Čeprav smo v Jugo es dosegli pomembne uspehe v organizaciji slu ter, otrok in mladine, je v letu 1954 ob stroko oči rodilo samo 55,6% žena. Z zdravstveno zašč h skupno 32,7% nosečih žena, 46,5% otrok od dine v šolski starostni dobi. Te številke kažejo, ti ustanove za zdravstveno zaščito žena, otr bo preko ustreznega dispanzerja v komuni z žena, sleherni otrok in sleherni mladinec. Od ampak tudi življenje desettisočev naših otrok, levnosti lahko rešimo tudi ob sedanjih pogojih našega socialno-ekonomskega in kulturnega življenja.

Osnovno opazovanje bolnega otroka

Dr. Marij Avčin

(Konec)

2. Vročina

Vročina je izraz otrokove telesne toplote. Telesna toplota je v zdravju in v bolezni za vso dejavnost telesa izredno važna. Čim več se stvarja telesne toplote in čim bolj je uravnavanje toplotnih dogajanj v telesu okvarjeno, tem bolj se dvigne vročina. Zaradi tega moramo vročino med boleznijo stalno meriti.

Pri merjenju vročine otrokom delamo večkrat tudi napake. Predvsem pa mora toplomer biti v redu.

Otroku merimo vročino po navadi v črevesu, lahko pa tudi pod pazduho ali v ustih.

a) **Merjenje v črevesu.** Čim mlajši je otrok, tem bolj kaže meriti vročino v črevesu.

Otrok leži na hrbtu, primemo ga za noge in mu jih dvignemo kvišku. Če je večji, jih lahko v kolenih vzdigne tako, da se na podplate, ki jih je pritegnil k sebi, opre. Lahko pa tudi položimo otroka na bok, pri tem skrči noge v kolenih, za katera ga lahko z eno roko primemo, če je nemiren. Nato poiščemo črevesno odprtino tako, da jo tudi vidimo. Nikoli ne smemo toplomera vtikati na slepo, zlasti ne pri deklicah, ker lahko oškodujemo črevo, presredek in tudi spolovilo.

Pri merjenju v črevesu moramo paziti tudi, da ima otrok — prazno danko. V morebitnem blatu je namreč toplina zaradi gnilobnih dogajanj višja kakor običajno, pa utegnemo pri merjenju priti do nepravilnih izsledkov.

b) **Merjenje pod pazduho.** Pri večjih otrocih in mirnejših manjših otrocih lahko merimo vročino tudi pod pazduho.

c) **Merjenje v ustih.** Včasih moramo vročino meriti tudi v ustih, če je otrok n. pr. ranjen ali povit ali če ga težko premikamo, n. pr. pri opeklinah ali kakih drugih poškodbah, vnetju sklepov, hudih srčnih boleznih itd.

Toplomer za merjenje v ustih je posebne vrste. Po navadi je drobnejši in krajši ter z živosrebrno bunčico na koncu.

Z istim toplomerom seveda merimo vedno na isti način.

Vročino merimo vedno pred jedjo, ker po jedi se med prebavo telesna toplina že sama po sebi zviša. Tudi se mora otrok, zlasti če je živčen, pred merjenjem umiriti. Razen tega med merjenjem ali neposredno prej ne sme imeti v postelji ali ob sebi kakih ogrevalnih priprav (grelnih blazin ali posod) ali biti premočno zaodet.

Običajno imajo otroci temperaturo med 36,5° C in 37,5° C, če jo merimo v črevesu. Govorimo pa o nizki vročini, če znaša toplina 37,5 do 38° C, o visoki vročini pri 38 do 39° C, zelo visoki vročini pa pri toplini preko 39° C. Če nam toplomer pokaže pri otroku toplino pod 36° C, tedaj pravimo, da je nižja od običajne telesne topline ali da je otrok premrl, ker stvarja premalo telesne toplote ali pa je toplote oddal preveč, n. pr. nedonošenček, otrok s suho grižo, zmrznjenec itd. Vročina se v izjemnih primerih lahko povzpne tudi do 41,5° C, če pa to značko preseže, otrok po navadi umre.

Pri dalj časa bolnem otroku si skrbno zapisujemo njegovo vročino, še boljše pa je, da si v ta namen napravimo tako imenovani temperaturni list.

Vročino merimo najmanj dvakrat dnevno, zjutraj in zvečer. Dobro pa je, da jo zlasti v nejasnih primerih bolezni merimo tudi štirikrat dnevno, to je: zjutraj pred zajtrkom, dopoldne ob 11. uri, popoldne ob 16. uri in zvečer od 20—20,30 ure. Na »temperaturni list« vpisujemo tudi vsa zdravila, ki smo jih dali otroku, hrano, ki jo je dobival, utrip srca, kašelj, bruhanje, blato itd. Označujemo tudi vse posebne postopke in posege ter storitve v bolezni: obkladke, klistire, injekcije. Na ta način smo si o otrokovi bolezni napravili nekakšno za oči dokaj pregledno risbo, ki dobro služi nadzorstvu nad otrokovo boleznijo tudi doma. V bolnišnicah pa je temperaturni list obvezen zdravstveni dokument.

3. Dihanje

Dihanje in spremembe v dihanju so v poteku otrokove bolezni izredno važne. Zato jim moramo posvečati vso pozornost in jih budno opazovati. Najprej opazujemo, kako pogostno je otrokovo dihanje, nato enakomernost in globino njegovega dihanja in morebitne ovire pri dihanju. Že po navadi dihajo otroci bolj ali manj pogosto, glede na starost, rast in razvoj ter udejstvovanje. Novorojenček dihne 50 do 60-krat na minuto, dojenček okoli šestih mesecev 30 do 50-krat, manjši otrok od 30 do 40-krat, večji otrok 20 do 30-krat, odrasli pa 16 do 18-krat. Seveda se število dihljajev poveča pri delu in naporu ter zlasti pri boleznih, pri katerih se pojavi vročina ali pa se dihalna površina pljuč na kakršen koli način zmanjša. Za koliko je to število večje od navedenih, je odvisno od tega, kakšno je delo, kakšen je napor in koliko časa traja, kakšna je ovira dihanja in kakšna je tudi utrujenost, v bolezni tudi vročina, vedno pa tudi zunanja temperatura zraka. Vročina torej že sama po sebi pospešuje dihanje. Zato torej neki določeni vročini

ustreza neko določeno večje število dihljajev v časovni enoti. Torej sta vročina in dihanje v neki zvezi.

