

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

Α. Τ. Ε. Ι ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.»**

Χαϊδεμένος Ιωάννης
Κωνσταντινίδου Αγγελίνα

Επιβλέπουσα : Κα. Εριφύλη Διαμαντοπούλου

Θεσσαλονίκη, Οκτώβριος 2008

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παιδιατρική αξιολόγηση περιλαμβάνει εξατομικευμένα σχέδια φροντίδας που εστιάζονται σε διάφορες πλευρές της παιδιατρικής νοσηλευτικής, συμπεριλαμβανομένων των οξέων παθήσεων σε ενδονοσοκομειακή βάση, της περιεγχειρητικής φροντίδας, των διαγνωστικών μελετών και της φροντίδας στο σπίτι. Αυτά τα σχέδια φροντίδας που έχουν ενημερωθεί και αναθεωρηθεί πρόσφατα, παρέχουν βασικές πληροφορίες για ειδικές διαταραχές, θεραπείες, παρεμβάσεις στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται με παιδιατρικούς ασθενείς.

Επειδή τα παιδιά διαφέρουν από τους ενήλικες, τόσο από παθοφυσιολογικής όσο και από ψυχολογικής άποψης, η φροντίδα τους θεωρείται ξεχωριστή ειδικότητα. Για την καλύτερη ανταπόκριση στις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών χρειάζεται, σωστή αξιολόγηση της οργανικής κατάστασης του παιδιού καθώς και η δημιουργία ενός νοσηλευτικού ιστορικού που να καλύπτει όλες τις λειτουργίες του παιδιού για την σωστή αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Ανεξάρτητα από το κλινικό πλαίσιο, οι νοσηλευτές χρειάζονται πρακτικές και εύχρηστες πληροφορίες για να προσφέρουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους παιδιατρικούς ασθενείς. Η σωστή αξιολόγηση και ένα προσεκτικό νοσηλευτικό ιστορικό θα βοηθήσει σε μια έγκυρη και σωστή διάγνωση με αποτέλεσμα την σωστή και έγκυρη θεραπεία. Κατά συνέπεια οι παιδιατρικοί ασθενείς θα λαμβάνουν την ειδική προσοχή και φροντίδα που χρειάζονται.

Στην προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούνται σεμινάρια παιδιατρικής νοσηλευτικής με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων του προσωπικού. Μέσα στα πλαίσια αυτής της προσπάθειας καθιερώθηκε ειδικότητα παιδιατρικής νοσηλευτικής. Αν και η ελληνική πραγματικότητα απέχει από τις πρακτικές που πραγματοποιούνται στο εξωτερικό ελπίζουμε σε ένα καλύτερο μέλλον και στην καλύτερη αντιμετώπιση των παιδιατρικών ασθενών.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία με τίτλο «Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση παιδιατρικού νοσηλευτικού ιστορικού» φιλοδοξεί να αποτελέσει έναν οδηγό με γενικές κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν την παιδιατρική.

Είναι γεγονός ότι η νοσηλευτική στην Ελλάδα δυστυχώς υστερεί σε σύγκριση με αυτή στην Ευρώπη και αυτό αποτέλεσε και το έναυσμα για την πραγματοποίηση αυτής της εργασίας όπου περιέχει βασικά κριτήρια αξιολόγησης του παιδιατρικού ασθενή από τους νοσηλευτές, πριν αυτός φτάσει στο γιατρό.

Η Ελληνική βιβλιογραφία ήταν ανεπαρκής ως προς το θέμα που μας απασχόλησε με αποτέλεσμα να οδηγηθούμε στην χρήση ξένης βιβλιογραφίας, η οποία αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν πλήρης και αρκετά εξελιγμένη. Βεβαίως η έκταση των επιμέρους θεμάτων σκόπιμα περιορίστηκε ώστε να δοθεί μια γενική εικόνα και γνώση αναφορικά με την αξιολόγηση των κατά μέρους συστημάτων.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι ορισμοί, οι σκοποί και οι στόχοι της αξιολόγησης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην διατροφική αξιολόγηση .

Στο τρίτο κεφάλαιο περιέχονται οι μετρήσεις της φυσικής ανάπτυξης και των ζωτικών σημείων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται η προετοιμασία του παιδιού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο και βασικό τμήμα της εργασίας γίνεται αναφορά στην αξιολόγηση όλων των συστημάτων. Ξεκινώντας από το κεφάλι και καταλήγοντας στα πόδια.

Στο έκτο κεφάλαιο καταγράφονται οι κατευθυντήριες γραμμές για την διαμόρφωση του παιδιατρικού ιστορικού και τέλος στο έβδομο και τελευταίο κεφαλαίο υπάρχει ένα διαμορφωμένο παιδιατρικό νοσηλευτικό ιστορικό.

Ορισμός αξιολόγησης :

Ως αξιολόγηση ορίζετε το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας με την οποία ο νοσηλευτής- τρία θα πρέπει να έχει μια πλήρη άποψη των αναγκών του ασθενή άσχετα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει .

Ο σκοπός της αξιολόγησης.

Σκοπός της αξιολόγησης είναι ο νοσηλευτής-τρια να αντιληφθεί σε όσο γίνεται μικρότερο χρονικό διάστημα την γενική κατάσταση του ασθενούς, να εκφέρει την πιθανότερη διάγνωση και να πράξει ανάλογα στην συνέχεια με σκοπό την αντιμετώπιση της υπάρχουσα κατάστασης με τον καλύτερο τρόπο. Η αξιολόγηση αποτελώντας την αρχή σύνταξης της νοσηλευτικής διεργασίας μπορεί να εκφραστεί ως πραγματική ή πιθανή κατάσταση. Για παράδειγμα ο ασθενής που έχει μείνει ακίνητος μπορεί να αξιολογηθεί ότι πάσχει από λύση της συνεχείας του δέρματος κάτι που σχετίζετε άμεσα με την ακινησία .

Τρεις είναι οι βασικοί τομείς της νοσηλευτικής αξιολόγησης:

- 1) Η ψυχολογική και κοινωνική εξέταση.
- 2) Η φυσική εξέταση.
- 3) Το νοσηλευτικό ιστορικό.

Σκοπός πραγματοποίησης της αξιολόγησης από τους νοσηλευτές στους παραπάνω τομείς γίνεται για:

- 1) Να περιγραφούν τα στοιχεία του ιστορικού για ένα νεογνό ή παιδί σε διάφορες ηλικίες.
- 2) Να περιγραφούν οι στρατηγικές για την συνεργασία ενός παιδιού που αξιολογείται.
- 3) Τροποποίηση της φυσικής αξιολόγησης σύμφωνα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.
- 4) Αναγνώριση τουλάχιστον 5 σημαντικών σημείων στην κατάσταση υγείας του παιδιού που χρειάζονται επείγουσα νοσηλευτική παρέμβαση.
- 5) Να γνωρίσουν το νεογνό, βρέφος, νήπιο, παιδί και τις ψυχοκινητικές του δυνατότητες.
- 6) Αναγνωρίσουν έγκαιρα τις περιπτώσεις πιθανής κακοποίησης του παιδιού.
- 7) Να παρέμβουν έγκαιρα για την πρόληψη επιπλοκών της ασθένειας.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να καταστεί ικανός να αναγνωρίσει και να αντιδράσει άμεσα σε περιστατικά που χρήζουν επείγουσα αντιμετώπιση.

Διατροφική αξιολόγηση.

Η εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών είναι απαραίτητη για μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση υγείας. Σκοπός της είναι η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του παιδιού και η κατάσταση ισορροπίας μεταξύ θρεπτικών συστατικών που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται.

Μια επαρκής διατροφική αξιολόγηση περιλαμβάνει:

- Διατροφικές συνήθειες
- Κλινική εξέταση
- Βιοχημικές αναλύσεις

1. Διατροφικές συνήθειες.

Η πληροφόρηση για της διατροφικές συνήθειες των παιδιών είναι σημαντικές για την διαιτητική αξιολόγηση. Ωστόσο είναι δύσκολη η συλλογή πληροφοριών από τα παιδιά γιατί συχνά δεν θυμούνται ούτε την ποσότητα που κατανάλωσαν και έτσι θεωρούνται μη αξιόπιστη πηγή πληροφοριών.

Οι ενήλικες από την άλλη πολλές φορές διστάζουν να εκφράσουν της διαφορετικές τους συνήθειες γιατί αισθάνονται ότι θα κριθούν αρνητικά. Άνθρωποι από διαφορετικές κουλτούρες έχουν δυσκολία να περιγράψουν τα φαγητά που καταναλώνουν. Παρά τις δυσκολίες η καταγραφή διατροφικών συνηθειών είναι απαραίτητη.

Για την καταγραφή των διαιτητικών συνηθειών των παιδιών πολλοί μέθοδοι χρησιμοποιούνται :

Διαιτητικό Ιστορικό.

Αρχή της διατροφικής αξιολόγησης αποτελεί το διαιτητικό ιστορικό οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για την λήψη ιστορικού ποικίλουν, όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο συγκεκριμένο και λεπτομερές θα πρέπει να είναι και το ιστορικό. Περιλαμβάνει τους οικονομικούς παράγοντες και τους παράγοντες κουλτούρας που επηρεάζουν την διαλογή του φαγητού και την προετοιμασία του. Γνωρίζοντας ότι οι πρακτικές προετοιμασίας κάθε κουλτούρας είναι σχετικές, είναι σημαντικό να δοθεί βάση όσον αφορά το είδος των ερωτήσεων και τις κριτικές που θα ειπωθούν. Τέλος η πιο κοινή κ πιθανόν ευκολότερη μέθοδος αξιολόγησης της καθημερινής πρόσληψης είναι η καταγραφή του τελευταίου 24ώρου.

Για να αυξήσετε την αξιοπιστία:

- Βάλτε την οικογένεια να συμπληρώνει ημερολόγιο διατροφής καταγράφοντας κάθε φαγητό και υγρά που καταναλώθηκαν για ορισμένο αριθμό ημερών .

2. Κλινική εξέταση.

Ένας σημαντικός αριθμός πληροφοριών όσων αφορά την διατροφική επάρκεια εκμαιεύεται από :

- Κλινική εξέταση (ειδικά από την αξιολόγηση του δέρματος)
- Μαλλιά
- Δόντια
- Χείλη
- Γλώσσα
- Μάτια

Ανθρωπομετρία.

Μια σημαντική παράμετρος της διατροφικής κατάστασης είναι η ανθρωπομετρία, δηλ. μέτρηση του ύψους, περίμετρος κεφαλής, αναλογίες κ περίμετρος βραχιονίου.

Το ύψος και η περίμετρος κεφαλιού αντανακλά την διατροφή του παρελθόντος, ενώ το ύψος , το δέρμα και η περίμετρος του βραχιονίου προσδίδουν την παροντική διατροφική κατάσταση (ιδιαίτερα των πρωτεϊνών και των λιπών). Η περίμετρος του πάνω μέρους του βραχιονίου μν συσχετίζεται με την μέτρηση της ολικής μυϊκής μάζας αφού οι μυς λειτουργούν ως δείκτες πρωτεΐνης του σώματος. Καταγράψτε τις μετρήσεις ανάπτυξης για μια χρονική περίοδο και στην συνέχεια συγκρίνετε την ταχύτητα της ανάπτυξης βασιζόμενοι σε προηγούμενες και τωρινές μετρήσεις.

Αναρίθμητα βιοχημικά τεστ είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης τα όποια περιλαμβάνουν ανάλυση του πλάσματος, κυττάρων ούρων, ιστών από το ήπαρ, οστών, μαλλιά ,νύχια. Πολλά από αυτά τα τεστ είναι περίπλοκα ταυτόχρονα όμως υπάρχουν και κοινές εργαστηριακές διαδικασίες που περιλαμβάνουν μετρήσεις όπως της αιμοσφαιρίνης, του αιματοκρίτη, αλβουμίνης και κρεατινίνης κ.α.

Εκτίμηση της διατροφικής αξιολόγησης .

Στο τέλος της λεπτομερούς διατροφικής αξιολόγησης εκτιμώνται τα ευρήματα για να σχεδιάσετε ακριβής συμβουλευτική.

Από τα δεδομένα που προκύπτουν ,αξιολογείται αν το παιδί είναι:

- Κακοσιτισμένο
- Διατρέχει κίνδυνο κακής σίτισης
- Τρέφεται με επαρκή ή όχι θρεπτικά συστατικά.

Αφού εκτιμηθούν οι πληροφορίες για τις συνήθειες και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας στην συνέχεια ενθαρρύνετε την οικογένεια για αύξηση των πρωτεϊνών στην διατροφή τους όπως για παράδειγμα κατανάλωση μεγαλύτερης ποσότητας κρέατος σε οικογένειες με μειωμένο προϋπολογισμό ή που χρησιμοποιούν σπάνια κρέας .

Συγκρίνετε ευρήματα από την κλινική εξέταση με τα δεδομένα από την διατροφική πρόσληψη. Για παράδειγμα σημάδια αναιμίας και διαιτητικά ευρήματα πρόσληψης τροφών με χαμηλό σίδηρο προτείνουν εργαστηριακή ανάλυση αιμοσφαιρίνης, αιματοκρίτη και σιδήρου.

Μετρήσεις φυσικής ανάπτυξης.

Οι μετρήσεις της φυσικής ανάπτυξης των παιδιών είναι το κλειδί στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Οι παράμετροι φυσικής ανάπτυξης παραλαμβάνουν :

- ❖ Ύψος.
- ❖ Βάρος .
- ❖ Πάχος δέρματος.
- ❖ Περίμετρος χεριού.
- ❖ Περίμετρος κεφαλής.

Αυτοί οι παράμετροι συλλέγονται σε ειδικά σχεδιαγράμματα και συγκρίνονται με το γενικότερο πληθυσμό, ένα από τα πιο γνωστά διαγράμματα προέρχεται από το διεθνές κέντρο για στατιστικές υγείας και αφορά αγόρια και κορίτσια διαφόρων ηλικιών. Συγκεκριμένα υπάρχουν δυο είδη διαγραμμάτων τα οποία περιλαμβάνουν δεδομένα που αφορούν παιδιά από 2 έως 3 ετών. Η διαφορά ανάμεσα σε αυτά τα δυο είναι ότι το ένα διάγραμμα βασίζεται στο ύψος όταν το παιδί είναι *ξαπλωμένο* ενώ το άλλο βασίζεται στο ύψος όταν το παιδί είναι *όρθιο*. Αυτές οι δυο μέθοδοι μέτρησης ύψους δεν

είναι σχετικές όσον αφορά την μέτρηση, αφού όταν το παιδί είναι ξαπλωμένο είναι μεγαλύτερο το μήκος σχεδόν κατά δυο εκατοστά. Αυτή οι διάφορα ανάμεσα στις δυο μέτρησεις μπορεί να οδηγήσει σε αποτελέσματα καθυστερημένης ανάπτυξης αν η πρώτη εξέταση γίνει με το παιδί ξαπλωμένο και η δεύτερη με το παιδί όρθιο με απόκλιση 2 εκ. από το μέσο γονικό ύψος.

Για την μέτρηση του MPH (μέσος όρος ύψους των γονέων), χρησιμοποιείστε την εξής κλίμακα:

- Για κορίτσια

$(\text{ύψος πατέρα} - 13\text{cm}) + \text{ύψος μητέρας} / 2$

- Για αγόρια

$(\text{ύψος πατέρα} + 13\text{cm}) + \text{ύψος μητέρας} / 2$

Μια πιθανή ανησυχία όσον αφορά το διάγραμμα των Η.Π.Α. είναι η ακρίβεια στην εκτίμηση της ανάπτυξης παιδιών που προέρχονται από διαφορετικό εθνικό και κοινωνικό - οικονομικό υπόβαθρο ωστόσο δεν είναι ξεκάθαρο αν αυτές οι διαφορές είναι αποτέλεσμα θρεπτικών παραγόντων ή γενετικού.

Ο τύπος της νεογνικής τροφής επίσης επηρεάζει την ανάπτυξή τους, τα παιδιά που θηλάζουν μεγαλώνουν πιο σιγά από ότι τα παιδιά που τρέφονται από το μπουκάλι ειδικά ανάμεσα 6-18 μηνών τυπικά αυτή η αργή ανάπτυξη είναι *φυσιολογική*. Τέτοια ευρήματα δείχνουν ότι αυτά τα διαγράμματα ανάπτυξης μπορούν να θεωρηθούν ως οδηγοί αναφοράς, αν χρησιμοποιηθούν με την προοπτική ότι διαφορετικές ομάδες παιδιών έχουν διαφορετικές φυσιολογικές τιμές στις καμπύλες ανάπτυξης.

Παιδιά των οποίων η ανάπτυξη μπορεί να είναι αμφιλεγόμενη είναι:

1. Παιδιά των οποίων οι θέσεις στο ύψος και το βάρος έχουν τεράστια διαφορά με το μέσο όρο.
2. Παιδιά που δεν έχουν την αναμενόμενη ανάπτυξη στο ύψος και στο βάρος ιδιαίτερα κατά την απότομη ανάπτυξη των νεογνών και των εφήβων.
3. Παιδιά που παρουσιάζουν απότομη ανάπτυξη ή μειωμένη ανάπτυξη σε σύγκριση με προηγούμενη σταθερή ανάπτυξη.

Μέτρηση του μήκους σε παιδιατρικό ασθενή.

Το μήκος αναφέρεται σε μετρήσεις από παιδιά που είναι ξαπλωμένα σε θέση ύπτια. Για να μετρήσουμε το μήκος των παιδιών ηλικίας έως 24 μηνών θα πρέπει, να λάβουμε υπόψη μας ότι όσον αφορά την φυσιολογική θέση του νεογνού υπάρχει ακινησία για αυτό και θα πρέπει να επιτευχθεί πλήρης έκταση του σώματος, που σημαίνει :

1. Αρχικά κρατήστε το κεφάλι.
2. Στην συνέχεια ενώστε τα γόνατα μαζί απαλά και
3. Τέλος τεντώστε ώστε τα πόδια να είναι σε πλήρη έκταση.

Μέτρηση του ύψους σε παιδιατρικό ασθενή.

Το ύψος αναφέρετε στη μέτρηση του παιδιού όταν αυτό στέκεται όρθιο μετρήστε το ύψος έχοντας το παιδί χωρίς παπούτσια να στέκεται όσο πιο ίσια μπορεί με την γραμμή της όρασης παράλληλη στο πάτωμα, στην συνέχεια βεβαιωθείτε ότι η πλάτη του παιδιού ακουμπά στον τοίχο με της φτέρνες και τους γλουτούς καθώς και το ότι οι αστράγαλοι είναι ενωμένοι, τέλος κοιτάζτε και διορθώστε το σκύψιμο, το σήκωμα των φτερνών κ.τ.λ. Σε μεγαλύτερα νεογνά και παιδιά τοποθετήστε το παιδί να κάθεται μπροστά στο τοίχο, μετρήστε από την επιφάνεια του κεφαλιού μέχρι και τις φτέρνες.

Μέτρηση του βάρους σε παιδιατρικό ασθενή.

Το βάρος μετράτε με ζυγαριά, συνήθως ηλεκτρονική .Προγραμματίστε την ζυγαριά πριν την μέτρηση βάζοντας την στο μηδέν και δείτε αν τα σκέλη της ζυγαριάς δεν βρίσκονται στην μέση αν κάποιο σκέλος είναι πιο πάνω ή πιο κάτω από την μέση προσθέστε ή αφαιρέστε βάρος (κάποιες ζυγαριές είναι σχεδιασμένες για αυτοδιόρθωση). Τα νεογνά θα πρέπει να ζυγίζονται γυμνά, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά μετριούνται με τα εσώρουχα.

Μέτρηση της περιφέρειας κεφαλής σε παιδιατρικό ασθενή.

Η μέτρηση της περιφέρειας κεφαλής αφορά παιδιά μέχρι 36 μηνών και σε παιδιά που το μέγεθος του κεφαλιού είναι αμφισβητήσιμο. Μετρήστε το στην μεγαλύτερη του περιφέρεια συνήθως λίγο πιο πάνω από τα φρύδια και τα πτερύγια αυτιών επειδή όμως το σχήμα μπορεί να επηρεάσει την θέση της μέγιστης περιφέρειας για αυτό λοιπόν μπορεί να χρειαστούν περισσότερες μετρήσεις σε περισσότερα σημεία. Η μέτρηση μπορεί να γίνει με την χρήση χάρτινης ή μεταλλικής μεζούρα επειδή όμως η υφασμάτινη μπορεί να διπλωθεί και να δώσει λανθασμένα αποτελέσματα για αυτό μπορείτε να χρησιμοποιήσετε για μεγαλύτερη ακρίβεια μεζούρα με δέκατα.

Λήψη και αξιολόγηση των ζωτικών λειτουργιών.

Οι φυσικές μέτρησης αποτελούν το κλειδί στην εκτίμηση της φυσικής κατάστασης των ζωτικών λειτουργιών και περιλαμβάνουν :

- Θερμοκρασία.
- Σφυγμό.
- Αναπνοή.
- Αρτηριακή Πίεση.

Συγκρίνετε τις φυσικές μέτρησεις με τις φυσιολογικές τιμές της ηλικίας και τα τωρινά ευρήματα με τις τιμές που υπήρχαν σε προηγούμενη μέτρηση. Για παράδειγμα μια λανθασμένη υψηλή πίεση μπορεί να μην σημαίνει υπέρταση αν η προηγούμενη μέτρηση ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα λόγω του ότι μια μεμονομένη μέτρηση μπορεί να είναι απλά ένα γεγονός στη ζωή του παιδιού που εκείνη τη στιγμή του προκάλεσε άγχος και έτσι είχε υψηλή πίεση.

❖ Λήψη θερμοκρασίας.

Η θερμοκρασία μπορεί να μετρηθεί από διάφορα σημεία του σώματος όπως:

- Το στόμα .
- Το ορθό.
- Μασχालιαία κοιλότητα.
- Τυμπανική μεμβράνη.

Η λήψη αυτού γίνεται με θερμόμετρο συνήθως υδραργυρικό, υπάρχουν όμως και υποκατάστατα αυτού όπως τα ηλεκτρονικά, αισθητήρες τυμπανικής μεμβράνης, ψηφιακό θερμόμετρο κ.α. Δεν υπάρχει παγκόσμια συμφωνία όσον αφορά το μήκος του χρόνου που χρειάζεται το θερμόμετρο υδράργυρου ωστόσο οι συστάσεις αυτού είναι :

- a) 7 λεπτά για την στοματική μέτρηση
- b) 4 λεπτά για την μέτρηση από το ορθό
- c) 5 λεπτά για την μέτρηση από την μασχάλη.

Παραδοσιακά ισχύει ότι από το ορθό η θερμοκρασία είναι 1°F πιο υψηλό από την μασχάλη, και 1°F πιο χαμηλό από τη στοματική μέτρηση.

Επίσης σημάδια που παραπέμπουν σε πιθανή αύξηση της θερμοκρασίας είναι:

1. Κόκκινο δέρμα .
2. Αυξημένες αναπνοές .
3. Ταχυκαρδία.
4. Έντονη λάμψη στα μάτια κ.α.

❖ **Μέτρηση σφυγμού.**

Ικανοποιητικός σφυγμός μπορεί να παρθεί σε παιδιά έως και 1 έτους. Στα νεογνά και μικρά παιδιά ο σφυγμός ακούγεται με στηθοσκόπιο στην κορυφή της καρδιάς αφού έτσι είναι πιο αξιόπιστος. Η διάρκεια μέτρησης του σφυγμού σε νεογνά και μικρά παιδιά είναι για 1 λεπτό επειδή όμως μπορεί να υπάρχουν ανωμαλίες στο ρυθμό για μεγαλύτερη ακρίβεια κάντε την μέτρηση όταν το παιδί κοιμάται.

❖ **Μέτρηση συχνότητας αναπνοής.**

Μετρήστε την συχνότητα της αναπνοής όπως ακριβώς και στους ενήλικες, παρατηρήστε δηλαδή κοιλιακές κινήσεις. Στα νεογνά όμως επειδή η αναπνοή τους είναι πρωταρχικά διαφραγματική, εξαιτίας των ασυντόνιστων κινήσεων, καλό θα ήταν η μέτρηση να διαρκεί 1λεπτο για περισσότερη ακρίβεια.

❖ **Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.**

Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γίνεται με μη αιματηρές μεθόδους και είναι μέρος της ρουτίνας της μέτρησης των ζωτικών λειτουργιών, η αρτηριακή πίεση πρέπει να μετριέται κάθε χρόνο σε παιδιά από 3 χρονών ως και την εφηβεία μόνο όμως σε παιδιά με συμπτώματα υπέρτασης . Η πιο κοινή μέθοδος μέτρησης της αρτηριακής πίεσης είναι :

1. η ψηλάφηση.
2. το σφυγμομανόμετρο.
3. οι υπέρηχοι Doppler.

Πολλές πηγές προτείνουν την καθημερινή μέτρηση σε όλα τα νεογνά

Αξιολόγηση γενικής εμφάνισης.

