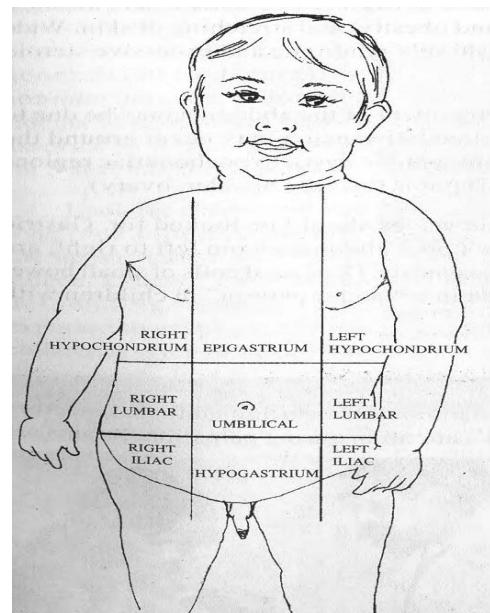
معاینات بطن

تصنیف بندی کلینیکی. برای اهداف کلینیکی، بطن به نواحی مختلف مانند هایپوکاندروم راست، Epigastrium، هایپوکاندروم چپ، نواحی قطبی راست، ثروی، قطبی چپ، حفره حرقوی راست، هایپوگستریوم و حفره حرقوی چپ تقسیم شده است (تصویر 10.4).

ستون فقرات. باید بخاطر مرض Pott's

(توبرکلوز ستون فقرات) معاینه گردد.

علامه Psoas. در اثر التهاب عضله appendicitis از سبب psoas iliac adenitis و آبسه های اطراف کلیوی ظاهر می گردد. این حالت



تصویر 10.4 نواحی کلینیکی بطن. خطوط عمودی از نقاط وسطی بیرونی بطرف بالا ترسیم گردیده است. خط افقی علوی از وسط کنار سفلی اضلاع صدری می گذرد. خط افقی علوی دو باره بیرونی علوی قدامی را با هم وصل می نماید.

تفییش

حرکات تمام کوادرانت ها، پُرشدگی که آیا موضعی است یا عمومی، موقعیت و شکل سره (هم سطح و یا برگشته)، افزایات، التهاب، نودول ها و غیره باید مشاهده گرددند، در حین بطن بزرگ توام با پرشدن نواحی قطبی بوده و ناف به شکل درز یا چاک مستعرض معلوم می شود. در اطفال نوزاد ممکن گرانولومای سره و یا پولیپ سرخ روش موجود بوده و پولیپ شاید دارای یک سوراخ کوچک تخلیوی ادرار باشد (persistent urachus) و urachal یا هم مایع serosanguinous و یا مواد غایطی از طریق قنات omphalomesenteric cyst خارج گردد.

ورید های متراکم از خون و قابل رویت را جستجو نموده و مسیر جریان خون را ارزیابی نمایید. مسیر جریان خون ممکن با گذاشتن هر دو انگشت اشاره در یک نقطه بالای ورید متراکم از خون تعین گردد، ورید با گذاشتن یکی از انگشتان شهادت در بالای آن خالی می گردد. و با بلند نمودن انگشت دیگر از بالای آن مسیر جریان خون معین می گردد. جریان نارمل خون دور تر از سره بوده بنابرین تخلیه خون از اورده سروی بداخل سیستم باب صورت می گیرد. در فرط فشار ورید باب، تراکم خون در اورده اطراف سروی با ازدیاد جریان خون از کار سره (caput medusae) موجود می باشد. در انسداد ورید اجوف سفلی، اورده متراکم در ناحیه قطبی با جریان خون از پایین به بالا بوده حال آنکه در انسداد ورید اجوف علوی، اورده متراکم در ناحیه فوقانی سره با جریان خون از بالا به پایین می باشد. بر علاوه تراکم خون در اورده، اذیمای پاهای سرین و قاعده ران ها نیز در اطفال که مصاب انسداد ورید اجوف سفلی اند ممکن موجود باشد. خطوط سفید یا گلابی رنگ که بشکل چین های باربک در بالای جدار بطن و سرین از اثر پاره شدن فایبر های الاستیکی بخارط توسع آنی (از سبب حبن و چاقی) و انبساط جلد بوجود می آید شاید دیده شود. خطوط گلابی



تصویر 10.5. در زمان معاینه بیتر است طفل در انوشن مادر بوده و به او شیر داده شود.

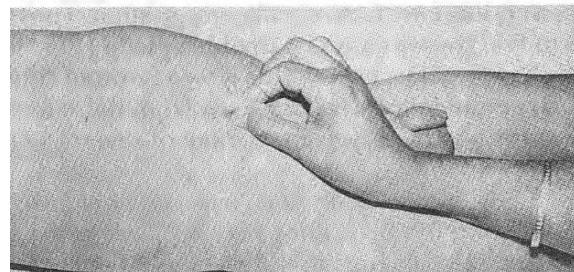
واسیع یکی از مشخصات کوشنگ سندروم و تداوی بیش از حد با ستیروید می‌باشد. توسع و انتفاخ عمومی بطن ممکن در اثر تجمع مایع، گاز، مواد غایطی، شحم و یا کتله بوجود آید. توسع موضعی ممکن در اطراف سره (انسداد امعای رقیقه، و کیست مصاریقی) در ناحیه هایپوکاندروم (چگر و طحال) یا در قسمت فوکانی ارتفاق عانه (مثانه، تخدمان) واقع گردد. محل و مسیر امواج پرستالتیک باید مشاهده گرددن. امواج پرستالتیک معده، از قسمت فوکانی



بطن از طرف چپ به راست، بصورت کلاسیک در اطفالی که مصاب تضییق pylor اند دیده می‌شوند. توسع حلقه های امعای رقیقه ممکن در قسمت مرکزی بطن بشكل زینه مانند در اطفال که توام با انسداد تحت الحاد امعای رقیقه اند ملاحظه گردد.

تصویر ۱۰.۶ معاینه بطنی به وضعیت ایستاده در یک طفول قبل از مکتب.

جس
بخاطر یک معاینه قناعت بخش بطنی، دست ها باید گرم و ناخن ها قطع شده باشند. در زمان جس باید توجه طفل به طرف دیگر معطوف گردد. اطفال



تصویر ۱۰.۷ برای دیدن ادیما pitting دیوار بطن جلد دیوار بطن برای چند ثانیه فشار داده شده و بعداً رها میگردد.

Table 10.1 Liver span in normal children (Mean \pm SEM in cm).

Age (years)	Boys		Girls	
	Liver span	SEM	Liver span	SEM
0.5	2.4	2.3	2.8	2.6
1	2.8	2.0	3.1	2.1
2	3.5	1.6	3.6	1.7
3	4.0	1.6	4.0	1.7
4	4.4	1.6	4.3	1.6
5	4.8	1.5	4.5	1.6
6	5.1	1.5	4.8	1.6
8	5.6	1.5	5.1	1.6
10	6.1	1.6	5.4	1.7
12	6.5	1.8	5.6	1.8
14	6.8	2.0	5.8	2.1

Lawson EE, Grand RJ, Neff RK, Cohen LF, Tchminn کلینیکی اندازه کبد در اطفال و شیر خواران . Amer J Dis Child, 132:474



تصویر ۱۰.۸. طفل به وخیعت جنبی راست دور داده شود، دست چپ در قسمت سفلی صدر گذاشته شده در حالیکه از مريض خواهش گردیده تا تنفس عمیق نماید؛ قسمت علوی صدر و زورو طحال بواسطه انگشتان دست راست بررسی می گردد.

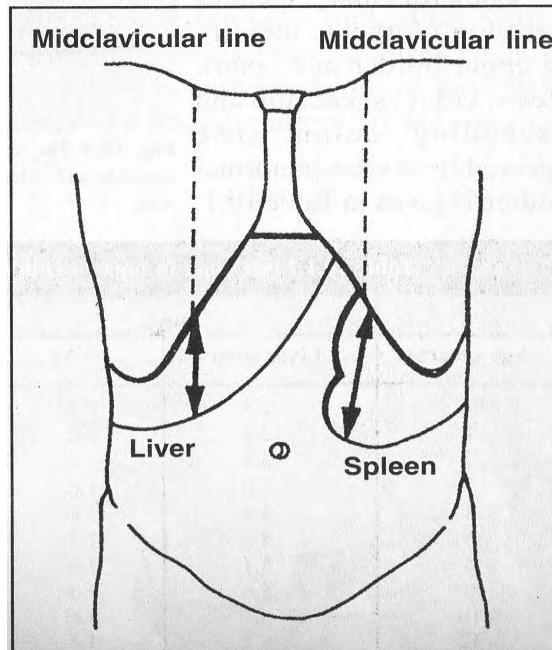
خوردن یا دور دادن چشم ها یا چملک کردن پیشانی چنان که همه اینها شواهد حساسیت و درد اند نظارت گرددند.

پرسیدن احساس درد از طفل غیر ضروری و نامؤثق است. در صورت موجودیت جبن کتلوبی از میتود جس عمیق استفاده نماید. احسای بطئی به میتود فرو بردن آئی و آهسته انگشتان کشف گرددند. بعضی اوقات معاینه قناعت

بخش بطئی صرف بعد از پاراستیزس (تخلیه مایع از جوف بطئی) امکان پذیر است. با لمس کردن بطئ ممکن نورمال، نرم، خمیر مانند، کش شده و سخت احساس گردد. حساسیت ممکن موضعی و یا عمومی بوده و صدای gurglings (جوشیدن یا شرشر کردن) جس گردد. اذیمای جدار بطئ بواسطه فشار دادن جلد بطئ برای ۵ ثانیه ارزیابی می گردد (تصویر ۱۰.۷). ضخامه کبد (مشخص نمودن اندازه و سرحد علوی آن فراموش نگردد)، طحال، کلیه ها، caecum و کولون نازله تحری گرددند. اندازه متوقع کبد در اطفال نارمل در جدول ۱۰.۱ داده

نموده و زور می زند بنا برین بطئ سخت می گردد. شیرخواران بهتر است در آغوش مادر معاينه گرددند. شیر دادن سینه به طفل بهترین آرام کننده برای بدست آوردن تشریک مساعی است (تصویر ۱۰.۵). اطفال قبل از مكتب در وضعیت ایستاده خوب تر

معاینه می شوند (تصویر ۱۰.۶). در اثنای جس تغیرات قیافه طفل، لرزیدن و تکان



تصویر ۱۰.۹. نشان اختصاصی برای اندازه نمودن ضخامه کبد و طحال. بزرگترین سایز عضوه از خط متوسط ترقیوی در بالای کتاب اصلاح به کمک خط کش سفید پلاستیکی اندازه می گردد.



تصویر 10.10. جس دو دسته کلیه ها، با دست که در بالای کمر قرار دارد کلیه بطرف قدام بلند گردیده در حالیکه دست دیگر در بالای ناحیه فطی گذاشته شده اکشاف صورت کبرید.

شده است. کبد به صورت نارمل تا به 2 سانتی متر تحت کنار اضلاع در تمام دوره طفولیت قابل جس بوده در حالی که ذروه طحال نزد شیر خواران ممکن در 3 ماه اول حیات قابل جس باشد. کبد نارمل دارای قوام نرم و کنار های مدور است. قوام و سطح کبد دیده شود که آیا لشم، دانه دار و یا نودولر است. زمانی که کنار

های کبد تیز و خوب مشخص باشند، نشان دهنده قوام سخت آن می باشد. در اطفالی که مصاب دسام Regurgitation اند ممکن کبد ضربانی باشد. برای دریافت ذروه طحال قابل جس، طفل را به طرف جنبی راست دور دهید (تصویر 10.8). طحال زمانی قابل جس می گردد که حد اقل 2 الی 3 برابر اندازه اصلی اش بزرگ شده باشد. بزرگی کبد و طحال از خط متوسط ترقوی در بالای کنار اضلاع تا به آخرین قسمت سفلی آن ها اندازه می گردد (تصویر 10.9). کلیه ها باید به میتود دو دستی (10.10) جس گردند (تصویر 10.10) قطب سفلی کلیه راست ممکن بصورت نارمل در بعضی اطفال قابل جس باشد. زوایای کلیوی، پُر بودن شان، حساسیت و اذیما pitting جستجو شوند. بطن را به خاطر موجودیت



تصویر 10.11. میتود معاینه تومور پایلوربیک، برای تفصیلات به متن کتاب مراجعه گردد.

کتلات مشاهده نموده و توسط تست بلند شدن مشخص نمایید که ایا کتله داخل بطنی است و یا در جدار بطن قرار دارد. وقتی از مریض خواهش گردد تا از وضعیت تخته به پشت راست بنشینند، کتله داخل بطنی کمتر برجسته گردیده در حالی که کتله جداری بطن کوچک و بی حرکت می گردد. انشعاب Recti بشکل یک برآمدگی خطی

بین عضلات Recti زمانی که از یک طفل تخته به پشت خواسته شود که بنشیند قابل ملاحظه است. محل، اندازه، شکل و تحرکیت کتله با تنفس و از یکطرف به طرف دیگر، قابلیت جس بودن آن با دو دست، عبور از خط متوسط، وجود و عدم وجود نیضان را مشخص نمایید. برای تعیین نمودن سرحد علوی و سفلی کتله که آیا بطور واضح لمس گردیده و یا بداخل صدر (کبد و طحال) یا حوصله (مثانه، رحم و تخمدان) فرو رفته است. سعی نمایید هدف اصلی معاینات کلینیکی ارزیابی مبدأ عضو و طبیعت پتالوژیک کتله باشد. در صورت معاینه کتله، باید قوام، کنارها، حساسیت و مشخصات قرع معین شوند. برای جس تومور های پایلور از یک میتوود مشخص استفاده می شود در حالیکه طفل خوب سیر باشد، پایلور بواسطه انگشتان دست چپ با ملایمت ولی بصورت عمیق از وحشی به طرف کنار راست عضله مستقیم در ناحیه epigastric جستجو گردد (تصویر 10.11). کتله پایلور 2-3 cm بالاتر بطرف راست سره موقعیت دارد. کتلات که منشا خلف پریتوانی دارند ثابت بوده در حالی که کیست ها یا کتلات مصاریقی می توانند، بصورت آزادانه از یک سو بسوی دیگر حرکت نمایند. کتلات کیستیک کروی خط متوسط بالای ناحیه فوق عانه معمولاً مربوط توسع مثانه اند. تورم بعد از تخلیه ادرار از بین می رود. در اطفال مصاب قبضیت کتلات سخت غایطی (که میتوان با فشار در آن فرو رفتگی ایجاد نماییم) در ناحیه سفلی کولون نازله چپ احساس می شود. نواحی فتقیه جهت موجودیت فتق های سروی و مغبنی باید معاینه گرددن. عبور دادن نور از یک تورم خواه جداری باشد یا داخل بطنی، برای تشخیص تفریقی بین کتلات کیستیک و جامد مفید است. اندام های تناسلی خارجی جهت دریافت هر نوع سوء اشکال معاینه گرددن.

قرع

جرای shifting dullness، مریض به وضعیت استجای ظهری قرار داده شود. قرع از ناحیه سروی بطرف نواحی قطبی (در ناحیه قطبی که بواسطه کتله و یا عضو بزرگ شده اشغال شده باشد خود داری گردد) تا وقتی که اصمیت دریافت گردد انجام داده شود. طفل به پهلوی دیگر دور داده شده و به وضعیت جنبی نگهداشته شود تا مایعات بواسطه قوه جاذبه زمین بطرف سره انتقال یابند. در این وضعیت، ناحیه قطبی که در فوق واقع است با قرع وضاحت نشان داده در حالی که با قرع ناحیه سروی و قطبی سفلی اصمیت دریافت می گردد. تمواج یا اهتزاز مایع

بعد تر ظاهر نموده و زمانی قابل دریافت است که حین متوسط و یا کنلوی باشد. یک دست را بالای ناحیه flank گذاشته و ضربات سریع معین در بالای فلنک دیگر با انگشت اشاره دست متبارز معاينه کننده وارد گردد.

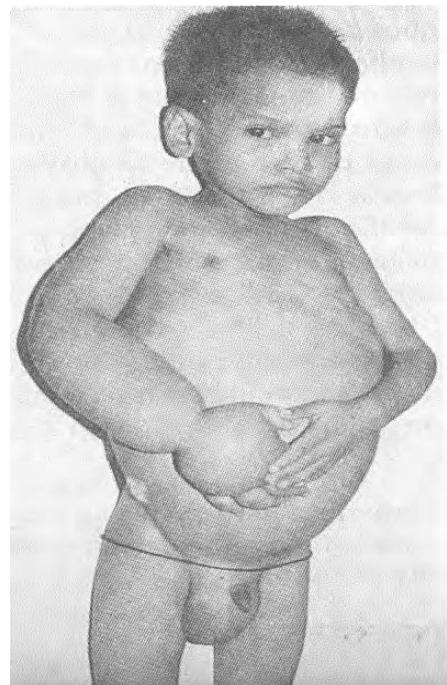


تصویر 10.12 مینود اجرای fluid thrill.

اهتزاز واضح از سبب حرکات مایع حینی باید احساس گرددند. جهت وقایه از انتقال سیاله ای ضربات در مسیر جدار بطن، از اسیستانت یا مریض خواهش گردد تا کنار انسی دست آزاد خود را بصورت محکم بالای خط متوسط بطن بگذارد (تصویر 10.12).

حین کنلوی توام با اذیمای لمفاوی non pitting یک طرفه نهایات نشان دهنده حین

کیلوسی از سبب تجمع chylous است (تصویر 10.13). برای تشخیص حین جزیی طفل به وضعیت آرچ-زانو (knee – elbow) قرار داده شده تا از تجمع مایع به اساس قوه جاذبه زمین در قسمت وسطی بطن مطمین شویم. قطعه صدری ستاتسکوب در قسمت وسطی بطن گذاشته شده و دیوار بطن توسط انگشت اشاره بصورت ملایم و متحرک از ناحیه قطبی به طرف مرکز تا زمانی که آواز بهم زدن آب در کنار مایع حینی محاصره شده قابل سمع باشد ضربه زده شود (puddle sign). اصمیت کبد که در حالت نارمل بین ضلع 6 تا کنار اصلاح موجود است در موجودیت گاز آزاد در جوف پریتوان ممکن از بین برود. محدوده اصمیت طحال از ضلع نهم الی یازدهم است. اهتزاز کیست هیداتید در صورتیکه خشامه Scolices واضح کبد و یا طحال موجود باشد جستجو گردد.



تصویر 10.13 Chylous Ascites توام با اذیمای لمفاوی non pitting دست راست.

بیجا شده و کیست هیداتید تقریباً بشكل ریگ بعد از ضربه زدن توسط انگشت pleximeter احساس می شود.

اصغا

آواز های استداری ممکن نورمال، کاهش یافته، غایب و یا بیش از حد باشند (borborygmi). آواز های بیش از حد معایی نزد اطفالی که مصاب انسداد امعا و یا کولیک های معایی اند قابل سمع بوده و در پریتونیت منتشر و حالت انسداد معایی فلنجی بطن بیصدا می باشد. صدای اصطکاک یا سایش بالای کبد و یا طحال ضخاموی نشان leukemic، abscess، sickle cell anemia، perisplenitis و perihepatitis دهنده telangiectasia در بالای ناحیه کبدی نشان دهنده احتمال موجودیت (Infiltrates). شنیدن bruit در بالای hemangioendothelioma یا hereditary hemorrhagic Venous hum می باشد.



تصویر 10.14. فتق ثروی. این حالت بصورت بنفسه‌ی در سن دو سالگی از بین می‌رود.

بالای نواحی epigastric در اطفالی که دوران جانبی porto – systemic نزد آنها برقرار است ممکن قابل سمع باشد. Bruit روی نواحی قطنه‌ی قدامی در هر دو طرف خط متوسط در اطفال که فشار بلند خون دارند جستجو گردد. بطن باید بصورت محکم بطرف خلف بواسطه قسمت صدری ستاتسکوب جهت

دربیافت bruit که از سبب تضییق شریان ریوی بوجود می آید فشار داده شود. Succussion splash

یا صدای چلپ چلپ مایعات زمانی که مریض با آهستگی تکان داده شود ممکن بالای نواحی معده اصغاً گردد. صدای ترشح یا splashing مانند صدای که بواسطه بوتل آب

گرم که قسماً از هوا و آب پُر شده باشد تولید می گردد زمانی شنیده می شود که معده توسع مایع توسع نموده



تصویر 10.15. اندامهای تناسلی میهم در زمان تولد از سبب هابیوپلازیا ولایی ادرینال در یک دختر XX باشد.

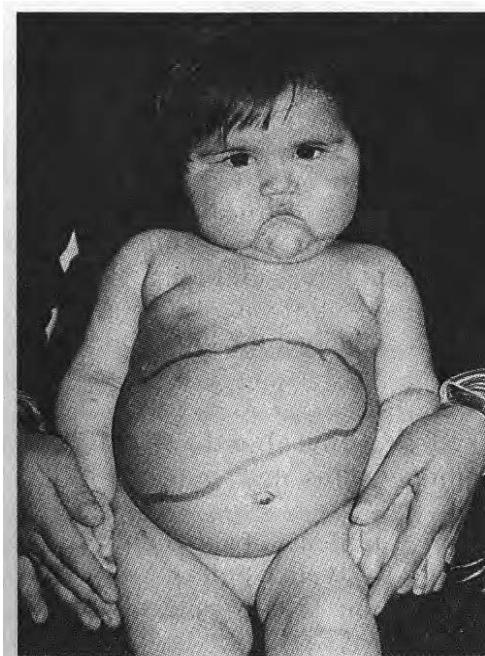
سیستم تناسلی

نواحی فتیله باید معاينه گرددند. فتق، hydrocele تومور های خصیه، التهاب بربخ، التهاب خصیه ها (leukemic infiltrates)، Henoch Schonlein purpura، mumps) انکشافی و اعضای تناسلی مبهم باید رد گرددند (تصویر 10.14 و 10.15). تدور خصیه ها ممکن نزد شیر خواران و پسران جوان بشکل بزرگ شدن حاد و درد ناک خصیه ها، احتقان یا کبودی صفن با عدم موجودیت عکسه cremasteric واقع گردد. حشفه تنگ (phimosis) و التهاب حشفه (balanitis) یا التهاب فوهره خروجی cryptorchidism (meatitis) ارتباط مهم با انتان طرق بولی نزد پسران دارد لذا باید جستجو گردد. احیلی (inguinal hernia) با انتان طرق بولی نزد پسران دارد لذا باید جستجو گردد. افزایشات مهبلی، سرخی، جسم اجنبي، ضخامة بذر و تجمع خون در مهبل نزد دختران باید جستجو گردد. اندازه بلوغ جنسی ارزیابی شود. دختران جوان باید در موجودیت یک نرس یا خدمتگار زنانه معاينه گرددند.

معاینه مقدی

خراسیدگی ناحیه مقدی، ضایعات جلدی – مخاطی، skin tags (نقشه اتصال جلد با غشای مخاطی) التهابات و رش های قسمت فنداق طفل بررسی گرددند. پرولاپس پولیپ بشکل کتله سرخ گوشته تیره با پرولاپس مقدی که به رنگ گلابی روشن ظاهر می شود مقایسه گردد. اسباب معمول پرولاپس مقدی در اطفال شامل سوء تغذی، ulcerative colitis، trichinosis، اسهال حاد یا مزمن، قبضیت های مزمن، پرازیت های معاینی مخصوصاً سیستیک فایبروزس، سیاه سرفه و سندروم Ehlers Danlos می باشد. فیسور های مقدی ممکن از سبب قبضیت های شدید بوجود آمده و معمولاً در موقعیت 6 بجهه روی ساعت موقعیت داشته و توام با پاره گی غشای کانال مقدی می باشد. معاینه مقدی شاید بسیار درد ناک بوده و نباید درین مریضان اجرا گردد.

معاینه مقدی در اطفالی که مشکوک به انسداد معاینی (مرض hirschprung's، تغلق) کتلات بطئی که به حوصله امتداد یافته باشند، خونریزی مقدی و سنگ های احیلی اند استطباب دارد. طفل به وضعیت جنبی چپ دراز کشیده، ران و زانوی راست وی قبض گرددند. معاینه مقدی نظر به عمر طفل با استفاده از کوچک ترین انگشت اجرا گردد. از انگشت کوچک چرب شده نزد اطفال نوزاد و شیرخوار، و انگشت اشاره در اطفال بزرگتر



تصویر.10.16. امراض ذخیروی گلایکوچن. نشانه‌هندۀ وجه گدی مانند و ضخامه کثیفی کبد.

می‌نماید. انگشتان را نمی‌توان در بین کبد و سرحد اضلاع داخل نمود. با معاینه دو دسته قابل جس نبوده و از یک طرف به طرف دیگر قابل حرکت نیست. ضخامه شاید هر لوب کبد را ماؤف ساخته اما بصورت عموم هر دو لوب کبد به صورت هم زمان بزرگ می‌شوند. با قرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تحت الفصلی مددغم می‌گردد.

ضخامه کبدی واضح در غیاب یا حداقل ضخامه طحال نزد اطفال مصاب CHF، ابسه‌های کبدی، کسیت هیداتیدی، امراض ذخیروی گلایکوچن (تصویر.10.16)، سیروز، افات خبیثه ابتدایی و یا میتابستاتیک Budd-Chiari، امراض انسدادی وریدی، سندروم mucopolysacharidosis دیده می‌شود.

کیسه صفراء توسع کیسه صفراء در اطفال غیر معمول است. تورم ناک مانند که در زیر قسمت مرکزی سطح تحتانی Murphys sign کبد موقعیت دارد. قوام آن کیستیک بوده و آزادانه از یکسو بسوی دیگر حرکت می‌نماید. شاید در مربضان مصاب کولی سیستیت حاد مثبت باشد. بالای ناحیه کیسه صفراء فشار ثابت ولی آهسته وارد نموده

استفاده نمایید. هنگام اجرای معاینه از طفل خواهش گردد تا راحت و سست بوده و نفس‌های عمیق بگیرد. بعد از اجرای معاینه در انگشت بیرون شده از مقعد، آلوه شدن با مخاط، قیح و یا خون جستجو گردد.

خصوصیات کلینیکی ضخامه معمول اعضا کبد. کبد بصورت نارمل در تحت کنار اضلاع طرف راست

تا به 2cm در تمام دوره طفوپلیت قابل جس است. در حالت عادی قوام آن نرم و کنارهایش مدور است. ضخامه پتانولوژیک شاید بطرف بالا واقع شده ولی بصورت عموم رو به پایین بطرف ناحیه هایپوکاندروم و حفره حرقفی می‌باشد. سرحد آن خوب معین بوده و با تنفس آزادانه حرکت

می‌نماید. انگشتان را نمی‌توان در بین کبد و سرحد اضلاع داخل نمود. با معاینه دو دسته قابل جس نبوده و از یک طرف به طرف دیگر قابل حرکت نیست. ضخامه شاید هر لوب کبد را ماؤف ساخته اما بصورت عموم هر دو لوب کبد به صورت هم زمان بزرگ می‌شوند. با قرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تحت الفصلی مددغم می‌گردد.

ضخامه کبدی واضح در غیاب یا حداقل ضخامه طحال نزد اطفال مصاب CHF، ابسه‌های کبدی، کسیت هیداتیدی، امراض ذخیروی گلایکوچن (تصویر.10.16)، سیروز، افات خبیثه ابتدایی و یا میتابستاتیک Budd-Chiari، امراض انسدادی وریدی، سندروم mucopolysacharidosis دیده می‌شود.

کیسه صفراء توسع کیسه صفراء در اطفال غیر معمول است. تورم ناک مانند که در زیر قسمت مرکزی سطح تحتانی Murphys sign کبد موقعیت دارد. قوام آن کیستیک بوده و آزادانه از یکسو بسوی دیگر حرکت می‌نماید. شاید در مربضان مصاب کولی سیستیت حاد مثبت باشد. بالای ناحیه کیسه صفراء فشار ثابت ولی آهسته وارد نموده

و از مریض خواهش نمایید تا نفس عمیق بگیرد. زمانی که کیسه صفرا به تماس انگشتان قرار گیرد در اثر درد حاصله مریض نفس خود را قید می نماید. کیست های cholidocal (مجرای کیسه صفرا) یک تورم مشابه کیسه صفرا را در محل تولید نموده لاکن این تورم نسبتاً در اوایل حیات بوجود آمده و ثابت می باشد. طحال. باید دو تا سه برابر سایز طبیعی خود بزرگ گردد تا قابل جس شود. طحال رو به پایین و در قسمت مرکزی بطرف سره بزرگ می شود، در هنگام تنفس آزادانه حرک می نماید. کنار طحال با موجودیت یک بریدگی مشخص می شود. انگشت در بین طحال و کنار اصلاح داخل شده نمی تواند. قسمت قدامی آن با قرع اصمیت و قسمت خلفی آن رزونانس یا وضاحت دارد و به طریقه دو دستی قابل جس نیست.

ضخامه کنتوی طحال با ضخامه جزیی کبد در اطفالی که مصاب فرط فشار ورید باب، تالاسیمیا اکبر، لوکیمیای مزمن میالویید، میتاپلازیا میالویید، ملاریای مزمن، kalazar، مرض Gauchers و amyloidosis اند دیده می شود.

کلیه ها. شاید یک و یا هر دو کلیه بزرگ شده باشند. کتله لوبیا مانند توام با کنار های مدور که در ناحیه قطبی موقعیت دارد. با تنفس آزادانه حرکت نمی تواند. بیشتر در خلف واقع بوده و سبب برآمدگی زاویه کلیوی می گردد. با میتوود دو دستی قابل جس بوده و از یکسو بسوی دیگر قابل حرکت است. با قرع کلیه ها در قدام وضاحت لاکن در خلف اصمیت دریافت می گردد.

شیمای ارائه	
و ضیغعت، مستریح، مریض، ناراحت، حالت غذایی، علایم حیاتی، کمخونی، سیانوز، زردی، ضخامه عقدات لمفاوی، شواهد فقدان ویتامین A، Proptosis، حلقات kayser-fleischner aniridia، (فقدان مادر زادی عنیبه چشم)، جوف دهن و دندان ها، spider nevi، ecchymoses، angiomas، petechiae، اذیما، حبن، حساسیت عظام، سوء اشکال اسکلیتی، ضخامه نیم طرف، نمو و انکشاف، شواهد عدم کفایه حجرات کبدی.	معاینه فزیکی عمومی
انتفاخ، موضعی یا عمومی، سره، حرکات اشتدادی، اورده برجسته، spider nevi یا خال های خدایی عنکبوت مانند.	تفقیش
بطن را لمس نمایید، حساسیت، اذیمای جدار بطنی، جریان خون در اورده برجسته، بزرگی و خصوصیات کبد، طحال، کلیه ها و کدام کتله دیگر، زوایای کلیوی و نواحی فتقیه.	جس
Shifting dullness، اهتزاز مایع، قرع بالای اعضای مختلف ضخاموی و کتلات، سرحد علوی کبد، امحاء اصمیت کبدی و غیره.	قرع
حرکات پرستالیک، نارمل، شدید، کاهش یافته یا غایب، صدای اصطکاک در بالای کتلات، موجودیت bruit در ناحیه کبدی و اورده ریوی.	اصغا
سوء اشکال اطراف مقعدی، نواحی فتقیه، شکل و انکشاف خارجی اعضای تناسلی، hydrocele، انومالی های انکشافی، Epidydmitis، orchitis، تدور خصیه، ارتشاخ خصیه ها و زمانی که معاینه مقعدی استطباب داشته باشد.	معاینات مقعدی و اعضای تناسلی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل یازدهم

سیستم تنفسی

تاریخچه

تاریخچه مرضی فعلی را با تأکید ویژه در مورد شروع (آنی، حاد، تحت الحاد و یا بی سر و صدا)، ارزیابی مرض و جواب در مقابل تداوی اخذ نمایید. اعراض عمده تشوشات سیستم تنفسی شامل تب، سرفه، ریزش (انتانات ویروسی طرق تنفسی علوی یا hay fever)، درد گلو و مشکلات تنفسی می باشند. پرسیده شود که آیا سرفه خفیف است یا شدید، خشک است یا توام با صدای بلغم در گلو یا سینه، روزانه است یا اکثرآ شبانه. سرفه شبانه اکثراً از سبب bronchitis، bronchial asthma، GERD و عدم کفايه قلب چپ معمول است. شیر خواران و اطفال جوان نمی توانند بلغم را تُف نمایند و اغلباً آن را بلع نموده و ممکن بلغم را با استفراق خارج کرده یا از طریق مواد غایطه دفع نمایند. سرفه های تشنجی شدید نشاندهنده سیزم قصبات، التهاب شژن، سیاه سرفه، Cystic fibrosis و انشاق جسم اجنبي می باشد. در مریضان استما بعضاً حملات رام نشدنی سرفه های اشتدادی بدون کدام ویزنج مبارز موجود می باشد. سرفه در اطفال نوزاد یک عرض نسبتاً غیر معمول بوده و ممکن از سبب اسپاپریشن یا انتانات Chlamydial Whoop بوجود آید. شهیقی به تعقیب حملات سرفه های تشنجی توصیف کننده سیاه سرفه بوده لکن در انتانات تنفسی که از سبب Chlamydia و adenoviruses، B.parapertussis بلغم متعلق زیاد نشاندهنده برانشیکتازس و ترشح چرک ریه ها می باشد. درین حالت تاریخچه ممکن نشاندهنده سرخکان، سیاه سرفه و یا انشاق جسم اجنبي در شروع مرض باشد.

در اطفالی که انتانات متکرر طرق تنفسی دارند، بک تاریخچه مفصل باید گرفته شده تا انشاق جسم اجنبي بواسطه شواهد حادثه خفه شدگی آنی و دراماتیک تحدید کننده حیات، سرفه و سیانوزس رد گردد. در مورد تاریخچه آواز های تنفسی غیر عادی در زمان شهیق (Strider) و نالش ذفیری در سینه بغل و Wheezing در

برانشیولایتس و برانشیل استما پرسیده شود. **Dyspnea** و **Tachypnea** نشاندهنده انتانات حاد طرق تنفسی سفلی، سپز قصبات، اتلکتازس و فشردگی ریه ها (پنوموتورکس، انصباب پلورا، کتله منصف، فتق حجاب حاجز) می باشد. کشنش صدری در اطفالی که اضلاع قفس صدری شان نرم است معمول است. کشنش وصفی ناحیه فوق القصی در بندش طرق تنفسی علوی قابل ملاحظه است. موجودیت سیانور و مشکلات تعذی نشاندهنده تشوشات تنفسی تحدید کننده حیات بوده که ایجاد بستر نمودن عاجل را می نماید. تاریخچه حملات متکرر سرفه با مشکلات تنفسی نشاندهنده استمای قصبه، برانشیکتازس، انشاق جسم اجنبی، موجودیت شنت چپ به راست، **Cystic Fibrosis** حالت فقدان معافیتی و ریفلکس معده به مری (GERD) می باشد. تاریخچه بلع دردناک **Tonsillitis** (فرنجایتس حاد یا دفتریا، التهاب حاد اپی گلوت، آبسی های خلف بلعومی و غیره) یا بی سر و صدا (کتله میدیاستینوم، حلقه وعائی) باشد پرسیده شود. **Dysphagia** (Bronchiectasis) یا خلط خوندار در اطفال غیر معمول بوده و ممکن از سبب **Hemoptysis** (Hemosidrosis) ریوی، سینه بغل فصی رشف شده، اذیمای ریوی، تضییق دسام میترل، کهف توبرکلوز و تشوشات خون دهنده بوجود آید. برخلاف **Hemoptysis**، **Hematomesis** به تعقیب حملات سرفه بوجود آمده، خون رنگ سرخ روشن داشته و معمولاً مقدار آن کم می باشد. تاریخچه درد صدری غیر معمول بوده و ممکن در اثر التهاب پلورا، التهاب پریکارد، درد صدری و عضلات سینه **Costochondritis**، **Herpes zoster** ترضیض، و عدم کفایه شرایین اکلیلی (برگشت یا تضییق شدید ابهر) بوجود آید. تاریخچه فامیلی، توبرکلوز، استما قصی و **Hay Fever** باید پرسیده شود. شرایط نامساعد زندگی، ازدهام زیاد، آلودگی محیط، کشیدن سگرت و چلم والدین در خانه، تواام با افزایش وقوعات انتان طرق تنفسی و حملات سپز قصبات می باشد. تاریخچه تماس و حساسیت با حیوانات اهلی منزل ممکن زمینه مساعد برای انکشاف **Rhinitis** و برانشیل استما باشد. تظاهرات حساسیتی ممکن در صورت مواجه شدن با برخی غذاها، رنگ ها و مواد محافظ مصنوعی بوجود آید. باید از چگونگی تطبیق واکسین های طفل پرسیده شود که می تواند معلومات مفید را برای ارزیابی تشوشات تنفسی به ما ارائه نموده و تشخیص درست صورت گیرد.

معاینات عمومی فزیکی

طفل را ارزیابی نموده که آیا مستریج، dyspneic یا tachypneic است. در اثنای اخذ تاریخچه، فعالیت عضلات اضافی تنفس و پرش مناخر انف جستجو گردد. زجرت تنفسی شهیقی از سبب بندش طرق تنفسی واقع گردیده در حالی که زجرت تنفسی ذفیری در اطفال که امراض انسدادی دیوی دارند قابل ملاحظه اند. حالت شعوری، ساختمان و تعذی، و بوی متعفن دهن باید یاداشت گردد. آواز های قابل سمع در اثنای تنفس مانند stridor، صدای خش خش، نالش کردن، stertorous، wheezing، croup ممکن شنیده شود. stridor یک صدای خشن، لرزان با تون بلند و غراب است که در اثر بندش جریان هوا بوجود می آید. در صورت که بندش بالاتر از حول صوتی (Supraglottic) باشد stridor ممکن شهیقی بوده و زمانی که بندش در ناحیه glottic Subglottic و یا قسمت علوي شژن موجود باشد اکثراً biphasic (شهیقی و ذفیری) می باشد. strider و croup در اطفال به نسبت تنگ بودن طرق تنفسی و سست بودن نسخ منظم تحت المخاطی در ناحیه supraglottic و subglottic معمول است. این ها در اطفال بخارتر تنگ بودن طرق تنفسی نسبتاً عام است. Grunting یا نالش وقتی بوجود می آید که طفل در زمان ذفیر جهت بلند بردن فشار ذفیری برای وقاie از کولپس الوبول ها جهت عبور هوا از Glottis قسماً بسته شده کوشش برای تنفس می نماید. نوعیت سرفه که آیا متناوب، تشنجی، Whoopy، کف دار و غیره است باید یاداشت گردد. خاصیت صدا یا گریه یاداشت گردد. گریه اطفال اکثراً اصغاً آواز های تنفسی را آسان می سازد.

درجه حرارت، اندازه نبض و تناسب آن با تعداد تنفس (که نسبت نورمال آن 4 به نسبت 1 است) باید یاداشت گردد. تعداد تنفس در یک دقیقه، نوعیت ریتم تنفس (نورمال، معکوس، نفس Cheyne–stokes، Biot's) خواص (نارمل، سطحی، عمیق یا تنفس Kussmaul's) و برای فرو رفتگی ناحیه فوق القصی، بین الضلعی، تحت الضلعی باید مشاهده صورت گیرد. ریتم نورمال تنفس بواسطه شهیق- ذفیر و وقفه مشخص می گردد. ریتم معکوس یعنی نالش ذفیر-شهیق-وقفه در اطفال مصاب انتانات طرق تنفسی سفلی ملاحظه می شود. تنفس Cheyne- Stoke با قطع مؤقتی تنفس (Apnea) به تعقیب آن کوشش تنفسی که تدریجاً اندازه آن تاحد اعظمی افزایش می باید و بعداً به تدریج کاهش یافته تا یک بار دیگر (Apnea) واقع گردد. این نوع تنفس در اثر

انحطاط مرکز تنفس از سبب هاییوکسیا، Meningitis و یا Encephalitis، فرط فشار داخل قحفی، Uremia و CHF بوجود می آید. کم خونی، سیانوز، زردی و ضخامة عقدات لمفاوی باید جستجو گرددند. معاینه گوش، گلو و بینی جهت رد کردن انتانات طرق تنفسی علوی، التهاب گوش متوسط و التهاب سینوس ها ضروری است. جوف دهن و گلو برای موجودیت انتانات حاد و مزمن و بینی برای افزایش و موجودیت Polyp معاینه گردد. سینوس Sphenoid در زمان تولد موجود بوده ولی سینوس Ethmoid و Maxillary در زمان طفولیت مقدم دارای اهمیت کلینیکی بیشتر می باشند. سینوس Frontal در اثنای 10 سال اول حیات معمولاً غایب می باشد. التهاب مزمن سینوس ها توام با بندش انف با افزارات مخاطی قیحی بینی، پندیدگی خفیف اجفان و حلقه های تاریک در زیر چشم ها می باشد. اسباب مهم التهاب مزمن سینوس ها کام چاکی، حساسیت بینی، سندروم choanal atresia، Cystic fibrosis، Hurler's Kartagener's یا مژه های بی حرکت، سندروم Clubbing (Clubbing) osteo-arthropathy توام با درد در بند دست ها و بجلک پاها)، J.V.P و موقعیت شزن و ضربان ذروه قلب جستجو گردد. موجودیت ورید های وداجی بدون نیض شدیداً متراکم با خون به موجودیت کتله مدیاستینوم دلالت نموده و ممکن توام با وجهه مملو از خون، سرفه تند و شدید، خپ شدن آواز، Strider و یا بلع دردناک باشد.

عدم کفایه حاد تنفسی با تشویش، اضطراب، بیقراری، تشدید Tachypnea، dypnea، کشنش صدری و احتمالاً سیانوز مشخص می گردد. دخول هوا به ریه ها ممکن در اثر مسدود شدن طرق تنفسی علوی یا سپزم قصبات شدیداً کاهش یافته و در اسغا با کاهش یا معدومیت آواز های تنفسی توام باشد. تنفس ممکن از سبب انحطاط سیستم عصبی مرکزی و امراض عصبی عضلی یا بالاخره زمانی که عضلات تنفسی از باعث کار زیاد خسته شود، آهسته، سطحی، و متقطع (gasp) pulse Oximetery یا غیر منظم گردد. ممکن اشباع اکسیجن شریانی $\text{PaO}_2 < 80\%$ و FiO_2 60mm Hg کمتر از 0.6 (در عدم موجودیت امراض سیانوتیک قلب) یا PaCO_2 زیاد تر از 50 mm Hg (Hypercarbia) را نشان دهد.

معاینات صدری

سهولت دسترسی به معاینات اکسری و پیشرفت در تکنالوژی تصویر برداری هنر یا معاینات کلینیکی صدر را تحت

شعاع قرار داده است. نواحی اتوومیک که به مقصد معاینات کلینیکی صدر استفاده می گردند قرار ذیل اند:

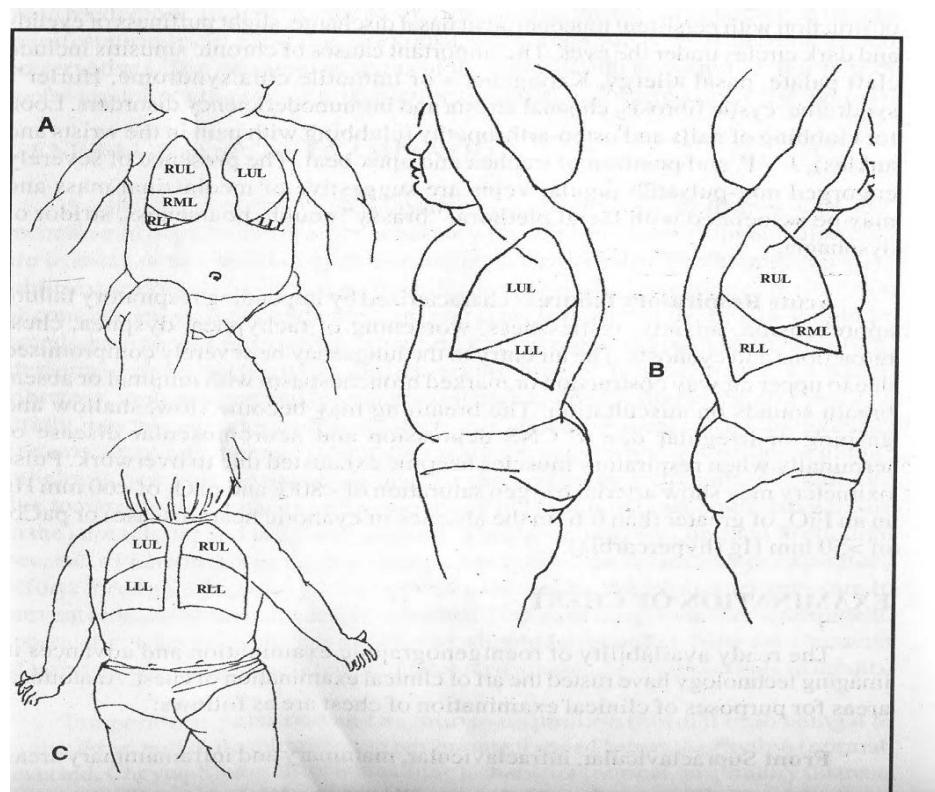
قدم: فوق الترقوی، تحت الترقوی، سدیه ها و نواحی تحت سدیه ها.

جنب: نواحی علوی، متوسط و سفلی ابطی.

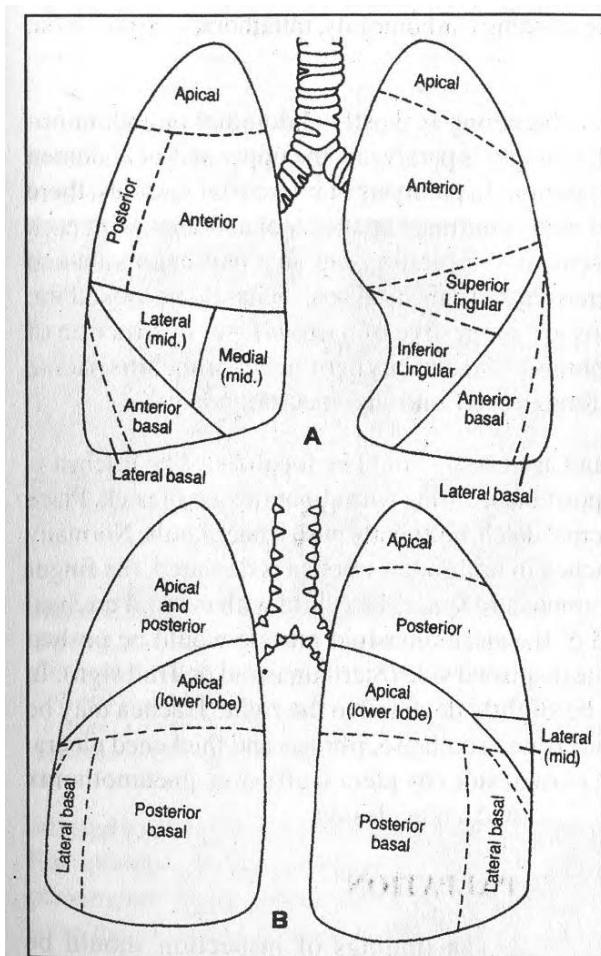
خلف: نواحی فوق کتف، بین کتف، کتف، تحت کتف و نواحی قاعده ای.

اناتومی سطحی. ناحیه انشعاب شرذم برابر با زاویه Louis در قدم و فقره چهارم صدری در خلف می باشد. زاویه

Louis یک برآمدگی مستعرض عظمی در ناحیه اتصال جسم و دسته عظم قص است. شمارش اضلاع و مسافت



تصویر 11.1 اناتومی سطحی لوب های مختلف ریه ها در قدم (A)، جنب (B)، و خلف (C)



تصویر 11.2 سگمنت های قصبه ریوی ها که از قدام (A) و از خلف (B) قابل دید است.

بین الصلعی به طرف پایین بهتر است از زاویه louis که برابر با غضروف ضلع دوم است صدری تا ضلع ششم در خط متوسط ترقی می کند، کشیده شود. سرحد بین لوب علوي و متوسط توسعه خط کشیده شده مستعرض از عظم قص در حدای غضروف ضلع چهارم که مصادف با خط فیسور بزرگ بین لوبی در طرف راست صدر می باشد مشخص می گردد. اکثرآ لوب علوي (همچنان متوسط در طرف راست) و سفلی جهت معاینات فریکی در قدام و خلف به ترتیب قابل دسترسی بوده در حالیکه همه لوب ها در ناحیه Axillary قابل دستیابی آند (تصویر 11.1).

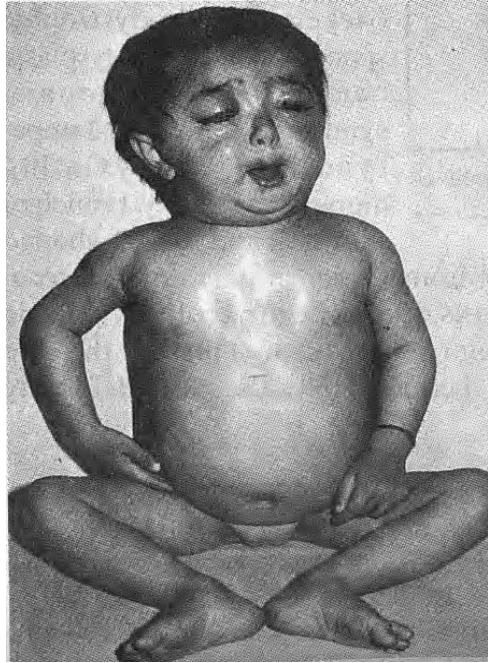
آناتومی سطحی سگمنت های برانکوپولمونری ریوی هر دو قدام و خلف در تصویر 11.2 نشان داده شده است.

تفنیش

صدر برخنه شده با ایستاندن در جهت سر یا پایی مریض در حالی که چشم ها در سویه صدر مریض باشد باید تفنیش گردد. طفل، هر چند وقتی که در چوکی براحتی نشسته و یا بحالت ایستاده طوری که بازوan آن در اطراف بحالت عادی آویزان باشد خوب معاینه می گردد.

شکل صدر. در اطفال تقریباً مدور یا استوانه بی است. شکل صدر ممکن نارمل، بیرون مانند Chondrodystrophy (Rickets) Pectus Carinatum (Emphysematous) Schwartz- Noonan Syndrome Spondyloepiphyseal dysplasia Congenital asphyxiating thoracic dystrophy Jampl syndrome Mucosal Noonan Syndrome Marfan syndrome (ریکتس، pectus excavatum سندروم) باشد. میزابه Kypnosis، Harrison Neuroma باید دیده شود. Rickety rosary برآمدگی های تسبیح مانند نواحی ضلعی غضروفی یگانه علامه مقدم می باشد. در هر طفل که سوء شکل صدری دارد، باید سوء شکل ستون فقرات رد گردد.

تناظر، ببینید که آیا صدر در هر دو طرفه متناظر است یا خیر. سرحد انسی Scapula از خط متوسط در هر دو طرف که برای ارزیابی عدم تناظر صدر استفاده می گردد اندازه شود. سقوط یک شانه ممکن در مریضان که مصاب توپرکلوز Fibrocaceous and دیده شود. برآمدگی موضعی (آیا ضلعی یا در مسافت بین الصلعی) و



تصویر 11.3 امغزیماً کتلوی تحت الحلقی به تعقیب حملات تشنجی سرفه در طفل مصاب سیاه سرفه

کشش (کولپس یا فایبروزس) جستجو گردد. در امپیما و انصباب پلورا برآمدگی مسافت بین الصلعی موجود می باشد. وقتی که امپیما از وسط مسافه بین الصلعی بشکل یک پندیدگی Cystic ظاهر شود، قابل ارجاع بوده و در زمان سرفه ضربان دارد، این حالت را بنام Empyema necessitans یاد می نمایند. قفس عظمی صدر ممکن برآمدگی موضعی در اثر ضخامه قلب برای مدت طولانی، آفات کتلوی داخل صدری، و سوء اشکال اخلاع و ستون فقرات از خود نشان دهد.

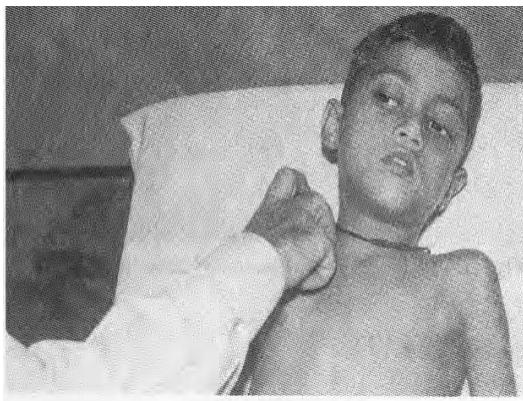
حرکات صدر. تنفس در اطفال اکثراً بطنی یا بطنی صدری است. زمانی که حجاب حاجز فلنج گردد، قسمت علوی بطن

" ما نباید در قرع صدر نظریات خود را جستجو نماییم، بلکه باید متوجه دریافت های باشیم که از گوش فرا دادن بیرون می آیند.

- Friedrich Muller



تصویر 11.4 ارزیابی توسع صدر. دستهای بطور محکم در دو طرف صدر گذشته شده و انگشتان نشست دست ها در مقابل بکدیگر بالای ستون فقرات گذشته شود. به طفل گفته میشود که شهیق عمیق نماید و حرکت نشست ها در دو طرف ملاحظه گردد.



تصویر 11.5 قرع مستقیم قسمت وسطی ترقوه جهت ارزیابی در ریه ها صورت گیرد. انگشت اشاره خود را در حفره فوق القصی قرار داده، و به تدریج به عقب فشار دهید. بصورت نورمال انگشت باید شزن را در خط متوسط جس کند. اگر شزن انحراف نموده باشد، انگشت به مسافه Trachea- Sternomastoid می لغزد. در اطفالی که بیجا شدگی قابل ملاحظه شزن دارند، راس ترقوی عضله Sternomastoid ممکن به قدام تیله شده و در طرف بیجا شده برجستگی نمایان گردد (Sternomastoid Trail sign). در اطفال نورمال شزن ممکن اندکی بطرف راست منحرف باشد. شزن ممکن به طرف ناحیه

ممکن در هر شهیق کش گردد. در فلح عضلات بین الصلعی، توسع بسیار کم صدر توام با توسع غیر نورمال بطن در هر شهیق موجود می باشد. حدود حرکات، بطی بودن حرکات تنفسی در طرف مشخص و فرو رفتن نواحی فوق القصی، بین الصلعی و تحت الصلعی باید ملاحظه گرددند. فرو رفتگی قابل ملاحظه ناحیه فوق القصی نشاندهنده

تنگ بودن یا بندش طرق تنفسی علوی (دیفتری حنجره)، التهاب حاد حنجره شزن و برانش ها، التهاب حاد اپی گلوت، جسم اجنبي حنجره و شزن، و (Angioneurotic edema) می باشد. موقعیت شزن و ذروه قلب باید موضعی باشد. معاینه شزن در اطفال به حالت استجای ظهری یا وضعیت نشسته در حالی که بسط خفیف گردن موجود باشد

ماوفه در اثر Collaps، فیبروز و پلورای ضخیم شده کش گردد. همچنان در امراض انصباب پلورا، پنوموتوراکس و آفات کتلوی ممکن به طرف نارمل تیله شود.

