

Lynn S. Bickley

BATES'in

Fizik Muayene

VE Öykü Alma

Cep Kılavuzu

DOKUZUNCU BASKI

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Ali Serdar Fak



**GÜNEŞ TIP
KİTAPBEVLERİ**



Wolters Kluwer

BATES'in

Fizik Muayene

VE Öykü Alma

Cep Kılavuzu

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Genel Dahiliye Bilim Dalı



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

 Wolters Kluwer

BATES'in Fizik Muayene ve Öykü Alma Cep Kılavuzu

Copyright © 2023

Türkçe 1. Baskı

Türkçe Telif Hakları 2023

ISBN: 978-975-277-979-2

Orijinal Adı: Bates Pocket Guide to Physical Examination and History Taking

Yayınevi: Wolters Kluwer

Yazarı: Lynn S. Bickley

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Orijinal ISBN: 9781975109875

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

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A.Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

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

GENEL DAĞITIM GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf Inan 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

KADIKÖY

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

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



BATES'in

Fizik Muayene

VE Öykü Alma

Cep Kılavuzu

DOKUZUNCU BASKI

Lynn S. Bickley, MD, FACP

Clinical Professor of Internal Medicine
School of Medicine
University of New Mexico
Albuquerque, New Mexico

Peter G. Szilagyi, MD, MPH

Professor of Pediatrics and Executive Vice-Chair
Department of Pediatrics
University of California at Los Angeles (UCLA)
Los Angeles, California

Richard M. Hoffman, MD, MPH, FACP

Professor of Internal Medicine and Epidemiology
Director, Division of General Internal Medicine
University of Iowa Carver College of Medicine
Iowa City, Iowa

Konuk Editör

Rainier P. Soriano, MD

Associate Professor of Medical Education, Geriatrics and Palliative Medicine
Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine
Associate Dean of Curriculum and Clinical Competence
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Genel Dahiliye Bilim Dalı



**GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ**

 Wolters Kluwer

*Bu kitap, size; sürekli bir gelişim içinde olan
tıp sanatının ve biliminin
her zaman öğrencisi, öğretmeni ve
uygulayıcısı olanlara ithaf edilmiştir.*

Gözden Geçirenler ve Katkıda Bulunanlar

GEORGE A. ALBA, MD

Instructor, Pulmonary and Critical Care
Medicine
Department of Medicine
Massachusetts General Hospital
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts

CATHERINE A. BIGELOW, MD

Maternal-Fetal Medicine Subspecialist
Minnesota Perinatal Physicians
Allina Health
Minneapolis, Minnesota

Y. JULIA CHEN, MD

Clinical Fellow
Department of Pediatric Surgery
Johns Hopkins University School of
Medicine
Baltimore, Maryland

SUZANNE B. COOPEY, MD

Assistant Professor, Harvard University
Faculty of Medicine
Division of Surgical Oncology
Massachusetts General Hospital
Boston, Massachusetts

CHRISTOPHER T. DOUGHTY, MD

Instructor, Neurology
Department of Neurology, Division of
Neuromuscular Disorders
Harvard Medical School/Brigham and
Women's Hospital
Boston, Massachusetts

RALPH P. FADER, MD

Child and Adolescent Psychiatry Fellow
Department of Psychiatry
New York-Presbyterian
New York, New York

RAISA GAO, MD, FACOG

Assistant Professor
Department of Obstetrics, Gynecology,
and Reproductive Science
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

SARAH GUSTAFSON, MD

Assistant Clinical Professor, Pediatrics
Division of Pediatric Hospital Medicine,
Harbor-UCLA
David Geffen School of Medicine at
UCLA
Los Angeles, California

ALEXANDER R. LLOYD, MD

Resident Physician
Department of Physical Medicine and
Rehabilitation
University of Pittsburgh Medical Center
Pittsburgh, Pennsylvania

S. ANDREW McCULLOUGH, MD

Assistant Professor, Clinical Medicine
Assistant Director, Graphics Laboratory
Department of Medicine, Division of
Cardiology
Weill Cornell Medicine
New York, New York

MATTHEW E. POLLARD, MD

Fellow, Male Reproductive Medicine and
Surgery
Scott Department of Urology
Baylor College of Medicine
Houston, Texas

KATELYN O. STEPAN, MD

Fellow, Head and Neck Surgical Oncology
and Microvascular Reconstruction
Otolaryngology—Head and Neck
Surgery
Washington University School of
Medicine in St. Louis
St. Louis, Missouri

JOSEPH M. TRUGLIO, MD, MPH

Assistant Professor of Internal Medicine,
Pediatrics and Medical Education
Program Director, Internal Medicine and
Pediatrics Residency
Departments of Internal Medicine and
Pediatrics
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

KATKIDA BULUNANLAR

PAUL J. CUMMINS, PhD

Assistant Professor, Medical Education
Department of Medical Education, The
Bioethics Program
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

ROCCO M. FERRANDINO, MD, MSCR

Resident Physician
Department of Otolaryngology—Head
and Neck Surgery
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

DAVID W. FLEENOR, STM

Director of Education, Center for
Spirituality and Health
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

BEVERLY A. FORSYTH, MD

Associate Professor of Medicine,
Infectious Diseases and Medical
Education
Medical Director of the Morchand Center
for Clinical Competence
Division of Infectious Diseases and
Department of Medical Education
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

NADA GLIGOROV, PhD

Associate Professor, Medical Education
Department of Medical Education, The
Bioethics Program
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

JOANNE R. HOJSK, MD

Professor, Pediatrics and Medical Education
Director, Pediatric LifeLong Care Team
Pediatric Critical Care/Mount Sinai Kravis Children's Hospital
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

SCOTT JELINEK, MD, MEd, MPH

Resident Physician
Department of Pediatrics
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

GISELLE N. LYNCH, MD

Resident Physician
Department of Ophthalmology
New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai
New York, New York

ANTHONY J. MELL, MD, MBA

Resident Physician
Boston Combined Residency Program
Boston Children's Hospital and Boston Medical Center
Boston, Massachusetts

ANN-GEL S. PALERMO, DrPH, MPH

Associate Professor
Associate Dean for Diversity and Inclusion in Biomedical Education
Department of Medical Education
Office for Diversity and Inclusion
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

KATHERINE A. ROZA, MD

Assistant Professor
Northwell Health House Calls Program
Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell
New Hyde Park, New York

ANNETTY P. SOTO, DMD

Clinical Assistant Professor and Team Leader
Division of General Dentistry
Department of Restorative Dental Sciences
University of Florida College of Dentistry
Gainesville, Florida

MITCHELL B. WICE, MD

Integrated Geriatric and Palliative Care Fellow
Brookdale Department of Geriatrics and Palliative Medicine
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

KATKIDA BULUNAN ÖĞRENCİLER

EMILY N. TIXIER, BA

Medical Student
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

ISAAC WASSERMAN, MPH

Medical Student
Icahn School of Medicine at Mount Sinai
New York, New York

Çeviriye Katkıda Bulunanlar

Op. Dr. Burak Arslan

Özel Halkalı Kent Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Yrd. Doç. Dr. Erkan Acar

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Kemal Atasayan

Liv Hastanesi Ulus
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Doç. Dr. Fergün Yılmaz

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları, Hematoloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Harika Alpay

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Akman

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazire Afşar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özlen Atuş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. G. Nural Bekiroğlu

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Biyoistatistik Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Erdi Babayigit

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Büşra Can

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD-Geriatri BD

Prof. Dr. Meryem Can

İstanbul Medipol Üniversitesi
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Romatoloji Bilim dalı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Cömert Özer

Biruni Üniversitesi
Dermatoloji Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Caner Çınar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları ve
Yoğun Bakım Anabilim Dalı

Doç. Dr. Aslı Tufan Çinçin

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD-Geriatri BD

Uzm. Dr. Güneş Dorukhan Çavuşoğlu

Dr. Ersin Arslan Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Coşkun Özer Demirtaş

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları, Gastroenteroloji
Bilim Dalı

Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Hipertansiyon ve Ateroskleroz
Merkezi Md.

Doç. Dr. Nurdan Gül

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Endokrinoloji ve Metabolizma
Hastalıkları Bilim Dalı

Prof. Dr. M. Bahadır Güllüoğlu
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Doç. Dr. Arif Kalkanlı
Taksim Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Üroloji Kliniği

Prof. Dr. Alper Kepez
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sait Karakurt
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Taner Kılıncım
İstanbul Okan Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Öğr. Üyesi Dr. Yıldız Kaya
MAA Acıbadem Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Nöroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ateş Kadioğlu
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Selda Murat
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Kadir Serkan Orhan
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alis Özçakır
Bursa Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Zeynep Özdemir
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
Nöroloji Kliniği

Uzm Dr Serim Pul
SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
Çocuk Nefroloji Kliniği

Dr. Aybuke Selçuk
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları ve Yoğun Bakım
Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Mehmet Orkun Sevik
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Özlem Şahin
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göz Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gökhan Tazegül
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları ABD, Genel Dahiliye
Bilim Dalı

Doç. Dr. Tefvik Kılıncım Uprak
Marmara Üniversitesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Asistan Dr. Çağan Yıldırım
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Tefvik Yoldemir
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı

Prof Dr Cumhuriyet Yeğen
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Önsöz

“Barbara Bates’in Fizik Muayene ve Öykü Alma” kılavuzu dokuzuncu baskısı eklenmiş yeni bölümleriyle birlikte klinik becerilerin ve eğitimin tüm yönlerini içeren kapsamlı bir kaynak niteliğindedir.

Bu kılavuz;

- Hekim hasta ilişkisini ve temel bileşenlerini içerir,
- En iyi iletişim ve ilişki becerilerinin temel çerçevesini sunar,
- İyi bir anamnezin nasıl alınacağını tarif eder,
- Her bir sistem muayenesini ve muayene sistematliğini tarif eder ve şekillerle örneklendirir,
- Sık görülen, normal ve anormal fizik bulgulara vurgu yapar,
- Klinik akıl yürütme ve değerlendirme için basamaklı bir yaklaşım sunar,
- Sık görülen ve diğer önemli bulguları değerlendirmeye yönelik görsel veya karşılaştırmalı tablolar şeklindeki yardımcı ipuçlarını içerir.

Bu *Cep Kılavuzu* dokuzuncu baskısı, her sistem muayenesi bölümünün sonunda yer alan ve sık görülen semptom ve bulgulara yönelik tanısal algoritmaları ile öne çıkmaktadır. Bu algoritmalar klinik akıl yürütmede katmanlı bir değerlendirmeyi kolaylaştırma amacını taşıyor. Ancak bu algoritmalar kesin önermeler olmayıp klinisyen için akıl yürütme örnekleri olarak görülmelidir. Belirli semptomlarla başvursa da her bir hastanın kendine özel ve biricik olduğu her zaman hatırlanmalıdır. Bu nedenle bu kitaptaki algoritmaların hasta özelinde tanı ve tedavi için nihai önermeler olmadığı ancak bu süreçleri kolaylaştıran rehberler olduğu kabul edilmelidir.

Bu *Cep Kılavuzu*, klinisyen-hasta ilişkisinin temel bileşenlerini ve anamnez alma ve fizik muayene becerilerini öğrenmek için tek başına yeterli sayılmamalıdır. Birçok ayrıntı kısaca verilmiştir. Sistematik muayene yöntemlerini ve özelliği olan hasta gruplarının muayenesini içeren yeterli bir özet ve el altında bulunacak bir kaynak olma amacını taşımaktadır.

Bu *Cep Kılavuzundan* daha iyi yararlanmak için;

- Klinisyen – hasta ilişkisinde ve iletişiminde çok çeşitli bileşenlerin varlığını gözden geçirin ve her zaman akılda tutun,
- İyi bir anamnez alma sürecinin tüm gerekliliklerini gözden geçirin ve her zaman akılda tutun,
- Fizik muayene yöntemlerini gözden geçirin ve uygulamalarını yapın,

- Fizik muayene sırasında sık sık özel teknik veya manevralar gerekebileceğine dikkat edin,
- Normal bulguların veya anormal bulguların sıkça varyasyon gösterebileceğini akılda tutun. Neyi öğrenmek veya duymak istediğini ve neyi aradığını bilen kişiler sonuca her zaman daha iyi ulaşabilir.
- Olası bulguların ve anormal bulguların normalden sapmaları hakkında daha ileri bilgilere ulaşmaya çalışın,
- Sağlığın korunması ve iyileştirilmesi, taramalar ve hastalıkların önlemesi konusunda klinik rehber ve önerileri gözden geçirin.

Çeviri Editörü Önsözü

“Barbara Bates’in Fizik Muayene ve Öykü Alma” kitabı yıllardır tüm dünyada ve ülkemizde baskısı en çok yapılan, tıp fakültelerinde en çok okunan ve başvuru başlıca tıp kitapları arasındadır. Anamnez ve fizik muayenenin önemini, hasta hekim ilişkisinin çerçevesini çok iyi yansıtan bir eserdir.

