



Robert E. Rakel
David P. Rakel

AİLE HEKİMLİĞİ

DOKUZUNCU BASKI

Çeviri Editörü
Prof. Dr. Esra Saatçı



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

Aile
Hekimliği

Aile Hekimliği

DOKUZUNCU BASKI

Robert E. Rakel, MD

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

David P. Rakel, MD

Associate Professor
Department of Family Medicine
University of Wisconsin School of Medicine and Public Health
Madison, Wisconsin

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Esra SAATÇI

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Çeviri Editörü Yardımcıları

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu

Prof. Dr. Serdar Öztora

Prof. Dr. Müge Alvur

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Gülsen Ceyhun Peker

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Selda Tekiner



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

© 2019 Elsevier Limited
Aile Hekimliği 9. Baskı
978-975-277-740-8

Robert E. Rakel, MD, David P. Rakel, MD tarafından hazırlanan "Textbook of Family Medicine 9th" kitabının bu Türkçe yayını, Elsevier Limited tarafından üstlenilmiş ve Elsevier Inc. ile anlaşmalı olarak yayınlanmıştır.

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

TEXTBOOK OF FAMILY MEDICINE NINTH EDITION
Copyright © 2016 by Elsevier, Inc. All rights reserved.
ISBN: 978-0-323-23990-5



Previous editions copyrighted © 2011, 2007, 2002, 1995, 1990, 1984, 1978, 1973
by Saunders, an imprint of Elsevier, Inc.

This translated edition of the Textbook of Family Medicine 9th by Robert E. Rakel, MD, David P. Rakel, MD is undertaken by Elsevier Limited and is published by arrangement with Elsevier Inc.

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

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Dizgi-Düzenleme: Ümit Saçı

Kapak Uyarlama: İhsan Ağın

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

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

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

Sertifika No: 13987

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

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

İSTANBUL

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

KADIKÖY

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

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



www.guneskitabevi.com
www.mea.elsevierhealth.com

Bu kitabın mimarı ve baş editörü olmasına rağmen, yardımcı editör olarak ben, babam, akıl hocam ve arkadaşım olan Robert Rakel'e şükranlarımı ithaf etmek istiyorum. Bu kitaba 1971 yılında, birey ve aile konusunda nasıl uzman olunacağı konusunda genel bir kılavuza ihtiyaç duyulduğunu anladığı zaman başladı. Şimdi kitabın 9. baskısında, onun mirası bu sayfalarda, yazdığı ve edit ettiği 50'den fazla metinde devam ediyor. Bilim gelişti ama görev aynı kaldı, bu görev; hizmet verme ayrıcalığına sahip olduğumuz hastaların ve toplumların sağlıklı olmalarına yardımcı olmak. Babamın hekim/klinisyen, eğitici ve baba olarak sahip olduğu sanatsal yeteneğinden faydalanma fırsatı bulduğum için müteşekkirim. Bizler, bu işi beraber yapabilme fırsatı bulduğumuz için gerçekten şanslı kişileriz.

David P. Rakel

Yazarlar

Syed M. Ahmed, MD, MPH, DrPH

Senior Associate Dean for Community Engagement,
Professor, Family & Community Medicine, Medical
College of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin
Psychosocial Influences on Health

Erin Allen, MD

Assistant Professor, Department of Pediatrics, Baylor
College of Medicine, Houston, Texas
Care of the Newborn

Heather Bartsch, MD

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

J. Mark Beard, MD

Associate Professor and Residency Program Director,
Department of Family Medicine, University of
Washington, Seattle, Washington
Common Office Procedures

Wendy S. Biggs, MD

Residency Program Director, Department of Family
Medicine, University of Kansas, Kansas City,
Kansas
Human Sexuality

Christopher F. Blanner, MD

Family Physician, Mercy Clinic Family Medicine, O'Fallon,
Missouri
Contraception

Elizabeth Boham, MD, RD

Physician, The UltraWellness Center, Lenox,
Massachusetts; Faculty, Institute of Functional
Medicine, Federal Way, Washington
Obesity

Robert D. Brook, MD

Professor of Medicine, Division of Cardiovascular
Medicine, University of Michigan, Ann Arbor,
Michigan
Cardiovascular Disease

Charles S. Bryan, MD

Heyward Gibbes Distinguished Professor of Internal
Medicine Emeritus, The University of South Carolina,
Columbia, South Carolina
Infectious Diseases

J. Brian Byrd, MD

Clinical Lecturer of Internal Medicine, Division of
Cardiovascular Medicine, University of Michigan,
Ann Arbor, Michigan
Cardiovascular Disease

Kara Cadwallader, MD

Associate Clinical Professor of Family Medicine,
Department of Family Medicine, Family Medicine
Residency of Idaho, Boise, Idaho; Senior Medical
Director, Family Planning, Planned Parenthood of
the Great Northwest, Seattle, Washington
Gynecology

Doug Campos-Outcalt, MD, MPA

Chair, Department of Family, Community, and Preventive
Medicine, University of Arizona College of Medicine,
Phoenix, Arizona
Preventive Health Care

William E. Carroll, MD

Medical Director, Grant Medical Center Neurology
and OhioHealth Stroke Network, Adjunct Assistant
Professor of Neurology, Wexner Medical Center,
The Ohio State University, Columbus, Ohio
Neurology

Chuck Carter, MD

Residency Director, Palmetto Health Family Medicine
Residency; Associate Professor, Family and Preventive
Medicine, University of South Carolina School of
Medicine, Columbia, South Carolina
Urinary Tract Infections

Sulabha Chaganaboyana, MBBS

Family Medicine Resident, University of Kansas Medical
Center, Kansas City, Kansas
Human Sexuality

Frederick Chen, MD, MPH

Chief of Family Medicine, Harborview Medical Center;
Associate Professor, Department of Family Medicine,
University of Washington, Seattle, Washington
Clinical Genomics

Carol L. Chervenak, MD

Medical Director, ABC House; Child Abuse Intervention
Center serving Benton and Linn Counties, Albany,
Oregon
Child Abuse

Isabelle Chughtai-Harvey, MD

Clinical Assistant Professor, Weill Cornell Medical College;
Family Medicine Residency Program, Department of
Family Medicine, Houston Methodist Hospital, Houston,
Texas
Hematology

Emily Collins, MD

Staff Psychiatrist, Atlanta VA Medical Center, Atlanta,
Georgia
Crisis Intervention, Trauma, and Disasters

Douglas Comeau, DO

Medical Director, Sports Medicine, Ryan Center for Sports
Medicine at Boston University, Boston Medical Center,
Boston, Massachusetts
Rheumatology and Musculoskeletal Problems

Joseph Connelly, MD

Residency Director, Department of Family Medicine,
Stamford Hospital/Columbia University, Stamford,
Connecticut
*Patients with Personality Disorders; Difficult
Encounters*

Deanna Corey, MD

Primary Care Sports Medicine, Department of Family
Medicine, Boston University School of Medicine, Boston
Medical Center, East Boston Neighborhood Health
Center, Boston, Massachusetts
Rheumatology and Musculoskeletal Problems

Earl R. Crouch, Jr., MD

Associate Professor of Pediatrics, Department of
Ophthalmology, Eastern Virginia Medical School,
Norfolk, Virginia
Ophthalmology

Eric R. Crouch, MD

Associate Professor of Ophthalmology, Assistant Professor
of Pediatrics, Eastern Virginia Medical School, Norfolk,
Virginia
Ophthalmology

Ruth DeBusk, PhD, RD

Clinical Dietitian and Geneticist, Family Medicine
Residency Program, Tallahassee Memorial HealthCare,
Tallahassee, Florida; Faculty, Institute for Functional
Medicine, Federal Way, Washington
Obesity

Philip M. Diller, MD, PhD

Fred Lazarus Jr Professor and Chair, Department of Family
and Community Medicine, University of Cincinnati
College of Medicine, Cincinnati, Ohio
Clinical Problem Solving

Rina Eisenstein, MD

Assistant Professor of Medicine, Division of General
Medicine and Geriatrics, Emory University School of
Medicine, Atlanta Veterans Affairs Medical Center,
Bronze Geriatric Clinic, Atlanta, Georgia
Delirium and Dementia

Robert Ellis, MD

Associate Professor, University of Cincinnati, Department
of Family and Community Medicine, Cincinnati, Ohio
Clinical Problem Solving

Karen Farst, MD, MPH

Associate Professor, Pediatrics, University of Arkansas for
Medical Sciences, Little Rock, Arkansas
Child Abuse

W. Gregory Feero, MD, PhD

Residency, Maine Dartmouth Family Medicine Residency,
Augusta, Maine
Clinical Genomics

Robert E. Feinstein, MD

Professor of Psychiatry, Vice Chairman for Clinical
Education Quality & Safety, Department of Psychiatry,
Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado
*Crisis Intervention, Trauma and Disasters; Patients
with Personality Disorders; Difficult Encounters*

Blair Foreman, MD

Cardiovascular Medicine, P.C., Genesis Heart Institute,
Davenport, Iowa
Cardiovascular Disease

Luke W. Fortney, MD

Family Medicine, Meriter Medical Group, Madison,
Wisconsin
Care of the Self

Thomas R. Grant, Jr., MD

Professor, Clinical Community and Family Medicine,
Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia
Ophthalmology

Mary P. Guerrero, MD

Professor of Family Medicine & Director of Integrative
Medicine, Department of Family Medicine, University
of Connecticut School of Medicine, Farmington,
Connecticut
Integrative Medicine

Steven Hale, MD

Senior Physician, Orange County Health Department,
Florida Department of Health-Orange, Orlando, Florida
Alcohol Use Disorders

Kimberly G. Harmon, MD

Professor, Departments of Family Medicine and
Orthopaedics and Sports Medicine, Team Physician,
University of Washington, Seattle, Washington
Sports Medicine

Diane M. Harper, MD

Rowntree Professor and Chair of Family and Geriatric Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Department of Bioengineering, Speed School of Engineering, Departments of Epidemiology and Population Health and Health Promotion and Behavioral Health, School of Public Health and Information Sciences, University of Louisville, Louisville, Kentucky
Contraception

Joel J. Heidelbaugh, MD

Clinical Professor, Departments of Family Medicine and Urology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan
Gastroenterology

Vivian Hernandez-Trujillo, MD

Director, Division of Allergy and Immunology, Miami Children's Hospital, Miami, Florida
Allergy

Arthur H. Herold, MD

Associate Professor of Family Medicine, Department of Family Medicine, College of Medicine, University of South Florida, Tampa, Florida
Interpreting Laboratory Tests

Paul J. Hershberger, PhD

Professor, Department of Family Medicine, Wright State University Boonshoft School of Medicine, Dayton, Ohio
Psychosocial Influences on Health

N. Wilson Holland, MD

Associate Professor of Medicine, Division of General Medicine and Geriatrics, Emory University School of Medicine, Acting Designated Education Officer, Atlanta Veterans Affairs Medical Center, Atlanta, Georgia
Delirium and Dementia

Thomas Houston, MD

McConnell Heart Health Center, Columbus, Ohio
Nicotine

Mark R. Hutchinson MD

Professor of Orthopaedics and Sports Medicine, Adjunct Professor of Orthopaedics and Sports Medicine in Family Medicine, Head Team Physician, University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois
Common Issues in Orthopedics

Wayne Boice Jonas, MD

President & CEO, Samueli Institute, Alexandria, Virginia
The Patient-Centered Medical Home

Scott Kelley, MD

Clinical Lecturer, Department of Family Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan
Gastroenterology

Sanford R. Kimmel, MD

Professor and Vice Chair, Family Medicine, University of Toledo College of Medicine and Life Sciences, Toledo, Ohio
Growth and Development

Alicia Kowalchuk, DO

Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine; Medical Director, InSight Program, Harris Health System; Medical Director, CARE Clinic, Santa Maria Hostel; Medical Director, Sobering Center, Houston Recovery Center, Houston, Texas
Substance Use Disorders

Jennifer Krejci-Manwaring MD

Assistant Professor, Department of Dermatology, University of Texas Health Science Center; Chief of Teledermatology, Audie Murphy Veteran's Hospital; Medical Director, Limmer Hair Transplant Center, San Antonio, Texas
Dermatology

David Kunstman, MD

Assistant Clinical Professor, Family Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health; Associate Medical Director, Information Services, University of Wisconsin Health, Madison, Wisconsin
Information Technology

Jeanne Parr Lemkau, PhD

Professor Emerita, Departments of Family Medicine and Community Health, Wright State University, Dayton, North Carolina
Psychosocial Influences on Health

Russell Lemmon, DO

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin, School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin
Neck and Back Pain

Jim Leonard, DO

Associate Professor, Department of Orthopedics and Rehabilitation, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin
Neck and Back Pain

David R. Marques, MD

Associate Director with OB, Department of Family Medicine, Grant Medical Center; Clinical Assistant Professor, Department of Family Medicine, The Ohio State University College of Medicine, Columbus, Ohio; Clinical Assistant Professor, Department of Family Medicine, Ohio University Heritage College of Osteopathic Medicine, Athens, Ohio
Neurology

James L. Moeller, MD

Sports Medicine Associates, PLC, Bloomfield Hills, Michigan; Associate Professor, Family Medicine and Community Health, Oakland University William Beaumont School of Medicine, Rochester, Michigan
Common Issues in Orthopedics

Scott E. Moser, MD

Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Kansas School of Medicine–Wichita, Wichita, Kansas
Behavioral Problems in Children and Adolescents

Ethan A. Natelson, MD

Professor of Clinical Medicine, Weill-Cornell Medical College; Department of Medicine, Division of Hematology, Houston Methodist Hospital, Houston, Texas
Hematology

Kelli L. Netson, PhD

Assistant Professor & Pediatric Neuropsychologist, Rockhill Clinic Director, Department of Psychiatry & Behavioral Sciences, University of Kansas School of Medicine–Wichita, Wichita, Kansas
Behavioral Problems in Children and Adolescents

Mary Barth Noel, MPH, PhD

Professor, Department of Family Medicine, College of Human Medicine, Michigan State University, East Lansing, Michigan
Nutrition

John G. O'Handley, MD

Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, The Ohio State College of Medicine, Columbus, Ohio
Otorhinolaryngology

John W. O'Kane Jr., MD

Associate Professor, Departments of Family Medicine and Orthopedics and Sports Medicine, Head Team Physician, University of Washington, Seattle, Washington
Sports Medicine

Justin Osborn, MD

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, Washington
Common Office Procedures

Heather L. Paladine, MD

Assistant Professor of Medicine at Columbia University Medical Center, Center for Family and Community Medicine, Columbia College of Physicians and Surgeons, New York, New York
Gynecology

Birju B. Patel, MD

VISN 7 Co-Consultant for Outpatient Geriatrics; Director, Bronze Geriatric Primary Care Clinic; Director, Mild Cognitive Impairment (MCI) Clinic; Chair, Atlanta VA Dementia Committee, Atlanta Veterans Affairs Medical Center; Assistant Professor of Medicine, Division of General Medicine and Geriatrics, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia
Delirium and Dementia

Gabriella Pridjian, MD, MBA

Professor and Chairman, The C. Jeff Miller Chair in Obstetrics & Gynecology, Department of Obstetrics & Gynecology, Tulane University School of Medicine, New Orleans, Louisiana
Obstetrics

Sana Rabbi, MD

Family Medicine Resident, Department of Family Medicine, Houston Methodist Hospital, Houston, Texas
Hematology

David P. Rakel, MD

Associate Professor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin

Robert E. Rakel, MD

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

Karen Ratliff-Schaub, MD

Associate Clinical Professor, Department of Pediatrics, The Ohio State University; Medical Director, Child Development Center, Developmental-Behavioral Pediatrics, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio
Growth and Development

Brian Christopher Reed, MD

Associate Professor, Department of Family & Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas
Substance Use Disorders

Elly Riley, DO

Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Tennessee Health Science Center, Jackson, Tennessee
Allergy

Brian Rothberg, MD

Associate Professor, Department of Psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado
Anxiety and Depression

Justin Rothmier, MD

Physician, The Sports Medicine Clinic; Clinical Assistant Professor, Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, Washington
Sports Medicine

Chad Rudnick, MD

Physician, Miami Children's Hospital, Miami, Florida
Allergy

J. Chris Rule, MSW, LCSW

Instructor, Departments of Psychiatry and Family and Preventive Medicine, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arizona
Behavioral Change and Patient Empowerment

George Rust, MD, MPH

Professor, Department of Family Medicine, Morehouse School of Medicine; Co-Director, National Center for Primary Care, Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia
Pulmonary Medicine

Christopher D. Schneek, MD

Associate Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Aurora, Colorado
Anxiety and Depression

Sarina B. Schrager, MD

Professor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
Gynecology

Stacy Seikel, MD

Chief Medical Officer, Advanced Recovery Systems, Umatilla, Florida
Alcohol Use Disorders

Ashish R. Shah, MD

Otolaryngologist, OhioENT, Columbus, Ohio
Otorhinolaryngology

Nicolas W. Shammass, MD, MSc

Cardiovascular Medicine, P.C., Midwest Cardiovascular Research Foundation, Davenport, Iowa; Associate Professor of Clinical Medicine, University of Iowa School of Medicine, Iowa City, Iowa
Cardiovascular Disease

Robert Shapiro, MD

Professor, Department of Pediatrics, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio
Child Abuse

Mae Sheikh-Ali, MD

Associate Professor of Medicine, Associate Program Director, Endocrinology Fellowship Program, Division of Endocrinology, Diabetes, and Metabolism, University of Florida College of Medicine, Jacksonville, Florida
Endocrinology

Kevin Sherin, MD, MPH, MBA

Clinical Professor, Department of Family Medicine, Florida State University College of Medicine; Health Officer and Director, Florida Department of Health in Orange County, Florida Department of Health; Clinical Associate Professor, Department of Family Medicine, University of Central Florida College of Medicine, Orlando, Florida
Alcohol Use Disorders

Jeffrey A. Silverstein, MD

Orthopedic Surgeon, Sarasota Orthopedic Associates, Sarasota, Florida
Common Issues in Orthopedics

Charles W. Smith, MD

Executive Associate Dean for Clinical Affairs, Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas
Behavioral Change and Patient Empowerment

Douglas R. Smucker, MD, MPH

Adjunct Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Cincinnati; Program Director, Hospice and Palliative Medicine Fellowship Program, The Christ Hospital, Cincinnati, Ohio
Interpreting the Medical Literature: Applying Evidence-Based Medicine in Practice

Melissa Stiles, MD

Professor, Department of Family Medicine, University of Wisconsin, Madison, Wisconsin
Care of the Elderly Patient

P. Michael Stone, MD, MS Nutrition

Physician, Stone Medical, Ashland, Oregon; Faculty, Institute of Functional Medicine, Federal Way, Washington
Obesity

Margaret Thompson, MD

Associate Professor, Department of Family Medicine, Michigan State University College of Human Medicine, Grand Rapids, Michigan
Nutrition

Evan J. Tobin, MD

Clinical Assistant Professor, Otolaryngology—Head and Neck Surgery, The Ohio State University, Columbus, Ohio
Otorhinolaryngology

Peter P. Toth, MD, PhD

CGH Medical Center, Sterling, Illinois; Professor of Clinical Family and Community Medicine, University of Illinois School of Medicine, Peoria, Illinois; Professor of Clinical Medicine, Michigan State University College of Osteopathic Medicine, East Lansing, Michigan; Adjunct Associate Professor of Medicine (Cardiology), Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland
Cardiovascular Disease

Thuy Hanh Trinh, MD, MBA

Associate Medical Director, Houston Hospice; Adjunct Assistant Professor, Family Medicine Department, Baylor College of Medicine, Houston, Texas
Care of the Dying Patient

Jeff Unger, MD

President, Unger Primary Care, Rancho Cucamonga, California; Director of Metabolic Studies, Catalina Research Institute, Chino, California
Diabetes Mellitus

Richard P. Usatine, MD

Professor of Family and Community Medicine, Professor of Dermatology and Cutaneous Surgery, University of Texas Health Science Center San Antonio; Medical Director, Skin Clinic, University Health System, San Antonio, Texas
Dermatology

Kathleen Walsh, DO

Assistant Professor, Department of Medicine, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, Wisconsin
Care of the Elderly Patient

Elizabeth A. Warner, MD

Associate Professor, Department of Internal Medicine, University of South Florida, Tampa, Florida
Interpreting Laboratory Tests

Sherin E. Wesley, MD

Assistant Professor, Pediatrics, Family and Community Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas
Care of the Newborn

Gloria E. Westney, MD

Associate Professor of Clinical Medicine, Department of Medicine, Pulmonary and Critical Care Medicine Section, Morehouse School of Medicine, Atlanta, Georgia
Pulmonary Medicine

Russell White, MD

Clinical Professor of Medicine, Department of Community and Family Medicine, University of Medicine-Kansas City School of Medicine; Diplomate, American Board of Family Medicine; Fellow of the American College of Sports Medicine, Kansas City, Missouri
Diabetes Mellitus

Lauren E. Wilfling, DO, MBA

Family Medicine Faculty Physician, Mercy Family Medicine Residency Program, Mercy Hospital, St. Louis, Missouri
Contraception

Dave Elton Williams, MD

Daughters of Charity, New Orleans, Louisiana
Obstetrics

George A. Wilson, MD

Senior Associate Dean for Clinical Affairs, Department of Community Health/Family Medicine, University of Florida College of Medicine, Jacksonville, Florida
Endocrinology

Philip Zazove, MD

Professor and George A. Dean, MD, Chair, Department of Family Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan
Clinical Genomics

İçindekiler

Yazarlar, vi
Önsöz, xv

BİRİNCİ KISIM: AİLE HEKİMLİĞİ İLKELERİ

1. *Aile Hekimi, 3*
ROBERT E. RAKEL
2. *Hasta Merkezli Evde Sağlık Bakımı, 17*
DAVID P. RAKEL ve WAYNE BOICE JONAS
3. *Sağlığa Etki Eden Psikososyal Faktörler, 25*
SYED M. AHMED, PAUL J. HERSHBERGER ve
JEANNE PARR LEMKAU
4. *Yaşlı Hastanın Bakımı, 34*
MELISSA STILES ve KATHLEEN WALSH
5. *Ölmekte Olan Hasta Bakımı, 54*
ROBERT E. RAKEL ve THUY HANH TRINH
6. *Öz bakım, 73*
LUKE W. FORTNEY
7. *Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 81*
DOUG CAMPOS-OUTCALT
8. *Davranış Değişikliği ve Hastanın
Güçlendirilmesi, 102*
CHARLES W. SMITH ve J. CHRIS RULE
9. *Tıbbi Literatürün Yorumlanması:
Uygulamada Kanıta-Dayalı Tıbbi
Başvurma, 110*
DOUGLAS R. SMUCKER
10. *Bilgi Teknolojisi, 116*
DAVID KUNSTMAN
11. *Klinik Problem Çözme, 120*
PHILIP M. DILLER ve ROBERT T. ELLIS
12. *Entegratif Tıp, 126*
MARY P. GUERRERA
13. *Hasta ile Uyum/Anlaşma, 141*
ROBERT E. RAKEL

14. *Laboratuvar Testlerinin
Yorumlanması, 157*

ELIZABETH A. WARNER ve ARTHUR H. HEROLD

İKİNCİ KISIM: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI

15. *Enfeksiyon Hastalıkları, 183*
CHARLES S. BRYAN
16. *Pulmoner Hastalıklar, 236*
GEORGE RUST ve GLORIA E. WESTNEY
17. *Oftalmoloji, 274*
EARL R. CROUCH, Jr., ERIC R. CROUCH ve
THOMAS R. GRANT, Jr.
18. *Otorinolaringoloji (Kulak-Burun-Boğaz), 305*
JOHN G. O'HANDLEY, EVAN J. TOBIN ve ASNISH R. SHAH
19. *Alerji, 351*
VIVIAN HERNANDEZ-TRUJILLO, ELLY RILEY ve
CHAD RUDNICK
20. *Obstetri, 365*
DAVE ELTON WILLIAMS ve GABRIELLA PRIDJIAN
21. *Yenidoğanın Bakımı, 411*
SHERIN E. WESLEY, ERIN ALLEN ve HEATHER BARTSCH
22. *Büyüme ve Gelişme, 430*
SANDFORD R. KIMMEL ve KAREN RATLIFF-SCHAUB
23. *Çocuklarda ve Ergenlerde Davranış
Sorunları, 452*
SCOTT E. MOSER ve KELLI L. NETSON
24. *Çocuk İstismarı, 468*
ROBERT SHAPIRO, KAREN FARST ve CAROL L. CHERVENAK
25. *Jinekoloji, 477*
SARINA B. SCHRAGER, HEATHER L. PALADINE ve
KARA CADWALLADER
26. *Kontrasepsiyon, 491*
DIANE M. HARPER, LAUREN E. WILFLING ve
CHRISTOPHER F. BLANNER

- 27. Kardiyovasküler Hastalıklar, 503**
PETER P. TOTH, NICOLAS W. SHAMMAS, BLAIR FOREMAN,
J. BRIAN BYRD ve ROBERT D. BROOK
- 28. Poliklinikte Sık Yapılan Girişimler, 594**
J. MARK BEARD ve JUSTIN OSBORN
- 29. Spor Hekimliği, 622**
JUSTIN D. ROTHMIR, KIMBERLY G. HARMON ve
JOHN W. O'KANE
- 30. Sık Görülen Ortopedik Sorunlar, 648**
JEFFREY A. SILVERSTEIN, JAMES L. MOELLER ve
MARK R. HUTCHINSON
- 31. Boyun ve Sırt/Bel Ağrıları, 684**
RUSSELL LEMMON ve JIM LEONARD
- 32. Romatoloji ve Kas-İskelet Sistemi Sorunları, 699**
DOUGLAS COMEAU ve DEANNA COREY
- 33. Dermatoloji, 740**
RICHARD P. USATINE ve JENNIFER KREJCI-MANWARING
- 34. Diabetes Mellitus, 782**
JEFF UNGER ve RUSSELL WHITE
- 35. Endokrinoloji, 817**
GEORGE A. WILSON ve MAE SHEIKH-ALI
- 36. Obezite, 867**
ELIZABETH BOHAM, P. MICHAEL STONE ve RUTH DEBUSK
- 37. Beslenme ve Aile Hekimliği, 891**
MARGARET THOMPSON ve MARY BARTH NOEL
- 38. Gastroenteroloji, 912**
JOEL J. HEIDELBAUH ve SCOTT KELLEY
- 39. Hematoloji, 947**
ETHAN A. NATELSON, ISABELLE CHUGHTAI-HARVEY ve
SANA RABBI
- 40. Üriner Sistem Bozuklukları, 969**
CHUCK CARTER
- 41. Nöroloji, 997**
DAVID R. MARQUES ve WILLIAM E. CARROLL
- 42. Cinsellik, 1039**
WENDY S. BIGGS ve SULABHA CHAGANABOYANA
- 43. Klinik Genom, 1052**
W. GREGORY FEERO, PHILIP ZAZOVE ve FREDERICK CHEN
- 44. Krize Müdahale, Travma ve Afetler, 1062**
ROBERT E. FEINSTEIN ve EMILY COLLINS
- 45. Zor Karşılaşmalar: Kişilik Bozukluğu Olan Hastalar, 1074**
ROBERT E. FEINSTEIN ve JOSEPH CONNELLY
- 46. Anksiyete ve Depresyon, 1090**
BRIAN ROTHBERG ve CHRISTOPHER D. SCHNECK
- 47. Deliryum ve Demans, 1108**
BIRJU B. PATEL, RINA EISENTEIN ve N. WILSON HOLLAND
- 48. Alkol Kullanım Bozuklukları, 1119**
KEVIN SHERIN, STACH SEIKEL ve STEVEN HALE
- 49. Nikotin Bağımlılığı, 1133**
ROBERT E. RAKEL ve THOMAS HOUSTON
- 50. Madde Kullanım Bozuklukları, 1152**
ALICIA KOWALCHUK ve BRIAN C. REED
- Dizin, 1164**

Aile Hekimliği (Family Medicine) Ders Kitabı (Textbook)'nın ilk baskısı, 1973 yılında, şimdiki adı aile hekimliği (family medicine) olan, aile hekimliği (family practice) uzmanlığının Amerikan Tıbbi Uzmanlık Yeterlilik Kurulu tarafından onaylanmasının hemen ardından yayınlanmıştır.

Her ne kadar tıp uygulaması, kitabın ilk baskısından bu yana önemli ölçüde değişse de uzmanlığın içeriği esas olarak aynı kalmaktadır. Hedefimiz, disiplinimiz için esas olan temel bilgileri tek bir kaynaktan sunmaktır. Bazı aile hekimleri, özellikle de kentsel alandakiler, artık doğum yaptırmasalar da kapsamlı birinci basamak hizmetleri için gerekli bilginin genişliği değişmeden kalmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde birinci basamak hekim sayısındaki ciddi yetersizlik nedeniyle, diğer dal uzmanları, birinci basamak sağlık hizmeti sunmaya davet etmektedir. Diğer dal uzmanları da burada sunulan geniş bilgi ve materyalden önemli ölçüde yararlanabilirler.

Bu kitap, aile hekimlerinin, tıptaki güncel gelişmeleri takip edebilmesi için yardımcı olacak bir kaynak olarak tasarlanmıştır. Özellikle de Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu tarafından sertifikasyon veya sertifikasyon yenileme için hazırlananlar için değerlidir.

İlk baskısında belirlediğimiz politikaya uygun olarak, bu kitabın yazarlarının çoğu aile hekimleridir. Klinik bölümler, bilginin güncelliğinin ve aile hekimlerinin ihtiyaçlarına uygunluğunun sağlanması amacıyla, o konudaki uzman hekim ile aile hekimini birleştirir.

Bu baskı, A düzeyi önerilere odaklanarak, Temel Tedavi kutuları içinde Öneri Gücü (ÖG) sınıflamasını kullanmak suretiyle kanıta-dayalı bir yaklaşım uygulamaya devam etmektedir. Kitapta yer alan 1000'den fazla tablo ve renkli çizimler, temel bilgilerin hızlı bir şekilde gözden geçirilmesini kolaylaştırır ve ayrıntılı verileri elverişli bir şekilde sunmak için kullanılır.

Bu kitap, birinci basamakta en sık karşılaşılan sorunlara odaklanmakla birlikte nadir olan ama gözden kaçırılması halinde tehlikeli olabilecek potansiyel ciddi sorunlara da dikkat çekmektedir. Bir soruna, erken ve ayrımlaşmamış evrede tanı koymak, semptomların belli bir hastalık için spesifik hale geldiği noktada tanı koymaktan çok daha zordur.

Elsevier çalışanlarına, yüksek yayın standartları ve kaliteden taviz vermedikleri için teşekkür ederiz.

Robert E. Rakel
David P. Rakel

Çeviri Editörü Önsözü

Değerli Aile Hekimleri, Sevgili Okurlar,

Temmuz 2017’de başlayan projemizin sonuna ulaşmanın gurur ve mutluluğunu yaşıyoruz.

Güneş Tıp Kitabevleri’nin, genel başkanı olduğum Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ile işbirliği, aile hekimliğinin temel kaynaklarından birisi olan Rakel Textbook of Family Medicine’nın Türkçeye kazandırılmasını sağlamıştır.

Orijinal kaynak, Amerika Birleşik Devletleri’ne ait olsa da tıp biliminin ve aile hekimliği disiplininin evrensel nitelikleri çerçevesinde ülkemizde de rahatlıkla kullanılabilecektir.

İngilizce orijinalinde bu kitabın politikası gereği yazarlarının çoğunun aile hekimleri olduğu dile getirilmiştir, bu misyonu (aile hekimliğini en iyi aile hekimlerinin bilebileceği ve anlatabileceği gerçeğinden hareketle) bir adım ileri taşıyarak kitabın çevirisinde sadece aile hekimlerinin yer alması ilkesi benimsenmiştir.

Aile hekimliği profesörleri, doçentleri, doktor öğretim üyeleri, öğretim görevlileri ve uzmanlarından oluşan yüzden

fazla çevirmenin ve beş editör yardımcısının aylar süren çalışmaları sonucunda bu eser ortaya çıkmıştır. Her birine teşekkürü bir borç bilirim.

Bildiğiniz gibi tıp literatürü çok hızlı değişmektedir. 1980’li yıllarda yedi yıl olan tıbbi bilgi yarı-ömrü 2010 yılında 3,5 yıla düşmüştür ve 2020 yılında bu sürenin 73 güne düşeceği öngörülmektedir. Dolayısıyla bu durum, bizleri, büyük emeklerle hazırlanan bu kitabı, çok kısa bir süre sonra güncelleme görevi ile karşı karşıya bırakmaktadır ancak eminim ki güncelleme süreci, ilk çeviriden çok daha kolay, hızlı ve kusursuz olacaktır.

Bu çok önemli projeyi TAHUD ile birlikte gerçekleştirmeyi düşünen Sayın Murat Yılmaz, İhsan Ağın, Ümit Saçı, ve Bülent Güler, başta olmak üzere Güneş Tıp Kitabevleri’ne teşekkür eder, siz değerli okurlarımıza yararlı olacağı umuyla keyifli okumalar dilerim.

Sevgi ve saygılarımla

Prof. Dr. Esra Saatçı
23 Ekim 2018 Adana

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Uzm. Dr. Ezgi Ağadayı

Sivas Akıncılar İlçe Devlet Hastanesi

Uzm. Dr. Filiz Ak

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hülya Akan

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Nuseybe Akbal

Bayrampaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü

Doç. Dr. Ayşe Semra Demir Akca

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşen Akcan

Söke İlçe Aile Sağlık Merkezi

Doç. Dr. Melahat Akdeniz

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayşe Neslin Oğuzhan Akkoca

İskenderun Devlet Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ersin Akpınar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hilal Aksoy

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Uzm. Dr. Sevim Aksoy Kartcı

Erzincan Üzümlü Devlet Hastanesi

Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy

Adana Şehir Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Rabia Adeviye Aktaş

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Ankara

Prof. Dr. Erol Aktunç

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Akturan

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Züleyha Alper

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Aybüke Demir Alsancak

Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Öğr. Üyesi Hamza Aslanhan

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Hüseyin Altun

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mahmut Altuntaş

Konya Meram 40 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Murat Altuntaş

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Tuncay Müge Alvr

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Cüneyt Ardıç

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Alper An

Muratpaşa Çınar Aile Sağlığı Merkezi

Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin An

İstanbul Arel Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

Prof. Dr. Seçil Günher Arca

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve

Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Seval Arkın

Seyhan Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri ve

Palyatif Bakım Kliniği

Uzm. Dr. İsmail Arslan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Senem Aslan

Esenyalı Aile Sağlığı Merkezi 148 nolu Birim

Dr. Burcu Aday Avcı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin Avcı

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Umut Gök Balcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Bilgken Balafırlou

Bartın Abdipaşa 7404 Nolu Aile Sağlık Merkezi

Uzm. Dr. Şule Barış

Tecde Aile Sağlığı Merkezi Yeşilyurt Malatya

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Duygu Ayhan Başer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Ayşen Mert Bengi

İzmir Çeşme Alper Çizgenakat Devlet Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Pınar Bilgili

Değirmen Önu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Erdem Fehmi Birgül

Serbest Hekim - İstanbul

Uzm. Dr. Ayfer Oklay Bozkaya

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Senem Buğdaycı

Sancaktepe İlçe Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Ali Cerrahoğlu

Tarsus Amerikan Koleji Okul Doktoru

Doç. Dr. Özlem Cığerli

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatma Gökşin Cihan

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Dr. Dursun Çadırcı

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Mehmet Onat Çakıt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Yasemin Çayır

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tahsin Çelepkolu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Çelik

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Gaye Çelikcan

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Nagihan Yıldız Çeltik

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ayça Çetinbaş

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Uzm. Dr. Yasemin Çetinel

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşe Çınar

Esentepe 1 Nolu Aile Sağlık Merkezi Tokat

Prof. Dr. Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Süleyman Çiftçi

Efeler 24 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Arzu Çolak

Afyonkarahisar Hocalar Aile Hekimliği Birimi

Uzm. Dr. Demet Merder Coşkun

Van-İpek Yolu Merkez 10 nolu Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. M. Reşat Dabak

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

Dr. Öğr. Üyesi Basri Furkan Dağcıoğlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. H. Nezh Dağdeviren

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Dr. Zehra Dağlı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Şevin Demir

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Vasfiye Demir

Kayapınar 41 No'lu Aile Hekimliği Birimi Diyarbakır

Prof. Dr. Serpil Demirağ

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nejat Demircan

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hakan Demirci

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Seda Demirel

İhlamurkuyu Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Yeltekin Demirel

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mustafa Fevzi Dikici

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Demet Dinç

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Güzel Dişçigil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Abdullah Sezai Doğan

Konyaaltı 16 Nolu 125. Yıl Aile Sağlığı Merkezi Antalya

Dr. Öğr. Üyesi Pınar Döner Güner

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Funda Gökğöz Durmaz

Konya Karatay 37 nolu Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Tamer Edime

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. M. Gökhan Eminsoy

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İrep Karataş Eray

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Utku Eser

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Berna Erdoğan Mergen

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Gamze Ersen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Elif Serap Esen

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Abdurrahman Ersü

Aydın İncirliova 2 Nolu Süleyman Özütemiz
Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. Ayşen Kutan Fenercioğlu

Serbest Hekim

Dr. Öğr. Üyesi Cihan Fidan

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayfer Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öznur Kübra Gencer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Berk Geroğlu

Karabağlar İlçe Sağlık Müdürlüğü İzmir

Uzm. Dr. Işık Gönenç

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Nilgün Yapan Göral

Manisa Şehzadeler 12 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyatız Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Öğr. Üyesi Raziye Şule Gümüştakım

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Yunus Gürel

Muş Varto Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Nur Şehnaz Hatipoğlu

Konak 24 Nolu Mehmet Fevzi Özsaruhan
Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Füsun Artıran İğde

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Dilara Zorlu İncücük

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Didem Kafadar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Ayşegül Kaptanoğlu

Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu

Uzm. Dr. Tülay Karabayraktar

Sultanbeyli Altıntepe Aile Sağlığı Merkezi

Dr. Öğr. Üyesi Sanem Nemmezi Karaca

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazan Karaoğlu

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. İsmail Kasım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Ethem Kavukcu

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Spor Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. M. Özgür Kaya

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ahmet Keskin

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Emrah Kırımlı

Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Züleyha Kıyınat

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Sezen Koparan

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Korkut

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Havva Sümeyya Kokaçya

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü

Uzm. Dr. Pınar Köksal

Karabük-Eflani Aile Sağlığı Merkezi

Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gizem Limnili

Dokuz Eylül Üniversitesi Mediko Sosyal Hizmet Birimi

Prof. Dr. Kamile Marakoğlu

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Merve Melikoğlu

İstanbul Kartal Soğanlık Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. Haluk Mergen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Ertan Mert

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selçuk Mısıktık

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Hakan Mut

Gazi Aile Sağlığı Merkezi

Dr. Öğr. Üyesi H. Hicran Mutlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ahmet Nadir

Yaylaabağı Aile Sağlığı Merkezi Afyonkarahisar

Uzm. Dr. Nedim Oğuz

Isparta Merkez 44 Nolu Aile Hekimliği Birimi

Prof. Dr. Ergün Öksüz

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Oktay

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Ayşegül Cömert Okutucu

Serbest Hekim

Uzm. Dr. Ülkü Sur Ünal

Tekirdağ Çerkezköy Toplum Sağlığı Merkezi

Dr. Can Ramazan Öncel

Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Selim Öncel

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gizem Önen

Yalova Armutlu İlçe Devlet Hastanesi

Doç. Can Öner

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

Uzm. Dr. Efe Oganer

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. M. Burak Ölmez

Sinanpaşa Küçükhüyük Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Kurtuluş Öngel

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alis Özçakır

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nurşah Özkan

V.K.V. Amerikan Hastanesi
Aile Hekimliği

Prof. Dr. Adem Özkara

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Öğr. Üyesi Hilal Özkaya

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Seda Aslan Özkul

VKV Amerikan Hastanesi Kat Hekimliği

Dr. Öğr. Üyesi Coşkun Öztekin

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serdar Öztora

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Hülya Panlıdar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Şirin Parkan

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Ceyhan Peker

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Zuhale Aydan Sağlam

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Saba Sağlıker Köse

Douglas Mental Health University Institute/McGill University

Uzm. Dr. Funda Salgür

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Sargın

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Oktay Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nurver Turfaner Sipahioğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Gözen Soğuksu

Manisa Gölarmara İlçe Devlet Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Dr. Ülkü Nur Sökmen

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Cemil Işık Sönmez

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Fisun Sözen

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Özlem Suvak

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Elif Deniz Şafak

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Erkan Melih Şahin

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Merve Şen

Beyoğlu 6. Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. Tijen Şengezer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Ahmet Muhtar Şengül

İstanbul Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Nazlı Şensoy

Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Duygu Yengil Taci

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. İsmet Tamer

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

Uzm. Dr. Neslişah Tan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem Tannöver

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nurdan Tekgül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Doç. Dr. Nil Tekin

Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Dr. Öğr. Üyesi A. Selda Tekiner

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Berrin Telatar

İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kayhan Tetik

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ramazan Tetikçok

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Fulya Topal

İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve
Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Dilek Toprak

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pınar Topsever

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Bilge Tuncel

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Cansu Ülkü Tural

Fırat Aile Sağlığı Merkezi Malatya

Doç. Dr. E. Zeynep Tuzcular Vural

İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Şeniz Aşıcı Türker

Ümraniye 20 nolu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Sabah Tüzün

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

Prof. Dr. Mehmet Uğurlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pemra Cöbek Ünalın

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Murat Ünalınış

İstanbul Kadıköy Kozyatağı Aile Sağlığı Merkezi

Prof. Dr. Yeşim Uncu

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Yiğithan Ündey

Malatya Hekimhan Devlet Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Yahya Utlu

İvrindi İlçe Sağlık Müdürlüğü

Dr. Öğr. Üyesi Yücel Uysal

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Erdinç Yavuz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Demet Yılmaz

Kastamonu - Devrekani İlçe Devlet Hastanesi

Dr. Öğr. Üyesi Tanık Eren Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama
ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Mehmet Yılmaz

Afyonkarahisar 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Tuğba Göktaş Yılmaz

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanlığı Aile Hekimliği

Uzm. Dr. Tervik Tanju Yilmazer

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Uzm. Dr. Filiz Yüksel

Kurşunlu Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

KISIM

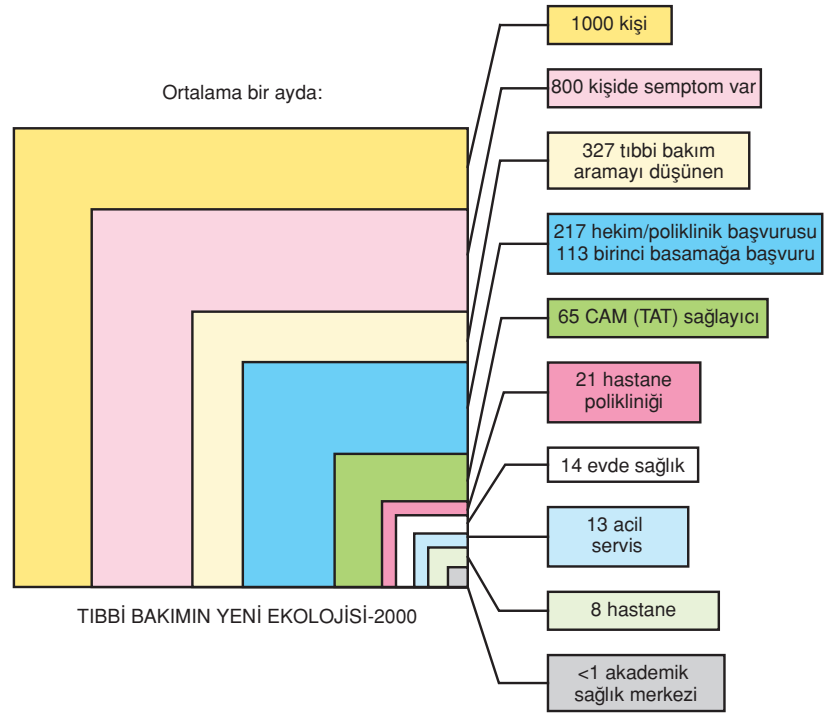
BİR

AİLE HEKİMLİĞİ İLKELERİ

İÇİNDEKİLER

- | | |
|--|---|
| 1. Aile Hekimi, 3 | 9. Tıbbi Literatürün Yorumlanması: Uygulamada Kanıta-Dayalı Tıbbi Başvurma, 110 |
| 2. Hasta Merkezli Evde Sağlık Bakımı, 17 | 10. Bilgi Teknolojisi, 116 |
| 3. Sağlığa Etki Eden Psikososyal Faktörler, 25 | 11. Klinik Problem Çözme, 120 |
| 4. Yaşlı Hastanın Bakımı, 34 | 12. Entegratif Tıp, 126 |
| 5. Ölmekte Olan Hasta Bakımı, 54 | 13. Hasta ile Uyum/Anlaşma, 141 |
| 6. Özbakım, 73 | 14. Laboratuvar Testlerinin Yorumlanması, 157 |
| 7. Koruyucu Sağlık Hizmetleri, 81 | |
| 8. Davranış Değişikliği ve Hastanın Güçlendirilmesi, 102 | |

Şekil 1-3 1000 kişi başına ortalama bir ay boyunca rahatsızlık geçiren kişi sayısı. CAM, Tamamlayıcı ve alternatif tıp (Complementary and alternative medicine). (Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP ve ark. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001; 344: 2021-2025'den alınmıştır.)



UYGULAMA İÇERİĞİ

1975'ten bu yana, ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı'nın Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından yürütülen Ulusal Ayaktan Tıbbi Bakım Araştırması, her yıl, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki poliklinik hekimlerinin (tüm uzmanlık alanlarında) karşılaştığı sorunları bildirmektedir. Hekimlerin, polikliniklerinde gördüğü 20 en sık tanı Tablo 1-3'te gösterilmektedir. Artritin dördüncü, diabetes mellitusun altıncı sırada olduğu ve kronik hastalıkların pratikteki önemi gösterilmektedir. Birinci basamağın akut farenjit bakımından biraz daha fazlası olduğunu düşünenler için akut farenjitin 19. sırada olduğunu göstermektedir. Sadece kronik durumlar listelendiğinde (Tablo 1-4), artrit ikinci sırada ve diyabet dördüncü sırada yer almaktadır.

Hipertansiyon, poliklinikte karşılaşılan en sık problem olmasına rağmen (bkz: Tablo 1-3), birinci basamak hekimlerinin vizitlerin %60'ında, cerrahi uzmanlarının sadece %20'sinde ve tıp uzmanlarının vizitlerin %40'ında kan basıncını kontrol ettiği görülmüştür (Woodwell ve Cherry, 2002).

Birinci basamak sağlık hizmeti ile ilgili mevcut veriler, daha fazla kişinin bu tür tıbbi hizmetleri diğerlerinden daha fazla kullandığını ve halkın görüşünün aksine sofistike tıbbi teknolojinin, temel birinci basamak hizmetlerinde gerekmediğini ve aşırı kullanılmadığını göstermektedir. Pek çok birinci basamak ziyareti, çoğu kendini sınırlayan ancak hastaların endişe ve rahatsızlıklarına neden olan nispeten komplikasyonsuz problemleri için tedavi ihtiyacı olan hastalardan oluşmaktadır. Tedavi çoğunlukla semptomatik;

Tablo 1-3 Kronik Durumların Sıralaması, Tüm Yaşlar

1. Esansiyel hipertansiyon
2. Rutin infant veya çocuk muayenesi
3. Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, farenjit hariç
4. Artropatiler ve ilişkili bozukluklar
5. Malign neoplaziler
6. Diabetes mellitus
7. Spinal bozukluklar
8. Romatizma, sırt hariç
9. Genel tıbbi muayene
10. İzlem muayenesi
11. Spesifik prosedürler ve hastalık sonrası bakım
12. Normal gebelik
13. Jinekolojik muayene
14. Otitis media ve östaki borusu bozuklukları
15. Astım
16. Lipid metabolizma bozukluğu
17. Kronik sinüzit
18. Kalp hastalığı, iskemik hariç
19. Akut farenjit
20. Alerjik rinit

Cherry DK, Woodwell DA, Rechtsteiner EA. 2005 Summary: *National Ambulatory Medical Care Survey*. National Center for Health Statistics, Advance Data Vital Health Statistics. No 387. Washington, DC, US Government Printing Office; 2007'den alınmıştır.

“kür”den ziyade ağrının giderilmesi ya da anksiyetenin azaltılmasını kapsar. En yüksek maliyet etkinlik, ek testler için gereksiz maliyetler ödemenen, hastalığın kendi kendini sınırlayan seyri fark edildiğinde, bu hastaların ihtiyaçları karşılandığında ortaya çıkar.

Tablo 4-18 Üriner İnkontinansda İlaç Tedavisi

Jenerik ilaçlar	Doz	Etki Mekanizması	İnkontinans Tipi
Antimuskarinik			
Darifenasin (Enableks)	7.5-15 mg QD	İstemsiz mesane kontraksiyonlarını azaltır ve mesane kapasitesini artırır	Sıkışma veya mikst
Oksibutinin (Ditropan) (Ditropan XL)	2.5-5 mg TID 5-30 mg QD (uzatılmış salım-XL)	İstemsiz mesane kontraksiyonlarını ve mesane kapasitesini artırır	Sıkışma veya mikst
(Oksitrol) transdermal Solifenasin (Vesicare)	3.9- mg yama Q4 gün 5-10 mg QD	İstemsiz mesane kontraksiyonlarını ve mesane kapasitesini artırır	Sıkışma veya mikst
Tolterodin (Detrol) (Detrol XL)	1-2 mg BID 2-4 mg QD (uzatılmış salım XL)	İstemsiz mesane kontraksiyonlarını ve mesane kapasitesini artırır	Sıkışma veya mikst
Trospium (Sanctura) (Sanctura XR)	20 mg BID 60 mg QD (uzatılmış salım XR)	İstemsiz mesane kontraksiyonlarını ve mesane kapasitesini artırır	Sıkışma veya mikst
Östrojen			
Topikal östrojen	0.5-1.0 gram/gün 2 hafta, sonra haftada 2 kez	Periüretal dokuları güçlendirir Periüretal kan akımını artırır	Ciddi vajinal atrofi veya atrofik vajinitle ilişkili sıkışma inkontinansı
Topikal krem Vajinal halka Vajinal tablet	Bir halka Q3 ay 25-mikrogram bir tablet QD2 hafta; sonra haftada 2 kez		
Kolinerjik Agonistler			
Betanekol (Urecholine)	10-30 mg TID	Mesane kontraksiyonunu stimüle eder	Atonik mesane ile birlikte olan taşma inkontinansı
Alfa Adrenerjik Antagonistler			
Alfuzosin (UroXatral)	10 mg QD	Düz kas veya üretra ve prostat kapsülünü gevşetir	Sıkışma inkontinansı ve BPH ile ilişkili semptomlar
Tamsulosin (Flomax)	0.4 mg QD		
Terazosin (Hytrin)	1-10 mg QHS		

BID: günde iki kez, BPH: benign prostat hipertrofisi, Q: her, QD: her gün, QHS: her gece yatmadan önce, TID: günde üç kez

daviye rağmen hala semptomatik olan erkeklerde göz önüne alınmalıdır. Erkeklerde taşma inkontinansına dair uzun dönem tedavi için, 5 α -redüktaz inhibitörleri tek başına ya da kombine olarak üriner retansiyon insidansının yanı sıra BPH'dan kaynaklı voiding semptomlarını azaltmak için önerilmiştir (McConnell ve ark., 2003).