جس

یافته های تقتیش باید تائید گردد. نواحی دردناک، Crepitus (امفریما تحت الجلدی، کسر اصلاح) جستجو گردیده و تفاوت حرکات بر روی دو طرف صدر ارزیابی گردد (تصویر 11.3). اهتزازات غیر عادی مانند Coarse crackle، friction rub، Rhonchi گردد. اهتزازات صوتی و لمس کردنی به واسطه مقایسه انتقال اهتزازات صوتی در اثنای حرف زدن یا گریه طفل در دو طرف صدر به صورت یکسان دیده شود، این حالت شاید نارمل بوده و در هر دو سمت یکسان باشد یا دارای کاهش / ازدیاد بالای ساحه مشخص باشد. اهمیت آن با تشديد یا رزونانس صوتی یکسان است لاتن در اطفال قابل اعتماد نیست. انبساط صدر در هر دو طرف ارزیابی گردد. (تصویر 11.4).

قعر

انگشت pleximeter (انگشت وسطی دست که کمتر فعالیت دارد) را با تماس صمیمی صدر قرار داده در حالی که انگشتان دیگر از صدر دور گردد. انگشت pleximeter در کنار عضوی که قرع می گردد باید بصورت موازی قرار داشته باشد. و همچنان از ناحیه وضاحت بطرف ناحیه Dull حرکت داده شود. ضربه باید آزاد و آهسته بوده و بهتر است توسط انگشت متوسط (plexor) دست که فعالیت زیاد دارد به وسیله فلنگس دوم انگشت pleximeter بطور مؤثر اجرا شود. اگر عضو یا نسج که قرع می گردد سطحی باشد توصیه می گردد که قرع خفیف اجرا گردد. بطور مثال قرع خفیف مستقیماً بالای عظم ترقوه برای ارزیابی ذروه ریه ها اجرا می گردد (تصویر 11.5). ضربه باید به شدت یکسان و به واسطه حرکات مج دست شل شده اجرا گردد. انگشت plexor بعده از ضربه زدن باید فوراً برداشته شود. شدت و کیفیت تولید صدا و احساس مقاومت موجود در برابر انگشت باید یاداشت گردد. نواحی مشابه هر دو طرف صدر به صورت هم زمان باید مقایسه گردد. صدر شاید به صورت عادی یا علی السویه و در هر دو طرف وضاحت نشان دهد، آنجا شاید به صورت یک طرفه یا دو طرفه قرع Tympanitic note، hyper resonance (جوف بزرگ، Pneumothorax، فتق حجاب

حاجزی) وضاحت متأثر و dullness (سویه بلند stony dull) یا Dull در شنیده شود. صعود dullness ناحیه ابطی و مقایسه آن در خلف و قدام) و shifting dullness (سویه dullness در حالت خوابیده به تناسب نشسته بیشتر است) وقتی که به انصباب پلورا مشکوک باشیم باید در نظر باشد.

“قرع اصحابی”



تصویر 11.6 میبود قرع اصحابی، جهت تفصیلات بیشتر به متن مراجعه گردد.

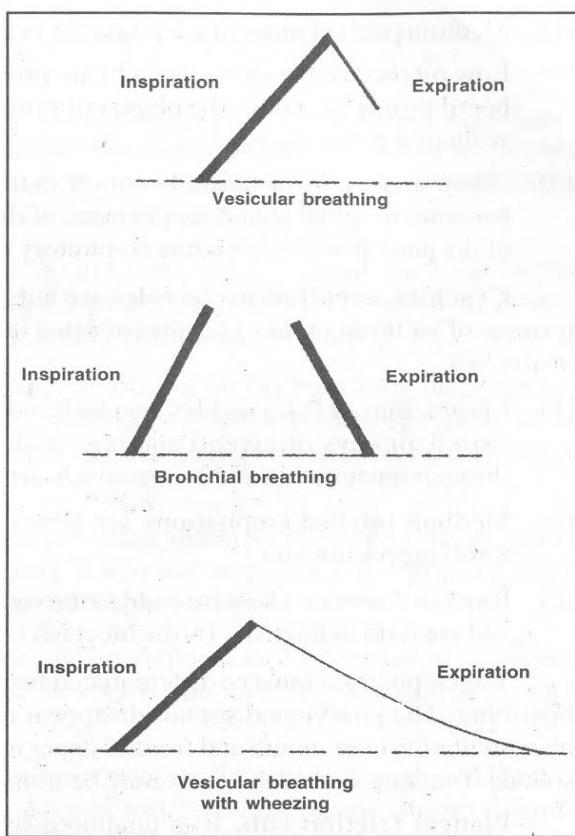


تصویر 11.7 میبود اصغا صدر در یک طفّل .

شدت یکسان بالای نقاط مشابه Manibrium اجرا گردد در حالی که نواحی مختلفه هر دو ریه به صورت متناظر از ذروه تا قاعده با مقایسه شدت و کیفیت قرع توسط ستاتسکوپ کشف می گردد. در ناحیه نهایی Paravertebral جهت دریافت کتله های ممکنه منصف و سُره وی اصغا صورت گیرد.

اصغا

اصغا در اطفال و شیر خواران جوان زمانی بهتر صورت می گیرد که مادر یا پدر او را در برابر شانه های خود تکیه داده باشد.



تصویر 11.8 نمایش دیاگرام‌نیک اشکال مختلف آوازهای تنفسی. جهت تفصیلات بیشتر به متن مراجعه گردد.

وصفات آوازهای تنفسی

آوازهای نارمل تنفسی که در

اسناخ تولید شده و بنام **Vesicular**

گردد. شهیق رسانه با صدای بلند و طولانی بوده

و وقفه بعد از شهیق وجود ندارد، ذفير از نظر

شدت خفیف و از نظر دوام کوتاه بوده و بواسطه

وقفه تعقیب می‌گردد (تصویر 11.8). در

اطفال، صداهای نارمل تنفسی **peurile** یا

خشن **vesicular** با ذفير اندرکی طویل تر

است (**Broncho-Vesicular**).

قوت شهیق خفیف بوده، و با

وقفه تعقیب می‌گردد در حالی که ذفير خشن،

با وصف وزیدن یا پف کردن، حلقی، پُر صدا و

طولانی است. زمان شهیق و ذفير تقریباً مساوی

است (تصویر 11.8). آوازها خاصیت **Tubular** واضح دارند. که به صورت نورمال ممکن بالای گردن و فقرات

صدری تا به فقره چهارم صدری (شزن) قابل سمع باشد. تنفس **bronchial** ممکن دارای انواع ذیل باشد.

ا. **Tubular** یا **High pitched** (تکائف)

ب. **medium Pitched** (تکائف - جوف کوچک یا اتلکتاژس توام با قصبه باز)

ج. **Cavernous** یا **Low Pitched** (جوف بزرگ)

د. **(broncho-pleural fistula) Amphoric**

شدت آوازهای تنفسی: در یک یا هر دو طرف شاید نارمل، کاهش یافته و یا معدوم باشند.

آواز های اضافی

Rhonchi یا **Wheeze**. آواز های خشک و موزیکال اند که در اثر تنگ شدن طرق هوایی به وجود می آیند.

ذفير طولاني است (تصویر 11.6). وقتی که بندش موضعی یک قصبه موجود باشد خاصیت یک صدایی دارد

(جسم اجنبی، عقده لمفاوی) و در صورت که بندش عمومی طرق هوایی مطرح باشد (Poly phonic) چند

صدایی (استما و برانشیت) موجود می باشد. این ها به اساس درجه صدا و محل منشا آن تصنیف بندی می گردد.

(الف) **Sibilant rhonchi** یا **High pitch** در برانشیول ها تولید می گردد. در اخیر شهیق یا شروع ذفير

شنیده شده و با قرار دادن قطعه صدری ستاتسکوپ در مقابل دهن یا بینی طفل بهتر احساس می گردد

(برانشیولیت حاد).

(ب) **Medium pitch rhonchi** در قصبات که اندازه متوسط دارند تولید می گردد.

(ج) **Sonorous Rhonchi** یا **Low pitch** در قصبات بزرگ تولید می شود. در تمام طول صفحات تنفسی

شنیده شده و اکثراً حتی بدون ستاتسکوپ قابل سمع می باشد.

(د) زمانی که بندش طرق هوایی به حد نهایی برسد، حرکت جریان هوا به حد اقل رسیده و **Rhonchi** معدهم

می گردد لامن حالت مریض خراب تر شده و عدم کفایه تنفسی در شرف وقوع می باشد.

Rales ، **Crepitations** ، **Crackle** و آواز های مشابه جوشیدن یا مرطوب است که در اثر عبور هوا از

اسناخ، قصبات، قصبات یا شزن که در آن مواد مترشحه جمع آوری شده باشد تولید می گردد.

(الف) **crackle** یا **Crepitation** که در اثر باز شدن آنی طرق هوایی و یا اسناخ قبلاً بسته شده بوجود

آمد و در اخیر شهیق قابل سمع می باشد (برانکونومونیا و عدم کفایه احتقانی قلب).

(ب) **Crepitation** های درجه متوسط در مریضان مصاب برانشیت و پنومونیای تداوی شده قابل سمع است.

(ج) **Role** ها یا **crackle** های خشن در هر دو صفحه تنفسی قابل سمع بوده و دارای شدت بلند اند

(برانشیکتاژس).

Crepitation باید از آواز های بلعومی یا تنفس **Sterterous** تشخیص تفریقی گردد.

آواز های بلعومی بعد از سکشن نمودن از بین رفته و با اصغا در جلو دهن و قدام عنق بهتر شنیده می شود. در

اطفال کوچک، آواز های اضافی شاید از یک طرف صدر به طرف دیگر آن انتقال نمایند.

Pleural friction rub با سرفه ارتباط ندارد (crackle)، بیشتر موضعی است، و با تماس صمیمی قطعه صدری ستاتسکوب به دیوار صدر تشیدید می یابد. در جریان شهیق و ذفیر به صورت یکسان شنیده شده و وصف آن مانند صدای مخصوص خشن سطحی، غژعترکردن و مالیدن دو پارچه چرم به یک دیگر می باشد. ممکن درد موضعی باشد. در صورت فشار با ستاتسکوب بالای دیوار صدر تشیدید می یابد. زمانی که دو صفحه پلورا بواسطه تجمع ماده مترشحه اضافی از هم جدا گردند، این صدا از بین می رود. بعضی اوقات Pleural rub شاید توسط کف دست قابل جس باشد.

Vocal Resonance هر دو شدت و کیفیت صدا توسط قطعه صدری ستاتسکوب زمانی که از طفل خواسته شود که بعضی کلمات را تکرار نموده (یک، دو، سه) یا گریه نماید انتقال می گردد که در نظر باشد. شدت vocal شاید در هر دو طرف مساوی و نارمل، معدهم یا کاهش یافته (انصباب پلورا، ضخیم شدن پلورا، پنوموتوراکس، امفیزیما، اتلکتاژس) یا تشیدید شده (تکائف، جوف، احتشای، اتلکتاژس توام با قصبه باز) باشد. برانکوفونی به رزونانس یا طنبین صوتی شدید زمانی گفته می شود که آن قدر بلند باشد که احساس گردد که صدا در قسمت گوشی ستاتسکوب تولید می گردد (جوف- تکائف). رزونانس صوتی قابل سمع، زمانی که از طفل خواسته شود که کلمات را به شکل پُس پُس تلفظ کند بنام Whispering pectoriloquy یاد می شود و نشان دهنده افزایش قابل ملاحظه رزونانس صوتی می باشد (Broncho-pleural fistula). صدای که در قسمت خلفی داخل انف تولید می گردد بنام aegophony یاد گردیده و در سطح علوی انصباب پلورا از سبب کولپس قسمی ریه ماوفه قابل سمع است. این صدا ذریعه عبور اجزایی ترکیبی که دارای فریکونسی بلند آواز های تنفسی آند تولید می شود.

Succussion splash یا Hippocratic succession یا صدای ترشح باید جهت رد کردن پنوموتوراکس در نظر باشد. قطعه صدری ستاتسکوب را در سرحد splash یا علوی اصمیت قرار داده و طفل را دفتاً تکان می دهیم تا splash مایع فهمیده شود.

Coin test (Bell tympany) یک سکه را در قدام صدر گذاشته و با سکه دیگر به آن ضربه آهسته زده می شود در حالی که ستاتسکوپ در نقطه موازی آن در خلف صدر قرار داشته باشد. در مریضانی که مصاب پنوموتوراکس اند یک صدای بلند جرنگ زنگ مانند شنیده می شود.

Friction test ستاتسکوپ در قسمت وسطی صدر گذاشته شده و توسط اسپاتول چوبی یا ناخن در هر دو طرف دیوار صدر مالش می گردد. انتقال صدا زمانی که در طرف پنوموتوراکس مالش شود بطور بسیار واضح می باشد.

Ewart's sign تنفس برانشیل و برانکوفونی ممکن در بالای ناحیه سفلی چپ بین دو کتف در مریضان مصاب انصباب پریکارد از سبب فشار که بالای برانش اصلی چپ وارد می کند و باعث کولپس آن می گردد شنیده شود.

d' Espine sign . عبارت از موجودیت تنفس برانشیل و افزایش وضاحت صوتی در خط متوسط در عقب صدر تحت فقره چهارم صدری در حالات کتله مدیاستینوم می باشد.

Mediastinal crunch (hamman's sign) در اطفالی که امفریما منصف، مخصوصاً وقتی که توام با پنوموتوراکس طرف چپ باشد، ممکن صدای جوین (Crunching) سیستولیک در اسعا بالای کنار چپ عظم قص از مسافه سوم تا پنجم بین الضلعی قابل سمع باشد. نفوذ هوا از مدیاستینوم شاید توام با صدای کرپتوس یا خشن خش در بالای ناحیه فوق الترقوی بدون کدام امفریما تحت الجلدی جدار صدر باشد.

مشخصات تشخیصیه تشوهات معمول تنفسی

Lobar pneumonia (تکائف). شروع ناگهانی تب، سرفه، درد صدری، زجرت تنفسی و بلغم زنگ زده اعراض مشخص این مرض اند. شژن موقعیت مرکزی دارد. حرکات صدر در طرف مأوف شاید خفیفاً متاثر شده، با قرع صدر دارای اصمیت بوده، تنفس برانشیل تیوبولر همراه با Crepitation و افزایش اهتزازات صوتی و رزونانس صوتی عالیم کلاسیک تکائف اند. Pleural Friction rub در سطح بالایی تکائف ممکن بعضی اوقات شنیده شود.

Empyema درین حالت تاریخچه درد صدری، مشکلات تنفسی، تب و سرفه موجود می باشد. شروع آن شاید آنی بوده لاکن اکثراً بی سر و صدا است. مریض ترجیح می دهد که به طرف مأوف استراحت نماید. شژن و قلب به طرف مقابل بیجا شده است. صدر شاید در طرف متاثر برجسته بوده (مخصوصاً مسافت بین الضلعی) و حرکات آن محدود باشد. در قرع طرف مأوف Rising dullness، Stony dullness و بعضی اوقات Shifting dullness در قرع طرف مأوف

موجود می باشد. آواز های تنفسی ویزیکولر، بدون کدام آواز اضافی تقلیل یافته یا معدوم می باشد. اهتزازات و ریزونانس صوتی کاهش می یابد.

Collapse یا **Atelectasis** تاریخچه انشاق جسم اجنبی و انتانات متکرر تنفسی باید مشکوک بودن به Atelectasis را بیشتر سازد. شرذن و قلب به طرف موقعیت اتلکتازس از سبب ازدیاد فشار منفی پلورا کشن می گردد. مسافت بین الضلعی شاید در طرف مأوف تنگ باشند. نتیجه قرع تقلیل می یابد، شدت آواز های تنفسی در صورت که قصبه مربوطه باز باشد کاهش می یابد. اهتزازات و ریزونانس صوتی نظر به باز بودن برانش مربوطه کاهش یا افزایش می یابد. ریه مقابله شاید امفریزم معاوضوی نشان دهد.

Fibrosis پلورا ضخیم شده، انتانات متکرر توام با فیپروز mucoviscidosis و فیپروز ایدیوپاتیک بین الخاللی سبب بوجود آمدن عدم کفایه مزمن کلیوی توام با زجرت تنفسی، سیانوز و clubbing می گردد. اگر یک طرفه یا موضعی باشد، صدر منقبض یا کشن شده و در شهیق کمتر حرکت می نماید. میدیاستینوم به طرف ناحیه مأوف کشن گردیده و در نتیجه قرع تقلیل می یابد. آواز های تنفسی سختی یا وزیکولیر و شدت آن کم می باشد. Crackles یا صدای ترق و تروق معمولاً موجود است. تکائف یا کولپس مترافقه شاید سبب ایجاد یافته های کلینیکی اضافی گردد. شواهد corpulmonale مزمن شاید در واقعات طویل المدت ملاحظه گردد.

Pneumothorax درد صدری آنی، زجرت تنفسی و سیانوز نشاندهنده شروع پنوموتوراکس اند. امفریمای تحت الجلدی شاید بالای عنق و یا قسمت های علوی صدر نمایان گردد. شرذن و قلب به طرف ناحیه مقابله تیله شده می باشد. طرف مأوف Hyperinflation یا تورم شدید نشان داده حرکات تنفسی کاهش می یابد. در قرع فرط اصمیت است. آواز های تنفسی سختی و شدت آن کم می باشد. اهتزازات صوتی و ریزونانس صوتی کاهش می یابند. زمانی که Amphoric bronchial breathing موجود باشد، bronchopleural fistula همراه با Whispering pectoriloquy قابل سمع است. تست های Friction و Coin شاید مثبت باشد.

جدول 11.1 نشاندهنده علایم بر جسته فزیکی در امراض معمول ریوی اطفال است.

چندول ۱۱.۱ علایم بر جسته فزیکی در امراض معمول ربوی اطفال

علایم	تکاشف	کوبس	فیرور	انصباب پلورا	پنوموتراکس	امغزها
دیوار صدر با جزبی است.	نارمل	کشش موجود نموده و با جزبی است.	تغیر منصف	فرو رفکی یا کشش واضح دیوار صدری با حرکات حرکات صدر	توزم متاظر مستشر نصف صدر با کاهش حرکات صدری در تنفس	صدر بیتل مانند متاظر با تقویت صدری ضعیف
هیچ	هیچ	به همان طرف یافته	در عین طرف	طرف مقابل	طرف مقابل	جزبی
افراش	اهرتزات	نارمل یا کاهش یافته	کاهش یافته	واضحاً تقلیل یافته	وصاحت	فرط و صاحبت با کاهش اصیبت قلب و کبد
صوتی	اصیبت	خراب	خراب	جزبی	stony dull rising shifting dullness	(گر bronchopleur al fistula بashed) یا جزبی
نتیجه قرع	أوازهای تنفسی	قصصی	جزبی یا قصصی*	جزبی یا قصصی*	جزبی یا زفير طوانی	جزبی یا زفير شاید در سرحد عالی انصباب قصصی
قصصی	أوازهای تنفسی	أوازهای تنفسی	جزبی یا معدوم، شاید در سرحد عالی انصباب قصصی	جزبی یا قصصی*	bronchopleur al fistula بashed) یا جزبی	amphoric bronchopleur al fistula بashed) یا جزبی
روزانس	روزانس	روزانس	جزبی یا برانکوفونی در aegophony	جزبی یا برانکوفونی در bronchophony	تقلیل یافته یا bronchophony	جزبی یا جزبی
صوتی	أوازهای تنفسی	أوازهای تنفسی	bronchophony or whispering pectiloquy	crackles خشن	friction rub	rhonchi ذفيری
• اضافی	• اضافی	• اضافی	آخر هایدرو پنوموتراکس موجود باشد	آخر های crackles	آخر های friction rub	succession یا metallic succession

شیمای ارائه	
معاینات عمومی فزیکی	مسترخ، تنفس سریع یا زجرت تنفسی، آیا مناخر انف و عضلات اضافی تنفسی فعالیت دارند یا خیر، آواز های قابل سمع در جریان تنفس (نالش، سترایدور، croup و بینگ وغیره) حالت تغذی، نمو و انکشاف و سطح شعور. درجه حرارت بدن، نبض، تنفس (اندازه، شکل، خاصیت، عمق، آواز های ابنارمل، رکود وغیره) و فشار خون. کمخونی، سیانوز، زردی، امراض عقدات لمفاوی، برجسته شدن ورید های عنق، معاینات مفصل گوش، گلو و بینی، clubbing، امراض عظام و مفاصل، و موقعیت شژن و ذروه قلب، شواهد corpulmonale مزمن.
تفتیش	شرح یافته ها در مطابقت با اندازه های ستندرد کلینیکی در قدام، جنب و خلف صدر. شکل صدر در قدام، جنب و خلف، برجستگی موضعی (ضلعی یا مسافت بین الضلعی) یا کشن، سوء اشکال (به استثنای سوء شکل ستون فقرات)، حرکات تنفسی، توسع صدر، موقعیت شژن (بسمول عالمه sternomastoid) و ذروه قلب.
جس	ارزیابی حرکات صدر در هر دو طرف، حساسیت، صدای خش خش (امفریمای تحت الحلقی) crackles rhonchi و friction rub و اهتزازات tactile در دو طرف.
قرع	شرح اوصاف (وضاحت، tympanitic) و شدت (فرط وضاحت، نارمل، خراب، stony dull) نتیجه قرع بالای نواحی مختلف در هر دو طرف، و shifting dullness با تغییر وضعیت.
اصناع	شرح اوصاف (سنخی، سنخی خشن، قصبه) و شدت (نارمل، تشدید یافته، کاهش یافته، معدوم) آواز های تنفسی، آواز های اضافی و اوصاف آن (crackles، pleural friction rub,rhonchi) رزونانس صوتی (نارمل، مشده، کاهش یافته، برانکوفونی، whispering pectoriloquy و aegophony و علایم Hippocratic d,Espine Ewarts sign ، friction test ، coin test succussion و غیره. Hamman,s sign sign

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل دوازدهم

سیستم قلبی و عائی

تاریخچه

اعراض موجود بشکل واضح و به ترتیب زمان وقوع آن پرسیده شود. سن شروع عدم کفایه احتقانی قلب را جهت مشخص نمودن این که آیا طفل مريضی ولادی و یا کسبی قلب دارد تعین نمائید. در شیرخواران تنفس سریع، خستگی زودرس در هنگام تنفسی، عدم توانایی در چوشیدن کافی و دوامدار، عدم رشد و اذیما از خصوصیات تشخیصیه کلینیکی CHF بشمار می روند. در اطفال بزرگتر، اندازه عسرت تنفس را ارزیابی و درجه بندی نمایید.

- عسرت تنفس درجه I آن است که هنگام بالا شدن روی زینه ها و یا دویدن در مسافت کوتاه بوجود آید.

- عسرت تنفس درجه II که در زمان اجرای فعالیت های عادی روزمره واقع گردد.

- عسرت تنفس درجه III زمانی گفته می شود که به تعقیب فعالیت های کمتر از حد متوسط مانند رفتن به تشناب و یا رفتن از یک اتاق به اتاق دیگر بوجود آید.

درجه IV آن است که طفل در حالت استراحت عسرت تنفس داشته و orthopneic باشد. اطفال بزرگتر ممکن سابقه palpitation (احساس ناخوشایند تپش قلب) را ارایه نمایند، در حالی که نزد اطفال جوانتر، مادر نظارت کننده ممکن تاریخچه نبضان قابل دید پریکارد و بر جستگی Precardium را حکایه نماید. تاریخچه و زمان شروع سیانوز، Stokes–Adams squatting و cyanotic spell اتفاقی در اثر Syncope بطنی که معمولاً در بالاک تام قلبی واقع می گردد دیده شده که منتج به آنی گردیده که به صورت بنفسهی در ظرف یک دقیقه و یا بیشتر از آن رفع می گردد. طفل ضعف یا غش نموده و ناگهان خائف گشته و بعداً سیانوتیک می گردد، و در هنگام بھبودی واکنش احتقانی سبب سرخی قابل ملاحظه می گردد. درد صدری از سبب اسکیمی میوکارد در اطفال نادر بوده لاکن در پریکارداپس، تضیق شدید و یا Regurgitation ابهر، امراض انسدادی و عایی ریوی، سقوط دسام مایتل و امراض Kawasaki's می

تواند بوجود آید. تاریخچه Arthritis، Chorea و Syncope (از باعث پرسیده شود. آمدن خون از بینی (تب روماتیزم حاد، تضیق ریوی) و آمدن خون با بلغم سینه Arrhythmia (تضیق شدید مایتل، احتشای ریوی، اذیمای ریوی) ممکن در اثر حالات قلبی ذکر شده واقع گردد. تاریخچه تداوی و وقايه با پنسیلین در مریضانی که اشتباه امراض روماتیزم مل قلبی نزد شان موجود باشد، پرسیده شود. تاریخچه انتان متکرر تنفسی نشان دهنده شست یا تغییر چهت چپ-به-راست است. مریضانی که تب روماتیسم دارند شاید تاریخچه متکرر درد گلو ستریتوکول را ارایه نمایند.

تاریخچه فامیلی قرابت نسبی، امراض قلبی و فرط فشار خون در میان برادران، خواهران و والدین پرسیده شود. خطر امراض ولادی و حتی رماتیسم قلب در میان اقارب در مقایسه به مردم عام بیشتر است. دیابت شکری مادر توام با Transposition اوعیه بزرگ و سندروم هایپوپلاستیک قلب چپ در اولاد می باشد. تاریخچه مادری روپیلا، کله چرک و انتنان دیگر ویروسی و اخذ ادویه در دوران ترایمستر اول حاملگی که در آن ارگان های عضویت تشکیل می گردد، پرسیده شود. سندروم روپیلا توام با Patent Ductus Arteriosus بوده در حالیکه کله چرک در جریان حاملگی ممکن توام با Fibroelastosis اندوکاردیوم در جنین باشد.

معاینات عمومی فزیکی

ارزیابی نمایید آیا طفل راحت است یا Orthopnea، شدت Dyspeneic، وضعیت (Orthopnea)، نمو و انکشاف فزیکی طفل ارزیابی گردد. Hurler's Marfan's syndrome Phenotype های مخصوص Malor Glycogenosis و Down syndrome و Turner's syndrome syndrome های انکشافی و کروموزومی را ارایه می نماید.

نبض . نبض کعبی با فشار دادن ملایم شریان با نوک انگشتان اشاره و متوسط در مقابل نهایت سفلی Radius معاینه می گردد. جس نبض کعبی در اطفال نوزاد و شیرخواران مشکل است. نبض را می توان در چندین شریان محیطی دیگر مانند شرایین عضدی، ثباتی، فخذی، رکبی، خلف قصبه، و قسمت ظهری قدم ثبت نماییم. مشخصات ذیل باید یادداشت گرددند.

جدول 12.1 سوء اشکال معمول قلبی توام با سندروم های انکشافی و کروموزومی

سندروم	فینوتایپ	سوء اشکال ولادی
1. سندروم Alagille	Micrognathia، پیشانی برامدۀ عریض، چشم های عمیقاً فرورفتۀ cholestasis، سوء شکل پروانه مانند فقرات، فلنگس های بعیده کوتاه	تضیق شریان ریوی محیطی زیاد معمول است
2. CHARGE association	Coloboma atresia choanae، تاخیر نمو و انکشاف، هایپوپلازی تناسلی، سوء اشکال گوش و کری، سوء شکل وجه (پیشانی پهن، روی چار گوش، عدم تناظر وجه، نوک بینی طویل، سقوط جفن، ابرو های قوسی، گوش های از پهلو برامدۀ فلج ازوج قحفی، هایپوکلسمیا).	70-80% نقیصه های قلبی داشته مخصوصاً سوء شکل conotrunka مانند TOF، بطین راست که خروجی دو برابر داشته باشد، truncus arteriosus و قوس ابهر فاصله دار
3. سندروم de Lange	ابرو های انبوه، مژه های طویل مجعد، بینی کوچک با مناخر انفی منحرف بقدم، فرورفتگی طویل بالای لب، منحنی کج دهن بطرف پایین، تاخیر دماغی	نقیصه حجاب بین البطینی
4. سندروم Di George (Deletion 22q 11)	دهن ماهی، هایپرتیلوربیزم، کجی چشم پر عکس منکولیابی .velopharyngeal hypoplasia یا عدم تشکل تایمس و پاراتایرویید، تیتانی، فقدان معافیت داخل الحجری	قوس ابهر مقطوع یا فاصله دار و truncus arteriosus، tetralogy of Fallot
5. سندروم Down (trisomy-21)	Brachycephaly، تمایل چشمها بطرف بالا، عظم قفوی هموار، لکه های brushfield، دهن کوچک با زبان برآمدگی ترکیده، هایپوتونیا، انگشتان کوچک به درون کج شده، چین های میمون مانند، تاخیر انکشافی	نقیصه متكا اندوکارد، نقیصه کاتال اذینی بطینی و نقیصه حجاب بطینی در 50% واقعات، Fallot's tetralogy، (بدون Transplantation شرایین بزرگ)
6. Duchenne's muscular dystrophy	تشوشتات مرتبط با جنسیت با خصیقت پیشرونده عضلي، هایپرتروفی نرمۀ ساق پا از سبب ارتashان شحمی، علامه Gower's مثبت و رفتار مرغابی	کاردیومایپاتی
7. سندروم Ellis-van Creveld	صدر و بطن بی شکل باریک و طویل (اضلاع کوتاه)، چندین بند لب بالایی، کام و لب چاکی، دندانهای ناقص، انگشتان اضافی در محور خلفی دست ها، کوتاهی اطراف، مو های تُنک، ناخن های هایپوپلاستیک، ایغیزس مخروط مانند، عظام کوچک حوصله، epispadias و genu valgum	ASD (50%) و اذین واحد

	جدول 12.1 سوء اشکال معمول قلبی توام با سندروم های انکشافی و کروموزومی (ادامه)	
EKG	ضخامة قلب با يا بدون تغيرات (انحراف محور چپ، فاصله PR كوتاه، QRS complex وسیع).	هایپوتونیای واضح، زبان بزرگ، ضخامة کبد، انکشاف نازل دماغی، دندان های مقدم
در 50% واقعات ASD، VSD فامیلی		سوء شکل عظام ساعد از سبب عدم موجودیت يا هایپوبلازیا عظم رادیوس، انکشтан سه بندی يا عدم تشکل شست ها، انکشтан بهم چسبیده يا شش انگشتی
برگشت ابهر يا میترال، امراض شرایین اکلیلی، پرولپس دسام میترال		قواره خشن، لب های خنیم و بینی عربیض، قرنیه مکدر، ضخامة کبد و طحال يا تاخیر دماغی
تضییق ابهر، کاردیو مایوباتی ضخاموی، نقیصه های انتقالی در EKG		lentigenes متعدد بالایی گردن و قسمت بالایی تنہ، هایپرتیلوریزم، تاخیر نمو، سوء شکل دستگاه تناسلی و کری.
انساع بنیاد ابهر با بازگشت ابهر، پرولپس دسام میترال		قد بلند، بازو ها و انگشتان پینجه های باریک و طویل، علامه "thumb sign" مشتبث (نوك شست و قنیکه مشت بسته شود از آنسوی سرحد ulnar کف دست می براشد)، بیجا شدن عدسیه، سگمنت سفلی بدن به تناسب سگمنت علوی طویل تر می باشد، بازو های طویل.
تضییق دسام ریوی یا ASD، سوء شکل دسام ریوی، تضییق ریوی محیطی، کاردیو مایوباتی ضخاموی.		فینوتایپ Turner مانند، گردن پوست دار، هایپرتیلوریزم با کجی خطوط پلکی معکوس منگلوبیب، صدر فشرده شده، نهان خایگی و بیضه های کوچک

در Marfan syndrome معدوم است. حالات که مناظر فینوتایپ دیگر آن مشابه homocystinuria Thumb sign می باشد.

جدول 12.1 سوم اشکال معمول قلبی توام با سندروم های انکشافی و کروموزومی (ادامه)

تضیق شرایین ربوی محیطی، patent ductus arteriosus	chorioretinitis metaphysitis.	Rubella .14 سندروم
VSD، قوس ابهه طرف راست و تترالوجی فالوت.	بینی متبارز با جندر انفی عریض، کام چاکی، هایپو پالزیا گونه، وجه طویل، خطوط باریک قابل جس، به عقب بودن فک، تنشو شات تکلم و آموزش	15 سندروم Shprintzen's (Velocardion facial syndrome)
تقریباً یک سوم دارای نقصه های قلبی، VSD، TOF	ترومو بوسایتوپنیا، عدم موجودیت یا هایپو پلازیا عظام رادیوس یا کعبه	16 سندروم TAR
PDA، ASD، VSD در 90% واقعات قلب طرف راست.	چشم انکشافی، کولوبوما، هایپو پلازیا قسمت وسطی و چشم، کام الب چاکی، راس کوچک، بینی هموار و وسیع، فک کوچک، گوش ها در موقعیت پایین، hemangioma وعایی، خطوط میمون مانند، نقصه های موضعی راس، holoprosencephaly ها و پا ها، سوء شکل قابضه انگشتان	Trisomy 13-15 .17 (Patau's syndrome)
(70%) PDA، (90%) VSD، (20%) ASD در چندین ساحه واقع گردد.	راس کوچک، راس دراز، عظم قفوی برجسته، چشم ها و فوجه دهانی کوچک، گوش های پایین افتاده، فک کوچک، عظم قص کوتاه، مشت بسته با انگشتان برآمده، خطوط میمون مانند، پنجه اول کوتاه، پاهای Rocker bottom	Trisomy 17-18 .18 (Edward's syndrome)
Rhabdomyoma یا تومور عضله قلب	ادینوما شحمی، مرگی، ترسیب کلسیم داخل القحفی، تاخیر دماغی	Tuberous sclerosis .19
کوارکتیشن یا تنگی ابهه (OX) و تضیق ربوی (XO/XY)، دسام ابهه دو برگه.	لمف ادینومایی، ظهری دست ها و پا ها در اثنای دوران طفولیت، وجه مثلفی با چشم انکشافی معکوس منگولیایی ها، صدر وسیع با فاصله زیاد نوک پستان، گردن کوتاه پوست داد، خط سفلی تر مو ها، ساعد کج، فتدان قاعده ای، قد کوتاه	سندروم .20 Turner's (Monosomy X)
در حدود 50% نقصه های قلبی دارد. VSD زیاد معمول است.	نقایص فقرات، و atresia اتریسیا مری شزنی توام با فستولا، سوء اشکال کلیوی و رادیال، و نقایص نهایات	VACTERL .21 امیزش
تضیق فوق دسامی ابهه، تضیق شرایین ربوی، تضیق شرایین ربوی، تضیق شرایین کلیوی یا اکلیلی	وجه جن مانند، خطوط باریک قابل جس، بند بینی هموار، عنیبه پرتو دار، چاله بالای لب طویل، لب های برجسته، تاخیر دماغی، هایپر کلسیمیا در دوران شیر خوارگی	سندروم .22 William's (Deletion 7 q11)



تصویر 12.1 مشاهده نبض نوع water hammer با بازو مريض در کثر، همچنان بند دست چنگ زده که نبض کبیری به مشکل جس می گردد. وقتی که بازو مستقیماً به امتداد بدن بلند گردد، اگر خاصیت کولپس دائمه پاشد نبض کبیری به سهولت جس می گردد.

اندازه (ضربان/ دقیقه) حجم (فشار) فشار (قوه لازمی جهت معده نمودن نبض) Rhythm (حجم و سرعت)، مشخصات (نارمل، متصل، کولپس یا نبض Water hummer و یا plateau)، نبض متناوب (ضربان متناوب قوى و ضعيف) نبضان (ضربان متناوب نارمل و بیجا شده) bigeminus نبضان Paradoxus، نبض سمت مقابل و فخذی (حجم و رابطه زمانی آن با نبض کعبri) باید ارزیابی گردد (تصویر 12.1). ارزیابی ضخامة جدار وعایی در اطفال مهم نیست. کاهش نبض بواسطه ثبت همزمان سرعت قلب و سرعت نبض دریافت گردد. (فبریلیشن sinus arrhythmia (auricular و ectopic

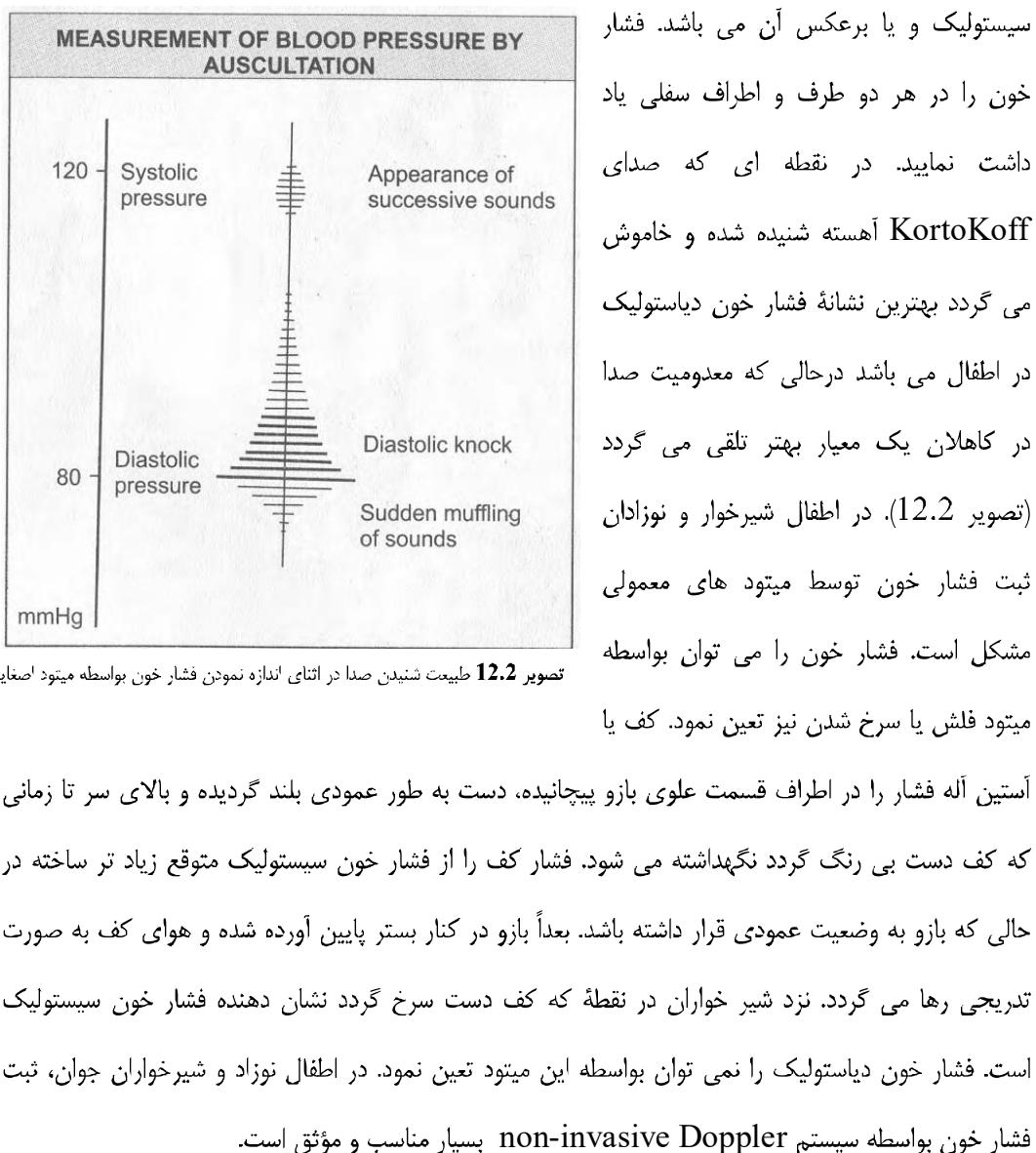
که در آن سرعت نبض در اثنای شهیق سریع گردیده و در زمان ذفیر بطی می شود در نزد اطفال معمول و فزیولوژیک است.

نبضان alternans با ضربان قوى و ضعيف متناوب از سبب خرابي شدید وظایف بطین چپ مشخص می گردد. Pulsus Paradoxus یک اسم غلط بوده، بخارطی که این یک یافته فزیولوژیک اغراق آمیز است که در آن فشار شریانی یا حجم نبض بطور قابل ملاحظه در اثنای شهیق عمیق کاهش یافته و یا حتی معده نمودن می گردد. فشار سستولیک خون در اثنای شهیق در مقایسه به ذفیر اضافه تر از 10 mm Hg پایین تر می گردد. Pulsus Temponade قلبی (انصباب پریکاردیوم، و پریکاردیت فشاری) و در استما قصبه شدید و پنوموتوراکس یا انصباب پلورا دیده می شود.

درجه حرارت. تب ممکن از سبب فعالیت روماتیزم، اندوکاردیت باکتریای تحت الحاد، احتشاء ریوی، و انتانات صدری بوجود آید. همچنان تب ممکن بخارط اسباب که به حالات قلبی ارتباط نداشته باشد واقع گردد.

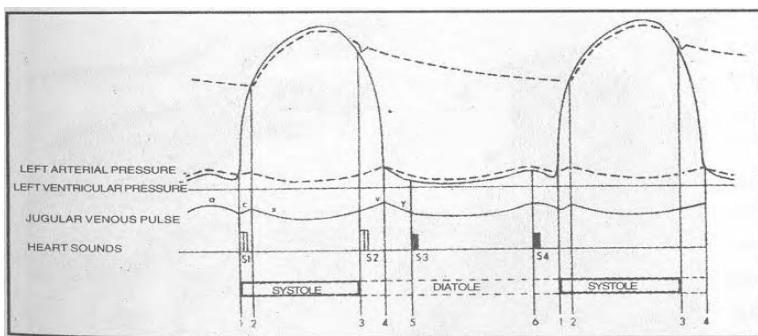
سرعت تنفس. تنفس سریع در عدم کفایه احتقانی قلب، anoxic spells، امبوی ریوی و مداخله انتانات تنفسی دیده می شود.

فشار خون. اندازه مناسب کف (2/3) قسمت علوی بازو را پوشانیده و یا باید 20% نظر به قطر اطراف علوی عریض تر باشد) ضروری است. استفاده از کف تنگ یا باریک آله فشار خون توام با تفسیر نادرست فشار خون بلند



تصویر 12.2 طبیعت شنیدن صدا در اثنای اندازه نمودن فشار خون بواسطه میتوود اصنایی.

کم خونی، سیانوز، زردی (احتقان مزمن کبدی، احتشاء ریوی)، لمف ادینوپاتی و اذیما باید جستجو گردد. سیانوز تشخیص دهنده ممکن از سبب شنت راست به چپ توسط Patent Ductus Arteriosus که باعث فرط



تصویر 12.3 12 سایکل قلبی، ارتباط زمانی ضربان ورید و داجنی با صداهای قلبی، سیستول و دیاستول قلبی یاداشت گردد.

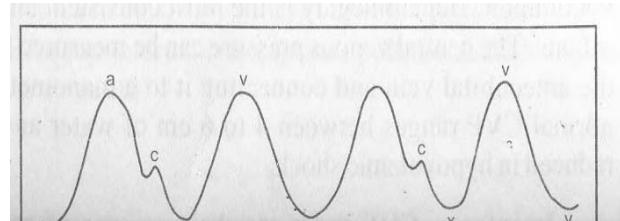
جریان معکوس از طریق Ductus Arteriosus موجود باشد، انگشتان دست به تناسب پنجه های پا بیشتر سیانوتیک خواهد بود.

اندازه SaO_2 در دست راست (post-ductal) باید با پای (pre-ductal) بخارط تفکیک سیانوز مقایسه گردد. در اطفال نوزاد و شیرخواران، اذیما ناحیه عجزی و پندیدگی چشمها ممکن دیده شده در حالی که اذیما پاها نادر است.

splinter و واضح در اطفالی که امراض سیانوتیک قلبی دارند دیده می شود. Clubbing ناخنها. نودل های سرخ حساس بالای نوک انگشتان در اینجا نوک اندوکاردیت بکتریایی تحت الحاد می باشد. Osler hemorrhage غدوات معافیتی و اکیموز کف دست (آفت Jane ways) نشاندهنده اندوکاردیت بکتریایی تحت الحاد می باشد.

جلد و مفاصل. نودول های تحت الجلدی Chorea Erythema Marginatum و تورم مفاصل را جستجو نموده زیرا نشان دهنده فعالیت روماتیزمی است. هرچند خوش بختانه Chorea و التهاب مفاصل هیچگاه با

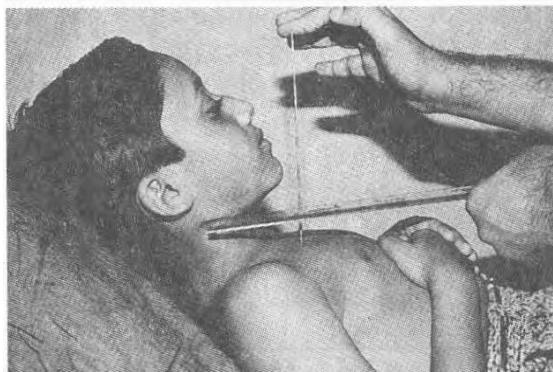
فشار شدید شریان ریوی می گردد واقع شود. انگشتان گلابی با پنجه های آبی نشان دهنده ارتباط نارمل اوعیه بزرگ است. وقتیکه تغییر موقعیت کامل اوعیه بزرگ، همراه با فرط فشار ریوی و



تصویر 12.4. نیض وریدی دارای سه موجه مثبت؛ a، c و v و دو موجه منفی یا نزولی؛ x و y می باشد.

هم یکجا نمی باشند. اطفال توام با CHF ممکن عرق سرد پیشانی بخاطر فرط فعالیت عصب سمپاتیک در تیجه کاهش دهانه قبلی داشته باشند. مفاصل و گلو برای عالیم التهابی معاینه گردد.

قرع عین. حال های Roth (خونریزی های بیضوی شکل توام با مرکز خافت) ممکن در اندوکارдیت بکتریایی تحت الحاد ملاحظه گردد. در Patent Ductus Arteriosus regurgitation اوعیه رقصنده



تصویر 12.5 میتود ارزیابی فشار ورید وداجی. طفل به وضعیت trendelenburg با زاویه 45° خوابانیده شود. سویه پر بودن ورید های وداجی نسبت به زاویه Louis به کمک دو خط کش پلاستیکی طوریکه در تصویر نشان داده شده است اندازه ییگردد. وقتیکه JVP بطور برجسته بلند باشد، ورید های عنق ممکن مستقیماً تا به زاویه فک بر جسته گردیده و حتی وقتیکه طفل نشسته باشد قابل دید است.

شبکیه مشخص کننده می باشد.

عنق. برای ارزیابی فشار وریدی و اشکال امواج نبض بهتر است از ورید وداجی داخلی استفاده شود. فشار ورید وداجی (نارمل یا بلند)، نبضات وریدی و شریانی و thrill جستجو گردد. ارزیابی JVP یا ضربان ورید وداجی در اطفال بخاطر کوتاه بودن گردن شان مشکل است. اطفالی که عدم کفایه احتقانی قلب دارند، اورده راس شان ممکن برجسته و پُر باشد. غده تایرویید بخاطر بزرگی و Bruit یا صدا معاینه گردیده تا Thyrotoxicosis رد شود.

نبضات وریدی. نبضات وریدی در ارتباط با مراحل مختلف سیکل قبلی در تصویر 12.3 ترسیم گردیده است. نبض نارمل وریدی در تصویر 12.4 نشان داده شده است. بر عکس نبضات شریانی، نبضات وریدی قابل جس نبوده و در وضعیت عمودی به سهولت قابل دید نمی باشند. شهیق نبضات وریدی را بوسیله ای ازدیاد برگشت وریدی به صدر افزایش می دهد.

این حالت در اطفالی که auricular fibrillation انسداد قسمت علوی میدیاستینوم و پریکاردایتس (نزول برجسته Y) دارند معدوم می باشد. امواج بزرگ (a) یا استوانه ای در تضییق یا اتریزیا تراکسپید، تضییق ریوی، فرط فشار شریان ریوی، مرض Ebstein، Ectopic beats، Nodal rhythm، قلبی دیده شده و امواج بزرگ (V) در اطفالی که regurgitation تراکسپید دارند، قابل ملاحظه است.

کبد، جهت سایز، حساسیت، نیضانات، ریفلکس کبدی و داجی (فشار بالای ناحیه کبدی مترافق با تراکم خون در اورده عنق می باشد) معاینه گردد. ریفلکس کبدی و داجی علامه به خطر افتادن بطین راست می باشد. ضخامة کبد علامه بسیار موثق CHF در اطفال است.

طحال. ضخامة طحال ممکن از سبب اندوکاردیت باکتریابی تحت الحاد یا مداخله انتنات مانند ملاریا یا طحال. ضخامة طحال علائم عدم کفایه احتقانی قلب. عسرت تنفس، تکی کاردی، بلند بودن فشار ورید و داجی، کبد بزرگ و حساس،

اعلایم عدم کفایه احتقانی قلب. عسرت تنفس، تکی کاردی، بلند بودن فشار ورید و داجی، کبد بزرگ و حساس، اذیما، ضخامة قلب و کریپتیشن های قاعدوی از جمله علایم تشخیصیه کلینیکی CHF می باشند. فشار ورید و داجی بواسطه مشاهده تراکم خون در عنق ارزیابی می گردد. مریض در حالی که عنق آن به زاویه 45° بلند تر قرار داشته باشد استراحت می نماید. مسافت عمودی از زاویه Louis (زاویه قص) تا به خط ترسیم شده خیالی از نهایت علوی ردیف ورید و داجی فشار ورید و داجی گرفته شده که توسط سانتی متر اندازه می گردد (تصویر 12.5). زمانی که JVP سه سانتی متر بلند تر از زاویه قصی یا تراکم خون ورید و داجی داخلی بالاتر از سطح ترقوه باشد غیر نارمل تلقی شده و نشان دهنده CHF، انصباب پریکاردیوم، کانستربیکتیو پریکاردایتس، و کتله منصف می باشد. در اطفال ارزیابی فشار ورید و داجی از باعث کوتاه بوده عنق غیر موثق بوده و اذیما وابسته آن غیر معمول است. ضخامة کبد علامه بسیار ثابت و موثق عدم کفایه احتقانی قلب در شیر خواران است. فشار ورید مرکزی را می توان بواسطه وارد کردن یک سوزن در ورید antecubital یا قدمی زندی و وصل نمودن آن با آله فشار سنج که توسط سالین یا محلول نمک پر گردیده باشد اندازه گیری نمود. حدود نارمل فشار ورید مرکزی بین 4 – 6 سانتی متر آب بوده و این حالت در CHF بلند رفته و در شاک هایپوولیمیک کاهش می یابد.

در شیر خواران، CHF نشان دهنده موجودیت اینارملتی های شدید قلبی مانند تضییق یا اتریزیا شدید، شنت چپ به راست، Valvar Regurgitation و حالات توام با تغییر موقعیت فزیولوژیک می باشد. CHF ممکن بواسطه کمخونی، اندوکاردیت انتناتی، فرط فشار سیستمیک و امراض مترافقه میوکارد تشیدید یابد. زمان آغاز CHF جهت مظنون شدن به ماهیت امراض اساسی ولادی قلبی موثر است (جدول 12.2). در اکثر موارد امراض ولادی قلب،

CHF معمولاً در جریان 3–6 ماه اول حیات واقع می‌گردد. در حقیقت، اگر CHF در جریان سال اول حیات واقع نگردد، بعید است تا سن 10 سالگی و یا بیشتر از آن واقع گردد.

جدول 12.2 زمان شروع عدم کفایه احتقانی قلب در اطفال مصاب امراض ولادی قلب

آفات قلبی	سن شروع
اتریزیا یا تضیق و خیم valve های ریوی، مایتزال و ابهر	سه روز اول حیات
سندروم قلبی هایپوبلاستیک چپ به راست، تغیر موقعیت و موقعیت غیر طبیعی شرایین بزرگ	4 روزه گی تا 1 هفته
کامپلکس تغیر موقعیت و موقعیت غیر طبیعی fibroelastosis اندوکارد، تنگی با فشردگی ابهر	4-1 هفته
کامپلکس malposition و transposition cushion یا متکا اندوکارد، تقیصه غشای	2 ماه
بطینی، patent ductus arteriosus، تنافص کامل ارتباط اورده ریوی، تنافص شریان اکلیلی چپ از شریان ریوی.	1-6 ماه*
کامپلکس تغیر موقعیت و موقعیت غیر طبیعی، تقیصه غشای بطینی، patent ductus arteriosus	6 ماه*
تنافص مجموعی ارتباط ورید ریوی، تضیق ابهر، تنگی یا فشردگی ابهر	

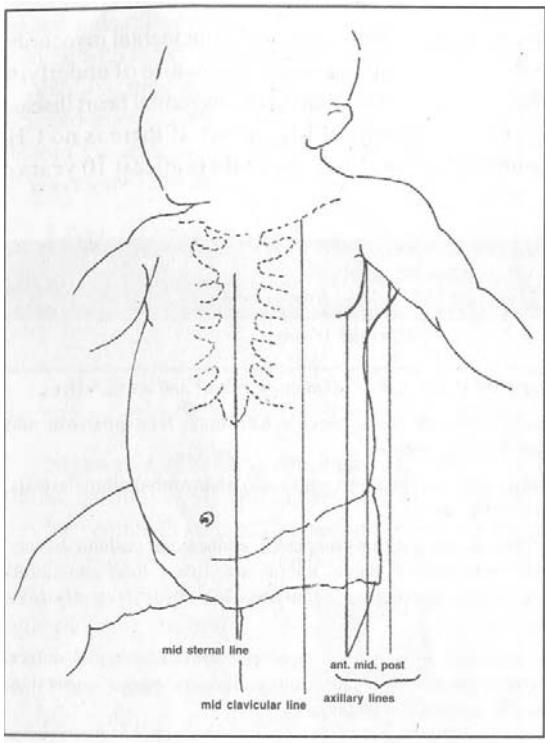
* سقوط آئی مقاومت و عایی ریوی در اثنی 6 ماه حیات با تشدید شنت چپ به راست.

معاینه قلب

تفییش

برجستگی پروکاردیوم (ضخامه قلبی طویل المدت)، و برجستگی مسافت بین الصلعی (انصباب پریکارد) باید جستجو گردد. در اینجا چندین خط صدری برای معاینه قلب جهت نشان دادن درجه بزرگی قلب معرفی گردیده اند (تصویر 12.6).

نبضاتان پریکارد. ملاحظه نماید که آیا پریکارد آرام است (انصباب پریکارد، فایروایلسزو اندوکارد، مرض (Ebstein's) و یا هایپر دینامیک، هایپر کنیتیک (کم خونی، تایرو توکسیکوز، شنت چپ به راست، بازگشت ابهر،



تصویر 12.6. خطوط Reference صدری که برای ارزیابی ضخامه قلب استفاده میگردد.

مايتزل و غيره) است نبضات فوق القصى و epigastric، اورده متسع بالاي صدر، شريان Collateral يا مجاور و غيره جستجو گردد.

جس

ذروه قلب. عبارت از پاين ترين و دورترین نقطه قابل جس برای ضربان بطين چپ است. زمانی که طفل نشسته و به قدام تمایل داشته باشد، ذروه قلب بهتر جس می گردد. زاوية Louis يا زاویه ای عظم قص رهنمای خوب برای شمردن مسافت بین الصلعی است. که بشكی يك برامدگی که دسته عظم قص را با بدن آن وصل می نماید احساس می گردد. ضلع مترادف با زاویه قصی ضلع دوم و مسافة تحت آن عبارت از مسافة بین الصلعی دوم می باشد.