İyi hekimliğin iyi anamnez almak ve iyi bir fizik muayene yapmakla, hastaya saygı duymakla, her hastanın “biricik” olduğunu her zaman göz önünde tutmakla mümkün olduğu eski çağlardan bu yana kabul edilmektedir.

“Barbara Bates’in Fizik Muayene ve Öykü Alma Cep Kılavuzu”, iyi bir anamnez alma ve iyi bir fizik muayene yapabilmenin temel bileşenlerini örneklerle sunan, klinik değerlendirme ve akıl yürütmeye yardımcı olacak sistematik görseller ve tablolar içeren özet ancak kapsamlı ve taşınabilir bir kaynaktır. Bu nedenlerle yıllardır tıp fakültesi eğitiminde bizlerin de en sık önerdiği kitaplar arasındadır.

Bu Cep Kılavuzu hekim adayları ve hekimlerin yanı sıra hemşire ve acil tıp teknisyenleri başta olmak üzere insana ve hastaya “dokunan” tüm sağlık çalışanlarına da yararlı olabilecek bir kaynaktır.

Anamnez alma ve fizik muayene becerisi sağlığın korunmasına hizmet etmek ve varsa sağlık sorununu bulup çözmek için en temel yöntemimizdir.

Yaşam boyu öğrenilen ve geliştirilen bir sanattır. Çünkü temelinde insan ilişkisini ve iletişimini barındıran bu mesleki beceri değişen çağlara, toplum yapısına ve değerlerine göre ve elbette ki bilimin rehberliğinde sürekli evrilmektedir. Bu anlamda hepimiz her zaman öğrenciyiz.

Genç meslektaşlarımız çok yakın gelecekte yapay zeka temelli karar destek sistemlerini ve ilgili teknolojileri kullanarak da çalışacaklar ancak sağlıkta ve hastalıkta insan ilişkisi ve insan sıcaklığı her zaman var olmaya devam edecektir.

Bu kitap farklı kurumlardan alanlarında çok değerli kişilerin katkısıyla çevrildi. Kendilerine teşekkür ediyorum. Bu kitabın çevirisinin tamamlanması ve basımının Cumhuriyetimizin 100.Yılına yetişmiş olması bizlere ayrı bir mutluluk veriyor.

“Barbara Bates’in Fizik Muayene ve Öykü Alma Cep Kılavuzu” çevirisini kendilerini insan ve toplum sağlığına adan, mesleğin kutsal ilkelerini ve elbette bilimi rehber edinen tüm meslektaşlarımıza, sağlığa “dokunan” herkese ithaf ediyoruz.

Ali Serdar Fak

serdarfak@marmara.edu.tr

İçindekiler

Fakülte Eleştirmenleri ve Katkıda Bulunanlar vi

Önsöz ix

Çeviri Editörü Önsözü ix

BÖLÜM 1

Hekim-Hasta Görüşmesine Yaklaşım 1

Çeviri: Gökhan Tazegül, Ali Serdar Fak

BÖLÜM 2

Görüşme, İletişim ve Kişilerarası Uyum Becerileri 19

Çeviri: Duygu Ayhan Başer, Mehmet Akman

BÖLÜM 3

Anamnez 33

Çeviri: Gökhan Tazegül, Ali Serdar Fak

BÖLÜM 4

Fizik Muayene 53

Çeviri: Gökhan Tazegül

BÖLÜM 5

Klinik Akıl Yürütme, Değerlendirme ve Planlama 65

Çeviri: Duygu Ayhan Başer, Mehmet Akman

BÖLÜM 6

Sağlığın Sürdürülmesi ve Taramalar 79

Çeviri: Alis Özçakır

BÖLÜM 7

Klinik Kanıtın Değerlendirilmesi 102

Çeviri: G. Nural Bekiroğlu

BÖLÜM 8

Fizik Muayenede Başlangıç Genel Durum, Vital Bulgular ve Ağrı 112

Çeviri: Gökhan Tazegül, Ali Serdar Fak

BÖLÜM 9

Kognisyon, Davranış ve Mental Durum 128

Çeviri: Erkan Acar, Zeynep Özdemir

BÖLÜM 10

Cilt, Saç ve Tırnaklar 148

Çeviri: Elif Cömert Özer

BÖLÜM 11

Baş ve Boyun 176

Çeviri: Nurdan Gül

BÖLÜM 12

Göz 183

Çeviri: Mehmet Orkun Sevik, Özlem Şahin

BÖLÜM 13

Kulak ve Burun 199

Çeviri: Kadir Serkan Orhan

BÖLÜM 14

Boğaz ve Ağız Boşluğu 211

Çeviri: Fergün Aydın

BÖLÜM 15

Toraks ve Akciğerler 221

Çeviri: Sait Karakurt, Caner Çınar, Aybüke Selçuk

BÖLÜM 16

Kardiyovasküler Sistem 243

Çeviri: Dr. Çağan Yıldırım, Doç. Dr. Alper Kepez

BÖLÜM 17

Periferik Damar Hastalıkları 269

Çeviri: Erdi Babayiğit, Selda Murat

BÖLÜM 18

Meme ve Aksilla 285

Çeviri: Taner Kivılcım, M. Bahadır Güllüoğlu

BÖLÜM 19

Karın 299

Çeviri: Coşkun Özer Demirtaş, Özlen Atuç

BÖLÜM 20

Erkek Genital Organları 323

Çeviri: Arif Kalkanlı, Ateş Kadioğlu

BÖLÜM 21

Kadın Genital Organları 336

Çeviri: Burak Arslan, Tevfik Yoldemir

BÖLÜM 22

Anüs, Rektum ve Prostat 354

Çeviri: Tevfik Kıvılcım Uprak, Cumhuriyet Yeğen

BÖLÜM 23

Kas-İskelet Sistemi 363

Çeviri: Güneş Dorukhan Çavuşoğlu, Meryem Can

BÖLÜM 24

Sinir Sistemi 409

Çeviri: Yıldız Kaya, Nazire Afşar

BÖLÜM 25

Süt Çocukluğundan Ergenliğe Çocuklar 453

Çeviri: Serim Pul, Harika Alpay

BÖLÜM 26

Gebe 503

Çeviri: Kemal Atasayan, Tevfik Yoldemir

BÖLÜM 27

Yaşlı Erişkin 533

Çeviri: Büşra Can, Aslı Tufan Çinçin

İNDEKS 563

Karar Verme Yeterliliği

İhtiyaç halinde bir hastanın karar verme yeterliliğine sahip olup olmadığını belirlemeniz gerekebilir (Kutu 1-10). Yeterlilik klinik bir tanımdır ve hekimler tarafından değerlendirilebilir; adli bir kararın yerini almaz. Karar verme yeterliliği bulunmayan hastalar için, hastanın bir vekili, hastanın anamnezi konusunda yardımcı olabilir. Hastanın sağlık bakımı için kalıcı bir vekaletname sahibi, veya vasisi olup olmadığını kontrol etmek gerekir.

KUTU 1-10. Karar Verme Yeterliliğinin Unsurları

Hastalar aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- Önerilen tanı testleri veya tedavisi ile ilgili bilgileri anlayabilmeli,
- Mevcut durumlarını dikkate alabilmeli (altta yatan ve mevcut klinik durum dahil),
- Karar vermek için mantık kullanabilmeli ve
- Tercihlerini iletebilmeli.

Kaynak: Sessums LL, et al. Does this patient have medical decision-making capacity? JAMA. 2011;306:420.

KLİNİK ETİK İKİLEMLERE YAKLAŞIM

Klinik bir vakanın etik yönlerini göz önünde bulundurmanız gerektiğinde, sezgisel yöntemler etik ikilemde nasıl akıl yürüteceğiniz konusunda rehberlik edebilir (Kutu 1-11). Bu pratik yöntemin optimal veya mükemmel olduğu söylenemez, ancak bunun yerine derhal bir hedefe ulaşmak için yeterlidir.

KUTU 1-11. Klinik Etik İkilem Nasıl Çözülür?

1. Etik soruyu açıkça belirtin
2. İlgili bilgileri toplayın
 - Tıbbi gerçekler
 - Hasta tercihleri ve ilgili faktörler (ör. kültürel, manevi, sosyal, finansal, yaşam kalitesi vb.)
 - Hastanın karar verme yeterliliği var mı?
 - Hastanın önceden belirlemiş olduğu direktifleri veya bir vasisi var mı?
 - Diğer tarafların tercihleri
3. Etik ilkeleri ve yönergeleri belirleyin
 - Vaka için geçerli olan yasal yönergeler var mı?
 - Vaka için geçerli olan kurumsal yönergeler var mı?
 - Vakayla hangi etik değerler ilgili?

Ortaklık	Her zaman hastanın yanında olma arzunuzu ifade edin. Hastalara, sağlıklarına ne olursa olsun, sağlık hizmet sağlayıcıları olarak sürekli bir ortaklığa bağlı olduğunuz konusunda güvence verin. Henüz öğrenci de olsanız bu rolünüzde bile, bu tür bir destek büyük bir fark yaratır.
Onaylama	Hastanın kabul edilmiş hissetmesine yardımcı olmak için hastanın deneyimini onaylayan veya doğrulayan sözlü destek sağlayın.
Güvence	Erken veya gereksiz güvence vermekten kaçının. Böyle bir güvencenin verilmesi özellikle endişeyi açığa vurmanın zayıflık olduğu düşüncesini taşıyan hastaların daha fazla bilgi vermesini engelleyebilir. İyi bir güven duygusu oluşturmanın ilk adımı hemen o anda güvence sağlanmasa da hastanın duygularını anlamak ve kabul etmekten geçer.

Hastayı Güçlendirin

Hekim-hasta ilişkisi doğası gereği eşit değildir. Hastaların bu ilişkide kendilerini savunmasız hissetmeleri için birçok nedeni olabilir: ağrı stresi, hastalık endişesi, sağlık sisteminin zorluklarından yorulmuş ve bunalmış hissetme, klinik değerlendirme sürecine aşına olmama vb. Cinsiyet, etnik köken, ırk veya sınıfsal vb. farklar sorunları daha da derinleştirebilir. Bundan dolayı hastaların kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenme ve sizin tavsiyelerinize uyabilmeleri için güçlendirilmeleri gerekir (Kutu 2-2).

KUTU 2-2. Hastayı Güçlendirmek: Gücü Paylaşma Teknikleri

- Hastayı kendi fikrini/bakış açısını söylemeye davet edin.
- Sadece soruna değil, kişiye ilgi gösterin.
- Hastanın yönlendirmesini izleyin.
- Hastanın duygularını ortaya çıkarın ve onaylayın.
- Görüşme sırasında, özellikle geçiş aşamalarında hastayla bilgi paylaşımında bulunun.
- Klinik muhakemenizi hastayla şeffaf şekilde paylaşın.
- Sizin bilginizin de sınırları olduğunu bildirin.

Anlaşılır Dil Kullanın

Kısa cümleler ve sözcükler kullanmak ve yalnızca gerekli bilgileri iletmek çok önemlidir. Basit sözcüklerin kullanılması tıbbi jargon, kısaltmalar veya herhangi bir karmaşık sözcüklerin veya deyimlerin kullanımını önler. Hastanın hastalığını ve varsa tedavi ve takip sürecini anlaşılır sözcüklerle, olabildiğince az tıbbi jargon kullanarak anlaşılabilir şekilde anlatın; hastanın anladığından emin olun. Aşağıdaki iki yaklaşımı kullanabilirsiniz.

- **"Bana Üç Soru Sorun" yaklaşımı.** Bu yaklaşım, hastanın kendi sağlığının takibinde daha aktif rol oynamasına yardımcı olur. Her klinik görüş-

ZORLAYICI GÖRÜŞMELER

Kutu 2-9, zorlayıcı hasta davranışlarına veya durumlara örnekler ve bunları ele almak için önerilen yaklaşımları sunmaktadır.

KUTU 2-9. Zorlayıcı Hasta Görüşmeleri

Zorlayıcı Görüşme	Önerilen Yaklaşım
Sessiz hasta	- Sessizliğin birçok anlamı vardır. Duyguları kontrol etmede zorluk gibi sözel olmayan ipuçlarını yakından izleyin. - Sorgunuzu depresyon belirtilerine kaydırmanız veya mental durum muayenesine yönelik bir araştırmaya başlamanız gerekebilir. - Hastanın sessizliği sorduğunuz soruya verdiği bir çeşit yanıt olabilir. Çok fazla doğrudan soru mu soruyorsunuz? Hastayı kırdınız mı?
Çok konuşan hasta	- İlk 5 veya 10 dakika boyunca dikkatlice dinleyin. Hasta takıntılı bir şekilde ayrıntılı veya aşırı endişeli görünüyor mu? Bir fikir uçuşması veya düzensiz düşünce süreci var mı? - Hasta için en önemli görünen şeye odaklanmaya çalışın. "Pek çok endişenizden bahsettiniz. Önce kalça ağrısına odaklanalım. Nasıl bir his olduğunu söyleyebilir misiniz?" ya da "Bugün asıl endişeniz nedir?" diye sorabilirsiniz.
Kafa karıştırıcı anlatımları olan hasta	- Hasta belirsiz ve anlaşılması zor bir öykü verebilir ve semptomlarını tuhaf terimlerle tanımlayabilir. - Bazı hastalarda birden fazla semptom veya somatizasyon bozukluğu vardır. Belirtilerin içeriğine odaklanın ve görüşmeyi psikososyal bir değerlendirme şeklinde gerçekleştirin. - Psikiyatrik veya nörolojik bir bozukluktan şüpheleniyorsanız, bilinç düzeyine, yönelime ve belleğe odaklanarak mental durum muayenesine geçin.
Değişmiş durum veya biliş düzeyi olan hasta	- Hastanın karar verme kapasitesine veya sağlıklı ilgili bilgileri anlama, nedene ve tutarlı bir değerler dizisine dayalı klinik seçimler yapma ve tedavilerle ilgili tercihlerini bildirme becerisine sahip olup olmadığını belirleyin. - Bir hastanın sağlıklı ilgili karar verme kapasitesi yoksa sağlık hizmeti vekilini veya sağlık hizmeti için vekaletnamesi olan aracıyı belirleyin.

olağandışı veya kişiye özelse, hastanın kendi sözlerini belgelemek için her türlü girişimi yapın. “Karnım ağrıyor ve kendimi çok kötü hissediyorum”; veya “Düzenli kontrolüm için geldim.” Şeklinde not alabilirsiniz.

