



پوهنتون علوم طبي کابل



Kabul Medical Science University

Afghanic

Associate Prof Dr Sayed Najmuddin Jalal

Clinical Pediatric Examination Made Easy



Funded by



ISBN 978-9936-620-49-0



9 789936 620490

معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده



پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال

معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده

Clinical Pediatric Examination
Made Easy

پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال
۱۳۹۶

۱۳۹۶

فروش منع است

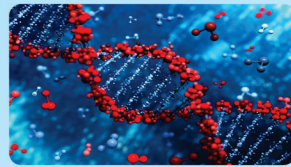
Not For Sale

2017

معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده

پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال

افغانیک
Afghanic



Dari PDF
2017



Kabul Medical Science University
پوهنتون علوم طبي کابل

Funded by
Konrad Adenauer Stiftung (KAS)

Clinical Pediatric Examination Made Easy

Associate Prof Dr Sayed Najmuddin Jalal

Download: www.ecampus-afghanistan.org

بسم الله الرحمن الرحيم

معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده

پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال

چاپ اول

این کتاب را به فورمت پی دی اف همراه با سی دی آن هم مطالعه میتوانید:



معاینات کلینیکی اطفال بطور ساده	نام کتاب
پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال	مترجم
پوهنتون علوم طبی کابل، پوهنځی طب	ناشر
www.kmu.edu.af	ویب سایت
۱۳۹۶، چاپ اول	سال چاپ
۱۰۰۰	تعداد
۲۵۵	نمبر مسلسل
www.ecampus-afghanistan.org	داونلود
سهر مطبعه، کابل، افغانستان	محل چاپ



این کتاب توسط کانراد ادناور بنیاد (KAS) تمویل شده است. امور اداری و تخنیکي کتاب توسط افغانیک انجام یافته است. مسؤولیت محتوا و نوشتن کتاب، مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه میباشد. ارگان های کمک کننده و تطبیق کننده مسؤول نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی شما چاپ شود با ما به تماس شوید:

داکتر یحیی وردک، وزارت تحصیلات عالی، کابل

دفتر ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل textbooks@afghanic.de

تمام حقوق نشر و چاپ همراهی نویسنده محفوظ است.

ای اس بی ان ۰ - ۴۹ - ۶۲۰ - ۹۹۳۶ - ۹۷۸



پیام وزارت تحصیلات عالی

در جریان تاریخ بشریت کتاب و اثر علمی برای کسب، حفظ، پخش و نشر علم و دانش نقش عمده را بازی کرده و جز اساسی پروسه درسی پنداشته میشود که در ارتقای کیفیت تحصیلات دارای ارزش خاص میباشد. از اینرو باید با در نظر داشت نیازهای روز، معیارهای شناخته شده جهانی و ضروریات جوامع بشری، کتب و مواد درسی جدید برای محصلین آماده و چاپ گردد. از اساتید و مؤلفین محترم کشور قلباً اظهار سپاس و قدردانی مینمایم که با سعی و تلاش دوامدار در جریان سالهای متمادی با تألیف و ترجمه کتب درسی دین ملی خود را اداء و موتور علم و دانش را به حرکت در آورده اند.

از سایر اساتید و دانشمندان گرانقدر نیز صمیمانه تقاضا مینمایم که در رشته های مربوطه خود کتب و سایر مواد درسی را تهیه و به چاپ برسانند، بعد از چاپ به دسترس محصلین گرامی قرار داده تا در ارتقای کیفیت تحصیلات و در پیشرفت پروسه علمی، قدم نیکی را برداشته باشند.

وزارت تحصیلات عالی وظیفه خود میداند تا در جهت ارتقای سطح دانش محصلین عزیز، کتب و مواد درسی جدید و معیاری را به رشته های مختلف علوم آماده و چاپ نماید. در اخیر از بنیاد کانراد ادناور (KAS) و همکار ما داکتر یحیی وردک صمیمانه تشکر و قدر دانی مینمایم، که زمینه چاپ و تکثیر کتب درسی اساتید و سایر دانشمندان گرانقدر را مهیا و مساعد ساخته اند.

امیدوارم این کار سودمند ادامه و توسعه یابد، تا در آینده نزدیک در هر مضمون درسی حد اقل یک کتاب درسی معیاری داشته باشیم.

با احترام

پوهنمل دوکتور نجیب الله خواجه عمری

وزیر تحصیلات عالی

کابل، ۱۳۹۶

چاپ کتب درسی

استادان گرامی و محصلان عزیز!

کمبود و نبود کتب درسی در پوهنتون های افغانستان یکی از مشکلات عمده به شمار میرود که محصلان و استادان را با مشکلات زیاد روبرو ساخته است. آنها اکثراً به معلومات جدید دسترسی نداشته و از چپترها و لکچرنوت های استفاده مینمایند که کهنه بوده و در بازار به کیفیت پایین فوتوکاپی و عرضه میگردد.

برای رفع این مشکلات ما تا به حال به تعداد ۲۵۸ عنوان کتب مختلف درسی پوهنخی های طب، وتریتری، فارمسی، روانشناسی، ساینس، انجینیری، اقتصاد، ژورنالیزم و زراعت (۹۶ عنوان کتب طبی توسط کمک مالی انجمن همکاریهای عملی آلمان DAAD، ۱۴۰ عنوان کتب مختلف طبی و غیر طبی توسط کمیته جرمی برای اطفال افغانستان kinderhilfe-Afghanistan، ۷ عنوان کتاب توسط جمعیت پوهنتونهای آلمانی و افغانی DAUG، ۲ عنوان کتاب توسط جنرال کنسلگری آلمان در مزار شریف، ۲ کتاب توسط افغانستان-Schulen، ۱ کتاب توسط بنیاد صافی، ۱ کتاب دیگر توسط سلواک اید، ۸ عنوان کتاب توسط بنیاد کارنراد ادانور (KAS) پوهنتون های ننگرهار، خوست، کندهار، بلخ، هرات، البیرونی، کابل، پوهنتون پولی تخنیک کابل و پوهنتون طبی کابل را چاپ نموده ایم. قابل یاد آوری است که تمام کتب چاپ شده مذکور بصورت مجانی برای تمام پوهنتون ها، تعداد زیات ادارات و مؤسسات کشور توزیع گردیده اند.

تمام کتاب های چاپ شده طبی و غیرطبی را از پورتال www.ecampus-afghanistan.org دانلود نموده میتوانید.

در حالیکه پلان ستراتیژیک وزارت تحصیلات عالی (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کشور بیان می دارد:

« برای ارتقای سطح تدریس، آموزش و آماده سازی معلومات جدید، دقیق و علمی برای محصلان، باید برای نوشتن و نشر کتب علمی به زبان های 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.»

ما میخواهیم که این روند را ادامه داده، تا بتوانیم در زمینه تهیه کتب درسی با پوهنتون های کشور همکاری نماییم و دوران چپتر و لکچرنوت را خاتمه دهیم. نیاز است برای مؤسسات

تحصیلات عالی کشور سالانه حداقل به تعداد ۱۰۰ عنوان کتاب درسی چاپ گردد. از تمام استادان محترم خواهشمندیم که در بخش های مسلکی خویش کتب جدید تألیف، ترجمه و یا هم لکچرنوت ها و چپتر های خود را ایدیت و آماده چاپ نمایند و در اختیار ما قرار دهند، تا با کیفیت عالی چاپ و به طور مجانی به دسترس پوهنځی های مربوطه، استادان و محصلین قرار داده شود.

همچنان در مورد نکات ذکر شده پیشنهادات و نظریات خود را به آدرس ما شریک ساخته، تا بتوانیم مشترکاً در این راستا قدم های مؤثرتری را برداریم.

از محصلین عزیز نیز خواهشمندیم، که در امور ذکر شده با ما و استادان محترم همکاری نمایند. قابل تذکر است که از طرف مؤلف و ناشر نهایت کوشش گردیده تا محتویات کتب به اساس معیار های بین المللی آماده گردد. در صورت موجودیت مشکلات در متن کتاب، از خوانندگان محترم خواهشمندیم تا نظریات و پیشنهادات شانرا بصورت کتبی به آدرس ما و یا مؤلف بفرستند، تا در چاپ های آینده اصلاح گردد.

از بنیاد کانراد ادناور (KAS) بسیار تشکر مینمائیم که تا اکنون مصارف چاپ ۸ عنوان کتب درسی را به عهده داشته اند.

بطور خاص از دفتر جی آی زیست (GIZ) و CIM (Center for International Migration & Development) یا مرکز برای پناهندگی بین المللی و انکشاف، که برای امکانات کاری را از ۲۰۱۶ الی ۲۰۱۶ در افغانستان مهیا ساخته بود، اظهار سپاس و امتنان مینمایم.

از محترم پوهنمل دوکتور نجیب الله خواجه عمری وزیر تحصیلات عالی، محترم پوهنمل دیپلوم انجنیر عبدالنواب بالاکرزی معین علمی، محترم داکتر احمد سیر مهجور معین مالی و اداری، محترم احمد طارق صدیقی رئیس مالی و اداری، محترم داکتر گل رحیم صافی مشاور در وزارت تحصیلات عالی، رؤسای محترم پوهنتونها، رؤسای محترم پوهنځی ها و استادان گرامی تشکر مینمایم که پروسه چاپ کتب درسی را تشویق و حمایت نموده اند.

همچنان از همکاران محترم دفتر هر کدام حکمت الله عزیز، فهیم حبیبی و داکتر نسیم خوگیانی نیز تشکر مینمایم که در قسمت چاپ نمودن کتب همکاری نموده اند.

داکتر یحیی وردک، مشاور وزارت تحصیلات عالی

کابل، دسمبر ۲۰۱۷

نمبر تیلیفون دفتر: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمیل آدرس: textbooks@afghanic.de

پیشگفتار

بنام خداوند لایزال

با ابراز سپاس بی پایان به درگاه رب فاضل که به من توفیق عنایت فرمود تا موضوع ترجمه کتاب « پیدایاتریک کلینیکل اگزامینیشن مید ایزی » را تحت عنوان معاینات کلینیکی اطفال به طور ساده به منظور ارتقای رتبه علمی از رتبه پوهنمل به پوهندوی از طرف دیپارتمنت داخله اطفال میوند برابم تعیین گردیده بود به پایان برسانم. معاینات کلینیکی به طور وسیع در عرصه طبابت یک بخش کلیدی بوده در ادبیات طبی نظر به شرایط خاص کشورها پیرامون تشخیص امراض اطفال اهمیت خاص دارد. تا در تدریس محصلان پوهنحی های مختلفه طبی ممد واقع شود.

در این جا قابل ذکر می دانم که اجرای ترجمه این رساله بدون کمک و همکاری سایر همکاران عزیز دیپارتمنت وارگان های مسؤل علمی پوهنتون برابم مقدور نبود، لذا از تمام هم مسلکان عزیز که در این امر با من همکاری نموده اند اظهار سپاس مینمایم.

از استاد رهنمای خویش محترم پوهاند دوکتور محمد اسحق معاشر که با وجود مصروفیت های شان پیوسته مراد جریان پیشبرد کار ترجمه و نگارش این رساله علمی کمک علمی و عملی نموده اند. مراتب قدردانی خویش را اظهار نموده برای شان موفقیت های بیشتر را خواها نم.

ومن الله توفیق

پوهندوی دوکتور سید نجم الدین جلال

عضودیپارتمنت داخله اطفال شفاخانه میوند

مقدمه چاپ پنجم

یکی از خوشی های نوشتن مقدمه برای کتاب معاینات کلینیکی در این است که اساسات این کتاب تغییر نخورده است. اخذ تاریخچه درست، معاینات فیزیکی مکمل، ارزیابی منطقی و خلاصه نمودن یافته ها اساسات کار کلینیکی را تشکیل می دهد. در این چاپ کتاب ما در مقابل نکات انتقادی جواب ارایه کرده و با ارایه اشکال، آوردن تغییرات در بعضی جا ها و بهتر ساختن صفحه آرای کتاب این کار را انجام داده ایم. داکتر خوب یک شنونده خوب، یک معاینه کننده خوب، مفسر خوب و بالاخره یک حل کننده خوب مشکلات خواهد بود. ما امیدواریم که سی تی اسکن، MRI، معاینات PETS و سایر معاینات و تکنیک های پیچیده به جای معاینات کلینیکی استفاده نگردد. ما به این عقیده ایم که معاینات درست کلینیکی ما را به انجام معاینات مناسب رهنمایی میکند. گوش دادن و معاینه با دست ها، تهداب تماس و پیمان کلینیکی را تشکیل می دهد.

Denis Gill

Niall O'Brien

سپاس گذاری

بدون کمک و همکاری Nomrma McEearney در قسمت نوشتن و همکاری Thomas Nolan در قسمت عکس برداری و نیز همکاری Des Hickey در قسمت نصب مناسب عکس ها، انجام این کار ناممکن بود. لذا از تمام آنها سپاس گذاری می کنم. از پروفیسور Alan Brown برای نظر شان در مورد عرف هیپوکراتیک ارزیابی ابراز سپاس و امتنان می نمایم.

D.G.G

N.O'B

سایت های اینترنتی

معلومات نا محدود در زمینه در انترنت موجود می باشد. محصلین می توانند به این سایت ها دسترسی یافته و از آنها استفاده نمایند، لست زیر محدود و انتخابی بوده ، اما امیدواریم حاوی نکات آغازین مناسبی باشد .

[Http://bmjjournal.com](http://bmjjournal.com) BMJ(British Medical Journal)

[www. medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com)

www.aap.org American Academy of Pediatrics

<http://>

www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=OMIM&itool=toolbar

Online mendelian inheritance in man

[http:// www.medic8.com/healthguide/dictionary.htm](http://www.medic8.com/healthguide/dictionary.htm)

www.rarediseases.org

[http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?) PubMed

www.rcpch.ac.uk Royal college of Paediatrics and Child Health

www.cdc.gov Centres for Disease control and Prevention (CDC)

www.who.int/home page / World Health Organization (WHO)

www.archdischild.com Archives of Disease in Childhood

[www. studentbmj.com](http://www.studentbmj.com) Student BMJ

فهرست

فصل اول

- ۱..... معرفی
- ۳..... طفل و داکتر
- ۵..... طب اطفال (و ترنری)
- ۶..... اهداف طب اطفال
- ۷..... هفت مرحله زنده گی اطفال
- ۸..... اطفال در شفاخانه
- ۱۰..... سه پایه تشخیصی

فصل دوم

- ۱۳..... اخذ تاریخچه
- ۱۳..... گوش دادن به مادران
- ۱۸..... کلمات اشارتی یا رهنمایی کننده
- ۲۰..... یک نمونه از تاریخچه
- ۲۸..... اجازه دهید تا اطفال صحبت نمایند
- ۲۹..... صحبت کردن با والدین
- ۳۲..... از گفتن خبر های بد به والدین اجتناب کنید

فصل سوم

- ۳۴..... نزدیک شدن به طفل
- ۳۴..... قوانین نزدیک شدن به طفل
- ۳۹..... چیز های که نباید انجام داد
- ۴۰..... اشاره به بخش های که باعث ناراحتی اطفال می گردند
- ۴۶..... نکات منطقی در تشخیص
- ۴۸..... شناخت سندروم ها

فصل چهارم

- ۵۰..... معاینات طفل در سنین مختلف

۵۰.....	نوزادی
۷۳.....	معاینات شش هفته گی
۷۸.....	طفل شیر خوار با مریضی حاد و وخیم
۸۴.....	اطفال یک الی سه ساله که می ترسند

فصل پنجم

۸۸.....	معاینه صدر
۱۰۶.....	سیستم قلبی و عایی
۱۲۰.....	بطن
۱۳۶.....	معاینه غدوات
۱۳۸.....	ارزیابی کلینیکی سیستم معافیت
۱۳۹.....	گوش گلو بینی و دهن
۱۴۶.....	جلد
۱۵۷.....	معاینه عصبی
۱۷۶.....	سیستم عضله اسکلتی
۱۹۳.....	چشم ها
۲۰۳.....	جراحی

فصل ششم

۲۰۶.....	اندازه گیری های نشونما
----------	------------------------

فصل هفتم

۲۱۵.....	مایعات و تغذی
۲۱۵.....	دریافت و ارزیابی دی هایدریشن
۲۲۰.....	تغذی

فصل هشتم

۲۲۵.....	ارزیابی نشونما
۲۲۶.....	سه ماهه
۲۲۶.....	۴-۵ ماهه

۲۲۷..... ۸-۶ ماهه

۲۲۹..... ۱۰-۹ ماهه

فصل نهم

۲۳۵..... معاینه مواد غایطه

۲۳۵..... تفتیش طبی مواد غایطه

۲۳۷..... معاینه ادرار

فصل دهم

۲۴۲..... استفاده از هوش و حواس

۲۴۲..... گریه از نظر تون آواز

۲۴۵..... استفاده از حواس در تشخیص

۲۴۵..... استفاده از لمس کردن در تشخیص

۲۴۵..... بحث آخری

فصل یازدهم

۲۴۶..... مباحث و نظریات در مورد طب اطفال

۲۴۶..... یافته های نارمل

۲۴۷..... سامان و لوازم معاینه

۲۴۸..... طرز استفاده از وسایل

۲۴۹..... علایم بیولوژیکی خطر

۲۵۰..... نکات کلینیکی

۲۵۱..... قاعده های کلی

۲۵۲..... افسانه های مادران

۲۵۲..... مخففات

۲۵۳..... سندروم های که در آنها نام اشخاص ضمیمه شده است

۲۵۷..... Mnemonic های بخاطر سپردنی

۲۶۱..... گراف های جنیتیکی

- ۲۶۱..... نشونمای بدون تشوش و مریضی
- ۲۶۳..... نکات مهم در معاینات اطفال
- ۲۶۵..... مهارت های اساسی کلینیکی برای محصلین که هنوز فارغ نشده اند
- ۲۷۰..... تست های کلینیکی
- ۲۷۲..... اطفال متفاوت هستند
- ۲۷۳..... واقعیت های فزیولوژیک آیا میدانید؟
- ۲۷۳..... طفل در کدام سن می تواند

فصل اول

معرفی

۲ طفل و داکتر

۵ طب اطفال (و ترنری)

۶ اهداف طب اطفال

۷ هفت مرحله زنده گی اطفال

۸ اطفال در شفاخانه

۱۰ سه پایه تشخیصی

هدف این کتاب این است که محصلان طب و دوکتوران که در رشته اطفال کار می کنند در کارهای عملی و نظری از آن استفاده کنند. تجارب نشان داده است که دوکتوران اطفال همیشه ضرورت دارند تا در مورد صحت و امراض اطفال مطالعات جدید داشته باشند. لذا اصطلاح محصل هم برای محصلان طب و هم دوکتوران بکار برده می شود هدف اساسی ما در این کتاب این است که چطور بتوانیم پرسش ها را از خود مریض ، والدین و یا پایوازان مریض بدست آوریم و همچنان از طریق شنا سایی و تعبیر علائم فیزیکی اطفال در سنین مختلف امراض اطفال را تشخیص نموده و نیز یک دریچه را برای فراهم نمودن معلومات اضافی باز نماییم. دوکتوران که در سرویس اطفال کار می کنند باید مهارت های ذهنی و مشاهدوی خود را انکشاف دهند تا بتوانند در مدت کوتاه مریض را ارزیابی نموده و یک تشخیص ابتدایی را وضع نمایند ، فلهمذا توجه خاص برای مشاهده مریضان باید مبذول گردد . طرز العمل معاینه کردن مریضان در این کتاب اساسا محدود به اعراض و علائم فیزیکی می باشد و به این معنی نیست که این کتاب منحیث یک کتاب تدریسی تلقی گردد. همچنان در مورد سندروم ها ، معاینات لابراتواری و تداوی مریضان معلومات گنجانیده نشده است و علاقه مندان میتوانند از کتاب های معتبر تدریسی در مورد استفاده کنند .

در فصول مقدم کتاب در مورد طرزالعمل معاینه کلینیکی اطفال وحل مشکلات آنها بحث صورت گرفته است. ما باور داریم که کار یک داکتر اطفال وقتی موثر بوده می تواند که در اخذ تاریخچه و معاینات فیزیکی مهارت کامل داشته باشد، لذا محصلان و شاگردان محترم باید در این عرصه وقت زیاد خود را صرف نمایند. طوریکه واضح است تعداد زیاد شاگردان در معاینه کردن نوزادان، اطفال کوچک و اطفال بزرگتر به مشکلات مواجه هستند، اگر آنها خواهان فهمیدن کامل حالات غیر نارمل باشند پس باید حالات نورمال را بفهمند. محصلان طب باید در قدم اول با امراض معمول آشنایی کامل داشته باشند تا با مواجه شدن با امراض غیر معمول دچار مشکلات نگردند. طوریکه آشکار است، نوزادان و اطفال قبل از مکتب در دوران حیات خود با مشکلات و تحولات زیادی روبرو هستند، فلهمذا توجه زیاد ما در مورد معاینه فیزیکی همین اطفال متمرکز می باشد و اطفال که در سنین مکتب هستند می تواند خوب استدلال کنند و مانند افراد نیمه کاهل معاینه گردند چون این کتاب برای دوکتوران و محصلان طب که با اصطلاحات عام طبی آشنایی دارند نوشته شده، پس از تعریف اصطلاحات معمول مانند chorea، clubbing، crepitation و غیره صرف نظر نموده ایم. اصطلاحات که مختص به رشته اطفال بوده در جدول ها ترتیب گردیده و دوکتوران و محصلان میتوانند در وقت ضرورت از آنها استفاده نمایند. کتاب های تدریسی بعضاً "معلومات را به شکل زیاد تخصصی بیان می کنند که حتی گاهی ممکن است بالای مطالبی که اهمیت زیاد ندارند تاکید بیشتر صورت بگیرد. در مورد تشخیص امراض باید با علایم مرض کاملاً" آشنایی داشته باشیم تا بفهمیم که آیا طفل مصاب مرض بوده و یا خیر؟ تا بتوانیم تشخیص مقدم و تداوی لازم نموده و از اختلالات جلوگیری نماییم.

داکتران و اطفال

معمولاً اطفال بنا بر دلایل مختلف به نزد داکتر آورده می شوند ، مثلاً " جهت اطمینان از نارمل بودن آنها ، واکسین نمودن ، ارزیابی نشونما ، ارزیابی اندفاعات جلدی و غیره . تا جایکه به محصلان طب مربوط می گردد وعواملی که بیشتر باعث مشوره والدین با دوکتوران اطفال می شوند قرار زیر می باشند .

۱. برای تشخیص امراض حاد مانند التهاب گوش متوسط ، امراض تنفسی ، انتانات ، اختلاجات ، التهاب اپندکس و غیره .

۲. برای تشخیص و معاینات امراض مزمن (تأخر نشونما ، ویز متکرر ، طولانی شدن اسهالات و غیره)

۳. برای تاخیر در رسیدن با mile stone های نارمل اطفال

۴. برای توصیه به واکسین ، تغذی ، نمو وسایر متغیرات نارمل

۵. برای مطمین شدن از نارمل بودن آنها

۶. برای تشخیص و تصدیق سندروم های مغلق

ما باور داریم که محصلان طب از این کتاب مستفید خواهند شد ودر مورد کمی وکاستی های موجود در این کتاب نظریات خود را به ما شریک خواهند ساخت . یک داکتر اطفال در صورت مواجه شدن به شرایط فوق باید همیشه با خوشی رفتار نماید واز استعداد های اطفال استفاده نموده وفکر کند که در یک شفاخانه آموزشی ایفای وظیفه می نماید ، نه در شفاخانه تدریسی ، یعنی همیشه چیزهایی از آنها باید بیاموزند. به نظریات آنها گوش دهند وخواص آنها را مانند سوالات تحقیقاتی تقلید کنند واز آنها چندین بار سوالات خود را مطرح کنند. بصور خلاصه می تواند گفت :

- طفل را به دقت ببینید و معاینه کنید.
- اگر طفل سخن گفته می تواند باید از وی پرسیده شود وبه سوالات وی جواب ارایه گردد.



شکل ۱-۱ اطفال بنابر دلایل مختلف به داکتر آورده می شوند.

مطابق به قانون هیپوکرات از ضروریات ابتدایی و اساسی که در معاینه اطفال کار گرفته می شود

مشابه به کاهلان بوده وبه طور زیر ارایه میگردند.

ضروریات	مهارت کلینیکی
تعلیم	اخذ تاریخچه
مهارت	معاینه فیزیکی
قدرت نتیجه گیری منطقی	تشخیص
تجربه	انزار
علم ودانش	تداوی

مواد ضروری کافی برای طفل و داکتر جهت معاینه و ارزیابی درست فراهم گردد. ما آرزومند هستیم که بتوانیم مهارت های ضروری را که جهت معاینه اطفال نیاز است به شما تقدیم کنیم ، تا در عمل بخوبی پیاده شده بتوانند.

ضرب المثل سابقه را همیشه بخاطر داشته باشیم که گفته اند:

میشنوم و فراموش می کنم.

می بینم و بخاطر می سپارم .

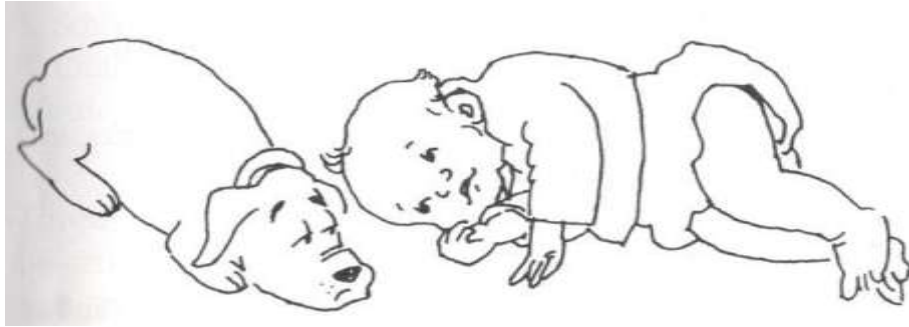
انجام میدهم و یاد می گیرم .

دیپارتمنت اطفال " وترنری "

با یاد آوری اصطلاح وترنری هدف ما کدام جنبه منفی موضوع نیست ، بلکه هدف ما مجسم ساختن شباهت های است که میان اطفال و حیوانات وجود دارند. ما آرزو داریم که شما معاینات را طوری انجام دهید که داکتران وترنر انجام می دهند و آن عبارت از شنیدن و دیدن است. بعضی از شباهت ها میان اطفال و حیوانات قرار زیر می باشند.

- وقتی مریض شوند خود را دراز می کشند.
- رد کردن متکرر غذا غیر معمول است.
- در اظهار و بیان حالت خود توانایی محدود دارند.
- خیره نگریستن بطرف آنها را دوست ندارند.
- در وضعیتی که راحت باشند تطابق می نمایند.
- قدرت بقای قویتر دارند.

تفتیش و داشتن تفکر خوب مهم ترین بخش معاینه اطفال را تشکیل می دهد. بعضی علما اصطلاح paediatric zoology را جهت مطالعه واقعات نادر در شفاخانه های تدریسی بکار می برند.



شکل ۱-۲ و ترنری و اطفال (اطفال کوچک و حیوانات یک تعداد خصوصیات مشترک دارند).

اهداف طب اطفال

هر بخش صحتی اطفال از خود اهداف و مقاصد مشخص داشته که به صورت عموم مهم ترین آنها عبارتند از :

۱. تدریس شناخت اطفال سالم و مریض و تداوی آنها
۲. تاکید بر ارزش نمو و انکشاف اطفال سالم و مریض
۳. تهیه دانش اساسی برای اطفال صحت مند و مریض
۴. محصل قادر گردد تا مهارت کافی معاینه فزیک را در مورد نوزادان ، اطفال یک تا سه ساله و بالغین بیاموزند.
۵. اخذ کافی تاریخچه طبی ، نشو نما ، حالت اجتماعی و عادات مریض از پایواز و با والدین مریض
۶. تاکید بالای ارزش سابقه زندگی و ارتباط با حالت صحتی و مریضی آن
۷. تاکید بالای ارزش تطبیق واکسین ، تغذی مناسب و وقایه از واقعات ناخوش آیند
۸. اثرات فکتور های جنتیکی و محیطی در بوجود آمدن سوء اشکال ولادی

۹. شناسایی حالات نا مساعد دوره طفولیت و زمینه سازی برای همکاری با آنها

محصلان طب باید خود را آماده انجام وظایف زیر بسازند.

۱. تا بتوانند از نتایج تاریخچه و معاینات فیزیکی به یک تشخیص رسیده و نتیجه گیری کنند.

۲. محصلان باید قادر به تشخیص تفریقی باشند.

۳. محصلان باید بتوانند تا برای تشخیص و تدای پلان گذاری کنند.

۴. مفاهمه خوب با والدین و یا پایواز مریض داشته باشند.

هفت مرحله زنده گی اطفال

اطفال به مرور زمان تغییر کرده یعنی آنها نمو وانکشاف می کنند و به پختگی میرسند. معاینه فیزیکی

نظر به عمر فهم و ارتباط آنها با والدین و یا پایوازاطفال متغیر می باشد. هفت مرحله زنده گی اطفال در

جدول زیر نشان داده شده اند.

ماه اول حیات	۱. نوزادی
یک ماهه گی الی یکساله گی	۲. شیرخوارگی
یکساله تا سه ساله	۳. Toddler
۳-۵ سال	۴. قبل از مکتب
۵-۱۸ سال	۵. سن مکتب
۵-۱۵ سال	۶. طفولیت
۱۰-۱۴ سال	۷. بلوغ: مرحله مقدم
۱۵-۱۸ سال	مرحله موخر

اطفال در شفاخانه

گفته شده که وظیفه ابتدایی داکتر اطفال این است که طفل را از شفاخانه صحت مند رخصت کند . در کشورهای پیشرفته مدت استراحت بستر تدریجا کاهش یافته وبه ۴-۶ روز میرسد و حد اوسط آن ۱-۲ روز می باشد. لذا اگر یک محصل بخواهد که چیزی بیاموزد باید همیشه به شکل آماده در شفاخانه موجود باشد . در شفاخانه ها تقریبا " نصف اطفال بستر را معمولا اطفال شیرخوار ویا یک الی سه ساله تشکیل می دهند و یکی از والدین نیز با آنها موجود می باشد.

طور که یاد آور شدیم مدت بستر بودن رو به کاهش می باشد ، برعکس مراجعه مریضان داخله و جراحی در سرویس سراپا رو به افزایش است و واقعات جالب واختلاطی اطفال در سرویس های جراحی پلاستیک ، اورتوپیدی، یورولوژی و جراحی اعصاب بیشتر به ملاحظه میرسد .

چرا اطفال به شفاخانه ها آورده می شوند؟

- برای ارزیابی و نظارت مریض های حاد و مزمن
- برای عملیات های جراحی حاد وانتخابی
- برای معاینات لابراتواری، پروسیجر های تشخیصیه وتداوی
- جهت ارزیابی در بخش های مختلف طبی خصوصا " اگر معلولیت موجود باشد
- برای محافظت آنها (در واقعات صدمات شدید غیر تصادفی)
- برای مشاهده (تشوشت سلوکی و غیره)
- برای مسایل اجتماعی

اکنون دوکتوران اطفال اکثر معاینات خود را در خارج بستر ومعاینه خانه ها و کلینیک های عامه به شکل سراپا اجراء می کنند، پس وقتی که شما خواهان مطالعه مضمون اطفال باشید دلچسپ خواهد

بود که از مراکز فوق دیدن نمایید و همچنان باید از مراکز که مراقبت اطفال معیوب را به عهده دارند و نیز از مراکز واکسین دیدن کنید اکثر شفاخانه های مرکزی مصروف پیش برد خدمات عاجل هستند ولی بیشتر از پنجاه فیصد کار به عهده مراکز ابتدایی صحت می باشد. تاکید بالای محصلان طب همین است که از این فرصت کوتاه مدت استفاده نموده و امراض معمول مانند انتانات تنفسی، امراض انتانی، واقعات جراحی صغیره، اندفاعات و اعراض مبهم را آشنا شده و بفهمند. باید به یاد داشته باشیم که واقعات نفروتیک سندروم، لوکیمیاها و epiglottitis در شفاخانه ها بیشتر می باشد و ممکن یک داکتر عمومی با امراض مانند کمخونی کمبود آهن، انتانات بولی و خراسک ویروسی بیشتر مواجه شود. همچنان شفاخانه های اطفال باید یک مجموعه از انومالی های ولادی را نیز داشته باشد.

قواعد مارا باید به یاد داشته باشید که :

- اول باید با حالات نورمال آشنایی کامل پیدا کنید.
- در قدم دوم باید انواع واقعات نورمال را بفهمید.
- بعدحالات غیرنورمال را شناسایی نموده و یادداشت نمایید.

حالات نورمال با حالات غیر نورمال ارتباط عمیق دارند که باید توسط تشخیص تفریقی از هم تفکیک شوند. قراریک راپور سالانه ۵-۷٪ اطفال در شفاخانه ها بستر میگردند که ۵۰٪ آن را اطفال تا سن هفت ساله تشکیل می دهد. اولاً" باید تاثیرات بسترشدن را بالای مریض مشاهده کنید که آیا دور بودن والدین سبب کدام مشکل روانی میگردد و یا خیر؟ و باید مهارت های جدید را که می تواند از این اثر جلوگیری کند بیاموزید مثلا با آنها بازی کنید برخورد مانند والدین کنید و یا هم برای آنها رسامی کنید که با وجود همه مسایل فوق، باید در شفاخانه خنده روی و بشاش باشید و از پایوازن گرفته تا به پروفیسور همه میتوانند که طفل را خوش نگهدارند. طوری که آشکار می باشد نرس ها

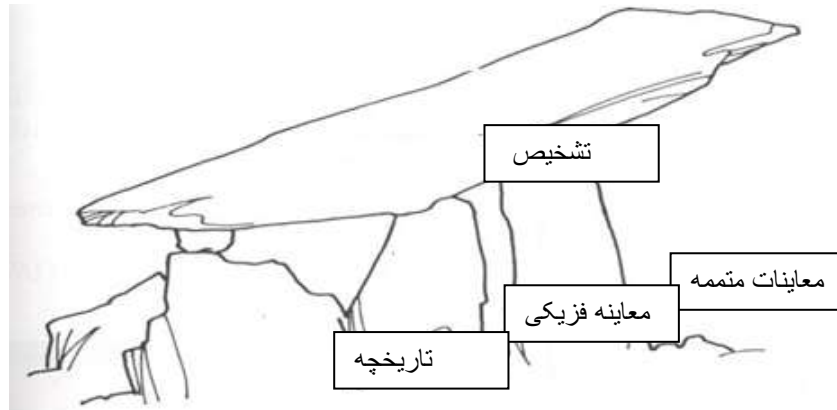
همه مهربان بوده و دوکتوران نیز کوشش می کنند ، باید محصلان نیز در صورت مواجه شدن با اطفال برخورد خوش داشته باشند. Marcus (یک طفل ۶ ساله) چنین نگاشته است "در وقت مریض حتی اشخاص بد خلق نیز خوبتر به نظر میرسند". Robert Louis گفته است که "وقتی من مریض بودم و در بستر افتیده بودم ، دو بالشت در زیر سر داشتم و تمام سامان بازی هایم در پهلویم افتیده بود ، تا مرا در تمام روز خوش نگهدارند.



شکل ۱-۳ اطفال در سرویس اطفال

سه پایه تشخیصی

امراض معمولاً "توسط تاریخچه دقیق ، معاینات فیزیکی و معاینات لابراتواری تشخیص شده میتوانند که در شکل زیر به ملاحظه میرسند.



شکل ۱-۴ سه پایه تشخیص (تاریخچه ، معاینات فیزیکی ، معاینات متممه)

در تشخیص امراض اطفال اکثراً "تاریخچه ، قسماً" معاینه فیزیکی (خصوصاً مشاهده) و قسماً" معاینات متممه رول دارند. لذا اخذ تاریخچه دقیق نقطه مهم و اساسی برای تشخیص می باشد. در وقت نوشته کردن شکایات مریض باید عرض مهم که سبب نا راحتی مادر گردیده او را به این وادار ساخته که طفل را به یک مرکز صحتی ببرد ، اولاً" درج گردد. معاینات فیزیکی اطفال و تخنیک های آن با تفصیل در فصل های بعدی این کتاب نگاشته شده است . تاریخچه ، معاینات و نتایج آنها و نیز نقاط غیر نورمال باید توسط یک سیستم استاندارد ، معیاری و عام فهم یادداشت گردد. باید محصلان به یاد داشته باشند که در وقت نوشتن از اصطلاحات چون O/E-NAD استفاده نکنند ، چون در مرحله آموختن این نکات کافی نمی باشد. توسط تجربه کافی میتوان معاینه یک طفل شیر خوار و بزرگتر را در وقت کم انجام داد. والدین معمولاً بالای دوکتورانی که معاینه فیزیکی را به صورت دقیق انجام می دهند معتقد می باشند ، نه اینکه تنها نقاط ماووف را معاینه کنند. خلاصه گفته میتوانیم که اولاً باید حتماً تعداد زیاد اطفال نورمال را معاینه کنیم تا به حالت مرضی آشنا شویم .

والدین عصر امروز میخواهند بدانند که آیا اطفال آنها نورمال است و یا خیر ، اگر جواب نخیر باشد پس باید مشکل برای شان واضح گردد. آیا بالای داکتری که طفل شما را درست معاینه کرده نتواند ،

اعتماد کرده می توانید؟ داکتری که معاینه اطفال شما را سطحی اجرا کند ویا فقط نقاط ماووف را معاینه کند ، عقیده شما بالای این طور داکتر چه خواهد بود؟
چند نقاط آتی را باید به خاطر داشته باشید:

- اخذ تاریخچه از والدین طفل یک کار اساسی وکلیدی می باشد.
- طفل را به طور کامل معاینه نمایند .
- همیشه تعداد زیاد اطفال را معاینه کنید.

در این کتاب در مورد معاینات لابراتواری چیزی ذکر نگردیده و در این مورد شما به کتاب های تدریسی خود مراجعه نمایید . Comenius در سال ۱۶۳۰ گفته است "من یک میتود را جستجو می کنم که توسط آن استاد درس کم میدهد ولی محصل چیز زیاد می آموزد"

اساسات دوگانه کلینیکی

دو گوش برای شنیدن
دو چشم برای دیدن
دو دست برای معاینه کردن
دو نیم کره دماغ برای دریافت کردن

Chang Chung- Ching c150" گفته است که "یک داکتر با تجربه تنها با مشاهده میدانند که مشکل طفل چه است؟ داکتر با تجربه متوسط این کار را با شنیدن و گوش دادن انجام میدهد و یک داکتر با تجربه کم با گرفتن نبض مریض این کار انجام خواهد داد .

فصل دوم

اخذ تاریخچه

گوش دادن به مادران ۱۳

کلمات اشارتی یا رهنمایی کننده ۱۸

یک نمونه از تاریخچه ۱۹

اجازه دهید تا اطفال صحبت نمایند ۲۵

صحبت کردن با والدین ۲۷

از گفتن خبر های بد به والدین اجتناب کنید ۲۹

" یک مادر هوشیار نسبت به یک داکتر ضعیف تشخیص خوبتر وضع می نماید. " August bier

(۱۸۶۱-۱۹۴۹)

گوش دادن به مادران

وصف مهم یک داکتر خوب همین است که باید گوش دهنده خوب باشد ، با دقت به مادران گوش دهد و حرف های آنها را یادداشت نماید . در ازبین بردن مشکلات اطفال تاریخچه ارزش حیاتی دارد و نسبت به معاینات لابراتواری و فیزیکی می تواند معلومات بسیار با ارزش از آن بدست آید . در اخذ تاریخچه اصل مهم عبارت است از : مادران همیشه راست میگویند مگر اینکه دروغ آنها به شما ثابت گردد. پایواز خوب اطفال ، مادران می باشند که می توانند معلومات زیاد در مورد مریضی اطفال ابراز نمایند حتی مادران کم تعلیم نیز شما را در ارایه معلومات خود متحیر خواهند ساخت . اگر دقیق مشکل را واضح کرده نتوانست بازهم آنقدر میدانند که حتما " کدام مشکلی نزد طفلش رخ داده است . اگر مادر

بگویند که من فکر می‌کنم که شنوایی طفلم کم است ، مسولیت داکتر می باشد تا این قضیه را رد و یا تایید نماید.



شکل ۱,۲: به مادران به دقت گوش دهید.

به فکر ما هیچ کس نمی تواند در ارایه معلومات در مورد مشکلات طفل جاگزین مادر گردد. پدران ممکن است مهارت زیاد داشته باشند ولی معلومات و عاطفه که یک مادر در مورد طفلش دارد هیچ کس دیگر نخواهد داشت . اصل این که مادران معمولاً " راست میگویند و حکایه پدران از شک خالی نیست ، اگر چه درین اواخر پدران نیز با اطفال خود ارتباط صمیمی دارند و این روابط بهبودی پیدا کرده است. پایوازان دیگر مانند عمه ، خاله و غیره نیز به درجات مختلف در ارایه معلومات در مورد اطفال متفاوت خواهند بود. چون مادر کلان و پدر کلان طبیعت نهی کننده دارند پس می توانند در مکالمه ابتدایی و اخذ تاریخچه ، ما را تحت تاثیر خود بیاورند. در ابتداء مهم است تا ارتباط خوب با مادر داشته باشیم ، مادر باید بداند که شما (داکتر) در مورد گفتار وی با مسولیت برخورد نموده و مادر باید متیقن شود که داکتر مشکل و تشویش وی را درک نموده است . اولین سوال با ارزش باید همین باشد که شما در مورد سبب

مریضی طفل تان چه فکر می کنید ، بالای طفل شما چه اتفاق افتاده است ؟ که این سوالات می تواند شما را به جهت درست رهنمایی کند ، تا در مورد معاینات تعقیبیه قضاوت درست نمایید .

باید خود را در نقل کردن الفاظ مادر نقطه به نقطه عادت دهید. مادران اکثراً " در وقت ارایه کردن تاریخچه سخنانی را بیان میدارند که اگر به آن توجه صورت نگیرد و یاد داشت نگردد ، بعداً فراموش خواهد شد و در نتیجه ارزش آن از بین خواهد رفت. تجربه این گفتار را داریم که " اگر به گفتار مادرش گوش میدادم پس ممکن در مورد مریضی طفلش چیزی می گفت ". محصلین طب گفتار مادران را درست قبول کرده و از آنها تقاضا می کنند تا الفاظ خود را واضح کند به طور مثال اصطلاحات اسهال واستفراغ به تفصیل و توضیح ضرورت دارد . آیا همین اسهال که مادران بیان می کنند معنی تعوط متکرر ، بوی ناک و یا نیمه جامد را ارایه می کندویا خیر ؟ آیا شما ویا مادران در مورد تعداد تعوط نورمال بلدیت دارید؟ آیا معقول خواهد بود تا در مورد اطفال از والدین جوان توقع درک بیشتر کنیم ؟ از نظر شما لفظ فرط فعالیت چه معنی دارد؟ آیا تمام اطفال به درجات مختلف فعال نمی باشند ؟

به سخنان مادر گوش دهید!

- مادر جان تشویش شما چه است ؟
- چه فکر می کنید ؟
- نقطه به نقطه به من قصه کنید.
- از سخنان ومثال دادن وی استنباط نمایید .
- از مادر د رمورد گفتنی های وی طلب وضاحت کنید (مطلب ومقصد شما از این گپ ها چی می باشد؟).

مطمین باشید که شما هر دو در مورد عین شکایت صحبت می کنید، اگر شکایت خراسک یا croup، بی اشتهایی و یا عسرت تنفس باشد. باید به اصطلاحات محلی آشنایی داشته باشید مثلاً " (ممکن مادر برای قضیب اصطلاح عضو پنهانی و یا عضو خصوصی را استعمال کند).

در شفاخانه همه دوکتوران میدانند، وقت که مادر بگوید که طفل من بالای زمین خود را دراز میکشد معنی این را دارد که این طفل بسیار مریض است و یا مادران استرالیایی در این حالت ممکن بگویند که نهایت طفل شیرخوار شان کج میماند. دانستن اصطلاحات که جواب مطلوب بدهد ضروری می باشد. یک سوال بسیار باز که می تواند هوشیاری مادر را بیان کند عبارت از این است که درباره طفل تان به من چیزی بگویید!

وبه مادر اجازه دهید تا صحبت کند، هر قدر که تجربه شما بیشتر می گردد، به همان اندازه ممکن سوالاتی خوب مطرح کرده بتوانید تا سخنان مادر را در عین زمان اخلاص نکنید.

البته محصلین باید به قصه های پر مفهوم گوش دهند، یک وقت شما خواهید آموخت که چگونه یک بیان نامطلوب حذف می گردد. چگونه از طریق معاینات لابراتواری و تشخیص به هدف رسیده می توانید و نیز باید علایم ارزشمند را نیز شناسایی کرده بتوانید. از طریق اخذ تاریخچه یک شنونده خوب شوید یعنی در قدم نخست به والدین و بعد به استاد که چگونه تاریخچه میگیرد خوب توجه کنید.

مثال یک تاریخچه که به صورت درست اخذ نگردیده باشد چنین خواهد بود:

سرفه از ۳ روز

نخوردن غذا از ۲ روز

ویز از یک روز

تب از یک روز

استفراغ از دو روز

تعداد زیاد چارت های جدید که غیر مفصل بوده و برای محاسبات کوتاه استفاده می شوند ، آنقدر قابل اعتبار نبوده و ممکن نتایج غلط از آنها بدست آید . همیشه از والدین خواهش کنید تا معلومات مفصل در مورد شکایات اساسی مریض ارایه بدارند شروع مناسب شاید اینطور باشد ، که زمان اخیری که طفل شما صحت مند بود چه وقت بود؟

کدام شکایت اولاً" بوقوع پیوسته است سرفه ویا ویز؟ چطور تغییر وصف نموده ؟ در صورت اختلاجات وقت اختلاج ، محیط ماحول ، تنبهاات وغیره عوامل می توانند ارزش حیاتی داشته باشند. شما ضرورت دارید تا با مریض تان باید تعارف داشته باشید ، آیا مریض فعال است ، پرانرژی است ، خواب وی چه نوع است ، آیا اجتماعی است ، آیا پیشرفت آن در مکتب قناعت بخش است ؟ آیا نموی وی به شکل نورمال به پیش میروود ؟ آیا عضو دیگر فامیل نیز به عین مرض مبتلا می باشد ؟

اجازه دهید تا مادر صحبت کند !

- در باره طفل تان چیزی بگوئید .
- روابط طفل شما ، با شما چطور است ؟
- برای بار آخر طفل شما چه وقت کاملاً" صحت مند بود؟
- حکایه کنید که چی به وقوع پیوسته است؟

مریضان قدردانی دوکتوران را می نمایند ، کسیکه وقت خود به مریض وقف می کندوبه آنها توجه می کند(اگرچه داکتر در عجله نیز باشد) ، از طرف مریض قدردانی می گردد. وقتی شما گوش بدهید چیزی حتما" خواهید شنید. زمانی را که شما در اخذ تاریخچه سپری می کنید دوباره پرداخت خواهد شد.

هر کتاب تدریسی شما و یا استادان شما معمولاً "یک عرض مانند سرفه و یا درد را به شکل آتی وضاحت میدهند .

- چه وقت بوقوع پیوست ؟
- برای چقدر وقت با این مشکل روبرو هستید؟
- آیا وضاحت داده می توانید؟
- کدام عوامل سبب این حادثه می شود؟
- آیا کدام حالت و یا شی می تواند سبب کاهش این عرض گردد؟
- دوام عرض چه مدت را در بر میگیرد؟
- تکرر عرض در شبانه روز چند مرتبه می باشد؟
- آیا کدام عرض مترافقه وجود دارد؟
- وقتی به این حالت مریض مواجه می شود ، چه می کند؟
- شما در این زمینه چه کرده اید؟

همین اعراض باید در وقت معاینه محتاطانه و مفصلاً " ارزیابی گردیده و زمان معاینه سیستم ها بصورت تکرار انجام گردد. به مرور زمان و ازدیاد تجربه معاینات تکراری مختصر می گردند ، در تاریخچه اطفال از نظر تاریخچه فامیلی ، اجتماعی ، کلتوری و تاریخچه گذشته کدام تفاوت خاص وجود ندارد. ارتباط طفل با اعضای دیگر فامیل مانند والدین ، خواهر و برادر می تواند بسیار مفید باشد ، که باید جستجو از آن صورت گیرد .

در عصر امروز تعداد زیاد مریضی ها از نظر عوامل اجتماعی و اخلاقی در جوامع متفاوت بوده که باید در نظر گرفته شوند. وضعیت اجتماعی و اقتصادی فامیل ، وضعیت مالی فعلی و وظیفه والدین در اخذ تاریخچه حاوی ارزش حیاتی می باشد . آیا والدین با هم زندگی می کنند ، یعنی در نکاح هستند؟ آیا عقد نکاح را شکسته و باهم زندگی می کنند؟ آیا مادر تنها زندگی می کند؟ آفات مانند معیوبیت ها ، امراض میتابولیک که از لحاظ ارتباط خونی حایز اهمیت می باشند ، ضرورت به جستجوی بیشتر دارند ، چون اکثر اینها از نظر قرابت نژادی به میان می آیند .

کلمات اشارتی یا رهنمایی کننده

همان طوریکه کمپیوترها نکات کلیدی را میشناسند ، محصلین نیز باید در وقت اخذ تاریخچه در صدد جستجوی کلمات اشارتی شوند ، هدف ما از این کلمات دریافت بیانات ساده است که در تاریخچه نهفته اند و برای تشخیص مفید می باشند ، یکتعداد آنها را به طور زیر بیان می داریم .

- اشاره: طفل بسکیت ویا نان را خوش ندارد.
- فکر کنید! ممکن مصاب gluten enteropathy باشد.
- اشاره : طفل تنها نمک میخورد ویا اشیای آلوده به نمک را می لیسد.
- سوال: آیا طفل مصاب مرضی است که در آن نمک ضایع می گردد.
- اشاره : بعد از استفراغ طفل گرسنه می شود.
- جواب : این ممکن از سبب استفراغ میخانیکی باشد که از سبب pyloric stenosis ویا gastroesophageal reflux بوجود می آید.
- اشاره : طفل همیشه می نوشد ، هر چیز را می نوشد ، حتی از سطل های تشناب نیز .

جواب: این اعراض به polydepsia حقیقی دلالت می کند.

- اشاره: من نمیدانم که این همه غذا چه می شود.

نظر: اگر نسبت مساله فوق به یک طفل تنبل یا کمتر فعال باشد، پس باید به سندروم های سوی جذب مانند cystic fibrosis فکر کنیم.

مادران ممکن به شکل غیر ارادی سخنان عجیب و غریب بدانند، شکایت عام که من به طفل خود هر چیز را آماده کرده نمیتوانم، در حال که طفل را شما می بینید که چاق است و شیر یا کیک می خورد، در عین زمان ممکن بیانات متضاد بشنوید مانند اینکه، طفل هیچ چیزی نمیخورد و هیچ آرام نمی نشیند و یا هم از یک طفل یک الی سه ساله که بسیار فعال بوده بیشتر از مواد کاربوهایدریت دار استفاده می کند و بدست او بوتل شیر است، مادر شاک می باشد.

یک نمونه از تاریخچه

برای بدست آوردن جوابات درست باید سوالات درست مطرح گردند، که این اصل در هر بخش از سیستم های بدن بسیار مهم می باشد، خصوصاً در وقت اختلاجات باید داکتر تا حد ممکن از طفل و محیط آن با خبر شود.

به هر صورت برای اخذ تاریخچه جامع به طور مثال از مادر در مورد این که آیا طفل بستر خود را تر می کند و یا خیر سوالات آتی را مطرح می کنیم.

- عمر طفل چقدر است؟
- او طفل چندم فامیل خود می باشد؟
- از چه وقت بدینسو به این مشکل دچار می باشد؟
- اکثراً چند مراتب بستر خود را تر می کند؟

- آیا از طرف روز بستر خود را تر می کند؟
- از طرف روز تا کدام وقت می تواند اقتدار تبول داشته باشد؟
- آیا جریان ادرار وی مناسب است ؟
- آیا دچار کدام مشکل انتان کلیوی شده است ؟
- در کدام مقطع روز کاملاً خشک می باشد؟
- آیا می تواند خود را به آسانی خشک نگهدارد یا خیر ؟
- آیا بسترش جدا است ؟
- وقت که بستر خود را تر می کند بعد بیدار می شود؟
- آیا اضافه تر از یک بار شبانه بیدار می شود و بر می خیزد؟
- آیا شبانه پمپر استفاده می کند؟
- شیت های بستر را چه وقت تبدیل می کنید؟
- آیا در داخل منزل تشناب وجود دارد؟
- در صورت تر نمودن بستر شما چه کرده اید؟
- آیا طفل دوست دارد خشک باشد؟
- آیا شب هایی نیز وجود دارند که وی در آنها خشک باشد؟
- بیشترین دوره خشک بودن وی چی قدر بود؟
- وقتی که از خانه دور باشد خشک می باشد و یا خیر؟
- آیا شما طفل خود را از طرف شب کدام وقت بیدار کرده اید؟
- آیا شما اخذ مایعات وی را کم کرده اید؟

- آیا طفل خود را لت و کوب کرده و یا کدام جزاء داده اید؟
- او در خانه یا مکتب چه نوع روش دارد؟
- آیا تا به حال کدام ادویه برای رفع مشکل او استفاده نموده است؟
- آیا یکی از برادران ، خواهران ویا هم سنان وی دچار عین مشکل می باشد؟
- آیا یکی یا هر دوی والدین او در دوران طفولیت مصاب عین مشکل بوده اند؟
- آیا این عرض از نظر روانی و جسمی کدام تاثیر بالای طفل داشته است؟
- آیا تر نمودن بستر سبب کدام تکلیف به شما گردیده است؟

ممکن این تاریخچه دور و دراز به نظر برسد ولی با تجربه کافی میتوان به زودی به یک نتیجه برسیم و سوالات خود را مطرح کنیم . تر نمودن بستر یکی از اعراضی می باشد که از مادر و طفل یکجا ویا جداگانه مشاهده اخذ گردد ، تا بسیار مفید واقع شود. از اختلاجات گرفته تا به ضعف ویا هم تشوشات تغذی میتوان به طور فوق عمل نمود تا به یک تشخیص احتمالی برسیم ، به طور خلاصه برای تشخیص تشوشات دوره طفولیت ، بدون تاریخچه مکمل بدیل دیگری وجود ندارد . هیچ چیزی جانشین چنین یک تاریخچه شده نمی تواند که در آن تمام اصطلاحات به درستی ثبت گردیده و باعث تشخیص تشوشات دوران طفولیت گردد. کوشش نمایید تا در مورد استما ، دل دردی (دردهای بطنی) و کم خونی مانند فوق یک تاریخچه بنویسید . در مورد پروگرام مناسب سوالات فکر کنید. آیا شما می دانید که بصورت تخمینی ۷۰ فیصد تشخیص های اطفال اساساً " بالای تاریخچه استوار می باشد.

خلاصه اولی

یک طفل ۸ ساله که مصاب انتانات مکرر سینه خصوصا در فصل زمستان می باشد ، سرفه و ریزش بینی از طرف شب داشته و نیز تاریخچه سابقه اکزیما موجود است اما امروز هیچ تشوشی ندارد.

تشخیص احتمالی عبارت از asthma می باشد.

خلاصه دومی

یک دختر دو ساله ، تاریخچه شش ماهه اسهال دارد ، حجم مواد غایطه زیاد و قوام آن نرم می باشد و نیز دارای پارچه های غذایی هضم نا شده است ، دفعات آن در روز ۳-۵ مرتبه می باشد ، وضع عمومی و اشتهاى آن خوب است ، قد و وزن نظر به سن نارمل می باشند ، خوب تغذی گردیده و هیچ نوع یافته های فزیکى موجود نیست .

تشخیص احتمالی: اسهال اطفال یک تا سه ساله (سندروم نخود و زردک)

خلاصه سومى

دختر هفت ساله که شاگرد مکتب ابتدایه است ، تاریخچه یک ساله از حملات staring دارد که از طرف والدین و استاد مشاهده گردیده چشمان وی حرکات سریع لرزنده دارد . فعالیت طفل به شکل موقت توقف می کند، و حوادث بالای آن هیچ اثر ندارد و زیان آور نیست . دفعات حملات آن در هفته ۲-۳ مرتبه بوده که گاهی دو تا سه مرتبه در روز نیز اتفاق میآفتد ، ذکاوت وی نورمال بوده ،

تاریخچه غیر نورمال سابقه و علایم فیزیکی غیر نورمال وجود ندارد.

