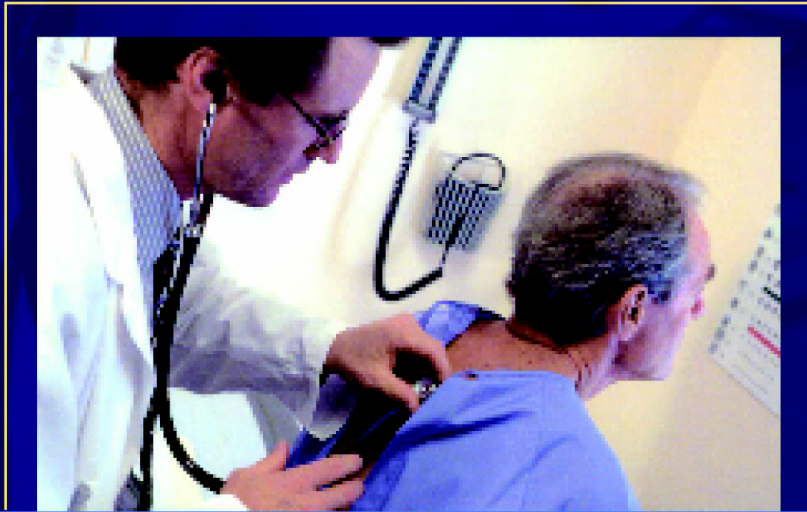


BEŞİNCİ BASKI

AİLE HEKİMLİĞİ

Ayaktan Tedavi ve Korunma



MARK B. MENGEL
L. PETER SCHWIEBERT

ÇEVİRİ EDITÖRLERİ
ÜMİT AYDOĞAN
KENAN SAĞLAM



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Mc
Graw
Hill

LANGE

LANGE tıp kitapları

Aile Hekimliği

Ayaktan Tedavi ve Korunma

beşinci baskı

Editörler

Mark B. Mengel, MD, MPH

Vice-Chancellor, Regional Programs
University of Arkansas for Medical Sciences
Little Rock, Arkansas

L. Peter Schwiebert, MD

Professor, Residency Program
Department of Family and Preventive Medicine
University of Oklahoma Health Sciences Center
Oklahoma City, Oklahoma

Çeviri Editörleri

Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kenan Sağlam

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Bilim Dalı



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Korunma

Türkçe Telif Hakları 2013

ISBN: 978-975-277-479-7

Orjinal Adı: Family Medicine Ambulatory Care and Prevention

Yayınevi: McGraw-Hill

Yazarlar: Mark B. Mengel, L. Peter Schwiebert

Çeviri Editörleri: Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Prof. Dr. Kenan Sağlam

Orjinal ISBN: 978-0-07-149456-4

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd Şti.'ne aittir.

Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı: Ali Aktaş

Yayın Koordinatörü: Nuran Karacan

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: 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 İnönü 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 Denizler Cad.

No: 19/C Kartal/İstanbul

Tel&Faks: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com

İçindekiler

Yazarlar	xi
Çeviriye Katkıda Bulunanlar	xix
Önsöz	xxv
Çeviri Editörleri Önsözü	xxvii

Bölüm I. Sık Yakınmalar	1
<i>Bölüm Editörü: Dr. İlhami Ünlüoğlu</i>	

1. Karın Ağrısı	1
<i>Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Turan Set</i>	
2. Anormal Servikovajinal Sürüntü	9
<i>Kathryn Reilly, MD ve Neal D. Clemenson, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Serkan Kavuk, Dr. Kenan Sağlam</i>	
3. Amenore	12
<i>Amanda Kaufman, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Halil Akbulut, Dr. Kenan Sağlam</i>	
4. Anemi	18
<i>Gregg M. Hallbauer, DO ve Andrew D. Jones, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Özlem Tanrıöver</i>	
5. Ayak Bileği Yaralanmaları	26
<i>Philip R. Palmer, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Muharrem Ak</i>	
6. Kol ve Omuz Yakınmaları	31
<i>Brian R. Coleman, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Halil Akbulut, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
7. Isırıklar ve Sokmalar	36
<i>Brenda Powell, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu</i>	
8. Meme Kitleleri ve Diğer Meme Hastalıkları	44
<i>Diane J. Madlon-Kay, MD, MS</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Adem Parlak, Dr. Kenan Sağlam</i>	
9. Sellülit ve Diğer Bakteriyel Deri Enfeksiyonları	48
<i>Donald B. Middleton, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ruhsen Kutlu</i>	
10. Göğüs Ağrısı	58
<i>George P.N. Samraj, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Güldal İzbirak</i>	
11. Konfüzyon	66
<i>Robert C. Salinas, MD ve Heather Bartoli, PA-C</i>	
<i>Çeviri: Dr. Polat Nerkiz, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
12. Kabızlık	71
<i>Allen R. Last, MD, MPH ve Jonathan D. Ference, PharmD, BCPS</i>	
<i>Çeviri: Dr. Filiz Ak</i>	
13. Öksürük	76
<i>David Holmes, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Tuncay Müge Alvr</i>	

14.	Dermatitler ve Diğer Kaşıntılı Dermatozlar	88
	<i>Jie Wang MD, Aleksandra Żgierska, MD, PhD, William G. Phillips, MD</i> <i>ve Marjorie Shaw Phillips, MS, RPh, FASHP</i> <i>Çeviri: Dr. S. Serap Çiğçili, Dr. Çiğdem Apaydın Kaya</i>	
15.	Dermatolojik Tümörler	102
	<i>Daniel L. Stulberg, MD ve Douglas G. Browning, MD, ATC-L</i> <i>Çeviri: Dr. Mehmet Akman, Dr. Arzu Uzuner</i>	
16.	İshal	112
	<i>Laura Hargro, MD ve Jeanne M. Ferrante, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Osman Özcan Arıman, Dr. Süleyman Görpelloğlu</i>	
17.	Baş Dönmesi	123
	<i>Diane J. Madlon-Kay, MD, MS</i> <i>Çeviri: Dr. Servet Yüksel, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
18.	Dismenore	126
	<i>Suzanne Leonard Harrison, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Serkan Kavuk, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
19.	Dispepsi	131
	<i>Kalyanakrishnan Ramakrishnan, M.D.</i> <i>Çeviri: Dr. Nazan Bilgel</i>	
20.	Nefes Darlığı	135
	<i>Mark R. Stephan, MD, James C. Chesnutt, MD, Scott A. Fields, MD</i> <i>ve William L. Toffler, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Yusuf Çetin Doğaner, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
21.	Kadınlarda Dizüri	140
	<i>L. Peter Schwiebert, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Sevsen Cebeci</i>	
22.	Kulak Ağrısı	145
	<i>David Berkson, MD ve Carmelo DiSalvo, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Tahir İsmailoğlu, Dr. Oktay Sarı, Dr. Ümit Aydoğan</i>	
23.	Ödem	153
	<i>Joshua H. Barash, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Demet Dinç</i>	
24.	İdrar Kaçırma (Enürezis)	158
	<i>Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Polat Nerkiz, Dr. Kenan Sağlam</i>	
25.	Gelişme Geriliği	162
	<i>Cathy Kamens, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Memet Işık</i>	
26.	Yorgunluk	168
	<i>Anthony F. Valdin, MD, MS</i> <i>Çeviri: Dr. Nazan Bilgel</i>	
27.	Sıvı, Elektrolit ve Asit-Baz Bozuklukları	173
	<i>Lara Carson Weinstein, MD ve Marc Altshuler, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Pinar Topsever, Dr. Efe Onganer</i>	
28.	Ayak Yakınmaları	181
	<i>James R. Barrett, MD, CAQSM ve Kent W. Davidson, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Abidin Şimşek, Dr. Oktay Sarı, Dr. Ümit Aydoğan</i>	
29.	Kırıklar	191
	<i>Ted C. Schaffer, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Mustafa Uslu, Dr. İsmail Hamdi Kara</i>	
30.	Gastrointestinal Kanama	196
	<i>May S. Jennings, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Mehmet Ugan</i>	

31.	Genital Lezyonlar	199
	<i>Tomás P. Owens, Jr., MD</i> <i>Çeviri: Dr. Didem Aytimur</i>	
32.	Saç ve Tırnak Bozuklukları	208
	<i>Amy D. Crawford-Faucher, MD</i> <i>Çeviri: Dr. A. Selda Tekiner</i>	
33.	El ve El Bileği Yakınmaları	218
	<i>Ted Boehm, MD ve Nicole G. Stern, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ayhan Sarıtaş, Dr. Hayati Kandış, Dr. Davut Baltacı</i>	
34.	Baş Ağrısı	228
	<i>Dan F. Criswell, MD ve Stephen W. Cobb, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Tuncay Müge Alvr</i>	
35.	İşitme Kaybı	237
	<i>Robert C. Salinas, MD ve Heather Bartoli, PA-C</i> <i>Çeviri: Dr. Fatma Özarslan, Dr. Pınar Döner, Dr. Adem Özkara</i>	
36.	Hematüri	243
	<i>Cynthia M. Waickus, MD, PhD</i> <i>Çeviri: Dr. Dinçer Atila, Dr. Okay Başak</i>	
37.	Uykusuzluk (Insomnia)	249
	<i>Jeffery L. Susman, MD ve Bryan Cairns, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Hilal Aksoy, Dr. Rabia Kahveci, Dr. Adem Özkara</i>	
38.	Sarılık	255
	<i>Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD ve L. Peter Schwiebert, MD</i> <i>Çeviri: Dr. A. Gülsen Ceyhun Peker</i>	
39.	Eklem Ağrısı	263
	<i>L. Peter Schwiebert, MD</i> <i>Çeviri: Tevfik Tanju Yılmaz</i>	
40.	Diz Yakınmaları	271
	<i>Mitchell A. Kaminski, MD, MBA</i> <i>Çeviri: Dr. Halil Akbulut, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
41.	Laserasyonlar ve Deri Biyopsisi	279
	<i>Jason Chao, MD, MS</i> <i>Çeviri: Dr. B. Murat Yalçın, Dr. Öznur Altuntaş, Dr. Ayşenur Alper Gürz</i>	
42.	Bacak ve Kalça Yakınmaları	286
	<i>Geoffrey S. Kuhlman, MD, COQSM</i> <i>Çeviri: Dr. Davut Baltacı, Dr. İsmail Hamdi Kara</i>	
43.	Karaciğer Fonksiyon Testi Anormallikleri	296
	<i>James P. McKenna, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Zekai Uysal, Dr. Süleyman Görpelioğlu</i>	
44.	Bel Ağrısı	300
	<i>Dan F. Criswell, MD ve David C. Lanier, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Nejat Demircan</i>	
45.	Lenfadenopati	307
	<i>Fred Kobylarz, MD, MPH</i> <i>Çeviri: Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Yusuf Çetin Doğaner, Dr. Kenan Sağlam</i>	
46.	Miyalji	311
	<i>Tomás P. Owens, Jr., MD</i> <i>Çeviri: Dr. Recep Erol Sezer</i>	
47.	Bulantı ve Kusma	317
	<i>George R. Wilson, MD, Gabriel D. Paulian, MD ve Frances Emily Biagioli, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Mahcube Çubukçu, Dr. Esin Genç, Dr. Füsun Yanş</i>	
48.	Boyun Ağrısı	328
	<i>Michael P. Rowane, DO, MS, FAFAP, FAAO</i> <i>Çeviri: Dr. Polat Nerkiz, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	

49.	Çarpıntı	331
	<i>Jose E. Rodríguez, MD ve Mike D. Hardin, Jr., MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ertan Mert</i>	
50.	Pediyatrik Ateş	337
	<i>Sanford R. Kimmel, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ayşe Palandüz</i>	
51.	Pelvik Ağrı	344
	<i>Meredith A. Goodwin, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Didem Sunay</i>	
52.	Perianal Yakınmalar	352
	<i>Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Orhan Polat Örs, Dr. Adnan Güçlü</i>	
53.	Proteinüri	359
	<i>Aamir Siddiqi, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Pınar Topsever</i>	
54.	Kırmızı Göz	364
	<i>Victor A. Diaz, Jr., MD ve Deborah K. Witt, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Kamile Marakoğlu</i>	
55.	Rinit ve Sinüs Ağrısı	373
	<i>Robert Glen Quattlebaum, MD, Vanessa A. Diaz, MD, MS ve Arch G. Mainous III, PhD</i> <i>Çeviri: Dr. Seçil Arıcı, Dr. Cahit Özer</i>	
56.	Skrotal Yakınmalar	384
	<i>John A. Heydt, MD ve Ted D. Epperly, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Murat Altuntaş, Dr. Kurtuluş Öngel</i>	
57.	Boğaz Ağrısı	389
	<i>L. Peter Schwiebert, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Mustafa Haki Sucaklı, Dr. Mustafa Çelik</i>	
58.	Senkop	395
	<i>LeRoy C. White, MD, JD, Dennis P. Levis, MDH, Brian H. Halstater, MD ve Felix Horng, MD, MBA</i> <i>Çeviri: Dr. Erkan Melih Şahin</i>	
59.	Tremorlar ve Diğer Hareket Bozuklukları	400
	<i>Aylin Yaman, MD, Hakan Yaman, MD, MS ve Goutham Rao, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Vildan Mevsim</i>	
60.	Üriner İnkontinans	407
	<i>Karen D. Novielli, MD ve Barry D. Weiss, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Sevsen Cebeci</i>	
61.	Erkeklerde Üriner Sistem Belirtileri	413
	<i>Linda L. Walker, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Gizem Linnili</i>	
62.	Ürtiker	421
	<i>Robert Ellis, MD ve Montiel Rosenthal, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Adem Parlak, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
63.	Vajinal Kanama	425
	<i>Judith Kerber Frazier, MD ve Clark B. Smith, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Zeynep Tuzcular Vural</i>	
64.	Vajinal Akıntı	430
	<i>L. Peter Schwiebert, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Işık Gönenç</i>	
65.	Hırıltılı/Hışıltılı Solunum	435
	<i>Judith Kerber Frazier, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Yusuf Çetin Doğaner, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	

Bölüm II. Kronik Hastalıklar	439
<i>Bölüm Editörü: Dr. Okay Başak</i>	
66. Akne Vulgaris	439
<i>Brooke E. Farley, PharmD, BCPS ve Julie A. Murphy, PharmD, BCPS</i>	
<i>Çeviri: Dr. Fulya Yazar, Dr. Selma Aydın, Dr. Füsün Aysin Artıran İçde</i>	
67. Edinilmiş İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS)	443
<i>Jennifer Cocohoba, PharmD, Megan Mahoney, MD ve Ronald H. Goldschmidt, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. İrep Karataş Eray</i>	
68. Astım	453
<i>Jonathan MacClements, MD, FAAFP</i>	
<i>Çeviri: Dr. Recep Erol Sezer</i>	
69. Kronik Ağrı	462
<i>Michael P. Temporal, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Nazan Bilgel</i>	
70. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA)	468
<i>H. Bruce Vogt, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Recep Erol Sezer</i>	
71. Siroz	479
<i>Mark C. Potter, MD ve Mari Egan, MD, MHPE</i>	
<i>Çeviri: Dr. İsmail Ertürk, Dr. Refik Mas</i>	
72. Konjestif Kalp Yetmezliği	485
<i>Philip M. Diller, MD, PhD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Dinçer Atilla, Dr. Ayfer Gemalmaz</i>	
73. Demans	497
<i>Richard J. Ham, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Nil Tekin</i>	
74. Diabetes Mellitus	514
<i>Mark B. Mengel, MD, MPH</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mustafa Demir, Dr. Mehmet Sargın</i>	
75. Dislipidemiler	522
<i>Michael A. Crouch, MD, MSPH</i>	
<i>Çeviri: Dr. Murat Ünalacak, Dr. Bengü Pala</i>	
76. Hipertansiyon	538
<i>Charles B. Eaton, MD, MS</i>	
<i>Çeviri: Dr. Adem Parlak, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
77. İskemik Kalp Hastalığı ve Akut Koroner Sendromlar	548
<i>Allen L. Hixon, MD ve Damon F. Lee, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Dinçer Atilla, Dr. Güzel Dişçigil</i>	
78. Menopoz	559
<i>Tammy J. Lindsay, MD ve Mark Mengel, MD, MPH</i>	
<i>Çeviri: Dr. Selma Çivi</i>	
79. Obezite	565
<i>Radhika R. Hariharan, MD, MRCP (UK), Brian C. Reed, MD ve Sarah R. Edmonson, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Şule Gümüştaşım, Dr. Hilal Aksoy, Dr. Adem Özkara</i>	
80. Osteoartrit	575
<i>Charles Kodner, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mehtap Kartal</i>	
81. Osteoporoz	584
<i>Richard O. Schamp, MD ve William T. Manard, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Ediz Yıldırım</i>	
82. Peptik Ülser Hastalığı	594
<i>Carol Stewart, MD, Lesley Wilkinson, MD ve Nancy Tyre, MD</i>	
<i>Çeviri: Dr. Mustafa Bayraktar, Dr. Reşat Dabak</i>	

83.	Premenstrüel Sendrom	602
	<i>Lt Col Heather R. Pickett, DO ve Maj Michael Michener, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Selma Çivi</i>	
84.	Böbrek Yetmezliği	610
	<i>Terrence T. Truong, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ümit Avşar</i>	
85.	Nöbet Bozuklukları	619
	<i>Shawn H. Blanchard, MD ve William L. Toffler, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Nazlı Şensoy</i>	
86.	İnme	625
	<i>Michael P. Temporal, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Elif Ateş</i>	
87.	Tiroid Hastalıkları	634
	<i>Jeri R. Reid, MD ve Stephen F. Wheeler, MEng, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ercüment Kadioğlu, Dr. Rahman Yavuz, Dr. Mustafa Fevzi Dikici</i>	
Bölüm III. Psikiyatrik Hastalıklar		644
<i>Bölüm Editörü: Dr. Nezih Dağdeviren</i>		
88.	Alkol ve İlaç Kötüye Kullanımı	644
	<i>Robert Mallin, MD. ve D. Todd Detar, DO</i> <i>Çeviri: Dr. Serdar Öztora</i>	
89.	Anksiyete	654
	<i>John C. Rogers, MD, MPH</i> <i>Çeviri: Dr. İlkay Aydemir</i>	
90.	Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu	664
	<i>H. Russell Searigh, PhD, MPH, Jennifer Gafford, PhD</i> <i>ve Stephanie L. Evans, Pharm D, BCPS</i> <i>Çeviri: Dr. Ayşe Çaylan</i>	
91.	Aile İçi Şiddet: Çocuk, Yakın Partner ve Yaşlı İstismarı	682
	<i>F. David Schneider, MD, MSPH, Nancy D. Kellogg, MD ve Melissa A. Talamantes, MS</i> <i>Çeviri: Dr. Bengü Pala, Dr. İlhami Ünlüoğlu</i>	
92.	Depresyon	690
	<i>Rhonda A. Faulkner, PhD, Martin S. Lipsky, MD ve Michael Polizzotto, MD</i> <i>Çeviri: Dr. İlkay Aydemir</i>	
93.	Yeme Bozuklukları	699
	<i>Brian C. Reed, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Nezih Dağdeviren</i>	
94.	Somatizasyon	709
	<i>Fred Kobylarz, MD, MPH</i> <i>Çeviri: Dr. Serkan Kavuk, Dr. Ümit Aydoğan, Dr. Kenan Sağlam</i>	
Bölüm IV. Üreme Sağlığı		715
<i>Bölüm Editörü: Dr. Nafiz Bozdemir</i>		
95.	Kontrasepsiyon	715
	<i>Marjorie Guthrie, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Çiğdem Gereklioğlu</i>	
96.	İnfertilite	721
	<i>Keith A. Frey, MD, MBA ve Andrea L. Darby-Stewart, MD</i> <i>Çeviri: Dr. İbrahim Başhan</i>	

97.	Prekonsepsiyon ve Prenatal Bakım	726
	<i>Kirsten Vitrikas, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Ferit Erdoğan</i>	
98.	Postpartum Bakım	736
	<i>Jeannette E. South-Paul, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Kürşat Özşahin</i>	
99.	Cinsel Fonksiyon Bozukluğu	744
	<i>John G. Halvorsen, MD, MS</i> <i>Çeviri: Dr. Esra Saatçı</i>	
Bölüm V. Koruyucu Hekimlik ve Sağlığın Geliştirilmesi		760
<i>Bölüm Editörü: Dr. Dilek Güldal</i>		
100.	Davranış Değişikliğine Yönelik Rehberlik	760
	<i>David Pole, MPH, Ryan M. Niemiec, PsyD ve Laura Frankenstein, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Hülya Parıldar</i>	
101.	Bağışıklama	767
	<i>William E. Cayley, Jr., MD, MDiv</i> <i>Çeviri: Dr. Zehra Yeğin, Dr. Altuğ Kut</i>	
102.	Tarama Testleri	775
	<i>Larry L. Dickey, MD, MPH</i> <i>Çeviri: Dr. Zekeriya Aktürk</i>	
103.	Kemoprofilaksi	787
	<i>Paul E. Lewis III, MD</i> <i>Çeviri: Dr. Zehra Yeğin, Dr. Altuğ Kut</i>	
104.	Seyahat Hekimliği	794
	<i>Mark K. Huntington, MD PhD</i> <i>Çeviri: Dr. Hakan Gülmez, Dr. Altuğ Kut</i>	
105.	Preoperatif Değerlendirme	815
	<i>Sarah R. Edmonson, MD, MS</i> <i>Çeviri: Dr. Altuğ Kut</i>	
İndeks		825

Yazarlar

Marc Jay Altshuler, MD

Assistant Professor, Assistant Residency Director, Department of Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania

Joshua H. Barash, MD

Assistant Professor, Associate Residency Director, Department of Family and Community Medicine, Thomas Jefferson University–Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania

Heather Anne Bartoli, PA-C

Physician Assistant, Oklahoma City, Oklahoma

James R. Barrett, MD, CAQSM

Professor, Family and Preventive Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma

David Berkson, MD, FAAFP

Program Director, Family Medicine Residency, Assistant Professor, Department of Family, Community, and Preventive Medicine, Drexel University College of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania

Shawn H. Blanchard, MD

Assistant Professor, Department of Family Medicine, Associate Director, Predoctoral Education, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

Ted Boehm, MD

Volunteer Faculty, Primary Care Sports Medicine Fellowship, Department of Family Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma; Primary Care Sports Medicine Physician, Oklahoma Sports and Orthopedics Institute, Norman, Oklahoma

Douglas G. Browning, MD, ATC-L

Wake Forest Family Practice, Winston Salem, North Carolina

Bryan Cairns, MD

Resident Physician, Family Medicine, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio

William Edward Cayley, Jr., MD, MDiv

Associate Professor, Eau Claire Family Medicine Residency, Department of Family Medicine, University of Wisconsin, Eau Claire, Wisconsin

Jason Chao, MD, MS

Professor, Family Medicine, Case Western Reserve University, Family Medicine, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, Ohio

James C. Chesnutt, MD

Assistant Professor of Family Medicine, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon

Neal Clemenson, MD

Great Plains Family Practice, Oklahoma City, Oklahoma

Stephen W. Cobb, MD

Exempla Larkridge Family and Occupational Medicine, Thornton, Colorado

Jennifer Cocohoba, PharmD

Assistant Clinical Professor, Department of Clinical Pharmacy, University of California—San Francisco, San Francisco, California

Brian R. Coleman, MD

Director, Primary Care Sports Fellowship, Family and Preventive Medicine, Oklahoma University, Oklahoma City, Oklahoma

Amy Crawford-Faucher, MD

Associate Program Director, Crozer-Keystone Family Medicine Residency Program, Springfield, Pennsylvania

Dan F. Criswell, MD

Associate Professor, Family and Preventive Medicine Health Sciences Center, University of Oklahoma, Oklahoma City, Oklahoma; Program Director, Southwest Oklahoma Family Medicine Residency, Lawton, Oklahoma

Michael A. Crouch, MD, MSPH

Associate Professor, Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Andrea Darby-Stewart, MD

Assistant Professor, Mayo Clinic College of Medicine, Scottsdale, Arizona

Kent W. Davidson, MD

Arkansas Specialty Orthopedics, Little Rock, Arkansas

D. Todd Detar, DO

Associate Professor, Department of Family Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

Vanessa A. Diaz, MD, MS

Assistant Professor, Department of Family Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

Victor A. Diaz, Jr., MD

Assistant Professor, Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Assistant Medical Director, Jefferson Family Medicine Associates, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania

Larry L. Dickey, MD, MSW, MPH

Associate Adjunct Professor, Family and Community Medicine, University of California—San Francisco, Sacramento, California

Philip M. Diller, MD, PhD

Associate Professor and Program Director, The Christ Hospital, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio

Carmelo DiSalvo, MD

Mid Atlantic Family Practice, Lewes, Delaware

Charles Eaton, MD, MS

Professor, Family Medicine, Department of Family Medicine, Director, Heart Disease Prevention Center, Brown University School of Medicine, Pawtucket, Rhode Island

Sarah R. Edmonson, MD, MS

Instructor, Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Mari Egan, MD, MHPE

Clinical Associate, Department of Family Medicine, The University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago, Illinois

Robert Ellis, MD

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Cincinnati, Assistant Professor, Department of Family Medicine, The Christ Hospital, Cincinnati, Ohio

Stephanie L. Evans, PharmD, BCPS

Pharmacist, Wal-Mart Pharmacy, Benton, Kentucky

Brooke Farley, PharmD, BCPS

Clinical Pharmacist and Assistant Professor, Pharmacy Practice, Mercy Family Medicine, Saint John's Mercy Family Medicine Residency Program and the Saint Louis College of Pharmacy, St. Louis, Missouri

Rhonda Faulkner, PhD

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Illinois at Chicago College of Medicine, Chicago, Illinois

Jonathan D. Ference, PharmD, BCPS

Assistant Professor, Department of Pharmacy Practice, Nesbitt College of Pharmacy and Nursing, Wilkes-Barre, Pennsylvania; Clinical Pharmacist, Wyoming Valley Family Medicine Residency Program, Wyoming Valley Health Care System, Kingston, Pennsylvania

Jeanne M. Ferrante, MD, MPH

Associate Professor, Family Medicine, UMDNJ-Robert Wood Johnson Medical School, Somerset, New Jersey

Scott A. Fields, MD

Vice Chair, Family Medicine, Oregon Health Sciences University, Portland, Oregon

Laura Frankenstein, MD

Clinical Assistant Professor, Department of Community and Family Medicine, Saint Louis University, St. Louis, Missouri

Judith Kerber Frazier, MD

Family Medicine Physician, Mustang, Oklahoma

Keith A. Frey, MD, MBA

Professor, Mayo thunderbird, Family Medicine, Mayo Clinic-Scottsdale, Scottsdale, Arizona

Jennifer Gafford, PhD

Consulting Psychologist, The Family Care Health Centers, St. Louis, Missouri, MO

Ronald H. Goldschmidt, MD

Professor, Family and Community Medicine, University of California, San Francisco, California

Meredith Ann Goodwin, MD

Assistant Professor, Family Medicine and Rural Health, Florida State University College of Medicine, Resource Staff Physician, Tallahassee Memorial Hospital, Tallahassee, Florida

Marjorie Guthrie, MD

Assistant Professor, SLU Family Medicine Residency Program, Saint Louis University, Belleville, Illinois

Gregg M. Hallbauer, DO, MCG (Clinical Gerontology)

Associate Program Director for Curriculum, Conroe Family Medicine Residency, Conroe, Texas

Brian H. Halstater, MD

Assistant Clinical Professor, Department of Family Medicine Residency Program, Department of Family and Community Medicine, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina

John G. Halvorsen, MD, MS

Professor and Chair, Department of Family and Community Medicine, University of Illinois, Peoria, Illinois

Richard J. Ham, MD

Director and Professor, Geriatric Medicine and Psychiatry, Center on Aging, University of West Virginia, Morgantown, West Virginia

Mike D. Hardin, Jr., MD

Faculty Member, Department of Family Medicine, McLennan County Medical Education and Research Foundation, University of Texas Southwestern Medical School, Waco, Texas

Laura Hargro, MD, MBA

Assistant Professor, Dept. of Family Medicine, UMDNJ-New Jersey Medical School, Newark, New Jersey

Radhika R. Hariharan, MRCP(UK)

Assistant Professor, Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Suzanne Leonard Harrison, MD

Assistant Professor, Department of Family Medicine & Rural Health, Florida State University College of Medicine, Tallahassee, Florida

John A. Heydt, MD

President and CEO, University Physicians & Surgeons, Senior Associate Dean of Clinical Affairs, University of California, Irvine

Allen L. Hixon, MD

Associate Professor and Vice Chairman, Department of Family Medicine and Community Health, John A. Burns School of Medicine, University of Hawaii, Mililani, Hawaii

David Holmes, MD

Clinical Associate Professor, Family Medicine, University at Buffalo, State University of New York, Family Physician, Family Medicine, Kaleida Health, Buffalo, New York

Felix Horng, MD, MBA

Woodbury Medical Group, Irvine, California

Mark K. Huntington, MD, PhD

Associate Professor, Sanford School of Medicine, The University of South Dakota; Assistant Director, Sioux Falls Family Medicine Residency Program, Sioux Falls, South Dakota

May S. Jennings, MD

Assistant Professor, Department of Medicine, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, Alabama

Andrew D. Jones, MD

Assistant Professor, Department of Family and Preventive Medicine, Associate Program Director, Family Medicine Residency Program, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma

Cathy Kamens, MD

Lecturer, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Family Physician, Women's College Hospital, Toronto, Ontario, Canada

Mitchell A. Kaminski, MD, MBA

Chairman, Department of Family Medicine, Clinical Associate Professor, Temple School of Medicine, Crozer-Chester Medical Center, Upland, Pennsylvania

Amanda J. Kaufman, MD

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan

Nancy D. Kellogg, MD

Professor and Division Chief, Department of Pediatrics, University of Texas, San Antonio, Texas

Sanford R. Kimmel, MD

Professor and Vice-Chair, Department of Family Medicine, University of Toledo College of Medicine, Chief of Staff, University of Toledo Medical Center, Toledo, Ohio

Fred Kobylarz, MD, MPH

Associate Professor, Center for Healthy Aging, Department of Family Medicine, UMDNJ—Robert Wood Johnson Medical School, Department of Family Medicine, Robert Wood Johnson University Hospital, New Brunswick, New Jersey

Charles M. Kodner, MD

Associate Professor, Family and Geriatric Medicine, University of Louisville School of Medicine, Louisville, Kentucky

Geoffrey S. Kuhlman, MD, CAQSM, FAFAP

Director of Sports Medicine, Hinsdale Family Medicine Residency, Hinsdale, Illinois

David C. Lanier, MD

Associate Director, Center for Primary Care, Prevention and Clinical Partnerships, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, Maryland

Allen Robert Last, MD, MPH

Assistant Professor, Family and Community Medicine, Medical College of Wisconsin, Family Medicine, Wheaton Franciscan Healthcare—All Saints, Racine, Wisconsin

Damon F. Lee, MD

Assistant Professor, Family Medicine and Community Health, University of Hawaii John A. Burns School of Medicine, Mililani, Hawaii

Paul E. Lewis, MD, MPH

Assistant Professor, SLU Family Medicine Residency Program, Saint Louis University, Belleville, Illinois

Tammy J. Lindsay, MD

Flight Commander; Interim Associate Program Director, SLU Family Medicine Residency Program, 375th MDOS and Saint Louis University, Belleville, Illinois

Martin Stephen Lipsky, MD

Professor, Department of Family Medicine, Dean, University of Illinois College of Medicine, Rockford, Illinois

Jonathan MacClements, MD

Associate Professor, Residency Program Director, Family Medicine, University of Texas, Tyler, Texas

Diane J. Madlon-Kay, MD, MS

Associate Professor, Department of Family Medicine and Community Health, University of Minnesota Medical School, Minneapolis, Minnesota

Megan Mahoney, MD

Assistant Clinical Professor, Family and Community Medicine, UCSF-SFGH FPR, San Francisco, California

Arch G. Mainous III, PhD

Professor, Department of Family Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

Robert Mallin, MD

Associate Professor, Family Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

William T. Manard, MD

Clinical Instructor, Department of Community and Family Medicine, Saint Louis University School of Medicine, Primary Care Physician, Alexian Brothers Community Services PACE Program, St. Louis, Missouri

James P. McKenna, MD

Residency Director, Family Medicine Residency, Hentage Valley Beaver, Beaver, Pennsylvania

Mark B. Mengel, MD, MPH

Vice Chancellor, Regional Programs, University of Arkansas for Medical Sciences, Professor, Family and Preventive Medicine, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas

Michael Michener, MD

Associate Professor, SLU Family Medicine Residency Program, 375th MDOS and Saint Louis University, Belleville, Illinois

Donald B. Middleton, MD

Professor, Department of Family Medicine, University of Pittsburgh; Vice President, Department of Medical Education Family Medicine Residency, UPMC St. Margaret, Pittsburgh, Pennsylvania

Julie A. Murphy, PharmD, BCPS

Clinical Pharmacist and Associate Professor of Pharmacy Practice, Mercy Family Medicine, Saint John's Mercy Family Medicine Residency Program and the Saint Louis College of Pharmacy, St. Louis, Missouri

Ryan M. Niemiec, PsyD

Assistant Clinical Professor, Community and Family Medicine, Saint Louis University School of Medicine, Psychologist, Saint Louis Behavioral Medicine Institute, St. Louis, Missouri

Karen D. Novielli, MD

Senior Associate Dean for Faculty Affairs and Professional Development, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania

Tomás P. Owens, Jr, MD

Chair, Department of Family Medicine-Integrus Baptist Medical Center, Associate Director, Great Plains Family Medicine Residency, Clinical Professor, Departments of Internal Medicine, Geriatric Medicine and Family and Preventive Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma

Philip R. Palmer, MD

Faculty, Great Plains Family Medicine Residency, Chief, Family Medicine, Deaconess Hospital, Oklahoma City, Oklahoma

William G. Phillips, MD

Family Practice, Atlanta, Georgia

Marjorie Shaw Phillips, MS, RPh, FASHP

Clinical Research Pharmacist and Medication Safety Coordinator, Medical College of Georgia Health System and Clinical Professor, University of Georgia College of Pharmacy, Augusta, Georgia

Heather Pickett, DO

Associate Professor and Deputy Military Program Director, SLU Family Medicine Residency Program, 375th MDOS and Saint Louis University, Belleville, Illinois

David C. Pole, MPH

Deputy Director, Predoctoral and AHEC Programs, Community and Family Medicine, Saint Louis University, St. Louis, Missouri

Michael Polizzotto, MD

Associate Program Director, Department of Family Medicine, University of Illinois College of Medicine Rockford, Rockford, Illinois

Mark C. Potter, MD

Assistant Professor and Residency Director, Department of Family Medicine, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois

Brenda Powell, MD

Staff, Cleveland Clinic, Family Medicine, Women's Health, Travel Medicine, Beachwood, Ohio

Robert Glenn Quattlebaum, MD

Trident Medical Center/Medical University of South Carolina, Family Medicine Residency Program, Charleston, South Carolina

Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD

Professor, Department of Family and Preventive Medicine, OUHSC, Family Medicine Center, Oklahoma City, Oklahoma

Goutham Rao, MD

Clinical Director, Weight Management and Wellness Center, Associate Professor of Pediatrics and Family Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania

Brian C. Reed, MD

Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Jeri R. Reid, MD

Associate Professor, Department of Family and Geriatric Medicine, University of Louisville, Louisville, Kentucky

Kathryn Reilly, MD, MPH

Professor and Associate Residency Director, Department of Family and Community Medicine, University of Oklahoma Health Science Center, Oklahoma City, Oklahoma

Jose E. Rodríguez, MD

Associate Professor, Department of Family Medicine and Rural Health, Florida State University College of Medicine, Florida

John C. Rogers, MD, MPH, MEd

Professor of Family and Community Medicine, Professor-in-Residency, Office of Undergraduate Medical Education, Baylor College of Medicine, Houston, Texas

Montiel T. Rosenthal, MD

Associate Clinical Professor and Director of Maternity Services, Family Medicine, College of Medicine, University of Cincinnati, Director, Prenatal Clinic and Residency Faculty, Family Medicine, The Christ Hospital, University of Cincinnati, Family Medicine Residency Program, Cincinnati, Ohio

Michael P. Rowane, DO, MS, FAAFP, FAAO

Associate Clinical Professor of Family Medicine and Psychiatry, Case Western Reserve University, Director of Medical Education, University Hospitals Richmond Medical Center Director of Osteopathic Medical Education, University Hospitals Case Medical Center, Richmond Heights, Ohio

George P.N. Samraj, MD

Associate Professor, Family Medicine, University of Florida, Gainesville, Florida

Ted C. Schaffer, MD

Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, Pennsylvania

Richard Schamp, MD

Associate Clinical Professor and Medical Director, Alexian Brothers Community Services (PACE Program), Saint Louis University, St. Louis, Missouri

F. David Schneider, MD, MSPH

Professor and Vice Chair, Department of Family and Community Medicine, University of Texas, San Antonio, Texas

L. Peter Schwiebert, MD

Professor, Residency Program, Department of Family and Preventive Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma

H. Russell Searight, PhD, MPH

Associate Professor, Psychology, Lake Superior State University, Sault Sainte Marie, Michigan

Aamir Siddiqi, MD

Associate Professor, Family Medicine, Associate Director, St. Luke's Family Medicine Residency, Medical Director, Aurora Family Care Center, President Medical Staff, Aurora Sinai Medical Center

Jeannette E. South-Paul, MD

Professor and Chair, Department of Family Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Pennsylvania

Mark R. Stephan, MD

Family Practice, Phoenix, Arizona

Nicole G. Stern, MD

Campus Health Service, Tucson, Arizona

Carol Stewart, MD, FAAFP

Assistant Professor, Department of Family Medicine, David Geffen School of Medicine at UCLA, Les Kelley Family Health Center, Attending Physician, Department of Family Medicine, Santa Monica UCLA Medical Center and Orthopaedic Hospital, Santa Monica, California

Daniel Stulberg, MD, FAAFP

Associate Professor, Department of Family and Community Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico

Jeff Susman, MD

Professor and Chair, Department of Family Medicine, University of Cincinnati, Section Head, Family Medicine, University Hospital, Cincinnati, Ohio

Melissa A. Talamantes, MS

Faculty, Department of Family Practice, University of Texas HSC, San Antonio, San Antonio, Texas

Michael Temporal, MD

Associate Professor, SLU Family Medicine Residency Program, Saint Louis University, Belleville, Illinois

William L. Toffler, MD

Professor, Department of Family Medicine, Director, Predoctoral Education, Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

Terrence T. Truong, MD

Faculty, Great Plains Family Medicine Residency Program, Oklahoma City, Oklahoma

Nancy Tyre, MD

Associate Physician Diplomate, Family Medicine, David Geffen School of Medicine, at UCLA Los Angeles, California

Anthony Valadini, MD, MS

Associate Professor, Family Medicine and Community Health, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Massachusetts, Attending Physician, Family Medicine and Internal Medicine, Lawrence General Hospital, Lawrence, Massachusetts

Kirsten R. Vitrikas, MD

Assistant Professor, Department of Community and Family Medicine, SLU Family Medicine Residency Program, Belleville, Illinois

H. Bruce Vogt, MD

Professor and Chair, Department of Family Medicine, Sanford School of Medicine, The University of South Dakota, Sioux Falls, South Dakota

Cynthia M. Waickus, MD, PhD

Associate Chair for Educational Programs Department of Family Medicine, Rush Medical College Chicago, Illinois

Linda L. Walker, MD, FAAFP

Associate Director, Family Medicine Program, The Medical Center, Columbus Georgia

Jie Wang, MD

Clinical Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin—Madison, Madison, Wisconsin

Lara Carson Weinstein, MD

Assistant Professor, Family and Community Medicine, Jefferson Medical College of Thomas Jefferson University, Attending Physician, Family and Community Medicine, Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, Pennsylvania

Barry D. Weiss, MD

Professor of Family and Community Medicine, University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona

Stephen F. Wheeler, MD

Associate Professor, Department of Family and Geriatric Medicine, Director, Residency Education, University of Louisville, Louisville, Kentucky

LeRoy C. White, MD, JD

Family Medicine—Enid, Oklahoma University Health Sciences Center, Oklahoma City, Oklahoma

Lesley D. Wilkinson, MD

Associate Clinical Professor, Family Medicine, David Geffen School of Medicine, at UCLA Los Angeles, California

George R. Wilson, MD

Professor and Chair, Community Health/Family Medicine, UF COM—Jacksonville, Jacksonville, Florida, Chief of Service, Family Medicine/Occupational Medicine, Shands Jacksonville Medical Center, Jacksonville, Florida

Deborah Kay Witt, MD

Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania

Aylin Yaman, MD

Specialist of Neurology, Department of Neurology, Antalya State Teaching and Training Hospital, Antalya, Turkey

Hakan Yaman, MD, MS

Assistant Professor, Department of Family Practice, Akdeniz University Faculty of Medicine, Antalya, Turkey, Head, Department of Family Practice, Akdeniz University Hospital, Antalya, Turkey

Aleksandra Zgierska, MD, PhD

Clinical Instructor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Uzm. Dr. Filiz Ak

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Muharrem Ak

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Halil Akbulut

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Hilal Aksoy

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Murat Altuntaş

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Öznur Altuntaş

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tuncay Müge Alvur

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Elif Ateş

100. Yıl Aile Sağlığı Merkezi Ankara

Yrd. Doç. Dr. Seçil Arıca

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Osman Özcan Arıman

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Dinçer Atıla

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Ümit Avşar

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İlkay Aydemir

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Selma Aydın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Didem Aytimur

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Davut Baltacı

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İbrahim Başhan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Adana

Prof. Dr. Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Mustafa Bayraktar

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Nazan Bilgel

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sevsen Cebeci

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Çaylan

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Çelik

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. S. Serap Çiftçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selma Çivi

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mahcube Çubukçu

Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Reşat Dabak

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Mustafa Demir

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Nejat Demircan

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Demet Dinç

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Güzel Dışcıgil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Yusuf Çetin Doğaner

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Pınar Döner

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Yrd. Doç. Dr. İrep Karataş Eray

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ferit Erdoğan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Adana

Dr. İsmail Ertürk

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

Doç. Dr. Ayfer Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Esin Genç

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Çiğdem Gereklioğlu

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Adana

Uzm. Dr. Işık Gönenç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Adnan Güçlü

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Dilek Güldal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hakan Gülmez

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Ayşenur Alper Gürz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Füsun Ayşin Artıran İğde

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Memet Işık

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tahir İsmailoğlu

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Güldal İzbirak

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Ercüment Kadioğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Rabia Kahveci

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Hayati Kandış

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. İsmail Hamdi Kara

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehtap Kartal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Serkan Kavuk

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altuğ Kut

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ruhuşen Kutlu

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gizem Limnili

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Kamile Marakoğlu

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Refik Mas

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

Doç. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ertan Mert

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Vildan Mevsim

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Polat Nerkiz

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Efe Oganer

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Kurtuluş Öngel

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Orhan Polat Örs

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Cahit Özer

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Fatma Özarslan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Adem Özkara

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Kürşat Özşahin

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Adana

Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Bengü Pala

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayşe Palandüz

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hülya Parıldar

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı İstanbul

Uzm. Dr. Adem Parlak

Ağrı Asker Hastanesi Birinci Basamak Muayene ve Aile Sağlığı Merkezi

Yrd. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhan Peker

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Esra Saatçı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kenan Sağlam

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı

Doç. Dr. Mehmet Sargın

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Yrd. Doç. Dr. Oktay Sarı

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayhan Sarıtaş

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Turan Set

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Erol Sezer

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Haki Sucaklı

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Didem Sunay

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü

Dr. Şule Gümüştakım

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Erkan Melih Şahin

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Nazlı Şensoy

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Abidin Şimşek

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Özlem Tanrıöver

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nil Tekin

Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi

Yrd. Doç. Dr. A. Selda Tekiner

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Pınar Topsever

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Ungan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Uslu

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Zekai Uysal

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Murat Ünalacak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. B. Murat Yalçın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Fulya Yazar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Füsun Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Rahman Yavuz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Zehra Yeğın

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ediz Yıldırım

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Tefik Tanju Yılmaz

İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Servet Yüksel

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ

Bu el kitabı aile hekimliği uzmanı ve hastalara ayaktan tedavi hizmetinde bulunan diğer birinci basamak çalışanlarının karşılaştıkları sık yakınmalar, problemler, durumlar ve hastalıklar hakkında bilgi sunmaktadır. Aile hekimliği, iç hastalıkları ve pediatri alanlarındaki incelemelerden seçilen bu sık durumlar, alfabetik olarak beş bölümde düzenlenmiştir. Öneri derecelerinin gücünü de içeren kanıta dayalı bilgi, yoğun çalışan hekimlerin hızlı değerlendirilebileceği şekilde sunulmuştur. Pratik şekilde, başlangıç ilaç dozlarını içeren özgün tedavi bilgileri de verilmiştir. Bu el kitabı birinci basamakta yaygın kullanılan kanıta dayalı koruyucu uygulamalardan da bahsetmektedir.