Şikayetin Öyküsü

Bu bölüm, hastayı bakım aramaya sevk eden sorunların eksiksiz, açık ve kronolojik bir ayrıntılandırmasını içerir. Sorunun başlangıcını, geliştiği ortamı, tezahürlerini ve her türlü önceki tedaviyi içermelidir. Bu bölüm, Kutu 3-3 ve 3-4’te listelenen semptomun niteliklerini tanımladığınız, ayırıcı tanıyı netleştirmeye yardımcı olan sistem sorgusunun ilgili alanlarından gelen anlamlı olumlu ve olumsuz semptomları ilişkilendirdiğiniz, başvuru şikayetini tam olarak karakterize ettiğiniz yerdir.

KUTU 3-3. Bir Semptomun Özellikleri

Özellik	Açıklama
Yer	Vücutun içinde veya üzerinde problemin, semptomun veya ağrının meydana geldiği veya başka bölgelere yayıldığı / taşındığı yer
Nitelik	Problemin, semptomun veya ağrının türünü tanımlayan bir sıfat
Miktar veya şiddet	Hastanın problemin, semptomun veya ağrının boyutunu, önceki deneyimlere nazaran, sözel olmayan eylemler ile veya sözlü açıklaması (1 ile 10 arasında bir ölçekte olabilir)
Zamanlama	Semptom veya ağrının ne zaman başladığı
<i>Başlangıç</i>	Ortaya çıktığı ortam, hangi eylemlerin veya koşulların problem, semptomun veya ağrının ortaya çıkmasına, kötüleşmesine veya iyileşmesine neden olduğu
<i>Süreçlilik</i>	Problem, semptom veya ağrı ne kadar süredir var veya problem, semptom veya ağrı ne kadar sürüyor?
<i>Sıklık</i>	Problemi, semptom veya ağrının ne sıklıkta ortaya çıktığı
Etkileyen faktörler	Problemi, semptomu veya ağrıyı artıran, azaltan etkenler.
İlişkili semptomlar	Problem, semptom veya ağrı ortaya çıktığında birlikte ortaya çıkan diğer belirtiler veya semptomlar

KUTU 3-5. Sosyal Öykünün Alanları

- Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği
- Yaşanılan yerler (Doğum yeri, büyüdüğü yer, yaşadığı yerler)
- Önemli ilişkiler (Ailevi ve sosyal ilişkiler)
- Toplumsal etkileşimler ve sosyalleşme (komşu ziyareti, altın günü, dernek toplantısı vb.)
- İş geçmişi/meslek
- Eğitim
- Yaşam Tarzı
- Günlük yaşam aktiviteleri
- Beslenme
- Egzersiz
- Alkol kullanımı
- Tütün kullanımı
- Uyuşturucu kullanımı
- Güvenlik önlemleri (örn. Emniyet kemeri kullanımı)
- Maneviyat
- Cinsel öykü

Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği’ni tartışmak, hastalarınızın yaşamlarının hayati ve çok yönlü bir özüne dokunur. **Herhangi bir önyargı oluşturmadan, destekleyici ve yargılayıcı olmayan bir yaklaşım sağlamak, hastalarınızın sağlığını ve esenliğini korumak için çok önemlidir.** Açık uçlu sorular sormalı ve kapsayıcı bir dil kullanarak hastanızın ne zaman ve neyi açıklayacağına karar vermesini sağlamalısınız:

- “Cinsel yöneliminizi nasıl tanımlarsınız?” Yanıtlar heteroseksüel, lezbiyen, gey, biseksüel, panseksüel, queer ve diğer veya sorgulamak “sorgulamaktayım” gibi seçenekleri içerebilir.
- “Cinsel kimliğinizi nasıl tanımlarsınız?” Yanıtlar arasında “erkek, kadın, transseksüel, transmale, transfemale, genderqueer (geleneksel cinsiyet ayrımlarını kabul etmeyen, ancak erkek ve kadın cinsiyetlerinin hiçbirisiyle, her ikisiyle veya bir kombinasyonuyla özdeşleşmeyen bir kişi), nonbinary (geleneksel cinsiyet ayrımlarını kabul etmeyen), emin değil veya sorgulamaktayım” olabilir veya “cevap vermemeyi tercih eden” yer alabilir.
- “Orijinal doğum belgenizdeki / kimliğinizdeki cinsiyetiniz nedir?” Bu soru, cinsiyet kimliğini takiben sorulduğunda cinsel geçmiş hakkında daha fazla fikir sahibi olmaya yardımcı olur ve hekime, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) ve kanser tarama önerilerini yönlendirmeye yardımcı olması için hastanın hangi cinsel organlara sahip olabileceği konusunda bir fikir verir.

Ailevi ve sosyal ilişkiler. Ebeveynler, çocuklar, partnerler, arkadaşlar, tanıdıklar ve uzak akrabalar hakkında sorular sorun. Hastanızın sosyal destek sağladığını belirttiği akrabaların kimler olduğunu anlamaya çalışın; bu durum ilişkilerin duygusal olarak sürdürülebilir olduğunu ifade eder.

Bakımevi/ Huzurevi	■ Daima önce hastanın kendisinden anamnez almaya çalışın. ■ Hastanın bilişsel işlev bozukluğu olabileceğinden şüpheleniyorsanız, bazı bilgileri aile veya klinik personeli ile teyit etmeniz gerekebilir.
Ev	■ Hastalar genellikle kronik olarak hastadır ve destekleyici cihazlar veya başka bir kişinin yardımı olmadan evden ayrılmayı zorlaştıran işlevsel bozukluklara sahiptir (eve bağlı veya evde sınırlı durum). ■ İşleve odaklanmaya çalışın. Bir hastanın kendi ev ortamında çalışabilme yeteneği, genel sağlık durumu üzerinde derin bir etkiye sahiptir. ■ Çevresel tehlikeleri ve temizlik veya bakım düzeyini, mevcut gıda ve ilaçların varlığını değerlendirin.

ANAMNEZİN BELGELENMESİ

Anamnezi belgelendirirken, aşağıdakileri eklediğinizden emin olun: anamnezin alındığı tarih ve saat, hastanın yaşı, cinsiyet ve bilgi güvenilirliği içeren kişisel tanımlayıcı verileri. Hastanın tam adı sıklıkla baş harfleriyle kısaltılır. Anamnezdeki anahtar alanlar burada vurgulanmıştır.

Başvuru Şikayetinin Belgelenmesi

Hastanın ifadesi özellikle tanımlayıcı veya olağandışı ise, hastanın kendi sözlerini alıntılanmak için her türlü girişimi yapın. Örneğin, "Karnım ağrıyor ve kendimi çok kötü hissediyorum", "İdrarım koyu renkli ve tuhaf kokuyor." veya "Göğsüme bir fil oturmuş gibi hissediyorum." diye belgeleyebilirsiniz. Birden fazla şikayeti olanlar için, biri baskın olabilir. Eşit öneme sahip birden çok sorun varsa, başvuru şikayetinde birden çok problem not edilir ve daha sonra her birini şikayetin hikayesinde açıklamak ve ayrıntılı bir şekilde incelemek gereklidir. Hastaların özel bir şikayeti yoksa "Düzenli kontrollerime geldim" gibi ziyaret nedeni not edilebilir.

Şikayetin Hikayesinin Belgelenmesi

Şikayetin hikayesinin hasta dosyasında nasıl belgeleneceğini yapılandırmak, yeni başlayan herhangi bir öğrenci için en zorlu görevlerden biridir. Dosyanın bu bölümünü yapılandırırken size rehberlik edebilecek bir çerçeve Kutu 3-10'da özetlenmiştir.

Hastaya nasıl bir profesyonel tavırla yaklaşacağınızı ve nasıl rahat ettireceğinizi **muayeneye başlamadan önce düşünün, ellerinizi mutlaka hastanın yanında yıkayın.**

Hastaya Yaklaşımınızı Planlayın. Hastaya kendinizi tanıttın. Farklı hissetseniz bile sakın, düzenli ve yetkin görünmeye çalışın. Muayenenin bir kısmını yapmayı unutursanız, o muayene alanını muayene sırasının dışında, ancak düzgün bir şekilde muayene edin. Muayene sıralamasında unutilan bölümler olması özellikle ilk zamanlarda nadir değildir!

Aydınlatmayı ve Ortamı Ayarlayın. Muayene yatağını uygun bir yüksekliğe ayarlayın ve işiniz bittiğinde indirdiğinizden emin olun. Fizik muayeneyi gerçekleştirmenizi kolaylaştıracaksa, hastadan size doğru yönelmesini isteyin. İyi aydınlatma ve sessiz bir ortam muayene için önemlidir.

Ekipmanınızı Kontrol Edin. Ekipmanınızı kontrol etmek için Kutu 4-2'deki kontrol listesini kullanın

KUTU 4-2. Fizik Muayene için Gerekli Araç ve Gereçler

- Stetoskop
- Sfigmomanometre (tansiyon aleti)
- Oftalmoskop
- Snellen kartı (Görme keskinliği kartı)
- Otoskop. Eğer bir çocuğu muayene ediyorsanız, otoskop pnömatik otoskopiye uygun olmalıdır.
- Diyapozon (2 adet)—128 Hz ve 256 Hz Termometre
- Refleks çekici
- Vajinal spekulum
- Sitolojik ve bakteriyolojik çalışmalar için numune alma ekipmanı
- Işık kaynağı
- Saniye ibresi olan veya saniyeyi gösteren bir saat
- Pamuklu çubuk, kancalı iğne veya duyu ve iki noktalı ayırım hissi muayenesi için diğer tek kullanımlık nesneler
- Abeslang (Tahta dil basacağı)
- Cetvel veya tercihen santimetre olarak işaretlenmiş bir mezura
- Tek kullanımlık maske ve önlük
- Oral, vajinal ve rektal muayeneler için eldivenler ve kayganlaştırıcı
- El dezenfektanı
- Kağıt ve kalem
- El ultrasonu (mevcutsa)
- Dermoskop (mevcutsa)
- Elektronik sağlık kaydına erişim sağlayan masaüstü veya dizüstü bilgisayar

KUTU 4-6. Örnek Fizik Muayene Notu

Genel görünüm: MN, kısa boylu, kilolu, orta yaşlı, hareketli ve sorulara hızlı cevap verebilen bir kadın hasta. Saçları bakımlı. Rengi yerinde, rahatsızlık duymadan dümdüz yatabiliyor.

Vital bulgular: Boy (ayakkabısız) 157 cm, Kilo (giyinmiş) 65 kg VKİ: 26. KB 164/98 sağ kol, sırtüstü yatar halde; 160/96 sol kol, sırtüstü yatar halde; 152/88 sağ kol sırtüstü yatar halde; geiş manşon ile. Kalp atış hızı 88, düzenli. Solunum sayısı 18/dk. Oral vücut ısı 36,7 °C.

Cilt: Avuç içi soğuk ve nemli, ancak rengi iyi. Üst vücutta dağınık kiraz kırmızısı anjiyomlar. Tırnaklarda siyanoz veya çomaklaşma yok.

Baş, Gözler, Kulaklar, Burun, Boğaz: **Baş:** Ortalama miktarda saç. Kafa derisi lezyonsuz, normosefalik/atravmatik. **Gözler:** Her gözde 20/30 görme. Görme alanı doğal. Konjonktivalar pembe; skleralar beyaz. Pupiller ışıkla 4 mm'den 2 mm'ye kadar konstrikt oluyor, yuvarlak, düzenli, ışığa eşit derecede reaktifler. Ekstraoküler hareketler intakt. Disk marjinleri keskin, kanama eksüda yok. Arteriolar daralma veya A-V bası yok. **Kulaklar:** Kulak kiri sağ timpan membranı kısmen kapatıyor; sol kanal temiz, TM'da ışık konisi belirgin. Fısıltıya duyarlılık iyi. Weber orta hatta. AC (Hava iletimi) > BC (kemik iletimi).