تشخیص احتمالی : Primary generalized epilepsy (Absence seizure)

تمام مثال های تاریخچه فوق که به شکل درست اخذ و نوشته شده باشد برای رسیدن به تشخیص کمک کننده و لازمی می باشد.

استراتژی HELP را در نظر بگیرید.

H (تاریخچه) ، E (معاینات) ، L (منطق) ، P (پلان تداوی)

تاریخچه تغذی

تشوش تغذی در دوران شیرخوارگی آنقدر بسیار مهم بوده و برای تشخیص آن اخذ یک تاریخچه درست بسیار با ارزش و ضروری می باشد. طفل که از سبب تشوش تغذی برای داکتر آورده می شود ، اکثر داکتران شیر طفل را تبدیل می کنند ، درحالیکه اکثراً این نقیصه در شیر نبوده بلکه به نوع و تخنیک تغذی و نیز با ارتباط طفل و مادر مربوط می باشد. اگر مساله تغذی با یک مادری که در مورد الرژی یا حساسیت معلومات دارد بحث می شود ، پس اخذ یک تاریخچه مفصل ارزش حیاتی دارد.

آیا طفل با شیر مادر ویا شیر بوتل تغذیه می گردید؟ اگر با شیر مادر تغذیه می گردید پس برای چه

مدت تغذی شده ؟

آیا این مدت برای مادر و طفل قانع کننده بوده است؟ مادر طفل خود را برای چند مراتبه تغذیه می کرد؟

آیا ضرورت طفل رفع گردیده بود؟ آیا در وقت تغذیه موانع وجود داشت؟ خواب ، تغذی و نشونمای طفل

چطور بود؟ آیا مادر به طفل خود به تقاضای طفل ویا بر اساس تقسیم اوقات شیر تهیه می کرد؟ آیا

اضافه از شیر مادر کدام غذای دیگر نیز به طفل تطبیق شده است؟ اگر با شیر بوتل تغذیه می گردید پس از فارمولا استفاده می کرد و یا از شیر گاو؟ کدام نوع شیر فارمولا استفاده می کرد؟ طرز تهیه کردن آن چگونه بود؟ مقدار و حجم شیر در هر دفعه چقدر بود و در مدت چند ساعت تطبیق می شد؟ دفعات شیر دادن چند مرتبه بود؟ در مجموع در روز چقدر شیر به مصرف میرسید؟ آیا ویتامین ها و آهن ضمیمه آن شده بود و یا خیر؟ تا چه مدت به طفل خود شیر را داده بود؟

Weaning یا اضافه نمودن غذای متمم به طفل شیر خوار

مواد غذایی جامد در کدام مرحله عمر شروع گردیده است؟ کدام نوع غذای جامد و به چه طور استفاده می شد؟ آیا با قاشق و یا بوتل تغذیه می گردید؟ در کدام عمر برای بار اول مواد گلوتین دار شروع گردیده است؟ آیا طفل برای مواد غذایی خاص میلان داشت؟ چه وقت وی غذای کافی می خورد؟ آیا در مقابل نوع خاص مواد غذایی حساسیت نشان داده است؟ چرا فکر می کنید که وی در مقابل آن غذا حساسیت داشت؟ آیا وی از پستان و یا بوتل خوب چوشیده می تواند؟ آیا بلع آن درست می باشد؟ چه چیزها باعث توقف چوشیدن آن می شود؟ مثلاً سیر می باشد، خواب آلود است و یا حالت نفس تنگی پیدا می کند؟ آیا در مقابل weaning مشکل وجود دارد؟ شما هردو با آن چه می کردید؟ آیا شوهر شما در استفاده از شیر بوتل همکاری مینمود؟ وقتی که طفل گریه می کند شما اوراتغذی می کنید؟ آیا به وی آب نیز می دهید؟ اگر تمام سوالات فوق در حل مشکل تغذی کمک کرده نتوانست پس شما پیشنهادات زیر را کرده می توانید.

لطفاً برای من نشان دهید که چگونه طفل خود را تغذیه می کنید؟ محصلین می توانند با استفاده از وظایف نرسنگ مانند لباس تبدیل کردن، شستن، گرفتن طفل و بیشتر از همه تغذیه کردن طفل با صرف وقت خود، چیزی بیشتری بیاموزند.

در آخر گفته می‌توانیم که علایم خوب یک محصل همین است که بتواند از مریض و یا والدین تاریخچه خوب اخذ نماید. در اخذ تمام تاریخچه هدف همین است که بر بنیاد مشکلات دسترسی پیدا کنیم. خوب خواهد بود تا دوباره بگوییم، حالا که به والدین آشنایی پیدا نموده اید و سلسله گفتگو جریان دارد پس سوالات را دوباره تکرار نمایید.

- دوباره بگویید که چرا طفل خود را به شفاخانه آورده اید؟
 - اصلاً در مورد چی می‌اندیشید؟
 - چه فکر می‌کنید که طفل شما را چی شده است؟
- تاریخچه مکمل اطفال مشتمل بر عبارات زیر و جستجوی اینها می‌باشد.
- دوران حاملگی
 - زمان تولد
 - وقعات جریان ولادت
 - عملیه تغذی
 - مراحل نشو نما
 - معافیت
 - امراض انتانی
 - جروحات و تصادمات
 - عملیات ها و بستر شدن در شفاخانه ها
 - حساسیت ها
 - امراض خفیفه

- تداوی ها
- اگر بتوانید سلسله اندازه قامت و وزن طفل
- پیشرفت طفل در مکتب
- مسافرت ها

در وقت اخذ تاریخچه در یک محیط آرام ، زمینه سازی کنید تا طفل از والدین جدا شود وملاحظه

نمایید که طفل چگونه احساس دارد، آیا به شکل مستقلانه بازی ویا رسامی می کند؟

به طور خلاصه در وقت اخذ تاریخچه به نکات زیر توجه خاص صورت گیرد:

تاریخچه مکمل
تمام حقایق
سلسله کوتاه و دقیق شکایات
تغییرات قابل ملاحظه بعد از شروع مریضی

محصلین باید در وقت تاریخچه گرفتن هدایات زیر را در نظر داشته باشند:

- طوری بنویسید که خوانا باشد.
- تاریخ و وقت را یاد داشت نمایید.
- ریکارد مکمل معاینات و تاریخچه را تهیه کنید .
- از اختصارات پرهیز کنید.
- تاریخچه پر معنی و کوتاه بنویسید.

- مشکلات مهم را یکایک یاد داشت نمایید.
- یک تشخیص احتمالی بنویسید و اگر ممکن نباشد تشخیص های تفریقی را جمع کنید.
- باید اسم ، رتبه و امضاء خود را درج دوسیه کنید.
- شکایات مادر را تغییر ندهید.

اجازه دهید تا اطفال صحبت نمایند

چون به تکرار ما ازارزش و اهمیت حکایه مادر در مورد شکایات و تاریخچه طفل وی صحبت کردیم ، باید فراموش نکنید که ممکن طفل نیز چیزی به گفتن داشته باشد که حایز اهمیت خواهد بود. او ممکن بسیار مایل باشد که تاریخچه خود را بیان کند و در زمینه همکاری نماید. در اکثریت وقایع اطفال که می توانند صحبت کنند و یا به شکل متواتر تاریخچه بستر شدن در شفاخانه را داشته باشند و یا هم به امراض مزمن مبتلا باشند ، آنها می توانند به صورت بسیار واضح تاریخچه مریضی خود را بیان کنند . سخنان طفل باید شنیده شده و به آن توجه شود ، طفل ممکن نظریات داشته باشد که میخواهد آن را بیان کند . اطفال بالاتر از پنج سال در مورد مشکلات شان باید پرسیده شوند که ممکن است باعث تقویت یافته های شود که از والدین طفل دریافت نموده ایم.



شکل ۲-۲ اجازه دهید تا اطفال صحبت نمایند.



شکل ۲-۳ یک مادر مضطرب با طفل مریض

ما اخیراً" به یک طفل ۱۱ ساله مواجه شدیم که مصاب به قرحه تشخیص شده اثناعشر بود و وی درد خود را به یک شعاع لیزر تشبیه می کرد که گویا داخل معده اش می شود. اگر طفل شرمندوک و خاموش است او را زیاد تنبه نکنید ممکن بعداً" خودش صحبت نماید. اینکه اطفال در مورد خود و یا فامیل خود صحبت بکنند مربوط به ذکاوت و حالت روانی طفل و یا فامیل وی می باشد. اگر دیپارتمنت و یا شعبه اطفال شما به سامان آلات مجهز باشد ، استفاده از ثبت نمودن کست و یا ویدیو از گفته های طفل به خصوص برای برملا ساختن تشوشات روانی و سلوکی بسیار مفید می باشد. به نام دیگری طفل که فامیلش او را صدا می کند و از سبب محبت به وی داده شده خود را آشنا سازید.

صحبت کردن با والدین

فکر در مورد اطفال مریض و اندازه تشویش والدین آنها کار مشکل بوده که می تواند از اندازه خفیف الی یک حالت بسیار شدید فرق کند ، ممکن حتی باعث تشوش سلوکی آنها گردیده باشد. در وقت صحبت نمودن با والدین احساس حالت آرام می تواند نتیجه تجربه بیشتر داکتر باشد یعنی هر قدر یک داکتر که در مشاهده گرفتن تجربه زیاد داشته باشد به همان اندازه متمرکز و آرام عمل خواهد کرد . اگر چه طرز العمل و راه مشخصی وجود ندارد ولی با آن هم یک داکتر اطفال باید از امراض واضح دوره

نوزادی مانند سو اشکال و معیوبیت ها گرفته تا به یک طفل سالم که مصاب مرض حاد گردیده آشنایی داشته باشد ، بهتر است والدین هر دو موجود باشند ، موجودیت اقارب نزدیک دیگر مهم نبوده مگر اینکه والدین طفل به موجودیت آنها تاکید نمایند.

در اکثریت از وقایع دوکتوران و والدین با هم بلدیت و آشنایی نمی داشته باشند که باید در اصرع وقت با هم تعارف حاصل نمایند . مثلا حاصل نمودن معلومات در مورد سن ، درجه تحصیل و موقف اجتماعی والدین می تواند بسیار مفید ثابت شود. بهتر است تا والدین احترام شوند و کوشش شود تا در وقت صحبت کردن اخلال صورت نگیرد. همیشه طفل را به نام وی صدا کنید و در مورد عمر ، تاریخچه سابقه وی و یا در صورت ضرورت تاریخچه خواهران و برادران وی اطلاع حاصل نمایید . با طفل طوری صحبت شود تا احترام متقابل در مکالمه رعایت گردد. تا حد ممکن باید تمام سخنان ما حقیقت داشته باشد و در عین زمان محدودیت دانش مسلکی به آنها تشریح گردد . وقتی که در مورد چانس بهبودی مرض پسران می شود ، محتاط باشید به خاطر که هر طفل یک شخص جدا گانه است و سیر امراض نزد اشخاص مختلف متفاوت خواهد بود. در زمان فعلی نیز ضرورت می باشد تا یکی از پرسونل طب و یا نرسنگ به طور شاهد موجود باشد ، تا یاد داشت های مربوطه را در جدول ها درج نمایند . شنیدن خوب و بهتر در آموزش کمک کننده است و صحبت با طفل یا والدین در حل مشکلات مریض نیز کمک کننده می باشد.

والدین اطفال مریض معمولا در صدد یافتن جواب به چهار نوع سوالات زیر می باشند.

این چه تکلیف است ؟ و چه مشکل وجود دارد؟

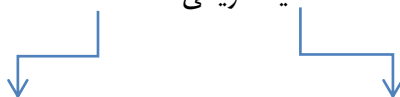
علت آن چه است ؟ و چطور به وجود آمده ؟

عواقب آن چه خواهد بود؟

آیا این مشکل دوباره بوجود خواهد آمد؟

واضح است که جواب به سوالات فوق تا اندازه مرتبط به این است که آیا تشوش حاد است (مثلا التهاب حاد سحایا) و یا این که یک تشوش ارثی می باشد (مانند کام چاکی)، حقیقت همین است که اگر یک تشخیص نتواند به سوال اول جواب بدهد پس نمی تواند به سوالات دوم، سوم و یا چهارم نیز جواب آرایه نماید. اگر محصلین طب معلومات و علم کافی نداشته باشند بهتر است با والدین در مورد اسباب و عواقب مرض صحبت نکنند. و بالاخره سوال پنجم را فراموش نکنید که آیا این لوکیمیا، سرطان و یا مرض کشنده دیگر نخواهد بود؟

معاینه فیزیکی



نارمل بودن ثابت شد
والدین را مطمئن سازید

اگر حالت غیر نارمل دریافت گردید
حالت غیر نارمل مذکور تصدیق شد
برای آن معاینات اجرا کنید
به شکل مناسب به پیش بروید

شکل ۲-۴ طرز العمل برای مشوره دهی

بهتر است به محصلین خاطر نشان سازیم که لباس خوب به تن داشته باشند، چون در سال های آخر فاکولته با مردم من حیث داکترترینی روبرو می شوند نه من حیث محصل لسانس، مطالعات نشان داده است که برخورد والدین با محصلین که پاک و با سلیقه نباشند سرد می باشد. تا اندازه بی ممکن نیاز باشد که شما سوالات مستقیم از والدین نمایید مثلاً "آیا کدام مشکل جدی وجود دارد که شما در مورد آن نگران هستید؟ در بسیاری حالات جواب یافتن ریشه مشکل مریض ممکن خواهد بود که منجر به تشخیص و تداوی درست و مقدم گردد. توصیه می گردد که بهتر است به غیر از والدین طفل کوشش کنید تا با سایر اقارب آن مشوره نکنید، زیرا ممکن است موضوع را مغلق تر بسازد. در این عصر هر

شخص باید با معلومات کافی در مورد امراضیکه از والدین به اطفال انتقال می کنند خود را آماده سازد. بخاطر داشته باشید که تفسیر چنین معلومات در جایی است که مشکل در آن جا قرار دارد.

از گفتن خبر های بد به والدین اجتناب کنید

مانند محصلین کار نکنید ، شما که تاهنوز صلاحیت و تجربه کافی تا هنوز ندارید ، می توانید مهارت مکالمه تان را از طریق ویدیو ها و تجربه افزایش دهید یا هم بهتر است در پهلوی داکتران بالاتر از خود در شفاخانه بنشینید. گفتن اینکه یک طفل مصاب به سندروم داون است یا مصاب به التهاب حاد سحایا است و یاهم یک طفل که نزد آن احیای مجدد صورت میگیرد مرده است خیلی مشکل خواهد بود. اثرات خبر خراب که به آرامی ، با احساس و مسوولانه گفته شود تا اندازه یی کم می گردد.

- به آهسته گی و ساده گی صحبت کنید
- از بکاربرد اصطلاحات طبی خود داری کنید
- تا اندازه توان واضح و خلاصه صحبت کنید
- کوشش نکنید که معلومات خیلی زیاد را انتقال دهید
- برای سوالات پیرسید
- همیشه در پهلوی خود یک نرس را داشته باشید
- همدردی خود را اظهار کنید

هیچ گاه خبر های خراب را در تیلفون نگوئید ، این معلومات را بصورت خصوصی و در یک محل مناسب بگوئید. به والدین اجازه دهید تا قهر ، غضب و سایر احساسات خود را اظهار نمایند.

فصل سوم

نزدیک شدن به طفل

تمام این ها را یکجا کنید ۴۰	قوانین نزدیک شدن به طفل ۳۱
من نمی دانم ۴۳	چیز های که نباید انجام داد ۳۶
نکات منطقی در تشخیص ۴۳	اشاره به بخش های که باعث ناراحتی اطفال می
شناخت سندروم ها ۴۴	گردند ۳۷

تجارب فعلی بخوبی نشان می دهد که معاینه اطفال توسط محصلین باید تنها در حضور داشت والدین آنها ، کسیکه از طفل مواظبت می کند ، نرس و یا یک زن کلان صورت گیرد . معاینه اطفال بدون حضورداشت این اشخاص تنها وقتی صورت گرفته می تواند که رضایت والدین موجود بوده و طفل به اندازه کافی بزرگ باشد که در جریان معاینه همکاری نماید.

قوانین نزدیک شدن به اطفال

اولین قاعده در مورد نزدیک شدن به یک طفل مانند عبور کردن از یک جاده است ، یعنی ایستاده می شوید ، گوش می دهید ، می بینید و بعد حواس تان را بکار می برید. اول ایستاده شوید و به طفل اجازه دهید تا شما را ببیند ، تا اندازه یی که می توانید چنین نشان دهید که شما برای طفل شخص مطمئن هستید. اجازه دهید زمانیکه شما با مادر طفل حرف می زنید طفل شما را ببیند ، مواظب بوده حرکت ناگهانی نکنید (ممکن است یک طفل یک تا سه ساله از شما بترسد) و کوشش کنید که در معاینه

عجله نکنید ، حتی بهتر است به وی اجازه دهید تا با شما بازی کند. محتاطانه به وی نزدیک شوید ، رفتار زیبا ملایم و آرام داشته باشید.

به مادر گوش دهید : طفل اکثراً" در همراهی کسانی که از وی مواظبت می کنند به شفاخانه می آید مانند مادر ، پدر نرس و سایر نزدیکان ، به نظر ما هیچ کس جاگزین مادر شده نمی تواند ، زیرا او است تمام خصوصیات طفل خود را بخوبی میداند. رهنمای اساسی گوش دادن به مادر این است که مادر همیشه راست می گوید مگر اینکه شما ثبوت دیگری داشته باشید. این موضوع بصورت مشرح در فصل دوم گذشت. در عین زمان شما می توانید به حرف های خود طفل نیز گوش داده و متوجه تنفس ، سرفه ، استرایدور (اگر موجود باشد) یا سایر مشکلات وی باشید.

بعد ببینید : به مادر و طفل نگاه کنید ، آیا او خوب و یا مریض معلوم می شود؟ آیا او نارمل و یا غیر نارمل معلوم می شود ؟ همیشه با نگاه های خیره کننده و نزدیک به طفل نگاه نکنید ، زیرا بعضی اطفال مانند حیوانات از نگاه های خیره کننده و نزدیک کسی خوش شان نمی آید.



شکل ۳-۱ توقف کنید!



شکل ۲-۳ گوش دهید!



شکل ۳-۳ ببینید!

کسی باید برای محصلین طرز نگاه کردن به طفل را بیاموزاند.

Leonardo da Vinci گفته است: "بیاموزید که چطور اشیا را ببینید"

قوانین نزدیک شدن به اطفال

- توقف کنید
- گوش دهید
- ببینید
- سایر حواس تان را استعمال کنید.

اطفال باید در وضعیتی که برایشان راحت باشد معاینه گردند ، مثلاً "اطفال شیر خوار به وضعیت خوابیده ، اطفال ۱-۳ ساله در حالت نشسته در بغل مادر ، اطفال بزرگتر در وضعیت ایستاده بالای پا ها معاینه شده میتوانند. برهنه کردن لباس باید در اخیر صورت گیرد ، زیرا ممکن باعث ناراحتی طفل گردد. به مادر طفل توضیح دهید که چه می کنید ، همیشه در جریان معاینه مادر طفل را در نزدیک خود داشته باشید. همیشه معاینات را که ناراحت کننده به طفل اند مانند معاینات گلو ، معاینات رکتوم و غیره در اخیر انجام دهید و آن هم در صورت که مطمئن باشید که طفل در معاینه همکاری می کند. هیچ گاه تنها محلی را که شکایت مادر از آن است معاینه نکنید ، بلکه تمام سیستم ها را معاینه کنید . چنانچه ضرب المثل قدیم است که گفته اند ، داکتر خوب کسی است که تمام بدن مریض را تداوی می کند ، نه تنها شکم و یا پا را.

بصورت خلاصه بهترین طرز نزدیک شدن به طفل شیر خوار و اطفال یک الی سه ساله این است که شروع معاینه بدون تماس به طفل باشد و یک بیننده خوب باشید. چنانچه Jules Verne گفته است: "با تمام چشمان ببینید" .

نزد اطفال شیر خوار کوچک تفتیش رنگ جلد ، تنفس ، فعالیت و غیره کلید تشخیص می باشند. یافته های فیزیکی نزد اطفال مریض در مقایسه با اشخاص کاهل کمتر دریافت می گردد. محصلین می توانند در انجام معاینات جس و قرع بخوبی مهارت حاصل کنند. ما با حرف های Dominic Corrigan (1853) موافق هستیم که گفته است " مشکل با داکتران تنها این نیست که آنها خوب نمی دانند ، بلکه مشکل این است که آنها خوب نمی بینند ". وقتی شما می بینید توضیح دهید که چه را دیده اید ، گاهی مشکل خواهد بود که تمام چیزهای را که دیده اید به کلمات تبدیل کنید. اول با نارمل ها خود را آشنا سازید ، بعد چیز های که غیر نارمل می باشند خود به آسانی ظاهر می گردند. بطور مثال بگویید که

چه مشکل در وجه مریض وجود دارد بعد به توضیح آن بپردازید ، چشم ها فاصله دار ، گوش ها پایین قرار گرفته ، بینی پهن ، کام قوس مانند که با گمان شما مطابقت می کند. شما کوشش کنید که بیشتر معاینه را با چشم نسبت به دست ها انجام دهید.

حواس دیگر تان را بکار برید ، تماس ، بوی و گاهی مزه تا به تشخیص شما کمک کنند. داکتر اطفال باید در تماس خیلی ملایم باشد . اکثرا " ضرورت خواهد بود که شما در جریان معاینه توجه طفل را به خود جلب کنید ، طریقه های جلب کردن توجه طفل به اشکال مختلف بوده که زیرا " متذکر می شویم.

- بازی کردن با اطفال کوچک ، شیر خوار یا اطفال بزرگتر
 - پف کردن در وجه
 - اطفال را اجازه دهید که با وسایل طبی شما بازی کنند.
 - به اطفال شیرخوار چیزی بدهید که محکم بگیرند.
 - به مادر طفل یک سامان بازی را بدهید تا توجه طفل را جلب کنید یا هم یک چراغ را بدهید.
- Otto Von Bismarck در قرن ۱۹ گفته است : " شما هر چیزی با طفل کرده می توانید ، اگر تنها با او بازی کنید " با اطفال دست بدهید ، حتی اطفال یک تا سه ساله از این عمل قدر دانی می کنند



شکل ۳-۴ با طفل تماس چشم به چشم را بصورت درست برقرار کنید.

این عمل باعث می‌گردد که تماس چشم‌ها بین شما برقرار گردد. برقرار کردن تماس اجتماعی باعث می‌گردد تا زمینه معاینه دستان شما فراهم گردد. قبل از آغاز معاینات سیستم‌های مختلف چهار C را بخاطر داشته باشید.

Confidence: با ایجاد اعتماد طفل بالای شما و شما بالای طفل

Competence: با دست دادن با طفل

Completeness: تکمیل کردن معاینات

Collation: یافته‌ها را جمع کرده و از آنها تشخیص بگذارید.

چیزهای که نباید انجام داد

جنسیت طفل را اشتباه نکنید ، این باعث خفه گی والدین خواهد شد. آنها متعجب خواهند گشت که آیا این طفل آنها است که شما در موردش حرف می‌زنید. هیچ وقت از بکار برد ضمیر بی جان برای اطفال استفاده نکنید و هیچ گاه به طفل به قهر تماس نگیرید. مهربانی یکی از علایم داکترخوب اطفال است. چنانچه گفته اند "این اشتباه من بود که طفل گریه کرد". کوشش گردد که معاینات باعث ناراحتی طفل نگردد. با قهر در پیش روی اطفال صحبت نکنید حتی گوش‌های کوچک آنها در مقابل حرف‌های داکتر خیلی حساس اند. کوشش کنید تا طفل از نزد شما نیافتد زیرا اطفال خصوصا "آنهايي که جلد آنها حاوی vernix می‌باشد ، لشم بوده و به آسانی ممکن از نزد شما بیافتند. ما بیاد داریم که یک محصل در جریان ارزیابی Moro reflex یک طفل را انداخت ، خوشبختانه طفل صدمه زیاد ندید .



شکل ۳-۵ با اطفال به خشونت تماس نگیرید.

از استعمال کلمات تشویش آور در مقابل والدین طفل اجتناب کنید ، مگر اینکه آنها را برای شان توضیح دهید. مثلاً "اصطلاح تومور پایلور ممکن برای شما ساده باشد ، اما ممکن کلمه تومور برای والدین ممکن مفهوم سرطان را داشته باشد. چنانچه ما در مورد ادرار خونی متکرر سلیم با یک فامیل صحبت می کردیم ، ولی بعداً معلوم شد که از اصطلاح سلیم برداشت آنها تومور سلیم کلیه بود.

عمر طفل را هیچ گاه اشتباه نکنید ، زیرا اطفال در این مورد خیل حساس اند. بهتر است سن آنها بزرگتر حساب شود تا کمتر ، عزت اطفال را همیشه احترام کنید ، برای یک تعداد اطفال ممکن برهنه کردن لباس ها مشکلی نباشد ، مگر دیگران به توضیح و همکاری در زمینه نیازمند اند.

اشاره به بخش های که باعث ناراحتی اطفال می گردند

درد یکی از عوامل شایع اسباب مراجعه اطفال به داکتر می باشد . بخش از تاریخچه درد از مادر طفل استجواب می گردد ، هر چند اکثراً "نیاز احساس می گردد تا شما از اطفال در مورد درد بپرسید. اطفال در سن قبل از مکتب آن قدر لغات مورد نیاز را ندارند ، تا تمام مسایل مربوط به درد را توضیح دهند ، اما با آنهام موقعیت درد را نشان داده می توانند ، لذا از آنها بپرسید که کدام قسمت آنها درد دارد. اطفال بزرگتر باید در مورد درد آنها پرسیده شوند ، یک مادر خوب همیشه اطفال خود را تشویق خواهد کرد تا در مورد درد خود به داکتر خود حکایه کند.

کجا درد می کند؟

نشان بدهید کدام قسمت است ؟

درد تان مانند چی است ؟

چه کار می کردی که درد شروع شد؟

آیا درد باعث گریه ات شد؟

اگر طفل توانست موقعیت درد را نشان دهد باید یاد داشت گردد ، بطور مثال " درد ناحیه تیمپورل طرف چپ " نه اینکه یاد داشت کنیم که سردردی . یا "درد دو طرف ران از طرف شب" نه اینکه تنها درد پا ها .

اطفال در سن قبل از مکتب ممکن در انجام معاینه بطنی ممانعت نمایند. اولاً " کوشش کنید با تخنیک جس بطن ناحیه درد را دریافت نمایید. اگر نتوانستید از دست خود طفل کمک بگیرید تا شما را به ناحیه درد رهنمایی کند. یک طفل خوب شما را در قسمت دریافت و ارزیابی درد بطن و حاسیت موجود کمک خواهد کرد.



شکل ۳-۶ از طفل خواهش کنید تا محل درد را نشان دهد.

شما گاهی ممکن اطفالی را ببینید که از درد مکرر بطن شاکی باشند و حتی حساسیت نیز در بطن موجود باشد ، خصوصا" در ناحیه حفره حرقفی طرف راست . اگر شما در مورد حساسیت موجود مشکوک باشید یکی از راه های موثر این است که بگویید من میخواهم بطن شما را با استاتسکوپ اصغا نمایم. استاتسکوپ را بطور آهسته بالای بطن بگذارید و بصورت تدریجی فشار را افزایش دهید. در جایکه حساسیت موجود نباشد طفل فشار را به آرامی تحمل نموده می تواند.



شکل ۳-۷ اطفال کوچک شما را اجازه دهند تا بطن آنها را از بالای دست خود شان جس کنید.

اطفالیکه درد آنها به شکل غیرمنظم سیر می کند و نقاط اناتومیکی را عبور می کند آنقدر جدی نبوده برعکس اطفال که درد آنها باعث بیداری از خواب می گردد ، فعالیت های طفل را محدود میسازد و باعث گریه نزد آنها می گردد باید مورد توجه جدی قرار بگیرند.

بی علاقه گی در حرکت یک نهایت نزد طفل ممکن ناشی از درد در آن عضو باشد . هرگاه یک طرف صدر در تنفسی اشتراک نکند ممکن ناشی از درد پلورایی باشد ، که این یکی از علایم ظریفی است که حتی از نزد متخصصین اطفال اشتباه می گردد. اطفال کوچک شباهت به حیوانات خانه گی دارند ، وقتی مریض شوند دراز می کشند ، بدون اینکه چیزی بگویند.

چنانچه Bill cosby گفته است : "تنها وقتی که یک طفل حقیقت را می گوید ، آن زمانی است که

درد دارد"

هرچند ما بصورت کامل با این گفته موافق نیستیم ، ولی با این موافق هستیم که درد زمان طفولیت درد جعلی نیست .



شکل ۳-۸ استفاده از ستاتسکوپ در دریافت حساسیت بطنی

تمام اینها را یکجا کنید

محصلینی که هنوز فارغ نشده اند به فکر آنها تشخیص آنقدر مهم نیست ، بلکه چیزمهم تر گرفتن تاریخچه درست ، انجام معاینات فیزیکی و معاینات متممه و تفسیر آنها است. زیرا به فکر آنها تشخیص به اساس تاریخچه ، معاینات فیزیکی و متممه گذاشته می شود . محصلین باید برای نوشتن و جمع بندی یافته های کلینیکی آماده باشند ، هر قدر اشتباه نمایند به همان اندازه می آموزند . اما اشتباه از طرف یک داکتر باعث کاهش آبرو و عزت وی می گردد ، به نظر ما وقتی چیزی را نمیدانیم بهتر است بگوییم که من نمی دانم یا من آن را جستجو خواهم کرد. شاگردان می توانند با یاد داشت نمودن مطالبی را که نمی دانند یا چیز های که برای آنها مجهول است ، مهارت های خود را افزایش دهند (بطور مثال فزیولوژی فاجه کشیدن چه می باشد؟).

دراخیر اخذ تاریخچه و معاینات فیزیکی باید به یک نتیجه برسید بطور مثال

مشکل مریض:

۱. اختلاج ناشی از تب

۲. التهاب لوزه ها

۳. مرمر فزیولوژیک

و این نیز ممکن مفید باشد تا بنویسید:

چیزی که مادر طفل را به تشویش ساخته است عبارت از

۱. صدمات دماغ

۲. برادر زاده اش از باعث التهاب سحایا فوت نموده است.

تشخیص احتمالی

۱. کاهش نشو نما

۲. کم خونی احتمالی

۳. ممکن سو جذب

تشخیص تفریقی در مقایسه با امراض کاهلان نزد اطفال ارزش کمتر دارد زیرا اکثرا" امراض اطفال حاد و ساده می باشند. ولی در بعضی واقعات تشخیص تفریقی باید مد نظر گرفته شود مثلاً" در یک مریض مصاب به لمفو ادینویتی منتشر ، التهاب چندین مفصل ، انسیفلوپتی حاد ، بی موازنه گی ، آمدن خون در ادرار و بسیار حالات کلینیکی دیگر.

امروز بعضی از شاگردان از کمپیوتر استفاده می کنند طوری که یافته های مثبت و منفی را داخل کمپیوتر نموده و جواب را از کمپیوتر دریافت می کنند بطور مثال

- اندفاعات سرخ جلدی
- پدیده Raynaud
- التهاب مفصلی pauciarticular
- ریزش موها
- باختن وزن
- متورم شدن غدوات نکفیه
- یافته های فوق دلالت به امراض نسج منضم می نماید.

جدول ۱-۳ نشان دهنده یاد داشتی است که یک محصل از مریض مصاب به spina bifida اخذ نموده است. هرچند جدول می تواند وسعت داده شود ولی آرزومندیم که شما بتوانید از آن یک پیام بگیرید. دریافت تشخیص مشکل مهم است که شما بتوانید از آن پلان تداوی را اتخاذ نموده و باعث بهبودی مرض گردد.

جدول ۱-۳ مثالی از Problem based approach

مشکل مریض	پلان
Myelomeningocele	ترمیم بعد از تولد
هایدروسیفلوس	ایجاد شنت بین بطینات و پریتوان

فزیوتراپی و تغییر وضعیت	Scoliosis متوسط
رژیم غذایی و نرسنگ	قبضیت
کتیترایزیشن خودی؟	عدم اقتدار ادرار
هیچ عمل صورت نمی گیرد	قد کوتاه
فزیوتراپی ، وسایل برای گشت و گذار	فلج نهایت سفلی

من نمیدانم

Maimonides (1135-1204) گفته است : "زبان را بیاموزان که بگوید ، من نمیدانم "

داکتران علاقه دارند تا دانش مسلکی خود را افزایش دهند (چند داکتر در پیش روی مریض کتاب را باز می کند؟) ، اما از شاگردان توقع این نیست که همه چیز را بدانند. اگر از شما سوالی کرده می شود که شما آن را نمی دانید بگویید که نمیدانم ، ولی به زودی به مطالعه آن بپردازید و جواب را دریابید ، اگر نتوانستید از اشخاص دیگر کمک بگیرید. سوالات مکرر از شما باعث پیشرفت شما در عرصه وظیفه می گردد ، در صفحه بعدی یک تعداد سوالاتی مطرح می گردند که اگر آنها را نفهمیدید شرم نکرده و پرسید ، بعضی از سوالات ساده گاهی جوابات دلچسپی را با خود میداشته باشند.

نکات منطقی در تشخیص

هدف مشوره داکتر با والدین یک طفل مریض عبارت از دریافت اسباب و نگرانی والدین است ، تا داکتر بتواند به یک تشخیص احتمالی ، پلان معاینات مناسب و تداوی مناسب برسد. تشخیص متکی به

روش نتیجه گیری منطقی و مناسب است. تاریخچه ای که به درستی گرفته شده باشد حقیقت را بوجود می آورد، چنین یک تاریخچه متکی به گوش دادن و دانستن محل مناسب برای سوالات مربوطه می باشد. معاینات فیزیکی که بصورت درست انجام گردد چیزهای زیادی را دریافت خواهد کرد که یقیناً به تشخیص مناسب و تشخیص تفریقی مناسب خواهد انجامید.

یک محصل خوب کسی است که توانایی خوب در خلاصه کردن و ایجاد معلومات اساسی از یک مشوره طبی را داشته باشد. ما اکثراً "در شفاخانه خود از شاگردان می پرسیم:

- آیا شما تصویری از مشکل مریض را در ذهن تان مجسم کرده اید؟
- آیا می توانید نکات کلیدی مشکل مریض را خلاصه نمایید؟
- آیا شما به یک تشخیص قطعی نزدیک شده اید؟
- آیا می توانید یک فرضیه از تشخیص تفریقی را با در نظر داشت شواهد بیان کنید؟

در باره معلومات اساسی در مورد سناریوی زیر که نیاز به جمع آوری آن دارید تا سوالات آن را جواب دهید فکر کنید.

- یک طفل هفت ساله تا هنوز بستر خود را تر می کند
- یک دختر هشت ساله که انکشاف ثدیه بصورت مقدم دارد
- یک طفل یک الی سه ساله که چندین لکه های کبود در پیشانی دارد
- یک طفل دو ساله که تنها کلمات یک هجایی را گفته می تواند

یک داکتریکه قابلیت تشخیصی خوب دارد سوالات بسیار اساسی را مطرح کرده و بصورت منطقی فکر می کند. چنانچه William Osler گفته است: "مشاهده، ثبت، جدول بندی و مکالمه نموده،

پنج حواس تان را استعمال کنید". یک طفل صحت مند بشاش بوده رنگ خوب داشته حرف شما را اطاعت کرده و در انجام معاینات کلینیکی شما همکاری می کند. اطفال صحت مند در کلینیک های عمومی، کلینیک های رفاه عامه اطفال، در مکاتب اکثراً "معاینه می گردند. کوشش کنید معاینات اطفال نارمل را زیادتیر در صورتیکه به شما اجازه دهند انجام دهید.

شناخت سندروم ها

محصلین طب که هنوز فارغ نشده اند نیاز ندارند تا سندروم های بزرگ و معلق ولادی را شناسایی نمایند، ولی نیاز است تا آنها توانایی برای شناخت معیارات اساسی این سندروم ها را داشته باشند. بیابید که با Down سندروم شروع کنیم که عمده ترین تشوش کروموزومی را نزد اطفال تشکیل می دهد. راز آن در این است که چیزی را که می بینید توضیح دهید، نکات اساسی آن را بردارید و با نکات کلیدی زیر مقایسه کنید.

- راس کوچک
- وجه مدور
- چنین خورده گی epiconthic
- زبان برآمده
- قد کوتاه
- بینی anteverted
- خطوط عرضانی کف دست
- دست های کوتاه
- کوتاه بودن انگشت پنجم
- کاهش مقعویت عضلی
- تاخیر از نشو نما حرکی و دماغی
- و بسیار مشکلات طبی دیگر

Trisomie های دیگر مانند Edward's, Patau's بسیار نادر بوده و به ندرت در وارد اطفال دیده می شوند.

Turner's سندروم برخلاف دیگران نیاز به بسیار باریکی دارد تا تشخیص شود ، شکل کلاسیک این سندروم که در کتاب ها ذکر شده OX سندروم است که در آن گردن ضخیم ، نوک ثدیه ها عریض ، لمفوادینوما در دست ها و پاها ، قد کوتاه اکثرا" دیده نشده و تنها شکل XO/XX آن یا دیگرسواشکال کروموزومی آن دیده می شوند . بعضی از محصلین ممکن است در هنگام کار های عملی شان در سرویس اطفال پولی سکرایدوز را ببینند. اشکال دیگر این سندروم ها شامل کروموزوم ۲۲ سندروم (cardiofacial syndrome) ، سندروم الکول جنینی و

Achondroplasia می باشد. از تمام محصلین توقع این است که معیارات اساسی تشخیصی این سندروم ها را بدانند . شاگردانیکه وابسته گی زیاد با کمپیوتر دارند به OMIM (online Mendelian Inheritance in Man) آشنایی دارند. بهترین رفرنس کتاب تدریسی در مورد این سندروم ها عبارت از کتاب Smith's Recognizable patterns of Human Malformation می باشد. هم قطاران شما گاهی ممکن از شما بپرسند که Aunt Molly را چگونه شناسایی میکنید ؟ و جواب آنها را می گوئید ، زیرا شما او را قبلا" دیده اید ، یک نگاه خوب بهتر از کم دانستن است . محصلین که فارغ می گردند مهارت های خود را در مورد شناخت این سندروم ها به تدریج با پخته گی و تجربه افزایش خواهند داد.

فصل چهارم

معاینات در سنین مختلف

نوزادی ۴۶

معاینات شش هفته گی ۶۸

طفل شیر خوار با مریضی حاد و وخیم ۷۴

اطفال یک الی سه ساله که می ترسند ۸۰

چنانچه Apley گفته است: "طب اطفال یک مسلکی است که بیشتر محدود به سن است نه به

سیستم ها "

نوزادی

اکثریت اطفال نوزاد که تولد می شوند از صحت کامل هم در زمان حمل و هم در زمان بعد از ولادت برخوردار می باشند ، و ولادت آنها طبعی صورت میگیرد. هرچند تفاوت های زیاد از نگاه شکل ظاهری و اندازه میان اطفال نارمل وجود دارد که بیشتر مربوط است به فکتور های مختلف والدین ، عوامل محیطی ، جنتیکی و فامیلی میان آنها ، اساسات طب اطفال متکی بر اینست که محصلین باید تعداد زیادی از اطفال نوزاد ، شیرخوار و اطفال نارمل بزرگتر را معاینه نمایند. لذا پیام اولی اینست که محصلین باید ابتدا تمام متغیرات نارمل را نزد اطفال فرا بگیرند.

اطاق ولادت

تمام اطفال باید ابتدا در اطاق ولادت معاینه گردند تا وضعیت عمومی آنها دیده شده و انومالی ها اگر موجود باشند به موقع کشف گردند. Apgar score خیلی ضروری بوده زیرا توسط آن میتوان گفت که آیا طفل نوزاد نیاز به احیای مجدد دارد و یا خیر؟ و این بصورت بین المللی قبول شده است. Score کمتر از ۵ در جریان پنج دقیقه اول بعد از ولادت با نشونمای طولانی مدت طفل درارتباط است (جدول ۱-۴). معاینه حبل سروی برای داشتن یک شریان تا اندازه یی جهت دریافت سایر انومالی ها حایز اهمیت می باشد. باید اطمینان کامل حاصل گردد که طفل نیاز به مواظبت جدی ندارد و از این موضوع باید والدین طفل نیز آگاه شوند.

مراقبت اطفال بعد از ولادت

معاینه دیگر باید در روز سوم بعد از ولادت صورت گیرد، در این وقت طفل کاملاً "تغییر نموده جلد آن زیبا و گلابی بوده، راس شکل نارمل را بخود گرفته، موهای طفل قابل شانه بوده و خوب تغذی می گردد. معاینه در این مرحله باید زیاد با جزئیات صورت گیرد، مادر و حتی اگر ممکن باشد پدر طفل باید در جریان معاینه حاضر باشند.

جدول ۱-۴ Apgar Score

علائم	Score		
	0	1	2
رنگ جلد	آبی و خاسف	تنه گلابی، نهاییات آبی	تمام بدن گلابی
ضربان قلب	ندارد	کمتر از ۱۰۰	بالاتر از ۱۰۰
عکسه ها	ندارد	خفیف	گریه دارد
مقوعیت عضلی و فعالیت	سست	کمی پا را قبض می تواند	حرکات فعال دارد
تلاش برای تنفس	ندارد	آهسته و غیر منظم	گریه قوی می کند

در جریان معاینه برای والدین طفل در مورد معاینات که می کنید معلومات دهید . مادر بیشتر تحت تاثیر شکل طفل خود قرار می گیرد ، به شمول اندازه طفل (آیا وزن و قد نارمل خود را دارد ؟) ، چهره ظاهری ، رنگ و شکل جلد ، کبودی ، خراشیده گی های جلدی ، اندفاعات جلدی ، خونریزی تحت منضمه و غیره . علایم اخیر بیشتر ممکن نتیجه مراحل اخیر ولادت باشند. لکه های سرخ رنگ جلد معمول می باشد و اینها erythema toxicum نامیده می شوند. پوستک شدن جلد که ناشی از مواجه شدن به میکونیم می باشد نارمل است . ناخن ها اکثرا " دراز بوده ولی میتوانند باعث ایجاد علایم خراشیده گی شوند. ناخن انگشت پا چنین معلوم می گردد که گویا بطرف داخل نمو می کند و این نارمل است .

یرقان : در صلبیه چشم ، جلد ، غشای مخاطی و در روشنی روز خوبتر واضح می باشد . زمانیکه یرقان را ارزیابی میکنید همیشه فوتوتراپی را خاموش نمایید . ما باور داریم که این بهتر خواهد بود که همیشه یرقان را بصورت کلینیکی ارزیابی نمایید ، ولی همیشه سویه بیلروبین سیروم طفل مصاب به یرقان را نیز تعیین کنید . فوتوتراپی باعث Bronzed Baby Syndrome شده می تواند.

راس و وجه

همان طوریکه چهره طفل مورد نگرانی مادر است ، داکتر نیز باید معاینه وجه و راس را اول انجام دهد. ترخیصات موضعی معمول می باشند و شامل caput succedaneum ، خراشیده گی های خفیف جلد راس ، علایم فرسپس ، لکه های کبود وجه ، خونریزی های تحت منضمه و گاهی هم cephalohematoma می باشد. بصورت عموم این حالات به استثناء cephalohematoma بصورت بنفسهی در جریان هفته اول ازبین میروند. که این اخیر الذکر بعد از متکاثف شدن در جریان دو تا سه ماه رشف می گردد .سیفلو هیماتوما بیشتر بالای کنار های عظم جداری دیده می شود و گاهی هم دو طرفه می باشد. و بصورت نادر در قسمت عظم occipital دیده می شود که در این حالت احتمال انسيفلوسل نیز موجود است.

عدم تناظر وجه ممکن ناشی از فلج گذری زوج هفتم قحفی بوجود آید و همیشه نتیجه ولادت به کمک فورسپس می باشد. شکل راس در هفته اول متفاوت بوده که caput در بیشتر واقعات دیده می شود. فشار داخل رحم (در ولادت های که طفل به پا قرارداد) باعث ایجاد راس دراز گردیده که در آن عظم occipital بیشتر متباز می باشد. اگر وجه بطرف کانال ولادی قرار داشته باشد وجه ازیمایی و کبود بوده لب ها و پلک ها متورم معلوم میگردند. Chvostek's sign یک یافته نارمل در زمان نوزادی می باشد. Plagiocephaly نیز یکی از یافته های معمول بوده و مربوط به وضعیت طفل در داخل رحم می باشد. Plagiocephaly با قرار دادن انگشتان در گوش های دو طرف به ساده گی تشخیص شده می تواند. فانتایل های قدامی باز بوده و اندازه آن بین یک سانتی متر تا سه الی چهار سانتی متر تفاوت نموده می تواند. Suture های قحفی متحرک بوده و نوک انگشت در فانتایل خلفی قرار گرفته می تواند.

گوش ها

گوش ها شکل و اندازه متفاوت نزد نوزادان داشته و اندازه غضروف نیز متفاوت می باشد. پایین قرار گرفتن آنها که قسمت بالایی pinna پایین تر از خط افقی از قسمت خارجی canthus قرار داشته باشد دلالت به کدام سندروم نمی نماید و نه دلالت به preauricular ear tag می کند.



شکل ۴-۱ Plagiocephaly نزد اطفال شیرخوار



شکل ۴-۲ Plagiocephaly

دهن

شکل دهن نزد اطفال مختلف متفاوت بوده و کجی فک سفلی انعکاس دهنده چگونه گی وضعیت راس در زمان حیات داخل رحمی می باشد. برای موجودیت دندان ارزیابی کنید و بیره ها را از قدام و خلف برای رد کیست ها معاینه نمایید ، اندازه و شکل دهن را ارزیابی کنید. Lingual frenum عبارت از اتصال قسمت سفلی زبان با زمین جوف دهن بوده و نزد اکثریت اطفال دیده می شود ، جراحی آن در واقعات ایکه باعث برآمده گی زبان شده باشد و یا هم تشوش در نوک زبان ایجاد کند صورت میگیرد. حنک نرم همراه با uvula باید دیده شوند.

اصطلاحات معمول در مورد راس

Frontal bossing: برآمده گی و برجسته شدن پیشانی است (بخشی از عظم جبیهی)

Craniotabes: نرم بودن عظام قحفی

اصطلاحات معمول در مورد شکل راس

Scaphocephaly: راس بوت مانند (دراز و باریک)

Macrocephaly: راس بزرگ (megalencephaly)

Microcephaly: راس بسیار کوچک

Plagiocephaly: راس parallelogram

Turriccephaly: راس دراز (acrocephaly)

Brachycephaly: راس هموار

Synostosis: اتصال قبل از وقت عظام قحفی

Trigonocephaly: راس سه کنجی

چشم ها

اذیمای پلک ها خصوصا " نزد اطفال قبل المیعاد معمول است ، لکه های کبود نیز ممکن موجود باشند ، حتی از باعث اذیما ممکن باز شدن چشم ها مشکل باشد. اگر معاینه کننده طفل را در وضعیت ایستاده و یا وضعیت استجاع بطنی قرار دهد در اکثریت واقعات چشم ها باز می شوند . موجودیت خونریزی منضمه ها ، صاف بودن قرنیه و شواهد کترکت را ارزیابی کنید . اندازه چشم ها را در دو طرف مقایسه نموده و کره عین را برای فرط فشار داخل قحفی جس نمایید. Squint معمول بوده اما نادرا" شکل فلجی آن موجود می باشد که ناشی از مصابیت زوج قحفی ششم ایجاد می گردد. تجمع اشک و مداخله انتان یکی از یافته های معمول است و در نتیجه تخلیه نا مکمل قنات اشکیه بوجود می آید. اگر مقدار زیاد چرک موجود باشد ، التهاب گونوکوکول مد نظر باشد.

سیستم تنفسی

سیستم تنفسی بهتر توسط مشاهده ارزیابی شده می تواند . مشاهده رنگ غشای مخاطی لب ها و جلد ، تعداد تنفس و جهد تنفسی نظر به قرع و اصغا حایز اهمیت بیشتر اند. مشاهده شامل حساب کردن تعداد تنفس (نارمل آن ۳۰-۵۰ فی دقیقه در حالت استراحت) ، عمل و ریتم تنفس می باشد. تنفس نارمل اطفال نوزاد در حالت نارمل بدون جهد بوده و بیشتر دیافراگماتیک و بطنی می باشد. نزد نوزادان مشکلات تنفسی معمول بوده و علایم آن افزایش تعداد تنفس ، افزایش کار تنفسی و سیانوز می باشد. طفل ممکن کشش مسافات بین الضلعی و ریتم متفاوت تنفسی از خود نشان دهد. محصلین باید شکل صدر ، تناظر و بکار برد عضلات اضافی در فعل تنفس را متوجه باشند.

اصطلاحات معمول تنفسی

Tachypnea: افزایش تعداد تنفس بالاتر از ۶۰ فی دقیقه

Sternal retraction: کشش عظم قص هنگام شهیق

Intercostals recession: فرورفتن قسمت سفلی اضلاع در هنگام شهیق

Periodic breathing: تغییر در ریتم تنفس همراه با صفحات اپنی (نزد اطفال قبل الميعاد معمول است)

سیستم قلبی وعایی

در ابتدا رنگ جلد ، جهد تنفسی ، شکل صدر ، برآمده گی پریکارد و موجودیت Heave را ارزیابی نمایید. تعیین موقعیت شزن و شوک زروه قلب نیز مهم است . تعیین موقعیت شوک زروه قلب ممکن مشکل باشد ولی معمولاً" در فواصل ۴-۵ بین الضلعی خط متوسط ترقوی قرار دارد. موجودیت thrill نیز نزد نوزدان غیر معمول نبوده و همیشه باید جستجو گردد. جس شزن و نبض شریان فخذی توجه بیشتر را نیازمند است ولی بخاطر داشته باشید که فشار زیاد باعث مغالطه آن می گردد و بهترین راه تمرین زیاد است.

آواز های قلبی باید هم در قاعده و هم در زروه قلب اضغا گردند ، گاهی وقت ممکن آواز سوم قلب در حالت نارمل شنیده شود . ضربان قلب بین ۱۰۰-۱۴۰ فی دقیقه بوده و گاهی ممکن extra systole موجود باشد و اهمیت زیاد ندارد. بلاک های قلبی در عدم موجودیت امراض عضوی قلب بسیار نادر بوده

و ممکن حتی قبل از ولادت نیز تشخیص گردد. سوفل های سیتولیک معمول بوده و خوبتر در کنار چپ عظم قص شنیده می شوند. سوفل های که تون بلند و زمان کوتاه داشته و انتشار ندارد معمولاً "سوفل های فزیولوژیک اند و در صورتیکه علایم مثبت دیگر موجود نباشد ، نارمل قبول گردند. بخاطر احتیاط در چنین حالات مریض باید قبل از خارج شدن دوباره ارزیابی گردیده و در هفته های ۳-۶ دوباره ارزیابی شوند. شاگردان باید بیشتر به سوفل های سیتولیک در این گروه توجه داشته و بصورت متکرر به این سوفل ها گوش دهند. سوفل های دیاستولیک تنها با افزایش تجربه و زمانیکه ضربان قلب آهسته باشد قابل دریافت اند.

بطن

بطن را نیز ابتدا با چشم مشاهده کنید ، بطن معمولاً "یک اندازه متوسع خصوصاً" بعد از تغذی معلوم می گردد. تنفس از طریق حجاب حاجز به بطن منتقل می گردد و این یک پدیده نارمل است . باز هم اگر زیاد مشکوک باشید آن را در قسمت بالا و پایین سره اندازه نمایید. سره را مشاهده نموده آیا در مطابقت با سن طفل نارمل است ، افزازات یا خون ریزی دارد ؟ آیا بوی ناک است ؟ آیا التهاب در اطراف سره وجود دارد؟ آیا ورید سروی قابل دید است ؟ آیا التهابی است ؟ مادر را مطمئن سازید که ناف طفل بصورت خود بخودی در روز های چهارم یا پنجم می آفتند. آیا علایم فتق سره وی وجود دارد؟ گاهی جس بطن باعث استفراغ و برگشت محتوی معده به دهن می گردد ، لذا باید زیاد احتیاط صورت گیرد.

بطن را بسیار با آرامی جس نمایید (اگر ضرورت باشد از یک آرام کننده استفاده کنید) . جهت جس طحال از دست راست تان کار بگیرید که نوک طحال اکثراً " قابل جس می باشد. این مهم نیست که از کدام طرف نوزاد بطن او را شما معاینه میکنید ولی مهم اینست که معاینه زیاد به راحتی صورت گیرد. جهت جس کنار کبد دست تان را در فاصله بین سره و iliac crest قرار داده و بطرف تحت

اضلاع به استقامت کبد پیش بروید. بخاطر داشته باشید چیزی را که شما اول جس می کند کنار لب راست کبد خواهد بود. کنار کبد معمولاً "نرم بوده و به آسانی اشتباه می گردد، و اکثراً" به اندازه ۲-۳ سانتی متر در زیرکنار اضلاع جس می شود. یک اندازه شک و تردید در مورد جس شدن کلیه خصوصاً "قطب سفلی آن نزد اطفال نوزاد وجود دارد هرچند این کار آسان نبوده و نیاز به تمرین و تجربه زیاد می باشد. ساده ترین میتود اینست که یک دست را بالای قسمت علوی ناحیه lumber گذاشته و یک اندازه فشار وارد نموده و کلیه را با دست دیگر جس نمایید. معاینه کننده باید تلاش نماید تا از موجودیت هر دو کلیه و بزرگ بودن آنها اطمینان حاصل نماید. مثانه که پر باشد از جمله اعضای بطنی نزد نوزادان بوده و تقریباً "۱۵ دقیقه بعد از تغذی پر می گردد. جس آن پایین از سره با انگشت اندکس و انگشت دوم شروع می گردد و تدریجاً" پایین آورده شده تا جس گردد. مساز ملایم مثانه باعث ایجاد تقلصات در مثانه گردیده و ادرار جاری می شود که میتوان از قسمت وسط آن در صورت ضرورت نمونه گرفت. مثانه بسیار بزرگ نزد اطفالیکه مصاب به انسیفلوپتی ناشی از اختناق داشته باشند و یا هم مصاب نقیصه تیوپ عصبی بسیار شدید داشته باشند دیده میشود. بیاد داشته باشید که عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی نزد اطفال نوزاد بصورت نارمل قابل جس می باشند.

اعضای تناسلی

جنس مونث: شفتان سرخ رنگ بوده و نزد اطفال قبل المیعاد شفتان صغیرتان پوشیده شده نمی باشد. شفتان گاهی وقت چسپیده بوده و درصورت ضرورت به آسانی از هم جدا شده می توانند. Vaginal tag معمول بوده و زیاد مهم نمی باشد زیرا بصورت بنفسهی در جریان هفته اول رشف می گردد. خونریزی های مهیلی در دوره نوزادی گاهی وقت دیده می شود. لکه های کبود در صورت

اعتلان breech بیشتر دیده می شود. افزایش صباغات و بزرگ شدن سنجک یا clitoris باید یادداشت گردد.

جنس مذکر : قضیب باید دیده شود که آیا شکل و اندازه آن نارمل است و یا خیر؟ آیا شواهد hypospadias وجود دارد؟ (Epispadias خیلی نادر است)

Hpospadiasis معمولاً " شکل غدوی داشته گاهی شکل penile و نادراً" به شکل perineal

دیده می شود . آیا خصیه ها قابل جس و اندازه نارمل دارند؟ اگر خصیه ها در صفن قرار نداشته باشند بیشتر در کانال مغبنی قرار گرفته و بطرف پایین جس گردند. اگر خصیه ها بزرگتر از حالت نارمل دریافت گردند هایدروسل را باید بخاطر داشته باشیم که توسط تست transillumination تایید شده می تواند. ممکن نزد مریض فتق های مغبنی وجود داشته باشد که بیشتر نزد اطفال قبل الميعاد مذکر شایع می باشد. بصورت بسیار نادر ممکن است یک خصیه بزرگ ناشی از تدور خصیه باشد در این صورت خصیه سخت و رنگ آن تغییر نموده می باشد.

