

دليل الاطباء
للكشف الطبي
ضمن البرنامج الوطني للصحة المدرسية

لبنان

2009-2008

<p>مزايا الكم والكيس الهوائي: يجب أن يكون عرض الكم أكثر من 40% من قطر العضد، وأن يكون طول الكيس الهوائي أكثر من 80% من قطر العضد. يجب أن يكون الطرف العلوي حراً من كل ثياب. يوضع الكم أعلى من ثنية المرفق بـ 2،5 سم. يجب أن لا يكون الكم رخواً وأن يكون الطرف بمستوى القلب أثناء أخذ الضغط. يوضع مقياس الضغط بحيث يكون على مستوى عين الفاحص نفسه.</p> <p>يجب أن يكون التلميذ جالساً أو مضطجعا بشكل مريح. يجس النبض الكعبري radial pulse بينما ينفخ الكم لمستوى أعلى بـ 30 ملم زئبقي من المستوى الذي يغيب فيه النبض الكعبري. وبعدئذ توضع السماعة بلطف فوق الشريان العضدي brachial artery. وينقص الضغط في الكم 5 ملم زئبقي في كل مرة حتى تسمع الأصوات الأولى وهذا هو الضغط الانقباضي systolic pressure. نتابع تخفيض الضغط ضمن الكم حتى تصبح الأصوات فجأة ضعيفة muffling sound. وبمتابعة تخفيض الضغط تختفي الأصوات تماماً بعد 10-1 ملم زئبقي وهذا هو الضغط الانبساطي diastolic pressure. يسجل الضغط الانقباضي و الضغط الذي تختفي عنده الاصوات.</p>	<p>ضغط الدم</p>
<p>يستعمل لوحة سنيلين Snellen Chart</p> <p>- يقف التلميذ على بعد 6 امتار (او 3 امتار حسب اللوحة) من اللوحة المركزة على حائط. تغطي إحدى عينيه بورقة أو ما شابه ويطلب منه أن يقلد اتجاه الحرف E باتجاه أصابعه. يسجل مقدار النظر حسب العلامة المطابقة لأخر سطر مقروء بكامله. تعاد الخطوات ذاتها للعين الأخرى. يطلب الاحالة عندما يتبين مقدار نظر 40/20 او اكثر باي عين</p> <p>فحص النظر مع عدسات / نظارات: اذا كان التلميذ يستعمل نظارات او عدسات، يتم اجراء فحص النظر بها مع الاشارة لذلك بالخانة المخصصة.</p> <p>الحول: يطلب من التلميذ التركيز على ضوء بطارية يبعد 60 سم (قدمين) من وجهه. يلاحظ الطبيب انعكاس الضوء في مركز بؤبؤ كل عين. في حال عدم توازي الانعكاس في العينتين، يتابع التلميذ التركيز على الضوء و يقوم الطبيب بتغطية كل عين بالتناوب (cover uncover test) و مراقبة حركة العين المكشوفة. يتم الاحالة الى اختصاصي عندما يلاحظ الطبيب تحرك للعين عند كشفها.</p> <p>أمراض العين الأخرى: احمرار او اصفرار العينين، انتفاخ بالجلف، وجود قشرة على الاهداب.</p>	<p>فحص العين والنظر اليمنى و اليسرى</p>
<p>يستعمل المنظار المخصص (Otoscope). في حال وجود إفراز قيح او الم عند تحريك شحمة احدى الاذنين، يفضل البدء بفحص الاذن السليمة. لرؤيا واضحة، يطلب استعمال اكبر قمع ممكن ادخاله بالاذن دون الم. يعطى العلاج اللازم و متابعة الحالة عند وجود افراز في الاذن (otorrhagia)، تورم، احمرار او الم في جدار قناة الاذن الخارجية (otitis externa) او صمغ بالاذن. يكون طبل الاذن الطبيعي رماديا تقريبا. و مقعرا من الافضل الاحالة لدى اختصاصي التلميذ الذي يعاني من طبله مثقوبة، افرازات متكررة بالاذن او صمغ سميك.</p> <p>يمكن استعمال المنظار ذاته (Otoscope) لفحص الانف من الداخل و التأكد من عدم وجود لحمية (polyp)، تقرحات او التهابات. وجود اللحمية يستدعي الاحالة.</p>	<p>الأنف، الأذن، الحنجرة صمغ في الاذن طبله غير، حدد</p>
<p>يتم فحص سمع كل اذن على حدة. يقف الطبيب خلف التلميذ و يقوم باغلاق قناة اذن التلميذ اليمنى باصبعه، يهمس الطبيب بصوت خافت على بعد 60 سم بكلمات مختلفة و يطلب من التلميذ ترديد كل كلمة من ورائه. من الافضل استخدام مجموعة ارقام من اجل اختلاف النغمات فالرقم 68 مثلاً يستخدم من اجل اختبار النغم العالي و الرقم 100 من اجل اختبار النغم المنخفض. تعاد الكرة مع تسكير قناة الاذن اليسرى لفحص سمع الاذن اليمنى. يحول التلميذ لاختصاصي اذا تبين انه يعاني من ضعف سمع في احد الاذنين.</p>	<p>السمع الأذن اليمنى الأذن اليسرى</p>
<p>يطلب من التلميذ طاطاة راسه قليلا الى الامام. يضع الطبيب اصابع يديه على عنق التلميذ من الامام بحيث تكون السبابة تحت cricoid cartilage. بينما التلميذ يبلع لعابه، يقوم الطبيب بتحسس البرزخ في الغدة (isthmus) ثم يتحسس الجزء الايمن من الغدة بتمرير اصابع اليد اليمنى خلف عضلة القصية الخشائية sternomastoid و فوق الغدة بينما تدفش اصابع يده اليسرى القصبة الهوائية الى اليمين. يستعمل الحركة ذاتها لفحص الجهة اليسرى. غالبا ما يكون ملمس الغدة طريا مشابها لملمس كرة من المطاط وخاليا من النتوات. اما حجم كل جهة فهو بحجم عظمة الابهام. من الافضل اجراء فحوصات اضافية او احالة الى اختصاصي اذا كانت الغدة متضخمة اكثر من ثلاث مرات حجمها الطبيعي، ملمسها قاسيا او مؤلما، او لها نتوءات.</p>	<p>الغدة الدرقية</p>

