التقييم الصحي

Health Assessment

- القصة الصحية الكاملة
  - ✓ الهدف من القصة الصحية
  - ✓ التعريف
  - ✓ بنود القصة الصحية
    - معلومات السيرة الذاتية
    - سبب البحث عن الرعاية (العلاج)
    - القصة الصحية الحالية أو القصة المرضية
    - القصة السابقة
    - القصة العائلية
    - استعراض الأجهزة
    - التقييم الوظيفي أو فعاليات الحياة اليومية
- الفحص الجسماني

- مقدمة:

إن تقييم الحالة الصحية للمريض هو أحد العناصر الرئيسية للرعاية التمريضية، وله جانبان: التاريخ الصحي التمريضي – والفحص البدني. يتكون الفحص البدني من ثلاث أنواع: التقييم الكامل (على سبيل المثال عندما يتم قبول المريض في مؤسسة الرعاية الصحية) – فحص أجهزة الجسم (على سبيل المثال القلب والأوعية الدموية) – فحص منطقة الجسم (على سبيل المثال الرئتين عند ملاحظة صعوبة في التنفس).

- **الهدف من القصة الصحية:** هو جمع معلومات وبيانات شخصية (ماذا يقول الشخص عن نفسه)، إضافة الى البيانات الموضوعية عن طريق الفحص الفيزيائي أو الدراسة المخبرية لتشكيل قاعدة بيانات تستخدم لوضع التشخيص للحالة الصحية للمريض.

تعطي القصة الصحية صورة كاملة عن القصة الصحية الحالية والسابقة للشخص وهي تصف الشخص كوحدة واحدة متكاملة وكيف يتعامل مع البيئة المحيطة.

بالنسبة للشخص السليم: تستعمل القصة لتحديد وتقييم نمط حياته مثل التمارين الرياضية ، الحمية الغذائية و اتباع السلوك المشجع للصحة السليمة.

بالنسبة للشخص المريض فإن القصة المرضية تضم سجل مفصل ومرتب زمنيا لمشاكله الصحية.

- **تعريف القصة الصحية الكاملة:** هي أداة مسح للأعراض المرضية والمشاكل الصحية والاهتمامات كما أنها تسجل طرق الاستجابة للمشاكل الصحية.
- **بنود القصة الصحية الكاملة:**

1- معلومات السيرة الذاتية:

- الاسم
- العمر
- العنوان
- الجنس
- رقم الهاتف
- الحالة العائلية
- العرق
- المهنة السابقة والحالية

2- مصدر القصة (البيانات)

- معلومات الشخص نفسه أو أهله و أقربائه أو أصدقائه
- التأكد من موثوقية ومصداقية البيانات التي تم الحصول عليها من الشخص وقدرته على التواصل فالشخص الموثوق يعطي دائما الإجابات حتى لو أعيدت صياغة الأسئلة بشكل مختلف.
- ملاحظة أي ظروف معينة مثل (استخدام مترجم)
- المريض نفسه هو مصدر موثوق

3- **السبب في البحث عن الرعاية (العلاج):** حيث يصف المريض سبب مجيئه لطلب الرعاية وهي ما تحدد الاعراض والعلامات ومدتها.

- العرض: وهو إحساس شخصي يشعر به المريض نتيجة مشكلة معينة.
- العلامة: هي مشكلة موضوعية يمكن أن يكتشفها الفاحص (طبيب / ممرض) من خلال الفحص الفيزيائي أو الاستقصاءات المخبرية .أيا كان الذي يقوله الشخص فهو الذي يسجل كسبب لبحث المريض للرعاية والعلاج.
- مثلا: ألم صدري لمدة ساعتين
- ألم في الأذن وهياج طول الليل
- أن السبب في البحث عن الرعاية والعلاج ليست تشخيص ولا يمكن ترجمتها لتشخيص طبي على سبيل المثال(دخل السيد سميث بقصور في التنفس) وفكرت بكتابة التشخيص (انتفاخ رئة) حتى لو كان المريض معروفا أنه يعاني من انتفاخ الرئة من زيارات سابقة فالمشكلة التي استدعته الى القدوم ليست هي انتفاخ الرئة المزمن وإنما ازدياد قصور التنفس في الأربع ساعات الأخيرة.

يحاول بعض الناس أن يشخص مباشرة معتمدا على أعراض وعلامات مشابهة عند أقربائه ا أو أصدقائه أو على حالات يعرفونها مسبقا وهذا غير صحيح والأفضل تسجيل أعراض الشخص وعلاماته وشكواه الرئيسية.

أحيانا يحدد الشخص عدة أسباب لبحثه عن الرعاية فليس من الضروري أن يكون السبب الهام بالنسبة للشخص هو المسجل في البدء حاول كفاحص أن تركز على أكثر من مشكلة استدعته للقدوم في الوقت الحالي.

4- القصة الصحية الحالية أو القصة المرضية:

بالنسبة للشخص السليم تعتبر هذه عبارة قصيرة عن حالته الصحية العامة. أما بالنسبة للشخص المريض فتعتبر هذه العبارة سجل زمني بسبب بحثه عن الرعاية من وقت ظهور الأعراض الى الآن.

حاول عزل كل سبب يحدده المريض على سبيل المثال قل له (اخبرني من فضلك عن صداعك من وقت بدايته حتى وقت قدومك للمشفى). إذا كانت الشكوى منذ أشهر أو منذ سنوات سجل ماذا حصل في هذه الفترة وحاول أن تعرف لماذا قدم الشخص للعلاج الأن.

عندما يتكلم الشخص عن قصته لا تحاول أن تقفز الى النتيجة لإعطاء رأيك، اجمع البيانات في البداية وحاول أن تعطي تلخيصا نهائيا لأي عرض عند المريض ولكن ضمن هذه المواصفات الشكلية الثمانية وهي:

- ✓ **الموقع:** اسأل الشخص أن يحدد الموقع للتعيين. فمثلا: إذا كانت المشكلة هي الألم لاحظ المشكلة تماما. عادة يكون ألم الرأس مبهما بينما الوصف بأنه (الم خلف العين، أو الم في الفك، أو في عظم الجبهة) هو وصف دقيق ومهم تشخيصيا. اسأل الشخص أيضا ما إذا كان الألم موضعا في هذا المكان أو ينتشر وما إذا كان الألم سطحيا أو عميقا.
- ✓ **الوصف أو النوعية:** يتضمن هذا أوصاف معينة مثل (حارق، حاد، مؤلم، مزعج، نابض) استخدم تشبيهات أيضا مثل (هل يشبه الدم في برازك القطران اللزج وهل يشبه الدم في القيء طحل القهوة).
- ✓ **الكمية أو الشدة:** حاول أن تحدد كمية العلامات أو الأعراض على سبيل المثال (يحتاج دم الدورة الغزير الى خمس فوط نسائية في الساعة). بالنسبة للألم فإنه يصعب تحديد كميته لأنه ليس سيئا للغاية، لذلك حاول أن تسال كيف يؤثر الألم على الفعاليات اليومية. فقد يقول الشخص لقد كنت مريضا للغاية ولا أستطيع الحراك، أو قد يقول ذهبت للعمل صباحا لكن عدت للبيت وذهبت الى السرير مباشرة.
- ✓ **الوقت (البداية، المدة، التكرار):** متى ظهر العرض لأول مرة؟ حدد الوقت والتاريخ. أو كم استمر ظهور الأعراض قبل مجيئك للفحص إن الإجابة (ظهر الألم

البارحة) لن تعني لك شيئا عندما تعود لسجل المريض في المستقبل. فالتقرير يجب أن يضم أسئلة مثل:

- كم استمرت الأعراض ؟ **المدة**
- هل كانت ثابتة أم تذهب وتعود؟ **متقطعة**
- هل اختفت تماما وعادت للظهور بعد أيام أو أسابيع ؟ **التكرار**

✓ **الوضع:** أين كان الشخص أو ماذا كان يعمل عندما بدأت الأعراض بالظهور، وماذا نتج عنها. على سبيل المثال: هل لاحظت ألم الصدر بعد إزالة الثلج عن سيارتك أو ظهر لوحده بدون سبب.

✓ **العوامل المؤثرة والعوامل المخففة للحالة:**

- ما الذي يجعل الألم أسوأ؟
- هل يزداد الوضع سوء نتيجة الطقس أو الطعام أو الدواء أو الانحناء أو التعب او خلال وقت معين باليوم أو الفصل؟
- ما الذي يخفف من حدة المشكلة (الراحة- الدواء- الكمادات الثلجية).
- ما هو تأثير أي علاج وماذا أخذت من علاجات وما الذي يبدو أنه يسعدك.

✓ العوامل المرافقة: هل ترافقت هذه الأعراض مع أي أعراض أخرى (زحير بولي مع حرقة أثناء التبول مترافقة مع حمى وقشعريرة). افحص الجهاز بالعرض المرافق الآن ولا تؤخره مع فحص الأجهزة الأخرى.

✓ إدراك المريض: حاول أن تكتشف معنى ومفهوم الأعراض بسؤال المريض: كيف تؤثر الأعراض على فعالياته اليومية؟ اسال المريض بماذا يظن هذه الأعراض تعني له بشكل مباشر هذا مهم طبعا لأنه ينبهك بالقلق الكامن إذا كان يظن المريض أن أعراضه تنذر بسوء. من الأسهل أن تحفظ هذه الأسئلة بترتيب الأحرف (PQRSTU). وهذا يساعدك على تذكر كل النقاط. مع ملاحظة انك تحتاج أن تحدد إدراك المريض للمشكلة.

1. المريض: ما أحضرك الى هنا؟ ماذا كنت تعمل عندما لا حظت ذلك في البداية؟ ما الذي يجعلك تشعر أنك أحسن أو أسوء؟

2. الكمية أو النوعية: كيف تبدو لك الأعراض أو كيف تشعر بها؟ كم مدى شدتها أو خطورتها؟
3. المكان أو الانتشار: أين مكان المشكلة وهل تنتشر لمكان آخر؟
4. مقياس الشدة: كم مدى شدة الأعراض (على مقياس مدرج من 1-10)؟ وهل تتحسن أو تزداد سوءا أو تبقى على ماهي عليه.
5. الوقت: متى بدأ اول مرة؟ كم استمرت؟ وهل تتكرر عادة؟
6. إدراك المريض للمشكلة: ماذا تظن أنها تعني لك؟

5- القصة الصحية السابقة: أن الأحداث الصحية السابقة لها تأثيرات متبقية على الصحة الحالية، كما أن المشاكل المرضية السابقة تعطي دلائل للشخص عن كيفية استجابته للمرض و مدى اهمية المرض بالنسبة له.

1. أمراض الطفولة: الحصبة ، النكاف، الحصبة الألمانية، الحماق، السعال الديكي، التهاب البلعوم. طبعا لا تحاول تسجيل أمراض الطفولة لأن الامراض الشائعة في أمراض الطفولة (مثل الحصبة) غير شائعة في كبار السن. اسأل عن الأمراض الخطيرة التي لها تأثيرات وعواقب فيما بعد عند الكبر (الحمى الرثوية، حمى فرفريه، شلل الأطفال).
2. الإصابات والحوادث: حوادث سيارة كسور جروح ثاقبة رضوض رأس (خاصة ترافقت مع غياب وعي) وحروق.
3. الأمراض المزمنة والخطيرة: داء السكري، ارتفاع توتر شرياني، أمراض قلب، فقر دم منجلي، اضطرابات صرعية.
4. إقامة في المشفى:

السبب مدة الإقامة

اسم المشفى اسم الطبيب المعالج

كيف عولجت الحالة

5. العمليات الجراحية المجراة

نوع الجراحة اسم المستشفى

تاريخها كيف تحسن المريض

اسم الجراح

6. القصة النسائية:

عدد الحمول السابقة عدد الولادات التي كان الوليد فيها تام الولادة

عدد الولادات التي كان فيها الوليد خديجا عدد الإسقاطات

المخاض والولادة جنس ووزن وحالة كل وليد

لكل حمل غير تام سجل مدة الحمل، ولماذا انتهى الحمل بالإسقاط، أو الإجهاض

7. اللقاحات:
   - لقاح الحصبة
   - النكاف
   - الخناق
   - الحصبة الالمانية
   - شلل الاطفال
   - لقاح التهاب الكبد
   - لقاح الكزاز
   - السعال الديكي
   - لقاح المكورات الرئوية
   - لقاح حمى النزلة الوافدة النوع ب

   حدد تاريخ آخر لقاح للكزاز، وآخر اختبار جلدي للسل، وآخر جرعة دواء للأنفلونزا.
8. آخر فحص طبي: فحص طبي فيزيائي سني، فحص رؤية، سمع، تخطيط قلب كهربائي، صورة شعاعية للصدر.
9. الحساسية: حدد المؤرج(دواء، طعام، عامل تماس مثل ألبسة، أو نتيجة الجو المحيط). والتفاعل التحسسي (طفح، حكة، سيلان أنفي، دماع في العين، صعوبة في التنفس). بالنسبة للدواء يجب التفريق بين الأعراض الجانبية للدواء وبين أعراض التحسس.

10. الأدوية الحالية: لاحظ الأدوية الموصوفة من الطبيب والأدوية التي تؤخذ مباشرة من الصيدلي. اسأل عن الفيتامينات، حبوب منع الحمل، الاسبرين، ومضادات الحموضة، لأن كثيرا من الناس لا يعتبرون هذه الأدوية بأدوية مهمة. وبالنسبة لكل دواء لاحظ: الاسم، الجرعة، وموعد الدواء، واسأل الشخص كم مرة تأخذ هذا الدواء في اليوم؟ لماذا تأخذ هذا الدواء؟ ومنذ متى تأخذ هذا الدواء؟

6- القصة العائلية:

اسأل عن العمر والصحة، أو عمر وسبب موت الأقارب مثل الأهل، الأجداد ، الإخوة. هذه المعلومات لها أهمية وراثية بالنسبة للمريض. اسأل عن أفراد العائلة القربيين أيضا مثل الشريك والأولاد. وجود أي مرض معد، أو تأثير مرض أحد أفراد العائلة على هذا الشخص. اسأل بشكل محدد عن أي قصة عائلية لمرض قلبي: ارتفاع توتر شرياني، أو أذيات دماغية، داء سكري، أمراض دموية، أمراض خبيثة، فقر دم منجلي، التهاب مفاصل رثياني، تحسس، بدانه، كحولية، أمراض عقلية، أمراض صرعية، أمراض في الكلية، السل، ارسم شجرة للعائلة أو رسم وراثي لتحديد هذه المعلومات بشكل واضح.

7- استعراض أجهزة الجسم:

يتضمن استعراض أجهزة الجسم ما يلي:

- تقييم الحالة الصحية الحالية والسابقة لكل جهاز من أجهزة الجسم.
- التأكد من وجود بيانات أو معلومات محذوفة
- تقييم ممارسات التثقيف الصحي.

- يتم إجراء الفحص الجسماني الكامل بدأ من الرأس الى القدم. ويمكن أن يختلف هذا الإجراء وفقا لسن الفرد، وشدة المرض، وتفضيلات الفاحص، وموقع الفحص، وأولويات وإجراءات المشفى. لذلك يتم إجراء التقييم الصحي والفحص الجسماني بطريقة منهجية وفعالة تؤدي إلى أقل عدد من التغييرات في حالة المريض. تسجل فقط الأعراض الأكثر شيوعا لكل جهاز من أجهزة الجسم.
- عند تسجيل المعلومات يجب تجنب كتابة كلمة سلبي بعد فحص كل جهاز. يسجل فقط وجود أو عدم وجود أعراض.
- يجب أن تكون القصة مركزة على أقوال المريض والمعلومات الشخصية.

1. الحالة الصحية العامة: تتضمن الوزن الحالي (زائد ، ناقص نتيجة الحمية أو عوامل أخرى)، التعب، الضعف، الوهن الشديد، حمى، قشعريرة، تعرق ليلي.

2. حالة الجلد: وجود قصة مرضية لمرض لجلدي: اكزيما، صدف، تصبغات أو تغيرات في اللون، تغير في شكل الوحمة، جفاف زائد، أو رطوبة، حكة، كدمات، أو طفح.
3. الشعر والأظافر: تساقط في الشعر حديث وتغير في الملمس. تغير في شكل الأظافر واللون والهشاشة.
4. الرأس: أي صداع شديد متكرر غير عادي، أي رض على الرأس، غشي أو دوار.
5. العينان: صعوبة في الرؤية، نقص مجال الرؤية، ضبابية في الرؤية، الرمد، الم في العينين، ازدواج الرؤية، رؤية مضاعفة، احمرار، أو تورم أو دماع أو خروج قيح صديدي، ساد.
6. الأذنان: الم في الأذنين، سيلان من الأذن مع وصف هذا السيلان، طنين أو دوار دهليزي.
7. الأنف والجيوب: السيلان الأنفي مع وصف هذا السيلان، زكام شديد متكرر، غير عادي، ألم في الجيوب، انسداد في الأنف، رعاف، حساسية، أو حمى، او تغير في حاسة الشم.
8. الفم والحنجرة: الم في الفم، التهاب متكرر في البلعوم، نزف في اللثة، الم في الأسنان، آفة في الفم أو اللسان، عسرة بلع، صرير أو تغير في الصوت، استئصال لوز، تغير في حاسة التذوق.
9. الرقبة: ألم تحدد الحركة، وجود كتل أو تورم، عقد لمفية مؤلمة أو متضخمة، ضخامة في الغدة الدرقية.
10. الثديين: ألم، وجود كتل، إفرازات من الحلمتين، طفح، قصة مرضية لمرض في الثدي، أي جراحة في الثديين.
11. الإبطين: وجود ألم، أو كتل ، أو انتفاخ، أو طفح.
12. الجهاز التنفسي: وجود قصة مرضية لمرض في الرئة (ربو، انتفاخ رئة، التهاب قصبات مزمن، ذات رئة، سل). ألم صدري أثناء التنفس، وزيز، أو صوت عالي أثناء التنفس، قصور في التنفس، سعال، قشع (لونه، وكميته)، نفث دموي، التعرض لمواد ملوثة أو سامة.
13. الجهاز القلبي الوعائي: ألم خلف القص، أو أمام القلب، شعور بالخفقان، ازرقاق، صعوبة في التنفس أثناء الجهد (حدد شدة الجهد مثال ذلك: صعود عدة درجات، المشي من الكرسي الى الحمام أو فقط الكلام). زلة اضطجاعيه، عسرة تنفس ليلية اشتداديه، بوال ليلي، وذمات، قصة مرضية لنفخات في القلب، ارتفاع توتر شرياني، أمراض قلبية شريانية، فقر دم.

14. الجهاز الوعائي المحيطي: برودة في الأطراف، خدر، تنميل، وذمات في الساقين (وقت ظهورها خلال اليوم)، تغير لون اليدين أو القدمين (احمر مزرق، شاحب)، دوالي ساقين، عرج متقطع، التهاب وريد خثري مع تقرحات.
15. الجهاز المعدي المعوي: الشهية، عدم تحمل الطعام، عسرة البلع، الحموضة، عدم هضم الطعام بشكل جيد، الألم المترافق مع الطعام، آلام بطنية أخرى (حموضة معدية ومريئية مع تجشؤ حامضي)، غثيان وإقياء (وصفه) قيء دموي، قصة لمرض بطني(قرحة معدية كبدية أو مرارة، يرقان، التهاب زائدة دودية، قولون عصبي)، غازات، تواتر البراز، أي تغيرات حديثة، صفات البراز، الإمساك أو الإسهال، براز زفتي، نزف من الشرج، حالة المستقيم (بواسير- نواسير).
16. الجهاز البولي: التكرار أو التواتر، الزحير، البوال الليلي (عدد مرات الاستيقاظ في الليل للتبول) عسرة التبول، زيادة كمية البول أو نقصانه، صعوبة أثناء التبول بسبب تضيق مجرى البول، لون البول (عكر، أو وجود بيلة دموية)، السلس البولي، قصة مرضية لمرض بولي (أمراض الكلية: حصيات في الكلية، التهاب في المجرى البولي، أمراض البروستات)، الم في الخاصرة، المغبن، المنطقة فوق العانة، ألم أسفل الظهر.
17. الجهاز التناسلي الذكري: ألم في القضيب، ألم في الخصية، إفرازات من القضيب، كتل أو قرحة، فتق إربي.
18. الجهاز التناسلي الأنثوي: الدورة الشهرية (وقت البلوغ آخر دورة طمثية، الفترات التواتر، أي انقطاع طمثي، او نزف طمثي، ألم قبل الطمث، أو عسرة الطمث، او نزف قليل أثناء الطمث)، حكة مهبلية، سيلان مهبلي، وقت حدوث سن اليأس، أي أعراض وعلامات لسن اليأس، نزف سن اليأس.
19. الصحة الجنسية: العلاقة مع الشريك متضمنة الجماع، فيما إذا مفاهيم الجنس مرضية للمريض والشريك، أي عسرة جماع للمرأة، وأي تغيرات في الانتصاب، أو القذف للذكر، استخدام موانع الحمل، هل طريقة منع الحمل مرضية، وهل الشخص مدرك للعلاقة مع الشريك الذي لديه مرض منتقل بالجنس (التهاب الإحليل بالمكورات البنية، المتدثرات، الاورام القنبيطية الإفرنجية، الإيدز).
20. الجهاز العضلي الهيكلي: قصة مرضية للالتهاب المفاصل، أو مرض النقرس. هل يوجد في المفاصل ألم، تيبس تورم(تحديد الموقع وطبيعة الإنتشار) تشوه وتحدد في الحركة، صوت أثناء حركة المفاصل؟ هل يوجد في العضلات تشنج ضعف ومشاكل في المشي

أو مشاكل في الوزن. هل يوجد أسفل الظهر ألم (تحديد الموقع والانتشار الى الأطراف)، اليبوسة وتحدد الحركة أو القصة المرضية لألم أسفل الظهر أو انقراص فقرات؟

21. الجهاز العصبي: القصة المرضية لنوبات صرعية، سكتة دماغية، الإغماء، فقدان الذاكرة، بالنسبة للوظيفة الحركية : الضعف، رجفان، شلل، مشاكل في الوزن، وبالنسبة للوظيفة الحسية: الخر والنمل. بالنسبة للإدراك: مشاكل في الذاكرة (القريبة والبعيدة عدم التوجه). بالنسبة للحالة للعقلية: أي تواتر أو تغيرات في المزاج، أو الاكتئاب أو قصة مرضية لإعاقة عقلية.
22. الجهاز الدموي: الميل للنزف من الجلد أو من الأغشية المخاطية، حدوث كدمات، تضخم في العقد اللمفاوية، التعرض لمواد سامة أو لأشعة، نقل دم والارتكاس الناتج عنه.
23. الجهاز الغدي الصماوي: القصة المرضية لداء السكري، أو أعراض سكرية (زيادة كمية البول وجفاف الفم والميل لشرب الماء)، قصة لمرض في الغدة الدرقية، عدم تحمل الحرارة والبرودة، تغير في لون الجلد أو ملمسه، تعرق زائد، العلاقة بين الشهية والوزن، توزع شعر غير طبيعي، توتر، ارتعاش، الحاجة الى معالجة هرمونية.

8- تغير الوضع الوظيفي متضمنا فعاليات الحياة اليومية:

يقيس تقدير الوضع الوظيفي، وقدرة الشخص على الرعاية الذاتية في حال غياب المرض.

- وفي كل فعاليات الحياه اليومية مثل: الحمام، اللباس، الذهاب للحمام، الأكل والمشي.
- أو الفعاليات التي يحتاج اليها للحياة المستقلة مثل: تنظيف المنزل، التسوق، الطبخ، الكوي، استخدام الهاتف، تدبير أمور المعيشة المالية، الغذاء، العلاقات الاجتماعية، الادراك الذاتي، وكيفية المواجهة، والبيئة المنزلية تقدير الوضع الوظيفي، والأدوات التي تؤكد على التصنيف الوظيفي جميعها تساعد في الحصول على التشخيص التمريضي.
- استخدام أداة قياسية عن تقدير الوضع الوظيفي وإكمال القصة الصحية. تقيس هذه الأداة بشكل موضوعي حالة الشخص الوظيفية الحالية وتراقب أي تغيرات خلال الوقت. أسئلة تقدير الوضع الوظيفي يجب أن تكون موجودة في القصة الصحية القياسية، تؤمن هذه الأسئلة معلومات عن نمط الحياة وطبيعة البيئة المحيطة للشخص، وباعتبار أن بعض هذه المعلومات هي خاصة وسرية للشخص فإن هذه

الأسئلة تسأل بشكل متأخر في المقابلة بعد أن يطمئن الشخص أو المريض ويرتاح الفاحص. هذه الأسئلة تشمل:

- ✓ احترام الذات أو الإدراك للذات: التعليم (آخر شهادة حصل عليها الشخص)
- ✓ الحالة المالية: هل الدخل مناسب لنمط الحياة أو اهتمامات الصحة.
- ✓ الايمان والقيم: الممارسات الدينية وادراك الشخص لقوته الشخصية.
- ✓ الأنشطة/ التمارين: ملف كامل عن أنشطة الحياة اليومية يسأل الشخص كيف يمضي يومه؟ ملاحظة القدرة على القيام بالأنشطة اليومية هل هي بشكل مستقل أم يحتاج الى مساعدة بالإطعام، والوقوف، أو صعود الدرج، استخدام كرسي متحرك أو وسائل مساعدة في الحركة. تسجل أيضا أنشطة وقت الفراغ ونموذج التمارين (نوعها مقدارها بشكل يومي أو أسبوعي، مراقبة الحمية ومراقبة استجابة الجسم للتمارين).
- ✓ النوم والراحة: طريقة النوم والقيلولة أثناء النهار، استخدام أي وسائل تساعد على النوم.
- ✓ الغذاء/ طرح الفضلات: سجل الحمية الغذائية (كل الطعام والمرطبات التي أخذها الشخص في 24 ساعة الاخيرة، وهل هذه القائمة تؤخذ في كل الأيام، يجب وصف عادات الغذاء والشهية للطعام يسأل الشخص من يشتري له الطعام؟ هل مصروفه المالي كافي لطعامه؟ من يتواجد معه على وجبات الطعام؟ وجود حساسية من الطعام أو عدم تحمل الطعام، كمية المكافئين المأخوذة في اليوم (قهوة، شاي، كولا)، يسأل أيضا عن عادات التغوط والتبول وفيما إذا كان هناك مشاكل أثناء الانتقال الى الحمام، أو يستخدم ملينات، أو جود سلس.

الفحص الجسماني:

- لمحة عن حياة المريض:

الأسم- العمر- الجنس (ذكر ، انثى)- الجنسية- رقم الهاتف- رقم الغرفة، والسرير- التشخيص عند الدخول- تاريخ الدخول.

- التاريخ الطبي:

العمليات الطبية السابقة- الأمراض السابقة- العلاج المأخوذ- هل يوجد حساسية- الحوادث والإصابات.

- التاريخ المرضي الحالي:

متى بدأت الاعراض- بدء الأعراض بالتدريج، - مكان المشكلة بالتحديد- العوامل التي تؤدي الى إثارة المشكلة أو تخفيفها. المشاكل المصاحبة- ما سبب حضور المريض للمشفى- من أحضره الى المشفى وكيف.

- مستوى نشاط المريض:

يتحرك لوحده ، يتحرك بمساعدة، يتحرك من السرير الى الكرسي فقط، يتحرك في السرير فقط، لا يتحرك، أداة المشي اليومي (لا يعتمد على مساعدة)، الطول، بنية الجسم (صغير- وسط –كبير)، الهيئة (منحني- مستقيم)، المشية (متعاون في الحركة، غير متعاون) النظافة الشخصية، السلوك (متعاون- سلبي).

- الرأس: الشكل – الحجم- تناسق الرأس مع الجسم
- العينين: احمرار، انتفاخ و إفرازات خارجة منها (الفحص بمنظار العين).
- الأذنين: وجود إفرازات ، ثقب بطبلة الأذن (الفحص بمنظار الأذن)
- الأنف: وجود إفرازات ، ورم غشائي مخاطي، وضعية الأنف بخط مستقيم
- الحلق: وجود قرحة ، تسوس الأسنان ، تضخم اللثة ، تلون غير طبيعي
- الرقبة: وضع الحنجرة ، شكلها ، الغدد اللمفاوية والغدة الدرقية الشريان السباتي
- اليد: تبقرط الأصابع، تغير شكلها، تقعر الأصابع، نزف بجزء صغير واحمرار براحة اليد ، ارتعاش، فرط انتفاخ ، إعاقة جسدية في اليد.

- الجهاز العصبي المركزي: مستوى الوعي – واعي- غير واعي – واعي بعض الشيء، التوجه (واعي للوقت والمكان والزمان والأشخاص)، الذاكرة (سليم، فقدان ذاكرة مؤقت، فقدان ذاكرة دائم، أهبل)، حركة الأطراف (شلل، يأخذ علاج، مستجيب لأي تنبيه مؤلم، فحص الحركة العضلية (متعاون- متوازن- ضعف تركيز العضلات الحركية)، فحص الاحساس (ملموس- الم مع الفحص، يفهم من حوله)، الكلام (واضح، كلام متداخل- تعثر أو تأتأة)، حدقة العين(متساوية – متفاعلة- الحجم).
- الأعصاب: دوخة، إغماء، تشنج، رعشة، تنميل، تعب، خلل في هيئة الجسم أثناء الوقوف، عسر الكلام، خلل في التحكم بالعضلات.
- جهاز القلب والأوعية الدموية: صفات دقات القلب (زيادة في ضربات القلب، بطء ضربات القلب، معدل نبض طبيعي) ، الإيقاع (منتظم، غير منتظم)، الجودة (صفر ، غائب 1، ضعيف 2، منخفض 3، إحساس كامل 4)، جودة الأوعية والأوردة (سميكة، معرجة، ناعمة، مطاطية)، مواصفات ضغط الدم(عالي، منخفض، طبيعي).
- وضعية الجلد: لون الجلد (شاحب- ازرقاق بأطراف الأصابع- ازرقاق في الجسم كله- لون برونزي)، الحرارة (سخونة ، دافء، برودة) رطوبة الجلد(جاف- رطب- متعرق- ندي)، المكان مزرق مع الضرب ، وجود كدمة أو غيابها، سريان الدم بالاوعية كافي، اختبار الشعيرات الدموية (بالضغط على الجلد لمدة 2 ثانية – أكثر من 2 ثانية)، تعجر الأصابع (موجود، غائب)، أصوات القلب (الأول، الثاني).
- الجهاز التنفسي: شكل الصدر (منتظم اسطواني) – خط العمود الفقري(خط مستقيم للعمود الفقري، تحدب، بروز الظهر)- طبيعة التنفس (تبدو عليه علامات الجهد، لا تظهر عليه علامات الجهد)، تنفس تلقائي عفوي ، صوت التنفس (واضح وصافي على كامل الساحة الرئوية، متساوي، طقطقة، صفير)، تمدد الصدر، كحة بلغم، بصاق دموي، ألم بالصدر، إفرازات من الأنف.

- الجهاز الهضمي: بالنسبة للبطن (وجود آثار عملية فتق ، وظهور أوردة متمددة)، صوت الأمعاء، لمس البطن باليد (طرية ، منتفخة، مؤلمة)، حركة الأمعاء (متكررة مواصفاتها)، الشهية للطعام، حرقة بالمعدة، عسر بلع، بلع مؤلم، غثيان، قيء مدمى، تجشؤ.
- الجهاز البولي: مواصفات البول، الكمية، طبيعة عملية التبول، كمية السوائل الداخلة والخارجة، نوع القسطرة أن وجدت.
- الجهاز الغشائي الجلدي: لون الجلد(طبيعي، شاحب، محمر مزرق أو مصفر) لون الأظافر (شاحب مزرق)- مواصفات طبيعة الجلد (جيد ، ضعيف) حالة التجفاف (واضح ، غير واضح)، حالة الضغط على الجلد، وجود أي عمليات سابقة.
- الجهاز الدموي: فقر دم (نوعه وعلاجه)، وجود كدمات نزفية
- الجهاز العضلي الهيكلي: حركة المريض، قوة العضلات، حجمها، حالة المفصل (متألم متصلب منتفخ) ، العضلات (تشنج، تقلص)
- الحالة النفسية للمريض: الخاصة والاجتماعية، النواحي (النفسية والدينية).

انتهت المحاضرة

المقابلة The Interview

عملية التواصل

- الإرسال
- التلقي
- العوامل الداخلية
- العوامل الخارجية

تقنيات التواصل

التعريف بالاستجواب.

طور الفعل

- الأسئلة المفتوحة (غير المباشرة9
- الأسئلة المغلقة (المباشرة).
- الاستجابات التي تساعد المريض على سرد القصة.

مصائد المقابلة.

المهارات الغير لفظية.

إنهاء المقابلة.

المقابلة: هي لقاء بينك وبين المريض بهدف تسجيل قصة مرضية كاملة والقصة المرضية هامة في بدء التعرف على صحة المريض ومشاكله وهي جسر للخطوة القادمة لجمع المعلومات بالفحص الجسماني.

تأتي المقابلة في المقدمة وهي الجزء الأكثر أهمية لجمع المعلومات. تجمع المعلومات الشخصية (ما يقوله المريض عن نفسه) والمقابلة أفضل فرصة للشخص ليخبرك عن نفسه. عندما يراجع الناس مراكز الرعاية الصحية فإنهم يفقدون السيطرة بدرجة معينة لكن يبقى المريض متحملاً للمسؤولية.

تؤمن المقابلة الناجحة:

1. تجمع معلومات دقيقة وكاملة عن الحالة الصحية للشخص تتضمن وصف وتوقيت حدوث المرض.
2. تحدث تواصل وثقة فيشعر الشخص بقبول وحرية للمشاركة في المعلومات المتعلقة بالموضوع.
3. تعلم الشخص عن الحالة الصحية وبذلك يمكن أن يشارك في تحديد المشاكل.
4. تبني تواصل لعلاقة علاجية مستمرة. هذا التواصل يسهل التشخيص ووضع الخطة والعلاج.
5. تبدأ بتعليم الشخص التثقيف الصحي والوقاية من المرض.

يجب أن تعتبر المقابلة مشابهة لعقد صفقة بينك وبين المريض. تتألف هذه الصفقة من قوانين سلوكية لفظية وغير لفظية وفي هذه الحالة يهتم الاتفاق بما يحتاج الشخص وما يتوقعه من العناية الصحية وما لديك أنت كخبير صحي كي تقدمه. إن الهدف النهائي هو الصحة المثالية للمريض، تتضمن بنود الاتفاق:

- زمان ومكان المقابلة وفحص سريري ناجح.
- هدف المقابلة.
- التعريف عن نفسك وتوضيح مختصر عن دورك.
- كم ستستغرق المقابلة من الوقت.
- توقعات مساهمة كل شخص.
- وجود أشخاص آخرين مثل (العائلة، الخبراء، الأصدقاء، الطلاب).
- الحفاظ على الأسرار والى أي درجة يمكن أن تكون هذه السرية محدودة.
- التكاليف التي يجب أن يدفعها المريض.

على الرغم من تقديم المريض لبعض المعلومات مسبقاً عبر الهاتف فإن النقاط الباقية تحتاج لأن تكون واضحة في البدء وأي خلل أ واضطراب قد ينجم عنه غضب واستياء المريض وعدم الثقة والانفتاح المطلوبة لتسهيل المقابلة.

عملية التواصل

إن الوسيلة التي تقودك أنت ومريضك خلال المقابلة هي التواصل وهي تبادل المعلومات بحيث يفهم كل منكما الآخر بشكل واضح وإذا لم يفهم كل واحد الآخر ولم يعط المعنى فلن يحدث التواصل.

الإرسال:

بشكل أكيد أنت واعي للتواصل اللفظي والألفاظ وتواتر الصوت. يشمل التواصل غير اللفظي لغة الجسد، الوضعية، حركة القدمين، واللمس وحتى الجلوس على الكرسي. وبما أن التواصل غير اللفظي أقل وقوعاً تحت تأثير الوعي من التواصل اللفظي فإن تواصلك الغير لفظي يعكس مشاعرك الحقيقة بشكل أكبر.

الاستقبال:

كونك واعياً للرسائل التي ترسلها هو جزء فقط من الموضوع. إن كلماتك وإشاراتك يجب أن تفسر في سياق الموضوع ليكون لها معنى ويكون لك موضوع محدد في تفكيرك عندما ترسل كلماتك. إن المتلقي يضع ترجمته بناءً على هذه الأمور ويربط المعاني بناءً على خبرته السابقة ومفهومه الشخصي بالإضافة إلى حالته النفسية والجسدية الحالية وأحياناً لا تتزامن هذه المفاهيم مع بعضها.

يجب أن يكون هناك فهم متبادل من قبل المرسل والمتلقي حتى يتحقق الاتصال الناجح.

إن سوء الفهم موجود في السلك الطبي أكثر منه في السلك الاجتماعي وهذا يسبب خطورة كبيرة. لدى المريض مشكلة صحية تجعلك مسئولاً نفسياً عنه بسبب علاقتك المهنية به.

التواصل مهارة أساسية يمكن أن تكتسب أو تصقل عندما تكون ممارس مبتدئ وهو أداة أساسية للاهتمام بالصحة كما هي أدوات الفحص الجسماني وكي تجعل مهارة التواصل ممتازة لديك يجب أن تهتم بالعوامل الداخلية والخارجية.

العوامل الداخلية

1 -حب الآخرين:

وهو التواصل الحقيقي مع الآخرين وهذا يعني نظرة تفاؤلية بشكل عام للناس والتأكيد على قوتهم تحمل ضعفهم. إن جو الاهتمام والدف ضروري، يجب أن يشعر المريض أن هدفك ليس جعله يعتمد عليك وأنا أن تساعده ليكون مسئولاً عن نفسه بشكل تدريجي.

2 -التعاطف:

يعني رؤية العالم من خلال الإطار الداخلي للشخص الآخر بينما تبقى أنت الشخص المستقبل. وهو يعني التعرف وقبول مشاعر الشخص الآخر بدون انتقاد ويوصف أيضاً (الشعور بالشخص أكثر من الشعور مع الشخص).

3 -القدرة على الاستماع:

ليس الاستماع دور منفعل في عملية الاتصال انه فعال ومطلوب ويحتاج لانتباهك الكامل. لا يمكنك أن تنشغل باحتياجاتك الشخصية أو احتياجات المرضى الآخرين وإلا سوف تفقد شيئاً هاماً مع هذا المريض.

العوامل الخارجية

جهز مكان الفحص الجسماني، قد يجرى الفحص في غرفة ضمن المشفى أو في غرفة فحص أو مكتب أو عيادة أو في منزل المريض. لكن في كل الأماكن يجب أن تكون الأوضاع مثلى للحصول على مقابلة جيدة.

تأكيد الخصوصية

تهدف إلى خصوصية المكان وهذا يتضمن الطلب من الشريك في الغرفة لينتظر خارجاً قليلاً أو يجد غرفة غير مشغولة أو جناح فارغ. إذا لم تتأمن الخصوصية بالمكان يجب تأمين الخصوصية النفسية من خلال الفصل بالستائر ليتأكد الشخص من عدم وجود من يسترق النظر أو يقاطع المقابلة.

رفض المقاطعة

يستاء معظم الناس ن المقاطعة ما عدا في حالات الإسعاف. اخبر فريق العمل أثناء المقابلة واطلب منهم عدم مقاطعتك خلال وقت المقابلة وامنع باقي الخبراء من مقاطعتك لحاجاتهم أثناء تواصلك مع المريض.

قد تهدم المقاطعة بثواني ما قد بنيته في دقائق

المحيط الفيزيائي (البيئة)

- اضبط درجة حرارة الغرفة لمستوى مريح.
- ضع إنارة كافية ليرى كل منكما الآخر بشكل واضح وتجنب وضع المريض مباشرة باتجاه ضوء قوي لأن ذلك يجعله ينحرف عنك.
- خفف الضجة: لان تعدد الممرضات قد يشوش على مقابلتك.
- أطفئ التلفاز والراديو وأي جهاز غير ضروري.
- قم بإزالة أي عناصر مشتتة للانتباه.

- من المناسب ترك بعض الأجهزة الطبية مثل منظار الأذن والعين ومقياس ضغط الدم بشكل مرئي. مع تجنب الفوضى. يجب أن تدل الغرفة على الطبيعية المهنية للفاحص.
- اجعل المسافة بينك وبين المريض (4–5 أقدام) أي ضعف طول الذراع. إذا وضعت المريض أقرب فإنك تغزو المسافة الخاصة به وقد يسبب ذلك القلق لديه وإذا وضعت المريض أبعد من ذلك فسوف تكون بعيداً عنه ومتحفظاً.
- ضع مقعد الجلوس بنفس المستوى ليكون مريحاً لك وللمريض. تجنب مواجهة المريض عبر مقعد أو طاولة لان ذلك يشعره بوجود حاجز، إن وضع الكرسي بدرجة 90 يعتبر جيداً لأن ذلك يسمح للشخص بان يواجهك أو بان ينظر بشكل مستقيم للأمام من فترة لأخرى والأهم من ذلك تجنب الوقوف لأنه يؤثر بطريقتين:

1 –يعكس تهورك وترددك.

2 -يفرض التعالي.

- يجعلك الوقوف تبدو بشكل سلطة مهددة للمريض. أما عندما تجلس فإن الشخص يشعر ببعض السيطرة في المكان.
- رتب وضعية وجه لوجه أثناء مقابلة مريض مستشفى نائم في السرير فالشخص يجب ألا يحق بالسقف لان ذلك يجعله يفقد الرسالة العينية للاتصال.

الملابس

يجب أن يبقى المريض بملابس الخروج عدا في حالة الإسعاف. ملابسك كفاحص يجب أن تكون مناسبة للمكان وتتماشى مع معايير المهنة المعتادة حيث يجب أن يكون اللباس موحد أو مريول نظامي فوق الملابس محافظة مع بطاقة اسمية بالإضافة إلى المظهر العام والجيد مع تجنب المبالغة.

أخذ الملاحظات

لا يمكن تجنب أخذ بعض الملاحظات لأنك لا تستطيع أن تعتمد كلياً على الذاكرة فيما بعد لتسجيل المقابلة ولتجهز تفاصيل الاستشفاء السابق أو مراجعة أجهزة الجسم.

سلبيات أخذ الملاحظات:

1 -يقطع التواصل البصري غالباً.

2 -يحرف انتباهك بعيداً عن الشخص فيقلل إحساسه بالأهمية.

3 -قد يقاطع استمرارية سرد القصة مثلاً تقول للمريض (رجاءً أبطئ أنا لا أستطيع فهم كل المعلومات) وقد يراك المريض تسجل المعلومات بشكل سريع ولإرضائك يحاول إبطاء كلامه لمستوى كتابتك. فيفقد المريض الأسلوب الطبيعي للتعبير.

4 -يعيق اكتشافك لسلوك المريض غير اللفظي.

5 -مخيف للمريض خلال مناقشة مواضيع حساسة (كمية الكحول، المخدرات، الجنس، العنف) لذلك حاول التقليل من أخذ الملاحظات وحاول تركيز انتباهك على المريض وأن أي تسجيل يجب أن يكون ثانوي أو تالي للمناقشة ويجب ألا يتدخل بتلقائية الشخص.

التسجيل بالمسجلة أو الفيديو

الشريط هو أداة تعليمية ممتازة حيث يمكنك أن تقيم أدائك كفاحص بشكل موضوعي.

" لم أدرك أني تكلمت كثيراً، أنا فعلاً سيطرت على المريض" .

"علي أن أراقب مقاطعتي للمريضة لقد قاطعتها ذلك الوقت.

يبين الشريط المسجل كيف تستطيع تحسين تواصلك عم المريض وعندما تحصل على خبرة فأن الشريط يوثق مهاراتك التطورية وبهذه الطريقة تستطيع أن تكافئ نفسك.

تقنيات الاتصال

مقدمة عن المقابلة

المريض موجود وأنت جاهز لإجراء المقابلة، إذا كنت متوتراً حول كيفية البدء تذكر أن تجعل البداية قصيرة ومن المحتمل أن يكون المريض متوتراً وقلقاً حول كيفية البدء.

خاطب المريض باسمه الأول، صافح باليد إذا كان ذلك مريحاً، قدم نفسك وابدأ بالتعريف عن نفسك ودورك (طالب مثلاً) وإذا كنت تجمع قصة كاملة أعطي سبب لهذه المقابلة.

" سيدة سانشر أحب أن أتحدث عن مرضك الذي دفعك للقدوم إلى المشفى".

" سيد غريغ أريد أن أسالك بعض الأسئلة عن صحتك ونشاطاتك اليومية وذلك لوضع خطة علاج لحالتك في المشفى".

بعد المقدمة المختصرة اسأل أسئلة مفتوحة ثم اترك المريض يباشر الكلام، أنت لا تحتاج لحديث صغير بشكل ودي لتبني تواصل لأنها ليست زيارة اجتماعية.

طور العمل

إن طور العمل هو جمع المعلومات ، تتضمن المهارات اللفظية لهذا الطور أسئلة المريض واستجابات لما يقوله المريض. يوجد نوعين من الأسئلة : الأسئلة المفتوحة (غير المباشرة) والأسئلة المغلقة وكل نمط له مكان وعمل مختلف في المقابلة.

الأسئلة المفتوحة (غير المباشرة)

تهدف لجمع معلومات عن سرد القصة تبدأ بمناقشة الموضوع بتعابير عامة. لتبدأ المقابلة ولتقدم مجموعة جديدة من الأسئلة وعندما يقدم الشخص موضوع جديد.

" أخبرني كيف يمكن أن أساعدك".

" ما الذي أتى بك إلى المشفى".

"كيف تسير أمورك".

لقد تحدثت عن قصور بالتنفس أخبرني عنه أكثرط.

إن هذه الأسئلة غير محددة أو موارية. تترك الحرية للشخص ليجيب بشكل حر بأي طريقة وهي تشجع الشخص أن يجيب بمقاطع طويلة من الكلام ويعطي تقرير تلقائي بأي ترتيب تريده أنت. تترك الشخص يعبر عن نفسه بشكل كامل. عندما يجيب الشخص استمع لما يقول ما يحدث عادة هو إن المريض يجيب بتعابير قصيرة أو جمل ويتوقف ثم ينظر إليك وهو يتوقع بعض التوجيهات عن كيفية الاستمرار.

ما ستفعله بعد ذلك هو مفتاح المقابلة فإذا وجهت أسئلة جديدة عن مواضيع أخرى قد تخسر الكثير من القصة الأولى. وبدلاً من ذلك استجب للجملة الأولى ب " أخبرني عنه أو أي شي آخر" أو " انظر بشكل مهتم وبرضى" وبعدها سيخبرك الشخص بقية القصة.

الأسئلة المباشرة أو الموجهة

تسأل عن معلومات محددة حيث تستخرج أجوبة قصيرة بكلمة واحدة أو اثنتين أو بنعم أو لا أو بخيار مجبر بينما الأسئلة غير المباشرة تسمح للمريض بأن يكون لديه مجال حر فالأسئلة المباشرة إذا تحد من أجوبة المريض.

الأسئلة غير المباشرة	الأسئلة المباشرة
تستخدم لمعلومات سرد القصة.	تستخدم لمعلومات خاصة.
تكون الإجابات بمقاطع طويلة.	تكون الإجابات بكلمة واحدة أو اثنتين.
تستخرج المشاعر والآراء والأفكار.	تستخدم الحقائق الباردة.
تبني وتؤكد التآلف.	تحد من التآلف وتترك التفاعل حيادي

استخدام الأسئلة المحددة بعد الرواية المفتوحة للشخص لإضافة أي تفاصيل تركها الشخص، استخدم أيضاً الأسئلة المباشرة عندما تحتاج لحقائق خاصة عديدة مثل السؤال عن المشاكل الصحية السابقة أو خلال استعراض الأجهزة. تحتاج لهذه الأسئلة من أجل تسريع المقابلة.

إن استخدام كل الأسئلة من النوع الغير مباشر أو المفتوح سوف يكون عمل غير حكيم وقد يأخذ عدة ساعات للإجابة عنها لكن عليك الانتباه بعدم الاستخدام الزائد للأسئلة المباشرة.

اتبع التوجيهات التالية:

1. وجه فقط سؤال مباشر بنفس الوقت وتجنب الإثقال على الشخص بقوائم طويلة من الأسئلة. مثال (هل حدث لديك ألم من قبل أو رؤية مزدوجة أو سيلان أو احمرار في العين؟. تجنب الأسئلة ذات الشطر المزدوج مثل (هل تمارس الرياضة وتتبع حمية من أجل وزنك؟. الشخص لن يعرف بأي سؤال يبدأ الإجابة وان أجاب بكلمة نعم فلن تعرف عن أي سؤال قد أجاب.
2. انتق اللغة التي يفهمها الشخص عليك أن تنتقي تعابير منطقية أو عامية.

الاستجابات: مساعدة المريض في سرد القصة

لنفترض أنك سألت سؤال غير مباشر والمريض يجيب عندما يتكلم الشخص فإن دورك تشجيع التعبير الحر لكن لا تترك الشخص يسرح بالكلام. إن استجاباتك ستساعد الشخص على توضيح القصة ، يبحث بعض الأشخاص عن العناية الصحية لوقت قصير فتكون قصتهم المرضية بسيطة غير معقدة وبالنسبة لهؤلاء الأشخاص يوجد نوعين من الاستجابات: (التسهيل والصمت). هناك آخرون تكون قصتهم المرضية معقدة ولهم تاريخ مرضي طويل لحالة مزمنة أو انفعالات مرافقة. إن الاستجابات الإضافية تساعدك في جمع المعلومات بدون مقاطعة هؤلاء الأشخاص. توجد تسع أنماط من الاستجابات اللفظية بشكل عام.

