



FIRST AID FOR
THE®
INTERNAL MEDICINE BOARDS

İÇ HASTALIKLARI YETERLİLİK SINAVLARI İÇİN

İKİNCİ BASKI

Sınavı kazananlardan
başarılı olabilmek
için taktikler

Son tekrara yönelik olarak
önemli konuların özetleri

Sınavda yararlı olduğu
kanıtlanmış ipuçları ve
klinik hatırlatmalar

Bilinmesi gereken klinik
görünümleri içeren
20 sayfalık renkli ek

Tao Le
Peter Chin-Hong
Thomas E. Baudendistel

Çeviri Editörleri
Serhat Ünal
Alpaslan Kılıçarslan



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Mc
Graw
Hill

Medical

FIRST AID FOR THE®

İÇ HASTALIKLARI YETERLİLİK SINAVLARI İÇİN

İkinci Baskı

TAO LE, MD, MHS

Klinik Tıp ve Pediatri Doçenti
Alerji ve İmmünoloji Bölümü Şefi
Louisville Üniversitesi Tıp Fakültesi
Louisville, Kentucky

PETER CHIN-HONG, MD

İnfeksiyon Hastalıkları Bölümü Doçenti
San Francisco, California Üniversitesi
Tıp Fakültesi
San Francisco, California

**THOMAS E. BAUDENDISTEL,
MD, FACP**

İç Hastalıkları Bölümü Başkan Yardımcısı
California Pacific Tıp Merkezi Tıp Bölümü
San Francisco, California

Çeviri Editörleri

PROF. DR. SERHAT ÜNAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
İnfeksiyon Hastalıkları Ünitesi

DOÇ. DR. ALPASLAN KILIÇARSLAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Genel Dahiliye Ünitesi

Çeviri

DR. UĞUR ŞAHİN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

İÇİNDEKİLER

Yazarlar	vii
Gözden Geçiren Kıdemliler	ix
Önsöz	xi
Çeviri Editörlerinin Önsözü	xiii
Teşekkür	xv
Nasıl Katkıda Bulunulur?	xvii
Giriş: AİHK Klavuzu	xix
Bölüm 1 Alerji ve İmmünoloji <i>Raffi Tachdjian, MD, MPH</i> <i>Marc Riedl, MD, MS</i>	1
Bölüm 2 Ayakta Tıbbi Bakım <i>Deborah Lindes, MD</i> <i>Cindy J. Lai, MD</i>	23
Bölüm 3 Kalp ve Damar Hastalıkları <i>Ankush Goel, MD</i> <i>Sanjiv Shah, MD</i>	83
Bölüm 4 Yoğun Bakım <i>Elliott Dasenbrook, MD</i> <i>Christian A. Merlo, MD, MPH</i>	149
Bölüm 5 Dermatoloji <i>Tara Miller, MD</i> <i>Siegrid S. Yu, MD</i>	161
Bölüm 6 Endokrinoloji <i>Melissa Weinberg, MD</i> <i>Diana M. Antoniucci, MD</i> <i>Karen Earle, MD</i>	203
Bölüm 7 Gastroenteroloji ve Hepatoloji <i>Ma Somsouk, MD</i> <i>Scott W. Biggins, MD, MAS</i>	251
Bölüm 8 Geriatri <i>Abigail Holley, MD</i> <i>Param Dedhia, MD</i>	313
Bölüm 9 Hematoloji <i>Andrea Harzstark, MD</i> <i>Thomas Chen, MD, PhD</i>	341
Bölüm 10 Hastanede Tıbbi Bakım <i>Jesse Liu, MD</i> <i>Robert L. Trowbridge, MD</i>	387

Bölüm 11	İnfeksiyon Hastalıkları	421
	<i>Brian S. Schwartz, MD</i> <i>José M. Eguía, MD</i>	
Bölüm 12	Nefroloji	479
	<i>Carmen A. Peralta, MD, MAS</i> <i>Alan C. Pao, MD</i>	
Bölüm 13	Nöroloji	509
	<i>Joey English, MD, PhD</i> <i>S. Andrew Josephson, MD</i>	
Bölüm 14	Onkoloji	549
	<i>Andrea Harzstark, MD</i> <i>Jonathan E. Rosenberg, MD</i>	
Bölüm 15	Psikiyatri	581
	<i>Demian Rose, MD, PhD</i> <i>Amin N. Azzam, MD, MA</i>	
Bölüm 16	Göğüs Hastalıkları	599
	<i>Elliott Dasenbrook, MD</i> <i>Christian A. Merlo, MD, MPH</i>	
Bölüm 17	Romatoloji	629
	<i>Mary E. Margaretten, MD</i> <i>Jonathan Graf, MD</i>	
Bölüm 18	Kadın Sağlığı	665
	<i>Deborah Lindes, MD</i> <i>Linda Shive, MD</i>	
Renkli Ekler		682-683 arasında
Ekler: Kısaltmalar ve Semboller		689
Dizin		697
Yazarlar Hakkında		713

ÖNSÖZ

İç Hastalıkları Yeterlilik Sınavları için İlk Yardım®’ın gözden geçirilmiş ve genişletilmiş bu baskısı ile stajyerlere ve hekimlere Amerikan İç Hastalıkları Kurulu – AIHK (American Board of Internal Medicine – ABIM) belgeleme ve yeniden belgelendirme sınavlarına hazırlık için en kullanışlı ve güncel bilgileri içeren bir kılavuz sunduğumuzu ümit ediyoruz. Bu baskı yetenekli bir grup yazarın olağanüstü gayretlerinin sonucunu yansıtmakta ve şunları içermektedir:

- Kanıtlanmış test tekniği ve çalışma taktiklerini içeren pratik sınava hazırlık kılavuzu
- Yeterlilik sınavlarında sorulabilecek binlerce konunun güncel özeti
- Gözden geçirilmiş yüzlerce faydalı tablo, şema ve çizim
- Sayfa kenarlarında yeterlilik sınavlarında “mutlaka bilinmesi gereken” bilgileri vurgulayan anahtar notlar
- Tüm bölümlerde öğrenmeyi akılda kalıcı ve zevkli hale getiren hatırlatıcı ipuçları

Sizleri *İç Hastalıkları Yeterlilik Sınavları için İlk Yardım®*’ı geliştirmek için düşünce ve fikirlerinizi paylaşmaya davet ediyoruz. Sayfa xvii’de Nasıl Katkıda Bulunulur bölümüne bakınız.

<i>Louisville</i>	Tao Le
<i>San Francisco</i>	Peter Chin-Hong
<i>San Francisco</i>	Thomas Baudendistel

ÇEVİRİ EDITÖRLERİNİN ÖNSÖZÜ

Türkçe çevirisi için katkıda bulunduğumuz İç Hastalıkları Yeterlilik Sınavları için İlk Yardım®'in gözden geçirilmiş ve genişletilmiş bu baskısı, tıp fakültesi öğrencileri, pratisyen hekimler ve iç hastalıkları uzmanları için belgeleme ve yeniden belgelendirme sınavlarına hazırlık amaçlı çok kullanışlı ve güncel bilgileri içeren kılavuz olduğuna inanıyoruz. Bu kitap her sene yenilikleri kapsayacak şekilde yeniden yayınlanmaktadır. Bu baskı aşağıda genel hatlarıyla verilmiş olan konu başlıklarını içermektedir:

- Kanıtlanmış test tekniği ve çalışma taktiklerini içeren pratik sınava hazırlık kılavuzu
- Yeterlilik sınavlarında sorulabilecek binlerce konunun güncel özeti
- Gözden geçirilmiş yüzlerce faydalı tablo, şema ve çizim
- Sayfa kenarlarında yeterlilik sınavlarında “mutlaka bilinmesi gereken” bilgileri vurgulayan anahtar notlar
- Tüm bölümlerde öğrenmeyi akılda kalıcı ve zevkli hale getiren hatırlatıcı ipuçları

Kitabın erken dönemde baskıya yetişmesi için değerli vakitlerinin çoğunu çeviri için harcayan hekim arkadaşlarımıza teşekkürü bir borç biliriz. Ayrıca, bu değerli eserin hedef kitleye kazandırılmasında Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına teşekkür ederiz.

Sizleri İç Hastalıkları Yeterlilik Sınavları için İlk Yardım®'ı geliştirmek için düşünce ve fikirlerinizi paylaşmaya davet ediyoruz. Sayfa xvii'de Nasıl Katkıda Bulunulur bölümüne bakmanızı rica ediyoruz.

Tüm okuyuculara faydalı olması dileğiyle.

Çeviri Editörleri
Prof. Dr. Serhat Ünal
Doç. Dr. Alpaslan Kılıçarslan

B Ö L Ü M 1

Allerji ve İmmünoloji

Raffi Tachdjian, MD, MPH

Marc Riedl, MD, MS

Allerjide Tanı Testleri	2
ALERJİ İÇİN DERİ TESTLERİ	2
ALERJİ İÇİN LABORATUAR TESTLERİ	2
GEÇİKMİŞ TIP AŞIRI DUYARLILIK İÇİN DERİ TESTLERİ	2
ALERJEN YAMA TESTLERİ	2
İmmünolojide Tanı Testleri	2
KOMPLEMAN EKSİKLİĞİ İÇİN TESTLER	2
HUMORAL (B-HÜCRESEL) VE HÜCRESEL (T-HÜCRESEL) YETERSİZLİKLER İÇİN TESTLER	3
İmmünolojik Tepkimelerin Gell ve Coombs Sınıflaması	4
TIP I: HIZLI TEPKİMELE (IgE ARACILI)	4
TIP II: SİTOTOKSİK TEPKİMELE	4
TIP III: İMMÜN KOMPLEKS TEPKİMELE	4
TIP IV: GEÇİKMİŞ TIP AŞIRI DUYARLILIK TEPKİMELE (T-HÜCRESEL ARACILI)	4
Astım	4
Alerjik Rinit	7
Aşırı Duyarlılık (Hipersensitivite) Pnömoniti	8
Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis (Abpa)	10
Alerjik Fungal Sinüzit	11
Ürtiker ve Anjiyoödem	12
Atopik Dermatit	13
Alerjik Temas Dermatiti	14
Anafilaksi	15
Anafilaksi Benzeri (Anafilaktoid) Tepkimeler	16
Besin Alerjisi	16
Sokan Böceklerle Karşı Alerji	17
İlaç Alerjisi	18
Mastositoz	19
Erişkinlerde 1° İmmünyetmezlikler	20

ALLERJİDE TANI TESTLERİ

Alerji İçin Deri Testleri

- Alerjene özgül IgE antikorlarının varlığının doğrulayan testler
 - **Deriyi çizerek ve delerek yapılan (prick-puncture) deri testleri:** Çeşitli amaçlar için uygundur. Bir damla saflaştırılmış alergen deri yüzeyine yerleştirilir ve özel bir iğne ile epidermal bir delik açılır.
 - **Intradermal deri testleri:** Zehir ve penisilin testleri için kullanılır; 0,02 mL alergen 26-27 gauge iğne kullanılarak deri içine enjekte edilir.
- Bütün deri testlerinde (+) kontrol olarak histamin ve (-) kontrol olarak serum fizyolojik kullanılmalıdır.
- Deri testlerinde oluşan **kabarma ve kızarma reaksiyonları** alergen yerleştirildikten 15-20 dakika sonra ölçülmelidir.

Alerji İçin Laboratuvar Testleri

- Radyoalergosorbent (RAST) yöntemiyle yapılan serolojik testler **alerjene özgül IgE antikorlarının** varlığını doğrulamak amacıyla kullanılır.
- Testin sonuçları polen ve besine özgül IgE için kullanılan deri testlerinin sonuçlarıyla karşılaştırılabilir.
- Kişinin alerjene karşı anafilaktik duyarlılığı varsa bu testlerin kullanımı önerilir; deri testleri bulunmadığında ya da bu testlerin deriye bağlı nedenler veya kullanılan ilaçlar (örneğin, antihistaminik kullanımı) yüzünden kullanımı uygun olmadığında faydalı olabilir.
- RAST testleri genellikle zehir ve ilaç alerjisinin test edilmesinde tek başına yeterli değildir.

Gecikmiş Tip Aşırı Duyarlılık İçin Deri Testleri

- **Hücre aracılı immünitenin** çalıştığını gösteren etkin bir tarama testidir.
- **0,1 mL saflaştırılmış antijenin intradermal enjeksiyonu** ile yapılır. Standart olarak **Candida, kabakulak, tetanoz toksoidi ve PPD** kullanılır.
- Enjeksiyon bölgesi **enjeksiyondan 48 saat sonra endurasyon** oluşumu açısından değerlendirilir.
- Normal kişilerin yaklaşık %95'inde yukarıda belirtilen antijenlerden birine karşı cevap gözlenir.
- Cevabın olmaması hücre aracılı immünitede bozukluk olduğunu veya anerjiyi düşündürür.

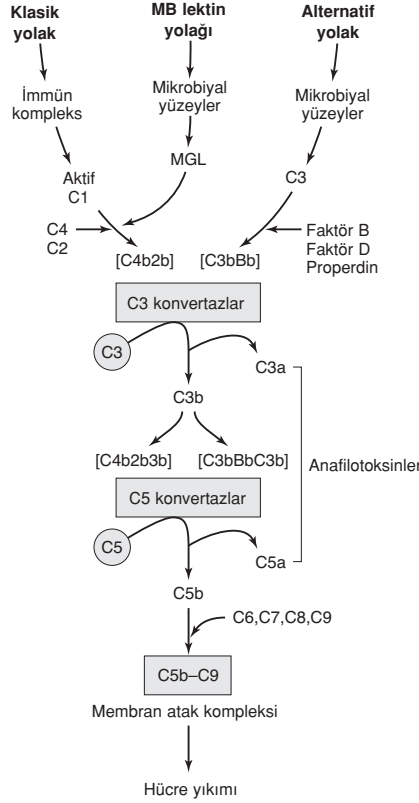
Alerjen Yama Testleri

- **Alerjik kontak dermatiti** için uygun tanısal testtir.
- Şüpheli maddeler yapışkan test çubukları kullanılarak 48 saat boyunca deriye uygulanır.
- Uygulamadan 48-72 saat sonra deri bölgesi eritem, ödem ve vezikül oluşumu (kontak dermatiti oluşturulması) açısından değerlendirilir.

İMMÜNOLOJİDE TANI TESTLERİ

Kompleman Eksikliği İçin Testler

- Kompleman yolağı **klasik, alternatif ve mannoz bağlayıcı lepton yolaklarını** içerir (Bkz. Şekil 1.1).
- **CH50 klasik kompleman yolağı** için tarama testidir.
- Normal CH50 cevabının oluşması için **C1-C9** arası tüm dokuz bileşene ihtiyaç vardır.
- Normal CH50 cevabı C3 veya C4'ün düşük olması ihtimalini dışlayamaz.



ŞEKİL 1.1. Kompleman tepkimesi düzeni.

(Brooks GF, et al. Jawetz, Melnick, & Adelberg's Medical Microbiology, 24th ed. New York: McGraw-Hill, 2004, Şekil. 8-9.'dan izinle alınmıştır.)

- Hastalığa yol açan eksiklikler şunlardır:
- CH50: C1-C9 arası herhengi bir kompleman.
- C1-INH: Kalıtsal anjiyoödem.
- C1, C2, C4: tekrarlayan sinopulmoner infeksiyonlar (kapsüllü bakterilerle).
- C2: SLE.
- C3: Piyojenik bakteriyel infeksiyonlar.
- C5-C9: Neisseria infeksiyonları.