التأمل و الجس: تأمل القفص الصدري مع ملاحظة وجود الحذب kyphosis أو الجنف scoliosis أو غرور القص pectus excavatum- بعد ذلك حدد صدمة القمة apical impulse وقيم دفعة القلب والتي هي أخفض نقطة من نبضان القلب المحدد. تجس صدمة القمة والتلمذ جالس أو مضطجع بشكل مستقيم تماماً و يكون الموضع الطبيعي لها في الورب الخامس 5th intercostal أنسي الخط منتصف الترقوة midclavicular و يمكن أن تكون على الخط الأبطي الأمامي axillary line عند شخص طبيعي إذا كان مضطجعاً على جانبه الأيسر. غالباً تكون صدمة القمة و دفعة القلب في موضع واحد. يمكن تبديل موضع صدمة القمة عند وجود تشوهات القفص الصدري (الجنف) و هذا أكثر الاسباب شيوعاً ؛ كماينجم ذلك عن أمراض في القلب فيشير موضع مضربة القمة الى وجود ضخامة وبخاصة ضخامة البطين الأيسر او الايمن.

الإصغاء: يجب أن تحتوي السماعاة قمعاً و غشاء.تسمع أصوات عالية اللحن مثل نفخة قصور الأبهر aortic regurgitation بشكل أفضل بالغشاء والأصوات منخفضة اللحن مثل صوت القلب الثالث و تسمع النفخات الانبساطية التاجية diastolic mitral murmur بالقمع. البؤرة التاجية mitral area توافق صدمة القلب، اما البؤرة الرئوية pulmonary area فهي في الورب الثاني أيسر القص 2nd left intercostal space، البؤرة الأبهريّة aortic area في الورب الثاني أيمن القص 2nd right intercostal space، بؤرة مثلث الشرف tricuspid area أيسر النهاية السفلى للقص left lower sternal border.

