

معاینه بالینی
قلب و گردش خون

سرشناسه: پرلاف، جوزف، ۱۹۲۶-م. Perloff, Joseph K.

عنوان و نام پدیدآور: معاینه بالینی قلب و گردش خون / نویسنده جوزف پرلاف؛ مترجمان محمدجعفر محمودی، ناهید حسن پور، سحر دادخواه؛ ویراستار محمدجعفر محمودی.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۲۵۶ ص، قطع: وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۵-۵

وضعیت فهرست‌نویسی: فیا

یادداشت: عنوان اصلی: Physical examination of the heart and circulation, 4th ed, 2009

موضوع: قلب — معاینه، دستگاه گردش خون — معاینه، تشخیص فیزیکی، خون — گردش، قلب — بیماری‌ها — تشخیص
شناسه افزوده: محمودی، محمدجعفر، ۱۳۲۸-، مترجم، ویراستار، حسن پور، ناهید، ۱۳۶۶-، مترجم، دادخواه، سحر، ۱۳۶۶-، مترجم
دادخواه، سحر، ۱۳۶۶

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱م/پ/۶۸۳/RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۱۰۷۵۴

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۳۰۶۷۱

معاینه بالینی
قلب و گردش خون

تألیف

جوزف پر لاف

ترجمه

دکتر محمد جعفر محمودی

ناهد حسن پور

سحر دادخواه

ویراستار

دکتر محمد جعفر محمودی

دانشیار گروه آموزشی قلب و عروق

دانشگاه علوم پزشکی تهران



کتاب ارجمند



جوزف پرلاف

معاینه بالینی قلب و گردش خون

مترجمان: دکتر محمدجعفر محمودی، ناهید حسن پور، سحر دادخواه

فروست: ۲۵۲

ناشر: انتشارات کتاب ارجمند

صفحه آرا: محمدبهمنی، طراح جلد: احسان ارجمند

چاپ: سامان، صحافی: نوین

چاپ اول، ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه

بها: ۱۰۹۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۵-۵

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هرکس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خیابان کارگر و ۱۶ آذر تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲، ۸۸۹۷۹۵۴۴

شعبه اصفهان: دروازه شیراز، خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب تلفن ۶۲۸۱۵۷۴-۰۳۱۱

شعبه مشهد: میدان دکتر شریعتی (تقی آباد)، ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، طبقه پایین، انتشارات مجد دانش تلفن: ۸۴۴۱۰۱۶-۰۵۱۱

شعبه بابل: خیابان گنج افروز، پاساژ گنج افروز تلفن ۲۲۲۷۷۶۴-۰۱۱۱

شعبه رشت: خیابان نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی تلفن ۳۲۳۲۸۷۶-۰۱۳۱

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بخش اعظمی از اطلاعات لازم برای تشخیص یک نقص مشخص در آناتومی قلب و یا میزان گسترده‌گی اختلال عملکرد قلبی را تکنیک‌های تخصصی آزمایشگاهی (مختص اختلالات قلبی - عروقی) فراهم آورده‌اند. گسترش و استفاده از این روش‌ها، یکی از کامیابی‌های پزشکی مدرن است. اگر چه استفاده مناسب از آنها، مکمل یک معاینه بالینی دقیق است که هنوز در ارزیابی بیماری مبتلا به اختلالات قلبی - عروقی و یا مشکوک به آن، سنگ بنا بوده و نباید این آزمایشات، جایگزین این مهم شوند. در رشته قلب و عروق مشابه با بسیاری از شاخه‌های دیگر پزشکی، ممکن است در حالی که یک معاینه فیزیکی هدفمند و کامل برای تشخیص کافی باشد. از روش‌های گران که گاهی ناراحت‌کننده و یا حتی خطرناک هستند استفاده شود. بدیهی است که تحمل خطر، ناراحتی و هزینه بالای بسیاری از آزمایشات اختصاصی به بیماران در حالی که می‌توان بر مبنای معاینه بالینی به تشخیص رسید و یا زمانی که نتیجه این آزمایشات آشکارا تصمیم‌گیری بالینی را تغییر نمی‌دهد، نامطلوب است.

انتخاب هوشمندانه روش‌های بررسی از میان صف آزمایشاتی که در حال افزایش هستند و هم اکنون وجود دارند تصمیم‌گیری بالینی پیچیده‌تری را نسبت به زمانی که انتخاب‌ها تنها به الکتروکاردیوگرافی و عکس برداری با اشعه X¹ محدود بود، نیازمند است. معاینه بالینی این اطلاعات ضروری را برای اغلب این تصمیمات فراهم می‌کند. به دلیل افزایش تأکید هزینه در مراقبت پزشکی، محتمل است که دو مرتبه توجه به سمت معاینه بالینی نسبتاً ارزان و کاملاً امن منعطف گردد.

در معاینه فیزیکی، پیگیری مرتب بیماران لازم است. مزیت دیگر آن این است که با ارتباط فیزیکی واقعی (تأیید توسط پزشک²)، رابطه‌ای با ارزش بین بیمار و پزشک برقرار می‌شود در حالی که اغلب مواجهه بیمار با سیستم مراقبت سلامت غیر حضوری است. معاینه فیزیکی قلب و عروق نوشته "جوزف ک. پرلوف"³، استاد معاینه فیزیکی قلب و عروق در این عصر، جواهری واقعی است. این امر خصوصاً زمانی که معاینه فیزیکی در آموزش و بالین به اندازه کافی اهمیت داده نشده و بسیاری از دانشجویان یافته‌های فیزیکی را به طور مناسب تفسیر و استخراج نمی‌کنند، بسیار حائز اهمیت است. مطالعه این کتاب برای تمامی کسانی که در بالین و یا در حوزه آموزش کاردیولوژی بالینی قرار دارند، ضروری است.

1- roentgenography
3- Joseph K.Perloff

2- The "laying on of hands" by the physician

مقدمه مؤلف

روش‌های پیچیده آزمایشگاهی نوین به بالینگران عصر حاضر اطلاعات قابل توجهی می‌دهند اما در عین حال ریسک کم‌رنگ شدن نقش معاینه بالینی که در مانگران گذشته کاملاً به آن وابسته بودند و در نتیجه مهارت بیشتری برای آن داشتند را نیز افزایش می‌دهد. کمتر جایی در رشته قلب و عروق وجود دارد که علامت‌های فیزیکی راهگشا نیستند. البته نباید فکر کنیم که چنین نگرانی‌هایی فقط به زمان ما اختصاص دارد چرا که سر جیمز مک‌نزی در کتاب "اصول تشخیص و درمان در بیماری‌های قلب" می‌نویسد:

"بخش زیادی از دانش اخیر مادر مورد وضعیت‌های قلبی با استفاده از وسایل مکانیکی مانند پلی‌گراف و الکتروکاردیوگراف به دست می‌آید. تلاش دائمی من به نوبه خود شناخت وضعیت‌های مختلفی بود که چنین وسایلی با به کارگیری روش‌های معاینه بالینی به تشخیص آنها کمک می‌کنند. من بیشتر با این وضعیت‌ها در این کتاب سروکار دارم."

هدف من از نوشتن این کتاب در مورد معاینه قلب و گردش خون ارائه نتایجی به خواننده است که از تجربه خودم در به کارگیری روش‌های معمول بالینی که به خوبی روش‌های جالب آزمایشگاهی را تکمیل می‌کنند حاصل شده است. روش‌های آزمایشگاهی که مفاهیم جدید زیادی را ارائه داده‌اند و ارزش تشخیصی یافته‌های بالینی را افزایش داده‌اند. من تمام تلاشم را کردم که واضح بنویسم و البته خواننده را از تلاش فکری محروم نکنم. توصیفات اولیه یا اصلی علائم فیزیکی در اکثر موارد امکان پیشرفت چندانی در طول زمان از لحاظ دقت و شفافیت ندارند. من آزادانه به سوی این توصیف‌ها کشیده شدم که نه تنها تحسین ما را به ندرت به پیشینیان برمی‌انگیزند بلکه کتاب مرا با نزدیک کردن خواننده به تشخیص‌های گذشته غنی‌تر می‌کنند. فصل ۶ "سمع - زمان قابل شنیدار قلب" دو ویژگی جدید و شاید منحصر به فرد دارد. ابتدا علائم شنوایی که در متن توصیف شده‌اند با یافته‌های بصری - فنوکاردیوگرام، شرح داده شده‌اند. این یافته‌های بصری برای مدت‌های مدیدی به عنوان روش اساسی برای این علائم و برای آموزش استفاده می‌شده‌اند. این کتاب آخرین کتابی است که شامل فنوکاردیوگرام است چرا که این دستگاه‌ها دیگر تولید نمی‌شوند. ویژگی منحصر به فرد دیگر فصل ۶ وب‌سایتی است که به قسمت‌های سمعی بصری اختصاص دارد و به خواننده کمک می‌کند تا آنچه با استنوسکوپ شنیده می‌شود و در متن شرح داده شده را به همراه فنوکاردیوگرامش بشنود و ببیند.