سیستم عصبی عضلی

معاینات استخوان ها ، مفاصل ، لگمنت ها و عضلات مربوطه آنها نزد نوزادان ضروری می باشد .

خلع مفصل حرقفی فخذی

فعالاً " اصطلاح developmental dysplasia of the hip (DDH) جای اصطلاح خلع ولادی

مفصل حرقفی فخذی را گرفته است. معاینات کلینیکی برای تشخیص این مرض زیاد قابل اعتماد نمی باشد ، بلکه معاینات التراسوند جهت تایید تشخیص استفاده می گردد. خلع واقعی آن در زمان تولد خیلی نادر است به استثناء اطفالیکه مصاب نقیصه در تیوپ عصبی باشند (منگومیالوسل) . ولی unstable

hip معمول بوده و وقوعات آن در حدود ۱۵-۲۰ فی هزار ولادت راپور داده شده است ، اما این حالت نزد اطفال قبل الميعاد بسیار نادر است. Unstable hip زیاد تر نزد دختران شایع بوده به استثناء اعتلان های breech که در این صورت خطر مصابیت آن در هردو جنس مساوی می گردد.

Talipes calcaneo valgus نیز ممکن است همراه با آن موجود باشد و مصابیت مفصل طرف چپ دو مراتبه بیشتر از طرف راست می باشد. هر قدر معاینه مفصل متذکره بصورت مقدم صورت گیرد نتایج آن بهتر خواهد بود. روز اول بعد از ولادت روز انتخابی معاینه بوده و تشخیص آن بهتر صورت می گیرد. بصورت عموم میتود barlow جهت تشخیص ترجیح داده می شود .



شکل ۴-۳ معاینه مفصل حرقفی فخذی نزد یک طفل نوزاد

طفل روی میز هموار به وضعیت استجاع ظهری بصورت آرام قرار داده شده (کمر باید بلند تر از معاینه کننده قرار گیرد) . زانو ها و مفصل به زاویه ۹۰ درجه قرار گرفته و هر دو زانو در میان دو انگشت شصت ، انگشت اشاره و دومی قرار داده می شود. نوک انگشتان باید در سطح خارجی trochanter هر دو عظم فیمور گذاشته شود. مفصل حرقفی فخذی را بسیار به آهسته گی به طرف عقب فشار داده و بعد تباعد داده و با سطح خارجی انگشتان آن را بلند نمایید. اگر مفصل متذکره سست باشد در هنگام بلند کردن راس فیمور بطرف ساکت آن یک آواز شنیده می شود. هر قدر این تست به ملایمت صورت گیرد

به همان اندازه نتیجه آن دقیق تر خواهد بود ، این تست باید بسیار به ملایمت صورت گرفته و از تکرار چند مرتبه یی آن خود داری شود ، زیرا ممکن است باعث تخریب مفصل متذکره گردد. تباعد یا abduction مکمل مفصل نیز باید در جریان معاینه صورت نگیرد .

Ortolani's (relocation) test: در این تست مفصل خلع شده دوباره ارجاع می گردد و آوازاز

ارجاع شدن راس فخد بداخل acetabulum شنیده می شود .

یک راه آسان برای بخاطر سپردن آن عبار است از :

ORTOLANI= O,I (out-in)

بخاطر داشته باشید که هر دو تست متذکره تنها در زمان نوزادی انجام گرفته می تواند و با رسیدن

۶ هفته گی این تست ها به نسبت افزایش مقعویت عضلی نتیجه نمی دهند. و بعد از این سن یگانه

تست تشخیصی عبارت از محدود شدن تباعد مفصل متذکره می باشد.

پا ها

تحریکیت مفاصل پا ها مهم ترین فکتور برای اینکه تداوی شوند و یا نشود پنداشته می شود .

نقیصه های سوشکل پا ها انواع مختلف دارند.

Tarsus varus: این شکل بسیار معمول بوده یک درجه آن نزد هر طفل ممکن موجود باشد. پا

بطرف داخل در مفاصل tarsal به درجه های مختلف دور داده می شوند . برگشت بنفسهی آنها مهم

تلقی شده ولی گاهی ممکن نیاز به مانور موقتی و مساز را نیز داشته باشند.

Calcaneo valgus: این حالت نیز معمول بوده و بیشتر نزد اطفال post term دیده می شود و گاهی هم همراه با خلج مفصل حرقفی فخذی همراه می باشد. وجه ظهری پا متوجه ساق بوده و بعد از اینکه مقعویت عضلات ساق پا افزایش یافت پا نیز به حالت نارمل بر می گردد که این اکثرا" تا هفته های ۶-۸ واقع می شود.

Talips equino varsu (primary club foot): وقوع آن یک فی هزار ولادت بوده و دو مراتبه بیشتر نزد اطفال بچه دیده می شود در ۵۰ فیصد واقعات دو طرفه می باشد. معمولا" یک سوشکل ساختمانی موجود بوده و همراه با ضیاع عضلات ساق پا می باشد، تثبیت مقدم آن توصیه می گردد. انومالی های کوچک دیگر پا شامل قرار گرفتن انگشتان بالای هم (انگشت سوم و چهارم) بوده و نیاز به کدام تداوی ندارد.

اشکال دیگر تغییرات کوچک پا که نمیتوان به آنها انومالی گفت قرار زیر اند.

- خمیده گی خفیف و متوسط قسمت سفلی پا ها
- Syndactyly خفیف انگشت دوم و سوم
- فرورفته گی خفیف ناحیه عجزی
- هایدروسل خصیه ها
- بارزه مجزا در کف دست

ستون فقرات

معاینات بارزه های فقرات باید طوری انجام گیرد که طفل به وضعیت استجاع بطنی قرار داده شده و تمام بارزه ها جس گردند. گاهی ممکن است spina bifida مخفی یا هم dermal sinus در این معاینه تشخیص گردد post analdimple "اکثرا" دریافت می گردد که حایز اهمیت نمی باشد (جدول ۴-۱) و به والدین باید اطمینان داده شود.

جدول ۴-۲ انواع انومالی های ولادی

کوچک	بزرگ	سیستم
Plagiocephaly	لب چاکی ، کام چاکی و Sutural synostosis	قحفی دماغی
فتق سره وی	Exomphalos, Gastroschisis	بطنی
Sacral dimple	Neural tube defect	ستون فقرات
2-3 toe syndactyly	Talipes equinovarus	پا ها

سیستم عصبی مرکزی

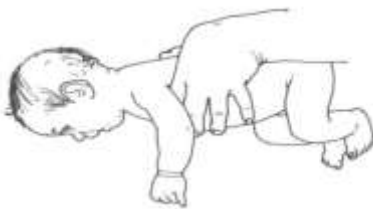
معاینه این سیستم نزد نوزادان نسبت به اطفال بزرگتر کاملاً متفاوت می باشد و شامل ارزیابی وضعیت ، مقعویت ، حرکت و رفلکس های ابتدایی می باشد. از این جهت است که با مشاهده چند دقیقه ای نوزاد معلومات زیاد را میتوان دریافت کرد. بصورت عموم وضعیت عمومی طفل شکل قبض را داشته ولی اشکال غیر نارمل حیات داخل بطنی می تواند بالای آن تاثیر زیاد نماید. بطور مثال اعتلان پا ها و

اعتلان راس. وضعیت قابضه تا هفته ۳۷ بوجود نمی آید. حرکات نهاییات را مشاهده نمایید که آیا نارمل اند یا خیر؟ نوعیت حرکات نهاییات متفاوت بوده و از حرکات ارتعاشی گرفته تا حرکات رعشه دار عصبی فرق می نماید و ممکن تمام آنها نارمل باشند. نهاییات علوی و سفلی را جس نمایید و ببینید که آیا حرکات قابضه دوباره به همان وضعیت خود برمیگردند یا خیر و دوطرف را مقایسه کنید. اگر بازهم شک داشتید معاینه را دوباره طوری انجام دهید که راس را در خط متوسط محکم گیرید. تصویر وضعیت طفل را گرفته و تست Neck traction را انجام دهید. انگشتان دست ها بحالت قبض بوده و طفل را به وضعیت نشسته قرار دهید. راس باید ثابت بوده و به حالت ایستاده قرار گیرد و این یک تست مهم می باشد. (شکل ۴-۴)

Vertical suspension: توسط محکم گرفتن از ناحیه ابطی دوطرف انجام می آید و طفل نارمل خود را در این وضعیت استوار گرفته می تواند. طفل که خود را گرفته نتواند و بیآفتد به معنی کاهش مقعویت عضلی یا hypotonia می باشد.



شکل ۴-۴ کشش گردن



شکل ۴-۵ نشان دهنده استجاع بطنی یا Ventral suspension می باشد.

Ventral suspension: طوری ارزیابی می گردد که طفل به وضعیت استجاع بطنی بالای کف دست ها قرار داده شده و در حالت نارمل طفل کمر خود را بسط داده و بازوها و زانوها را قبض می کند.

Hips بسط یافته راس خود را بلند نموده و دورمی دهد. اطراف سفلی در وضعیت استجاع ظهری معمولاً " بحالت قبض قرار گرفته و hips کمی بحالت تبعد قرار می گیرد. تبعد مکمل hips نزد یک طفل با میعاد در حالت استجاع ظهری دلالت به ضعف مقعویت عضلی یا هایپوتونیا نموده و غیر نارمل می باشد و زمانی حایز اهمیت است که یک یا چند تست دیگر نیز آن را تایید نماید و یا تکرار تست بعد از ۲۴ ساعت آن را تایید کند. تغییرات در مقعویت عضلی و وضعیت طفل می تواند در ظرف چند ساعت در جریان هفته اول بعد ازولادت واقع شده می تواند. رفلکس های عمیقه تنبه شده می توانند خصوصاً " رفلکس اوتار زانو ، طوریکه مفصل مربوطه را قبض نموده و نهایت را توسط همان دست محکم نگهدارید و با نوک انگشت تان بالای وتر مربوطه ضربه وارد کنید. Ankle clonus بصورت وقفه وی نزد اطفال نارمل ممکن موجود باشد و توسط dorsiflexion پاها بصورت ملایم ارزیابی شده می تواند.

علائم ضعف مقعویت عضلی یا هایپوتونیا عبارتند از

- سستی راس
- در صورتیکه در وضعیت ایستاده بیافتد
- مانند rag doll در وضعیت استجاع بطنی
- تباعد یا abduction مفصل Hip بصورت مکمل

رفلکس های ابتدایی

یک تعداد رفلکس های ابتدایی نزد نوزادان با معیاد وجود دارد که به ساده گی میتوانند تنبه گردند و اینها به تدریج ازبین رفته و بعد از شش ماه ناپدید میگردند به استثنأ blink response که باقی می

ماند. این تست ها را انجام دهید زیرا بهترین جواب در تست اول بدست می آید اما عکس العمل به تعقیب تکرار تست از بین میرود.

Blink response: یک ضربه بسیار سطحی و ملایم بالای جذر بینی باعث تنبه این رفلکس می گردد. این تست به استثناء اطفال شدیداً "مریض همیشه نارمل می باشد.

Cardinal signs: بصورت مجموعی این علایم مربوط به تنبهات حسی جلد کومه ها یا عذار، اطراف دهن و لب ها می باشد. با فشار دادن نوک انگشت در اطراف دهن و کش کردن آن بطرف جنب طفل روی خود را بطرف انگشت دور داده و دهن خود را باز می نمایند تا ثدییه را پیدا کند. زمانیکه ثدییه به دهن طفل گذاشته شود طفل شروع به چوشیدن نموده و آن را بلع می کند.



شکل ۴-۶ ارزیابی Cardinal signs

Grasp and traction response: در سابق این تست را مرتبط به مقعویت عضلی میدانستند

، هر چند این تست می تواند بصورت یک طرفه با گذاشتن یک انگشت یا پنسل در کف دست طفل اجرا شود ، طوریکه باعث می شود تا طفل انگشت و پنسل متذکره را محکم گرفته عضلات ساعد و شانه را تقلص داده و دست خود را یک اندازه بلند نماید ، زمانیکه این تست درست انجام شود طفل ممکن ۲-۳ سانتی متر خود را بلند کند و زمانیکه طفل به ملایمت پایین کرده شده و یک ضربه ملایم در قسمت

عظم ulnar کف دست وارد گردد طفل دست خود را باز می کند ، برای اینکه این تست درست اجرا گردد راس طفل باید در خط متوسط قرار داشته باشد.

Asymmetric tonic neck reflex: این تست زمانی خوب انجام شده می تواند که طفل به

وضعیت استجاع ظهری قرار داده شده و راس آن به اندازه ۹۰ درجه بطرف راست یا چپ قرار گیرد ،
نهایتاً علوی و سفلی طفل بطرف وجهی بسط گردیده و بعد بطرف occipital قبض می گردد و
منظره شمشیر در حال جنگ را بخود می گیرد.



شکل ۴-۷، رفلکس Palmar grasp



شکل ۴-۸، رفلکس Toe grasp

Moro reflex: یک تست خیلی شناخته شده بوده که اکثراً " اجرا می گردد. طفل به وضعیت

استجاع ظهري بالای ساعد و کف دست خوابانیده شده و راس آن با دست دیگر محکم گرفته می شود ، عکس العمل زمانی ایجاد می گردد که راس طفل چند سانتی متر پایین رها گردد که باعث می شود تا نهایت علوی تباعد نموده دور شده و همزمان قبض می گردند. عکس العمل خفیف یا عدم عکس العمل دلالت به مشکل بزرگ نزد طفل می نماید. عکس العمل یک طرفه دلالت به صدمه جذور اعصاب رقبی پنجم و ششم را نموده و منظره کلاسیک Erb's paresis را نشان می دهد.

Spinal curve or Galant reflex: طفل را به وضعیت مشابه به ventral suspension test

بالای یک دست قرار داده و با دست دیگر در کنار جنبی نخاع شوکی از قسمت وسطی نخاع صدری بطرف پایین با دست حرکت می دهیم و این باعث می گردد تا حوصله در عین طرف قات گردد و عین عکس العمل در طرف مقابل نیز باید اجرا شود.

Crossed extension reflex: زمانی که طفل را به وضعیت استجاع ظهري قرار دادید یک زانو را

بسط نموده و بالای پا در عین طرف ضربه ملایم وارد می کنید و این باعث قبض و تباعد پا گردیده و دست شما را پس به استقامتی که ضربه وارد نموده اید دوباره تپله می کند.



شکل ۴-۹ رفلکس Moro

Extensor thrust, placing and walking reflex: این تست و حرکات مربوطه آن نشان

دهنده چگونه گی فعالیت نهایات سفلی می باشند. وقتی که طفل در میان دو دست گرفته می شود پای طفل روی زمین گذاشته شده فشاریکه بالای کوری پا ایجاد می گردد باعث می شود که نهایت سفلی متذکره ناگهان بسط گردد. اگر نهایت سفلی طفل که تا هنوز بالای آن ایستاده است در مقابل کنار میز معاینه کننده فشار داده شود یک پا قبض می گردد. با آوردن پای طفل بیشتر بالای میز طفل به قدم به زاویه ۱۰-۲۰ درجه خم می گردد و یک حرکت قدم زدن ممکن ایجاد شود.

شنوایی

یک عکس العمل شنوایی خفیف را می تواند نزد اطفال نوزاد تنبه کرد . تست ساده برای این کار گفتن (ها) از فاصله ۳-۴ سانتی متر در گوش طفلی است که گریه می کند. معمولاً این باعث توقف گریه طفل می گردد. یک عکس العمل تکان خوردن در مقابل صدای بلند نزد طفل نیز بیانگر قدرت شنوایی آن می باشد. ولی تا فعلاً "تست وصفی برای اینکار وجود دارند.



شکل ۴-۱۰ رفلکس placing

رویت

طفل نوزاد بخوبی دیده می تواند و چشم خود را بطرف منبع نوری دور می دهد. طفل شیرخوار راس خود را بطرف اطاق و کلکین ها دور می دهد ، هم چنان وقتی که بصورت راحت در چوکی نشسته و طفل را در آغوش بگیرید طوری که وجه طفل به زاویه ۳۰ درجه متوجه شخص باشد چشم های طفل در فاصله ۲۰ سانتی متر متوجه شخص معاینه کننده قرار می گیرد. یک توپ سرخ ۵-۶ سانتی متر به آهسته گی از ساحه رویت طفل عبور داده شود طفل با چشم خود آن را تعقیب خواهد کرد. این تست های اخیر نیاز به وقت ، تجربه و طفلی که با شما همکاری باشد دارند . دریافت جواب مثبت در مورد شنوایی و بینایی طفل مادر را آرام و مطمئن می سازد.

خاتمه

معاینه سیستم عصب مرکزی نزد نوزاد نیاز به توجه بیشتر ، حوصله مندی و وضعیت مناسب طفل دارد. ارزش تغییرات موقعیتی و گذرای یک ، دو و یا حتی سه تست تا هنوز بصورت دقیق واضح نشده است. هرچند تحقیقات بیشتر در زمینه در جریان می باشد ، اما تردید بسیار کم در زمینه تکرار معاینات جهت انکشاف معلومات و دانش وجود دارد. ثبت معاینات با جزئیات اهمیت حیاتی در انکشاف طبابت اطفال در سال های اخیر داشته است.

اهداف معاینات نوزادان

روز اول	۱. ارزیابی وضعیت عمومی طفل
---------	----------------------------

	۲. اطمینان از نارمل بودن آن
	۳. دریافت اینارملتی ها بزرگ
روز سوم الی پنجم	۱. اطمینان از نارمل بودن آن
	۲. کشف اینارملتی های کوچک
	۳. ارزیابی وضعیت عصبی طفل

اطفال قبل الميعاد بعد از رخصت شدن از شفاخانه

هرقدر اطفال قبل الميعاد که وزن کمتر داشته باشند و زنده بمانند بد بختانه مشکلات بیشتر طبی را از نظر طب اطفال متحمل میگردند. از همین جهت در ارزیابی کلینیکی باید متوجه نکاتی باشید که در این مرحله حیات حایز اهمیت اند. لذا در هنگام ارزیابی انکشاف آنها عمر آنها به هفته و مدت زمان امراض وخیم اگر بعد از ولادت به آنها مواجه شده باشند ، یاد داشت گردد. وقتی که طفل به سن ۳-۴ ساله گی میرسد ، اهمیت این موضوع کمتر می گردد.

بصورت عموم اکثریت اطفال کمتر از ۳۰ هفته به نسبت عدم توانایی در دور دادن راس به پهلو شکل راس دراز و باریک می داشته باشند و این شکل راس با چگونه گی حالت انکشاف آنها ارتباط ندارد. در جریان معاینه تاکید باید بالای محیط راس (خونریزی های اطراف بطینات نزد اطفال قبل الميعاد کمتر از ۳۰ هفته بیشتر است) باید صورت گیرد. نزد این اطفال مقعویت عضلی و حالت gross motor کمتر از سایر اطفال می باشد. رویت ، حرکات ظریف و ارزیابی حالت اجتماعی طفل می تواند

رهنمای خوب جهت چگونه گی حالت انکشاف طفل باشد. تشوشات شنوایی نزد این اطفال معمول بوده هرچند فعلا" یک تعداد تست های بسیار وصفی برای ارزیابی این حالت فعلا" وجود دارد.

Retinopathy: نزد اطفال بسیار قبل الميعاد معمول بوده و نزد اکثریت این اطفال ارزیابی و

تداوی درست در صورت ضرورت باید انجام گیرد. روی هم رفته تشوش رویت معمول بوده و ارزیابی strabismus باید با جزیات صورت گیرد.

Bronchopulmonary dysplasia (BPD): معمولاً تا سال اول و گاهی تا سال دوم حیات

ادامه می آید. این اطفال به انتان طرق تنفسی بخصوص برانشولایتس معروض می باشند ، هرچند به تدریج فعالیت ریه های آنها نارمل می گردد. در جریان معاینات کلینیکی این مریضان افزایش تعداد تنفس درحالت استراحت ممکن دریافت گردد ولی تعداد تنفس ممکن تحت تاثیرمنبهات تنفسی مانند تیوفلین که بعضی از این اطفال ممکن درسال اول حیات اخذ نمایند ، قرار گیرد.

فتق های سره وی: این فتق ها معمول بوده ولی اکثراً" نیاز به تداوی ندارند. فتق های مغبنی نزد

۲۵ فیصد اطفال مذکر قبل الميعاد دیده میشود. تشخیص این فتق ها به نسبت احتمال مختنق شدن و بند شدن خیلی ضروری می باشد. بصورت عموم مشکلات هضمی آنقدر شایع نمی باشد ، ولی اگر این اطفال در زمان بعد از ولادت مصاب التهاب نکرولی کولن ها گردند عدم تحمل در مقابل دای سکراید ها ممکن نزد آنها ایجاد شود و نزد بعضی آنها ممکن تضیقات امعا بوجود آید. ندبات جلدی ممکن نزد این اطفال از باعث دریناژ صدر ، ترضیضات ناشی از نمونه گیری خون از کوری پا موجود باشد. گاهی هم ممکن تغییر شکل حنک نرم ناشی از انتوبیشن شزنی طولانی نزد آنها ایجاد گردد که به آن palatal groove می گویند. هیم انجیومای اوعیه شعریه نزد اطفال قبل الميعاد معمول می باشد ، بعد از مراحل ابتدایی نمو ازبین رفتن بنفسهی آن در جریان ۲-۵ سال ممکن است با وجودیکه talipes

equino varus (TEV) ممکن نزد اطفال قبل المبعاد بوجود آید اما بوجود آمدن دیسپلازیای hip غیر معمول می باشد. اگر تاریخچه قوی فامیلی هیپ دیسپلازیای وجود داشته باشد در این صورت باید معاینات مکرر در سال اول حیات به شمول معاینه التراسوند انجام گردد.

معاینات شش هفته گی

معاینات شش هفته گی بعد از ولادت زیاد مهم بوده و تمام اطفال باید در این وقت معاینه گردند. در معاینات شش هفته گی تمام جزئیات مربوط به زمان ولادت به شمول وزن زمان ولادت، محیط راس و اندازه crown heel length ارزیابی گردند.

اهداف معاینات شش هفته گی

۱. ارزیابی تغذی طفل
۲. اندازه نمودن نشوونما و وزن گرفتن طفل
۳. کشف تشوشاتیکه در زمان نوزادی ناشناخته مانده اند
۴. ارزیابی مقدم نشوونما
۵. اطمینان از ایجاد ارتباط بین طفل و مادر

اندازه گیری ها

- محیط راس
- طول
- وزن

حوادث perinatal که باید یادداشت گردند عبارت اند از

۱. اسفکسی یا خفه شده گی
۲. کم وزن بودن
۳. قبل الميعاد
۴. اتتان
۵. هایپوگلاسیمی
۶. ترخیصات

معاینات باید با احتیاط و به ملایمت انجام گیرند. طفل را که لباس پوشانیده شده است از نزد مادر گرفته و بالای میزی که پوشیده شده است قرار دهید. به مادر یا نرس یا کسی دیگر اجازه ندهید تا لباس طفل را بیرون نماید. این را خودتان انجام دهید. ابتدا طفل را قبل از اینکه به بدنش تماس نمایید مشاهده کنید، ببینید که چه قسم لباس پوشانیده شده و چه نوع مواظبت از طفل صورت میگیرد. بطرف وجه، رنگ جلد، پاک بودن، اندفاعات جلدی، تنفس نارمل، موجودیت تنفس سریع، تنفس صدار دار توجه نموده و یادداشت نمایید. آیا علایم کم خونی وجود دارد؟ آیا رنگ لبها طبیعی است؟ به ملایمت منضمه‌ها را معاینه کنید. راس طفل، فانتانیل‌ها را جس کنید، و بطرف seborrhoea اگر موجود باشد ببینید. اگر طفل بیدار است کوشش کنید که fixation چشم‌های آن را از فاصله ۲۰ سانتی متر ملاحظه کنید، در این موقع ممکن طفل لبخند بزند. لبخند با معنا یکی از اساسات عمده ارزیابی طفل است. اگر طفل گریه می‌کند به گوش وی آهسته (هاها) گفته و این باعث خاموشی گریه وی می‌گردد. اگر خاموش نشد طفل را در آغوش گرفته و گریه آن ممکن خاموش شود و چشم‌های خود را باز نماید و معاینه را دوباره شروع کنید. حالا نموی راس را ارزیابی کرده، فانتانیل‌ها را جس کنید. بطرف کنترل مقدم راس نگاه کنید، زمانیکه شما در حالت نشسته طفل را کمک کنید راس ممکن بطرف قدام بیافتد. حرکات نهاییات طفل را ببینید و مقعویت عضلات رخسار را ارزیابی کنید. دستان طفل را برای تباعد

شصت ، وقبض انگشتان ملاحظه نمایید. اگر طفل دست ها را مشت گرفته باشد آن را باز نمایید و تجمع گرد و خاک را در خطوط کف دست ارزیابی کنید . جلد کف دست ممکن مرطوب و خاسف باشد و این نشان دهنده اینست که دست ها از زمان ولادت مشت بوده است . موجودیت ankle clonus را ملاحظه کنید . رفلکس های ابتدایی را ارزیابی نمایید خصوصا " Moro reflex ، مقعویت غیر متناظر گردن و رفلکس قدم زدن را معاینه نمایید. حالت تغذی طفل را ببینید ، تعداد تنفس و وضعیت عمومی طفل را ارزیابی کنید . آیا علایم دی هایدریشن ، ضیاع شحم تحت الجلدی و ضیاع عضلی وجود دارد؟ بصورت ملایم دهن طفل را برای انتانات معاینه کنید ، انتان منضمه را ببینید . نوک انگشت تان را بداخل canthus داخلی دور داده و قنات اشکیه را معاینه نمایید. انسداد موقتی قنات naso lacrimal معمول می باشد. بینی را برای snuffles دوباره ارزیابی نموده که اکثرا" موجود می باشد و نیاز به اهتمامات خاص ندارد . ثدیه های نوزاد ممکن است متورم معلوم شوند و گاهی در آن التهاب و آبسی موجود می باشد. انتان و التهاب زیر ناخن ها خصوصا" انگشت شصت پا (paronychia) معمول می باشد.

شاخص های نشو نما	
۳-۶ هفته	Frowning
۵-۸ هفته	لبخند با معنا
۵-۸ هفته	کنترول مقدم راس (۵-۱۰ ثانیه)
۶ هفته (۲۰-۳۰ سانتی متر)	Fixation چشم ها بطرف روی معاینه کننده
۶ هفته	ایجاد صدا

جلد

جلد راس را برای موجودیت seborrhoea و جلد عجان را برای موجودیت napkin dermatitis ارزیابی کنید. لکه های ناشی از ترشیزات زمان ولادت به مرور زمان خیره تر گردیده ولی strawberry naevi به مرور زمان بزرگ تر و برجسته میگردند. لکه های port win بدبختانه هر قدر جلد خاسف گردد برجسته تر میگردند. گاهی یرقان فزیولوژیک مرتبط با شیر مادر دوامدار می گردد. هرچند دوباره ظاهر شدن یرقان در ۶ هفته گی علایم خطر بوده و باید بصورت دقیق ارزیابی گردد.

سیستم تنفسی

تعداد و نوع تنفسی را نزد طفل شیرخوار ارزیابی کنید ، آیا تنفس صدادار وجود دارد؟ اگر دارد چه نوع صدا ، در علوی یا سفلی ، در شهیق یا ذفیر؟ laryngomalacia معمول ترین اسباب سترایدور را در این سنین اطفال تشکیل می دهد . سرفه ممکن علایم انتان طرق تنفسی سفلی باشد ولی آواز های غیر نارمل ممکن به ندرت از اصغا شنیده شوند.

سیستم قلبی وعایی

ضریان قلب و نبض طفل باید ارزیابی گردد ، نبض در جریان گریه بصورت قابل ملاحظه تفاوت نموده می تواند. پریکارد و شوک زروه قلب را ارزیابی کنید. بخاطر داشته باشید که thrill در این سنین بسیار به ساده گی قابل دریافت می باشد. آواز های قلبی را در قاعده و زروه اصغا کنید ، آیا سوفل وجود دارد؟ در کجا خوب شنیده می شود؟ آیا انتشار دارد؟ آیا بلند شنیده می شود؟ آیا همراه آن thrill وجود دارد؟ مهم تر از همه دوام آن چقدر است؟ آیا در تمام صفحه سیستمول شنیده می شود؟ کوشش کنید تا

تصمیم بگیرید که آیا سوفل قابل این است که جدی گرفته شود یا خیر؟ بخاطر داشته باشید که سوفل های سیستولیک سلیم دوام کوتاه داشته ، دارای تون بلند نرم بوده انتشار نداشته و همراه با آنها thrill موجود نمی باشد.

Venous hump بیشتر در سنین یک تا سه ساله گی در قاعده قلب شنیده می شود، فشار دادن بالای ورید وداجی باعث کاهش صدای آن می گردد.

بطن

شکل بطن را ببینید ، آیا توسع بطنی وجود دارد ؟ آیا سره طفل بصورت مکمل بهبود یافته است؟ آیا انساج گرانولیشن باقی مانده است ؟ آیا فتق سره وی وجود دارد؟ طحال را جس نمایید ، نوک طحال قابل جس می باشد. کنار های کبد را جس نمایید (۲-۳ سانتی متر) واگر ضرورت باشد قرع کنید . مثانه قابل جس و کلیه ها را ارزیابی کنید . این معاینات زمانیکه طفل بزرگتر می گردد مشکل تر می شوند. اعضای تناسلی را ببینید . آیا هردو خصیه قابل جس اند؟ آیا شواهد هایدروسل یا فتق های مغبنی وجود دارد؟ آیا راس قضیب به اندازه کافی باز است ؟ در جنس مونث چسپیده گی های شفتان را ارزیابی نمایید. مقعد را ببینید و در آن موجودیت خون و فیسور های جلدی را ارزیابی کنید.

سیستم عصبی عضلی

اکثرا" پا های طفل نارمل می باشد ، tarsus varus و calcaneo valgus در جریان چهار هفته قبلی بصورت بنفسهی بهبود یافته می باشند.

معاینه hip دوباره مهم بوده هرچند اهمیت این معاینه نظر به هفته اول کمتر است. تست Barlow's را انجام دهید ممکن اسپزم عضلی را نزد بعضی شیرخواران دریافت نمایید. کوشش نکنید که

hip را بصورت مکمل تباعد دهید زیرا این مانور باعث تخریب راس فخذ می گردد. Subluxation آن در هفته ششم نادر است.

معاینه طفل در شش هفته گی : سه H و سیگنال های خطر

سه H که باید در شش هفته گی مورد توجه قرار گیرند

۱. راس : اگر بسیار بزرگ باشد (hydrocephalus) ، اگر کوچک باشد (

Microcephalus)

۲. قلب : موجودیت سوفل های قلبی

۳. Hip: تست تباعد

معاینه مکمل از راس تا شصت پا بوده و انجام آن ساده است و مادرش از انجام این معاینه لذت می برند.

سیگنال های خطر در شش هفته گی عبارتند از

- اضطراب زیاد مادر
- راس بسیار کوچک یا بسیار بزرگ
- کاهش مقعویت عضلی (ventral suspension بسیار ضعیف)
- تخرشیت متداوم
- تباعد متداوم شصت

طفل شیر خوار با مریضی حاد وخیم

این واضح است که جهت کاهش بیشتر وفیات اطفال شیرخوار داکتر نیاز دارد تا زیرکی و هوش خود را در تشخیص مرض دقیق تر سازد. اطفال شیرخوار ذخیره لغات کلینیکی بسیار کم دارند تا بتوانند

مرض خود را بیان نمایند. اعراضی چون اجتناب از خوردن غذا، استفراغ، تب، کسالت ممکن ناشی از التهاب سحایا، نيمونيا يا انتان طرق بولى باشد. اطفال شیرخوار بسیار به سرعت مريض می گردند، خوشبختانه بهبودی آنها نیز سریع بوده مشروط بر اینکه بصورت مناسب تداوی شوند. در دوره شیرخواره گی باید به نظریات و قضاوت مادر بسیار توجه کرد.

نکات مهم نزدیک شدن به طفل مريض قرار زیر اند

- مشاهده بسیار دقیق
- انجام معاینات
- حدس و گمان عاقلانه

یک تعداد اعراض مشخص نزد طفل شیرخوار نیاز به توجه عاجل دارند. یک تعداد آنها در جدول زیر خلاصه گردیده اند. مادر ها در عکس العمل خود متفاوت بوده لاکن اکثریت آنها به این اعراض آشنا بوده و در جستجوی شما کمک می کنند. مادران حالات وخیم اطفال را با اصطلاحات مختلف عامیانه بیان میدارند.

اعراض وخیم که اکثراً" نزد اطفال شیرخوار دیده می شود

- گریه بسیار بلند
- خواب آلوده گی و تخرشیت
- اختلاج
- اجتناب از اخذ غذا (دو یا بیشتر از دو غذا بصورت پیهم)
- استفراغات متکرر
- تنفس سریع همراه یا بدون grunting

- حملات کبود شدن غیر طبیعی و خسافت
- منتشر شدن لکه های purpuric که بزرگتر از ۲ ملی متر قطر داشته باشند

اعراض کمتر وخیم لاکن نباید نادیده گرفته شوند در جدول زیر با جزئیات بیان گردیده اند. اطفال شیرخوار با چنین شکایات نیاز به تحت مشاهده گرفتن جدی دارند. خراسک یکی از نگرانی های والدین اطفال بوده با وجودیکه طفل ممکن از نظر ظاهری خوب باشد.

اعراض وخیم معمول نزد اطفال شیرخوار

- اسهالات متکرر
- گریه متداوم
- خراسک (استرایدور ، خپ شدن آواز ، سرفه های مانند جفیدن)
- تب بلند (۴۰ درجه سانتی گرید یا ۱۰۴ درجه فارنهایت)
- نارامی دوامدار

زمانی که با یک طفل شدیداً " مریض مواجه می شوید طفل را به وضعیتی که باعث راحتی طفل گردد قرار دهید. ضربان قلب ، تعداد تنفس ، جهد تنفسی ، موجودیت یا عدم موجودیت اندفاعات جلدی ، رنگ و درجه حرارت طفل را یادداشت نمایید. اطفال مریض اکثراً " جلد mottled (لکه دار) داشته ، تنفس آنها سریع همراه با grunting می باشد. چشم ها خیره و بطرف جای دور متوجه می باشند. آنها ممکن در مرکز بدن گرم باشند ولی نهاییات سرد می داشته باشند ، حملات اختلاج به ساده گی همراه با تب ایجاد می گردد. حرکت طفل را ارزیابی کنید اگر طفل یک نهایت خود را حرکت ندهد ممکن در ناحیه انتان مانند استیومیالیت ، وجود داشته باشد. برآمده گی صدر ممکن ناشی از نیمونیا باشد ، شیخ ماندن گردن ناشی از مننجیت ایجاد می گردد. اگر طفل نتواند بطن خود را حرکت دهد ممکن نزد وی اپندیسیت یا پرتونیت وجود داشته باشد ، اما نزد اطفال شیرخوار تشخیص آن مشکل می باشد. در چنین حالات به نکات زیر باید متوجه بود.

- درجه شدت مریضی
- چگونه گی هایدریشن طفل
- چگونه گی تغذی طفل
- سیستم دورانی

قبل از اینکه معاینات با جزئیات صورت گیرد باید وزن طفل ، تعداد تنفس ، تعداد نبض باید یادداشت گردند. اطفال مریض معمولاً "فعالیت زیاد نداشته و به شکل منظم باید مورد معاینات قرار گیرند.

شدت مریضی

این موضوع تنها توسط تجربه و مشاهده بدست می آید و نمیتوان تمام آن را از کتاب و مقالات فرا گرفت . لذا وقت بیشتر را در اطاق عاجل صرف نمایید ، ببینید ، ارزیابی کنید و بخاطر بسپارید. آیا او شدیداً مریض است ؟ آیا مریض او متوسط است؟ یا آیا او خفیفاً مریض است ؟

هایدریشن

این می تواند بصورت سریع و به ساده گی ارزیابی گردد ، اگر کسی میخواهد بفهمد که طفل هایدریشن نارمل دارد یا دی هایدریشن دارد یا هم over hydrated گردیده است.

تغذی

تغذی می تواند با دیدن و احساس کردن شحم تحت الجلدی ، دیدن سرین ، کتله عضلی ، چین خورده گی های جلدی جوف ابط ، نواحی مغبنی و وزن طفل ارزیابی شده می تواند. ضخامت چین خورده گی های جلدی ، اندازه وسط محیط بازو می توانند بعداً " اگر ضرورت باشند ارزیابی گردند.

سیستم دورانی

دوران خون مریض چگونه است ؟ آیا رنگ زبان ، لب ها ، غشای مخاطی و بستر ناخن نارمل است ؟ آیا جلد لکه دار یا mottled گردیده ؟ آیا کبود است ؟ آیا نهایات مریض گرم است ؟ آیا پرشدن خون

ورید در پاها سریع است؟ گرم بودن انگشت شصت پا (موجودیت نبض در وجه ظهری قدم و شریان خلف عظم تیبیا) یک اندکس خوب برای ارزیابی وضعیت دورانی طفل است. نباید اندازه نمودن فشار خون نزد طفل که بصورت حاد شدیداً " مریض گردیده فراموش گردد.



شکل ۴-۱۱ طفل شیرخوار با مریض حاد

امراض حاد دوران شیرخوارگی

امراض جراحی	امراض طبی
تغلف امعا	التهاب سحایا
التهاب اپندکس و پریتنان	سینه و بغل
انسداد امعا	استیومیالیت
فتق های Incarcerated	گستروانترایتس
	سپتیسیمیا
	انتان طرق بولی و خراسک سندروم

مشاهده ساده

با مشاهده ساده طفل میتوان به قرار زیر تصمیم گرفت، طور مثال

- طفل نارمل
- طفل نسبتاً "مریض"
- طفل که هایدریشن نارمل دارد
- طفل خوب تغذی شده
- طفل احتمالاً "کم خون"
- طفل احتمالاً "مصاب به انتان طرق تنفسی"

اجتناب از غذا خوردن نزد اطفال شیر خوار از جمله اعراض وخیم به شمار می رود. اما اطفال که غذا می گیرند ممکن مریض باشند ولی مریضی وخیم ندارند. اطفالیکه سه F را تکمیل نمایند میتوان به مادران آنها در مورد صحت طفل شان اطمینان داد.

- (form) شکل خوب داشته باشند
- (feed) تغذی خوب داشته باشند
- (fever) تب نداشته باشند

بطرف تغلف امعا یا intussusceptions فکر کنید

- طفل ۶-۱۲ ماهه
- حمله حاد درد بطنی همراه با گریه (پاهای خود را بالای بطن خود جمع می کند)
- طفل بسیار خاسف است
- کتله قابل جس در بطن دارد
- شکاک با علت نامعلوم

اطفال ۱-۳ ساله که میترسند

اطفال ۱-۳ ساله که می ترسند نیاز به توجه خاص دارند ، خود را به بدن چسبانده شخی عضلی بوده و فریاد میزنند و معاینه آنها مشکل خواهد بود. به آنها به بسیار احتیاط نزدیک شوید. با داشتن تجربه زیاد شما می توانید آنها را معاینه سطحی نمایید. آنها را از بغل مادر (چایکه خود را در امن احساس می کنند) دور نکنید.



شکل ۴-۱۲ طفل در آغوش مادر (جای خوب و امن برای معاینه)

آنها خوش ندارند که شما محیط راس آنها را اندازه نمایید و نمی گذارند که شما معاینه پرده گوش و معاینه گلو را انجام دهید ، این معاینات را کوشش کنید در اخیر انجام دهید. سامان بازی که دست های آنها را پر نماید به آنها بدهید. در معاینه کوشش کنید سریع باشید ، اما عجله نکنید. با گذاشتن ساده استاتسکوپ بالای زانو ممکن طفل را مطمئن ساخته و بتوانید تا صدر و قلب آنها را اعضا کنید. در نزدیک شدن به اطفال ۱-۳ ساله نیاز به بکاربرد خرد و دانش زیاد است. می توانید قسمت زیاد معاینه را وقتی انجام دهید که طفل در خواب است ، می توانید رنگ جلد ، ریتم و تعداد تنفس ، تعداد نبض ، درجه

حرارت ، درجه هایدریشن و تغذی طفل را ارزیابی کنید. یک شخص با تجربه می تواند به زودی تصمیم بگیرد که طفل مذکور مریضی شدید دارد یا خیر.



شکل ۴-۱۳ طفلیکه ترسیده است.

یک تعداد اطفال ۱-۳ ساله معاینه کننده را با وجودیکه به بسیار احتیاط و حوصله مندی انجام می دهد اجازه نمی دهند. دوباره وقتی که طفل آرام است شروع کنید.

John Apley یک داکتر بسیار مشهور فرموده است : " این اشتباه من است که طفل گریه می کند " هرچند ما بصورت مکمل با نظر او موافق نیستیم . اطفال یک تا سه سال تحمل بسیار کم در مورد دیدن بیگانه ها و ستاتسکوپ دارند. گاهی ممکن شما این چنین اطفال را مواجه شوید که معاینه آنها حتی ممکن نباشد. ولی معاینات که انجام شده نتوانست آنها را باید یادداشت نماییم.

- فندسکوپیی (ناممکن است)
- فشار خون (به نسبت گریه طفل تعیین شده نتوانست)

موضوعات مبهم کلینیکی (sepsis مقدم)

سپس نزد اطفال جوان و اطفال شیرخوار باید ارزیابی گردد خصوصا " اطفالیکه مصاب به تب ، تخرشیت ، بی اشتهاپی و بیحال اند. این اطفال ممکن خاسف و مریض معلوم شوند ، اما یافته های فزیکسی بسیار ناچیز یا هیچ دریافت نگردد.

نکات زیر را باید مدنظر داشت

- بکتیرمیا (سیتیسیمیای مقدم)
- پیلونفریت (اتان طرق بولی)
- مننجایتس
- استیومیالیت

سینه وبغل همیشه با یافته های فزیکسی مانند افزایش تعداد تنفس ، grunting ، پرش مناخر انف و افزایش کار تنفسی همراه است.

اعدادی که باید یادداشت گردند (علایم حیاتی)

قد ، وزن ، محیط راس ، نبض (ضربان قلب) ، تعداد تنفس ، فشار خون ، peak expiratory flow rate

(در صورت امکان) و درجه حرارت .

فصل پنجم

معاینه سیستم ها

معاینه صدر ۸۲	جلد ۱۳۷
سیستم قلبی و عایی ۱۰۰	معاینه عصبی ۱۴۷
بطن ۱۱۳	سیستم عضله اسکلتی ۱۶۷
معاینه غدوات ۱۲۸	چشم ها ۱۸۳
ارزیابی کلینیکی سیستم معافیت ۱۳۰	جراحی ۱۹۲
گوش گلو بینی و دهن ۱۳۰	

علت معمولی که والدین اطفال شیرخوارو یک الی سه ساله خود را نزد داکتر اطفال میاورند عبارت از انتانات حاد طرق تنفسی علوی می باشد که معمولترین آنها شامل انتانات گوش ، بینی ، دهن و گلو اند. هرچند یک داکتر خوب می تواند با دیدن و اضغا کردن صدرانتانات طرق تنفسی علوی را از سفلی تفکیک نماید. تمام محصلین طب باید دست ها و استاتسکوپ خود را آماده داشته و بهتر است که در عقب داکتر ایستاده شده و طرز کار او را مشاهده نماید. برای معاینه بهتر داکتر باید شکل تنفس ، کار تنفسی و تعداد تنفس را ارزیابی نماید و برای دریافت grunting با گوش خود معاینه کند . نوعیت سرفه را باید یادداشت کرد ، آیا طفل کار های بیهوده انجام می دهد ؟ آیا ویزینگ دارد؟ آیا به غذا توجه دارد؟ و بالاخره رنگ طفل چگونه است؟

تاریخچه

در تاریخچه انتانات طرق تنفسی یک تعداد اعراض مانند سرفه ، ویزه، استرایدور، تب و تغذی ضعیف موجود می باشد. اما در حالات شدید تنفس سریع ، grunting ، کبودی ، بیقراری و حتی کولاپس موجود بوده میتواند. وهمچنان فرق میان انتانات باکتریایی و ویروسی خیلی مشکل است . اما قانون لایت وودس قابل ارزش است که میگوید انتانات باکتریایی به شکل موضعی میلان داشته (مثلاً" به یک گوش ، به تانسل ها ، یک لب ریه وغیره) اما انتانات ویروسی به انتشار میلان دارند مثلاً" سرخکان که یک مثال خوب امراض ویروسی است ، در آن چشم ها سرخ ، گوش ها سرخ ، گلو سرخ رنگ ، جلد سرخ و حتی اگر دیده بتوانید شزن نیز احمراری دیده می شود. از نظر توکسیسیتی اطفالیکه مصاب با انتانات باکتریایی باشند خیلی توکسیک بوده مریض خیلی بی حرکت و جلد آن خالدار می باشد. و باید انتانات طرق تنفسی علوی از سفلی تفکیک گردند ، گاهی اوقات هر دو قسمت در عین وقت مصاب شده می توانند و تسلسل بوجود آمدن اعراض از آغاز مریضی باید یادداشت گردد بطور مثال:

۱. سرفه از چهار روز به اینطرف
۲. تغذی ضعیف از دو روز به اینطرف
۳. تب از دو روز به اینطرف
۴. ویزینگ از یکروز به اینطرف
۵. مشکل تنفسی از یک روز به اینطرف

ممکن ضرور باشد تا پرسیم

- کدام عرض اول شروع شده است سرفه یا ویزینگ؟
 - آیا حالت مریض رو به خرابی است؟
 - آیا رنگ مریض به طرف خوب شدن می رود؟
 - آیا تغذی توسط بوتل و یا چیز دیگر کرده می تواند؟
- اجزای معاینه سیستم تنفسی عبارت اند از تفتیش ، جس ، قرع و اعضا می باشد. از این جمله در

نزد شیرخواران تفتیش خیلی اهمیت دارد. در تفتیش دیدن و با گوش شنیدن شامل می باشد.

جس و قرع در اطفال شیر خوارو یک الی سه ساله که به انتان حاد طرق تنفسی سفلی مصاب باشند معاینه مفید نیست ، بخاطریکه از باعث هموار شدن دیا فراگم ، جگر به طرف پایین تیله شده می باشد و نادرا" شزن نیز بی جا شده می باشد ، در چنین حالات اصمیت قلب و جگر اهمیت ندارند. نیمونیای فسی که با قرع اصمیت نشان می دهد نزد اطفال شیرخوار کمتر معمول است ، باید گفت که موضع ایکه ذکر شد صرف در مورد اطفال شیرخوار است. در اطفال بزرگتر مانند کاهلان جس و قرع یک معاینه مهم و مفید می باشد.

تفتیش

در تفتیش باید به نکات زیر توجه گردد:

۱. رنگ جلد طفل چطور است ؟

۲. حالت طفل چطور است ؟

آیا آرام است؟ آیا مشکلات تنفسی دارد؟ آیا وضعیت بی ثبات همراه با تنفس خیلی سطحی دارد؟

۳. در حالت استراحت وضعیت طفل چطور است؟

۴. تعداد تنفس نظر به عمر آن نورمال است یا خیر؟

۵. حرکات صدر:

• آیا حرکات متناظر است؟

• آیا در یک طرف صدر splinting موجود است؟

۶. شکل صدر:

• آیا صدر برآمده است و یا شکل barrel دارد؟

• آیا شکل Hollow یا pectus excavatum یا pectus excavatum موجود است؟ آیا

Harrison's sulcus موجود است؟

۷. فرورفته گی لب ها در هنگام شهیق موجود است؟

۸. آیا پرش مناخر انف همراه با گرانتینگ موجود است؟
۹. نوعیت حرکات صدر: در هنگام تنفس نارمل صدر بطرف داخل و خارج حرکت می کند.
۱۰. نفس تنگی: توسط ازدیاد حرکات تنفس در حالت استراحت معلوم می شود و ازدیاد کار تنفسی توسط کشش عضلات supra sternal, inter costal, sub costal معلوم می شود. کشش یکطرفه عضلات گاهی ناشی از نیمونیای فسی بوجود آمده یا هم ناشی از انشاق اجسام اجنبی می باشد. ازدیاد تعداد و کارتنفسی یک علامه مهم برای نمونیا نزد اطفال شیرخوار است.
۱۱. آیا clubbing موجود است یا خیر؟ در اطفال که امراض ولادی قلبی و یا امراض مزمن شش ها داشته باشند clubbing به شکل ثانوی دیده می شود. اگر در مورد آن مشکوک باشید بطرف انگشت کلان پا نظر کنید. clubbing ممکن است نزد کسانی که اسهالات متداوم دارند نیز دیده شود. کلویینگ ناشی از سست شدن زاویه بین جلد و بستر ناخن ایجاد می گردد و ناخن یک محدبیت پیدا می کند.

جدول ۵-۱ تعداد نارمل تنفس

عمر	تعداد تنفس نارمل فی دقیقه	تنفس سریع
نوزاد	۳۰-۵۰	بالاتر از ۶۰
شیرخوار	۲۰-۳۰	بالاتر از ۵۰
یک تا سه ساله	۲۰-۳۰	بالاتر از ۴۰
طفل بزرگتر	۱۵-۲۰	بالاتر از ۳۰

بعضی اصطلاحات در باره تنفس	
ازدیاد تعداد تنفس	Tachypnoea
تنفس زجرت دهنده و مشکل	Dyspnoea
ازدیاد عمق تنفس	Hyperpnoea(Hyperventilation)
تنفس مشکل وزجرت دهنده در حالت استراحت	Orthopnoea

تعریف تنفس سریع از نظر WHO	
بالاتر از ۶۰ فی دقیقه	اطفال کمتر از دو ماهه
بالاتر از ۵۰ فی دقیقه	دو ماهه تا یک ساله
بالاتر از ۴۰ فی دقیقه	اطفال بالاتر از یک ساله
WHO (سازمان صحتی جهان)	

بعضی اصطلاحات در باره شکل صدر	
استخوان عظم قص بصورت برجسته (pigeon chest)	Pectus carinatum
استخوان عظم قص به طرف داخل فرورفته	Pectus excavatum
قسمت سفلی صدر بطرف داخل کش شده بوده که با diaphragmtic tug نیز همراه می باشد	Harrison's Sulcus



شکل ۵-۱ clubbing انگشتان

۱۲. موجودیت بلغم : موجودیت بلغم نزد اطفال جوان نادر بوده و اگر باشد مترافق با امراض مزمن ریه

مانند سیستیک فیروز خواهد بود. در اطفال شیرخوار باوجودیکه سرفه ممکن بلغم دار گفته شود ، اما

بلغم به چشم دیده نمی شود زیرا اطفال آن را بلع مینمایند. چنانچه Evonson &

Maunsell(1838) گفته اند :

" اطفال جوان همیشه بلغم خود را بلع می کنند ، لذا بلغم بسیار اهمیت کم در تشخیص دارد". بلع بلغم یکی از علت های معمول استفراغ بعد از سرفه نزد اطفال می باشد. استفراغ بعد از سرفه برای سیاه سرفه وصفی می باشد.

جس

درجس صدر باید تناظر وسعت صدر در نظر گرفته شود توسع صدر نزد اطفال دوران مکتب ۳-۵ سانتی می باشد. موقیعت شزن باید تعیین و معلوم شود. انحراف شزن نزد اطفال شیرخوار ویک الی سه ساله غیر معمول می باشد. اهتزازات صوتی نزد اطفال زمانیکه آنها گریه می کنند خوبتر جس می گردد ، آواز های انتشار یافته ممکن جس گردند.

قرع

قرع باید در هر دو طرف صدر به شکل مقایسوی و آهسته صورت گیرد . قرع صدر نزد اطفال شیرخوار و یک الی سه ساله نسبت به کاهلان بیشتر وضاحت دارد و ارزش آن کمتر است. ولی نزد اطفال قبل از مکتب و سن مکتب قرع مانند کاهلان پرارزش می باشد.

استما در یک نظر

اطفال که به استما مصاب اند حالات زیرممکن در آنها دیده شود.

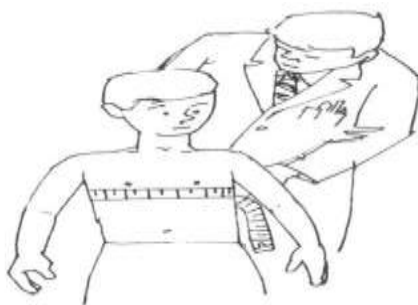
۱. تنفس تکان دهنده یا jerkey بوده و به جای حرکات in-out حرکات up-down در صدر دیده می شود.
۲. در جریان شهیق عمیق شانه های خود را بطرف گوش های خود بالا می برد.
۳. قسمت فوقانی صدر پندیده ودر قسمت تحتانی آن زاویه Harrison's موجود می باشد.

اصفا

ستاتسکوپ : برای اصفاء اطفال ستاتسکوپ باید دیافراگم و بل مخصوص اطفال داشته باشد.



شکل ۵-۲ صدر پر از هوا نزد طفل مصاب به استما



شکل ۵-۳ اندازه گیری اتساع صدر

طوریکه دیده می شود اکثریت محصلین دیافراگم ستاتسکوپ را برای تمام معاینات استفاده می

کنند. لکن بل ستاتسکوپ برای آوازه‌های صدر نزد اطفال شیرخوار ، یک تا سه ساله و اطفال نسبتاً

بزرگ بهتر است.

Bell استاتسکوپ به دلایل زیر خوبتر است:

۱. بل کوچک است در حالیکه دیافراگم قسمت زیاد صدر نوزاد یا شیرخوار را می پوشاند.
۲. بل گرم بوده و دیافراگم خیلی سرد می باشد.
۳. بل همراهی صدر خیلی خوب اتصال پیده می کند.
۴. بل به صداهای سطحی اجازه نمی دهد و آواز هایی که تون پایین دارند خوب شنیده می شود. اکنون داکتران صدی تنها بل ستاتسکوپ دارند. استفاده وسیع دیافراگم ستاتسکوپ مناسب نیست. دیافراگم برای شنیدن علایم و آوازهای قلبی خیلی مهم می باشد.

برای اصغاء باید از گوش همراه با استاتسکوپ استفاده کرد. همیشه کوشش کنید تا نوعیت سرفه را تعیین نمایید و آن را توضیح کنید. برای موجودیت گرانتیگ گوش دهید و هرگاه باذفیر همراه باشد بیشتر دلالت به سینه وبغل می نماید. ویز که با گوش شنیده شود به انتان طرق تنفسی سفلی ، برانشیت ، برانشیولیت و برانکونیمونیا ممکن دلالت کند. ویز در صفحه ذفیر همراه با طولانی شدن صفحه ، وصفی برای اسپزم قصبات بوده که مترافق با استمای حاد می باشد. ستاتسکوپ در اطفال شیر خوار یک آله کمتر قابل اعتبار است ، بخاطریکه نزد بسیاری اطفال در رادیوگرافی سینه بغل تثبیت شده اما در وقت اصغاء ، صدر طفل پاک می باشد. آواز های انتقالی نزد اطفال شیرخوار خصوصا " اطفال که در دهن خود کف وبلغم دارند باعث گیج شدن محصلین میگرددند. آواز های انتقالی آواز های اند که از ناحیه بلعوم به صدر انتقال یافته و نزد اطفال شیرخوار و یک تا سه سال معمول می باشند. این آواز ها از افزازات طرق تنفسی علوی خصوصا " ناحیه فمی بلعومی منشا میگیرند. سکشن ، سرفه و فزیوتراپی باعث پاک شدن آنها می گردد. این آواز ها را محصلین در اولین بار شنیدن با pleural rub اشتباه می کنند. نازک بودن جدار صدر نزد اطفال باعث انتقال ساده آوازاها ازیکطرف به طرف دیگر می شود و باعث تشدید آواز های

تنفسی می گردد. در دوره شیر خواره گی آوازهای تنفسی وصف برانکو ویزیکولر داشته در حالیکه در اطفال دوره قبل از مکتب و اطفال دوران مکتب وصف ویزیکولر مشابه به کاهلان میداشته باشند. هر شخص باید توانایی این را داشته باشد تا آواز های ناشی از گریه، حرکات سطحی، آواز های انتقالی را داشته و آواز های تنفسی را در هردو طرف صدر مقایسه کند. Pleural rub یکی از یافته های غیر معمول نزد اطفال سن قبل از مکتب می باشد.

