

Göğüs Hastalıkları



Akıl Notları

Güncel . Pratik . Referanslı

Seri Editörü:

Uzm. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Editör:

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu



- ✓ Göğüs Hastalıkları **Temel Kaynaklarının Özetleri**
- ✓ Poliklinik Pratiğinde Gerekli **Referans Bilgiler**
- ✓ Algoritma, Tablo ve Şemalarla Sunulan **Pratik Yaklaşım**
- ✓ Uluslararası **Tanı ve Tedavi Kılavuzları**
- ✓ Bilinmesi Gereken **Önemli Ayrıntılar**
- ✓ Tüm **Önemli Sınıflandırmalar**
- ✓ Uyarılar, Önlemler ve **Nokta Bilgiler**
- ✓ Olgu Sunumları ve **Radyoloji Örnekleri**



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Göğüs Hastalıkları



Akıl Notları

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Seri Editörü

Uzm. Dr. Yavuz Furuncuoğlu

Editör

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

GÖĞÜS HASTALIKLARI AKIL NOTLARI

Copyright © 2014

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, taksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

ISBN: 978-975-277-526-8

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi - Düzenleme: H. Turgut Yozgatlı

Kapak Tasarımı: İhsan Ağın

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve 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

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

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

KARTAL ŞUBE

Cevizli Mahallesi Denizer Cad.
No: 19/C Kartal/İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Günümüzde Tıp -eskisinden çok farklı olarak- birçok alt branşlara ayrılmıştır. Batı ülkelerinde tek bir hastalık ile uğraşan hekimler vardır. Bu nedenle bir hekimin ferdi olarak literatürlerin tümünü takip etmesi mümkün olamamaktadır. Aynı şekilde textbook okumak ta rutinden çıkmakta ve ancak başvuru kitabı haline gelmektedir. Bu ihtiyaca binaen akıl kitapları serisi doğmuştur. Bir masa veya cep kitabı olarak planlanmıştır. İlk başvuru kitabı özelliği taşımaktadır. Kitabın bilimsel olarak tatmin edici olması için her bölüm ilgili uzman hekim tarafından yazılmıştır. Yine de uzman okuyucu tarafından fark edilen eksik veya düzeltilmesi istenilen bir konu varsa o bölüm yeniden incelenecektir. Reçete Kitabı, İç hastalıkları Akıl kitabı ve Pediatri Akıl Kitabı ardından seriye Göğüs Hastalıkları Akıl Kitabı ile devam etmekteyiz. Bu serinin çıkmasında üstün gayret gösteren Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu'na, kitabın hazırlanmasında her aşamada desteklerini esirgemeyen Sn. Murat Yılmaz'a, Sn. Dr. Ufuk Akçıl'a, Sn. Nuran Karacan'a ve emeği geçen tüm Güneş Tıp Kitabevleri çalışanlarına teşekkür ederim. Umarım okuyanlara faydalı olur.

Saygılarımla
Dr. Yavuz Furuncuoğlu

KATKIDA BULUNANLAR

Uzm. Dr. Süha Alzafer

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Orhan Dalkılıç

Medikal Park Göztepe Hastanesi
Göğüs Hastalıkları Kliniği

Murat Gazeroğlu

Fizyoterapist
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzm. Dr. Pejman Golabi

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ercan Karaaslan

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Dispne	1
Öksürük	7
Hemoptizi	11
Astım	15
KOAH (Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı)	23
Plevral Efüzyon	31
Spontan Pnömotoraks (SPX)	35
Pulmoner Emboli	39
Tüberküloz	51
Toplumda Gelişen Pnömoni	57
Hastanede Gelişen Pnömoni	63
Akciğer Kanseri	69
Soliter Pulmoner Nodül	79
İdiopatik Pulmoner Fibrozis	83
Sarkoidoz	89
Uyku Apne Sendromu	93
Sigarayı Bırakma	97
Göğüs Hastalıklarında İnvazif İşlemler	103
Spirometre	105
Oksijen Tedavisi	113
Onam Alma Süreci	117
Olgu Sunumları ve Radyoloji Örnekleri	125