Η γενική εμφάνιση του παιδιού είναι συνδυασμός αθροιστικής και υποκειμενικής εντύπωσης και αφορά :

- φυσική εμφάνιση
- κατάσταση θρέψης
- συμπεριφορά
- προσωπικότητα
- σχέση με τους γονείς
- σχέση με τους νοσηλευτές
- ύψος
- ανάπτυξη
- λόγος

Αν και η γενική εμφάνιση καταγράφεται στην έναρξη της εξέτασης περιβάλει τις παρατηρήσεις του παιδιού κατά την συνέντευξη και την φυσική αξιολόγηση.

Γι' αυτό λοιπόν προσέξτε τα πρόσωπα, την έκφραση και την εμφάνιση του παιδιού, τυχόν γκριμάτσες που μπορεί να δίνουν στοιχεία ότι το παιδί πονάει:

- έχει δυσκολία στην αναπνοή ,
- αισθάνεται φοβισμένο,
- δυστυχισμένο ή ευτυχισμένο,
- αν είναι νοητικά επαρκής κ.α.

Στην συνέχεια παρατηρήστε την στάση την θέση και το είδος των κινήσεων του σώματος του παιδιού :

- Σε παιδί με απώλεια ακοής .
- Σε παιδί που γέρνει το κεφάλι σε περίεργη στάση για να ακούσει ή να δει καλύτερα.

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

- Σε παιδί που πονάει και προσέχει ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος του.
- Σε παιδί με χαμηλή αυτοεκτίμηση το οποίο μπορεί να έχει μια ατημέλητη ,απρόσεκτη και απαθή στάση .
- Το παιδί με αυτοεκτίμηση και με αίσθημα ασφάλειας συνήθως δείχνει ψήλο με ευθυτενή στάση.

Παρατηρείστε την γλώσσα του σώματος χωρίς να ερμηνεύετε. Καταγράφοντας όμως αρκετά αντικειμενικά.

Τέλος παρατηρήστε στην **υγιεινή** του παιδιού κάποια στοιχεία όπως :

- Την οσμή σώματος .
- Την κατάσταση των μαλλιών .
- Την κατάσταση των νυχιών.
- Την κατάσταση των δοντιών .
- Την κατάσταση του λαιμού.
- Την κατάσταση των ποδιών.
- Την κατάσταση των ρούχων

Τέτοιες παρατηρήσεις είναι βασικά στοιχεία για σημάδια παραμέλησης, μη επαρκών οικονομικών πόρων, δυσκολιών στο σπίτι ή έλλειψης γνώσεων για τις ανάγκες των παιδιών. Η γενική εμφάνιση περιλαμβάνει μια ολική εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης του παιδιού αυτή η εντύπωση είναι κάτι περισσότερο από μια περιγραφή του ύψους και του βάρους αλλά είναι η εκτίμηση της ποιότητας και ποσότητας της προσλαμβανομένης τροφής. Διαφορές μεταξύ 2 εντυπώσεων μπορεί να είναι πολύτιμες για την θρεπτική συμβουλευτική. Για παράδειγμα γονείς που πιστεύουν ότι το παιδί τους είναι πολύ λεπτό και τρώει πολύ λίγο παρά τις αποδείξεις επαρκούς ανάπτυξης και τα σημάδια σωστής θρέψης, μπορεί να είναι χρήσιμη η διατήρηση θρεπτικού ημερολογίου στο οποίο να υπολογίζουν την αθροιστική πρόσληψη της τροφής του παιδιού τους.

Πολλοί γονείς εκπλήσσονται από την ποσότητα των θερμίδων που καταναλώθηκαν ακόμη και αν η ποσότητα του κάθε γεύματος είναι μικρή .

Ένα άλλο βασικό σημείο αξιολόγησης είναι η συμπεριφορά του παιδιού, η όποια κατά βάση περιλαμβάνει:

- ✓ την προσωπικότητα του παιδιού.
- ✓ το επίπεδο ενέργειας.
- ✓ αντιδράσεις στο στρες .
- ✓ απαιτήσεις ή συγχύσεις .
- ✓ σχέσεις με τους άλλους, (γονείς, νοσηλευτής-τρια).
- ✓ βαθμός αντίδρασης και αντιδράσεις στα ερεθίσματα .

Προετοιμασία του παιδιού λίγο πριν την εξέταση.

Γνωρίζοντας ότι η φυσική εξέταση αποτελείται από επώδυνες διαδικασίες :

- a. Χρήση σφιχτής περιχειρίδας.
- b. Εξέταση στόματος κ αυτιών.
- c. Πίεση της κοιλίας .
- d. Κατάσταση που προκαλεί στρες στο παιδί.

Για αυτό λοιπόν η φυσική εξέταση θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο ευχάριστη καθώς και επιμορφωτική με παιδιά προσχολικής ηλικίας αλλά κ μεγαλύτερα, χρησιμοποιώντας ένα λεπτομερές σχέδιο ή μια κούκλα για να τα βοηθήσετε να μάθουν το σώμα τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις το παιδί συνεργάζεται καλύτερα όταν οι γονείς παραμένουν μαζί του, υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου τα παιδιά προτιμούν να εξεταστούν μονά τους όπως για παράδειγμα στην εφηβεία.

Είναι απαραίτητο να υπάρχει ποικιλία στην προσέγγιση μετά την προκαταρκτική αξιολόγηση των αναγκών και της ανάπτυξης του παιδιού, λόγω του ότι κανένα παιδί δεν ταιριάζει ακριβώς σε μια κατηγορία ,ακόμα και όταν χρησιμοποιείται η καλύτερη προσέγγιση πολλά παιδιά είναι μη συνεργάσιμα και ανίκανα για να παρηγορηθούν για την φυσική εξέταση καθώς και παιδιά προσχολικής ηλικίας μπορεί να χρειάζονται περισσότερη «σιγουριά» από τα μικρότερα. Η καθορισμένη σειρά των εξετάσεων μπορεί να αλλάξει όταν για παράδειγμα το παιδί πονάει ή έχει προφανή φυσικά προβλήματα , σε όλες τις περιπτώσεις εξετάζουμε την πάσχουσα περιοχή τελευταία έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί το στρες και να επικεντρωθεί στα φυσιολογικά υγιή ,λειτουργικά σημεία του σώματος. Επίσης μπορεί να αλλάξει και η θέση εξαιτίας της φυσικής δυσφορίας, για παράδειγμα το παιδί που έχει πρόβλημα στην αναπνοή, ίσως

να μην μπορεί να ξαπλώσει. Σε αυτήν την περίπτωση πραγματοποιούμε το μεγαλύτερο μέρος της εξέτασης με το παιδί καθιστό ή τελειώνουμε την εξέταση άλλη στιγμή.

Συχνότητα εξέτασης παιδιατρικού ασθενή.

Συνήθως η πορεία της εξέτασης ακολουθεί μια κατεύθυνση. Ξεκινά αρχικά από το κεφάλι και καταλήγει στα δάχτυλα των ποδιών, έτσι ώστε να δοθεί μια γενική γραμμή αξιολόγησης κάθε περιοχής του σώματος, έχοντας σαν σκοπό την ελαχιστοποίηση τυχόν παράληψης τμήματος της εξέτασης. Όταν όμως η εξέταση αφορά το παιδί αλλάζετε την πορεία έτσι ώστε να αισθάνεται άνετα το παιδί αλλά καταγράψτε τα ευρήματα σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο.

Τέλος χρησιμοποιήστε τα αναπτυξιακά κριτήρια ως βασικό στάδιο για την αξιολόγηση κάθε συστήματος ολοκληρώνοντας πολλούς στόχους:

- Ελαχιστοποιήστε στρες κ άγχος που έχουν σχέση με την αξιολόγηση διαφόρων μερών του σώματος .
- Δημιουργήστε μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλεύτη-παιδιού-γονέα
- Επηρεάστε την μέγιστη προετοιμασία του παιδιού .
- Διατηρήστε την απαραίτητη ασφάλεια της σχέσης γονέα-παιδιού.
- Μεγιστοποιείτε την ακρίβεια και αξιοπιστία των ευρημάτων .

Αξιολόγηση κεφαλής.

Παρατηρήστε το κεφάλι σε ότι έχει να κάνει με το σχήμα και την συμμετρία ,η ισοπέδωση της μιας πλευράς του κεφαλιού όπως στο ινίο μπορεί να είναι ένδειξη ότι παιδί ξαπλώνει από τη μια πλευρά συνέχεια, σε περίπτωση ασυμμετρίας η κατάσταση εδώ είναι συνήθως μη φυσιολογική και μπορεί να φανερώνει πρόωρο κλείσιμο των πηγών (κρανιοσυνοστέωση).

- Αρχικά σημειώστε τον έλεγχο του κεφαλιού στα νεογνά και τη στάση του κεφαλιού σε μεγαλύτερα παιδιά. Έως τον 4^ο μηνά τα περισσότερα νεογνά θα πρέπει να είναι ικανά να σηκώνουν το κεφάλι από τη πρηνή θέση.
- Εκτιμήστε το εύρος των κινήσεων ζητώντας από τα μεγαλύτερα παιδιά να κοιτάξουν προς μια κατεύθυνση (από την μια πλευρά στην άλλη και από πάνω μέχρι κάτω) ή χειροκίνητα βάζοντας το κεφάλι του παιδιού σε καθιστή θέση. Μειωμένο εύρος κινήσεων μπορεί να σημαίνει ραιβόκρανο ή αποτέλεσμα τραυματισμού του στερνοκλειδομαστοειδή μύ στην

όποια το παιδί κρατεί το κεφάλι στην μισή πλευρά με το πηγούνι να δείχνει στην αντίθετη πλευρά. Ταυτόχρονα ψηλαφήστε το κρανίο για κάταγμα και οίδημα .

Συνήθως η οπίσθια πηγή κλείνει έως τον 2^ο μηνά ζωής και στη πρόσθια πηγή γίνεται συνοστέωση μεταξύ του 2^{ου} και 18^{ου} μηνος, προωρη ή καθυστερημένη οστέωση σημειώνετε γιατί μπορεί να είναι σημάδι παθολογικής κατάστασης .

Καθώς εξετάζετε το κεφάλι, παρατηρήστε το πρόσωπο για συμμετρία, κίνηση και γενική εμφάνιση. Ζητήστε από το παιδί να κάνει «γκριμάτσες» για να εκτιμήσετε συμμετρική κίνηση και να αποκλείσετε κάθε βαθμό παράλυσης. Παρατηρήστε κάθε μη φυσιολογική προσωπική αναλογία όπως ασυνήθης ψήλο ή χαμηλό μέτωπο, μεγάλη ή μικρή απόσταση μεταξύ των ματιών, μικρό ή προεξέχων πηγούνι επίσης παρατηρήστε κάθε ασυνήθιστο πρήξιμο ή σημάδι οιδήματος που μπορεί να έχουν σχέση με συγκεκριμένες ανωμαλίες (π.χ. σύνδρομο cashing) ή στεροειδή θεραπεία. Ορατό και ψηλαφητό πρήξιμο στην πρόσθια από το λοβό του αυτιού και πάνω από την γωνία του σαγονιού είναι χαρακτηριστικό μεγέθυνσης του παρωτιδικού αδένου στις μαγουλάδες.

Γενικά το κεφάλι και το πρόσωπο δεν ακροάζονται ή επικρούονται με την εξαίρεση των κοιλοτήτων .

Αξιολόγηση του λαιμού.

Εκτός από την αξιολόγηση του κεφαλιού είναι σημαντικό να επιθεωρήσετε και το μέγεθος του λαιμού ψηλαφώντας το κατά την νεογνική ηλικία ο λαιμός είναι κοντός με πτυχές ανάμεσα στο κεφάλι και στους ώμους μακραίνει κατά την διάρκεια των επόμενων 3 με 4 ετών. Ένας κοντός λαιμός έχει σχέση με ποικίλες ανωμαλίες όπως το σύνδρομο Turner, στο λαιμό μπορεί να είναι εμφανής η παρωτίτιδα, η μόλυνση του λαιμού ή του στόματος., ενώ έντονες φλέβες είναι σημάδι δυσκολίας στην εκπνοή, όπως στο άσθμα και στην κυστική ίνωση.

Το επόμενο στάδιο είναι η ψηλάφηση της τραχείας. Τοποθετώντας τον αντίχειρα και τον δείκτη σε κάθε πλευρά γλιστρώντας προς τα πίσω για τυχόν μάζες συνήθως η τραχεία είναι στο κέντρο και λίγο προς τα δεξιά. Παρατηρήστε κάθε απόκλιση επειδή μπορεί να σηματοδοτεί σοβαρά προβλήματα πνευμόνων όπως όγκος ή ξένο σώμα.

Ακολουθεί η ψηλάφηση του θυρεοειδή αδένου ο οποίος είναι στην βάση του λαιμού. Αυτός ο αδένος έχει σχήμα πεταλούδας αγκαλιάζει την τραχεία και έχει 2 λοβούς που ενώνονται με το ισθμό. Ο ισθμός είναι το μόνο τμήμα του θυρεοειδή το οποίο είναι ψηλαφητό, επειδή οι λοβοί καλύπτονται από

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

τον στερνοκλειδομαστοειδή μύ, εντούτοις η ψηλάφηση του θυρεοειδή χρειάζεται πρακτική και είναι ιδιαίτερα δύσκολη στα νεογνά των οποίων ο λαιμός είναι κοντός και χονδρός.

Αν ανιχνεύονται μάζες, καταγράψτε και αναφέρετέ το για περαιτέρω διερεύνηση.

Λειτουργία λεμφαδένων και αξιολόγηση .

Οι κυριότερη λειτουργία των λεμφαδένων είναι να συγκεντρώνουν και να φιλτράρουν την λέμφο από βακτήρια και αλλά ξένα σώματα .

Οι ψηλαφητοί μεγενθυμένοι, ρευστοί λεμφαδένες δείχνουν μόλυνση ή λοίμωξη κοντά στην θέση τους. Για παράδειγμα **ινιακός ή οπισθωνωτιαία αδενοπάθεια** είναι ορατή σε κρανιακή μόλυνση. **Αυχενική αδενοπάθεια** συνήθως συνοδεύεται από μόλυνση στο στόμα ή τριγύρω από το στόμα και τον λαιμό.

Σε παιδιά μικρά μη ψηλαφητοί, ορατοί , κινητοί λεμφαδένες είναι συνήθως φυσιολογικοί.

Αξιολόγηση λεμφαδένων.

Οι αξιολόγηση των λεμφαδένων γίνεται με την ψηλάφηση των αδένων με το δάχτυλο πιέζοντας σταθερά αλλά μαλακά με κυκλική κίνηση στις θέσεις που συνήθως βρίσκονται λεμφαδένες. Κατά την αξιολόγηση των αδένων στο κεφάλι και στο λαιμό πείτε στο παιδί να σκύψει ελαφρώς προς τα πάνω χωρίς όμως να τεντώνει τον στερνοκλειδομαστοειδή ή τραπεζοειδή μύ. Αυτή η θέση βοηθά στην ψηλάφηση των εξής αδένων: υπογένειος, υπογνάθιος ,αμυγδαλαιός και αυχενικός αδένας. Στην συνέχεια ψηλαφήστε τους μασχάλιους αδένες με το χέρι του παιδιού χαλαρωμένο και αξιολογήστε τους βουβωνικούς αδένες με το παιδί ανάσκελα. Τέλος σημειώστε το μέγεθος, την κινητικότητα, την θερμοκρασία και επίσης τις αναφορές των γονιών για ορατές αλλαγές και μεγενθυμένους αδένες.

Εξέταση των οφθαλμών.

Η εξέταση των ματιών αποτελεί ένα εξίσου σημαντικό στοιχείο για την αξιολόγηση και περιλαμβάνει:

1. Επιθεώρηση της εξωτερικής δομής για το μέγεθος (κατανόηση ανατομίας οφθαλμού).
2. Συμμετρία.
3. Χρώμα και κινητικότητα.
4. Επιθεώρηση της εσωτερικής επιφάνειας .
5. Εξέταση των χιτωνίων δομών (χρήση οφθαλμοσκόπιου).

1) Επιθεώρηση των εξωτερικών δόμων .

Παρατηρήστε τα *μάτια* και τις *παρακείμενες δομές* πάνω στο πρόσωπο την συμμετρία και την γενική κλίση των βλεφαρικών σχισμών ή βλέφαρου. Σε περίπτωση που παρατηρήσετε τυχόν ανωμαλία "τοποθέτησης" μετρήστε την ενδοκρινή απόσταση που είναι κατά μέσω ορό 4,5 με 5,5 εκατοστά ή την απόσταση μεταξύ των 2 έσω κανθών η όποια είναι 2,5 εκατοστά .

Μεγάλη απόσταση μεταξύ των ματιών ονομάζεται υπερτελορισμός. Ο υπερτελορισμός μαζί με άλλες προσωπικές ανωμαλίες μπορεί να συγκλίνουν σε νοητική υστέρηση .

Καθώς παρατηρείτε για γενική κλίση των βλεφαρικών σχισμών ή των βλεφάρων ζωγραφίστε μια νοητή γραμμή μεταξύ των 2 σημείων του μέσω κανθού κατά πλάτος της εξωτερικής τροχιάς του ματιού και ευθυγραμμίζοντας κάθε μάτι πάνω στην γραμμή .

Συνήθως βλεφαρικές σχισμές βρίσκονται οριζόντιος , αλλά στα άτομα της ανατολής οι σχισμές βρίσκονται συνήθως προς τα πάνω λόγω των οφθαλμικών ανωμαλιών.Είναι συνήθης σε πολλές χρωμοσωμικές ανωμαλίες , δώστε έμφαση και καταγράψετε κάθε πιθανή απόκλιση από τα αναμενόμενα π.χ. παιδιά με σύνδρομο Down στα όποια παρουσιάζετε υπερτονισμό, επικάνθιες σχισμές και προς τα άνω βλεφαρική σχισμή στην συνέχεια επιθεωρήστε τα βλέφαρα για σωστή θέση στα μάτια και δώστε έμφαση σε περίπτωση που το μάτι είναι ανοικτό και το άνω βλέφαρο "πέφτει" κάπου μεταξύ της άνω ίριδας και του άνω χείλους της κόρης, χαρακτηρίζετε με τον όρο "δύση ματιών"

.Η πτώση και το σημάδι "δύση ηλίου" αποτελούν σημάδι διαφόρων ανωμαλιών .

Όταν τα μάτια είναι κλειστά τα βλέφαρα πρέπει να καλύπτουν τελείως τον κερατοειδή και το λευκό σε περίπτωση που παρατηρηθεί ατελές κλείσιμο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα χρόνια οφθαλμική

ενόχληση και μόλυνση , σε άλλη περίπτωση όταν τα βλέφαρα είναι ανοιχτά ή κλειστά και δεν είναι ορατός ο βλεφαρικός επιπεφυκότας οδηγεί σε εκτροφη και εντρόπιο. Τα *βλέφαρα* παρατηρούνται ως προς το χρώμα , το μέγεθος (απόδειξη οιδήματος) και την κινητικότητα ,συνήθως τα βλέφαρα περιέχουν το ίδιο ποσό χρωμάτωσης με το υπόλοιπο δέρμα, ερεθισμός ή ερύθημα κατά μήκος των βλεφάρων είναι εύκολο να διαγνωσθεί . Τέλος δώστε έμφαση στην επιθεώρηση της γράμμωσης των βλεφάρων, τον βλεφαρικό επιπεφυκότα και τέλος των κάτω συνδετικό σάκο ,αρχικά τραβήξτε το βλέφαρο κάτω καθώς το παιδί κοιτάζει ψηλά, στην συνέχεια αναστρέψτε το άνω βλέφαρο και κρατήστε τις άνω βλεφαρίδες τραβώντας σιγά- σιγά από κάτω και προς τα έξω καθώς το παιδί κοιτάζει κάτω σε περίπτωση που η διαδικασία αυτή είναι ανεπιτυχής τότε τοποθετήστε την άκρη μιας μπατονέτας 1 εκατοστού πάνω από την άκρη του ορίου του βλέφαρου και ευγενικά πιεστέ προς τα κάτω και μετά γυριστέ το προς τα πάνω μόλις η βλεφαρίδα είναι αναστραμμένη τότε χρησιμοποιείστε τα δάχτυλα για να κρατήσετε το βλέφαρο ανοικτό .

Αξίζει να δοθεί έμφαση και ως προς την εξέταση των βλέφαρων σε ότι έχει να κάνει με το άνοιγμα ή και με το κλείσιμο τους .

Υπερβολικό άνοιγμα ή αντίθετα υπερβολικό κλείσιμο δείχνει:

- 1) Κούραση ή νευρικό χόμπι.
- 2) Ασύμμετρο ή μη συχνό βλεφάρισμα μπορεί να είναι σημάδι παράλυσης ή μυϊκής αδυναμίας.

Σε ότι έχει να κάνει με την επιθεώρηση των βλεφαρίδων :

- 1) Ελέγχουμε για τυχόν ενόχληση από διάφορα αίτια.
- 2) Εξετάζουμε την κατεύθυνση του μεγαλώματος.
- 3) Ελέγχουμε την χρωμάτωση .

Συνήθως οι άνω βλεφαρίδες συγκλίνουν άνωθεν και οι κάτω βλεφαρίδες κάτωθεν σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση στην οποία οι βλεφαρίδες συγκλίνουν προς τα μέσα τότε μπορεί να οδηγήσουν σε επιπεφυκίτιδες, ενόχλησης κ.α. Το άσπρο κάλυμμα του οφθαλμού πρέπει να είναι λευκό σε περίπτωση που παρατηρήστε κίτρινους λεκέδες αναφέρετε το γιατί μπορεί να μας παροτρύνει σε ίκτερο, ένα άλλο εύρημα μπορεί να είναι μικρά μαύρα σημάδια τα οποία είναι φυσιολογικά και δεν ενδύκνουν πετέχιες και την παρουσία ξένου σώματος. Τέλος σε περίπτωση που παρατηρηθεί ένας μπλε τόνος μπορεί να αποτελεί στοιχείο ανωμαλιών όπως οστεογένεσης ή γλαύκωμα .

Ο κερατοειδής με την σειρά του θα πρέπει να είναι καθαρός και διάφανος, σε περίπτωση αδιαφάνειας καταγράψτε το γιατί μπορεί να είναι σημάδι εξέλκωσης ή ουλών που μπορούν να παρέμβουν στην όραση . Όσον αφορά τώρα την εξέταση φωτίστε τον οφθαλμό σε μια γωνία πλάγια προς τον κερατοειδή και στην συνέχεια συγκρίνετε τις κόρες σε ότι έχει να κάνει με το μέγεθος ,το σχήμα και την κίνηση αφού οι ίδιες θα πρέπει να είναι στρογγυλές ,καθαρές και όμοιες τεστάρτε την αντίδραση τους στο φως φωτίζοντας γρήγορα το μάτι και απομακρύνοντας εξίσου γρήγορα το φως . Καθώς το φως πλησιάζει η κόρη συστέλλεται και καθώς το φως ξεθωριάζει το μάτι διαστέλλεται. Έξετάστε την ικανότητα επικέντρωσης του ματιού για να παράγει καθαρό όραμα σε διαφορετικές αποστάσεις βάζοντας το παιδί να κοιτάζει σε ένα λαμπερό αντικείμενο από απόσταση και γρήγορα μετακινώντας το αντικείμενο προς το πρόσωπο θα πρέπει να παρατηρηθεί συστολή της κόρης καθώς το αντικείμενο πλησιασεί πολύ κοντά στο μάτι .

Σε ότι έχει να κάνει με την εξέταση της ίριδας θα πρέπει να αξιολογηθεί ως προς το:

- 1) Μέγεθος
- 2) χρώμα
- 3) διαύγεια

Η ίριδα πρέπει να είναι τέλεια στρογγυλή με μια σχισμή στην εξωτερική άκρη η οποία ονομάζεται κολόβωμα. Το μόνιμο χρώμα εγκαθιστάτε από 6 έως 12 μηνών εάν παρατηρηθεί έλλειψη του συνήθους χρώματος και στην θέση αυτού εμφανιστεί μια ροζ λάμψη τότε αυτό αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο του αλμπινισμού, πριν τελειώσετε την εξέταση ελέγξτε την ίριδα, την κόρη και τους φακούς για τυχόν άσπρα ή γκρι σημάδια που αποτελούν συνήθως σημάδια αδιαφάνειας ή καταρράκτη.

2) Εξέταση των εσωτερικών δόμων .

Η εξέταση των εσωτερικών δόμων του οφθαλμού γίνεται με την χρήση οφθαλο-σκοπίου. Το οφθαλμοσκόπιο επιτρέπει την ενόραση των εσωτερικών δόμων του οφθαλμού με ένα σύστημα από φακούς και μια υψηλής συχνότητας φωτεινή πηγή, η κεφαλή του οφθαλμοσκοπίου περιέχει μεγεθυντικούς φακούς και φακούς σμίκρυνσης οι οποίοι επιτρέπουν την καθαρή οφθαλμοπιοίση των δόμων από διαφορετικές αποστάσεις και την ακρίβεια όρασης . Η χρήση οφθαλμοσκοπίου απαιτεί πρακτική, κρατήστε το οφθαλμοσκόπιο από το σώμα του και τοποθετήστε το όργανο ελαφρώς κατά του μάγουλου έτσι ώστε ο φακός να παραμένει ακριβώς μπροστά στο μάτι και το φως να φωτίζει προς το μάτι του παιδιού , μετακινηθείτε προς το παιδί πλησιάζοντας με 15° γωνία και όχι ευθεία,

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

χρησιμοποιείτε το ελεύθερο σας χέρι για να αποσπάσετε την προσοχή του παιδιού μακριά από το φως κάνοντας την εξέταση σε ελαφρώς φωτισμένο και όχι απαραίτητα σκοτεινό δωμάτιο .