ORGANİZASYON ALANI

Tıbbi kitapların çoğunluğu organ sistemlerine göre düzenlenmekte ise de, biz bu el kitabını birinci basamakta karşılaşılan tipik hasta sunumlarına göre yapılandırdık. Örneğin sık belirti ve bulgular, kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklarda takip ihtiyaçları ve üreme sağlığı ilişkileri gibi. Ek olarak, koruyucu sağlık bakımı önerileri ile ilgili bilgi verilmektedir.

Bölüm I, birinci basamakta en sık karşılaşılan akut/ayrışmamış problemleri içermektedir. Bilgiler yoğun çalışan hekimin en sık karşılaşılan yakınlama sebeplerinde, tanısal olasılıkları hızlı olarak listelemesini, uygun maliyetli kanıta dayalı tanısal tetkiki ve kanıta dayalı tedaviyi reçete etmesini sağlayacak şekilde sunulmaktadır.

Bölüm II, sık kronik hastalıkları olan hastaların tedavisine yönelik bilgiler önermektedir. Her bölüm bu tip hastalar için önemli psikososyal yayınlarla birlikte uygun maliyetli, kanıta dayalı klinik yönetim ile birleştirilen pratik takip stratejilerini önermektedir.

Bölüm III, çok önemlidir. Çünkü birçok hasta birincil psikiyatrik bozukluk olarak veya var olan tıbbi durumun yönetiminde psikiyatrik bozukluk komplikasyonu olarak birinci basamakta görülmektedir. Psikiyatrik bozuklukları olan hastaların etkin şekilde belirlenmesi ve tedavi edilmesindeki stratejiler açık, kısa ve öz sunulmuştur.

Bölüm IV, birinci basamakta karşılaşılan kontrasepsiyon, infertilite, prenatal ve postnatal bakımı içeren yaygın kadın üreme sağlığı konularından bahsetmektedir.

Bölüm V, birinci basamak hekimlerinin hastalarının önemli hastalıklardan korunmasında yardımcı olmaktadır. Bu bölümün yazarları; birinci basamak pratiğinde kolayca uygulanabilen danışmanlık, immunizasyon, tarama testleri ve kemoproflaksiyi içeren uygulamaları önermektedir. Seyahat tıbbi ve pre-operatif öncesi değerlendirme kısımları ile bu bölüm sonlanmaktadır.

Bütün bölümlerde, yazarlar klinik karar verme, kanıta dayalı tıp, uygun maliyetli klinik yönetim ilkelerini bütünselleştirmiş ve tartışma alanlarını tanımlayıp uygulanabilir hallerde psikososyal ve içeriksel yayınları dikkate almışlardır. Uygun olan durumlarda, tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamalardan bahsedilmiştir.

Bu el kitabının diğer yararlı özellikleri şunlardır:

- Uygun bir başlıklandırma biçimi ve seçilmiş kalın yazı tipi ile tanı ve tedavinin anahtar görüşlerine hızlı, kolay ulaşım sağlar.
- Tanısal çalışmayı kolaylaştıran akış şemaları ve özel durumlar için genel yönetim stratejileri.

- Öneri değerlendirmede, açıkça görülen önerilerin güç oranları ile maliyet etkin kanıta dayalı stratejileri vurgular.
- Her bölüm ana konuları özetleyen anahtar noktalar kısmı ile başlamıştır.
- Bölümlerdeki bilgi kutuları ile 70'den fazla özgün durum vurgulanmıştır.
- Akış çizgisinin yapılanma çerçevesi tanımlar, belirti ve bulgular, değerlendirme ve yönetim stratejileri bölümlerini bulmayı kolaylaştırıyor.

ÖNERİ SINIFLAMALARININ GÜCÜ

Bu beşinci baskıda, tüm yazarlarımızdan başlıca aile hekimliği dergilerinde kullanılan öneri sınıflamalarını kullanmalarını istedik. Öneriler aşağıdaki tabloda gösterilen kanıtın kalite ve miktarına dayanarak A, B veya C olarak derecelendirildi.

Önerinin Gücü	Önerinin Temeli
A	Hasta odaklı kanıtın tutarlı ya da iyi kalitede olması
B	Hasta odaklı kanıtın tutarsız ya da sınırlı kalitede olması
C	Fikir birliği, hastalık odaklı kanıt, genel uygulama, uzman görüşü veya vaka serileri

Hasta odaklı kanıt, hastalara sorun yaratan morbidite, mortalite, belirti iyileştirme, maliyet azalma ve yaşam kalitesi gibi sonuçları ölçer. Hastalık odaklı kanıt, hasta sonuçlarındaki gelişmeyi yansıtabilecek veya yansıtamayacak ara fizyolojik veya onun yerini tutabilecek son noktaları ölçer.

TEŞEKKÜRLER

Öncelikle bu el kitabını kullanan sizlere teşekkür ederiz. Aile Hekimliği'nin önceki baskılarını hızlı, pratik bir referans kitap olarak gören tıp öğrencileri, asistan doktorlar ve pratisyen hekimlerden çok olumlu geri dönüşler aldık. Bu el kitabındaki pek çok bölümü güçlendirmemizi sağlayan bu yorumları özellikle takdir ediyoruz.

İkinci olarak, bu beşinci basımın yazarlarına teşekkür ediyoruz, pek çoğu geri gelip önceki çalışmalarını güncellemeye istekli oldular. Yazarlarımızın çoğunun bölümlerini tavsiyelerin oranlarının güçlendirilmesiyle güncellemeye hevesli olduklarını öğrenmekten çok memnun olduk.

Üçüncü olarak, McGraw Hill'deki editör ve çalışanlara cesaret verdikleri ve destekledikleri için teşekkür ederiz. Artık yaklaşık her 3 yılda bir Aile Hekimliği bilgilerini güncelliyoruz; tıp bilgilerindeki gelişme nedeniyle daha hızlı bir revizyon döngüsüne ihtiyaç hissediyoruz.

Son olarak, eşlerimiz Laura ve Kathy ve çocuklarımız Saly, Kristin ve Matt'e bu hızlı editörlük sürecinde gösterdikleri destek ve sabır için teşekkür ediyoruz. Her ikimiz de işin büyük kısmını eve götürmek zorunda kaldık ve ailelerimiz özel teşekkürleri ve minnettarlığı hak ediyorlar.

Mark B. Mengel, MD, MPH
L. Peter Schwiebert, MD
Little Rock, Arkansas, and
Oklahoma City, Oklahoma
December 2008

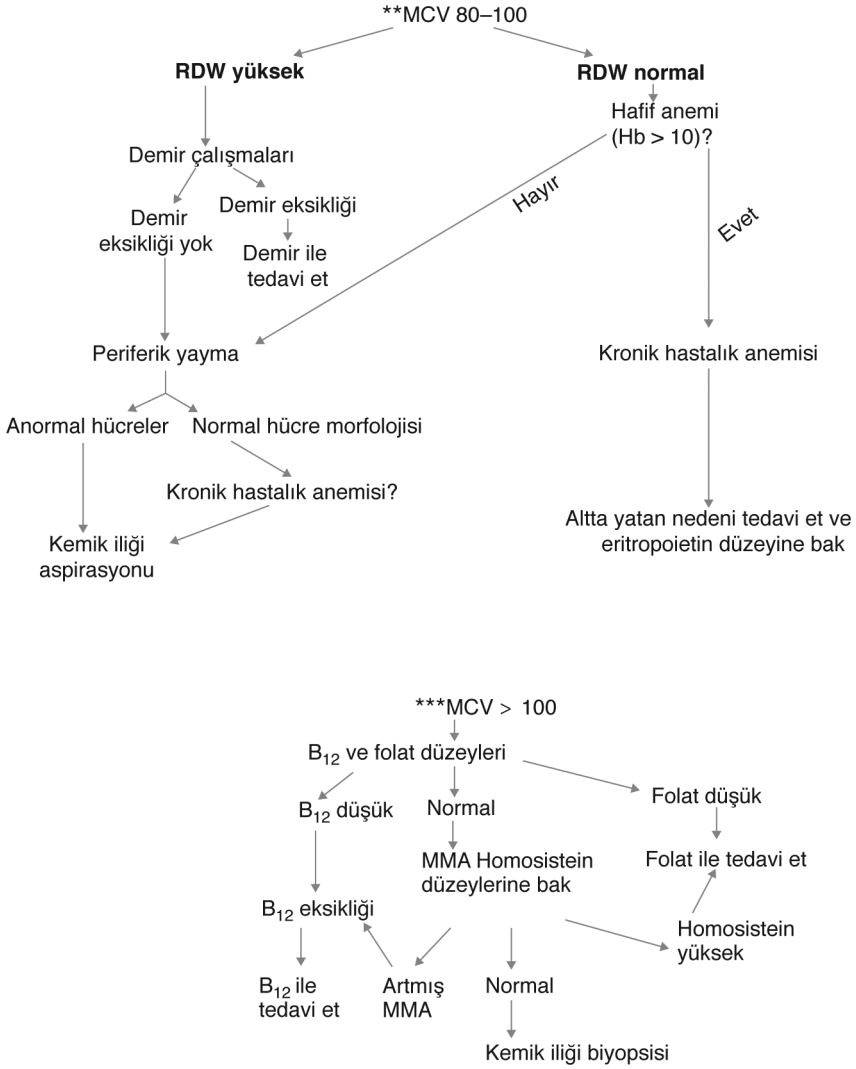
Çeviri Editörleri Önsözü

Elinizde bulunan eser, "LANGE Family Medicine Ambulatory Care and Prevention" adlı İngilizce orijinalinin beşinci baskının çevirisidir. Bu eseri tüm aile hekimlerinin kullanımına sunuyoruz. Kitap Aile Hekimliği alanında Dünyadaki sayılı kaynaklardan biridir. Kitabın özellikleri Editörler Önsözü'nde tanımlanmıştır.

Bu eserin çevirisi oldukça geniş bir çevirmenler grubu tarafından yapılmıştır. Kitap Türkiye'de mevcut ulaşılabilen tüm tıp fakültelerinin Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Aile Hekimliği Klinik Şefliklerinde görev yapan değerli Aile Hekimliği öğretim üyeleri, uzmanları ve asistanlarının katkıları ile ortaya çıkarılmıştır. Kitap yaklaşık olarak bir buçuk yıllık bir çabanın ürünüdür. Çeviriye katkı veren tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederiz.

Bu değerli eserin Türkçe çevirisinin ülkemizdeki tüm aile hekimleri için yararlı ve kullanılır olmasını diliyoruz.

Yrd. Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Prof. Dr. Kenan SAĞLAM



ŞEKİL 4-1. (Devamı).

la >110 fL, ancak eşlik ettiği talasemi varsa normal olabilir), indirekt hiperbilirubinemi, yüksek laktat dehidrogenaz düzeyleri, normal eritrosit Hb konsantrasyonu (aralık, 31-35 g/dL) düşük retikülosit sayısı; ve muhtemelen lökosit ve trombosit sayıları azalmıştır. Makrositozda, serum B₁₂ ve folat düzeyleri tespit edilmeli ve bunlar normal ise, kobalamin metabolitlerinin (metilmalonik asit ve homosistein) düzeylerine bakılmalıdır. Normal düzeyler bir B₁₂ vitamini veya folik asit eksikliğini ekarte ettirir. B₁₂ vitamini eksikliği olan hastalarda, bir arada bulunan folat eksikliği olmadıkça serum folat düzeyleri genellikle normal veya artmıştır. Folat eksikliğinde serum homosistein düzeyleri belirgin olarak artmıştır. B₁₂ vitamini, folat ve metabolitlerinin düzeyleri normal ise **MDS**

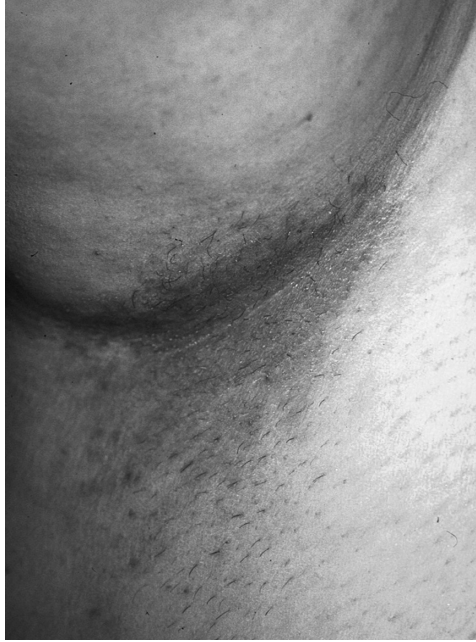
3. **Etkinlik.** Tüm meme kanserlerinin %85'i mamografi ile tespit edilmesine rağmen, meme kanseri olan kadınların %15'i normal mamografiye sahiptir. Bu nedenle ele gelen kitlelerde, mamografi raporlarında maligniteye ait kanıt olmasa da şüphelenilmelidir. Biyopsi, kanseri kesin olarak dışlayacak tek yöntemdir.
 4. **Yorum.** Mamografi aşağıdaki şekilde yorumlanır:
 - a. Ek görüntüleme gereken
 - b. Negatif
 - c. Benign bulgular
 - d. Muhtemel benign bulgular. Kısa aralıklarla takip önerilir.
 - e. Şüpheli anormallik. Biyopsi düşünülmelidir.
 - f. Yüksek malignite düşündüren.
 - B. **Diğer görüntüleme yöntemleri.** Ultrasonografi, meme kanseri için bir tarama aracı olarak yararlı olmasa da kistik lezyonlardan solid ayrımı yapmak için yararlıdır. Meme hastalıklarının değerlendirilmesi için termografi, diafanografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve dijital görüntüleme gibi diğer görüntüleme yöntemlerinin deneysel olarak kanıtlanmış herhangi bir yararı yoktur.
 - C. **Şüpheli meme kistlerinin aspirasyonu.** İğne aspirasyonu, herhangi bir meme kitlesinin kistik yapısını tanımlamak için kullanılabilir. 20-22 numaralı kalınlıktaki bir iğneye eklenmiş 10 veya 20 mL'lik enjektör kullanılmalıdır. Cilt alkolle temizlendikten sonra kist bir elin parmaklarıyla sabitlenirken diğer eldeki iğne direkt kiste yönlendirilmelidir. Aspire edilen sıvı genellikle sarı yeşil renklidir. Eğer sıvı kanlı ise veya kitle hala palpable veya bir ay içinde tekrarlıyorsa biyopsi gereklidir (ÖG ②). Sıvı genellikle atılır.
 - D. **Meme biyopsisi.** Belirgin baskın meme kitlelerinin sitolojik veya histolojik karakteri; diğer klinik veya mamografik bulgular ne olursa olsun, biyopsi ile teyit edilmelidir.
 1. **İnce iğne aspirasyon biyopsisi,** şüpheli meme kanserinin sitolojisini belirlemek için kullanılır. Doğru yorum, yayma ve fiksasyon slaytlarının tespitinin yanı sıra deneyimli bir patolog gerektirir. Deneyimli ellerde yanlış negatiflik oranı %1.4 ve yanlış pozitiflik oranı yaklaşık %0'dır.
 2. **Eksizyonel biyopsi**
 - a. Eksizyonel biyopsi, aspirasyonun sitolojik bulguları benign olmasına rağmen fizik muayene veya mamografi sonuçları kanseri düşündürüyorsa veya meme kitlesi kanseröz ve ince iğne aspirasyon biyopsisi ve sitolojik değerlendirme mümkün değilse endikedir.
 - b. Biyopsi, genellikle lokal anestezi kullanılarak ayaktan tedavi yöntemi olarak uygulanmaktadır. Tüm kitlenin çıkarılması amaçtır.
 3. **İnsizyonel biyopsi,** aşağıdaki durumlarda uygulanabilir:
 - a. İlerlemiş kanser tanısını doğrulamak için, kitlenin kuvvetle malign olma şüphesi varsa, daha ileri bir yöntem olan kor iğne kullanılabilir.
 - b. Kolay ve tamamen çıkarılabilir için büyük olan meme kitlelerini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir.
 - E. **Meme kanseri için genetik testler.** Genetik mutasyon, riskli kadınların meme veya yumurtalık kanseri veya her ikisi için tam bir kişisel ve aile öyküsü alınarak tespit edilmelidir. Genetik mutasyon açısından, düşük riskli kadınlara belirsiz riskli veya yanlış pozitif sonuçlar ve testle ilgili sosyal ve psikolojik ilişki nedeniyle genetik test yapılmamalıdır. Meme kanseri riskini hesaplamak için bir yardımcı araç olan Meme Kanseri Risk Değerlendirme Aracı Ulusal Kanser Enstitüsü tarafından geliştirildi ve <http://www.cancer.gov/bcrisktool/> adresinden ulaşılabilir. Genetik test gerekli olan kadınlara, test sadece genetik danışmanlık çerçevesinde yapılmalıdır.
- VI. Tedavi**
- A. Fibrokistik Değişiklik**
1. **Genel önlemler**
 - a. **Destekleyici tedbirler** olarak gevşek, hafif giysi kullanımı ve rahat, destekleyici, iyi yaslılıklı sütyen kullanımı yararlı olabilir.
 - b. **Diyet değişikliği**
 - (1) **Kafein alımı.** Kafein ve diğer metilksantinlerin diyetle kısıtlanmasındaki çalışmalar çelişkili olsa da, bazı raporlar bu tür maddelerin tüketimini ortadan kaldırarak etkili olabileceğini düşündürmektedir.
 - (2) **Vitamin E.** Bu vitaminin plasebo kontrollü çalışmalarda yararı görülmemiştir (ÖG ③).



ŞEKİL 9-1. İmpetigo. (ekteki renkli sayfaya bakınız) (Dr. Richard Usatine izniyle kullanılmıştır.)

bitlenme veya mantardan kaynaklanan kaşıntı enfeksiyonu başlatabilir ve yayılmasını artırır. İmpetigo epidemisi nadiren meydana gelir, (örneğin; tüm güreş ekibinin enfeksiyonu). Ekzema veya vasküler staza bağlı gelişen ülserler gibi altta yatan kronik bozukluklar sekonder olarak enfeksiyonu artırır. İmpetigo cerrahi yaraları komplike hale getirebilir.

- 2. Eritrazma** (Şekil 9-2). *Corynebacterium*'un yol açtığı eritrazma genç erkekleri etkiler. Tropikal iklimlerde erkeklerin %20'sinde bu enfeksiyon sık gelişir.



ŞEKİL 9-2. Eritrazma. (ekteki renkli sayfaya bakınız) (Dr. Richard Usatine izniyle kullanılmıştır.)

2. **Metabolik panel** böbrek fonksiyonunu değerlendirmektedir (kontrastla görüntülemeye önce).
 3. Hipertiroidizm durumunda **tiroid stimulan hormon düzeyleri** düşük olabilir veya tespit edilemez, bu da anksiyete durumlarına katkı yapar.
 4. **Kan *Helicobacter pylori* testi**, inatçı sindirim güçlüğünün olası nedeni olarak düşünülebilir.
 - B. **Elektrokardiyogram (EKG)**, sıklıkla iskemik kalp hastalığında (İKH) normaldir; akut iskemik kalp hastalığı durumuyla uygun biçimde ST-segment yüksekliği veya depresyonu da hastaneye yatış kararının verilmesine yardımcı olabilir.
 - C. **Göğüs radyografisi** göğüs ağrısının şüphelenilen kardiyak ve pulmoner sebeplerinin ikisi için de yararlıdır.
 1. **Kalp büyümesi**, kronik iskemik kalp hastalığı nedeniyle genişlemiş kardiyomiyopatide görülebilir.
 2. Pnömoni veya pnömonitte, **infiltrasyonlar** görülebilir.
 - a. **Lober konsolidasyon** (bakteriyel pnömoni) veya yaygın infiltrasyonlar (atipik veya erken pnömoni) meydana gelebilir, ancak bunlar genellikle saatlerden günlere kadar klinik belirtilerin gerisinde kalabilir ve rehidrasyondan sonra daha iyi görsel olarak görülebilir.
 - b. **Difüz infiltrasyonlar** da, pnömonitte görülebilir.
 - c. **Pnömotoraks**. Tansiyon pnömotoraksta göğüs radyografisi toraks hacminin arttığı, aynı taraf kalp sınırının düzleştiği, karşı taraf mediastinal sapma, hemidiyafram depresyonu görülebilir.
 - d. **KKY'de**, akciğerlerde sıvı birikmesine ait bulgular görülebilir.
 - e. **Göğüs kafesi kırıkları** bariz bulunabilir.
 - D. **Stres testi**
 1. **Egzersiz stres ekokardiyografi**, egzersiz sırasında bulunan ancak dinlenme sırasında bulunmayan EKG değişikliklerini tespit eder. Özellikle düşük iş yüklerindeki (yani Bruce protokolünde < 6 dakika veya yaşa göre tahmin edilen maksimum kalp atım hızının %70'inde) dramatik ST-segmenti değişiklikleri (> 2 mm) ciddi İKH göstergesidir ve koroner anjiyografi yapılmasını gerektirir.
 2. **Stres ekokardiyografi egzersizsiz** stres EKG'sıyla benzer bir değerlendirme yapılmasına olanak sağlar; ancak kadınlar, obezler, sarkık göğüslü kadınlar, sol ventrikül hipertrofisi veya önceden EKG değişiklikleri (dal bloku, kalp pili veya miyokard infarktüsü) dahil sadece EKG kullanılarak iskemi değerlendirmesi yapılan bazı hasta türlerinde ekokardiyografi tercih edilir. EKG değişikliklerine ek olarak, stres ekokardiyografisi duvar hareket anormalliklerini ve ventrikül ejeksiyon fraksiyonunu değerlendirebilir.
 3. **Farmakolojik stres testi**, egzersiz yoluyla yeterli kalp atım sayısına ulaşamayacak hastalarda tercih edilir; söz konusu değere ulaşamama şiddetli bir arteritten, nörolojik veya vasküler hastalık, obezite, pulmoner hastalık veya sadece ciddi kondisyonuzluktan kaynaklanabilir. Kategorik olarak, farmakolojik stres testleri koroner vazodilatatörler (örneğin, dipridamol, adenozin) veya kalp hızını artıran ilaçlar (örneğin, dobutamin) kullanır. Her iki stresör de koroner akıştaki yetersizlikleri gösterecektir. Vazodilatatörlerin tercihen darlık olmayan koroner dolaşımı genişlettiğinden, adenozin/dipridamol akışı darlık olmayan alanlara doğru yönlendirilerek egzersizde görülen dolaşım yetmezliğini artıracaktır. Farmakolojik ajan (örneğin, dobutamin) kalp atım hızını artırarak, hasta egzersiz yapmadan egzersiz simüle etmektedir. Stres testi sırasında bir radyoizotopun (örneğin, talyum, teknesyum-sestamibi) intravenöz olarak uygulanması miyokard perfüzyonu hakkında ek bilgi verecektir.
 - E. Koroner arterin anatomisini çizen/betimleyen **koroner anjiyografi**, anormal stres testini ve kılavuz tedaviyi onaylayan altın bir standarttır (örneğin, tıbbi- stent takma ve koroner arter by-pass grefti dahil cerrahi yönetimi).
 - F. **Solunum fonksiyon testleri (SFT)**, akciğer nedenli göğüs ağrısı olan hastalarda obstrüktif hastalık veya şiddetinin tanımlanmasında yardımcıdır.
 - G. **Gastrointestinal tetkikler**
 1. **Özofageal pH probu**, belirtilerin atipik olduğu veya kalp değerlendirmesinin normal çıktığı durumlarda GÖRH'yi doğrulayabilir.
 2. Bilinen GÖRH'yi durumunda, özofagogastroduodenoskopi komplikasyonları veya hastalığın şiddetinin değerlendirilmesini sağlayabilir (örneğin, Barrett özofagus, eroziv özofajit) ve *H. pylori* enfeksiyonu tanısını koymak için mide biyopsisinin yapılmasına imkan sağlayabilir.
 3. **Üst gastrointestinal baryum tetkiki**, sabit anatomik özofageal lezyonların (örneğin, Schatzki halka tümörleri) tespit edilebilmesine imkan tanır ve ayrıca motilite bozukluklarının ve hiatal herninin tespit edilebilmesine yardımcı olabilir; manometri motilite bozukluklarının tanısında duyarlılığı artırır.
- VI. **Tedavi. Çeşitli kardiyovasküler ve pulmoner durumların tedavisi, yaşam tarzı değişikliklerini** (sigaranın bırakılması, stresin azaltılması, diyet, uyku hijyeni, lipid düşürücü ilaçlar ve planlı egzersiz), takibi ve **spesifik yönetimi içermelidir.**

TABLO 11-4. ANTİKOLİNERJİK ÖZELLİĞİ OLAN İLAÇLAR

Klasik antikolinerjikler
Atropin
Skopolamin
Antidepresanlar
Trisiklik
Antiemetikler
Antihistaminikler
Benadril
Antiparkinsonlar
Antipsikotikler
Antispazmodikler
Gastrointestinal
Üriner sistem
Kas gevşeticiler
Prednizolon
Simetidin

TABLO 11-5. KONFÜZYON DEĞERLENDİRME METODU (KDM) TANISAL ALGORİTMASI*

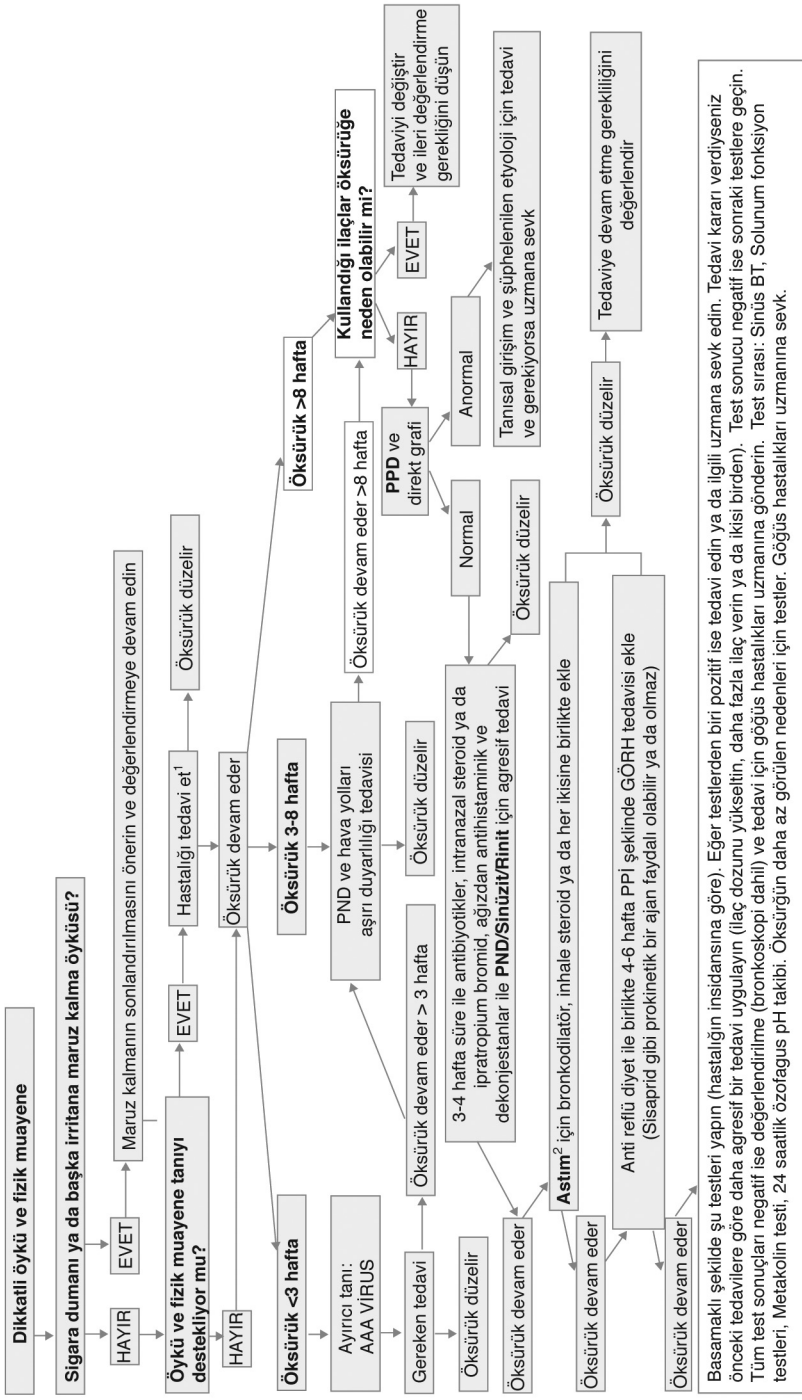
Özellik 1	Akut başlangıç ve dalgalı seyir Bu özellik genellikle bir aile üyesi veya bir hemşireden öğrenilir ve aşağıdaki sorulara verilen pozitif cevaplar ile gösterilir: Hastanın başlangıç durumuna göre mental durumunda akut değişikliğe dair bir kanıt var mı? (anormal) davranış gün boyu gelip gitmeler veya ciddiyette artış azalmalar şeklinde dalgalanma gösteriyor mu?
Özellik 2	Dikkat eksikliği Bu özellik aşağıdaki sorulara pozitif bir cevapla gösterilir: Hasta dikkatini toplamakta güçlük mü çekiyordu, örneğin dikkati kolaylıkla kayboluyor muydu veya söylenenleri takip etmekte zorlanıyor muydu?
Özellik 3	Dezorganize düşünce Bu özellik aşağıdaki soruya pozitif bir cevapla gösterilir: Hastanın düşüncesi dezorganize veya anlamsız mıydı, örneğin abuk sabuk veya anlamsız konuşma, belirsiz veya mantıksız fikir akışı veya konudan konuya atlama gibi?
Özellik 4	Değişmiş bilinç düzeyi Bu özellik aşağıdaki soruya alarm işareti dışında herhangi bir cevapla gösterilir: Genel olarak, bu hastanın bilinç durumunu nasıl değerlendirirsiniz? (Alarm [normal], uyanık [aşırı alarm], letarjik [uyuklu, kolayca uyandırılan] veya koma [uyandırılmayan])

*KDM ile deliryum tanısı koymak için özellikler 1 ve 2 ile birlikte 3 veya 4 bulunmalıdır.

(Inouye SK, Van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. *Ann Intern Med.* 1990;113 (12):947 den izinle alınmıştır.)

TABLO 11-6. DELİRYUM VE DEMANSIN ÖZELLİKLERİ

Özellik	Deliryum	Demans
Başlangıç	Ani	Sinsi
Süre	Akut hastalık, genellikle günler ile aylar	Kronik hastalık, tipik olarak yıllar içinde gelişir
Geri dönüşüm	Genellikle geri dönüşümlü	Genellikle geri dönüşümsüz, sıklıkla kronik ilerleyici
Oryantasyon	Erken oryantasyon bozukluğu	Geç hastalıkta, sıklıkla aylar veya yıllar sonra oryantasyon bozukluğu
Stabilite	Anlık, saatlik veya gün içinde değişkenlik	Daha çok günlük stabilite (üzerine binen deliryum olmadıkça)
Fizyolojik değişiklikler	Belirgin fizyolojik değişiklikler	Daha az belirgin fizyolojik değişiklikler
Bilinç	Bulanık, değişken ve bilinç seviyesinde değişme	Terminal döneme kadar bilinç bulanık değil
Dikkat süresi	Şaşırtıcı şekilde kısa dikkat süresi	Dikkat süresi tipik olarak azalmamış
Uyku/uyanıklık döngüsü	Saatler içinde değişen bozulmuş uyku/uyanıklık döngüsü	Gece gündüz uyku döngüsü bozulur, ama saatlik değişmez
Psikomotor değişiklikler	Belirgin psikomotor değişiklikler (hiperaktif veya hipoaktif)	Psikomotor değişiklikler tipik olarak geç (üstüne binen depresyon olmadıkça)



ŞEKİL 13-1. Öksürük yönetimi algoritması. ¹ya da diğer neden olarak düşünülmüyorsa ilacın, ADEL gibi, kesilmesi. ²iki (%3-15) kronik öksürük nedeni olan hasta prevalansının oldukça yüksek olması nedeniyle astım ve GÖRH tedavisinin eklenmesi. ADEL, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; GÖRH, gastroözofageal reflü hastalığıdır; PND, postnazal drenaj; PPI, proton pompa inhibitörü; PPD, safilaştırılmış protein türü; Rx, reçete; Tx, tedavi.



ŞEKİL 14–1. Atopik dermatit (ekteki renkli sayfaya bakınız), [(Bu fotoğraf Dick Anstett, MD, MPH, Idaho, Boise, Idaho Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi) tarafından çekilmiştir ve ona aittir.]]

ler, kaptopril ve antimalaryal ilaçların kullanımı ile de ilişkilendirilmiştir. 5 yaş altı çocuklarda nadirdir.

7. **Kserosis (kuru cilt).** Kuzey iklimlerinde özellikle kış aylarında iç mekanların ısıtıldığı ve nemin azaldığı durumlarda sıktır. Yaşlılarda çok sık bir sorundur, ancak genç bireyleri ve çocukları da etkileyebilir. Özellikle sık banyo yapan (özellikle de sabun kullanan) atopik bireylerde, kimyasal ya da çözücü maruziyetinde, ayrıca hipotiroidizmde antian-drojen ve diüretik tedavisi alanlarda görülür.