Burun: Mukoza pembe, septum orta hatta. Sinüs hassasiyeti yok.

Ağız: Oral mukozası pembe. Diş yapısı iyi. Dil orta hattı. Tonsiller yok. Farinkste eksüda yok.

Boyun: Boyun yumuşak ve esnek. Trakea orta hatta. Tiroid isthmus hafif palpabl, loblar hissedilemedi.

Lenf Bezleri: Servikal, aksiller veya epitrokleal lenf bezleri palpabl değil.

Toraks ve Akciğerler: Toraks simetrik ve ekspansiyonu iyi. Akciğerler perküsyona rezonans (normal sonoritede). Solunum sesleri veziküler, ek ses yok. Diyafram matitesi inspiyum ile bilateral 4 cm aşağı iniyor.

Kardiyovasküler: Juguler ven basıncı sternal açının 1 cm üzerinde. Karotis vurusu düzenli, üfürüm duyulmadı. Apikal vuru belirgin, tepe nokta sol 5. interkostal aralıkta, midsternal çizginin 8 cm lateralinde zar zor palpe ediliyor. S₁, S₂ iyi; S₃ veya S₄ duyulmadı. Sağ 2. interkostal aralıkta II/VI şiddette orta yükseklikte midsistolik üfürüm; boyuna yayılım yok. Diyastolik üfürüm duyulmadı.

Memeler: Normal sarkıklıkta, simetrik. Kitle yok; meme başından akıntı yok.

Abdomen: Protüberan (öne çıkık). Sağ alt kadranda iyileşmiş yara izi. Bağırsak sesleri aktif. Hassasiyet veya kitle yok. Sağ orta klaviküler hatta karaciğer genişliği 7 cm; sağ kosta sınırın 1 cm altında palpabl, kenar düzgün. Dalak nonpalpabl. Kostovertebral açısı hassasiyeti yok.

devamı

7. Tütün kötüye kullanımı: 36 yıldır günde 1 paket. Bugün muayenede ağız kanseri belirtisi yok. Çoklu yaşam stresörleri ve ilerleyici baş ağrıları ortamında sigarayı bırakma konusunda düşünceli gibi görünüyor.

Plan:

- Obstrüktif akciğer hastalığını değerlendirmek için ofis spirometrisinde tepe akımı veya FEV1/FVC'yi kontrol edin.
- Akciğer kanseri taraması için düşük doz BT'yi düşünün.
- Bu noktada düşünceli davrandı, ancak fikrini değiştirmesi durumunda beraber ilerleme teklif edildi ve gözden geçirmesi için nikotin replasman tedavisi ve oral ilaçlarla ilgili bilgi kaynakları sağlandı. Yaşam stresörlerinin iyileşmesi ve baş ağrılarından kurtulmasından sonra yeniden ele alınabilir.

8. Üfürüm: Muayenede II/IV midsistolik üfürüm saptandı. Aort pozisyonundaki konumu ve hastanın yaşı göz önüne alındığında, bu büyük olasılıkla aort sklerozu veya darlığıyla uyumludur. Hastanın şiddetli aort darlığını düşündürecek nefes darlığı, göğüs ağrısı veya senkop öyküsü yoktur. Symptom muayenesi izlenecek ve üfürümün şiddeti değişir veya herhangi bir semptom geliştirirse transtorasik ekokardiyogramla değerlendirilecek.

9. Sağlığın korunması: Son Pap smear, 2018; Mamogram, 2019; hiç kolonoskopi yaptırmamış.

Plan:

- Ön hazırlık ilaçları reçete edilip, kullanımları konuşulduktan sonra kolonoskopi için sevk edildi. Talimatlar verildi ve öğretme teknikleri kullanılarak anlatıldı.
- Sigara nedeniyle ağız kanseri taraması için diş hekimine sevk edildi.
- Hastaya ilaçları ve kostik temizlik maddelerini omuz hizasından yukarı olan bir kilitli kabine koymasını önerin. Hastayı tabancayı tetik kilidi ile boşaltılmış olarak ve mühimmatı ayrı bir yerde olacak şekilde güvenli ve kilitli bir yerde saklamaya teşvik edin.

PROBLEM LİSTESİ

Mevcut hasta görüşmesi için klinik kaydı tamamladıktan sonra, Kutu 5-9'da gösterildiği gibi, hastanın elektronik sağlık kaydındaki özet sayfasına eklemek üzere hastanın sorunlarını özetleyen bir *Problem Listesi* oluşturun. Önce en aktif ve ciddi sorunları listeleyin ve başlangıç tarihlerini kaydedin.

Hazırlık	Hastalar en kısa zamanda harekete geçmeye niyetleri olduğunu ifade ederler ve küçük davranışsal değişiklikleri bildirirler.	<i>"Şimdi davranışımı değiştirmeye hazırım."</i>
Eylem	Hastalar, sorunlarının üstesinden gelmek için davranışlarını değiştirirler.	<i>"Şimdi davranışımı değiştiriyorum."</i>
Sürdürme	Hastalar, davranış değişikliğine yönelik eylemlerini sürdürürler ve nüksü önlemeye çalışırlar.	<i>"Davranışımı değiştirdim."</i>
Nüks*	Davranış değişikliğinin bırakılması ve hastaların eski davranışa geri dönmesi.	<i>"Eski davranışima geri döndüm."</i>

*Kendi içinde bir evre değildir, daha ziyade "eylemden veya sürdürmeden bir önceki evreye dönüş."

Motivasyonel Görüşme. Motivasyonel görüşme, özellikle düşünme öncesi ve düşünme evresindeki hastalar olmak üzere; örneğin diyet, egzersiz alışkanlıklarını değiştirme, sigara veya içki kullanmayı bırakma, ilaç rejimlerine uyma veya öz yönetim stratejileri gibi davranışlarını değiştirmeye ya da bunu değerlendirmeye ilgilerini saptayarak, hastalarınıza yardım etmede sizi destekleyen iyi dökümanite edilmiş bir dizi tekniktir (Kutu 6.5 ve 6.6).

KUTU 6-5. Motivasyonel Görüşmede Yol Gösterici Teknik

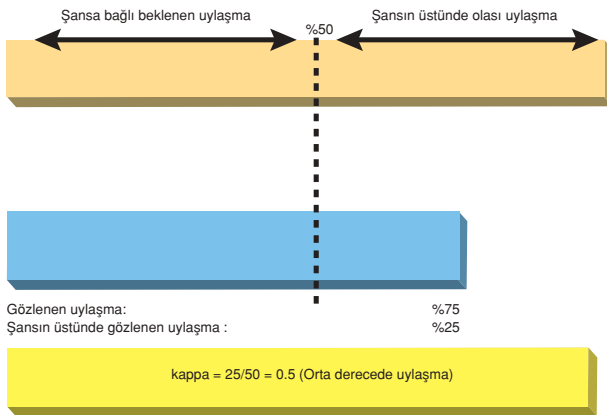
- Açık uçlu sorular "sor"- hastayı nasıl ve neden değiştirebileceklerini düşünmeye davet et
- Hastanın deneyimini anlamak açısından "dinle"- kısa özetler ve reflektif dinleme ifadeleri kullanarak onların hesaba kattıklarını "yakala", örneğin "şu anda sigarayı bırakmak sizi zor gelecek gibi hissettiriyor" bunlar empatiyi ifade eder, hastayı detaylandırmaya teşvik eder ve genellikle direnç durumuna yanıt vermenin en iyi yoludur.
- "Bilgilendir"- bilgi vermek için izin isteyerek ve sonrasında hasta için etkilerin ne olabileceğini sorarak

Kaynak: Rollnick S, et al. Motivational interviewing. BMJ. 2010;340:1243; BMJ Publishing Group Ltd. izni ile.

KUTU 7-6. Kappa Değerlerinin Yorumu

Kappa Değerleri	Uyulaşmanın Gücü
<0.20	Kötü
0.21–0.40	Vasat
0.41–0.60	Orta
0.61–0.80	İyi
0.81–1.00	Mükemmel

Örneğin, bir hastada anormal bir fizik bulgunun varlığına ya sahip olduğunda, klinisyenler % 75 hemfikir olsalar da şansa dayalı beklenen uyulaşma zaten % 50'dir. Bu, şansın ötesinde potansiyel uyulaşmanın % 50 olduğu ve şansın ötesinde güncel gözlemci uyulaşmanın da % 25 olduğu anlamına gelir. Kappa seviyesi daha sonra bu durumda $\% 25 / \% 50 = 0.5$ dir, bu ise orta düzeyde uyulaşma işaret eder (Şekil 7-3).



ŞEKİL 7-3. Kappa skorları. (McGinn T ve ark. izniyle yeniden basılmıştır. Kanıta dayalı tıp öğrenenler için ipuçları: 3. Gözlemci geçerliliği ölçümleri (kappa istatistiği). CMAJ. 2004; 171 (11): 1369–1373.)

Kesinlik. Yeniden üretilebilirlik bağlamında kesinlik, aynı testi aynı değişmemiş kişiye uygulayabilmeyi ve aynı sonucu elde etmeye atıfta bulunur. “Kesinlik” genellikle laboratuvar testlerinden bahsederken kullanılır. Kesinliği nitelemek için kullanılan istatistiksel test, değişim katsayısıdır ki, standart sapmanın ortalama değere bölünmesi olarak tanımlanır. Daha düşük değerler daha yüksek kesinliğe işaret eder.

Distres Bulguları

- Kardiyak veya respiratuar distres
- Ağrı
- Anksiyete veya depresyon

Cilt rengi ve Belirgin Lezyonlar.

Ayrıntılar için Bölüm 10, Cilt, Saç ve Tırnaklara bakın.

Elbise, Bakım ve Kişisel Hijyen.

- Hastanın giyimi nasıl? Kıyafetler sıcaklık ve hava koşullarına uygun mu? Temiz ve ortama uygun mu?
- Hastanın saçını, tırnaklarını ve kozmetik kullanımını not edin.

Yüz ifadesi. Göz temasını inceleyin. Doğal mı? Sabit bakıyor ve göz kırpmıyor mu? Gözlerini çabucak kaçırıyor mu? Göz teması hiç mi yok?

Vücut ve nefes kokusu. Kokular tanıda önemli ipuçları olabilir

Postür, yürüyüş ve motor aktivite

Boy ve kilo

Boy. Hastanın boyunu ölçün. Vücut yapısını inceleyin- kaslı veya kondisyonsuz, uzun veya kısa. Vücut oranlarına dikkat edin.

Göğüste sıkışma, solgunluk, terleme; güç nefes alma, hırıltı (wheezing), öksürük

İrkilme, terleme, ağrılı bölgeyi koruma

Gergin mimikler, huzursuz hareketler, soğuk ve terli avuçlar; duygusuz veya künt duygulanım, zayıf göz teması, psikomotor yavaşlama

Solgun uk, siyanoz, sarılık, dö-küntüler, morluklar

Aşırı giyinme soğuğa karşı intol-ransa bağlı olabilir; hipotiroidiye işaret edebilir. Diğer yandan deri veya iğne izlerini, anoreksiyayı gizleyebilir.

Bunlar hastanın kişiliği, ruh hali, yaşam tarzı ve özsaygısı hakkında ipuçları verebilir.

Hipertiroidizm bakışı; depresyo-nun künt veya üzgün duygu duru-mu. Azalmış göz teması kültürel olabilir veya anksiyete, korku veya üzüntü göstergesi

Alkol, aseton (diyabet), üremi veya karaciğer yetmezliğinin nefes kokusu (fötor hepatikus) Şeker hastalığının meyvemsi kokusu. (Asla bir hastanın nefe-sindeki alkol kokusunun hastanın zihinsel durum veya nörolojik bulgularını açıkladığını varsay-mayın.)

Sol kalp yetersizliğinde dik oturu-lurken, kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOA) kollar önde birleştirilip öne doğru eğilerek oturma tercih edilir.

Turner sendromunda boy kısalığı; Marfan sendromunda gövdeye oranla uzun kollar osteoporozda boy kısalması

En az iki ardışık vuruşun seslerini duyduğunuz düzeye dikkat edin. Bu düzey sistolik basınçtır.

- Sesler boğuklaşıp kaybolana kadar basıncı yavaşça düşürmeye devam edin. Seslerin kaybolduğu nokta, genellikle seslerin boğuklaştığı noktanın birkaç mm Hg altındadır ve diyastolik basıncın en iyi tahminidir.
- Hem sistolik hem de diyastolik basınçları en yakın 2 mm Hg'ye kadar ölçün. Birkaç dakika bekleyip ölçümü tekrarlayın. Ölçümlerin ortalamasını alın. İlk iki ölçüm 5 mm Hg'den fazla farklılık gösteriyorsa, ek ölçümler yapın.
- İlk kez karşılaştığınız hastada kan basıncını her iki koldan da en az bir kez ölçün.
- Antihipertansif ilaç alan veya bayılma, postural baş dönmesi veya kan hacminde olası azalma öyküsü olan hastalarda, kan basıncını iki pozisyonunda ölçün: sırtüstü ve ayakta (kontrendike değilse).