Günümüzde, hiçbir ilaç stres inkontinans için FDA tarafından onaylanmamıştır. Östrojenin mesane boyun kaslarında α -adrenerjik reseptörleri hassaslaştırdığı ve vaskülarite ve üretral kalınlığı iyileştirdiği düşünüldüğü için stres inkontinansı için geçmişte reçete edilmiştir. Ancak bir Cochrane derlemesinde, hastalar östrojen alırlarken stres inkontinansda iyileşme olduğunun gösterilmesinde başarısız olunmuştur ve inkontinans aslında oral ajanlarla kötüleşebilir. Aksine, östrojen-progesteron kombinasyonu oral hormon tedavisi, inkontinans sıklığındaki artış ile ilişkilendirilmiştir. Aynı Cochrane derlemesinde topikal östrojen, atrofik vajinit ya da şiddetli vajinal atrofi ile ilişkili sıkışma inkontinanslı yaşlı kadınlarda reçete edildiğinde hafif derecede etkili bulunmuştur (Cody ve ark., 2009; Grady ve ark., 2001; Rossouw ve ark., 2002).

Cerrahi Tedavi

Askı prosedürü, stres inkontinanslı kadınlarda açık cerrahi tedavinin primer biçimidir. Askının kesin lokasyonu ve askıyı yapmak için kullanılan greft materyal cinsi ile ilişkili olarak bu prosedürün çeşitli varyasyonları mevcuttur. Askının temel fonksiyonu, çıkış direncini artırmak ve böylece artmış intraabdominal basınç esnasında idrar sızıntısını önlemektir. Askı prosedürü için başlangıç başarı oranları %80-90 arasında dağılım göstermektedir ancak zamanla azalmaktadır. Bazı kadınlar, başka tedavi formlarına cevap vermektedirler ya da bir başka askı prosedürünü tercih etmektedirler (Anger ve ark., 2007).

Bulking ajanların periüretal enjeksiyonu, stres inkontinanslı bazı yaşlı kadınlar için etkili bir tedavi olabilir. Prosedür, minimal invaziftir ve hızlı iyileşme ve çabuk sonuç alma avantajları ile poliklinik ortamında uygulanabilir. Bugüne kadar, kadınlarda stres inkontinansını geçirdiğine dair sınırlı kanıt vardır (Keegan ve ark., 2007). Tedavinin zamanla tekrarlanmaya ihtiyaç duyması bir dezavantajdır. Enjeksiyon terapisi, önceki askı prosedüründen sonra semptomatik olan ya da daha invaziv askı prosedürünü kal-

Tablo 5-6 Ko-analjezikler için Doz

Ağrı Kaynağı	Ağrı Karakteri	İlaç Sınıfı	Örnekler	Yorumlar
Kemik ya da yumuşak doku	Hareketle eklemden ağrı veya kemik üzerinde hassasiyet	NSAİ ilaçlar	İbuprofen, 400 mg 4 saatte bir Sulindak (Clinoril), 200 mg 12 saatte bir Naprosken (Naprosyn süspansiyon, 125 mg/5 ml), 8 saatte bir İndometazin (Indocin, 50 mg kapsül veya süspansiyon), 8 saatte bir Piroksikam (Feldene, 20 mg kapsül), her gün	Ucuz; haplar büyük iyi tolere edilir; renal yetmezlikte tercih edilir Sıvı preparat Suppozituarlar; daha sık gastrit?
		Steroid	Deksametazon, sabah 8 ve öğleden sonra 2'de 4-8 mg, günlük.	Yutması en kolay, daha sık gastrit? Sıvı preparatı mevcut İnsomnia, canlı rüyalar olabilir
Sinir hasarı veya dizestezi	Yanıcı veya keskin tarzda ağrı, spinal kök ya da pleksustan yansıyan	Trisiklik antidepresan	Amitriptilin (Elavil), 10-50 mg HS Doksepin (Sinequan), 10-50 mg HS Trazodone (Desyrel), 25-150 mg HS	En iyi çalışılmış; sedate edici; düşük dozla başlayınız 10 mg/ml süspansiyon mevcuttur Daha az antikolinergik etki; üçte biri amitriptilinin kadar etkili
		Steroid	Karbamazepin (Tegretol), 200 mg 6-12 saatte bir Valproik asit (Depakene), 250 mg 8-12 saatte bir Gabapentin (Neurontin), 100-400 mg her gün ile günde dört kereye kadar	Fenitoin'den farklı olarak rektumdan absorbe olur Sıvı preparatı var; rektal olarak absorbe olabilir Genellikle etkili ancak pahalı
Düz kas spazmları	Kolik: kramp şeklinde, karın ağrısı, mesane spazmları	Antikolinergik	Deksametazon, sabah 8 ve öğleden sonra 2'de 4-8 mg, günlük.	Sıvı preparatı var İnsomnia, canlı rüyalar olabilir.
		Antikolinergik	Glikopirolat 0.4 mg lüzumu halinde saat başı Disiklomin (Bentyl), 10 mg 4-8 saatte bir Oksibütinin (Ditropan), 5-10 mg 8 saatte bir Hiyosiyamin (Levsin), 0.125 mg 4-8 saatte bir Glikopirolat (Robinul), 2 mg 8 saatte bir, 0.2 mg/ml IV ya da IM 4 saatte bir lüzumu halinde	Oral ya da parenteral Kapsüller Tabletler Sublingual preparatı var

GI, gastrointestinal; HS, uyumadan evvel; IM, intramüsküler; IV, intravenöz;

ve özellikle renal ya da hepatik fonksiyonları bozuk olan ya da dalgalanmalar şeklinde ağrısı olan hastalarda titre edilmesi zordur. Metadon, morfinle çapraz alerjenitesi olmayan sentetik bir ajandır. Oral ve enjektabl formları vardır ve diğer yollarla da başarılı şekilde kullanılmıştır. Karaciğerde metabolize olur ve aktif metaboliti yoktur dolayısıyla özellikle renal yetmezlikli hastalarda kullanışlıdır (Toombs and Kral, 2005). Metadonun maliyeti, özellikle parenteral formu, yakın geçmişte çok hızlı artmıştır ve dolayısıyla birçok kurumda mali açıdan çekince oluşturmuştur. Parenteral metadonun bulunabilirliği kısıtlıdır.

MS Contin ve Oramorph SR gibi yavaş salımlı morfin preparatları, 8-12 saat süresince; Kadian ve Avinza ise 12-24 saat süresince mükemmel analjezi sağlayabilirler. Daha kısa etkili, yavaş salımlı tabletler, hasta yutamıyorsa rektal yolla da verilebilir (Wilkinson ve ark. 1992). Küçük, çözünebilir tabletler ya da konsantre morfin veya hidromorfon solüsyonları, hasta yutamayacak kadar güçsüz ise sublingual yolla kullanılabilir ve dört saatte ve güçlendirici dozlar şeklinde uygulanabilir.

Sentetik bir opioid olan Fentanil, transdermal yama (Duragesic) formunda 12.5, 25, 50, 75 ve 100 µg/saat ya da çubuğa takılı transmukozal pastil (Acitq) formunda 200 – 1600 µg dozlarında kullanılabilir. Bu ürünler pahalı oldukları ve plazma düzeyleri çok varyasyon (25 µg yama = dört saatte bir 4 – 11 mg oral morfin) gösterebildiği için oral veya subkütan yollarla ilaç alamayan hastalar için saklanmalıdır. Bununla birlikte, yamalar; zayıf, malnütre, yaşlı hastalarda, etki göstermeleri için gereken subkütan yağ rezervi olmadığından işe yaramayabilirler. Ağızdan verilen yeterli doz etkili olduğu sürece enjeksiyon kullanımına hiç gerek yoktur.

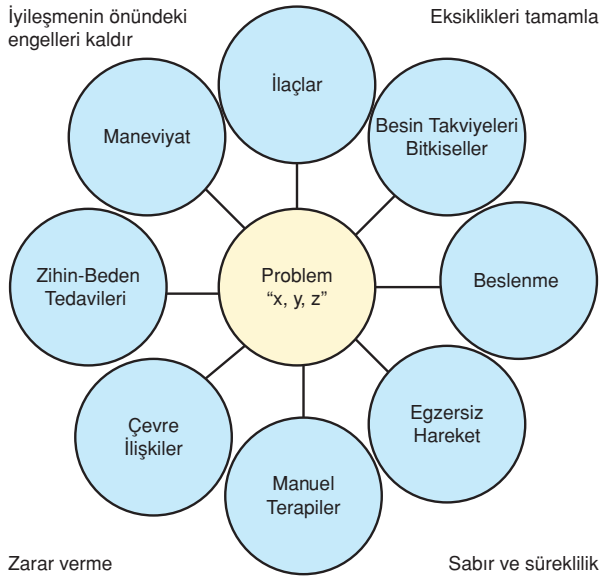
Oral formu olan iki opioid ajan, kanser ağrısında önerilmez. Petidin'in (Demerol) oral potansi çok düşüktür, etki süresi kısadır ve tremor ve hatta nöbetlere neden olabilen toksik bir metaboliti vardır (Kaiko ve ark. 1983). Pentazokin (Talwin, Talacen) agonist-antagonist bir ajan olup kodeinli aspirinden daha potent değildir ve kanser hastalarında psikomimetik etki (halüsinasyonlar, konfüzyon) insidansı yüksektir.

Ko-Analjezikler

Ko-analjezikler, belirli ağrı tiplerinde, opioidlerin analjezik etkilerini güçlendiren ilaçlardır (Tablo 5-6).

Kemik Ağrısı

Nonsteroid antiinflatuvar (NSAİ) ilaçlar, kemik ve iskelet kası lezyonlarından kaynaklanan ağrıların dindirilmesinde oldukça etkilidir. Asetile edilmemiş salisilatlar (örneğin: Salsalate [Disalcid], kolin magnezyum trisalisilat [Trisilat]), gastrik mukozaya daha az toksik olup platelet fonksiyonlarını inhibe etmezler (Zucker ve Rothwell, 1978) ama daha düşük potense sahip analjeziklerdir. Daha yeni non-salisilat NSAİ ilaçlar, aspirinden daha potent, daha uygun, daha pahalı ve daha az toksiktir. Herhangi bir ajanın daha etkin olduğu tutarlı bir şekilde gösterilememiş olmasına rağmen belirli hastalar, bir ilaçtan, diğerlerine göre daha fazla fayda görmektedir. Eğer büyük tabletleri yutmak bir sorunsal, piroksikam (Feldene) kapsülleri, naprosken (Naprosyn) süspansiyonları veya indometazin (Indocin) rektal suppozituarları kullanılabilir. Siklooksijenaz (COX-2) inhibitörü seleksib (Celebrex), kıyaslanabilir bir analjezik etki ve daha az gastrointestinal toksisite sunmaktadır ama



Sağlık ve iyiliğe genel yaklaşım:

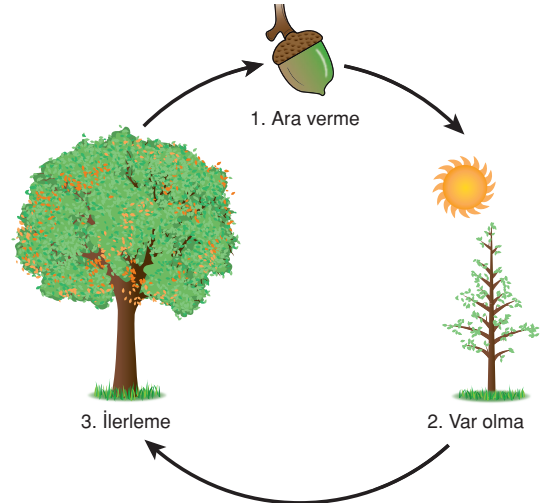
1. Tükenmişliğe etki eden faktörlerin farkında olma
2. İyilik için atılan eylem adımları

Çevresel yaşam tarzı faktörleri: (1) Sigara içmek, aşırı yemek, uykusuzluk ve iyilik hali ile doğrudan rekabet halindeki yaşam tarzı faktörleri gibi sağlığa zarar veren engelleri kaldırın. (2) Belirgin eksiklikleri (hipotiroidizm, anemi, malnutrisyon, vb.) belirleyin ve düzeltin. (3) Zararlı olmayan ve zarar verme riski az olan stratejileri seçin. (4) Yaşam tarzı değişikliklerinde sabır ve ısrarı teşvik edin.

Tükenmişliğe ve herhangi bir sağlık sorununa yönelik sekiz entegre yaklaşım: (1) İlaçlar (uyku, duygudurum desteği, vb için alışkanlık oluşturmaya sekenekler); (2) Güvenlik ve etkinliği kanıtlanmış reçetesiz satılan gıda takviyeleri; (3) Genel olarak sağlıklı, antiinflamatuar, tam-gıda-temelli bir diyetle geçiş ile beslenmeyi iyileştirmek; (4) Hareketi, aktiviteyi ve egzersizi arttırmak için teşvik etmek (5) Masaj, akupunktur vb. manuel terapiler; (6) Çevre ve ilişkiler; hava kirliliği, istismarcı ilişkiler, toksik iş/ev ortamı, vb. sağlığı etkileyen eksternal faktörlerdir; (7) Zihin-beden terapileri; duygular, inançlar, düşünceler ve hafıza gibi internal faktörleri ele alır; (8) Maneviyat; dini veya din dışı, anlam veya amaç ifade eden ve/veya değerli olan şey olarak tanımlanır.

Şekil 6-4 Sağlık ve iyiliğe sekiz tekerlekli entegre yaklaşım. OTC, reçetesiz ilaç. (Fortney L, Rakel D, Rindfleisch A, ve ark.'larının izniyle kullanıldı. Introduction to the integrative primary care: the health-oriented clinic. Prim Care. 2010;37(1):1-12.)

yayınlanan bir çalışma, 12 aydan uzun süreli bilinçli farkındalık eğitiminin, birinci basamak hekimlerinde duygudurumu ve duygusal stabiliteyi iyileştirerek tükenmişlik konusunda yararlı olduğunu göstermiştir. Başka bir çalışmada da, birinci basamak hekimlerinin mesleki ihtiyaçlarına uyarlanmış kısaltılmış bilinçli farkındalık kurslarının bile; tükenmişlik, depresyon, kaygı ve stresi anlamlı olarak iyileştirdiği saptanmıştır. Bu pozitif etkiler, destek seansları ya da formal takip eğitimleri yapılmamasına rağmen, dokuz aylık çalışma süresince devam etmiş ve daha da gelişmiştir (Fortney ve ark., 2013). Bu çalışma, yoğun çalışan birinci basamak hekimleri için bilinçli farkındalığın -nispeten kısa bir eğitim olsa bile- göreceli olarak uzun süredir devam



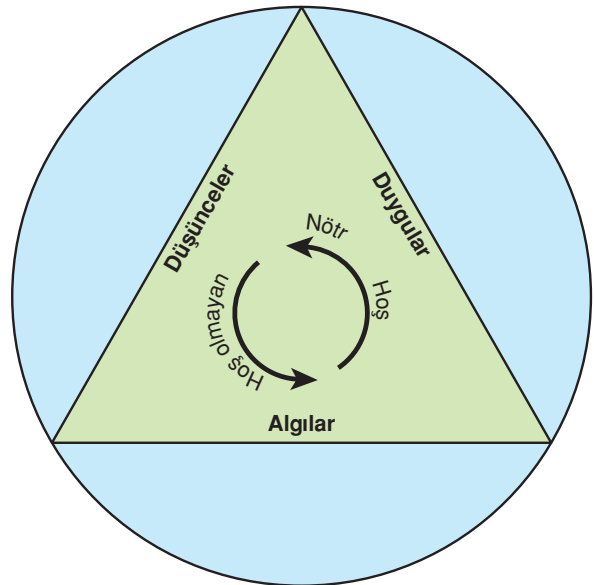
Sağlığın 3 adımlı keşfi: kendi uygulamanızda kullanın

1. Ara ver: dur, nefes al, bırak, anın farkına var
2. Var ol: reaktivite göstermeden düşünce, bedensel duyular ve duyguların farkına var
3. İlerle: şu anda dikkat isteyen ne ise bilinçle farkında ol ve cevap ver

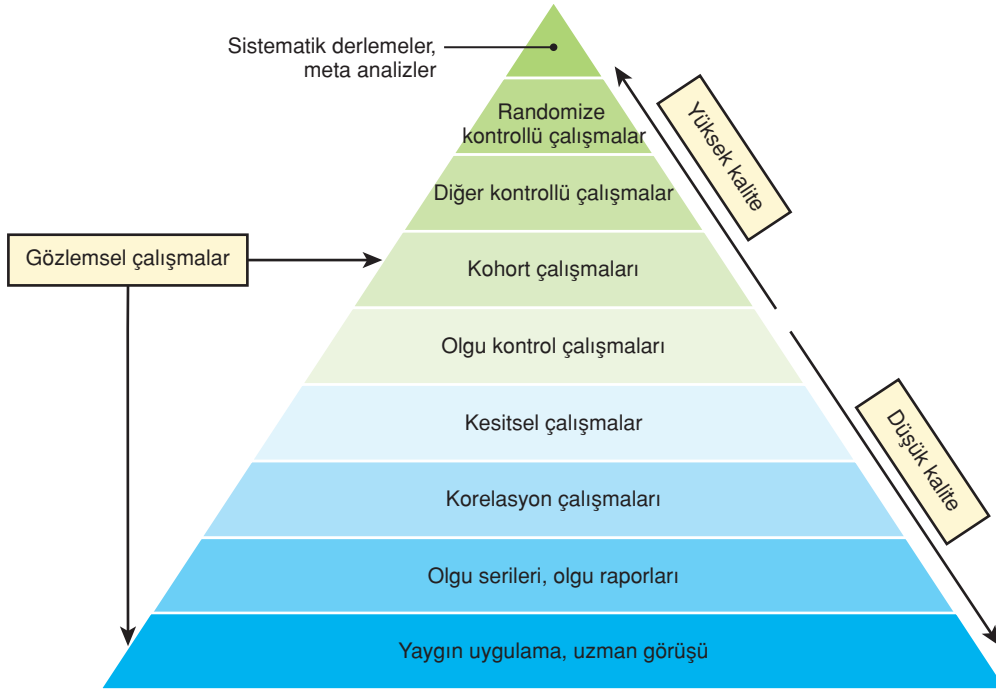
Şekil 6-5 Tıpta Bilinçli Farkındalık: kendi uygulamanızda kullanın. (Wiscconsin Üniversitesi Entegratif Tıp izni ile kullanıldı. (<http://www.fammed.wisc.edu/MINDFULNESS>))

Uygulama:

1. Şu anda, neler oluyor?
2. Deneyim anlık olarak nasıl değişiyor?



Şekil 6-6 Farkındalık Üçgeni: değişime yönelik seçenekleri belirlemek için durumun farkına vararak olduğu gibi kabullenmek. (Fortney L. Chapter 98: Recommending meditation'dan. Rakel D, ed. Integrative Medicine. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier; 2012'de)



Şekil 7-1 Kanıt piramidi.

sek kaliteli bir sistematik derlemeye dayanır. Yüksek kaliteli bir sistematik derlemenin sahip olması gereken özellikler: Çıkar ilişkisi olmayan, bağımsız bir grup tarafından yürütülmesi, varolan tüm kanıtları bulma yöntemlerini içermesi, çalışmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinin açıkça tanımlanmış olması, her bir çalışmanın açık ve kabul edilebilir bir yöntemle değerlendirilmesi, tüm kanıtların özetlenmesi ve sıralanması, değerlendirmenin çok sayıda hakem tarafından yapılması ve görüş ayrılıklarının çözülmesinde kullanılan yöntemlerin tanımlanması.

Yüksek kaliteli kılavuzlar, beceri sahibi uzmanları da içermelidir. Bu uzmanların sahip olması gereken beceriler; tıbbi literatürün nasıl değerlendirileceği, gerçek bir çıkar çatışması kadar potansiyel çıkar çatışmalarını en aza indiren ve yöneten çıkar çatışması politikaları, mevcut en iyi kanıtı yansıtan öneri gücünü belirleyen metodoloji, az ve öz olarak ifade edilmiş kesin öneriler, hasta tercihlerine izin vermesinin yanı sıra hasta-yönelimli sonuçlara vurgu yapan, yararlar kadar potansiyel zararları dikkate alan, varsa uygulamaya yardım eden araçlar ve periyodik güncelleme için planlardır.

IOM raporunda (2011a) açıklandığı gibi, pek çok kılavuz ve öneri, halen bu standartları karşılamamaktadır. Uzmanlık dernekleri ve özel ilgi grupları (special interest groups: SIG) tarafından oluşturulan düşük kaliteli kılavuzların altın standart olarak algılanması aile hekimlerini zor durumda bırakabilmektedir. Bazı uzmanlık dernekleri yüksek kaliteli kılavuzlar üretirken, diğerleri üretmemektedir. Uzman ağırlıklı panellerde çatışmalar olabilmektedir (mevcut uygulamaları savunmak ve ödemeleri gerekçelendirmek için), potansiyel zararlar dikkate alınmayabilir, koruma yönelimli değildir ve tıbbi literatürü değerlendirme becerileri olan üyeler bulunmayabilir. Bu durum, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin kendi önerilerini geliştirmesine neden olmuş-

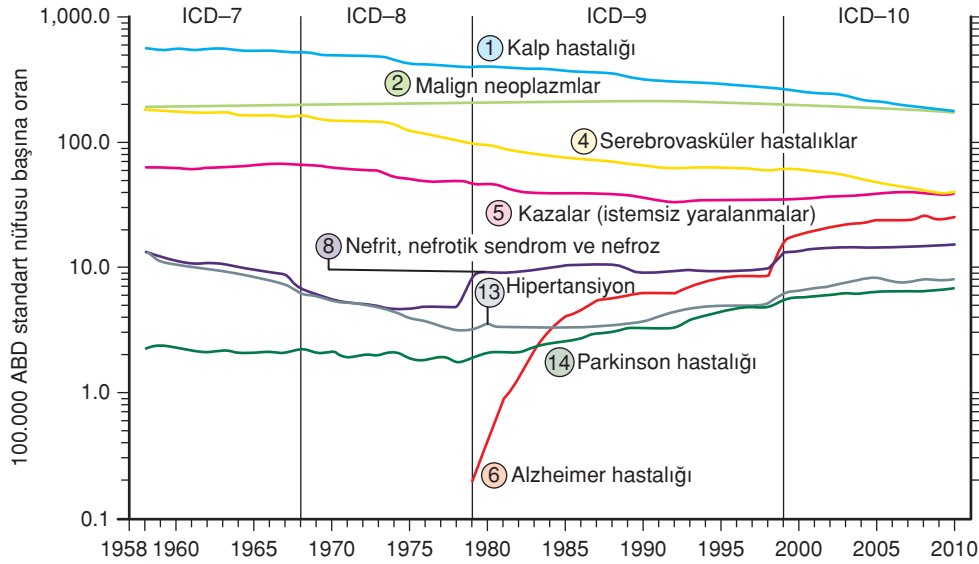
tur. Bunlar AAFP web sitesinde bulunabilir (www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/cps.html).

BİRLEŞİK DEVLETLER KORUYUCU HİZMETLER ÇALIŞMA GRUBU

Birleşik Devletler Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF), 1984'de klinik koruyucu hizmetlerin kullanımında hekimlere kılavuzluk etmek üzere bağımsız uzmanlar paneli olarak kurulmuştur. 1998'de, bağımsız statüsünü korurken Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Kalitesi Ajansı'nın (AHRQ) sponsorluğu altına alınmış ve kapsamlı bir dizi klinik koruyucu hizmetin bilimsel kanıt değerlendirmelerini yapmak ve öneriler geliştirmek için destek sağlanmıştır. Çalışma grubunun ele aldığı konular tarama testleri, danışmanlık ve koruyucu ilaçları içermektedir.

USPSTF, belgelenen yarar ve zararları dengeledikten sonra kanıt incelemek ve önerilerde bulunmak için titiz ve katı bir metodoloji kullanmaktadır (USPSTF, 2014). Çalışma grubu, değerlendirilmiş olan hizmetlerin maliyetlerini veya maliyet-yarar analizlerini dikkate almamaktadır. Değerlendirilen girişimler sıklıkla zaten yaygın kullanımdadır ve etkinlik ve güvenlik açısından iyice değerlendirmeden önce uzmanlık ve hasta hakları kuruluşları tarafından sıklıkla önerilir.

USPSTF önerileri dört kategoriye ayrılır: A Düzeyi öneriler yüksek kalitede kanıtlarla yararların zararlarından net olarak üstün olduğu desteklenen girişimler için ayrılmıştır. Kanıt sağlam değilse ya da yarar/zarar farkı büyük değil ama hala yarar lehine ise B Düzeyi öneride bulunulur. Yarar ve zararlar dengeli olduğunda ya da tüm yarar minimum olduğunda C Düzeyi öneride bulunulur. D Düzeyi (karşı öneri), yarar olmadığı ya da zarar yarardan fazla olduğunda verilir. Yarar ve zarar dengesine karar vermek için yeter-



Şekil 7-4 ABD'de Önde Gelen Ölüm Nedenleri, 2010. (Kaynak Murphy SL, Xu J, Kochanek KD. Deaths: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep.* 2013;61:67.)

Tablo 7-3 ABD'de Önde Gelen Ölüm Nedenleri, 2010

Neden	Ölüm Sayısı	Tüm Ölümünün Oranı	100.000 Kişi Başına Oran
Kalp hastalığı	307 384	24,9	202,5
Kanser	301 037	24,4	198,3
İstemsiz yaralanmalar	75 921	6,2	50,0
Kronik akciğer hastalığı	65 423	5,3	43,1
İnme	52 367	4,2	34,5
Diabetes	35 490	2,9	23,4
Özkıym	30 277	2,5	19,9
Alzheimer hastalığı	25 364	2,1	16,7
Böbrek hastalığı	24 865	2,0	16,4
İnfluenza ve pnömoni	23 615	1,9	15,6

Kaynak: Heron M. Deaths: leading causes for 2010. *Natl Vital Stat Rep.* 2013;62(6):1-96. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr62/nvsr62_06.pdf.

Tablo 7-4 ABD'de Ölümün Gerçek Nedenleri, 2010

Gerçek Neden	Sayı (%)
Tütün kullanımı	435.000 (18,1)
Yetersiz beslenme ve bedensel inaktivite	400.000 (16,6)
Alkol	85.000 (3,5)
Enfeksiyöz hastalıklar	75.000 (3,1)
Motor kazaları	55.000 (2,3)
Toksik ajanlar	43.000 (1,8)
Ateşli silahlar	29.000 (1,2)
Cinsel davranışlar	20.000 (0,8)
Yasadışı ilaç kullanımı	17.000 (0,7)

Kaynak: Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States 2000. *JAMA.* 2004;291:1238-1245.

vasküler hastalıklarla yer değiştirecektir. Bu veriler, toplum mortalitesindeki en büyük iyileşmenin kardiyovasküler hastalıkların, kanserin ve yaralanmaların nedenlerine yoğunlaşarak başarılabileceğini göstermektedir.

ABD'de ölümün gerçek nedenleri Tablo 7-4'de listelenmiştir ve sağlıksız davranışlar, en belirgin olarak tütün kullanımı, kötü beslenme, bedensel aktivite yokluğu, alkol kötüye kullanımını içermektedir. Tablo 7-5 ölümün önde gelen risk etmenlerini ve her birine atfedilen ölüm sayısını göstermektedir. Bu davranışlar ve risk etmenleri, klinik uygulamada koruyucu sağlık hizmetleri girişimlerinin ana hedefleridir.

Şekil 7-5 başlıca ölüm nedenlerinin genç yaş grubunda yaşlılardan oldukça farklı olduğunu göstermektedir. Ek olarak, ırk/etnik köken ve sosyoekonomik faktörler bu nedenlerin büyüklüğünü değiştirmektedir. Kendi toplumlarında hastalıkların epidemiyolojilerini ve riskleri bilen aile hekimleri, hastaları üzerinde en büyük etkiye sahip olan risklere odaklanabilir.

Ölüm ve engelliliğin önde gelen bu nedenlerinin her biriyle bağlantılı riskleri değerlendirirken, gözlemsel bir çalışmada tanımlanan bir "risk etmeni'nin, bu risk ortadan

Tablo 7-5 Risk Etmenlerine Atfedilen Ölümler, ABD 2009

Sıra	Risk	Ölüm sayısı
1	Sigara içme	467.000
2	Yüksek kan basıncı	395.000
3	Fazla kiloluluk ya da obezite	216.000
4	Bedensel inaktivite	191.000
5	Yüksek kan glukozu	190.000
6	Yüksek kolesterol	113.000
7	Yüksek diyet tuzu	102.000
8	Düşük omega-3 yağ asidi alımı	84.000
9	Yüksek trans yağ alımı	82.000
10	Alkol alımı	64.000

Kaynak: Danaei G, Mozaffarian D, Taylor, et al. The preventable cause of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle and metabolic risk factors. *PLoS Med.* 2009;6(4):e1000058.doi:10.1371/journal.pmed.1000058. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.1000058>.

Aşı ve yaş gruplarına göre önerilen erişkin aşılaması programı¹

AŞI ▼	YAŞ GRUBU ▶	19–21 yaş	22–26 yaş	27–49 yaş	50–59 yaş	60–64 yaş	≥ 65 yaş
İnfluenza ^{2,*}		Yıllık olarak 1 doz					
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/Tdap) ^{3,*}		Td rapeli için bir kereliğine Tdab, sonra 10 yılda bir Td					
Suçiçeği (Varisella) ^{4,*}		2 doz					
Human Papillomavirus (HPV) Kadın ^{5,*}		3 doz					
Human Papillomavirus (HPV) Erkek ^{5,*}		3 doz					
Zoster ⁶		1 doz					
Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (KKK) ^{7,*}		Endikasyona bağlı olarak 1 ya da 2 doz					
Pnömonok konjuge aşı (PCV13) ^{8,*}		1 doz					
Pnömonok polisakkarid aşı (PPSV23) ^{9,10}		Endikasyona bağlı olarak 1 ya da 2 doz					1 doz
Meningokok ^{11,*}		1 veya daha fazla doz					
Hepatit A ^{12,*}		2 doz					
Hepatit B ^{13,*}		3 doz					
Haemophilus influenzae Tip B (Hib) ^{14,*}		1 ya da 3 doz					

*Aşı Yaranılma Kompensasyon Programı dahilindedir.

Aşı gerekliliklerini karşılayan ve aşılaması belgesi ya da geçirilmiş enfeksiyon kanıtı olmayan bu kategorideki tüm kişiler için; Zoster aşısı geçirilmiş zoster atığına bakılmaksızın önerilir

Bazı risk faktörleri varsa önerilir (ör. Tıbbi, mesleki, yaşam biçimi ya da diğer endikasyonlar)

Öneri yok

Klinik olarak anlamlı aşılaması sonrası tüm reaksiyonları Aşı İstenmeyen Etki Raporlama Sistemi'ne (VAERS) bildiriniz. Bildirim formları ve VAERS formun nasıl doldurulacağı ile ilgili talimatlar www.vaers.hhs.gov ya da 800-822-7967 telefonunda mevcuttur.

Aşı Yaranılma Kompensasyon Programı ile ilgili bir istemin nasıl doldurulacağı ile ilgili bilgi www.hrsa.gov/vaccinecompensation ya da 800-338-2382 telefonundan elde edilebilir. Aşı zararını ilgili formu doldurmak için ABD Federal Mahkeme Bürosu, 717 Madison Place, N.W., Washington, D.C. 20005 telefon 202-357-6400 ile irtibata geçebilirsiniz.

Bu gizeledeki aşılarla ilgili ek bilgiler, mevcut verinin boyutu ve kontrendikasyonlar ayrıca www.cdc.gov/vaccines ya da 08.00 – 20.00 arasında İngilizce ya da İspanyolca olarak 800-CDC-INFO (800-232-4636) CDC-BİLGİ İrtibat Merkezinden alınabilir. Paskalya zamanı ve tatiller hariç Pazartesi-Cuma arası. Marka isimleri ve ticari kaynakları sadece tanımlamak için kullanınız. ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri ile bağdaştırmayınız.

Bu gizeledeki öneriler Hastalık Kontrol ve Önleme Komitesi (CDC) Aşı Uygulamaları Danışma Komitesi (ACIP Amerikan Aile Hekimleri Akademisi (AAFP) ve Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (ACOG) ve Amerikan Hemşirelik ve Ebelik Derneği (ACNM) tarafından onaylanmıştır.

A

Vaccines that might be indicated for adults based on medical and other indications¹

AŞILAR ▼	ENDİKASYONLAR ▶	Gebelik	İmmün yetmezlik durumları (İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) dışı) ^{4,6,7,8,15}	HIV enfeksiyonu CD4+ T lenfosit sayısı ^{4,6,7,8,15}	Erkeklerde seks yapan erkekler (MSM)	Böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, hemodiyaliz, yapılanlar	Kalp hastalığı kronik akciğer hastalığı, kronik alkolizm	Aspleni (elektif splenektomi ve inatçı kompleman bileşimi eksikliği) ¹⁴	Kronik karaciğer hastalığı	Diyabet	Sağlık personeli
İnfluenza ^{2,*}				< 200 hücre/µL	≥ 200 hücre/µL	Yılda bir doz IIV ya da LAIV		Yılda bir doz IIV			Yılda bir doz IIV ya da LAIV
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/Tdap) ^{3,*}		Her gebelikte 1 doz Tdap				Td rapeli aşısı için bir kezlik dozu Tdap olarak yapın, sonra her 10 yılda bir Td ile rapel yapın					
Suçiçeği ^{4,*}			Kontrendike			2 doz					
Human Papilloma Virüs (HPV) Kadın ^{5,*}			26 yaşa kadar 3 doz			26 yaşa kadar 3 doz					
Human papillomavirüs (HPV) Erkek ^{5,*}			26 yaşa kadar 3 doz			26 yaşa kadar 3 doz					
Zoster ⁶			Kontrendike			1 doz					
Kızamık, kabakulak kızamıkçık (KKK) ^{7,*}			Kontrendike			1 ya da 2 doz					
13 valanlı konjuge pnömonok (PCV13) ^{8,*}						1 doz					
Polisakkarid pnömonok (PPSV23) ^{9,10}						1 ya da 2 doz					
Meningokok ^{11,*}						1 veya daha fazla doz					
Hepatit A ^{12,*}						2 doz					
Hepatit B ^{13,*}						3 doz					
Haemophilus influenzae tipb (Hib) ^{14,*}			Sadece post HSCT alıcıları için			1 ya da 3 doz					

*Aşı yaranılma Kompensasyon Programı tarafından kaplanmıştır

Aşılaması belgesi olmayan ya da geçirilmiş enfeksiyon kanıtı olmayan yaş gerekliliklerini karşılayan bu kategorideki herkes için. Zoster aşısı geçirilmiş zoster epizotma bakılmaksızın önerilir

Bazı risk etmenleri varsa önerilir (örneğin tıbbi, mesleki, yaşam biçimi ya da diğer endikasyonlar bazında)

Öneri yok

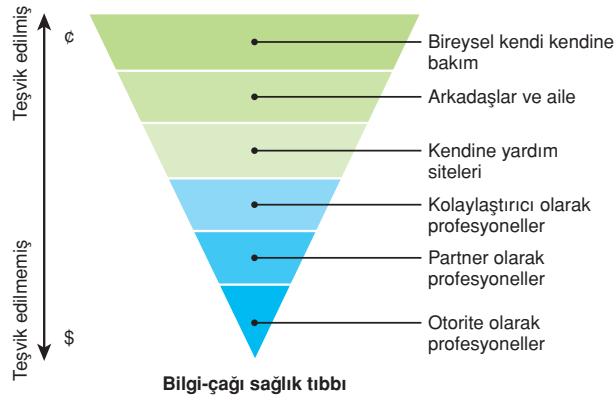


U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Disease Control and Prevention

Bu programlar, 1 Şubat 2014 itibarıyla, şu anda lisanslı aşıların uygulanmasının yaygın olarak 19 yaş ve üzeri erişkinlerde gösterildiği önerilen yaş gruplarını ve tıbbi endikasyonları göstermektedir. Tüm aşıların Erişkin Bağışıklama Programı'nda önerilmesi için: aşı serisi dozlar arasında geçen zamana bakılmaksızın yeniden bağışlatılmasına gerek yoktur. Lisanslı kombinasyon aşıları, kombinasyonun herhangi bir bileşeni belirtildiğinde ve aşı bileşenlerinin kontrendike olması durumunda kullanılabilir. Öncelikle yolcular için kullanılan veya yıl boyunca verilen aşılar dahil olmak üzere tüm aşılarla ilgili ayrıntılı tavsiyeler için üreticilerin paket eklerine ve Aşı Uygulamaları Danışma Komitesinin tam ifatelerine bakın (www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html) Ticari isimlerin ve ticari kaynakların kullanımı sadece tanımlama amaçlıdır ve ABD Sağlık ve İnsan Hakları Hizmetleri bölümünün onayladığı anlamına gelmez.

B

Şekil 7-7 Erişkin aşı çizelgesi. Bu öneriler Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (CDC) websitesinde gösterilen dip notlarla okunmalıdır (Kaynak: CDC. Recommended Adult Immunization Schedule—United States, 2014. <http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-schedule.pdf>)



Şekil 8-2 Bireysel kendi-kendine-bakımın ortaya çıkışı. (Ferguson T. Consumer health informatics. *Health Forum J.* 1995;38(1):28-33'den.)

Hasta ve Aile Merkezli Bakım

Tıp eğitimcileri, hizmet sunucunun; tanı koyma, hastalara ve çalışanlara 'order' verme ve takip muayeneleri yapmadaki üstün rolünü vurgulamışlardır. Görünen tablo; hizmet sunanlardan birinin, sağlık kurumunda kontrolü elinde tutan 'her şeyi bilen' ve 'geminin kaptanı' olduğu şeklindedir. Bu durum, sunucunun iyi performans göstermesi gibi bir baskı unsuru oluştururken hastayı da pasif bir role sokmaktadır ki bu da çoğunlukla suboptimal sağlık sonuçlarına yol açmaktadır.

Son yıllarda, hasta-merkezli bakım modeli hareketi popüler olmuştur. Hasta-merkezli bakım verme; paylaşılmış karar verme, hasta portallerinde hasta ve hekim arasında açık iletişim, mesajlaşma, e-posta ve sosyal medya, MI, çalışma saatleri ve çalışma dışı saatlerde de ulaşılır ve cevap verebilir olma gibi bazı stratejileri ve eylemleri somutlaştırmıştır (Bergeson ve Dean, 2006). Hastaneler, hastalarının laboratuvar ve radyoloji sonuçlarına ulaşabilmeleri, randevu alabilmeleri ve klinik personel ile iletişim kurabilmeleri için çevrimiçi portaller oluşturarak bu hareketi cesaretlendirmekte ve sahiplenmektedirler. Hastaneler, oluşturdukları hasta danışma kurulları ile hastaların ve ailelerinin savunmanlık rolünü de üstlenmişlerdir. Birçok kurum; hastane kurullarına, heyetlere ve çalışma gruplarına hastaları da dahil etmeye başlamıştır. Eğer hastaların sesini ve bakış açısını bu antitelerin işleyiş biçimine etkili bir şekilde dahil etmek istiyorsak, sağlık hizmeti sunan organizasyonların yönetiminde hastaların yer alması gereklidir (Luxford ve ark., 2011).

Hasta Katılımı

'Hasta katılımı' terimi son zamanlarda "sıcak bir söylem" olmakla birlikte farklı yorumlanmaktadır ve ölçülmesi son derece zor bir kavramdır. Munro, bu sözcük tarandığında 500.000'den fazla sonuç çıktığına, kongreler ve konuşmacılar için popüler bir konu olduğuna dikkat çekmiştir (Munro, 2013). Hizmet sunucularının ve kurumların, hasta katılımı programlara geçişleriyle ilgili sadece sözcükler ve basmakalıp laflar yerine, ölçülebilir yöntemlerin kullanılmasının da önemine dikkat çekmiştir. Kernisan (2013), hasta katılımını, hasta ve hekimin karşılıklı üzerinde görüş birliğine varılan sağlık hedeflerine doğru hastanın gelişme

göstermesine yardımcı olunması için hasta ve hekimin birlikte çalıştıkları verimli bir birliktelik olarak tanımlamıştır. Hasta katılımı, hangi sağlık çıktılarının önemli olduğu, hangilerinin izlenmesi gerektiği ve nasıl izlenmesi konusunda hasta ve hizmet sunucuların iş birliği içinde çalışmalarını gerektirir. Bu sayede, hastalar ile anlamlı ortaklıklar oluşturulur. Hastaların kendi seçimlerini yapabiliyor olmaları, birçok sağlık sunucusu için farklı bir zihniyet olacaktır.

Hasta Merkezli Evde Sağlık Bakımı

Hasta Merkezli Evde Sağlık Bakımı (HMESB) (The Patient-Centered Medical Home; PCMH) kavramı, birçok organizasyon ve politik grup tarafından sağlık reformunun anahtar birimi olarak görülmüş ve benimsenmiştir. Kronik rahatsızlığı olan hastalara yüksek kalitede sağlık bakımının sunulduğu farklı hizmetleri tanımlar ve ekip yaklaşımını içerir (Robert Graham Center, 2007). Ayrıca, rahatsızlığı önlemek ve optimum sağlığı devam ettirmek isteyen sağlıkli bireylere de hitap eder.

HMESB ilkelerinin kullanılması, katılımcı sağlık modeline uygun tutumlara ve uygulamalara doğru yön değiştirilmesinde pratik bir yoldur. Hem hastalar hem sunucular için yeni rollere dikkat çekilir. Hekimlerin, hasta eğitiminde daha fazla yer almalarını ve daha destekleyici olmalarını gerektirir. Ekibin her üyesinin kendi uzmanlık alanında en üst noktada olduğu multidisipliner bir ekip yaklaşımını kapsar. Bu ekipler; mental sağlık çalışanları, diyet uzmanları, eczacılar ve diğer sağlık profesyonellerini kapsar. Sunucu iş modelini, derinden değiştirecektir. Bilişim teknolojileri (BT) kapasitesinin benimsenmesi ve genişletilmesi, iletişimde daha erişilebilir ve daha sık modların olduğu, tüm paydaşlar için teşvik ve ödüllerin yeniden yapılandırıldığı bir değişim olur. Birçokları sonunda, tıbbi hizmetlerde, hizmet başı geri ödeme yöntemi- ni sona erdireceğine inanmaktadır (NCQA, 2011).

Bu yaklaşımın, hizmet sağlayıcı ile hasta arasında derin etkileri vardır. Sağlık sistemi artık primer olarak 'poliklinik görüşme' modeline dayanmayacaktır. Hekimler, sorumlu oldukları tüm toplum ve 'monitörize' ettikleri hastalar için geri ödeme ve üzerinde görüş birliğine varılan istenen çıktılar için teşvik ödemesi alabileceklerdir. Hizmet sunucularının ödemeleri, sadece poliklinik görüşmeleri ile sınırlandırılmadığı için, telefon, e-posta, kısa mesaj veya sosyal medya gibi diğer yollarla iletişime geçme konusunda daha büyük istek olacaktır.

Ulusal Kalite Güvencesi Komitesi (NCQA; The National Committee for Quality Assurance), HMESB'leri için 2011'de modifiye edilen bir sertifikasyon standardı belirlemiştir (Peek ve Oftedahl, 2010). Bu listede altı temel standart yer alır:

1. Erişilebilirliğin ve sürekliliğin iyileştirilmesi
2. Toplum yönetimi
3. Bakımın planlanması ve yönetimi
4. Toplum kaynaklarını kullanarak kendi-kendine-bakım desteğinin sağlanması
5. Bakımın izlenerek koordine edilmesi
6. Performansın ölçülmesi ve iyileştirilmesi

Bu standartların sağlanması için, birinci basamak hekimlerinin poliklinik ekiplerinde, hemşirelik hizmetleri yö-

Tablo 9-2 Kadın Sağlığı Girişimi Çalışmasından Özet Oranlar

Aşağıdaki denklemler, yayınlanan çalışmalarda genel olarak rapor edilen özet oranının (örneğin rölatif risk) nasıl alınacağını ve sonuçları klinisyenlere ve hastalara açıklamakta daha yararlı olabilecek bir özet ölçümün özet ölçümün (örneğin tedavi edilmesi gereken ve zarar gören hasta sayısı) nasıl hesaplanacağını göstermektedir. Örnek, Kadın Sağlığı Girişimi Çalışmasındaki hormon replasman tedavisine ilişkin ortalama yıllık insidans hızlarını ve koroner kalp hastalığı (KKH) vakaları için rölatif riski ele almaktadır.

HRT alan kadınlardaki ortalama yıllık insidans
= 37 yıllık KKH vakası/10000 kadın

Plasebo alan kadınlardaki ortalama yıllık insidans
= 30 yıllık KKH vakası/10000 kadın

KKH için rölatif risk = $\frac{37 \text{ yıllık KKH vakası/10000 kadın}}{30 \text{ yıllık KKH vakası/10000 kadın}} = 1,29$ (düzeltilmiş)

Rölatif risk KKH hastalarında %29 artış tanımlanmaktadır.

Bu, iki grup arasındaki insidans oranların arasındaki mutlak farkı dikkate almak için ve hasta başına verilen potansiyel riskin büyüklüğünü anlamak için daha yararlı olabilir.

Atfedilen risk (AR) = $\frac{37 \text{ KKH vakası}}{10,000 \text{ kadın}} - \frac{30 \text{ KKH vakası}}{10,000 \text{ kadın}}$

Zarar görmesi gereken kişi sayısı (NNH) ortalama, bir kadının 1 yıl HRT'ye atfedilebilecek ek KKH vakası nedeniyle tedavi edilmesidir:

$NNH = \frac{1}{7/1000 \text{ kadın}} = \frac{10000}{7} = 1430$

Kadın Sağlığı Girişimi Verileri Yazım Grubu: Östrojen ve progesteronun sağlıklı menopoz sonrası kadınlarda yarar ve zararları, JAMA 288:321-333, 2002.

miş RR'sinin 1.29 (0.30/0.37) olmasına rağmen; her iki grup arasındaki risk farkı veya atfedilen risk %0.07 (0.37-0.30)'dur. Başka bir deyişle, HRT kullanan 10.000 kadında, çalışma boyunca, her yıl yedi ek KKH olgusu gerçekleşmiştir. Tedavi grubuna atfedilen risk, zarar vermek için gereken sayı (NNH) şeklinde özetlenebilir veya bir çalışmanın faydalı etkisi bildiriliyorsa tedavi etmek için gereken sayı (NNT) denebilir. Bu durumda, NNH yaklaşık 1430'dur; yani ortalama her 1430 HRT alan hastanın; birinde her yıl ek KKH olayı olmuştur (yani; risk farkının tersi, 0,07 veya 7/10.000) (bkz: Tablo 9.2). NNH veya NNT rakamları, hekimler ve hastalar belirli bir tedavinin risklerini ve yararlarını değerlendirecekleri zaman, daha anlaşılır ve yararlı bir çalışma özeti sunar (Bhandari ve Haynes, 2005).

Klinik Kanıtların Yorumlanmasında Diğer Anahtarlar

Bir çalışmanın uygulamayı değiştirip değiştirmemesi gerektiği konusunu yorumlamada majör görevlerden biri; hasta-yönelimli tüm çıktıların göz önüne alınıp alınmadığıdır. Örneğin, kırıkların önlenmesi ile ilgili kanıt düşünüldüğünde; fizyolojik çıktıları (örneğin; serum kalsiyumu), orta düzey çıktıları (örneğin; kemik dansitesi) ve hasta-yönelimli çıktıları (örneğin; kırıklar) ölçen çalışmaları ayırt etmek önemlidir. Mümkün olduğunda, uygulama kararları, hastaların önemli saydığı çıktılara dayanmalıdır. Örneğin, osteoporoz

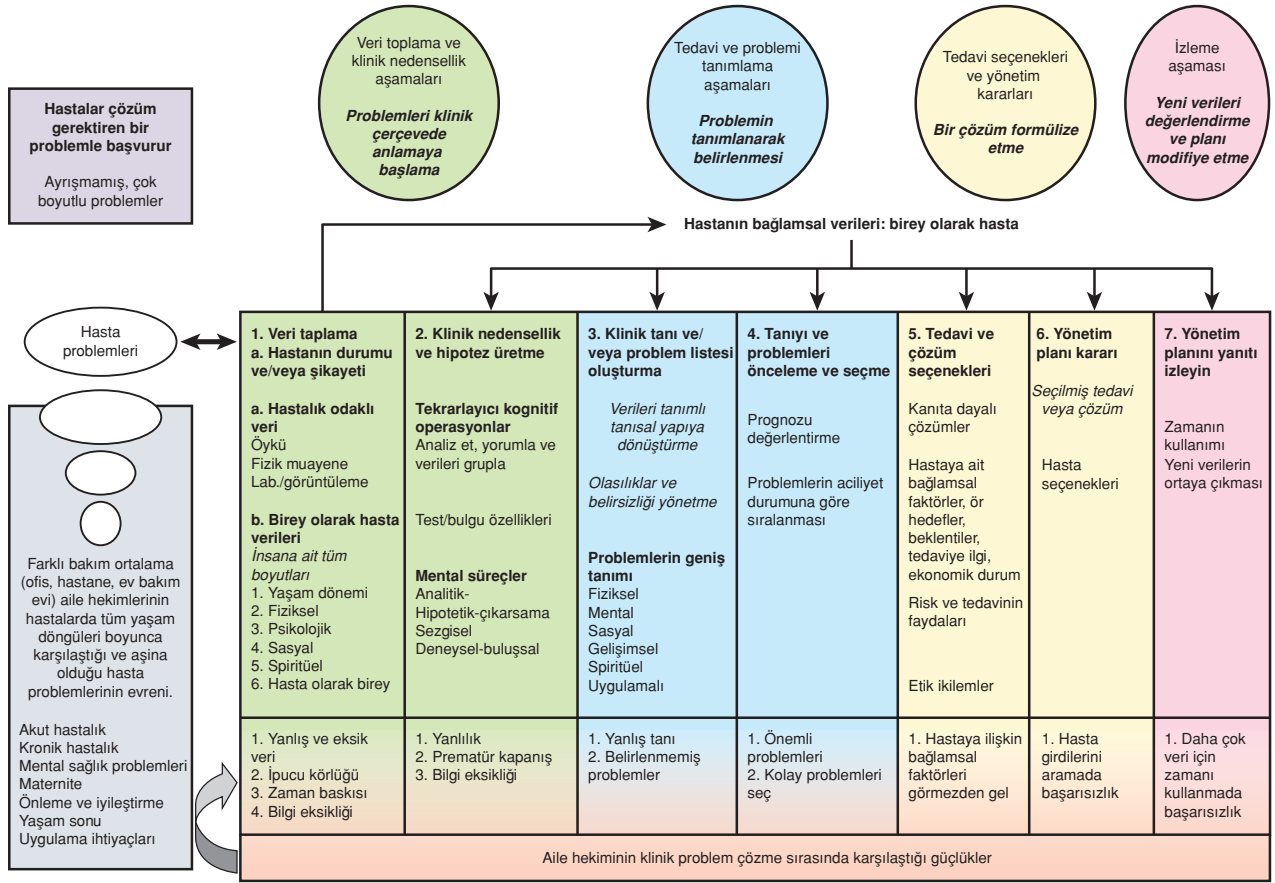
için HRT çalışmasında, kırık insidansında azalma, kemik dansitesi gibi orta düzeydeki çıktıdaki değişikliğe göre daha ikna edici bir bulgu olacaktır. Aynı şekilde, tüm önemli zararlar (yani; riskler) ve finansal sonuçlar (yani; maliyetler ve tasarruflar) bildirilmeli ve dikkate alınmalıdır. Yeni bir antirezortif ilaç çalışmasında, özofajit, gastrit ve özofagus perforasyon oranı, hasta memnuniyeti, maliyet, global iyilik halinin tümü fraktür insidansındaki iyileşme ile dengeli olarak değerlendirilmelidir.