أول خمس استجابات: التسهيل، الصمت، الانعكاس، التآلف والتوضيح تتضمن ارتكاساتك حول الحقائق أو المشاعر التي يظهرها المريض ومراجعاتك الخاصة لا تدخل في هذه الاستجابات. يكون المريض هو الذي يقود المقابلة.

أما الاستجابات الأربعة الأخيرة : مواجهة، فهم، تفسير، وتلخيص. فهي تبدأ بالتعبير عن مشاعرك وأفكارك الخاصة. إن الإطار المرجعي يتحرك عن منظور المريض إلى منظورك الخاص. تكون أنت من يقود المقابلة.

1 -التسهيل Facilitation

تشجع هذه الاستجابة المريض ليقول أكثر ويتابع القصة (م، هم، تابع، استمر، آه، هه) تدعى أيضاً الإرشادات العامة وهذه الاستجابات تظهر للشخص بأنك مهتم وسوف تسمع المزيد. حافظ أيضاً بشكل بسيط على التواصل العيني والتحرك للأمام بكرسيك مع إظهار الاهتمام. قل نعم، واستخدم يدك للتعبير (نعم، تابع، أنا معك). وهذه التعابير تشجع المريض للاستمرار بالكلام.

2 -الصمت Silence

الصمت من ذهب بالنسبة للأسئلة غير المباشرة. إن الصمت المؤدب يدل المريض على ان لديه وقت للتفكير وليجهز ما يريد إن يقول بدون مقاطعة منك. إن هذا الصمت التفكيري هو

خبرة صحية قد تقطع معظم الأحيان وان المقاطعة تهدم سلسلة أفكار المريض. يقاطع المريض غالباً لأن الصمت غير مريح بالنسبة للفاحصين المبتدئين لأنهم يشعرون بمسؤولية استمرار الحديث ويشعرون بالخطأ إذا توقفوا لكن هناك محاسن للصمت أحداها أن تترك المريض ليجمع أفكاره ويعطيك فرصة لمراقبة المريض بدون تدخل وتلاحظ التلميحات غير اللفظية ويعطيك فرصة للتحضير للمقاربة القادمة.

3 -الانعكاس

هي صدى لكلمات المريض وهو تكرار للجزء الذي قاله المريض للتو. وفي هذا المثال يركز الانعكاس الانتباه الأكبر على التعبير المحدد ويساعد الشخص للاستمرار بطريقته الخاصة.
المريض: "أنا هنا بسبب التبول، يوجد تقطع برشق البول". الاستجابة: يوجد تقطع برشق البول.
المريض: نعم لقد أحتاج مني البارحة 30 دقيقة كي أتبول وفي النهاية حدث جريان قليل ثم توقف.
تساعد استجابة الانعكاس في التعبير عن المشاعر بعد كلمات المريض، قد تكون المشاعر موجودة بالجمل وعليك أن تركز عليها وتشجع المريض على الشرح بالتفصيل.

4 -التآلف

يترافق أي عرض مرضي أو حالة أو مرض مع مشاعر يعاني أغلب الناس من صعوبة في التعبير عنها ربما بسبب التشويش أو الإحراج. في المثال السابق، ذكرت المريضة شعورها بشكل مسبق وقمت أنت باستجابة انعكاسية لكن في المثال التالي لم يذكر المريض ذلك. لذلك تعتبر استجابة التآلف مهمة وهي تميز شعور المريض وتصفه له بكلمات أي تسمي الشعور وتسمح بتعبيره وعند استخدام هذه الاستجابة فإن المريض يشعر بقبول ويتعامل مع هذا الشعور بانفتاح.
المريض باستهزاء: إن هذا رائع لدي عملي الخاص إني مسئول عن 20 موظف كل يوم والآن علي أن أحدثك عن كل تفصيل صغير بحالتي الصحية.
الاستجابة: انه بالتأكيد أمر صعب، يوم تكون لديك سيطرة ممتازة على حالتك والآن تشعر بأنك معتمد على الآخرين.

تدرك الاستجابة التآلفية الشعور وتتقبله وتسمح للشخص بالتعبير عنه بدون إحراج إنها تقوي التواصل حيث يشعر المريض بالفهم وهذا بحد ذاته علاج لأنه يوثق جسور الود والترابط مع المريض. وتشمل الاستجابات التآلفية الأخرى " سيكون أمراً قاسياً عليك"، " أنا أفهمك"، أو ضع يدك على ذراع المريض.

5 -التوضيح

تستعمل هذه الاستجابة عندما تكون كلمات المريض المختارة مبهمة أو مشوشة مثال: أخبرني ماذا تعني بقولك أنا مريض في الدم؟. يستعمل التوضيح أيضاً لتلخيص كلمات المريض

فهو يسهل الكلمات ويجعلها واضحة أكثر. واسأل المريض ما إذا كان توضيحك صحيحاً إنك تطلب الموافقة والمريض يؤكد أو ينفي فهمك.

الاستجابة: الآن كما أفهم تعاني من ألم ثقيل في صدرك يزداد عندما تصعد الدرج ثم يزول عند توقفك عن العمل هل هذا صحيح؟.

6 -المواجهة

تذكر في الاستجابات الأربعة التالية (مواجهة- فهم- تفسير وتلخيص) يتحول الإطار المرجعي من منظور المريض إلى منظورك أنت. تتضمن هذه الاستجابات أفكارك وشعورك، استخدمها فقط عندما تستوجب الحالة وتجنب الاستخدام الزائد لأنها تتم على حساب المريض.

في حالة المواجهة تراقب فعلاً معيناً، شعوراً أو كلاماً وتركز انتباه المريض عليها. أنت تعطي تعديلك الصادق عما ترى أو تشعر وهذا قد يركز على الاختلاف " أنت تقول هنا لا يؤلمك لكن عندما ألمسك أراك تكشر متألماً".

أو أنها قد تركز على شعور الشخص " تبدو حزين وصوتك غاضب".

أو قد تواجه المريض عندما تلاحظ أجزاء متناقصة في القصة " لقد قلت قبل ذلك انك توقفت عن الكحول والآن تقول انك شربت بعد العمل".

7 -الفهم

لا تركز هذه الاستجابة على المراقبة المباشرة مثل المواجهة ولكنها مبنية على استدلالاتك أو استنتاجاتك. إنها تربط الأحداث وتصنع الاتصالات أو تعرض السبب " يبدو كل مرة تشعر بالألم في المعدة تكون قد تعرضت لتوتر في حياتك". يحدد الفهم السبب ويساعد المريض على فهم شعوره الخاص بالارتباط مع رسالة لفظية.

8 -التفسير

بهذه التعابير والأقوال، تشارك المريض المعلومات الحقيقة والموضوعية وقد تشرح له سبباً ما " كونك لا تأكل ولا تشرب فهو بسبب تحليل الدم الذي يجب أن يكون على الريق".

9 -التلخيص

هو مراجعة نهائية حول فهمك لما قاله المريض. انه يكشف الحقائق ويقدم مسح حول كيفية إدراكك للمشكلة أو الحالة الصحية. انه نمط من المصداقية التي قد يتفق معها المريض أو قد يصححها. يجب أن تتشارك أنت والمريض في ذلك وعندما يحصل التلخيص في نهاية المقابلة فإنه يشير إلى قرب انتهاء المقابلة.

مصائد المقابلة أو الاستجواب

هي عوائق للحصول على معلومات كاملة وتعيق التواصل مع المريض وتشمل:

1 -التزويد بطمأنة كاذبة أو إعادة تطمين

افترض أن امرأة تقول " آه، لقد اكتشفت للتو أن الكتلة لدي سوف تتحول لتصبح سرطانية". ماذا حدث داخلك؟ إن الاستجابة المباشرة لمعظم الأطباء هي قولهم " الآن لا تقلقي أنا متأكد أنك ستكونين بخير". ينهي هذا التعبير المشجع قلقك ويعطيك حس كاذب بوجود ارتياح ولكن بشأن المرأة فهو ينهي التواصل معها ويقلل من قلقها وترفض أي كلام أبعد من ذلك وفعلياً ستكون على غير ما يرام بعد ذلك. خذ بالاعتبار بدلاً من ذلك هذه الاستجابة " أنت فعلاً قلقة بشأن الكتلة أليس كذلك". " سيكون من الصعب انتظار نتيجة الخزعة".

تخاطب هذه الاستجابات الشعور وتفتح الباب للتواص، يجب أن يكون هناك شكل واقعي صادق لإعادة التطمين كما يمكنك طمأنة مرضاك بالاستماع إليهم وبأنك تفهمهم وبان لديك أمل من أجلهم وأنك سوف تهتم بهم بشكل جيد.

المريض: أشعر وكأنني ضائع منذ دخلت المركز، لا أحد يأتي ليراني ولا أحد يهتم بي".

الاستجابة: أنا أهتم بما يحدث لك، أنا سأهتم بك طيلة الأسبوع.

يعطي هذا النوع من التطمين التزام للمريض ويكون له وقع ايجابي.

2 -إعطاء نصائح غير مطلوبة

اعلم متى تعطي النصيحة ومتى يجب تجنب إعطاؤها. غالباً ما يقصد الناس مراكز الرعاية الصحية لأنهم يريدون النصيحة المهنية والمعلومات عن كيفية تدبير مشاكلهم الصحية. لا تستخدم النصيحة المبنية على هاجس أو رأي شخصي، مثلاً امرأة انتهت لتوها من مقابلة الطبيب الذي أخبرها بان فرص الحمل لديها هي بالجراحة وهي لا تعلم ماذا تفعل الآن. هل تحتاج هذه السيدة لنصيحتك فعلاً. إذا أجبت لو كنت مكانك فإنك سوف ترتكب خطأ لأنك لا تستطيع أن تكون مكانها أبداً وإذا أعطيتها جواب فإنك ستكون بدلت مسؤولية أخذ القرار منها عليك.

عندما تسأل عن نصيحة هناك استجابات مفصلة أخرى هي: " ما هي الحجج المناقضة والمؤيدة لهذا الخيار". " ما هي المخاوف التي لديك". " ما الذي يؤخرك".

على الرغم من أن إعطاء نصيحة سيكون أسرع لكن خذ الوقت الكافي لتدع المريض في عملية حل المشاكل عندما يشارك المريض سيكون أكثر احتمالاً أن يتعلم ويغير سلوكه.

3 -استخدام السلطة

إن استخدام السلطة يشعر المريض بالدونية والاتكال، حيث يأتي كلامك من الأعلى ينزل على المريض ويأتي القليل من كلام المريض يرتفع للأعلى. إن المقاربة الأفضل هي تجنب

استخدام السلطة. علماً انك والمريض لا يمكن أن تتساويا في المهارات المهنية والخبرات لكن يمكن أن تتساويا في دوركما الجدير بالاهتمام في الرعاية الصحية مع احترام كل واحد للآخر.

4 -استخدام اللغة الابعتادية

يستخدم أكثر الناس كلام ملطف مثل " مضى" لتجنب الحقيقة أو لإخفاء مشاعرهم أنهم يظنون انه ماذا قالوا كلمة موت قد يحدث ذك فعلاً لذلك يحتالون على القضية، وعلى الرغم من أنها تبدو ستريحهم من مخاوفهم لكن ذلك لا يحدث. إن عدم الحديث عن الخوف لا يجعله يبتعد عن الذهن وإنما يثبط ذلك الخوف ويجعله مرعباً أكثر. إن استخدام لغة مباشرة أفضل للتعامل مع المواضيع المخيفة.

5 -شغل الذهن بوضع مسافة

إن وضع مسافة هو استخدام كلام غير شخصي لوضع مسافة بين التهديد والنفس أو الذات. صديقتي لديها مشكلة.... أنها خائفة). أو هناك كتلة في الثدي الأيسر باستخدام كلمة الثدي بدلاً من ثديي يمكن أن تتكر المرأة أي ترابط بين الثدي وتحمي نفسها منه. يستخدم الخبراء الابتعاد لتخفيف أو تسهيل الحقيقة لكن هذا لا ينفع للشخص الآخر. لذلك يفضل استخدام مصطلحات خاصة صريحة هو مفضل للقضاء على القلق.

6 -استخدام الرطانة المهنية

إن ما يدعى احتشاء العضلة القلبية في الكلام الطبي يدعى نوبة قلبية عند العامة. إن استخدام الرطانة استثنائي وعليك كفاحص أن تكيف وتعدل ألفاظك حسب الشخص المريض لكن تجنب كثرة التنازل في كلامك مع المريض.

إذا استخدم المريض الألفاظ الطبية فلا يفترض أنه يعرف المعنى الصحيح مثلاً. يظن بعض الناس إن ارتفاع الضغط الشرياني يعني أنهم متوترون بشكل كبير بالنتيجة يتناولون علاجهم فقط عندما يشعرون بالتوتر.

7 -استخدام الأسئلة الموجهة أو المنحازة

إن سؤال أي شخص (أنت لا تدخن، هل تدخن؟) يتضمن أن هناك جواب أفضل من غيره وإذا أراد أن يسرك فإما أن يجبر أن يجيب بطريقة متناسبة مع مبادئك أو أنه يشعر بذنب عندما يجب عليه أن يعترف بالجواب الآخر. انه يجازف بمعارضتك وإذا شعر بالاعتماد عليك في الاهتمام به فإن أخر ما يفعله أن ينفرك أو يزعجك.

8 -التحدث بشكل زائد

يربط بعض الفاحصين مساعدة المريض مع كثرة الكلام وإذا كان الجو مليئاً بالخطاب والنصائح فإن هؤلاء الفاحصين يتركون التفكير باحتياجات المريض والعكس صحيح أيضاً. القلق

لدى المريض لإرضاء الفاحص يجعل المريض يترك الفاحص ليتكلم على حساب حاجته للتعبير عن نفسه. هناك قاعدة جيدة لكل فاحص هي أن تسمع أكثر مما تتكلم.

9 - المقاطعة

عندما تخمن ما سيقوله المريض وتقاطعه فإن ذلك لا يعبر عن ذكاء بالإضافة إلى أن هذا يدل إلى انك غير صبور أو تشعر بالملل في المقابلة.

هناك مصيدة أخرى هي في إشغال ذهنك بنفسك وبالتفكير بالإشارة القادمة أثناء كلام المريض.بينما يتكلم المريض تفكر بما ستقوله بعد ذلك بالتالي لا يمكنك فهم ما يقوله المريض بشكل كامل لأنك لا تستمع بشكل جيد. اجعل الهدف الثاني لحظة صمت بين كلام المريض واستجابتك القادمة.

10 - استخدام أسئلة لماذا

إن استخدام أسئلة لماذا تتضمن عادة اللوم والاستنكار. إنها تضع الشخص في موقف دفاع. يمكن استخدامها في مواضع الاهتمام بالصحة بالشكل التالي (لماذا تناولت أدوية كثيرة؟). مثلاً إذا سألت مريض دخل إلى قسم الإسعاف لماذا انتظرت كثيراً قبل قدومك إلى هنا؟ إن الجواب المحتمل الوحيد لأسئلة لماذا هو : لأن أو أن المريض لا يعرف ما يقول وقد لا تستطيع استنتاجه وأنت تبدو منافقاً واتهامياً وعلى المريض أن يقدم عذراً ليبرر سلوكه الخاص. لتتجنب هذه المصيدة قل (أنا أرى أن ألم الصدر لديك بدء باكراً هذا اليوم ماذا حدث في الوقت بين ابتداء الألم وقدومك إلى المشفى؟.

المهارات غير اللفظية

تعلم أن تستمع بعينيك كما تستمع بأذنيك. تتضمن أنواع التواصل الغير لفظية المظهر الجسدي، الوقوف، والوضعية، تعابير الوجه، والتواصل العيني وصوت اللمس.

إن الرسائل الغير لفظية مهمة جداً من أجل التواصل وإعطاء المعلومات الخاصة حول المشاعر وهي تؤمن التلميحات لفهم المشاعر وعندما تتطابق الرسائل اللفظية والغير لفظية فإن الرسائل اللفظية هي التي تطغى وعندما لا تتطابق الرسائل اللفظية مع الغير لفظية تكون الغير لفظية هي الحقيقية لأنها تحت سيطرة أقل من الوعي.

1"- المظهر الجسدي

لاحظ وبدون تأثر بالمعرفة الطبية إن بعض المرضى يظهرون بشكل سيء للغاية على الرغم من أنهم لم يظهروا العلامات الوصفية المعنية التي قد تقود إلى تشخيص مرضي محدد. إن عدم الاهتمام باللباس أو بالمظهر العام يشير إلى أن الشخص مريض جداً وغير قادر عل العناية بنفسه. إن اختيار الملابس يعطي رسالة عن الدور (طالب، عامل، أو خبير) أو موقف معين (

ثوري، عرضي، مقترح). يعطي مظهرك الخاص رسالة للمريض ويختلف لباس الأخصائيين بين المراكز والمعاهد. بالاعتماد على المكان فإن استخدام الملابس المهنية الموحدة يخلق تصنيفات ايجابية (راحة، خبرة، سهولة التحديد) أو أصناف سلبية (مسافة، سلطة، أمور سيئة). ومهما كان خيارك الشخصي بارتداء الملابس أو العانية بمظهرك فالهدف هو أن تعطي صورة مهنية منافسة.

2ً- الوضعية

لاحظ وضعية المريض، إن الوضعية المفتوحة مع بسط العضلات الكبيرة يدل على ارتخاء وراحة ورغب في تبادل المعلومات. أما الوضعية المغلقة مع تصالب اليدين والقدمين فيدل على موقف تأهبي دفاعي وقلق. لاحظ أي تغير في الوضعية فإذا كان المريض في وضع استرخاء ثم أصبح فجأة متوتراً يدل على عدم ارتياح بالموضوع الجديد.

إن وضعيتك الهادئة المسترخية تخلق شعور دف وثقة ويعطي سرور للمريض. ان وضعية الوقوف المتردد مع إملاء سريع للقصة والنظر بشكل متقطع خلسة للساعة تدل على انك مشغول بأشياء عديدة مهمة أكثر من المقابلة مع هذا الشخص. حتى عندما يكون وقتك محدود تصرف وكأنه لا يهمك شيء سوى هذا المريض.

3ً- الإيماءات

تعطي الإيماءات رسالة. فمثلاً هز الرأس أو الانقلاب المفتوح لليد يظهر القبول والانتباه أو التوافق. أما عصر اليدين فيشير إلى القلق، الإشارة بالإصبع تحدث عن الغضب والهياج بالإضافة إلى أن وضعية اليدين تعزز وصف المريض للألم فعندما يصف المريض ألم صدري ساحق تحت القص غالباً يشير بيده بشكل قبضة أما القص. أما عندما يكون الألم سريع ومتوضع بشكل حاد فيشار إليه بإصبع واحد للبقعة المحددة.

4ً- تعابير الوجه

يعكس الوجه تنوع للعواطف والحالات. يبدو تعبير الوجه يقظ، مسترخي ومستمتع أو قد يبدو قلق وغاضب وفي حالة شك. إن بعض الحالات المرضية مثل الألم وضيق التنفس تظهر أيضاً في التعبير. إن تعبيرك الخاص يجب أن يعكس حالة خبير واع، مخلص، مسرور مع المريض. إن تعبير الملل أو عدم الانتباه أو النفور أو النقد أو عدم التصديق مرفوض من قبل الشخص الآخر وسوف يمنع التواصل بشكل جيد.

5ً- التواصل بالنظر

إن نقص التواصل يفترض أن الشخص خجول، منسحب، مشوش، يشعر بالملل، خائف، لا مبال أو مكتئب. ينطبق ذلك على الفاحص أيضاً ليك الحفاظ على تواصل عيني لكن لا تحدق بشكل ثابت أو ثاقب. وإنما فقط نظرة بسيطة لعيني المريض مع بعض النظرات الاعتيادية بعيداً. يوجد استثناء وحيد هو أن تكون المقابلة مع شخص من خلفيات عرقية تمنع التواصل بالعينين.

6ً- الصوت

بالإضافة للكلمات المحكية فإن المعنى يأتي عبر لحن الصوت و شدة ونظم الكلام وطبقته وأي توقف أثناء الكلام. إن هذه الأمور مهمة مثل الكلمات في إعطاء المعنى مثلاً: إن درجة صوت الشخص قد تدل على الاستهزاء، عدم التصديق، شفقة أو عداوة. يتكلم الشخص القلق بصوت عال، سريع وصوت الأنين يكون بنوعية متذبذبة عالي الطبقة مع مقاطع لفظية طويلة. كما أن الصوت الناعم الرقيق قد يشير إلى جبن أو خوف. يستعمل الشخص الأصم جزئياً الصوت العالي.

7ً- اللمس

يتأثر معنى اللمس الجسدي بعمر الشخص، جنسه، خلفيته الثقافية، وخبراته السابقة والوضع الحالي. قد يساء فهم معنى اللمس. يستعمل اللمس الجسدي في معظم الثقافات الغربية للتعبير عن الحب والعطف أو لتصرفات محددة قاسية أو للتحية. لا تستخدم اللمس خلال المقابلة حتى تعرف المريض جيداً وتكون متأكداً كيف سيفسره.

عندما يكون الوضع ملائم فإن اللمس هو تواصل فعال كما في لمس اليد أو الذراع للمريض حيث يشير إلى التآلف.

بالنتيجة رسائل الفاحص الغير لفظية الفعالة تعزز العلاقة وتظهر الأدب والقبول اللاعتيادي، أما السلوك الغير لفظي الغير فعال والهجومي فهو يدل على سوء أدب وتسلط وتعالي.

تقنيات التقييم السريري

Assessment techniques

يتطلب الفحص السريري أن يطور الفاحص مهارات تقنية وقاعدة معلومات. المهارات التقنية هي الأدوات لجمع البيانات وسوف تقوم بربط هذه البيانات بقاعدة معلوماتك وخبرتك السابقة، تمكنك قاعدة المعلومات أن "تبحث عن" وتكتشف وليس فقط أن تنظر وترى فقط.

أولاً: التأمل (inspection)الذي

- هو المراقبة المركزة.
- انه تفحص وتدقيق عن قرب وبعناية أولاً للشخص ككل ثم لكل جهاز في الجسم.
- يبدأ التأمل من لحظة مقابلة الشخص حيث يجرى مسح شامل ثم أثناء متابعتك بالفحص ابدأ بتقييم كل جهاز من الجسم بالتأمل.
- قد تشعر بالإحراج بأن تبدأ بالتأمل بالشخص بدون أن تفعل شيئاً، لكن لا تستعجل بلمس الشخص لأن التأمل المركز يحتاج إلى وقت ويقدم معلومات مدهشة.
- قارن دائما الجانب الأيمن مع الجانب الأيسر من الجسم لمعرفة ما إذا كانا متناظرين.
- يتطلب التأمل إضاءة جيدة ومكان واسع (مواجهة ملائمة مع الشخص) واستخدام معدات معينة (منظار فحص قعر العين، بيل، منظار مهبلي وأنفي) لتوسيع منظورك للشخص.

ثانياً: الجس (palpation) .

- يتبع الجس النقاط التي لاحظتها أثناء التأمل.
- يتضمن الجس إحساسك باللمس لتقدير وضع هذه العوامل:
  - الملمس **texture**.
  - الحرارة **temperature**.
  - الرطوبة **moisture**.
  - موقع العضو **organ location**: وحجمه وأي انتفاخ أو تورم، أو نبض أو تصلب أو تشنج أو طقطقة أو وجود كتل أو وجود إيلام أو الم.

❖ **طرق الجس:**

1 -رؤوس الأصابع **fingertips** هي الأفضل للتمييز اللمسي الناعم كما هو في بشرة الجلد، التورم، النبض وتحديد وجود الكتل.

2 -إن وضعية المسك أو القبض بين الأصابع والإبهام هي الأفضل لتقصي الموقع، الشكل و التركيب لعضو أو كتلة.

3 -إن الجانب الخلفي لليدين والأصابع هو الأفضل لتحري الحرارة لأن الجلد فيهما أرق من الراحتين.

4 -قاعدة الأصابع (المفاصل المشطية السلامية) أو الجانب الزندي لليد هو الأفضل لتحري الاهتزاز.

- يجب أن تكون تقنية الجس بطيئة ومتناظرة.
- تصلب أو تشنج الشخص عندما يلمس بشكل فجائي يجعل من الصعب عليك أن تفحصه جيداً.
- استعمل المقاربة الهادئة الناعمة ودفئ يديك بفركهما مع بعضهما أو وضعهما في الماء الساخن وحدد المناطق المؤلمة وقم بجسها في آخر الأمر.

❖ ابدأ بالجس الخفيف (**light palpation**) لتحري الصفات السطحية ولتعود الشخص على ذلك.

❖ ثم قم بالجس العميق (**deeper palpation**) بمساعدة الشخص باستعمال تقنيات الاسترخاء مثل التنفس العميق.

ثالثاً: القرع (percussion)

هو ضرب جلد الشخص بضربات خفيفة قصيرة حادة لتقييم الأعضاء التي تقع أسفل منه. تعطي هذه الضربات اهتزاز ملموس وصوت معين يمكن أن يصف الموقع والحجم والكثافة للعضو الذي يقع أسفل منه.

يستخدم القرع من أجل:

1. رسم حدود وتحديد موقع وحجم العضو حيث يتغير صوت القرع بين حدود هذا العضو والأعضاء المجاورة.
2. تحديد كثافة العضو (هواء، سائل، صلب).
3. تحري كتلة غير طبيعية إذا كانت سطحية حيث يخترق القرع مسافة **5** سم أما أعمق من ذلك فلا يمكن كشفه.
4. إظهار الألم إذا كان العضو في الأسفل ملتهباًكما في الجيوب الأنفية أو فوق الكلية.
5. إظهار المنعكسات الوترية العميقة باستخدام مطرقة القرع العصبية.

يمكن استعمال طريقتين للقرع :

- **طريقة مباشرة:** تلمس اليد الضاربة جدار الجسم مباشرة كما في قرع صدر الرضيع أو الجيوب الأنفية للشخص الكبير.
- **طريقة غير مباشرة:** تستعمل كلتا اليدين، تضرب إحدى اليدين اليد الأخرى المثبتة على جلد المريض وهذا يعطي صوت واهتزاز دقيق والإجراء كمايلي:

اليد الثابتة:

ابسط الإصبع الوسطى وضع نهايتها البعيدة (السلامية والمفصل المشطي السلامي البعيد) بشكل ثابت على جلد المريض، ثم ارفع بقية اليد المثبتة بعيداً عن جلد المريض مع بقاء الإصبع الوسطى مثبتة مكانها وإلا فأن صوت الاهتزاز سيختفي.

اليد الضاربة:

استعمل الإصبع الوسطى من يدك كإصبع ضاربة مع بقاء الذراع والكتف ثابتان. تأكد أن العضلات ثابتة، وليس متشنجة. الفعل والعمل كله من المعصم ويجب أن يكون مسترخياً. افرد أصابعك حرك المعصم واضرب بإصبعك الوسطى على اليد الثابتة باتجاه المفصل المشطي السلامي البعيد.

- اقرع مرتين في هذا الوضع ضربات ثابتة متقطعة.
- ارفع الإصبع الضاربة بسرعة فان الإصبع الثابتة تستقبل هذه الاهتزازات ثم انتقل إلى موضع جديد وقم بإعادة الفحص.
- استعمل قوة كافية لإصدار صوت مسموع وتحتاج إلى قرع أقوى للأشخاص البدينين أو ذوي العضلات الكبيرة.

ظهور الصوت:

ينتج الصوت كله من اهتزاز جزء من العضو.

إن القرع فوق عضو يسبب اهتزاز ينتج موجات وصفية وتسمع كصوت **crote**،

وكل أصوات القرع تتميز بهذه المكونات:

1. ~~ا~~لسعة أو الشدة **(Amplitude)**: صوت عالي أو خفيف وكلما كان الصوت عالياً كلما كانت السعة أكبر.
2. ~~ت~~واتر أ طبقة الصوت **(pitch)**: هو عدد الاهتزازات في كل ثانية وتكتب كعدد الدورات في الثانية.
3. ~~ا~~لنوعية **(quality)**: هو الاختلاف الشخصي نتيجة لنغمات الصوت المميزة. النغمة الصافية هي صوت ذو تواتر واحد بينما الاهتزاز ضمن موجة الصوت يسبب زيادة النغمة.
4. ~~ا~~لمدة **(duration)**: الفترة التي يبقى فيها الصوت موجوداً.

- تسبب البنية التي تحتوي على هواء أكثر (الرئتان) صوت عالي، عميق، وأطول لأنه يهتز بحرية.
- بينما العضو الكثيف الصلب(الكبد مثلا) يعطي صوت لين، أعلى وأقصر لأنه لا يهتز بسهولة.
  - والصوت الذي تسمعه يعتمد على طبيعة العضو الذي تقرعه بالإضافة إلى سماكة جدار الجسم والتقنية المستخدمة.
  - لا تتعلم هذه الأصوات من الكتب بل مارسها كثيراً.

رابعاً: الإصغاء (السماع) Auscultation

- هو سماع الأصوات الناجمة عن الجسم مثل القلب والأوعية الدموية والرئتان والبطن،
- يجب أن تسمع من خلال السماعة (**Stethoscope**) حتى تستطيع تقييمها.
- اختر سماعة بنهايتين:
  - حيث ستستعمل النهاية العريضة (الحجاب) **diaphragm** بشكل أكثر بسبب أن حافتها المسطحة أفضل للأصوات العالية التواتر مثل أصوات التنفس والقلب والأمعاء.
  - النهاية الأصغر (الجرس) **Bell** فيها تجويف عميق بشكل الفنجان وهي أفضل للأصوات المنخفضة التواتر أو الناعمة مثل نفخات القلب.

قبل البدء بتقييم الأصوات يجب أن تزيل أي أثر للعوامل الصنعية:

- أي ضجة في الغرفة يمكن أن تسبب هدير في سماعتك فالغرفة يجب أن تكون هادئة.
- ابق الغرفة دافئة لأنه إذا بدأ المريض بالارتعاش فان تقلصات العضلات اللاإرادية ستؤدي إلى حجب الأصوات الأخرى.
- قم بتدفئة السماعة جيداً بفركها براحة يدك.
- لا تسمع من فوق لباس المريض، ضع السماعة من تحت اللباس بدون أن يحصل احتكاك السماعة بالثياب.
- أخيراً تجنب الأخطاء الصنعية كفاحص كأن تسمع صوت تنفسك من خلال الأنبوب.

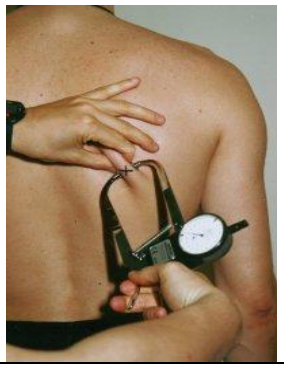
مكان الفحص السريري

- يجب أن تكون غرفة الفاحص دافئة مريحة، هادئة، خاصة ومضاءة بشكل جيد، وعند الإمكان أوقف أي ضجة خارجية.
- ضع سرير الفحص بحيث يكون جانباه ممكن الوصول من قبل الفاحص، ويجب أن يكون ارتفاع السرير بحيث تقف أنت بدون انحناء ويكون مجهزاً لرفع الرأس بدرجة 45 ومع وجود طاولة لوضع الأدوات عليها.

الأدوات اللازمة للتقييم السريري:

كل الأدوات يجب أن تكون أمامك وسهلة الوصول وموجودة بطريقة منتظمة وتتضمن:

مقياس للطول **platform scale with height**	ممساك لقياس سماكة الثنية الجلدية **skinfold calipers**	جهاز قياس الضغط الشرياني **sphygmomanometer**

attachment 	 	 
سماعة بنهايتين **stethoscope with bell and diaphragm** 	ميزان حرارة **thermometer** 	بيل أو منبع ضوئي **flashlight or penlight** 
منظار لفحص الأذن وقعر العين **otoscope/ ophthalmscope** 	شوكة رنانة **tuning fork** 	منظار الأنف **nasal speculum**  

خافض لسان **tongue depressor** 	قلم لوضع علامات على الجلد **skin-marking pen** 	شريط قياس طري ومسطرة مرقمة بالسم **flexible tape measure** 
مطرقة عصبية **reflex hummer** 	لوحة سنيلنت لقياس القدرة البصرية **vision screener** 	

الإحتياطات الوقائية التي تستخدم مع كل المرضى:

1. غسيل الأيدي: بعد لمس الدم، المفرزات، سوائل الجسم، الأدوات الملوثة.
2. ارتداء كفوف نظيفة وتغييرها بين الإجراءات المتعددة على نفس المريض.
3. لبس ماسك على الفم والأنف.
4. لبس رداء (غاون) عند الحاجة.
5. الحذر عند استخدام معدات العناية بالمرضى.

المقاربة العامة للمريض

- انتبه لمشاعرك ومشاعر الشخص الذي تفحصه، يكون الشخص قلقاً كونه يفحص من قبل شخص غريب ولا يعرف ما ستكون نتيجة الفحص.
- حاول أن تخفف قلق الشخص لأن ذلك سيشعره بالارتياح وستكون البيانات المجموعة أكثر دقة، كن منتبه واثق من نفسك وغير مستعجل.
- لا يشعر الفاحص المبتدئ بالثقة ويكون قلقاً بالنسبة للمهارات التقنية قلقا من نسيان شيء مهم أو خطوة من خطوات الفحص أو خجلاً من مقابلة شخص لا يلبس بشكل محتشم. لتخفيف هذه المخاوف طبق الفحص السريري على أناس طبيعيين مثل الزملاء في العمل.

- يجب أن تشعر كفاحص انك مرتاح بمهاراتك الحركية قبل البدء بفحص مريض حقيقي.
- تجنب تعبيرات القرف، أو النفور أو ردود الفعل السلبية.
- أمن الخصوصية قدر الإمكان.
- كن حساساً لمشاعر المريض وانتبه لتعابير وجهه أثناء الفحص.
- اطلب من المريض أن يكون قريباً منك للوصول إليه بسهولة أثناء الفحص.
- الإضاءة الجيدة والمحيط الهادئ يساعدان على الفحص الجيد.
- تقدم بالفحص تدريجياً وتأكد أن تخبر المريض بما تنوي فعلى خصوصاً إذا كان الإجراء محرجاً.
- احترام المريض لك وسلطتك عليه يأتيان من الكفاءة وليس الأوامر.
- كمبتدئ تجنب العبارات التفسيرية لنتائج الفحص لأنها قد تكون متضاربة أو خاطئة.
- كمبتدئ ستقضي وقت أطول لتنفيذ إجراء معين مثل فحص قعر العين ، إصغاء القلب..، إذا لاحظت انك فعلت ذلك توقف قليلاً وفسر للمريض ما تفعل لتخفيف قلقه نتيجة تكرار ما تفعل.
- اسأل المريض أسئلة تتناسب مع عمره وجنسه وقصته وطبق إجراءات تتناسب أيضاً.
- عليك دائماً أن تتبع طريقة الفحص التي تريحك وأن تستخدمها باستمرار حتى تتعود عليها.
- حاول أن تجعل عدد مرات تغيير وضعية المريض أثناء الفحص أقل ما يمكن. كما يجب أن تكون حركتك وتغيير مكانك أقل ما يمكن.
- قف دائماً على يمين المريض ولتكن كل أدواتك جاهزة بجانبك.
- يمكن تغيير تتابع الفحص إذا كان المريض غير قادراً على الجلوس أو الوقوف.
- يختلف توقيت إخبار المريض بالموجودات بين فاحص وآخر.

التطبيق:

- قياس الوزن والطول والعلامات الحيوية والقدرة البصرية.
- ارتداء المريض للرداء الخاص بالمشفى فوق بنطاله.
- اغسل يديك، وقم بشرح كل خطوة من الفحص السريري للمريض.
- شجع المريض على الأسئلة وحافظ على حركتك بشكل منتظم بطيء وهادئ ومحدد.
- البدء بفحص اليدين (جلد ، شعر ، أظافر ومفاصل) ثم تابع الفحص بالتركيز على خطوة واحدة وتسلسل الخطوات يختلف حسب عمر المريض.
- يجب طمأنة المريض عند فحص الأماكن التي تحتاج بطء بالفحص.

- لخص الموجودات وشارك المعلومة الضرورية مع المريض وأشكره على وقته.
- أعد الأدوات ورتب المكان وأعط موعد جديد للمريض إذا اقتضى الأمر.
- تختلف وضعية الفحص حسب شكوى المريض مثلاً إذا كان المريض يعاني من قصور في التنفس أو الم في الأذن يفضل الجلوس بينما الشخص الذي لديه دوخة او إغماء أو ثقب في الأذن فيجب أن يستلقي.
- يفضل فحص جهاز الجسم المتعلق بالشكوى في البداية.

تقييم الجلد والشعر والاظافر

المعلومات الذاتية التي يتم جمعها من المريض: (subjective data):

1- قصة سابقة لمرض جلدي (حساسية، حمى ، صدف، أكزيما).
2- التغير في الصباغ
3- التغير في الوحمة (الحجم واللون)
4- جفاف زائد أو رطوبة
5- حكة
6- حدوث كدمات
7- طفح أو آفة
8- تناول أدوية
9- فقد شعر
10- التغير في الأظافر
11- المخاطر البيئية والمهنية
12- سلوك العناية الذاتية

يسأل الفاحص ما يلي:

1- عن وجود قصة سابقة لمرض جلدي:

- هل يوجد مرض جلدي سابق ؟ وكيف عولج
- هل يوجد قصة عائلية لحساسية أو مرض تحسسي؟ مثل (الاكزيما- صدفية، بهاق، والعد) جميعها لها قصص تأهب عائلي.

1- التغير في الصباغ:

- هل يوجد تغيرات في لون الجلد أو التصبغ؟
- هل التغير في اللون معمم أو موضع؟

2- التغير في الوحمة:

هل يوجد أي تغير في الوحمة من حيث:

- الشكل
- الحجم
- اللون
- ظهور الم مفاجئ من الوحمة
- نزوف
- حكة

لأن هذه العلامات تدل على تنشؤ من الممكن ان يكون سرطاني.

3- الجفاف الزائد في الجلد أو الرطوبة:

يسأل المريض :هل يوجد تغير في شعورك بحرارة الجلد أو رطوبته أو ملمسه؟

4- الحكة:

- هل يوجد حكة جلدية؟ أين مكانها؟ ومتى نشأت؟
- تحدث الحكة في حالات: الجلد الجاف ومع تقدم العمر، الارتكاس الدوائي، الحساسية، اليرقان، القصور الكلوي أو وجود القمل.

5- سهولة حدوث الكدمات:

- هل توجد كدمات؟ أين مكانها؟ كيف حصلت؟ وكم استمرت؟
- يمكن أن تكون الكدمات نتيجة الضرب، أو من قلبي أو عصبي أو نتيجة الادمان على الكحول.

6- وجود طفح أ، آفة جلدية:

- الموقع: قد يعطي إشارة للسبب
- الصفة أو النوعية
- المدة: منذ متى وأنت تعاني؟
- المكان: هل ظهر في العمل أو في المخيم؟
- العوامل الملطفة أو التي تزيد الأمر سوءا
- الأعراض المرافقة: هل توجد حكة أو حمى؟

7- الأدوية:

- يسأل المريض هل تأخذ أدوية بوصفة طبية أم بدون وصفة؟ وذلك لان بعض الادوية مثل الاسبرين والصادات الحيوية تسبب الاندفاع الجلدي.
- أما مركبات السلفا، المدرات البولية، خافضات السكر قد تسبب الحساسية للضوء وتحدث حروق.
- أدوية الملاريا والاورام والهرمونات والمعادن تسبب زيادة التّصبّغ.

8- فقد الشعر/ أو الشعرانية

- هل يوجد فقد شعر؟
- هل البداية حادة أم تدريجية؟
- هل مترافقة مع حمى أو توتر؟
- هل يوجد نمو شعر غير طبيعي؟

الشعرانية هي تواجد الشعر الزائد في أماكن غير مألوفة.

9- التغير في الأظافر:

هل يوجد تغير في الشكل أو اللون، أو اللمعان؟

10- المخاطر البيئية والمهنية:

هل يوجد مشاكل خطرة في عملك مثل: الأصبغة، أو مواد كيماوية سامة، أو إشعاعات، أو تعرض زائد للشمس؟

11- سلوكيات العناية الذاتية:

ما نوع الصابون ومواد التجميل والمواد الكيميائية التي تستخدمها؟

المعلومات الموضوعية (Objective data):

أولا: تحضير الأدوات اللازمة للفحص:

تشمل الأدوات اللازمة لإجراء فحص بدني كامل للمريض البالغ ما يلي:

1- ورقة وقلم	7- خافض لسان	13- مطرقة المنعكسات
2- شريط القياس	8- سماعة طبية	14 - ابرة معقمة
3- قفازات نظيفة	9- منظار الأذن	15- كرات القطن
4- مصباح يدوي	10- منظار الأنف	16- مزلق
5- ميزان حرارة	11- منظار العين	17- عدسة مكبرة
6- مقياس ضغط الدم	12- مخططات حدة البصر	

القواعد الذهبية للتقييم البدني

1- الوقوف على الجانب الأيمن للمريض ؛ إن إنشاء جانب مهيمن للتقييم سوف يقلل من حركة الفاحص حول المريض.

2- إجراء التقييم وفق النهج من الرأس الى أصابع القدم.

3- المقارنة دائمًا بين الجانبين الأيمن والأيسر من الجسم من أجل التناظر .

4- متابعة من الأقل اجتياحا إلى أكثر الإجراءات اجتياحًا لكل جهاز في جسم

5- إجراء التقييم البدني يكون دائما باستخدام نهج منتظم. إذا تم إجراؤه بنفس الطريقة في كل مرة ، فإن احتمالية نسيان جزءا من التقييم تكون قليلة جدا.

تقييم الجلد (Skin)

تقييم الجلد ينطوي على التأمل والجس. يمكن تقييم سطح الجلد بالكامل في وقت واحد أو عند تقييم كل جانب من جوانب الجسم. في بعض الحالات ، قد تستخدم الممرضة أيضًا الإحساس الشمي للكشف عن الروائح الجلدية غير العادية ؛هذه عادة ما تكون أكثر وضوحا في ثنايا الجلد أو في الإبط. غالبًا ما ترتبط رائحة الجسم النفاذة بسوء النظافة ، فرط التعرق (العرق المفرط) ، أو التعرق البرومي (عرق الرائحة الكريهة).

تأمل وجس الجلد:

1- اللون والتصبغ: يتم ملاحظة لون الجلد للتحري عن:

- ✓ **الشحوب** هو نتيجة عدم كفاية الدورة الدموية أو الهيموغلوبين وما يتبع ذلك من انخفاض في أكسجة الأنسجة.
- ✓ **الزرقة** (مسحة مزرقة) تكون أكثر وضوحا في سرير الظفر ، والشفتين ، والغشاء المخاطي الشدق.
- ✓ **اليرقان** (مسحة صفراء) قد يكون واضحًا أولاً في صلابة العينين ثم في الأغشية المخاطية والجلد. يجب الحرص على عدم الخلط بين اليرقان والتصبغ الأصفر الطبيعي في الصلبة من مريض داكن اللون. في حالة الاشتباه في وجود اليرقان ، يجب أيضًا فحص الجزء الخلفي من الحنك الصلب للحصول على لون أصفر مصفر.
- ✓ **الحمامي** هو احمرار الجلد المرتبط بمجموعة متنوعة من الطفح الجلدي وحالات أخرى. قد تحدث في مناطق موضعية فرط تصبغ (زيادة تصبغ) ونقص تصبغ (تصبغ مخفض) نتيجة للتغيرات في توزيع الميلانين (الصباغ الداكن) أو في وظيفة الخلايا الصباغية في البشرة.
- ✓ **البهاق** ، ينظر إليه على أنه بقع من الجلد الناقص التصبغ ، ناتج عن تدمير الخلايا الصباغية في المنطقة. المهق هو النقص الكامل أو الجزئي للميلانين في الجلد والشعر والعينين.

2- **فحص وجس الوذمة: و**هي وجود السوائل الخلالية الزائدة. تظهر منطقة الوذمة منتفخة ، لامعة ، مشدودة وتميل إلى تبييض لون البشرة أو ، إذا كانت مصحوبة بالتهاب ، قد تؤدي إلى احمرار الجلد. يجب أن تقيم الوذمة من حيث (التوضع، اللون، الحرارة، الشكل، الدرجة التي يظل بها الجلد منخمص عند الضغط عليه بواسطة إصبع، تقاس الوذمة بواسطة مقياس درجات الوذمة).

1+	2mm depression, barely detectable. Immediate rebound.
2+	4mm deep pit. A few seconds to rebound.
3+	6mm deep pit. 10-12 seconds to rebound.
4+	8mm: very deep pit. >20 seconds to rebound.



الشكل(1) مقياس درجات الوذمة

3- **فحص آفات الجلد** هي تغيير في مظهر الجلد الطبيعي للمريض. وتقسم الى

الآفات الجلدية الأولية هي تلك التي تظهر في البداية استجابة لبعض التغيرات في البيئة الخارجية أو الداخلية للجلد مثل:

- البقع أو الطاخات المسطحة: تغير في اللون. يتراوح حجم البقع من 1 مم إلى 1 سم (من 0.04 إلى 0.4 بوصة) ومحدودة الحجم. أمثلة: النمش والحصبة والشامات المسطحة.
- بثرة أو حطاطة محيطية ، إرتفاع صلب للجلد. الحطاطات أقل من 1 سم (0.4 بوصة). أمثلة: البثور ، حب الشباب ، الشامات المرتفعة.
- عقيدات ورمية: كتلة صلبة مرتفعة قاسية تمتد أعمق في الأدمة أكثر من الحطاطة. أمثلة: سرطان الخلايا الحرشفية ، الورم الليفي.
- بثر الحويصلية أو الفقاعة مليئة القيح. أمثلة: حب الشباب الشائع ، القوباء.

آفات الجلد الثانوية: هي تلك التي لا تظهر مبدئيًا ولكنها تنتج عن تحول مثل المزمنة أو الأذية أو الانتان بآفة أولية. مثل: الضمور، التعرية، التقرح، الشقوق في الجلد، التقشر، السحجة.

- يتم فحص ، جس ، ووصف آفات الجلد وذلك بواسطة ارتداء قفازات إذا كانت الآفات مفتوحة أو تصرف سائل. تجس الآفات باليد لتحديد الشكل والملمس والارتفاع. وتوصف الآفات حسب الموقع أو التوزع أو اللون، أو التكوين أو الحجم. تستخدم مسطرة ملليمترية لقياس الآفات. ويمكن استعمال عدسة مكبرة للتوضيح.

4- **فحص وجس رطوبة الجلد:** الرطوبة في ثنايا الجلد والإبطين (تختلف مع درجة الحرارة ورطوبة البيئية ، درجة حرارة الجسم ، والنشاط،). لكن يحدث فرط الجفاف في حالات التجفاف، وفرط الرطوبة في حالات ارتفاع درجة حرارة الجسم، وحالات القلق والألم.

5- **جس درجة حرارة الجلد**: المقارنة بين القدمين واليدين ، باستخدام ظهر اليد للفاحص. إذا كانت متماثلة فيعني ذلك انها ضمن المعدل الطبيعي.

- يحدث نقص الحرارة في حالات الصدمة، تصلب الشرايين.
- أما فرط الحرارة يحدث في حالات المرضية التالية: الحمى، الانتان، حروق الشمس. أو في حالات طبيعية مثل زيادة معدل الاستقلاب أو بعد التمارين الرياضية.

6- **ملاحظة امتلاء وليونة الجلد:** عن طريق مسك الجلد بين الاصبعي الفاحص و قرصه من أعلى الصدر تحت الترقوة. المرونة أو الامتلاء عندما يقرص الجلد يعود إلى الحالة السابقة ؛ قد يكون أبطأ في البالغين الأكبر سنا.

- الحالات الغير طبيعية: يبقى الجلد مقروصًا أو يعود ببطء (على سبيل المثال ، في حالة جفاف).

7- **ملاحظة ملمس الجلد**: يكون الجلد ناعما وطري في حالات فرط نشاط الدرق، ويكون خشنا جافا ورقيقا في حالات نقص نشاط الدرق.

8- **يتم توثيق النتائج في سجل المريض** باستخدام النماذج المطبوعة أو الإلكترونية أو قوائم المراجعة المكملة بملاحظات سردية. رسم موقع آفات الجلد على الرسم البياني لسطح الجسم.

تقييم الشعر(Hair)

يتضمن تقييم شعر المريض: فحص الشعر ، والنظر في التغييرات التنموية والاختلافات العرقية ، وتحديد ممارسات العناية بالشعر للشخص والعوامل التي تؤثر عليها. يمكن الحصول على الكثير من المعلومات حول الشعر عن طريق استجواب المريض.

- الشعر الطبيعي مرن وموزع بالتساوي.
- في الأشخاص الذين يعانون من نقص شديد في البروتين (kwashiorkor) ، يتلاشى لون الشعر ويظهر محمرًا أو مبيضًا ، والملمس خشن وجاف.

- بعض العلاجات تسبب الثعلبة (تساقط الشعر).
- وبعض الأمراض المرضية والأدوية تؤثر على خشونة الشعر. على سبيل المثال ، يمكن أن يسبب قصور الغدة الدرقية شعرًا رقيقًا جدًا وهشًا.