Poleg pogostnosti opazujemo pri dihanju tudi enakomernost oziroma neenakomernost, ker utegne namreč dihanje biti zdaj pospešeno, zdaj zavrto ali pa za kakšne krajše presledke včasih tudi povsem zastane. Prav tako opazujemo tudi globino dihanja. Dihanje je lahko povsem površno, tako da komaj opazimo premikanje prsnega koša, lahko pa je jako globoko, tako da se prsni koš boči in plošči do skrajnih meja. Pri tem diha otrok z vsemi pomožnimi dihalnimi mišicami, dviga in vpoteza se mu tudi zgornji predel trebuha. Ni pa potrebno, da bi dihljaji bili vedno enako globoki ali vedno enako površni. Pri raznih boleznih, zlasti boleznih na dihalih, se globina dihanja pogosto menja, kar je lahko važen znak za presojo in razpoznavo bolezni.

Opazujemo tudi, če je dihanje ovirano ali ne. Če ima otrok nahod ali pa ga pri dihanju ovira kaj drugega v nosu in žrelu, n. pr. tujek v nosnici, veliki mandeljni, zlasti pa močno povečana žrelnica itd., tedaj namesto skozi nos diha skozi usta, kar seveda ni pravilno. Vendar pri odprtih ustih ne slišimo, če otrok ne spi, nekega posebnega hrkanja, smrčanja ali žaganja. Če pa otroku usta zapremo, bomo slišali, kako je dihanje skozi nos ovirano. Zdrav otrok mora torej dihati skozi nos, vsaj kadar miruje ali pri zmernem naporu. Če pa nam diha skozi usta, moramo oviro poiskati in jo tudi odstraniti. Ni namreč vseeno, če otrok vdihava v dušnike in pljuča bolj ali manj hladen zrak kar naravnost, ne da bi se v nosu nekoliko ogrel in deloma tudi prečistil.

Če pa je dihanje ovirano v nižjih predelih dihalnih poti, to je v grlu samem, v sapniku, v dušnikih, n. pr. zaradi vnetja glasilk, vnetja sluznice grla, zaradi kakega tujka v grlu, n. pr. kovanca, orehovega jedrca, kroglice, gumba, risalnega žebljička itd., potem slišimo oviro zlasti v času vdiha, ko zrak s težavo polzi mimo napake. Lahko pa ima otrok tudi golšo ali povečan priželjc, prav tako močno povečane vratne bezgavke, ki ovirajo dihanje v nižjih predelih dihalnih poti. Zlasti pa na glasilkah in pod njimi ne smemo prezreti davice, ki se kaže v takem oviranem dihanju. Glasu, ki ga slišimo, pravimo siganje (stridor).

Če je dihanje ovirano v še globljih predelih dihalnih poti, zlasti v dušnikih, potem po navadi slišimo poleg dihanja — pri vdihu močneje kakor pri izdihu — še hropenje, ki je lahko najrazličnejše prirode. Slišimo ga kot piskajoče, rožljajoče, hreščeče, žagajoče hropenje itd. Če ob prsni koš pritisnemo dlan, lahko takšno hropenje tudi otipljemo, z ušesom ga slišimo.

Vsekakor je pri oviranem dihanju večja ali manjša stiska za zrak. Otrok se bori zanj in za kisik v njem. Na borbo za kisik sklepamo pri vdihu zlasti po vpotezanju medrebrnih prostorov, jamic pod prsnico ter jamic pod ključnicami nad njima. Poleg tega pa lahko vidimo tudi povsod tam, kjer se otrok bori za zrak, da diha z nozdrvmi, to je da dela s svojimi nosnicami pri dihanju podobno kot zajček — da jih širi in oži. To dihanje z nozdrvmi nas že samo po sebi opozarja na zmanjšano dihalno površino in s tem na resno stisko za zrak.

Tudi kašelj lahko ovira dihanje in ga začasno tudi prekinja. Kašelj nastaja zaradi dražljajev, ki jih na sluznicah dihalnih poti povzročajo razne

snovi, če zaidejo vanje ali pa se na njih kopičijo in zadržujejo. Tako n. pr. vdih prahu, jedkih plinov, prehladnega zraka itd., nadalje kopičenje sluzi pri katarjih na sluznici dihal, razni tujki, ki zaidejo na sluznice, n. pr. kadar se otroku »zaleti«. Vse to draži dihalno sluznico na kašelj. Največkrat pa opazujemo pri otrocih kašelj zaradi vnetja sluznic pri raznih prehladih, katarjih sapnika in dušnikov ter raznih vrstah pljučnice in pri vnetjih rebrne mrene. Zlasti pri dojenčkih pa ugotovimo kašelj tudi pri vnetju srednjih ušes. Vnetje srednjega ušesa, ki prehaja deloma tudi na sluhovod, namreč do vzdražnega mesta za kašelj.

Po svojem značaju je kašelj lahko dokaj različen. Po navadi ločimo pri otrocih 4 glavne vrste kašlja:

a) **suhi kašelj,** ki ga spremlja večinoma večja ali manjša hripavost in občutek praskanja v grlu in sapniku. Vzrok so mu suhi, lepljivi in nenadni katarji na sluznici dihal, otrok se le s težavo odkašlja;

b) **vlažni kašelj,** ki ga povzročajo vlažni katarji dihal. Značilno je, da otrok izkašlja mnogo sluzastega izločka, ki je prozoren ali moten, brezbarven ali siv, rumenkast, rjavkast ali zelenkast;

c) **kašelj brez glasu** je značilen za davico, ker so glasilke debele in pokrite z oblogami, otrok ne more govoriti, kašelj je lajajoč in zelo mučen, otrok lahko izkašlja sivkaste kepe okvarjene sluznice, na kateri so se nabrale tvorbe (membrane);

č) **dvoglasni kašelj,** za katerega je značilno, da ima poleg osnovnega hripavega glasu še drug, zvočnejši, skorajda kovinski in višji glas. Tak kašelj je značilen za povečane pljučne bezgavke, zlasti tuberkulozne prirode.

Poleg teh glavnih vrst kašlja jih poznamo še nekaj, ki pomagajo pri razpoznavi bolezni. Važno pa je, da smo pozorni vsaj na navedene vrste kašlja.

Pri različnih vrstah kašlja opazujemo večinoma tudi več ali manj izdaten in po svoji sestavi različen izmeček. Presojamo ga po barvi, množini, sestavi in duhu. Izmeček je lahko siv, rumen, zelenkast, rjavkast, lahko pa je tudi povsem brez barve in prozoren. Po množini je lahko obilen, lahko ga je pa čisto malo ali sploh nič. Po svoji sestavi je lahko sluzast, krvav, gnojen, penast, lepljiv, židek. Po duhu je lahko osladno dišeč, smrdeč ali pa je brez duha. Važno je torej, da otrokov izmeček opazujemo in na njegove lastnosti opozorimo. Potrebno je, da ga v zaprti stekleni posodici shranimo, pokažemo in pošljemo na nadaljnje preglede (sestava, bakterije, biološki poizkus itd.).