Humoral (B-Hücre) ve Hücre (T-Hücre) Yetersizlikler İçin Testler

B ve T-hücre yetersizlikleri için kullanılan testler şunlardır:

- CD19: B-hücre immünitesi için.
- IgG, IgM, IgA, IgD, IgE: antikor için.
- CD3, CD4, CD8: T-hücre immünitesi için.
- CD16, CD56: doğal katil (natural killer) hücre immünitesi için.



Diğer yönlerden sağlıklı olduğu bilinen bir hasta tekrarlayan Neisseria meningitis infeksiyonları ile başvurduğunda uç kompleman eksikliği (C5-C9) düşününüz.

B Ö L Ü M 2

Ayakta Tıbbi Bakım

Deborah Lindes MD,
Cindy Lai, MD

Sık Görülen Hastalıkların Taranması	25
HİPERLİPİDEMİ TARAMASI	25
DİYABETES MELLİTUS (DM) TARAMASI	25
Kanser Taraması	26
MEME KANSERİ	26
SERVİKS KANSERİ	29
KOLOREKTAL KANSER	30
PROSTAT KANSERİ	30
AKCİĞER KANSERİ	31
Aşılama	31
Obezite ve Metabolik Sendrom	31
OBEZİTE	31
METABOLİK SENDROM	34
Besin Takviyeleri ve Bitkisel İlaçlar	35
Adolesanlarda Sporcu Sağlığı Taraması	35
Meslek Sağlığı	36
SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE HASTALIK MARUZİYETİ/ÖNLENMESİ	37
Göz Hastalıkları	38
KIRMIZI GÖZ	38
GÖRME KAYBI	41
SİSTEMİK HASTALIKLARDA GÖZ BULGULARI	43
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	45
BAKTERİYEL SİNÜZİT	45
AKUT OTİTİS MEDYA	46
OTİTİS EKSTERNA	46
İŞİTME KAYBI (İK)	47
KULAK ÇINLAMASI (TİNNİTUS)	48
FARENJİT	48
AKUT BRONŞİT	49
AĞIZ LEZYONLARI	50

Üroloji	50
İDRAR İNKONTİNANSI	50
BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ (BPH)	51
EREKTİL DİSFONKSİYON (ED)	53
PROSTATİT	54
GENİTAL LEZYONLAR	54
Ortopedi	55
ROTATOR CUFF TENDİNİTİ VEYA YIRTIĞI	55
DİZ AĞRISI	58
AYAK VE AYAK BİLEĞİ AĞRISI	58
BEL AĞRISI (BA)	59
Kardiyovasküler Hastalıklar	63
HİPERTANSİYON	63
SİGARA VE SİGARAYI BIRAKTIRMA	65
Sık Görülen Semptomlar	65
BAŞ DÖNMESİ (VERTİGO)	65
İSTEMSİZ KİLO KAYBI	67
YORGUNLUK	69
KRONİK ÖKSÜRÜK	69
UYKUSUZLUK (İNSOMNİ)	70
KRONİK ALT EKSTREMİTE ÖDEMİ	70
KOMPLEKS BÖLGESEL AĞRI SENDROMU (KBAS)	72
Tıp Etiği	73
KARAR VERME	73
GİZLİLİK	74
HATALARI BİLDİRME	74
ÖZÜRÜ OLAN HEKİMLER	74
GEREKSİZ BAKIM	74
KAYNAKLARIN DAĞITILMASI	74
Eşcinsel Erkek ve Kadınların Sağlığı	75
RİSKLER	75
TARAMA	75
Kanıta Dayalı Tıp	75
ANA ÇALIŞMA ÇEŞİTLERİ	75
TEST PARAMETRELERİ	75
GEÇERLİLİĞİ TEHDİT EDEN DURUMLAR	79
HİPOTEZLERİ TEST ETMEK	80

Hiperlipidemi Taraması

Hiperlipidemi KAH, inme ve periferik arter hastalığı için bir risk faktörüdür. KAH için diğer majör risk faktörleri şunlardır:

- Yaş (erkeklerde >45, kadınlarda >55), sigara içmek, hipertansiyon, erken KAH için aile hikayesinin varlığı, HDL <40 (HDL >60 olması koruyucudur), yüksek LDL.
- DM ve semptomatik koroner dışı aterosklerotik hastalık (örneğin; karotid arter hastalığı, periferik arter hastalığı, abdominal aort anevrizması) KAH risk faktörü eş-değerleridir.

TANI

- Açlık total kolesterol, LDL, HDL ve trigliserit (TG) düzeyleri.
- Eğer KAH için risk faktörü yoksa tarama önerileri şöyledir:
 - Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu (The United States Preventive Services Task Force - USPSTF) erkeklerde ≥ 35 ve kadınlarda ≥ 45 yaş için tarama yapılmasını önermektedir. 20 yaş ve üzerindeki genç erişkinler eğer diğer majör kardiyovasküler risk faktörleri mevcutsa taranabilir.
 - Ulusal Kolesterol Eğitimi Programı Erişkin Tedavisi Kurulu III (The National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III – NCEP ATP III) ≥ 20 yaş için en az beş yılda bir tarama yapılmasını önermektedir.
 - Taramayı kesmek için en uygun yaş bilinmemektedir. Birden çok kardiyovasküler risk faktörü bulunmadığı sürece >65 yaş hastaların taranmasını destekleyen kanıtlar yetersizdir.

TEDAVİ

- LDL düzeyi hedeflenenin üzerinde kalan tüm hastalar için tedaviye yönelik hayat tarzı değişiklikleri (TYD) yapılması gereklidir. Bu değişiklikler şunlardır:
 - Doymuş yağlardan fakir, kolesterolden fakir, liften zengin diyet.
 - Bitkisel stanoller/steroller (2g/gün).
 - Kilonun kontrolü.
 - ↑ fiziksel aktivite.
- Statinler kardiyovasküler sonlanımlar üzerinde gösterilen olumlu etkileri nedeniyle kolesterol düşürücü tedavi gereksinimi olan hastaların çoğunda birinci basamak tedavisidir. Temel kolesterol düşürücü ilaç sınıflarının etkileri ve endikasyonları Tablo 2.1'de verilmiştir.
- Tablo 2.2'de LDL kolesterol hedeflerini belirleyen risk sınıfları verilmiştir.

Diyabetes Mellitus (DM) Taraması

- Amerikan Diyabet Cemiyeti (American Diabetes Association - ADA) 45 yaşından veya risk faktörleri varlığında daha erken yaştan başlayarak DM taraması yapılmasını önermektedir. USPSTF genel nüfusta DM taraması yapılmasını destekleyen veya karşı çıkan kanıtların yetersiz olduğunu belirtmekle birlikte hipertansiyon veya hiperlipidemisi olan hastalarda taramayı önermektedir.
- ADA tanı ölçütlerine göre aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı tanı için yeterlidir (birden fazla ölçümde):
 - Açlık kan şekeri ≥ 126 mg/dL.
 - DM semptomları (poliüri, polidipsi, kilo kaybı) ile birlikte rasgele bakılan kan şekerinin ≥ 200 mg/dL olması.



Statinler ve fibratların birlikte kullanılması miyozit ve rabdomiyoliz riskinde ↑ yol açar. Statin ve gemfibrozil birlikte kullanan hastaların %1-5'inde kas toksisitesi gözlenir.



Statin kullanan hastaların az bir kısmında miyalji görülür, fakat yüksek CK düzeyleri ile birlikte miyozit ve rabdomiyoliz ile birlikte böbrek yetmezliği görülmesi çok nadirdir. Statini keserek ve destek tedavi vererek tedavi ediniz.

B Ö L Ü M 3

Kardiyovasküler Hastalık

Ankush Goel, MD

Sanjiv Shah, MD

Kalp Hastalıklarının Tanısı ve Testler	85
FİZİK MUAYENE	85
İNVAZİF OLMAYAN KALP TESTLERİ	91
KARDİYAK KATETERİZASYON VE KORONER ANJİYOGRAFI	95
Koronar Arter Hastalığı (KAH)	99
AKUT KORONER SENDROMLAR	99
AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜNÜN KOMPLİKASYONLARI	100
KARDİYOJENİK ŞOK	103
KRONİK KARARLI ANJİNA	105
GÖĞÜS AĞRISI İÇİN TANI STRATEJİLERİ VE RİSK SINIFLAMASI	106
KORONER ARTER HASTALIĞININ YÖNETİMİ	107
Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY)	107
SİSTOLİK VE DİYASTOLİK İŞLEV BOZUKLUKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	107
KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİNİN TEDAVİSİ	109
Kardiyomiyopatiler Ve Miyokardit	111
RESTRIKTİF KARDİYOMİYOPATİ	111
HİPERTROFİK KARDİYOMİYOPATİ (HKM)	113
DİLATE KARDİYOMİYOPATİ	115
AKUT MİYOKARDİT	116
Perikard Hastalıkları	117
AKUT PERİKARDİT	117
PERİKARD EFÜZYONU	119
KONSTRIKTİF PERİKARDİT	119
KALP TAMPONADI	120
Elektrofizyoloji	121
VENTRİKÜL TAŞIKARDİSİ (VT) VE VENTRİKÜL FİBRİLASYONU (VF)	121
ATRİYAL FİBRİLASYON (AF)	123
ATRİYAL FLATTER	125
PAROKSİSMAL SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ (PSVT)	126

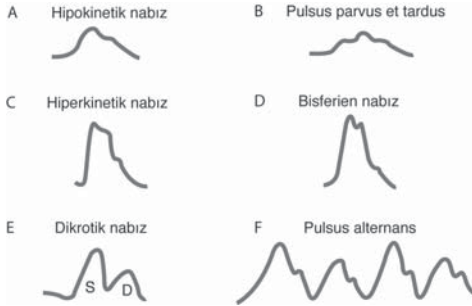
WOLFF-PARKINSON-WHITE (WPW) SENDROMU	126
KALP NEDENLİ SENKOP	128
BRADİKARDİ	130
KALICI KALP PİLİ ENDİKASYONLARI	131
ANİ KARDİYAK ÖLÜM	132
DAHİLİ KARDİOVERSİYON-DEFİBRİLASYON CİHAZLARI (ICDs)	133
Kalp Kapak Hastalığı	133
AORT DARLIĞI	133
AORT YETMEZLİĞİ	135
MITRAL DARLIĞI	136
MITRAL YETMEZLİĞİ	137
MITRAL KAPAK PROLAPSI	139
PROTEZ KAPAKLAR	139
Erişkinde Doğuştan Kalp Hastalıkları	140
ATRIYAL SEPTAL DEFEKT (ASD)	141
AORT KOARKTASYONU	142
PATENT DUKTUS ARTERİYOZUS (PDA)	143
VENTRİKÜLER SEPTAL DEFEKT (VSD)	144
Diğer Konular	145
AORT DİSEKSİYONU	145
PERİFERİK DAMAR HASTALIĞI	146

Fizik Muayene

ARTERYEL NABIZLAR

Aşağıda anormal arteriyel nabız atımları ve bunlarla ilişkili hastalıklara örnekler verilmiştir (aynı zamanda Bkz. Şekil 3.1):

- **Zayıflamış/abartılı/simetrik olmayan nabızlar:**
 - **Zayıflamış nabızlar:** Aterosklerotik periferik damar hastalığı (üfürüm dinleyiniz); kalp debisinde azalma ilişkili durumlar (örneğin; kalp yetmezliği, kalp tamponadı, kritik aort darlığı).
 - **Abartılı nabızlar:** Aort yetmezliği, koarktasyon (sadece üst ekstremitelerde), patent duktus arteriyozus (PDA), hipotiroidi, arteriyovenöz fistül.
 - **Simetrik olmayan nabızlar:** Şiddetli aterosklerotik damar hastalığı, aort diseksiyonu, Takayasu arteriti, aort koarktasyonu (radyal nabızlarla karşılaştırıldığında gecikmiş olan femoral nabızları palpe ediniz).
- **Karotis Nabızları:**
 - **Gecikmiş artan:** Aort stenozu.
 - **Bisferien nabız:** Sistol sırasında palpe edilebilen iki atım; aort darlığı ve yetmezliğinin birlikte olması ve hipertrofik kardiyomiyopatide görülür.
 - **Dikrotik nabız:** Biri sistolde biri diyastolde palpe edilebilen iki atım. En sık ciddi kalp yetmezliği ve çok düşük ejeksiyon fraksiyonu (EF) olan genç hastalarda görülür - örneğin; alkolizme 2° dilate kardiyomiyopati.
- **Periferik nabızlar:**
 - **Corrigan (su çekici) nabızı:** Kronik, hemodinamik olarak belirgin aort yetmezliğinde görülür. Bileğin kaldırılmasıyla daha da belirginleşen radyal nabızda hızlı yükselme ve düşüşlerle tanımlanır.
 - **Pulsus paradoksus:** Normal nefes almayla KB'de >10 mmHg $\downarrow$ olması olarak tanımlanır. Kalp tamponadı, konstriktif perikardit, şiddetli astım ve KOAH'ta görülür.
 - **Pulsus alternans:** Her kalp atışında nabız genliğinde değişim olmasıdır. Şiddetli sistolik kalp yetmezliğinde görülür.



ŞEKİL 3.1. Arteriyel nabız dalga şekilleri.

(Fuster V, et al. *Hurst's The Heart*, 10th ed. New York: McGraw-Hill, 2001.'den izinle alınmıştır).

B Ö L Ü M 4

Yoğun Bakım

Elliott Dasenbrook, MD
Christian Merlo, MD, MPH

Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (ASYS)	150
Akut Solunum Yetmezliği (ASY)	151
Ventilatör Kullanımı	152
SINIFLANDIRMA	152
MODLAR	153
AYARLAR VE ÖLÇÜMLER	154
SEDASYON UYGULANMASI VE VENTİLATÖRDEN AYIRMA (WEANING)	155
Şok	156
Sepsis	157
Ybū'de Ateş	159
Ventilatör İlişkili Pnömoni (VIP)	159

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ SENDROMU (ASYS)

Her iki akciğerde infiltrasyonlar ile birlikte pulmoner arter tıkama basıncı ≤ 18 mmHg iken veya sol atriyum hipertansiyonunun klinik bulgularının yokluğunda hipoksemi görülmesi ile tanımlanan akut başlangıçlı solunum yetmezliğidir. Hem alveol epitel hücreleri hem de damar endotel hücrelerindeki hasardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çoğunlukla pnömoni, aspirasyon, sepsis, travma, akut pankreatit, kardiyopulmoner bypass, kan ürünlerinin transfüzyonu, inhalasyon yaralanmaları ve akciğer nakli sonrası reperfüzyon hasarı sebep olur.

SEMPATOMLAR/MUAYNE

- Hızlı başlayan dispne, takipne ve yaygın raller görülür.
- Bir yılın sonunda kurtulanların yaklaşık %25'inde akciğer işlevlerinde hiçbir bozulma görülmez; %50'sinde hafif bozulma, %25'inde ılımlı bozulma ve çok küçük bir kısmında şiddetli bozulma izlenir. Tek nefes DLCO'da azalma akciğer işlev testlerinde en sık görülen anormalliktir.

AYIRICI TANI

Kardiyojenik pulmoner ödem, pnömoni, yaygın alveoler kanama.

TANI

Hem akut akciğer hasarı (AAH) hem de ASYS klinik olarak semptom başlangıcının hızı, oksijenlenme, hemodinamik ölçütler ve GGx bulguları ile tanımlanır (Bkz. Tablo 4.1). Ek bulgular şunlardır:

- **Toraks BT'si:** Akciğerlerin yerçekiminden etkilenen bölgelerinde, diğer bölgeler korunacak şekilde (bağımlı bölgeler) alveollerin doluşunu ve konsolidasyonları gösterebilir.
- **Bronkoalveoler lavaj (BAL):** Sebebi ayırt etmeye yarayabilir (örneğin; immün basılanmış bir hastada pnömosistis pnömonisi).