تأمل وجس الشعر للتحري عن:

1- تساوي وتناظر نمو الشعر على فروة الرأس. أو ان هناك بقع من تساقط الشعر(الثعلبة او الصلع).
2- سمك الشعر أو رقته. يكون الشعر خفيف جدا في حالات نقص نشاط الدرق.
3- بنية وملمس الشعر والحالة الدهنية (الزيتية): الشعر الطبيعي يكون حريري مرن. أما الغير طبيعي كالشعر المتقصف كما في حالات نقص نشاط الدرق أو مفرط الدهون، أو مفرط الجفاف.
4- وجود الالتهابات أو العدوى عن طريق فرق الشعر في عدة مناطق ، وفحص خلف الأذنين وعلى طول خط الشعر في الرقبة، والكشف عن وجود التقشير ، القروح ، القمل ، والقوباء الحلقية.
5- كمية شعر الجسم هل هي متغيرة أم أن هناك شعرانية (الشعر الزائد) لدى النساء ؛عادة يكون غير موجود أو ضئيل شعر الساق (ضعف الدورة الدموية).
6- يتم توثيق النتائج في سجل المريض باستخدام النماذج المطبوعة أو الإلكترونية أو قوائم المراجعة المكملة بملاحظات سردية .

تقييم الأظافر (Nails)

يتم فحص الأظافر بالتأمل والجس لمعرفة:

1- شكل صفيحة الظفر ، والزاوية بين ظفر الظفر وسرير الظفر ، وملمس الظفر ، ولون فراش الظفر ، وسلامة الأنسجة حول الأظافر.

- في الحالة الطبيعية تكون صفيحة الظفر عادةً عديمة اللون ولها منحنى محدب. وتكون الزاوية بين ظفر الاصبع وسرير الظفر عادة 160 درجة.
- أحد شذوذ الأظافر هو شكل الملعقة ، حيث ينحني الظفر إلى أعلى من سرير الظفر. تدعى هذه الحالة بتقعر الأظافر. وتشاهد عند مرضى فقر الدم بعوز الحديد.
- تعجر الأظافر هو حالة تكون فيها الزاوية بين الظفر وسرير الظفر حوالي 180 درجة أو أكثر. قد يكون سببها نقص الأوكسجين على المدى الطويل كما يحصل في حالات الأمراض القلبية الخلقية المزمنة ، وانتفاخ الرئة، والتهاب القصبات المزمن.

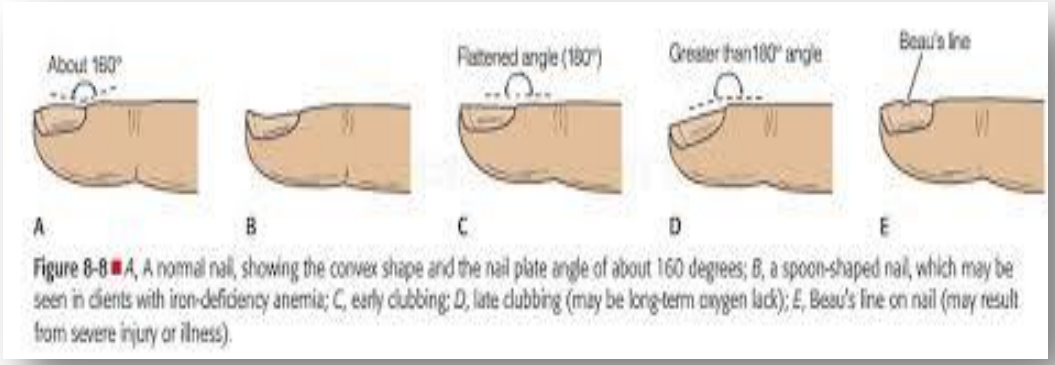


Figure 8-8 ■ A, A normal nail, showing the convex shape and the nail plate angle of about 160 degrees; B, a spoon-shaped nail, which may be seen in clients with iron-deficiency anemia; C, early clubbing; D, late clubbing (may be long-term oxygen lack); E, Beau's line on nail (may result from severe injury or illness).

الشكل (2) A الظفر الطبيعي يظهر الشكل المحدب وزاوية صفيحة الظفر حوالي 160 درجة. B، ظفر على شكل الملعقة والذي يمكن رؤيته في المرضى الذين يعانون من فقر الدم بسبب نقص الحديد ؛ C تعجر مبكر. D، تعجر متأخر (قد يحدث بسبب نقص الأكسجين على المدى الطويل)، E ؛ خط Beau على الأظافر (قد ينتج عن إصابة أو مرض شديد).

2- يكون نسيج الأظافر على أملس ناعم عادة. يمكن أن تظهر المسامير السميكة المفرطة عند البالغين الأكبر سنًا ، في ظل ضعف الدورة الدموية ، أو فيما يتعلق بالعدوى الفطرية المزمنة. الأظافر الرفيعة بشكل مفرط أو وجود أخاديد أو تجعد يمكن أن تعكس فقر الدم الناجم عن نقص الحديد لفترة طويلة. خطوط بو في الظفر(Beau) هي انخفاضات أفقية في الظفر يمكن أن تنتج عن إصابة أو مرض شديد.

3- السرير الظفر هو مروى دمويا للغاية ، وهي سمة تفسر لونه. قد يعكس لون مزرق أو أرجواني على طبقة الظفر بزرقة ، وقد يعكس شحوب الدورة الدموية الشريانية الضعيفة. اذا أخبر المريض بقصة عن وجود فطور بالأظافر، يجب الاحالة الى طبيب أمراض جلدية لعلاج فطريات الأظافر. تشمل أعراض فطر الأظافر هشاشة ، تلون ، سماكة ، تشويه شكل الظفر ، تفتيت الظفر ، وتخفيف (فصل) الظفر.

4- **فحص اختبار عودة الامتلاء الشعري**: أي الدورة الدموية الطرفية تبيض شعيرات سرير الظفر العادية عند الضغط عليها ، لكن تتحول بسرعة إلى اللون الوردي أو لونها المعتاد عند الضغط. قد يشير معدل بطء إعادة الملء الشعري إلى مشاكل في الدورة الدموية. حيث يتم الضغط على حافة الظفر حتى يخف اللون ثم تتم إزالة الضغط عنها وملاحظة اللون.

5- الأنسجة المحيطة بالأظافر هي عادة البشرة سليمة. الداحس هو التهاب في الأنسجة المحيطة بالأظافر. تظهر الأنسجة ملتهبة ومنتفخة ، وعادة ما تكون الحنان موجودة.



الشكل (4) أنواع الآفات الجلدية الأولية والثانوية والخاصة

انتهت المحاضرة

المحاضرة (5)

تقييم الأذن والأنف والفم

Assessment of Ear, Nose, and Mouse

إعداد:

الدكتورة: آنــا أحمد

تقييم الأذن والأنف والفم

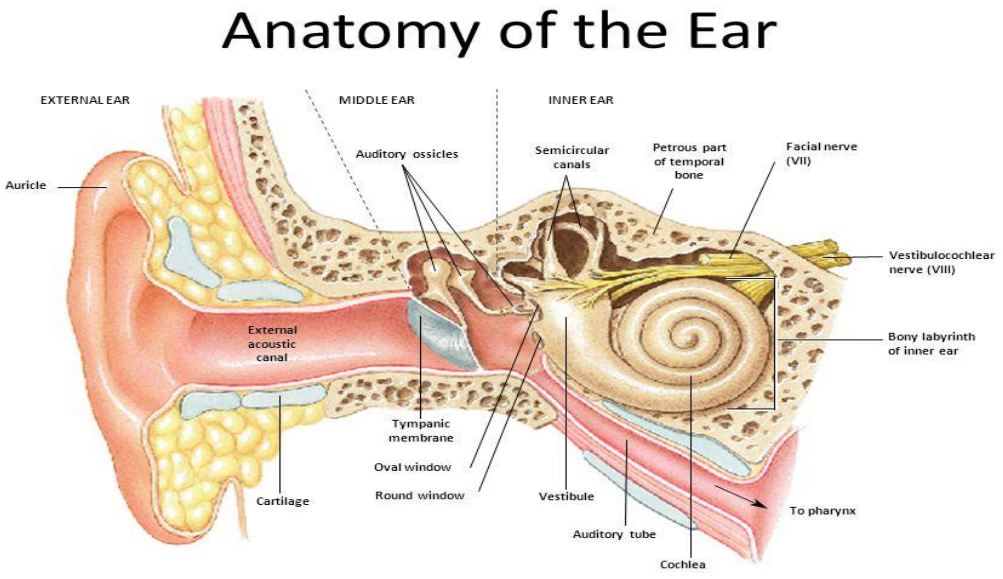
Assessment of Ear, Nose, and Mouse

1- تقييم الأذن:

الأذن والسمع (Ears and Hearing):

يتضمن تقييم الأذن التأمل والجس المباشر للأذن الخارجية، تأمل الأجزاء الداخلية من الأذن بواسطة منظار الأذن (أداة لفحص الأجزاء الداخلية من الأذن ، وخاصة طبلة الأذن ، وتتكون أساسًا من عدسة مكبرة وضوء) ،وتحديد حدة السمع.

لمحة تشريحية عن الأذن:



الشكل (1) تشريح الاذن (الخارجية، الوسطى، الداخلية)

تقسم الأذن الى ثلاث أقسام وهي: الأذن الخارجية، والأذن المتوسطة، والأذن الداخلية.

1- **تشمل الأذن الخارجية**: الاذينة أو صيوان الأذن، والقناة السمعية الخارجية .

تشمل معالم صيوان الأذن: شحمة الأذن (الفصيص)، الحلزون (المنحنى الخلفي للجانب العلوي من الأذينة) ، وترة الأذن (المنحنى الأمامي للجانب العلوي من الأذينة)، زنمة (وتده الأذن: البروز الغضروفي عند مدخل قناة الأذن)، الحفرة المثلثية للأذن (انخفاض الوترة)، والصماخ السمعي الخارجي (مدخل قناة الأذن). قناة السمعية الخارجية منحنية ، ويبلغ طولها حوالي 2.5 سم (1 بوصة) عند البالغين ، وتنتهي عند الغشاء الطبلي. وهي مغطاة بالجلد الذي يحتوي على العديد من الشعر الناعم والغدد ونهايات الأعصاب. تفرز الغدد الصمغ (شمع الأذن)الذي يزلق ويحمي القناة.

2- **الأذن الوسطى**: عبارة عن تجويف مملوء بالهواء يبدأ من الغشاء الطبلي ويحتوي على ثلاث عظيمات سمعية (المطرقة ، السندان ، والعظم الركابي)، أنبوب أوستاش ، وهو جزء آخر من الأذن الوسطى ، يربط الأذن الوسطى بالبلعوم الأنفي. يعمل الأنبوب على تثبيت ضغط الهواء بين الغلاف الجوي الخارجي والأذن الوسطى ، وبالتالي يمنع تمزق الغشاء الطبلي والانزعاج الناتج عن اختلافات الضغط الملحوظة.

3- **الأذن الداخلية**: تحتوي الأذن الداخلية على قوقعة الأذن (الحلزون) وهو هيكل على شكل صدف أساسي لنقل الصوت والسمع ، والقنوات الدهليزية وشبه الدائرية التي تحتوي على أجهزة التوازن.

نقل الصوت والسمع هي عمليات معقدة. باختصار؛ ينتقل الصوت عن طريق توصيل الهواء أو توصيل العظام. يحدث انتقال الهواء عن طريق:

1. يدخل التحفيز الصوتي القناة الخارجية ويصل إلى الغشاء الطبلي.
2. تهز الموجات الصوتية الغشاء الطبلي وتصل إلى العظيمات.
3. تنتقل الموجات الصوتية من العظيمات السمعية إلى الفتحة الموجودة في
4. الأذن الداخلية (نافذة بيضاوية).
5. تستقبل القوقعة اهتزازات الصوت.
6. ينتقل التنبيه إلى العصب السمعي (العصب القحفي الثامن) والقشرة الدماغية.

يوصى بتقييمات السمع التي تقيس السمع بوحدات الديسيبيل المتنوعة، للأطفال وكبار السن.

- إن نقص السمع الشائع مع تقدم العمر هو فقدان القدرة على سماع أصوات عالية التردد. وإن نقص السمع العصبي لا يستجيب جيدا لاستخدام وسائط السمع المساعدة. وهناك ثلاث أشكال من فقدان السمع:

✓ فقدان السمع التوصيلي هو نتيجة انتقال متقطع للموجات الصوتية عبر هياكل الأذن الخارجية والوسطى. الأسباب المحتملة هي تمزق في الغشاء الطبلي أو انسداد بسبب التورم أو لأسباب أخرى في القناة السمعية.

✓ فقدان السمع الحسي العصبي هو نتيجة لتلف الأذن الداخلية أو العصب السمعي أو مركز السمع في الدماغ.

✓ فقدان السمع المختلط هو مزيج من فقدان السمع التوصيلي وفقدان الحواس.

تقييم الأذن والسمع:

من المهم إجراء فحص الأذن والسمع في منطقة هادئة. كما يجب أن يكون المكان مهيئ بوضعية الجلوس أو الوقوف للعميل على نفس مستوى الممرضة.

الأدوات:

- منظار الأذن مع عدة أحجام من منظار الأذن
- الشوكة الرنانة

الإجراء:

1- قبل تنفيذ الإجراء ، التعريف عن نفسك وتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. اشرح للعميل ما الذي ستفعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
2- غسل اليدين واتخاذ الاحتياطات الوقائية العالمية
3- توفير الخصوصية للعميل.
4- الحصول على المعلومات الذاتية من العميل بالاستفسار عن:

✓ القصة العائلية لمشاكل بالسمع أو فقده

- ✓ القصة السابقة والحالية لوجود مشاكل الأذن أو الألم ، خاصة إذا كانت هناك شكوى من الطنين في الأذنين ؛ صعوبة في السمع: ظهوره ، العوامل التي تسهم فيه ، وكيف يتداخل مع أنشطة الحياة اليومية ؛ استخدام جهاز السمع التصحيحي: متى تم الحصول عليه ومنه، تاريخ الدواء المأخوذ.

5- وضع العميل بوضعية مريحة ، جالسًا إن أمكن.

6- تقييم الأذينن (الصيوان الخارجي من الأذن/ الجزء الغضروفي) AURICLES:

- تأمل لونهما، تناظرهما وتماثلهما في الحجم، والموضع. لتأمل الموضع يتم ملاحظة المستوى الذي يتصل عنده الجانب العلوي من الأذن بالرأس نسبة للعين. في الحالة الطبيعية يكونا متناظرين وتتماشى الأذينين مع الموق الخارجي للعين ، حوالي 10 درجة ، من العمودي.

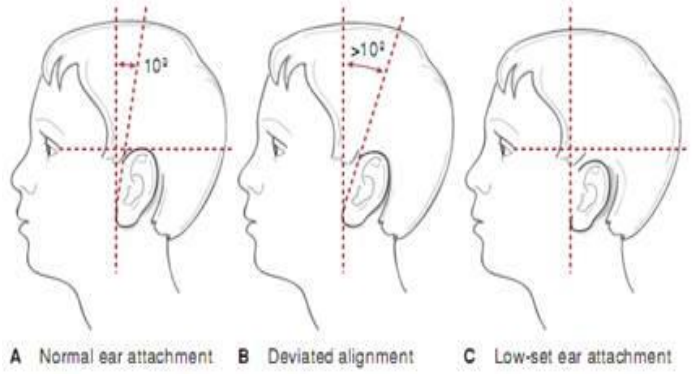


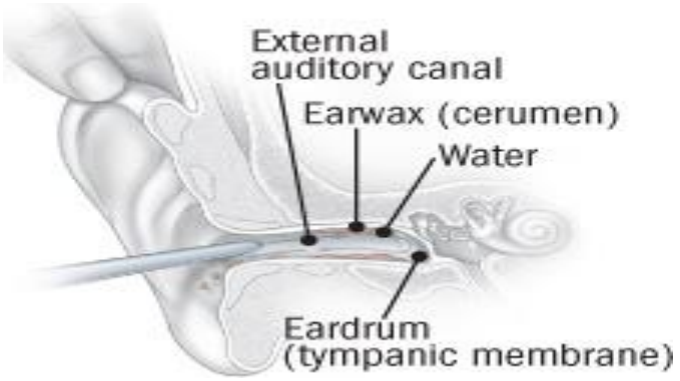
FIGURE 12.18. A. Normal ear attachment. B. Deviated ear attachment. C. Low-set ear attachment.

الشكل (2) يوضح محاذاة الأذنين

- جس الأذينين للتحري عن البنية النسيجية ،والمرونة ، ومناطق الإيلام. وذلك عن طريق سحب الأذينة برفق للأعلى وللأسفل وللخلف، طوي أو ثني صيوان الأذن الى الامام (يجب ان يرتد للخلف)، الدفع على وتدة الأذن، تطبيق الضغط على الخشاء.

7- تقييم قناة الأذن الخارجية والغشاء الطبلي (EXTERNAL EAR CANAL AND TYMPANIC MEMBRANE):

- تأمل قناة الأذن الخارجية لكشف وجود صملاخ (المادة الشمعية)، والآفات الجلدية، القيح، والدم.
- مشاهدة الغشاء الطبلي باستخدام منظار الأذن: وصل مرآه عاكسة الى منظار الأذن، استخدام أكبر قطر يلائم قناة الأذن دون التسبب في إزعاجها. لأن هذا يحقق أقصى رؤية لقناة الأذن بأكملها والغشاء الطبلي.
- احرف رأس العميل بعيدا عنك وقوم (صحح) قناة الأذن. بالنسبة للبالغين ، قم بتقويم قناة الأذن عن طريق سحب صيوان الأذن لأعلى وللخلف. إن تقويم قناة الأذن (استقامتها) يسهل رؤية قناة الأذن والغشاء الطبلي.



الشكل (3) تقويم قناة الأذن لشخص بالغ عن طريق سحب صيوان الأذن لأعلى والخلف.

- امسك منظار الأذن إما (أ) بالجانب الأيمن لأعلى ، مع أصابعك بين مقبض منظار الأذن ورأس العميل ، أو (ب) رأسًا على عقب ، بأصابعك والسطح الزندي لليد على رأس العميل. يعمل هذا على استقرار الرأس ويحمي طبلة الأذن والقناة من الإصابة في حالة حدوث حركة رأس سريعة.
- أدخل طرف منظار الأذن برفق في قناة الأذن ، وتجنب ضغط المنظار على جانبي قناة الأذن. لأن الثلثان الداخليان لقناة الأذن عظميان ؛ إذا تم الضغط على المنظار تجاه أي من الجانبين ، فإن العميل سوف يشعر بعدم الراحة.
- فحص الغشاء الطبلي للون والبريق.

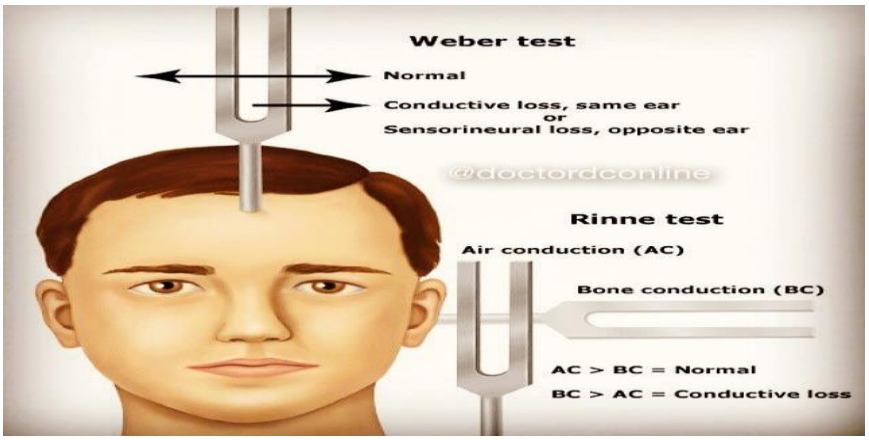
8- اختبارات السمع الشامل (GROSS HEARING ACUITY TESTS):

- تقييم استجابة العميل للنغمات الصوتية العادية. إذا كان العميل لديه صعوبة سماع الصوت العادي ، تابع الاختبارات التالية:

✓ قم بإجراء اختبار الهمس لتقييم السمع عالي التردد. بأن تطلب من العميل اغلاق أذن واحدة. واهمس عبارة بسيطة مثل " الطقس حار اليوم" وذلك بعيدا عن نظر العميل في مسافة 0.3 الى 0.6 متر (من 1 الى 2 قدم)، اطلب من العميل تكرار العبارة. كرر مع الأذن الأخرى باستخدام عبارة مختلفة.

✓ **اختبارات الشوكة: قم بإجراء اختبار Weber** لتقييم التوصيل العظمي عن طريق فحص تداخل الأصوات (انتقال جانبي للأصوات). امسك شوكة الرنانة في قاعدتها. قم بتنشيطها عن طريق النقر على الشوكة بلطف على ظهر يدك بالقرب من المفاصل أو عن طريق ضرب الشوكة بين أصابع الإبهام والسبابة. ضع قاعدة الشوكة الاهتزازية أعلى رأس العميل واسأله أين يسمع العميل الضوضاء. ففي حالة الصمم التوصيلي يسمع صوت الشوكة الرنانة في الأذن الأقل سمعاً، أما في حالة الصمم الحس عصبي فيسمع الصوت في الأذن الأكثر سمعاً.

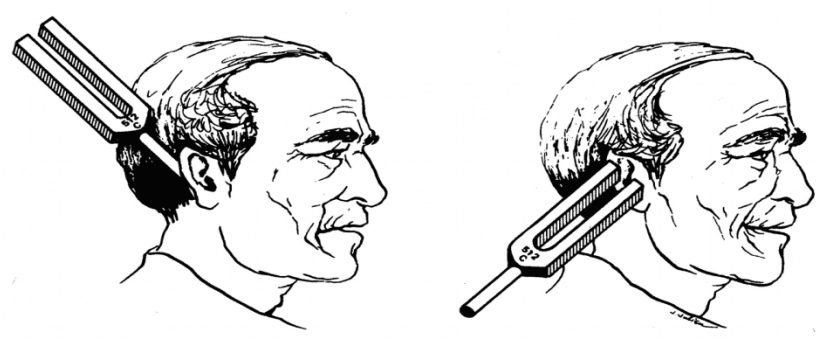
✓ **إجراء اختبار رينه (Rinne)** لمقارنة التوصيل الهوائي بالتوصيل العظمي في نقل الأصوات عبر الأذن الوسطى: توضع الشوكة الرنانة بالقرب من أذن المريض، ويطلب منه أن يعلم الفاحص عندما يتوقف عن سماع صوتها، ثم توضع الشوكة الرنانة بعد ذلك على النتوء الخشائي ويسأل المريض عما إذا كان صوت الشوكة ما يزال مسموعاً أم لا ؟ فإذا أجاب بأنه لم يعد يسمعها بعد وضعها علي النتوء الخشائي، فهذا يعني أن التوصيل الهوائي أفضل من التوصيل العظمي، أما إذا أفاد المريض بأنه لا يزال مستمراً في سماع الشوكة (بعد وضعها علي النتوء)، فهذا يعني أن التوصيل العظمي أفضل من التوصيل الهوائي.عادة ما يتم سماع اهتزازات شوكة الرنين الموصولة عن طريق الهواء لمدة أطول.



الشكل (5) اختبار ويبر، واختبار رينه

If there is *unilateral* **sensorineural hearing loss**, the Rinne test demonstrates **air > bone conduction**

i.e. air conduction is present after bone conduction is gone (normal)

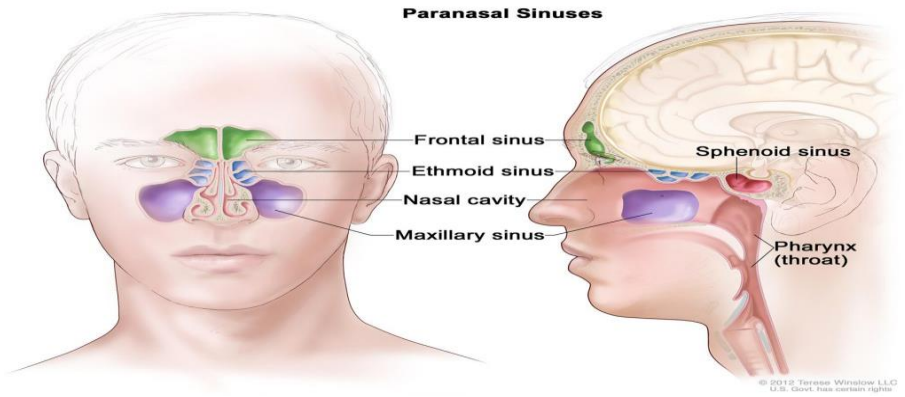


الشكل (6) اختبار رينه: A ، قاعدة شوكة الرنين في عملية الخشاء ؛ ب ، وضع شوكة الرنانة أمام أذن العميل.

9- قم بتوثيق النتائج في سجل العميل .

2- تقييم الأنف والجيوب الأنفية (Nose and Sinuses):

يمكن للممرضة فحص ممرات الأنف ببساطة شديدة باستخدام مصباح يدوي. يشمل تقييم الأنف تأمل وجس الأنف الخارجي (الثلث العلوي من الأنف هو العظام ، والباقي هو الغضاريف) ؛ تأمل فتحتي الأنف. إذا أبلغ العميل عن صعوبة أو خلل في الرائحة ، فقد تختبر الممرضة حاسة الشم لدى العميل من خلال مطالبة العميل بتحديد الروائح الشائعة مثل القهوة أو النعناع. يتم ذلك عن طريق الطلب من العميل بإغلاق العيون ووضع قوارير تحتوي على الرائحة تحت أنف العميل. كما تتأمل الممرضة وتجس الجيوب الأنفية الوجهية.



الشكل (7) الجيوب الأنفية في الوجه

الأدوات:

- منظار الأنف
- قلم ضوئي/ مصباح يدوي

الإجراء:

1- قبل تنفيذ الإجراء ، التعريف عن نفسك وتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. اشرح للعميل ما الذي ستفعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.

2- غسل اليدين واتخاذ الاحتياطات الوقائية العالمية

3- توفير الخصوصية للعميل.

4- الحصول على المعلومات الذاتية من العميل بالاستفسار عن الأمور التالية: الحساسية ، صعوبة التنفس عن طريق الأنف ، التهابات الجيوب الأنفية ، إصابات الأنف أو الوجه ، نزيف الأنف. الأدوية التي أخذت. التغييرات في حاسة الشم.

5- وضع العميل بوضعية مريحة ، جالسًا إن أمكن.

6- تقييم الأنف والجيوب:

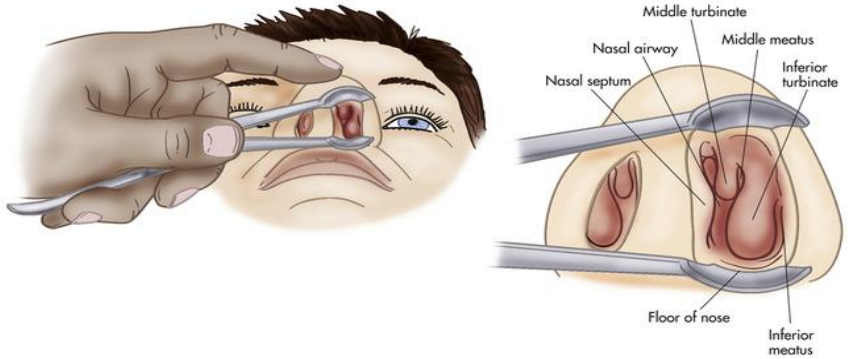
- تأمل الأنف الخارجي عن أي انحرافات في الشكل أو الحجم أو اللون وتوهج أو إفرازات من الأنف.
- جس الأنف الخارجي برفق لتحديد أي مناطق إيلام أو الكتل أو انزياح للعظام والغضاريف.
- تحديد سالكية كل من تجويفي الأنف. اطلب من العميل أن يغلق الفم ، ويمارس ضغطًا على أحد المنخرين ، ويتنفس من خلال المنخر المقابل. كرر الإجراء لتقييم سالكية المنخر المقابل.
- فحص تجاويف الأنف باستخدام مصباح يدوي أو منظار الأنف.

✓ امسك المنظار في يدك اليمنى لفحص فتحة الأنف اليسرى للعميل ويدك اليسرى لتفقد فتحة الأنف اليمنى للعميل.

✓ احرف رأس العميل للخلف

✓ قف في مواجهة العميل ، أدخل طرف المنظار حوالي 1 سم (0.4 بوصة). يجب توخي الحذر لتجنب الضغط على الحاجز الأنفي الحساس.

✓ فحص بطانة الأنف وسلامة وموضع الحاجز الأنفي



الشكل (8) الحاجز الأنفي ، التوربينات السفلية والمتوسطة، الممر الأنفي.

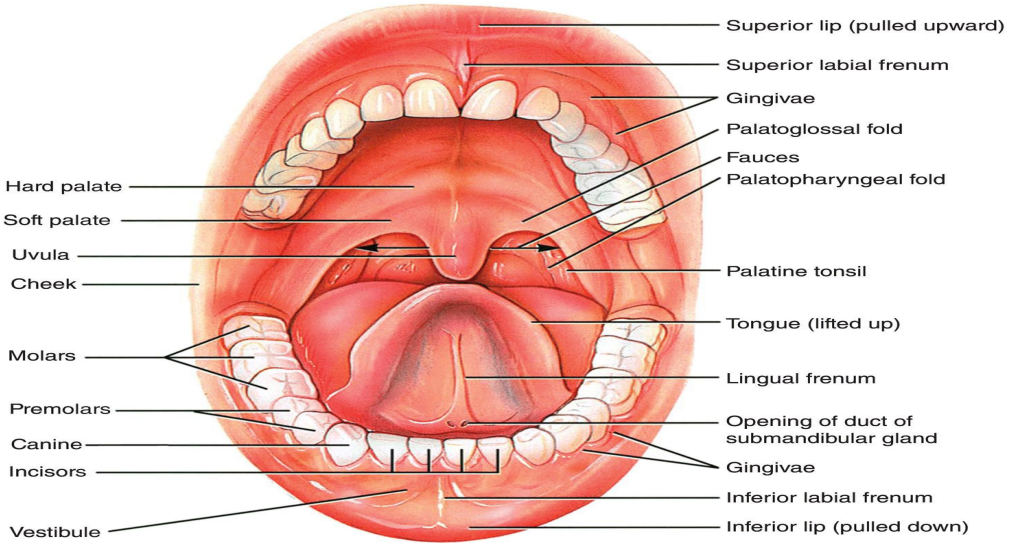
- راقب وجود احمرار وتورم ونمو وتصريف. عادة تكون المخاطية وردية اللون ، واضحة ، تصريف مائي، لايوجد آفات. في الحالات الغير طبيعية يكون الغشاء المخاطي أحمر متوزم، وجود إفرازات غير طبيعية (مثل القيح)، وجود الآفات (على سبيل المثال ، الاورام الحميدة).
- تأمل الحاجز الأنفي بين أجواف الأنف. عادة يكون في المنتصف.
- جس جيوب الفك العلوي والجبهي للإيلام.

7- توثيق النتائج في سجل العميل.

3- الفم والبلعوم (Mouth and Oropharynx):

يتكون الفم والبلعوم الفموي من عدد من الهياكل: الشفاه ، الغشاء المخاطي للفم ، واللسان وأرضية الفم ، الأسنان واللثة ، الحنك الصلب واللين ، لهاة الحلق ، الغدد اللعابية ، أعمدة اللوزتين ، واللوزتين.

لمحة تشريحية:



الشكل(10) البنية التشريحية للفم

عادة ، توجد ثلاثة أزواج من الغدد اللعابية الفارغة في تجويف الفم: الغدد النكفية ، تحت الفك السفلي ، وتحت اللسان. الغدة النكفية هي الأكبر وتفرغ من خلال قناة ستنسن مقابل الضرس الثاني. تفرغ

الغدة تحت الفك من خلال قناة وارتون ، التي تقع على جانبي اللجام على أرضية الفم. تقع الغدة اللعابية تحت اللسان في قاع الفم ولها العديد من الفتحات.

مشاكل الفم:

- تسوس الأسنان (تسوس الأسنان) وأمراض اللثة (أو الحُلُوث) هما المشكلتان اللتان تؤثران على الأسنان بشكل متكرر. ترتبط كلتا المشكلتين عمومًا برواسب البلاك والجير.
- البلاك هو طبقة رقيقة غير مرئية يلتصق بسطح الأسنان بالمينا. وهو يتألف من البكتيريا ، وجزيئات اللعاب ، وبقايا الخلايا الظهارية والكريات البيضاء.
- القلح (صفرة تعلو الأسنان) هو رواسب صلبة وواضحة للبكتيريا الميتة التي تتشكل عند خطوط اللثة.
- تراكم الجير يمكن أن يغير الألياف التي تربط الأسنان باللثة وتعطل النسيج العظمي في نهاية المطاف.
- يتميز مرض اللثة بالتهاب اللثة (اللثة الحمراء المنتفخة) والنزيف وتراجع خطوط اللثة وتشكيل جيوب بين الأسنان واللثة. في أمراض اللثة المتقدمة ، تكون الأسنان رخوة ومفككة والقيح واضح عند الضغط على اللثة.
- المشاكل الأخرى التي تشاهد هي التهاب اللسان ، التهاب الفم (التهاب الغشاء المخاطي للفم) ، والتهاب الغدة النكفية (التهاب الغدة اللعابية النكفية). يشار إلى تراكم المواد الملوثة والكريهة (الغذاء ، الكائنات الحية الدقيقة ، والعناصر الظهارية) على الأسنان واللثة باسم الطرامة.

تقييم الفم والأسنان:

الأدوات:

- كفوف نظيفة
- قلم ضوئي
- خافض لسان
- ضمادات شاش 2*2

الإجراء:

1- قبل تنفيذ الإجراء ، التعريف عن نفسك وتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. اشرح للعميل ما الذي ستفعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
2- غسل اليدين واتخاذ الاحتياطات الوقائية العالمية
3- توفير الخصوصية للعميل.
4- الحصول على المعلومات الذاتية من العميل بالاستفسار عن الأمور التالية: النمط الروتيني للعناية بالأسنان ، آخر زيارة لطبيب الأسنان ؛ طول فترة القرحة أو الآفات الأخرى ؛ انزعاج في الأسنان. الأدوية التي يتلقاها العميل.
5- وضع العميل بوضعية مريحة ، وضعية الجلوس قدر الإمكان.

التقييم:

1- الشفاه والأغشية المخاطية (Lips and Buccal Mucosa):

- ✓ تأمل الشفاه الخارجية للتأكد من تناسق الشكل واللون والملمس والبنية ، اطلب من العميل أن يزم الشفاه كأنه يصفر. للتأكد من القدرة على الزم.
- ✓ تأمل وجس الشفاه الداخلية والغشاء المخاطي الفموي للون والرطوبة والملمس ، ووجود الآفات.
  - ارتدي قفازات نظيفة.
  - اطلب من العميل يرخي الفم ، ومن اجل رؤية أفضل، اسحب الشفة للخارج وبعيدًا عن الأسنان. يجب أن تكون رطبة ، ناعمة ، لامعة ، الملمس المرن (الغشاء المخاطي للفم الأكثر جفافاً لدى كبار السن من العملاء بسبب انخفاض إفراز اللعاب). التحري عن وجود خراجات مخاطية مفرطة الجفاف. تهيج الأسنان سحجات ، تقرحات، العقيدات.
  - امسك الشفة على كل جانب بين الإبهام والسبابة لتأمل المخاطية في الشفة السفلى.

2- الأسنان واللثة (Teeth and Gums):

- ✓ تأمل الأسنان واللثة أثناء فحص الشفاه الداخلية والغشاء المخاطي الفموي.
  - اطلب من العميل فتح الفم. باستخدام خافض اللسان أبعد الخد. شاهد الغشاء المخاطي السطحي من أعلى إلى أسفل ومن الخلف إلى الأمام. سوف يساعد المصباح أو البيل الضوئي على إضاءة السطح. كرر الإجراء للجانب الآخر. اللثة عادة تكون وردية اللون ورطبة وذات بنية ناعمة.
  - تأمل الاسنان الخلفية. من اجل رؤية أفضل للأضراس استخدم أصابع السبابة من كلتا اليدين لسحب الخد. اطلب من العميل أن يرخي الشفاه ويغلق أولا ثم يفتح الحنك. إن إغلاق الفك يساعد في مراقبة رصف الأسنان وفقدان الأسنان ؛فتح الفك يساعد في مراقبة حشوات الأسنان وتسوس الأسنان. راقب عدد الأسنان ولون الأسنان وحالة الحشوات وتسوس الأسنان والجير على طول قاعدة الأسنان. لاحظ وجود وتناسب أطقم الأسنان الجزئية أو الكاملة.
  - تأمل وفحص اللثة حول الأضراس. راقب النزيف واللون والانكماش (الانسحاب بعيدًا عن الأسنان) ، الوذمة ، والآفات.
- ✓ تفقد أطقم الأسنان. اطلب من العميل إزالة أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية. فحص حالتهم ، مع ملاحظة المناطق المكسورة أو البالية.

3- تقييم اللسان وقعر الفم (Tongue/Floor of the Mouth):

- ✓ افحص سطح اللسان لتحري الموضع واللون والملمس. اطلب من العميل أن يبرز اللسان. اللسان الأحمر الأملس قد يشير الى عوز الحديد فيتامين ب 12 ، أو نقص فيتامين ب 3). اللسان الفروي الجاف (مرتبط بنقص السوائل) ، الطلاء الأبيض (قد يكون عدوى الخميرة الفموية). وتحري العقد ، التقرحات ، تغير اللون (المناطق البيضاء أو الحمراء) ؛ ومناطق الإيلام.
- ✓ تأمل حركة اللسان. اطلب من العميل تكوير اللسان لأعلى ونقله من جانب إلى آخر. للتأكد حرية وسهولة الحركة بدون إيلام.

- ✓ تأمل قاعدة اللسان وقعر الفم واللجام. اطلب من العميل وضع طرف اللسان على سطح الفم. للتحري عن الالتهاب والتقرح.

4- تقييم لهاة الحنك والحنك (palates and uvula):

- ✓ افحص الحنك الصلب والحنك اللين بحثًا عن اللون والشكل والملمس ووجود بروز عظمي. اطلب من العميل فتح الفم على نطاق واسع وإمالة الرأس للخلف. بعد ذلك ، قم بضغط اللسان باستخدام خافض اللسان عند الضرورة ، واستخدم قلمًا ضوئيا لرؤية مناسبة. ملاحظة تغير لون الحنك(على سبيل المثال ، اليرقان أو الشحوب)، النمو العظمي المتزايد للحنك الصلب.
- ✓ تأمل لهاة الحنك للموضع والحركة أثناء فحص الحنك، لمراقبة اللهاة اطلب من العميل أن يقول "آه" حتى يرتفع شراع الحنك. تتوضع في الخط المتوسط من شراع الحنك ترتفع أثناء النطق. تنحرف الى الجانب في حالة الورم أو الأذية، عدم حركتها (قد يشير إلى تلف في العصب الثلاثي التوائم [العصب القحفي الخامس] أو العصب المبهم [الجمجمة العشر].

5- تقييم البلعوم الفموي واللوزتين (oropharynx and tonsils):

- ✓ تفقد البلعوم للون والملمس. افحص جانب واحد في وقت واحد لتجنب إثارة القيء. لكشف أحد جوانب البلعوم ، اضغط خافض اللسان مقابل اللسان على نفس الجانب في منتصف المسافة تقريبا بينما يميل العميل رأسه للخلف ويفتح الفم بشكل واسع استخدم القلم الضوئي اذا لزم الأمر. لكشف احمرار أو ذمة. وجود آفات أو لويحات أو تصريف.
- ✓ فحص اللوزتين (وراء الحلقوم) للون والتفريغ والحجم. في حالة التورم والالتهاب درجة (2) تكون اللوزتين بين العمد اللوزية واللهاة. درجة (3) تكون ملامسة للهاة. الدرجة (4) تكون إحداهما أو كليهما متمددة الى خط الوسط للبلعوم الفموي. أما الدرجة (1) تكون طبيعيتين وخلف العمد اللوزية.

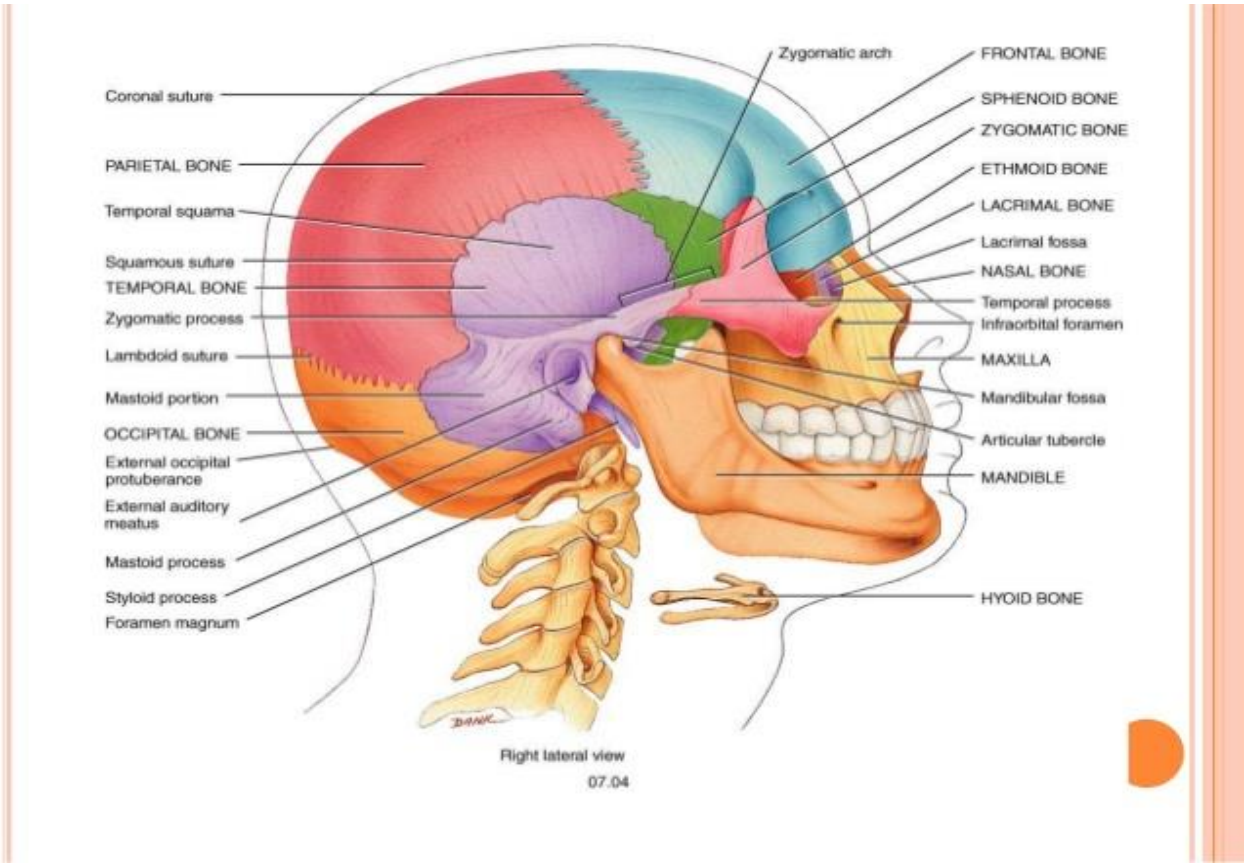
6- نزع الكفوف وغسل اليدين.

7- توثيق النتائج في سجل العميل.

تقييم الرأس والعنق والعين

إعداد: د. آنــا أحمـد

تقييم الرأس (Head):



الشكل (1) عظام الرأس

أثناء تقييم الرأس يجب على الفاحص أن يتأمل ويجس في نفس الوقت وأن يصغي أيضا. يقوم الفاحص بفحص الجمجمة والوجه والعينين والأذنين والأنف والجيوب الأنفية والفم والبلعوم.

الجمجمة والوجه (Skull and Face):

هناك تفاوت كبير في الأحجام الطبيعية للجمجمة. أسماء مناطق الرأس مستمدة من أسماء العظام الأساسية هي: الأمامي ، الجداري ، القذالي ، الناتئ الخشائي خلف الأذن ، الفك السفلي ، الفك العلوي ، والعظم الوجني. **الشكل (1).**

تسبب العديد من الاضطرابات تغييراً في شكل الوجه أو حالته مثل:

- أمراض الكلى أو القلب يمكن أن تسبب وذمة في الجفون.
- فرط نشاط الغدة الدرقية يمكن أن يسبب جحوظًا ، وهو نتوء من مقل العيون مع ارتفاع الأجفان العليا ، مما يؤدي إلى التحديق.
- قصور الغدة الدرقية ، أو الوذمة المخاطية ، يمكن أن يتسبب في ظهور وجه جاف ومنتفخ مع بشرة جافة وملامح خشنة ورقة شعر فروة الرأس والحواجب.
- زيادة إنتاج هرمون الغدة الكظرية أو إعطاء المنشطات يمكن أن يسبب وجهاً مستديرًا مع خدين محمرين ، ويشار إليهما باسم وجه القمر ، ونمو الشعر الزائد فوق الشفة العليا والذقن ومناطق السوالف.
- يمكن أن يؤدي المرض الطويل والجوع والجفاف إلى ظهور عيون وخدود غائرة.

تقييم الوجه والجمجمة:

1- قبل تنفيذ الإجراء ، عرّف بنفسك وتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. اشرح للعميل ما الذي ستفعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. وكيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
2- غسل اليدين، واتخاذ الاحتياطات الوقائية لمنع العدوى.
3- توفير الخصوصية للعميل.
4- الحصول على المعلومات الذاتية من العميل، الاستفسار عن: قصة سابقة للمشكلات المتعلقة بالكتل والكدمات والتورم ، الحكة، قشرة الرأس، وجود قصة سابقة لفقدان الوعي، الدوار، نوبات الصرع، ألم في الوجه أو الرقبة أو وجود أذية، صداع، نوع الأدوية المتناولة وفترتها، وجود قصة جراحية في الرأس. متى وكيف حدثت الكتل؟ طول الفترة الزمنية لأي مشكلة، سبب المشكلة، الأعراض المرافقة، التكرار، والعلاج.

التقييم (البيانات الموضوعية):

5- تأمل شكل وحجم الجمجمة والتناظر. وذلك بوضع الأصابع على شعر الشخص وجس الفروة. الجمجمة الطبيعية تبدو مدورة مع وجود (الدروز الأمامي والجداري والقذالي) متناظرة وناعمة. في

الحالات الغير طبيعية يحدث عدم التماثل، زيادة في حجم الجمجمة مع أنف وجبهة أكثر بروزا، طول الفك السفلي (قد يشير الى زيادة كثافة هرمون النمو).

6- تأمل ملامح الوجه (على سبيل المثال: تناظر الهياكل وتوزع الشعر). في الحالات الغير الطبيعية يلاحظ زيادة في شعر الوجه، ترقق الحواجب، ملامح غير متناظرة، جحوظ، وذمة مخاطية، ووجه القمر(face moon).

7- تأمل العينين من أجل الوذمة أو التجويف. في الحالات الغير طبيعية إما أن يكون هناك وذمة في محيط الحجاج، أو غؤور في العينين.

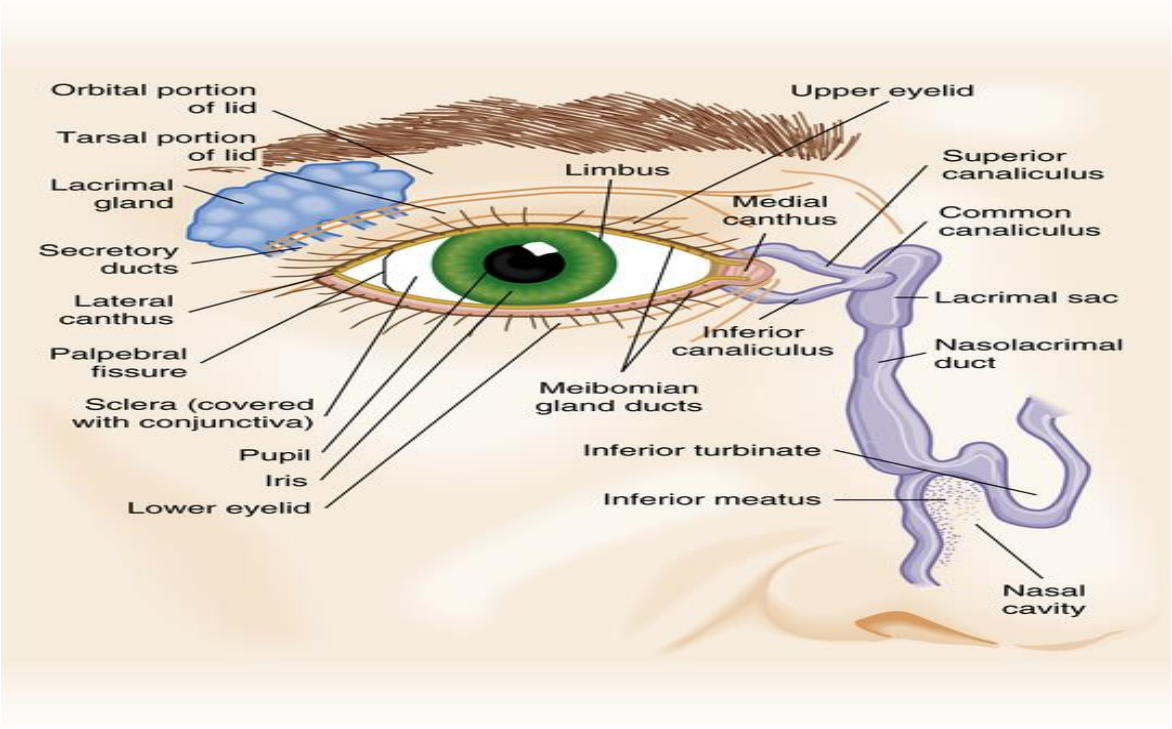
8- ملاحظة تناسق حركات الوجه. يطلب من العميل رفع الحواجب، العبوس، أو خفض الحواجب، إغلاق العينين بإحكام، نفخ الخدين، الابتسامة وإظهار الأسنان. في الحالات الغير طبيعية يلاحظ حركات الوجه غير متماثلة (على سبيل المثال ، لا يمكن إغلاق العينين بشكل كامل) ؛ تدلي الجفن السفلي والفم. حركات لا إرادية للوجه (مثل التشنجات اللاإرادية، الارتعاش أو الرجفة).