Διαδικασία προετοιμασίας του παιδιού για την εξέταση .

Προετοιμάστε το παιδί για την οφθαλμολογική εξέταση δείχνοντας του το οφθαλμοσκόπιο, επιδεικνύοντας του το φως και πως φωτίζει το μάτι και εξηγήστε του τον λόγο του μειωμένου φωτός στο δωμάτιο .

Σε βρέφη και μικρά παιδιά προσπαθήστε να αποσπάσετε την προσοχή για να τα ενθαρρύνετε να κρατήσουν τα μάτια τους ανοικτά.

Τεστ που σχετίζονται με την εκτίμηση της όρασης .

Πολλά τεστ υπάρχουν για την εκτίμηση της όρασης, επικεντρωνόμαστε όμως σε 4 περιοχές που σχετίζονται με την :

- 1) Διοφθαλμικότητα.
- 2) Οπτική ακρίβεια.
- 3) Περιφερική όραση
- 4) Όραση των χρωμάτων .

I. Διοφθαλμικότητα

Από την ηλικία των 3 με 4 μηνών τα παιδιά συνήθως καταφέρνουν την διοφθαλμικότητα ,δηλαδή την ικανότητα να επικεντρώνονται σε ένα οπτικό πεδίο με τα 2 μάτια ταυτόχρονα. Ένα από τα πιο σημαντικά τεστ για την διοφθαλμικότητα είναι η ευθυγράμμιση των ματιών για την ανίχνευση μη διοπτρικής όρασης ή στράβισμα, κατά την οποία το ένα μάτι αποκλίνει από το σημείο της επικέντρωσης. Αν η μη σωστή ευθυγράμμιση είναι συνεχής το αδύναμο μάτι γίνεται τεμπέλικο σταδιακά και το μυαλό απωθεί της εικόνες που παράγονται από αυτό το μάτι πράγμα που σημαίνει ότι αν ο στραβισμός δεν ανιχνευθεί και διορθωθεί μέχρι την ηλικία 4 με 6 ετών, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα έναν τύπο τύφλωσης γνωστό και ως αμβλυωπία .

Δυο τεστ χρησιμοποιούνται για την ανίχνευση μη σωστής ευθυγράμμισης τα οποία είναι :

- a) Κερατοειδής αντανάκλαση φωτός.
- b) Τεστ κάλυψης.

c) Τεστ μη κάλυψης.

Στην πρώτη εξέταση ο φακός του οφθαλμοσκόπιου φωτίζει από ευθείας στο μάτι σε απόσταση 40 με 50 εκατοστά. Σε περίπτωση που το μάτι είναι φυσιολογικό το φως πέφτει συμμετρικά και στις 2 κόρες σε αντίθετη περίπτωση όπου το φως πέφτει εκτός του κέντρου του ματιού, τότε τα μάτια αποκλίνουν .

Σε ότι έχει τώρα να κάνει με το τεστ κάλυψης ,εδώ καλύπτεται το ένα μάτι και παρατηρήτε η κίνηση του μη καλυμμένου ματιού καθώς το παιδί κοιτάζει σε ένα κοντινό ή μακρινό αντικείμενο. Αν το μη καλυμμένο μάτι δεν κουνηθεί, είναι ευθυγραμμισμένο αλλά αν το μάτι κουνηθεί τότε η μη σωστή ευθυγράμμιση είναι παρούσα(το πιο αδύνατο μάτι προσπαθεί να επικεντρωθεί στο αντικείμενο όταν το δυνατό μάτι έχει παροδικά καλυφτεί).

Στο τεστ μη κάλυψης ,διαδοχικά καλύψτε τα μάτια και παρατηρήστε την κίνηση καλυμμένου ματιού καθώς το παιδί επικεντρώνετε σε ένα σημείο μπροστά του. Αν υπάρχει σωστή ευθυγράμμιση, η διαδοχική κάλυψη δεν θα προκαλέσει κίνηση του καλυμμένου ματιού.

Επειδή αποκλίσεις μπορούν να συμβούν σε διαφορετικές περιπτώσεις ,είναι σημαντικό να γίνετε το τεστ σε κοντινές αλλά και σε μακρινές αποστάσεις .

Τεστ σε ότι αφορά νεογνά και "δύσκολα παιδιά".

Στα νεογέννητα εξετάζετε κυρίως η αντίληψη του φωτός, διαδικασία κατά την οποία ρίχνουμε φως στα μάτια κ βλέπουμε αντιδράσεις, όπως συστολή της κόρης , βλεφαρισμό ή άρνηση να ανοίξει τα μάτια μετά από έκθεση του στο φως, στοιχείο όμως που δεν εξακριβώνει ότι το νεογνό βλέπει αφού αυτό το τεστ δεν είναι ικανό να αποδείξει ότι ο εγκέφαλος προσλαμβάνει το οπτικό μήνυμα κ ερμηνεύει τα σημάδια. Εάν θελήσετε να αποδείξετε τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω τότε χρησιμοποιείστε ένα άλλο τεστ που αφορά την ικανότητα του νεογνού να επικεντρώνετε σε ένα στόχο, ο οποίος θα μπορούσε να ήταν ένα πολύχρωμο αντικείμενο είτε το ανθρώπινο πρόσωπο που σε αυτή την περίπτωση είναι τέλειο, καθώς κρατάτε το νεογνό κινήστε το πρόσωπο του σίγα-σιγά από την μια πλευρά στην άλλη.

Αξιολόγηση περιφερειακής όρασης.

Σε ότι αφορά την αξιολόγηση της περιφερειακής όραση αναφερόμαστε σε παιδιά συνεργάσιμα στα όποια εκτιμάτε η περιφερειακή όραση βάζοντας το παιδί να επικεντρωθεί σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο που βρίσκετε μπροστά του όπως το δάκτυλο ή ένα στύλο(το οποίο κινείτε μέσα στο οπτικό πεδίο, στα όρια της περιφερειακής όρασης)και εξετάζοντας κάθε μάτι ξεχωριστά στην συνέχεια διδάξετε στα παιδιά να λένε STOP μόλις δουν το αντικείμενο και έτσι σε αυτό το σημείο είστε σε θέση να μετρήσετε την γωνία από το προσθοπίσθιο άξονα του ματιού έως και του περιφερειακού άξονα.

Σημαντικό στοιχείο που δεν θα πρέπει να παραλείπετε από την αξιολόγηση σας είναι ότι η ύπαρξη φραγμών στην περιφερειακή όραση ,τα οποία μπορεί να αποτελούν σημάδια τύφλωσης .

Τεστ που αφορούν την όραση χρώματος .

Όραση χρώματος είναι ένα άλλο σημαντικό τεστ το οποίο μας καθιστά ικανούς να εκτιμήσουμε το ότι το 8% - 10% των λεύκων αρένων και λιγότερο από το μισό ποσοστό μαύρων αρένων κληρονόμησαν την διαταραχή ,γνωστή ως χρωματική έλλειψη όρασης. Αν και ποικίλει ο βαθμός της βλάβης έτσι διακρίνετε σε πρώτο στάδιο- ανωμαλία κατά την οποία το παιδί συγχέει το γκρι με το ροζ ή το απαλό μπλε με το πράσινο και σε δεύτερο στάδιο -ανωμαλία κατά την οποία το παιδί συγχέει το γκρι με το απαλό μωβ ή πράσινο . Συνήθως η αχρωματοψία δεν προκαλεί πρόβλημα εν τούτης μερικές από τις δυσκολίες που συναντιούνται σε άνθρωπο με μεγαλύτερη βλάβη είναι η μη ικανότητα της αναγνώρισης των χρωμάτων των φαναριών , αδυναμία να δουν το κόκκινο φως των προπορευμένων αυτοκινήτων, αυτών που πατάνε φρένο κ.α. .

Για παιδιά σχολικής ηλικίας η μεγαλύτερη δυσκολία βρίσκετε σε ασχολίες που έχουν σχέση με χρώματα ενώ παράλληλα στους ενήλικες συναντούν προβλήματα σε διάφορους τομείς όπως στο στρατό , στην διακόσμηση διαφόρων χώρων , στο να ξεχωρίσουν τα φάρμακα , τις φωτογραφίες , τα αντίγραφα κ.α. Τα διαθέσιμα τεστ που υπάρχουν περιλαμβάνουν τα ισίχαρα τεστ κ το HARDY – RAND RITTLET test ,το καθένα από αυτά αποτελείτε από κάρτες πάνω στις οποίες είναι τυπωμένα χρώματα και ένας αριθμός σε κουκίδες και σε παρόμοιο χρώμα το οποίο μπερδεύετε από το άτομο με τέτοια έλλειψη . Οι νοσηλευτές –τριες που κάνουν αυτά τα τεστ θα πρέπει να γνωρίζουν αυτό το υλικό και θα πρέπει να είναι ικανοί να πληροφορήσουν τους γονείς για τις "παρενέργειες" σε πρακτικούς τομείς της ζωής , την γενετική του μετάδοση και την μη αναστρέψιμοτητα αυτού .

Κατά την διάρκεια του τεστ τα παιδιά στέκονται 20 πόδια από τον πίνακα κ διαβάζουν κάθε γραμμή, εάν μπορούν να διαβάσουν την 7^η γραμμή τότε έχουν 20/20 όραση αυτό σημαίνει ότι σε απόσταση 20 ποδιών μπορούν να δουν γράμματα 7_{mm},σε περίπτωση όμως που διαβάσουν μόνο την 2^η γραμμή τότε έχουν 20/100 όραση, δηλαδή είναι ικανή να δουν σε απόσταση 20 ποδιών σε σύγκριση με αυτό που μπορούν να δουν άνθρωποι με φυσιολογική όραση στα 100 πόδια .

Ένα άλλο τεστ που χρησιμοποιείτε συχνά για την εξέταση μακρινής όρασης είναι το τεστ SULLEN του οποίου η χρήση αναφέρετε στην ανίχνευση της μυωπίας παράλληλα μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σε παιδιά σχολικής ηλικίας με σκοπό να ανιχνεύσει υπερωπία .

Διακρίνονται 3 τύποι :

- I. Στο τεστ για παιδιά προσχολικής ηλικίας του Michigan , στο οποίο χρησιμοποιείτε το γράμμα E σε παιδιά ηλικίας 3 ¹/₂ χρόνων μέχρι την 1^η τάξη.

- II. Στο τεστ της Μασαχουσέτης , χρησιμοποιώντας το E < xsaus > σε μεγαλύτερα παιδιά .
- III. Στο τεστ για ενήλικες , το οποίο χρησιμοποιεί τα γράμματα sullen .

Αξιολόγηση των αυτιών.

Η εξέταση των αυτιών είναι μια διαδικασία οι οποία περιλαμβάνει:

1. Επιθεώρηση των εξωτερικών δομών.
2. Οπτικοποίηση των εσωτερικών δομών με την χρήση ωτοσκοπίου.
3. Εξέταση ακουστικής ικανότητας.

Ολόκληρος ο εξωτερικός λοβός των αυτιών ονομάζεται περύγιο και βρίσκεται σε κάθε πλευρά της κεφαλής, εκτείνονται ελαφρώς προς τα έξω από το κρανίο εκτός αυτών των νεογνών. Τα αυτιά τα οποία είναι επίπεδα προς το κεφάλι ή προεξέχουν μακριά από το κρανίο ενδυκνείουν προβλήματα π.χ. μια μάζα ή ένα πρήξιμο και μπορεί να είναι σημάδι μαστοειδίτιδας, παρωτίτιδας κ.α. Επιθεωρήστε το δέρμα γύρω από το αυτί για μικρές πληγές ή εξελκώσεις σε περίπτωση που παρατηρηθούν αυτά τα σημάδια θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί μπορεί να αντιπροσωπεύουν ένα συρίγγιο ,επίσης αξιολογήστε και την υγιεινή αυτών, χωρίς απαραίτητα την χρήση του ωτοσκοπίου, για την ύπαρξη μιας κερώδης ουσίας που ονομάζεται κυψελίδα .

Διδάξατε στους γονείς των σωστό τρόπο καθαρισμού των αυτιών και την ορθή χρήση της μπατονέτας αφού η βαθιά εισαγωγή της μπορεί να καταστρέψει το τύμπανο ή να πιέσει «κερί» εναντίον της τυμπανικής μεμβράνης δημιουργώντας την λεγόμενη «τάπα».

Επιθεώρηση των εσωτερικών δομών.

Η επιθεώρηση των εσωτερικών δομών γίνεται με την χρήση του ωτοσκοπίου αφού η δομή του αυτιού μας επιτρέπει την οπτικοποίηση της τυπικής μεμβράνης με την χρήση ενός μεγεθυντικού φακού.

Κατάλληλη θέση παιδιού πριν την εξέταση των αυτιών.

Πριν την έναρξη της εξέτασης είναι απαραίτητη η σωστή θέση του παιδιού για αυτό προετοιμάστε το για την διαδικασία, επιτρέποντας το να παίξει με το αντικείμενο και επιδυκνείοντας

το πώς δουλεύει τονίζοντας παράλληλα την σημασία του να μείνει ακίνητος(περιορισμός μπορεί να χρειαστεί σε μικρότερα παιδιά γιατί τα αναστατώνει.

Καθώς εισάγετε το ενδοσκοπίο στο κανάλι του αυτιού κινήστε το γύρω από το χείλος του έτσι ώστε να συνηθίσει την αίσθηση ότι κάτι εισέρχεται στο αυτί του, αν τώρα εξετάζετε ένα επίπονο αυτί ακουμπήστε κάποιο μη επίπονο σημείο του παιδιού στην συνέχεια εξετάστε το αυτί που δεν πονάει και τελικά επιστρέψετε στο επίπονο αυτί, έτσι το παιδί αισθάνεται πιο άνετα.

Αξιολόγηση της ρινικής κοιλότητας .

Η μύτη σημειώνει την αρχή του δρόμου για το αναπνευστικό σύστημα, είναι ένα αισθητήριο όργανο για την οσμή και είναι σημαντικό όργανο για το φίλτράρισμα, τον έλεγχο της θερμοκρασίας και την υγραποίηση του αέρα. Κάθε μια από αυτές τις λειτουργίες εξαρτάτε από την ανατομία των διαδρόμων και των βλεννώδων εκκρίσεων της ρινικής κοιλότητας.

Επιθεώρηση των εξωτερικών δομών.

Η μύτη είναι τοποθετημένη στη μέση του προσώπου κάτω από τα ματιά και πάνω από τα χείλη ,συγκρίνετε την θέση της ζωγραφίζοντας μια φανταστική κάθετη γραμμή από το κεντρικό σημείο ανάμεσα στα ματιά έως και την εγκοπή των χειλιών η μύτη θα πρέπει να βρίσκετε ακριβώς κάθετα προς αυτή την γραμμή με κάθε πλευρά συμμετρική, σημειώστε την θέση της κάθε απόκλισης σε μια πλευρά και κάθε ασυμμετρίας στο μέγεθος και στην διάμετρο των ρουθουνιών.

Η γέφυρα της μύτης είναι μερικές φορές επίπεδη στα μαύρα παιδιά και τα παιδιά της ανατολής.

Επιθεώρηση των εσωτερικών δομών.

Επιθεωρήστε τους προσθίους θαλάμους τη μύτης πιέζοντας την κορυφή προς τα πάνω γερνώντας το κεφάλι προς τα πίσω και φωτίζοντας την κοιλότητα με ένα φακό ή ένα ωτοσκόπιο. Παρατηρήστε το χρώμα των βλεννογόνων τα οποία είναι πιο κόκκινα από της ρινικές μεμβράνες οι οποίες σε μια μη φυσιολογική κατάσταση είναι χλωμές και οιδηματώδης λόγω κάποιας αλλεργίας ή κόκκινες και πρησμένες λόγω ενός κοινού κρυολογήματος . Αυτές οι διαφορές στην εμφάνιση είναι σημαντικά διαγνωστικά στοιχεία στην διερεύνηση μεταξύ αλλεργιών ή κρυολογήματος .

Αξιολόγηση του στόματος.

Το στόμα αποτελεί την αρχή της διαδρομής της πέψης αλλά μετέχει και στην είσοδο και έξοδο του αέρα. Η πιο σημαντική κατασκευή της εξωτερικής δομής του στόματος είναι τα χείλη τα οποία εξετάστε για αποκλίσεις όπως χειλίτις , γωνιακή στοματίτις .

Επιθεώρηση των εσωτερικών δομών.

Επιθεωρήστε όλες τις περιοχές με βλεννώδη μεμβράνες (χείλη, μαγουλά, ούλα, κάτω από την γλωσσά, υπερώα , φάρυγγα) οι οποίες θα πρέπει να είναι έντονες ροζ μαλάκες και γυαλιστερές υγρές Παρατηρήστε για παρεκκλίσεις όπως στο χρώμα, άσπρα σημάδια ,πλάκες ή αιμορραγία που μπορεί να προκληθήκαν από τραυματισμό στα ούλα κατά την διάρκεια βουρτσίσματος, μασήματος. Καθώς παρατηρείτε το στόμα εξετάστε για κάθε οσμή του στόματος η οποία είναι χαρακτηριστική και υποβόσκει ένα σημαντικό αριθμό προβλημάτων υγείας όπως φτωχή στοματική υγιεινή, νόσοι ουλών, χρονιά δυσκοιλιότητα ,αφυδάτωση ,κακή θρέψη ή συστηματική νόσος.

Επιθεώρηση των δοντιών.

Αξιολογήστε τα δόντια ως προς τον αριθμό για κάθε οδοντικό τόξο, υγιεινή και σύγκλιση, αποχρωματισμός των δοντιών με προφανή πλακά είναι σημάδι χαμηλής οδοντικής υγιεινής και δείχνει ανάγκη για οδοντική συμβουλευτική. Καφέ σημάδια στις μήλες των δοντιών ή ανάμεσα στα δόντια μπορεί να είναι τερηδόνα ,όπως επίσης λευκή προς καφέ ή κίτρινη περιοχή των δοντιών μπορεί να δεικνύουν φθορίωση, τέλος δόντια που εμφανίζονται πράσινο-μαύρο μπορεί να είναι λεκιασμένα από συμπλήρωμα σιδήρου.

Αξιολόγηση της καρδιάς .

Απαραίτητη είναι η πολύ καλή γνώση της ανατομίας και της φυσιολογίας της καρδιάς με σκοπό την σωστή εκτίμηση των ευρημάτων. Ανατομικά η καρδιά βρίσκεται στην θωρακική κοιλότητα μεταξύ των πνευμόνων και πάνω από το διάφραγμα τα 2/3 της αυτής βρίσκονται στην αριστερή πλευρά του στέρνου ενώ το 1/3 στην δεξιά πλευρά.

Η καρδιά έχει θέση σαν τραπεζοειδή:

- Κάθετα: κατά μήκος του στέρνου από τη 2^η έως τη 5^η πλευρά
- Οριζόντια: (μεγάλη πλευρά)
- Διαγώνια:
- Οριζόντια: (μικρή πλευρά)

Η πιο σημαντική ικανότητα στην εξέταση της καρδιάς είναι η ακρόαση, η οποία γίνεται όταν το παιδί είναι ήσυχο. Η επιθεώρηση και η επίκρουση(έχει αξία στην εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας) δίνουν σημαντικές πληροφορίες για την ορθή αξιολόγηση.

Επιθεώρηση της καρδιακής θέσης και λειτουργίας .

Όταν εξετάζεται τον θώρακα παρατηρήστε κάθε εμφανή εξόγκωση ειδικότερα στην αριστερή πλευρά που μπορεί να δείχνει καρδιακή μεγέθυνση, παρατηρήστε το παιδί όταν κάθεται σε θέση ημί-fowler και κοιτάζτε στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα από γωνία συγκρίνοντας και τις 2 πλευρές οι οποίες είναι συνήθως συμμετρικές.

Σε παιδιά με αδύνατο θωρακικό τοίχωμα, η παλμική κίνηση μπορεί να είναι ορατή.

Επειδή η εκτίμηση της καρδιακής λειτουργίας είναι περιορισμένη θα πρέπει να λάβετε υπόψη σας και άλλα ευρήματα όπως :

- 1) Η παρουσία όλων των παλμών.
- 2) Η περιφερική κυάνωση.
- 3) Τυχόν οίδημα.
- 4) Πίεση.
- 5) Υπάρχουσα κατάσταση του αναπνευστικού.

Διαδικασία « επίκρουση»της καρδιάς .

Χρησιμοποιήστε την επίκρουση για να διευκρινίσετε την θέση της ακραίας ώσης, αν και η ίδια δίνει μια γενικότερη ιδέα για το μέγεθος της καρδιάς με μεγέθυνση. Το σημείο της μεγαλύτερης έντασης είναι η περιοχή με την πιο έντονη παλμική κίνηση. Συνήθως το σημείο της μεγαλύτερης έντασης βρίσκεται στο ίδιο σημείο με αυτήν της ακραίας ώσης αλλά μπορεί να συμβεί και αλλού, γι' αυτό το λόγο δεν πρέπει να συγχέονται μεταξύ τους.

Αξιολόγηση ρίγους (φύσημα) της καρδιάς .

Όταν αναφερόμαστε σε ρίγος (φύσημα), μιλάμε για δονήσεις που παράγονται κατά την ροή του αίματος από ένα θάλαμο της καρδιάς σε άλλον μέσω ενός στενού ή μη φυσιολογικού ανοίγματος. Τα εμφυσήματα τα αισθανόμαστε καλύτερα με την παλάμη του χεριού κατά την διάρκεια της εξέτασης, σε κατάσταση περικαρδικής τριβής εμφανίζονται υψηλής συχνότητας ήχοι οι οποίοι είναι παρόμοιοι με αυτών της πλευρικής τριβής με μόνη διαφορά ότι δεν επηρεάζονται από αλλαγές στην αναπνοή, κάτι που είναι χρήσιμο στοιχείο στην διαφοροποίηση τούσ αφού τα 2 rubs - πλευρικές τριβές σταματούν αν το παιδί κρατήσει την αναπνοή ενώ τα περικαρδικά όχι. . Κατά την επίκρουση εκτιμήστε τον χρόνο της αγγειακής πλήρωσης καθώς αποτελεί σημαντικό τεστ για την περιφερική κυκλοφορία, ασκήστε πίεση με το νύχι κρατώντας το σταθερά για λίγα δευτερόλεπτα και μετά αφήστε το ο χρόνος που χρειάζεται για να επανέλθει στο φυσιολογικό χρώμα, είναι ο χρόνος πλήρωσης των αγγείων.

Προσοχή!!!!!!! γνωρίζοντας ότι όλα τα εμφυσήματα και οι τριβές είναι μη φυσιολογικά, αναφέρετε τα για περαιτέρω εκτίμηση.

Ακρόαση καρδιακών ήχων .

Η καρδιακοί ήχοι παράγονται από το άνοιγμα και το κλείσιμο των βαλβίδων όπως και της δόνησης του αίματος εναντίον των τοιχωμάτων της καρδιάς και των αγγείων. Συνήθως δύο ήχοι (S1 και S2) ακούγονται και ανταποκρίνονται στο γνωστό rub-dub, που χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τους ήχους.

1. Ο S1 ήχος προκαλείται από το κλείσιμο της τριγλώχινας και μιτροειδών βαλβίδων.
2. Ο S2 ήχος είναι αποτέλεσμα του κλεισίματος της πνευμονικής και αορτικής βαλβίδας.
3. Ο S3 ήχος είναι αποτέλεσμα δονήσεων που παράγονται κατά την διάρκεια της κοιλιακής πλήρωσης(ακούγεται σε παιδιά και εφήβους αλλά θεωρείτε μη φυσιολογικό σε μεγαλύτερες ηλικίες).
4. Ο S4 ήχος προκαλείται από δόνηση μεταξύ των κόλπων και κοιλιών που ακολουθούν κολπική διαστολή(σπάνια ακούγεται σαν φυσιολογικός καρδιακός ήχος και δείχνει την ανάγκη για περισσότερη καρδιακή εκτίμηση).
5. Άλλη σημαντική κατηγορία καρδιακών ήχων είναι τα ψιθυρίσματα που παράγονται από δόνηση στις καρδιακές ή στις μεγάλες αρτηρίες λόγω ροής του αίματος.

Τα ψιθυρίσματα διακρίνονται σε:

- **Αθώους** :Όπου δεν εμφανίζετε καμία ανατομική ή φυσιολογική ανωμαλία
- **Λειτουργικούς** : Δεν υπάρχει καρδιοανεπάρκεια, αλλά φυσική ανωμαλία
- **Οργανικούς** : Σε αυτή την φάση εμφανίζετε καρδιακή ανωμαλία με ή χωρίς φυσική ανωμαλία.

Η περιγραφή και διάκριση των ψιθύρων χρειάζονται ιδιαίτερη εκπαίδευση.

Διαχωρισμός των φυσιολογικών καρδιακών ήχων.

