



به نام خداوند جان و خرد



مهارت‌های بالینی



معاینه فیزیکی (Physical Exam)

(ریه، شکم، لگن، نورولوژی)

سمع ریه

❖ صداهای تنفسی به خاطر حرکت هوا در مجاری هوایی طی دم و بازدم ایجاد می شود. این صداها می توانند طبیعی یا غیرطبیعی باشند مانند خس خس سینه یا ویز که در بیماران آسمی شنیده می شود.

❖ استتوسکوپ برای بزرگنمایی این صداها استفاده می شود. برای سمع قله ریه باید گوشی را درست زیر دنده دوم در خط میدکلاویکل و برای سمع قاعده ریه باید گوشی را در زیر دنده چهارم در خط میدآگزیلاری قرار داد. باید نقاط قرینه در دو طرف را سمع و با هم مقایسه نمود.



صداهای طبیعی ریه :

وزیکولار (Vesicular) :

در حالت طبیعی هنگام سمع صدای ریه‌ها صدایی وزیکولار شنیده می‌شود. صدایی آهسته و کم اوج که در طول دم و دوسوم ابتدایی بازدم شنیده می‌شود و در یک‌سوم نهایی بازدم به تدریج از بین می‌رود. صدای وزیکولار رایج‌ترین صدایی است که در سمع صدای ریه‌ها و در اکثر سطح ریه‌ها شنیده می‌شود.

برونشیا (Bronchial)

صدای تنفس برونشیا صدایی توبولار و در مقایسه با صدای وزیکولار دارای اوج بلندتری است. صدای برونشیا به صورت طبیعی روی تراشه شنیده می‌شود. بین دم و بازدم، وقفه مشخصی در صدا وجود دارد.

برونکووزیکولار (Bronchovesicular)

برونکووزیکولار صدایی طبیعی است که در میانه قفسه سینه یا پشت قفسه سینه، بین کتف‌ها شنیده می‌شود. آمیخته‌ای از اوج صدای برونشیا و تنفس که نزدیک تراشه شنیده می‌شود و صدای وزیکولار آلئول‌ها را منعکس می‌کند.



صداهاى غير طبيعى ريه :

کراکل (رال) (Rales) cracke

صدای منقطع و ظریف مشابه صدای حباب که میترکد یا صدای مویی که بین انگشتان، نزدیک گوش به هم مالیده میشود. کراکل میتواند ظریف باشد (ناشی از راههای هوایی بسته که سریع باز میشوند) و یا زمخت باشد (ناشی از حرکت ترشحات در راههای هوایی)

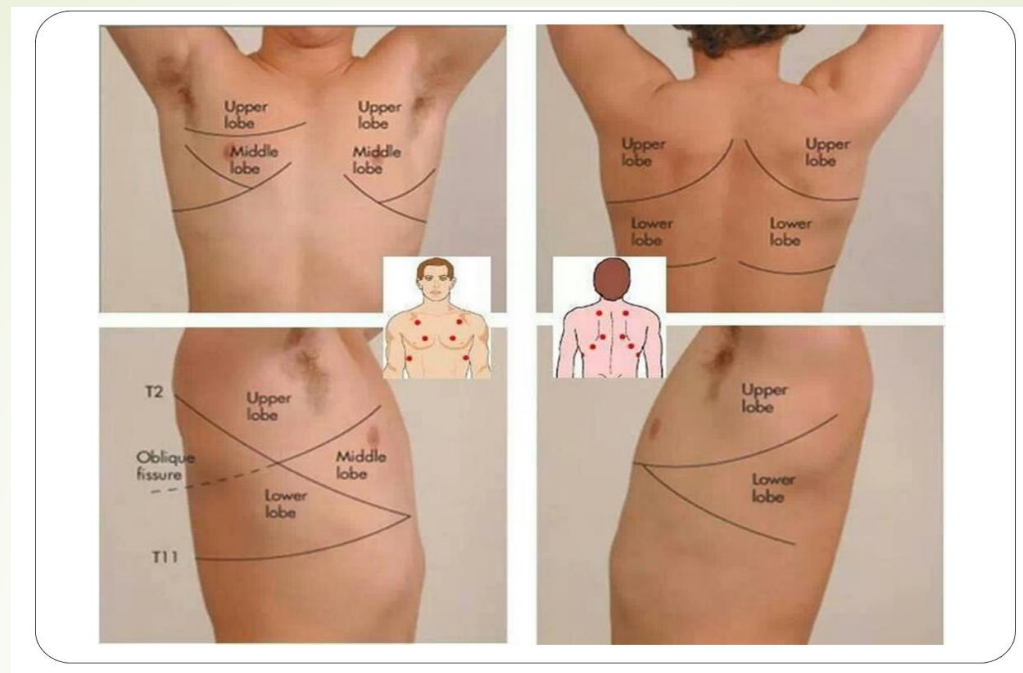
ویز (Wheeze)

صداهاى مداوم زیر یا بم و گاها تونهای موزیکال طی بازدم. اما گاهی اوقات طی دم شنیده میشود. برونکواسپاسم و ترشحات که راههای هوایی را تنگ می کند، Wheeze را ایجاد می کند.

استریدور (Stridor)

استریدور یا سوت تنفسی صدای ریوی مداوم و بلندی است که هنگام سمع ریه در مرحله دم شنیده میشود و به علت تنگی یا انسداد مجاری هوایی فوقانی (مانند حنجره) است. استریدور معمولاً بدون استتوسکوپ هم شنیده میشود.

❖ علل احتمالی ایجاد سوت تنفسی : اپی گلو تیت، خروسک، ادم مجاری تنفسی (حنجره) ، شکستگی غضروف تیروئید ، وجود جسم خارجی در مجاری تنفسی ، سوختگی مجاری فوقانی تنفسی.



نکات

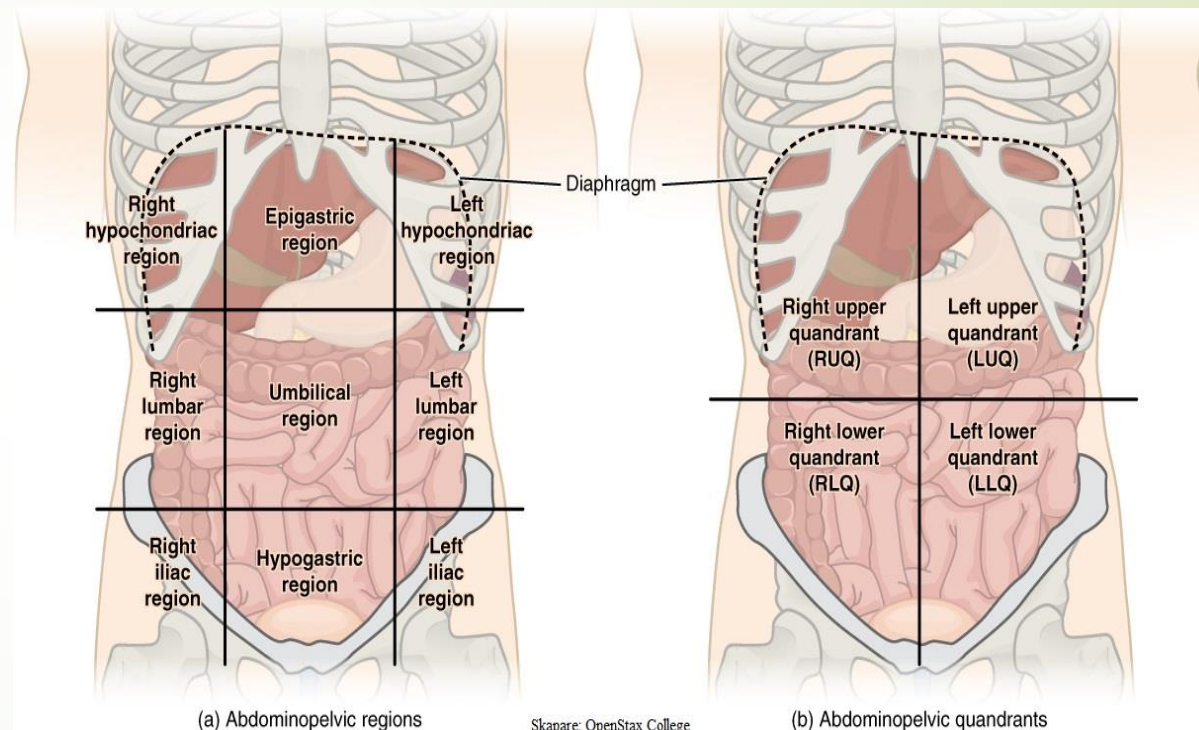
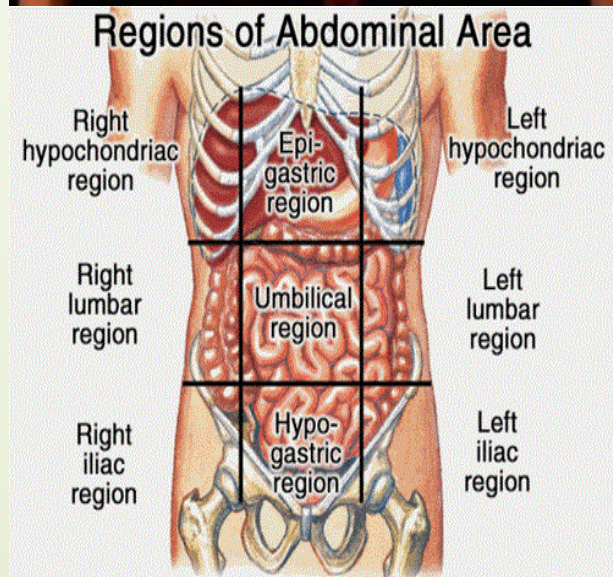
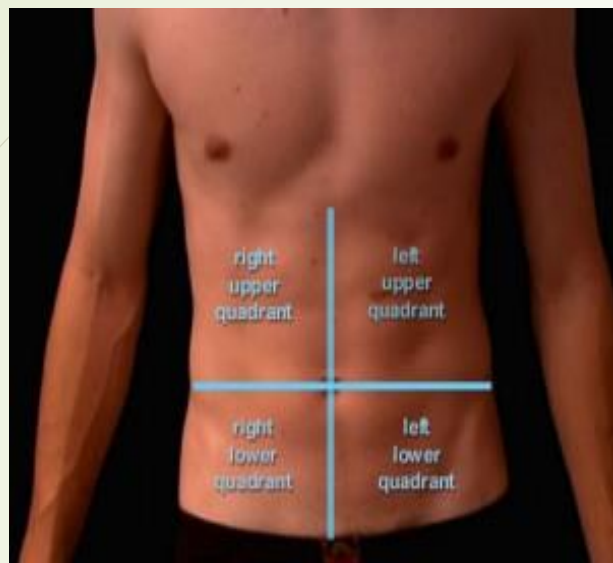
- ❖ در سمع قفسه سینه به کاهش و یا عدم وجود صداهای تنفسی طبیعی که حاکی از نشت هوا، خون و یا مایع در فضای پلور است، توجه کنید. (کاهش صدای واضح در یک طرف به آسیب ریه در آن سمت اشاره دارد)
- ❖ وجود صداهای تنفسی غیر طبیعی نظیر ویز که بیانگر اسپاسم برونشها، صدای کراکل و رال که بیانگر وجود تجمع در مایع در آلوئولها و استریدور که بیانگر انسداد در راه هوایی فوقانی است، توجه کنید.