در اطفال قبل از مكتب ذروه قلب در مسافة بین الصلعی چهارم اندکی وحشی تر از خط متوسط ترقوی قرار دارد. در اطفال بزرگتر، در مسافة بین الصلعی پنجم بطرف داخل و يا علوی خط متوسط ترقوی موقعیت دارد. تعیین نمایید که آیا قابل دید است و يا خیر (در هر دو طرف دیده شود) محل آن (بالا، پایین و بیرون، بطرف خارج، داخل و يا طرف راست) و مشخصات آن (نارمل، ضعیف، ضربات آهسته، ضربات سنگین و هایپرکنیتیک). ضربان آهسته ذروه نشان دهنده صدا اول در موقعیت مايتزل بوده، درحالی که ضربات سنگین (قوی، وسیع و ثابت) ذروه نشان دهنده هایپرتروفی بطین چپ از سبب فشار اضافی می باشد. ذروه قلب هایپرکنیتیک بواسطه تشیدید مریضی - PDA، فشار ثابت ضربه قلب مشخص می گردد و در حالاتی که توام با افزایش حجم (كمخونی، بازگشت ابهر، VSD، MR، تایروتوکسیکوزس) باشد دیده می شود. Heave پاراسترنل چپ (از سبب ضخامه بطین راست يا ضربان انتقال یافته از توسع اذین چپ) و شاک دیاستولیک (صدای دوم قابل جس) باید جستجو گردد. نقطه

ضریان اعظمی (PMI) در تعین این که آیا بطین چپ یا راست مسلط یا غالب است کمک کننده می باشد. در مریضانی که بطین چپ تسلط دارد، PMI در ذروه بوده در حالی که با متباز بودن بطین راست ضربه قلب در سرحد سفلی چپ قص به حد اکثر می رسد.

لرزه یا **Trill**. احساس اهتزاری ساختمان عضلاتی قلب که از طریق جدار صدر انتقال می یابد (مثل خرخ پشک) بنام لرزه یا Thrill یاد می گردد. این حالت توام با مرمر درجه چهار یا بیشتر می باشد. محل و زمان Thrill یادداشت گردد. موجودیت Thrill شواهد بسیار یقینی امراض اساسی عضوی قلب در مقابل موجودیت مرمر می باشد. مرمر های وظیفوی هیچگاه توام با Thrill نمی باشد.

قرع

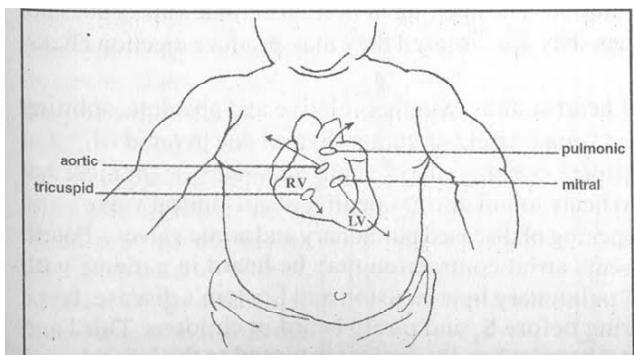
قرع منفعت کلینیکی محدود داشته و جهت ارایه حدود و ارزیابی اندازه قلب استفاده می گردد. در انصباب پریکارد اصمیت به آن طرف ذروه توسعه یافته، و در اینجا اصمیت در بالای مسافة بین الصلی دوم طرف چپ که با نشستن مريض غایب می گردد یعنی اصمیت انتقالی یا c.f. (Shifting dullness فرط فشار ریوی). اصمیت بالای مسافة دوم بین الصلی طرف راست و قسمت دسته ای عظم قص ممکن در انیوریزم ابهر و موجودیت کتله منصف (تايمس) دیده شود.

اصغاء

استفاده از ستاتسکوب توسط شاگردان به منظور نشانه اعتبار جرمی نیست، لakin شخصیت شما زمانی خدشه دار خواهد شد که فهم و درک شما ضعیف باشد. مسلماً بخش بسیار مهم ستاتسکوب قسمت بین گوش ها و دماغ شما است.

John Apley

بعد از تفتیش، اصغاء قلب در طفل خوابیده قبل از اینکه بواسطه جس و یا قرع بیدار و ناراحت گردد معقول خواهد بود. در هنگام اصغاء بهتر است یک بازیچه، قلم یا انگشت خود را در اختیار طفل گذاشته تا از گریه و ناراحتی که



تصویر 12.7 نواحی اصنا قلب. صداهای قلبی مسیر جریان خون را تعقیب می‌نماید. نقشه چهار ناحیه ستدرد قلبی مطابق وضعیت اتوومیک دسامهای قلبی بواسطه تبر نشانده شده است.

بواسطه ستاتسکوپ ایجاد می‌گردد، جلوگیری صورت گیرد.

قطعه صدری نوع Bell دریافت

حوادث دارای فریکونسی ضعیف (مرمر

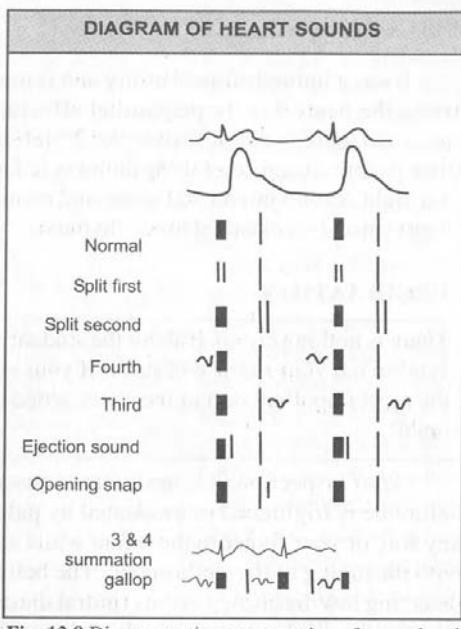
دیاستولیک مایتلر و آواز سوم قلب)

مناسب و بهتر بوده، در حالی که دیافراگم

به صورت انتخابی برای اصغاء آوازها و

مرمرهای با فریکونسی بلند استفاده می‌گردد. ستاتسکوپ با کیفیت عالی با تیوبهای کوتاه و گوشیهای رابری قابل انعطاف، گوشهای بدون چرک و پرده سالم و بی عیب گوش معاینه کننده، طفل خاموش و محیط آرام و بی سر و صدا برای نتیجه اصغاء مطلوب تعین کننده می‌باشند. دسترسی به ایکوکاردیوگرافی خمیر اکثریت کاردیولوژست‌ها را ضعیف ساخته است.

نواحی مایتلر (ذروه قلب)، ترای کسپید (بالای غضروف خنجری)، مسافتات بین الصلعی سوم و چهارم پاراسترنل، ریوی (مسافة بین الصلعی دوم هم سرحد با کثار چپ عظم قص) و A1 (مسافة بین ضلعی دوم هم‌جاوار با سرحد راست عظم قص)، اوعیه عنق، کنارها و خلف صدر و غده تایرویید باید اصغاء گردند (تصویر 12.7). اصغاء باید در وضعیت‌های برپشت خوابیده، عمودی، جنبی چپ و متمایل به قدام نزد مریض صورت گیرد.



تصویر 12.8 نمایش دیاگراماتیک صداهای نارمل و اینارمل قلب.

آوازهای قلبی. ارتباط زمانی بین حواست در سیکل قلبی و

تولید آوازهای قلب و نبضات ورید و داجی بشکل

دیاگراماتیک در تصویر 12.8 نشان داده شده است. صدای

اول نارمل قلب دارای تُن پایین، شدت بیشتر و دوام زیادتر

بوده و وقفه‌ای که قبل از آن می‌آید طولانی تراز وقفه‌ی

بعدی می‌باشد. صدای اول قلب (بسته شدن دسامات مایترل

و ترای کسپید) در ساحه مایترل خوبتر شنیده شده درحالی که

صدای دوم قلب (بسته شدن دسامات ابهر و ریوی) در نواحی

ریوی و ابهر بهتر شنیده می‌شود. آواز دوم قلب دو جزء دارد،

صدای بسته شدن ابهر (A2) و صدای بسته شدن ریوی

(P2). در اثنای ذفیر، هر دو جزء بالای یکدیگر قرار گرفته و

در نتیجه باعث تولید آواز دوم قلبی بصورت واحد می‌گردد. در اثنای صفحه شهیق تنفس، A2 اندکی زودتر واقع

شده، در حالی که P2 تاخیر می‌نماید که در نتیجه جدایی (Split) آواز دوم بوجود می‌آید. P2 بصورت نورمال

به اندازه A2 بلند بوده و در اطفال منشعب می‌شود. (مخصوصاً در اثنای شهیق). P2 تا سن 3 – 6 ماهگی

نسبت به A2 بلند تر می‌باشد. ارزیابی دقیق S2 کلید تشخیصیه را برای تعداد از حالات کلینیکی فراهم می‌سازد

(جدول 12.3). وقتی که (Split) در اثنای هر دو صفحه شهیق و ذفیر شنیده شود، بنام جدایی (Split) وسیع یاد

می‌گردد. زمانی که اندازه جدایی یا (Splitting) در زمان شهیق و ذفیر از هم متفاوت باشد، بنام (Split) وسیع

و متغیر یاد می‌گردد، و چون در اثنای شهیق و ذفیر متغیر نباشد، بنام (Split) وسیع ثابت یاد می‌گردد. باز شدن

دسamat نارمل قلب سبب تولید هیچ نوع صدا نشده لاتن وقتی که مأوف گردند ممکن صدایی خروجی یا

Ejection Clicks

شدت آوازهای قلبی که آیا نسبی است یا مطلق مشاهده گردد، Splitting (ثابت یا متغیر)، آواز سوم قلبی (ریتم

یا سه گانه که در اثر پُر شدن سریع بطبیت در جریان دیاستول مقدم)، Opening Snap Gallop

تُند در داخل ذروه که دقیقاً آواز دوم قلب را تعقیب نموده و در اثر باز شدن دسام سفت شده میترال بوجود می آید، و click خروجی سیستولیک (باز شدن دسامات مرضی ریوی و ابهر). آواز چهارم قلب که در اثر تقلص اذین بوجود می آید، عبارت از آوازِ با آهنگ پایین بوده که قبل از S1 واقع شده و ندرتاً در اطفال شنیده می شود ممکن در مریضان مصاب تضییق شدید دسام ریوی، فرط فشار ریوی و مرض Ebstein موجود باشد. آواز های سوم و چهارم قلبی زمانی بهتر شنیده می شوند که مریض به طرف چپ دور خورده و توسط bell ستاتوسکوپ اصغاء صورت گیرد. آواز های قلبی و مرمر باید به قسم دیاگرام داخل چارت گردند. آواز ها و مرمر های قلبی باید بصورت دیاگراماتیک طوری که در اشکال 11.9 و 11.10 نشان داده شده است ترسیم گردند. اهمیت و میکانیزم تولید آواز های غیر نارمل و خارج قلبی در جدول 12.4 نشان داده شده است.

مرمر های قلبی.

در نتیجه اغتشاش جریان خون در داخل یا نزدیک دسام یا بخاطر ارتباط غیر عادی داخل قلب تولید می شود.

جدول 12.3 وصف کلینیکی S_2 غیر نارمل

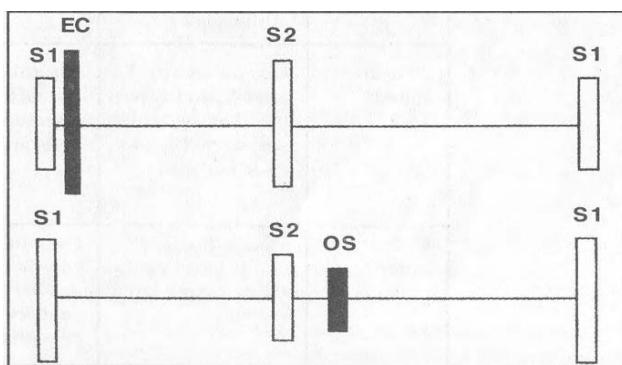
Abnormal splitting of S_2

1. Widely split and fixed S_2
 - I. Volume overload (ASD, TAPVR)
 - II. Electrical delay (RBBB, WPW syndrome type A)
 - III. Early aortic closure (MR)
2. Wide and variable split S_2
 - I. Pulmonary stenosis
 - II. Mitral regurgitation
 - III. VSD
 - IV. Partial anomalous pulmonary venous connection with intact atrial septum
3. Narrowly split S_2
 - I. Pulmonary hypertension
 - II. Aortic stenosis
4. Single S_2
 - I. Pulmonary hypertension
 - II. One semilunar valve (PA, AA, PTA)
 - III. P2 not audible (TGA, TOF, severe PS)
 - IV. Severe aortic stenosis
5. Paradoxically split S_2
 - I. Severe aortic stenosis
 - II. Left bundle branch block (WPW syndrome)
 - III. PDA
 - IV. Severe hypertension
 - V. Aortic regurgitation

Abnormal intensity of P_2

1. Increased P_2 (pulmonary hypertension)
2. Decreased P_2 (severe PS, TOF, tricuspid stenosis)

ASD: atrial septal defect; TAPVR: total anomalous pulmonary venous return, PS: pulmonary stenosis, RBBB: right bundle branch block, LBBB: left bundle branch block, VSD: ventricular septal defect, MR: mitral regurgitation, PA: pulmonary atresia, AA: aortic atresia, PTA: persistent truncus arteriosus, TGA: transposition of great arteries, TOF: tetralogy of Fallot.



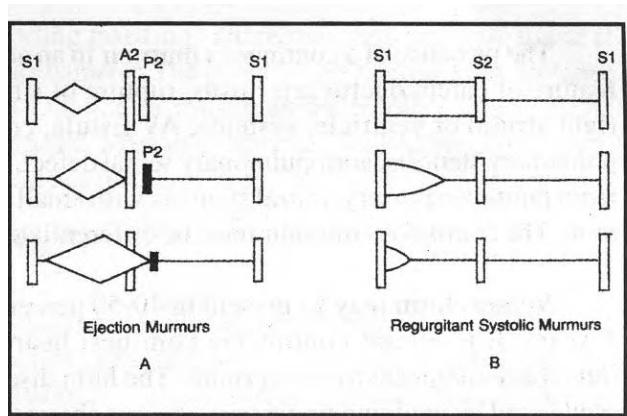
تصویر 12.9 دیاگرام نشاندهنده ارتباط زمانی click خروجی (EC) و snap باز شدن دیاستولیک (OS) (واز های قلبی است.

محل شدت اعظمی، درجه (1-6/6)، زمان (دیاستولیک، سیستولیک یا دوامدار)، وصف و کیفیت ejection (هولوسیستولیک یا پانسیستولیک، تدریجاً کاهش یا ازدیاد یافته یا شکل دوامدار) و تشушع یا انتقال آن باید محتاطانه ارزیابی گردد.

جدول 12.4 اوصاف و میکانیزم تولید آوازهای غیر نارمل قلبی

زمان/صدا	صداهای غیر نارمل	خصوصیات و موقعیت	میکانیزم	اوصاف
S1	بلند	در ذروه خوبتر شنیده می شود	از بسته شدن آئی دسام میترال بوجود آید.	تضیق میترال. همچنان در عصبانیت، تایرتوکیکوزس و تمرين بلند تر شنیده می شود
سیستول	ejection click	آواز تیز است که فوراً بعد از 1s ظاهر شده و در قاعده خوبتر شنیده می شود	باز شدن دسامات هلالی متاخر می باشد	تضیق ابهر یا ریوی با دسام های متحرک
Midsystolic click		شروع آن متاخر بوده و در ناحیه دسام مایترل بهتر شنیده می شود	دسام مایترل بداخل اذین پرولیپس نموده است	انومالی ولادی دسام در دختران جوان
S2	بلند	در قاعده خوبتر شنیده می شود	بسته شدن ناگهانی دسامات هلالی	فرط فشار شریان ریوی یا سیستمیک
جدا		در قاعده خوبتر شنیده می شود.	بسته شدن ناهنجام دسام های ریوی و ابهر	وظیفوی. برای اوصاف 12.3 غیر نارمل به جدول 12.3 مراجعه گردد
دیاستول	snap باز شدن	آواز تند قبل از صدای اول قلب ظاهر شده و در ذروه بهتر شنیده می شود	باز شدن ناگهانی دسام میترال غیر نارمل	تضیق میترال با دسام متحرک
صدای سوم قلب*		مختصرً بعد از 2s واقع شده و در نواحی قرب القصی چپ یا ذروه بهتر شنیده می شود	توسع دیاستولیک مایوکاردیوم مرضی	ممکن در اطفال نارمل و کاهلان جوان و معمولاً از سبب عدم کفایه راست یا چپ قلب شنیده شود
صدای چهارم قلب*		قبل از 1s واقع شده و در ناحیه قرب القصی چپ خوبتر شنیده می شود	تقلص قوی اذین در برابر فشار بلند بطینی	عدم کفایه یا هایپرتروفی بطین چپ یا راست

* Gallop rhythm: از ضربان سریع قلب با یکجا شدن آواز سوم و چهارم آن بوجود آمده و مشابه رفتار چهار نعل انساب می باشد.



تصویر 12.10 دیاگرام نشان دهنده مرمر سیستولیک بازگشت کننده و خروجی است. A: مرمر سیستولیک تایپ ejection بعد از S1 ظاهر می‌گردد. وصف 'ن' لوزی شکل بوده و ذره لوزی در مرحله مقدم سیستول در تضییق خفیف دسامات نم هلالی می‌باشد (بلند) با بلند رفتن شدت بندش جریان خون، مرمر طویل تر گردیده و ذره لوزی بطرف S2 حرکت می‌نماید (متوسط). در تضییق دیوی شدید، مرمر ممکن دورتر از A2 واقع شود (پائین). B: مرمر بازگشت کننده سیستولیک بطور ثابت فوراً بعد از S1 شروع شده که ممکن در مرمر غرق شده و وقتی که وصف آن holosystolic باشد در تمام سیستول تا بد آخر S2 شنیده می‌شود (بلند).

تضییق هایپرترووفی ایدیوباتیک تحت ابهر از دیاباد کسب می‌نمایند. برای استباط بهتر بعضی مرمرها وضعیت ها و مانورهای ذیل معین گردیده است.

تضییق مایتلر. وضعیت چپ جنبی (bell ستانسکوپ) بازگشت ابهر. طفل نشسته، به قدم خمیده و در اثنای ذفير (بواسطه دیافراگم یا قطعه صدری ستانسکوپ) بازگشت ترازی کسپید. ختم شهیق عمیق.

شدت مرمرها بصورت عموم از 1 الی 6 درجه تصنیفبندی گردیده است. درجه I: به مشکل قابل سمع است. درجه II: ضعیف لاکن به سهولت قابل سمع

(تصویر 12.10)، زمان مرمرها با جس

همزمان ذره قلب یا شریان ثباتی تعیین می‌گردد (تصویر 12.11). بعضی مرمرها در وضعیت ها و مراحل معین تنفس خوبتر شنیده می‌شوند. شدت مرمرهایی که از طرف راست قلب منشاء می‌گیرند در

زمان شهیق افزایش می‌یابند زیرا در دهنه بطین راست افزایش می‌یابد. بر عکس مرمرهایی که از طرف چپ قلب منشاء می‌گیرند، شدت تمام مرمرها با مانورهای قوی مانند چنگ زدن دست

ها به استثنای پرولاپس دسام میترال و تضییق هایپرترووفی ایدیوباتیک تحت ابهر از دیاباد کسب می‌نمایند. برای استباط بهتر بعضی مرمرها وضعیت ها و مانورهای ذیل معین گردیده است.



تصویر 12.11 تایمنگ مرمر توسط جس همزمان شریان carotid در حالیکه قلب اصفنا میگردد.

است. درجه III: بلند اما مترافق با Thrill نمی‌باشد. درجه IV بلند تر و مترافق با Thrill. درجه V: به تماس اندک ستانسکوپ بالای صدر قابل سمع است. درجه VI: با ستانسکوپ دور تر از صدر قابل سمع است.

موجودیت مرمر دوامدار بدون سیانوز نزد مریض یکی از علایم تشخیصیه Patent Ductus Arteriosus پاره شدن فیستولا ساینس Valsalva بداخل اذین و یا بطین راست، فیستول اذینی بطینی سیستمیک، تنگی یا Coarctation ابهر، تضیق ریوی محیطی، نقیصه غشای ابهری ریوی، انومالی شریان چپ اکلیلی از شریان ریوی، تضیق مایترل با نقیصه کوچک جدار اذینی و وزوز کردن وریدی می باشد. مرمر دوامدار باید از pericardial friction rub تشخیص تفریقی گردد.

Venous hum (اغتشاش صوتی وریدی)

ممکن نزد 40 – 50 فیصد اطفال پایین تر از سن 5 سالگی موجود باشد. عبارت از صدای خفیف و دوامدار بوده که در مسافتات اول و دوم راست نزدیک عظم قص بهتر شنیده می شود. زمانی که اوعیه عنق توسط وارد نمودن فشار انگشت بالای نهایت وسطی ترقوه راست مسدود گردد غایب می شود.

Pericardial Rub (صدای اصطکاک پریکاردیوم)

عبارة از صدای غژگز مانند سطحی، مثل صدای مالش چرم می باشد، که شدت آن متغیر، و در هر دو مرحله انقباض قلبی شنیده شده و با وارد کردن فشار بالای صدر تغییر می نماید. در قسمت قاعده قلب یا قسمت داخلی ذروه قلب مخصوصاً وقتی که مریض به قدم خم شود، بهتر شنیده می شود.

علایم تشخیصیه کلینیکی حالات معمول قلبی

تضیق مایترل

نبض ضعیف، Heave قرب القصی چپ، tapping ذروه، 2s قابل جس، Thrill دیاستولیک، 1s بلند در ساحة مايتسل، Opening Snap (مختصراً بعد از صدای دوم قلب واقع می گردد)، مرمر خشن و دُبَاله دار نیمه دیاستولیک با تأکید یا پستی و بلندی صدا قبل سیستولیک دریافت کلینیکی مشخص است. قسمت Presystolic در جریان فبریلیشن توائری ناپدید می گردد. صدای بلند اول قلب و Opening Snap نشان دهنده موجودیت دسام غیر تکلیسی نسبتاً قابل انعطاف می باشد. نزدیکی Opening Snap به صدای دوم قلب و مدت دوام مرمر دیاستولیک یک شاخص مفید برای ارزیابی شدت تضیق مایترل می باشد. غرش کوتاه وسط

دیاستولیک (مرمر Carey–Coomb's) از سبب التهاب دسام مایترل ممکن در مریضان توام با التهاب حاد روماتیزم قلب بدون تثبیت کدام تضییق مایترل شنیده شود.

بازگشت مایترل

دروه، Thrill سیستولیک در ناحیه مایترل، صدای اول خفیف یا غیر قابل سمع قلب، توام با مرمر پان سیستولیک بلند حسابی (مرمر فوراً بعد از صدای اول قلب شروع شده و تا به آخر صدای دوم قلب ادامه می یابد) که بطرف ابطی و خلف انتشار نموده و نشان دهنده بازگشت میترال می باشد.

پرولاپس دسام مایترل

معمولاً نزد اطفال بدون عرض بوده و بواسطه صدای میانی وسطی سیستولیک، یک صدای شدید با فریکونسی بلند با کیفیت تخریشی که در وضعیت های نشسته و ایستاده بهتر شنیده می شود. ممکن مرمر سیستولیک mid Duchene—درجۀ II با وصف اشپلاق زدن موجود باشد. شیوع پرولاپس دسام مایترل نزد مریضان مصاب Ehler's – Danlos، سندروم Osteogenesis Imperfecta Muscular Dystrophy، سندروم Anorexia Nervosa و Fragile X، سندروم Van Wille Brand، مرض Marfan's افزایش می یابد.

دسام تراکسپید Regurgitation

نبضان وردیدی برجسته (موجه "V" بزرگ که با "Y" سقوطی بزرگ تعقیب می گردد) در عنق، کبد نیضانی، مرمر پان سیستولیک با آواز بلند در نهایت سفلی عظم قص که توسط شهیق عمیق تقویه می گردد وصفی می باشد. Regurgitation وظیفوی ترای کسپید از سبب عدم کفایه بطین راست توام با آواز سوم قلب می باشد.

ابهر Regurgitation

درین حالت خصوصیات "aortic run off" مانند نبض کولپسی، فشار زیاد نبض، برجسته بودن نیضانات شربانی و آواز های مشابه فیر تفنگچه است. موجودیت heaving decrescendo مرمر دیاستولیک با دیافراگم کردن، مرمر دیاستولیک مقدم در ناحیه ابهر از خصوصیات تشخیصیه است. مرمر دیاستولیک با ستاتسکوپ در بالای ناحیه فوقانی قرب القصی چپ هنگام که مریض نشسته، به قدام خمیده و نفس بکشد بهتر

شنیده می شود. افزایش جریان خون از طریق دسام ابهر ممکن سبب تولید یک مرمر ejection سیستولیک گردد. آواز اول قلب نرم بوده و اجزای ابهری صدای دوم قلب متاخر و برجسته می گردد. در Regurgitation وخیم ابهر ممکن یک مرمر نرم و آهسته در جریان صفحه دیاستولیک در ناحیه مایترل شنیده شود که بنام Austin Flint مرمر می گردد. این مرمر از برگه قدامی دسام مایترل از سبب تلاقی دو جریان خون یعنی جریان قبل از وقت از اذین چپ و سیلان بازگشت از بی کفایتی دسام ابهر منشاء می گیرد، بوجود می آید.

تضییق ابهر

نبض ضعیف، فشار نبض محدود، thrill ذروه، سیستولیک بالای ناحیه ابهر که به اوعیه عنق انتشار می یابد، تاخیر در اجزای ابهری 2s، مرمر ejection سیستولیک (لوژی مانند) که به اوعیه عنق انتقال می نماید از جمله دریافت های وصفی تضییق ابهر است. Ejections click ممکن فقط بعد از آواز اول قلب در تضییق Williams دسامی ابهر قابل سمع باشد. 2s در تضییق ابهر شدید ممکن واحد یا از هم جدا باشد. سندروم بواسطه وجه عجیب و غریب «جن یا پری مانند» هایپرکلسیمیا، تاخیر دماغی و تضییق ابهر فوق دسامی مشخص می گردد.

نقیصه حجاب بین اذینات (ASD secundum)

قرب القصی، مرمر سیستولیک خروجی درجه II و III بالای مسافتات بین الصلعی دوم و سوم، و جدایی ثابت وسیع صدای دوم قلب خصوصیات تشخیصی ASD secundum است. مرمر بواسطه افزایش جریان خون از طریق دسام ریوی تولید می گردد نه از سبب شنت چپ به راست. کاردیومیگالی خفیف بوده و CHF نادر است. کاردیومیگالی واضح نشان دهنده موجودیت آفات اضافی مانند انسداد دسام مایترل (سندروم Ostium Primum Defect) Mitral Regurgitation یا (Lutembacher می باشد.

نقیصه متکاء اندوکارد (Ostium Primum Defect)

نقیصه در حجاب اذینی در تحت حفره Ovalis واقع شده و مترافق با پاره گی در برگه قدامی دسام مایترل می باشد. برعلاوه یافته های ostium secundum که در فوق تذکر یافت عالیم کلینیکی دیگر که نشاندهند

- هایپرتروفی بطين چپ، مرمر پان سیستولیک، Regurgitation مایترل و انحراف محور چپ اضافتی از 30° در EKG موجود می باشد. عدم کفاية احتقانی قلب در نزد اطفالی که کانال اذینی بطینی مشترک دارند معمول است.

(VSD) نقیصه حجاب بین البطینی

زیاد شدن فشار نبض، پریکاردیوم هایپرдинامیک با ضربان ذروه قوى، Thrill سیستولیک بالای سرحد چپ عظم قص، مرمر پانسیستولیک بالای ناحیه چپ عظم قص (مسافات بین الصلعی سوم تا پنجم)، پوشش یا پنهان کردن هر دو صدای قلب از یافته های معمول کلینیکی است. 2s ممکن از صدای P2 جدا باشد. صدای سوم قلب ممکن در ذروه قابل سمع باشد. اطفالی که توام با نتایج بزرگ آند ممکن یک مرمر جریان دیاستولیک در ناحیه مایترل نزد شان موجود باشد.

تضییق ریوی

امواج 'a' بر جسته و داجی، heave قرب القصی، صدای دوم قلب وسیع بوده و انشعاب متفاوت دارد، مرمر خشن شود از جمله علایم کلینیکی تشخیصیه تضییق ریوی هستند. شدت و دوام مرمر و تأخیر در اجزای ریوی آواز دوم قلب نشان دهنده شدت تضییق ریوی می باشد.

(PDA) Patent Ductus Arteriosus

نبض سقوطی، heaving ذروه، Thrill سیستولیک در تحت ترقوه چپ، مرمر ماشینی خشن دوامدار سیستولودیاستولیک که بالای مسافة بین الصلعی دوم طرف چپ بهتر شنیده می شود، و clicks های گوناگون از یافته های تشخیصیه کلینیکی PDA می باشند. فیستول شریانی وریدی ریوی، اناستوموز های شریانی وریدی اکلیلی، روزنه های ابهری- ریوی و Venous hum ممکن سبب تولید مرمر های دوامدار گردند. مرمر دیاستولیک ممکن از سبب افزایش جریان خون از میان دسام مایترل در ناحیه مایترل ظاهر گردد.

Tetralogy of Fallot

VSD متشکل از تضییق ریوی، هایپرتروفی بطین راست و بیجا شدن ابهر می باشد.

سیانوز، Anoxic Spells، Clubbing، هایپرتروفی خفیف بطین راست، مرمر سیستولیک خروجی بالای ناحیه ریوی، صدای واحد دوم قلب (غیاب اجزای ریوی) و معدومیت عدم کفاية احتقانی قلب نشان دهنده Tetralogy of Fallot است.

Tricuspid Atresia

سیانوز، Anoxic Spells، امواج برجسته 'a' در اورده و داجی، نیضان Presystolic در کبدی، ضربان ذروه ای نوع بطین چپ، مرمر های قلبی جزئی یا غایب از جمله یافته های کلینیکی معمول است. تفکیک کلینیکی این مریضان از Tetralogy Fallot شاید مشکل باشد.

تغییر موقعیت اوعیه بزرگ

سیانوز توام با CHF بعد از طفویت مقدم، هایپرتروفی بطین راست، صدای دوم قلب واحد و بلند توام با تک خروجی سیستولیک، مرمر سیستولیک خروجی کوتاه تضییق ریوی یا مرمر Regurgitant سیستولیک VSD، یا عدم موجودیت مرمر عبارت از خصوصیات تشخیصی کلینیکی تغییر موقعیت اوعیه بزرگ است.

سوء شکل EBSTEIN'S

سیانوز، Clubbing، امواج برجسته 'V' در عنق، پریکارد خاموش، ضربان ذروه نوع بطین چپ، صدای اول بلند، snap باز شدن تراپیکسپید، صدای سوم یا چهارم قلب (چندین صدا قابل سمع است)، Thrill سیستولیک همراه با mid و یا Pansystolic مرمر در سرحد چپ قص نشان دهنده انومالی Ebstein's می باشد. ممکن یک مرمر کوتاه دیاستولیک متاخر موجود باشد. هر دو مرمر های سیستولیک و دیاستولیک که در دسام ترای کسپید تولید می گردد ممکن برخلاف Pericardial Friction Rub خاصیت تخریشی داشته باشد.

Coarctation of Aorta

فشار خون تقریباً حالت بحرانی داشته یعنی در اطراف علوی افزایش یافته طوری که فشار خون در بازو نسبت به اطراف سفلی بالاتر است. نیضانات فخذی در مقایسه به نیضانات محسوس همزمان کعبی ضعیف و متاخر می باشد. قسمت فوقانی قوی تر و اندازه آن ممکن نظر به ارتفاع آن طویل تر باشد. کف دست ها ممکن در مقایسه به کف پا ها گلابی تر معلوم گردد. اوعیه جانبی که شراین تحت الترقوی و شراین بین الصلعی را وصل می نماید ممکن در نواحی بین دو کتف یا بالای آن دیده شده و یا احساس گردد. کولیتزل ها بالای سطح زیرین اضلاع در

خلف و در امتداد سرحد هر دو کتف قابل جس می باشند. معاینه پریکارد نشان دهنده شواهد هایپرترووفی بطین چپ، مرمر سیستولیک خروجی ابهر (از سبب موجودیت دسام دندانه ولادی ابهر) و ejection click پایدار می باشد. مرمر سیستولیک خروجی یا متداوم ممکن در خلف از سبب موجودیت اوعیه جانبی یا جریان خون از میان قسمت تنگ شده ابهر قابل سمع باشد.

Myocarditis

درین حالت ضخامه قلب، تکی کاردی قابل ملاحظه، کاهش شدت آواز های قلبی توام با ریتم گالوب موجود می باشد. بعضی اوقات یک ریتم "tic – tac" که فاصله بین صدای اول و دوم قلب در آن مساوی یا حتی طویل تر نظر به دیاستول باشد ممکن شنیده شود. مرمر Regurgitant ممکن از سبب بزرگ شدن فاحش قلب توام با اتساع دسامات تولید گردد. بی نظمی به شکل ضربان بطینی نارس یا اختلال انتقالی معمول است. شواهد عدم کفایه احتقانی قلب معمولاً موجود می باشد.

مرمر های وظیفوی قلبی و خارج قلبی

مرمر های گذری، بی ارزش در اثنای مرحله نوزادی از سبب تاخیر در توافق دورانی بعد از ولادت معمول است. بسته شدن ductus و Foramen Ovale ممکن متاخر باشد. بر عکس اطفال توام با VSD ممکن در جریان مرحله نوزادی هیچ نوع مرمری نداشته که شاید ۶-۴ هفته بعد از تولد زمانی که مقاومت اوعیه ریوی سقوط نماید منتج به تأسیس شنت یا تغییر جهت چپ به راست گردد.

مرمر های وظیفوی و یا بی ضرر در قاعده بهتر شنیده شده Low Pitched و شدت آن کم، در زمان سیستولیک، بدون Thrill، با تغییر وضعیت مریض تغییر نموده و معمولاً بعد از تمرین از بین می روند. مرمر قلبی اطفال کمخون را قبل از این که به مرمر آن کدام ارزش پتانوژیک قابل شوید بعد از اصلاح کم خونی باید دوباره معاینه نمایید. مرمر های وظیفوی همچنان شاید در اطفال مصاب تب، Scoliosis و Kyphoscoliosis و Pectus Excavatum واقع گردد. اغتشاش صوتی یا زمزمه کردن وریدی در نواحی تحت الترقوی و فوق الترقوی راست بشکل مرمر دوامدار (اجزای بلندتر دیاستولیک) از سبب اغتشاش خون در سیستم وداجی مخصوصاً در اطفال بین سنین ۳-۶ سالگی بهتر شنیده می شود. مرمر در وضعیت عمودی بهتر شنیده شده و زمانی که

طفل راس خویش را تدور دهد و یا به حالت استجا ظهری قرار گیرد مرمر ناپدید می گردد. همچنان مرمر مذکور با انسداد آورده عنق توسط انگشت یا ازدیاد فشار بالای قطعه صدری ستانسکوپ ناپدید می گردد. خصوصیات پیرامون PDA موجود نمی باشد. Carotid Bruit ممکن بشكل مرمر ejection سیستولیک بالای شرایین کروتید شنیده شود. در اطفال مصاب Coarction ابهر، مرمر در قسمت خلفی از سبب اوعیه جانبی یا کولیترل جستجو گردد. اصغا راس، کبد و نواحی قطنی در اطفالی که عدم کفایه احتقانی قلب و فرط فشار خون غیر واضح دارند مطرح گردد. مرمر سیستولیک مداوم یا خروجی ممکن از سبب فیستولای شریانی - وریدی، سوء اشکال agiomatous و تضیيق شریانی قابل سمع باشد.

شیمای ارایه	
مستریج، زجرت تنفسی (شدید)، orthopneic، نمو و انکشاف فزیکی، سوء شکل وجهی، سوء اشکال اسکلیتی، و گونه های سرخ رنگ، نبض (اندازه، حجم، ریتم، خصوصیت، نبضات محیطی دیگر شامل حجم و timing فخذی، اندازه نبض حالت خواب)، درجه حرارت، اندازه تنفس و فشار خون در هر دو، اطراف علوی و سفلی. کمخونی، سیانوز، زردی، ضخامة عقدات لمفاوی، اذیما (در پا ها، وجه، ناحیه عجزی) clubbing، خونریزی erythema marginatum، آفات Janeway، Osler nodes، نودول های تحت الجلدی، التهاب مفاصل، chorea، شواهد عدم کفایه احتقانی قلب، اندوکاردیت بکتریایی تحت الحاد و فعالیت های روماتیزمل.	معایینات عمومی فزیکی
برامدگی پریکارڈیوم (خلعی یا بین الخلعی) نبضات بالای پریکارد (نارمل، هایپریدیتمیک یا خاموش)، اویمه عنق، نواحی فوق القصی و فوق المعدوی، شرایین همسایه مجاور و اورده متوجه، ذروه قلب قابل دید است یا خیر.	تفقیش
محل و خصوصیات (نارمل، tapping) ذروه قلب، نقطه ضربان اعظمی تقلص قلب، آواز های قابل جس قلبی، heave قرب القصی چپ، و thrill (محل و زمان در ارتباط سیکل قلبی).	جس
محیط سرحدات قلبی، اصمیت اطراف ضربان زروه، اصمیت یا صدا ناقص قرع در نواحی ابهه، (انیوریزم)، قسمت قبیله مانند سترنوم، (کتله میدیاستینوم) و نواحی ریوی (مخروط ریوی و انصباب پریکارد shifting dullness ناحیه ریوی در حالت نشسته بلند (انصباب پریکارد).	قرع
یافته های تمام نواحی قلبی بشکل سیستمیک تشریح گردد: tricuspid، mitral، نواحی پاراسترنل سوم و چهارم چپ، ناحیه ریوی، ناحیه ابهه، اویمه عنق، اطراف و خلف صدر، غده تایرویید، آواز های قلبی، شدت، واحد یا مضاعف، جدایی ثابت یا متغیر آواز دوم، آواز سوم قلب، ریتم گالوپ، و آواز چهارم قلب. آواز های قلبی که بواسطه دسام های مرضی تولید می گردد مانند ejection clicks و opening snap	اصغا
مرمر های قلبی: ناحیه شدت اعظمی، درجه، زمان (سیستولیک، دیاستولیک، یا متداموم) خصوصیات (خروجی، پان سیستولیک، افزایش یافته یا کاهش یافته) و انتشار. مرمر های وظیفوی قلبی و خارج القلبی شامل اصطکاک یا ساییدن پریکارد و پلورو-پریکارڈیوم شرح گردد.	

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل سیزدهم

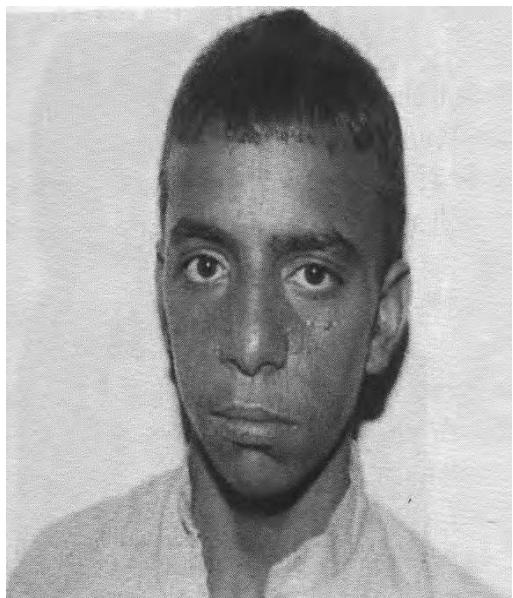
سیستم عصبی مرکزی

تاریخچه

زمان دقیق و شروع امراض عصبی را که آیا حاد، تحت الحاد، یا بی سر و صدا است مشخص نمایید. حالت انکشافی طفل قبل از شروع مرضی به تفصیل پرسیده شود. تاریخچه فکتور های *distress* حول ولادت و سوء اشکال، ترضیض راس و تطبیق واکسین ها قبل از شروع مرضی باید ثبت گردد. تاریخچه تجویز ادویه، تسممات اتفاقی یا به منظور خود کشی در یک طفل کوماتوز باید استجواب گردد. ارزیابی نمایید که آیا مرض ثابت، پیشرونده یا متحرک است. اعراض که نشان دهنده فرط فشار داخل القحفی است مانند سردردی مخصوصاً در زمان برخاستن از خواب، استفراغ بدون دلبدي، بزرگی اندازه راس و دو بینی پرسیده شود. گریه مفرط و بدون توجیه ممکن یگانه عالمه فرط فشار داخل قحفی در اطفال باشد. تحقیقات مفصل در مورد اختلالات مثلاً شروع، *aura* مقدم، نوع اختلال، حوادث بعد از اختلال، دوام اختلال، نتیجه تداوی قبلی و غیره صورت گیرد. در باره اختلالات که به حواس یا معصرات مخصوص عطف می گردد پرسیده شود. تاریخچه فامیلی امراض مشابه، توبرکلوز و صرع باید استجواب گردد. تاریخچه قربت نسبی باید پرسیده شود.

معاینات عمومی فزیکی

محتویات کانتینر سیستم عصبی مرکزی یا به عباره دیگر راس و ستون فقرات باید به تفصیل معاینه گردد. اندازه، شکل، تناظر، پندیدگی، درزها و فانتانیل های راس معاینه شوند. در *Craniosynostosis*، راس بخاراط توقف نمو عظام آن به زاویه های منظم از سبب بسته شدن قبل از وقت درز ها شکل عجیب و غریب را بخود می گیرد. عالمه's Macewen (صدای کوزه شکسته در قرع راس) باید جستجو شود. این حالت در شیر خوارگی مقدم از سبب باز بودن درز ها نارمل است. اصغاً و عبور نور از راس در واقعات انتخابی مفید است. وجه به منظور موجودیت سوء شکل و دریافت علایم که نشان دهنده امراض تشوشات انکشافی، کروموزومی و میتابولیک است مشاهده

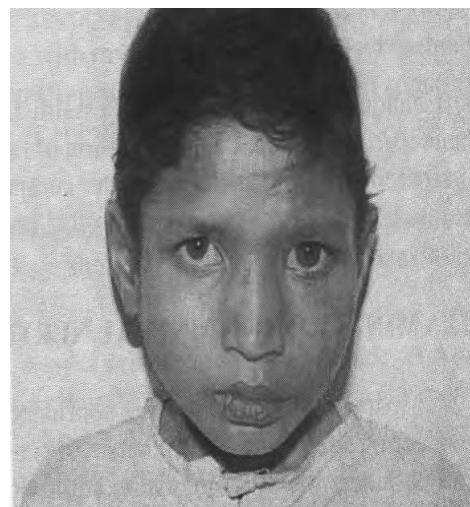


گردد. چاقی، تشوشات خواب و خصوصیات شکر بی مزه (Diabetes Insipidus) نشانده‌هنده تشوشات هایپوتالامیک است. جلد جهت دریافت شواهد مانند ادینوما Neuroectodermal Dysplasia غدوات دهندی، نشانه‌های توت زمینی در وجه، منظمه بصلی یا سوء شکل Talangiectasia وعایی شبکیه، لکه‌های Café-au-lait، و غیره مشاهده گردند (تصویر 13.1 و 13.2). اندفاعات و خونریزی‌های جلدی باید جستجو

گردد. دندان‌ها به منظور تغییر رنگ شان به رنگ نصواری، خطوط آبی در بالای بیره‌ها و دندان‌های

تصویر 13.1 آفت جلدی و صفری رنگ گوشتی بیولوندولر از سبب ادینوما غدوات دهندی بالای رخسار، بینی و پیشانی. مریض سه پایه وصفی Tuberous sclerosis یا به عباره دیگر صرع، ادینوما غدوات دهندی و ترسب کلسیم داخل قحفی دارد.

Hutchinson's دیده شوند. چشم‌ها باید بخارطه جلو آمدگی، مکدریت قرنیه، Buphthalmos، حلقه Kayser-Fleischer (تغییر رنگ به رنگ طلایی سبز به شکل هلالی در طبقه داخلی قرنیه محیطی بطرف داخلی)، و کترکت معاینه گردد. عالیم حیاتی باید ثبت گردیده و بخارطه داشته باشد که برادی کاردی، بلند رفتن فشار خون و تنفس Cheyne-stokes ممکن نشان دهنده Trousseau's فرط فشار داخل قحف باشد. عالمه



تصویر 13.2 سندروم Sturge-weber. مریض مصاب Nevus flammeus (شكل لبه خط آهن) و اختلاج قسمی ساده در طرف راست.



تصویر 13.3 خال مادر زادی مو دار در خلف توأم با spina bifida occulata

تصویر 13.4 خال مادر زادی مو دار بالای عجز توام با Diastematomyelia

و تخرشیت اعصاب (علامه Chvostek's) در اطفالی که تاریخچه سپزمندانیک (carpopedal spasm)

دارند باید جستجو گردد. در علامه Chvostek's، ضربه زدن عصب وجهی در جلو غضروف قدامی گوش سبب تقلص عضلات ووجه با چشمک زدن پلاک ها و تقبض کنج دهن می گردد. گرچه علامه خوب برای تبتانی است، این حالت ممکن در اطفال نوزاد نارمل نیز موجود باشد. علامه peroneal یا قسمت خارجی ساق پا به واسطه ضربه زدن عصب peroneal در بالای راس عظم Fibula اجرا می گردد. علامه فوق شامل خمیدگی پا بطرف سطح بالایی بواسطه قبض بند پا و تدور پا ها می باشد.

کمخونی، سیانور، زردی، ضخامة عقدات لمفاوی، ضخامة کبد- طحال و کتلہ بطئی جستجو گردد. ستون فقرات klippel-feil، platybasia)، سوء شکل (Pilonidal sinus، Meningocele، گره یا منگوله مو و غیره) ترضیض، توبرکلوز استخوان، ابسی های epidural، نیوپلازم ابتدایی یا بیجا شدگی میتوانند معاينه گردد (تصویر 13.3 و 13.4).

بالای نواحی ظهری ستون فقرات و کسر قاعده قحف ممکن توان با التهاب متکرر و قیحی سحایا باشد. تحقیق نمایید که آیا طفل دست راسته است یا دست چپه. برتری دست در حوالی سن ۳ سالگی مشخص می‌گردد. وظایف لسانی در دماغ نزد چپه دست ها ارایه پراگنده داشته و بهبودی شان از *aphasia* (عدم قدرت تکلم) به تناسب راسته دست ها بهتر می‌باشد. اگر طلفی زیر ۲ سال استفاده از یک طرف را ترجیح دهد، این حالت نشاندهنده خصف یا فلنج طرف دیگر است.

معایینات سیستم عصبی مرکزی

اکثریت متخصصین اطفال زمانی که معایینات عصبی را نزد شیر خواران جوان اجرا می‌نمایند اطمینان خود را از دست داده و اغلبًا بی تنبیجه باقی می‌مانند. با حوصله مندی، سلیقه و تجربه معایینات عصبی یک شیر خوار نباید مشکل بوده، بلکه باید بشکل شوخي برای هر دو اجرا کننده و مریض باشد. انتخاب و طرز برخورد فعالیت بازی باید مطابق سن و حالت انکشافی طفل باشد. خنده‌یدن به طفل و تکلم با صدای ملايم و اطمینان بخش در اثنای معاینه فوق العاده موثر بوده و سبب همکاری می‌گردد. باید کوشش گردد تا تمام اینارملتی های سیستم عصبی، توضع احتمالی ساقه مرض و اسباب آن دریافت و تشخیص پروسه مرضی صورت گیرد.

ابزار یا اسباب ضروری

نزد متخصص عصبی اطفال باید بازیجه های رنگارنگ، چکش عکسه، زنگ، برق دستی با ادپتور رابری، فیته اندازه گیری فایبرگلاس، شی برای معاینه سه بعدی، دو شاخه صوتی (128 Hz برای احساس اهتزازات و 256 Hz برای Rinne) تفکیک کننده دو سره، جعبه وسایل ارزیابی انکشافی و افتلموسکوپ موجود باشد.

وظایف دماغی عالی

1. سطح هوشیاری. سویه شعوری را از نظر کلینیکی میتوان به شش مرحله تقسیم نمود:

(الف) بیدار یا شعور کامل.

(ب) خواب الود، اما در مقابل تنبهات صوتی جواب می‌دهد.

(ج) نیمه هوشیار که با تنبه دردناک محل تنبه شده را دور نماید.

(د) بیهوش که در مقابل درد اطراف علوی و سفلی را قبض می‌نماید.

(ه) بی هوش با فرط بسط اطراف علوی و سفلی، پرونیشن اطراف علوی و قبض کف پا (شخی decerebrate) از سبب آفت موجود در دماغ وسطی بین برجستگی علوی و pons.

(و) بی هوش توان با عدم پاسخ درجه کوما را می توان بواسطه مقیاس یا درجه بندی علمی کوما تعین نمود (جدول 13.1). در کوما هیستریابی (Hysterical) چشم ها محکم بسته بوده و اگر به زور باز گردند، طفل فوراً آن را پس بسته می نماید. تظاهر Nystagmus در تست کالوریک سرد برای مریض هیستریک یا جعلی بودن

جدول 13.1 تعین درجات کوما		
میزان کوما Adelaid	میزان کوما Glasgow	معیارات
مطابق میزان Glasgow	4	باز نمودن چشم
	3	بنفسه‌ی
	2	در پاسخ با تکلم
	1	در پاسخ با درد
مطابق میزان Glasgow	1	هیچکدام
	2	بهترین پاسخ حرکی
	3	اطاعت از اوامر
	4	متمن کر نمودن درد
	5	پس کشیدن اعضا
	6	قبض نمودن با درد
جهت یابی*	1	بسط دادن با درد
	2	هیچکدام
	3	بهترین پاسخ لفظی
	4	جهت یابی **
	5	غشوش
الفاظ	1	الفاظ نامناسب
	2	صدای نفهمیدنی
	3	هیچکدام
	4	جهت یابی
	5	*
آوازهای صوتی	1	جهت یابی
	2	غشوش
	3	الفاظ نامناسب
	4	صدای نفهمیدنی
	5	هیچکدام
گریه کردن	1	جهت یابی
	2	غشوش
	3	الفاظ نامناسب
	4	صدای نفهمیدنی
	5	هیچکدام
هیچکدام	1	جهت یابی
	2	غشوش
	3	الفاظ نامناسب
	4	صدای نفهمیدنی
	5	هیچکدام

* درد به واسطه نیش گرفتن قوی مشخص می گردد، بالای ناخن با پنسل فشار وارد نماید، فشردن محکم پنجه یا وارد نمودن فشار بالای فوحه (Supratrochlear) که در نهایت وسطی کثار علوی جوف حاجاج موقعیت دارد.

**جهت یابی را نمی توان در سن کمتر از پنج سال ارزیابی نمود. در جریان شش ماه اول بهترین پاسخ لفظی گریه است. بعد از یک سالگی صدای های قابل تشخیص ممکن تولید گردد. در تمام اطفال بی هوش، عکسات ساقه دماغ مانند پاسخ حدقه در مقابل نور، عکسه قرنیه، عکسات oculo-vestibular و oculo-cephalic باید ارزیابی گردد.

تشخیص کننده است. در اطفالی که تخریبات وسیع دماغی دارند (از سبب انوکسیا، منتجایتس، اینسفلایتس، و غرق شدگی که در همین نزدیکی ها صورت گرفته باشد) کوما ممکن به حالت پیشرونده متداوم تعقیب گردد. طلف بیدار بوده، مگر توجه نداشته و چشم هایش بدون عکس العمل در مقابل تنبهات اجتماعی حرکت می نماید (کوما). طلف بی توجه باقیمانده و قابلیت حرف زدن ندارد، هیچ علامه هوشیاری، خوشی و یا اخترطاب از خود نشان داده نمی تواند.

۲. حالت احساسات یا هیجان. سلوک، درک و احساس تغیر پذیری را ارزیابی نماید. علایم فرط فعالیت، کاهش ظرفیت توجه، حواس پرتی و امادگی برای اجرای کار یا نیروی آنی جستجو گردد.

۳. حافظه و جهت یابی. تعین موقعیت زمان، مکان، اشخاص و تعین حالت حافظه در حال حاضر، جریان حوادث فعلی و گذشته در اطفال بالاتر از پنج سال ارزیابی گردند. نام مکتب و موقعیت آن، اسم معلمین، پدر، رفقاء، خواهران و برادران و روزهای هفته و وقت حاضر پرسیده شده و قابلیت اجرا دستورهای ساده ملاحظه گردد. به طفل قصه کوتاه گفته شده و از او خواسته شود تا آن را تکرار نماید. از طفل خواسته شود تا یک سیت نمبرها را به پیش و پس تکرار نماید. یک طفل نارمل شش ساله می تواند پنج انگشت را از اول تا به آخر تکرار نموده و سه انگشت را بطرف معکوس حساب نماید در حالی که یک طفل ۱۰ ساله می تواند شش انگشت را به جلو و چهار انگشت را به عقب محاسبه نماید.

۴. هزینات و برسامت. هزینان گمان کاذب است که مریض برای ادعا این که گویا در اینجا هیچ حادثه صورت نگرفته است آنرا بیان می نماید حال آن که برسام سیگنال یا احساس کاذب از عضو یا حواس مخصوص است.

۵. تکلم، مرکز قشری تولید تکلم نزد دست راست ها در ناحیه *broca's* نیم کره چپ دماغ و در دست چپ ها بر عکس آن موقعیت دارد.

(الف) تشوش نیم کره دماغ ممکن سبب تولید عدم قدرت تکلم حسی یا حرکی گردد. **Dyslexia** انکشافی بواسطه کننده در یاد گیری خواندن، تصویر نوشته در آینه و خواندن از چپ به راست مشخص می گردد.

(ب) تشوشات مفصل بندی (**Dysarthria**) ممکن منجر به نقیصه های تکلمی ذیل گردد.

لکنت زبان. گفتار کودکانه، تکلم با وزن خواندن یا منقطع (تکلم آهسته و با تامل یک سیلابه مثل اینکه یک خط شعر زمزمه گردد). اشکال در تکلم یا خفگی صدا از سبب فلج تارهای صوتی (تشوشات حنجره) تکلم اشاره زمانیکه مقطع کلمه با اشاره بوده یا با وزن خوانده شود مثلاً در حالت تسمم که گفتار یکنواخت و پراگنده بوده و در تشوشات مخیخ ملاحظه می‌گردد. مفصل بندی سپاستیک در اطفالیکه مصاب فلج دماغی اند دیده شده و توام با تکان سریع فک (pseudobulber palsy) می‌باشد. مفصل بندی بصلی از سبب فلج بصلی (مصابیت هسته‌های عصب ۹، ۱۰، ۱۲ اعصاب قحفی در Medulla oblongata که به شکل پیاز یا بصله معلوم می‌گردد) بواسطه مفصل بندی Slurring، بلع دردناک، بازگشت مواد غذایی از طریق انفی و تجمع افزایات در گلو مشخص می‌گردد. تکلم در بینی از سبب فلج کامی یا پارگی کام بوجود می‌آید. جهت ارزیابی مفصل بندی از طفل خواسته شود تا حروف کا، پا، تا را به ترتیب که از اول آهسته و بعداً هر قدر سریعتر که می‌تواند بگوید. با این سه حرف میتوان اجزای عمدۀ مفصل بندی را بطور مؤثر ارزیابی نمود با خاطریکه کا در قسمت عمیق گلو تولید می‌شود، حرف پا بواسطه لب‌ها ساخته شده و تا بواسطه زبان و کام بوجود می‌آید.