TEDAVİ

- Akut solunum yetmezliğine (ASY) yol açan altta yatan sebebi arayıp tedavi ediniz.
- ASYS olan hastaların çoğunda hastalığın seyri sırasında mekanik ventilasyon ihtiyacı olur.
- **Tahmini vücut ağırlığına göre ≤ 6 mL/kg üzerinden hesaplanan tidal hacimlerin kullanılmasının mortaliteyi $\downarrow$ gösterilmiştir.**
- Pozitif soluk verme sonu basıncı (positive end-expiratory pressure - PEEP) ek-sijenlenmeyi iyileştirebilir ve solunan yüksek O_2 seviyeleri $\downarrow$.
- Plato basıncı barotravmayı engellemek amacıyla <30 cm H_2O tutulmalıdır (ventilatörün kullanılması konusuna bakınız).



ASYS'isi olan hastalarda mortaliteyi azaltmak amacıyla tahmini vücut ağırlığına göre hesaplanmış olan 6 mL/kg tidal hacmi hedefleyiniz.

TABLO 4.1. AAH ve ASYS Tanılarının Karşılaştırılması.

SEMPATOMLARIN BAŞLANGICI		OKSİJENLENME	HEMODİNAMI	GGx
AAH	Akut	$PaO_2/FiO_2 \leq 300$	Düşük veya normal sol atriyum basıncı	Her iki akciğerde infiltrasyonlar
ASYS	Akut	$PaO_2/FiO_2 \leq 200$	Düşük veya normal sol atriyum basıncı	Her iki akciğerde infiltrasyonlar

- Yüksek ve düşük PEEP yaklaşımları arasında mortalite farkı bulunmamaktadır; bu nedenle düşük PEEP yaklaşımı önerilmektedir.
- AAH ve ASYS olan hastalarda sıvı tedavisini planlamak amacıyla yapılan çalışmalardan elde edilen bilgiler şu şekildedir:
 - Pulmoner arter kateterlerinin sonuçları santral venöz kateterlerle ilişkili sonuçlara benzer olduğu için sıvı tedavisinin yönlendirilmesinde rutin olarak kullanılmamalıdır.
 - Muhafazakar bir sıvı tedavisi yaklaşımı (yani, daha az sıvının verildiği) serbest sıvı tedavisi yaklaşımına göre tercih edilir. Her iki yaklaşımı karşılaştıran ve yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışmada her iki yaklaşımında 60 günlük mortalite oranlarının benzer olduğu, fakat muhafazakar yaklaşımın daha kısa süreli mekanik ventilasyon ihtiyacı ve YBÜ süresi ile ilişkili olduğu görülmüştür.
 - Kortikosteroidler ASYS'nin yayılma evresinde verilmektedir, fakat bu amaçla kullanımları hala deneysel olarak düşünülmektedir. Inhale vazodilatörler, dışarıdan sürekten verilmesi, yüksek frekanslı ventilasyon, sıvı ventilasyonu ve antioksidan tedavinin kullanımları araştırılmış ve faydaları kanıtlanamamıştır.

AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ (ASY)

Hipoksemi ile nitelenen oksijenlenme bozukluğu veya hiperkarbi ile nitelenen ventilasyon yetmezliğinden oluşur. Oksijenlenme bozukluğu ve ventilasyon yetmezliği eş zamanlı olarak görülebilir. Fakat yeterli ventilasyona rağmen oksijenlenme bozukluğu (pulmoner hipertansiyon ve yeni tanı almış patent foramen ovale) ve yeterli oksijenasyona rağmen ventilasyon yetmezliği (nöromusküler zayıflık) görülebilir.

SEMPTOMLARI/MUAYENE

Klinik görünüm altta yatan hastalığa göre değişebilir. Dispne, takipne, solunumsal alkaloz ve hipoksemi hipoksik solunum yetmezliğini göstermekteyken solunum sayısında ↓ ve uyaranlara yanıtızlık görülmesi hiperkarbik solunum yetmezliğine işaret etmektedir.

AYIRICI TANI

ASY'nin ayırıcı tanısı Tablo 4.2 ve 4.3'te özetlenmiştir.

TEDAVİ

- Tedavi sebebe bağlıdır. Tüm olgularda oksijen desteği vererek yeterli O₂ sağlama ve yeterli ventilasyonun idamesine odaklanınız.
- KOAH'ı ve ASY olan hastalarda kanıtlar invazif olmayan mekanik ventilasyonun entübasyon ihtiyacında ↓, hastanede yatış süresinde kısalma ve hastane içi mortalitede ↓ olduğunu göstermektedir.
- Pulmoner ödemi ve ASY olan hastalarda kanıtlar sürekli pozitif havayolu (continuous positive airway pressure - CPAP) kullanılması entübasyon gereksinimini büyük oranda azalttığını kuvvetle göstermektedir.
- ASY'nin diğer sebeplerinde invazif olmayan mekanik ventilasyon çalışılmış olsa da sonuçlar çelişkilidir ve entübasyon ile birlikte mekanik ventilasyon uygulanması hala genel bakım standardıdır.

BÖLÜM 5

Dermatoloji

Tara D. Miller, MD

Siegrid S. Yu, MD

Sık Görülen Deri Hastalıkları	163
AKNE	163
ROZASEA	163
SEBOREİK DERMATİT	164
PSÖRİYAZİS	165
PİTİRİAZİS ROZEA	166
Deri Enfeksiyonları	167
İMPETİGO	167
ERİZİPEL (YILANCIK)	168
ŞARBON (ANTRAKS)	168
DERİNİN YÜZEYEL MANTAR ENFEKSİYONLARI (DERMATOFİTOZLAR/TİNEA)	169
PİTİRİYAZİS (TİNEA) VERSİKOLOR (ŞAMYELİ)	170
KANDİDİYAZİS	171
HERPES SİMPEKS (HSV)	171
HERPES ZOSTER	173
ÇİÇEK	174
UYUZ	175
Sistemik Hastalıkların Dermatolojik Bulguları	176
KARDİYOYASKÜLER	176
GASTROİNTESTİNAL	177
HEMATOLOJİK	177
ONKOLOJİK	178
ENDOKRİN VE METABOLİK	179
BÖBREK	180
HIV HASTALIĞI	181
Belirgin Deri Bulguları Olan Otoimmün Hastalıklar	185
Deri Tepkimelerinin Çeşitleri	186
ERİTEMA NODOZUM	186
ÜRTİKER	187
ERİTEMA MULTIFORME (EM)	189
BÜLLÜ HASTALIKLAR	190

Deriyi Etkileyen İlaç Tepkimeleri	191
Deri Onkolojisi	194
TİPİK OLMAYAN NEVÜSLER	194
MELANOM	196
BAZAL HÜCRELİ KARSİNOM (BHK)	198
YASSI HÜCRELİ KARSİNOM (YHK)	198
DERİNİN T-HÜCRELİ LENFOMASI (DTHL)	199
Diğer Bazı Durumlar	200
FOTODERMATİT	200
PİGMENTASYON BOZUKLUKLARI	200
SİĞİL VE KONDİLOM	200
SEBOREİK KERATOZ	201

SIK GÖRÜLEN DERİ HASTALIKLARI

Akne

Aşırı sebum, foliküllerin anormal keratinizasyonu ve *Propionibacterium acnes*'in çoğalması nedeniyle oluşur. Akneyi alevlendiren ilaçlar arasında glukokortikoidler, anabolik steroidler, lityum, bazı antiepileptikler, androjenik özellikleri olan OKH'ler ve iyodürler yer almaktadır. **Beslenmeye bağlı faktörlerin belirgin bir rolü bulunmamaktadır.**

SEMPTOMLAR/MUAYENE

İltihaplı olmayan komedonlar ("siyah noktalar ve beyaz noktalar") ve **iltihaplı** papüller, püstüller, nodüller veya kistler görülür.

TEDAVİ

- Tedavi üç ayaktan oluşur:
 - **Foliküler keratinizasyonun düzenlenmesi:** Topikal retinoidler.
 - **P. acnes ve iltihabın tedavisi:** Antibiyotikler (topikal ve sistemik) ve benzoyl peroksit.
 - **Sebumu azaltmak:** Antiandrojenler, spironolakton, izotretinoin.
- Daha ileri tedavi akne **tipine ve şiddetine** dayanır.
 - İltihabi olmayan komedonların tedavisi retinoidlere odaklıdır; iltihabi lezyonların tedavisi antibiyotiklere dayanır.
 - Tedavi merdiveni şu şekildedir:
 - **Topikal:** Tek başına seyrek olarak kullanılır. Topikal retinoid + benzoyl peroksit veya topikal bir antibiyotik kullanınız.
 - **Sistemik:** Sistemik antibiyotikler, izotretinoin, antiandrojenler veya spironolakton.

Rozasea

Orta yaştakileri ve daha yaşlılarda görülen ve **yüzü etkileyen** kronik iltihabi bir hastalıktır.

SEMPTOMLAR

- Ataklar halinde flushing ve yüzde eritem görülür.
- **Tetikleyiciler** arasında sıcak sıvılar, alkol, güneş ve ısı yer alır.

MUAYENE

- **Komedonlar görülmez.** Muayenede eritemli papüller, püstüller ve telanjiyektaziler görülür (Bkz. Şekil 5.1).
- **Yüzde merkezi** simetrik tutulum görülmesi de tipiktir (malar bölgeler, burun, çene, alın).
- **Rinofima** en sık uzun süreli hastalığı olan erkeklerde görülür.
- **Kırmızı göz** bulunması (blefarit, keratit, konjonktivit, irit) rozaseanın göz tutulumunu gösterebilir.

TEDAVİ

- Tetikleyicilerden sakınınız.
- Güneş kremi kullanımını özendiriniz.
- **Topikal** tedavi (metronidazol jel veya krem; sodyum sulfasetamid losyon).



Izotretinoin teratojeniktir ve gebelikte kontraendikedir. Yan etkileri arasında deride kuruma, keylitis, transaminazlarda yükselme ve hipertrigliseridemi yer alır. Depresyon da izotretinoin kullanımı ile ilişkilidir.



İnatçı akne olgularında hirsutizm ve adet düzensizliği varlığı muhtemel endokrin bozuklukların (konjenital adrenal hiperplazi, polikistik over sendromu, Cushing hastalığı) bir göstergesi olabilir.



Steroidli yüz kremlerinin kullanılması rozaseaya benzeyen bir dermatite sebep olabilir.



Rozasea keratiti körlüğe sebep olabilir.

B Ö L Ü M 6

Endokrinoloji

Melissa Weinberg, MD

Diana Antonucci, MD

Karen Earle, MD

Hipofiz ve Hipotalamus Hastalıkları	205
HIPOFİZ TÜMÖRLERİ	205
BÜYÜME HORMONU (GH) FAZLALIĞI	209
HIPOFİTÜARİZM	209
DİYABETES İNSİPIDUS (DI)	211
Tiroid Hastalıkları	212
TESTLER VE GÖRÜNTÜLEME	212
HIPOTİROİDİ	214
HIPERTİROİDİ	215
TİROİDİT	218
GEBELİKTE TİROİD HASTALIKLARI	218
ÖTİROİD HASTA SENDROMU	218
TİROİD NODÜLLERİ VE KANSER	218
Adrenal Bez Hastalıkları	221
ADRENAL YETMEZLİK (ADY)	221
CUSHİNG SENDROMU	223
HİPERALDOSTERONİZM	224
FEOKROMOSİTOMA	226
ADRENAL İNSİDENTALOMALAR	227
Lipid ve Karbonhidrat Metabolizması Bozuklukları	228
DİYABETES MELLİTUS (DM)	228
GESTASYONEL DİYABET	234
METABOLİK SENDROM	234
HIPOGLİSEMİ	235
AİLESEL LİPİD BOZUKLUKLARI	236
Mineral Metabolizması ve Metabolik Kemik Hastalığı	236
KALSİYUM METABOLİZMASI	236
HİPERKALSEMİ	236
1° HİPERPARATİROİDİ	240
HIPOKALSEMİ	242

ERKEK OSTEOPOROZU VE 2° OSTEOPOROZ	243
PAGET HASTALIĞI	244
Erkek Hiigonadizmi	245
Endokrin Tümörler	247
MULTİPL ENDOKRİN NEOPLAZİ (MEN)	247
KARSİNOİD TÜMÖRLER VE KARSİNOİD SENDROM	248
ZOLLINGER-ELLİSON SENDROMU (GASTRİNOMA)	248
Otoimmün Poliglandüler Sendromlar (Aps)	249

HİPOFİZ VE HİPOTALAMUS HASTALIKLARI

Ön hipofiz hipotalamusun kontrolü altında ACTH, TSH, FSH, LH, GH ve prolaktin üretir ve salgılar (Bkz. Şekil 6.1). Arka hipofiz ADH ve oksitosin depolar ve salgılar. Tablo 6.1 ve 6.2'de hipofiz hormonları ve salgılanmalarını düzenleyen etkenler ayrıntılarıyla verilmiştir.

Hipofiz Tümörleri

Mikroadenomlar < 1 cm; **makroadenomlar** >1 cm'dir. Tümör boyutu arttıkça panhipopituitarizm ve görme kaybı riski ↑.

SEMPТОMLARI/MUAYENE

Aşağıdakilerin görülmesi tipiktir:

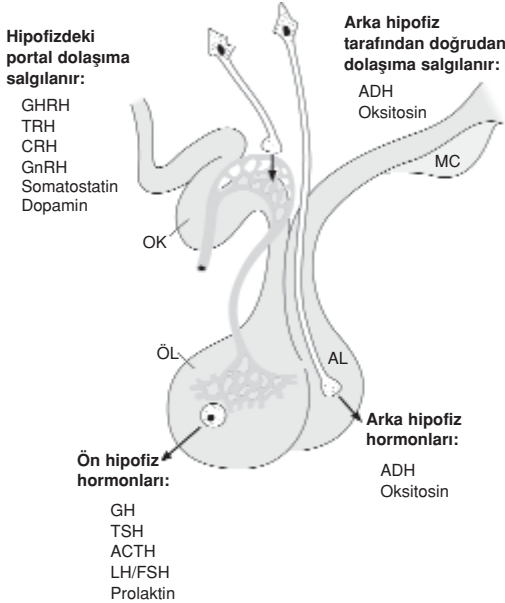
- **Nörolojik semptomlar** (baş ağrısı; görme alanında bozukluklar, özellikle "tünel görüşü"; sinir paralizileri).
- **Hormon fazlalığı veya eksikliği** (Bkz. Tablo 6.1 ve 6.2).
- **Görüntüleme çalışmalarında tesadüfen saptanma** (genel nüfusun %10'a kadar ulaşabilen kısmında hipofiz insidentaloması bulunmaktadır).

AYIRICI TANI

Sellada yerleşen lezyonların ayırıcı tanısı Tabo 6.3'te özetlenmiştir.



En sık görülen işlevsel hipofiz tümörü prolaktinomadır ve genellikle dopamin agonistleri ile tedavi edilebilir (bromokriptin, kabergolin).



ŞEKİL 6.1. Hipotalamus ve hipofiz hormonlarının salgılanması.

ÖL, ön lob; MC, mammiller cisimcikler; OK, optik kiyazma; AL, arka lob. (Gardner DG, Shoback DM. *Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology*, 8th ed. New York: McGraw-Hill, 2007: 106'dan izinle alınmıştır).