معاینه شکم

علائم مهم شکمی و مناطق مختلف شکم

مناطق شکمی به ۲ شکل تقسیم بندی میشوند: کوادرانهای شکمی و مناطق شکم



Skapare: OpenStax College

Titel: Anatomy & Physiology

Kalla: <http://cnx.org/content/col11496/1.6/>



کدام اعضا در کدام کوادران قرار میگیرند :

ربع RUQ: کبد و کیسه صفرا و در افراد لاغر کلیه

ربع RLQ: آپاندیس و لوپهای روده ای

ربع LUQ: طحال که توسط دنده های ۹ و ۱۰ و ۱۱ محافظت میشود.

ربع LLQ: کولون سیگموئید

ناحیه هایپوگاستر یا سوپراپوبیک : مثانه و رحم

دردهای شکمی : در مورد دردهای شکمی باید حتما پرسیده شود که درد حاد بوده است یا مزمن ؟ ناگهانی شروع شده یا به تدریج ؟ کی شروع شده ؟ چقدر طول کشیده ؟ علائم همراه ؟ به کجا تیر میکشد ؟ درد حالت عود کننده است یا خیر ؟ دیابت یا بیماری زمینه ای دارد ؟ در خانمها حتما سابقه کیست تخمدان و **LMP** و بارداری پرسیده شود . آیا بیمار علائم گوارشی مثل بی اشتها و تهوع و استفراغ دارد ؟ تب ؟ علائم ادراری ؟ زردی ؟ تغییر رنگ ادرار یا مدفوع ؟ محل درد را با دست نشان دهد . شرح حال دارویی ؟ مصرف الکل یا مواد مخدر ؟



حال بر اساس اینکه کدام کوادران درگیر باشد؟ شرح حال و معاینه را محدود به آن ناحیه میکنیم.
مثلا:

1. درد دور ناف با انتشار به **RLQ** که تدریجی ایجاد شده و با تب و بی اشتها و تهوع و استفراغ همراه باشد و تندنس و ریباند تندنس **RLQ** در نقطه مک بورنی داشته باشد به نفع آپاندیسیت میباشد.
2. درد **RUQ** یا اپیگاستریک که همراه با تندنس این ناحیه با انتشار به نوک اسکاپولای راست یا بین دو اسکاپولا همراه با تهوع و استفراغ و تندنس **RUQ** به نفع کله سیستیت میباشد.
3. درد اپیگاستر یا **LUQ** همراه با **N/V** (تهوع و استفراغ) و تندنس این ناحیه احتمال پانکراتیت.
4. درد **LLQ** و تندنس ناحیه : به نفع کولیت .
5. دردهای ناگهانی شکمی اکثرا در هایپوگاستر همراه با تندنس و **N/V** و سابقه کیست تخمدان : احتمال تورشن کیست تخمدان یا راپچر کیست تخمدان .
6. درد هایپوگاستر به همراه خونریزی واژینال و سابقه پرئود عقب انداخته : احتمال حاملگی نابجا (**EP**) .
7. درد شکمی و پهلوی در یک خانم حامله به همراه خونریزی واژینال : احتمال سقط
8. درد پهلوها (**Flank**) به همراه علایم ادراری و تب و هماچوری و تندنس پهلو به نفع پیلونفریت است .
9. درد ناگهانی پهلو به همراه احتباس ادراری و سابقه هماچوری احتمال سنگ کلیه است .



معاینات شکم : شامل ۴ مرحله است به ترتیب : مشاهده - سمع - دق - لمس

ترتیب معاینه در شکم فرق دارد و سمع در مرحله ۲ است زیرا اگر لمس یا دق قبل از آن انجام دهیم ممکن است شکم دچار اسپاسم شود و سمع مختل میشود.

مرحله مشاهده: به ظاهر پوست - توده ها - عروق سطحی - استریاها و فرورفتگی و آسیت و علایم تروما دقت میکنیم.

نکته: آسیت تجمع مایع در شکم می باشد که به دلیل جاذبه در حالت خوابیده به پهلوها کشیده میشود و علامت مهم بیماری کبدی و کلیوی و نارسایی قلبی شدید است.



در مشاهده وجود هر گونه زخم، خراشیدگی و کبودی، اکیموز (خون مردگی) خصوصا در اطراف ناف (**Cullen**) و پهلوها (**Gery Turner**)، له شدگی، بیرون زدگی احشا و باقی ماندن جسم خارجی میتواند دلیلی بر وجود آسیبهای احشا داخلی باشد.

وجود اتساع یا دیستانسون (برآمدگی) میتواند علامت تجمع خون و مایع در اثر خونریزی یا تجمع هوا و گاز و محتویات روده در اثر انسداد روده ها باشد.

کوفتگی عرضی به ویژه در ناحیه ناف بیانگر آسیب در اثر بستن ناصحیح کمربند ایمنی است (علامت کمربند ایمنی) که در ۵۰ درصد موارد همراه با آسیب روده ای است.

مرحله سمع

با دیافراگم گوشی به صداهای روده ای به مدت ۱ دقیقه گوش می دهیم. (نرمال : ۵ الی ۳۴ عدد در دقیقه است) بازگشت صداهای روده ای در **PO** کردن بیمار بعد از جراحی های شکمی اهمیت دارد . اهمیت دیگر صداهای روده ای در انسدادهای روده ای است



دق (percussion) :

روشی است که در آن به سطح بدن ضربه وارد میشود تا صداهای قابل سمع و ارتعاشات قابل احساس استخراج شود. روش دق بصورت مستقیم و غیر مستقیم مورد استفاده قرار میگیرد.

