

CEP KİTABI



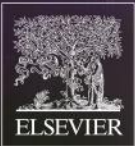
JARVIS

Fizik
Muayene
ve
Değerlendirme

7
Yedinci Baskı

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Serhat ÜNAL



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Fizik
Muayene ve
Değerlendirme
Cep Kitabı

CAROLYN JARVIS, PhD, APN, CNP

Professor of Nursing
School of Nursing
Illinois Wesleyan University
Bloomington, Illinois
and
Family Nurse Practitioner
Bloomington, Illinois

Fizik Muayene ve Değerlendirme Cep Kitabı

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Serhat ÜNAL

Editör Yardımcısı
Uzm. Dr. Emre Bilgin

Yedinci Baskı

Original Illustrations by Pat Thomas, CMI, FAMI
East Troy, Wisconsin

Assessment Photographs by Kevin Strandberg
Professor of Art
Illinois Wesleyan University
Bloomington, Illinois



**GÜNEŞ TIP
KÜTÜPHANELERİ**

© 2019 Elsevier Limited

Fizik Muayene ve Değerlendirme Cep Kitabı

ISBN: 978-975-277-754-5

Türkçe 1. Baskı

Carolyn Jarvis tarafından hazırlanan “Fizik Muayene ve Değerlendirme Cep Kitabı”nın bu Türkçe yayını Elsevier Limited tarafından üstlenilmiş ve Elsevier Inc. ile anlaşmalı olarak yayınlanmıştır.

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği herhangi bir bölümü, resmi veya yazısı, yazarların ve yayıncısının yazılı izni alınmadan tekrarlanamaz, basılamaz, kopyası çıkarılamaz, fotokopisi alınamaz veya kopya anlamı taşıyabilecek elektronik ve mekanik hiçbir işlem yapılamaz.

POCKET COMPANION FOR PHYSICAL EXAMINATION AND HEALTH ASSESSMENT, SEVENTH EDITION

Copyright © 2016 by Elsevier, Inc. All rights reserved.

ISBN: 978-0-323-26537-9



This translated edition of the Pocket Companion for Physical Examination and Health Assessment, Seventh Edition by Carolyn Jarvis undertaken by Elsevier Limited and is published by arrangement with Elsevier Inc.

Çeviri Güneş Tıp Kitabevi'nin tek sorumluluğunda yapılmaktadır. Uygulayıcılar ve araştırmacılar, burada açıklanan her türlü bilgi, yöntem, bileşik veya deneyin değerlendirilmesinde ve kullanımında her zaman kendi deneyim ve bilgilerine dayanmaları gerekmektedir. Tıp bilimindeki hızlı gelişmeler nedeniyle, özellikle teşhis ve ilaç dozajlarının bağımsız olarak doğrulanması yapılmalıdır. Yasalar ölçüsünde Elsevier, yazarlar, editörler veya katkıda bulunanlar tercümeden veya burada yer alan herhangi bir yöntem, ürün, talimat veya fikirlerin kullanımı veya işletilmesinden veya ürünlerin yükümlülüğü, ihmali veya başka bir sebeple kişilerde veya mülkte oluşabilecek herhangi bir yaralanma ve/veya zarardan ötürü sorumluluk kabul etmez.

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti.

İvedik Organize Sanayi Bölgesi 28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90-91-92 • Faks: (0312) 394 55 94

Sertifika No: 13987

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43
Faks: (0212) 356 87 44

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



www.guneskitabevi.com

www.http://www.elsevier.com/tr-tr

Fiziksel Muayene ve Değerlendirme Cep Kitabı, pratik olarak klinik değerlendirme ve becerilerini geliştirme ihtiyacı olan iki grup için tasarlanmıştır.

İlk grup, *Jarvis Fiziksel Muayene ve Değerlendirme, Cep Kitabı* 7. Baskı, Fiziksel Muayene konusunda eğitim alanlar için hızlı değerlendirme ve klinikte hızlı hatırlama için bir başvuru belleği gibidir.

Bu kitap bu alanla ilgilenenler için tüm temel özelliklere sahiptir.

Hasta hikayesi almanın önemli noktaları, Her vücut sistemi için adım adım muayene kısımları, normal ve anormal bulguların karşılaştırılması, kalp sesleri, akciğer sesleri, nörolojik bulgular. Bu dünyaca ünlü *cep kitabı*, muayene sırasında bir adımı unuttuğunuzda, tekrar başa dönerek bunu mükemmel bir şekilde tamamladığınızdan emin olmak için oldukça kullanışlıdır. Normal veya anormal bulguları gözden geçirmeniz gerektiğinde,

Yabancı olduğunuz bir muayene tekniği veya yeni bir klinik alanda pratik yapmak durumunda kaldığınızda size her zaman destek olacaktır. Cep boyutu laboratuvar önlüğü cebi veya çantada taşımak için avantaj sunar.

İkinci **grup**, bu *cep kitabının* 7. baskısı, temel değerlendirme becerilerini geliştirmeniz konusunda iyi bir başlangıç sunar. Temel seviyede fizik muayene ve değerlendirme sunan program ve kurslara, her yaş grubu için uygun bir içerik sunar. Bu kullanışlı *cep kitabı* fiziksel muayene ve öykü alımı konusunda eksiksiz bir yaklaşım sunmaktadır. Bu kapsamda pediatrik yaş grubu için gelişimsel özelliklerini içerecek şekilde, hamile ve yetişkinlerde yaşlanma sürecini de içeriğinde geniş yelpaze şeklinde okuyucuya sunar. Her yaş grubunu içermesine rağmen, muayene adımlarının hepsini çalışmak

ve öğrenmek için gerekli “tam ve yeterli bilgiyi” içerecek şekilde kapsar.

Ancak, bu *cep kitabında* teoriler, ilkeler veya ayrıntılı açıklamalar yer almaz. Bu pratik kaynağı kullanan öğrenciler başlangıç seviyesinde onlara yardımcı olacak kapsamlı bir metin ve bazı özel uygulamaları, en mükemmel formatta bulacaklardır.

Bu cep kaynağının 7. ve son baskısı, revize edildi ve güncellendi.

Fiziksel Muayene ve Değerlendirme, 7. Baskı birçok yeni muayene fotoğrafı, anormal bulgulara ait fotoğraflar ve tamamı renkli çizimler içerir.

Ayrıca aşağıda maddeler halinde verdiğimiz “anormal bulgular”

7. baskıda yerini almıştır:

- Anksiyete (Kaygı) bozuklukları
 - Karın bölgesinde sık görülen yansıyan ağrılar
 - Birden fazla eklemi tutan anormallikler
 - Anormal postürler
 - Anal bölgedeki anormallikler
- Elektronik sağlık kayıtları hakkında yeni bir bölüm 21. bölüme entegre edildi (Hastanede Yatan Yetişkin İçin Yatak-başı Değerlendirmesi Bölümü). Bu bölüm sağlık kayıtlarının nasıl yapıldığını gösteren değerlendirme sonuçlarını belgelemek üzerine örnekler sunar.

Okuyucular belirli bir tekniğin ayrıntılı kapsamı hakkında detaylı bilgiye ihtiyaç duyduğu zamanlar “Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi, 7. Baskı Kapsamlı Ana Kitabın” içinde Sayısız çapraz referansla birlikte bulabilir.

Cep kitabındaki bu özelliklere dikkatinizi çekiyoruz:

- Fizik muayene ve hikaye alma konusunda yetkindir
- Muayene yöntemleri açık, düzenli ve takip etmesi kolaydır.

- Anormal bulgular kısa ve yan yana bir sütunda normal olanlarla kıyaslandı.
- Örnek tablolar tüm bölümlerin sonunda, önemli bilgilerle beraber verildi.
- Seçilmiş Kültürel Yeterlilik bilgileri değerlendirmelerin içine katıldı.
- Pediatrik, hamile ve yaşlı grubunda gelişimsel ve yaşa bağlı değerlendirme içeriği yapıldı.
- Her bölüm için özet kontrol listeleri ve muayene için bir hatırlanması gereken adımlar kartı oluşturuldu.
- Tam fizik muayene konusunda, Bölüm 20'de bütüncül yaklaşım sunuldu.

- Ana kaynaktan özenle seçilmiş anatomik görseller eklendi.

TEŞEKKÜR

Bu *cep kitabının* oluşturulması konusunda Elsevier ekibinde çalışanlara minnettarım... Bu güzel ekip şu değerli insanları kapsar; Lee Henderson, Yönetici İçerik Uzmanı; Laurie Gower, İçerik Geliştirme Müdürü; Heather Bays, Kıdemli İçerik Geliştirme Uzmanı; Jodi Willard, her adımın izlenmesi konusunda dikkatli, sabırlı ve özenli yaklaşımları için minnettarım.