Böyle bir yeni tedavinin yararlarını ve zararlarını değerlendiren, uygun alternatiflerin de (tedavi vermeme gibi) karşılaştırılması gerekir. Tipik olarak, böyle bir karşılaştırma, her bir müdahaleyi; yarar, zarar ve ekonomik sonuçlarına göre karşılaştıran bir tablo şeklinde bir "bilanço" şeklinde olabilir. Bazı hastaların aktif müdahale aldıkları ve diğerlerinin plasebo aldığı randomize plasebo-kontrollü çalışmalar vardır. Alternatif olarak, çalışmada, aktif bir karşılaştırıcı (etkili olduğu bilinen bir müdahale) kullanılabilir. Bu yaklaşımların her birinin artıları ve eksileri vardır ancak unutulmaması gereken en önemli nokta, bir çalışmanın tek bir ölçümde istatistiksel anlamlılığı gösterdiği için, tüm hasta-yönelimli çıktıların dikkate alındığı anlamına gelmediğidir.

Çalışma etki göstermediğinde, güç sorusu ortaya çıkar. Basit terimle, güç, müdahalenin etkisini tespit edebilme yeteneğidir, çalışmadaki hasta sayısına, müdahalenin etkisinin büyüklüğüne ve etkinin bir kişiden diğerine değişkenliğine bağlıdır. Bazı müdahaleler için küçük bir etki bile önemli olabilir. Örneğin, hipertansiyon için birçok non-farmakolojik tedavi (örneğin, tuz kısıtlaması) nispeten orta derecede ama önemli etkilere sahiptir. Hekimleri, olumsuz sonuç veren küçük çalışmalardan şüphelenmelidir. Güven aralıklarının incelenmesi, çalışma örneğinin çok küçük olup olmadığını ve dolayısıyla klinik olarak önemli bir farkı sap-tayacak istatistiksel gücü (geniş güven aralıklarıyla yansıtıldığı gibi) olup olmadığını değerlendirmesinin en kolay yoludur.

Bir çalışma pozitif olduğunda ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar gösterdiğinde, bulguların klinik olarak anlamlı ve uygulanabilir olması önemlidir. Örneğin, eğer bir çalışmada, bir ilacın milyonda bir hastada kalp krizi riskini azalttığı gösterilmişse, istatistiksel olarak anlamlı olsa bile çalışmanın klinik olarak yararından şüphelenmeliyiz. Aynı şekilde, günlük pancar çorbası içiminin bir grup Rus rıhtım işçisinde kırıkları azaltıldığını gösteren bir çalışma, Birleşik Devletler'deki hasta popülasyonlarına uygulanamayabilir. Kontrollü bir araştırma ortamında yapılan bir çalışmanın bulguları, gerçek dünyada yaşanan deneyimlerden farklı olabilir. Günlük enjeksiyon gerektiren osteoporoz müdahalesinin, klinik çalışmada yer alan ve dikkatle seçilmiş katılımcılar arasında etkili olduğu gösterilebilir ama ortalama poliklinik ortamında etkinliği daha kısıtlı olabilir.

Hekimler, uygulamalarını değiştirmek için tek bir çalışma yerine birçok çalışmanın sentezine güvenirlir. Böyle derlemeler, sistematik olabilir. Yayınlanmış ve yayınlanmamış, İngilizce ve diğer dillerdeki tüm çalışmaları ortaya çıkarmayı amaçlamış olabilir. Ya da yayınlanmış literatürün sadece bir bölümünü ele alan daha sınırlı derlemeler ola-



Şekil 11-1 Aile hekimlerinin klinik problemleri tanımlarken ve hasta merkezli tedavi çözümleri oluştururken uyguladığı basamaklar.

mı gibi algılayabilirler. Alternatif olarak, hastaların güçlü spiritüel inançları veya dahil oldukları dini bir topluluk da bulunabilir; bunlar teselli ya da destek kaynağı olabilirler.

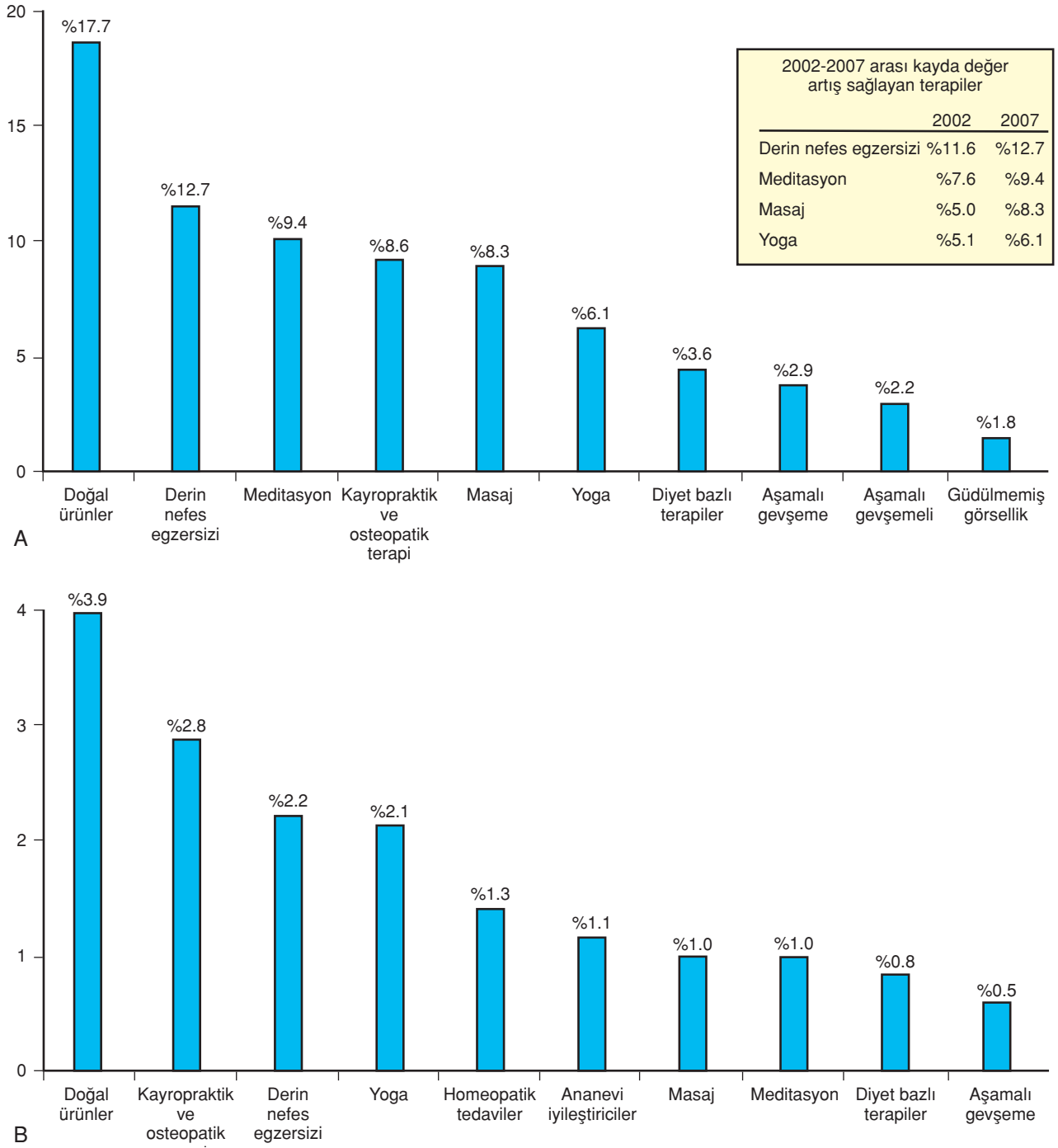
Bu beş boyuta ek olarak; hastanın hasta olarak oynadığı rol de problemlerin kaynağı olabilir. Örneğin; ideal hastadan beklenen tedavi planlarını düzenli olarak takip etmesidir, fakat tedavi planına uyumsuzluk sık karşılaşılan bir sorundur. Tedaviye uyumsuzluğa neden olan faktörleri anlamaya çalışmak ve bunları hasta uyumunu sağlamada bir çözüm olarak kullanmak da hekimin araştırma görevleri arasındadır.

Aile hekimleri, problemleri anlamak ve aktif bir problem listesi yapabilmek için fiziksel tanıya ilişkin 'verileri', insanın farklı boyutlarını ve hastanın rolünü araştırarak ortaya çıkarırlar.

Veri toplama sonrası ikinci aşama *klinik nedensellik* tir. Gerçekte, bu aşama veri toplama ile eş zamanlı olarak ilerler. Hekim, başlangıçta sıralama, eleme, analiz etme ve yorumlama gibi spesifik mental operasyonları yürütür. Bulgu ve semptomların tanısal ve prognostik olarak farklı anlamları vardır (Wilson, 1926). Hekim, toplanan verilerle iki mental operasyon kategorisi kullanır (Croskerry, 2009). Bunlardan ilki, hipotez oluşturmaya yönelik analitik veya sistematik algoritmik yaklaşımdır. Sorular sırayla sorulur, hastanın her cevabı bir sonraki soruya yönlendirir. Çok sistematik bir şekilde, hekim muhtemel hipotezini destekle-

yecek verileri eleme ile bulur ve sıralar. İkinci mental operasyon kategorisi, sezgisel işlemdir. Burada hekim, verileri sıralamak için daha etkin ve hızlı bir şekilde önceki tecrübelerini ve patern tanımayı kullanır. Sezgisel işleme çok daha hızlı bir süreçtir ama hata olasılığı da daha yüksektir.

Verileri sıralama ve eleme ile hipotez oluşturma bir yönü de, spesifik bir tanının olasılığını artırma veya azaltmaya ilişkin bilginin değeridir. Klinik uygulamada, spesifik bulguların (McGee, 2012), semptomların ve testlerin (veya bunların kombinasyonlarının, örneğin rahatsızlık ciddiyet ölçekleri gibi) (Kellet, 2008) olasılık oranlarını bilmek, hastalık olasılığını ve sonuçlarını tanımlamada değerlidir. Olasılık oranlarına ek olarak, spesifik hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansını bilmek de klinik problemleri tanımlamada aile hekimlerine yardımcı olacaktır. Bazı durumlarda böyle veriler mevcut olmayabilir fakat örneğin mevsime göre bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışını takip etmek (örneğin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin grip haritası websitesinden) ve toplumdaki grip vakalarını izlemek; burun akıntısı, öksürük, ateş ve yaygın vücut ağrıları ile gelen bir hastada hekimin gribe ilişkin şüphelerini artıracaktır. Böyle bilgiler, Will Pickles'in (1939) belirli enfeksiyöz hastalıkların inkübasyon süreleri hakkındaki çalışmasında olduğu gibi, hekimin temas öyküsü olan sarılıklı hastasına enfeksiyöz hepatit tanısı koyma olasılığını artırır.



Şekil 12-3 A, 2007 yılı yetişkinler arasında en yaygın on tamamlayıcı ve alternatif tıp terapisi. **B**, 2007 yılı çocuklar arasında en yaygın on TAT terapisi. (Barnes PM, Bloom B, Nahin R. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2007. Natl Health Stat Rep December 2008;(12):1-23'den)

ve %38) kalmış olsa da akupunktur, derin nefes egzersizleri, masaj terapisi, meditasyon, natüropati ve yoga gibi bazı terapilerde kayda değer artışlar yaşanmıştır (Şekil 12-3'e bakınız). Basın ve internet yoluyla TAT kullanımına ilişkin geniş kamuoyu bilincinin oluşması ve bazı TAT uygulamaları için eyalet lisanslamalarındaki artış gibi birçok faktör, bu büyümeye açıklık kazandırabilir. Yetişkin ve pediatrik TAT kullanıcıları eğitim, ekonomik durum, coğrafik bölge, sağlık sorunların sayısı, bir önceki yıl hekim vizitleri ve

TAT kullanımıyla ilişkili maliyetlerden dolayı pahalı olması sebebiyle geleneksel tıp hizmetlerini kullanmayı erteleme veya kullanmama durumları bakımından birbirleriyle benzerlik göstermektedir. TAT kullanımına yönelik tüm nedenler iki kategoriye ayrılmaktadır: (1) ağrı gibi birçok sağlık problemini tedavi etmesi ve (2) genel sağlık durumu ve iyilik halini yükseltmesi. TAT kullanımının çoğunluğu "öz bakım" kapsamında olanlardır ve çoğunlukla geleneksel tıp hizmetleriyle birlikte kullanılmaktadır.



Şekil 13-12 Sırada iken çevredeki yabancılara karşı oluşturulan “vücut balonu” (Courtesy Magnum Photos, New York.)

YALANI SAPTAMAK

Bir gerçeği ya da görüntüyü uyduran bir kimse, yukarı ve sağa bakmaktan başka aşağıdaki davranışları da sergileyebilir:

- Ağzını elleriyle kapatır.
- Burnunu ovuşturur ya da fiske vurur.
- Boynunu kaşır.
- Kulağını çekiştirir ya da kulağının arkasını ovuşturur.
- Bir gözünü ovuşturur.
- Gözlerini hızlıca kırıştırır (Gözünü hiç kırpmaması da olasıdır).
- Söylediğinden farklı düşündüğünü belli eden bir mikro- ifade sergileyebilir.
- Göz teması kurmaktan kaçınabilir.
- Kollarını ve ellerini az kullanır.
- Saldırgan olmak yerine savunmacı bir tutum sergileyebilir.
- İfadesini ya da duruşunu aniden değiştirebilir.

Yalan söyleyenler, ek olarak, nadiren diğer kişiye dokunur ya da karşıdakile doğru parmağını uzatır ve bu arada hikayelerinde olumsuz detaylar bulunmamaktadır (Lieberman, 1998). Yalancı kişi sessizliği sevmez ve karşıdakini ikna etmek için normalden fazla konuşabilir. Yalan söylediğinden şüphelenilen kişi konuşturulmalıdır çünkü bu yolla sözel ve sözel olmayan ipuçları daha kolay ortaya çıkabilir (Vrij, 2005). Özgüveni yüksek kişiler, dik otururlarken yalan söyleyenler kambur şekilde otururlar. Sözel ya da sözel olmayan ipuçlarının ancak hep bir arada değerlendirildiğinde anlam taşıdığı unutulmamalı, tek bir hareketin şüphe uyandırmaktan başka bir anlam ifade etmemesine dikkat edilmelidir.

PROKSEMİKLER: UZAMSAL FAKTÖRLER

Proksemikler, kişilerin etraflarındaki boşluğu bilinç dışı olarak nasıl oluşturduklarıyla ilgilidir. Bu yapılandırma kültürle göre değişim göstermektedir. Örneğin Kuzey

Amerika’da yaşayan bireyler, tanımadıkları bireylerle etkileşime girdiklerinde yaklaşık 60 cm’lik koruyucu bir “vücut balonu” içerisinde dururlar. Bu bölgeden içeri girenler saldırgan olarak nitelendirilir ve kişinin savunmaya geçmesine neden olurlar (Şekil 13-12). Orta Doğu’da böyle bir balon yoktur ve bu bölgeye girmek normal kabul edilir. Hatta bu bölgeye girmemek dostça olmamak ya da soğukluk olarak algılanabilir. Araplar, karşıdakine dokunabilecek ve kokusunu alabilecek kadar yakında durmayı tercih ederler. Buna karşın Amerikalılar kalabalık bir metroda olduğu gibi yakın mesafede durmak zorunda kaldıklarında gözlerini kullanarak (uzaklara dalarak) daha uygun bir uzaklık elde etmeye çalışırlar. Çoğu insan için kol uzunluğu yeterli kişisel alanı sağlamaktadır. Erkeklerin eşi bu boşluğa girebilir ancak başka bir kadın bu boşluğa girerse eşler rahatsız olacaktır. Bunun tersi de geçerlidir.

Robert Frost, “Çitleriniz iyi olursa komşularınız da iyi olur.” demiştir. Kasabalarda ya da banliyölerde kişiler, çitle çevrili olan arka bahçelerinde herkeसे açık alanlara göre daha çok konuşabilmektedirler (McCaskey, 1979). Sınırların çizilmesi, bölgeselliği oluşturmada ve komşuları çitin olmadığı durumlara göre daha yaklaştırmaktadır.

Çok yakın (*mahrem*) alan yakın fiziksel temas ile 45 cm arası, *kişisel alan* 45 ile 120 cm arası, *sosyal alan* 120 ile 365 cm, *ortak alan* ise bundan sonraki alan olarak tanımlanmıştır (Lambert, 2008). İki kişi arasında bir masa yerleştirmek, kişisel alanı sosyal alan haline dönüştürür. Poliklinikte kullanılan masa, hekim-hasta arasında yer alıyorsa iletişimde bir bariyer olabilir ve hekimin önemini ve gücünü gösteren bir yanılsama yaratabilir. Bazen bu durum tercih edilebilir olsa da aile hekimliği polikliniğinde çok da gerekli değildir. Poliklinikteki diğer mobilyalar, hekim ve hasta arasında en az engel olacak şekilde yerleştirilmelidir.

Otomobiller bireylerin kişisel alanlarını 10 kata kadar arttırlar. Bir araç diğerinin önünü kesip kişisel alana girdiğinde başlayan “yol verdin- vermedin kavgası” sırasında iki kişinin ilişkilerini karşılaştırır.



Şekil 15-2 *Staphylococcus aureus* endokarditi olan bir hastanın parmak ucundaki küçük püstül (pürülan püstül)

LABORATUVAR KULLANIMI

Klinik Laboratuvar Geliştirme Yasası (CLIA) ve değişiklikleri, birçok kişiyi ve belki de birinci basamak klinisyenlerinin çoğunu, tam kan sayımı (CBC), özellikli kan sayımı ve Gram yöntemi ile boyanan örneklerin incelenmesi gibi ofis içi testlerin yapılmasını engellemektedir. Bunların orta düzeyde karmaşık olduğu kabul edilir ve CLIA düzenlemelerine uyumu sağlamak masraf ve zahmet ister. Aile hekimleri genellikle üç tür laboratuvara güvenmektedir:

1. Genellikle CLIA'dan muaf testler için kurum içi bir laboratuvar, hizmet sunucu tarafından uygulanan mikroskopi ve dışarıya gönderilecek örnekler için kan alınması
2. Çoğu rutin kültür türleri, mantar kültürleri, mikobakteriyel (AFB) kültürler ve boyamalar ve çeşitli serolojik testler için yerel bir hastane veya başka tesiste bir laboratuvar
3. Bir veya daha fazla referans laboratuvarı

Laboratuvarlarla iletişim zaman alıcı olabilir, ancak özellikle sonuçların güçlü bir klinik izlenimi desteklemediği durumlarda çok önemlidir. Laboratuvarların etkin kullanımı için bazı öneriler şunlardır:

1. Toplam lökosit sayımının (WBC), diferansiyel sayımının, trombosit sayımının ve idrar tahlilinin değerini göz ardı etmeyin. Bunlar genellikle ciddi hastalık için ipuçları verir.
2. Bir inflamasyon belirteci olarak eritrosit sedimentasyon hızının (ESR) yerini alan *C-reaktif protein* (CRP) (çünkü nonenflamatuvar faktörlerden daha az etkilenir), enfeksiyon teşhisi ve tedavinin etkinliğinin izlenmesi için yararlıdır (Ansar ve Ghosh, 2013).
3. *Prokalsitonin düzeyi* sepsisin biyolojik belirteci olarak giderek daha fazla kullanılmaktadır fakat diğer bulgular bağlamında yorumlanmalıdır (Wacker ve ark., 2013).
4. Endokardit yatkınlığı olan hastalara antibiyotik verilmenden önce *kan kültürleri* alınmalıdır.
5. *Laboratuvar sonuçlarını* gözden geçirmek için *kurum içinde kurulu bir sistem* bulunmalıdır, özellikle de pozitif kan kültürleri ve AFB kültürleri gibi kritik sonuçlar. Pozitif sonuçların fark edilmemesi ve harekete geçilmesi trajediye yol açabilir.

6. Laboratuardan ileri testler için, özellikle eşlenmiş akut ve konvelesan örnek çalışmaları, *serum örneğinin saklanması* istemek sıklıkla faydalıdır.
7. Tahmin edilebilen kolonizasyon için, vücut yüzeyleri veya akıntılarından kültür örnekleri almak genellikle uygun değildir. Örneğin; ülser veya açık yaralar, sinüs yolu drenajı, burun sürüntüleri (*S. aureus* kolonizasyonu araştırması hariç) ve otitis media olan hastalardan nazofaringeal sürüntüler.
8. Bir kesi ve akıntı gibi bol miktarda pürülan material varlığında sürüntü örneği göndermeyin.

Birçoğu nükleik asit temelli yeni işlemler dizisi, özel durumlar için mevcuttur ve heyecan verici yeni testler ufukta-
dır (Mitsuma ve diğerleri, 2013).

KONAK SAVUNMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dikkatli klinisyenler hastalarının özgül hastalıklara yatkınlıklarının akılda tutmalıdır. (Tablo 15-1). Bu konakçı özellikler arasında yaş ve sonradan kazanılan hastalılar; immunsupresif ilaçlar; immün supresif ilaçlar; ve daha seyrek olarak primer (konjenital) immün yetmezlik bozuklukları yer alır.

Enfeksiyona Yatkınlığı Arttıran Kazanılmış Durumlar

KontROLSÜZ diyabet, nötrofil fonksiyonu bozarak çeşitli sendromlara (malign otitis eksterna, rinoserebral mukormikoz ve ayakların küçük kemiklerinin polimikrobiyal osteomyelitine) ve gazlı enfeksiyonlara; nekrotizan fasiit de dahil yumuşak doku enfeksiyonlarına ve idrar yolu enfeksiyonlarına zemin hazırlar. Diyabetik duysal polinöropatili hastalar, günlük gözlem dahil olmak üzere ayak bakımını titizlikle yapmalıdır.

Akut alkol zehirlenmesi pnömونيye zemin hazırlar. Alkol alışkanlığı kemik iliğindeki nötrofillerin olgunlaşmasını bozar ve hücrel bağışıklığı baskılar. Alkole bağlı karaciğer hastalığı olan hastalarda ağır sepsise yatkınlık olur ("ALPS sendromu", alkolik karaciğer hastalığı, lökopeni ve pnömokokal sepsisin kısaltılmışıdır, ancak gram-negatif basiller de sorumlu olabilir) ve spontan bakteriyel peritonite de yatkınlıkları vardır. Genellikle *E. coli* nedenli enfeksiyon sonucu spontan bakteriyemi de oluşur. Bül oluşumu ile birlikte ağır sellülit; *Vibrio vulnificus* sepsisemi alkolizm, siroz ve ciğ istiridye yemekle ilişkilidir.

Anatomik veya fonksiyonel asplenililerin yaşam boyu ciddi sepsis riski %5 gibi yüksek bir oranda tahmin edilmekte olup yüksek mortalite oranlarına sahiptir. *S. pneumoniae* olguların yaklaşık %60'ına neden olur; diğer nedenler arasında *Haemophilus influenzae*, *N. meningitidis*, çeşitli aerobik gram-pozitif ve gram negatif bakteriler, *Capnocytophaga canimorsus* (köpek ısırığı sonrası) ve babesiosis (bu kene kaynaklı parazit için endemik bölgelerde) bulunur. Splenektomiden sonra ciddi sepsise yakalanma riski ilk 2 yılda en fazladır. Anatomik veya fonksiyonel asplenili tüm hastalar, pnömokok, meningokok ve *H. influenzae* aşılarını olmalıdır.

İmmünsüpresif İlaçlar

Kortikosteroidler esas olarak nötrofil, lenfosit fonksiyonlarını ve yara iyileşmesini bozarak; enfeksiyonlara neden

Tablo 15-3 Bazı Enfeksiyon Hastalıklarının Klasik Prezantasyonları

Prezentasyon	Neden(ler)
Ateş, halsizlik, miyalji veya artralji ile seyreden akut grip benzeri hastalık	<i>Staphylococcus aureus</i> veya gram-negatif basillerin neden olduğu sepsis, endokardit, KDBA, septik abortus, malaria, primer HIV enfeksiyonu
"Yaşanılan en kötü baş ağrısı"	Meninjit, beyin absesi, ensefalit, KDBA, sfenoid sinüzit, malaria falsiparum
Ciddi, progresif, tek taraflı retroorbital veya frontal baş ağrısı	Septik kavernöz sinüs trombozu
Daha önce sağlıklı olan bir üniversite öğrencisinde (özellikle birinci sınıf öğrencisi) ateş, baş ağrısı, ense sertliği, bulantı ve kusma	<i>Neisseria meningitidis</i> 'in neden olduğu menenjit, meningokoksemi
Paranasal sinüs hassasiyeti, anormal göğüs muayenesi veya kırmızı timpanik membranı olan yaşlı bir hastada ateş, baş ağrısı ve mental durum değişmesi	<i>Streptococcus pneumoniae</i> 'nin neden olduğu menenjit
Yaşlı bakımevinde kalan zayıf bir yaşlıda hafif ateş ve mental durum değişikliği	<i>S. pneumoniae</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , veya aerobik gram-negatif basillerin neden olduğu menenjit
Ateş, baş ağrısı ve fokal nörolojik bulgular	Beyin absesi, subdural ampiyem, intrakraniyal epidural abse
Bozulmuş bağırsak ve mesane fonksiyonu ile seyreden ve alt ekstremitelerde güç kaybına kadar ilerleyebilen bel ağrısı ve beraberinde ateş	Spinal epidural abse (genellikle <i>S. aureus</i> 'un neden olduğu)
Kalp kapak hastalığı ve kalp yetmezliğine yönelik fiziki bulgular veya öyküsü olan yaşlı bir hastada grip benzeri hastalıkla birlikte olan ateş	Aorta veya mitral kapakta <i>S. aureus</i> 'un neden olduğu endokardit
Akciğer grafisinde pulmoner infiltrasyonları olan bir intravenöz ilaç kullanıcısında grip benzeri hastalıkla birlikte olan ateş	Tricuspid veya pulmoner kapakta <i>S. aureus</i> 'un neden olduğu endokardit
Yakın zamanda çiğ ıstiridye yemiş ve grip benzeri hastalıkla birlikte ateşi olan bilinen siroz hastasında büllöz selülitli düşündüren deri lezyonları	<i>Vibrio vulnificus</i> 'un neden olduğu sepsis
Ateş, boğaz ağrısı, boynun anterior yüzünde veya sternocleidomastoid kasında hassasiyet	Lateral veya retrofarenjeal boşluk enfeksiyonu, internal jugular venin septik trombozu (<i>Lemierre sendromu</i>)
Nefes almakta güçlüklerle birlikte olan boğaz ağrısı, fizik muayenede farenks nispeten normal	Akut epiglottit
Sistemik toksisite ile birlikte olsun veya olmasın, görünüşte önemsiz olan bir deri veya yumuşak doku lezyonu üzerinde sınırlanmış şiddetli ağrı	Nekrotizan fasiit
Bül, sulu akıntı veya krepitasyon görülen bir deri lezyonu üzerinde şiddetli ağrı	Klostiridyal miyonekroz (gazlı gangren) veya nekrotizan fasiit
Toksisite ile birlikte görülen ateş ve ağrılı lenf nodu, anamnezde Amerika Birleşik Devletleri'nin güneybatısında açık havada faaliyette bulunmuş olma	Bubonik veba
Amerika Birleşik Devletleri'nin güneybatısında açık havada faaliyette bulunmuş olma öyküsü olan bir hastada hipotansiyon ve pulmoner ödeme kadar ilerleyebilen grip benzeri hastalık	Hantapulmoner virüs sendromu
Yakın zamanda "viral üst solunum yolu enfeksiyonu" tedavisi görmüş bir hastada ani başlangıçlı dispne, ateş, diaforez, ve siyanoz	Biyoterörizm sonucu inhale edilmiş şarbon
Ateş, letarji, konfüzyon, konuşma bozukluğu, kişilik değişikliği	Herpes simpleks ensefaliti
Abdomenin sol üst kadranda skar dokusu olan bir hastada ciddi sepsis sendromu (organ perfüzyonunun bozulduğu sepsis)	En sıklıkla <i>S. pneumoniae</i> veya <i>Haemophilus influenzae</i> 'nin neden olduğu fulminan postsplenektomi enfeksiyonu sendromu
Seyahat dönüşü ateş, baş ağrısı ve sistemik toksisite	<i>Plasmodium falciparum</i> 'un neden olduğu malaria
Genç bir hastada güneş yanığını düşündüren yaygın eritroderma, şok ve multiorgan yetmezliği	<i>S. aureus</i> 'un neden olduğu toksik şok sendromu
Orta yaşlı veya yaşlı bir hastada ciddi ağrı ile birlikte olan lokalize deri lezyonu, şok ve multiorgan yetmezliği	<i>Streptococcus pyogenes</i> 'in (group A streptococcus) neden olduğu toksik şok sendromu
Ateroskleroza olan ve yakın zamanda diyare geçirmiş olan yaşlı bir kişide ateşle beraber karın ağrısı veya sırt ağrısı	<i>Salmonella spp.</i> neden olduğu abdominal aortanın mikotik anevrizması
Bir kene habitatında bulunmuş olan genç bir hastada asendan flasid paralizisi	Kene paralizisi
Desendan paralizisi, simetrik kranyal sinir felçleri, dilate pupiller, ağız kuruluğu, dilde büzüşme	Botulizm
Vahşi tavşanlara veya diğer hayvanlara maruz kalma anamnezi olan hastada ateş, relatif bradikardi, bilateral pulmoner infiltrasyonlar, aminotransferazların hafif yükselmesi	Tularemi

7. Yaşlılarda abdominal ağrı ve sepsis bulguları, akut kolisit, divertikülit, kolon perforasyonu, akut apandisit veya aort anevrizması rüptürü gibi hastalıkların neden olduğu “akut karın” ihtimalini düşündürmelidir.
8. Yakın zamanda divertikülit, kolisit veya pankreatit geçirmiş bir hastada abdominal ağrı ve ateş, intraabdominal abse ihtimalini düşündürmelidir.

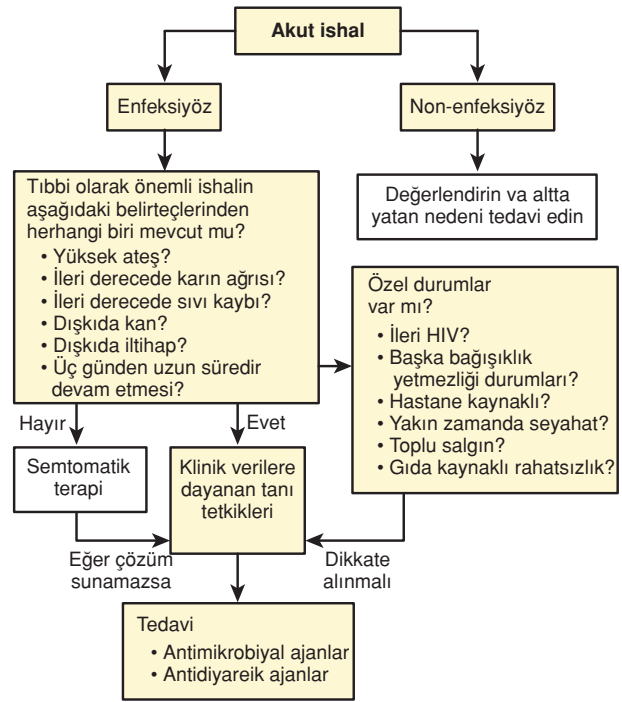
Gıda Zehirlenmesi

Merkezi gıda işleme ve dağıtım ve ev dışında yeme eğilimi, Amerika Birleşik Devletleri’nde gıda zehirlenmesini giderek önem kazanan bir problem haline getirmiştir; her yıl yaklaşık 5000 olay rapor edilmektedir. Olayların yaklaşık üçte ikisinde bir neden belirlenmektedir, bunlar genellikle bakteri (%75), kimyasal ajanlar (%17), virüsler (%6) ve parazitlerdir (%2). Hafif yüz kızarması (“Çin lokantası sendromu”) veya gastroenteritten, yaşamı tehdit eden felç veya kolite kadar değişen semptomları mevcuttur. Semptomların bir saat içerisinde belirmesi, nedenin kimyasal ajan olduğunu gösterir. Bir ile altı saat içerisinde beliren semptomlar, genellikle *S. aureus* veya *Bacillus cereus* ile kontamine bir gıdada oluşan bir toksin alındığını gösterir ve genellikle kusma, abdominal ağrı ve kramp semptomları görülür ancak olguların sadece üçte birinde diyare görülür. Sekiz ile on altı saat içerisinde beliren semptomların özellikle *C. perfringens* ve *B. cereus*’un enterotoksin üreten türleri gibi pek çok nedeni olabilir, karakteristik semptomlar kramp tarzında abdominal ağrı ve diyaredir — ve bu semptomların nedeni pek çok enterik patojen olabilir. Tek bir olgu varsa soruşturma nadiren gereklidir ancak iki veya daha fazla olgu varsa hemen yerel sağlık yetkililerine bildirilmelidir.

Enfeksiyöz Diyare

Akut diyare aile hekimliğinde son derece yaygın görülür. Hekimin ilk görevi, problemin enfeksiyöz olup olmadığına karar vermektir (Şekil 15-8). Adolesanlarda da, yetişkin hastalarda da görüldüğünden, burada aslen diyareye dikkat edilmelidir. Diyarenin enfeksiyöz olmayan nedenleri arasında besin alerjileri, endokrin rahatsızlıklar, enflamatuvar bağırsak hastalığı ve uyuşturucu (kokain de dahil) bulunur. Uyuşturucu, genç veya orta yaşta yetişkinlerde abdominal ağrı ve kanlı diyare ile ortaya çıkan iskemik kolitin ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır. Daha kapsamlı bir muayeneyi gerektiren tıbben önemli bulgular arasında yüksek ateş (≥ 38.5 °C), bol sulu diyare ve ileri derecede su kaybı, ileri derecede karın ağrısı (özellikle 50 yaşından büyük kimselerde), kanlı diyare, hemolitik anemisi veya böbrek yetmezliği olan hastada diyare, dizanteri sendromu (kan ve mukus içeren küçük hacimli dışkı), üç günden fazla sürmesi, ileri yaş (79 yaş üzeri), bağışıklık yetmezliği durumu, veya toplu salgını işaret eden pek çok benzer olgunun ortaya çıkması sayılabilir. Akut kanlı diyare acil bir tıbbi sorundur.

“İnce bağırsak diyaresi” ve “kalın bağırsak diyaresi” arasındaki ayrım (Tablo 15-7), birbirleriyle ortak çok fazla noktaları olmasına rağmen kavramsal olarak kullanışlı ve klinik olarak da uygundur. Amerika Birleşik Devletleri’nde akut, toplum kökenli enfeksiyöz diyare olgularının yaklaşık %90’ı, sık olmayan sulu dışkılamayla karakterize “ince bağırsak” diyaresidir. Olguların %5 ile %10’u kan ve mukus



Şekil 15-8 Akut diyare hastası bir adolesan veya yetişkinin değerlendirilmesi yapılandırılmış bir dizi soruya verilen cevaplara dayanarak yapılır.

içeren az hacimli sık sık dışkılamayla karakterize “kalın bağırsak” diyaresi veya dizanteri sendromudur. Tanısal incelemeler, dizanteri sendromunda daha yararlıdır zira “ince bağırsak diyaresi” durumunda rutin dışkı kültürü tercih edilmemelidir.

Dışkının genel muayenesi enflamatuvar olan ve olmayan diyare arasındaki ayrımı kolaylaştırır (bkz. Tablo 15-7). Hastalar polikliniğe kapaklı büyük cam kavanoz gibi uygun bir kapta örnek getirmelidir. Kan ve mukus varlığı enflamatuvar diyareyi işaret ediyorsa, dışkıda lökosit varlığı araştırılmalıdır. Geleneksel yöntem hızlı ve maliyetsizdir: bir damla dışkı lam üzerine yerleştirilir, bir damla metilen mavi eklenir, üzerine lamel kapatılır ve preparat mikroskopta büyük büyütme veya immersiyon yağı lensi ile incelenir. Piyasada satılan Lactoferrin dışkı lökosit testi (Leukotest) daha hassas olabilir. Dışkı kültürü, toksin analizi ve ova ve parazitler için mikroskopik inceleme, dışkının görünümü ve dışkıda lökosit olup olmadığı hesaba katılarak genel klinik tabloya dayalı bir seçimle alınmalıdır. Araştırmalar, rutin dışkı kültürlerinin sadece %0,6 ile %6’sının patojen sonucu verdiğini göstermektedir. Bu da daha ayrıntılı bir seçiciliğe gerek olduğuna işaret etmektedir.

TEMEL TEDAVİLER

- Diyare hastalarının çoğu semptomatik tedavi almalıdır, sıvı ve elektrolit replasmanına dikkat edilmeli ve antimotilit ilaçları makul oranda kullanılmalıdır (ÖG: A).
- *C. difficile* veya Shiga-toksin üreten *E.coli* kaynaklı koliti olabilecek kanlı diyare hastalarında antimotilit ilaçlarını kullanmaktan kaçınılmalıdır (ÖG: A).

Tablo 15-10 Kaynağı Bilinmeyen Klasik Ateşin Bazı Nedenleri

Hastalık	Yorumlar ve İpuçları
ENFEKSİYONLAR	
Tüberküloz	Yaygın (miliyer) ve ekstrapulmoner TB. Tekrarlanan fizik muayene, kemik iliği biyopsisi ve kültürü, karaciğer biyopsisi ve kültürü düşünülmelidir.
Karın içi abse ve diğer gizli abseler	Ultrasonografi, BT ve MRG ile yapılan araştırmalara rağmen bazı olgular gözden kaçabilir.
Hepatobilier hastalık	Serum alkalın fosfataz yükselmesiyle belli olur; gram negatif bakteri sepsisine bağlı asendan kolanjit atakları (Charcot intermitan ateşi) düşünülmelidir.
Endokardit	Deride ve mukozada belli belirsiz kanıtlar arayın; şüpheli "kültür negatif endokardit" in değerlendirilmesi için çeşitli protokollerle kültür yöntemleri ve serolojik testler uygulanabilir.
İYE	Atipik üriner sistem enfeksiyonlar arasında renal abse (renal karbonkül) ve perinefrik abse yer alır.
CMV enfeksiyonu	Hastalıklı görünmeyen ve fiziksel bulguları az olan gençlerde KBA'nın önemli bir nedeni; seroloji yardımcı olur
Diğer enfeksiyonlar	Bunlar arasında sinüzit, kateterle ilişkili enfeksiyonlar, osteomyelit, malarya, brücellozis, psitakozis ve diseminat fungal hastalık sayılabilir.
TÜMÖRLER	
Lösemi, lenfoma ve multipl myeloma	Nadiren rastlansa da Hodgkin hastalığının ateşli "Pel-Ebstein" ateş tarzını araştırın, şiddetli gece kaşıntıları yararlı bir ipucudur.
Solid tümörler	Böbrek kansinoması başka göstergeler olmadan KBA olarak ortaya çıkabilir. Karaciğer metastazı varsa çoğu tümör ateşe neden olur.
BAĞ DOKUSU HASTALIKLARI	
Erişkin Still hastalığı	İpuçları arasında günde iki kere ateş yükselmesi, boğaz ağrısı, artrit veya artralji, lenfadenopati, ve geçici bir somon pembesi döküntü ve serumda yüksek ferritin miktarı bulunur.
Temporal arterit	Özellikle yaşlı hastalarda KBA'nın majör nedeni. İpuçları diplopi ve diğer vizüel semptomlar, çiğnerken ağrı (aralıklı mastikatör klidikasyon) ve aşırı yüksek ESR (>100 mm/sa) veya CRP'dir.
Polyarteritis nodosa ve vaskülitin diğer formları	Polyarteritis ipuçları periferik nöropatileri (mononöritis multipleks), aktif idrar sedimentasyonu ile böbrek tutulumunu ve bazen de eozinofiliyi içerir. Vaskülitin ateşe neden olan diğer biçimleri arasında aşırı duyarlılık anjritleri, Wegener granülomatozis ve romatizmal artrite eşlik eden vaskülit bulunur.
DIĞER NEDENLER	
Granülomatöz hastalıklar	Sarkoidoz, Crohn hastalığı ve belirsiz kökenli granülomatöz hepatit KBA'ya neden olabilir. Tanı, biyopsi ve enfeksiyonun kesinlikle elenmesini gerektirir.

CMV, Sitomegalovirüs; CRP, C-reaktif protein; BT, Bilgisayarlı tomografi; ESR, eritrosit sedimentasyon hızı; KBA, kaynağı bilinmeyen ateş; MRG, manyetik rezonans görüntüleme; TB, tüberküloz; İYE, idrar yolu enfeksiyonu.

Tablo 15-11 Ateş ve Döküntüyle İlişkili Bazı Hastalıklar

Hastalık	Döküntünün Morfolojisi	Döküntünün Dağılımı
Akut romatizmal ateş	Makül, eritema marjinalum (eritematöz, halka veya hızla yayılan polisiklik maküller), subkutanöz nodüller	Gövde veya ekstremitelerde eritema marjinalum; eklemlere yakın ekstansör yüzeylerde subkutan nodüller
Babesiyozis	Peteşi, purpura, ekimozlar	Yaygın
Koksidioidomikozis	Papüller, nodüller, plaklar, ülserler, papülopüstüller	Baş
Kriptokokozis	Papüller, plaklar, nodüller, palpabl purpura, selülit, piyoderma gangrenozum benzeri ülserler	Baş ve boyun
Diseminat kandidiazis	Eritematöz papüller ve nodüller	Gövde ve ekstremiteler
Diseminat gonokok enfeksiyonu	Başlangıçta maküller, papüller, veziküller ve peteşi; hemorajik vezikülopüstüllere dönüşebilirler	Distal ekstremiteler, genellikle enfekte olmuş bir eklem yakınında
Ektima gangrenozum ve <i>Pseudomonas</i> sepsis	Eritematöz ile purpürük arası maküller, hemorajik veziküller, bülleler, nodüller veya merkezinde nekrotik, siyah eskar olan ağrısız ülserler	Özellikle aksiller ve anogenital bölgede
Erişiyozis	Genellikle makül ve papüller; peteşi olabilir; yaygın eritem bazen görülür	Gövde
Epidemik tifüs	Makül, papül, peteşi	Aksiller kıvrımlar, gövde, ekstremiteler (karakteristik olarak yüz, avuç içleri ve tabanlar korunmuştur)
Herpes zoster ve diseminat herpes zoster	Eritemli tabanı olan grup halindeki veziküller; kanamalı bül; diseminat tipinde büyük ülserler ve plaklar	Herpes zoster (zona) dermatomal dağılıma sahiptir, diseminat herpes zoster yaygındır

Tablo 15-14 Seçilmiş Antifungal İlaçlar

Antimikrobiyal Sınıf (Aksiyon)	Seçilmiş Ajanlar	Seçilmiş Yorumlar
Polyenler (fungal hücre zarlarındaki ergosterole bağlanır, zarın steril bütünlüğünü bozar)	Amfoterisinpreperatları: Amphotericin B deoksikolat, amphotericin B lipid kompleks, amphotericin B kolesterol sülfate, amphotericin B liposomal Oral veya topikal kullanım için ajanlar: Nistatin, kandisidin, diğerleri.	Amfoterisin B deoksikolat, derin fungal enfeksiyonların tedavisinde devrim yaratmıştır ancak nefrotoksiktir. Diğer toksisiteler arasında; infüzyona bağlı ateş, bulantı, kusma, ve hipertansiyon; hipokalemi ve hipomagnesemi; metabolik asidoz; ve nefrojenik diabetes insipidus vardır. Yeni “lipidformülasyonları” daha az toksiktir fakat daha pahalıdır.
Antimetabolit pirimidin analogları (esansiyel proteinlerin bağlanmasını bozar; fungal DNA sentezini inhibe eder)	Flusitozin	Başlangıçta antimetabolit olarak geliştirildi, flusitozinin fatal kemik iliği yetmezliğini de içeren belirgin miyelo toksisitesi vardır.
Azol bileşenleri (P450 grubunun sitokrom enzimi olan lanosteroldemetilazinihbe eder, ergosterol sentezini bloke eder)	Imidazoller: Ketokonazol, diğerleri Triazoller: Flukonazole, itraconazole, vorikonazole, diğerleri	İnsanlardaki toksisite P450 enzimleri üzerindeki etkisi ile olur. Potansiyel ciddi ilaç etkileşimleri nedeni ile tüm ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir.
Ekinokandinler (1,3-β gluklan sentetaz enzimi inhibisyonu ile hücre duvarındaki gluklan sentezini baskılar)	Anidulafungin, kaspofungin, mikafungin	Tüm kandida türleri için flukonazolden daha güvenilir. <i>Cryptococcus</i> spp. ye karşı klinik yararı yoktur. İlaç ilaç etkileşimi yapabilir Genellikle iyi tolere edilir
Alilaminler (ergosterol sentezi için gerekli enzim olan squelen epoksidazı inhibe eder)	Terbinafin, amorolfi, butenafine, naftifin	Temel olarak saçırın, sporcu ayağı, ve tinea cruris gibi dermatolojik durumların topikal tedavisinde kullanılır Sistemik kullanımı nadirdir
Griseofulvin (diğer antifungallerle ilişkili olmayan küçük moleküller; keratin prekürsörlerine bağlanır; mantara girince mitozu engelleyerek mikrotübüllerle etkileşir)	Griseofulvin	Tırnaklar, saç, veya geniş vücut deri yüzeyinde ağır yer alan dermatofitozların oral tedavisinde kullanılır Gebelik, ağır karaciğer yetmezliği, sistemik lupus eritematozis ve porfiride kontrendikedir Oral antikoagülan ve kontraseptifleri antagonize eder Fenobarbitalin emilimini azaltır.

şılmıştı, bazı önemli noktalar Tablo15-13’de gösterilmiştir. Özellikle immün yetmezliği olan kişilerde CMV ile oluşan ciddi enfeksiyonların tedavisi konsültasyon gerektirir ve gansiklovir, valgansiklovir, sidofovir, ve foscarnet gibi ilaçlarla tedavi edilir.

Diğer İnsan Herpesvirüsleri

1986 yılında keşfedilen HHV_6 B, 6-24 ay çocuklarda febril konvülsiyonların muhtemel en yaygın etkeni olan, çocukluk çağı hastalığı *roseola infantum* aynı zamanda *exentema subitum* veya “altıncı hastalık”ın etkenidir. Toplumun %95’i HHV-7 virüsü ile seropozitifdir fakat hastalığındaki rolü belirsizdir. HHV-8 HIV ile enfekte olan kişilerde Kaposi sarkomunun nedeni olan virus olarak ortaya çıkmıştır ve aynı zamanda *primer efüzyon lenfomaya* da neden olur. HHV-8, *multisentrik Castleman hastalığına* da neden olur.

MANTARLAR

Saptanan 250.000 mantar türünün sadece 150 tanesi hastalık meydana getirir. Derinin noninvaziv, yüzeysel mantar enfeksiyonları (dermatofitozis) dermatoloji bölümünde ele alınmıştır. Burada esas olarak, kandidiazisle birlikte sporotrikozis ve ABD’de saptanan üç temel bölgesel derin mikozlar: histoplasmosis, koksidiomikoz ve blastomikoz ele alınacaktır. Ana antifungal ilaçlar Tablo 15-14’de yer almaktadır.

Kandidiazis

Halk arasında “maya enfeksiyonu” olarak bilinen kandidalar, mukoza, deri ve tırnak enfeksiyonları gibi çok geniş alanı vardır. Oral kandidiazisin (pamukçuk) birçok formu

vardır: psödomembranoz, eritematöz ve hiperplastik kandidalar; dişe bağlı stomatit (olguların %90’ında *Candida spp.*), angular stomatit (olguların %80’inde *Candida spp.* ve *S. Aureus*’un karışık enfeksiyonu) ve medyan rhomboid glossit. *Candida vulvovaginit* jinekoloji konusunda ele alınmıştır; erkekte karşılığı ise kandidal balanittir – glans penisin enfeksiyonudur, genellikle sünnnet olmayan erkeklerde görülür. Kutanöz kandidiazisin bir çok formu ve tırnak enfeksiyonları (onikomikoz) dermatoloji bölümünde ele alınmıştır. Özofagial kandidiazis, ağır HIV/AIDS hastalıklarında temel sorundur ve sıklıkla azol grubu ilaçlar ile tedavi edilir (flukanozol veya diğerleri, Tablo 15-14).