يجب أن تكون المنطقة المفحوصة مجردة من الثياب والمريض بوضعية إضطجاع مائلة للايسر لتمييز الصوت الثالث والرابع والدرجة الانبساطية diastolic rumble. أما نفخات قاعدة القلب الانبساطية diastolic murmur فأحسن ما تسمع في وضعية الجلوس والمريض مائل الى الأمام. يعين الصوت الأول إما يجس الشريان السباتي carotid artery او يجس القمة apical impulse و ينجم عن انغلاق الدسامان التاجي mitral valve ومثلث الشرف tricuspid valve. اما انغلاق الدسامين الرئوي pulmonary valve والأبهرى aortic valve فيعطي مكوني "مركبي" الصوت الثاني split S2. يمكن سماع انقسام للصوت الثاني يتسع خلال الشهيق قرب البؤرة الرئوية بشكل طبيعي عند الاولاد. كما يمكن أن يحدث الصوت الثالث (صوت يحدث بعد الصوت الثاني ب 0.15 ثانية) في اليفعان الأصحاء دون أي دلالة مرضية.

من الممكن سماع نفخة بريئة عادة ما تكون نفخة انقباضية innocent soft systolic ejection heart murmur دفعية ناعمة، موضوعة وغير ممتدة بالزمن، خفيفة لا تتجاوز 6/1، لا تترافق بارتعاش سنوري thrill و تتغير بالوضعية وبالتنفس. من الافضل احالة النفخات التي لا تتمتع بهذه الصفات الى اخصائي

التأمل: يكون التلمذ جالسا مكشف الصدر لاجراء فحص الجهاز التنفسي. يلاحظ شكل و توازي شقي القفص الصدري. غالباً تكون مسافة الصدر من الامام الى الخلف AP diameter حوالي نصف المسافة بالعرض. عندما يزداد القطر الأمامي الخلفي ويصبح أكبر من القطر المعترض يسمى الصدر البرميلي Barrel chest و يشاهد لدى مرضى الربو الشديد. اما صدر الحمام Pigeon chest (Pectus carinatum) فهو بروز موضع نحو الامام للقص sternum والأضلاع. قد يحدث ذلك نتيجة تقلص شديد متكرر للحجاب الحاجز بينما يكون الصدر لينا و يدل على أمراض تنفسية مزمنة لدى الأطفال، كما يشاهد في الرخد Rickets. اما الصدر القمعي (Pectus excavatum) فهو تشوه خلقي يظهر كغرور موضع لأسفل القص مما قد يسبب آفة حاصرة في الحالات الشديدة.

ياخذ الانسان عادة ما بين 12 و 18 نفس بالدقيقة. راقب حركة عضلات التنفس و لاحظ وجود مجهود عند الشهيق او الزفير كاستعمال عضلات التنفسية المساعدة التي تشمل العضلات القصية الترقوية الخشائية sternocleidomastoid والعضلات الجذلية Paltysma والعضلة المطوقة للعنق Strap **الجس:** يقدر تمدد أو امتلاء الصدر Chest expansion بوضع اليدين بشكل ملاصق ومحيط بجدار الصدر على أن يتقابل ابهاما اليدين على الخط المتوسط. بعد أخذ شهيق عميق يجب أن يتباعد الإبهامان على الأقل 5سم. نقص تمدد جدار الصدر يشاهد في أمراض رئوية عديدة. تجس الإهتزازات Vocal fremitus (الحسيس الصوتي) براحة اليد يكرر المريض 44 من الأمام والخلف بالمقارنة بين الجهتين حيث يكشف أي اختلاف بينهما. تجس كذلك الأضلاع بلطف من الأمام والخلف والجانب. قد يدل الألم الموضعي على كسر ناجم عن رض أو انتقال ورمي.