Ko se otrok s kašljem znebi izmečka, se začasno znebi tudi ovire dihanja, tako da zadiha laže in globlje, mirneje in z manjšim naporom.

4. Bílo (utrip žile, žila)

Bílo (utrip žile ali žila) je izraz za srčno dejavnost in stanje ožilja. Zaradi tega lahko presojamo po utripu žile tiste bolezni, ki oškodujejo srce in prizadenejo tudi ožilje ali oboje, skratka, ki kvarno vplivajo na obtočila.

Da si predočimo delovanje obtočil pri otroku, je dobro, če opazujemo najprej srčni predel na levi strani prsnega koša. Pogledamo in otipamo, kako bije srce: močno ali slabo, redno ali neredno, slabotno, komaj zaznavno itd. Nato šele pričnemo opazovati in presojati bílo.

Ko smo otroka pravilno prijeli za roko (žilo odvodnico nad senci, vratom itd.) in razločno začutili utrip žile, potem pričnemo opazovati lastnosti bíla. Pazimo na pogostnost, enakomernost in kakovost žilnega utripa.

a) **Pogostnost bíla** (frekvenca) je v nekaterih starostnih razdobjih otroka različna že po naravi. Pri novorojenčku utripne srce in s tem tudi žila približno 120 do 140-krat v minuti. Pri dojenčkih in otrocih do prvega leta 100 do 120-krat v minuti, pri malih otrocih 90 do 100-krat, pri večjih pa 80 do 90-krat.

Pogostnejše bílo srečujemo zlasti pri vročinskih boleznih. Vsako naslednjo stopinjo vročine se bílo pri otroku poveča za 10 do 15 utripov na minuto od števila, običajnega za določeno starost. Pogostnejše bílo opažamo tudi takrat, ko so obtočila iz katerih koli vzrokov toliko prizadeta, da z običajnim številom srčnih udarcev ne zmagujejo več svojega dela in mora srce udariti večkrat, če hoče zadostiti potrebam telesa po krvi in kisiku. Zlasti pri otroku spešijo število srčnih utripov tudi strah, veselje ali duševne napetosti. Manj pogostno bílo, kot bi ga po navadi pričakovali v določeni starosti, najdemo pri raznih vrstah zlatenic, zlasti pa pri boleznih, pri katerih je povišan tlak v lobanji, kakor so razna vnetja možganskih mren, možganske krvavitve, možganske poškodbe itd.

b) **Enakomernost bíla** (ritem) je izraz za enakomernost v utripanju srca. Posamezni utripi si v zdravju sledijo v enakomernih presledkih. Lahko pa srce utripa tako, da sta si dva utripa bližja, tretji pa sledi daljšemu presledku. Nepravilno in neenakomerno bílo nam da torej slutiti bolj ali manj resna obolenja srca. Manj neenakomeren srčni utrip pa najdemo pri nekaterih otrocih tudi pri dihanju, zlasti med globljim vdihom je utrip srca in s tem tudi bílo — neenakomerno.

c) **Kakovost bíla** (kvaliteta) je izredno važna. Govorimo o drobnem, nitki podobnem bílu, nadalje o majhnem in komaj zaznavnem bílu, o močnem in udarjajočem bílu, trdem in mehkem, visokem in nizkem. S tem presojamo, v kakšnem stanju je ožilje in tudi kolikšna količina krvi polje po ožilju.

Drobno ali majhno bílo najdemo zlasti pri nalezljivih boleznih, tudi pri otroških boleznih, zlasti škrlatinki in davici, kjer je pogosto prizadeta srčna mišica in je ožilje okvarjeno. Pa tudi pri močnejših krvavitvah in pri izgubah tekočine iz telesa (izsušenje zaradi pogostnih, tekočih drisk, močno bruhanje itd.) dobimo drobno ali celo nitkasto bílo.

5. Teža in rast

Opazovanje otrokove teže in rasti je v času bolezni nujno potrebno. Že zdravega otroka moramo redno tehtati in meriti, zlasti pri dojenčkih in malih otrocih pa je merjenje in tehtanje v bolezni eno izmed temeljnih opazovanj.

Zdrav otrok stalno raste, se razvija in pridobiva težo. Če to pridobivanje zastane, potem vemo, da je bolezensko dogajanje že toliko oškodovalo otrokovo presnovo, da telo usmerja vso dejavnost drugam — v borbo z boleznijo in da za rast in razvoj nima potrebnih zalog. S tehtnico in merilom lahko torej ugotovimo škodo, ki jo je utrpelo otrokovo telo.

Če je bolan novorojenček in mlajši dojenček, zlasti pa nedonošenček, moramo otroka tehtati vsak dan in meriti vsaj vsak teden; če je bolan sta-

rejši dojenček, ga tehtamo na 2 do 3 dni in merimo na 2 do 3 tedne; če je bolan mali otrok, ga tehtamo tedensko in merimo na 3 do 4 tedne. Čim starejši je otrok, tem bolj neenakomerno raste v dolžino in širino. Nekateri otroci spomladi in poleti rastejo bolj v višino, kot se redijo, na jesen in na zimo pa se lahko bolj debelijo in okroglijo, kakor rastejo. Vendar moramo zlasti pri dolgotrajnih boleznih tudi pri večjih otrocih stalno bedeti nad njihovo težo in dolžino. Zlasti moramo biti pozorni na težo pri tistih boleznih, ki oškodujejo presnovo in obtok vode po telesu, tako predvsem pri boleznih ledvic, kjer se voda kopiči v telesu, ali pa pri boleznih, kjer otrok izgublja preveč vode, n. pr. pri hudih črevesnih katarjih. Tudi pri dolgotrajnih boleznih, ki zahtevajo od telesa mnogo napora, kot so tuberkuloza, revmatizem in druge dolgotrajne bolezni itd., budno pazimo na težo in rast.

Vedeti moramo, da je teža pri enih otrocih bolj majava kakor pri drugih. Sočni, napeti, eksudativni otroci, katerih podkožje je na otip testenasto, bolj nihajo v teži kot pa jedri in togi, mišičasti otroci. Izredno hitro pridobivajo v teži in se po kakšni, zlasti nenadni bolezni nepričakovano hitro popravljajo.

Porasta v teži ne presojamo samo glede na otrokovo starost. Upoštevamo vedno tudi dolžino otroka, pa težo in dolžino primerjamo z njegovo starostjo, ker med težo in višino je pri zdravem otroku neka določena zveznost.

6. Koža

Zlasti opazujemo v bolezni tudi otrokovo kožo. Iz kože lahko čitamo marsikaj, če se v tem izurimo.