۶. عکسه اتوماتیک نوزادی. تداوم عکسه مورو و چنگ‌زن کف دست در حوالی سن ۵-۶ ماهگی پتانژیک بوده و نشان دهنده تاخیر عصبی حرکی است.

۷. پدیده چشمان گدی (oculo-cephalic reflex) طفل به وضعیت استجای ظهری قرار داده شده و راس آن



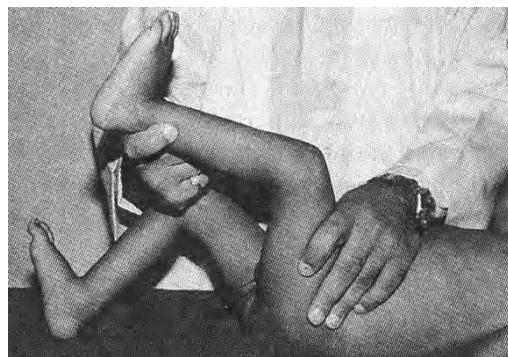
تصویر ۱۳.۵ معاینه شیخی گردن. در طفل کشمکشی، راس از کنار میز او بخته شده است. طفل باید کوشش نموده تا راس خود را درین وضعیت آرام بگیرد. راس بعداً برای دینن شیخی گردن قضن گردد.

را بطور ناگهانی به هر دو طرف دور بدهید. چشمان طفل مانند گدی عقب می‌ماند یا به عباره دیگر انحراف مزدوج چشمها بطرف سمت مقابل صورت می‌گیرد. عدم موجودیت پدیده چشم گدی در طفل بیهوش نشان دهنده اسیب ساقه دماغ از سبب فرط فشار داخل قحفی و فتق

transentorial است. این حالت ممکن توام با توسع ثابت یک طرفه مردمک چشم باشد.

علایم تخریش سحایا

ترس از روشنی، شخی گردن، علامه Brudzinski's و علامه Tripod دیده شود (تصویر 13.5-13.7). علایم تخریش سحایا در اطفال کمتر از سه سال و مصابین سوء تغذی یا مریضی بسیار شدید ممکن موجود نباشد. در اطفال مخرش، راس طفول را از کنار میز آویزان نموده و بعداً شخی گردن را ارزیابی نمایید. در اطفال بزرگتر خواهش گردیده تا زنخ خویش را بدون باز نمودن دهن به صدر تماس دهد (تصویر 13.8).



تصویر 13.6 علامه Kernig's. مفصل حرقفي به وضعیت زاویه مستقیم قضم گردد. با دست که در عقب بند پا جا گذاشته شده است، مایهه کننده کوشش نماید تا زانو را بسط دهد. علامه Kernig's را صورتیکه شخی عضلات و اوتار عقب ران موجود باشد که سبب محدودیت بسط مفصل زانو می گردد.

اطفال مصاب پولیومیالایتس حاد ممکن علامه مثبت Tripod و سقوط گردن از سبب ضعف عضلات جمع کننده داشته باشد. برای دریافت لست تفصیلی که سبب شخی گردن می شود به فصل 7 مراجعه گردد. Opisthotonus بواسطه شخی واضح گردن توام با کمان شدن بطنی تمام تنه مشخص می گردد.

زمانی که در شخی گردن عوامل موضعی نسبت به تخریش سحایا بیشتر دخیل باشد علامه Kernig's معدهم خواهد بود. تخریش سحایا spinal سبب شخی قسمت خلفی ستون فقرات گردیده و طفل با وضعیت (poker spine) قسمیکه پاهای دراز و تنہ با حمایه کف هر دو دست که در عقب گذاشته شده است می نشیند (علامه Tripod).



تصویر 13.7 علامه Brudzinski's . قضم گردن با تقویض اطراف سفلی تعقیب می گردد.

ازمايش انکشافي

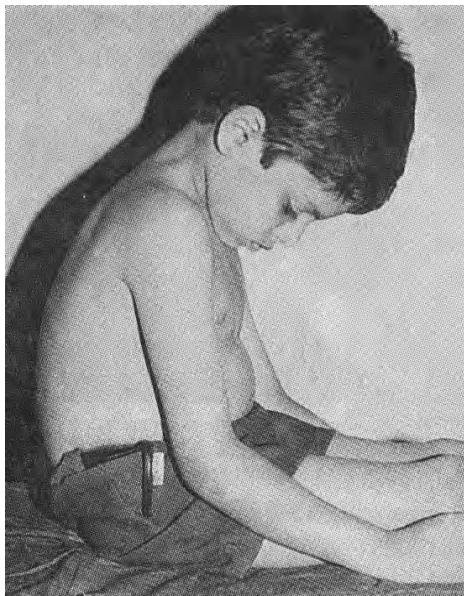
حالات انکشافی باید بواسطه تاریخچه و معاینات فریکی ارزیابی گردد (به فصل ششم مراجعه گردد). در اطفال بزرگتر ذکاوت و پیشرفت شان در مکتب باید بررسی گردد. از طفل خواهش گردد تا یک دایره (3 سالگی)، مثلث

4 سالگی)، مربع یا هرم (5 سالگی) رسم نموده یا یک شخص را دسم نماید (3 سالگی برای دایره و هر یک سال برای ترسیم قسمت های مختلف وجه). شواهد تشوش فرط فعالیت با کاهش توجه (ADHD) بشکل رفتار هایپرکنیتیک، کاهش ظرفیت توجه، حواسپرتی زود رس، زشتی حرکی و علایم عصبی ضعیف جستجو گردد.

ازواج قحفی

ارزیابی دقیق اینها در اطفال جوان از سبب عدم همکاری شاید مشکل باشد.

عصب اول (**Olfactory nerve**). در مورد نقیصه بوبیایی پرسیده و اجازه دهید تا طفل بعضی مواد بوی دار معمول مانند گلاب، نعناع، نارنج، چاکلیت، هیل چای و غیره را مشخص نماید. از استعمال مواد مخرش مانند امونیا و اسیتیک اسید خود داری نمایید. مشکل است تا بصورت انفرادی مناخ انسانی ارزیابی گردد. در Anosmia اطفال شاید به تعقیب کسر cribriform plate، منجایتس، تروموز شربان قدامی دماغ، تصمم با سرب، هایدروسفالوس، سندروم Rud، سندروم Kallmann هایدروسفالوس، سندروم مشاهده گردد.



عصب دوم (**Optic nerve**). وظایف ذیل باید در عصب دوم ارزیابی گردد.

(الف) تیز فهمی دید. در اطفال بالاتر از 3 سال بینایی را میتوان بواسطه چارت Snellins's یا چارت تصویری E ارزیابی نمود. شاخه های E's در چارت نشانده سمت های مختلف؛ بالا، پایین، راست و چپ می باشد.

سرعت دید (V) مطابق فرمول $V=d/D$ ثبت می گردد. اینجا d فاصله ای است که مریض قادر به خواندن حروف

است و D فاصله ای است که حروف بواسطه شخص دارای ناشسته و زنخ خویش را بدون باز نمودن دهن با قسمت قدامی صدر تماس دهد. دید نارمل قابل خوانش است. مریض به فاصله 6 متر از مدل

تصویر 13.8. معابنه شکی گردن. از طفل بزرگتر خویش میگردد تا ناشسته و زنخ خویش را بدون باز نمودن دهن با قسمت قدامی صدر تماس دهد.



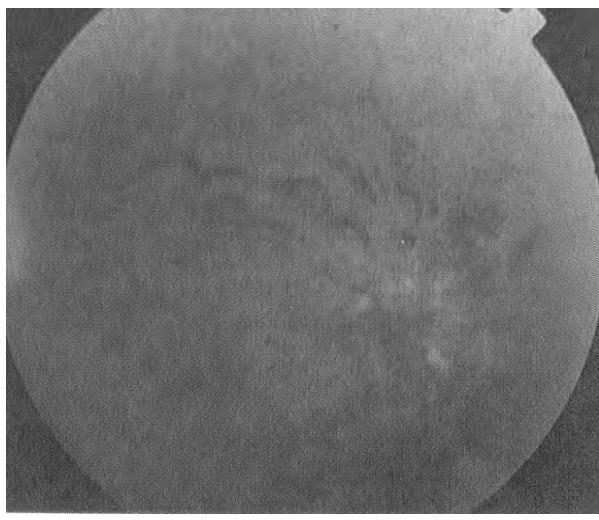
تصویر 13.9 تست confrontation برای ارزیابی ساحه دید. جهت تفصیلات بیشتر به متن مراجعه گردد.

های آزمایش موقعیت داده شده و هر چشم جداگانه آزمایش گردد.

در شیر خواران، دید بواسطه چشمک زدن در مقابل نور روشن، تدور راس بطرف نور منتشر یا تعقیب نمودن توپ سرخ متتحرک بررسی می گردد. در اتروپی بصری حدقات ممکن توسع و تقبض نموده در حالیکه در کوری قشری عکس العمل حدقی نارمل است. سرعت دید در اطفال

نوزاد با میعاد در حدود ۶/۴۵ بوده و تدریجاً به سویه کاهلان ۶/۶ در سن ۶ تا ۷ سالگی رشد می نماید. حرکات Roving nystagmoid (با ظرف استوانه شکل چرخشی خط دار بررسی می گردد) فقدان عکس العمل چشمک زدن Opticokinetic در مقابل نور روشن یا حرکات ناگهانی انگشت معاینه کننده در مقابل چشمان طفل نشاندهنده کوری مادر زادی است. طفل نایینا در مقابل صدا فوق العاده حساس بوده و به سادگی با صدای ناگهانی می ترسد.

(ب) ساحه دید (تست Confrontation) این تست را می توان در اطفال بالاتر از ۳ سالگی اجرا نمود. طفل در مقابل معاینه کننده هم سطح چشم هایش نشسته و از او خواهش می گردد تا بصورت ثابت به قاعده انف او چشم بدوزد. معاینه کننده دست خود را در حد جنبی ساحه دید خویش، وسط بین او و مریض قرار می دهد. او سریعاً یک انگشت هر یک دست خود را حرکت داده و از طفل خواهش گردد تا تشخیص نماید (تصویر 13.9) متناباً یک شی معلق از نخ را تدریجاً از روی محیط نزدیک چشم آورده و از طفل پرسیده شود که چه وقت شی برایش قابل دید است. ساحه دید هر چشم جداگانه بررسی گردد. بررسی معمول ساحه دید در اطفال صرفاً بعد از سن ۸ الی ۹ سالگی امکان پذیر است. bitemporal hemianopsia یا نیمه نایینایی که مشخصاً از سبب Chiasma optic Craniopharyngioma یا آفت تولید شده در ساحه optic homonymous hemianopsia (ساحه تمپورال یک چشم و ساحه انفی چشم مقابل) از سبب افت در visual cortex یا optic واقع می گردد. تشبع



(ج) بینایی رنگ. در اطفال کمتر از 3 سال

مشکل است بینایی رنگ ارزیابی گردد.

(د) معاينه قعر عين. توسع موثر حدقات در اطفال

را میتوان بواسطه تطبیق قطره چشم فینایل

افرین 10% هر 5 دقیقه بعد برای مدت 15

الی 20 دقیقه انجام داد. توسع بهتر حدقات را

میتوان با اضافه نمودن قطره 0.5%

Tropicamide بسته آورد. با قرار دادن

افتلموسکوپ در چند سانتیمتری چشمان

تصویر 13.10 اذیمای حلیمه از سبب Medulloblastoma . دسک بصری
مرتفع بوده و توأم با کثار های میهم و هایپریمیا واضح است (مخلص شما
. Dr .Harsh Kumar

مریض، Iris و عدسیه را برای شواهد Iridocyclitis

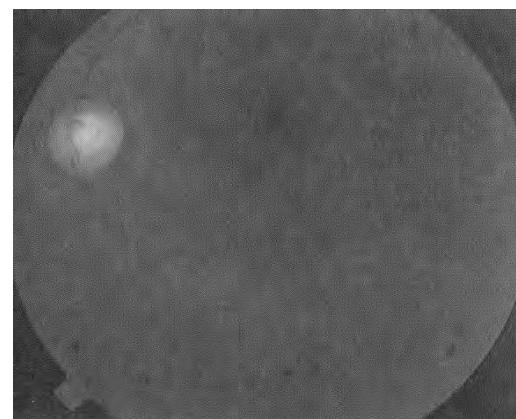
و cataract با استفاده از لیزت دیوپتر + 10+ یا

معاینه نمایید. بعداً باید افتلموسکوپ تا حد که امکان دارد

به چشم های مریض نزدیک آورده شده تا با استفاده از

عدسیه مناسب متعلق بر خطای انكسار قعر عین مریض

معاینه گردد.



قرع عین یک دریجه سیستم عصبی مرکزی است.

اذیمای حلیمه، التهاب حلیمه، اتروفی بصری،

Cherry red spot، Hypertensive Retinopathy، Chorioretinitis

choroidal tubercles و Retinitis pingmentosa phakomata

اطفال نسبتاً خانف است. اذیما و التهاب حلیمه بواسطه قرص مرتفع با امحا ناو فزیوالوژیک و کثار های میهم

مشخص می گردد. ورید ها با هایپریمیا محسوس و خونریزی پُر می باشد (تصویر 13.10).



تصویر 13.12 اتروفی بصری post-papilledematous بصری خاف چرکین با کنارهای میوه.

Post-papilledematous معمول است.

(تصویر 13.12). اتروفی بصری یک طرفه با اذیمای حليمه طرف مقابل از سبب تومور لوب جبهی مختص است.

Foster-Kennedy سندروم

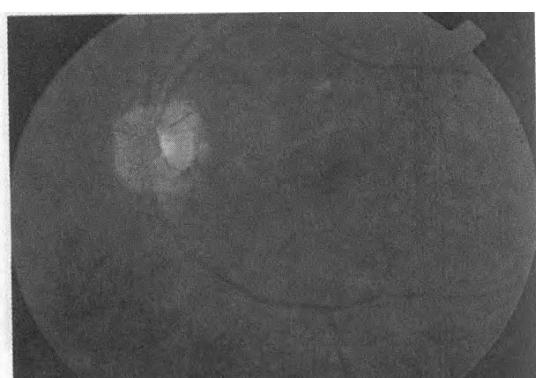
توکسoplasmos بواسطه ترشحات سفید زرد مانند که

بعد ها بشکل ندبه های صباغی که تمایل قبلی مخصوص به لکه دارد تغییر می نماید مشخص می

شود (تصویر 13.13). لکه های صباغی "مرچ و نمک مانند" موضعی یا عمومی در اطفال مصاب سندروم روپیلای ولادی دیده می شود. انتانات مادرزادی CMV بواسطه آفات صباغی اتروفیک چندین مرکزی بالای نواحی محیطی مشخص می گردد. تغیرات صباغی منتشر "مرچ و نمک مانند" توام با کاهش شرایین و التهاب اطراف ورید ها ممکن در مریضان مصاب سفلیس ولادی دیده شود. اکثریت اطفال مصاب انتانات TORCH معمولاً اتروفی بصری، دو بینی یا چپ چشم بودن و microphthalmos یا آفت بصلی نزد شان تالسنس می نماید. در التهاب عصبی خلف بصلی "هیچ یک از این دو نه متخصص چشم و نه مریض هیچ چیز را نمی بیند" ،

ضیاع دید در التهاب حليمه از اذیمای حليمه فرق دارد.

رتینوپاتی هایپرتینسیو بواسطه تضيق و تنگ شدن عمومی شرایین، ضخیم شدن رگها که منظره سیم نقره ای را بخود می گیرد، خونریزی شعله مانند، اذیما شبکیه و اذیمای حليمه مشخص می گردد. در اتروفی بصری ابتدایی، دسک سفید بوده و توام با کنارهای مجزا می باشد (تصویر 13.11). دسک خائف-کثیف با کنارهای رنگه در اتروفی بصری



تصویر 13.13 chorio-retinitis منتشر از سبب توکسoplasmos ولادی.

بخاطریکه آفت در خلف **Lamina Cribrosa** موقعیت دارد. اسباب معمول التهاب عصبی خلف بصلی شامل مننجایتس، فقدان ویتامینها و **multiple sclerosis** می باشد. این حالت ممکن بعد ها منجر به اتروفی بصری گردد.

اعصاب سوم ، چهارم و ششم، اینها بصورت مشترک ارزیابی شده زیرا ایشان با حرکات چشم ارتباط دارد. دو بینی عرض بسیار مؤثث مصابیت هر یکی ازین اعصاب است. فیچی، حرکات کره های چشم، دو بینی و **Nystagmus** جستجو گردد. پدیده حرکات چشم گُدی جهت بررسی حرکات چشم در اطفال استفاده می گردد. آفات قسمت فوقانی هسته **supranuclear** اعصاب چشم منجر به فلخ حرکات مزدوج چشم ها می گردد. قیچی فلچی باید از قیچی **concomitant** که بواسطه شروع مقدم مشخص می گردد فرق شود (زیر 3 سال)، حرکات نارمل چشم در تمام جهات، عدم موجودیت دو بینی، انحراف یکسان ابتدایی و ثانوی و دید ناقص در چشمان منحرف (جدول 13.2).

زوج سوم (**Oculomotor**) هسته آن در وسط دماغ موقعیت داشته و تمام عضلات خارجی چشم به استثنای **rectus** خارجی و مایل علوی را تعصیب می نماید. همچنان عضلات مژه ها و بلند کننده پلک های علوی چشم را تعصیب می نماید.

ابنارملتی های ذیل را مشاهده نمایید.

- (1) دو بینی یا بینایی دو چند
- (2) سقوط چفن. سقوط اجفان دو طرفه که در وقت شام تشدید یافته و مخصوصاً در مریضان مصاب قابل دید است (تصویر 13.14) (سقوط اجفان و تغیرات حدقه در اطفالیکه آفت **nuclear** عصب **Oculomotor** دارند شاید واقع نگردد).

جدول 13.2 تفاوت های برجسته بین squints فلنجی و concomitant قیچی لازمی		
خصوصیات	قیچی فلنجی	قیچی لازمی
نارگهانی	تدریجی و غافلگیر	شروع *
غیر معمول	معمول	ضیاع قسمی بینایی چشم (یعنی توجهی بصری)
معمول	معمول	دو بینی *
حرکات چشم محدود شده	حرکات نارمل چشم	حرکات چشم *
توسان نگاه دقیق به جهات مختلف	ثابت	محور بصری *
معمول	معمول	تصویر کاذب *
ممکن واقع گردد	معдум	سرچرخی *

(3) حدقات برای اندازه، شکل، تساوی اندازه در هر دو طرف، پاسخ مقابله نور، پاسخ مقابله نور طرف مقابل، (ریفلکس رضایت بخش نور)، پاسخ به مقابله توافق و جواب در برابر درد(عکسه Cilio-spinal)، حدقه زمانی خوبتر قابل دید است که روشی چراغ بصورت مایل بالای چشم تابانده شود.

(4) حدقات متوجه و ثابت. درین حالت پاسخ در مقابله نور و عکسه consensual موجود نمی باشد. عکسه consensual با تاباندن نور به یک چشم و عدم موجودیت تقبص در چشم دیگر ارزیابی می گردد. در التهاب عصبی خلف بصلی پاسخ حدقه در مقابله نور مستقیم از دست رفته



تصویر 13.14 منظره وصفی " نیمه- باز" یا مژه های پیغمده در طفل مصاب myasthenia gravis. پاسخ دراماتیک در مقابله Tensilon یا Neostigmine موجود است.

تلقی گردیده مگر اینکه طور دیگری ثابت گردد. اندازه حدقات بصورت نارمل در اطفال به تناسب کاهلان بزرگتر بوده و قطر آن بحالت عادی تا به 5 ملیمتر است.(5) حدقه های نقطه ای در اطفال مصاب آفت ethanol، phenothiazines، barbitorates، opioids، pontine organophosphate، phenylcyclidine و تسمم با برخی از ادویه های مانند حشره کش های بنظر می رسد.

جدول 13.3 انحراف کره های عین از سبب فلج اختصاصی عضلات چشم

عضله	عصب	انحراف کره چشم	دو بینی در زمان نگاه کردن طفل رخ میدهد
ماهیچه راست داخلی	3	بیرون	بطرف انف
ماهیچه راست علوی	3	سفلی و داخل	علوی و وحشی
ماهیچه راست سفلی	3	علوی و داخل	سفلی و وحشی
مایل سفلی	4	سفلی و بیرونی	علوی و داخلی
مایل علوی	6	علوی و خارجی	سفلی و داخلی
ماهیچه راست خارجی		داخلی	بطرف شقیقه

(6) ضایع توافق. از طفل خواهش گردد تا به یک شی دور در اطاق نگاه کند. معاینه کننده ناگهانی انگشت خویش را به قدام بینی مریض می‌آورد، و به طفل گفته شود که به آن نگاه نماید. چشم‌ها تقارب نموده و حدقات باید در هر دو طرف منقبض گرددند چون طفل برای دیدن انگشت آماده می‌گردد.

(7) حدقات Argyll-Robertson (سفلیس عصبی، مرض شکر، سندروم Perinaud's) عکسه نوری حدقة ضایع گردیده لامکن عکسه تطبیقی محفوظ می‌باشد.

(8) قیچی (squint). چشم بطرف علوی و سفلی بیجا است. درین حالت تمام حرکات چشم معذوم بوده و صرفاً می‌تواند خفیفاً بطرف بیرون و اندکی به پایین حرکت نماید.



تصویر 13.15 ارزیابی حرکات چشم و Nystagmus. ۱) طفل خواهش گردیده نا انگشت معاینه کننده را به طرف افقی و عمودی بدون حرکت دادن راس تعقیب نماید.

جدول 13.3 نشاندهنده انحراف کره های چشم از سبب فلج اختصاصی عضلات خارج بصری است. دو بینی زمانی رخ می‌دهد که از طفل خواسته شود تا به طرف هدایت شده نظر اندازد که عضله فلنج شده کره چشم را بطور عادی حرکت می‌دهد.

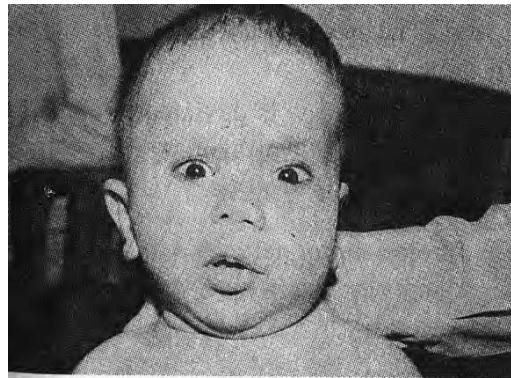
زوج چهارم (**Trochlear**). هسته آن در وسط دماغ موقعیت داشته و عضلات مایل علوی را تعصیب می نماید.

در صورت که فلچ زوج چهارم موجود باشد انحراف خفیف چشم بطرف علوی و خارج بوجود می آید. حرکات سفلی کره چشم ناقص بوده و طلف از دوینی در نگاه سطح افقی یا نزدیکی چشم ها شکایت دارد.

زوج ششم (**Abducent**). هسته آن در pons موقعیت داشته و مسیر طولانی داخل قحفی دارد و از سبب فرط فشار داخل قحفی ممکن تحت فشار قرار گیرد. این عصب عضلات مستقیم خارجی را تعصیب می نماید. فلچ آن ممکن سبب قیچی داخلی و عدم قابلیت حرکت کره های چشم بطرف بیرون گردد و دوینی در زمان نظر بطرف خارج بوجود می آید. فلچ عصب ششم شاید از سبب فرط فشار داخل قحفی به شکل علامه کاذب موضعی بوجود آید. در اثنای معاينه حرکات چشم، Nystagmus جستجو گردد (تصویر 13.15). از طلف خواهش گردد تا به انگشت معاينه کننده که بطور آهسته بصورت افقی بهر دو طرف و بصورت عمودی بطرف بالا و پایین حرکت می نماید نظر اندازد. زمانیکه Nystagmus رخ میدهد وضعیت چشم، خصوصیات، و سمت حرکات آن را یاداشت Nystagmus labrynthine شاید جنبده (amblyopia)، تشنجی متناوب (دھلیزی)، چرخشی (Nystagmus)، افقی (مخیخی) و عمودی (ساقه دماغ) باشد.

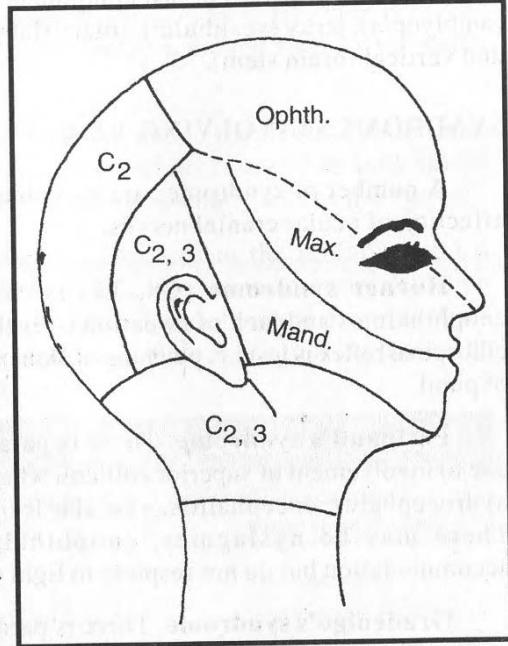
سندروم های که با مصابیت ازواج قحفی ۳، ۴ و ۶ توام اند

یک تعداد سندروم ها با متأثر بودن ولادی و کسبی ازواج بصری قحفی توام اند.



تصویر 13.16 سندروم Moebius. قیچی تقاریبی ٹلچی دو طرفه و فلچ عضلات وجه ملاحظه گردد

سندروم (**C8, T1 Horner**) بواسطه تنگ شدن مردمک چشم، سقوط اجفان، enophthalmos و عدم موجودیت عرق بالای وجه طرف ماوف مشخص می گردد. عکسیه Ciliospinal معدهم می باشد مثلًا به تعقیب فشردن جلد گردن توسع حدقات بوجود نمی آید.



تصویر 13.17 تفصیل حسی و چشمی ذریعه شعبات عصب trigeminal و رشته های رقبی علوی.

سندروم Perinaud's. وصف عمدہ آن فلچ مزدوج نگریستن بطرف بالا از سبب ماؤفیت بر جستگی pineal (علوی که ممکن در اثر تومور colliculi) هایدروسفالوس، انسفلایتس، آفات وعایی و sclerosis منتشر بوجود آید می باشد. درین حالت enophthalmus و تقبیض Nystagmus حدقه ها در جریان مطابقت چشم ها بوجود آمده ولی Argyll-پاسخ در مقابل نور وجود ندارد. (Robertson pupil

سندروم Gradenigo's. متصف به فلچ یک طرفه عضله راست توام با حساسیت یا تورم خلف گوش همان طرف از سبب امراض التهابی عظم petrous است.

سندروم Moebius. متصف به فلچ دو طرفه عضله راست خارجی توام با فلچ عضله وجهی از سبب عدم تشکل هسته عصب ششم در ساقه دماغ است.

Benedikt's syndrome مشخصه عمدہ آن فلچ عصب oculomotor سمت ماروفه توام با لرزش طرف ataxia یا فرط تحرکیت نهایات علوی از سبب ماؤفیت عصب سوم طوریکه از وسط هسته سرخ عبور می نماید می باشد.

Weber's syndrome فلچ عصب سوم توام با فلچ خفیف طرف مقابل بوده که سبب عمدہ آن ماؤفیت عصب سوم از سبب آفت دماغ وسطی است چون این عصب از cerebral peduncle عبور می نماید.

Pontine crossed paralysis زمانیکه آفات در حدبه باشد سبب ماؤفیت هسته عصب هفتم گردیده که در آن فلچ همان طرف وجه و فلچ تقلصی در بازو و پا طرف مقابل بوجود می آید.

مشخصه عمده آن فلچ یک طرفه عصب ششم و هفتم توام با فلچ خفیف **Millard-Gubler syndrome**

طرف مقابل بوده که از سبب آفت ساقه دماغ بوجود می‌آید.

در اینجا فلچ عصب 7th همان طرف توام با فلچ قسمی و فلچ تام سمت مقابل **Foville's syndrome**

اهرامی از سبب مافظت هسته para abducens موجود می‌باشد.

، maxillary، Ophthalmic (Trigeminal) Fifth nerve

و mandibular وجه را تعصیب می‌نماید (تصویر 13-17). شبکات حرکی آن عضلات masseters

و pterygoid و Temporalis 2/3 را تعصیب می‌نماید. الیاف حسی آن وجه، منظم، قرنیه، احساس ذایقه

حصه قدامی زبان را تعصیب می‌کند

i. رفلکس‌های قرنیه و منظم از بین رفته است (الیاف efferent این ریفلکس بواسطه عصب هفتم انتقال

می‌گردد.

ii. از دست دادن حسیت پوست فرق سر، رخسار یا فک سفلی بخاطر مافظت شبکات مربوط. مریض هنگام

نوشیدن در طرف مافظه احساس می‌نماید که در پیاله که می‌نوشد شکسته است.

iii. از دست دادن احساس درد در قسمت 2/3 قدامی زبان.

از مریض خواهش گردد که دندانهای خود را بهم فشار دهد. که در این صورت در سمت فلچ شده عضلات

masseter و temporalis با هم قرار گرفته نمی‌تواند.

iv. از مریض خواسته شود که دهن خود را باز نماید. که در این صورت فک از سبب حرکت عضله سالم

Pterygoid طرف مقابل سمت فلچ شده انحراف می‌نماید. مریض فک خود را از یک طرف به طرف

دیگر حرکت داده نمی‌تواند.

(facial) Seventh nerve

کاملاً یک عصب حرکی بوده که هسته آن در pons موقعیت دارد. تمام عضلات وجه، scalp و platysma را

به استثنای levator papebralis superior تعصیب می‌نماید.

i. در این حالت palpebral fissure طرف ماؤف عریض می باشد. چشم متأثر بصورت ثابت بسته شده

نمی تواند. وقتیکه مریض به زور جهت بستن چشمان خود کوشش نماید، کره چشم بطرف علوی دور

نموده و sclera اشکار می گردد که همین حادثه بنام (bells phenomenon) یاد می گردد.

ii. وقتی که از طفل خواسته شود که به بالا نگاه نماید در سمت ماؤفه پیشانی خود بلند نمی تواند.

iii. زمانیکه طفل گریه نماید، وجه عدم تناختر داشته و گنج دهن در طرف سالم بطرف بالاکش شده در حالی

که (naso labial fold) در طرف ماؤف هموار می باشد. این علامه را زمانی خوبتر مشاهده می توانیم

که مریض خواسته شود تا دندانهای خود را به ما نشان دهد.

iv. از مریض خواسته شود که اشپلاق یا پُف نماید. که در این صورت هوا از طرف ماؤفه نفوذ می نماید. بعداً از

مریض خواسته شود که رخسار خویش را بطرف بیرون با هوای تحتانی آن پُف نماید. و فشار آن بواسطه

tapping رخسار در هر دو طرف توسط انگشت امتحان گردد. هوا از طرف فلچ شده دهن به آسانی

بیرون می گردد.

v. الیاف های عصبی حس ذایقه در 2/3 قسمت قدامی زبان توسط شعبه chorda tympani عصب

هفتم تعصیب می گردد (حس ذایقه در 1/3 خلفی زبان توسط عصب نهم تعصیب می گردد). حس ذایقه را

با استفاده از بوره، نمک، لیمو و Quinine میتوان معاینه نمود. حس ذایقه، salivation و افزار اشک

زمانی متأثر می گردد که آفت بین ساقه دماغ و نواحی chorda tympani در گوش وسطی قرار داشته

باشد.

vi. شاید از سبب مصایبیت عصب در قسمت stapedius کاتالوجی که توسط عصب

هفتم تعصیب می گردد بوجود آید.

در فلچ نیورون حرکی سغلی (para nuclear و nuclear) فلچ وجهی تام بوده لاکن در فلچ نیورون حرکی

علوی چشم ها و پیشانی قسماً سالم باقی مانده و قیافه وجه از سبب موجودیت رشته های وجه علوی در

Cortex ثابت باقی می ماند.

اسباب عمدۀ فلج وجهی یک طرفه Ramsay Hunt bell's palsy شامل Infranuclear التهاب گوش متوسط، فرط فشار خون، التهاب سحايان، مرض Lyme، Kawasaki، مرض Rhabdomyosarcoma و Henoch-Schonlein Purpura، Sarcoidosis گوش متوسط می باشد.

تشخيص فلج وجهی دو طرفه مشکل بوده و منظره یکنواخت غیر وصفی ماسک مانند وجه را بوجود می آورد. که منظره وصفی infantile botulism، Moebius syndrome، Guillain barre syndrome و های مختلف می باشد. Myopathy

عصب هشتم (Auditory). این عصب دارای دو بخش vestibular و auditory است. در مورد نتایج vestibular شنوایی، subjective vertigo، (vestibular) objective vertigo، hyperacusis، tinnitus (عصب هشتم، گوش متوسط یا ساقه دماغ) و Dizziness تحقیق گردد. در مورد عکس العمل طفل در مقابل صدای طیاره، صدای بستن دروازه، موزیک و یا صدا نمودن نام وی و غیره پرسیده شود. در اطفال شیر خوار، عکس العمل وحشت زدگی، چشمک زدن، تغییر یا توقف آنی فعالیت، افزایش تعداد ضربان قلب، تدور راس بطرف صدای زنگ، اشپلاق و قاشق و پیاله، صدای جفجنگ بازیچه و غیره. منبع صوتی برای طفل باید قابل دید نبوده و باید با پُف کردن هوا تولید شود (تصویر 13.8). در اطفال، عدم موجودیت پاسخ در مقابل صدا ممکن بیشتر از سبب تاخیر عمومی انکشاف نسبت به کری باشد. اگر نقيصه شنوایی موجود باشد، مشخص نمایید که آیا سبب آن آفت گوش متوسط و یا کری عصبی است. بصورت نارمل انتقال هوایی به تناسب انتقال عظمی بهتر است. در امراض گوش متوسط، انتقال عظمی متأثر نگردیده لاتن انتقال هوایی کاهش یافته حال آنکه در کری عصبی هر دو آن متأثر می گردد. این حالت را از نظر کلینیکی میتوان به کمک tuning fork (256 Hz) ارزیابی نمود. در Rinne's test پنجه اهتزاز صوتی در قسمت قدمای گوش (air conduction) و بعداً بالای عظم (bone conduction) mastoid گذاشته می شود. در کری عصبی هر دو طریق انتقال هوایی و عظمی متناسباً کاهش یافته در حالیکه در کری انتقالی، انتقال عظمی حفظ گردیده و به تناسب انتقال هوایی بهتر می باشد.



تصویر 13.18 ارزیابی شنوایی یک طفل با زنگ معدن.

در Weber's Test، پنجه اهتزاز صوتی را در قسمت متوسط پیشانی مریض قرار می دهیم (تصویر 13.19). در کری انتقالی Weber's به طرف موافه عرضی بوده حال آنکه در کری عصبی بطرف نارمل خوب تر شنیده می شود.

ارزیابی Audiometric در اطفال که کری عصبی دارند نشاندهنده ضیاع صدای های بلند بوده

حالات که کری گوش متوسط با از دست دادن ظرفیت شنوایی صدا های خفیف مشخص می گردد. زمانی که کاهش شنوایی بیشتر باشد، در این حالت کاهش کلی تمام فریکونسی های صدا موجود می باشد. در اطفال جوان ضیاع شنوایی با عکس العمل بوجود آمده توسط evoked otoacoustic audiometry ساقه دماغ، emission audiometry و سلوکی یا رفتاری ارزیابی می گردد.

ازوج نهم و دهم (اعصاب Glossopharyngeal و Vagus). اینها به ترتیب الیاف حسی و حرکی حنک نرم و بلعوم را تفصیل می نماید. عصب Glossopharyngeal یا 1/3 خلفی زبان را تعصیل می نماید.

عصب واگوس الیاف حسی و حرکی طرق تنفسی، قلبی و احشا بطئی را (از طریق عصب Accessory) تعصیل می نماید. در اثر فلچ حنک نرم و بلعوم طفل ممکن از بلع دردنگ و Regurgitation انفی مایعات از طریق بینی و بیرون آوردن صدا از طریق انفی در هنگام تکلم شکایت نمایند. درین حالت معدومیت ریفلکس بلع با جاری شدن آب از دهن و اختناق نیز موجود است. عکسه Gag یا عکسه بلعومی معدوم می باشد. زمانیکه از طفل خواسته شود با دهان باز آه بگوید حنک نرم به سمت نارمل کش یا منحرف می



تصویر 13.19 جهت تشخیص تفریقی بین کری انتقالی و عصبی. برای تفصیلات به متن مراجعه گردد.

گردد. مبتلا شدن دو طرفه عصب واگس شاید سبب گرفتگی صدا یا **Aphonia** گردیده در حالیکه فلج یک طرفه را میتوان در معاینه حنجره تشخیص نمود. شعبه چپ راجعه حنجره عصب واگوس شاید بواسطه تومور میدیاستینوم تحریب گردیده و از باعث فلح عضله (**abductor**) سبب سترایدور گردد.

زوج بازدهم (عصب **Accessory**). این عصب دارای دو بخش، نخاعی و **Accessory** است. عصب **Accessory** ایاف حرکی عصب واگوس را در حنجره و بللوم تعصیب نموده در حالیکه عصب نخاعی عضلات **Sternomastoid** و **Trapezium** را تعصیب می نماید. فلح آن سبب عدم توانمندی در بالا انداختن شانه ها در مقابل مقاومت و ضعفیت در تدور زنخ بطرف جانب مقابل می گردد.

زوج دوازدهم (عصب **Hypoglossal**). فلح آن بواسطه انحراف زبان بیرون آمده بطرف سمت فلح شده مشخص می گردد. انحراف واضح در مریضان مصاب فلح وجهی موجود بوده که باید به خاطر داشت. از طفل خواسته شود تا زبان خویش را از یکطرف بطرف دیگر حرکت داده و با زبان خویش هر دو طرف داخلی رخسار خود را زبان بزنند. در آفات **Nuclear** و **Infranuclear** زبان تضعیف گردیده و **Fasciculation** را از خود نشان می دهد. ضعفیت، اتروفی و **Fasciculation** دو طرفه زبان برای مرض **Werdnig-Hoffmanns's** پتوگونومیک است.

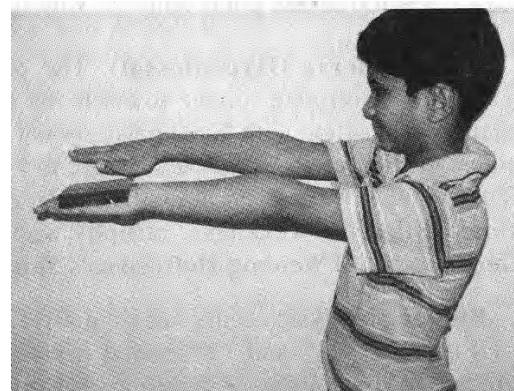
Medula در اثر ابتلا عصب **Bulbar** در هسته های (9 ، 10 ، 11 و 12 اعصاب قحفی) در **Oblongata** بوجود می آید. این حالت بواسطه تجمع افزایات در خلف بللوم، جاری شدن آب دهن، بلع دردناک، بازگشت غذا از طریق انفی، **dysarthria** عضوی با بیرون آوردن صدا از بینی مشخص می گردد. همچنان شاید مصابیت مراکز **Medullary** تنفسی و **Vesomotor** موجود بوده و سبب اختلال تنفسی و بی نظمی **Pontine**، **Acute Poliomyelitis** می گردد. حالات معمول که سبب فلح **Bulbar** می گردد شامل **Guillain Barre**، **Moebius Syndrome**، **Glioma** کارسینوما یا سارکوما انفی بللومی، **Diphtheritic Neuritis**، **Infantile Botulism Syndrome**، **Demyelinating Disease**، **Encephalitis** و تسمم با فینوتیازین.

فلج کاذب **Bulbar** یا فوق **Bulbar** با مشکلات در مفصل بندی و بلع، تجمع افرازات و شخی وجهی از سبب مصابیت دو طرفه الیاف قشری نخاع بطرف هسته **Bulbar** مشخص می‌گردد. تکان فک تشدید می‌یابد. فلج کاذب **Bulbar** ممکن در اثر Encephalitis ترومیوز دماغی دو طرفه، مرض Gaucher's دوره طفولیت، امراض دخیروی گالایکوجن تایپ 2 (Pomp Disease) و اطفال توام با تشوهات فقدان معافیتی کسبی واقع گردد.

سیستم حرکی

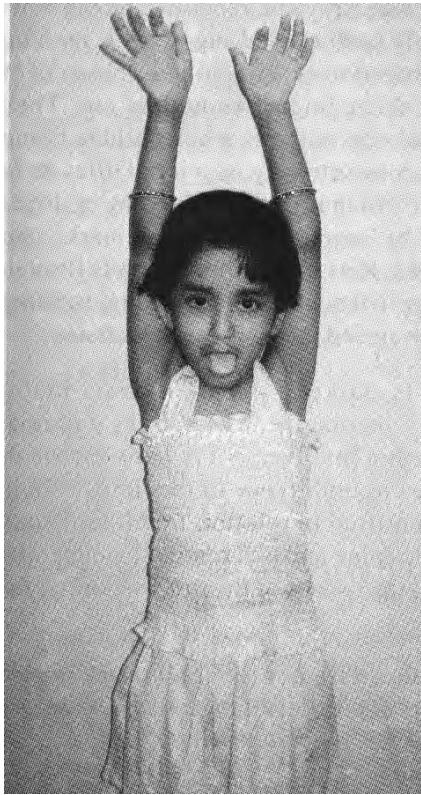
اطراف علوی، تنہ و اطراف سفلی را به ترتیب معاینه نماید.

۱. وضعیت اطراف ممکن از سبب تغیرات در تون و قوت عضلی در یک وضیعت اینارمل قرار داشته باشد. اطراف سفلی فلج شده بحالت بسط و تدور خارجی بطرف مفصل حرقفی فخذی نگهداشته می‌شود. وضعیت Pithed Werdnig-Hoffmanns's Frog پاها در مرض اسکاروی، و پولیومیلاینس دیده می‌شود. شخی در نتیجه آفات ساقه دماغ بین سویه Inter-Collicular و هسته دهلیزی در هر موقعیت که باشد بوجود می‌آید. این حالت بواسطه هایپرتونیا-انبساطی متداوم یا اتفاقی و تدور داخلی هر چهار طرف با opisthotonus مشخص می‌گردد. کوما، حدقات Pinpoint و علامه دو طرفه Babinski نیز شاید موجود باشد. در شخی Decorticate آفت اکثراً متمایل بطرف راس، در فاز میانی نیم کره دماغی و Diencephalon موقعیت دارد. این حالت بواسطه ازدیاد قوت عضلی قابضه اطراف علوی و ازدیاد قوت عضلی باسطه اطراف سفلی مشخص می‌گردد. شخی Decerebrate در مقایسه با شخی Decorticate اهمیت



تصویر ۱۳.۲۰ میتوود ارزیابی رعشه خفیف دست‌ها. یک توته کاغذ را بالای قسمت ظهری دستهای مبسوط گذاشته و رعشه مشاهده گردد.

موارد باشد. در شخی Decorticate آفت اکثراً متمایل بطرف راس، در فاز میانی نیم کره دماغی و Diencephalon موقعیت دارد. این حالت بواسطه ازدیاد قوت عضلی قابضه اطراف علوی و ازدیاد قوت عضلی باسطه اطراف سفلی مشخص می‌گردد. شخی Decerebrate در مقایسه با شخی Decorticate اهمیت تشخیصی بیشتر دارد.



تصویر 13.21 مبتود معانه طفول که مصاب Chorea است. طفل در نگهداری دستهای بالای راس خوبیش عاجز بوده و زین خود را خروج از دهن حظ نمی تواند (زبان "Jack in the box").

بنام Hemi chorea یاد می گردد. اینها با بی نظمی تنفسی و پیش و پس کشیدن سریع زبان و کشال شدن نوک آن توام می باشد (تصویر 13.21). در اینجا هایپوتونیا، فرط بسط مفصل و عدم توانمندی در نگهداشتن دستهای در بالای راس با کف دست منبسط موجود می باشد.

(ج) Athetosis. با حرکات متداوم، تدریجی، مشابه مارپیچی (از شدت شرم یا درد بخود پیچیدن) که اکثراً در بالای قسمت های محیطی یا بعیده نهایات موقعیت دارد مشخص می گردد. مریض قادر به نگهداری انگشتان و پنجه ها در هیچ وضعیت نمی باشد.

2. حرکات غیر عادی. حرکات اینارمل را جستجو نموده و یاداشت نمایید که آیا در حالت خواب دوام نموده یا غایب می گردد.
 (الف) رعشه. نوسانات موزون قسمت های از اطراف از سبب تقلصات متناوب عضلات متقابل سبب بوجود آمدن رعشه می گردد. اینها شاید خفیف یا شدید ، ثابت یا متحرک یا رعشه عمده باشد. رعشه خفیف دستهای منبسط در اضطراب و تایروتوکسیکوزس مشاهده گردیده در حالیکه رعشه شدید زیاد تر نزدیک در بازو ها و بند دستهای منبسط (رعشه Wing-beating در مرض Wilson دیده می شود (تصویر 13.20).

(ب) بواسطه حرکات تشنجی نا منظم، غیر عادی نیمه هدفمند طرف یا قسمتی از طرف تقریباً شبیه رقص عجیب و غریب مشخص می گردد. حرکات در مفاصل قریبیه واقع میشود. بواسطه هیجان تشدید می یابد. ذرعه فعالیت های ارادی تقلیل یافته و در انتای خواب ناپدید می گردد. اگر حرکات یکطرف بدن را مبتلا سازد،

(د) **Torsion Spasms** یا **Dystonia Musculorum Deformans**.

خوردگی با دامنه وسیع مصابیت عضلات عنق، تنہ و قسمت های قریبیه اطراف مشخص می گردد. راس، تنہ و اطراف شاید در وضعیت عجیب و غریب قرار داشته باشد. **Chorea** و **Athetosis** از سبب **Dystonia** تشوشات **Ganglia** قاعده بوجود می آید. این حالت معمولاً با **Grimacing** یا دهن کجی، نالش و برآمدگی زبان توام می باشد. حرکات ابنارمل در اثنای خواب از بین رفته و شدت آن در جریان استراحت و فعالیت های ارادی مانند لباس پوشیدن و غذا خوردن شاید کمتر شود. فکتور های مساعد کننده معمول آن عبارت اند از اسفکسی ولاדי، ترضیضات ولاדי و انسفلایتس.

(ه) **Hemiballismus**. عبارت از حرکات موزون، متکرر، سریع و شدید مفاصل قریبیه یک دست یا پا است که شاید موجب آسیب به خود مریض یا دیگران گردد. معمولاً شروع آنی داشته و بی نهایت زله کننده و خسته کن است. حالت فوق از سبب آفات نیوپلاستیک یا وعایی نزدیک مجاورت هسته تحت تلاموس بوجود می آید.

(و) **Myoclonus**. عبارت از تکان های غیر قابل پیش بینی، تند، سریع یا تقلصات یک یا چندین گروه عضلی است. از **Chorea** بواسطه خواص تیزی و کوتاهی متمایز می گردد. معمولاً در اثر آفات ساقه دماغ و تشكل شبکوی بوجود می آید.

۳. **Twitchings** و **Fibrillation**.

در اثر اسطحه بطنی حجرات قرن قدامی یا هسته حرکی ازواج قحفی بوجود اید.

(۴) **Tics**. انقباض غیر ارادی عضلات یا سپز عادتی عبارت از حرکات عجیب و غریب وجه و شانه بدون کدام مرض عضوی است. اینها حرکات یک نواخت، تکراری اند که عمدتاً به آسانی مانند چشمک زدن، مالیدن لبها به یکدیگر، اخم کردن یا ترشیرویی پیشانی، چرخاندن عنق، سرفه یا صاف نمودن گلو، تکانهای اطراف و بالا اندختن شانه ها تولید می گردند. در حالت هیجان، فشار و عصبانیت زمانیکه طفل مواختیت می گردد تشديد یافته و اکثراً زمانی که مصروف کار باشد غایب می گردد. **Sndrom Gilles de la Tourette** یک تشوش نادر است که با **Tic** های متعدد دوامدار مشخص گردیده اغلباً با گریه های غیر ملفوظ همراه می باشد. **Sndrom Rett**, که

منحصر به دختران است، بواسطه Tic یکنواخت مانند شستن دستها، مالیدن یا فشردن و پیچاندن دستها، کف زدن، ضربه زدن آهسته و حرکات خود بخودی دهن مشخص می‌گردد.

5. Wasting. ذوب عضلات در حالت فلنج نیورون‌های حرکی سفلی برجسته می‌باشد. ارزیابی نمایید که آیا بطور واضح گروپ عضلات قریبیه یا بعيده را متاثر نموده و آیا مصایبیت در هر دو طرف متناظر است یا غیر متناظر.

محیط اطراف باید در یک نقطه معین با در نظر داشت نشانهای اختصاصی عظمی مانند بارزه قدامی علوی حرقوی و Olecranon اندازه گردد. در اتروفی یا هایپرتروفی نصف بدن تمام انساج طرف بشمول عظام متاثر می‌گردد.

6. تغیرات غذایی. انصباب بدون درد مفاصل، اختلال وعایی، زخم بستر یا زخم غذایی، تغیرات صباغی یا احمراری جستجو گردد.

7. تون عضلی. تون عضلی بواسطه (1) دیدن وضعیت اینارمل طرف، (2) جس عضلات برای حس نمودن نرمی، سستی و شخی، (3) مقاومت و حدود حرکات منفعل در مفاصل بزرگ، (4) و با تکان دادن طرف از اد برای حدود و نوسان حرکات ارزیابی گردد. جهت ارزیابی Tone در اطفال به فصل 6 و 14 مراجعه گردد. قوت باید در هر دو طرف با نگهداشتن راس در خط متوسط مقایسه گردد. او شاید نارمل، کاهش یا افزایش نموده باشد. در آفات اهرامی، نزد مریض حالت تشنجی Clasp knife و قتیکه مقاومت در شروع حرکات منفعل خوب واضح شد بوجود می‌آید. در فلنج دو طرفه دماغی از سبب آفت اهرامی، عنق و تنہ نسبتاً هایپوتونیک باقی می‌ماند. شخی نوع پلاستیک یا سرب از سبب افزایش تون هر دو عضلات پیشقدم و مخالف در مریضان مصاب آفات خارج اهرامی مشاهده می‌گردد. موجودیت رعشی در چنین مریضان منجر به شخی نوع چرخ دندانه دار می‌گردد.

8. قدرت. ناتوانی حرکی با پرسیدن افعال معمولی را که طفل در حیات روز مره انجام داده نمی‌تواند ارزیابی می‌گردد. آیا طفل خودش غذا خورده می‌تواند، به تنها بی لباس های خود را تبدیل می‌تواند، به ضرورت تشناب رفتن توجه دارد، مو های خویش را شانه می‌تواند یا خیر؟ و غیره. Apraxia عبارت از عدم توانمندی در اجرای فعالیت های ارادی امر شده است که بدون موجودیت اختلالات واضح حسی، حرکی و هماهنگی وظیفوی باشد. طرز و سرعت گرفتن اسباب بازی با دست توسط طفل و عکس العمل او در برابر تحولات اطراف آن نگریسته شود. در جریان دو سال اول حیات اکثریت اطفال بالای هر دو دست خود بخوبی حاکم بوده و در استفاده از کدام

دست مشخص برتری داده نمی تواند. زمانی که برتری واضح در استفاده از دست و پیژه در جریان شیر خوارگی موجود باشد، این باید یک تظاهر مقدم **Neonatal stroke** از سبب **Infantile Hemiplegia** تلقی گردد.

از طفل خواهش نمایید تا لنگ لنگان با یک پا راه برود، بقدم و خلف قدم بزنده، با پنجه پا و کری پا راه برود، از وضیعت **squatting** (بر روی سرین نشستن) برخیزد و غیره. حرکات فعال باید در تمام مفاصل بدون مقاومت و در برابر مقاومت درجه های مختلف آزمایش گردد. موجودیت حرکات بنفسه‌ی نزد طفل را باید مواظب بود. ارزیابی **Guillain-Barre Syndrome**, **Myopathy** (یا بعیده (Peripheral Neuropathy) را متاثر نموده و آیا متناظر است یا غیر متناظر. در فلچ نصف بدن، دست معمولاً نسبت به پا شدیداً مأوف گردیده در حالیکه در فلچ چهار طرف یا فلچ دو سویه، اطراف سفلی معمولاً نسبت به علوی بیشتر متاثر می گردد. برای ارزیابی عضلات تنہ، از مریض خواهش گردد تا از وضیعت استجای ظهری بدون تکیه دادن دستهای خویش بنشیند. زمانیکه او برای نشستن کوشش می نماید، سُرُه را مشاهده نموده که آیا بطرف علوی، سفلی یا جوانب منحرف گردیده (علمه Beevor's) و آیا کدام قسمت از بالون بطئی بیرون است. با استفاده از ابتکار و نیرنگ های مختلف، توانایی گروپ عضلات را با اجرا حرکات قبض، بسط، تقرب، تبعد و تدور در مفاصل مختلف آزمایش نموده از مفاصل مجاور شروع نموده و بطرف مفاصل انتهایی بروید. برخی از عضلات انفرادی را قرار ذیل میتوان آزمایش نمود.

1. از طفل خواهش نمایید تا شانه های خود را بلند یا قبض نماید.
2. از مریض خواهش نمایید که بازو های خویش را به وضیعت افقی بسط دهد (Deltoid C5 , C6).
3. از مریض خواهش نمایید که آرنج خود را در حالیکه ساعد بطرف خارج و روی کف دست بطرف بالا باشد قبض نماید (Biceps C5 ,C6).
4. از طفل خواهش نمایید که بازو خویش را در برابر مقاومت بسط دهد (Triceps C7,C8).
5. از مریضی که در کنار میز نشسته است، خواهش نمایید که پای خویش را بلند نموده تا زانو باز گردد (Quadriceps L2,L3,L4)

6. مریض را به وضعیت Decubitus جنبی قرار داده و از او خواهش گردد تا زانو را قبض نموده و مفصل حرکتی فخذی پای علوی را بسط دهد (Gluteus medius L4,L5,S1).

7. مریض به استجای بطئی قرار گرفته در حالیکه هر دو زانو آن قبض باشد خواهش گردد تا مفاصل حرکتی خوش را از بستر بلند نماید (Gluteus maximus L5,S1,S2).

8. مریض را به استجای ظهری قرار داده و از او خواهش گردد تا کف دست معاینه کننده را با کف پای خوبیش بطرف پایین تیله نماید (Gastrocnemius and Soleus L5,S1,S2).

9. مریض را به استجای ظهری قرار داده و از او خواهش گردد تا پای خود را در برابر مقاومت بطرف ظهری قبض نماید (Tibialis anterior L4,L5,S1).