مقدمه استاد



”قلب آغاز زندگی است. خورشیدی در جهان کوچک جسم، قلب است که با هنر خویش خون را به تحرک واداشته و نبض را بدون نقص جهت تغذیه بافت‌ها ایجاد کرده و خون از فساد و سیاهی محافظت می‌دارد. قلب با تلاش خون، نه تنها آغاز بلکه اساس زندگی است.“
ویلیام هاروی ۱۶۲۸

روش‌های نوین براساس تکنولوژی نوپا، قسمت عظیمی از اطلاعات ضروری جهت مشاهده و تشخیص آناتومی، فیزیولوژی و پاتولوژی قلب و عروقی را فراهم می‌نمایند. ابداع و کاربرد این روش‌ها نشانه‌ای از کامیابی طب مدرن است. با این حال، استفاده مناسب از این روش‌ها باید مکملی بر معاینه فیزیکی دقیق و کامل باشند و نه جایگزین آنها در پایه و اساس تشخیص بیماری‌های قلبی. وسوسه یا فریبی در کاربرد یولوژی مانند سایر رشته‌های طب در کاربرد روش‌های گران‌قیمت که گاهاً آزاردهنده و حتی خطرناک هستند، در تشخیص بیماری‌های قلبی وجود دارند که متأسفانه جایگزین یک معاینه فیزیکی آگاهانه و دقیق و کامل شده‌اند.

زمانی که تشخیص بیماری قلبی به واسطه معاینه بالینی قابل انجام است، استفاده از این روش‌های گران‌قیمت و آزاردهنده و گاهاً خطرناک مطلوب نیستند. یک معاینه فیزیکی دقیق و کامل نه تنها تشخیص بیماری را امکان‌پذیر می‌نماید، بلکه راهنمای خوبی در انتخاب مناسب روش‌های بررسی مدرن و جدید بوده و انتخاب نامناسب و غیرضروری آنها را مانع می‌شود.

با افزایش مخارج و تبعات مالی ناشی از استفاده از روش‌های جدید، انباشتی از تمایلات و انتظارات به سوی استفاده کامل از معاینات فیزیکی دقیق و اجتناب از به‌کارگیری روش‌های گران و غیرضروری به وجود آمده است.

سود مضاعف استفاده از معاینه فیزیکی کامل، برقراری ارتباط نزدیک‌تر و مستمرتر و اعتماد بین پزشک و بیمار و اعتماد به نفس بالاتر پزشک خواهد بود.

به‌گفته‌ی استاد بزرگ‌کار دیولوژی یوجین برانوالد، کتاب ”معاینه فیزیکی قلب و گردش خون“ جوزف پرلف، سرآمد کتاب‌های قلب و گردش خود در این دوران و جواهری گران‌بهاست؛ مخصوصاً در زمانی که معاینه فیزیکی در آموزش و کاربرد مورد تأکید قرار نمی‌گیرد و بسیاری از دانش‌آموختگان طب قادر به کشف و تفسیر یافته‌های فیزیکی نیستند، خواندن این کتاب برای کلیه کسانی که با علم‌کار دیولوژی و تشخیص و درمان

بیماری‌های قلبی مواجهند توصیه می‌شود.

با علم به مشکلات و معضلات فوق با دانشجویان سخت کوشم سرکار خانم ناهید حسن پور و سرکار خانم سحر دادخواه‌فر و با همکاری بی‌دریغ انتشارات ارجمند و مدیریت محترم آن جناب آقای دکتر ارجمند، تصمیم به ترجمه و نشر کتاب فوق گرفته شد و اگر همکاری و تلاش دانشجویان عزیزم نبود، شاید من به تنهایی قادر به انجام چنین وظیفه‌ای نبودم.

این کتاب در ۸ فصل به وسیله مؤلف تدوین شده که ما با رعایت امانتداری و صداقت همه فصول آن را به فارسی برگردانده‌ایم.

دکتر محمدجعفر محمودی

تقدیم به همسر و فرزندان عزیزم که خود از رهپویان راه بی‌انتهای دانش طب و فن و عامل سرافرازی و سربلندیم.

و با تشکر از دانشجویان سخت‌کوش و تلاشگر سرکار خانم ناهید حسن پور و سرکار خانم سحر دادخواه‌فر آرزوی پیروزی برای ایشان در مسیر پرفراز و نشیب زندگی و نیل به قله مرتفع علم و اندیشه.

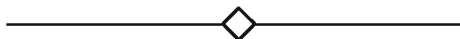
مقدمه مترجمان



معاینات بالینی از ابتدایی ترین و ساده ترین نکاتی است که در حال حاضر و با پیشرفت تکنولوژی و ابزار مدرن، کمتر توسط پزشکان مورد توجه قرار می گیرد. دانش پزشکی به سرعت در حال نو شدن است و تنها این معاینات دارای ارزش باستانی خود هستند؛ چراکه کاربرد آنها آسان و ارزان بوده و ارتباط بالینی پزشک و بیمار را قوت می بخشد. در این میان معاینه سیستم قلب و عروق جایگاه ویژه ای دارد چراکه از سویی در بسیاری موارد وخیم ترین و پیچیده ترین بیماری ها را می توان با معاینه دقیق تشخیص داد و از سوی دیگر تصمیم گیری بر مبنای شواهد معاینه گاهی موارد حیاتی است. آنچه پیش رو دارید ترجمه کتابی است که در ۸ فصل به سادگی و با دقت روش های معاینه قلب و عروق را توصیف می کند. حداکثر تلاشمان را در حفظ امانت آن به کار بردیم تا آنچه مدنظر نویسنده بوده حفظ شود. امیدواریم گامی هر چند کوچک، در جهت یادآوری اهمیت مهارت معاینه بالینی در علم پزشکی برداشته باشیم.

بهار ۹۱
مترجمان

فهرست مطالب



فصل ۱- مقدمه با مروری گذرا بر تاریخ.....	۱۱
فصل ۲- ظاهر فیزیکی.....	۲۰
فصل ۳- نبض شریانی.....	۶۲
فصل ۴- ورید ژوگولار، وریدهای محیطی.....	۹۹
فصل ۵- حرکات قلب - دق، مشاهده و لمس.....	۱۳۲
فصل ۶- سمع - زبان شنیداری قلب.....	۱۶۲
فصل ۷- قفسه سینه.....	۲۳۰
فصل ۸- شکم.....	۲۴۶

مقدمه با مروری گذرا بر تاریخ

امیدواریم بتوانم به شما نشان دهم که فهمیدن مشکل بیمار با حواس پنجگانه ما امکان پذیر است و امکانات مصنوعی و مکانیکی تنها وسایل کمکی هستند.

سر جیمز مکتنزی

معاینه فیزیکی سیستم قلبی عروقی، نه تنها شامل معاینه قلب و گردش خون است بلکه معاینه علائم بالینی مربوط به بیماری‌های غیر قلبی را نیز شامل می‌شود. معاینه قلب و گردش خون عبارت است از: (۱) ظاهر فیزیکی (مشاهده) (۲) نبض شریانی (۳) معاینه ورید ژوگولار و وریدهای محیطی (۴) محل و حرکات قلب: دق، لمس و مشاهده جلوی قفسه صدري و (۵) سمع. معاینه سینه (قفسه صدري و ریه‌ها) و شکم در بسیاری از اوقات نشان‌دهنده علائمی است که در ارتباط یا ثانویه به بیماری قلبی عروقی است. معمولاً در نوزادان، کودکان و افراد جوان بیماری‌های قلبی عروقی مشاهده می‌شوند که ممکن است از جهات دیگر سالم باشند. با افزایش سن بیماری‌های غیر قلبی افزایش می‌یابد که می‌توانند علائم بیماری قلبی را تغییر دهند.