آوازهای اضافی

rhonchus=wheeze = صدای متداوم=صدای خشک

Crepitation=Crackle = صدای غیر متداوم=صدای مرطوب

در اطفال شیر خوار wheeze از باعث عبور هوا از طرق تنگ شده هوایی بوجود می آید.

اسباب تنگ شدن طرق هوایی قرار زیرمی باشد

۱. اذیما مخاطی

۲. ازدیاد مخاط

۳. تقبض قصبات

در میان اینها تقبض قصبات نزد اطفال شیر خوار اهمیت کمتر دارد، زیرا چندین مطالعه که در زمینه صورت گرفته نتوانستند تا تاثیرات توسع دهنده های فصبی را نزد اطفال شیرخوار زیر یک سال ثابت نمایند.

Wheeze در اثر انتانات مختلف صدری ایجاد شده می تواند بطور مثال:

۱. التهاب حاد حنجره ، شزن و قصبات

۲. التهاب قصبات

۳. برانشیولیت حاد

۴. نیمونیای حاد قصبی

در مورد بکار برد اصطلاحات فوق نظر واحد وجود ندارد بطور مثال wheezy bronchitis و spasmodic bronchitis اصطلاحات مترادف اند و یک مفهوم را ارایه می کنند. اما بکار برد wenter bronchitis اصطلاح درست نمی باشد. اکثریت اطفال شیرخوار در امراض انتانی طرق تنفسی ویز پیدا می کنند. اما هرگاه ویز بصورت متکرر واقع شود اصطلاح درست آن استما است یا در عوض میتوان به آن استماتیک برانشایتس استفاده کرد.

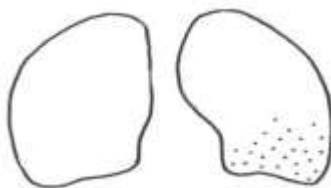
اسباب معمول ویزمتکرر عبارت اند از :

Aspiration syndrome ، اجسام اجنبی ، سیستیک فبروز ، تحت فشار آمده شزن . تمرینات فزیکای موثر در تمام سیستم ها به شمول سیستم طرق تنفسی می تواند یافته های مخفی کلینیکی را آشکار سازد که در شکل ۵-۵ و ۶-۵ نشان داده شده است. رانکای (ویز ، صدای خشک) و crackles) crepitation (، رال ها ، آواز مرطوب) نزد اطفال نظر به کاهلان چندان تفاوت ندارند و در این کتاب به توضیح بیشتر آنها نمی پردازیم. اما این بهتر است که بخاطر داشته باشید که رانکای نزد اطفال شیرخوار در اثر جریان هوا از طریق تیوپ های هوایی تنگ شده توسط اذیما بوجود آمده و تقبض قصبات در آن چندان تاثیر ندارد. برای تشخیص انتانات طرق تنفسی باید طرق تنفسی را به طرق علوی

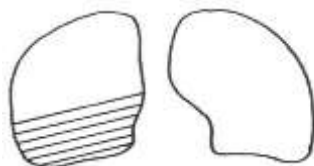
، متوسط و سفلی تقسیم کنیم . اکثرا" اصطلاح انتان طرق تنفسی علوی را بکار میبرند که این اصطلاح یک اندازه مبهم است ، زیرا در تشخیص کوشش گردد تا زیاد تشخیص وصفی مرض گذاشته شود. و اصطلاح متذکره شش مرض طرق تنفسی را می تواند دربر گیرد.



شکل ۵-۴ قسمت دیافراگم ستاتسکوپ سرد می باشد.



شکل ۵-۵ کریپیتیشن در قاعده ریه چپ



شکل ۵-۶ تکائف در لب متوسط و سفلی ریه راست

انتان طرق تنفسی علوی

Rhinitis	التهاب گوش متوسط	التهاب سینوس ها
التهاب تانسل ها	التهاب عظم مستویید	التهاب بلعوم

Croup نیز تشخیص گذاشته می شود و این اصطلاح از کلمه croak گرفته شده که به معنی یک آواز خشن ، کلاغ مانند و یک استرایدور ارتعاشی است که معمولاً " با سرفه های مانند جفیدن و خپ شدن آواز همراه می باشد و اسباب متعدد مانند انتان ، الرژی و جسم اجنبی میتوانند عامل سببی آن باشند.

انتان طرق تنفسی متوسط

التهاب حنجره اسپزمودیک
التهاب حاد حنجره ، شزن وقصبات
التهاب ایپی گلوتس

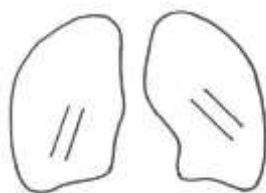
به عین ترتیب بکار برد اصطلاح انتان صدري برای داکترو محصلین مناسب نمی باشد. زیرا انواع مختلف انتانات می توانند باعث انتان صدر شوند.

انتان طرق تنفسی سفلی		
برانشولیت	التهاب نسج ریه	التهاب شزن
امپیما	التهاب نسج ریه و قصبات	التهاب قصبات

با وجودیکه تشخیص انتان حاد طرق تنفسی به اساس یافته های کلینیکی صورت میگیرد تجربه نشان داده است که یک تعداد اعراض مشخص نزد شیرخواران دلالت به حالات مشخص می نماید. یک تعداد مثال های آنها در جدول ۲-۵ نشان داده شده است.

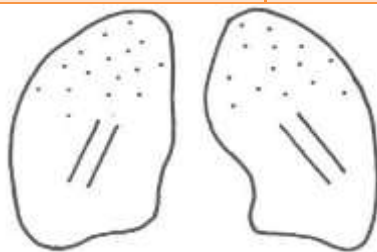
جدول ۲-۵ علایمی که دلالت بیشتر به یک تعداد امراض مشخص می نمایند	
علائم	امراض
Croup wheez Full chest , frothiness پرش مناخرانف و grunting	التهاب حاد حنجره التهاب قصبات همراه با ویز برانشولیت نیمونیای قصبی

جدول ۳-۵ التهاب قصبات همراه با ویز	
اعراض	علائم
سرفه	افزایش تعداد تنفس همراه با کشش مسافات بین الضلعی
ویز	ویز قابل شنوا
تب با درجه پایین	رانکای دو طرفه
طفل بی علاقه و خفه	



شکل ۵-۷ برانشیت ویز دار

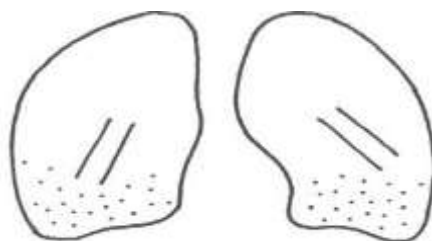
جدول ۵-۴ برانشولیت	
اعراض	علایم
سرفه	کف در دهن
ویز	مشکل تنفسی
تنفس سریع	صدر پر از هوا (بیشتر از نارمل)
تغذی ضعیف	کریپیتیشن منتشر رانکای دو طرفه



شکل ۵-۸ برانشولیت

جدول ۵-۵ برانکو نیمونیا	
اعراض	علایم
سرفه	پرش مناخر انف
ویز	Grunting

مشکل تنفسی	تخرشیت
کریپیتیشن یک طرفه یا دو طرفه	تب
گاهی رانکای	تغذی ضعیف



شکل ۵-۹ سینه و بعل قصبی

یافته های تصادفی در صدر

۱- درد پلورایی: اطفال مصاب به نمونیا از درد برنده و شدید پلورایی شکایت می کنند. این اطفال به قدر کافی بزرگ بوده که میتوانند محل درد را نشان دهند. اطفال کوچکتر ممکن طرف ماووف را بی حرکت نگهدارند. Pleural rub نزد اطفال خصوصا" اطفال قبل از مکتب کمتر معمول می باشد.

۲- نیموتورکس: نیموتورکس کوچک ممکن اختلاط استمائی حاد باشد یا ناشی از سرفه های شدید دوران طفولیت ایجاد شده باشد (سیاه سرفه) . نیموتورکس از نظر کلینیکی اکثرا" غیرقابل دریافت می باشد ولی شنیدن آواز مشابه به جویدن با دندان که مترافق با سیتسول قلب

است برای آن وصفی می باشد.

۳- امفریمای تحت الجلدی: گاهی در حمله حاد استما ایجاد می گردد علامه آن شنیدن احساس

crackling در قسمت علوی صدر است که بالای ترقوه یا در گردن شنیده می شود.

۴- اطفال مصاب به استما بعضی اوقات از خارش گلو شکایت می کنند.

۵- درد سزن : یک علامه التهاب حاد بکتریایی سزن می باشد.

کتاب های تدریسی این موضوعات را به تفصیل و ساده گی بیان نموده اند. در عمل تشخیص بین برانشولیت و برانکونیمونیا خیلی مشکل است ، ولی میتوان با استفاده از اکسری صدر و تعیین کرویات سفید خون یک دیگر را از هم فرق نمود.

خلاصه مختصر در مورد سرفه ها

سرفه ممکن خشک و یا مرطوب باشد ، یک سرفه مرطوب در نتیجه التهابات و قیح ناشی از انتانات در سطح غشای مخاطی قصبات ایجاد می گردد. سرفه متقطع یا متداوم خشک ممکن ناشی از تخریش طرق تنفسی علوی یا جدار قصبات توسط اجسام اجنبی و فشار توسط كتلات بوجود آید . رنگ و اندازه بلغم باید ارزیابی شود به یاد داشته باشیم که اطفال پایین تر از ۵ سال همیشه بلغم خود را بلع می کنند. موجودیت بلغم صاف مخاطی و یا چسپناک غلیظ دلالت به asthma می کند. موجودیت بلغم سبز، زرد ، خاکستری دلالت به موجودیت انتان می نماید. موجودیت خون در بلغم در کشور های انکشاف یافته نزد اطفال غیر معمول است ، مگر اینکه مصاب به اشکال پیشرفته سیستمیک فبروز باشند. به سرفه گوش داده و کوشش کنید که آن را توضیح نمایید.

انواع مشهور و معمول سرفه ها قرار زیرمی باشند

۱. Croupy cough: وصف جفیدن داشته همراه با سترایدور و خپ شدن آواز می باشد.
 ۲. Whooping cough: Gasping شهیقی ، سرفه طویل وناآرام کننده که با whoop اختتام می یابد و بالاخره با استفراغ تعقیب می شود.
 ۳. Chesty cough: سرفه مرطوب تقشچی و کف دار می باشد.
- تعیین نمودن وقت و شکل سرفه در تشخیص عامل سببی امراض طرق تنفسی خیلی مفید و موثر می باشد.

جدول ۵-۶ انواع و زمان سرفه	
سرفه	اسباب احتمالی
غیر تقشچی و شبانه	Postnasal drip, Asthma
در جریان تمرینات	Asthma
سرفه اشتداری	سیاه سرفه ، اجسام اجنبی
در جریان تغذی ویا بعد از تغذی	انشاق
از طرف صبح سرفه تقشج دار	Cystic Fibrosis, Asthma
Bovine ,Brasy	التهاب شزن
عدم موجودیت سرفه در وقت خواب	روانی

امراض بکتریایی یا ویروسی ؟

یک تعداد قواعد وجود دارد که میتوان امراض بکتریایی و ویروسی را توسط اعراض و علائم

کلینیکی به ساده گی تفکیک نمود. اما بخاطر داشته باشید که حالات استسنایی همیشه وجود دارند.

- ۱- ویروس ها تمایل به انتشار به چندین سیستم را دارند مانند گلو ، گوش ها ، جلد وغیره ، یک مثال وصفی آن سرخ شدن منتشر در سرخکان است .
- ۲- بکتیریا ها تمایل به موضعی شدن دارند مانند یک فص از ریه ، یک مفصل ، تشکل آبسه ، هرچند بکتیریمیا و سپسیس می تواند بوجود آید.
- ۳- بکتیریا ها تمایل دارند که قیح تولید نمایند ، بطور مثال التهاب تانسل ها هرچند infectious mononucleosis باعث تولید قیح کریمی رنگ بالای تانسل ها می گردد.
- ۴- اطفال در اثانات بکتیریایی خیلی توکسیک بوده بطول مثال هزیانات در نیموکوکل نیمونیا دیده می شود.

به نیموکوکل نیمونیا باید مشکوک شد

- موجودیت هزیانات
- موجودیت در پلورایی
- موجودیت بلغم زنگ زده
- موجودیت اندفاعات herpes در اطراف لب ها

امراض زیراکثرا " همیشه ویروسی اند با اطمینان تشخیص شده می توانند:

- التهاب بینی
- التهاب بلعوم
- التهاب حنجره ، شزن و قصبات
- برانشولیت
- التهاب قصبات همراه با ویز

اطفال شیرخوار و یک تا سه ساله که مصاب به viraemia سیستمیک باشند بسیار مریض معلوم شده ، چشم ها متورم و اشکریزی داشته ، افزازات بینی ، اندفاعات جلدی همراه با سرفه خشن می داشته باشند.

سیستم قلبی وعایی

امراض ولادی قلب با شیوع یک فیصد طفل نوزاد معمول ترین آفت دوم را نزد اطفال تشکیل می دهد. تقریباً " نصف امراض ولادی قلب ممکن در زمان نوزادی تشخیص شوند و باقیمانده تا بسیار وقت ممکن ناشناخته باقی بمانند ، لذا باید معاینات روزمره در هر سن وسال انجام گیرد. از جمله امراض ولادی قلب ۴۰ نوع آن تشریح شده که از آن جمله ۱۰ نوع آن خیلی معمول بوده که به خاطر آسانی به شکل زیر طبقه بندی می گردند.

امراض سیانوتیک ولادی قلب	Transposition of the Great Vessels Fallot's Tetralogy Pulmonary Atresia
امراض غیر سیانوتیک ولادی قلب با شنت های چپ به راست (در مراحل اخیر ممکن سیانوتیک شوند)	Atrial Septal Defect Ventricular Septal Defect Patent ductus arteriosus
امراض انسدادی ولادی قلب	Coarctation of Aorta Pulmonary stenosis Aortic stenosis

اعراض و علائم که نزد اطفال دلالت به عدم کفایه قلب ناشی از امراض ولادی قلب می نماید قرار زیراند:

۱. افزایش تعداد تنفس : تنفس مریض در یک دقیقه از ۵۰-۶۰ در حالت استراحت زیادتر می باشد.
۲. از باعث عسرت تنفس درحالت استراحت و یا بعد از غذا طفل غذای خود را به درستی خورده نمی تواند.
۳. عرق کردن : در سر بالشت طفل یک حلقه از عرق دیده می شود که این علامه به نام *helo sign* یاد می شود.
۴. نسبت به اخذ کالوری وزن مریض به شکل غیر معمولی بیشتر ازدیاد می یابد که ناشی ازاحتباس مایعات خواهد بود.
۵. تکی کاردیا: در حالت استراحت حرکات قلب در یک دقیقه از ۱۴۰-۱۶۰ زیاد می شود.
۶. بزرگ شدن کبد
۷. *Gallop* ریتم
۸. کبودی : خصوصاً کبودی مرکزی (با تطبیق صد فیصد آکسیجن می توان کبودی قلبی را از تنفسی تفکیک نمود).

نوت: پیدا شدن رال ها و اذیما از علائم موخر عدم کفایه قلبی می باشند.

درجه حرارت ، ضربان قلب و تعداد تنفس

با افزایش یک درجه سانتی گرید حرارت ضربان قلب ۱۰ ضربه فی دقیقه افزایش می آید.
با افزایش یک درجه سانتی گرید تعداد تنفس ، ۴ تنفس فی دقیقه افزایش می آید.

طرز انجام معاینات سیستم قلبی وعایی

از محیط شروع نموده و بطرف قلب بروید ، مریض را برای موجودیت کبودی ، کلویینگ انگشتان ، مشکل تنفسی کم خونی و پولی سائیمیا ارزیابی کنید.

به نسبت کوتاه بودن گردن نزد اطفال شیرخوار ارزیابی نبض و فشار ورید وداجی مشکل می باشد. ما با نظریات John Apley در مورد معاینات قلبی موافق هستیم که گفته است " چشم ها و دست های تان را قبل از گوش های تان استعمال کنید" لذا اضغای قلب را در آخر انجام دهید.

نبض

نبضان باید در بالای شراین Brachial, Radial و Femoral جس گردند. بهتر این است که از pulp انگشت ها استفاده صوت گیرد ، در صورت ضرورت و مشکل از انگشت کلان دست نیز استفاده کرده میتوانیم. جس نبض فیمورل یک اندازه کار مشکل بوده ولی باید جس گردد در غیر آن Coarctation ابهر ممکن تشخیص ناشده باقی بماند. اگر نبض فیمورل زیاد ضعیف باشد ، تاخیر را در هردو نبض باهم مقایسه کنید ، ولی این ممکن است در ضربان سریع قلب کار مشکل باشد. در مرحله شیرخوارگی جس نمودن نبض در وجه ظهری قدم Coarctation ابهر را رد می نماید. در اطفال شیرخوار که در خواب باشند Periauricular pulse به آسانی جس می شود.

حجم نبض

آیا حجم نبض نارمل است یا کوچکتر است ؟ اکثر نبضان ها توسط نوک انگشت جس شده می توانند ، نبضیکه خوب پر باشد بهتر در شریان Radial جس می شود. جس نمودن نبضانات پاها نزد نوزادان و شیرخواران ممکن دلالت به ازدیاد pulse pressure نماید. نبضانات ضعیف و کوچک دلالت به کاهش pulse pressure می نماید و نزد اطفال که تفریط فشارداشته و در حالت شاک قرار داشته باشند به ملاحظه میرسد. تغییرات که از باعث تنفس در حجم نبضان بوجود می آید بنام paradoxus pulse یاد می شود .

تعداد نبضان

تعداد نبضان ارتباط به سن ، فعالیت ، تشویش ، ترس و انجام تمرینات دارد. اهمیت نبضان در این است که اولین علائم Rheumatic fever بوده و قرار زیراست:

- تکی کاردیای ثابت (تعداد نبض در حالت خواب و بیداری تفاوت ندارد)
- از بین رفتن Sinus Arrythmia

با بلندرفتن هر درجه حرارت ۱۰ نبضان در یک دقیقه ازدیاد می یابد ، ضربان نارمل قلب در حالت استراحت در جدول ۵-۷ نشان داده شده است.

تغییرات نارمل در نبض

1- ساینس اریتمیا: افزایش تعداد نبض در هنگام شهیق و کاهش آن در هنگام ذفیرکه نزد اطفال زیاد معمول است.

۲- اکتوییک های ناگهانی: نیاز به نگرانی ندارند.

۳- برادی کاردیا: نبضان کمتر از ۶۰ فی دقیقه نزد اطفال بزرگتر و بالغین خصوصاً " نزد آنانیکه آب باز های ماهر اند دیده می شود.

۵- تکی کاردیای خفیف : در حالات هیجانی چون حاضر شدن در کلینیک ، بستر شدن در شفاخانه و غیره

جدول ۵-۷ تعداد حرکات نارمل قلب در حالت استراحت

عمر	تعداد وسطی	آخرین حد نورمال
۰-۶ ماهگی	۱۴۰	۱۶۰
۶-۱۲ ماهگی	۱۳۰	۱۵۰
۱-۲ ساله	۱۱۰	۱۳۰
۲-۶ ساله	۱۰۰	۱۲۰
۶-۱۰ ساله	۹۵	۱۱۰
۱۰-۱۴ ساله	۸۵	۱۰۰

فشار خون

تفریط فشار وضعیتی: نزد اطفال غیر معمول بوده پایین رفتن فشار به اندازه 20mmHg بعد از ایستاده شدن یک علامه مهم کاهش حجم خون می باشد. فشار خون باید نزد تمام اطفال شیرخوار و بزرگتر که مصاب به امراض ولادی قلب اند بصورت روزمره اندازه گردد. توصیه ما اینست که فشار خون تمام اطفالیکه بستر می گردند، آنهایکه جهت معاینه به کلینیک می آیند و نزد تمام اطفال مریض اندازه شود.

رنگ

کبودی مرکزی به آسانی تشخیص می گردد و اگر زیاد دوام نماید از باعث پولی سایتیمیا منظره سرخ را بخود میگیرد. اطفال که کبودی شدید دارند بعد از فعالیت و تمرینات به وضعیت squatting قرار میگیرند. زیرا این باعث افزایش مقاومت او عیه محیطی گردیده باعث افزایش جریان به ورید های ریوی شده و باعث افزایش شنت چپ به راست می گردد.

فشارخون

واضح ترین جمله در مورد فشار خون اطفال اینست که فشار خون اکثرا" اندازه نمی گردد و یا اینکه بصورت جدی نزد اطفال به آن توجه صورت نمیگیرد. اکثرا" گفته می شود که اندازه نمودن فشار خون نزد اطفال مشکل بوده وقت زیاد را نیاز دارد و اکثرا نورمال می باشد. اندازه نمودن فشار خون نزد اطفال تجربه ، حوصله مندی و انتخاب مناسب cuff (۳-۱۳ سانتی متر) وآله فشارمخصوص اطفال را نیازمند است.

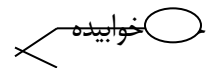
طرز تعیین نمودن فشار خون

۱. فشار خون در دست راست طفل اندازه شود.
۲. طفل باید ایستاده و یا نشسته باشد.

۳. طفل باید آرام باشد و فشار که در حالت گریه کردن دیده می شود قابل اعتماد نمی باشد.
 ۴. ازبزرگترین cuff که برای محیط بازوی طفل مناسب باشد استفاده گردد.
 ۵. خود را مطمئن سازیم که Inner Bladder در بازو دور خورده باشد.
 ۶. برای تعیین فشار اطفال نوزاد و شیرخوار از Doppler ultrasound recording کار گرفته شود.
 ۷. برای اطفال بزرگ Sphygmomanometer استعمال می شود.
 ۸. دست ، قلب Sphygmomanometer هر سه آن در یک سطح افقی یا عرضانی باید قرار گیرند.
- فشار دیاستولیک در Point at muffling (فاز چهارم) ثبت می شود. اگر تفاوت زیاد میان فاز چهارم و فاز پنجم (ازبین رفتن صدا) وجود داشته باشد هردوی آن باید یاد داشت گردد. برای یادداشت فشار خون وضعیت طفل قرار زیربوده می تواند ، در جریان معاینه باید به بازو و سایز cuff توجه نمود.



حالت نشسته



به یاد داشته باشیم که استعمال غلط آله فشار و تشویش و اضطراب باعث فشار بلند نزد اطفال می شود . بلند بودن فشار در یکدفعه قابل ارزش نبوده باید چندین دفعه معاینه گردد . فشار خون که هنگام بستر شدن در شفاخانه اندازه می گردد ، قابل اعتماد نمی باشد. یکجا شدن اضطراب همراه با چاقی نیز بصورت کاذب باعث بلند رفتن فشار شده می تواند. میتود های صحیح تعیین نمودن فشار خون نزد اطفال نوزاد و مریض عبارت از Doppler ultrasomic و یا Oscillometric می باشد . توسط میتود Flash تعیین نمودن فشار خون آنقدر اعتبار ندارد . در مرحله شیرخوارگی میتود معمول اصغایی آنقدر

دقیق و خوب نبوده بخاطریکه اطفال آنرا تحمل کرده نمی توانند. نزد اطفال بالاتر از پنج سال میتوانیم فشار خون را به آسانی تعیین نماییم و توصیه می گردد که نزد تمام این گروه اطفال فشار خون باید تعیین گردد. ممکن برای این منظور به آله فشار با عرض cuff به سایز های مختلف چون ۷، ۹، ۱۱ و ۳ سانتی متر ضرورت باشد. ولی ساده تر اینست که بزرگترین آله فشار اطفال که سایز کف آن قسمی باشد که به راحتی محیط بازوی طفل را بپوشاند می تواند استفاده گردد.

اشتباهات معمول در تعیین فشار خون

- عدم توانایی در اندازه نمودن فشار خون
- کف آله که بسیار کوچک باشد
- طفل مضطرب یا طفلی که گریه می کند
- نوسانات در فشار سیستولیک (اگر شما نتوانید که فاز یک و فاز پنجم را بشنوید معاینه را دوباره انجام دهید)
- اعتماد زیاد بالای آله های فشار خودکار

یا به عباره دیگر فشار سیستولیک خون در سن شش سالگی 100mmHg است بعد از این سالانه 2.5mmHg بلند می رود.

جدول ۵-۸ فشار سیستولیک نارمل

سرحد بلند نارمل +2SD	Standard Deviation	Systolic BP(mmHg)	عمر به سال
90	10	60-70	کمتر از یک ساله
110	10	90	یک تا چهار ساله
120	10	100	6
125	10	105	8
130	10	110	10
135	10	115	12
140	10	120	14

جدول ۵-۹ فشار دیاستولیک نارمل

سرحد نارمل بلند +2SD	Standard deviation	فشار دیاستولیک به ملی متر ستون سیماب	عمر به سال
78	8	62	2
80	8	64	4
82	8	66	6
86	8	70	8
88	8	72	10
90	8	74	12
92	8	76	14



شکل ۵-۱۰ اندازه نمودن فشار خون نزد اطفال

قلب

وقتیکه تعداد و حجم نبضان ، فشار خون ، رنگ و تعداد تنفس معلوم گردید بعد از آن معاینه قلب صورت میگیرد برای معاینه قلب از مانور های تفتیش ، جس ، قرع و اصغاء کار گرفته می شود. در اینجا تنها نکاتی یاد آوری می گردد که نزد اطفال قابل تطبیق باشند.

تفتیش: دو موضوع مهم باید در آن دریافت گردد:

۱. برآمده گی در سطح پریکارد
 ۲. ضربان بطینی قابل دید
- برآمده گی در سطح پریکارد: عظم قص و قبرغه ها بطرف قدام تپله می شوند و به صدر یک منظره برآمده میدهند.
 - ضربان های بطینی راست در تحت xiphisternum دیده می شود و ضربان های بطین چپ در شوک زروه به شکل مکرر در اطفال لاغر ، در اطفالیکه دوران هایپر داینامیک از باعث تب و یا هیجانات داشته باشند و نیز نزد اطفالیکه بطین چپ آنها به شکل حقیقی بزرگ شده باشد قابل دید می باشد.

جس: جس کردن بخاطر شوک زروه، بزرگ بودن بطین چپ و راست، جس آوازها و سوفل‌های که قابل جس اند، می‌باشد. سوفل که قابل جس باشد بنام Thrill یاد می‌شود.

بزرگ شدن بطین راست را میتوان در بین قیرغه‌های ۲، ۳ و ۴ در کنار چپ عظم قص جس نمود. بعضی مردم بکاربرد کنار دست را جهت جس بطین راست پیشنهاد می‌کنند. در بزرگ بودن بطین راست جس غیر نورمال آن را بنام Tap یا Lift یاد می‌کنند.

نزد اطفال لاغر ممکن در جدار صدر Right ventricular Tap جس شود که یک دریافت نورمال است.

در اطفال شیرخوارو اطفال یک تا سه ساله شوک زروه در امتداد مسافه بین الضلعی چهارم در امتداد خط متوسط ترقوه جس می‌گردد و در اطفال چاق و صحت مند دریافت آن کار مشکل می‌باشد. اگر شوک زروه را دریافت نکردید بطرف Dextro cardia و یا pleural effusion فکر نمایید.

در اطفال دوران مکتب شوک زروه در مسافه بین الضلعی چهارم و پنجم در امتداد خط متوسط ترقوه جس می‌شود. بزرگ بودن بطین چپ باعث بی‌جا شدن شوک زروه گردیده که ضربان آن شدید و منتشر شده و به شکل Heave جس می‌گردد.

جس نمودن Thrill همیشه قابل ارزش بوده، اگر Thrill در ناحیه Suprasternal notch جس گردد دلالت به تضییق دسام ابهر و یا Coarctation آن می‌نماید. جس آوازهای قلب شدت آوازهای قلب را نشان میدهند و نشان میدهند که آیا قلب فعالیت نارمل دارد یا هم Hyperactive است.

قرع: قرع نزد اطفال در بخش قلب قابل اهمیت نبوده اما تخنیک آن مانند قرع کاهلان می‌باشد.

اصغاء: اصغاء باید در اخیر اجرا گردد و باید متوجه دریافت آواز اول و دوم قلب و نیز موجودیت سوفل‌های قلبی بود. اکثریت سوفل‌ها سیستولیک بوده مگر اینکه دیاستولیک بودن آن را ثابت کنید. اگر

شما بتوانید سوفل دیاستولیک را در ضربان سریع قلب دریافت کنید ، مهارت خوب در اصغا پیدا نموده اید.

چه وقت اصغاء باید اجراء گردد؟

۱. باید مطمئن شویم که طفل گریه نمی کند.
۲. Diaphragm و bell یعنی هردو استفاده گردد.
۳. در حالت نشسته و یا خوابیده باید اصغاء اجراء گردد .
۴. تغییرات آن با تنفس باید یادداشت گردد.

صدای اول قلب توسط Bell در زروه قلب خوبر شنیده شده و صدای دوم توسط Diaphragm در قاعده قلب خوب شنیده می شود . در مرحله شیرخوارگی صدای اول از صدای دوم ممکن بلند تر باشد . صدای اول نرم بوده ممکن اولین علامه Carditis نزد این اطفال باشد. صدای اول ممکن به شکل نورمال دارای Split باشد. صدای دوم نزد اطفال معمولاً "Split" بوده و این فزیولوژیک می باشد و توسط شهیق وسیع می گردد .در بعضی اطفال صدای سوم قلب نیز ممکن نورمال باشد .

سوفل ها

تا جایکه مربوط محصلین می گردد سوفل ها نزد اطفال دو مشکل را به میان آورده می توانند.

۱. شنیده آنها برای محصلین مشکل است .
۲. تفاوت بین سوفل های مرضی و سوفل های فزیولوژیک

وقتی که میخواهیم سوفل ها را بشنویم کوشش شود که در اطاق سروصدا نباشد و به دقت در بین صدای اول و صدای دوم گوش داده شود و همچنان Bell و Diaphragm در تمام ساحات قلب در اصفا استعمال گردد. بخاطر یادداشت نمودن سوفل ها باید از سیستم درجه بندی ۱-۶ استفاده گردد.

درجه بندی سوفل ها

درجه یک : به مشکل شنیده می شود (اکثرا " فزیولوژیک اند).
 درجه دوم : نرم و متغیر بوده و اکثرا فزیولوژیک می باشند .
 درجه سوم : Thrill نداشته ولی شدت آن به اندازه متوسط بوده و به آسانی شنیده می شود .
 درجه چهارم : بلند بوده هر کس آنرا شنیده می تواند و همراه آن Thrill موجود می باشد .
 درجه پنجم : صدای آن به مثل ریل بوده و خیلی متباز می باشد و همراه آن Thrill موجود می باشد .
 درجه ششم : به ستاتسکوپ خیلی کم ضرورت بوده و همراه آن Thrill موجود می باشد .

از درجه ۴-۶ سوفل ها همیشه متباز و مرضی بوده و از درجه ۱-۲ اکثرا " فزیولوژیک می باشند و سوفل های درجه سوم سوفل های متوسط اند . طول یا length سوفل ها مهم بوده طوریکه سوفل های Pansystolic مرضی بوده و سوفل های mid systolic اکثرا " فزیولوژیک یا Innocent می باشند. سوفل های فزیولوژیک نزد ۵۰٪ اطفال شنیده می شوند و خیلی عمومیت داشته و بنام سوفل های فزیولوژیک ، ejection و یا flow یاد میگردند. و تفاوت های آنها ذیلا " بیان میگردند. سوفل های فزیولوژیک نزد اطفال خیلی معمول بوده و نزد ۵۰ فیصد اطفال شنیده می شوند و اوصاف آنها قرار زیر می باشد.

اوصاف معمول سوفل های فزیولوژیک

۱. اکثراً" در قسمت وسط سیستول شنیده می شوند
۲. از نظر شدت نرم می باشند. (1-3) Grade
۳. موضعی می باشند .
۴. انتقال آنها ضعیف می باشد .
۵. وصف آنها اهتزازی و یا به شکل میوزیکل می باشند.
۶. با تغییر وضعیت و تنفس تغییر می کنند .
۷. با علایم امراض قلب همراه نمی باشد.

اوصاف معمول سوفل های مرضی

۱. در تمام صفحه سیستول شنیده می شوند.
۲. در تمام pericardium انتقال مینمایند.
۳. از تون نرم تا به بلند تفاوت نموده درجه (4-6) میداشته باشند.
۴. همیشه با Trill همراه می باشند.
۵. با بعضی علایم دیگر مانند بزرگ بودن بطینات همراه می باشد.
۶. همه سوفل های دیاستولیک

یکی از سوفل های فزیولوژیک که باعث مشکلات در تشخیص می گردد عبارت از Venous Hum است . که تون پایین داشته وصف آن Rumbling و متداوم بوده و خوبتر در تحت ترقوه طرف راست شنیده می شود . وقتی که طفل بلند نشسته باشد بلند تر شنیده شده و در حالت استراحت ازبین می رود و اگر بالای ورید وداجی داخلی فشار وارد گردد ممکن این سوفل ازبین برود. اولین چیز مشکل برای محصلین اینست که تشخیص دهند که آیا سوفل فزیولوژیک است یا خیر؟ تمام سوفل ها باید بصورت واضح تشریح شوند ، که

آیا systolic اند و یا Diastolic ، بلندی تون سوفل ، مدت دوام ، محل که در آن شدیدتر شنیده می شوند و انتشارسوفل ها باید تعیین گردد. در اطفال سوفل های Diastolic نادر بوده و برای شنیدن آن دقت و توجه زیاد در اصغاء باید صورت گیرد. اگر محصل بداند که سوفل مرضی است در قدم دوم باید منشا آن دریافت گردد ، این کار نیاز به توجه به رنگ طفل ، ضربان بطینات ، آوازهای قلبی و سایر مشخصات سوفل دارد. نقاط زیر در تشخیص اسباب سوفل ها کمک می کنند.

اکثر "Fallot's tetralogy"	کبودی همراه با سوفل
احتمالا "فلوت تترالوجی و تعویض شرایین بزرگ"	کبودی همراه با سوفل و تاریخچه عملیات قلبی
احتمالا "نقیصه حجاب بین البطینی"	رنگ جلد گلابی همراه با سوفل سیستولیک با تون بلند
احتمالا "کوآرکتیشن ابهر"	رنگ جلد گلابی همراه با سوفل و عدم نبضن در شریان فیمورال
احتمالا "باز بودن ductus arteriosus"	سوفل با تون پایین ولی متداوم

ترسیم گراف سوفل های قلبی کار خوب بوده و قرار زیرمی باشد.



شکل ۵-۱۱ سوفل های قلبی

بطن

در این بخش بحث روی معاینات روزمره بطن به شمول اعضای تناسلی و رکتوم صورت میگیرد، ولی هدف از جس و قرع بالای بطن حاد جراحی نمی باشد. در اول چند کلمه در مورد استفراغ بیان می گردد.

استفراغ

استفراغ نیاز به تعریف دارد ولی در مورد مقدار آن باید بخاطر داشته باشیم که مادران اطفال همیشه کوشش می کنند تا مقدار استفراغ را زیاد نشان دهند. در مورد دفعات و زمان استفراغ باید پرسید؟ و نیز بپرسیم که آیا محتوی آن شیر، خون و یا صفر است؟ آیا طفل به آسانی و یا به سختی استفراغ می کند؟ باید استفراغ فورانی یا projectile از استفراغ برگشت محتوی معده به مری یا Regurgitant تشخیص تفریقی گردد. باید استفراغ واقعی از حالات مشابه به آن که استفراغ حقیقی نیستند نیز تفریق گردد. تمام اطفال گاهی استفراغ می کنند، باید پرسید که آیا استفراغ با تغذی طفل ارتباط دارد؟ آیا حجم غذا بصورت مناسب بوده است؟ آیا او بعد از استفراغ احساس گرسنه گی می کند؟ جمله اینکه طفل با وجود استفراغ گرسنه است ممکن دلالت به تضیق معصره پایلور نماید. آیا استفراغ باعث مشکل برای طفل گردیده است؟ آیا استفراغ باعث مشکل و درد سر برای مادر شده است؟ مادر تاحال در مورد استفراغ طفل چه کرده است؟

تفتیش

بطن در وضعیت ایستاده نزد اطفال یک اندازه برآمده می باشد، حتی اکثراً" دوکتوران با تجربه در تشخیص تفریقی بطن نورمال شکل برآمده یا pot belly و بطن مرضی مشکلات میداشته باشند. برآمده گی بطن نزد اطفال بیشتر ناشی از lardosis بیش از حد ستون فقرات می باشد.

نزد اطفال تا سن دوران مکتب تنفس بطنی بوده فتق کوچک سره وی نزد اکثریت آنها دیده می‌شود. جدا بودن خفیف عضلات رکتوس نارمل تلقی می‌گردد و بعضی اوقات وریدهای برجسته بالای بطن ممکن دیده شوند .

بعضی اوقات لوپ‌های معایی قابل دید در روی بطن نزد اطفال سوء تغذی دیده می‌شود. شحم بطنی نزد اطفالیکه کمبود هورمون نشونما دارند مشابه به cellulite یا التهاب جلد نزد کاهلان می‌باشد. فتق‌های ناحیه ایپی گستریک کمتر معمول بوده اما فتق‌های مغبنی نزد اطفال مذکر خیلی معمول می‌باشد .

بعضی اوقات کتلات داخل بطن قابل دیده بوده wilm's تومور برای والدین به شکل کتله برآمده جلب توجه می‌کند. در صورت پیدا کردن ندبات عملیات‌ها بالای بطن ، باید یادداشت گردند. انتفاخ بطنی ممکن ناشی از گازات در امعا باشد ، قرع ساده می‌تواند میان گازات ، کتلات جامد و کیست‌ها تشخیص تفریقی کند.

توسع بطنی ممکن از باعث حالات زیربوجود آید :

۱. شحم
۲. مایعات
۳. گازات یا هوا
۴. بزرگ شدن احشای داخلی
۵. مواد غایطه
۶. ضعف عضلی
۷. Lordosis بیش از حد

جس

در جریان جس بطن باید طفل آرام باشد و این نیاز به حوصله مندی، مهارت و تخنیک دارد. در جریان معاینه باید دست‌ها گرم باشند و دیگر کوشش شود که از گریه طفل جلوگیری شود. ولی گاهی ممکن نیاز پیدا شود که جس بطن را نزد طفل در هنگام چارغوک کردن طفل انجام داد، یا بعضی اطفال تنها در حالت ایستاده اجازه به جس بطن می‌دهند و در هنگام استراحت ممانعت می‌کنند.

بطن برای موارد زیر جس می‌گردد:

- برای موجودیت ساختمان‌های نورمال عضویت
- دریافت اعضای بطن که بزرگ گردیده‌اند
- موجودیت مایعات و کتلات غیر نارمل در بطن

جس طحال

طحال در قسمت فوقانی طرف چپ بطن جس می‌شود، نزد اطفال شیرخوار ۱-۲ سانتی متر پایین تر از کنار سفلی اضلاع طرف چپ جس می‌گردد. کنار آن نرم بوده و در هنگام شهیق کنار آن به نوک انگشت تماس می‌کند. طحال بزرگ با تنفس کردن حرکت می‌کند و با قرع Dull می‌باشد. کنار فرورفته داشته و انگشتان به بالای آن راه پیدا نمی‌کنند. برای جس نمودن طحال دست راست خود را بالای بطن گذاشته و دست چپ خود را در خلف یا پشت طفل گذاشته و طحال را به قدام تپله نموده با دست راست جس می‌کنیم. اندازه طحال از تحت اضلاع به سانتی متر اندازه و یادداشت گردد. اگر جس طحال از ناحیه تحت سره شروع نگردد ممکن است طحال بسیار بزرگ دریافت شده نتواند. درواقعات که طحال بصورت مزمن بزرگ می‌گردد ممکن است که کنارآن سخت جس گردد، طحال

نادرا" دردناک می باشد. طحال ممکن است بطرف ثره و خط متوسط و در سفلی بطرف حفره حرقفی چپ بزرگ گردد. بزرگ شدن طحال مستقیم بطرف سفلی نزد اطفال شیرخوار بزرگ دیده می شود .



شکل ۵-۱۲ جس بطن نزد اطفال Toddler در حال ایستاده بالای کوچ

جس کبد

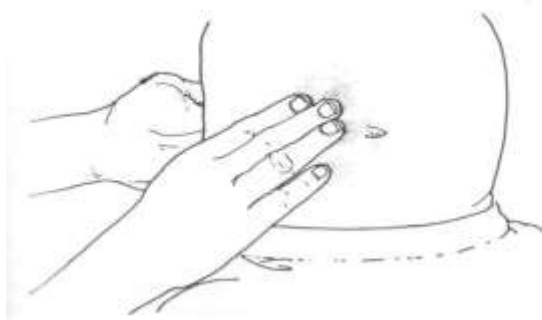
نزد اطفال شیرخوار کبد یک عضو نسبتاً " بزرگ و با فعالیت زیاد بوده و تاسن ۲-۳ سالگی کبد بصورت نارمل به اندازه ۱-۲ سانتی متر در تحت کنار اضلاع قابل جس می باشد . نزد اطفال شیرخوار و بزرگتر اگر کبد بزرگ شده باشد به آسانی جس شده می تواند . کنار کبد خیلی نرم بوده و با تنفس بطرف پایین حرکت می کند . وقتیکه جگر را جس می کنیم باید از فشار زیاد جلوگیری شود ، بخاطریکه این عمل باعث شخی عضلات بطن می گردد. جس کبد از حفره حرقفی طرف راست شروع شده با نوک

انگشتان کبد جس می گردد و یا با کنار انگشت اندکس کبد جس می شود. طوریکه در جریان پروسه تنفس کبد پایین شده و به نوک انگشت تماس می کند.



شکل ۵-۱۳ جس طحال

زمانیکه کبد جس گردید باید از تحت اضلاع اندازه گردیده و یادداشت شود. با قرع نیز میتوان ساحت اصمیت کبد را دریافت و به سانتی متر اندازه نمود ولی تعیین اندازه سرحد بالایی کبد کار بسیار مشکل است. اندازه کبد نزد اطفال ۶-۱۲ ساله به اندازه ۶-۱۲ سانتی متر است. یک کبد نارمل ممکن در اثر بعضی امراض ریه مانند برانشیولیت پایین تپله شده و جس گردد. اندازه نمودن کبد پایین تر از اضلاع نزد اطفال مصاب به عدم کفایه قلب خیلی موثر است. از همین خاطر است که بزرگ شدن کبد در تحت اضلاع از جمله علایم ابتدایی عدم کفایه قلب به شمار می رود. تا حال معلوم نگردیده است که scratch تست یک معاینه خوب برای تعیین اندازه کبد بوده باشد.



شکل ۵-۱۴ جس کبد

اسباب زیاد برای بزرگ شدن کبد نزد اطفال وجود دارد ، که از امراض ذخیره وی شروع تا تومور ها فرق نموده می تواند. کبد حساس نزد اطفال مصاب به التهابات کبد دیده می شود.

بصورت خلاصه کبد با اوصاف زیرمشخص می شود

- کنار کبد در Hypochondrium طرف راست قابل جس است
- با تنفس حرکت می کند
- با قرع Dull می باشد
- انگشت در بالای آن داخل شده نمیتواند

جس نودول و شنیدن bruit بالای کبد نزد اطفال غیر معمول می باشد. اتروفی کبد را نمیتوان با

معاینات فیزیکی تشخیص نمود زیرا جس نشدن کبد یک علامه غیر نارمل نمی باشد.

کلیه ها

برخلاف ادعای یک تعداد نویسنده ها کلیه ها نزد اطفال شیرخوار و اطفال بزرگتر به آسانی جس شده نمی توانند ، لذا ما برای شاگردان که تجربه کافی ندارند میگوییم که اگر کلیه ها را جس کرده بتوانند به احتمال قوی که کلیه ها بزرگ گردیده اند.

نزد اطفال نوزاد که مقعویت عضلی کمتر دارند ، کلیه ها خصوصا " قطب سفلی آنها قابل جس می باشد. کلیه ها با تنفس حرکت می کنند ، سطوح لشم دارند و انگشت بالای آنها داخل شده میتواند. کلیه ها به میتود دو دست خوبتر جس می گردند. بزرگ شدن کلیه نزد نوزادان ممکن یکطرفه یا دو طرفه باشد.

اگر تنها یک کلیه بزرگ شده باشد به حالات زیر فکر گردد.

- Mesonephroma/Nephroblastoma (Wilm's)
- Multicystic Dysplasia
- هایدرونفروز
- ترمبوز اورده کلیوی

اگر کلیه ها دو طرفه بزرگ شده باشند دلالت به امراض زیرمی کنند

- امراض پولی سیستیک کلیه
- بندش دوطرفه حالب ها (ممکن ناشی از valve uretral باشد)
- نفروتیک سندروم ولادی

مثانه

نزد اطفال نوزاد و شیر خوار چون مثانه یک عضو بطنی می باشد ، لذا جس شده می تواند ، اگر

مثانه مملو باشد به آسانی قابل قرع است . مثانه خیلی پر گاهی قابل دید می باشد.

معاینه اعضای تناسلی

محصلین باید بدانند که اطفال در مورد معاینه اعضای تناسلی شان با در نظر داشت عفت و احساس شرم خیلی حساس بوده و از احتیاط لازم کار گرفته شود. در ابتدا ضرور است که خود را معرفی نموده و توضیح دهند که کی اند، چه میخواهند بکنند؟ و چرا این معاینه را انجام می دهند؟

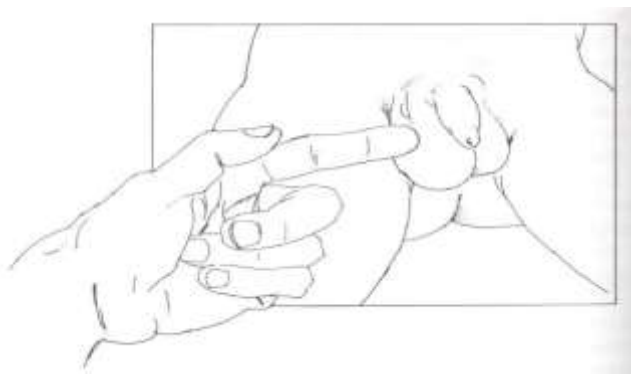
نزد اطفال شیرخوار، اطفال یک تا سه ساله و اطفال دوران مکتب تفتیش و معاینه اعضای تناسلی جزاز معاینات روزمره به شما میروند. تفتیش نسبت به جس کردن خیلی با اهمیت می باشد. معاینه باید در حضور داشت والدین و یا نرس انجام شود. تا زمانیکه زیاد ضرورت نباشد، معاینه مهلبی نزد دختران بالغ انجام نشود. شکل نارمل مهبل را میتوان با استفاده از ویدیو ها یاد گرفت. اگر در جریان معاینه ضرورت احساس شود تا شفتان دور گردند این کار باید توسط مادر صورت گیرد.

در بچه ها باید قضیب، صفن و خصیه ها جزمعاینات روزمره باشند. محصلین باید ببینند که آیا قضیب اندازه نارمل دارد، آیا مجرای احلیل در محل نارمل خود قرار دارد و آیا خصیه ها در محل اصلی خود پایین شده اند. کش کردن جلد قضیب جهت دریافت phimosi ممکن ضرورت باشد. ولی اکثراً معاینه اعضای تناسلی بصورت قناعت بخش می تواند توسط تفتیش صورت گیرد. دیده شود که آیا مجرای خروجی احلیل در راس قضیب در موقعیت نارمل قرار دارد؟ اگر چنین نباشد، دیده شود که مریض "Epispadias" (مجرا در وجه ظهری قضیب) یا Hypospadias (مجرا در وجه بطنی قضیب) دارد؟

Epispadias اشکال غده وی (معمول) و قضیبی (نادر) و عجانی (بسیار نادر) دارد.

اعضای تناسلی طفل مذکر

در بعضی اختلالات اندوکرائینی و عصبی قضیب بزرگ می گردد ، به یاد داشته باشیم که قضیب در مرض ولادی هایپر پلازیای غده ادرینال دراز بوده ولی حجم خصیه نورمال می باشد .قضیب کوچک که در بین شحم پنهان شده باشد اکثرا" نارمل می باشد. کوچک بودن واقعی قضیب بسیار نادر است. اندازه نارمل طول و محیط قضیب در نشریات مختلف به چاپ رسیده است. صفن باید نارمل بوده و خصیه ها در آن باید قابل دید باشند. در اطفال یک الی سه ساله خصیه ها در حالت ایستاده خوب معاینه می گردند. طریق دیگر آن اینست که طفل را بالای کوچ هموار قرار داده و خصیه ها را معاینه کنید. طریق معاینه دیگر آن وضعیت squatting است که عکسه cremasteric در این وضعیت ازبین رفته و خصیه ها که بداخل کش شده می باشند ، خوبتر معاینه شده میتوانند.



شکل ۵-۱۵ عکسه Cremasteric



شکل ۵-۱۶ وضعیت squatting برای معاینه خصیه ها

هرگاه صفن کوچک و هموار باشد دلالت به تشوش نشونمای نارمل می نماید. اگر در باره خصیه undescended مشکوک باشید آنرا به شکل تکراری معاینه نمایید ، نزد اطفال قبل الولاده خصیه های undescended خیلی معمول می باشند. حجم خصیه ها چیزی است که اکثرداکتران آن را نمی دانند ، Prader وسیله را اختراع نموده که بنام Orchid meter یاد شده و توسط آن میتوان حجم خصیه را اندازه نمود.

حجم خصیه نزد مریضان که مصاب لیکومیا باشند مهم بوده که افزایش حجم آن ممکن دلالت به عود مرض نماید. ویا در تدور خصیه که بعد از اصلاح عملیات قابل ارزش می باشد و نشان می دهد که آیا خصیه ها بصورت نارمل بزرگ می گردندو یا خیر؟ بزرگ بودن صفن ممکن ناشی از بزرگ شدن خصیه ها باشد ، یا ناشی از هایدروسل ویا فتق های ناحیه مغبنی باشد. هایدروسل نزد اطفال نوزاد معمول می باشد.

اعضای تناسلی طفل مونث

نزد طفل مونث معمولا Vulva معاینه می گردد ، گاهی التصاق غشای مخاطی شفتان موجود می باشد. معمولا جس مهبل صورت نمیگیرد ، به استثناء بعضی حالات که استتباب کلینیکی داشته باشد مانند جسم اجنبی مشکوک تجاوز جنسی ، افرازات مهبل و غیره

نزد اطفال مونث قبل المعیاد سنجتک یا clitoris خیلی متبازر می باشد. آمدن افرازات خوندار مهبل و نزد این اطفال گاهی یک حادثه نارمل بوده که بنام پریرود نوزادی یاد می گردد. رحم و تخمدان ها نزد اطفال بصورت نارمل قابل جس نمی باشند.

بعضی اصطلاحات معمول در باره بطن	
لومن که به قنات تبدیل نشده باشد	Atresia
فتق خط متوسط بطن که محتویات بطنی آن موجود بوده و توسط یک کیسه پوش شده باشد	“Exophalos” Omphalocele
فتق paramededian بوده که در ان کیسه موجود نمی باشد	Gostroschisis
از مثانه به ثره ارتباط امبریولوژیک موجود می باشد	Urachus

معاینه حبن یا Ascitis

نزد اطفال نوزاد حبن ممکن یکی از اشکال زیررا داشته باشد

۱. Transudate:- مانند hydrops و عدم کفایه قلبی
۲. Exudate: مانند التهاب پریتون
۳. Biliary: از باعث پاره شدن قنات Common Bile duct
۴. Uninary: تمزق بنفسهی مثانه و یا توسط ضربه
۵. Cylous: تمزق قنات های لمفاوی.

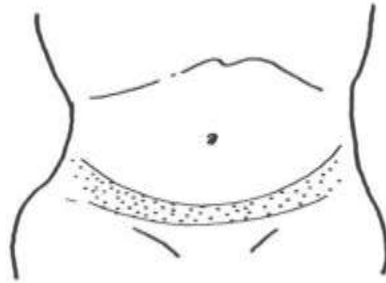
از میان اشکال فوق Transudate آن خیلی معمول بوده ، حین نزد اطفالیکه مصاب به امراض مزمن کبد ویا نفروتیک سندروم باشند خیلی معمول می باشد. معاینه حین یک معاینه مهم کلینیکی بوده و باید دقیق انجام شود .

Gross Ascitis

۱. با تفتیش معلوم می شود
۲. بطن متوسع می باشد
۳. ثره یا ناف کش شده می باشد
۴. بالای جلد بصورت واضح علایم فشار دیده می شود
۵. Flanks مملو می باشد
۶. جلد اذیمایی معلوم می شود
۷. Vulva ویا صفن مملو ویا پر می باشد

Fluid thrill یک علامه قابل اعتماد نبوده بخاطریکه نزد اطفال خیلی چاق به آسانی باعث اشتباه می گردد. و Shifting Dullness یک معاینه خوب و قابل اعتماد می باشد. در این معاینه برای دریافت dullness از ناحیه وضاحت قرع را شروع نموده و به طرف اصمیت حرکت می کنیم اگر اصمیت در ناحیه فلانک دریافت گردید طفل را به پهلو دور داده و دیده می شود که ناحیه اصمیت به وضاحت تبدیل می شود یاخیر. اگر تبدیل شد تست مثبت می باشد. اما بخاطر داشته باشیم که برای دریافت اصمیت نباید بالای بارزه های iliac قرع نماییم . توضیح حین شکل نعل اسپ مانند یا Horse shoe shaped دارد. قبل از ارزیابی اصمیت باید برای طفل اجازه داده شود تا برای ۳۰-۶۰ ثانیه به یک بغل

استراحت نماید. اطفال مصاب حبن ممکن در بطن احساس مایع آزاد را داشته باشند که بنام Jelly Belly یاد می گردد.



شکل ۵-۱۷ توضیح مایع حبن

معاینه ریکتم توسط انگشت

نزد اطفال معاینه ریکتم جز معاینات روزمره نبوده ، اگر آن را انجام می دهید به طفل در مورد آن صحبت کنید ، بگویید که شما خوش ندارید آن را انجام دهید ، لیکن معاینه آن ضروری است ، باید بخاطر معاینه آن از مواد لشم کننده یا Lubricant استفاده کنید .

طفل تا حد امکان آرام ساخته شود ، اکثرا " معاینه معقدی در واقعات بطن حاد ، قبضیت های مزمن ، و خونریزی های معقدی اجرا گردد . نزد اطفال نوزاد و اطفال شیرخوار از انگشت کوچک دست و نزد اطفال بزرگتر از انگشت شهادت استفاده می شود . طفل را به یکطرف خواب داده در حالیکه پا های آن بطرف بالا قبض باشد وضعیت داده ، انگشت را از طرف سفلی مقعد داخل نمود ولی قبل از آنکه انگشت را داخل نمایید باید اطراف مقعد و نواحی عجان دیده شوند . ممکن شما در اطراف مقعد Thread worms ، چین خورده گی های جلدی و پرولپس مقعد موجودیت فیسور را ببینید . هیموروئید

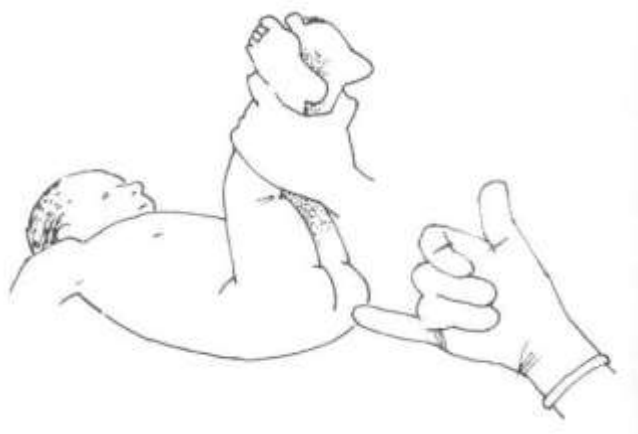
نزد اطفال خیلی نادر است. فیسورهای مقعدی معمولاً "در ساعت شش و دوازده بجه دیده می‌شوند. (

شکل ۵-۱۹)

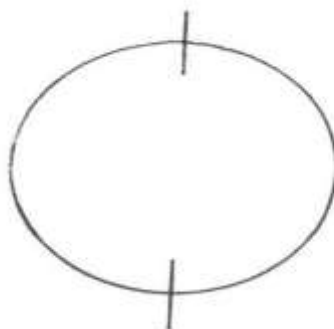
در جریان داخل نمودن انگشت ، مقعویت عضلات مقعدی ارزیابی گردند ، اگر مقاومت زیاد موجود

باشد دلالت به تضیق مقعد می نماید. اگر مقعد زیاد متوسع وعضلات آن سست باشند ، دلالت به آفات

سفلی نخاع مانند myelomeningocele می نماید.



