



Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mesleksel Beceri Bloğu

ve

Klinik Uygulamalar

Tıbbi Hikaye

ve

Fizik Muayene

Pratik Soru Örnekleri ve Yanıtları

‘Eğitim Öğretim Koordinasyon Kurulu’nda görev alan öğretim üyeleri tarafından hazırlanmıştır. Geçmişten bugüne içeriğin oluşturulmasında ve düzenlenmesinde emeği geçen tüm öğretim üyelerimize teşekkür ederiz.’

İÇİNDEKİLER

Öğrenim Hedefleri	2
1. Bölüm: Erişkin	3
Tıbbi Hikaye	3
Fizik Muayene	4
Baş-boyun muayenesi	5
Lenf bezi muayenesi	7
Solunum sistemi muayenesi	7
Kalp ve damar sistemi muayenesi	8
Karın muayenesi	9
Nörolojik muayene	11
Eklem muayenesi	14
2. Bölüm: Çocuk	15
Tıbbi Hikaye	15
Fizik Muayene	19
3. Bölüm: Pratik soru örnekleri ve yanıtları	26
Sorular	26
Yanıtlar	
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	29
İç Hastalıkları	33
Genel Cerrahi	38
Kardioloji	40
Göğüs Hastalıkları	44
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	45
Dermatoloji	47

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Hasta hekim ilişkisi ve öykü alma becerisi

Anamnez Alma

Vital Bulgular

Antropometrik ölçümler

Genel Durum Değerlendirmesi

Muayene yöntemlerinin pratik uygulamaları ve becerilerin geliştirilmesi

Baş boyun muayenesi

Solunum sistemi muayenesi

Kardiyovasküler sistem muayenesi

Karın muayenesi

Genitoüriner Sistem Muayenesi

Lenfatik sistem ve romatolojik muayene

Lökomotor Sistem Muayenesi

Nörolojik Muayene

1. Bölüm Erişkin

Tıbbi Hikaye

Hastanın kimlik bilgileri tam olarak belirtilmeli (cinsi, ırkı, medeni hal, meslek, çocuklar, sosyal durum, yaşadığı yerler ve süresi, vb). Tercihen hastanın kendi cümleleri ile not edilmeli. Öykünün alınma tarihi, saati, hekimin ad ve soyadı mutlaka belirtilmeli,

Başlıca Şikayeti: Esas şikâyeti ve yeri tanımlanmalı (kısa ve öz olarak tanımlayıcı birkaç cümle ile),

Hikaye: Esas şikayetin hikayesi kapsamlı bir şekilde belirtilmeli (başlangıcı, şekli, seyri, süresi),

Esas şikayetiyle ilgili olabilecek, diğer tüm semptomlar birlikte sorgulanmalı,

Esas şikayetin bedensel fonksiyonlar ve faaliyetler ile ilgisi tanımlanmalı,

Esas şikayetin alevlenmesi ve düzelmesi (özellikle kronik hastalıklar için) tanımlanmalı,

Esas şikayet için kendiliğinden ya da hekim önerisi ile kullanılan ilaçlar var ise elde edilen etki ve sonuç detaylı olarak belirtilmeli.

Tüm bu veriler kronolojik bir süreç içinde anamnezde yer almalı.

Sistemlerin gözden geçirilmesi:

Sistem sorgusunda saptanan her bir bulgu detaylı sorgulanmalı (başlangıcı, süresi, gün içindeki değişimi, bedensel fonksiyonlar ve faaliyetlerle ilgisi). Esas şikayetle olası ilişkisinin olup olmayacağı tartışılmalı varsa detaylar not edilmeli.

- 1- **Deri, saçlar, tırnaklar:** Özelliklerindeki değişimler (örn; kuruluk, kepeklenme, kalınlaşma-incelme vb.), fotosensitivite, malar rash, diskoid döküntü, peteşi-purpura renk değişikliği, kaşıntı, döküntüler, yaralar, deri altı nodülleri.
- 2- **Baş:**
 - a. Gözler; görme keskinliğinde değişimler, kırma kusurları, fotofobi, çift görme, görme alanında daralma, skotomlar, yanma, batma, sulanma, göz kuruluğu.
 - b. Kulaklar; ağrı, akıntı, işitme azlığı, çınlama, baş dönmesi
 - c. Burun; burun kanaması, akıntı, tıkanıklık, hapşırık, koku duyusu değişiklikleri, sinüzit öyküsü.
 - d. Ağız ve boğaz; dişler, diş etleri, takma dişler, ağızda kuruluk, oral ülserler, dilde yanma ve ağrı, boğaz ağrısı, postnazal akıntı, ses kısıklığı ağız kokusu, ağız kuruluğu.
 - e. Baş ve yüz ağrıları, şekil, lokalizasyon.
- 3- **Solunum sistemi:** Öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı, dispne.
- 4- **Dolaşım sistemi:** Efor dispnesi, ortopne, paroksizmal nokturnal dispne, angina pectoris, çarpıntı, siyanoz, kladikasyo intermittans, senkop, ödem, varis.
- 5- **Sindirim istemi:** İştah, yutma güçlüğü, retrosternal yanma, bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik, hematemez, hematokezya, melana, dışkılama alışkanlığı, gaita inkontinansı, dışkının özellikleri, sarılık. Karın ağrısı için; ağrının karakteri (yeri, şiddeti, karakteri, paterni). Ağrının seyri (başlangıç, sıklık, süresi, artması). Azaltan / artıran nedenler (pozisyon, yemek, aktivite, ilaçlar). Beraber olan belirtiler / semptomlar bulantı, kusma, ateş, titreme, iştahsızlık, kilo kaybı, öksürük, nefes darlığı, disüri, Bağırsakbağırsak fonksiyon değişiklikleri (diyare, konstipasyon, obstipasyon, hematokezya, melana).

- 6- Üriner sistem:** İdrar sıklığı (oligüri-anüri-pollaküri), poliüri, günlük idrar miktarı, noktürü, idrar inkontinansı, hematüri, idrar yaparken yanma, damlama, idrar yapmada zorluk, idrar çapında azalma, idrarı uzağa atamama, yan ağrısı ve kolik.
- 7- Üreme sistemi:**
- Kadın; menarj yaşı, adet düzeni, son adet tarihi, dismenore, gebelikler, düşükler, ağrı, vaginal kanama, ağrılı koitus, vaginal akıntı, kaşıntı, genital bölgede yara, libido.
 - Erkek; Akıntı, libido, impotans, fertilité, genital bölgede yara.
- 8- Kas iskelet sistemi:** Kas ağrısı, kaslarda erime, kemik ağrısı, kas güçsüzlüğü; eklemlerde şişlik, kızarıklık, ısı artışı, hareket kısıtlılığı, kilitlenme, boşalma, krepitasyon, sabah tutukluluğu ve süresi; Reynaud fenomeni, şekil bozuklukları, yürüme bozuklukları, ağrı yeri, süresi, karakteri(migratuvar, intermittant vb.), şiddeti, yayılımı, aktivite ile olan ilişkisi, gece ağrısı, sıcak-soğuk ilişkisi tanımlanmalı. Eşlik eden nörolojik bulgular varsa (uyuşukluk ve kuvvetsizlik) detayları ile kaydedilmeli.
- 9- Sinir sistemi:** Baş ağrısı, baş dönmesi, duyu değişikliği (hipoestezi, parastezi, hiperestezi), kuvvet kaybı, konuşma bozuklukları, senkop, epilepsi nöbeti, ataksi, tremor.
- 10- Hematopoietik sistem:** Anormal kanamalar ve ciltte kolay morarmalar, kansızlık ve kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, lenf bezi büyümesi.
- 11- Metabolik ve endokrin sistem:** Kilo alımı veya zayıflama, terleme, sinirlilik, polifaji, polidipsi, poliüri, kıl dağılımı ve miktarında değişme.
- 12- Ruhsal öykü:** ruhsal sıkıntılar, ruhsal yönden travmatik olabilecek yaşam öyküsü, uyku düzeninde değişme.

Özgeçmiş: Geçirdiği önemli hastalıklar, yaralanma ve kazalar, ameliyat ve hastaneye yatma, alerji öyküsü sorgulanmalı.

Kişisel Hikaye:

- alışkanlıklar(Alkol-sigara-uyuşturucu vb) (detayları açıkça belirtilmeli)
- kullandığı ilaçlar: :(varsa detaylı tanımlanmalı)
- meslek hikayesi:(önceden çalıştığı işler ve süresi, son çalışmakta olduğu iş)
- medeni durumu, eşinin ve çocuklarının sağlık durumu, eşiyle olan ilişkisi
- sosyal öykü, iş yaşamı, çalışma arkadaşları ile ilişkisi, eğitim durumu, geliri.

Soygeçmiş:

Anne, baba, kardeşlerin şu anki sağlık durumları belirtilmeli (örneğin sağ ve sağlıklı), geçirdikleri hastalıklar, ölmüşlerse ölüm nedenleri belirtilmeli.

Ailede artrit, alerji, kanser, diyabet, kanama eğilimi, hipertansiyon, böbrek hastalığı, migren, epilepsi, mental hastalık, tüberküloz, koroner arter hastalığı varsa belirtilmeli.

Fiziksel Muayene

Muayene sırasında hastanın sağında durulmalı, hasta muayene edilecek bölgeye göre uygun bir şekilde soyulmalı ve pozisyon verilmelidir. Hekim ellerinin soğuk olmamasına özen göstermelidir.

Yaşamsal Bulgular: Kan basıncı, nabız (hız, düzen, karakter), solunum tipi ve sayısı, ateş, ağırlık, boy ölçülür ve detayları ile birlikte kaydedilir.

Hastanın Genel Gözlemi:

- Genel durum değerlendirilmesi (iyi-orta-kötü)

- b-** Mental durum; bilinç, orientasyon, hekimle iş birliği, duygusal durum (depresyon, öfori, öfke, korku, ilgisizlik, vb.), zeka durumu, bellek, algılama, tutum ve davranış biçimi (saldırganlık, aşırı hareketlilik, mimikler, jestler, katatoni) değerlendirilir.

Cilt Muayenesi: Cilt muayenesinin iki ana unsuru olan inspeksiyon ve palpasyon ile cilt muayene edilir. Cilt muayenesinde mümkünse gün ışığından ya da kuvvetli bir ışık kaynağından faydalanmak gerekir.

Deri; renk, pigmentasyon, cilt döküntüleri, purpura, spider nevü, nodüller, derinin yapısal özellikleri (yumuşaklık, kuruluk, kabalık vs) ve bedensel kılınma özellikleri açısından değerlendirilir. Lezyonların anatomik lokalizasyonları ve dağılım özellikleri, lezyonların düzeni, lezyonların tipi (makül, papül, nodül, vezikül) ve renkleri not edilmelidir. Lezyonlar deri seviyesine, çaplarına ve deri seviyesinden yüksek olanların içeriklerine bakılarak doğru tıbbi terminolojiler kullanılarak nedenlerine göre tanımlanırlar. Deri ısısını değerlendirmek için parmakların sırt kısmı kullanılabilir. Isı artışı ile birlikte renk değişimi gösteren bölgeler tespit edilebilir.

Ekstremitelerde inspeksiyonla Reynaud atağı, eritromelalji, livedo retikularis, eritema nodozum, psöriatik lezyonlar, cilt sertliği, sklerodaktili araştırılmalıdır.

Baş Boyun Muayenesi:

Baş: inspeksiyon ve palpasyon eşliğinde muayene yapılarak kaydedilir.

- a- kafatası; deformite, çökme, ekzostoz, kafatası büyüklüğü ve şekilaçısından
- b- saç ve saçlı deri; saç dağılımı, saçların yapısal özelliği, saçlı deride duyarlılık, şişlikler, kepeklenme, parazitler (bit, pire vb) vb. açısından
- c- yüz görünümü (aydede yüz, maske yüz, malar rash, diskoid rash vb) ödem ve kitle açısından değerlendirilir.

Gözler: Exoftalmus, enoftalmus, göz kapaklarının durumu (pitozis, kapanma güçlüğü, ödem), skleraların durumu (sarılık, hemoraji), konjonktival durum (solukluk, peteşi, hiperemi vb.), korneal patolojiler (skar, ülserasyon, arkus senilis, vb.), pupillaların durumu (çapı, şekli, eşitliği, ışık refleksi ve akomodasyon), göz hareketleri, görme ve görme keskinliği, renk algılaması, nistagmus (spontan ve bakış nistagmusu), göz kapaklarında renk değişiklikleri (heliotrop rash?) açısından değerlendirilmelidir.

Görme keskinliğini değerlendirmek için Snellen kartı kullanılır. İyi ışıklandırılmış bir ortamda eğer hasta gözlük kullanıyorsa gözlük takmış olarak 6 m mesafeden görme keskinliği değerlendirilir ve kayıt edilir. Görme keskinliği değerlendirilirken bir kartın diğer gözün önüne konulması suretiyle ilgili gözün görme keskinliği değerlendirilebilir. Hastanın yakını görmesi değerlendirilmek isteniyorsa bu sefer yakın görmeyi değerlendirmek için hazırlanmış kartlar ile 25-30 cm mesafeden yukarıdaki kriterlere uygun şekilde yakın görme değerlendirilir.