2013 yılında, Yüksek Kan Basıncının Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Ulusal Birleşik Komite (JNC), Kutu 8-8'de gösterildiği gibi sistolik kan basıncı (SBP) ve diyastolik kan basıncı (DBP) sınıflandırmasını güncelledi*.

***Çeviri editörünün notu:** Yüksek kan basıncı tanı ve tedavisinde güncel yaklaşım için 2017 AHA, 2018 ESC ESH, 2023 ESH veya 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu' nu tercih ediniz.

KUTU 8-8. Yetişkinler için Kan Basıncı Kategorileri (JNC 8)

Kategori ^a	Sistolik (mm Hg)		Diastolik (mm Hg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış KB	120–129	ve	<80
Evre 1 HT	130–139	veya	80–89
Evre 2 HT	≥140	veya	≥90

^aKB: kan basıncı (≥2 farklı zamanda elde edilen ortalama ≥2 dikkatli ölçüme dayalı). SBP ve DBP ölçümleri iki farklı kategoride olan hastalar daha yüksek KB kategorisinde değerlendirilir.

Sistolik ve diyastolik kan basınçları farklı kategorilere düştüğünde, daha yüksek kategoriyi kullanın. Örneğin 170/92 mm Hg, evre 2 hipertansiyondur; 135/80 mm Hg, evre 1 hipertansiyondur. İzole sistolik hipertansiyon da SBP ≥140 mm Hg ve DBP <90 mm Hg'dir

Ayağa kalktıktan sonra 3 dakika içinde sistolik basıncın 20 mm Hg veya daha fazla düşmesi, özellikle semptomların eşlik ettiği durumlarda ortostatik (postural) hipotansiyonu gösterir.

Muhakeme	Alternatifleri karşılaştırma ve değerlendirme süreci; gerçekliğe ve toplumsal geleneklere veya normlara dayalı olabilecek veya olmayabilecek değerleri yansıtır
Duygulanım (afekt)	Gözlenebilir, genellikle epizodik, ses, yüz ifadesi ve tavır yoluyla ifade edilen duygu tonu
Duygudurum	Bir kişinin dünya görüşünü belirleyebilecek daha kalıcı duygu (duygulanım ile duygudurum arasındaki ilişki hava durumu ile iklim arasındaki ilişkiye benzetilebilir)
Dil	Kelimeleri ifade etmek ve anlamak için karmaşık sembolik sistem; diğer zihinsel işlevleri değerlendirmek için mutlak gereklidir
Yüksek bilişsel fonksiyonlar	Kelime hazinesi, bilgi birikimi, soyut düşünme, hesaplamalar, iki veya üç boyutlu nesnelerin inşası ile değerlendirilir

Mental Durum Muayenesi altı bileşenden oluşur: görünüm ve davranış, konuşma ve dil, duygudurum, düşünce ve algılama, içgörü ve muhakeme ve bilişsel fonksiyon. Bu bileşenlerin her biri aşağıdaki bölümlerde tartışılacaktır.

Görünüm ve Davranış

Aşağıdakileri değerlendirin:

- Bilinç seviyesi. Uyanıklığı ve sözlü ve dokunsal uyaranlara karşı tepkiyi gözlemleyin (Kutu 9-5).
Normal bilinç, letarji, obtundasyon, stupor, koma
- Duruş ve Motor Davranış. Hareketlerin hızını, aralığını, karakterini ve uygunluğunu gözlemleyin.
Huzursuzluk, ajitasyon, tuhaf postür, immobilité, istemsiz hareketler
- Giyinme, Özbakım ve Kişisel Hijyen
Titizlik, ihmal
- Yüz İfadeleri. Dinlenme ve etkileşim sırasında değerlendirin.
Anksiyete, depresyon, sevinç, öfke ve parkinsonizmin yüz hareketsizliği
- Tavır, Duygulanım (afekt) ile İnsanlar ve Objelerle İlişkisi
Paranoyası olan hastalarda öfke, düşmanlık, şüphecilik veya kaçınma; maninin coşkusu ve öforisi; şizofreninin tekdüze duygulanımı ve mesafeliliği; depresyon ve demansın ilgisizliği ve künt duygulanımı

KUTU 9-6. Depresyon Taraması: Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9)

Uygulama

PHQ-9 hasta tarafından doldurulmalı ve bir uzman veya klinisyen tarafından puanlanmalıdır.

Hasta Sağlığı Anketi (PHQ-9)				
Dokuz Semptom Depresyon Kontrol Listesi				
İsim: _____ Tarih: _____				
Son 2 hafta içinde aşağıdakilerden ne sıklıkla rahatsız oldunuz?				
	Hiçbir zaman	Bir kaç gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen her gün
1. Bir şeyler yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü veya başarsız hissetmek ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmek	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmek	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmek veya konuşmak veya tam aksine normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır ve huzursuz olmak	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız daha iyi olacağı veya bir şekilde kendinize zarar verme düşüncesine sahip olmak	0	1	2	3
Sütun toplamı,			+	
Toplam Skor*,				*Sağlık kuruluşu için
10. Bu sorunlardan herhangi birini yaşıyorsanız bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı? (Cevabı: yuvarlak içine alınız)				
	Hiç Zorluk Yaratmadı	Biraz Zorluk Yarattı	Oldukça Zorluk Yarattı	Aşırı Derecede Zorluk Yarattı
0-4 arası bir puan depresif değil olarak kabul edilir; 5-9 hafif depresyon; 10-14 orta derecede depresyon; 15-19 orta şiddetli depresyon ve 20-27 şiddetli depresyon.				
PHQ-9 is adapted from PRIME ME TODAY™. PHQ Copyright © 1999 Plour Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME ME TODAY is a trademark of Plour Inc.				

Puanlama

Bir sütunda işaretlenen kutuların sayısını (#) sayın. Bu sayıyı aşağıda belirtilen değerlerle çarpın, ardından toplam puanı elde etmek için tümünü ekleyin. Olası aralık 0–27'dir. PHQ-9 puanını yorumlamak için aşağıdaki tabloyu kullanın.

- Not at all (#) _____ × 0 = _____
- Birkaç gün (#) _____ × 1 = _____
- Günlerin yarısından fazla (#) _____ × 2 = _____
- Neredeyse her gün (#) _____ × 3 = _____

Toplam skor: _____

YORUMA YARDIMCI PÜF NOKTALAR

TABLO 9-1. Somatoform Bozukluklar: Tipleri ve Belirtilere Yaklaşım

Hastalık Tipi	Tanısal Özellikler
Somatik semptom bozukluğu	Somatik belirtiler ya çok rahatsız edicidir ya da bu belirtiler nedeniyle aşırı ve orantısız düşünceler, duygu ve davranışlar sonucu işlevselliğin önemli ölçüde bozulmasına neden olur. Ağrı baskın ise semptomlar spesifik olmalıdır.
Hastalık anksiyetesi bozukluğu	Somatik semptomlar varsa bile çok hafif düzeydeyken, ciddi bir hastalığa sahip veya yakalanıyor olma endişesi.
Konversiyon bozukluğu	Psikolojik faktörlerin etiyolojik öneme sahip olduğunun düşünüldüğü, nörolojik veya klinik bir hastalığı taklit eden defisitlerin olduğu sendrom
Diğer klinik durumları etkileyen psikolojik faktörler	Acı çekme, ölüm veya sakatlık riskini artırarak bir klinik durumu olumsuz yönde etkileyen bir veya daha fazla klinik açıdan önemli psikolojik veya davranışsal faktör varlığı
Yapay hastalık	Bilinen bir hile ile bağlantılı olarak fiziksel veya psikolojik belirti veya semptomların tahrif edilmesi veya yaralanma veya hastalığa neden olunması. Birey, çıkar yokluğunda bile kendini hasta, sakat veya yaralı olarak sunar.
Diğer İlişkili Bozukluklar veya Davranışlar	
Beden dismorfik bozukluğu	Fiziksel görünümde gözlemlenemeyen veya başkalarına çok önemsiz görünen bir veya daha fazla kusur veya özür kaygısı
Disosyatif bozukluk	Bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın normal entegrasyonunda bozulma ve/veya kesiklik

Okurlara not: Ruh hali, kaygı ve psikotik bozukluklarla ilgili geçmiş baskılardaki tablolarla ilgili olarak, mevcut DSM-5 telif hakkı uyarınca, okuyucular daha ayrıntılı tanı bilgisi için DSM-5'e yönlendirilir.

MUAYENE YÖNTEMLERİ

Hastanın önünde durun ve masayı uygun yüksekliğe ayarlayın. Saç ve saçlı deriyi inceleyerek başlayın (Şekil 10-1).



ŞEKİL 10-1. Saçlı deriyi görünür hale getirmek için saç ayrıştırılır.

Alın, göz, göz kapakları, konjunktiva, sklera, kirpikler ve kaşlar; burun, yanaklar, dudak, ağız boşluğu, çene ve ön boyun dahil olmak üzere baş ve boyun incelenir (Şekil 10-2'den 10-4'e dek).



ŞEKİL 10-2. Dermoskop (veya dermatoskop) ile alındaki bir lezyonun incelenmesi.

OLASI BULGULAR

Alopesi veya saç kaybı diffüz, yamasal veya total olabilir. Yaşlanma ile birlikte erkek ve kadın tipi saç dökülmesi normaldir. Alopesi areatada fokal yamasal ani dökülme görülebilir. Skar bırakan alopesiler dermatoloğa yönlendirilmelidir.

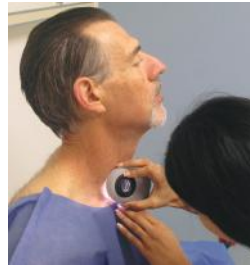
Seyrek saç hipotiroidizmde, ipeksi saç hipertirodizmde görülür.

Bakınız Tablo 10-7, saç dökülmesi sayfa 171-173.

Yüzde bazal hücreli karsinoma bulgularını kontrol edin. Tablo 10-4, Pembe lezyonlar: Bazal Hücreli Kanser ve Taklitçileri, sayfa 166.



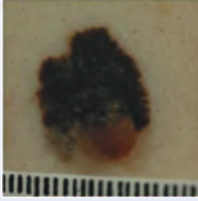
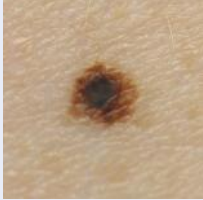
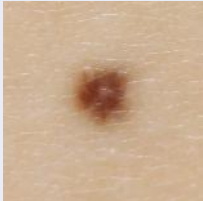
ŞEKİL 10-3. Yüz ve kulakların incelenmesi.



ŞEKİL 10-4. Dermoskop ile ön boyunda yerleşen lezyonun incelenmesi.

KUTU 10-3. ABCDE Kuralı

Eğer 2 veya daha fazla ABCDE kriteri mevcut ise melanoma riski artmaktadır, biyopsi düşünülmelidir. Bazıları agresif nodüler melanoma tanısı için EFG kurallarının eklenmesini önermektedir.

	Melanoma	Benign Nevus
Asimetri (Asymmetry) Benin bir tarafı diğer tarafı ile kıyaslanır		
Sınır düzensizliği (Border irregularity) Özellikle pütürlü, çentikli veya soluk ise		
Renk çeşitleri (Color variations^{d)}) İki renkten fazla, özellikle mavi-siyah, beyaz (regresyona bağlı pigment kaybı) veya kırmızı (anormal hücrelere bağlı inflamatuvar yanıt)		
Çap > 6 mm (Diameter) Yaklaşık olarak silgi boyutu		

(devamı)

TABLO 10-2. Ek Primer lezyonlar: Püstül, Furonkül, Nodül, Kist, Kabarcık, Tünel

Püstül: Küçük palpe edilebilen ve beyaz görünen nötrofil veya keratin koleksiyonları



~Yanaklarda bilateral 15-20 adet püstül ve akneiform papül; akne vulgaris

Furonkül: İnflame kıl folikülü, çok sayıda furonkülün birleşmesi ile karbonkül oluşur



Alında 2 büyük (2 cm) fluktuasyon vermeyen furonkül; furonkülozis (Not: fluktuan derin enfeksiyonlara abse denir)

Nodül: Papülden derin ve büyük

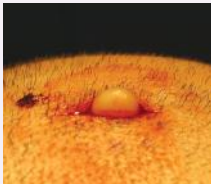


Uyluk lateralinde tek, mavi-kahve, 1.2 cm boyutunda, gamze bulgusu pozitif ve etrafı hiperpigmente olan sert nodül; dermatofibrom



Göğüs ortasında, önceden travma öyküsü olan bölgede, tek, 4 cm pembe ve kahverengi, skar benzeri nodül; keloid

Subkutan kitle/kist: Kistler fikse veya mobil olabilen, kapsüllü, içi sıvı veya yarı-solid olan lezyonlardır



Saçlı deri vertekste, 3 adet, 6-8 mm ve eksizyon sırasında içerisinden beyaz içerik çıkan subkutan kistler; pilar kist



Sol şakakta, tek, 9 cm, lastik kıvamında subkutanöz kistler; lipom

TABLO 10-6. Vasküler ve Purpurik Cilt Lezyonları (devamı)

Lezyon	Bulgular: Görünüm, Dağılım, Önem
Ekimoz 	■ Mor veya mor-mavi, zaman içerisinde yeşil, sarı ve kahverengiye solar; peteşiden daha büyük; yuvarlak, oval veya irregülerdir ■ Dağılımı değişikdir ■ Kanın damar dışına çıktığı durumlarda görülür; genellikle travma veya morarmaya sekonderdir; kanama bozukluklarında da görülebilir.