ارزیابی نظامند هر کدام از علائم فیزیکی با کنار هم قرار دادن مرحله به مرحله اطلاعات به دست آمده امکان پذیر می‌باشد بدیهی است که تأکید بیشتر بر ارتباط اجزاء به یک کل است که در حالت ایده‌آل تصویری هماهنگ و بدون تناقض به دست می‌دهد و نه مجموعه‌ای از مشاهده بدون ارتباط قوی. بیشترین اطلاعات را باید از هر علامت فیزیکی استنتاج کرد و در عین حال می‌بایستی اطلاعات هر علامت فیزیکی را به دیگری ارتباط داد. در هیچ ارگان بدن ارتباطی که قلب بین علائم، ساختار و کارکرد خود نشان می‌دهد را نمی‌بینیم. شاخص‌های آزمایشگاهی آناتومی و فیزیولوژی قلب و عروق نیز این علائم را معتبر می‌دانند. در نتیجه می‌توان استنباط تقریباً دقیقی از پاتوفیزیولوژی قلب داشت. هنگامی که اطلاعات دقیق و کاربردی تنها با حواس پنجگانه و بدون استفاده از گوشی پزشکی، چراغ قوه جیبی، فشارسنج، و افتالموسکوپ به دست می‌آیند. احساس خرسندی، رضایتمندی و اعتماد به نفس و امنیت را به ارمغان می‌آورند.

هدف من توصیف علائم بالینی است و این که چگونه هر کدام از آن‌ها را می‌توان به بهترین نحو تفسیر کرد. شناخت مکانیسم‌های عمده‌ای که با آنها حین این عمل سروکار داریم، این هدف را میسر می‌کند. تأکید روی معاینه فیزیکی است تا تشخیص بالینی.

معاینه قلبی عروقی در اصل یافته‌ای از تار و پور گذشتگان است. فرانسیکو بوسیلویوس از دانشگاه

لیدن^۱ یکی از معروف ترین اساتید قرن هفدهم و از پیشروان آموزش بر بالین بیماران است. این استاد دانشجویانش را به عمل در پزشکی تشویق می کرد. وی دانشجویانش را هر روز به بیمارستان های عمومی می برد تا شکایات بیماران را بشنوند و علائم بالینی آنها را مشاهده کنند. دو قرن و نیم بعد هاروی کوشینگ هنگام نوشتن بیوگرافی سر ویلیام اوسلر این گونه آغاز کرد: تقدیم به دانشجویان پزشکی باشد که فراموش نکنند چه کسانی امکان یادگیری بر بالین بیماران را برایشان فراهم کردند.

هر کدام از اجزای ۵ گانه اصلی معاینه قلبی - عروقی ریشه ای در تاریخ دارد. ظاهر فیزیکی موضوع پاراگراف اول فصل "معاینه ابتدایی بیماران" در کتاب بیماری های قلب جیمز مکزی است: تلاش برای ارزیابی وضعیت بیمار باید از همان لحظه ای که با وی مواجه می شویم آغاز شود. در ارزیابی ظاهر بیمار در اتاق معاینه وضعیت ایستادن، راه رفتن، الگوی تنفسی، رنگ چهره هر گونه ویژگی عصبی در الگوی صحبت کردن و رفتار و ... را باید در نظر داشت. اگر بیمار روی تخت است باید به وضعیتی که برای خود اختیار می کند، و هر گونه تغییری در رنگ چهره یا الگوی تنفسی هنگام صحبت کردن و یا پهلو به پهلو شدن توجه کرد. هر چند از روی عادت معمولاً ناخود آگاه متوجه این مسائل می شویم.

نبض شریانی به عنوان پایه ای برای تمام سیستم تشخیص پزشکی در حدود ۲۶۰۰ سال قبل از میلاد در چین در کتاب پزشکی امپراطور زرد نوشته نی چینگ سوون^۲ مطرح شده است. این کتاب قدیمی ترین متن پزشکی شناخته شده است. متن کتاب به صورت گفتگویی میان دو شخصیت افسانه ای هانگ تی^۳ (امپراطور زرد ۲۶۹۶-۲۵۹۸ قبل از میلاد مسیح) و وزیر وی چی پو شکل گرفته است. راه عمده تشخیصی در نی چینگ معاینه نبض شریانی است. تمامی روش ها مکمل این روش هستند وضعیت بیمار با توجه به حجم، قدرت یا ضعف نظم یا جا افتادگی ضربان نبض ارزیابی می شود. این معاینه کاری وقت گیر است و ممکن است ساعت ها به طول بیانجامد و شامل لمس نزدیک به ۱۲ نقطه در بدن است به طوری که همزمان تعداد ضربان نبض با تعداد تنفس فرد سنجیده می شود اگر بیمار زن باشد ابتدا نبض های طرف راست سنجیده می شود و برعکس

علی رغم اهمیتی که در گذشته به نبض داده می شد منشأ قلبی آن برای پزشکان ناشناخته بود. این موضوع تا زمان هروفیلوس^۴ ادامه داشت (۳۴۴ سال قبل از میلاد مسیح) هروفیلوس متوجه شد که ضربان قلب و نبض همزمانی دارند. هروفیلوس برای شمردن نبض از یک ساعت آبی استفاده کرد. با آنالیز تعداد و الگوی نبض تحت تأثیر تنوری های موسیقی، الگویی موزون برای نبض ایجاد کرد. در سال ۱۷۰۰ سرجان فلوریر^۵ با همکاری یک ساعت ساز انگلیسی توانست توسط یک دقیقه شمار دستی تعداد دقیق ضربان در یک دقیقه را تعیین کند. در کتاب "ساعت نبض پزشکان"، فلوریر نبض های غیر طبیعی و تعداد ریتم، دامنه، شدت، و فشار آنها را توضیح می دهد.

1- University of Leiden

2- Neiching Su Wen

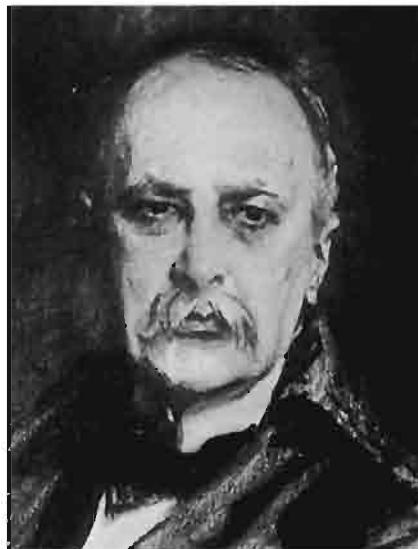
3- Huang Ti

4- Herophilus

5- Flower



شکل ۲-۱. سر جیمز مکنزی



شکل ۱-۱. سر ویلیام اوسلر

اولین بررسی ثبت شده نبض ورید گردنی در سال ۱۷۲۸ انجام شد. در این سال لانسی سی^۱ نوسان سیستمیک ورید جوگولار را در بیماری توضیح داد که مجدداً در نکر و پسی مشخص شد که مبتلا به نارسایی دریچه تریکوسپید بود. بعد از آن جان هانت^۲ نیز نبض موزون وریدهای بزرگ گردنی را توصیف کرد. در کتاب وی رساله‌ای درباره خون، التهاب و زخم‌های گلوله^۳ که در سال ۱۷۹۴ نوشته شده می‌خوانیم در وریدهای بزرگ نزدیک به قلب دارای نبضی هستند که هنگامی ایجاد می‌شوند که انقباض قلب مانع از بازگشت وریدی می‌شود. نزدیک به یک قرن گذشت تا چاود^۴ و ماری^۵ نمودار کلاسیک خود را که از ثبت ورید جوگولار به دست آورده بودند منتشر کردند در آستانه قرن بعد تشابه حیرت‌آور امواج ثبت شده از دهلیزها با نبض ژوگولار آشکار شد. کارل ویگرز^۶ در این بار می‌نویسد: "برای بسیاری از فیزیولوژیست‌ها ارزش احتمالی ثبت نبض ورید ژوگولار در تفسیر وقایع حرکتی قلب بیش از پیش آشکار شده است. در سال ۱۹۰۲ سر جیمز مکنزی این قانون را در بالین بیمار پیاده کرد و در کتاب خود "مطالعه نبض" که حاصل ۲۰ سال مشاهده دقیق را گرد هم آورده بود به کار گرفت. مکنزی بر ارزش معاینه ورید جوگولار تأکید کرد و انگیزه مطالعه آن را در سایرین برانگیخت. این انگیزه بار دیگر در سال ۱۹۵۰ در پل وود^۷ شعله‌ور شد. عمل لمس جلوی قفسه سینه نیز در پاپیروس‌های عربی ثبت شده است. "دانش حرکات قلب" که پزشکان می‌توانند با لمس قفسه سینه در محل قلب به دست آورند نام فصلی در این نوشته‌هاست.