10. فلنج عضلات تنفسی بواسطه تنفس سریع و سطحی، صدا یا گریه ضعیف، عدم توانمندی در شمارش بیشتر از 10 با یک تنفس، نگاه اضطرابی و سیانوزس مشخص می گردد. تنفس Paradoxical یعنی کنشش بطن با هر شهیق نشاندهنده فلنج دیافراگماتیک بوده که اکثراً توام با فلنج عضله Deltoid از سبب تحریک یکسان عصب نخاعی می باشد (C5,C6). در ترضیضات عصب Phrenic ، در اثنای شهیق از سبب فلنج دیافراگم حرکت متناقض داخلی یک طرفه جدار بطن بوجود می آید. سُره بطرف بالا بسوی ناحیه ماوفه حرکت نموده که بنام (علامه بطن رقصنده) یاد می گردد.

قدرت عضلی قرار ذیل تصنیف بندی می گردد.

درجه	قدرت عضلی
0	پرش با لرزیدن نیست
1	+ پرش
2	حرکات ممکن با ثقلت محظوظ گردد
3	حرکات شاید در برابر ثقلت
4	حرکات شاید در برابر ثقلت و قسمًا مقاومت
5	قدرت عادی

در فلچ هستریکی، طفل کوشش اندک برای اجرای حرکات بمتابه مدرک برای علامه مثبت Hoover's می نماید. مریض تخته به پُشت خوابیده و معاینه کننده یک دست خود را در زیر کف پای نارمل آن قرار می دهد. از طفل خواهش می گردد تا پای ظاهرآ فلچ شده خویش را در حالیکه زانو منبسط باشد بلند نماید. در فلچ نیم طرف حقیقی، در حالیکه مریض کوشش می نماید طرف فلچ شده خویش را بلند نماید، در اینجا فشار متقابل طرف نارمل موجود می باشد. در فلچ هستریکی ذوب عضلی موجود نمی باشد.

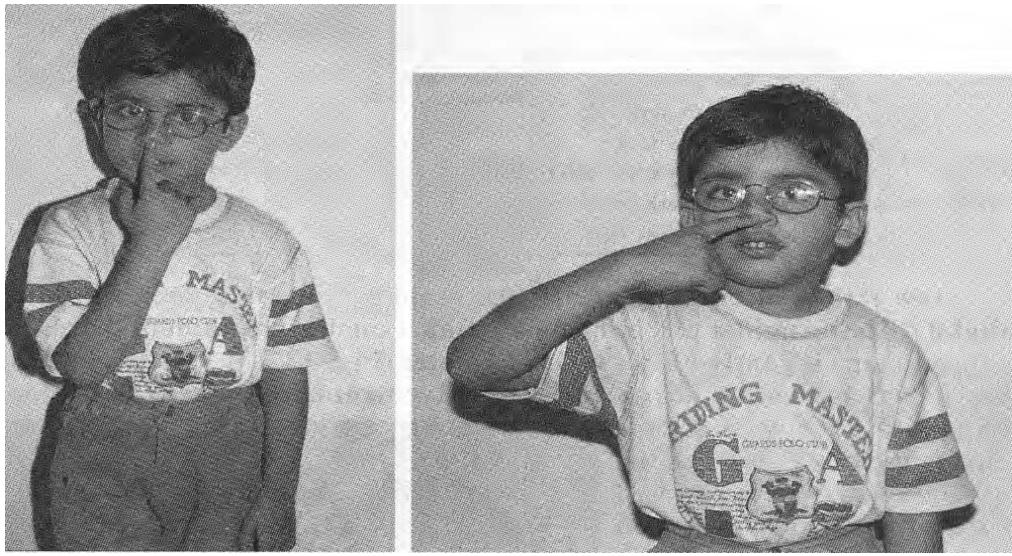
۹. تشریک مساعی یا هماهنگی. عدم هماهنگی برای ضیاع وظیفوی مخیخی پتوگونومیک است. هماهنگی را تا زمانیکه قدرت عضلی مناسب نباشد نمی توان ارزیابی نمود. هماهنگی طفل را میتوان با پیشکش نمودن یک بازیچه یا شی کوچک بشکل تفریح بین جانین ارزیابی نمود.

(الف) تست انگشت- بینی با باز و بسته نمودن چشمها (تصویر 13.22). هر دست را بنوبت بطرف خارج امتداد داده تا کاملاً منبسط گردد و از طفل خواهش گردد تا متناوباً نوک بینی خویش و انگشت معاینه کننده را (که به موقعیت های مختلف حرکت می نماید) به کمک نوک انگشت اشاره خود لمس نماید. رعشه های عمدی و نقطه گذاری سابقه را مشاهده نمایید (Dysmetria).

(ب) Dysdiadochokinesia. عبارت از عدم توانمندی در اجرای حرکات متناوب سریع و دقیق است مثلاً حرکات تدوری دست بطرف بالا و پایین، کف زدن، تماس سریع شست و انگشت کوچک هر دو طرف و غیره. معمولاً اطفال بالاتر از پنج سال به آسانی و سرعت قادر به اجرای حرکات متناوب سریع هستند.

(ج) ریکارد دست نویسی برای ارزیابی بهبودی تعقیبی مفید است. از طفل خواهش نمایید تا یک خط در بین دو خط بهم نزدیک، تار با سوزن یا مهره، ترسیم یک شخص، دستمال گردن، بند بوت و غیره را رسم نماید.

(د) Rebound Phenomenon. سعی نمایید که آرنج مریض در برابر تقلص و مقاومت Biceps بسط نماید. زمانیکه بند دست بصورت آنی رها گردد دست شاید فوراً به عقب برگشته و به رویش اصابت نماید.



تصویر ۱۳.۲۲ تست انگشت-بینی. (الف) میتود نادرست، (ب) میتود درست. بازو باید با تبعد کامل دور تر از سطح بدن قبیل از 'ینکه نوک بینی را لمس نمایید کشیده شود.

(ه) تست کری پا - زانو برای اطراف سفلی معادل تست انگشت-بینی در اطراف علوی است. همچنین، از مریض خواهش نمایید تا به وضعیت استجای بطی قرار گرفته و هر دو پای خویش را که در زاویه راست به زانو قبض باشد حفظ نمایید. بینید که تا چه وقت پاها را بدون خستگی و رعشه نگاه داشته می‌تواند.

(و) رفتار. از مریض خواهش نمایید تا به امتداد خط مستقیم قدم بزند. طفل را تشویق نمایید تا به اطراف چوکی راه ببرد، موازنه او را در جریان خم شدن آنی تنہ یا زمانیکه آنَا در جریان راه رفتن دور می‌خورد مشاهده نمایید.

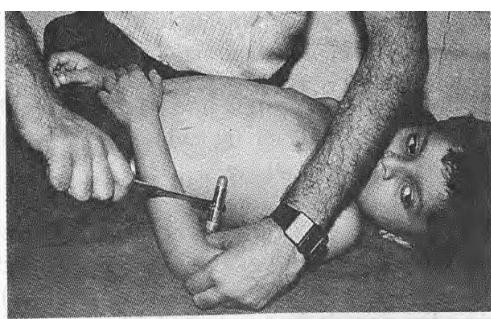
۱۰- عکسات اوتار عمیقه. عکسات اوتار در مریضان مصاب آفات اهرامی مُشدد بوده در حالیکه در امراض عضلی یا نیورون های حرکی سفلی تقلیل یافته یا معدوم می‌باشد. مریض باید در زمان ارزیابی تکان های اوتار عمیقه مستریح یا فارغ از اضطراب و فشار باشد. توجه طفل با دادن یک بازیچه یا کلی بند به او به طرف دیگر معطوف گردد. حرکات طرف و تقلصات قابل رویت در عضلات جستجو گردد. بخش های ستون فقرات مصاب شده در تکانهای وتری عمیقه مختلف در ذیل داده شده اند.

قطعات هم سطح	عکسات
بصله	تکان فک
C5,C6	Biceps
C7,C8	Triceps
C5,C6	تکان کبیری یا کف دست را رو به بالا قرار دادن
L3,L4	تکان زانو
S1,S2	تکان بند پا

تکان عضلی فک با خواستن از مریض که خود را مستریح نموده و دهن خویش را اندازی باز نمایید استنباط می‌گردد. معاینه کننده انگشت اشاره خویش را در قسمت وسطی زنخ طفل گذاشته و با چکش عکسه با آهستگی آنرا خربه می‌زند (تصویر 13.23). تکان فکی که به سادگی استنباط می‌گردد نشاندهنده مصایبیت اهرامی فوق سویه بصله است. تکان فکی تشدید یافته در طفليکه شواهد مصایبیت اهرامی در تمام اطراف آن موجود است نشان دهنده اینست که آفت باید بالاتر از فقرات رقبی قرار داشته باشد. این حالت معمولاً در مریضان مصاب فلج کاذب بصلی، امراض نیورون حرکی و تصلب منتشر دیده

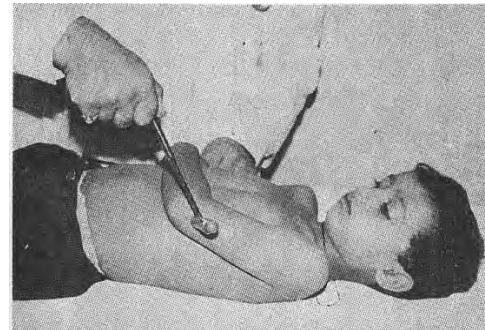


تصویر 13.23 Jaw Jerk. برای تفصیلات به متن مراجعه نمایید.

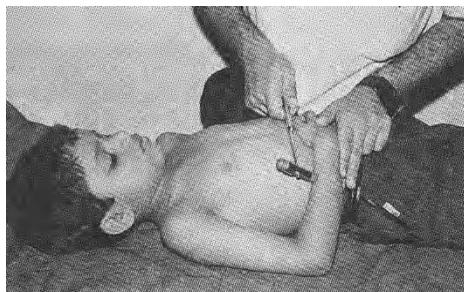


تصویر 13.24 Biceps Jerk. شست یا انگشت اشاره دست چپ در بالای وتر عضله Biceps گذاشته و با چکش خربه زده شود قضم آرنج و نقلص قابل رویت Biceps مشاهده گردد. برای ارزیابی تمام تکان های اوتار عمیقه باید حرکات ملایم و آزاد در مفصل دست معاینه کننده در حالیکه چکش قرع را استعمال می نمایید موجود بیش.

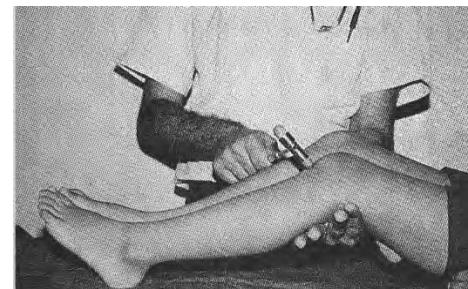
می‌شود. تختیک ارزیابی تکان اوتار عمیقه مشهور دیگر در تصویر 13.24 الى 32 نشانده شده است. در اطفال نوزاد و شیر خوار، انگشت وسطی را میتوان (بجای چکش عکسه) برای ارزیابی تکان اوتار عمیقه استفاده نمود. تکان اوتار عمیقه در جریان شیر خوارگی نسبتاً تُند می‌باشد. زمانیکه تکان زانو در یک طرف اجرا می‌گردد، عکس العمل نزدیک کننده متقابل شاید در اطفال نارمل بوجود آید.



تصویر 13.25 تکان Triceps ساعد بالای صدر قبض گردیده و وتر عضله Triceps درست بالای آرنج خربه زده شود. بسط آرنج و تقاض قابل رویت عضله Triceps جستجو گردد.



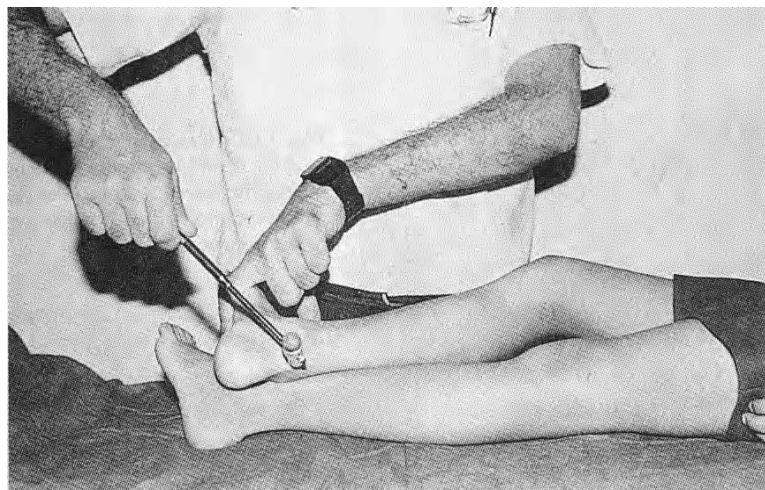
تصویر 13.26 تکان کمپری یا Supinator نهایت سفلی و بیرونی ساعد با pronation و قبض ساعد و تقاضات قابل رویت brachioradialis تعقیب میگردد.



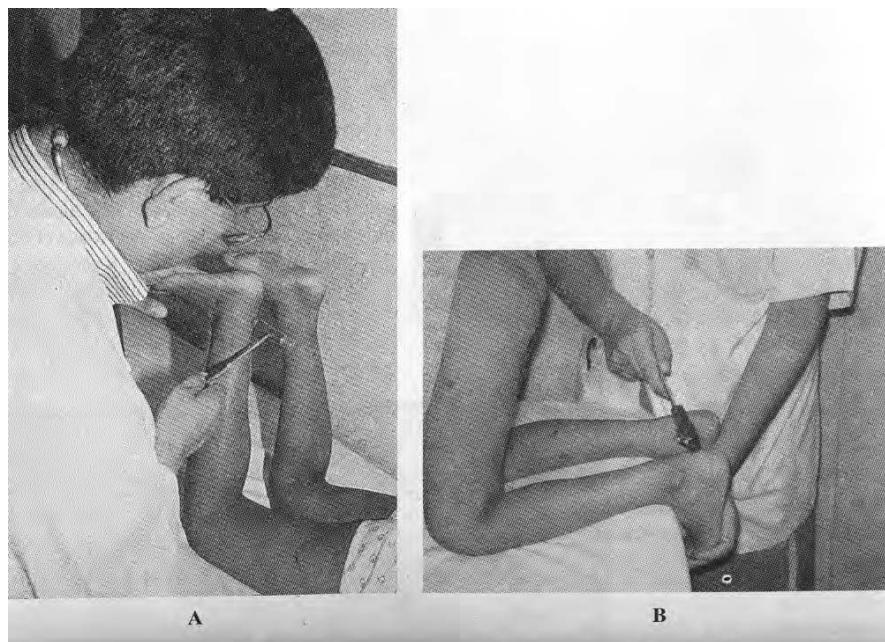
تصویر 13.27 تکان زانو. هر دو زانو نیمه قبض گردیده و با ساعد دست چپ معاینه کننده حمایه می گردد. خربه زدن در زیر عضم patella با سط اُنی زانو و تقاضات قابل دید عضله چهار سره همراه می باشد. توجه طفل را به طرف دیگر تغیر داده یا با خواستن از طفل تا به اکستنشن قبض شده دست هاید و آنها را کش نماید، متابولاً از طفل خواسته تا دندانهای خوبیش را به همدیگر فشار دهد، تکان زانو را همچنان میتوان با قرار دادن طفل در کنار چوکی با آبریزان نمودن آزادانه هر دو پا انجام داد.



تصویر 13.28 تکان زانو. توجه طفل را با پیشنهاد نمودن کلی بند یا بازیجه در حالیکه تکان زانو را انجام می دهد جهت همکاری آن بطرف دیگر معطوف نمایید.

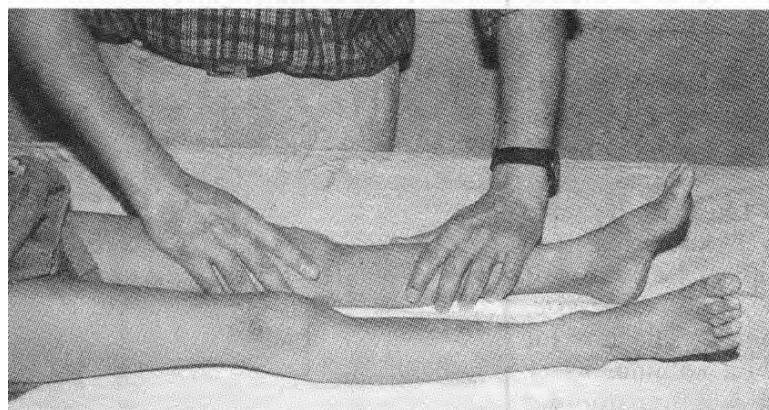


تصویر 13.29 تکان بند یا، پا بطرف خارج دور داده شده و زانو خفیفاً قض گردیده تا قدم در بالای ساق با گذاشته شود. خربه زدن به وتر Achilles با قبض کف پا تعقیب گردیده که با گذاشتن دست چپ در زیرکف پا احساس می شود. درین حالت تقلصات قابل رویت عضله Gastrocnemius موجود است.

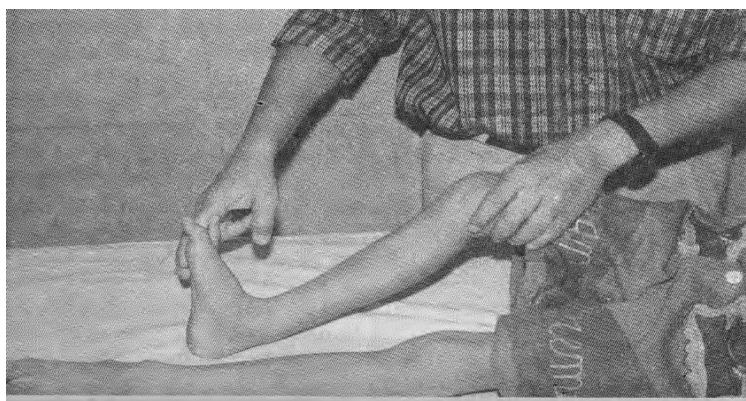


تصویر 13.30. میتود متناسب برای ارزیابی تکان زانو. (الف) طفل به وضعیت استجای بطئی قرار داده شده و زانو به زاویه 90 درجه قبض گردد. (ب) طفل در بالای چوکی طوری که پاهایش از کنار چوکی اوبران نشند زانو می زند.

عضلات که واکنش نشان می دهد برای تولید حرکات مشاهده گردیده و ضمناً باید جس نیز گردد. تکان پنجه ها را میتوان در اطفال با ضربه زدن در قاعده پنجه ها یا قسمت ظهری پا ارزیابی نمود. قبض سریع پنجه ها ممکن در اطفال مصاب فلچ دماغی و امراض اسطحالوی پیشرونده دماغ مشاهده گردد. زمانیکه تکان اوتار عمیقه بطی باشد، سعی نمایید تا طفل را سرگرم نموده یا توجه آنرا به طرف دیگر معطوف نمایید (دستها محکم گرفته شده و به یک طرف کش گردد) زمانیکه تکان اوتار عمیقه تشدييد يابد، ادامه (حد اقل 8-10) تشنج عضلي زانو و بند پا جستجو گردد که با انبساط آنی تکاني اوتار بررسی می شود (تصویر 13.31 و 13.32).



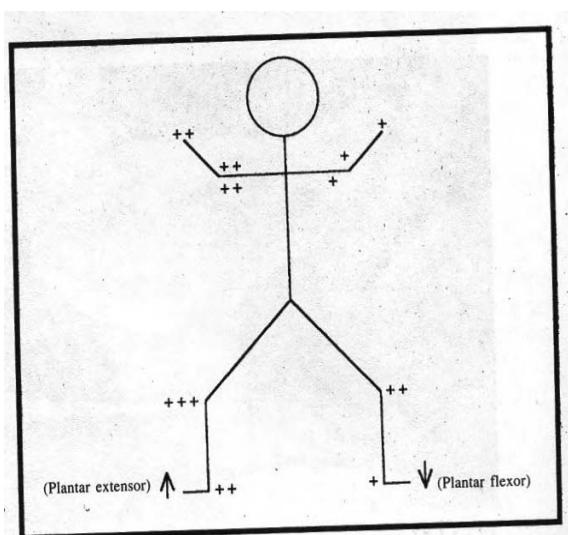
تصویر 13.31. عظم Patella در بین شست و ادگستان دیگر محکم گرفته شده و بطور ناگهانی با تکان بطرف یا تبله گردد.



تصویر 13.32. Ankle Clonus. زانو خفیفاً قبض گردیده و بند یا بجلک پا بطور ناگهانی با حرکت تکانی بطرف ظهری قبض گردد.

تکان اوتار عمیق در چارت 13.33 به ترتیب ترسیم و نمایش داده شده است. تکان اوتار قرار ذیل درجه بندی می‌گردد.

0	غایب حتی با تجدید قوا
+	نقیل یافته
++	نارمل
+++	تندر
++++	تشدید یافته توام با تشنج عضلی



حواله

در نخاع شوکی گروپ الیاف اعصاب حسی موجود است. ستون خلفی معلومات یکسان طرف بدن را برای ادرارک سه بعدی یا به عباره دیگر حس وضیعت، وزن، شکل، اندازه، اهتزاز و غیره را انتقال می‌دهد. ستون قدامی و جنبی معلومات حسی برای تماس، درد و حرارت از سمت مقابل بدن بواسطه Spinothalamic

Tracts نقل می‌نماید. بنا برین آفات یک تصویر 13.33. میتوود برای ریکارد دیاگراماتیک تکان عمیق اوتار در دوسیه ریکارد مریضان

طرفة نخاع شوکی، سبب از بین رفتن درد و حساسیت در برابر حرارت در تحت سویه آفت در سمت مقابل بدن گردیده، در حالیکه در طرف مخالف، برعلاوه فلج سپستیک، از دست دادن احساس وضیعت، اندازه، اهتزاز و غیره موجود می‌باشد. (Brown-Squard syndrome). عدم موجودیت حسیت را بررسی نموده و مشخصات درونی Hyperesthesia syndrome یعنی احساس بی نهایت درد و سوزش با اندازه که طفل دست زدن یا حتی وزن رو جایی را تحمل کرده نمی‌تواند را جستجو نمایید. Paresthesias یعنی احساس کرتخی، سوزش یا خارش و سوزنک زدن یا احساس راه رفتن مورچه، Systemic Lupus Etythematosus، Guillain-Barre Syndrome، خصوصیات تشخیصیه

Refsum disease ، Tick Paralysis ، Transverse myelopathy و نیوروپاتی محیطی می باشد.

ارزیابی دقیق حواس در اطفال جوان مشکل است.

1. سطحی. تماس پنهان، درد، و حرارت (گرم و سرد). **Analgesia** ولادی خصوصیات تشخیصیه خونسردی ولادی

در مقابل درد، نیوروپاتی ولادی حسی، سندروم **Dysautonomia** ، **Lesch-Nyhan** ولادی ، **Autism**

Prader-Willi Syndrome است. این اطفال در زمان تطبیق زرقيات واکسین گریه ننموده و ممکن باعث

جراحت انگشتان یا پنجه های خوبش گرددند.

2. حسیت عمیقه. حس فشار، حس وضعیت، حس حرکات و حس اهتزاز (H_2 128). اطراف سفلی این اطفال

معیوب می باشد مثلاً اطفال مصاب . **Friedreich Ataxia**

3- حسیت قشری

(الف) تفکیک دو نقطه. و خذه نمودن دو نقطه با سوزن بفاصله 1 cm دور از هم بصورت نارمل احساس می گردد.

یک جوره compass یا دو سوزن که دارای دو نهایت تیز بوده جهت ارزیابی تفریق دو نقطه استفاده شده می

تواند.

(ب) حس بی توجهی یا **Sensory inattention**. دو نقطه در دو طرف آینه بصورت همزمان ترسیم گردد.

مریض ممکن نقطه ترسیم شده را در طرف ماقبه احساس ننمایید. هرگاه قسمت های قریبیه و بعیده بدن

(مانند رخسار و دست) بصورت همزمان لمس گردد، مریض که مصاب آفت فص جداری است ممکن تنبه قسمت

بعیده را از سبب آفت موجود در ک ننماید.

(ج) **Astereognosis** . طفل بواسطه تماس (با چشمان بسته) از شناخت یک شی بخارط عدم در ک شکل،

ترکیب و وزن آن عاجز می باشد.

(د) **Graphesthesia** . درین حالت طفل قادر به در ک تماس انگشتان، و اشکال که بواسطه قلم در کف دست

و یا پای آن کشیده میشود نمی باشد.

ریفلکس های سطحی

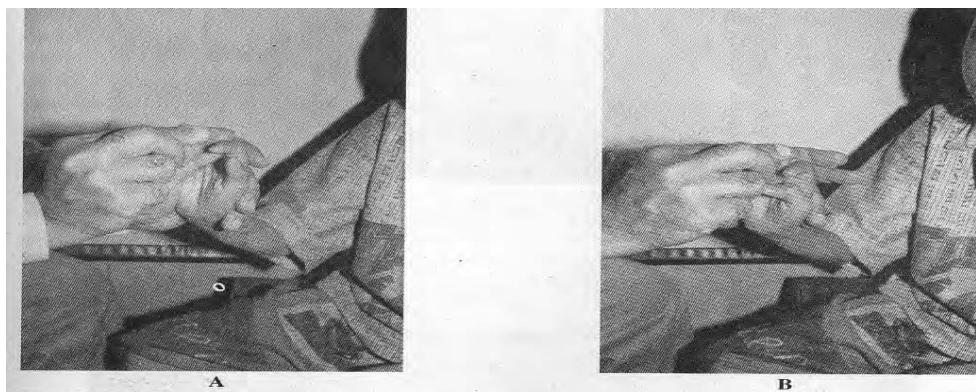
1. عکسه قرنیه یا منضمه (اعصاب قحفی پنجم و هفتم). تماس قرینه یا منضمه بصلی با یک پلته پنه ای به صورت فوری با بستن چشم ها تعقیب می گردد. از طفل بخواهید تا به یک جهت نگاه نموده و بعداً بطرف دیگر نظر نماید. زمانیکه قوس ریفلکس حسی قطع شده باشد (تخربی عصب پنجم)، درین صورت با تنبه طرف مأوف ممکن جواب موجود نبوده، و زمانی که سمت نارمل تنبه گردد جواب نارمل در هر دو طرف موجود می باشد.

2. عکسات بطئی (D6 - D12)، با یک پنسل یا کلید بصورت ملايم چهار ربع یا Quadrant بطن را از محیط بطرف سره کش نماید. عضلات تحتانی همین Quadrant ها تقلص نموده و سُره به همان طرف حرکت می نماید. شحم بطئی اطفال شاید در عکس العمل دخالت نماید. از فشار محکم که ممکن در عوض باعث تنبه عکسات عمیق بطن گردد خود داری نماید. ضایع عکسات بطئی (توام با تکان شدید اوتار عمیقه در اطراف سغلی) نشاندهنده آفت اهرامی بالاتر از سویه D8 است.

3. عکسه Cremasteric (L₁ - L₂). وجه انسی قسمت علوی ران را تنبه نموده و تقلص عضلات همان طرف را مشاهده نماید. این حالت معمولاً نزد مریضانی که آفت اهرامی بالاتر از سویه L₁ دارند ضایع می باشد. حالت فوق در اطفال بصورت نارمل مُنتبد بوده و شاید حتی زمانیکه آفت اهرامی نیز موجود باشد ممکن سالم باقی ماند. در صورت که خصیه ها نزول نکرده و یا هم قبلاً به داخل فرو رفته باشد و با هم در حالت تدور خصیه ها شاید عکسه Cremastreic موجود نباشد.



تصویر 13.34 عکسه کت پا. عکس العمل وصفی بسط کت پا یا عکس العمل Babinsky مثبت. برای تفصیلات به متن مراجعه گردد.



تصویر 13.53. علامه Hoffmann (الف) علامه منفی است. (ب) تقریب شست مریض نشان دهنده آفت اهرامی بالاتر از C7 است. برای تفصیلات به متن مراجعه گردد.

4. ریفلکس مقعدی (S3,4). نواحی عجان تنبه گردیده و عکس العمل آن مشاهده گردد. مقویت مقعدی نیز باید حس گردد.

5. عکسه کف پا یا **Babinski response** ($S_1 - S_2$). روی کف پا با ناخن انگشت، چوبک گوگرد، کلی یا یک شی نسبتاً تیز دیگر به امتداد کنار وحشی کف پا، از کُری پا گرفته بطرف مقابل تا به نهایت وحشی میتابارس نزدیک به قاعده انگشت بزرگ پا خط گردد. هر قدر طفل جوان تر باشد تنبه ممکن به همان اندازه خفیف تر واقع شود. عکس العمل شاید بسط (Babinski مثبت) توام با dorsi **flexion** پنجه بزرگ و رعشه پنجه کوچک، قبض (نارمل)، مشکوک یا به عقب کشیدن پا باشد (تصویر 13.34). در اطفال تا به سن 2 سالگی، عکس العمل کف پا ممکن بصورت نارمل در هر دو طرف بسط بوده و توام با تدور قدم و قبض مفصل عنق القدم باشد. عکس العمل یک طرف باسطه کف پا حتی در دوران شیر خوارگی مرضی بوده و نشاندهنده آفت اهرامی می باشد. عکسه باسطه کف پا برای آفت اهرامی بالاتر از سویه S_1 تشخیص کننده است. برعلاوه تختیک های مروج جهت تولید planter response تختیک های اضافی ذیل را نیز میتوان استفاده نمود.

(الف) علامه Oppenheim's. بالای عظم tibia از بالا به طرف پایین فشار محکم وارد نموده تا عکسه کف پا تولید گردد.

(ب) علامه Chaddock's اطرف غوزک پا (malleolus) وحشی را خط نموده یا تنبه نمایید.

(ج) علامه Gordon's فشردن محکم عضله یا وتر اشیل با عکسه کف پا تعقیب می گردد.

(د) Hoffmann's sign معادل Babinski در اطراف علوی است. از مریض تفاضا نمایید تا دست های خویش را بطرف معاینه کننده دراز نموده طوریکه روی کف دست بطرف پایین باشد. فلنگس وسطی انگشت نهایی مریض توسط انگشتان شهادت و وسطی دست معاینه کننده گرفته شود (تصویر 13.35 الف و ب). یک تکان سریع در فلنگس و ناخن نهایی انگشت وسطی مریض توسط شست و انگشت شهادت دست راست معاینه کننده داده می شود. تقرب آنی شست و قبض انگشتان دیگر مریض نشاندهنده آفت اهرامی بالاتر از C₇ باشد.

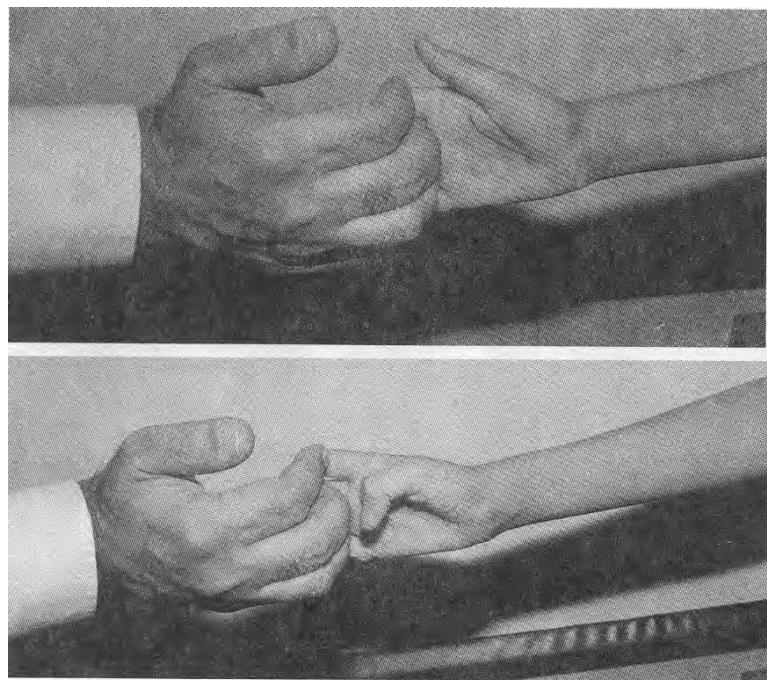
(ه) Wartenberg's sign از طفل بخواهید تا دست خود را رو به بالا دور داده و انگشتان خود را به شکل پنجه قبض نماید. معاینه کننده انگشتان قبض شده خود را با آن بسته نموده و مقاومت نشان دهد. بصورت نارمل، شست با وجود اینکه فلنگس نهایی ممکن خفیفاً قبض باشد بسط می نمایید. در آفت رشته های اهرامی، شست قویاً بطرف کف دست تقرب نموده و قبض می گردد (تصویر 13.36 الف و ب).

6. Glabellar tap reflex. ضربه زدن به قاعده انف با چشمک زدن تعقیب می گردد. این عکسه بصورت نارمل بعد از 3-4 ضربه از سبب عادت شدن از بین می رود. در صورت که عکسه مذکور بعد از چندین ضربه تداوم نموده و طفل عادت نگردد نشاندهنده تشوهات استحالوی منتشر سیستم عصبی مرکزی است.

7. Palmo-mental reflex. قسمت بر جسته کف دست را خارانده یا ضربه بزنید. بصورت نارمل کدام عکس العمل موجود نیست. تقلص عضلات mentalis یا عضلات اطراف دهن (orbicularis oris) عین طرف نشاندهنده آفت دو طرفه لوب فراتل است.

8. Grasp reflex. موجودیت عکسه یک طرفه Grasp نزد یک طفل توام با تشوهات CNS نشاندهنده آفت لوب فراتل طرف مقابل می باشد.

Celiospinal reflex و قتیکه جلد عنق چندک گرفته شود حدقه ها به سبب تنبه عکسه قوس نخاعی از طریق جذع سیمپاتیک متوجه می گردند. عدم موجودیت عکسه Celiospinal نشاندهنده کومای عمیق بوده و بحیث یک معیار مرگ دماغی استفاده می شود.



تصویر 13.36. Wartenberg sign. (الف) عالمه منقی است. (ب) تقارب و تبعد شست مریض به طرف کف دست نشانده‌نده افات اهرامی است. برای تفصیلات به متن مراجعه گردد.

نخاع و معصره ها

اینها باید نزد هر مریض معاينه گردند. نخاع شوکی در سویه کنار سفلی جسم فقره قطنی اول ختم می شود.

(نزد نوزادان در کنار سفلی L₃) لاکن سحايا الی فقره دوم عجزی بطرف پایین ادامه دارد. قطعات نخاعی

جسم فقره	قطعه نخاعی
رقبی	قطعه 1
1 st -6 th ظهری	قطعه 2
7 th -9 th ظهری	قطعه 3

مطابق اعداد تحتانی آنها طوریکه در ذیل نشان داده شده است واقع نگردیده است.

قوس ظهری دهم بالای L₁ و L₂، قوس ظهری یازدهم بالای L₃ و L₄ و قوس ظهری دوازدهم بالای S₁ و L₅ قرار گرفته است. تمام قطعات sacral و coccygeal در سویه فقره قطنی اول موقعیت دارد.

همچنان باید بخاطر داشت که ستون فقرات با جسم فقره بعدی مطابقت دارد.

مثانه دارای سه میکانیزم عصبی است؛ پاراسمیاتیک عجزی (S_2 و S_3) که تهیجی یا حرکی، تامین کننده سمپاتیک نهی کننده که در حذای L_1 , L_2 پایان می‌یابد، و خط سیر تحریکی ارادی corticospinal آفات نخاع در سویه عجزی توام با اختیاس ادرار می‌باشد. بعد از چندین هفته، عکسه تخلیوی مثانه در عکس العمل به توسع مثانه بوجود می‌آید. آفات couda equina اکثرًا سبب عدم اقتدار دائمی می‌گردد. آفات قسمت علوی نخاع سبب urgency و حتی بعضًا hesitancy ادرار و اختیاس ادرار از سبب ماوفیت الیاف corticospinal تحریکی ارادی می‌باشد. مصایبت امعا معمولاً با قبضیت و اختیاس مواد غایطه صرف نظر از سویه آفت مشخص می‌گردد. آفت در سویه عجزی، اگر چه، معمولاً توام با استرخای معصره خارجی معقد بوده که سبب بی اختیاری مواد غایطه می‌گردد. در diastematomyelia، که یک غشای عظمی یا فایبری غضروفی سبب انشعاب و تشییت فراتر نخاع یا couda equine می‌گردد. تظاهرات کلینیکی آن شامل تاخیر یا مشکلات در قدم زدن، رفتار غیرعادی، ضعف و ظمور عضلات اطراف سفلی، سوء شکل پاها و بی اختیاری ادرار می‌باشد. caudel regression متصف است به سندروم عدم تشکل عجزی توام با سوء اشکال مانند مثانه نیورووجینیک، ضعف اطراف سفلی، سوء شکل equinovarus پاها و وضعیت بقه مانند می‌باشد. نقیصه‌های انکشافی نزد اطفالیکه از مادران دیابتیک بدنسیا می‌آید بیشتر معمول است.

تفاوت‌های کلینیکی واضح بین تومور‌های ستون فقرات خارج نخاعی و داخل نخاعی در جدول 13.4 نشان داده شده است.

رفتار

رفتار طلف باید دقیقاً مشاهده گردیده تا موجودیت سوء اشکال مشخص گردد. از طلف خواهش نمایید تا با وضعیت squat روی زمین نشسته و حالت برخاستن آنرا مشاهده نمایید. Gower's sing، در انتای که طلف برای بلند شدن (پاها خود را بلند نماید) از سبب ضعف glutei maximus که بصورت وصفی نزد اطفال مصاب دیده می‌شود. همچنان مشکلات در برخاستن از وضعیت Duchenne's muscular dystrophy نزد اطفالیکه مصاب Guillain-barre و poliomyelitis squatting

نیز دیده می شود. از طفل بخواهید تا با گُری و پنجه های پا راه برود. با یک پا خیز بزنده در زینه بالا شود، و غیره. اطفال بالاتر از پنج سال می توانند با پنجه های خود راه رفته و روی یک پا جست بزنند. قابلیت خیز زدن در سن هفت سالگی بوجود آمده و در سن ۹ سالگی طفل می توانند با هر دو پا خیز بزنند. رفتار زمانی خوب ارزیابی می گردد که طفل متوجه مشاهده شما نباشد.

۱. spastic gait (آفت اهرامی) درین حالت حرکت چرخشی و بلند نمودن پا بشکل یک قوس دور مفصل حرقوی فخذی موجود می باشد. مفصل حرقوی فخذی در طرف مخالف بلند بوده و توام با افتاده گی خفیف پا و تحریش پنجه ها است.

۲. رفتار مشابه مهر زدن (آفت ستون خلفی). درین حالت مریض بخارط از دست دادن حس وضعیت یا جهت پای خویش را به فشار (مشابه مهر نمودن) به زمین می گذارد.

جدول ۱۳.۴ تقاضاوت های بین تومور های نخاعی و Extramedullary		
Intramedullary	Extramedullary (Intradural)	خصوصیات
نادر	معمول است	درد جذری و حساسیت نخاعی
معمول و مقدم	غیر معمول و مؤخر	احساس غیر عادی (مورمور)
نادر	معمول است	تشنج عضلي
مقدم	مؤخر است	تشوشتات معصره
نادر	شاید واقع شود	brown-sequard synd از سبب قطع فسمی حبل یا به عباره دیگر اختلال در تحریک درونی و حرکی همان طرف و ضیاع درد و حرارت طرف مقابل علایم اهرامی
ممکن واقع شود	برجسته	اختلال حسیت مثلاً درین حالت ضیاع احساس و درد موجود بوده در حالیکه حس تماس محفوظ می باشد.
معمول	معدوم	
معمول	غیر معمول	انتروفی عضلي
معمول	غیر معمول	تغییرات غذایی
نادر	معمول است	تغییرات CSF از سبب انسداد نخاع

۳. رفتار گام های بلند. درین حالت مریض از سبب سقوط پا جهت وقایه از تصادم پنجه های خویش گام های بلند بر می دارد. مریض به آهستگی در حالیکه کف زمین را دقیقاً مواطبه است قدم می زند. حالت فوق در اطفالی که مصاب پولیو، نیوروپاتی محیطی و اتروفی عضلی پیشرونده اند دیده می شود.

۴. رفتار بی قاعده یا متزلزل یا گیج خوردن (آفت مخیختی). مریض مشابه شخص نشہ راه میرود رفتارش غیر منظم و ناهمانه نگ بوده به امتداد خط مستقیم یا به دور چوکی قدم زده نمی تواند . friedreich's ataxia

سبب

بوجود آمدن شکل مختلط ataxia حسی و مخیختی می گردد.

۵. رفتار عجولانه (parkinsonism). مریض با گام های کوتاه، محکم و نازارم قدم می زند. بازو ها در هنگام راه رفتن حرکت نمی نماید.

6. Duchenne's muscular dystrophy. رفتار مشابه مرغابی در امراض مانند Waddling gait خلع ولادی دو طرفه مفصل حرقفی فخذی، coax vera دو طرفه (تناقص زاویه بین استوانه و عنق فخذ)، برگشتن مثانه بطرف بیرون (عضام حوصله وسیعاً از هم دور باشد)، Morquio's achondroplasia لغزش دو طرفه epiphysis فخذی، Engelmann polymyositis مرض (بی شکلی پیشرونده مشاهده می گردد) و myelodysplasia (diaphyseal

7. رفتار قیچی مانند. نزد اطفال مصاب فلج diplegia دماغی از سبب تقرب و contracture دو طرفه به میان می آید.

8. رفتار لنگیدن. ممکن از اثر آفات مختلف عصبی عضلی و اورتوپیدیک در اطراف سفلی بوجود آید (فصل نهم ملاحظه شود).

Astasia abasia یا بدگامی. از سبب عدم توانمندی hysterical در ایستادن و قدم زدن بوجود می آید. مریض بی موازنی بوده و از مفصل ران به تناسب عنق القدم بیشتر نوسان دارد. زمانی که مریض تحت مراقبت نبوده و یا توجه اش را با اجرای تست finger-nose بطرف دیگر معطوف نماید ataxia نزدش کاهش می

یайд. مریض hysterical خود را مجروح نمی نماید. بر عکس مریضان عضوی از محکم گرفتن دیوار و فرنیچر استفاده نمی کند.

فرق بین فلچ نیورون حرکی علوی و سفلی
اینها در جدول 13.5 خلاصه گردیده است.

جدول 13.5 تفاوت بین فلچ نیورون حرکی علوی و سفلی		
فلچ نیورون حرکی سفلی*	فلچ نیورون حرکی علوی	خصوصیات
بطور برجسته تقلیل یافته	کاهش یافته	قوت ●
تکه تکه و نامتناظر	منتشر و متناظر	توزیع ضعف عضلی ●
کاهش یا فقدان قوت عضلی	حالت تشنجی	قوت عضلی ●
واضح	حد اقل یا هیچ	ذوب عضلی ●
بطی یا معدهوم	تند با تشنج عضلی	تکان اوتار عمیقه ●
قابلیه یا معدهوم	باسطه	کف پا ●
شاید بشکل گروبی موجود باشد	شاید واقع شود	اختلاج یا حرکات غیر ارادی ●
موجود	معدهوم	عکس العمل استحالوی ●

* آفت ممکن در هر قسمت عکسه نخاعی موجود باشد مثلاً در ریشه های حسی، حجرات قرن قدامی، ریشه های قدامی نخاع، اعصاب محیطی حسی یا حرکی و یا خود عضلات.

علایم مخیخی

1. مقویت کاهش می یابد. قوت نارمل بوده اما به آسانی خسته می شود.
2. Nystagmus در Nystagmus مخیخی قسمت سریع نزدیک به طرف آفت می باشد. حرکات زمانیکه چشم ها بطرف ماؤف دور نماید بطی می گردد.
3. انحراف مایل چشم ها ممکن در آفات حاد مخیخی بوجود آید. چشم طرف ماؤف به طرف سفلی و داخل انحراف می نماید.
4. عدم هماهنگی. موجودیت آن با تست های ذیل ارزیابی می گردد:

(الف) finger-nose test

(ب) Dysdiadochokinesia

(ج) Ankale-Knee test

(د) نوشتن با دست

(ه) Rebound phenomenon

(و) عالمه Romberg's منفی است.

۵. تکان های اوتار عمیقه pendular است.

۶. گفتار انفجاری و تشنجه متناوب بوده که توام با قطع سیالاب ها می باشد.

۷. وصف رفتار بشكل ataxia یا سر چرخی است. مریض تمایل افتیدن بطرف مافظ دارد. ataxia خفیف را میتوان با خواهش نمودن از مریض که بدور چوکی به هر دو سمت قدم بزنده، دور خودن آئی، نشستن-برخاستن، قبص آئی تنه و غیره دریافت نمود. ataxia تنه نزد اطفال از سبب مافظ شدن vermis (قسمت وسطی مخیخ) معمول است. راه رفتن از گُری تا پنجه پا و قدم زدن در امتداد خط مستقیم مخصوصاً نزد این اطفال مشکل است. در آفات حفره خلفی خط متوسط یا vermis مخیخی (تفق لوزتین از سبب سوء شکل Arnold-Chiari) زمانیکه مریض در بستر استراحت نمایید کدام اینارملتی تطبیقی دریافت نخواهد شد. اگر چه، در اینجا ممکن ataxia واضح در هنگام قدم زدن موجود بوده که نباید آنرا با hysteria مغالطه نمود.

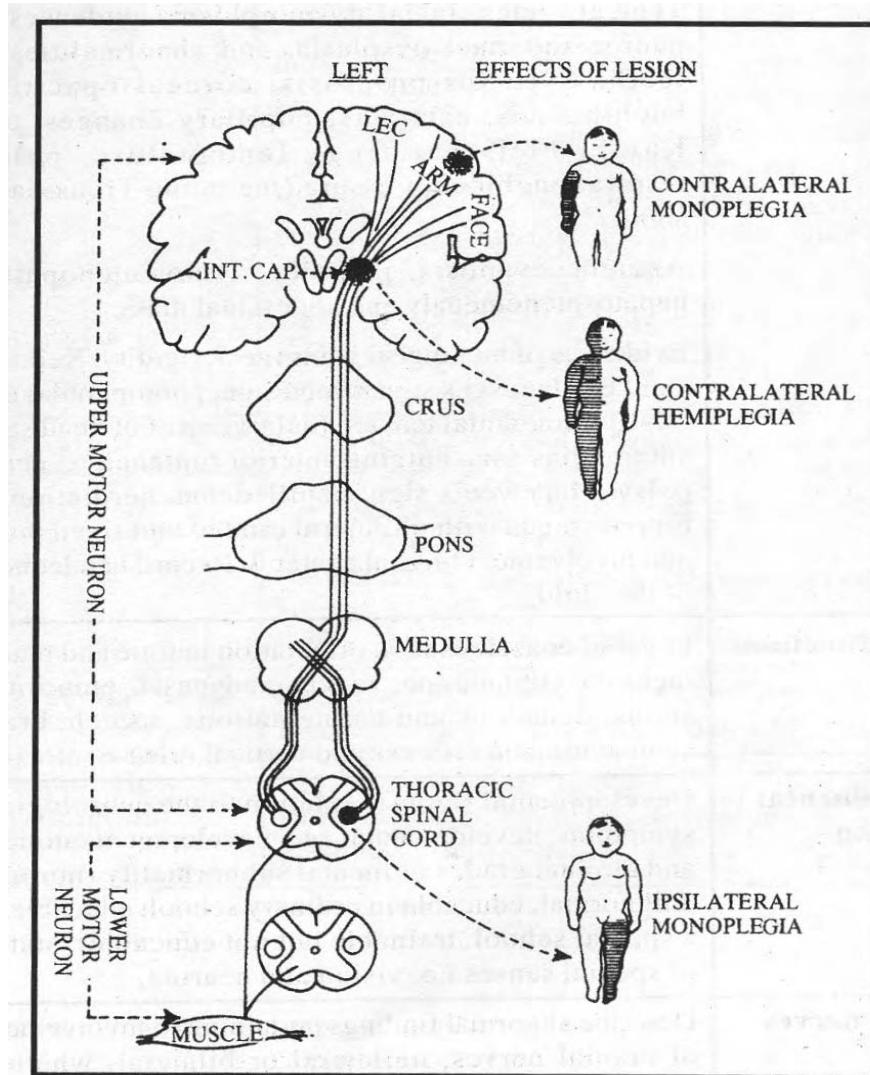
وظایف خود کار

علایم معلولیت اتونومیک بواسطه بی ثباتی و نوسان بیش از حد علایم حیاتی، زیادت و یا کاهش تعرق، نواحی رنگ پریده یا لکه های جلدی، تناقض و یا معدومیت اشک یا لعب دهن و اختلال معصره ها مشاهده می شود. اندازه نبض را در هنگام استراحت و به تعقیب 6 بار تنفس عمیق ثبت نمایید. در اشخاص نارمل اندازه نبض باید بیشتر از 15 ضربه فی دقیقه تنقیص نماید؛ در ناراحتی های اتونومیک اندازه نبض به کمتر از 10 ضربه فی دقیقه تنقیص می نماید. در مریضان مصاب اختلالات اتونومیک، فشار سیستولیک خون شاید از وضعیت خوابیده بحال استناده بیشتر از 30 mm Hg سقوط نماید.

تشخیص و توضیح آفات سیستم عصبی مرکزی

تکنالوژی تصویر برداری (MRI، CT scan) که جهت تعین دقیق وسعت آفات اشغال کننده و تشوشات دیگر سیستم عصبی مرکزی استفاده می‌گردد بسیار موثر و بدون عوارض جانبی است. با وجود این، برای دریافت خصوصیات ذیل در تشوشات سیستم عصب مرکزی باید کوشش صورت گیرد. برای اینکه فهم کلینیکی را ازدیاد بخشیم، تشخیص بنا شده به اساس ارزیابی کلینیکی سیستم عصبی مرکزی باید با یافته‌های CT/ MRI جهت تسریع پروسه آموزش و تقویه مهارت‌های کلینیکی ارتباط داده شود.

1. آیا مرض حاد یا شروع دراماتیک، تحت الحاد یا بی سر و صدا است؟
2. آیا تشوش ثابت، پیشرونده یا نشاندهنده بهبودی بطيی یا سریع است؟
3. آیا تظاهرات کلینیکی مرتبط با فرط فشار داخل قحفی موجود است؟
4. آیا مرض عمومی و منتشر بوده یا در ناحیه خاص سیستم عصبی مرکزی موقعیت دارد؟
5. آیا عمدتاً مرض در ماده سفید دماغ، ماده خاکستری دماغ یا بشکل مختلط وجود دارد؟
6. دریافت‌های مثبت سیستم عصبی مرکزی و موقعیت احتمالی آن در CNS خلاصه گردیده است. تصویر 13.37 رهنمود مفید برای توضیع ناحیه احتمالی آفت در CNS به اساس یافته‌های ابتارمل عصبی و بر بنیاد دانش انatomی دماغ می‌باشد.
7. طبیعت احتمالی مرض و امکانات تشخیصیه آن چیست؟ آیا space occupying lesion ، انتانی، میتابولیک یا تشوش استحالوی CNS، عارضه وعایی، توکسیک، ترضیضی، روانی، تشوشات وظیفوی یا تشوشات رفتاری است.



تصویر 13.37 دیاگرام نشاندهنده موقعیت نیورون های حرکی علوی و سفلی و تأثیرات مرض در قسمت های مختلف سیستم عصبی مرکزی است.

معاینات عمومی فزیکی	شیمای ارائه
<p>ظاهراً عومنی، سویه شعور، نوع معموبیت، اندازه راس، شکل، تناظر، تورم، فانتائل (هموا، برآمده، نبضانی یا بدون نبضان)، درز ها، Macewen's sing، اصغا برای شنبیدن bruit، معاینه transillumination قحف و معاینه ستون فقرات برای سوء اشکال، pott's disease، ابسی epidemic، نیوپلازم ابتدایی یا میتاستاتیک meningomyelocele، منگوله یا دسته مو، اندازه حفره، myelodysplasia وغیره.</p> <p>وجه های وصفی dysmorphism وجهی، شواهد بی شکلی neuroectodermal و ابتارملتی وجوه دندان، چشم ها بخاره proptosis، مکدریت قرنیه， buphthalmos، کبرکت، تغیرات حلقه، trousseau's kayser – Fleischer ring درجه حرارت، نبض، تنفس، فشار خون (بشمول sing).</p> <p>کمخونی، سیانوز، زردی، لمف ادینوپاتی، خنکامه طحال- کبد و کتلات بطئی.</p>	<p>شواهد عالیم سحابیایی (شخی گردن، علامه kernig's، علامه brudzunski's، علامه tripod)، ترس از روشنی) و فرط فشار داخل قحفی (بزرگی اندازه راس، تاخیر در بسته شدن درز ها، تبارز فانتائل قدامی، فالج عصب ششم، علامه macewen's، اذیمای حلیمه، تتفق hippocampus با حدقه متواتر و ثابت یک طرفه و مأوفیت مراکز حیاتی) و عادت استفاده از دست برتر طفل یاداشت گردد.</p>
<p>وظایف عالی</p>	<p>سویه شعور، جهت یابی زمان و مکان، حافظه (آنی، فعلی و گذشته) حالت روانی، هزیانات و برسامات، گفتار، عکسات اوتوماتیک ساقه دماغ و عکسات برخاسته از قشر دماغ.</p>
<p>ازمايش انکشافي</p>	<p>حالات انکشافی و ارتیاط آن با اعراض عصبی، سن انکشافی، ضربی انکشافی و درجه کلینیکی subnormality دماغ (نارمل، نارمل متأثر، دارای قابلیت آموزش در مکاتب عادی، دارای قابلیت آموزش در مکاتب خصوصی، قابل تربیت است اما قابلیت آموزش را ندارد)، حالات حواس مخصوص مثلاً دینایی و شنوایی.</p>
<p>ازواج قحفی</p>	<p>یافته های غیر عادی وابسته به ابتلا اعصاب قحفی، یک طرفه یا دو طرفه، آیا از نوع نیورون حرکی علوی است یا حرکی سفلی؟ توضیح گردد.</p>

شیمای ارائه (ادامه)	
سیستم حرکی	یافته های اطراف علوی، تنہ و اطراف سفلی توضیح گردد. وضعیت اطراف، حرکات ابتارمل، حرکات ناگهانی، ذوب شدگی، تغیرات غذایی، مقویت عضلی (عادی، تشیدید یافته- سپسیتیک یا سخت، کاهش یافته)، قدرت (نوع معمویت که فعالیت های عادی روزمره را متأثر نموده، او می تواند راه برود، استاده شود یا بنشیند، از وضعیت تخته به پشت برخاسته می تواند، قوت گروپهای مختلف عضلی مثلاً قابضه، باسطه، تقرب دهنده و تدور دهنده و بعضی عضلات انفرادی مههم، آیا ضعفیت، گروپ عضلات قریبیه یا بعیده را متأثر نموده، آیا متناظر است یا غیر متناظر، یا درجه قوت عضلی غیر متناظر است و غیره)، هماهنگی (تسنی انگشت- بینی، Dysdiadochokinesia نوشتن با دست، پدیده ارتجاعیت یا برگشتن، تست کری پا- زانو، راه رفتن و غیره) تکان های اوتار عمیقه (عادی، کاهش یافته، معده، تنده، اغراق آمیز، با و یا بدون تشنج عضلات زانو و بجلک پا).
حواس	راه رفتن، قدم زدن در اطراف چوکی، نشستن- برخاستن، بالا شدن در زینه، با پنجه راه رفتن، با کری پا راه رفتن، علامه's Romberg و غیره.
عکسات سطحی	عکسه قرنیه یا منظمه، عکسات بطی، ریفلکس مقعدی، عکسه کف پا (قابلطه، باسطه یا عکس العمل Babinski مثبت، عکس العمل عقب نشینی، مبهوم). علامه Hoffmann's، ریفلکس Palmo-mental، Glabellar tap، Rieflaks Grasp، Rieflaks ciliospinal.
علایم مخیخی	کاهش مقویت، Nystagmus، انحراف مایل چشم ها، عدم تطابق، بی موازنگی رفتار، و تکان های اونگی.
معلولیت اتوماتیک	اختلال معصرات، بی ثباتی و نوسان وسیع علایم حیاتی، تغییر در افزایش لعاب دهن، اشک و عرق.