DİSPNE AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Süha Alzafer

- Dispne, solunum işinin sıkıntılı olması halidir. Dispne hissi hastalar tarafından değişik şekillerde tanımlanır. Nefes alma zorluğu, nefes verme zorluğu, aldığı havanın yetmeme hissi, göğüste sıkıntı hissi gibi tanımlanabilir. Dispne algılaması nefes alıp vermenin farkında olmaktan solunum disterisine kadar geniş bir spektrum gösterir. Dispne, takipne gibi objektif bulgularla birlikte olmadığı sürece sübjektif bir yakınmadır. Çoğu hastada dispne alarme edici bir semptomdur ve hekime en sık başvuru nedenleri arasındadır.
- Sübjektif özelliğinden dolayı dispne algılaması iki komponentin karışmasından oluşur. İlki, yüz ve solunum sistemindeki mekanoreseptörlerden gelen bilgilerin serebral kortekse iletildiği duysal inputlardır. Farklı bölgelerin uyarılması farklı duysal algılamalara yol açar. Merkezi sinir sisteminde dispne algılamasını sağlayan spesifik bir bölge bulunamamıştır. Nervus vagus aracılığıyla hava yolları ve akciğerlerden, solunum kaslarından, göğüs duvarından ve de kemoreseptörlerden gelen inputlar, sensoryomotor kortekse giden yoldan spinal kord veya supraspinal bölge gibi sinir sisteminin değişik bölgelerinde işlenir. Yetersiz oksijen sunumu veya kullanımı gibi faktörlerle tetiklenen ilave sensoryal inputlar henüz yeterince anlaşılamamıştır. İkinci komponent ise sensoryomotor kortekse ulaşan bilginin yorumlanması ile oluşan duyunun algılanmasıdır. Bu algının yorumlanması büyük oranda kişinin psikolojik donanımına bağlıdır.
- Dispnenin psikolojik komponentini çeşitli faktörler etkiler. Kussmaul solunumu olan biri, dışardan bakıldığında hava açlığı çekiyormuş gibi görülmesine rağmen, hasta nefesinin daraldığını hissetmez. Aksine konjestif kalp yetersizliği veya kronik obstüktif akciğer hastalığı olan hastalar, belirgin olarak hava açlığı hissinden yakınır. Narkotik verilmesi veya akut hiperkapni gibi algılamamanın körleştiği durumlarda anormal solunum paterninin devam etmesine rağmen dispne hissi ortadan kalkabilir. Anksiyete dispne hissini artırır. Somatik nedenlerin elimine edilmesi sonucunda tanısı konulan psikojenik dispneden anksiyete sorumludur. İstirahatte oluşup aktivite ile azalan anksiyete veya diğer psikolojik faktörlere bağlı dispne, bu yönden kardiyopulmoner hastalıklara bağlı dispneden ayrılır.



ÖKSÜRÜK AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Süha Alzafer

Tanım

- 8 haftayı geçen öksürük kronik öksürüktür.
- 3-8 hafta süren öksürük subakut öksürüktür.

Risk Faktörleri

- Kronik öksürükte en önemli risk faktörleri sigara içme akciğer hastalığı mevcudiyetir.

Etiyoloji

- Sıklıkla birden fazla etyoloji biraradadır. Çoğu zaman bronşiyal irritasyondan kaynaklanır. En sık görülen öksürük nedenleri şunlardır.
- Postnasal drip sendromu
- Astım Bronşiyale
- Gastroösofageal Reflü
- Nonastmatik eosinofilik bronşit

Diğer Öksürük Nedenleri

- Aspirasyon
- Bronşektazi
- İnterstiyel Akciğer Hastalıkları (Diffuz Parankimal Akciğer Hastalığı)
- Tüberküloz
- Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörü grubu ilaçlar



HEMOPTİZİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Süha Alzafer

Tanım

- Öksürükle ağızdan kan gelmesidir. Hemoptizide gelen kan, balgamla karışık noktasal veya çizgisel olabildiği gibi, yaşamı tehdit edecek kadar masif kan şeklinde de olabilir. 24 saatte 200 ml'den fazla kanama masif olarak anılır, mortal olabilir.
- Hemoptizide kan, solunum sisteminin değişik kompartmanlarından gelebilir. Ana bronşlar, burun, boğaz ve larenks hemoptizi kaynağı olabilir.

Tanı

- Hemoptizi, gastrointestinal sistemden kaynak alan hematemezden ayırdedilmelidir. Hemoptizide kan açık kırmızı renktedir, balgamla karışıktır, alkalen pH'tadır ve mikroskopik olarak hemosiderin ile yüklü makrofajlar içerir. Hematemizde ise kan koyu kahverenkli, asit pH'tadır, gıda partikülleri içerir ve genellikle hastada dispeptik yakınmalar vardır.
- Masif hemoptizide kanama kaynağı bronşiyal arterdir.

Hemoptizinin Sık Nedenleri

- **Enfeksiyonlar:** Bronşit, Tüberküloz, Fungal enfeksiyonlar (Aspergillus gibi), Pnömoni, Akciğer absesi, Bronşektazi.
- **Malignite:** Bronşiyal karsinoma, Bronşiyal adenom.
- **Kardiyovasküler Hastalıklar:** Pulmoner tromboembolizm, Mitral stenoz, Arteriyovenöz malformasyon
- **Travma**
- **Hematolojik/İmmunolojik:** Good pasture's Sendromu, Wegener Granüloomatosisi (Granulomatosis with Polyangiitis, Hemorajik diyetez.
- **İyatrojenik:** Biyopsi.



ASTIM AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Tanım

- Astım birçok hücre ve hücre bileşeninin rol oynadığı kronik ve enflamatuvar bir hava yolu hastalığıdır. Kronik enflamasyon, özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde meydana gelen tekrarlayan hışıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan hava yolu aşırı duyarlılığıyla ilişkilidir. Bu ataklar genellikle akciğerlerde yaygın ama değişken ve çoğunlukla kendiliğinden veya tedaviyle geri dönüşlü bir hava yolu obstrüksiyonu ile ilişkilidir.

Tanı

- Astım tanısında en çok anamnez yardımcı olur. Yakınmalar, öykü, soy geçmiş, meslek (mesleki astım) ve yaşam alanlarının (rutubetli ev, pasif sigara içiciliği...) sorgusu astımda önemlidir.