Görme alanının değerlendirilmesi hekimin görme alanı ile karşılaştırılmak suretiyle yapılır. Hastanın hekimin gözlerine bakması istenir ve hekim kollarını iki yana doğru açarak (kollar hasta ile hekimin orta noktasında olacak şekilde) merkeze doğru yaklaştırılır ve parmağı fark ettiği nokta ile hekim kendi görme alanını karşılaştırır. Normalde hekim ve hastanın parmak hareketlerini aynı anda fark etmeleri beklenir. Hekim parmaklarını farklı noktalardan yaklaştırarak eğer var ise hastanın (ör. bitemporal heteronim hemianopsi) görme alan defektlerini tespit edebilir.

Göz kapakları; ödem, göz kapaklarında renk değişikliği (heliotrop lekesi), palpebral fissürlerin genişliği ve lezyon varlığı açısından değerlendirilir. Bir dil basacağı yardımı ile göz kapaklarını ters çevirip altında olası bir yabancı cisim ve lezyon açısından değerlendirme yapılabilir.

Hastanın konjonktiva skleralarını değerlendirmek için, başparmak ile alt göz kapağı nazik bir şekilde aşağı doğru çekilirken hastanın yukarı doğru bakması istenir. Bu şekilde sklera ve konjonktiva anormal damarlanma, renk değişimi (solukluk, sarılık), göz kapağındaki bezleri ilgilendiren lezyonlar (hordeolm, şalazyon) açısından değerlendirilmiş olur.

Pupillaların şekli, büyüklüğü, anizokori olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ayrıca direkt ve indirekt ışık refleksi değerlendirilir.

Hastanın ekstra oküler göz kaslarını ve bunlarla birlikte kranial sinirlerini muayene etmek için hastadan parmağınıza takip etmesini isteyiniz. Hastanın gözü ile (kafasını oynatmadan) sağa, sola, yukarı, aşağı doğru hareketleri takip edebildiğinden emin olunuz. En son olarak parmağınıza hastanın burnuna doğru yaklaştırarak konverjansı test edin.

Göz dibi muayenesi hem göz ile ilgili hastalıklarda hem de bazı nörolojik hastalıklar hakkında önemli bilgiler verir. Bu nedenle oftalmoskop ile göz muayenesi her hekim tarafından mutlaka yapılmalıdır. Özellikle papil ödem varlığının değerlendirilmesi kafa içi artışı ile giden bazı hastalıkların erkenden tanınması konusunda hekime yol gösterici olacaktır.

Kulaklar: Kulak kepçesi şekli ve yapısı (tofüs, psöriatik plaklar, anomali vb.), dış kulak yolu, kulak zarı, işitme değerlendirilir.

Otoskop yardımı ile hastanın dış kulak yolu (yabancı cisim, buşon, travma ve enfeksiyon) ve timpan membranı (perforasyon, enfeksiyon vb.) değerlendirilir. Otoskop yardımı ile dış kulak yolu ve timpan membran değerlendirilirken, bir elinizle kibarca hastanın kulak kepçesi yukarı doğru çekilirken, otoskop ve ucundaki spekulum kibar bir şekilde dış kulak yoluna yerleştirilir ve ilgili yapılar değerlendirilir. Ayrıca hastada işitmenin kabaca değerlendirilmesi için Weber ve Rinne testleri yapılır. Böylece işitme kaybı ile size başvuran hastada iletim tipi mi yoksa sensorianöral tip işitme kaybı mı olup olmadığı değerlendirilir.

Burun ve Sinüsler: Dış görünüm, septum, akıntı, kanama açısından değerlendirilmelidir. Hastanın başını hafifçe geriye doğru itin ve burun spekulumu ve iyi bir ışık kaynağı ile konkaları, septumu, nazal mukozanın rengini, polip varlığını, epistaksis oluşmuş ise kanama bölgesini değerlendirmek mümkün olur.

Sinüslerde hassasiyet varlığı frontal ve maksiller sinüslere palpe edilerek değerlendirilebilir.

Ağız ve boğaz: genel ağız kokusu, ağız hijyeni, dudakların durumu (renk, siyanoz, cheliosis, çatlaklar, yaralar vb), dişler (sayısı, çürükler, protez), mukoza ve diş etlerinin yapısı (ülserasyon, pigmentasyon, kanama), dilin yapısı (renk, papilla atrofi, büyüklük, deviasyon, tremor, ülserasyon, kitle, farenks ve tonsillerin yapısı, yumuşak damak hareketleri, Stensen ve Wharton kanal ağızları tanımlanarak kaydedilir. Tükrük bezlerinde şişlik, ağrı, hassasiyet; temporomandibuler eklemdede hassasiyet, çene hareketleri ile ağrı araştırılmalıdır

Boyun: Hareketler ve varsa kısıtlılık, damarlar (venöz dolgunluk, karotid arter pulsasyonu, anormal pulsasyon, trakeanın pozisyonu ve çekilme olup olmadığı, troid ve lenf bezi muayenesi parotis ve submandibuler glandların muayenesi eksiksiz yapılarak kaydedilir. Kitle varsa lokalizasyonu, kitlenin yapısal özellikleri kaydedilmeli. Boyun bölgesindeki cilt değişiklikleri (Şal belirtisi?) açısından incelenir.

Tiroid muayenesi: İnceleme ile boyun ekstansiyona getirilip tiroid gözlenir. Hasta yutkündürülerek (bazen bir yudum su içerken daha rahat gözlenebilir) tiroid hareketi gözlenir. Baş fleksiyona getirilip sternokleidomastoid kası gevşetilir ve tiroid ön veya arkadan palpe edilir. Bu sırada hasta yutkündürülür. Yutkunma sırasında tiroid dokusu palpe edilir ve nodül aranır. Tiroid oskulte edilerek trill olup olmadığı aranır. Palpasyonda ve oskültasyonda saptanan bulgular kaydedilir.

Lenf Bezi Muayenesi

Lenf bezleri işaret ve orta parmakların ucu ile palpe edilir. Lenf bezi muayenesinde ele gelen lenf bezlerinin boyutu, lokalizasyonu, sayısı, kıvamı, ağırlı olup olmadığı, hareketli veya sabit olup olmadığı, deriye fistülize olup olmadığı açık bir şekilde kaydedilir.

Baş-boyun bölgesinde palpe edilebilecek lenf bezi bölgeleri (okspital, post-auriküler, pre-auriküler, submandibüler, submental, ön servikal, arka servikal, supraklaviküler) uygun lokalizasyonlarda palpe edilip bulgular kaydedilir.

Baş boyun vasküler değerlendirme: Bu damarların muayenesi kardiyovasküler sistem muayenesi içinde yapılabileceği gibi bu noktada da yapılabilir. Boyun venöz dolgunluğunu (BVD) değerlendirmek için hasta 45 derecede arkaya yaslandırılmış olmalıdır. Boyun karşıya çevrilir ve BVD'nin üst sınırı tespit edilir. BVD'nin üst sınırı ile Luis açısı arasındaki düşey mesafe ölçülür. Karotisler bilateral ve mutlaka tek tek palpe edilmeli sonrasında bilateral oskulte edilmelidir. Normalde laminer akım formunda bir akım olduğu için karotislerin oskültasyonunda herhangi bir şey duymayı beklemeyiz ama ateroskleroz ile birlikte laminer akım formu türbülant akım formuna dönüşeceği için oskültasyon esnasında üfürüm duyulabilir.

Solunum Sistemi Muayenesi

Solunum sistemi muayenesinde hasta oturur pozisyonda iken toraksın arka kısmı, yatarken de ön kısmının muayenesi yapılabilir. Solunum sistemi muayenesinde sırasıyla inceleme palpasyon, perküsyon ve oskültasyon uygulanır.

İnceleme:

Muayene sırasında hastanın vücudunun üst yarısı çıplak ve uygun pozisyonda olmalıdır. Hastada nefes darlığı olup olmadığına (ortopne, takipne, interkostal çekilmeler vb), solunumun yüzeysel, derin veya hızlı olup olmadığına dikkat edilmelidir. Her iki akciğerin solunuma eşit olarak katılıp katılmadığı kontrol edilmelidir. Göğüs kafesindeki şekil bozuklukları (kifoza, skolyoza, vb), cilt rengindeki değişiklikler (siyanoz varlığı), horner sendromu bulguları, vena kava superior sendromu bulguları ve çomak parmak varsa not edilmelidir. Solunum dinamikleri (solunum sayısı, solunum paterni, patolojik solunum olup olmadığı, göğüs kafesi ve karın hareketlerinin uyumu) kontrol edilip kaydedilmelidir.

Palpasyon:

Önce incelemedeki anormal değişiklikleri palpasyonla kesinleştirmek gerekir. Göğüs kafesinde ağırlı yerler, cilt değişiklikleri, tümöral değişikliklere, subkutan amfizemle ilişkili krepatasyonlara bakılır ve bunların yerleri not edilir. Her iki hemitoraksın karşılaştırmalı bir şekilde ekspansiyonunu, önde iki el parmakları, göğüs yan duvarına yapıştırmak ve başparmakları da göğüs ön-orta noktasına, arkada ise; el parmakları yanda, orta parmaklar ise vertebra üzerine konmak suretiyle ölçülür. Eğer her iki hemitoraksta solunuma eşit katılıyor ise inspirasyon esnasında parmaklar birbirlerinden eşit miktarda ayrılacaktır. Mediasteninin

pozisyonu, trakeanın pozisyonu ile anlaşılır. Bu, trakea ile sternokleidomastoid kası iç kenarı arasındaki alan genişliğinin araya işaret parmağını yatay olarak konulup ölçülmesi ile yapılabilir. Toraks ile ilişkisinden ötürü özellikle supraklaviküler lenf nodlarına ayrıntılı olarak bakılır. Vibrasyon torasik değerlendirilip bulgular kaydedilir. Bunun için de hastaya titreşimi fazla kelimeler (on, onbir vb) yüksek sesle ve tekrar ettirilerek söylenir. Elinizin ulnar kısmını ya da el ayasını göğüs kafesinin üzerine koyarak hastanın tekrarladığı kelimeler esnasında ortaya çıkan vibrasyon açısından her iki hemitoraks karşılaştırılabilir.

Perküsyon:

Uygun perküsyon tekniği kullanılarak yapılır. Perküsyon yöntemi ile göğüs kafesi altındaki dokulardaki hava, sıvı ve solid cisimlerin ayırt edilmesi hedeflenir. Bunun için göğüs duvarına konan sol elin orta parmağının proksimal ve interfalangeal eklem arasındaki sahanın üst tarafına, sağ elin orta parmağının ucu ile vurulmalıdır. Perküsyon yapılacak parmak dışında elin diğer yapılarının göğüs kafesi ile temas etmediğinden emin olunmalıdır. Perküsyon sırasında elin hareketi bilekten olmalıdır. Supraskapular ve subskapular alanda interkostal aralıklara paralel, interskapular alanda interkostal aralıklara dik ve simetrik olarak yapılması ile elde edilen bulgular kaydedilir.

Kosta – diyafragmatik sinüsler inspiriumda ve ekspiriumda ayrı ayrı perküte edilerek sinüslerin açık veya kapalı olup olmadığı konusunda bilgi edinilir.

Oskültasyon:

Akciğerlerin oskültasyonu dikkati dağıtmayan sakin bir ortamda yapılmalıdır. Akciğerlerin oskültasyonunda, hastalar sakin bir şekilde, ağızdan ve ses yapmadan solumalı ve stetoskopun diafram kısmı kullanılmalıdır. Hastanın sık ve derin nefes alması sonucu alkaloz gelişebileceğinden dikkatli olunmalıdır. Amaç, solunumun inspirasyon ve ekspirasyon evrelerini iyi değerlendirmek ve ek seslerin hangi evrede ortaya çıktıklarını saptamaktır. Oskültasyonun simetrik yapılması ve toraks ön duvarının da oskulte edilmesi önemlidir. Saptanan ek sesler (ral, ronküs vb.) detayları ile kaydedilmelidir.

Kalp ve Damar Sistemi Muayenesi

Kalp muayenesi

Kardiyak muayene esnasında sıklıkla supin pozisyonu ya da yatak başının yaklaşık 30 derece kaldırılması faydalıdır. Bazı özel durumlarda hastanın sol lateral pozisyonu ya da hastanın öne doğru eğilerek muayene edilmesi hastalıklar hakkında ek bilgiler verebilir.

İnspeksiyon: Göğüs kafesinde görülebilecek anomaliler (Fıçı göğüs, güvercin göğsü, kunduracı göğsü, düz sırt sendromu gibi), iskelet anomalileri (ankilozan spondilit ,skolyoz)ve anormal pulsasyonlar (epigastrik ve kardiyak pulsasyonlar) saptanır ve kaydedilir.

Palpasyon: Amaç kalp ve büyük damarların hareketlerinin değerlendirilmesidir.