فصل چهاردهم

معاینه طفل نوزاد

اخذ تاریخچه

باید به یاد داشت که به استثنای نوزادان قبل المیعاد، تمام اطفال نوزاد در زمان تولد تقریباً دارای عمر ۹ ماه است.

باید تاریخچه مفصل که در برگیرنده امراض سپری شده و دوا های اخذ شده دوران حاملگی باشد، گرفته شود.

معلومات اساسی

تاریخ تولد، سن حملی و وزن زمان تولد باید یادداشت گردد. سن حملی از اولین روز آخرین عادت ماهوار محاسبه می گردد. درباره تعلیم و تربیه، شغل و حالت اقتصادی والدین پرسیده شود. عمر مادر بسیار مهم است نزد مادران جوان (کمتر از ۱۸ سال) احتمال بدین اوردن اطفال کم وزن همراه با ولادت های پُر خطر زیاد بوده، در حالی که نزد مادران مسن (عمر بالاتر از ۳۵ سال) خطر بوجود آمدن انواعی های ولادی و تشوهات کروموزومی بیشتر است.

تاریخچه ولادی قبلی

تعداد حمل ها (تمام حمل ها به شمول تعداد سقط ها، ولادت های مرده و غیره با علت های ممکنه) و ولادت ها (تعداد اطفال زنده) باید یادداشت گردد. فاصله بین حمل های متکرر و نتیجه آنها پرسیده شود. سابقه سقط های متکرر و نوزادان مرده بدینیا آمده، نشان دهنده عدم کفايه فوحه عنق رحم، مرض شکر، سفلیس و Rh- است. موعد حمل، وزن زمان تولد، سوء اشکال ولادی و طرز ولادت اطفال قبلی باید یادداشت گردد. دوره نوزادی، تظاهرات غیر معمول و نتایج اطفال قبلی را مشخص نماید.

حالت صحی قبل از حاملگی

تشوهات سیستمیک مادر مانند امراض قلبی، فرط فشارخون، نفس تنگی، عدم کفايه مزمن کلیه، توبرکلوز، کم خونی و غیره توأم با ازدیاد خطر سقط ها، ولادت های مرده، تاخیر نموی داخل رحمی، ولادت های قبل از وقت و

وفیات زیاد زمان حول ولادت می باشد. تاریخچه تشوشات اندوکراینی مادر مثل مرض شکر، تایروتوکسیکوزس S.L.E و Hyperparathyroidism Meyxedema ممکن توام با بلاک تام قلبی در جنین باشد. سوء تغذی مزمن مادر در جریان طفولیت و بلوغ باعث کوتاهی قامت ($>145\text{cm}$) و وزن کمتر در زمان کهولت ($>40\text{kg}$) که توام با افزایش زیاد خطر بدنیا آمدن اطفال کم وزن می باشد. Rh گروپ خون باید تعیین گردد، زیرا خطر بوجود آمدن Rh isoimmunization نزد اطفالی که Rh مثبت دارند و از مادران Rh منفی بدنیا می آیند زیاد است. اخذ واکسین تیتانوس باید ارزیابی گردد.

دوره حاملگی

نوعیت و کیفیت مراقبت های اخذ شده قبل از ولادت باید بررسی گردد. تراپیستر اول حاملگی با پیدایش و تشکل رشیم مشخص می گردد. امراض و اخذ ادویه در این مرحله حاملگی زمینه مساعد برای بوجود آمدن سوء تشکلات ولادی می باشد. در باره تاریخچه امراض مانند رویلای مادری Toxoplasmosis، Cytomegalovirus که با تب، بخار های جلدی و ماویت عقدات لمفاوی قسمت خلفی عنق مشخص می گردد باید پرسیده شود. در اطفال مصاب سوء شکل، تاریخچه تفصیلی دوا های که جنین سهوا در جریان حاملگی در معرض آن قرار گرفته و ممکن سبب تظاهرات کلینیکی غیر معمول در طفل نوزاد گردیده باشد اخذ شود. (جدول 14.1). Rh گروپ خون مادر، تایتر غیر مستقیم Coomb's (اگر مادر Rh منفی باشد) هیموگرام - VDRL و در صورتی که استطباب داشت حالت TORH باشد HIV و Hepatitis B-virus Carrier برای های تشخیص و تداوی اخذ شده در زمان حاملگی باید یادداشت گردد.

اخذ رژیم غذایی مخصوصاً در نیمه دوم حاملگی برای تامین حد مطلوب نموی جنین تعیین کننده است. در جریان حمل غیر اختلاطی اکثر مادران هندی از 6-10 کیلو گرام وزن می گیرند. تاریخچه حمل که سبب فرط فشار خون با یا بدون سوء شکل طرق بولی توام با تشوش وظایف پلاستتا، تاخیر نموی داخل رحمی، هایپوکسی زمان ولادت و اسفیکسی ولادی باشد درج گردد. در مورد خونریزی زمان حمل که آیا از سبب جدا شدن قبل از وقت پلاستتا یا Placenta previa (موقعیت غیر نارمل پلاستتا) است باید پرسیده شود. مقدار مایع امنیوتیک باید معاینه شود. Oligohydramnios (مقدار کم مایع امنیوتیک) توام با تشوش وظیفوی پلاستتا، ولادت بعد از

وقت، عدم تشکل کلیه ها و آفات انسدادی طرق بولی می باشد. Polyhydramnios (مقدار بیشتر از 2 لیتر مایع امنیوتویک) توام با مرض شکر مادری، سغلیس، توکسیمیا Preeclamptic و سوء تشکلات ولادی جنین مانند نقیصه باز ماندن تبوب عصبی، نوزاد بدون دماغ (Anencephaly)، موقعیت غیر نارمل اعضای داخل بطنی، اتریزیای مری، اتریزیای اثناعشر و جیجینوم،

جدول (14.1) تشوشات معمول دوره نوزادی از سبب اخذ ادویه مادر در زمان حاملگی	
دوها	تشوشات نوزادی
Thalidomide, haloperidol, progestin -estrogen combination, synthetic progestin , diethyl stilbesterol, clomiphene, valproic acid, diphenyle hydantoin , trimethadione, carbamazipine, lithium carbonate, tetracycline, streptomycin, cortisone, irradiation, imipramine, antimitotic agents . sedatives, vitamins A&D etc.	1. سوء اشکال ولادی
, INH, salicylates, phenytoin ,Phenobarbitone Dicumarol derivatives,Rifampicin	2. تظاهرات خونریزی متعلق به ویتامین k
Thiazides, quinine, and salicylate	3. کاهش و یا مرضی بودن ترومبوسايت ها
سندروم ترک نارکوتیک ها، زرق تصادفی مواد انتستیتیک موضعی در راس طفل propranolol, cholorpropamide	4. اختلاج
, carebonat lithium دوا های ضد تایروپید، آبودین ¹³¹ . povidone iodine	5. Cretinism
streptomycin and chloroquine ,Quinine	6. کری
.nitrofurantoin ,Sulfonamide طویل المدت, Vitamin k . bupivacaine , oxytocin ,primaquine	7. زردی
ادویه که سبب انتیاد گردیده یا مواد که به منظور سوء استفاده استعمال می گردد، کشیدن سگرت، الکول، تتراسیکلین، بروبرانولول، لیستولول.	8. تاخیر نموی داخل رحمی
Morphine diazepam, pethidine.Morphine باریتورات ها و غیره	9. سندروم ترک ادویه
Morphine pethidine سلفیت، ایتابیل الکھول، tensilon	10. افسردگی دماغی و هایپوتونیا

دوگانگی ها و Hydrops fetalis توام می باشد. مایع امینوپریک ملوث با میکونیم نزد طفلی که به وضعیت قرار دارد نشان دهنده دسترس جنینی یا اسهال جنین از سبب Listeriosis است.

تاریخچه ولادی

سابقه التهاب غشای امینوپریک (تب زمان حمل، ولادت، حساسیت بطنی) پاره شدن طولانی مدت غشای امینوپریک (ساعت 24 >) و معاینات مهبلی منتظر و یا بیش از حد، نمایانگر تشخیص پنومونیای باکتریی داخل رحمی می باشند. ولادت های طولانی (18 > ساعت در مرحله اول و 6 > ساعت در مرحله دوم) و مشکل در خارج شدن طفل توام با خطر زیاد اسفیکسی ولادی و ترضیضات زمان ولادت می باشد. مشخص گردد که آیا طفل از طریق مهبلی بصورت بنفسجه و یا هم با کمک Oxytocin ولادت نموده است. سابقه استعمال (forceps) یا عملیه جراحی انتخابی یا عاجل Cesarean Section بصورت انتخابی و یا هم اضطراری یا فوق العاده باید پرسیده شود. دیده شود که آیا شواهد زجرت یا دسترس جنین در اثنای ولادت موجود است. شواهد عدم تناسب راس طفل با حوصله مادر (Cephalopelvic)، موجودیت جبل در اطراف گردن یا سقوط جبل و غیره باید مشخص گردد. استعمال دوا های Anesthetic و Analgesics در جریان پروسه ولادت می تواند بالای جنین تاثیرات مخرب داشته باشد.

تاریخچه نوزادی

پرسید که آیا نوراد بعد از ولادت فوراً گریه نموده و یا مختنق شده بود. تفصیلات مشرح در مورد apgar score در صورتی که ولادت در کدام مرکز صحی انجام یافته باشد صورت گیرد. معلوم نمایید که آیا طفل در اطاق Nursery و یا هم با مادر یکجا نگهداری می گردد. باید در مورد فعالیت عمومی و تاریخچه تغذی در هفته اول پرسیده شود. معلومات درباره اولین ادرار (حد بالایی آن 48 ساعت است) و اولین تعوط (حدود 24 ساعت) بعد از ولادت اخذ گردد. استفراغ ضمئی در روز اول عادی بوده و اهمیت خاصی ندارد. در مورد سابقه زردی شدید، اختلالات و مشکلات تغذی در زمان مرحله نوزادی پرسیده شود.

تاریخچه مرض فعلی

در باره مشکلات عمدہ کہ توسط مادر یا پایوان نوزاد بیان می شود بہ ترتیب وقوع آن پرسیدہ و آنرا ارزیابی نمایید. اطفال نوزاد اعراض غیر وصفی کہ بواسطہ تشوشات مختلف بوجود می آید از خود نشان می دهند. آنها دارای طرفیت محدود برای ارائه اعراض اند. امتنا از شیر خوردن، بی حالی و عدم فعالیت فزیکی علائم عمدہ اند کہ در امراض مختلف بوجود می آیند. ماهیت شرایط مساعد کننده و یا وابسته در تشخیص امراض اطفال نوزاد بسیار تعین کننده است. ارزیابی وضع ظاهری (رشد، وزن زمان تولد، اسفیکسی ولادی، پاره شدن غشاء به مدت زیاد و غیره) عمر شروع و سیر تکاملی اعراض. حالات معمولی نوزادی شامل اسفیکسی ولادی، RDS، زردی، سیپتیسیمیا ظہور خونریزی و سوء اشکال ولادی می باشد. اطفال قبل المیعاد مساعد بہ بروز امراض مختلف مانند Necrotizing Hyaline membrane disease enterocolitis خونریزی های داخل بطنی، PDA، retinopathy شبکیه قبل المیعاد و غیره هستند. نزد اطفال نوزاد تعداد زیاد از ویزگی های انکشافی و مشکلات وظیفی تظاهر نموده کہ باید مشخص گردیده و به مادر در مورد اطمینان داده و توصیه های لازمه صورت گیرد. از طرف دیگر هرگاه طفل نوزاد حقیقتاً مریض باشد، نمی توان آنرا بصورت سرپا تداوی نمود لذا در صورتی که شفاخانه وارد نرسی داشته باشد باید بستر گردد.

تاریخچه فامیلی

در باره تاریخچه فامیلی امراض انکشافی و میتابولیک پرسیدہ شود. سابقہ مرگ نوزادی در خواهران و برادران یا فامیل باید پرسیدہ شود. سابقہ تشوشات مشابه در برادران و یا خواهران قبلی باید مشخص گردد.

معافیت

واکسین های OPV، BCG و Hepatitis B برسی گردد که آیا طفل آن را اخذ نموده است یا خیر. در مورد اخذ واکسین Tetanus toxoid مادر باید پرسیدہ شود.

معاینات فزیکی

معاینه باید در یک اطاق گرم و راحت صورت گرفته طوری که لباس های طفل کاملاً دور گردیده و بالای میز که ارتفاع آن برای طبیب مناسب باشد قرار داده شود، باید منبع خوب روشنی موجود بوده و دست های معاینه کننده

گرم و پاک باشند. معاینات تفصیلی در زمان ولادت، در جریان 24 ساعت اول یا روز بعدی و در زمان مرخصی اجرا گردد. هنگامی که شواهد کدام حالت غیر عادی یا مريضی موجود باشد طفل باید بصورت مکمل معاینه شود. بهترین وقت معاینه نوزاد یک ساعت بعد از تنفسی است. قبل از شیر دادن طفل ممکن از سبب گرسنگی گریه و یا بدخویی نموده و تماس زود با طفل بعد از تنفسی ممکن باعث استفراغ و یا Aspiration گردد.

معاینه زمان تولد

هدف معاینه طفل در اثنای تولد عبارت از مراقبت و ارزیابی انبساط ریه ها، باز بودن طرق هوایی، تشخیص مقدم سوء اشکال ولادی تهدید کننده حیات و جروحات زمان ولادت می باشد.

Apgar سیستم نمره دهی

سیستم نمره دهی Apgar با وجود محدودیت های که دارد، باز هم طبق معمول برای ارزیابی حالت طفل در زمان تولد استفاده می گردد. (جدول 14.2). مهمترین اقلام این سیستم عبارت از تنفس و ریتم قلب است زیرا مقویت عضلی، عکس العمل در مقابل تنبیه و رنگ جلد هم به حالت قلبی- تنفسی وابسته می باشد. زمان اولین گریه طفل بعد از تولد باید یادآشت گردد.

جدول 14.2 سیستم نمره گذاری Apgar				
نمره				
	2	1	0	معاييرات
گریان		آهسته، نفس بریده		معدوم
اضافه از 100		تا به 100		معدوم ضربان قلب فی دقیقه
قض		متوسط		شل یا سست مقویت عضلی
گریان		تغیر قیافه		معدوم جواب به مقابل تنبیه
گلابی		اطراف، کبود		رنگ خاکی با آبی

تشخیص مقدم سوء اشکال ولادی

تاریخچه اخذ دوا های تیراتوجینیک و ایجاد کننده جاغور، تشعشع و انتانات ویروسی در زمان تراپیمستر اول حاملگی نزد مادر باید جستجو گردد. موجودیت Polyhydramnios مادر، ممکن داکتر اطفال را متوجه بندش

ممکنه طرق هضمی علوی سازد. تقریباً 25% واقعات اتریزیای مری و 75% واقعات بندش اثناشر و Jejunum علوی مترافق با Polyhydramnios می باشند. در حقیقت در هر هفت واقعه Polyhydramnios یک واقعه مترافق با بندش قسمت علوی امعا است. از طرف دیگر Oligohydramnios ممکن توام با عدم تشکل دو طرفه کلیه، امراض انسدادی طرق بولی و صورت یا وجه ماه مانند باشد. تاریخچه فامیلی انومالی های انکشافی باید پرسیده شود. یک معاینه سریع ولی مکمل باید اجرا شده و نکات ذیل در نظر باشد.



تصویر ۱۴.۱ وجه نا منتظر در گریه توام با هایپوپلازی عضلات قابضه طرف چپ. *anguli oris*

وزن زمان تولد و عمر حاملگی. شیوع سوء اشکال در اطفال قبل المیعاد دو برابر بیشتر به مقایسه اطفال با میعاد می باشد در اطفال کوچک برای زمان تولد (خصوصاً اطفال Hypoplastic) وقوعات سوء اشکال 20-20 مرتبه بیشتر می باشد. معاینه و مشاهده مکمل این اطفال جهت تشخیص مقدم سوء اشکال ضروری است.

شریان واحد سروی و خطوط کف دست. مقطع نهایت جبل سروی باید جهت تعیین تعداد اوعیه دیده شود.

شریان واحد سروی که حدود 0.8% وقوعات را تشکیل می دهد در 15-20 فیصد واقعات توام با سوء اشکال ولادی داخلی همراه است. سوء اشکال معمول مترافق آن شامل اتریزیای مری، مقدب بسته یا بدون فوجه و انومالی بولی تناسلی می باشد. مشاهده خط واحد کف دست شخص را وادار به جستجوی انومالی های اضافی می نماید. هایپوپلازی عضلات قابضه *anguli oris*. گریه کردن نا مناسب وجه که از سبب هایپوپلازی ولادی عضله قابضه یا (DAOM) depressor anguli oris muscle شیرخواران در اضافه تر از 20% واقعات دارای انومالی های اضافی مترافقه می باشند. در اثنای گریه کنج دهن و فک سفلی بطرف پایین کش شده که توام با هموار شدن چین Nasolabial به طرف نارمل از سبب عمل غیر



تصویر 14.2 لب و کام چاکی دو طرفه. کام چاکی تنهایی در صورتیکه دقیقاً متوجه نگردیدم شاید به سادگی از نظر دور ماند.

متناظر DAOM می باشد (تصویر 14.1). انومالی های قلبی وعایی و خلع ولادی مفصل حرقفی فخذی اکثراً مترافق با آن می باشد.

تعداد و باز بودن روزنه ها. تمرکز سوء اشکال در اطراف مجراهای زیاد است. کام چاکی و موقعیت غیر نارمل یا بندش مقعد جستجو گردد. باز بودن مری در حالات ذیل توسط عبور یک کتیتر سخت را بروی در داخل معده بررسی گردد. بعضی از متخصصین اطفال این عملیه را بصورت روتین در تمام اطفال تجویز می نمایند.

1-اطفال کوچک برای زمان تولد

2-شریان ژروی واحد

Polyhydramnios -3

4-مرض شکر مادری

5-آمدن کف و افرازات فمی از دهن

وقتی که کتیتر به معده رسید محتویات معده باید کشیده شود. اگر محتویات کشیده شده معدوی اخافه تر از 20 ml باشد، این حالت قویاً نشان دهنده بندش شدید معاوی است.

شواهد مشکلات تنفسی. اسیاب جراحی مشکلات تنفسی رد گردیده و یک کلیشه عاجل صدری باید توصیه گردد.

آفات خط متوسط در خلف و قدام، لب چاکی، کام



تصویر 14.3 قطع انگشتان و خط عمیق بالای پاهای از باعث جبل سروی.

چاکی، Pilonidal sinus، اندام های تناسلی مبهم، Spina-bifida، Meningomyelocel، uvula و غیره باید دیده شود (تصویر 14.2). Exomphalos، Hypospadias شکاف تحت المخاطی کام بوده که ضرورت به جراحی دارد. معاینات سیستمیک روتین. بطن باید بخارطه موجوبت کتلات جس شده و قلب برای موقعیت و سوفل ها معاینه شود. Dextrocardia، از سبب تیله شدن قلب، که توام با مشکلات تنفسی باشد نشاندهنده پنوموتورکس و فتق حجاب حاجزی می باشد. سوء اشکال عضلی- اسکلیتی و وقوعات قطع اعضای ولادی که از سبب Amniotic band وجود می آید، دیده شوند (تصویر 14.3).

معاینه روز اول

هدف اساسی ثبت اندازه های معین این است تا سوء اشکال ولادی از نظر دور نمانده و تحقیق در مورد طرز تغذی و جستجو در مورد شروع زردی صورت گیرد. تاریخچه آمدن کهف از دهن، بندش شیر در گلو و استفراغ بعد از تغذی باید پرسیده شده و ارزیابی گردد. تحقیق در مورد اطراح اولین میکونیم (تا به 24 ساعت) و ادرار (تا به 48 ساعت) باید صورت گیرد. تعدادی از شیر خواران ممکن از سبب پُر بودن مثانه احساس ناخوش آیند داشته که بعد از ادرار نمودن خاموش یا آرام می گردد. و مجدداً بعد از تخلیه از سبب تر شدن پارچه قنداق گریه می نماید. این یک پدیده نارمل بوده و نباید با انسداد عنق مثانه معالجه شود.

علایم حیاتی. علایم حیاتی نزد طفل صحتمند با میعاد عبارت از تعیین ضربان قلب (140/min) اندازه تنفس 60/40 mmHg و حرارت داخلی بدن از 36.5°C الی 37.0°C می باشد. مناسب و آسان است تا به یاد داشته باشیم که در یک طفل صحتمند با میعاد، اندازه تنفس و قلب دو چند حالانکه فشار خون به اندازه نصف کاهل صحتمند است. تعداد حرکات قلب بیشتر از 200/min بصورت دوامدار نزد طفل آرام نشاندهنده (Paroxysmal atrial tachycardia) بوده، حال آنکه کاهش ضربان قلب به کمتر از 80/min بصورت ثابت نشاندهنده انسداد تمام قلب است. برادی کاردی نزد طفل نوزاد علامه تشخیصیه اسفکسیا، هایپوترمیا، هایپوتایرویدیزم، بلند رفتن فشار داخل التجفی، فرط فشار خون و هایپرکلیمیا است. در عوض واکنش تب، Septicemia معمولاً مترافق با هایپوترمی خاصتاً در اطفال قبل المیعاد می باشد. تب ممکن در اطفال با

میعاد که انتانات گرام مثبت و یا مننجایتس دارند واقع گردد. درجه حرارت جلد را می توان بطور دقیق تنها توسط لمس کردن با انگکی تمرین ارزیابی نماییم. در یک طفل صحتمند تنہ با تماس باید گرم لامکن پاها و کف پاها باید نسبتاً گرم و گلابی باشند. زمانی که تنہ گرم لامکن پاها و کف پاها خاسف و سرد باشد، نشان دهنده این است که طفل به فشار سردی مواجه شده و درجه حرارت محیط آن باید افزایش داده شود. تنفس در یک طفل آرام باید حد اقل یک الی دو ساعت بعد از تغذی تعیین گردد. فشار خون را می توان توسط میتوود Flush یا به

کمک Doppler تعیین نمود. نزد

شیرخواران که پروفیوزن کافی نسجی

دارند، طفل گرم و دارای رنگ گلابی

بدون لکه های جلدی می باشد، تفاوت

بین درجه حرارت مرکزی و محیطی جلد

کمتر از 1.5 درجه سانتی گرید بوده و

زمان پُرشدن دوباره اوعیه شعریه در

قسمت علوی صدر کمتر از 2 ثانیه را در

بر می گیرد. (تصویر A & B)

اطراح ادرار کافی می باشد (حد اقل

(1ml/kg/hr

سلوک یا رفتار عمومی

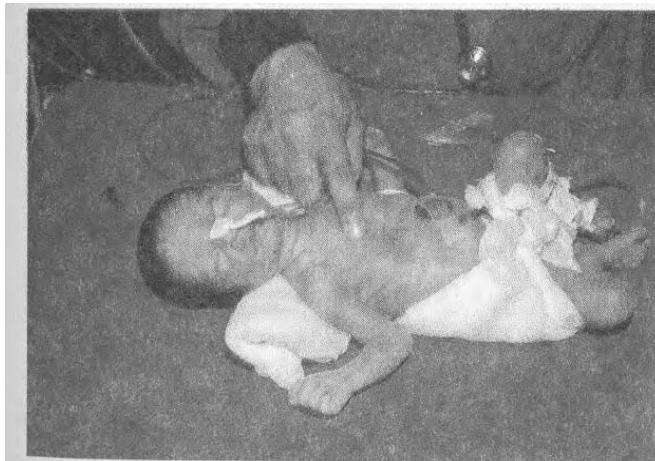
رنگ، تنفس، حرکات و حالت اطراف،

ذکاآت عمومی و فعالیت طفل دیده

شود. خواب آلودگی و یا تخرشیت بیش

از حد نشانده‌هنده تشوشات سیستم

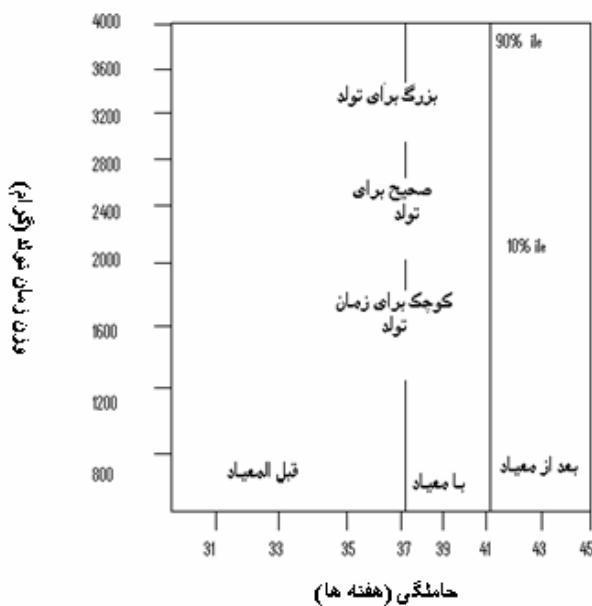
عصبي مرکزی است. گریه مداوم با آواز



A



تصویر 14.4. ارزیابی پروفیوزن انساج. (الف) سفید شدن رنگ جلد قسمت علوی صدر بواسطه فشار انگشت. (ب) در صورتیکه پروفیوزن نسجی قناعت بخش باشد سفیدی جلد بواسطه پُر شدن دوباره اوعیه در ظرف دو ثانیه از بین می رود.



تصویر 14.5 جلت نشو داخل الرحمی چهت نسبیت بندی مطلق در تولد

طفل دارای وزن مناسب زمان تولد، وزن کم زمان تولد را نشاند. (تصویر 14.5)

محیط راس قفوی- جبهی، محیط صدر در نواحی نوک ثدیه و طول قد از کری پا تا فرق سر در Infantometer ثبت گردد. اندازه محیط راس باید ترجیحاً 24 ساعت بعد از تولد زمان که Caput succedaneum و برجستگی درزها معلوم گردد اخذ شود. در طفل با میعاد محیط راس در حدود 34-35 سانتی متر و طول قد از راس تا کری پا در حدود 48-50 سانتی متر می باشد.

ارزیابی حمل

اگر تاریخچه تھیضی نامعلوم یا غیر یقینی باشد تشخیص حمل بواسطه معاینات فزیکی و عصبی صورت می گیرد. با پیشرفت حمل طفل از نظر جسمی و عصبی رشد و تکامل می نماید. اندازه گیری های انتروپومتریک، مانند وزن، قد ، محیط راس و صدر میعاد های غیر قابل اعتماد تکاملی اند، زیرا این ها ممکن توسط تاخیر نموی داخل رحمی بطور معکوس متاثر شده باشند. نزد طفل که مصاب سوء تغذی داشت این را باشد قد و محیط راس به مقایسه وزن و محیط صدر شان نسبتاً کمتر متاثر می گردد.

بلند و آرام نشدنی دلالت به منتجایتس می نماید. معاینات عصبی روتین یا حتی اجرای عکس العمل Moro در صورتی که طفل دارای تعذی نارمل بوده و فعال باشد ضروری نیست. شروع زردی در 24 ساعت اول عمر نشانده تشوشهای و خیم است. اندازه گیری ها

وزن زمان تولد طفل در چارت رشد داخل رحمی جهت تعیین نمودن این که آیا

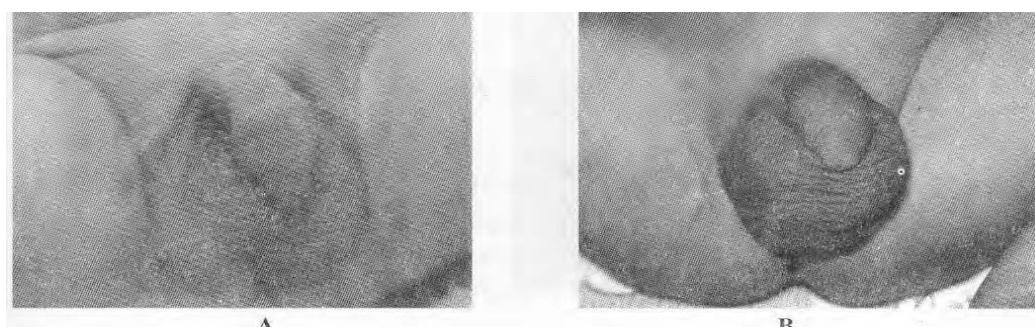
گروپ بندی بین اطفال قبل الميعاد و با معیاد

در یک طفل با زمان القاح نامعلوم، ارزیابی تکاملی تنها بر اساس اوصاف فزیکی نسبتاً موثق می‌باشد. این می‌تود ساده با ما در تصمیم گیری اینکه آیا طفل همراه با مادر در یک اطاق نگهدارشده شده و یا در اطاق مخصوص نوزادان مراقبت گردد کمک می‌نماید اما بر اساس وزن زمان تولد و عمر حاملگی نمی‌توان طفل را تصنیف بندی نمود. اطفال قبل الميعاد (کمتر از 37 هفته) اکثرًا خصوصیات ذیل را از خود نشان می‌دهد.

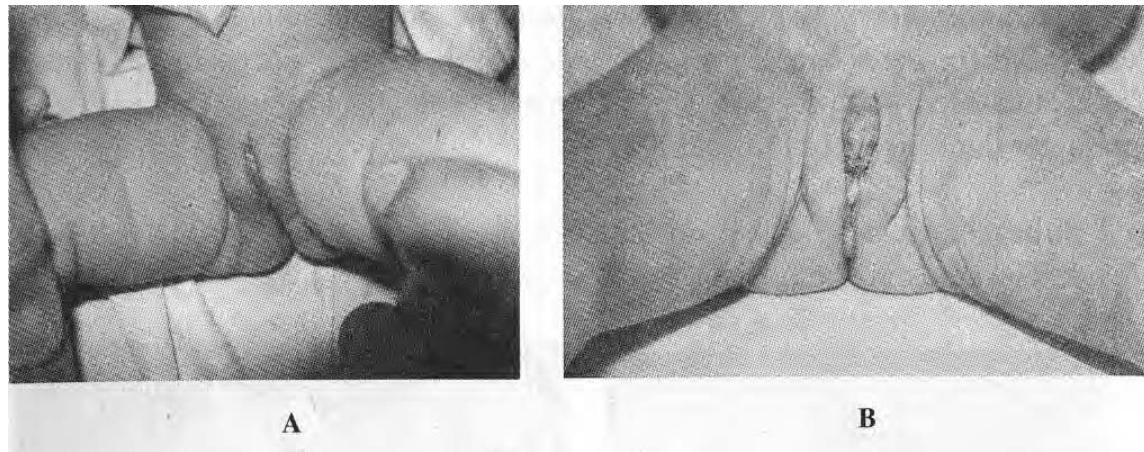


تصویر 14.6 خطوط کف پا. خطوط عمیق کف پا (الف) پوشش دو بره کف پا نشانده‌شده پختگی میعاد حمل بوده در حالیکه خطوط کف پا سطحی یا خط واحد عمیق کف پا (ب) در اطفال قبل الميعاد دیده میشود. Anthropometry (سنجهش و اندازه گیری اعضای بدن انسان). در اطفال قبل الميعاد وزن بدن معمولاً کمتر از 2500 گرام (اطفال با میعاد کوچک برای زمان تولد هم ممکن وزن کم زمان تولد داشته باشد)، قد راس تا کری با $47\text{ cm} \leq$ و محیط راس $33\text{ cm} \leq$ و اندازه راس معمولاً 3 cm بزرگتر از محیط صدر می‌باشد.

خطوط کف پا. خط واحد عمیق در $1/3$ قدمی کف پا موجود بوده و یا هیچ خط عمیق موجود نمی‌باشد. کف پا ممکن از خط‌های سطحی مملو باشد (تصویر 14.6).



تصویر 14.7 اعضای تناسلی مذکور. کیسه بیضه‌ها کاملاً تکشاف یافته و حد اقل یک کیسه به کیسه نزول نموده است (الف). در اطفال قبل الميعاد کیسه بیضه‌ها کوچک بوده و با توان با چین‌های اندک یا هیچ عدم نزول خصیه‌ها می‌باشد (ب).



تصویر 14.8. اعضای تناسلی مونث. در اطفال با معیاد شفتان کبیر کاملاً شفتان صغیر را پوشانیده است. (الف) در اطفال قبل المیعاد شفتان کبیره وسیعاً از هم جدا و شفتان صغیره قابل دید است (ب).

اعضای تناسلی. در اطفال مذکور خصیه ها در حذای حلقه خارجی یا قسمت فوقانی واقع بوده و سفن کوچک با چین خوردگی های جزئی می باشد. در دختران شفتان کبیره وسیعاً از هم جدا و شفتان صغیره واضحأً قابل دید بوده و بذر (Clitoris) ضخاموی می باشد (تصویر 14.8).

نودول های سینه. نودول های سینه کمتر از 5 mm و نوک پستان کوچک و یا هیچ موجود نمی باشد. در اطفال (کوچک در زمان تولد) نسج پستان حتی زمانی که حاملگی به حد کامل خود رسیده باشد شاید ناکافی یا هیچ موجود نباشد.



تصویر 14.9. خضروف گوش. در اطفال با معیاد خضروف گوش محکم و خوب شکل یافته می باشد (الف). در اطفال قبل المیعاد گوش نرم، هموار و بطور ناچیز شکل یافته و توأم با عدم الاستیکیت یا حداقل الاستیکیت می باشد (ب).



تصویر 14.10 مو های راس. در اطفال با میعاد مو ها دارای رنگ سیاه بوده و نرم می باشند (الف). در اطفال قبل المیعاد به صورت انفرادی بعضی مو ها به شکل پشم مانند و یا هم تاز تار آند (ب).

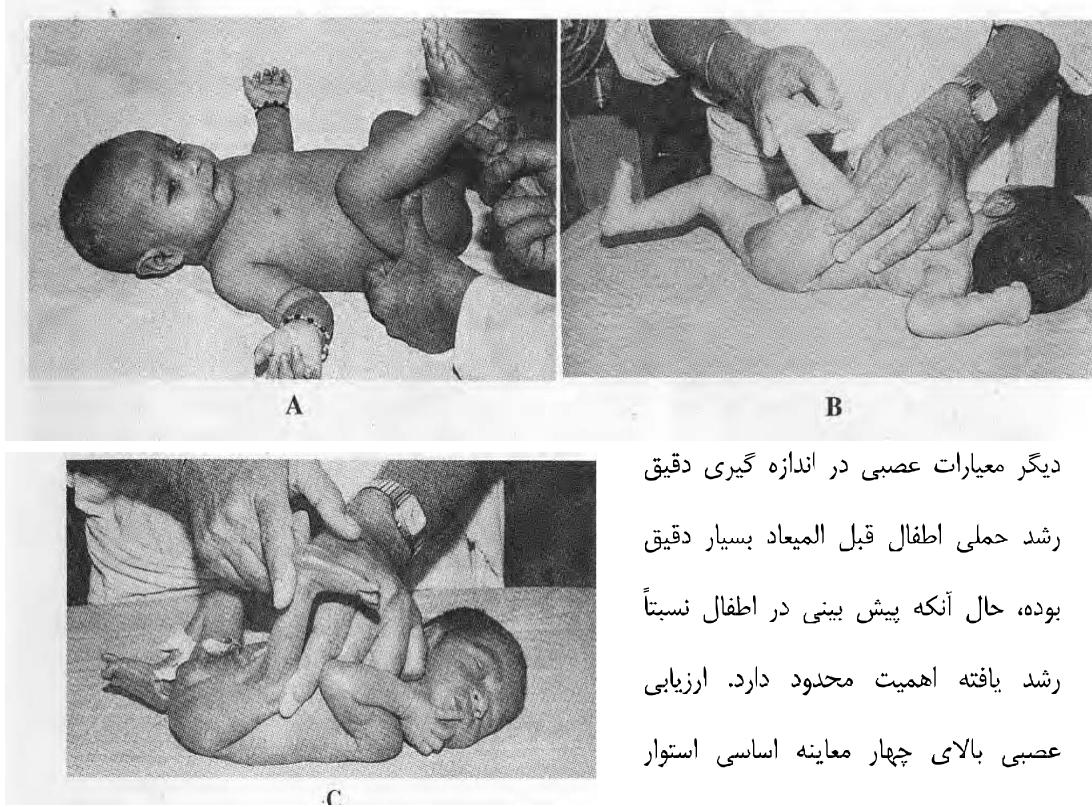
غضروف گوش. غضروف ناقص و یا حتی از موقعیت خود معدوم می باشد و با تاب دادن گوش خارجی، برگشت به حالت اولی بسیار ضعیف است (تصویر 14.9).

موی ها. منظره مو ها نصواری سیاه رنگ یا پشمین بوده و تشخیص دشته های جدأگانه آن مشکل نمی باشند (تصویر 14.10).

به اساس درجه عدم پختگی، اطفال قبل المیعاد شاید جلد درخشند، روشن و چرب داشته که دارای مقدار زیاد مو ها Lanugos و اذیما می باشد. از نظر عصبی آنها کمتر بیدار، هایپوتونیک و رفلکس های نوزادی مختلف ممکن ناکامل و یا معدوم باشند.

تخمین دقیق سن حاملگی

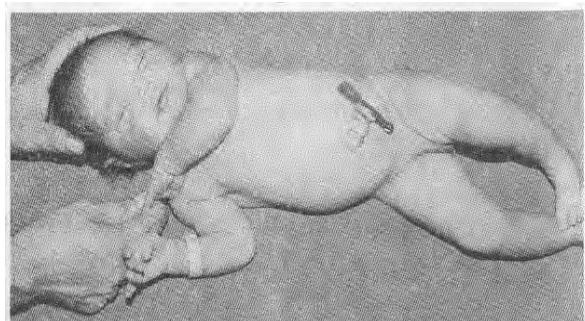
خصوصیات فزیکی فوق الذکر یک زمینه بسیار موثق جهت تفکیک بین اطفال قبل المیعاد و با میعاد است لیکن جهت ارزیابی دقیق سن حملی یک طفل که موعد آن کمتر از 36 هفته باشد ارزش آن محدود است. از طرف



تصویر ۱۴.۱۱ زاویه رکبی یا عقب زانو، ران به وضعیت ممکن گرفته شده و معاینه کننده جهت بسط زانو با فشار سریع در عقب بجلک پا کوشش می نماید. زاویه در اطفال با معیاد ۹۰ درجه یا کمتر می باشد (الف)، ۱۲۰ درجه در اطفال ۳۶-۳۸ هفتگی (ب). و تقریباً ۱۸۰ درجه در یک طفل کمتر از ۳۲ هفتگی (ج).

یابد. قوت در یک طفل نوزاد بواسطه سه معیار ارزیابی می شود.

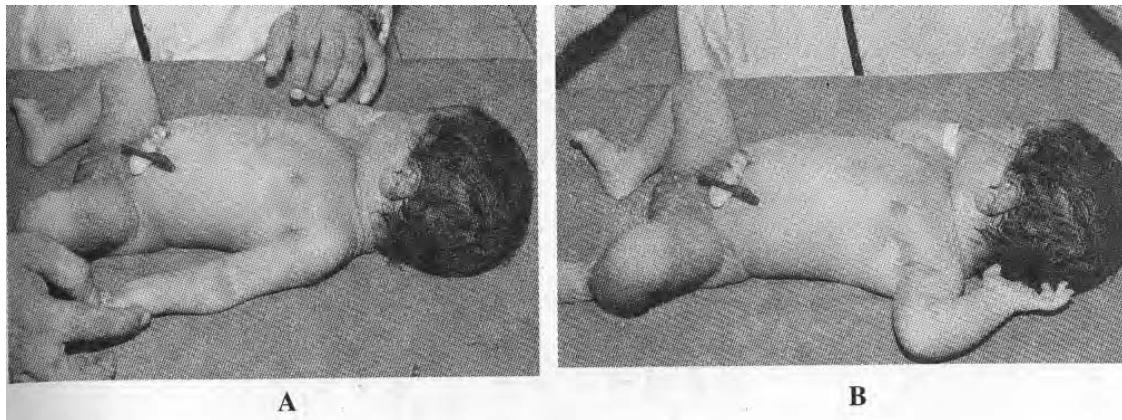
- i. وضعیت یا حالت.
- ii. قوت منفعل بواسطه تعین زاویه Popliteal Scarf و علامه Popliteal Scarf.
- iii. قوت فعل بواسطه تعین عکس العمل



تصویر ۱۴.۱۲. علامه دستعمال گردن. طفل را بر پشت خوابانیده و داس آن را در خط متوسط نگه می داریم. بازو ها از مج دست ممکن گرفته و روی صدر به طرف شانه مقبل کش می نماییم. در اطفال قبل المیعاد آرنج به سادگی به آن طرف خط متوسط صدر عبور می نمایید.

دیگر معیارات عصبی در اندازه گیری دقیق رشد حملی اطفال قبل المیعاد بسیار دقیق بوده، حال آنکه پیش بینی در اطفال نسبتاً رشد یافته اهمیت محدود دارد. ارزیابی عصبی بالای چهار معاینه اساسی استوار است.

(الف) به همان اندازه که رشد داخل الرحمی ارتقا می نماید اندازه قوت عضلی افزایش می



تصویر 14.13. برگشتن بازو به حال خود. بازو ها بسط داده شده و به نزدیکی تنه آورده شود (الف). وقتی که رها گردند، در اطفال با میعاد سریعاً به حال خود برگشته و یا قبض می گردد (ب).

و کشش و دوباره بر حال خود برگشتن ارزیابی می شود (تصویر 14.13 و تصویر 14.14).

(ب) تحرکیت مفصل. درجه انقباض در بجلک پا و مج دست نزد اطفال قبل المیعاد از سبب شخی نسبتاً زیاد مفاصل در حاملگی کاملأ در عقب می ماند.

مقدم محدود می باشد (تصویر 14.15). با



تصویر 14.15 پنجه یا روزنه مریع. دست بالای ساعد در بین انگشت کلان و اشاره معاینه کننده قبض گرددیده و زاویه بین کف دست و وجه کفی ساعد اندازه گردد. در اطفال با میعاد مج دست می تواند به اندازه قبض گردد که میتوان به واسطه کف دست قسمت قدامی ساعد را لمس نمود (الف). در اطفال قبل المیعاد مفاصل نسبتاً سخت بوده و حرکات قابضه مج دست را محدود ساخته است (ب).

رسیدن میعاد حمل مفاصل زیاد تر قابل انعطاف و سست شده که این حالت در هنگام ولادت به مفاصل اجازه می دهد تا به آسانی تغیر شکل نماید.

(ج) بعضی عکسهای اتوماتیک در سنین مخصوص رشد حاملگی تظاهر می نماید. **moro reflex** به صورت مقدم در 28-30 هفته حاملگی تظاهر نموده لakin تا هفته 38 حاملگی مرحله تقرب کاملاً معذوم می گردد. عکس العمل حدفه در مقابل روشنی بعد از 30 هفته گی موجود بوده و شیر خوار در هفته 36-32 حاملگی سرخود را بطرف منبع روشنی دور داده می تواند. **Grasp response** در حوالی 30 هفته گی ظهرور نموده لیکن محکم گرفتن در هفته 36 ظاهر می شود. عضلات قابضه گردن توانایی قبض نمودن در برابر عکس العمل به مقابل کشش را در حدود هفتة 33 پختگی دریافت نموده و کوشش های **Sucking** و **Rooting** هماهنگ با آن در هفته 34 حاملگی بوجود می آید.

(د) معاینه قعر عین. معذومیت کپسول وعایی قدامی عدیسه برای تعین نمودن عمر حملی طفلی که مدت حمل آن کمتر از 28 هفته باشد استفاده می گردد. بعد از هفته 34 پختگی یا رشد، کپسول وعایی قدامی با تغیرات مرحله بی در اطفالی که بین هفته های 28 الی 34 حاملگی قرار دارند بطور مکمل اتروفی می نماید.

هر چند معاینه چشم ها در اطفال نوزاد از سبب فوتوفوییای فزیولوژیک و عدم همکاری آنها بصورت تخنیکی مشکل است. رویه مرفته در یک دیدگاه نسبتاً وسیع در زمان تظاهر و تداوم معیار های فزیکی و عصبی، اکثریت کارکنان با استفاده از سیستم درجه بندی مشترک معیار اندازه رشد فزیکی و عصبی برای تعین نمودن سن حملی استفاده می نمایند. جدول 3.13 نشاندهنده یک سیستم ساده درجه بندی برای تعین نمودن حاملگی می باشد. ارزیابی باید نزد اطفالی که دارای عکسه **moro** نارمل است اجرا شود. زیرا اطفال شدیداً مریض و آنها که معیوبیت عصبی دارند ممکن واضحاً در ارزیابی عصبی دارای نمرات پایین باشند. اطفالی که مصاب تاخیر شدید نموی داخل رحمی اند نیز ممکن تا یک حد از سبب متأثر شدن انکشاف نسج ثدیه و تون عضلی نمرات پایین داشته باشند. به اساس نمرات مشترک عصبی و فزیکی، عمر متوقع حاملگی طفل در صورت استفاده از جدول 4.14 با اشتباہ متوقع 2 ± 2 هفته می باشد. (Predictive error)

جدول 14.3 درجه بندی ارزیابی سن حملی		نمرات	معايير
نمرات	1 فریکی	0	
3	2	1	(الف) ماهیت جلد بسبار نازک و جلاپتی با پیوست دادن سطحی و ترک خودگی بالای دست ها و پهله لنوگو نازک در عرضی جاها لنوگو قابل بازدید بدنون مو
----	-----	-----	لشن، نسبتاً ضخیمه تمام با پیوست دادن سطحی لنوگو و افر ساختات بینموی
4	-----	-----	(ب) لنوگو جنبشی در خلف معاینه گردد (ج) خطوط کف با بعد از کش نمودن جلد از زیانی گردد
5	-----	-----	علمه خفنهای سرت بالای فرو رفتگی عمیق در 1/3 تا 1/2 قدمای کف با
6	-----	-----	نصف قلامی کف با نسبت سبدیه اضافه افزای از 10 ملی متر فاخته
7	-----	-----	نسبت سبدیه 5- 10 ملی متر نسبت سبدیه 5 ملی متر مترا در یک باهر دو طرف
8	-----	-----	نسبت سبدیه کمتر از 5 ملی نسبت سبدیه 5- 10 ملی متر کنار آن احساس شده و برگشتن فوری می باشد
9	-----	-----	لله گوش محکم با تمام غضاریف معین و بازگشت سریع
10	-----	-----	یکه گوش نرم احساس گردیده نرم لاکن برگشتن به حالت اوی قسمماً موجود است
11	-----	-----	(د) ندول های سبدیه با محکم گرفتن نسخ سبدیه در شست و انگشت اشاره ارزیابی گردد
12	-----	-----	نحوه کوش نرم احساس گردیده و به سادگی و به شکل عجیب بواسطه جس ارزیابی گردد غیرب دور داده می شود
13	-----	-----	(ه) ثبات گوش لله گوش محکم با تمام غضاریف معین و بازگشت سریع
14	-----	-----	(و) اعضاً تناسلي مذکور: مذکور: مذکور: مذکور:
15	-----	-----	هدائق یک خوبیه در کمال صفن موجود است مقنی و میتوان آنرا بطرف پالین در صفن کش نمود شفتان کمیزه قسمآ شفتان شفتان کمیزه کاملاً شفتان صفیره را پوشانیده است بوده و شفتان صفير جلو امده

میاران	نمره*	نمره*	نمره*	نمره*
	3	2	1	0
(الف) وضعیت در طایلیکه استجای طبیوی بوده و آرام باشد معاینه گردد	بازو ها و پاها بسط نموده اند	بازو ها و پاها قبض مفاصل ران و زانو و بسط بازو ها	قبض محاکم پاها و قسمًا قبض بازو ها کاملاً قبض شده	-2 عصبی
(ب) عکس العمل بازو در یک طفل بر پشت خوبیده باشند نمودن دست ها و بعداً رهانمودن آن ساعد قض شده بسط می نماید	واکشن نشان نداده و یا فقط حرکات تصادفی	بازو ها بحالت قض نامکمل برگشته و یا واکشن بطنی می باشند	بازو ها بحالت قض نامکمل کامل برضی گردد	(ج) زاویه رکبی یا عقب زانو*** در یک طفل بر پشت خوبیده به کمک دست چیزی کشیده ران ها به وضعیت knee-chest پاشل دست راست معاینه کننده با فشار پواسطه دست راست معاینه کننده با اشاره در عقب مالایم بسط داده شود انگشت اشاره در عقب بخطاب پا قرار گرفته و زاویه رکبی اندازه می گردد
90° - 120°	120° - 150°	150° - 180°	180°	(د) عقب افینین راس در طفل که بر پشت خوبیده قدر به کمک سر قدر باه قدم به امتداد زانه می اورد
قادر به کمکداری سر به امتداد بدن	قسمی کنترول سر	راس کاملاً عقب می ماند	راس کاملاً عقب می ماند	

جدول 14.3 درجه بندی ارزیابی سن حملی (ادامه)

جدول 14.3 درجه بندی ارزیابی سن حملی (ادامه)

نمره*	میارات
3	به دست ها چیزی را کشیده و به آهستگی بحالات نشسته خود را کشیده می نماید در این ایام عملیه تناسب و وضعیت سر با تنه مشاهده شود
2	موجود نیست
1	و اکشن ضعیف
0	(ه) ضروری زدن به پیشانی ضروری سریع به پیشانی (نقطه وسطی بین ابرو ها) وارد گردیده و بستن چشم ها مالحظه شود
29	مجموع نمرات = 0 - 13 - 0 = 16 - 0 = 16
	نمره ۰ عصبی

- * هنگامیکه، مقیاس یا میزان نمرات عصبی یا فریکی در در طرف معینه شده متغیر باشد، اوسط نمرات باید گرفته شود.
- *** زاویه رکمی زراطه ای که به وضعیت breech بینایی آید ممکن غیر دقیق باشد.
-) کلیه شده از Ghai O P , Razdan K , Singh M , سیسیم اصلاح شده در بندی برای ارزیابی سن حملی در نوزادان طبیعت احتفال هند 1975، 11:312 (

جدول 14.4 ارتباط بین نمرات مجموعی مشترک با سن حملی

نمرات مجموعی مشترک	حمل (هفته ها)
28	9
29	10
30	11
31	12
32	13
33	15
34	16
35	18
36	19
37	20
38	23
39	25
40	26

یک تعداد سیستم های نمره دهی که به اساس معاینات فریکی و ارزیابی عصبی حرکی استوار است برای تشخیص بارداری استفاده می شود. درجه بندی اصلاح شده Ballard وسیعاً در پرکتیک کلینیکی استعمال شده و اعتبار بسیار دقیق برای ارزیابی اطفال رشد یافته و مخصوصاً برای ارزیابی حملی اطفال extremely premature مفید می باشد.

معاینات سیستمیک:

ویژگی های انکشافی طریف:



تصویر 14.16 التهاب توکسیک جلد رش های سرخ رنگ با مرکز خاکب بالای وجه و تنہ در طفل صحتمند با میعاد در روز دوم و سوم حیات بعد از 2 تا 3 روز اول حیات به صورت بنفسجی از بین می رود.

جلد جهت دریافت toxic erythema یا (پاپول های Milia، urticaria neonatorum زرد-سفید مانند بالای بینی)، عالیم گزیده گی، hemangioma وعایی، و لکه های آبی رنگ منگولیایی بالای سرین و ناحیه عجزی معاینه گردد.

(تصویر 14.16 و 14.17) خونریزی تحت منظمه روی گوشه خارجی چشم، Epstein pearls

Ballard جدول 14.5 ارزشی سن حملی به واسطه درجه بندی جدید

		نموده							
		بخشی فردکی							
		5	4	3	2	1	0	-1	
چمن، شکنند	چلک و چین خورد	پوست عمیقاً شکنند	عدم موجودیت اوجیه	پوست رنگی سطحی	لشم، گالابی زردی هایی قبل دید	سخن جالاندیش	چسبنده، شفاف	جلد	
اگر ای مو	اگر ای مو	شکننده، نواحی خاکی، ورد های اندک	/ یا آنفراخات، کمی نوحی ای مو	و افر	برآگنده	سخن جالاندیش	چسبنده، شفاف	جلد	
خلط با ای تمام کف	خلط با 2/3 قائم	تها خطوه ممسترس	علایم سخن خفیف	<50mm خطه نیست	<50mm خطه نیست	نیست	نیست	لنگو	
-5 mm	از ۱۰ کامل	ریولا صاف شده	Areola پنهان عنه جوانه	به مشکل قابل درک	جزیی یا غیر قبل دید	صلدر			
10	4-3mm	2-1mm	جوانه	پیکه گوش کاملاً برکشته نرم	بلکه باز پکه گوش	چشمها / گوشها			
چمن	غضروف خشک، گوش	شکل یافته و ثابت	برگشت به حالات اولی	برگشت به حالات اولی	بلکه باز پکه گوش	چسبنده باکنها			
	صخت	برگشت به حالات اولی	برای برگشت به حالات اولی	آهسته	هووزه مکث چین ها	چسبنده باکنها			
		فوری	اوری		بازگشت به حالات اولی		(-1)	خفیف	
					آهسته		(-2)	شدید	
خوبیه های نویسائی؛ چین	خوبیه های زیادی	خوبیه های زیادی گردش	خوبیه های زیادی گردش	خوبیه های زیادی گردش	صفن خالی، چین خود ری خوبه کی خفیف	صفن هوار،			
های عمیق		چین خود ری اندک	چین خود ری اندک	خوبیه های در پستان	خوبیه های در کاتال	لسم			
را	کبید، بظر و ضغیره را	چین های کامل	چین های کامل	خوبیه های در پستان	خوبیه های در کاتال	صفن هوار،			
بوداپلیه	کبید، بظر و ضغیره را	کبید و نزد	کبید و صفتیه عساویله	بظر برجسته،	بظر برجسته،	اعضای تالسی			
		صغیره کوچک	بر جسته	مشفتشان ضغیره	مشفتشان ضغیره	مشفتشان هموار			
				نزد شده	نزد شده	کوچک			

Table 14.5 Assessment of gestational age by new Ballard Score (*Contd.*)

Score	Weeks	Maturity rating	SCORE				
			1 Neuromuscular maturity	0	1	2	3
-10	20	Posture					
-5	22	Square window (wrist)					
0	24	Arm recoil					
5	26	Popliteal angle					
10	28	Scarf sign					
15	30	Heel to ear					
20	32						
25	34						
30	36						
35	38						
40	40						
45	42						
50	44						

Adapted from Ballard JL, Khouri JC, Wedig K, Wang L, Eilers-Walsman BL, Lipp R. New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J. Pediatr. 1991; 119:417-423



تصویر 14.17 لکه های آبی منگولیایی، بصورت وصفی بالای پشت یا ناحیه عجزی موجود می باشد (الف). لکن می تواند در هر حصه بدن بوجود آید (ب). ارزش کلینیکی نداشته و بصورت بنفسه‌ی در عمر 6 ماهگی نا بدید می گردد.

cyst) های مشتمل از اپیتیل مانند پیول های سفید که در هر دو طرف خط متوسط حنک سخت یک یک عدد قرار دارد) و sucking callosity (سختی که از سبب چوشیدن بالای لب علوی بوجود می آید) بطور عادی در اطفال شیرخوار صحت مند نارمل دیده می شود. بعضی شیر خواران ممکن همراه با دندان های قدامی یا ثناها تولد گرددند، در صورتی که سست بوده و یا در تنفسی مشکل ایجاد نماید باید کشیده شود. گره یا بند بودن حقیقی زبان غیر معمول بوده و بواسطه بند لیفی یک فرورفتگی بالای نوک زبان ایجاد نموده، و سبب ناتوانی در بیرون نمودن زبان به کنار لب ها می گردد. گره یا بند بودن زبان ندرتا سبب مزاحمت در چوشیدن و یا تاخیر در شروع تکلم می گردد. التهاب نوزادی ثدیه ها در روز سوم و یا چهارم حیات در اثر انتقال هورمون های مادری از پلاستتا به جنین در هر دو جنس نزد اطفال با میعاد با بزرگ شدن سینه ها مشخص می گردد. خونریزی مهبلی شکل



تصویر 14.18 cephalhematoma بالای ناحیه استخوان جد'ری راست. تورم نحت سماحاق، متموج و محدود به درز های سر.

withdrawal که در روز سوم و یا چهارم شاید نزد اطفال مونث واقع گردد، مرضی نیست. افزایش مهبلی لزوج و پرده بکارت چسپنایک بیشتر معمول است. در اطفال مذکور، جلد ختنه گاه قضیب (foreskin) را از سبب فزیولوژیک نمی توان به عقب کش نمود.