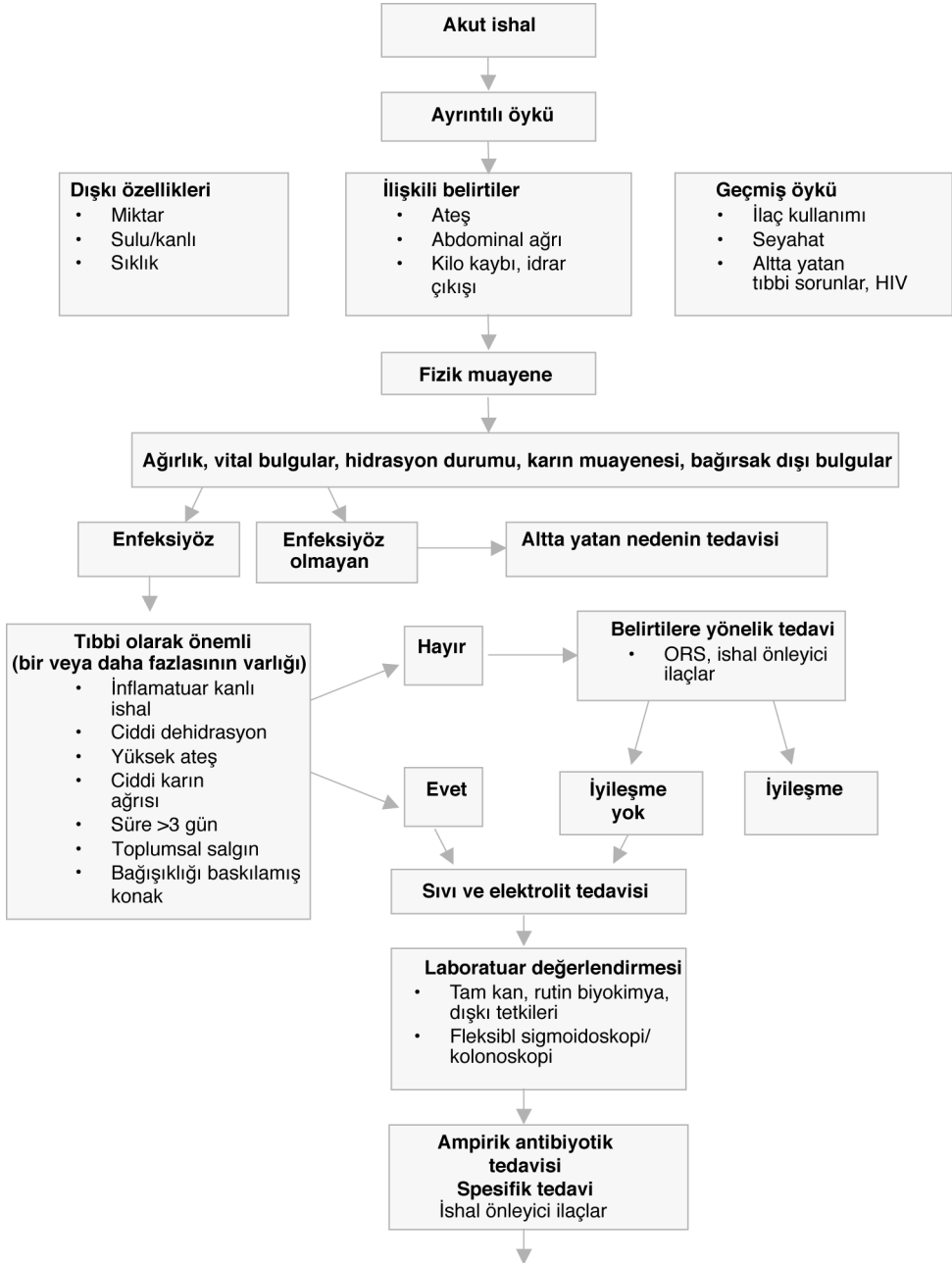
ŞEKİL 14–2. Bulaşık makinası suyuna bağlı kontak dermatit (ekteki renkli sayfaya bakınız). [(Bu fotoğraf Dick Anstett, MD, MPH, Idaho, Boise, Idaho Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi) tarafından çekilmiştir ve ona aittir.]]



ŞEKİL 15-1. FAMMS; farklı renk ve büyüklüklerdeki maküler veya papüler multipl lezyonlar görülmektedir (efekteki renkli sayfaya bakınız).



ŞEKİL 15-2. Multipl maküler kiraz anjiomlar. Daha ilerlemiş lezyonlar yükseklik kazanmış veya hatta polipoid görünümlü olabilir. Ayrıca yaşla ilişkili pek çok verrüköz düzensiz biçimde pigmente seboreik keratozlar da görülmektedir (efekteki renkli sayfaya bakınız).



ŞEKİL 16–1. Akut enfeksiyöz ishalleri hastalar için tanı ve yönetim algoritması (Gadewar S, Fasano A. Current concepts in the evaluation, diagnosis, and management of acute infectious diarrhea. Curr Opin Pharmacol. 2005;5:559–565. izniyle kullanılmıştır).

TABLO 19-1. DİSPEPSİ TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR

İlaç	Doz/Sıklık
H₂ blokerleri	
Simetidin	400 mg, günde iki defa
Famotidin	20 mg, günde bir veya iki defa
Nizatidin	150 mg, günde iki defa
Ranitidin	150 mg, günde iki defa
Proton pompa inhibitörleri	
Esomeprazol	20-40 mg, günde
Lansoprazol	15-30 mg, günde
Omeprazol	20 mg, günde iki defa
Pantoprazol	40 mg, günde bir defa
Rabeprazol	20 mg, günde bir defa
Sitoprotektif ajanlar	
Sukralfat	1 g, günde 4 defa
Misoprostol	100-200 µg, günde 2-4 defa
Prokinetik ajan	
Metoklopramid	10-15 mg, her yemekten 30 dakika önce ve yatmadan önce

A. 55 yaşından küçük dispepsi yakınmalı hastalarda alarm işaretleri yoksa, PÜH komplikasyonu söz konusu değilse veya ciddi hastalık durumu yoksa ampirik olarak H₂ reseptör blokeri veya bir PPI ile tedavi edilmeli (ÖG B) (ilaçlar, doz ve sıklığı için Tablo 19-1'e bakınız) ve *H. pylori* yönünden tetkik yapılmalıdır. *H. Pylori testi olumlu çıkarsa tedavi uygulanmalıdır* (Bölüm 82'e bakınız). Bizmut subsalisilat-metronidazol-tetrasiklin ve bir PPI veya Amoksisilin-klaritromisin-lansoprazol 14 gün süre ile kullanılmalıdır (%80-90 başarı sağlanır) (ÖG A). Hastalar sigaray, alkol kullanmayı ve NSAİİ almayı bırakmalıdır (ÖG C). Eğer NSAİİ kullanılması gerekiyorsa, bir PPI, H₂ blokeri veya sitoprotektif ilaç birlikte kullanılmalıdır (Tablo 19-1'e bakınız). veya COX-2 inhibitör (örneğin, selekoksib) kullanımına geçilmelidir (ÖG C).

B. 55 yaşından büyük dispepsi yakınması olan hastalarda ampirik tedaviyi, kesin tanı için yapılacak olan üst gastrointestinal sistem endoskopisi izlemelidir. Yakınmalar artarsa veya geçmezse daha ileri tetkikler yapılmalıdır (Bölüm V.B'e bakınız).

C. Hastanın dispepsi yakınmasının nedeni biliniyorsa şu tedaviler yararlı olabilir:

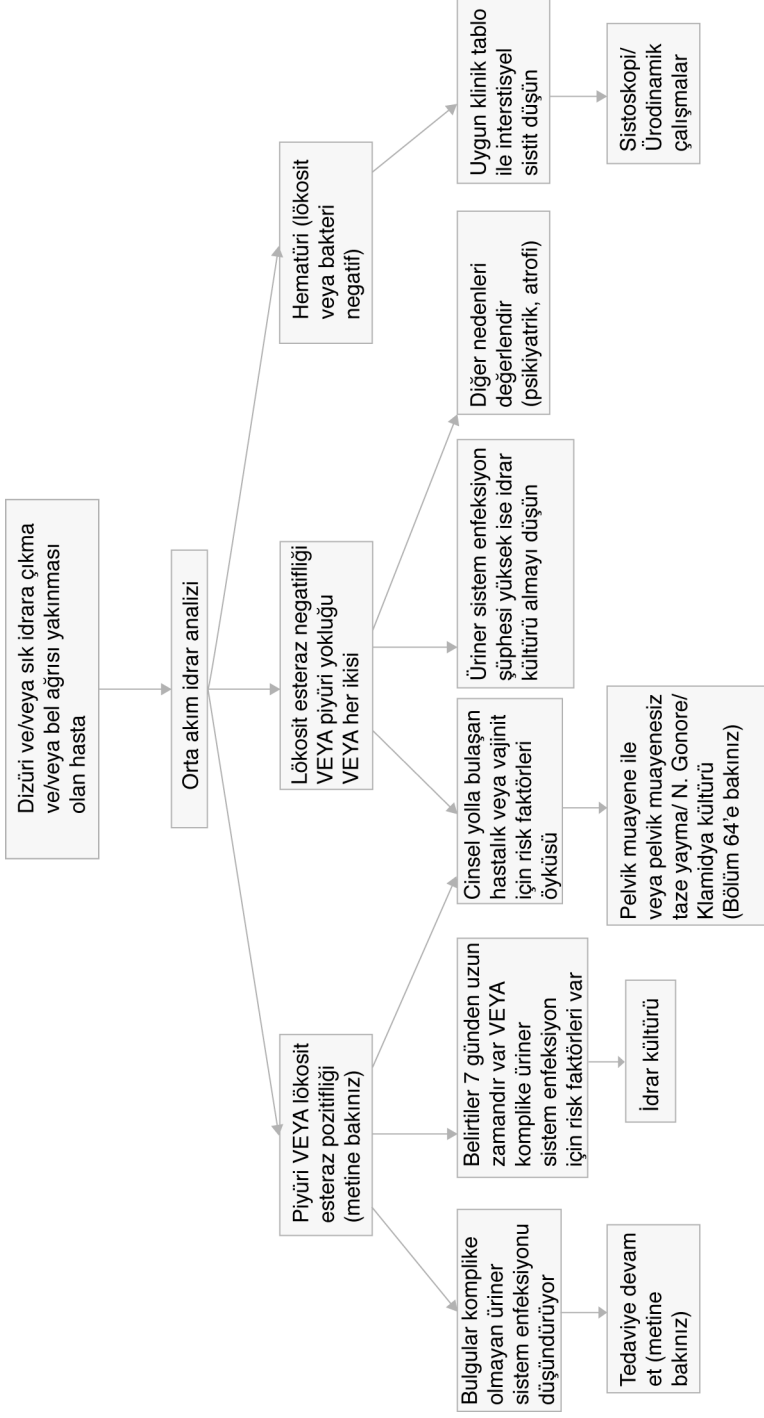
1. **NÜD.** NÜD için en iyi tedavinin hangisi olduğu günümüzde henüz belli değildir. Çoğu kişide abdominal rahatsızlık hissi birkaç haftada geçer. Tanı konulmuşsa *H. pylori* tedavisi dispeptik yakınmayı azaltır (ÖG B). *H. pylori* negatif olan ağrı, bulantı yakınması olan hastalarda 4-6 haftalık PPI, H₂ reseptör bloker veya prokinetik ajan tedavisi uygulanabilir (Şekil 19-1'e bakınız) (ÖG A). Somatik yakınmaları, anksiyete ve depresyon bulguları olanlarda dispepsi psikolojik nedenlerle oluşmuş olabilir ve bu hastalara davranış tedavisi ve psikolojik tedavi uygulanmalıdır. Antidepressan ve anksiyolitikler bu hastalarda yararlı olabilir.

2. **PÜH** (Bölüm 82'ye bakınız).

3. **GÖRH.** Hafif GÖRH bulguları olan hastalar, reflüyü önleyecek girişimlerden fayda sağlayabilirler. Bunlar arasında kilo kaybı, yemeklerden sonra yatmanın önlenmesi, az yemek yeme, yatmadan önce yemek yememe, yatağın başucunu kaldırma, diyetlerini düzenleme (kafeinsiz, çikolatasız, nanesiz ve yağsız yiyecekler) alkol ve sigaray bırakma gibi önlemler yer alır (ÖG C).

a. Yanma ve asit regürjitasyonu ön planda ise PPI, H₂ blokerleri veya prokinetik bir ilaç yararlı olabilir (Tablo 19-1'e bakınız) (ÖG A).

b. **Antireflü cerrahisi.** ciddi özofajit varlığında ve ilaç tahammülsüzlüğü olanlarda, Barrett's özofagus geliştiğinde, asit baskılanmasına rağmen kalıcı reflü bulguları varlığında veya GÖRH ile ilişkili ciddi astım ve aspirasyon pnömonisi durumunda tercih edilmelidir (ÖG C).



ŞEKİL 21-1. Üriner sistem belirtileri olan ayakta kadın hastanın değerlendirilmesi.

TABLO 23-1. PERİFERİK ÖDEME NEDEN OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR*Antidepresanlar*

Monoamin oksidaz inhibitörleri

Antihipertansif ilaçlar

Kalsiyum kanal blokerleri

Direkt vazodilatörler

Beta blokerler

Santral etkili ilaçlar

Antisempatetikler

Dişabet ilaçları

Rosiglitazon gibi insülin sensitizerleri

Diğer ilaçlar

Hormonlar

Kortikosteroidler

Östrojenler/Progesteronlar

Testosteron

Non-steroid anti-inflamatuvarlar (NSAİİ)

ğumsal kapak hastalığı veya derin ven kapakçıklarına zarar veren herhangi bir gelişme sayılabilir. **Pulmoner hipertansiyon risk faktörleri** uyku apnesini içerir.

2. **Belli ilaçlar** (Tablo 23-1), **hipertiroidizm ve hipotiroidizm** de iki taraflı alt ekstremitte ödeme neden olabilir. **Lipödem** (bacağın cilt altı dokularında yağlı maddelerin birikmesi nedeniyle şişmesi) çoğu zaman lenfödem ile karıştırılır. Bu durum genellikle ayaklarda ve neredeyse tamamıyla genç kadınlarda olur.

B. Tek taraflı alt ekstremitte ödemi

1. En sık görülen nedenler DVT (akut), veya lenfödemdir (kronik). **DVT için risk faktörleri** hareketsizlik, kanser, yakın zamanda geçirilmiş bacak travması, cerrahi ve hiperkoagülasiyona yol açan durumlardır. **Lenfödem için risk faktörleri** ise lenfatik kanalları tıkayan kanser, enfeksiyon, cerrahi, travma veya radyasyona maruz kalma gibi herhangi bir durum olabilir.
2. Tek taraflı alt ekstremitte ödeme yol açan diğer nedenler ise sellülit, osteomyelit, yanıklar ve travmadır (rüptüre gastroknemius kası, kompartman sendromu veya yumuşak doku yaralanması).

- C. **Üst ekstremitte ödemi** az görülür, sıklıkla süperior vena cava sendromu sonucu gelişir, bu da sıklıkla kansere bağlı bir nedenden ötürü ortaya çıkar.

- D. **İdiopatik ödem** (hormona bağlı ödem), sadece menstruasyon gören kadınlarda ve 20'li ve 30'lu yaşlarda görülür. Belirtiler siklüs boyunca devam eder ve hormonlar tarafından yönetilir.

III. Belirtiler (Şekil 23-1)

- A. **İki taraflı şişmede** hareketle artan nefes darlığı, ortopne ve paroksizmal dispne varlığında KKY düşünülürken, akciğer belirtileri yerine karında dolgunluk hissinin bulunduğu hastalarda hepatosellüler hastalık (siroz) akla gelmelidir. Pulmoner hipertansiyona neden olabilecek uyku apnesi, yüksek sesle horlama, partnerinin uyku apnesine tanıklık etmesi veya gün içinde uykulu olma ile akla gelmelidir.

- B. **Tek taraflı şişmede** geçmişte travma, cerrahi, radyasyon veya eski enfeksiyon olayının kronikleştğini düşündürür. Yakın zamanda travma, akla gastroknemius rüptürü veya kompartman sendromunu getirir. Sınırlı bir alanda eritem ve ağrının takip ettiği travma (örneğin, enjeksiyon izi) sellülitte işaret eder. Yeni inflamasyon, olası bir yanık olabilir. Risk faktörlerinin varlığı ise akut DVT olasılığını ortaya çıkarır.

- C. **İdiopatik ödemde** (hormon ile ilişkili ödem) hasta gün içinde birkaç kilo almış olabilir, akşam saatlerinde eller, memeler, karın ve bacaklarda belirgin ödem tarif edebilir. Gece yatmaya bağlı olarak ödem yer değiştirir ve gece işemeleri ile bir gecede bu fazla kilo kaybedilir.

IV. Bulgular (Şekli 23-1).

- A. **İki taraflı gode bırakan ödem** juguler venöz dolgunluk, iki taraflı raller ve hırıltılı solunum KKY'yi işaret eder (Bölüm 72'ye bakınız).

- B. Asit varlığında akciğer bulguları yok ise **iki taraflı alt ekstremitte ödemi**, hepatosellüler hastalık belirtisidir.

TABLO 24-2. İDRAR KAÇIRMA İÇİN GİRİŞİMLER

Girişim	Mekanizma	Doz/Açıklamalar	Yan etkiler/Yorumlar	Etkinlik
Kuru yatak eğitim programı	Mesaneyi boşaltmak için zamanlı idrar yapma	Aile yatıktan 3 saat sonra çocuğu uyandırır	Yan etki: yok Güvenli. Alarmları başlatmak için yatağın ıslanmasına ihtiyaç yok	Tek kullanımı için yetersiz kanıt, alarmlı ile kombine edildiğinde %75 etkinlik
İdrar kaçırma alarmı	Islaklık ile aktive olan alarm çocuğu uyandırır ve idrar yapmasını sağlar	2-3 ay boyunca geceleri giyilir	Yan etkiler: Çocuğun ve aile üyelerinin uykusu bölünür	Relaps oranı: %20 En etkili girişim. Başlangıç şifa oranı: %75-84 Relaps oranı: devamsızlık ile birlikte %15-30
Desmopresin*	Sentetik vazopresin analogü; distal tubulusta idrar konsantrasyonunu ve su reabsorpsiyonunu artırarak idrar üretimini azaltır	Her burun deliğine 1 sprey 20 µg (10 µg) geceleri Ağızdan: 0.2-0.6 mg günde bir yatmadan önce	Sık yan etkiler: baş ağrısı, kanında rahatsızlık, bulantı, nazal konjesyon, burun kanaması, görme bozukluğu kötü tat. Yorumlar: Çok su içme alışkanlığı, hipertansiyon veya kalp hastalığı olan hastalarda kontrendikedir. Kistik fibrozda dikkatli ol.	Başlangıç şifa oranı: %86 Devamsızlık ile birlikte Relaps oranı: %94. Propiğerin ile birlikte: %97 etkinlik. Antikolinerjik ile birlikte olan desmopresin çocuklardaki mesane instabilitesi için uygun olabilir.
Imipramin	Mesane kapasitesini artırır ve mesane boyun sfinkterini sıkılaştırır	Başlangıçta gece 25 mg 7-12 yaş- 25 mg doza cevap yoksa 50 mg'a arttırın ≥ 12 yaş: 75 mg'a arttırın	Sık yan etkiler: Sersemlik, letarji, ajitasyon, depresyon, uyku bozukluğu, gastro intestinal bozukluklar Nadir yan etkiler: nöbetler kardiyak aritmiler, kazara aşırı doz. Epilepsisi olanlarda dikkatli olun.	4-6 aydan fazla %40-60 etkinlik. Devamsızlık ile birlikte relaps oranı: %50 Çocuk 14-28 aralığı geçeyi kuru geçirmeyi başarana kadar kullanılır, sonra kademeli olarak azaltılır.
Oksibutinin Oksitrol* Tolterodin Propiğerin	Antikolinerjik, antispazmodik etkiler inhibe edilmemiş detrusör kasılmalarını azaltır	2.5-5 mg günde 2-3 defa haftada 2 defa 1 yama 1-2 mg günde iki defa 0,4 mg/kg günde iki defa	Sık yan etkiler: ağız kuruluğu, bulanık görme, baş ağrısı, baş dönmesi, gastro intestinal bozukluk ve taşikardi Yorumlar: polisemptomatik idrar kaçırma için seçkin ilaçtır.	Devamsızlık ile birlikte relaps: Bildirilen faydalar: prospektif çift kör çalışma plaseboya üstünlüğü olmadığını göstermiştir. Propiğerine ait bilgileri yukarıda görebilirsiniz.
Indometazin	Nitrik oksit ve prostaglandin sentezini inhibe eder, idrar hacmini, mesane ve üretra kasılmalarını azaltır	2-3 hafta boyunca, her gece rektal 50 mg	Bulantı, kusma, ishal, gastrik rahatsızlık, böbrek fonksiyon bozukluğu. Kısa uygulamalarda yan etki riski düşüktür.	Plasebodan daha etkilidir. Cevap süresi hala araştırılmaktadır.

*En fazla etkinlikte ilişkilili.



ŞEKİL 26-2 . (Devam).

davileri de yararlı olabilir. Spesifik tedavi ile yanıt alınamayan tüm kronik yorgunluk sendromu olgularına, bu tedaviler önerilmelidir.

2. **İlaç tedavisi.** Nedeni bilinmeyen yorgunlukta kullanılan ilaçların etkisi sınırlıdır. Bunlar arasında vitaminler, tiroid ilaçları (subklinik hipotiroidi olgularında), büyüme hormonu, amfetaminler, pemolin, modanafil ve hidrokortizon sayılabilir. Nedeni belirlenemeyen olgularda ilaç kullanılması sorun yaratabilir. Belirgin bir nedenin saptanamadığı olgularda, depresyon veya fibromiyaljinin yorgunluğa neden olması olasılığının yüksekliği nedeniyle 2 aylık bir süre için tedavisi verilebilir.

TABLO 28-1. SIK GÖRÜLEN ÖN AYAK YAKINMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ

Tanı	Belirtiler	Bulgular	Test	Tedavi
Nasırlar	Lezyon üzerine bası ile ağrı	Kemik çıkıntılarının altındaki deri kalınlaşması; lezyon üzerine direkt bası ile hassasiyet	Yok	Nasırları soymak* Yastıklama [§] Ayak uçları geniş ayakkabı
Plantar siğil	Lezyon üzerine bası ile ağrı	Deri çizgilerini bozan, merkezinde kan damarları bulunan deri kalınlaşması veya papüller; lezyonun sıvazlanması ile hassasiyet	Rutin testi yok, fakat tanı için biyopsi yapılabilir	Gözlem (6-12 ayda kendiliğinden gerileyebilir) Siğilin uzaklaştırılması
Onikomikoz (tırnağın mantar enfeksiyonu)	Kalınlaşmış tırnak, nadiren ağrılı	Kalınlaşmış ve rengi bozulmuş tırnak, nadiren kırılır	KOH kazıntısı Kazıntıdan mantar kültürü	Tırnağı törpülemek, inceltmek Ayak uçları geniş ayakkabı Ağızdan mantar ilacı (ÖG B) Tırnak çekimi Batan tırnağın çekimi† Sellülit varsa, antibiyotik kullanımı
Tırnak batması (Onikokriptoz)	Tırnak kenarı boyunca ağrı, şişlik ve ayrışma	Tırnak kenarında şişme, kızarıklık ve nadiren ayrışma	Yok	Yer değiştirmemiş kırık: komşu parmak ile bitişik bandajlama Yer değiştirmiş kırık: ayak uzmanına sevk
Parmak kırığı	Travma sonrası parmakta ani ağrı ve şişlik	Kemikte hassasiyet, şişlik, eritem ve parmak hareketi ile ağrı	Radyografi	Varsa altta yatan nedeni tanımla ve tedavi et. Amitriptilin veya gabapentin (ÖG A) Alternatifler pregabalin ve duloksetin
Periferik nöropati	Karıncaalanma, yanma ve/veya ağrı, başlangıçta ayak parmaklarında sonra çorap dağılımına uyan, genellikle çift taraflı	Ayak parmaklarında hafif dokunma, vibrasyon ve ısı duyusunda azalma olabilir. Duyu anormallikleri ilerleyici olup, ayağın motor gücü ve aşıl tendon refleksi kaybı ile birlikte tüm ayağı dahil etme eğilimindedir	Elektromiyografi ve sinir iletim hızı; altta yatan nedeni ortaya çıkaran laboratuvar testleri	
Bunyon veya bunyonet	Birinci veya beşinci metatarsofalangeal (MTP) eklemlerde ağrılı kemiksi çıkıntı	Birinci MTP eklem valgus deformitesinde veya beşinci MTP eklem varus deformitesinde, kemik çıkıntıda hassasiyet	Radyografi, kemikteki açığı bozukluğunu gösterir (bir ve ikinci metatarsallar arasında ≥ 15 derece, dördü ve beşinciler arasında ≥ 10 derece)	Ayak uçları geniş ayakkabı Bunyon kalkanı Asetaminofen veya NSAİİ Arka destekleyici ortez 6-12 aylık destek tedavisine rağmen ağrı devamında cerrahi
Halluks limitus veya halluks rigiditus	Özellikle parmaklarda yürüyüş esnasında ağrı ve şişlik	Birinci metatarsın hareket kaybı ve birinci metatarsın ekstansiyonu ile ağrı	Radyografi, dejeneratif mahmuzları ve birinci MTP eklem boşluğu kaybını gösterebilir	Yastıklama [§] Asetaminofen veya NSAİİ Sert tabanlı ayakkabı 6-12 ay destek tedavisine rağmen ağrı olursa cerrahi
Metatarsalji	Metatars başlarında ağrı	Metatars başlarının palpasyonunda hassasiyet	Kırık ve artriti ekarte için radyografi	Göreceli istirahat Yastıklama [§] Asetaminofen veya NSAİİ Ayak uçları geniş ayakkabı;
Morton nöroması (parmak arası)	Metatars başları arasında ağrı, parmaklarda uyuşma ve karıncaalanma, parmaklarda kramp	Metatars başlarını sıvazlama ile ağrı- bazen tıklama ve dolgunluk hissi veya arasında metatars başları arasında yumuşak doku kitlesi	Yok	Morton nöroması enjeksiyonu† Devam eden ağrıda eksizyon için ayak uzmanına sevk (ÖG C)

fından **interkostal sinir blokları** yapılabilir. Atelektazi ve pnömoni riskini artırmaları nedeniyle kaburga kemerleri veya sargılarından kaçınılmalıdır.

(2) **Hastaneye yatırma**, üç veya daha fazla kot kırığı olan hastalarda düşünülmelidir. Atelektazi ve pulmoner kontüzyon riski yüksektir. Yaşlı hastalarda basit tek bir kot kırığı bile akciğer problemlerine neden olabilir.

b. **Lomber kompresyon kırıkları**, osteoporozlu yaşlı hastalarda sıktır. Minimal bir travma sonucu oluşabilir. T4-L5 vertebralar arasında görülebilir. Nörolojik komplikasyonları nadirdir. Tedavide amaç, ağrıyı gidermek ve birkaç günlük immobilizasyondan sonra lumbosakral korse ile harekete kısmi olarak izin vermekten ibarettir.

c. **Deplase olmamış pelvik kırıklar**, yaşlı hastalarda problem yaratan diğer kırıklardır. Minör kırık bile olsa, kan kaybı fazladır. Ağrı giderilinceye kadar walker gibi çeşitli cihazlar aracılığı ile de olsa mobilizasyon sağlanmalıdır.

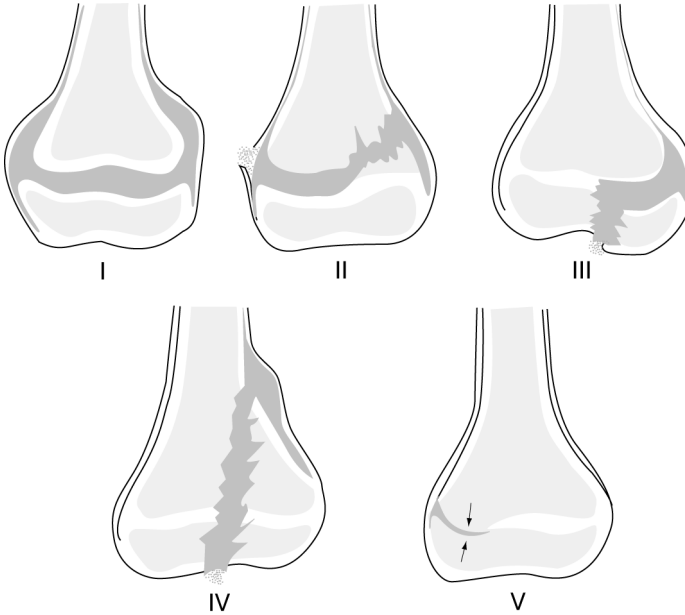
6. Ayak bileği kırıkları

a. **Tibial kubbenin altındaki fibular kırıklar**, ayağın ani inversiyonuna (ters dönme) bağlı ligamentlerin çekmesi sonucu oluşan avülsiyon tarzı kırıklardır. Tedavi ödem kaybolana kadar 5-7 gün süreyle posteriordan atelleme, ödem kaybolduktan sonra 4-6 hafta süreyle kısa bacak yürüme alçısı yapmaktır. Ayak bileğinin inversiyon ve eversiyondan korunması için, pnömotik ayak bileği desteği alçıya alternatif olarak kullanılabilir. Çocuklarda distal fibula epifizyel plağı üzerinde palpasyon ile hassasiyet ayak bileği burkulmasını değil, Salter Harris Tip 1 kırığını akla getirir (Şekil 29-1). Tedavide 3-4 hafta süreyle kısa yürüme alçısı veya yürüme botu yeterlidir.

b. **Fibula kırığı tibial kubbe hizasında veya üzerinde** ise, daha fazla bir ligamentöz instabilite oluşur. Sindesmotik ve interosseöz membranlar yaralanmaya dahil olmuştur. Bu konuda cerrahi gerekebileceği için konsültasyon gereklidir.

7. Ayak ve ayak parmak kırıkları

a. **İkinci, üçüncü ve dördüncü metatarsal** fazla kullanıma bağlı, stres kırıklarına sık rastlanır. Başlangıç radyografileri normaldir. Grafileri 2-4 hafta sonra tekrarladığınızda iyileş-



ŞEKİL 29-1. Çocuklarda epifizyel yaralanmaların Salter Harris Sınıflandırması (Doherty GM and Way LW, eds. *Current Surgical Diagnosis & Treatment*. 12th ed. Originally published by Appleton & Lange; 2006. Copyright © 2006 by the McGraw-Hill Companies, Inc. izniyle kullanılmıştır).



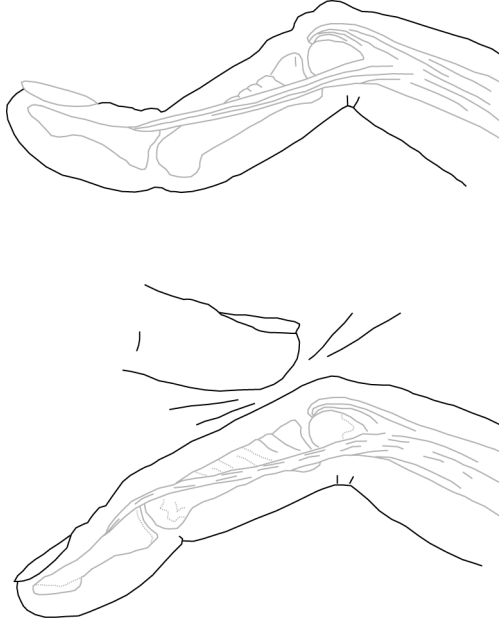
ŞEKİL 31-3. Çok genç bir kızda göbek şeklinde, volkan-tepesi-benzeri lezyonlar. İç uyluk lezyonları çiftleşmiş, akrokordonu andırır şekilde, daha fuziform bir görüntüdedir. Araştırmalar sonucunda bunların cinsel yolla bulaşmadığı sonucuna varılmıştır (ekteki renkli sayfaya bakınız) (Tomás P. Owens, Jr., MD'nin izni ile kullanılmıştır).

C. Kaşıntılı lezyonlar

1. Eritem, smegmanın aşırı miktarları ve yassı, beyaz-gri 'boş' ya da eritematöz papüller **balaniti** düşündürmektedir (Şekil 31-4'e bakınız). Erezyonlar ve tahriş ile ilişkili olabilen prepsiyumun belirgin ödemi **balanopostiti** düşündürür. **Fimozis** (distal sünnet derisinin kontraksiyonu) bulunabilir. Bu, sadece glansı tıkar şekilde görünen ödem olarak izlenmektedir. Sünnetsiz erkeklerde fimozis balanitin nedeni, bir komplikasyonu ya da her ikisi birden olabilmekte-



ŞEKİL 31-4. Smegma ve debrisin temizlenmesini takip eden düzensiz eritematöz plaklar. Bu lezyonlar topikal antifungal tedavi sonrası tamamen kaybolarak Bowenoid hastalığın olmadığını desteklemiştir (ekteki renkli sayfaya bakınız) (Tomás P. Owens, Jr., MD'nin izni ile kullanılmıştır).



ŞEKİL 33-2. Lateral bandların volar yer değiştirmesi ve santral kayma dağılımının neden olduğu Boutonniere (düğme iliği) deformitesi. Nokta duyarlılık testinde, orta falanksın tabanı üzerinde hassasiyet vardır.

3. **Skafolunat kopma** (Şekil 33-6 ve 33-7), el üzerine düşme sonucu sık bir şekilde görülür.
4. **Boksör kırıkları**, bir nesneye vurduktan sonra 5. metakarpal kemiğin kırığıdır.
- D. **Ganglia yaralanmaları** arasında dorsal ve volar el bileği ganglion kistleri, el ve el bileğinin en sık yumuşak doku kitleleridir. İnsidansı bilinmiyor, fakat karpal tünel sendromu, geçmişteki el bileği sıkışması yaralanması veya jimnastikçiler gibi sporcularda sıklıkla görülür.
- E. **Artrit**. Eller, bilhassa başparmağın bazali, osteoartritlere duyarlıdır; karpometakarpal (KMK) artrit bayanlarda, özellikle de tekrarlayan aktiviteleri yapanlarda (örneğin, profesyonel terzi bayanlar) çok sıktır. KMK artritleri, aynı zamanda bayanlarda idiopatik olarak ve erkeklerde travmayı takiben de görülebilir.
- F. **Tuzak nöropatileri** atölyelerde veya tekrarlayan el hareketlerini gerektiren diğer durumlarda sık olarak görülür.
 1. **Karpal tünel sendromu** en sık tuzak nöropatisi olarak nitelendirilir ve devamlı klavye ile yazmayı gerektiren işlerle uğraşanlarda ve sporcularda görülür. Aynı zamanda gebe kadınlarda veya diyabetik, hipotiroid veya akromegalik hastalarda da kendiğinden görülebilir. Hastaların yaklaşık olarak %50'si iki taraflı karpal tünel sendromudur.
 2. **Elin ulnar nöropatisi**, Guyon kanal sendromu olarak da adlandırılır. Tekrarlayan güçlü sıkma gerektiren bisiklet ve raket sporcularında görülebilir. Ulnar sinir yaralanması sinire devamlı bası olduğunda, inflamasyona neden olduğunda, hamatum veya psiform kemiklerin travmatik kırıklarında görülür.
 3. **Radial sinir kompresyonu**, "tuzak nöropati" olarak da bilinir. Tekrarlayan ulnar fleksiyon, pronasyon ve supinasyon yapan tenis ve diğer raket sporcularında sık bir şekilde görülür.
- III. **Belirtiler** (Tablo 33-1). İş, aktiviteleri, daha çok kullandığı eli ve akut yaralanmanın mekanizmasını içeren eksiksiz bir öykü el ve el bileği yakınmalarının tanısında önemlidir. Kesin tanı, el bileği ağrısı

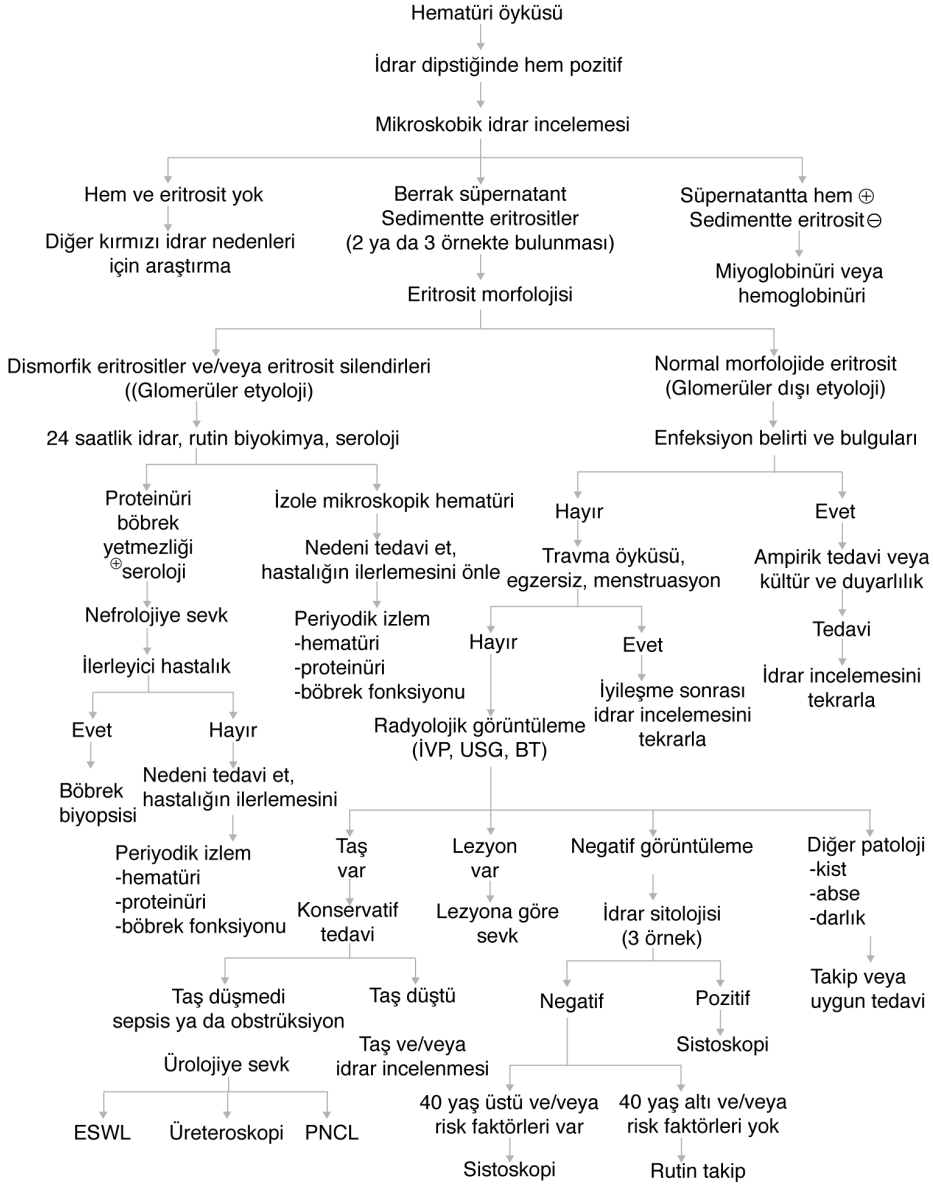
TABLO 34-2. TEKRARLAYAN MİĞREN BAŞ AĞRILARI İÇİN PROFİLAKSİ

Sınıf	İlaç	Tablet Dozu (mg)	Oral Doz/En Fazla	Notlar
Beta-blokerler	Propranolol	10/20/40/80; 80/120/160—LA	20-40 mg, günde 3-4 defa	Beta-blokerler birinci basamak ilaçlardır; astım/KOAH/bradikardide dikkat
Trisiklik antidepresanlar	Nadlol	20 mg	20-160 mg	Sedatif/serotonerjik/antikolinerjik
	Amitriptilin	25/50/75/100/125	25-150 mg, yatarken	
	Nortriptilin	25/50/75/100	25-75 mg, yatarken	
	Imipramin	25/50/75/100	25-150 mg, yatarken	
Kalsiyum kanal blokerleri	Verapamil	120, 180, 240, 360 SR	40-160 mg, günde 2-4 defa	Beta-bloker intoleransı ya da kontrendikasyonu (astım/KKY/bradikardi) varsa seçilecek ajanlar
	Diltazem	30, 60, 90, 120 (60, 90, 120 SR)	30-90 mg, günde 2-3 defa	
Antiepileptik ilaçlar (AEI)	Divalproeks	125, 250, 500	25-500 mg, günde 2 defa	
	Topiramat	25, 100, 200	50-200 mg, günde 2 defa	
	Karbamazepin	200	200-400 mg, günde 2 defa	
	Tiagabin	2, 4, 12, 16, 20	4-16 mg, günde 4 defa	
Ergot	Metiserjit	2 günde 3-4 defa		Retroperitoneal ve kardiyopulmoner fibrozis de dahil bildirilen yan etkileri nedeni ile sık kullanılmaz
Bitkisel	Gümüş düğme	125	1 tablet, günde 2 defa	Etkin ancak ürün güvenilirliği gözétimeli
	Siproheptadin	4, 2 mg/5 cc	2-4 mg, günde 3 defa	
	Fluoksetin	20	20 mg günlük	
	Klonidin	0.1, 0.2 mg	0.1-0.2 mg, günde 2-3 defa	
Antihistamin				SSRI- orta düzeyde etkili
Diğer ajanlar				Santral alfa bloker; sedasyon; olası etkinlik

Sınıf	İlaç	Tablet Dozu (mg)	Formül	Doz (Aksi)	Belitilmemiş ise Tablet	Notlar
Kombinasyon ürünler	Asetamin/butalb/kafein	325/50/40	T	T1-2 po 4 saatte. En fazla 5/gün		30 mg kodein içeren formu da mevcut
	Asetamin/dikloralfae/ isomethepten	325/100/65	T	Başlangıçta 2 T, 30 dk bir T, Maksimum		Hafif ve orta yoğunlukta
Basit analjezikler/NSAI	Aspirin	325	T	4 saatte bir 1-2 po maksimum 4 g/gün		Gastrointestinal rahatsızlık, gastrit; ülserler
	Ibuprofen	200-800	T	8 saatte bir po		
Antiemetikler	Klorpromazin	10, 25	T, RS, IM	4-6 saatte bir 25 po		50-100 mg 6-8 saatte bir kullanılır
	Prometazin	12.5, 25	T, RS, IM, IV	4-6 saatte bir 12.5-25 mg po		
Narkotik analjezikler	Proklorperazin	5, 10, 25	T, RS, IM, IV	6 saatte bir 5-10 mg po		25 RS 12 saatte bir, 5-10 mg IV
	Kodin	300/30	T	6 saatte bir 1-2		
	Oksikodon ± Asetaminofen	5 g ya da 7.5 mg/500 mg	T	6 saatte bir 1-2		
				1 mg IN, 1 saat sonra tekrarlarını sonra		
Sedatif hipnotikler	Butorfanol tartarat	1 mg	IN	3-4 saatte bir		Sedasyon, uyuyunca geçen baş ağrısı
	Sekobarbital	100	T, IM	Tek doz 100 mg		Etkinlik üzerine veri yok
	Triazolam	0.125, 0.25	T	Tek doz 1-2 tablet		

KKY, konjestif kalp yemeziği; KOAH, kronik obstrüktif akciğer hastalığı; SSRI, selektif serotonin geri alım inhibitörü.