Küçük alanda lokalize hareketler, daha geniş alandaki hareketler ve thrill değerlendirmeleri parmak ucu, avuç içi veya proksimal metakarpal bölge kullanılarak değerlendirilir. Apikal vurunun yeri ve şekline bakarak değerlendirmeler yapılır (basınç yüklenmesi, volüm yüklenmesi, çift tepeli, hiperkinetik, diffüz zayıf apikal vuru gibi).

Perküsyon: Deneyimli ellerde kalp perküsyonu kalp büyüklüğünün ve şeklinin tayininde yardımcı olur. Sağ tarafta dıştan içe, sol tarafta sol omuzdan kalbe doğru ışınal, apekte dıştan içe yapılacak perküsyonla kalp büyüklüğü hakkında fikir sahibi olabiliriz.

Oskultasyon: Stetoskop yardımı ile kalp seslerinin ve üfürümlerin değerlendirilmesinde kullanılan ve kalp muayenesinin en önemli kısmını oluşturan muayene yöntemidir. Stetoskopun diafram kısmı yüksek frekanslı sesler için (S1, S2, sistolik üfürümler), çan kısmı ise düşük frekanslı sesler için (S3, S4, diyastolik üfürüm) kullanılır.

Kalbin bütün odakları bir düzen dahilinde dinlenmelidir.

(Mitral, Triküspit, Mesokardiyak, Pulmoner ve Aort odağı) Oskultasyon için Supin pozisyonu kullanılmakla beraber gereğinde oturma pozisyonu, sol lateral ve öne eğilme pozisyonu da kullanılabilir. Kalp seslerindeki değişiklikler (S1 ve S2'de şidetlenme, zayıflama veya çiftlenme, ek seslerin ortaya çıkması (S3, S4, açılma sesleri, klikler, perikardial knock gibi), işitilen üfürümlerin şiddeti, süresi, en güçlü duyulduğu odak, yayılımı, inspirasyona verdiği yanıt, pozisyonel değişiklikleri ve birtakım manevralardaki (çömelleme, valsalva veya amil nitrit gibi farmakoljil test) göstermiş olduğu değişiklikler değerlendirilerek hasta hakkında klinik ve hemodinamik sonuca ulaşmak için kaydedilir.

Damar sisteminin muayenesi

Kan Basıncı ölçümü: Kan basıncını ölçerken hastanın pozisyonu, kolun kalp seviyesinde olması, her iki koldan ölçüm yapılması, bazı özel durumlarda bacak tansiyonunun ölçülmesine dikkat edilmelidir.

Korotkof seslerini iyi değerlendirerek sistolik ve diyastolik kan basıncını doğru şekilde kaydetmek gerekir.

Arteriel nabız ve basınçlar:

Nabız muayenesi: Arterlerin değerlendirilmesinde en önemli muayene yöntemi palpasyon ve oskültasyondur. Nabız muayenesi boyundan başlayarak ayağa kadar bilateral olarak yapılmalıdır. Nabız hızı, nabız ritmine ve dolgunluğuna bakılarak kayıt edilmelidir. Nabız palpasyonuna göre saptanan değişiklikler (Sıçrayıcı, çift tepeli, düşük amplitüdü ve yavaş yükselen, paradoks, defisit, alternans, filiform nabız gibi) not edilmelidir.

Venöz basınç ve Pulsasyonlar:

Boyunda yüzeysel ve daha görünür venöz yapı olan external juguler vende "venöz pulsasyonlar" daha iyi görülüyor olsa da, boyun ven dolgunluğu kalbe vena cava superior aracılığıyla doğrudan (arada valv olmaksızın) bağlanarak sağ atriyum-dolayısıyla santral venöz basıncı en iyi yansıtan "İTERNAL JUGULER VEN" incelenerek değerlendirilir.

Boyun venöz basıncını değerlendirmek için hasta 45 derecede arkaya yaslandırılmış olmalıdır. Boyun karşıya çevrilir ve sağ taraftan "İTERNAL" juguler ven osilasyonunun üst noktası ile Luis açısı (sternal bileşkedeki açı) arasındaki dikey mesafe ölçülür. Bu maksimum 4.5 cm'yi geçmemelidir. Toplam venöz basınç sağ atrium ile Luis açısı arasındaki mesafe (normalde 5 cm'dir ve pozisyonla değişmez) + Luis açısı ile venöz osilasyon arasında ölçülen değerdir. Sonuç olarak venöz basınç maksimum değeri 9.5 cm'dir.

Venöz dolgunluğun olması, venöz basıncın artması veya anormal venöz pulsasyonların mevcudiyeti ("a" dalgasının belirgin hale gelmesi, iniş dalgalarının [x,y] belirginleşmesi veya silikleşmesi, pozitif sistolik pulsasyonun olması gibi) kaydedilir.

Periferik tibial ödem: Tibia üzerine bası ile değerlendirilir.

Karın Muayenesi

Muayene öncesinde iyi aydınlatılmış bir ortamda supin pozisyonunda ve kollarını her iki yana ya da göğüs kafesinin üzerine koyarak yatması ve dizleri orta derecede fleksiyona getirilerek karın kasları gevşetilip hasta muayene için hazır hale getirilir. Karnın ksifoid çıkıntından, simfisis pubise kadar kısmının açık olması gerekir. Hastanın mesanesinin dolu olması fizik muayenenin güvenilirliğini ve hasta konforunu bozabileceğinden öncesinde boşaltılmalıdır. Genel kural karın ağrısı olan bir hastada muayeneye ağrının olduğu yerden en uzak noktadan

başlayıp en son olarak ağrı olan bölgeyi değerlendirmek şeklindedir. Özellikle küçük çocuklarda daha önemli olmakla birlikte stetoskopun diafragma kısmının ve ellerimizin hastayı rahatsız etmeyecek ölçüde sıcak olmasını sağlamak hasta kooperasyonu açısından oldukça önemlidir. Muayene ederken topografik anatomiye hatırlamak önemlidir.

Karını topografik bölgelere ayırarak inceleme (hekimler karın bölgelerini ve organ dağılımlarını eksiksiz bilmeli muayene bulgularını bu doğrultuda kaydetmelidir) ;

Sağ üst kadrant; karaciğer, safra kesesi, duodenum, pankreas, sağ böbrek,

Sol üst kadrant; mide, dalak, sol böbrek, pankreas, kolonun sol fleksuru,

Sağ alt kadrant; çekum, apendiks, sağ over ve tuba,

Sol alt kadrant; sigmoid kolon, sol over ve tuba

Alt orta hatta ise; idrar kesesi ve uterus yer almaktadır.

İnspeksiyon:

Karın solunuma katılıp katılmadığı, skar dokusu, herni, kollateral oluşumların varlığı saptanır. Karın genel görünümü (diffüz şişlik, asimetri), cilt rengi ve lezyonları (ikter, hiperpigmentasyon, kıllanma, deri lezyonları vb.) saptanıp kaydedilir.

Oskültasyon:

İnspeksiyondan sonra, Bağırsakbağırsak hareketlerini artırmamak için palpasyondan önce oskültasyon yapılmalıdır. Dört kadrant ayrı ayrı dinlenmelidir ve herbir kadrant en az birer dakika dinlenerek Bağırsakbağırsak seslerini değerlendirilmelidir. Stetoskopun diaframı yavaşça karın üzerine yerleştirilerek oskültasyon yapılır. Abdominal aorta ve renal arter oskültasyonu yapılmalı ve saptanan patolojik bulgular (üfürüm) kaydedilmelidir

Perküsyon:

Karın perküsyonu ile timpan ses (içi boş organlardan gelen) ve matite (solid organlar ya da kitle ya da uygun matite dağılımda karında asit varlığını) ile patolojiler ayırt edilebilir. Perküsyonu epigastrik bölgeden başlayıp ışınal tarzda yaparak, karın boşluğunda organların yerini (büyümüş bir uterus, karaciğer ya da dalak) batında asit varlığı değerlendirilebilir.

Yüzeysel ve derin palpasyonlar ve rebound hassasiyet:

Palpasyona yüzeysel palpasyon yapılarak başlanmalı. Yüzeysel palpasyon ile ağrının lokalizasyonu, kas direncini, kitle varlığı ve yüzeysel organların durumu saptanır. Derin palpasyon, perküsyon bulguları ile birleştirilerek karın içi organların durumu ve varsa kitle-kitleler saptanmaya çalışılır. Rebound hassasiyet bakılarak karın içi patolojiler (hasta olan organın üstündeki peritonda inflamasyon oluşursa rebound hassasiyet saptanır) konusunda bilgi edinilmeye çalışılır. Hastanın ağrı hissettiği bölgeye yavaş fakat kontrollü bir şekilde bastırırken elin ani çekilmesi ile ağrı oluşması rebound hassasiyet konusunda bilgi verir. Bu muayene bulgusu parietal peritonda inflamasyon olduğunu düşündürür. Akut karın ağrısında; istemsiz kaslar defans, direkt ve indirekt rebound hassasiyeti, bölgesel veya yaygın olup olmadığı değerlendirilerek periton uyarımının göstergesi olarak değerlendirilir. Hasta obez ise bu durumda palpasyon esnasında diğer elde palpasyon yapan elin üzerine konularak beraber palpasyon uygulanabilir.

Karaciğer muayenesi

Karaciğer muayenesine, uygun palpasyon tekniği kullanılarak sağ inguinal bölgeden başlanır. Palpasyon solunum fazlarına uygun olarak yapılır. İspirasyon esnasında palpasyon yapan el yukarıya doğru hareket ettirilir ve karaciğerin alt kenarı hissedilmeye çalışılır. Muayene sonrası; karaciğer büyüklüğü, kenar özellikleri, kıvamı, yüzeyi, hassasiyeti olup olmadığı kaydedilir. Midklavikular hattan perküsyonla karaciğerin üst sınırı ve palpasyonla aynı hat doğrultusunda kot kavsini ne kadar geçtiği saptanıp toplam vertikal karaciğer boyutu hakkında karar verilir. Ayrıca karaciğerin oskültasyonu yapılarak üfürüm varlığı değerlendirilir. Karaciğerin üzerine doğru bastırılması ile juguler ven dolgunluğunda artma (hepatojüğüler

reflü) olması kalp yetmezliği gibi karaciğer konjesyonu yaratan durumların tespitinde yardımcı bir fizik muayene yöntemidir

Dalak muayenesi

Uygun palpasyon tekniği kullanılarak muayeneye sol inguinal bölgeden başlanır. Palpasyon solunum fazlarına uygun olarak yapılır. Traube alanının perküsyonu yapılır. Böylece perküsyon ve palpasyon ile dalağın büyüklüğü, büyük ise çentiğin tespiti, dalak kenar ve yüzey özellikleri, kıvamı, hassasiyeti konusunda bilgi sahibi olunur. Bulunan patolojik bulgular kaydedilir.

Böbrek muayenesi:

Böbrek loju palpasyonu ile böbreklerin durumu ve hassasiyeti konusunda bilgi sahibi olunur. Sağ böbreği palpe etmek için, sol el hastanın arkasına 12. kostaya paralel ve kostovertebral açığa ulaşacak şekilde arkadan böbreği yukarı doğru ittirirken, sağ el ile rektus kasının lateralinden böbreği her iki el arasında palpe etmeye çalışınız. Sol böbrek palpasyonunda hastayı sol tarafına yatırarak ya da dalak muayenesinde olduğu gibi palpe etmeye çalışabilirsiniz.

Mesane, overler ve uterus: Bu organlar normal koşullarda palpasyon ve perküsyonla fark edilemez. Glob vezikale (mesanenin idrar yapamamaya bağlı dolu olması durumu) veya her üç organda gelişecek tümörlerde palpasyon veya perküsyonla fark edilebilir. Bu tür durumlarda perküsyonla yönü aşağı bakan matite çizgisi şeklinde bulgu verirler.

Karın muayenesinde özel ağırlı noktalar, palpasyonla saptanıp yakınmalar ile ilişkisi belirlenir (McBurney, Murphy noktası gibi).

Asit muayenesi

Asit varlığında, asitin miktarı ile doğru orantılı olarak göbek çukuru ve karın yan oluklarının silinecek ve kurbağa karnı görünümünü ortaya çıkacaktır. Asitin nedenine bağlı olarak ek bulgular eşlik edecektir (karaciğer sirozunda kolletaral varlığı gibi). Ksifoidden başlayarak karın alt bölgelerine uzanan ışınal perküsyon yöntemi ile asit-kitle ayrımı yapılır (asitte açıklığı yukarı bakan matite çizgisi elde edilir). Yer değiştiren matite ve dalgalanma hissi de bakılarak asit konusunda detaylı muayene bulguları not edilir.

Baş boyun bölgesi dışındaki lenf nodlarının muayenesi; Aksiler, inguinal, epitrokleal lenf nodları uygun lokalizasyonlarında palpe edilir, palpe edilen lezyonun lenf bezi olup olmadığı ve varsa özellikleri kaydedilir.