Ο διαχωρισμός των φυσιολογικών καρδιακών ήχων αναφέρετε στην S1 οι οποία είναι πιο δυνατή στην κορυφή της καρδιάς ,δηλαδή στην μιτροειδή και τριγλωχίνα περιοχή και στην S2 οι οποία είναι πιο δυνατή κοντά στην βάση της καρδιάς, δηλαδή στην αορτική και πνευμονική περιοχή. Ακροαστείτε κάθε ήχο ξεκινώντας από την κορυφή προς την βάση, επίσης ακροαστείτε τις ακόλουθες περιοχές για ήχους, ψιθυρίσματα κ.α.:

1. Την στερνοκατακλείδια περιοχή.
2. Την περιοχή κατά μήκος του στέρνου.
3. Την περιοχή κατά μήκος της μεσομασχαλιαίας γραμμής .
4. Την περιοχή της κάτω ωμοπλάτης.

Ακροαστείτε την καρδιά με το παιδί σε τουλάχιστον δύο διαφορετικές θέσεις, την καθιστή θέση και την κατακεκλειμένη. Σε περίπτωση που οι αναρριχητικοί ήχοι ανιχνεύονται, τότε εκτιμήστε περαιτέρω, με το παιδί να είναι όρθιο, να κάθεται, να γέρνει προς τα εμπρός και να είναι ξαπλωμένο στην αριστερή πλευρά όπως για παράδειγμα ότι ο ήχος S4 ακούγεται καλύτερα με το παιδί σε πλάγια θέση και συνήθως εξασθενεί αν(το παιδί)κάθετε ή είναι όρθιο.

Εκτιμήστε τους καρδιακούς ήχους στα ακόλουθα:

- 1) Στην ποιότητα.
- 2) Στην ένταση.
- 3) Στην συχνότητα
- 4) Στον ρυθμό.

Όσον αφορά το ρυθμό μία συγκεκριμένη αρρυθμία που εμφανίζετε στα παιδιά ονομάζεται « αρρυθμία sinus» κατά την οποία αυξάνεται ο ρυθμός της καρδιάς. Αυξάνεται κατά την εισπνοή και μειώνεται με την εκπνοή, σε δεύτερη φάση διαφοροποιήστε αυτή την αρρυθμία από μια πραγματικά μη φυσιολογική αρρυθμία, βάζοντας το παιδί να κρατά την αναπνοή του αφού στην αρρυθμία sinus η κατάπαυση της αναπνοής κάνει την καρδιακή συχνότητα σταθερή,

Μαζί με την αναπνευστική συχνότητα πάντα εκτιμάτε και την καρδιακή συχνότητα και με την γενικότερη φυσική κατάσταση της όπως π.χ. στα παιδιά που αθλούντε εμφανίζετε μικρότερη καρδιακή συχνότητα που αναπαριστά έναν διαμορφωμένο και επαρκή καρδιακό μύ.

Αξιολόγηση θωρακικής κοιλότητας.

Καθώς το παιδί μεγαλώνει το στήθος φυσιολογικά αυξάνει στην πλάγιο- πλάγια κατεύθυνση, εφόσον παρατηρηθεί ένας θώρακας σχήματος βαρελιού σε ένα μεγαλύτερο παιδί τότε αυτό αποτελεί σημαντικό σημάδι χρόνιας παρεμποδιστικής πνευμονοπάθειας όπως άσθμα ή κυστική ίνωση.

Εάν υπάρξει έντονη συμπίεση από διάφορα αίτια τότε μπορεί να προκαλέσει βλάβη στη καρδιοαναπνευστική λειτουργία και να είναι σημάδι κάποιας υποβόσκουσας κληρονομικής ιστικής ασθένειας όπως το σύνδρομο Mar Fan, γενικά όμως καμία κατάσταση δεν προκαλεί αυτού κάθε αυτού παθολογικές δυσλειτουργίες αλλά προκαλεί την ανησυχία σε σχέση με την αποδεκτή φυσιολογική εμφάνιση. Όταν λέμε φυσιολογική εμφάνιση εννοούμε ,πρώτον την χονδρική γωνία η οποία σχηματίζεται από το κατώτερο μεσοστέρνιο διάστημα και το στέρνο και είναι ακριβώς 45°, εάν παρατηρηθεί μεγαλύτερη γωνία μας παραπέμπει σε πνευμονικές παθήσεις προκαλώντας στήθος « βαρέλι» ενώ αντίθετα εάν παρατηρηθεί μικρότερη γωνία πιθανόν να αποτελεί σημάδι κακής διατροφής. Μην ξεχάσετε καθώς επιθεωρείτε το θωρακικό κλουβί να προσέξετε την σύνθεση των ενώσεων οι όποια φυσιολογικά είναι ελαφρώς μαλακή. Παρουσία οιδήματος και αμβλύ κόμποι κατά μήκος και των 2 πλευρών του στέρνου, γνωστό ως rachitic rosary, μπορεί να είναι σημάδι έλλειψης βιταμίνης D, άλλες διαφοροποιήσεις στο σχήμα που μπορεί να είναι φυσιολογικές ή μη, όπως είναι οι ραβδώσεις Harrison οι οποίες ορίζονται ως μια συμπίεση και οι οριζόντιες ραβδώσεις κατά τις οποίες το διάγραμμα αποκολλάται από το θωρακικό τοίχωμα. Σε αυτή την περίπτωση αλλά και γενικότερα η συμμετρία (του θωρακικού τοιχώματος) είναι σημαντική αφού σε περίπτωση ασυμμετρίας πιθανολογεί υποβόσκων

προβλήματα όπως καρδιακή μεγέθυνση ή πνευμονική δυσλειτουργία. Εντούτοις η ασυμμετρία είναι συχνά σημάδι σκολίωσης αλλά και άλλων παθήσεων.

Η κίνηση του θώρακα πρέπει να είναι συμμετρική, αμφοτερόπλευρη και σε συγχρονισμό με την αναπνοή. Ο θώρακας και κοιλιακή χώρα πρέπει να «σηκώνονται» και να «πέφτουν» μαζί κατά την διάρκεια της εισπνοής, το στήθος να φουσκώνει μετά να διευρύνεται, το διάφραγμα να κατεβαίνει και τέλος η γωνία των πλευρικών χόνδρων να αυξάνεται έτσι κατά την εκπνοή να γίνεται το ακριβώς αντίθετο. Σε παιδιά ηλικίας κάτω 6 ετών η αναπνευστική κίνηση είναι κυρίως κοιλιακή ή διαφραγματική αντίθετα σε μεγαλύτερα παιδιά κυρίως στα κορίτσια η αναπνοή είναι κυρίως θωρακική.

Προσοχή! Δεν θα πρέπει να ξεχνάτε να αναφέρεται τυχόν ασυμμετρία στην κίνηση, αφού μειωμένη κίνηση στην μία πλευρά ίσως να είναι σημάδι πνευμονίας, πνευμοθώρακα, ατελεκτασίας ή παρεμπόδιση από ξένο σώμα.

Αφού ολοκληρωθεί η διαδικασία αξιολόγησης του στήθους με ότι αυτό περιλαμβάνει(αναπνευστικές κινήσεις ,θωρακικό τοίχωμα κ.τ.λ.)επιθεωρείστε στην συνέχεια την επιφάνεια του δέρματος και παρατηρήστε τις θέσεις των θηλών, οι οποίες είναι συνήθως τοποθετημένες ελαφρώς πλάγια από το στέρνο και ανάμεσα στα 4 και 5^η πλευρά.

Η ανάπτυξη στήθους στα κορίτσια συνήθως ξεκινά ανάμεσα στην ηλικία των 12εως 14 ετών Καταγράψτε εάν υπάρχει πρόωρη ή καθυστερημένη ανάπτυξη στήθους καθώς και αποδείξεις άλλων δευτερευόν σεξουαλικών χαρακτηριστικών. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στα αγόρια η γυναικομαστία μπορεί να προκληθεί από ορμονικές ή συστηματικές ασθένειες αλλά συχνότερα είναι αποτέλεσμα εναπόθεσης λιπώδους ιστού σε περίπτωση παχυσαρκίας ή πρώιμης αλλαγής του σώματος κατά την διάρκεια της εφηβείας. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις δώστε έμφαση στην παρακολούθηση των αισθημάτων του παιδιού. Είναι αξιόλογο να αναφερθεί ότι σε ενήλικες γυναίκες ,που έχουν ωριμάσει σεξουαλικά , είναι βασικό να τους διδάξετε την διαδικασία της αυτοεξέτασης των μαστών και να συζητήσετε την σημασία της. Αν και το καρκίνωμα του στήθους είναι σπάνιο σε γυναίκες κάτω 20 ετών τονίστε την αξία της αυτοεξέτασης έτσι ώστε να αποτελεί μια συνήθεια για τα επόμενα χρόνια. Μην ξεχάσετε να αναφέρετε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των όγκων είναι συνήθως καλοήθης και ότι πολλές διαγνωσμένες μάζες δεν απαιτούν εγχείρηση αφού μπορεί να διαλυθούν μετά από 6 μήνες. Για την διαφοροποίηση αυτών(καλοήθης-κακοήθης όγκος) ένας υπέρηχος είναι πραγματικά πολύ χρήσιμος.

Δώστε έμφαση στο γεγονός να μειωθεί ο φόβος ή η ανησυχία εφόσον έχει ψηλαφηθεί μια μάζα έως ότου βγουν τα αποτελέσματα και παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη εφόσον και εάν χρειαστεί.

Αξιολόγηση πνευμόνων.

Οι πνεύμονες είναι δύο και βρίσκονται στην θωρακική κοιλότητα με τον κάθε ένα από αυτούς σε κάθε πλευρά του στέρνου, χωρίζεται στην κορυφή, την βάση και το σώμα το οποίο με την σειρά του χωρίζεται στους λοβούς.

Ο δεξιός πνεύμονας έχει 3 λοβούς:

- 1) Τον άνω λοβό.
- 2) Τον μέσο λοβό.
- 3) Τον κάτω λοβό.

Ο αριστερός έχει 2 λοβούς, εξαιτίας του χώρου που καταλαμβάνει η καρδιά:

- 1) Τον άνω λοβό.
- 2) Τον κάτω λοβό.

Στην έσω επιφάνεια αυτών εμφανίζονται οι πύλες απ' όπου διέρχεται σε κάθε πνεύμονα:

- A. Ο σύστοιχος βρόγχος.
- B. Η πνευμονική αρτηρία – φλέβα.
- C. Η βρογχική αρτηρία – φλέβα.
- D. Τα λεμφαγγεία και τα νεφρά

Πάνω από την πύλη του αριστερού πνεύμονα φέρεται το αορτικό τόξο και πάνω από την πύλη του δεξιού πνεύμονα η άζυγη φλέβα.

Η εξέταση των πνευμόνων απαιτεί γνώση της θέσης των πνευμόνων.

Επιθεώρηση των πνευμόνων πρωταρχικά περιλαμβάνει παρατήρηση των αναπνευστικών κινήσεων.

Εκτιμήστε την αναπνοή για :

- 1) Την συχνότητα.
- 2) Το ρυθμό.

3) Το βάθος.

4) Την ποιότητα.

Επίσης παρατηρήστε τον χαρακτήρα των αναπνευστικών ήχων, π.χ. θορυβώδης, ροχαλητό, βαριά κ.α. Πάντα να εκτιμάται την αναπνευστική λειτουργία σε σχέση με την γενική φυσική κατάσταση για παράδειγμα η ταχύπνοια συνυπάρχει με πυρετό επειδή η αναπνευστική συχνότητα αυξάνεται κατά 4 αναπνοές το λεπτό για κάθε αύξηση σε βαθμούς Φαρενάιτ, η συνηθισμένη αναλογία των αναπνοών προς τους κτύπους της καρδιάς είναι 1:4.

Διαδικασία ψηλάφησης .

Επιθεωρήστε τις αναπνευστικές κινήσεις τοποθετώντας το χέρι εναντίον της πλάτης του παιδιού ή του στήθους με τον αντίχειρα στην μέση γραμμή κατά μήκος της κατώτερης γραμμής του ενιαίου χονδρού. Το παιδί πρέπει να κάθεται κατά την διάρκεια της εξέτασης και να παίρνει πολλές βαθιές αναπνοές ενώ τα χέρια του θα πρέπει να κινούνται μαζί με το θωρακικό τοίχωμα. Παρατηρήστε το ποσό του αναπνεόμενου και εκπνεόμενου αέρα και τυχόν ασυμμετρία στις κινήσεις, ψηλαφίστε για φωνητική δόνηση βάζοντας τις επιφάνειες της παλάμης στο στήθος του παιδιού και λέγοντας το να επαναλάβει λέξεις όπως «33» «1,2,3» ή «ηηη-ηηη», νιώστε τις δονήσεις κινώντας τα χέρια συμμετρικά και στις δύο πλευρές του στέρνου και της σπονδυλικής στήλης. Γενικά η φωνητική δόνηση είναι πιο έντονη στην άνω επιφάνεια και λιγότερο στις βάσεις των πνευμόνων. μειωμένη φωνητική δόνηση μπορεί να ενδυνάμει διάφορες σοβαρές πνευμονικές αλλαγές, ενώ η έλλειψη αυτών συνήθως δείχνει παρεμπόδιση ενός μεγάλου βρόγχου, το οποίο μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός ξένου σώματος.

Κατά την διάρκεια της ψηλάφησης παρατηρήστε για άλλες δονήσεις που δείχνουν παθολογικές καταστάσεις πιθανή πλευριτική συλλογή στην οποία παρατηρείτε κακόηχη αίσθηση και ένα τραχύ, κροταλιστικό αίσθημα καθώς το χέρι πιέζει πάνω στην επηρεασμένη περιοχή.

Διαδικασία επίκρουσης .

Γίνεται επίκρουση στους πνεύμονες έτσι ώστε να εκτιμηθούν οι εντάσεις των βαθύτερων οργάνων η εικ. 7-36 δείχνει τους αναμενόμενους ήχους. Η ηχώ ακούγεται παντού στους λοβούς που δεν είναι δίπλα σε άλλα όργανα, παράλληλα παρατηρείτε ένας βαρύς ήχος ο οποίος ακούγεται ξεκινώντας από το 5^ο μεσοδιάστημα έως και την αριστερή μεσοκατακλείδια γραμμή. Εάν πραγματοποιηθεί

επίκρουση προς τα κάτω μέχρι και το τέλος του συκωτιού θα ακουστεί ένας αμβλύς ήχος επειδή το συκώτι δεν επικαλύπτει τον γεμάτο αέρα πνεύμονα. Τέλος κατά την επίκρουση καρδιακός βαρύς ήχος ακούγεται πάνω από το δεξιό στερνικό όριο από το 2^ο έως το 5^ο μέσο-διάστημα, κάτω από το οποίο στην αριστερή πλευρά μπορεί να δημιουργηθεί τυμπανισμός ως αποτέλεσμα του γεμάτου με αέρα στόμαχου, αναφέρεται τυχόν υπάρχουσες παρεκκλίσεις. Στην επίκρουση του θώρακος, ξεκινήστε πάνω από το πρόσθιο πνεύμονα από την κορυφή στην βάση, συνήθως καθώς το παιδί κάθεται επικρούστε κάθε πλευρά του στήθους με συχνότητα, με σκοπό να συγκρίνεται τους ήχους, όπως βαρύς ήχος του ήπατος στην δεξιά πλευρά με τον τυμπανισμό του στομαχιού στην αριστερή. Χρησιμοποιήστε την ίδια συχνότητα κατά την επίκρουση και των 2 πνευμόνων. Συνήθως μόνο η ηχώ ακούγεται όταν επικρούεται ο πνεύμονας από τον ώμο ως το 8^η με 10^η πλευρά. Βαρύς ήχος ακούγεται στην βάση των πνευμόνων καθώς το διάφραγμα επικρούεται.

Διαδικασία ακρόασης .

Στην φάση της ακρόασης γίνεται χρήση στηθοσκοπίου για να εκτιμηθεί η αναπνοή και οι ήχοι της φωνής. Χρησιμοποιήστε το open – bell ή ford το οποίο παραλαμβάνει ήχους χωρίς παραμορφώσεις και είναι καλύτερο για χαμηλής συχνότητας τόνων, βασικό στην διαδικασία αυτή να τοποθετηθεί το στηθοσκόπιο σταθερά πάνω στο θώρακα. Οι ήχοι της αναπνοής στους πνεύμονες ταξινομούνται σε κυστικούς, βρόγχο- κυστικούς και βρογχικούς. Η απουσία αυτών ή οι μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι είναι πάντα μη φυσιολογικά ευρήματα που χρειάζονται διερεύνηση.

Υγρό, αέρας ή στερεές μάζες στην πλευρική περιοχή μπλέκονται με την αγωγιμότητα των αναπνευστικών ήχων.

Σε νεαρά παιδιά εξαιτίας του λεπτού θωρακικού τοιχώματος οι αναπνευστικοί ήχοι μεταδίδονται πολύ εύκολα. *Μειωμένοι αναπνευστικοί ήχοι* σε συγκεκριμένες περιοχές μας παροτρύνουν σε πνευμονικές περιοχές που μπορεί να χρειάζονται επίκρουση και παροχέτευση ενώ παράλληλα *αυξημένοι αναπνευστικοί ήχοι*, ακολουθούμενοι από θεραπεία ενδεικνύουν καλύτερη δίοδο του αέρα στο αναπνευστικό σύστημα.

Ένα άλλο μέρος της ακρόασης είναι οι φωνητικοί ήχοι που ακούγονται συνήθως αλλά οι συλλαβές τους είναι ασαφείς. Αποσπάστε τους με τον ίδιο τρόπο όπως πράξατε με τη φωνητική δόνηση μόνο που εδώ ακούτε από το στηθοσκόπιο.

Η στερεοποίηση πνευμονικού ιστού παράγει 3 τύπους μη φυσιολογικών φωνητικών ήχων:

- 1) Το ψιθυριστό θωρακικό ήχο.

- 2) Τους βρογχοφωνικούς ήχους.
- 3) Τους εγωφωνικούς ήχους.

Πολλές πνευμονικές ανωμαλίες παράγουν αναρριχητικούς ήχους που συνήθως δεν ακούγονται. Στοιχεία που δεν αποτελούν μεταβολές των φυσιολογικών αναπνευστικών ήχων αλλά σε αντίθεση με τους μη φυσιολογικούς ήχους χρειάζεται μεγάλη πρακτική με έμπειρο δάσκαλο για την διαφοροποίηση των ήχων.

Συχνά είναι καλύτερα να περιγράψετε τον τύπο του ήχου παρά να προσπαθήσετε να τον ονομάσετε σωστά.

Αξιολόγηση της κοιλιάς .

Η γνώση της ανατομικής θέσης των οργάνων της κοιλιακής χώρας είναι απαραίτητη για την διαφοροποίηση των φυσιολογικών από των μη φυσιολογικών ευρημάτων. Για περιγραφικούς σκοπούς η κοιλιακή κοιλότητα χωρίζεται σε 4 τέταρτη-μόρια, ζωγραφίζοντας μια κάθετη γραμμή από την μέση του στέρνου ως την ηβική σύμφυση και μια οριζόντια γραμμή που τέμνει κάθετα την προηγούμενη στο ύψος του ομφάλιου χώρου που βρίσκετε στο μέρος του κορμού ακριβώς κάτω από το διάφραγμα και την θωρακική κοιλότητα φτάνοντας έως και την περιοχή της ηβικής κοιλότητας.

Κάθε τεταρτημόριο ονομάζεται, εξαρτώμενο από την ανατομική του θέση:

- 1) Δεξί άνω τεταρτημόριο.
- 2) Δεξί κάτω τεταρτημόριο.
- 3) Αριστερό άνω τεταρτημόριο.
- 4) Αριστερό κάτω τεταρτημόριο.

Η κοιλιακή κοιλότητα περιέχει τα κυριότερα όργανα της πέψης και η ηβική κοιλότητα φιλοξενεί τα εσωτερικά αναπαραγωγικά όργανα. Αποτελείτε από τα κυριότερα μέρη της πεπτικής οδού αλλά και την ουροδόχο κύστη. Η εξέταση της κοιλιακής χώρας περιλαμβάνει τις συνηθισμένες 4 εξετάσεις με μόνο μια διαφοροποίηση, την σειρά. Ξεκινήστε με την επιθεώρηση συνεχίστε με την ακρόαση ακολουθεί η επίκρουση και τέλος η ψηλάφηση, επειδή οι 3 τελευταίες εξετάσεις μπορεί να διαστρεβλώσουν τους φυσιολογικούς κοιλιακούς ήχους, η συχνότητα των εξετάσεων μπορεί να αλλάξει σύμφωνα με την ηλικία και την συνεργασία του παιδιού επίσης και οι 4 αξιολογήσεις γίνονται σε διαφορετικές στιγμές. Για παράδειγμα ακροαστείτε τους σπλαχνικούς ήχους, συνεχίστε με εξέταση της

καρδιάς και των πνευμόνων και μετά την πνευμονική επίκρουση και αφού φτάσετε προς το τέλος της εξέτασης και πλέον το παιδί θα είναι πιο χαλαρό και σας εμπιστεύεται περισσότερο, ψηλαφήστε.

Επιθεώρηση της κοιλιάς .

Επιθεωρήστε το περίγραμμα της κοιλιάς με το παιδί σε όρθια και fowler θέση, φυσιολογικά η κοιλιά των νεογνών και των μικρών παιδιών είναι σχεδόν κυλινδρική και στην όρθια θέση μπορεί να προεξέχει ελαφρώς εξαιτίας της φυσιολογικής λόρδωσης της σπονδυλικής στήλης ενώ στην κατακεκλισμένη θέση η κοιλιά εμφανίζεται επίπεδη. Κατά την διάρκεια της εφηβείας το συνήθως θηλυκό και αρσενικό περίγραμμα της εφηβικής χώρας αλλάζει σχήμα της κοιλιάς για να διαμορφώσει τις χαρακτηριστικές καμπύλες, ιδιαίτερα στις γυναίκες.

Το σχήμα της κοιλιάς μας δίνει ενδείξεις για την γενική διατροφική συνήθεια και την ανάπτυξη των μυών. Μια μεγάλη προεξέχων πλαδαρή κοιλιά την βλέπουμε στα παχύσαρκα παιδιά ενώ μια κοιλιά που εισέχει προς τα μέσα προτείνει υποθρεψία. Παρατηρήστε για μια προεξέχων κοιλιά γιατί μπορεί να είναι σύμπτωμα κάποιας παθολογικής κατάστασης όπως ασκίτης, όγκοι, οργανομεγαλία κ.α. όπως και συνδυασμός μιας πρησμένης κοιλιάς και ψιλόλιγνων άκρων δείχνουν σοβαρή υποθρεψία που μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της μη επαρκούς πρόσληψης πρωτεϊνών ενέργειας ή από ασθένειες όπως η κύστιακή ίνωση.

Μια γραμμική προεξοχή από την ξιφοειδή απόφυση έως και τον ομφάλιο λώρο ή την ηβική σύμφυση συνήθως είναι σημάδι diastases rector ή αποτυχίας του ορθού κοιλιακού μυός να ενωθεί μέσα στη μήτρα. Δεν πρέπει να παραληφθεί ότι το δέρμα που καλύπτει την κοιλιά πρέπει να είναι λείο χωρίς ρυτίδες ή πτυχές όπως και μερικές φορές ασήμαντα άσπρα σημάδια φαίνονται ιδιαίτερα αν το δέρμα έχει τεντωθεί όπως στην παχυσαρκία ή λόγω ασκίτη.

Επιφανειακές φλέβες μπορεί να είναι ορατές σε λεπτά και ανοιχτόχρωμα παιδιά αλλά διεσταλμένες φλέβες αποτελούν μη φυσιολογικά ευρήματα και προκαλούν αγγειακή ή κοιλιακή παρεμπόδιση, παρατηρήστε και αξιολογήστε την κοιλιακή κίνηση.

Επιθεωρήστε τον ομφάλιο λώρο για κήλη, εκροές, υγιεινή, συρίγγια αν παρατηρηθεί κήλη ψηλαφήστε τον σάκο για κοιλιακό περιεχόμενο και εκτιμήστε το ακριβές μέγεθος του ανοίγματος. Η οφθαλμική κήλη είναι συχνή στα νεογνά και ιδιαίτερα στα μαύρα παιδιά, εξαιτίας των σπιτικών γιατρικών όπως να βάζουν νομίσματα πάνω στον ομφάλιο ή να χρησιμοποιούν «δέτες κοιλιών» δημιουργούνται βλάβες στο δέρμα που στην πραγματικότητα καθυστερούν την φυσιολογική επούλωση τους(ρωτήστε τους γονείς αν εφαρμόστηκαν τέτοιες πρακτικές).

Οι κοίλες συνήθως προεξέχουν και διαστελλονται όταν το παιδί βήχει, κλαίει κ.α.

Οι κοίλες μπορεί να υπάρχουν και αλλού στο κοιλιακό τοίχωμα όπως στις βουβωνική χώρα, στο μηρό και στην περιφέρεια:

- Η βουβωνική κοίλη είναι μια προεξοχή του περιτοναίου δια μέσον του κοιλιακού τοιχώματος στο βουβωνικό κανάλι συμβαίνει συνήθως στα αγόρια είναι αμφοτερόπλευρο και μπορεί να είναι ορατός και ως μάζα., Για να εντοπίζεται μια κήλη κολλήστε το μικρό δάχτυλο στο εξωτερικό βουβωνικό δακτύλιο στην βάση του όσχεο και ζητήστε το παιδί να βήξει. Αν υπάρχει κήλη θα χτυπήσει στην άκρη του δακτύλου.
- Μια μηριαία κήλη η οποία συμβαίνει πιο συχνά στα κορίτσια, την αισθανόμαστε ή την βλέπουμε σαν μια μικρή μάζα πρόσθια του μηρού, κάτω από το βουβωνικό σύνδεσμο ,στο μηριαίο κανάλι. Για να την αισθανθείτε κήλη τοποθετήστε τον δείκτη του δεξιού χεριού στο δεξιό μηριαίο σφυγμό.