1- Lancisi

2- John Hunter

3- Treatise on the blood, Inflammation and gunshot wound

4- Chauvene

5- Marey

6- Carl Wiagers

7- Paul Wood



شکل ۳-۱. هانگ تی امپراطور زرد

حرکات سیستولیک قلب که به دیواره قدامی قفسه سینه می‌رسید آشکارترین شاهد برای عملکرد قلب است. همان طور که ویلیام هاروی^۱ نیز در قرن ۱۷ به آن اشاره کرده بود: "قلب بر می‌خیزد و در نقطه‌ای در محاذات پستان به قفسه سینه ضربه می‌زند به طوری که از خارج قابل لمس است." در سال ۱۸۷۵ چاوو تأکید کرد که ضربه‌ای که هاروی از آن صحبت می‌کرد زمانی به وجود می‌آید که قلب منقبض می‌شود. مطالعات حیوانی چاوو و ماروی که در آن کاتتری همزمان با ضربه‌های نوک قلب به قفسه سینه فشارهای داخل حفرات قلب را اندازه‌گیری می‌کرد به این نظریه اعتبار بخشید.

圖腑六關三手右推女



شکل ۴-۱. اگر بیمار زن بود اول نبض‌های سمت راست لمس می‌شد و برعکس

1- William Harvey



شکل ۵-۱. جیوانی ماریا لانسسی

کاربرد نزدیک بردن گوش نزدیک قفسه سینه روشی بود که به طور اتفاقی برای سمع قلب ابداع نشد. نوشته‌های بقراط در ۴۰۰ سال قبل از میلاد "صداهای مشکمی را در هیدروپنوموتوراکس مطرح می‌کند. ویلیام هاروی در سال ۱۶۱۶ به صداهای قلبی تحت عنوان "دو تَقَّة" اشاره می‌کند. هاروی در کتابش که در سال ۱۶۲۸ معرفی شد، می‌نویسد: "با هر ضربان قلب هنگامی که تعدادی خون از سیاهرگ‌ها به سرخرگ‌ها وارد می‌شود، صدایی ایجاد می‌شود که می‌توان آن را برای قفسه سینه شنید. این توصیف بی‌شک گویای این مطلب است که هاروی کاملاً از منشأ صداهای قلبی که ضربان قلب است با خبر بوده است. رابرت هوک^۱ نه تنها با صداهای قلبی آشنایی داشت بلکه ارزش سمع را نیز می‌دانست در سخنرانی کاتلرین که در سال ۱۷۰۵ منتشر شد این گونه بیان می‌دارد: "من توانسته‌ام به وضوح جریان قلب انسان را بشنوم... "چه کسی می‌داند، ولی من می‌گویم ممکن است بتوان حرکات اعضای درون بدن را از روی صدایی که ایجاد می‌کنند تشخیص داد.

عصر جدید سمع قلب در سال ۱۸۱۶ بارنه تئوفیل هیانسیتته لانک^۲ آغاز شد. وی ابتدا سمع مستقیم انجام می‌داد؛ همان طور که در نقاشی که او را در بیمارستان نکر^۳ نشان می‌دهد می‌بینم. در این نقاشی او در کنار تخت مریض نشسته و گوشش را روی قفسه سینه بیمار گذاشته است. "؟" لانک به کاستی‌های سمع مستقیم واقف بوده و می‌نویسد: "این روش همان قدر که برای پزشکان مشکل است برای بیماران نیز ناخوشایند است. همین امر کاربرد این عمل را در بیمارستان کم می‌کند از این روش نمی‌توان در هر بیماری به خصوص خانم‌ها استفاده کرد. در زنان حجم پستان مانعی بر سر راه سمع مستقیم است." روش جایگزین

1- Rober Hook

2- Rene Theofnik Hyacinthe Laennec

3- Necter

استفاده از گوشی پزشکی^۱ بود، کشف آن داستان جالبی دارد:

در سال ۱۸۱۶ خانمی که از علائم معمول بیماری قلبی رنج می برد به من مراجعه کرد. در مورد این بیمار دق و لمس مستقیم با توجه به چاقی مفرط وی بی ارزش می نمود. روش دیگری که در بالا ذکر شد نیز با توجه به سن و جنس بیمار غیر قابل استفاده بود. من ناگهان به یاد قانون ساده و معروف صوت افتادم. یا خود فکر کردم که شاید بتوان از این قانون در آن وضعیت استفاده کرد. قانون این بود که صدا در عبور از بعضی جامدات تشدید می شود همان طور زمانی که گوش خود را روی یک سر تخته می گذاریم صدای سنجی را که روی سر دیگر آن کشیده می شود با وضوح بیشتری می شنویم، با این فرض فوراً تکه کاغذی را لوله کردم و یک سر آن را روی محل قلب قرار دادم و سر دیگر را نزدیک گوشم بردم. با کمال تعجب و خوشحالی فهمیدم که می توانم درکی بهتر از عملکرد قلب نسبت به تمام وقت هایی که از سمع مستقیم استفاده می کردم داشته باشم. از آن لحظه به بعد تصور کردم که این پیشامد می تواند زمینه ای برای ما فراهم کند که پی به ماهیت ببریم. نه تنها در مورد قلب بلکه در مورد تمام انواع صداهایی که توسط حرکات احشا تولید می شود.

وسایل مضحک و اسباب بازی ماندنی که به دنبال کشف لانک ارائه شد به سرعت با استقبال مواجه شد. لاندن تایمز در سپتامبر ۱۸۲۴ می نویسد: "وسیله حیرت آوری به نام استتوسکوپ (گوشی پزشکی) هم اکنون کاملاً در پاریس رایج شده است". پزشکان به این "وسیله حیرت آور" به زودی وابسته شدند. به طوری که تلاش قابل توجهی در شناخت گوشی های قابل انعطاف و دو طرفه ای که قرار بود بعداً به بازار بیاید از خود نشان می دادند. در اواخر قرن در نشریه لانست^۲ در بحث داغی مطرح کرد که گوشی های دو طرفه باید کنار گذاشته شوند. در آن زمان روش های ثبت گرافیکی اطلاعات سمعی در دست مطالعه بود. دانشمندی مثل اُتوفرانک، کارل ویگر و اور یاس و براق مندز در این زمینه کار می کردند. واژه فونوکاردیوگرام مطرح شد و اینترون استفاده از جریان سنج را برای ثبت صداهای قلبی پیشنهاد نمود.

علائم فیزیکی که در معاینه تورا کس به دست می آیند. ضمایم مهم معاینه قلبی عروقی هستند. منشأ توجه به این علائم رساله "آون براگر" در مورد دق است.

"من در این جا علامت تازه ای را برای خواننده معرفی می کنم که کشف آن مرا در یافتن بیماری های قفسه سینه کمک کرد. این علامت دق قفسه سینه فرد است. با توجه به خصوصیت صدای تولید شده در هنگام دق می توان در مورد وضعیت حفره قفسه سینه نظر داد. بادر نظر داشتن این مهم این کشفم را منتشر می کنم. برای انتشار این مطالب نه میل به نوشتن و نه اشتیاق نظریه سازی نقشی داشتند تنها می خواستم حاصل ۷ سال مشاهده و تفکر را تقدیم برادرانم کنم."