الإصغاء: يفحص الصدر بشكل متناظر باستعمال حاجز السماعاة. تذكر فحص الإبط، واستعمل القمع من أجل إصغاء قمة الرئتين أعلى الترقوة. أصغ الى طبيعة الأصوات التنفسية وشدتها والى وجود أصوات إضافية. ينجم الوزير wheezing عن انسداد حاد أو مزمن في الطرق الهوائية كالربو asthma مثلاً و هي أصوات غير طبيعية ذات لحن موسيقى قد تسمع في الشهيق أو الزفير أو كلاهما الا انها تكون في الزفير أشد منه في الشهيق. يدل الوزير الشهيق inspiratory wheeze على شدة التضيق. اما الخراخر الخشنة crackles فهي تنجم غالباً عن وجود مفرزات secretion محتبسة وهي ذات لحن يشبه القرقرة و تتبدل بالسعال. اسبابها عدة اهمها الالتهابات الرئوية.

التأمل: يلاحظ جلد البطن لوجود تندبات عمل جراحي scars، تفرزات (زيادة وزن) striae، لون يرقاني jaundice أو عنكبوت وعائي spider angioma.

الجس: يجرى الجس باليد اليمنى (عند إجراء الجس السطحي) ويمكن مساعدتها بضغط اليد اليسرى عليها (عند إجراء الجس العميق). يجب أن تكون اليد دافئة. يجرى الجس بالوجه الراحي لكامل اليد والأصابع مع تطبيق ضغط على كل منطقة من مناطق البطن. أما جس حواف الأعضاء المتضخمة في البطن أو الكتل فتعتبر السبابة أكثر أقسام اليد حساسية.

يبدأ الجس من الحفرة الحرقفية اليسرى left lower quadrant ثم الخاصرة اليسرى left flank ثم المراق الأيسر left upper quadrant ثم epigastric ثم المراق الأيمن right upper quadrant ثم الخاصرة اليمنى right flank ثم الحفرة الحرقفية اليمنى right lower quadrant ثم المنطقة الختالية hypogastric area وأخيراً منطقة السرة umbilical area. يبدأ بالجس السطحي لتحري مقوية جدار البطن والألم البطني والفتوق يليه الجس العميق لتحري ضخامة الأحشاء ووجود كتل بطنية (لا يجس شيء في البطن الطبيعي عدا الحافة السفلية للكبد وأحياناً القطب السفلي للكلية اليمنى عند النحيلين)

تحري وجود فتوق: فتق سري umbilical - فتق الخط الأبيض linea alba - فتق مغبني inguinal hernia - فتق فخذي femoral hernia. يتم ذلك بالطلب من التلميذ النهوض قلباً من وضعية الاستلقاء والتأكد من عدم ظهور نتوءات في الصرة أو الخط الأبيض. يطلب من التلميذ بعد ذلك الوقوف والسعال وتحسس وجود فتق في المغبن أو طرف الفخذ الداخلي

المراق الأيسر (فحص الطحال): لا يمكن جس الطحال الطبيعي، أما حينما يتضاعف حجم الطحال فإن ذلك يصبح ممكناً. يجب تحري ضخامة الطحال إلى الأسفل من السرة على الخط المتوسط. من المفضل في فحص الطحال استخدام اليدين معاً، ويتم ذلك على الشكل التالي:

توضع اليد اليسرى فوق قسم الجانبي الخلفي للأضلاع السفلية اليسرى للصدر، في حين توضع اليد اليمنى على البطن موازية للحافة الضلعية اليسرى. يجب التنبيه إلى عدم البدء بالجس قريباً من الحافة الضلعية فيزول إمكان جس الطحال المتضخم بشدة. أثناء تقدم اليد اليمنى باتجاه الحافة الضلعية، تقوم اليد اليسرى بالضغط بقوة وثبات على القفص الصدري محدثة طية جلدية خفيفة تفيد في إزالة التوتر من جدار البطن وتسمح بجس الطحال ذي الضخامة الخفيفة أثناء حركته للأسفل باتجاه الحفرة الحرقفية اليمنى في نهاية الشهيق.

وفي حال عدم جس الطحال، يوضع التلميذ على جانبه الأيمن ووجهه باتجاه الفاحص وتعاد عملية الجس وهنا يمكن البدء قريباً من الحافة الضلعية اليسرى.