Napeta, gladka in čista koža brez izpuščajev, z jedrim podkožjem rožnatega nadiha in morda malo ogorela je znak zdravja in dobrega počutja. Uvela koža z upadlim podkožjem pa je znak slabe prehranitve otrokovega telesa, bodisi zaradi bolezni, ki okvari presnovo, bodisi zaradi presnovnih motenj, ki so jim vzrok prebavne motnje.

Najrazličnejši izpuščaji na koži pa nam pomagajo ugotoviti bodisi bolezen samo, zlasti na primer nekatere nalezljive »otroške« bolezni z več ali manj značilnimi izpuščaji, ali pa nam povedo, da je otrokova splošna odpornost padla, n. pr. tvoravost, razna gnojenja podkožja, kot so šen (erisipel), večja ali manjša ploskovna gnojna vnetja (flegmone) itd. Prav tako nam razni izpuščaji (urtikarija) itd. pomagajo ugotoviti otrokovo prirodo in način, kako odgovarja nekemu povzročitelju bolezni, n. pr. hrupni pojavi na vbrizganje živalskega seruma v obliki serumske bolezni itd. Zaradi vsega tega moramo kožo zelo budno preiskovati, da na njej zasledimo znake ali soznake bolezni ali pa dokaze posebne otrokove prirode, ki bolezen lahko prikroji po svoje.

Kožo pregledamo in opazujemo prav vso. Zlasti pa smo pozorni na obraz, na predele kože za ušesi, na vratu, v vseh pregibih in na trebuhu. Ne smemo pa pozabiti tudi na ostale dele telesa, to je lasišče, kjer vidimo lahko najrazličnejše spremembe, ki so včasih za ugotovitev bolezni izredno važne.

Otrok mora biti tudi med boleznijo čiste kože, umit in skopan. V pričetku bolezni moramo odstraniti vso umazanijo z njegove kože, če že ni bil čist, ko ga je bolezen zatekla. Tako bo laže preboleval bolezen, zlasti pa prestajal vročino, ker se bo lahko izdatno potil. V teku bolezni same pa ga moramo stalno umivati in tudi skopati, če nam to dovoli bolezen.

7. Sluznice

V bolezni moramo opazovati tudi otrokove sluznice, tako na očeh, v nosu in zlasti v ustih, pri deklicah pa tudi na spolovilu.

Na očeh pregledujemo veznico vek in zrkla. S prstom nalahno potegnemo spodnjo veko navzdol in pogledamo, kakšna je veznica. Opazujemo, kakšne barve je, kako je prekrvljena, kako je napeta, ali je nabrekla in če ima morda kaj gnojnih ali sluzastih izločkov. Pogledamo tudi, če je vneta samo na veki ali pa je vneta tudi tam, kjer veznica prehaja na zrklo in sega vnetje vse do roženice. Na ta način lahko sklepamo na prirodo vnetja, n. pr. zaradi okužbe, influence, ošpic, noric, škrofuloze, gonoreje itd. Težko je pa razpoznavati prirodo bolezni samo iz sprememb na veznicah. Iskati je treba osnovno bolezen in tudi v tej smeri odrediti zdravljenje, n. pr. protituberkulozno zdravljenje pri škrofuloznih spremembah na očeh itd.

V nosu pregledujemo sluznico tako, da opazujemo sluznico v notranjosti nosnic, kakšna je, če je vneta in kaj izloča, se pravi, kaj je v nosnicah ali kaj prihaja iz njih: krasta, gnoj, sluz, kri, židek, rumen, siv, brezbarven izloček itd. Te sestavine izločka so lahko pomešane med seboj. Po njihovi sestavi lahko sklepamo na prirodo bolezni, zlasti pa na razne poškodbe na glavi in v nosu samem. Tako imamo več ali manj značilen izcedek iz nosa pri raznih prehladih, gnojnem vnetju obnosnih votlin, davici v nosu, pri poškodbah lobanjskih kosti v dnu lobanje, poškodbah koščic v nosnem korenu, raznih tujkih v nosu itd. Razumljivo pa je, da ne smemo z ničimer bezati v nos, zlasti pa ne smemo na nespreten in okoren način brez pravilnih pripomočkov bezati iz nosnic raznih tujkov, ker jih z nespretnim ravnanjem spravimo še globlje v nosno votlino, tako da se zagozdi med koščice v nosu. S tem otroku še bolj ogrožamo zdravje, kakor je že. Vse to je stvar zdravnika.

V ustih in žrelu moramo opazovati sluznico pri otroku vedno, če le posumimo, da je otrok bolan.

Nekaterim otrokom je težko odpreti usta in tudi če jih odpremo, je laže gledati kot videti. Dasi je včasih bogatih sprememb na sluznici jezika, ust in žrela na pretek, jih vendarle lahko spregledamo, če nismo opazovanja vajeni. Če nam otrok pri tem še nagaja, je stvar še težja.

Za pregled ust in žrela pripravimo malega otroka in dojenčka takole: bližnji osebi ga damo v naročje, pomagač da otrokove noge med svoja kolena, z levico prime obe njegovi roki in ju drži otroku na trebuhu, z desnico pa prime otroka za čelo in njegovo glavo tesno nasloni na svoje prsi. Če pregleduje otroku usta zdravnik, prime sestra otroka, kakor je opisano.

Preden pa začnemo pregledovati notranjost ustne votline, opazujemo najprej otrokove ustnice. Kakšna je njihova barva, dali so sočne ali suhe, razpokane, pokrite z mehurčki ali krastami, ali je med njimi kakšna snov, sluz, kri, gnoj itd. Opzujemo tudi ustne kote, če so čisti in če niso vneti.

Vzamemo lopatico za pregled ust (kovinsko, iz plastične mase ali leseno), lahko tudi večjo žlico, ki ima gladek, ploščat in zaobljen ročaj.

Najprej pregledamo sluznico obeh usten, spodnje in zgornje, tako da z okroglino ročaja ali lopatico nalahno odtegnemo ustne od dlesen in zob. Iščemo spremembe zlasti tam, kjer sluznica usten prehaja v dlesne, in na sluznici dlesen samih. Iščemo spremembe tudi na zobnem mesu in na zobeh samih. Nato gremo z ročajem žlice med zobmi, preko jezika v globino, dokler ne

zadenemo ob prednjo steno žrela. Takrat nam otrok sam in na široko odpre usta in torej ni treba nobene surove sile, da mu odpremo usta. Otroku gre na bruhanje, vendar ne more bruhati, če mu še nekaj časa podržimo žlico v ustih.