B Ö L Ü M 7

Gastroenteroloji ve Hepatoloji

Ma Somsouk, MD
Scott W. Biggins, MD, MAS

Üst Gİ Sistem	253
ENFEKSİYÖZ ÖZEFAJİT	253
HAP ÖZEFAJİTİ	254
AKALAZYA	254
YAYGIN ÖZEFAGUS SPAZMI VE FİNDİKKIRAN ÖZEFAGUS	255
ÖZEFAGUS HALKALARI, AĞLARI VE STRİKTÜRLERİ	256
BARRETT ÖZEFAGUSU	257
DISPEPSİ	258
GASTROÖZEFAGİYAL REFLÜ HASTALIĞI (GÖRH)	259
GASTROPAREZİ	261
Alt Gİ Sistem	262
AKUT İŞHAL	262
KRONİK İŞHAL	264
ÇÖLYAK HASTALIĞI	268
İRİTABL BARSAK SENDROMU (İBS)	269
KABİZLİK	270
DİVERTİKÜLOZİS	271
DİVERTİKÜLİT	272
Gİ Kanama	273
ALT GASTROİNTESTİNAL KANAMA (AGİK)	273
AKUT ÜST GASTROİNTESTİNAL KANAMA (ÜGİK)	275
İnflamatuvar Barsak Hastalığı (İBH)	276
CROHN HASTALIĞI	276
ÜLSERATİF KOLİT	279
İskemik Barsak Hastalığı	281
AKUT MEZENTER İSKEMİSİ	281
İSKEMİK KOLİT	282

Pankreas Hastalıkları	282
AKUT PANKREATİT	282
KRONİK PANKREATİT	284
Safra Yollarının Hastalıkları	286
KOLELİTİYAZİS (SAFRA TAŞLARI) VE AKUT KOLESİSTİT	286
KOLEDOKOLİTİYAZİS VE KOLANJİT	290
AIDS KOLANJİYOPATİSİ	291
1° SKLEROZAN KOLANJİT	291
1° BİLİYER SİROZ	293
Hepatit	294
HEPATİT A (HAV) VE HEPATİT E (HEV)	294
HEPATİT B (HBV) VE HEPATİT D (HDV)	295
HEPATİT C (HCV)	297
OTOİMMÜN HEPATİT	299
İLAÇ İLİŞKİLİ HEPATİT	300
ASETAMİNOFEN TOKSİSİTESİ	301
ALKOLİK KARACİĞER HASTALIĞI	302
ALKOLİK OLMAYAN YAĞLI KARACİĞER HASTALIĞI	303
Metabolik Karaciğer Hastalığı	304
KALITSAL HEMOKROMATOZ	304
α_1 -ANTİTRİPSİN EKSİKLİĞİ	305
WILSON HASTALIĞI	306
İleri Evre Karaciğer Hastalığı	307
SİROZ	307
VARİSLER	309
ASİT VE SPONTAN BAKTERİYEL PERİTONİT (SBP)	309
HEPATİK ENSEFALOPATİ	310
HEPATORENAL SENDROM	311
KARACİĞER TRANSPLANTASYONU	311

Enfeksiyöz Özefajit

En sık immün sistemi baskılanmış hastalarda (örneğin; AIDS veya malignitesi olanlarda, transplantasyon sonrası ve kemoterapi alan hastalarda) ve kronik steroid kullanımı veya yakın zamanda antibiyotik kullanımı durumlarında görülür. Sık görülen patojenler arasında *Candida albicans*, HSV ve CMV yer alır.

SEMPTOMLARI/MUAYENE

- Odinofaji, disfaji ve göğüs ağrısı görülür.
- Oral lezyonlar güvenilir tanısıl göstergeler değildir.
- Etiyolojideki ajan, olguların < %75'inde *C. albicans* ve < %50'sinde CMV veya HSV'dir
- Muayenede özgül olmayan servikal lenfadenopati görülür.

AYIRICI TANI

- **Enfeksiyöz olmayan özefajit:** Reflü, haplar, kostik madde yutulması, radyasyon, eozinofilik, otoimmün (örneğin; Crohn, Behçet),
- Fonksiyonel dispepsi, özefagus striktürleri, kitle lezyonları, motilite bozuklukları, graft versus host hastalığı.

TANI

- Immün baskılanmış hastalarda ampirik antifungal tedavi deneyiniz (örneğin; flukonazol). Immün sistemi sağlam olan hastalarda endoskopi yapınız.
- Eğer ampirik tedaviye yanıt alınmazsa üst endoskopi ile biyopsi alınması seçilecek tedavi şeklidir. Bulgular şu şekildedir:
 - *C. albicans*: Sarı veya beyaz renkli çizgisel uzanan yapışkan plaklar.
 - CMV: Az miktarda geniş, yüzeysel ülserler.
 - HSV: Çok sayıda küçük, derin ülserler.
 - İdiyopatik AIDS ülserleri: Düşük CD4 sayımı; geniş ülserler.

TEDAVİ

- Alta yatan immün baskılanmayı tedavi ediniz veya düzeltiniz.
- *C. albicans*: Tedavi konağın immün durumuna bağlıdır.
 - **Immün sistemi sağlam olan hastalar:** 7-14 gün süreyle günde beş kez nistatin ile gargara yapıp yutularak uygulanan topikal tedavi. HIV için test ediniz.
 - **Immün baskılanmış hastalar:** Başlangıçta 100–200 mg/gün flukonazol ile oral tedavi. Eğer hastada cevap gözlenmezse flukonazol dozunu artırmayı veya itra-konazol, diğer azoller, kaspofungin veya amfoterisin vermeyi düşününüz.
- CMV: 3-6 hafta süreyle gansiklovir 5 mg/kg IV BID.
- HSV: Günde beş kez asiklovir 200 mg po veya valasiklovir 1000 g po BID.
- İdiyopatik ülserler: Ampirik prednizon.

KOMPLİKASYONLAR

Striktür, malnütrisyon, kanama.

B Ö L Ü M 8

Geriatrı

Abigail Holley, MD

Param Dedhia, MD

Beslenme Önerileri	315
D VİTAMİNİ	315
E VİTAMİNİ	315
Kilo Kaybı	315
Aşılama/Profilaksi	316
İNFLUENZA AŞISI	316
PNÖMOKOK AŞISI	316
TETANOS AŞISI	316
ASİRİN	316
Kanser Taraması	317
SERVİKS KANSERİ	317
MEME KANSERİ	317
KOLON KANSERİ	317
PROSTAT KANSERİ	317
Duyu Bozuklukları	317
YAŞLILARDA GÖRME KAYBI	317
YAŞLILARDA İŞİTME KAYBI	318
Kardiyovasküler Tıp	318
HİPERTANSİYON	318
HİPERLİPİDEMİ	318
ATRİYAL FİBRİLASYON (AF)	319
İdrar Kaçırma (İdrar İnkontinansı)	319
SIKIŞMA (URGE) İNKONTİNANSI	319
STRES İNKONTİNANSI	319
TAŞMA (OVERFLOW) İNKONTİNANSI	321
İŞLEVSEL İNKONTİNANS	321
KARMA İNKONTİNANS	321
Dışkı İnkontinansı	321
Cinsel İşlev Bozuklukları	323

Osteoporoz	324
Düşmeler	324
Kalça Kırıkları	325
Bası Yaraları	326
Uyku Bozuklukları	327
Depresyon	328
Demans	331
Deliryum	333
İyatrojenez	334
Polifarmasi	334
Palyatif Bakım ve Son Dönem Hasta Bakımı	335
ETİK VE YASAL KONULAR	335
TIBBİ KARAR VERME SÜRECİ	336
BAKIM VE Palyasyon	336
SEMPtOM KONTROLÜ	337
BESLENME VE HİDRASYON	338
DESTEĞİN KESİLMESİ	338
PSİKOLOJİK, SOSYAL VE RUHSAL KONULAR	338
Yaşlı Suistimali	338
SUİSTİMAL TIPLERİ	338
GÖRÜŞME TEKNİKLERİ	338
FİZİK MUAYENE	338
YAKLAŞIM	339
BİLDİRİLMESİ GEREKENLER	340

BESLENME ÖNERİLERİ

Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu'nun (The United States Preventive Services Task Force – USPSTF) yaşlılar için hazırladığı beslenme önerileri kılavuzu genel nüfus için geçerli olandan farklı değildir. Kılavuzda şunlar yer almaktadır:

- Diyetle alınan yağların azaltılması.
- Meyve, sebze ve tam tahıl/lif tüketiminin ↑.

Oral alımlarında kısıtlanma olan > 75 yaş hastalar protein-kalori malnütrisyonu ve folat, B₁₂ vitamini, kalsiyum ve D vitamini eksikliği gelişimi açısından risk altındadır.

D Vitamini

- Şu sebeplerden dolayı yaşlı bireyler D vitamini eksikliği gelişimi açısından yüksek risk altındadır:
 - Derinin D vitamini üretme yeteneğinde ↓.
 - Güneş maruziyetinde ↓.
 - Böbrek işlevlerinin azalması nedeniyle 1,25- D vitamini sentezinde ↓.
- Yeterli D vitamini alımı yaşlılarda özellikle önemlidir. Çünkü bu vitamin kemik mineral dansitesinde (KMD) düzelme sağlar ve kas işlevlerini de düzelterek kırık riskini azaltabilir ve sonuç olarak düşme riskini azaltabilir.
- Diyetle alınması önerilen miktar KMD'si normal olan bireylerde 400 - 600 IU iken osteoporoz varlığında 800 IU'ye kadar ↑.

E Vitamini

E vitamininin Alzheimer hastalığı tanısı olanlarda hastalığının ilerleyişini azaltabileceğine (önleyebileceğine değil) ait çelişkili kanıtlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda KAH'ta da faydası olabileceği öne sürülmektedir. Fakat bazı verilere göre **yüksek doz E vitamini (> 400 IU/gün) tüm sebeplere bağlı mortalitede ↑ yol açabilir.**

KİLO KAYBI

Bir ayda %5'ten veya altı ayda %10'dan fazla kasıtlı olmayan kilo kaybı olması durumu > 85 yaş hastalar ile bakım evinde kalanlarda (%45'e kadar), hastanede yatan hastalarda (%10-30) ve depresyonu olanlarda sıklıkla ve **yaşlanmanın normal bir parçası olarak kabul edilmemelidir.** Olguların %25'inde kasıtlı olmayan kilo kaybının sebebi belirlenemese de bilinen sebepleri şunlardır (aynı zamanda “DETERMINE” hatırlatıcı ipucuna da bakınız.):

- **Tıbbi:** Kronik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, demans, uygun olmayan diş protezleri, tat ve koku almadaki değişiklikler, disfaji, mezenter iskemisi, kanser, diyabet, hiper veya hipotiroidi.
- **Psikososyal:** Alkolizm, depresyon, sosyal tecrit, kısıtlı mali koşullar, yemek hazırlamak için gerekli alışverişi yapmada zorluklar, yemek yerken yardım ihtiyacı.
- **Farmakolojik:** NSAİİ'ler, antiepileptikler, digoksin, SSRI'ler.

TANI/TEDAVİ

- Düzeltilebilir tıbbi, psikolojik ve sosyal sebepleri tanımlayınız.
- Yaşa uygun (ve yaşam beklentisine uygun) kanser taraması (örneğin; prostat, kolon, meme).

Kasıtlı olmayan kilo kaybının sebepleri –

DETERMINE

Hastalık
Kötü beslenme
Diş kaybı/ağızda ağrı
Mali sıkıntılar
Sosyal temasta azalma
Birden fazla ilaç kullanımı
İstemsiz kilo kaybı/alımı
Kişisel bakım için yardım ihtiyacı
>85 Yaş

B Ö L Ü M 9

Hematoloji

Andrea Harzstark, MD

Thomas Chen, MD, PhD

Anemi	343
ANEMİYE YAKLAŞIM	343
DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ	343
KRONİK HASTALIK ANEMİSİ	345
KRONİK BÖBREK HASTALIĞI İLE İLİŞKİLİ ANEMİ	346
B ₁₂ VİTAMİNİ/FOLAT EKSİKLİĞİ	346
HEMOLİTİK ANEMİ	349
Mikroanjiyopatiler	352
TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA (TTP)	353
HEMOLİTİK-ÜREMİK SENDROM (HÜS)	353
Hemoglobinopatiler	354
TALASEMİLER	354
ORAK HÜCRELİ ANEMİ	354
Diğer CBC Anormallikleri	357
ERİTROSİTOZ	357
TROMBOSİTOPENİ	358
TROMBOSİTOZ	359
NÖTROFİLİ	360
EOZİNOFİLİ	360
NÖTROPENİ	360
PANSİTOPENİ	360
Kemik İliği Yetmezliği Sendromları	361
APLASTİK ANEMİ	361
SAF KIRMIZI HÜCRE APLAZİSİ (SKHA)	362
MİYELODİSPLASTİK SENDROM (MDS)	362
Miyeloproliferatif Sendromlar	364
POLİSİTEMİA VERA	364
KRONİK MİYELOJEN LÖSEMİ (KML)	366
MİYELOFİBROZİS (AGNOJEN MİYELOİD METAPLAZİ)	367
ESANSİYEL TROMBOSİTEMİ	368

Plazma Hücresi Bozuklukları	368
MULTİPL MYELOM	369
AMİLOİDOZ	369
PARAPROTEİN İLE İLİŞKİLİ DİĞER HASTALIKLAR	371
Kanama Bozuklukları	372
NORMAL OLMAYAN KANAMAYA YAKLAŞIM	372
HEMOFİLİLER	373
VON WILLEBRAND HASTALIĞI (vWH)	374
YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMA	375
İDİYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA (İTP)	375
Pihtılaşma Bozuklukları	376
TROMBOFİLİYE YAKLAŞIM	376
ÖZGÜL TROMBOFİLİ BOZUKLUKLARI	378
Transfüzyon Tıbbı	381
TRANSFÜZYON ÖNCESİ YAPILAN TESTLER	381
TRANSFÜZYON TEPKİMLERİNE YAKLAŞIM	383
TRANSFÜZYON ÜRÜNLERİ	383
TROMBOSİT TRANSFÜZYON İÇİN EŞİK DEĞER	383
Hematolojide Çeşitli Konular	384
LENFADENOPATİ	384
PORFİRİLER	385
VİTAMİN EKSİKLİKLERİ	385

ANEMİ

Anemiye Yaklaşım

Hemogloblin düzeyinin erkeklerde <14 g/dL ve kadınlarda <12 g/dL olması veya hematokrit değerinin erkeklerde <40 ve kadınlarda <37 olması şeklinde tanımlanır. Olguların çoğunda birden fazla sebep bulunur. Değerlendirirken ilk yapılacaklar arasında mutlak retikülosit sayısı (Bkz. Şekil 9.1) ve **periferik yayma** istenmesi yer alır. Retikülosit sayısı anemilerin sınıflandırılmasında şu şekilde kullanılır:

- **Hipoproliferatif anemiler:** KK'lerin üretiminde azalma ile birlikte düşük retikülosit sayımı. Klasik olarak MCV değerlerine göre **mikro**, **makro** ve **normositer** sebepler olarak sınıflandırılır (Bkz. Tablo 9.1).
- **Hiperproliferatif anemiler:** KK'lerin yıkımında veya kaybında $\uparrow$. **Retikülosit sayısı artar.**
 - En sık iki sebebi **kanama** ve **hemolizdir** (takip eden konularda bahsedilecektir).
 - **Hiperproliferatif anemilerin değerlendirilmesinde MCV'nin yeri yoktur.**



Aneminin hipoproliferatif veya hiperproliferatif olduğunun gösterilmesi açısından retikülosit sayısına bakılması aneminin değerlendirilmesinde iyi bir başlangıçtır.