Η ψηλάφηση κηλών στην ηβική περιοχή είναι συνήθως μέρος της εξέτασης των γεννητικών οργάνων.

Ακρόαση της κοιλιακής κοιλότητας.

Ακροαστείτε και τα 4 τεταρτημόρια χρησιμοποιώντας το στηθοσκόπιο ασχέτως με το πώς ακούμε την καρδιά, τους πνεύμονες και που βάζουμε το στηθοσκόπιο ευγενικά. Στο δέρμα σε αυτήν την περίπτωση το στηθοσκόπιο πρέπει να πιέζει σταθερά κατά της κοιλιακής επιφάνειας για να ακροαστούμε τους σπλαχνικούς ήχους όπου ένας από τους πιο σημαντικούς είναι η περισταλτικότητα ή εντερικός ήχος, ο οποίος ακούγεται σαν ένας σύντομο μεταλλικό κλικ και κελαριστό(αναφέρετε πάντα υπέρ-περισταλτικότητα ή την απουσία εντερικών ήχων αφού αποτελούν σημάδια κοιλιακής ανωμαλίας),άλλοι ήχοι σπλαχνικοί είναι οι δυνατοί μουρμουριστοί ήχοι γνωστοί ως borborgymi, που με απλά λόγια είναι το «ούρλιασμα» του στομαχιού όταν πεινάει, εξαρτώμενο από το πότε έφαγε το παιδί ο ήχος μπορεί να ακούγεται κάθε 10-30 δευτερόλεπτα καλό θα ήταν να καταγράψετε την συχνότητα αυτή σε σχέση με το λεπτό. Εντερικοί ήχοι μπορεί να προκληθούν χτυπώντας την κοιλιακή επιφάνεια με το δάχτυλο.

Επίκρουση της κοιλιακής κοιλότητας .

Επικρούστε την κοιλιά όπως και τους πνεύμονες. Συνήθως παρατηρείτε βαρύς ή επίπεδος ήχος που ακούγεται στην δεξιά πλευρά εξαιτίας της θέσης του ήπατος, επίσης τυμπανικός ήχος είναι πιθανόν να ακουστεί πάνω από το στομάχι στην αριστερή πλευρά. Σε περίπτωση όμως που ο ήχος αυτός είναι ασυνήθιστος σαν το χτύπημα των ντραμς τότε αυτό μας δίνει στοιχεία για την πιθανή ύπαρξη αέρα στο

στομάχι λόγω της στοματικής αναπνοής, όπως επίσης μπορεί να υποδηλώνει παθολογικές καταστάσεις σαν παραλυτικό ειλεό ή εντερική καταστροφή. Από την άλλη η έλλειψη τυμπανικού ήχου σημαίνει ότι το στομάχι είναι γεμάτο μετά το γεύμα αλλά σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να είναι σημάδι παρουσίας υγρού ή στερεάς μάζας. Αναφέρεται για περαιτέρω διερεύνηση σε περίπτωση ύπαρξης ήχων που δεν εξηγούνται από φυσιολογικές διαδικασίες.

Ψηλάφηση της κοιλιακής κοιλότητας.

Δύο είδη ψηλαφήσεων γίνονται: επιφανειακή και βαθιά.

Για την επιφανειακή τοποθετήστε το χέρι ελαφρώς ενάντιον το δέρμα και αισθανθείτε κάθε τεταρτημόριο, προσέχοντας κάθε περιοχή για απαλότητα, τόνο των μυών και επιφανειακές πτυχές όπως κύστες.

Επειδή η επιφανειακή ψηλάφηση λαμβάνεται συνήθως ως γαργαλιτό χρησιμοποιείστε τεχνικές που μειώνουν την αίσθηση. Λέγοντας το παιδί να σταματήσει να γελάει μόνο επικεντρώνει την προσοχή στην αίσθηση και μειώνει την συνεργασία.

Παρατηρήστε για πόνο κατά την διάρκεια επιφανειακής ψηλάφησης.

Υπάρχουν 2 είδη κοιλιακού πόνου.

Ο σπλαχνικό πόνος: είναι αυτός που ανεβαίνει από το σπλαχνικό ή τα εσωτερικά όργανα όπως τα έντερα και είναι συνήθως βαρύς, δύσκολα εντοπίζεται και δύσκολος για τον ασθενή να τον περιγράψει.

- 1) Ο σωματικός πόνος: είναι αυτός ο οποίος αναδύεται από τα τοιχώματα ή τις γραμμές τις κοιλιακής χώρας, όπως το περιτόναιο και είναι έντονος καλά εντοπισμένος και εύκολα περιγράφεται.

Όταν αξιολογείτε κοιλιακό πόνο θυμηθείτε ότι αντιδρούν με ένα «όλα ή τίποτα» αντίδραση είτε δεν υπάρχει πόνος είτε υπάρχει μεγάλος χρησιμοποιώντας πίνακα μέτρησης πόνου βοηθάει τα παιδιά να ξεχωρίζουν τον πόνο από τον φόβο. Εκμαιεύστε αν το παιδί παραπονιέται για κοιλιακό πόνο, πιέστε σταθερά πάνω στο σημείο της κοιλιακής χώρας, στην περιοχή της ευαισθησίας και αφήστε την πίεση απότομα η επαναφερόμενη ευαισθησία είναι παρούσα αν το παιδί αισθάνεται πόνο στην προαναφερθείσα περιοχή, αυτή η αντίδραση συμβαίνει μόνο όταν κάτω από το περιτόναιο βρίσκεται ένα φλεγμένων όργανο όπως η σκωληκοειδής . Χρησιμοποιήστε «βαθιά» ψηλάφηση για ψηλάφηση οργάνων και

μεγάλων αιμοφόρων αγγείων και για την ανίχνευση μαζών με σκοπό την ανακάλυψη ευαισθησίας που δεν ανακαλύφθηκε κατά την διάρκεια της επιφανειακής ψηλάφησης,(αν το παιδί παραπονιέται για κοιλιακό πόνο ψηλαφήστε την συγκεκριμένη περιοχή). Τελευταία φυσιολογική ψηλάφηση του μεσογάστριου συνήθως προκαλεί πόνο καθώς η πίεση εκτείνεται στην αορτή, αλλά αυτό δεν πρέπει να συνεχιστεί με τη σπλαχνική ή σωματική ευαισθησία.

Στην συνέχεια ψηλαφήστε τα κοιλιακά όργανα πιέζοντας τα εναντίον του ελευθέρου χεριού το οποίο είναι τοποθετημένο στην πλάτη του παιδιού, ξεκινήστε την ψηλάφηση στο κατώτερο τεταρτημόριο και προχωρήστε προς τα πάνω για να αποφύγετε να χάσετε την άκρη ενός μεγεθυμένου ήπατος ή σπλάχνου, η κατώτερη άκρη του ήπατος είναι μερικές φορές ψηλαφητή στα νεογνά και νεαρά παιδιά ως μια επιφανειακή μάζα 1-2 cm. Φυσιολογικά το ήπαρ κατεβαίνει κατά την διάρκεια της εισπνοής καθώς το διάφραγμα κινείται προς τα κάτω, αυτή η κίνηση δεν πρέπει να μπερδεύεται ως ηπατομεγαλία.

Ακολούθως ψηλαφήστε την σπλήνα με το να την αισθάνεται ανάμεσα στο χέρι που τοποθετείτε στην πλάτη του παιδιού και το άλλο που ψηλαφεί στο αριστερό άνω τεταρτημόριο. Η σπλήνα είναι πιο μικρή από το ήπαρ και βρίσκεται πίσω από το στομάχι. Την κορυφή της σπλήνας μπορούμε να την αισθανθούμε κατά την εισπνοή. Άλλες ανατομικές δομές που είναι μερικές φορές ψηλαφητές σε παιδιά είναι τα νεφρά, η κύστη, το τυφλό έντερο και το σιγμοειδές κόλον .

Όσον αφορά την ψηλάφηση του νεφρού είναι αρκετά δύσκολη εξέταση λόγω της βαθιάς θέσης της στην κοιλιακή χώρα. Συνήθως μόνο η κορυφή του δεξιού νεφρού είναι ψηλαφητή λόγω της χαμηλότερης θέσης μέσα στην κοιλιακή κοιλότητα και το αισθανόμαστε καλύτερα κατά την εισπνοή σχετικά με την κύστη μπορεί να ψηλαφισθεί ελαφρός πάνω από την ηβική σύμφυση στα νεογνά και μικρά παιδιά και κατεβαίνει πιο βαθιά στην ηβική κοιλότητα κατά την εφηβεία.

Περιστασιακά τμήματα του κόλων είναι ψηλαφητά όπως το τυφλό έντερο το οποίο είναι μαλακό γεμάτο με αέριο, στο δεξιό κάτω τεταρτημόριο το σιγμοειδή κολών είναι ένα ευαίσθητο όργανο με σχήμα λουκάνικου που κινείται εύκολα στο κάτω αριστερό τεταρτημόριο. Αν και όλες αυτές οι δομές δεν ψηλαφούνται εύκολα προσέξτε τις θέσεις και τα χαρακτηριστικά τους για να αποφύγετε λάθη από μη φυσιολογικές μάζες που χρειάζονται περαιτέρω εξετάσεις.

Η πιο κοινή ψηλαφητή μάζα είναι τα παιδικά κόπρανα τα οποία μπορούν να σχετίζονται με τον πόνο στο κάτω δεξί τεταρτημόριο από ένα διεσταλμένο τυφλό έντερο.

Σε ενεργά σεξουαλικά έφηβες μια ψηλαφητή μάζα στο κάτω μέρος της κοιλιακής μπορεί να είναι μια εγκυμονούσα μήτρα.

Κατά την ψηλάφηση της κοιλιακής χώρας βρείτε τους Femoral σφυγμούς τοποθετώντας τις κορυφές 2 ή 3 δακτύλων κατά μήκος της μηριαίας αρτηρίας. Αισθανθείτε και τους δύο σφυγμούς ταυτόχρονα και βεβαιωθείτε ότι είναι όμοιοι και δυνατοί. Καθώς εξετάζεται την κοιλιά ελέγξτε και τα κοιλιακά αντανακλαστικά εκτείνοντας το δέρμα προς τον ομφάλιο. Η αναμενόμενη και φυσιολογική αντίδραση είναι ο λώρος να μετακινηθεί προς το ερέθισμα ή το τεταρτημόριο που χτυπήθηκε (η αντίδραση αυτή δεν υπάρχει σε παιδιά κάτω του 1 έτους) .

Αναφέρεται ασυμμετρία ή απουσία αντίδρασης.

Αξιολόγηση και εκτίμηση νευρικού συστήματος.

Η αξιολόγηση του νευρικού συστήματος είναι η πιο ευρεία και η πιο αμφιλεγόμενη αξιολόγηση αφού κάθε ανθρώπινη λειτουργία, φυσική και συναισθηματική, ελέγχεται από νευρολογικές ορμές .Η εκτίμηση σε αυτή την περίπτωση αρχικά στηρίζετε στην παρατήρηση των ποδιών σχετικά με την ανάπτυξη του τόξου των νεογνών και των μεγαλύτερων σε ηλικία παιδιών από 1εως 3 ετών, στα οποία το πόδι εμφανίζετε επίπεδο εξαιτίας του ότι είναι φυσικά φαρδύ και η καμάρα καλύπτεται από ένα μαξιλαράκι πάχους.Η ανάπτυξη της καμάρας συμβαίνει φυσιολογικά από την δράση του περπατήματος. Φυσιολογικά στην γέννηση τα πόδια κλίνουν προς τα έσω ή προς έξω. Σε φάση όπου απαιτείται αξιολόγηση ώστε να κατανοήσετε αν η ανωμαλία του ποδιού είναι αποτέλεσμα ενδομητριακής θέσης ή ανάπτυξης τότε ψηλαφίστε αρχικά την έξω επιφάνεια και μετά την έσω επιφάνεια της πατούσας. Σε δεύτερο χρόνο εκτιμήστε το βάδισμα βάζοντας το παιδί να περπατήσει αξιολογώντας την γωνία που σχηματίζετε μεταξύ του άξονα του ποδιού και της γραμμής ανάπτυξης, συγκρίνοντας με το φυσιολογικό που είναι συνήθως στροφή των ποδιών 30 μοίρες προς τα έξω και λιγότερο από10 μοίρες προς τα έσω.

Ένα από τα συχνότερα προβλήματα που παρατηρούνται στην βάδιση των μικρών παιδιών ονομάζετε «βάδισμα περιστέρου» το οποίο είναι αποτέλεσμα περιστροφικών ανωμαλιών όπως εσωτερική κνημική περιστροφή ,επίσης θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε περίπτωση που παρατηρηθεί περπάτημα στα δάχτυλα θα πρέπει να θεωρηθεί φυσιολογικό λόγω της απουσίας των νευρομυικών ανωμαλιών. Στα νεογνά σε περίπτωση που επιμένει περισσότερο από 3 μήνες τότε το παιδί θα πρέπει να παραπεμφθεί για ορθοπεδική εκτίμηση. Τέλος εξετάστε το πέλμα ή το αντανακλαστικό πιασίματος δηλαδή καθώς εξετάζεται το παιδί δώστε σταθερή και ήπια πίεση με την κορυφή του αντίχειρα εναντίον της πατούσας από την πτέρνα μέχρι και πάνω στο μικρό δάχτυλο και μετά κατά μήκος έως και το μεγάλο δάκτυλο η φυσιολογική αντίδραση ενός παιδιού που περπατάει είναι το τέντωμα των δακτύλων του. Σημάδια **Babinski και Fanning** κ.α. είναι φυσιολογικό κατά την νεανική ηλικία αλλά μη φυσιολογικό μετά το 1^ο έτος μία θετική εξέταση Babinski, μετά την ηλικία του 1 έτους δείχνει πρόβλημα σπονδυλικής

στήλης και περαιτέρω νευρολογική εκτίμηση. Κατά την διάρκεια της νευρολογικής νεογνικής ηλικίας το σχήμα του θώρακα είναι σχεδόν κυκλικό με προσθοπίσθια διάμετρο ίση με την πλάγιο- πλάγια διάμετρο.

Αξιολόγηση σπονδυλικής στήλης.

Παρατηρήστε την γενική κύρτωση της σπονδυλικής στήλης ,εξετάζοντας την φυσιολογίας της πλάτης ενός νεογνού οι οποίες είναι στρογγυλοποιημένη ή σε σχήμα **C** από της θωρακικές και ηβικές καμπύλες, τυχόν κύρτωση στην στάση του σώματος δεν είναι φυσιολογικό. Ένα άλλο μη φυσιολογικό εύρημα όσον αφορά την σπονδυλική στήλη κυρίως των κοριτσιών αποτελεί η σκολίωση δηλαδή η απόκλιση τη σπονδυλικής στήλης, κάτι που ψηλαφάτε νιώθοντας την σπονδυλική στήλη και παρατηρώντας για πλευρική μετατόπιση.

Αντικειμενικά τεστ για την αξιολόγηση της σπονδυλικής στήλης :

1. Βάζουμε το παιδί σε όρθια θέση ,μόνο με τα εσώρουχα, παρατηρώντας από πίσω για ασυμμετρία γοφών και ώμων.
2. Με το παιδί σκυμμένο προς τα εμπρός έτσι ώστε η πλάτη να είναι παράλληλη με το έδαφος ,παρατηρήστε ασυμμετρία ή προεξοχή του πλευρικού κλουβιού.
3. Παρατηρήστε την πλάτη κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης για σημεία τριχοφυΐας .βυζούνια ή αποχρωμάτιση. Ένας μικρός όγκος συνήθως με τρίχες, που καλείτε τριχοσμηγματογόνος κύστη, μπορεί να υποδυκνείει μια υποβόσκουσα δισχιδής ράχη, ψηλαφήστε την σπονδυλική στήλη για να αναγνωρίσετε την παρουσία ή απουσία όλων των σπονδύλων.

Η κινητικότητα της σπονδυλικής στήλης αξιολογείτε εύκολα στα περισσότερα παιδιά εξαιτίας της συνεχούς κίνησης τους κατά την εξέταση ,για εξέταση αυτής ζητήστε από το παιδί να σηκωθεί από μια prone θέση ή να κάνει μια τροποποιημένη σήκω – κάτσε εξέταση. Σε περίπτωση που διατηρεί μια αυστηρή ευθύτητα όταν κάνει αυτές τις ασκήσεις θεωρείτε μη φυσιολογικό και μπορεί να είναι λοίμωξη του Κ.Ν.Σ. εντούτοις κάποια άτομα που δεν μπορούν να ηρεμήσουν και να διατηρήσουν στάση αυστηρής ευθύτητας.

Η κίνηση είναι σημαντικό διαγνωστικό σημάδι για νευρολογικά προβλήματα, όπως μηνιγγίτιδα .

Αξιολόγηση των άκρων .

Παρατηρήστε κάθε άκρο για ασυμμετρία στο μήκος και μέγεθος και αναφέρετε αποκλίσεις για ορθοπεδική εκτίμηση, μετρήστε τα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών(έξτρα δάχτυλο ή έλλειψη αυτού) για να είστε σίγουροιως προς τον φυσιολογικό αριθμό τους καθώς επίσης παρατηρήστε τα δάχτυλα για σημάδια κυάνωσης ,ανωμαλίες των νυχιών και γενικότερη υγιεινή. Αν τυχόν υπάρχει αμφιβολία ως προς την συμμετρία του μήκους, τότε μετρήστε τα πόδια από την λαγόνια ακρολοφία ως τον αστράγαλο και αξιολογήστε τα ως προς την θερμοκρασία, το χρώμα την ευαισθησία και τέλος για μάζες. Η θερμοκρασία κάθε άκρου πρέπει να είναι ίδια ,αν και τα ποδιά μπορεί να είναι φυσιολογικά πιο κρύα από τα χέρια (ψυχρότητα αποδυνκνείει μειωμενη κυκλοφορια όπως απόφραξη αιμοφόρων αγγείων, ενώ η ζεστή σημαίνει αυξημένη αιματική ροή όπως από οίδημα ή φλεγμονή .

Εάν παρατηρηθεί μεγέθυνση οστού λόγω οιδήματος με ερυθρότητα, ζέστη και ευαισθησία χρειάζεται περαιτέρω εκτίμηση και μπορεί να σημαίνει είτε τραύμα ,μόλυνση ή μια υποβόσκουσα ασθένεια. Παράλληλα εάν ψηλαφηθεί μια στερεή μάζα κατά μήκος του οστού με η χωρίς πόνο μπορεί να σημαίνει όγκος(αν και όλες οι μάζες δεν είναι κακοήθης πρέπει να εκτιμηθούν).

Επειδή τυχαία κατάγματα είναι συνηθισμένα στα παιδιά συνηθίστε στην αξιολόγηση ορθοπεδικών τραυμάτων κάνοντας χρήση των 5 βασικών κριτηρίων:

1. Ο πόνος.
2. Ο παλμός.
3. Η παραισθησία.
4. Η χλομάδα.
5. Η παράλυση.

Εκτίμηση συνδέσμων – Αρθρώσεων.

Είναι σημαντικό να εκτιμηθούν οι σύνδεσμοι σχετικά με το εύρος των κινήσεων κάτι που συνήθως δεν απαιτεί ειδικά τεστ, παρά να παρατηρείται την κίνηση του παιδιού κατά την εξέταση. Επίσης είναι σημαντικό να ελεγχτούν οι γλουτοί για πιθανά σημάδια εξάρθρωσης ενώ ταυτόχρονα να αναφερθούν υπάρχουσες ενδείξεις για ακινησία ή αντίθετα υπερκινητικότητα των αρθρώσεων. Στην συνέχεια ψηλαφίστε τις αρθρώσεις για ζέστη, ευαισθησία και οίδημα διότι αυτά τα σημάδια όπως κ' η

ερυθρότητα πάνω στις αρθρώσεις μπορεί να είναι σημάδια φλεγμονής ή κάποιας ασθένεια του κολλαγόνου.

Εκτίμηση μυών.

Σε ότι αφορά τους μυς σημειώστε την συμμετρία και την ποιότητα της μυϊκής ανάπτυξης όπως και τον τόνο και την δύναμη. Παρατηρήστε την ανάπτυξη κοιτώντας το σχήμα και το περίγραμμα του σώματος σε ηρεμία αλλά και σε ένταση ενώ ταυτόχρονα εκτιμήστε το τόνο αρπάζοντας τον μύ και αισθανθείτε την σταθερότητα του όταν(ο μυς) είναι χαλαρός και όταν(ο μυς) είναι συσταλμένος. Ένα κοινό σημείο αυτών είναι η εξέταση του δικέφαλου μυ στο χέρι κατά την οποία τα παιδιά είναι συνήθως πρόθυμα να συμμετάσχουν «κάνοντας μπράτσο» ή σφίγγοντας την γροθιά τους, καλό θα ήταν να εκτιμηθεί και η δύναμη τους βάζοντας το παιδί να χρησιμοποιήσει ένα άκρο για να σπρώξει ή να τραβήξει ένα αντικείμενο που «αντιστέκεται» .

Αξιολόγηση δύναμης βραχιονίου.

Σε αυτή την περίπτωση το παιδί κρατά το χέρι του σε έκταση και προσπαθεί να το σηκώσει ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής-τρία ασκεί πίεση (στο χέρι)προς τα κάτω.

Αξιολόγηση δύναμης χεριού.

Η αξιολόγηση εδώ επιτυγχάνετε με την διαδικασία κατά την οποία το παιδί « σφίγγει χέρι» με τον νοσηλευτή-τρία.

Αξιολόγηση δύναμης ποδιού.

Η διαδικασία της αξιολόγησης εδώ ξεκινά με το παιδί να κάθεται σε τραπέζι ή καρέκλα ενώ τα πόδια του κρέμονται. Στην συνέχεια πραγματοποιείτε προσπάθεια να τα σηκώσει αφού παράλληλα ασκείται πίεση από τον ίδιο τον νοσηλευτή-τρία. Κατά το τέλος της διαδικασίας αυτής σημειώστε την συμμετρία της δύναμης που αφορά τα άκρα, τα χέρια και τα δάχτυλα και αναφέρεται άμεσα αποδείξεις πάρεσης ή αδυναμίας.

Αξιολόγηση του δέρματος.

Η αξιολόγηση του δέρματος έχει να κάνει κατά αρχήν με το χρώμα ,την ύφη, την θερμοκρασία, την υγρασία και επίσης την σπαργή .Όσον αφορά τα μαλλιά αυτά με την σειρά τους παρατηρούνται για χρώμα ,ποιότητα και ελαστικότητα . Η εξέταση του δέρματος και των δομών του πρωταρχικά περιλαμβάνει:

1. επιθεώρηση.
2. ψηλάφηση .

Παρά τα αυτά υπάρχουν διάφορα παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την αξιολόγηση ,οι όποιοι διακρίνονται σε φυσικούς και γενετικούς παράγοντες :

Φυσικοί παράγοντες: είναι αυτοί που σχετίζονται με το εξεταζόμενο περιβάλλον ,δηλαδή ότι έχει να κάνει με την επιφάνεια αυτού, το κλίμα κ.τ.λ.

Όσον αφορά τώρα την επιφάνεια βασικό σημείο αποτελεί το χρώμα της, το όποιο μπορεί να επηρεάσει την ακριβή αξιολόγηση αφού χρώματα όπως ροζ, μπλε, κίτρινο ή πορτοκαλί προσδίδουν απατηλή λάμψη στο δέρμα για αυτό θα ήταν φρόνιμο να διεξάγετε την εξέταση σε πολύ καλά φωτιζόμενο δωμάτιο με ουδέτερα χρώματα. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι το κλίμα ,που σημαίνει ότι ο χώρος που πρόκυτε να γίνει η εξέταση θα πρέπει να είναι κατάλληλος δηλ. ούτε ζεστός αφού μπορεί να οδήγηση σε κοκκίνισα και ούτε κρύος γιατί αντίθετα μπορεί να οδήγηση σε κυάνωση. Αξίζει να αναφερθεί και ότι φτωχή υγιεινή και τεχνητό χρώμα χειλιών ή νυχιών μπορούν επίσης να επισκιάσουν την ακριβή αξιολόγηση και για αυτό και είναι απαραίτητο να καθαριστεί το δέρμα με σαπούνι και νερό και να αφαιρεθούν κοσμήματα πριν την έναρξη της επιθεωρησης.