Damarsal (dolaşım yolu) kandida enfeksiyonu (kandide-mi) en çok, birinci basamakta damar yolu ile hiperaleman-tasyon tedavisi alan kişilerde sepsise bağlı olarak görülebilir. Damar yolunun çekilmesinden sonra antifungal ilaçlara başlanmalıdır. Hemen her zaman Flukanozola duyarlı *candida albicans*, en sık görülen etkindir fakat diğer kandida suşları da unutulmamalıdır. *Candida krusei* intrensek olarak flukonazole dirençlidir ve yakın zamanda flukonazol uygulanan hastanın *kandida suşları* ile ilgili kan kültüründe akla getirilmelidir. *Candida globrata* suşlarının %25’ine yakın kısmı flukonazole dirençlidir. İnvaziv kandidiazisin komplikasyonları arasında, kalıcı görme bozukluğu ile sonuçlanma riski olan endoftalmis, osteomiyelit ve septik artritis vardır. *Candida* peritoniti, hem peritonial diyaliz kateteri enfeksiyonu ve hem de nekrotizan pankreatit ve intraabdominal enfeksiyona bağlı olabilir. *Candida* endokarditi genellikle protez kalp kapakçığı olan hastalarda gelişir, kan kültürü temiz olsa da, büyük arterlerde emboliye neden olabilecek potansiyelle sahip büyük vejetasyonları olabilir.

Komorbiditeler sıklıkla vardır ve bunlar eğer hastalarda optimal klinik sonuç ve yaşam kalitesi hedeflenecekse KOAH ile birlikte yönetilmelidir. Örneğin, sağ taraf akciğer basıncı (sağ taraf yetmezlik biventriküler yetmezliğe götürecektir) yıllarca yüksek seyrettikten sonra KKY gelişecektir veya hastalar KOAH'a paralel olarak sigaraya bağlı miyokard infarktüsü ve koroner iskemi yaşayacaktır. Semptomatik KOAH'ın yaşam kalitesinde güçlü bir advers etkisi vardır ve KOAH'lı hastalarda komorbid depresyon belirgin olarak gelişir. Kronik hipoksi ve hava açlığı ayrıca belirgin bir genel anksiyeteye neden olabilir.

Tanı ve Şiddet Değerlendirmesi

Tedavi edilecek hasta sayısını belirgin artışı ile birlikte, KOAH tanısı da daha belirgin olarak konmaya başladı. Dispne, kronik balgamlı öksürük ve fonksiyonel kısıtlılık semptomlarına ek olarak hastalar akciğer hiperekspansiyonuna (perküyonda artmış akciğer mesafesi, artmış torasik AP çapı ve solunumda aksesuar kasların kullanımı) bağlı fiziksel bulgular gösterebilir. Ekstratorasik bulgular; periferik veya santral siyanoz, tırnaklarda çomaklaşma ve venöz basınç artış ve hatta sağ kalp yetmezliği bulgularını içerir. Tablo 16-5 GOLD kılavuzlarına göre KOAH'ın ayırıcı tanısını ve ayırdedici özelliklerini anlatmaktadır. Belirgin sigara öyküsü olmadan KOAH gelişen hasta veya 45 yaşından önce KOAH gelişen hasta α_1 -antitripsin eksikliği açısından taramalıdır. HRCT (YÇBT) granülomatoz veya IAH'ler veya bronşektazinin kanıtı için yararlı olabilir.

Spirometri, formal tanıda da hastalığın şiddetinin evrenlenmesinde olduğu gibi anahtar rol oynar. KOAH tanısı, obstrüktif akciğer hastalığı tam olarak geri dönüşümlü olmadığı dönemde de konabilir. Bu durum hastada hava-yolu obstrüksiyona ait kanıt varlığı ($FEV_1/FVC < \%70$) ve postbronkodilatör FVC'nin beklenenin $\%80$ 'inden düşük olması olarak tanımlanır. Restriktif akciğer hastalığı paterni (FEV_1/FVC normalken $FVC < \%80$ 'dir), akciğerde fibroz, sarkoidoz, otoimmün durumlar veya primer KKY gibi alternatif tanıları düşündürür.

KOAH ciddiyetinin sınıflandırılmasında birçok sınıflandırma sistemi olmasına rağmen, ATS kılavuzları ve uluslararası GOLD standartları benzerdir. Spirometrik kriterleri – obstrüksiyon varlığı ve FEV_1 'de bozulma- baz alırlar ve alevlenmeler ve 3 yıllık mortalite ile güçlü şekilde koreleler. Buna karşılık yaşam kalitesinde azalma ve fonksiyonel kısıtlamayla daha az korelasyon gösterirler. KOAH Sağlığında Yeniliğe Doğru (TORCH) Çalışması'na göre, orta derece KOAH'ın (GOLD2) 3 yıllık mortalite oranı $\%11$ iken çok ciddi derece KOAH'da (GOLD4) bu oran $\%24$ 'dür (Calvey et al., 2007). Sekiz maddelik KOAH Değerlendirme Testi (CAT), Global KOAH Girişimi'nin önerdiği onaylanmış bir envanterdir. Sadece nefes darlığına odaklanan modifiye British Medical Research Council (mMRC) skalasından farklı olarak daha geniş bir alanda değerlendirme yapar (GOLD, 2013b). CAT skoru 10 veya daha yüksek ise tedavi kararında semptomları kategorize etme açısından yüksek bir skor olarak kabul edilir. Altı dakika yürüme testi günlük aktivitelerde etkisi açısından KOAH değerlendirmesinde başka bir yöntemdir. Altı dakikada 149 metreden düşük yürüme mesafesi daha ciddi fonksiyonel kısıtlanmayı ve

Tablo 16-5 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının* Ayırıcı Tanısı (GOLD Kılavuzları)

KOAH	Orta yaş Semptomlar yavaş ilerler Uzun süreli sigara öyküsü Egzersiz sırasında dispne Geniş geri dönüşümsüz hava akışı sınırlanması
Astım	Erken yaş (sıklıkla çocukluk dönemi) Semptomlar günden güne farklılık gösterir Semptomlar gece ve sabah erken saatlerde Allerji, rinit veya egzama görülebilir
Konjestif kalp yetmezliği	Oskültasyonda ince baziler hışırtı Göğüs grafisinde dilate kalp, pulmoner ödem Akciğer fonksiyon testinde volüm restriksiyonu görülürken hava akımı sınırlanması görülmez.
Bronşektazi	Bol miktarda pürülan balgam Bakteriyel enfeksiyon birlikteliği Oskültasyonda kaba hışırtı veya ses Göğüs radyografisinde veya BT'de bronşial dilatasyon veya bronşial duvar kalınlaşması
Tüberküloz	Her yaşta görülebilir Göğüs grafisinde akciğer infiltrasyonu Mikrobiyolojik konfirmasyon Yüksek tüberküloz risk bölgesi
Obliteratif bronşiolit	Genç yaşta ve sigara içmeyenlerde RA öyküsü veya duman maruziyeti olabilir BT'de ekspirasyonda hipodens alanlar
Diffüz bronşiolit	Çoğu hasta erkek ve sigara içmeyen Nerdeyse hepsinde kronik sinüzit vardır. Göğüs grafisi ve YÇBT diffüz küçük hücreli sentrilobuler nodül gösterir, opasite ve hiperinflasyon görülür.

*Bu özellikler hastalığın karakteristiğidir fakat her olguda görülmez.

Örneğin, hiç sigara içmemiş bir insanda kronik obstrüktif akciğer hastalığı gelişebilir, özellikle gelişen dünyada sigara içmekten daha önemli risk faktörleri olabilir ve astım erişkin hatta yaşlı hastalarda bile gelişebilir.

BT, bilgisayarlı tomografi; YÇBT, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi; RA, romatoid artrit

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: KOAH tanısı, tedavisi ve yönetimi için cep kılavuz: sağlık profesyonelleri için bir kılavuz; 2014. Tablo 2, p.8. http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Pocket_2014_Jun11.pdf.

350 metreden uzun mesafeler ise minimal kısıtlanmayı destekler (Celli et al., 2004).

Tedavi

Akut Eksaserbasyonlar. KOAH süreci hastaların yaşamını tehdit edebilen ve sadece tedaviye kısmi yanıt veren epizodik alevlenmelerle seyreden kronik obstrüksiyonla günlük olarak başa çıkmasıyla karakterizedir. Başlangıç tedavisi hastanın semptomlarının ciddiyetinin değerlendirilmesini, fizik muayeneyi, göğüs radyografisini ve arter kan gazı testlerini içerir. Hangi hastanın acil servisten güvenle taburcu olup hangisinin hastane yatışına ihtiyacı olduğu hem klinik hem de psikososyal belirteçlerle değerlendirilir (Smith et al., 2000).

Mesleki Akciğer Hastalıkları

Çeviri: Can Öner

Temel Noktalar

- Yetişkinlerde astım olgularının en az %10'u mesleki nedenlere atfedilebilir.
- Yöneltilecek temel iki sorunuz “Hiç duman, gaz veya toza maruz kaldınız mı?” ve “Hafta sonları veya tatil gibi iş yerinden uzak kaldığınız dönemlerde belirtilerinizde düzelme oldu mu?” olmalıdır.
- Amerika Birleşik Devletleri'nde asbestoz, mesleki pnömokonyoz nedeni ile ölümlerde madenci akciğerini geride bırakmıştır.
- Çoğu mesleki maske ve solunum cihazları yeterli kadar mükemmel olmadıkları ve çalışanlar bunları sık olarak çıkardıklarından, koruyucu stratejilerin iş yerinde hava kalitesinin iyileştirilmesine odaklanması gereklidir.

İş yerinde duman, gaz veya tozlara maruziyet solunum sistemi ile ilişkili belirti ve hastalıkların ortak bir kaynağıdır. İyi bir mesleki hikâye alınması gereklidir. Mesleki öykü alınırken hastaya hali hazırda yaptığı işleri ve geçmişte yaptığı işleri sorun. İki anahtar soru, “Hiç dumana, gaza veya toza maruz kaldınız mı?” ve “Hafta sonları veya tatil gibi iş yerinden uzak kaldığınız dönemlerde belirtilerinizde düzelme oldu mu?” dur. Klinik olarak mesleki akciğer hastalıkları beş ana gruba ayrılabilir (Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü [NIOSH], 1999): mesleki astım, pnömokonyozlar, aşırı duyarlılık pnömoniti, akut iritan veya inhalasyon toksisitesi ve mesleki kanserler.

MESLEKİ ASTIM

Erişkin dönemdeki astım olgularının en az %10'u mesleki maruziyetlere atfedilebilir, bu nedenle astımı olan her hastada mesleki öykü alınmalıdır. Tanısal kriterler diğer nedenlerle ortaya çıkan astım veya hava yolu tıkanıklarına benzer şekilde spirometre (FEV1/FVC oranı <0.7) ve reverzibilitedir.

Kimyasal ve doğal ajanlar astıma neden olabilir veya var olan astımı şiddetlendirebilir. Temizlik ve imalat sanayide kullanılan kimyasallar da bu kimyasallar arasındadır. Şekil 16,5'te gösterildiği gibi mesleki astıma yol açan mes-

lekle ilgili maruziyetler (NIOSH, 2004a); toz maruziyetleri (pamuk tozu, odun talaşı, çimento tozu ve un vb.), organik maruziyetler (tarımsal hububat ürünlerindeki küfler ve mantarlar vb.), kimyasal maruziyetler (solventler, plastik, epoksiler, amonyak, klor ve petrol buharı vb) ve kaynak dumanı veya diğer endüstriyel kaynaklardır (van Kampen ve ark, 2000).

İşgünü, hafta sonları ve tatil günlerinde aynı saatte flowmetre ile yapılan tepe akım ölçüm değerleri, meslekle ilişkili maluliyet nedenlerinin sigorta amacıyla ortaya konmasına yardımcı olabilir.

MESLEKİ PNÖMOKONYOZLAR

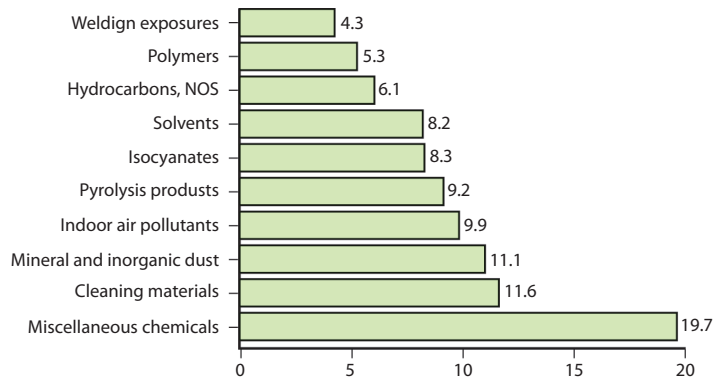
Mesleki pnömokonyozlar asbest, silika ve kömür tozu gibi inorganik maddelere hava yolu ile maruziyet sonrası gelişen difüz parankimal akciğer hastalıklarıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1998 ve 1999 yıllarında mesleki pnömokonyozlardan ölümler arasında asbestoz nedeni ile ölümler kömür işçisi pnömokonyozlarını (kömür maddesi akciğeri) geçmiştir. Erkekler bu ölümlerin %98'ini oluştuyordu. Asbestoz nedenli ölümlerde artış Şekil 16-6'da gösterilmiştir (NIOSH, 2004b). Ağır metal tozları veya dumanlarına bağlı olarak gelişen diğer mesleki akciğer hastalıkları spesifik sendromlarına örnek berilyozis (berilyum) ve stannozis (kalay) dir. Bisinoz veya kahverengi akciğer hastalığı genellikle iplik, dokuma ve kumaş fabrikalarında pamuk tozuna maruz kalan işçilerde görülmektedir.

Mesleki pnömokonyozu olan hastalarda ilk önce akciğer fonksiyon testlerinde küçük hava yolları hastalığı veya aşırı havayolu obstruksiyonu bulgularına eşlik eden öksürük ve nefes darlığı ortaya çıkabilir. Hastalık ilerledikçe hastalarda spirometrik olarak gösterilebilen restriktif akciğer hastalığı ve bunun yanında akciğer filminde değişiklikler gelişebilir. Hastanın maruziyetinin engellenmesi veya iş ortamından uzaklaştırılması hastalığın ilerlemesini önlemek için en önemli adımdır. Bu pnömokonyozlar kortikosteroidlere çok az yanıt verirler. Sigara içilmesi mesleki pnömokonyozların ilerlemesini belirgin olarak kötüleştirilmektedir (Wang ve Cristiani, 2000).

HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİLERİ

Mantarlar, bitki proteinleri, hayvan kepekleri veya diğer organik toz gibi maddelere maruz kalınması, hipersitivite pnömonisi olarak bilinen bilinen difüz parankimal akciğer

Şekil 16-5 İşle ilişkili astım nedenleri 1993-1999. NOS,aksi belirtilmedikçe (Ulusal İş güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü'den alınmıştır. Dört SENSOR raporlama yapan eyaletin [Kaliforniya, Massachusetts, Michigan, New Jersey] işle ilişkili astım olguları ile ilişkili en sık ajanların dağılımı 1993-1999. Worker Health Chartbook, 2004. <http://www2a.cdc.gov/niosh-Chartbook/imagetdetail.asp?imgid=206>.)

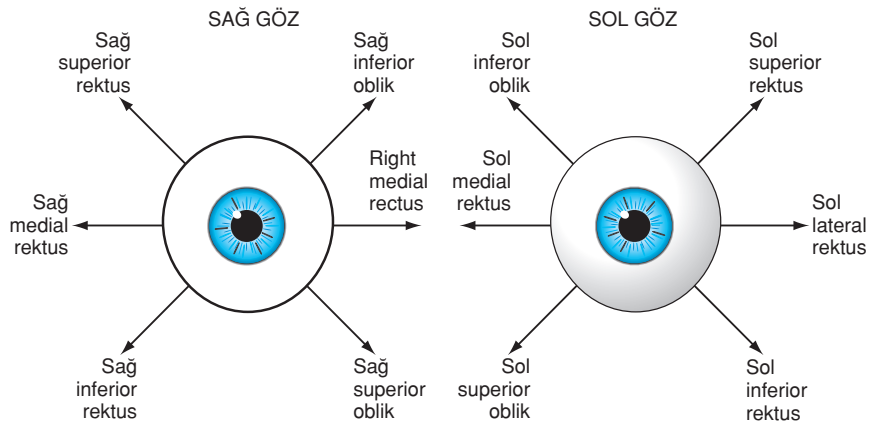


ayene etmek için kullanılır. Daha küçük çocuklar için renkli, hareketli bir nesne veya oyuncak kullanmak yararlıdır. Çocuk hedefe bakarken, çocuğun sağ gözünü kapatın ve açık gözün hareketine bakın. Sol göz fiksasyonu algılamak için hareket ederse, sağ gözün üzerini kapatmadan önce deviyeye olmuştur. Prosedürü sol göz için tekrarlayın ve açık sağ gözdeki herhangi bir hareketi izleyin. Göz fiksasyonu algılamak için içe doğru hareket ederse, göz ekzotropiktir. Göz fiksasyonu algılamak için dışa doğru hareket ederse, göz ezotropiktir.

Üçüncü test, pupiller kırmızı refleksinin eşzamanlı muayenesini içerir. Bu, oküler hizalanmayı değerlendirmek ve kataraktlar gibi, anormal oküler ortamı bertaraf etmekte yararlı bir testtir. Test, muayene eden kişinin hastadan yaklaşık 45-60 cm mesafede bulunduğu, karanlık bir odada yapılmalıdır. Her iki kırmızı refle aynı anda değerlendirilmeli ve doğrudan oftalmoskop kullanılarak karşılaştırılmalıdır. Oküler ortamda bir anormallik varsa, kırmızı refle asimetrik olacaktır veya beyaz bir refle bulunabilir. Anormal bir refleks aynı zamanda yüksek refraktif kusura veya küçük strabismusa işaret edebilir. Kırmızı refle eşit ve simetrik olmalıdır. Oftalmoskopi de fundusun ve optik diskin direkt görselleştirilmesine izin verir. Dördüncü test, bakışın kardinal pozisyonlarda ekstraoküler hareketlerini kontrol eder (Şekil 17-15). Bu testlerin sonuçları, yanlış bir hizalanma olup olmadığını belirlemek için iyi bir temel oluşturmaktadır. Bu, tüm aile hekimleri için öğrenilmesi gereken önemli bir tarama olup, erken müdahale hastanın genel görme ve binoküler durumunu iyileştirmeye yardımcı olabilir.



Şekil 17-14 Kapama-açma testi. (American Academy of Ophthalmology. The child's eye: strabismus and amblyopia. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, Professional Information Committee; 1982'den.)



Şekil 17-15 Başlıca bakış bölgelerinde oküler kas hareketi.

Tablo 17-6'da, çeşitli strabismus tipleri listelenmiştir. Konjenital ezotropi için, ameliyat bu durumun başlıca tedavisidir ve 6-12 aylıkken yapılır (Şekil 17-16). Ezotropi, refraktif kusur ile de ilişkili olabilir ve gözlük merceğinin düzeltilmesi ile tedavi edilir (Şekil 17-17 ve 17-18). Ezotropinin ve hipertropinin büyük deviyasyonları da cerrahi olarak tedavi edilmektedir (Şekil 17-19 ila 17-23).

Psödostrabismus

Sık karşılaşılan bir yanlış, göz kayması (ezotropi) olan çocuklarda bu durumun zamanla düzeleceğidir ancak bu, genellikle doğru değildir. Bu inanç, gerçek strabismus ile psödostrabismusun ya da yanlış strabismusun karıştırılmasından kaynaklanır. Psödostrabismus olan bir çocukta her iki gözün üstünü kısmen örten geniş deri kıvrımları ve gözlerin kaydığı yanılsamasını yaratan düz bir burun köprüsü vardır. Çocuk büyüdükçe ve cilt kıvrımı daha az belirgin hale geldikçe, bu durum daha az fark edilir hale gelir. Bir çocuğun gözleri gerçekten kaydığında bu, daima ciddi bir durumdur ve bir göz hekimi tedavisi gerektirir.

Diğer Strabismus Nedenleri

Akut strabismus, akut VI. kraniyal sinir paralizisine neden olabilen, viral üst solunum yolu enfeksiyonu ile ortaya çıkabilir. Petrozit ve VI. kraniyal sinir paralizisi ile birlikte görülen orta kulak enfeksiyonları antibiyotiklerin geliştirilmesiyle birlikte nispeten nadirdir. Ani-başlangıçlı strabismus altta yatan bir nörolojik hastalığa da işaret edebilir. Bir başka neden, yakın refleks spazmıdır. Konverjans spazmının en

Tablo 17-6 Strabismus Sınıflandırması

Tip	Olgular (%)	Başlangıç Yaşı
Konjenital veya infantil ezotropi	20	Doğumdan 6 aya kadar
Akkomodatif ezotropi	45-50	6 aydan 7 yaşa kadar (genellikle 2 yaş)
Non-akkomodatif (kazanılmış) ezotropi	10	Nedene bağlı olarak değişken
Ekzotropia	20	Değişken (genellikle bebeklikten 4 yaşa kadar)
Hipertropia	<5	Nedene bağlı olarak değişken

şiddetini hafifleten bir selektif serotonin geri alım inhibitörü olduğu bulunmuştur (Pichora-Fuller et al., 2013). IV lidokain bazı hastalarda kulak çınlamasını ortadan kaldırır ancak pratik değildir ve belirgin potansiyel yan etkilere sahiptir. Bazı olgularda çeşitli homeopatik tedaviler ve nutrisyonel takviyeler etkili olmakla birlikte bunların çoğu kontrollü çalışmalarda değerlendirilmemiştir. İşitme kaybı da varsa, kulak çınlamasını *maskeleyerek* için işitme cihazları faydalıdır. Tinnitus maskeleyicileri, çeşitli dikkat dağıtıcı sesler ile kulak çınlamalarını bastırmak üzere satın alınabilir. Biyofeedback ve *tinnitus kontrol terapisi* adı verilen bir teknik, bazı hastalarda yararlı olabilir. Bu teknikler çeşitli yayınlarla veya tinnitus tedavi merkezinde öğrenilebilir. Sıkıntı verecek düzeyde kulak çınlaması olan tüm hastalar, en büyük tinnitus destek grubu olan ve güvenilir bir bilgi kaynağı olma konusunda mükemmel olan Amerikan Tinnitus Derneği'ne katılmaya teşvik edilmelidir (Newman et al., 2011).

DIŞ KULAK HASTALIKLARI

Otitis Eksterna

Dış kulaktaki ağrının en yaygın nedeni akut otitis eksterna'dır. Hasta popülasyonunun %3 ila %10'unu etkiler. Ağrı, normal olarak kulak yolunun kemik ve kıkırdığı üzerindeki kulak yol derisinin enfeksiyonu ve ödeminden kaynaklanır. Enfeksiyonun reaksiyona bakteri, mantar veya kontakt dermatit neden olabilir.

Serumen, enfeksiyonu önlemeye yardımcı olan asidik bir katman oluşturarak yolu korur. Otitis eksternaya yakınlık oluşturan faktörler arasında çoğunlukla hastanın aşırı temizlemesinden kaynaklanan serumen bulunmaması; kulak yolunun derisinde maserasyon sebepli olan ve pH'yı yükselten su; ve yabancı cisimler veya pamuklu çubukları kullanma sonucu kulak yolunun derisinin travması sayılabilir.

Bakteriyel bir organizmadan şüphelenildiğinde, tedavi olarak, kulak yolunu herhangi bir artık veya akıntıdan temizlemek ve daha sonra steroidli veya steroidsiz antibiyotik damla kullanımı önerilir. Bu enfeksiyonda en yaygın bakteriyel organizmalar *Pseudomonas aeruginosa*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* ve *S. aureus* olduğundan, siprofloksasin veya neomisin-polimiksin B içeren damlalar, bu patojenlere karşı etkili olup, enfeksiyon, ağrı ve kaşıntıyı azaltmak için steroid de eklenebilir. Yakın tarihli bir araştırmada neomisin-polimiksin B (Ciprodex)'in *P. aeruginosa*'ya neomisin-polimiksin B-hidrokortizon kombinasyonundan daha etkili olduğu tespit edilmiştir (Dohar et al., 2009).

Hekim, enfeksiyonun ciddiyetini değerlendirmeli ve buna göre tedaviyi düzenlemelidir. Enfeksiyon kulak yolunun ötesine yayılırsa, oral antimikrobiyaller endikedir. 48 saat sonra klinik düzelme belirgin değilse, ek bir tedavi veya bir KBB uzmanına sevk için hastanın yeniden muayene edilmesi gereklidir.

Fungal enfeksiyonlar, dış kulak enfeksiyonlarının %10'dan azını oluşturur. En yaygın mantarlar *Aspergillus niger* ve *Candida spp*'dir ve tropik iklimlerde daha yaygındır. Kaşıntı, fungal kulak enfeksiyonlarında ağrıdan daha sık görülen bir şikayettir. Kulak yolunun iyice temizlenmesi, bu enfeksiyonda hekimin öncelikli görevidir. Steroidli veya steroidsiz %2 asetik asit içeren damlalar etkilidir. Kulak yolunun fungal enfeksiyonlarını tedavi etmek için klotrimazol damla veya toz da kullanılabilir (van Bolen ve ark, 2003).

Nekrotizan (malin) otitis eksternanın yaklaşık %90'ı, diyabetli hastalar, edinilmiş immün yetmezlik sendromu

(AIDS) olan hastalar ve kemoterapi alanlar gibi bağışıklığı baskılanmış hastalarda görülür. Bu olgularda sistemik antibiyotikler zorunludur. Antipseudomonal antimikrobiyal ajanlar hastane ortamında intravenöz olarak uygulanmalıdır ve genellikle cerrahi debridman gereklidir. Nekrotizan otitis eksterna komplikasyonları arasında fasiyal sinir felci, mastoidit, menenjit ve hatta ölüm sayılabilir (Quick, 1999).

Dış kulak yolunu etkileyen diğer durumlar; serumen tıkanması, seboreik dermatit, psöriazis, kontakt dermatit ve stafilokokkal furonküloz'dur. Semptom ve bulguları arasında, dış kulak yolunda kaşıntı, ödem, pullanma, kabuklanma, akıntı ve fissür sayılabilir. Altta yatan hastalığın tedavisi primer hedefdir. Kortikosteroid preparatları seboreik dermatit, psöriazis ve kontakt dermatit için endikedir. Stafilokokkal furonküloz için oral antibiyotikler ve bazen insizyon ve drenaj gerekir.

Auriküler Hematom

Güreşçiler ve boksörlerde sık görülen künt kulak travması, alttaki kıkırdakta bulunan perikondriumu yırtabilir ve hematom oluşturabilir. Normal auriküler sinirların ve kıvrımların kaybolması ve fluktuasyon veren şişlik, hematom ile ekimozun ayırt edilmesine yardımcı olur. Tedavi edilmezse, auriküler hematom, fibroze ve neokartilaj oluşumuna neden olabilir, bu da *karnabahar kulak* olarak adlandırılan deformiteye neden olur. Bu nedenle, zamanında tedavi önerilmektedir.

Bir Cochrane derlemesi, akut auriküler hematom için en iyi tedaviyi tanımlayamamasına rağmen sıklıkla başarılı tedavi, insizyon ve drenaj sonrasında anterior ve posterior auriküler bölgeye sütüre edilen dental rulolar ile yapılabilir (Şekil 18-5). Tek başına iğne aspirasyonu nükse neden olur. Dikişli destek, genellikle 4-7 gün yerinde bırakılır ve sonrasında hastanın, baş koruyucu kullanarak güreşe ya da boksa geri dönmesine izin verilir. Profilaktik olarak antistafilokoksik antibiyotikler verilir. Uzun süren hematom veya karnabahar kulağı için fibrozisin ve kartilajın debridmanı gereklidir (Jones ve Mahendran, 2008).



Şekil 18-5 Bir güreş müsabakasında auriküler hematom geçiren 16 yaşındaki çocuğun fotoğrafı. İnsizyon ve drenaj ile dental ruloların yerleştirilmesi uygulandı.



Şekil 18-10 Hyoid kemiği yakınında orta hat boyun kitlesi (ok) olan 9 yaşındaki bir çocuğa ait fotoğraf. Yutkunma kitle hareket ediyor. Cerrahi eksizyon sonrası patolojik değerlendirme sonucunda tiroglossal duktus kisti tanısı konuyor.

riyonik brankiyal cleftin oblitere olamamasından kaynaklanır. Anomaliler, deride sinus yolları veya fistülleri şeklinde de görülebilir. Bunlar, aralıklı olarak, özellikle de ÜSYE'ler sonrası enfekte olabilirler.

İkinci brankiyal cleft anomalileri en yaygın tiptir. Bunlar genellikle sternokleidomastoid kasının anteriorunda, fistül açılımlı veya açılımsız kitleler olarak ortaya çıkar. Sinüs traktı, eksternal ve internal karotid arterler arasından geçerek tonsiller fossa'da son bulur. Tedavi seçeneği, enfeksiyonun uygun antibiyotiklerle kontrol altına alınmasından sonra, kistin ve sinüs traktının, tam cerrahi eksizyondur. Birinci brankiyal cleft kistleriye daha az yaygındır ve dış kulak yolunun duplikasyon anomalisi (tip I) veya parotis tükürük glandı boyunca superior'dan geçen sinüs traktı ve mandibula açısının yakınında oluşan enfekte bir kitle (tip II) şeklinde kendini gösterir.

Lenfanjiyoma'lar (kistik higroma) genellikle boyunda bulunan konjenital lenf bezi kistleridir. Çoğunlukla yaşamın ilk yıllarında kendini gösterir ve sıklıkla bir ÜSYE sonrası büyür. Aynı zamanda, kistik kavitelere doğru kanama sonrası da ebatları büyüyebilir. Lenfanjiyomalar, lenf sisteminin tam gelişiminin yetersizliği veya takip eden obstrüksiyonu sonucu oluşabilir. Bunlar, genellikle boyunun posterior üçgeninde, semptomsuz kitleler biçiminde bulunur ancak anterior'da da bulunabilir ve hava yolu ve yutma problemlerine neden olabilir. Fizik muayenede, hassas olmayan, fluktuant, süngerimsi ve belirgin kontürleri olmayan bir kitle saptanır. İntralezyonel enjeksiyon skleroterapi ve sistemik interferon gibi başka tedavi modalitelerine rağmen cerrahi, lenfanjiyomalar için temel tedavi seçeneğidir.

Hemanjiyomlar, en yaygın konjenital malformasyonlardır. Çoğu kütanözdür, fakat derin dokularda da bulunabilirler. Baş ve boyundaki en yaygın derin lokasyon masseter kasıdır. Hemanjiyomlar, doğum sırasında veya sonrasında ortaya çıkmaları ve 6 ila 18 aylık dönemde hızlı bir proliferatif fazla karakterizedir. Lezyon daha sonra bir plato



Şekil 18-11 Sol üst boyundaki büyük bir lipomun intraoperatif fotoğrafı.

evresine ulaşır ve bunu 6 ila 8 yıl üzerinde süren yavaş involüsyonel evre izler. Büyük olmasına rağmen komplike olmayan ve tedavi edilmeyen lezyonlar, genellikle hemen hemen tamamen rezole olur. Konservatif yaklaşım hemen her zaman önerilmektedir.

Burun ucu, dudaklar ve göz kapakları gibi belirli lokasyonlar, ciddi fonksiyonel ve kozmetik deformasyonlar oluşturabilir ve kistin çıkarılması için sevk uygun olabilir. Masif lezyonlar, yüksek output'lu kalp yetmezliğine veya yaygın koagülopatiyeye (Kasabach-Merritt sendromu) yol açabilir; bazıları, ülser, enfekte veya hemorajik hale dönüşebilir. Hemanjiyomların tedavisi; cerrahi eksizyon, pulsed-dye lazer terapisi, β -blokeörler, interferon- α -2ab ve -2b, ve kortikosteroidleri içerir.

Neoplastik Boyun Kitleleri

Baş ve boyundaki benign lezyonlar, *lipom* ve *fibromlar* içerir ve belirgin bir fonksiyonel ve kozmetik deformasyon yaratmadıkça tedavi gerektirmezler (Şekil 18-11).

Yetişkinlerdeki tüm boyun kitlelerinin, aksi ispatlanmadıkça malign olduğu varsayılmalıdır. Yetişkinlerdeki en sık malign boyun kitlesi metastatik SCC'dir. Primer tümörler, genellikle üst aero-sindirim yolunda veya deride bulunur ve tanımlanabilir lenfatik drenaj patternlerine göre servikal lenf nodlarına metastaz olur. Sigara ve alkol bağımlılığı başlıca etyolojik faktörlerdir. Ancak, HPV 16 ve 18 alt türüyle ilişkili dil kökü ve tonsil SCC'leri giderek daha da yaygın hale gelmektedir. Baş ve boyun bölgesindeki tüm mukozal yüzeylerin dikkatlice incelenmesi, primer tümör yerinin belirlenmesi için kritiktir. Biyopsi ile birlikte endoskopi, tanıdaki ilk adımdır. Tedavi, primer tümörün yerine ve yayılımına ve servikal metastaz derecesine bağlı olarak, primer odağın cerrahi rezeksiyonu, boyun diseksiyonu, radyasyon veya kemoterapi gibi seçeneklerin herhangi bir kombinasyonundan oluşabilir. Tütün ile ilişkili karsinomun aksine HPV-ilişkili SCC'nin kür oranları yüksektir ve sıklıkla kemoradyasyon ile tedavi edilir.

Lenfoma, çocuklardaki en yaygın boyun malignitelelerinden biridir ancak her yaşta görülebilir. Hastalar, genel semptomlar eşliğinde (gece terlemesi, ateş, kilo kaybı) len-

Tablo 20-9 Dörtlü Tarama Testi Sonuçları

Biyokimya Sonuçları				
	α -Fetoprotein	Estrioller	β -HCG	Inhibin A
Down Sendromu	Azalmış	Azalmış	Artmış	Artmış
Trisomi 18	Azalmış	Azalmış	Azalmış	Değişme yok veya azalmış
Açık Nöral Tüp Defekti*	Artmış	†	†	†
Güç İstatistikleri				
	Saptama Duyarlılığı (%)	Yalancı Pozitiflik Oranı (%)	Pozitif Prediktif Değer (%)	
Down Sendromu	77-79	3-5	3.7	
Trisomi 18	60	2-4	2.2	
Açık Nöral Tüp Defekti*	90	4.0	2.5	

*En duyarlı olduğu zaman gebeliğin 16-18. haftaları

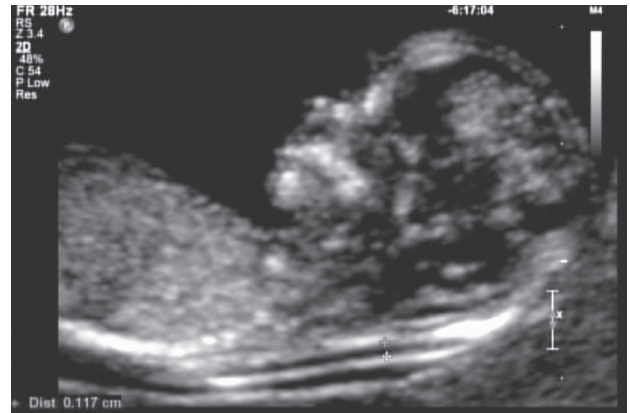
†Nöral tüp defekti taraması için kullanılmaz.

hCG, Human chorionic gonadotropin

zom sayısı), en sık da Down sendromlu, canlı bebek doğma riskini artırmaktadır.

Düşük risk grubundaki kadınlara, fetusteki genetik anomalilerin tespiti için, birinci veya ikinci trimesterde biyokimyasal tarama testleri ve ultrasonla ense kalınlığı ölçümü (birinci trimester) ve gebeliğin 18-20. haftasında fetal anatomiye değerlendirme amaçlı hedefe yönelik ultrasonla tarama önerilebilir. Geleneksel olarak, önceleri tarama için sadece biyokimyasal test kullanılmaktaydı. Annenin kanında bulunan bazı kimyasalların ölçümü fetal anormaliler için ön gördürücüdür. Dörtlü tarama testi, 15-20 haftalıkken (en duyarlı olduğu dönem 16-18 haftalardır) anneden alınan örneğin, AFP, estrioller ve insan koryonik gonadotropininin (hCG) β alt birimi açısından çalışıldığı anneye yapılan bir kan testidir. Normal aralıklar her gebelik haftasına göre değişir. Anne serumunda α -fetoprotein (MSAFP) yükselmeleri, proteinin, fetal dokudan amniyokorion yoluyla amniyotik sıvıya ve maternal sisteme sızıntı yaptığı, spina bifida veya anensefali gibi açık nöral tüp defektleri nedeniyle olabilir. Beklenenden daha düşük bir MSAFP, Down sendromu öngörücüsüdür. HCG'nin β alt biriminin ve estriollerin eklenmesi, kromozomal anomalilerin saptanma duyarlılığını artırmıştır (Tablo 20-9). Bu test tüm gebelere duyarlılık ve özgüllüğü hakkında uygun danışmanlık verilerek önerilmelidir. Test sonuçları anormal olan kadınlar, hedefe yönelik ultrasonografi ve muhtemel amniyosentez uygulaması için yönlendirilmelidir.

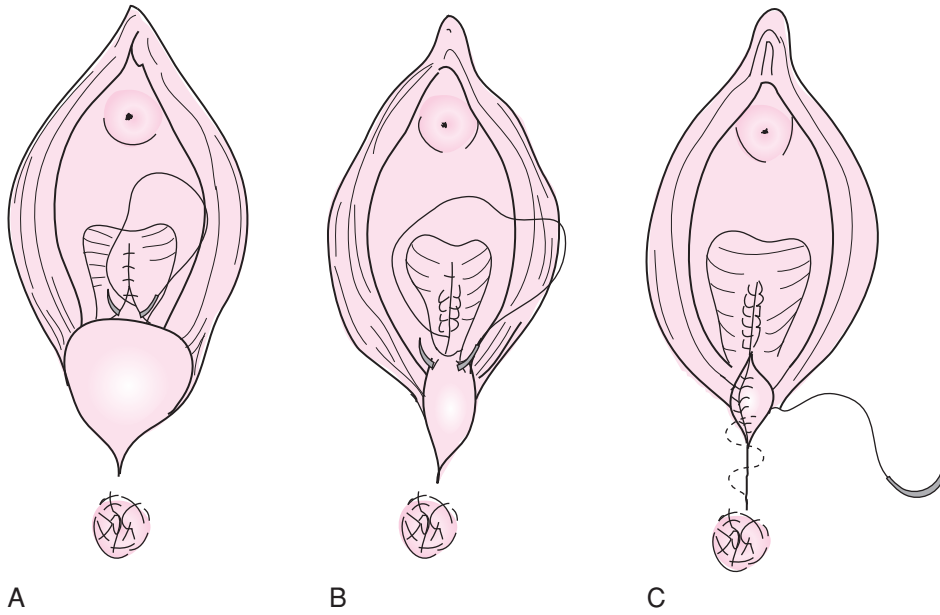
Birinci trimester ultrasonografi ve biyokimyasal tarama artık klinik kullanımda tüm kadınlar için mevcuttur. Spesifik olarak, "birinci trimester tarama testi", gebeliğin 10 hafta 2 günü ile 13 hafta 6 günü arasında yapılır. Test, ense kalınlığının (fetüs boynundaki lenf sıvısı) ultrasonla ölçülmesini (Şekil 20-4) ve gebelikte ilişkili plazma proteini A (PAPP-A) ve hCG'nin β alt biriminin laboratuvar ölçümünü içerir. Birinci trimester tarama testi, Down sendromunun tespiti açısından %4 yalancı pozitiflik oranıyla yaklaşık %85 duyarlılığa sahiptir. Daha yüksek duyarlılık için, birinci trimester taramayı ikinci trimester tarama ile kombine eden çeşitli testler mevcuttur. Doktorlar, kendi uygulamalarına en uygun olan testin duyarlılık, özgüllük ve bulunabilirliği hakkında bilgi sahibi olmalıdır.



Şekil 20-4 Ense kalınlığının (NT) transabdominal ultrasonografi ile değerlendirilmesi. Bu şekildeki ölçüm normaldir. Artmış bir ölçüm (>3 mm), kromozom anomalileri, kompleks konjenital kalp hastalığı ve diğer genetik sendromların riskinde artışla ilişkilidir.

Yeni geliştirilen tarama testlerinden olan anne kanında serbest fetal DNA (cffDNA) testi, çok düşük yalancı pozitiflik oranına sahip olmasının yanı sıra anöploidi taramasının duyarlılığını artırmıştır (Chiu ve ark., 2011). Örneğin, bu testler Down sendromu'nu %99 duyarlılıkla ve trizomi 18'i %98 duyarlılıkla saptamaktadır. Gebeliğin 10. haftasından itibaren herhangi bir zamanda yapılabilen bu testler, temel olarak anne kanında bulunan ve plasental hücre apoptozundan kaynaklandığı düşünülen cffDNA parçalarının görece miktarının belirlenmesidir. Her bir kromozomdan gelen hücre-dışı parçaların nispi miktarları, belirli bir kromozom için bir trisomi veya monosomi öngördürebilir. Hücre dışı fetal DNA'ya dayalı tarama, ileri yaştaki gebelere, anöploidi öyküsü olan kadınlara, fetal ultrasonografide anormal bulgu saptanan veya serum biyokimyasal tarama testi sonucu anormal olan kadınlara önerilir. Bu test modelinin, şu anda düşük riskli kadınlarda kullanılması araştırılmakta ve gelecekte biyokimyasal taramaların yerini alması beklenmektedir.

Anne kan testlerindeki cffDNA'da herhangi bir anormali görülürse, bu CVS veya amniyosentez ile doğrulanmalıdır.



Şekil 20-20 Epizyotomi onarımı. A, Dikişlerin vajinal kısmının yerleştirilmesi. B, Derin perineal onarım. C, Yüzeysel perineal onarım.

Tablo 20-26 Obstetrik Ultrason Endikasyonları

Gebelik yaşının belirlenmesi	
Tanı	Şüpheli düşük veya fetus ölümü Vajinal kanama Pelvik ağrı Çoğul gebelik şüphesi Şüpheli edilen hidatidiform mol Şüpheli ektopik hamilelik Büyüklik-tarih uyumsuzluğu Uterus veya pelvik kitle veya anormallik Konjenital anomaliler Fetal prezantasyon
Doğum öncesi izlem	Biyofiziksel profil Intrauterin büyüme geriliği Fetal makrozomi
Yardımcı Obstetrik İşlemler	Koryonik villus örneklemesi Amniyosentez Sefalik versiyon
ACOG, tüm hastalar için 18 hafta ultrasonografi önermektedir.	Tarihin ve fetal yaşamın onaylanması

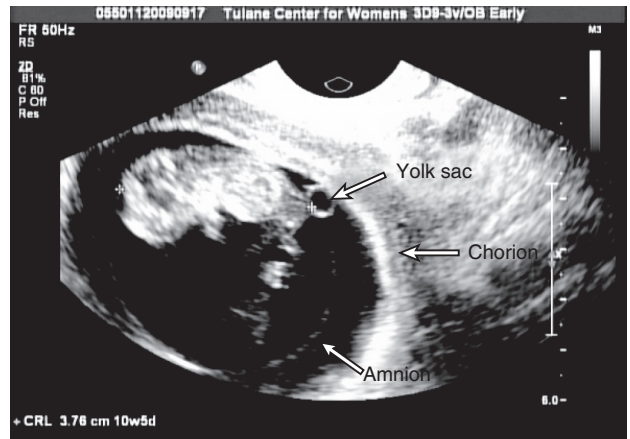
ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists.

(ör. boyut ve gün sayı farkları) doğum öncesi tanısı ve değerlendirmesi, fetal değerlendirme (ör. BPP) fetal ölüm), maternal faktörler (örn., ektopik gebelik tanısı) ve uterin anomaliler diğer endikasyonlar ve faydalarıdır.

Ultrasonografi teknolojisinin aşırı kullanımı veya keyfi kullanımı, özellikle tecrübesiz bir uygulayıcının elinde tıbbi hukuki bir risk oluşturabilir.

MÜDAHALELİ (OPERATİF) VAJİNAL DOĞUMLAR

Primer sezaryen doğum oranının güvenli bir şekilde azaltılması, ancak doğumu nasıl yönettiğimiz ve müdahale için eşiğin belirlenmesi konuları netleştirildiğinde sağlanabilir. Örneğin, doğum distosisinin tanımını tekrar gözden geçirmek gerekebilir, çünkü güncel veriler, günümüzde doğu-



mun, önceki öğretilere göre daha yavaş ilerlediğini göstermektedir. Buna ek olarak, geliştirilmiş ve standartlaştırılmış FKH yorumu ve yönetiminin bir etkisi olabilir. Doğum ey- lemi sırasında kadınların sürekli doğum ve doğum desteği gibi tıbbi olmayan müdahalelere erişimlerinin artmasının da sezaryen doğum oranlarını azalttığı gösterilmiştir. Ma- kat prezantasyonu için eksternal sefalik versiyon (başın dışa doğru döndürülmesi) ve ikiz gebeliklerde ilk ikizin baş gelişinde olduğu durumlarda doğumun denenmesi; primer sezaryen doğum oranlarının güvenli bir şekilde düşürülme- sine katkıda bulunabilecek birkaç müdahale örneğidir.

Düşük riskli bir annede müdahaleli vajinal doğum en- dikasyonları; güven vermeyen FKH, annenin yorulması ve ikinci aşamanın uzamasıdır ki bu nullipar bir kadın için ge-

Tablo 21-4 Yaşamın İlk Günlerinde Vital Bulgular

Vital Bulgu	Normal Değerler
Kalp hızı	100-180 atım/dakika
Solunum hızı	24-60 kez/dakika
Sistolik kan basıncı	65-90 mm Hg
Diastolik kan basıncı	50-70 mm Hg
Vücut ısı	<100.4° F (38.0°C) ve >96.8°F (36.0°C)

Gunn VL, Nechyba C. The Harriet Lane handbook. 16th ed. St Louis: Mosby; 2002; Rudolph AM, Kamei RK, Sagan P. Rudolph's fundamentals of pediatrics. 2nd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1998'den alınmıştır.

bir şekilde yapılmalıdır. Takip eden bölümlerde yenidoğanda fizik muayenenin her bir kısmının ne şekilde yapılacağı yanı sıra normal ve bulunabilecek anormal bulgular tanımlanmıştır.

Genel Görünüm

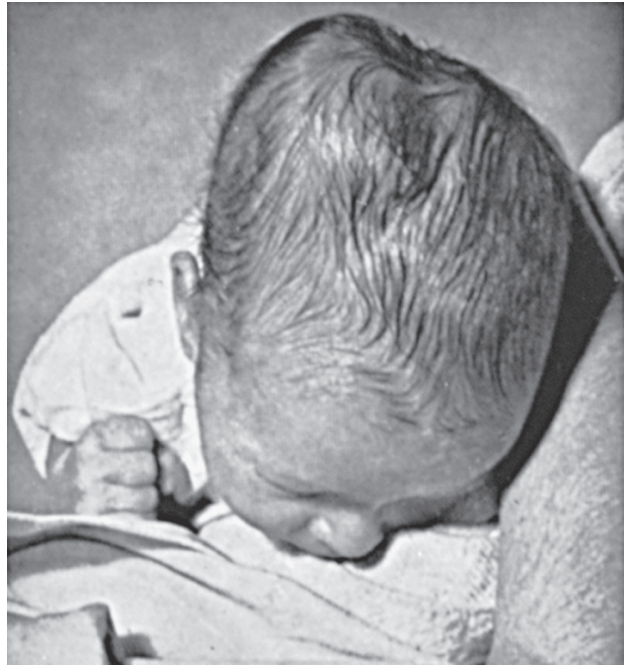
Muayeneye, bebeğin respiratuvar eforu, pozisyonu, aktivite düzeyi ve renginin genel olarak değerlendirilmesi ile başlanmalıdır. Sağlıklı bir bebek, respiratuvar distres olmadan rahatça nefes alıp verebilmelidir. *Periyodik solunum* 5 ile 10 saniyelik kısa duraklamalar ile karışık hızlı soluklardan oluşur, yenidoğanlarda normal kabul edilir. Normal yenidoğanın ekstremiteleri fleksiyonda ve pembe renklidir. *Akrosiyanoz* olarak bilinen el ve ayaklardaki mavimsi renk değişikliği sık görülür. Santral siyanoz, solukluk, sarılık ya da kıpkırmızı bir yüz, altta yatan tıbbi bir soruna işaret eder. Tablo 21-4'de term yenidoğanın normal vital bulguları yer almaktadır. Bebeğin ağırlığı, uzunluğu ve baş çevresi ölçülüp standart büyüme tablolarına işaretlenmelidir.

Baş ve Yüz

Baş muayenesi, kafa şeklinin ve boyutunun gözlenmesi ile anterior ve posterior fontanellerin ve kraniyel sütürlerin palpasyonunu kapsamalıdır. Anterior fontanelin yerleşimi metopik, sagittal ve koronal sütürlerin birleşim yerinde; posterior fontanel ise sagittal ve lambdoid sütürlerin birleşim yerindedir. Her iki fontanel de palpasyonda yumuşak ve düz olmalıdır. Sakin bir yenidoğanda şişkin ya da gergin fontanel, kafa içi basıncın arttığına işaret eder ve ileri değerlendirme yapılmalıdır. Anterior fontanelin boyutları tipik olarak 4 ile 6 cm çapındadır ve posterior fontanel genellikle 1 cm'den daha küçük çaptadır (Bickley, 2012). Büyük fontaneller sıklıkla konjenital hipotroidi ile ilişkilidir. *Molding* ve üst üste binmiş sütürler yenidoğanda sık görülen, başın doğum kanalından geçmesi sırasında uğradığı kompresyonun neden olduğu bulgulardır. *Molding* nedeni ile oluşan asimetri geçicidir ve yaşamın ilk günlerinde düzelmelidir. Bununla birlikte, inatçı asimetri durumunda kraniyosinostoz açısından ileri değerlendirme yapılmalıdır. Doğum, kaput suksedenum ve sefalhematom gibi ekstrakraniyal komplikasyonlara da neden olabilir. *Kaput suksedenum*, kafa derisinde ödem alanıdır, doğumda bulunur, sütür çizgilerini aşar, birkaç günde geriler. (Şekil 214). *Sefalhematom*, subperiostal alanda kanama nedeni ile gelişir, yaşamın ilk birkaç saatine kadar belirgin değildir, sütür çizgilerini aşmaz, gerilemesi haftalar ya da aylar sürer (Şekil 215).