Yakınmalar

- Nefes darlığı, hırıltılı solunum (wheezing), kuru öksürük, göğüste sıkışma hissidir. Astımlı hasta oldukça zor balgam çıkartır, balgamı yapışkan, koyu kıvamlıdır. Hırıltılı solunum astıma oldukça özgündür, duyulduğunda ilk akla gelen sorun astım olmalıdır.
- Yakınmalar, tekrarlayıcı karakterdedir, nöbetler halinde ortaya çıkar olgular nöbet dışı zamanlarda tamamen rahat olabilirler. Yakınmalar gece ve/veya sabaha karşı ortaya çıkar. Bazı olgularda mevsimsel değişiklikler olur. Tetikleyici etkenler (irritan maddeler, virütik infeksiyonlar, alerjenler, egzersiz) sonrası sorunların ortaya çıkması sık rastlanır.

Öykü – Soygeçmiş

- Yakınmaların mevsim ve gün içi dağılımı sorgusu astımda önemlidir. Alerjenlere karşı duyarlılıkta kalıtsal geçiş belirleyicidir. Olguya yalnızca astım değil, nezle, konjunktivit ve atopik dermatit sorgusuda yapılmalıdır.



KOAH (KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI) AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Tanım

- Engellenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kalıcı, ilerleyici hava yolu kısıtlaması ile karakterizedir. Başta sigara dumanı olmak üzere zararlı gazlara bedenini verdiği i kronik inflamatuvar yanıt nedeni ile oluşur.

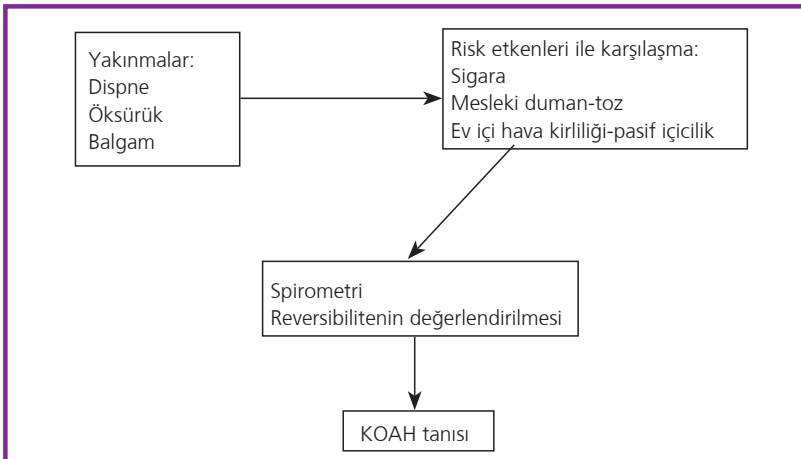
Tanı

Yakınmalar-Öykü

- Nefes darlığı, tekrarlayıcı öksürük ve balgam KOAH'ın sık belirtileridir. Sigara içiciler bu yakınmaları olmasada özellikle dispne açısından detaylı sorgulanmalıdır. Spirometride sorunu olup klinik olarak yakınmayan bir çok olgu vardır.

Dispnenin Derecelenmesi

- Medical Research Council (MRC)'in ürettiği modifiye MRC skalası en kolay uygulanabilen dispne skalasıdır. Daha detaylı KOAH için üretilmiş CAT (COPD assessment test) de kullanılabilir.





PLEVRAL EFÜZYON AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Tanı

Yakınmalar

- Plevral sıvı semptomsuz olabilir.
- Yan ağrısı, nefes darlığı en sık yakınmalardır ancak yönlendirici değildir.

Fizik Muayene

- Fazla ise olan taraf solunuma katılmaz.
- Vibrasyon torasik azalır/yok olur.
- Perküsyonla matite alınır.
- Oskültasyonda solunum sesi kaybolur.

Radyoloji

- PA grafide kosta frenik sinus kapalı ise en az 200 ml sıvı vardır.
- Loküle sıvılarda farklı görüntüler olabilir.
- Diyafragma yüksekliği bazen sub diyafragmatik sıvıyı gösterir.
- Bilgisayarlı tomografi yada ultrasound daha az miktarda sıvıyı gösterir.

Torasentez

- PA grafi ve fizik muayene ile yapılabilir. Ancak ultrason altında daha güvenlidir.
- 21 G iğne ile kaburga üstünden (altından sinir ve damar geçer) 50 ml şırınga ile uygulanır.



SPONTAN PNÖMOTORAKS (SPX) AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Tanı-Tanımlar

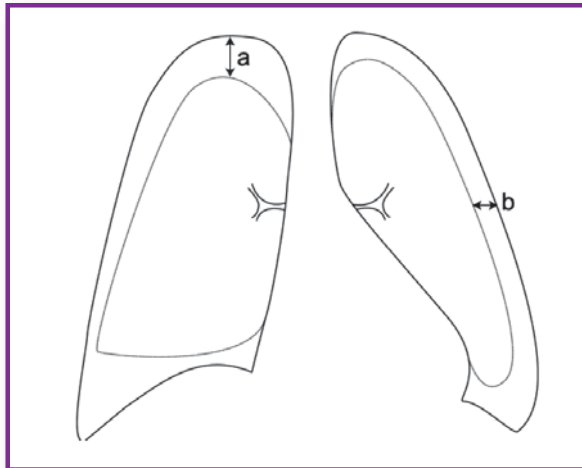
- Cerrahi bir girişim, yaralanma ya da travma olmaksızın ortaya çıkar.

Primer Spontan Pnömotoraks

- Altta yatan hastalığı olmayanlarda ortaya çıkan SPX.
- Risk faktörleri: 20-40 yaş, erkek, sigara içmek, ince uzun beden yapısı.