Θυμηθείτε ότι τέτοιοι παράγοντες μπορεί να κρύβουν σημάδια εκχυμώσεων , πετέχιων , κυανώσεις κ.α

Σε ότι έχει να κάνει με την υφή, την θερμοκρασία, την υγρασία και την σπαργή η επιθεώρηση αυτών πρέπει να γίνει αντικειμενικά. Τώρα όσον αφορά την ψηλάφηση, αυτή πρέπει να γίνεται με μεγαλύτερη ακρίβεια και τυχόν ρούχα που μπορεί να εμποδίζουν την διαδικασία αυτή θα πρέπει να αφαιρούντε έτσι ώστε να εξετάσετε την κάθε περιοχή γυμνή είτε ως τμήμα της γενικής εξέτασης ή σε συνδυασμό με την αξιολόγηση κάθε συστήματος.Τέλος εφόσον η αφή επηρεάζεται από την έκθεση στο περιβάλλον κρύο, ήλιος και άνεμος συγκρίνετε την περιοχή που είναι εκτιθέμενη με αυτήν που είναι καλυμμένη .

Γενετική παράγοντες :είναι οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται με την αξιολόγηση του χρώματος του παιδιού ,το φυσιολογικό χρώμα σε ανοιχτόχρωμα παιδιά ποικίλη .

Σκουρόχρωμα παιδιά όπως τα Αμερικανό-Ινδιάνων , Ισπανών , Μαύρα , Λατίνα , Μεσόγεια , Ανατολικά έχουν κληρονομήσει διαφόρους καφέ, κόκκινο , κίτρινο ,πράσινο ελιάς και μωβ τόνους στο δέρμα τους το οποίο μπορεί να αξιολογηθεί λάθος για παράδειγμα μερικά παιδιά από την μεσόγειο συνήθως έχουν κόκκινα σκούρα χείλια το οποίο διαφορετικά αξιολογούνται ως κυάνωση επίσης παιδιά από την ανατολή των οποίων το δέρμα είναι φυσιολογικά κίτρινο μπορεί να εμφανίζετε ως ίκτερος και

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

τέλος έγχρωμα παιδιά (μαύρα) έχουν συνήθως μαύρες εκχυμώσεις στα ουλή , στην στοματική κοιλότητα , στα όρια της γλώσσας τους και στα νύχια .

Ψυχολογική παράγοντες επηρεάζουν την αξιολόγηση του χρώματος .

Αξιολογήστε τυχόν αλλαγές του χρώματος στις περιοχές του σώματος στις οποίες η παραγωγή της μελανίνης είναι λίγη:

- ✚ σκληρός χιτώνας .
- ✚ επιπεφυκότες.
- ✚ νύχια .
- ✚ χείλη .
- ✚ γλωσσά .
- ✚ στοματικός βλεννογόνο .
- ✚ παλάμες και πατούσες .

Αυτές οι περιοχές σπάνια επηρεάζονται από οίδημα ή από ποσότητα λιπώδους ιστού αλλά είναι ευαίσθητες σε αλλαγές από φυσικούς παράγοντες όπως η χρήση καλλυντικών ή φτωχής υγιεινής .

Αξιολόγηση χρώματος στο δέρμα.

Το δέρμα παίρνει το χρώμα του *κίτρινου ,καφέ ή μαύρου* από την μελανίνη και την σκιά του *κόκκινου ή μπλε* από το χρώμα της αιμοσφαιρίνης (οξυγονωμένης). Χαμηλό επίπεδο οξυγόνου δείχνει ένα *μπλε* τόνο μέσω του δέρματος (κυάνωση) το οποίο είναι απόδειξη μειώσεις των επίπεδων της αιμοσφαιρίνης .

Αξιολόγηση υφής του δέρματος.

Ψηλαφούμε το δέρμα για να αξιολογήσουμε την υφή παρατηρώντας για τυχόν υγρασία και θερμοκρασία. Στην συνέχεια σημειώνουμε κάθε σημάδι ή ουλή που μπορεί να δείχνουν επουλωμένα τραύματα και μαθαίνουμε την προέλευση τους . Φυσιολογικά το δέρμα των νέων παιδιών είναι απαλό και μαλακό και ελαφρός στεγνό στην αφή , παρατηρούμε αποκλείσεις από αυτά τα ευρήματα επειδή μπορεί να είναι πρόβλημα της παιδικής ηλικίας όπως:

1. έκζεμα
2. εξάνθημα πάνας
3. υπερβολική ξηρότητα(ξηροδερμία σε όλο το σώμα από πολύ συχνό πλύσιμο , έκθεση στον καιρό ή ανεπάρκεια βιταμίνης Α).

Η υπερβολική υγρασία μπορεί να είναι σημάδι προβλημάτων υγείας κυρίως καρδιακών.

Προσέγγιση δομών δέρματος.

Δομές δέρματος αποτελούν τα μαλλιά και τα νύχια, επιθεωρήστε το δέρμα για χρώμα ύφη ,ποιότητα και ελαστικότητα. Τα μαλλιά των παιδιών είναι συνήθως δυνατά , ελαστικά και μεταξένια.Γενετική παράγοντες όμως είναι αυτοί που επηρεάζουν την εμφάνιση των μαλλιών. Για παράδειγμα τα μαλλιά των έγχρωμων παιδιών είναι πιο σγουρά και σκληρά απ'ότι των λεύκων παιδιών. Μαλλιά που είναι θαμπά, ευκολόσπαστα, ξερά, αποχρωματισμένα μπορεί να είναι σημάδι φτωχής θρέψης .Αξίζει να αναφερθεί και η απώλεια των μαλλιών η οποία μπορεί να είναι σημάδι ποικίλων δερμικών διαταραχών σε αντίθεση με την απώλεια μαλλιών στα νεογνά που είναι συχνά αποτέλεσμα του ότι κοιμούνται πάντα στην ίδια θέση ,μια φαλακρή περιοχή μπορεί να είναι απόδειξη για συμβουλευτική προς τους γονείς όπως αλλαγές θέσεων, κ.α.

Επιθεωρήστε τα μαλλιά και το κρανίο για καθαριότητα πολλές εθνότητες λούζουν τα μαλλιά τους με λάδι ή απορρυπαντικά που φράζουν τα στόμια των αδένων με αποτέλεσμα αν δεν ξεπλυθούν καλά προκαλούν φλεγμονές στο κρανίο. Αν υπάρχει υποψία για φθειρίαση προστατέψτε τον εαυτό σας από μόλυνση με καλό πλύσιμο χεριών , φορώντας γάντια και χρησιμοποιώντας γλωσσοπίεστρο για να επιθεωρήσετε τα μαλλιά, επίσης επιθεωρήστε το κρανίο για τυχόν εξογκώματα που εμφανίζονται ως γκριζωπά ή καφέ οβάλ σώματα . Παρατηρήστε για ασυνήθης τριχοφυΐα οπουδήποτε στο σώμα όπως στα χεριά, στα πόδια , στον κορμό ή το πρόσωπο .*Τούφα τριχών στην σπονδυλική στήλη κυρίως πάνω από το ιερό οστό ,είναι σημαντικό γιατί μπορεί να είναι σημάδι δισχιδούς ράχης* .Σε μεγαλύτερα παιδιά που πλησιάζουν την εφηβεία κοιτάξτε για ανάπτυξη δευτερογενών τριχών ως σημάδι ανάπτυξης εφηβικών αλλαγών ,λόγω του ότι η πρόωρη ή καθυστερημένη εμφάνιση τριχών, αν και όχι πάντα, υποδηλώνει ορμονική διαταραχή. Επιθεωρήστε τα νύχια όσον αφορά το χρώμα , το σχήμα, την ύφη και την ποιότητα συνήθως τα νύχια είναι ροζ ,τετραγωνισμένα στο σχήμα ,λεία σκληρά ή ελαστικά, οι άκρες του είναι φυσιολογικά άσπρες και πρέπει να εκτείνονται πέρα από τα δάχτυλα .

Σε ότι έχει να κάνει με το χρώμα ,γίνεται αναφορά στην παρακάτω στήλη:

1. Η μπλε απόχρωση σημαίνει *κυάνωση*.
2. Η μαύρο-μπλε απόχρωση συνήθως σημαίνει *αιμορραγία* κάτω από το νύχι .

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

3. Η μόλυνση από μύκητα προκαλεί άσπρισμα όλου του νυχιού.
4. Κοντά και τραχιά νύχια είναι τυπικό της συνηθείας του δαγκώματος των νυχιών .
5. Άκοπα και βρώμικα σημαίνει φτωχή υγιεινή .

Αλλαγές στο σχήμα των νυχιών συνήθως αφορούν:

1. Καμπύλες ή νύχια «κουτάλι» ονομάζετε κουλόνυχια και μερικές φορές είναι σημάδι *αναιμίας*.
2. Πληκτροδακτυλία είναι σημαντικό εύρημα και συνήθως έχει σχέση με την *χρόνια κυάνωση* .

Εκτίμηση θερμοκρασίας του σώματος.

Εκτιμήστε την θερμοκρασία από συμμετρική αίσθηση κάθε τμήματος του σώματος και συγκρίνοντας τις άνω περιοχές με τις κάτω σημειώστε μεγάλες διαφορές. Τα μικρά παιδιά παράγουν θερμότητα πολύ γρήγορα και γρήγορα υπερθερμαίνονται αν ντύνονται πολύ ζεστά, πολλοί γονείς δεν το καταλαβαίνουν και αποτυγχάνουν στην αλλαγή ρουχισμού για να συμβαδίζουν με τις κλιματικές αλλαγές .

Αξιολόγηση χλομάδας ή κυάνωσης και ορισμός.

Χλομάδα ή κυάνωση μπορεί να συγκριθεί με την αλλαγή του χρώματος που παράγεται από τον αποχρωματισμό όπως για παράδειγμα μη χρωματισμένα νύχια αν πιεστούν στην άκρη με καλό χρώμα δέρματος παράγει μαύρισμα ή άσπρισμα ανάλογα με την επιστροφή του αίματος(σε παιδί με χλομάδα η επιστροφή στο χρώμα θα είναι ελάχιστη).

Αξιολόγηση ερυθήματος ή κοκκίνισμα.

Ερυθήμα ή κοκκίνισμα του δέρματος , μπορεί να είναι αποτέλεσμα αυξανόμενης θερμοκρασίας από :

1. κλιματικές συνθήκες .
2. τοπική φλεγμονή .
3. ή μόλυνση.

Μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως σημάδι ενόχλησης του δέρματος, αλλεργία ή άλλες δερματοπάθειες. Ο βαθμός του κοκκίνισματος αντανακλά την ποσότητα του αυξημένου ροής αίματος στην περιοχή.

Παρατηρούμε για **κοκκίνισμα** και περιγράφουμε:

1. την θέση.
2. το μέγεθος.
3. την παρουσία θερμότητας .
4. φαγούρας τύπος πορείας (π.χ. παράλληλη με φλέβα).
5. και την παρουσία χαρακτηριστικών εκδορών .

Πληθώρα είναι επίσης η κοκκινίλα του δέρματος που προέρχεται από αυξανόμενο αριθμό ερυθρών αιμοσφαιρίων ως απάντηση σε χρόνια υποξία, εν τούτοις κοκκίνισμα χειλιών ή μαγούλων συμβαίνει.

Αξιολόγηση εκχυμώσεων και πετέχιων και ορισμός.

Εκχυμώσεις και πετέχιες παράγονται από αιμορραγία στο δέρμα , η μόνη διαφορά μεταξύ αυτών των 2 καταστάσεων είναι το μέγεθος.

Οι **εκχυμώσεις** είναι μεγάλες περιοχές δέρματος , συνήθως μαύρου και μπλε χρώματος και είναι συνήθως αποτέλεσμα τραυματισμού. Επειδή οι εκτιμητικές περιοχές μπορεί να είναι σημάδι συστηματικών διαταραχών ή κακομεταχειρίσεις του παιδιού πάντα ερευνάμε τον αναφερόμενο τρόπο των μελανιών ιδίως όταν εντοπίζονται σε ύποπτες περιοχές όπως οι γλουτοί , το σαγόνι , το γόνατο, οι αγκώνες και αλλά.

Πετέχιες αφορούν μικρές περιοχές δέρματος ,έχουν σχήμα κεφαλής καρφίτσας 2mm ή μικρότερου και μπορεί να επιδεικνύουν διαταραχές αίματος όπως λευχαιμία. Εξαιτίας του μεγέθους τους οι εκχυμώσεις παρατηρούνται πιο εύκολα από τις πετέχιες , οι όποιες μπορεί να είναι σε περιοχές πολύ ανοιχτόχρωμες .

Αξιολόγηση ίκτερου και ορισμός.

Ως ίκτερο χαρακτηρίζουμε ένα κίτρινο «λεκέ» του δέρματος που συνήθως προκαλείτε από χολοχρωστικά ο οποίος αποτελεί κατά κανόνα σημαντικό εύρημα στην διαδικασία της αξιολόγησης μας.

Αν ένα κίτρινο- πορτοκαλί «μπάλωμα» παρατηρείτε σε ένα κατά τα αλλά υγείες παιδί, ζητάμε από τους γονείς να μας πουν την κατανάλωση κίτρινων λαχανικών όπως καρότα ,διότι σε υπερβολή κίτρινα λαχανικά παράγουν ένα κίτρινο-πορτοκαλί χρώμα από τα αποθέματα της καροτίνης στο δέρμα, που οδηγεί μια κατάσταση που ονομάζετε καροτοναιμία.

Αξιολόγηση της σπαργής και ορισμός.

Σπαργή των ιστών αναφέρετε στην ποσότητα ελαστικότητας του δέρματος. Για να την αξιολογήσετε πιάστε το δέρμα στην κοιλιακή χώρα ανάμεσα στον αντιχειρά και στον δείκτη τραβήξτε το και αφήστε το γρήγορα, ο ελαστικός ιστός παίρνει κατευθείαν την φυσιολογική του θέση χωρίς σημάδια ,σε παιδιά με φτωχή σπαργή το δέρμα παραμένει τεντωμένο για λίγο πριν ξαναπέσει στην κοιλιά

Η εκτίμηση της είναι η καλύτερη εκτίμηση για ενυδάτωση και θρέψει.

Αξιολόγηση γεννητικών οργάνων.

Η εξέταση των γεννητικών οργάνων ακολουθεί την αξιολόγηση της κοιλίας, καθώς το παιδί είναι ξαπλωμένο, στους ενήλικες η επιθεώρηση μπορεί να γίνει και στο τέλος. Αυτή η εξέταση είναι συνήθως χωρίς άγχος για τα νεογνά και τα μικρά παιδιά αλλά ξεκινά να γίνεται αγχώδης για μεγαλύτερα παιδιά προσχολικής ηλικίας και εφήβους, αφορά κυρίως την ανησυχία τους για την ιδιωτικότητα τους. Κατά την εξέταση των γεννητικών οργάνων φοράτε γάντια ,ίσως είναι βοηθητικό για τους εφήβους να ξέρουν ότι φορώντας γάντια εμποδίζεται η επαφή δέρμα με δέρμα. Η εξέταση αυτή, είναι ένας τέλειος χρόνος για να εκμαιεύσετε ερωτήσεις ενδιαφέροντος για την λειτουργία του σώματος όπως και σεξουαλικά θέματα, τέλος αδράξτε την ευκαιρία να του αυξήσετε ή να ενισχύσετε την γνώση του παιδιού για την ανατομία του αναπαραγωγικού συστήματος ονομάζοντας κάθε μέρος του σώματος και εξηγώντας την λειτουργία.

Για παράδειγμα, πολλά κορίτσια αγνοούν την ύπαρξη δύο ανοιγμάτων στο αιδοίο αφού νομίζουν ότι τα ούρα εξέρχονται από τον κόλπο τους!!! Για τα αγόρια, αυτό το μέρος της αξιολόγησης είναι μια θαυμάσια ευκαιρία για να διδαχθούν την αυτοεξέταση των όρχεων.

Αρσενικά γεννητικά όργανα :

Σε ότι αφορά τα αρσενικά γεννητικά όργανα σημειώστε:

- 1) Την εξωτερική όψη.
- 2) Την βάλανο.
- 3) Το πέος.
- 4) Την πόσθη.
- 5) Το ουρηθρικό στόμιο.
- 6) Το όσχεο.

Το μέγεθος του πέους είναι γενικά μικρό στα νεογνά και μικρά αγόρια μέχρι και την εφηβεία όπου αρχίζει να αυξάνεται σε μήκος και πλάτος (ένα πολύ μικρό πέος μπορεί να είναι μια μεγεθυσμένη κλειτορίδα σε γεννητικά θηλυκό παιδί).

Σ' ένα παχύσαρκο παιδί το πέος συχνά μοιάζει μη φυσιολογικό και μικρό λόγω των πτυχών του δέρματος που καλύπτουν την βάση του, παράλληλα ένα μεγάλο πέος σε μικρό παιδί μπορεί να υποδηλώνει πρόωρη εφηβεία.

Ο νοσηλεύτης –τρια θα πρέπει να είναι συνηθισμένος με τα φυσιολογικά εφηβικά μεγέθη των εξωτερικών γεννητικών οργάνων έτσι ώστε να είναι σε θέση να συγκρίνει τα ευρήματα με την αναμενόμενη συχνότητα ωριμότητας.

Εξετάστε την βάλανο και την πόσθη για σημάδια οιδήματος ουλές, ερυθρότητα ή άλλες ανωμαλίες, κάθε σημάδι μπορεί να υποβόσκει ανωμαλίες, ιδιαίτερα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, αξιόλογο θα ήταν σκεφτείτε την πιθανότητα της σεξουαλικής κακοποίησης στα μικρά παιδιά εάν υπάρχουν σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Αν το παιδί δεν έχει περιτομή, εξετάστε την ακροποσθία της βάλανου, στα νεογνά την ακροποσθία δεν την τραβάμε πίσω επειδή μπορεί κατά λάθος να σκίσουμε την λεπτή μεμβράνη κάτι που μπορεί να προκαλέσει αργότερα ουλές. Στα παιδιά σιγά σιγά τραβήξτε την ακροποσθία για να εξετάσετε την βάλανο και το ουρηθρικό στόμιο και μετά ανατάξτε την ,σφικτή ακροποσθία η οποία δεν μπορεί να τραβηχτεί στα μεγαλύτερα παιδιά ονομάζεται φίμωση.

Σε ότι έχει να κάνει με το ουρηθρικό στόμιο (ανατομική θέση: στο κέντρο στην κορφή της βάλανου) εξετάστε εκροές .

Παρατηρήστε το μέγεθος του οσχέου στα νεογνά το οποίο φυσιολογικά εμφανίζεται μεγαλύτερο σε σχέση με τα υπόλοιπα γεννητικά όργανα , συνήθως ο αριστερός ορχείς κρέμεται χαμηλότερα από το δεξί ενώ και τα δύο κρέμονται ελεύθερα από το περίνεο του πέους. Πίσω από το πέος προσέξτε αν το όσχεο είναι μικρό ή βρίσκετε κοντά στο περίνεο ακόμη και αν έχουν την μέση γραμμή χωρισμού, το οποίο μπορεί να είναι μεγεθυμένο χείλη. Θα πρέπει να τονιστεί ότι ένας μη φυσιολογικός ,μεγάλος ορχικός σάκος μπορεί να ενδυκνύει κήλη ή οίδημα των εσωτερικών αναπαραγωγικών δομών, κυρίως επιδιδυμίτιδα.

Η ψηλάφηση των όρχεων απαιτεί κατανόηση της φυσιολογικής ανατομίας και φυσιολογίας του οσχέου και των όρχεων. Οι δυο ορχείς είναι απομακρυσμένοι και βρίσκονται σε ένα οσχεικό σάκο ο καθένας μόνος του, δεν μεγαλώνουν ως την εφηβεία όπου εκεί στην συνέχεια διπλασιάζονται σε μέγεθος περιβάλλονται από περιτονία του κρεμαστήρα που εκτείνεται ως το κρεμαστήρα μη, αυτός με την σειρά

του ενώνεται σε κάποιο σημείο με την κοιλιά και εκτείνεται κατά μήκος της έσω επιφάνειας του μηρού, κατά την ψηλάφηση του όσχεος αισθανθείτε τους ορχείς, την επιδιδυμίδα, τους σπερματικούς αδένες και αν υπάρχει κήλη.

Συνήθως οι ορχείς κατεβαίνουν κατά το τελευταίο τρίμηνο της ουρηθρικής ανάπτυξης σε περίπτωση που οι ορχείς δεν είναι κατεβασμένοι αυτό αποτελεί φυσιολογικό εύρημα στα νεογνά.

Ο μυς ή το αντανακλαστικό του κρεμαστήρα ερεθίζεται από το κρύο, το άγγιγμα, τους συναισθηματικούς ενθουσιασμούς ή την άσκηση. Όταν συστέλλεται αυτός ο μυς προκαλεί το δέρμα του οσχέου να συρρικνώνεται και να τραβάει τους ορχείς στη ηβική κοιλότητα.

Το δέρμα του οσχέου είναι συνήθως χαλαρό και ρυτιδιασμένο ενώ κατά την εφηβεία γίνεται κόκκινο και τραχύ.

Επίσης παρατηρήστε την τριχοφυΐα, αφού συνήθως δεν υπάρχουν ηβικές τρίχες πριν την εφηβεία ενώ μαλακές τρίχες στην βάση του πέους είναι σημάδι εφηβικής ωρίμασης, σε μεγαλύτερα παιδιά οι ηβικές τρίχες σχηματίζουν διαμάντι και εκτείνονται από πρωκτό έως και τον ομφάλιο λώρο.

Πολλά μέτρα είναι χρήσιμα στην παρεμπόδιση του αντανακλαστικού του κρεμαστήρα κατά τη ψηλάφηση:

- 1) Πρώτα ζεσταίνεται τα χέρια σας.
- 2) Δεύτερον αν το παιδί είναι αρκετά μεγάλο εξετάστε το στην θέση «ινδιάνου» που τεντώνει τους μυς και εμποδίζει την συστολή.
- 3) Μπλοκάρεται το φυσικό μονοπάτι της ανόδου των όρχεων τοποθετώντας το αντίχειρα και τον δείκτη πάνω από τον οσχεικό σάκο. (Αν υπάρχει αμφιβολία για την ύπαρξη 2 όρχεων τοποθετήστε τον αντίχειρα και τα μεσαία δάχτυλα με τρόπο σαν ψαλίδι για να ξεχωρίσετε το αριστερό και δεξιό όσχεο). Αν μετά από αυτή την πράξη οι ορχείς δεν ψηλαφιούνται νιώστε κατά μήκος του inguinal canal και του περινέου για εντόπιση μαζών που μπορεί να είναι μη κατεβασμένοι ορχείς, (αν και μη κατεβασμένα ορχείς μπορεί να κατεβούν, οποιαδήποτε κατά την παιδική ηλικία και αν ελέγχεται σε κάθε εξέταση και αναφέρεται αποτυχία ψηλάφησης των όρχεων).

Γυναικεία γεννητικά όργανα:

Η εξέταση των γυναικείων γεννητικών οργάνων περιορίζεται στην εξέταση και ψηλάφηση της εξωτερικής δομής, αν χρειαστεί εξέταση του κόλπου τότε η εξέταση αυτή γίνεται από το γιατρό.

Μια θέση για εξέταση των γεννητικών οργάνων περιλαμβάνει την τοποθέτηση του παιδιού ανάσκελα στο εξεταστικό τραπέζι ή σε καθιστή θέση στην αγκαλιά του γονιού με τα πόδια να στηρίζονται στα γόνατα σας. Καθώς κάθεστε αντικριστά στο παιδί αποσπάστε την προσοχή του παιδιού από την εξέταση διδάσκοντας το να κρατήσει τις πατούσες του ενωμένες μεταξύ τους.

Ξεχωρίστε τα μεγάλα χείλη με τον αντίχειρα και τον δείκτη για να εκθέσετε:

- 1) Τα μικρά χείλη.
- 2) Το στόμιο της ουρήθρας
- 3) Το κολπικό στόμιο.

Βάλτε το παιδί να βοηθήσει με τα χέρια του και επιθεωρήστε τα γεννητικά όργανα για μέγεθος και θέση των δομών του.

Το αιδοίο: είναι ένα μαξιλαράκι από λιπώδης ιστό πάνω από την ηβική σύμφυση , στην εφηβεία το αιδοίο καλύπτεται με τρίχες που εκτείνονται κατά μήκος των χειλιών. Η εμφάνιση μαλακών τριχών κατά μήκος των μεγάλων χειλών είναι σημάδι σεξουαλικής ωριμότητας.

Η κλειτορίδα: είναι όργανο που εντοπίζεται στο πρόσθιο τέλος των μικρών χειλιών και καλύπτεται από ένα μικρό κομμάτι δέρματος, την ακροποσθία. Παρατηρήστε το μέγεθος επειδή παρόλο που ποικίλει μια μεγάλη προεξέχων κλειτορίδα αναπαριστά ένα μη σωστά δομημένο πέος.

Τα μεγάλα χείλη: είναι δύο χοντρές πτυχές δέρματος που εκτείνονται από το **mons** ως το οπίσθιο σύνδεσμο του κόλπου, εσωτερικά αυτών υπάρχουν 2 πτυχές δέρματος του εμφανίζονται τα μικρά χείλη. Αν και τα χείλη είναι χαρακτηριστικά στο νεογέννητο σταδιακά ατροφούν και είναι σχεδόν αόρατα μέχρι που μεγαθύνονται στην εφηβεία, επίσης η εσωτερική επιφάνεια των χειλιών πρέπει να είναι ροζ και υγρή .