Nörolojik Muayene

Nörolojik muayene mental durum muayenesi, kraniyal sinir muayenesi, motor sistem, refleks ve duyu muayenesi gibi bileşenlerden oluşur. Uygun muayene ile hastanın olası patolojisini ve santral ya da periferik sinir sinir sistemindeki lokalizasyonu konusunda önemli veriler elde edilir.

a) Mental Durum Muayenesi:

Mental muayene hastanın serebral fonksiyonlarının yeterliliğini göstermesi açısından oldukça önemlidir. Sinir sistemini ilgilendiren birçok hastalık durumunda mental durum muayenesi etkilenmektedir. Mental durum muayenesinde aşağıdaki parametreler değerlendirilir.

- *Mental Durum:*
Bilinç düzeyi

Kooperasyon
Orientasyon
Dikkat ve konsantrasyon
El kullanım baskınlığı
Entelektüel düzeyin saptanması

- *Kısa Ruhsal Gözlem*
Emosyonel Durum
Düşünce içeriği
Mental aktivite akışı
- *Yüksek kortikal Fonksiyonların Değerlendirilmesi*

b) Kranial Sinir Muayenesi

On-iki adet kranial sinir bulunur. Bu sinirlerin muayenesi ile patolojiler ile ilgili önemli bilgiler elde edilir.

- N. Olfactorius: Koku duyusunu muayene ederek fonksiyonu değerlendirilir. Gözler ve burun deliklerinden biri kapatılarak hastanın farklı kokuları tanıması istenir.
- N. Opticus: Bu sinirin fonksiyonu görme keskinliği, görme alanı ve göz dibi muayenesi ile değerlendirilir.
- N. Oculomotorius, N. Trochlearis ve N. Abducens: Bu sinirlerin muayenesi sıklıkla beraber yapılır. Bu sinirler gözün ekstrensek kaslarının motor hareketlerinden ve ayrıca göz kapağını yukarı doğru kaldıran kasın motor innervasyonlarını sağlarlar. N. Abducens, gözün laterale doğru bakmasını sağlarken, N. Trochlearis, medial deviyasyondaki gözün aşağı doğru çeker. Diğer göz hareketleri ve göz kapağının yukarı bakması işlemini N. Oculomotorius sağlar. Ayrıca direkt ve indirekt ışık refleksi, mesafe refleksi (konverjans) burada değerlendirilir.
- N. Trigemini: Yüzün vertekse kadar olan saçlı derinin ve ağız ve burun boşluklarının duyu innervasyonu ve çiğneme kaslarının motor innervasyonunu sağlar. Muayenesinde yüzün duyu, kornea refleksi ve çiğneme kasları değerlendirilerek yapılır.
- N. Facialis: Yüzük mimik hareketlerinden sorumlu kasların motor hareketleri, dilin 2/3 ön kısmının tat duyu ve parotis dışındaki tükürük bezleri, glandula lacrimalis ve ağız-burun mukozasındaki bezlere parasempatik innervasyon sağlar. Muayenesinde mimik kaslarının fonksiyonları değerlendirilir. Bu amaçla hastadan kaşlarını kaldırması, kaşlarını çatması, gözlerini sıkıca yumması, gülümser gibi dişlerini göstermesi istenir. Bu şekilde olası bir fasiyal paralizinin periferik kaynaklı mı? Yoksa santral kaynaklı mı olduğu konusunda önemli bilgiler elde edilir. Tad duyu değerlendirilmesi günlük pratikte sık kullanılmamaktadır.
- N. Vestibulocochlearis: Bu sinir denge ve işitme ile ilgilidir. Bu sinirlerin muayenesinde işitme bozukluğundan şüphelenilen hastalarda Weber ve Rinne testleri yapılır.
- N. Glossopharyngeus ve N. Vagus: Bu iki kranial sinir sıklıkla beraber değerlendirilir. Bu iki sinirin muayenesi, yumuşak damak hareketleri, posterior farinks duyu, farinks refleksi ve fonasyon/artikülasyon muayeneleri ile gözden geçirilir. Hastanın ağızı açtırılır ve hasta 'aa' sesi çıkarırken palatal arkların eşit olarak yukarıya doğru hareket

edip etmediği değerlendirilir. Ayrıca posterior farinkse dil basacağı ile dokunma farinks refleksi değerlendirilmeyi sağlar.

- N. Accessorius: Bu sinir ile sternokloid kas ve trapezoid kas innervasyonu sağlanır. Bu sinirin fonksiyonunu değerlendirirken bu iki kasın gücünü karşılaştırma yapılır. Lateral boyun fleksiyonunda sternokloid kas ve omuzun yukarı kaldırılması esnasında trapezoid kas gücü değerlendirilir.
- N. Hypoglossus: Dil kaslarını hareket ettiren sinirdir. Hastanın dilini dışarı doğru çıkardığında istemsiz hareket, deviasyon olup olmadığı. Ağızını kapattıktan sonra hastanın dili ile avurdunu itmesi söylenip yanakta palpasyonla gücünü test edebiliriz.

c) Motor Sistem Muayenesi

Motor sistem dört aşamada değerlendirilir. Kas tonusu, kas kuvveti, trofi ve istemsiz hareket muayenesi. Motor muayene inspeksiyon ile başlar. Herhangi bir asimetri, deformite, kas erimesi, kas hipertrofisi, kas fasikülasyonu ve istemsiz hareketler değerlendirilir.

Kas Tonusu; İstemli bir kasılma yokken kasta palpe edilen sertliktir. Kas tonusu pasif olarak eklemeleri hareket ettirerek ve iki tarafı kıyaslayarak muayene edilir.

Kas Gücü; Kas kuvveti 0 ile 5 arasındaki sayılarla derecelendirilir. Güçsüzlük varsa kaydedilir.

Derece	Kas gücü
0	Görünür kasılma yok
1	Hareket yok, görünür veya palpe edilebilir kasılma var
2	Yer çekimi elimine edildiğinde hareket var
3	Yer çekimine karşı hareket var
4	Yer çekimi ve harekete karşı hareket var
5	Yüke karşı belirgin direnç var

Kas Trofisi; İnspeksiyonla değerlendirilir. Atrofi ve hipertrofi değerlendirilir.

İstemsiz Hareket Muayenesi; Tremor, kore, ballismus, atetoz, distoni, mylonus, myokimi, fasikülasyon olup olmadığı değerlendirilir

d) Refleks Muayenesi

Refleks muayenesi üç kısımda yapılır. Derin tendon refleksi, yüzeysel refleksler ve patolojik refleksler.

Derin Tendon Refleksi (DTR); DTR'e simetrik bakılarak her iki ekstremitte kıyaslanır.

- Biceps Refleksi: Hekim antekubital fossada biceps tendonunu palpe eder ve palpe ettiği bölgede kendi parmağının üzerine olacak şekilde refleks çekici ile vurur. Bu şekilde dirseğin fleksiyon hareketi gözlenir.
- Stiloradial Refleks: brakiyoradial kasın tendonuna vurulur. Bunun için el bileğinden 5-6 cm proksimal bölgeye refleks çekici ile vurmak suretiyle değerlendirilir.
- Triseps Refleksi: triseps kasının tendonuna vurulur. Oturan hastada omuz abduksiyonda, ön kol dirsekten serbest bir şekilde sarkarken bakılır ve dirsek ekstansiyonu gözlenir.
- Patella Refleksi: Patella tendonuna vurulur. Muayene masasından ayakları sarkan bir hastada patellar tendon üzerine vurularak ya da supin pozisyonundaki hastada ayak ayak üstüne attırarak bakılabilir. Diz ekstansiyonu değerlendirilir.
- Aşil Refleksi: Aşil tendonuna vurulur. Hasta ayağını muayene masasında sarkıturken ya da supin pozisyonunda ayak dorsifleksiyona getirilir ve aşil tendon üzerine refleks çekici ile vurulduğunda plantar fleksiyon hareketi gözlenir.

Yüzeysel Refleksler;

- Karın cildi refleksi
- Cremaster refleksi

- Taban refleksi
- Anal refleksi

Patolojik Refleksler;

- Babinski İşareti: Ayak tabanının lateralinin topuktan parmaklara doğru çizilmesi ile ayak başparmağında dorsifleksiyon görülmesidir.
- Aşıl Klonusu
- Patella Klonusu
- El Bileği Klonusu
- Hoffmann Refleksi
- Palmomentel Refleks
- Yakalama Refleksi
- Emme Refleksi

e) Duyu muayenesi:

Yüzeyel Duyu:

- **Dokunma duyusu;** Ufak bir pamuk parçasını yüz ve bedenin her tarafına değdirerek muayene edilir. Hasta gözlerini kapar. Pamuğu her duyduğunda "evet" demesi istenir. "evet" demediği bölgelerde hipoestezi olduğu düşünülür.
- **Ağrı duyusu;** Muayene iğne ile yukarıda tanımlanan şekilde tekrarlanır.

Derin Duyu:

- Vibrasyon
- Pozisyon
- Derin Basınç Duyusu

Kortikal Duyular:

- Duysal lokalizasyon
- İki nokta ayırımı
- Grafestezi
- Stereognozi

f) Serebellar Muayene

Parmak- Burun Testi : İşaret parmağını burnuna ve hekimin parmağına ardı sıra değdirerek hareketi tekrarlar.

Ardısıra Hareket Testleri : Hastaya hızlı ardısıra hareketler yaptırılır.

Hasta yürütülerek ataksisi olup olmadığına bakılır (bir tarafa doğru yönelme).

Eklem Muayenesi

İnspeksiyon; Aksiyel iskelette duruş, yürüyüş bozukluklarına, hareket asimetriyelerine, boyun ve beldeki lordoz değişikliklerine, skolyoz veya kifoz varlığına bakılmalıdır.

Ekstremitelerde deformite (örneğin genu varum, genu valgum, genu rekurvatum, kontraktür), ekstremitte boyu farklılığı; kas atrofisi, şişlik, ciltte kızarıklık, cilt kalınlığı döküntü; parmaklarda sklerodaktili, digital ülserler, otoamputasyonlar; Dupuytren kontraktürü, tetik parmak, eklem çevresinde kemiksi çıkıntılar (Heberden, Bouchard nodülleri) veya yumuşak doku şişlikleri (sinovial hipertrofi, kistler, tofuslar.vb); eklemlerde şekil bozuklukları (kuğu boynu deformitesi, düğme iliği deformitesi, sosis parmak.vb) olup olmadığına bakılır.

Palpasyon; Eklemde ısı artışı, şişlik, hassasiyet, hareket kısıtlılığı, eklem bölgesi yumuşak doku şişlikleri, sinovial şişliklere bakılır. Dizde popliteal bölgede baker kisti, eklemde effüzyon (örneğin dizde patellar effüzyon=patellar şok) bakılır. Ağrılı nokta palpasyonla kontrol edilmeli, entezis bölgelerinde (lateral epikondilit, medial epikondilit, kosta-kondral eklem bölgeleri, aşıl tendiniti, calcaneit.vb) hassasiyet araştırılmalıdır.

Eklem hareketine pasif ve aktif olarak bakılır. Pasif eklem hareketlerinde ağrı, krepitasyon, hareket açıklığı (tam, kısıtlı, kontraktür) bakılırken, aktif olarak hastanın eklem hareketini yapıp yapamadığına bakılır ve patolojik bulgular kaydedilir.

2. Bölüm Çocuk

Tıbbi Hikaye

ÇOCUKLUK DÖNEMLERİ

Çocukluk dönemi fekondasyondan adölesan çağın sonuna kadar olan süredir. Çocuğun ya da bireyin sağlığı mevcut genetik potansiyeli ve çevre faktörünün karşılıklı etkileşimi sonucu oluşmaktadır. Büyüme ve gelişme aslında ayrı ayrı kavramlar olmakla birlikte nedenleri ve sonuçlarıyla birbirini etkileyen süreçlerdir.

Çocukluk dönemleri doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlere ayrılarak incelenmektedir.

I. Doğum Öncesi dönem (Prenatal dönem):

- a. Embriyonal dönem (0-8 hafta)
- b. Fetal dönem (8 haftalıktan doğuma kadar)

II. Doğum sonrası dönem (Postnatal dönem):

- a. Yenidoğan dönemi (0-4 hafta)
- b. Süt çocukluğu dönemi (1 ay – 12 ay)
- c. Oyun çocukluğu dönemi (1-3 yaş)
- d. Okul öncesi dönem (4-5 yaş)
- e. Okul çocukluğu dönemi (6-12 yaş)
- f. Puberte dönemi (kızlarda 10-18 yaş, erkeklerde 12-20 yaş)

Öykü alma (anamnez) işleminde, pediatri hastasının yetişkin hastaya göre en büyük şanssızlığı, öyküsünü çoğu zaman hastanın kendisi değil de bir başkasının anlatmasıdır. Bu durum öyküyü alan doktor için de zorluklar oluşturmaktadır. Özellikle süt çocuğu döneminde öykü, çocuğa bakan kişiden alınmadıkça eksik olarak düşünölmelidir.