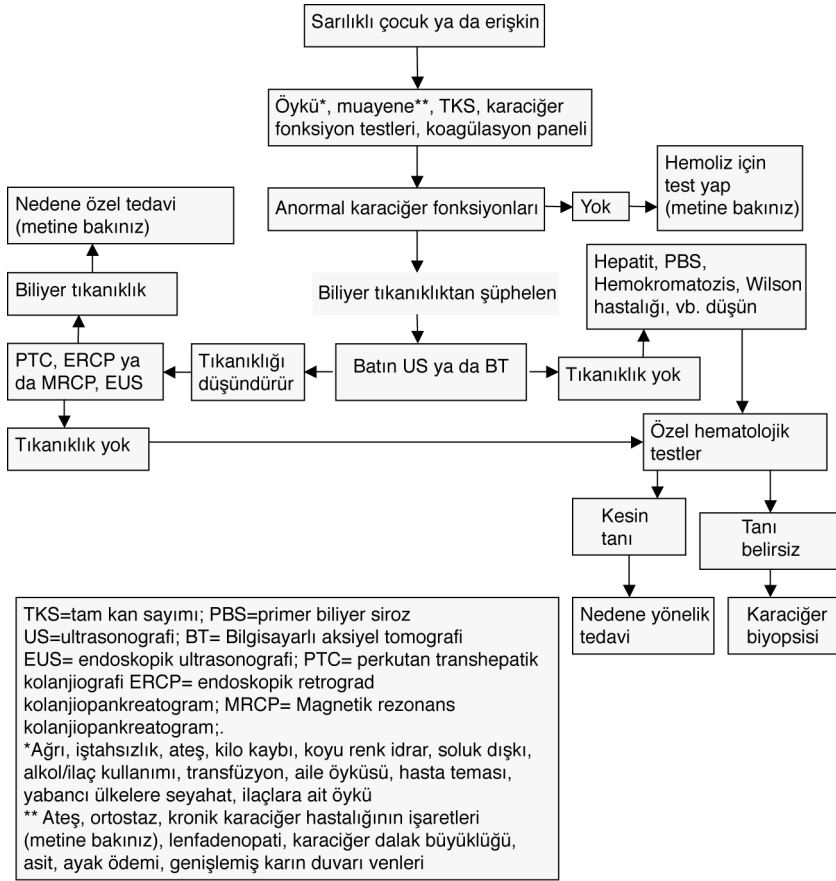
DHE, dihidroergotamin; ET, enylen tablet IM, intramusküler; IN, intranasal; NSAI, non-steroid anti-inflamatuar ilaç; RS, rektal supozituar; SC, subkütan; T, tablet



ŞEKİL 36-1. Hematürlü hastaya algoritmik yaklaşım

alınmış olmalıdır. İdeal olarak, özellikle enfeksiyon kuşkusu varsa örnek, 60 dakika içinde incelenmeli ya da 24 saatten daha az bir süre buzdolabında saklanmalıdır. Örnek daha sonra aşağıdakiler yönünden değerlendirilir:

1. Eritrositler (RBC). İdrar sedimenti eritrositlerin varlığı (her yüksek güçlü alanda üç ya da daha fazla) yönünden dikkatlice incelenmelidir. Hematüri yalnızca sedimentte KKH'leri bulunuyorsa ve çökelti üzerinde kalan sıvı (süpernatant) berraksa vardır. Eğer süpernatant kırmızı kalmaya devam ederse, hemoglobinin varlığı açısından test edilmek zorundadır; hem pozitif



ŞEKİL 38-2. Çocuklarda ve erişkinlerde sarılığın değerlendirilmesi.

a. Karaciğer profili

(1) Klasik hepatosellüler hastalıkta, alkalin fosfataz normalin üst sınırından ≤ 3 ; tıkanma tipi sarılıkta değerler normalin 3-10 katıdır.

(2) **Transaminaz** değerleri, [alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferaz (AST)] genellikle hepatosellüler hastalığın derecesini yansıtır. **Tıkanma tipi sarılıkta** transaminazlar tipik olarak normalin üst sınırının 2-3 katı iken, daha yüksek değerler (normalin ≥ 5 katı) hepatosellüler hastalıkta görülür.

b. İndirekt hiperbilirubinemi ya da anemisi (hemoliz için kontrol) olan tüm hastalarda **periferik yayma, retikülosit sayısı** ve **Coombs testi** mutlaka yapılmalıdır. Hemolizi düşündürecek diğer bulgular düşük serum haptoglobulini, idrar hemosiderini ve hemoglobinüridir.

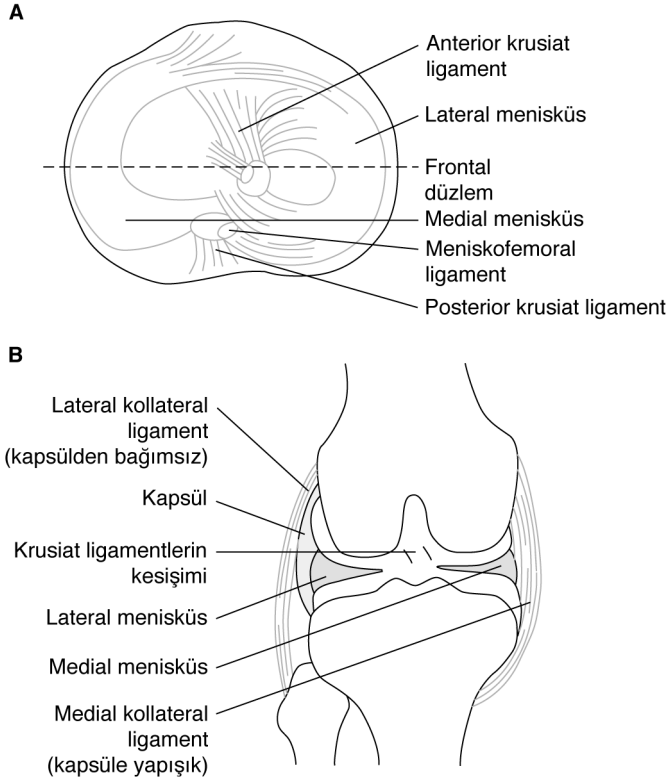
c. Tıkanma ya da ağır karaciğer fonksiyon bozukluğundan şüpheleniliyorsa **protrombin zamanına (PZ)** mutlaka bakılmalıdır. **Tıkanma** sarılığında uzamış PT 10 mg cilt altı K vitamini dramatik yanıt verirken, hepatosellüler hastalıkta iyileşme minimaldir.

d. **İdrar tahlili**, ucuzdur ve **direkt bilirubin ile ürobilinojeni** saptar.

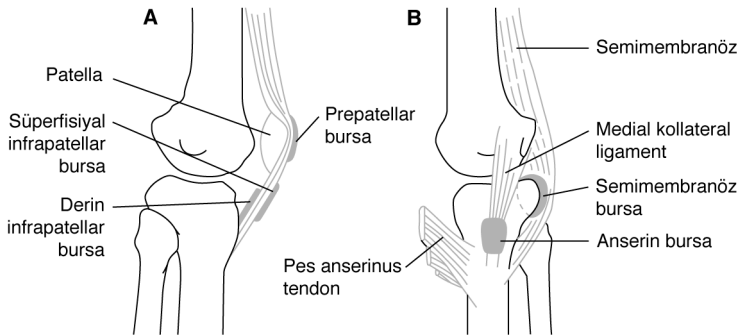
B. Ek özel testler (Şekil 38-2).

1. Görüntüleme çalışmaları

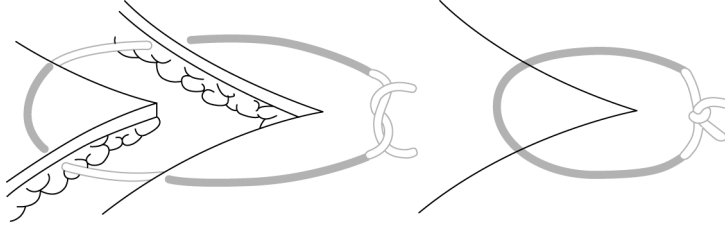
a. Ekstrahepatik tıkanıklığın olduğu hastalarda ultrasonografi (US), genişlemiş safra kanallarını saptar. US, girişimsel değildir ve taşınabilir. %90'dan fazla özgüllüğe ve bir haftadan uzun süren sarılıkta tıkanıklığı saptamada yaklaşık %90 duyarlılığa sahiptir.



ŞEKİL 40-1. Dizdeki menisküsler, ligamentler ve kapsül arasındaki ilişki. (A) Menisküsler ve krusiat ligamentlerin üstten görünüşü. (B) Dizin ortasından geçen frontal düzlemin arkadan görünümü. Steinberg GG, Akins Baran DT, et al., eds. *Ramamuriti's Orthopaedics in Primary Care*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 1999'dan izin alınarak modifiye edilmiştir).



ŞEKİL 40-2. Dizdeki bursalar. (A) Lateral görüntü. (B) Medial görüntü (Steinberg GG, Akins CM, DT, et al., eds. *Ramamuriti's Orthopaedics in Primary Care*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 1999'dan izin alınarak modifiye edilmiştir).

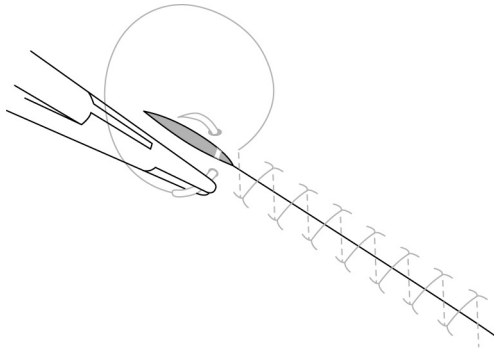


ŞEKİL 41-3. Yarı gömük yatay matris sütür.

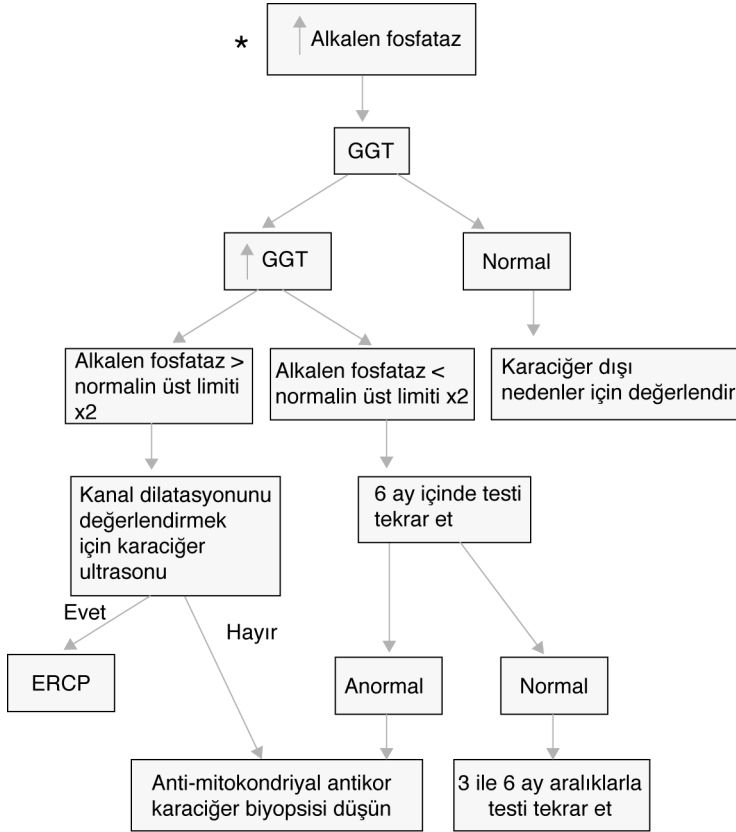
- e. Fasya laserasyonu olan hastalarda, kaş ve dudağın onarımında parlak kırmızı mukozal sınırlarının aynı hizada olmasının sağlanamadığı durumlar belirli mesafeden bile fark edilebilir. Ağız içi laserasyonları primer olarak kapatmaya gerek yoktur. Ağız kavitesini ilgilendiren tüm dokuları delen bir yarada cilt ve kas dokusu kapatılırken, ağız mukozası sekonder iyileşmeye bırakılmalıdır.
- f. Skalp laserasyonlu hastalar için sütür renginin hastanın saç renginden farklı olacak şekilde seçilmesi, laserasyonun onarımında ve sütür alımı sırasında faydalı olur.
- g. Z-plasti ve diğer plastik tekniklerin tartışması, bu bölüm kapsamının dışındadır. Bu teknikler, vücudun doğal hatlarını takip etmeyen uzun laserasyonlar veya iyileşme sürecinde aşırı hareketli eklemler üzerindeki laserasyonlarda kullanılabilir.

E. Onarım için doku yapıştırıcı

1. **Oktilsiyanoakrilat** doku yapıştırıcısının, seçilmiş travmatik laserasyonların tamirinde **sütür ile karşılaştırılabilir kozmetik sonuçları** vardır (ÖG **A**). Doku yapıştırıcısı ile kapama suturenden **hızlı** ve **daha az acı** vericidir. Yapıştırıcının polimerize olması için cilt nemi katalizör gibidir ve işlem sonucu ısı üretilir.
2. Çoğunlukla **yüz, seçilmiş gövde ve ekstremiteler** laserasyonları doku yapıştırıcısı ile onarım için uygundur. El veya eklemler üzerindeki kısımlarda kullanılması uygun değildir.
3. Topikal doku yapıştırıcısı kullanırken **yapıştırıcıyı yaradan uzak tutmak** gerekir, çünkü yabancı cisim reaksiyonu oluşarak yaranın iyileşmesi gecikebilir.
4. Yapıştırıcının ilk katı uygulanırken yara kenarları yan yana getirilmeli ve diğer katlara geçmeden yapışkan kuruması için en az üç dakika beklenmelidir. Yapışkanın en az **üç kat** uygulanmasıyla yeterli cevap alınabilir.
5. Hastaya **yarasını yıkamaması konusunda** uyarıda bulunmalı, ancak duş şeklinde banyo yapabileceği söylenmelidir.



ŞEKİL 41-4. Devamlı basit sütürler.



ŞEKİL 43-1. (Devamı)

C. Yorgunluk, iştahsızlık, kilo kaybı, karında şişkinlik, kanlı kusma, kanlı dışkı yapma, şuur bulanıklığı, sarılık ve karın ağrısı; dekompanse karaciğer hastalığı ve anormal karaciğer fonksiyon testleri olan hastalarda karaciğer dekompanseasyonu belirtileridir.

IV. Bulgular

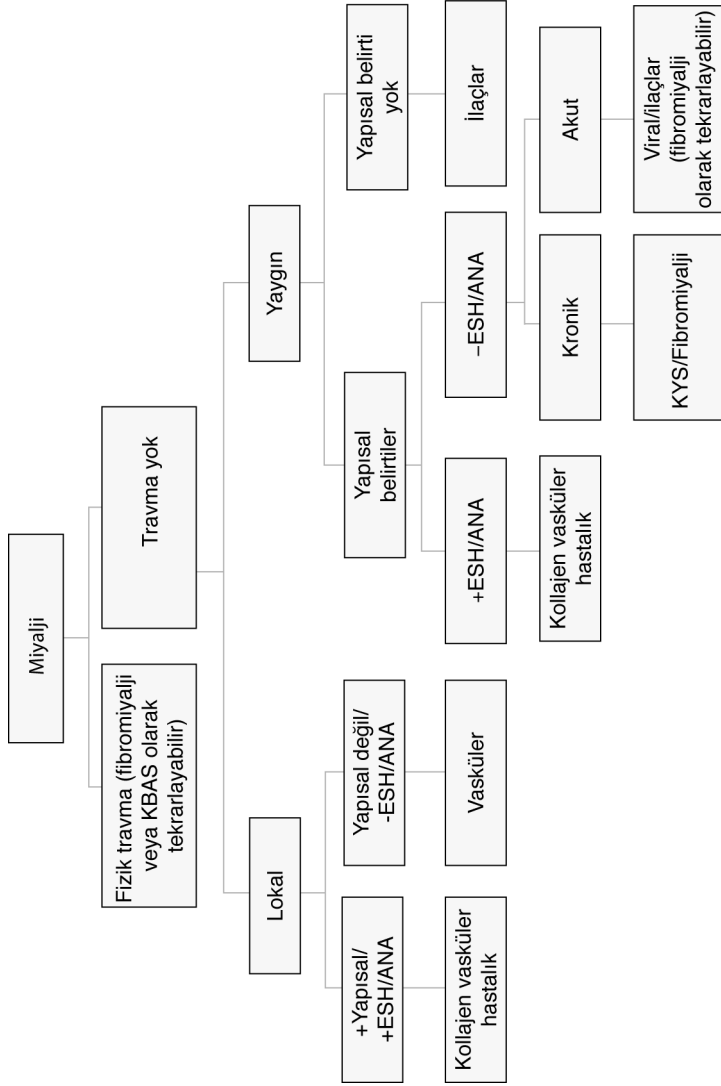
- A. Belirtisiz hastalarda, büyümüş karaciğer veya sık görülmemekle birlikte sert karaciğer bulunabilir.
- B. Ateş, sarılık, dalak büyüklüğü ve sert karaciğer büyüklüğü kompanse karaciğer hastalığına işaret edebilir.
- C. Asit, ödem, sarılık, vasküler spider, özofagusta varisler, dalak büyüklüğü, hepatik ensefalopati, testiküler atrofi, jinekoma veya genital ve koltuk altı bölgede kıllanma kaybı; dekompanse karaciğer hastalığına işaret edebilir.

VI. Laboratuvar Testler

A. Karaciğer fonksiyon testleri anormalliğini değerlendirmede, bir basamak yaklaşımı önerilmektedir (Şekil 43-1) (ÖG ③).

1. Karaciğer fonksiyon testleri, belirtisiz hastalarda herhangi bir anormalliği kesinleştirmek için **tekrarlanmalıdır**. Eğer suçlanan bir ajan varsa (Tablo 43-2), derhal kesilmeli ve test 1-3 ay içinde tekrarlanmalıdır.

Eğer karaciğer fonksiyon testleri 6 aydan daha uzun süre yüksek kalmışsa, kronik hepatitin tedavi edilebilir nedenleri dışlanmalıdır. Bu nedenler arasında; hemokromatozis; otoimmün hepatit; α_1 -antitripsin eksikliği; hepatit B, C ve D; alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı ve Wilson hastalığı (Bölüm 38 ve 71'e bakınız) bulunur.



ŞEKİL 46-1. Miyalji ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. ANA, antinükleer antikor; KYS, kronik yorgunluk sendromu; KBAS, kompleks bölgesel ağrı sendromu; ESH, eritrosit sedimentasyon hızı (Kippel JH, ed.Primer on the Rheumatic Disease. 13th ed.Arthritis Foundation; 2001. izni ile kullanılmıştır.)

TABLO 47-5. (Devamı)

Ajanlar – Reseptör Antagonist* – Olağan Doz Aralığı	Bu Sınıfın Asıl Kullanıldığı Durumlar	Bu Sınıfın Yaygın Yan Etkileri
Aprepitant – Substans P/ nörokinin 1— doz ve zaman aralığı pre-anestezi veya kemoterapiye göre değişir. Potansiyel ilaç etkileşimlerine dikkat edilmelidir	Dronabinol—Diğer tedaviler başarısızsa Aprepitant—Diğer antiemetiklerle beraber	Aprepitant—Asteni/halsizlik, baş dönmesi

*Serotonin reseptör, 5 HT₃; dopamin reseptör, D₂; histamin reseptör, H₁; muskarinik kolinerjik reseptör, M

†Sisaprid ciddi kardiyak aritmiler ve ölüm nedeniyle piyasadan çekildi. Diğer tedavilere yanıt vermeyen hasta protokolleri için bulunabilmektedir.

‡Trimetobenzamid reseptörleri bilinmemektedir. Kemoreseptör trigger zonu baskılandığına inanılmaktadır.

§Kulak arkasına 72 saat için transdermal patch kullanılabilir (gerek görürse çıkarılıp yenisi uygulanır).

¶Difenidol hidroklorid sadece üreticiye ulaşılarak elde edilebilir.

MSS, merkezi sinir sistemi; EKG, elektrokardiyogram; IV, intravenöz; PO, ağızdan; IM, intramüsküler

d. **Serotonin reseptör antagonistleri** bulantı ve kusmanın tedavisinde kısmen daha yeni kullanılan ilaçlardır. Ondansetron, dolasetron ve granisetron gibi anti-KBBK ilaçlarını içerir.

e. **Antikolinerjik ajanlar** skopolamin, hiyosin ve trimetobenzamid bu gruptandır. Trimetobenzamid Reye sendromunu kötüleştirebileceğinden, kesin tanı konulmuş çocukların haricinde kullanılmamalıdır.

2. Klinik durum

a. **Bağırsak tıkanıklığı.** Bağırsak tıkanıklığına bağlı bulantı ve kusmanın tedavisinde konservatif yaklaşımla başlanmalıdır. Dehidratasyon düzeltilmeli ve sıvı dengesi korunmalı, ağızdan alım kısıtlanmalı ve tanı konulur konulmaz ağrı kontrol altına alınmalıdır. Cerrahi planlanmayanlara okreotid etkilidir. 1-2 mg'dan intravenöz haloperidol tıkanmaya bağlı bulantı ve kusmanın tedavisinde etkilidir.

b. **Vestibüler fonksiyon bozukluğu.** Vertigo ve hareket hastalığının (Tablo 47-5) önlenmesinde kullanılan ajanlar H₁ ve M (muskarinik kolinerjik) reseptörlerin antagonize edilmesiyle, vestibüler sistemi ve muhtemelen de emetik merkezi etkilerler. Bu ajanlar en güçlü etkiyi bulantı ve kusmanın ortaya çıkmasından önce alınmaları halinde gösterirler. Asetilkolin iç kuldaki impulsula aracılık ettiğinden, skopolamin hareket hastalığında etkili bir antiemetiktir. Yan etki olarak ağız kuruluğu ve bulanık görme olabilir. Meklizin, hareket hastalığından kaynaklanan bulantı ve kusmanın önlenmesinde sıklıkla kullanılan reçetesiz satılabilen bir ilaçtır. Labirentin eksitabilitesini ve vestibüler stimülasyonu baskılayarak antiemetik etkilerini gösterir.

c. **Enfeksiyonlar, toksinler ve ilaca bağlı.** En önemlisi altta yatan etyolojinin tedavisidir. Neden olabilecek faktörlerin (örneğin, toksinler) uzaklaştırılması, bulantı ve kusmayı indüklediğinden şüphelenilen ilaçların kesilmesi veya dozunun azaltılması düşünülebilir. Bulantı ve kusmaya neden olan enfeksiyonlar genellikle viraldir ve durum çözülene kadar sıvı elektrolit dengesinin sağlanması yeterlidir. Eğer bakteriyel enfeksiyondan şüpheleniliyorsa, uygun antibiyotiklerin kullanılması endikasyonu vardır.

d. **Gebeliğe bağlı bulantı ve kusma.** Amerikan obstetrik ve jinekoloji koleji kılavuzlarına göre gebeliğe bağlı bulantı ve kusmanın önlenmesi ve tedavisi şunları içermelidir. (1) Konsepsiyon zamanında multivitamin kullanma (2) Doksilaminle beraber veya tek başına **vitamin B₆** alınması (ÖG **C**). **Zencefil ekstreleri** bulantıyı ve daha düşük seviyede de öğürmeyi azaltırlar (ÖG **A**). Deneylerde, gebeliğe bağlı bulantı ve kusmanın kombinasyonla tedavisinde kullanılan ajanların (pidoksin ve metoklopramid) tek tek monoterapilerine göre daha üstün olduğu gösterilmiştir (ÖG **B**). Gebeliğe bağlı emezisin tedavisinde sinir stimülasyonu deneyleri etkili bulunmuştur (ÖG **A**). Hiperemesis gravidarumda kullanılan kortikosteroidler gebeye veya fetusa zararlı değildir, ancak faydalı olduğu da gösterilememiştir (ÖG **A**).

- A. Solunum yolu belirtileri** boğaz ağrısı, burunda konjesyon, kulak ağrısı, öksürük ve hırıltılı/hışıl-tılı solunumdur.
- B. İshal ve kusma** genellikle gastrointesitinal enfeksiyonu işaret eder, nadiren akut otitis media ve üriner sistem enfeksiyonuna da eşlik edebilir.
- C. Ateş** küçük süt çocuklarında üriner sistem enfeksiyonunun tek bulgusu olabilir, fakat daha büyükler idrar yaparken ağlayabilir veya idrar yapmak istemeyebilir.
- D. Letarji ve huzursuzluğun** devamlılığı veya artması menenjit gösterebilir.
- E. Ayaklarının üzerine basmayı veya bir ekstremitayı kullanmayı reddetme**, septik artrite veya osteomyelitte görülebilir.
- F. Birkaç gün süren ateş düştükten sonra** görülen geçici makülopapüler döküntü **roseola (kızamık-cık)** için tipiktir. Öksürük, burun akıntısı ve konjunktivit **kızamığın** birleşme özelliği gösteren kırmızı döküntüsüne eşlik eder. **Kızıl** da zımpara kağıdına benzeyen tipik döküntü ile birlikte çilek dili de görülebilir. Makülden papül ve veziküle farklı evrelerde döküntülerin bir arada görülmesi, yüz ve gövdeden ekstremitelere yayılma olup, el ayası ve ayak tabanının tutulmaması suçiçeğini işaret eder. Çiçek ağız mukozası, yüz ve üst ekstremiteden başlar, gövdeye ve alt ekstremiteye yayılır, el ayası ve ayak tabanları da tutulur. İlk papüller eş zamanlı olarak vezikül ve püstüle dönüşür.

IV. Bulgular

- A. Ateş düşürücü tedaviye yanıt olarak sıcaklığın düşme derecesi** genel olarak viral enfeksiyonu bakteriyel olandan ayırt etmede yardımcı olmaz.
- B. Gözlem.** Çocuğun genel durumunun ve anne-babası ya da bakıcısı ile ilişkisinin gözlenmesi genellikle hekimin altta yatan ciddi bir enfeksiyondan şüphe etmesine gerek olup olmadığını belirler. 3 aylık veya daha büyük çocuklarda görünümü toksik veya değil şeklinde sınıflandırmak çocuğun hastalığının nedenlerinin değerlendirilmesinde araştırmanın ne kadar derinleştirileceğine karar verirken yardımcı olur.
 1. McCarthy ve arkadaşlarının geliştirdiği Akut Hastalık Gözlem Skalası (AHGS) altta yatan ciddi bir hastalığın varlığını öngörme girişimini temsil eder. Ateşli çocuğun, ateş düşürücü tedavi verilmeden önce genel görünümü ve kucağında oturduğu annesiyle ilişkisi üzerine kurulmuştur (Tablo 50–1).
 2. AHGS puanı 16 ve daha yüksek olan çocukların %92'sinde ve puanı 11-15 arasında olanların %26'sında altta yatan ciddi bir hastalık bulunmuştur. Puanı 10 veya daha düşük olan çocukların yalnız %2.7'sinde ciddi hastalık vardır.
 3. Normal olarak gülümseyen hiçbir çocukta ciddi hastalık bulunmamıştır. Bir başka çalışmada ise sosyal gülümsemenin varlığı her zaman ciddi bakteriyel hastalık olasılığını dışlamamıştır.
 4. Bir çalışmada 4-8 haftalık süt çocuklarında AHGS ile ciddi hastalık %50 veya daha az oranda saptanmıştır. Bir toplumdaki bakteriyemi prevalansı düştükçe AHGS'nin duyarlılığı ve pozitif belirleyici değeri de düşer.
- C. Bazı özel hastalıklara eşlik eden fizik muayene bulguları** Tablo 50–2'de sunulmuştur.

TABLO 50–1. AKUT HASTALIK GÖZLEM SKALASI

Gözlenen Özellik	Normal – 1	Orta Derecede Bozulma – 2	Ciddi Bozulma – 3
Ağlamanın niteliği	Normal tonda güçlü olarak ağlar veya rahattır ve ağlamaz	Sızlanma veya iç çekme	Zayıf ağlama, inleme veya tiz sesle ağlama
Annenin uyarısına tepki	Ağlar ve durur ya da rahattır ve ağlamaz	Ağlar, susar ve ağlar	Devamlı ağlar veya neredeyse tepki vermez
Uyanıklık durumunda değişiklik	Uyanıkça uyanık kalır, uyuyorsa çabucak uyandırılabilir	Uyanırken gözlerini kısa süreli kapar veya uzun süreli uyararla uyandırılır	Uyuyakalır veya uyandırılmaz
Renk	Pembe	Suluk ekstremiteler veya akrosiyanoz	Suluk, siyanotik veya kül renginde
Hidrasyon	Deri ve gözler normal, müköz membranlar nemli	Cilt ve gözler normal, ağız hafifçe kuru	Deri hamur kıvamında, müköz membranlar kuru ve gözler çökük
Sosyal Tepki (konuşma, gülümseme)	Gülümser veya tetiktedir (≤ 2 ay)*	Kısa süreli gülümser veya tetiktedir (≤ 2 ay)*	Gülümseme yok, yüz endişeli, donuk ifade veya tetikte değil (≤ 2 ay)*

*"Tetikte" 2 ayıktan küçük çocuklarda kullanılır, çünkü onlarda sosyal gülümseme gelişmemiştir.

(McCarthy PL et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. Pediatrics. 1982;70:806. izni ile kullanılmıştır.)

- (2) Ağrı algısını santral olarak bloke eden ağızdan opioidlerin (örneğin, asetaminofen ile birlikte hidrokodon 5/500 mg, her 4-6 saatte 1-2 tablet ağızdan) akut ağrı yönetiminde iyi bilinen bir rolü vardır. Kronik ağrı tedavisinde kullanımları tartışmalıdır; ancak diğer tedavilerin başarısız olduğu kişilerde belirgin yan etki olmaksızın normal fonksiyonun geri dönmesini sağlar.
 - (3) Günde bir kez 20 mg ağızdan paroksetin veya yatarken 25 ile 50 mg ağızdan amitriptilin veya her ikisi, birkaç kronik ağrı sendromunun tedavisinde kullanılmıştır. Ağrı toleransını artırdıkları, uyku düzenini sağladıkları ve depresif belirtileri azalttıkları düşünülmektedir.
 - (4) Günde 5 mg ağızdan medroksiprogesteron asetat gibi kesintisiz ağızdan veya intramüsküler progestinlerin hastaların %73'ünde belirtileri düzelttiği bildirilmiştir (Bölüm 95'e bakınız).
 - (5) OKS'ler.
 - (6) Üç ay içinde belirtilerin düzelmesinde başarısızlık olması, özellikle psikolojik değerlendirme sonuçları negatifse, klinik tanının laparoskopik onayına ihtiyaç olduğunu gösterir.
- b. İlaç dışı yaklaşımlar** nöroablatif tedaviler kadar danışmanlık, akupunktur, davranışsal ve gevşeme destek tedavileri ve sosyal girişimleri kapsar. Bir ağrı tedavi uzmanı veya cerrah ile yapılan nöroablatif tedaviler, presakral nörektomi, uterosakral nörektomi, paraservikal denervasyon, uterovajinal ganglion çıkarılması, nörotoksik kimyasalların enjeksiyonu, lazer tedavisi, kriyoterapi veya termoregülasyonu kapsar.

KAYNAKLAR

- Bordman R, Jackson B. Below the belt—approach to chronic pelvic pain. *Can Fam Physician*. 2006; 52:1556-1562.
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006;6:177-183.
- Novak E. Berek and Novak's Gynecology. 14th ed. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Sexually Transmitted Diseases Treatment Guideline 2006. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2006; 55(RR11):1-94.
- Stones W, Cheong YC, Howard FM. Interventions for treating chronic pelvic pain in women. *Cochrane Database Sys Rev*. 2007;1(2):1-40.
- Update to CDC's Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006. Fluoroquinolones No Longer Recommended for Treatment of Gonococcal Infections. *MMWR Morbid Mortal Wkly Rep*. 2007;56(MM14):332-336.

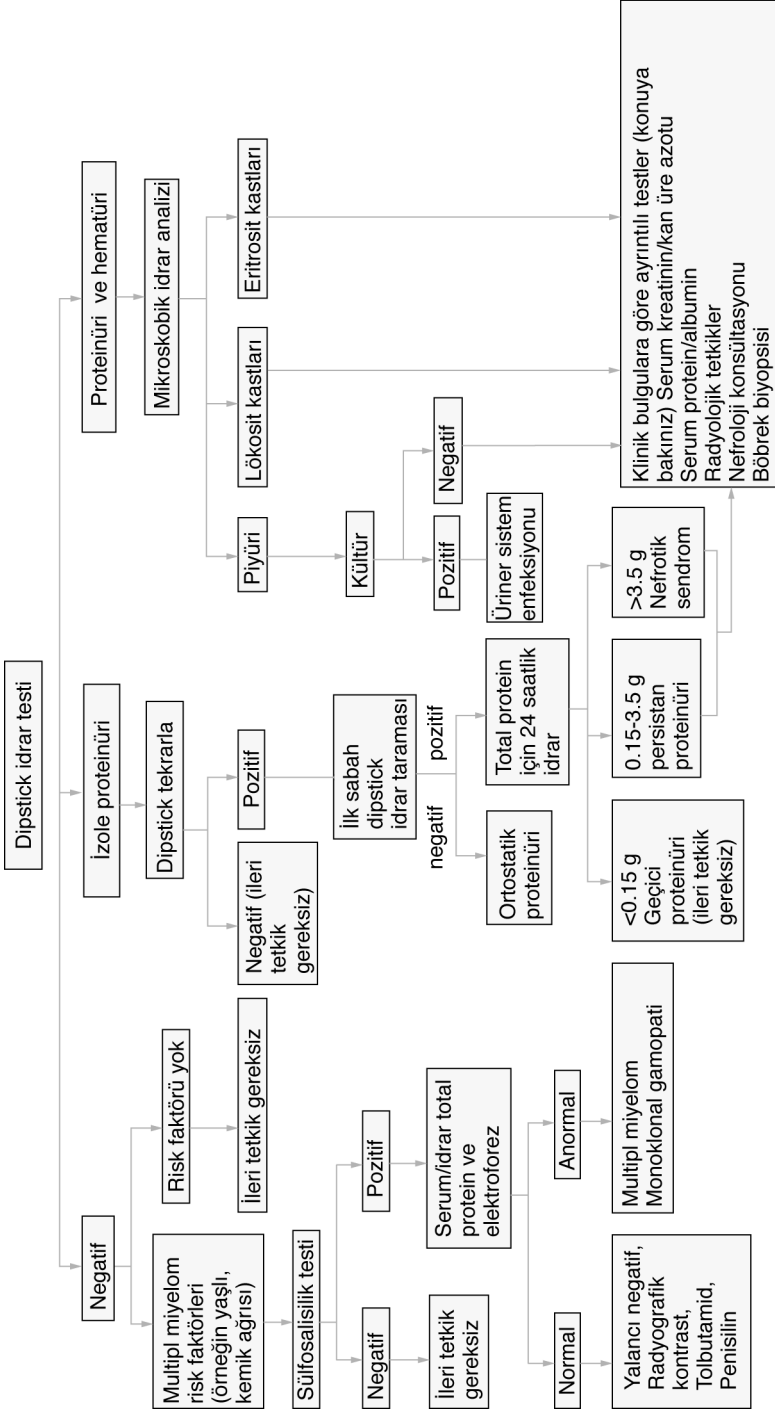
52 Perianal Yakınmalar

Kalyanakrishnan Ramakrishnan, MD

Çeviri: Dr. Orhan Polat Örs, Dr. Adnan Güçlü

ANAHTAR NOKTALAR

- Hemoroid, fissür, anal kaşıntı ve perianal enfeksiyon gibi anorektal hastalıklar benign özellikte olmasına rağmen yaşlılarda perianal yakınmaların varlığında kolorektal kanser için yüksek insidans göstermesi nedeni ile kuşkuyla yaklaşılmalıdır.
- Kolon patolojileri gençlerde defekasyonla birlikte olan kanama ve aile hikayesinin yokluğu halinde anoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi ile; 50 yaş üstü özellikle halsizlik, kilo kaybı ya da aneminin varlığında ise çift kontrastlı baryum grafisi ya da kolonoskopi ile araştırılmalıdır.
- Perianal hastalıkların çoğunun tedavisi (hemoroidlerin bandlanması, fissürlerin sfinkterotomisi, perianal ve pilonidal enfeksiyonların drenajı) muayenehane koşullarında lokal anestezi ile ya da anestezisiz yapılabilir.