Şekil 21-4 Yenidoğanda kaput suksedenum. (Brozanski BS, Riley MM, Bogen DL. Neonatology. In Zitelli BJ, McIntire SC, Nowalk AJ, eds. Atlas of pediatric physical diagnosis. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2012:45-77'den izin alınarak kullanılmıştır.)

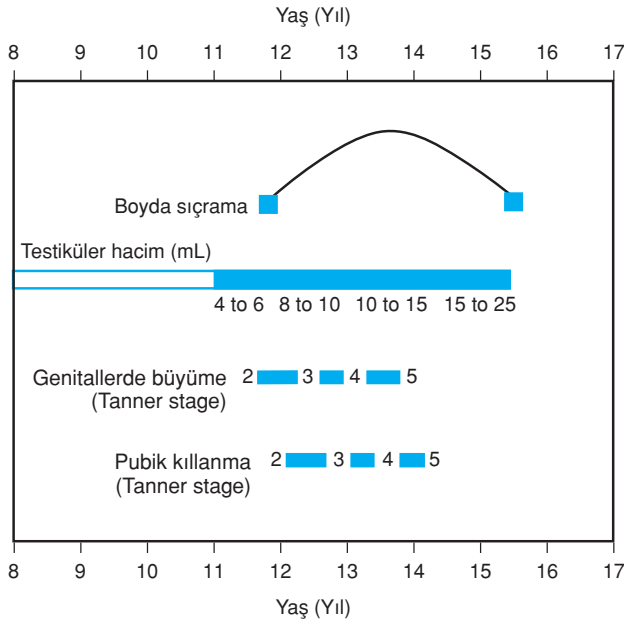


Şekil 21-5 Sağ parietal kemikte sefalhematom. (Carlo WA. Nervous system disorders. In Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW, et al, eds. Nelson textbook of pediatrics. 19th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011:565-574'den izin alınarak kullanılmıştır.)

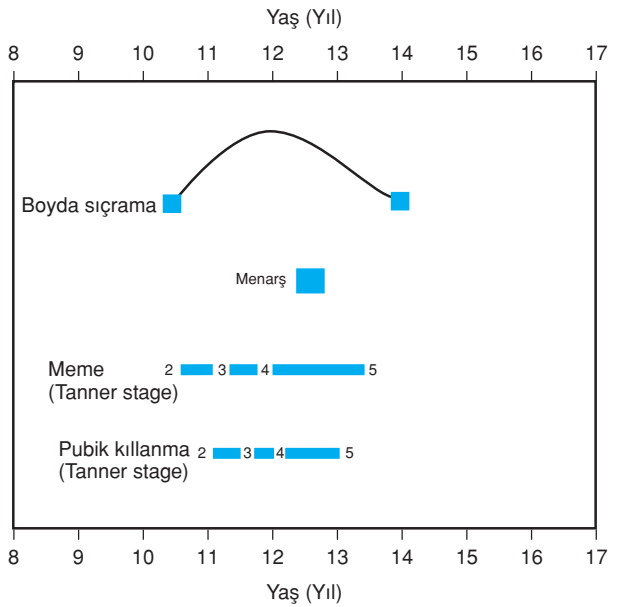
Yüz asimetri yönünden değerlendirilmelidir. Asimetri doğum travması nedeniyle yüz felci ya da konjenital anormalliklere bağlı olabilir. Özellikle forseps kullanıldıysa, yüzde, doğuma bağlı geçici deri lezyonları görülebilir.

Gözler

Gözler öncelikle aralık, simetri ve normal ekstraoküler hareketler yönünden inspekte edilmelidir. Gözlerin intermitan şaşılması, yaşamın ilk aylarında normal bir bulgudur. Pupiller simetri ve *kırmızı refle* varlığı yönünden bilateral olarak değerlendirilmelidir. Beyaz refle; retinoblastoma, ka-



Şekil 22-1 Ortalama Amerikalı erkek çocuklarda pubertal olayların sıralaması. (Kaynak Brookman RR, Rau JL, Morrison JA, et al. The Princeton maturation study; 1976, unpublished data for adolescents in Cincinnati, Ohio. In Copeland KC, Brookman RR, Rau JL, eds. *Assessment of pubertal development*. Columbus, OH: Ross Products Division, Abbott Laboratories; 1986:4.)



Şekil 22-2 Ortalama Amerikalı kız çocuklarda pubertal olayların sıralaması. (Kaynak Brookman RR, Rau JL, Morrison JA, et al. The Princeton maturation study; 1976, unpublished data for adolescents in Cincinnati, Ohio. In Copeland KC, Brookman RR, Rau JL, eds. *Assessment of pubertal development*. Columbus, OH: Ross Products Division, Abbott Laboratories; 1986:4.)

nedeni, aynı zamanda kırmızı küre kitlesi ve hemoglobinin artışına da neden olan, artmış testosteron salınımıdır (Tanner, 1986).

Adolesanlardaki iskelet ve vücut oranlarındaki büyüme, üreme sisteminin gelişimiyle direkt ilişkilidir. Olgunlaşmanın başlangıcı ve hızı bireysel farklılıklar gösterse de cinsiyetler içinde aynı sırayı izler (Şekil 22-1 ve 22-2). 7-8 yaşından önce puberte belirtileri gösteren kızlar ile dokuz yaşından küçük erkekler *erken puberte* (puberte prekoks) yönünden değerlendirilmelidir. Bunun tersi olarak da 13 yaşına kadar puberte belirtisi göstermeyen kızlarla 14 yaşına kadar göstermeyen erkekler *gecikmiş puberte* açısından değerlendirilmelidir (Plotnick, 1999).

Erkek çocuklarda pubertenin ilk bulgusu, testislerin ve skrotumun büyümesi, skrotum derisinin kırmızlaşması ve derisinin buruşuk bir görüntü almasıdır. Altı ay içinde pubik kıllanma başlar (evre 4 pubik kıllanma) ve onu 12 - 18 ay içinde fallik büyüme izler. En hızlı boy uzaması (peak height velocity) testiküler büyümeden 2-2.5 yıl sonra görülür (Copeland, 1986). Aksiller kıllanma genellikle pubik kıllanmanın başlamasından iki yıl sonra başlar (evre 4 pubik kıllanma) ancak bu konuda belirgin farklılıklar olabilir. Bazı erkek çocuklarda adolesansın ortalarında memelerde irileşme olabilir. En hızlı boy uzaması dönemine ulaştıktan sonra erkek çocuklarda olgun spermatozoa, yüzde tam sakal gelişimi ve ses değişimi meydana gelir. Ancak ses değişimi, geç ve sıklıkla yavaş ilerleyen bir gelişmedir.

Kızlarda, meme tomurcuklanması pubertenin ilk bulgusudur; eş zamanlı olarak pubertal büyüme başlar ve evre 3 meme ve pubik kıllanma evresinde zirve yapar. Uterus ve

vajen memelerle eş zamanlı gelişir ancak menarş genellikle evre 4 meme ve pubik kıllanmadan önce meydana gelmez. En hızlı uzama dönemi geçmiş olsa da kız çocukları menarştan sonra ortalama 6 cm daha uzarlar. İlk sıklıslar düzensiz ve anovulatuvar olmakla birlikte erken dönemde gebelik ihtimali hiçbir zaman küçümsenmemelidir (Tanner, 1986).

Sağlıklı Çocuk Taramaları

Temel Noktalar

- Tüm yeni doğanlara yaşamın ilk ayında işitme taraması yapılmalıdır.
- Göz muayenesi her sağlam çocuk izleminde yapılmalı ve üç yaşından itibaren de görme taraması yapılmalıdır.
- 15 aydan başlayarak "disiplin"e ilişkin rehberlik sağlanmalıdır.

Çocuklara yönelik koruyucu bakım hizmetleri, ileride oluşabilecek ciddi hastalıkları önlemek veya etkisini azaltabilmek amacıyla yapılan tarama testlerini içerir. Tarama testleri hastalığı olanların çoğunu tespit etmeli (*sensitivite*), hastalığı olmayanları da belirlemeli (*spesifite*) ve maliyet etkin (cost effective) olmalıdır. Şehirde yaşayan bir Medicaid popülasyonunda yapılan bir araştırmada, bebeklik döneminde bakımda sürekliliğin yüksek olması; anemi, kurşun ve tüberküloz için gelişmiş bir tarama yapılması ile ilişkilendirilmiştir (Flores et al., 2008).

İŞİTME VE GÖRME TARAMASI

Görme ve işitme bozukluklarının erken tanısı uzun vadede maksimum fonksiyonun korunabilmesi açısından çok önemlidir. Belirgin işitme kaybı nedeniyle dil öğrenmek için yeterli imkan bulamayan çocuklar iletişimsel, bilişsel, okuma ve sosyal-duygusal gelişim açılarından yaşatlarına göre geri kalırlar ve uzun vadede eğitimin aksamalarının etkisiyle erişkin yaşta iş yaşamları olumsuz etkilenir (AAP Joint Committee on Infant Hearing, 2007). Tüm bebeklere yaşamın ilk ayında risk faktörü olsun olmasın işitme taraması yapılmalıdır. Tarama testini geçemeyenlere üç ay içinde tam bir odyolojik değerlendirme yapılmalı ve işitme kaybı kesin olanlarda da etkili sonuç alabilmek için altı ay içinde uygun tedavi yapılmalıdır. Yenidoğanda işitme taraması sonucu ne olursa olsun işitme durumu izlenmeye devam edilmelidir. Gelişme geriliği veya başta dil ve ailesel kaygılar olmak üzere diğer risk faktörlerinin varlığında (Tablo 22-6) yenidoğan taraması normal ve işitme ile ilgili hiçbir risk faktörü olmasa dahi hemen tam bir odyolojik değerlendirme için sevk edilmelidir (Hagan et al., 2008). İşitme kaybının dereceleri Tablo 22-7'de gösterilmiştir.

Görme değerlendirmesi, çocuklarda yenidoğan döneminde başlamak üzere rutin sağlık muayenesinin bir parçasıdır. Üç yaşın altındaki çocuklarda değerlendirme gerçek göz muayenesinin yanısıra ailenin öyküsüne dayanan subjektif özelliktedir. Prematürite, aile öyküsünde retinoblastoma veya glokom olan, belirgin gelişme geriliği veya nörolojik güçlükleri olan çocuklar gibi risk faktörleri olan çocuklar deneyimli bir pediatrik oftalmologa sevk edilmelidir. US Preventive Services Task

Tablo 22-6 Küçük Çocuklarda Gecikmiş İşitme Kayıpları için Risk Faktörleri

İşitme, konuşma, dil ya da gelişimsel gecikme konusunda bakım veren kişi ile ilgili sorunlar
Kalıcı çocukluk çağı işitme kayıpları konusunda aile öyküsü
Yeni doğan yoğun bakım ünitesinde beş günden uzun kalma
In utero enfeksiyonlar (ör: cytomegalovirus)
Kraniofasial anomali (ör: kulak kepçesi ve kulak kanalı defektleri)
İşitme kaybıyla ilişkili olduğu bilinen sendromlar (ör: nörofibromatozis)
Nörodegeneratif hastalıklar (ör: Friedrich ataxia)
Postnatal enfeksiyonlar (ör: menenjit)
Kafa travması (ör: kafa kasesi/temporal kemik kırıkları)
Kemoterapi

Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. Bright futures; guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008:232'den modifiye edilmiştir.

Tablo 22-7 İşitme Kaybı Skalası

İşitme azalması	İşitme Eşiği (dB)
Yok	10-25
Hafif	26-40
Orta	41-55
Orta-ağır	56-70
Ağır	71-90
Derin	>91

Force (USPSTF) tüm çocuklara, en azından okul öncesi çocukların %2-%4'ünde görülen ambliyopi (USPSTF, 2011) veya onun risk faktörlerinin tespiti açısından (ör: şaşılık), 3-5 yaş aralığında en az bir kez görme taraması yapılmasını önermektedir (Kanıt düzeyi B). Bu yaştaki çocukların test edilmesinde Allen Kartları gibi kolayca fark edilebilen resimler içeren standardize edilmiş sistemler kullanılabilir. Normal görme keskinliği 3-4 yaşındaki çocuklarda 20/30 ile 20/40 aralığındadır ancak okul öncesi dönemde 20/20'ye yükselir. Görme muayenesinde ambliyopi (görme eşelinde birden fazla satırlık görme farkı) tespit etmek için çaba gösterilmelidir (Öneri Gücü: B). Ambliyopi veya şaşılıktan şüphe edildiğinde uzun vadede görme kaybının önlenmesi için ileri tetkik yapılmalıdır. Rutin görme takibi en azından erken okul dönemi, puberte dönemi boyunca veya okulda tahtayı görememek veya şaşılık gibi başka bulgular olduğunda yapılmalıdır (Hagan et al., 2008).

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ TARAMASI

USPSTF (2006) asemptomatik 6-12 aylık bebeklerin demir eksikliği anemisi (DEA) rutin taramalarını önermek veya önermemek açısından yeterli kanıt bulamamıştır. Hemoglobin, kırmızı küre kitlesini ve aneminin varlığını göstermekle birlikte sensitif veya spesifik değildir. Serum ferritin düzeyi daha sensitiftir ve enflamasyon olmadığı sürece demir eksikliğinin gösterilmesi için kullanılabilir (Baker et al. 2010). Gerçek demir eksikliği, 'demir eksikliği anemisi'nden çok daha sıktır. Buna ek olarak; ciddi anemisi olup demir verilerek tedavi edilmiş olan çocuklarda 10 yıl sonrasında bile davranışsal ve gelişimsel defisitler olduğuna dair kanıtlar vardır (Lozoff et al., 2000). Yine de, AAP Committee on Nutrition, bir yaş civarında tüm çocuklara anemi taraması yapılmasını önermektedir. Bu tarama, prematürite öyküsü veya düşük doğum ağırlığı, sadece anne sütüyle beslenip dört aydan sonra demir takviyesi yapılmayan bebekler, tam sütle veya demirden fakir besinlerle beslenen bebekler gibi risk faktörlerini içermelidir. Eğer bu risk faktörleri varsa her yaşta seçici olarak tarama yapılabilir (Baker et al., 2010).

KURŞUN TOKSİSİTESİ TARAMASI

Kurşun nörotoksik olduğu ve hem entelektüel hem de davranışsal fonksiyonları etkilediği için CDC tarafından yüksek kan kurşun düzeyi 5 µg/dL ve üstünde olarak tanımlanmıştır (CDC, 2013). Bu tanım; 1-5 yaş aralığındaki tüm çocuklarda kan kurşun düzeyi 5 µg/dL veya daha yüksek olanların %2.6, siyah non-hispaniklerde %5.6, Meksika kökenlilerde %2.6 ve beyaz non-hispaniklerde %2.4 olduğunu ortaya koyan, 2007 - 2010 Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırması'nda (National Health and Nutrition Examination Survey) (NHANES), 97.5 persentile karşılık gelmektedir. Ancak; özellikle Yakındoğu, Afrika, Asya, Orta Amerika veya Karayiplerden gelen göçmen ve mülteci çocukların %7-%40'ında yüksek kan kurşun oranı görülmektedir. Bu nedenle, 6 ay-16 yaş arasındaki çocuklar Amerika Birleşik Devletleri'ne geldikleri ilk 30-90 gün içinde kurşun düzeyi açısından taranmalıdırlar (CDC, 2013). Bu çocuklar ayrıca, kan kurşun düzeyi yüksekliği açısından bir risk faktörü olduğu için, demir eksikliği anemisi bakımından da taranmalıdırlar. Seçilmiş hedef gruplardaki çocukların hedefe yöne-

dir. Uyku bölücülerden önemli bir kategori ağrı ya da kaşıntıya neden olanlardır (ör.; juvenil romatoid artrit, migren, atopik dermatit). Bir diğer kategori nokturnal astım, gastroözefageal reflü ve obstrüktif uyku apnesi gibi respiratuar semptomlara yol açan sorunlardır.

UYKU REDDİ

Erken çocukluk dönemindekiler, sıklıkla ebeveynleri yatağa gitmelerini istediğinde reddederler. Ebeveynler bu direncin gerçekçi nedenler ve korkulardan mı yoksa ilgi çekmek ya da zıtlasmaktan mı kaynaklandığını anlayamayabilirler. Bu direnç; atıştırma, içecek isteği ya da tuvalete gitme isteği, seslerden, göl-gelerden ya da hayali canavarlardan korkma şeklinde yaşanır.

Uyku günlüğü tutulması, uyku reddinin etiolojisini anlama ve sorunun yönetimi konusunda yardımcı olabilir. Ebeveynler, iki hafta boyunca yatma ve uyanma saatlerinin kaydederek spesifik sorunlu davranışları ve her sorunlu davranışa kendilerinin verdiği tepkileri gösterirler. Ebeveynler günlüğü okurken patternleri ve sorunları kendi kendilerine fark edebilirler.

Sık görülen birçok uyku reddi durumu, iyi uyku hijyeni sorununa odaklanılarak ele alınabilir (bkz. Tablo 23-1). Sorun karşı gelme gibi duruyorsa, en iyi yaklaşım, ebeveynlerin durumu görmezden gelmesidir. Eğer çocuk yataktan kalkıyorsa, ebeveynlerden biri katı bir şekilde “yatma zamanı” demenin dışında bir şey konuşmadan çocuğu tekrar yatağa geri koymalıdır. Ebeveynler, çocuklarının dikkat çekme çabasını aktif bir şekilde görmezden geldiklerinde, davranışlar iyileşmeden önce, daha kötüye gider. Bununla birlikte inatçı çocuklar bile sonunda değişirler (Blum ve Carey, 1996).

Eğer standart görmezden gelme, ailede çok stres yaratıyorsa “dereceli görmezden gelme” tekniği de etkilidir (Reid ve ark., 1999) (ÖG: B). Bu tekniğin esası, çocuğu, uykuya dalıncaya kadar birkaç dakikada bir kısa süreli kontrol etmek ve kontroller arasında geçen süreyi de gittikçe uzatmaktır.

Korkan bir çocuk için, bunları görmezden gelen ebeveynye sahip olmak korkuları daha da kötü hale getirebilir. Yatma zamanı rutini sonrasında ebeveynin gittikçe uzayan sürelerle çocuğu yalnız bırakması yöntemi daha iyi işler. Çocuk uykuya dalarken ebeveyn odada oturabilir ancak çocuğun korkuları hakkında uzun tartışmalardan kaçınmalıdır. Çocuk korkusuzca uykuya dalabilmeyi başardıktan sonra, ebeveyn oturduğu sandalyeyi önce çocuğun odasının kapısına doğru ve sonunda da dışarıya çıkarmaya başlar. Korkan çocuklardan bu tekniğe yanıt vermeyenler, fobi tedavisinde uygulanana benzer daha yoğun bir tedavi için sevk edilmek üzere değerlendirilmelidirler.

GECE UYANMALARI

Çoğu çocuk geceleri uyanır ama ebeveynlerini uyandırmadan tekrar uykuya geçmeyi başarır. Ancak bu durumun istisnaları, daha önce de belirtildiği üzere tüm aile üzerinde ciddi bir zorlanma yaratabilir. Uyku reddinde olduğu gibi uyku günlüğü tutmak yardımcı olabilir ve iyi uyku hijyeni konusunda ebeveyn eğitimi de yararlıdır. Bununla birlikte, sık karşılaşılan iki sorun özel dikkat gerektirir: Gece terörleri ve kabuslar (Tablo 23-2).

Gece terörleri, en derin non-REM uykusundan ani kısmi uyanma şeklindedir. Aslında, beynin bir kısmı uyanık iken bir kısmı derin uykudadır. Derin non-REM uykusu, uykunun ilk dört saatinde baskın olduğundan, gece terörü genellikle gecenin erken zamanlarında olur. Çocuk yatağın içinde dikilir, çığlık atar, terler, taşıkardik ve takipneiktir. Epizotlar genellikle yalnızca birkaç dakika sürer, eğer çocuk ebeveyn

Tablo 23-2 Gece Terörü ve Kabusların Tanısal Özellikleri

Özellik	Gece Terörü	Kabus
Ortaya çıkış zamanı	Genellikle gece yattıktan sonraki ilk dört saat içerisinde oluşur.	Daha geç bir zamanda ortaya çıkar.
Çocuğun uyanıdığındaki durumu	Dezoryante ya da konfüze	Üzgün ya da korkmuş
Ebeveynye yanıt verme	Durumdan habersizdir ve avutulamaz haldedir.	Avutulabilir.
Olayı hatırlama durumu	Tam olarak uyandırılmazsa olayı hiç hatırlamaz.	Kabusu detaylı ve canlı bir şekilde hatırlar.
Uykuya dönüş	Tam uyandırılmazsa genellikle hızla uykuya döner.	Genellikle korku nedeniyle tekrar uyuma gecikir.
Uyku evresi	Derin non-REM uykusundan kısmi uyanma	REM uykusu

REM, Rapid eye movement.

Blum NJ, Carey WB. Sleep soruns among infants and young children. *Pediatr Rev.* 1996;17(3):87-92'den.

tarafından tam olarak uyandırılmazsa, başladığı gibi uykuya hızla geri dönmeye aniden sonlanır. Tam olarak uyanmadıkları için bu çocuklar ebeveynlerinin onları rahatlatma çabalarına yanıt vermezler. Çocuk dezoryante ve konfüze görünümündedir, sıklıkla boş bakar ve ertesi sabah olayı hatırlamaz. Gece terörü genellikle 2-6 yaş arası çocuklarda ve rahatsızlık zamanlarında, stres ya da uyku eksikliği durumlarında daha sık görülür. Bu durum daha çok tam uykunun başladığı anda oluyorsa ya da ailede nöbet öyküsü varsa, ayrıncı tanıda gece nöbeti de göz önünde bulundurulmalıdır (Dahl, 1998).

Diğer yandan, *kabuslar*, çocuğu REM uykusundan uyandıran korkutucu rüyalarıdır. Bu nedenle gecenin ikinci yarısında ortaya çıkma eğilimi gösterirler, çocuk üzgün ya da korkmuştur, kabusu canlı bir şekilde hatırlar. Çocuk ebeveynin rahatlatma çabalarına karşılık verir ama korku nedeniyle uykuya dönmesi yavaş olabilir. Gece teröründe olduğu gibi, kabuslar da en sık yeni yürümeye başlama çağı ile okul öncesi dönem arasında ve sıklıkla da stresli zamanlarda görülür.

Yönetim

Gece uyanmaları için sedatif medikasyon endikasyonu yoktur. Bunun yerine, çoğu olguda, uyku reddi için sayılmış olanlara benzer davranış yönetimi teknikleri uygundur.

Gece terörü için spesifik bir tedavi yoktur. Ebeveynler, gece terörünün yaygın ve kendi kendini sınırlayan bir sorun olduğu açıklamasıyla rahatlatılmalıdır. Ebeveyn, gece terörü sırasında çocuğu uyandırmayı denememelidir çünkü bu davranış çocuğu korkutabilir ya da çocuğun uykuya dönmelerini yavaşlatır. Gece terörü sırasında şiddetli bir şekilde tepinen çocuklar için ebeveyn çocuğun zarar görmesini önlemek amacıyla gereken koruyucu önlemleri almalıdır. Eğer çocuk uykuda geziyorsa, ebeveyn çocuğun kendisini tehlike oluşturacak durumlara düşürmesini önlemek amacıyla çocuğun yatak odası kapısına bir zil ya da elektronik bir hareket alarmı takabilirler. Aşırı yorgunluk, gece terörü oluşmasında majör bir faktör olduğu için, toplam uyku miktarının artırılması ve istikrarlı bir uyku-uyanıklık döngüsünün sağlanması gerektiği vurgulanmalıdır.

Kabuslar emosyonel stres dönemlerinde daha fazla ortaya çıktıkları için tedavinin odak noktası ebeveynlerin altta yatan stresi etkin şekilde yönetme teknikleri konusunda desteklenmeleridir. Kabus oluştuğunda, çocuk uyanık ve korkmuştur. Ebeveyn, daha sonra çocuğun korkularını art-

semptomları olan ve KOH sonuçları negatif olan bir hastada kandidiyazis şüphesi varsa kültür yapılmalıdır (French ve ark., 2004). Vajinal mayayı tespit etmek için hızlı antijen testinin kullanılması, taze preparattan daha hassastır ve poliklinik için uygundur. Bununla birlikte, negatif bir sonuç mayayı dışlamak için yeterli duyarlılığa sahip değildir ve kültür gönderilmesi gerekmektedir (Chatwani ve ark., 2007).

İmidazoller VVC tedavisinde mihenk taşıdır. Reçetesiz satılan intravajinal imidazoller (ör: klotrimazol, mikonazol, tiyokonazol) 1-, 3- ve 7 günlük tedavi rejimi şeklinde uygulanıp oral tedavilere eşdeğer sonuçlar verir ve tek dozlu tedavi günleri içinde multidoz tedavi kadar etkili görünmektedir (Nurbhai ve arkadaşları, 2007). Vajinal yoldan, oral yolla veya her ikisiyle birlikte verilen *Lactobacillus*, antibiyotikle ilişkili vajinal kandidiyazı önlemez (Pirota ve ark., 2004).

Rekürren VVC, kadınların %5 ila %8'inde görülür. Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği, tekrarlayan VVC'yi 10-14 gün tedavinin ardından 6 ay boyunca haftalık 150 mg lık tek doz flukonazol kullanarak süpresif tedaviyi önermektedir (Pappas ve ark., 2009). Oral rejimlerin intravajinal uygulamadan daha iyi olup olmadığı belirsizdir. Rekürrens önlenmesinde, intravajinal borik asit, çay ağacı yağı, sarımsak, vajinal duş uygulamanın veya kadının cinsel partnerinin tedavi edilmesinin yararı ile ilgili kanıt yoktur. Suppozituar şeklinde olan *Lactobacillus* veya yoğurt tüketimi, rekürrensleri engellemektedir (Jurden ve ark., 2012) (ÖG: B). Vajinal duş artmış pelvik enfeksiyonlarla ilişkilidir (Spence, 2007). Spesifik tedavi rejimleri için bkz. <http://www.cdc.gov/std/treatment/>.

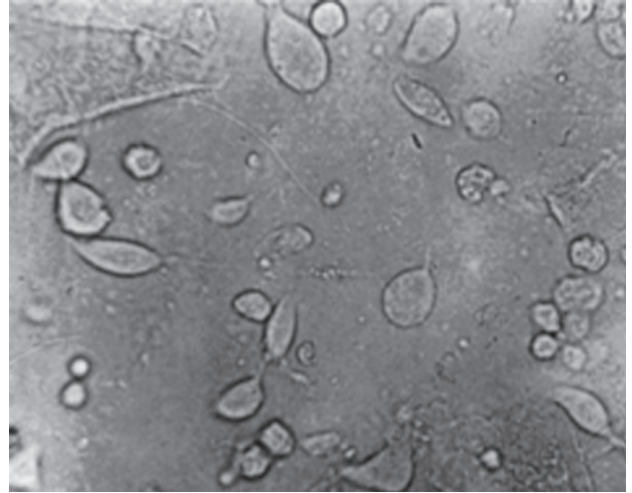
TEMEL TEDAVİLER

- Oral flukonazol ve itraconazol VVC için etkilidir (Spence, 2007) (ÖG: A).
- Oral ve intravajinal uygulamalar eşdeğerdir, bu nedenle maliyet ve hasta tercihi önceliği yönlendirmelidir (Nurbhai ve ark., 2007) (ÖG: B).
- İntravajinal imidazoller VVC tedavisi için oral tedavilere eşdeğerdir ve tek doz bile multidoz tedavisi kadar etkili görünmektedir (Spence, 2007) (ÖG: B).
- Rekürren VVC'yi 10 ila 14 gün boyunca tedavi edin ve ardından 6 ay boyunca haftalık olarak tek dozluk 150 mg flukonazol ile süpresif tedavi uygulayın (Pappas ve ark., 2009) (ÖG: A).

TRIKOMONİYAZİS

Trikomoniyazis, hareketli bir protozoadan kaynaklanır ve dünya çapında her yıl 120 milyon kadını etkiler. Genellikle cinsel yolla bulaşır ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulaşmasıyla ilişkilidir (Forna, 2003). Bulaş için risk faktörleri arasında birden fazla cinsel partner ve normal vajinal asiditede muhtemel bir azalma yer alır. Erkekler genellikle asemptomatik taşıyıcılardır ancak erkeklerde nongonokokkal üretrit %10'unun nedeni *Trichomonas*'tır (French ve ark., 2004).

Trikomoniyazisi olan kadınların %50 kadarı asemptomatiktir. Semptomatik kadınlar sarı-yeşil, kötü kokulu akıntidan; vajinal yanma; ve dizüriden yakınır. Fizik muayenede hemorajik, punktat servikal lezyonlar patogonomiktir ancak olguların sadece %2'sinde mevcuttur



Şekil 25-3 Trikomoniyazis. Trikomonadlar büyük büyütmede serum fizyolojik ile hazırlanmış ıslak yaymada izlenmekte. Aktif trikomoniyazis sekresyonlarında genellikle daha fazla sayıda immatür epitel hücresi görülür. (Kaufman RH, Faro S. Benign disease of the vulva and vagina. 4th ed. St Louis, Mosby, 1994.)'den

(French ve ark., 2004). Daha yaygın bulgular; kötü kokulu pürülan akıntı, vajinal hassasiyet, vulvar eritem ve ödemdir. Vajinal pH genellikle bazıktır. Trikomonazisin tanısında ilk adım poliklinik mikroskopisidir (ACOG, 2006). Örnek, posterior kubbeden (vault) alınmalı, iki damla salin ile seyreltilmeli ve hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir çünkü protozoa motilitesi hızla azalır (Şekil 25-3). Mikroskopinin spesifikliğı iyi (%99) olmasına rağmen, hareketli trikomonadlar, kültürle kanıtlanmış olguların sadece %50 ile %80'inde görülür. Hem OSOM *Trichomonas* Rapid Test hem de AFFIRM VP III, trikomoniyazis için FDA onaylı tanı testleridir ve daha yüksek hassasiyete fakat daha fazla yanlış pozitif sonuçlara sahiptir (CDC, 2010). Bu yüzden kültür altın standarttır. Trikomonadlar, Pap smearda görülebilir ancak düşük duyarlılık nedeniyle (%58) bir tanı testi olarak önerilmemektedir (French ve ark., 2004). Erkeklerde, ıslak yaymanın duyarlılığı zayıftır, bu nedenle üretral, idrar veya semen örneği veya idrarda NAAT testi yapılması, tanı oranını arttırabilir.

Tek doz metronidazol veya tinidazol trikomonazisin tedavisinde etkilidir. Etkili, alternatif bir rejim, 7 gün boyunca günde iki kez ağızdan 500 mg metronidazoldür. Metronidazol jeli, oral metronidazole kıyasla daha az etkilidir (<%50 kür oranı) (CDC, 2010). Metronidazole alerjisi olan hastalar için duyarsızlaştırma önerilir. Nitroimidazollerin hepsinde alkolden kaçınma önemlidir. İlk trimesterde metronidazol teratojenik değildir (BASHH, 2007). Çoğu erkek cinsel partner asemptomatik olduğundan eş zamanlı tedavi önerilir.

Tedavi 2 g tek doz Metronidazol ile başarısız olursa, 7 gün boyunca günde iki kez 500 mg metronidazol veya tek doz 2 gr tinidazol kullanılması önerilir (CDC, 2010). Bu başarısız olursa, 5 gün boyunca günde bir kez 2 g oral tinidazol veya metronidazol önerilir. Sonuç alınamazsa hastaneye sevk önerilir. Semptomlar düzelirse, tedavi sonrası test gereksizdir (BASHH, 2007).

Tablo 27-8 Antihipertansif İlaç Kombinasyonları

İstenen veya Kabul Edilebilir	İstenmeyen
TIAZİD VEYA TIAZİD BENZERİ DİÜRETİĞE İLAVE	β-BLOKERE İLAVE
ACE inhibitörü *	Merkezi adrenerjik inhibitör
Aldosteron antagonisti	Hız düşürücü KKB (NDHPKKB)
Anjiyotensin reseptör bloker *	ACE inhibitörü/ARB: daha az etkili KKB artı:
β-bloker	Diüretik: daha az etkili
KKB	ACE inhibitörü artı:
Doğrudan renin inhibitörü	ARB [†]
KKB artı:	ARB artı:
ACE inhibitörü [†]	Doğrudan renin inhibitörü [‡]
ARB *	
β-bloker (DHPKKB ise)	

*Kabul edilebilir alternatif (ikinci basamak) kombinasyon rejimleri.

[†]Kan basıncı düşürme etkinliğine dayanarak en etkili kombinasyon olarak kabul edildi ve sonuç denemelerinden elde edilen kanıtlara dayanarak birinci basamak tedavide ya da çoğu hastada düşünülmemelidir (Sistolik Hipertansiyon ile yaşayan hastalar [ACCOMPLISH] çalışmasında Kombinasyon Tedavisi ile Kardiyovasküler Olaylardan Kaçınmak).

[‡]Çoğu zaman bu kombinasyonlardan kaçınılmalıdır.

ACE, Anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB, anjiyotensin reseptör bloker; KKB, kalsiyum kanalı blokeri; DHPKKB, dihidropiridin kalsiyum kanal blokeri; NDHPKKB, nondihidropiridin kalsiyum kanalı blokeri.

ARB'ye ilave direkt renin inhibisyonunun diyabetli hastalarda renal fonksiyon için koruyucu olmadığını ve aşırı yan etki riski oluşturduğunu göstermiştir (Parving ve ark., 2012). Çok sayıda KB düşürücü ajan gerektiren daha karmaşık hastalarda KB hedeflerine ulaşmak için öneriler Tablo 27-9'da özetlenmiştir. Hipertansiyon kontrolünü sağlamak amacıyla kombinasyon ajanları reçete etmenin sayısız yararı vardır. Kombine antihipertansif rejimler hakkında kapsamlı öneriler yayınlanmıştır (Gradman ve ark., 2011).

İLAÇLAR İÇİN ZORLAYICI ENDİKASYONLAR

JNC 7 kılavuz ilk basamak antihipertansif tedavi seçeneklerinin diğer komorbiditeler bağlamında kişiye özel uyarlanmasını önermektedir (Chobanian ve ark. 2003). Bazı ilaç seçenekleri uygun başlangıç seçimleri olabilir ve bazı alt gruptaki bireylerde ilave yararlarına dayanarak daha kuvvetle önerilebilir (örn., ACE inhibitörü ve ARB'ler ile proteinuride azalma). Diğer yandan, potansiyel yan etkiler (örneğin, tiazidlerle ve β-blokerler tarafından kötüleşen glisemik kontrol) nedeniyle diğer ajanlardan kaçınılabilir. JNC 7 Kılavuzuna dayanan "zorlayıcı endikasyonlar" ile ilgili önceki öneriler Tablo 27-10'da özetlenmiştir. Bununla birlikte, geçerli kalan en önemli öneriler aşağıdaki hastalık durumları ile ilgilidir. Düşük ejeksiyon fraksiyonu (EF) ile kalp yetmezliği olan bireyler, bir β-blokerin (örn., Metoprolol veya karvedilol) dikkatlice eklenmesi ile bir ACE inhibitörü veya ARB almalıdır. KKB bulunan birçok hastaya tolere edebiliyorsa bunlara ilaveten bir aldosteron blokeri eklenmelidir (Pitt ve ark., 2003). Aşık proteinüri ve KBH olan diyabetik ve diyabetik olmayan hastalar, KB düşürücü tedavilerinin bir parçası olarak ACE inhibitörü veya ARB almalıdır (Brenner ve ark., 2001; Lewis ve ark., 1993; Lewis ve ark., 2001). KBH veya diyabetli hastaların, aşık proteinüri yokluğunda bu ajanları alması gerekip gerekmediği bir tartışma konusudur; ancak, mikroalbuminüriyi azaltma ve yararlı metabolik etkileri göz önüne alındığında, bu ilaçlar halen KB kontrolü için mükemmel seçimler olarak kalmaktadır (Mancia ve ark., 2013).

Tablo 27-9 Hedef Kan Basıncına Ulaşmak için On İpucu

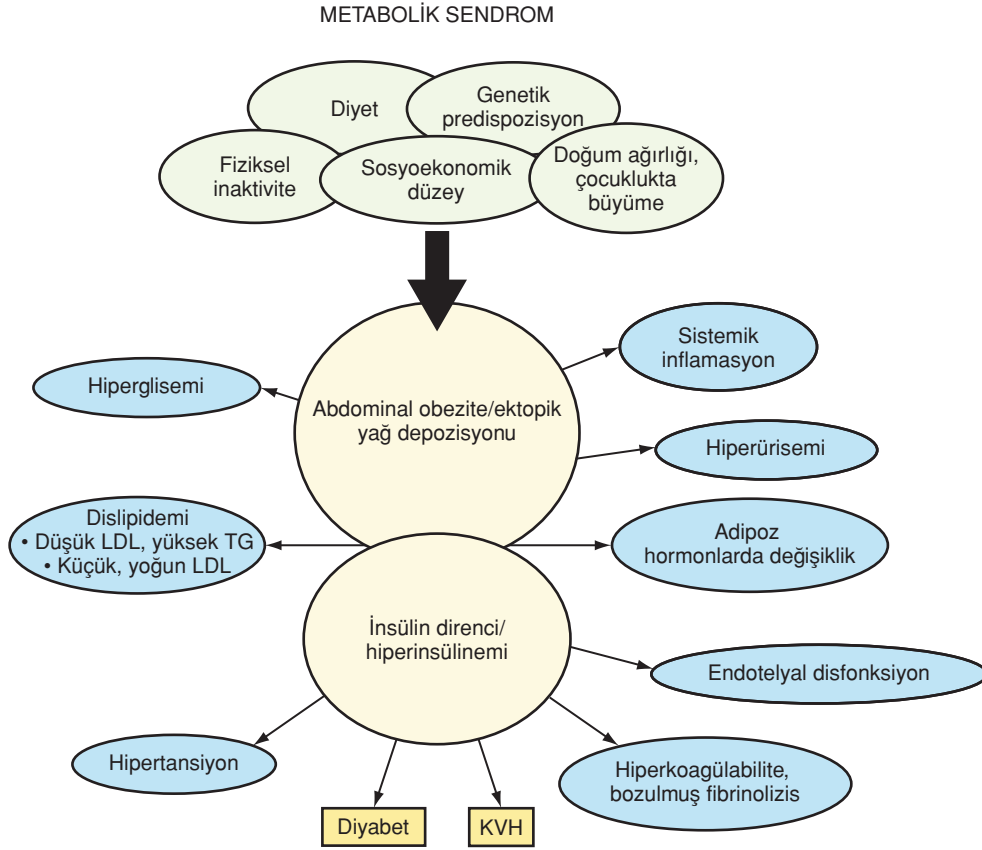
1. Eğer KB hedefin $\geq 20/10$ mmHg üzerinde ise, monoterapinin etkili olması olası değildir, bu nedenle antihipertansif ajan kombinasyonunu değerlendirin. Sonuç çalışmalarına (ACCOMPLISH) dayanan en güçlü kanıt, bir ACE inhibitörü veya ARB + KKB içindir. ACE inhibitörü veya ARB + tiazidkombinasyonu kabul edilebilir bir alternatiftir.
2. Çoğu durumda, KB ilaçlarının dozunu artırmadan (veya ilave ilaç eklemeyen) önce ilaç(ların) tam etkinliğini sağlamaları için 2-4 haftalık tedaviye izin verin. Bununla birlikte, daha uzun bir gecikme "terapötik etkisizliğe (inertia)" yol açabilir ve KB hedefin üzerinde kalırsa çoğu vakada bundan kaçınılmalıdır.
3. Hipertansif hastaların çoğunun ($\approx 75\%$), özellikle de diyabet, obezite, azalmış böbrek fonksiyonu veya proteinüri bulunan bireylerin hedef KB'na ulaşmak için nihai olarak iki veya daha fazla ilaca, ihtiyaç duyacağı unutulmamalıdır. Bir veya daha fazla kombinasyonantihipertansif ajanın kullanımı, KB hedeflerine ulaşmak için etkilidir.
4. Çoğu hasta için yaşam tarzı değişikliklerini başlatın: DASH diyeti, düşük sodyum (<1.5 - 2.3 g/gün) ve alkol alımı (<2 içecek/gün); aerobik egzersiz; ve kilo kaybı (endikasyonu varsa). KB hala yüksek seyrediyorsa; diyet ve yaşam tarzına uyumu sorgulayın ve sürekliliği sağlayın.
5. Yanlış yüksek tansiyon ölçümlerini (psödo-HT, psödorezistans, beyaz önlük HT) önlemek, klinik ortamda doğru okuma elde etmek için KB ölçüm tekniğine çok dikkat edilmelidir.
6. NSAID'ler gibi KB'nı yükselttiği bilinen ilaçlara maruziyeti en aza indirin. KB'nı arttırabilecek tüm keyfi ve OTC ilaçları ile reçeteli ilaçları sorgulayın.
7. Üç veya daha fazla antihipertansif ilaç reçete edildiğinde, çoklu ilaç rejiminde böbrek fonksiyonuna uygun bir diüretik gereklidir. Evre IV veya V KBY bulunmadıkça tiazid diüretikler tipik olarak loop diüretiklerden daha etkili KB düşürücü ajanlardır. Klorthalidone, hidroklorotiazidten daha güçlü ve daha uzun etkilidir ve daha fazla klinik çalışma sonucu kanıtına sahiptir, bu nedenle çoğu hastada ilk tercih diüretik olarak düşünülmemelidir.
8. Kendi kendine ölçülen kan basıncı ve 24 saatlik AKBM, özellikle beyaz önlük hipertansiyonu veya beyaz önlükle kötüleşen hipertansiyondan şüphelenildiğinde veya KB'nin tedaviye dirençli olduğu durumlarda yararlı yöntemler olabilir. Klinik ile KB değerleri uyumsuzsa, AKBM okumaları tipik olarak gerçek KB düzeylerini ve gelecekteki KVH riskini öngörmede daha güvenlidir.
9. Eğer böbrek fonksiyonu <30 ml/dak/1.73 m² ise, diüretik dozlarının nispeten yüksek (örneğin bölünmüş dozlarda furosemid 160 mg/gün ya da metolazon 10-20 mg/gün) olması gerekebilir. Kombine loop+ tiaziddiüretikler, ciddi KBH bulunan bu senaryoda KB hedeflerine ulaşmak için etkili olabilir.
10. "Dirençli hipertansiyon" da, maksimal dozlara yakın üç veya daha fazla antihipertansif ilaca (biri diüretik olmak üzere) rağmen KB hedefin üzerinde kalıyorsa, hipertansiyon uzmanına sevk etmeyi düşünün. Kontrol edilmesi zor HT'da bir aldosteron antagonisti (spironolakton 25-50 mg/gün) ile ampirik tedavi oldukça etkili olabilir ve kuvvetle düşünülmemelidir. Yeni tedaviler (örneğin, renal sempatik sinir ablasyonu) ve ikincil HT (örneğin primeraldosteronizm) için değerlendirme yapılmalıdır.

AKBM, Ambulatuvar kan basıncı izleme; ACCOMPLISH Sistolik Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kombinasyon Tedavisi ile Kardiyovasküler Olayları Önleme; ACE, anjiyotensin dönüştürücü enzim; ARB, anjiyotensin reseptör bloker; KB Kan basıncı; KKB, kalsiyum kanalı blokeri; KBH, kronik böbrek hastalığı; DASH, Hipertansiyonu Durdurmak için Diyet Yaklaşımları; HT, hipertansiyon; NSAID, nonsteroidantiinflatuar ilaç; OTC, tezgah üstü.

Flack JM, NasserSA'dan uyarlanmıştır. Hipertansiyon Cep Kılavuzu. New York: McMahonPub; 2005.

KAN BASINCI HEDEFLERİ

JNC 7'nin de aralarında bulunduğu önceki kılavuzlar, KBH ve diyabet olanlar da dahil olmak üzere belirli kişiler için



Şekil 27-7 Viseral yağlanma arttıkça hepatik yağ birikiminin şiddeti. (Banerji MA, Buckley MC, Chaiken RL ve ark., NIDDM'li insüline duyarlı ve insülin dirençli siyah erkeklerde karaciğer yağları, serum trigliseridleri ve viseral yağ dokusu Int J Obes 1995; 19: 846-850.)

tanlarının serum düzeylerinin artması metabolik sendrom ve diyabet riskini artırır (Dandona ve arkadaşları, 2005; Festa ve arkadaşları, 2002). Kadın sağlığı çalışmasında daha önceden koroner arter hastalığı öyküsü olmayan metabolik sendromu olan kadınlarda artmış serum CRP düzeylerinin akut kardiyovasküler olay riskini önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir. İnsülin direnci kötüleştiğinde, NASH riski giderek artar (Şekil 27-7).

Metabolik sendrom NCEP tarafından koroner arter hastalığı (KAH) eşdeğeri olarak tanımlanmamıştır. Bu hastaların total kardiyovasküler risk faktörü yüklerinin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Kilo kaybı, artmış egzersiz ve fiziksel aktivite, sigara bırakılması, ve karbonhidrat ve doymuş yağ alımındaki düşüşleri içeren agresif yaşam tarzı değişiklikleri metabolik sendromlu hastalar için bir ön-tedavi oluşturmaktadır (Grundy ve arkadaşları, 2004b; Liu ve Manson, 2001; Salmeron ve arkadaşları, 2001). Diyetisyene yönlendirmek sıklıkla yardımcı olur. Kilo kaybı ve aerobik egzersiz düzeltilmiş insülin direnci ve kan basıncı ve lipid seviyelerinde önemli iyileşmelerle ilişkilidir (DeFronzo ve arkadaşları, 1987; Franssila Kallunki ve arkadaşları, 1992). Diyabet önleme projesinde, agresif yaşam tarzı değişikliklerinin obez orta yaşlı hastalarda yeni başlangıçlı DM riskini %58 azalttığı gösterilmiştir (Tuomilehto ve arkadaşları, 2001). Yeterli kilo kaybını sağlamak için motive olamayan hastalarda, farmakolojik müdahale bir seçenektir. Orlistat (Xenical) barsaktan diyet yağının absorpsiyonunu azaltan bir gastrointestinal lipaz inhibi-

törüdür. Kilo kaybını kolaylaştırır ve yemeklerle birlikte alınmalıdır. İlacın başlıca yan etkisi ishale neden olan yağlı dışkılamadır. Lorkaserin ve uzun salınımlı fentermin-topirammat gibi yeni ilaçlar da düşünülebilir. Morbid obez hastalarda bariatrik cerrahinin insülin direncini hafiflettiği, önemli miktarda kilo kaybını sağladığı, kan basıncını azalttığı ve dislipidemiye düzelttiği gösterilmiştir. Akdeniz diyeti (balık, bakliyatlar, bütün tahıllar ve zeytinyağının artmış tüketimi) kilo kaybı ve lipid, insülin direnci ve inflamatuvar belirteçlerdeki düzeltilmelerle ilişkilidir.

Diabetes Mellitus

Çeviri: Tuğba Göktaş Yılmaz

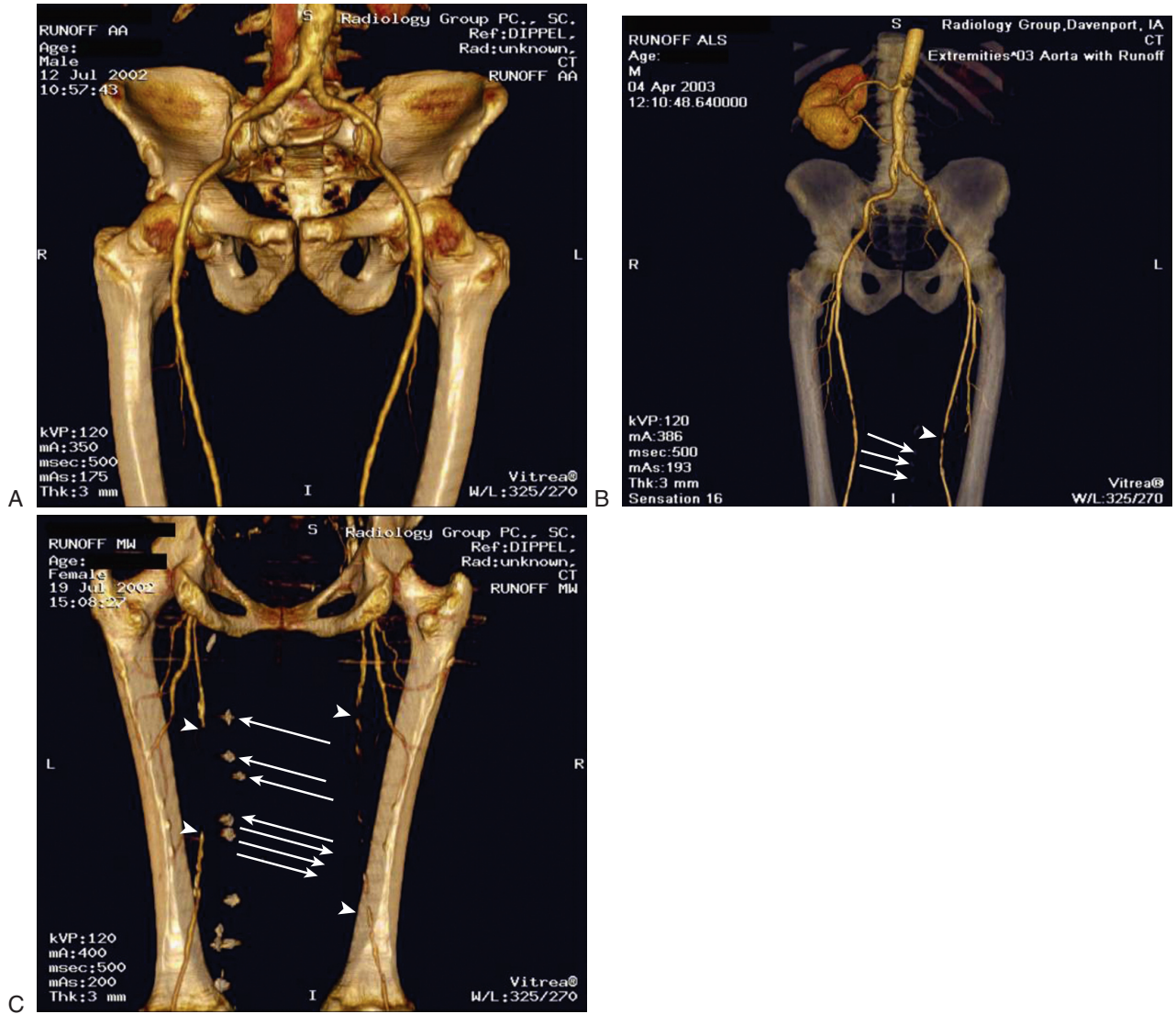
Temel Noktalar

- DM risk açısından KAH'a eşdeğerdir.
- Diyabet hastalarının dörtte üçünden fazlası diyabetin makrovasküler komplikasyonlarından ölecektir.
- Glisemi, dislipidemi ve HT'nin ulusal olarak tanımlanmış standartlarda sıkı kontrolü agresif risk azaltılması ile eşdeğerdir.
- Nefropati KVH riskini artırmaktadır, bunun için nefropati taranmalı ve saptandığı vakit ACE inhibitörü, ARB veya her ikisiyle birlikte tedavi edilmelidir (KD: A).