Çocuk başka bir hastaneden yönlendirildiyse gönderen doktorun verdiği “epikriz” kağıdı istenmeli, daha önce yapılan tetkik ve tedaviler incelenmelidir.

Büyük çocuk ile işbirliği (kooperasyon) kurulabilir. Okul öncesi çocukta, ilgisini hoşlanacağı şeylere çekmekle ya da akıllıca sunulmuş bir oyuncak vs. ile işbirliği kurulabilir. Özellikle 2-4 yaş arası çocuk beğenilmeye meraklıdır ve dostluk yaratılabilir. Süt çocukluğunda (bebeklikte) ise bu ilişkiyi kurmak en zor durumdur. Bu nedenle bebeğin hoşlanacağı bir ortamda muayene etmek deha kolaydır.

Fizik muayenenin başlıca dört temel yöntemi: İnspeksiyon, Oskültasyon, Perküsyon ve Palpasyondur. Ayrıca aletlerle muayene yöntemleri sırası geldikçe uygulanır. Ancak fizik muayeneye araç kullanmadan başlanmalı ve ürkütücü olmamalıdır. Kan basıncı vücut ölçümleri, ağız içi ve kulak muayenesi küçük çocuklarda muayenenin sonunda, büyük çocuklarda ise başlangıçta yapılmalı sonra da yetişkinde olduğu gibi baştan aşağı sistematik muayene yapılmalıdır. Fakat bu sıra düzenine uyum göstermeyen çocukta sistemlerin sırası değişebilir.

PEDİATRİK ÖYKÜ ALMA

Dosyanın protokol numarası, hastanın adı, cinsiyeti, yaşı, ana-baba adı, ev adresi, telefon no, doğum yeri-ve ailenin geldiği yer, öykünün alınış tarihi, saati, doktorun adı, soyadı yazılmalıdır.

Hastanın yaşı: 2 günlüğe kadar olan bebeklerde saatlik, 2 aylığa kadar günlük, 2 yaşına kadar aylık not edilmelidir. 6 yaşına kadar buçuklu yıllar sonraki yaşlarda yıl olarak belirtilir. Örnekler: 2 saatlik, 18/365 gün (veya 18 günlük), 17/12 (veya 17 aylık), 2.5 yaş,9 yaş gibi.. Doğum tarihi/...../..... gün, ay, yıl olarak yazılır ve hesaplanır. Yeni girdiği yaş değil bitirdiği yaş dikkate alınır. Büyüme-gelişmenin devam ettiği çocukluk dönemlerinde 3, 6 aylık farkların bile çok önemi vardır. Hastanın cinsiyeti ile adı her zaman uyumlu değildir. Cinsiyet özel işaretlerle veya yazılı ifadelerle belirtilir.

Hasta büyük çocuk olup bir işte çalışıyorsa kaydedilmelidir. Hastanın doğum yeri ya da yaşadığı yer önemli ipuçları verebilir. Örneğin Karadeniz, Isparta, Burdur’da tiroid hastalıkları, ülkemizin güneyinde talasemi, kalaazar, Çukurova’da sıtma daha sık görülen hastalıklardır.

Pediyatrik öykü (anamnez) şu ana bölümlerden oluşur :

- Yakınma
- Öykü ve sistem soruları
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş

I-YAKINMA

Çocuğun doktora getiriliş nedeni sorulur. Öyküyü verenin kendi sözcükleriyle yazılır. Çocuğun esas yakınması, yetişkin hastanın aksine öyküyü veren tarafından iyice bilinmeyeceğinden verilen yakınmaların hepsi yazılır. Örneğin “ateş, öksürük, kusma, ishal ya da karın ağrısı, kusma, idrarının koyu renk olması” gibi.

II- ÖYKÜ

Çocuğun durumuna ilişkin bütün ayrıntılar sorulur. Kronolojik olarak istenir ve mişli geçmiş zaman diliyle yazılır. Örneğin “Hastanın 3 gün önce ateşi yükselmiş ve bugüne kadar aralıklı yükselmeye devam etmiş. İki gün önce kusma ilave olmuş Ateşi 39oC’ye kadar çıkıyormuş aralıklı yükselen ateş Parasetamol’e yanıt veriyormuş. Kusması fişkirir tarzda imiş ve yemekle ilgisi yokmuş” gibi cümlelerle anlatılır. Yakınmaların çıkış sıraları öğrenilir. “Bu hastalık ne zaman başladı” diye sorulur. Birden, yavaş giderek artan şiddeti, süresi, çeşitli etkenlerle ilgisi (yemekle, mevsimle, uyku, ilaç ve hareketle vs.) belirtilir. Akla gelen olası tanıya götüren ve uzaklaştıran belirtiler mutlaka sorulmalıdır.

Neonatal dönemde öyküye doğum anından başlanır.

Hasta sahipleri yeterli öykü veremeyebilirler. Bu nedenle hatırlatıcı sorular sorulur. En doğrusu her hastaya uyan ve açık uçlu yanıt verilebilecek soruları seçmektir.

Özellikle, düşündüğümüz hastalığın ayırıcı tanısına yönelik sorular sorulmalıdır. Kronik öksürüğü olan bir hastada “Ailede tüberküloz (verem) var mı?” gibi. Ateşle gelen bir hastada enfeksiyon odağına ilişkin sorular (burun akıntısı, kulak ağrısı, diş ve baş ağrısı, öksürük, kusma ishal, karın ağrısı, idrar yapma özellikleri) sorulmalıdır.

SİSTEM SORULARI

Öykünün sonunda doktorun düşündüğü ön tanıları destekleyen ya da uzaklaştıran sorular sorulur. Örneğin peteşi, purpura ile gelen hastada kanama diatezine dayalı sorular sorulmalıdır. Bu hastaya boğaz ağrısı, baş ağrısı, fotofobi gibi sorular gereksizdir. Sistem soruları prepödetik (hazırlık-ön bilgisi) esaslarına göre sorulmalıdır.

III –ÖZGEÇMİŞİ

Öykünün bu kısmında hastanın geçmiş hikayesi alınır. Aileyle ilişkili bilgiler burada sorulmaz ve yazılmaz.

Özgeçmiş: Kaçınıcı gebelik, kaçınıcı çocuk? (6.gebelik, 2.çocuk örneği, tek veya ikizlik)

Prenatal (Annenin hastamıza hamilelik dönemindeki hikayesini kapsar, diğer gebeliklerle ilgili hikayenin burada yeri yoktur)

Natal: Hastamızın doğum hikayesini kapsar

Postnatal:(Doğum sonrası ilk haftayı kapsayan erken postnatal hikayedir)

Psikomotor gelişim, Beslenme, Aşılar, Alerji, Parazitoz, PİKA,

Geçirdiği hastalıklar, kaza ve ameliyatlar:

Okul başarısı sorulur.

a) Prenatal : Gebeliğin başlangıcından doğuma kadar geçen süredir. İntrauterin yaşamda bebeği etkileyebilecek olaylar araştırılır. Annenin gebeliğinin nasıl geçtiği ve evreler sorulur.

- Gebelik kusmaları, beslenme
- Gebelik kanamaları
- Annenin kronik hastalıkları
- Geçirilen ateşli hastalıklar
- Aldığı ilaçlar
- Geçirilmiş kaza ve ameliyatlar
- X-ray
- Eklampsi, preeklampsi
- Bebeğin hareketleri (gerektiğinde)

b) Natal: Doğum anındaki olayları kapsar.

Doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yapıldığı

Doğum biçimi (spontan, sezaryen, vakum vs), sezaryende endikasyon ve problemler, vaginal doğumda geliş pozisyonu (baş, makat, kol vs), erken membran rüptürü (EMR), kordon dolanması, doğum işleminin süresi kaydedilir. Bebeğin genel görünümü; cilt rengi (pembe veya mor) ve duruşu (hipotonik veya semifleksiyonda); kalp tepe atımı (>100/dk, <100/dk, KTA alınmıyor); uyarılara cevabı (reaksiyonsuz, yüzünü buruşturuyor, ağlıyor); solunum hızı ve tipi (40-50/dk, az, fazla, düzenli, düzensiz) sorularak APGAR değerlendirmesi yapılır. APGAR puanı mümkünse kaydedilir. Gerekli durumlarda doğum doktorunun görüşlerinden yararlanır.

c) Postnatal: Doğumdan sonraki ilk 7 günlük öyküdür.

- Doğum anında çocuğun rengi, hemen ağlayıp ağlamadığı, biliniyorsa Apgar skoru, çocuğa canlandırma işleminin yapılıp yapılmadığı,
- Doğum ölçüleri (kilo, boy, baş çevresi)
- Annenin yanına ilk verilmiş zamanı, kuvöz bakımına alınıp alınmadığı,
- Göbeğin düşmesi zamanı,
- Aktivitesi, emmesi,
- Havale nöbetlerinin olup olmadığı,
- İlk dışkı ve ilk idrar yapma zamanı,
- Sarılık öyküsü varsa çıkış zamanı, süresi, nasıl izlendiği değerlendirilir.

d) Psikomotor gelişme: Büyüme kantitatif (nicelik), gelişme ise kalitatif (nitelik) değerleri ifade etmektedir. Gelişim basamakları sefalo-kaudal yönde olmaktadır. Gelişme deyince mental, motor basamakları, büyüme deyince fiziksel (somatik) özellikleri anlaşılmalıdır. Böylece büyüme – gelişme; fizik, mental, motor olmak üzere üç bölümde incelenir. Motor- mental gelişmeyi değerlendirmek için sırasıyla:

- Başını dik tutma zamanı,
 - Anneyi tanıma, ilk gülme ve “agu “ seslerini çıkarması,
 - Destekli oturma,
 - Desteksiz oturma,
 - Diş çıkarma,
 - Emekleme, sıralama,
 - Yürüme,
 - Konuşma,
 - İdrar ve dışkı kontrolü (gece, gündüz) sorgulanır.
- e) Beslenme: Süt çocuğu döneminin sonuna kadar her hastadan ayrıntılı alınmalıdır. İdeal beslenme şeması bilinmelidir.
- Anne sütü: Alma süresi, sütün miktarı, beslenme sıklığı, kesilme zamanı, nedeni...
 - Ek gıdalar: Başlama zamanı, başlama sırası, başlama nedeni. Gıdaların hazırlanma şekli (sütün sulandırılması, unlu gıdalar, şeker miktarı v.s.)
 - Kusma ve dışkı özellikleri, gaz durumu,
 - Vitamin alıp almadığı, başlama zamanı, miktar belirlenir.
 - Protein-Enerji Malnütrisyonu (PEM) sık görüldüğünden beslenme öyküsü dikkatle alınmalıdır.
- f) Aşılar: Çocuğun yaşına uygun aşılardan yapılmış yapılmadığı sorulur. İdeal aşı takvimine uyulup uyulmadığı irdelenir. Aşılardan varsa aşı kartından not edilir. Aile aşı adlarını bilmiyorsa aşılardan yapılmış şeklini tarif ettirerek hangi aşılardan yapıldığı öğrenilir. Koldan aşı yapılması karma aşı, ağızdan damla verilmesi polio aşısı, omuzdan yapılan aşı BCG gibi.
- Aşılardan sorularak gerek olası bir hastalığın tanısına yaklaşma gerekse eksik aşılardan tamamlanmasına yardımcı olur.
- g) Allerji: Tüm yiyecek, içecek, ilaçlar, inhalan allerjenler ve diğer maddelere allerjisi olup olmadığı sorulur. Ailede başka fertlerde varsa kaydedilir.
- Yüzünde kızarıklık olması ve kulak arkasında sık yara olması,
 - Sürekli burun akıntısı, sık nezle olma, aniden hapşırma, gözlerde sulanma,
 - Öksürük nefes darlığı ve hışıltılı bulguları,
 - Bazı gıdalardan sonra ani karın ağrısı ve ishal gibi yakınmalar sorgulanır.
- h) Parazitöz: Makatta kaşıntı ağızdan salya gelmesi, dışkıda kıl kurdu, solucan, tenya görülüp görülmediği sorulur.
- i) Pika: Normal gıda maddelerinin dışındaki maddeleri yeme alışkanlığına pika denilir. Örneğin toprak, kireç, kil, saç v.s yeme gibi.
- j) Geçirdiği hastalıklar: Geçmişte doktor tanımlı hastalıklar sorgulanır Gerekirse epikriz istenir. Çocukluk çağı döküntülü ve ateşli hastalıkları tek tek isimleriyle (kızamık, suçiçeği v.b) hatırlatılarak geçirip geçirmediği sorulur. Önceden geçirdiği sık ateşlenmeler, ishal, öksürük, havale (ateşli ya da ateşsiz), hastalıklar, ameliyatlardan travmalar sorulur.
- k) Okul başarısı: Okul başarısının sorgulanması psikososyal sorunlar, görme, işitme veya zeka sorunlarına yönelmemizde yardımcı olabilir.
- Özel durumlarda örneğin zeka geriliği ve okul başarısızlığı durumunda çocuğun geçmişi yanında, işitme ve görme, yenidoğan devrinde sarılık, kan değişimi, fontanelin kapanması sorularak not edilir.

