الفصل السادس

العمود الفقري الصدري

Thoracic Spine

الدليل إلى الأشكال

هذه الأسهم تشير إلى حركة المريض ==>

هذه الأسهم تشير إلى حركة الفاحص —>

علامات كيرنق / بريدزنسكي

Kering / Brudzinski Signs

وضعية الاختبار

يستلقي المريض على ظهره واضعاً يديه خلف رأسه ويقف الفاحص أمامه.

العمل

اطلب من المريض أن يثني العمود الفقري الرقبي عن طريق رفع رأسه عن طاولة الفحص. اطلب من المريض أن يثني وركيه كل واحد على حدة بحيث لا يزيد مقدار الثني عن 90 درجة. اطلب من المريض أن يثني ركبته بحيث لا يزيد مقدار الثني عن 90 درجة. تبقى الساق في الجهة الأخرى على طاولة الفحص (الشكل ٦.١).

الموجودات الإيجابية

يكون الاختبار إيجابياً إذا زاد الألم (سواءً أكان الألم متوضعاً أم منتشراً للطرف السفلي) عند ثني الرقبة والورك. بينما يقل الألم عند ثني الركبة. يشير حدوث الألم إلى

وجود تهيج في السحايا meningeal irritation أو انضغاط في جذور الأعصاب أو تهيج في الجافية dural irritation وجميعها تشتد حدتها إذا حصلت استطالة للحبل الشوكي.

اعتبارات خاصة/ تعليقات

تتشابه الاعتبارات لهذا الاختبار مع اختبار رفع الساق الممدودة فيما عدا كون الرقبة مثنية، ويُثنى الورك بطريقة منفعلة. إضيف الجزء الخاص بثني الرقبة بواسطة كيرنق بينما أُضيف الجزء الخاص بثني الورك بواسطة بريدزنسكي.

المراجع

Brody IA, Wilkins RH. The signs of Kernig and Brudzinski. *Arch Neurol.* 1969;21(2):215-8.

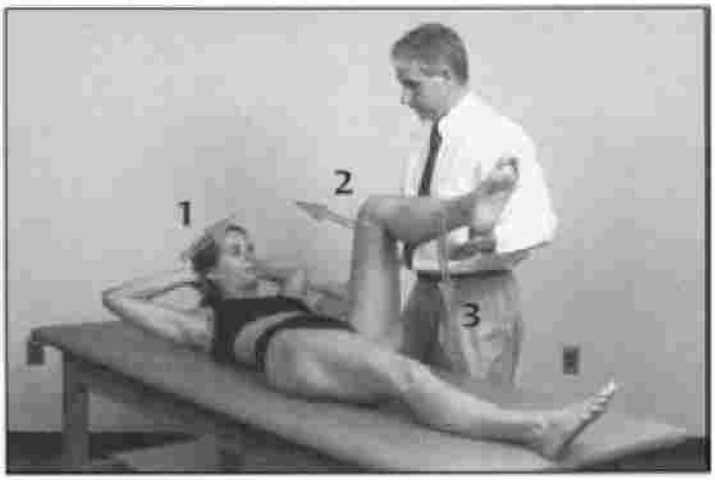
Pullen RL Jr. Assessing for signs of meningitis. *Nursing.* 2004;34(5): 18.

Thomas KE, Hasbun R, Jekel J, Quagliarello VJ. The diagnostic accuracy of Kernig's sign, Brudzinski's sign, and nuchal rigidity in adults with suspected meningitis. *Clinical Infectious Diseases.* 2002;35(1 July): 46-52.

Verghese A, Gallenmore G. Kernig and Brudzinski signs revisited. *Review of Infectious Diseases.* 1987;9(6): 1187-92.

Wartenberg R. Lasegue sign and Kernig sign; historical notes. *AMA Arch Neurol Psychiatry.* 1951;66(1):58-60.

Wartenberg R. The signs of Brudzinski and of Kernig. *J Pediatr.* 1950;37(4):679-84.



الشكل (٦,١)

اختبار الضغط الجانبي والأمامي / الخلفي على الضلع
Compression Tests Lateral and Anterior / Posterior Rib

وضعية الاختبار

١- يستلقي المريض على ظهره، يقف الفاحص أمامه ويضع يده على أحد جانبي الضلع أو الأضلاع المراد فحصها واليد الأخرى على الجانب الآخر (الشكل ٢,٦أ).

٢- يستلقي المريض على ظهره، يقف الفاحص أمامه ويضع إحدى يديه على الضلع أو الأضلاع المراد فحصها واليد الأخرى خلف القفص الصدري (الشكل ٢,٦ب).

العمل

١- يضغط الفاحص على جانبي القفص الصدري ثم يرخي فجأة.

٢- يضغط الفاحص القفص الصدري من الأمام للخلف ثم يرخي فجأة.