Carolyn Jarvis

ÇEVİRİ EDITÖRÜ ÖNSÖZÜ

Fizik Muayene ve Değerlendirme Cep Kitabı, pratik olarak klinik değerlendirme ve becerilerini geliştirme ihtiyacı olan hekimler ve fizik muayene konusunda eğitim alanlar için hızlı değerlendirme ve klinikte hızlı hatırlama amacıyla hazırlanmış iyi bilinen bir kaynaktır. Bu önemli ve kullanışlı eserin Türkçe olarak yayınlanması önemli bir açığı kapatacaktır.

Hasta hikayesi alma, adım adım muayene, normal ve anormal bulguların karşılaştırılması dahil oldukça geniş ve kullanışlı bir içerik sunmaktadır.

Özellikle stajyer doktorların, ilk klinik deneyimleri sırasında *Fizik Muayene* konusunda ihtiyaç duydukları

tüm konularda, geniş görsel sunumuyla başarılı bir rehberlik sunmaktadır.

Muayene yöntemleri açık, düzenli ve takip etmesi kolay bir biçimde verilerek okuyucu dostu formatta sunulmuştur. Her bölüm için oluşturulan özet kontrol listeleri öğrencilerimize hızlı tekrar yapmak açısından avantaj sunmaktadır.

Bu kitabın Türkçeye kazandırılması konusunda destek ve emekleri için Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına teşekkür ederiz. Umarız doktor ve bu alanda eğitimleri devam eden öğrencilerimiz bu kaynak rehberliğinde mesleklerine başarılı bir adım atmış olurlar.

veya ölüm yaşı ve nedenleri. Çocuklarının ve eşinin yaş ve sağlık durumu. Özellikle ailede kalp hastalığı, hipertansiyon, inme, diyabet, kan hastalıkları, kanser, orak hücreli anemi, artrit, alerji, obezite, alkolizm, mental bozukluk, epilepsi, böbrek hastalığı veya tüberküloz varlığı. Bu verileri daha açık ve net

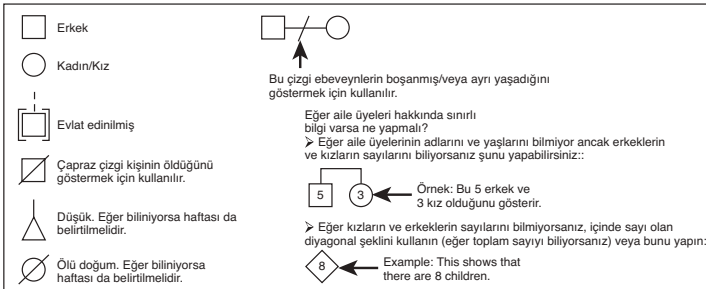
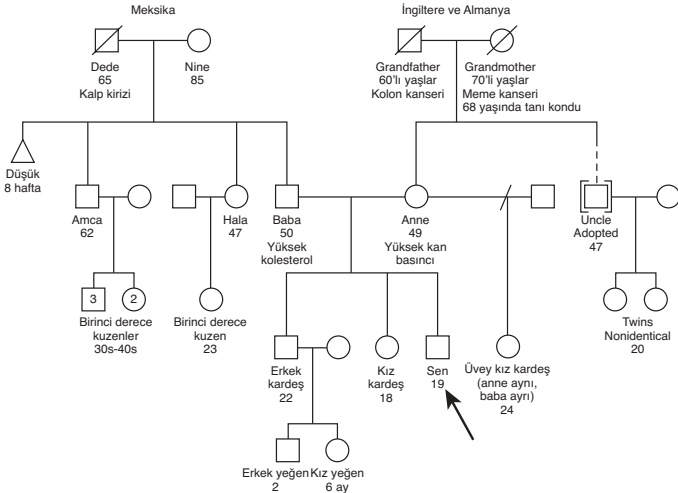
olarak göstermek için aile ağacı çıkartınız (Şekil 1-1).

Sistemlerin gözden geçirilmesi

Genel durum. Mevcut vücut ağırlığı (kilo alımı veya kilo kaybı, süre, diyetle mi yoksa başka faktörlerle mi olduğu), halsizlik, güçsüzlük, ateş, titreme ve terleme, gece terlemesi.

Kendi Yaşam Ağacınızı Çizim

- Tüm aile üyelerinizin listesini yapın.
- Kendi aile ağacınızı yapmak için bu örnek aile ağacını kılavuz olarak kullanın.
- Kağıdın en üst kısmına adınızı ve aile ağacını çizdiğiniz tarihi yazın.
- Anne, baba ve diğer kelimelerin yerine aile üyelerinizin adını yazın.
- Mümkünse erkek ve kız kardeşlerinizi, ebeveynlerinizin erkek ve kız kardeşlerini yaşından gence doğru başlayarak ve kağıt üzerinde soldan sağa doğru ilerleyerek sıralayın.
- Doğum tarihi veya yaşı bilinmiyorsa, tahmin et veya yuvarla ("50'li yaşlar" 60'lı yaşların sonu).



1-1

Bir yaşam ağacı veya genogram (American Society of Human Genetics, www.ashg.org, 2004'den uyarlanmıştır).

gereken organ veya kısımlarda bimanuel palpasyon gerekir.

Perküsyon

Perküsyon kişinin cildine kısa ve keskin darbelerle cilt altı yapıların değerlendirildiği bir muayene tekniğidir. Bu darbeler sırasında alınan sesler üzerinden alttaki organın yeri, boyutu ve kıvamı değerlendirilir.

Sabit duran el. Dominant olarak kullanmadığınız elinizin orta parmağını (pleksimeter) hiperekstansiyonda yerleştiriniz ve distal kısmı *sıkıca* deriye bastırınız. Skapula veya kostalardan uzak durunuz, kemik üzerinde perküsyon bilgi vermez çünkü her zaman “matite” sesi verir. Elinizin orta parmak distali dışında kalan kısmını hastanın cildinden yukarı kaldırınız (Şekil 3-1), aksi takdirde, davulcunun elini davulun hareketini önlemek için kullandığı gibi elinizin kalan kısmı vibrasyonu absorbe edecektir.

Perküsyon için vuran el. Dominant elinizin orta parmağını *perküsyon* parmağı (pleksor) olarak kullanınız. Ön

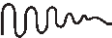


3-1 Perküsyon.

kolunuzu deriye yakın tutun, omzunuzu sabitleyin fakat tamamen taş gibi sabit de tutmayın. Tüm eylem bilekten olmalı ve bilek gevşek *olmalı*.

Orta parmağınızı sabit olan parmağa vurunuz. Tırnak yatağının

TABLO 3-1 Perküsyon Notlarının Karakteristikleri

Tip	Amplitüd	Frekans	Kalite
Rezonan	Orta şiddetli	Düşük	Temiz, boşluktan gelen
			
Hiperrezonan	Daha şiddetli	Daha düşük	Gürleyici
			
Timpanik	Şiddetli	Yüksek	Melodik ve davul sesi gibi (ketil çubuğu gibi)
			
Matite	Yumuşak	Yüksek	Boğuk, tok ses
			
Düz	Çok yumuşak	Yüksek	Sert bir cisme vurma sesi Tam matite
			

Normal Bulgu Aralığı**Anormal Bulgular****Deride İnspeksiyon ve Palpasyon Yapın****Renk**

Genel Pigmentasyon. Deri tonusu genetik arkaplanla uyumludur ve pembe-den koyu bronz ya da açıktan koyu kahverengiye değişebilir. Koyu derili insanlarda avuç içleri, tırnak yatakları ve dudaklarda normalde daha hafif pigmentasyon olan bölgeler vardır.

Genel pigmentasyon güneşe maruz kalan bölgelerde daha koyudur. Sık görülen (benin) pigmentasyonlar da oluşur:

- **Çillenme**—Kahverengi melanin pigmentinde küçük, düz bir artış.
- **Nevüs (mol)**—Melanositlerde bir proliferasyon, bronz-kahverengi renkte, düz ya da kabarmış.
- **Doğum lekeleri**—Bronz-kahverengi renkte olabilir.

Molleri ya da doğum lekeleri olan herkese kendi kendine periyodik deri muayeneleri yapmalarını tavsiye edin. Burada listelenen tehlike bulgularını izleyin. Kişinin göremediği yerler (örn sırt) için bir aile üyesinden kontrol etmesini isteyin.

Yaygın Renk Değişikliği. Her türlü solukluk (beyaz), eritem (kırmızı), siyanoz (mavi) ve sarılığı (sarı) not edin. Koyu derili kişilerde normal pigment miktarı renk değişikliklerini maskeleyebilir. Dudaklar ve tırnak yatakları her zaman doğru bulgular olmayabilir. Daha güvenilir olan bölgeler en az pigmentasyon olan dudak altı, bukkal mukoza, palpebral konjonktiva ve sklera gibi yerlerdir. Sayfa 44-45'te Tablo 5-1 değerlendirme için spesifik ipuçlarını sunmaktadır.