نتوپولد آون براگر در مهمانسرای پدرش شاهد بود که چگونه وی سطل شراب را در بشکه های مشروب با دق آنها می فهمد. بعدها به این فکر ذهن وی خطور کرد که شاید بتواند این تکنیک برای قفسه سینه انسان نیز به کار برد. در سال ۱۷۶۱ "پزشکی جوان، مهربان و بی ادعا در بیمارستان وین" نوآوری^۳ هودرا برای تشخیص

۱- Stethoscope یونانی stethos به معنی پستان یا سینه stopeins به معنی مشاهده یا معاینه

۲- Lancet

3- inventum novurm



شکل ۷-۱. پاول وود



شکل ۶-۱. جان هانتز

بیماری‌های قفسه سینه منتشر ساخت جوزف اسکودا^۱ با جمله "آغاز تشخیص نوین" به این کشف خوشامد گفت ولی کار تاریخی آن براگر در واقع تا زمان کورویزا^۲ مهجور ماند. کورویزا پزشک مشهور ناپلئون نسخه فرانسوی کتاب ساده ۹۵ صفحه‌ای آن برگ را در ۴۸۰ صفحه به صورت تفسیری مدرن منتشر کرد. این تفسیر مقدمه‌ای برای کتاب "رساله‌ای درباره بیماری‌های سینه" لانک بود. در فصل پنوموتوراکس این کتاب لانک گفته بقراط را یادآوری می‌کند.

وقتی علائم وجود پنوموتوراکس و افیوژن پلورال را در کنار هم گذاشتم، یقین داشتم که صداهای شکمی بقراط ما را به سوی شنیدن صدای جابجایی مایع هدایت می‌کند و اشتباه هم نکردم.

"ریچارد کابوت" در کتابش تشخیص فیزیکی در سه فصل جامع بیماری‌های ریه و حفره پلورال را شرح می‌دهد معاینه شکم بالمس (شکل ۱۲-۱) توسط پزشک آنتی "جین" ۲ قرن قبل از میلاد انجام شده است ابن سینا در کتاب قانون خیز یا ادم را وصف می‌کند که به صورت "تجمع مایع آبکی سرد" است. این که ابن سینا به آسیت با منشأ قلبی اشاره دارد یا نه، مشخص نیست. اما راه "ویلیام ویتزینگ" برای این خیز جای سؤالی باقی نمی‌گذارد. او از گل انگشتانه که از کولی‌های شراب شیر^۳ دریافت کرده بود برای درمان استفاده کرد. با این حال در آستانه قرن ۲۰ کابوت کم‌تر به ارزش معاینه شکم خوش بین بود.

روش‌های مادر مقایسه باروش‌هایی که در معاینه قفسه سینه کاربرد دارند غیر دقیق و خام است. سمع با وجود بنیان‌های قوی کتاب قانون تقریباً بی‌کاربرد است.

مشاهده تنها درباره‌ای از افراد سودمند است. لمس، عصای دست ما، اغلب به دلیل ضخامت، انقباض عضلات و یا لغزندگی جدار شکم ممکن نیست. آن در بعضی موارد بسیار بعید ولی گاهی نیز هیچ یافته جدیدی به همراه ندارد.

1- Joseh Skoda

2- Corvisort

3- sharopdhire



شکل ۹-۱. ویلیام هاروی



شکل ۸-۱. برشی از پاپیروس



شکل ۱۱-۱. کاشف دق لثوپاد آون براگر



شکل ۱۰-۱. لانگ در هنگام سمع قفسه سینه



شکل ۱۲-۱. استلا و لمس شکم

1. Mackenzie J. *Principles of Diagnosis and Treatment in Heart Affections*. London: Oxford University Press, 1916.
2. Linfors EW, Neelson FA. The case for bedside rounds. *N Engl J Med*. 1980;303:1230.
3. Cushing H. *The Life of Sir William Osler*. Oxford: Clarendon Press, 1925.
4. Mackenzie J. *Diseases of the Heart*. London: Henry Frowde, Hodder, & Stoughton, 1908.
5. Veith IH, trans. *Huang Ti Nei Ching Su Wen: The Yellow Emperor's Book of Medicine*. Berkeley, CA: University of California Press, 1972.
6. Osler W. *The Evolution of Modern Medicine*. New Haven, CT: Yale University Press, 1921.
7. Floyer J. *The Physician's Pulse Watch*. London: Smith and Walford, 1707.
8. Lancisi JM. *Mortu Cordis et Aneurysmabitus*. Roma 1728.
9. Hunter J. *A Treatise on the Blood, Inflammation, and Gun-Shot Wounds*. London: George Nicol, Bookseller to His Majesty, Pall-Mall, 1794.
10. Chauveau JBA, Marey EJ. Appariels et experiences cardiographiques. *Memoirs Acad Med*. 1863;26:268.
11. Wiggers CJ. *The Pressure Pulses in the Cardiovascular System*. London: Longmans, Green, 1928.
12. Mackenzie J. *The Study of the Pulse, Arterial, Venous, and Hepatic, and of the Movements of the Heart*. Edinburgh: Young J. Pentland, 1902.
13. Basta LL, Bettinger JJ. *The Cardiac Impulse: A New Look at an Old Art*. *Am Heart J*. 1979;97:96.
14. Harvey W. *An Anatomical Disquisition on the Motion of the Heart and Blood in Animals*. London, 1628 (translated from the Latin by Robert Willis, Barnes, Surrey, England, 1847). In: Willis FA, Keys TE, eds. *Classics of Cardiology*, Vol. 1. Malabar, FL: Robert E. Krieger, 1983:19.
15. Chauveau JBA, Marey EJ. Determination graphiques des rapports de la pulsation cardiaque avec les mouvements de Foreillette et du ventricule, obtenue au moyen d'un appareil enregistreur. *C R Soc Biol. (Paris)* 1861;13:3.
16. McKusick VA, Sharp WD, Warner AO. An exhibition on the history of cardiovascular sound including the evolution of the stethoscope. *Bull Hist Med*. 1957;31:463.
17. Hooke R. The posthumous works of Robert Hooke, containing his Cutlerian Lectures and other discourses read at the meeting of the Illustrious Royal Society, etc. In: McKusick VA, ed. *Cardiovascular Sound*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1958:4.
18. Laennec RTH. *A Treatise on the Diseases of the Chest* (translated from the French by John Forbes, MD). London: T and G Underwood, Fleet Street, 1824.
19. Sayers HW. The decay of auscultation and the use of the binaural stethoscope. *Lancet* 1902;1:369.
20. Orias O, Braun-Menendez E. *The Heart Sounds in Normal and Pathological Conditions*. London: Oxford University Press, 1939.
21. Einthoven W. Die registrierung des menschlichen herztone mittels des sartengalvanometers. *Pflugers Arch Physiol*. 1907;117:461.
22. Auenbrugger L. *Inventum Novum ex Percussione Thoracis Humani*. Vienna, 1761 (translated by John Forbes). London: T and G Underwood, Fleet Street, 1824.
23. Cabot RC. *Physical Diagnosis*, 6th ed. New York: William Wood, 1915.
24. Gruner OC. *A Treatise on the Canon of Avicenna*. London: Luzac, 1930.
25. Withering W. *An Account of the Foxglove and Some of its Medical Uses*. Birmingham: M. Swinney, 1785.

ظاهر فیزیکی

چشم اصلی‌ترین دارایی است که از طریق آن می‌توان به بهترین شکل، کل طبیعت لایتناهی را درک کرد.

لئوناردو داوینچی

موضوع این فصل، همان چیزی است که چشمان در ظاهر فیزیکی بیمار، به صورت کلی یا جزئی می‌بینند. برای رسیدن به این هدف (مشاهده)، چشم باید تعلیم داده شود. "چشم بی تجربه‌ای که باید دنیا از نو را ببیند، هرگز متوجه آن نمی‌شود".

حالات فیزیکی مشخصی، با بیماری‌های قلبی خاصی مرتبط‌اند، در حالی که علت برخی دیگر، بیماری‌های قلبی یا عروقی هستند. در ابتدا باید ظاهر کلی مورد توجه قرار گیرد و سپس جزئیات ظاهر (جدول ۲-۱). نمونه‌های عملی، در این فصل انتخاب شده‌اند.