IV-SOYGEÇMİŞİ:

Çocuğu etkileyebilecek kalıtsal ve bulaşıcı hastalıklar yönünden soygeçmiş öyküsü alınır. Aile bireylerinde hastalık tariflendiğinde ayrıntı sorgulanır, pedigr (aile ağacı) çizilerek bireyler sağlam, hasta, taşıyıcı, ölü, düşük vs. gibi uluslararası işaretleme esasına göre yerleştirilir. Akraba evliliği mutlaka sorulmalıdır (Ülkemiz genelinde %25, Batı'da %1-3 oranında olup bu nedenle otozomal resesif hastalıklar çok sık görülmektedir). Ailede özellikle D. Mellitus, Tüberküloz, allerji, astım, streptokok enfeksiyonları, kanser ve diğer ailevi hastalıklar sorulmalıdır.

Ailenin sosyo-ekonomik ve kültürle durumu, anne-baba mesleği, eğitimi, çalışıyorsa çocuğun işi ve ailede çalışan diğer bireyler ve oturdukları yerin özellikleri gibi bilgiler de soygeçmişte kaydedilmelidir. Aşağıdaki soygeçmiş hikayesine bir örnek verilmektedir:

Soygeçmiş:

Anne 32 yaşında sağ ve sağlıklı

Baba 34 yaşında duodenal ülseri var

Anne- baba 1 derece akraba (halaoğlu-dayıkızı)

1.G. 1.Ç 14 yaşında kız sağlıklı

2.G. 2.Ç. hastamız

3.G.3. Ç 3 yaşında nefrolityazis

Anneanne D. Mellitus ve kalp krizi geçirmiş

Babanın babası larinks kanseri nedeniyle exitus

Fizik Muayene

Genel bilgiler:

Anamnez alma işi bittikten sonra, fizik muayeneye geçilir. Doktorun ellerini yıkaması ve ellerinin sıcak olması idealdir. Çocuğun tüm vücudu görülmelidir. Elbiseli bir çocukta bazı bulgular gözden kaçırılabilir. Ancak adölesan kız ve erkek çocukların utanmalarına anlayış gösterilmeli uygun koşullarda muayene edilmelidir.

Fizik muayenede başlıca dört yöntemden faydalanılır.

1- İnspeksiyon (Gözlem)

2- Palpasyon (Elle)

3- Perküsyon (Parmakla vurma)

4- Oskültasyon (stetoskopla)

1-İnspeksiyon:

Dikkatli bir gözleme dayanır. Hastanın genel durumu değerlendirilir. Aktivitesi ve bilinç açıklığına bakılır. Kooperasyonu kaydedilir.

Ayrıca fiziksel bir deformite ve zeka durumu, beslenme bozukluğu belirtileri(deri altı yağ dokusu ve kas dokusu erimesi gibi), motor aktivitesi tanımlanır. Anne-babaya reaksiyon, yüz görünümü (Down sendromu, hipotroidi, talasemi, Pierre-Robin sendromu v.s.) tipik yatış, oturuş ve kalkışı (bacakları fleksiyon halinde tutuyorsa ve ağlıyorsa ileus veya ağrılı kemik hastalığı, külçe gibi yatıyorsa hipotoni ve kas hastalığı, örneğin Werdnig-Hoffman hastalığı, İCTA durumlarında tüfek tetiği pozisyonu v.s.) gözönüne alınarak tanıya yaklaşılr.

Fiziksel büyüme ile yağ dokusunun azlığı veya çokluğu kronik bir hastalık olup olmadığı konusunda fikir verir. Uzun süren hastalıklarda zayıflık, solukluk, gelişme geriliği yanısıra

saçların durumu kirpiklerin uzun oluşu gibi belirtiler oluşabilir. Kaşektik bebekte deri kuru ve gri renktedir. Derialtı yağ dokusu azalmıştır.

Hastanın solunum özelliği, soluk alırken burun kanatlarını açılıp kapanması, sesli solunum, öksürük varsa (balgamlı, balgamsız, paroksizmal, larengeal tipler) ön tanıya yardımcı belirtilerdir. Sesin özelliği (larenks ödemi, hipotroidi, adreno-genital sendrom) yönünden önemlidir.

2-Palpasyon:

Elle muayene anlamına gelmektedir. Ele ve parmaklara organa uygun pozisyon verilir Lenf bezi tümöral oluşum, deri döküntüleri, organomegali gibi oluşumlar elle saptanabilir. Triller, nodüller, intraperitoneal organlar, baş gövde ve ekstremiteler palpe edilir.

3-Perküsyon:

İç organların sınırlarını ve gelişen patolojileri saptamakta yararlıdır. Genellikle sol el orta parmağı, perküsyon yapılacak bölgeye konur. Sağ el orta parmağı ile sol el orta parmağı falanksı üzerine vurulur. Vuruşlar el bileğinden hareketle yapılır. Perküsyonda üç türlü ses duyulur.

a - Mat ses: Kas ya da karaciğer gibi içinde hava boşlukları olmayan dokular üzerinde duyulur. Bu sesin duyulduğu patolojik durumlar solid tümörler ve eksudalardır. Akciğerlerde havasız bölgeler olursa perküsyonda tok bir ses (matite) alınır. Üzeri hava dolu organlarla örtülü olan solid organlarda, örneğin karaciğerin ya da kalbin akciğerlerle örtülü olduğu bölgelerde matite daha hafiftir (submatite).

b - Sonor ses: Normal akciğerlerde perküsyonla duyulan sestir. Akciğerlerin tümünde ya da bir kısmında normalden fazla hava bulunduğunda titreşimler daha yüksek amplitütlü ve daha yüksek frekanslı olarak kulağa gelen ses, daha berrak ve tınlayıcıdır. Buna hipersonorite denir.

c - Timpan ses: Hipersonoriteden daha yüksek amplitütlü seslerdir. Timpanik ses içi hava ile dolarak gerilmiş Bağırsakbağırsaklar üzerinde duyulur.

4-Oskültasyon:

Organların fizyolojik ya da patolojik durumlarda ortaya çıkardıkları sesleri dinlemektir. Direkt(kulakla,aletsiz) ya da indirekt (Stetoskop) ile yapılır. Direkt oskültasyon genellikle güçtür. Kalp ve akciğer sesleri, Bağırsakbağırsak sesleri, arteriovenöz malformasyonlar oskulte edilebilir.

Fizik Muayene Basamakları

Hastanın değerlendirilmesi, genel görünüm ve sistemlerin ayrı ayrı muayenesi prepödetik kurallara göre yapılır ve belli bir sıra ile kaydedilir. Bilgilerin kayıt sırası aşağıdaki gibidir:

I. Antropometrik Ölçümler ve Vital bulgular:

- Antropometrik Ölçümler: Ağırlık, boy, baş çevresi, göğüs çevresi, karın çevresi ölçülür. Bulunan değerler normal standart büyüme çizelgeleriyle karşılaştırılır.
- Vital bulgular olan ateş, nabız(KTA), solunum sayısı, kan basıncı (persantilleri ile birlikte) kaydedilir.

Vücut ısısı: En sık koltuk altından ölçüm yapılır. Sallanarak civa düzeyi normale indirilen termometrenin civalı kısmı aksiller fossaya girecek şekilde yerleştirildikten sonra kol gövdeye iyice yaklaştırılır ve en az 3dk beklenilmelidir.

Nabız ölçümü ve değerlendirilmesi (sayısı, ritmi, şiddeti, şekli): Radial, femoral, posterior tibial nabızlar

Kan basıncı: Çocuğa ve koluna pozisyon verilmesi, uygun manşon seçimi, manşonun ve stetoskopun yerleştirilmesi, radial nabızın palpe edilmesi, basıncın uygun hızda düşürülmesi, Korotkoff seslerinin belirlenmesi, saptanan değerlerin normal kan basıncı persantil eğrilerinde yorumlanmasına dikkat edilmelidir.

Solunum sayısı: Göğüs veya karın hareketleri ya da oskültasyonla sayılarak belirlenebilir.

II. Genel Durum Değerlendirilmesi, Mental-Motor Gelişim

III. Baş Boyun Muayenesi:

Baş çevresi ölçümü

- Kafa şekli: skafosefali, oksisefali, kaput quadratum gibi ve yüz görünümü anormallikleri
- Fontanel ve sürürlerin muayenesi
- Kraniotabes
- Kafanın perküsyonu, oskültasyonu ve transillüminasyonu
- Saçlar ve saçlı derinin değerlendirilmesi
- Gözlerin muayenesi: kaşlar, kirpikler, göz kapakları (ödem, ptozis gibi), gözyaşı bezleri, lakrimal kanal, konjonktiva (konjunktivit gibi), sklera (sarılık, mavi sklera gibi), kornea (çapı, bulanık olup olmaması, kuruluğu gibi), pupil (izokori, ışık refleksi, lökokori gibi), lens (katarakt gibi), görme bozukluğu, göz hareketleri (nistagmus gibi), ışığı takip, şaşılık, batan güneş bulgusu, şekil bozuklukları, göz kürelerinin çöküklüğü, çıkıklığı, göz dibi muayenesi
- Kulakların muayenesi: Anomali, anormal pozisyon, otoskop yardımı ile dış kulak yolu ve timpanik membranın muayenesi
- Burun muayenesi: Yapısal anomaliler (burun kökü basıklığı gibi), burun kanadı solunumu, burun tıkanıklığı, akıntuları, burun mukozası, allerjik selam, koanal atrezi, epistaksis
- Ağız, çene muayenesi: Dudakların ve çenenin inspeksiyonu, yanak mukozası, yumuşak ve sert damak (yarık damak, dudak), dişler, diş etleri, dil, tonsiller, orofarinks muayenesi
- Boyun muayenesi: Boynun inspeksiyonu, lenf bezleri ve kitleler (büyüklüğü, yeri, derinliği, yüzeyi, kıvamı, iltihap işaretleri, transillüminasyon), tükrük bezleri, tiroid, trakea muayenesi
-

IV. Solunum Sistemi Muayenesi:

İnspeksiyon: Siyanoz varlığı, göğsün şekli, asimetri varlığı, solunum özelliği (sayısı, derinliği, ritmi, şekli, burun kanadı solunumu, apne, periodik solunum, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot solunumu) kostalar arasında kabarıklık, çekilmeler, abdominal solunum olup olmadığı, mastit, kostokondral eklemlerde teşpih tanesi gibi genişlemeler, Harrison oluğu, pectus excavatum, pectus carinatum, kifoz, skolyoz, ortopne varlığı, konuşma ve egzersizde sınırlama olup olmadığı, clubbing

- Palpasyon: Her iki el, başparmak uçları omurga üzerinde orta hatta birbirine değecek şekilde hemitorakslar üzerine konarak çocuğa derin soluk alması söylenir. Her iki elin orta hattan eşit oranda uzaklaşıp uzaklaşmadığı kontrol edilir. Göğsün ekspansiyonu, göğüs

duvarı titreşimi (vokal fremitus), krepitasyon olup olmadığı, supraklavikuler, aksiller lenf bezleri, raşitik tespitler

- Perküsyon: Skapula ve omurga arasında parmak göğüse vertikal, diğer yerlerde kostalara paralel olarak yatay konur. Perküsyon simetrik olarak yapılarak sesler karşılaştırılmalıdır. Sonör (normal ses), hipersonör (pnömotoraxta olduğu gibi), timpanik ses (traube alanında alınır) ve matite/submatite (skapula üzerinde, diafragma, karaciğer ve kalp bölgesinde)
- Oskültasyon: Göğsün ön-arka ve yan tüm bölgeleri simetrik olarak dinlenir. Veziküler, bronkoveziküler (sağlıklı çocuklarda), trakeal (trakea üzerinde alınan ses, ancak göğüs üzerinde duyulursa konsolidasyon varlığını gösterir) sesler, solunum seslerinin azalması, yokluğu, vokal rezonans, solunumun inspirasyon, ekspirasyon oranının bozulması, railer (ince, orta, kaba), ronküsler (sonör, sibilan), sürtünme sesi (frotman), krepitasyon, wheezing duyulup duyulmadığına bakılır.

V. Kardiyovasküler Sistem Muayenesi:

- İnceleme: boyun venöz dolgunluğu, aktif veya kabarık prekordiyum, siyanoz (santral, periferik), çomaklaşma, splinter hemoraji, Osler nodülleri, Janeway lezyonları, ksantomlar
- Palpasyon: Sol ventrikül apeksinin lokalizasyonu, nabız muayenesi (radial, brakial, femoral, politeal, dorsalis pedis, posterior tibia, karotis, süperfisyal temporal), tril
- Oskültasyon: Kalp hızı, ritmi, oskültasyon alanlarının belirlenmesi (aort alanı, pulmoner alan, triküspid alan, mitral alan), S1, S2, S3, S4, çiftleşme, klik, açılma sesi, perikardiyal ses, frotman, galo ritmi, organik üfürümler (şiddeti, frekansı, niteliği, şekli, süresi), masum üfürümler

VI. Karın Muayenesi:

Karın muayenesi için hasta sırtüstü yatırılır. Muayeneden önce olanaklı ise hasta mesanesini boşaltmalıdır. Muayene odası oskültasyona ve perküsyona izin verecek kadar sessiz olmalıdır Muayene inspeksiyonla başlamalıdır. Kasıklar karın muayenesine dahildir, genital bölge kapalı bırakılabilir.