Tehlike işaretleri: Pigmente lezyonlarda anormal özellikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Pigmente bir lezyonda asimetri

Sınır düzensizliği

Renk varyasyonu (siyah, gri, mavi, kırmızı, beyaz, yeşil) ya da koyu siyah renk.

Çapın 6 mm'den büyük olması.

Kabarma ya da değişme

İlave olarak bir mol büyüklüğünde değişiklik, yeni bir pigment lezyon ya da bir molde kaşıntı, yanma ya da kanama gelişmesini bildirin. Bu bulgulardan herhangi birisi malin melanom şüphesini uyandırmalı ve hasta sevk edilmelidir.

TABLO 5-2

Cilt Lezyonlarının Ortak Şekilleri



ANÜLER: Merkezde başlayan ve periferiye yayılan dairesel lezyonlar (örn halka kurdu, tinea versikolor, pitriyazis rozea)



KONFLUENT: Bir arada giden lezyonlar (örn ürtiker)



AYRIK: Birbirinden ayrı kalan ayırık, tekil lezyonlar.



GRUPLANMIŞ: Lezyon kümeleri (örn dermatit vezikülleri)



GİRAT: Kıvrılmış, sarmal halde, spiral, ya da yılan benzeri lezyonlar



İRİS ya da HEDEF: Gözdeki irise benzeyen konsantrik lezyon halkaları



DOĞRUSAL: Bir çizik, çizgi ya da şerit şeklindeki lezyonlar



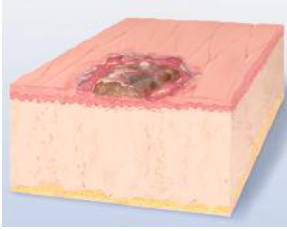
POLİSİKLİK: Bir arada büyüyen anüler lezyonlar



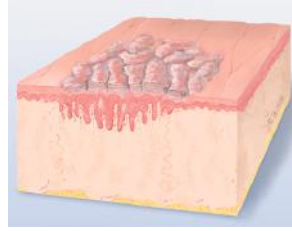
ZOSTERİFORM: Lezyonlar sinirin yolu boyunca doğrusal bir düzende yer alır (örn herpes zoster)

TABLO 5-4

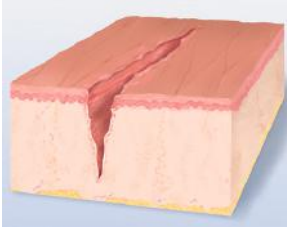
İkincil Deri Lezyonları*



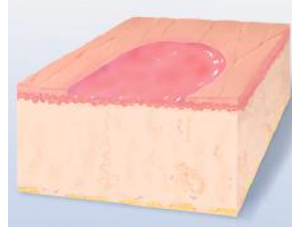
KURUT: Veziküller ya da püstüller patlayıp ya da kuruduğunda geride kalan kalınlaşmış, kurumuş ekzüda. Rengi sıvının içeriğine dayanarak (kan, serum, püye) kırmızı-kahverengi, bal rengi ya da sarı olabilir. Örnekler: İmpetigo (kuru, bal rengi), akan egzemantöz dermatit, abrazyonun ardından kabuk.



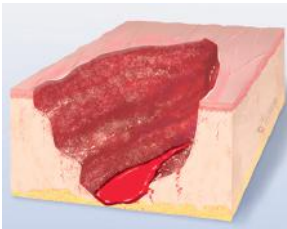
PUL: Sıkışık, desikke deri pulları; kuru ya da yağlı, gümüşsü ya da beyaz; ölmüş fazla miktardaki keratin hücrelerinin keratin hücrelerinin dökülmesi. Örnekler: İlaç reaksiyonunu takiben (lamine kılıflar), psöriyazis (gümüş, mika benzeri), seboreik dermatit (sarı, gresli), egzema (büyük, yapışık, lamine), kuru deri



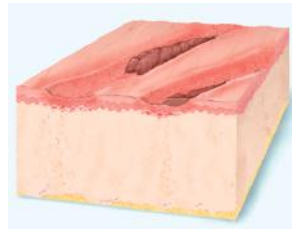
FİSSÜR: Keskin kenarları olan, dermise kadar uzanan doğrusal çatlak; kuru ya da nemli. Örnekler: Aşırı nemliliğe bağlı ağız kenarlarında şeilozis; atlet ayağı.



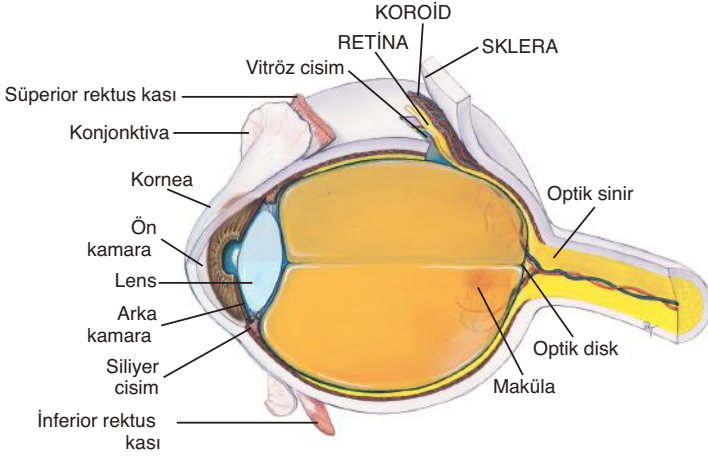
EROZYON: Boşalmış ama yüzeysel çöküntü; yüzeysel lezyon, epidermis kayıp ve lezyon nemlidir ancak kanama yoktur; skar bırakmadan iyileşir çünkü erozyon dermise uzanmaz.



ÜLSER: Daha derin çöküntü; dermise uzanır; şekli düzensizdir. Kanayabilir ve iyileştiğinde skar bırakır. Örnekler: Staz ülser, basınç yarası, şankr.



EKS KORİASYON: Kendi kendine oluşturulan abrazyon; yüzeysel ve bazen kurutlu. Örnekler: Böcek ısırığı, uyuz, dermatit, su çiçeğine bağlı yoğun kaşınmaya bağlı çizikler.



7-2 İnternal göz yapıları.

kopla görüntülenen retina alanıdır (Şekil 7-3).

Optik disk retinadan gelen liflerin birleşerek optik siniri oluşturdıkları alandır. Maküla görmenin en keskin olduğu bölgedir.



KÜLTÜR VE YETERLİLİK

Kataraktlar beyazlarda siyahlar ve hispaniklerden daha sık oluşur (Zambelli-

Weiner, 2012). Primer açık açılı glokom siyahlarda 3 kat sıklıdır; Beyazlar ve Hispanikler ise eşit oranlara sahiptir. Maküler dejenerasyon beyazlarda, özellikle de 75 yaş üzerinde sıklıdır; Beyazlarda körlüğün en sık sebebidir (Zambelli-Weiner, 2012). Diyabetik retinopati diyabetes mellitusun bir komplikasyonudur, retinal damar hasarına sebep olur ve Siyahlar ve Hispaniklerde Beyazlardan daha sık oluşur.



7-3 Oküler fundus.

Normal Bulgu Aralığı

Anormal Bulgular



7-6

Oküler fundustaki yapılarda sistematik inspeksiyon yapın: 1) optik disk, 2) retinal damarlar, 3) genel arkaplan ve 4) maküla (bkz Şekil 7-3). (Bu resimde fundusun geniş bir bölgesinin görüldüğünü not edin. Sizin oftalmoskopta baktığınızda görüntü daha küçüktür, 1 disk çapından biraz daha büyük olabilir).

Optik Disk

En belirgin yer işareti optik disk, retina-nın nazal tarafında yerleşmiştir. Şu özellik-leri inceleyin:

1. Renk—Krem-sarı-turuncu ile pembe arasında.
2. Şekil—Yuvarlak ya da oval
3. Sınırlar—Ayrık, sınırları keskin olarak belirlenmiştir. Ancak nazal kenar biraz bulutlu olabilir.
4. Çanak—disk oranı- ayırt edilme değiş-kendir. Görülebilir olduğunda çanak diskin kalanından daha açık sarı-beyazdır. Genişliği diskin çapının (DÇ) yarısından fazla değildir.

Retinal damarlar

Dört kadranda bir arter ve veni periferde kadar takip edin (bkz Şekil 7-3); aşağıdaki noktaları not edin:

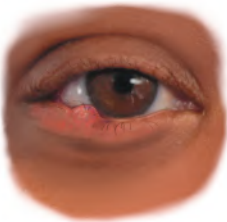
Solukluk. Hiperemi.

Düzensiz.
Bulutlanmış kenarlar.