9- توثيق النتائج في سجل العميل.

تقييم العينين والرؤية(Ayes and Vision)

العينين والرؤية (Eyes and Vision):

للحفاظ على الرؤية المثلى ، يحتاج الناس إلى فحص عيونهم بانتظام مدى الحياة. يوصى بفحص العيون للأشخاص دون سن الأربعين كل 3 إلى 5 سنوات ، أو على نحو أكثر تواتراً إذا كان هناك تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو اختلال الدم أو أمراض العين (مثل الزرق). بعد سن الأربعين ، يوصى بفحص العين كل سنتين.



الشكل (2) البنى الخارجية والجهاز الدمعي للعين اليمنى

يتضمن فحص العيون تقييم ما يلي:

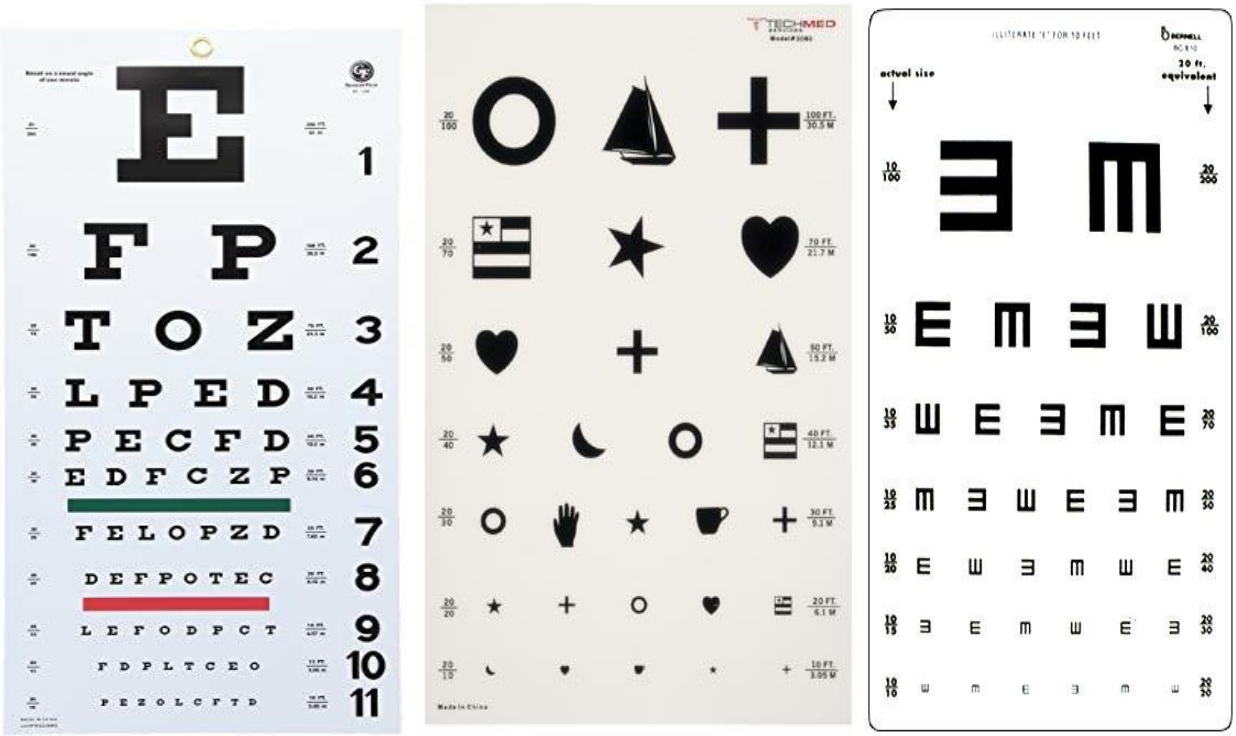
- الهياكل أو البنى الخارجية
- حدة البصر (درجة التفاصيل التي يمكن للعين أن تميزها في صورة ما)
- حركة العين
- المجالات البصرية (المجال الذي يمكن للفرد أن يرى من خلاله عند النظر إلى الأمام مباشرة)
- يتم أيضًا النظر في التغييرات التنموية والممارسات الصحية الفردية ، إذا كان العميل يرتدي العدسات اللاصقة أو لديه عين صناعية.
- معظم إجراءات تقييم العين تقتضي التأمل.

كثير من الناس يرتدون النظارات أو العدسات اللاصقة لتصحيح الأخطاء الانكسارية الشائعة لعدسة العين. تتضمن هذه الأخطاء:

- الحسر (قصر النظر).

- مد البصر (طول النظر).
- مد البصر الشيخوخي (فقدان مرونة العدسة وبالتالي فقدان القدرة على رؤية الأشياء القريبة).مد البصر الشيخوخي يبدأ في حوالي 45 سنة من العمر. يلاحظ الناس أنهم يواجهون صعوبة في قراءة ورق الصحف. عندما تتطلب الرؤية البعيدة والقريبة تصحيحًا ، يلزم وجود عدستين (نظيرتين).
- الرأرأة (Astigmatism) وهو انحناء غير متساوي للقرنية يمنع أشعة أفقية وعمودية من التركيز على الشبكية ، مشكلة شائعة قد تحدث مع قصر النظر ومد النظر. وقد يتم تصحيحها بالنظارات أو الجراحة.

تتوفر ثلاثة أنواع من مخططات العين لاختبار حدة البصر.



الشكل (3) الانواع الثلاثة لمخططات العين: اليسار، مخطط سنلين المعياري؛ في المركز مخطط أطفال ما قبل المدرسة؛ اليمين، مخطط E سنلين للأشخاص الغير قادرين على القراءة.

تشمل المشكلات البصرية الالتهابية الشائعة التي قد يصادفها التمريض لدى الشخص ما يلي:

1- **التهاب الملتحمة:** قد يحدث التهاب الملتحمة من أجسام غريبة أو مواد كيميائية أو عوامل مسببة للحساسية أو بكتيريا أو فيروسات. حيث يترافق باحمرار ، حكة ، تمزق ، تصريف مخاطي. قد تصبح الجفون أثناء النوم متلبدة ومغطاة بالقشور.

2- **التهاب كيس الدمع**: يتظاهر بتمزق وتصريف من القناة الأنفية الدمعية.

3- **شعيرة العين**: هو احمرار وتورم وإيلام لبصيلات الشعر والغدد الفارغة على حافة الجفون

4- **التهاب القزحية :** قد يكون ناتجا عن الالتهابات الموضعية أو الجهازية ويؤدي إلى الألم والتمزق وفوبيا الضوء (الحساسية للضوء).

5- **كدمات أو ورم دموي للجفون والهياكل المحيطة**.

6- **الساد (Cataracts):** عادة ما يحدث إعتام عدسة العين في الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 65 عامًا على الرغم من احتمال وحدوثه في أي عمر. كثيرا ما تتم إزالة عتامة العدسة التي تحجب أشعة الضوء ، واستبدالها بزراعة العدسات. قد يحدث إعتام عدسة العين أيضًا عند الأطفال بسبب تشوه العدسة إذا أصيبت الأم بالحصبة الألمانية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

7- **الزرق غلوكوما (Glaucoma):** يعد اضطراب في حركة السائل المائي ، والذي يسبب زيادة في الضغط داخل العين هو السبب الأكثر شيوعًا للعمى لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 40 عامًا على الرغم من أنه يمكن أن يحدث في الأعمار الأصغر سنا. يمكن السيطرة عليها إذا تم تشخيصها في وقت مبكر.

تشمل علامات خطر الإصابة بالزرق:

- عدم وضوح الرؤية أو الضبابية
- فقدان الرؤية المحيطية
- صعوبة التركيز على الأشياء القريبة
- صعوبة التكيف مع الغرف المظلمة
- رؤية الحلقات الملونة بألوان قوس قزح حول الضوء.

8- **تدلي الجفون العلوية**: ترتبط عادة بالشيخوخة أو الوذمة الناتجة عن الحساسية الدوائية أو أمراض جهازية (مثل مرض الكلى) أو خلل في عضلات الجفن الخلقي أو مرض عضلي عصبي (مثل الوهن العضلي الوبيل) ، والضعف العصبي القحفي.

9- **الحدقات المعتمة**: تشير عادة الى إعتام عدسة العين. تكون الحدقات عادة سوداء بشكل طبيعي، متساوون في الحجم (حوالي 3 إلى 7 مم) ، ولهم حدود مستديرة وناعمة. قد يشير توسع الحدقة (Mydriasis) الى الأذية أو الغلو كوما، أو قد ينتج عن بعض الأدوية (على سبيل المثال ، الأتروبين، الكوكايين).

10- **تقبض الحدقة (Miosis)**: قد يشير الى إلى التهاب القزحية أو قد ينتج عن أدوية مثل المورفين / الهيروين وغيره من المخدرات. كما أنه يرتبط بالعمر لدى كبار السن.

11- **تَفاوُتُ الحَدَقَتَين (anisocoria):** قد تنجم عن اضطراب الجهاز العصبي المركزي. القزحية عادة مسطحة ومستديرة. يمكن أن يشير الانتفاخ حول القرنية إلى زيادة الضغط داخل العين.

تقييم العينين وحدة البصر:

الأدوات اللازمة للتقييم:

- ✓ مسطرة ملليمترية
- ✓ بيل ضوئي، ومنظار قعر العين
- ✓ مخطط سنيلين (Snellen) أو E
- ✓ بطاقة عاتمة (غير نافذة للضوء)

التقييم:

1. وضع العميل في غرفة مناسبة لتقييم العيون والرؤية. يجب ان تكون الممرضة قادرة على التحكم في الإضاءة الطبيعية وإنارة السقف خلال إجراء الفحص.
2. قبل تنفيذ الإجراء ، عرف نفسك وتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. اشرح للعميل ما الذي ستفعله ، وما أهميته ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.

3. غسل اليدين، وارتداء القفازات، واتخاذ الاجراءات الوقائية لمنع العدوى.
4. تأمين الخصوصية للعميل
5. الحصول على المعلومات الذاتية من العميل والاستفسار عن:

- قصة عائلية لمرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم أو اعتلال الدم، مرض بالعين، أو جراحة.
- موعد أخر زيارة قام بها العميل لطبيب العيون.
- استخدام العدسات اللاصقة أو النظارات ، واتباع الممارسات الصحية للعدسات التصحيحية
- القصة الحالية لمشاكل العين (على سبيل المثال: تغيرات في حدة البصر، عدم وضوح الرؤية، التمزق، وجود بقع، رهاب الضوء، حول أو ازدواج في الرؤية، الحكة أو الألم).

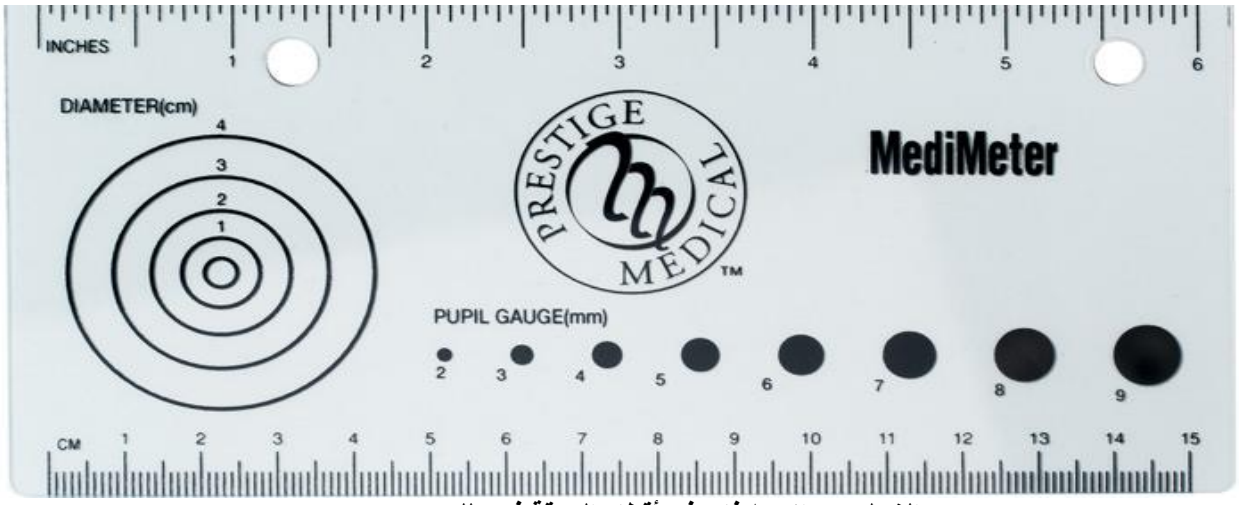
فحص بنى العين الخارجية: التأمل

1- تأمل الحواجب لتوزع الشعر وانتظامه ونوعية الجلد وحركته (يطلب من العميل رفع وخفض الحواجب).
2- تأمل الرموش للتحقق من التوزيع المتساوي واتجاه فتل الشعر. في الاحوال الطبيعية تكون مفتولة للخارج.
3- تأمل الجفون لمعرفة الخصائص السطحية (مثل نوعية الجلد والملمس)، والموقع بالنسبة للقرنية، والقدرة على الغمز وتواتره، تأمل الجفون السفلية عندما تكون عيون العميل مغلقة. والتأكد من عدم وجود احمرار ، تورم ، تقشر ، تصريف ، عقيدات ، آفات تغلق جفن العين بشكل غير متماثل أو غير كامل أو مؤلم.
4- تأمل ملتحمة المقلة (التي تقع فوق الصلبة) من حيث اللون ووجود الآفات. عادة تكون الصلبة بيضاء ، الصلبة اليرقانية دلالة وجود مرض الكبد؛ الصلبة شديدة الشحوب دلالة على فقر الدم) ؛ صلبة محمرة (كما في الروماتيد)؛ الآفات أو العقيدات (قد تشير الى حدوث أضرار من العوامل الميكانيكية أو الكيميائية أو المسببة للحساسية أو البكتيرية).

فحص بنى العين الداخلية:

5- تأمل بنية القرنية ووضوحها. اطلب من العميل أن ينظر إلى الأمام مباشرة. امسك مصباحًا بزاوية مائلة للعين ، وانقل الضوء ببطء عبر سطح القرنية.

6- تأمل الحدقات عن اللون والشكل والتماثل في الحجم. التأكد من عدم وجود ضبابية ، توسع في حدقة العين، تفاوت الحدقات، انتفاخ القزحية. عادة قطر الحدقة 3-7 ملم مدورة ناعمة الحواف سوداء.



الشكل (4) الاختلافات في أقطار الحدقة في ملليمتر

7- تقييم ارتكاس كل حدقة للضوء بشكل مباشر لتحديد وظيفة الاعصاب القحفية الثالث (العصب المحرك للعين)، والعصب الرابع (العصب البكري). هل الاستجابة غير متساوية أو غائبة، أو بطيئة.

- ✓ تعتيم الغرفة جزئيا.
- ✓ اطلب من العميل أن ينظر إلى الأمام مباشرة.
- ✓ سلط الضوء على الحدقة باستخدام قلم الضوء والاقتراب من جانب العميل.
- ✓ راقب استجابة الحدقة المضاءة. يجب أن تنقبض (الاستجابة المباشرة).
- ✓ سلط الضوء على الحدقة مرة ثانية وراقب استجابة الحدقة الأخرى يجب أن تنقبض أيضا (استجابة توافقية).

8- تقييم ارتكاس كل حدقة للمطابقة :

- ✓ أمسك شيء (قلم رصاص أو قلم ضوئي) على بُعد حوالي 10 سم (4 بوصات) من جسر أنف العميل.

- ✓ اطلب من العميل أن ينظر أولاً إلى القلم الضوئي ثم إلى جسم بعيد (على سبيل المثال ، الجدار البعيد) خلف المصباح. ناوب النظر من القريب الى الجسم البعيد وراقب استجابة الحدقة.
- ✓ بعد ذلك ، اطلب من العميل إلقاء نظرة على القلم الضوئي القريب ، ثم حرك المصباح أو القلم الرصاص باتجاه أنف العميل. وسجل استجابة الحدقات. هل يوجد توسع، أو فشل في الانقباض، أو تقارب في احداهما أو كلاهما. أم انهما مدورتان متساويتان مرتكستان للضوء.

فحص الحقل البصري (VISUAL FIELDS):

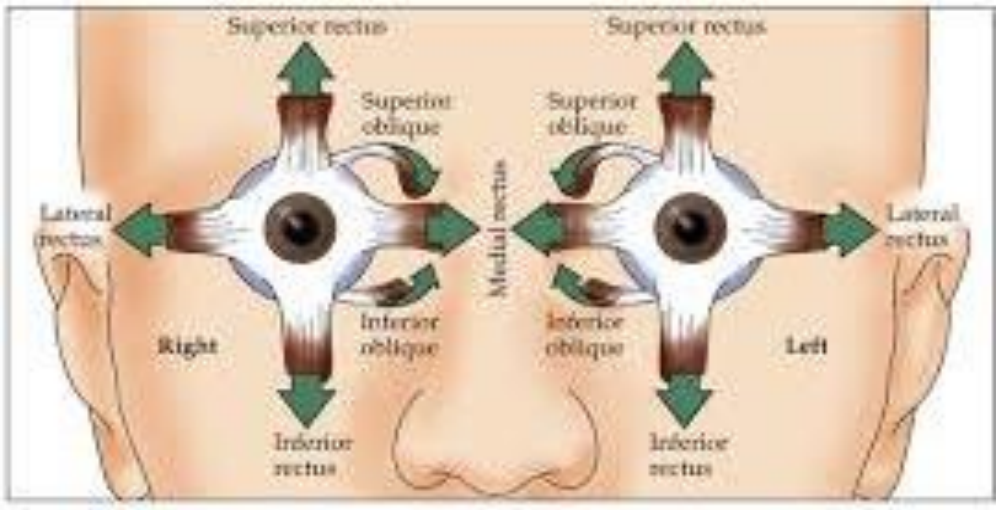
1- تقييم الحقول البصرية المحيطية لتحديد وظيفة شبكية العين والمسارات البصرية العصبية إلى الدماغ والعصب القحفي الثاني (البصري).

- ✓ اجعل العميل يجلس في مواجهتك مباشرة على مسافة 60 إلى 90 سم (2 إلى 3 أقدام).
- ✓ اطلب من العميل أن يغطي عين واحدة بالبطاقة العاتمة وأن ينظر بالعين الأخرى بشكل مستقيم باتجاه أنفك.
- ✓ قم بتغطية عينك المواجهة لعين المريض المغطاة. وانظر بشكل مباشر الى أنف المريض.
- ✓ امسك قلم رصاص في أصابعك، وقم بتمديد ذراعك وانقل القلم ضمن الحقل المرئي من عدة نقاط في المحيط. يجب أن يكون القلم على مسافة متساوية منك ومن العميل. اطلب من العميل اخبارك عند رؤية القلم المتحرك لأول مرة.
  - لاختبار الحقل الزمني للعين اليسرى ، قم بتمديد ذراعك الأيمن وتحريكه من الجانب الأيمن للعميل.
  - لاختبار الحقل العلوي للعين اليسرى ، قم بتمديد وتحريك الذراع اليمنى. من الأسفل الى أعلى الحقل.
  - لاختبار الحقل السفلي للعين اليسرى ، قم بتمديد الذراع اليمنى وتحريكها لأعلى من المحيط السفلي.
  - لاختبار الحقل الأنفي للعين اليسرى ، قم بتمديد ذراعك الأيسر وتحريكه من المحيط.
- ✓ كرر الخطوات السابقة للعين اليمنى، اعكس العملية.

فحص العضلات الخارجية للعين (EXTRAOCULAR MUSCLE TESTS):

1- تقييم ست حركات للعين لتحديد التناسق. عدم التناسق في حركة العينين يدل على شلل في العضلات.

- ✓ قف مباشرة أمام العميل وأمسك القلم في مسافة مريحة ، مثلا 30 سم (1 قدم) أمام عيون العميل. عدم اتباع القلم الضوئي في اتجاهات محددة يدل على الحول.
- ✓ اطلب من العميل أن يثبت الرأس في وضع ثابت متجهاً إليك وأن يتبع حركات القلم الضوئي بالعينين فقط. لملاحظة حدوث الرأرأة (Nystagmus) وهي حركة العين المتناغمة اللاإرادية السريعة والتي تشير الى ضعف عصبي في عضلة العين.
- ✓ حرك المصباح بطريقة بطيئة ومنتظمة من خلال المجالات الأساسية الستة للنظر ، أي من مركز العين على طول خطوط السهمية في الوسط والعودة الى المركز.
- ✓ أوقف حركة القلم الضوئي بشكل دوري بحيث يمكن اكتشاف الرأرأة.



الشكل (5) العضلات الستة التي تحرك العينين

2- التقييم لموقع انعكاس الضوء عن طريق تسليط الضوء على سطح القرنية (اختبار هيرشبرج). الطبيعي أن يسقط الضوء بشكل متماثل على كلا الحدقتين.

3- اطلب من العميل أن يحملق في جسم قريب أو بعيد. مع تغطية عين واحدة ومراقبة حركة العين المكشوفة (اختبار الغطاء). العين الغير مغطاة لا تتحرك.

فحص حدة البصر (VISUAL ACUITY):

1- إذا كان يستطيع العميل القراءة ، قم بتقييم الرؤية القريبة من خلال توفير إضاءة كافية واطلب من العميل القراءة من مجلة أو جريدة على مسافة 36 سم (14 بوصة). إذا كان العميل يرتدي عادةً عدسات تصحيحية ، فيجب ارتداء النظارات أو العدسات أثناء الاختبار. يجب أن يكون المستند بلغة يمكن للعميل قراءتها.

2- قم باستخدام مخطط سنلين الأبجدي أو مخطط الحرف E وهو اختبار شائع يستعمل لفحص القدرة البصرية .

- ✓ اطلب من العميل الوقوف أو الجلوس على بعد 6 أمتار (20 قدم) من المخطط
- ✓ اعطي الشخص كرت معتم بحيث يغطي عين واحدة خلال الفحص. وحدد الأحرف الموجودة في المخطط.
- ✓ خذ ثلاث قراءات: العين اليمنى ، العين اليسرى ، كلتا العينين.
- ✓ سجل قراءات كل عين وكلتا العينين.
- ✓ في حال كان الشخص يستخدم نظارات اطلب منه ارتداءها خلال الفحص.
- ✓ في نهاية كل سطر من المخطط توجد أرقام قياسية (الكسور). الخط العلوي هو 200/20. البسط (الرقم العلوي) دائمًا هو 20 ، المسافة التي يقف عندها الشخص من المخطط. المقام (الرقم السفلي) هو المسافة التي يمكن للعين العادية من خلالها قراءة المخطط. لذلك ، يمكن للشخص الذي لديه رؤية 40/20 أن يرى على بعد 20 قدمًا من المخطط. أن الشخص ذو الرؤية الطبيعية يرى على بعد 40 قدمًا من المخطط.
- ✓ يتم تسجيل حدة البصر كـ "c— s" (بدون تصحيح) ، أو "c— c" (مع تصحيح).
- ✓ يمكن أيضًا الإشارة إلى عدد الأحرف التي أخطأ قراءتها في السطر ، على سبيل المثال ، "حدة البصر 40/20 - 2 "c— c"تشير إلى أن هناك حرفين خطء في السطر 40/20 من قبل عميل يرتدي عدسات تصحيحية.

3- إذا كان العميل غير قادر على رؤية حتى السطر العلوي (200/20) من الرسم البياني من نوع Snellen ، يجب إجراء اختبارات الرؤية المحددة. رؤية محدودة فقط (على سبيل المثال ، إدراك الضوء ، حركات اليد ، عد الأصابع عند 30 مسافة سم (قدم واحدة).
4- قم بتوثيق النتائج في سجل العميل باستخدام النماذج المطبوعة أو الإلكترونية أو قوائم المراجعة.

تقييم العنق (Neck)

يشمل فحص الرقبة العضلات والغدد الليمفاوية والقصبة الهوائية والغدة الدرقية والشرايين السباتية والأوردة الوداجية. يتم تعريف مناطق الرقبة عن طريق عضلات القصبة الترقوية القصية ، والتي تقسم كل جانب من جوانب الرقبة إلى مثلثين: الأمامي والخلفي. القصبة الهوائية ، الغدة الدرقية ، الغدد العنقية الأمامية ، والشريان السباتي يكمن داخل المثلث الأمامي. تقع العقد اللمفاوية الخلفية داخل المثلث الخلفي.

تقييم الرقبة: بالتأمل

1- تأمل عضلات الرقبة (القصية الترقوية والقصية المنحنية) لملاحظة أي تورمات غير طبيعية أو كتل أو ضعف في عضلات الرقبة. اطلب من العميل تثبيت رأسه.
2- مراقبة حركات الرأس، اطلب من العميل:

- ✓ تحريك الذقن باتجاه الصدر. هذه الحركة تحدد وظيفة العضلات القصية الترقوية . تنثني الرأس 45 د.
- ✓ تحريك الرأس للخلف بحيث يكون الذقن إلى أعلى. هذا يحدد وظيفة العضلات شبه المنحرفة. تنبسط الرأس 60 د.
- ✓ تحريك الرأس باتجاه الكتف على كل جانب. هذا يحدد وظيفة العضلات القصية الترقوية. الرأس تنثني أفقيا 40 د.
- ✓ تدوير الرأس الى اليمين والى اليسار. هذا يحدد وظيفة العضلات القصية الترقوية. تدور الرأس أفقيا 70 د.

3- تقييم قوة العضلات.

- ✓ اطلب من العميل تحويل الرأس إلى جانب واحد تجاه مقاومة يدك. كرر مع الجانب الآخر. هذا يحدد قوة العضلات القصية الترقوية.

- ✓ اطلب من العميل أن يرفع الكتفين تجاه مقاومة يديك. هذا يحدد قوة العضلات شبه المنحرفة.

تقييم العقد اللمفاوية: بالجس

1- جس الرقبة بأكملها للتحري عن تضخم في الغدد الليمفاوية أو تورم مرتبط بوجود انتان أو ورم.

- ✓ غطي العميل ، وثني رأس العميل للخلف قليلاً أو نحو الجانب الذي يتم فحصه. هذه الحركة تريح الأنسجة الرخوة والعضلات.
- ✓ جس العقد باستخدام رؤوس الأصابع. حرك الأصابع بحركة دائرية لطيفة.
- ✓ عند فحص العقد تحت الفك السفلي وتحت الذقن ، ضع أطراف الأصابع تحت الفك السفلي على الجانب الأقرب من يد الجس ، واسحب الجلد والأنسجة تحت الجلد بشكل جانبي على سطح الفك السفلي بحيث تتحرك الأنسجة فوق العقد.
- ✓ عند ملامسة العقد فوق الترقوية ، اطلب من العميل أن يحني الرأس إلى الأمام لإراحة أنسجة الرقبة الأمامية واسترخاء الكتفين حتى تنخفض الترقوة. استخدم يدك الأقرب إلى الجانب المراد فحصه عند مواجهة العميل (على سبيل المثال ، يدك اليسرى للعقد اليمنى للعميل). استخدم يدك الحرة لثني رأس العميل للأمام إذا لزم الأمر. اعطف السبابة والاصابع الثلاثة فوق الترقوة الى جانبي العضلة القصية الترقوية. (هذه الحركة لجس العقد اللمفاوية فوق الترقوة.
- ✓ عند جس العقد العنقية الأمامية والعقد العنقية الخلفية، حرك أصابعك ببطء في حركة دائرية للأمام مقابل العضلات القصية الترقوية والعضلات القصية المنحنية على التوالي.
- ✓ لتحسس العقد العنقية العميقة ، ثني أو اعطف أصابعك حول عضلة القصية الترقوية الخشائية.



الشكل (6) جس العقد اللمفاوية فوق الترقوة

تقييم الرغامى (Trachea):

- جس القصبة الهوائية لملاحظة الانحراف الجانبي. ضع إصبعك أو إبهامك على القصبة الهوائية في الثلم العلوي ، ثم حرك إصبعك أفقيًا إلى اليسار واليمين في مسافات محدودة بالترقوة ، والجانب الأمامي لعضلة القصية الترقوية القصبة الخشائية والقصبة الهوائية. في الحالة الطبيعية تكون في مكانها المركزي في خط الوسط من الرقبة والمساحات متساوية من كلا الجانبين.

تقييم الغدة الدرقية (Thyroid gland): تأمل وجس وإصغاء

- تأمل الغدة الدرقية:
  - ✓ قف أمام العميل
  - ✓ راقب النصف السفلي من الرقبة الذي يغطى الغدة الدرقية للتأكد من التناظر و وجود كتل مرئية.
  - ✓ اطلب من العميل بسط الرأس والبلع. إذا لزم الأمر قدم كوبا من الماء لتسهيل البلع. يحدد هذا الإجراء كيفية حركة الغضاريف الحلقية والدرقية وما إذا كان البلع يتسبب في انتفاخ في المعدة. الغير الطبيعي أن لا تتحرك الغدة بالكامل مع البلع.

- ✓ بالجس: قف وراء المريض وهو جالس بشكل مستقيم واطلب منه ان يحني راسه الامام والايمن وضع اصابع يدك اليسرى لدفع الرغامى الى الأمام ثم اثني اصابع يدك اليمنى بين الرغامى والعضلة القصيه الترقويه الخشائيه اطلب من المريض ان يبلع الماء ولا حظ تحرك الغده الدرقيه تحت اصابعك.
- ✓ بالاصغاء: اذا كانت متضخمة قم بسماعها بالسماعة من أجل صوت نفخة أو حفيف. وهو صوت نبض همسي ناعم يسمع بجرس السماعة.

انتهت المحاضرة

تقييم الجهاز التنفسي

Assessment of Respiratory System

أعداد:

الدكتورة : آنـــا أحمد

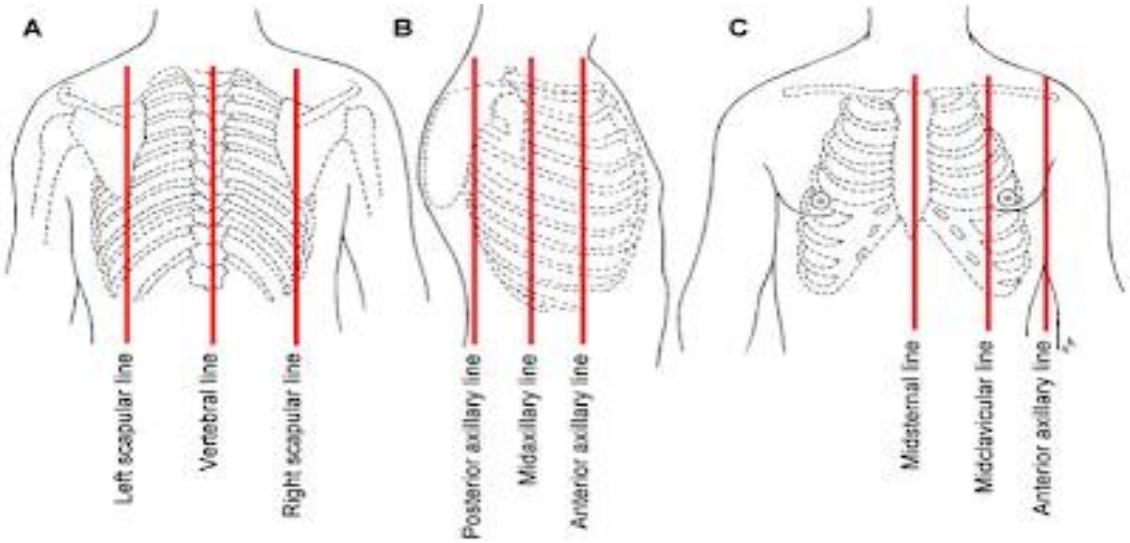
تقييم الجهاز التنفسي

مقدمة:

غالبًا ما يكون تقييم الصدر والرئتين أمرًا بالغ الأهمية لتقييم حالة الأكسجة لدى العميل. يمكن أن تحدث التغييرات في الجهاز التنفسي ببطء أو بسرعة في الأشخاص الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) ، مثل التهاب الشعب الهوائية المزمن وانتفاخ الرئة والربو ، وغالبا ما تكون التغييرات تدريجية. قد تظهر حالات مثل الالتهاب الرئوي أو الصمة الرئوية أكثر حدة أو فجأة.

معالم الصدر (Chest Landmarks):

قبل بدء التقييم ، يجب أن يكون التمريض على دراية بسلسلة من الخطوط الوهمية على جدار الصدر ويكونوا قادرين على تحديد موقع كل ضلع وبعض النتوءات الشوكية. تساعد هذه المعالم التمريض في تحديد موقع الأعضاء الأساسية (مثل فصوص الرئة) وتسجيل نتائج التقييم غير الطبيعية.



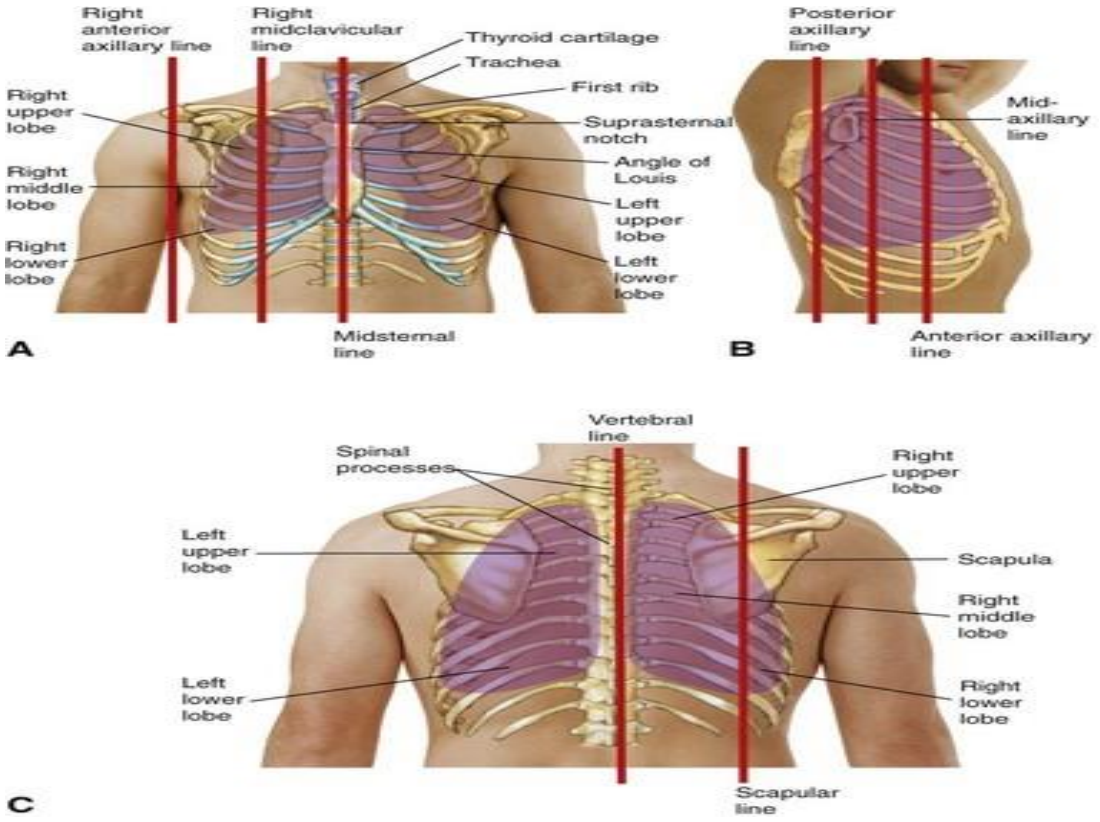
الشكل (1) معالم جدار الصدر: أ. الصدر الخلفي ب. الصدر الجانبي ج. الصدر الأمامي

في الشكل (C): خط منتصف القص هو خط عمودي يمتد عبر مركز القص. خط منتصف الترقوة (اليمين واليسار) هي خطوط عمودية من نقاط المنتصف من الترقوة. الخطوط الإبطية الأمامية (اليمين واليسار) هي خطوط رأسية من الطيات الإبطية الأمامية.

في الشكل (B): الخط الإبطي الخلفي هو خط عمودي من الطية الإبطية الخلفية. خط منتصف الإبط هو خط عمودي من قمة الإبط.

في الشكل (A): الخط الفقري هو خط عمودي على طول النتوءات الشوكية. الخطوط الكتفية (اليمنى واليسرى) هي خطوط عمودية من الزوايا السفلية للكتف.

إن تحديد موقع كل ضلع وبعض النتوءات الشوكية أمر ضروري لتحديد الفصوص الكامنة للرئة.



الشكل(2) معالم الصدر: أ. معالم الصدر الأمامية و الرئتين الدفينتين، ب. معالم الصدر الجانبية والرئتين، ج. معالم الصدر الخلفية والرئتين

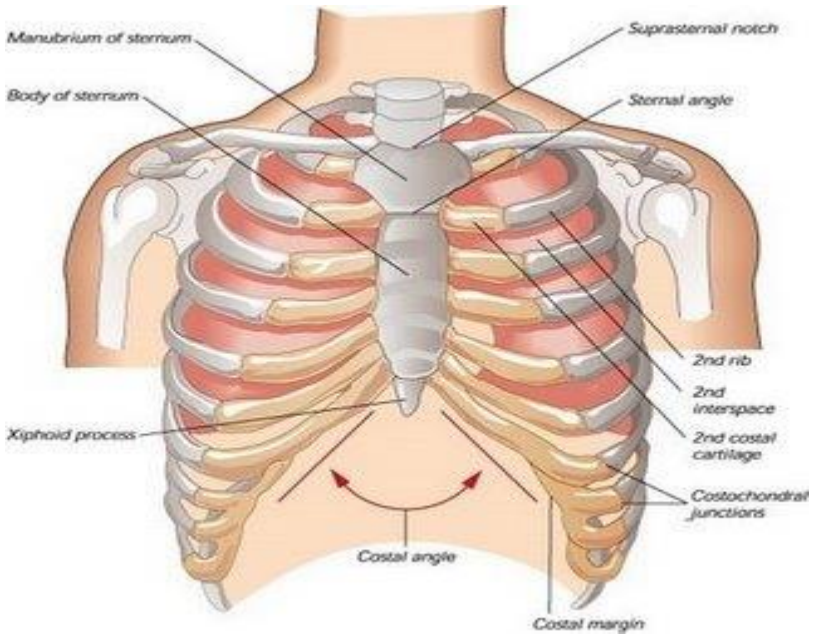
يتم تقسيم كل رئة أولاً إلى الفصوص العلوية والسفلية عن طريق شق مائل يمتد من مستوى الناتئ الشوكي للفقرة الصدرية الثالثة (T3) إلى مستوى الضلع السادس عند خط منتصف الترقوة.

يرمز الى الفص العلوي الأيمن RUL ؛ الفص السفلي الأيمن ، RLL. وبالمثل ، ويختصر الفص العلوي الأيسر LUL ؛ الفص السفلي الأيسر ، LLL. يتم تقسيم الرئة اليمنى أيضًا عن طريق أخدود (ثلم) أو شق صغير في الفص الأيمن العلوي والفص الأيمن الأوسط (RML). يمتد هذا الشق من الأمام إلى منتصف الخط الابطي الأيمن عند مستوى الضلع الخامس إلى مستوى الضلع الرابع.

تتوضع هذه المعالم المحددة (مثل ، T3 والأضلاع الرابعة والخامسة والسادسة) على النحو التالي. نقطة البداية لتحديد موقع الضلوع الأمامية هي زاوية لويس ، التقاطع بين جسم القص (عظم الصدر) وقبصة القص (الجزء العلوي الذي يشبه المقبض من القص الذي يرتبط مع الترقوة). الحدود العليا من الضلع الثاني تتصل بالقص عند التقاطع القبضوي القصي.

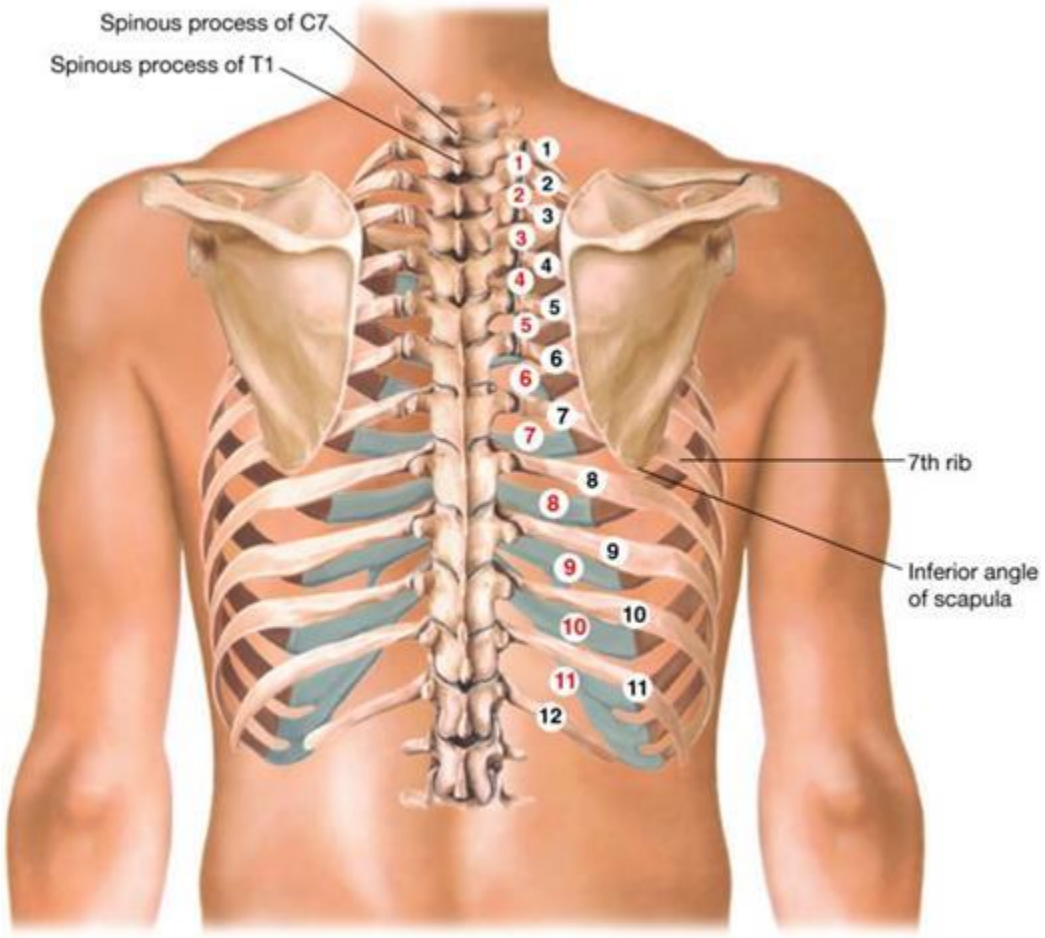
يمكن للممرضة التعرف على قبضة القص(manubrium)عن طريق جس الترقوة الأولى واتباع مسارها لمكان ارتباطها في قبضة القص. تقوم الممرضة بعد ذلك بجس وعد الأضلاع البعيدة والمسافات الوربية (ICSs) من الضلع الثاني. من المهم ملاحظة أن ICS مُرقّم وفقًا لعدد الضلع الموجود مباشرة فوق الفراغ. عند الجس لتحديد الضلع ، يجب أن تجس الممرضة على طول خط منتصف الترقوة بدلاً من الحدود القصية لأن غضاريف الضلوع قريبة جدًا من القص. فقط سبعة أضلاع الأولى تتصل الى القص بشكل مباشر.

إن عد الأضلاع في الصدر الخلفي أكثر صعوبة مقارنة بالصدر الأمامي. لتحديد فصوص الرئة الدفينة ، العلامة الدقيقة هي الضلع (T3)، إن نقطة البداية لتحديد موقع الضلع (T3) هي النتوء الشوكي للفقرة العنقية السابعة (C7).



الشكل (3) توضع الأضلاع الـأمامية، زاوية لويس، والقص

عندما يثني العميل العنق من الأمام يمكن ملاحظة وجس النتوءات البارزة، هذه النتوءات هي للفقرة العنقية السابعة (C7). في حال تم ملاحظة وجس نتوءين شوكيين فإن النتوء العلوي يكون للفقرة العنقية السابعة والنتوء السفلي للفقرة الصرية الأولى (T1). تقوم الممرضة بعد ذلك بعد وجس النتوءات الشوكية من الفقرة العنقية السابعة الى الفقرة الصدرية الثالثة. النتوء شوكي من الفقرة الصدرية الرابعة يكون مجاور لرقم الضلع المقابل على سبيل المثال؛ (3T) مجاورة للضلع الثالث، بعد (4T) تظهر النتوءات الشوكية بشكل غير مباشر مما تتسبب في حدوث النتوءات الشوكية للفقرة ليس على ضلعها ذي الأرقام المقابلة ولكن على الضلع أدناه وبالتالي فإن النتوء الشوكي ل (5T) تقع على جسم (6T) وهي مجاورة للضلع السادس.



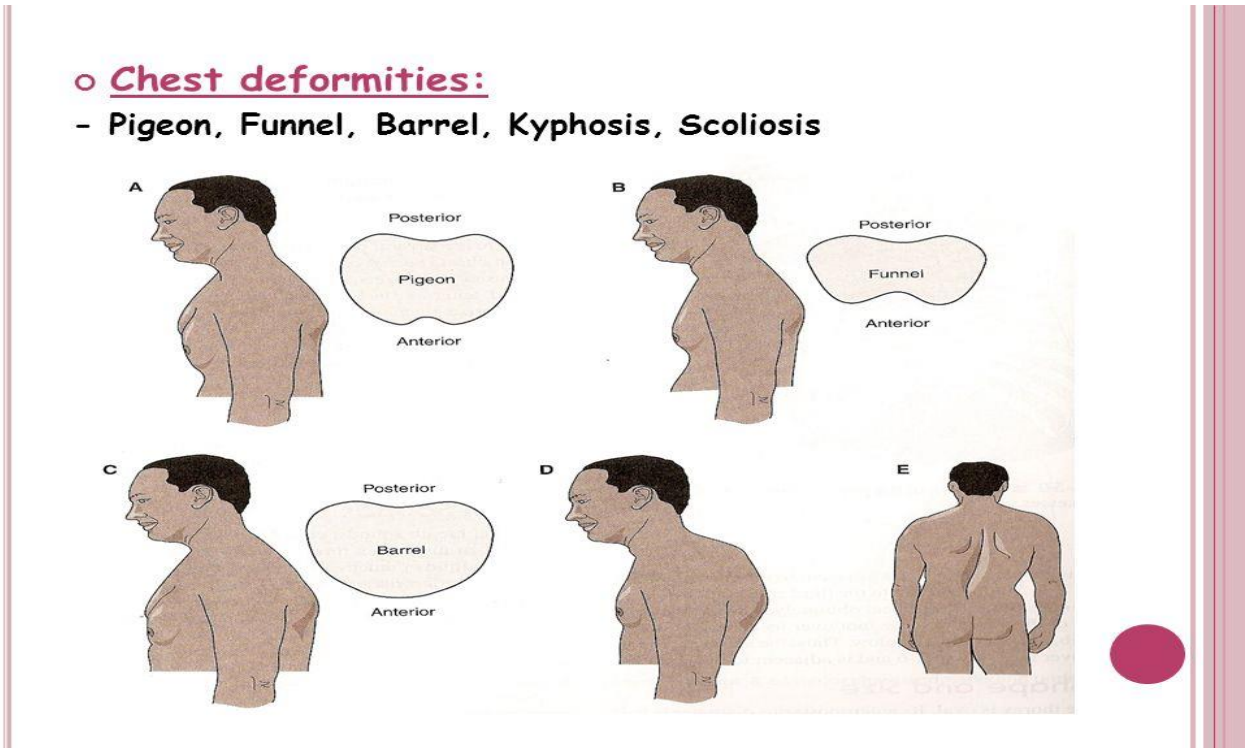
الشكل(4) موقع الأضلاع الخلفية بالنسبة للنتوءات الشوكية

حجم وشكل الصدر (Chest Shape and Size):

عند البالغين الأصحاء ، يكون الصدر بيضاويًا. قطره الأمامي الخلفي هو نصف قطره المستعرض. الشكل العام للصدر هو بيضاوي الشكل (إهليلجي). أي أن قطره المستعرض أصغر في الجزء العلوي منه في القاعدة. عند البالغين الأكبر سنًا ، يغير الحداب وهشاشة العظام حجم تجويف الصدر حيث تتحرك الضلوع إلى أسفل وإلى الأمام.

هناك العديد من التشوهات والانحرافات في الصدر.