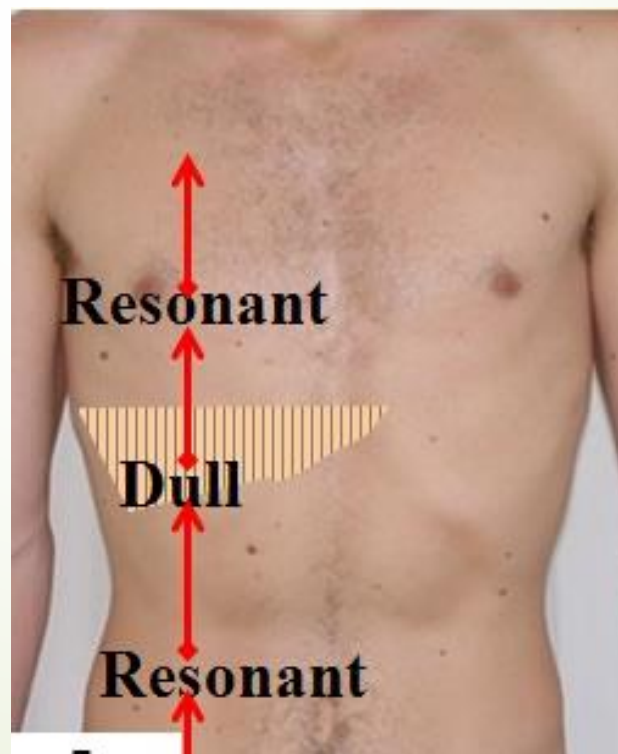
دق پنج نوع صدا ایجاد میکند:

- خمیری **Flatness** (بافتهای بسیار متراکم نظیر استخوان)
- صدای دال **Dullness** یا سنگین ، که صدای خفه و آهسته است. (بافت متراکم مثل کبد – قلب ...)
- صدای رزونانس **Resonance** صدای خالی (ریه پر از هوا)
- هیپررزونانس **Hyper Resonance** (ریه های مبتلا به آمفیزم)
- صدای تیمپان **Tympany** صدای موزون و طبل مانند (معدة پر از هوا)



دق شکم : در تشخیص نحوه انتشار گازهای شکمی و تشخیص توده ها و ارگانومگالی (بزرگ شدن احشا) کمک میکند . در مناطقی که گاز وجود دارد : صدای تیمپان و در مناطق توده یا مایع صدای دال شنیده میشود.

با دق کردن حاشیه کبد و مثانه پر را نیز میتوان تشخیص داد . برای تشخیص محل کبد از ناحیه نیپل راست به پایین دق میکنیم که هر جا صدا از رزونانت به دال تغییر یافت نشانه حاشیه بالای کبد است (یادآوری : ریه رزونانت **Resonant** است) و با ادامه دادن به سمت پایین هر جا دال به تیمپان تغییر یافت نشانه حاشیه پایین کبد است. تا ۳ سانت زیر دنده کبد بصورت نرمال لمس میشود. بزرگتر از آنرا هیپاتومگالی مینامیم.





لمس شکم: ابتدا لمس سطحی و سپس لمس عمقی انجام میدهیم .

برای لمس کبد سمت راست بیمار می ایستیم و کبد را لمس میکنیم

برای لمس طحال سمت چپ بیمار می ایستیم و طحال را لمس می کنیم . دست چپ را زیر پهلوی چپ می گذاریم و به سمت بالا فشار می دهیم و با دست راست به پایین فشار می دهیم و طحال را لمس می کنیم .

لمس کلیه ها : برای کلیه چپ سمت چپ می ایستیم و دست راست را از پشت به قدام فشار میدهیم و با دست چپ کلیه را لمس میکنیم و برای کلیه راست سمت راست می ایستیم و دست چپ را پشت کلیه قرار میدهیم و به قدام فشار میدهیم و با دست راست کلیه را لمس میکنیم.



Umbilicus





لمس شکم در پیش‌بیمارستان باید به صورت سطحی و با فشار ملایم با نوک انگشتان به صورت دورانی و منطقه به منطقه است.

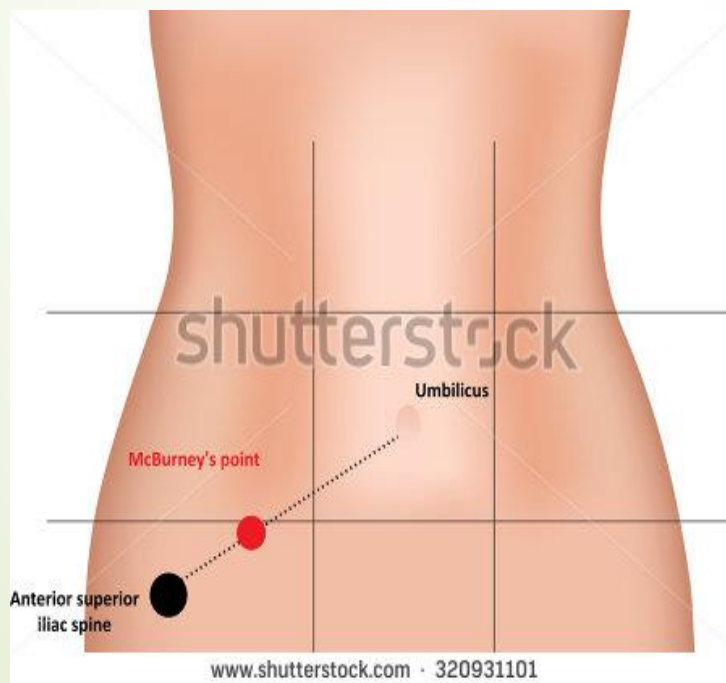
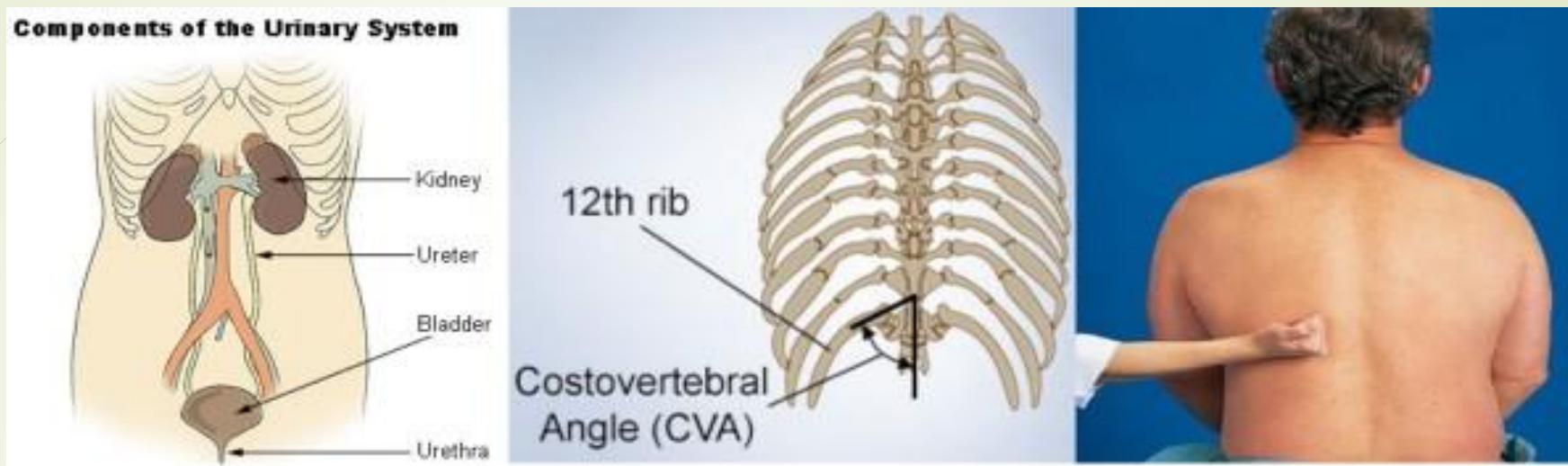
با این تکنیک که نوک انگشتان یک دست خود را روی پشت انگشتان دست دیگر خودتان قرار دهید و با دستی که در بالا قرار گرفته آرام روی شکم فشار وارد کنید و دنبال علایم زیر باشید :

- **تندرns یا حساسیت :** وجود تندرns بیانگر درد با منشا داخل حفره شکمی است.
- **ریباند تندرns یا تندرns برگشتی** که میتواند ریباند مستقیم یا غیر مستقیم باشد. در ریباند مستقیم بعد لمس هنگامیکه فشار برداشته میشود درد تشدید می‌یابد. در ریباند غیرمستقیم با فشار در یک ناحیه بیمار در ناحیه‌ای دیگر اظهار درد میکند.
- **گاردینگ شکم :** سفت شدن عضلات شکم در هنگام لمس است و به دو صورت ارادی و غیر ارادی است. در گاردینگ ارادی بیمار در مقابل لمس شما عضلات شکمش را سفت میکند تا درد کاهش یابد. گاردینگ غیر ارادی در هنگام لمس، عضلات شکم از ابتدا سفت است.
- **سفتی شکم :** وضعیتی است که در آن به دلیل تحریک پری‌توئن (حفره صفاقی) شکم شبیه به چوب سفت می‌شود و میتواند ناشی از آزاد شدن مواد شیمیایی در حفره صفاقی باشد. نظیر پارگی روده‌ها و مثانه.