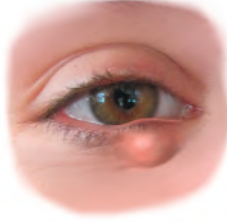
Disk sınırına kadar uzanan çanak (Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, Tablo 14-9, sayfa 322'ye bakınız).

TABLO 7-2

Göz Kapaklarındaki Anormallikler—devam

**Hordeolum (Arpacık)**

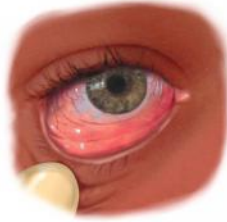
Hordeolum gözkapağı kenarındaki kıl foliküllerinde lokalize bir stafilokok enfeksiyonudur. Ağrılı, kızamık ve şişkindir ve göz kapağının kenarında bir püstüle benzer.

**Şalazyon**

Göz kapağından protrüde olan boncuk gibi bir nodül olan şalazyon bir enfeksiyon ya da meiboman bezinin retansiyon kistidir. Hassas olmayan, sert, ayrık bir şişliktir; nodül üzerinde serbestçe hareket eden deri vardır. İnflame olduğunda gözkapağı kenarına doğru değil içe doğru işaret eder (bir arpacığın aksine).

**Bazal Hücreli Karsinoma**

Karsinoma nadirdir ancak en sıklıkla alt göz kapağında oluşur. Ülser merkezli olan bir papül gibi görünür. Kenarlar yuvarlanmıştır ve incimsidir.

**Konjonktivit**

Konjonktiva enfeksiyonu periferde kırmızı, et gibi duran damarlar gösterir; ancak iris çevresinde daha berrak görünürler. Bu durum bakteriyel enfeksiyon ya da viral enfeksiyon, alerji ya da kimyasal iritanla sıktır. Sıklıkla bir üst solunum yolu enfeksiyonuna eşlik eder. Pürülan akıntı bakteriyel enfeksiyona eşlik eder.

dan biridir. İnsidans ve şiddet Kuzey Amerika, Avustralya ve Yeni Zelanda'dan yerli çocuklarda artmıştır ancak genetik faktörler belirlenmemiştir; yüksek risk

gruplarındaki çocuklarda genellikle çoklu patojenler vardır ve bakteriyel yük fazladır (Morris ve Leach, 2009).

ÖZNEL VERİLER

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Kulak ağrısı | 6. Tinnitus |
| 2. Enfeksiyonlar | 7. Vertigo |
| 3. Akıntı | 8. Hasta merkezli bakım (işitme en son kontrol edilir; kulakları temizleme yöntemi) |
| 4. İşitme kaybı | |
| 5. Çevresel gürültü | |

NESNEL VERİLER

HAZIRLIK

Erişikine düz oturur ve başı sizin seviyenizde olacak şekilde pozisyon verin.

GEREKLİ EKİPMAN

Parlak ışıklı otoskop (taze piller sarı değil beyaz ışık verir)

Havalı bulbus eklentisi bebekler ya da küçük çocuklarda bazen kullanılır.

Normal Bulgu Aralığı

Dış Kulakta İnceleme ve Palpasyon Yapın

Büyüklik ve Şekil

Kulaklar iki tarafta eşittir; şişlik ya da kalınlaşma yoktur.

Deri Durumu

Deri sağlamdır, kitle ya da lezyon yoktur. Helikste küçük, ağrısız bir nodül olan *Darwin tüberkülü* bazen vardır. Bu konjenital bir varyasyondur ve anlamlı değildir.

Anormal Bulgular

Mikrotia—Kulaklar vertikalde 4 cm'den küçüktür. *Makrotia*—Kulaklar 10 cm'den büyüktür. Ödem.

Kırmızı, aşırı derecede sıcak deri inflamasyona işaret eder.

Otitis eksternada ve egzema, temas dermatiti ve sebore durumlarında kurutlar ve soyulma oluşur.

O bölgede genişlemiş hassas lenf nodları olması pinna ya da mastoid bölgesi inflamasyonuna işaret eder.

Tofüsler, sebase kurut, kondrodermatit, keloid, karsinoma (bkz Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, sayfa 342 Tablo 15-1).

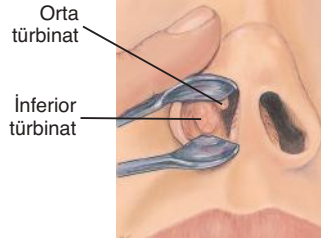
Normal Bulgu Aralığı



9-4

Nazal spekulum ile burun deliklerini görmek..

Anormal Bulgular



9-5

Nazal mukoza inspeksiyonu yapın ve normal kırmızı rengi ve düz nemli yüzeyi not edin (Şekil 9-5). Her türlü şişlik, akıntı, kanama ya da yabancı cismi not edin.

Nazal septumu deviasyon, perforasyon ya da kanama için gözlemleyin. Deviyeye bir septum sıkıtır ve havayolu tıkanmadığı sürece anlamlı değildir.

Lateral duvarlardan aşağıya doğru eğrilen türbinatlarda inspeksiyon yapın. Orta ve inferior türbinatlar nazal mukoza ile aynı parlak kırmızı renkte görünürler. Her türlü şişliği not edin ancak spekulumunun ötesine bastırmaya çalışmayın. Türbinatlar çok vaskülerdir ve dokunduğunda hassas olmaya meyillidir.

Rinit: ÜSYE varlığında nazal mukoza şişmiş ve parlak kırmızıdır.

Rinit ve sinüzit varlığında akıntı sıkıtır. Sulu ve bol miktarda olandan kalın, pürülan ve yeşil-sarıya kadar değişir.

Kronik alerji durumunda mukoza şiş, soluk ve gri görünür. Burundaki anormallikler hakkında daha fazla bilgi için (bkz Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, sayfa 375, Tablo 16-1).

Deviyeye bir septum nazal kavite içinde bir raf ya da kamburluk varmış gibi görünür.

Perforasyon diğer burun deliğine tutulan ışık kaynağından parlak ışık gelmesi ile görülür.

Epistaksis sıklıkla anterior septumdan gelir.

Normal Bulgu Aralığı

Bir yumru ya da kitle hissederseniz bu özellikleri not edin:

1. Yerleşim- Muayene kağıdına memeyi çizir ve yumrunun yerleşimini kaydedin.
2. Büyüklük- Santimetre olarak: genişlik X uzunluk X kalınlık.
3. Şekil- Oval, yuvarlak, lobüle ya da ayırt edilemeyen
4. Kıvam- Yumuşak, sert ya da sıkı
5. Hareketli- Serbest hareket eden ya da sabit
6. Ayrılık- Tekil ya da çoklu
7. Meme başı- Yerdeğiştirmiş ya da retrakte
8. Kitle üzerindeki deri- Eritemli, gamzeli ya da retrakte
9. Hassasiyet- Palpasyonla
10. Lenfadenopati

Kendi Kendine Meme Muayenesini (KKMM) Öğretin

Kadının memelerinin görünüşü ve nasıl hissedildiğine aşina olmasını teşvik edin; böylece her türlü değişikliği kolayca tespit edebilir ve hızla bildirebilir. KKMM yapmak için en iyi zaman adet döneminde hemen sonra ya da adet döngüsünün 4.-7. Günü arasındadır. Bu dönemde meme en küçüktür ve konjesyon en azdır. Adet görmeyen kadınlar için (gebe ya da menopozda) ayın ilk günü gibi hatırlanacak bir zaman belirleyin.

Doğru tekniği, gerekçeyi ve beklenen bulguları açıklayın. Kadına göbeğine kadar soyunmuşken bir ayna karşısında muayene yapmasını öğretin. Evde duştayken palpasyona başlayabilir; burada su ve sabun palpasyona yardımcı olur. Ya da supin pozisyonda olabilir. Tekniği gözetlemek için siz oradayken kendi memelerini muayene etmesini teşvik edin. Onun muayenesini düzeltin ve göstermeye teşvik edin.

Anormal Bulgular

Bu özellikleri kullanan sık görülen meme yumrularının açıklanması için sayfa 113'te Tablo 10-1'e bakınız.

TABLO 10-1 Memede Kitle—devam

Kanser

Soliter, tek taraflı, hassas olmayan kitledir. Bir alanda tekil odak vardır ancak diğer nodüllere saçılmış olabilir. Katı, sert ve yoğundur ve kanser invazifleştikçe alttaki dokulara sabitle-nirler. Sınırlar düzensizdir ve iyi ayrılmamıştır. Sabit bir hızla büyür. Sıklıkla ağrısızdır ancak kişi ağrı yaşayabilir. Üst dış kadranda en sıkır. Genellikle 30-80 yaşları arasındaki kadınlarda bulunur; 40-44 yaşları arasındaki kadınlarda ve 50 yaşından büyük kadınlarda risk artmıştır. Kanser ilerledikçe bulgular arasında katı ya da sert düzensiz aksiller nodüller, deride gamze oluşması, meme başında retraksiyon, elevasyon ve akıntı yer alır.