ŞEKİL 53-1. Proteinüri değerlendirme algoritması.

- e. **Gıda alerjilerinin** ortadan kaldırılması yararlı olabilir. Ancak, besinlerle alınan alerjenler nadiren diğer organ sistemleri tutulumu olmadan izole rinit nedenidir. Nispeten sık görülen gıda alerjenleri süt ürünleri, çikolata, buğday, narenciye ve yapay renklendiriciler ve koruyucular gibi gıda katkı maddeleri oluşturur.
2. **İlaç tedavisi** şunları içerir:
- a. **Steroidli nazal spreyler**, alerjik rinit tedavisinde antihistaminiklerden daha etkilidir (ÖG A). Mevcut preparatlar beklometazon, her bir burun deliğine günde 2 veya 3 defa bir spre; flunizolid, her bir burun deliğine günde 2 defa 2 spre; triamsinolon aktonid, günlük her bir burun deliğinde 2 ile 4 spre; budesonid, günlük her bir burun deliğine 2 ile 4 spre ve flutikazon günde 1 veya 2 spre. Diğer steroidli nazal spreylerin de uzun vadede iyi güvenlik kayıtları var. Nazal iritasyon, kanama, mukoza erozyonu ve perforasyon oluşabilmesine rağmen doğru kullanımla lokal yan etkiler en aza iner. Bazı nazal kortikosteroid preparatları lineer büyümeyi azalttığı (en azından geçici olarak) rapor edildiğinden beri çocuklardaki kullanımında büyüme takip edilmelidir. Ağızdan steroidlerden, alerjik rinite refrakter ciddi vakalar haricinde topikal dekonjestan kullanımının durdurulduğu rinitis medikamentosum da ve obstrüktif nazal poliplerde kaçınılmalıdır. Bunlarda kullanılırsa da kısa etkili steroidler kullanılmalıdır (örneğin yetişkinlerde ağızdan prednizolon, 30 mg ağızdan 3-7 gün).
- b. **Antihistaminikler** (Tablo 55-3) alerjik rinitle ilişkili nazal veya gözde kaşıntı, burun akıntısı ve hapsirliği azaltır, fakat burun tıkanıklığı üzerinde daha az etkilidir. Onlar bazen epizodik belirtiler için kullanıldığında da etkilidirler, fakat en iyi etki düzenli olarak verildiğinde olur. Ekonomik faktörler daha az önemli ise yeni jenerasyon antihistaminikler genellikle tercih ediliyor. Çünkü onların daha az antikolinerjik yan etkileri var ve daha az sedasyona yol açıyorlar (ÖG A). Bu ajanlar desloratadin, feksofenadin, setirizin ve loratidin günümüzde piyasada mevcut bulunanlardır. Birinci jenerasyon antihistaminikler etkilidirler ve yeni jenerasyona göre daha ucuzdurlar, fakat daha fazla yan etkiye (örneğin sedasyona, ağız kuruluğuna ve yorgunluğa) neden olurlar. Hatta daha ciddi yan etkiler gelişebilir, örneğin üriner tıkanıklık, yavaşlamış tepkiler kazaya yol açabilir. Levokabastin (livostin %0.05), etkilenen her bir gözün içine günde 4 defa bir damla ya da Patanol (olopatadin %0.1), etkilenen her bir göze günde 2 defa bir veya iki damla, alerjik konjunktivitinin tedavisinde yardımcı olabilir. İntra-nazal antihistaminiklerin (örneğin, azelastin), sıklıkla konvansiyonel tedavi üzerinde terapötik yararı yoktur.
- c. **Antihistaminik-dekonjestan kombinasyonları** da faydalıdır, özellikle burun tıkanıklığının kalıcı bir belirti olduğu durumlarda. Doz piyasadaki formlarına göre değişmekle birlikte, günde bir defa veya günde 2 defa bir tablettir.
- d. **Mast hücrelerini stabilize eden ajanlardan** kromalin sodyum, her bir burun deliğine günde 3-4 defa bir spre faydalı olabilir. İdeal olarak bu ilaçlar majör belirtiler gelişmeden önce başlanmalıdır. Çünkü onların etkili olması birkaç hafta alabilir.
- e. **Antikolinerjik ajanlardan** ipratropium bromid, her 6 saatte bir her burun deliğine bir veya iki spre burun akıntısını azaltabilir.
3. **İmmünoterapi** yıl boyunca belirtilerin devam ettiği (perennial alerjik rinit), özellikle dirençli ve ağır vakalarda faydalıdır. Alerjik rinitin seyrinin uzun dönemde değiştirilebileceğinin gösterildiği tek yöntemdir. Tedavi için kriterler alerjik rinitin orta derecedeki belirtileri için en az 2 yıl veya daha fazla ya da şiddetli belirtiler için en az 6 ay süreyle tedaviye yetersiz yanıt vermesidir. İmmünoterapi seçiminde diğer hususlar komorbidite ve alternatif tedavilerin kabul görmeyişi ya da başarısızlığıdır. Antijen enjeksiyonu seçimi, hastanın spesifik IgE antikorlarının varlığına (Bölüm V.D'ye bakınız) ve hastanın öyküsüne bağlıdır. Enjeksiyonlar devamında 3 ile 5 yıl boyunca her 3 veya 6 haftada bir verilir. Tedavi 12 ay içinde belirtileri önemli derecede hafifletmiyorsa sonlandırılmalıdır.
4. **Hastanın eğitimi** antijene maruziyeti en aza indirmek için çevresel kontrol, yönetim seçenekleri ve çevresel kontrol hakkında bilgiyi içermelidir.

2. **Karaciğer fonksiyon testleri**, EMN hastalarında serum aspartat aminotransferaz (AST) ve serum alanin aminotransferaz (ALT) yanı sıra serum bilirubin, hemogram, trombosit sayısı ve Coombs testi de yapılmalıdır. Bu hastalar hepatit, hemolitik anemi, granülositopeni ve trombositopeni (Bölüm 45'e bakınız) gelişme riski altındadırlar. Ciddi hepatit tanısı ALT veya AST değerlerinin >1000 U/L veya serum bilirubin seviyesinin >10 mg/dL olması ile konulur.

3. **Abdominal ultrason**, EMN hastalarında karaciğer büyüklüğü veya dalak büyüklüğünü ortaya koymada, atletik yarışmalara tekrar dönme kararını vermede yardımcı olabilir.

VI. Tedavi. Farenjitlerin %80-90'ının nedeni virüsler ve iritanlar olduğu için bu yakınma ile başvuran hastaların çoğunluğunda antibiyotik endikasyonu yoktur. Bu bulgulara rağmen çalışmalar göstermiştir ki; erişkinlerde akut farenjitlerin %73'üne antibiyotik reçetesi verilmektedir. Bu pratik uygulamanın tehlikeleri; gereksiz maliyet, olası alerjik reaksiyonlar ve dirençli bakteri suşlarının gelişmesidir. Bu sakıncaları önlemek için, antibiyotik kullanımına sıkı kriterler koymak ve bu kriterleri karşılamayan durumlarda antibiyotik dışı tedavi kullanımı önemlidir.

- A. **Çevresel iritanlardan** mümkünse korunulmalıdır. Özellikle hastalar sigarayı bırakmaya teşvik edilmeli, alerjenlerden veya tozlu ve ve nemi düşük ortamlardan uzak durmaladırlar. Alerjenlerin tedavisi Bölüm 55'te ve GÖRH'nin yönetimi Bölüm 19'da tartışıldı.

- B. **Viral enfeksiyonlar** (örneğin soğuk algınlığı, adenovirüs, koksakivirüs ve herpesvirüs) kendi kendine sınırlanan enfeksiyonlardır. Birkaç gün ile 2 hafta içinde sonlanırlar. Hastalar aşağıdaki uygulamalarla belirtilere yönelik rahatlatma sağlayabilirler.

1. **Topikal ağrı giderici** olarak ihtiyaç duyulduğunda pastiller veya 100 mL ılık su içine 1/4 tatlı kaşığı tuz koyup karıştırarak hazırlanmış tuzlu su ile nazal sprey veya gargara kullanılabılır. Koksakivirüs veya herpes simpleks virüse bağlı orofarengeal lezyonlarda her 3-4 saatte bir pamuklu çubukla visküz ksilokain %2 veya benzokain %15 uygulaması faydalı olabilir. 100 mL ılık suya veya tuzlu suya 1/4 tatlı kaşığı yemek sodası katarak hazırlanmış rahatlatıcı gargara günde 3-4 defa yapılır ve tükürülür. Veya bariyer oluşturan ajanlar (örneğin; difenhidramin eliksir, 12.5 mg/5 mL, eşit hacimde kaolin ve pektin veya alüminyum-magnezyum hidrok-sid antasid ile karıştırılarak hazırlanır ve 1 tatlı kaşığı kadarı her 2 saatte bir 2 dakika gargara yapılır).

2. **Sıvı alımı**, her gün 2-3 litre su veya meyve suyu alacak şekilde artırılmalıdır.

3. **Ağrı kesici ilaçlar** gençlerde ve erişkinlerde her 4-6 saatte bir ağızdan 650 mg asetil salisilik asit veya çocuklarda 4-6 saatte bir 5-10 mg/kg/gün dozunda asetaminofeni içerir. Kodein çok şiddetli rahatsızlıklarda erişkinlerde 4-6 saatte bir ağızdan 30-60 mg dozunda veya çocuklarda her 4-6 saatte bir 3 mg/kg/gün dozunda rahatlatıcı etki yapar.

4. **Dekonstrantlar** (Bölüm 55'e bakınız).

- C. **Streptokokal enfeksiyonlar.** Pozitif kültür sonucu olan veya streptokokal enfeksiyon olasılığı yüksek hastalarda belirtilere yönelik iyileşmeyi hızlandırmak için olduğu kadar bulaşıcılığı azaltmak için de (özellikle hasta başka insanlarla yakın temas içinde ise) **2-3 gün içinde antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.** Süpüratif (peritonsiller abse gibi) ve immün komplikasyonların (glomerülofrit gibi) insidansı antibiyotik kullanılsa da kullanılsa da düşüktür. Cochrane çalışmaları, antibiyotikle tedavi edilen her 100 hastada plasebo verilenlerden akut romatizmal ateş bir vaka, akut otitis media iki vaka ve farenjit üç vaka daha az görüldüğü bildirilmektedir (ÖG A).

1. **Endikasyonlar**

- a. Hızlı streptokokal taraması, boğaz kültürü veya her ikisinde pozitif olan hastalar.
- b. Streptokokal enfeksiyona sahip olma olasılığı yüksek olan hastalar (Tablo 57-1).
- c. Bazı doktorlar yüksek riskli hastalarda boğaz kültürünü beklemeden antibiyotik tedavisine başlıyorlar (Bölüm V.A.2'ye bakınız), ancak çalışmalar gösteriyor ki tedavideki 48 saatlik gecikme antibiyotik tedavisinin sağladığı romatizmal ateş riskindeki azalmayı değiştirmiyor.

2. **Tedavi Rejimleri**

- a. **Penisilin**, penisilin alerjisi olmayan hastalarda seçilecek ilaçtır. Rezistans gelişimine dair kanıt yoktur (Penisilin AGHS eliminasyon oranında azalmaya bağlı romatizmal ateş vakalarında bir artış gibi) (ÖG A).

- (1) **Oral penisilin V potasyum**, 10 gün boyunca günde 2-3 defa 500 mg, 27 kg'ın üzerindeki hastaların tedavisinde kullanılabilir. Daha düşük kilolularda 30-50 mg/kg/gün, 2-3 bölünmüş dozda, 10 gün süreyle kullanılır.

- (2) **Penisilin G benzatin**, ağızdan alamayan veya takipte sorun olan hastalarda tercih edilebilir. Erişkinler ve 27 kilogramın üzerindeki çocuklarda 1.2 milyon U ve 27 kg'ın

TABLO 60-2. KLİNİK SİSTOMETROGRAFİ UYGULAMASI

1. Hasta tuvalette işeyerek mesanesini boşaltsın, daha sonra litotomi pozisyonunda uzansın.
2. Steril, balonu şişirilmemiş 12-14 numara French kateter uygulayarak hastanın mesanesini boşaltın. İşleme sonrası rezidü idrar volümünü ölçün ve bu işlem sırasında toplanan idrarı analiz edin.
3. Kateterin ucuna bir enjektör (50 mL, iğne ucu olmayan) yerleştirin, üretranın 15 cm üst kısmında pozisyon verin.
4. Enjektöre açık uçundan mesaneyi 25-50 mL steril su ile doldurun.
5. Mesanedeki toplam sıvıyı kayıtlı edin, hangi miktarda taşma tipi işleme olduğunu kayıtlı edin. Eğer ≤ 300 -350 mL durumunda taşma olmuşsa detrusor hiperaktivitesi (ciddi taşma tipi inkontinans) düşünülür.
6. Enjektöre sıvı dolmaya başlayana kadar yavaşça sıvı eklemeye devam edin, bu durumda detrusor kasılmıştır ve mesane içi basınç şırıngaya doğru ilerlemektedir
 - a. Sıvı düzeyinde yükselme yavaş ya da birden olabilir.
 - b. Mesane hacmi ≤ 300 -350 mL olduğunda detrusor kasılması taşma tipi inkontinansı gösterir.

rar kaçırma ise sıkışma tipi inkontinansı gösterir. Eğer herhangi bir idrar kaçırma yoksa aynı test hasta ayakta iken tekrarlanmalıdır.

B. Ek testler hastanın öyküsü, fiziki muayene ve yukarıda belirtilen testler ile olası bir tanıya gidilmez ise yapılmalıdır.

1. **Klinik sistometrografi** (Tablo 60-2), sıkışma tipi inkontinans ile ilişkilendirilen kontrol edilemeyen mesane kasılmalarının varlığını tespit etmeye yarayan basit bir klinik yöntemdir. Sistometrografi güvenlidir; bu testin uygulandığı hastaların %5 veya daha azında ürener sistem enfeksiyonu gelişir. Yapılan bazı çalışmalar, formal ürodinamik test ile kıyaslandığında inkontinansın nedenlerinin geri dönüşümlü olan hastalar hariç tutulduğunda detrusor instabilitesi tanısı için yapılan basit klinik sistometrografinin duyarlılığının %75 ile %100, özgüllüğünün %69 ile %89, pozitif prediktif değerinin ise %74 ile %91 arasında olduğunu göstermiştir.

2. **Üriner akımın belirlenmesi**, taşma tipi tıkanıklığa neden olan prostat büyümesinden şüphelenilen erkek hastalarda faydalı olabilir. Düşük akım, süzülme veya kesik akım ile veya piyasa da mevcut olan idrar akım metresi ile yapılan anormal düşük akım ölçümü ile belirlenir. Yaşlı erkeklerdeki akım oranı genelde ≥ 20 mL/s'dir; anormal kabul edilen oranlar ise ≤ 10 ile 15 mL/s'dir.

C. Özel testler hastanın öyküsü, fizik muayenesi, temel ve ek testler ile olası bir tanıya ulaşılama-yan hastalarda veya spesifik belirtisi olan bazı seçilmiş hastalarda yapılabilir. Bu testler, genel- de hasta ürolog veya ürojenekolog gibi bir uzmana sevk edildikten sonra yapılabilir ve videosis- toüretrografi VSUG'yi, videoürodinamiği, ultrasonu ve MRG'yi içerir.

1. **Tam ürodinamik test** (tam sistometrografi, perineal elektromiyelografi, üretral basınç profilometresini ve diğer ölçümleri içerir) genelde olası bir tanıya ulaşamadığında, olası bir tanı için hastaların tepki vermediği durumlarda, PVR yükseldiğinde ve cerrahi müdahaleler düşünüldüğünde yapılır.

2. **Endoskopik ve görüntüleme çalışmaları.** Üriner sistem yollarının endoskopik ve görüntü- lenmesi hematuroid, steril piyürisi veya son zamanlarda başlamış irritatif miksiyon be- lirtileri (örneğin, son iki ay içinde ortaya çıkmış sıkışma tipi inkontinans belirtileri gibi) olan hastalarda yapılabilir. Bu gibi hastalarda neoplazmalar, taşlar ve divertiküller vb. bu testler ile tespit edilebilir.

VI. Tedavi. Yukarıda tanımlanan temel ve ek değerlendirmelerden sonra birçok vaka için inkonti- nansın türü ve nedenleri ile ilgili olası bir tanıya ulaşılabilir. Aşağıda ana hatları belirlenen te- davi, olası tanıya dayanılarak yapılabilir. Eğer tedavi başarılı olmazsa, konulan tanı tekrar de- ğerlendirilmeli ve inkontinansın nedenlerini daha iyi tanımlayabilmek için bazı özel testler yapıl- malıdır. Hasta inkontinans epizodlarının sıklığını, koşullarını ve belirtilerinin kayıtlı altına alındı- ğı bir boşaltım günlüğü tutabilir. Hastanın belirtilerini tanımlamak, inkontinansın temel sıklığını belirlemek ve devam edecek tedavinin etkinliğini değerlendirmek için temel bir günlük tutulma- sı faydalıdır.

A. Geçici nedenler. Üriner inkontinansın geçici sebepleri, belirlenen sebebi tedavi ederek değ- erlendirilebilir. Eğer inkontinans sorunu giderilemiyorsa, geçici inkontinansın diğer sebepleri tekrar

1. **Kronik bakteriyel prostatitte**, elde edilen prostat salgıları ve idrar kültürü pozitifliği çoğunlukla tekrarlar, elde edilen prostat salgısının incelenmesinde her alanda en az 10 lökosit veya piyüri görülebilir.
 2. **İnflamatuvar KPAS'de** sadece lökosit görülür.
 3. **İnflamatuvar olmayan KPAS'de** ise lökosit görülmez ve kültür negatiftir.
- D. Hasta tipik alt üriner sistem enfeksiyonu belirtileri olan, yaşlı ve parmakla rektal muayene sonucunda BPH saptanan bir olgudur.** Bütün hastalara tam idrar analizi yapılmalı, üriner sistem anomalileri açısından görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır (örneğin, hematüri varsa değerlendirilmesi gerekmektedir Bölüm VI.E'ye bakınız (ÖG ⑤)).
1. **Prostat spesifik antijen (PSA)**, sadece 10 yıldan fazla yaşaması beklenen hastalara ve testin sonucu tedavi şeklini etkileyecekse bakılmalıdır (Bölüm VI.F'ye bakınız).
 2. Kanda üre, azot ve kreatinin bakılmasının klinik şüphe durumunda kanıt değeri yoktur. Yaşlı erkeklerde komplike olmayan alt üriner sistem enfeksiyonu belirtisi olarak kabul edilemeyecek kreatinin yüksekliği görülme insidansı yüksektir.
 3. **Üriner sistem ultrasonu**, belirtisiz obstrüktif hidronefrozu saptamada, BPH dışında sağlıklı erkeklerin %2 ve daha azında başarılıdır ve bu bireylerde **görüntüleme testi olarak önerilmektedir**.
 4. **İşeme sonrası rezidüel idrar miktarı**, alınan ve atılan sıvı hesaplanması veya foley kateterle ölçülebilir ya da ultrasonda tipik olarak görülen ≈ 350 mL idrar retansiyonu görülmesiyle tanımlanabilir. İşeme sonrası rezidüel volüm, normalde 200 mL'den az olmalıdır. Bununla birlikte işeme sonrası rezidüel volüm ile belirtilerin ciddiyeti ve ürodinamik sonuçlar arasında bir bağlantı yoktur (akut üriner retansiyonda foley kateter yerinde bırakılmalıdır, çünkü altta yatan ilaç kullanımı gibi nedenler düzeltilmiş olsa bile retansiyon, kateter olmadan saatler yerine günler içinde düzelmektedir).
 5. Ürolojiye sevk ise atıtip ve komplike belirtileri olan, cerrahi gerektiren ya da üriner sistem kanserinden şüphelenilen hastalarda gereklidir. Ürolog **ürodinamik testler (üroflowmetri, sistometrografi ve basınç akım çalışmaları)** uygulayabilir ya da ürotelyumu görüntülemek ve doku biyopsisi amacıyla **sistoskopi** yapabilir.
- E. Yaşlı, sigara içme öyküsü bulunan ve ağrısız hematürisi bulunan hastalar, klasik görülmüş şekli olduğundan aksi ispat edilinceye kadar mesane kanseri olarak kabul edilmelidir.**
1. Diğer düşük riskli, belirtisi bulunmayan, hematürisi olan hastalarda tam idrar analizi, idrar kültürü, idrar sitolojisi ve böbrek/mesane ultrasonu yapılmalıdır.
 2. Hematürisi olan ancak mesane kanseri açısından düşük riskli, iritasyon belirtisi olan veya olmayan hastalarda ileri inceleme gereklidir. Bu inceleme herhangi bir andaki idrarın sitolojisi ve üst üriner sistem kanserlerini, taşı veya tıkanıklığı (hastanın kontrast madde alerjisi varsa **retrograd piyelografi**) görüntülemek açısından **BT ürografi** kapsamaktadır. Alternatif görüntüleme yöntemleri ise **intravenöz piyelografi** veya **renal ultrason**dur. Ürolog tarafından **sistoskopik biyopsi**, mesane kanseri tanısı için uygulanabilir. Muayene sonucu normal olan yüksek riskli hastalar, malignite açısından araştırılmaya devam edilmelidir.
- F. BPH'si olan bir hasta PSA bakılmasını istediğinde**, kişiye testin olumlu ve olumsuz yanları anlatılmalıdır. AUA ve Amerikan Kanser Birliği (American Cancer Society: ACS) 50 yaş ve üzerinde olan, yaşam beklentisi 10 yıldan fazla olan hastalara yıllık tarama önermektedir. ACS, Afrika kökenli Amerikalı ve birinci derece akrabalarının ikisinde etkilenebilir veya 35 yaşından itibaren; Afrika kökenli Amerikalı ve birinci derece akrabalarından birinde etkilenebilir veya 40 yaşından itibaren yıllık tarama önermektedir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (The American Academy of Family Physicians: AAFP), kişiselleştirilmiş bakım ilkesine göre hastaya PSA bakılmasının potansiyel yarar ve zararlarının anlatılması gerektiğini belirtmiştir. Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Görev Birliği (The United States Preventive Services Task Force: USPSTF) ise PSA bakılmasını önermemektedir. Aşağıdaki bazı noktalar, PSA hakkında bilgi verilirken akılda tutulmalıdır:
1. **Normal PSA değerleri (≤ 4 ng/mL)** prostat kanseri olgularının %25'inde görülebilir.
 2. **Hafif yükselme (4-10 ng/mL)** sık görülür ve %75'i benign nedenlere çoğunlukla da BPH'ye bağlı görülür. Öyküsü bilinmeyen ve tedavi ile ilişkili önemli morbiditesi olan hastaların (örneğin, üriner inkontinans ve erektil fonksiyon bozukluğu – Bölüm VI.E'ye bakınız), **transrektal ultrason (TRUS)** ve **biyopsi** ile ürolojik değerlendirme, latent mikroskopik hastalığın saptanmasını tehlikeye atar.

TABLO 62–1. ÜRTİKER TİPLERİNE GÖRE TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Ürtiker Tipleri	Tedavi Başlangıcı	Kanıt Düzeyi	Diğer Tedavi Seçenekleri	Kanıt Düzeyi
Akut	H ₁ antihistaminikler 1. Kuşak (sedatif) Difenhidramin 25-50 mg, 6 saatte bir çocuklar için: 2 mg/kg/gün, 4-6 saatte bir Hidroksizin 25-50 mg, 4-6 saatte bir Klorfeniramin 4 mg, 4-6 saatte 1 veya gebelikte 4-12 mg, 2 adet/gün kullanılabilir 2. Kuşak (nonsedatif) Loratadin 10 mg, 1-2 adet /gün 2-5 yaş çocuklar için 1 adet/gün Setirizin 10 mg, 1-2 adet/gün çocuklar için; 6–24 ay arasında 2.5-5 mg, 1 adet/gün; 2–5 yaş arasında 5 mg, 1 adet/gün; >6 yaş 10 mg, 1 adet/gün Feksofenadin 60–120 mg, 2 adet/gün; 180 mg, 1 adet/gün ≥12 yaş; 30 mg 2 adet/gün, 6–11 yaş Desloratadin 5 mg/gün	A	H ₂ antihistaminiklerin H ₁ ile kombinasyonu Ranitidin 150 mg, 1-2 adet/gün Famotidin 20–40 mg/gün Simetidin 300–800 mg 2 adet/gün (çoklu ilaç reaksiyonlarına sebep olabilir) Prednizon 50 mg/gün (3 gün) Prednizolon 1–2 mg/kg/gün, çocuklar için Kardiyovasküler hastalık ve akut koroner sendromlu hastalarda aspirin için desensitizasyon programı Epinefrin 0.3 mL subkutan 1:1000'lik	B C B C
Kronik	H ₁ antihistaminikler (yukardaki gibi) Loratadin veya setirizin belki mizolastin, kronik idiopatik ürtikerde tedavi seçeneği olabilir	A	H ₂ antihistaminiklerin H ₁ ile kombinasyonu Doksepin 10-25 mg, kötü durumlarda (10-25 mg/günde 3 veya 4 defa) artırılabilir Montelukast 1-5 yaş arası 4 mg/gün 6-14 yaş arası 5 mg/gün ≥14 yaş 10 mg/gün Prednizon 30-40 mg/gün tek veya bölünmüş dozlarda, sonra belirtileri kontrol eden düşük doza kadar yavaş yavaş azaltılır Nifedipin 10 mg 3 kez/gün Siklosporin 4 mg/kg (şiddetli otoimmün ürtikerde etkili; yan etkileri ve izlem sorunu nedeniyle kullanımı sınırlı) Dapson 100-200 mg/gün (yoğun izlem gerektirir) Sulfosalazin 4 g/gün (yoğun izlem gerektirir)	B C C C C A A C
Fiziksel	Tetikleyicilerden sakınma	C	PUVA	C
Dermografizm	H ₁ antihistaminikler (yukardaki gibi)	A	Kortikosteroidlere geçmek	C
Geç basınç	Yüksek doz H ₁ antihistaminik	A	Uzun süreli kortikosteroid tedavisi	C
Soğuk	H ₁ antihistaminikler (yukardaki gibi)	A	Duyarlılığın baskılanması	C
Sıcak temas	Duyarlılığın baskılanması	C	Montelukast 10 mg günde tek doz	C
Güneş	PUVA veya UV ışınlar ile duyarlılığın baskılanması	C	H ₁ antihistaminikler (yukardaki gibi)	A
Kolinerjik	H ₁ antihistaminikler (yukardaki gibi)	A	Danazol 400–600 mg	C
Ürtikeryal vaskülit	Sıklıkla otoimmün olan vaskülitin, altında yatan nedeni bul ve tedavi et	C	Uzun süreli kortikosteroid tedavi	C

- b. Loratadin ve feksofenadin**, genellikle sedatif olmadıkları için özellikle kullanışlıdır. Bazı hastalarda sabah sedatif olmayan, akşam sedatif antihistaminik kombinasyonu faydalı olabilir.
- c. Difenhidramin, klorfeniramin, setirizin ve loratidin** reçetesiz de elde edilebildiğinden bazı hastalar için avantajlı olabilirler.
- 2. Diğer ilaçlar**, sıklıkla kullanılanlar aşağıdakilerdir.
- a. Sistemik kortikosteroidler**, şiddetli ve zayıf yanıt veren ürtiker vakalarında kullanılırlar. Yetişkinlerde **prednizon** değişen dozlarda kullanılabilir (Şekil 62–1'e bakınız), risk ve yararları değerlendirildikten sonra antihistaminik tedavi eklenmelidir.

TABLO 64-3. VULVOVAJİNAL KANDİDİYAZIS TEDAVİSİ

Medikasyon	Formül	Doz*
Klotrimazol	100 mg vajinal suppozituar %1 vajinal krem 500 mg tablet	Günde 1 defa 7 gün boyunca veya günde 2 defa 3 gün boyunca Günde 1 aplikatör dolusu 7-14 gün boyunca Günde 1 tablet
Mikonazol	%2 vajinal krem 100 mg vajinal suppozituar 200 mg vajinal suppozituar 200 mg fitil %2 krem	Günde 1 aplikatör dolusu 7 gün boyunca Günde 1 tablet 7 gün boyunca Günde 1 defa 3 gün boyunca Günde 1 fitil 3 gün boyunca; perineye krem
Butokonazol	%2 krem	Günde 1 aplikatör dolusu 3 gün boyunca
Tiokonazol	%6.5 krem	Günde 1 aplikatör dolusu 1 gün
Terkonazole	%0.8 krem %0.4 krem 80 mg vajinal suppozituar	Günde 1 aplikatör dolusu 3 gün boyunca Günde 1 aplikatör dolusu 7 gün boyunca Günde 1 defa 3 gün boyunca
Nistatin	100,000 U vajinal tablet	Günde 1 defa 14 gün boyunca
Flukonazol	150 mg tablet	Günde 1 defa 1 gün ağızdan
Ketokonazol	400 mg tablet	Günde 2 defa 5 gün boyunca ağızdan
Itrakonazol	200 mg tablet	Günde 2 defa ağızdan 1 gün boyunca veya 1 defa 3 gün boyunca

*Başka şekilde belirtilmedikçe vajinal yoldan; günlük dozlar için önerilen uygulama gece yatarken.

ğu kanıtlanmasa bile, kullanımı birinci trimesterden sonra önerilmektedir. Metronidazol ve Klindamisin dozları gebe olmayanlardaki gibidir. USPSTF gebelik sırasında, özellikle klindamisin başta olmak üzere vajinal yoldan ilaç kullanımını önermemektedir.

4. BV, %30 olguda tekrar eder. BV nüksü, 4-6 ay süreyle haftada 2 defa uygulanan metronidazol jel ile tedavi edilir (tedavi grubunda %70, kontrol grubunda %39 iyileşme) (ÖG B). Tedavi devam ettirilmezse tekrarlama riski yüksektir.
5. Erken doğum öyküsü yoksa, belirtsiz gebelerin BV için taranması önerilmemektedir (ÖG A).
- C. **VVK** (Tablo 64-3). VVK yönetiminde güncel konu, reçetesiz (OTC) ilaçların ulaşılabilir olması ve yaygın kullanımıdır (VVK ilaçları ABD'de 10. en çok satılan reçetesiz ilaçlardır). Bir çalışmada, VVK olduğunu düşünen kadınların %28'inde gerçekten VVK olduğu gösterilmiş ve başka bir çalışmada kadınların %11'i VVK'nin klasik belirtilerini bilmişlerdir. Bu durum uygunsuz tedaviye neden olmakta, dirençli kandida suşlarının insidansının artmasına ve bazen irritan vajinitin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bir rehber (ÖG C) kendi kendine reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili şu kriterleri sıralamaktadır: Daha önce hekim tarafından tanı konulmuş VVK, 16-60 yaş arası, tipik bulgular (vulvada kaşıntı, peynirimsi akıntı, koku yok, son altı ayda iki veya daha az akut epizod).
1. **Komplikasyonsuz enfeksiyon** (sağlıklı konak, sık olmayan tekrarlar, hafif-orta şiddette belirtiler).
 - a. İmidazol kremleri, merhemler veya suppozituarlar komplike olmayan VVK tedavisinde benzer etkiye (%80) sahiptir.
 - b. Tiokonazol ve terkonazol, butokonazol, klotrimazol veya mikonazol'e göre daha geniş Kandida türlerine karşı etkilidir.
 - c. Tek doz flukonazol daha ucuzdur, daha iyi itolere edilir ve standart 3-7 günlük intravajinal tedaviler kadar etkilidir. Ağızdan azoller ile tedavi, gebelik sırasında kontrendikedir; topikal ajanlar kullanılmalıdır.
2. **Komplike olmuş VVK** (orta-ciddi belirtiler veya risk faktörleri- Bölüm II.B'ye bakınız) için, akut belirtilerin tedavisinde standart tedaviyi 10-14 güne uzatmak etkili olabilir. Ağızdan tedavi uygulanıyorsa, ilk dozdan 3 gün sonra ikinci bir 150 mg flukonazol dozu yanıtı daha iyi yapabilir.
3. **Tekrarlayan VVK** için (yılda ≥ 4 kez mikroskopik veya kültür sonucunda kanıtlanmış epizod) şunlar etkili olabilir:

TABLO 67-1. HIV ANTİRETROVİRAL İLAÇLAR

Sınıf	İlaç	Doz	Yan Etkiler	Uygulama/Diğer Notlar
Nükleozid/Nükleotit RT inhibitörleri (nRTI)	Abakavir	300 mg ağızdan, günde 2 defa	Bulantı, kusma, ishal, baş ağrısı, döküntü, nadiren aşırı duyarlılık sendromu (%2-5)	Aşırı duyarlılık, genellikle tedavinin ilk 6 haftasında meydana gelir. Belirtiler ateş, döküntü, bulantı/kusma ve grip benzeridir. Eğer bir hasta aşırı duyarlılık reaksiyonu yaşarsa, abakavir kesilmelidir. Devamında ölümler olmuştur. Tam absorpsiyonu sağlamak için didanozin'in her dozu için 2 tablet verilmelidir.
	Didanozin	200 mg ağızdan, günde 2 defa (≥60 kg) 125 mg ağızdan, günde 2 defa (≤60 kg) 400 mg ağızdan, günde 1 defa (≥60 kg) 250 mg ağızdan, günde 1 defa (≤60 kg) 200 mg ağızdan, günde 1 defa	Periferik nöropati, pankreatit, ishal, GI rahatsızlık	
	Emtrisitabin			
	Lamivudin	150 mg ağızdan, günde 2 defa veya 300 mg ağızdan, günde 1 defa	Baş ağrısı, bulantı, cilt renginde değişiklik, ishal, döküntü	Dirençli durumlarda bile, lamivudine benzer
	Stavudin	40 mg ağızdan, günde 1 defa eğer ≥60 kg 20 mg ağızdan, günde 2 defa eğer ≤60 kg	Baş ağrısı, yorgunluk, insomnia	Bilinen ilaç etkileşimi yoktur. Hepatit B'nin tedavisinde de kullanılır.
	Tenofovir	300 mg ağızdan, günde 1 defa	Periferik nöropati, pankreatit	Antagonizmden dolayı stavudin zidovudine kombine edilmemelidir.
	Zidovudin		Bulantı, kusma, ishal, şışkinlik, baş ağrısı	Eğer tenofovir ile kombine edilirse daha düşük didanozin dozağı.
	Entuvirtit	300 mg ağızdan, günde 2 defa	Kemik iliği baskılanması, miyozit, GI rahatsızlık, baş ağrısı	Probenesid ve ribavirin ile ilaç etkileşimine karşı dikkatli olun.
	Füzyon inhibitörleri	90 mg ağızdan, günde 2 defa	Enjeksiyon yan etkileri, ateş, asteni	Yeniden yapılandırılmış dozlar 24 saat sabittir. Hastalara kendi kendilerine enjeksiyon yapma öğretilmelidirler. Kullanılabilirlik sınırlı olabilir.
	Nonnükleosit RT inhibitörleri (nNRTIs)			Fazla yağlı yiyeceklerden sakının. İlaç etkileşimi açısından izlemeye devam edin.
Füzyon inhibitörleri	Efavirenz	600 mg ağızdan, günde 1 defa	Baş dönmesi, konsantrasyon zorluğu, canlı hayaller, disfori, döküntü, KFT yükselme, hepatit	
	Nevirapin	200 mg ağızdan, günde 1 defa x 1 hafta, sonra ↑ 200 mg ağızdan, günde 2 defa	Döküntü, KFT yükselme, bulantı, kusma, ishal, fulminan hepatotoksiste,	Fulminan hepatotoksiste (kara kutu uyarısı) tedavinin ilk 8 haftasında meydana gelebilir. Doz artırım döküntü ihtimalini azaltabilir. İlaç etkileşimleri açısından izlenmeli.
	Delavirdine	400 mg ağızdan, günde 3 defa	Stevens-Johnson sendromu	İlaç etkileşimleri açısından izlenmeli. Delavirdin'i antasidlerden 1-2 saat uzak tutun.
Füzyon inhibitörleri	Etravirin	200 mg ağızdan, günde 2 defa	Döküntü, bulantı, baş ağrısı, KFT yükselme	İlaç etkileşimleri açısından izlenmeli. K103N mutantlarına karşı aktif.