نکته : بعد از آن که در معاینه علایم گاردینگ و درد شکم دیده شد دیگر به لمس این ناحیه ادامه ندهید.



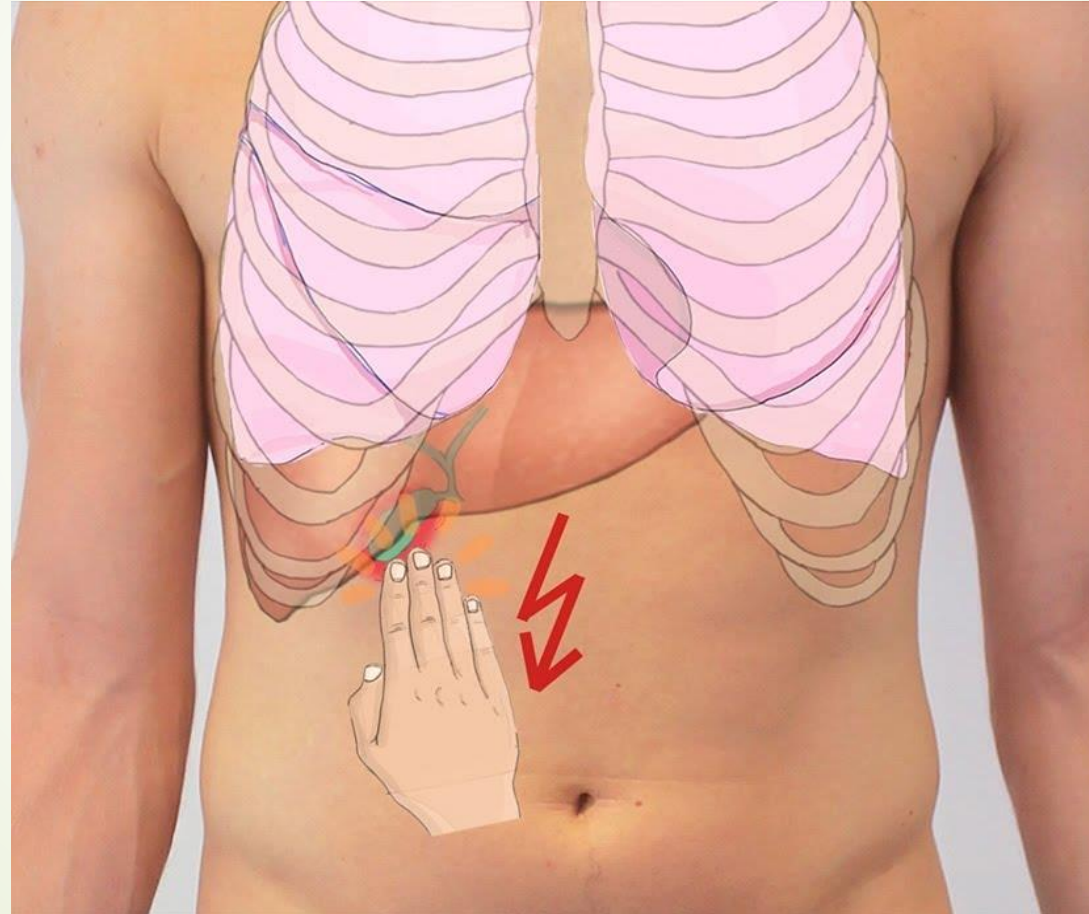
CVA Tenderness : تندرns زاویه کوسٲوورٲبرال که نشانه ای از پیلونفریت است .



تندرns مک بورنی : نشانه ای از آپاندیسیت است.



Murphy sign : تندرns ناحیه RUQ در کله سیستیت حاد





معاینه لگن

لگن ارگان‌هایی نظیر مثانه و رحم را در خود جای می‌دهد. آسیب و شکستگی‌های لگنی می‌توانند موجب خونریزی شدید داخلی شده و به سرعت وضع عمومی بیمار را به وخامت ببرند. معاینه فیزیکی لگن به دو شکل مشاهده و لمس انجام می‌شود.

مشاهده : در مشاهده، لگن از نظر وجود خراشیدگی، کوفتگی، خونریزی یا تغییر شکل ارزیابی می‌شود. همچنین در مشاهده، ناحیه تناسلی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این ناحیه از نظر زخم، پارگی، خونریزی، ادم و غیره بررسی می‌شود. ادم اندام تناسلی یا خونریزی از پیشابراه از علائم شکستگی لگن و سایر آسیب‌ها در این ناحیه می‌باشد.

لمس : فقط باید یکبار لگن را برای وجود یا عدم وجود ناپایداری لمس کرد و لمس اضافه می‌تواند باعث تشدید خونریزی یا آسیب ستون مهره‌ای شود.

برای لمس ابتدا به آرامی کمرست‌های ایلیاک را به سمت داخل فشار دهید تا متوجه ناپایداری، تندرns و کریپتوس شوید. سپس به کمک پاشنه دست‌ها فشار آرامی در جهت قدامی خلفی به ناحیه سمفیز پوبیس وارد کنید تا از نظر وجود درد و تندرns بررسی شود.

درد، تندرns، کریپتوس و ناپایداری بر اثر فشار از نشانه‌های آسیب و شکستگی لگن است. وجود ناپایداری در لگن شک به خونریزی و احتمال وقوع شوک هیپوولمیک را بیشتر می‌نماید.

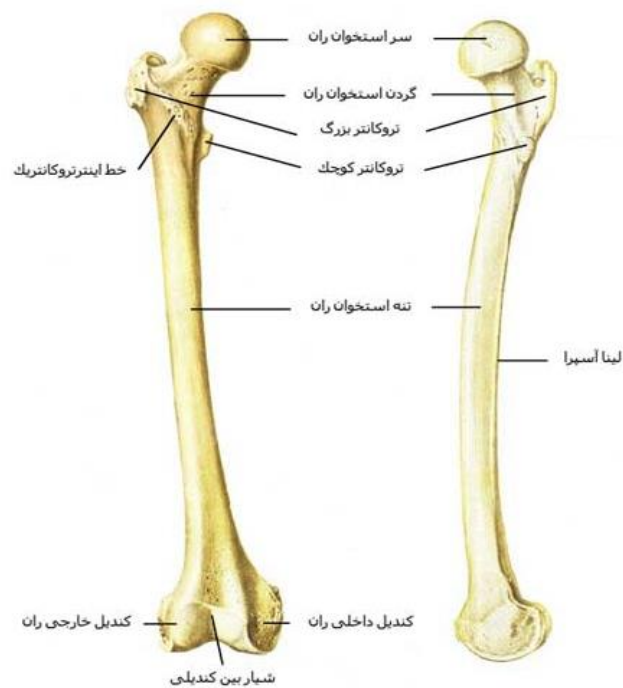
نکته : در بیماری که دفورمیتی واضح لگن دارد یا از درد و تندرns لگن شاکی است، لمس و معاینه انجام نمی‌گردد.



معاینه فمور

استخوان فمور بلند ترین استخوان بدن است. قسمت پروگزیمال آن در حفره استابولوم با استخوان لگن مفصل شده و مفصل هیپ را تشکیل می‌دهد و قسمت دیستال آن با استخوان های تیبیا و فیبولا مفصل زانو را می‌سازد. استخوان فمور توسط عروق بزرگ و عضلات غنی از خون احاطه شده است بنابراین آسیب به آن همیشه با اتلاف مقادیر زیادی خون همراه بوده و می‌تواند سریعاً به شوک هیپوولمیک مصدوم بیانجامد. همچنین تنه استخوان فمور دارای بافت چربی بوده و با شکستگی آن احتمال ورود قطرات چربی به داخل جریان خون و بروز آمبولی چربی وجود دارد. آسیب‌های استخوان فمور شامل شکستگی گردن استخوان و شکستگی تنه استخوان فمور است.