تصویر ۱۴.۱۹ سندروم micrognathia Pierre Robin و retrognathia وصفی را مشاهده نماید. حالت مذکور توان با کام چکی و سقوط زبان است.

راس. جهت دریافت caput succedaneum forceps، علایم تطبیق پنس یا cepalhematoma و درز های سر وسیعاً از هم جدا و

یا هم التصاقی معاینه گردد.

caput succedaneum عبارت از تورم موضعی قسمت از راس که در کانال ولادی موقعیت داشته به تعقیب ولادت های مهبلی بوجود می آید. در اثر فشار بالای آن حفره تشکیل شده، خط درز ها را عبور نموده، تموج نداشته و در ۱-۲ روز ناپدید می گردد.

Cephalhematoma عبارت از تجمع خون در تحت سمحاق (sub periosteal) است که چند ساعت بعد از ولادت به شکل یک تورم کیستیک بزرگ ظاهر گردیده و توسط خط درز ها احاطه شده است (تصویر ۱۴.۱۸). که تمایل به رشف آهسته در مدت چندین روز و یا هفته داشته و ممکن به شکل کنار و یا لبه تکلسی باقی بماند.

این حالت ممکن باعث تشدید یرقان فزیولوژیک گردد. ندرتاً یک Hematoma بزرگ ممکن در تحت پوشش وتری جبهی قفوی (occipito frontalis) واقع شده که منجر به شاک Hemorrhagic می گردد. اندازه فانتانیل قدمی

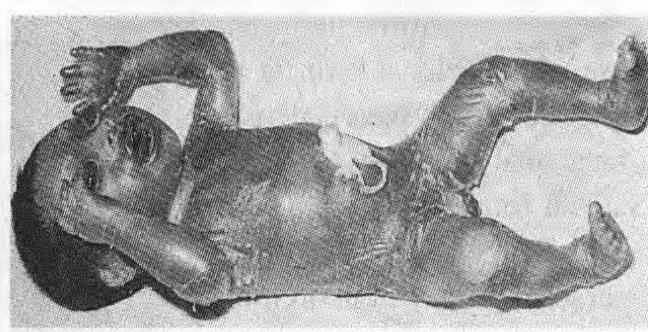
در بین 2-3 سانتی متر متغیر بوده در حالی که فانتانیل خلفی کوچک است (برابر نوک انگشت) و



تصویر ۱۴.۲۰ لاله گوش موی دار در طفل Large-for-dates متولد از مادر مصاب شکر

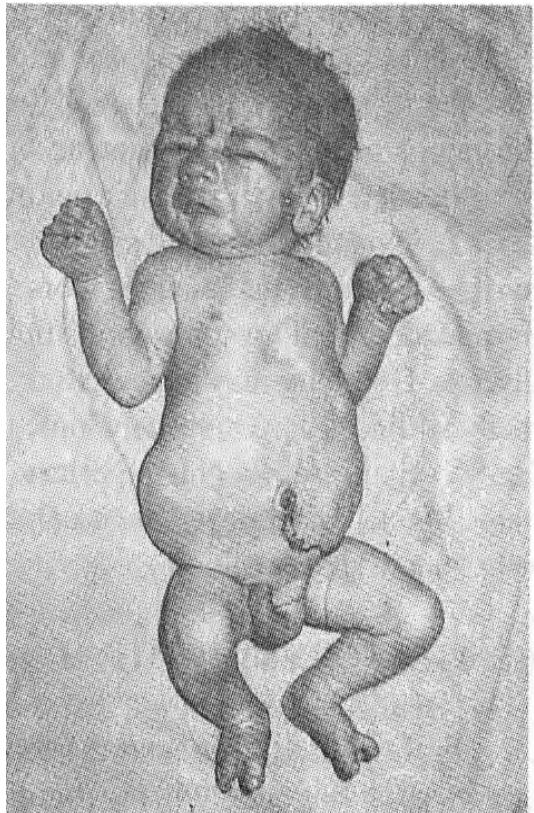
معمولًا هنگام سن 2 ماهگی مسدود می گردد. محیط راس نزد اطفال قبل المعياد، کوچک برای زمان تولد و بالاتر از 3 سانتی متر بزرگتر از محیط صدر می باشد. اندازه، شکل و تناظر راس ممکن در Hydrocephalic اثر craniosynostosis متغیر گردد.

وجه. پاپول های زرد- سفید رنگ بالای بینی (milia) که در اثر تجمع شحم یا sebum بوجود می آید در اکثریت اطفال با معیاد موجود بوده که به شکل بنفسه‌ی ناپدید می گردد. اندفاعات وصفی مشابه Acne ممکن نزد اطفال با معیاد بالای پیشانی، بینی و رخسار در زمان تولد از سبب عبور هورمون های Androgen مادری از پلاستنتا به جنین دیده شود. لکه های گلابی روشن (nevus flammeus) یا stroke marks که به شکل صورتی روشن بوجود می آید Hemangioma وعایی منتشر است که معمولًا بالای برامدگی بینی، اجفان علوی و قسمت عقبی عنق موقعیت دارد. این حالت به طور ثابت در ظرف چند ماه از بین می رود. به سوء شکل وجه با توجه به اندازه، شکل و موقعیت گوش ها، فاصله بین چشم ها و موازی بودن آنها، اندازه باز نمودن دهن و جسامت زبان، شکل بینی و برامدگی آن، شکل لب ها و اندازه philtrum و اندازه زنخ از مقطع عرضانی و غیره توجه گردد. Cleft Palate یا کام glossoptosis، retrognathia، micrognathia و چاکی دوباره بررسی گردد. خصوصیات صورت از لحاظ pierre-robin چاکی در سندروم یاشد (تصویر 14.19). چشم ها باید جهت دریافت التهاب منضمeh، خونریزی تحت منضمeh، مکدریت قرنیه، کترکت و گلوكوما معاینه گردد. لاله گوش موی دار بصورت وصفی نزد شیر خواران که از مادران دیایتیک بدنیا می آیند دیده می شود. (تصویر 14.20). تومور به شکل یک پندیدگی سخت در قسمت متوسط کنار قدامی هر یک از دو عضله sternomastoid از سبب hematoma mastoid متكلس بوجود آمده که ممکن باعث کجی گردن شود. این حالت معمولًا



تصویر 14.21 طفل Collodion. جلد مشابه cellotape بوده و شدیداً کشش شده می باشد. پلک های چشم بر گشته (ectropion)، نب ها (ectabiom) و باز کردن دهن مشابه دهن ماهی می باشد.

چاکی دوباره بررسی گردد. خصوصیات صورت از لحاظ pierre-robin چاکی در سندروم یاشد (تصویر 14.19). چشم ها باید جهت دریافت التهاب منضمeh، خونریزی تحت منضمeh، مکدریت قرنیه، کترکت و گلوكوما معاینه گردد. لاله گوش موی دار بصورت وصفی نزد شیر خواران که از مادران دیایتیک بدنیا می آیند دیده می شود. (تصویر 14.20). تومور به شکل یک پندیدگی سخت در قسمت متوسط کنار قدامی هر یک از دو عضله sternomastoid از سبب hematoma mastoid متكلس بوجود آمده که ممکن باعث کجی گردن شود. این حالت معمولًا



تصویر 14.22 سندروم prune belly

توسط حرکات منفعل و فریبتوپایی عنق از بین می رود.

جلد را برای یرقان، سیانوز، petechia، نشانه های ولادت، hemangioma، بخار و شواهد عدم پختگی معاینه شود. Eoxic erythema و یا پت های نوزادی در اطفال با معیاد در هفته اول حیات erythematous معمول است. رش های جلدی همراه با خسافت مرکزی در روز دوم و سوم حیات بر روی وجه ظاهر شده و در 24 ساعت آینده به تن و اطراف منتشر می گردد. که این حالت دو الی سه روز بعد بدون کدام تداوی، بشکل بنفسجه از بین می رود. این رش ها باید با pustular pyoderma، گذری و سفلیس و لادی melanosis تشخیص

تفرقی گردد. شواهد Ichthyosis ولادی در نظر باشد (تصویر 14.21).

تغییر رنگ جلد برنگ زرد از سر تا قدم طوری که سویه بیلیروین سیروم پیشرفت می نماید بوجود می آید. تظاهر زردی کلینیکی در وجه وقتی بوجود می اید که سویه بیلیروین سیروم در حدود 5mg/dl باشد. زرد شدن رنگ تنه نشان دهنده سیروم بیلیروین در حدود 10-15mg/dl بوده لامن وقتی که کف دست ها و یا پا ها زرد رنگ گرددند، سویه بیلیروین سیروم احتمالاً اضافه تر از 15mg/dl می باشد.

ستون فقرات. جهت دریافت pilonidal sinus، spina bifida و غنچه مو ها باید جستجو گردد. فرورفتگی عجز (sacral dimple) باید با pilonidal sinus مغالطه شود.

پا ها. club feet و سوء اشکال کوچک مانند varus و valgus باید جستجو گردد. پاهای کمان مانند پا خم

شده در شیر خوارگی مقدم نارمل می باشند.

بطن و اعضای تناسلی

حبل سروی بین روز های 5-10 حیات خشک گردیده و می افتد. جدا شدن حبل در اطفال قبل المعياد، شیر خواران توان با تشوش فقدان معافیت داخل الحجروی و مصابین انتان موضعی متاخر می باشد. افزایش سروی دیده شود که آیا آبگین (ادرار)، است، یا تقيحی و یا هم محتوى آن مخلوط از خون و سیروم است. گرانولومای سروی بواسطه نسج گرانولیشن غیر منظم خاسف مشخص گردیده، در حالی که پولیپ با منظره سرخ درخشندۀ روشن تشخیص می گردد. پولیپ ممکن دارای یک فوجه کوچک مرکزی بوده که توان با افزایش آبگین یا غایطی از سبب ارتباط با cyst urachal و یا قنات مرکزی مصاریقوی می باشد. فتق های سروی و مغبنی جستجو گردیده و جهت دریافت کتلات، جس اجرا گردد. فتق های سروی به شکل بنفسجه در مدت 6 ماه الی یک سال از بین رفته در حالی که فتق های مغبنی باید هر چه زودتر توسط عملیه جراحی اصلاح گردد. معاینه بطنی نزد طفل نوزاد معمولاً قناعت بخش نبوده بجز این که طفل آرام بوده و یا در جریان شیر خوردن بخواب برود، در غیر آن بطن در جریان جس سخت می باشد. جهت استرخای جدار بطنی، طفل توسط یک بالشت نرم در حالت نیمه خوابیده تکیه داده شده و یا یک طفل تخته به پشت خوابیده را از هر دو بجلک پایش محکم گرفته کمی از تخت خواب بلند گردد. کنار کبد در حالت نارمل به اندازه 2cm پایین تر از کنار اضلاع جس می گردد. ذروه طحال و گاهی قطب سفلی کلیه ها مخصوصاً کلیه راست، ممکن در نتیجه کوشش زیاد جس گردد. اما اگر طحال و کلیه ها نسبتاً به آسانی جس گردد، این حالت غیر نارمل است. جس دو دستی برای معاینه کلیه ها بوده که با قرار دادن یک دست در ناحیه کمر در حالی که با انگشت بزرگ برای دریافت کلیه ها به آهستگی، بطور پیوسته و یکنواخت در تحت اضلاع به طرف خلف و علوی فشار وارد می گردد. امراض انسدادی طرق بولی بواسطه سه کتله بطنی (دو کلیه و یک مثانه) و جلد چملک شده وسیع کشال جدار بطن مشخص می گردد (تصویر 14.22).

جهاز تناسلی باید برای اینارملتی های اнатومیک، خصیه های نزول نکرده و Hydrocele معاینه گردد. نزد طفال با میعاد، صفن بزرگ، آوبزان و تیله رنگ بوده و خصیه ها از سبب عدم موجودیت عکسه cremasteric در

وقت تولد به آسانی قابل جس می باشند. فتق مغبنی طرف راست زیاد معمول بوده زیرا process vaginalis طرف چپ بصورت مقدم بسته می شود. بر عکس فتق سروی فتق های مغبنی باید در هفته 6-4 تشخیص و عملیات گرددند زیرا وقوعات اختناق نزد شیرخواران زیاد می باشد. باید Hydrocele زیر نظر بوده لیکن عملیات آن تا سن 6 ماهگی به تعویق انداخته شود، زیرا اکثراً این وقوعات به شکل بنفسه‌ی رشف می گردند.

سیستم قلبی وعایی

نقیصه های انکشافی قلبی تقریباً نزد (1%) اطفال نوزاد موجود بوده و تقریباً دو - سوم این نقیصه ها در دوره نوزادی تظاهر می نمایند. مرمر های قلبی و آواز های قلبی غیر عادی باید اصلاح گردد. برای اصلاح اطفال نوزاد بهتر است از chest piece که دارای stethoscope خورد باشد استفاده گردد. معمولاً تکی کاردی فزیولوژیک و ریتم tic tic که در اثر تساوی مراحل سیستولیک و دیاستولیک بوجود می آید موجود می باشد. مرمر های گذری قلبی ممکن در 2-8 فیصد اطفال نارمل در 48 ساعت اول حیات شنیده شود. مرمر قلبی با ارزش اکثراً دارای صدای بلند، درجه 3 یا بیشتر بوده و شاید با ejection click و اینارملتی آواز دوم قلبی همراه باشد. موجودیت مرمر برای تشخیص امراض قلبی ضروری نیست. در حقیقت 20% شیر خوارانی که در دوره نوزادی از سبب امراض قلبی می میرند، ممکن نزد شان مرمر موجود نباشد، در اطفالی که دارای شنت چپ به راست اند ممکن مرمر بعد از چندین روز یا هفته وقتی که مقاومت وعایی ربوی سقوط نموده و شنت واضح شود پدیدار گردد. بنابر این موجودیت مرمر در دوره نوزادی نشان دهنده حتمی سوء شکل قلبی نبوده، حال انکه عدم موجودیت مرمر امراض ولادی قلبی را رد کرده نمی تواند. شواهد سیانوز و عدم کفایه احتقانی قلب جستجو گرددن. سیانوز که از باعث شنت راست به چپ بوجود می آید در جریان گریه تشدید می یابد. سیانوز واضح در عدم موجودیت مشکلات تنفسی قویاً نشان دهنده امراض سیانوتیک قلب است. clubbing ممکن بعد از 3-6 هفته در اطفال سیانوتیک ظاهر گردد. از دیاد حرکات تنفسی، از دیاد حرکات قلبی و ضخامه پیشرفتی کبد، اذیما (یا گرفتن آنی وزن) و بزرگ شدن قلب خصوصیات تشخیصیه عدم کفایه احتقانی قلب در اطفال نوزاد می باشد. ارزیابی فشار ورید و داجی در اطفال نوزاد از باعث کوتاه بودن عنق غیر موثق و مشکل است.

سیستم تنفسی

در عدم موجودیت مشکلات تنفسی و یا شکایت دیگر، مانند سرفه یا مشکل تعذی، معاینات عادی صدر غیر ضروری بوده و اکثرً کمک کننده نمی باشد. سرفه یک عرض غیر معمولی نزد اطفال نوزاد بوده و شاید از سبب سندروم میکوئیم اسپایریشن و پنمونیا که عامل سببی آن *Chlamydia trachomatis* باشد واقع گردد. سرعت حرکات تنفسی، زجرت تنفس، نالیدن و کشش صدری باید جستجو گرددن. توقف تنفسی بخاطر نرم بودن اخلاع مخصوصاً در اطفال قبل الميعاد به سهولت واقع می گردد. سترايدور ممکن از سبب بندش طرق تنفسی علوی بوجود آید، صدر بیرون مانند متورم بیش از حد از سبب امفزیمای انسدادی در اطفال که مصاب سندروم استنشاق میکوئیم اند دیده می شود. یک تعداد سیستم های نمره دهی برای ارزیابی کلینیکی شدت دسترس تنفسی موجود اند (جدول 14.6)

کاهش حرکات صدری یک طرفه در حالات که توام با پنوموتورکس، فتق حجاب حاجزی، انقباب پلورا و یا هایپوپلازی ریه باشد مشاهده می گردد. فتق حجاب حاجزی بواسطه بطون هموار یا Scaphoid، تنقیص حرکات صدری و یا آواز هایی معابی معمولاً در نیم طرف سمت چپ صدر توام با بیجا شدن منصف و قلب به طرف مقابل

جدول 14.6 سیستم نمره دهی جهت ارزیابی شدت دسترس تنفسی

نمره	0	1	2
تنفس (اندازه/دقیقه)	60>	80-60	80<
سیانوز	در هوای اطلق سیانوز موجود نمی باشد	در 40% اکسیجن سیانوز موجود نمی باشد	خررورت به اضافت از 40% اکسیجن ماحول دارد
کشش با فرو رفتگی	نیست	خفیف	متوسط تا شدید
نالش	نیست	با ستانسکوپ قابل سمع	بدون ستانسکوپ قابل سمع
دخول هوا	خوب	کاهش	با مشکل قابل سمع

مشخص می‌گردد. اضای صدری اطفال نوزاد از سبب انتقال آوازهای اضافی متقابل همیشه با ارزش نمی‌باشد (جدول 14.7). در تمام نوزادان شدیداً مریض، رادیوگرافی صدر صرف نظر از اینکه اعراض و علایم کلینیکی به سیستم تنفسی تعلق داشته باشد ضروری است.

سیستم عصبی مرکزی

دماغ نزد اطفال نوزاد عمدهاً به سویه تحت قشری فعالیت نموده بخاطریکه اطفال از نظر رفتار توام با نیم کره های دماغی غیر قابل تفکیک با اطفال نارمل بدنیا آمده و نقیصه های حرکی دماغ بصورت عموم در دوران نوزادی تظاهر نمی‌نمایند. بنابر این، معاینات عصبی در دوره نوزادی ارزش محدود جهت دریافت آفات دماغی دارند. عدم موجودیت همکاری و نبود حالت مناسب طفل باعث مشکلات عملی می‌گردد. بهتر است معاینات عصبی حدود دو ساعت بعد از آخرین تعذی اجرا گردد. هیچگاه معاینه را فوراً متعاقب تعذی اجرا ننمایید، زیرا بعضی اطفال شاید با دست زدن مضطرب شده و استفراغ نمایند. اکثرآ اطفال بعد از تعذی به خواب می‌روند.

هدف معاینات عصبی

معاینات عصبی روتین نزد اطفال صحت مند با میعاد غیر ضروری است. معلومات راجع به فعالیت، سلوک و طرز تعذی طفل توسط مادر گذارش می‌گردد. عدم موجودیت سوء اشکال جمجمه و ستون فقرات و تناظر حرکات بنفسه‌ی اعصابی دو طرفه بدن کافی بوده تا سوء اشکال واضح عصبی را رد نماید. در اطفال ظاهراً نارمل تحمیل عکسه Moro ضروری نیست. بطور کلی، معاینه عصبی مشرح نوزادی معمولاً برای اهداف ذیل اجرا می‌گردد.

1- تشخیص امراض حاد عصبی.

2- انزار مربوط انکشاف عصبی در آینده به تعقیب خطرات حول حاملگی و امراض عصبی.

3- ارزیابی سن حملی.

مشاهدات عمومی

محظیات سیستم عصبی مرکزی (راس و ستون فقرات) باید با احتیاط معاینه گردیده تا نقایص ترضیضی یا تکاملی مشخص گرددند. جلد باید برای هر نوع ectodermal dysplasia که ممکن توام با کدام سوء شکل سیستم عصبی مرکزی باشد معاینه گردد.

جدول 14.7 اسباب معمول نارسایی تنفسی از سبب تشوشات ریوی

حالات مساعد کننده یا مترافق	سن شروع	حالات
بعد از پختگی، کوچک برای زمان تولد، خراشی وظایف پلاستی، دسترس جینی، مایع ملوث با میکونیم، خفه شدگی زمان ولادت، فستولای مری شزنی	زمان تولد	• اسپایریشن قبل و زمان ولادت (بشمول سندروم اسپایریشن میکونیم)
تمزق دوامدار غشا، مایع بد بوی، قب حول ولادت با رحم دردنگ، خفه شدگی زمان ولادت	زمان تولد	• سینه بغل داخل الرحمی
قبل المیاد، نرس های تعلیم ندیده، کام چاکی، زندگان کوچک، سقوط زبان، اتریزیای مری معدودی	هفته اول	• اسپایریشن بعد از ولادت
ناپختگی، خفه شدگی زمان ولادت، cesarean section، دیابت شکری مادر	1 - 6 ساعت	• امراض غشای هیالین
طفل نزدیک معیاد، cesarean section، ترانسفیوژن مادری جینینی	1 - 6 ساعت	• تکی پنی گذری
بی اختیاطی در احیای مجدد، سندروم اسپایریشن میکونیم، تهویه کمکی، ریه های هایپولاسیک، نمونیای ستافیلوکوک	1 - 7 روز	• پنوموتورکس
کوچک برای سن حملی، مواجه شدن به سردی، هیمولایز منتشر داخل وعایی، تطبیق سودیم یا کاربونات هایپر اوسمولر bolus	هفته اول	• خونریزی کللوی ریوی
تهویه کمکی مداوم، PDA، انفیوژن بیش از حد، وابسته به اکسیجن	2 - 3 هفته	• سوء شکل قصبه ریوی
هايدروپس جینینی یا طفل پندیده	زمان تولد	• انصباب پلورا
		سوء اشکال ولادی
Pierre-robin syndrome, Choanal atresia	زمان تولد	(1) طرق تنفسی علوي
انفی بلعومی، تنگ شدن حنجره و web، حلقه وعایی و غیره		
پولی هایدروامنیوز، شربان واحد ثروی، اطفال قبل المیعاد یا کوچک برای زمان تولد	روز اول	(2) اتریزی مری توام با فیستولای مری شزنی
اولیگوهايدرو امنیوز، عدم تکامل ریه ها	زمان تولد	(3) فتق حجاب حاجزی
وجه حلال مانند، اولیگوهايدرو امنیوز، شربان واحد ثروی	زمان تولد	(4) تکامل ناقص ریوی
حبن لمفاوی، اذیمای لمفاوی، دریناژ غیر عادی ورید های ریوی	زمان تولد	(5) lymphangiectasis ریوی
اسپایریشن، Tracheomalacia	متغیر	(6) امفزیمای فصی
تیراتوما، نیوروپلاستومای خارج ریوی	متغیر	(7) تومور ها و کیست ها
هايدروسيفالوس	زمان تولد	(8) نقیصه صدری مختنق (سندروم jeune)

***State**، حالت و گریه طفل باید ثبت گردد. گریه تیز به آواز بلند و چیخ زدن ممکن نشان دهنده تخرشیت دماغی باشد.

قحف، محیط Occipito-frontal 24 ساعت بعد از تولد زمانی که کپی و بیجا شدن Suture ها از بین برود اندازه گردد. اینارملتی های شکل، تناظر و تورم (Encephalocele و Cephalohematoma) ممکن در بعضی از نوزادان باید در نظر باشد (تصویر 14.23 الف و ب). علامه آفتتاب نشست (sun setting) ممکن در بعضی از نوزادان



نشست (sun setting) ممکن در بعضی از نوزادان باید در نظر باشد. اگر دوامدار و یا شدید شد دلالت به هایدروسفالوس و kernicterus می نماید. و همچنان نشان دهنده فرط فشار داخل القحفی توام با تحت فشار قرار گرفتن صفحه اوربیتال یا تخریش ساقه دماغ می باشد.

در جریان ۴۸ ساعت اول، عظام قحف به علت قالب گیری بالای یکدیگر روی هم قرار می گیرند. حدود وسیع تغییرات عادی در سایز فانتانیل قدامی و جدایی درز ها شرح انها را مشکل می سازند. به هایدروسفالوس فقط زمانی باید مشکوک بود که محیط راس افزایش یابد. درز sagittal در حدود ۰.۵۰ تا ۰.۷۵ سانتی متر در اثنای دو هفته اول به سبب رشد سریع

دماغ نسبت به عظام قحف پیشی می گیرد. بطور کلی درز های Squamo-parietal به استثنای هایدروسفالوس جدا نگردیده لاکن در اطفال قبل المیعاد و اطفال کوچک برای زمان تولد ممکن بدون هایدروسفالوس باز باشند. برآمدگی در درز metopic (خط متوسط پیشانی) نارمل بوده حال آنکه برآمده گی درز ها یا موجودیت کنار های

* تعین کردن حالت یا وضعیت بیداری در نوزادان. وضعیت ۱. خواب عمیق باتنس منظم.

وضعیت ۲ خواب سطحی با چشم های بسته. خمنا حرکات پلکهای بیهادانگشتان وغیره. وتنفس غیر منظم (خواب وتنفس غیر منظم) (خواب REM).

وضعیت ۳ چشمها باز با فقدان حرکات فاهمش (بیدار خاموش)

وضعیت ۴. چشمها باز با حرکات قابل ملاحظه بدن.

وضعیت ۵. چشمها باز یا بسته و در حالت گریه.

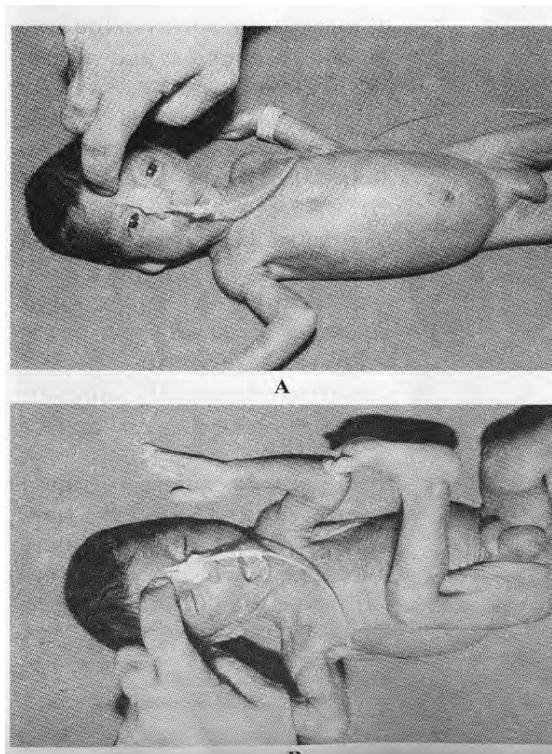
برجسته عضام دیگر دلالت به Craniosynostosis می نماید. ا��ای قحف در اطفال ممکن نشان دهنده صدا با فیستول وریدی و یا سوء شکل angiomatous باشد. تست عبور نور از اعضا بشکل روتین باید در تمام موارد اجرا گردد. در اثنای اجرای این معاینه باید چراغ توسط حلقه رابری خوب بالای Scalp چسپانده شود تا تماس نزدیک بین قحف و نهایت چراغ برقرار گردد. Cold light Transilluminator ها نیز برای این معاینه استعمال می شوند، بصورت فارمل شاع روشناهی در حاشیه چراغ تا به 1 سانتی متر در ناحیه قفوی و به اندازه 2 سانتی متر در ناحیه جبهی در اطفال به میعاد توسعه می یابد. انتقال بیش از حد نور از عضو به عضو دیگر وقتی دیده می شود که تجمع غیر عادی مایعات در هر ناحیه داخل القحفی در حدود (1) سانتی متر داخل جمجمه مطرح باشد. در اطفالیکه مصاب هایدروسفالی و porencephaly اند و یا توان با تجمع مقدار زیاد مایعات در راس می باشند با روشن نمودن چراغ شاید تمام راس برنگ سرخ روشن مبدل گردد.

ستون فقرات: Spina bifida و سوء اشکال

مریبوط آن، منگوله موی، جیب یا کيسه جلدی و کسر ستون فقرات باید رد گرددند.

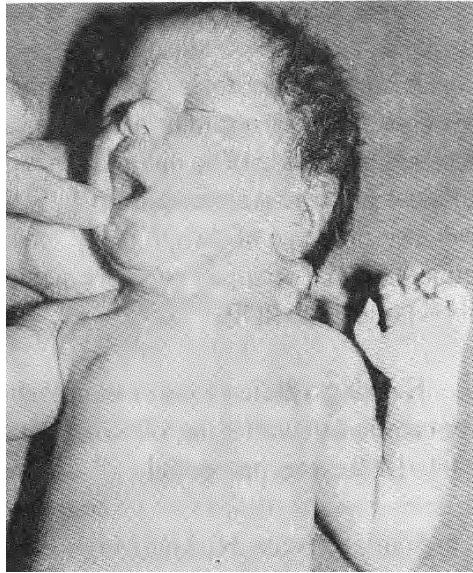
اعصاب قحفی

معاینه اعصاب قحفی ارزش کمتر دارد. برای معاینه اعصاب قحفی دوم و هشتم در ذیل به فصل حواس مخصوص مراجعة گردد. جهت معاینه اعصاب قحفی سوم، چهارم و ششم طفل باید به روی بازو قرار گرفته و در نور کامل که ممکن چشم خود را بصورت بنفسه‌ی باز نماید، معاینه گردد. سقوط اجفان و عدم توانایی بستن چشم ها باید در نظر باشد. حرکات چشم گُدی باید امتحان گردیده تا فلج عینی نمایان گردد. حرکات غیر ارادی چشم ممکن



تصویر 14.24 ضربه زدن به پیشانی (Glabell ar tap). ضربه ای بی خبر به پیشانی (الف) بواسطه بستن فوری چشم ها تعقیب می گردد (ب).

بصورت عادی دیده شوند. جهت معاینه عصب پنجم و هفتم، ضربه آهسته در جذر انف وارد گردد. طفل چشمان خود را می بندد. که این حالت ارزیابی کننده حرکات قسمت علوی وجه می باشد (تصویر 14.24). عکسه تدور يا Rooting reflex ما را در مورد حرکات نصف قسمت سفلی وجه معلومات می دهد (تصویر 14.25).



تناظر وجه در هنگام گریه علامه خوبی جهت تشخیص فلج وجهی می باشد. در فلح وجهی، هنگام گریه طفل، فک سفلی ممکن تنها به یک طرف منحرف گردد. عکسات قرنیه در صورت که عصب trigeminal مأوف باشد معدوم می گردد. برگشت شیر از طریق انف در اثنای تنفس در نظر بوده و همچنان عکسه Gag جهت ارزیابی ازوج قحفی نهم و دهم اجرا گردد. عدم تناظر زبان نشان دهنده مصابیت عصب دوازدهم است. fasciculations زبان بصورت وصفی در اطفالی که مصاب مرض

تصویر 14.25 عکسه تدور (Rooting reflex). زمانی که رخسار در نزدیکی کنج دهن لمس گردد طفل دهن خود را باز نموده و روی خود را دور می دهد.

محدود است. به توسع قناعت بخش حدقه ها می توان بعد از تطبیق مرهم Atropine و یا قطره 1% چشم دست یافت. در سه ماه اول حیات Disc بصورت نارمل خاسف بوده و عاری از عکسه foveal می باشد. اذیمای حلیمه بصفت علامه فرط فشار داخل القحفی نادر بوده برای اینکه فرط فشار داخل قحف بخارتر جدا شدن Suture های راس به وجود نمی آید. خونریزی شبکیه معمولاً واقع شده اما ارزش خاصی ندارد. خوبیریزی وسیع ناحیه تحت hyaloid در خونریزی های داخل القحفی در مساحت قابل دید است. امراض شبکیه Choroido نشان دهنده قطعی انتانات Subdural و Subarachnoid داخل الرحمی می باشد.

حواله مخصوص

این ها را صرف می توان در States سوم و چهارم امتحان نموده در غیر آن توجیه کردن آن قابل اعتماد نیست.

بینایی، تعیین دید و توجه باید به دقت و احتیاط صورت گیرد زیرا هنگام تولد فقط وظایف چشم سلامتی نیم کره

های دماغی را نشان می دهد. ساحه دید نزد اطفال نوزاد با میعاد تقریبا 6/45 است که تدریجا تکامل یافته تا به

سطح کاهل (6/6) در سن شش الی هفت سالگی می رسد. دید را می توان قرار ذیل معاینه نمود:

۱. طفل در مقابل روشنایی قوی به واسطه چشمک زدن عکس العمل نشان می دهد.

۲. راس خود را بطرف روشنا متنشر بعد از هفته 32 سن حملی دور می دهد.

۳. بعد از هفته 34 سن حملی طفل به حرکت توپ سرخ توجه نموده و یا آن را تعقیب می نماید.

۴. حرکات غیر ارادی کره عین وابسته به نور موجود می باشد.

حدقه ها، اندازه و عکس العمل آن در مقابل نور باید یاداشت گردد. حدقه در اطفال کوچک تر از 31-29 هفتگی

حیات داخل رحمی در اثنای فروش فشار داخل القحفی و تحت فشار قرار گرفتن حفره خلفی در مقابل نور عکس

العمل نشان نمی دهد. در اطفال نوزاد، حدقه متوجه نشان دهنده انزار خراب راجع به طرف و موقعیت خونریزی

داخل القحفی می باشد. حدقه به کمک روشنایی افتلموسکوپ معاینه گردد، موجودیت عکسه سرخ نشان دهنده

سوء شکل شدید در چمبر قدامی و خلفی چشم است. موجودیت حدقه سفید یا leukokoria نشان دهنده

retrolental fibroplasia ROP از سبب cataract

می باشد.

شنوایی، معاینه کلینیکی شنوایی در اطفال نوزاد قابل اطمینان نیست. طفل به تعقیب تنبیه صوتی که به شدت

1000-500 دور فی ثانیه وارد می گردد بخارط عکس العمل های ذیل تحت نظر باشد. وحشت زده گی، پلک

زدن چشم ها، تغییر ناگهانی در حرکات طفل توأم با هوشیاری بیشتر و تغییر در حرکات قلب، عکس العمل های

مثبت در هر دو ساحه حواس بینایی و شنوایی نشان دهنده عدم موجودیت تشوهات عمومی عصبی است. عکس

العمل های منفی، دارای ارزش اندک اند زیرا تغییرات متعددی ممکن این ها را متأثر سازد. بنابراین تکراری ضرور

است تا درستی دید و شنوایی ارزیابی گردد.

وظایف حرکی

حرکات بنسپهی. حدود و تناظر حرکات بنسپهی باید مشاهده گردد. و هر نوع رعشه و اختلال به تفصیل تعقیب و ثبت گردد.

مقویت عضلی. نوزاد نارمل و با میعاد نسبتاً هایپرتونیک بوده در حالیکه طفل بسیار قبیل المیعاد ممکن هایپوتونیک باشد. افزایش و یا کاهش مقویت عضلی قبل از اینکه اینارمل پنداشته شود باید خوب ارزیابی گردد. تفاوت قوت عضلی در بین دو طرف عضویت ارزش موضعی بیشتر دارد. در هنگام ارزیابی مقویت عضلی، راس طفل باید در خط متوسط نگهداشته شود، ورنه وضعیت شخصی گردن ممکن بالای قوت عضلی بصورت نامساوی در دو طرف تاثیر نماید. زاویه Popliteal و مانوره کُری پا تا گوش در اطراف سفلی و علامه scarf در نهایات علوی جستجو گردد.

قطع رشته های عصب عضدی ممکن در هنگام ولادت های Breach و یا از سبب کش نمودن شانه واقع گردد. در Erbs palsy (C6,C5) بازوی مأووف بحالت شل آویزان، متقرّب و بطّرف داخل دور یافته و آرچ به حالت بسط قرار می گیرد. وقتی که رشته های رقبی سفلی مأووف باشد (Klumpke's Palsy) در این حالت سقوط مج از سبب فلنج شل دست همراه با عدم موجودیت قبض کف دست مشاهده می رسد. موجودیت تقبض حدقه، سقوط اجفان و عدم موجودیت اشک یا (Horners syndrome) anhydrosis با وجودیکه غیر معمول است، نشاندهنده تخربیات مربوط به رشته های سمپاتیک رقبی در جذر صدری اول است. تکان اوتار. تکان یا انقباض اوتار عمیقه در اطفال نوزاد بیشتر متغیر و شدید می باشد. انگشت اشاره جهت ارزیابی اوتار عمیقه در اطفال نوزاد مورد استفاده قرار می گیرد. تکان یا انقباض زانو در اطفال نوزاد بصورت نورمال توسط تقلص عضلات تقرب دهنده هر دو مفصل ران تعقیب می گردد (انتشار بالمقابل عضلات تقرب دهنده). تشنج عضلی (clonus) بخطک پا ممکن سبب تا به هشت مرتبه تکان در اطفال نورمال گردد لاتک اگر 10 تا 12 تکان بدون وقفه دیده شود، غیرعادی تلقی می گردد. تکان اوتار نزد اطفال به استثنای آنهایی که جروحتات نخاع شوکی و اعصاب محیطی دارند دارای ارزش تشخیصی ناچیز است.

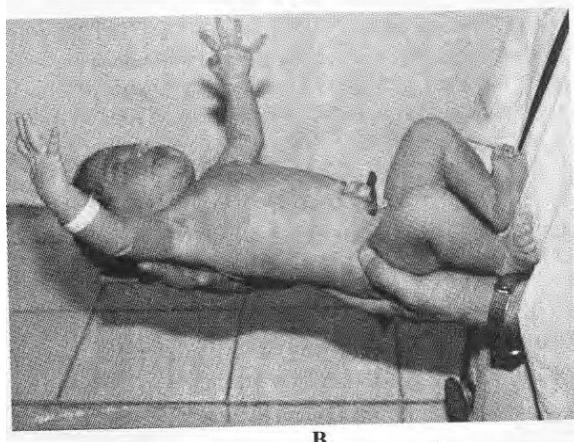
عکسات ابتدایی.

اطفال نوزاد عکسات ابتدایی بسیار زیاد دارند. این ها علاقه به زمان داشته و ارزیابی تمام این عکسات اتوماتیک برای هر دو طفل و داکتر خسته کن می باشد. بناءً عکسات ذیل برای اهداف کلینیکی مفید بوده و باید مشاهده گردد که آیا واکنش بطی، نورمال یا مشدد و متناظر یا غیر متناظر است.

عکسه مورو. عکسه مورو یا واکنش وحشت زده گی بیش از همه مفید است. طفل باید به استجای ظهری بالای دست و بازوی راست نگهداشته شود. راس خم شده طفل دفترا رها گردیده تا به اندازه 30 درجه سقوط نماید. عکس العمل مثبت شامل تبعید سریع و



A



B

بسط اطراف علوی و باز نمودن دستان و تعقیب آن بواسطه تقرب آهسته و قبض یا مشابه آغوش گرفتن یا بغل کردن می باشد (تصویر 14.26).

طفل ممکن گریه نماید. همچنان واکنش می تواند به واسطه کش نمودن طلفی که به استجای

ظهری قرار دارد بواسطه هر دو دست اجرا گردد (مشابه عکس العمل کشش). وقتی که زاویه بین

راس و تنہ طفل ایجاد گردید، دست ها سریعاً رها گردیده تا سبب بسط آنی گردن شود (تصویر 14.27). در اطفالی که انحطاط دماغی

دارند ممکن پاسخ کاهش یافته و یا معدوم باشد. واکنش یا حساسیت بیش از حد ممکن در حالات

تخرشیت دماغی دیده شود. عکسه مورو در اطفالی که سن حملی شان کمتر از 35 هفته است ممکن ناقص باشد.

تصویر 14.26 عکسه مورو (moro reflex). طفل را بالای بازو محکم گرفته و گردن آن قبض می گردد (الف). بسط آنی عنق توان با قبض و تبعید اطراف علوی است (ب). با تقرب و عکس العمل در آغوش گرفتن تعقیب می گردد. عکسه مورو بین در هر دو طرف سریع، کامل و متناظر باشد.

عکسه مورو نا متناظر ممکن نشان دهنده فلچ عصب brachial و کسر عظام ترقوی و یا عضدی باشد. در اطفال مصاب کرن اکتیبرس، عکس العمل مورو اکثراً وصفی می باشد. بسط آنی بازو با اعضای قابضه تعقیب نگردیده لاکن اغلباً با سقوط کره های عین (Sun setting sign)، تغییر در پلک زدن و خنده عجیب و غریب



A



B

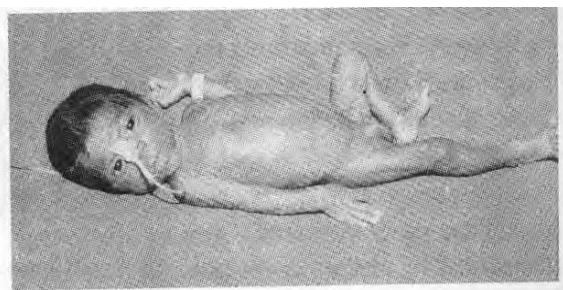
تصویر 14.27 عکسه مورو. طفل تخته به پشت را از کنار تخت خواب با آرامی از بند دست ها بلند می نمایم (الف). طفل ناگهان رها گردیده تا عکسه مورو دیده شود (ب). همچنان عکسه مورو را میتوان بواسطه ضربه ناگهانی به بستر طفل انجام داد لاکن این حالت برای طفل دردناک تر و ناخوش آیند است.

عکسه مقویت عنق Tonic neck. وقتی که راس طفل به یک طرف دور داده شود، بازو و پای همان سمت بسط نموده در حالی که اطراف سمت مقابل قبض می گردند (تصویر 14.28). عکسه

بدرقه می گردد. واکنش وحشت زده گی بیش از حد در مقابل صدا نزد اطفالی که مصاب مرض Tay-sach's، Sandhoff، Gangliosidosis، GMI استحاله پیشرونده دماغ و کوری باشند، دیده می شود.

عکسه ضربه زدن آهسته به جذر انف؛ زدن ضربه آهسته به جذر انف سبب بسته شدن چشم ها می گردد (تصویر 14.24).

عکسات چوشیدن و دور خوردن. تنبه کنج دهن و یا لب ها سبب تمایل به آغاز چوشیدن و یا تدور وجه بطرف تنبيه می گردد. راپور مادر و یا نرس راجع به سلوک تعذی طفل حاوی اطلاعات مفید می باشد.



تصویر 14.28 عکسه Tonic neck. وقتیکه راس طفل به یک طرف دور داده شود طفل وضعیت نا متناظر را بخود می گیرد. اطراف که در سمت راس قرار دارد بسط نموده در حالیکه اطراف جانب مقابل قبض می گردد.

تونیک نامتناظر بعد از 2-3 ماه غایب می گردد. اگر نزد طفل وخیعت تونیک دوام نماید، این حالت غیر عادی بوده و ممکن بر انکشاف فلچ دماغی در آینده دلالت نماید.

عکسه کشش، طفل بر پشت خوابیده را زمانیکه از بند دست اش محکم گرفته به بالا کش می گردد، قابلیت قبض آرنج و عنق را مشاهده نمایید.

Palmar and planter grasp انگشت روی سطح داخلی دست در بالای انگشتان یا سطح انسی پنجه پا طفل گذاشته شده و چنگ زدن یا قبض انگشتان مشاهده گردد. تکان یا ضربه آهسته به پشت دست وارد گردیده تا طفل وادر به باز نمودن مُشت گردد.

جدول 14.8 مراحل کلینیکی هایپوکسیک انسفالوپاتی بواسطه سیستم مرحله بندی sarnat			
مشخصات	مرحله اول	مرحله دوم	مرحله سوم
1 حالت شعوری	بیدار	بسست، بیحال	کوما
2 مقویت عضلی	نارمل	هایپوتونیک	شل
3 زبلکس اوتار	تیز	اغراق آمیز	غایب
4 تشنج عضلاتی	موجود	موجود	غایب
5 شیر خوردن	فعال	ضعیف	غایب
6 عکسه مورو	اغراق آمیز	ناقص	غایب
7 چنگ زدن	عادی	اغراق آمیز	غایب
8 عکسه عینی راسی (علامه گدی)	عادی	واکنش زیاد	کاهش یا غایب
9 حدقه ها	متوجه و ثابت	منقبض	منقبض
10 تنفس	منظم	دوره بی	حملات اپنی
11 ضربان قلب	عادی	برادی کاردیا	برادی کاردیا
12 اختلاج	غایب	معمول	غیر معمول
EEG 13	عادی	ولتاج کم دوره بی / یا اشتدادی	منتاوب، متوازن

تطبیق شده از sanart H.B ,sanart M.S 1975,33:696 انسفالوپاتی نوزادان به تعقیب دسترس کشیده. قوس عصبی

اکثریت عکسات ابتدایی در عمر ۴-۵ ماهگی ناپدید گردیده و دوام آن بعد ازین سن نشان دهنده علایم مقدم فلج دماغی است.

اطفال توان با هایپوکسیای جنینی و یا اسفیکسی و لادی باید بدقت جهت شدت Hypoxic Ischemic Encephalopathy (HIE) تحت نظارت باشند (جدول ۱۴.۸). وقوع اختلال در ۲۴ ساعت اول حیات معمولاً خبر دهنده شروع (HIE) است. مصابیت ساقه دماغ انزار خراب داشته و بواسطه می نظمی تنفسی، حملات اپنی، تغیرات در اندازه حدقه ها، حرکات چشم dysconjugate، شیر خوردن

ضعیف و بلعیدن با ادغام افزایشات در جوف دهن توصیف می گردد.

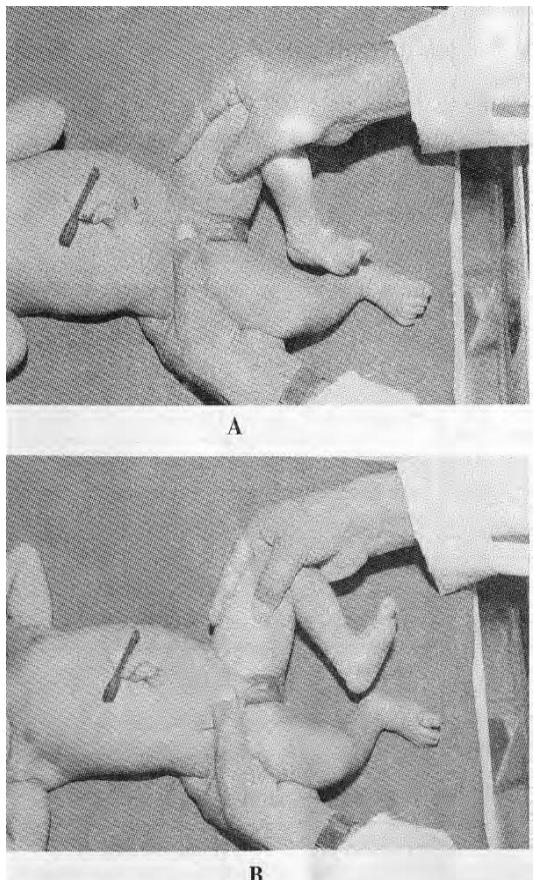
وظایف حسی

آزمایش های حسی در نوزادان ارزش جزئی دارند. در صورت که به ترضیض با امراض اعصاب محیطی یا نخاع شوکی مشکوک باشیم جواب بمقابل تنبه دردناک باید ارزیابی گردد. ریفلکس مقدی در اطفالی که مصاب نقایص تیوب عصبی اند باید اجرا شود.

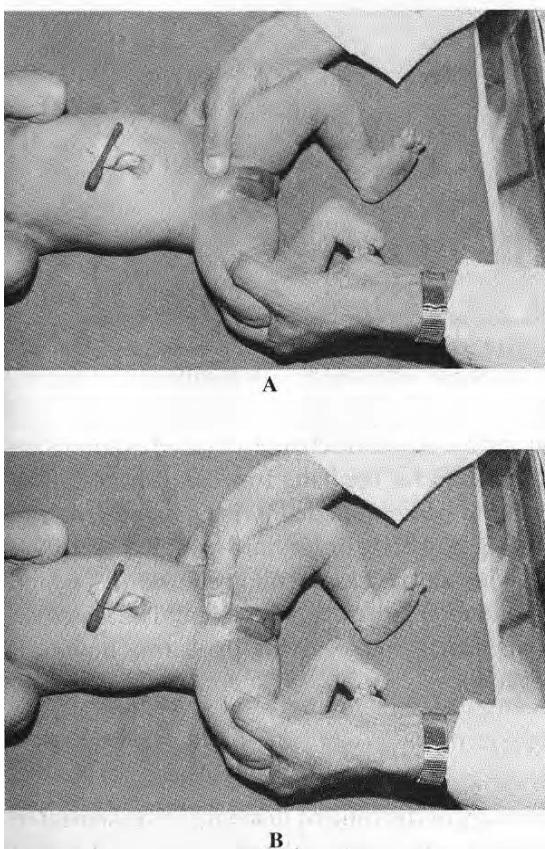
معاینه مفاصل ران

مفصل ران جهت دریافت شواهد خلع و لادی نزد تمام اطفال باید معاینه گردد. این حالت در دختران مخصوصاً اول باری ها، پریزنتیشن بریج، ولادت های میعاد گذشته و oligohydramnios بسیار معمول

است. ممکن تاریخچه فامیلی این حالات موجود بوده و طفل شاید توان با سوء اشکال وضعی مخصوصاً در پاها باشد. علایم کلاسیک خلع در دوره نوزادی دیده گردد.



تصویر ۱۴.۲۹ معاینه برای ارزیابی خلع و لادی مفصل چپ ران. معاینه کننده با دست چپ خود حوصله طفل را محکم می کنند. (الف) فشار بطرف خارج و عقب زانو و تروکاتور صغیر وارد گردیده مفصل ران جایجا گردد. (ب) تبع مفصل ران زمانیکه راس فیمور دوباره در استیتابولوم داخل گردد توان با دنگ قابل جس یا سمع می باشد. جهت تفصیل بیشتر به متن کتاب مراجعه گردد.



تصویر 14.30 اف و ب . معاینات برای ارزیابی خلع ولادی مفصل ران. دول دست معاینه کننده نشان داده شده است. برای معلومات بیشتر به من کتاب مراجعه گردد.

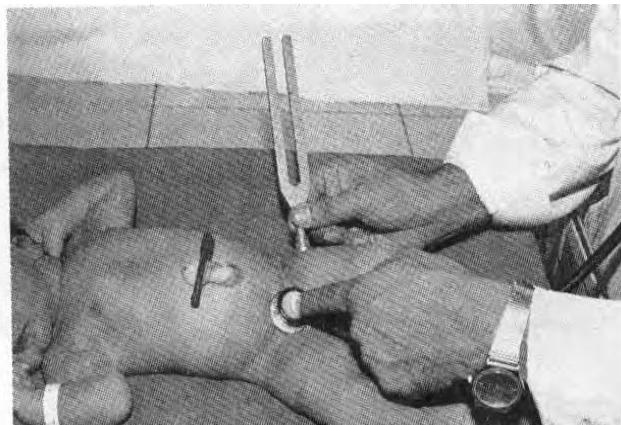
نمی شود. بی ثباتی مفصل ران بواسطه مانوره ortolani/Barlow خوب تر تشخیص می گردد:

طفل تخته به پشت طوری که پا هایش به طرف معاینه کننده باشد خوابانده شود. طفل باید از کمر پایین تر برخene گردد. معاینه باید به احتیاط ملایمت و دست های گرم اجرا شود. ترجیحاً یک مفصل در یک وقت معاینه گردد. معاینه کننده سعی کند تا مشخص نماید که آیا مفصل ران خلع است و یا بی ثبات بوده که قابلیت بیجا شدن را دارد. جهت معاینه مفصل ران چپ، معاینه کننده حوصله طفل را بین شست دست چپ که بالای ارتفاق عانه و انگشتان در زیر عجز قرار دارد محکم می گیرد (تصویر 14.29). ران چپ در حالی که زانو بشکل خمیده قرار دارد قبض می گردد. بواسطه دست راست معاینه کننده به طرز گرفته

شود که انگشت وسطی بالای طرف بیرونی تروکانتور کبیر و شست بالای طرف داخلی ران بمقابل تروکانتور صغیر گذاشته شود.

در مانوره اول معاینه کننده ارزیابی می نماید که آیا مفصل ران بیجا گردیده است یا خیر. فشار بالای تروکانتور کبیر بواسطه انگشت متوسط جهت جایگایی دوباره راس بیجا شده فیمور در اسیتابولوم وارد گردد. اگر احساس گردید که راس حرکت دارد، (که معمولاً اضافه از ۰.۵ سانتی متر نمی باشد) با و یا بدون حس کردن و / یا شنیدن صدای Clunk، تایید کننده موجودیت خلع است. اگر خلع موجود نباشد، پس کوشش جهت ارزیابی dislocatability (subluxation) یا صورت گیرد. با شست که در سمت داخلی ران قرار دارد به طرف

عقب و خارج فشار وارد گردیده تا راس فیمور جابجا گردد. اگر احساس گردیده که راس فیمور بطرف خلف بالای لبه یا دوره اسیتابولوم افتیده، به اندازه ۰.۵ سانتی متر، توام یا بدون حس کردن یا شنیدن، گفته می شود که مفصل ران قابل بیجا شدن است. معاینه مفصل ران راست بواسطه نقش معکوس دست معاینه کننده صورت می



تصویر ۱۴.۳۱ میتود اصلاحی برای ارزیابی خلخ ولادی مفصل ران. جهت معلومات بیشتر به متن کتاب مراجعه گردد.

گیرد (تصویر ۱۴.۳۰). صدای اوتار بدون حرکت راس فیمور در داخل و یا بیرون اسیتابولوم ممکن در ۵-۱۰ فیصد مفاصل ران شنیده شود که ارزش خاص ندارد.

میتود اصلاحی: بر اساس اهتزازات tuning fork که بالای تروکاتیر کبیر گذاشته شده و اهتزازات آن به ارتفاق عانه طرف خلخ شده انتقال نماید بنا نهاده شده است. قسمت صدری ستاتسکوپ بالای ارتفاق عانه گذاشته شده و قسمت سفلی tuning fork اهتزاز کننده بالای تروکاتیر کبیر هر دو طرف با ترتیب قرار می گیرد. (تصویر ۱۴.۳۱) در صورتی که راس فیمور خلخ شده باشد انتقال اهتزازات tuning fork ضعیف می باشد. راس خلخ شونده فیمور را نمی توان به این میتود تعیین نمود. در خلخ ولادی دو طرفه مفصل ران، انتقال اهتزازات پنجه صوتی تمايل به تأثیرات معکوس در هر دو طرف دارد.