شکل ۵-۱۸ معاینه مقعدی



شکل ۵-۱۹ فیسور های مقعدی

در معاینه مقعدی باید نکات زیریادداشت گردند

۱. کتلات (غایطی ، پولیپی ، توموری)
۲. حساسیت بطنی موضعی
۳. موجودیت خون ویا چیز دیگر بالای دستکش معاینه کننده

نظریات متعدد جراحی در مورد ارزش معاینه مقعدی نزد اطفال مصاب به بطن حاد مانند التهاب اپندکس وجود دارد. ما انجام معاینه را توصیه می کنیم زیرا در واقعات که اپندکس موقعیت خلف سیکم را داشته باشد ، با این معاینه میتوان حساسیت ناحیه را جس نمود یا هم گاهی کتلات اپندکس جس شده میتوانند. پروپس رکتوم و پولیپ های آن نزد اطفال کمتر معمول است ولی اطفال تمایل دارند که اجسام اجنبی را در مجرا های بدن خود داخل نمایند ،اما با آن هم اجسام اجنبی در رکتوم نادر می باشد.

مادران گاهی طفل را از باعث Round worms ویا Tape worm که از رکتوم خارج شده نزد داکتر می آورند ، که باید برای تشخیص دقیق نگهداری شوند. تفتیش ناحیه عجان مهم است خصوصا" نزد اطفالیکه بدن آنها آلوده با مواد غایطه ویا خاک می باشد. معاینه مقعدی برای تشخیص تفریقی قبضیت ها با اسهالات کاذب که در چنین حالات رکتوم پر از مواد غایطه سخت شده می باشد ، ضروری است. نزد اطفال نوزاد باید همیشه مقعد معاینه گردد و سوراخ بودن مقعد باید تثبیت گردد. باز نبودن مقعد به ساده گی خصوصا" نزد نوزادان مونث اشتباه می گردد ، زیرا اینها میکونیم را از طریق فیستول های مهبلی اطراح مینمایند. مرض Hirschsprung یکی از اسباب انسداد های معایی را نزد نوزادان تشکل می دهد که خارج شدن گاز به شکل کتلوی مشخصات عمده آن می باشد.

سوء استفاده جنسی نزد اطفال

شناخت تکرر سوء استفاده های جنسی نزد اطفال نیاز به داشتن معلومات در مورد شکل نارمل مقعد و سایر قسمت های تناسلی نزد اطفال دارد. ما به این باور هستیم که تشریح سوء استفاده های جنسی نزد اطفال خارج از توانایی این کتاب بوده و توصیه می کنیم که حالات نارمل و غیر نارمل این موضوع را باید توسط اسلایدها، تصاویر و ویدیوها تشریح کرد. تمام دوکتوران باید با اشکال مختلف هایمن نزد دختران آشنایی داشته باشند. شکل نارمل مقعد نیز نزد اطفال متفاوت می باشد. تاثیرات قبضیت با اثرات سوء استفاده های جنسی ازهم تشخیص تفریقی گردند. عکسه توسع مقعدی (با دور کردن دو طرف سرین مقعد باز می گردد) همیشه مرضی نمی باشد.

دیگر دریافت های بطنی

1- **کتلات مواد غایطه :** کتلات غایطی در مرکز و ربع سفلی طرف چپ بطن جس می شوند ، بعضی اوقات این را بنام Faecal rocks یاد می کنند . اینها کتلات متحرک و دنداندار بوده ولی دردناک نمی باشند. خصوصا " نزد مریضان فلج دماغی بیشتر دیده شده و گاهی هم باعث قبضیت های معند می گردند.

2- **(A hair Ball)Trichobezoar:** یکی از یافته های نادر معده نزد اطفالی که خیلی ناراحت و نارام اند می باشد.

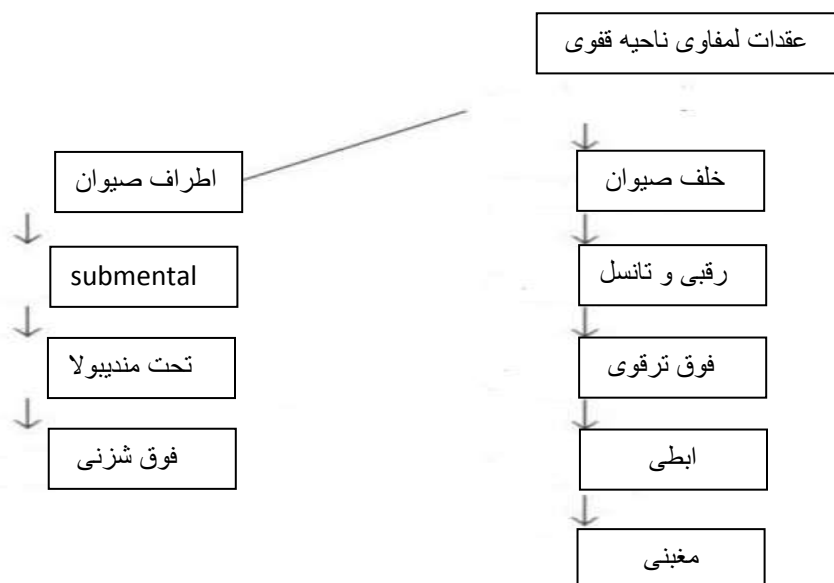
3- **تومور ها :** کتلات بزرگ توموری که بیشتر نزد اطفال شیرخوار و یک تا سه ساله دیده می شوند عبارتند از: نیروبلاستوما ، نفروبلاستوما ، سیستیک تیراتوما ، هیپتوبلاستوما و کیست های میزانتریک می باشند .

4-تخمندان ها : تخمدان ها نزد دختران اکثرا" قابل جس نبوده و در صورتیکه جس شوند دلالت به کیست های تخمدان ها ، تیراتوما و سایر تومور ها مینمایند.

5-غدوات ادرینال : اگرچه این غدوات نزد اطفال نوزاد نسبتا" بزرگ بوده ، اما باز هم قابل جس نمی باشند ، بزرگ شدن غدوات ادرینال دلالت به تومور ها نموده که معمول آن فیوکروموسایتوما و نیروبلاستوما می باشد.

معاینه غدوات

اطفال بصورت متکرر نزد دوکتوران بخاطر بزرگ شدن عقدات لمفاوی گردن که باعث نگرانی والدین گردیده آورده می شوند. عقدات لمفاوی گردن نزد اطفال لاغر به خوبی و وضاحت قابل دید بوده ، ولی بخاطر اشتباه لوکیمیا نیاز به مشوره پیدا می کنند. اما اکثرا" این عقدات نارمل می باشند و تورم آنها ناشی از انتانات می باشد. عقدات لمفاوی کوچک به اندازه یک نخود ، غیر حساس و غیر دردناک در ناحیه گردن و ناحیه مغبنی از جمله یافته های نارمل نزد اطفال قبل از مکتب به شمار میروند . عقدات لمفاوی قابل جس در ناحیه مغبنی نزد اطفال نوزاد اکثرا" نارمل است. عقدات بزرگ ناحیه ابطی قابل جس اکثرا" نزد نوزادان بعد از تطبیق واکسین BCG ایجاد می گردد و ناشی از انتان و التهاب موضعی در ناحیه زرق بوجود می آیند. اما نادرا" لمفوادینوپتی ناشی از تبرکلوز بعد از زرق واکسین BCG بوجود آمده میتواند. معاینه عقدات لمفاوی جز از معاینات روزمره اطفال بوده که داکتر ممکن بصورت سیستماتیک بالای ناحیه عقدات لمفاوی رفته یا اینکه در جریان معاینات سیستمیک آنها را جس نماید. توصیه ما اینست که عقدات لمفاوی بصورت سیستماتیک از بالا بطرف پایین معاینه گردند.



شکل ۵-۲۰ معاینه عقدات لمفاوی از بالای به پایین

نزد اطفال باید عقدات لمفاوی گردن از قدام و خلف معاینه گردند. موقعیت، اندازه، ثبات، حساسیت، تحرکیت و ارتباط آنها تعیین و اندازه هر غده باید یادداشت گردد. اگر چندین غده بزرگ دریافت گردد، باید معاینه برای بزرگ شدن کبد و طحال انجام یابد. بزرگ بودن عقدات لمفاوی گردن بصورت متداوم دلالت به التهاب حاد تانسل ها می نماید، با وجودیکه تانسلیت حاد بزودی خاموش می گردد، اما عقدات لمفاوی مربوطه وقت زیاد را نیازمند اند تا نارمل شوند. اطفال مصاب به اتوپیک اکزیما اکثراً "عقدات لمفاوی ضخاموی موضعی می داشته باشند. اما عقدات لمفاوی منتشر نیاز به یافتن منبع انتان، التهاب و یا امراض نیوپلاستیک را می نماید.

عقدات لمفاوی ضخاموی رقبی

لمفوادینوپتی رقبی

التهاب تانسل ها، بلعوم و سینوس ها

التهاب مزمن بیره و لب ها

تب glandular (سایتومیگالوواایرس و مونونوکلئوز انتانی)
 توپرکلوز (در کشور های انکشاف یافته غیر معمول است)
 لمفوادینویتی منتشر
 Exanthemata حاد
 تب glandular
 Juvenile chronic arthritis سیستمیک
 لوکیمیا حاد لمفاتیک
 عکس العمل های دوایی
 Kawasaki's syndrome

ارزیابی سیستم معافیتی از نظر کلینیکی

سیستم معافیتی توسط معاینات لابراتواری زیرارزیابی می گردد که این معاینات شامل ایمیونوگلوبولین های سیروم و وظایف حجرات سفید خون ، انواع لمفوسیت ها و غیره می باشند. توسط معاینات فیزیکی نیز میتوانیم یک اندازه معلومات کلینیکی را بدست آوریم.

ارزیابی کلینیکی سیستم معافیتی

آیا تانسل ها موجود اند ؟
 آیا عقدات لمفاوی قابل جس اند؟
 آیا واکسین BCG تطبیق گردیده است ؟
 آیا کدام انتان جلدی ارچقدار موجود است؟
 آیا اندفاعات الرژیک موجود است ؟

گوش ، گلو ، بینی و دهن

گوش : در صورتیکه قسمت بالایی pinna یا helix گوش در پلان افقی در سطح cranium قرار داشته باشد در این صورت گوش ها موقعیت سفلی دارند. اگر با کش کردن قسمت pinna گوش درد پیدا شود ، دلالت به موجودیت Boil در قنات خارجی گوش می کند . نظر به حکایه مادران اطفالیکه مصاب به التهاب گوش متوسط باشند ، این اطفال گوش های خود را کش می کنند و یا قسمت pinna گوش سرخ معلوم می شود . اشکال غیر نورمال pinna در سندروم ها زیاد دیده می شود که میتوان از collinus Treacher تا Down's syndrome نام برد. گوش های بزرگ در x- fragile syndrome دیده می شوند.

معاینه پرده گوش ها

باید متذکر شد که معاینه گوش توسط اوتوسکوپ بواسطه محصلین بخوبی انجام نمیگیرد. آنها نمیتوانند که به مادر هدایت لازم بدهند و نیز speculum کوچک را انتخاب می کنند و بعضی وقت باعث ترخیصات به طفل می گردند. مادر باید به ملایمت طفل را در بغل خود محکم بگیرد و یک دست خود را بالای پیشانی طفل قرار دهد و با دست دیگر صدر طفل را محکم بگیرد و پا های طفل می تواند در بین پاهای مادر آویزان باشند. نزد اطفال شیرخوار پکه گوش باید بطرف پایین کش شود زیرا کانال بطرف بالا قرار دارد ، اما نزد اطفال بزرگتر پکه گوش باید بطرف بالا کش شود تا پرده گوش خویتر قابل دید گردد. بعضی اوقات واکس گوش در قسمت معاینه ممانعت ایجاد می کند که آیا پاک گردد و یا خیر؟ نباید توسط شاگردان که تجربه کافی ندارد این کار انجام یابد.

همیشه اسپیکولم بزرگتر را که فکر می کنید اندازه آن مناسب است بکار ببرید. ما استفاده از penhold grip را توصیه می کنیم زیرا این باعث می گردد که اوتوسکوپ به آسانی داخل گوش طفل گردد ، در

مسیر راه باید کانال گوش نیز تفتیش گردد. اگر طفل از اوتسکوپ می ترسد ابتدا آله متذکره را به مادر تشریح کنید . اوتسکوپ را نباید اضافه تر از نیم سانتی متر نزد اطفال شیرخوار و یک سانتی متر نزد اطفال بزرگتر داخل گوش کنیم.

ممکن التهاب گوش خارجی یا فرانکل که بسیار دردناک است در کانال گوش موجود باشد ، یا هم گاهی ممکن است اجسام اجنبی مانند پارچه های نان در گوش موجود باشد.



شکل ۵-۲۱ معاینه گوش

رنگ نورمال پرده گوش سفید رنگ فولادی بوده وانعکاس شفاف نور در آن دیده می شود .احمراری بودن پرده گوش که همراه با برآمده گی در آن دیده شود ، دلالت به موجودیت انتان گوش متوسط می کند . رنگ گلابی و یا سرخ پرده گوش به آسانی تشخیص شده میتواند. بخاطر داشته باشید که گریه طفل باعث تغییر رنگ در پرده گوش گردیده و خیال التهاب کاذب را ایجاد می نماید. در صورتیکه قیح از کانال جریان داشته باشد موقعیت دقیق سوراخ پرده ممکن مشکل باشد. پرده گوش که منظره کش شده داشته و انعکاس نور را نداشته باشد بنام glue ear یاد شده و دلالت به التهاب گوش متوسط می نماید .این واقعه اسباب زیاد داشته و علت عمده آن را انسداد تخلیه Eustachian tube تشکیل می دهد.

التهاب حاد مستویید اکنون یک واقعه نادر بوده که مترافق با برآمده گی در پکه گوش ، سرخی و تورم بالای عظم مستویید می باشد. اکنون بیشتر تورم خلف گوش و حساسیت آن از باعث التهاب عقدات لمفاوی ناحیه بوجود آمده و preauricular ساینس می تواند در قدام گوش دیده شود ، اینها ولادی بوده ولی بعضی اوقات می توانند متن گردند.

بینی

در اطفال نوزاد تنفس معمولاً از طریق بینی بوده بناً بندش بینی مشکلات تنفسی حتی توقف گذری تنفس را بوجود می آورد . جریان هوا را از طریق هر سوراخ بینی توسط نوک انگشت ، شنیدن توسط ستاتسکوپ و گرفتن آئینه در مقابل بینی و ایجاد تکاثف روی آن ارزیابی نموده میتوانیم . اگر با آن هم مشکوک باشیم میتوان آن را توسط داخل نمودن کتیتر ارزیابی کرد. Atresia یکطرفه یا دو طرفه در مجرای بینی خیلی نادر است.

Nasal bridge هموار یک یافته نارمل می باشد ، هرچند یکی از علایم Down's syndrome نیز به شمار میرود. اجسام اجنبی در بینی معمول بوده که ممکن است باعث افرازات قیحی یکطرفه شوند. بینی توسط auriscope به ملایمت معاینه شده می تواند. غشای مخاطی سیاه رنگ ممکن ناشی از حساسیت باشد. پولیپ های بینی ممکن نشان دهنده استما و یا سیستیک فیروز باشند. در هوای زمستان از باعث التهاب مزمن بینی افرازات قیحی مخاطی دیده می شود .

Runny Nose یا افرازات دوامدار یک شکایت معمول نزد اطفال می باشد. افرازات شفاف دلالت به امراض ویروسی و التهاب بینی ناشی از الرژی می نماید ، اما افرازات قیحی در التهاب سینوس ها و بندش adenoid دیده می شود. آمدن افرازات خوندار از بینی اکثراً ناشی از دست زدن زیاد در غشای

مخاطی بینی است. خونریزی‌های بنفسه‌ی نزد اطفال ممکن ناشی از سواشکال اوعیه کوچک غشای مخاطی بینی باشد، این خونریزی‌ها باعث اضطرابات والدین اطفال می‌گردند.

دهن

جوف دهن اکثراً" یکی از نواحی است که درست توسط داکتر نزد اطفال ارزیابی نمی‌گردد، زیرا اطفال به آسانی دهن خود را باز نکرده، الاشه‌ها و دندان‌های خود را روی هم محکم می‌گیرند. اطفال شیرخوار و سایر اطفال کوچک اجازه نمی‌دهند تا دهن و گلوی آنها معاینه گردد، لذا این معاینه باید در اخیر سایر معاینات انجام شود. بعضی دوکتوران با فشار دادن انگشتان روی رخسار اطفال، دهن آنها را باز می‌کنند. (شکل ۵-۲۲)

معاینه تانسل‌ها

معاینه درست تانسل‌ها نزد اطفال نیاز به یک منبع خوب روشنی، دهن بازو معاینه سریع دارد. معاینه تانسل‌ها نزد اطفال نوزاد و شیرخوار یک کار خیلی مشکل می‌باشد، زیرا زبان این اطفال اکثراً" بالا قرار می‌گیرد از همین خاطر است که بسیار به ساده‌گی کام‌چاکی نزد اطفال نوزاد از نظر دور می‌ماند. گاهی ممکن است که uvula مضاعف باشد و همراه با آن کام‌چاکی تحت مخاطی در حنک نرم موجود باشد.



شکل ۵-۲۲ معاینه دهن و گلو

در هنگام معاینه تانسل ها باید در یک مدت کوتاه سرخی ، موجودیت قیح و افزایشات ناحیه بلعوم ارزیابی گردد.

التهاب حاد تانسل ها که از باعث استرپتوکوک ها بوجود می آید یکطرفه ویا دو طرفه بوده و اکثرا باعث تولید قیح در بالای تانسل ها میگردند. قیح کریمی رنگ اوصاف التهاب ناشی از infectious mononucleosis می باشد. علایم دیگر این مرض شامل خونریزی های ناحیه حنک و تورم uvula است. بعضی از کتاب ها می نویسند که این مرض نزد اطفال جوان بوجود نمی آید اما این مطابق با تجربه ما نیست. دیفتری هرچند نادر است اما نباید فراموش گردد و این باعث التهاب شدید عقدات لمفاوی گردیده ، ایجاد غشای خاکستری رنگ و توکسی سیتی شدید از جمله دیگر علایم دیفتری می باشند. التهاب گونوکوکل در تمام واقعاتی که بصورت غیر وصفی باشد و التهاب تانسل ها با ادویه معمول جواب ندهد خصوصا " نزد اطفال در سن بلوغ مدنظر باشد. زمانیکه تانسل ها را می بینید همزمان با آن ناحیه انفی بلعومی را نیزبرای موجودیت التهاب بلعوم و موجودیت قیح در مجرا های خلفی انف ملاحظه نمایید. اندازه تانسل ها زیاد قابل اهمیت نبوده مگر اینکه بسیار بزرگ باشند و آن زمانی است که تانسل ها به خط متوسط رسیده باشند.

زبان

زبان برآمده دلالت به هایپوتایرویدیسم ولادی می نماید. macroglossia ممکن از باعث انومالی موضعی سیستم لمفاوی ویا وعایی بوجود آید. وقتیکه زبان نظر به دهن از حد نورمال کلان باشد ، ممکن دلالت به down's syndrome نماید . زبان جیوگرافیک به زبانی گفته می شود که دارای خطوط سرخ غیر منظم و نواحی خائف باشد ، ولی از نظر کلینیکی چندان اهمیت ندارد.

زبان سفید کباب شده نزد اطفالیکه اخیراً" با شیر تغذی شده باشند دیده می شود. انتانات Monilial با موجودیت اکزودات سفید رنگ که به آسانی توسط spatula دور شده نمی تواند می گردد. التهاب بیره ها ناشی از هرپس زبان غشای مخاطی ، و سطوح رخسار ها را مصاب می سازد. اینها پر از اوعیه بوده با تماس به آسانی خونده می باشند و همراه با آن آب دهن به خارج میریزد.

غشای مخاطی رخسار ها

Thrush به شکل پلاک های سفید روی غشای مخاطی دهن دیده می شود. نزد اطفالیکه به سرخکان مصاب باشند در دهن آن ها koplik's spot به شکل دانه های نمک پاشیده شده که اطراف آنها احمراری است دیده می شوند ، التهاب قنات غده نکفیه نشان دهنده کله چرک می باشد. التهاب قیحی مکرر غده نکفیه با یا بدون سنگ نزد اطفال خیلی نادر است.

بعضی اصطلاحات در باره جوف دهن

Ranula	Cyst در زمین قدامی جوف دهن
Quinsy	آبسی اطراف تانسل ها
Glossoptosis	بی جا شدن زبان به طرف خلف
Micrognathia	آلاشه کوچک

دندان ها

طب دندان یک بخش از طبابت است . دوکتوران اطفال معلومات کمی در مورد طب دندان دارند زیرا شامل کریکولم آنها نمی باشد ، در طفولیت مقدم دوکتوران فرصت کافی دارند تا بعضی از تدابیر وقایعی دندان ها را ترویج و عملی سازند. حتی یک ارزیابی کوتاه جوف دهن ، دندان ها و بیره ها یک میتود خوب است ، یک تعداد از استطبابت معاینات دندان ها قرار زیرمی باشد.

۱- کرم خورده گی های دندان ها نزد اطفال معمول بوده خصوصا دندان های Incisor علوی که بنام nursing bottle corries یاد می شوند .

۲- برآمدن غلط دندان ها ، عدم برابر بودن آنها در یک خط

۳- رنگه شدن دندان ها ارزش تشخیصی دارد. هایپوپلازیای قسمت مینای دندان ها گفته می شود که ناشی ازهایپوکلسیمیا درزمان نوزادی ایجاد می گردد. نسواری یا زرد شدن دندان ها یکی از عوارض جانبی مصرف تتراسکلین در زمان حاملگی و طفولیت مقدم می باشد. رنگ سیاه دندان ها ممکن است ناشی از مصرف آهن باشد.

۴- دندان های هموار نزد اطفالی دیده می شود که آنها مصاب به bruxism می باشند.

- ۵- عدم موجودیت دندان ها از باعث Ectodermal dysplasia بوجود می آید .
- ۶- التهاب بیره ها مترافق با کرم خورده گی های دندان می باشد. ضخامه بیره ها همراه با التهاب آنها نزد اطفالی دیده می شود که برای مدت های طولانی از فینیتوین و سایکلواسپورین استفاده می کنند.



شکل ۵-۲۳ تفتیش دندان ها

جلد ، موی ها و ناخن ها

جلد

در این بخش ما یک تعداد تغییرات نارمل در جلد ، یک تعداد یافته های کلینیکی مربوط به جلد ، موها و ناخن ها را مورد بحث قرار میدهم و توصیه می نمایم که راز های موفقیت در ارزیابی جلد در تفتیش و جس نهفته است.

رنگ جلد

در این جا بحث روی تغییرات نژادی جلد هدف ما نیست ، محصلین باید در مورد تغییرات نژادی جلد و تغییرات صباغات آن نزد نژاد های مختلف معلومات داشته باشند.

Mangolian blue spot: در ناحیه عجزی، سرین و ران‌های اطفال خاور میانه، اطفالیکه

والدین افریقایی - آسیایی دارند ساحه سیاه رنگ خال مانند دیده می‌شود، صباغی شدن صفن نیز ممکن همراه با آن موجود باشد.

عدم موجودیت pigmentation دلالت به albinism می‌کند که ممکن این حالت نزد نوزادان

به نسبت رنگ گلابی و جلد روشن به درستی تشخیص شده نتواند. صباغی شدن جلد در جریان شیرخوارگی افزایش پیدا می‌کند.

Freckles: نقاط صباغی کوچک بی حد زیاد خصوصا " نزد اشخاص که جلد روشن دارند دیده

می‌شود.

Café- au- lait spot: پلاک‌های صباغی به سایز ۱,۵ سانتی متر بوده اما اگر تعداد آنها از شش عدد

زیاد شود نیروفایبرومتوز مد نظر باشد، موجودیت خال‌ها در ناحیه ابطی مشخصات دیگر این مریضی می‌باشد.

Small bruises: نزد اطفال یک تا سه ساله که تازه مهارت‌های راه رفتن را فرا گرفته‌اند در

ناحیه پیشانی نارمل بوده و هم‌چنان کبودی‌های کوچک جلدی در ناحیه ران‌ها و سرین بیشتر از بیست عدد نزد اطفال قبل از مکتب و سن مکتب دیده می‌شود. مشخصات این لکه‌ها نشان دهنده صدمات غیر تصادفی می‌باشد که در فصل یازدهم تشریح گردیده است.

Carotenaemia: رنگ جلد زرد بوده نزد اطفال که زیاد زردک، مالت و نارنج می‌خورند دیده

می‌شود.

Vitilligo: جاهای بدون رنگ در جلد بنام Vitilligo یاد می‌شود مثلا در Tuberos sclerosi

و در امراض معافیت خودی یا اوتو ایمیون.

بعضی اصطلاحات در باره جلد و موها

Hirsutism	برآمدن موهای زیاد در بدن که بنام hypertrichosis نیز یاد می شود.
Hyperhidrosis	عرق بی حد زیاد
Lentigines	نقاط نضواری رنگ در بالای جلد
Vitiligo	در بالای جلد ساحات بدون رنگ

Sclerema: عبارت ضخیم شدن ، احمراری شدن و سخت شدن جلد است که با هایپوترمیا و

رکودت وعایی همراه می باشد.

Edema: نزد اطفال قبل المیعاد اذیمای منتشر جلد یکی از یافته های معمول بوده ، حالات

هایدروپیک نزد اطفال نوزاد مترافق با اذیمای منتشر که با انگشت مثبت است دیده می شود.

اذیمای نوع dependent نزد اطفال نوزاد کمتر معمول بوده ، اما نزد اطفال که مصاب به عدم کفایه

احتقانی قلب باشند بیشتر دیده می شود.

(Non pitting) Lymphoedema :- در اطراف سفلی معمولا در Milroy's syndrome و در

Turners syndrome دیده می شود.

Erythema Nodosum: عبارت از تورم سرخ رنگ دردناک در سطح tibia بوده واز نظر جسامت و

تعداد می تواند متفاوت باشد. این آفت مترافق با انتان استرپتوکوک ، بعضی ادویه جات ، تبرکلوز ،

امراض التهابی امعا و سرکوییدوز می باشد.

موها: رنگ، ضخامت و توزیع موها منشا نژادی دارد. موهای نرم که بنام Lanugo یاد می‌شود نزد اطفال قبل‌المیعاد به ملاحظه می‌رسد. موهای انبوه در زمان ولادت نارمل می‌باشد، لاکن ممکن دلالت به هایپوتایرویدیزم ولادی نیز نمایند. ابروهای انبوه یکی از تظاهرات موکوپولی‌سکرایدوز بوده و در lange syndrome نیز دیده شده می‌تواند. مژه‌های دراز یکی از یافته‌های نارمل نزد دختران می‌باشد. ولی نزد اطفال ضعیف نیز دیده شده می‌تواند. موهای سیاه و برجسته بالای ساعد، گردن و کمر نارمل تلقی می‌گردد. لکه‌های سفید رنگ در جلد راس یکی از تظاهرات wardenburg's syndrome بوده می‌تواند. موهای پیچ‌وتاب دار یکی از تظاهرات Menke's syndrome بوده موهای نازک گاهی در مرض سیلیاک دیده می‌شوند. عدم موجودیت موها در ناحیه قفوی نزد اطفال شیرخوار که مدت زیاد در وضعیت استجای ظهری قرار گرفته باشند دیده می‌شود.

اطفال که به down syndrome مصاب باشند موها به شکل ایستاده دیده می‌شوند. عدم موجودیت مکمل موها در واقعات اکتودرمل دیسپلازیا دیده شده و نیز از عواض جانبی دواهای سایتوتوکسیک نیز بوده می‌تواند.

عدم موجودیت موضعی موها نشان‌دهنده alopecia یا trichillomania می‌باشد. در واقعات الوپسیا سر مکمل بدون مو بوده ولی در trichillomania موها با ریشه‌های کوتاه معمولاً موجود می‌باشند. Pediculosis capitis در این وقت‌ها یکی از یافته‌های معمول می‌باشد. اینها با میله موها چسپیده بوده و به مشکل برطرف می‌گردند و باید از سبوسک موها تشخیص تفریقی گردند.

ازدیاد موها بنام Hirsutism یا hypertrichosis یاد شده که از باعث عوارض جانبی بعضی ادویه‌جات مثلاً minoxidil, diazoxide, cyelosponis phenytoin و کورتیکو استروئیدها بوجود آید.

ناخن‌ها : نزد اطفال بعدالمیعاد یا post term ناخن‌ها اکثراً دراز می‌باشد عدم موجودیت ناخن‌ها دلالت به Ectodermal dysplasia می‌نماید. کبودی محیطی در بستر ناخن‌ها که بنام اکروکبودی یاد می‌شود نزد نوزادان نارمل تلقی می‌گردد. ناخن‌های قاشق‌مانند بنام koilonychia یاد شده که در کم‌خونی‌ها (کم‌خونی فقدان آهن) دیده می‌شود.

موجودیت خطوط سفید بنام Leuconychia یاد می‌شوند و نزد اطفال مصاب به کاهش البومین بصورت مزمن دیده شده که معمولترین آنها نفروتیک سندروم و امراض کبدی می‌باشد. موجودیت لکه‌های کوچک سفید روی ناخن‌ها دلالت به کمبود کلسیم نمی‌کند. سوراخ شدن ناخن‌ها و ایجاد فرورفته‌گی در آنها به امراض فنگسی و پسوریازس عطف می‌گردد. خوردن ناخن‌ها نزد اطفالیکه فشارهای روانی داشته باشد دیده می‌شود

رازهای موفقیت در جلد

رازهای موفقیت در جلدی اینست که چیزی را که می‌بینید، آن را توضیح کنید. در عقب استادان ایستاده شده به دقت به اندفاعات جلدی نگاه کنید، اصطلاحات مناسب را در مورد رنگ، تظاهر و توضیح اندفاعات بکار ببرید. اکثریت شاگردان با یکبار دیدن تشخیص می‌گذارند که نباید چنین کنند. شاگردان امروز بنا بر داشتن معلومات کم در مورد اصطلاحات لاتین و یونانی در دانستن و شناخت جلد مشکل دارند. شاگردان که یک اندازه معلومات از اصطلاحات لاتین دارند اندفاع یکسان مدور پسوریازس را Erythema multiform تشخیص نمی‌کنند. ذیلاً " یک تعداد از اصطلاحات کلاسیک ذکر شده است. ما توصیه می‌کنیم زمانیکه شما اندفاعات زیر را ببینید می‌توانید به زودی و ساده‌گی آنها را در کتگوری‌های زیر تشریح کنید.

- Psoriasis
- Tinea corporis

- Erythema nodosum
- Anaphylactoid purpura
- Molluscum contagiosum

تشخیص تفریقی اندفاعات سرخ رنگ ، بنفش ، ویزکول ها و آبله ها قابل اهمیت می باشند.

معاینات اندفاعات جلدی

- تفتیش
- جس
- اوصاف
- توضیح

فهرست اصطلاحات جلدی

سرخی	Erythema
سرخی به انواع مختلف	Erythema multiform
کنار برجسته و سرخ	Erythema marginatum
اندفاع حلقوی سرخ	Erythema annulare
اکزیما که بنیه اتوپیک داشته باشد	Atopic eczema
فرارکردن از مرکز	Centrifugal
تمایل به مرکز	Centripetal
مانند سخکان	Morbilliform
مانند آب چیچک	Varicelliform
جلد خشک و تفلسی	Ichthyosis

انذفاعات جلدی را طوری تشریح کنید که گویا آنها را برای یک شخص نابینا توضیح می دهید. محل اندفاع ، شکل ، اندازه ، رنگ و توضیح آن را در نظر بگیرید. آیا اندفاع یک مکول ، پاپول و یا ویزیکول است؟ آیا خارش دارد؟ آیا خشک و یا مرطوب است؟ آیا از مرکز به محیط یا برعکس آن در فرار است؟ آیا برجسته است یا هموار؟ به کدام شکل احساس می شود؟ اکزیما (اتوپیک درماتیت) نزد اطفال یک مرض معمول و مزمن می باشد. جلد در اکزیما ممکن دارای خصوصیات زیرباشد.

۱. احمراری
 ۲. خشک
 ۳. اندفاعات papuler
 ۴. Scaling یا تفلسی
 ۵. Excoriated (خراشیده شده)
 ۶. Theickened (ضخیم شده)
 ۷. متن شده یا weeping
- چهارنوع تخریشات مهم نزد مریضان اکزیما عبارت اند از
۱. خارش
 ۲. انتان
 ۳. تفلس
 ۴. Image of self یا تصویر خودی

اصطلاحات در مورد اندفاعات جلدی

- Macule: از سطح جلد متبازر نمی باشد.
- Papule: از سطح جلد متبازر می باشد.
- Vesicle: اندفاع مملو از مایع
- Bulla: ویزکول بزرگ .
- Pustule: ویزکول که حاوی قیح باشد.

جس اندفاعات خیلی مهم بوده اما اکثراً "انجام نمی گردد" ، یک تعداد کمی از اندفاعات نزد اطفال دردناک می باشند. اندازه نمودن اندفاعات و فوتوگرافی کلینیکی آنها برای ثبت واقعه خیلی مهم تلقی می گردد.

Dysquamating rashes: عبارت از اندفاعات تفلسی بوده که مترافق با پوستک شدن جلد می باشند. هر چند این نوع اندفاعات زیاد معمول نبوده ولی در امراض زیردیده می شوند.

- **Kawasaki's disease:** تفلس جلد در اطراف کنار های ناخن های دست و پا و نیز نواحی سرین طفل دیده می شود.
- تب مخملک
- سرخکان شدید
- انتانات ناشی از استافیلوکوک ها در جلد

Purpura یا **Petechiae:** اندفاعات پورپوریک نزد اطفال مهم بوده ولی یک اندازه سردرگمی در بکار برد این اصطلاح وجود دارد. اندفاع **Petechiae** لکه های بنفش بوده که با فشار انگشت ذایل نشده و قابل جس نمی باشند و اندازه آنها تا به یک ملیمتر میرسد. اما پورپورا نیز رنگ بنفش داشته با فشار انگشت ذایل نشده و جسامت آنها دو یا بیشتر از دو ملی متر می باشد و ممکن است قابل جس باشند. پورپورا اسباب مختلف داشته اما در زمان شیرخوارگی اگر این اندفاعت به سرعت منتشر گردند دلالت به سپتیسیمیا می نمایند. پورپورای مرطوب (بالای غشای مخاطی) اهمیت بیشتر نظر به پورپورای خشک (تنها در جلد) دارد.

اسباب معمول **purpura** عبارت اند از :

۱. Acute meningococcal septicemia: پیدا شدن لکه‌ها به شکل بنفش نزد یک طفل که بصورت حاد شدیداً "مریض گردیده دلالت به این مرض می‌کند. والدین اطفال در بریتانیا توسط تلویزیون تعلیم داده می‌شوند، اوصاف این اندفاعات اینست که اگر شما گیلاس را بالای جلد دور بدهید اندفاعات ذایل نمی‌گردند.

۲. Coagulopathy: که شکل معمول آن بنام Idiopathic Thrombocytopenis purpura یاد شده طفل معمولاً "صحت مند معلوم می‌شود و نقاط purpunic همراه با کبودی و اکیموز همراه می‌باشد.

۳. Vasculopathy: شکل عام آن بنام Henoch schonlein پورپورا می‌باشد. اندفاعات پورپوریک بیشتر در سرین، کمر، پاها و بازوهای طفل دیده می‌شود.

پورپورا اسباب مختلف داشته مناقشه کلینیکی بیشتر مرتبط به سن طفل بوده و تشخیص تفریقی آن نیز نزد اطفال نوزاد و بالغ متفاوت می‌باشد.

مهم اینست تا بدانیم که جلد، دندان‌ها، موها و ناخن‌ها انساج اکتودرمل می‌باشند و باید به شکل مسلسل دیده شوند، خصوصاً "اینکه انومالی‌های ولادی کدام بخش از اینها نزد طفل موجود باشد مانند اکتودرمل دیسپلازیا.

حالت موها و جلد می‌تواند رابطه نزدیک با چگونه گی تغذی طفل داشته باشد.

Nappy rashes (ACES)

امونیا

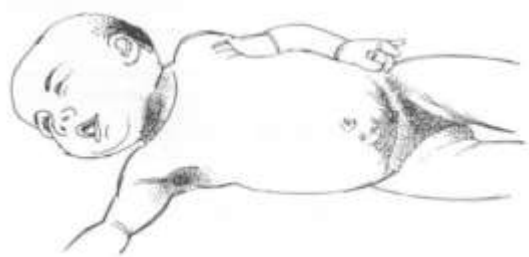
کاندیدیا

اکزیما

سیبوریا

اندفاعات نواحی Napkin

- Seboric dermatitis (نواحی جلد راس ، گردن ، جوف ابط نیز ممکن مصاب شده باشند)
- Ammoniacal irritant dermatitis (نواحی چین خورده و قابضه جلد اکثرا" مصاب نمی گردند)
- Candidia (بنام thrush نیز یاد می گردد)
- اکزیما (آفات وصفی مرض در نواحی دیگر بدن نیز دیده می شود)
- Acrodermatitis enteropathica (یک واقعه نادر بوده همراه با فقدان زینک اکثرا" دیده می شود)
- Erosive napkin dermatitis (یک شکل شدید امونیکال درماتایتس می باشد).
- Chilblain بنام perniosis نیز یاد شده و آبله های تقرحی می باشند و نزد اطفال که در خانه های سرد درهوی سرد زنده گی می کنند دیده می شود. اینها بالای انگشتان و گاهی هم بالای گوش ها به ملاحظه می رسد.



شکل ۵-۲۴ اندفاعات سیبوریک درماتایتس

اصطلاحات مربوط به انتانات جلد

Cellulitis: عبارت از سرخی ، گرمی و تورم ناشی از انتانات سطحی جلد بوده که در نواحی مختلف دیده می شود.

Impetigo: آبله های ارچق دار همراه با اندفاعات نضواری رنگ جلد بوده که بالای وجه نهاییات بیشتر دیده می شود.

Scalded skin: احمرار ، نواحی مانند سوخته گی که ممکن بصورت منتشر باشند .

مردار دانه یا امپتیگو ممکن است نزد اطفال شیرخوار با وزن زیاد دیده شود. اینها اندفاعات سرخ و

مرطوب اند که در نواحی جلد مغبنی ، جوف ابط و گاهی گردن دیده می شوند.

بصورت خلاصه معاینه اندفاعات باید شامل نکات زیرباشد.

- نقتیش
- جس
- تشریح اوصاف اندفاع

اصطلاحات که در آنها کلمه "derm" بکار میرود

Dermatoglyphics: مطالعه چاپ انگشت وشکل بارزه های دست

Dermatographia: نوشته های جلدی ، خطوط سفید با کنار های سرخ به تعقیب خراشیده گی های جلدی

Dermoid: تیراتومی ساختمان های جلد

Dermatophagoides pteronyssinus: گرد و خاک خانه

معاینه سیستم عصبی

ما در این مبحث روی معاینات گیج کننده عصبی نمی‌پیچیم، بلکه یک تعداد نکات مهم در مورد معاینات سیستم عصبی را بیان می‌داریم و باید بدانیم که معاینات سیستم عصبی نزد اطفال شیرخوار، یک تا سه ساله و اطفال قبل از مکتب متفاوت می‌باشد. انجام معاینات در این سنین نمی‌تواند به شکل منظم اجرا گردد. برعکس نزد اطفال سن مکتب که با معاینه کننده همکاری می‌کنند میتوان معاینات مکمل سیستم عصبی را بصورت منظم اجرا کرد که تخنیک مکمل این معاینات در کتاب های درسی بصورت واضح بیان گردیده و ما به جزئیات آن نمی‌پردازیم. معاینات عصبی نوزادان در فصل چهارم ذکر شده است. معاینات نشونما به شمول تکلم، شنوایی، حرکات gross و fine در فصل هشتم توضیح گردیده است.

در جریان معاینه سیستم عصبی باید به نقاط زیر توجه گردد.

- تاریخچه دقیق ولادت، حوادث زمان perinatal، وضعیت مادر و سلسله ارتقایی مدنظر گرفته شود.
- فعالیت اطفال شیرخوار، تناظر حرکات Toddler، بازی‌ها و خواص اجتماعی مشاهده شود.
- مقعویت عضلی، قوت، هم‌آهنگی، عکسه‌ها و حسیت معاینه گردد. در دوره شیرخوارگی معاینه حسیت مشکل می‌باشد.

تاریخچه

دانستن تحرکیت طفل در زمان حیات داخل رحمی ممکن ضرورت باشد و میتوان آن را از مادر پرسید. حوادث perinatal ضروری اند، apgar scor کمتر از ۵ در یک الی ۵ دقیقه می‌تواند باعث نگرانی گردد. طفل چگونه ثدیه را می‌چوشد؟ چگونه تحرکیت دارد؟ آیا او معاینات عصبی دوره نوزادی را

سپری نموده است؟ در باره نشونمای طفل باید پرسیده شود که آیا به شکل نارمل نشونما نموده است؟ چه وقت تبسم با معنی را انجام داده است؟ چه وقت بدون کمک نشسته است و غیره؟ مادران تحصیل کرده ممکن است تمام اینها را یادداشت نموده باشند، اگر چنین کرده باشند کتابچه یادداشت آنها را ببینید. اگر مادر در قسمت نشونمای طفل شیرخوار خود کدام مشکل را حکایه کند نکات زیر را بیاد داشته باشید.

- مادر همیشه راست می گوید.
- تشویش مادر قبل از مراجعه به داکتر شروع شده است.
- قوه درک مادر تیز تر از مشاهده شما است.

یک تعداد جملات هشدار دهنده که توسط مادر بیان می گردد.

- او طفل خوب ولی غیر معمول بود (شاید به این معنی باشد که طفل بسیار کم حرکت و گریه می کرد و اکثراً "میخورد و میخوابید).
- او همیشه از دیگران متفاوت بود.
- او تا سن ۹ ماهه گی خوب بود، بعد او تغییر کرد.
- معلوم می شود که او به عقب برگشته است.

اطفالیکه مشکلات در زمان حیات داخل رحمی داشته اند ممکن است از آغاز سلوک غیرنارمل داشته باشند. بطور مثال اطفال مصاب به امراض استحالیه وی عصبی برای یک مدت ممکن نارمل باشند بعد متوقف شده و به عقب برگردند. متخصصین اعصاب از همه بیشتر به تاریخچه طفل توجه می کنند.

از چی وقت مشکل شروع شده؟ طفل قبل از این چگونه بود؟ واقعا" چه اتفاقی افتیده است؟ بعد از آن چه نوع حادثات بوجود آمده است؟

طرز معاینه

پلان ما اینست که یک تعداد علایم و مهارت‌ها را برجسته سازیم که نزد اطفال موثراند. برای جزیات معاینات سیستم عصبی به کتاب‌های درسی مراجعه نمایید.

عکسه‌های وتری

نزد اطفال نوزاد برای معلوم کردن knee jerk باید از نوک انگشت کار گرفته شود و این عمل قابل قبول می باشد. بعد از دوره نوزادی میتوان از چکش کوچک جهت معاینات عکسه‌ها استفاده کرد. استفاده از کنار دیافراگم استاتسکوپ جهت تنبه عکسه‌ها صورت میگیرد ولی ما آن را توصیه نمی کنیم. عکسه‌های وتری عمیق به اشکال زیردرجه بندی میگردند.

صفر	عکسه موجود نیست
+	عکس العمل ضعیف
++	عکس العمل نورمال
+++	عکس العمل بیش از حد
++++	عکس العمل بسیار تیز و سریع

عکسه exaggerated یا مبالغوی در آفات نیورون حرکی علوی (pyramidal) دیده می شود. عکسات ضعیف یا کم شده از باعث ضعیفی عضلی بوجود می آید. عدم موجودیت عکسات از باعث Neuropathy محیطی (آفت نیورون حرکی سفلی) بوجود می آید.

Funduscopy

انجام این معاینه نزد شیرخواران و اطفال یک تا سه ساله نیازمندی حوصله و مهارت زیاد را می نماید.

نوزاد

در این جا ما بسیار مختصر از آن یاد می کنیم زیرا این موضوع با جزئیات در فصل چهارم بیان گردیده است. وضعیت عمومی نوزاد و طفل شیرخوار را ببینید ، خصوصا" به حرکات نهاییات توجه نموده نگاه کنید که آیا این حرکات متناظر اند یاخیر؟ شکل قبض اطفال نارمل را بیاد داشته باشید. شکل بقه مانند را نزد اطفال floppy مشاهده کنید. وضعیت گردن را نزد اطفال مصاب به تخریسات دماغ و التهاب سحایا ملاحظه کنید . حرکات بنفسهی و غیرنارمل را ببینید.

دریافت های نورمال نزد اطفال نوزاد

۱. خاصیت اهتزازی (tremulousess)
۲. جواب کتلوی (mass response)
۳. جواب باسطه کف پای (Extensor planter response)
۴. ankle clonus غیر ثابت
۵. Babinski response (ممکن تا به هشت ماهه گی شکل باسطه داشته باشد)

شیرخوار

چگونه حرکت می کند؟ این یک نکته مهم در مشاهده است. آیا او از حرکت کردن متنفر است؟ (مثال در مریضان التهاب سحایا). آیا او floppy و سست است؟ آیا او تمایل دارد که از روی دست شما در حالت ایستاده بیافتند؟ آیا او شخی دارد؟ آیا مقعویت عضلی کاهش یافته است؟

معاینه ازواج قحفی

معاینه مکمل ازواج قحفی نزد اطفال شیرخوار و یک تا سه ساله مشکل است. هرچند مشاهده نمودن فعالیت های روزانه طفل مانند لبخند زدن ، گریه کردن ، پوشیدن ، دیدن و جویدن می تواند رهنمای خوب باشد. معاینه زوج قحفی اول نزد اطفال قبل از مکتب غیر ممکن است ، خوشبختانه تشوشات آن خیلی نادر می باشد. جدول ۵-۱۰ نشان دهنده فعالیت های است که برای نارمل بودن ازواج قحفی دلالت می کند. معمول ترین تشوشات ازواج قحفی نزد اطفال عبارت است از squint و فلج عصب وجهی (کسبی یا ولادی) می باشد. پوشیدن ضعیف یا عدم توانایی در پوشیدن نزد اطفال شیرخوار یکی از علایم عصبی وخیم به شمار میرود . عدم توانایی در تبسم در سن ۶ هفته گی مایه نگرانی است. مادران با اطفال شان روابط صمیمی داشته و از سلوک اجتماعی ، لبخند زدن ، دیدن ، شنیدن آنها بخوبی مطلع می باشند. و آنها میتوانند به ساده گی این حرکات را نزد اطفال شان تنبه کنند. در ختم معاینات سیستم عصبی باید به خلاصه زیر دست یابید.

۱- طفل از هرنگاه نارمل است.

۲- احتمالاً " نارمل است لکن یک تعداد تشوشات خفیف دیده شده دوباره ، باید معاینه گردد.

۳- احتمالا" غیر نارمل است یا کاملا" غیر نارمل است مانند عدم توانایی در لبخند زدن ، چوشیدن ضعیف ، کاهش حرکات ، باید دوباره معاینه گردد.

۴- بصورت کلی غیر نارمل است یافته های غیرنارمل شامل (عدم موجودیت visual fixation ، باقی ماندن عکسه های ابتدایی ، تغییرات مقعویت عضلی (معمولا" عضلات سست) و غیره .

جدول ۵-۱۰ فعالیت های که بیانگر نارمل بودن ازواج قحفی می باشند.		
فعالیت	ازواج قحفی	ملاحظات
بوی	۱	غیر ممکن است
قوت دید	۲	آیا دیده کرده می تواند؟
حرکت چشم	۳	بطرف بالا،پایین،داخل،بطرف وسط
حرکت چشم	۴	بطرف پایین و خارج
جویدن	۵	
حرکت چشم	۶	بطرف جنبی
گریه،خنده	۷	تظاهر وجه
شنوایی	۸	Startle reflex
چوشیدن	9,5,7	شدید اگر موجود نباشد.
بلع کردن	۱۱،۱۰،۹	هماهنگی دارد؟
صوت	۹	عکسه استفراغ؟
صوت	۱۰	
دور دادن سر	۱۱	حرکت
برآمدن زبان	۱۲	

معاینات سیستم عصبی و ارزیابی نشونما به هم ارتباط داشته و نیازمند مهارت و تجربه زیاد می باشند. شاگردان باید خود را با یافته های نارمل و غیرنارمل بخوبی آشنا سازند. باور ما اینست که معاینات حسیت نزد اطفال شیرخوار و یک تا سه ساله بسیار باریکی داشته و برای محصلین که هنوز فارغ نشده اند ، زیاد مشکل می باشد. ایجاد درد ساده است اما تعهد ما طوری است که نباید به طفل ضرر برسد. خوشبختانه معاینه سیستم عصبی نزد اطفال بیشتر روی سیستم عصبی حرکتی استوار بوده نه سیستم عصبی حسی. از بین رفتن حسیت ممکن به شکل فلج نرم در نهایت سفلی ظاهر شود که ممکن است ناشی از میننگومیالوسل یا پولی نیورایتس صاعده باشد (Guillain) Barre syndrome (باقی ماندن متداوم عکسه های ابتدایی یکی از علایم خراب سیستم عصبی می باشد).

جدول ۵-۱۱ نمایان شدن و از بین رفتن عکسه های ابتدایی

Reflexes	وقت نمایان شدن	وقت از بین رفتن
Stepping	مرحله نوزادی	دوماهگی
Moro	بعد از ولادت	تا ۳-۵ ماهگی
Palmar grasp	بعد از ولادت	تا ۲ ماهگی
Plantar grasp	بعد از ولادت	۸-۱۰ ماهگی
Asymmetric tonic neck	در مرحله نوزادی	۱-۶ ماهگی

معاینه فانتانیل ها

اگر چشم ها دریچه یی از روح اند ، فانتانیل ها نیز دریچه یی از مغز طفل شیرخوار می باشند.

فشار فانتانیل قدامی یکی از علایم مهم در مورد اینکه آیا فشار داخل قحف بلند است یا خیر و نیز چگونه گی درجه هایدریشن طفل می باشد. فانتانیل باید بسیار به ملایمت زمانیکه طفل خاموش نشسته است جس گردد.

پربودن و بلند قرار گرفتن فانتانیل قدامی نظر به عظام قحفی مجاور شواهد فرط فشار داخل قحف می باشند ، که معمولترین اسباب آن را التهاب سحایا و هایدروسیفالوس تشکیل می دهد. اما اگر در زمان معاینه طفل گریه کند این معاینه ارزش ندارد.

Bruit سیستمولیک بالای فانتانیل قدامی نزد اطفال که مصاب التهاب سحایا باشند معمول است که در جریان ۲-۳ روز ازبین میروند.

موخر بسته شدن فانتانیل قدامی (بعد از ۱۸ ماهگی)

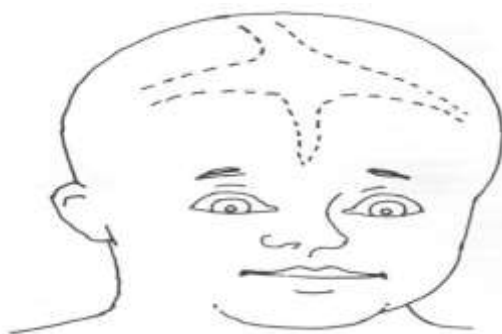
موخر بسته شدن فانتانیل قدامی (بعد از ۱۸ ماهگی) مترافق است با:

- تفاوت های نارمل
- هایدروسیفلوس
- Down's syndrome
- تفریط فعالیت غده تایراید
- تشوشات عظام
- Some syndromes
- سوتشکالات شریانی وریدی

راس طفل که به سرعت بیشتر از حد نارمل بزرگ شود مایه نگرانی می باشد. اندازه گیری های متکرر از محیط راس مهم اند. اگر یک راس بزرگ مترافق با فانتانیل های پر باشد دلالت به فرط فشار داخل قحفی می نماید.

یک تعداد اسباب راس بزرگ قرار زیر می باشند

۱. میکروسیفالی فامیلی (راس والدین را اندازه نمایید)
۲. هایدروسیفالوس
۳. آفاتیکه فضا را در دماغ اشغال نموده اند
۴. امراض ذخیره وی
۵. تشوشات عظمی
۶. Soto's syndrome



شکل ۵-۲۵ علایم هایدروسیفالوس

نشونمای راس انعکاس دهنده نشونمای دماغ می باشد ، هرچند اندازه راس ارتباط به ذکاوت ندارد .
زمانیکه راس کمتر از حد نارمل (کمتر از third centile) باشد مایکروسیفالی گفته می شود.

یک تعداد اسباب مایکروسیفالی قرار زیرمی باشند

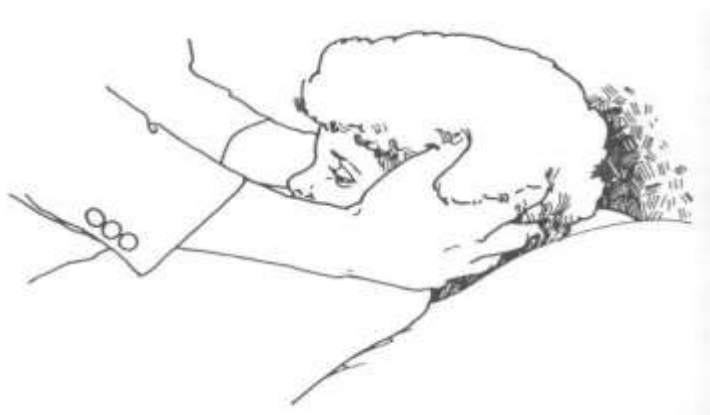
- تفاوت های نارمل
- هایپوکسیای حیات داخل رحمی
- انتانات حیات داخل رحمی
- تشوشات کروموزومی
- فامیلی
- Dysmorphic syndrome
- تشوشات میتابولیک شدید

بزرگ بودن راس می تواند مایه نگرانی باشد ، به عین ترتیب تأخر نشومای راس نیز مایه نگرانی بوده بدبختانه به آن هیچ نوع کمک شده نمیتواند.

شخی گردن

شخی گردن یا meningism یکی از علایم مهم بوده که باید به درستی ارزیابی شود. محصلین باید بسیار به ملایمت این معاینه را اجرا کرده و کوشش کنند تا مقاومت فعال در مقابل قبض گردن را با مقاومت غیرمنفعل تشخیص تفریقی کنند. زیرا دریک تعداد حالات مقاومت ناشی از ترس طفل بوده و به شکل اختیاری توسط طفل ایجاد می گردد. این علامه نزد اطفال نوزاد و شیرخوار اهمیت ندارد.