استخوان ران



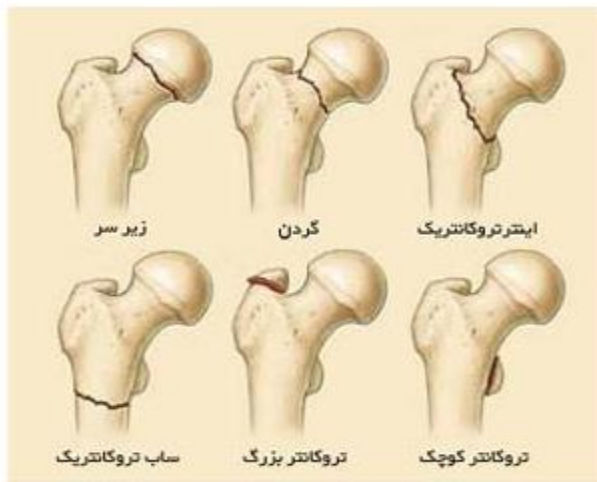


علائم شکستگی گردن استخوان فemor:

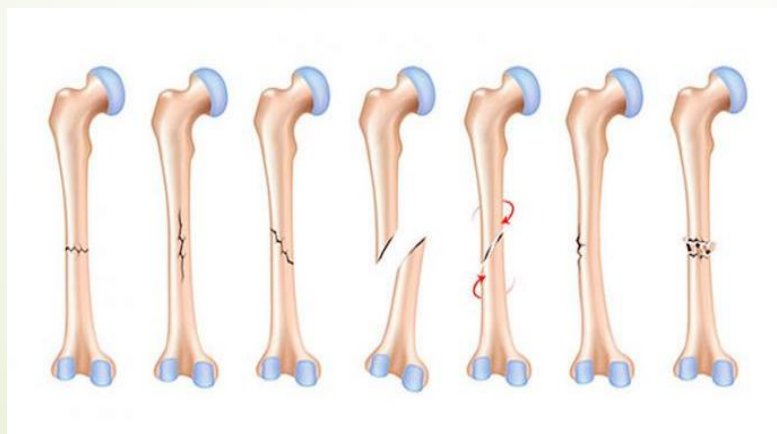
- درد شدید در ناحیه هیپ
- ایجاد درد بسیار شدید با هر نوع حرکت مفصل هیپ
- تورم قابل توجه در ناحیه
- چرخش پای آسیب دیده به سمت خارج
- کوتاه شدن اندام نسبت به اندام مقابل

علائم شکستگی تنه استخوان فemor:

- درد و تورم شدید در ناحیه آسیب دیده
- دفورمیتی قابل ملاحظه در محل شکستگی
- مشاهده سر استخوان شکسته و خونریزی در شکستگی باز
- استخوان فemor شکسته کوتاهتر از استخوان مجاور به نظر می رسد که این به دلیل انقباض عضلات ران و نیز لغزش دو انتهای استخوان روی یکدیگر است
- پا در اندام آسیب دیده به سمت خارج می چرخد



تقسیم بندی شکستگی های بالای استخوان ران در ناحیه لگن





آسیب مفصل هیپ

سر استخوان فمور در حفره استابولوم لگن قرار گرفته و مفصل هیپ را به وجود می آورد. دررفتگی مفصل هیپ زمانی اتفاق می افتد که سر استخوان فمور از کاسه مفصل یا حفره استابولوم خارج شود که به دو صورت دیده می شود :

دررفتگی خلفی مفصل هیپ : زمانی اتفاق می افتد که نیروی زیادی از سمت دیستال به استخوان فمور وارد شود که می تواند باعث دررفتن سر استخوان فمور از حفره استابولوم شود (در تصادفات با اتومبیل زانوی مصدوم توسط داشبورد متوقف شده و بدن وی به طرف جلو پرتاب می شود. نیروی وارد بر استخوان فمور باعث در رفتن سر استخوان از طرف خلف مفصل می گردد).

علائم دررفتگی خلفی هیپ

- وجود درد، تندرns و دفورمیتی به شکل برآمدگی سر استخوان در ناحیه مفصل هیپ
- عدم توانایی مصدوم در حرکت اندام تحتانی مبتلا
- چرخش به سمت داخل اندام تحتانی مبتلا و نزدیک شدن اندام به قسمت میانی بدن
- دررفتگی خلفی هیپ می تواند عصب سیاتیک را که درست از پشت مفصل هیپ عبور می کند تحت فشار قرار داده و باعث اختلالات حسی و حرکتی در پای طرف مبتلا گردد



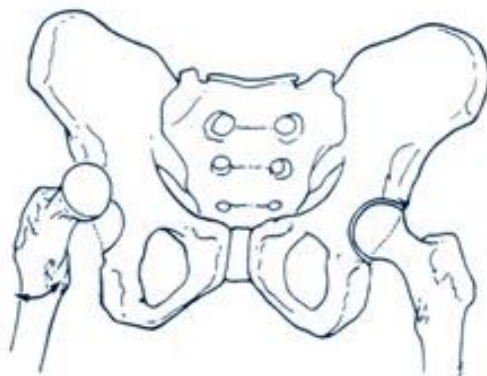
مکانیسم دررفتگی خلفی هیپ



دررفتگی قدامی مفصل هیپ: کمتر شایع است و به دنبال دور شدن دو پا از یکدیگر و با نیروی زیاد ایجاد می شود. استخوان فمور از قسمت قدامی مفصل هیپ خارج می شود و بیشتر در اثر سقوط از بلندی ایجاد می شود.

علائم دررفتگی قدامی مفصل هیپ

- وجود درد، تندرns و دفورمیتی به شکل تورفتگی در ناحیه مفصل هیپ
- عدم توانایی مصدوم در حرکت دادن اندام تحتانی مبتلا
- چرخش به سمت خارج اندام تحتانی مبتلا
- دور شدن اندام تحتانی مبتلا از قسمت میانی بدن
- اندام مبتلا کمی کوتاهتر از اندام مقابل به نظر می رسد



دررفتگی قدامی هیپ

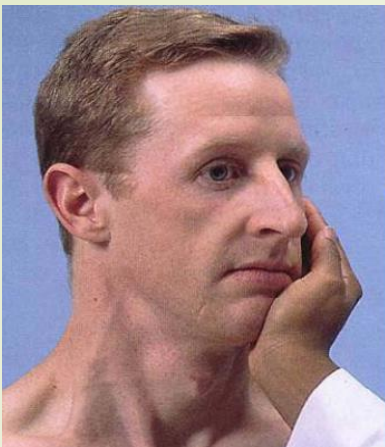


معاینات نورولوژی

قدرت و تون عضلانی

- ❖ قدرت و تون عضلانی را در حین بررسی دامنه حرکتی مفصل می توان کنترل کرد.
- ❖ تون عضلانی مقاومت کم عضلانی است که توسط معاینه کننده همگامی که اندام در حالت استراحت است و یا هنگامی که بطور غیر فعال توسط پرستار در حال انجام دامنه حرکتی است قابل لمس است.
- ❖ جهت بررسی تون عضلانی بیمار باید اندام خود را شل یا آویزان کند، (در بیمارانی که درد دارند انجام این کار مشکل است) سپس اندام را با دست حمایت کنید و هر عضو را بگیرید و در دامنه حرکتی طبیعی آن را به حرکت در آورید. تون طبیعی ایجاد مقاومت خفیفی در برابر حرکت از خود نشان می دهد.
- ❖ برای بررسی تون عضلانی از بیمار می خواهیم که پوزیشن ثابتی را اختیار نماید.

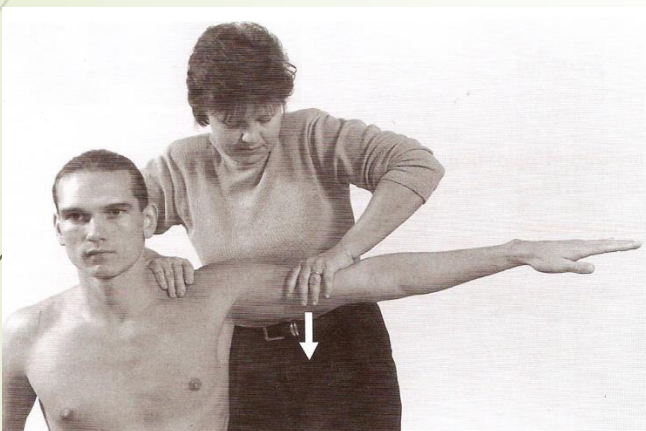




مانورهای بررسی قدرت عضلانی

:sternocleidomastoid manual muscle test

دست خود را به آرامی روی فک مددجو قرار می‌دهیم و از او می‌خواهیم سر را به کنار مخالف جهت حرکت دهد و علیه فشار وارده مقاومت از خود نشان دهد.