- İnceleme: Sırtüstü yatan hastada karın şekli (düz/çökük/şişkin (distantü), sikatris, stria (çatlak), döküntü, karnın solunuma katılıp katılmaması, kollateraller (yüzeysel venler) de genişleme, göbeğin görünümü (çukur/silik), peristaltizmin görülebilir olup olmadığı, pulsatil kitle varlığına dikkat edilir
- Oskültasyon: Palpasyondan önce yapılmalıdır. Stetoskobun diyaframı karına nazikçe konarak -çocuklarda sadece bir kadranda dinlenebilir. BağırsakBağırsak seslerinin azalmış veya alınmadığını söyleyebilmek için en az iki dakika dinlemek gerekir. Normal Bağırsakbağırsak sesleri 10-30 sn' de bir (dakikada 2-6) duyulur.
- Palpasyon: Ellerin ovuşturularak veya sıcak suyla yıkayarak ısıtılması iyi olur. Çocuklarda perküsyon, palpasyondan önce yapılabilir (daha iyi tolere ettiği düşünülüyor ise). Palpasyon için hastanın sağında durulmalıdır El ve ön. kol aynı düzlemde olmalıdır Parmakların pulpası ile birkaç parmak aynı anda hafifçe temas ettirilerek (yüzeysel palpasyon ile) başlamalıdır. Parmaklar sol koltuk altını gösterir biçimde kasıktan başlanıp kaburga yayına kadar inspiyumda bekleyip ekspiryumda elin yukarı ilerletilmesi ile yapılır. Önce yüzeysel sonra derin palpasyon yapılır. Duyarlılık, kitle, herni (fitik) için dikkat edilir. Hafif duyarlılık artışında hastada ağrılı yüz ifadesi, orta derecede duyarlılık artışında karın kaslarında kasılma, şiddetli duyarlılık artışında elle bastırmaya aniden son verirse karın ağrısında aniden bir artış (rebound) ortaya çıkarılır. Böbrek palpasyonu

rutin muayenenin bir parçası olmamakla birlikte karaciğer ve dalak palpasyonu mutlaka yapılır

Standart yöntem seçeneği, iri ve obez hastalar için tercih edilir. Hastanın göğsünün yanında yüz ayaklara dönük biçimde durulur, parmaklar, kaburga yayının hemen altında çengel biçiminde karın duvarına hafifçe bastırılır, karaciğerin veya dalağın alt kenarı palpe edilebilir

Derin palpasyonda bir elin parmaklarının palmar yüzeyi ile palpe edilirken diğer el ile üzerine kesin ve yumuşak bir baskı yapılarak derinleştirilir. Daha iyi hissetmek için el, ekspirium sırasında derinleştirilebilir. Karında ağrılı noktalar tanıda yardımcı olabilir; Appendisit için Mc Burney, Akut kolesistit için Murphy noktaları kontrol edilir. Karında kitle ele gelir ise, yeri, şekli, boyutu, yüzey ve kenar özelliği, duyarlılığı, altındaki dokulara yapışık olup olmadığı, ışığı geçirgenliği (transillüminasyon), pulsasyon (nabazan) özelliği tanımlanmalıdır. Kitle duyarlı ise özellikleri tam tanımlanamayabilir. Böylesi duyarlı bir alanda doktor elini yavaş yavaş bastırıp ekspirium sırasında derinleştirerek karın kaslarının defansını yenebilir.

Karaciğer ve dalak palpasyonunda organların kenarının kaburga yayını köprücük kemiği orta çizgisi (medioklaviküler hat) üzerinde kaç santimetre geçtiği belirtilir. Süt çocuklarında, oyun çocuklarında iki santimetre kadar geçmesi normal sayılır.

Karaciğer ve dalak palpasyonunda organların kıvamı (sert / orta / yumuşak), yüzey özelliği (düzgün / yumrulu (nodüler), duyarlı olup olmadığı kaydedilir (duyarlı/ duyarlı değil).

- Perküsyon ile timpanizm, matite, sağ üst kadranda karaciğeri büyüklüğü, traube alanının açıklığı araştırılır. (Traube alanı alt sınırını kaburga yayının, üst sınırını göğüs kemiği alt ucundan (ksifoid) geçen sanal yatay çizginin, dış kenarını ön koltukaltı (aksilla) çizgisinin oluşturduğu, midenin hava cebi (fundusu) nedeniyle timpanizm alınması gereken bölgedir). Asit varlığı, yer değiştiren matite aranır.

"Çalkantı hissi" (sensation de flot), sırtüstü yatan hastada bir muayene eden doktora yardımcının karnın ortasına dikey konumda elinin hipotenar kısmını yerleştirerek deriden iletimi engellemesinin yanı sıra doktorun bir elin avucunu algılayıcı olarak karnın bir yanına koyup diğer eliyle karnın karşı yanından uyguladığı fiskeleri duyumsaması ilkesine dayanmaktadır.

Karın derisinin tonusu (gevşekliği) kaydedilir (tonus azalmış / tonus normal), karın derisi çimdiklenircesine buruşturulup eski haline hemen dönüp dönmediği kaydedilir (turgor bozuk / normal).

Karın palpasyonunda gereğinde supra-infra klaviküler lenf düğümü palpasyonu, femoral nabız, lenf düğümü ve fitik için kasık muayenesi de yapılır.

VII. Nörolojik Sistem Muayenesi:

Çocuğun mental durumu, duyması, görmesi, konuşması, çevre ile ilişkisi kontrol edilir.

- Kas gücü, hareket yeteneği,
- Serebellar fonksiyonları,
- Parezi ve ağrısının olup olmadığı
- Kranial sinir muayeneleri,
- Motor gelişim,
- Gelişimsel refleksler,

- Yüzeysel ve derin tendon refleksi,
- Patolojik refleksi,
- Klonus,
- Koordinasyon ve duyu muayenesi yapılır.

VIII. Ürogenital Sistem Muayenesi:

- Kız çocuklarda dış genital organ muayenesi: Anomaliler, vaginal akıntı, füzyon, hiperemi
- Erkek çocuklarda dış genital organ muayenesi: Anomaliler, fimozis, epispadias, hipospadias, inmemiş testis, hidrosel, retraktil testis olup olmadığı değerlendirilir.

IX. Lokomotor Sistem (İskelet ve Eklemler)

- Kaslar (kas gücü, kas kitlesi, kas tonusu, hassasiyet),
- İskelet sistemi (anomaliler, asimetri, deformite, fonksiyon kaybı, duyarlılık, şişlik, büyüme ve genişleme, kostokondral bileşmeler, omurga anomalileri),
- Eklemler (hareket kısıtlılığı veya hipermobilité, şişlik, kızarıklık, hassasiyet, flüktüasyon, asimetri)
- Doğuştan kalça çıkığı muayenesi

X. Deri Muayenesi

İyi aydınlatılmış ortamda yapılmalıdır.

- İncelemede lezyonların büyüklükleri, şekilleri, dağılımları, kabarıklık olup olmadıkları saptanır.
Tırnaklar, saçlar ve kıllar, deri (rengi, hipo/hiperpigmentasyon, deri lezyonları, intertrigo) değerlendirilir.
- Palpasyonda lezyonun sertliği, komşu dokulara yapışıklığı, flüktüasyon verip vermediği incelenir. Lezyonun deri içi veya altı olduğu ayırte edilir.
Turgor, incelik-kalınlık, ıslaklık-kuruluk, ödem, ısısı değişimleri ve yağlılık değerlendirilir.

XI. Lenf Sistemi Muayenesi

Pozitif patolojik bulgular özetlenir. Sonra ön veya kesin tanı yazılır. Dikkatli ve tam alınmış her öykü ve fizik muayene laboratuvar bulguları kadar bilgi sağlanır.

Aşağıda bir anamnez formu örneği yer almaktadır.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mesleki Beceri Bloğu Tıbbi Hikaye ve Fizik Muayene Rehberi

Hasta Adı, Soyadı:

Doktor Adı, Soyadı:

Yaşı:

Tarih- saat:

Cinsiyeti:

Hastane, bölüm adı:

Yakınma:

Öykü:

Özgeçmiş:

Prenatal

Natal

Postnatal

Psikomotor gelişim, Beslenme, Aşılar, Alerji, Parazitöz, Pika,

Geçirdiği hastalıklar, kaza ve ameliyatlar, Okul başarısı

Soygeçmiş:

Fizik Muayene:

Boy (persantil):

Tansiyon:

Kilo (persantil):

Nabız (veya Kalp tepe atımı):

Solunum sayısı:

Ateş:

Genel Durum Değerlendirilmesi:

Baş ve Boyun Muayenesi:

Kalp ve Dolaşım Sistemi:

Solunum Sistemi:

Abdomen-Sindirim Sistem

Nörolojik Sistem

Genitoüriner Sistem

Lokomotor Sistem

Deri ve Lenf Sist Muayenesi

Pozitif Bulgular:

Öyküden:.....

Fizik Muayeneden:.....

İstenen tetkikler:

1-.....

2-.....

Ön Tanılar

1-.....

2-.....

Kararlar:

3. Bölüm

Pratik Soru Örnekleri ve Yanıtları

Buradaki örnek - olası sorulardan amaçlanan, öğrencilerimizin önümüzdeki süreçte girecekleri sınavlarda anamnez ve fizik muayene öğrenim hedeflerinin soru hallerinin nasıl olabileceği hakkında fikir sahibi olabilmeleridir.

Pediyatri

1. Bilinç durumu nasıl değerlendirilir?
2. Genel durum nasıl değerlendirilir?
3. Büyüme ve gelişme nasıl değerlendirilir?
4. Vital bulgular nelerdir, nasıl ölçülür?
5. Antropometrik ölçümler nelerdir?
6. Makrosefali/mikrosefali nasıl saptanır?
7. Fontanel muayenesi nasıl yapılır?
8. Siyanoz nedir?
9. Baş boyun muayenesinde nelere bakılır?
10. Dispne bulguları nelerdir?
11. Patolojik solunum sesleri nelerdir?
12. Solunum sistemi inspeksiyonunda nelere bakılır?
13. Kalp odakları nelerdir?
14. Batın palpasyonu nasıl yapılır?
15. Batın perküsyonu ile neler hakkında fikir sahibi olunur?
16. Traube alanı nedir?
17. Meningeal irritasyon bulguları nelerdir?
18. Derin tendon refleksi nelerdir?
19. Ekstremiteler muayenesi nasıl yapılır?
20. Pediyatrik yaş grubunda anamnez alırken nelere dikkat edilir?

İç Hastalıkları

21. Bilinç değerlendirmesi yapınız. Bilinç bozukluklarını tanımlayınız?
22. Vital bulgular nelerdir, normal değerleri tanımlayınız?
23. Hastanızın kan basıncını ölçün ve nabzını değerlendirin. Nasıl yaptığınızı anlatın?
24. İnspeksiyonda yüzün genel görünümü bazı hastalıklara işaret edebilir, örneklerle anlatınız?
25. Ağız içi (Oral mukoza, boğaz ve diş) muayenesinde nelere dikkat edilmelidir? Bu muayene sistemik hastalıklar açısından bize hangi bilgileri verir?
26. Işık refleksi değerlendiriniz. Olası anormallikler ne anlama gelir?
27. Boyun venöz basıncını ölçünüz. Normali kaçtır?
28. Lenf nodu bölgelerini sayınız ve gösteriniz?
29. Lenf nodu muayenesi yapınız. Neleri not etmeliyiz?
30. Tiroid büyüklüğü nasıl derecelendirilir?
31. Tiroidi palpe ediniz?
32. Tiroid muayenesinde oskültasyon ve perküsyon kullanılır mı? Nasıl? Yapınız?
33. Karın inspeksiyonunda neler görülebilir-hangi hastalıklara işaret eder?
34. Karının topografik bölgelerini ve bu bölgelerde bulunan organları tanımlayınız?
35. Oskültasyonda karın bölgesinde neler bulunabilir? Nasıl dinlenir?
36. Karında yüzeysel ve derin palpasyon yapınız?

37. Direkt ve indirekt rebound nasıl değerlendirilir? Ne anlama gelir?
38. Asit muayenesi yapınız. Bulgular nasıl değerlendirilir?
39. Az miktardaki asiti tesbit etme yolları nedir-hasta üzerinde gösteriniz?
40. Karaciğer palpasyonu yapınız?
41. Dalak palpasyonu yapınız?
42. Traube alanını tanımlayınız, muayenesini gösteriniz? Traube muayene bulguları ne anlama gelebilir?
43. Karaciğer üst sınırını bulunuz?
44. Hepatojuguler reflü nedir-ne anlama gelir-nasıl muayene edilir?
45. Eklem muayenesinde inspeksiyonda neler görülebilir?
46. Eklem muayenesinde palpasyonla neler görülür?
47. Eklem hareketleri nasıl muayene edilir?