**Fibroadenoma**

Benin tümörler en sıklıkla geç ergenlikte kendi kendine tespit edilir. Katı, sert, lastik kıvamında ve elastik hassas olmayan kitledir. Yuvarlak, oval ya da lobüledir; 1-5 cm'dir. Serbest hareket edebilir, parmaklar onu dokuda kolaylıkla kaydırabilir. Genellikle aksiller lenfadenopati yoktur. Tanı palpasyon, ultrason ve iğne biyopsisi ile konur; ancak hızlı büyüyen kitlesi olan ergenlerde her şekilde cerrahi eksizyon gerekebilir (Jayasinghe ve Simmons, 2009).



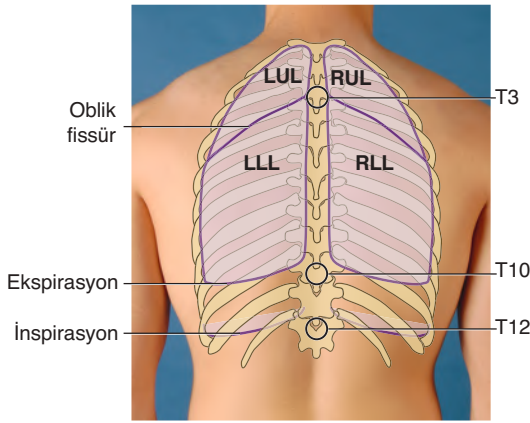
TABLO 10-2 Meme Kanseri Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Kadın cinsiyet, yaş >50
Kişisel meme kanseri öyküsü
BRCA1 ve BRCA2 genlerinde mutasyon
Meme kanseri olan birinci derece akraba (anne, kızkardeş, kız)
Yüksek meme dokusu yoğunluğu
Biyopsi ile doğrulanan atipik hiperplazi
Göğüs yüksek doz radyasyon
Erken menarş (<12 yaş) ya da geç menopoz (>55 yaş)

Yaşam Tarzı ile İlişkili Risk Faktörleri

Nulliparite ya da ilk çocuk 30 yaşından sonra
Yakın zamanda oral kontraseptif kullanımı
Hiç çocuk emzirmemek
Yakın zamanda ve uzun dönemli östrojen ve progestin kullanımı
Alkol alımı, >1 içki/gün
Obezite (özellikle menopoz sonrasında) ve yağdan zengin diyet
Fiziksel inaktivite



11-4 Akciğer lobları—posterior.

kadar küçük bir doku bandını kapsar. Kalanının hepsi alt lobdur. Sağ alt lob posterior göğüs üzerine projeksiyon yapmaz.



KÜLTÜR VE GENETİK

ABD’de tüberküloz (TB) insidansı düşmüş olmasına rağmen 2012’de TB hızı yabancı ülkelerde doğanlarda ABD’de doğanlardan 11.5 kat fazlaydı. Hispanik olmayan beyazlarla karşılaştırıldığında TB oranları Asya’lılarda 25

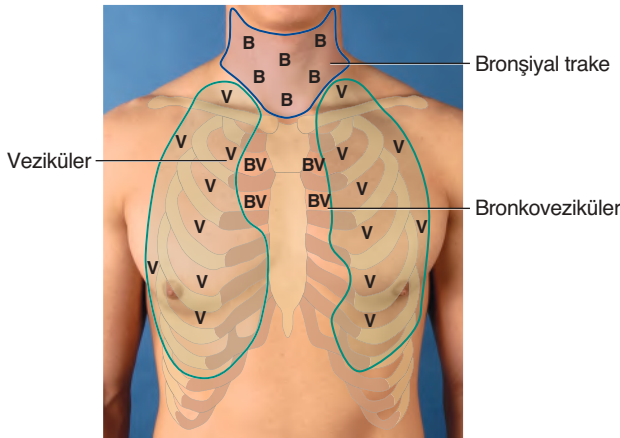
kat, Hispaniklerde 6.6 kat ve siyahılarda 7.3 kat yüksekti (CDC, 2013).

Astımı olan kişilerin sayısı ABD’de 2001 yılından beri her yıl arttı ve 2011’de %8.4’e yükseldi (CDC, 2012). Yaygınlık tüm ırksal/etnik gruplarda artmıştır: beyazlarda yaygınlık 2010 yılında %7.8’e çıkmıştır; siyahılarda %11.9’a çıkmıştır; Hispaniklerde %7.2’ye çıkmıştır ve alt gelir düzeyine sahip ailelerde daha yaygındır. Astım çocukluk çağındaki en sık kronik hastalıktır; yaygınlığı 0-17 yaşları arasındaki çocuklarda %9.5’tir.

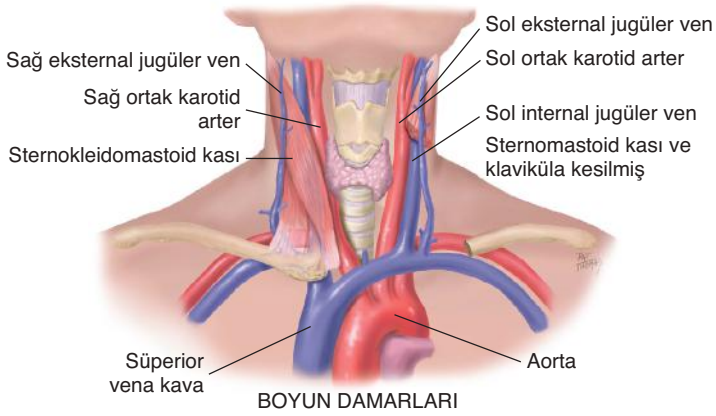
ÖZNEL VERİLER

1. Öksürük (süre, balgam üretimi)
2. Nefes darlığı (aktivite düzeyiyle)
3. Göğüs ağrısı (solunumla)
4. Önceki solunum yolu hastalığı öyküsü (bronşit, amfizem, astım, pnömoni, tüberküloz)
5. Sigara içme öyküsü (başlanan yaş, günlük alınan paket sayısı, sigara içilen yıl sayısı)
6. Solunum etkileyen çevresel maruziyet (örn mesleki tehlike, kent ortamı)
7. Hasta merkezli bakım (son TB deri testi, akciğer röntgeni, influenza aşılması)

Normal Bulgu Aralığı	Anormal Bulgular
Anterior Göğüste Perküsyon Yapın Apekslerden başlayın. Ara boşluklarda perküsyon yaparak ve bir tarafı diğer tarafla karşılaştırarak anterior göğüste aşağıya doğru inin. Normalde sağlıklı akciğer dokusu üzerinde rezonan bir ses işitirsiniz. Normalde anterior göğüs üzerinde bulunan kardiyak matitenin sınırlarını not edin ve bunları şüpheli akciğer patolojisi olanlarla karıştırmayın. Sağ hemitoraksta karaciğer matitesinin üst kenarı sağ orta klaviküler hatta 5. interkostal aralıktadır. Solda timpani gastrik boşluk üzerinde aşıkardır (bkz <i>Jarvis Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi</i>, 7. Baskı, Şekil 18-25, sayfa 434). Anterior Göğüs Oskültasyonu Yapın Anterior göğüste supraklaviküler bölgelerde apekslerden başlayıp 6. kostaya doğru aşağı inerek akciğer sahalarında oskültasyon yapın. Aşağı inerken bir taraftan diğerine ilerleyin ve her bir yerleşimde tam bir solunumu dinleyin. Şekil 11-8'de işaret edildiği gibi anterior akciğer sahalarının çoğunda veziküler solunum sesleri işitmeyi bekleyebilirsiniz.	Kronik amfizem durumunda akciğerler aşırı havalanmıştır ve bu da kardiyak matite beklenen yerde hiperrezonansa sebep olur.



11-8 Anterior göğüste solunum sesleri.



12-4 Boyun damarları- karotid arter ve jugüler venler.

ventrikül musküler pompalama odacıdır.

Kalpde dört kapak vardır. İki **atri-yoventriküler** (AV) kapak atriyumlar ve ventrikülleri birbirinden ayırır. Sağ AV kapağı **triküspiddir**; sol AV kapağı **biküspiddir** ya da **mitral** kapaktır. AV kapakları kalbin doluş evresinde ya da **diastolde** açılır ve ventriküllerin kanla dolmasına izin verir.

Semilunar (SL) kapaklar ventriküllerle arterler arasında yer alır. Kalbin sağ tarafında pulmonik kapak ve sol tarafında aortik kapak vardır. Bunlar pompalama ya da **sistol** sırasında açılarak kanın kalpten pompalanmasına izin verir.