:deltoid manual muscle testing



:hip strength testing



نیستاگموس

❖ نیستاگموس حرکات غیرارادی، منظم و لرزشی چشمهاست که به دو صورت پاندولی (**Pendular**) و پرشی (**Jerky**) دیده میشود. در نوع پاندولی حرکات رفت و برگشتی چشمها یکسان است ولی در نوع پرشی دو مرحله دارد:

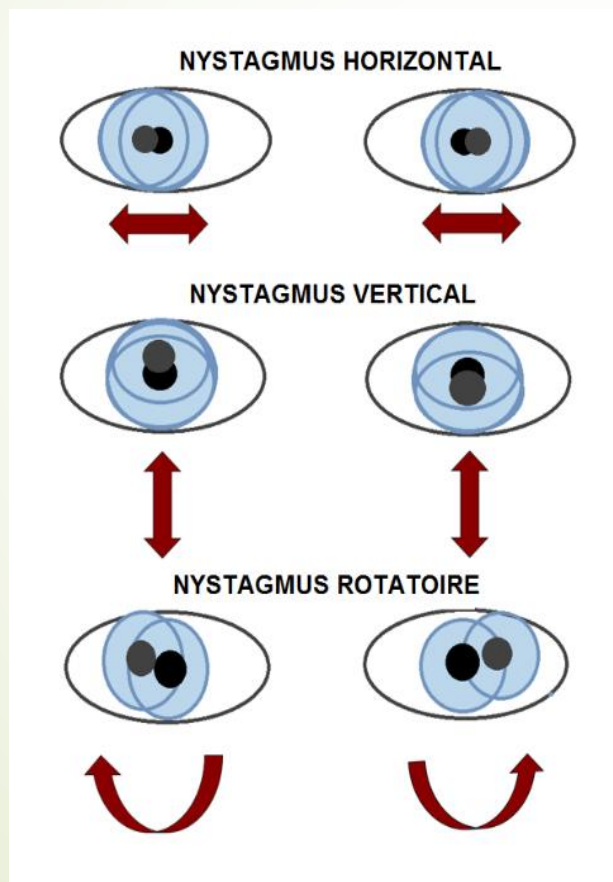
- فاز تند
- فاز کند

طبق تعریف جهت نیستاگموس بر پایه فاز تند آن معین می‌شود.

❖ از نظر جایگاه آناتومیک ایجاد کننده، نیستاگموس ممکن است مرکزی یا محیطی باشد. منظور از آسیبهای مرکزی ایجادکننده نیستاگموس، ضایعات واقع در ساقه مغز یا مخچه است. آسیبهای محیطی بروز دهنده نیستاگموس به دستگاه دهلیزی محیطی (گوشها) و بیماریهای آن مانند سندرم منیر (**Meniere**) و لایبرنتیت حاد مربوط است.



❖ از نظر راستای حرکت چشم، نیستاگموس ممکن است افقی، عمودی و یا چرخشی باشد. در آسیبهای مرکزی مانند ساقه مغز نیستاگموس ممکن است در راستاهای مختلف (افقی، چرخشی و یا عمودی) دیده شود در صورتی که در نوع محیطی نیستاگموس معمولاً افقی و یک جهتی و همراه با سرگیجه و تهوع شدید است.





سرگیجه (Vertigo)

سرگیجه حالتی است که بیمار تصور حرکت بدن یا محیط را دارد و معمولاً با علائمی مانند احساس پرتاب شدن، تهوع، استفراغ و یا آتاکسی راه رفتن همراه می‌باشد.

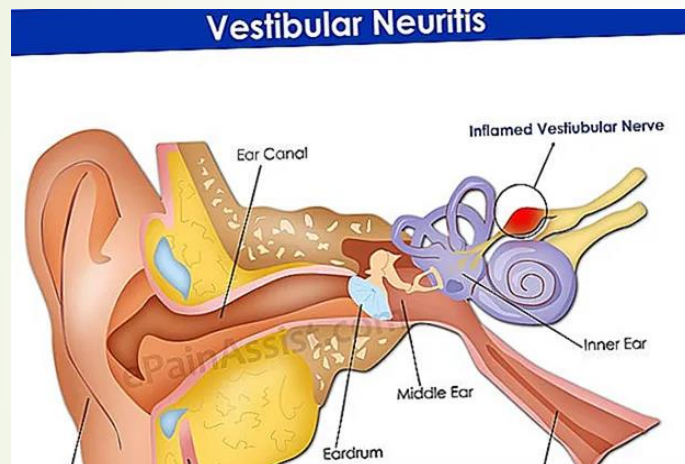


❖ سرگیجه باید از علائم احساس عدم تعادل غیر چرخشی (**Dizziness**) شامل احساس سبکی سر، غش کردن و یا گیجی که با احساس حرکت همراه نیستند افتراق داده شود. در سبکی سر بیمار احساس عدم تعادل می‌کند اما احساس حرکت وجود ندارد. بیمار می‌گوید سرم گیج رفت و یا چشم‌هایم سیاهی رفت.





❖ آسیبهای محیطی و مرکزی می توانند عامل سرگیجه باشند. آسیبهای محیطی مانند ضایعات لایرنت گوش داخلی و یا شاخه وستیبولی عصب شنوایی و آسیبهای مرکزی مانند اختلال در هسته های وستیبولی ساقه مغز و یا ارتباطات آنها. سرگیجه به ندرت دارای منشا کورتیکال میباشد به عنوان مثال در تشنجهای کانونی.



❖ افتراق سرگیجه محیطی از مرکزی:

سرگیجه محیطی معمولاً متناوب، کوتاه مدت و شدیدتر از سرگیجه مرکزی است. نیستاگموس همواره به همراه سرگیجه محیطی مشاهده می شود که معمولاً یک سویه بوده و هیچگاه عمودی نیست. ضایعات محیطی معمولاً سبب بروز علائم اختلال گوش داخلی و عصب شنوایی یعنی افت شنوایی و وزوز گوش می شوند.

سرگیجه مرکزی ممکن است همراه یا بدون نیستاگموس بروز نماید. نیستاگموس در صورت وجود ممکن است عمودی، یک یا چند سویه باشد. ضایعات مرکزی ممکن است سبب پیدایش نشانه های مربوط به ساقه مغز و یا مخچه مانند اختلالات حسی یا حرکتی، اختلال تکلم و یا آتاکسی اندامها شوند.



علل سرگیجه

• دلایل محیطی

- سرگیجه موضعی پاروکسیسمال خوش خیم (BPPV)
- نوریت دهلیزی (یا نورونیت) / لابیرنیت
- بیماری منیر
- جسم خارجی در مجرای گوش
- اوتیت میانی حاد
- فیستول پری لنفاتیک
- تروما

• دلایل مرکزی

- نارسایی شریان
- خونریزی یا انفارکتوس مخچه
- تومور
- سرگیجه میگرنی
- اسکروز چندگانه (MS)
- تروما پس از سانحه (شکستگی استخوان گیجگاهی و ...)
- عفونت (آنسفالیت، مننژیت، آبسه مغزی)
- صرع لوب گیجگاهی



ویژگی های سرگیجه محیطی و مرکزی

ویژگیها	سرگیجه محیطی	سرگیجه مرکزی
شروع	ناگهانی	تدریجی / ناگهانی
شدت	در ابتدا شدید است، اغلب با گذشت زمان کاهش می یابد	در اکثر موارد خفیف است اما در سگته مغزی و مولتیپل اسکلروزیس می تواند شدید باشد
مدت زمان	دوره های متناوب برای BPPV از ثانیه ها تا کمتر از یک دقیقه طول می کشد. ساعتها و روزهای مداوم برای التهاب عصب دهلیزی	معمولاً هفته ها، ماه ها (مداوم) اما می تواند چند ثانیه یا چند دقیقه با علل عروقی، مانند TIA گردش خون خلفی باشد
جهت نیستاگموس	معمولاً چرخشی و روبه بالا در BPPV کانال خلفی کلاسیک؛ افقی در کانال افقی BPPV؛ افقی – چرخشی در نوریت دهلیزی / لایبرنتیت	کاملاً عمودی، خودبخودی و کاملاً چرخشی ، تغییر جهت در نگاه جانبی، ضعیف
تأثیر موقعیت سر	باعث سرگیجه می شود (BPPV)؛ سرگیجه (نوریت دهلیزی) را بدتر می کند	معمولاً تغییرات کمی اتفاق می افتد اما با تغییر وضعیت سر می تواند بدتر شود
یافته های عصبی مرتبط	ندارد	معمولاً وجود دارد
یافته های شنیداری مرتبط	ممکن است وجود داشته باشد، از جمله وزوز گوش (بیماری منیر) و کم شنوایی (لایبرنتیت)	به ندرت



معاینه نورولوژیک در تشخیص سکته مغزی

- بر طبق گایدلاین انجمن قلب آمریکا، پنجمین علت اصلی مرگ و میر در جمعیت ایالات متحده سکته مغزی است.
- زمان یک عامل مهم در مراقبت های اضطراری سکته مغزی است. بنابراین، خدمات فوریت های پزشکی نقش عمده ای در مدیریت بیمار سکته مغزی دارند.
- یکی از مهمترین عواملی که در مراقبت و پیش آگهی بیمار تفاوت ایجاد می کند تشخیص زودرس سکته مغزی است. تشخیص زودرس سکته منجر به انتقال و درمان زود هنگام به بخش اورژانس می شود.