Tablo 27-22 Klidikasyonun Ayırıcı Tanısı

Tanı	Ağrının Yeri	Ağrının Karakteri	Ağrının Egzersizle İlişkisi	Ayakta Durmayla İlişkisi	İstirahatle İlişkisi	Pozisyonla İlişkisi	Çeşitli Özellikler
Arteriyel Klidikasyo	Stenoz veya oklüzyonun yerine bağlı olarak: aortiliak tutulumda gluteal bölge, tüm ekstremiteler ya da kalçada infrainguinal hastalık baldır ve ayağı etkiler	Ağrı, kramp ve güçsüzlük	Süreklili aynı aktivite derecesi ile ortaya çıkar	Ayakta durmayla ilişkisi yok	Hızlı geriler	Yok	Ağrı egzersizle birlikte aşamalı olarak başlar. Tekrarlayıcıdır
Venöz Klidikasyo	Tüm ekstremiteler. Uyluk ve baldırda daha şiddetli	Sıkı, gerginlik hissi	Egzersiz sonrası	Ayakta durmayla ilişkisi yok	Yavaş geriler	Elevasyonla daha hızlı geriler	DVT öyküsü, ödem veya venöz konjesyon
Kronik kritik ekstremiteler iskemisi	Her zaman ayağı etkiler; daha proksimaldeki hastalıklarda ağrı daha proksimalde olabilir	Şiddetli yanma, ağrı Ancak nöropati bulunan hastalarda asemptomatik olabilir.	En küçük aktiviteyle şiddetlenir	Ayakta durmayla ilişkisi yok	Azaltır ancak tamamen geçmez.	Uyurken bacağın yataktan sarkıtılması semptomları azaltır	Aşamalı veya subakut başlangıç Tek başına kızarıklık Elevasyonla Solukluk Gangren
Akut kritik ekstremiteler iskemisi	Her zaman ayağı etkiler; daha proksimaldeki hastalıklarda ağrı daha proksimalde olabilir	Şiddetli acı, ağrı ve kramp	En küçük aktiviteyle şiddetlenir	Ayakta durmayla ilişkisi yok	Azaltır ancak tamamen geçmez.	Uyurken bacağın yataktan sarkıtılması semptomları azaltır	Akut başlangıç. Soğukluk ve solukluk. Motor ve duysal fonksiyon kaybı acildir.
Artrit	Eklemlerde	Pozisyon değişikliği ile keskin ağrı	Değişken	Ağrılı taşımak ağrıyı oluşturmaz	Değişken; istirahatle de görülebilir	Yük bindirilmeyen pozisyonlarda daha az ağrı	Değişken. Hava ile ilişkili olabilir. Effüzyon görülebilir.
Lomber ağrı (disk hernisi, kök basısı vb.)	Bel bölgesinde. Kök basısı varsa dermatomal yayılım gösterir	Keskin, bıçak saplanır tarzda, vurucu olabilir	Ani	Ağrılı taşımak ağrıyı oluşturmaz	Değişken; istirahatle de görülebilir	Belli pozisyonlar ağrıyı artırır ya da azaltır	Sirtta sorun öyküsü. Yük taşımayla kötüleşir. Motor ve duysal defisit görülebilir. Perküsyonla ağrı oluşabilir.
Sakroiliit	Sakroiliak bölgede	Keskin, bıçak saplanır tarzda, vurucu	Ani	Ağrılı taşımak ağrıyı oluşturmaz	Değişken; istirahatle de görülebilir	Belli pozisyonlar ağrıyı artırır ya da azaltır	İnflamatuvar bir durumdur. Palpasyonla ağrı oluşabilir.
Plantar Fasiit	Plantar bölgede	Keskin, bıçak saplanır tarzda, yanıcı	Ani	Ağrılı taşımak ağrıyı oluşturmaz	Yük bindirilmemesiyle hızlıca geriler	Yük bindirilmeyen pozisyonlarda daha az ağrı	Palpasyonla ağrı oluşabilir
Periferik Nöropati	Eldiven-çorap tarzı ağrı	Parestizi, disestezi. Oldukça ağrı olabilir.	Aktiviteyle ilişkiz	Ayakta durmayla ilişkisi yok	Genellikle sabit (kalıcı) hassasiyet. İstirahatle ilişkisi yok	Pozisyon değişikliği ile ilişkisi yok	Diyabetli bireylerde sıkır. Günün 24 saati devam eder. Uykudan uyandırabilir.
Miyopati	Kas gruplarında. Sistemik olabilir	Rahatsız edici, ağrı, güçsüzlük	Ani	Değişken	Daha az fiziksel aktiviteyle iyileşir	Rahatsızlık hissini artırabilir	Palpasyon ile ortaya çıkar. Statin miyopatisi sıkır. İnflamatuvar bozukluklar nadirdir.

DVT: Derin Ven Trombozu



Şekil 27-27 A. Üç boyutlu görüntüleme yazılımı ile rekonstrükte edilmiş Multidetektör BT anjiyografi anteroposterior (AP) görüntüsü. Bu görüntü distal aorta, iliak arterler, ana femoral arterler ve yüzeyel femoral arterleri göstermektedir. Distal aortada, ana iliak arterlerde ve yüzeyel femoral arterlerde minimal plaklar bulunmaktadır. **B.** Sol distal yüzeyel femoral arterde kısa total oklüzyonu (ok ucunda) gösteren Multidetektör BT anjiyografi ile AP görüntü. Safen ven dallanmasından önceki klipse dikkat ediniz (ok ucunda). Sol böbreğin olmadığına dikkat ediniz. **C.** Yüzeyel femoral arterlerde uzun total oklüzyonu gösteren(ok başlarının arasında kalan bölge) Multidetektör BT anjiyografi ile posterior görüntü. Oklüzyonlar başarıyla stentlenmiştir. Yine Safen ven dallanmasından önceki vasküler klipslere dikkat ediniz (oklar)

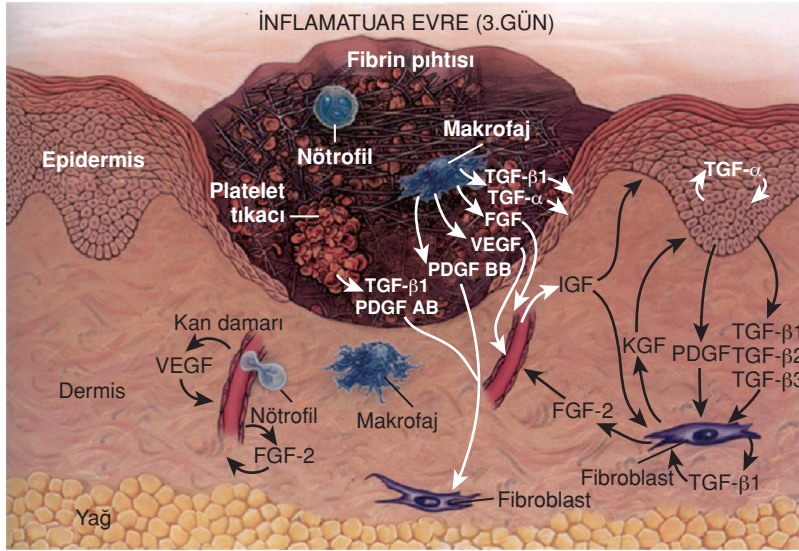
anjiyografi cihazları bulunmaktadır. Sonuç olarak ağır kalıfıye damarlar MR anjiyografi ile yeterli şekilde görüntülenebilir fakat stentler boşluk gibi görünebilir ve bu nedenle stent lümeni tamamen açık olsa bile yanlışlıkla tamamen tıkalıymış izlenimi verebilir.

Hemodinamik olarak anlamlı darlıkları belirlemede yardımcı pozitiflik oranı MR anjiyografi ile yapılan görüntülemelerde BT anjiyografiye göre daha yüksektir. BT anjiyografi ile görüntülenen damar lümeni kontrast madde kolunu şeklinde olmalıdır, böylece darlığın derecesinin kesin olarak değerlendirilmesi genellikle mümkündür. Bununla birlikte MR anjiyograafi teknolojisi, lümenin nerede açık olduğunu tespit etmek için damar boyunca kan akımına ihtiyaç duyar. Damar, radyodalgasının frekansı ile aynı kesitte seyrettiğinde tuzak noktalar ortaya çıkabilir. Bu da akım kesintilerine neden olarak damarda boşluk şeklinde görünerek genellikle gerçekte olduğundan daha sık stenoz tanısı alır. Bu feno-

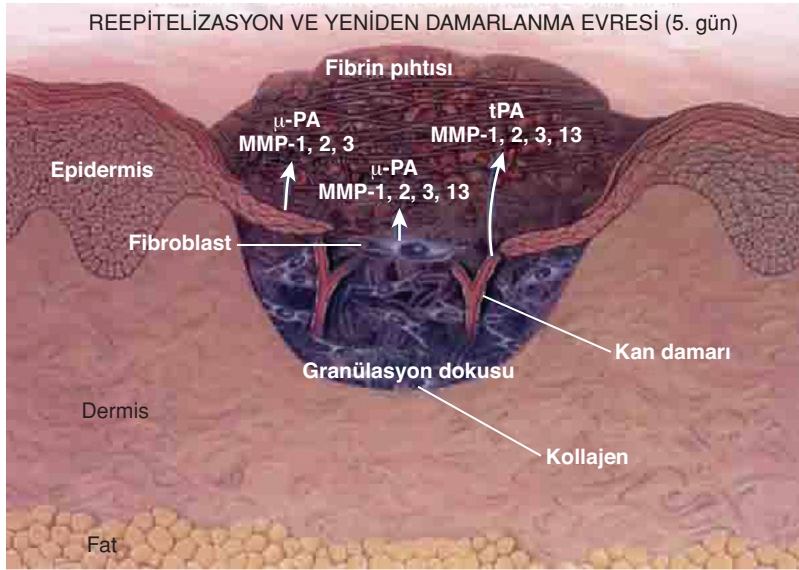
men özellikle renal arterlerin kökünde ve karotid arterlerin kıvrımları boyunca daha sık görülür.

İnvaziv Görüntüleme

Geleneksel invaziv tanılal anjiyografi 1950'lerden bu yana PAH tanısında altın standarttır. Bu teknikte, damarlara perkütan kateter yerleştirilir ve iyotlu kontrast madde kateter boyunca enjekte edilerek floroskopik ve sineografik görüntüler kaydedilir. BT anjiyografiye benzer olarak konvansiyonel anjiyografide iyonizan radyasyon kullanılır ve aynı rölatif risklere sahiptir. Konvansiyonel anjiyografinin potansiyel komplikasyonları arasında damara giriş bölgesinde hasar, psödoanevrizma veya arteriyovenöz fistül oluşumu, kanama, diseksiyon ve ateroembolizasyon bulunur. Bu nedenlerle daha çok revaskülarizasyon girişimi yapılması öngörülen hastalarda anjiyografi uygulanır. (Bu nedenlerle anjiyografi, revaskülarizasyon girişimi yapılması öngörülen hastalarda daha çok uygulanır.)



Şekil 28-3 Yaralanmadan 3 gün sonra cilt yarasının durumu. Yara yerine hücre göçünü kolaylaştırmak için gerekli hücreler ve büyüme faktörleri şekilde gösterilmiştir. (Singer AJ, Clark RAF: Mechanisms of disease: cutaneous wound healing. *N Engl J Med.* 1999;341:738, and Leong M, Phillips LG. Wound healing. In Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 19th ed. Philadelphia: Saunders; 2012.)



Şekil 28-4 Yaralanmadan sonraki 5. günde cilt yarasının durumu. Şekilde epidermal hücrelerin yara yüzeyini kaplarken, kan damarlarının fibrin pıhtısının içine doğru ilerlediği gösterilmiştir. Bu zaman kesitinde hücrelerin hareketi ile ilişkili bazı proteazlar görülmektedir. (Singer AJ, Clark RAF: Mechanisms of disease: cutaneous wound healing. *N Engl J Med.* 1999;341:738 and Leong M, Phillips LG. Wound healing. In Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. 19th ed. Philadelphia: Saunders; 2012.)

ayrılma ve yırtılma kuvvetine karşı direnç artışına neden olur. Rejeneratif evre, epitelizasyon ve nedbe (skar) oluşumu ile karakterizedir. Bu son evre 1 yıl kadar sürebilir. Tip III kollajen olgun Tip I kollajene dönüşür. (Şekil 28-5) Hücre dışı matrisi ve yaradaki hücrelerin dağılımı sitokinler ve integrinler (transmembran hücre reseptörleri) tarafından düzenlenir (Şekil 28-6).

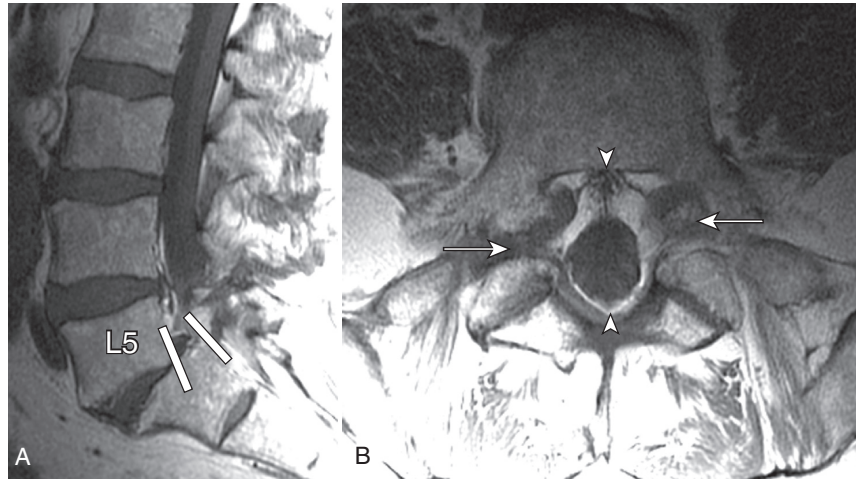
KELOİDLER

Keloidler yara sınırlarının dışına uzanan deriden kabarık nedbelerdir. Keloidlerin gerilemesi olası olmadığı gibi, eksize edildiklerinde nüks oranı yüksektir. Cilt rengi koyu olan hastalarda daha sıktır (relatif risk, 15-20). Keloidler sıklıkla göğüs orta hattında, yanıklarda ve kulak kepçelerinde yerleşir, 10-20 yaş arasında pik yaparlar. Sekonder iyileşmeye bırakılan yaralarda ve yanıklarda keloid oluşma riski yüksektir. Keloidler ağırlı olabilecekleri gibi, kimi durumlarda

kozmetik olarak kabul edilemeyecek görünüme neden olabilirler (Juckett ve Hartman-Adams, 2009) (Şekil 28-7).

HİPERTROFİK NEDBE (SKAR)

Hipertrofik skarlar yara kenarı ile sınırlıdır ve ilk yılda gerileme eğilimindedir. Keloid ve hipertrofik nedbe tedavisi benzer olmakla birlikte hipertrofik skarlarda sonuçlar daha iyidir. Nedenler arasında bir dizi sitokinin genetik ekspresyonu ve inflamatuvar süreçler sonucu granülasyon dokusundaki myofibroblastların nedbe dokusu üretimine devam etmesi olabilir ancak kesin etyoloji halen araştırılmaktadır. Yanıklarda ve primer onarım sonrası (dikişlerin alınmasını takiben) basınçlı pansuman yapılması ya da koloidal silikon yerleştirilmesinin hem keloidlerin hem de hipertrofik skarların görülme sıklığını azaltabileceği gösterilmiştir. Fakat soğan kabuğu ekstresinin (Mederma) tek başına etkili olmadığı bildirilmiştir (Karagöz ve ark., 2009). Aşırı dermal skar oluşumunun önlenmesi ve tedavisi için Roseborough ve arkadaşlarının 2004 tarihli derlemesi gözden geçirilebilir (Roseborough ve ark. 2004).



Şekil 29-5 Spondiloz. A, Sagittal T1 ağırlıklı görüntü. B, Aksiyel T1 ağırlıklı görüntü. (Czervionke LF, Fenton DS. Imaging painful spine disorders. Mayo Foundation for Medical Education and Research Published by Saunders, an imprint of Elsevier Inc, 2011'den izninle kullanılmıştır).

Omurganın tekrarlayan ve güçlü hiperekstansiyonunu içeren sporlara (jimnastik, Amerikan futbolu vb.) katılan sporcuların, kemiğin fiziksel aktivite tarafından etkilenmesinin tekrarlayıcı yükünün kümülatif etkisinden kaynaklanan spondilolizis geliştirme olasılığı daha fazladır. Sporcularda genellikle lumbal ekstansiyon ile oluşan, giderek artan sinsi lokal bir bel ağrısı öyküsü vardır.

Spondilolizis, düz grafi ile toplumun yaklaşık %5'inde saptanabilir ama bu lezyonların büyük çoğunluğu semptomlarla ilişkisiz ortaya çıkmaktadır. Bel ağrısı olan bir sporcuda radyografilerde spondilolizisi tanımlanması klinik tablo ve ileri görüntüleme ile paralel olmalıdır. Tek foton emisyon BT (SPECT), yüksek çözünürlüklü (ince kesit) BT ve MRG stres kırığının metabolik aktivitesini, lezyonun keskinliğini ve kırık iyileşme potansiyelini belirlemek ve mevcut olabilecek diğer omurga patolojilerini dışlamak için yararlıdır.

Konservatif tedavi genellikle semptomları kontrol etme ve fonksiyonları düzeltmede başarılıdır. Tedavi, aktivite kısıtlamasını ve durumu ağırlaştıran spor aktivitelerinin geçici olarak bırakılmasını gerektirir. Bazı hastalarda tedavi hedeflerine ulaşılabilmesi için lumbosakral destek gerekebilir ve çok düşük bir yüzdeyi oluşturan hasta grubunda ise ağrı veya ilerleyici spondiloz için cerrahi girişimler gerekebilir (Standaert ve Herring, 2000; Standaert ve ark., 2000).

Kas ve Eklem Yaralanmaları

Çeviri: Alper Arı

Temel Noktalar

- Kas kasılması ve uzaması sırasında meydana gelen eksantrik (dış merkezli) yük artışı, kas ve tendon yaralanmalarında ortak mekanizmadır.
- Tendinoz, ağırlı aşırı kullanım tendinopatilerinin baskın patolojik özelliğidir.

YARALANMANIN MEKANİZMASI

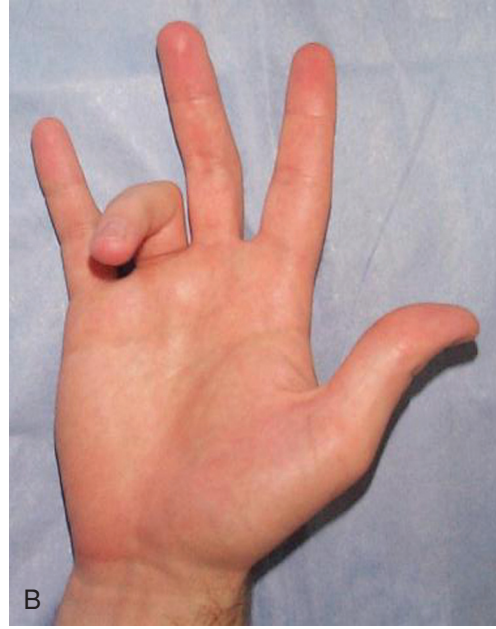
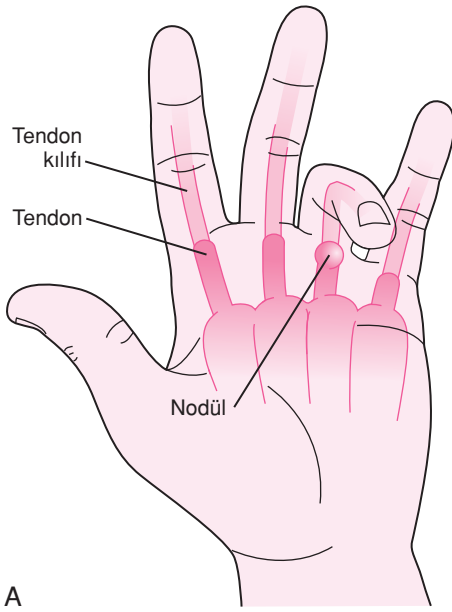
Kas ve tendon yaralanmaları, mükerrer mikrotravma veya miyotendinöz ünitenin veya kas lifinin kendisinin gerilme kuvvetinin aşırı yüklenmesine neden olan tek bir travma-

tik olaydan kaynaklanır. *Eksantrik yüklenme*; bir kasın aynı anda hem kasılma hem de uzama durumunda oluşan sık yaralanma mekanizmasıdır ve konsantrik kasılmalarla karşılaştırıldığında daha yüksek kuvvetler üretebilir (Stanton ve Purdam, 1989). Yineleyici eksantrik talepler içeren spor aktiviteleri sporcuda daha yüksek yaralanma riski yaratır. Örneğin, sürat koşucularında görülen hamstring kas zedelenmesi tipik olarak, koşu döngüsünün geç fazında kasılan hamstring kaslarının, aynı zamanda alttaki bacağın yere vurmasına hazırlık amacıyla hızını azaltmasını sağlamak için gerilmesi ve uzaması sonucunda meydana gelir (Stanton and Purdam, 1989). Koşu ve atlama sırasında tendonların tekrarlayan eksantrik yüklenmesi aşıl tendinopatisi ve patellar tendinopatiye (atlayıcı dizi) de yol açar.

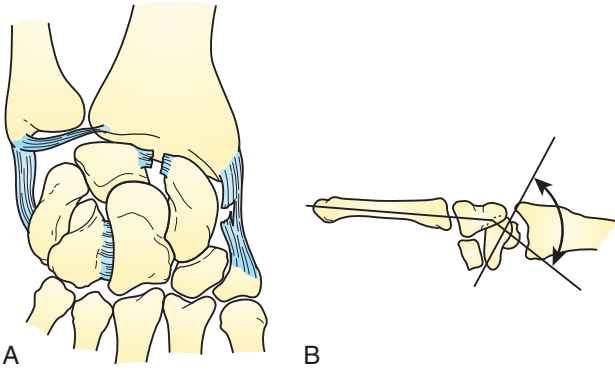
Histopatoloji

Akut kas yaralanmaları, öngörülebilir iyileşme ve onarım döngüsünden geçer. Egzersize bağlı kas yaralanması ilk olarak lif parçalanmasına ve lokal mikrohemorajiye, ardından enflamatuvar hücrelerin ekstrasvazasyonu ve yaralı dokuyu uzaklaştırmak için fagositik faza neden olur ve son olarak kas lifi iyileşmesinin rejeneratif fazı oluşur (Armstrong ve ark. 1991). Tüm enflamasyonun sınırlandırılması ağrıyı azaltır ve hipoksi ve enflamatuvar mediatörlerin neden olduğu sekonder doku hasarını en aza indirir. Bununla birlikte, iyileşme sürecinde nekrotik kas liflerinin ortadan kaldırılması ve meydana gelen boşluğu skar dokusunun köprüleyebilmesi için bir miktar enflamasyon gereklidir (Almekinders ve Gilbert, 1986).

Akut kas yaralanmalarının aksine, tendon yaralanmalarının çoğunda patolojik bulgular, dejeneratif bir durum olan tendinoz ile uyumludur ve daha önce zannedildiği gibi enflamasyon içeren bir tendinit değildir (Khan ve ark., 2000). Sağlıklı tendon, az miktarda ekstraselüler matriks (zemin maddesi) ile sıkıca paketlenmiş kollajen liflerinin paralel demetlerini içerir ve fibroblastlar veya miyofibroblastlar içermez. Buna karşılık, semptomatik tendonlar dağıtık kollajen lifleri, artmış mukoid zemin maddesi, belirgin kapiller proliferasyon ve sayıca artmış fibroblastlar ve miyofibroblastlar içerir (Khan ve ark., 1999). Histopatolojik muayene özellikle enflamatuvar hücrelerden yoksundur.



Şekil 30-20 Fleksör tendon nodülü. **A**, A1- kasnağının proksimalinde yakalanmış fleksör tendon nodülü ile klasik tetik parmak. **B**, kilitlenmiş tetik parmağı bulunan bir hastanın klasik klinik prezentasyonu.



Şekil 30-21 A, Skafolunat ve radyokarpal ligamanların bozulması, skafoid ile karpal kemiklerin geri kalanı arasında ilerleyici disosiyasyona yol açar. Bu yaralanma sıklıkla kalıcı el bileği burkulmasıyla karıştırılır. **B**, Skafolunat eklemin kronik disosiyasyonu skafoidin avuç içine doğru aşağı yönde dönmesini sağlar. Bu, skafoid eksenini radyolunat-kapitat eksenini arasındaki açıyı artırır. Daha sonra kapitat yavaş yavaş radyusa doğru göç eder ve hızla osteoartrit gelişir. (From Connolly JF. DePalma's the management of fractures and dislocations: an atlas. 3rd ed. Philadelphia: Saunders; 1981.)

lateral görüntü ile ulnar deviasyonda posteroanterior (PA) görüntü (skafoid kemiği kırık için değerlendirir) içermelidir. Diğer el bileğinin PA görüntüsünün karşılaştırılması sıklıkla yararlıdır. Skafoid ve lunat kemikler arasında PA izdüşüm üzerinde 2-3 mm artmış bir aralık (örn: aralıklı dişle sırtış nedeniyle "Terry Thomas" [Birleşik Krallık] veya "David Letterman" [Birleşik Devletler] işareti), skafolunat disosiyasyonun göstergesidir (Şekil 30-22).

"Basit" skafolunat burkulması olan hastalarda bir sabitleme dönemi boyunca koruma ve istirahat gerekir. Bu durum, hasta asemptomatik hale gelene kadar özel bir fiberglass veya alçı splint ya da prefabrik valfli (cock-up) el bileği splinti ile elde edilir. Başlangıç tedavisinden sonra el bileği splinti çıkarılır ve aktif EHA ve el güçlendirme tedavisine başlanır. Skafolunat disosiyasyon bulunan hastalarda

cerrahi konsültasyon erkenden düşünülmeli, bir el uzmanına sevk teşvik edilmelidir. Gelecekte el bileği fonksiyonunu maksimuma çıkarmak için sıklıkla eklemin sabitlenmesi gerekli olmaktadır (Şekil 30-23).

DİSTAL RADIUS KIRIKLARI

Distal radius kırıkları bulunan hastalar en çok düşmeden hemen sonra el bileğinde ağrı ve deformite ile başvurur. Düşmeden sonra el bileğinde ağrı bulunan tüm hastalarda el bileğinin AP, lateral ve oblik radyografileri çekilmelidir. Deformite bulunabilir veya bulunmayabilir, bazı hastalar etkilenen ekstremitede paresteziden yakınabilir. Hastanın el bileğini hareket ettirebilmesi kırığı dışlamaz. Eşlik eden kırıklarda primer yaralanma bölgesinin üstündeki veya altındaki herhangi bir hasarı değerlendirmek için tüm ekstremitayı palpe etmek önemlidir. Şüphelenildiğinde bu bölge radyografileri de çekilmelidir. Nörovasküler durum her zaman değerlendirilmeli ve belgelenmelidir.

Tedavi kırık türü, hastanın yaşı ve isteğine bağlıdır. Ayırışmamış veya minimum ayırışmış bir kırık, başlangıçta şişlik geçene kadar 5 ila 7 gün boyunca splint içinde tedavi edilerek daha sonra kısa kollu bir alçıyla alçıya alınabilir. Ortalama iyileşme süresi 4 ila 8 hafta olup, iyileşme süreci boyunca her 2-3 haftada bir tekrar radyografiler çekilmelidir. Ekstraartiküler, açılı bir kırık başlangıçta blok (kırık hematoma lidokain enjeksiyonu ile) kapalı redüksiyonla tedavi edilir. Redüksiyon sonrası dizilim uygun ise, alçıdaki dizilimi korumak için 5 ila 7 gün boyunca bir splint yerleştirilebilir. Uygun bir şekilde splint veya alçı kullanıldığında bile kırık parçalarının ayırışmış olması veya açılması yüksek bir risk oluşturduğundan, radyografik izlem önemlidir. Parçalı veya ayırışmış intraartiküler kırıklar, pozisyon ve artiküler yüzey bütünlüğünü sürdürmek için genellikle perkütanöz çivileme ile kapalı redüksiyon veya ORIF (Open Reduction and Internal Fixation) (Açık redüksiyon ve internal sabitleme) gerekir; ortopedik cerrahiye sevk edilmesi önerilir.



Şekil 30-41 Valgus stres testi medyal kollateral ligaman (MCL) işlevini değerlendirmekte kullanılır. MCL'i en iyi izole etmek için stres uygulan-
dığında diz 30 derece fleksiyonda serbestleştirilir. Eğer diz tam ekstansiyonda hala unstabilse, diğer yapılar (posterior krusiat ligaman, anterior krusiat ligaman, posterior kapsül) hasarlanmış olabilir. Siyah okbaşı valgus veya medyalden uygulanan gücü, beyaz okbaşı varus veya lateral yönlü gücü temsil eder. (Dr Mark R. Hutchinson izniyle)



Şekil 30-42 Varus stres testi lateral kollateral ligaman işlevini değerlendirmekte kullanılır. Varus laksitesi belirlenen akut bir diz hasarı her zaman bir ortopedik cerraha yönlendirilmelidir; hasarlanmış yapıların acil primer onarımı gecikmiş yeniden yapılandırmaya kıyasla daha iyi prognoza sahiptir. Siyah oklar valgus veya medyalden uygulanan gücü, beyaz oklar varus veya lateral yönlü gücü temsil eder. (Dr Mark R. Hutchinson izniyle)

leşik şekilde hasarlanabilirler. Dizde ki ligaman hasarlarının çoğu acil değildir. Ancak birinci basamak hekimi şunları hatırlamalıdır (1) her zaman çoklu ligaman hasarı potansiyelini ve arter hasarı olasılığını göz önünde bulundurmak, (2) tam ve tedavi 4 ila 6 haftadan fazla geciktiyse ciddi şekilde kötüleşen prognoza dayanarak her zaman LKLi değerlendirmek. Akut LKL hasarlarının erken tanısı ve cerrahi onarımı, olumlu hasta sonuçlarını %50'den %90'a yükseltir.

Medyal Kollateral Ligaman

MKL dizin en sık hasarlanan ligamanıdır ve sıklıkla eş zamanlı ligaman yaralanmaları ile birlikte, %95'i AKL rüptürleri ile ilişkilidir. MKL dizin valgus yüklerine esas direncidir. MKL, tek başına diz 30 derece fleksiyondayken valgus yüklenmesiyle test edilir (Şekil 30-41); 0 derecede kemik sınırlar da dengeye katkı yapar. Tam ya da tama yakın ekstansiyonda valgus gevşekliği posteromedial kapsül ya da krusiat ligamanlarla eş zamanlı yaralanma düşündürür. Karşı tarafa kıyasla medyal eklem aralığında grade 1 yaralanmalarda 1-4 mm genişleme, evre 2'de 5-9 mm gevşeme ve evre 3'de 10 mm'den fazla gevşeme ile ortaya çıkan patolojik gevşeklik vardır.

Görüntüleme çalışmaları, eşlik eden kemik yaralanmaları ve kırıklarını araştırmak için ön-arka ve lateral radyografileri içermelidir. MR görüntüleme daha ciddi yaralanmalarda eşlik eden ilgili yumuşak doku hasarlarını araştırmada yardımcı olabilir. Evre 1, 2 ve 3 ligaman burkulmalarında başlangıç tedavisi cerrahi dışıdır. Medyaldeki ağrı sona erene kadar koltuk değnekleri ve hareketli dizlik desteği ile korumalı yük taşımaya izin verilir. Kısıtlanmamış EHA için izin verilir ve cesaretlendirilir. MKL yaralanması olan çoğu hasta konservatif tedavi ile iyileşir. Ara sıra cerrahi dışı tedavi seçeneklerine yanıt vermeyen grade 3 hasarı olan hastalara cerrahi tedavi gerekebilir. Spora veya işlevlere dönüş zamanı yaralanmanın şiddetine bağlıdır; grade 1 yaralanmalar genelde 1 hafta: grade 2, 2 ila 4 hafta: ve grade 3, 4 ila 8 hafta.

Lateral Kollateral Ligaman ve Posterolateral Ligaman Kompleksi

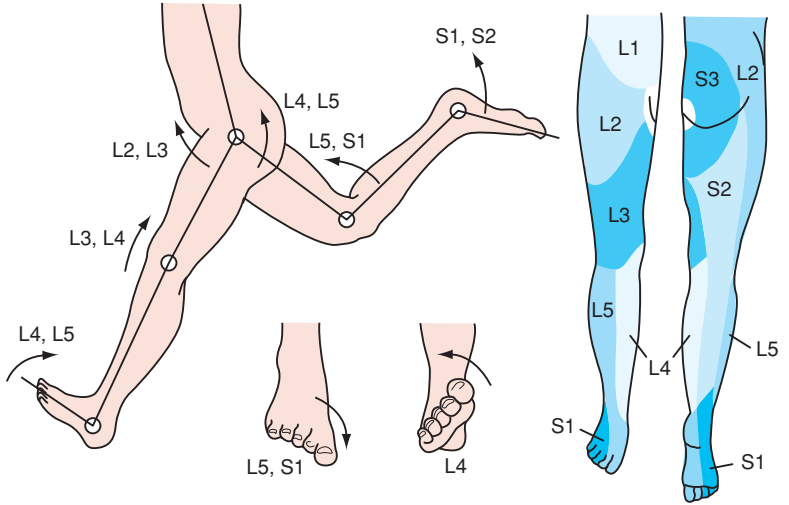
Dizin lateral bölümünü değerlendirirken hekim LKL işlevi ile birlikte dizin posterolateral rotasyonda sabitliğini de değerlendirmelidir. LKL, diz yaklaşık 20-30 derece fleksiyonda serbestleşmişken varus baskısı ile değerlendirilir (Şekil 30-42). Posterolateral köşe, diz 30 ila 90 derecede fleksiyondayken tibia dışı döndürülerek test edilir. Eğer 30 ila 90 derece fleksiyonda, diğer dize kıyasla artmış bir dış rotasyona kayma gözlenirse hastada posterolateral köşe ve PKL yaralanması mevcuttur. Eğer diz karşı tarafa kıyasla sadece 30 derecede dış kayma gösteriyorsa izole posterolateral köşe hasarı vardır (Şekil 30-43). Görüntüleme genelde ön-arka ve lateral radyografiler ile MR görüntülemeyi içerir. Birinci basamak hekimi için muhtemel en basit kural, akut varus instabilitesi olan (LKL hasarı) her hastanın en kısa sürede bir ortopediste yönlendirilmesidir.

Tedavi hasarın ciddiyetine bağlıdır. Güvenli yük taşıma ve güvenli EHA ile cerrahi dışı tedavi, izole grade 1 ve 2 LKL için ilk birkaç haftada önerilir; grade 1, lateral eklem çizgisinin 5 mm'den az, grade 2 ise 6 ila 10 mm açılmasıdır. İlerleyici EHA ve işlevsel rehabilitasyon başlatılır. Spora dönüş için 6 ila 8 hafta beklenir. Cerrahi seçenekler izole grade 3 (>10 mm açıklık) LKL hasarlarında ve posterolateral köşede herhangi bir rotator instabilitesinde önerilir. Akut cerrahinin daha olumlu sonuçları vardır ve ortopedik cerraha erken yönlendirme önerilir.

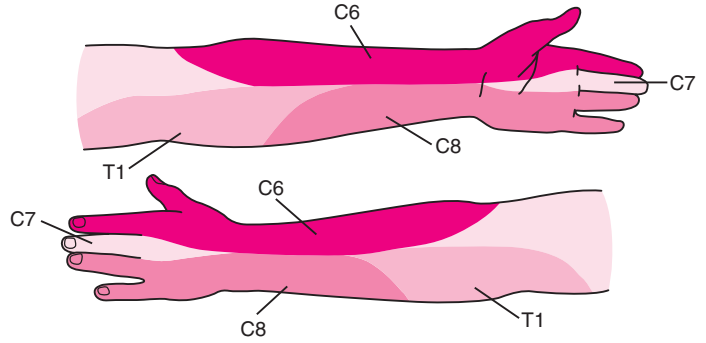
Posterior Krusiat Ligaman

Dizde tibianın posteriora yer değiştirmesine karşı PKL esas dirençtir. PKL için en duyarlı test posterior çekmecedir; burada yaklaşık 90 derece fleksiyonda olan dize posteriordan yönlendirilen bir güç uygulanır (Şekil 30-44). PKL

Şekil 31-6 Kök (segmental) dağılımı. Her eklemdaki hareketin sırayla çalışan dört sinir köküyle kontrol edildiğine dikkat edin: kalça-fleksiyon, L2 ve L3 ve ekstansiyon; L4 ve L5; Diz- ekstansiyon (ve diz kasılması), L3 ve L4 ve fleksiyon; L5 ve S1; ayak bileği-dorsifleksiyon, L4 ve L5 ve plantar fleksiyon (ve ayak bileği kasılması), S1 ve S2. (İnversiyon, L4'ü, eversiyon L5 ve S1'i içerir.) Alt ekstremité dermatomları için kullanışlı bir hatırlatıcı şöyledir: "L3 ile diz çökeriz, S1 ile ayakta dururuz, S3 ile otururuz." (McRae R, Kinninman AWG. Orthopedics and trauma. New York: Churchill Livingstone; 1997:26'dan alınmıştır)



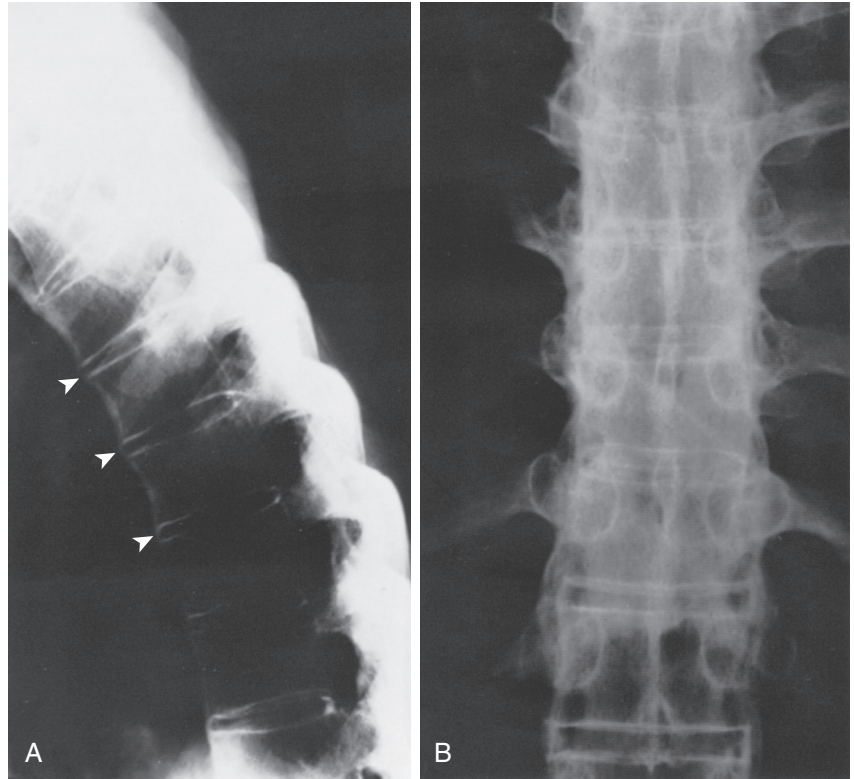
Şekil 31-7 Önkol ve elin volar ve dorsal dermatom paterni. Etkilenen sinir kökü sıkıştığında ağrı ve pareteziler bu alanlara yayılabilir. Disk hastalığı sonucu ortaya çıkan ekstremité semptomlarının, hemen her zaman tek taraflı olduğuna dikkat ediniz. (Mercier R. Practical orthopedics. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2000:29'dan alınmıştır)



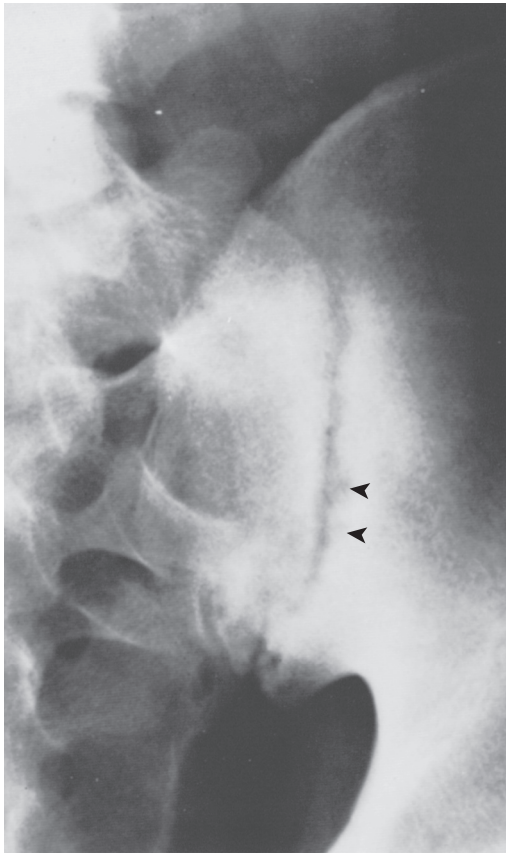
Tablo 31-6 Boyun ve Sırt Ağrıların Tedavi Etmede Kullanılan Modalite Tipleri

Termal	Mekanik	Elektriksel	Enjeksiyonlar
Nemli ısı Soğuk paketler Buz masajı Kontrast banyolar İnfrared ısı lambaları Diyatermi Ultrasonografi Lazer	Spinal traksiyon Masaj Miyofasiyal tedavi Eklem mobilizasyonu Manipulasyon Kompresyon giysileri	Elektriksel stimülasyon TENS ünitesi Sinir stimülatörleri Spinal kord stimülatörleri İyontoforez Enterferansiyel akım	Sinir blokları Tetik noktalar Spinal enjeksiyonlar Botoks enjeksiyonları Eklem enjeksiyonları Proloterapi
Hidroterapi	Destekleyici	İlaçlar	Psikolojik
Girdap havuzu Sıcak su havuzu Yüzme havuzu Kontrast banyolar	Yumuşak veya rijit destekler Eklem immobilizerleri Ortezler Ayakkabı yükseltici	Analjezik Antiinflamatuvar Nöromodülatör Antispazmodik Antidepresan Topikal İntratekal	Danışmanlık Biyofeedback Bilişsel Grup oturumları
Cerrahi	Egzersiz	İntegratif	Adli
Spinal dekompresyon Füzyon Disk replasmanı Artroskopi Diskektomi	Aerobik Ekleme spesifik Germe ve güçlendirme Koordinasyon Spor ve aktiviteye spesifik	İlaç Beslenme Yoga, pilates, Tai Chi Kilo verme Akupunktur	Vaka sonlandırma Maluliyet değerlendirme

TENS, Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu



Şekil 32-13 Ankilozan spondilit. **A**, Torasik omurganın dorsal yönünün kemik erozyonu. **B**, Bambu kamışı omurganın klasik görünümü. (Resnick D, Yu JS, Sartoris D: Imaging. In Kelley WN Harris ED, Ruddy S, et al, eds. Textbook of rheumatology. 5th ed, vol 1. Philadelphia: Saunders; 1997:626-686.)



Şekil 32-14 Ankilozan spondilit. **Oklar**, sakroilitin kemik erozyonu ve skleroza ilerlediğini gösterir. (Resnick D, Yu JS, Sartoris D: Imaging. In Kelley WN Harris ED, Ruddy S, et al, eds. Textbook of rheumatology. 5th ed, vol 1. Philadelphia: Saunders; 1997:626-686.)

yanıt verdiğini, daha iyi global, ağrı ve fonksiyonel değerlendirme ile sabah tutukluğuna bağlı olarak azalmış enflamasyonun olduğunu göstermiştir (MacLeod ve ark., 2007). Genel olarak sülfasalazin sadece periferik AS için kullanılmaktadır. Metotreksat, sülfasalazin ve leflunomid aksiyel AS hastalığında etkisizdir.

TEMEL TEDAVİ

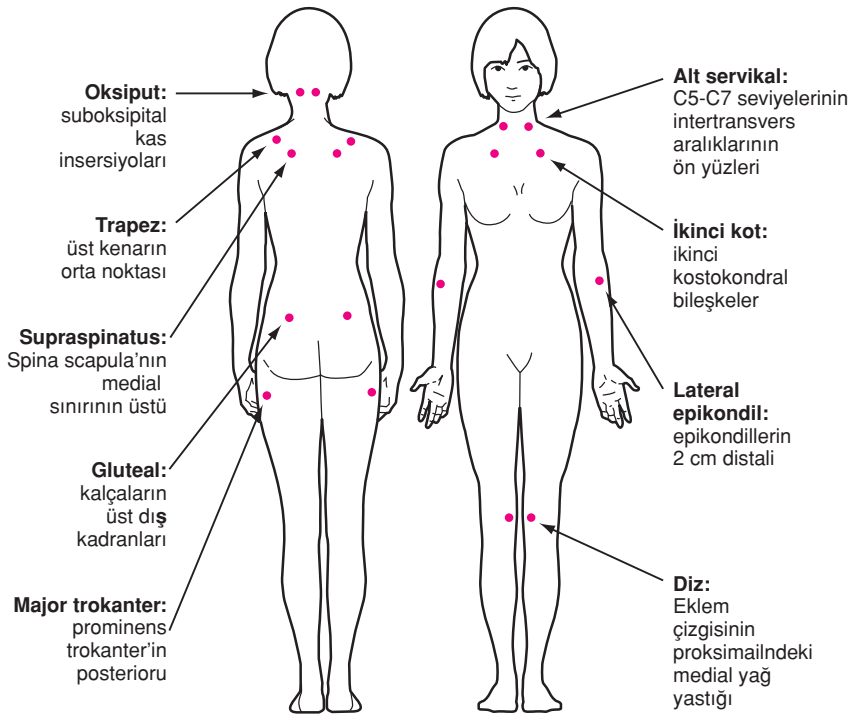
- NSAID'ler AS için önerilen başlangıç tedavisidir (Song ve ark., 2008) (ÖG: A).
- AS'li hastalarda egzersiz programı başlatılmalıdır (Dagfinrud ve ark., 2004) (ÖG: B).
- AS tedavisi için sistemik glukokortikoidler önerilmez (ÖG: C).
- NSAI ilaçlara yanıt vermeyen AS hastalarında anti-TNF tedavisi önerilmektedir (MacLeod ve ark., 2007) (ÖG: A).

Reaktif Artrit (Reiter Sendromu)

Temel Noktalar

- Ürogenital veya Gİ enfeksiyondan 1 ay sonra reaktif artrit bulgu ve semptomları gelişir.
- Klamidya enfeksiyonu veya yaygın enterik bakteriyel enfeksiyonlar Reiter sendromunun primer nedenidir.
- Reaktif artritli hastaların sadece üçte biri klasik olan üretrit, konjunktivit ve artrit üçlüsüyle ortaya çıkacaktır.

Reaktif artrit veya Reiter sendromu, ürogenital veya Gİ sistemin (ve muhtemelen pulmoner) enfeksiyon sonrası bir ay içinde oluşan asimetrik oligoartiküler artrite eşlik eden di-



Şekil 32-15 Fibromiyalji'de spesifik hassas noktaların anatomisi (Freundlich B, Leventhal L. Diffuse Püain syndromes. In Kippel JH, ed. Primer on the rheumatic diseases. 11. ed. Atlanta: Arthritis Foundation; 1997: 123-127)

kanıtlar vardır. Fibromiyalji aynı zamanda SLE, RA ve AS gibi otoimmün bozukluklar yaşayan hastalarda da mevcut olabilir ve semptomlar anti-enflamatuvar terapilere cevap vermediğinde fibromiyalji'den şüphelenilmelidir.

Fibromiyalji sendromu muhtemelen merkezi ağrı mekanizması nörotransmitterlerinin disfonksiyonundan kaynaklanmaktadır. Kimi çalışmalar FMS hastalarının serebrospinal sıvılarındaki substans P miktarının normal kontrol katılımcılarına göre üç kata kadar daha fazla olduğunu göstermiştir (Russell ve ark. 1994). FMS ilk olarak bir travma veya periferik inflamatuvar artrit ile tetiklenebilir; ancak periferik, süregelen inflamasyon bu sendromda mevcut değildir. Hastanın ağrısına katkıda bulunan önemli sekonder faktörlerin arasında dinlendirmeyen uyku, ağrıya bağlı kas kondisyonu eksikliği ve psikolojik faktörler vardır. Ağrı en sık boyun, sırt, omuz, pelvis kemeri alanları ve ellerde görülür. Gerilim tipi baş ağrısı, irritabl bağırsak sendromu, primer dismenore, kronik yorgunluk sendromu, huzursuz bacak sendromu, temporomandibular eklem (TMJ) disfonksiyonu ve bölgesel fibromiyalji (miyofasyal ağrı sendromu) gibi, uzuv parestezileri de yaygındır. Her ne kadar kimi FMS'li hastalarda depresyon görülsün de, çoğunluğunda görülmez. Fizik muayenede orta şiddette basınç ile geleneksel olarak tanımlanan, Şekil 32-15'de görülen, noktalarda hassasiyet saptanır. Muayene esnasında çok yumuşak veya çok sert palpasyon yapılmaması için dikkatli olunmalıdır. Uygun miktardaki palpasyon basıncı yaklaşık olarak muayene için kullanılan parmağın hastanın altına bastırıldığında tırnağı beyazlatmaya yetecek basınçtır (Yunus, 1996).