جدول ۲-۱. ظاهر فیزیکی

- ظاهر کلی
- حالات و طرز راه رفتن
- جزئیات ظاهر
 - صورت
 - چشم‌ها - داخل و خارج
 - دهان - داخل و خارج
 - دست‌ها و پاها
 - پوست
 - عضلات و تاندون‌ها
 - قفسه صدري
 - شکم

ارزیابی نظام یافته ظاهر بیمار، بخشی لازم در معاینه فیزیکی قلب و گردش خون است. موارد زیر به ترتیب، در این فصل عنوان می‌شوند:

(۱) مشخصه‌های کلی جسمی

(۲) حالات و طرز راه رفتن

(۳) جزئیات ظاهر صورت، چشم‌ها، دست‌ها، پاها، پوست، عضلات، تاندون‌ها، قفسه صدري و شکم.

ظاهر کلی

با توجه به ظاهر کلی، می‌توان در یک نگاه، بیماری حاد را از مزمن تشخیص داد، اما ممکن است یک بیمار علی‌رغم وجود مشکل قلبی یا عروقی، سالم به نظر برسد. تابلوی برخی از بیماری‌های حاد، به خوبی شناخته شده‌اند؛ مثلاً در بیماری که مبتلا به ادم ریه است، تقلا کردن، ترس و تعریق وجود دارد و زمانی که بیمار به صورت قائم می‌نشیند، اختلال در نفس کشیدن دارد؛ یا تابلوی بیماری مبتلا به انفارکتوس حاد میوکارد شامل اضطراب، رنگ خاکستری، تعریق، واکنش نسبت به درد غیر قابل تحمل قفسه صدري، با مفاهیم نمادین و حقیقی خود، می‌باشد. تابلوی شوک کاردیوژنیک، که برای همه ما آشناست، در اثر "فالسٹف"^۱ به نام مرگ شکسپیر، توصیف شده بود:

"سپس او سه یا چهار مرتبه فریاد کشید: "خدایا، خدایا!". اکنون من برای تسلی او، پیشنهاد دادم که نباید به خدا، فکر کند؛ امیدوارم نیازی به این نباشد که هم اکنون خودش را با این افکار درگیر کند. پس او مرا جهت فراهم کردن جامهٔ بیشتر روی پاهایش فرا خواند؛ من دستم را در بسترش قرار داده و پاهایش را که به سردی سنگ بودند احساس کردم؛ سپس زانوهایش را لمس کردم که به سردی سنگ بودند و سپس بالا و بالاتر که همگی به سردی سنگ بودند."

نمونه‌ای از ظاهر کلی در بیماری مزمن، اثرات کاتابولیک در نارسایی قلبی است؛ ضعف عضلات سینه‌ای، کمر بند شانه‌ای و بازویی، پاهای متورم با آسیت و چهرهٔ در هم رفته. ظاهر فرد مستعد به ابتلای بیماری کروئری کلیشه است: مردی میانسال مزومورفیک^۲، کچل، همراه با افزایش موهای زائد، اضافه وزن همراه با اشتها خوب که انگشتانش با نیکوتین رنگ شده و در حال سیگار کشیدن در کنار زیر سیگاری است که با ته سیگارها پر شده و کنارش کیفی پر از کاغذ است که نماد فرجه‌هایی است که او مجبور به انجام آنهاست.

ظاهر کلی در تیروتوکسیکوز، به صورت فردی لاغر، با تعریق زیاد، لرزنده با حرکات سریع، چشمان سرزنده با یا بدون بیرون زدگی کره چشم^۳ مشخص می‌شود. این تابلو در کم کاری تیروئید متضاد پرکاری

1- Falstaff

2- mesomorphic: فردی که در او بافت‌های مزودرم مثل عضله، استخوان و بافت همبند؛ برجسته باشد.

3- Exophthalmos



شکل ۱-۲. کودک مادر دیابتی که ژیگانتیسم کلاسیک نوزادی را نشان می‌دهد؛ چاق بوده و صورتی پر و گرد، گلگون دارند، آنها به پشت خوابیده، متورم و برافروخته‌اند، پاهایشان خم شده و دور از هم قرار دارند و دستانشان را به آرامی در دو طرف سر مشت کرده و شکم برجسته‌ایی دارند.

تیروئید است؛ فردی سست و رنگ پریده، دارای حرکاتی آهسته و خشن. ممکن است بیمار مشخصاً قدی بلند (ژیگانتیسم) یا کوتاه داشته^۱ باشد. سندرم مارفان نمونه‌ای است که فرد به صورت آشکار بلند قد با اندام‌های بیش از اندازه بلند بوده و چربی زیرجلدی اندک است. ژیگانتیسم نوزادی در فرزند مادر دیابتی دیده می‌شود (شکل ۱-۲). توصیف "جمیز فارکوهر"^۲ مناسب است:

این نوزادان به دلیل شباهت زیادی که می‌تواند آنها را مرتبط سازد، در خور ملاحظه هستند. آنها چاق و نرم و براق بوده، پوشیده با ماده مومی شکل جنینی^۳ و دارای صورتی پر و گلگون هستند. در ایجاد ژیگانتیسم،

1- Dwarfism

2- James W.Farquhor

3- Vernix caseosa



شکل ۲-۲. الف. دختر ۱۳ ساله مبتلا به سندرم ترنر (۴۵/XO)، دارای فنوتیپ کلاسیک این سندرم، شامل: قامت کوتاه، گردن پره‌ای، فقدان موهای عانه، نوک‌های پستان دور از هم، چانه کوچک، چتری رستگاه قدامی پایین را پوشانده‌اند. بیمار مبتلا به کوآرکتاسیون آئورت بود. ب. پسر ۱۸ ساله مبتلا به سندرم نونان (۴۶/XY) و گردن شبکه‌ای کلاسیک. موهای بلند، رستگاه‌های قدامی و خلفی را که پایین هستند، پوشانده‌اند. بیمار تنگی دریچه ریوی دیسپلاستیک و نقص در دیواره بین دهلیزی داشت.

طناب نافی و جفت هم نقش دارند. در طول ۲۴ ساعت اول زندگی خارج رحمی آنها یا در زمان طولانی‌تر، به پشت خوابیده، متورم و برافروخته‌اند، پاها خم شده و دور از هم قرار داشته، دستانشان را در دو طرف سر مشت کرده، شکم برجسته و تنفسشان عمیق است. وضعیت آنها نمایانگر پرخوری در غذا و آب توسط بانوی میزبان است که روی آنها فشار آورده و تنها در آرزوی آرامش هستند تا شاید از این افراط‌ها رهایی یابند.

در سندرم ترنر ۴۵/XO، قامتی کوتاه وجود دارد و به شکل خانمی با گردن پره‌ای، تأخیر در علائم بلوغ (فقدان یا وجود اندک موهای زیر بغل و عانه)، نوک‌های پستان دور از هم، رستگاه‌های مویی پایین که معمولاً با چتری‌ها پوشانده شده‌اند، موی بلند، چانه کوچک و بازوهای دور از تنه، ترسیم می‌شود. در خانم مبتلا به

سندرم ترنر، حضور کوآرکتاسیون آئورت، اتساع ریشه آئورت و دریچه آئورت دولتی را انتظار داریم. در سندرم نونان^۱، علی‌رغم ترکیب کروموزومی طبیعی (۴۶/XX در خانم، ۴۶/XY در آقا)، فنوتیپ ترنر وجود دارد اما وجود کوتولگی در آن یک قاعده همیشگی نیست. بیماری قلبی احتمالی در این سندرم شامل تنگی دریچه ریوی دیسپلاستیک یا کاردیومیوپاتی هیپر تروفیک انسدادی است. سندرم الیس - ون - کرویلد^۲ با کوتولگی و انگشت اضافی^۳ مشخص می‌شود.

چاقی موجود در ظاهر افراد متفاوت است و باید با دقت ترسیم شود. ترکیب چاقی و خواب‌آلودگی (سندرم پیک ویکن^۴)، توسط "سیدنی بورول"^۵ بر مبنای توصیف پسر چاق اثر چارلز دیکنز، معروف شد:

"شدیدترین و تکان‌دهنده‌ترین در زدن شنیده شد. چیزی که در برابر چشمان متصدی حیرت زده آشکار شد، پسری بود که به طرز شگفت‌آوری چاق بود، با چشمان بسته‌ای که گویی خواب بودند، روی پادری ایستاده بود. او تا به حال پسری به این چاقی ندیده بود و این تعجب با متانت مطلق و آرامش ظاهر او که بسیار متفاوت نسبت به انتظار معقولانه‌ای بود که از چنین فردی، با این ضربات به در می‌رفت، دو چندان شد. پسر شگفت‌انگیز کلمه‌ای صحبت نکرد اما یک بار سرش را تکان داد و در تصور متصدی، حتی خرناس ضعیفی هم می‌کشید."