«BE FAST» نشانه های هشدار دهنده سکته مغزی است.





«BE FAST»

B: تعادل "balance" (از دست دادن هماهنگی حرکات)

E: چشم ها "eyes" (از بین رفتن دید یا تاری دید)

F: صورت "face" (افتادگی و شل شدن یک طرف چهره)

A: بازوها "arms" (قادر نیست هر دو بازو را بالا نگه دارد)

S: تکلم "speech" (قطع یا اختلال ناگهانی تکلم)

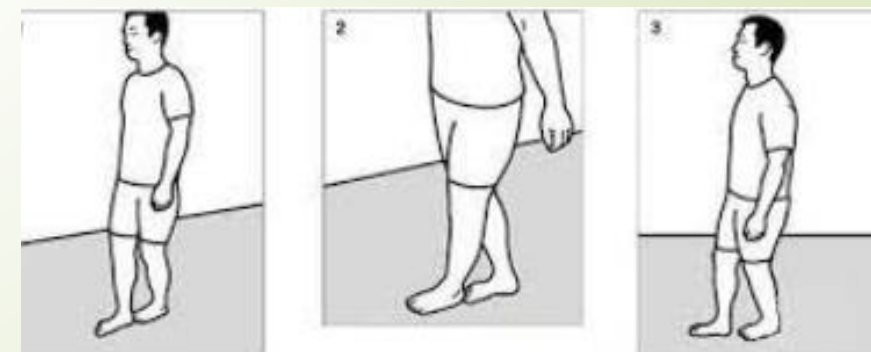
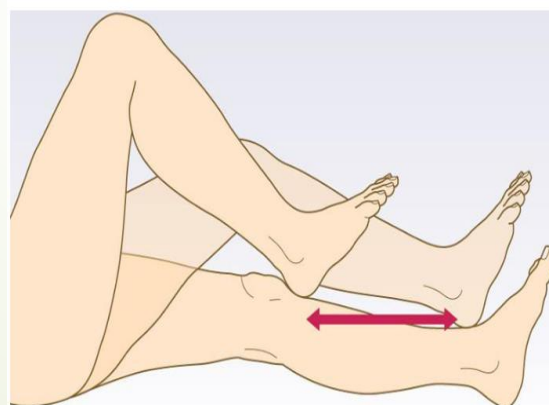
T: زمان "time" (فورا با ۱۱۵ اورژانس تماس بگیرد)

بررسی تعادل (B)

اختلالات تعادل ناشی از آسیب در مسیرهای وستیبولی محیطی و یا مرکزی ، مخچه و یا مسیرهای حس عمقی است. بیمار ممکن است از دست دادن تعادل (آتاکسی) را اعلام کند. همچنین ممکن است از احساس سرگیجه شکایت کند.

برای بررسی تعادل میتوان از تستهای زیر استفاده کرد:

1. بررسی نحوه صحبت کردن بیمار که در ضایعات مخچه به صورت مقطع و پرشی است.
2. بررسی وجود نیستاگموس در حرکات چشمها
3. تست **Finger to nose** : بیمار به طور متناوب انگشت اشاره یک دست خود را به نوک بینی اش زده و سپس به انگشت دست دیگرش یا دست پزشک که در مقابل صورت اش قرار دارد بزند.
4. تست **Heel-shin** : بیمار در حالت خوابیده به صورت طاقباز پاشنه یک پا را روی زانوی پای دیگر قرار میدهد و سپس آن را روی لبه پیشین استخوان درشت نی به طرف پایین بکشد.
5. تست **Tandem gait** یا **Heel-toe walking** : بیمار هنگام راه رفتن پاشنه یک پا را به جلوی انگشتان دیگر میچسباند و حرکت میکند.





بررسی بینایی (E)

از بین رفتن کامل یا جزئی از بینایی در یک چشم (نابینایی تک چشمی) ممکن است رخ دهد. بیمار همچنین ممکن است اختلال بینایی خود را به عنوان احساس پرده کشیده شده جلوی چشم، مه، یا تیرگی یا تاریکی چشم توصیف کند. نوشته ای را جلوی بیمار گرفته و از او می‌خواهید با هر چشم به صورت جداگانه بخواند.

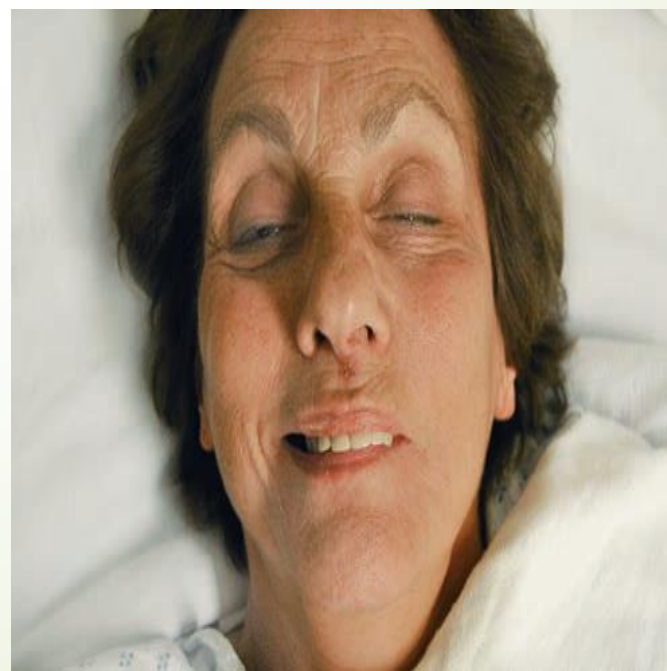
بررسی صورت (F)

با دستور دادن به بیمار برای لبخند زدن یا نشان دادن دندانها، صورت را از نظر افتادگی یکطرفه بررسی کنید. یافته غیر عادی افتادگی صورت است که حرکات صورت را نامتقارن می‌کند. گوشه لب یا چشم یا پلک و ابرو پایین می‌افتد.

طبیعی



غیر طبیعی





بررسی اندامها (A)

بیمار ممکن است توانایی احساس لمس یا درد را نداشته باشد یا دچار ضعف یا فلج شده باشد.

✓ به بیمار بگویید دستان خود را به سمت جلو بکشد به طوریکه کف دست به سمت بالا باشد (مثل دعا کردن با دستان باز) و چشم خود را به مدت ده ثانیه ببندد. به افتادن یکی از دستها توجه کنید.

در صورتیکه برایش امکان پذیر نبود :

✓ به بیمار بگویید " انگشت من را در مشت خود بفشار"، سپس قدرت فشردن دو دست را با هم مقایسه نمایید.

✓ به بیمار بگویید با پاهای خود به کف دست شما که مقابل پاهای اوست فشار آورد تا برابری قدرت اندامهای تحتانی را ارزیابی کنید.

❖ به هرگونه اختلاف قدرت بین دو طرف راست و چپ توجه کنید.





بررسی تکلم (S)

از بیمار بخواهید جمله‌ای که شما می‌گویید را بازگو کند. بیمار ممکن است کلمات را غلط بگوید یا درکی از دستور شما نداشته باشد و یا ممکن است کلمات را مبهم ادا کند یا کلامش در اصطلاح کج و معوج است.





بررسی زمان (T)

در صورت وجود علائم یا نشانه های **F**، **A** یا **S** از کلمه اختصاری **B.E.F.A.S.T** در ارزیابی، حتی اگر علائم یا نشانه ها به سرعت برطرف شود، باید **EMS** فراخوانی شود تا فرد در اسرع وقت به بیمارستان منتقل شود. حتماً به زمان ظهور اولین علامت یا علائم توجه داشته باشید. یافته پیچیده تر پاسخ به این سوال است که "آخرین باری که بیمار را سالم دیده اید چه زمانی بوده؟" این سوال برای تیم پزشکی ارائه دهنده مراقبت از سکته مغزی بسیار مهم است.

از آنجا که زمان در معالجه بیمار سکته مغزی بسیار حیاتی است، بسیار مهم است که مردم بتوانند علائم و نشانه های پایه ای و ناگهانی سکته مغزی را به راحتی تشخیص دهند.