*Bunlar kırmızı veya mavimsi görünen telanjiektaziler veya genişlemiş küçük damarlardır.

Fotoğrafların kaynakları: Spider Angioma – Resim Stedman'dan alındı; Peteşi/Purpura – Kelly WN. Textbook of Internal Medicine. JB Lippincott; 1989.

TABLO 10-7. Saç Dökülmesi

Generalize veya Diffüz Saç Dökülmesi

Erkeklerde, frontal saç çizgisinde gerileme ve posterior vertekste incelleme arayın; kadınlarda ise, frontal saç çizgisinde gerileme olmadan taç bölgesinden başlayan yayılma paternine dikkat edin.



Erkek tipi saç dökülmesi (MPHL)



Kadın tipi saç dökülmesi (FPHL)

devamı

- Tonsiller (jugulodigastrik)—mandibulanın açısını palpasyonla muayene edin
- Oksipital—kafatasının tabanının posteriorunda palpasyonla muayene edin
- Anterior süperfisyal servikal—sternokleidomastoidin (SKM) önünde ve üzerindeki bu lenf nodları için palpasyonla muayene edin
- Posterior servikal—trapezin ön kenarı boyunca palpasyonla muayene edin
- Derin servikal zincir—SKM kasının derinindedir ve sıklıkla muayene ile ulaşılamaz
- Supraklaviküler—klavikula ile SKM kasının oluşturduğu açının derininde palpasyonla muayene edin

Trakeanın pozisyonunu inpeksiyonla inceleyin ve palpasyonla muayene edin.

Boyun kitlesi veya pnömotoraks nedeniyle yer değiştirmiş (deviye olmuş) trakea

Tiroid bezini inspeksiyonla muayene et:

- İstirahat anında
- Hasta su içerken

Hastanın arkasından tiroid bezini palpasyonla muayene et, istmus, önce bir lobu (sağ veya sol) ve sonra diğer lobu

Guatr, nodüller, tiroiditin hassasiyeti.

Bakınız Tablo 11-1, Tiroid Bezinin Anormallikleri, s. 182.

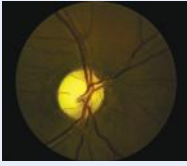
- İstirahat anında
- Hasta su içerken (Şek. 11-1)



ŞEKİL 11-1. Yutma esnasındaki büyümüş tiroid bezi

BULGULARIN KAYDEDİLMESİ

Başlangıçta bulgularınızı açıklamak için cümleler kullanabilirsiniz; zamanla kısa ifadelerle bulgularınızı anlatabilir hale geleceksiniz. Aşağıdaki kutuda çoğu raporda kullanmaya uygun ifade örnekleri verilmiştir

Optik Atrofi

Optik sinir liflerinin
ölümüyle küçük
disk damarları
kaybolur

Disk beyaz görünür
Disk damarları kaybolmuştur

- Arterler, venler ve arteriovenöz çaprazlaşma alanları
- Retinal lezyonlar
- Makula
- Daha önde görülen yapılar

Hipertansif değişiklik olarak arteriovenöz çentikleşme ve arterlerde bakır tel görünümü

Hemoraji, eksuda, atılmış-pamuk manzarası, mikroanevrizmalar, pigmentasyon. Tablo 12-4'teki diyabetik retinopatide görülen değişiklikleri inceleyin (s. 198).

Maküler dejenerasyon

Vitre içerisindeki uçsarı cisimler (floaters), katarakt

KUTU 12-3. Optik Disk ve Retina Muayenesi İçin İpuçları

- *Optik diskin yerini belirleyin.* Yuvarlak sarımsı-turuncu yapıyı arayın.
- Optik diski keskin olarak görebildiğiniz odak noktasını ayarlayın. Eğer yapılar bulanık görünüyorsa en keskin görüntüye ulaşana kadar odaklama çarkını döndürün.
- Optik diski inceleyin. Aşağıdaki özelliklere dikkat edin:
 - *Disk sınırlarının keskinliği ya da netliği*
 - *Disk rengi*
 - Disk merkezindeki fizyolojik çukurluğun boyutu (genişlemiş çukurluk kronik açık açılı glokomdan kaynaklanabilir)
 - Diskin orta kısmından çıkan retinal venlerdeki pulsasyon (kafa travmasında ya da menenjitte artmış kafa içi basıncına ikincil olarak venöz pulsasyon kaybı olabilir)
- *Retinayı inceleyin.* Arter ve venleri ayırt etmek için aşağıdaki bulguları kullanın.

	Arterler	Venler
Renk	Açık kırmızı	Koyu kırmızı
Boyut	Daha küçük (venlerin yarıçapının 2/3 ile 3/4'ü kadar)	Daha büyük
Işık refleksi (yansıması)	Parlak	Farkedilemeyecek kadar az ya da yok

devamı

TABLO 12-2. Göz Kapaklarının Fizik Muayene Bulguları

Ptozis. Kas ya da sinir hastalığına bağlı olarak üst göz kapağının düşmesi ve palpebral aralığın daralmasıdır



Ektropion. Alt göz kapağı kenarının dışa doğru dönmesi ve palpebral konjonktivanın açığa çıkmasıdır



Entropion. Alt göz kapağı kenarının içe doğru dönmesidir. Bunun sonucunda kornea ve konjonktiva hasarlanabilir.



Kapak retraksiyonu ve ekzoftalmus.

Üst göz kapağı ve iris arasındaki skleranın görünebilir hale geldiği, göz kapaklarının tamamen açılmasıyla oluşan bakış, hipertiroidizmi düşündürür. Retrakte olmuş göz kapakları ve gözler yukarıdan aşağıya hareket ettirildiğinde göz kapaklarının gecikmesi (lid lag) ile birlikte ince tremor, nemli cilt ve dakikada >90 kalp atış hızı hipertiroidizm olasılığını belirgin şekilde artırır.

Ekzoftalmus ise, göz küresinin dışarı doğru çıkmasını tanımlar ve otoreaktif T lenfositleri tarafından tetiklenen Graves oftalmopatisinin sık görülen bir bulgusudur.

👃 Burun ve Sinüsler

İnspeksiyon ve palpasyon:

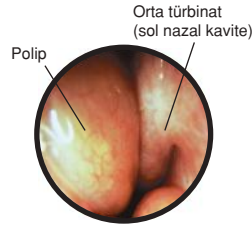
- Burnun dış kısmı

Nazal tip veya ala hassasiyeti özellikle şiş ve eritematöz bölgeler varsa furonkül gibi lokal enfeksiyonları düşündürür.

Spekulum ile inspeksiyon:

- Septum ve alt konkalari kaplayan nazal mukozanın rengi ve herhangi bir şişlik olup olmadığını not edin

Viral rinitte şiş ve kızarıklık; alerjik rinitte şiş ve soluk; polip (Şekil 13-2); kokain kullanımına bağlı ülser



ŞEKİL 13-2. Nazal polip

- Nazal septum pozisyonu ve bütünlüğü
- Frontal ve maksiller sinüs palpasyonu

Deviasyon, perforasyon

Akut sinüzitte hassas

BULGULARIN KAYDEDİLMESİ

Başlangıçta bulgularınızı tarfilemek için cümleler kullanabilirsiniz; sonra ifadeler kullanın. Bir sonraki kutu bunlara uygun ifadeler içermektedir.

Baş, Göz, Kulak; Burun, ve Boğaz (HEENT) Muayenesi kayıtları

Baş—Göz, Kulak; Burun, ve Boğaz (HEENT) Muayenesi kayıtları:

Baş—Kafatası normosefali/atravmatik. Frontal saç dökülmesi

Gözler—Görme keskinliği bilateral 20/100. Sklera beyaz; konjunktiva kızarıklık. Pupil 3 mm'den 2 mm'ye konstrikt, eşit derecede yuvarlak ve ışık ve akomodasyona reaktif. Disk kenarları keskin; hemoraji ve eksüda yok. Arteriol venöz oranı (AV oranı) 2:4; AV çentiklenme yok.

devamı

Ağız Kokusu

Ağız kokusu (halitoz), nefesteki hoş olmayan veya nahoş kokudur.

Nefesin kötü kokusunun en sık oral nedenleri kötü oral hijyen, sigara, diş taşı, ağız içi aplikasyonlardır.

MUAYENE YÖNTEMLERİ

Baş boyun Muayenesinin Kilit Noktaları

- Dudakların inspeksiyonu
- Oral mukoza inspeksiyonu
- Oral mukozanın palpasyonu (gerekli ise)
- Diş eti inspeksiyonu
- Dişeti sınırlarının ve interdental papillanın inspeksiyonu
- Dişlerin inspeksiyonu
- Sert damak ve ağız tabanının inspeksiyonu
- Hipoglossal sinir veya 12. kranial sinirin test edilmesi (dil protrüzyonundaki simetri)
- Dilin inspeksiyonu
- Dilin palpasyonu (gerekli ise)
- Yumuşak damak, anterior ve posterior pillar, uvula, tonsiller ve farenks inspeksiyonu
- Vagus, X. kranial sinirin test edilmesi (uvulanın simetrisi)

Ağız

İnspeksiyon

- Dudaklar
 - Siyanoz, solukluk, keilitis (dudak kenarlarının çatlaması) Bakınız Tablo 14-1, dudaklardaki anormallikler, sayfa 216, 217
- Oral mukoza
 - Aftöz ülserler
- Dişetleri
 - Diş eti iltihabı, periodontal hastalıklar
- Dişler
 - Çürükler, diş kayıpları
- Hard palate
 - Torus palatinus
- Dil
 - Glosit
 - 12.kranial sinir paralizi nedeni ile dilin bir tarafa doğru deviasyonu

TABLO 14-2. Dil Anormallikleri (devamı)



Varikoz damarlar. Yaşla ilişkili dilin altındaki yuvarlak koyu renk beneklerdir.



Aftöz ülser. Ağrılı küçük çevresinde kırmızı halosu olan beyaz renkli ülser- 7-10 gün içinde iyileşir



Sifilise bağlı mukozal yama. Hafif kabarık, oval şekilli gri membran ile kaplı lezyonlardır



Dilin veya ağız tabanının kanseri. Ağız tabanında veya ağız kenarında bulunan tüm nodül ve iyileşmeyen ülserlerde malignensi düşünülmelidir.

Fotoğrafların kaynakları: Dil çatlaması, kandidiazis, mukozal yama, lökoplaki, kanser- Robinson HBG, ve ark. Colby, Kerr, ve Robinson'nun Oral Patoloji Renkli Atlası. 5. baskı. JB Lippincott; 1990. Pürüzsüz dil/ atrofik dil- Jensen S. Hemşirelik Sağlığı Değerlendirmesi: En İyi Uygulama Yaklaşımı. 3.baskı. Wolters Kluwer; 2019. Figür 15-25. Coğrafik dil- Halk Sağlığı Hastalık Kontrol Merkezleri Şekil Kütüphanesi'nden; ID #16520. Tüylü lökoplaki- Halk Sağlığı Hastalık Kontrol Merkezleri Şekil Kütüphanesi'nden; Sol Silverman, Jr, DDS; ID #6061. Varikoz damarlar- Neville B ve ark. Klinik Oral Patoloji Renkli Atlası. Lea & Febiger, 1991.

Not edin:

- Yüz rengi
- Hız, ritim, derinlik ve solunum eforu Yetişkinlerde normalde 14 ile 20 soluk/dakikadır
- Supraklaviküler alanların inspiratuar çekilmesi
- Sternokleidomastoid kasların inspiratuar kasılması
- Hastanın göğüs duvarı şekli

Arka Göğüs Duvarı

Arka göğüs duvarını aşağıdakiler açısından inceleyin:

- Göğüs ekspansiyonunda asimetri
- Anormal inspiratuar interkostal çekilme
- Anormal inspiratuar interkostal çekilme
- Solunum hareketinde bozulma veya tek taraflı gecikme

Göğüs duvarını palpe edin:

- Hassas alanlar
- Görünür anormalliklerin değerlendirilmesi
- Göğüs duvarı ekspansiyonu (Şek. 15-4)



ŞEKİL 15-4. Akciğer genişlemesinin değerlendirilmesi

Dudaklarda ve ağız mukozasında siyanoz ve solgunluk; hipoksiye işaret eder

Takipne, hiperpne, Cheyne-Stokes solunumu. Bakınız Tablo 15-3, Solunum Hızı ve Ritmindeki bozukluklar s. 239.