المراق الأيمن (فحص الكبد والمرارة): يمكن جس الحافة الكبدية، خاصة عند الأشخاص النحيلين تحت الحافة الضلعية اليمنى مباشرة وخلال الشهيق العميق. تكون الحافة عادة طرية ومنتظمة كما يكون سطح الكبد أملساً. لتقصي الضخامة الكبدية، يتم وضع اليد الفاحصة بشكل مواز للحافة الضلعية اليمنى، ونبدأ بالجس من الحافة الحرقفية اليمنى right lower quadrant مع الطلب من التلميذ التنفس ببطء عبر الفم. تبقى اليد ثابتة أثناء عملية الشهيق أما خلال كل حركة زفير تصعد اليد 1-2 سم باتجاه الحافة الضلعية اليمنى وتحاول جس الحافة الكبدية. من الممكن وضع اليد اليسرى للطبيب خلف الأضلاع 11 و12 للتلميذ مع الضغط الخفيف لدفع الكبد للأمام وتسهيل الدس.

عند جس الحافة الكبدية، يجب محاولة جس سطح الكبد حيث يمكن لهذا السطح أن يكون قاسياً أو طرياً، مؤلماً أو غير مؤلم، منتظماً أو غير منتظم، نابضاً أو غير نابض. كذلك يجب تحديد شدة الضخامة الكبدية بعدد الأصابع أو السنتيمترات تحت الحافة الضلعية ويجب تفريق الضخامة الكبدية عن هبوط الكبد وذلك بالقرع percussion حيث تكون الحافة العلوية للكبد عادة في الورب الخامس 5th intercostal space في الخط الشاقولي المار من منتصف الترقوة vertical midclavicular line وتكون أسفل من ذلك في هبوط الكبد أو انتفاخ الرئة أو الربو.

القرع percussion: يبدي قرع البطن الطبيعي صوت طلي خفيف. يمكن تحديد الأصمية الكبدية dull percussion of the liver area على الخط الشاقولي المار من منتصف الترقوة اليمنى right midclavicular line بدءاً من الورب الصدري الخامس وحتى الحافة الضلعية اليمنى. في الحالات المرضية يمكن ملاحظة أصمية بطنية مقعرة للأعلى ومتحركة عند وجود حبن ascites متوسط الكمية (2 لتر) كما يمكن ملاحظة طبلية شديدة بقرع البطن في حالة حدوث انسداد أو خذل أمعاء ileus.

الإصغاء: في الحالة الطبيعية: يسمع بإصغاء البطن (إيمن وأسفل السرة) فرقرة أمعاء gurgles بين الحين والآخر. يمكن أن نزداد الحركات الحوية والفرقرة المعوية في حالات الاسهال أو الانسداد المعوي، كما تغيب الفرقرة المعوية في الخذل المعوي ileus. كما يمكن أن نسمع نفخة bruit في حالات ورم معوي، تضيق شرياني، أم دم أبهرية aortic aneurysm.