- **الصدر الحمامة (الصدر الجؤجؤي)** هو تشوه دائم قد يكون سببه الكساح (تكوين عظام غير طبيعي بسبب نقص الكالسيوم الغذائي). يتميز الصدر الحمامي بأن قطره المستعرض ضيق وزيادة القطر الأمامي الخلفي، وعظم القص البارز.
- **الصدر القمعي (funnel chest) المقعر**: هو عيب خلقي وهو عكس الصدر الحمامي حيث أن القص منخمص مما يضيق قطره الأمامي الخلفي. نظرا لأن نقاط القص الى الخلف في الأشخاص الذين لديهم الصدر القمعي فقد يؤدي الضغط غير الطبيعي على القلب إلى تغيير الوظيفة.
- **الصدر البرميلي (A barrel chest):** تكون فيه القطر الأمامي الخلفي إلى القطر العرضي 1 إلى 1 يشاهد في الأشخاص المصابين بالحداب الصدري (الانحناء الزائد المحدب للعمود الفقري الصدري) والانتفاخ الرئوي.
- **الجنف** هو انحراف جانبي للعمود الفقري.



الشكل (5) تشوهات الصدر: A ، الصدر الحمامة.B الصدر القمعي؛C الصدر البرميلي. د ، حداب ؛ E ، الجنف.

أصوات التنفس الطبيعية (Normal Breath Sounds):

النمط	الوصف	التوضع	الخصائص
الحويصلي	أصوات معتدلة الشدة، منخفضة الكثافة، تنتجها حركة الهواء عبر الممرات الهوائية الصغرى (القصيبات والحويصلات الهوائية)	على سطح الرئة (الهامشي) تسمع أفضل في قاعدة الرئتين	تسمع أفضل في الشهيق، مرحلة الشهيق 2.5 مرة أطول من مرحلة الزفير النسبة (2:5)
القصبي الحويصلي	الأصوات متوسطة الشدة، معتدلة ناتجة عن الهواء الذي يتحرك عبر الممرات الهوائية الأكبر (الشعب الهوائية)	بين لوحي الكتف وجانب عظم القص في المسافات الوربية الأولى والثانية	مرحلة الشهيق والزفير متساويتان بنسبة (1:1)
القصبي	أصوات عالية الشدة، مرتفعة، خشنة، ناتجة عن حركة الهواء عبر الرغامى	فوق الرغامى من الأمام، لا تسمع عادة على أنسجة الرئة.	أعلى من الأصوات الحويصلية، مرحلة الشهيق أقصر ومرحلة الزفير أطول بنسبة (2:1)

أصوات التنفس الغير طبيعية:

تحدث أصوات التنفس غير الطبيعية والتي يطلق عليها أصوات التنفس العرضية ، عندما يمر الهواء عبر الممرات الهوائية الضيقة أو الممرات الهوائية المملوءة بالسوائل أو المخاط ، أو عند التهاب بطانة الجنبية. يعتبر غياب أصوات التنفس على بعض مناطق الرئة أيضًا من الموجودات المهمة المرتبطة بالفصوص المنخمصة والمنزوعة جراحياً أو الالتهاب الرئوي الحاد.

النمط	الوصف	السبب	التوضع/المكان
الخرخرة (القرقعة)،	أصوات طقطقة ناعمة قصيرة ومتقطعة، خرخرة سنخية عالية النبرة، يسمع بشكل أفضل في الشهيق ولكن يمكن أن يسمع في الحالتين الشهيق والزفير معا ، وقد لا يتم تنقيتها بالسعال.	الهواء يمر من خلال السائل أو المخاط في أي ممر هوائي.	يسمع بشكل أكثر شيوعا في قواعد الفصوص الرئة السفلى
الغرغرة	أصوات مستمرة ، منخفضة النغمة ، خشنة الغرغرة ، قاسية ، بصوت أعلى مع نوع أنين أو شخير. يسمع بشكل أفضل في الزفير ولكن يمكن أن يسمع في كل من الزفير والشهيق. قد يتغير بالسعال	الهواء يمر عبر الممرات الهوائية الضيقة نتيجة للإفرازات والتورم والأورام.	يمكن سماع الأصوات العالية في معظم مناطق الرئة ولكنها تكون سائدة فوق الرغامى والقصبات الهوائية.
الاحتكاك	أصوات حزيز سطحي يسمع أثناء الشهيق والزفير. لا يزول بالسعال.	احتكاك الأسطح الجنبية الملتهبة معا في نفس الوقت.	يتم سماعها غالبًا في المناطق ذات التمدد الصدري الأعظم (على سبيل المثال، الصدر الأمامي والجانبي

			السفلي)
الأزيز	أصوات موسيقية حادة صريرية عالية الشدة. تسمع بشكل أفضل في الشهيق. لا تتغير عادة بالسعال	الهواء يمر عبر القصبات الهوائية الضيقة نتيجة للإفرازات والتورم والأورام	يسمع فوق كامل الساحة الرئوية.

تقييم الصدر والرئتين:

يشمل تقييم الرئتين والصدر جميع طرق الفحص: الفحص والجس والإيقاع والتسمع.

الأدوات: سماعة طبية ، قلم، مسطرة صغيرة، قطن مبلل بالكحول.

الإجراء:

1- قبل تنفيذ الإجراء ، التعريف بالذات والتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. شرح للعميل ما الذي سيتم فعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
2- إجراء غسل اليدين واتخاذ الاحتياطات الوقائية العالمية الأخرى
3- تأمين الخصوصية للعميل. في النساء ، تغطية الصدر الأمامي في حال لم يتم فحصه.
4- الحصول على المعلومات الذاتية من العميل، الاستفسار عن الأمور التالية: وجود تاريخ عائلي لمرض تنفسي ، بما في ذلك السرطان والحساسية والسل ؛ عادات نمط الحياة مثل التدخين والمخاطر المهنية (مثل استنشاق الأبخرة) ؛ الأدوية التي يتم تناولها ؛ المشاكل الحالية (مثل التورمات والسعال والصفير والألم). وجود زلة تنفسية اضطجاعيه أو اشتداديه.

تقييم الصدر الخلفي (POSTERIOR THORAX):

1. **التأمل:** تأمل شكل وتناظر الصدر من المنظر الخلفي والجانبي. قارن بين القطر الأمامي الخلفي والقطر العرضي. إن القطر الأمامي الخلفي بالنسبة للعرضي هو 2:1. في الصدر البرميلي يزيد القطر الأمامي الخلفي عن القطر المستعرض.
2. إذا كان المريض يستطيع الوقوف، تأمل خط العمود الفقري لوجود أي انحياز مشوه عن الطبيعي من الوضع الجانبي، راقب الانحناءات الطبيعية الثلاثة: العنقية، الصدرية، والقطنية. في الأحوال الطبيعية يكون انحياز العمود الفقري عموديا.
3. لتقييم الانحراف الجانبي للعمود الفقري (الجنف) ، لاحظ العميل الدائم من الخلف. اجعل العميل ينحني للأمام عند الخصر ولاحظ من الخلف. يجب أن يكون العمود الفقري طبيعيا مستقيم والكتفين الأيمن والأيسر والوركين في نفس الارتفاع.
4. **جس الصدر الخلفي.**

- تقييم درجة حرارة وسلامة جلد الصدر بالكامل. يجب أن تكون البشرة سليمة. درجة الحرارة منتظمة. التأكد من عدم وجود آفات جلدية أو مناطق في الصدر مرتفعة الحرارة .
- بالنسبة للأشخاص الذين لديهم شكوى في الجهاز التنفسي ، يجب جس جميع مناطق الصدر من أجل الانتفاخات أو الايلام أو الحركات غير الطبيعية. تجنب الجس العميق للمناطق المؤلمة ، خاصة إذا كان هناك ضلع مكسور. في مثل هذه الحالة ، قد يؤدي الجس العميق إلى نزوح شظية العظام تجاه الرئتين.

5. جس القفص الصدري الخلفي من أجل التمدد الصدري: ضع راحتي يديك على القفص الصدري السفلي و إبهاميك مجاورة للعمود الفقري وأصابعك ممتدة بشكل جانبي. اطلب من العميل أن يأخذ نفس عميق وراقب حركة يديك فيما اذا كان هناك بطء أو تأخر في الحركة. طبيعيا أن يحدث تمدد الصدر الكامل والمتناظر (أي عندما يأخذ العميل نفسًا عميقًا ، يجب أن تتحرك إبهاميك على مسافة متساوية وفي نفس الوقت ؛ عادةً ما تنسحب الإبهامين 3 إلى 5 سم [1.2 إلى 2 بوصة.]. في الحالة الغير طبيعية قد يحدث عدم تناظر ونقصان في تمدد الصدر.



الشكل (6) وضع يدي الممرضة عند تقييم السيوح التنفسي على القفص الصدري الخلفي.

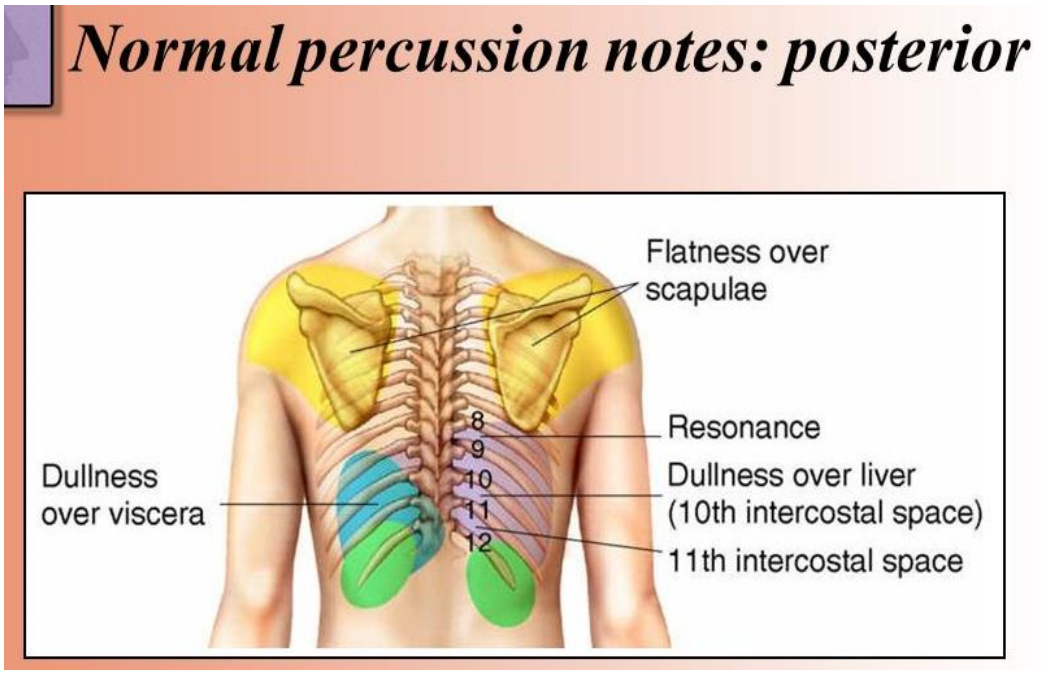
6. جس القفص الصدري من أجل الحسيس الصوتي وهو: اهتزاز صوتي محسوس ينشأ من الحنجرة وينتقل عبر القصبات المفتوحة ونسيج الرئة الى جدار الصدر. يشعر به عبر جدار الصدر عندما يتحدث العميل. يسمع الحسيس الصوتي بشكل متماثل من كلا الجانبين ويكون أكثر وضوحا عند قمة الرئتين. انخفاض أو غياب الحسيس مرتبط بالاسترواح الصدري. وزيادته في الالتهاب الرئوي.
   - استخدم القاعدة الراحية أو الحافة الزندية لليد.
   - اطلب من العميل أن يردد كلمة 99 أو 44 حيث تسبب هذه المقاطع الرنانة الاهتزازات الصوتية. وقم بلمس الصدر حينها.
   - ابدأ بالجس فوق قمة الرئة وبكلا الجانبين بين لوحي الكتف، حرك يديك بالتتابع الى قاعدة الرئتين بين المواضع (2-5).
   - قارن الحسيس الصوتي على كلتا الرئتين وبين القمة وقاعدة لكل رئة. باستخدام إحدى يديك ونقلها من جانب واحد إلى المنطقة المقابلة على الجانب الآخر أو باستخدام كلتا اليدين توضعان على كلا الجانبين في نفس الوقت. يجب أن تكون الاهتزازات متناظرة بالجانبين فقط بين لوحي الكتف وتكون أقوى في الجانب الأيمن منه في الجانب الأيسر.



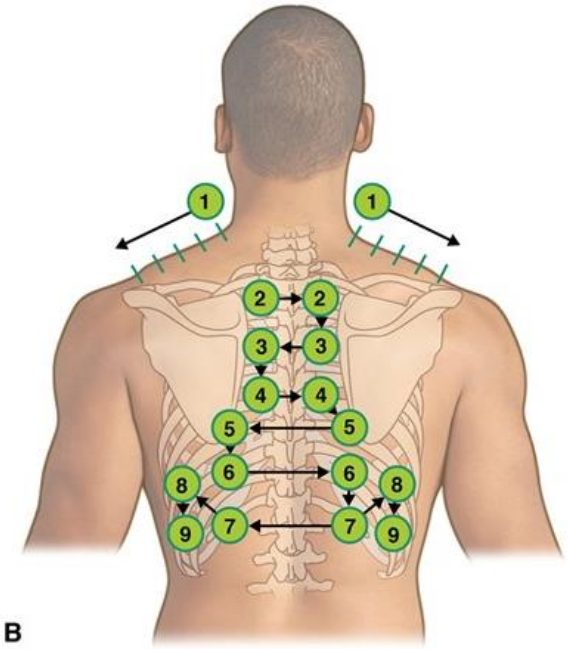
الشكل (7) المناطق والتسلسل في جس الحسيس الصوتي باللمس على القفص الصدري الخلفي

7. **قرع الصدر**: يتم إجراء قرع الصدر لتحديد ما إذا كانت أنسجة الرئة الكامنة مملوءة بالهواء أو السائل أو المادة الصلبة ولتحديد مواقع وحدود أعضاء معينة. نظرا لأن القرع يخترق (يتغلغل) على عمق 5 إلى 7 سم (2 إلى 3 بوصات) ، فإنه يكتشف الآفات السطحية بدلاً من الآفات العميقة. عادة يظهر القرع الوضاحة(الرنين) باستثناء فوق الكتف. أدنى نقطة رنين هي في الحجاب الحاجز (أي على مستوى الضلع الثامن إلى العاشر الخلفي). ملاحظة: القرع على الضلع يؤدي عادة إلى أصمية.

- اطلب من العميل ثني الرأس وطي الذراعين إلى الأمام نحو الصدر. هذا يفصل الكتف ويكشف المزيد من أنسجة الرئة للقرع.
- قم بالقرع في القمتين والمسافات الوربية بين الأضلاع حوالي مسافة 5سم في تسلسل منتظم.
- قارن جانب واحد من الرئة مع الأخر على طول الساحة الرئوية. تسمع فرط وضاحة عند تواجد هواء كما في انخماص الرئة أو الريح الصدرية، وتسمع الأصمية في ذات الرئة، انصباب الجنب، أو الورم الرئوي.

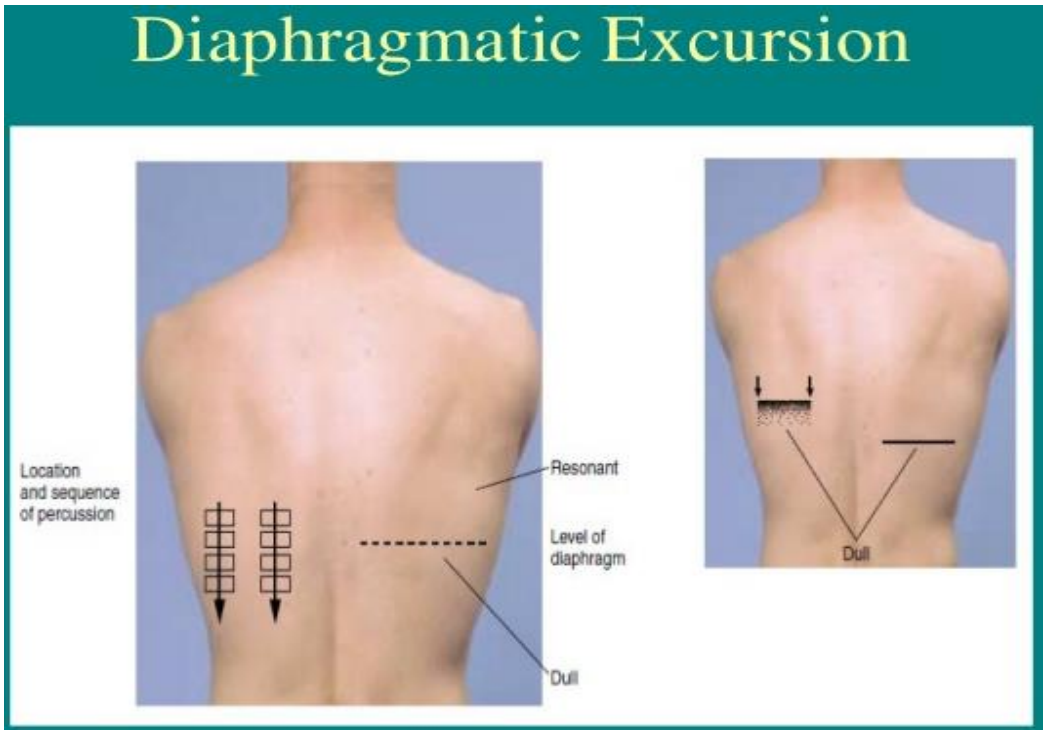


الشكل (8) أصوات القرع العادية على القفص الصدري الخلفي.



الشكل (9) تسلسل قرع الصدر الخلفي

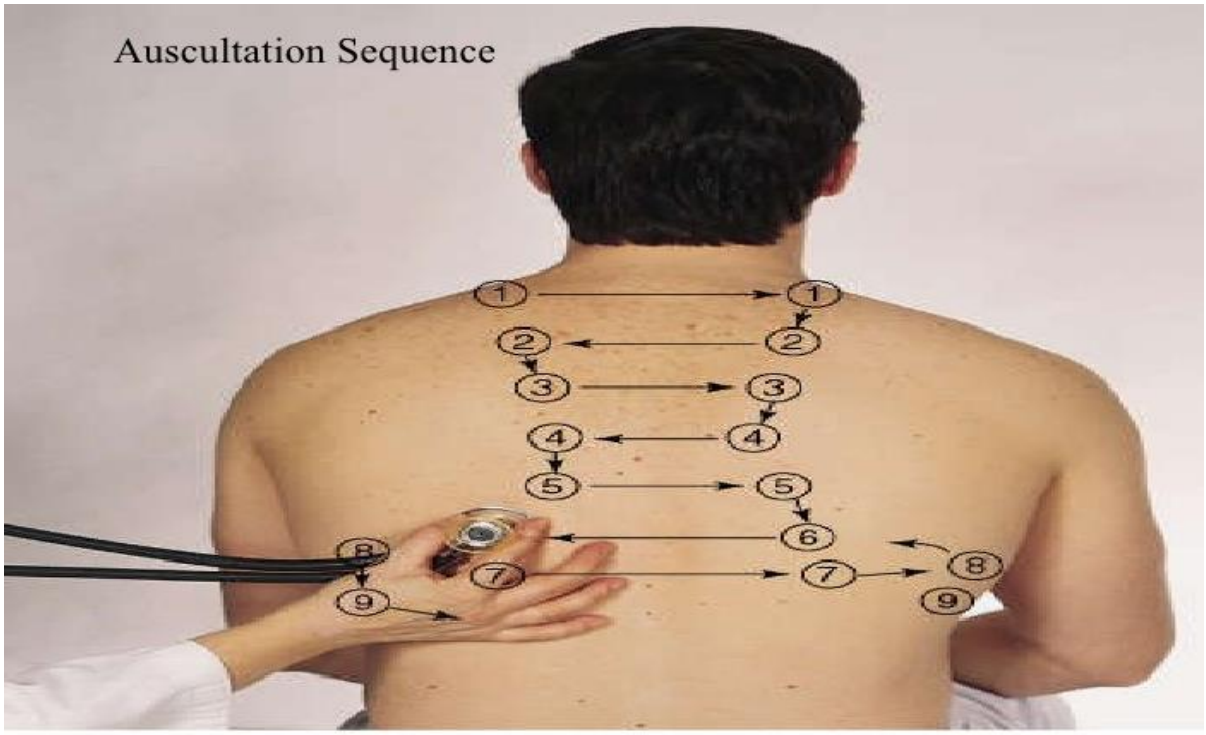
- **لتحديد انزياح الحجاب الحاجز**: قم بتحديد حدود الحجاب الحاجز بالقرع لتعيين الحدود السفلية للرئة في الشهيق والزفير. اطلب من الشخص أن يزفر الهواء ويحبس نفسه بينما تقوم بالقرع للأسفل على خط لوح الكتف حتى يتغير الصوت من وضاحة (رنين) الى أصمية في كل جانب. قم بتعليم المنطقة بالقلم. اطلب من العميل أن يأخذ شهيق عميق ويحبسه واستمر بالقرع للأسفل من مكان العلامة الأولى وقم بتحديد المكان الذي يتغير فيه الصوت للأصمية أثناء الشهيق العميق. قم بقياس المسافة بين النقطتين يجب أن تكون متساوية بالجانبين وطبيعية من (3-5) سم عند البالغ وقد تصل (7-8) سم عند الرياضيين.



الشكل (10) تحديد انزياح الحجاب الحاجز

8. **الإصغاء بالسماعة للصدر الخلفي:** اصغي الصدر باستخدام الطبلة (الحجاب) الاسطوانية المسطحة للسماعة الطبية. لأنها الأفضل لنقل أصوات التنفس العالية الشدة.
   - اطلب من العميل أن يجلس منحنيا الى الأمام قليلا والذراعين أمام الصدر.

- اطلب من العميل أن يأخذ عدة أنفاس عميقة وبطيئة من خلال الفم، اصغي في كل نقطة أصوات التنفس أثناء الشهيق الكامل والزفير الكامل.
- قارن كلا الجانبين من القفص الصدري.
- اصغ المناطق الرئوية من القمتين عند الفقرة الرقبية السابعة الى القاعدتين عند الفقرة الظهرية العاشرة وفي الجوانب.
- قيم الموضع الطبيعي للأنماط الثلاثة من الأصوات على جدار الصدر.
- يحدث نقص أو غياب للأصوات التنفسية في الحالات التالية:
  - ✓ عند انسداد الشجرة القصبية بالمفرزات أو المخاط أو جسم أجنبي.
  - ✓ في انتفاخ الرئة نتيجة نقص مرونة ألياف الرئة ونقص الجهد للاستنشاق
  - ✓ عندما يعيق أي شيء انتقال الصوت بين الرئة والسماعة متل التهاب الجنب أو الريح الصدرية أو انصباب الجنب.



الشكل (11) تسلسل الاصغاء للصدر الخلفي

الصدر الأمامي (ANTERIOR THORAX) :

أولا: التأمل:

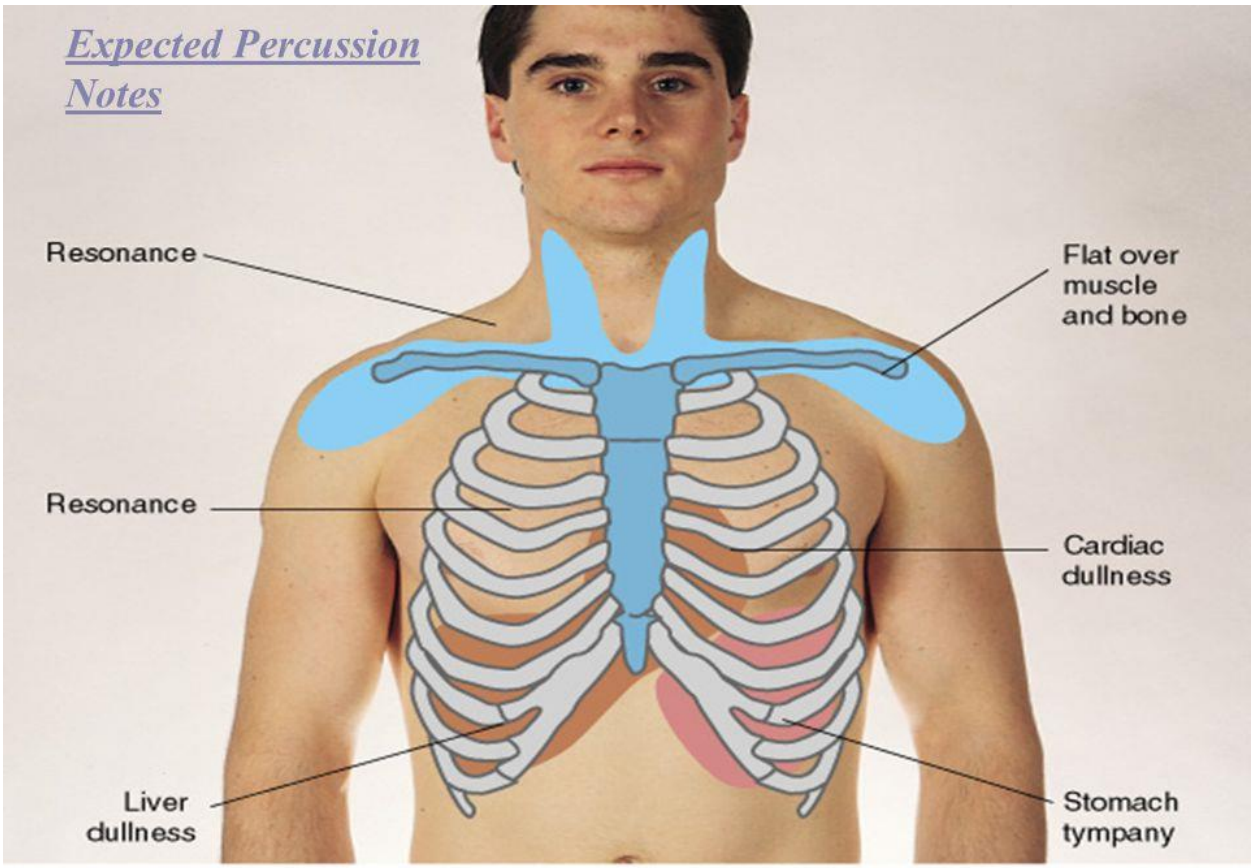
1. تأمل أنماط التنفس (على سبيل المثال: معدل التنفس، والانتظام). وملاحظة جهد التنفس.
2. تأمل الزاوية الضلعية (الزاوية التي تشكلها تقاطع الهوامش الضلعية) والزاوية التي تدخل فيها الأضلاع إلى العمود الفقري. تكون الزاوية الضلعية أقل من 90 د وتدخل الأضلاع الى العمود الفقري بزاوية تقريبا 45 د.
3. تأمل التعابير الوجهية يجب أن تكون مسترخية وسليمة تدل على تنفس لا إرادي.
4. تأمل لون الجلد والشفتان وسرير الاظافر يجب أن تخلو من أي زرقة أو شحوب.
5. قم بعد حركات التنفس وسرعتها خلال دقيقة كاملة.

ثانيا: الجس:

1. جس الصدر الأمامي كالصدر الخلفي بنفس الخطوات كاملة.
2. جس القفص الصدري الأمامي لانزياح (السيوح) التنفس .
3. لجس تمدد الصدر: ضع راحتي يديك على القفص الصدري السفلي ، وأصابعك على امتداد القفص الصدري السفلي من الجانبين والإبهامين على طول الهوامش الضلعية.
4. اطلب من العميل أن يأخذ نفس عميق وراقب حركة الابهامين وهما يتحركان بعيدا عن بعضهما وبشكل متناظر وراقب حدوث تمدد الصدر تحت أصابعك.
5. الحسيس الصوتي: يجس بنفس طريقة جسه في الصدر الخلفي وبنفس التسلسل.
6. تجنب الجس فوق الثديين عند المرأة لان أنسجة الثدي تعيق انتقال الصوت.
7. يجس الصدر الامامي لملاحظة وجود اي تورم أو ايلام، ولكشف الكتل السطحية والحرارة ورطوبة الجلد.

ثالثا: القرع:

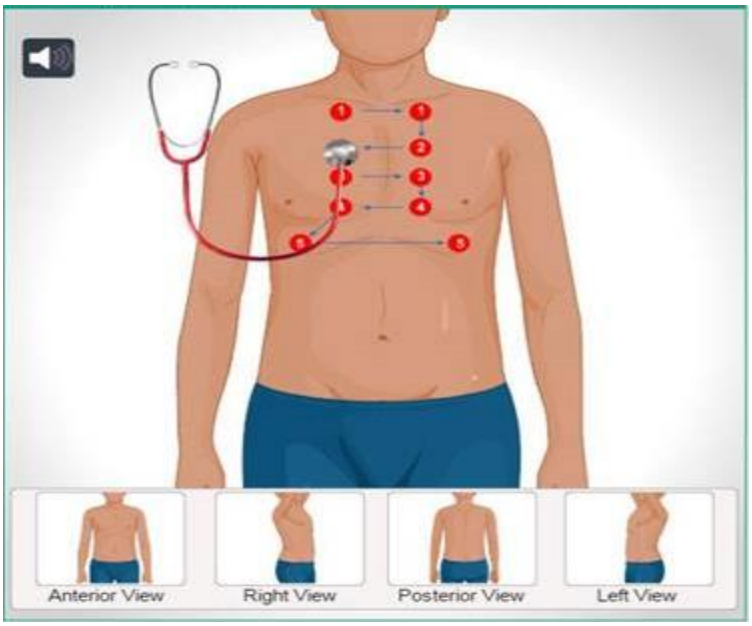
1. يجب أن يتم القرع بشكل منتظم. ابدأ من فوق الترقوة ثم المسافات الوربية وانزل للأسفل باتجاه الحجاب الحاجز مع المقارنة بالجانبين.
2. أزح ثديي المرأة لسهولة القرع على الرئتين.
3. يتم ملاحظة وجود أصمية القلب الموجود في الصدر الامامي من الضلع الثاني حتى السادس في جهة اليسار، وأصمية الكبد في المسافة الوربية الخامسة عند خط منتصف الترقوة الأيمن، وطبلية المعدة فوق الجيب المعدي.



الشكل (12) قرع الصدر الأمامي

رابعا: الإصغاء:

1. اصغي الرغامى. من أجل سماع الأصوات التنفسية الأنبوبية والقصبية.
2. اصغي الصدر الأمامي، استخدم التسلسل المستخدم في القرع. يتم البدء بالاصغاء من القمة في منطقة فوق الترقوة حتى الضلع السادس من كلا الجانبين.
3. يتم ملاحظة وجود أي أصوات تنفس اضافية أو غير طبيعية.



الشكل(13) اصغاء الصدر الأمامي

انتهت المحاضرة

تقييم الجهاز الهضمي

Assessment of Gastrointestinal System

إعداد:

الدكتورة: آنـــا أحمد

مدرس في كلية التمريض- جامعة تشرين

تقييم الجهاز الهضمي

Assessment of Gastrointestinal System

- **تقييم البطن:**

يتم تحديد معالم البطن ووصف موجودات البطن باستخدام طريقتين شائعتين لتقسيم البطن هما: طريقة الأرباع وطريقة المناطق.

- طريقة تقسيم البطن إلى أرباع: يتصور الفاحص خطين، خط عمودي من الناتئ الرهابي إلى ارتفاق العانة ،وخط أفقي يمر عبر السرة. يتم تسمية هذه الأرباع كالتالي: الربع العلوي الأيمن ، الربع العلوي الأيسر ، الربع السفلي الأيمن ، والربع الأيسر السفلي.
- الطريقة الثانية: تقسيم البطن إلى تسع مناطق ، يتصور الفاحص خطين عموديين يمتدان من نقطة المنتصف للأربطة الإربية ، وخطين أفقيين ، أحدهما على مستوى حافة الأضلاع السفلية. والثاني على مستوى الحفر الحرقفية.

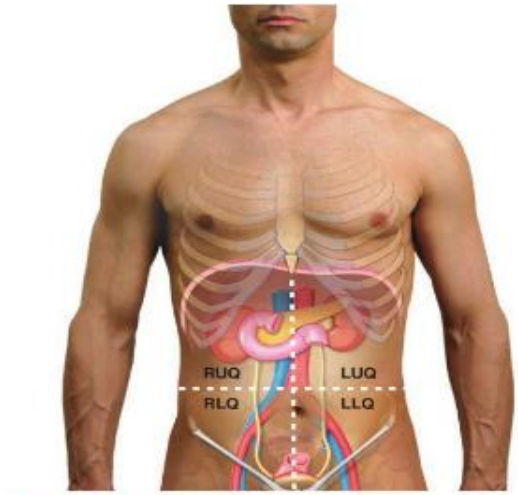


Figure 31.34 ■ The four abdominal quadrants and the underlying organs: RUQ, right upper quadrant; LUQ, left upper quadrant; RLQ, right lower quadrant; LLQ, left lower quadrant.

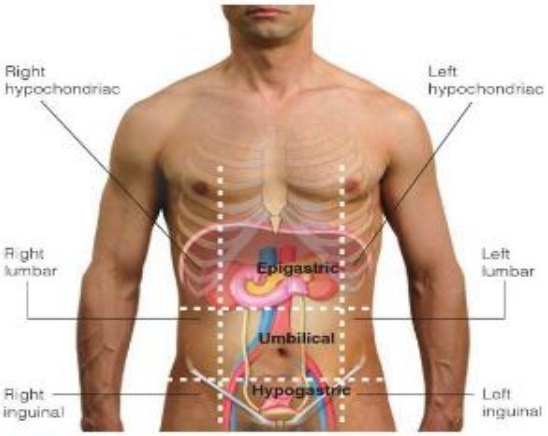
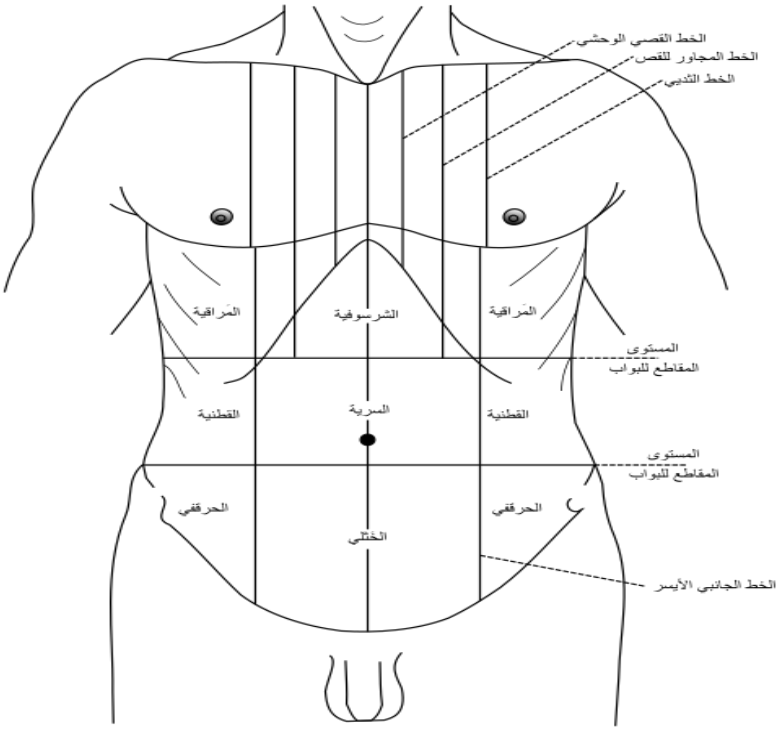


Figure 31.35 ■ The nine abdominal regions: epigastric; left and right hypochondriac; umbilical; left and right lumbar; suprapubic and hypogastric; left and right inguinal or iliac.

الشكل(1) يوضح الأرباع البطنية الأربعة والمناطق الأساسية.

مناطق البطن التسعة هي: المراقية اليمنى، المراقية اليسرى، الشرسوفية، القطنية اليمنى، القطنية اليسرى، السرية، الحرقفية اليمنى، الحرقفية اليسرى، الخثلية.



الشكل(2) تقسيم البطن بطريقة المناطق التسعة

يشمل تقييم البطن جميع طرق الفحص الأربعة (التامل ، الإصغاء ، الجس ، واالقرع).

عند تقييم البطن ، يبدأ الفاحص بالتأمل أولاً ، يليه الإصغاء ثم القرع و / أو الجس. يتم الإصغاء قبل الجس والقرع لأن الجس والقرع يسببان تحفيز حركة الأمعاء ، مما يمكن أن يزيد من حركة الأمعاء وبالتالي يزيد من أصوات الأمعاء ، و يؤدي إلى نتائج زائفة.

مرحلة التحضير:

1. قبل تطبيق الإجراء، يجب التعريف بالذات أولا والتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى .شرح ما سوف يتم فعله للعميل ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. وكيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.

2. غسل اليدين، واتخاذ الاحتياطات الوقائية لمنع العدوى.
3. توفير الخصوصية للعميل.
4. الحصول على المعلومات الذاتية من العميل، الاستفسار عن الأمور التالية:

- **القصة الحالية:**

✓ الشهية: هل يوجد تبدل في الشهية أو فقدان شهية؟ هل يوجد تغير في الوزن زيادة أو نقصان؟ هل السبب حمية غذائية؟

✓ عسر البلع: هل توجد صعوبة في البلع؟ متى لوحظ ذلك أول مرة؟

✓ عدم تحمل الأغذية: هل يوجد أطعمة لا يستطيع تناولها؟ ماذا يحصل إذا أكلها (تجشؤ، حساسية، ألم شرسوفي، حرقة أو انتفاخ أو عسر هضم).هل يستخدم مضادات الحموضة ومتى؟

✓ الألم البطني: هل يوجد ألم بطني؟ موقعه بالتحديد؟ وهل يحدث في نقطة واحدة أو ينتشر حول المنطقة؟ متى بدأ؟ ومنذ متى بدأت الشكوى من الالم؟ هل هو مستمر او متقطع؟ يحدث قبل أو بعد الوجبات؟ هل يتحسن بالطعام أم يزداد سوءا؟ هل يترافق مع (الدورة الشهرية أو مع عدم انتظامها، التوتر، التعب، الغازات، البوال المتكرر، الطعام الزائد، الغثيان او القيء، حمى نزف شرجي، سيلان مهبلي أو من القضيب). الحالات التي تجعل الألم أسوء (الطعام، الوضعية، التوتر، الأدوية). الإجراءات المتخذة من قبل العميل لتخفيف الألم (استرخاء، وسادة دافئة، تغيير الوضعية).

✓ الغثيان والقيء: هل يحدث غثيان أو قيء (تواتر حدوثه، كميته، لونه، رائحته، هل هو مدمى؟ هل يترافق مع مغص بطني أو اسهال أو حمى؟ الأطعمة التي تناولها أخر 24 ساعة وأين تناولها في البيت أو المدرسة أو العمل أو المطعم.

✓ عادات التغوط: عدد مرات الذهاب الى الحمام، اللون، والقوام، هل يوجد اسهال أو امساك ومدته، وجود تبدل في عادات التغوط، هل يستخدم ملينات وما نوعها وكيف يتم استخدامها؟

✓ الأدوية: ما هي الأدوية التي يأخذها حاليا؟ شرب الكحول وكم مرة باليوم أو الاسبوع؟ عادات التدخين كم سيجارة باليوم ومنذ متى؟

- **القصة المرضية البطنية السابقة:**
  - ✓ هل يوجد تاريخ مرضي لمشاكل معدية معوية (قرحة، مرض مرارة، يرقان/التهاب كبد، التهاب زائدة دودية، التهاب كولون، فتق).
  - ✓ هل تم إجراء أي عمل جراحي على البطن؟
  - ✓ هل حدثت مشاكل بعد الجراحة؟
  - ✓ هل تم إجراء أي دراسة شعاعية على البطن؟ وكيف كانت النتائج؟
- التقييم الغذائي: العادات الغذائية لدى العميل (الأطعمة التي تم تناولها خلال 24 ساعة الفائتة صباحا وظهرا ومساء).

5. التأكد من إفراغ المثانة ومساعدة العميل على اخذ وضعية الاستلقاء الظهري، مع وضع الذراعين بشكل مريح على الجانبين، وضع وسادة صغيرة أسفل الركبتين والرأس لتخفيف توتر عضلات البطن. كشف بطن العميل من منطقة خط الصدر الى منطقة العانة فقط لتجنب القشعريرة والارتعاش الذي يؤدي الى تشنج عضلات البطن وانقباضها.

مرحلة الفحص:

❖ **التأمل:**

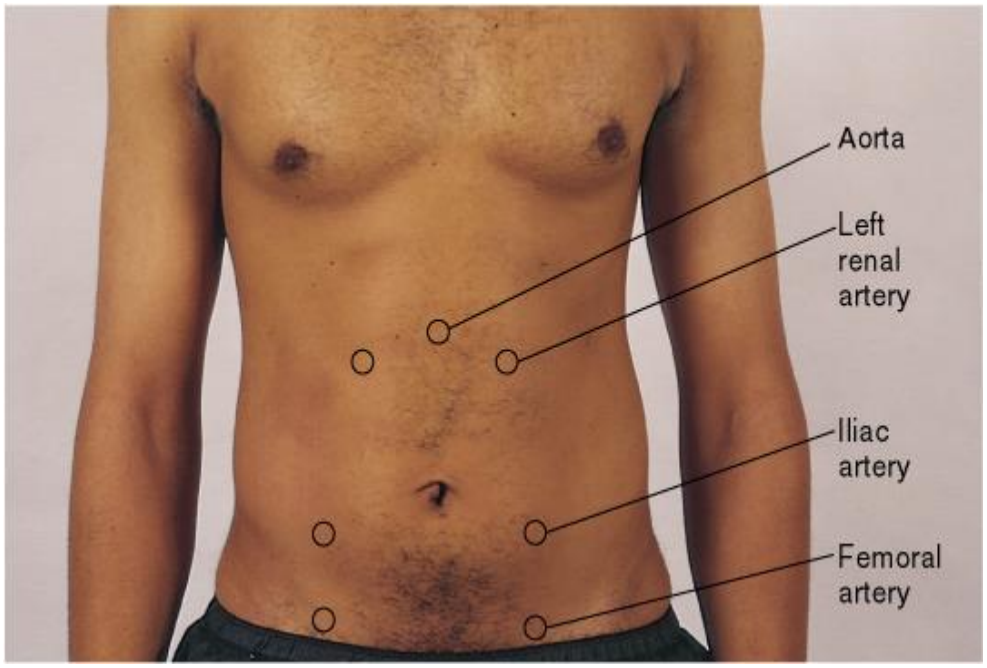
1. تأمل البطن للتأكد من سلامة الجلد من حيث اللون والمظهر. عدم وجود طفح جلدي، أو آفات أخرى أو وذمة. ملاحظة وجود خطوط أرجوانية بطول 1-6 متر (مرتبطة بمرض كوشينغ أو زيادة سريعة في الوزن ثم فقدانه). قياس الثنية الجلدية من خلال قرص جلد البطن.
2. تأمل البطن لتحديد المعالم والتناظر و السرة:
   - مراقبة محيط البطن (رسم صورة جانبية من حافة الضلع الى عظم العانة). عند الوقوف من جانب العميل عندما يكون في وضعية الاستلقاء الظهري. عادة يكون البطن مسطح، مدور (محدب) أو كروي (مقعر). الأشكال الغير طبيعية(متبارز، زورقي، متمدد أو منتفخ).
   - اطلب من العميل أن يأخذ نفسا عميقا ويحبسه. يساعد ذلك في مشاهدة توسع الكبد والطحال بوضوح. الطبيعي لا يوجد توسع في الكبد والطحال.

- تقييم تناظر المعالم(المحيط) أثناء الوقوف عند أسفل السرير. يجب أن يكون متناظر، يتم ملاحظة وجود أي تبارز أو كتل مرئية.
- في حالة وجود انتفاخ ، قم بقياس محيط البطن عن طريق وضع شريط (متر)حول البطن على مستوى السرة. إذا كان المحيط مقاسا عدة مرات ، فاستخدم قلمًا تعليم الجلد لتحديد الهوامش العلوية والسفلية لمكان الشريط من أجل تطابق القياسات المستقبلية.
- تأمل السرة: تكون في الحالة الطبيعية على الخط المتوسط منقلبة الى الداخل بدون أي تغير في اللون، أو التهاب أو فتق. تصبح منقلبة للخارج في حالات الحبن أو وجود كتلة تحتها أو الحمل. تصبح متضخمة في حالات الفتق السري. ويتغير لونها الى الازرق في حالة النزف داخل البطن(علامة كولين).
- توزع الشعر عند الرجال.
- مراقبة حركات البطن المرتبطة التنفس ، التمعج ، أو نبضات الأبهر .. الحركات المتناظرة تكون ناتجة عن التنفس، يشاهد التمعج عند الأشخاص النحيفين جداً تشاهد نبضات الأبهري عند الأشخاص النحيفين في منطقة الشرسوفية.
- مراقبة نمط الأوعية الدموية.

❖ **الإصغاء:**

1. إصغاء البطن لأصوات الأمعاء وأصوات الأوعية الدموية ، و الاحتكاك البريتوني. عادة أصوات الأمعاء مسموعة. تدفئة اليدين وحجاب السماعة الطبية قبل وضعهم على جلد البطن. لأن الأيدي والسماعة الباردة قد تتسبب في تقلص عضلات بطن العميل وقد تسمع هذه الانقباضات أو التقلصات أثناء الإصغاء.
2. لإصغاء أصوات الأمعاء: تستخدم النهاية العريضة المسطحة للسماعة لأن أصوات الأمعاء عالية النغم نسبيا. يكفي تطبيق ضغط خفيف بحجاب السماعة في الربع السفلي الأيمن (الحفرة الحرقفية اليمنى) لأن الأصوات المعوية موجودة دائما فيه بشكل طبيعي.
3. اسأل العميل متى أكل آخرة مرة. لأن أصوات الامعاء قد تزداد بعد فترة وجيزة أو بعد فترة طويلة من تناول الطعام بشكل طبيعي. قد تسمع أصوات الأمعاء بشكل مستمر بعد 4 إلى 7 ساعات من الوجبة الغذائية، فوق منطقة صمام اللفائفي (الربع السفلي الأيمن) حيث تكون محتويات الجهاز الهضمي من الأمعاء الدقيقة فارغة عبر الصمام إلى الأمعاء الغليظة.

4. يوضع حجاب سماعة في كل من الأجزاء الربعية الأربعة للبطن.
5. يتم إصغاء أصوات الأمعاء الفعالة(النشطة). تحدث أصوات الغرغرة الغير منتظمة كل 5-20 ثانية. قد تتراوح مدة الصوت الواحد من أقل من ثانية إلى أكثر من عدة ثوان. يتم الإصغاء لمدة 5 دقائق قبل الابلاغ أن الأصوات غائبة تماما.
6. لإصغاء الأصوات الوعائية: يوضع جرس السماعة فوق الشريان الأبهر والشرايين الكلوية والشرايين الحرقفية والشرايين الفخذية. ويتم إصغاء اللغط الشرياني. طبيعيا أن يكون غائب.



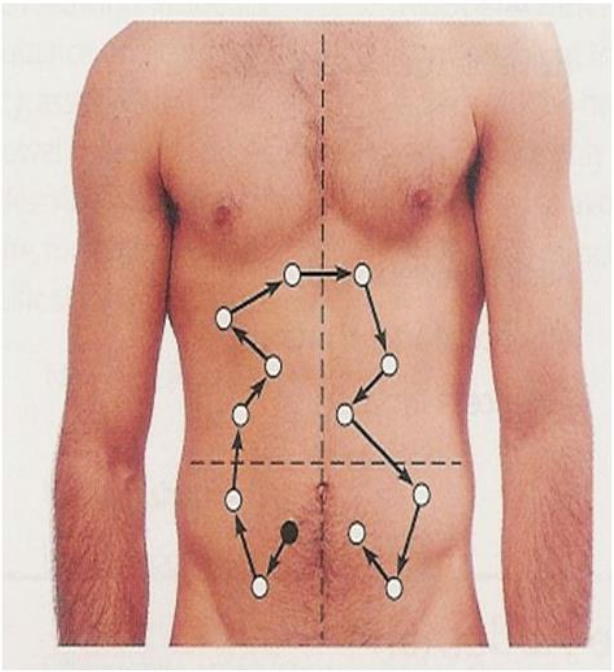
الشكل (3) يوضح أماكن إصغاء الأصوات الوعائية

7. أصوات الاحتكاك البريتواني: تكون أصوات صرير (حزيز)، خشنة، مثل قطعتين من الجلد تفركان معا. قد يكون سبب الاحتكاك التهاب أو عدوى أو نمو غير طبيعي.

❖ **قرع البطن:**

1. يتم القرع في كل الأرباع الأربعة من البطن لتحديد وجود طبلية(صوت يشير الى الغاز في المعدة والأمعاء)، أصمية (نقص أو غياب أو تسطح الرنين يسمع فوق الكتل الصلبة أو السوائل أو الأنسجة الدهنية أو المثانة الممتلئة). يستخدم نمطا منهجيا للقرع: يتم البدء بالربع السفلي الأيمن ، ثم الى الربع العلوي الأيمن، فالربع العلوي الأيسر، وأخير الربع السفلي

الأيسر. عادة يسمع صوت طبلي فوق المعدة والأمعاء الممتلئة بالغاز، ويسمع صوت الأصمية فوق الكبد والمثانة والطحال.