Demir Eksikliği Anemisi

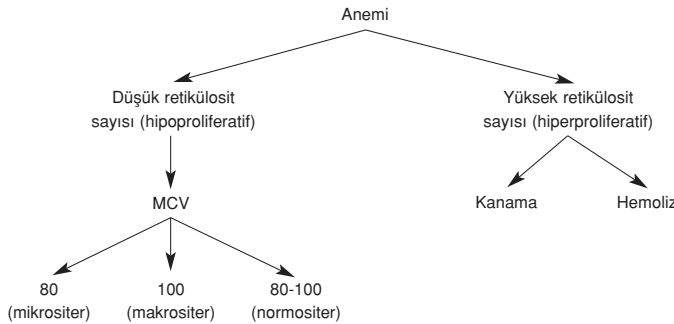
Deri ve mukozaların dökülmesi yoluyla günlük kaybedilen demir miktarı normal koşullarda ortalama 1 mg/gün'dür. Fakat adet gören, gebe veya emziren kadınlarda kayıp 3-4 mg/gün'ü bulabilir. Tam kanın her mililitresinde yaklaşık 0,5 mg demir bulunur. Bu nedenle 10 mL/gün'lük önemsiz miktarda GI kanama (dışkıda gizli kan testinin saptama eşliğinin altında) bile vücudun demir emilimi kapasitesini aşarak demir eksikliğine sebep olur.

SEMPTOMLAR/MUAYENE

- Aneminin yaygın bulguları arasında deri ve konjonktivalarda solukluk görülmesi yer alır.
- **Demir eksikliği ile ilişkili özellikler** şunlardır:
 - **Pika:** Besin değeri olmayan maddeleri, özellikle de toprak, yeme isteği.
 - **Pagofaji:** Buz yeme isteği.
 - **Şeilozis:** Ağız kenarlarında oluşan fissürler.
 - **Glossit:** Dilde düzleşme.
 - **Koilonişi:** El turnaklarında kaşıklasma.
 - **Disfaji:** Özefagusta oluşan perdelere (web) bağlıdır (Plummer-Vinson sendromu).



Pika ve pagofaji (buz yeme isteği) demir eksikliğinin klasik semptomlarıdır.



ŞEKİL 9.1. Anemilerin sınıflandırılması için algoritma.

Hastanede Tıbbi Bakım

Jesse Liu, MD

Robert Trowbridge, MD

Venöz Tromboembolik Hastalık	388
PULMONER EMBOLİ (PE)	388
DERİN VEN TROMBOZU (DVT)	391
Akut Ağrı Yönetimi	393
Deliryum	396
Hastanede Yatan Hastada Gı Profilaksi	396
Perioperatif Dönemdeki Hastanın İzlemi	397
AMELİYAT ÖNCESİNDE KARDİYAK DEĞERLENDİRME	397
AMELİYAT ÖNCESİNDE PULMONER DEĞERLENDİRME	399
PERİOPERATİF DÖNEMDE KRONİK TIBBİ DURUMLARIN YÖNETİMİ	399
Hastanede Yatan Hastada Beslenme	400
Doz Aşımı/Toksik Madde Alımı	401
Madde Kötüye Kullanımının Akut Komplikasyonları	401
Yoksunluk Sendromları	402
ETANOL YOKSUNLUĞU	402
OPİOİD YOKSUNLUĞU	405
Öncelikli Hipertansif Durumlar ve Aciller	407
Senkop	409
Toplumda Kazanılmış Pnömoni	411
Çevresel (Kaza Sonucu Gelişen) Hipotermi	413
Akut Astım Alevlenmeleri	415
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Akut Alevlenmeleri	417



PE hastalarının neredeyse tümünde dispne, plörezi veya takipne görülür ve bu üç özelliğin olmaması tanının aleyhindedir.



V/Q sintigrafisinin sonuçları, test öncesi klinik olasılık ile birlikte yorumlanmalıdır.



D-dimer testi düzeyi normalden PE tanısının dışlanması daha faydalıdır. D-dimerde yükselme olması PE için özgül değildir.

VENÖZ TROMBOEMBOLİK HASTALIK

Pulmoner Emboli (PE)

Yıllık olarak 50.000 ölüm ve 250.000'e yakın hastane yatışına sebep olur. Tedavi edilmemiş venöz tromboembolik hastalığın mortalitesi %15'i aşmaktadır. Risk faktörleri arasında geçirilmiş tromboembolik hastalık, malignite, yakın zamandaki cerrahi, hareketsizlik, kalıtsal trombofili ve çeşitli ilaçlar (OKH'ler, HRT) yer alır. Tütün kullanımı ve obezite de venöz tromboemboli ile ilişkilidir.

SEMPTOMLAR/MUAYENE

- PE için özgül bulgu veya semptom bulunmamaktadır.
- **Dispne ve plörezi** olguların >%50'sinde bulunur.
- Hemoptizi, ateş ve öksürük daha nadir olarak görülür.
- **Takipne, raller ve/veya taşikardi** görülebilir.

TANI

- **Klinik özellikler** PE olma olasılığının kuvvetli bir göstergesidir (Bkz. Tablo 10.1).
- **Değiştirilmiş Wells ölçütleri** (Bkz. Tablo 10.2) klinik özellikleri daha kesin bir şekilde belirlemektedir.
 - **Wells puanı ≤4:** PE olasılığı düşük. Düşük Wells puanı ile birlikte D-dimerin normal olması PE tanısını dışlar.
 - **Wells puanı >4:** PE için daha ileri testler yapılması endikasyonu vardır.
- **D-dimer:**
 - Düşük riskli hastalarda (değiştirilmiş Wells puanı ≤4 olanlarda) düzeyi düşük veya normal olarak bulunduğu zaman PE'nin dışlanmasında çok faydalıdır.
 - Özellikle de yaşlı ve hastanede yatan hastalarda D-dimer düzeyini yükseltebilecek birçok sebep olması nedeniyle **yüksek D-dimer düzeyinin özgülüğü düşüktür**.
- **AKG:** Tipik olarak alveoler-arteriyel (A-a) oksijen farkında ↑ ile birlikte solunumsal alkaloz görülür. Fakat AKG normal olabilir.
- **EKG:**
 - Anteriyör derivasyonlarda özgül olmayan T-dalga tersleşmesi ve sinüs taşikardisi en sık görülen EKG bulgularıdır.
 - Sağ kalp yüklenme bulguları – örneğin; yeni SaDB, sağ aks sapması ve derivasyon I'de S dalgası ile birlikte derivasyon III'te Q dalgası ve T dalgasında tersleşme görülmesi (S1Q3T3) – daha nadir olarak görülmekle birlikte PE'yi daha fazla düşündürür.
- **GGx:** Özgül olmayan plevral efüzyon veya atelektazi sıklıkla görülür. Nadir görülen iki bulgu PE'yi düşündürür:

TABLO 10.1. Klinik Özelliklerin PE Olasılığını Belirlemedeki Doğrulukları^a

KLINİK OLASILIK	GERÇEK İNSİDANS
Düşük (<%20)	%9
Orta (%20-80)	%30
Yüksek (>%80)	%68

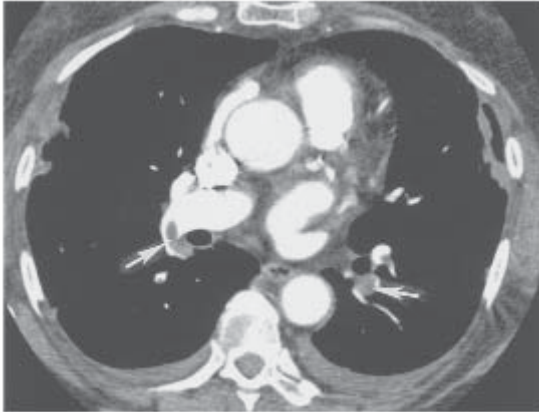
^a Prospective Investigation of Pulmonary Embolism Diagnosis (PIOPED) çalışmasına göre.

TABLO 10.2. Pulmoer Emboli için Değiştirilmiş Wells Ölçütleri^a

Riski ARTIRAN KLİNİK BULGULAR	PUANI
DVT'nin klinik semptomları (bacakta şişlik, palpasyonla ağrı)	3.0
PE dışındaki tanıların olasılığının düşük olması	3.0
Nabız > 100	1.5
Hareketsizlik (≥3 gün) veya dört hafta içinde cerrahi	1.5
Geçirilmiş DVT/PE	1.5
Hemoptizi	1.0
Malignite	1.0

^a Puan >4: PE olasılığı yüksek; puan ≤4: PE olasılığı düşük.

- **Hampton hörgücü:** Tabanı plevrada yerleşen ve parankim içinde kanamaya bağlı olarak görülen bir dansitedir.
- **Westermark işareti:** Santral pulmoner arterde küçülme ile birlikte bölgesel oligemi görünümü (ışın geçirgenliğinde artış).
- **Alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonu:** PE olgularının yaklaşık %30'unda trombüs görülür.
- **BT anjiyografi:** Şekil 10.1 ve Table 10.3'e bakınız.
- **Ventilasyon-perfüzyon (V/Q) sintigrafisi:** Şekil 10.2 ve Tablo 10.3 ve 10.4'e bakınız.
- **Pulmoner anjiyografi:** Tablo 10.3'e bakınız.



ŞEKİL 10.1. Her iki tarafta pulmoner emboliye bağlı dolum bozukluklarını gösteren BT anjiyografi (oklar).

(Chen MY, et al. *Basic Radiology*, 1st ed. New York: Mc-Graw-Hill, 2004.'ten izinle alınmıştır).

B Ö L Ü M 1 1

İnfeksiyon Hastalıkları

Brian S. Schwartz, MD

José M. Eguía, MD

<i>Actinomyces</i> ve <i>Nocardia</i> 'nın Karşılaştırılması	423
Dalak Yokluğu ile İlişkili İnfeksiyonlar	423
Babeziyozis	423
<i>Bartonella</i>	425
Biyoterörizm Ajanları	425
Kateter-İlişkili İnfeksiyonlar	427
<i>Clostridium Difficile</i> Koliti	428
Erlhiyozis/Anaplazmozis	429
Ensefalit	429
Endokardit	430
Nötropenik Ateş	433
Nedeni Bilinmeyen Ateş (NBA)	434
Yiyeceklerle Bulaşan Hastalıklar	435
Mantar İnfeksiyonları	435
KANDİDİYAZIS	435
ASPERGİLLOZIS	437
KRİPTOKOKKOZIS	439
KOKSIDİYODOMIKOZIS	440
HISTOPLAZMOZIS	441
BLASTOMIKOZIS	442
Guillain-Barré Sendromu	442
Hantavirüs Akciğer Sendromu	442
İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV)	442
HIV İlişkili Fırsatçı İnfeksiyonlar	444
İnfeksiyon Kontrol Önlemleri	444
Enfeksiyöz Mononükleoz	444

Lyme Hastalığı	449
Menenjit	451
Mikrobiyolojinin İlkeleri	454
GRAM-⊕ KOKLAR	454
GRAM-⊕ BAŞİLLER	454
GRAM-⊖ KOKLAR	454
GRAM-⊖ BAŞİLLER	455
ASİDE DİRENÇLİ BAKTERİLER	455
Tüberküloz Dışı (Tipik Olmayan) Mikobakteriler	455
Osteomiyelit	456
Piyelonefrit	457
Rocky Dağları Benekli Ateşi	458
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar (CYBH)	459
Strongiloidiyazis	459
Yumuşak Doku Enfeksiyonları	462
Sifiliz	462
Toksik Şok Sendromu (TŞS)	470
Seyahat Tıbbı	471
GENEL KILAVUZLAR	471
SİTMA	473
Tüberküloz (TBC)	475
Varicella-Zoster Virüsü (VZV)	477

ACTINOMYCES VE NOCARDIA'NIN KARŞILAŞTIRILMASI

Actinomyces ve *Nocardia* infeksiyonlarının klinik özellikleri, tanı ve tedavisi Tablo 11.1'de karşılaştırılarak verilmiştir.



Aktinomikozis doku
düzlemleri
farketmeksizin
yayılabilir.

DALAK YOKLUĞU İLE İLİŞKİLİ İNFEKSİYONLAR

Dalağın alınması sonrasında gelişen sepsiste viral infeksiyon benzeri kısa bir prodrom dönemini takiben ani kötüleşme ve şok gelişimi izlenir. *Streptococcus pneumoniae*, (%50), *Neisseria meningitidis* ve *Haemophilus influenzae* sebep olan kapsüllü organizmalardır. Sebep olan diğer organizmalar arasında *Capnocytophaga* (kedi veya köpek ile temas), *Salmonella* (orak hücreli anemi), *Babesia* ve malarya (daha şiddetli seyreder) yer alır.

ÖNLEME

- *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tip B (aşılanmamış yaşlı bireyler) ve *N. meningitidis* için **aşılama yapınız**. Elektif splenektomiden ≥ 2 hafta önce veya ameliyattan >2 hafta sonra aşılayınız.
- Ateş için bireye, gerektiğinde **kendi kendine uygulamak** üzere (örneğin; ateş başlayınca amoksisilin aldıktan sonra acil bakım merkezinde hızla yeniden değerlendirme yapılması) antibiyotik tedavisi öneriniz. Çocuklara belirli bir süre için **günlük profilaksi** (örneğin; splenektomi sonrası 3-5 yıl penisilin) verilmesi önerilir, fakat erişkinlere önerilmemektedir.

BABEZİYOZİS

Ixodes keneleri aracılığı ile bulaşan *Babesia microti* KK'leri enfekte eden hücre içi bir protozoondur. Kuzeydoğu Amerika kıyıları ve Long Island'da, daha az sıklıkla da orta batı ve batı Amerika sahillerinde görülür. İnfeksiyonlar yazın ve erken sonbaharda en sık görülür.

SEMPTOMLAR

- Ateş, titreme, baş ağrısı, miyalji, titreme, halsizlik.
- Ciddi hemolitik hastalıkta karın ağrısı, sarılık, splenomegali ve idrar renginde koyulaşma görülebilir.

TABLO 11.1. *Actinomyces* ve *Nocardia* İnfeksiyonlarının Tanı ve Tedavisi

	ACTINOMYCES	NOCARDIA
Gram boyama	Gram-⊕ dallanan basiller.	Gram-⊕ dallanan basiller.
Aside direnç	⊖.	Zayıf ADB ⊕.
Patoloji	Kükürt granülleri ve akıntılı sinüsler.	Abse.
Enfekte olan konak	İmmün sistemi sağlam; kötü diş yapısı olanlar veya RIA kullananlar.	İmmün baskılanmış.
İnfeksiyon bölgeleri	Mandibula, akciğer, karın/pelvis.	Akciğer, SSS, deri.
Tedavi	6-12 ay süreyle penisilin.	3-6 ay süreyle TMP-SMX.

B Ö L Ü M 1 2

Nefroloji

Carmen A. Peralta, MD, MAS

Alan Pao, MD

Sodyum Bozuklukları	480
HIPONATREMİ	480
UADHS	481
HIPERNATREMİ	482
Potasyum Bozuklukları	482
HIPERKALEMİ	482
HIPOKALEMİ	483
Asit-Baz Bozuklukları	484
METABOLİK ASİDOZ	484
METABOLİK ALKALOZ	484
SOLUNUMSAL ASİDOZ	486
SOLUNUMSAL ALKALOZ	487
KARIŞIK ASİT BAZ BOZUKLUKLARI	487
ÜÇLÜ ASİT BAZ BOZUKLUKLARI	487
NEFROLİTİYAZİS	488
Akut Böbrek Yetmezliği (ARF)	489
ABY'YE YAKLAŞIM	489
ABY'NİN ÖZGÜL SEBEPLERİ	490
Glomerüler Hastalıklar	496
GLOMERÜLONEFRİT (NEFRİTİK)	496
NEFROTİK SENDROM	497
Esansiyel Hipertansiyon	501
2° Hipertansiyon	502
RENOVASKÜLER HİPERTANSİYON	503
Kronik Böbrek Hastalığı (KBH)	503
Genetik Bozukluklar ve Böbreğin Konjenital Hastalıkları	505



Klinik olarak belirgin olan hiponatremilerin büyük çoğunluğunda $P_{osm} < 280$ mOsm/kg'dir. Plazma ozmolalitesini kontrol etmenin temel sebebi nadir görülen iztonik ve hipertonik sebepleri dışlayabilmektir.