FMS tanısı koyabilecek bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, kas enzimleri, elektrolitler ve ANA değerleri ile radyolojik incelemeler, herhangi bir komorbid hastalığın bulunmaması halinde, normaldir. Uyku elektroensefalogramları genelde

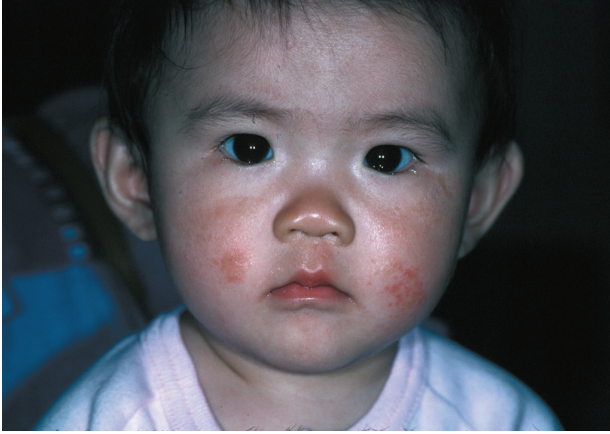
anormaldir ve belirli bir uyku bozukluğu hikayesinden şüphelenildiğinde göz önünde bulundurulmalıdır (bkz. eTablo 32-5 online). FMS sıklıkla başka romatolojik hastalıklarla ilişkili olarak görüldüğünden ve FMS semptomları komorbid hastalıklar olarak yanlış değerlendirildiğinden dolayı teşhisi konamamaktadır. Aksine, FMS nedeniyle değerlendirilen hastalarda, altta yatan sebepler araştırılmalıdır.

Fibromiyaljinin nedeni bilinmemektedir. Kas biyopsileri herhangi bir net anormal sonuç vermemektedir. Hastalık, kronik yorgunluk sendromuyla büyük ölçüde örtüşmektedir ancak kronik Epstein-Barr virüsü (EBV) gibi bir enfeksiyonla bağlantısını gösterecek bir kanıt yoktur. Fibromiyalji hastalarının yaklaşık %80'inde uyku bozuklukları, özellikle bozuk non-REM uykusu (evre 3 ve 4, yani derin, dinlendirici uyku) görülmektedir. Non-REM uyku yoksunluğu çalışmaları FMS bulgu ve semptomları ortaya koymuştur; bu sonuçlar uyku bozukluğunun, fibromiyaljinin patogenezini ve ilerlemesinde temel bir role sahip olduğunu göstermektedir. RA ve diğer romatolojik hastalıkları olan hastalar gece boyunca nokturnal uyanma ve uykunun daha hafif evrelerine geçiş gösteren bozulmuş bir uykuya sahiptirler. Uyku çalışmaları hastaların genellikle bu epizotları ertesi gün uyandıklarında hatırlamadıklarını fakat yorgun hissettiklerini veya kendilerini uykusu hafif kişiler olarak tanımladıklarını ortaya koymuştur.

Tedavi

FMS hastalarını eğitmek ve onlara FMS'nin yaygın bir hastalık olduğunu, psikiyatrik bir durum olmadığını ve tedavilerin mevcut olduğunu anlatmak önemlidir.

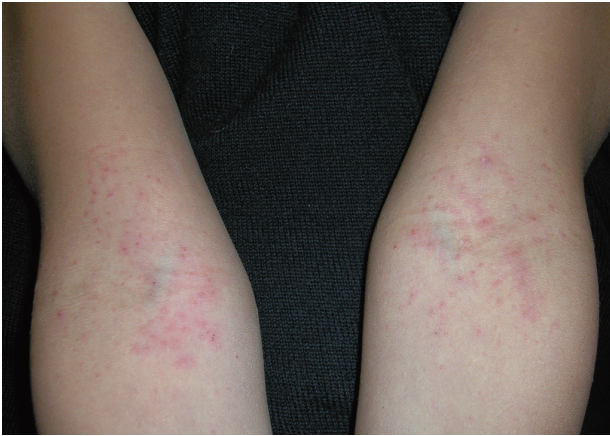
Trisiklik antidepresanlar (TCA), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) fibromiyalji ile ilişkili ağrının dindirilmesi



Şekil 33-4 Atopik dermatit (© Richard P. Usatine.)



Şekil 33-6 Impetiginöz atopik dermatit (© Richard P. Usatine.)



Şekil 33-5 Impetiginöz atopik dermatit (© Richard P. Usatine.)

Atopik dermatit, yaşam kalitesini düşürebilen potansiyel güçsüzleştirici bir durumdur. En sık semptomu kaşıntıdır. Kaşıntı; yüzülme, kabuklanma, likenifikasyon gibi sekonder deri değişiklikleriyle sonuçlanır. Bundan dolayı AD, “döküntülü kaşıntı” olarak adlandırılır.

Atopik dermatit, tüm çocukların %15 kadarını etkileyen yaygın bir problemdir. Çoğu vakada, AD 5 yaşından önce; yaşamın ilk yılında sıklıkla yüz veya ekstansör yüzeylerde görülür (Şekil 33-4). Çocuklar büyüdükçe sıklıkla antekubital ve popliteal fossalar (fleksural alanlar) tutulur (Şekil 33-5). Hastalık tam remisyon dönemleri arasında aralıklarla tekrar ortaya çıkabilir. Yetişkin döneme geldiğinde hastalığın görülme insidansı %1’den daha azdır. Tedavi kaşıntıyı sınırlandırmaya, cildi onarmaya ve inflamasyonu azaltmaya yönelik olmalıdır. Lubrikantlar ve topikal kortikosteroidler, atopik dermatitin başlıca tedavisini oluşturur. Topikal pimekrolimus ve takrolimus, “steroidden koruyucu ilaçlar” olarak kabul edilir ve kısa süreli kullanım için veya topikal kortikosteroidlere yanıt vermeyen vakalarda etkilidir. Bu ajanlar sadece 2 yaşından büyük hastalarda ikinci

basamak tedavi için onaylanmıştır. Nadiren şiddetli vakalar için gerektiğinde ise oral kortikosteroidler kullanılabilir.

Her zaman sulanma ve kabuklanma gibi bakteri süperenfeksiyonuna ait bulgular aranır (Şekil 33-6). Staphylococcus aureus ile oluşan süper enfeksiyon, bakteriler süper antijen olarak işlev gördüklerinden AD’in kötüleşmesine neden olabilir. S. Aureus süperenfeksiyonları genellikle metisiline duyarlıdır olduğundan, oral sefalekssin tedavide iyi bir seçimdir. Banyo, kolonizasyonu azaltmak için yararlıdır. Banyodan hemen sonra nemlendiricileri veya topikal ilaçları (veya her ikisi) uygulanır.

TEMEL TEDAVİ

- Topikal steroidler ve nemlendiriciler, AD’in başlıca tedavisini oluşturmaktadır (Hanifin et al., 2004) (ÖG: A).
- Topikal ve sistemik antibiyotikler sekonder bakteriyel enfeksiyonun eşlik ettiği AD’de kullanılır; bir alevlenme sırasında iltihap akışının ve kabuklanmanın varlığı, antibiyotik kullanımını değerlendirmeye yönlendirmelidir (Hanifin ve ark., 2004) (ÖG: A).
- Topikal kalsinörin inhibitörleri (pimekrolimus ve takrolimus gibi immünomodülatörler) döküntülerin ağırlığını ve çocuklarla erişkinlerdeki AD semptomlarını azaltır (Hanifin et al., 2004) (ÖG: A).
- Diyet kısıtlamasının yalnızca bebeklerde yumurta ve inek sütü protein alerjileri için yararlı olduğu kanıtlanmıştır (Hanifin ve ark., 2004; Lifschitz & Szajewska, 2014) (ÖG: B).
- AD’de antihistaminiklerin değeri tartışmalıdır; eğer kullanılacaksa sedatif ajanlar en etkilidir ve gece verilebilir (Hanifin ve ark., 2004) (ÖG: B).

PİTRİAZİS ALBA

Pityriasis alba, yaygın hipopigmente bir dermatit olup Amerika Birleşik Devletlerinde okul çağındaki çocukların yaklaşık üçte birini etkileyebilmektedir. AD öyküsü olan hastalarda bu durum daha yaygındır. Hastalarda yüz, boyun ve omuzlarda, boyutları 1 ila 4 cm arasında değişen çok sayıda hipopigmente maküller mevcuttur (Şekil 33-7). Maküller



Şekil 33-53 İki yaşındaki bir çocukta primer enfeksiyon olarak oral herpes gingivostomatit. (© Richard P. Usatine.)



Şekil 33-54 Penis üzerinde bir küme veziküller ile Herpes simpleks tip 2 rekürrensi (Nezaket Jack Rezneck, Sr. ve Aile Hekimliği Renk Atlası).

içinde ortaya çıkar ve daha ciddi klinik bulgulara sahiptir. Sistemik semptomlar ateş, halsizlik, ödem, inguinal lenfadenopati, dizüri ve vajinal veya penil akıntıdır. Bunlar kadınlarda daha sık görülür. Erkeklerde, genellikle peniste ağrılı veziküller ve erozyonlar oluşur ancak bu lezyonlar aynı zamanda kalça veya perine üzerinde de görülebilir (Şekil 33-54). Kadınlarda lezyonlar öncelikli olarak labiada görülür ancak servikte, kalçalarda veya perinede de görülebilir. Primer atak belirtileri tipik olarak 2-3 hafta sürer. Genital herpes için risk faktörleri, 15-30 yaş (en büyük cinsel aktivite yaşları), cinsel eşlerin sayısının artması, siyah veya Latin

ırk, düşük gelir düzeyi ve eğitim, kadın cinsiyeti, eşcinsellik ve HIV'i kapsar.

Her iki serotipte de HSV, primer enfeksiyondan aylar hatta yıllarca gizli kalabilir. Latent dönemde virüs duyuşal sinir kökü gangliyonlarında bulunur. Nükseden salgınlar sıklıkla ağrı, kaşıntı, karıncalanma, yanma veya parestezi prodromu ile gelişir ve genellikle birincil salgından daha az şiddetlidir.

Herpes simpleks tanısı, direkt flüoresan antikor (DFA) testiyle kolaylıkla konur ve sonuçlar birkaç saat içinde elde edilebilir. Viral kültür yapılabilir, ancak sonuçlar 2-5 gün sürer. Serolojik durumu ortaya koyan test de mevcuttur, ancak bu akut hastalık için yardımcı değildir.

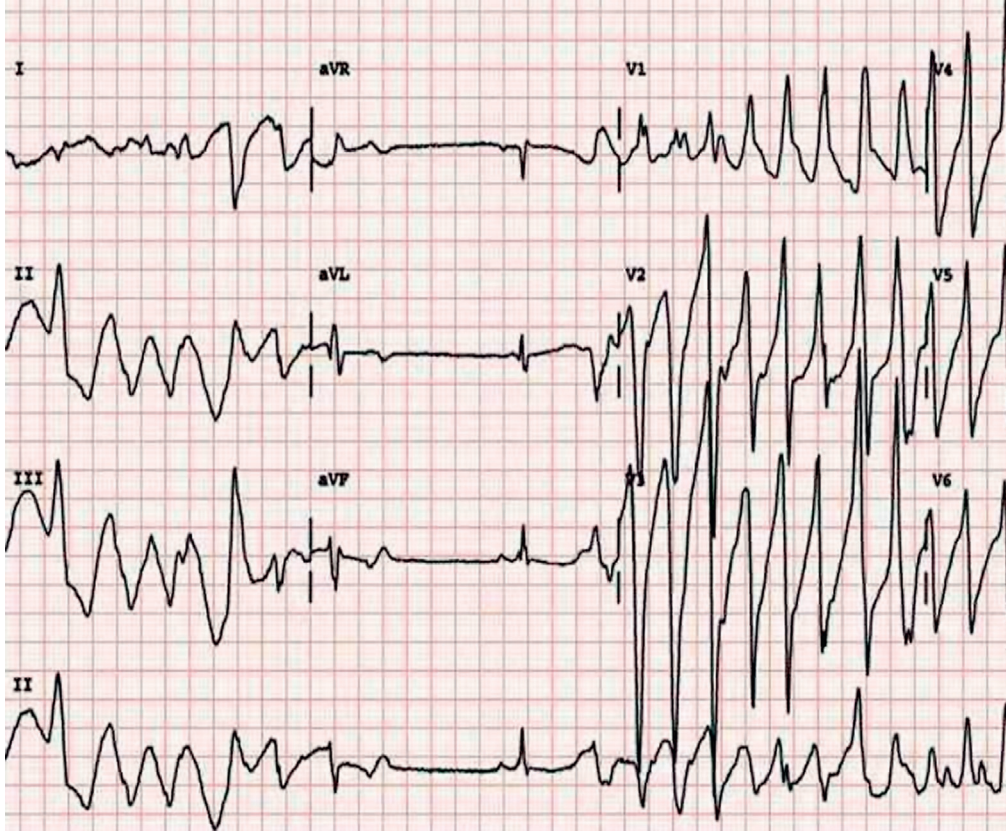
HSV'nin tedavisi, enfeksiyonun ilk atak ya da nüks olmasına bağlıdır. Asiklonovir (Zovirax), valasiklovir (Valtrex) ve famsiklovir (Famvir) gibi oral antiviraller için birçok farklı doz şeması mevcuttur. Tekrarlayan genital herpesli hastalarda supresif tedavi düşünülmelidir. Hamile olan veya gebeliği düşünen kadınlara, doğum eyleminin başlangıcında aktif lezyonlar mevcut ise yenidoğana bulaş ve olası sezaryen doğum hakkında bilgi verilmelidir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde birincil enfeksiyonu olan kadınlar için bulaş riski en yüksektir. Yenidoğan herpes enfeksiyonu, mental retardasyon, korioretinit, nöbetler ve hatta ölüm gibi uzun süreli MSS morbiditesine neden olabilir.

Herpes Zoster (Zona)

Zoster, VZV'nin (insan herpesvirüsü 3 [HHV-3], su çiçeği) yeniden aktifleşmesinden kaynaklanır. Primer enfeksiyondan sonra, VZV dorsal kök gangliyonunda inaktive halde yerleşir. Primer suçiçeği başlangıcı ile reaktivasyon arasındaki zaman değişkendir, ancak genellikle on yılları bulur. ABD nüfusunun yaklaşık %10 ila %20'sinin yaşamı boyunca bir veya daha fazla zoster vakası gelişmektedir. İmmün sistemi baskılanmış hastalarda ve yaşlı erişkinlerde insidans çok daha yüksektir. Çocuklarda rutin bağışıklama programının bir parçası olarak VZV aşısı yapıldığından, bu oranlar zamanla azalacaktır.

Hastalar tipik olarak bir dermatom bölgesinde eritemli bir zeminde küçük vezikül gruplarının ortaya çıkışını takip eden ağrı ve parestezi yaşarlar (Şekil 33-55). Döküntü nadiren vücudun orta çizgisini geçer ve genellikle tek bir dermatom ile sınırlanır. Döküntüye ateş, baş ağrısı ve halsizlik eşlik edebilir. Lezyonlar genellikle 2-3 hafta içinde düzelir. Ağrı şiddetli olabilir ve postherpetik nevralji olarak bilinen durumda deri lezyonlarının iyileşmesinden çok sonra bile devam edebilir. Lezyonlar burun ucunda veya kranial sinir V1 dağılımında (trigeminal sinir oftalmik dalında) görüldüğünde kornea tutulumundan şüphe edilmelidir ve bu da sürekli körlüğe neden olabileceği için acil oftalmoloji konsültasyonuna başvurulmalıdır (Şekil 33-56).

Semptomların başlangıcının ilk 3 günü içerisinde asiklovir, valasiklovir ve famsiklovir gibi antiviral tedavilere başlanması, semptomların ve deri lezyonlarının şiddetini ve süresini azaltır. Erken tedavi, postherpetik nevraljinin görülme sıklığını ve şiddetini de azaltabilir. Bununla birlik-



Şekil 34-1 Torsades de pointes izoelektrik hat etrafındaki QRS komplekslerinin amplitüdünün ve kıvrılmasının kademeli olarak değişmesiyle karakterize olan polimorfik ventriküler taşikardinin farklı bir şeklidir. Torsades de pointes, konjenital veya akkiz olabilen uzamış QTc intervaliyle ilişkili olabilir. Bu aritmî, genellikle kendiliğinden sonlanır fakat tekrarlayabilir ve ventriküler fibrilasyonun fatal formuna dönebilir.

Tablo 34-13 Amerika Klinik Endokrinologlar Derneği'nin 2013 Diyabet Tedavi Algoritmasının Özeti

- Yaşam tarzı müdahalesi, tüm A1C düzeylerinde diyabet bakımının temelini oluşturmaya devam etmektedir.
- Bir hastanın A1C'si %9 ise bazal insülini başlatınız ve titrasyon yapınız.
- A1C <%7.5 olan hastalar monoterapi ile aşağıdaki gibi tedavi edilebilir:
 - Metformin birinci basamak tedavi olarak kabul edilir.
 - İkinci basamak tedaviler GLP-1 reseptör agonistleri, DPP-4 inhibitörleri ve α -glukozidaz inhibitörlerini içerir.
 - Üç aylık tedaviden sonra A1C >%6.5 olduğunda ikinci bir ajan ekleyiniz.
- A1C düzeyleri $\geq$ %7.5 ve $\leq$ %9 olan hastalarda aşağıdaki gibi ikili veya üçlü kombinasyon tedavisini düşününüz:
 - GLP-1 reseptör agonistleri ve DPP-4 inhibitörleri tercih edilen ajanlardır.
 - Bazal insülin de kullanılabilir.
 - SGLT2 inhibitörleri kombinasyon tedavisi için kabul edilebilir ilaçlardır (ADA kılavuzlarında SGLT2 inhibitörlerinden söz edilmemektedir).
 - Üç ay sonra A1C hedefine ulaşamazsa, üçüncü bir ilaç ekleyiniz.
- A1C %8.5 ile semptomatik hastalar için bazal insülin başlayınız.
- Farmakolojik müdahaleyi özelleştirirken göz önünde bulundurulması gereken pratik stratejiler şunlardır:
 - Hipoglisemiye neden olma ihtimali daha düşük olan ilaçları reçeteleyiniz.
 - Kilo alımını en aza indiren ilaçları tercih ediniz.
 - Hastalar kendi kişisel hedeflerine ulaşmaya kadar A1C'ye her üç ayda bir bakınız.
 - Her görüşmede, yaşam tarzı değişikliğini vurgulayınız.
 - Sigara içmek kabul edilemez; hastaları sigarayı bırakmaya teşvik ediniz. Hastalar ücretsiz sigarayı bırakma yardımı için 800-QUIT-NOW'a yönlendirilebilir.
 - Hastaların öngörülen glisemik hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmak için sıklıkla tamamlayıcı etki mekanizmalarına sahip ajanlarla kombinasyon tedavisi, gereklidir.
 - İnsülin kullanırken, DPP-4 inhibitörleri, SGLT2 inhibitörleri, metformin, GLP-1 reseptör agonistleri ve bromokriptine devam edilebilir. Kilo alımı ve hipoglisemi riskinde artış nedeniyle sülfonilüre ve tiazolidindionlar kesilmelidir.
- Maliyet önemlidir ancak güvenlik daha önemlidir.

*ADA, Amerikan Diyabet Derneği; DPP-4, Dipeptidil peptidaz-4; GLP-1, glukagon-benzeri peptid 1; SGLT2, sodyum-glukoz ko-transporter 2. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' comprehensive diabetes management algorithm 2013 consensus statement: executive summary. *Endocr Pract.* 19:536-557, 2013'den adapte edilmiştir.

Tablo 35-9 Tiroid Fonksiyonlarını Periferik Düzeyde Etkileyen İlaçlar ve Oral Ajanlar

İlaç	Proteine Bağlanma için Yarışma	T ₄ 'den T ₃ 'e Deiyodinasyon İnhibisyonu	Doku Düzeyinde Aksiyon İnhibisyonu	Doku Düzeyinde T ₃ Alımı İnhibisyonu	Tiroid Hormon Klirens Süresine Etki	Gi Absorpsiyon İnhibisyonu	Laboratuvar Testlerinde Advers Etki
Fenitoin	—	—	—	—	Yes	—	—
Fenobarbital	—	—	—	—	Yes	—	—
Karbamazepin	—	—	—	—	Yes	—	—
Rifampin	—	—	—	—	Yes	—	—
Salisilatlar	Yes	—	—	—	—	—	Evet
NSAİİ	Yes	—	—	—	—	—	Evet
Furosemid	Yes	—	—	—	—	—	Evet
Heparin	Yes	—	—	—	—	—	Evet
Enoksaparin	Yes	—	—	—	—	—	Evet
Sukralfat	—	—	—	—	—	Evet	—
Ca karbonat	—	—	—	—	—	Evet	—
Al hidroksit	—	—	—	—	—	Evet	—
Soya	—	—	—	—	—	Evet	—
Demir sülfat	—	—	—	—	—	Evet	—
PTU	—	—	Evet	—	—	—	Evet
Deksametazon	—	Evet	—	—	—	—	Evet
β-bloker	—	Evet	Evet	—	—	—	Evet
Benzodiazepin	—	—	—	Evet	—	—	—
KKB	—	—	—	Evet	—	—	—
Amiodaron	—	Evet	—	—	—	—	—
Kontrast madde	—	Evet	—	—	—	—	—

Al, alüminyum; Ca, kalsiyum; KKB, Kalsiyum kanal blokeri; Gi, gastrointestinal; NSAİİ, nonsteroid antienflamatuvar ilaç; PTU, propiltiourasil; T₃, triiodotironin; T₄, tiroksin.

de hipotiroid olayları başlatabilir. Diyetle bolca iyot bulunan Amerika Birleşik Devletleri'nde, amiodaron alan hastalar, tiroid bezinin fibrozisine bağlı olarak hipotiroidizm gelişmesine meyillidir. İnsidans yaklaşık %20'dir (Harjai ve Licata, 1997; Roti ve Vagenakis, 2005). Bu ilaçları, özellikle de amiodaron kullanan hastalar, tiroid disfonksiyonu gelişmesi açısından düzenli olarak sTSH ile taranmalıdır. Dopamin, glukokortikoid ve fenitoinin ön hipofizden TSH salınımını inhibe ettiği gösterilmiştir. Salisilatlar, diğer NSAİİ'ler, furosemid, heparin ve enoksaparin tiroid hormon taşıyıcı proteinlerin bağlanma yerleri için yarışır. Akut tiroid hastalıklarında bu ilaçların kullanımı, periferik dolaşıma tiroid hormon salınımıyla tirotoksik belirtileri potansiyel olarak şiddetlendirebilir. Bu tedavileri devamlı kullananlarda serum TSH ve serbest T₄ takip edilmelidir (Tablo 35-9).

Fenitoin, fenobarbital, karbamazepin ve rifampin hepatik enzimatik aktiviteyi uyarırlar, böylece tiroid hormon klirens süresini kısaltıp, T₄'ün T₃'e dönüşümünü artırır. Bu ilaçlar bir hastanın tedavi düzenine eklendiği ya da çıkartıldığı durumlarda, stabil hale gelene kadar serum TSH düzeyleri rutin olarak takip edilmelidir. Sukralfat, kolestimamin, kalsiyum karbonat, alüminyum hidroksit, çözülebilir lif, soya ürünleri ve demir sülfat, eksojen L-tiroksinin barsaklardan emilimini inhibe ederler. Oral L-tiroksin, mide boşken alınmalıdır.

β-blokerler, tiroid hormonları üzerindeki etkilerini hücresel düzeyde gösterirler ve benzodiazepinler T₃ alımını (uptake) hücresel düzeyde bloke ederler (Hedley ve ark., 1989; Tiegens ve Leinung, 1995; Wartofsky, 2005). Kalsiyum kanal blokerleri, tiroid hormon alımını (uptake) hepatik ve kas hücreleri aracılığıyla inhibe eder (Tablo 35-9).

GEBELİKTE TİROİD HASTALIĞI

Gebelik, zaten var olan tiroid hastalığını şiddetlendirebilir, bu nedenle aile hekiminin daha fazla dikkat etmesini gerektirir. Dikkatli izlem ve proaktif klinik müdahale, anahtar rol oynar. Stabil doz tiroid replasmanı ile ötiroid olan hipotiroidili kadınların çoğunda, gebelikleri sırasında tiroid replasman dozunda artışa ihtiyaç duyulur. Gebelikte sTSH'nın normal referans aralıkları trimestre özeldir. Eğer yerel laboratuvarla trimestre özel sTSH referans değerleri mevcut değilse, normal için önerilen üst sınırlar ilk trimesterde 2.5 mIU/L, ikinci trimesterde 3.0 mIU/L ve üçüncü trimesterde 3.5 mIU/L'dir (Garber ve ark., 2012). Bu ihtiyacın farkında olmak ve zamanında doz ayarlaması yapmak üzere hazırlıklı olmak önemlidir. Bu hastaların bakımı ile ilgili yardım etmesi için endokrinoloji konsültasyonu önerilir (Shankar ve ark., 2001).

Gebelik sırasında sessiz ya da postpartum tiroidit, iyi huylu, kısa süreli bir hastalıktır ve sadece semptomatik tedavi gerektirir. Toparlanmayı takip etmek için ara sıra sTSH ve serbest T₄ düzeylerinin kontrolü gereklidir. T₄ sentezinin supresyonuna gereksinim duyan nadir gebe hastalarda antitiroid ilaçların (PTU ve MMI) tedbirli şekilde kullanımının genel olarak güvenli olduğu kabul edilir. MMI'nin plaseenta bariyerini PTU'dan daha kolay geçebileceğine dair bir endişe vardır ancak bunun klinik uygulamada endişe yaratacağı kanıtlanmamıştır. Bununla beraber, tiroidin uzamış supresyonunun veya gebelikte geç dönemde supresyonun yenidoğanda tiroid fonksiyonlarında geçici baskılanma nedeni olabileceği ve yenidoğanda guatra yol açabileceğinin akılda tutulması önemlidir. PTU ve MMI anne sütünde bu-

da zor tanınabilir. Klinik bulguların yelpazesi geniştir. Bazı ayırteci bulguları arasında, kırmızımsı mor strialar, pletore, proksimal kas güçsüzlüğü, belirgin bir travma olmadan morarma ve açıklanamayan osteoporoz bulunur. Daha sık olarak hastalar, obezite, depresyon, diyabet, hipertansiyon veya menstrüel düzensizlik gibi kortizol fazlalığı nedeniyle oluşan özelliklerle başvurur. Cushing sendromunda tipik olarak dorsoservikal yağ yastıkçığı (buffalo hörgücü), fasyal ve supraklaviküler dolgunluk, kalın deri, periferik ödem, hirsutizm veya kadın tipi saç dökülmesi ve deri iyileşmesinde yavaşlama görülür. Çocuklarda genellikle yavaş büyüme, anormal genital kıllanma, kısa boy ve psödoprekoks ya da gecikmiş puberte vardır.

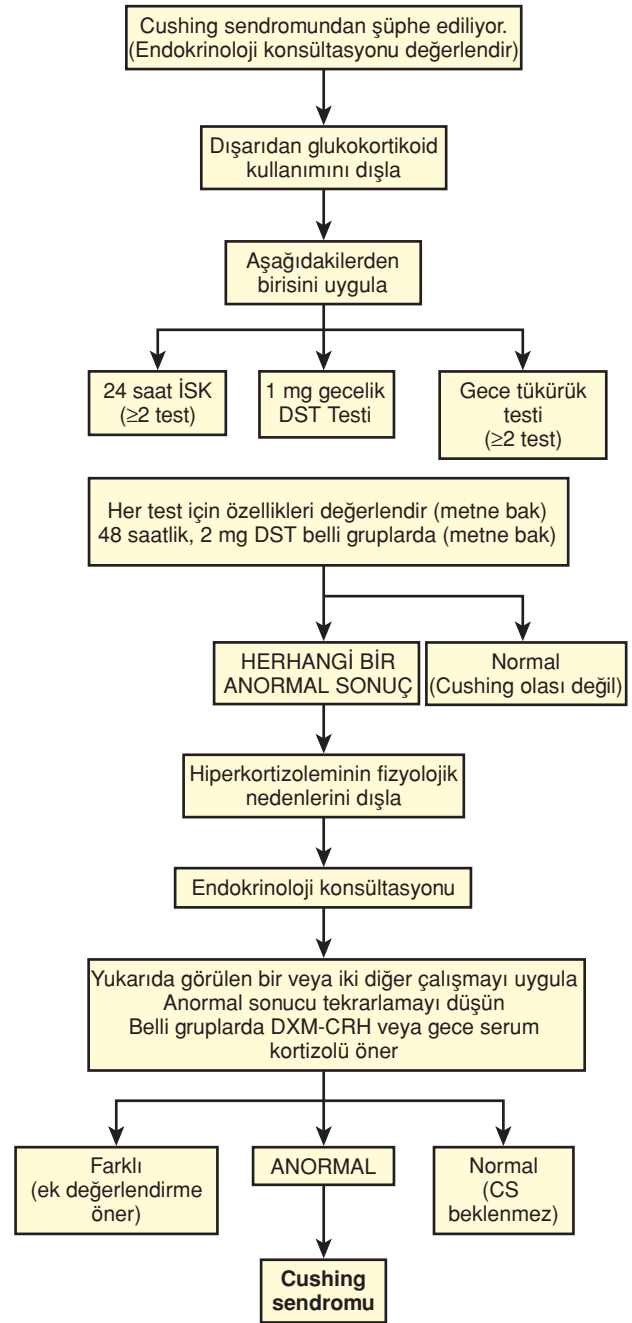
Laboratuvar İncelemeleri. Cushing sendromu tanısı konmadan önce, ekzojen glukokortikoid alımı ekarte edilmelidir. 2008 yılı Endokrin Derneği Klinik Uygulama Kılavuzu'na göre (Nieman ve ark., 2008), tanı için düşünülmesi gereken testler arasında, idrar serbest kortizolü (İSK); geceyarısı tükürük kortizolü, 1-mg Deksa-metazon supresyon testi (DST); veya daha uzun süreli, düşük doz DST (2 mg/gün 48 saatte) bulunmaktadır. İSK ve gece tükürük kortizolü, en az iki defa alınmalıdır. Cushing sendrom tanısı, eğer iki test sonucu da tartışmasız şekilde yüksek ise konulmalıdır. Daha önceden kullanılan rastgele alınan kortizol düzeyleri gibi diğer testlerin doğruluğu, tanıda kullanmak için çok düşüktür (Şekil 35-3).

İSK, 24 saat boyunca salınan kortizolün genel olarak değerlendirilmesini sağlar ve kortizol-bağlayan globüline (KBG) bağlı olmayan kortizolü ölçer. Hem serbest hem de KBG-bağlı kortizolü ölçen serum kortizolünün aksine, İSK, KBG'i değiştiren durumlar ve ilaçlardan etkilenmez. Aynı zamanda sonuçların doğruluğunu kesinleştirmek için 24 saatlik idrarda kortizol salınımı veya bir gecelik idrar örneği (22:00-00:08 arası), idrar kreatinini ile birlikte istenebilir. İSK, böbrek filtrasyonunu yansıtır ve orta-ağır renal yetmezliği olan hastalarda belirgin olarak düşüktür. Bazal idrar kortizol salınımı, normalin üst sınırın üç katından daha fazla ve bir diğer test sonucu anormal ise hasta Cushing sendromlu sayılabilir. Ancak İSK, Cushing sendromunun hafif formlarında normal olarak değerlendirilebilir; bu tip durumlarda tükürük kortizolü testi daha yararlı olabilir.

Tükürük kortizolü, genellikle yatarken ya da 23:00 ile 24:00 arasında ölçülür çünkü gece geç saatte kortizolün en düşük düzeye inmesinin normal olarak görüldüğü sirkadiyen ritmin kaybı, Cushing sendromu ile uyumlu bir biyokimyasal anormalliktir. Kandaki etkin serbest kortizol, tükürükteki kortizol ile dengededir ve tükürük kortizol düzeyi tükürük yapım hızından etkilenmiyor gibi görünmektedir. Tümüne bakıldığında, erişkinlerde testin doğruluğu, İSK testine benzerdir.

DST için de çeşitli protokoller kullanılmıştır ama genellikle gece saat 23:00 ile 24:00 arasında 1 mg deksametazon verilir ve ertesi sabah 8:00 ile 9:00 arasında kortizol değeri ölçülür. Endojen Cushing sendromu olan hastalarda, düşük doz deksametazon ACTH ve kortizol salınımını baskılamayı başaramaz. Normal bir cevap 5 µg/dL ya da daha az bir kortizol düzeyidir. DST'in duyarlılığını arttırmak ve duyarlılık düzeyini %95'den daha fazlaya çıkarabilmek için uzmanlar, serum kortizolünü 1.8 µg/dL veya azına indirecek daha düşük bir cut-off gerektiğini savunmuşlardır.

Bazı endokrinologlar, 1 mg'lık test ile karşılaştırıldığında spesifitesinin daha fazla olması nedeniyle, 48 saatlik 2 mg/gün, düşük doz Deksa-metazon supresyon testini (düşük doz



Şekil 35-3 Cushing'den şüphelenilen bir hastaya klinik yaklaşım. CS: Cushing sendromu; DXM-CRH: Deksa-metazon/kortikotropin releasing hormon testi; DST: Deksa-metazon supresyon testi; İSK: İdrar serbest kortizol düzeyi (The Endocrine Society)

DST ilk test olarak kullanmayı tercih etmektedirler. Düşük doz DST, hipotalama-hipofizer aksın (HPA) psikiyatrik hastalıklar, obezite ve alkolizm gibi aşırı çalışması (overactivation) olup gerçek Cushing sendromu olmayan durumlarda yararlı olabilir. Deksa-metazon 0.5 mg dozlarında altı saatte bir 48 saat boyunca, ilk gün sabah saat 9:00 da başlamak üzere verilir. Serum kortizolü, son deksametazon verilmesinden altı saat sonra; ikinci gün saat 9:00'da ölçülür (Funder ve ark., 2008).

Son yapılan çalışmalarda, bazal ACTH düzeyleri ile majör depresif bozukluk arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir. 2013 yılında *Journal of Affective Disorders*'da, kombine deksametazon supresyon-CRH stimülasyon testini kulla-

Tablo 37-2 Besin Maddesi İhtiyacını Arttıran Durumlar

Hamilelik
Emzirme
Yara iyileşmesi, deri ülserleri dahil
Ameliyat
Travma
Yanık
Kronik akciğer hastalığı
Kanser
Aids
Enfeksiyon
İnflamatuvar hastalık
Hipertiroidi

Tablo 37-3 Çölyak Hastalığı: Gluten İçeren ve İçermeyen Tahıllar

İzin Verilen Tahıl ve Unlar	İzin Verilmeyen Tahıl ve Unlar
Pirinç	Darı
Soya	Karabuğday
patates	Ararot kamışı
Topyoka	Horoz ibiği
Fasulye	Tahıl
Garfava	Yabani yulaf
Sorgum	Fındık unu
Kinoa	

Tablo 37-4 Besinlerin Metabolizma ve Emilim Yerleri

Besinler	Emilim Yeri
MAKRO BESİNLER	
Aminoasitler	İnce bağırsak boyunca proksimalden daha hızlı
Şeker	İnce bağırsaktan
YAĞLAR	
Yağ asitleri	İnce bağırsak genellikle proksimalden
Safra asitleri	İleum
Kısa zincirli yağ asitleri	Kalın bağırsak
MİNERALLER	
Kalsiyum	Duodenum, jejunum
Demir	Doudenum
VİTAMİNLER	
Folik asit	Proksimal ince bağırsak
Vitamin B ₁₂	İleum
Yağda çözünen (A,D,E,K)	İnce bağırsak

azdır (Hammond, 2004). Günümüzde birçok akıllı telefon ve bilgisayar programı hastaların kendi gıda tüketimlerini kaydetmelerine olanak sağlamaktadır. Yakın tarihli bir araştırmada, kilo verme teorisine en uygun olanını belirlemek için bu uygulamalardan birkaçının içeriği değerlendirildi; motivasyon sağlama, diyet takibi, sağlıklı yemek pişirme, akıllı market alışverişi, ağırlık ve beden kitle indeksi (BKİ) takibi gibi. Lose It by FitNow, Inc. bu kriterleri en iyi şekilde karşılayan uygulama çıktı (Azar et al., 2013). Üyelerine yemekleri online veya aplikasyon üzerinden takip etme yanı sıra aktiviteyi kayıt etme, sağlıklı yemek tarifleri için ideal

Tablo 37-5 Metabolizma ve Atılımı Etkileyen Koşullar

Bozukluğun Çeşidi	Olası Etkileyen Faktörler
Bozulmuş besin alımı	Aids Anoreksia nervosa Kanser Depresyon Diş problemleri Hiperemesis gravidarum Yoksulluk İnme madde bağımlılığı
Sindirememe	Kolelithiazis Enzim eksik Bağırsakta bakteri stazı Pankreatit veya yetmezlik Radyasyon enteriti Kısa bağırsak sendromu
Emilim Bozukluğu	Aids Çölyak hastalığı Bağırsak lenfoması Radyasyon enteriti
Bozulmuş metabolizma	Aids Kanser Kronik hastalık (kc ve böbrek) Kortizon kullanımı
Besinlerin artmış atılımı	İshal (çinko, magnezyum) Glikozuri İnflamatuvar bağırsak hastalığı Protein kaybeden enteropati mide kanaması (demir)
Artmış ihtiyaç	Yanık Travma Ameliyat Kronik enfeksiyon İnflamasyon Kronik akciğer hastalığı Hipertiroidi Septisemi

AIDS edinsel immün yetmezlik sendromu, GI gastrointestinal.

Newton JM, Halsted CH. Yetişkinlerin klinik ve fonksiyonel değerlendirilmesinden uyarlanmıştır. Shils ME, Olson JA, Shike M, Ross AC, ark.Sağlık ve hastalıkta modern beslenme. 9th ed. St. Louis. Lippincott-Williams & Wilkins 1999.

fikirler ve dışarıda yerken sağlıklı seçenekleri belirlemek için ipuçları veren Weight Watchers'tan eTools faydalı diğer bir aplikasyondur. Yakın geçmişte yapılan bir araştırma, eTools mobil uygulamasına ve çevrimiçi sisteme erişimi olan ve destek toplantılarına ulaşabilen Weight Watchers katılımcılarının kilo vermede, kendi kendine yardım sistemine kayıtlı kişilerden daha başarılı olduğunu gösterdi. (Johnston et al., 2013). Hem Lose it hem de eTools barkot okuma yeteneği sayesinde paketlenmiş gıdaların besinsel bilgilerinin otomatik olarak yüklenmesine olanak sağlar.

HealthyOut New York şehri için geliştirilmiş olan bir aplikasyon ve web sitesidir, şimdi ülke genelindeki değişik gıda opsiyonları sunan restoranlar liste olarak elde edilebilir. HealthyOut kullanıcının beslenme biçimlerinden (sağlıklı, düşük karbonhidratlı, vegan ve birçok diğer...) birini seçmesine izin verir ve bu seçime uygun gıdalar sunan yakınındaki restoranları bulur. Aplikasyon o restoranda ne ısmarlanabileceği hakkında fikir yanında beslenmeyle ilgili bilgi verir (bkz Web Resources).

Her ne kadar bu aplikasyonlar ve web siteleri süreci kolaylaştırsa da, çalışmalar hastaların raporlama sırasında porsiyon miktarını tam olarak belirtmede zorluk yaşadıklarını söylemektedir (Nelson et al., 1994).

rın kötüleşmesi halinde tekrar başvurmak üzere taburcu edilebilir. Anamnez, fizik muayene ve laboratuvar testleri yapıldıktan sonra uzman görüşü apandisit tanısının kuvvetli ihtimal olduğu yönündeyse, görüntüleme düşünmeden hasta operasyona alınmalı ve eksplatuvar laparotomi ile apandisit çıkarılmalıdır.

Erişkinlerde Sık Görülen Gastrointestinal Hastalıklar

Çeviri: Ahmet Nadir

ÖZOFAGUS

Barrett Özofagusu ve Özofajeal Adenokarsinom

Barrett özofagusu (BE), kronik gastroözofajeal reflü hastalığı (GÖRH) ile ilişkili olarak ortaya çıkan premalign bir hastalıktır. Distal özofagus mukozal membranındaki normal skuamöz epitelin, mide ve ince bağırsaklarda görülene benzer kolumnar-görünümlü epitele dönüşmesi hastalığın önemli bir işaretidir ve *intestinal metaplazi* olarak adlandırılmaktadır (Şekil 38-4). Özofagusta, adenokarsinom gelişme riski BE eşlik ettiği takdirde tahmini yılda ortalama %0.5 iken BE olmadığı takdirde sürveyans endoskopisi için klinik uygulama kılavuzlarının geliştirilmesini teşvik edecek şekilde yılda %0.07 düzeyindedir. BE gelişme riski yaşla doğru orantılı olarak artmakta olup örneğin 30-49 yaşları arasında semptomlar ortaya çıkmaya başlamış ve 20 yıldan kısa süredir GÖRH semptomları görülmekteyse BE gelişimi açısından odds oranının 6.93 olduğu görülmüştür (Thrift et al., 2013).

Son 20 yılda, ABD ve Batı Avrupa'daki tüm kanserler içerisinde insidansı en hızlı artan kanser özofagus adenokarsinomudur. Henüz noneroziv veya daha komplike halde olan GÖRH hastalarının büyük çoğunluğuyla karşılaşan birinci basamak hekimleri, özofagogastroduodenoskopi (EGD) için bu hastalarda BE açısından şüphelenmek ve bunları uygun şekilde yönlendirmekle yükümlüdürler. Adenokarsinom ve BE için henüz risk faktörleri kanıta dayalı olmasa da cinsiyet, beyaz ırk, ileri yaş, displazi, sigara kullanımı ve obezite gibi bazı faktörlerin risk artışına neden olduğuna dair ka-

nıtlar vardır (Wang and Sampliner, 2008). BE'li hastaların değerlendirilmesi ve takibi için mevcut kanıta dayalı kılavuzlar mevcuttur ancak rutin tarama yapılması, yüksek riskli hastaları seçmek için gerekli kriterler belirlenmedikçe maliyet-etkin olmayacaktır. Amerikan Gastroenteroloji Koleji'nin (ACG) önerisine göre, BE için EGD taramasının, uzun süredir GÖRH olduğu bilinen, seçilmiş hastalarda düşünülmesi gerektiği ifade edilmektedir. Tarama testinin negatif sonuç verdiği hastalarda ileri tetkik amacıyla endoskopi yapılması endike değildir. Son bir yıl içerisinde ardışık iki değerlendirmeye rağmen; BE tutulumunun uzunluğuna bakılmaksızın displazi gözlenmeyen hastalarda, her üç yılda bir tarama yapılması güvenli ve yeterlidir. Uygun takip ve biyopsi protokolü oluşturulmamış olsa da düşük derece displazisi olan hastalarda takip önerilmektedir. EGD ile kontrol altıncı ayda yapılmalıdır ve eğer düşük derece displazi doğrulanırsa 12. ayda ve akabinde displazi devam ettiği sürece yıllık kontrol önerilmektedir (Wang and Sampliner, 2008).

MİDE VE DUODENUM

Dispepsi

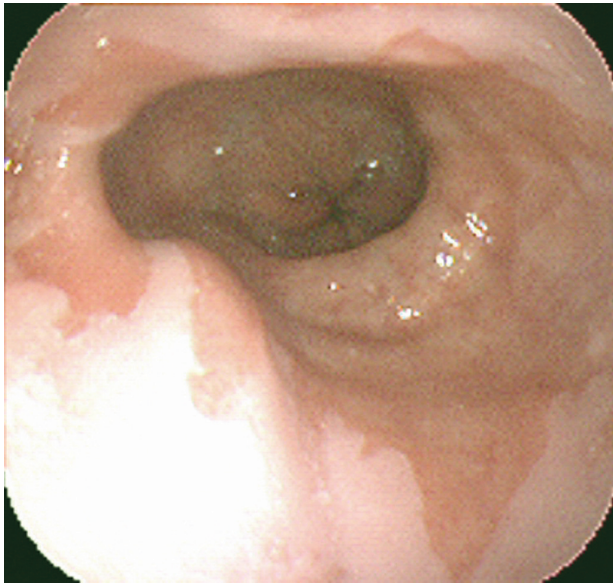
Dispepsi ("kötü sindirim"), aile hekimlerine yapılan tüm başvuruların yaklaşık %5'ini oluşturur ve ABD'de gastroenterologlara yapılan sevklerin en yaygın nedenidir; ayrıca konsültasyonların %20 ila %40'ını oluşturur (Jones and Lacy, 2004). *Dispepsi* terimi, yemeklerle ilgili olarak proksimal Gİ kanaldan kaynaklanan epizodik veya tekrarlayan ağrı ya da rahatsızlık anlamına gelir ve heartburn (Ç.N. sternum arkasında hissedilen yanma hissi), reflü, regürjitasyon, hazımsızlık, şişkinlik, erken doyma ve kilo kaybıyla ilişkilidir. Dispepsinin, fonksiyonel veya nonülser dispepsi (NÜD) (olgu- ların ~% 60'ı) ya da yapısal veya biyokimyasal hastalıktan kaynaklanan dispepsi (%40) olarak net bir şekilde tanımlanamaması göz önüne alındığında standart bir tanımlamanın eksikliği, prevalans verilerinin doğru tespit edilmesine etki etmektedir (Dickerson and King, 2004). Nedeni ne olursa olsun, dispepsi, hastaların sağlıklı ilişkili yaşam kalitelerini (SİYK) (HRQOL) önemli derecede olumsuz etkilemekte ve ekonomiye önemli bir yük oluşturmaktadır.

Nonülser displazi, formal radyografik ve endoskopik değerlendirme yapılan hastaların şikayetlerini tanımlayacak organik bir lezyon (ör: ülser, tümör) bulunmadığı durumlarda kullanılan bir tanımlamadır. NÜD için olası etyolojiler arasında gastrik asit hipersekresyonu, gastroduodenal dismotilite, visceral hipersensitivite, duygusal stres ve psikolojik faktörler bulunmaktadır. Diğer işlevsel Gİ bozukluklarında olduğu gibi, altta yatan psikososyal faktörler ve yaşam tarzı faktörleri ele alınmalıdır. Fonksiyonel dispepsinin tedavisinde prokinetikler, sitoprotektifler ya da antidepresan ajanların rolü hakkında güncel bir öneri yoktur; benzer şekilde, belirli diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini veya psikososyal müdahaleleri destekleyen kesin bir kanıt yoktur.

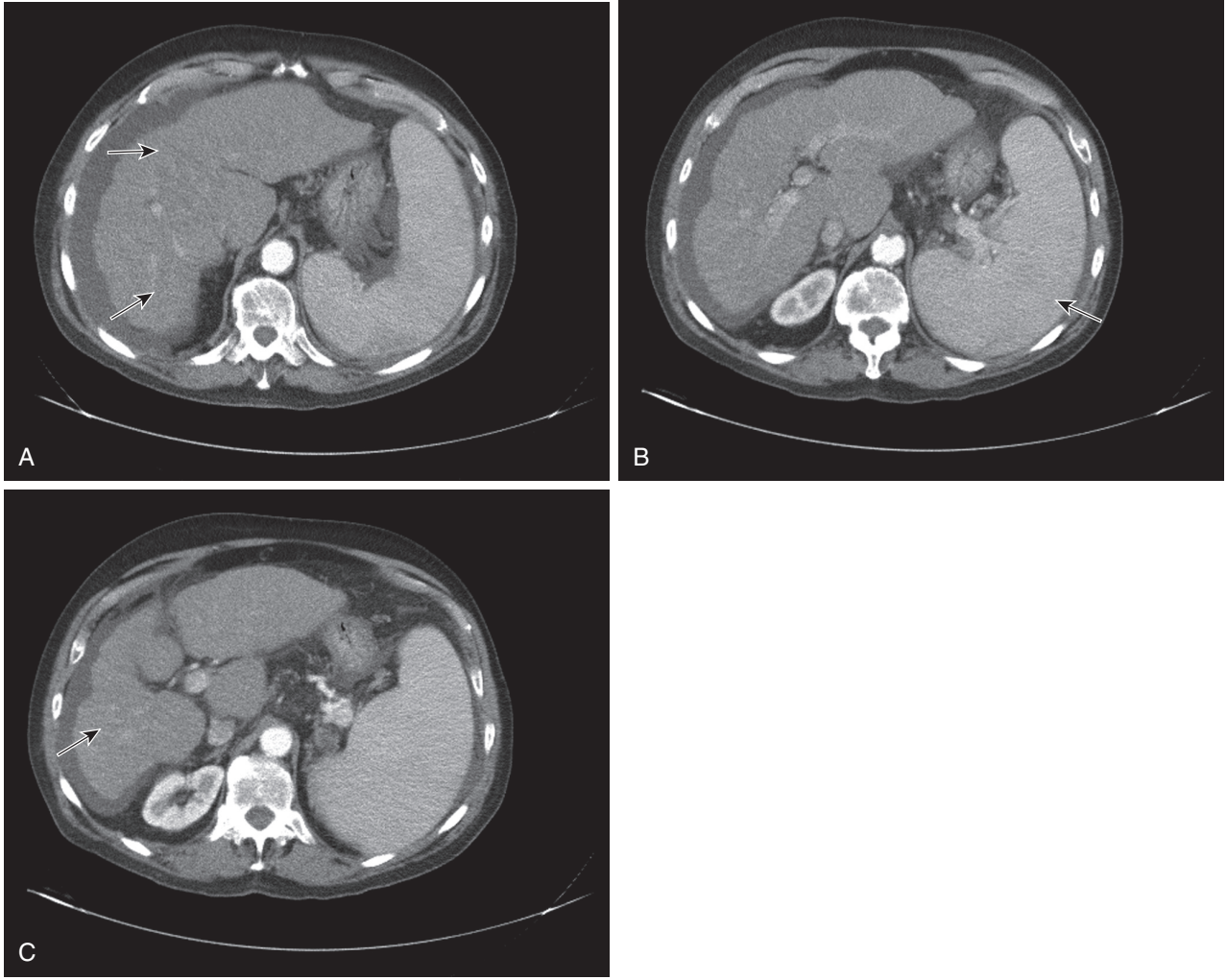
Peptik Ülser Hastalığı (PÜH)

Temel Noktalar

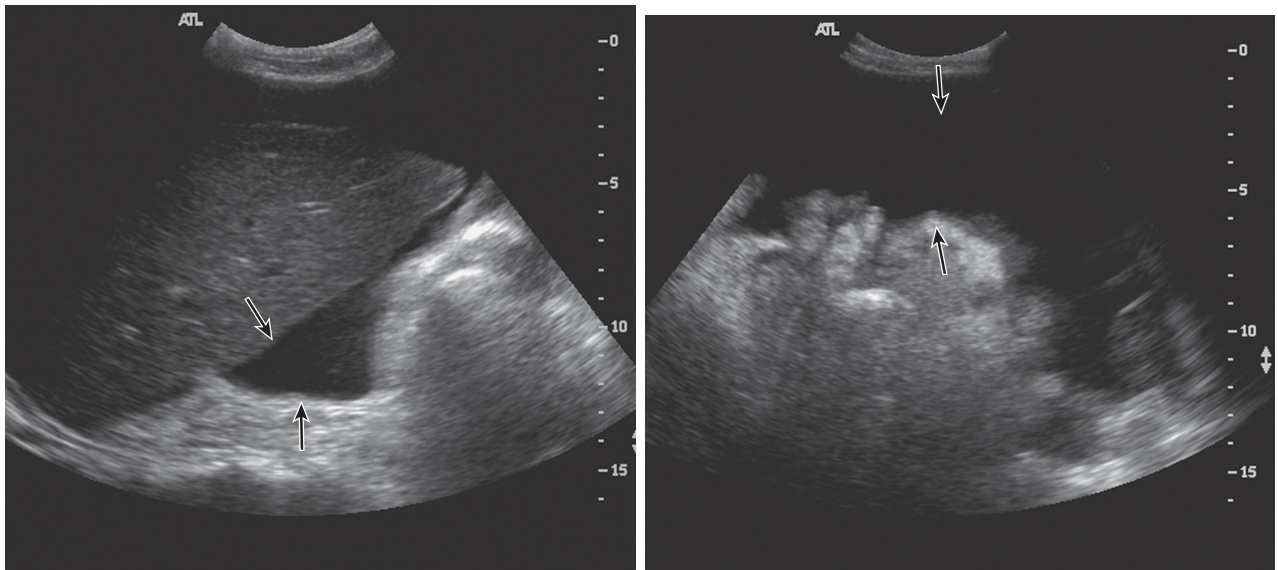
- Noninvaziv *Helicobacter pylori* "test et ve tedavi et" stratejisi, 45 yaşın altındaki komplikasyonsuz dispepsili hastaların başlangıç yönetiminde endoskopi kadar etkilidir.