الشكل(4) يوضح التسلسل المنهجي لقرع المناطق الربعية الأربعة

2. امتداد الكبد: قياس طول الكبد على طول خط منتصف الترقوة الأيمن

- ✓ يتم البدء من منطقة الوضاحة الرئوية ثم القرع للأسفل في المسافات الوربية حتى يتغير الى أصمية، توضع علامة عند المنطقة وتكون عادة في المسافة الوربية الخامسة.
- ✓ تحديد الطبلية البطنية بالقرع على خط منتصف الترقوة ووضع علامة مكان تغير الأصوات من الطبلية الى الأصمية وتكون عادة في الحافة الضلعية اليمنى (10).
- ✓ قياس المسافة بين العلامتين. يكون قياس الكبد الطبيعي عند البالغ من (6-12 سم) وسطيا عند الرجال (10.5 سم) وعند الإناث (7سم).
- ✓ ترتفع الأصمية للأعلى في حالات الحبن والحمل أو تمدد الكولون بالغازات.
- ✓ تنزاح الأصمية للأسفل في الانتفاخ الرئوي.

3. قرع الطحال:

- ✓ يتم تحديد موقعه بالقرع في المسافة الوربية التاسعة حتى الحادية عشر خلف الخط منتصف الإبط. تكون الأصمية الطحالية أقل من 7 سم عند البالغين ويجب الا تتجاوز الطبلية الطبيعية فوق الجيب الهوائي في المعدة.
- ✓ يتم إجراء القرع في المسافة الوربية السفلية عند الخط الأبطي الأمامي الأيسر، يجب أن يسمع في هذه المنطقة طبلية، يطلب من الشخص أن يأخذ نفسا عميقا. في حال تغيرت الطبلية أثناء الشهيق الى الأصمية فهذا يعني علامة قرع طحال إيجابية أي طحال متضخم بشكل خفيف أو متوسط.

4. إيلام (مضض) الزاوية الضلعية الفقرية:

- ✓ توضع يد واحدة فوق الضلع الثاني عشر على مستوى الحافة الضلعية من الخلف
- ✓ يتم ضرب اليد بالحافة الزندية لليد الأخرى، يشعر المريض بشكل طبيعي بالضربة لكن لا يشعر بألم. إذا شعر بالألم يوحي ذلك بوجود إنتان كلوي.

❖ **الجس السطحي والعميق للبطن:**

يتم إجراء الجس للحكم على حجم وموقع وقوام الأعضاء وتحري وجود كتل أو إيلام.

يتم إجراء الجس السطحي أولا للكشف عن مناطق الإيلام و/أو الدفاعات العضلية. بشكل منتظم ومنهجي يتم استكشاف جميع الأرباع الأربعة للبطن مع التأكد من أن وضعية العميل مناسبة لاسترخاء عضلات البطن، لمنع إثارة الشد العضلي الذي قد يعيق التقييم الجسي.

1. الجس السطحي: (Light Palpation)

يتم البدء بالجس الخفيف كالتالي:

- ✓ اضغط جدار البطن برفق حوالي 1 سم أو الى عمق الأنسجة تحت الجلد برؤوس أصابعك.
- ✓ تحرك رؤوس الأصابع بحركة دائرية خفيفة.
- ✓ لاحظ مناطق الإيلام، والألم السطحي، والكتل والدفاعات العضلية. لتحديد مناطق الإيلام يطلب من العميل أن يخبر عنها مع مراقبة التغيرات في تعابير وجه العميل.

تحصل المقاومة العضلية الإرادية عندما يشعر العميل بالتوتر أو الدغدغة. وتكون ثنائية الجانب وتزول بالزفير بينما المقاومة اللاإرادية لا تزول.

- ✓ إذا كان العميل شديد الحساسية ، فابدأ بضغط يدك فوق يد العميل مع الضغط برفق. ثم حرك يدك بعيدا عن يد العميل باتجاه البطن لمواصلة الفحص.
- ✓ قم بتأخير جس المناطق المؤلمة لتجنب الألم والتوتر العضلي.

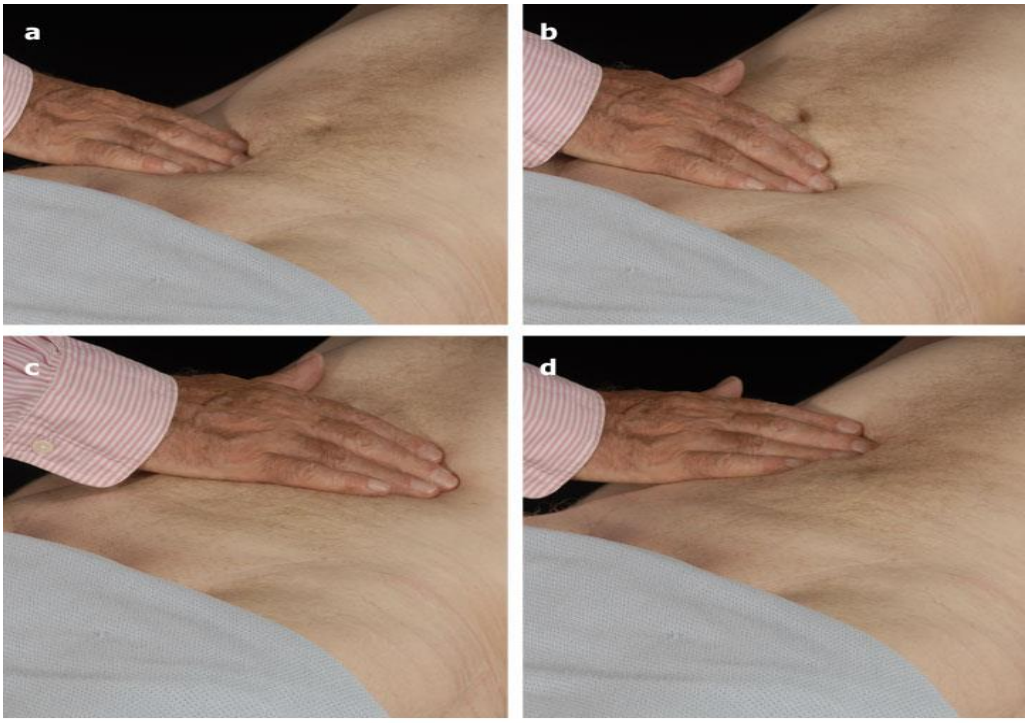


Figure 28 a,b,c,d. Superficial abdominal palpation.

الشكل(5) الجس السطحي للبطن

2. الجس العميق: (Deep Palpation)

- ✓ تستخدم في الجس العميق كلتا اليدين إذا كان الشخص بدينا، مع اليدين فوق بعضهما، حيث يتم الضغط باليد العلوية بينما تكون اليد السفلية مسترخية وتركز على الإحساس.
- ✓ يتم الضغط في الجس العميق (5- 8 سم) باتجاه عقارب الساعة.

- ✓ يتم ملاحظ حجم وموقع وقوام وشكل الأعضاء المجسوسة ووجود أي تضخم غير طبيعي أو كتل. في حال وجود كتل يجب تمييزها أولا عن العضو المجسوس. مع ملاحظة النبضان، الايلام، السطح، والحركة أثناء التنفس.

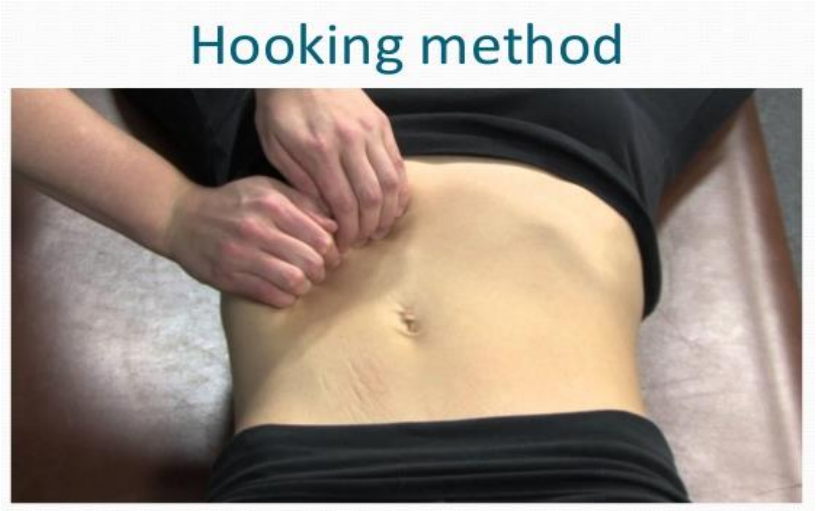
- **جس الكبد: في منطقة المراق الأيمن**

- ✓ ضع يدك اليسرى تحت ظهر الشخص موازية للضلع (11,12) وارفعها للأعلى لسند البطن.
- ✓ ضع يدك اليمنى في الربع العلوي الأيمن بشكل موازي للخط المتوسط واضغط للأسفل بعمق تحت الحافة الضلعية اليمنى.
- ✓ اطلب من العميل أن يأخذ نفسا عميقا، الطبيعي ان يشعر الفاحص بحافة الكبد تلامس أصابعه بينما يقوم الحجاب الحاجز بدفعها للأسفل أثناء الشهيق وتبدو كثلم بحواف حادة منتظمة وقاسية.



الشكل (6) جس الكبد في المراق الأيمن

- ✓ اختبار الكلابة: قف الى يمين الشخص ووجهك باتجاه قدميه. ضع كلتا يديك جنبا الى جنب على القسم الأيمن لبطنه واضغط بأصابعك نحو الحافة الضلعية الى الداخل واطلب من العميل أن يأخذ نفسا عميقا.



الشكل(7) تقنية اختبار الكلابة

- **جس الطحال: (palpation of spleen)**

✓ يجب أن يتضخم الطحال ثلاث مرات أكبر من حجمه حتى يمكن جسه.

✓ ضع يدك اليسرى فوق وخلف الجانب الأيسر للقفص الصدري بمستوى الأضلاع (11- 12).

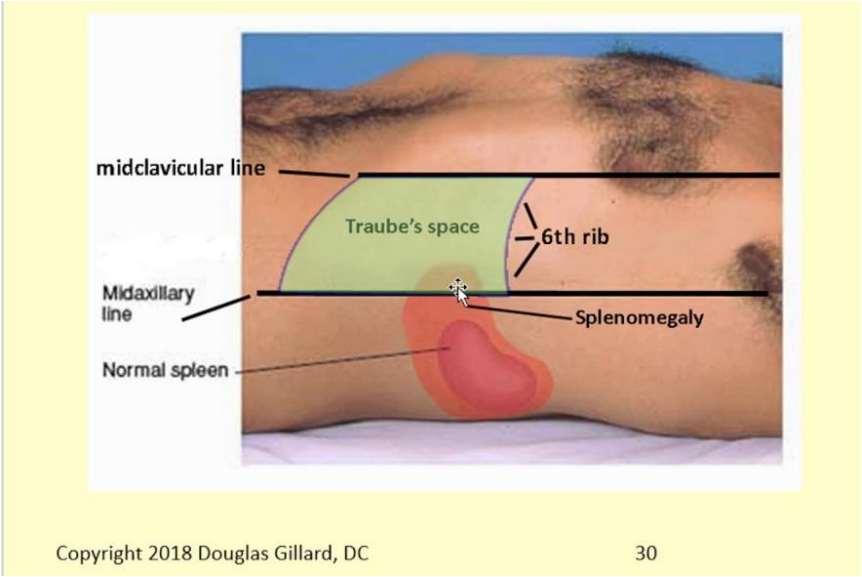
✓ ضع يدك اليمنى بشكل منحرف في الربع العلوي الأيسر وأصابعك متجهة نحو الإبط الأيسر.

✓ اضغط يدك للأسفل بعمق تحت الحافة الضلعية واطلب من العميل أن يأخذ نفسا عميقا.

✓ الطبيعي أن لا تشعر بأي شيء قاسي، عندما يتضخم الطحال ينزاح للخارج ويلامس الأصابع. كما يمكن وضع العميل الى الجانب الأيمن وإعادة الفحص.



الشكل (8) جس الطحال



الشكل (9) الطحال الطبيعي مقارنة و تضخم الطحال

- **جس الكلية: (Palpation of kidney)**

الكلية غير مجسوسة عند البالغين الطبيعيين. وقد يتم الشعور بالكلية اليمنى في الأشخاص النحيفين جدا.

- ✓ ضع يديك مع بعضهما في الخاصرة اليمنى بمستوى الفقرة الصدرية (12) والى الأسفل.
- ✓ اضغط يديك الاثنين مع بعضهما بعمق واطلب من العميل ان يأخذ نفسا عميقا. تشعر عادة بالقطب السفلي فقط للكلية اليمنى ينزلق للأسفل بين أصابعك.
- ✓ الكلية اليسرى أعلى من اليمنى ب (1سم) وغير مجسوسة بشكل طبيعي، يتم البحث عنها بوضع يد الفاحص اليسرى فوق وخلف الخاصرة اليسرى لسند البطن ،و يدفع باليد اليمنى عميقا في البطن بينما العميل يأخذ شهيق عميق.



Technique for palpating the left kidney.



Technique for palpating the right kidney (top).

الشكل (10) جس الكلية

- **جس نبض الأبهر:**

✓يجس النبضان في أعلى البطن، أيسر الخط المتوسط. عادة يكون عرضه (2.5- 4سم) عند البالغين.

❖ **إجراءات خاصة: تقييم التهاب الزائدة الدودية**

1. **الإيلام المرتد: (علامة بلومبرغ)**

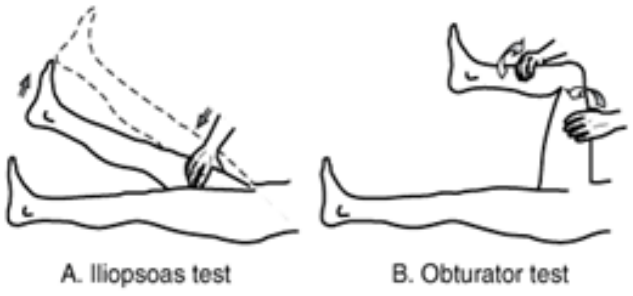
✓ضع يدك بشكل زاوية 90 د أو عمودي على البطن وادفع للأسفل بشكل بطيء وعميق ثم ارفع يدك بسرعة.

✓الاستجابة الطبيعية أو السلبية عدم وجود ألم عند إزالة الضغط.

✓الألم عند إزالة الضغط يؤكد المضض المرتد والتي هي علامة لالتهاب البريتوان المترافق مع الزائدة الدودية.

2. **علامة رفرينغ**: اضغط عميقا وبشكل ثابت في الربع السفلي الأيسر ثم ارفع يدك بسرعة، وجود الألم في الحفرة الحرقفية اليمنى عند الضغط في الحفرة الحرقفية اليسرى يشير الى وجود التهاب الزائدة الدودية.

3. **اختبار (علامة البسواس) العضلة البسواسية الحرقفية (Iliopsoas muscle test):** دع العميل يستلقي وقم برفع ساقه بشكل مستقيم مع عطفها عند الحوض ثم وضع يدك على منطقة أسفل الفخذ وقم بضغطها للأسفل مع محاولة الشخص إبقاء رجله مرفوعة.
4. **تحري علامة السادة، العضلة الساد (Obturator test):** دع الشخص يستلقي وقم برفع ساقه اليمنى مع عطفها عند الحوض وعطفها عند الركبة الى الداخل بمقدار 90 درجة.



Source: LeBlond RF, DeGowin RL, Brown DD: *DeGowin's Diagnostic Examination, 9th Edition:* http://www.accessmedicine.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

علامة مورفي (كبح الشهيق): جس الكبد الطبيعي يجب أن لا يسبب ألما للشخص . أما عندما يتألم الشخص يعني ذلك انه يعاني من التهاب المرارة، يضع الفاحص أصابعه تحت حدود الكبد ويطلب من العميل أن يأخذ نفسا عميقا، تكون الاستجابة الطبيعية إكمال النفس بدون ألم. إيجابية علامة مورفي يعني حدوث ألم حاد يوقف الشهيق فجأة.

الألم البطني: إما ان يكون

- ألم حشوي من عضو داخلي(كليل، معمم، غير محدد تماما)
- جداري من التهاب البريتوان(حاد، محدد تماما، يزداد سوءا بالحركة)
- الم ناتج عن اضطراب من مكان آخر.

- **الألم المراري:** يكون

- الم شديد ماغص مفاجئ
- في الربع العلوي الأيمن ينتشر الى لوح الكتف الأيمن أو الأيسر
- يزداد مع الوقت ويدوم من 2- 4 ساعات (نوبي)

- يترافق مع غثيان وإقياء
- بالفحص السريري علامة مورفي إيجابية.

- **ألم المعدة:**
  - ألم ماغص وحارق
  - في المنطقة الشرسوفية ينتشر الى الظهر ويمكن ان ينتشر نحو الكتف
  - يترافق مع غثيان وإقياء، يحدث القيء الدموي في قرحات المعدة والاثني عشر ودوالي المري.
- **ألم الزائدة الدودية:**
  - ألم كليل ينتشر حول السرة ويتحول لألم شديد وحاد ومستمر
  - يلاحظ إيلام في الربع السفلي الأيمن (الايلام المرتد)
  - يزداد بالحركة والسعال والتنفس العميق
  - يترافق مع إقياء أو حمى
- **ألم الكبد:**
  - الم خفيف وكليل
  - في الربع العلوي الأيمن
  - يترافق مع فقد شهية وحمى وإعياء وتعب
  - يحدث إيلام بالجس للربع العلوي

انتهت المحاضرة

تقييم جهاز القلب والأوعية الدموية

Assessment of Heart and Vessels

إعداد:

الدكتورة: آنــا أحمد

مدرس في كلية التمريض- جامعة تشرين

تقييم جهاز القلب والأوعية الدموية

Assessment of Heart and Vessels

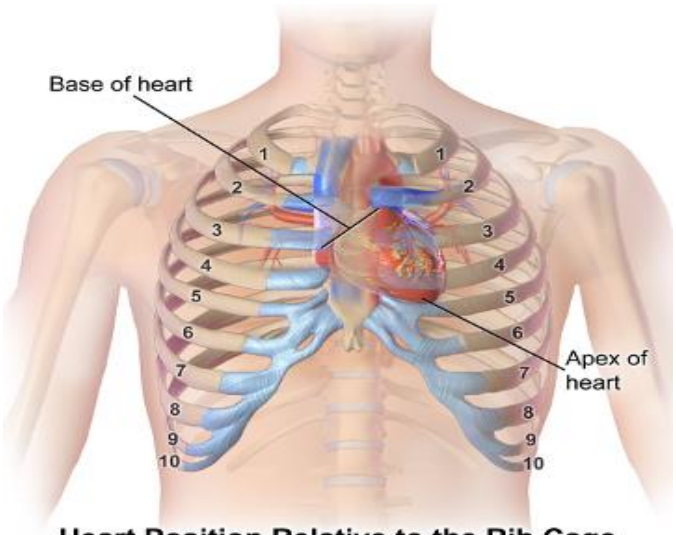
❖ **جهاز الدوران:**

يتكون جهاز الدوران من القلب والأوعية الدموية المركزية(بشكل خاص الشرايين والأوردة الإكليلية، والرئوية، والرقبية). يتكون الجهاز الوعائي المحيطي من الشرايين والأوردة البعيدة عن الأوعية المركزية وتمتد الى الدماغ والى الأطراف.

❖ **القلب تشريحيا:**

عند البالغين الطبيعيين: يتوضع القسم الأكبر من القلب الى الخلف واليسار من القص. يمتد جزء صغير (الأذين الأيمن) إلى يمين القص. يقع الجزء العلوي من القلب (كلا الأذينين) ، والمشار إليهما بقاعدة القلب، في الجهة الخلفية. يتوضع الجزء السفلي (البطينين) ، والمشار إليه باسم القمة ، إلى الأمام. إن قمة البطين الأيسر تلامس فعلاً جدار الصدر عند خط منتصف الترقوة الأيسر (MCL) أو بالقرب من المسافة الوربية اليسرى الخامسة (LICS) ، والتي تكون أخفض بقليل من الحلمة اليسرى.

تنبيه سريري: أن قاعدة الرئتين هي الجزء السفلي (السفلي) ، وقاعدة القلب هي الجزء العلوي (العلوي).



Heart Position Relative to the Rib Cage

❖ **أصوات القلب:**

يمكن سماع أصوات القلب عن طريق الإصغاء. يتم توليد أصوات القلب الطبيعيين الأول والثاني من خلال انغلاق الصمامات (الدسامات).

- **صوت القلب الأول (S1):** يحدث عندما تغلق الصمامات الأذينية البطينية (AV). تغلق هذه الصمامات عندما تمتلئ البطينات بما فيه الكفاية بالدم.S1 هو صوت باهت منخفض النغم يوصوف باسم "lub".
- **صوت القلب الثاني (S2):** بعد تفريغ البطينين الدم إلى الشريان الأورطي والشرايين الرئوية ، تغلق الصمامات الهلالية ، وتنتج صوت القلب الثاني ، S2 ، الذي يوصف ب "dub." S2 له نغمة أعلى من S1 وأقصر في المدة. يحدث هذان الصوتانS1 و lub-dub S2) خلال ثانية واحدة أو أقل ، اعتمادًا على معدل ضربات القلب.
- إن صوتي القلب مسموعان في أي مكان في المنطقة البركية ، ولكن من الأفضل سماعهما على المنطقة الأبهرية والرئوية وثلاثية الشرف و التاجية. ترتبط كل ساحة بإغلاق صمامات القلب: الساحة الأبهرية مع الصمام الأبهري (داخل الشريان الأورطي الذي ينشأ من البطين الأيسر) ؛ الساحة الرئوية مع الصمام الرئوي (داخل الشريان الرئوي الذي ينشأ من البطين الأيمن) ؛ الساحة ثلاثية الشرفات مع الصمام ثلاثي الشرفات (بين الأذين الأيمن والبطين) ؛ والساحة التاجية (يشار إليها أحيانًا بالمنطقة القمية) مع الصمام التاجي (بين الأذين والبطين الأيسر).
- **الانقباض** هي المرحلة التي يتقلص فيها البطينين ، تبدأ ب S1 وتنتهي عند S2. الانقباض عادة أقصر من الانبساط.
- **الانبساط** هي المرحلة التي يرتاح (يسترخي) فيها البطينين. تبدأ بـ S2 وتنتهي عند S1 التالي. ولا تسمع أصوات خلال هاتين المرحلتين في الاحوال الطبيعية.
- **أصوات القلب الإضافية (S3 و S4)** يمكن سماعها أثناء مرحلة الانبساط: الاول بعدS2 مباشرة والثاني في نهاية الانبساط قبل S1. يكون كلا الصوتين منخفضي النغمة ويتم سماعهما بشكل أفضل في القمة بواسطة جرس السماعة ، والعميل مستلقي على الجانب الأيسر وغالبا ما يختفي عندما يجلس العميل. S3 طبيعي في الأطفال والشباب. أما عند البالغين الأكبر سنا ، قد يشير إلى

فشل القلب. قد يتم سماع S4 في الاشخاص الأكبر سنا ويمكن أن يكون علامة على ارتفاع ضغط الدم.

❖ **تقييم القلب والاوعية الدموية الكبرى:**

- يتم تقييم القلب بواسطة التأمل والجس والإصغاء بالسماعة الطبية وفق هذا التسلسل.
- عادة ما يتم إجراء فحص القلب أثناء وضع العميل في وضعية المتكأ.
- يقف الطبيب أو الممرض عادة في الجانب الأيمن للعميل ويجس ويصغي باليد اليمنى ولكن قد يتم عكس ذلك إذا كان الفاحص يستخدم اليد اليسرى.

- **الأدوات:** سماعة طبية بنهايتين ، قطن مبلل بالكحول، مسطرة ،قلم
- **مرحلة التحضير:**

1. قبل تنفيذ الإجراء ، التعريف بالذات والتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى. شرح للعميل ما الذي سيتم فعله ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. كيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
2. إجراء غسل اليدين واتخاذ الاحتياطات الوقائية العالمية الأخرى
3. تأمين الخصوصية للعميل. ووضع العميل في الوضعية المناسبة لفحص كل جزء.
4. الحصول على المعلومات الذاتية من العميل، الاستفسار عن الأمور التالية:

✓ **الألم الصدري:** متى بدأ وكيف حصل، وتواتره ، مكان الألم، انتشاره، وفيما إذا هنالك أعراض مرافقة له.

✓ **الزلة التنفسية:** هل يوجد قصور بالتنفس ، سببه ، بدايته، مدته وشدته، فيما إذا كان يتأثر بالوضعية كالاستلقاء ، أو يسبب استيقاظ العميل ليلا (زلة اشتدادية).

✓ **الزلة الاضطجاعية:** عدد الوسائد المستخدمة عند النوم.

✓ **السعال:** مدته، تواتره، نوعه(جاف، خشن، محتقن، نباحي)، مترافق مع قشع ،لونه، مترافق مع فعاليات أخرى: كالوضعية، القلق، الكلام. يتحسن بالراحة والدواء ؟أم لا.

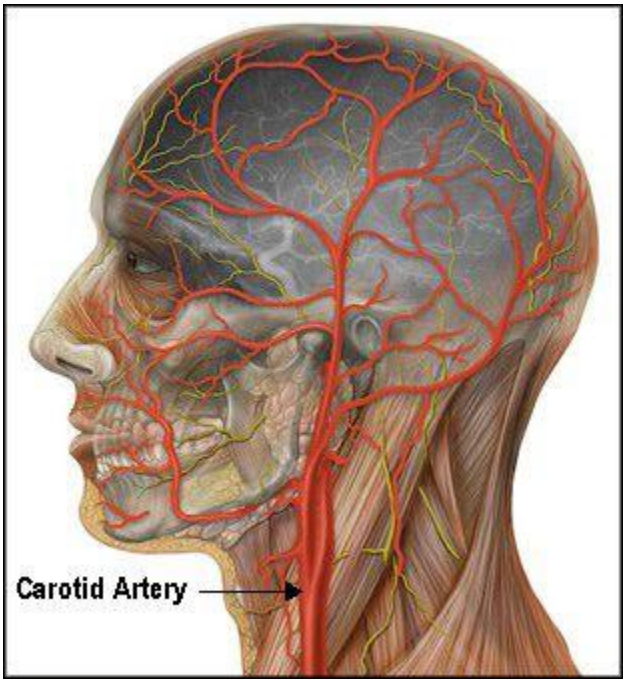
✓ **التعب:** يشعر بالتعب بسهولة، بدايته، فجائي أم تدريجي، أثر على مستوى النشاط اليومي، مرتبط بوقت معين: صباحا، مساء. إذ أن التعب الناتج عن نقص نتاج القلب

يكون أسوء في المساء بينما التعب الناتج عن الاكتئاب يكون طول اليوم أو أسوء في الصباح.

- ✓ **الازرقاق أو الشحوب**: إذا كان هناك تغير في لون جلد الوجه للأزرق أو الرمادي.
- ✓ **الوذمة:** الاستفسار عن بدايتها، مدتها، بأي وقت في اليوم حصل التورم، هل يوجد تورم في القدمين أو الساقين، مقدار التورم(ساقين منتفختين)، وجود أعراض مرافقة للوذمة مثل قصور التنفس(قبل تورم الساقين أم بعده).
- ✓ **البوال الليلي:** بدء حصوله وهل طرأ تغير حديث، الاستيقاظ من النوم لأجل التبول.
- ✓ **القصة القلبية السابقة لدى العميل:** الاستفسار عن الحمى الروماتيزمية ، نفخة قلبية ، نوبة قلبية ، دوالي ، أو قصور في القلب، ارتفاع ضغط الدم أو ارتفاع الكوليسترول أو الشحوم الثلاثية، وجود مرض قلبي خلقي أو ألم مفصلي أثناء الطفولة أو التهاب لوز متكرر أو فقر دم. وجود الأمراض التي تؤثر على القلب (مثل السمنة والسكري وأمراض الرئة واضطرابات الغدد الصماء).
- ✓ **عادات نمط الحياة** التي تشكل عوامل خطر للإصابة بأمراض القلب (مثل التدخين وتناول المشروبات الكحولية وأنماط الأكل والتمارين الرياضية ومناطق ودرجة الإجهاد المدرك). الأدوية المأخوذة مثل حاصرات بيتا، او حاصرات كالسيوم، أو ديجوكسين، أو مدرات بولية أو اسبرين ومضادات تخثر، أو أدوية بدون وصفة طبية بشكل إفرادي.
- ✓ **القصة العائلية:** لوجود مرض قلبي والعمر الذي حدث فيه المرض، وارتفاع مستويات الكوليسترول في الدم ، وارتفاع ضغط الدم والسكتة الدماغية والسمنة وأمراض القلب الخلقية وأمراض الشرايين وارتفاع ضغط الدم والحمى الروماتيزمية، والسكري. أو حدوث موت مفاجئ في مرحلة الشباب.

5. **مرحلة التقييم والفحص**: عند إجراء التقييم القلبي الوعائي يجب اتباع الترتيب التالي:
   - o النبض، والضغط الشرياني
   - o تقييم الأطراف
   - o تقييم أوعية العنق
   - o تقييم المنطقة أمام القلب

أولا: تأمل العنق: بحثا عن الشريان السباتي الذي يتوضع أنسي العضلة القترائية.



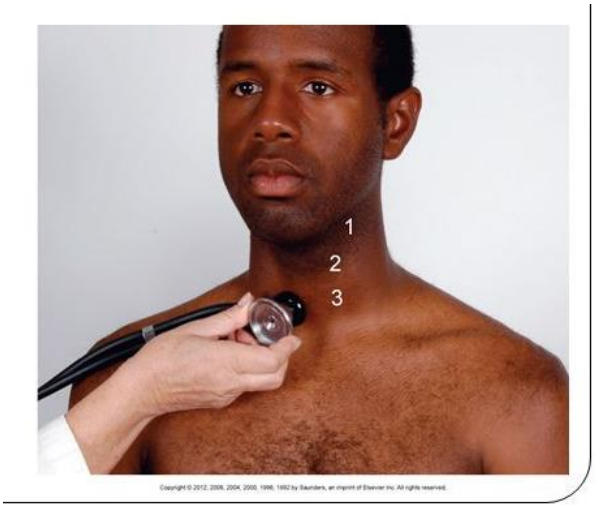
ثانيا: جس الشريان السباتي(carotid artery):

- يوضع رأس السبابة والإصبع الوسطى على طول الحافة الأنسية للعضلة القترائية مع تجنب الضغط الزائد على الجيب السباتي الأعلى في العنق لأن ذلك يبطء ضربات القلب.
- يجب جس شريان سباتي واحد في وقت واحد وليس الاثنان معا لتجنب إعاقة وصول الدم الشرياني الى القلب، مع الجس بلطف.
- يطلب من العميل إمالة رأسه قليلا الى الجانب من أجل الفحص. تجعل هذه الحركة الشريان السباتي سهل الوصول أكثر.
- محاولة الشعور بحدود (counters) وقوة النبض، والإصغاء في الوقت نفسه الى قمة القلب وتدوين الملاحظات.

- القوة الطبيعية تكون 2+ أو متوسطة ويجب أن تكون الموجودات نفسها في الجانبين.

ثالثا: إصغاء الشريان السباتي: عند إصغاء الشريان السباتي

- يطلب من العميل إمالة قليلا بعيدا عن الجانب الذي يتم فحصه، لتسهيل وضع السماعة.
- يتم إصغاء الشريان السباتي لجانب واحد ثم الجانب الآخر.
- يتم الإصغاء لتحديد وجود اللغط الوعائي (bruit) تسمع بشكل لفظة (بروو-ي ي) وهو صوت بشكل نفخ همسي يدل على اضطراب في جريان الدم. في حال سمعت يجس الشريان برفق لتحديد وجود الهرير (thrill).
- للاصغاء يجب أن تكون الرقبة في وضعية معتدلة، وجرس السماعة موضوع بشكل خفيف على الشريان السباتي فوق ثلاث مواضع: زاوية الفك، منطقة منتصف العنق، قاعدة العنق.



- يجب تجنب الضغط الزائد على الشريان لأن ذلك يحدث نفخة اصطناعية. يطلب من الشخص أن يأخذ نفسا عميقا ثم زفير ويحبس نفسه بشكل خفيف أثناء الاصغاء بحيث لا تخفي أصوات التنفس الرغامية اللغط الوعائي في الشريان او تقلدها.

رابعا: تأمل النبض الوريدي الوداجي (jugular veins):

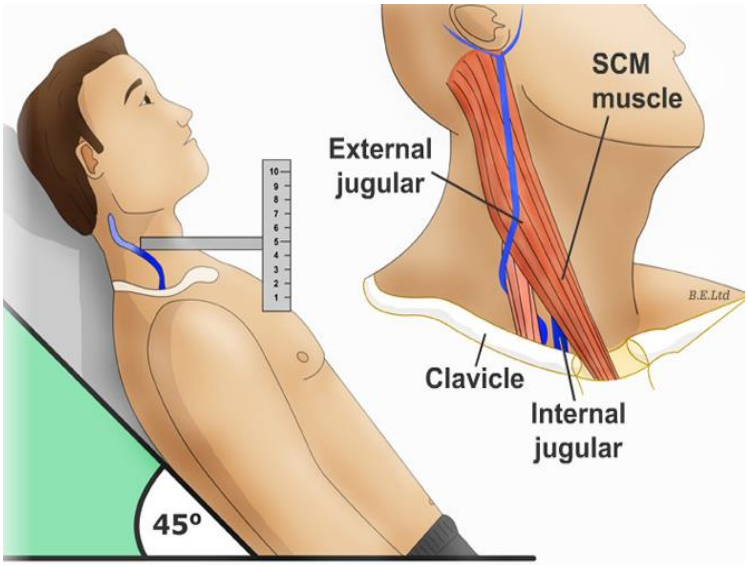
- تأمل الأوردة الوداجية لتقييم الانتفاخ، يطلب من العميل أن يستلقي بزاوية 30- 45 د) شبه فاولر مع دعم الرأس بوسادة صغيرة. على أن يكون الرأس بمستوى الجذع. حيث يمكن رؤية النبض بشكل أفضل.

- إمالة رأس العميل بشكل خفيف بعيدا عن الجانب المراد فحصه.
- في حالة وجود انتفاخ الوداجي ،يجب بتقييم الضغط الوريدي الوداجي (JVP) على النحو التالي:

✓ تحديد زاوية لويس كنقطة مرجعية ومقارنتها بأعلى مستوى للنبض الوريدي.

✓ وضع المسطرة عمودية على الزاوية القصية (زاوية لويس) ووضع مسطرة ثانية أفقية عند المستوى الأعلى للنبض الوادجي لتتقاطع مع المسطرة الأفقية بشكل زاوية T

✓ قراءة مستوى النبض على المسطرة العمودية، يكون النبض الوداجي الوريدي 2 سم أو أقل فوق الحافة القصية . مثلا: النبض الوريدي الوداجي 3سم فوق الحافة القصية والشخص بوضعية 30 د



ملاحظة: يكون الضغط الوريدي المركزي مرتفعا إذا كان النبض الوداجي أكثر من 3سم فوق الزاوية الضلعية بوضعية 45 د.

صفات النبض الوداجي بالمقارنة مع النبض السباتي

	النبض الوداجي	النبض السباتي
الموقع	أسفل وجانبي أو خلف العضلة القترائية	أعلى وأنسي العضلة القترائية
الخاصية	متموج ومنتشر	قوي
التنفس	يتغير مستوى التنفس هبوطا خلال الشهيق عندما ينخفض الضغط داخل الصدر	لا يتغير
إمكانية الجس	غير ممكن	ممكن
الضغط	الضغط الخفيف على قاعدة الرقبة يشوه ويخفي النبض	لا يوجد تغيير
الوضعية	يهبط مستوى النبض ويختفي عندما يوضع الشخص بوضعية الجلوس	لا يتأثر

خامسا: الناحية أمام القلب(The Precordium):

- **تأمل وجس الصدر الأمامي:** يتم تأمل وجس الصدر الأمامي في وقت واحد للتحري عن وجود خفقان غير طبيعي، تحديد مناطق صمامات القلب:
  - ✓ تحديد زاوية لويس. يشعر بها كبروز على القص.
  - ✓ يتم تحريك أطراف الأصابع لأسفل على كل جانب من جوانب الزاوية حتى يُشعَر بالمسافات الوربية الثانية. المساحة الأبهرية اليمنى للعميل هي منطقة الأبهر ، والمساحة الوربية الثانية اليسرى هي المنطقة الرئوية.

- ✓ من الساحة الرئوية؛ يحرك الفاحص أصابعه الى أسفل المساحات الوربية الثلاثة اليسرى على امتداد جانب القص. المساحة الوربية الخامسة اليسرى القريبة من القص هي الساحة مثلث الشرف أو ساحة البطين الأيمن.
- ✓ من منطقة مثلث الشرف ، يحرك الفاحص أصابعه بشكل جانبي من 5 إلى 7 سم (من 2 إلى 3 بوصات) إلى خط منتصف الترقوة الأيسر.
- ✓ تدعى هذه المنطقة القمية أو التاجية ، أو منطقة النبض الأعظمي (PMI). في حال كان هناك صعوبة في تحديد موقعها يمكن جعل المريض يميل الى الجانب الأيسر لتتحرك القمة على مقربة من جدار الصدر.
- ✓ تأمل وجس الساحات الأبهرية والرئوية ومراقبتها مع زاوية لويس والى الجانب، ملاحظة وجود أو غياب الخفقان. أن مراقبة هذه الساحات عند الزاوية يزيد من احتمالية رؤية الخفقان.
- ✓ تأمل وجس الساحة ثلاثية الشرف لوجود خفقان. عادة يكون الخفقان واضح عند 50% من البالغين ومجسوس.
- ✓ تأمل وجس المنطقة القمية من أجل النبض مع الإشارة إلى موقعها المحدد وقطرها. إذا تمت إزاحتها بشكل جانبي ، يجب تسجيل المسافة بين القمة ووخط منتصف الترقوة (MCL) بالسنتيمتر. قطرها من 1 الى 2 سم.
- ✓ تأمل وجس المنطقة الشرسوفية في قاعدة القص لأجل نبضات الأبهر البطني.



- الإصغاء: إصغاء القلب في جميع المواقع التشريحية الأربعة: الأبهر ، الرئوية ، ثلاثي الشرفات ، والقمي (التاجي). الإصغاء ليس من الضروري أن يقتصر على هذه المناطق ؛ قد يحتاج الفاحص إلى نقل السماعة لإيجاد أصوات أكثر مسموعة لكل عميل.
  - ✓ المسافة الوربية اليمنى منطقة الدسام الابهري
  - ✓ المسافة الوربية اليسرى منطقة الدسام الرئوي
  - ✓ الحدود السفلية اليسرى للقص منطقة الدسام مثلث الشرف
  - ✓ المسافة الوربية الخامسة حول خط منتصف الترقوة منطقة الدسام التاجي

يتم من خلال الإصغاء تحديد مايلي:

1. السرعة والانتظام: سرعة النبض 60 -100 نبضة/د ، يجب أن يكون النبض منتظم. في حال عدم الانتظام يصغى النبض القمي بالسماعة في نفس الوقت الذي يجس فيه النبض الكعبري ويجب أن يكون كلا العددين متوافقين وعند وجود فروق تطرح سرعة النبض الكعبري من القمي وتسجل الباقي حيث يكون هناك نقص أو خلل في النبض.
2. تحديد أصوات القلب الأول والثاني: إذا كانا طبيعيين أم لا.
   - S1: يسمع في جميع المواقع عادة بصوت أعلى في المنطقة القمية من S2 .
   - S2: يسمع في جميع المواقع ويكون عادة أعلى في منطقة القاعدة من S1.
   - الانقباض: الفاصلة الصامتة. مدته أقصر قليلا من الانبساط في معدل ضربات القلب الطبيعي (60 إلى 90 نبضة / دقيقة).
   - انبساط: الفاصلة الصامتة. مدته أطول قليلا من الانقباض في معدلات ضربات القلب العادية.
   - يترافق الصوت الأول مع الموجة R في تخطيط القلب الكهربائي إذا كان الشخص موضوع على جهاز تخطيط القلب.
   - عند الاصغاء يجب أن يكون العميل في وضع الاستلقاء الظهري مع رفع الرأس من 15 درجة إلى 45 درجة.
   - تستخدم كلا الوجهين في السماعة لسماع جميع المناطق.

- عند الإصغاء ، يجب التركيز على صوت واحد معين في كل مرة في كل منطقة: صوت القلب الأول ، متبوعًا الانقباض ، ثم صوت القلب الثاني ، ثم الانبساط. الانقباض والانبساط عادة ما تكون فواصل زمنية صامتة.
- انشطار الصوت الاول الى مركبتين يسمع عند الحدود السفلى اليسرى للقص ويكون سريعا.
- يحدث انشطار الصوت الثاني كظاهرة غير طبيعية في نهاية الشهيق بسبب تأثيرات التنفس على القلب مما يجعل الدسام الأبهري يغلق الدسام الرئوي وبدلا من سماع (دوب تسمع ت – دوب) ويسمع الانشطار فقط في منطقة الدسام الرئوي في المسافة الوربية الثانية أيسر القص.

3. الإصغاء لمعرفة وجود أصوات إضافية:

يتم إصغاء كل مناطق الدسامات باستخدام السماعة لملاحظة الصوت وصفاته ووقته مثلا: يمكن سماع التكة التي تحدث في منتصف الانقباض وتترافق مع انسدال التاجي. يسمع الصوت الثالث في حالة قصور القلب عند البالغين، وفي الأطفال والشباب الرياضيين. يسمع الصوت الرابع في أمراض القلب الإكليلية الشريانية، ولدى كبار السن.

4. الإصغاء للنفخات:

النفخة عبارة عن صوت ناعم بشكل نفخ همسي يحصل عند جريان الدم المضطرب في القلب أو الاوعية الكبيرة، وهي صوت شاذ غير طبيعي. الحالات التي يمكن ان تسبب النفخات هي:

- زيادة سرعة تدفق الدم (التمارين، فرط نشاط الدرق)
- نقص لزوجة الدم (فقر الدم)
- عيوب بنيوية في الدسامات (قصور أو تضيق)

يجب تحديد صفات النفخات في حال تم سماعها بالصفات التالية:

- وقت حدوثها: في وقت الانقباض أو الانبساط ، وهل هي باكرة أو متأخرة بالنسبة للانقباض أو الانبساط.
- الحدة: يوجد مقياس لتحديد حدة النفخة من 6 درجات.

- اللحن: عالي أو او متوسط، أو منخفض.
- النوعية: موسيقية أو خشنة أو متدحرجة.
- الموضع: وصف المنطقة التي تحصل فيها الشدة الأعظمية للنفخة
- الانتشار: تنتقل النفخة للأسفل وقد تسمع في المنطقة أمام القلب أو الظهر او الإبط.
- الوضعية: تختفي النفخات أو تزداد بتغيير الوضعية

في نهاية الإصغاء بوضعية الاستلقاء، يقلب المريض الى الجانب الأيسر ويتم إصغاء عند القمة لوجود أصوات امتلاء انبساطية ، ثم يطلب من الشخص الجلوس مع إعادة الإصغاء خاصة عند القاعدة في اليمين واليسار حيث يقوم بالزفير. لأن هناك أصوات معينة تكون مسموعة في وضعيات معينة.

انتهت المحاضرة

تقييم الجهاز العضلي الهيكلي

Assessment of Musculoskeletal System

إعداد:

الدكتورة آنــا أحمد

مدرس في كلية التمريض- جامعة تشرين

تقييم الجهاز العضلي الهيكلي

يتكون الجهاز العضلي الهيكلي من العضلات والعظام والغضاريف والمفاصل. يوفر هذا الجهاز للجسم الدعم والحركة. يحمي الجهاز العضلي الهيكلي الأعضاء الرئيسية وينتج خلايا الدم الحمراء ويخزن المعادن المهمة مثل الكالسيوم والفوسفور. يعد أداء الجهاز العضلي الهيكلي بشكل صحيح أمرًا مهمًا بالنسبة للفرد لأداء أنشطة الحياة اليومية (ADLs).

تشمل تقنيات تقييم الجهاز العضلي الهيكلي التأمل ، الجس ، ومراقبة مدى حركة المفاصل.عادةً ما يقوم الفاحص بتقييم الجهاز العضلي الهيكلي من أجل تحديد قوة العضلات ، ولونها وحجمها وتماثل النمو والتطور العضلي والارتجاف في العضلات (الارتعاش).



الشكل(١) الجهاز العضلي الهيكلي

تعرف الرجفة (A tremor): بانها ارتعاش لا إرادي لأحد الأطراف أو جزء من الجسم. قد تشمل الرجفات مجموعات كبيرة من ألياف العضلات أو حزم صغيرة من ألياف العضلات. ويكون الرجفان (الرعاش) القصدي أكثر وضوحا عندما يحاول الفرد القيام بحركة تطوعية إرادية مثل، مثل حمل فنجان من القهوة. أما رجفان الاسترخاء يكون أكثر وضوحا عندما يكون الفرد مسترخي ويتضاءل مع النشاط.

الإرتجاف الحُزمي(A fasciculation): هو انكماش غير طبيعي لمجموعة من الألياف العضلية التي تظهر كانتفاض عضلي.



الشكل(٢): رجفة اليدين

يتم تقييم العظام لملاحظة الشكل الطبيعي. يتم تقييم المفاصل لمعرفة مواقع الإيلام والتورم والسمك (الكثافة) والفرقعة (صوت طقطقة وصريف) ومجال الحركة. يتم تقييم وضعية الجسم لمعرفة وضع الوقوف والجلوس الطبيعي.

أشيع أعراض الجهاز العضلي الهيكلي:

١. الألم
٢. الضعف

٣. التشوه
٤. التحدد في الحركة
٥. الفرقعة (الطقطقة) المفصلية

التقييم: مرحلة التحضير:

١. قبل تطبيق الإجراء، يجب التعريف بالذات أولا والتحقق من هوية العميل باستخدام بروتوكول المشفى .شرح ما سوف يتم فعله للعميل ، ولماذا ضروري ، وكيف يمكنه المشاركة. وكيف سيتم استخدام النتائج في التخطيط لمزيد من الرعاية أو العلاجات.
٢. غسل اليدين، واتخاذ الاحتياطات الوقائية لمنع العدوى.
٣. توفير الخصوصية للعميل.
٤. الحصول على المعلومات الذاتية من العميل، من خلال الاستفسار عن:

- المفاصل: (الألم ، اليبوسة، الحرارة الموضعية، الإحمرار، وتحدد الحركة).
- العضلات: الألم والضعف مع تحديد الأفعال التي لا يستطيع المريض القيام بها.
- العظام: الألم، التشوه، الرض، الكسر، الالتواء، والخلع.
- سلوكيات العناية الذاتية

يسأل المريض الأسئلة التالية حول:

الألم:

- متى بدء؟ وأين يشعر بالألم؟ مع الإشارة الى النقطة الاكثر إيلاما بإصبع واحدة.
- هل بدء فجأة؟ يحدث بشكل يومي؟ في أي وقت خلال ٢٤ ساعة يزداد الألم سوء في الصباح، بعد الظهر، أم في المساء؟
- مالذي يزيد الألم؟ مانوع المعالجة التي يتناولها لتخفيف الألم؟
- هل لاحظ تغير في الألم تبعا للطقس؟ هل هناك صعوبة في ارتداء الحذاء أو المعطف؟
- هل يسبب الاستيقاظ من النوم؟ هل ينتشر من مكان لأخر في الجسم؟
- هل لاحظ وجود أي تورم؟
- هل يشمل الألم العظام، أو العضلات أو المفاصل الأخرى؟ وهل يخف بالراحة؟

الضعف: هل توجد صعوبة في:

- تسريح الشعر؟
- رفع الأشياء؟
- مسك القلم؟
- فتل مقبض الباب؟
- النهوض عن الكرسي بعد الجلوس؟
- هل لاحظ مع مرور الوقت خلال النهار بوجود تغير في الضعف وإذا كان فهل يتطور نحو الأسوأ أو يتحسن؟ هل لاحظ وجود نقص في حجم العضلات؟

التشوه: قد ينجم عن شذوذ خلقي أو عن حالة مكتسبة. يجب أن يتم تحديد ما يلي في المريض المصاب بالتشوه:

- متى لاحظ التشوه اول مرة؟ وهل حدث التشوه فجأة؟
- هل حدث التشوه كنتيجة للمرض؟ هل حدث تغير في شكل التشوه مع الزمن؟

تقييم التورم، التيبس، والتهاب المفصلي:

يرتبط التورم عادة بالمفصل. ترتبط الصلابة عادة بالألم في المفاصل خاصة مع الحركة. يمكن أن يرتبط الالتهاب بالاضطرابات الجهازية.

يسأل المريض الأسئلة التالية حول التيبس والالتهاب:

- هل لديه صلابة في الصباح الباكر؟
- هل لديه تصلب أو تورم بعد نشاط شاق؟
- هل يؤثر التورم أو الصلابة على قدرته على المشي أو الركض أو الوقوف من وضعية الجلوس أو تسلق السلالم أو استخدام اليدين؟
- هل لديه ألم في المفاصل المرتبطة بالحركة؟

- هل يعاني من حمى أو قشعريرة أو طفح جلدي أو ضعف؟ يمكن أن تترافق هذه الأعراض مع حالات مثل التهاب المفاصل الروماتويدي.

الأدوات المستخدمة في التقييم والفحص:

- ✓ مقياس الزوايا (المنقلة)
- ✓ شريط القياس (المتر)

مرحلة الفحص باستخدام تقنيتي التأمل والجس، ثم اختبار مجال الحركة.