در اطفال تداوی ناشده خلخ ولادی مفصل ران ممکن عدم تناظر در ساحه چین ران و سرین، کوتاه بودن اطراف متاثر و محدودیت تبعد مفصل ران مأوف موجود باشد. علامه Allis's sign ممکن مثبت بوده یا به عباره دیگر در طفلی که به استجای ظهری قرار دارد وقتی که هر دو مفاصل زانو و ران قبض گردیده و پاها به شکل هموار بالای بستر باشد، زانوی طرف مأوف ممکن از سبب خلخ خلفی مفصل ران در سویه پایین تر واقع شود.

آزمایش (Screening) کلینیکی روزانه طفل.

در مقایسه با معاينه روز اول و روز مرخصی، معاينات مفصل دیگر غیر ضروری بوده و ممکن برای طفل از ترس دخول انتان مضر واقع گردد. هر دو طفل و مادر باید روز دو مراتبه در مورد مشکلات تغذی، استفراغ، تشوشات امعا و ارزیابی اضطراب مادر راجع به تغییرات انکشافی ویژه که ممکن جلب توجه نماید - اگر موجود باشد - نظارت گردد. شروع و شدت زردی باید مراقبت شود. شواهد انتانات سطحی مانند التهاب منضم، التهاب چرکین جلد، انتان حبل سروی و برفک دهن (oral thrush) باید در نظر باشد.

معاينه در زمان مرخصی.

معاينات مشرح طفل در زمان مرخصی ضروری بوده تا متین گردیدم که کدام سوء شکل و ترضیفات ولادی فراموش نگردیده و مشکلات ابتدایی شیر دهی و تغذی بر طرف گردیده است. اصغری دقیق قلب ضروری بوده باخاطریکه مرمر وظیفوی قبلًا کشف شده ممکن دیگر قابل سمع نبوده و مرمر جدید ممکن بعضی اوقات در زمان دوره نوزادی ظاهر گردد. مادر باید در مورد تغذی، اخذ ویتامین و آهن متمم، نظافت عمومی، واکسین ها و قرار ملاقات در کلینیک حمایه اطفال مشورت داده شود. اطفال مواجه به خطر زیاد که از اطاق مراقبت جدی نوزادان (NICU) مخصوص می گردند باید برای ارزیابی انکشافی و معاينات مشرح سیستم عصبی مرکزی و حواس مخصوص در کلینیک های انکشافی بالخاصه پی گیری گردد.

فصل پانزدهم

مسایل اخلاقی و قانونی در کارهای عملی کلینیکی

”...نقطه مورد اتفاق همه اینست که مسلک ما بجز خدمت به مریضان چیزی دیگر نیست، کسانی که نیازمندی آن مقدم تر است. هیچکس به جز شخص پرهیزگار نمی تواند این اصول را برای همیشه پیروی نماید اما اکثریت اطباء بسیاری اوقات این اصل را مراعات نموده و بدین ملحوظ مسلک طبابت همیشه در علوبیت قرار دارد.“

– Sir Theodore Fox

طبابت یک مسلک شریف و قابل احترام است زیرا دوکتوران عهده دار مسولیت بزرگ حفظ صحت و سلامت و نگهداری حیات همنوعان خویش می باشند. این یک اصل قبول شده است که اطباء در جامعه از احترام خاص برخوردار بوده و نصایح شان مانند کتاب مقدس بدون هیچ نوع تردید قبول می شوند. این اعمال نفوذ و احترام دوکتوران مسئولیت عظیم را بالای شانه های شان گذاشته تا با اخلاق نیک، صداقت و حوصله مندی با مریضان خویش برخورد نمایند. ارتباط افسانوی اعتماد بین داکتر و مریض به بهترین وجه توسط Ckaraka جمع آوری شده: "هیچ تحفه گرانبهای تراز تحفه حیات نیست". مریض ممکن بالای اقارب، پسر و حتی والدین خویش اعتماد نه نموده اما بالای طبیب خویش اعتماد کامل داشته و خود را بدون هیچ نوع شک و تردید در اختیار او می گذارد. پس وظیفه اوست که مراقبت مریض را وظیفه ایمانی و وجودانی خود دانسته و از صمیم قلب از آن حفاظت نماید. برداشتن گام های بلند و پیشرفت سریع در تکنالوژی طبی در طی سالیان اخیر، سبب حل پرایل های مغلق اطفال در بخش های صحی، اجتماعی، اخلاقی و مسایل قانونی شده است. این یک حقیقت تلح است که اطباء به تکنالوژی اجازه می دهند تا طبابت ماشینی گردد.

توجه یا تمرکز طبابت تدریجاً در حال تبدیل شدن از تمام عضویت مریض به سیستم‌ها، اعضاء، اساج، حجرات و حتی DNA است. بسیاری از اطباء بجای این که حالت اجتماعی، فردی و محیطی مریض را با ابعاد وسیع قضاوت نمایند بدام راپور‌های لابراتواری افتخیر و معلومات خود را منحصر به رای آنها می‌دانند. حقیقت تاسف انگیز دیگر این است که هنر طبابت قربانی تحولات سریع پیشرفت‌های علمی و تکنالوژی می‌گردد.

واکنش محافظتی مریضان

”.....کسانیکه به طبیب خویش اعتماد کامل داشته و خود را به وی می‌سپارند به تناسب آنها یکه به طب و طبابت شک داشته و با بی اعتمادی، ترس و تردید به ادویه می‌نگرند، احتمالاً بهبودی بیشتر می‌یابند“

Anonymous

از دوکتوران توقع می‌رود تا بهترین خدمات صحی را با تمام امکانات موجوده خویش به طریقه درست و انسانی آن به مردم عرضه نمایند. آنها به سبب غفلت در کار شان می‌توانند تحت بازپرسی قانونی قرار گیرند. اما پروسیجرهای قانونی برای قضاوت دقیق نیاز به وقت کافی، مصارف زیاد و بررسی همه جانبه دارد. هیئت‌های صحی منحیث یک نیروی انتظامی در برخورد با متخلفین که مسئولیت‌ها و مکلفیت‌های خویش را بدرستی انجام نداده اند ناکام اند. به خاطر اعاده برخورد غیر مسولانه و عدم مراقبت درست از کار دوکتوران، سترة محکمه قانون مجازات دوکتوران را مانند سایر مسلک‌ها تحت حدود و صلاحیت‌های Consumer Protection Act (CPA) در سال 1986 تصویب نمود. وقتی یک طبیب و یا کدام شفاخانه خصوصی خدمات صحی رایگان را عرضه می‌دارد، ادعای جبران خساره از CPA را نمی‌تواند. مگر اینکه هر دو عامل غفلت در معالجه یعنی نواقص در عرضه خدمات و ارایه خدمات بی کیفیت تحت پوشش صلاحیت‌های CPA قرار گرفته باشد. سترة محکمه فیصله نمود، مسایل بسیار مغلق و پیچیده که از سبب غفلت کاری دوکتوران بوجود آمده و صلاحیت CPA در زمینه محدود باشد موضوعات مذکور باید توسط محکمه جنائی ملکی به کمک ماهرین و دلایل قانع

کننده بررسی گردد. درین اواخر ستره محاکمه اعلان نموده که طبیبان نباید متهم به مرگ و معیوبیت مریضان تحت تداوی شان گردند به جز اینکه شواهد واضح و روشن از سبب غفلت کاری شان موجود باشد.

اکثر شورا های طبی و اکادمیک بدین باور اند که CPA یک سازمان غیر مؤجه است. زیرا خدمات صحی نه کدام جنس است و نه کدام قرار داد و پیشگویی نتایج تداوی های طبی و عملیات های جراحی از سبب تحولات عظیم بیولوژیک ناممکن است زیرا دو شخص با عین اوصاف را نمی توان دریافت نمود. همچنان این کار می تواند باعث بلند رفتن قیمت تداوی گردد زیرا طبیبان توسط Defensive medicine یا طبابت دفاعی (با اجرای معابنات لایبراتواری و پروسیجر های تشخیصیه غیر ضروری) جهت جبران خساره (پرداخت بیمه مریضان) در مقابل خدمات صحی اندک طلب پول گزاف را می نمایند. همچنان برای جلوگیری از درگیر شدن با قضایای عدی از پذیرش مریضان وخیم و مغلق ابا می ورزند. اکثریت بدین باور اند که CPA باعث خرابی روابط مریضان با داکتر شده یعنی فضای اعتماد را که یک امر قطعی در بهبود صحت مریض است از بین می برد. در حقیقت این هم یک مشکل است که هیات های صحی و حتی CPA صلاحیت و نیروی کافی برای جریمه و مجازات دوکتوران نالایق را ندارند.

از طرف دیگر مراجعین بدین باور اند که CPA باید دوکتوران را متقاعد نموده تا کیفیت کاری و عرضه خدمات صحی خویش را بهتر سازند. آنها عقیده دارند که طبیان مانند متخصصین سایر رشته ها به معلومات تازه، قابلیت های لازم جهت رسیدگی به مشکلات مریضان به شیوه های مطمئن و مفید نیاز دارند. مراجع خصوصی در عرضه خدمات صحی مانند صنایع تجاری عمل می نماید زیرا حصول علم طبابت و تهیه لوازم تحقیکی طبی جدید به سرمایه زیاد نیاز دارد. بنابرین درست است که اکثر مریضان تردید در لیاقت و شایستگی تحقیکی طبیان ندارند ولی در جستجوی طبیی هستند که سخنان آنها را گوش داده، پرالبلم های صحی و روانی آنها را تحلیل نمایند. و همچنان یک رابطه اعتماد و باور نزد طرفین بوجود آمده تا در تداوی آنها دقت لازم صورت گیرد. مریضان خواهان لیاقت و دقت بیشتر طبیان خود بوده نه اینکه در جستجوی تکنالوژی پیشرفته آنها باشند. یک مطالعه توسط Association of Consumer Action Safety & Health (ACASH) صورت گرفته و دلایل مراجعة مریضان به CPA در جدول ذیل خلاصه گردیده اند.

(جدول 1-15) اسباب معمول شکایت مریضان علیه دوکتوران به *CPA

<ul style="list-style-type: none"> - عدم موجودیت تقاضه لازم بین طرفین - برخورد خشن، بی تفاوتی، عدم ترحم و همچنان رفتار نادرست دوکتوران - برخورد غیر صمیمی و نارضایت بخش، همچنان عدم موجودیت سهولت های لازمه در شفاخانه - نگهداری نادرست استاد طبی - لوازم غیرستندرد، ناقص و ناکاره - تجویز اجرای معاینات پیشرفته تختنیکی برای تمام مریضان - عدم موجودیت مشوره واضح متخصصین - موجودیت حسادت ها در بین هم مسلکان طبی - عدم موجودیت دانش و تجربه کافی

*مبني بر مطالعات انجام شده توسط انجمن فعالين امنيت مستهلكين و صحت (ACASH)

حتى در جوامع پیشرفته مانند ایالات متحده امریکا اکثراً مشاهده شده که مریضان در اثر عدم ارائه معلومات لازم از دکتوران خویش شاکی بوده نه اینکه بخاطر معلومات مسلکی و عدم موجودیت دانش کافی ایشان. معمولترین علت محکوم کردن و مقص درستن دکторان برخورد غیر مسولانه، نادرست و بی علاقگی شان (و همکاران مسلکی ایشان) و عدم موجودیت لوازم تختنیکی بهتر تشکیل می دهد. دلیل مهم دیگر جبران برخورد نادرست شامل عدم موجودیت تاسیسات لازم، ناقص و ناکاره بودن وسایل تختنیکی احیای مجدد (نجات دهنده حیات) (Ambubags, suction equipment, oxygen) و همچنان عدم مسئولیت کارکنان صحی در اجرای خدمات صحی در بسیاری از شفاخانه های دولتی و خصوصی می باشند.

رهنما اخذ تصامیم رفتار اخلاقی

تصامیم رفتار اخلاقی بر مبنای چهار اصل اساسی (نیکی، عدم تبعیض، توقعات والدین و عدالت) استوار است. اصل نیکی داکتران را وادر به ارزیابی دقیق مریض با علاوه مندی فراوان مطابق به قوانین سابقه هایپوکرات می نماید. دوکتوران باید به دقت متوجه نجات حیات مریض و جلوگیری از رسیدن ضرر به او باشند. بطور مثال در تشخیص و تداوی آنها باید تبعیض وجود نداشته و به اساس گفته Florence Nightingale که اولین حق مریض این است که به وی خسر نرسانید. مطابق دستور العمل هزار سال قبل Manus برای دوکتوران، این یک امر است که شما باید با تمام وجود تان در خدمت مریض بوده حتى اگر به قیمت جان تان تمام شود و هیچگاه به مریض

ضرر نرسانید حتی تصورش را نیز نکنید و اگر این قانون را عملی نمایید خداوند (ج) درین راستا شما را همراهی خواهد کرد. در غیر آن پروردگار عالم در مقابل شما قرار خواهد گرفت. آرزوی والدین باید محترم شمرده شده و در قبال آن تصامیم لازم جهت تداوی اطفال شان اتخاذ گردیده و از آنها در باره تداوی اطفال شان موافقه کنی اخذ گردد. اساس عدالت و انصاف ایجاب می نماید که ما باید اخلاقاً منابع درست تداوی، را با در نظر داشت منافع طبی جهت جلو گیری از مصارف گراف مداوا که بار دوش فامیل و جامعه است جستجو نماییم. اصل عدالت و شفافیت معمولاً در جوامع رو به انکشاف ماهیت خود را از دست داده زیرا منابع اساسی مراقبت و تداوی بخارط مریضان بی بضاعت قابل دسترس نیست.

فکتور های مختلف دیگر جهت اخذ تصامیم عادلانه در مورد اطفالی که مریضی تهدید کننده حیات دارند وجود دارد. آیا چانس مناسب برای ابقاء حیات طفل با تکالوژی دست داشته موجود بوده و یا کوشش ها احتمالاً بیهوده است؟ آیا خانواده ها توان پرداخت هزینه گراف جهت تداوی اطفال شان را دارند؟ آیا صرفاً در مورد بیهودی طفل کوشما بوده یا اینکه سود و مصلحت خانواده، جامعه و کشور نیز باید درین میان مطرح باشند؟ همچنان ملاحظات کلتوری، عقامت زن و شوهر، تقدیر و قسمت یا رضای خداوند (ج)، باور و اطمینان داکتر در مورد معالجه، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، تعلیم و تربیه والدین، نوعیت جنس طفل، سیستم حمایتی اجتماعی و علوبیت های ملی و غیره باید در نظر گرفته شود. متأسفانه این یک حقیقت تلخ است که در ممالک رو به انکشاف موقف اجتماعی و وضعیت اقتصادی تعهدات اخلاقی را زیر سوال می برد.

مسئولیت در قبال مریضان

دوكتوران باید مراقبت کلی را برای مریضان تحت مداوا خویش با در نظر داشت شایستگی، رسیدگی کامل و دلسوزی فراهم نمایند. دوكторان نباید منحصر به وظیفه عمل نموده و به تداوی مریضان بپردازند بلکه باید ملتزم به تعهدات اخلاقی بوده تا به مریضان معین خویش در صورت نیاز کمک های اضطراری تقديم نمایند. همچنان در صورت عدم موجودیت رابطه قبلی، داکتر اخلاقاً مجبور نیست که خدمات طبی اضطراری برای مریضان که با آنها قبل اشنایی ندارند انجام دهد مگر اینکه طبیب دیگر در محل موجود نباشد.

هر گاه داکتر در برابر تداوی مریض خود را ناتوان احساس نماید باید با خانواده وی مشوره نموده و او را به داکتر متخصص راجع نماید. مریض باید بشکل اختصاصی، مناسب و واضح بدون اجرای معاینات لابراتواری غیر ضروری کمک گردد. داکتران مکلف اند به شایستگی کامل به مراقبت تمام مریضان حتی بشمول مصایب HIV کمک لازمه نمایند. معلومات حاصله در جریان ارزیابی مریضان باید بشکل اطلاعات مخفی نگهداری گردیده و این اطلاعات صرفاً در صورت اجازه مریض و یا به درخواست مراجع عدلی آشکار شوند. در صورتی که مریض مصاب یک حالت بحرانی که ضرورت به ابلاغ نمودن دارد گردد، وظیفه داکتر است تا آن را به اطلاع مقامات صحی پرساند. حس وظیفه شناسی در قبال مریض و جامعه باید در برابر توقعات مالی ارجحیت داده شود.

پژوهش‌های منطقی

این یک حقیقت انکار ناپذیر است که بیشترین تحقیقات غیر ضروری جهت ارضاع توقعات مادی در بسیاری از مراکز تشخیصی صورت می‌گیرند. حقیقت تلخ دیگر این است که معاینات لابراتواری در مجموع جایگزین اخذ تاریخچه مفصل و معاینات فزیکی مکمل گردیده است. بعضًا این معاینات اضافی و غیر ضروری بحیث یک وسیله محافظه‌کار اقدامات قانونی مشتریان عیار می‌گردد. مثلًا برای دریافت اسیاب سرددی بدون آنکه معاینات گوش، گلو و چشم اجرا گرددن، بطور معمول معاینات CT scan اجرا می‌نمایند یا در هر واقعه معاینات CT scan MRI اجرا گردیده در حالیکه کدام استطباب، اهمیت و Cerebral Palsy مؤثریت در تشخیص و تداوی ندارد. بعضی از متخصصین اطفال اندازه ضخامه کبد و طحال را بدون اینکه معاینات فزیکی محتاطانه اجرا نمایند توسط معاینات التراسوند مشخص می‌نمایند. در شفاخانه‌های شخصی داکتران در پیدا کردن پول برای شفاخانه با همدیگر رقابت نموده زیرا این یگانه راه ابقاء شان در وظیفه است. عادت توصیه معاینات روتین نزد هر مریض باید مردود گردیده و بجای آن معاینات مشخص که از نظر کلینیکی ضرورت آن محسوس است توصیه گردد. لازم است صرف معاینات را که در تایید تشخیص یا در انتخاب تداوی معقول اهمیت دارند اجرا نماییم.

پرکتس‌های غیر اخلاقی

تجارتی شدن در تمام ابعاد جامعه‌ما در حال افزایش بوده و اهمیت انسانی در حال کاهش است. این حقیقت است

که دوکتوران هم انسان هستند لاکن طبابت نباید به مثابه مصروفیت های دیگر شمرده شود بلکه بحیث یک هدف در زندگی در نظر باشد. زیرا فیس پوهنتون های سکتور خصوصی بسیار گزاف بوده و آن عده اشخاصی که ازین طریق داکتر می شوند دست به کار های غیر اخلاقی زده تا به زود ترین فرصت پول های را که قرض نموده اند بدست آرند. برخلاف مسلک های دیگر، مسلک طبابت یک دوره انتظار طولانی و متداوم از دروس (فارغ التحصیلی، تخصص، دوکتور، تجربه کلینیکی) ضرورت دارد. تعدادی از اشخاص و سازمان های اکادمیک ملی و بین المللی یک رهنمود اخلاقی را برای رهنما بیان قابل قبول، مؤثر و مسلکی دوکتوران مهیا کرده اند. برخورد های طبی ذیل غیر اخلاقی و نامناسب پنداشته می شوند:

۱. تبلیغات شخصی با لوحه های بزرگ و ادعای تداوی های خارق العاده در مطبوعات امری غیر اخلاقی است. یک داکتر اجازه دارد در شروع کار خود جهت اگاهی مریضان خویش یک اعلان مناسب در مطبوعات داشته باشد، همچنان اجازه اعلان تغییر آدرس، اعلان دستیابی موقعی و یا ترک مسلک را نشر نموده می تواند.

۲. اخذ فیس مناسب از نزد مریضان نظر به لیاقت، شایستگی و سابقه کاری حق داکتر بوده، اما دریافت پول در مقابل فرستادن مریضان به هم مسلکان ناجاییز است.

۳. افزایش سهولت های لابراتواری و ایجاد رقابت های ناسالم بین آنها، منجر به ارتباط برخی دوکتوران با لابراتوار ها گردیده و در مقابل فرستادن مریضان برای شان پول می پردازند، این حقیقتی درد آور است که جهت بدست آوردن پول اکثراً معاینات غیر ضروری و اضافی لابراتواری توصیه گردیده و به آنها رنگ قانونی و مناسب داده می شود تا در محدوده قانون در امان باشند. توصیه معاینات غیر ضروری برای دریافت پول از لابراتوار، عمل غیر اخلاقی بوده و شدیداً محکوم است.

۴. بستر نمودن بدون توجیه مریضان در داخل شفاخانه جهت تایید تشخیص یا تداوی یا اجرای عملیه های جراحی که تضمین ناشدید باشد، عمل غیر اخلاقی است.

۵. در جریان پرکتس کلینیکی، با نسخه ها و معاینات هم مسلکان خود روبرو می شویم که باید آنها را به دیده قدر نگریسته و نباید با غرور و خود خواهی با آن برخورد نموده و درباره شان تبصره ها و حرکات نادرست انجام دهیم. با هم مسلکان خویش دائم بحیث اعضا یک خانواده بزرگ برخورد نموده و هیچ گاه نباید در باره آنها سخنان

توهین آمیز داشته باشیم. Sir Wilium Osler گفته است: " زبان خود را هیچ وقت اجازه گفتن الفاظ زشت به هم مسلکان تان ندهید."

6. خدمات طبی باید همیشه بدون در نظر داشت طمع و انگیزه های شخصی با وجودان و وقار عالی عرضه گرددند. تعیین نمودن جنس جنین قبل از ولادت توسط التراسوند و تشویق زنان برای سقط جنین یک عمل غیر اخلاقی است. در معاملات و پرکتس های روزمره نباید اعمالی را انجام دهیم که به وجودان ما صدمه رسانیده و یا احساس گناه یا پشیمانی نماییم.

7. بد رفتاری جنسی با مریض و یا پایواز آن چه بشکل آشکار و یا پنهان، خواه در فکر، کردار و یا گفتار باشد یک عمل شدیداً غیر اخلاقی است.

8. دادن تصادیق تقلبی مریضی و معیوبیت ها به مردم جهت توقعات مالی یک عمل غیر اخلاقی بوده و طبیب باید معلومات دقیق و بی طرف را با در نظرداشت وظیفه ایمانی خویش ارایه نماید.

9. دوکتوران با موقف های رسمی شان در مؤسسات دولتی نباید مریضان و مردم عوام را تهدید نموده و آنها را مجبور به ارضاخواهشات شخصی شان نمایند، در عوض آنها باید حمایت مردم را بدست آورده تا توقعات شان برآورده گردد. حکومت خدمات طبی را تحت محدوده (قانون اساسی خدمات محافظه) در آورده تا از خشونت دوکتوران جلوگیری بعمل آید.

10. تجارت اعضای بدن انسان برای اهداف اقتصادی یک عمل شدیداً غیراخلاقی و ضد قوانین بشری است.

11. اخذ تحایف و مساعدت های دیگر از تولید کننده گان سامان آلات طبی و شرکت های دوا سازی برای دوکتوران، غیر اخلاقی و ناپسندیده است.

12. تحقیق باید با در نظرداشت بی طرفی، صداقت و مصونیت افراد تحت مطالعه اجرا گردد. مسلک طبابت باید مصونیت و موثریت تکنالوژی جدید را تامین نموده و موافقه کتبی از مریضان تازه وارد قبل از مداخله درمانی یا آزمایش دوایی اخذ گردد. سرقت علمی یک عمل زشت بوده و عاملین آن به سبب سوء استفاده از مسلک طبابت باید مجازات گرددند. محققین نباید مطالعات و افکار دیگران را نتیجه تحقیقات علمی خویش اعلان نمایند.

خود داری یا صرف نظر کردن از حمایت حیات

احیایی مجدد قلبی تنفسی زمانی متوقف می‌گردد که مریض در مرحلهٔ نهایی مرض قرار داشته و یا گمان می‌رود که تداوی‌های موجوده برای مریض بیهوده بوده حتی اگر مریض بهبودی حاصل نماید معنی واقعی زندگی تحت سوال خواهد بود (جدول 15.2). مطالعات انسانی در مجموع و فلسفه‌ای مذاهب بزرگ دنیا این را بیان می‌دارد که در تداوی مریضان زمانی می‌رسد که از تلاش اضافی چهت مداوا که اساساً باعث طولانی شدن پروسهٔ مرگ می‌گردد دست بردارید. پالیسی تسهیل پروسهٔ مرگ شامل قطع نمودن CPR (cardiopulmonary resuscitation)، جراحی تامین کنندهٔ حیات، تنفس مصنوعی، دیالیز، تقبض دهنده‌گان وعایی، خون و اجزای آن و انتی بیوتیک‌های قیمتی است. بجای تداوی حفظ حیات، مناسب است تا ادویهٔ تسکین دهنده درد تجویز گردد. فیصلهٔ ادامه و یا قطع تداوی حمایت کننده‌ای حیات بعد از احتیاط لازم توسط چندین متخصص و با در نظر گرفتن اعتماد فامیل مریض و اخذ اجازهٔ کتبی آنها صورت گیرد. فیصلهٔ مذکور که بواسطهٔ اقارب مریض واضح‌آمضا شده باشد توأم با تفصیلات طبی باید در یک دوسيهٔ جداگانه، محفوظ گردد. این یک طرز العمل قبول شده توسط متخصصین طبیعت و انجمن‌های اکادمیک جهانی می‌باشد. پالیسی فوق منطقی بوده و به هدف کاهش زجر مریض و اقارب آن توصیه می‌شود لakin فاقد تائید قانونی می‌باشد. لازم است تا یک مجوز قانونی در مورد سهولت مرگ برای امراض صعب العلاج و مصونیت در مقابل دعواهای نامؤجه آن تصویب گردد. دستورالعمل اجرات در (PICU) باید نشان دهنده تفصیلات برای داخل بستر نمودن، استطبابات برای ادامه و یا قطع تداوی حمایوی حیات را دارا باشد.

جدول 2-15 استطبابات برای قطع احیایی مجدد

- | |
|---|
| » خباثت پیشرفتهٔ میتاستاتیک |
| » مرحلهٔ نهایی عدم کفایهٔ چندین سیستمی |
| » ترضیض، خونریزی، تومور و تشوشات شدید غیر قابل برگشت سیستم عصبی مرکزی |
| » ناتوانی اساسی عصبی حرکی شدیداً واضح |
| » حالت مژمن اعصاب نباتی (persistent vegetative state) |
| » مرگ دماغی* |

*این هم یک استطباب برای صرف نظر کردن از حمایت حیات است

مکالمه و ارتباط بین داکتر و مریض

اکثریت والدین در عوض شکایت از کمبود مهارت و یا اهتمامات نادرست کارکنان صحی در مورد مریضان از افهام و تفهیم نادرست و حالت خشن و بی عاطفه داکتران و تیم های صحی شکایت می نمایند. تواضع، همدردی و دلسوزی جهت بدست آوردن اعتماد مریض و همکاری عاطفی با خانواده آن ها بسیار مهم است. با وجودیکه سوالات والدین اکثراً غیر منطقی، تکراری و مخرب بوده اما باید به بسیار متانت، وقار و ملایمت بدون قهر، غصه و یا تکبر جواب داده شوند. افهام و تفهیم در حقیقت یک ارتباط زنده بسیار موثر بین داکتر و مریض بوده و حقیقت تعجب آور این است که اکثریت والدین با وجودی که ما نتوانستیم زندگی طفل شان را نجات دهیم از ما سپاس گذار هستند. نکته قابل ذکر دیگر این است تا مطابق سویه والدین با آنها صحبت نموده و در زمان مصاحبه ارتباط چشم به چشم یا رویارویی با ایشان داشته باشیم. در باره اخذ تصامیم جهت ابراز نظر به والدین باید بسیار محتاط بوده و طرز ارایه آن باید دقیق باشد. درباره چگونگی حالت طفل باید به زبان بسیار ساده و قابل فهم برای والدین معلومات ارائه گردیده و امید زنده ماندن طفل که یک توانایی شفا بخش است به والدین داده شود. در تشخیص اطفالی که شدیداً مریض اند احتیاط نموده و طوری گفته شود که خداوند مهریان است و مرگ و زندگی در دست اوست.

مسایل ختم زنده گی

با وجود پیشرفت های تکنالوژی، طب نتوانست که حیات را تضمین نماید. سرنوشت همه ما مرگ است و مرگ همانا حقیقت نهايی حیات است. لیکن مرگ اکثراً قابل قبول نبوده مخصوصاً زمانی که عمر در مسیر جوانی بدون برآورده شدن اهداف و آرزوها، از اسباب غیر طبیعی قطع گردد. رویارویی با مرگ پیش بینی شده سهل بوده و خانواده برای اختتام یا عاقبت آن به اندازه کافی آماده هستند.

دوكتوران اطفال در کار های عملی روزمره با حالات مختلف روبرو می شوند مثلاً اطفالی که امراض بسیار شدید و کشنده دارند. (ایدز، خبات، تشوشات جنتیک) و یا در اثر بوجود آمدن تشوش حاد تهدید کننده حیات یا مرگ نهايی در اطاق عاجل از سبب حادثه ترافیکی یا پولی ترومما مواجه می گردند. خبر امراض صعب العلاج یا امراضی

که تداوی و رسیدگی به آنها مشکل است به والدین باید بطريقه آرام، با شفقت و مهربانی کامل اعلان گردد. به والدین باید فرصت داده شده تا در موارد مذکور سوالات مطرح نموده و احساسات خود را اظهار نمایند. شما با توجه فراوان به سوالات ایشان گوش فرا دهید و جوابات مناسب جهت رفع تشویش و نگرانی ایشان ارائه نمایید. این موضوع تحت مباحثه بوده که برای اطفال درباره طبیعت امراض شان به کدام اندازه معلومات ارائه گردیده و یا اینکه معلومات فوق مانند یک راز پوشیده حفظ گردند که اکثراً این موضوعات به سن، کنجکاوی، حساسیت و پختگی عاطفی طفل تعلق دارد که آیا درباره طبیعت مریضی اش باید به وی گفته شود یا خیر. درین صورت شما باید نظر والدین را بخواهید. خبر امراض بد هیچگاه نباید بدون تعارف و مقدمه مناسب اعلان گردد. شما در اعلان اخبار باید صادق بوده و خبر ناخوشایند را به یک حالت خوشبینانه و امیدواری از خداوند (ج) تبدیل نموده تا باعث تسريع روند شفایابی گردد. طوری که می‌دانیم در شرایط فوق صبر، شکیبایی، امید، دعا و تصور مثبت توانایی فراوان داشته و در پرکتیک های کلینیکی روزمره باید بطور مؤثر از این ها استفاده نمود.

قبل از اعلان مرگ طفل خانواده وی باید روحاً و جسمآماده گردد. اعلان خبر مرگ باید به بسیار مهربانی و شفقت و با یک جمله درست و بدون اشتباه (با وجود کوشش و تلاش فراوان طفل فوت نمود) صورت گیرد. قبول کردن مرگ طفل درصورتی که از سبب امراض حاد تهدید کننده حیات و یا حادثه ترافیکی بمیان آمده باشد بسیار مشکل است. احساسات مانند قهر، غصه، شوک یا حمله عصبی، تقصیر، عدم پذیرش، وغیره نیاز به عکس العمل متوازن، دلسوزانه و مراقبت بیشتر داشته تا اینکه به مریض توجیه گردد که مرگ به اراده و رضای خداوند (ج) واقع گردیده و آنرا باید قبول نمود.

والدین و یا پایوان زان دیگر باید تا اطاق استراحت بدرقه یا مشایعت گردیده و برای والدین اجازه داده شود تا احساسات و خواهشات مذهبی خود را برملا سازند. جهت تقویت رسم و رواج مذهبی، تشریفات و همچنان برآورده شدن خواهشات والدین که مرگ باید در یک محیط آشناي خانواده واقع گردد تا اینکه در محوطه شفاخانه، باید احترام بیشتر قایل گردید. زمانی که یک طفل در حالت نزع بوده و به هوش باشد، والدین اش باید در پهلوی بستر او حاضر بوده و دستش را گرفته و با او محبت نمایند تا ترس و خوف اش را تخفیف دهند. گوش دادن آرام و مراقبت درین مرحله با ارزشتر از صحبت های غیر ضروری می باشد. در جریان پروسه مرگ که یک محیط پر از

احساسات است برخی دوکتوران و نرس های موظف به دلیل این که چرا نتوانسته اند با وصف کوشش و تلاش زیاد زندگی طفل مريض را نجات دهد عميقاً احساس تأثر و ناکامی می نمایند. آنها نياز به کمک عاطفي، رهنمایي و آگاهی دارند تا از تعارف و ارتباط بي مورد با خانواده مريض خود داري نمایند. در عوض باید تشویق و ياري گرددند تا هنر جدایی، سکون و ثبات را در مقابل جميع نابرابری ها و ناملايمات بیاموزند. به فامييل میت هیچگاه اين ذهنیت را ندهید که گرفتن اتوپسی جهت تشخيص قطعی يا دقیق مرض است بلکه به آنها طوری تفہیم شود که اخذ اتوپسی برای رشد علم و توجه به وقایه از مرض نزد آنده اعضای فامييل که با میت تماس نزدیک داشته اند و برای مطالعه خواص جنتیکی صورت می گیرد.

بعد از تکمیل طی مراحل لازم، يك تصدیق مرگ باید تهییه گردد. با خانواده طفل مردہ باید با احترام و دلسوزی تمام جهت انتقال جسد به خانه يا غسل خانه میت همکاری گردد. مواجه شدن با مرگ طفل در شفاخانه يك تجربه تلخ و دردناک است اما خستنآ تجربه مذکور ارج گذاشتند به ارزش های زندگی و بشریت است. مرگ ضمیر ما را تکان داده ولی در مقابل، به ما درس عبرت، تواضع و قوت داده تا رویارویی با بزرگترین حقیقت زندگی را با متناسب و وقار تحمل نمائیم.

پیوند اعضای بدن

قانون پیوند اعضای بدن انسان در سال 1994 توسط پارلمان هند تصویب گردید که راه را برای پیوند قلب، جگر، کلیه ها، پانcreas و غیره اعضای بدن باز نموده و بطور کامل به بهره برداری سپرده شد. احتمال همکاری مثبت بخاطر دادن اعضای بدن طفل به اميد اينکه ممکن چشم های طفل شان جهان را دیده و يا در جسم اشخاص ديگر اعضا بدن شان زنده باقی خواهد ماند شاید با دلگرمی و اشتیاق فراوان قبول گردد. در صورتی که برای اخذ عضو اهدا شده مضاد استطباب واضح، چون تشوشات ابتدایی فقدان معافیتی، نقایص جنتیکی، HIV، مثبت بودن انتی جن HBs، Viremia و Septicemia و غیره موجود باشد، نباید قطع يا برداشته شود. Xenotransplantation (پیوند از حیوان به انسان) حجرات، انساج و اعضا با و يا بدون بررسی فنی خواص جنتیکی مملو از خطرات جدی انتقال واپرس های حیوانات، عدم پذیرش، بي عدالتی اجتماعی، اخلاقی و مذهبی می باشد.

نتیجه و پیشنهاد (Conclusion & Recommendation)

هويت رو به زوال مسلک طبابت نياز به ترقى اخلاقى و احیای مجدد ذريعه پاکسازی باطنی مبني بر واقعيت هاي موجود اجتماعي دارد. پروسه متداوم تحليل روابط مريض - داکتر، برخورد غير عاطفي بعضی دوکتوران، و تقاضاي بيش از حد مريضان با سواد ايجاب ارزیابی بيشتر را می نماید. نظر به اينکه وظيفه دوکتوران شامل مواد اساسی حمایت از حقوق مشتریان و جبران خساره مظلومان است، لذا برای دوکتوران لازم است تا در برخورد با مريضان خویش بسیار دقیق، محظوظ و مؤدب بوده تا از هر نوع اقدامات قانونی غير ضروری جلوگیری بعمل آید. انقلاب در تکنالوژی جانشین اعتماد و ارتباطات که در حقیقت کلید برقراری ارتباط بین دوکتور- مريض است شده نمی تواند. لازم است تمام پوھتنون های طبی برای دوکتوران و متخصصین طب پروگرام تعليمی منظم در ساحة علم سلوک و اخلاق طبابت آغاز نمایند. استادان باید بمتابه مدل های نمونه با مريضان و پایوازان توجه مخلصانه، برخورد دلسوزانه، با شفاقت و ترحم کامل داشته تا در تشویق سایرین رول عمدہ را بازی نمایند. ما باید مريضان خویش را صرف با مغز و تکنالوژی تداوی ننموده بلکه آنها را با قلب خویش نیز مداوا نمایيم. کمیته های اصول اخلاق باید در هر شفاخانه تأسیس گردیده و به مثابه مراقبت کنندگان ایفای وظيفه نمایند تا قدسیت تمام تصاميم اخلاقی رعایت و نظارت گردد. بهتر است معلومات تازه در دسترس ما بوده و داکتر مطلع و آگاه باشيم لakin برعلاوه اين ها بهترتر اين است که يك انسان نیک و کامل بوده تا با دید و سمع زندگی نموده نه اينکه محض مريضی مردم را مداوا نمایيم. دوکتوران باید برای دوباره زنده نمودن تصویر بر آب رفتۀ مسلک طبابت جد و جهد دسته جمعی نموده تا به مسلک عالي طب سر از نو تسلط حاصل نموده و اين تحفه شفا بخش الهی را احیای مجدد نمایند.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فصل شانزدهم

تشخیص مرگ

با وجود پشرفت در تکنالوژی طبی، علم طبابت هیچگاه نتوانست به فنا ناپذیری نایل آید. مرگ همانا حقیقت نهایی حیات است و ما متخصصین با امراض فاجعه بار حاد تحدید کننده حیات و بیماری های کشنده اطفال کاملاً اشنا هستیم. بسیاری از اطفالی که امراض وخیم دارند با اهتمام نگهدارنده های مصنوعی حیات مانند تقبض دهندگان وعایی و تهويه میخانیکی در حالیکه معیار های مرگ دماغی برای اثبات وفات شان موجود است حمایت می گرددند. نگهداری متداوم و غیر ضروری یک طفل مردہ در سیستم تقویوی حیات یک تجربه بی نهایت دشوار و پر از اضطراب برای والدین و با مصرف گراف برای دولت است. همچنان زمان دقیق مرگ دماغی برای مهار کردن اعضای اطفالی که، والدین شان حاضر به، اهدا قلب، ریه، کبد و کلیه های اطفال شان جهت پیوند به دیگران هستند مهم می باشد. پیروی از مقررات پیوند اعضای بدن انسان در اکثریت کشور های جهان صورت می گیرد. این موضوع از نظر قانونی نیز توجیه می گردد که اعضای بدن مریضان که نزد شان مرگ دماغی واقع گردیده ولی قلب شان هنوز ضربان داشته باشد برداشته شود بهتر است.

مرگ زمانی تشخیص می گردد که طفل یکی از حالات ذیل را داشته باشد: (1) توقف غیر قابل برگشت وظایف دورانی و تنفسی. (2) توقف غیر قابل برگشت وظایف کامل دماغ به شمول ساقه دماغ. کوما و توقف تنفسی (اپنی) برای تشخیص مرگ دماغی لازم و ملزم یکدیگر اند. بعد از این که مرگ دماغی واقع شده و تنفس بنفسه‌ی توقف نماید، در صورتی که تنفس میکانیکی بتواند خرورت کافی اوکسیجنیشن بدن را حفظ نماید، ممکن قلب به ضربان خود ادامه دهد.

تاریخچه

اسباب احتمالی کوما باید مشخص گردیده تا مطمئن شویم که هیچ راه قابل علاج وجود ندارد. هر نوع تشوهات بالقوه توکسیک و میتابولیک قابل برگشت، استعمال ادویه های مسکن و خواب آور یا مواد فلنج کننده، کاهش

درجه حرارت، غرق شدگی، مرگ در اثر برق، کاهش فشار خون و حالات قابل تصحیح جراحی را مشخص و مجزا نمایید.

توقف فعالیت های سیستم تنفسی و دورانی

احیای مجدد شدید قلبی-تنفسی (CPR) در حالی که عالیم حیاتی بطور متداوم بررسی می گردد باید برای حداقل 30 دقیقه ادامه داده شود. عدم موجودیت نبضان قلب و فعالیت بنفسه‌ی تنفس در مرحله اختصاصی (حد اقل برای 30 دقیقه) یک معیار رضایت بخش برای مرگ کلینیکی است. زمانی که مریض به مانیتور E.C.G وصل گردد، ترسیم گراف هموار نشان دهنده مرگ حجری است. تشخیص حالت توقف تنفسی بصورت عملی در اطفالی که به دستگاه تهویه وصل اند مشکل است. ماشین تهویه مصنوعی را می توان در فواصل معین خاموش نموده و حرکات بنفسه‌ی تنفس را مشاهده نماییم. قبل از خاموش ساختن ماشین تهویه لازم است تا paCO₂ مریض بین 40 الی 50mm Hg (اندازه که برای تنبیه مرکز تنفسی کافی باشد) نگهداری شود.

مرگ دماغی

تعریف قانونی فعلی مرگ نیاز به شواهد کلینیکی مرگ غیر قابل برگشت ساقه دماغ دارد. در مریضان کومای عمیق (عدم موجودیت تظاهر یا عکس العمل وجهی با فشار محکم بالای ناحیه پیشانی) که با سیستم های پیشرفته حمایت کننده حیات و تنفس مصنوعی وصل است، اگر وضایف دماغی بصورت غیر رجعی توقف نموده باشد ادامه روش های محافظتی حیات بیهوده است.

توقف وظایف عصبی بواسطه ارزیابی عکس العمل های غیر ارادی ساقه دماغ قرار ذیل مشخص می گردد:

(الف) عکس العمل حدقات در مقابل نور . حدقه ها باید در هر دو طرف در مقابل نور روشن بدون عکس العمل، متسع و ثابت باشند. این حالت بواسطه شببات اعصاب بصری و occulomotor که در قرار دارد وساطت می گردد. Mesencephalone

(ب) عکسه قرنیه. عکس العمل قرنیه باید مدعوم باشد. عکس العمل قرنیه بواسطه تماس پنبه با قرنیه و مشاهده عکسه بستن اجفان اجرا می گردد. این عکسه بواسطه قسمت های حسی (عصب پنجم) و حرکی (عصب هفتم) که از نظر ا Anatomi عصبی در مرکز pons یا قسمت قاعده دماغ موقعیت دارد وساطت می گردد.

(ج) **Occulocephalic reflex** یا حرکات چشمان گُدی. با تدور راس مریض از یک طرف به طرف دیگر یا به طرف بالا و پایین با محکم گرفتن اجفان مریض بشکل باز اجرا می گردد. در طفل مصاب کوما با ساقه دماغ کاملاً سالم، وقتی که راس به یک طرف دور داده شده و برای چند ثانیه به همین وضعیت نگهداشته شود، در این صورت حرکات مزدوج هر چشم به طرف مقابل صورت می گیرد. زمانی که عکسه Occulocephalic متاثر شده باشد، در این صورت هر یک از این دو حرکات مزدوج کره های عین موجود نبوده یا حرکات معلول موجود می باشد.

(د) **Vestibulo ocular reflex** یا عکسه بصری دهلیزی: غشای طبل باید کاملاً سالم بوده و قبل از اجرای ریفلکس مذکور ترضیضات موضعی موجود نباشد. تقریباً 20ml آب سرد-یخ زده گی را به بسیار آهستگی در داخل کانال هر گوش زرق نموده و بطرف غشا طبل رهنمایی گردد. وقتی که عکس العمل کالولویریک کاملاً سالم باشد در این صورت انحراف قوی یا حرکات Nystagmoid (حرکات غیر ارادی کره چشم) هر دو چشم بطرف سمت تنبه شده صورت می گیرد. عدم موجودیت کدام عکسه نشان دهنده ضایع وظیفوی ساقه دماغ است. هر دو عکسه Oculo-vestibular و Occulocephalic توسط الیاف از قسمت دهلیزی عصب هشتم به وسیله هسته در pons تنظیم می شوند. ازین مراکز pontine سیاله ها بطرف هسته مرکزی زوج ششم از طریق ساینپس های داخل هستوی انتقال گردیده، که سبب حرکات جنبی چشم ها به طرف ساقه تنبه شده می گردد. ساینپس های که در بین هسته عصب ششم و هسته عصب سوم موقعیت دارند از میان وسط طولانی دوره Mesencephalone در ارتباط است، سبب انحراف وسطی چشم بطرف سمت مخالف می گردد.

(ه) عکس العمل وجهی در برابر درد. در اینجا تظاهر وجهی زمانی که فشار محکم بالای کنار فوکانی اوربیتال وارد شود موجود نمی باشد.

(و) ریفلکس فمی بلعومی. پاسخ ریفلکس Gag و ریفلکس سرفه برای مکیدن فمی بلعومی و سکشن شزن باید معدهم باشد.

زمان معاینه و بررسی

باید به یاد داشت که عکس العمل قطعات نخاعی و تکان اوتار عمیقه حتی در موجودیت مرگ دماغ ممکن موجود باشد. ریفلکس های ساقه دماغ در تمام اطفال بی هوش قبل از این که دستگاه تنفسی قطع شود ارزیابی گردند. معیارات مرگ دماغی در اطفال قبل المیعاد و نوزادان با میعاد که سن شان کمتر از هفت روز باشد زیاد واضح نیست. در اطفال نوزاد اخذ دو EEG' در جریان 48 ساعت باید نشاندهنده توقف برقی-دماغی برای ارزیابی اجمالی دینامیک باشد (133 xenone CT or PET) باید نشاندهنده عدم موجودیت جریان خون دماغی برای بیشتر از یک ساعت باشد. توقف تمام وظایف دماغی برای حداقل 48 ساعت، 24 ساعت و 12 ساعت برای شیر خواران تا به دو ماه، دو ماه الی یکسال، و بزرگتر از یکسال به ترتیب باید دوام نماید. زمان بررسی در صورتی که EEG نشاندهنده توقف جریان برقی دماغ بوده یا مطالعات Radio nuclide دماغی نتواند شرایین دماغی را مجسم سازد ممکن تقلیل یابد.

اطفالی که با پتانشیل حالات قابل برگشت مانند هایپوکسیا، تسمم با مواد مخدر، مواجه شدن به کاربن مونو اوکساید، مرگ در اثر برق گرفتگی، مواجه شدن به سرمای شدید، انسداد عصبی عضلی، حالات میتابولیک، غرق شدگی و ترضیضات هستند باید برای مدت طولانی تر تحت مراقبت قرار گیرند. هایپوترمیا به تعقیب غرق شدگی یا مواجه شدن به سردی زیاد ممکن توأم با حالات انیمیشن معلق "Suspended Animation" بوده که این عام ترین سبب تشخیص نادرست مرگ است. EEG برای تشخیص آسیب های غیر قابل برگشت دماغ لازمی نبوده لاکن اگر برای 30 دقیقه Isoelectronic باقی ماند حالت فوق نشان دهنده مرگ دماغی است. عکس العمل فرآخوانده ساقه دماغ، انجیوگرافی دماغی قطعات کوچک Xenon CT Radio isotope، انجیوگرافی تفریقی دیجیتال، تصویر برداری نبضات شرایین دماغی بواسطه اجرای التراسوند قحفی بصورت فوری و gamma - scintigraphy نیز معیارات قابل اعتماد با مفیدیت عملی محدود برای مرگ دماغی اند. انجیوگرافی چهار اوعیه داخل القحفی برای توقف دوران دماغی تشخیصی بوده ولی اجرای آن طاقت فرسا است. تعین سرعت جریان خون دماغی و برگشت بالقوه آن بواسطه Doppler برای تشخیص مرگ دماغی بررسی گردد. داکتر معالج قبل از اینکه خبر غم انگیز مرگ را به والدین ابلاغ نماید باید خود را با داشتن دلایل

مناسب از توقف غیر رجی وظایف حیاتی (قلب، ریه ها و حتی دماغ) مریضان مطمئن سازد. اسباب احتمالی مرگ که شامل فکتور های مساعد کننده و یا حالات اساسی است باید در سند رسمی مرگ درج گردند.

Bibliography

- 1 .Aase JM. Diagnostic Dysmorphology. Plenum Medical Book Co, New york ,1990.
- 2 .Aase JM. Diagnostic Dysmorphology for the pediatric practical.pediatric clinics of North American 1992, 39 : 135- 156.
3. Adams FD.physical Diagnosis. The Willians and Wilkins Co., Baltimore, 1958.
4. Algranati P. The pediatric patient. An approach to Hiatory and physical Examination. Williams and Wilkins , Baltimore , 1992.
- 5 Apley J, Keith RM. The child and his symptoms. Black well Scientific publication,Oxford, 1968.
- 6 Apley J. pediatric. Balliere Tindall, London secand edition, 1979.
- 7 athreya BH ,silverman B. pediatric physical diagnosis.Appleton-Century-Crofts,Norwalk. 1985.
- 8 Barness LA.Manual of pediatric physical diagnosis.Year book Medical publishers, Chicago, 4 th edition, 1972.
- 9 Bickerstaff ER, spillane JA. Neurologecal Examination in clinical practice. Oxford University Press, London ,5th edition , 1993.
- 10 Daniels L, Worthingham C.Muscle Testing Techniques by Manual Examination. WB Saunders Co, Philadelphia, 3rd edition , 1972.
- 11 Daven port WH. the good physician. the Mac Millan Company, NewYork 1962
- 12 Gilbride KE. Developmental testing. pediatric Review 1995,16:338-345.

- 13 Gorlin RJ , pindborg JJ, Cohen MM ,Syndromes of the head and Neck.McGraw- Hill book Co, New York , 2nd edition, 1976.
- 14 Green M. pediatric diagnosis.Interpretation of symptoms and signs in children And adolescents. WB SaundersCo,Philadelphia,6th edition,1998. 15 Illingworth RS.Basic development Screening. Blackwell Scientific publications, 4th edition 1988.
- 16 Illingworth RS.Common Symptoms of diseases in children.Black wellScientific Publication, Oxford, 9th edition , 1988.
- 17 Illingworth RS. The narmal child.Churchill Livingstone, 10th edition,1991.
- 18 Morgan WL, Engel GL. The clinical Approach to the patient. WB Saunders Co, Philadelphia, 1969.
- 19 Ogilvie C,Evans CC.Chamberlain,s symptoms and signs in clinical Mediciene.Butterworth- Heinemann, New Delhe, 12th Edition,1997.
- 20 Park MK. Pediatric cardiology for practitioners.Jaypee Brothers, New Delhi 1989.
- 21 Pomeranz AJ,Fairley JA.the systematic evaluation of the skin in children. Pediatric Clinics of North America, 1998, 45: 49-63.
- 22 Singh M.Medical Quotationsby Eminent physicians and philosophers.Sagar Publication s. New Delhi, 2003.
- 23 Singh M. Care of the Newborn. Sagar publications. New Delhi , 6th Edition 2004.
- 24 Smith DW. Recognizable pattern of Human Malformations. WB Saunders Co•Philadelphia, 1976.
- 25 Stockman JA.Difficults diagnosis in pediatric. WB Saunders Co, philadelphia• 1990.
- 26 Swash M. Hutchisons Clinical Methods. WB Saunders Co,London 20th Edition• 1995.

- 27 Tandion R.Bedside Approach in the diagnosis of congenital Heart diseases. BI Churchill Living ston ,New Delhi, 1998.
- 28 Vakil RJ,Golwalla AF, physical diagnosis.Media promoters and publishersPvt‘Ltd, Bombay , 4th Edition ,1982.
- 29 Verbov J,Morley N. Color Atlas of pediatric Dermatology. MTP PressLtd,1983.
- 30 ZuberbuhlerJR.Clinical diagnosis in pediatric cardiology Churchill Livingstone‘ NewYork , 1981.

Abstract

This book is translated due to need of pediatrics department and necessity of fresh doctors specially those who want to get specialization in pediatrics.

Praise to Allah that this translation is finished and want from him to make it beneficial in this field.

This book has 16 chapters and its contents are:

The art of pediatric diagnosis, History taking, General physical examination, Salient differences between physical examination of children and adult, Anthropometry for assessment of nutritional status, Developmental assessment, Differential diagnosis of common abnormal physical signs, The skin and its appendages, The musculoskeletal system, The alimentary system and abdomen, The respiratory system, The cardiovascular system, The central nervous system, Examination of a newborn baby, Ethical and legal issues in clinical practice, The diagnosis of death

All of these chapters are translated completely and whole picture, table and figure are transferred without changing

Meanwhile it is necessary to thank all those who helped me in this effort; at the end I am once again much thankful from my respectable family that supported me during translation me with unprecedented patience.

M.farouq Hamidi MD



پوهندوی دوکتور محمد فاروق حمیدی فرزند غلام حضرت خان فرزند سید

محمد خان در ماه حمل سال 1348 در قریه گلی خیل دره نور تنگی ولایت

میدان وردک چشم به جهان کشود. تعلیمات ابتدایی خویش را از سال 1353-

1360 در مکتب ابتدایی قلعه کاشف وقت، واقع دوراهی پغمان مربوط ناحیه

پنجم شهر کابل و تعلیمات ثانوی خویش را از سال 1361-1364 در لیسه

غازی واقع کارتنه چهار شهر کابل به پایه اكمال رسانید. در سال 1364 بعد از

سپری نمودن امتحان کانکور به پوهندی طب ننگرهار شامل و در سال 1370 از آن فارغ گردید.

بعد از فراغت از پوهنتون در بین سالهای 1371-1378 با موسسه فیدریشن بین المللی صلیب سرخ و هلال

احمر افغانی به صفت آمر کلینیک شیخ آباد وردک ایقای وظیفه نموده است. بعداً به تاریخ 1379/1/4 در شفاخانه

ملی اطفال اتاترک به صفت داکتر معالج توظیف گردید که بعداً با گذشتاندن امتحان شمولیت در پروگرام تخصص

شامل و در نهایت با دفاع مونوگراف و اخذ سند DCH از وزارت صحت عامه به رتبه متخصص نایل آمد. بعداً به

تاریخ 1381/5/26 بعد از سپری نمودن امتحان کدر شامل کدر علمی پوهنتون طبی کابل گردید. به تاریخ

1382/9/3 بعد از سپری نمودن دوره یک ساله نامزدی از رتبه نامزد پوهنیار به رتبه پوهنیار ارتقا نموده و بعداً

با تکمیل معیارات ترقیع علمی به تاریخ 1385/10/15 از رتبه علمی پوهنیار به رتبه علمی پوهنمل نایل آمد.

موصوف اخیراً کتاب را تحت عنوان (روش های ارزیابی کلینیکی اطفال) جهت اخذ رتبه علمی پوهندوی ترجمه

نموده است که آرزومندیم تا محصلین عزیز، داکتر صاحبان گرانقدر و متخصصین شامل پروگرام تخصص اطفال از

آن استفاده اعظمی نمایند.

با احترام

Book Name	Pediatric Clinical Methods
Author	Dr. M. Farouq Hamidi
Publisher	Kabul Medical University
Website	www.kmu.edu.af
Number	1000
Published	2011
Download	www.ecampus-afghanistan.org

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.

The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your text books please contact us:

Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul

Office: 0756014640

Mobile: 0706320844

Email: wardak@afghanic.org

All rights are reserved with the author.

ISBN: 9789936400672

Printed in Afghanistan. 2011