Sekonder Spontan Pnömotoraks

- Altta bir başka hastalık yatmaktadır.
- Sık rastlanan hastalıklar: KOAH, astım, idiyopatik pulmoner fibrosis, histiositozis X, sarkoidoz, radyasyon pnömonisi, tüberküloz, akciğer kanseri, metastatic akciğer kanseri (özellikle sarkomlar), romatizmal hastalıkların akciğer tutulumu (romatoid artrit, scleroderma), pnömosistis jerovici (eski P. Carinii) pnömonisi.





PULMONER EMBOLİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Sıklık

- Yaş, cins ve klinik durumlar ile emboli riski değişse de ortalama prevalans 1/1000'dir. Tanı konulamaz ve tedavi edilmez ise mortal seyredir. Tedavi edilmeyen olgularda mortalite %30'a varır. Tedavi ile bu %2'ye kadar geriler. Tedavi altında tekrar olasılığı varken tedaviyi izleyen 6-12 ayda %25'e varan tekrar riski taşır.

Risk Faktörleri

- **Kalıtsal Risk Faktörleri:** Antitrombin III eksikliği, Protein C eksikliği, Protein S eksikliği, Faktör V mutasyonu, Protrombin G20210A mutasyonu, Hiperhomosisteinemi, Faktör VIII artışı, Konjenital disfibrinojenemi, Anti-kardiyolipin antikorları varlığı, Plazminojen eksikliği, Faktör IX artışı
- **Edinilmiş Riskler:** Majör cerrahi (Pelvik, abdominal), Kanser, uzun süreli seyahat, İmmobilizasyon, İleri yaş Hormon replasman tedavisi, kemoterapi, santral venöz kateter, spinal kord yaralanması, polisitemia vera, gebelik/lohusalık, travma, nefrotik sendrom, şişmanlık, konjestif kalp yetersizliği, miyokard infarktüsü, inme, oral kontraseptif kullanımı, diyabetes mellitus.
- Bu etkenlerden birden fazla olması riski katlar. Önceki tromboembolizm öyküsü yenisi için bir risk etkenidir. Kalça kırığı, kalça ve diz cerrahisi, kemik tümörü cerrahisi ve kanser nedenli abdomino pelvik cerrahide risk %25-30 lara yükselir.
- Riski yüksek olduğu durumlarda girişimler öncesinde profilaksi uygulanmalıdır.

Tromboembolizm Profilaksisi

- Profilaksi için hastalar medikal ve cerrahi durumlar olarak ikiye ayrılarak ele alınmalıdır. Yukarıda anılan risk faktörlerinin varlığı sorgulanmalıdır. Buna



TÜBERKÜLOZ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Süha Alzafer

Tanım

- Mycobacterium tuberculosis'in etken olduğu sıklıkla akciğerleri tutan ancak ekstrapulmoner tutulum da gösteren bir enfeksiyon hastalığıdır.

Bulaşma Yolu

- Tüberküloz hastalığı solunum yoluyla bulaşır. Hasta kişilerin öksürmesi, hapşırması, konuşması ile solunum yolu salgıları damlacık şeklinde havaya atılır. İçinde tüberküloz mikrobunun da bulunduğu damlacıkların solunması ile sağlıklı bireyler enfekte olur. Enfekte olan her kişide mutlaka hastalık gelişmez. Alınan basiller kişiyi hastalandırmaksızın vücutta saklı kalır ve vücut direncinin düştüğü bir anda hastalık oluşur. Hastalığın gelişme riskinin en yüksek olduğu dönem ilk 2 yıldır.
- Yaşam boyu hastalık gelişme riski %10'dur. Bulaşma açısından en riskli kişiler hastayla uzun süre aynı ortamda bulunan aile bireyleri ve yakın çalışma arkadaşlarıdır.
- Kaşık, çatal, bardak, çarşaf, havlu vb. eşyalarla bulaşmaz.

Risk Faktörleri

- 5 yaş altı çocuklar ve bebekler
- Yaşlılar
- Vücut direncini düşüren hastalıklar (diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, kanser, AIDS)
- Organ nakli yapılan hastalar
- İlaç ve alkol bağımlılığı olanlar
- Bağışıklık sistemini baskılayan kortizon gibi ilaçlar



TOPLUMDA GELİŞEN PNÖMONİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Tanı

- Klinik ve fizik muayene bulgularının varlığında ve elde varsa akciğer radyografisinin desteği ile pnömoni tanısı konulup tedavi başlanabilir. Etken çoğu zaman bulunamaz, bulunsa bile zaman alır. Bu nedenle hekim pnömoni düşünüyorsa, olanak varsa akciğer grafisi ve balgam gram boyaması yaptırır, yoksa hızla ampirik tedavi başlar.

Belirtiler

- Ateş- ağır durumda hipotermi.
- Öksürük kuru ya da balgamlı öksürük.
- Göğüs ağrısı.
- Hemoptizi.
- Nefes Darlığı.
- Halsizlik, miyalji.

Fizik Muayene Bulguları

- İnspeksiyon: Siyanoz, yardımcı solunum kası kullanımı.
- Palpasyon: Vibrasyon torasik normal ya da artış
- Perküsyon: Normal ya da lobar pnömonide, parapnömonik sıvıda matite.
- Oskültasyon: Ral ya da tuber sufl alınabilir. Hastalığın farklı dönemlerinde farklı dinleme bulguları olabilir. Lobar pnömonide başlangıçta ral, konsolidasyon döneminde tuber sufl, iyileşme döneminde yine ral duyulabilir.