برای تسهیل تشخیص آسان توسط عموم، انجمن سکته مغزی آمریکا کلمه اختصاری **B.E.F.A.S.T** را توسعه داد.





- افتادگی صورت F. –Facial Droop

– آیا یک طرف صورت آویزان است یا بیمار بی حسی یک طرف صورت را تجربه می کند؟ از فرد بخواهید برای تشخیص افتادگی صورت لبخند بزند.

- ضعف دست و A. Arm Weakness

– آیا دست یا بازوی یکطرف بدن فلج، ضعیف یا کرخت است؟ از بیمار بخواهید که هر دو **بازو** را بالا ببرد تا بررسی کنید که آیا یک بازو بلند نمیشود یا اینکه یک بازو پس از بلند شدن به سمت پایین کشیده میشود.

- دشواری گفتار S-Speech Difficulty

– آیا فرد **گفتار شل** دارد یا نمی تواند صحبت کند یا اینکه هنگام حرف زدن **معنایی** ندارد؟ از فرد بخواهید یک جمله ساده مانند "**آسمان آبی است**" را تکرار کند تا مشخص کند که کلامش در اصلاح کج و معوج است یا نه ، آیا می تواند از دستور آن اطاعت کند یا اینکه کلمات به درستی تکرار می شوند.

- زمان تماس با اورژانس. T– Time to Call

– در صورت وجود علائم یا نشانه های F، A یا S از کلمه اختصاری F.A.S.T. در ارزیابی، حتی اگر علائم یا نشانه ها به سرعت برطرف شود، باید EMS فراخوانی شود تا فرد در أسرع وقت به بیمارستان منتقل شود. حتماً به زمان ظهور اولین علامت یا علائم توجه داشته باشید. یافته پیچیده تر پاسخ به این سوال است که "**آخرین باری که بیمار را سالم دیده اید چه زمانی بوده**"؟ این سوال برای تیم پزشکی ارائه دهنده مراقبت از سکتة مغزی بسیار مهم است.



پس هر یک از یافته های زیر در معاینه فیزیکی **به شدت نشان دهنده سکتة مغزی است:**

- هنگامی که از بیمار خواسته می شود لبخند بزند یا دندان های خود را نشان دهد، **یک طرف صورت آویزان** است.
- وقتی بازوهای بیمار به مدت ۱۰ ثانیه با چشمان بسته رو به جلو نگه داشته میشود، **یک بازو قادر به ماندن در این وضعیت نیست یا به سمت پایین** می افتد. یا وقتی از او میخواهید با **دستانش انگشت شما را بفشارد**، دست در یک سمت بدن **ضعیف** است و یا اصلاً **قدرت فشردن** ندارد.
- هنگامی که از بیمار خواسته می شود جمله "آسمان ابی است" را بگوید **کلمات خود را** **مبهم** بیان میکند، از **کلمات اشتباه** استفاده می کند یا **نمی تواند صحبت** کند.



سایر علایم احتمالی سکته مغزی شامل:

- تغییر سطح هوشیاری از سیاهی رفتن چشم یا گیجی ناگهانی تا عدم پاسخگویی کامل
- شروع ناگهانی فلج (پلژی) یا ضعف (پارزی) در صورت، بازو، دست یا پا، به ویژه در یک طرف بدن
- بی حسی یا از دست دادن حس در یک طرف بدن
- اختلالات گفتاری - گفتار منقطع، بی نظم یا نامفهوم (دیس آرتری) تا از دست دادن کامل گفتار
- از دست دادن کنترل مثانه یا روده
- مردمک های نابرابر
- اختلال یا از دست دادن بینایی در یک یا هر دو چشم - دوبینی
- تهوع و استفراغ
- شروع ناگهانی سردرد شدید، که اغلب تحت عنوان "سردرد رعد آسا" شناخته می شود.
- تشنج
- عدم توانایی در درک آنچه شما می گوید
- عدم توانایی در ساختن کلمات جهت گفتگو
- عدم هماهنگی اندام ها، معمولاً در یک طرف
- تعادل کم، به هم ریختگی در حرکات یا مشکل در راه رفتن (آتاکسی)
- کاهش شنوایی یک طرفه
- حساسیت به نور یا صدا
- سرگیجه
- اختلال حس در یک سمت بدن



GENERAL SIGNS AND SYMPTOMS OF STROKE

Decreased consciousness.

Change in personality.

Severe headache.

Pupils unequal in size.

Drooping eyelid and mouth
on one side of face.

Loss of vision, dimness, or double vision.

Paralysis or weakness on one or
both sides of the body.

Difficulty speaking or
slurred speech.

Arm drift.

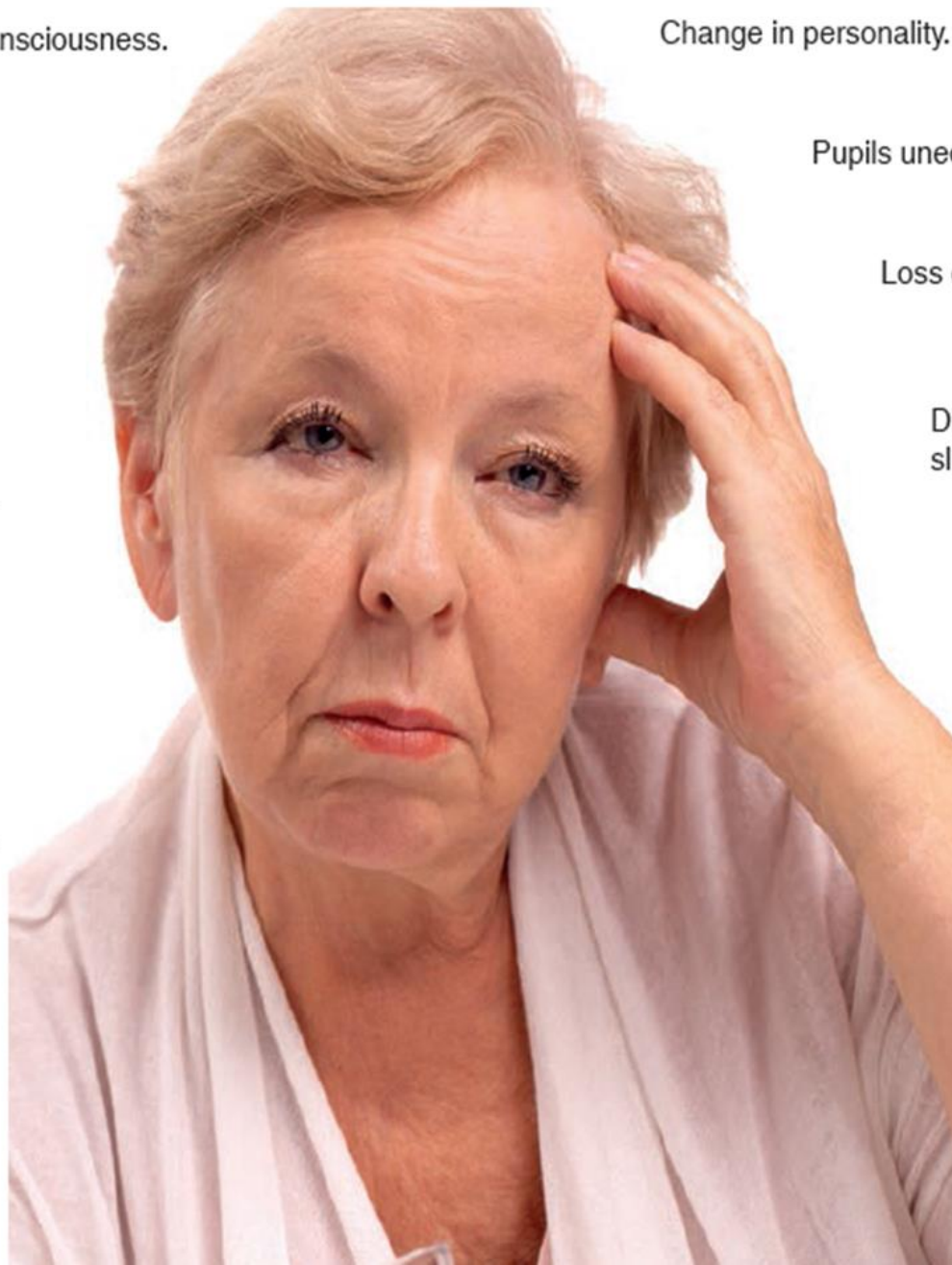
Inability to speak.

Loss of bowel or bladder control.

Nausea or vomiting.

Possible seizures.

Sudden weakness or paralysis
of face, arm, or leg.



سپاس