در چاقی پیک ویکن، کاهش مقدار هوای وارد شده به حبابچه‌های هوایی سبب افزایش غلظت دی‌اکسیدکربن در خون، خواب‌آلودگی (شکل ۳-۲ ب)، کاهش غلظت کلسیم در خون، افزایش مقاومت عروق ریوی و افزایش فشارخون ریوی می‌شود. در مقابل، چاقی در سندرم کوشینگ با افزایش فشارخون عمومی همراه است. در ظاهر فرد مبتلا به کوشینگ، چاقی شکمی، صورت گرد، لایه‌های ضخیم چربی در حفره فوق ترقوه‌ای و افزایش بارز چربی زیرجلدی در ناحیه قفسه صدی و شکم، مشاهده می‌شوند. چاقی شکمی می‌تواند به صورت بی تناسب، در حالی که اندام‌ها مشخصاً بلند و باریک هستند، پیشرفت کند. حالات و طرز راه رفتن می‌توانند به عنوان مشخصه‌های مهم ظاهر فیزیکی مطرح باشند؛ مثلاً از زمان‌های قدیم، مشت گره کرده‌ای که روی استرنوم فشار داده می‌شود، حالتی است که در برابر درد غیر قابل تحمل انفارکتوس میوکارد وجود داشته است. "جیمز مکنزی"^۶ اهمیت طرز راه رفتن را مورد توجه قرار داده است: "زمانی که پزشک در حال معاینه بیمار است، طبیعتاً وی را به دقت بررسی کرده و به طرز راه رفتن و این که عموماً چگونه رفتار می‌کند، توجه خاصی دارد." تنها نورولوژیست‌ها، به صورت متداول، راه رفتن بیماران را مشاهده می‌کنند و پزشکان عمومی کمتر به این امر توجه می‌کنند؛ حتی با وجود این حقیقت که راه رفتن غیر معمول ممکن است اولین گواه بیماری عصبی - عضلانی فراگیر همراه با درگیری قلبی باشد؛

1- Noonan Syndrome

2- Ellis-Van Creveld

3- Polydactyly

4- Pickwickian Syndrome

5- C.Sidney Bwvell

6- James Mackenzie



A



B

شکل ۲-۳. الف. پسر چاق اثر چارلز دیکنز دو مرتبه خوابش برده است. اگر تمایل دارید، نیشگونی از ساق پای او بگیرید. آقا: چیز دیگری او را بیدار نمی‌کند (فصل ۴، صفحات پیک و یک) ب. عکس مرد چاق ۳۲ ساله مبتلا به سندرم پیک ویکن که زمانی که در طول شرح حال، احساس خواب می‌کرد توسط مؤلف گرفته شده است.

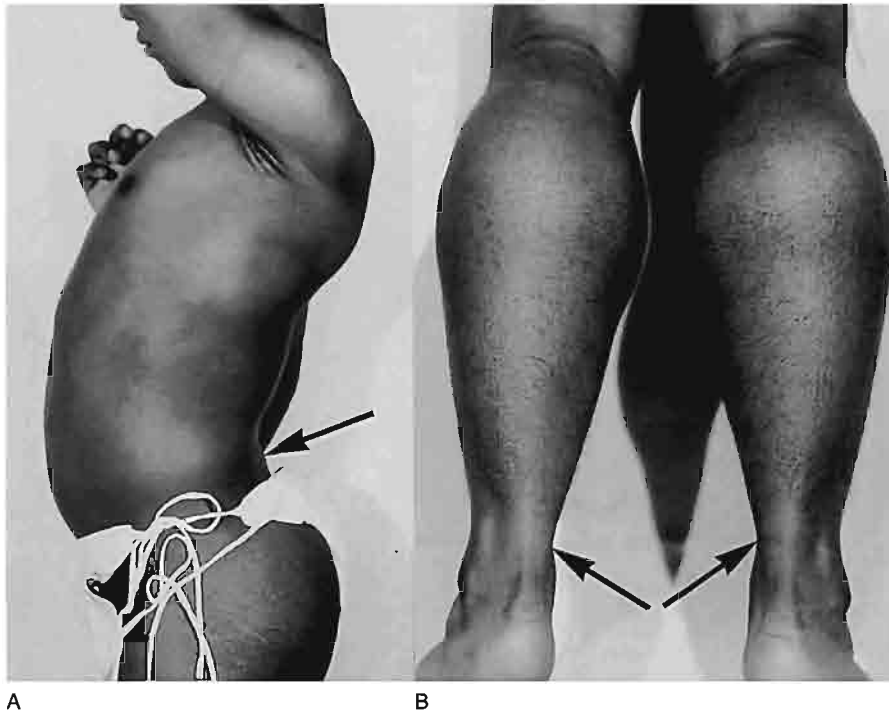
مثلاً در تحلیل هیپر تروفیک کاذب عضلانی دوشن^۱، راه رفتن، آرام و ناشیانه و شبیه اردک است که همراه با انحنای کمتری بیش از حد و شکم برجسته است (شکل ۲-۴). وقتی از این بیمار درخواست شود که از حالت خوابیده، بایستد، حالات خاصی را استفاده می‌کند که اولین بار توسط "گورز"^۲ در سال ۱۸۸۸ توصیف شده است (شکل ۲-۵). درگیری قلبی در تحلیل عضلانی دوشن، در ناحیه خلفی - قاعده‌ای دیواره بطن چپ است.

جزئیات ظاهر

از روی چهره، می‌توان قلب را، مستقیماً شناخت.

1- Pseudohypertrophic Duchenne muscular dystrophy

2- Gowers



شکل ۴-۲. الف. پسر جوانی مورد کلاسیک مبتلا به تحلیل هیپرتروفی کاذب عضلانی دوشن وابسته به X و انحنای کمربتی بیش از حد (فلش) ب. هیپرتروفی کاذب ساق، همراه با کوتاهی تاندون آشیل (فلش‌ها) که سبب می‌شود بیمار روی پنجه‌هایش بایستد. بیماری قلبی در این فرد به علت دیستروفی منطقه‌ای، در قسمت خلفی - قاعده‌ای دیواره بطن چپ بوده است.

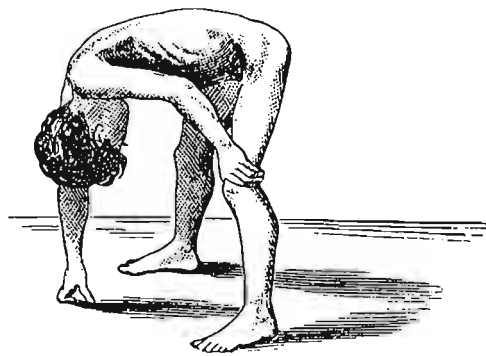
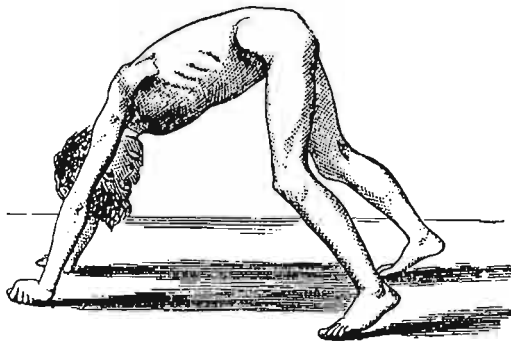
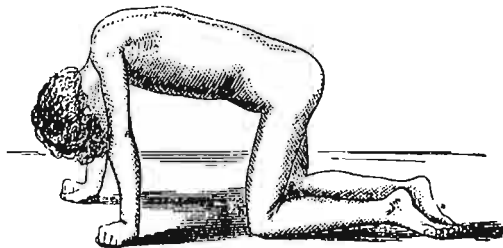
حالت صورت

چهره می‌تواند مضطرب یا آرام باشد که به دلیل ترس حقیقی یا تصویری از بیماری قلبی باشد. اضطراب توانایی ایجاد گستره‌ای از اختلالات قلبی - عروقی را در غیاب بیماری خود قلب دارد. چهره غالباً می‌تواند به صورت متناسب یا غیر هماهنگ، بیانگر سن تقویمی، باشد. یکی از چشم‌گیرترین اشکال پیرشدن زودرس، در سندرم ورنر^۱ دیده می‌شود (شکل ۶-۲ الف) که به شکل سفیدشدن زودرس مو، کچلی در ناحیه پیشانی در مردان، آب مروارید، پوست کشیده و دماغ منقاری مشخص می‌شود. در این سندرم، بیماری شریان کرونر و آترواسکلروز عمومی زودرس وجود دارند.