HASTANEDE GELİŞEN PNÖMONİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Pejman Golabi

- Hastaneye yatışı sırasında bir yakınması yokken, yatıştan 48 saat sonra gelişen pnömoni Hastanede gelişen pnömoni (HGP) olarak değerlendirmektedir. Bu durumla ilgili yaklaşımda bir farklılık olmamakla birlikte son yıllarda yeni tanımlar eklenmiştir.
- Hastanede Gelişen Pnömoni (HGP); Genellikle hastaneye yatıştan 48 saat sonra gelişen ve hastanın yatışında olmadığı bilinen pnömoni olguları ile, hastaneden taburcu olduktan sonraki 48 saat içerisinde ortaya çıkan pnömoni olarak tanımlanır
- Ventilatörle İlişkili Pnömoni (VİP); Entübasyon sırasında pnömonisi olmayan, invaziv mekanik ventilasyon desteğindeki hastada entübasyondan 48 saat sonra gelişen pnömonidir.
- Sağlık Bakımı ile İlişkili Pnömoni (SBİP) Kronik bakım ihtiyacı olup, evde yakın zamanda ilaç infüzyonu alan, son 30 gününde diyaliz merkezinde tedavi alan aile fertlerinde çok ilaca dirençli bakteri saptanan kişilerde gelişen pnömonidir.
- Hastanede Gelişen Pnömoni, Türkiye de, dünyada olduğu gibi hastane enfeksiyonları arasında 2. sıradadır ancak mortalitesi en yüksek hastane enfeksiyonudur.

Patogenezi

- Hastanede yatışın ilk 48 saatte hastane florasının hastanın üst solunum yoluna yerleşir. Konak savunmasının bozulması ile birlikte bu mikroorganizmaların çoğunlukla aspirasyon, inhalasyonu veya daha az sıklıkla hematogen yolla alt solunum yoluna ulaşması sonucunda enfeksiyon meydana gelmektedir. Sağlık personelin aracılığıyla kontaminasyon olabileceği gibi solunum cihazları, entübasyon tüpü ve nebulizasyon cihazlarının kontaminasyonu da inhalasyon yolu ile mikroorganizmaların alt solunum yoluna ulaşmasına katkıda bulunabilirler.

AKCİĞER KANSERLERİ

AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !



Dr. Orhan Dalkılıç

Tanım

- Tüm dünyada en çok ölüme yol açan, %90'ından fazlasına sigaranın neden olduğu, tanı konulduğunda genellikle inoperabl olan, hücre cinsine ve tutulum bölgesine göre ayrı isimlendirilen, primer veya metastatik olabilen akciğer maligniteleri grubu “akciğer kanserleri” adıyla anılmaktadır.
- Akciğer kanserinin prognozu iyi değildir. Tüm hastalar tedavi verilmediği takdirde ortalama üç yıl içinde öleceklerdir. Küçük hücreli akciğer kanserinde hastalık sınırlı ise ortalama yaşam 12 hafta, yaygın hastalıkta beş haftadır. Sonuç olarak akciğer kanserleri hızlı seyirli ve tedavi verilmediğinde kısa sürede yaşama son veren kanser türüdür.

Epidemiyoloji

- Halen tüm dünyada kanserler arasında sıklık olarak erkek ve kadınlarda ikinci sıradadır. Mortalite ise iki cinste de birinci sıradadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde kadınlarda artan akciğer kanseri oranları, kadınların akciğer kanserine daha duyarlı olduklarını düşündürmektedir.
- Tüm kanserlerin %12.7'sini, kanser ölümlerinin %18.2'sini akciğer kanseri oluşturmaktadır
- Ülkemizde yapılan insidans çalışmasında erkeklerde 100.000'de 74.2, kadınlarda ise 9.3 olarak bulunmuştur. Türkiye'de akciğer kanserinin görülme yaşı ortalama 60-67 arasında olup %90.4'ü erkektir.
- Akciğer kanseri oldukça ölümcül seyreden bir kanserdir ve beş yıllık sağkalım %8 ile 15 arasında değişmektedir.



SOLİTER PULMONER NODÜL AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Pejman Golabi

Tanım

- Soliter pulmoner nodül (SPN) normal akciğer parankimi ile çevrili 3 cm'den küçük oval, yuvarlak radyolojik olarak loka opasite artışı ile kendini gösteren lezyonlardır. Atektazi, lenfadenopati ve plevral efüzyonun bu lezyona eşlik etmemesi gerekmektedir.
- SPN sıklığı düz grafilerde %0.2 civarında olup toraks bilgisayarlı tomografisinin yaygınlaşması ile daha sık görülmektedir. Nodülün karakterinin belirlenmesinin önemi malign lezyonlara erken tanı koymak olup bilindiği gibi erken evrede tanımlanan akciğer kanserinin ve beş yıllık sağkalımın daha yüksektir.