Kronik obstrüktif akciğer hastalıklarında (KOA), astım, üst hava yolu tıkanıklıklarında görülür.

Şiddetli solunum güçlüğüne gös-
terir

Normal ya da fıçı göğüs (bkz. Tablo 15-4, Toraks Deformiteleri, s. 240-241)

Büyük plevral efüzyonlarda asimetrik ekspansiyon görülür.

Astım, KOAH, üst hava yolu obstrüksiyonlarında çekilme görülür.

Altta yatan akciğer veya plevra hastalığı, frenik sinir felci

Kaburga kırıkları

Kitleler, sinüs yolları

Ekspansiyonda bozulma, KOAH'ta ve restriktif akciğer hastalığında iki taraflı; akciğer ya da plevranın kronik fibrozisinde, plevral efüzyonda, lobar pnömone, çıkıkla ilişkili plevral ağrıda, tek taraflı bronş obstrüksiyonunda ve hemidiyafraz paralizisinde tek taraflı görülebilir.

Astım	Akut ataklar, sonrasında semptomsuz periyodlar, gece atakları sıkıdır	Alerjenler, iritan maddeler, solunum yolu enfeksiyonları, efor ve duygulanım değişiklikleri ↑ Tetikleyici faktörlerden uzaklaşılması ↓ İlişkili Semptomlar: Wheezing, öksürük, göğüste sıkışma
Difüz İnterstitiyel Akciğer Hastalıkları (<i>Sarkoidoz, neoplazm, asbestoz, idiyopatik pulmoner fibrozis</i>)	Progresif dispne, bağlı olduğu sebebe göre gelişme hızı değişebilir	Efor ↑ Dispne devamlı olabilmesine rağmen, dinlenme ile ↓ İlişkili Semptomlar: Sıklıkla halsizlik, yorgunluk; öksürük diğer akciğer hastalıklarından daha nadirdir
Pnömoni	Akut hastalık, zamanlama sorumlu etkene göre değişebilir	<i>İlişkili Semptomlar:</i> Her zaman olmak zorunda olmamasına rağmen plöretik ağrı, öksürük, balgam görülebilir
Spontan Pnömotoraks	Ani başlangıçlı dispne	<i>İlişkili Semptomlar:</i> Plöretik ağrı, öksürük
Akut Pulmoner Emboli	Ani başlangıçlı dispne	<i>İlişkili Semptomlar:</i> Sıklıkla yoktur; masif oklüzyon varsa retrosternal baskı tarzında ağrı; plöretik ağrı, öksürük, senkop, hemoptizi ve/veya unilateral bacak şişmesi ve tetiklenen derin ven trombozunun ağrısı; anksiyete

KUTU 16-8. American Diabetes Association 2017: Diyabetin Klasifikasyonu ve Tanısı – Tanı

Tanı kriteri	Diyabet ^a	Prediyaabet
HbA _{1c}	≥6.5%	5.7–6.4%
Açlık plazma glukozu (en az iki farklı ölçümde)	≥126 mg/dL	100–125 mg/dL
İkinci saat plazma glukozu (oral glukoz tolerans testi)	≥200 mg/dL	140–199 mg/dL
Klasik semptomlar mevcutsa herhangi bir zamanda ölçülen glukoz	≥200 mg/dL	

^aKlasik semptomlar mevcut değilse, tanıyı kesinleştirmek için anormal test sonucu mutlaka tekrar edilmelidir. Buna rağmen eğer iki test sonucu da anormal ise ek teste gerek yoktur.

Kaynak: American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S11–S24.

Dislipidemi. Kolesterol düşürücü tedavide esas hedef LDL'dir. USPSTF artmış KAH riski bulunan >35 yaş erkeklerle ve >45 yaş kadınlara sınıf A öneri düzeyiyle rutin lipid taraması önermektedir; ve diyabet, hipertansiyon, obezite, tütün ürünü kullanımı, nonkoroner ateroskleroz ya da erken KVH aile öyküsü mevcut olan erkek ve kadınların 20 yaşından itibaren sınıf B öneri düzeyiyle lipid metabolizması bozuklukları için taranmasını önermektedir. Güncel ACC/AHA kolesterol kılavuzu yüksek, orta yüksek ve düşük risk düzeylerinde statin tedavisi başlanması açısından kanıta dayalı öneriler sağlamaktadır. (Şekil 16-6) .

Metabolik Sendrom. Metabolik sendrom hem KVH hem de diyabet için artmış riski gösteren risk faktörlerini içermektedir. 2009 yılında Uluslararası Diyabet Derneği ve diğer cemiyetler tanı kriterlerinde aşağıdaki beş risk faktöründen herhangi üçünün mevcudiyeti şeklinde uzlaştılar: (1) artmış bel çevresi (nüfus ve ülke spesifik) (2) artmış trigliserid düzeyi (3) azalmış HDL kolesterol düzeyi (4) yüksek kan basıncı ve (5) artmış açlık plazma glukozu.

Diğer Risk Faktörleri: Sigara, Aile öyküsü ve Obezite. Sigara içmek KVH ve inme riskini sigara içmeyen ya da sigarayı >10 yıl önce bırakan eski sigara içicilerine kıyasla iki ile dört kat arttırmaktadır. Toplumdaki koroner arter hastalığı ilişkili yıllık ölümlerin üçte biri kadarı veya 120.000 ölümden fazlası sigara içimine atfedilmektedir. Yetişkinlerin %12'si 50 yaşından genç kalp krizi ya da anginayı içeren aile öyküsü bildirmektedir. Genç revaskülarizasyon aile öyküsü ile birlikte bu risk faktörü KVH ilişkili mortalite ve KAH için yaşam boyu artmış riskin %50'si

MUAYENE YÖNTEMLERİ

Periferik Vasküler Muayenenin Anahtar Bileşenleri

Kollar:

- Üst ekstremiteleri inspekte edin
- Üst ekstremiteleri palpe edin (Radyal nabız, brakial nabız, epitroklear lenf nodları)

Karın:

- İnguinal lenf nodlarını palpe edin
- Karnı palpe edin (aortik nabız ve genişliği (dolguluğu))
- Karnı oskulte edin (aortik, renal ve femoral üfürümler)

Bacaklar:

- Alt ekstremiteleri inspekte edin
- Alt ekstremiteleri palpe edin (femoral nabız, popliteal nabız, dorsalis pedis nabız, posterior tibial nabız, sıcaklık, şişlik)

Ek olarak, kan basıncı ölçümü, karotis arter, aorta, renal ve femoral arterler değerlendirme tekniklerini gözden geçirin:

- Her iki koldan kan basıncını ölçün (bkz. Bölüm 8, Genel Muayene, Vital bulgular, ve Ağrı syf. 116-121)
- Karotis arter vurusunu palpe edin, üfürüm açısından oskulte edin (bkz. Bölüm 16, Kardiyovasküler sistem, syf. 244-246)
- Aortik, renal, ve femoral üfürümler açısından oskulte edin; aortayı palpe edin ve maksimum çapını değerlendirin (bkz. Bölüm 19, Karın, syf. 304-307)

🦶 Kollar

Şunları inspekte edin:

- Boyut ve simetri, herhangi bir şişlik
- Venöz patern
- Cilt ve tırnakların renk ve yapısı

Lenfödem, venöz obstruksiyon

Görünür venöz kolletareller, şişlik, ödem ve üst ekstremitede DVT için renk değişikliği bulgusu

Raynaud hastalığında parmaklarda keskin sınırlı solukluk

TABLO 17-2. Ayak ve Ayak Bileklerinin Yaygın Ülserleri

Ülser	Özellikleri
Arteriyel yetersizlik 	Ayak parmaklarında, ayakta, veya muhtemel travma bölgelerinde lokalize. Nasır veya aşırı pigmentleşme yok. Atrofik olabilir. Nöropati ile maskelenmedikçe ağrı sıklıkla şiddetli. Muhtemel gangren. Azalmış nabızlar, trofik değişiklikler, ayak elevasyonu ile solukluk, sarkıtmada koyu kızarıklık.
Kronik Venöz Yetersizlik 	İç veya dış ayak bileğinde lokalize. Pigmente, bazen fibrotik. Ağrı şiddetli değil. Gangren yok. Ödem, pigmentleşme, staz dermatiti, ve ayağı sarkıtmada muhtemel siyanoz.
Nöropatik Ülser 	Diyabetik nöropatide olduğu gibi his kaybı olan bölgelerdeki bası noktalarında lokalize. Cilt nasırlı. Ağrı yok. (Farkedilmez duruma giderse ülser neden olabilir.) Genellikle gangren yok. Azalmış his, aşıl reflekslerinin yokluğu.

Fotoğrafların Kaynakları: Kronik Venöz Yetersizlik— Casa Nayafana'nın Shutterstock fotoğrafı; Arteriyel yetersizlik— Alan Nissa'nın Shutterstock fotoğrafı; Nöropatik Ülser- Zay Nyi Nyi'nin Shutterstock fotoğrafı

Karın

ANAMNEZ

Sık Görülen veya İlişkili Semptomlar

Gastrointestinal Sorunlar	Üriner ve Renal Sorunlar
■ Karın ağrısı, akut ve kronik ■ Hazımsızlık, bulantı, kusma, hematemez, iştahsızlık (anoreksia), erken doyma ■ Yutma güçlüğü (disfaji) ve/veya ağırlı yutma (odinofaji) ■ Barsak fonksiyonunda değişikliklik ■ İshal, kabızlık ■ Sarılık	■ Suprapubik ağrı ■ İdrar yapmada güçlük (dizüri), acil ve sık idrara çıkma ■ Aşırı idrara çıkma (poliüri) veya geceleri aşırı idrara çıkma (noktüri) ■ İdrar kaçırma ■ Kanlı idrar (hematüri) ■ Yan ağrısı ve ureteral kolik

Karın Ağrısı Mekanizmaları

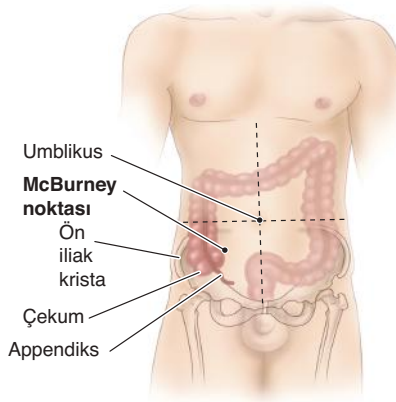
Üç geniş kategoriye aşına olmak gerekir (Kutu 19-1):

KUTU 19.1. Karın ağrısı kategorileri		
Viseral ağrı	■ Barsak veya biliyer ağaç gibi içi boş organlar alışılmadık şekilde kuvvetli kontrakte olduğunda veya şişkinleğinde veya gerildiğinde oluşur.	■ Lokalize etmek zor olabilir ■ Özelliği değişken; kemirici, yanma, kramp veya acı şeklinde olabilir ■ Şiddetli olduğunda terleme, solukluk, bulantı, kusma, huzursuzluk ile ilişkili olabilir

Sağ üst kadranda viseral ağrı alkolik hepatit gibi karaciğer distansiyonuna yol açabilecek çeşitli hepatit sebeplerine bağlı

devamı

Olası Apandisit Değerlendirmesi. Lokal hassasiyet için palpe edin; genellikle McBurney noktasında (Şekil 19-13).



ŞEKİL 19-13. Pelvis, çekum ve appendiksi gösteren McBurney noktasının yüzey projeksiyonu (Kaynak Honan L. Focus on Adult Health: Medical-Surgical Nursing. 2nd ed. Wolters Kluwer; 2019. Şekil 24-2.)

Muskuler rijidite için palpe edin.

Kadında pelvik muayene de dahil olmak üzere, rektal muayene yapın.

Lokal hassasiyet, özellikle apandiks retroçekal ise

Apandisit için özel manevralar

- **Rovsing bulgusu:** Sol alt kadrana derin ve düz bir şekilde bastırın. Sonra hızlıca parmaklarınızı geri çekin. Sol taraftan basınç uygulanınca sağ alt kadranda ağrı apandisit düşündürür (pozitif Rovsing bulgusu).
- **Psoas bulgusu:** Hastanın sağ dizinin hemen üstüne ellerinizi yerleştirin. Hastadan sağ uyluğunu kaldırmasını isteyin. Ya da, hastadan sol tarafına dönmesini isteyin. Sonra hastanın psoas kasını germek için sağ bacağına kalçadan ekstansiyona alın. Psoas kasının irritasyonuna bağlı ağrı inflame apandiks düşündürür (pozitif psoas bulgusu).
- **Obturator bulgusu:** Dizler bükülü haldeyken, hastanın internal obturator kasını germek için uyluğunu kalçadan fleksiyona alın ve sol bacağı kalçadan iç rotasyon yaptırın. Pozitif obturator bulgusunda sağ hipogastrik ağrı, inflame apandiksle bağlı obturator kası irritasyonunu düşündürür.