Hiponatremi

SEMPTOMLARI/MUAYENE

- Semptomlar ve bulgular Na^+ düşüşün hızına ve şiddetine bağlıdır.
- Semptomsuz olabilir veya bulantı ve kusmadan konfüzyon ve letarjiye veya nöbetler ve komaya kadar değişebilen semptomlar görülebilir.

AYIRICI TANI

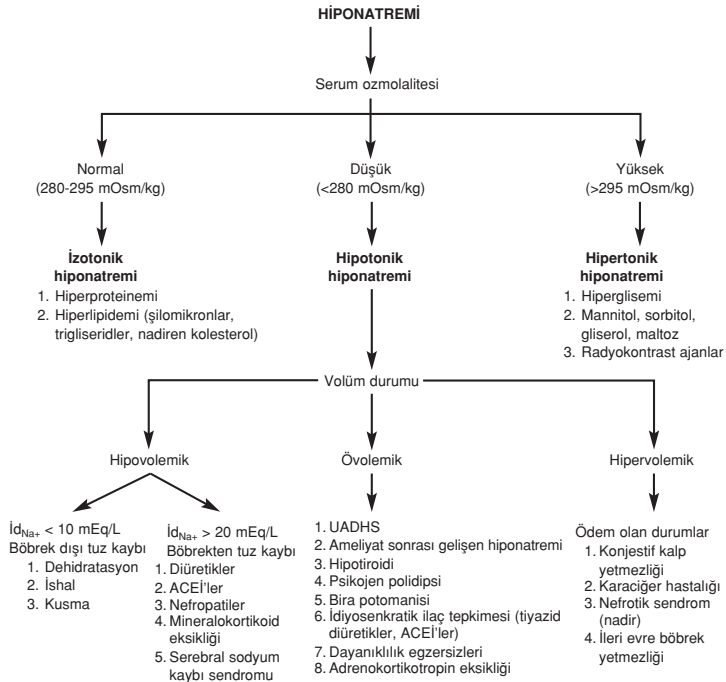
Hiponatreminin değerlendirilmesi ve ayırıcı tanısına yönelik bir algoritma Şekil 11.2'de verilmiştir.

TANI

- Tonisiteyi belirleyiniz:

$$\text{Plazma ozmolalitesi } (P_{osm}) = (2 \times Na^+) + (BUN/2,8) + (glukoz/18)$$

- Hipotonik hiponatremiler için volüm durumunu belirleyiniz:



ŞEKİL 11.1. Hiponatreminin değerlendirilmesine yönelik algoritma.

(American Journal of Medicine, 72(3):496, Narins RG et al, Diagnostic strategies in disorders of fluid, electrolyte, and acid-base homeostasis, Copyright © 1982, Elsevier.'den izinle uyarlanarak alınmıştır.)

- **Klinik muayene:** Volüm yüklenmesi (yüksek JVB, S3 gallop, asit, ödem) veya volüm eksikliği bulgularını (kuru mukozalar, düz JVB) arayınız.
- **İdrar Na^+ <10** olması hipovolemiyi düşündürür.
- **Fraksiyone Na^+ atılımının (Fe_{Na^+}) <% 1** olması idrar Na^+ göre (Id_{Na^+}) düşük volüm durumu varlığının daha kesin bir göstergesidir.

$$\text{Fe}_{\text{Na}^+} = \text{atılan } \text{Na}^+ / \text{filtre edilen } \text{Na}^+ = (\text{Id}_{\text{Na}^+} \times \text{P}_{\text{Kr}}) / (\text{P}_{\text{Na}^+} \times \text{Id}_{\text{Kr}})$$

P_{Kr} = plazma kreatinini, P_{Na^+} = plazma sodyumu ve Id_{Kr} = idrar kreatinini.

- **$\text{Id}_{\text{osm}} > \text{P}_{\text{osm}}$ veya $\text{Id}_{\text{osm}} > 100 \text{ mOsm/kg}$** olması hipovolemiye veya UADHS'ye bağlı olarak gelişebilen yüksek ADH bulunan bir durum olduğunu düşündürür.

TEDAVİ

- Sıvı tedavisi hastanın **volüm durumuna** göre belirlenir.
 - **Hipervolemi:** Sıvı kısıtlaması veya diüretikler.
 - **Övolemi:** Sıvı kısıtlaması.
 - **Hipovolemi:** İzotonik veya hipertonic serum fizyolojik.
- Na^+ düzeltilme hızı düzeyinin ne hızla düştüğüne ve hastanın ne kadar semptomu olduğuna bağlıdır.
 - **Akut semptomatik hiponatremi:** Na^+ semptomlar düzelene kadar yükseltilmelidir (saatte 1-2). Genellikle bir kulp diüretiği ile birlikte sıklıkla hipertonic (% 3) serum fizyolojik kullanılması gerekir.
 - **Semptomatik kronik hiponatremi:** Na^+ daha yavaş yükseltilmelidir (saatte 0,5-1 mEq/L). Hipertonic serum fizyolojik kullanılması gerekebilir.
 - **Semptomsuz kronik hiponatremi:** Hızlı düzeltilmesi gerekmez. Yukarıda açıklandığı şekilde sıvı tedavisi verilmesi yeterlidir.
- Altta yatan sebebi tedavi ediniz.



Santral pontin miyelinolizis gelişimini önlemek için 24 saatlik süre içinde sodyumu 12 mEq/L'den daha fazla ↑ kaçınız.

UADHS

UADHS'nin “**üç büyük**” sebebini hatırlayınız: herhangi bir SSS hastalığı, herhangi bir akciğer hastalığı ve ilaçlar (özellikle de psikiyatri ilaçları).

SEMPTOMLARI/MUAYENE

Semptomlar hiponatremiye ve UADHS'nin altta yatan sebebine bağlıdır.

AYIRICI TANI

- **SSS hastalıkları:**
 - **Kafa travması:** SAK, subdural hematom.
 - **İnfeksiyon:** Menenjit, ensefalit, beyin absesi.
 - **Diğer:** Tümörler, SVO, MS.
- **Akciğer hastalıkları:** Küçük hücreli akciğer kanseri, pnömoni, akciğer absesi, tbc, pnömotoraks.
- **İlaçlar:** Klorpropamid, TSA'lar, haloperidol.
- **Malign neoplaziler.**

TANI

- Düşük P_{osm} .
- Volüm durumu normalken hiponatremi.
- $\text{Id}_{\text{osm}} > \text{P}_{\text{osm}}$.
- UADHS bir dışlama tanısıdır.



UADHS'nin “üç büyük” sebebi: herhangi bir SSS hastalığı, herhangi bir akciğer hastalığı ve ilaçlardır (özellikle psikiyatri ilaçları).

B Ö L Ü M 13

Nöroloji

Joey English, MD, PhD
S. Andrew Josephson, MD

Nörolojik Hikaye ve Muayene	511
TEMEL MUAYENE	511
KOMA MUAYENESİ	511
Nörolojik Tanı Testleri	513
LOMBER PONSİYON (LP)	513
ELEKTROENSEFALOGRAFI (EEG)	513
BİLGİSAYARLI TOMOGRAFI (BT)	513
MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME (MRG)	514
SEREBRAL ANJİYOGRAFI	514
ELEKTROMİYOGRAFI/SİNİR İLETİM ÇALIŞMALARI (EMG/SİÇ)	514
UYARILMIŞ POTANSİYELLER – UP'LER (EVOKED POTENTIALS – EPs)	514
Baş Ağrısı	514
MİGREN BAŞ AĞRISI	515
KÜME TİPİ (CLUSTER) BAŞ AĞRISI	516
TRİGEMİNAL NEVRALJİ (TİK DOLORE)	517
İDİYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON (PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ)	517
İLACIN KESİLMESİNE BAĞLI OLUŞAN BAŞ AĞRISI	519
Serebrovasküler Hastalık	519
İSKEMİK İNME	520
HEMORAJİK İNME	523
PARANKİM DIŞI KANAMALAR	523
Nöbetler	525
1° GENERALİZE NÖBETLER	525
FOKAL (PARSİYEL) NÖBETLER	526
STATUS EPILEPTİKUS	528
Hareket Bozuklukları	528
HİPOKİNETİK BOZUKLUKLAR	528
HİPERKİNETİK BOZUKLUKLAR	530
Multipl Skleroz (MS)	533

Sinir-Kas Kavşığı Bozuklukları	536
MIYASTENYA GRAVIS (MG)	536
LAMBERT-EATON MIYASTENİK SENDROMU (LEMS)	538
Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS)	539
Nöropatiler	540
GENEL ÖZELLİKLER	540
AKUT POLİNÖROPATİLER	540
KRONİK POLİNÖROPATİLER	542
MONONÖROPATİLER	543
Miyopatiler	544
İNFLAMATUAR MIYOPATİLER	545
METABOLİK MIYOPATİLER	546
TOKSİK MIYOPATİLER	546
Paraneoplastik Sendromlar	546
LAMBERT-EATON MIYASTENİK SENDROMU	547
SUBAKUT SEREBELLAR DEJENERASYON	547
LİMBİK ENSEFALİT	547
DUYUSAL NÖRONOPATİ	547
OPSOKLONUS-MİYOKLONUS	547

NÖROLOJİK HİKAYE VE MUAYENE

Temel Muayene

Her türlü nörolojik hastalığın değerlendirilmesinde en önemli basamak – ve bir lezyonun yerini belirleme girişiminin kiritik bir kısmı – hikaye ve fizik muayenedir. Hikaye şu özelliklere odaklanmalıdır:

- **Semptomların başlangıcı:**
 - **Akut başlangıç (saniyelerden dakikalara):** Sıklıkla bir **vasküler olay** (örneğin; inme), **nöbet** veya komplike olmuş **migren** sebep olur.
 - **Subakut başlangıç (saatlerden günlere):** **İnfeksiyonlar, iltihabi hastalıklar** veya **otoimmün bozuklukların** (örneğin; MS) sebep olması daha olasıdır.
 - **Sinsi başlangıç (aylardan yıllara):** Yavaş büyüyen **yapısal lezyonların** veya **nörodejeneratif bozuklukların** sebep olması daha olasıdır.
- **Yaş/cinsiyet:** Genç hastalarda, özellikle de kadınlarda, ayırıcı tanıda **otoimmün durumları** ön sırada düşününüz. Nörodejeneratif hastalıklar yaşlı hastalarda daha sıktır.
- **Semptomların yerleşimi:** Sık görülen nörolojik hastalık süreçlerinin yerleşimine göre ortaya çıkan tipik semptomlar şu şekildedir:
 - **Miyopatiler (kas):** Tüm ekstremitelerde **simetrik proksimal kuvvetsizlik**.
 - **Nöromusküler bileşke:** Gün içinde **azalıp artan kuvvetsizlik** (gözler, ekstremitelerin proksimali).
 - **Polinöropati:** **Distalde simetrik duyu kaybı ve tüm ekstremitelerde kuvvetsizlik**, sıklıkla etkilenen bölgelerde **refleksler ↓** veya alınmaz.
 - **Miyelopati (omurilik):** **Barsak ve mesane tutulumu ile birlikte her iki bacakta veya her iki kolda ve bacadaki yüzün korunduğu simetrik kuvvetsizlik**.
 - **Beyin sapı:** **Kraniyal sinir felçleri, çift görme, dizartri, disfaji, nistagmus.**
 - **Görme yolu:** **Tek taraflı bozukluğun çift taraflı bozuluktan ayırt edilmesi** serebral yarımkürede ve gözlerde sebebin yerinin belirlenmesinde kilit noktadır (Bkz. Şekil 13.1).

Koma Muayenesi

Koma terimi hastaların tepkisiz oldukları, hiçbir anlamlı hareket göstermedikleri ve ağırlı uyaranlar ile gözlerini açmadıkları bir duruma işaret eder. **Her iki serebral yarı-kürenin veya beyin sapındaki** retiküler etkinleştirici sistemin tutulmasını gerektirir. Genellikle şu üç durumdan biri sebep olur:

- **Beyin sapını** etkileyen **yapısal** bir durum (örneğin; kitle etkisi nedeniyle herniasyon, inme).
- **Elektriksel** bir sorun (klinik olarak aşıkarma olmasa da devam eden nöbet etkinliği – örneğin; konvülsif olmayan status epileptikus).
- **Metabolik** bir durum (örneğin; anoksik beyin hasarı, hepatik ensefalopati, ciddi elektrolit bozuklukları, infeksiyon).

SEMPTOMLARI/MUAYENE

- **Kraniyal sinirleri kontrol ederek beyin sapı işlevlerini değerlendiriniz** – yani; ışığa karşı gözbebeği yanıtı; kafayı bir taraftan diğerine çevirerek veya bir kulağa soğuk su uygulayarak ekstraoküler göz hareketlerinin izlenmesi (eğer servikal omurganın



Komanın anatomik yerleşimi beyin sapı reflekslerinin muayenesi ile ayırt edilir. Eğer beyin sapı refleksleri normal değilse lezyon beyin sapındadır.

Onkoloji

Andrea Harzstark, MD
Jonathan Rosenberg, MD

Kanser Tedavisi	551
KEMOTERAPİ İLAÇLARI	551
ONKOLOJİNİN İLKELERİ	551
RADYASYON TEDAVİSİ	553
CERRAHI ONKOLOJİ	554
Onkolojik Aciller	554
SÜPERİYOR VENA KAVA (SVK) SENDROMU	554
OMURİLİK BASISI	555
TÜMÖR LİZİS SENDROMU	556
NÖTROPENİK ATEŞ	557
Meme Kanseri	558
Akciğer Kanseri	560
KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ (KHDAK)	560
KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ (KHAK)	560
Mezotelyoma	561
Timoma	561
Baş ve Boynun Yassı Hücreli Karsinomu	561
Nazofarinks Karsinomu	562
Tiroid Kanseri	563
Özefagus Kanseri	563
Mide Kanseri	563
GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLER (GİST'LER)	564
Pankreas Kanseri	564
Karsinoid Tümörler	565
Hepatoselüler Karsinom	565
Kolorektal Kanseri	565
Prostat Kanseri	566

Böbrek Kanseri	567
Testis Kanseri	568
Mesane Kanseri	569
Serviks Kanseri	569
Endometriyum Kanseri	570
Over Kanseri	570
Sarkom	571
Anal Kanseri	572
1° Beyin Tümörleri	572
BEYİN METASTAZLARI	573
Primeri Bilinmeyen Karsinom	573
Akut Lösemiler	574
AKUT LENFOBLASTİK LÖSEMI (ALL)	574
AKUT MİYELOİD LÖSEMI (AML)	575
AKUT PROMİYELOİTİK LÖSEMI (AML-M3, APL)	575
Kronik Lösemiler	576
KRONİK MİYELOİD LÖSEMI (KML)	576
KRONİK LENFOSİTİK LÖSEMI (KLL)	576
Hodgkin Lenfoma	577
Hodgkin Dışı Lenfoma (NHL)	578
Önemli Translokasyonlar	579
HIV ve Kanseri	579
Destek Tedavisi/Büyüme Faktörleri	579
BULANTI VE KUSMA	579
MİYELOİD BÜYÜME FAKTÖRLERİ (G-CSF, GM-CSF)	579
ERİTROPOİETİN	580
İŞTAHSIZLIK	580
HALSİZLİK	580

KANSER TEDAVİSİ

Kemoterapi İlaçları

KEMOTERAPİNİN İLKELERİ

Kemoterapi ilaçları hücre bölünmesi mekanizmalarına müdahale ederek etki gösterir. Hedefler arasında DNA sentezi, mikrotübüller ve doğrudan DNA hasarı oluşturma yer alır.