- g. **Rekombinant insan monoklonal antikoru olan omalizumab**, IgE'yi bloke eder. 12 yaş ve üzerindeki persistan ve şiddetli alerjik astımlılarda kortikosteroid dozunun düşürülmesinde umut vericidir. 2-4 haftada bir cilt altına verilir, maliyeti nedeniyle kullanımı sınırlı olabilir.
- h. Astım tedavisinde kullanılan **diğer ilaçlar**
- (1) **Antihistaminikler**, önceden astıma olumsuz etkileri olduğuna inanılırdı, ancak şimdilerde güvenli olarak düşünülmektedir. Bu ilaçlar zayıf bronkodilatatör olarak etki etmektedirler.
 - (2) **Antiviral ilaçlar**, respiratuar sinsityal virus tedavisinde kullanılan ribavirin ve aşı ile önlenemeyen influenza tedavisinde kullanılan oseltamivir yararlı olabilirler.
 - (3) **Antibakteriyel ilaçlar** pnömoni, bakteriyel sinüzit ve diğer spesifik bakteri enfeksiyonlarının tedavisi için yararlıdırlar. Astımlı hastaların tedavisinde, özellikle ateletaktazi pnömoni ile karıştırıldığında sıklıkla gereğinden fazla kullanılırlar.
 - (4) **Ekspektoranlar ve mukolitikler** (örneğin, guaifenesin ve iyodürler), etkisi kanıtlanmamış ilaçlardır. Aerosol asetilsistein, şiddetli bronkospazma neden olabildiği için kontrendikedir. Sedatifler ve anksiyolitik ilaçlar da kontrendikedirler (ÖG ③).
 - (5) **İmmünoşüpresif** ilaçlar (örneğin, metotreksat, siklosporin ve hidroklorokin), tedavi edici olarak düşünülmüşlerse de toksik potansiyelleri, düşük etkileri nedenleriyle iyi kabul görmemişlerdir. **Tümör nekrozis faktör-α** inhibitörü olan infliximab, orta derecede astımlı hastalarda alevlenme hızının düşürülmesinde etkili olabilir (ÖG ③), fakat çalışmalar karar verici değildir.
- i. **İmmünoterapi**, diğer isimleriyle desensitizasyon, alerji enjeksiyon tedavisi veya alergen immünoterapisi, tartışmalıdır, pratik değildir, pahalıdır. Fakat alerjik astımlı seçilmiş birkaç hastaya yarar sağlayabilir (ÖG ③). İmmünoterapinin, küçük fakat anlamlı düzeyde anafilaksi hatta ölüm riski vardır.
- j. **Tamamlayıcı alternatif tıp** şunları kapsar; gevşeme teknikleri, bitkisel ilaçlar, vitamin takviyeleri, diyet değişiklikleri, akupunktur, homeopati, şiropratik spinal manipülasyon. Bu alternatif iyileştirme yöntemleri, geleneksel ilaç tedavisinin yerine önerilmeler de ABD'de astım hastalarının %40 kadarı tarafından kullanılmakta ve popülariteleri artmaktadır.
- (1) Astım tedavisinde kullanılan **bitkisel ürünler** dünyanın değişik yerlerinden yüzlerce bitkiyi, mineralleri, hayvanları ya da bu üçünün karışımlarını kapsar.
 - (a) **Ma Huang bitkisi** diğer adıyla **efedra**, bir bronkodilatatör olan efedrin içerir. Alternatif tıpta belki de en sık kullanılan ajandır. Bu ilaç, önceden reçete edilen astım ilaçlarında ve tezgah üstünde satışa sunulan preparatlarda bulunuyordu. Fakat ani ölüm, yüksek kan basıncı, nefrolitiazis ve hiperglisemiye içeren yan etkileri nedeniyle efedrin artık astım tedavisinde tavsiye edilmemektedir.
 - (b) **Geleneksel Çin Tıbbı**, ABD'de yaygın olarak kullanılmakta ve bir kısmı yüzlerce yıldardan beri kullanılmakta olan birçok tanınmamış bitkisel kapsar. Tipik Çin çözümü 10 veya daha fazla bitkisel kapsar; ma huang bitkisel ürünü ginkgo ekstraktı, kordiseps, reishi mantarı, sarımsak sofora bitkisi kökü, likör, manolya ve diğerleri. Bunların bir kısmının bazı etkileri olsa da klinik özellikleri belirsizdir (ÖG ③).
 - (2) **Hidroterapi (soğuk banyolar)**, Japonya'da daralmış havayollarını açmak için yaygın olarak kullanılmaktadır.
 - (3) **Akupunktur**, özellikle Avrupa'da olmak üzere çok popülerdir. Belirli sayıda kontrollü araştırmayla incelenmiştir. Etkisi, konvansiyonel tedavi düzeyinde bulunmamıştır (ÖG ③). Sadece akupunktura güvenip konvansiyonel tedaviden uzak durmuş hastalar arasında önlenebilir ölümler bildirilmiştir. Akupunktur, organ rüptürü ve kontamine iğnelerden kaynaklanan enfeksiyon risklerini de taşımaktadır.
 - (4) **Gevşeme teknikleri**, astımı tetikleyen stresi rahatlatmak için düşünülmüştür. Bu teknikler yoga ve biofeedback eğitimini kapsar ve özellikle soluma tekniklerini vurgular (ÖG ③).
2. **Hızla rahatlatan ilaçlar**
- a. **Hızlı etkili inhale edilen β₂-agonistler** sıklıkla aerosol ölçülü doz inhaler (MDI), daha az basınçlı hava nebulizatörleri ile verilen solüsyonlar olarak kullanılırlar. MDI sunum sistemi



ŞEKİL 14–8. Psöriasis. (Bu fotoğraf Dick Anstett, MD, MPH tarafından çekilmiştir ve ona aittir. Idaho Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, Baise, Idaho.)



ŞEKİL 14–9. Seboreik dermatit. (Bu fotoğraf Dick Anstett, MD, MPH tarafından çekilmiştir ve ona aittir. Idaho Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi, Baise, Idaho.)



ŞEKİL 15-6. Bazal hücreli kanser. Yükselmiş sınırları ile keratoakantomaya benzer görünümüne dikkat edin. Ancak bu lezyonda telanjiektaziler ve merkezi ülserasyon mevcut.



ŞEKİL 15-7. Göreceli olarak küçük bir insizyondan künt diseksiyon sonrasında kapsülü ile ortaya çıkmış bir lipom.

4. Kas kitlesinin korunması için yeterli protein alımı önemlidir (kalorinin %20'si veya kilogram başına 1.2-1.5 g). Yüksek kalorili ve proteinli sıvı destekleri kalori alımını kuvvetlendirir.
5. Kor pulmonalesi veya konjestif kalp yetmezliği olan hastalarda sodyum kısıtlaması uygundur.
6. Devamlı iyi hidrasyon ve sekresyonların azalmasını sağlamak için yeterli sıvı alımı olmalıdır. Böylece ekspektorasyon sağlanır.
7. Bir diyetisyen konsültasyonu, hastaya uygun bir planın geliştirilmesine yarar sağlar.

B. Egzersiz

1. Egzersiz, hem fizyolojik hem de psikolojik yararlar sağlar.
2. Kas kuvveti ve dayanıklılığını sağlayabilecek bir beden eğitimi yararlıdır. Programlar, yürüyüş ve kolların kullanılması gibi günlük hareketlerle ilişkilendirilmelidir. Sıklık, yoğunluk ve süre, başlangıç fonksiyonellik düzeyine dayalı ihtiyaç ve hedeflere göre değişir.
3. Düzenli alt ekstremitte egzersizi egzersiz toleransını özellikle dayanıklılığı geliştirir, günlük etkinlik performansını kuvvetlendirir ve nefes darlığını azaltır. Yürüyüş, tempolu koşu, bisiklete binme, merdiven çıkma ve yüzme, aerobik (dayanıklılık) egzersiz örnekleridir. Koşu bandı, egzersiz bisikleti, step egzersizi merdiveni etkili beden eğitimi araçlarıdır. Üst ekstremitelere ek yararlar sağlayan kayak ve kürek çekme hareketleri cihazları da etkilidir.
4. Üst ekstremitte egzersizleri, alt ekstremitte egzersizlerine göre daha yüksek solunum ve metabolik gereksinimle ilişkilidir. Üst ekstremitte dayanıklılık ve kuvvet egzersizleri kol kaslarının dayanıklılığını ve iyilik hissini geliştirir.
5. Kuvvet kaldırma gibi direnç egzersizleri, beden eğitiminin önemli bir ögesidir.
6. Nefes alma ve solunum kasları eğitimi aşağıda tartışılmıştır.

- C. **Bronkodilatatörler.** β_2 -agonistler, antikolinerjikler, metilksantinler, KOAH'ta kullanılan temel bronkodilatatörlerdir. Adrenerjik ilaçlar sempatik sistem aracılığıyla bronkodilatasyon oluştururken antikolinerjik ilaçlar parasempatik sistemin aracılığıyla oluşan bronkokonstrüksiyonu azaltırlar. Bir metilksantin olan teofilin, non-selektif fosfodiesteraz inhibitörü olup bronkodilatatör etkilidir. Fakat nefes darlığını azaltıcı ana etkisini diyafram fonksiyonelliğini güçlendirme yoluyla yapar. Bronkodilatatörler, belirtileri önlemek veya azaltmak için rutin olarak ya da akut veya inatçı belirtilerin rahatlatılması için gerektiğinde verilir. β_2 -agonistler ve antikolinerjik ajanlar, egzersiz kapasitesini geliştirir ve belirtileri hafifletirler (ÖG A). İnhalasyonla alınan bronkodilatatörler tercih edilir. Yan etkiler, ağızdan preparatlara göre daha azdır ve ilacın bırakılmasını takiben daha hızlı düzelir. Teofilin toksisitesi potansiyel bir endişe kaynağıdır. Etkisi uzun süren ilaçların düzenli kullanımı, etkisi kısa süren bronkodilatatörlere göre daha uygun olup nefes darlığında azalma, egzersiz kapasitesinde ve sağlıklı bağlantılı yaşam kalitesinde artış gibi yararlar yönünden daha etkilidirler, fakat daha pahalıdırlar (ÖG A). Farklı etki mekanizmaları olan ilaçların kombine kullanımı solunum fonksiyonlarını ve sağlık durumunu geliştirebilir. Uzun etki süreli bir antikolinerjik ile bir β_2 -agonist kombine edilirse, yaşam kalitesi sadece β_2 -agonist kullanımından daha fazla artabilir. Fakat ilaç sayısı artarsa genellikle maliyet de artar. Bu nedenle yan etki sorununun olmaması durumunda bir ilacın dozunu yükseltme de uygun bir strateji olabilir, çünkü bu da benzer bir yarar sağlayabilir. Özetle bronkodilatatör seçimi bulunabilirlik, hastanın verdiği cevap ve maliyet öğeleriyle ilişkilidir. İnhalerin nasıl kullanılacağı konusunda hasta eğitimi bir zorunluluktur.

1. **Antikolinerjik ilaçlar,** KOAH hastasının solunum fonksiyonlarını düzeltmede en az β -adrenerjik ilaçlar kadar iyi etkilidirler. Fazla sıkıntı vermeme eğilimi olan yan etkiler (ağız kuruluğu, metalik tat, idrar retansiyonu ve midriyazise bağlı glokom) bildirilmiştir. Az sayıda kardiyak yan etkiye ve tremora neden olabilirler. Ölçülü doz inhaler (MDI), kuru toz inhaler (PDI) ve nebulizatörle kullanılan aerosol olarak bulunmaktadır. İpratropium bromid etki süresi kısa tek ilaçtır. Tiotropium ise ABD'de bulunan etki süresi uzun tek ilaçtır. Antikolinerjiklerin, β -adrenerjiklerden daha fazla bronkodilatasyon yaptığını gösteren birçok çalışma vardır. Antikolinerjiklerin mukus hipersekresyonunu azalttığı, yüksek dozlarda bile daha az yan etkiye neden olduğu ve taşiflaksiye yol açmadığı gerçeği dikkate alındığında birçok kişi antikolinerjik ilaçları idame tedavisinin seçiminde başlangıç ilaçları olarak düşünür. Fakat bir Cochrane veritabanı sistematik derlemesi, bu avantajı hafif bir avantaj olarak bulmuştur. İpratropium için etkinin başlaması, etki süresi kısa β_2 -agonistlere göre daha yavaş olup rahatlatıcı hızlı cevap için uygun değildir. Şiddetli alevlenmeleri olan seçilmiş hastalarda standart dozlar gerekebilir ve tolere edilebilir. Her ne kadar yukarıda sözü edilen sistematik derleme, kombinasyonun sadece β_2 -agoniste göre hafif bir avantaj

antikoru pozitifdir. HCV antikoru pozitif hastalar ve öyküsündeki riske bağlı olarak düşük veya orta riskli hastaların HCV RNA'larına kantitatif olarak (tedavi muhtemelse tercihen) veya kalitatif polimeraz zincir reaksiyon testiyle bakılmalıdır (ÖG ②). Hepatit C enfeksiyonu için yüksek risk öyküsü (örneğin, IV uyuşturucu kullanıcıları), anti-HCV antikoru pozitif hastalar anti HCV antikor testine bağlı olarak gerçek hepatit C enfeksiyonu kabul edilir ve eğer tedavi için adaysa kantitatif HCV antikoru testi ile karaciğer biyopsisine geçilir (ÖG ③). Alanin aminotransferaz (ALT) seviyeleri genelde dalgalanma gösterse de, devamlı ALT yüksekliği görülebilir ve devamlı viral enfeksiyona rağmen normal sınırlarda olabilir. Bu nedenle karaciğer hasarının ciddiyeti için güvenilir değildir. Hepatit D için pozitif bir test, hepatit D ile koenfeksiyonu gösterir.

2. **Alkolik siroz**, genellikle aşırı alkol tüketiminden 10 yıl veya daha fazla zamanda oluşur. Kronik alkoliklerin %8–20'sinde siroz oluşur. Alkol kullanan hastaların laboratuvar bulgusu, aspartat aminotransferazın (AST)/ALT oranının birden ve genellikle ikiden yüksek olmasıdır. Hipotalbünemi kötü beslenen alkoliklerde hiponatremi, hipomagnezemi, hipofosfatem, düşük kan üre azotu ve artmış ortalama eritrosit hacmi gibi sıkça görülür. Diğer toksinler (örneğin, endüstriyel temizleme solventleri) ve ilaçlar (örneğin, metotreksat, isoniazid, Asetaminofen ve östrojen) siroza neden olabilir.
3. **Primer biliyer siroz**, karaciğerin intrahepatik safra yollarının yıkılmasıyla karakterize kronik otoimmün bir süreçtir. Hastalık 30-50 yaş aralığında öncelikle kadınları etkiler. Hastaların yarısından fazlası tanı anında belirtisiz olsalar da halsizlik ve kaşıntı yaygın belirtilerdir. Hastaların %50'sinde karaciğer büyüklüğü görülür ve %10-50'sinde dalak büyüklüğü gelişir. Laboratuvar testleri izole alkalin fosfataz yüksekliğini sıklıkla normalin iki katından yüksek ve diğer karaciğer fonksiyon testlerini anormallik olmadan gösterebilir. Hastalarda yüksek antimitokondriyal antikor titresi gözlenir.
4. **Kalıtımsal hastalıklar**, sirozun nedeni olabilirler. **Wilson hastalığı** bakır metabolizmasının otozomal resesif, nadir bir bozukluğudur. Çocuk ve adolesanlarda eğer tedavi edilmezse siroz oluşur. Santral sinir sistemi hasarı da oluşur. Korneada bakır depolanması olan Kayser-Fleischer halkaları tanıda slit-lamba sorgulaması ile tespit edilir. Hastalarda düşük serum seruloplazmin seviyeleri, artmış idrar bakır atılımı ve artmış karaciğer bakır konsantrasyonu saptanmaktadır.

Hemokromatozis, demirin artmış intestinal absorpsiyonu ile karaciğer ve diğer organlarda depolanmasıyla ilişkili otozomal resesif bir bozukluktur. Klinik belirtiler 40 yaşından sonra, demir vücut depolarının normalin 4-10 katına ulaşana kadar görülmez. Hastalık erkekleri kadınlardan daha çok ve daha erken yaşlarda etkiler. Çoğu hasta tanı anında belirtisizdir, fakat diabetes mellitus belirtileri, kutanöz hiperpigmentasyon, halsizlik ve impotans görülebilir. Laboratuvar testleri artmış transferin saturasyonu ve artmış ferritin konsantrasyonlarını gösterir. Siroza neden olan diğer herediter hastalık α_1 -antitripsin eksikliğidir.

5. **Non-alkolik steatohepatit (NASH)**. Bu durum karaciğer biyopsisinin alkolik hepatit veya sirozu ayırt etmediğini gösterdiği, ancak hastanın ısrarlı olarak ortaya konan öyküsünde anlamlı alkol tüketimi dışlandığında konulmaktadır. NASH, diyabet ve hiperlipidemi ile ilişkilidir. NASH, alkolik karaciğer hastalığından daha iyi prognozludur.
 6. **Otoimmün hepatit**. Yaygın olmasa da bu durum kortikosteroidlere iyi cevap verir ve hastalarda başka bir tanı olmadığına karar vermek ve araştırmak gerekir. Otoimmün hepatiti düşündüren antinükleer antikor (ANA), anti düz kas antikor (ASMA), anti nötrofilik antikor (ANCA-1), anti liver kidney mikrozomal antikor-1 (LKM-1) ve anti liver sitozol- (ALC) antikorları gibi daha ileri testlerle karakterize olan gamaglobülin artışıdır.
 7. **Sirozun diğer sebepleri** kronik biliyer obstrüksiyon, **primer sklerozan kolanjit**, kalp nedeniyle siroz ve postnekrotik sirozu içerir. Hastaların %10-15'inde karaciğer hasarının açıklanabilir sebebi saptanamaz ve kriptojenik siroz olarak adlandırılır.
- C. Laboratuvar Testler.** Sirozlu hastalarda hafif anemi, normal veya hafif düşmüş lökosit sayısı, artmış serum globülinleri, azalmış albümin ve ılımlı trombositopeni laboratuvar bulgularıdır.

TABLO 73-4. ALZHEİMER HASTALIĞININ ERKEN UYARILARI: BAZI BELİRTİLER

Hafıza kaybının kötüleşmesi
 Bazı şeyleri kaybetme
 Tekrarlayıcı sorular
 “Yavaşlatma”
 Araba kullanmaya ilişkin problemler
 Mali hatalar
 Agresif veya uygunsuz davranışlar (örneğin hırsızlık, uygunsuz cinsel davranış, ani öfke patlamaları)
 “Depresif”
 Kilo kaybı
 Kötü hijyen
 İrritabilite
 Şüphelilik

TABLO 73-5. ALZHEİMER HASTALIĞININ ERKEN UYARILARI: BAZI GÖZLEMLER

En son bilgiyi hatırlamama
 Kararların bakım verenlere bırakılması
 Uygunsuz giyinme
 Kötü hijyen veya tuvalet
 Düşüncelerini ifade etmede sorun
 Israrla gelmeme veya yanlış gün veya zamanda gelme
 Uyumsuz
 Fazla ağırdan alma
 Kilo kaybı ve/veya “bedensel gelişimde gerileme”

TABLO 73-6. ALZHEİMER HASTALIĞININ ERKEN UYARILARI: ALZHEİMER HASTALIĞI TARAMASI ÖNERİLEN TIBBİ DURUMLAR

Deliryum
 Depresyon
 Kafa travması
 İnme
 Katastrofik reaksiyon

TABLO 73-7. NEDEN ALZHEİMER HASTALIĞINA ERKEN TANI KOYMALI?

Güvenlik (örneğin araba kullanma, uyum, yemek yapma)
 Aile stresi ve yanlış anlama (örneğin suçlama, inkar)
 Bakıcının erken başa çıkma becerileri için eğitimi (örneğin tercihler, başlama)
 Hasta yetkin iken önceden planlamalar yapma (olur alımı, vekil tayini, vekalet verilmesi, önceden direktiflerin verilmesi)
 Hasta ve ailenin bilme hakkı
 Tedavinin mümkün olan stabilizasyonunun sağlanması

TABLO 73-8. ALZHEİMER HASTALIĞI ERKEN TANISININ KONULMASI: YÖNTEM

Gizli ipuçları, izler ve erken uyarı işaretlerine dikkat ediniz
 Hasta ve ailesine bellek hakkında sorunuz
 Ne zaman şüphelenilir?
 Öyküyü onaylat: Ne kadar süre? Ne kadar ani? Giderek kötüleşme? Ne kadar hızlı?
 Diğer Tipik AH erken belirtileri var mı?
 Kognitif testlerin durumu (MMT, saat çizme testi)
 Kayıt fonksiyonunun durumu (İFA)
 Birçok olguda tanı şimdi konur
 Katılımcılar, nedenler ve aynı anda yer alan şartların incelenmesi

İFA, İşlevsel Faaliyetler Anketi; MMT, Mini Mental Test.

rak, bazen oldukça belirgin ve açık bir şekilde) gözlenebilmektedir. Ancak, ailelerin iyileşmeyi beklemesine neden olunmamalıdır; bunun yerine onlara 6 ay içinde “değişiklik olmaması” ile belirtilerin stabil periyotta olduğu söylenmeli veya bu şekilde acımasızca ilerleyen hastalık için bir yıl stabilitenin devam etmesi bir zafer olarak, kabul edilmelidir. Onlar da “gerilemede yavaşlamanın” da KEİ ile tedavinin başarılı bir sonucu olduğunu bilmelidir. Bu ilaçlar en azından birkaç yıl için verilmelidir, ancak teorik olarak, ilaç maliyeti önemlidir. Bu nedenle birinci basamak hekimi gereksinimi olan hastaların, üretim yapan şirketlerin bu ilaçları ücretsiz sunduğu programlardan haberdar olduğundan emin olmalıdır.

- a. **Sonuçlar.** Veriler KEİ'nin hala AH hastalarını 3 ile 5 yıl (plasebo-kontrollü, çift kör veriler) ve daha uzun süre (10 yıla kadar: açık etiketli, plasebo olmayan -kontrollü veri) koruduğunu ortaya koymuştur. HKB'nin son çalışmalarındaki sonuçlarına göre (yukarıdaki metine bakınız) bunların etkinlikleri belirsizdir, ancak bu yazar ve pek çok diğer yazar ilerleyici olduğunu düşündükleri HKB'li hasta ve/veya eğer HKB'li hastada AH için çoklu risk faktörü varsa bu ilaçları reçetelendirmektedir.
- b. **Ne zaman başlanır.** Şu anda, “bakım standardı” klinik geçmiş ile desteklenen tipik, sinisi başlangıçlı ve AH'nin normal ilerlemesinin mevcut olduğu demanslı hastada KEİ'nin en kısa sürede başlanması gerekmektedir. AH varlığının “kanıtı” olan gerileme için artık “izlemek ve beklemek” daha fazla etik olarak kabul edilemez (ÖG 6).
- c. **Hangisini seçmeli.** FDA tarafından onaylanmış dört ilaçtan ilk sunulan takrin'in sık kullanım dozu, kabul edilemez yan etkileri ve olası karaciğer toksisitesinin görülmesiyle gerçekte uzun süredir kullanılmamaktadır. Kalan üç “ikinci nesil” KEİ muhtemelen aynı derecede etkilidir. 1997 yılından beri Amerika Birleşik Devletlerinde kullanılmaya başlayan, donepezil ise günde bir defa verilmesiyle avantajlıdır (Tablo 73–18). Rivastigmin'in verilmesi biraz daha komplikedir, günde iki defa kullanılır ve doz titrasyonu gerektirir. Ayrıca FDA'nın bu ilacın artmış gastrointestinal yan etkileri konusunda yoğun şekilde uyarıları vardır. Çok etkilenmiş hastalar için cesaret kırıcı ve rahatsızlık verici olabilir. Perkütan günlük patch ise bu sorunların üstesinden gelmektedir. Galantamin, donepezil ile aynı düşük yan etki profiline sahiptir ve artık günde bir defa kullanılan formu mevcuttur. Bir KEİ alan hasta zaten rahat ise bir başkasıyla “değişimi” olmamalıdır. Bu tür değişimler terapötik seviyede boşluklara neden olabilir ve hatta bir kolinesteraz inhibitörü bir önceki döneme göre zaten kazandıklarının kalıcı kaybına yol açabilir. Donepezil eğer mümkünse 3 haftadan fazla kullanıldığında kesilmemelidir. Donepezil tedavisi 2 veya 3 ile 6 hafta arasında kesildiğinde, bazı hastalarda bu yüzden önceden edinilmiş düzeydeki fonksiyonun etkisini tamamen kaybederler ve tedavi tekrar başlatıldığında yeniden kazanamazlar. Rivastigmin ve galantamin'nin daha kısa yarı ömürleri, daha az hareket alanı bırakılmasını sağlayabilir. Yani kural “durma ve değiştirme” dir. Gerçekten belirli bir KEİ'yi tolere edemeyen hastada (genellikle ishal gibi inatçı gastrointestinal belirtiler nedeniyle nadir bir durumdur) ve tedavisiz durumda beklenen oranda gerilemenin devam etmesi (hafiften orta evreye, yılda MMT de 2-4 puan üzerinde düşüş) ilacın değiştirilmesine istisnai bir durum oluşurabilir. Teorik olarak hasta bir ilaca yanıt verdiyse diğerine (bu kanıtlanmamış olmasına rağmen) yanıt vermeyebilir. İkinci durumda, galantamin'in etkisi diğer ikisinden biraz farklı bir şekilde olduğundan, ya rivastigmin veya donepezil'den galantamin'e ya da galantamin'den donepezil veya rivastigmin'e değişim mantıklı olacaktır. KEİ için tek kontrendikasyon unstable bir bradikardi sendromu veya tam kalp bloku'dur. Bazı hastalarda bu durum geliştiğinde ve halen bir KEİ gereksinimi olduğunda bu hastalar pacemaker adaydırlar. Ayrıca, teorik olarak mevcut peptik ülser hastalığı bir kolinerjik ilaç tarafından daha kötü hale gelmiş olabilir. Ülser belirtileri hakkında sorular sorulmalıdır. Bu belirtilerde ülser gelişmiş olması, bu durumun da ciddiye alınması, araştırılması ve tedavi edilmesi gerekir. Pratikte peptik ülser hastalığı komplikasyonları son derece nadir görülür. Aileler, özellikle titrasyon dozu arttığı sırada erkenden ortaya çıkabilen, geçici bulantı veya ishalin KEİ kesilmeden genellikle gerilediği konusunda uyarılmalıdır (Tablo 73–18).
2. **Memantin,** 2004 yılı Ocak ayında Amerika Birleşik Devletlerinde tanıtıldı. En iyi kullanımı hasta orta evre demansa (Tablo 73–12) ulaştığında veya ilk olarak orta veya şiddetli demansa yakalandığında KEİ'nin birinin eklenmesidir. Memantin kullanan hastaların plaseboya kar-

KAYNAKLAR

- American Diabetes Association website. www.diabetes.org/home.jsp. Accessed November 26, 2006.
- Clinical Practice Recommendation 2006. *Diabetes Care*. 2006;29:S1-S85.
- Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:464-470.
- Feit S. *Putting evidence into practice: Outpatient management of type 2 diabetes mellitus. Clinical Evidence*. A report funded by United Health Foundation. London: BMJ Publishing Group, summer 2006.
- Peterson KA, Hughes M. Readiness to change and clinical success in a diabetes educational program. *JABFP*. 2002;15(4):266-271.

75 Dislipidemiler

Michael A. Crouch, MD, MSPH

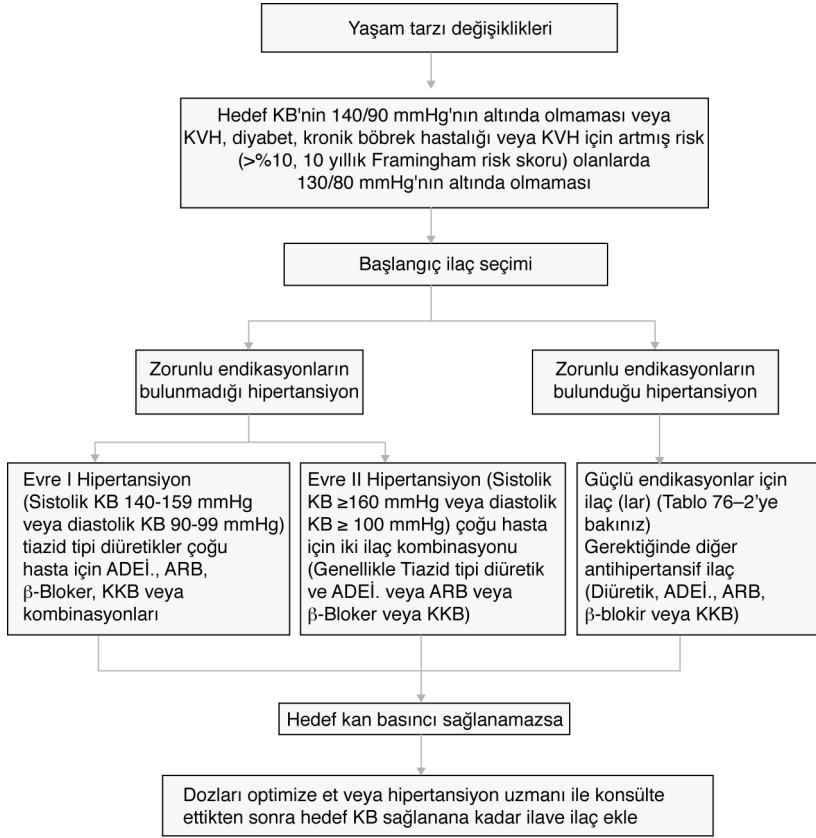
Çeviri: Dr. Murat Ünalacak, Dr. Bengü Pala

ANAHTAR NOKTALAR

- Tüm Amerikalı yetişkinlerin yarısı sağlıklı kan lipid düzeylerine sahip [düşük dansiteli lipoprotein (LDL) veya yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) veya ikisi birden, bunların yanı sıra trigliserid yüksekliği olabilir veya olmayabilir]. Her ne kadar kolesterol düzeyinin daha yüksek olduğu durumlar daha yüksek göreceli riske neden olsalarda miyokard infarktüslerinin yarısından çoğu suboptimal (100-129 mg/dL) veya sınırda (130-159 mg/dL) LDL kolesterol düzeylerinde görülmektedir.
- Beslenmede doymuş yağ, trans yağlar ve kolesterol alımının azaltılması hiperkolesteroleminin tedavi edilmesi ve koroner kalp hastalığı riskinin azaltılmasında en temel unsurdur (ÖG A). Diyetle ilgili diğer önlemler düzenli olarak lif, balık veya balık yağı (omega-3 yağ asitleri), kabuklu yemişler, soya proteini ve bitki sterol ve stanollerinin alınmasını içermektedir (ÖG E). Birçok hasta tedavi hedeflerine ulaşabilmek için, diyet değişikliklerinin yanı sıra, ilaçlara da ihtiyaç duymaktadır (ÖG A). Kilo kaybı ve egzersiz, HDL kolesterolü yükseltip trigliseritleri düşürürken, LDL kolesterolü düşürmemektedir.
- Diyet değişiklikleri 1 ay sürdürüldüğünde, sağlayabileceği en yüksek LDL düşüşünü sağlar. Diyet değişikliklerini devam ettirmek daha fazla düşüş sağlamaz. Lipid düşürücü ilaçlara başlamak için 6 ay beklemeye gerek yoktur.
- Eğer başlanılabilen diyet değişiklikleri ile 1 ayda yüksek riskli bir hastada (10 yıllık tahmini koroner kalp hastalığı riski $\geq 20\%$) ≤ 130 mg/dL LDL kolesterol hedefine veya orta riskli bir hastada (10 yıllık tahmini risk $10\%-20\%$) ≤ 160 mg/dL LDL kolesterol hedefine ulaşamıyorsa, lipid düşürücü ilaçların başlanması uygun olacaktır (ÖG A).
- LDL kolesterol düzeyini düşürmede en etkili ilaçlar HMG-CoA redüktaz inhibitörleridir (statinler). Olağan başlangıç dozu, atorvastatin için 10 mg; rosuvastatin için 5 mg; simvastatin için 20 mg; pravastatin için 40 mg; lovastatin için 40 mg; fluvastatin için ise 80 mg'dır.
- En düşük kombinasyon ilaç olan simvastatin-ezetimib, herhangi bir statinin maksimum dozu kadar veya daha fazla LDL kolesterol düşüşü sağlar. Bununla birlikte, simvastatin-ezetimib kombinasyonunun kalp krizi ve inme risklerini azaltma konusundaki etkisini, statinlerin kanıtlanmış etkisiyle karşılaştıran yeterli çalışma henüz mevcut değildir.
- Hiperkolesterolemi tedavisinin temel hedefi, LDL kolesterol düzeyini bilinen diyabet hastalığı veya koroner veya karotid arter hastalığı olanlarda 100 mg/dL'nin altına veya bilinen diyabet veya koroner veya karotid hastalığı olmayan yüksek riskli hastalarda 130 mg/dL'nin altına düşürerek miyokard infarktüsü ve inme risklerini üçte bir veya daha fazla oranda düşürmektir.
- Statin tedavisine uzun dönem uyum düşüktür. Birçok hasta, potansiyel ilaç yan etkileri konusunda kaygılıdır ve fayda/risk oranı konusunu açık olarak kavrayamamışlardır. Hastaların sözel, yazılı olarak veya grafiklerle tekrar tekrar ve hastaların özel kaygılarına yönelik olarak bilgilendirilmesi uzun dönem statin tedavisine uyumu sağlayabilir ve tedaviden sağlanabilecek faydayı maksimuma çıkarabilir.

I. Giriş

- A. **Dislipidemi** primer genetik, sekonder metabolik, yaşam tarzı ve iatrojenik faktörlerin etkisi altında kalan birçok lipid bozukluğunu kapsayan genel bir terimdir.

**TABLO 76-1.** Hipertansiyon tedavi algoritması.

inme ve kronik böbrek hastalığı için önleme ve sonuçlarını iyileştirmede önemini ortaya koymuştur (ÖG A).

- En etkili klinik strateji; risk faktörlerini, hedef organ hasarını ve komorbiditelerini değerlendirmek ve kişiye özel tedavi yapmaktır (Şekil 76-1). Tüm hipertansiyon hastalarında KB hedefi 140-90 mmHg'nin altı olmalıdır (ÖG A). KVH'si olan hastalar, (ÖG B) yüksek KVH riski olanlar (Framingham risk skoru ≥%10), (ÖG C) diyabet veya kronik böbrek hastalığı (GFR ≤60 mL/dk) olanlar için (ÖG A) KB ≤130/80 mmHg ve sol ventrikül disfonksiyonu olan hastalar için 120/80 mmHg olmalıdır (ÖG B). Hastaların çoğu hedef KB'ye ulaşmak için iki veya daha fazla ilaca ihtiyaç duyacaktır ve yaşam boyu tedavi alacaktır. Koroner arterlerin yetersiz perfüzyonu belirtili miyokard iskemisine yol açabileceği için artmış DKB olan hastalarda ve miyokard iskemisi bulgusu olan veya sessiz iskemi için yüksek risk faktörü olanlarda (diyabet, 60 yaşından büyük veya geniş nabız basıncı olanlarda) DKB'yi 60 mmHg'nin altına düşürürken dikkat edilmelidir (ÖG C).

I. Giriş

- A. Epidemiyoloji.** Hipertansiyon ABD'de yaklaşık olarak 65 milyon kişiyi veya her dört erişkinden birini etkilemektedir. Mevcut bulgulara göre toplumun diğer %25'i prehipertansiyona sahiptir. Yakın zamanda yapılan araştırmalara göre hipertansif Amerikalıların %70'i tanılarının farkında ve %59'u tedavi altındadır. Halbuki hipertansiflerin sadece %34'ü kan basıncının 140/90 mmHg'dan

TABLO 77-4. (DEVAMI)

İlaç	Başlangıç Dozu	Günlük Maksimum Doz	Maliyet	Yaygın Yan Etkiler	Öneriler
<i>Kalsiyum kanal blokerleri</i>					
Kısa etkililer					
Diltiazem	30 mg, günde 4 defa	360 mg/gün, günde 3-4 defa	\$	Ödem, baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, kabızlık, sol ventrikül yetmezliği, AV ilet defektleri.	Kalsiyum kanal blokerlerinin İKH, hipertansiyon ve supra-ventriküler aritmilerde kullanılmaları uygundur.
Verapamil	40-80 mg, günde 3-4 defa	480 mg/gün	\$	Beta-blokerler ve diital ile dikkatli kullanın (konjestif kalp yetmezliğinin şiddetlenmesi veya ilet gecikmesi riski). Tüm kalsiyum kanal blokerleri hipotansiyon riski taşır. Özellikle yaşlıda doz titre edilmelidir.	Vazospastik (Prinzmetal) anjinada da tercih edilmesi gerektiği düşünülmektedir.
<i>Uzun etkililer</i>					
Diltiazem	120-180 mg/gün	360-480 mg/gün	\$		Dozaj marka ve formülasyona göre değişim gösterebilir.
Nifedipin	30-60 mg/gün	120 mg/gün	\$		Anjina için ≥ 90 mg dozlara dikkat ediniz.
Verapamil	180 mg/gün	480 mg/gün	\$		
<i>İkinci Kuşak kalsiyum kanal blokerleri (Dihidropiridinler)</i>					
Amlodipin	2.5-5 mg/gün	10 mg/gün	\$\$	Ödem, hipotansiyon, flashing, baş ağrısı	Piazma T _{1/2} 36 saat, negatif inotropik etki, hipotansiyonla ilişkili anjina tedavisinde faydalı olabilir.
					Yaşlılarda ve hepatik fonksiyon bozukluğu olanlarda en düşük dozda kullanın.
Felodipin	2.5-5 mg/gün	10 mg/gün	\$		
<i>Nitratlar</i>					
Kısa-etkili nitroglicerinin	0.4 mg, 5 dakika x 3		\$	Baş ağrısı ve hipotansiyon. Kalsiyum kanal blokerleri ile birlikte kullanılırsa hipotansiyon riski daha fazla.	Tolerans, nitratların kullanımında en önemli konudur. Ağızdan alınan nitratları sık ve düşük doz yerine, günde iki defa yüksek dozda verilmeleri daha etkilidir.
Nitrostat					
Nitrosprey	400 µg 1-2 sprey, 5 dakika x 3		\$		

TABLO 79-2. OBEZİTE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

	Normal/ Fazla Kilolu	I. derece Obezite	II. derece Obezite	III. derece Obezite
Bel çevresi 102 cm (erkek) veya ≤ 35 inch = 88.9 cm (kadın)	Düşük risk	Orta risk	Orta risk	Yüksek risk
Bel çevresi 102 cm (erkek) veya 88 cm (kadın)	Orta risk		Yüksek risk	
Osteoartrit, safra taşları, stres inkontinans ve menstrüel düzensizlikler gibi komorbiditelerin eşlik ettiği durumlar		Yüksek risk		
Koroner arter hastalığı, diğer aterosklerotik hastalıklar, tip 2 diabetes mellitus ve uyku apne sendromu gibi komorbiditelerin eşlik ettiği durumlar	Yüksek risk			

kilerin obezite gelişme riskini artıran yatkınlık genleri üzerinden gerçekleştiği düşünülmektedir. Her bir ikiz çiftinin farklı miktarlarda enerji bilançosuna maruz bırakıldığı ikizler üzerinde yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlar obeziteye yatkınlık gen hipotezini destekler niteliktedir. Miktar, oran ve kilo artışı olan bölgedeki farklılıklar çiftlerde ikiz çiftler arasındakinden daha fazla benzerlik göstermiştir.

- Diğer sebepler.** Medikal durumlar ve uzun süreli kortikosteroid kullanımı gibi bazı ilaçlar, fenotiazinler ve antidepresanlar obeziteyle sonuçlanabilir, fakat bu sebepler olayların %1'inden veya daha azında sorumludur. Hipotiroidizm ve Cushing sendromu en sık obeziteye sebep olan önemli hastalıklardır. Hipotalamusun hastalıkları çok nadir olmakla birlikte obezite ile sonuçlanabilirler. Genellikle kilo kaybıyla sonuçlanan majör depresyon bazen kilo artışıyla kendini gösterebilir. Bu etkenler özellikle aniden ortaya çıkan kilo artışını değerlendirirken önemlidir.

II. Tanı

- Bir hastanın kilosunun değerlendirilmesi için **3 anahtar ölçümün yapılmasını gereklidir: VKİ, bel çevresi ve obezite ile ilişkili hastalıklar ve koşullar açısından bireysel risk faktörleri** (Tablo 79-2).

- Bel çevresi değerlendirmesi önemlidir çünkü abdominal yağ artışı, hastalık riski için bağımsız bir habercidir. Yağ fazlalığının özellikle abdomen ve vücut üst kısmında toplandığı android (elma) tipi obezite, konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, lipid bozuklukları ve tip 2 diyabet için artmış risk oluştururken, yağ fazlalığının alt ekstremitelerde veya dizlerde toplandığı gynoid (armut) tipi obezitede artmış risk yoktur. VKİ 25–34.9 arası olan kişilerde bel çevresinin erkeklerde 102 cm kadınlarda 88 cm olması artmış riski gösterir.
- VKİ'nin kabaca hesaplanmasının aşağıdaki özel gruplarda anlamlı bir risk tahmin değeri yoktur:
 - Çocuk ve adolesanlarda uygun boy-kilo oranları infant ve yürümeye başlayan çocuklarda farklı olabilir; bu oran yaşa ve cinsiyete göre spesifik bir tabloda değerlendirilmelidir. Çocuklardaki kalori alım artışı, genellikle boyda da kendini kilo artışı kadar iyi gösterir. Bu şekilde, olağan dışı boyu olan çocuklar obezite için risk oluşturan yaşam tarzı faktörleri açısından değerlendirilmelidir.
 - Boyları ≤120 CM veya ≥210 cm olan bireyler VKİ ile değerlendirilemez. Bu bireyler için, vücut yağ analizi veya fitness testi gibi sekonder ölçümler kullanılmalıdır.
 - Profesyonel atletler ve vücut geliştirme egzersizleri yapanlar yanıltıcı olarak yüksek VKİ değerlerine sahiptirler. Bu hastalar sıklıkla düşük total vücut yağı ve kusursuz kardiyovasküler sağlığa sahiptirler. Kas kitlesi fazla olan bu alt gruptaki hastalar için uzun süreli sağlık kayıtlarının çok az olmasına rağmen muhtemelen fazla kilolu diğer hastalarla aynı riski taşımamaktadırlar.
 - Gebe kadınlarda risk hesaplaması için VKİ özellikle 2. ve 3. trimesterde kullanılmaz.