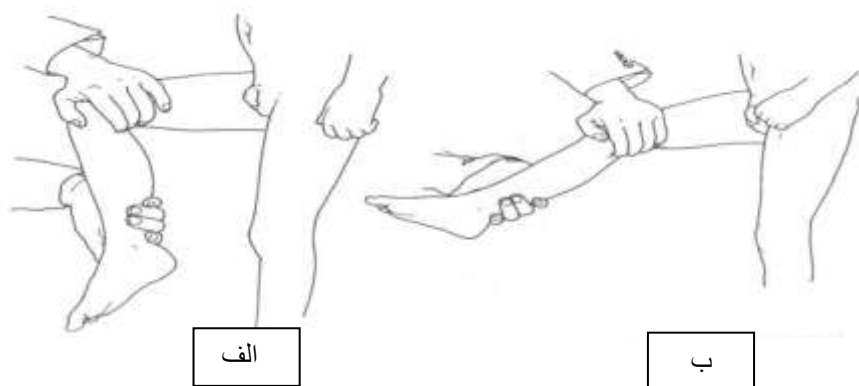
ابتدا طفل را به حالت خیلی راحت بخوابانید ، بهترین حالت راحت برای طفل گرفتن آن در آغوش است. اطفال که مصاب به تخریش سحایایی اند ممکن وضعیت opisthotonos را بخود بگیرند که مترافق با فرط بسط گردن و تنه می باشد. از طفل toddler (یک تا سه ساله) خواهش کنید تا روشنی را تعقیب کند ، از او خواهش کنید تا زنج خود را به سینه تماس دهد. یا از او خواهش کنید که زانو های خود را بوسه کند ، در وضعیت نشسته از او خواهش کنید تا بطرف زمین اطاق نگاه کند ، اگر طفل این همه را انجام داده بتواند شخی گردن ندارد ، اگر داشته باشد بسیار خفیف خواهد بود. بعد زمانیکه راس طفل را با دست خود گرفته اید به ملایمت گردن او را قبض کنید ببینید که آیا مقاومت در مقابل حرکت گردن وجود دارد یا خیر؟ در صورت موجودیت التهاب سحایا طفل گردن خود را بلند نگهداشته و قبض شده نمی تواند و یا هم از باعث درد زیاد گریه می کند . همیشه در جریان معاینات به چهره طفل نگاه کنید. طریق دیگر این معاینه اینست که زمانیکه طفل نشسته و پا ها به حالت بسط قرار دارد معاینه را انجام دهید. نزد اطفال شیرخوار بسط گردن نظربه قبض آن علامه خوبتر می باشد.



شکل ۵-۲۶ معاینه شخی گردن

Keernig's sign: این تست می تواند نزد اطفال همانند کاهلان انجام شود. هرچند نزد اطفال کمتر از ۳ سال علامه قابل اعتماد نمی باشد. علامه keernig's قسمی انجام می شود که ران وزانو مریض را به زاویه مستقیم قبض نموده وبعد پای مریض را به آهسته گی بسط می نماییم ، اگر درد و محدودیت حرکات موجود باشد علامه keernig's مثبت است . زمانی که این مانور را انجام میدهیم جس کردن عضلات ناحیه خلف زانو و موجودیت شخی در آنها نیز مفید است.

علامه brudzinski نیز نزد اطفال دیده شود که به شکل متقابل زانوی طرف مقابل آن قبض می گردد تا که کشش یا stretch فقرات سفلی دور شود.



شکل ۵-۲۷ Keernig's sign

Meningism: meningism حقیقی با تون بلند گریه همراه بوده طفل مخرش ویا خواب آلود ، چیزی نمی خورد و آرزو دارد تا تنها گذاشته شود.

meningism همیشه دلالت به meningitis نمی کند وبا اتانات طرق تنفسی علوی نیز همراه بوده می تواند .

یک تعداد اسباب meningism

- التهاب سحايا و التهاب دماغ
- التهاب گوش متوسط
- التهاب شدید تانسل ها
- لمفوادینایتس رقیبی
- سینه و بعل
- آبسی های خلف بلعوم

اطفال Toddler (یک تا سه ساله)

نزد اطفال متحرک معلومات بیشتر در مورد مقعویت عضلی ، قدرت ، هماهنگی حرکات را محصلین میتوانند از نیروولوجست های که به شکل آماتور وغیر رسمی کار می کنند فرا گیرند. برای ارزیابی انکشاف حرکی نکات زیر را باید توجه کرد.

مهارت های gross motor	قدم زدن دویدن خیززدن لگد زدن بالا شدن
مهارت های fine motor	خط نوشتن انتقال دادن برداشتن اشیا ساختن بلاک ها

شما می‌توانید اینها را بالای اقارب خود مانند برادر زاده، پسر کاکا و غیره که سن یک و نیم تا چهار سال داشته باشند عملی و تمرین نمایید. اطفال این گروه تمایل زیاد دارند تا دلاوری خود را نشان دهند. محصلین نیاز ندارد تا زیاد در مورد تفاوت‌های جزئی نگرانی نمایند، بلکه باید هواس خود را روی یافته‌های نارمل و غیر نارمل متمرکز سازند.

اجراء نمودن مشاهدات زیردر هر عمر قابل ارزش می‌باشد.

۱- بیداری (داشتن چشم‌های روشن، لبخند واضح و چهره روشن)

۲- فعالیت

۳- توافق اجتماعی

نزد اطفال یک تا سه ساله باید متوجه قدم‌ها و تناظر حرکات آنها نیز بود.



شکل ۵-۲۸ طفل toddler که بالای نوک انگشتان ایستاده شده است.

اطفال که مصاب فلج یک طرف بدن باشند تمایل دارند تا همان طرف را مورد استفاده قرار ندهند. این حادثه باعث تاخیر در راه رفتن نزد آنها گردیده و پای همان طرف را کش می کنند. افتیدن متکرر و افتیدن اشیا از دست شان ممکن است ناشی از بی موازنه گی یا ataxia باشد. مشاهده نمودن بازی کردن آنها در جهت دریافت هم آهنگی حرکات موثر می باشد. اطفال قدم زدن مستقل را در سنین ۱۰ تا ۱۸ ماهه گی فرا می گیرند. در ابتدا قدم های آنها هماهنگی درست نداشته اما به تدریج بهتر می گردد. عدم توانایی اطفال در قدم زدن مستقلانه در این سنین ممکن است منشا فامیلی، چاقی و غیره داشته باشد.

بعضی حرکات وصفی اطفال باید یادداشت و ثبت گردد مانند

- Gait of muscular dystrophy: - در این نوع حرکت ران ها از یکطرف بطرف دیگر انداخته می شوند.

- Ataxic gait: - رفتار با قدم های وسیع، غیر ثابت که هم آهنگی درست ندارد.

- Hemiplegic gait: - قدم منبسط می باشد زمین را جارو کرده و پا را بطرف خود کش می کند.

- Slapping gait: - در صورت ضعیفی قسمت سفلی قدم را بطرف خود کش می کند.

- رفتار بالای نوک انگشت در ذات خود غیر نورمال نیست اما نزد اطفال قبل المیعاد دیده می شود.

- Limping gait: اسباب معمول آن در فصل های گذشته توضیح شده است. بخاطر داشته باشید

که خلع مفصل حرقفی فخذی ممکن است تا زمان قدم زدن طفل مخفی بماند.

اطفال دوران مکتب

همکاری این اطفال اجازه می دهد تا معاینات سیستم عصبی بصورت مکمل نزد آنها اجرا گردد.

این موضوع بصورت مشرح در کتاب های درسی بیان گردیده، لذا در این جا به جزئیات آن نمی پردازیم.

قبل از معاینات باید از طفل در مورد همکاری وی و اینکه چه نوع معاینه اجرا می گردد اجازه بگیریم . معاینه کننده باید با حوصله بوده و برای معاینات مجدد در صورت نیاز آماده باشد. ارزیابی حسیت اکثراً" نیاز نبوده لکن اگر آن را انجام می دهید به طفل در مورد آن معلومات دهید زیرا اطفال ممکن است برای شما معلومات غلط جهت مایوس نکردن شما ارایه بدارند.

آزمایشات زیربرای هماهنگی نزد این اطفال خیلی موثر می باشد.

- ایستاد شدن بالای یک پای
- جمپ کردن
- قدم زدن بالای نوک انگشت
- قدم زدن بالای کروی پا

اطفال که پنج ساله یا بیشتر از آن اند و میتوانند خیززنند فعالیت های آنها خوب هماهنگی خواهد داشت. بر علاوه ممکن ضرورت باشد تا نوشتن طفل ، لگد زدن توپ ، بسته کردن بند های بوت ، کف زدن ، گرفتن توپ را ارزیابی کنید. معاینات سیستم عصبی بدون ملاحظات کلینیکی زیر تکمیل نخواهد بود.

- رویت
- تکلم
- شنوایی
- ذکاوت

لرزه دست ها

لرزه دست ها به شکل فامیلی
 لرزه دست ها ناشی از اضطراب
 لرزه دست ها ناشی از مصرف قهوه
 لرزه دست ها ناشی از مصرف دواها (مانند سلیوتامول، سایکلواسپورین)
 تمام اینها معمول بوده

ارزیابی مقعویت عضلی

مقعویت عضلی عبارت از مقاومت در مقابل حرکات منفل است و ارزیابی آن مربوط به سن طفل می باشد. نزد اطفال نوزاد و شیرخوار مقعویت عضلی بهتر توسط انقباض گردن بطرف قدام و بلند گرفتن گردن و حرکات منفعل مفاصل اطراف ارزیابی شده می تواند. مقعویت عضلی ممکن است نارمل باشد ، کاهش (هایپوتونیک) و یا افزایش (اسپستیک) یافته باشد. هایپوتونیا ممکن است ناشی از ضعف عضلی ، ضیاع عضلی (سوتغذی) ، مایوپتی ها ، آفات دماغ و سایر تشوشات عصبی بوجود آمده باشد. مفاصل بند دست و ساق ممکن است سست معلوم شود ولی تکان دادن آنها نزد اطفال شیرخوار مهم می باشد. افزایش مقعویت عضلی مترافق با افزایش عکسه های عمیقه بوده و برای معاینه کننده قبض و بسط مفصل مشکل می باشد.

علائم انتخابی سیستم عصب مرکزی

1 - Cracked pot note: عبارت از آوازی است که از اثر قرع بالای عظام قحفی در صورت افزایش فشار داخل قحف در صورتیکه فانتانیل ها بسته باشند ، بوجود می آید. معاینه کننده مستقیم گوش خود را نزدیک عظام قحفی آورده و با انگشت دست خود قرع می کند. ولی ممکن است در آفاتیکه فضای

دماغ را اشغال می کنند نیز شنیده شود. این آواز از آوازی که در حالت نارمل از قرع بالای استخوان های راس بوجود می آید کاملاً متفاوت می باشد.

2- **Sitting sun sign**: عبارت از دیده شدن اسکلیرا در بالای قزحیه در چشم بوده که در واقعات هایدروسیفلوس و فرط فشار داخل قحفی دیده می شود.

3- **Head tilt**: یک علامه دلچسپ و مهم می باشد ، ممکن است ناشی از torticollis باشد و نزد اطفال مصاب به strabismus و سقوط اجفان دیده می شود. نادراً یکی از علایم تومور های قحفی بوده میتواند.

۴- **Doll's eye reflex**: عبارت از حرکت چشم ها در خلاف جهت راس می باشد.

Cerebral Palsy

تعریف: یک تشوش حرکی و وضعیتی بوده که بیشتر در دوره شیرخوارگی شروع شده و همراه با یک یا تعدادی از علایمی چون ضعف عضلی ، شخی عضلی ، عدم توانایی در حفظ موازنه ، حرکات غیر ارادی همراه می باشد.

اشکال معمول Cerebral palsy عبارتند از :

- Hemiplegia
- Quadriplegia (spastic)
- Diplegia
- Ataxia
- Dyskinesia, choreoathetosis, dystonia

Hemiplegia: نهایت علوی بیشتر از نهایت سفلی مصاب می گردد. انگشت شصت متباعد بوده ، دست به حالت مشت و مقعویت عضلات pronator افزایش میآیند. Contracture عضلی بوجود آمده و نشونما به تاخیر مواجه می گردد.

Quadriplegia: تمام چهار نهایت خصوصا " نهایت علوی مصاب گردیده علایم برجسته آن ضعف عضلی که بیشتر در بند دست و ساعد متبازر بوده و هم چنان زانو ، ساق پا و مفصل ران نیز مصاب می گردد.

Diplegia : نهایت سفلی شدیداً مصاب بوده و توضع آفت بصورت متناظر می باشد. طفل بصورت وصفی خود را روی زمین کش کرده ، بازو ها قبض و پاها در حالت بسط می باشند. شخی عضلی مفصل ران و زانو منظره کلاسیک قیچی مانند نهایت سفلی را بخود میگیرد.

سوء اشکال ارتوپدیک که باعث تغییرات مقعویت عضلی می شوند ، شامل حالات زیرمی باشند.

- Kyphosis فقرات صدري
- Lordosis فقرات قطنی
- خلع مفصل حرقفی فخذی
- Equino varus یا valgus

Ataxia یا عدم حفظ موازنه

- diplegia
- cerebellar involvement
- hypotonia ابتدایی
- intention tremor
- stamping gait

Dyskinesia

حرکات غیر منظم و غیر ارادی گروهی از عضلات می باشد. این حرکات ممکن بصورت متداوم باشند یا زمانیکه نهایت حرکت داده شود بوجود آیند. علائم dyskinesia عبارت از کاهش مقعویت عضلی، حرکات آهسته و بی هدف، قسمت بعیده اطراف زیاد مصاب گردیده و حرکات ارادی شدت پیدا می کند.

معیوبیت‌های که با cerebral palsy یکجا می باشند قرار زیراند.

۱. معیوبیت دفاعی (IQ کمتر از ۷۰ نزد ۷۵ فیصد مریضان)
۲. تشویش دید
۳. تشویش سمعی یا شنوایی
۴. Epilepsy
۵. تشوشات روحی

اهداف معاینات عصبی و فیزیکی قرار زیر می باشد

۱. تعیین نمودن نوعیت cerebral palsy
۲. شدت و توزیع آفت
۳. نوعیت و وسعت معیوبیت فیزیکی دفاعی

سیستم عضلات اسکلتی

در این بخش موضوعات مربوط به نهائیات، عضلات، عظام و مفاصل همراه با بعضی موضوعات در مورد سوتشکلات و ولادی مورد بحث قرار میگیرند. تعداد زیاد از واقعات دلچسپ اطفال در سرویس

اورتوپیدی دریافت میگردند. ما در این جا یک تعداد آنها را با درنظرداشت سن اطفال نزد نوزادان ، یک تا سه ساله و سن مکتب بیان می داریم. معاینات مکمل شامل معاینات سرتا به پا می باشند. اکثر محصلین در پرسش های سیستمیک و معاینات آنها درست عمل می کنند. ولی چشم های که درست آشنایی نداشته باشند ممکن به ساده گی بسیاری از موضوعات را اشتباه نمایند. طفل را تحت مشاهده قرار دهید ، اگر طفل حرکت می کند ببینید که حرکات او چگونه است ؟ قدم های او را مشاهده کنید. آیا او دویده میتواند؟ هماهنگی و تناظر را در حرکات وی ملاحظه نمایید. آیا او با یک پا رفته می تواند (این یک تست خوب برای ارزیابی هماهنگی و قوت عضلات است) آیا طفل خیز زده می تواند؟ از حالت نشسته چگونه خود را بلند می کند؟ آیا او لنگش دارد یا غیرنارمل قدم میزند؟ آیا پا ها از درازی متناظر هستند؟ والدین همیشه در مورد تفاوت های وضعیتی اطفال شان سوال می کنند. راه رفتن روی انگشتان ممکن است نارمل باشد و یکی از تظاهرات اطفال قبل المیعاد می باشد. علاوه برآن ممکن است علائم از اسپستیک diplegia باشد که ناشی از کوتاهی وتر Achill بوجود می آید.

انواع اِبنار ملتی ها

Malformation: نقیصه ساختمانی در یک قسمت از عضو بدن

Deformation: غیر نارمل بودن شکل ویا وضعیت یک عضو از اثر فشار

Disruption: شکسته شدن پروسه ارتقایی نورمال

قوانین اورتوپیدی نزد اطفال

قبل از هرچه باید به طفل تکلیف داده نشود .

قبل از دیدن حرکات غیر فعال اول باید حرکات فعال دیده شوند.

هیچ وقت بالای یک مفصل فشار وارد نه نمایید (خصوصاً " اگر خلع مفصلی ران موجود باشد).

دروقت مشکوک باید هیچ نوع کاری انجام نشود .

بعضی از قوانین ساده در هنگام مواجه شدن به مشکلات اورتوپیدی مانند درد مفصلی ، التهاب مفصلی و غیره در جدول فوق بیان گردیده است.

بعضی اصطلاحات از نظر اورتوپیدی

Talipes equino varus	Club foot
Genu varum	Bow legged
Genu valgum	Knocked kneed
Genu recurvatum	Knees bent back word
Gibbus	Sharply enlarged kyphosis

طفل نوزاد

نکته مهم در این سن دریافت انومالی های ولادی می باشند ، دیده شود که آیا ده انگشت در دست

ها و ده انگشت در پا ها وجود دارد؟ آیا نهاییات متناظر اند؟ آیا سوشکل از نظر موقعیت وجود دارد؟ مثلاً"

varus و valgus معمول می باشند که با یک مانور ساده میتوان آنها را در وضعیت درست آنها قرار داد.

سو اشکال مشخص مانند clubfoot اکثراً " مترافق با spina bifida می باشد که با انجام مانور‌ها درست شده نمی‌توانند.

developmental dyplasia مفصل حرقفی فخذی در فصل چهارم بیان گردیده است. تخنیک درست معاینات مفصل ران خیلی مهم است، baby hippy ممکن در این زمینه زیاد کمک نماید. بیاد داشته باشیم که اگر خلع مفصل حرقفی فخذی در این سن تشخیص و اصلاح نگردد تا زمان قدم زدن طفل مخفی مانده که در آن زمان اصلاح آن مشکل خواهد بود. معاینات مفصل ران در هفته اول بعد از ولادت، کمتر از ۶ هفته گی و در شش ماهه گی باید انجام شود. که علامه خلع این مفصل بعد این سنین تباعد مفصل می‌باشد.

چند اصطلاح در باره انگشت‌های دست و پاها

التصاق یا چسپیدن انگشت‌ها	Syndactyly
انگشت بطرف داخل قات شده می‌باشد	Clinodactyly
انگشت قبض شده می‌باشد	Camptodactyly
انگشت‌های اضافی	Polydactyly
انگشت‌های دراز و نازک	Arachnodactyly

سوء اشکال نهاییات

نقیصه کاهش در نهاییات که بیشتر ناشی از زرق thalidomide در زمان حاملگی بوجود می‌آید نادر بوده و در اینجا ما به جزئیات آن نمی‌پردازیم. در صورت مشکوک شدن به عدم تناظر اندازه نمودن طول نهاییات مهم تلقی می‌گردد. اندازه گیری دقیق نهاییات عبارت از اندازه نمودن از الیاک قدامی شروع تا قسمت سفلی malleolus باید اندازه گردد. هایپرتروفی قسمی همراه با آن بوده که مثال آن را aniridia (عدم موجودیت قزحیه) و نفروبلاستوما تشکیل می‌دهد.

اصطلاحات معمول سوء اشکال نهاییات	
عدم موجودیت یک نهاییات	Amelia
عدم موجودیت نصف بعیده یک نهاییات	Hemimelis
دست و یا پای به شکل مستقیم با تنه وصل می‌باشد	Phocomelia
انحنای مفاصل	Arthrogryposis
امراض شکننده عظام	Osteogenesis imperfecta

نقیصه تیوپ عصبی: از جمله آفات ولادی معمول خصوصاً " نزد نژاد های Celtic بوده که ذکر آن قابل ارزش است. نقیصه معمولاً" توسط چشم قابل دید بوده و امراض ولادی مترافقه با آن مربوط به نوع، موقعیت و اندازه آفت می‌باشد. طول و عرض نقیصه متذکره باید اندازه گردد. انواع مختلف این آفت شامل انسیفلوسل، میالومننگوسل میننگوسل و spina bifida می‌باشد. در اشکال کوچک و سفلی ستون فقرات آن spina bifida، موجودیت موها بالای ستون فقرات، کتله لیپومتوز و ضعف عضلاتی یک نهاییات شامل است. ارتباط نزدیک بین نقیصه تیوپ عصبی و هایدروسیفلوس وجود دارد.

اصطلاحات درباره نقیصه تیوپ عصبی	
عدم کفایه بسته شدن قوس های بین الفقری	Spina bifida
قوس های فقری باز بوده وبالای آن کیسه موجود بوده که حاوی مایع نخاعی شوکی می باشد.	Meningocele
قوس های فقرات اتصال نه بوده شاید انساج عصبی معروض به برآمدن باشند.	Myelomeningocele
عدم موجودیت کامل نیم کرده دماغی	Hydranencephaly
عدم موجودیت ولادی قحف	Anencephaly
فتق دماغ از باعث نقیصه ولادی	Encephalocele

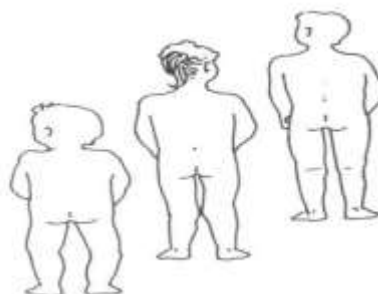
عنق یا گردن : گردن نزد اطفال نوزاد کوتاه بوده ، دور دادن گردن طفل به زاویه 90 درجه دلالت به گردن نورمال می کند. یک نودول فایبروتیک در قسمت وسط عضله sternomastoid یکی از یافته های تصادفی نزد نوزادان می باشد و بصورت خودبخودی ازبین میرود. نزد نوزادان غده تایراید نه قابل دیده بوده و نه هم جس می گردد. در صورتی که غده تایراید بزرگ شده باشد ممکن است دلالت به هایپوتایرویدیزم (به شکل ثانوی ناشی از کاهش انزایم ها) و یا هایپرتایرویدیزم موقتی کند. کیست های thyroglossal آفات نادر بوده که با حرکات لسان موقعیت خود را تغییر می دهند.

اطفال toddler (یک تا سه سال) و قبل از مکتب

اطفال یک تا سه ساله اکثراً " قدم های قوس مانند داشته که ممکن است به وضعیت Knock-kneed مبدل شود. اما در صورتیکه بسیار شدید نباشد قابل تشویش نمی باشد. اکثریت اطفال یک تا سه ساله قدم های هموار میداشته باشند.

لنگ راه رفتن یا (limp)

نزد اطفال کوچک یکی از مشکلات معمول کلینیکی بوده و به معاینات دقیق ستون فقرات ، مفصل ران ، زانو و پا ها نیازمند می باشد. اساس معاینات این مریضان به اخذ تاریخچه ، سن و معاینات کلینیکی استوار می باشد. تشوشات مربوط به مفاصل ران قبلاً " مفصل بیان گردید. تفتیش وضعیت طفل ، راه رفتن و چگونه گی نهاییات سفلی زیاد ارزش دارد. معاینات مفصل ران ، زانو ، مفصل قدم برای اندازه حرکت آنها انجام گردد. ارزیابی دقیق برای گرمی ناحیه ، حساسیت ، اجسام اجنبی و اندفاعات جلدی ضروری می باشد.

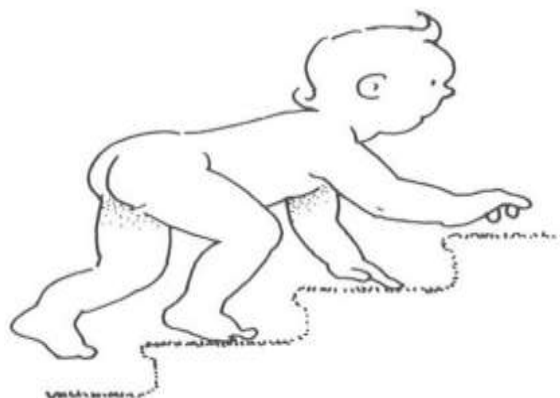


شکل ۵-۳۰ تفاوت های نارمل در نهاییات سفلی

اسباب لنگ راه رفتن بصورت حاد قرار زیرمی باشد

۱. مفصل فخذی تخریش پذیر
۲. Synovitis گذری
۳. التهاب قیحی مفصل
۴. Discitis
۵. استیومالیت

۶. اوستیوکاندریت
۷. زخم های پا ناشی از وخذه اجسام اجنبی
۸. کسر عظام تیبیا و فیولا
۹. التهاب مفصلی روماتوئید
۱۰. مرض 'perthes
۱۱. لغزیدن ایپیفیز عظم فیمور
۱۲. پورپورای انافیلکتوئید
۱۳. لمفاتیک لوکیمیا
۱۴. تشوشات انعقادی خون
۱۵. فتق های مغبنی
۱۶. تدور خصیه



شکل ۵-۳۱ بالاشدن طفل Toddler در زینه ها

سیستم عضلی اسکلتی

اصطلاح اورتوپیدیک به معنی ی لغوی " طفل راست " می باشد ، واصطلاح paediatric به معنی ی داکتر اطفال است. ما یک وقت یک لکچر را تحت عنوان paediatric as orthopaedic شنیدیم که بسیار با زیرکی هردو اصطلاح را با هم یکجا کرده بودند. اطفال را بخاطری به داکتر می آورند که اگر

ممکن باشد سوشکل آنها اصلاح گردد ، عظام شکسته آنها ترمیم شود و درد آنها آرام شود. ترضیضات و صدمات تصادفی یکی از اسباب معمول مراجعه اطفال را به شفاخانه ها تشکیل می دهد ، در نتیجه دیپارتمنت اورتوپیدی مشغول ترین بخش را در این شفاخانه ها تشکیل می دهد ، لذا جراح اورتوپیدی باید همراه با داکتر اطفال یکجا کارکنند. همان طوریکه معاینات عضلات و اعصاب یکجا باهم انجام میگیرد ، معاینات عضلات و مفاصل نیز به هم نزدیک می باشند. جدا کردن فصل ها به بخش اعصاب ، عضلات و مفاصل چندان ضروری نمی باشند.

عضلات :- تشوشات عضلی نزد اطفال ممکن است انعکاس دهنده امراض عصبی باشند یا هم از خود عضلات منشا بگیرند ، که اخیرالذکر آن شایع تر است.

علایم ابتدایی آن نزد اطفال عبارت از کمبود فعالیت های داخل رحمی ، عسرت تنفس بعد از تولد ، floppiness یا سستی عضلی ، شیر چوشیدن ضعیف ، مشکل بلع ، تاخیر نشونما می باشد. اطفال که به تشوش عصبی عضلی مصاب اند قدم های خود را آهسته می مانند وهم آهنگی آن کم بوده ، زود خسته ومانده می شوند ، و نیز اکثراً " به زمین می آفتند.

معاینه عضلات شامل تفتیش ، جس ومعلوم نمودن قوت عضلی و رد نمودن آفات عصبی می باشد. **تفتیش عضلات :** اول باید اندازه وتناظر عضلات دیده شود ، در بعضی سندروم ها یک گروپ از عضلات موجود نبوده یا مصاب به هایپوپلازی می باشند. مانند زاویه دهن در امراض ولادی قلب ، عضله pectoralis major در سندروم Poland وعضلات بطنی در prune belly syndrome ، امراض یکطرفه مفاصل ممکن است ناشی از ضیاع عضلی یک طرف باشد که مثال آن را قرار دادن یک نهایت در پلاستر برای مدت طولانی که باعث اتروفی عضلی می گردد تشکل می دهد. هایپرتروفی عضلات

ممکن است ناشی از استعمال زیاد فزیکتی آنها باشد (آب باز ها عضلات قوی در شانه دارند) . بعضی اطفال که نهایات کوتاه دارند عضلاتی معلوم می شوند .

اطفال که به hypochondroplasia و achondroplasia مصاب باشند پاهای آنها خیلی عضلاتی معلوم می شود. در Duchenne's muscle dystrophy عضلات ران و ساق بزرگ معلوم شده لاکن قوام آن را بری می باشد.

جس عضلات : حساسیت عضلی ناشی از التهاب عضلات بوجود می آید. در واقعات التهابات حاد عضلی ناشی از ویروس ها طفل از قدم زدن ابا ورزیده و حساسیت ناحیه ساق و ران نزد طفل موجود می باشد. این آفت بیشتر نزد اطفال ۵-۱۰ ساله دیده می شود. اطفال که به ویروس انفلونزا و coxackie ویروس مصاب باشند نزد آنها درد های عضلی و بعضاً " باعث التهابات عضلی می شود.

درد عضلی و حساسیت نزد اطفال یک علامه شناخته شده guillain barr syndrome می باشد. حساسیت عضلی در dermatomyositis به میان می آید ولی این مرض خیلی نادر است.

تومورهای عضلی مانند mayosarcoma و تومورهای عظمی مانند osteo sarcoma یا

chondrosarcoma نزد اطفال خیلی نادر می باشد.

قوت عضلی :- نزد اطفال قبل از مکتب تعیین نمودن قوت عضلی مشکل است ولی نزد اطفال دوران مکتب آسان می باشد. دانستن قوت عضلی عضلات مختلف در سنین متفاوت برای محصلین متوقع نبوده یکی از میتود های ساده برای این منظور در جدول ۵-۱۲ نشان داده شده است. اگر حقیقت گفته شود دوکتوران اطفال برای تعیین دقیق قوت عضلی نیاز به همکاری نیورولوژیست و فزیوتراپست ها دارند.

جدول ۵-۱۲ یک میتود اختیاری برای درجه بندی قوت عضلی		
درجه	ارزیابی	درجه ضعیفی
۰	نیست	حرکت ندارد
۱	خیلی کم	کم حرکت دارد
۲	کم	حرکت با سنگینی
۳	مناسب	حرکت در مقابل یک قوه
۴	خوب	ضعف خفیف
۵	نورمال	نورمال

معاینات اطفال دوران مکتب

در این بخش ما بصورت انتخابی به موضوعات زیر میپردازیم.

۱. معاینه مفاصل
۲. معاینه التهاب مفصلی
۳. معاینه scoliosis

معاینه سیستماتیک عضلات ، مفاصل و عظام نزد اطفال سن مکتب مانند کاهلان می باشد. درد یک نهایت یا یک مفصل معمول ترین شکایات مریضان است. اصطلاح arthralgia به معنی ی درد مفصلی می باشد. مهم اینست که از والدین اطفال در مورد مدت زمان درد ، فکتور های تشدید کننده ، فکتور های تخفیف کننده ، موجودیت سرخی و تورم در مفصل باید پرسیده شود. تمام محصلین باید قادر باشند تا تمام مفاصل را معاینه نمایند اما از نظر پرکتیک مفاصل دست ها ، پا ها ، مفصل ران و مفصل زانو بیشتر از همه به التهاب مفصلی مصاب می گردند.

معاینه مفاصل : arthritis عبارت از التهاب مفصل بوده که در اطفال عام می باشد و در حالات زیرممکن است دیده شود.

- a. Rubells که زانو را بیشتر مصاب می نماید.
 - b. Infectious mononucleosis
 - c. Henoch schonlein syndrome بیشتر مفاصل بزرگ را مصاب می نماید.
 - d. تب روماتیزم که قلب و مفاصل را بیشتر مصاب می سازد.
 - e. تشوشات و عایی کولاجن مانند systemic lupus erythromatosus و سایر امراض مزمن التهابی مفاصل دوران طفولیت .
- التهاب مفاصلی شامل تظاهرات کلاسیک التهاب قرار زیرمی باشد.

- a. "Rubor سرخی "
- b. "Calor حرارت "
- c. "Dolor درد "
- d. "Tumour اذیما "
- e. "Funcitiasia ازبین رفتن وظیفه "

همچنان مفاصل به امراض انتانی مصاب شده میتوانند ، septic arthritis ممکن است مفصل ران و زانو را مصاب بسازد. التهاب مفصلی تبرکلوزیک بیشتر مفاصل ران و ستون فقرات را مصاب میسازد ولی در کشور های غربی معمول نمی باشد. مینگو کوکسیمیا ممکن است مترافق با التهاب مفصل باشد. مفصل ممکن است تخریب گردد یا هم وظایف مفصلی از باعث سوشکل به تشوش مواجه شود.

درد یک شکایت عمده مریضان التهاب بوده و اطفال به اهداف زیرنزد داکتر آورده می شود .

- بخاطر آرام ساختن درد

- بخاطر از بین بردن التهاب یا انتان
- بخاطر جلوگیری از سوء شکل
- بخاطر حفظ وضعیت ووظایف مفاصل



شکل ۵-۳۲ مفصل زانو که التهابی و متورم است

بالاخره درد و التهاب مفصلی ممکن است ناشی از ترشیضات ، خونریزی کمبود فکتور (۸-۹) و یا Osteochondritides باشد. نزد اطفال شیرخوار کوچک و یک تا سه ساله درد مفصلی ممکن است با عدم تمایل در حرکت مفصل مربوطه یا گریه نمودن در هنگام غسل دادن طفل یا تبدیل کردن لباس بوجود آید.

برای معاینه درست هر مفصل باید نکات زیردر نظر گرفته شود.

۱. مشاهده کردن و تشریح صحیح مشاهدات
۲. حرارت ، حسیت ، اذیما و crepitus جس گردد

۳. اندازه نمودن درجه حرکت

قاعده اصلی برای معاینات اینست که ابتدا ببینید ، بعد جس کنید بدون اینکه طفل را ازیت نمایید و همیشه حرکات فعال را قبل از حرکات منفعل انجام دهید. قدم زدن طفل باید بصورت روزمره ارزیابی گردد.

درتفتیش مفصل علایم تورم مفصلی ، ازبین رفتن مارکر های استخوانی و ضیاع عضلی را در مفصل مشاهده نمایید. تورم مفصلی ممکن است ناشی از افزایش ضخامت synovial مفصلی ، تجمع مایع در مفصل یا هردو باشند.

جس مفصل

معمولاً " توسط کف یا پشت دست حرارت مفصل ارزیابی می گردد. حرارت مفصل باید با حرارت مفصل مقابل و نیز انساج اطراف مفصل مقایسه شود. افزایش واضح حرارت مفصل دلالت به التهاب مفصلی می نماید. ممکن است حساسیت مفصلی نیز موجود باشد که با ملایمت بالای مفصل فشار وارد می گردد. تورم مفصلی که ناشی از افزایش ضخامه سینوئیل مفصلی باشد بهتر در بند دست جس شده میتواند. تورم مفصلی ناشی از مایع در مفصل زانو به بسیار آسانی جس می گردد. در صورتیکه مقدار مایع زیاد باشد patellar tap مثبت می باشد.

حرکت مفصلی

ارزیابی حرکت مفصلی نیازمند داشتن معلومات در مورد اندازه نارمل حرکت هر مفصل بزرگ می باشد. طوریکه ۱۸۰ درجه برای مفصل بند دست و ۱۴۰ درجه برای مفصل زانو است. ذکر مشرح اندازه حرکت هر مفصل در سنین مختلف از حوصله این کتاب بیرون است. یک طفل شیرخوار می تواند

انگشت شصت پای خود را به دهن برساند. اما اکثریت کاهلان این کار را تنها با تمرین زیاد و قات کردن کمر انجام میدهند. شما باید اندازه های نارمل را برای مفاصل بندپا ، زانو ، مفصل ران ، بند دست ، ساعد ، شانه و مفاصل گردن یاد بگیرید که در جدول ۵-۱۳ درج گردیده است. اصطلاح Juvenile idiopathic arthritis اکنون به منظور نشان دادن التهاب مزمن مفاصل مختلف نزد اطفال بکار میرود .

جدول ۵-۱۳ اندازه های نارمل حرکت مفاصل مختلف		
مفصل	حرکت	اندازه نارمل
آرنج	قبض	۹۰ درجه
	بسط	۹۰ درجه
ساعد	قبض	۰-۱۵ درجه
	بسط	۰-۱۵ درجه
زانو	قبض	۱۳۰ درجه
	فرط بسط	۰-۵ درجه
مفصل بند پا	Dorsiflexion	۳۰ درجه
	Planter flexion	۳۰ درجه

تصنيف Juvenile idiopathic arthritis

تعريف : التهاب مفصلي بوده كه براي شش يا بيشتر از شش هفته دوام نموده و هيچ نوع علت براي آن دريافت نگردد ، و شامل انواع زيرمي باشد.

1- Oligoarticular onset JIA: کمتر از پنج مفصل در جریان شش ماه اول مرض مصاب می گردند، و زمانی مقاوم گفته می شود که چهار یا کمتر از چهار مفصل در جریان معاینات تعقیبی مریضان مصاب باشند و زمانی توسعه یافته گفته می شود که اضافه تر از چهار مفصل در جریان معاینات تعقیبه مصاب باشند.

2- Poly articular onset JIA: پنج یا بیشتر از پنج مفصل در جریان شش ماه مریض مصاب بوده و معمولاً "مفاصل کوچک بصورت متناظر مصاب شده باشند.

روماتوئید فکتور مثبت یا منفی

3- التهاب مزمن مفاصل مترافق با اعراض سیستمیک مانند تب بلند و حملات موقتی اندفاعات احمراری ، لمفوادینوپتی و بزرگ شدن کبد و طحال می باشد.

4- Psoriatic arthritis: التهاب مزمن مفاصل همراه با مصاب شدن مفاصل کوچک و بزرگ بصورت غیر متناظر بوده و نزد مریضان آفات psoriatic یا بنیه فامیل در آن موجود می باشد.

5- Enthesitis related arthritis: این مرض در گذشته بنام juvenile spondyloarthropathy یاد می گردید در این مرض التهاب مزمن مفاصل همراه با enthesitis (التهاب ناحیه اتصال عظام با وتر های عضلی و لگمت های مربوطه) موجود بوده یک تعداد زیاد این مریضان التهاب مفصل sacroiliac نیز میداشته باشند ، ولی این حادثه اخیرالذکر نزد اطفال کمتر معمول می باشد.

6- اشکال تصنیف نشده : هر نوع از التهاب مزمن مفاصل که با کتگوری های فوق الذکر مطابقت نداشته باشد.

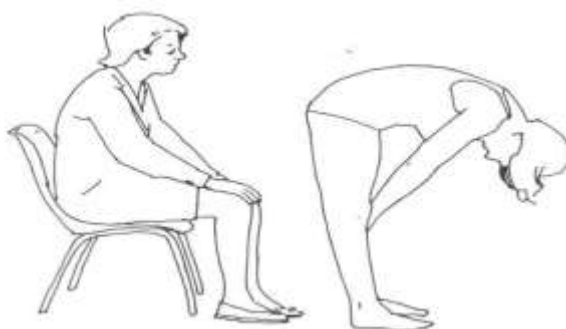
اصطلاحات در باره درد	
درد عضلی	Myalgia
درد مفاصل	Arthralgia
درد عصبی	Neuralgia
درد مقعدی	Proctalgia
درد یکطرف سر یا نیم سر	Migraine

Scoliosis یا انحنای ستون فقرات : درمعاینات روزمرهخصوصاً " نزد دختران در سن مکتب باید انحنای ستون فقرات تفتیش گردد.

scoliosis به شکل زیرمعاینه می گردد:

۱. به شکل عمودی یا upright مریض از خلف تفتیش می گردد ، ممکن یک شانه بالا و فقرات صدری یا قطنی انحنای داشته باشند . انحنای به اساس محدودیت تشریح می شود که ممکن است بطرف راست و پا چپ باشد .

۲. از طفل خواسته شود که با دست به انگشت های پای خود تماس بگیرد. معاینه کننده در عقب مریض قرار گرفته و چشم هایش متوجه کمر خم شده طفل باشد. انحنای ثابت ستون فقرات به شکل یک برآمدگی معلوم می شود انحنای وضعیتی ستون فقرات با پایین نمودن کمر اصلاح می گردد.



شکل ۵-۳۳ تفتیش برای Scoliosis

چشم ها

چشم ها دریچه یی از روح اند ، چشم ها میتوانند زیاد چیزها را برای ما بیان کنند ، زمانیکه خصوصیات یک شخص را از چهره آن ارزیابی میکنید اول به چشم های او نگاه می کنید. چشم های فرورفته نزد اطفال مصاب به دی هایدریشن دیده شده و چشم های خسته شده نزد اطفال سوتغذی نوع مراسمییک دیده می شود. اسکلیرای زرد نزد اطفال مصاب به زردی و قزحیه گلابی در albinism دیده می شود.

در معاینه چشم باید نکات زیردر نظر گرفته شود:

۱. معاینه عمومی حدقه ، قزحیه و صلبیه
۲. ارزیابی حرکات و تناظر چشم ها
۳. تعیین نمودن عکسه های حدقه و تطابق عضلات حلیموی
۴. عکسه سرخ
۵. توسط ophthalmoscopy معاینه فندسکویی شبکیه
۶. ارزیابی دقت ساحه رویت

Ophthalmoscopy: افتلموسکوپی خوب یکی از بخش های مهم معاینات را نزد اطفال بدون

درنظرداشت سن آنها تشکیل می دهد. نزد نوزادان ضرورت است تا سرطفل در خط متوسط قرار داده شود ، پلک ها به ملایمت بلند کرده شده red reflex در هر دو چشم از فاصله بیست سانتی متر تنبه می گردد. قرنیه برای شفافیت تفتیش گردد ، کثافت عدسیه و fundus برای خونریزی ، تشوشات شبکیه و شکل دسک معاینه گردند.

Fundascope: انجام این معاینه نزد اطفال یک تا سه ساله و سن قبل از مکتب خیلی مشکل است. طفل را در وضعیتی که برایش راحت باشد در بغل مادر قرار دهید. اگر ضرورت باشد اطاق را نیز تاریک سازید، شدت نور افتلموسکوپ را کاهش دهید. از توسع دهنده های حدقه بدون اجازه استفاده نکنید. در باز کردن چشم های طفل از قوه کار نگیرید ، با بسیار حوصله مندی معاینه را انجام دهید.

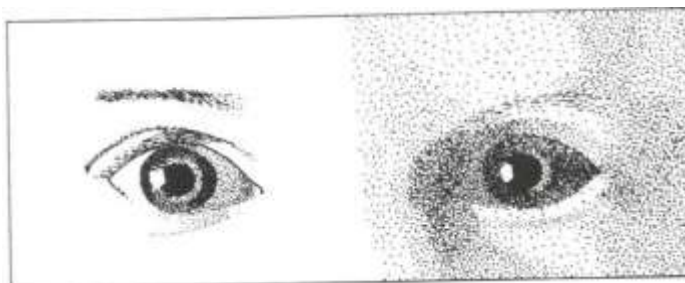
توسط این معاینه تشوشات شبکیه تعیین می گردد prematurity retinopathy یا " toxocara, papilloedema ,chroidal tubercle .hypertensive retinopathy ، "fibroplasia از جمله آفات نادر بوده که توسط آن خوب تشخیص شده میتواند.

دریافت های Fundascope

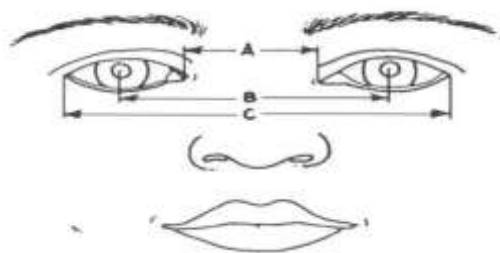
در بالای شبکیه منظره مشابه به مرچ و نمک موجود می باشد .	Rubella retinopathy
یک یا اضافه تر از یک ندبات یا اسکار های اتروفیک موجود می باشد .	Toxoplasmosis
در یکتعداد تشوشات ارثی نادر دیده می شود.	Cherry red spot

نزد اطفال همشیه ابتدا از مادر پرسید که آیا طفل او خوب معلوم می شود؟ اگر او بگوید بلی از او بخواهید دلیلش را بگوید ، زیرا حرف های مادر اکثرا " درست می باشد. اگر او بگوید که طفلش مریض است نیز دلیلش را پرسید ، موضوع بعدی مربوط داکتر است که ثابت کند تا مادر راست گفته و یا خیر. بعضی دریافت ها در چشم که اهمیت زیاد ندارند عبارتند از

۱. Pseudostrabismus که بنام pseudo squint نیز یاد شده ، عبارت از squint کاذب بوده که از باعث برجسته بودن epicanthic folds به میان می آید.
۲. اسکلیرای آبی : نزد اطفال شیرخوار معمولاً " نورمال می باشد . و در تشوشات ارثی نسج منضم osteogenesis imperfects و کم خونی فقدان آهن نیز دیده می شود.
۳. چشمک زدن :- یک شکل سپزم عادتی بوده که بیشتر نزد اطفال در سن مکتب دیده می شود .
۴. Light reflection :- در تمام سنین موثر بوده ، نور باید از یک فاصله (کلکین ، چراغ) بصورت متناظر بالای حدقه و قزحیه بتابد.



شکل ۳۴-۵ انعکاس نور در تمام سنین مفید می باشد.



شکل ۳۵-۵ land mark های عینی

معیارات نارمل برای چشم (شکل ۳۵-۵) در کتاب های درسی بصورت مشرح بیان شده است. وقتیکه چشم زیاد متوسع شود دلالت به hypertelorism می نماید. اصطلاح mangoloid slant زمانی بکار میرود که چشم بطرف بالا و خارج میلان داشته باشد و اصطلاح anti mangoloid slant برعکس فوق میلان چشم بطرف پایین و خارج می باشد.

مشاهده چشم: ما در این بخش تاکید بیشتر روی مشاهده دقیق مینماییم، در مشاهده چشم حالات زیرشامل می باشند.

- کترکت :- کترکت ولادی در روییلا و گلکتوزیمیا به مشاهده میرسد.
- قرینه غبار آلود: ممکن دلالت به mucopolysaccharidosis نماید .
- ممکن nystigmus موجود باشد.
- حرکات بدون هدف چشم بیشتر نزد اطفال شیرخوار دیده شده ممکن تشوش رویت نیز داشته باشند.
- سقوط اجفان دیده می شود.
- اطفالیکه به fragile x- syndrome مصاب باشند چشم های آنها سرد و معمولاً آبی رنگ می باشد.

- نزد طفل معتاد و طفل که سوء استفاده قرار گرفته باشد چشم های frozen watch fullness قابل دید می باشد ، چشم های او طوری است که حساب شده و متوجه به شما می باشد.
- لیکوریا: عبارت از عدم موجودیت عکسه سرخ است ، ممکن است نشان دهنده ریتینوبلاستوما ، کترکت ریتینوپتی نزد اطفال قبل المیعاد باشد.

چند اصطلاح در باره چشم	
به شکل قسمی رویت چشم ازبین رفته و چشم تنبل می باشد	Ambylopiis
به شکل ولادی عدم موجودیت Iris	Aniridis
به شکل ولادی عدم موجودیت orbit	Anophthalmia
به شکل ولادی عدم موجودیت lens	Aphakia

یک تعداد مسایل ساده که باید در معاینه چشم ها بخاطر سپرده شوند عبارتند از:

- اطفال دوست ندارند که چشم های آنها به فشار باز کرده شود.
- تطابق چشم ها نزد اطفال قبل از مکتب قوی می باشد.
- مساوی نبودن سایز حدقه ها گاهی یکی از یافته های نارمل می باشد.
- تناظر حرکات ، رنگ و عکس العمل موضوعات مهم تلقی می گردند.



شکل ۵-۳۶ لبخند با معنی نزد طفل

معاینه چشم ها در سنین مختلف

نوزاد: نوزادان نور قوی را خوش ندارند ، هرچند دور دادن سر بطرف روشنی یکی از علایم مهم در ماه اول حیات می باشد. این معاینه با قرار دادن یک گروپ سرخ در ساحه رویت طفل به فاصله ۳۰-۵۰ سانتی متر انجام می شود. معاینه چشم نوزادان زمانی که طفل را بلند قرار دهیم خویتر صورت می گیرد و حتی اگر در جریان پوشیدن شیر باشد زیرا آنها در این وضعیت چشم های خود را باز می کنند. با حوصله مندی شما می توانید چشم های طفل را که بطرف مادر خود نگاه می کند معاینه کنید. در زمان تولد هدف از معاینه رد نمودن ابتارملتی های است که به چشم دیده می شوند مانند شواهد ترضیض ، انتانات ولادی و یا کسبی . حرکات چشم در این مرحله می تواند توسط vestibular ocular reflex ارزیابی گردد ، که با دور دادن طفل از یکطرف به طرف دیگر ، بطرف پیش رو و خلف ، بالا و پایین باعث حرکات چشم ها می گردد.

حرکات غیر متناظر ممکن است در هفته اول و دوم موجود باشد ، اما تا هفته های چهارم ازبین میروند. اندازه چشم ها جهت رد نمودن چشم های بسیار بزرگ (گلوکوما) یا بسیار کوچک (مایکروفتملیا) باید انجام شود. قرنیه باید در جریان دو روز اول حیات بصورت مکمل صاف باشد ، حدقه ها باید

مساوی و عکس العمل داشته باشند. همیشه در مورد تشوش رنگ های مختلف در چشم در این دوره باید مشکوک بود.

ارزیابی تقارب چشم ها باید توسط اوفتالمسکوپ در فاصله نیم متر انجام شود. در این فاصله معاینه کننده می تواند هردو حدقه را بصورت همزمان ببیند و می تواند آنها و عکسه های مربوطه را مقایسه نماید. فندسکوپی در این مرحله ممکن است خونریزی خصوصا" در اطراف دیسک و قطب خلفی را نشان دهد. اگر مقدار خون زیاد باشد نیاز به مشوره متخصص چشم می باشد. در روزهای اول حیات بعد از ولادت اذیمای اجفان ممکن است باعث مشکلات در باز کردن چشم ها شود ، که در چنین حالات قرار دادن طفل به وضعیت استجاع بطنی باز کردن چشم ها را کمک می کند.

۶-۸ هفته گی

طفل بیدار بوده و در مقابل اشیای متحرک عکس العمل نشان داده هرچند تقارب و تعقیب کردن اشیا به شکل نا منظم می باشد. معاینه کننده می تواند در فاصله ۳۰ سانتی متر توجه طفل را بخود جلب کند که باعث لبخند معنی دار طفل می گردد. در ۱۲ هفته گی راس و چشم ها میتوانند تا ۱۸۰ درجه دور بخورند. در این سن غدوات اشکیه در مقابل احساسات عکس العمل نشان داده می توانند.

۱۶-۲۰ هفته گی

در این سن توجه به دست ها انکشاف یافته طوریکه نشان دادن یک شی به جسامت دونیم سانتی متر باعث تقارب سریع چشم ها از فاصله یک متر می گردد. سلیقه و برتری رنگ ها در هفته های ۲۰ تا ۲۸ ام بوجود آمده و هم آهنگی چشم و دست ها می تواند با استعمال یک خشت کوچک یا کاغذ ارزیابی گردد. دقت رویت از ماه های ۹-۱۲ به صورت دراماتیک انکشاف یافته و اجسام بسیار کوچک را دیده و

با انگشت شهادت و شصت خود آن را میبرداری و این با کمک حرکات عمودی و افقی چشم به صورت ساده انجام می آید. در یک ساله گی قطر مستعرض قرنیه ۱۲ ملی متر یعنی مشابه به کاهلان می باشد. تقارن بخوبی در سن ۱۸ ماهه گی صورت میگیرد. در سن ۴ ساله گی دقت رویت طفل ۲۰/۲۰ می باشد.

معاینات چشم نزد هر مریض بدون در نظر داشت سن باید انجام گیرد. مهارت بکاربرد افتلموسکوپ باید در جریان مراحل مقدماتی تریننگ باید فرا گرفته شود. ارزیابی باید در سن نوزادی ، سنین یک تا سه ساله و پنج ساله گی انجام یابد. بعد هر دو تا سه سال بعد چشم های طفل معاینه گردند.

"strabismus " Squint

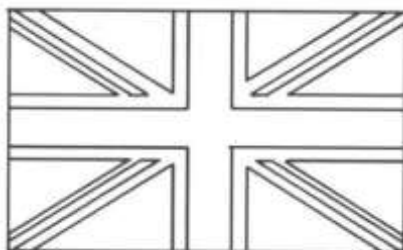
والدین اکثرا" بیان میدارند که طفل شان مصاب به squint است و این ممکن زمانی خوبتر واضح گردد که طفل زیاد خسته باشد. اقارب و یا دوستان آنها ممکن است این موضوع را به آنها بگویند. محصلین باید همیشه حرف های والدین را در این مورد بپذیرند. این موضع نزد اطفال نوزاد چندان برجسته نبوده لذا در چنین حالات ابتدا باید ریتینوبلاستوما رد گردد. ارزیابی اسکویت به میتود های زیرصورت میگیرد.

۱. در تمام حرکات چشم انعکاس نور را جستجو نمایید ؟
۲. حرکات و عضلات چشم در تمام جهات معاینه گردند . طریقه آسان معاینه کردن حرکات چشم قسمی است که در هوا یک union jack را بصورت خیالی رسم نموده و از طفل خواسته شود که انگشت شما را تعقیب نماید.
۳. کوشش کنید تا سوال ساده را جواب دهید. آیا این اسکویت همزمان است یا شکل فلجی آن می باشد؟

۴. مکدریت قرینه و موجودیت کترکت پالیده شود.

۵. Caver test اجراء گردد. طوریکه یک سامان بازی اطفال که توجه طفل را جذب نماید گرفته و به طفل نشان دهید در صورت موجودیت اسکویت یک چشم به آن توجه نموده و چشم دیگر به سمت دیگر فوکس می گردد.

هرگاه اسکویت از زمان تولد تا بعد از ماه های ۵-۶ دوام نماید مهم تلقی شده و باید به زودی به متخصص چشم راجع گردد. نوع پارالایتیک اسکویت هرچند نادر بوده اما اگر موجود باشد جدی تر تلقی می گردد.



شکل ۵-۳۷ Union jack

عکسه سرخ: از فاصله نیم متری بالای هر دو چشم روشنی انداخته شود و یک عکسه سرخ بصورت متناظر دیده می شود. ایجاد عکسه سفید در اثر کترکت، ریتینوبلاستوما و ریتینوپتی قبل المیعاد بوجود می آید. عدم موجودیت reflex سرخ بنام leukocoria یاد می شود.

اصطلاحات مربوط به چشم	
یک cyst کوچک در داخل اجفان	Chalazion
موجودیت styه یا گل مژه در اجفان	Hordeolum
Dermoid زاویه خارجی چشم	Dermoid
یک پلک کوچک زرد رنگ نزدیک قرنیه	Pinguecula

یافته های تصادفی در معاینه چشم ها

۱. توسع اوعیه منضمه ها ممکن ما را به بی موازنه گی و telangectasia متوجه سازد.
۲. Brush field spots : لکه های سفید در اطراف قزحیه یا Iris که در down syndrome دیده می شود ، لیکن گاهی نزد اطفال نورمال نیز دیده می شوند.
۳. Morgan dennie folds : در تحت چشم یک التوا دیده شده که نزد اطفال اکزیمتوز و الرژیک بیشتر شایع می باشد.

معاینه عصبی چشم نزد اطفال و کاهلان یکسان می باشد. حدقه ها باید در حالت نورمال در هر دو طرف مساوی ، مرکزی و دایروی باشند که در مقابل روشنی عکس العمل یکسان نشان میدهند. حرکات چشم باید در تمام جهات معاینه گردد. Nystagmus خفیف در صورت انحراف زیاد نارمل می باشد. نزد اطفال که همکاری خوب با معاینه کننده داشته باشند ساحه رویت می تواند توسط confrontation test نیز معاینه گردد.

در شیرخوارگی مقدم علایم زیر نشان دهنده ضعف رویت می باشند.

۱. حرکات بی هدف چشم
۲. ادامه hand regard
۳. پلک نزدن در مقابل دست معاینه کننده که به سرعت به طرف وجه طفل آورده شود.
۴. Nystagmus

دریافت و تداوی مقدم اسکوینت می تواند از بروز amblyopia جلوگیری نماید. دریافت مقدم کاهش رویت می تواند باعث تداوی مناسب گردد. در تمام ملاقات های که در کلینیک صورت میگیرد باید از مادر پرسان گردد که آیا طفل دیده می تواند ؟

اگر مادر در مورد رویت طفل خود تشویش دارد ، بخاطر داشته باشید که طفل مستقیم بطرف چشم های مادر خود نگاه می کند و خوش دارد که دوستانه به وی نگاه کند. در مقابل نشان دادن لوازم بازی ، طفل ممکن بطرف شما لبخند بزند.

جراحی

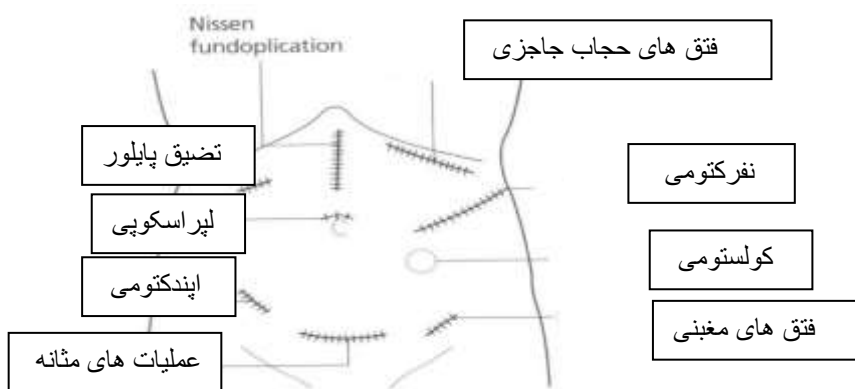
این بخش شامل مشاهدات و معاینات اطفالی می شود که کاندید عاجل و یا انتخابی جراحی می باشند.