TOKSİSİTE MODELLERİ

Çeşitli kemoterapi ilaçlarına ait sık görülen ve ciddi toksisiteler Tablo 14.1'de özetlenmiştir. Her kemoterapi kemik iliği baskılanması ve bulantı/kusmaya sebep olabilir.

HEDEFE YÖNELİK TEDAVİLER

Yeni ilaçların veya özgül bir moleküler hedefi olan standart tedavilerin yan etkileri geleneksel kemoterapiye göre sıklıkla daha az ve daha düşük şiddetlidir. Bu yöntemler arasında hormon tedavisi, sitokinler, monoklonal antikorlar ve enzimleri hedef alan küçük moleküller yer alır. Monoklonal antikorlar sıklıkla standart kemoterapi protokolleri ile birlikte kullanılır. Hedefe yönelik tedaviler ve endikasyonları Tablo 14.2'de özetlenmiştir.

Onkolojinin İlkeleri

KOMBİNASYON PROTOKOLLERİ

- **Kombinasyon protokollerinin kullanılmasının gerekçeleri** şunlardır:
 - Daha az toksisite ile daha fazla hücrenin öldürülebilmesini sağlar.
 - Çapraz direnç gelişimini önler (farklı ilaçlara farklı mekanizmalar üzerinden direnç gelişir).
 - Üst üste çalışmayan toksisite özellikleri olan ilaçların birbiriyle sinerjistik etki göstermesi.
- **Sık dozlu tedavi:** Aktif bir araştırma alanıdır.
 - Tümör hücrelerinin bir sonraki kemoterapi dozundan önce tekrar çoğalmasına izin vermez.
 - Direnç gelişimi ihtimalini en aza indirir.
 - Meme kanserinde kullanılmaktadır. Fakat bunun dışındakilerde halen büyük oranda deneyseldir.
 - Kırmızı küre ve beyaz küre büyüme faktörlerinin verilmesini gerektirir.

TEDAVİYE YANIT

Şu şekilde tanımlanır:

- **Tam yanıt:** En az dört hafta süreyle tüm hastalık bulgularının kaybolmasıdır.
- **Kısmi yanıt:** En az dört hafta süreyle yeni bir tutulum ortaya çıkmaksızın tüm ölçülebilir lezyonların en geniş çaplarının toplamında **en az %30 azalma** olmasıdır.
- **İlerleyen hastalık:** Tedavi süresince var olan tutulumlarda büyüme olması veya yeni lezyonların ortaya çıkması.

B Ö L Ü M 15

Psikiyatri

Demian Rose, MD, PhD

Amin Azzam, MD, MA

Psikiyatri İncileri	582
Anksiyete Bozuklukları	582
PANİK BOZUKLUĞU	582
YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU	584
ÖZGÜL FOBİLER	585
OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	585
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU (TSSB)	586
Duygudurum Bozuklukları	587
MAJOR DEPRESİF BOZUKLUK	587
BİPOLAR AFEKTİF BOZUKLUK	588
Psikotik Bozukluklar	589
ŞİZOFRENİ	589
SANRI BOZUKLUĞU	590
Madde Kötüye Kullanımı Bozuklukları	591
KRONİK KÖTÜYE KULLANIM/BAĞIMLILIK	591
Diğer Bozukluklar	592
SOMATOFORM BOZUKLUKLAR	592
DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)	593
YEME BOZUKLUKLARI	594
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	594
Hastanın Ehliyeti ve Karar Verebilme Yeteneği	595
Psikiyatride Gizlilik	596
Psikiyatride Özel Gruplar	596
GERİATRİK HASTALAR	596
ADOLESAN HASTALAR	597
HIV/AIDS OLAN HASTALAR	597
Psikiyatride Tedavi İçin Kullanılan İlaçlar	597
YAN ETKİLER	597
ÖNEMLİ İLAÇ-İLAÇ ETKİLEŞİMLERİ	597
PSİKİYATRİK YAN ETKİLERİ OLAN PSİKİYATRİ DIŞI İLAÇ SINIFLARI	597

PSİKİYATRİ İNCİLERİ

- Tüm psikiyatrik hastalıklar dört ana sınıfa ayrılabilir (Bkz. Şekil 15.1). Diğer hastalıklarda olduğu gibi semptomlar sonradan daha ayrıntılı olarak açıklanabilecek olan hastalık sınıflarını düşündürür. Genel olarak psikiyatrik tanıları açıklayabilecek nesnel laboratuvar testleri bulunmamaktadır. Bu nedenle dikkatli bir hikaye alınması gerekmektedir.
- Bazı psikiyatrik sendromlar dışlama tanılarıdır. Bu nedenle bu tür tanıları konmadan önce olası tıbbi sebepler dışlanmalıdır.
- Farmakolojik tedavi tanıya veya 1° semptomlara yöneliktir (Bkz. Şekil 15.1). Psikotik bozukluklar antipsikotiklerle tedavi edilir. Anksiyete bozuklukları anksiyolitik ajanlarla tedavi edilir. Duygudurum bozuklukları unipolar veya bipolar olmasına göre antidepresanlar veya duygudurum düzenleyicilerle tedavi edilir.
- Bazı psikiyatrik sendromlarda iki ana hastalık sınıfına ait semptomlar bulunur (örneğin; hem psikotik hem de duygudurum bozukluğuna ait semptomların görüldüğü şizoafektif bozukluk). Bu sendromların tedavisinde genellikle > 1 sınıfa ait ilaçlar kullanılır ve her semptom ayrı ayrı hedeflenir.
- Her sınıftaki ilaç seçimi çeşitli etkenlere dayanmalıdır:
 - Tedavi edilen hastalık için etkinliğin kanıtlanmış olması.
 - Hastanın demografik özellikleri.
 - Olası yan etki profili ve hastanın bunlara katlanabilme durumu.
 - Hasta tercihi (hasta uyumunun artırılması için).
 - Diğer ilaçlarla olan ilaç-ilac etkileşimleri.
 - Benzodiyazepin tercihi tedavi edilen anksiyete semptomunun yapısına bağlı olarak yapılmalıdır (Bkz. Şekil 15.2).

Sık görülen psikiyatrik bozukluklara ait olgu sunumları için Tablo 15.1'e bakınız.

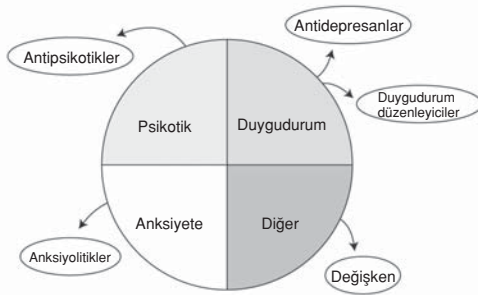
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Panik Bozukluğu

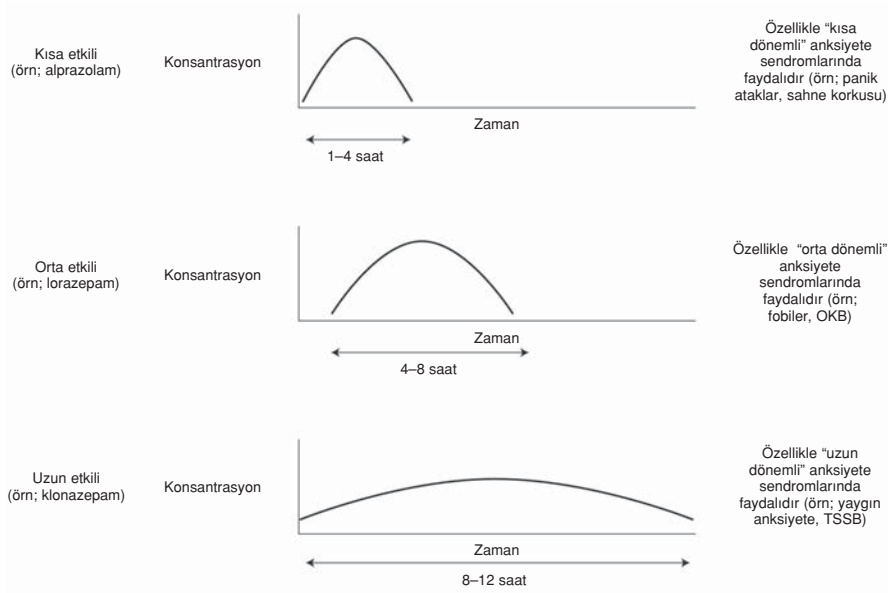
En az iki adet tetiklenmemiş panik atak ile birlikte **başka bir atak yaşama korkusu** nedeniyle gelişen işlev kaybından oluşur. Başlangıç yaşı 20'li yaşlardır. Erkek kadın oranı 1:1'dir. Prevalansı %4'e yakındır.

SEMPTOMLAR

Panik ataklar birdenbire başlamalı ve 10 dakika içinde zirveye ulaşmalıdır. Aynı zamanda şunlardan en az dördünü de içermelidir: taşikardi, aşırı terleme, nefes darlığı,



ŞEKİL 15.1. Psikiyatrik hastalıklarda farmakolojik tedavi.



ŞEKİL 15.2. Benzodiyazepinlerin etki süreleri.

göğüs ağrısı, bulantı, baş dönmesi, paresteziler, titreme, derealizasyon/depersonalizasyon ve kontrolü kaybetme/delirme/ölme korkusu. Bir panik atak tetiklenebilir veya kendiliğinden ortaya çıkabilir.

AYIRICI TANI

- **Endokrin:** Hipoglisemi, hipotiroidi, hipertiroidi, hiperparatiroidi, feokromasitoma.
- **Nörolojik:** Nöbet bozuklukları, vestibüler işlev bozukluğu, neoplaziler.
- **Farmakolojik:** Akut intoksikasyon, ilaç ilişkili semptomlar.
- **Kalp ve damar:** Aritmiler, MI.
- **Akciğer:** KOAH, astım alevlenmesi, pulmoner emboli.
- **Psikiyatrik:**
 - **Yaygın anksiyete bozukluğu:** Hastalarda tipik olarak alta yatan daha kronik anksiyete mevcuttur.
 - **Obsesif kompulsif bozukluk (OKB):** Hastalarda genellikle yineleyen tekrar eden düşünceler (saplantılar) ve manerizmalar (dürtüler) bulunur.
 - **Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB):** Hastalarda travmaya sebep olan bir olay hikayesi mevcuttur. Panik atak hikayesi yoktur.

TANI

Tüm olası tıbbi sebepleri dışlayınız (örneğin; EKG, elektrolit paneli, GGx).

TEDAVİ

- **Davranışsal:** Davranışsal psikoterapilerin çeşitli türleri.
- **İlaçlar:** Benzodiyazepin anksiyolitik ajanlar; β -blokerler; antidepresanlar.



Panik bozukluğu agorafobi (açık alanlardan veya bir kalabalıkta tek başına kalmaktan veya evden ayrılmaktan korkmak) ile birlikte veya olmaksızın görülebilir.

Göğüs Hastalıkları

Elliott Dasenbrook, MD

Christian Merlo, MD, MPH

Temel Fizyoloji	601
AKCİĞERLERİN FİZİK MUAYENE BULGULARI	601
AKCİĞER HACİMLERİ	601
AKCİĞER İŞLEVLERİNDEKİ DEĞİŞİMLER	601
Göğüs Hastalıklarında Tanı Testleri	601
AKG'NİN YORUMLAMASI	601
GGX	602
BT	602
PET	603
V/Q SİNTİGRAFİSİ	603
PULMONER ANJİYOGRAFI	603
BRONKOSKOPI	604
Öksürük	604
Dispne	605
Wheezing	606
Hemoptizi	608
Hipoksemi	609
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)	610
Bronşiyektazi	612
Kistik Fibrozis (KF)	613
İnterstisyel Akciğer Hastalığı (IAH)	614
Plevral Efüzyon	616
Pnömotoraks	617
Hiv'e Bağlı Akciğer Komplikasyonları	619
Pulmoner Emboli (PE)	620
Pulmoner Hipertansiyon	621
Tek Akciğer Nodülü	623

Sarkoidoz	624
Uyku İlişkili Nefes Alma Bozukluğu	625
Akciğer Transplantasyonu	626
ADAY SEÇİMİ	626
ORGANLARIN DAĞITIMI	626
CERRAHİ İŞLEMLER	626
TEDAVİ SÜRECİ VE SONUÇLARI	627

B Ö L Ü M 17

Romatoloji

Mary Margaretten, MD

Jonathan Graf, MD

Artrite Yaklaşım	631
Romatoid Artrit (RA)	632
Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) ve İlaç İlişkili Lupus	634
SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS	634
İLAÇ İLİŞKİLİ LUPUS	638
YENİDOĞAN LUPUSU	639
Sjögren Sendromu	639
Seronegatif Spondiloartropatiler	640
ANKILOZAN SPONDİLİT	640
PSÖRİYATİK ARTRİT	642
REAKTİF ARTRİT	643
İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI (İBH) İLİŞKİLİ ARTRİT	644
Kristal İlişkili Artropatiler	644
HİPERÜRİSEMİ	644
GUT	644
KALSİYUM PİROFOSFAT DİHİDRAT BİRİKİMİ HASTALIĞI (KPPD)	647
KONDROKALSİNOZİS	649
İnflamatuar Miyopatiler	649
POLİMİYÖZİT	649
DERMATOMİYÖZİT	650
İNKLÜZYON CİSİMCİĞİ MİYÖZİTİ	651
Sistemik Skleroz (Skleroderma)	651
LİMİTLİ SKLERODERMA	651
İLERLEYİCİ (YAYGIN) SİSTEMİK SKLEROZ	652
Vaskülit	653
VASKÜLİTE YAKLAŞIM	653
1° VASKÜLİT SENDROMLARI	653
DİĞER VASKÜLİTLER	658

Enfeksiyöz Artrit	659
GONOKOK DIŞI ARTRİT	659
GONOKOK ARTRİTİ (YAYGIN İNFEKSİYON)	660
TÜBERKÜLOZ ARTRİTİ	660
LYME ARTRİTİ	661
Fibromiyalji	661
Çeşitli Hastalıklar	664
ERİŞKİN STİL HASTALIĞI	664
SARKOİDOZ	664
KOLESTEROL EMBOLİSİ SENDROMU	664
DİYABETES MELLİTUSUN KAS VE İSKELET KOMPLİKASYONLARI	664

ARTRİTE YAKLAŞIM

Artrit ve diğer romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısına yönelik genel yaklaşımlar Tablo 17.1'den 17.3'e kadar özetlenmiştir. **Artrosentezin kontraendikasyonları** arasında şunlar yer alır:

- Eklem üzerinde yumuşak doku enfeksiyonu veya selülit olması.
- Ciddi koagülopati veya kanama bozukluğu olması (INR >3,0).