Παρατηρήστε καμία ουλή όπως σκληρό έλκος, φουσκάλες ή κρεατοελιά (κονδυλώματα) επειδή είναι σημάδια σεξουαλικά μεταδιδόμενα νόσων καθώς και για το μέγεθος των χειλιών ή για αποδείξεις συγχώνευσης

Το ουρηθρικό στόμιο και το κολπικό στόμιο: βρίσκονται στο κενό μεταξύ των χειλιών, του προθαλάμου και του ουρηθρικού στομίου εκατέρωθεν από την κλειτορίδα και περιτριγυρίζεται από αδένες και πόρους.

Στις παρθένες εμφανίζετε μια λεπτή τοξοειδή ή κυκλική μεμβράνη και καλείται παρθενικός υμένας, ο οποίος μπορεί να καλύπτει το κολπικό άνοιγμα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις καλύπτει όλο το στόμιο. Μετά το « σπάσιμο» μικρά στρογγυλά κομμάτια ιστών ,ονομαζόμενα κρεατοελιές, παραμένουν, η απουσία του (παρθενικού υμένα) δεν σημαίνει απαραίτητα σεξουαλική δραστηριότητα.

Τριγύρω από το κολπικό στόμιο βρίσκονται οι βαρθολίνιοι αδένες, οι οποίοι εκκρίνουν υγρό το οποίο είναι καθαρό, βλεννώδες έκκριμα στο κόλπο με σκοπό την λίπανση κατά την σεξουαλική πράξη.

Τέλος ψηλαφήστε τους πόρους για κύστες και σημειώστε για τυχόν εκροές από τον κόλπο που συνήθως είναι καθαρό ή άσπρο. Ποικιλία στην εμφάνιση και οσμή μπορεί να δείχνουν μόλυνση ενώ ξαφνική έντονη οσμή και έντονη εκροή μπορεί να είναι σημάδι παρουσίας ξένου σώματος μέσα στον κόλπο.

Αξιολόγηση του πρωκτού:

Μετά την εξέταση των γεννητικών οργάνων παρατηρήστε την πρωκτική περιοχή τοποθετώντας το παιδί με την κοιλιά, παρατηρήστε την σταθερότητα των γλουτιαίων και την συμμετρία αυτών. Αξιολογήστε τον τόνο του πρωκτικού σφικτήρα εκμαιεύοντας το πρωκτικό αντανακλαστικά, γρατζουνώντας ή τσιμπώντας την πρωκτική περιοχή, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την γρήγορη σύσπαση του εξωτερικού σφικτήρα, παρατηρήτε για ουλές, μικρά κοψίματα ή υγρό στους βλεννογόνους που είναι επώδυνα και οδηγούν σε δυσκοιλιότητα καθώς το παιδί απέχει από την αφόδευση .

Παρατηρήστε για καλοήθεις προεξοχές του δέρματος προσκολλημένες στον πρωκτικό σφικτήρα.

Παρατηρήστε το τριγύρω δέρμα για εκδορές, τα πιο κοινά συμπτώματα που προκαλούνται από τις πάνες. Αν το παιδί παραπονιέται για φαγούρα, εξέταση για pinworms .

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

1. Όνομα
 2. Διεύθυνση
 3. Νούμερο τηλεφώνου
 4. Ηλικία
 5. Τόπος γέννησης
 6. Φυλή
 7. Φύλο
 8. θρησκεία
 9. Εθνικότητα
 10. Ημερομηνία συνεντεύξης
 11. Πληροφοριοδότης
-

Β. ΒΑΣΙΚΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ

Γ.ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΣΘΕΝΙΑ

- 1.Έναρξη
- 2.Χαρακτηριστικά
- 3.Πορεία απο την έναρξη

Δ.ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 1.Εγκυμοσύνη
- 2.Γέννα

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

3.Προηγούμενες ασθένειες,εγχειρήσεις ή τραυματισμοί

4.Αλλεργίες

5.Παρούσα φαρμακευτική αγωγή

6.Εμβολιάσμοι

7.Ανάπτυξη

8.Συνήθειες

Ε.ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

1.Γενική εικόνα

2.Κεφαλή

3.Μάτια

4.Μύτη

5.Αυτιά

6.Λαιμός

7.Αυχέννας

8.Στήθος

9.Αναπνευστικό

10.Καρδιαγγειακό

11.Γαστροεντερικό

12.Γεννητικών οργάνων

13.Γυναικολογικό

14.Μυοσκελετικό

15.Νευρολογικό

16.Ενδοκρινολογικό

ΣΤ.ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 1.Διατροφικές συνήθειες

Ζ.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 1.Οικογενιακό ιστορικό και γενετικές ανωμαλίες
- 2.Γεωγραφική θέση

Η.ΟΙΚΟΓΕΝΙΑΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 1.Οικογενιακή δομή
- 2.Οικογενιακή λειτουργία

Θ.ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- 1.Σεξουλικά ενδιαφέροντα
- 2.Σεξουαλική δραστηριότητα

Ι.ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΗ

- 1.Κατάσταση υγείας
- 2.Ψυχολογική κατάσταση
- 3.Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

ΣΧΟΛΙΑ

A.ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

1.Όνομα	Περισσότερες πληροφορίες για ενήλικες
2.Διεύθυνση	μπορεί να περιλαμβάνονται όπως γάμος
3.Νούμερο τηλεφώνου	ενασχόληση,προσωρινή και μόνιμη διεύ-
4.Ηλικία	θυνση.
5.Τόπος γέννησης	Στον πληροφοριοδότη περιλαμβάνεται
6.Φυλή	υποκειμενική εντύπωση αξιοπιστίας,
7.Φύλο	προθυμία επικοινωνίας ,ακρίβεια των
8.θρησκεία	δεδομένων.Στους πληροφοριοδότες
9.Εθνικότητα	περιλαμβάνονται γονείς,παιδιά,καθως και
10.Ημερομηνία συνεντεύξης	και άτομα που προσέχουν τα παιδιά,όπως οι
11.Πληροφοριοδότης	οι παππούδες.

B.ΒΑΣΙΚΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ(ΒΠ):Για

να εγκαθιδρυθεί ο λόγος που εψάξαν
επαγγελματική βοήθεια.

Καταγράψτε τα ακριβή λόγια του ασθενή.
Περιλάβετε την διάρκεια των συμπτωμάτων.
Αν ο ασθενής δυσκολεύεται να απομονώσει
ένα πρόβλημα ρωτήστε τι τον οδήγησε να
αναζητήσει βοήθεια τώρα.Αν πρόκειται για

εξέταση ρουτίνας, αναφέρεται το ΒΠ ως λόγο εξέτασης.

Γ.ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΣΘΕΝΙΑ

1.ΕΝΑΡΞΗ

α.Ημερομηνία έναρξης

Ασθένια υποδηλώνει κάθε πρόβλημα φυσικής συναισθηματικής ή ψυχοκοινωνικής φύσης.

β.Τρόπος έναρξης(σταδιακά ή απότομα)

Επικεντρώνεται στον λόγο που τον έκανε να αναζητήσει βοήθεια, αν το πρόβλημα υπήρχε για καιρό.

γ.Ενοχικοί παράγοντες που σχετί-

ζονται με τη έναρξη(συναισθηματική ενόχληση,φυσική εξάντληση,κούραση εγκυμοσύνη,περιβάλλον,τραυματίσμος,λοιμώξη,τοξίνες,αλλεργίες)

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

2.ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

α.Χαρακτήρας(ποσότητα,ποιότητα,

συχνότητα,κ.α)

β.Θέση και ακτινοβολία

γ.Ενταση

δ.Χρόνος(συνεχόμενος ή όχι,διάρκεια

του καθενός)

ε.Παράγοντες επιδείνωσης και ανακού-

φισης)

στ.Σχετιζόμενα συμπτώματα

3.ΠΟΡΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ

A.Συμβάν

1. Απότομη έναρξη
2. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια
3. Καθημερινά επεισόδια
4. Περιοδικά συμβάν
5. Συνεχόμενα χρόνια επεισόδια

B.Εξέλιξη

Γ.Αποτέλεσμα της θεραπείας

ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ(III):

Για να εκμαιεύσετε το ιστορικό προηγούμενων ασθενειών, τραυματισμών ή εγχειρήσεων

1.ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

α.Ημερομηνία γέννησης

β.Αποτέλεσμα

1.Φυσιολογικό,πρόωρο

2.Αποβολές,εκτρώσεις

γ.Υγεία κατα την εγκυμοσύνη

δ.Φαρμακευτική αγωγή

2.ΤΟΚΕΤΟΣ

α.Διάρκεια τοκετου

β.Τύπος τοκετού

γ.Τόπος

δ.Φαρμακευτική αγωγή

3.ΓΕΝΝΑ

α.Βάρος και ύψος

β.Χρόνος επανέκτησης βάρους γέννας

γ.Κατάσταση υγείας

δ.Αποτέλεσμα apgar

Μεγάλη σημασία έχει το περιγεννητικό ιστορικό του παιδιού.όσο πιο μικρό είναι το παιδί,τόσο πιο σημαντικό είναι το περιγεννητικό ιστορικό.

Εξηγήστε τη σχέση του μαιευτικού ιστορικού στην αποκάλυψη σημαντικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία του παιδιού.

Αξιολογήστε την συναισθηματική συμπεριφορά των γονέων προς την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Αξιολογήστε τα αισθήματα των γονέων προς τον τοκετό. Εξερευνήστε παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν το δεσμό γονέα-παιδιού, όπως ο αποχωρισμός από το νεογνό.

Αν αναφέρονται προβλήματα γέννας, που απαιτούν θεραπεία όπως η χρήση οξυγόνου, φωτοθεραπεία, εγχειρήση κ.τ.λ αξιολογήστε την αντίδραση των γονέων.

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

ε.Γεννητικές ανωμαλίες

στ.Ημερομηνία εξόδου

4.ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

α.Εναρξη,συμπτώματα,πορεία

β.Παρενέργειες

γ.Συμβάν ασθένειας σε άλλο μέλος τη

οικογένειας

δ.Συνθήκες και φύση τραυματισμών

5.ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ

α.Υψηλός πυρετός,άσθμα,έκζεμα

β.Ασυνήθης αντίδραση σε φαγητό,φάρμακα

ζώα,φυτά,οικιακά είδη κ.α

6.ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΓΩΓΗ

α.Όνομα,δόση,διάρκεια,λόγος

7.ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ

α.Όνομα,αριθμός δόσεων,ηλικία

β.Συμβάν αντίδρασης

γ.Χορήγηση αιμοσφαιρίνης ή μετάγ-
γιση αίματος

Κάνετε θετικές δηλώσεις για την διφθε-

ρίτιδα,οστρακία,ιλαρά,παρωτίτιδα,ανεμο-
βλογία,αμυγδαλίτιδα,διαταραχές και κοινές
ασθένειες όπως κρυολόγημα,ωτοαλγίες.

Εκμαιεύστε περιγραφή της ασθένειας για
να διαγνώσετε την ασθένεια.

Πείτε τους γονείς να περιγράψουν τον τύπο
της αλλεργικής αντίδρασης.Παρατηρήστε
έντονη αντίδραση στο αυγό,μπορεί να εί-
ναι αντένδειξη σε συγκεκριμένα αλλεργιο-
γόνα.Αξιολογήστε τις γνώσεις των γονέων
για τη δοσολογία των φαρμάκων,σημειώ-
για υπερβολική χρήση ή μειωμένη χρήση.

Οι γονείς μπορεί να αναφέρονται στην α-
νοσοποίηση ως παιδικά εμβόλια. Όταν εί-
ναι δυνατόν επιβεβαιώστε τις πληροφορί-
ες ελέγχοντας το ιατρικό ή σχολικό ιστο-
ρικό.

8.ΑΝΑΠΤΥΞΗ

α.Βάρος γέννησης,6 μηνών,1 έτους

β.Οδοντική κατάσταση

1. Ηλικία ανατολής των δοντιών
2. Αριθμός
3. Προβλήματα

γ.Ηλικία ελέγχου της κεφαλής,περπάτημα

πρώτες λέξεις

δ.Τάξη σχολείου,επιδόσεις

ε.Σχέσεις με ενήλικες και συνομήλικους

στ.Συμμετοχή σε δραστηριότητες

9.ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

α.Συμπεριφορά

1. Φάγωμα νυχιών,
πιπίλισμα αντίχειρα .
2. Συνήθειες όπως κουβέρτα ασφαλείας.
3. Ασυνήθειες κινήσεις.
4. Αλλαγές συμπεριφοράς.

β.Καθημερινές δραστηριότητες

1. Ωρα υπνου και διάρκεια
2. Διάρκεια μεσημεριανού ύπνου
3. Ηλικία εκπαίδευσης για τη τουαλέτα
4. Συμβάν ενούρησης
5. Τύπος άσκησεις

γ.Χρήση/κατάχρηση φαρμάκων,αλκοολ,

καφέ,τσιγάρων

Αξιολογήστε τη συμπεριφορά των γονέων

προς τις συνηθειες και κάθε συμπεριφορά

για τη διακοπή της όπως η τιμωρία κατά την
νυχτερινή ενούρηση.

Αναφέρετε την ποσότητα των φαρμάκων

που καταναλώνεται.

δ.Συνήθειες αντιμετώπιση προβλημάτων

ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ:

Για να εκμαιεύσετε πληροφορίες που σχετίζονται με πιθανά προβλήματα υγείας.

1. **Γενικά**-γενική κατάσταση υγείας,κούραση, πρόσφατη και ανεξήγητη απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους,περίοδος χρόνου για προδιαθεσικούς παράγοντες(αλλαγές διαίτας, ασθένια,αλλαγή όρεξης)αντοχή στην άσκησης,πυρετός,νυχτερινοί ιδρώτες,(άσχετοι με την κλιματικοί κατάσταση)συχνές μολύνσεις,γενική ικανότητα για τις καθημερινές εργασίες.
2. **Δέρμα**-φαγούρα,αποχρωμάτωση ή αλλαγή χρώματος,εξανθήματα,ακμή,τάση για μώλωπες,πετέχιες,υπερβολική ξηροδερμία, γενική υφή,ανωμαλίες στα νύχια,πέσιμο τριχών,αλλαγή χρώματος μαλλίων,
3. **Κεφάλι**-πονοκέφαλοι,ζαλάδα,τραυματισμοι(λεπτομέριες)
4. **Μάτια**-προβλήματα όρασης(ζητήστε πληροφορίες για συμπεριφορές που δείχνουν

Εξηγήστε τη σχέση των ερωτήσεων με την καταγραφή του ιστορικού του παιδιού.
Χρησιμοποιήστε κατανοητούς όρους όπως μελάνιασμα αντί για εκχυμώσεις.

θολή όραση,όπως πέσιμο πάνω σε αντικείμενα,κάθεται κοντά στη τηλεόραση,κράτημα βιβλίου κοντά στο πρόσωπο,γράψιμο με το κεφάλι κοντά στο γραφείο,τρίψιμο τα μάτια, στραβίσμος, μόλυνση ματιών,οίδημα βλεφάρων,δάκρυσμα,χρήση γυαλίων ή φακών, τελευταία εξέταση ματιών.

5. **Μύτη**-ρινορραγία(επίσταξη)συχνή καταρροή,ρινική απόφραξη(δυσκολία στην αναπνοή)αίσθηση οσμής
6. **Αυτια**-πόννοι,απορροή,απόδειξη απώλειας της ακοής(ρωτήστε για συμπεριφορές όπως επανάληψης της ερώτησης που του έγινε,δυνατός λόγος,απρόσεχτη συμπεριφορά),αποτελέσματα τυχόν ακουστικών εξετάσεων.
7. **Στόμα**-αναπνόμε στόματος,αιμορραγία ούλων,πονόδοντοι,βούρτσισμα,χρήση φθορίου,τελευταία επίσκεψη στον οδοντίατρο,ανταπόκριση στον γιατρό.
8. **Λαιμός**-πόννος,δυσκολία στην κατάποση,πνιγμός(ειδικότερη όταν τρώει),βραχνάδα ή άλλες ανωμαλίες φώνης.
9. **Αυχέννας**-πόννος,περιορισμός στην κίνηση,

δυσκολία για διατήρηση του κεφαλιού σε ευθεία,μεγένθυση του θυροειδούς,μεγενθυμένοι λεμφαδένες ή άλλες μάζες.

10. **Στήθος**-μεγενθύνμενο στήθος,μάζες,μεγενθυμένοι μασχαλιαίοι λεμφαδένες(για ενήλικες γυναίκες ζητήστε αυτοεξέταση στήθους)
11. **Αναπνευστικό**-χρόνιος βήχας,συχνά κρυολογήματα,μικρές αναπνοές,δυσκολία στην αναπνοή,παραγωγικός βήχας,λοιμώξεις(πνευμονία,φυματίωση),ημερομηνία τελευταίας ακτινογραφίας,τελευταία εξέταση φυματίωσης και τύπος αντίδρασης.
12. **Καρδιαγγειακό**-κυάνωση ή κούραση κατά την αναπνοή,ιστορικό καρδιακών ψιθύρων ή ρευματικού πυρετού,ανεμία,τύπος αίματος,τελευταία εξέταση αίματος,πρόσφατη μετάγγιση.
13. **Γαστρεντερικό**-ναυτία,έμετος(αν δεν σχετίζεται με το φαγητό μπορεί να ενδικνείει όγκο εγκεφάλου ή ενδοκράνια πίεση),ίκτερος,ρέξιμο,φούσκωμα,πρόσφατες αλλαγές στην αφόδευση(αιματηρά κόπρανα,αλλαγή χρώματος,διάρρεια,δυσκοιλιότητα)

14. **Γενιτικά όργανα**-πόνος κατά την ούρηση, συχνότητα, αιματουρία, πολυούρια, υποδιαίρεση του ορθού, δυσάρεστη οσμή, κατεύθυνση και ορμή, απώλεια, αλλαγή στο μέγεθος του όσχεου, τελευταία ανάλυση ούρων (για τους ενήλικες σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, τύπος αντιμετώπισης, για ενήλικους, άνδρες ρωτήστε για αυτοεξέταση όρχεων).

15. **Γυναικολογικά**-αρχή έμμηνης ρύσης, ημερομηνία τελευταίας έμμηνης ρύσης, συχνότητα ή προβλήματα με την έμμηνη ρύση, κολπικές εκκρίσεις, φαγούρα, ημερομηνία και αποτέλεσμα τελευταίου τεστ ΠΑΠ, αν είναι σεξουαλικά ενεργός, τύπος αντισύλληψης και προστασία κατά των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων

16. **Μυοσκελετικό**- αδυναμία, έλλειψη συντονισμού, ασυνήθιστες κινήσεις, απροσεξία, μυικοί πόνοι ή κράμπες, ακαμψία αρθρώσεων, ανώμαλο βάδισμα, σπασίματα, παραμορφώσεις συνδέσμων και επίπεδο δραστηριότητας.

17. **Νευρολογικό**- αντίληψη, τρόμος, ζαλάδα, απώ-

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

λεια μνήμης, φόβοι, εφιάλτες, προβλήματα ομιλίας,
ασυνήθιστες συνήθειες.

18.**Ενδοκρινολογικό-** μη ανέχεια σε κλιματικές αλλαγές,
υπερβολική δίψα, υπερβολικός ιδρώτας, αλατώδες γεύ-
ση του δέρματος και σημάδια πρόωρης εφηβείας.

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Για να εκμαιεύσουμε πληροφορίες για την επάρκεια της
διατροφής και της διατροφικής συνήθειας του παιδιού.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Για να αναγνωρίσουμε την παρουσία γεννητικών προβ-
λημάτων ή ασθενειών που έχουν οικογενειακό ιστορικό,
για να αξιολογήσουμε τις οικογενειακές συνήθειες και
την έκθεση σε ασθένειες του κοινωνικού περιβάλλοντος
που μπορούν να επηρεάσουντα μέλη της οικογένειας.

1.Γενεαλογία

2.Οικογενειακές ασθένειες και γεννητικές
ανωμαλίες, όπως καρδιακές ασθένειες,
υπέρταση, νεανικός διαβήτης, παχυσαρκία,
αλλεργία, άσθμα, φυματίωση, κατάθλιψη,

Διαλέξτε κατάλληλους όρους όταν ρωτάτε
το παιδί για τους γονείς π.χ. αποκαλέστε τον
πατέρα του ως «πατέρα» και όχι ως «σύζυ-
γο» της μητέρας του.

Η γενεαλογία είναι η εικονική παρουσίαση
του γενεαλογικού δέντρου που απεικονίζει
το «μοντέλο» της μετάδοσης των ασθενει-
ών.

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

νοητική στέρηση, νοητική ασθένεια και
ψυχολογικά νοσήματα, σύφιλλη ή ρευματικός
πυρετός.

3.Οικογενειακές συνήθειες όπως κάπνισμα ή χρήση
χημικών ουσιών.

4.Γεωγραφική θέση, όπως πρόσφατο ταξίδι ή επαφή
με ξένους επισκέπτες.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ/

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Για να κατανοήσουμε την δομή της οικογένειας και την
λειτουργία της.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Για να συλλέξουμε πληροφορίες που σχετίζονται με
τα ενδιαφέροντα του νεαρού ατόμου και την δραστη-
ριότητα του, καθώς και κάθε αρμόδια πληροφορία της
σεξουαλικής δραστηριότητας των γονέων που επηρε-
άζει το παιδί.

Το σεξουαλικό ιστορικό είναι σημαντικός
παράγοντας για την αξιολόγηση της υγεί-
ας των ενηλίκων και των ανηλίκων.

Ο βαθμός της διερεύνησης του σεξουα-
λικού ιστορικού των γονέων εξαρτάται από
τη σχέση που έχει με την υγεία του παι-
διού.

Μπορεί να είναι περιορισμένο ή πιο
λεπτομερές αν υπάρχει υποψία κακοποίη-
σης.

Δώστε στους γονείς και τα παιδιά τη

δυνατότητα να μιλήσουν για σεξουαλικά

θέματα μόνοι τους.

Εξασφαλείστε σχέση εμπιστοσύνης.

Διευκρινήστε τους όρους «σεξουαλικά ενεργός» ή «κάνω σεξ».

Αναφέρετε τις επαφές ως «σύντροφοι» και όχι ως «αγόρι-κορίτσι», για να αποφύγουμε το ταμπού της ομοφυλοφιλικής δραστηριότητας.

Η συζήτηση μπορεί να γίνει πιο εύκολα μετά την επισκόπηση των γεννητικών οργάνων όπως να ρωτήσεις ένα κορίτσι για την μηνιαία έμμηνο ρύση του και σε αγόρι για προβλήματα ούρησης.