Kardiyak döngü kanın kalp yoluyla ritmik hareketidir. İki evresi vardır, **diastol** ve **sistol** (Şekil 12-3).

Diastolde ventriküller gevşer ve kan ile dolar. AV kapakları, triküspid ve mitral açıktır. İlk hızlı doluş evresi olan **protodiastolik doluşta** kan atriyumdan ventriküllere hızla dökülür. Diastolün sonuna doğru atriyumlar kasılır ve kanın son kısmını ventriküllere iter ki bu **presistol** olarak adlandırılır.

AV kapaklarının kapanması ilk kalp sesine (S1) katkı yapar ve **sistolün** başladığını işaret eder. AV kapakları kapanarak kanın kasılma sırasında tekrar atriyumlara gitmesini önler. Daha sonra semilunar kapaklar, aortik ve pulmonik açılır ve kan hızla arterlere ejekte edilir.

Ventrikül içerikleri ejekte edildikten sonra semilunar kapaklar kapanır. Bu da ikinci kalp sesine sebep olur (S2) ve sistolün bittiğini haber verir.

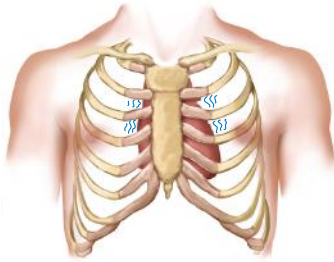
Kardiyovasküler değerlendirme boyun damarları- karotid arter ve jugüler venleri içerir (Şekil 12-4).



KÜLTÜR VE GENETİK

Potansiyel olarak modifiye edilebilecek 9 risk faktörü erkeklerde miyokard enfarktüsü (MI) için riskin %90'ı ve kadınların %94'ünden sorumludur (Yusuf ve ark. 2004). Bu risk faktörleri anormal lipidler, sigara içmek, hipertansiyon, diyabet, abdominal obezite, psikososyal faktörler, meyve sebze

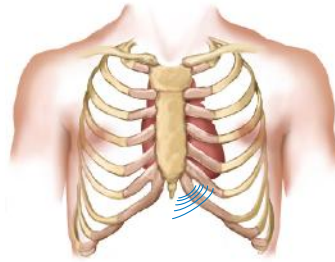
TABLO 12-2 Prekordiyumda Anormal Pulsasyonlar



Taban

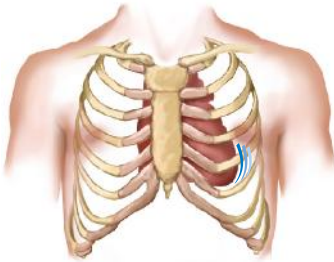
İkinci ve üçüncü sağ interkostal aralıklarda **titreme** şiddetli aortik stenoz ve sistemik hipertansiyonda oluşur.

İkinci ve üçüncü interkostal aralıklarda bir titreme pulmonik stenozda ve pulmoner hipertansiyonda oluşur.



Sol Sternal Kenar

Bir kabarma (kaldırma) pulmoner kapak hastalığı ve kronik akciğer hastalığı gibi durumlarda oluşur. Sistol sırasında sol alt sternal kenarda yaygın bir kaldırma yanıtı görürsünüz. Apekte çekilme ile birlikte olabilir çünkü sol ventrikül genişlemiş olan sağ ventrikül tarafından posteriora döndürülmüştür.



Apeks

Sol ventriküler hipertrofi ve dilatasyon var olduğunda kardiyak genişleme apikal impulsu laterale ve daha geniş bir alana değiştirir. Bu kalp yetmezliği, mitral regurjitasyon, aortik regurjitasyon ve soldan sağa şant durumunda olduğu gibi **hacim yüklenmesidir**.



Apeks

Dilatasyon olmadan sol ventrikül hipertrofisi olduğunda pikal impulsun gücü ve süresi artmıştır ancak sola doğru yerdeğiştirme olmak zorunda değildir. Bu aortik stenoz ya da sistemik hipertansiyonda olduğu gibi **basıncı yüklenmesidir**.

ÖZNEL VERİLER

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Bacak ağrısı ya da kramplar | 4. Lenf nodu büyümesi (şişmiş bezler) |
| 2. Kollar ya da bacaklar üzerinde deri değişiklikleri | 5. İlaçlar |
| 3. Bacaklarda şişlik | 6. Sigara içme öyküsü |

NESNEL VERİLER

HAZIRLIK

Tam bir fizik muayene sırasında kolları yaşamsal bulguları kontrol ederken ve hasta oturuyor iken inceleyin. Bacakları batın muayenesi sırasında kişi henüz supin pozisyonda iken inceleyin. Daha sonra bacak venlerini muayene etmek için kişiyi ayağa kaldırın.

GEREKLİ EKİPMAN
(BAZEN)

Mezuro
Turnike ya da kan basıncı manşonu
Steteskop
Doppler ultrason steteskopu

Normal Bulgu Aralığı

Anormal Bulgular

KOLLARDA İNŞPEKSİYON VE PALPASYON

Bölüm 5'te anlatıldığı gibi **deri** ve tırnak yataklarının rengini; derinin sıcaklık, yapı ve turgorunu ve herhangi bir lezyon, ödem ya da çomaklaşma olup olmadığını not edin.

Kapiller doluşu kontrol edin. Tırnak yataklarını bastırıp rengini soldurun; sonra serbest bırakıp rengin geri dönüşünü not edin. Genellikle damarlar saniyeden kısa bir sürede geri dolar. Renk 1-2 saniyede normale dönerse normal kabul edin. Bulgularınızı karıştırabilecek olan soğuk bir oda, vücut sıcaklığında azalma, sigara içme, periferik ödem ve anemi gibi durumları not edin.

İki kolun büyüklüğü **simetrik** olmalıdır.

1 ya da 2 saniyeden daha fazla süren geri doluş vazokonstriksiyon ya da kardiyak debide azalmaya işaret eder (hipovolemi, kalp yetmezliği, şok). Eller soğuk, nemli ve soluktur.

Üst ekstremitelerde ödem meme cerrahisi ya da radyasyon sonrasında lenfatik drenaj tıkanığında oluşur (*Jarvis: Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, sayfa 531, Tablo 20-2'ye bakınız).

Özet Kontrol Listesi: Periferik Vasküler Sistem ve Lenfatik Sistem

- | | |
|---|---|
| 1. Kollarda inspeksiyon yapın:
Renk ve boyut
Lezyonlar | 5. Ayaklar ve bacakların sıcaklığını kontrol edin. |
| 2. Nabızları palpe edin:
Radyal
Brakiyal | 6. İnguinal nodları palpe edin |
| 3. Epitrokleal nodu kontrol edin | 7. Nabızları palpe edin:
Femoral
Popliteal
Posterior tibial
Dorsalis pedis |
| 4. Bacaklarda inspeksiyon yapın
Renk ve büyüklük
Lezyonlar
Trofik deri değişiklikleri | |

DÖKÜMANTASYON**Örnek Dosya Notu****ÖZNEL**

Bacak ağrısı, deri değişikliği, şişlik ya da lenf nodu büyümesi yok. Kalp ya da vasküler problem öyküsü, diyabet ya da obezite yok. Sigara içmiyor. İlaç kullanmıyor.

NESNEL

İnspeksiyon: Ekstremiteler pembe-bronz renkte; kırmızılık, siyanoz ya da herhangi bir deri lezyonu yok. Ekstremitte büyüklüğü simetrik ve şişlik ya da atrofi yok.

Palpasyon: Sıcaklık ılık ve iki taraflı eşit. Tüm nabızlar var, 2+ ve iki taraflı eşit. Lenfadenopati yok..

DEĞERLENDİRME

Doku bütünlüğü sağlıklı

Doku perfüzyonu etkin.

Normal Bulgu Aralığı

Dalak. Normalde dalak palpe edilemez ve hissedilmesi için normal büyüklüğünün 3 katına çıkması gerekir. Sol elinizi abdomen üzerinde ve 11. ve 12. kotalarda sol taraf arkaya erişin. Destek için aşağıdan kaldırın. Sağ elinizi oblik olarak sol üst kadrana yerleştirin. Parmaklar aksillayı ve kosta kenarının hemen altını işaret etsin. Elinizi sol kosta kenarının altında derin bir şekilde aşağıya sokun ve kişiden derin bir nefes almasını isteyin. Sert bir şey hissetmemelisiniz. Genişlemiş olduğunda dalak aşağı kayar ve parmak uçlarınıza çarpar.

Böbrekler. Ellerinizi ördek gagası pozisyonunda kişinin sağ yanına koyarak sağ böbreği arayın. İki elinizi sıkıca bastırın ve kişiden derin bir nefes almasını isteyin. Çoğu insanda bir değişiklik gözlemezsiniz. Bazen sağ böbreğin alt ucunu parmaklarınızın arasında kayan yuvarlak, düzgün bir kitle olarak hissedebilirsiniz. Her iki durum da normaldir.