- Obeziteye neden olabilen bazı hastalıklara yönelik tarama yapılabilir.

- Tiroid hastalığı, hiperandrojenizm veya polikistik over sendromu ve hiperkortizolizm gibi kilo artışını tetikleyen endokrin bozukluklar genellikle deri değişiklikleri, saç dökülmesi ve saç dağılımındaki değişiklikler, anormal menstrüel sikluslar, duygudurum bozukluğu ve halsizlik,

TABLO 82-6. *HELICOBACTER PYLORI* PİLORİ İÇİN TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Rejim	PPI	Antibiyotik #1	Antibiyotik #2	Bizmut	Gün Sayısı	Etkinlik (%)
Üçlü tedavi-olağan başlangıç protokolü	PPI* günde 2 defa	Amoksisilin 1 g günde 2 defa (Eğer gerekli ise metronidazol 500 mg günde 2 defa veya dörtlü tedavi)	Klaritromisin 500 mg günde 2 defa (Eğer makrolid alerjikse: metronidazol 500 mg günde 2 defa veya dörtlü tedavi)	N/A	14	70-85
Maliyet[§] Dörtlü tedavi dirençli enfeksiyon veya primer tedavide eğer (1) alerjik hastalar (2) 3'lü tedavi antibiyotiklerini almış olanlar	‡ PPI* günde 2 defa (Eğer gerekliyse H ₂ blokleri mümkün)	\$ Tetrasiklin 500 mg günde 2 defa	\$ Metronidazol 500 mg günde 2 defa	Bizmut subsalsilat [†] 525 mg günde 2 defa	14	75-90
Maliyet[§] Ardışık tedaviler-umut verici primer tedavi, fakat ABD için yeniden onaylanmadı	‡ PPI* günde 2 defa	\$ 1-5 günler Amoksisilin 1 g günde 2 defa	\$ 6-10 günler Klaritromisin 500 mg günde 2 defa ARTI Tinidazol 500 mg günde 2 defa	\$ N/A	10	85-90
Maliyet[§] 1 veya 2 protokolleri sonrası tekrarlayan enfeksiyonda kurtarma tedavisi-ABD'de çalışma yok	‡ PPI* günde 2 defa	\$ Amocillin 1 g günde 2 defa	\$ + \$ Levofloksasin 500 mg günlük	N/A	10	87
Maliyet[§]	‡	\$	\$\$\$\$			

*Herhangi PPI kullanabilir: omeprazole, 20 mg; esomeprazol, 20 mg; lansoprazol, 30 mg; pantoprazol, 40 mg; rabeprazol, 20 mg, Tablo 82-4 bakınız.

[†]Pepto-Bismol.[‡]PPI, proton pompa inhibitörü, maliyetler, Tablo 82-4 bakınız.[§](Maliyetler: \$, <\$25-\$5, \$25-49, \$\$\$, \$50-99, \$\$\$\$, \$100-199, \$\$\$\$\$, >\$200 1 aylık veya bir kür)
(Chey WD, Wong BCY. American College of Gastroenterology guideline on the management of *Helicobacter pylori* infection. *Am J Gastroenterol* 2007;102(8):1808. İzni ile kullanılmıştır.)

TABLO 84-1. ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR: KALSİYUM KANAL BLOKERLERİ VE BETA BLOKERLER

İlaç Adı	Başlangıç/Maksimum Doz	KBY Doz	Yan Etkiler/Faydalar/Nottlar	Maliyet
<i>Kalsiyum kanal blokeri</i>				
Amlodipin	5 mg ağızdan, günde 1 defa /10 mg		Sarılık, KFT yüksekliği/ Karaciğer fonksiyon bozukluğunda günde 4 defa 2.5 mg ağızdan	\$\$
Diltiazem	180 mg ağızdan, günde 1 defa /540 mg		KCFT yüksekliği	\$\$\$
Felodipin	5 mg ağızdan, günde 1 defa/10 mg		Karaciğer fonksiyon bozukluğunda ve yaşlılarda artmış seviye	\$\$
Isradipin	5 mg ağızdan, günde 1 defa/20 mg		Karaciğer fonksiyon bozukluğunda ve yaşlılarda artmış seviye Hafif böbrek yetmezliğinde artmış seviye	\$\$
Nikardipin	30 mg ağızdan, günde 2 defa/120 mg		Maksimum KB etkisi dozdan 2-6 saat sonra	\$\$\$
Nifedipin	30 mg ağızdan, günde 1 defa/120 mg		Baş dönmesi, sıcaklık hissi, tremor, pozitif Coombs	\$\$
Nisoldipin	20 mg ağızdan, günde 1 defa/60 mg		Karaciğer fonksiyon bozukluğunda ve yaşlılarda artmış seviye	\$\$
Verapamil	180 mg ağızdan, günde 1 defa/480 mg		KFT yüksekliği	\$\$\$
<i>Beta-adrenerjik bloker</i>				
Asebutolol	200 mg ağızdan, günde 2 defa/1200 mg	Toplam günlük dozda düşüş	Selektif beta-1-reseptör bloker GFR <50 ise doz %50, GFR<25 ise doz %75 azaltılmalı	\$
Atenolol	50 mg ağızdan, günde 1 kez /100 mg	Maksimum 50 mg/gün GFR <35 Maksimum 25 mg/gün GFR <15	Selektif beta-1-reseptör bloker Anjina pektorisinde endikedir	\$
Karvedilol	6.5 mg ağızdan, günde 2 defa/50 mg		KKY ve tüm ölümlerde azalmış mortalite	\$\$\$\$
Labetalol	100 mg ağızdan, günde 2 defa/2400 mg		Non-selektif beta ve α_1 -reseptör bloker Sarılık, KFT yüksekliği Karaciğer fonksiyon bozukluğunda ve yaşlılarda artmış seviye	\$\$\$
Metoprolol	100 mg ağızdan, günde 1 defa/400 mg		Uzun etkili ajan KKY'de mortalitede azalma Anjina pektorisinde endikedir	\$\$
Nadolol	40 mg ağızdan, günde 1 defa/320 mg	36 saatte bir GFR ≤50 48 saatte bir GFR ≤30 72 saatte bir GFR <10	Non-selektif beta reseptör bloker Anjina pektorisinde endikedir	\$
Propranolol	80 mg ağızdan, günde 1 defa/640 mg		Non-selektif beta reseptör bloker KV mortalite ve reinfarktüste azaltma Anjina pektorisinde endikedir	\$\$
Timolol	10 mg ağızdan, günde 2 defa/60 mg		Non-selektif beta reseptör bloker KV mortalite ve reinfarktüste azaltma	\$

KB, kan basıncı; KKY, konjestif kalp yetmezliği; KV, kardiyovasküler; GFR, glomerüler filtrasyon hızı; KFT, karaciğer fonksiyon testleri; \$, ucuz; \$\$\$\$ en pahalı.

TABLO 86–2. NIH İNME SKALASI (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE)*

Madde	Tanım	Puanlama
	Bilinç düzeyi	0-Uyanık 1-Uykuya meyilli 2-Stupor 3-Koma
	Oryantasyon soruları (2)	0-Sorulara tamamen doğru cevap verir 1-Soruların birine cevap verir 2-Hiçbir soruya cevap veremez
	Komutlara yanıt (2)	0-Her iki komutu doğru olarak yerine getirir 1-Bir komutu doğru olarak yerine getirir 2-Komutları yerine getiremez
	Göz hareketleri	0-Normal horizontal hareketler 1-Kısmi bakış felci 2-Komplet bakış felci
	Görme alanları	0-Hiç görme alanı defekti yok 1-Kısmi hemianopsi 2-Komplet hemianopsi 3-İki taraflı hemianopsi
	Fasiyal hareketler	0-Normal 1-Minör fasiyal zayıflık 2-Kısmi fasiyal zayıflık 3-Komplet tek taraflı felç
	Motor hareketleri (kol)	0-Sapma yok
	Sağ	1-5 s sapma
	Sol	2-10 s sapma 3-Yerçekimine karşı koyamaz 4-Hiç hareket yok
	Motor hareketleri (bacak)	0-Sapma yok
	Sağ	1-5 s sapma
	Sol	2-10 s sapma 3-Yerçekimine karşı koyamaz 4-Hiç hareket yok
	Ekstremitate ataksisi	0-Ataksi yok 1-Bir bacakta ataksi 2-İki bacakta ataksi
	Sensoriyal durum	0-Duyu kaybı yok 1-Hafif-orta derecede duyu kaybı 2-Ağır duyu kaybı
	Dil	0-Normal 1-Hafif-orta afazi 2-Ağır afazi 3-Sessiz veya global afazi
	Artikülasyon	0-Normal 1-Hafif-orta disatri 2-Ağır disatri
	Eksitasyon veya inhibisyon	0-Yok 1-Orta-hafif (1 duyuusal modalite kaybı) 2-Ağır (2 duyuusal modalite kaybı)

*[http://www.ninds.nih.gov/doctors/NIH Stroke Scale.pdf](http://www.ninds.nih.gov/doctors/NIH%20Stroke%20Scale.pdf)

manı (PTZ), INR ve kalp enzimleri (ÖĞ ③). Bazı seçilmiş hastalarda karaciğer fonksiyon testleri, toksikoloji, kan alkol seviyesi, gebelik testi ve arter kan gazı ölçümleri istenebilir.

Lipid profili ve spesifik koagülasyon faktörleri (protein C, S ve antitrombin III) gibi testler akut inmeden sonra yardımcı olabilir (ÖĞ ③). Yükselmiş homosistein düzeyleri, inme riskini artırır ve B vitamini kompleksi takviyesi ile düzelebilir (ÖĞ ④).

selmesi için belirgin karaciğer hasarı gerektiğinden, bu belirtilerlerin duyarlılığı düşüktür. Non-alkolik karaciğer hastalığı da artışa neden olabildiğinden özgülükten ödün verilebilir. AST/ALT oranındaki farklar alkolik ve non-alkolik karaciğer hastalığı ayırımının yapılmasına yardımcı olabilir. 2'nin üzerindeki oranlar yüksek oranda alkolle bağlı karaciğer hastalığını düşündürür (ÖG A).

3. Karbonhidrattan yoksun transferin (CDT, carbohydrate-deficient transferrin). CDT son zamanlarda kliniklerde aşırı alkol tüketimini tarama için kullanılmaya başlanmıştır. En azından bir hafta boyunca günlük 4 ile 7 içki almak transferinin karbonhidrat içeriğinde azalmaya neden olmaktadır. CDT'nin duyarlık ve özgülüğü yüksektir ve ağır içiciler ile çok az veya hiç içmeyenlerin ayırt edilmesini sağlar. Daha büyük ve heterojen popülasyonlarda kullanıldığında daha az duyarlılık göstermektedir ve kadınlarda erkeklere göre daha az duyarlıdır (ÖG A). İdrar ilaç taraması, sık kötüye kullanılan maddeler için duyarlı bir testtir. İlaç yarı ömrünü bilmek ve pozitif testlerin gaz kromatografisi ile doğrulanması sonuçların yorumlanması için hayattır.

4. İdrarda etil glukuronid testi (EtG, ethyl glucuronide testing of the urine). EtG, kısa süre içindeki alkol tüketimini saptamak üzere son zamanlarda popüler olmuştur. CDT'nin aksine, idrarda EtG varlığı sadece kişinin yakın zamanda alkol aldığını gösterirken tüketimin miktarı hakkında hiçbir şey söylemez. Bundan dolayı en önemli kullanım alanı alkolü bırakan hastaların izlenmesidir (ÖG B).

III. Tedavi. Birçok madde kullanım bozuklukları, kendiliğinden veya hekimler ya da iş, hukuk sistemi, aile veya toplumdaki diğer otoritelerin kısa müdahaleleri ile düzelir. Bu çözüm madde kötüye kullanımı olan hastanın kullanım üzerindeki kontrolünü sürdürmesine bağlıdır ve ilacın sonuçları yararlarını geçmeye başladığı zaman bırakmayı seçerler. Diğer yandan, madde bağımlılığı olan hastaların bu kontrolleri bozulmuştur. Yardım almadan düzelmeleri nadirdir.

Madde kullanım bozuklukları, başarı ile tedavi edilebilirler. Kısa müdahaleler ve ayaktan, yatarak veya evde tedavi programları madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili mortalite ve morbiditeyi azaltır. Detoksifikasyon, hasta eğitimi, savunma mekanizmalarının tanımlanması, inkârın üstesinden gelme, tekrarların önlenmesi, 12 basamaklı tedavi programına uyum ve aile hizmetleri madde kötüye kullanım tedavisinin hedefleridir (ÖG B).

A. Resmi işlem. Alkol ve ilaç bağımlılığının geleneksel müdahalesi resmi bir süreçtir, en iyi bu alanda eğitim görmüş bir bağımlılık uzmanı tarafından uygulanır. Bu yaklaşım genellikle etkilidir, ortalama olguların %80'inde pozitif sonuç verir. Etkili olmasına rağmen, geleneksel resmi müdahale modeli genellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları için ideal değildir. Uzman katılımı ve hastanın belirgin ilişkilerinin orkestrasyonunu sağlamak bazen güç olabilmektedir. Ek olarak müdahale başarısız olursa, hekimin hasta ile ilişkisini sürdürmesi imkânsız değilse bile oldukça güçleşebilir.

B. Kısa müdahaleler. Bu oldukça etkili müdahale yaklaşımı, Miller ve Rollnick'in motivasyonel görüşme çalışmalarına ve Prochaska ile DiClementi'nin davranış değişikliği çalışmalarına dayanmaktadır. Madde kullanımı tanısı koymanın kendisi bile bir kısa müdahale olarak görülebilir. Hastaların %70 kadarı tanı konduğu sırada düşünme öncesi veya düşünme evresindedirler. Bu evrelerde görülen direnç, klinisyeni iki yönden birine zorlar. Tanıdan kaçma veya hastayla yüzleşme ve tartışma, genellikle ikisi de faydasız yaklaşımlardır. Tanıyı sunarken kullanılacak bir yaklaşım, hastalarla bağımlılıkları hakkında konuşurken pozitif önerilerde bulunmak için SOAPE yaklaşımını (Tablo 88-8) kullanmaktır.

Tanı ilk konduğunda hasta düşünme öncesi dönemde olsa dahi, kısa müdahalelerin tekrarlayan kullanımı tam bırakma ile sonuçlanmasa da, sonuçta madde kullanımında azalmaya neden olur. Kısa müdahaleler motivasyonel görüşmenin bazı unsurlarını içermelidir. Bu unsurlar arasında empatik, objektif geri bildirim, hasta beklentilerinin karşılanması, ambivalans ile mücadele, engel ve güçlükleri değerlendirme, mevcut tıbbi sonuçlar ışığında geçmiş deneyimleri yeniden yorumlama, bir izlem planı için anlaşma ve umut verme olmalıdır.

C. Detoksifikasyon. Detoksifikasyon, çekilme tedavisi ve herhangi bir tıbbi komplikasyon birinci öncelik olmalıdır. Alkol ve diğer hipnotik sedatifler, aynı nörobiyolojik çekilme sürecini paylaşırlar. Bu sınıf ilaçların kronik kullanımı merkezi sinir sistemi boyunca GABA reseptörlerinde down-regülasyona neden olur (GABA, inhibitör bir transmittir). Hipnotik sedatiflerin ani kesilmesi,

- c. Kendilerine direkt olarak hitap edildiğinde genellikle dinlemiyor görünürler.
 - d. Genellikle açıklamalara uymazlar ve iş ortamında verilen ödevleri, işleri, görevleri bitiremezler (bu açıklamaları anlamadıklarından veya oluşturulan karşı davranış nedeniyle değildir).
 - e. Bir çalışma veya aktiviteyi organize etmekte genellikle zorlanırlar.
 - f. Zihinsel efor gerektiren işleri (okul ödevi, ev ödevi gibi) genellikle sevmezler, geçiştirirler veya isteksizdirler.
 - g. Çalışmalar veya aktiviteler için gerekli olan malzemeleri (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar veya araçlar) genellikle kaybederler.
 - h. Sıklıkla dışarıdan gelen uyarıyla dikkatleri kolayca dağılılabılır.
 - i. Sıklıkla günlük aktivitelerini unuturlar.
2. Hiperaktivite-impulsivite
- a. Sürekli elleri veya ayakları hareket halindedir veya oturdukları yerde sürekli kıpırdanırlar.
 - b. Oturulması gereken durumlarda veya sınıfta sürekli yerlerinden kalkarlar.
 - c. Uygun olmayan durumlarda sürekli etrafta koşutur veya aşırı derecede tırmanır (adolesan veya yetişkinlerde bu huzursuzluk hissiyle sınırlı kalabilir).
 - d. Sessizce oyun oynayamaz veya boş vakitlerini değerlendirecek aktiviteleri sessizce yapamaz.
 - e. Sürekli hareket halindedir veya "motor takılmış" gibidir.
 - f. Genellikle çok fazla konuşurlar.
 - g. Genellikle daha sorunun sorulması tamamlanmadan cevabını verirler.
 - h. Sıklıkla sıralarını beklemede sıkıntı çekerler.
 - i. Genellikle konuşmalara veya aktivitelere izinsiz girerler (örneğin, konuşmaya veya oyuna müdahale eder).
- E. DSM-IV-TR üç değişik alt tiplerini tanımlar: **ağırlıklı olarak dikkatsizliğin bulunduğu tip, ağırlıklı olarak hiperaktivite-impulsivitenin bulunduğu tip veya her ikisinin beraber bulunduğu tip.**
1. DEHB'nin **kombine tipi**, DEHB'li kişilerin %50 ile %75'ine karşılık gelen en sık karşılaşılan üç alt tiplerin tanısını temsil eder. Kombine tipin bulunduğu gençlerde, dikkatsizlik ve hiperaktivite-impulsivite özelliklerinin her ikisi de mevcuttur; tekrarlayan psikiyatrik veya madde kötüye kullanımı bozukluğu bunlarda daha fazla görülür ve diğer alt tipleriyle karşılaştırıldığında hepsinden en ağır seyredenidir. Bu alt tipin bulunduğu çocuklarda, tanı genellikle hiperaktivite ve impulsivite belirtilerinin pik yaptığı 6 ile 7 yaşlarında konur.
 2. **Ağırlıklı olarak dikkatsizliğin yer aldığı alt tipi** ikinci en sık görülen gruptur ve DEHB'li kişilerin %20 ile %30'unu temsil eder. Hiperaktivite ve impulsiviteye bağlı dikkatsizlik belirtileri mevcuttur. Tanı daha sonra, 9 ile 10 yaşlarında dikkatsizlikle ilgili belirtiler tipik olarak daha belirgin hale geldiği zaman konur. Aslında DSM-IV saha çalışmalarında dikkatsizlik tipinin sadece %57'sinin 7 yaşından önce belirtili hale geldiği görülmüştür. Diğer alt tipleriyle karşılaştırıldığında, dikkatsizliğin ağırlıklı olduğu kişilerin daha çok kadınlar olduğu ve birkaç duygusal ve davranışsal problemlerinin bulunduğu görülmüştür. Bununla beraber bunların sadece hiperaktivite/impulsiviteyle seyredenlerden daha somut bir bozukluğa sahip oldukları görülür.
 3. DEHB'nin **hiperaktivite-impulsivite ağırlıklı tipi**, DEHB tanısı alanların %15'inden daha azını oluşturur ve dikkatsizlik olmadan hiperaktivite belirtilerinin bulunduğu kişilerin alt grubunu tanımlar. Bu alt gruptaki çocuklar da genellikle 6 ile 7 yaşında tanı alırlar.
- F. DSM-IV kriterlerinin kısıtlılıkları
1. Kriterlere ait en büyük zorluk, daha çok 7 ile 12 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilmesidir. Kriterlerin daha küçük yaştaki çocuklara, adolesanlara ve yetişkinlere uygulanması, dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivitenin yaşam sürecinde değişiklikler göstermesi nedeniyle sorun yaratabilir.
 2. Tanı koymak için altı belirtinin gerekliliğini destekleyen az kanıt bulunmaktadır. Gelişmeye yönelik hassas kriterlerin okul öncesi tanı için altı belirtiden daha fazlasını, adolesan ve yetişkinde tanı için birkaç belirti (örneğin, dört) gerektireceği yazarlar tarafından önerilmiştir (ÖG C).
 3. Belirtilerin iki veya daha fazla alanda bulunup bulunmadığını saptamak, farklı gözlemcilerin davranış özelliklerini farklı yorumladıkları için genellikle zordur. Örneğin ebeveynlerle öğretmenler arasındaki davranışların değerlendirilmesi için anlaşma uyum katsayısı genellikle <0.50'dir (ÖG A). Ebeveynler arasındaki değerlendirmelerde de katsayının <0.6 veya 0.7 olmasıyla farklılıklar bulunur.
 4. **Tanı koyma yöntemi, fonksiyonel bozukluk derecesini daha az göz önünde bulundurarak ağırlıklı olarak belli bir sayıda belirtileri karşılama yönündedir. Sonuçta uzun süre-**

Klonidin ^{†‡} (Catapres)	Tablet: 0.1, 0.2 ve 0.3 mg	0.05 mg her gün	Her 3-7 günde bir doz başına 0.05 veya 0.1mg artırarak, genellikle yatmadan önce dozyla başlayarak	0.3 mg	Günde 2-4 defa (olmazsa insomniayı azaltmak için yatmadan önce dozunda)	\$
Guafenasin ^{†‡} (Tenex)	Tablet: 1 ve 2 mg	Çocuklar: 0.5 mg günde 1 defa Adolesanlar: 1 mg günde 1 defa	Yarar görülünceye kadar 3 veya 4 günde bir 0.5 ile 1 mg artırarak	4 mg	Günde 1-4 defa	\$
Imipramin ^{†‡} (Tofranil)	Tablet: 10, 25 ve 50 mg	0.5-1 mg/kg/gün	Yarar görülünceye kadar 7-10 günde bir 10, 20 veya 25 mg'lık artışlarla (veya 1 mg/kg/hafta)	200 mg veya 4 mg/kg, hangisi daha düşükse	Günde 2 defa (aşırı sedasyonu önlemek için)	\$
Nortriptilin ^{†‡} (Pamelor)	Kapsül: 10, 25, 50 ve 75 mg Oral solüsyon: 10 mg/5 mL	0.5 mg/kg/gün	Yarar görülünceye kadar 7-10 günde bir 10, 20 veya 25 mg'lık artışlarla (veya 1 mg/kg/hafta)	100 mg veya 2 mg/kg, hangisi daha düşükse	Günde 2 defa	\$
						\$\$

* Jenerik formülasyona verilen jenerik maliyet.

[†] Mevcut jenerik form.

[‡] FDA onayı olmayan endikasyon.

\$, en ucuz; \$\$\$, en pahalı.

6. Kişisel hakların ihlali

Kişisel hakların ihlali yaşlıların konut edinme düzenlemeleri, ekonomik konular ve evlilik, boşanma ve tıbbi tedavi benzeri kişisel tercihler konusunda kendi kararlarını vermelerinin engellenmesini kapsar. Hekimler kişisel hakların ihlaline ilişkin belirtileri, bakım veren kişi-yaşlı etkileşimini izlemek yoluyla gözleyebilirler. Bakım veren kişi muayene esnasında hazır bulunmak konusunda diyeti mu? Bakım veren kişi yaşlının konuşmasını yarıda kesiyor, yaşlının hekimin sorularına yanıt vermesine asla izin vermiyor mu? Bakım veren kişi yaşlıya sağlık hizmeti ile ilgili karar verme hakkını veriyor mu?

7. Maddi ve ekonomik istismar

Maddi veya ekonomik istismar parasal veya maddi varlıkları yasal olmayan şekilde sömürmeyi kastetmektedir. İstismarın bu tipi, yaşlının gelir ve varlıklarının bakım veren kişi tarafından kontrol edilmesini, sözleşme oluştururken baskı yapma veya vasiyette değişiklikler yapmayı ya da vekaletnamelerde daimi yetki elde etmeyi ya da para veya servet hırsızlığı yapmayı kapsar. Spesifik belirtiler; bakım veren kişinin gerekli tıbbi bakımı almak için ödeme yapmayı reddetmesi ya da hastanın ilaç almak için yeterli paralarının bulunmadığından yakınmalarını içerir.

8. Kendini ihmal etme

Kendini ihmal etme, yaşlı bir hastanın kendi sağlığını ya da güvenliğini tehdit edici davranışlarını kastetmektedir. Kendini ihmal etme yaşlı bir hastanın kendisi için yeterli yiyecek, su, giyim, barınma, kişisel hijyen, tıbbi tedavi (gerektiğinde) ve güvenlik önlemlerini temin etmeyi reddetmesi ya da becerememesidir.

Kendini ihmal etmenin belirti ve bulguları şunları kapsar, ancak bunlarla sınırlı değildir: dehidratasyon, malnutrisyon, tedavi edilmeyen ya da uygunsuz tedavi edilen tıbbi durumlar ve düşük kişisel hijyen; riskli veya güvensiz yaşam koşulları/düzenlemeleri (örneğin uygunsuz elektrik şebekesi, kapalı su tesisatının, ısınmanın veya kullanma suyunun yokluğu); sağlıksız veya temiz olmayan yaşam konutları (örneğin hayvan/böcek infestasyonları, dışkı /idrar kontaminasyonu ya da kokusu); uygunsuz ve /veya yetersiz giyim, gerekli tıbbi desteğin yokluğu (örneğin gözlük, işitme cihazı veya diş protezi) ve ağır şekilde yetersiz konut ya da evsizlik.

Kendini ihmal etme; mental olarak yeterli yaşlı bir insanın bilinçli ve istekli olarak kişisel tercihleri doğrultusunda kendi sağlık ve güvenliğini tehdit edici davranışlara kalkışması yoluyla olan herhangi bir olayı kapsamaz.

B. Epidemiyoloji

1. Prevalans ve insidans

NARCEA Birleşik Devletlerde yıllık 1.5-2 milyon arası yaşlı erişkinin fiziksel istismar ve ihmal nedeniyle zarar gördüğünü tahmin etmektedir. Yaşlı istismarı cinsiyet, etnisite veya ırk, sosyoekonomik durum veya dini bağlılıkla ilgisi olmaksızın tüm toplumlarda görülür. Ülkeler arası bildirim gerekliliklerindeki farklılıklar nedeniyle yaşlı istismarının güncel oranlarını belirlemek zordur; fakat çoğu eyalette yaşlı istismarının tanımlanması, incelenmesi ve önlenmesinden sorumlu erişkinleri koruma ve gözetme dernekleri son 10 yılda bildirilen olgularda artış olduğunu göstermektedir. Yaşlılara kötü muameleyi ulusal izleme sisteminin olmaması nedeniyle, prevalans insidans çalışmaları bireysel araştırmalara ve eyalet çapındaki çeşitli çalışmalara dayanmaktadır. Örneklem metodlarının çeşitliliği ve olgu çalışmalarına dayanarak yaşlılara kötü muamele sıklığına yönelik tahminler %2 - %10 arasındadır.

2. Faillerin kimliği ve özgeçmiş

Fiziksel istismar, en çok akut ve kronik sağlık sorunları olan veya kendisine bağımlı bulunan hayat arkadaşına refakat etmek, ekonomik kaynak sağlamak veya servetini korumaktan sorumlu eşler tarafından uygulanır. Erişkin çocuklar ebeveynlerini hem psikolojik olarak hem de ekonomik olarak onlardan faydalanarak istismar ve ihmal edebilir. Bu çocuklar çoğunlukla ekonomik olarak ebeveynlerine bağımlıdır ve ruhsal hastalık veya madde bağımlılığı öyküsü vardır. Pillemer ve Sutor istismarcıların %64'ünün kurbanına ekonomik olarak bağımlı olduğunu ve %55'inin onlara konut ihtiyaçları için bağımlı olduğunu saptamışlardır.

3. İstismar için risk faktörleri

Artan yaşam beklentisi, fonksiyonel veya psikolojik bağımlılık, öğrenilmiş çaresizlik, kötü fiziksel sağlık ve bakım veren kişinin yaşadığı stres ve tükenmişlik istismar için primer risk faktörleridir. Diğer risk faktörleri: yaşamsal koşullar, bakım veren kişinin ruhsal hastalığı olması veya madde bağımlısı olması veya şiddet içeren aile öyküsünün olmasını kapsar. Lachs ve arkadaşları kötü muameleye uğramış yaşlıların biriyle yaşamakta olan ve daha az sosyal bağlantıları olan kişiler olduklarını saptamışlardır. Yaşlılara kötü muamele potansiyel belirteçleri yoksulluk, ırksal özellikler ve bilişsel gerilemedir.

TABLO 94-3. SOMATİZASYON İÇİN ETYOLOJİ TEORİLERİ

1. **Nörobiyolojik.** Dışarıdan gelen duygusal bilgilerin merkezi sinir sisteminde anormal düzenlenmesi, dikkat işlenmesi bozukluğuna neden olmaktadır.
2. **Psikodinamik.** Somatizasyon bir savunma mekanizmasıdır.
3. **Davranışsal.** Somatizasyon çevresel etkenlerin neden olabileceği anormal hastalık davranışından korunmak için öğrenilmiş bir davranıştır.
4. **Sosyokültürel.** Duygu ve hisler ile ilgili "Doğru" yollar, kültürel olarak belirlenir.

TABLO 94-4. KONVERSİYON BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

- A. Nörolojik veya genel tıbbi durumu düşündüren, bir veya daha fazla belirti veya hasar, istemli motor veya duyu fonksiyonunu etkiler.
- B. Psikolojik faktörlerin belirti veya hasar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir, çünkü belirti ve hasar öncesi çatışma veya sıkıntılar vardır.
- C. Belirti veya hasar, istemli olarak veya yapmacık olarak oluşmaz.
- D. Belirti veya hasar, uygun araştırma sonrası nörolojik veya genel tıbbi durum ile izah edilemez ve kültürel olarak onaylanmış bir davranış veya deneyim değildir.
- E. Belirti veya hasar, klinik olarak anlamlı sıkıntı veya sosyal, mesleki veya diğer önemli fonksiyonlarda bozulmaya yol açmaktadır veya tıbbi değerlendirme gerektirmektedir.
- F. Belirti veya hasar, ağrı veya cinsel fonksiyon bozukluğu ile sınırlı değildir, sadece somatizasyon bozukluğu sırasında oluşmaz ve daha iyi başka bir ruhsal bozukluk sorumlu değildir.

TABLO 94-5. HİPOKONDRIAZİS TANI KRİTERLERİ

- A. Korkuları ile olan yakınmaları veya bununla ilgili düşünceleri, kişinin yanlış yorumlamasına dayalı ciddi bir hastalıktır.
- B. Tıbbi tedaviye rağmen kaygılar devam eder.
- C. A maddesi sanırsal bir yoğunluk değildir (sanırsal bozukluk olarak, somatik tip) ve görünümü hakkında sınırlı bir kaygı ile kısıtlı değildir (vücut dismorfik bozukluğu olarak).
- D. Kaygılar klinik olarak anlamlı sıkıntı veya sosyal, mesleki veya diğer işleyişlerde bozulmaya neden olur.
- E. Rahatsızlığın süresi en az 6 aydır.
- F. Kaygılar özel olarak yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, panik bozukluğu, majör depresif olay, ayrılık anksiyetesi veya diğer somatoform bozukluklarda meydana gelmez.

TABLO 94-6. PSİKOJENİK AĞRI BOZUKLUĞU TANI KRİTERLERİ

- A. Bir veya daha fazla anatomik bölgedeki ağrı, klinik göstergenin başlıca odak noktasıdır ve dikkat gerektirecek kadar yeterli klinik önem taşımaktadır.
- B. Ağrı, klinik olarak anlamlı sıkıntı veya sosyal, mesleki veya diğer işleyişlerde bozukluğa neden olmaktadır.
- C. Psikolojik faktörlerin ağrının başlaması, şiddeti, alevlenmesi ya da idamesindeki rolü değerlendirilmektedir.
- D. Ağrı daha iyi bir duygudurum, anksiyete ya da psikotik bozukluğun sorumlusu sayılamaz ve disparoni kriterlerini karşılamamaktadır.

TABLO 94-7. VÜCUT DİSMORFİK BOZUKLUĞU (VDB) TANI KRİTERLERİ

Görünüş ile ilgili yakınmalar. Eğer hafif bir fiziksel anomali varsa, kişinin endişesi belirgin olarak fazladır [Tüm somatoform bozukluklar gibi, kaygılar önemli sıkıntılara ve işleyişteki bozulmalara neden olur; kaygılar başka bir ruhsal bozukluk nedeni olarak açıklanamaz].

- f. **Ailenin gebelik için hazırlanması ve sosyal desteğin zenginleştirilmesi.** Aile içi şiddet, gebelik sırasında başlayabilir veya tırmanabilir. Bu, preeklampsi hariç gebelikteki herhangi başka bir durumdan daha sık görülmektedir.
- g. **Uygun egzersiz.** Geçerli öneriler ve kontrendikasyonlar olmadığında, haftanın her günü olmasa da sıklıkla 30 dakika veya daha uzun egzersiz şeklindedir (ÖG **C**).

III. Prenatal Bakım

A. Gebeliğin ilk tanısı

1. **Belirtiler** menstrasyonların kesilmesi, meme hassasiyeti ve büyümesi, bulantı, yorgunluk ve sık idrar yapmayı kapsar.
2. Uterusun genişlemesi ve serviks ve vajinal mukozanın koyu lividi renk değişikliği (Chadwick bulgusu) gibi **bulgular** mevcuttur.
3. **Yükselmiş β -human koryonik gonadotropin (β -hCG) düzeyleri için idrar testleri**, genellikle olmayan ilk menstrasyon zamanında pozitifdir ve %98 duyarlılık ve %99 özgüllüktedir.

B. İlk prenatal ziyaret doğru bir doğum tarihinin saptanması, risk durumunun değerlendirilmesi ve temel hasta eğitiminin verilmesi için kritik olduğundan 8. gestasyon haftasından önce gerçekleştirilmelidir. Eğer yakın zamanda bir prekonsepsiyonel ziyaret olduysa, bu ziyaret kısa tutulabilir.

1. **Hastanın öyküsü** (Kısım II'ye bakınız). En son kullanılan kontraseptif yöntemin yanı sıra ayırtıcı bir menstrüel öykü de tarihin belirlenmesi için önemlidir. Tahmin edilen doğum tarihi (TDT), tarihlendirme teknikleri kesin olduğunda 20. gestasyon haftasından önce belirlenmelidir. TDT'sini saptamak için son menstrüel periyodun başladığı gün kullanılır. İlk trimesterde yapılan bir ultrason, gestasyonel yaşı ± 4 gün ile doğrulayabilir ve tarih belirleme için rutin kullanımı tartışılmalı olsa da son menstrüel periyoddan (LMP, last menstrual period) daha doğru kabul edilir (ÖG **B**). Ek olarak, LMP'den beri olan hastalıklar, ilaçlar ve maruziyetlere dair bir öykü alınmalıdır. Bu arada hastanın erken gebelikte sık görülen belirtilere dair soruları cevaplanabilir.
2. **Tam fizik muayene.** Fetal kalp seslerinin (genellikle 11 ve 13. haftalar arasında avuç-ıçi doppler ile duyulur) değerlendirilmesini de kapsamalıdır.
3. **Rutin laboratuvar çalışması.** Prekonsepsiyon ziyaretinde (Kısım II.E'ye bakınız) önerilen testlere ek olarak, kan grubu ve Rh tipi, antikor taraması, mikroskopik idrar tahlili ve idrar kültürü önerilmektedir.
4. Gebeliğin erken döneminde **hastanın eğitimi** çok önemlidir. Ele alınması gereken önemli konular aşağıda belirtilmektedir.

a. Yüksek riskli davranışlar

- (1) **Sigara kullanımı** IUGR, prematürite, plasenta previa, plasenta ayrılması ve erken membran rüptürü ile ilişkili bulunmuştur. Ziyetler sırasındaki kısa rehberliğin günlük içilen sigara sayısını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (ÖG **B**). Eğer ilaç dışı tedaviler başarılı olmaz ise, bant veya sakız şeklinde nikotin replasmanı önerilmelidir.
- (2) **Alkol kullanımı** fetal alkol sendromu (kraniyofasiyal anormallikler, ekstremiteler ve kardiyovasküler defektler, büyüme ve mental retardasyon) ve öğrenme güçlüğü ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu gibi diğer çocukluk çağı davranış problemleri ile bağlantılıdır. Gebelik sırasında bilinen bir güvenli alkol tüketim miktarı yoktur.
- (3) **Kokain** spontan abortus, plasental ayrılma, preterm doğum eylemi ve doğum, düşük doğum ağırlığı, neonatal yoksunluk sendromlarında ve santral sinir sistemi hasarında artış ile ilişkilidir. Yasadışı ilaçlardan uzak durmayı desteklemek veya teşvik etmek için, periyodik sorgulama veya random ilaç taraması yapmayı düşününüz.
- (4) **Opiatlar** IUGR, preterm doğum ve artmış intrauterin hipoksemi ve fetal distres oranlarına neden olabilir.
- (5) Günlük olarak 300 mg'dan fazla **kafein** tüketimi (yaklaşık üç fincan kahve), IUGR ve düşük doğum ağırlığı risklerinde artış ile ilişkili bulunmuştur.

b. Beslenme ve kilo alımı.

Konsepsiyon sırasında uygun bir kiloda olan kadınlar için toplam 11.25-13.50 kg kilo alımı önerilmektedir. İdeal vücut ağırlığının < 90 veya > 120 'sinde olan kadınlar, riskleri en aza indirmek için sırasıyla 13.50-15.75 kg veya 6.75-11.25 kg almalıdır. Gestasyonun 20. haftasında < 4.5 kg bir kilo alımı, komplikasyonlarda artma ile ilişkilidir.

- (1) Ortalama bir gebe kadın, yaklaşık olarak 1900-2750 kkal/gün gereksinim duyar (gebe olmayan hastalardan 300 kkal daha fazla). Yeterli kalori alımı için en iyi ipucu maternal kilo alımıdır.

Şüpheli sonuçlar, intermitan geç deselerasyonlar veya anlamlı variabl deselerasyonlar olarak görülür ve 24 saat içinde tekrarlanmalıdır.