Πάρτε λεπτομερές ιστορικό όλων των επαφών αν υπάρχει υποψία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:
Διεύθυνση: Τ.Κ. – Πόλη:
Τηλέφωνο:
Ηλικία:
Επάγγελμα: Θρήσκευμα:
Υπηκοότητα: Ασφ. Φορέας:
Αρ. Μητρ. Ασφ:
Στοιχεία πλησιέστερου συγγενούς:
Διεύθυνση: Τηλέφωνο:

Ημ/νία εισόδου: Ώρα παραλαβής:
Είδος εισαγωγής: Τακτική: Επείγουσα:
Τρόπος μεταφοράς: Περιπατητικός: Τροχήλατη καρέκλα:
Φορείο:
Συνοδεύεται από: Οικογένεια: Φίλος: Άλλο άτομο:
Τις πληροφορίες δίνει: Ο Ασθενής: Μέλος οικογένειας:
Άλλο άτομο:

Αλλεργίες:
Λοιμώδη νοσήματα:
Προηγούμενη εισαγωγή σε νοσοκομείο
Αιτία εισαγωγής

Πατέρας – μητέρα:
Αδέρφια:
Σύζυγος-τέκνα:

Πιθανή διάγνωση εισόδου:
Κύρια συμπτώματα κατά την εισαγωγή:
Αρτ. πίεση (mmHg):
Σφίξεις (/min):

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

Θ (°C):

Αναπνοές (/min):

Ζωτικά σημεία:

Ύψος: Βάρος

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ:

Ομιλία: Καλή: Βράγχος: Δεν μπορεί να μιλήσει:
μιλάει ξένη γλώσσα:

Ακοή: Καλή: Βαρηκοΐα: Ακουστικά:
Κώφωση:

Όραση: Καλή: Γυαλιά: Φακοί επαφής:

Τύφλωση: Διπλωπία: Καταρράκτης: Γλαύκωμα:
Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΟΣ:

Φυσιολογικό: Ωχροό: Κυανωτικό: Ικτερικό:
Ξηρό:
Εξάνθημα: Έλκη: Εκδορές: Κατακλίσεις:
Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Αναπνοή: Κανονική: Δύσπνοια: Πόνος: Βήχας: Δεν βήχει: Με
απόχρεμψη: Χωρίς απόχρεμψη:
Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Καρδιακός ρυθμός: Ρυθμικός: Αρρυθμος: Υπέρταση: Αίσθημα παλμών:
Οιδήματα: Φλεβίτιδα: Αναιμία:

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Δίαιτα: Ελεύθερη: Ειδική: Είδος:

Όρεξη: Καλή: Ανορεξία: Δυσκολία στη μάσηση:

Διαταραχές πεπτικού: Ναυτία: Εμετός: Δυσπεψία: Δυσκολία στη κατάποση :

Οδοντοστοιχία:

Κένωση Παχέος εντέρου: Φυσιολογική: Δυσκοιλιότητα: Διάρροια:

Μέλαινα κένωση: Αιμορροΐδες: Διάταση κοιλίας: κολοστομία:

Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Συχνουρία: Δυσουρία: Αιματουρία: Καύσος: Νυκτουρία:

Ολιγουρία: Κνησμός : Καθετήρας: Είδος: Νο:

Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Αυτοεξυπηρέτηση: Χρειάζεται βοήθεια: Στην ατομική υγιεινή:

Στο ντύσιμο: Στην έγερση:

Βάδιση: Κανονική: Με πατερίτσες: Με περιπατητή: Με μαστούνι: Δε
μπορεί να μετακινηθεί:

Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Σακχαρώδης διαβήτης: Υπερθυρεοειδισμός: Υποθυρεοειδισμός:

Παρατηρήσεις:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ- ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ:

Αισιόδοξος: Ανήσυχος: Φοβισμένος: Απομονωμένος:

Ενήμερος για τη νόσο: Αγνοεί τη σοβαρότητα της νόσου: Φόβος θανάτου:

Επικοινωνία: Προφορική: Γραπτή: Με νοήματα: Καμία:

Παρατηρήσεις:

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ:

Ημιπληγία: Παράλυση: Επιληπτικές κρίσεις: Λιποθυμία:
Τοπική αδυναμία: Μούδιασμα: Τρόμος: Κεφαλαλγία:
Επίπεδο συνείδησης: Προσανατολισμένος (τόπο – χρόνο - πρόσωπα) Κώμα:
Παρατηρήσεις:

- ⇒ Δεν ανοίγει τους οφθαλμούς: **1**
- ⇒ Άριστος προσανατολισμός: **5**
- ⇒ Συγρητικός προσανατολισμός: **4**
- ⇒ Ακατάληπτες λέξεις : **3**
- ⇒ Ακατανόητοι ήχοι: **2**

ΑΡΙΣΤΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

- ⇒ Καμία λεκτική αντίδραση : **1**
- ⇒ Εκτελεί παραγγελίες: **6**

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΕΠΩΔΥΝΑ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΑ:

- ⇒ Εντοπίζει το επώδυνο ερέθισμα και αντιδρά: **5**
- ⇒ Αποσύρει τα άκρα: **4**
- ⇒ Κάμπτει παθολογικά: **3**
- ⇒ Εκτείνει παθολογικά : **2**
- ⇒ Καμία αντίδραση (κώμα): **1**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ:

Κάπνισμα: Όχι : Ναι : Αριθμός τσιγάρων /24ωρο:

Χρήση οινοπνεύματος: Όχι : Ναι : Είδος/ποσότητα:

Άλλες συνήθειες:

Ύπνος (Ωρες ανά 24ωρο):

Ενδιαφέροντα: Διάβασμα: Ραδιόφωνο: Τηλεόραση: Άλλα:

Ζει με την οικογένεια του: Με άλλους:

ΣΥΝΘΕΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ:

Έγγαμος: Άγαμος: Χήρος: Διαζευγμένος: Αριθμός τέκνων:

Σχέση με την οικογένεια: Υποστηρικτική: Αδιάφορη:

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

Οικονομική κατάσταση: Καλή: Μέτρια:
Κακή:

ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΥΓΡΩΝ:

Επώνυμο: Όνομα: Πατρώνυμο:

Ημ/νία Εισόδου:

Φλεβοκαθετήρας Νο: _____ Δ Α Ημ/νία τοποθ.: Είδος :

Φλεβοκαθετήρας Νο: _____ Δ Α Ημ/νία τοποθ.:

Άλλη φλεβική γραμμή: _____ Δ Α Ημ/νία τοποθ.:

Είδος - Θέση : _____

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΣΤΑΔΙΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ:

Στάδιο I: Παρατεταμένη ερυθρότητα μιας δερματικής περιοχής μετά την ανακούφισή της από την πίεση.

Σημαντικοί δείκτες της εκτίμησης του δέρματος είναι η εμφάνιση: θερμότητας, οιδήματος, σκληρότητας (έλλειψη ελαστικότητας).

Στάδιο II: Λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος. Το έλκος είναι επιφανειακό και εμφανίζεται με τη μορφή εκδοράς ή φυσαλίδας ή ως αβαθής κρατήρας.

Στάδιο III: Πλήρης καταστροφή του δέρματος που επεκτείνεται έως τον υποδόριο και τον λιπώδη ιστό. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

Στάδιο IV: Πλήρης καταστροφή του δέρματος/ υποδρίου/λιπώδους ιστού, που επεκτείνεται έως τον μυϊκό ιστό, τους τένοντες, τα οστά και τις αρθρώσεις. Το έλκος εμφανίζεται ως βαθύς κρατήρας με ή χωρίς εκκρίσεις (εξίδρωμα). Επίσης μπορεί να περιέχει νεκρωμένους ιστούς.

ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ: Κυκλώστε αναλόγως (N = Ναι, O = Όχι)

Νεκρωμένη ιστοί:	N.....O.....
Αποδυναμωμένοι κίτρινοι ιστοί :	N.....O.....
Σχάση δέρματος υγρή:	N.....O.....
Εσχάρα στεγνή	N.....O.....
Εξίδρωμα:	N.....O.....
Ορώδες :	N.....O.....
Οροαιματηρό:	N.....O.....
Πυώδες:	N.....O.....
Οσμή:	N.....O.....
Πόνος:	N..... O.....
Κοκκοποίηση:	N..... O.....
Επιθυλιοποίηση:	N..... O.....

Εκτίμηση δέρματος γύρω από την κατάκλιση:

Στεγνό:	N.....O.....
Υγρό:	N.....O.....
Ερυθρό:	N.....O.....
Αιμάτωμα:	N.....O.....
Σκληρό:	N.....O.....
Ημ/νία:	
Τοπική θεραπεία :	
Παρατηρήσεις:	
Υπογραφή:	

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ: (Συμφωνά με την κλίμακα Norton για Νοσηλευτικό Τμήμα).

Επώνυμο:	Όνομα:	Πατρώνυμο:
Διάγνωση:		
Ηλικία:	Σύνοδες παθήσεις:	
Ημ/νία εισαγωγής:		Ημ/νία εξόδου:
Έκβαση νόσου:	Ίαση-βελτίωση:	Στάσιμη:
Επιδείνωση:		

Καλή: **4**

Μέτρια: **3**

Κακή :**2**

Πολύ κακή :**1**

Διαύγεια :**4**

Απάθεια:**3**

Σύγχυση : **2**

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Score < 19 Ασθενής υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη κατακλίσεων.

Score > 19 Επανεκτίμηση του ασθενούς με την κλίμακα Norton ανά τρίημερο.

Ανεξαρτήτως συνόλου βαθμών, επανεκτίμηση του ασθενούς κάθε εβδομάδα, μετά από χειρουργική επέμβαση, μετά από αλλαγή της κατάστασης του και πριν την έξοδο του από το νοσοκομείο.

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ:

Ημ/νία:

Ht:

Hb:

Λευκά αιμοσφ:

Αιμοπετάλια:

PT:

PPT:

Σάκχαρο:

Ουρία:

Κρεατινίνη:

Λευκώματα:

Λευκοματίνη:

Υπογραφή:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αξιολόγηση ασθενή και ιδιαίτερα ενός παιδιατρικού ασθενή είναι βασική προτεραιότητα του νοσηλευτικού έργου. Μία σωστή και ολοκληρωμένη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πιο γρήγορη διάγνωση και κατ' επέκταση πιο σωστή και γρήγορη θεραπεία. Μια καλή αξιολόγηση περιλαμβάνει την επισκόπηση του ασθενή από το κεφάλι έως τα πόδια.

Στην παρούσα εργασία αναφέρεται ο τρόπος αξιολόγησης ενός παιδιού από το νοσηλευτή με αποτέλεσμα να ληφθεί ένα σωστό και ολοκληρωμένο νοσηλευτικό ιστορικό, το οποίο θα βοηθήσει νοσηλευτές και γιατρούς στην άμεση και σωστή αντιμετώπιση της κατάστασής του. Αναφέρεται ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αυτή η αξιολόγηση και δίνονται κατευθυντήριες γραμμές για την σωστή λήψη του ιστορικού αρχίζοντας από τη μέτρηση των ζωτικών σημείων. Στη συνέχεια γίνεται επισκόπηση της γενικής εικόνας του παιδιού ζητώντας ταυτόχρονα πληροφορίες από τους γονείς ή από τον συνοδό του. Ελέγχεται η ακεραιότητα του του δέρματος του παιδιού για να διαπιστωθεί αν έχει φυσιολογικό χρώμα, αν υπάρχουν εκχυμώσεις, πετέχιες, έκζεμα, κυάνωση, ξηροδερμία, κ. α. Γίνεται επισκόπηση και μέτρηση της κεφαλής. Γίνετε ψηλάφηση των πηγών για να διαπιστωθεί αν γίνεται σωστή συνοστέωση. Γίνεται μέτρηση της κεφαλής σε cm και συγκρίνεται με τις φυσιολογικές τιμές που υπάρχουν. Γίνεται επισκόπηση ματιών, χειλών, μύτης, λάρυγγος, αυτιών. Σκοπός είναι να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια μόλυνση, κάποια γεννητική ανωμαλία και γενικότερα αν υπάρχει κάποιο μη φυσιολογικό εύρημα. Στη συνέχεια γίνεται επιθεώρηση του αυχένα, στήθους. Στην εξέταση του αυχένα παρατηρείται η ύπαρξη των αντανακλαστικών. Στο στήθος γίνεται μέτρηση του θώρακα, παρατηρείται το σχήμα και η αναπνοή. Βασική αξιολόγηση γίνεται στο αναπνευστικό, καρδιαγγειακό και στο γαστρεντερικό. Είναι από τα βασικά συστήματα που πολλές φορές οδηγούν τα παιδιά στα επείγοντα περιστατικά των νοσοκομείων. Παρατηρείται το σχήμα της κοιλιάς, γίνεται ψηλάφηση του ήπατος, των νεφρών, η σπλήνα, διόγκωση κάποιου οργάνου σημαίνει περαιτέρω διερεύνηση. Συνεχίζουμε με την επισκόπηση των γεννητικών οργάνων και του πρωκτού. Παρατηρείται η σωστή ανατομία, η ύπαρξη μαζών, η ύπαρξη των στομιών. Η εξέταση των γεννητικών οργάνων είναι μια σημαντική εξέταση για έφηβους και γενικότερα σεξουαλικά ενεργούς νέους. Τέλος αφήνουμε την εξέταση του μυοσκελετικού, του νευρολογικού και του ενδοκρινολογικού συστήματος. Στο μυοσκελετικό παρατηρείται το μέγεθος των άκρων, ο τόνος των μυών, η ύπαρξη πλήρης κίνησης των άκρων κ.α.

Στη συνέχεια γίνεται η καταγραφή του ιστορικού, το οποίο διαχωρίζεται σε διατροφικό ιστορικό το οποίο είναι πρωταρχικής σημασίας γιατί ουσιαστικά παρουσιάζει την υγεία του παιδιού. Στη συνέχεια καταγράφεται το οικογενειακό ιστορικό για τυχόν οικογενειακές ασθένειες που μπορεί να έχει

Αξιολόγηση παιδιατρικού ασθενή και διαμόρφωση ιστορικού

το παιδί. Εν συνεχεία και τελευταίο είναι το σεξουαλικό ιστορικό που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ενεργούς σεξουαλικά νέους για την πιθανότητα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

SUMMARY

The evaluation of a patient and particularly a pediatric patient is a basic priority of the nursing work. A right and completed reception of this nursing background can have as a result the fastest diagnosis and at extension righter and fast treatment. A good evaluation includes the review of patient from head to legs.

In the present work is reported the way of evaluation of a child from the nurse so that is received a right and completed nursing background, which will help nurses and doctors in the direct and right confrontation of his situation. Is reported the way with which becomes this evaluation and is given headlines for the right reception of this background beginning from the measurement of vital points. Afterwards becomes the review of a general picture of the child asking simultaneously information from the parents or from his session as well. The integrity of the child's skin is checked to realise if it has physiologic colour, if exist contusions, petecheies, ekzyma, cyanosis, xirodermia, etc. It takes place a review and measurement of the head. It takes place a fumbling of the sources in order to realise and it had been made the right synostosis. It takes place the measurement of the head in cm and it is compared with the physiologic prices that exists. It takes place another review of the eyes, lips, nose, larynx, ear. The purpose is to mmake clear if exists some infection, certain genital abnormality and more generally if exists some not physiologic discovery. Afterwards becomes inspection of the nape and breast. In the examination of the nape is observed the existance of reflexes. At the breast becomes measurement of thorax, is observed the form and the breathing. Basic evaluation becomes in respiratory, cardiovascular and in gastrointestinal. They are of the basic systems that many times over lead the children to the urgent incidents of hospitals. It is observed the form of abdomen, become fumbling of the liver, kidneys, the spleen. Inflation of some organ means for further exploration.. We continue with the review of the genital bodies and anus. They are observed for the right anatomy, the existence of masses, the existence of orifices. The examination of genital bodies is a important examination for adolescents and more generally sexually active young persons. Finally we leave the examination of the myoskeletal, the neurological and endokrinological system. In myoskeletal is observed the size of the utmost, the tone of the muscles, the existence of complete movement of the utmost etc.

Afterwards becomes the recording of the background, which is separated in alimentary background, of which is fundamental importance because substantially it presents the health of the child. Then is recorded the family background for by any chance familial illnesses that the child. Furthermore and last one is the sexual background that is particularly important for active sexually young persons for the probability of sexually transmitted diseases.

BIBLIOGRAPHY

- 1) Able -Boone H, Doeckel P, Smith M (1989): parent and health care provider communication and decision making in the intensive care nursery, *Child Health Care* 18(3):113-141.
- 2) American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition (1993) : *Pediatric nutrition handbook*, ELK Grove Village, IL, the Academy .
- 3) Andrist L (1998): Taking a sexual history and educating clients about safe sex , *Nurs Clin North Am* 23(4):959-973.
- 4) Association for the care of Children's Health (1987): books for children and teenagers about hospitalization, illness, and disabling conditions, Washington , DC, The Association.
- 5) Barnes LA (1991): *Manual of pediatric physical diagnosis* , ed 6, St Louis, Mosby.
- 6) Betts PR , Voss LD, Bailey BJR (1992) : Measuring the heights of very young children, *Br Med J* 304:1351.
- 7) Brantly DK (1991) : Conducting a psychosocial assessment of the family In Smith D and others , editors: *Comprehensive child and family nursing skills* , St Louis Mosby.
- 8) Bowers A , Thompson J ,(1992) : *Clinical manual of health assessment*, ed 4, St Louis, Mosby.

- 9) Cassell E ,Coulenham J ,Putnam S (1989.):Making good interview skills better,*Patient Care* 23(6):145-148.
- 10) Clinical manual of pediatric nursing .Wong , D (1996)Mosdy,USA.
- 11) Crowther ,D (1991):Metacommunications:a missed opportunity,*J Psychosoc Nurs* 29(4):13-16.
- 12) Cunningham DR (1992): Auditory screening.In Hoekelman RA and others,editors:*Primary pediatric care*, ed 2,St Louis, Mosby.
- 13) Dewey KGand others (1995) :growth of breast –fed infants deviates from current reference data:a pooled analysis of US,Canadian and European data sets, *Pediatrics* 96(3):495-503.
- 14) Donham J(1984) :Rales and rhonchi:why do we use these terms?*Focus crit care* 11(5):20-22.
- 15) Dunst C, Trvette C , Deal A (1998):Enabling and empowering families :principles and guidelines for practice,cambridge, MA Brookline Books.
- 16) Fader A , M azlish E(1980) :*How to talk so kids will listen and listen so kds will talk*,New York, Avon Books.
- 17) Fochtman D (1991): Therapeutic relationships , *J Pediatr Oncol Nurs* 8(1):1-2.
- 18) Freeman M (1991):Therapeutic use of storytelling for older children who are critically ill,*child health care* 20(4):208-215.

- 19) Hahn K(1987):Therapeutic storytelling :helping children learn and cope ,*Pediatr Nurs* 13(3):175-178.
- 20) Hilton A ,Moore –Gillon V (1994): Reccent advances :otorhinolaryngology,*Br Med J* 309:651-654.
- 21) Johnson A,stayte M wortham C (1989) :Vision screening at 8 and 18 months ,*Br Med J* 299:545-549.
- 22) Killam P (1989) : Orthopedic assessment of young children :developmental variations,*Nurse Pract* 14 (7):27-28.
- 23) Kronmiller J(1987) : Oral soft tissue adnormalities.in children ,*Pediatr Nurs* 13(3):161-165.
- 24) Lieder MT ,taub AS(1988) :Common foot deformities and what they mean for parents,*MCN* 13 (1):47-50.
- 25) Linley JF(1987) :Screening children for common orthopedic problems , *Am J Nyrs* 87(10):1312-1316.
- 26) Mason KJ(1988) :Pediatric orthopaedics:developmental norms,*Orthop Nyrs* 8 (4):45-50.
- 27) OLK D(1989):Quietng the disruptive sibling , *Contemp Pediatr* 6 (10):116.

- 28) Pandit JC(1994) :Testing acuity of vision in general practise :reaching recommended standart ,*Br Med J* 309(666):1408.
- 29) Schubiner H (1989):Preventive heaith screening in abolescent patiens ,*Prim Care* 16 (1):211-230.
- 30) Seidel H and others(1995) :*Moby's guide to physical examination*,ed 3, St Louis , Mosby.
- 31) Unti SM (1994):The critical first year :history,physical examination,and general development,*Pediatr Clin North AM* 41(5):859-873.
- 32) Wasserman RC(1992) :Screening for vision problems in pediatric practise , *Pediatr Rev* 13(1):4-5.
- 33) Wright L ,Leahey M (1984) :Nurses and families :a guide to family assessment and intervention,Philadelphia,FA Davis.
- 34) Παιδιατρική νοσηλευτική , σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας ,3^η έκδοση.kathleen Morgan Speer,RN,PHD,CPNP,*Pediatric Nurse Practitioner-case Manager Children's Medical Center of Dallas*.

Αναλυτικά περιεχόμενα

Εισαγωγήσελ.1

Προλογος.....σελ.2

Κεφάλαιο 1

Ορισμοι αξιολογησης σελ.3

⇒ 1.α) Ορισμοί σκοποί και στόχοι αξιολόγησης..... σελ.3

Κεφάλαιο 2

⇒ 2.α) Διατροφική αξιολόγηση.....σελ.4

⇒ 2.β) Διατροφικές συνήθειες.....σελ.4

⇒ 2.γ) Διαιτητικό ιστορικό.....σελ.4

⇒ 2.δ) Ανθρωπομετρία.....σελ.5

⇒ 2.ε) Εκτίμηση διατροφικής αξιολόγησης.....σελ.6

Κεφάλαιο 3

⇒ 3.α) Μετρήσεις φυσικής ανάπτυξηςσελ.6

⇒ 3.β) Μέτρηση του μήκους σε παιδιατρικό ασθενή.....σελ.8

⇒ 3.γ) Μέτρηση του ύψους σε παιδιατρικό ασθενή.....σελ.8

⇒ 3.δ) Μέτρηση του βάρους σε παιδιατρικό ασθενή.....σελ.8

⇒ 3.ε) Μέτρηση περιφέρειας κεφαλής.....σελ.8

⇒ 3.1.α) Λήψη και αξιολόγηση ζωτικών λειτουργιών.....σελ.9

⇒ 3.2.β) Λήψη θερμοκρασίαςσελ.9

- ⇒ 3.3.γ) Μέτρηση σφυγμού.....σελ.10
- ⇒ 3.4.δ) Μέτρηση συχνότητας αναπνοής.....σελ.10
- ⇒ 3.5.ε) Μέτρηση αρτηριακής πίεσηςσελ.10
- ⇒ 3.6.ζ) Αξιολόγηση γενικής εμφάνισηςσελ.11

Κεφάλαιο 4

- ⇒ 4.α) Προετοιμασία του παιδιού λίγο πριν την εξέτασησελ.13
- ⇒ 4.β) Συχνότητα εξέτασης παιδιατρικού ασθενή.....σελ.14

Κεφάλαιο 5

- ⇒ 5.α) Αξιολόγηση κεφαλήςσελ.14
- ⇒ 5.β) Αξιολόγηση λαιμού.....σελ.15
- ⇒ 5.γ) Αξιολόγηση λεμφαδένων και λειτουργία.....σελ.16
- ⇒ 5.δ) Εξέταση οφθαλμών.....σελ.16
- ⇒ 5.α.1) **Επιθεώρηση εξωτερικών δομών**σελ.17
- ⇒ 5.α.2) Επιθεώρηση βλεφάρωνσελ.18
- ⇒ 5.α.3) Επιθεώρηση ίριδαςσελ.19

- ⇒ 5.β.1) **Εξέταση εσωτερικών δομών**σελ.19
- ⇒ 5.β.2) Τεστ που σχετίζονται με την εκτίμηση της όρασης.....σελ.20
- ⇒ 5.β.3) Διοφθalmικότητα.....σελ.20
- ⇒ 5.β.4) Τεστ σε ότι αφορά νεογνά και «δύσκολα» παιδιά.....σελ.21

- ⇒ 5.β.5) Αξιολόγηση περιφεριακής όρασης.....σελ.21
- ⇒ 5.β.6) Τεστ που αφορούν την όραση χρώματος.....σελ.21

- ⇒ 5.γ.1) **Αξιολόγηση αυτιών**.....σελ.22
- ⇒ 5.γ.2) Επιθεώρηση εσωτερικών δομών.....σελ.23
- ⇒ 5.γ.3) Κατάλληλη θέση.....σελ.23

- ⇒ 5.δ.1) **Αξιολόγηση ρινικής κοιλότητας**.....σελ.23
- ⇒ 5.δ.2) Επιθεώρηση εξωτερικών δομών.....σελ.24
- ⇒ 5.δ.3) Επιθεώρηση εσωτερικών δομών.....σελ.24

- ⇒ 5.ε.1) **Αξιολόγηση στόματος**.....σελ.24
- ⇒ 5.ε.2) Επιθεώρηση εσωτερικών δομών.....σελ.24
- ⇒ 5.ε.3) Επιθεώρηση εξωτερικών δομών.....σελ.25

- ⇒ 5.ζ.1) **Αξιολόγηση καρδιάς**.....σελ.25
- ⇒ 5.ζ.2) Επιθεώρηση καρδιακής θέσης και λειτουργίας.....σελ.25
- ⇒ 5.ζ.3) Διαδικασία επίκρουσης καρδιάς.....σελ.26
- ⇒ 5.ζ.4) Αξιολόγηση ρίγους (φύσημα) καρδιάς.....σελ.26
- ⇒ 5.ζ.5) Ακρόαση καρδιακών ήχων.....σελ.26

- ⇒ 5.η.1) Αξιολόγηση θωρακικής κοιλότητας.....σελ.28

⇒ 5.θ.1) Αξιολόγηση πνευμόνων.....σελ.30	σελ.30
⇒ 5.θ.2) Διαδικασία ψηλάφησης.....σελ.31	σελ.31
⇒ 5.θ.3) Διαδικασία επίκρουσης.....σελ.32	σελ.32
⇒ 5.θ.4) Διαδικασία ακρόασης.....σελ.32	σελ.32
⇒ 5.ι.1) Αξιολόγηση κοιλίας.....σελ.33	σελ.33
⇒ 5.ι.2) Επιθεώρηση κοιλίας.....σελ.34	σελ.34
⇒ 5.ι.3) Ακρόαση κοιλιακής κοιλότητας.....σελ.35	σελ.35
⇒ 5.ι.4) Επίκρουση κοιλιακής κοιλότηταςσελ.36	σελ.36
⇒ 5.ι.5) Ψηλάφαση κοιλιακής κοιλότηταςσελ.37	σελ.37
⇒ 5.κ.1) Αξιολόγηση και εκτίμηση νευρολογικού συστήματοςσελ.38	σελ.38
⇒ 5.κ.2) Αξιολόγηση σπονδυλικής στήληςσελ.39	σελ.39
⇒ 5.κ.3) Αξιολόγηση άκρωνσελ.40	σελ.40
⇒ 5.κ.4) Εκτίμηση συνδέσμων και αρθρώσεωνσελ.41	σελ.41
⇒ 5.κ.5) Εκτίμηση μυώνσελ.41	σελ.41
⇒ 5.κ.6) Αξιολόγηση δύναμης βραχιονίουσελ.41	σελ.41
⇒ 5.κ.7) Αξιολόγηση δύναμης χεριώνσελ.41	σελ.41
⇒ 5.κ.8) Αξιολόγηση δύναμης ποδιούσελ.41	σελ.41
⇒ 5.λ.1) Αξιολόγηση δέρματοςσελ.42	σελ.42

- ⇒ 5.λ.2) Αξιολόγηση υφής του δέρματοςσελ.44
- ⇒ 5.λ.3) Προσέγγιση δομών δέρματοςσελ.44

- ⇒ 5.μ.1) Αξιολόγηση γεννητικών οργάνωνσελ.47

- ⇒ 5.ν.1) Αξιολόγηση πρωκτούσελ.51

Κεφάλαιο 6

- ⇒ 6.1) Βασικές αρχές διαμόρφωσης παιδιατρικού ιστορικούσελ.52

Κεφάλαιο 7

- ⇒ 7.1) Νοσηλευτικό ιστορικό.....σελ.68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.78

SUMMARY.....σελ.80

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....σελ.85