الموجودات الإيجابية

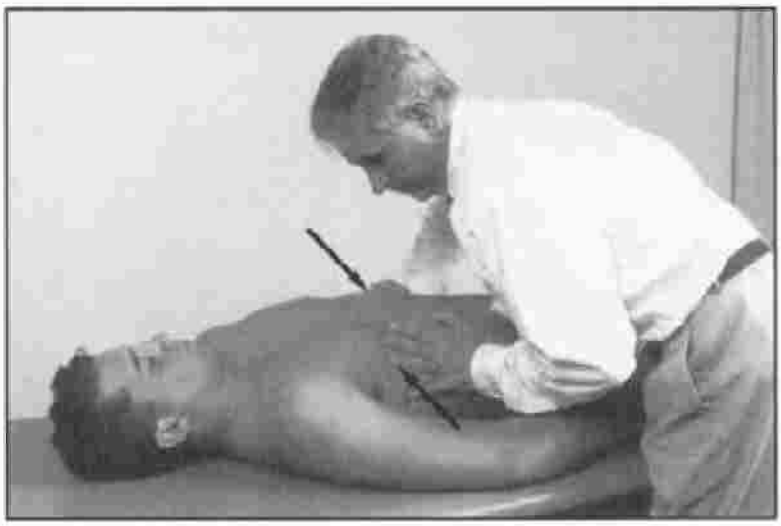
يشير حدوث الألم مع الضغط أو بعد إزالة الضغط إلى احتمال وجود كسر أو رضة في الضلع أو انفصال ضلعي غضروفي costochondral separation .

اعتبارات خاصة/ تعليقات

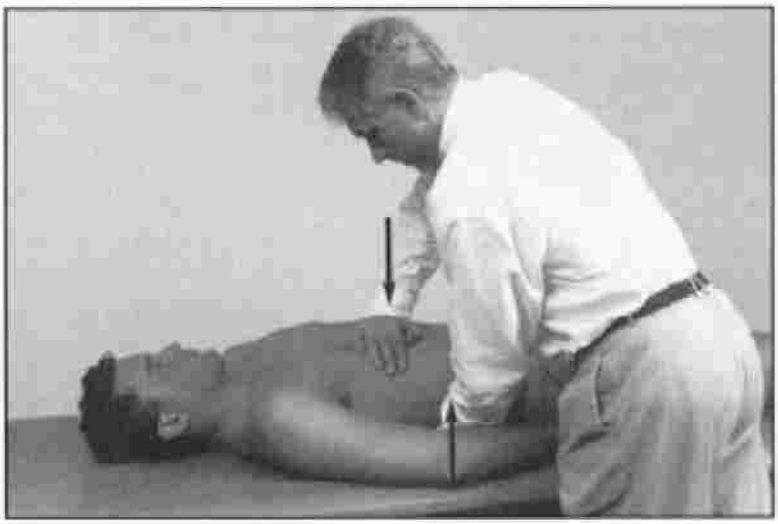
يجب تجنب إجراء هذا الاختبار إذا وُجد تشوه ملحوظ أو كان هناك احتمال إصابة للرئة. تُسمى الطريقة المعدلة لهذا الاختبار بالضغط الأمامي / الخلفي للضلع.

المراجع

Feng J, Hu T, Liu W, Zhang S, Tang Y, Chen R, Jiang X, Wei F. The biomechanical, morphologic, and histochemical properties of the costal cartilages in children with pectus excavatum. *Journal of Pediatric Surgery*. 2001;36(12):1770-1776.



الشكل (٦,٢أ)



الشكل (٦,٢ب)

اختبار الشهيق والزفير
Inspiration / Expiration Breathing Test

وضعية الاختبار

يجلس المريض أو يقف بينما يقف الفاحص أمامه.

العمل

اطلب من المريض أن يتنفس بشكل طبيعي ثم يأخذ نفساً عميقاً ويتبعه بزفير سريع.

الموجودات الإيجابية

يشير التنفس السريع والسطحي إلى وجود كسر في الضلع. إن حدوث الألم مع الشهيق العميق قد يعني كسراً في الضلع أو انفصالا ضلعياً غضروفياً أو إجهاداً عضلياً وربياً (intercostal muscle strain) خارجياً، بينما قد يشير حدوث الألم مع الزفير القسري إلى وجود إنفصال ضلعي غضروفي أو وإجهاد عضلي وربي داخلي.

اعتبارات خاصة/ تعليقات

إذا وجد كسر ضلعي أو انفصال ضلعي غضروفي فسيحدث ألم أثناء الكحة والعطاس وحركة الجذع. قد تشكل الكسور الضلعية االمتزحزحة خطراً على وظيفة الرئتين ويجب أن تُعالج كحالة إسعافية.

المراجع

Boyle RK. Cough stress rib fracture in two obstetric patients: case report and pathophysiology. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. 1998;7: 54-58.

Karlson KA. Rib stress fractures in elite rowers. A case series and proposed mechanism. *Am J Sports Med*. 1998;26(4):516-9.

Litch JA, Tuggy M. Cough induced stress fracture and arthropathy of the ribs at extreme altitude. *Int J Sports Med*. 1998;19(3):220-2.

Potter MJ, Little C, Wilson-MacDonald J. Thoracic fracture dislocations without vertebral clinical signs. *Injury: International Journal of the Care of the Injured*. 2003;34: 942-943.

Roberge RJ, Morgenstern MJ, Osborn H. Cough fracture of the ribs. *Am J Emerg Med*. 1984;2(6):513-7.