Soliter Pulmoner Nodüllerin Nedenleri ve Sıklığı

Selim

Nonspesifik Nodüller (%15-25)

Hamartom (%10)

Granülom (%75)

Aspergillosis

Koksidiyomikosis

Kriptokok

Histoplazmoz

Tüberküloz

Malign

Adenokarsinom (%47)

Skuamöz hücreli karsinom (%22)

Metastaz (%8)

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (%7)

Küçük hücreli akciğer kanseri (%4)



İDİOPATİK PULMONER FİBROZİS AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Pejman Golabi

Tanım – Epidemiyoloji

- İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) yaşlılarda görülen nedeni bilinmeyen ve fibrozisle sonuçlanan kronik progresif interstiyel pnömoninin özel bir formudur. İPF tanısında diğer interstiyel pnömoniler ve çevresel faktörlere bağlı interstisyel akciğer hastalıklarının ayırımı önemlidir.
- İPF, öksürük, bibaziller inspiratuar ince ralleri ve çomak parmakları olan ve nedeni bilinmeyen efor dispnesi ile başvuran tüm 50 yaş üzerindeki hastalarda akla gelmelidir. İPF'nin erkeklerde ve sigara içicilerde insidansı daha fazladır.
- İPF'nin insidansı ve prevalansı hastalığın tanımındaki farklılıklar nedeniyle tam olarak bilinmemekle birlikte büyük çaplı bir araştırmada insidansının 100000 kişide 6.8-16.3 ve prevalansının da 100000 kişide 2-29 olduğu tahmin edilmektedir. İnsidans ve prevalansı etkileyen coğrafi, bölgesel, etnik, kültürel ve ırksal faktörler tam olarak bilinmemektedir.

Risk Faktörleri

- İPF'nin etiyolojisi tam olarak bilinmese de neden olan bazı olası risk faktörleri tanımlanmıştır:
 - **Sigara İçiciliği:** 20 paket yıl üzerinde sigara içiciliği ile güçlü ilişkisi olduğu Gösterilemiştir.
 - **Çevresel Faktörler:** Metal ve ağaç tozları, boya materyalleri gibi maddelerin maruziyeti ile ilişkili bulunmuştur
 - **Viral Enfeksiyonlar:** Epstein barr virüs ve hepatit C virüslerinin sebep olduğu kronik viral enfeksiyonlar İPF etiyolojisinde rolü olabileceği düşünülmektedir.



SARKOİDOZ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Süha Alzafer

Tanım

- Sarkoidoz; nonenfeksiyöz, nedeni bilinmeyen, genellikle genç ve orta yaşlı erişkinlerde görülen sistemik granüloamatöz bir hastalıktır.
- Löfgren Sendromu, bilateral hiler lenfadenomegali, eritema nodosum ve üveit triadı olarak tanımlanır.
- Sıklıkla bilateral hiler lenfadenomegali, pulmoner infiltrasyon, göz ve cilt tutulumu ile presente olur.
- Olguların yaklaşık yarısında başka bir nedenle çekilen akciğer grafisi sonucu tesadüfen saptanır.

Etkilenen Sistemler

- En sık akciğerler, bunun yanında kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, hematolojik ve lenfatik sistem, endokrin sistem, renal sistem, nörolojik, dermatolojik, oftalmolojik sistemler, kas-iskelet sistemi.

Epidemiyoloji

- İnsidensi 6/100, prevalansı 10-20/100.000

Patofizyoloji

- Bilinmeyen bir antijene abartılı hücresel tipte immun yanıt olduğu düşünülmektedir.
- Akciğerlerde önce CD4 + T hücreli alveolitis oluşur, sonra nonkazeifiye granülomlar meydana gelir, sonuçta ya iyileşir veya fibrozise gider.



UYKU APNE SENDROMU AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

- Uykuda tekrarlayan apne ve hipopneler sonucunda ortaya çıkan arousallar ile karşımıza çıkan klinik bir durumdur. Arousallar uyku yapısını bozar ve sistemik sonuçlara yol açar.

Tanı

Semptomlar ve Sonuçlar

- Horlama
- Tanıklı apne
- Tatmin etmeyen uyku ve gündüz uyku hali
- Bellek sorunları
- Kişilik değişikliği
- Erektile disfonksiyon
- Aritmi (uykuda sık)
- Hipertansiyon
- Serebrovasküler olay
- Ani ölüm(uykuda)
- Pulmoner hipertansiyon

Risk Faktörleri

- Şişmanlık
- Yaş
- Erkek cins



SİGARAYI BIRAKMA AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

- “Sigara önlenabilir tek ölüm nedeni” olarak tanımlanmaktadır. Sigara karşı mücadele bireyin eğitiminden, sigara üreticilerine dek uzanan çok yönlü, topyekün bir eylemdir. Tütün kontrolü olarak anılan bu süreci “sigara bırakma polikliniği” etkinlikleri ile kısıtlamamak gerekir. Bir yandan sigara mücadelesi sürerken diğer yandan sigara kullanmakta olan insanlar hekimlerden bırakma aşamasında yardım beklemektedirler. Bu bölümde sigara içen insana bırakma aşamasında nasıl destek olunabilir sorusuna yanıt arayacağız.

Sigara Bağımlılığı

- Sigara psikoaktif bir maddedir. Sigara bağımlılığının *psikolojik ve farmakolojik* olmak üzere iki ayrı bileşeni vardır. Bağımlılığı tütün içerisindeki nikotin yapmaktadır. Bu maddenin bağımlılığı Amerikan Psikiyatri Birliğince eroin ve kokain bağımlılığı ile eş tutulmuştur.
- Nikotin merkezi sinir sisteminde (MSS) dopaminerjik nöronları uyarak, dopamin salgılanmasını sağlar. Böylece MSS uyarıcı olarak davranır.