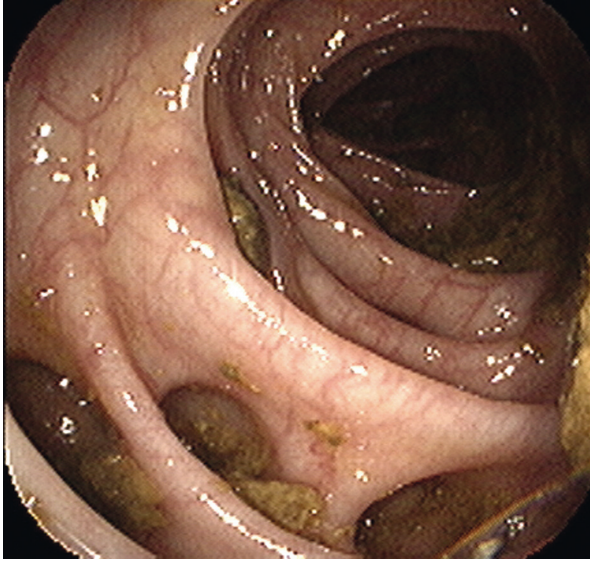
Şekil 38-4 Barrett özofagusu. (Dr. Erik-Jan Wamsteker'in izniyle)



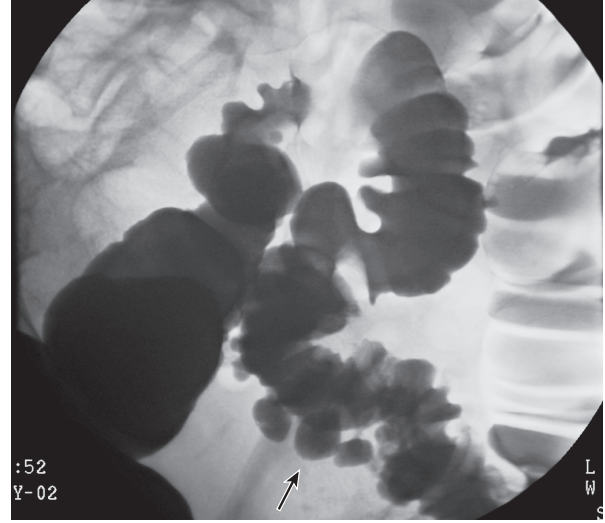
Şekil 38-14 Siroz. Bilgisayarlı tomografi görüntüleri, karaciğerin lobule kontürü (A), splenomegali (B) ve asit (C). Oklar, sıvı koleksiyonunu göstermektedir. (asit) (Dr. Perry Pernicano'nun izniyle.)



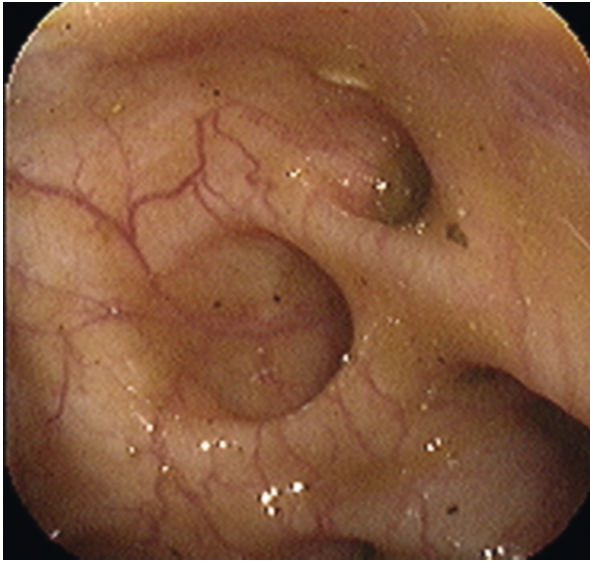
Şekil 38-15 Asit (oklar). (Dr. Perry Pernicano'nun izniyle.)



Şekil 38-28 Divertikülozis (Dr. Erik-Jan Wamsteker).



Şekil 38-30 Sigmoid divertikül (Dr. Perry Pernicano).



Şekil 38-29 Divertikülozis (Dr. Erik-Jan Wamsteker).

DİVERTİKÜLER HASTALIK

Çeviri: Merve Melikoğlu

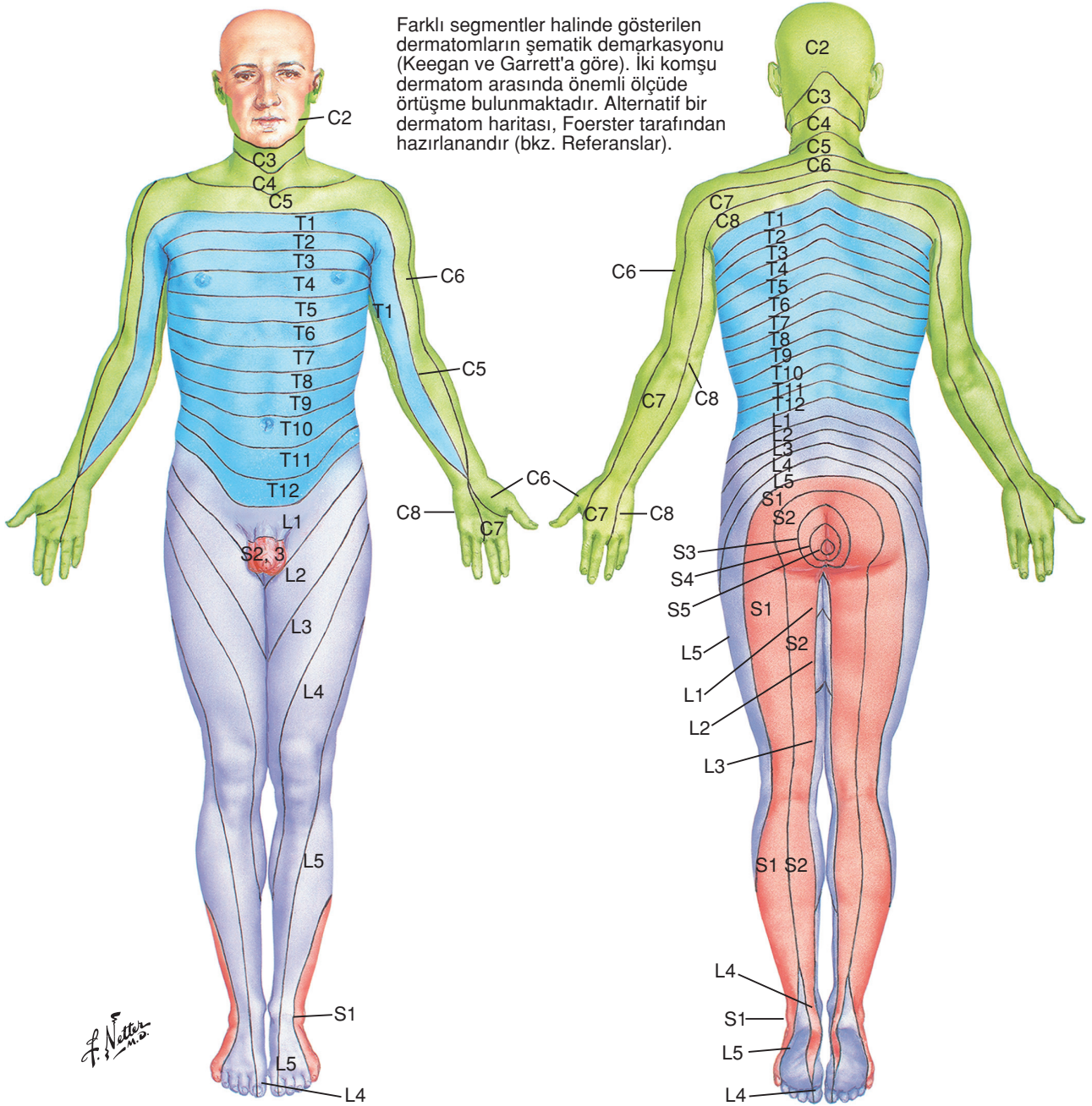
Divertikülozis; en sık sigmoid kolonda olmak üzere, divertikül varlığı ya da intestinal mukoza ve submukozanın herniasyonu demektir (Şekil 38-28 ve 38-29). Elli yaş üzeri popülasyonun %50'den fazlasında rastlantısal olarak kolon divertiküllerine rastlanır. *Divertikülit*; divertikülozisin en sık komplikasyonudur. Divertikülozisli hastaların %20'sinde görülür. Genelde yoğunlaşmış fekal materyalin neden olduğu divertikülün mikroporasyonu ve buna bağlı flegmon ya da perikolik veya intraabdominal abse ile sonuçlanır.

Divertikülit düşünülen hastada ilk değerlendirmede tam bir anamnez alınmalı, abdominal, rektal ve pelvik muayeneyi de içeren fizik muayene yapılmalıdır. Hastaların ço-

ğunda sol alt kadranda ağrısı (%93-%100), ateş (%57-%100) ve lökositoz (%69-%83) görülür. Diğer ilişkili Özellikler; bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, dizüri ve sık idrara çıkmadır. Ayırıcı tanıda İBS, enflamatuvar bağırsak hastalıkları, kolon kanseri, iskemik kolit, bağırsak obstrüksiyonu, jinekolojik ve ürolojik bozukluklar yer alır (American Society of Colon and Rectal Surgeons [ASCRS], 2000). Abdominal ağrısı olan ve divertikülden şüphelenilen hastanın ilk değerlendirmesinde tam kan tahlili, tam idrar tahlili ve ayakta direkt batın grafisi istenmelidir.

ASCRS'nin divertikülit tedavi standartları çalışma grubuna göre; eğer hastanın kliniği açık bir şekilde akut divertikülit düşündürüyorsa, tanı için tek başına klinik kriterler yeterlidir (ASCRS, 2000). Divertikülden şüphelenilen hastada ek tetkiklere ihtiyacı; hastalığın semptomlarının ve bulgularının şiddeti ve diagnostik güven belirler. Divertikülit tanısından şüphe duyulursa istenecek tetkikler arasında suda-çözünür kontrastlı enema, abdominal BT ya da ultrasonografi bulunabilir.

Suda-çözünür kontrastlı enema ile divertikülit tanı kriterleri; divertikül varlığı (Şekil 38-30 ve 38-31), kitle etkisi, intramural kitle, sinüs traktı varlığı ve kontrast ekstrasazyonudur. Ultrasonografi; bağırsak duvarında kalınlaşmayı, abseyi ve enflamasyon nedeniyle kolonda oluşan rijit hiperekojeniteleri gösterebilir. Ayrıca kadınlarda pelvik ve jinekolojik patolojilerin dışlanması sağlayabilir. Oral ve IV kontrastlı BT'nin divertikülit düşünülen hastalarda ilk değerlendirme olarak kullanımı giderek artmaktadır. Özellikle orta şiddette hastalık varlığı veya abse düşünüldüğünde tercih nedenidir. Akut divertikülitte, enflame kolonun perforasyon riskinden dolayı endoskopiden kaçınılır (endoskopun kendisinde veya üflediği basınçlı havadan kaynaklanan). Eğer akut divertikülit tanısından emin olunamıyorsa, minimum basınçlı hava ile sınırlı fleksibl sigmoidoskopi yapılarak diğer tanılar dışlanabilir.



Dermatom Bölgeleri

C5	Klavikulalar
C5, 6	Üst ekstremitelerin lateral tarafları
C8, T1	Üst ekstremitelerin medial tarafları
C6	Başparmak
C6, 7, 8	El
C8	Yüzük ve küçük parmaklar
T4	Memebaşı düzeyi

T10	Umbilicus düzeyi
L1	İnguinal veya kasık bölgeleri
L1, 2, 3, 4	Alt ekstremitelerin anterior ve iç yüzeyleri
L4, 5, S1	Ayak
L4	Ayak başparmağının medial tarafı
L5, S1, 2	Alt ekstremitelerin lateral ve posterior yüzeyleri
S1	Ayak ve küçük parmağın lateral sınırı
S2, 3, 4	Perineum

Şekil 41-1 Dermatomlar (Netter FH'nin izni ile yeniden kullanılmıştır. Atlas of human anatomy, 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2014).

Tablo 43-1 Genetik/Genom Uygulamaları için Kanıta Dayalı Önerilerin Seçimi

Hastalık/Durum	Klinik Senaryo	Öneri	Kuruluş	Önerinin Yılı
Meme kanseri	Tarama	Aile üyelerinde meme, overyan, tubal veya peritoneal kanserlerin görüldüğü kadınlar, birinci basamak sağlık hizmeti sunanlar tarafından, birkaç tarama yönteminden biri ile taranmalı ve sonucu pozitif olanlara genetik danışmanlık verilmeli, hastalık tespit edilenlere ise BRCA testi uygulanmalıdır.	USPSTF	2013
	Tarama	Ortalama riskin görüldüğü popülasyonlarda <i>BRCA1</i> ve <i>BRCA2</i> testlerinin tarama aracı olarak kullanılmaması önerilmektedir.	USPSTF	2013
	Tedavi	Meme kanserli kadınların olduğu spesifik popülasyonlarda bakıma rehberlik edecek gen ekspresyonlarının rutin bir şekilde kullanılıp kullanılmayacağı konusunda öneride bulunabilmek için kanıtlar yetersizdir.	EGAPP	2008
Kolorektal kanser	Olgu tespiti	Yeni saptanan bütün kolorektal kanserli hastaların akrabalarında morbidite ve mortaliteyi azaltmak için Lynch sendromunda tümör örnek testinin yapılması ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir.	EGAPP	2009
	Farmakogenetik test	Metastatik kolorektal kanserli hastalarda <i>UGT1A1</i> taramasının kullanılıp kullanılmayacağı konusunda öneri için kanıtlar yetersizdir.	EGAPP	2009
	Farmakogenetik test	Cetuximab veya panitumumab ile tedavisi düşünülen metastatik kolorektal kanserli hastalar için KRAS testi önerilmektedir.	EGAPP	2013
Hemokromatozis	Tarama	Asemptomatik bireylerde hemokromatozis için tarama yapılmaması önerilmektedir.	USPSTF	2008
Hiperlipidemi	Tarama	Aile öyküsünde prematür kardiyovasküler hastalık olan hastalarda hiperlipidemi için erken tarama yapılması önerilmektedir.	USPSTF	2008
Diyabet	Tarama	Tip 2 diyabet riskini değerlendirmek amacıyla TCF7L2 varyantlarının taranmasını önermek için kanıtlar yetersizdir.	EGAPP	2013
Kardiyovasküler hastalık	Tedavi	İdiyopatik VTE'li yetişkinler ile aile üyelerinde antikoagülasyon tedavisine kılavuzluk etmek üzere rutin kullanılmaması önerilmektedir.	EGAPP	2011
Prostat kanseri	Tarama	Progresyonun prognozu için PCA3 genetik testin rutin kullanılmaması önerilmektedir.	EGAPP	2013

VTE, Venöz tromboembolizm.

Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) ile Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) Genom Uygulamaların Birinci Basamak bakımıyla ilişkili olarak Uygulamada ve Önlemede Değerlendirilmesi (EGAPP) Çalışma Grubu <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspsttopics.htm#Btopics>. EGAPP. <http://www.egappreviews.org/workingrp/recommendations.htm>.

tün genlerin fonksiyonlarını ve etkileşimlerini”, bu genlerin çevre ve davranışsal faktörlerle nasıl ilişkiler içerisinde olduklarını kapsayacak biçimde inceleyen geniş bir bilimdir (Guttmacher and Collins, 2002). *Genom* açısından düşünüldüğünde, fenotipin belirlenmesinde çevresel faktörlerin genetik mutasyonlardan çok daha önemli olabileceğini bilmek oldukça önemlidir. Diyabet, kanser ve kalp hastalığı gibi karmaşık olarak tanımlanan durumların tamamı en iyi biçimde genom bakış açısı ile değerlendirilmektedir.

GENETİK VE KANITA-DAYALI TIP

Bir disiplin olarak *klinik genetik* aslında nadir veya en azından yaygın olmayan hastalıkların tanısı ya da tedavisine odaklanan bir ortamda gelişmiştir. Genellikle klinik çalışmalar için büyük hasta sayıları bulunamamakta ve pek çok olguda koşulların ciddiyeti, yapılan randomize kontrollü çalışmaları (RCT) savunulamaz kılmaktadır. Bu durum, öncelikli olarak sık rastlanan durumlarla ilgilenen ve bireysel tıbbi seçimlerin toplum sağlığıyla ilgili sonuçlarına olduğu kadar, büyük prospektif RCT'e de önem veren *kanıta-dayalı tıp* (KDT) anlayışı ile çelişir. Genomik keşifler sık rastlanan durumlar açısından sağlık hizmetini giderek daha fazla et-

kilediğinden yeni uygulamalar *yararın kanıtlanması* bakış açısıyla değerlendirilmelidir. Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF) gibi KDT il-kelerini takip eden mevcut gruplar, örneğin hereditör me-me-over kanser sendromu (HBOC) ile hemokromatozisin tarama ve testi için genomik olasılıklar ile ilgili öneriler yayınlanmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), özellikle genetik ve genomik uygulamaların sağlık hizmetlerinde kullanılmasını destekleyecek kanıtların incelenmesi amacı ile Uygulamada ve Önlemede Genomik Uygulamaların Değerlendirilmesi (EGAPP) gibi daha yeni grupları kurmuştur. EGAPP, 2005 yılından itibaren genom teknolojilerinin hasta bakımında kullanılabilmesi için kanıta-dayalı kılavuzlar oluşturmuştur (Tablo 43-1). CDC'deki Toplum Sağlığı Genom Dairesi (OPHG), 2013 yılında yararlı sonuçlardan elde edilebilecek kanıtlar ve bunların kullanımıyla ilgili kılavuzların varlığı sayesinde üç aşamalı bir sistemle yeniden düzenlenen bir genomik teknolojiler listesi oluşturmuştur (OPHG, 2013). Umut verici teknolojileri benimseme isteği klinik yararın kesin kanıtlarını hızla oluşturmak için gereken beceri ve gücü aştığından, KDT ve genomik tıbbın yolu kesiştikçe, önemli büyüme sancıları ortaya çıkacaktır.

Tablo 45-3 Kişilik Bozukluğu Olan Hastalar: Bağımlılık, Kullanım, Hekim Reaksiyonları ve Müdahaleler (Devamı)

DSM-5 Bozukluğu	Bağımlılık	Kullanım	Hekim Reaksiyonu	Müdahaleler
Antisosyal	Sürekli uyuma karşı dirençli, sorunlu ve hoşgörüsüz olabilir.	Tıbbi kaynakları sekonder kazanç için suistimal etmiş olabilir.	Kullanılmış, istismar edilmiş veya yanıltılmış; öfke; yalanları ortaya çıkarma, cezalandırma veya hapsedme isteği	1. Hastanın istismar korkusu ve düşük özsaygısı ile empati kurun. 2. Sekonder kazanç için kullanılıp kullanılmadığını tespit edin. Sahtekarlıktan şüpheleniyorsanız semptomları ve rahatsızlığın progresyonunu doğrulayın. 3. Ahlak dersi vermeyin. Aldatmacanın, hastaya vereceğiniz bakımı kötü etkileyeceğini anlatın. 4. Realite ile ilgili çarpıklıkları ve mantıksız hasta beklentilerini düzeltin. 5. İrrasyonel düşünceleri nazikçe sorgulayın ve daha mantıksal olanları önerin. 6. Savunmaları yorumlayın. 7. İlaçlar, adjunctive/birleşik tedavi olarak.
Borderline	Hasta uyumu; duygusal fırtınalar, kişilerarası çatışma veya kaotik yaşam tarzından kolaylıkla etkilendiği için tutarsız	İntihar veya yıkıcı davranışlar gibi maladaptif davranışların kötüye kullanımı ya da aşırı kullanımı	Duygular: manipüle edilmişlik öfke acizlik tükenmişlik kendinden şüphe; hastayı kurtarma veya hastadan kurtulma isteği; suçluluk	1. Hastanın terkedilme ve separasyon korkusu ile empati yapın ve yokluğunuzda hizmeti düzenleyin. 2. Makul ihtiyaçları konusunda ona yardımcı olacağınızı ifade edin. 3. Hastaya, bir günlük tutarak dürtüsel davranışlarını takip etmesini söyleyin. 4. Katı sınırlar koyun ve cezalandırmayın. 5. Realite ile ilgili çarpıklıkları ve mantıksız hasta beklentilerini düzeltin. 6. İrrasyonel düşünceleri nazikçe sorgulayın ve daha mantıksal olanları önerin. 7. Splitting ve diğer savunmaları yorumlayın. 8. Acil durum prosedürlerini önceden müzakere edin. İntihara eğilimli ve güvende değilse ise hasta acile gitmek zorunda. Hasta, önerdiğiniz acil yardımı reddederse, hastaya, bu terapötik ihlalin ilişkiyi sonlandırabileceğini önceden söyleyin. 9. İlaçlar, adjunctive/birleşik tedavi olarak.
Histrionik	Çoğu zaman başkalarına bağımlı veya tutarsız	Tıbbi kaynakları, hekimin veya personelin dikkatini çekmek için kötüye kullanabilir veya aşırı kullanabilir.	Gururu okşanmış, büyülenmiş, baştan çıkarılmış, veya uyarılmış duygu seli; tükenmişlik; kurtarma isteği	1. Hastanın sevgi ve şefkat kaybı korkusu ile empati kurun. 2. Arkadaşça etkileşime girin, çok çekingen ya da çok samimi olmayın. 3. Hastanın korkularını konuşun; mümkünse güvence verin. 4. Duygusal düşünce biçimine karşı koymak için mantığı kullanın. 5. Hasta regrese olursa sınırlar koyun. 6. Realite ile ilgili çarpıklıkları ve mantıksız hasta beklentilerini düzeltin. 7. İrrasyonel düşünceleri nazikçe sorgulayın ve daha mantıksal olanları önerin. 8. Seksüalizasyon, regresyon ve diğer spesifik savunmaları yorumlayın.
Narsistik	Sorunlu olabilirler; sürekli uyuma karşı hoşgörüsüzlük	Gerektiğinde sağlık hizmetlerini kullanma veya suistimal etme konusunda hak kazanmış olan	Değer kaybı olması/aşırı değerlendirilmek; alçaklık/ üstünlük; hastanın eleştirisi ya da öfkesinden korku; misilleme, değersizleştirme veya hastadan kurtulma isteği	1. Hastanın kırgınlığı ve düşük özsaygısı ile empati kurun. 2. Hastanın üstünlük tutumunu, yanlışlıkla gerçek güven olarak değerlendirmeyin ve yetkilerine karşı gelmeyin. 3. Değersizleştirilmeye ve saldırıya maruz kaldığında, hastanın acısını ve hatasını kabul edin. Yardım etmek istediğinizin devam ettiğini ifade edin. 4. Değersizleştirme devam ederse bir ceza olarak değil bir seçenek olarak sevk etmeyi önerin. 5. Realite ile ilgili çarpıklıkları ve mantıksız hasta beklentilerini düzeltin. 6. İrrasyonel düşünceleri nazikçe sorgulayın ve daha mantıksal olanları önerin. 7. Splitting ve diğer savunmaları yorumlayın.
Çekingen	Çekingen davranış tarafından yönlendirilmek veya geciktirilmek; sağlık personelinin kınamasından sakınmak isteği ile yönlendirilmiş	Sağlık için değil onayı, sağlama almak ya da eleştiriden kaçınmak için tıbbi yardım arar.	Sinirli çünkü hasta çoğunlukla korkularını ifade edemez; hastanın zayıflığından ötürü rahatsız olmuştur.	1. Hastanın; sosyal korkuları, utanç (shame), mahcubiyet (shyness) ve yetersizliklerin açığa çıkma korkusu, reddedilme, utanıp sıkılma/bozulma (embarrassment), aşağılanma ve öfkesi ile empati kurun. 2. Hastanın, korku duyduğu durumu/durumları detaylı olarak tanımlamasına yardım edin. 3. Hastanın korkuları ve bunlardan kaçınma eğilimi ile yüzleşmesini teşvik edin ve destekleyin. Bu, bunalıcı görünüyorsa, daha küçük korkuları ile yüzleştirmeyi seçin. 4. Korkularının doğası konusunda sinirli ya da belirsiz ise sorunu detaylı olarak tanımlamasını isteyin. 5. İrrasyonel düşünceleri nazikçe sorgulayın ve daha mantıksal olanları önerin. 6. Realite ile ilgili çarpıklıkları düzeltin. 7. Kaçınma, fobiler ve diğer savunmaları yorumlayın. 8. İlaçlar, adjunctive/birleşik tedavi olarak.

Tablo 46-5 Antidepresan Tedavisinde FDA Endikasyonları

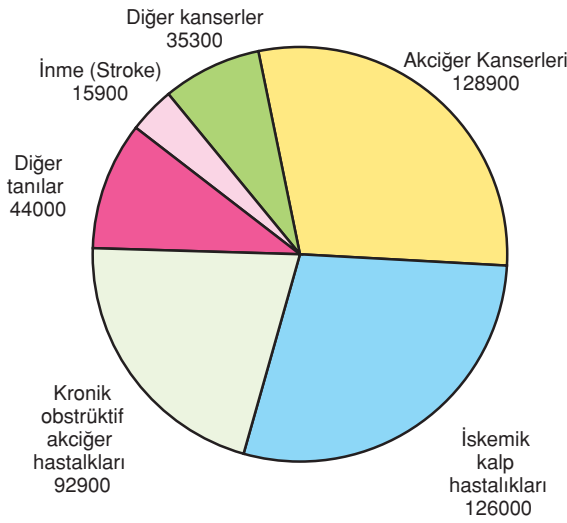
İlaç	MDB	OKB	Panik	PTSB	YAB	Sosyal Anksiyete	PMDB	Blumia	Endikasyon Dışı Kullanım
Amitriptilin (Elavil)	X								Migren profilaksisi, kronik ağrı
Bupropion (Welbutrin)	X								Sigara bıraktırma
Stalopram (Celexa)	X								
Desvenlafaksin (Pristiq)	X								
Desipramin (Norpramin)	X								
Duloxetine (Cymbalta)	X				X				Diyabetik periferik nöropatik ağrı, fibromiyalji
Essitalopram (Lexapro)	X				X				
Fluoksetin (Prozac)	X	X	X				X	X	Pediyatrik depresyon
Fluvoksamin (Luvox)		X							
Imipramin (Tofranil)	X								Enürezis
Levomilnasipran (Fetzima)	X								
Mirtazapin (Remeron)	X								
Nortriptilin (Pamelor)	X								
Paroksetin (Paxil)	X	X	X	X	X	X			
Sertralin (Zoloft)	X	X	X	X		X	X		Prematür ejakülasyon
Venlafaksin (Effexor)	X		X		X	X			
Vilazodon (Vilbyrd)	X								
Vortiksetin (Brintellix)	X								

YAB, Yaygın anksiyete bozukluğu; MDB, majör depresif bozukluk; OKB, obsesif kompulsif bozukluk; PMDB, premenstrüel disforik bozukluk; PTSD, posttravmatik stres bozukluğu; Sosyal Anksiyete, sosyal anksiyete bozukluğu

Tablo 46-6 Antidepresan İlaçların Yaygın Yan Etkileri

İlaç veya Sınıfı	Yan Etkileri	Yorumlar
Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörleri (SSRI)	GI yan etkiler (bulantı, ishal, mide yanması); seksüel disfonksiyon (libido azalması, gecikmiş orgazm); baş ağrısı; insomnia veya somnolans	Seksüel yan etkiler açısından SSRI'lar açısından küçük farklar olması ile birlikte; SSRI'lar prematür ejakülasyon tedavisinde kullanılabilir
Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI)	Hipertansiyon, terleme, bulantı, kabızlık, sersemlik, seksüel disfonksiyon	Doz arttıkça kan basıncı artırıcı etki de artmaktadır; venlafaksin aniden kesilmesi kesilme sendromuna neden olabilir
Trisiklik Antidepresanlar (TSA)	Ağız kuruluğu, kabızlık, bulanık görme, ortostatik hipotansiyon, kilo alma, somnolans, baş ağrısı, terleme, seksüel disfonksiyon	Kardiyak ileti bozukluğu olan hastalarda dikkatli kullanılmalı
Bupropion	Insomnia, ağız kuruluğu, tremor, baş ağrısı, bulantı, kabızlık, sersemlik	Nöbet ve yeme bozukluğu olan hastalarda kontraendikedir; seksüel yan etkilerinden genellikle etkilenmezler
Mirtazapin	Somnolans, iştah sıtışı, kilo alma, ağız kuruluğu	Sedasyon daha düşük dozlarda bellidir
Trazodon	Sedasyon, ortostatik hipotansiyon, priapizm	Genellikle sedatif-hipnotik olarak kullanılır
Benzodiazepinler	Sedasyon, halsizlik, ataksi, konuşmada peltekleşme, hafıza kaybı, yorgunluk	Kötüye kullanım riski, özellikle kısa etkili benzodiazepinlerle birlikte

ABD'DE YILDA 443000 ÖLÜM SİGARA İLE İLİŞKİLİDİR* *



*Ortalama Ölüm Sayıları, 2000-2004.

Şekil 49-1 Sigara ile ilişkilendirilen yıllık ölümler (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, Sigara ve Sağlık Birimi, http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/tables/index.htm).

deniyedir (Şekil 49-1). Şu anda 13 farklı kanser sigara ile ilişkilendirilmektedir. Yeni raporlar karaciğer kanseri ve kolorektal kanserleri de listeye dahil etmektedir. Ayrıca diyabet, romatoid artrit, erektil disfonksiyon, bozulmuş immün fonksiyonlar ve yenidoğanın yarık damağı da listeye dahil edilmiştir (USDHHS, 2014). Sigara ile ilişkilendirilen ölümlerin %10'undan fazlası sigara içmeyen, ancak sekonder yollarla sigara dumanına maruz kalan pasif içicilerde görülür ve çoğunlukla kardiyovasküler nedenlerden olur (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri [CDC], 2008). Sigara her yıl ABD'deki tüm ölümlerin %18'inden sorumludur ki bu, Vietnam Savaşı'nda ölen Amerikalı sayısının yedi katına eşittir. ABD tarihi boyunca tüm savaşlarda ölenlerin toplam sayısının 10 katından daha fazla Amerikan vatandaşı sigara nedeniyle erken ölmüştür (USDHHS, 2014). Dahası sigara; alkol, trafik kazası, intihar, AIDS, cinayet, yasa dışı haplar nedeniyle ölenlerin toplamından daha fazla Amerikalıyı öldürmektedir (Amerikan Kanser Birliği [ACS], 2005).

Hastalığa spesifik korkunç gerçekler göstermektedir ki çoğu içici tütün kullanımına devam etmenin yaşam süresi üzerindeki etkilerini anlayamamaktadır. İçenler ve içmeyenler karşılaştırıldığında ABD'de erkek içiciler 13.2 yıl, kadın içiciler 14.5 yıl daha erken ölmektedirler (Manson ve ark., 2000). Sigara içmeye devam eden yetişkinlerin yarısı sigara ile ilişkili bir hastalık nedeniyle öleceklerdir (Doll ve ark., 2004). Tütünün zararlarına dair bu görece bilgi eksikliği kısmen sigara ile ilişkili hastalıklardan ölen ünlülerin haberlerinin az yapılması nedeniyle olabilir. Bununla birlikte haber sunucusu Peter Jennings'in 2005'de akciğer kanseri nedeniyle ölmesi önemli bir farkındalık yaratmış ve devamında sigara bırakmaya olan ilgiyi artırmıştır.

CDC'nin 2011 değerlendirmesine göre Amerikalı yetişkinlerin %19'u sigara içmektedir (erkeklerin %21.6'sı ve kadınların %16.5'i). İçicilik prevalansı en düşük olanlar Asya (%9.9) ve İspanyol (%12.9) kökenli Amerikalılar iken, en yüksek olanlar Amerikan Kızıl Derilileri ile Alaska yerlileridir (%31.5). Aynı zamanda sigara içme oranı yoksulluk sınırının altındaki

erişkinlerde daha yüksektir (%29). İyi bir eğitim düzeyi, sigaraya karşı ekstra bir koruma sağlar; en düşük sigara içme oranı (%5) yükseköğrenim diplomasına sahip bireylerde gözlenmektedir. Dolayısıyla sigara ile ilişkili hastalıklar, gitgide, sigaranın risklerini en az anlayabilecek ve tıbbi tedavi yollarına ulaşmada imkânları en kısıtlı olan fakir ve eğitimsiz kesimin büyüyen problemi olma yolundadır (CDC, 2008).

Son veriler, ergen içiciliği ile ilgili güzel haberler vermektedir. Ulusal Gençlik Tütün Çalışması; tüm orta okul ve lise çağındaki gençlerde 2000 yılında %33.6 olan tütün kullanımının 2011'de %20.4'e düştüğünü göstermektedir. Oranlar erkeklerde %37.5'ten %25.3'e ve kızlarda %29.6'dan %15.4'e gerilemiştir. İspanyol kökenli olmayan beyaz gençlerde %37.1'den %21.9'a gerileme gözlenmiştir. Siyahi gençler arasında tütün kullanımı %25.4'ten %19.8'e düşmüştür. Mevcut içicilerin yaklaşık yarısı birden fazla çeşitte tütün mamulü kullanmaktadır (Arrazola ve ark., 2014). Tütün endüstrisi pazarlama için yıllık 8 milyar \$'ın üstünde harcama yapmaktadır (>24 milyon \$/gün) (Campaign for Tobacco-Free Kids, 2013).

İnsanların pek azı yetişkinlikte sigaraya başlamaktadır, buna karşın her gün 4000 çocuk ve adolesan ilk sigara deneyimlerini yaşamakta ve bunların 3000'i düzenli tütün kullanıcısına dönüşmektedir. Sigara içen lise son sınıf öğrencilerinin yarısı, içmeye 14 yaşına kadar başlamışlardır. Çoğu içici sigaraya 18 yaşından önce başlar; içicilerin yalnızca %5'i 20 yaşından sonra sigaraya başlamaktadır. Her yıl, sigara içenlerin %70'i sigarayı bırakmak istediklerini dile getirir ve yaklaşık %50'si bırakma girişiminde bulunur, fakat %5'den daha azı bunu başarabilir (Fiore ve ark., 2008). Sigara bırakmada başarı olasılığı, bırakma girişimi sayısı ile doğru orantılı olarak artar. Üniversite mezunları sigarayı bırakmada, daha düşük eğitim düzeyinde olan içicilere göre, iki kat daha başarılı olmaktadır. Aile hekimleri de tütün bağımlılığını sık aralıklarla takip edilmesi gereken kronik bir hastalık olarak ele almalıdırlar.

Sigara İçimi ile İlişkili Sağlık Sorunları

Sigara dumanında yer alan toksinler vücutta kan dolaşımının olduğu her noktaya ulaşırlar ve hemen her organda bir hasara neden olurlar.

KANSER

Temel Noktalar

- İçilen sigara adedi ve kanser riski arasında doz bağımlı bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin günde bir paket sigara içen bir içicinin akciğer kanserine yakalanma olasılığı hiç içmeyen bir bireyden 20 kat daha fazladır.
- "Düşük katran", "düşük nikotin düzeyi" şeklinde etiketlenmiş sigaraları tüketmiş olmak, düzenli içicilere hiçbir ekstra fayda sağlamamaktadır.
- Sigara ile ilişkili ölümlerin yarısından azı kanser nedenidir, geriye kalanlar ise kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları ve inme ile ilişkilidir.
- Tütün kullanımı organların çoğunda kanser riskini artırır.

Bir başka sistematik inceleme ve meta-analiz çalışması da sigara içenlerde içmeyenlere kıyasla Alzheimer hastalığı açısından anlamlı risk (rölatif risk: 1.59), vasküler demans gelişimi açısından artmış risk (1.35) ve kognitif kapasitede gerileme (1.20) tespit etmiştir (Peters ve ark., 2008). Aslında sigara içenlerde bilişsel gerileme 35 yaş gibi erken bir yaşta başlayabilmektedir. Burada Framingham Risk Skoru'nda yer alan diyabet ve yaş gibi değişkenler söz konusudur ki bunlar tıpkı kalp hastalıklarında olduğu gibi kognitif fonksiyonlar üzerinde de etki sahibidir (Jooseten ve ark., 2013).

Graves Hastalığı

Sigara, özellikle kadınlarda, Graves hastalığından sorumlu pek çok faktörden biri olarak kabul edilmektedir ve aynı zamanda Graves oftalmopatisi açısından artmış risk nedenidir (Vestergaard, 2002).

Diabetes Mellitus

Diyabet, dünya genelinde bir pandemi olma yolunda hızla ilerlemektedir ve sigara içme tip 2 diyabet insidansının yaklaşık %10'undan sorumlu tutulmaktadır. Tip 2 diyabet geliştirme riski sigara içenlerde içmeyenlerden %30-40 daha yüksektir ve risk, içilen sigara sayısı ile doğru orantılıdır. Sigara santral obeziteyi artırır ki bu da insülin direnci ve diyabetin iyi bilinen bir risk faktörüdür (USDHHS, 2014). Günde bir paketin üzerinde sigara içenlerde diyabet riski hiç içmeyenlere kıyasla 2 kat fazladır, 1-14 adet arası sigara içenlerde ise bu oran 1.5 kat düzeyindedir (Manson ve ark., 2000; Willi ve ark., 2007). Yeni yapılmış bir meta-analiz çalışması sekonder sigara maruziyetinin (pasif içiciliğin) Tip 2 Diyabet gelişimi açısından oluşturduğu riski ele almış ve sigara dumanına maruz kalmış bireylerde %28 artmış risk tespit etmiştir (Wang ve ark., 2013).

Sigara, metabolik sendrom gelişimi açısından da bir risk faktörüdür ve beraberinde gelişen kardiyovasküler durumlara da katkıda bulunur (Chiolo ve ark., 2008).

Sigara içmekte olan diyabetik hastalar, mikro ve makrovasküler komplikasyonların her ikisi açısından artmış risk taşırlar. Sigara içme, diyabetik nefropati, retinopati ve nöropati risklerini artırır. Bu ilişki, insülin kullanan hastalarda daha kuvvetlidir. Sigarayı bırakmak, diyabet gelişme riskinin düşmesini sağlar ve komplikasyonları önlemek için gereklidir.

Depresyon

Sigara içenlerin majör depresyon eğilimleri içmeyenlerden daha yüksektir ve insidans içilen sigara sayısına bağlı olarak artış göstermektedir. Bu artmış risk, her iki durum için de yatkınlık yaratan genlerin yol açtığı bir durum olabilir (Kendler et al., 1993). Sigara, depresyonun önünü açıyor olabilir, ya da öte yandan özellikle adolesan popülasyonda depresyon sigara içmeye öncüllük ediyor olabilir (Brook ve ark., 2004; Goodman ve Capitman, 2000).

Kırışıklıklar

“Sigaranın zararları” mesajını adolesanlara aktarmaya çalışırken maalesef çok da başarılı değiliz. Sigaranın sebep olduğu hastalıkları anlatırken onlarla aynı dili konuşmuyor olabiliriz. Sigaranın kırışıklıklara, nefeste kötü kokuya, dişlerde sararmaya neden olacağı gerçeği, sigaranın ölümcül olduğuna dair kanıtlardan çok daha etkili bir mesaj olabilir. Erken gelişen kırışıklıklar (kaz ayakları), içilen sigara sayısı ile orantılı olarak artar; ağır içicilerde kırışıklık oluşma riski içmeyenlerden 5 kat daha fazladır (Kadunce ve ark., 1991).

Maküler Dejenerasyon ve Katarakt

Maküler dejenerasyon 65 yaş üzerinde körlüğün en önde gelen nedenidir ve koruyucu ya da progresyonunu geciktirici bir faktör de yoktur. Günde 20 adet veya üzerinde sigara içimi, maküler dejenerasyon riskini 2 ila 3 kat artırır. Diğer sigara ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi maküler dejenerasyonda da oluşan risk doz bağımlıdır ve insidans, paket-yılı sayısı arttıkça artış gösterir (Christen ve ark., 1996; Thornton ve ark., 2005). Sigara aynı zamanda nükleer katarakt açısından da önemli bir risk faktörüdür ve sigara içenlerde, hiç içmemiş olanlardan 2-3 kat daha fazla risk oluşturur.

Diğer

Sigara, romatoid artrit de nedenlerinden biridir ve bu hastalıkta kullanılan bazı tedavi seçeneklerinin etkinliği ile etkileşime girer. Ayrıca sigara tüberküloz riskini ve tüberkülozdan ölüm oranlarını artırır (USDHHS, 2014).

FİLTRELİ SİGARA KANDIRMACASI

ABD'de satılmakta olan sigaraların %97'si filtreli sigaradır. Bu ürünlerle ilgili yanlış algılanan şöyle bir yaygın inanış söz konusudur: İnsanlar, bu ürünlerin filtresiz sigaralardan daha güvenli olduğunu ve “light” etiketi taşıyanların bir miktar sağlığı koruyucu etkilerinin olduğunu düşünmektedirler. “Düşük katran”, “düşük nikotin” etiketli filtreli sigaralar bugünlerde en çok pazarlanan ürünlerdir. Bağımlılık mekanizması nikotin üzerinden işlediği için, düşük nikotinli sigara tüketenler, dengeleyici bir yöntem olarak kanlarında ihtiyaç duydukları nikotin seviyesine ulaşmak için daha sık ve daha derin nefeslerle sigara içme eğilimi göstermektedir. Bunun sonucunda da katran alımı artmakta ve dolayısıyla içilen sigara “düşük katran” kategorisinden “yüksek katran” kategorisine geçmektedir. Her bir sigara için 14 nefes çeken içiciler, sigara başına standart 8.7 nefes çeken içicilerden %58 daha fazla katran inhale ederler. Çoğu üretici, filtrelerde minik delikler açarak sigara dumanının hava ile seyreltilmesini sağlamakta ve böylece kendi “light” ve “ultralight” sigaralarını oluşturmaktadırlar. Fakat çoğu içici bu delikleri dudakları veya parmakları ile kapatarak seyreltilmemiş duman ve daha yoğun nikotin konsantrasyonu elde etme yoluna girerler (Kozlowski ve ark., 1980).

Azaltılmış CO ve nikotin mamulü içeren sigaralar daha güvenli değildir. Sigaranın neden olduğu 4 kat artmış MI riski, nikotin içeriğine göre değişiklik göstermez. Riskin seviyesi, içilen sigara sayısı ile doğru orantılıdır (Palmer ve ark., 1989). “Natürel” veya “organik” sigaralarla ilgili benzer kandırmacaların da giderilmesi gerekir çünkü bu çeşit tütün mamullerinin, diğer ürünlerle kıyaslandığında sağlık açısından koruyucu olduğuna dair kesinlikle hiçbir kanıt bulunmamaktadır.

PURO

Temel Noktalar

- Puro, sigara için daha sağlıklı bir alternatif değildir ve hem kanser hem de kalp hastalıklarına neden olmaktadır.
- Purunun sebep olduğu sağlık riskleri de ne kadar içildiği ve ne derinlikte inhale edildiği ile ilişkilidir.
- Puro içiciliğine alkol tüketimi de eşlik ettiğinde, oluşan tütün ilişkili sağlık riski artar.

Tablo 50-2 Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı için Tanı Kriterleri (DSM-IV)

Klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan maladaptif bir madde kullanım patterni	
Kötüye Kullanım	12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri ya da birden fazlası ile kendisini gösteren ve bu semptomların hiçbir zaman bağımlılık kriterlerini karşılamadığı durum: 1. İşte, okulda ya da evde majör rollerle ilgili sorumlulukları alamama ile sonuçlanan rekürren madde kullanımı 2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda rekürren madde kullanımı 3. Madde ile ilişkili rekürren yasal sorunlar 4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, persistan ya da rekürren sosyal ya da kişilerarası sorunlara karşın madde kullanımının devam etmesi
Bağımlılık	12 aylık bir dönemde herhangi bir zamanda ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası: 1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması: Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma ihtiyacı ya da sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması 2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere çekilme (yoksunluk) gelişmiş olması: Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır. 3. Madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır. 4. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çaba vardır. 5. Maddeyi elde etmek, kullanmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanır. 6. Madde kullanımı yüzünden önemli sosyal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır. 7. Maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, persistan ya da rekürren fiziksel ya da psikolojik sorunlara rağmen madde kullanımı sürdürülür.

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text rev. Washington, DC: American Psychiatry Association; 2000'den adapte edilmiştir.

lanıcı grubuna göre değişir. En yararlı bilgiler, hastalara kullandıkları maddeye ne dediklerini sormak suretiyle yerel düzeyde elde edilir.

Tarama

Çeviri: Arzu Çolak

Temel Noktalar

- Madde kullanımını taramak için kullanılan tek soru, spesifik ve sensitivite açısından CAGE-AID'in (CAGE'in madde kullanımı için uyarlanmış şekli) dört sorusu ile karşılaştırılabilir ve birinci basamak için geçerliliği onaylanmıştır. "Geçmişte kaç defa yasa dışı madde veya tıbbi olmayan nedenlerle ilaç kullandınız?" Cevap, "bir ya da daha fazla kez" ise tarama pozitifdir.

Tablo 50-3 Sık Kullanılan Maddelerin Sokak İsimleri

Madde	Sokak İsimleri (NIDA websitesi)	
Benzodiyazepinler	Şeker, yatıştırıcı, uyku hapi, çubuk, gidon (direksiyon)	
Kokain	Patlama, çarpışma, C, şeker, kok, kreke, pul, kaya, kar	 
Kodein	Kaptan Kodi, okul çocuğu, pankek ve şurup	
Dekstrometorfan	Robo-seyahat, robo, Üçlü C	
Flunitrozepam (Rohypnol)	Bayıltıcı, halat, beni unut hapi, Meksika Valium'u	
GHB	Likid ekstazi, Georgia ev erkeği, ağır bedensel hasar	
Eroin	Kahverengi şeker, budala, H, at, iskarta, kokarca, şamar	
Ketamin	K, özel K, vitamin K, cat Valium	
LSD	Asit, sünger, denizaltı, küpler, mikrodot	 
Esrar	Bulanık kafa, budala, ganja (kenevir), ot, bitki, joint, göbek (pot), esrarlı sigara	
MDMA	Adem, berrak, ekstazi, Havva, aşkların hızı, Molly, barış, X	
Metamfetamin	Tebeşir, rütbe, kristal, ateş, bardak/cam, buz, met, hız	
Metilfenidat	Oley/yuppi, vitamin R, akıllı ilaç, R topu	
Oksikodon (oksikontin), Hidrokodon (Vikodin)	Oksi, OC, öldürücü	
PCP	Melek tozu, bot, aşk gemisi, barış hapi	

GHB, γ-hidroksibüirat; LSD, liserjik asit dietilamid; MDMA, metilendioksi metamfetamin; NIDA, Madde Kötüye Kullanımı Ulusal Enstitüsü; PCP, fensiklidin.

AİLE HEKİMLİĞİ

DOKUZUNCU BASKI

Robert E. Rakel, MD
David P. Rakel, MD

Dr. Robert E. Rakel ve David P. Rakel tarafından edit edilmiş olan **Aile Hekimliği** kitabı bu dokuzuncu baskısı; **aile hekimliği ilkeleri, toplumda birinci basamak sağlık hizmetleri ve klinik uygulamanın tüm yönleri** hakkında tam bir rehberlik için bir numaralı seçeneğiniz olmaya devam edecektir. Bu cilt, **hasta bakımını optimize etmek ve Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (ABFM) sınavına hazırlanmak için** hem sahada aktif olarak çalışanlara hem de asistanlara, kanıta-dayalı, pratik bilgiler sunan ideal bir kaynaktır. Anlaşılır, hızlı-referans düzenlemesi, hekimlik uygulamalarınızda, bilgiye ulaşmanızı kolaylaştırır.

- Sayısı binden fazla olan tablo ve tam renkli çizimler; çeşitli klinik durumların nasıl tedavi edileceğine dair özet bir bakış açısı içeren **tedavi kutuları; Öneri Gücü Sınıflamasına (SORT) göre A düzeyi öneriler** ve her bölümde majör mesajları vurgulayan **temel noktalara kolay erişilebilir içerik**
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmetindeki rolleri evrildikçe **ekibe-dayalı bakıma odaklanmanın avantajları**, kanıta dayalı bilgileri içeren **en güncel uygulama kılavuzlarıyla güncel kalabilmenin sağlanması**
- Kendi-kendine-bakım, elektronik sigara gibi tütün alternatiflerinin ortaya çıkışı ve Amerika'da kanserin değişen yüzü gibi konularda **ön saflarda yer alınmasının sağlanması**

Orjinali “Textbook of Family Medicine Ninth Edition” olarak yayınlanan bu kitabın Türkçe çevirisi Elsevier sözleşmesi altında yayınlanmaktadır



ELSEVIER