3. **Amniyotik sıvı indeksi**, fetal kalp hızı testini tamamlamak için kullanılır. Plasental fonksiyonun dolaylı bir ölçümü olan amniyotik sıvı miktarını tahmin etmede ultrasonografi kullanılır. Uterusun dört kadrantının her birindeki en fazla anteroposterior sıvı derinliği ölçülür. Toplam 5 cm'yi aşmalıdır.
4. **Biyofiziksel profil (BPP)**, NST'yi fetüsün 30 dakikaya kadar ultrasonik gözlemi ve amniyotik sıvı indeksinin ölçümü ile kombine eden kantitatif bir skordur. **Her bir normal sonuç** (fetal soluma hareketleri, gross vücut hareketleri, tonus, amniyotik sıvı indeksi ve NST) için 2 puan ve anormal bir durum için 0 puan verilir. 8-10'luk bir toplam puan güven vericidir, 6 belirsiz ve 4 veya daha düşük puan kaygı vericidir. Belirsiz bir test, eğer termdeyse doğumu harekete geçirmeli veya 12-24 saat sonra test tekrarlanmalıdır. 4 veya daha düşük bir puan gestasyonel yaşa bakılmaksızın doğum için veya ileri incelemeler için bir neden olmalıdır. Modifiye BPP olarak bilinen NST ve amniyotik sıvı değerlendirmesinin kombinasyonu, fetal sağlık durumunu değerlendirmede biyofiziksel profil ile kıyaslanabilir olarak kabul edilir.
- B. **Postterm gebelik**. LMP'nin başlangıcından sonra 42 haftadan daha uzun sürme olarak tanımlanır. Gebeliklerin yaklaşık %3.5-%12'si posttermdir. Uzamış gebelik, 41 haftadan uzun süren gebeliktir. Bir gebeliği yanlış olarak postterm olarak etiketlemeden kaçınmak için doğru tarihlendirme yapılması gereklidir (ÖG A).
 1. Fetal tehlikeye yol açan kronik uteroplasental yetmezlik, postterm gebeliklerin %20 kadarında meydana gelir. Yüksek sezaryen oranlarına katkıda bulunan ek komplikasyonlar oligohidramnios, mekonyum çıkışı ve makrozomiye kapsar.
 2. **Değerlendirme**. Fetal değerlendirme testleri tüm postterm gebeliklerde yapılmalıdır. Perinatal morbidite ve mortalite 41. haftayı geçince artar; dolayısıyla antepartum testlerle gebeliğin izlenmesi yaygın olan uygulamadır (ÖG C).
 3. **Yönetim**. Uluslararası randomize kontrollü klinik çalışmalar, doğum eyleminin gestasyonun 41-42. haftalarında indüksiyonunun bariz bir yararını göstermiştir. Bu gestasyonel yaşta 1000'de 2 olan fetal mortalite oranı neredeyse sıfıra indirilir ve sezaryen oranları azalır. Oksitosin ile elektif indüksiyon, servikal olgunlaşma için prostoglandinlerin kullanımı nispeten güvenli ve etkilidir. Uygun bir serviksi olan kadınlar genellikle indüklenir (ÖG C). Serviksi uygun olmayan kadınlar bekleyerek veya indüksiyon ile yönetilebilir (ÖG A). Eğer fetal tehlike kanıtları veya testlerde oligohidramnios varsa, doğuma teşebbüs edilmelidir (ÖG A). Membranların temizlenmesi (yırılması) diğer indüksiyon yöntemlerine olan ihtiyacı azaltır, fakat hasta için bir miktar rahatsızlığa neden olabilir (ÖG A).
- VI. **Normal Doğum Eylemi ve Doğum**. Doğumun işaretleri müküs tıkanıcının atılması, kanlı görünüm (az miktarda kanla bulanmış mukoid vajinal akıntı), düzenli uterin kontraksiyonlar ve membranların spontan rüptürüdür. Genel popülasyonda, kadınların yaklaşık %90'ı herhangi bir tıbbi müdahale olmaksızın sağlıklı bir doğum yapmaya muktedir olmalıdır. Kadınların büyük çoğunluğu, anne ve bebeğin güvenliğine odaklanan aile merkezli doğum yaptıran ve kadın, partneri ve ailesi için pozitif bir deneyim sağlayan hastanelerde doğum yapar.

KAYNAKLAR

- American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists: *Guidelines for Perinatal Care*. 5th ed. Elk Grove, IL: American Academy of Pediatrics; 2002.
- Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation. ACOG Committee Opinion No. 273. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2002;99:871-873.
- Antepartum Fetal Surveillance. ACOG Practice Bulletin No. 9, October 1999. American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Assessment of Risk Factors for Preterm Birth. ACOG Practice Bulletin No. 31, October 2001. American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 6th ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 2001.
- Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Group B streptococcal disease. *MMWR*. 2002; 51(No. RR-11):1-22.
- Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Cochrane Database of Systematic Reviews (available in the Cochrane Library). www.cochrane.org. Accessed August 19, 2008.
- Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 267. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2002;99:171-173.

TABLO 99-1. CİNSEL FONKSİYON BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİLİ SIK GÖRÜLEN ORGANİK VE PSİKOJENİK FAKTÖRLER**Organik Faktörler****1. Kronik hastalıklar**

- Konjenital hastalık veya anomali
- Endokrin hastalık (örneğin, diabetes mellitus; gonadal fonksiyon bozukluğu; pitüiter, adrenal veya tiroid bozuklukları)
- Nörolojik bozukluklar (örneğin multipl sklerozis, spinal kord yaralanması)
- Vajinal veya pelvik patoloji (örneğin vajinal atrofi, enfeksiyonlar, endometriozis, doğum yapmaya bağlı yaralanma)
- Genital travma
- Kardiyovasküler ve periferik damar hastalıkları
- Cerrahi sonrası komplikasyonlar (örneğin prostatektomi'den, abdominal vasküler cerrahiden, sempatektomiden, jinekolojik işlemlerden sonra)

2. Gebelik (özellikle birinci ve son trimester)**3. Farmakolojik ajanlar**

	Primer Olarak Etkilediği			
	İstek	Uyarılma	Orgazm	Hormonlar
a. Antikolinergikler		+		
b. Antidepresanlar	+	+	+	
c. Antihistaminikler	+	+		
d. Antihipertansifler	+	+	+	+
e. Antipsikotikler	+	+	+	+
f. Anksiyolitikler	+		+	
g. Narkotikler	+	+	+	+
h. Sedatif-hipnotikler	+	+	+	
i. Diğer ilaçlar				
Simetidin	+	+		+
Klofibrat	+	+		
Dijital	+	+		
Etilil estradiol		+		+
Levodopa			+	
Lityum		+		
Ketokonazol	+	+		
Niasin		+		
Noretindron	+	+		+
Fenitoin		+	+	
Primidon	+			
4. Kötüye kullanılan maddeler				
a. Alkol	+	+	+	+
b. Amfetaminler	+	+	+	
c. Kokain		+	+	
d. Eroin	+	+	+	
e. Marihuana	+			
f. MDMA	+	+	+	
g. Metadon	+	+	+	
h. Fensiklidin (PCP)	+		+	
i. Sigara		+		

Psikojenik Faktörler**1. Genel psikojenik faktörler**

- Kişisel sorunlar (örneğin depresyon, anksiyete, özgüven azalması ve intrapsişik çatışma)
- İlişki sorunları (örneğin kötü iletişim, gerçekçi olmayan evlilik beklentileri, çözülmemiş çatışma, güven kaybı, kötü ilişki modelleri, aile sistem sıkıntısı, cinsiyet rol karmaşası ve farklı cinsel değerler)
- Psikoseksüel faktörler (örneğin önceki cinsel başarısızlık, kronik performans tutarsızlığı, cinsellik ile ilgili olumsuz öğrenme ve tutumlar, önceki cinsel travma, cinsel performans anksiyetesi, cinsel kimlik karmaşası ve parafililer)

2. Uzak faktörlere karşılık şu anki faktörler

- Uzak faktörlerin tarihsel kökenleri vardır (örneğin çocuklukta olumsuz cinsel öğrenme, distimik depresyon, önceki ilişki başarısızlıkları)
- Şu anki faktörler cinsel eylem sırasında ortaya çıkar (örneğin: cinsel anksiyete, erotik duyguların inkar edilmesi, etkisiz cinsel davranışlar, arzu ve duyguları ifade etmede başarısızlık)

Cinsel Kararlarda Etkili Olan Faktörler

Beceri ve bilgi eksiklikleri (örneğin yetersiz penil stimülasyon, vajinal lubrikasyon için yetersiz stimülasyon, cinsel ilişki için uygun olmayan pelvik pozisyon)

MDMA, S-metoksi-3,4-metileredioksi amfetamin.

2. Topikal ajanlar

- a. **Nitrogliserin**, penil düz kaslar üzerine lokal etkisi vardır, gevşemeye ve bunu takiben konjesyona neden olur (ÖG ②). Etkili olduğu görüşünü destekleyen kontrollü çalışmaların sayısı az olmakla birlikte hafif vasküler, nörolojik veya mikst uyarılma fonksiyon bozukluğu olan erkeklerde daha invaziv tedavilere başlanmadan önce yararlı olabilir. Erkek, cinsel ilişkiden hemen önce penis gövdesi üzerine 1-2 cm'lik %2'lik krem sürer. Nitrogliserinin partnerlerde mukozal absorpsiyonunu ve istenmeyen sistemik etkilerini önlemek için cinsel ilişki sırasında kondom kullanılır. Cinsel ilişkiden 1-2 saat önce uygulanan transdermal nitrogliserin patch'inde ereksiyonları iyileştirdiği bildirilmiştir.
- b. Glansa uygulanan **topikal %2 minoksidil** solüsyonunun ereksiyonları oluşturduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir. Hatta nitrogliserinden daha etkili olabilir (ÖG ②).
- c. Absorpsiyon kolaylaştırıcı ile kombine edilmiş **topikal alprostadil** pek çok klinik çalışmada ele alınmaktadır.

3. İntrakavernozal enjeksiyonlar

Hastalar, ereksiyonu tetiklemek için 27 kalibrelik iğne ile korpus kavernoza **papaverin**, **PGE₁** veya farklı karışımlar enjekte edebilirler. Bu teknik nörojenik bozukluğu, hafif vasküler sorunları veya kombine nörojenik ve vasküler bozukluğu olan erkeklerde ve ayrıca psikoseksüel tedavinin başarılı olamadığı psikojenik nedenlere sahip seçilmiş erkeklerde oldukça başarılı sonuçlar verir (ÖG ①). Tedaviye düşük doz papaverin veya PGE₁ ile başlanır ve doz yavaş yavaş titre edilir. Amaç 1-2 saat süren yeterli ereksiyonu sağlamaktır. Bunun için gereken doz genellikle 10-80 mg papaverin veya 10-40 g PGE₁'dir.

Bimiks, 25 mg papaverin ile 0.8 mg/mL fentolamin kombinasyonudur. Enjekte edilen miktar 1.0-1.5 mL'dir. **Trimiks**; papaverin, PGE₁ ve fentolamin kombinasyonudur. Enjeksiyon sayısı, haftada üç defa ve ayda 10 defa ile sınırlıdır. Komplikasyonlar; priapizm (%0.33), kavernoöz doku fibrozisi (%2.8), hematoma, kavernoze, ağrı ve kan basıncı değişiklikleridir (genellikle ortostatik hipotansiyon). Dört saatten uzun süren ereksiyonlarda korpora kavernoza dölüe fenilefrin ile irrije edilerek ereksiyon geri döndürülmelidir.

VIP 0.025 mg ile fentolamin 2.0 mg karışımı, araştırma amacı ile kullanılan bir ilaç olup önceden doldurulmuş ve kullanıma hazır otoenjeksiyon şeklindedir ve diğer intrakavernozal tedavilerin başarısız olduğu erkeklerde %70 ve genelde %80 etkinliği sahip olduğu gösterilmiştir (ÖG ③). En sık istenmeyen reaksiyon yüzde geçici flashing (%53)'dir. Priapizm, fibrozis ve ağrı insidansı, diğer enjeksiyon tedavilerindekinden daha az sıklıktadır. İntrakavernozal enjeksiyonlar **ED**'nin yanı sıra **PE** tedavisinde de kullanılabilir. PE olgularında, erkeğin erken boşalmaya rağmen cinsel aktivitesinin devam etmesini sağlar.

4. İntraüretral PGE₁

İntraüretral tedavi için erkek idrar yaptıktan sonra, aplikatör yardımı ile üretrasına PGE₁ ilaçlı pellet yerleştirir. Mukozadan absorbe edildiğinde PGE₁ düz kasları gevşetir ve arterleri dilate eder. Yerleştirmeyi takiben erkek 10 saniye süre ile penisini elle stimüle etmeli ve daha sonra ereksiyonu artırmak için 10 dakika süre ile yürümelidir. Maksimal cevap 20-25 dakikada elde edilir. Pelletler, 125, 250, 500 ve 1000 g dozlar halinde bulunmaktadır. İstenmeyen etkiler; penil ağrı (%32), üretrada yanma (%12), minör üretral kanama (%5), testiküler ağrı (%5), hipotansiyon (%3) ve sersemliktir (%2) (ÖG ①).

5. Kombinasyon tedavisi

Monoterapi başarısız olduğunda kombine tedavi denenebilir ve başarılı olabilir (ÖG ③). Bir çalışmada, monoterapi başarısızlığından sonra intraüretral veya intrakavernozal alprostadil'e sildenafil eklenmiş ve %47-100 başarı oranı bildirilmiştir. Günümüzde kontrollü çalışmalar, sildenafil ile alprostadil, doksazosin ve apomorfine gibi diğer kombinasyonları araştırmaktadır. Örneğin: PDE5 inhibitörü ile veya intrakavernozal veya intraüretral alprostadil ile mekanik pompa veya topikal ajan ile PDE5 inhibitörü gibi kombinasyonlar henüz araştırılmamış olduğu halde başarılı olabilir.

6. Penil protez

En sık şişirilebilir protez implante edilmesi şeklinde kullanılan penil protez, Birleşik Devletlerde en güvenilir cerrahi seçenektir (ÖG ①). Üreticiler günümüzde, hem uzunluğu hem de çevresi büyüyen silindirlere oluşan tek bir skrotal pompası ve abdominal rezervuarı olan güvenilir protezler yapmaktadırlar. Multikomponentli cihazlarda yaşanan mekanik sorunları

- b. İntihar düşüncesi taşıyan hastalara, planlarının boyutu hakkında sorular sorulmalıdır (örneğin sahip oldukları eşyaları dağıtmak, silah satın almak, intihar notu yazmak). Hasta intihar konusunda ciddiye, klinisyenlerin hastayı acilen psikiyatri uzmanlarına yönlendirmeleri ve hastaneye yatırma ihtimalini düşünmeleri gerekmektedir. İntihar düşüncesi taşıyan hastalar da, yerel psikiyatri ve kriz müdahale merkezlerine bildirilmelidir.

2. Şiddet (ÖG ②)

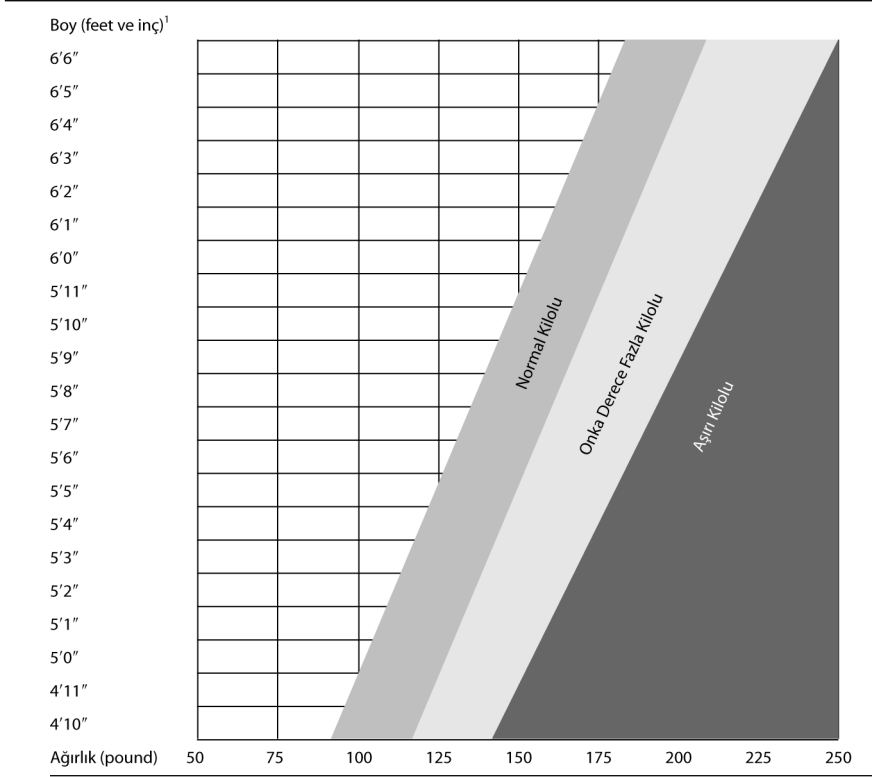
- a. Taciz ve ihmal kurbanlarını tanımak için hem hasta öyküsü (daha önceki şiddet deneyimleri ve evde silah bulundurma ve arkadaşlar ya da toplumla uyumsuzluk gibi geçerli risk faktörleri) hem de fizik muayene (yanık, çürük ve diğer travmatik yaralanmaların muayenesi) yöntemlerine başvurulabilir. Hastalar arasında şiddetten şüphelenen klinisyenler, gelecekte de aynı şeylerin yaşanmasını önlemek için hem kurbanlar hem de suçluları psikiyatri uzmanlarına ve diğer toplum kuruluşlarına yönlendirmelidir.
- b. Belirli fiziksel, davranışsal ve tıbbi işaretler; çocuk ihmal ve tacizinin göstergesidir (Bölüm 91'e bakınız). Hekimler bu tür muhtemel taciz vakalarını, yerel çocuk koruma kuruluşlarına rapor etmelidir. Ayrıca klinisyenlerin kavga, fiziksel şiddet, kronik mağduriyet, silah taşıma, aile içi şiddet öyküsü, akranı ilişkilerinin bozulması gibi adolesan şiddetiyle ilişkili risk göstergelerine karşı dikkatli olması gerekmektedir.

F. Kasıtsız Yaralanmalar

1. Motorlu araçlarla ilgili yaralanmalar (ÖG ②) Tüm hastalarınızı, yasalara göre belirlenen yolcu kurallarına (örneğin emniyet kemeri ve çocuk güvenlik koltuğu) uymaları ve (düşmelerde yüksek kafa yaralanması riski nedeniyle) motosiklet ve bisiklet binerken ve paten ve buz pateni kullanırken kask takmaları konusunda uyarmalısınız.
2. Alkol veya diğer psikoaktif ilaçların etkisi altındayken araç kullanmaktan sakının.
3. Adolesanlar ve genç yetişkinler, alkol ve uyuşturucu bağımlıları ve güvenli sürüşü etkileyebilecek belirli tıbbi durumları olan hastalar gibi motorlu araç yaralanması riski yüksek olan gruplara bilgilendirmelerde bulunun ve tavsiyeler verin. Bu kişilerin, sosyal aktiviteler için ulaşım alternatifleri bulmaya teşvik edilmesi gerekir.
4. Bebekler için araç koltuğu (ÖG ②) (Kılavuz önerileri için; Amerikan Pediatri Akademisi, www.aap.org/family/carseatguide.htm) Hastanıza daima, çocukları için araç koltuğu kullanıp kullanmadığını sorun.
- a. Hava yastığı olan bir araçta, asla yönü arkaya çevrilmiş bir araç koltuğunu ön koltuğa koymayın.
- b. 13 yaşından küçük tüm çocukların arka koltukta oturması çok daha güvenlidir.
- c. Tüm bebekler, 1 yaşına ve en az 10 kg ağırlığa ulaşana kadar araç koltuğunun yönü arkaya bakacak şekilde oturtulmalıdır. Bundan sonra araç koltuğunun yönü öne çevrilir.
- d. Çocuğun boyu 1.45 m ve yaşı 8-12 olana kadar, yönü öne bakan bir araç koltuğu veya yükseltici kullanılmaya devam edilmelidir.

G. Çevre ve Ev İçerisi Yaralanmalar (ÖG ②); yaralanmaları kontrol etmenin en etkili yolu pasif müdahaleler (örneğin; zehirlenmeyi önlemek için çocuk kilidi olan şişeler) olsa da, klinisyenler, çevresel yaralanmalar ve ev kazaları (örneğin düşme, suda boğulma, yangın, zehirlenme, boğulma ve yanlışlıkla silahın ateşlenmesi) riskini azaltmada yardımcı olabilir.

1. Evinize yangın dedektörü takın, her ay kontrol edin ve her yıl pillerini değiştirin.
2. Su ısıtıcılarının sıcaklık ayarını düşürün (48.4°C-120°F).
3. **Çocukları olan hastalarınıza;** tüm ilaçlar, zehirli maddeler, kibrit ve ateşli silahları çocukların erişemeyeceği yerlerde saklamalarını ve acil durumlarda ihtiyaç duyulacak telefon numaralarını (örneğin polis, itfaiye, Zehir Danışma Merkezi, vb) telefonun hemen yanında bulundurmalarını tavsiye edin.
4. **Havuzlu evi olan hastalar,** havuz ve spalarının etrafını otomatik olarak kilitlenen ve kapanan kapıları olan çitler ile çevirmelidir.
5. Yangın çıkışı olarak tasarlanmamış olan tüm pencerelere parmaklık takılmasını **önerin**.
6. Bisikletçiler ve çocukları bisiklet/skooter kullanan hastalar, kask ve koruyucu ekipman kullanımının önemli hakkında bilgilendirilmelidir.
7. **Yaşlı hastalar** arasında düşme vakalarını önlemek için, ev ortamlarında bazı değişiklikler (örneğin halıları sabitlemek, mobilyaların koridorları/geçiş yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi) yapmaları; mutfak eşyalarını, yukarıya uzanmaya gerek kalmayacak şekilde daha alçak yerlere koymaları; görme keskinliğini düzenli olarak test ettirmelerini; düşme riskini artıracak ilaçların kullanımını yakından takip etmelerini önerin. Yaşlı hastalar kuvvet, esneklik ve hareketliliklerini korumalarını sağlayacak uygun fiziksel aktiviteler konusunda tavsiye almalıdır. Mobiliteyi etkileyen hastalıkları olanlar, düşmeleri önleyecek önlemler konusunda özel danışmanlık almalıdır.

TABLO 102-2. ERIŞKİN ERKEK VE KADINLAR İÇİN AĞIRLIK ÇİZELGELERİ

Boy [4' (feet) 10" (inches)=147 cm]

Ağırlık (50 pounds) = 22.68 kg

*Taratı alan kesin sınırlar konusunda bir uzlaşma olmadığı ve hastalık riskinin kilo fazlalığının derecesi ile değiştiğini göstermektedir.

Not: Bu çizelgeyi kullanmak için grafiğin sol tarafında boyunuzu (*ayakkabılar olmadan*) bulunuz. Boyunuza karşılık gelen çizgiyi ağırlığınıza (*elbiseler olmadan*) karşılık gelene kadar takip edin. İki çizginin kesişimi kilonuzun normal mi yoksa fazla mı olduğunu gösteren alanlardan birinin içerisine düşecektir. Fazla kilolar genelde kas ve kemik kütlesi fazla olan erkeklerdir. [ABD Tarım Bakanlığı (US Department of Agriculture), ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı'ndan (US Department of Health and Human Services) alınmıştır. *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans* (Beslenme ve Gençlik Sağlığı: Amerikalılar İçin Beslenme Rehberi). US Government Printing Office; 1995. *Home and Garden Bulletin* 232.]

C. Bel/kalça ölçümü. ABD Tarım Bakanlığı ve ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı gibi bazı otoriteler erişkinlerde bel ve kalça çevresinin ölçülmesini ve bel/kalça oranının (WHR, waist/hip ratio) hesaplanmasını önermektedir. Bazı araştırmalara göre bu uygulamanın negatif sağlık sonuçları açısından tahmin ettirme değeri boy/ağırlık veya VKİ değerlerine göre daha doğru olabilir. WHR için üst sınırlar genelde kadınlar için 0.8 erkekler için ise 1.0 olarak verilmektedir. Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI)'ne göre erkekler için karın çevresinin 102 cm, kadınlar için >88 cm olması abdominal obezite anlamına gelir ve kardiyovasküler hastalık riski oluşturur.

D. Kan basıncı

1. Çocuklar ve adolesanlar. AAP ve NHLBI, 3 yaşından itibaren tüm çocuklarda kan basıncı ölçülmesini önermektedir. Çocuklar için 95. persentilin üzerindeki değerler yüksek kabul edilir (Tablo 102-3). 2003'te USPSTF, çocuk ve adolesanlarda rutin tarama yapmada lehte veya aleyhte öneride bulunmak için kanıtların yetersiz olduğu kararına varmış ve rutin kan ba-

TABLO 103-2. KADINLARDA FRAMİNGHAM PUANLARI*†

Yaş	Puan
20-34	-7
35-39	-3
40-44	0
45-49	3
50-54	6
55-59	8
60-64	10
65-69	12
70-74	14
75-79	16

Total kolesterol (mmol/L)	20-39 Yaş	40-49 Yaş	50-59 Yaş	60-69 Yaş	70-79 Yaş
<160 (3.4)	0	0	0	0	0
160-199 (3.4-5.15)	4	3	2	1	1
200-239 (5.17-6.18)	8	6	4	2	1
240-279 (6.2-7.21)	11	8	5	3	2
≥280	13	10	7	4	2

	20-39 Yaş	40-49 Yaş	50-59 Yaş	60-69 Yaş	70-79 Yaş
Sigara içmeyen	0	0	0	0	0
Sigara içen	9	7	4	2	1

HDL kolesterol mg/dL (mmol/L)	Puan
≥60 (1.55)	-1
50-59 (1.29-1.53)	0
40-49 (1.03-1.27)	1
< 40 (1.03)	2

Sistolik kan basıncı (mmHg)	Tedavi edilmeyen	Tedavi edilen
< 120	0	0
120-129	1	3
130-139	2	4
140-159	3	5
≥160	4	6

Toplam puan	10 yıllık risk (%)	Toplam puan	10 yıllık risk (%)
< 9	< 1	18	6
9	1	19	8
10	1	20	11
11	1	21	14
12	1	22	17
13	2	23	22
14	2	24	27
15	3	≥25	≥30
16	4		
17	5		

*Toplam puanlar her bir kategoride ve 10 yıllık risk ise en alt satırda belirlenmiştir.

†Buradaki koroner kalp hastalıklarının gelişimindeki risk tahminleri bütün önemli kardiyovasküler risk faktörlerini kapsamamaktadır. Dahil edilmeyen risk faktörleri, koroner kalp hastalığının eşdeğeri olarak görülen diabetes mellitus, alkol alımı ve serum C-reaktif protein konsantrasyonudur.

HDL, yüksek dansiteli lipoprotein.

(Yetişkin Tedavi Paneli III'ten alınmıştır. <http://www.Nhlbi.nih.gov/>.)

Hib (<i>Haemophilus influenzae</i> , tip B)	5 yaş altı tüm seyahat edenler ve daha önce aşılanmamış asplenik seyahat edenler	5 yaş üstü splenektomili kişilerde tek doz. Bebekler için hızlandırılmış program mevcut (Bölüm 101'e bakınız)	Veri yok	
Influenza *† (2 hafta)	Tüm seyahat edenler	Yıllık	Yumurta alerjisi	Tropikal bölgelerde influenza uzun süreli bir hastalıktır ve pik insidansı bir yarım kürede diğerinin tersidir. Aşıların kuzey yarım kürede ve güney yarım kürede aynı olması gerekmez, bu nedenle tek aşı ile aşılama karşı yarım kürede gerekli immüniteyi sağlayamaz. Yarım küreler arası seyahat edenler bu mevsimsel değişiklikleri dikkate almalı ve kendi varış noktalarını göz önünde bulundurarak aşılanmalıdır. Birbirine yakın ve dar alanlarda (örnek, gemi seyahatleri ve uluslararası kongreler) çok uluslu grupların (belki de karşı yarım kürelerden) içinde bulunmaları da aşılamayı dikkate almalıdır. Eğer influenza aşısı mevcut değil ise, yerine amantadin, zanamivir veya oseltamivir gibi profilaktik ilaçlar reçete edilebilir.

(devam ediyor)

TABLO 104-5. HAREKET HASTALIĞI PROFİLAKSİSİ

İlaçlar	Dozlar	Yan Etkiler	Ek Açıklamalar
Skopolamin hidrobromid	1.5 mg transdermal bant, kulak arkasına 3 günde bir 0.4 mg tablet ağızdan, 8 saatte bir 1-2 tablet	Ağız kuruluğu (%66) uyku hali (%33)	Kısa geziler için tabletler daha uygundur. Bantların maliyetleri tabletlerden 10 kat fazladır. Bantlar yapıştırıldıktan 6-8 saat sonra etkili olur. Ağızdan alınan formların etkileri 1-2 saat içinde başlar. Efedrin, D-amfetamin ve metilfenidat gibi semptomimetiklerle birlikte kullanımı etkinliğini artırıp, uyku halini de azaltabilir.
Prometazin 12.5, 25 mg tabletler, 12.5 mg/5 cc şurup	25 mg ağızdan 6-18 saatte bir; çocuklar için 1 mg/kg/doz	Skopolaminle karşılaştırıldığında daha az ağız kuruluğu ve daha çok uyku hali	Klasik doz aralığı 12 saattir.
Dimenhidrinat	50-100 mg ağızdan, 6-8 saatte bir (12 yaş ve üstü); 25-50 mg ağızdan, 6-8 saatte bir (6-12 yaş); 12.5-25 mg, ağızdan 6-8 saatte bir (2-6 yaş)		Reçetesiz alınabilen en etkili ilaçtır Çiğneme tableti formu mevcuttur.
Siklizin	50 mg, ağızdan, 4-6 saatte bir	Diğer antihistaminiklerle karşılaştırıldığında daha az sedasyon	
Meklizin 12.5, 25, 50 mg tabletler	25-50 mg, ağızdan, günlük (12 yaş ve üstü)		Hamilelik kategorisi B'dir. Çiğneme tableti formu mevcuttur.

yetmezlik virüsü (HIV) ve hepatit B enfeksiyon oranları bazı ülkelerde, özellikle de hayat kadınları arasında çok yüksektir. Keyif verici şeylerden kaçınma şiddetli bir şekilde önerilmelidir. Bu durumlardan kaçınmada isteksiz olanlar için, sürekli ve doğru kullanılan lateks kondomlar bir miktar koruma sağlayabilir (ÖG A). Bu kişiler için seyahat öncesi hepatit B aşılması ve seyahat sonrası CYBH'yi gösteren tetkiklerin yapılması önerilmelidir.

III. Ayrıcalıklı yolcular

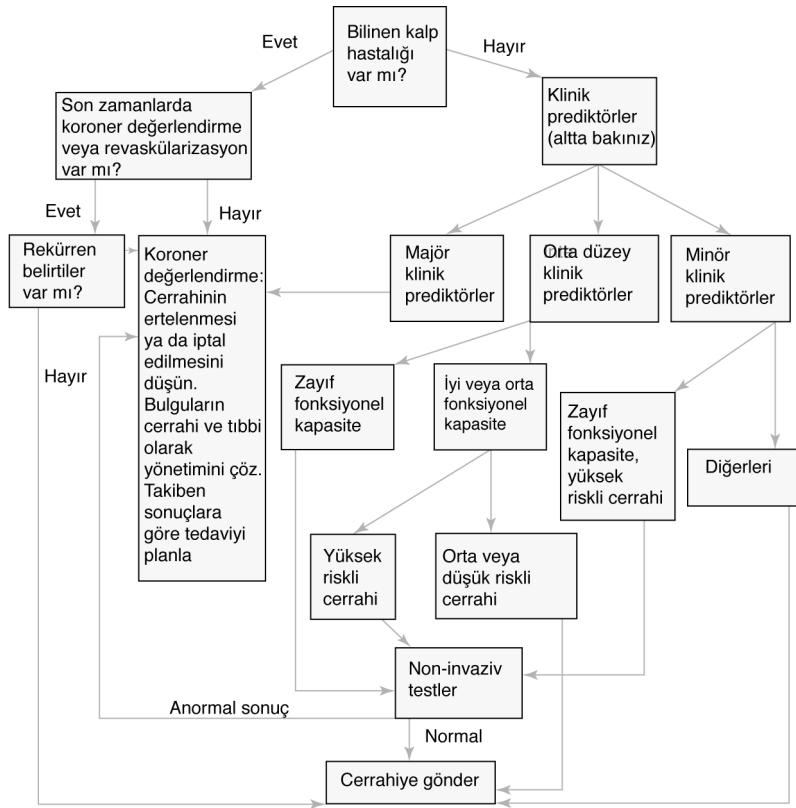
A. Hamile yolcular

1. **Hava yolculuğu.** Birçok kadın üçüncü trimesterdayken iyi bir seyahat geçirebilirler. Ticari hava yolculuğu genellikle, hamile kişiler ve onların fetüsleri için kayda değer bir risk oluşturmaz (ÖG B). 5000'den 8000 ft (1500-2500 m)'ye kadar olan yüksekliklerdeki standart kabin içi mevcut Pao₂ fetal oksijenizasyon üzerinde etkisi varsa bile, fetal hemoglobin disosiyasyon eğrisinin olumlu etkisi nedeniyle oldukça az miktardadır. Hamilelik tromboembolizm riskinde artmaya neden olur, bu nedenle bu hamile yolcular uçuş koşulları ve türbülans el verdiği sürece seyahat ederken sık sık yürümeleri önerilmelidir. Her havayolu hamile yolculara ilişkin politikalar belirler. Amerikan iç hatlarında ve Avrupa içi seyahatlerde, komplikasyonsuz hami-

TABLO 104-6. JET-LAG BELİRTİLERİNİ AZALTMAK İÇİN STRATEJİLER

Seyahat İstikameti	Seyahat Öncesi Yatma Zamanı Ayarlamaları	Uçuş Boyunca Uyanıklık	Varış Yerinde Parlak Işığa Maruz Kalma	Varış Yerinde Zinde Kalma Egzersizleri
Doğu	Kalkıştan önceki üç gece için her gece yatağa 1 saat erken gidiniz	Uçakta uyumaya çalışın. Kafeinli içeceklerden kaçının.	Sabah erken saatlerde gün ışığı parlak-ilk birkaç gün için güneş gözlüğü ile önlem alınmalı	Kuşluk vakti egzersiz
Batı	Kalkıştan önceki üç gece için her gece yatağa 1 saat geç gidiniz.	Uçuş sonrasında uyanık kalmaya çalışın. Kafeinli içecekler içiniz.	Öğleden sonra gün ışığı parlak-ilk birkaç gün için güneş gözlüğü ile önlem alınmalı.	Öğleden sonra egzersiz.

- (4) Egzersizi sınırlayan bazı kardiyak olmayan faktörlerin olduğu hastalarda fonksiyonel kapasite değerlendirilemez. Örneğin, osteoartrit nedeniyle hareketliliği kısıtlanmış olan bir hasta koşamazken koroner damarlanması sağlıklı olabilir. Fonksiyonel kapasite tam bilinmiyor ise, dikkatli davranmaktan yana olmak tavsiye edilir.
- d. Bazı cerrahi işlemler artmış perioperatif miyokardiyal infarktüs riski ile ilişkilidir (Tablo 105-2). Bu nedenle yüksek riskli bir cerrahiye girecek olan bir hasta için klinisyenin kardiyak değerlendirme yapma eşiği daha düşük olmalıdır.
2. ACC/AHA kılavuzunun bir özeti Şekil 105-2'de gösterilmiştir. AHA algoritmasına göre başlangıç değerlendirmesi hastaları aşağıdaki gruplara bölmek gerekir (ÖG ②):



Majör Klinik Prediktörler	Orta Düzey Klinik Prediktörler	Minör Klinik Prediktörler
Unstabil koroner sendromlar Dekompanse KKY Belirgin aritmiler Şiddetli kapak hastalığı	Hafif anjina pectoris Eski Miyokard infarktüsü Kompanse KKY Diabetes mellitus Böbrek yetmezliği	İleri yaş Anormal EKG Sinüs dışında bir ritim Düşük fonksiyonel kapasite İnme öyküsü Kontrol dışı hipertansiyon

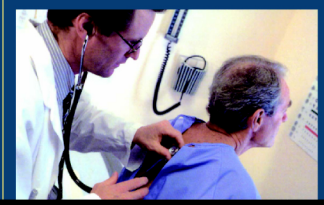
ŞEKİL 105-2. Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği preoperatif kardiyak değerlendirme kılavuzları (özet). KKY, Konjestif kalp yetmezliği.

KAYNAKLAR

- Eagle KA, Berger PB, Calkins H, et al. *ACC/AHA Guideline Update on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery)*. Bethesda, MD: American College of Cardiology Foundation; 2002. Available at <http://www.acc.org/clinical/guidelines/peri/dirIndex.htm>.
- Fleisher LA, Beckman JA, Brown KA, et al. ACC/AHA 2006 Guideline update on perioperative cardiovascular evaluation on noncardiac surgery: focused update on perioperative beta-blocker therapy. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. *J Am Coll Cardiol*. 2006;47:2343-2355.
- Flood C, Fleisher LA. Preparation of the cardiac patient for noncardiac surgery. *Am Fam Physician*. 2007;75:656-665.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Preoperative Evaluation*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2006.
- Kapoor AS. Strength of evidence for perioperative use of statins to reduce cardiovascular risk: systematic review of controlled studies. *BMJ*. 2006;333:1149.
- Lawrence VA, Cornell JE, Smetana GW, et al. Strategies to reduce postoperative pulmonary complications after noncardiothoracic surgery: Systematic review of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2006;144:596-608.
- Smiley DD, Umpierrez GE. Perioperative glucose control in the diabetic or nondiabetic patient. *Southern Med J*. 2006;99:580-589.



BEŞİNCİ BASKI



AİLE HEKİMLİĞİ

Ayaktan Tedavi ve Korunma

Mark B. Mengel, MD, MPH • L. Peter Schwiebert, MD

Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan • Prof. Dr. Kenan Sağlam

AYAKTAN TEDAVİ VE AİLE HEKİMLİĞİ PRATİĞİNE YÖNELİK EN UYGUN VE KULLANIMI KOLAY KLİNİK EL KİTABI

Aile Hekimliği: Ayaktan Tedavi ve Korunma sık görülen birinci basamak problemlerinin tanı ve tedavisine yönelik rehberlerin geldiği son noktadır. Kitap ayaktan tedaviyi kapsamlı şekilde içerir ve hasta bakımı akışına göre düzenlenmiştir. Belirti ve bulgulara yönelik anlayış ile başlar ve uzman hastalık yönetimi önerileri ile devam eder.

Bilgi, hızlıca muhtemel tanıları formüle etmeyi, etkin tanınal çalışma ortaya koymayı ve tedavi vermeyi sağlayacak şekilde sunulmuştur. Klinik karar verme prensipleri ve etkili kanıta dayalı tedavi stratejileri içermektedir.

ÖZELLİKLERİ

YENİ! Kanıt Derecelendirme Sistemi her bölümde yapılan tedavi önerileri için dereceli kanıtlar sunar.

YENİ! Bolca kullanılmış tamamı renkli resimler

YENİ! Daha fazla sayıda tanınmış uluslararası yazar.

Her majör belirti, bulgu ve ayaktan sağlık hizmeti yakınmalarını eksiksiz ama özlü şekilde barındıran içerik.

Anahtar noktaları içeren bölüm başı özetleri.

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



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com