Preden pa točneje pregledamo jezik, usta in žrelo, poduhamo, kako diši otroku iz ust: jedko, gnilobno, nevšečno. Tudi duh je važen za razpoznavo nekaterih bolezni, n. pr. davice, gnojnih angin, absćesov itd. Pritisnemo še jezik na korenu lahno navzdol, pregledamo še mali jeziček, žrelne loke, mandeljne, žrelo in ko potegnemo ročaj nekoliko nazaj, še koren jezika.

Ko se otrok nekoliko opomore, pazljivo pregledamo še sluznico na notranji strani lic. Opazujemo barvo, sočnost, prekrvljenost, zlasti pa iščemo na njej razne izpuščaje.

Nato opazujemo jezik. Gledamo njegove konice, njegova robova, hrbtišče in koren. Iščemo sprememb v barvi, gradbi, vlažnosti, obloženosti. Pogosto vidimo, da je konica rdeča, prav tako so rdeči robovi, jezikovo hrbtišče in koren pa sta močno obložena. Konica je lahko povsem gladka ali pa je podobna malini. Jezikov koren pa lahko kaže močne bradavičaste izbokline. Obloženost jezika je lahko različna. Sloj, s katerim je jezik obložen, je lahko različno debel in različne barve: siv, sivorumen, rjav, skorajda črn, sočen, pa tudi izsušen in razpokan. Spremembe na jeziku nam včasih omogočijo bolezen razpoznati. Malinast jezik n. pr. je znak za škrlatinko, rjav in suh jezik je včasih znak za tifus, obložen jezik za prebavne motnje itd. Vsekakor nam pa spremembe na jeziku v dobršni meri omogočajo, da zlasti pri prebavnih in vročinskih boleznih opazimo kakršno koli poslabšanje ali zboljšanje otrokovega stanja. Čist jezik nam je znak, da se otroku vrača zdravje.

Ko smo si na sluznici v ustni votlini ogledali vse doslej omenjeno, se ozremo še na sluznico trdega in mehkega neba. Tudi tu opazujemo prekrvljenost, barvo, izpuščaje, obloženost, sočnost in druge spremembe.

Nato pregledamo žrelne loke ter mali jeziček. Opazujemo, če sta oba loka somerna in če ni kateri izmed njiju kaj bolj izbočen; sicer na njihovi sluznici iščemo istih sprememb kot drugod v ustih.

Vso pozornost moramo posvetiti mandeljnom. Gledamo, kako so veliki, kakšna je njihova površina, da li je ravna ali razbrazdana, sočna in prekrvljena, vlažna ali suha. Zlasti pa iščemo gnojno vsebino, tako v brazdah mandeljnov kakor v njihovih luknjicah. Nikakor pa ne smemo prezreti raznih oblog na površini mandeljnov, ki se nam kažejo v obliki bolj ali manj debelih kož (membran) in jih s površine mandeljnov včasih z lahkoto odstranimo, včasih pa prav težko ali pa sploh ne. Obloge, ki so dobro pritrjene na površje mandeljnov, so značilne za davico, ki bi jo bilo usodno prezreti. Gnojne čepke v luknjicah in brazdah mandeljnov pa vidimo pri gnojnih anginah, žrelni loki so nesomerno izbočeni pri abscesih ob mandeljnih.

Končno opazujemo še zadnjo stran žrela in njegovo k nam obrnjeno steno, če je morda otekla, rdeča, izbočena, razen tega pogledamo tudi, kaj se cedi po njej, morda sluzast, morda gnojen izcedek iz žrelnega krova, kjer je žrelnica, katere pa ne vidimo. Žrelnica ali »tretji mandelj« je namreč prav tako lahko spremenjen, kot sta mandeljna med žrelnima lokoma.

Usta so v bolezni veliki atlant, iz katerega lahko marsikaj preberemo in zvemo. Seveda pa se moramo privaditi tej umetnosti, naučiti se moramo

pregledovati, gledati in — videti, potem šele presojati bolezenske spremembe in razpoznavati bolezni.

Dolžnost vodilnih sester po otroških kolektivih je, da vsako jutro vsem otrokom, preden jih pustijo v ustanovo, pregledajo usta in žrelo in da tiste, pri katerih opazijo bolezenske spremembe, začasno izločijo iz otroške skupnosti. Morajo jih predati zdravniku, da dokončno presodi, ali so spremembe kužnega značaja ali pa take, da se lahko otroci še nadalje družijo z vrstniki.

Pregled ust in žrela, ki prav gotovo ni prijeten za otroka, prihranimo bolj za nazadnje in za takrat, ko smo si že pridobili otrokovo zaupanje in se z njim seznanili in spoprijateljili. Tudi če je otrok v zdravju dobro vzgojen, predan in sodelujoč, ne bo vedno tak tudi takrat, kadar je vročičen ali hudo bolan in že zaradi tega ves nebogljen in razrvan. Ravno pri pregledu žrela lahko dokažemo, kako znamo z otrokom ravnati — tudi v bolezni.

Na spolovilu opazujemo sluznico zlasti pri deklicah, pri dečkih lahko pregledamo tudi notranjo stran kožice na spolovilu, kolikor jo moremo preganiti navzad, in pa sluznico pri odprtini sečne cevi. Pri deklicah nalahno razpnemo sramne ustne in gledamo prekrvljenost sluznice, izločke, morebitne izpuščaje (n. pr. pri noricah), vnetje in sledove draženja, ki jih najdemo, kadar zaidejo v spolovilo črevesni zajedavci, nadalje, kadar nepravilno sestavljeni seč zaide v spolovilo in se tod razkraja, kadar se otrok zaradi srbeža in drugih vzrokov samoskruni itd. Pri dečkih potegnemo kožico na glaviču spolovila nalahno navzdol, seveda če gre zlahka, ker včasih je z glavičem zraščena še do 2. leta ali celo dlje. Skušamo ugotoviti slične spremembe, kot smo jih omenili pri deklicah. Vendar, zlasti pri dečku, v večini primerov to ni potrebno. Opazujemo tudi odprtino sečnega izvodila, da li je vneta, rdeča, nabrekla in kaj morebiti prihaja iz nje.

Tudi pri pregledovanju spolovila moramo biti zlasti pri večjih otrocih zelo previdni, pa tudi olikani in nikakor ne smemo prezreti pravilne mere njihovega mladega sramu.

8. Bolečine

Opazovanje bolečin pri otroku je vsekakor velika veščina. Opazovanje bolečin je tem težje, čim mlajši je otrok. Pri dojenčku na primer po navadi vedno mislimo, da je vsak jok izraz bolečine, vendar je jok v najnežnejši starosti lahko tudi izraz gladu, neugodja kakršne koli prirode, strahu itd. Buden opazovalec, zlasti oseba, ki je stalno ob otroku, spozna že vsako, tudi majhno spremembo v značaju njegovega joka. Razlikuje, kdaj se otrok jeznorito dere ali v gladu pojokava, v neugodju vrešči ali v bolečini veka. Vendar so taka opazovanja več ali manj izraz osebne domiselnosti in pravo zdravniško razpoznavo dostikrat motijo. Če jih mati zdravniku preveč vsiljuje, lahko zdravnika celo premotijo, da v svojem sklepanju ne pride do pravilne razpoznave.