Sol böbrek sağ böbrekten 1 cm daha yukarıdadır ve normalde palpe edilemez.

Aorta. Birbirine karşılık gelen başparmak ve parmaklarınızı kullanarak üst batında, orta hattın hafif solunda aortik pulsasyonu palpe edin. Erişkinlerde normalde 2.5-4 cm genişliğindedir ve anterior yönde pulsasyon verir.

Kostovertebral Açık Hassasiyeti. Bir eli sırtta, kostovertebral açıda 12. kostonun üzerine koyun. Diğer yumruğunuzun ulnar kenarı ile bu ele vurun. Kişi normalde bir patırtı duyar ama ağrı hissetmez.

Anormal Bulgular

Dalak mononükleozis ve travma ile genişler (bkz Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, Sayfa 574, Tablo 21-7). Dalağı genişlemiş olan hastayı sevk edin; palpe etmeye devam etmeyin. Genişlemiş bir dalak kırılığandır ve aşırı palpasyonla kolaylıkla ruptüre olabilir.

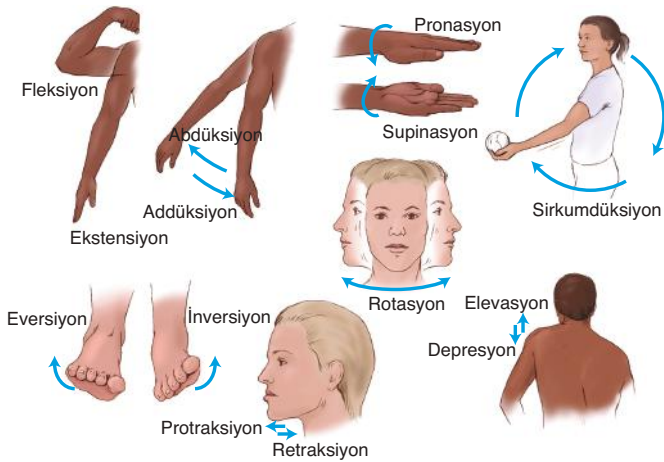
Sol kosta kenarından aşağıya kaç cm uzandığını açıklayın.

Genişlemiş böbrek.
Böbrekte kitle.

Anevrizma ile birlikte genişlemiş aorta.

Aortik anevrizmada belirgin lateral pulsasyon (bkz Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, Sayfa 573, Tablo 21-6).

Böbreğin ya da paraneftik alanın inflamasyonunda keskin ağrı olur.



İSKELET KASI HAREKETLERİ

15-2

© Pat Thomas, 2006.

prepatellar bursası) ve kaslar ve tendonların düzgün bir şekilde kemik üzerinde kaymasına yardımcı olur.

İskelet **kası** bir **tendon** yoluyla kemiğe bağlıdır- tendon uzun ve fibröz bir kordondur. İskelet kasları aşağıdaki hareketleri oluşturur (Şekil 15.2):

1. Fleksiyon—bir ekstremiteye bir eklemden bükmek
2. Ekstansiyon—bir ekstremiten bir eklemden düzleştirmek
3. Abdüksiyon—bir ekstremiten vücutun orta hattından uzaklaştırmak
4. Addüksiyon—bir ekstremiten vücutun orta hattına doğru yaklaştırmak
5. Pronasyon. Ön kol avuç içi aşağıya gelecek şekilde döndürmek
6. Supinasyon—ön kol avuç içi yukarı gelecek şekilde döndürmek
7. Sirkumdüksiyon—kolu omuz etrafında bir daire içinde hareket ettirmek
8. İnversiyon—Ayak tabanını ayak bileğinden içeri doğru hareket ettirmek
9. Eversiyon—Ayak tabanını ayak bileğinden dışarı doğru hareket ettirmek

10. Rotation—başı merkezi bir eksen etrafında döndürmek
11. Protraction—Bir vücut parçasını öne doğru ve zemine paralel hareket ettirmek
12. Retraction—Bir vücut parçasını geriye doğru ve zemine paralel hareket ettirmek
13. Elevasyon—bir vücut parçasını kaldırmak
14. Depresyon—bir vücut parçasını indirmek



KÜLTÜR VE GENETİK

ABD'de ve küresel olarak kadınlar arasında kemik mineral dansitesinde (KMD) önemli ırksal/etnik farklar bulunmaktadır. Daha yüksek bir KMD değeri daha yoğun bir kemik anlamına gelir; daha düşük bir KMD değeri postmenopozal kadınlarda kalça ve vertebra kırığının güçlü ve tutarlı bir öngörücüsüdür. Dört ülkedeki yaşlı kadınlar arasında KMD'yi karşılaştıran kanıtlar ABD'deki beyaz kadınlarla karşılaştırıldığında KMD kalça bölgesi ölçüm-

Normal Bulgu Aralığı

Karşı **kuvvet** uygularken hareketleri tekrarlayın. Kişi normalde sizin tüm direncinize karşı hareketi sürdürebilir. Bu ayrıca kraniyal sinir XI'i de test eder. Kişiden omuzlarını silkmelerini, öne ve yukarı doğru fleksiyon yapmasını ve direncinize karşı abduksiyona getirmesini isteyerek omuz kaslarının kuvvetini test edin. Omuz silkmeye ayrıca kraniyal sinir XI olan spinal aksesuar sinirin bütünlüğünü de test eder.

Dirsek

Dirseğin büyüklüğü ve konturu için hem fleksiyon hem de ekstansiyon pozisyonlarında **inspeksiyon** yapın. Herhangi bir deformite, kırmızılık ya da şişliği not edin.

Kişiden aşağıdakileri yapmasını isteyerek **ROM'u** test edin:

Kişiye komutlar	Hareket ve beklenen aralık
• Dirseği bükün ve düzleştirin.	150-160 derece fleksiyon, 0 derece ekstansiyon. Bazı normal insanlarda 5-10 derece tam ekstansiyon eksikken başkalarında 5-10 derece hiperekstansiyon vardır.
• Eli ortada tutun; daha sonra elin ön ve arka yüzleri ile masaya dokunun.	Pronasyon ve supinasyonda 90 derece hareket.

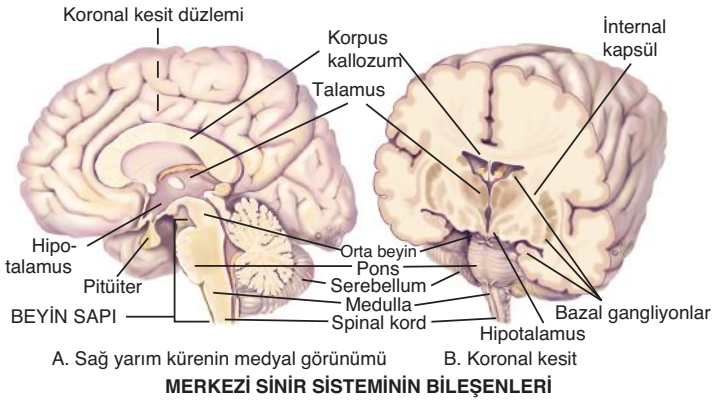
Kas gücünü test ederken bir elle kişinin kolunu stabilize edin (Şekil 15-3). Kişi bileğin hemen proksimalinden uyguladığınız dirence karşı dirseğini fleksiyona getirsin. Daha sonra direncinize karşı dirseğini ekstansiyona getirmesini söyleyin.

Anormal Bulgular

Şişlik ve kızarıklık (bkz Jarvis: *Fizik Muayene ve Sağlık Değerlendirmesi*, 7. Baskı, s. 622, Tablo 22-3).



15-3 Kas gücünü test ederken eklemi stabilize edin.



16-2

ların en üst düzey fonksiyonları için merkezdir- yürütücü düşünce, bellek, akıl yürütme, algılama ve istemli hareket (Şekil 16-1). Serebrumun her bir yarısı bir **hemisferdir**. Her bir hemisfer dört **loba** bölünmüştür: frontal, parietal, temporal ve oksipital.

Şekil 16-1'de gösterildiği gibi loblarda spesifik işlevlere aracılık eden belirli bölgeler vardır. Bu spesifik korteks bölgelerine hasar karşılık gelen bir işlev kaybı oluşturur: motor kusur, paralizi, duyu kaybı ya da dili anlama ve işleme becerisinde bozulma.

Serebral kortekse ilave olarak MSS'nin başka yaşamsal bileşenleri de bulunmaktadır (Şekil 16-2).

Talamus gelmekte olan duyuşal yollar için ana aktarım istasyonudur.

Hipotalamus sıcaklık, uyku, duygular, otonomik aktivite ve pitüiter bezi kontrol eder.

Serebellum motor koordinasyon, denge ve kas tonusu ile ilgilidir.