<p>الجرب: لابد من فحص الجلد كاملاً. ملاحظة اللون: احمرار، شحوب، فرط تصبغ hyperpigmentation او نقص تصبغ hypopigmentation. لاحظ وجود خطوط او علامات الخدوش على ظهر اليدين، بين الأصابع وفي المعصم فهي تشير الى الجرب Scabies. كما أن الثآليل الفيروسية warts شائعة على ظهر اليدين و الصدفاء proriasis على السطوح الباسطة extensors</p> <p>حب شباب: لاحظ وجود حب الشباب على الوجه او الظهر، راس اسود، احمرار inflammatory او تكيس cystic.</p> <p>التهاب جلدي: تبين وجود اخماج جلدية فطرية dermatophyte infection، قوباء impetigo</p>	<p>الجلد</p>
<p>عين شعر المريض وفروته: هل الشعر جاف أم لا؟ هل توزعه طبيعي؟ كشف الحاصة على الفروة يمكن أن يعزى الى الصلع الذكري، الى مرض شديد حديث، نقص نشاط الدرق أو الأنسام الدريقي، أو يقع الحاصة في مرض الحاصة البقية Alopecia areata. ويشاهد تساقط الشعر من مرض الذأب الحمامي المجموعي، ويمكن مشاهدة الوسوف الفضية على الفروة في مرض الصدف. أما النقائل الورمية والتي تتصف بعقيدات على جلد الرأس فهي نادرة جداً، بينما الكيسات الزهمية فهي شائعة. إفحص الحاجبين ولاحظ وجود التوسف الزهمي الذي يتصف به التهاب الجلد المتي Seborrheic Dermatitis. وقد يكشف الفاحص الصوابات الملتصقة على شعر الرأس.</p>	<p>الشعر قمل/سبيان</p>
<p>لاحظ إذا كان مصاباً بالداحس (التهاب ما حول الظفر Paronychia الذي هو خمج الجلد المحيط بالأظفار) او وجود تنقرات Pitting (الصداف، الأخماج الفطرية) او انفكاك الأظفار onycholysis (مثال: الانسام الدريقي، الصدف). غيره حدد: ازرقاق، تقوس، تلون او تكسر</p>	<p>الأظافر</p>
<p>صفات العقد اللمفية</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- الموقع: قد تكون الضخامة في موقع واحد (بسبب إنتان موضعي localized infection أو لمفوما باكرة، ويمكن أن تكون معممة (إنتان، لمفوماً بمرحلة متقدمة). أهم المواقع التي يجب فحصها: فوق البكيرة epitrochlear area ، الإبط axillary، الرقبة cervical، القفا suboccipital، فوق وتحت الترقوة above and below clavicle، المنطقة المغبينة inguinal area والمأبضية popliteal 2- الحجم: العقد الكبيرة، أكبر من 1 سم غالباً مرضية. 3- القوام: تكون العقد قاسية جداً في الإنتقالات السرطانية، وتكون مطاطية غالباً في اللمفويات، ولينة في الإنتانات الحادة ومتليفة قاسية في الإنتانات المزمنة. 4- الإيلام: صفة للعقد المتضخمة بسبب إنتان أو التهاب حاد. 5- قابلية الحركة: العقد الثابتة غير المتحركة على العمق تدل على انتقالات سرطانية غالباً. 6- الجلد فوق العقدة: احمرار الجلد والتهابه يدل على الإنتان، والتصاق الجلد بالعقدة يدل على سرطان منتقل. <p>العقد اللمفية فوق بكيرة عظم العضد الأنسية: أفضل طريقة لجسها بوضع راحة اليد اليمنى تحت مرفق المريض الأيمن وعندها تستطيع إبهام الفاحص جس المنطقة المعنية بحثاً عن ضخامة العقد اللمفية والتي تكون أمام البكيرة الأنسية والى الأعلى قليلاً. ثم يفحص الجانب الآخر باليد الأخرى.</p> <p>العقد اللمفية الإبطية: يتم فحص هذه المجموعة العقدية بتباعد العضد قليلاً ثم يفحص الطبيب الإبط الأيسر باليد اليمنى والإبط الأيسر باليد اليسرى رافعاً الأصابع نحو الأعلى قدر الإمكان لجس العقد اللمفية في قمة الحفرة الإبطية، ويحاول بعدها جس العقد الأخرى الموجودة في هذه المنطقة، وهي أربع مجموعات رئيسية: المجموعة المركزية والوحشية والصدرية (الأنسية) وتحت لوح الكتف (السفلية).</p> <p>العقد الرقبية وفوق الترقوة: يكون المريض جالساً والطبيب خلف المريض وتفحص العقد الرقبية بالوجه الراحة لأصابع اليدين، وهناك ثماني مجموعات عقدية يجب فحصها جميعاً. العقد تحت الذقن، والعقد تحت الفك عند الزواية، والسلسلة الوداجية أمام العضلة القترائية، والعقد في المثالث الخلفي خلف العضلة المذكورة، ثم العقدة القفوية والعقد خلف الأذن وأمامها. أخيراً تفحص العقد فوق الترقوة من الأمام بعد رفع الكتفين قليلاً.</p> <p>فحص البطن: يفحص البطن للبحث عن ضخامة طحال أو كبد أو ضخامة عقد لمفية حول الأبرر التي لا يمكن جسها إلا إذا كانت كبيرة جداً وعندها تجس كتلة مركزية عميقة. ثم تفحص العقد اللمفية المغبينة والخصيتين.</p>	<p>الغدد اللمفاوية</p>