در کودکان، برجسته‌ترین نوع پیری زودرس در سندرم هوتکینسون - گیلفورد^۲ دیده می‌شود (شکل ۶-۲ ب) که با کچلی، ظاهر مسن، پیری زودرس، آترواسکلروز کودکی و مرگ ناشی از انفارکتوس قلبی همراه است. در ظاهر بیماران مبتلا به تحلیل عضلانی میوتونیک پیری زودرس همراه با موهای سفید، کچلی یا کم پشتی موهای جلوی پیشانی حتی در خانم‌ها، آب مروارید و چهره بی‌روح و دارای اختلال

1- Werner syndrome

2- Hutchinson-Gilford syndrome



شکل ۵-۲. علامت گوروز: مدل برخاستن از زمین در فلج هیپرتروفیک کاذب (بیماری‌های سیستم عصبی نوشته گوروز، ۱۸۸۸)

عضلانی وجود دارند. (شکل ۷-۲). در این اختلال، ناهنجاری در ضربان‌سازی و هدایت قلبی متداول است. از ویژگی‌های لوپوس اریتماتوی عمومی، کهیر پروانه‌ای^۱ و گونه‌ای^۲ هستند. در سندرم کارسینوئید، صورت متورم و به رنگ قرمز روشن تا سایه بنفش رنگ همراه با ادم دور چشم‌هاست. گاهی در حالی که چهره برافروخته است، کاهش فشارخون و حتی شوک اتفاق می‌افتد. معمولاً درگیری قلبی به شکل تنگی

1- butterfly rash

2- malar depigmentation



A

B

شکل ۶-۲. الف. مرد ۲۴ ساله‌ای مبتلا به سندرم ورنر با پیری زودرس کلاسیک، سفیدی مو، کچلی در ناحیه پیشانی و آب مروارید در چشم چپ. پوست تحلیل رفته، کنار پل بینی به شدت کشیده شده است. ب. پسر ۱۰ ساله مبتلا به سندرم هورتکینسون-گیلفورد؛ پیری زودرس همراه با کوتولگی، کچلی به صورت کامل و پوست تحلیل رفته چروکیده وجود دارد. این پسر در اثر انفارکتوس میوکارد شد.

دریچه ریوی و تنگی یا نارسایی دریچه سه لتی است.

در کم کاری تیروئید، ظاهر صورت خسته، دارای خطوط خشن، زبان بزرگ، پوست ضخیم، موی خشک، پلک‌های پف‌آلود و ابروهای کم پشتی که ممکن است $\frac{1}{3}$ خارجی آن‌ها ریخته باشد، می‌باشد. سندرم هورلرز^۱ به دلیل ترکیب بی تناسب صورت، در یک نظر قابل تشخیص است (شکل ۸-۲ الف). مجموعه بدشکل است، تیغه‌های بالای حفره چشم برجسته‌اند، پل بینی فرورفته است، لب‌ها کلفت هستند و دندان‌ها، مشابه به شکل سر جانور، میخی شکل هستند (شکل ۸-۲ ب). سندرم هورلرز نوعی از موکوپلی ساکاریدوز است که دریچه‌های میترال و آئورت را درگیر کرده و همراه با افزایش ضخامت دیواره‌ها و تنگ شدن مجرای شریانی کرونر است.

شماری از حالات صورت، با بیماری‌های مادرزادی قلبی-عروقی خاص یا نسبتاً مشخص، مرتبط هستند. شکل ۹-۲ الف، نمونه‌ای از سندرم داون با چین‌های اپیکانتوس داخلی خاص خود و پل بینی فرورفته

1- Hurler's syndrome (gargoylism)



شکل ۷-۲. الف. خانمی مبتلا به تحلیل عضلانی میوتونیک با چهره‌ای بی‌روح و دارای اختلال عضلانی، موهای کم پشت در ناحیه پیشانی و آب مروارید دو طرفه. ب. موها جهت نشان دادن کچلی در ناحیه پیشانی بالا زده شده‌اند.

است. شکل ۹-۲ ب، عکس نیم‌رخ کودک آسیایی مبتلا به سندرم داون است که چین‌های اپیکانتوس داخلی، چین افقی اپیکانتوس (در بالای بخش خارجی گوشه چشم که در فرد طبیعی وجود دارد)، بینی مسطح به همراه پل بینی فرورفته و زبانی که کاملاً برجسته است را دارد. چهره متمایز دیگر، نماینده سندرم ویلیامز است که همراه با تنگی فوق در پیچه‌ای غیر فامیلی آئورت و تنگی شریان ریوی است. این چهره با زبانی بزرگ، لب‌های پهن، چانه کوچک، گونه‌های افتاده، بینی رو به بالا با لبه‌های تیز، چشم‌هایی با فاصله زیاد و دندان‌های بد شکل مشخص می‌شود (شکل ۱۰-۲). سندرم جنین الکلی^۱ در پی مصرف زیاد مشروب توسط مادر در طول دوران بارداری اتفاق می‌افتد. این فرزند شکاف‌های پلکی کوتاه، لب بالایی با تکامل ناقص، همراه با حاشیه باریک قرمز لب^۲، فیلتروم تحلیل رفته یا عدم وجود آن، کوچکی غیر معمول فک تحتانی^۳ و رشد ناقص در قسمت میانی صورت دارد (شکل ۱۱-۲). ناهنجاری‌های مادرزادی قلبی همراه در این سندرم می‌توانند به صورت نقص دیواره بین دهلیزی یا بطنی یا تنگی دریچه ریوی باشد. سندرم

1- Fetalalcohol syndrome

2- thin vermillion

3- micrognathia



A



B

شکل ۸-۲. الف. کودکی مبتلا به سندرم هورلر با چهره خشن کلاسیک. در معاینه پس از مرگ (اتوپسی)، لتهای ضخیم دریچه میترا و شریانهای کرونری به شدت تنگ، مشخص شدند. ب. ناودانی به شکل سر جانور که چشمانش بدون تناسب با اجزای چهره برجسته‌اند، تیغه‌های فوق چشمی برآمده، بینی رو به بالا با لبه‌های تیز، لب‌های کلفت و دندان‌های میخی شکل.

قلبی - صورتی^۱، شامل ضعف ناقص یکطرفه در قسمت پایین صورت است که تنها زمانی که کودک گریه می‌کند نمایان می‌گردد.

ظاهر بیرونی و درونی چشم

معاینه بخش خارجی چشم‌ها، جزئی از معاینه صورت است. برخی از ناهنجاری‌ها در یک نگاه، مشخص هستند (انحراف چشم یا بیرون زدگی آشکار کره چشم^۲)، در حالی که شناسایی اختلالات دیگر نیازمند معاینه دقیق پلک‌ها، غدد اشکی، شکاف‌های پلکی، ابروها، ملتحمه، صلیبیه، قرنیه، و عنبیه و عدسی‌ها می‌باشند.

کره چشم کاملاً، توسط حفره استخوانی به نام اوربیت، پوشیده شده است. در پرکاری تیروئید، کره چشم می‌تواند طیفی از حالات شامل بیرون زدگی قرنیه یا غیر قرنیه تا انقباض خفیف پلکی و نگاه خیره را داشته باشد. گاهی در بیماری‌ها با تیروئید طبیعی به علت افزایش مزمن فشار وریدهای عمومی، اندکی بیرون زدگی چشم و نگاه خیره دیده می‌شود. بیرون زدگی چشم در بیماران مبتلا به نارسایی شدید دریچه سه لته، ممکن

1- Cardiofacial syndrome

2- Conspicuous exophthalmos