Orta beyin ve pons motor nöronlar ve motor ve duyuşal traktuslar içerir.

Medulla lif traktusları ve solunum, kalp ve gastrointestinal işlev için yaşamsal otonomik merkezler içerir.

Spinal kord beyni spinal sinirlere bağlayan çıkan ve inen sinir traktusları için ana yoldur ve reflekslere aracılık eder.

PERİFERİK SINIR SİSTEMİ

Kraniyel Sinirler

Kraniyel sinirler spinal kord yerine beyne girip çıkarlar (Şekil 16-3). 12 çift kraniyel sinir asıl olarak baş ve boynu besler. İstisna olarak vagus siniri kalp, solunum kasları, mide ve safra kesesi yoluyla ilerler.

Spinal Sinirler

31 çift spinal sinir spinal korddan çıkar ve vücudun kalanını besler (Şekil 16-4). Çıktıkları omurga bölgesine göre isimlendirilirler: 8 servikal, 12 torasik, 5 lumbal, 5 sakral ve 1 koksigeal. Bunlar “karışık” sinirlerdir çünkü hem duyuşal hem de motor lifler içerirler.

Normal Bulgu Aralığı

Biceps Refleksi (C5-C6). Bu kişinin ön kolunu kendinizinkiyle destekleyin; bu pozisyon onun kolunu gevşetir ve kısmen fleksiyona getirir. Başparmağınızı biceps tendonu üzerine koyun ve başparmağınızın üzerine vurun. Normal yanıtı hem hissedip hem de görebilirsiniz ki bu yanıt önkol fleksiyonudur (Şekil 16.10).



16-10 Biceps refleksi.

Triseps Refleksi (C7-C8). Üst kolunu tutarken kolunu ölü gibi serbest bırakmasını isteyin. Dirseğin hemen üzerinde triseps tendonuna doğrudan vurun (Şekil 16-11). Normal yanıt önkolda ekstansiyondur. Alternatif olarak kişinin el bileğini göğsünde tutarak kolu dirsekten fleksiyona getirin ve tendona vurun.

Anormal Bulgular

Refleks olmaması olan hiporefleksi bir alt motor nöron sorunudur. Duyusal aferentlerin kesilmesi ya da motor efferentler ve ön boynuz hücreleri gibi motor efferentlerin harabiyeti (örn spinal kord yaralanması) sonucunda oluşur.

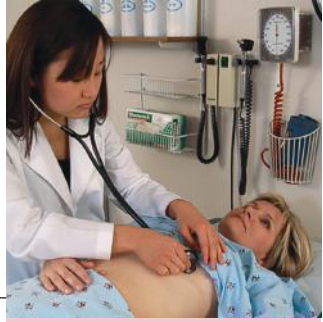
Normal Bulgu Aralığı	Anormal Bulgular
Abdominal elle bastırırken iki elle muayenenin adımlarını tekrarlayın. İntravajinal parmağı serviks üzerinde tutmaya çalışın ve böylece intrarektal parmak serviksi bir kitleyle karıştırmayacaktır. Rektovajinal septum düzgün, ince, sıkı ve katlanabilir olarak hissedilmelidir. Rektovajinal kese ya da cul-de-sac potansiyel bir boşluktur ve genellikle palpe edilemez. Uterus duvarı ve fundus sıkı ve düzgün hissedilirler. Rektal duvar ve anal sfinkter tonusunu kontrol etmek için intrarektal parmağı döndürün (anüs ve rektum değerlendirmesi için Bölüm 19'a bakınız). Geri çektikten sonra eldivenli elinizi inceleyin; yapışmış olan dışkı varsa gizli kan açısından test edin. Kadına o bölgeyi silmek için mendiller verin ve doğrulmasına yardımcı olun. Düşmemek için oturmadan önce kalçalarını masanın kenarından geri çekmesi gerektiğini hatırlatın.	Nodüler Kalınlaşmış.

GELİŞİMSEL YETERLİLİK

Gebe Kadın

Dış genitaler vaskülaritede artış sebebiyle perine ve vulvada hiperemi gösterir. Varikoz venler labia ya da bacaklarda bulunabilir. Anüs çevresinde hemoroid olabilir. Her ikisi de fetüsün uyguladığı basınç sebebiyle venöz dönüşün bozulmasından kaynaklanır.

İçeride vajen duvarları hiperemi sebebiyle mor ya da mavi görünür. Vajen duvarlarında derin rugalar vardır ve vajen mukozası kalınlaşmıştır. Serviks mavi görünür ve kadifemsi hissedilir ve gebelik dışındaki duruma göre daha yumuşaktır. Bu da vajen duvarlarından ayırt edilmesini biraz daha zorlaştırır.

Adım	Örnek Kayıt
Boyun Damarları - Boynun her bir tarafında jugüler venöz basınç için inspeksiyon yapın ve başı yavaşça diğer tarafa döndürün. - Lüzumu halinde jugüler venöz basınç tahmini yapın. Kalp - Prekordiyumda pulsasyonlar ve ekvesyonlar için inspeksiyon yapın. - Apikal impulsu palpe edin ve yerleşimini not edin. - Prekordiyumda üfürümleri palpe edin - Apikal hızı ve ritmi oskulte edin. - Kalp seslerini dinlemek için stetoskopun diyaframı ile oskulte edin. Apeks-ten tabana doğru ya da tersine ilerleyin. - Kalp seslerini stetoskopun çanı ile oskulte edin, yine tüm odakları dahil edin. - Hastayı sola döndürün ve yine apeksi çanı ile oskulte edin. Hasta supin pozisyonda olmalıdır; yatak ya da masa düz olmalıdır; abdomeni göğüsten pubise kadar açığa çıkaracak şekilde örtüleri ayarlayın. Batın - İnspeksiyon: kontur, simetri, deri özellikleri, umbilikus ve pulsasyonlar. - Barsak seslerini oskulte edin. - Aorta ve renal arterler üzerindeki vasküler sesleri oskulte edin. - Tüm kadransları oskulte edin. - Sağ ortaklaviküler hatta karaciğer büyüklüğü için perküsyon yapın. - Dalak yerleşimi için perküsyon yapın.	<i>Eksternal jugüler venler düz.</i> <i>Prekordiyum: Apikal impuls 5. İnterkostal aralıkta, sol mid-klaviküler hattadır. Kaldırma ya da titretme yoktur; hız dakikada 68 ve ritim düzenli; S1 ve S2 normal, artma ya da azalma yok; ekstra kalp sesi ve üfürüm yok.</i>  <i>Batın: Düz, simetrik, görünen bir kitle yok. Deri düz, stria, skar ya da lezyon yok. Barsak sesleri var, üfürüm yok. 4 kadranın tamamında perküsyonla timpanik ses var. Karaciğer orta klaviküler hatta 8 cm alta iniyor; splenik matite orta mid-aksiller hatta 10. İnterkostal aralıkta. Batın palpasyonda yumuşak, organomegali yok, kitle yok, hassasiyet yok.</i>

Adım

Bazı Fotoğraflar

NÖROLOJİK SİSTEM

1. İsmi söylendiğinde gözler kendiliğinden açılıyor.
2. Motor yanıt güçlü ve iki taraflı eşit
3. Sözel yanıtlar anlamlı; konuşma net ve artikülasyon iyi.
4. Pupil büyüklüğü mm olarak ve reaksiyonu, sağ ve sol
5. Avuç içi kavrama gücüne bakarak sağ ve solda üst ekstremité kas gücü.
6. Ayaklarını avuç içlerinize karşı itmeye bakarak sağ ve sol alt ekstremité kas gücü
7. Pitozis, yüzde sarkma
8. Duyular (gerekli olmadığı takdirde atlayın)
9. İletişim
10. Yutma becerisi

SOLUNUM SİSTEMİ

1. Maske, nazal uçlarla oksijen; uygunluğu kontrol edin.
2. FiO₂ not edin
3. Solunum çabası
4. Solunum sesleri için oskültasyon yapın, taraf tarafa karşılaştırın:
Posterior loblar: sol üst, sağ üst, sol alt, sağ alt
NOT: Oturamıyorsa başka bir hemşire hastayı bir yanından tutsun.
Anterior loblar: sağ üst, sol üst, sağ alt ve orta, sol alt.
5. Öksürüp derin nefes alsın; mukus var mı? Rengi ve miktarı kontrol edin
6. İstendiyse insentif spirometre; hastayı her saat için 10 inspirasyonda kullanması için teşvik edin. Nabız oksimetri %'si ya da solunum hızı düşerse her 15 dakikada bir kullanmayı teşvik edin.



Orjinali “**Pocket Companion for Physical Examination and Health Assessment, 7th Edition**” olarak yayınlanan bu kitabın Türkçe çevirisi Elsevier sözleşmesi altında yayınlanmaktadır.