Sigara bırakma

Sorgu – Bağımlılığın Belirlenmesi

- Sigara bırakma çabasındaki olguya yardım etmek için belirlenen yöntemin hem psikolojik hemde farmakolojik bağımlılığı göz önüne alarak tasarlanması başarıyı arttıracaktır. Sigara bırakma sürecinde yalnızca hekimler değil, psikologlar, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal gönüllüler görev alabilir. Ancak tedavi belirlemede tıp doktoru yönlendirici olmalıdır.
- Öncelikle olgunun, içtiği sigaranın sayısını, içme süresini, yaşadığı sosyal çevreyi, sigaraya bağlı yakınmalarını sorgulamak gereklidir. Olguların nikotin bağımlılık derecesini belirlemek tedavi seçimi açısından yararlı olacaktır. Bunu belirlemek amacı ile en sık Fagerström bağımlılık sorgulaması yapılır. Aşağıdaki Tabloda, bu sorgulamada 6 ve üzeri puanı alanlar ileri derecede



GÖĞÜS HASTALIKLARINDA İNVAZİF İŞLEMLER AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Torasentez

- Torasentez, plevral aralığa yerleştirilen bir iğne veya kateter yardımıyla plevral sıvının aspire edilmesi işlemidir. Uygulanması kolay olmakla beraber her invazif işlemde olduğu gibi onam alınmalıdır. Kitapta ilgili bölümde Türk Toraks Derneğinin hazırladığı örnek onamı bulabilirsiniz.
- Sıvı loküle ise ultrasound yada bilgisayarlı tomografi altında almak güvenlidir. Serbest sıvılarda lateral dekübit grafide bir cm'den daha az sıvı varsa torasentez
- İşlemden önce hasta, kanama diyatezi sorgulanmalıdır (altta yatan hastalık ; anti-koagülan veya anti-agregan ilaç kullanıp kullanmadığı).
- Hasta sırtı hekime dönük olarak oturur kolunu dayaması için önünde bir sandalye ya da masa olmasında yarar vardır. İşlem sırasında yardımcı olacak bir sağlık personeli olması önerilir.
- Sıvının üst kenarı perküsyon (matite), vokal fremitus (titreşim kaybı) muayenesiyle tesbit edilip, bir alt kaburga aralığından vertebraya 5-10 cm uzaktan ponksiyon yapılır. Kaburga damar ve sinirleri alt kenarından geçerken buradan 2-3 mm uzak durmakta yarar vardır. Torasentez, ciltteki yara ve enfeksiyon alanları üzerinden uygulanmaz. Deri antiseptik solüsyonla temizlenmelidir. İşlem steril eldiven, enjektör ve iğne ile yapılır.
- Cilt geçildikten sonra negative basınç uygulanmaya başlanır sıvı gelene dek iğne ilerletilir. Hava gelirse iğne gerei çekilir. Bu işlem sırasında cilt cilt altı ve parietal plevrayı lokal anestezi (%1-2 Lidokain) ile uyuşturmayı önerenlerde vardır. Plevral biyopsi yapılmayacaksa cilt soğutucu spray ile uyuşturulduktan sonra doğrudan işlem yapılabilir. Yapılacak incelemelere uygun olacak miktarda sıvı alınır. Boşaltma yapılacaksa iğne ardına serum seti takılarak boşaltma yapılabilir. Boşaltma amaçlanıyorsa plevral kateter kullanmak daha güvenlidir. Boşaltma sırasında hasta yanında olunmalıdır. Üçlü musluk kullanarak boşaltma hızlandırılabilir.
- Torasentez sırasında komplikasyona sık rastlanmaz ancak pnömotoraks, hemotoraks, reekspansiyon akciğer ödemi, plevraya bakteriyel kontaminas-



SPIROMETRE AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

- Spirometri, sözlük anlamı olarak soluğun ölçülmesi demektir. Solunum fonksiyon testlerinin en yaygın olanıdır. Akciğere girip çıkan havanın hacim ve akımının zamanın türevi olarak ölçümüdür. KOAH, astım, meslek hastalıkları...tanı, izlem ve şiddet belirlemede temel verilerden biri olmasına rağmen ne yazık ki göğüs hastalıkları klinikleri dışında sık kullanılmamaktadır. Halbuki taşınabilir, maliyet olarak kolay ulaşılabilir aygıtlardır. Kullanımı ve öğrenilmesi de zor değildir.