۱- **فتق های مغبنی:** زیادتر در سه ماه اول بعد از تولد نزد اطفال قبل الميعاد بیشتر شیوع دارد. در اکثریت واقعات اطفال مذکر مصاب می شوند ، و نزد دختران نادر می باشد. در صورت مختنق شدن این فتق ها اطفال مذکور باید هر چه عاجلتر عملیات گردند. در جریان معاینات این مریضان باید موقعیت خصیه ها نیز دیده شود . دستان سرد و طفل که گریه می کند این معاینه را مشکل می سازد. دستان گرم و ملایم جهت معاینه مناسب تر است.

۲- **فتق های سره وی:** نزد اطفال شیرخوار و قبل الميعاد بیشتر شیوع داشته ، بصورت عموم نیاز به جراحی نبوده و تا دوساله گی بصورت بنفسهی شفایاب می گردند. نادرا" جراحی آنها ممکن نیاز باشد خصوصا" اگر فتق از نوع اطراف سره وی باشد. واقعات عاجل این فتق ها خیلی نادر می باشد.

۳- **تدور خصیه ها (یکطرفه یا دوطرفه):** نادر بوده و عمدتا" قبل از ولادت واقع می گردد. معاینات در ۴۸ ساعت اول نشان دهنده یک خصیه بسیار بزرگ ، سخت همراه با تغییر رنگ بوده که در جریان چند هفته این علایم ازبین میروند. اگر این واقعه یکطرفه باشد ثبات دادن خصیه طرف مقابل خیلی مهم می باشد.

- ۴- **معاینه گوش ها:** بصورت نادر التهاب گوش متوسط همراه با تورم پرده گوش نیاز به جراحی پیدا می کنند و التهاب حاد مستویید نیز نادر است.
- ۵- **تانسل ها:** نادرا " تانسل ها بصورت حاد بزرگ می گردند که نیاز به مداخله جراحی پیدا می کنند. هرچند تانسل های که متن معلوم گردیده و روی آنها توسط پوستول ها پوشیده باشد ناشی از تب گلاندولر بوده که یک واقعه سلیم می باشد.
- ۶- **فرورفتن ناخن شصت پا:** یک تعداد زیاد اطفال نوزاد و شیرخوار مصاب به فرورفتن انگشت شصت پا می شوند. انتانات استافیلوکوک باعث paronychia گردیده جراحی بصورت نادر ضرورت می آفتد.
- ۷- **استیومیالت حاد:** غیر معمول نبوده در صورت مشکوک بودن به آن معاینات دقیق برای درد های موضعی حاد که همراه با حساسیت ناحیه موجود باشد انجام شود. خوشبختانه اکنون بسیار کم به جراحی نیاز پیدا می شود.
- ۸- **اپندیسیت حاد:** نزد اطفال جوان تشخیص آن خیلی مشکل است. واقعات آن بیشتر نزد اطفال در سن مکتب دیده می شود. بطن باید بصورت دقیق باید برای موجودیت درد های موضعی ارزیابی گردد. اما باید بسیار مهربانانه رفتار نموده، در جریان معاینه دست ها باید گرم باشند. والدین طفل در صورت امکان موجود بوده که باعث آرامی خاطر طفل میگردند. اگر مشکوک بودید از دوکتوران با تجربه کمک بگیرید. در صورت مشکوک بودن به تمزق از معاینات اسکن بطنی کمک بگیرید.
- ۹- **انتانات اطراف چشمها:** این جایی است که شما ممکن التهاب و یا اذیما را در جلد و یا انساج تحت الجلدی اجفان دریافت نمایید. این یک واقعه عاجل بوده و نیاز به مشوره متخصص چشم را می نماید.



شکل ۳۸-۵ نذبات معمول جراحی نزد اطفال ، اکثریت این عملیات ها امروز از طریق لپراسکوپي انجام می

گردد.

گیری های نشونما

فصل ششم

اندازه گیری های نشونما

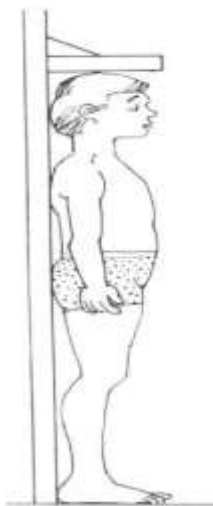
Apley گفته است که "داکتر اطفال داکتر اندازه گیری است".

Chesterton گفته کسی که او را خوب میشناخت ، خیاط او بوده که هر بار می آمد اندازه وجود او را میگرفت. یک داکتر اطفال هم باید همین طور باشد که قد ، وزن ، اندازه سر تمام اطفال شیرخوار و اطفال یک تا سه ساله را یادداشت نماید. برعلاوه اندازه محیط بازو ، ضخامت التوات های جلدی ، فشار خون ، تناسب نهایت سفلی و علوی و غیره را باید یادداشت نماید. نزد اطفال شیرخوار اندازه قد باید در حالت استراحت گرفته شود. که توسط فیته از سر تا پاها گرفته می شود. اما طریق دقیق تر آن عبارت از استفاده از stadiometer می باشد. شکل ۶-۱

میتود بسیار دقیق فعلا" که توسط Tanner's group به چاپ رسیده استفاده می گردد ، که قد

طفل در جدول نشانی شده که با در نظر داشت سن ، جنس و نژاد طفل ارزیابی می گردد. در شش سال اول تفاوت بسیار اندک در مورد جنس طفل وجود دارد ، که چارت های بین المللی در زمینه به چاپ رسیده است.

شکل ۶-۱ اندازه گیری قد طفل توسط استدیومتر



گیری های نشونما

سن طفل برای ارزیابی قد بطور ساده

سن از لحاظ کرونولوژی (سن حقیقی) : مثلا یک پسر شش ساله اندازه قد او صد سانتی متر است.

سن به اساس قد: سن او به اساس قدش به اندازه چهار ساله است.

سن استخوانی: از نظر رادیولوژی تعیینی گردد ، گفته می شود که این طفل از نظر ارزیابی سن استخوانی چهار ساله می باشد.

سن از لحاظ لباس: مثلا مادر میگوید که به پسر خود لباس به سایز چهار ساله را می خرد.

ضمایم ضروری در مورد ارزیابی نمو و انکشاف طفل

- ریکارد صحتی طفل را ببینید (اگر والدین آن را با خود داشته باشند).
- برای دانستن وزن و قد والدین ، عکس آنها را ببینید .
- ملاحظه تاریخچه فامیلی طفل
- (آیا بلوغ پدر به تاخیر صورت گرفته است؟ عادت ماهوار مادر چه وقت شروع شده است؟)

اندازه قد در سنین مختلف	
در وقت تولد	۵۰ سانتی متر
در یک سالگی	۷۵ سانتی متر
در چهار سالگی	۱۰۰ سانتی متر
۱۲-۱۳ سالگی	۱۵۰ سانتی متر

گیری های نشونما

وزن نعمت خداوندی است اما غلط وزن کردن اشتباه بزرگ است. فلهمذا باید تمام اطفال به شکل منظم وزن گردند بخاطری که مقدار ادویه و تجویز مایعات به اساس وزن اطفال تعیین می گردند. در سال اول حیات وزن سه برابر افزایش می آید، قد ۵۰ فیصد افزایش یافته و محیط راس تقریباً "یک بر سوم حصه زمان ولادت افزایش می آید.

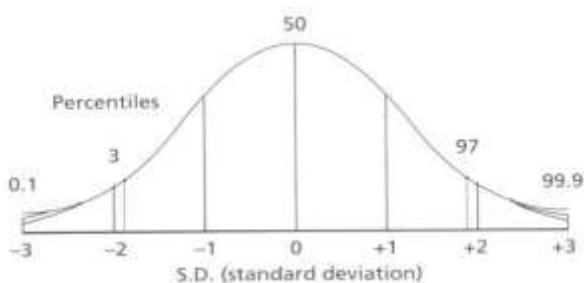
محیط راس: باید توسط یک فیته که الاستیکی نباشد اندازه شود. (شکل ۶-۲) اندازه محیط راس برای نشو نموی دماغ (نه درجه ذکاوت) یک معیار مهم بوده و رشد غیر معمول سریع و یا بطی آن یادداشت گردد. در کارهای روزانه معمولاً از third centile بالا و پایین استفاده صورت میگیرد که معادل ± 2 SD می باشد. (شکل ۶-۳) اندازه گیری های کمتر از third centile همیشه غیر نارمل نبوده بلکه نارمل کوچک نیز بوده می تواند.

اوسط اندازه محیط راس	
در وقت تولد	۳۵ سانتی متر
یک سالگی	۴۷ سانتی متر
دو سالگی	۴۹ سانتی متر
چهار سالگی	۵۰ سانتی متر
هشت سالگی	۵۲ سانتی متر
پانزده سالگی	۵۵ سانتی متر

گیری های نشونما



شکل ۶-۲ اندازه گیری محیط راس



شکل ۶-۳ ارتباط میان percentile و standard deviation

در صورت مواجه شدن به اطفال قد کوتاه ، قد والدین نیز باید مد نظر گرفته شود. چارت های وجود دارد که اندازه قامت اطفال نظر به قامت والدین به شکل اوسط نشان داده شده است. اندازه نمودن محیط راس والدین نزد اطفالیکه محیط راس بزرگ دارند نیز ضروری است. اندازه گیری های ضروری دیگر قرار زیر می باشند .

گیری های نشونما

- **Arm span:** از نوک انگشت یک دست تا نوک انگشت دست دیگر به امتداد شانه اندازه می گردد که تا سن ۳-۴ سالگی مساوی به اندازه قد در حال ایستاده می باشد. اگر کمتر باشد به کوتاه بودن نهاییات دلالت می کند.
- **تناسب نهایت علوی بر نهایت سفلی:** که از عانه تا راس و در سفلی تا زمین اندازه می گردد، این اندازه نزد اطفال در سن مکتب یکسان بوده اما نزد نوزادان ۱:۱۰۷ می باشد.
- **محیط بازو:** قسمت وسط بازو بین شانه ها و آرنج دست اندازه می شود که در کشور های روبه انکشاف یک معیار مهم چگونه گی تغذی است.
- **اندازه گیری ضخامت جلد:** که توسط caliper های مخصوص قسمت وسط عضله triceps و تحت عظم کتف طرف چپ اندازه می گردد. این اندازه گیری برای تخمین سوتغذی بکار می رود.
- **قد و وزن:** اندازه تغییرات قد وزن اندازه می گردد.
- **Body mass index:** وزن به کیلوگرام اندازه شده و تقسیم مترمربع قد می گردد. نارمل آن ۱۸-۲۵ است و یک معیار خوب برای ارزیابی چاقی به شمار می رود.

اندازه انکشاف نزد یک طفل هشت ساله

عمر حقیقی ۸ ساله

قد سنی ۴ ساله

سن عظمی ۴ ساله

سن نظر به لباس ۴ ساله

مرض سیلیاک در سن ۸ ساله گی تشخیص شده است.

مریض در رژیم غذایی فاقد گلوٹین قرار داده شد.

گیری های نشونما

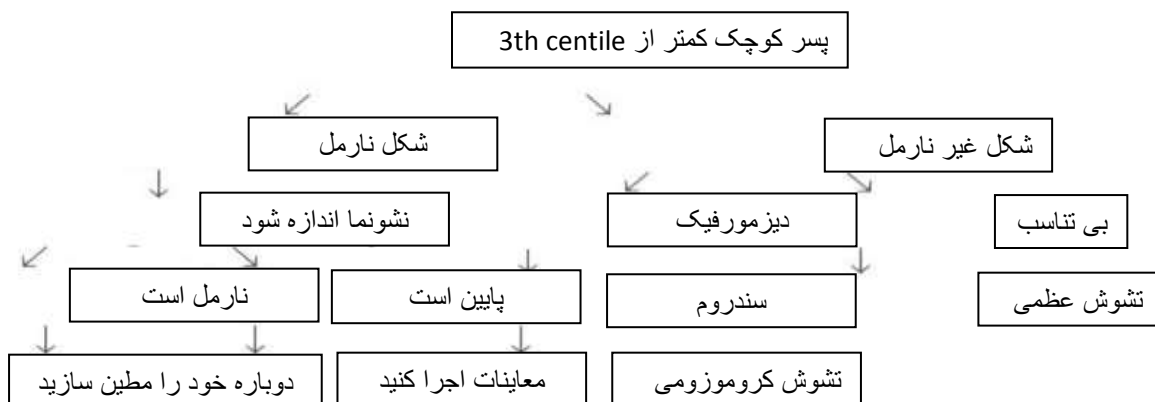
بعضی اشخاص هرچیز قابل تصور را نزد اطفال اندازه نموده اند که شامل فاصله بین حدقه ها ، طول قصبه ، حجم خصیه ها ، اندازه کلیه ها ، cardiothoracic ratio و غیره ، که میتوان اندازه های نارمل آنها را از کتاب های درسی مربوطه بدست آورد. در مورد قد طفل باید گفت:

- بالای centile chart اندازه قد را نشانی کنید
- اندازه گیری متعدد بهتر از یک اندازه گیری است
- نمودی غیر نارمل بخوبی دریافت می گردد

در صورت مواجه شدن با اطفال خیلی قد بلند یا خیلی قد کوتاه سوالات ساده و اندازه گیری درست و مقایسه آن با چارت های مربوطه موضوع را ساده ساخته و از انجام معاینات غیرضروری و ضیاع وقت جلوگیری می کند. یک الگوریتم مناسب برای مواجه شدن به اطفال کوچک در شکل ۶-۴ نشان داده شده است. اگر اندازه گیری های قبلی از اطفال کوچک موجود نباشد ، از مادرش در مورد اندازه بوت ها ، اندازه لباس و عکس فامیلی آنها پرسیده شود.

برای معاینه یک طفل به شیما زیر نگاه کنید.

گیری های نشونما



شکل ۶-۴ الگوریتم برای ارزیابی یک پسر کمتر از 3th centile

یا شاید والدین شکایت داشته باشند که تمام فامیل شان نموی بطنی می نماید. اطفال خصوصا" بچه ها درمورد قد خود نگران بوده و آرزو دارند تا با اندازه سایر همسالان شان باشند. بالاخره یک تعداد نکات قابل عطف قرار زیر می باشند .

- Centile چارت بیان می کند که چی است نه اینکه چه باید باشد.
- در یک جامعه که تفاوت های قد موجود باشد حتمی نیست که تفاوت های وزن هم موجود باشد.
- اکثرا" اطفال قد کوتاه مربوط به والدین قد کوتاه بوده و یا از طبقات محروم جامعه اند.
- اطفال کوچک که کمتر از third centile اند ولی سرعت انکشاف نارمل دارند ، آنها مشکل جدی نداشته و هر ۶-۱۲ ماه بعد ارزیابی گردند.
- باقی ماندن وزن و قد به شکل ثابت در یک طفل غیر معمول بوده و موجودیت آن شاید علامه یک مرض باشد.
- سیر نزولی در جدول centile همیشه غیر نارمل است.

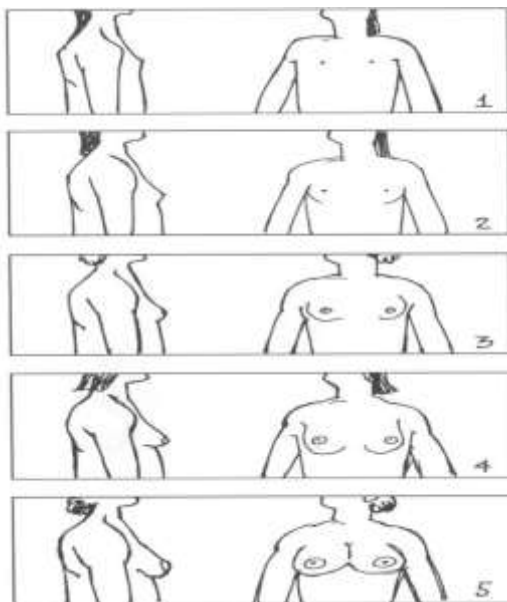
Dymorphology مربوط شناخت ، توضیح و اندازه گیری های آن می باشد. که می توانید در مورد از

کتاب های درسی و یا پروگرام های تهیه شده کمپیوتری استفاده کنید.

گیری های نشونما

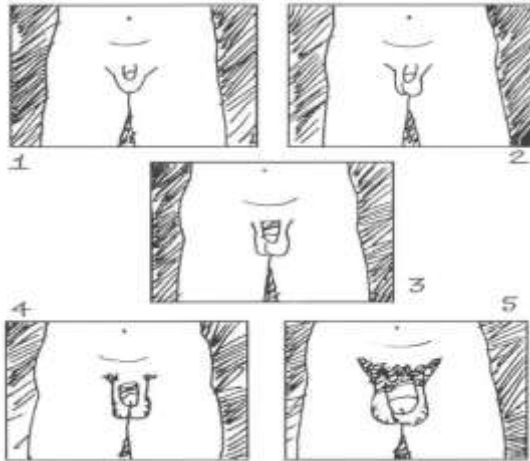
اندازه گیری های که در dysmorphology بکار گرفته می شوند قرار زیر اند.

- قامت
- محیط بازو
- تناسب علوی و سفلی بدن
- طول دست ها
- طول Metacarpal
- طول گوش ها
- مسافه بین دو کره عین
- سن عظمی



شکل ۶-۵ پنج مرحله انکشاف ثدیه ها نزد دختران

گیری های نشونما



شکل ۶-۶ پنج مرحله انکشاف اعضای تناسلی مذکر و انکشاف موهای عانه

ارزیابی قبل از بلوغ و بلوغیت نزد اطفال مهم و کمک کننده است ، رهنمایی جهت این ارزیابی در UK growth standard به اساس ثدیه ها ، اعضای تناسلی و موهای عانه ارایه گردیده است .

فصل هفتم

مایعات و تغذی

دریافت و ارزیابی دیهایدریشن ۲۱۱

تغذی ۲۱۶

دریافت و ارزیابی دیهایدریشن

نورمال نگهداشتن هایدریشن اطفال شیرخوار مربوط به کسانی است که از طفل مواظبت می نمایند مانند مادر، نرس ها و غیره که باید مقدار کافی مایعات به طفل بدهند. بنابر یک تعداد فکتور های فزیولوژیک دی هایدریشن نزد شیرخواران بسیار به زودی تاسس میکند. فلهدا تشخیص و تعیین مقدم درجه دیهایدریشن و ارزیابی آن ضروری پنداشته می شود.

چرا دیهایدریشن نزد شیرخواران بیشتر معمول است ؟

- ترکیب مایعات عضویت این اطفال با اشخاص کاهل متفاوت است . مثلاً " در عضویت این اطفال ۷۰-۸۰٪ مایعات بوده در حالیکه نزد کاهلان این مقدرا به ۶۰٪ میرسد.
- گرفتن مایعات مثلاً " اطفال 150ml فی کیلوگرام وزن بدن به مایعات روزانه ضرورت داشته در حالیکه اشخاص کاهل به 30-40ml فی کیلوگرام وزن بدن روزانه ضرورت دارند.
- ضایعات مایعات روزانه نزد اطفال ۱۰ - ۱۵٪ وزن بدن بوده و در کاهلان ۳-۵٪ وزن بدن آنها می باشد.
- کلیه های اطفال قابلیت غلیظ کردن ادرار را نسبت به کاهلان کمتر دارند .

- نزد اطفال مساحت سطح جلد زیاد بوده که از طریق جلد سیستم تنفسی ضایعات مایعات بیشتر می باشد.
 - نزد اطفال میتابولیزم قاعده وی بلند بوده و عکس العمل آنها در ایجاد تب در مقابل اتانات بیشتر است .
 - نزد اطفال کنترل اینکه چقدر آب بنوشند کم می باشد ، یا هیچ موجود نمی باشد.
- نزد اطفال علایم هایدریشن نورمال عبارت است از زبان مرطوب ، چشم های روشن و ارتجاعیت نارمل جلدی می باشد که این اخیر الذکر ممکن است نزد اطفال چاق به مشکل معلوم شود.

علایم دیهایدریشن

در دوره شیرخوارگی علایم دیهایدریشن عبارتند از:

۱. فرو رفتن fontanelle قدامی
۲. خشک بودن چشم ها و کاهش ارتجاعیت جلدی کره عین (که اکثرا" نزد شیرخواران اریابی نمی گردد).
۳. زبان و دهن خشک می باشد.
۴. ارتجاعیت جلدی از بین رفته که معمولا در شکم وران ها ارزیابی می گردد.
۵. طفل کسل و خسته بوده و گریه ضعیف میداشته باشد.
۶. حجم نبض کم می باشد.
۷. دهنه کلیوی کاهش می آید.
۸. فشار خون پایین می آید.

باید به یاد داشته باشیم که علایم اولی دیهایدریشن از سبب کمبود مایعات بین الحجره وی به وجود آمده و علایم موخر مانند کاهش حجم نبض ، کاهش دهنه کلیوی و کاهش فشار خون ناشی از کاهش حجم داخل وعایی می باشد. در کشور های انکشاف یافته اکثر اطفال شیرخوار در درجه های

خفیف و متوسط دی‌هایدریشن مورد توجه جدی قرار می‌گیرند. اما در کشور های درحال انکشاف درجه های شدید دی‌هایدریشن به کثرت دیده می‌شود.



شکل ۷-۱ از میان رفتن ارتجاعیت نارمل جلد

اطفال شیرخواری که مصاب دی‌هایدریشن هایپوتونیک یا ایزوتونیک باشند ، عموماً " کسل و خسته بوده اما برعکس اطفال که hypernatremic یا hypertonic دی‌هایدریشن داشته باشند ، زیاد مخرش به نظر می‌رسند. دی‌هایدریشن بسیار شدید مترافق با میتابولیک اسیدوز بوده و یا هم مصاب به شاک می‌باشند. جدول ۷-۱ نشان دهنده تفاوت های عمده موازنه مایعات نزد اطفال نوزاد ، شیرخوار و کاهلان می‌باشد. اما باید گفت که در ارقام ارایه شده تفاوت هایی نیز وجود دارد.

انواع دی‌هایدریشن

Isotonic (۷۰٪) ، طفل افیتیده ، کسل و خسته است .

Hypotonic (۲۰-۳۰٪)

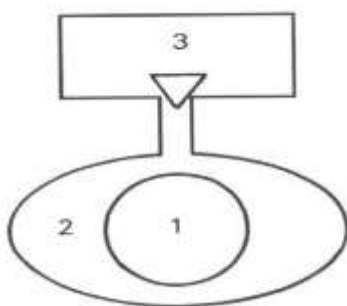
Hypertonic (۲-۵٪) ، طفل مخرش و ممکن اختلاج داشته باشد.

از نظر کلینیکی تعیین انواع دیهایدریشن مشکل است. مهم اینست که واقعات هایپرتونیک دیهایدریشن به زودی تشخیص گردند زیرا اینها مصاب اختلاجات و صدمات دماغی میگردند.

جدول ۷-۱ مایعات بدن			
	یک هفته	یک ساله	بیست ساله
وزن (کیلوگرام)	۳	۱۰	۷۰
قد (سانتی متر)	۵۰	۷۵	۱۷۵
محیط راس (سانتی متر)	۳۵	۴۷	۵۵
مساحت سطح بدن (مترمربع)	۰,۲۵	۰,۵	۱,۷۳
فشار خون (ملی متر ستون سیما)	۷۰/۴۰	۹۰/۵۰	۱۲۰/۸۰
اخذ مایعات (لیتر فی روز)	۰,۴۵	۱	۲,۵
اخذ مایعات در مقابل فیصدی وزن بدن	۱۵	۱۰	۳,۵
اخذ مایعات (ملی لیتر فی کیلوگرام وزن بدن فی روز)	۱۵۰	۱۰۰	۳۵
حجم خون (ملی لیتر)	۲۲۰	۷۵۰	۵۰۰۰

درجه دیهایدریشن	
علائم خفیف کلینیکی (ممکن زبان خشک ، فانتانیل های هموار)	خفیف (ضایعات کمتر از ۵ فیصد وزن بدن)
علائم واضح کلینیکی (فانتانیل های فرورفته ، زبان خشک ، کاهش ارتجاعیت جلد)	متوسط (ضایعات ۵-۱۰ فیص وزن بدن)
طفل شدیداً " مریض بوده ، علایم کاهش حجم داخل وعایی مانند نبض سریع و ضعیف ، فشار خون پایین ، کاهش دهنه ادرار ، همراه با علایم اولیه دیهایدریشن.	شدید (ضایعات ۱۰-۱۵ فیصد وزن بدن)

دانستن فضا های داخلی بدن در ارزیابی و دانستن حجم مایعات بدن ضروری بوده که این فضا ها به سه نوع تقسیم میگردند.



شکل ۷-۲ سه فضای مایعات داخلی بدن

مسافه اولی	مسافه بین الوعایی
مسافه دومی	مسافه بین الخلالی
مسافه سومی	مایعات جوف پريتوان ، پلورا ، جهاز هضمی و غیره

مایعات که از مسافه سومی ضایع می شود عموماً" از نظر مخفی میماند.

دیهایدريشن خفیف و متوسط	کاهش حجم بین الخلالی
دیهایدريشن شدید	کاهش حجم داخل وعایی

واقعات overhydration نزد اطفال کمتر معمول بوده اما در صورت موجودیت عدم کفایه قلب ، عدم کفایه کلیه و زرق زیاد مایعات وریدی واقع شده می تواند. باید از نظر کلینکی درجه افزایش مایعات ارزیابی گردد (افزایش وزن در مقابل وزن قبلی اگر معلوم باشد) و کوشش گردد تا موازنه مایعات با محدود کردن آن ، دایوریتیک ها ، دیالیز نظر به ضرورت دوباره برقرار گردد. علایم قلبی کلینیکی آن اذیما می باشد.

تغذی

ارزیابی کلینیکی تغذی نسبتاً" ساده است. در کشور های غربی عموماً سو تغذی از تغذی غلط به میان می آید (اخذ زیاد کاربوهایدریت ، اخذ زیاد کالوری) که باعث چاقی می گردد. اما در کشور های روبه انکشاف سوءتغذی از کمبود پروتین ، کالوری ، ویتامین ها و منرالها به میان میآید. تغذی ناکافی یکی از عوامل تأخر نشونما را در تمام جهان تشکیل میدهد.

ارزیابی تغذی

- طفل به دقت دیده شود .
- وزن طفل اندازه گردیده و روی centile chart نشانی گردد .
- فقدان وصفی بعضی مواد غذایی معاینه گردد.

مشاهده

یک طفل صحت مند رخسار های پر داشته ، سرین مدور ، مقعویت عضلی خوب و چهره صحت مند میداشته باشد. سرین اطفال شیرخوار مانند کوپان شتر بوده و یک ذخیره گاه شحم وعضلات برای شرایط سخت می باشد. سوتغذی حاد نزد شیرخواران با کاهش وزن ، ازبین رفتن شحم تحت الجلدی و بی علاقه گی تبارز می کند. سوتغذی مزمن با خسافت ، لاغری ، برجسته شدن استخوان ها ، برآمده شدن شکم ، ضعف عضلی ، هموار شدن سرین مشخص می گردد. جلد ممکن است نازک و درخشنده باشد ، موها کمرنگ و ناخن ها شکنند می باشند.

وزن نمودن

این موضوع در فصل ششم توضیح گردیده است . بخاطر داشته باشید که چارت سنتایل نشان دهنده اینست که چه وجود دارد نه اینکه چه باید میبود. آنها از اطفال نارمل در یک اجتماع مشخص جمع آوری شده اند. بسیاری از اطفال که در سرحد بلند نارمل چارت مذکور در کشور های غربی قرار میگیرند ، چاقی میداشته باشند. به اطفالیکه در سنتایل های پایین قرار میگیرند به دقت توجه کنید. اطفال نارمل که لاغر به نظر میرسند شباهت به والدین خود می داشته باشند. نمو یک معیار خوب

صحت مندی نظر به وزن می باشد. تفاوت های قابل ملاحظه در میان سطوح بالا و پایین جامعه در اکثریت جوامع وجود دارد ، اما تفاوت های زیاد وزنی ممکن وجود نداشته باشد.

ارزیابی فقدان یک تعداد مواد غذای مشخص

فقدان آهن معمول ترین آن می باشد.

کمخونی: منضمه ها و غشای مخاطی را تفتیش کنید ، غشای مخاطی رخسار ، خطوط کف دست ، نرمه گوشها و بستر ناخن ها برای سرخی و یا خسافت باید دیده شوند.

از کف دست خود برای مقایسه (کنترل) استفاده کنید ، اما باید خودتان کمخون نباشید. اطفال مصاب به فقدان آهن عموماً " ناخوش به نظر میرسند. نزد اطفال Caucasian خسافت رنگ وجه بیشرناسی از فقدان شعاع آفتاب می باشد نه کم خونی . هرچند اطفال صحت مند رنگ وجه گلابی میداشته باشند. ارزیابی کلینکی کم خون زیاد قابل اهمیت نبوده اما باید انجام شود. علایم کلینیکی کم خونی زمانی آشکار می گردد که هموگلوبین کمتر از ۱۰ گرام فی دیسی لیتر گردد. هنگامیکه سویه هموگلوبین به کمتر از ۷ گرام فی دیسی لیتر سقوط کند ، علایم بسیار واضح کلینیکی موجود می باشد. آبی شدن رنگ صلیبه گفته می شود که یکی از علایم کم خونی فقدان آهن است.

Rickets ناشی از فقدان ویتامین دی بوده و با درد پا ها ، وسعت یافتن عظام بند دست و ricket's

rosary آشکار می گردد. Ricket's rosary از باعث وسعت یافتن ناحیه اتصال اضلاع با نهایت غضروفی آنها بوجود می آیند.

علایم کلینیکی ریکتس قرار زیر می باشند

- تاخیر در بسته شدن فانتانیل قدامی
- تاخیر در شروع قدم زدن

- تغییر شکل ساق پا ها به شکل کمان مانند
- وسعت یافتن و دردناک شدن بند دست
- ricket rosary قابل جس
- تاخیر قسمی در نشونما
- ضعف عضلی در صورت شدید شدن مرض

ریکتس عمدتاً ناشی از فقدان ویتامین دی همراه با فقدان شعاع آفتاب نزد اطفال با جلد تاریک بیشتر بوجود می آید و اکثراً مترافق با کم خونی فقدان آهن می باشد.

پروتین: فقدان شدید پروتین در kwashiorkor دیده می شود ، طفل بی علاقه بوده ، جلد درخشانده ، موهای شکنند و اذیمای وجه و قدم می داشته باشد.

فولیک اسید ، ویتامین B12 و ویتامین سی : فقدان اینها در کشور های غربی نادر می باشد. هرچند scurvy نزد اطفالیکه تنها از سبزیجات تغذی می شوند دیده می شود.

چاقی: یک مشکل قابل ملاحظه کلینیکی خصوصاً در ممالک غربی می باشد. اکثراً عامل آن مربوط است به فکتور های غذایی ، محیطی و فامیلی . چاقی اندوکراین (به شکل ثانوی در هایپوتایرویدیزم ، سندروم کوشنگ و غیره) نسبتاً غیر معمول است. چاقی غذایی بصورت منتشر در تمام بدن بوده و معمولاً مترافق با نشونمای مقدم می باشد. Striae نزد اطفال قبل از بلوغ که به سرعت وزن میگیرند دیده می شود. چاقی با منشا هورمونی مترافق با قد کوتاهی می باشد. نزد اطفال چاقی body mass index افزایش یافته ، ضخامت جلدی زیاد و اکثراً فشار خون در سرحد بلند آن قرار میگیرد.



شکل ۷-۳ طفل چاق

Anoroxia Nervosa: بیشتر نزد دختران بالغ دیده می شود. وجه لاغر بوده ، body mass index پایین ، انساج شحمی تحت الجلدی کم ، بازو ها ، ران ها و سرین نازک ، ستون فقرات و مفصل حرقفی فخذی متبازر به نظر میرسد. برعلاوه در اشکال شدید آن جلد خشک ، نهاییات سرد ، نبض بطی و حجم آن کاهش یافته می باشد. دندان ها ممکن است از باعث استفراغات رنگ گرفته باشند.

فصل هشتم

ارزیابی نشونما

سه ماهه ۲۲۲	۱۲ ماهه ۲۲۷
۴-۵ ماهه ۲۲۲	۱۸ ماهه ۲۲۸
۶-۸ ماهه ۲۲۳	۳ ساله ۲۳۰
۹-۱۰ ماهه ۲۲۵	۴ ساله ۲۳۰

Anan گفته است " هر طفل خصوصیات متفاوت دارد".

ارزیابی نشونما یکی از مهمترین بخش معاینه اطفال می باشد، لذا ضروری است تا نشونمای نورمال و تغییرات نارمل آن را بخوبی بدانیم . بصورت عموم ارزیابی نشونما تا مرحله بلوغ ادامه یافته لکن بخش بسیار مهم آن در سن قبل از مکتب (تا پنج ساله گی) میباشد. اگر کدام شک در نشونما پیدا شد ، یک تاریخچه مکمل از زمان حیات داخل رحمی ، زمان تولد ، تاریخچه فامیلی و تاریخچه محیطی باید اخذ گردد. ارزیابی تاریخچه نشونمای طفل ممکن مشکل و وقت بیشتر را نیازمند باشد ، اما بسیار ضروری پنداشته می شود. معاینه فزیک را انجام داده و باید متوجه نکات غیرنارمل اگرچه کوچک هم باشند باشیم. اندازه و شکل راس ، قد ووزن یادداشت گردند. زمانیکه مطمئن شدیم که طفل مشکلی ندارد که نشونمای وی را متاثر سازد ، بعداً " ارزیابی خود را به اساسات زیر استوار میسازیم.

- حالت Gross motor
- معاینات رویت و fine motor
- معاینات شنوایی و تکلم
- عادات اجتماعی

هر کدام اینها به یکدیگر وابسته و تکمیل کننده یکدیگر میباشند. بصورت عموم توجه و علاقه یک طفل شیرخوار به محیط ماحول او اهمیت بیشتر نظر به انکشاف حالت gross motor او دارد ،

خصوصاً" اگر انکشاف او تحت تاثیر چاقی و یا تشوشات فیزیکی دیگر قرار گرفته باشد. ارزیابی نشونما باید در ۶-۸ هفته گی شروع شده که با جزئیات در فصل چهارم توضیح گردیده است و ضروری است که در وقت ارزیابی نشونما، مادر و طفل آرام و راحت باشند. بحث ابتدایی باید شامل تاریخچه قبلی و خصوصیات عمومی طفل تا این زمان باشد. نزدیک طفل بنشینید، طفل را تحت مشاهده قرار داده جسامت، رویت و سایر شاخص های ضروری را نزد مریض تان یادداشت نمایید.

طفل سه ماهه

Gross motor: اطفال سه ماهه سر خود را ثابت به زاویه سی درجه نگهداشته و در وضعیت استجاع بطنی راس خود را برای مدت طولانی بلند گرفته میتوانند.

رویت و Fine motor: این اطفال معمولاً" بیدار بوده وبدون کدام مشکل هر چیز را تعقیب میکنند. در این مرحله دست ها باز بوده و grasp reflex از بین رفته می باشد.

شنوایی و تکلم: در مقابل صدا عکس العمل نشان داده وممکن بطرف صدا روی خود را دور دهند.

چهار تا پنج ماهه گی

Gross Motor: کنترل بالای راس بیشتر گردیده و کمر خود را راست نگهدارد.

fine motor: یک شی را که بالای سر وی آویزان شده باشد تعقیب نموده و کوشش می کند بادست آن را بگیرد. در این سن strabismus باید ارزیابی گردد. لاکن تباعد نارمل می باشد.

شنوایی: بسیار پرسروصدا بوده و راس خود را بطرف صدا دور می دهد .

اطفال شش تا هشت ماهه

انکشاف نارمل Gross motor این سن عبارت از اینست که طفل بدون کمک نشسته میتواند. (شکل ۸-۱) به وضعیت Prone سینه خود را از زمین بالا میتواند ، خود را دور داده میتواند. Parachute reflex موجود می باشد. دقت رویت در این سن بخوبی توسط میتود Sheridan معاینه شده میتواند ، طوریکه از فاصله سه متری یک توپ سفید را که به اندازه دو سانتی متر تغییر کند تعقیب نموده میتواند. Strabismus در این سن برجسته بوده ، انکشاف دقت رویت برای انکشاف نارمل و هماهنگی دست ها با چشم ها مهم بوده و طفل شیرخوار میتواند یک شی را گرفته از یک دست به دست دیگر خود انتقال دهد و در اخیر آن را در دهن خود میگذارد. طفل شیرخوار در این مرحله روی خود را بطرف صدا از فاصله نیم متری دور داده میتواند. اکثرا" دیده شده که تا سن پنج تا شش ماهه گی یکی از گوش ها نظر به گوش دیگر جواب بهتر میداشته باشد.



شکل ۸-۱ در سن شش تا هشت ماهه گی یک طفل باید بدون کمک بنشیند.

و عکس العمل در گوشی که همیشه بطرف مادر در موقع شیردهی متوجه است ، برجسته تر خواهد بود. صدای که برای تنبیه استفاده می شود باید بین پنجم تا دوهزار هرتس فریکونسی داشته که

میتواند از پاره کردن کاغذ ، آواز قاشق و پیاله آن را ایجاد کرد. از نظر اجتماعی طفل شیرخوار با بیگانه ها خوشحال معلوم شده به ساده گی خنده می کند. در مقابل صحبت دیگران عکس العمل نشان داده و بسیار پرسروصدا می باشد.

Gross Motor

- سر خود را کنترل کرده میتواند
- از یک پهلوه به پهلوی دیگر دور خورده میتواند
- برای چند دقیقه نشسته میتواند
- کمر خود را استوار نگهداشته می تواند

رویت و Fine moter

- بیدار بوده
- هر طرف نگاه می کند
- تا ۲۰ سانتی متر اشیای کوچک را تعقیب می کند
- Palmar Grasp موجود بوده و یک چیز را از یک دست به دیگر انتقال داده میتواند.

شنوایی و تکلم

- از فاصله نیم متری در مقابل آواز روی خود را دور می دهد
- آواز مادر را میشناسد
- باخود کاکا و دادا زمزمه می کند

حالت اجتماعی

- هر چیزی را در دهن خود میبرد
- کوشش می کند تا بوتل خود را بگیرد
- در مقابل قلقلک دادن عکس العمل نشان می دهد

موضوعات قابل تشویش در این سن

- اضطراب مادر
- محیط راس کمتر از 3rd centile
- ضعف عضلی و عدم کنترل راس
- ضعف عضلی همراه با سریع بودن رفلکس ها و clonus
- هرگاه راس خود را بطرف صدا دور ندهد
- باقی ماند رفلکس های ابتدایی

9-10 ماهه گی

Gross motor

- به تنهایی نشسته میتواند وروی خود را بطرف صدا دور می دهد .
- بالای فرش حرکت می کند ، خود را دور می دهد ، چهار غوک می کند .
- وقتیکه ایستاده شود وزن خود را کنترل کرده و محکم میگیرد.
- از وضعیت نشسته به خوابیده خوش ندارد خود را دور دهد.
- رفلکس های محافظوی ایجاد میگردند.

رویت و Fine moter

- بسیار متوجه میباشد.
- پنسل را گرفته و حرکت داده میتواند.
- بطرف اشیا که بیافتند نگاه می کند .
- اشیای کوچک را از فاصله سه متری دیده میتواند.

شنوایی و تکلم

- نام خود را شناخته و در صورت صدا روی خود را دور می دهد .
- قدرت شنوایی آن در فاصله یک متری ارزیابی شده میتواند.
- بلند سروصدا می کند .

اجتماعی

- بیسکیت را گرفته ، چک زده و جویده میتواند .
- در وقت تغذی بوتل شیرخود را را میگیرد .
- اشخاص بیگانه را شناخته و عکس العمل نشان می دهد .



شکل ۸-۲ یک طفل ۹-۱۰ ماهه میتواند یک شی از از زمین بردارد.

موضوعات قابل تشویش در این سن

- اضطراب مادر
- محیط راس کمتر از 3rd centile
- نشسته نتواند
- کاهش مقعویت عضلی
- رفلکس های خیلی سریع یا clonus
- صدا درست کشیده نتواند
- در مقابل صدا عکس العمل ضعیف داشته باشد
- جویده نتواند

دوازده ماهه گی

در سن دوازده ماهه گی ممکن تغییرات زیاد در حالت نشونما بخصوص Gross motor بوجود

آید. در این سن طفل شیرخوار باید بدون کدام مشکل بنشیند و خود را دور بدهد. اکثر اطفال چار غوک

نموده یا با سرین خود را حرکت می دهند. ایستاده شدن با و یا بدون کمک صورت میگیرد. یک تعداد حتی به کمک دیوار ها راه میروند. دقت رویت انکشاف نموده و طفل یک توپ به جسامت یک سانتی متر را در فاصله سه متری تعقیب نموده می تواند. اشیا را با استفاده از انگشت شهادت و شصت خود میبرد و با وجود توجه زیاد به اشیا ، آنها به دهن طفل میرسند. اطفال اشیایی را که به زمین افتیده اند جستجو می کنند. فریکونسی صوتی که برای یک طفل پنج ماهه ضرورت بود حالا از فاصله یک متری به گوش طفل رسیده و ۱۸۰ درجه خود را بطرف آن دور می دهد . ذخیره لغات افزایش یافته به دو تا سه کلمه میرسد. طفل شیرخوار جملات امریه ساده را درک نموده و صدا میکشد و دستان خود چک چک می کند. از نظر اجتماعی طفل از بیگانه ها هراس داشته و خود را به بغل مادر می پیچاند. هرچند او در مقابل اسم خود عکس العمل نشان داده و با سامان بازی هدفمندانه ساعت تیری می کند . در این مرحله به نکات مهم که باید متوجه شد ، شامل است بر ضعف نموی دماغ ، تاخیر در انکشاف GROSS motor ، تشوشات شنوایی و رویت ، بخصوص فلج دماغی نوع اسپستیک .

هژده ماهه گی

Gross motor

- راه رفته میتواند
- دوید ه میتواند
- در زینه پائین شده میتواند
- سامان بازی را از زمین بدون اینکه بیافتد بلند نموده میتواند

رویت و fine motor

- دو تا سه دانه خشت را بالای هم گذاشته میتواند
- به اشیا دور اشاره مینماید

- به اشخاص دست داده میتواند
- با اشخاص علاقه نشان می دهد

شنوایی و تکلم

- زمزمه کرده میتواند
- معنای بیست کلمه را میفهمد
- به زودی درمقابل جملات ساده جواب می دهد

حالت اجتماعی

- آب را بدون ریختاندن نوشیده میتواند
- گیلان را دوباره به بزرگان داده میتواند
- بردن سامان بازی را به دهن توقف می دهد

نگرانی های این مرحله

- اضطراب مادر
- ایستاده شده نتواند
- راه رفته نتواند
- توجه ضعیف داشته باشد

ارزیابی نشونما یکی از بخش های مهم معاینات هر کلینک را تشکیل می دهد . ما به این نظر هستیم که ارزیابی دقیق نشونما تشخیص مشکلات را به صورت مقدم مهیا میسازد. ما باید متوجه سیگنال های شویم که نیاز به توجه جدی دارند ، برای انجام معاینات مخصوص نزد اطفال بزرگ به کتاب های درسی مربوطه مراجعه نماییم.

یادداشت : سرعت انکشاف نزد اطفال مختلف متفاوت می باشد ، اما مراحل انکشاف چندان تفاوت زیاد ندارند. ازدست دادن رفلکس های ابتدایی مترافق است با کسب مهارت های مثبت در زنده گی.

تصامیم در مورد نشونمای طفل

- نارمل است
- احتمالاً " نارمل است (دوباره ارزیابی گردد)
- مشکوک است (بزودی دوباره ارزیابی گردد)
- غیرنارمل است (برای تشخیص و تداوی معرفی گردد)

بعضی مولفین اصطلاح stepping stones را در عوض milestones بکار میبرند. بخاطر داشته باشید هر اصطلاح را که بکار گیرید هدف از آن ارزیابی ارتقا و تغییر در نشونمای طفل است. ذیلاً " یک تعداد تفاوت های حرکتی که در حالت نارمل میان اطفال وجود دارد ذکر گردیده است.

- بعضی اطفال هیچ گاه چارغوک نکرده ، بلکه مستقیم ایستاده شده و قدم میزنند.
- بعضی اطفال چارغوک بصورت نارمل با قات کردن زانوها انجام داده اما برخی دیگر دور زده چارغوک می کنند.
- بعضی اطفال با زانوهای بسط شده راه میروند.
- بعضی اطفال مستقیم از زمین خود را بلند میکنند.
- بعضی اطفال در چارغوک کردن از آرنج ها در عوض کف دست ها استفاده میکنند.

سه سالگی

میتواند در زینه ها با گذاشتن هر قدم بالا شود ، یا اینکه از زینه پایین خیز بزند. میتواند برای چند لحظه بالای یک پا ایستاده شود و نیز میتواند بایسکل را براند. از خشت ها سامان بازی قلعه های بلند ساخته میتواند. "قسما" لباس های خود را پوشیده میتواند ، و نیز میتواند از روی کاپی یک دایره بکشد.

ممکن یک یا دو رنگ را شناسایی کند. جملات دو تا سه کلمه‌ی را ساخته و تا ده حساب کرده می‌تواند. نام مکمل خود را گفته، قاشق و پنجه را استعمال کرده می‌تواند.

چهار سالگی

ارزیابی این نیز بخاطر فرا رسیدن سن مکتب ضروری پنداشته میشود. معاینات مکمل چشم‌ها باید در این سن انجام شود، یکبار دیگر معلومات در مورد تاریخچه قبلی، تاریخچه فامیلی، خواهر و برادر، فکتورهای محیطی و اجتماعی جستجو گردند. ارزیابی Gross motor در این سن مغلق تر شده طفل میتواند بخوبی راه برود، بالای یک پا ایستاده شود، حرکت او در زینه‌ها مانند کاهلان با یک پا در هر زینه بوده، میتواند توپ را بگیرد، میتواند لباس‌های خود را بکشد و بپوشد. طفل میتواند با پینسل شکل اشیا مانند دایره، مربع، انسان را رسم نماید. سه تا چهار رنگ را بخوبی میشناسد. تشناب رفتن را می‌آموزد، زیاد سخن می‌گوید، سوال می‌کند و قصه‌ها را بیان می‌کند.

فصل نهم

معاینه مواد غایط

تفتیش طبی مواد غایطه ۲۲۹

معاینه ادرار ۲۳۱

تفتیش طبی مواد غایطه

برای معاینات مواد غایطه اکثراً "داکتران خصوصاً" داکتران جوان و مریضان دل چسپی چندان ندارند، لذا جای تعجب خواهد بود که چطور حالت مرضی آن را بدانند درحالیکه چگونه گی حالت نارمل آن را بدرستی نمی دانند. با وجودیکه سلاید آن بدرستی تهیه گردد به بی علاقه گی آن را معاینه می نمایند. در مورد مواد غایطه باید دانست که تعداد دفعات، قوام، رنگ و بوی آن چگونه است؟ و این مربوط به محتوی و شکل تغذی می باشد. اشخاص با تجربه با یک نظر می دانند که مشخصات مواد غایطه انعکاس دهنده حالات مشخص مرض است. مثال های پایین منعکس دهنده حالات معین دفعات مواد غایطه و شکل آن نزد اطفال شیرخوار می باشد. در ارزیابی مواد غایطه باید در پهلوی نتایج لابراتوار به حرف های ماد نیز گوش داد. هم چنان باید بخاطر داشت که مواد غایطه در بعضی امراض مانند مرض سیلیاک و سیستیک فیروز ممکن نارمل باشد.

مواد غایطه نزد اطفال که با شیر مادر تغذی می شوند

مواد غایطه نرم، رنگ آن زرد روشن بوده و بوی تیزابی میداشته باشد. دفعات آن سه تا شش مراتبه روزانه بوده حجم آن نظر به اطفالیکه با شیر مصنوعی تغذی می شوند کمتر میباشد.

مواد غایطه نزد اطفال که با شیر مصنوعی تغذی میشوند

حجم آن نظر به اطفال تغذی با شیر مادر بیشتر بوده رنگ آن نسواری ، زرد و یا سبزرنگ می باشد. بعضی از شیر های مصنوعی دارای خواص مشخص در مواد غایطه می باشند.

مواد غایطه نزد اطفال که گرسنه باشند

به شکل سبز رنگ بوده و در کشور های غربی اکنون دیده نمی شود .

Celiac disease : حجم مواد غایطه زیاد بوده ، رنگ آن خاسف و بصورت حمله وی می باشد، لاکن مواد غایطه نارمل و حتی قبضیت این مرض را رد کرده نمی تواند.

Cystic fibrosis : حجم مواد غایطه زیاد ، بد بوی و چربناک بوده ، لاکن همیشه بصورت حمله وی نمیباشد. یک مادری که اخیراً " طفل وی سیستیک فبروز تشخیص شده بود گفت که شما بدون داشتن ماسک نمیتوانید لباس طفل را بعد از فعل تعوط تبدیل نمایید.

Toddler diarrhea

که بنام امعای تخریش پذیر شیرخوارگی نیز یاد شده ، دفع مواد غایطه روزانه سه الی پنج مراتبه بوده مواد غایطه رنگ نسواری داشته ، حاوی مخاط بوده و پارچه های از سبزیجات مانند زردک ، بادنجان رومی ، نخود راممکن با خود داشته باشد ، امریکایی ها آن را بنام سندورم نخود و زردک نیز میگویند.

عدم تحمل دای سکراید ها: مواد غایطه متکرر ، آبگین و اسیدی بوده و مواد غایطه همراه با گازات می باشد.

گستروانترایتس حاد: مواد غایطه آبگین ، سبز رنگ ، متکرر و حمله وی میباشد. موجودیت خون در مواد غایطه ممکن ناشی از *Escherichia coli*، *shigella* و یا سلمونیللا باشد. اسهالات ناشی از روتا ویروس ، بوی مانند علف تازه داشته و ممکن حاوی بعضی مواد دانه دار باشد .

امراض کبدی : مواد غایطه رنگ خاسف میداشته باشد.

Intussusceptions: مواد غایطه مربا مانند بوده اما از علایم موخر مرض می باشد، علایم ابتدایی آن شامل درد خسافت و وضعیت شک مانند است.

آهن : رنگ مواد غایطه را ممکن تاریک بسازد .

Rifampicin : رنگ مواد غایطه به شکل نارنجی میباشد.

کرم ها : در مواد غایطه تازه ممکن انواع مختلفه کرم ها از قبیل کرم های پهن ، مدور و سنجاقی دیده شود .

خلاصه این که نزد اطفال معاینه مواد غایطه در تشخیص اسهالات حاد و مزمن مهم بوده و شروع گستروانتریولوژی از معاینه مواد غایطه آغاز می گردد.

معاینه ادرار

معاینه بلغم ، استفراغ و مواد غایطه ممکن نزد شاگردان طب نادیده گرفته شود ، اما معاینه ادرار نادیده گرفته نمیشود. معاینه ادرار شامل تفتیش ، بوی ، معاینه توسط dipstick و معاینه تحت میکروسکوپ نوری میباشد. بحث در مورد هیمچوریا ، سرخ رنگ شدن ادرار و لیکوسایتیوری خارج از ظرفیت این کتاب میباشد. لکن شاگردان طب باید بدانند که چطور معاینه dipstick ادرار انجام می آید و چطور موجودیت خون ، پروتین ، کیتون و غیره ارزیابی می گردد. چطور کرویوات سفید و سرخ در

ادرار تلوین ناشده تشخیص می گردند و cast ها در ادرار چطور مشخص می شوند. میتود جمع آوری ادرار در جدول (۱.۹) تذکر داده شده است.

در یکی از دروازه های سرویس اطفال در لندن نوشته شده که : "ریچارد برایت معاینه ادرار را حذف کرد اما شما بهتر از اومی توانید" ریچارد برایت در سال ۱۸۵۰ گلومیرولونفرایتس را توضیح نمود ، اما از معاینه میکروسکوپی ادرار اجتناب کرد.

جدول ۹-۱ جمع آوری ادرار

سن	میتود	ملاحظات
شیرخوار	Clean catch	بهترین اما حوصله کار دارد
شیرخوار	مساژ مثانه	فصل چهارم دیده شود
شیرخوار	قرع مثانه	بعضی اوقات موثر است
شیرخوار تا سه ساله	خریظه	بزودی دور شود (اجتناب کنید)
یک الی سه ساله	ایستاده در تشناب	طریقه موثر جهت گرفتن قسمت وسط ادرار
اطفالیکه در مورد تشناب آموزش دیده اند	گرفتن سمپل از وسط ادرار	بهترین
هر طفل شیرخوار	کتیتر	به ندرت ضرورت است
هر طفل شیرخوار	Stab مثانه	اطفال شدید مریض ، به ندرت ضرورت است
هر طفل	نوشابه یا آب سرد	اکثرا" موثر است



شکل ۹-۱ ضرورت است تا ادرار تفتیش گردد.



شکل ۹-۲ انتظار برای سمپل ادرار پاک

ادرار باید از نظر رنگ و غلظت نیز مشاهده گردد ، رنگ نارنجی ادرار ممکن ناشی از یرقان یا ریفامپسین باشد. اولین علامه گلوبولونفریت حاد ممکن ادرار سرخ ، تاریک و چای مانند باشد. ادرار زیاد رقیق شده در دیابت بی مزه و حالات که زیاد آب نوشیده شده باشد دیده می شود . ادرار حاوی البومین برای بار اول در زمان هیپوکرات دیده شد. موجودیت cast های کرویات سرخ خون علامه تشخیصیه برای گلوبولونفریت حاد می باشدو اینها باید نزد هر طفلیکه خون در ادرار دارد پالیده شوند.

کمتر محصلین طب می توند کرویات سرخ ، سفید و بکتری ها را در ادرار که تلوین نشده باشد ، شناسایی نمایند. Cast های هیالین یافته های نارمل می باشند. ادرار غبار آلود یکی از یافته های معمول بوده و نشان دهنده منحل شدن مواد کیمیای مانند یورات ، فاسفیت ها و یا کرویات سفید میباشد. یورات منحل شده در ادرار رسوب می کند و کمرنگ می باشند و نارمل است. (جدول ۹-۲) موجودیت کرویات سفید در ادرار نشان دهنده انتان طرق بولی است. بعضاً " ممکن کیست های کرم ها نیز در ادرار تازه دیده شوند.

رنگ ادرار

سرخ	خون در ادرار
سرخ (Haemastix negative)	هیموگلوبین یوری ، رنگ Phenolphthalein ، beeturia
بنفش	پورفیریا (نادر)
نارنجی	یرقان ، ریفامپیسین
سفید	Chyluria
رنگ کیکی	گلو میرولونفرایتس (معمول)
آبی	methaemoglobinaemia ، Methylene blue
گلایی	موجودیت یورات
سیاه	Alkaptonuria (بسیار نادر)
آب مانند	پولی دپسیا (روانی یا دیابت بی مزه)

جدول ۹-۲ تحلیل یا تجزیه کیمیای ادرار

	احتمالا " انتانی نیست	انتانی	احتمالا " است
رنگ	صاف		ابراًلود
کریوات سفید	صفر		+
خون	صفر		+
پروتین	صفر		+
Leucostix	-		+

فصل دهم

استفاده از هوش و حواس

گریه از نظر تون آواز ۲۳۶

استفاده از لمس کردن در تشخیص ۲۳۹

استفاده از حواس در تشخیص ۲۳۹

بحث آخری ۲۴۰

گریه از نظر تون آواز

احتمالاً "مهم ترین و طولی ترین گریه که یک طفل در زمان حیات خود نشان میدهد عبارت از گریه است که بعد از عبور از کانال ولادی انجام میدهد. توانایی اطفال در اظهار چگونه گی حالت و وضعیت اش خصوصاً در روزها و ماهها اول حیات خیلی محدود می باشد. لذا اعراض مانند تغذی ضعیف ، بی حالی ، استفراغ ، تب ممکن نشان دهنده امراض انتانی ویا مریضی وخیم باشند. گریه در چنین حالات یگانه وسیله ارتباط و اظهار وضعیت طفل است ، و با گریه می خواهد برای شما چیزی بگوید. مادر بخوبی میداند که گریه طفل ناشی از گرسنه گی ، تر بودن بدن یا احساس تنهایی طفل است ، محصلین طب نیز ضرورت دارند تا علت گریه طفل را بدانند. شکل (۱-۱۰) یک دوره کوتاه آموزشی در مورد طرز تغذی ، تبدیل لباس و مشاهده طفل برای تمام محصلین طب اطفال ضروری می باشد ، زیرا در اکثریت حالات به ساده گی نمی توان حالات نارمل از حالات غیر نارمل تفکیک کرد. در صورت گریه طفل به نکات زیر باید توجه کرد.