TABLO 17.1. Artritin Ayırıcı Tanısı

HASTALIK	İNFLAMASYON	EKLEM TUTULUMU	PERİFERİK EKLEM TUTULUMU	SPİNAL TUTULUM	ANA AYIRICI ÖZELLİKLERİ
Romatoid artrit (RA)	+	Simetrik/ poliartiküler	El bilekleri/ MKF'ler, PİF'ler/ MTF'ler, ayak bilekleri, dizler	Hayır (servikal omurga hariç)	Poliartiküler, simetrik, küçük eklemler.
SLE	+	Simetrik/ poliartiküler	El bilekleri/ MKF'ler/ PİF'ler	Hayır	SLE'nin eklem dışı bulguları.
Ankilozan spondilit	+	Genellikle oligoartiküler	Kalçalar, omuzlar, dizler	Evet	Bel ağrısı.
Psöriyatik artrit	+	Simetrik olmayan/ oligoartiküler	Daktilit, DİF'ler	Evet	Kütanöz psöriyazis hikayesi.
Reaktif artrit	+	Simetrik olmayan/ oligoartiküler	Daha büyük, yük taşıyan eklemler; dizler/ ayak bilekleri	Evet	ÜSYİ, ishali hastalık veya CYBH hikayesi.
İBH ilişkili artrit	+	Simetrik olmayan/ oligoartiküler	Daha büyük eklemler	Evet	GI bulgular (örneğin; ishal, kanlı dışkı).
Gut	+	Monoartiküler, poliartiküler	Birinci MTF, ayak bileği, diz, MKF'ler/PİF'ler	Hayır	Akut, dokunmakla şiddetli derecede ağrılı.
Osteoartrit	-	Monoartiküler/ oligoartiküler, poliartiküler	DİF'ler, birinci karpal - metakarpal, dizler, kalçalar	Evet	İnflamatuvar olmayan, yani; günün sonunda ve etkinliklerle kötüleşen; istirahatle düzelen.

Kadın Sağlığı

Deborah Lindes, MD

Linda Shiue, MD

Memede Kitle	666
Doğum Kontrolü (Kontrasepsiyon)	666
Gebelik Öncesi Hizmetler	666
TESTLER	666
MÜDAHALELER	666
Gebelikte Karşılaşılan Tıbbi Durumlar	667
TERATOJEN İLAÇLAR	667
GEBELİKTE HİPERTANSİYON	669
GEBELİKTE DİYABET	672
GEBELİKTE TİROİD HASTALIĞI	673
Infertilite	674
Mens Bozuklukları	675
NORMAL OLMAYAN PREMENOPAZAL VAJİNAL KANAMA	675
AMENORE	676
Menopoz	677
Postmenopozal Kanama	678
Osteoporoz	678
Hirsutizm	680
Polikistik Over Sendromu (PKOS)	681
Kronik Pelvik Ağrı	682
Ev İçi Şiddet	682
Cybh Taraması	683
KLAMİDYA	683
SERVİSİT	683
PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK (PIH)	684
İdrar Yolu Enfeksiyonları (İYİ)	685
Vajinit	685



Palpe edilebilen bir lezyon olması durumunda

mamografinin normal olması meme kanserinin dışlanabilmesi için yeterince duyarlı değildir. Bu amaç için doku tanısı alınması veya basit kist varlığını gösteren bir ultrason yapılması gereklidir.



Progestin salan RIA'nın kontrasepsiyon dışındaki faydaları arasında menoraji ve dismenorede düzelme olması yer alır. Bu yöntem özellikle adet düzensizliği olan ve ailesini tamamlamış olan perimenopozal kadınlar için uygundur.



Gebe kalmadan önce verilen danışmanlık anne ve fetus için sağlıklı bir gebelik ve doğum şansını artırır. Doğurgan yaşta olan tüm kadınlara gebelik planlarını sorunuz.

MEMEDE KİTLE

SEMPATOMLAR/MUAYENE

- Klinik muayenede veya hastanın kendisi tarafından bulunabilir.
- Adet düzeni ilişkisini, ağrıyı (eğer varsa fibrokistik değişikliklere işaret edebilir) ve meme kanseri için risk faktörlerini sorunuz.

TANI/TEDAVİ

- Klinik meme muayenesi (KMM) aksilla ve meme başlarının palpasyonunu, deri değişiklikleri için inspeksiyonu ve semptomsuz olan memenin muayenesini içerir.
- Eğer baskın bir kitle varsa değerlendirmeye Şekil 18.1'de belirtildiği gibi devam edilmelidir. Klinik bulgular benign görüldüğünde bile KMM kesin tanı konabilmesi için yeterince duyarlı değildir.
- Görüntüleme ve biyopside benign bulguları olan kadınlar palpe edilebilen lezyonda ilerleme olup olmaması açısından yakın izlenmelidir. Eğer kitle büyürse veya hasta en kesin tanı yöntemini istediğini belirtirse kitlenin çıkarılması göz önünde bulundurulmalıdır.
- Meme malignitelerine yaklaşım Onkoloji bölümünde daha ayrıntılı şekilde açıklanmıştır.

DOĞUM KONTROLÜ (KONTRASEPSİYON)

Sık kullanılan doğum kontrolü yöntemleri Tablo 18.1'de belirtilerek kontraendikasyonları ve yan etkileri özetlenmiştir.

GEBELİK ÖNCESİ HİZMETLER

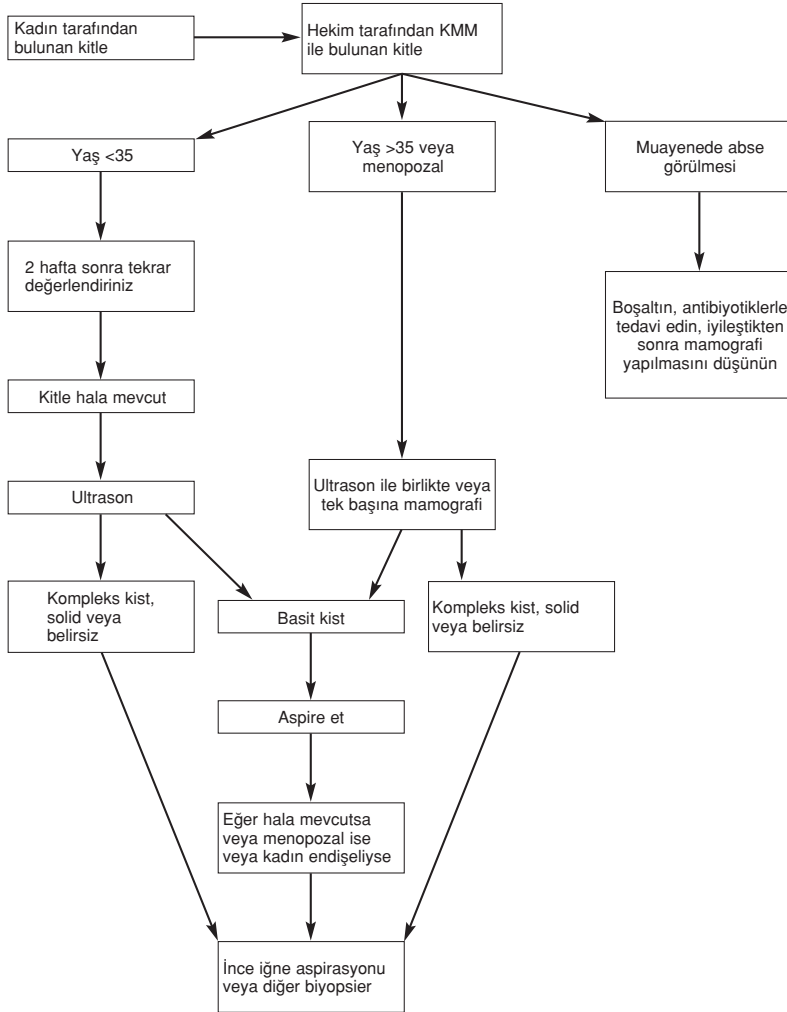
Gebelik planlayan hastalar anne ve fetus sağlığının en uygun şekilde sürdürülmesi için koruyucu danışmanlık almalıdır.

Testler

- Rubella ve varisella titrelerini isteyiniz. Pap smearın yapılmış olduğundan emin olunuz.
- Eğer hasta yüksek risk altındaysa CYBH'ler ve diğer enfeksiyonlar açısından (HBV, HIV, tbc) tarayınız.
- Herhangi bir kronik tıbbi durum varsa değerlendiriniz (örneğin; diyabetiklerde HbA1c düzeyine bakınız).

Müdahaleler

- Beslenme (hasta gebe kalmadan önce 0,4 mg/gün folat veriniz).
- Aşılamaların tam olduğundan emin olunuz.
- Aile hikayesi veya risk faktörlerinin varlığına göre genetik danışmanlık veriniz.
- Hasta tarafından kullanılan tüm ilaçları sorgulayınız ve uygun değişiklikler varsa öneriniz.



ŞEKİL 18.1. Memede palpe edilebilen kitlelere yaklaşım.

(South-Paul JE et al. Current Diagnosis & Treatment in Family Medicine, 2nd ed. New York: Mc-Graw-Hill, 2008: 272.'den izinle alınmıştır.)

GEBELİKTE KARŞILAŞILAN TIBBİ DURUMLAR

Teratojen ilaçlar

Sık karşılaşılan teratojenler Tablo 18.2'de listelenmiştir. Kronik tıbbi durumları olan hastalarda teratojen olma olasılığı bulunan bir ilacın gebelik sırasında kullanılmasına devam kararı verilirken anne ve fetüse olası yararları ve zararları dikkatlice değerlendirilmelidir.

ALLERJİ



ŞEKİL 1.2. Temas dermatiti.

Suçlanan etkenle teması olan alanlar ile sınırlı deride eritematöz papüllerin, veziküllerin ve seröz akıntının görülmesi tipiktir. (Hurwitz RM. *Pathology of the Skin: Atlas of Clinical Pathological Correlation*. Stamford, CT: Appleton & Lange, 1991: 3.'ten izinle alınmıştır).



ŞEKİL 2.1. Bakteriyel konjonktivit.

Konjonktivadaki kızarıklık ve iltihaplı akıntıya dikkat ediniz. (Knoop KJ, et al. *Atlas of Emergency Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002: 30.'dan Frank Birinyi, MD'nin izniyle alınmıştır).



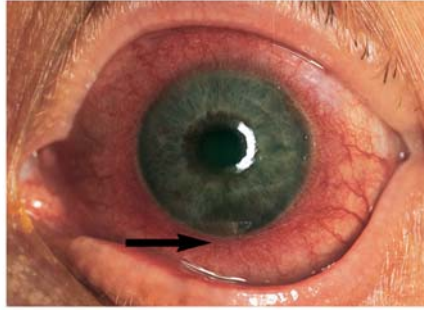
ŞEKİL 2.2. Viral konjonktivit.

Konjonktivadaki kızarıklık ve sulu akıntıya dikkat ediniz. (Knoop KJ, et al. *Atlas of Emergency Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002: 31.'den izinle alınmıştır).



ŞEKİL 2.3. Alerjik konjonktivit.

Ödemli, yumuşak ve nemli konjonktivaya dikkat ediniz. (Timothy D. McGuirk, DO izniyle).



ŞEKİL 2.4. Ön üveyit.

Siliyer kızarıklık (kornea çevresinde eritem) ile birlikte konjonktivadaki kızarıklığa ve hipopiyona (irisin önünde biriken iltihap; ok ile gösterilmiştir) dikkat ediniz. (Knoop KJ, et al. *Atlas of Emergency Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002: 52.'den izinle alınmıştır).



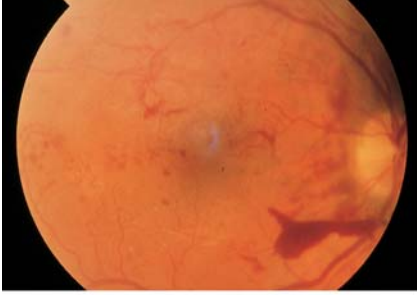
ŞEKİL 2.8. Hordeolum (it dirseği/arpacık).

Kırpık kenarında bölgesel şişlik ve eritem görülmektedir. (Knoop KJ, et al. *Atlas of Emergency Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002: 38.'den Frank Birinyi, MD'nin izniyle alınmıştır).



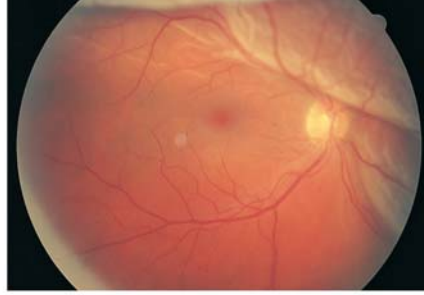
ŞEKİL 2.9. Şalazyon.

Bölgesel nodüler şişlik ve eriteme dikkat ediniz. (Knoop KJ, et al. *Atlas of Emergency Medicine*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 2002: 39.'dan Frank Birinyi, MD'nin izniyle alınmıştır).



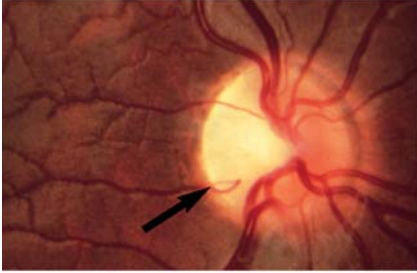
ŞEKİL 2.12. Vitroz kanama.

Yerçekiminin vitroz kan üzerindeki etkisi proliferatif diyabetik retinopati ile ilişkili vitroz kanaması olan bir hastada düz yarımay şeklinde görünüm (gemi şeklinde kan) oluşturmaktadır. (Richard E. Wyszynski, MD'nin izniyle).



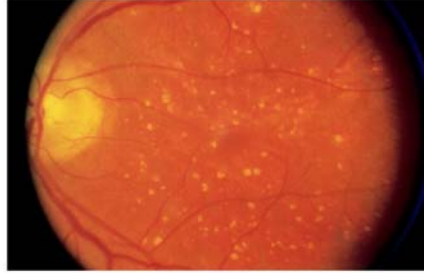
ŞEKİL 2.13. Retinal ayrılma.

Katlantılar gösteren retinal doku tabakasının yükselmiş olduğuna dikkat ediniz. Bu hastada fovea korunmuş olduğu için görme keskinliği normaldi. Fakat süperiyordaki ayrılma inferiyorda skotoma yol açtı. (Kasper DL, et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 16th ed. New York: McGraw-Hill, 2004.'ten izinle alınmıştır).



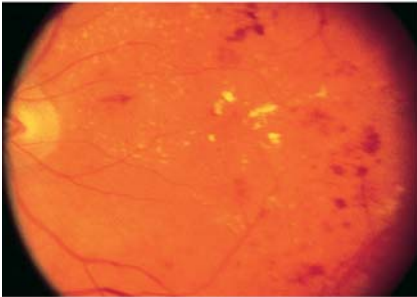
ŞEKİL 2.14. Optik nörit.

Optik sinirde kısmi (bu olgudaki gibi; ok ile gösterilmiştir) veya yaygın olarak görülebilen solukluk geçirilmiş bir optik nörit atağı veya optik sinirde hasara yol açan başka bir olay ile ilişkili özgül olmayan bir değişiktir. (Richard E. Wyszynski, MD'nin izniyle).



ŞEKİL 2.15. Yaş ilişkili maküla dejenerasyonu.

Yaş ilişkili maküla dejenerasyonu için tipik olan maküladaki drusenlere ve retinal pigment epitelindeki atrofiye (içe doğru çukurlaşmalar şeklinde pigment kaybı) dikkat ediniz. (Richard E. Wyszynski, MD'nin izniyle).



ŞEKİL 2.16. Proliferatif olmayan diyabetik retinopati.

Sert eksudatlar, noktasal kanamalar, leke tarzında kanamalar, alev şeklinde kanamalar ve mikroanevrizmalar görülmektedir. (Richard E. Wyszynski, MD'nin izniyle).



ŞEKİL 2.17. Proliferatif diyabetik retinopati.

Diskteki yaygın yeni damar oluşumları ve eşlik eden üst temporal damarları belirginsizleştiren küçük vitreus içi kanamalar görülmektedir. Inferiyor temporal bölgede başka bir yeni damar oluşum alanı bulunmaktadır. (Fuster V, et al. *Hurst's the Heart*, 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2004.'dan izinle alınmıştır).