Z rastjo in razvojem pa se pri otroku razvije in oddeli občutek za bolečino od splošnega občutka neugodja. Otroku se izoblikuje pojem o bolečini, vendar izprva še ne loči, da ga nekaj, n. pr. peče, trga, tišči, kljuje, zvija itd. Tudi po navadi ne ve, kje ravno ga kaj boli. Čim mlajši je, tem bolj osredotoči vsako bolečino po navadi v trebuh, zanj se tudi prime, če ga vprašamo, kje ga boli. Semkaj nam pri bolečinah, ki se javljajo pri pljučnici, dostikrat ravno

tako pokaže kakor, recimo, pri vnetju srednjih ušes, medtem ko mislimo — na vnetje slepiča. Tako se na otrokove navedbe ne moremo kaj prida zanesti. Ko pa otrok odrašča, se občutek bolečine že omeji na določeno mesto, kajti otrok ga že zaznava in tudi pokaže v tistem predelu telesa, kjer nastaja. Mnogokrat pa občutek bolečine iz kraja, koder nastaja, n. pr. vzdolž živcev ali organov, izžareva tudi v druge predele telesa, tako n. pr. ledvični ali sečni kamenci bolijo otroka ob koncu spolovila, vnetje kolčnega sklepa v predelu kolena, vnetje živca v stopalu pa zaradi ploske noge celo v zatilju itd. Pri presojanju in opazovanju otrokovih bolečin moramo biti torej skrajno previdni. Pogosto otrok bolečine tudi — glumi, da bi s tem dosegel kak namen, n. pr. odložitev kazni, pritegnitev pozornosti, oprostitev od šolskega pouka itd. Vendar ne smemo otroka nikdar obsoditi, ne da bi se prej res dobro prepričali, da mu nič ni in da le glumi in ponareja bolečine.

V vsakem primeru pa moramo opazovati: kje ima otrok bolečine in od kod izvirajo, kakšne so (neznatne, srednje hude, neznosne), če se javljajo kar same ali mu jih povzročamo z gibanjem ali pritiskanjem. Tudi je dobro, da se prepričamo, kakšnega značaja so bolečine: ali v obliki pritiska, trganja, rezanja, kljuvanja itd.

Povsem stvarno skušamo opazovati bolečine pri otroku nekako takole: otrok leži sproščeno pred nami, z njim skušajmo dobiti stik in odvrniti njegovo pozornost drugam, da ne bo jokal ali da bo vsaj sledil našim vprašanjem in pri preiskavi sodeloval.

Nato ga s plosko dlanjo desne roke nežno primemo na zatilju in mu glavico upognemo v tilniku navzpred. Opazujemo, če ga je pri tem zabolelo v tilniku in če je skrčil noge v kolenih in jih pritegnil k sebi, zlasti pa, če se je upogibanju v tilniku upiral in pokazal znak trdega vratu (opistotonus). Ko smo pregledali tilnik in tu izključili bolečine, preidemo na ušesa. Z jagodico kazalca, brez dolgega nohta, pritisnemo znova v sluhovod, tam, kjer nam droben reženj s kožo pokritega hrustanca štrli navzad v sluhovod. Začutimo drobno jamico in zadržimo nekaj časa prst. To storimo na eni in drugi strani. Ta »pritisk na uho« nas lahko opozori na vnetje srednjega ušesa. Otrok se zdrzne in milo zajoka, pri napredovalem vnetju tudi visoko zacvili, včasih tudi ječe zakašlja. Z gibanjem glave se skuša otrok izmuzniti neugodnemu občutku. Če mu pri tem opazujemo zenici, se bosta le-ti po navadi razširili, če otroka pritisk na uho zaboli.

Nato otroku s plosko roko, ki mora biti topla in suha, previdno pretipljemo trebuh ter skušamo ugotoviti, če je mehak ali trd, kje ga na manjši ali večji pritisk zaboli, če ga namreč sploh zaboli, in kakšna je ta bolečina. Pozorni smo zlasti na predel v sredini desne spodnje četrtine trebuha, kjer po navadi leži slepič. Tudi v predelu jeter (pod desnim rebrnim lokom) in mehurja (nad sramnim okostjem) iščemo bolečine. Zlasti pa ugotavljamo, če otroka boli res trebuh (pri nalezljivih črevesnih boleznih, vnetju trebušne mrene, motnjah v prehodnosti črevesja).

V sklepih gibljemo v smereh in mejah njihove prirodne dejavnosti in gibljivosti. Previdni pa moramo biti zlasti pri poškodbah otroka, ko se nam zdi, da imamo opravka s prelomom kosti ali s poškodbo sklepa. Bolečino skušamo ugotoviti tudi tako, da otroku spreminjamo položaj: ležečega skušamo posaditi, iz lege na hrbtu ga skušamo obrniti na bok, zdaj v eno, zdaj v drugo stran. Opazujemo tudi, če otroka pri globljem dihanju kje zaboli.

Če je na koži ali pod njo kakšna sprememba, toda le, če je kožna površina cela, jo s čisto roko previdno otipamo ter skušamo dognati, če je kaj boleča.

Vsa navedena opazovanja o bolečinah pri otroku pa so le nepopolna, vendar koristna, če jih tolmačimo zdravniku zlasti za obdobja, ko otroka sam ni videl. Opazovanje in dognanje bolečin v tilniku, na ušesih, v trebuhu, v sklepih, pri dihanju, na koži in v podkožju itd. pripomore k pravilni zdravniški razpoznavi. Vendar pa ni še noben dokaz, če otrok ne kaže bolečin, kadar ga preiskujemo, da bolečin sploh ni imel ali da jih morda tudi ne bo imel v poteku in razvoju bolezni. Lahko pa otrok tudi ob dotiku naše roke kaže vse znake za bolečino: joka, izmika se, toži, da ga boli, napenja mišičje, krčevito pridržuje ude itd., pa dela to morda le iz strahu, preobčutljivosti, nevzgojenosti. Zato zahteva spoznavanje, ugotavljanje in presojanje bolečin pri otroku izredne veščine.