خطوات الفحص السريري:

- o من الأقرب الى الأبعد ومن الرأس الى الأصابع
- o يجب أن تكون المفاصل مسنودة أثناء الفحص
- o يجب أن تكون العضلات مسترخية

أولا: التأمل : يشمل تأمل حجم وكتلة محيط المفصل. تأمل الجلد والأنسجة تحته من اجل علامات(التورم، التشوه، اللون، الكتلة). تأمل التناظر والتماثل. ملاحظة حركات المريض عند إجراء مجموعة من مناورات الحركة. يجب أن تكون الحركات سلسة.

١. التحقق من وجود تشوهات في المفاصل أو ضمور في العضلات أو وضع غير طبيعي للأطراف، أو تشوهات في الجلد (لون مختلف ، أو بروز عظمي بارز).
٢. وجود أي تورم حول المفصل أوفيه. قد يشمل التورم الغشاء الزليلي فيظهر ناتئا أو عجيني الملمس تحت الأصابع بالفحص. أو قد يشكل كمية زائدة من السائل المفصلي (انصباب مفصل) ضمن الجوف المفصلي.
٣. الاستماع إلى صوت الطحن المسموع الذي يتردد صداها من المفصل. هذا الصوت يشير إلى فرقعة مفصلية ويمكن أن يتم جسه.
٤. ملاحظة وضعية المريض. وضع الرأس والعنق

٥. تقييم مشية المريض. مِشْيَةٌ مُتَهَادِيَة (مِشْيَةُ الاعْتِلاَلِ العَضَلِيّ) يمكن أن تشير إلى وجود مشكلة في الفخذ. وتقييمه أثناء الوقوف (كم تبعد أقدامه عن بعضها، العرض العادي بين ٢-٤ إينش)، والجلوس، والتسلق والقبضة والقرص.

٦. تأمل العضلات من أجل حجمها. مقارنة العضلات على جانب واحد من الجسم (مثل الذراع والفخذ والساق) بنفس العضلات الموجودة على الجانب الآخر. في حال وجود تناقضات يجب قياس العضلات بشريط القياس.

٧. تأمل العضلات والأوتار للانقباضات(قصر في العضلة).

٨. تأمل العضلات بحثًا عن الرجفة (الارتعاش) ، على سبيل المثال من خلال جعل المريض يمسك بالذراع بعيدا أمام الجسم.

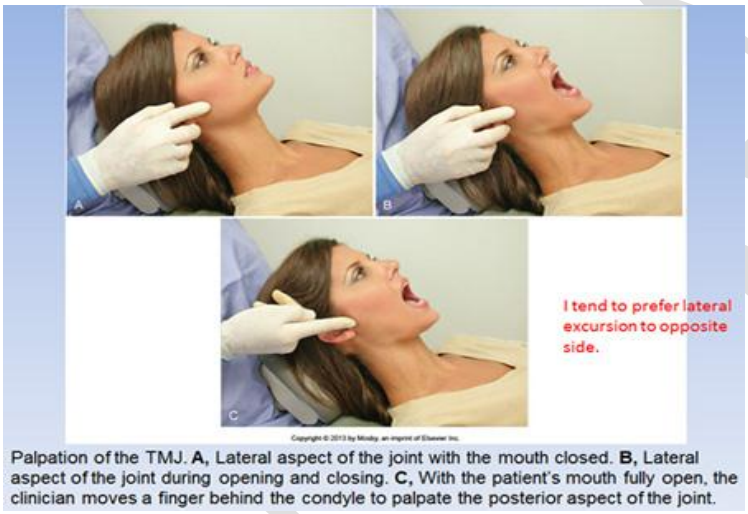
ثانيا: الجس: جس كل مفصل من أجل

- درجة حرارة الجلد لمعرفة حرارة المفصل
- تحديد كتلة العضلات
- التمفصل العظمي وملاحظة أي تورم، الإيلام أو كتل، عادة جس المفصل غير مؤلم وبحال وجود الألم يجب تحديد منطقته تشريحيا من خلال:
  - ✓ استخدم الجزء الخلفي من اليد لتحسس الدفء.
  - ✓ المقارنة بين المنطقة المتأثرة ومنطقة غير متأثرة.
  - ✓ جس المعالم العظمية لكل مفصل.
  - ✓ جس كل منطقة للتورم خاصة في منطقة المفصل الزليلي.

ثالثا: تقييم مدى الحركة (Range of Motion (ROM): تحديد مدى الحركة الفاعلة لكل مفصل. ملاحظة وجود أي تحدد في المجال الطبيعي للحركة أو أي زيادة غير اعتيادية في الحركة المفصلية (عدم ثبات) يختلف مدى الحركة بين الأفراد وينقص مع التقدم بالعمر. يحدث نقص مدى الحركة في التهاب المفاصل أو النسيج حول المفصل أو تليف المفصل.

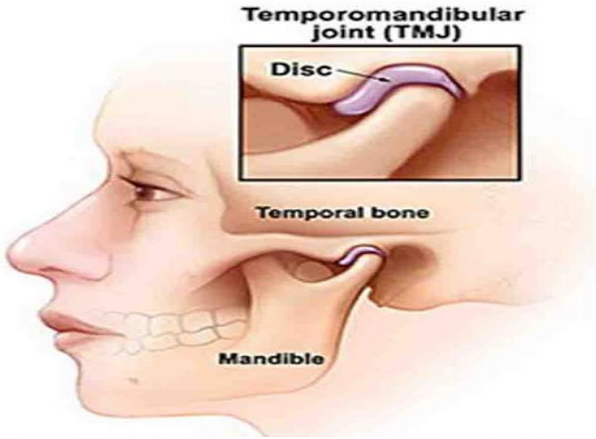
أولا: التأمل والجس: يطلب من المريض أن يجلس:

أولا: الرأس والعنق: فحص المفصل الفكي الصدغي: لجس المفصل الفكي الصدغي يضع الفاحص رأس أصبعه أمام وتدة الأذن تمام، ويطلب من المريض أن يفتح فمه. يجب أن تنزل رأس الإصبع في الجوف المفصلي عندما يكون الفم مفتوحا. يتم ملاحظة مستوى الحركة والبحث عن التورم وملاحظة المضض. يشير التورم والمضض ونقص الحركة الى وجود التهاب مفاصل.



Palpation of the TMJ. **A,** Lateral aspect of the joint with the mouth closed. **B,** Lateral aspect of the joint during opening and closing. **C,** With the patient's mouth fully open, the clinician moves a finger behind the condyle to palpate the posterior aspect of the joint.

الشكل(٣) فحص المفصل الفكي الصدغي



تأمل العنق بحثا عن التشوهات والوضعيات غير الصحيحة.

جس المفاصل بحثا عن المضض في العمود الفقري الرقبي وحول الفقرات والعضلة شبه المنحرفة.

ثانيا: اليدان والرسغان :

- تأمل اليدين والرسغين هل يوجد تورم او احمرار أو عقيدات أو تشوه أو ضمور عضلي.
- جس الجانبين الأنسي والوحشي لكل من الأصابع بين سبابة الفاحص وابهامه وملاحظة وجود التورم والانتفاخ وضخامة العظم والمضض.

(تدل ضخامة العظم في المفاصل بين السلاميات على وجود آفة تنكسية وهو يصيب المفاصل القريبة أكثر من البعيدة).



الشكل (٥) يوضح جس الأصابع بواسطة الابهام والسبابة

- جس المفاصل المشطية السلامية عند جانبي البراجم تماما أو بعيدا عنها بواسطة الإبهام وملاحظة وجود التورم أو الانتفاخ أو المضض. (يصيب التهاب المفاصل الرثواني عادة المفاصل بين السلاميات في حين نادرا ما يصيب التهاب المفاصل التنكسي المفاصل المشطية السلامية).



Figure 2 – *In the proximal interphalangeal joint examination, the examiner places his or her thumbs on the medial and lateral sides of each joint to evaluate for swelling, exerts pressure with one thumb and then the other to ballot for increased joint fluid, and assesses tenderness with bilateral thumb pressure at the joint line margins.*

الشكل (٦) يوضح جس المفاصل المشطية السلامية عند جانبي البراجم وبعيدا عنها بواسطة الإبهام

- الجس بواسطة الإبهام كل مفصل من مفاصل الرسغ الموجودة على الوجه الظهري للرسغ حيث تكون بقية أصابع الفاحص أسفل على الوجه الباطن. ملاحظة وجود أي تورم أو انتفاخ أو مضض على الجانب المقابل. (يدل التورم على التهاب مفاصل رثواني إذا كان ثنائي الجانب واستمر لعدة أسابيع.



الشكل (٧) جس مفاصل الرسغ على الوجه الظهري لليد

ثالثا: المرفقان:

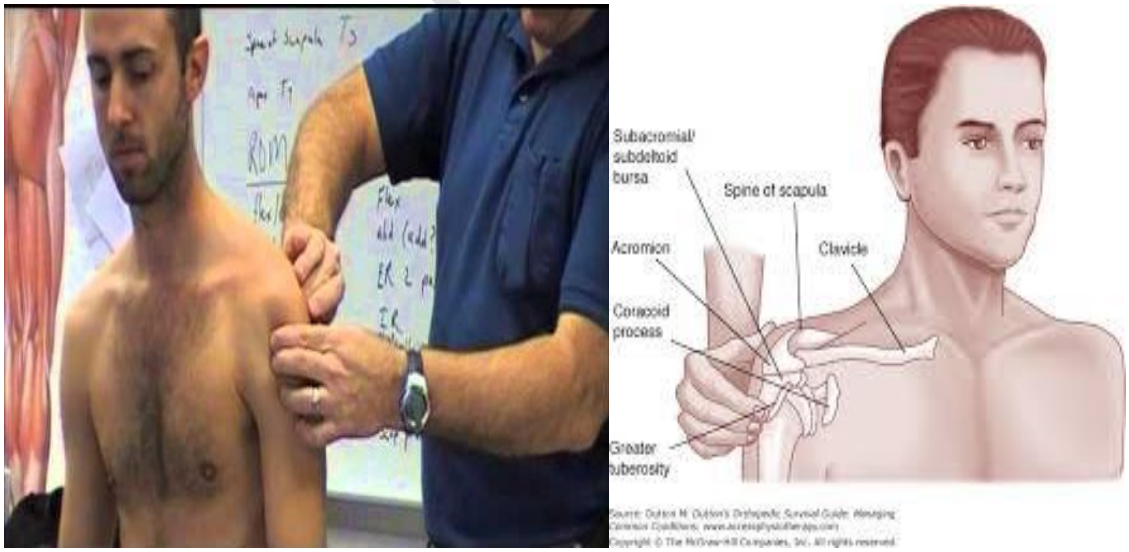
- تأمل وجس المرفق بما في ذلك السطح الباسط للزند والناتئ الزجي من خلال سند ساعد المريض باليد الثانية للفاحص بحيث تكون معطوفة ٧٠ درجة. وملاحظة وجود أي تورمات أو عقيدات.
- جس الثلم على جانبي الناتئ الزجي (المرفقي) وملاحظة التسمك أو التورم أو المضض.



الشكل(٨) وجس المرفق و السطح الباسط للزند والناتئ الزجي

رابعا: الكتفان وملحقاتهما:

- تأمل الكتفين وحزامهما في الأمام وملاحظة وجود أي تورم أو تشوه أو ضمور عضلي. تأمل لوح الكتف وعلاقته بعضلات الظهر.
- الجس والتحري عن المضض لكل من المفصل الترقوي القصي، المفصل الاخرمي الترقوي، ولوح الكتف بما في ذلك الحيبة الكبرى للعضد. وثلم وتر ذات الرأسين.



الشكل(٩) يوضح جس الحديبة الكبرى وثلم العضلة ذات الرأسين العضدية والمفصل الأخرمي

خامسا: القدم والكاحل: المريض في وضع الاستلقاء:

- تأمل الكاحلين والقدمين وملاحظة وجود التشوهات أو العقيدات أو التورمات.
- جس السطح الأمامي لمفصل الكاحل والتحري عن المضض أو التورم والانتفاخ
- جس وتر أشيل والتحري عن وجود العقيدات وخصوصا العقيدات الرثوية.
- التحري عن المضض في المفاصل المشطية السلامية بضغط الجزء الأمامي من القدم بين السبابة والابهام. (المضض في المفاصل المشطية السلامية الصغيرة علامة مبكرة على التهاب المفاصل الرثواني. قد يؤدي النقرس الحاد الى ألم شديد ومضض وتورم واحمرار في المفصل المشطي السلامي الأول. الأول الذي يسبب المضض في هذا المفصل هو التهاب الغمد الزليلي للإبهام الأفحج.
- جس رؤوس المفصل المشطي في أخمص القدمين وضغط كل مفصل بين الابهام والأصابع.



سادسا: الركبة والورك:

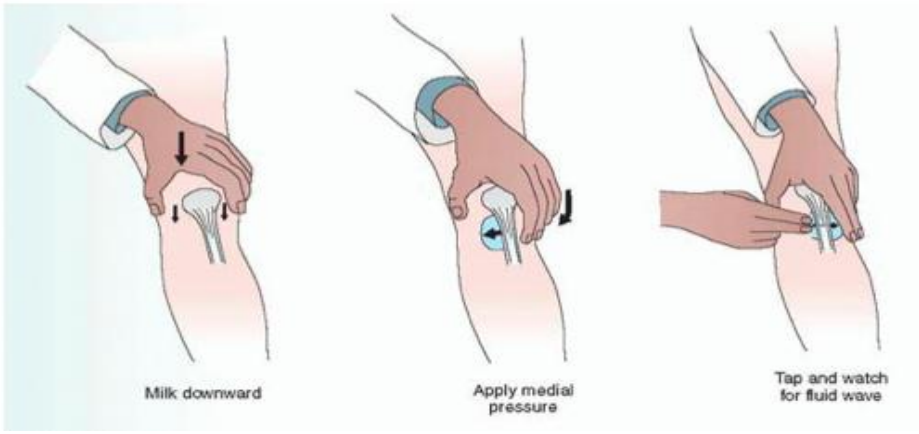
- تأمل الركبة ملاحظة وضعيتها وأي تشوه فيها: تشوه الساقين
- صك الركبتين (فحج) أو انكماش العطف (عدم القدرة على بسط الركبة بشكل تام). ملاحظة أي ضمور في مربعة الرؤوس الفخذية أو فقدان للتجويف الطبيعي حول الداغصة. يدل فقدان التجويف الطبيعي فوق الداغصة وقربها الى تمسك في الغشاء الزليلي أو انصباب سائل في الركبة.
- جس الجيب فوق الداغصي على جانبي مربعة الرؤوس الفخذية: يتم ملاحظة تسمك أو انتفاخه أو المضض في الغشاء الزليلي. يشير تسمك الغشاء الزليلي أو انتباجه أو انتفاخه الى وجود التهاب في الغشاء الزليلي لمفصل الركبة.

- ملاحظة أي ضخامة عضلية حول المفصل. تحدث في التهاب المفاصل التنكسي).
- ضغط المسافة فوق الداغصة بإحدى اليدين وجس جانبي الداغصة، وفوق المفصل الشظوي الفخذي.
- ملاحظة وجود أي مضض في الحيز المفصلي في المنطقة القريبة من اللقمة الفخذية. عند فحص المريض الذي يعاني من ألم في الركبة، يضغط الفاحص على حديبة الظنبوب للتحري عن التورم والمضض.
- جس المسافة المأبضية لتحري التورم والكيسات. (يتم تمييزها بسهولة اكبر عندما يقف المريض ويبسط ركبتيه).



جس جانبي الداغصة للتحري عن المضض (الإيلام)

- **التحري عن علامة التورم:(bulge test knee)**



التحري عن علامة التورم

- يعصر الفاحص براحة يديه الجانب الأنسي من الركبة بثبات للأعلى مرتين أو ثلاث مرات لكي يتغير موضع السائل.
- يمكن أن يكتشف الفاحص هذه العلامة الانصبابات الصغيرة من السائل لكنها تغيب عندما يكون الانصباب شديدا والضغط في الحيز كبيرا.
- يضغط الفاحص بعد ذلك خلف الحافة الوحشية للداغصة.
- التحري عن حدوث التورم الناتج عن عودة السائل الى التجويف الأنسي للداغصة. في الحالة الطبيعية لا يمكن أن يجس شيئا.

نهز الداغصة:

يحاول الفاحص أن يهز الركبة (الداغصة الطافية): يمسك فخذ المريض فوق الركبة تماما بإحدى يديه وبهذا يجبر السائل على الخروج من الجزء العلوي للحيز المفصلي الى الكيس خلف الداغصة بينها وبين الفخذ. ويدفع الداغصة للخلف بأصابع يده الأخرى . في حال لا يوجد سائل لن يشعر الفاحص بشيء.

يدل الشعور بحركة الداغصة على وجود سائل في مفصل الركبة. النهز هو أضعف الاختبارات حساسية لكشف التورم (علامة التبارز) ولكنه مفيد عندما تكون كمية السائل في الركبة غزيرة.



سابعا: العمود الفقري: المريض في وضعية الوقوف

- تأمل العمود الفقري وملاحظة انحناءاته الطبيعية: الانحناء الرقبي، الانحناء الصدري، والانحناء القطني.

- يقف الفاحص خلف المريض ويتأمل عموده الفقري من حيث الانحناء الجانبي. يلاحظ وجود أي فرق في ارتفاع الكتفين، والعرفين الحرقفيين، وثنيات الجلد تحت الإليتين.
- يدل عدم تساوي ارتفاع العرفين الحرقفيين (أي ميل الحوض) على ان طول الساقين قد يكون غير متساوي.
- يجلس الفاحص خلف المريض ويثبت حوضه بيديه ويطلب منه أن ينحني للجانب، ثم ينحني للخلف باتجاه الفاحص (بسط)، وان يميل أحد كتفيه جانبيا ثم يميل الكتف الأخر (الدوران)

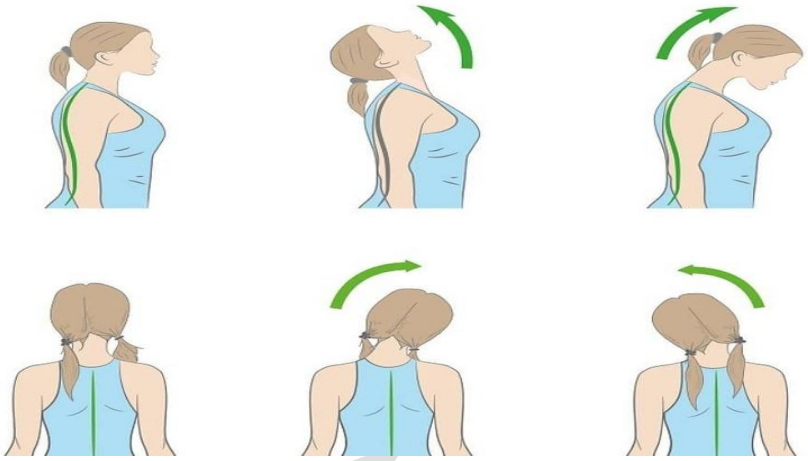
- نقص حركية العمود الفقري ويحدث ذلك في الآفات المفصلية المقسطة وفي التهاب الفقار المقسط.

- يطلب الفاحص من المريض أن يضع يديه على طاولة الفحص وراحتاه للأسفل ومرفقاه مستقيمان، وأن يركز وزن جسمه على يديه. يستخدم الفاحص إبهامه لجس النواتئ الشوكية للتحري عن المضض. يمكن قرع العمود الفقري بلطف أيضا لتحري المضض باستخدام الجانب الزندي لقبضة اليد. (قد يؤدي القرع لإحداث الألم عندما يوجد تخلخل عظام أو خباثة أو خمج في العمود الفقري).
- جس العضلات جانب الفقار بحثا عن المضض والتشنج. قد يشير المضض في الزاوية الفقرية الضلعية الى خمج كلوي وليس الى مشكلة عضلية.
- انفتاق القرص بين الفقرات أكثر شيوعا بين الفقرة القطنية الخامسة والعجزية الاولى، أو بين القطنية الرابعة والخامسة. وقد يحدث مضض عند جس النواتئ الشوكية والمفاصل بين الفقرات والعضلات جانب الفقرات. (التهاب المفاصل الرثواني قد يؤدي الى مضض في المفاصل بين الفقرات).

ثانيا: فحص مدى الحركة:

١. **فحص مدى الحركة للرأس والعنق:** يطلب من المريض أن:

- يلامس قبضة القص بقنه (عطف)
- أن يلامس كل من لوحي الكتف بذقنه (تدوير)
- أن يلامس كل أذن بالمفصل الكتفي المرافق (انحناء جانبي)
- أن يميل رأسه للخلف (بسط وفرط بسط).

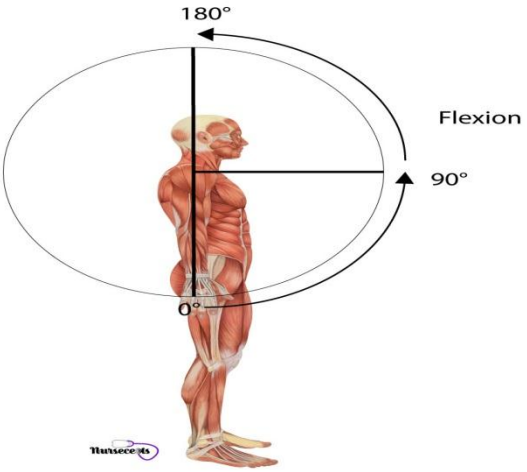


فحص مدى الحركة للعمود الفقري الرقبى والرأس

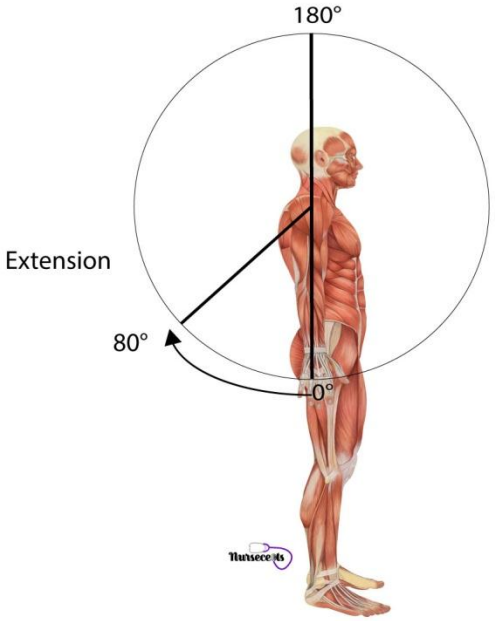
٢. تقييم مدى الحركة (ROM) الكتف.

تقييم مفصل الكتف لستة (٦) حركات مختلفة. وتشمل هذه الحركات التمديد ، الانحناء ، التقريب ، الاختطاف ، الدوران الداخلي ، الدوران الخارجي. أثناء قيام المريض بأداء هذه الحركات ، راقب نعومة وسلاسة وانسجام حركاته. اجعل المريض يقف أمامك ويديه على الجانبين ويتبع تعليماتك. وتأكد من انه يقوم بتنفيذ الحركات من كل جانب.

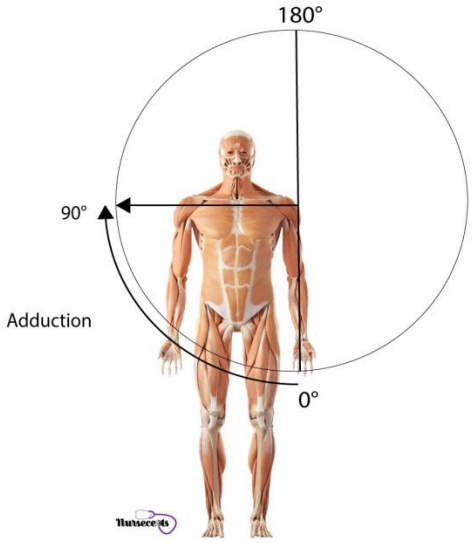
١- **لفحص الانثناء:** مع تمديد المرفقين ، يطلب من المريض رفع ذراعيه إلى الأمام إلى ٩٠ درجة وعلى رأسه إلى ١٨٠ درجة.



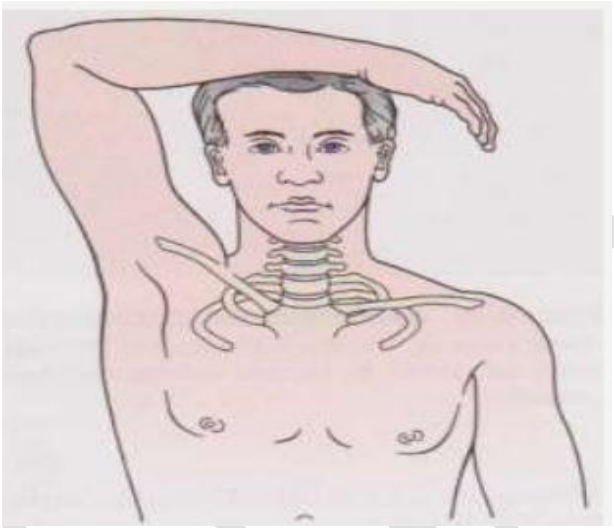
٢- **لفحص البسط**: مع تمديد المرفقين ، يطلب من المريض رفع ذراعيه إلى الوراء ٨٠ درجة.



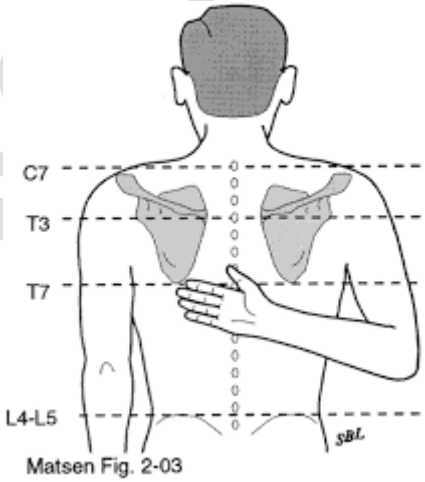
٣- **لفحص التقريب:** مع تمديد المرفقين وعلى جانب المريض ، يطلب منه تحريك ذراعه عبر مقدمة جسمه إلى ٩٠ درجة.



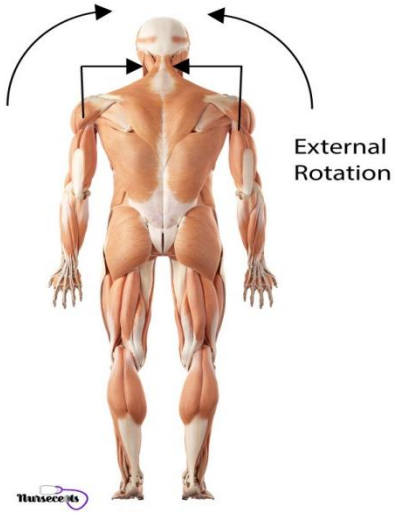
٤- **اختبار التبعيد**: مع تمديد المرفقين وعلى جانب المريض، يطلب من المريض تحريك ذراعيه إلى الجانب بمقدار ٩٠ درجة ثم فوق رأسه ١٨٠ درجة.



٥- **اختبار الدوران الداخلي:** مع تمديد المرفقين وعلى جانب المريض ، يطلب من المريض تحريك ذراعيه خلف ظهره ، والانحناء عند الكوع ومحاولة لمس شفرة الكتف المقابلة.

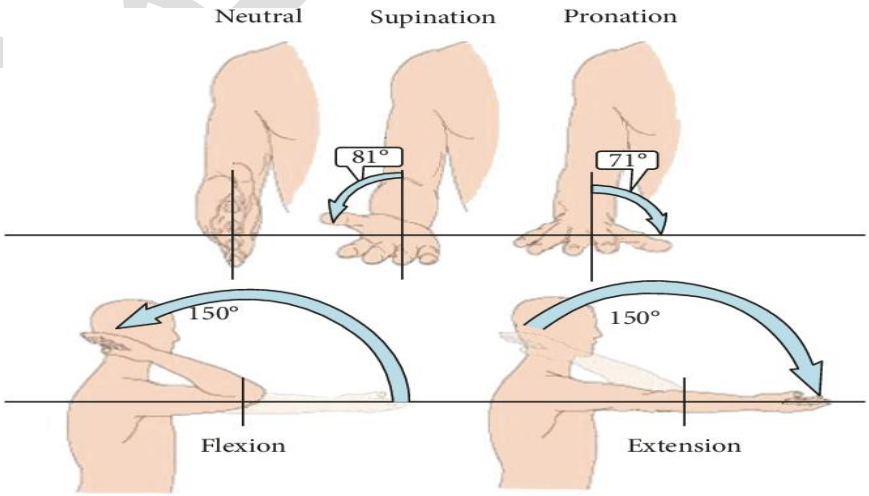


٦- **اختبار الدوران الخارجي:** مع تمديد المرفقين وعلى جانب المريض ، يطلب من المريض رفع ذراعه ، وثني الكوع وربط يديه خلف الرأس.



٣. **تقييم مدى الحركة للمرفق**: تقييم مفصل الكوع لأربع (٤) حركات مختلفة. وتشمل هذه الحركات تمديد وانثناء الكوع. حركات إضافية أيضا تشمل بسط وكب الساعد.

- ✓ لاختبار بسط الكوع: يطلب من المريض أن يقوم الكوع بشكل مستقيم.
- ✓ لاختبار ثني الكوع: يطلب من المريض يثني (يلوي) الكوع.
- ✓ لاختبار بسط الساعد: يطلب من المريض أن يمد ذراعيه للأمام ويرفع راحة اليد كما لو كان يحمل شيئًا ما.
- ✓ لاختبار كب الساعد: يطلب من المريض مدّ الذراعين للأمام أمامه وخفّض راحة اليد.



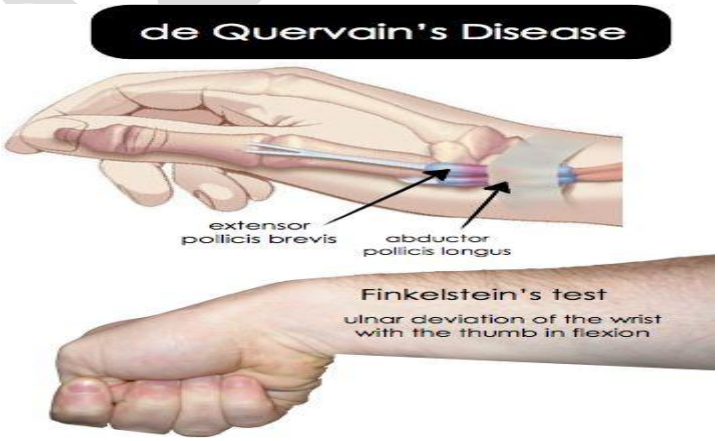
٤. تقييم مدى الحركة (ROM) - المعصم والأصابع والإبهام:

✓ **اختبار قبضة اليد**: تختبر هذه الحركة وظيفة العضلات والمفاصل للأصابع والمعصم.

لإجراء تقييم قبضة اليد ، يطلب من المريض يقبض يمسك إصبعين من كلتا يدي الفاحص و يضغط عليهما بشدة.

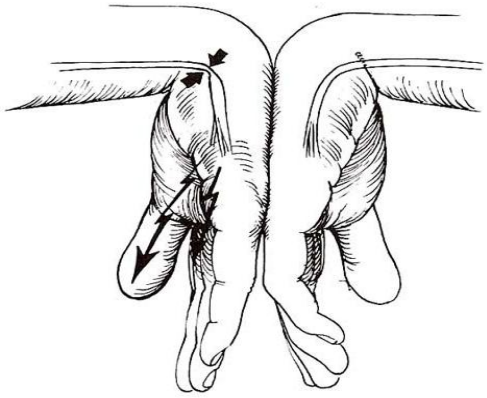


✓ **اختبار Finkelstein's:** يقوم اختبار Finkelstein بتقييم حركة الإبهام ووظيفته. عند إجراء هذه الحركة ، يقوم الفاحص بتقييم أي ألم في الرسغ على الجانب الإبهامي من اليد. يمكن أن يكون الألم عند إجراء هذه المناورة مؤشراً على وجود مشكلة في الحركة المتكررة مثل التهاب غمد (زليل) الوتر. لإجراء اختبار Finkelstein ، يقوم المريض بثني إبهامه إلى راحة اليد وإطباق الإبهام بأصابع اليد (اصنع قبضة). اختبار إيجابي إذا كان هناك أي ألم في الرسغ.

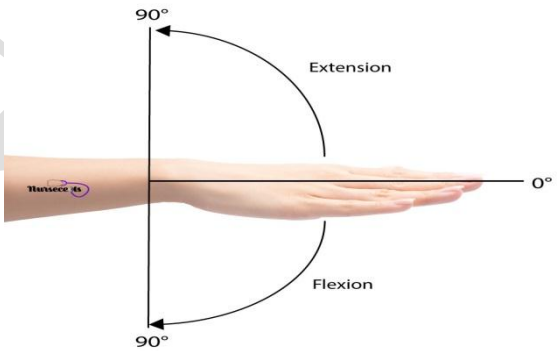


- ✓ **اختبار فالن (Phalen's Test):** اختبار فالن هو اختبار يستخدم لتحديد متلازمة النفق الرسغي. يقيم اختبار فالن متوسط ضغط العصب .. لإجراء اختبار فالين ، اجعل المريض يضع ظهر يديه معًا أمام الجسم مع ثني الرسغ. اجعل المريض يحتفظ بهذه الوضعية لمدة دقيقة واحدة على الأقل. يكون الاختبار إيجابياً إذا اشتكى المريض من خدر أو وخز في الإبهام أو السبابة أو الإصبع الأوسط.

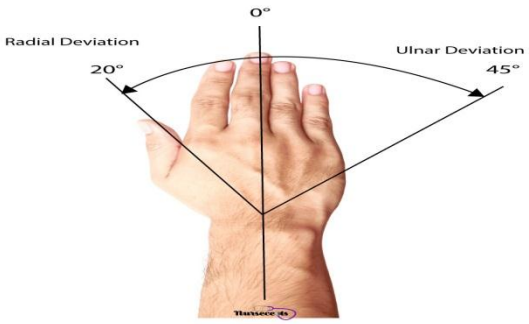
Phalen's test



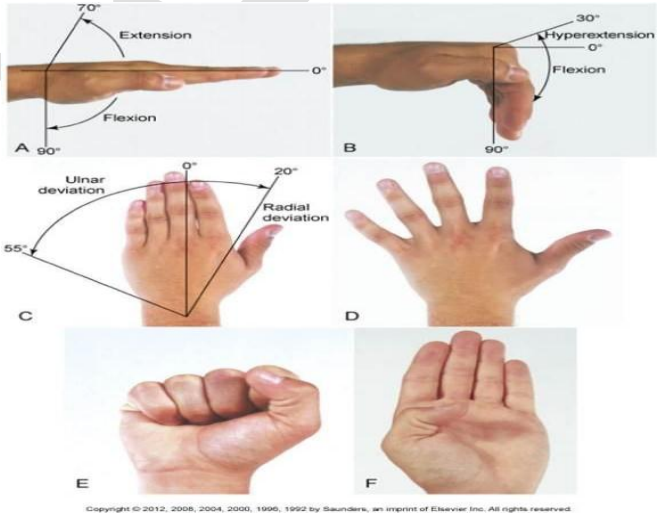
- ✓ **اختبار مدى الحركة في الرسغ**: اختبار البسط: يطلب من المريض تمديد ذراع واحد أمامه مع راحة اليد. ثم ، يطلب منه توجيه أصابعه إلى السقف ثنيًا عند الرسغ.
- ✓ **اختبار الثني (العطف)**: يطلب من المريض تمديد ذراع واحد أمامه و راحة اليد باتجاه الأسفل، ثم يطلب منه توجيه أصابعه إلى الأرض ثنيًا عند الرسغ.



- ✓ **اختبار الإنحراف الزندي**: يطلب من المريض تمديد ذراع واحدة امامه وراحة اليد للأسفل على السطح. ثم يطلب تحريك يده بالكامل من خط الوسط باتجاه الإصبع الخامس. يجب ان تصل الحركة الى ٤٥د تقريبا.
- ✓ **اختبار الانحراف الكعبري**: يطلب من المريض تمديد ذراع واحدة امامه وراحة اليد للأسفل على السطح ثم يطلب تحريك يده بالكامل بعيدا عن خط الوسط نحو الإبهام. يجب أن تصل الحركة إلى ٢٠ درجة تقريبًا.



- ✓ **اختبار مدى الحركة للأصابع:** اختبار الثني أو العطف: يطلب من المريض أن يمد ذراعه ويصنع قبضة مع الإبهام و المفاصل.
- ✓ **اختبار البسط**: يطلب من المريض أن يقوّم أصابعه من وضع القبضة.
- ✓ **اختبار التبعيد**: يطلب من المريض أن يمد الذراع واليد ثم ينشر و يباعد بين أصابعه.
- ✓ **اختبار التقريب**: يطلب من المريض إعادة أصابعه الى الوضع السابق (التقريب).



Copyright © 2012, 2008, 2004, 2000, 1996, 1992 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc. All rights reserved.

- ✓ **اختبار مدى الحركة للإبهام**: اختبار الثني: يطلب من المريض تحريك إصبع الابهام عبر الكف ولمس قاعدة الإصبع الخامس (نحو جانب الزندي).
- ✓ **اختبار البسط**: يطلب من المريض تحريك إبهامه بعيدًا عن اليد قدر الإمكان.
- ✓ **اختبار التقريب والتبعيد**: يطلب من المريض رفع يده و راحة اليد باتجاه الأعلى. بعد ذلك ، يطلب منه تحريك إبهامه بعيدا عن بقية اليد لأعلى (التبعيد) والعودة الى اليد (التقريب).



Abduction Adduction Extension | Opposition to little finger Flexion | Extension Flexion

٥. **تقييم مدى الحركة (ROM) - العمود الفقري**: تقييم حركات الانثناء ، التمديد ، الدوران ، والانحناء الجانبي.

- ✓ **اختبار الثني (الانحناء):** يطلب من المريض أن ينحني للأمام ولمس أصابع قدميه دون ثني الركبتين. يجب أن تكون الحركة سلسة ومتماثلة. يقيم العمود الفقري القطني أي تشوهات. يقيم لمعرفة ما إذا كان الانحناء في العمود الفقري القطني متسطح.
- ✓ **اختبار البسط:** يطلب من المريض ينحني للخلف من وضع الوقوف إلى أقصى حد ممكن. ادعم المريض أثناء إجراء هذه المناورة. يقيم لانخفاض الحركة أو الألم مع الحركة.

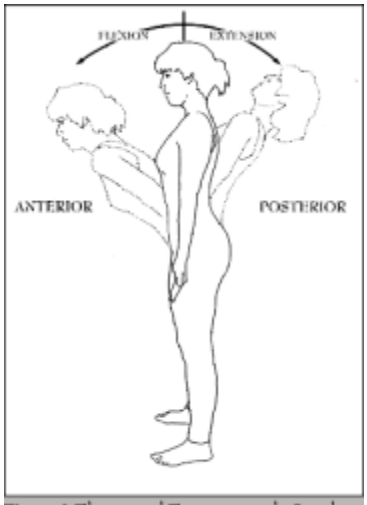
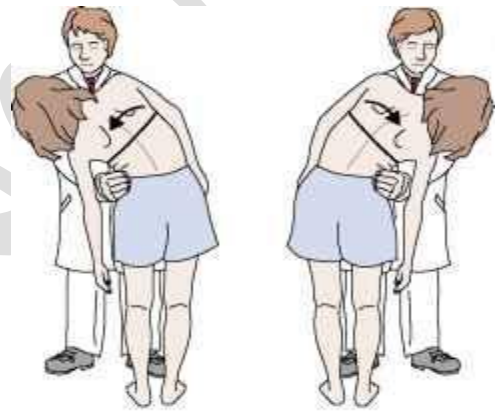


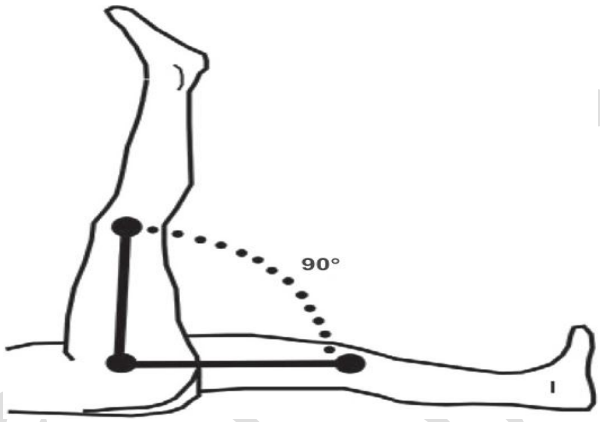
Figure 2 Flexion and Extension at the Lumbar region from the Neutral anatomical position.

- ✓ **اختبار الدوران**: يطلب من المريض تدوير العمود الفقري جنبًا دون تحريك أقدامه. يدعم الفاحص المريض أثناء إجراء هذه المناورة. يطلب من المريض أن يدور إلى جانب واحد ثم إلى الجانب الآخر قدر استطاعته.
- ✓ **اختبار الانحناء الجانبي**: يطلب من المريض أن ينحني من جانب إلى آخر عند الخصر. ادعم المريض أثناء إجراء هذه المناورة. يقيم لملاحظة وجود نقصان أو تحدد في الحركة.

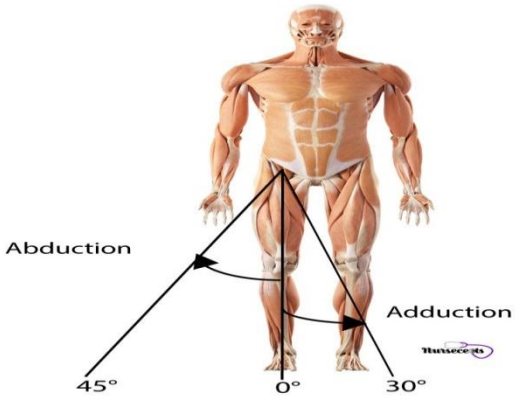

Lateral bending

٦. **تقييم مدى الحركة (ROM) – الورك**: اختبار حركات الانثناء ، التمديد ، الاختطاف ، التقريب ، الدوران الخارجي ، الدوران الداخلي. لإجراء تقييم للورك ، يوضع المريض في وضع الاستلقاء. البدء مع المريض في وضعية الاستلقاء الظهري.

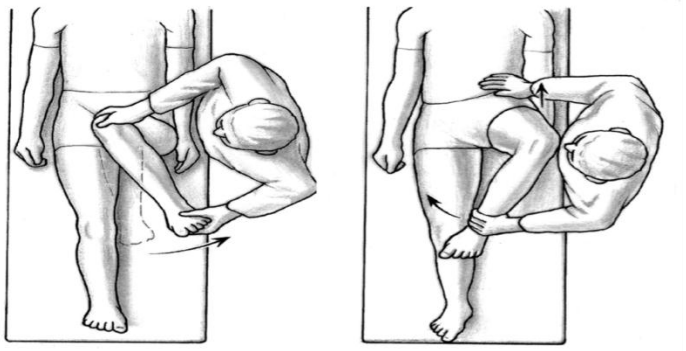
- ✓ **اختبار الانثناء**: ضع المريض على ظهره. ضع يدك تحت ظهر المريض عند العمود الفقري القطني. اطلب من المريض أن يرفع الساق مع تمديد الركبة أو الساق المستقيمة. هذا يكون انثناء الورك من ٩٠ درجة. راقب الركبة المقابلة لمعرفة ما إذا كانت لا تزال ممتدة. يجب أن تظل الركبة المقابلة مسطحة.



- ✓ **اختبار التمدد:** يوضع المريض على بطنه ومساعدته في رفع الساق الخلفية ثم تقييم مقدار التمدد في الورك.
- ✓ **اختبار التبعيد:** يوضع المريض في وضعية الاستلقاء الظهري أو الوقوف ويطلب منه تحريك الساق بعيدا عن خط الوسط ، الى الجانب قد يشير التبعيد المحدود الى التهاب مفصلي في الورك.
- ✓ **اختبار التقريب:** يوضع المريض في وضعية الاستلقاء الظهري أو الوقوف ويطلب منه تحريك ساقه نحو خط الوسط.

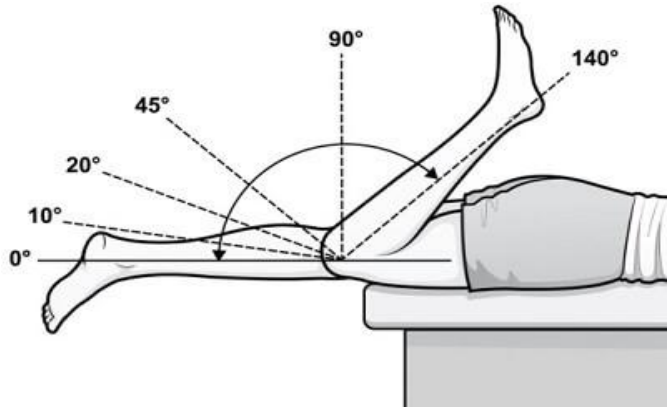


- ✓ **اختبار الدوران الداخلي**: يوضع المريض في وضعية الاستلقاء الظهري. واطلب منه ثني ركبه. اطلب من المريض تحريك قدمه بعيدًا عن خط الوسط بينما تتحرك الركبة باتجاه خط الوسط.
- ✓ **اختبار الدوران الخارجي**: يوضع المريض في وضعية الاستلقاء الظهري. واطلب منه ثني ركبه. اطلب من المريض تحريك قدمه نحو خط الوسط حيث تبتعد الركبة عن خط الوسط.



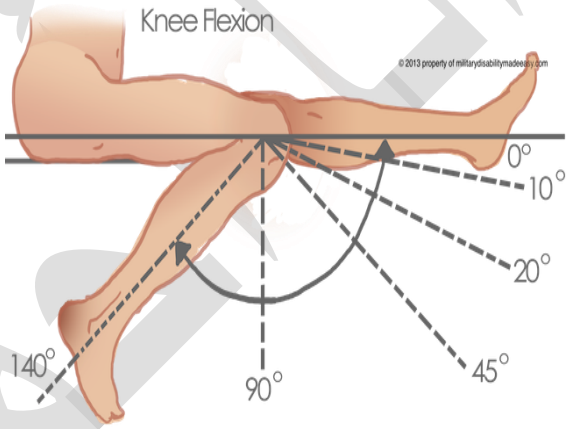
٧. **تقييم مدى الحركة (ROM) – الركبة**: اختبار حركات الانثناء والإطالة والدوران الداخلي والدوران الخارجي.

- ✓ **اختبار الإنثناء**: يطلب من المريض ثني الركبة أو القرفصاء. يمكن أن تشير مشكلة ثني الركبة إلى التهاب المفاصل أو الإصابة.
- ✓ **اختبار البسط:** اطلب من المريض بسط الكبة من وضع ثني أو رفع من القرفصاء. يمكن أن تشير مشكلة الانتقال من وضعية منحنية إلى وضعية ممتدة أيضًا إلى التهاب المفاصل أو الإصابة.



✓ **اختبار الدوران الداخلي**: ضع المريض في وضع الجلوس. اجعل المريض يتأرجح في أسفل الساق باتجاه خط الوسط.

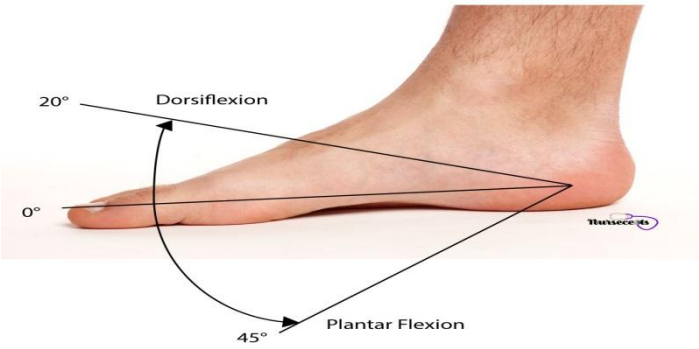
✓ **اختبار الدوران الخارجي:** ضع المريض في نفس وضع الجلوس. اطلب من المريض أن يتأرجح أسفل الساق بعيدًا عن خط الوسط.



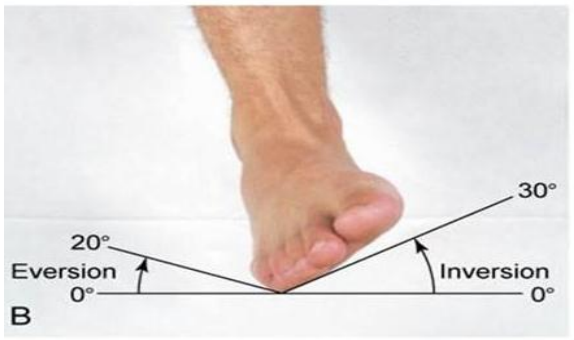
٨. **تقييم مدى الحركة (ROM) - الكاحل والقدم**: تقييم حركات الانثناء الأخمصي ، عطف ظهري ، انقلاب ، والخروج.

✓ **اختبار ثني الأخمص**: يطلب من المريض ثني قدمه للأسفل.

✓ **اختبار العطف الظهري**: يطلب من المريض رفع أصابع قدميه نحو الأعلى أقصى ارتفاع يستطيع.



- ✓ **اختبار الانقلاب الداخلي (الانعكاس):** يطلب من المريض ثني كعبه نحو الداخل باتجاه منتصف الخط.
- ✓ **اختبار الإنقلاب الخارجي**: يطلب من المريض ينحني كعبه للخارج بعيدًا عن خط الوسط.