- گریه ازسبب درد
- گریه ازسبب بعضی امراض
- گریه ناشی از حالات دیگر



شکل ۱-۱۰ طفل با گریه خود می خواهد چیزی برای شما بگوید.

گریه از سبب درد

احتمالاً "مهم ترین گریه در دوره شیرخوارگی گریه ناشی از درد خواهد بود. عمده ترین گریه بلند ممکن ناشی از التهاب سخایا ، انسیفلایتس یا سایر حالاتی که مترافق با بلند رفتن فشار داخل قحفی اند (به هر علتی که باشد) ، خواهد بود. مادران اکثراً "چنین حالات را با گفتن گریه خشن ، چیغ زدن ، فریاد کشیدن بیان خواهند کرد.



شکل ۲-۱۰ گریه طفل شیرخوار

مادری که میگوید گریه طفلش تغییر کرده یا با حالات نارمل متفاوت است ، باید یادداشت گردد. ولی بعضاً " اطفال مصاب به آفات داخل دماغ ممکن بخوبی گریه کرده نتوانند ، یا گریه آنها ممکن مترافق با infantile spasm باشد گریه با تون خیلی بلند همیشه ناشی از کولیک های بطنی نیست ، گریه گاهی مترافق با حملات اختلاجی خواهد بود. بصورت خلاصه گریه ناشی از درد با گریه معمول طفل متفاوت بوده و از همه اولتر مادران این را درک می کنند ، لذا باید به حرف های مادر گوش داد.

گریه از سبب امراض

گریه ناشی از croup مترافق با خپ شدن آواز بوده و مترافق با سرفه های مانند جفیدن خوک های آبی (شیر دریایی) می باشد. گریه ناشی از سینه و بغل حاد ضعیف بوده و مترافق با grunting می باشد. گریه یک طفل مصاب به تغلف امعا ناگهانی و مترافق با grunting است ، اطفال بسیار مریض گریه خیلی ضعیف مترافق با نالش خواهند داشت.

مشخصات گریه

مشخصات گریه در یک تعداد حالات مشخص توصیف گردیده است ، گریه یک طفل مصاب به هایپوتایرویدیزم ولادی همراه با خپ شدن آواز ، صدای غوک مانند می باشد. گریه ناشی از cri-du-chat syndrome را هر گاه بشنوید هر گز فراموش نخواهید کرد. گریه کلاغ مانند اکثراً ناشی از laryngomalacia بوده یا نشان دهنده سایر امراض حنجره می باشد.

تمام اطفال گریه می کنند و گریه ممکن نارمل باشد ، اما نباید فراموش کرد که اطفالیکه گریه نمی کنند غیر نارمل اند و گمان تأخرنشونما نزد آنها ممکن موجود باشد.

استفاده از حواس در تشخیص

اکثریت ما در استفاده از چشم ها ، دست ها و گوش های خود جهت تشخیص خوب با مهارت میباشیم ، اما در استفاده از دو حس دیگر مانند حس مزه و بوی مهارت کافی نداریم . یک تعداد مثال های کوتاه در این مورد ذیلا" ذکر میگردد.

فینایل کیتون یوری : بوی موش مانند در ادرار موجود می باشد.

دیابیتیک کیتواسیدوزس: بوی اسیتون در تنفس موجود می باشد.

Maple syrup urine disease: ادرار بوی مشابه به maple تازه میداشته باشد.

ادرار دارای بوی ماهی : ناشی از انتانات proteus می باشد.

مزه نمکی در زمان بوسه گرفتن : ممکن ناشی از سیستیک فیروز باشد .

استفاده از لمس کردن در تشخیص

در تمام بخش های این کتاب در مورد استفاده از تفتیش و جس در معاینات فیزیکی اطفال تاکید صورت گرفت . پشت دست یا کنار وحشی دست تان را در مورد دریافت تغییر درجه حرارت تمرین دهید ، همیشه اندفاعات جلدی را جس نمایید. با نوک انگشتان خود نبضان شرابین کوچک راس ، دستان و پا ها را جس کنید.

بحث آخری

این کتاب ناکام خواهد بود اگر محصلین تنها به خواندن آن اکتفا کنند و آن را در عمل پیاده نمایند ، زیرا بسیار مشکل خواهد بود که شما یک موتر یا یک کمپیوتر را تنها از روز کتلاک آن استفاده نمایید . لذا بروید و هر قدر طفلی را که می توانید معاینه نمایید.

فصل یازدهم

بحث‌ها و نظریات در مورد طبابت اطفال

یافته‌های نارمل ۲۴۰	Mnemonic های بخاطر سپردنی ۲۵۳
سامان و لوازم معاینه ۲۴۱	گراف‌های جنیتیکی ۲۵۸
طرز استفاده از وسایل ۲۴۲	نشونمای بدون تشوش و مریضی ۲۵۸
علایم بیولوژیکی خطر ۲۴۳	نکات مهم در معاینات اطفال ۲۶۰
نکات کلینیکی ۲۴۴	مهارت‌های اساسی کلینیکی برای محصلین
قاعده‌های کلی ۲۴۵	که هنوز فارغ نشده‌اند ۲۶۲
افسانه‌های مادران ۲۴۶	تست‌های کلینیکی ۲۶۸
مخففات ۲۴۷	اطفال متفاوت هستند ۲۷۰
سندروم‌های که در آنها نام اشخاص ضمیمه شده است ۲۴۸	واقعیت‌های فزیولوژیک. آیا میدانید؟ ۲۷۱
سگنال‌های اخطار دهنده؟ صدمات که ممکن تصادفی نباشند ۲۵۲	طفل در کدام سن می‌تواند..... ۱

یافته‌های نارمل

- Telangiectasia (spider Naevi) : عموماً در دست و روی طفل دیده شده ، $\frac{1}{3}$ حصه آن در سن مکتب دیده می‌شود .
- Café-au-lait spots: در صورتیکه اضافه از شش عدد با جسامت بزرگتر از ۱٫۵ سانتی متر باشد ، دلالت به neurofibromatosis می‌نماید .
- Lymph nodes : به شکل کوچک و پراکنده دیده می‌شوند .
- Innocent murmurs: فزیولوژیک بوده و بسیار معمول می‌باشد.
- Strok beak marks (capillary haemangiomas): در پیشانی و گردن دیده می‌شود.
- Epsteins's (epithelial) : در سقف جوف دهن به شکل مروارید مانند دیده می‌شود.

- نزد اطفال شیرخوار مذکرومونث ثدیه‌ها یک اندازه متورم معلوم می‌گردند.
- Sacrococcygeal pits: فرورفته‌گی در ناحیه‌خبر استون فقرات می‌باشد.
- Mongolian blue spots: لکه‌های آبی رنگ است، که نزد اطفال شیرخور آفریقایی- امریکایی دیده می‌شود.
- Sinus arrhythmia
- تنفس پریودیک (نزد اطفال نوزاد بیشتر دیده شده، اما نزد شیرخواران کمتر دیده می‌شود)
- Acrocyanosis: عبارت از سیانوز محیطی نزد نوزادان می‌باشد.
- لکه‌های بنفش در پیشانی نزد اطفالیکه تازه مهارت‌های قدم زدن را می‌آموزند، دیده می‌شوند.
- خمیده‌گی خفیف در ساق پاها نزد اطفال یک‌الی سه‌ساله بیشتر دیده می‌شود.
- لکه‌های کبود به تعداد ده تا بیست عدد در پاها و زانوهای اطفال در سن قبل از مکتب
- اسکلیرای آبی رنگ نزد شیرخواران
- Single transverse palmar crease: نزد ۵٪ اطفال دیده می‌شود.

سامان و لوازم معاینه

- ۱- ستاتسکوپ: که دارای bell و diaphragm مخصوص اطفال باشد.
- ۲- فیته اندازه‌گیری: اگر یک بار مصرف باشد خوبتر است، فیته‌های پلاستیکی در جوش دادن (تعقیم) خراب می‌گردند.
- ۳- چارت‌های اندازه‌گیری برای پسران و دختران به سنین مختلف
- ۴- Sphygmomamometer: که با عرض cuff‌های متفاوت و مناسب باشند.
- ۵- Auriscope: که دارای سائزهای متفاوت باشد، بزرگترین ear piece که بصورت راحت داخل گوش شده بتواند استفاده گردد. آن‌هاییکه تیوپ‌های رابری دارند جهت سکشن مناسب می‌باشند.
- ۶- موجودیت چراغ با روشنی مناسب جهت معاینه گلو
- ۷- Ophthalmoscope: بخاطر داشته باشید که اطفال نور زیاد را در چشم‌های خود خوش ندارند، لذا شدت نور همیشه کاهش داده شود.
- ۸- پینسل و کاغذ: هنگامی که شما با مادر طفل صحبت می‌کنید، طفل از آن استفاده کند.

- ۹- موجودیت کتاب‌ها و مجلات جهت خواندن و دیدن تصاویر آنها برای اطفال
- ۱۰- سامان بازیچه اطفال
- ۱۱- آینه
- ۱۲- یک وسیله بازی که صدا بکشد
- ۱۳- یک زنگ
- ۱۴- عینک‌های که قدرت بزرگ‌نمایی اندفاعات جلدی را داشته باشند.
- همراه با: "داشتن یک چهره بشاش و خندان می‌تواند هر دست را نرم نماید (JM Barrie).
- بعضی از دیپارتمنت‌های اطفال دارای وسایلی اند که جهت کسب مهارت‌ها عملی خیلی مفید بوده

بدون

اینکه کسی را متضرر بسازند مانند:

- ۱- Chicago, medical plastics.Baby -hippy
- ۲- Norway, laerdal.Resusci-baby
- ۳- USA. ophthalmic development lab Iowa.Ophthalmoscopy mannequin

طرز استفاده از وسایل

۱. گوش گرفتن بالای بینی همراه با ستاتسکوپ (فصل پنجم)
۲. مهارت‌های distraction (فصل سوم)
۳. استفاده از انگشت شصت جهت دریافت نبض اجازه دارد، اما مناسب نیست، بعضی اشخاص نبض فخذی را ممکن توسط شصت بهتر جس نمایند.
۴. جس بطن جهت دریافت نواحی دردناک و یا حساس (فصل سوم)
۵. استفاده از استاتسکوپ جهت دریافت نواحی مشکوک و حساس بطن (فصل سوم)
۶. Auriscope باید مشابه به قلم گرفته شود، زیرا احتمال آسیب به طفل خیلی کم است. (فصل پنجم)
۷. استفاده از Auriscope جهت دیدن داخل بینی (دریافت اجسام اجنبی)
۸. جهت باز کردن چشم‌های یک طفل نوزاد، طفل به وضعیت up right نگهداشته شده و چیزی برایش داده می‌شوند تا بچوشد. (فصل پنجم)

۹. زمانیکه میخواهید plagiocephaly را ارزیابی نمایید انگشت تان را در کانال‌های شنوایی دوطرف همزمان داخل نموده و موقعیت آنها را بصورت مقایسوی ارزیابی کنید. (فصل چهارم)
۱۰. از طفل خواهش کنید تا جای درد را نشان بدهد. (فصل سوم)
۱۱. وقتیکه می‌خواهید گلوی طفل را ببینید از وی خواهش کنید تا خمیازه بکشد. (فصل پنجم)
۱۲. اطفالیکه در سن قبل از مکتب قرار دارند آنها را در جریان معاینه روی پاهای شان ایستاده کنید، زیرا این حالت برای شان راحت تر است.
۱۳. با نواختن چیزی یا حرف زدن، یا هم صحبت در مورد تلویزیون دلخواه اطفال با آنها رابطه قایم نمایید.
۱۴. اگر در مورد پایین نشدن خصیه‌ها شک دارید، طفل را در وضعیت squatting قرار داده و معاینه نمایید. **علایم بیولوژیکی خطر**
- یک طفل اگر همیشه نمک را زیاد دوست دارد، او یک حالت کمبود نمک داشته ممکن سیستیک فیروز یا tubulopathy داشته باشد.
 - یک طفل ۱-۳ ساله اگر نان خشک و یا بسکیت را از خود دور می‌اندازد، ممکن مصاب به مرض سیلیاک باشد.
 - طفلیکه از نوشابه و شربنی نفرت دارد ممکن مصاب به sucrose-isomaltase deficiency باشد.
 - طفلیکه هر چیز را می‌نوشد و حتی شب بخاطر نوشیدن برمیخیزد، او ممکن مصاب به دیابت بی مزه باشد.
 - یک طفل اگر با شیر عکس العمل نشان می‌دهد او ممکن است مصاب به عدم تحمل گلوکوز یا هم‌الرژی در مقابل شیر داشته باشد.
 - طفلیکه همیشه خود را دراز می‌کشد، او مریض بوده زیرا اطفال مانند حیوانات زمانیکه مریض باشند خود را دراز میکشند بدون اینکه به کسی چیزی بگویند، وقتی خوب شوند برمیخیزند.
 - اگر یک طفل نمی‌خواهد یک نهایت خود را حرکت دهد ممکن دلالت به یک حادثه وخیم مانند کسر عظام و یا استیومیالیت نماید.
 - اطفال مصاب به عدم کفایه کلیه تمایل بیشتر به آب نسبت به شیر یا سایر نوشابه‌های شیرین می‌داشته باشند.

- یک طفل اگر خوب می‌خورد اما نمو نمی‌کند بطرف سندورم‌های سو جذب مانند سیستمیک فیروز باید فکر نمود.
- یک طفل اگر در جریان بازی مصاب به سرفه یا هم‌عسرت تنفس می‌گردد، ممکن است مصاب به استمای قصبی باشد.

نکات کلینیکی

- ۱- حالات الرژیکی: اطفال مصاب به allergic rhinitis همیشه بصورت متکرر بینی خود را با کف دست خود مالش می‌دهند.
- ۲- Screwdriving: اطفالیکه زیاد نارام و خفه هستند، اکثراً "دست خود را مانند دور دادن پیچ کش بصورت متکرر دور می‌دهند.
- ۳- خمیازه کشیدن: نزد نوزاد ممکن نشان دهنده اختلاج باشد.
- ۴- Cracked pot note: عبارت از آوازی است که از اثر قرع کردن بالای عظام قحفی نزد شیرخواران که مصاب به فرط فشار داخل قحفی باشند، ایجاد می‌گردد.
- ۵- اجسام اجنبی: ممکن است اطفال آنها را در سوراخ‌های بینی، گوش‌ها و مهبل داخل نمایند و نیز ممکن داخل معده و یا صدر شود.
- ۶- Limp and torticollis: لنگیدن و آهسته رفتن ممکن است ناشی از لیکومیای حاد باشد و دور دادن غیر معمول راس نزد اطفال که دلیل دیگر نداشته باشد، ممکن است ناشی از تومورهای posterior fossa باشد.
- ۷- اکثریت واقعات قید کردن تنفس که بصورت بنفسه‌ی خاتمه می‌آید، اما ممکن به paillid syncope بیانجامد، یا حتی ممکن سبب reflex anoxic seizure شود.
- ۸- چوشیدن لب‌ها حرکت دورانی اطراف سفلی در ۴۸ ساعت اول بعد از ولادت غیر ارادی بوده و مترافق با asphyxia encephalopathy میباشد.
- ۹- Sandifer's syndrome: حرکات dystonic عضلات، تغییر وضعیت بعضاً در اثر reflux esophagitis نزد اطفال ایجاد می‌گردد، و این حرکات بعد از اخذ غذا ایجاد شده ممکن با اختلاج اشتباه گردد.

- ۱۰- چطور می‌توانید یک شخص کاهل را که با شیر مادر تغذیه شده است شناسایی نمایید؟
 نوک بینی او را مشاهده کنید ، در جریان چوشیند ثدیه مادر فشار فزینکی که بالای نوک بینی وارد می‌گردد باعث دور شدن غضاریف مناخر انف می‌گردد ، اما برعکس اطفالیکه با شیر بوتل تغذی می‌گردند این غضاریف به هم نزدیک می‌باشند.
- ۱۱- اطفالیکه مریض‌های مزمن میداشته باشند دارای مژه‌های طولانی تر اند.

قاعده‌های کلی

- تمام ویزها استما نمی‌باشند ، اما اگر مکرر گردند دلالت به استمای قصبی می‌نماید .
- تمام whoop ها سیاه سرفه نیستند ، لکن اکثریت آنها هستند، ادینوواپرس و parapertussis ممکن باعث whoop شوند.
- هر قدر درد وسعت زیاد داشته باشد به همان اندازه احتمال ارگانیک بودن آن کم است.
- یک طفلیکه غذای خود را متداوم می‌خورد ممکن مریض باشد ، اما مریضی وخیم ندارد .
- انتانات ویروسی تمایل انتشار به گوش‌ها ، بینی ، جلد مانند سرخکان داشته در حالیکه انتانات باکتریایی تمایل به محرّاقی شدن در یک گوش ، فسی از ریه و تشکل آبسه‌ها دارند.
(Lightwood's law)
- خارج کردن یک طفل به وضعیت بهتر از وظایف ابتدایی داکتر هر شفاخانه اطفال می‌باشد.
- گفته‌های مادر درست است ، مگر اینکه شما دلیلی برای رد آن داشته باشید.
- یکی از وظایف ابتدایی تانسل‌ها متن شدن آنها است.
- تفتیش در مقایسه با مشاهده ممکن بهتر مد نظر باشد .
- اگر شما یکی از انومالی‌های بزرگ را دریافت میکنید ، در جستجوی دیگر آن نیزباشید ، زیرا انومالی‌ها اکثرا " متعدد می‌باشند.
- محصلین نباید متخصص تمام سیستم باشند.

افسانه‌های مادران

درحالیکه ما همیشه تحت تاثیر مفکوره و حرف‌های مادران قرار می‌گیریم و به آنها ارزش می‌دهیم. بعضی از افسانه‌ها نیز وجود دارند که مادران به آنها تاکید می‌کنند. در این جا بعضی از مثال‌های آنها بیان می‌گردد.

- ۱- دست زدن زیاد در بینی مترافق با کرم‌های امعا می‌باشد.
- ۲- مسهلات باعث پاکی بدی‌ها از طفل می‌گردد.
- ۳- غن‌دق کردن و استفاده از mercurochrome از چوشیدن انگشت جلوگیری می‌کند.
- ۴- کرم‌ها باعث شب‌ادرازی اطفال می‌گردند (نادرا " حقیقت دارد)
- ۵- پول‌های مسی باعث بهبودی فتق‌های سره‌وی می‌گردند (این فتق‌ها بصورت بنفسهی بهبودی می‌یابند)
- ۶- شیر بز برای اکزیما خوب است.
- ۷- اطفالیکه شیر مادر می‌خورند چاق نمی‌شوند.
- ۸- کریس‌های دندان‌های شیری موضوع مهم نیستند.
- ۹- برآمدن دندانها باعث اختلاجات می‌گردند.
- ۱۰- قدم زدن مقدم باعث bow leg می‌گردد.
- ۱۱- دانه‌های نارنج باعث التهاب اپندکس می‌گردد.

مخففات

- TORCH: توکسوپلازموز، روبیلا، سایتومیگالوویروس، هرپس و دیگران .
- NTD: نقیصه تیوپ عصبی
- CDH: بیجا شدن ولادی مفصل حرقفی فخذی
- CHD: امراض ولادی قلب
- FLK: " طفلیکه نمای خنداور دارد " از این اصطلاح بهتر است اجتناب شود
- IRDS: سندروم دسترس تنفسی با علت نا معلوم
- LBW: طفل جدید الولاده با وزن کم

VLBW: طفل جدید الولاده با وزن بسیار کم

SGA: طفل کوچکتر نظر به سن حملی

IDM: شیرخوار از مادر دیابتیک

IVH: خونریزی داخل بطنیات دماغ

CPAP: فشار مثبت متداوم در طرق تنفسی

PEEP: فشار مثبت تنفسی در اخیر ذفیر

IPPV: تهویه با فشار مثبت بصورت متقطع

NEC: التهاب نکروزی کولن‌ها

PFC: دوران متداوم حیات جنینی

BPD: دیسپلازیای قصبی ریوی

TTN: افزایش سرعت تنفس بصورت موقت نزد نوزاد

TAPVD: انومالی مکمل دریناژ ورید‌های ریوی

ZIG: ایمیونوگلوبولین زوستر

DTP: دیفتری، تیتانوس و سیاه سرفه

FAS: سندروم الکولیک جنینی

هرچند مخففات فوق را همه استفاده می‌کنند، لاکن باید بخاطر داشت که MI در حالیکه دلالت به احتشای میوکارد می‌نماید، هم چنان به معنای عدم کفایه مایترل و امراض دماغی نیز بکار برده می‌شود.

سندروم‌های که در آنها نام اشخاص ضمیمه شده است (Eponyms) از A-Z

Alport's syndrome: نفرایتس ولادی همراه با کری

Arnold-chiari malformation: بیجا شدن میدولا همراه با cerebellum در کانال ستون فقرات

Apert's syndrome: اکروسیفالی همراه با syndactyly

Barlow's manoeuvre: تخنیک معاینه بیجا بودن مفصل فخذی حرقفی

Barr bodies: کتله کروماتین‌ها در هسته حجرات

Beckwith-wiedemann syndrome: زبان و احشای بزرگ، جگنتیزم

Berger's disease: نفروپتی ایمونوگلوبولین A
 Bright's disease: التهاب گلوبولین‌ها بعد از انتان استرپتوکوک
 Blackfan diamond syndrome: اپلازیای ولادی کرویات سرخ خون
 Caffey's disease: هایپرتروفی یا سو شکل عظام نزد شیرخواران
 Cornelia de Lange's syndrome: تأخر فزیک و دماغی با داشتن وجه مخصوص
 Crigler-Najjar syndrome: فقدان گلوکرونیل ترانسفیراز
 Dandy-Walker malformation: به قنات تبدیل نشدن فوحت magendie و luschka
 Di George syndrome: اپلازیای ولادی غده تایمس
 Duckett-Jones criteria: معیارات تشخیصیه برای تب روماتیزم
 Epstein's pearls: اندفاعات نسج ایپیتل در سقف دهن
 Erb's palsy: یک نوع از brachial palsy علوی
 Fallot's tetralogy: نقیصه حجاب بین البطنی، تضیق دسام شریان ریوی، هایپرتروفی بطن راست همراه با بلند قرار گرفتن دسام شریان ابهر
 Fanconi's anaemia: کم خونی اپلاستیک بصورت ولادی
 Fanconi's syndrome: فاسفوگلوکوامینو اسید، بایکاربونیت یوری، لیکاز تیوبل های قریبه
 Gilbert's syndrome: افزایش بیلیروبین غیر مزدوج بصورت متداوم
 Guillain-Barre syndrome: پولی نیورایتس صاعده
 Henoch-Schönlein syndrome: التهاب اوئیه، التهاب مفاصل، التهاب نفرون‌ها همراه با درد بطنی
 Hand-Schüller-Christian disease: یک شکل از histiocytosis همراه با دیابت بی مزه، و آفات

استخوان

Hirschsprung's disease: تشوش عقدات عصبی کولن‌ها
 Kaposi's varicelliform eruption: موجودیت اندفاعات هرپس همراه با اکزیما
 Kawasaki's disease: سندروم عقدات لمفاوی جلدی مخاطی
 Klinefelter's syndrome: فینوتایپ همراه با xxy فینوتایپ

Koplik's spots: اندفاعات سفید رنگ در سطح داخلی رخسار نزد مریض سرخکان
 Laurence-Moon-Biedl syndrome: چاقی ، تأخر دماغی همراه با polydactyly
 Louis- Bar syndrome: عدم اقتدار موازنه همراه با telangiectasia
 Lowe's syndrome: سندروم oculocerebral
 Marfan's syndrome: بیجا بودن عدسیه ، قد دراز همراه با ضعیف بودن جدار شریان ابهر
 Meckel's diverticulum: غرس اکتوییک غشای مخاطی معده
 Morgan-Dennie fold: چین خورده گی قسمت سفلی اجفان همراه با اکزیما
 Noonan's syndrome: موجودیت XO فینوتایپ نزد طفل مذکر همراه با تضیق دسام ریوی
 Ortolani's test: معاینه جهت دریافت خلع مفصل فخذی حرقفی
 Potter's facies: وجه کدو مانند نوزاد همراه با کاهش مایع آمنیوتیک
 Reye's syndrome: انسیفلوپتی حاد همراه با عدم کفایه کبد
 Ritter's disease: سندروم جلدی با وجه گرم
 Russell – Silver syndrome: وجه سه کنجی ، قد کوتاه همراه با عدم تناظر بدن
 Spengel's deformity: بیجاشدن scapula بطرف علوی بصورت ولادی
 Von recklinghausen's disease: نیروفایبروماتوزس
 Von Gierke's disease: امراض ذخیره یی گلاایکوجن
 Von willebrandk's disease: فقدان فکتور VIII
 Wilms' tumour: نیفروبلاستوما
 Zellweger's syndrome: سندورم کبدی – کلیوی و دماغی

لست بالا هرچند یک لست جامع می باشد ، ولی زمانیکه چگونه گی مرض بصورت درست تشخیص گردید ، بهتر خواهد بود که از eponym ها استفاده نگردد. خوشبختانه ما لست epynym های مطلق را خاتمه دادیم. اکثریت ما دوست داریم تا سندروم های متذکره را حفظ نماییم. اطفال نیز دوست دارند تا سندروم های موجوده واضح گردند. اما باید بخاطر داشته باشیم که چیزی را که دوکتوران حالا نام گذاری می کنند مثلاً "Henoch schonlein syndrome ممکن تمام آن چیزی نباشد که

داکتران جرمنی آن را یک قرن قبل نامیدند. ولی این یک شهرت آبرومندانه است که به مولفین سندروم‌های متذکره داده شده است. سندروم‌های eponym ممکن توضیح‌کننده مجموعه از اعراض و علایمی باشد که منتظر ثابت شدن اند.

Dublin مرض Graves را تایروتوکسیکوز خواند، شفاخانه 'Guys' التهاب حاد گلو میروول‌ها را جانشین مرض Bright نمود و نبض corrigan بصورت غیر قابل برگشت کولاپس کرد.

سگنال‌های اخطار دهنده؟ صدماتی که ممکن تصادفی نباشند

ذیلاً "یک تعداد علایم فیزیکی ذکر می‌گردد که آنها ممکن است صدمات تصادفی نباشند

- پاره شدن frenulum نزد اطفالیکه با شیر بوتل تغذی می‌گردند
- کیود شدن چشم‌ها نزد اطفال یک‌الی سه‌ساله
- چاپ انگشتان بالای رخسارها
- خونریزی در پکه گوش
- علایم خراشیده‌گی
- چاپ دندان‌ها هر جایکه باشد
- لکه‌های آبی رنگ در نواحی که جا‌های تراوماتیک نیستند
- خونریزی شبکیه
- لکه‌های آبی رنگ در اطراف مهبل
- لکه‌های آبی رنگ در سنین مختلف در هر جایکه باشد
- بر علاوه یک شخص با تجربه علایم هشدار دهنده زیر را ممکن شناسایی نماید:
- Frozen watchfulness (دیدن بی‌احساس و سرد)
- اجتناب از نگاه متداوم
- یک‌چهره بسیار ژولیده

یادداشت کردن دقیق صدمات غیر تصادفی ضروری می باشد. علایم یافته شده مانند کبودی رنگ جلد و غیره باید یادداشت و توضیح گردند، اگر ممکن باشد عکس برداری شوند. شواهد جمع آوری شده ممکن برای ارایه کنفرانس واقعه خیلی ضروری باشند.

Mnemonic های بخاطر سپردنی

در طبابت بسیار کلماتی وجود دارند که جهت سهولت در حفظ کردن از آنها استفاده می نمایند و از نسل به نسل باقی مانده اند. بعضی کسان آنها را جمع می کنند و بعضی دیگر از آنها ترس دارند. یاد گرفتن آنها جهت رفع استرس امتحان برای شاگردان خوب می باشد. در این جا یک تعداد آنها ذکر می گردد که بعضی از آنها از سابق مانده بعضی هم توسط شاگردان پیشنهاد گردیده است و بعضی هم اختراعات ما می باشند.

1- تشدید کننده های استمای دوران طفولیت (ASTHMA)

A- الرژی (گرد خانه ، پولن گلها و غیره)

S- ورزش (تمرینات ، بازی)

T- درجه حرارت (سردی ، رطوبت ، هوای طوفانی)

H- ارثیت (داشتن تمایل فامیلی به استما ، جنتیک)

M- میکروبیولوژی (ویروس ها ، مایکوپلازما و غیره)

A- اضطراب (تشویش و فشار های روحی)

۲- ارزیابی شدت استما (6s)

S- مکتب (چند روز به مکتب رفته نمی تواند؟)

S- خواب (چقدر خوابش ناراحت می گردد؟)

S- سپورت (تا چه اندازه ورزش کرده می تواند؟)

S- کارهای روزانه (تا چه اندازه محدود گردیده است؟)

S- کارت score (چقدر شدت دارد؟)

S- استروئیدها (ضرورت به دوا چقدر است؟)

۳- شش I برای اکزیما

- I (خارش) انتی هستامین‌ها و غیره
- I (ichthyosis) که مترافق است با خشکی جلد
- I (التهاب) استفاده موضعی استروئیدها
- I (انتان) استفاده از انتی بیوتیک‌ها
- I (تخرشیت)
- I (تصویر خودی) تقویه روانی

پنج D برای تشخیص التهاب ایبیکلوت

- D (عسرت بلع)
- D (تشوش آواز)
- D (عسرت تنفس)
- D (ناراحتی)
- (مرگ)

اسباب بزرگ شدن طحال: (SPLEEN)

- S (تخریب کرویات سرخ در کم خونی هیمولایتیک)
- P (تکثر) انتانات ویروسی و غیره
- L (جمع شدن شحمیات) مرض Gaucher's
- E (فرط فشار ورید باب)
- E (هیم انجیوما، سیست‌ها)
- N (تومورهای خبیث مهاجم)

تب روماتیسم

پنج معیارات بزرگ

۱. التهاب قلب
۲. التهاب مفاصل
۳. تشوش عصبی (Chorea)
۴. نودول‌های تحت‌الجلدی
۵. Erythema marginatum

پنج معیارات کوچک

۱. طولیل شدن فاصله P-R در گراف قلب
۲. تاریخچه گذشته تب روماتیسم
۳. درد‌های مفصلی
۴. معاینات لابراتواری مثبت (ASO, ESR و غیره)
۵. تب

بیشتر اطفال ۵-۱۵ سال را مصاب می‌سازد.

تضیق پایلور

۱. استفراغات فورانی
۲. حرکات پرستالتیک قابل دید
۳. تومورهای قابل جس
۴. معاینه التراسوند مثبت

چرا ختنه اجرا می‌گردد؟

۱. به اساس دین اسلام
۲. به اساس دین عیسویت
۳. خواهش مادر
۴. دلایل طبی (فیموزس، پارافیموزس)

ABC برای آمدن خون در ادرار

۱. A (اناتومی) سیست‌ها و غیره
 ۲. B (مثانه) التهابات مثانه
 ۳. C (کانشرها) wilms' tumour
 ۴. D (ناشی از ادویه)
 ۵. E (ناشی از تمرینات فزیک) (ناشی از تمرینات فزیک)
 ۶. F (بصورت مصنوعی) Munchausen by proxy
 ۷. G (التهاب گلو میروول‌ها) موجودیت cast‌ها در ادرار
 ۸. H (هیمتولوژی) تشوشات خون
 ۹. I (انتانات طرق بولی) و صدمات
 ۱۰. K (سنگ‌های کلیه) افزایش اطراح کلسیم در ادرار
- اسباب دیگر خیلی نادر می‌باشند. سن، موجودیت یا عدم موجودیت درد و اعراض طرق بولی فکتورهای دیگر مرتبط به آن‌اند.

سه حرف P که در طبابت اطفال خیلی مهم می‌باشند عبارتند از:

P (والدین)

P (فقر)

P (وقایه)

پنج حرف A برای Evidence based medicine

A (پرسیدن سوالات)

A (دست‌رسی به معلومات)

A (ارزش‌دادن به شواهد)

A (جواب‌دادن به سوالات)

A (ارزیابی مراحل)

اسهال خونی CESSY

C (کمپیلوبکتر)

E (ای - کولای)

S (سلمونیل)

S (شیجیلا)

Y (یریسینا)

گراف جنتیکی (شکل ۱-۱۱)

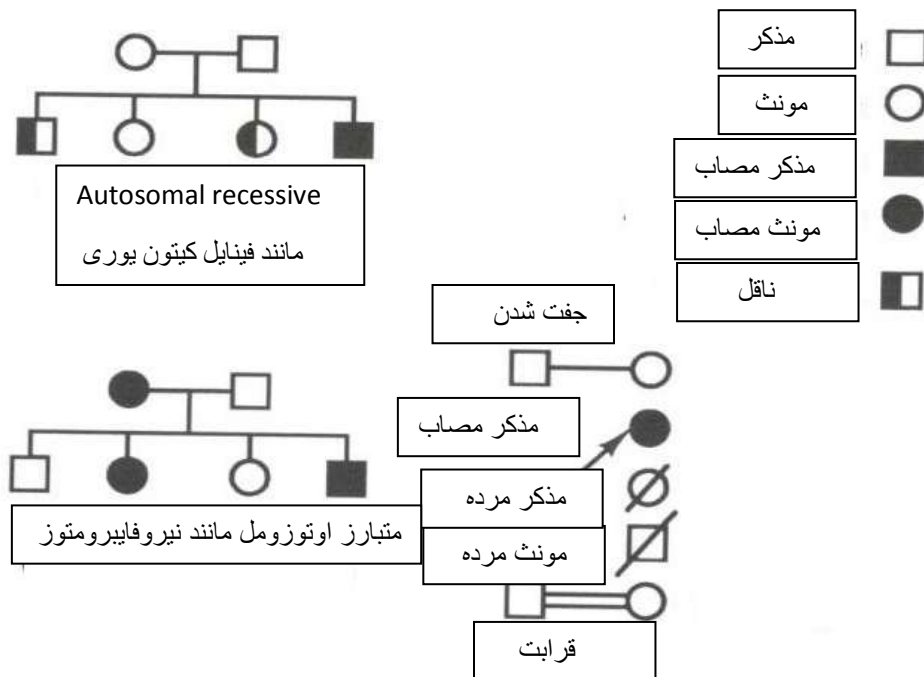
برای ارزیابی جنتیک رسم شجره روابط فامیلی مریض خیلی مهم می باشد. رسم متذکره نشان دهنده دو حالت جنتیکی recessive و dominant میباشد. برای جزئیات بیشتر به کتاب های درسی اطفال و جنتیک مراجعه نمایید. چیزی را که شما رسم مینمایید ، بیشتر قابل فهم خواهد بود . ما ترسیم شجره فامیلی را جز از تاریخچه روتین به شما پیشنهاد می کنیم.

نشونمای بدون تشوش و مریضی

یکی از خوشبختی های دوکتوران اطفال اینست که امراض اطفال بسیار بزودی در مقابل تداوی بهبود می آند . تنها وظایف دوکتوران اینست که به اطفال کمک نموده و آنها را هم از لحاظ روحی و هم از لحاظ جسمی تداوی درست نمایند. یک تعداد از امراض معمول آنها قرار زیراست.

- استما
- اکزیما
- ادرار شبانه (۵۰ فیصد بعد از سن ۵ ساله گی بصورت بنفسهی بهبودی می آند)
- قد کوتاهی
- عدم تحمل لکتوز

- صرعه با علت نامعلوم
- نفروتیک سندروم
- رفلکس مری معدوی
- رفلکس مثانی حالبی
- اسهالات
- نقیص‌های کوچک حجاب بین‌البطنی



شکل ۱-۱۱ دو مثالی از شجره فامیلی

نکات مهم در معاینات اطفال

ارزیابی اطفال نیاز به آموزش کورس‌های متداوم و اخذ امتحان در اخیر هر کورس دارد، که ممکن شامل مطالعه واقعات، نمایش سلایدها، امتحان تحریری، سوالات چهار جوابه و معاینات بالای مریض باشند. ذیلاً یک تعداد نمونه‌های از طرز تهیه سوالات، تهیه واقعات طولانی و یک یا چند واقعه کوتاه می‌باشد. کسانیکه امتحان را می‌گیرند می‌خواهند در مورد مهارت‌ها و دانش شما در بخش اطفال بدانند.

یک تعداد قاعده‌های کلی قرار زیر می‌باشد.

- ۱- تلاش کنید تمام معلومات مورد نیاز خود را از مادر طفل یا کسیکه طفل را مواظبت می‌کند بدست آورید. بخاطر داشته باشید که اطفال مصاب به امراض مزمن مانند (امراض قلبی، سیستمیک فایبروزس) بصورت قابل ملاحظه واضح و آشکار می‌باشند.
- ۲- مواظب باشید که به اطفال تا زمانیکه با شخص مسول و یا نرس مربوطه مشوره نکرده‌اید، چاکلیت یا دیگر غذا ندهید.
- ۳- قبل از تماس برای چند دقیقه تنها طفل را تحت مشاهده قرار دهید. تمام علایم دریافت شده که مرتبط با اعراض طفل می‌باشند، باید یادداشت گردند. درجه مریضی را ارزیابی کنید (طفل خوب است، مریض است یا بسیار مریض است).
- ۴- وزن نمودن وسایر اندازه‌گیری‌های ممکنه را فراموش نکنید و با چارت‌های مربوطه مقایسه نمایید.
- ۵- یک معاینه سیستمیک منظم انجام دهید، آن قسمت‌های که سبب ناراحتی طفل می‌گردند در اخیر انجام دهید.

۶- فکتورهای مثبت را که در جریان تاریخچه دریافت مینمایید در اول بنویسید. کوشش کنید که نکات را که دریافت می‌کنید به ترتیب اهمیت آنها مرتب سازید. بطور مثال ممکن شما دریابید که " اسم مریض Johnny و سن وی ۵ ساله است. او وجه مشابه به down's syndrome دارد و در صدر وی مرم‌ر شنیده می‌شود که مشابه به مرم‌ر ناشی از دفکت حجاب حاجزی است و در بطن وی یک ندبه ناشی از عملیات به قنات تبدیل نشدن اثناعشر دیده می‌شود.

۷- با در نظر داشت علایم مثبت کلینیکی که دریافت نمودید تشخیص تفریقی مرض را مد نظر بگیرید. وقتی که تشخیص احتمالی را می‌گذارید کوشش کنید که اول امراض بسیار شایع را مد نظر بگیرید. از تشخیص گذاشتن امراض خیلی نادر اجتناب کنید، مگر اینکه شواهد کافی برای امراض مذکور داشته باشید.

۸- از انجام معاینات غیر ضروری اجتناب نمایید.

۹- تا حد ممکن طفل را راحت و آرام بسازید.

۱۰- زیاد چرت نزنید، کوشش کنید اگر نفهمیدید جعل نکنید، بگویید بهتر است مریض را بستر

نمایید، من می‌ترسم که شاید ندانم.



شکل ۱۱-۲ اطفال پدران فردا اند.

معاینات کلینیکی مشاهده وی

- تمام توصیه‌های لازم از حوصله این کتاب بیرون است، ولی چندی از قواعد اساسی ذیلاً ذکر می‌گردد.
- ببینید، مشاهده کنید و چیزهای را که می‌پرسید، یادداشت نمایید.
- انفاعات جلدی، چارت نمو، ورق معرفی خط، اکسری و سایر معاینات اگر با خود دارد به دقت ارزیابی کنید.
- بصورت منطقی اول فکر کنید، قبل از اینکه صحبت نمایید.
- وقت بسیار با ارزش است کوشش کنید وقت را ضایع نسازید.

اساسات مهارت‌های کلینیکی

در این جا یک لست را تهیه نموده ایم آرزو داریم تا منچیت checklist در جریان معاینه اطفال از آن استفاده نمایید. هرچند شاید در مورد لست متذکره ملاحظاتی وجود داشته باشد و در اصول ما اطمینان داریم که دوکتوران اطفال با ما موافق خواهند بود. محصلین طب باید میان چیزهای که دانستن آنها خیلی ضروری است و چیزهای که دانستن آنها خوشایند است، تفکیک قایل شوند. همان طوریکه معیارات داخل شدن در طب بلند است باید مهارت و کیفیت آن بعد از فراغت نیز بالا باشد. آرزومند هستیم تا دوکتوران طب بعد از فراغت در جریان کار همه وقت به افزایش دانش و تجربه خود بیافزایند.

مهارت‌های اساسی کلینیکی برای محصلین که تاهنوز فارغ نشده اند

- داشتن توانایی برای گرفتن تاریخچه مکمل از طفل و والدین آنها.
- توانایی انجام معاینات کلینیکی نزد اطفال نوزاد، اطفال قبل از مکتب و اطفال بزرگتر

- شناخت تمام حالات نارمل
- توانایی در خلاصه نمودن تاریخچه و سایر معاینات ، تشخیص تفریقی ، پلان معاینه و تداوی

۱- معاینات سیستم قلبی و عایی

- اندازه نمودن فشار خون
- جس نبضان قلب و شرابین بزرگ
- دریافت بزرگ شدن بطین راست و چپ
- جس thrill
- اصغای آوازهای قلبی به شمول آوازهای اضافی
- دریافت و ارایه توضیحات لازم در مورد مرمرهای قلبی
- دریافت سیانوز ، clubbing انگشتان ، پولی سائیتیمیا
- توضیح تظاهرات عدم کفایه قلب

۲- سیستم تنفسی

- تفتیش برای دریافت علایم زجرت تنفسی
- قرع صدر
- دریافت سواشکال صدر
- اصغای آوازهای نارمل و اضافی
- توانایی در تشخیص آفات مختلفه از قبیل کولاپس ریه ، تکائف ریوی ، انصباب پلورا ،

نیموتورکس

۳- بطن

- جس کبد و طحال
- قرع کنارهای کبد
- دریافت کتلات بطنی
- دریافت حبن

- تشخیص تفریقی میان توسع بطنی ناشی از گازات ، مایعات ، مواد غایبه
- شکل نارمل خصیه‌ها و قضیب در بچه‌ها
- معاینات برای دریافت هایدروسل ، فتق‌ها ، اختفای خصیه ، جس و قرع مثانه متوسع

۴- جلد

- شناخت علایم معمول ولادی مانند هیم انجیوما ، خال‌ها و غیره
- شناخت و توضیح اندفاعات جلدی مانند اکزیما ، پسوریاسس ، مردار دانه ، پورپورا
- شناخت امراض معمول انتانی مانند سرخکان ، روبیلا ، chicken pox ، تب مخملک
- دریافت یرقان در نواحی مختلف بدن
- شناخت vitiligo و غیره
- شناسایی علایم دی‌هایدریشن متوسط و شدید

۵- مفاصل

- توانایی در معاینه تحرکیت مفاصل بزرگ ، بند دست ، ساعد ، شانه ، مفصل حرقفی ، زانو
- توانایی در شناخت علایم التهاب مفصلی مانند سرخی ، گرمی ، درد ، تورم و ضیاع وظیفه

۶- سیستم عصبی

- معاینه رفلکس‌های عمیق و اوتار توسط چکش
- توانایی در ارزیابی جهت علایم التهاب سخایا
- ارزیابی حالات نارمل و غیر نارمل فانتانیل‌ها از نظر اندازه و فشار
- ارزیابی تون عضلات ، موازنه و حسیت
- ارزیابی ساحه رویت
- ارزیابی علایم جهت تشخیص انواع مختلف cerebral palsy
- اندازه‌گیری‌ها
- اندازه‌گیری طول و قد
- اندازه‌گیری وزن
- اندازه‌گیری محیط راس

- ترسیم چارت مناسب

- ارزیابی مراحل بلوغ

۷- نشو و نما

- ارزیابی شش هفته گی

- ارزیابی شش ماهه گی

- ارزیابی یک ساله گی

- ارزیابی رفلکس های نوزادی

- ارزیابی قدرت شنوایی و رویت در شش ماهه گی

۸- انومالی های ولادی

- شناخت سندروم های ولادی معمول خصوصا "Down's syndrome"

- شناخت سو اشکال معمول ولادی مانند myelomeningocele ،

Hydrocephalus

۹- عمومی

- تشخیص امراض شدید حاد

- ارزیابی تغذی ، خصوصا "سوی تغذی و چاقی

- ارزیابی هایدریشن نارمل

- تشخیص کم خونی ها

- تفتیش دندانها و بیره ها جهت کرم خورده گی دندان ها و امراض بیره ها

- ارزیابی و شناخت لب چاکی و کام چاکی

۱۰- اورتوپیدی

- ارزیابی جهت دریافت خلع ولادی مفصل حرقفی فخذی

- ارزیابی ستون فقرات جهت دریافت scoliosis

- تست trendelenburg's

- اندازه گیری نهایت سفلی جهت دریافت کوتاهی

۱۱- گوش ، گلو و بینی

- استفاده از auriscope
- معاینه بینی و گلو
- تست های Rinne's و weber's

۱۲- معاینه خارجی چشم‌ها

- تست عکس العمل حدقه
- انجام تست cover
- معاینه ophthalmoscopy

موضوعاتی که محصلین طب ببینند و بدانند

یک محصل خوب کسی است که فعال بوده ، همیشه در کار باشد ، خودش محرک خود باشد ، در اطاق عاجل همیشه خود را رسانیده همکاری و واقعات را مشاهده نماید .
در پایین لستی است که محصلین طب اطفال باید در بعضی آنها سهم گرفته و برخی دیگر را باید ببینند.

الف: چیزهاییکه باید ببینند

- Lumbar puncture
- کتیتیرایزیشن مثانه
- تطبیق کنول
- تطبیق واکسین‌ها
- جمع آوری ادرار نزد نوزادان
- تطبیق تیوپ انفی بلعومی

ب: چیزهای که بهتر است ببینند

- احیای مایعات
- تطبیق تیوپ شزنی
- تداوی دیابتیک کیتو اسیدوز

- Scraping جلد نزد مریضان مصاب به سپس ناشی از مننگوکوک‌ها
- انفیوژن‌های داخل عظمی
- احیای مجدد قلبی تنفسی
- Heel prick test
- الکترو انسیفلوگرافی
- التراسوند
- اپندکتومی
- کاهش دادن هوا نزد مریضان مصاب به intussusceptions
- تست عرق

ج: اگر ممکن باشد اشتراک نمایند

- کنفرانس واقعات سو استفاده از اطفال
- اوتوپسی اطفال
- ملاقات‌های که چندین بخش داخله در آن سهم می‌گیرند

تست‌های کلینیکی

- Clubbing انگشتان را تشریح نموده و اسباب آن را نزد اطفال بیان نمایید؟
- Sinus arrhythmia چی است؟
- شش مهارت ضروری را نزد اطفال دوازده ماهه توضیح کنید؟
- اندفاعات اتوپیک اکزیما را توضیح نمایید؟
- اوصاف مرمر‌های فزیولوژیک را توضیح کنید؟
- چهار عامل بزرگ بودن راس نزد اطفال شیر خوار را نام بگیرید؟
- اصطلاحات زیر را توضیح کنید؟
- Anasarca ، cogwheel rigidity ، Chorea
- علمای زیر کدام موضوعات را توضیح نمودند؟
- korotkoff ، koplik ، Kernig

- فزیولوژی squatting در امراض سیانوتیک قلب چی است ؟
- چرا اطفال مصاب مشکلات تنفسی grunting میداشته باشند؟
- نبض‌های زیر را توضیح کنید؟
- Collapsing pulse ، Pulsus alternans، Pulsus paradoxus
- چرا اطفال مریض مصاب به mottled میگردند؟
- هدف از لرزیدن چی است ؟
- پنج عامل limp حاد را نزد یک طفل سه ساله توضیح کنید ؟
- پنج سبب میننجیزم بدون موجودیت التهاب سخایا را نام بگیرید؟
- کدام نقطه فشار دیاستولیک خوانده می شوند muffling یا غایب شدن آواز؟
- پنج سبب ویز را نزد اطفال نام بگیرید؟
- ده شکل صدمات را که دلالت به صدمات غیر تصادفی می نمایند ، توضیح کنید؟
- نام ادویه جات را که با hirsutism مرتبط اند نام بگیرید؟
- اوسط قد یک طفل دو ساله عبارت از چندم حصه قد آن در بزرگسالی خواهد بود؟
- آیا یک palmar crease به شکل مستعرض یک یافته نارمل است یاخیر؟
- اکثریت اطفالیکه قد آنها درخط سوم third centile قرار گیرد آنها اطفال کوچکتر نظر به حالت نارمل می باشند صحیح است یا غلط؟
- چگونه یک واقعه پولی دپسپای حقیقی را از حالات عادت‌ی یا روانی تشخیص تفریقی می کنید؟
- Peak expiratory flow rate با کدام حالات خوبتر مطابقت دارد ، سن ، جنس ، قد و وسعت صدر؟
- فشار خون با پیشرفت عمر افزایش می آبد صحی است یا غلط؟
- Bull neck چی است ؟
- Buffalo hump را توضیح کنید ؟
- سرفه کدام اطفال شباهت به آواز شیر بحری دارد؟
- استخوان‌های wormian چی اند؟

اطفال متفاوت هستند

- تناسب تنه و نهاییات
- مساحت سطح بدن
- فشار خون
- ضربان قلب
- تعداد تنفس
- ضرورت مایعات
- اندازه peak expiratory flow
- ضروریات تغذی
- مقدار ادویه
- پخته گی کلیه ها
- توضیح و میتابولیزم ادویه
- توانایی در تکلم و ارتباطات
- توانایی در دانستن
- سرعت متفاوت نمو و پخته گی



شکل ۳-۱۱ حجم خون یک نوزاد با وزن سه کیلوگرام ۲۵۰ ملی لیتر میباشد.

واقعیت‌های فزیولوژیک، آیا میدانید؟

حجم خون یک طفل نوزاد با وزن سه کیلوگرم ۲۵۰ ملی لیتر است.

کبد یک طفل نوزاد قابل جس است، زیرا بسیار فعال بوده و نسبتاً "یک عضو بزرگ می‌باشد. محیط راس یک طفل یک ساله که ۴۷ سانتی متر باشد ۸۵ فیصد محیط راس در کاهلان خواهد بود. اوسط قد یک طفل دو ساله که ۸۵ سانتی متر باشد، نصف قد کهنلت آن خواهد بود.

یک فورمول ساده جهت محاسبه peak expiratory flow rate نزد اطفال عبارت از

$$30 \times \text{عمر به سال} + 30$$

بصورت اوسط نموی قد یک طفل ۵-۱۰ ساله ۵-۷ سانتی متر سالانه خواهد بود.



شکل ۴-۱۱ طول قد یک طفل دو ساله نصف قد شخص کاهل است.

طفل در کدام سن می تواند؟

یک تابلیت را بلع کند؟

یک کپسول را بلع کند؟

خودش انسولین را زرق کند؟

گلوکوز خون را از نوک انگشت معاینه نماید؟

Peak flow rate را انجام دهد؟

در جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته کمک نماید؟

مفهوم یک clinical trail را بداند؟

با تداوی موافقه نماید؟

خودش کتیترا را تطبیق کند؟

تنفس خود را در جریان اخذ اکسری صدر قید نماید؟

بدون ادویه آرام بخش معاینه MRI نزد انجام شود؟

برای انجام تست وظیفوی شش‌ها همکاری نماید؟

جواب این سوالات این خواهد بود که اطفال در سنین مختلف توانایی و کسب مهارت‌ها را حاصل

می‌نمایند، به پخته‌گی میرسند و انجام این کارها بیشتر به پخته‌گی اعضا و سیستم‌ها مرتبط است نه

بزرگ شدن سنی آنها.



شکل ۵-۱۱ یک طفل صحت مند در جریان بازی فوتبال

References**Paediatric texts**

- Hall D 2003. Health for all children. Oxford University Press, Oxford Illingworth R 1991. The normal child. Churchill Livingstone, Edinburgh Kennedy N 2005. Paediatrics and child health: a text book for the DCH. Harcourt, Edinburgh
- Kliegman R 2006. Nelson essentials of paediatrics. Saunders Elsevier, Philadelphia
- Lissauer T, Clayden G 2001, Illustrated textbook of paediatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh
- McMahon RA 1991 . An aid to paediatric surgery . Churchill Livingstone, Edinburgh
- Meadow R 1997 . ABC of child abuse. BMJ books, London
- Polin R 2005 . Pediatric secrets. Mosby, Philadelphia
- Robinson M 2005. Practical paediatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Sheridan M 1997. From birth to five years. Children's developmental progress. Routledge, London
- Thoman R 2001. ABC of the first year. BMJ Books, London
- Valman H 1999. ABC of one to seven. BMJ Books, London

Picture Books

- D Dield 2003 Paediatrics: an illustrated colour text. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Hobbs C 2001. Physical signs of child abuse. Saunders, Philadelphia
- Manford A 1998. Illustrated signs in clinical paediatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Taylor S 1997. Diagnosis in colour . Mosby, Philadelphia

Reference texts

- Jones K 2005. Smith's recognizable patterns of human malformation. Saunders, Philadelphia
- Kingston H 1997 . ABC of clinical genetics. BMJ Books, London

Clinical signs

- Goldbloom RB 2002. Paediatric clinical skills, Saunders, Philadelphia
- Zitterli BJ 2002. Atlas of paediatric physical diagnosis. Mosby, Philadelphia

Publishing Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 258 different textbooks of Medicine, Veterinary, Psychology, Pharmacy, Engineering, Science, Economics, Journalism and Agriculture (96 medical textbooks funded by German Academic Exchange Service, 140 medical and non-medical textbooks funded by German Aid for Afghan Children, 6 textbooks funded by German-Afghan University Society, 2 textbooks funded by Consulate General of the Federal Republic of Germany, Mazar-e Sharif, 2 textbook funded by Afghanistan-Schulen, 1 textbook funded by SlovakAid, 1 textbook funded by SAFI Foundation and 8 textbooks funded by Konrad Adenauer Stiftung) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Al-Beroni, Kabul, Kabul Polytechnic and Kabul Medical universities. The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. It should be mentioned that all these books have been distributed among all Afghan universities and many other institutions and organizations for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit”.

We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to Konrad Adenauer Stiftung (KAS) which has provided fund for this book. We would also like to mention that they have provided funds for 8 textbooks so far.

I am especially grateful to GIZ (German Society for International Cooperation) and CIM (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me from 2010 to 2016 in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Dr. Najibullah K. Omary (PhD), Academic Deputy Minister Prof Abdul Tawab Balakarzai, Administrative & Financial Deputy Minister Prof Dr. Ahmad Seyer Mahjoor (PhD), Administrative & Financial Director Ahmad Tariq Sediqi, Advisor at Ministry of Higher Education Dr. Gul Rahim Safi, Chancellor of Nangarhar University, Deans of faculties, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project .

I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Fahim Habibi and Dr. Nasim Khogiani in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
Advisor at the Ministry of Higher Education
Kabul, Afghanistan, December, 2017
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.de

Message from the Ministry of Higher Education

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of higher education. Therefore, keeping in mind the needs of the society and today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.



I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and standard learning materials in different fields in order to better educate our students.

Finally I am very grateful to Konrad Adenauer Stiftung (KAS) and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing this book.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,
Dr. Najibullah K. Omary (PhD)
Minister of Higher Education
Kabul, 2017

Book Name Clinical Pediatric Examination Made Easy
Translator Associate Prof Dr Sayed Najmuddin Jalal
Publisher Kabul Medical Science University
Website www.kmu.edu.af
Published 2017, First Edition
Copies 1000
Serial No 255
Download www.ecampus-afghanistan.org
Printed at Sahar Printing Press



This publication was financed by Konrad Adenauer Stiftung (**KAS**).

Administrative and technical support by Afghanic.

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 textbooks please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office 0756014640
Email textbooks@afghanic.de

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2017

ISBN 978 – 9936 – 620 – 49 – 0