Vsekakor otrokova bolečina zaboli tudi starše, ki se jim otrok smili. Zato pogosto vidimo, da starši na svojo roko dajejo različne praške za olajšanje ali odstranitev bolečine, včasih tudi uspavalne praške itd., da bi otroku pač pomagali. To napačno usmiljenje ima včasih lahko kaj usodne posledice: spregleda se namreč bolečina, ki morda edina kaže na značaj in mesto bolezni. Če že hočemo otroku pomagati pred točno zdravniško razpoznavo, potem lahko boleči del telesa pregrevamo s suho toploto (topla vrečka, steklenica s toplo vodo, termofor itd.). Če pa že damo sredstvo za olajšanje bolečine, naj ga bo res prav malo, nikoli pa ne sme biti tako močno, da bi otroku zameglilo zavest. Vsako sredstvo proti bolečinam in zdravilo za pomiritev je treba vpisati na temperaturni list in nanj opozoriti.

9. Izmečki in iztrebki

Vedno se prepričamo tudi o otrokovih izmečkih: v blatu, seču, izpljunku. Najprej ugotovimo, kdaj je šel otrok v zadnjem času na blato in na vodo. Pri blatu gledamo sestavo, da li je blato trdo, mehko, tekoče in kakšne so primesi blata: gnoj, sluz, kri; prav tako opazujemo barvo: rjavo, črno, sivo, rdečo, zeleno itd. Zlasti opazujemo, če so v blatu gliste in kakšne so.

Pri seču opazujemo bistrost, barvo, usedek. Usedek opazujemo zlasti, ko seč že nekaj časa stoji v posodi. Če zdravnik odredi, tudi merimo celodnevno količino seča.

Prepričamo se tudi, ali otroka boli, kadar gre na potrebo in če morda seča ali blata zaradi bolečine ali iz katerega koli drugega vzroka ne zadržuje.

Za zdravnika shranimo otrokovo zadnje blato in vodo, preden ga pride pogledat. Seveda pa hranimo eno in drugo posebej.

O izpljunkih smo govorili že pri opisovanju raznih vrst kašlja.

10. Razgovor z otrokom

Tudi z otrokom samim se moremo pogovoriti o njegovi bolezni. Včasih nam že 3-letni otrok mnogo in hitro pove o svoji bolezni, včasih pa od šolarja komajda dobimo nekaj le delno uporabnih podatkov. Uspeh našega pogovora pa je odvisen od tega, kako se znamo z otrokom pogovoriti in kako si znamo pridobiti njegovo zaupanje. Seveda je važna tudi bistrost in splošna duševna razvitost otroka.

Včasih nam otrok pove o svoji bolezni drugače, kakor o njej sami mislijo starši. Včasih odrasli otroku marsikaj vcepljajo v glavo in ga prepričujejo o nečem, kar otrok zdravniku in sestri vse drugače pove. Zato je razgovor z otrokom izredno važen. Z njim se pogovorimo toplo in iskreno, mirno in zaupno. Vprašamo ga na njemu razumljiv način vse, kar koli bi lahko bilo v zvezi z njegovo boleznijo, seveda če je otrok toliko star in priseben in v takem duševnem stanju, da so njegove navedbe uporabne za zdravniško razpoznavo ter za presojo okoliščin, v katerih je otrok obolel ali pa se poškodoval, in za presojo okolja, v katerem otrok prestaja bolezen.

Otroka vprašamo, kje je bil in kaj je delal, kje se je udaril, kdo mu je kaj storil, kaj je naskrivaj pojedel, kje ga je pričelo boleti, kaj se mu je pripetilo, kdo izmed njegovih vrstnikov je tudi bolan, s katerimi otroki je bil nazadnje v družbi itd. Včasih namreč ravno tak zaupen pogovor o otrokovi bolezni z otrokom samim vodi do presenetljivo važnih in jako uporabnih dejstev.

Opazovanja otroka v bolezni so torej temeljni kamni za sestavo zdravniške razpoznave.

Spremembe o splošnem počutju, vedenju in zadržanju otroka, spremembe v telesni toplini, spremembe pri dihanju, kašelj, izmečki in iztrebki, utrip srca in bílo, otrokova rast in teža, spremembe na koži in sluznicah, bolečine in otrokove navedbe so predmet osnovnih opazovanj otroka v bolezni. Ta osnovna opazovanja bi morali obvladati vsi, ki imajo po svoji strokovni dolžnosti kakor koli opravka z otroki, zlasti pa sestre, ki delajo ob njih. Osnovnemu opazovanju otroka v bolezni bi se morali priučiti tudi starši. Zaradi tega so osnove opazovanja važno zdravstvenoprosvetno gradivo zlasti na širšem terenu.

Podatki, dokazila, zgodovina bolezni

Zdravnik potrebuje ob bolnem otroku tudi podatke o otroku, o njegovi družini in njegovem okolju, imeti mora o vsem tudi nekaj dokazil. Spoznati se mora tudi s tako imenovano »zgodovino« njegove bolezni (anamnezo). Iz podatkov, dokazil in zlasti iz zgodovine bolezni lahko namreč zdravnik sklepa že o marsičem. Včasih že samo iz podatkov in zgodovine bolezni lahko napravi vsaj približno, kajkrat pa celo dokaj pravilno zdravniško razpoznavo.

V bolnišnici, pa tudi v otroški ambulanti, po navadi ob sprejemu ali ob prvem pregledu vprašamo starše po sledečih podatkih:

otrokovo ime in priimek, dan in kraj rojstva, narodnost, državljanstvo, ime, priimek in starost očeta, njegov poklic, isto o materi, bivališče in pristojnost otroka in obeh staršev, da li je socialno zavarovan, koga je obvestiti, če bi se bolezen morda kaj poslabšala, komu je predati otroka ob odpustu iz bolnišnice in komu je dati nadaljnja navodila za domačo nego in prehrano otroka.

Ob sprejemu v otroške zdravstvene ustanove so potrebna sledeča dokazila: matični in rojstni list otroka, izkazilo o socialnem zavarovanju, zdravnikova napotnica, če otroka pošlje zdravnik za sprejem v bolnišnico. V dvomljivih primerih lahko zahtevamo od staršev ali spremljevalcev tudi osebno izkaznico.

Sprva se dozdeva, da »podatki« in »dokazila« nimajo nič skupnega z razpoznavo otrokove bolezni in uspešnostjo zdravljenja. Včasih pa nam lahko mnogo povedo, n. pr. že materina starost ob rojstvu otroka, očetov ali materin

poklic, nadalje podatki o otrokovem okolju, kraj rojstva in okoliščine ob rojstvu, otrokovo bivališče, bolezni v okolici itd.

Ko smo si zapisali osnovne podatke o otroku in sprejeli nekaj dokazil, da so resnični, pričnemo izpraševati in si zapisovati zgodovino otrokove bolezni (anamnezo).