انتهت المحاضرة

تقييم الجهاز العصبي

Assessment of Nerves System

إعداد

الدكتورة: آنــا أحمد

مدرس في كلية التمريض-جامعة تشرين

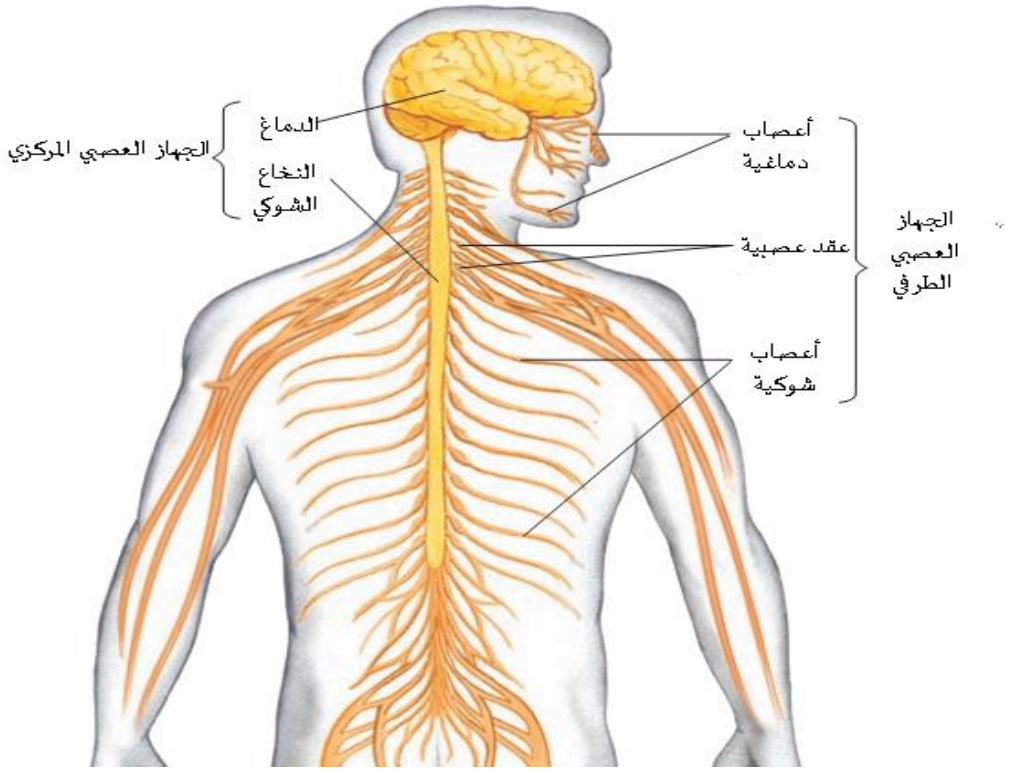
الدكتورة آنا أحمد

الجهاز العصبي:

الجهاز العصبي هو جهاز الجسم المسؤول عن معالجة المعلومات وتفسيرها إذ يتحكم في جميع وظائف الجسم والاستجابات الإرادية واللاإرادية للمحفزات الداخلية والخارجية.

يتكون الجهاز العصبي من ثلاث أقسام رئيسية وهي:

- الجهاز العصبي المركزي الذي يتكون من الدماغ والحبل (النخاع) الشوكي ، وهو مسؤول عن تنظيم جميع وظائف الجسم تقريبًا.
- الجهاز العصبي المحيطي ، الذي يشمل منظومة من الأعصاب التي تنظم استجابة الجسم للمحفزات الخارجية. يتكون الجهاز العصبي المحيطي من اثني عشر زوجًا من الأعصاب القحفية وواحد وثلاثين زوجًا من الأعصاب الشوكية ، يتحكم كل منها في جزء مختلف من الجسم.



- **تتضمن الاعصاب القحفية ما يلي:**

رقم العصب	اسم العصب	وظيفته
I	العصب الشمي(Olfactory)	استقبال وتفسير الرائحة.
II	البصري (Optic)	حدة البصر.
III	المحرك للعين (Oculomotor)	رفع / سدل الجفون. معظم الحركات خارج المقلة. انقباض حدقة العين تغيير شكل العدسة
IV	البكري (Trochlear)	حركات العين الداخلية(الباطنة) والسفلية.
V	مثلث التوائم(Trigeminal)	حركات فتح وإغلاق و زم الفك، الإحساس بالعيون والجفون والجبهة والأنف والفم والأسنان واللسان وبشرة الوجه ، إلخ.
VI	المبعد (Abducens)	حركة العين الجانبية.
VII	الوجهي (Facial)	معظم تعبيرات الوجه؛ بعض أصوات الكلام؛ إفراز اللعاب / الدموع.
VIII	السمعي (acoustic)	استقبال وتفسير الصوت. حالة التوازن.
IX	البلعومي اللساني(Glossopharyngeal)	البلع الإرادي، بعض أصوات الكلام، منعكس القيء للإرادي، الذوق (الثلث الخلفي من اللسان) ؛ إفراز اللعاب.
X	المبهم (vagus)	البلع. بعض أصوات الكلام. الإحساس بأجزاء الأذن. إفراز الإنزيمات الهضمية. منعكس السباتي، العمل اللاإرادي للقلب / الرئتين / الجهاز الهضمي.
XI	العصب الشوكي الإضافي (spinal accessory)	إدارة الرأس، رفع الكتفين، بعض الأصوات الكلام.
XII	تحت اللسان(Hypoglossal)	حركة اللسان، بعض أصوات الكلام، البلع.

- الجهاز العصبي اللاإرادي: مجموعة أخرى للأعصاب تنظم البيئة الداخلية للجسم.

الاضطراب العصبي: هو حالة تؤثر على أي جزء من الجهاز العصبي ، سواء كان في المخ أو الحبل الشوكي أو الأعصاب والجذور المحيطية. ومن الأمثلة على هذه الحالات السكتة الدماغية والصرع ومرض الزهايمر ومرض الشلل الرعاش والصداع النصفي وأورام المخ.

تقييم الجهاز العصبي:

يشمل فحص الجهاز العصبي تقييم (أ) الحالة العقلية بما في ذلك مستوى الوعي ، (ب) الأعصاب القحفية ، (ج) الانعكاسات ، (د) الوظيفة الحركية ، (هـ) الوظيفة الحسية.

عند تقييم الجهاز العصبي للمريض ، يجب أن يبدأ الفاحص بالحصول على المعلومات الذاتية المتعلقة بالمريض من خلال جمع البيانات المتعلقة بالتاريخ الصحي الكامل للمريض الذي يتضمن:

1. القصة الصحية الحالية تتضمن أسئلة حول:
   - التغييرات التي لاحظها المريض في قدرته على الحركة أو ممارسة أنشطته اليومية.
   - الأمراض المزمنة: متى تم تشخيصها؟ وماهي الأدوية التي أخذها؟ وهل كانت مساعدة؟
   - إذا كان المريض يعاني من: الصداع ، الدوخة، الضعف، صعوبة في البلع، أذيات الرأس، النوب الاختلاجية، صعوبة في الكلام، الدوار، الرجفة، الخدر والنمل، ألم في الظهر
   - الأدوية الحالية التي يستهلكها
   - استهلاك الكحول
   - المخاطر البيئية والمهنية.
2. القصة المرضية السابقة تتضمن:
   - إصابات في الرأس / الدماغ والحبل الشوكي و / أو الأعصاب.
   - جراحة على الرأس / المخ والحبل الشوكي و / أو الأعصاب.
   - قصة سابقة عن السكتة الدماغية أو اضطرابات اختلاجية.
3. القصة العائلية عن أمراض أو حالات عصبية.

مرحلة الفحص البدني السريري:

أثناء التقييم الصحي للجهاز العصبي ، يقوم الفاحص بتنظيم الفحص السريري في خمس مجموعات:

1- تقييم الأعصاب القحفية
2- تقييم الوظيفة الحركية
3- تقييم الوظيفة الحسية
4- تقييم المنعكسات (ردود الفعل).

أولا: تقييم الحالة العقلية للشخص ومستوى وعيه. ويتم تنفيذ هذا الإجراء أثناء جمع التاريخ الصحي من الشخص:

1. تقييم توجه المريض إلى التاريخ والوقت والمكان.
2. ملاحظة مستوى الوعي (اليقظة) لدى المريض.
3. تقيّيم ذاكرة المريض بسؤاله عن اسمه وتاريخ الميلاد والعمر. وسؤاله عن المستوى التعليمي ووصف الوظيفة.
4. مراقبة لغة جسد المريض وطريقة تواصله.
5. مراقبة حالة المريض العاطفية
6. تقييم إدراك المريض وطريقة التفكير. يجب أن يكون المريض قادرًا على الاستجابة بشكل منطقي وأن تكون إجاباته مناسبة وذات صلة.
7. ملاحظة وصف المريض وسرده لحالته الصحية.
8. تقييم قدرة المريض على التكلم والنطق وجودة الصوت والتواصل اللفظي.

ثانيا: تقييم وظيفة الأعصاب القحفية: (assessment of the cranial nerve)

1. العصب القحفي الأول - العصب الشمي: (Cranial Nerve I – Olfactory Nerve)

العصب الشمي هو العصب الحسي للرائحة. قبل البدء بالتقييم يتم توفير نوع من المواد العطرية مثل القهوة أو معجون الأسنان أو النعناع أو الصابون لاستخدامه كجزء من التقييم.

- التأكد من سالكية كل منخر (الممر الأنفي مفتوح) وذلك إغلاق أحد الجانبين والطلب من المريض أن يستنشق عبر الجانب الآخر.
- يطلب من المريض إغلاق عينيه وأحدى فوهتي الأنف، ثم تحديد الرائحة الموضوعة أمامه من كل جانب من الأنف. مع تجنب وضع المواد المخرشة والضارة مثل الامونيا أو التبغ.
- إن فقدان حاسة الشم قد تكون إما بسبب آفات في الانف أو خلقية، او استخدام الكوكائين، او التدخين الزائد. في الحالة الطبيعية يجب ان يشم الشخص من الجهتين ويعرف ما يشمه.

2. العصب القحفي الثاني - العصب البصري: (Cranial Nerve II – Optic Nerve)

اختبار العصب البصري. العصب البصري هو المسؤول عن العمليات البصرية. يشمل تقييم العصب البصري اختبار حدة البصر والحقول البصرية وقلب العين. يتضمن اختبار حدة البصر اختبار الرؤية القريبة والبعيدة. يتم اختبار الحقول البصرية عن طريق المواجهة، تقيس المواجهة الرؤية المحيطية. يتطلب اختبار قاع العين استخدام منظار العين.

- **اختبار الرؤية القريبة: (Testing Near Vision)**

✓ يمكن اختبار الرؤية القريبة من خلال مطالبة المريض بالقراءة من مجلة أو صحيفة.
✓ مراقبته الى أي مسافة يستطيع المريض أن يمسك بشيء بعيدا عن الوجه.
✓ ملاحظة وضع رأس المريض أيضا.

- **اختبار الرؤية البعيدة: (Testing Distant Vision) (العودة الى محاضرة تقييم الرأس والعنق – فحص العين)** من أجل الفحص والتقييم.
- **اختبار المجالات البصرية: (Testing visual fields)**

(العودة الى محاضرة تقييم الرأس والعنق – فحص العين) من أجل الفحص والتقييم

✓ إذا لم يستطع المريض رؤية القلم في نفس الوقت الذي يرى فيه الفاحص، فقد يكون هناك بعض فقدان الرؤية المحيطية. يفترض هذا الاختبار أن الفاحص لديه رؤية محيطية طبيعية، وأن المريض يعاني من خلل وظيفي عصبي محتمل.

اختبار قعر العين: (Test the ocular fundi) (العودة الى محاضرة تقييم الرأس والعنق – فحص العين) من أجل الفحص والتقييم.

✓ يستخدم منظار العين لفحص قاع العين.
✓ أثناء هذا الإجراء ، سيقوم الفاحص عادةً بتحديد موقع القرص البصري.

✓ وصف لون وشكل القرص البصري.

3. الأعصاب القحفية (3- 4- 6)(المحرك العيني، والبكري، والمبعد): (Cranial Nerve III – Oculomotor, Cranial Nerve IV – Trochlear, and Cranial Nerve VI – Abducens)

تعمل كل من هذه الأعصاب معا. وبالتالي يتم تقييمها معا. خلال هذا الاختبار ، سيقوم الفاحص بتقييم رد فعل الحدقة المباشر والتوافقي للضوء والتقارب والمطابقة العينين والنقاط الأساسية الستة للنظرة (التحديق) .

- **اختبار رد الفعل الحدقة التوافقي للضوء: (Testing Consensual Pupillary Reaction to Light)**



✓ لإجراء الاختبار قم بتعتيم الأضواء في الغرفة.
✓ اشرح للمريض أنك سوف تسلط ضوءًا مباشرًا في كل عين.
✓ اشرح للمريض أنه يجب عليه التحديق للأمام مباشرة خلال هذا الإجراء.
✓ انتقل من جانب المريض ، قم بتسليط الضوء مباشرة في عين واحدة.
✓ مراقبة انقباض أو تقلص العين المضيئة. هذا هو رد فعل الحدقة المباشر للضوء.
✓ لاحظ أيضًا التفاعل المتزامن للحدقة الآخرى. أو انقباض الحدقة الغير مضيئة. هذا هو انقباض بالتوافق.
✓ يجب أن تكون العين المضيئة أسرع وأكبر قليلاً من رد الفعل بالتوافق.
✓ يجب أن تكون الحدقة مستديرة ، متساوية في الحجم والشكل وفي مركز العين.

- **اختبار المطابقة والتقارب لاستجابة الحدقة: (العودة الى فحص العين في محاضرة تقييم الرأس والعنق)**

✓ للحصول على المطابقة والتقارب يتم اختبار عضلات العين.

4. العصب القحفي الخامس - العصب الثلاثي التوائم: (Cranial Nerve V – Trigeminal Nerve).

العصب مثلث التوائم هو العصب الرئيسي للوجه. يتم اختبار الوظيفة الحسية للعصب. يبحث الفاحص عن فقدان الإحساس أو الألم أو حركات العضلات السريعة الرفيعة والتي تسمى (التقلصات الحزمية).

- **اختبار الوظيفة الحسية للعصب: (Test the sensory function of the nerve)**
  - ✓ يطلب من المريض إغلاق كلتا العينين.
  - ✓ يلمس الفاحص وجه المريض بقطعة من القطن.
  - ✓ يطلب من المريض أن يقول "الآن" في كل مرة يشعر فيها بالقطنة.
  - ✓ يكرر هذا الاجراء على ذقن المريض وجبهته لتقييم جميع فروع العصب الثلاثة.
- **اختبار المنعكس القرني: (Test the corneal reflex)**:
  - ✓ يطلب من المريض إزالة العدسات اللاصقة في حال وجودها.
  - ✓ يطلب من المريض أن ينظر الى الأمام مباشرة بعيدا عن الفاحص. ويقف الفاحص على جانب المريض خارج خط رؤيته.
  - ✓ يستخدم قطعة ناعمة من القطن وتلمس القرنية من الجانب لمسا ناعما سيقوم المريض بطرف العينين وهي الاستجابة الطبيعية لهذا التنبيه.
  - ✓ يدل غياب منعكس الطرف للعينين على وجود آفة في العصب الخامس. وقد يضعف المنعكس باستخدام العدسات اللاصقة.
- **اختبار الوظيفة الحركية للعصب: (Test the motor function of the nerve)**

يقيم الفاحص أي ألم أو تشنجات عضلية أو انحراف في الفك السفلي.

- ✓ يخبر المريض أنه سوف يتم لمس وجهه.
- ✓ يجس عضلات المريض الصدغية والماضغة بأصابعه. ويطلب من المريض أن يطبق أسنانه بإحكام.
- ✓ يلاحظ قوة العضلات. بعد ذلك ، يطلب من المريض فتح وإغلاق الفم عدة مرات.
- ✓ يبحث الفاحص عن تناظر حركة الفك السفلي وأي انحراف عن خط الوسط.

- ✓ إن وجود ضعف في تقلص العضلات الصدغية والماضغة في جانب واحد يدل على وجود آفة في العصب القحفي الخامس. وقد يحدث ضعف ثنائي الجانب نتيجة إصابة العصبون المحرك العلوي أو السفلي.

5. العصب القحفي السابع - العصب الوجهي: (Cranial Nerve VII – Facial Nerve)

العصب الوجهي هو عصب حركي. يزود هذا العصب بالألياف الحركية المستخدمة لتعبيرات الوجه وكذلك الغدد اللعابية والدمعية.

- **تقييم تماثل حركة الوجه: (assessing the symmetry of facial movemen)**

✓ لاختبار هذا العصب ، يطلب من المريض عمل عدة تعبيرات للوجه. يتم من خلالها ملاحظة وجود عدم التناظر أو الحركات الغير طبيعية.

✓ يفحص الوجه أثناء الراحة وأثناء الحديث مع المريض.

✓ يطلب من المريض إجراء تعبيرات الوجه التالية:

- ابتسامة تظهر أسنانه. (في شلل الوجه أحادي الجانب ينسحب الصوار بعيدا على الجانب المشلول عندما يبتسم المريض أو يظهر أسنانه).
- إغلاق كلتا العينين.
- نفخ الخدين
- العبوس
- ورفع الحواجب.

- **اختبار قوة العضلات في العضلات الوجهية العلوية والسفلية:**

✓ يطلب من المريض أن يغلق كلتا العينين بإحكام ويبقيهما مغلقين. محاولة فتح العينين عن طريق سحب الجفون العلوية والسفلية في وقت واحد.

✓ يطلب من المريض أن ينفخ خديه. وتطبيق الضغط على الخدين في محاولة لإخراج الهواء من خلال الشفاه.

- **اختبار حاسة الذوق: (test the sense of tast)**

✓ يتم جمع 3 أعواد من قطع القطن المكور في نهايتهم.

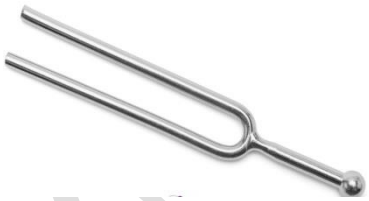
✓ يتم تبليلهم ووضع واحد في عينة من السكر، والثاني في الملح، والثالث في عصير الليمون.

- ✓ يلمس لسان المريض بعود واحد في كل مرة ويطلب منه تحديد الذوق.
- ✓ يستخدم الماء لشطف الفم بين الاختبارات.

6. العصب القحفي الثامن - العصب الدهليزي: (Cranial Nerve VIII – Vestibulocochlear Nerve)

العصب الدهليزي القوقعي: عبارة عن عصب حسي وهو مسؤول عن نقل المعلومات حول التوازن والسمع من الأذن الداخلية إلى الدماغ. يتم تقييم العصب الدهليزي القوقعي باستخدام اختبار رينين (Rinne)، واختبار ويبر (Weber) ، واختبار رومبيرغ (Romberg).

يقارن اختبار رينين التوصيل الهوائي مع التوصيل العظمي. يختبر الطنين والصمم. يستخدم اختبار ويبر للتحقق من السمع وإذا كان الشخص يسمع أفضل في أذن واحدة من أخرى. واختبار رومبرج يقيم التنسيق والتوازن. تستخدم الشوكة الرنانة والساعة لإجراء اختبار ويبر ورينين.



- **اختبار رينين: (the Rinne test):** (العودة الى فحص الأذن في محاضرة تقييم الأنف والأذن والفم، لتطبيق اختبار رينين). المحاضرة رقم 4
- **اختبار ويبر: (the Weber test)** (العودة الى المحاضرة رقم 4) لتقييم الأذن
  - ✓ يمسك الفاحص الشوكة الرنانة من مقبضها (العروة) ويضرب الشوكة بلطف على راحة يديه. ستبدأ الشوكة بالاهتزاز.
  - ✓ توضع قاعدة الشوكة الاهتزازية على جمجمة المريض على خط الوسط للجزء الأمامي من العظم الأمامي أو الجبهة.
  - ✓ يسأل المريض إذا كان يسمع الصوت بالتساوي على كلا الجانبين أو أفضل في أذن واحدة من الآخر. النتيجة الطبيعية هي أن المريض يسمع بالتساوي في كلتا الأذنين.
  - ✓ يدون ذلك بأنه لا يوجد تجانب. أما اذا سمع الصوت في أذن واحدة أفضل من الآخر ، فسيتم صوت الصوت بشكل جانبي. يسأل المريض في أي أذن ويوثق ذلك.

7. الأعصاب القحفية التاسع والعاشر(العصب البلعومي اللساني، والعصب المبهم):(Cranial Nerve IX – Glossopharyngeal and Cranial Nerve X – Vagus Nerve)

العصب البلعومي اللساني هو عصب مختلط. تحمل الألياف الحركية معلومات حركية من الحنجرة إلى المخ. والألياف الحسية تحمل نبضات من البلعوم واللسان (براعم الذوق). العصب المبهم هو أكبر الأعصاب القحفية. يزود هذا العصب إحساسات كبيرة من الحنجرة ، إضافة الى الأعضاء الصدر والبطن ، والتذوق من اللسان والجزء الخلفي من الحلق ، ووظيفة عضلات الحنك.

- **اختبار النشاط الحركي لهذه الأعصاب:**
  - ✓ يشرح الفاحص للمريض بأنه سيضع خافض لسان في الفم.
  - ✓ يطلب من المريض فتح فمه
  - ✓ يستخدم خافض اللسان لضغط اللسان للأسفل
  - ✓ يطلب من المريض أن يقول (آآآآه)
  - ✓ يتم مراقبة حركة الحنك واللهاة
  - ✓ يجب أن يرتفع الحنك الرخو. يجب أن تبقى اللهاة على الخط المتوسط. لا يرتفع شراع الحنك في إصابة العصب العاشر ثنائية الجانب. في الشلل وحيد الجانب يعجز نصف الحنك عن الارتفاع وينسحب مع اللهاة باتجاه الجانب الطبيعي.
- **اختبار منعكس الاقياء اللاإرادي: (test the gag reflex)**

يقيم هذا الاختبار الجانب الحسي للأعصاب القحفية IX والنشاط الحركي للعصب القحفي X.

- ✓ يشرح الفاحص للمريض بأنه سيضع خافض لسان في الفم وسيلامس الحلق برفق.
- ✓ يلمس الجدار الخلفي للبلعوم بخافض اللسان.
- ✓ تتم مراقبة حركة البلعوم . (غياب منعكس الإقياء وحيد الجانب يدل على إصابة في العصب التاسع أو ربما العاشر).
- **اختبار النشاط الحركي للبلعوم:**
  - ✓ يطلب من المريض شرب كمية صغيرة من الماء.
  - ✓ يتم ملاحظ سهولة أو صعوبة البلع.
  - ✓ يتم ملاحظة جودة الصوت أيضًا من خلال الإصغاء الى صوت المريض. هل هناك أي بحة في الصوت؟ (البحة تدل على شلل الحبل الصوتي أو شلل في الحنك).

8. العصب الحادي عشر- العصب الإضافي أو العصب الشوكي الإضافي: (Cranial Nerve XI – Accessory Nerve or Spinal Accessory Nerve):العصب الإضافي عبارة عن عصب مختلط ولكن الغالب العصب الحركي للعضلات القصية الترقوية والعضلية شبه المنحرفة. خلال تقييم هذا العصب الفاحص سوف يتحقق من قوة وحركة العضلة القصية الترقوية والخشائية للمريض والعضلة شبه المنحرفة.

- **اختبار العضلة شبه المنحرفة (trapezius muscle):**
  - ✓ يطلب من المريض أن يرفع الكتفين.
  - ✓ يتم مراقبة جودة حركة الكتف وتناظر الحركة وقلة التقلصات الحزمية. (الضمور والتقلصات الحزمية يدل على إصابة العصبون المحرك السفلي).
  - ✓ يتم اختبار قوة العضلة شبه المنحرفة من خلال جعل المريض بان يرفع الكتفين مع مقاومة يدي الفاحص.
- **اختبار العضلة القصية الترقوية الخشائية (sternocleidomastoid muscle):**
  - ✓ يطلب من المريض أن يدير رأسه إلى اليمين ثم إلى اليسار.
  - ✓ يطلب من المريض محاولة لمس الأذن اليمنى الى الكتف الأيمن دون رفع الكتف. وتكرر على الجانب الأيسر.
  - ✓ مراقبة مجال الحركة.
  - ✓ اختبار قوة العضلة القصية الترقوية الخشائية عن طريق مطالبة المريض بتحويل رأسه إلى اليسار مقابل يد الفاحص المقاومة.
  - ✓ تكرر الخطوة السابقة مع تحول المريض رأسه إلى الجانب الأيمن.

9. العصب القحفي الثاني عشر – العصب تحت اللسان: (Cranial Nerve XII – Hypoglossal Nerve)

يمد العصب تحت اللسان العضلات للسان. يتضمن هذا التقييم:

- **اختبار حركة اللسان**:
  - ✓ يطلب من المريض أن يبرز اللسان.
  - ✓ ثم يطلب من المريض سحب اللسان.
  - ✓ يطلب من المريض أن يبرز اللسان ونقله إلى الجانب الأيمن ثم إلى الجانب الأيسر.

- ✓ يتم ملاحظة سهولة وتساوي الحركة.

- **اختبار قوة اللسان:**

- ✓ يطلب من المريض الضغط داخل الخد باستخدام طرف لسانه.
- ✓ يتم تزويد المقاومة من قبل الفاحص عن طريق الضغط بإصبع أو إصبعين على الخد الخارجي للمريض.
- ✓ يكرر على الجانب الآخر. (الضمور والتقلصات الحزمية يدلان على آفة في العصبون المحرك السفلي).

ثالثا: تقييم الوظيفة الحركية (Assessment of the Motor Function):

يشمل تقييم الوظيفة الحركية الجانب العصبي للوظائف الحركية. ترتبط هذه الوظائف مباشرة بنشاط المخيخ. وهذا يتضمن التنسيق ، وسلاسة الحركة ، والتوازن.

أولاً ، يتم تقييم مشية المريض وتوازنه. خلال هذا الإجراء ، يراقب الفاحص وضعية الجسد للمريض. يلاحظ أي صلابة أو صعوبة في الحركة. يلاحظ سرعة المشي. هل خطواته متساوية؟ يراقب تأرجح الذراعين ويراقب وضعية الذراعين عند المشي ويراقب ما إذا كان يستطيع المريض أن يحافظ على توازنهما.

- ✓ يطلب من المريض المشي في الغرفة والعودة.
- ✓ يطلب من المريض المشي كعب لرؤوس أصابع القدم. عن طريق وضع كعب قدم واحدة (اليمين أو اليسار) أمام أصابع القدم الأخرى ، ثم كعب القدم المقابل أمام أصابع القدم الأخرى.
- ✓ يطلب من المريض أن ينظر إلى الأمام مباشرة وليس على الأرض.
- ✓ يطلب من المريض أن يواصل المشي بهذه الطريقة لعدة ساحات.
- ✓ بعد ذلك ، يطلب من المريض المشي على أصابع قدميه.
- ✓ ثم، يطلب من المريض السير على كعبيه ثم على قدميه.

- **اختبار رومبرغ: (Romberg test)**

- ✓ يقف الفاحص في هذا الاختبار بالقرب من المريض ويكون مستعدا لدعمه إذا فقد توازنه.
- ✓ يطلب من المريض الوقوف و القدمين والذراعين جنبًا إلى جنب.

- ✓ تكون عينيه مفتوحتين في البداية. ثم يطلب منه أن يغلق عينيه. ثم ينتظر الفاحص 20 ثانية.
- ✓ يجب أن يكون المريض قادرًا على الحفاظ على هذه الوضعية مع القليل من التأرجح (الترنح).
- ✓ يتم توثيق ذلك بأن اختبار رومبرغ سلبي. وهذا يعني أنه أمر طبيعي.

- **إجراء اختبار الإصبع الى الأنف (finger to nose test): وتدعى ايضا اختبار تركيز نقطة لنقطة.**

الاصبع إلى الأنف إجراء يختبر التنسيق والتوازن. خلال هذا الإجراء، يلاحظ الفاحص تحركات الذراع. ما مدى سلاسة حركات المريض؟ ما هي نقطة التلامس للإصبع؟ هل لمس الإصبع الأنف ، أم هل تم لمس جزء آخر من الوجه؟

- ✓ يطلب من المريض تمديد ذراعيه من جانبي الجسم.
- ✓ يطلب من المريض أن يبقي كلتا العينين مفتوحة.
- ✓ يطلب من المريض أن يمس ذروة الأنف بإصبع اليد الأيمن ثم أعادة الذراع اليمنى إلى الوضع الممتد.
- ✓ يكرر الإجراء عدة مرات.
- ✓ بعد ذلك يطلب من المريض تكرار كلتا الحركتين مع إغلاق كلتا العينين.
- ✓ أيضا ، يمكن للمريض أيضا تنفيذ هذا الإجراء عن طريق لمس إصبع الفاحص أولا ثم الأنف بكل يد بمعدل سريع ومتزايد.

(في آفات المخيخ قد يحدث رجفان قصدي خاصة عند مد الذراع. وتكون الحركة غير دقيقة).

- **إجراء اختبار الحركة المتناوبة السريعة:**

الاختبار يقيم التنسيق. مراقبة يدي المريض أثناء قيامه بالإجراء. هل التناغم مستمر؟ هل الحركات سلسة أم خرقاء؟

- ✓ يطلب من المريض أن يجلس و راحة يديه للأسفل وأن يربت على الفخذ.
- ✓ بعد ذلك ، يطلب منه أن يدير راحة يديه للأعلى وأن يربت الفخذ بظهر اليد.
- ✓ يطلب منه أن يعيد يديه لوضعية راحة اليد للأسفل.

- ✓ يطلب من المريض أن يجري الحركة بالتناوب لأنها تزيد من السرعة.
- ✓ في حال شك في أي عجز ، يمكن اختبار جانب واحد في وقت واحد.

- **اختبار اصبع لأصبع:** يطلب من المريض نشر الذراعين على نطاق واسع على ارتفاع الكتف ثم تجميع الأصابع معًا في منتصف الخط ، أولاً مع فتح العيون ثم مع إغلاقها ، أولاً ببطء ثم بسرعة.
- **اختبار أصابع إلى الإبهام (نفس اليد):** يطلب من المريض أن يلامس كل إصبع ليد واحدة بإبهام اليد ذاتها بأسرع ما يمكن.
- **اختبارات الحركات الدقيقة للأطراف السفلية:** يطلب من المريض أن يستلقي على ظهره لإجراء هذه الاختبارات.

✓ **أسفل الكعب مقابل حرف الظنبوب:** يطلب من المريض وضع كعب قدم واحدة أسفل الركبة المقابلة مباشرة وان يسحب الكعب أسفل الساق حتى القدم. تكرر مع القدم الأخرى. يجوز للمريض أيضًا استخدام وضع الجلوس لهذا الاختبار.

✓ **إصبع القدم الى اصبع الفاحص:** يطلب من المريض أن يلمس إصبع الفاحص باستخدام إصبع القدم الكبير لكل قدم. (تظهر عدم الرشاقة في الحركة في الآفات المخيخية أو الدهليزية).

- **اختبار القوة العضلية:**

تختلف القوة العضلية من شخص لآخر. وكذلك تبعا للجنس والعمر، والتمارين الرياضية. إن نقص القوة العضلية أو ضعفها يدل على وجود خزل شقي.

- لقياس القوة العضلية يتم باستخدام مقياس مدرج من (0 الى 5) حيث تشير الدرجات بالتالي:

✓ 0 لا يوجد أي تقلص عضلي. شلل كامل.

✓ 1 لا حركة ، تقلص العضلات مجسوس أو مرئي. بشكل ضعيف.

✓ 2 حركة العضلات الكاملة باتجاه الجاذبية، مع الدعم

✓ 3 حركات طبيعية باتجاه الجاذبية

✓ 4 حركات طبيعية كاملة باتجاه الجاذبية مع بعض المقاومة.

✓ 5 حركات طبيعية كاملة باتجاه الجاذبية مع مقاومة كاملة.

رابعا: تقييم الوظيفة الحسية (Sensory Function Tests):

الاختبار الحسي يجهد الكثير من المرضى بسرعة وقد ينتج عنه نتائج غير موثوقة. لذلك يجب إعطاء اهتمام خاص:

- للمناطق التي توجد بها أعراض مثل الخدر أو الألم.
- عند وجود تشوهات حركية أو بالمنعكسات، توحي بوجود آفة بالحبل الشوكي أو في الجهاز العصبي المحيطي.
- عند حدوث تبدلات غذائية (مثل غياب التعرق أو فرط التعرق)
- غالبا ما يكون الاختبار المتكرر مطلوبا في وقت آخر لتأكيد التشوهات

تتضمن أنماط الاختبار الخمسة التي تسمح للفاحص بتحديد العجز الحسي بدقة وكفاءة ما يلي:

1. مقارنة المناطق المتماثلة (الذراعين والساقين والجذع)
2. المقارنة بين المناطق البعيدة والقريبة للأطراف.
3. اختبار الاهتزاز والألم في أصابع اليدين والقدمين أولا إذا كان جيد، فهذا يعني أنه في كل مكان جيد.
4. - عند اكتشاف مناطق فقدان الحواس ، يتم رسم الحدود بالتفصيل (البدأ من نقطة انخفاض الإحساس ثم التحرك للأعلى).
5. تقييم حس التجسيم (معرفة الأجسام بالجس)

اختبار الألم:

- يستخدم دبوس حاد آمن ذو نهايتين، تستبدل النهاية الكليلة بالنهاية المدببة للتنبيه ويتم تنبيه الجلد.
- يسأل المريض عن الألم هل هو حاد أم كليل؟ هل الاحساس بالألم متماثل؟
- تسكين الألم: غياب الإحساس بالألم.
- نقص الألم: انخفاض الحساسية للألم " كلالة الحس"
- فرط الألم: زيادة الحساسية للألم

- **تقييم الحرارة**: ليس ضروري إذا كان الإحساس بالألم طبيعيًا.
  - يستخدم أنبوبي اختبار أحدهما ساخن والآخر بارد ويطلب من المريض يلمس كل منهما ويميز ما يشعر به هل حار أم بارد.
- **اختبار اللمس الخفيف (Light Touch):**

تستخدم مسحة قطن رقيقة ويلمس بها الجلد بشكل لطيف مع تجنب الضغط، ويطلب من المريض أن يعطي إشارة بمجرد أن يحس بأن جلده يلمس، ثم يتم المقارنة بين الجانبين.

  - التخدير: غياب الإحساس باللمس
  - نقص الحس: هو انخفاض حساسية اللمس
  - فرط الحس: زيادة الحساسية للمس.
- **اختبار الاهتزاز (Vibration):** تستخدم رنانة منخفضة الطبقة، وتفضل الرنانة 128 هرتز.
  - يقوم الفاحص بالنقر بإصبعه على الرنانة.
  - وضع الرنانة المهتزة على المفصل بين السلاميات البعيدة في أصابع اليدين وفوق المفصل بين سلاميات الابهام في القدم.
  - يطلب من المريض أن يصف ما يشعر به إذا لم يكن متأكدا انه يشعر بالضغط أو بالاهتزاز، يطلب منه أن يخبر متى توقف الاهتزاز ثم يلمس الفاحص الرنانة ليوقفها.
  - اذا كان حس الاهتزاز ضعيفا يتم الانتقال الى نتوء عظمي أقرب الى المركز (الرسغ، الكوع، الكعب الانسي، الداغصة، الشوك الحرقفي الأمامي العلوي).

[الأسباب الشائعة لفقدان الإحساس بالاهتزاز (DM ، إدمان الكحول ، نقص فيتامين B12 ، مرض العمود الخلفي، الداء السكري)].

- **اختبار الوضعية (Position):**
  - يستخدم الفاحص إصبع الإبهام والسبابة فقط لسحب إبهام القدم للمريض للأعلى ثم للأسفل مع تجنب الاحتكاك مع الأصابع الأخرى، ثم يطلب من المريض أن يحدد هل تحرك الإبهام للأعلى أم للأسفل.
  - إذا كان حس الوضعة ناقصا يتم اختبار الكاحل.

- بطريقة مشابهة إذا كان حس الوضعة ناقصا في الأصابع يتم الانتقال الى الأقرب أي الى مركز المفاصل المشطية السلامية أو الرسغ أو المرفق.

(فقد حسي الوضعة والاهتزاز يدل على وجود إصابة في العمود الفقري الخلفي الشوكي)

اختبار حس التمييز(Fine Touch):

إنها تقنية إضافية لاختبار قدرة القشرة الحسية على الربط بين الأحاسيس وتحليلها وتفسيرها.. يفيد اختبار وظيفة التمييز بشكل رئيسي عندما تكون أنواع الحس الأخرى سليمة أو ناقصة قليلا لأن القشر الذي لا يتلقى أي تنبيه لا يكون لديه أي شيء ليفسره.

في هذا الاختبار يجب أن تكون عينا المريض مغلقتان خلال المناورات.

(أذية القشر الحسي قد يؤدي الى ضعف حس الألم والحرارة واللمس ولكنها لا تزيله) تنقص القدرة على تمييز الاشياء الموضوعة في اليد آفات العمود الفقري وآفات القشر.

اختبار حس التجسيم(Stereognosis): التعرف على الأشياء عن طريق الشعور.

- توضع في يد المريض مثلا(قطعة نقود، مفتاح، قلم،....).
- و يطلب من المريض أن يميز بين وجهي قطعة نقدية وهو اختبار حساس للتجسيم. في الحالة الطبيعية سوف يميز بشكل صحيح.
- فقد حس التجسيم هو عدم القدرة على تمييز الأشياء الموضوعة في اليد).

حس الأرقام (Graphesthesia) بالرسم : تحديد الرقم عن طريق الشعور.

يتم رسم رقما كبير في راحة يد المريض باستخدام النهاية الكليلة للقلم أو قلم الرصاص. يمكن للشخص الطبيعي أن يميز مثل هذه الأرقام.

التمييز بين نقطتين (Two-point discrimination):

- باستخدام النهايتين المدببتين لدبوس أو لشاكلة ورق مفتوحة يتم لمس باطن الاصبع في مكانين بنفس الوقت.
- يتم المبادلة بين المنبهين، وتحدد أقل مسافة يمكن للمريض أن يميز فيها التنبيه في نقطة واحدة عن التنبيه في نقطتين.
- في الحالة الطبيعية يكون حوالي 2 ملم أو 3 ملم على باطن الاصبع.

- يمكن استخدام هذا الاختبار على مناطق أخرى من الجسم ولكن تختلف المسافة الطبيعية بين مكان وآخر. (في آفات القشر الحسي تزيد المسافة التي يمكن التمييز منها بين النقطتين).

تحديد موضع التنبيه:

- يتم لمس نقطة من جلد المريض ويطلب منه أن يفتح عينيه ويشير الى المكان الذي تم لمسه.
- يمكن للإنسان في الحالى الطبيعية أن يحدد مكان التنبيه بدقة.
- تفيد هذه الطريقة مع اختبار الانطفاء بشكل خاص لفحص الجذع والساقين.

(تنقص آفات القشر الحسي القدرة على تحديد مواضع المنبهات بشكل دقيق).

اختبار الإنطفاء أو الإلغاء (Extinction):

يسأل المريض عما إذا كان يشعر باللمس عندما يقوم الفاحص بتحفيز مناطق متناظرة على جانبي الجسم بنفس الوقت. يطلب منه أن يشير الى مكان التنبيه. في الحالة الطبيعية يحس المريض بكلا التنبيهين.

(وجود آفات القشر الحسي تجعل المريض قادر على تمييز منبه واحد فقط. ويلغي المنبه في الجانب الآخر المقابل لمكان الأذية القشرية).

سادسا: المنعكسات (Reflex Testing):

لفحص ردود الفعل الأوتار العميقة يقوم الفاحص بما يلي:

- يطلب من المريض الاسترخاء
- وضع الأطراف بشكل صحيح
- يمسك مطرقة المنعكسات بين الإبهام والسبابة بحيث تتأرجح بحرية على قوس على أن يبقى مسيطرا على اتجاهها في الوقت نفسه.
- يضرب على وتر العضلة بخفة ، وذلك باستخدام حركة المعصم السريعة
- يمكنه استخدام إما النهاية المدببة أو المسطحة للمطرقة. تفيد النهاية المدببة في طرق المناطق الصغيرة مثل اصبع الفاحص المغطى لوتر ذات الرأسين (عند فحص منعكس ذات الرأسين). بينما تفيد النهاية المسطحة في تقليل انزعاج المريض عند طرق العضدية الكعبرية.
- يلاحظ سرعة وقوة وسعة استجابة المنعكس ودرجة الاستجابة.

- إذا كانت منعكسات المريض ناقصة في الجهتين أو غائبة، يستخدم التعزيز حيث يمكن تقليص العضلات الأخرى دون تقصير (دون أن تقصر العضلة) أن يزيد فعالية المنعكس.
- عند اختبار منعكسات الطرف العلوي مثلا اطلب من المريض أن يطبق أسنانه أو أن يعصر فخذه بيده الأخرى.
- إذا كانت منعكسات الطرف السفلي ناقصة أو غائبة يتم تعزيزها بأن يطلب من المريض أن يشبك أصابع يديه ويسحب إحدى اليدين بالأخرى. يطلب من المريض أن يفعل ذلك قبل أن يتم ضرب الوتر مباشرة.
- **تقاس قوة المنعكسات من بقياس 0 الى 4+ :**

4+ : منعكس نشيط جدا، مفرط للغاية (فرط نشاط)، يترافق غاليا مع مرض، غالبا ما يرافقه رمع. (اهتزازات منتظمة بين العطف والبسط).

3+ : أنشط من المعدل الطبيعي، ممكن لكن ليس بالضرورة أن يكون مؤشرا على المرض

2+ : استجابة طبيعية (ضمن المعدل)

1+ : أقل من الطبيعي، منخفض أو ضعيف في الحدود الدنيا (نقص نشاط)

0 : لا توجد استجابة

فرط نشاط المنعكسات يشير الى مرض في الجهاز العصبي المركزي. يشير غياب المنعكس أو نقصانه إلى فقدان الإحساس أو تلف الطبقة الشوكية ذي الصلة أو تلف PN.

تعزيز المنعكسات:

- ✓ يستخدم عندما تتناقص ردود الفعل أو تغيب بشكل متناظر.
- ✓ إنه يؤدي إلى تقلص متساوي القياس للعضلات الأخرى التي قد تزيد من النشاط المنعكس.
- ✓ مثلا: لاختبار منعكس الذراع ، يطلب من المريض أن يطبق الأسنان أو يضغط على أحد الفخذين باليد المعاكسة.
- ✓ إذا كان منعكس الساق غائبا، يطلب من المريض قفل الأصابع ويقوم الفاحص بسحب إحدى يديه مقابل الأخرى (سحب قبل الضربة مباشرة).

تقييم منعكسات أوتار العضلات العميقة:

1. منعكس ذات الرأسين (رقبي 5، 6) (Biceps reflexes C5,6):

- يتم اختباره والمريض في وضعية الجلوس أو الاستلقاء. مع عطف ذراعه بشكل خفيف عند المرفقين والراحتين للأسفل.
- يضع الفاحص إبهامه أو اصبعه لتنتقل الضربة منها باتجاه وتر ذات الرأسين مباشرة.
- مراقبة انعطاف (ثني) المرفق، مراقبة والشعور بتقلص العضلة ذات الرأسين.

2. منعكس مثلثة الرؤوس (Triceps reflexes (C6,7):

- المريض في وضعية الجلوس أو الاستلقاء.
- تسحب الذراع للخارج برفق عن جسم المريض ، بحيث يكون بزاوية قائمة عند الكتف تقريبًا وتسند الذراع بيد الفاحص. يجب أن تتدلى الذراع السفلية مباشرة في الكوع.
- أو يطلب من المريض أن يضع يديه على الوركين.
- يضرب وتر مثلثة الرؤوس فوق المرفق بحيث تكون الضربة مباشرة وليست منحرفة.
- يتم التحري عن تقلص مثلثة الرؤوس وبسط المرفق.
- إذا لم يكن الهدف واضحًا بشكل واضح أو إذا كان الوتر محاطًا بكمية زائدة من الدهون تحت الجلد (والتي قد تبدد قوة الضربة) ، يقوم الفاحص بوضع السبابة أو الإصبع الأوسط بحزم على بنية العظم. ثم يضرب إصبعه.
- تأكد من أن ثلاثية الرؤوس مكشوفة ، بحيث يمكنك مراقبة الاستجابة. سوف يؤدي الانعكاس الطبيعي إلى تمديد الذراع السفلي عند الكوع والتأرجح بعيدًا عن الجسم. إذا كانت يد المريض على الوركين ، فلن يتحرك الذراع ولكن يجب أن تقصر العضلة بقوة.

3. المنعكس العضدي الكعبري: (Brachioradialis (C5, C6 - Radial Nerve

- يتم اختباره والمريض في وضعية الجلوس. يجب أن يكون الذراع السفلي مسترخيا في حضن المريض وراحته للأسفل.
- تضرب الكعبرة بالحافة المسطحة للرنانة على بعد 2-4 سم فوق الرسغ
- يتم ملاحظة انعطاف الساعد وبسطه.

4. منعكسات البطن:

- أعلى السرة الفقرات (T8،9،10) ، أسفل السرة الفقرات (T10،11،12).
- تستخدم النهاية الخشبية من عود القطن أو خافض لسان أو الجزء الخلفي من المطرقة.
- في أعلى السرة تظهر استجابة القطع الصدرية 8-9-10. وفي الأسفل استجابة القطع الصدرية 10-11-12.
- يتم ملاحظة تقلصات عضلات البطن وانحراف السرة باتجاه التنبيه.
- قد يكون التنبيه (المنعكسات)غائبا في الاضطرابات المركزية أوالمحيطية (PN or CN)، وقد يضعف المنعكس بسبب البدانة، وفي هذه الحالة يستخدم الاصبع لسحب السرة بعيدا عن مكان التنبيه ويتم جس تقلص العضلات عندما تنجذب السرة باتجاه التنبيه.

5. منعكس الركبة: (ل 2-3-4)

- يتم اختباره والمريض في وضعية الجلوس أو الاستلقاء، مع سند ركبتيه وثنيهما قليلا.
- يتم النقر بسرعة على وتر الداغصة تحت الداغصة تماما.
- يتم ملاحظة تقلص مربعة الرؤوس الفخذية وبسط الركبة. عندما يضع الفاحص يده على الفخذ من الأمام يتيح ذلك له الشعور بالمنعكس.
- يوجد طريقتين تستخدمان عندما يكون المريض في وضعية الاستلقاء هما:
  - ✓ سند كلتا الركبتين بيد الفاحص كما في الشكل:

تسمح هذه الطريقة بتقييم الفروق الضئيلة بين الركبتين بتكرار الفحص دون أن تتغير الوضعية.

  - ✓ الطريقة البديلة: هي سند إحدى الركبتين بذراع الفاحص ويده الى ركبة المريض المقابلة. يفضل بعض المرضى هذه الطريقة.

6. منعكسات الكاحل (Ankle reflex (primarily S1):

- ✓ المريض في وضعية الجلوس، والقدمين تتدليان الى الأسفل على حافة طاولة الفحص مع عطف القدم ظهريا عند الكاحل. إذا لم يستطع المحافظة على هذه الوضعية يوضع في وضعية الاستلقاء الظهري، مع عطف إحدى الساقين عند الورك والركبة وتدويرها خارجيا بحيث تصالب الساق الاخرى وعطف الكاحل عطفا ظهريا.

- ✓ يحدد وتر أشيل ، وهو هيكل مشدود ومنفصل يشبه الحبل يمتد من الكعب إلى عضلات الساق.
- ✓ تعزيز استرخاء المريض ثم النقر على وتر آشيل وملاحظة استجابة القدم بالعطف الأخمصي، وسرعة استرخاء العضلات بعد تقلصها.





7. المنعكس الأخمصي أو بابنسكي (Plantar Reflex) (ق 5-4-ع1- ع2):

- ✓ رد الفعل هو سطحي. قد يكون غائبًا عند البالغين بدون أمراض أو يتم التحكم فيه بشكل إرادي.
- ✓ تستخدم أداة حادة بشكل معتدل ، مثل مقبض مطرقة القرع أو مفتاح أو عصا قضيب.
- ✓ تحدد الحدود الجانبية لأخمص قدم العميل ، بدءًا من الكعب ، باتجاه إصبع مقدمة القدم الصغير، ثم منه باتجاه إصبع القدم الكبير بخط منحي.
- ✓ مراقبة الاستجابة. عادة تنحني أصابع القدم الخمسة إلى الأسفل ؛ وهو رد فعل سلبي Babinski سلبي. في الاستجابة الغير طبيعية (إيجابية) لبابنسكي ، تنتشر أصابع القدم إلى الخارج ويتحرك إصبع القدم الكبير إلى الأعلى. وهذا يشير الى أذية العصبون المحرك العلوي "علامة بابنسكي". وقد يظهر في حالات فقد الوعي الناتجة عن تناول الأدوية "الانسمام الدوائي" أو الكحول أو بعد الاختلاجات الصرعية. وأحيانا تترافق علامة بابنسكي الشديدة بعطف عند الورك والركبتين.



المناورات الخاصة:

العلامات السحائية:

- **صلابة الرقبة**: يشير ألم الرقبة ومقاومة الانحناء إلى التهاب السحايا أو التهاب المفاصل أو أذية الرقبة.
- **علامة برودزينسكي (Brudzinski):** إيجابية إذا قام المريض بثني الورك والركبتين عند ثني العنق.
- **علامة كيرنيغ (Kernig's Sign):** إيجابية في حال وجود الألم وزيادة المقاومة لتمديد الركبة عند ثني الساق عند الورك والركبة ثم استقامة الركبة.

(تشير كل من علامة برودنسكي وكيرنيغ إلى التهاب / تهيج سحائي).

انتهت المحاضرة

مع تمنياتي بالتوفيق