Kime Spirometre Yapılır? (ERS standartları)

Tanı Amaçlı

- Hastanın solunumsal semptomlarını (nefes darlığı), belirtilerini (ek sesler...) veya anormal laboratuvar (hipoksemi, radyolojik bulgular) bulgularını değerlendirme
- Hastada varolan hastalığın akciğer fonksiyonları üzerine olan etkisini değerlendirme
- Risk gruplarında tarama resti olarak
- Cerrahi riski değerlendirme
- Prognozu değerlendirme
- Ağır fiziksel aktivite programına başlamadan önce sağlık durumunun değerlendirilmesi

Takip Amaçlı

- Tedaviyi değerlendirme
- Akciğer fonksiyonlarını etkileyen hastalığın seyrini tanımlama



OKSİJEN TEDAVİSİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Fizyoterapist Murat Gazeroğlu, Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

Hipoksemi ve Hipoksi Tanım

- Hipoksemi: Kanda $\downarrow O_2$ miktarı ($\downarrow PaO_2$, $\downarrow SaO_2$ ve/veya $\downarrow CaO_2$)
- Hipoksi: Doku seviyesinde $\downarrow O_2$ miktarı
- Anoksi: Dokuda oksijen yokluğu

Oksijen Desteği Endikasyonları

- Hipoksemi
- $PaO_2 < 60$ mmHg veya $SaO_2 < \%90$ olduğunda hipoksemi vardır
- Aşağıdakiler gibi acil durumlar
- Şiddetli respiratuar distress
- Şok
- Kardiyopulmoner arrest/MI
- Karbon monoksit zehirlenmesi
- Ağır travma
- Hipoksemi şüphesi
- Solunum işinde artış
- Aşırı miyokard yükü

Klinik Değerlendirme – Riskler ve İzlemi

- Terapinin başlamadan önce ve tedavi boyunca saturasyon izlenir. KOAH da $PaCO_2$ 'de izle.



ONAM ALMA SÜRECİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Çağlar Çuhadaroğlu

- Son yıllarda gündeme gelen yasal değişikliklerle tıbbi uygulamalar konusunda hekimlere ciddi yükümlülükler ve yaptırımlar getirilmiştir. Bu nedenle hastalardan “onam için bilgilendirilme” yapılmalı ve “tıbbi işlemler için onam” alınmalıdır.
- Bu formlarda hekim ve hastanın her birinin imzası, olmalı yine her biri tarih ve saati yazmalıdır.
- Onam veremeyecek durumlarda bu onam hasta yakınından alınmalıdır. Neden hasta yakınından alındığı kayıt altına alınmalıdır. Hastanın yasal temsilcisi “hasta yakını” olarak tanımlanır. Yaşamı tehdit eden bir durum var ise onam almak için geçirilecek süreç hastanın lehine işliyorsa, durum kayıta alınmalı ve işlem yapılmalıdır.
- Onam formunda olası komplikasyonların el ile yazılması ve her hastaya özel olmasında yarar vardır. Matbuu formlar ya da her işlem için genel onay veren formlar geçerli değildir.
- İşlem sırasında aldığınız onam dışında işlem gerekirse hasta ya da yakınından yeni bir onam almak gerekebilir. Örn. Bronkoskopi için onay aldığınız hastada işlem sırasında stent takmanız gerekirse yeni bir onama gereksinim duyulur.
- Olgunun günlük vizitleri, günlük ya da gün içi değişimler, istemler ve özellikle girişim ve tedaviler el ile ya da şifreli elektronik ortamda kayda alınmalıdır.
- Hasta önerdiğiniz bir incelemeyi ya da tedaviyi red ediyorsa “red formu” doldurulmalıdır. Hasta bunu imzalamayı kabul etmez ise durum tanık varlığında kayda geçirilmelidir (Tutanak).
- Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası ülkemizde yasal zorunluluktur. Düzenli yapılmalıdır. Dalın özelliğine göre ek sigortalarda göz ardı edilmemelidir.
- Diğer sayfalarda Türk Toraks Derneğinin önerdiği onam formları yer almaktadır.



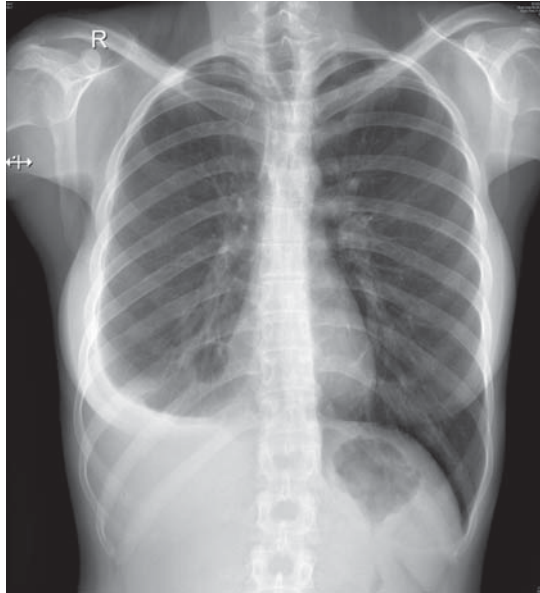
OLGU SUNUMLARI VE RADYOLOJİ ÖRNEKLERİ AKIL NOTLARI

Referans Kaynaklar Sizin İçin Özetlendi !

Dr. Ercan Karaaslan, Dr. Çağlar Çuhadaroğlu,
Dr. Pejman Golabi

PLEVRAL HASTALIKLAR

- **Olgu 1.** 24 yaşında kadın hasta sağ yan ağrısı öksürük, 38C ateş yakınması ile baş vuruyor. Fizik muayenede sağ altta matite, kosta diyafragmatik sinus açılmıyor.
- Sağ altta solunum sesi azalmış. PA grafi görüntüsü (Şekil 1). CRP normalin 6 katı, lökositoz saptanıyor. Torasentezde Nötrofil hakimiyetinde exudative sıvı. 2 Hafta Amoksilin tedavisi sonrasında yakınmalar geriliyor. 1. ay kontrol grafisi (Şekil 2).



Şekil 1. Sağda plörezi.