Zgodovino bolezni izprašujemo pri otrocih nekako takole:

Kateri otrok je to, po vrsti? Koliko je bilo vseh živorojenih otrok, koliko mrtvorojenih? Koliko jih je umrlo, v kakšni starosti in zaradi česa? Koliko je bilo splavov, v kateri starosti ploda in zakaj je prišlo do splava? Kakšna je bila nosečnost, v prvih mesecih in pozneje? Kdaj se je otrok pričel gibati in kakšno je bilo njegovo gibanje nato do rojstva? Kakšen je bil porod, kakšna pomoč je bila potrebna in kdo je vodil porod? Kakšen je bil otrok ob rojstvu, ali je takoj zakričal in zadihal, ali pa ga je bilo treba morda oživljati?

Kako je otrok živel poslej: kako je bil hranjen? Koliko časa je bil pri prsih, kaj je bila ovira dojenju? Kako in kdaj je bil dohranjevan, kako zalivan, s čim pitan? Kdaj se je prvič nasmehnil, kdaj je pričel dvigati glavico, kdaj pasti kravice, kdaj je samostojno pričel sedeti, stati ob opori, stopicati ob opori, hoditi ob opori in kdaj je samostojno shodil? Kdaj je dobil prve zobke, spregovoril prve besede, prve stavke itd.

Katere bolezni je doslej prebolel in kakšne posledice so mu zapustile? Kakšne so bolezni v družini in v rodu, kakšne bolezni imajo starši, drugi otroci, sostanovalci, sorodniki ali otrokovi skrbniki in od kdaj jih imajo? Kakšne bolezni so v tistem kraju, koder živi otrok?

Seveda vsa ta »splošna zgodovina bolezni« ni važna za vsako bolezen, ki zaradi nje pride otrok k zdravniku ali v bolnišnico. Zdravnik bo iz teh vprašanj izbral zlasti tista, ki so mu potrebna, vendar pa je po navadi vsaj toliko važno o splošni zgodovini otrokove bolezni.

Sprašujemo naprej. Potrebno je, da izvemo točno o tako imenovani otrokovi »sedanji bolezni«, to je o bolezni, zaradi katere prihaja otrok k zdravniku, čeprav morda »sedanja bolezen« časovno ni ravno »sedanja«, temveč morda že »pretekla« ali celo — v razvoju — »prihodnja«.

Glede »sedanje« bolezni moramo izvedeti: kdaj se je začela, ali se je pojavila prvič ali ponovno, koliko časa traja in kaj vse so doslej ukrenili in delali v prid razpoznavi bolezni in otrokovemu zdravju. Vprašujemo tudi po vseh bolezenskih znakih, ki smo jih že navedli: o splošnem počutju, vročini, prebavi itd. ter o osnovnih spremembah, ki so jih starši ali spremljevalci lahko opazili pri otroku. Izprašujemo tudi o okolju in o socialnem stanju ter o razmerah v družini ali izven nje, v katerih otrok živi. S tem sestavimo tako imenovani »socialni del zgodovine« otrokove bolezni (socialna anamneza).

Po vsem tem šele začne zdravnik otroka preiskovati po nekem določenem redu, z namenom, da si tudi sam ustvari sliko o njegovem sedanjem zdravstvenem stanju.

Seveda se h koncu utegne zdeti, da smo pri obravnavanju posameznih stvari vendarle šli nekoliko preveč v podrobnosti. Saj ni nobenega dvoma, da je ta snov medicinski sestri znana še iz njenega strokovnega študija. Toda v obilici in naglici vsakdanjega dela na terenu se tu pa tam tudi proti volji zgodi, da človeku začne kopneti smisel za stvari, ki se zde malenkosti, čeprav niso. Zato takle majhen skok v stran za osvežitev tudi prav osnovnih napotkov od časa do časa morda ni odveč. Otrok je bolan in zaupali so nam ga. Njegovih

domačih in naša želja je, da ozdravi čimprej. In tu je treba zastaviti vse svoje sile. Omejiti se zgolj na zdravljenje v ozkem smislu te besede še daleč ne pomeni vsega. Smotrna dejavnost na tem področju zahteva od nas požrtvovalne doslednosti, vztrajnosti in natančnosti ter zvestobe pri delu tudi v podrobnostih, ne da bi se v njih pri vsem tem izgubljali. In končno mali bolnik tudi ne sme pogrešati zaupnosti, topline, primerne prizanesljivosti in čutečega srca.

In vse to je pri bolnem otroku delo medicinske sestre. Kolikor bolj se bosta njena strokovna sposobnost in izkušenost družili in prepletali tudi z osebnimi človeškimi vrlinami, tem bolj bo kos svoji veliki nalogi in tem več bo dala svojemu poklicu notranje vsebine. S svojo čuječnostjo in delom ter osebnostjo bo dan na dan vplivala tudi na mlajši naraščaj in ga vzgajala, obenem pa bo ob bolnih otrocih v osebnem stiku z njihovimi starši navajala ljudi k pravilnemu načinu življenja v zdravju in bolezni.

Ortope e dobe

Med prirojene okv ı poglavjih opisali dvoje najpogostnejših in za prirojeni izpah kolka in prirojene okvare stopa prištevajo tudi tiste, ki so posledica poškodb ı u ne gre za nikake kongenitalne defekte, ki dedne okvare genov ali motenj v intrauterinem razvoju ploda, marveč za poškodbe sicer zdravega otroka, ki se pripetijo med porodom samim zaradi teh ali onih komplikacij.

Zaradi poškodb pri porodu ali porodnih travm nastale okvare označujemo latinsko kot konnatalne, da bi jih na ta način razlikovali od pravih kongenitalnih, obenem pa tudi označili čas njihovega nastanka.

Vzroki porodnih travm so različni in mnogoštevilni, kot so različne in mnogoštevilne komplikacije, ki jih doživljamo pri porodih. Znano je, da take komplikacije nastopajo predvsem zaradi ozke medenice, zaradi napačne lege ali drže ploda, zaradi nujnosti ekstrakcije ploda s kleščami ipd. Nevarnosti za otroka pa se še povečajo takrat, ko je ogroženo življenje matere in je potrebno porod čimprej končati.

Bolj kot vzroki nas na tem mestu zanimajo poškodbe same in pa vprašanja, na katerih delih telesa jih najpogosteje srečujemo, kako jih pravočasno spoznamo in kaj v takih primerih ukrenemo. Med najpogostnejše posledice poškodb pri porodu štejemo:

a) raztrganine mišic, živcev in živčnih pleksusov,
b) prelome, in
c) krvavitve v možgane zaradi poškodbe lobanje.

Večina porodnih poškodb — z izjemo intrakranialnih krvavitev — za otroka ni nevarnih in nikakor ni nujno, da bi bil otrok zaradi njih samih vse