- Prepisyum (eğer varsa, cildi retrakte edin)
 - Glans
 - Uretral mea (glansı komprese ederek meada akıntı varlığı incelenmeli)
- Palpe edilmesi gerekenler:
- Gözle görülür tüm lezyonlar
 - Penil shaft

Skrotum ve içerikleri

İncelenmesi gerekenler:

- Skrotum cildi
- Skrotum konturları
- İnguinal alanlar
- Her iki testisi palpe edin (Şekil 20-2), boyut, şekil ve kıvamını değerlendirin:



ŞEKİL 20-2. Testis ve epididim palpe edilir.

- Şişkinlik veya nodüller
- Hassasiyet
- Epididim

Fimozis , kanser

Balanit, şankr, herpes, sigil, kanser

Hipospadias, uretral akıntı

Peyronie hastalığı, şankr Uretra darlığı veya kanser

Bkz. Tablo 20-2, Penis ve Skrotumun Hastalıkları, s. 332.

Döküntüler

Herni, hidrosel, kriptorşidizm Fungal enfeksiyon

Bkz. Tablo 20-3, Testisin hastalıkları, s. 333.

Testis kanseri

Akut epididimit, akut orşit, spermatik kord torsiyonu, strangüle inguinal herni

Epididimit, kist

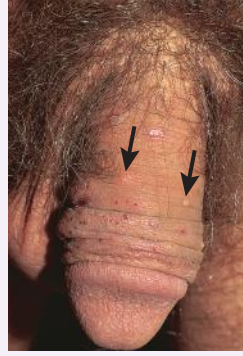
YORUMA YARDIMCI PÜF NOKTALAR

TABLO 20-1. Erkek Genital Organlarının Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonları



Genital Siğiller (Kondiloma Aküminata)

- Görünüm: Değişken şekillerde tekli veya çoklu papüller veya plaklar; yuvarlak, sivri veya ince ve narin olabilir. Ciltten kabarık, düz veya karnabahar benzeri (verrüköz) olabilir.
- Etken organizma: İnsan papilloma virüsü (HPV), genellikle 6, 11 alt tiplerinden; kanserojen alt tipler nadirdir, tüm anogenital siğillerin yaklaşık %5-10'u.
- İnkübasyon: Haftalar ila aylar; enfekte hastada görünür siğil olmayabilir.
- Penis, skrotum, kasık, uyluk, anüs üzerinde ortaya çıkabilir; genellikle asemptomatiktir, bazen kaşıntı ve ağrıya neden olur.
- Tedavisiz yok olabilir.



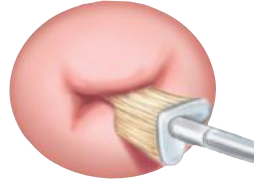
Genital Herpes Simplex

- Görünüm: Penis başı veya shaftı üzerinde 1-3 mm boyutlarında küçük dağınık veya grup halinde veziküller. Veziküler membran açılırsa erozyon olarak görünür.
- Etken organizma: Genellikle Herpes Simpleks Tip 2 (%90), çift sarmallı bir DNA virüsüdür.
- İnkübasyon: maruziyetten 2-7 gün sonra
- Birincil epizod asemptomatik olabilir; nüks genellikle daha az ağrılı, daha kısa süreli
- Ateş, halsizlik, baş ağrısı, artralji ile ilişkili; lokal ağrı ve ödem, lenfadenopati
- Genital herpes zosterden (genellikle dermatomal dağılımı olan yaşlı hastalarda) ve kandidiazis-den ayırt edilmesi gerekir.

Sitoloji numunelerini (Pap smear) alın:

Klinik belirti vermeden önce erken evre kanser

- Hem skuamöz hem kolumnar hücreleri toplamak için endoservikal bir süpürge (Şekil 21-5) ya da fırça ya da kazıma aleti (gebeler hariç)
- Ya da kadın hamileyse su ile nemlendirilmiş pamuk uçlu bir aplikatör kullanın



ŞEKİL 21-5. Endoservikal süpürge.

Spekulumu geri çekerken vajinal mukozayı gözlemleyin.

Hamilelikte; vajinal kanserde (nadiren); *Candida*, *Trichomonas vaginalis*, bakteriyel vajinozis enfeksiyonlarında vajinal akıntı (bakınız Tablo 21-2, Vajinal Akıntı, p.350)

Bimanuel muayene yardımıyla palpe edin (Şekil 21-6)

- Serviks ve forniksler
- Uterus
- Sağ ve sol adneks (overler)

PID'de hareket eden servikte ağrı

Hamilelik, myomlar, hamileliğin erken dönemlerinde yumuşak isthmus (bakınız Tablo 21-4, Uterusun ve Uterin Myomların Pozisyonları, p.352)

Ovaryan kistler veya kitleler, salfinjit, PID, tubal gebelik



ŞEKİL 21-6. Serviks, uterus ve adneksin palpasyonu.

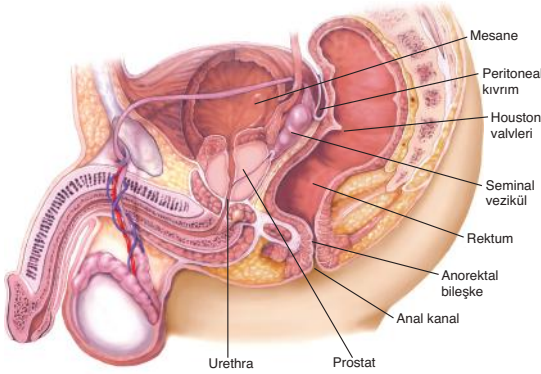
Anüs, Rektum ve Prostat

ÖYKÜ

Sık Görülen Semptomlar

- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik
- Dışkıda kan
- Dışkılama ile ağrı; rektal hassasiyet
- Anal siğiller veya çatlaklar
- Zayıf idrar akımı

Anorektal bölge ve çevresindeki yapılar hakkında bilgi edinin (Şekil 22-1).



ŞEKİL 22-1. Anüs ve rektum - sagittal görünüm.

Bağırsak Alışkanlıklarında Değişiklik

Bağırsak alışkanlıklarında veya dışkı boyutunda, kalibresinde herhangi bir değişiklik olup olmadığını ve herhangi bir ishal veya kabızlık olup olmadığını sorun.

Dışkı kalibresindeki değişiklik, özellikle kalem inceliğinde dışkı kolon kanseri konusunda uyarıcı olabilir.

KUTU 23-2. Sinoviyal Eklem Tipleri

Eklem tipi	Eklem şekli	Hareket	Örnekler
Sferoid (top ve soket) 	Konkav kavite içinde konveks yüzey	Geniş kapsamlı – fleksiyon, ekstansiyon, abduksiyon, adduksiyon, rotasyon, sirkumdüksiyon	Omuz, kalça
Menteşe 	Düz, planar	Tek düzlemde hareket; fleksiyon, ekstansiyon	El ve ayakların interfalangeal eklemleri, dirsek
Kondiler 	Konveks veya konkav	Ayrılabilir olmayan iki eklem yüzeyinin hareketi	Diz, temporomandibular eklem

ÖYKÜ**Sık Şikayetler**

- Eklem ağrısı
- Boyun ağrısı
- Bel ağrısı

- Önce baş parmak, sonra topukta yürü
- Bir ayak hafif bükülü iken, diğer ayak üstünde yerde zıpla. Bir sandalyeden kalkma veya tabureye çıkma belirtilen zıplama ve bükme yerine geçebilir.

Kortikospinal yol hasarı

Proksimal kalça kuşağı kuvvetsizliği düşmelerin riskini artırır.

Pozisyon Hissi veya Duruş

- Romberg testi yap (duruşun duysal bir testi). Hastadan gözleri açıkken ve sonra 20-30 saniye kapalı iken, bacaklarını birleştirerek durması istenir. Düşmeden korumak için hastaya yakın durulur.
- Pronator drift için gözlemlenir, hasta gözleri kapalıyken 20-30 saniye boyunca kollarını yukarıda tutar (Şekil 24-12).

Gözler kapalıyken denge kaybı pozisyon hissinde kayıp destekleyen pozitif Romberg testidir.

Kontralateral kortikospinal yol lezyonuna bağlı dirsekte fleksiyon ve pronasyon ve kolda aşağı düşme eğilimi (Şekil 24-13)



ŞEKİL 24-12. Pronator drift değerlendirme



ŞEKİL 24-13. Pronator drift test pozitifliği

- Hastadan kollarını kaldırması ve aşağıya hafifçe bırakması istenir. Pozisyona yumuşak dönüş olması normaldir.

Kuvvetsizlik, koordinasyon bozukluğu, pozisyon hissi bozukluğu

🧠 Duyu Sistemi

Sivri ve künt hissinin değerlendirmek için kırık pamuklu çubuğun sivri parçası gibi cisimler kullanabilirsin; aynı cisim başka bir hasta için kullanmayın. Vücudun iki tarafındaki simetrik alanları karşılaştırın. Muayene ritmini değiştirin ki hasta yalnızca tekrarlayıcı ritme yanıt vermesin.

Hemisensoriyel kayıp şekli bir kontralateral kortikal lezyonu gösterir.

TABLO 25-7. Erkeklerde Puberte Evrelemesi (Tanner Evreleleri)

Evre 1: Pubik Kıllanma: Pre-pubertal — karnın üzerinelere benzer ince tüyler hariç pubik kıllanma yok. **Genital: Penis, Testisler ve Skrotum:** Pre-pubertal— çocukluk çağındaki boyut ve şekliyle aynı.

Evre 2

Pubik Kıllanma: Özellikle penis tabanında uzun, hafif pigmente, tüysü, düz ya da sadece hafifçe kıvrılmış kılların büyümesi.

Genital

- **Penis:** Hafif büyüme ya da hiç büyüme yok
- **Testisler ve Skrotum:** Testisler ve skrotum daha büyük, cilt renginde hafif kızarma ve dokusunda değişme

Evre 3

Pubik Kıllanma: Simfiz pubis üzerinde seyrekçe, daha koyu, daha kalın ve daha kıvrımlı kıllar

Genital

- **Penis:** Özellikle boyca büyüme
- **Testisler ve Skrotum:** Büyüme

Evre 4

Pubik Kıllanma: Yetişkinlerde olduğu gibi kalın ve kıvrıkcık kıllar; 3. evredekinden daha büyük ancak yetişkinlerden daha az ve henüz uyluğa yayılmamış

Genital

- **Penis:** Glansta gelişmeyle birlikte hem genişlikte hem de boyca büyüme
- **Testisler ve Skrotum:** Büyüme, skrotal cilt renginde koyulaşma

Evre 5

Pubik Kıllanma: Yetişkin evre, kıllar uylukların medialine yayılır, ancak karın üzerine yayılmaz

Genital

- **Penis:** Yetişkin evre
- **Testisler ve Skrotum:** Yetişkin boyut ve görünümünde

BATES'in

Fizik Muayene ve Öykü Alma

Cep Kılavuzu

Dokuzuncu Baskı

Lynn S. Bickley, MG, FACP
Peter G. Szilagyi, MD, MPH
Richard M. Hoffman, MD, MPH, FACP
MİSAFİR EDITÖR: Rainier P. Soriano, MD

Doğru, verimli ve etkili bir fizik muayeneyi güvenle gerçekleştirin!

Bu kılavuz günümüzün önde gelen tıbbi fizik muayene cep kılavuzu olarak kabul edilmektedir.

Bu kısa ve pratik kaynak, takip etmesi kolay iki sütunlu bir format şeklinde düzenlenmiştir. Öğrenmeyi ve uygulamayı kolaylaştırmak için muayene yöntemleri sayfanın solunda, olası muayene bulguları ve ayırıcı tanılar ise hemen yanında sağda (kırmızı renkte) sunulmuştur. Bu kitaptaki uygulamalarda, yazarlar klinik değerlendirmenin önemine dikkat çekiyor; karar verme ve diğer temel değerlendirme becerilerinin her hasta etkileşiminde "biricik" olduğunu vurguluyor.

Temel Özellikler

- **YENİ! En etkili anamnez alma ve karar verme yaklaşımlarını sağlamanıza yardımcı olmak için hekim hasta ilişkisi** bileşenlerine genişletilmiş bir bakış sunar.
- **YENİ! Algoritmalar**, yaygın semptomları olan hastalar için yararlı başlangıç yaklaşımları sağlar.
- **YENİLENDİ! Yeniden yapılandırılmış Bölgesel Muayene bölümleri**, muayene yöntemleri ve sağlığın iyileştirilmesi ve danışmanlık konuları hakkındaki anlayışınızı geliştirir.
- **GÜNCELLENDİ! Fotoğraflar, çizimler ve referanslar**, en son kanıtla dayalı bilgilerle temel içeriği güçlendirir.
- **GÜNCELLENDİ! Numaralandırılmış metin kutuları**, klinik tabloların öne çıkan özelliklerine ve zorlu muayene yöntemlerinin ipuçlarına hızlı erişim sağlar.
- **Anormal durumların ayrıntılı ve bol resimli tabloları**, muayene ve klinik bilgileri gereğinde bulunması kolay, hızlı bir referans formatında gösterir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

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

İSTANBUL

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

KADIKÖY

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



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



ISBN: 978-975-277-979-2



9 789752 779792