Genel Cerrahi

48. Karında yüzeysel ve derin palpasyon yapınız?
49. Direkt ve indirekt rebound nasıl değerlendirilir? Ne anlama gelir?
50. Hasta üzerinde asit muayenesi yapınız. Az miktardaki asiti tesbit etme yolları nedir? Bulgular nasıl değerlendirilir?
51. Karaciğer palpasyonu yapınız ve karaciğerin üst sınırını bulunuz?
52. Dalak palpasyonu yapınız?
53. Hepato-juguler reflü nedir, ne anlama gelir, nasıl muayene edilir?
54. Safra kesesi palpasyonu yapınız. "Murphy belirtisi"ni açıklayınız?
55. Klopataj hissi nedir? Ne anlama gelir?
56. Ballotman nedir?

Kardiyoloji

57. Boyun ven muayenesi nasıl yapılır? Yapılırken kan basıncının arttığı durumlar nelerdir?
58. Normal venöz nabız dalgaları nelerdir?
59. Nabız muayenesi nasıl yapılır? Nelere dikkat edilir? Nabız çeşitleri nelerdir?
60. Sistolik üfürümlerin şiddeti nasıl değerlendirilir?
61. Kan basıncı ölçülürken Korotkoff sesleri nasıl değerlendirilir, sistolik ve diyastolik kan basınçları nasıl saptanır?
62. Dinamik Oskültasyon nedir ve nasıl yapılır?
63. Valsalva Manevrası'nın fazları nelerdir?
64. Erken diastolde duyulan ek sesler nelerdir?
65. Pulsus paradoksus nedir ? Nedenleri nelerdir?
66. Paroksizmal nokturnal dispne (PND) nedir?
67. Pulsus defisit nedir?
68. Pulsus parvus et tardus nedir?
69. Kalbin dinleme odakaları nelerdir tarifleyerek gösteriniz?
70. Kalbi dinlerken duyulan devamlı üfürümlerin nedenleri nelerdir?
71. Kardiyak oskültasyonun yapıldığı 4 prekordiyal odak nereleridir?
72. Kalp tepe atımı nerededir, lokalizasyonu nasıl yapılır?

Nöroloji

73. Motor muayenede neler değerlendirilmektedir?
74. Kas tonusu nedir?
75. Kas tonusu nasıl muayene edilir?
76. Trofi muayenesinde neyi değerlendiriyoruz?
77. Refleks muayenesinde hangi refleksleri değerlendiriyoruz?

78. Üst ekstremitelerde hangi DTR lere bakılır?
79. Alt ekstremitelerde hangi DTR lere bakılır?

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

80. Kas-iskelet sisteminde ağrı yakınımı olan hastanın hikayesinin alınmasında nelere dikkat edilir?

Dermatoloji

81. Dermatolojik muayenede, uygun koşullarda iyi bir inspeksiyon yapabilmesi için, gereken koşullar nelerdir?
82. Ciltteki lezyonların palpasyonunda neler değerlendirilir?
83. Muayene sırasında, deri yüzeyinde bir krut varsa ne yapılır, neden?
84. Diyaskopik (vitropresyon) inceleme nedir? Ne zaman kullanılır?
85. Lezyonları deri seviyesine göre gruplandırınız ve örnekler veriniz?
86. Deri seviyesinde olan elemanter lezyon nedir? Meydana geliş nedenlerine göre sınıflandırınız ve özelliklerini belirtiniz?
87. Deri seviyesinden aşağıda olan elemanter lezyonlardan en az 4 tanesini sayınız ve özelliklerini belirtiniz?

Göğüs Hastalıkları

88. Solunum sistemi inspeksiyonunda nelere dikkat edilir?
89. Toraks palpasyonu yapınız?
90. Toraks perküsyonu yapınız?
91. Toraks oskültasyonu yapınız?

Kulak Boğaz Burun

92. Dış kulak yolu ve aurikulyayı nasıl değerlendirirsiniz?
93. Kulak zarını nasıl değerlendirirsiniz?
94. Poliklinik şartlarında işitme kaybını nasıl değerlendirirsiniz?

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Bilinç durumu nasıl değerlendirilir?

Bilinç bireyin kendisinin veya çevresinin farkında olması demektir. Bilinç durumu kişinin kooperasyonu (doktorla görsel ve sözel iletişim kurabilmesi) ve oryantasyonu (kişi, yer, zaman) ile kontrol edilir. Bilinç durumu değişikliği varsa deliryum, letarji, stupor, prekoma, koma olup olmadığı değerlendirilir.

Genel durum nasıl değerlendirilir?

Dikkatli bir gözleme dayanır. Hastanın ilk bakışta göze çarpan bulguları değerlendirilir. Aktivitesi ve bilinç açıklığına bakılır. Kooperasyonu kaydedilir.

Ayrıca fiziksel bir deformite ve zeka durumu, beslenme bozukluğu belirtileri (deri altı yağ dokusu ve kas dokusu erimesi gibi), motor aktivitesi tanımlanır.

Fiziksel büyüme ile yağ dokusunun azlığı veya çokluğu kronik bir hastalık olup olmadığı konusunda fikir verir. Uzun süren hastalıklarda zayıflık, solukluk, gelişme geriliği yanısıra saçların durumu kirpiklerin uzun oluşu gibi belirtiler oluşabilir. Kaşektik bebekte deri kuru ve gri renktedir. Deri altı yağ dokusu azalmıştır.

Hastanın cildi (siyanoz, sarılık, vb) solunum özelliği ve distresi olup olmadığı da değerlendirilir.

Büyüme ve gelişme nasıl değerlendirilir?

Büyüme kantitatif (nicelik), gelişme ise kalitatif (nitelik) değerleri ifade etmektedir. Gelişim basamakları sefalo-kaudal yönde olmaktadır. Gelişme deyince mental, motor basamakları, büyüme deyince fiziksel (somatik) özellikleri anlaşılmalıdır. Böylece büyüme –gelişme: Fizik, mental, motor olmak üzere üç bölümde incelenir. Motor- mental gelişmeyi değerlendirmek için sırasıyla:

Başını dik tutma zamanı, anneyi tanıma, ilk gülme ve “agu” seslerini çıkarması, destekli oturma, desteksiz oturma, diş çıkarma, emekleme, sıralama, yürüme, konuşma gibi basamakları ne zaman yerine getirdiği sorulur. Fiziksel gelişme için ise kilo, boy ve baş çevresi ölçümleri yapıp büyüme eğrileri veya persantil çizelgeleriyle değerlendirilir.

Vital bulgular nelerdir, nasıl ölçülür?

Vital bulgular olan ateş, nabız (KTA), solunum sayısı, kan basıncı (persantilleri ile birlikte) kaydedilir. Vücut ısısı: en sık koltuk altından ölçülür. Sallanarak civa düzeyi normale indirilen termometrenin civalı kısmı aksiller fossaya girecek şekilde yerleştirildikten sonra kol gövdeye iyice yaklaştırılır ve en az 3 dk beklenilmelidir. Nabız ölçümü ve değerlendirilmesi (sayısı, ritmi, şiddeti, şekli): Radial, femoral, posterior tibial arter nabızları ile değerlendirilir. Kan basıncı: Çocuğa ve koluna pozisyon verilmesi, uygun manşon seçimi, manşonun ve stetoskopun yerleştirilmesi, radial nabızın palpe edilmesi, basıncın uygun hızda düşürülmesi, Korotkoff seslerinin belirlenmesi, saptanan değerlerin normal kan basıncı persantil eğrilerinde yorumlanmasına dikkat edilmelidir. Solunum sayısı: Göğüs veya karın hareketleri ya da oskültasyonla sayılarak belirlenebilir.

Antropometrik ölçümler nelerdir?

Ağırlık, boy, baş çevresi, göğüs çevresi, karın çevresi

Makrosefali/mikrosefali nasıl saptanır?

Baş çevresinin 97. persantilin (+2SD) üzerinde olması makrosefali, 3. persantilin (-2SD) altında olması mikrosefalidir.

Fontonel muayenesi nasıl yapılır?

Yenidoğanda ön, arka, iki sfenoid ve iki lambdoid fontonel olmak üzere toplam altı fontonel vardır. Ön fontonel çapı doğumda 1-4 cm arasındadır. Ön fontonel dışındakiler doğumdan sonraki ilk haftalarda kapanır. Ön fontonel ise ortalama 10-12 aylarda kapanırken bu süre 3 ila 18 ay arasında değişebilir. Fontonel bebek sakin durumda iken muayene edilmelidir. Fontonelin büyüklüğü, bombeliği ve pulsatil olup olmadığı belirtilmelidir.

Siyanoz nedir?

Siyanoz klinik bir bulgudur. Cilt ve mukozanın mavi-mor renkte görülmesidir. Siyanoz , kapiller kandaki indirgenmiş hemoglobinin miktarı 5gr/dl veya daha fazla olursa bu damarların pembe renginin yerini mavimsi bir rengin almasıdır. En iyi el ve ayak tırnak yataklarında, dudakların müköz membranlarında, konjunktivalarda, kulak memesinde gözlenir.

Baş boyun muayenesinde nelere bakılır?

- Baş çevresi ölçümü
- Kafa şekli: skafosefali, oksisefali, kaput quadratum gibi ve yüz görünümü anormallikleri
- Fontonel ve sürürlerin muayenesi
- Kraniotabes
- Kafanın perküsyonu, oskültasyonu ve transillüminasyonu
- Saçlar ve saçlı derinin değerlendirilmesi
- Gözlerin muayenesi: Kaşlar, kirpikler, göz kapakları (ödem, ptozis gibi), gözyaşı bezleri, lakrimal kanal, konjunktiva (konjunktivit gibi), sklera (sarılık, mavi sklera gibi), kornea (çapı, bulanık olup olmaması, kuruluğu gibi), pupil (izokori, ışık refleksi, lökokori gibi), lens (katarakt gibi), görme bozukluğu, göz hareketleri (nistagmus gibi), ışığı takip, şaşılık, batan güneş bulgusu, şekil bozuklukları, göz kürelerinin çöküklüğü, çıkıklığı, göz dibi muayenesi
- Kulakların muayenesi: Anomali, anormal pozisyon, otoskop yardımı ile dış kulak yolu ve timpanik membranın muayenesi
- Burun muayenesi: Yapısal anomaliler (burun kökü basıklığı gibi), burun kanadı solunumu, burun tikanıklığı, akıntıları, burun mukozası, allerjik selam, koanal atrezi, epistaksis
- Ağız, çene muayenesi: Dudakların ve çenenin inspeksiyonu, yanak mukozası, yumuşak ve sert damak (yarık damak, dudak), dişler, diş etleri, dil, tonsiller, orofarinks muayenesi
- Boyun muayenesi: Boynun inspeksiyonu, lenf bezleri ve kitleler (büyüklüğü, yeri, derinliği, yüzeyi, kıvamı, iltihap işaretleri, transillüminasyon), tükürük bezleri, tiroid, trakea muayenesi

Dispne bulguları nelerdir?

Yardımcı solunum kaslarının kullanımı dispneyi gösterir. Burun kanatlarının solunuma katılması, göğüste çekilmeler, wheezing, siyanoz, ortopne durumu ve yenidoğanlarda inleme dispne belirtileridir.

Patolojik solunum sesleri nelerdir?

Raller, ronküsler ve sürtünme sesidir. Bu sesler tanımlanabilmeli ve hastada varsa tanınabilmelidir.

Solunum sistemi inspeksiyonunda nelere bakılır?

Siyanoz varlığı, göğsün şekli, asimetri varlığı, solunum özelliği (sayısı, derinliği, ritmi, şekli, burun kanadı solunumu, apne, periodik solunum, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot solunumu) kostalar arasında kabarıklık, çekilmeler, abdominal solunum olup olmadığı, mastit, kostokondral eklemlerde tespih tanesi gibi genişlemeler, Harrison oluğu, pectus excavatum, pectus carinatum, kifoza, skolyoz, ortopne varlığı, konuşma ve egzersizde sınırlama olup olmadığı, clubbing

Kalp odakları nelerdir?

Aort, pulmoner, triküspid, mitral ve mezokardiak odaklar.

Batın palpasyonu nasıl yapılır?

Karın muayenesi için hasta sırtüstü yatırılır. Muayeneden önce olanaklı ise hasta mesanesini boşaltmalıdır. Ellerin ovuşturularak veya sıcak suyla yıkayarak ısıtılması iyi olur. Çocuklarda perküsyon, daha iyi tolere ettiği düşünülüyor ise palpasyondan önce yapılabilir. Palpasyon için hastanın sağında durulmalıdır, el ve ön kol aynı düzlemde olmalıdır

Parmakların pulpası ile birkaç parmak aynı anda hafifçe temas ettirilerek (yüzeysel palpasyon ile) başlanmalıdır. Parmaklar sol koltuk altını gösterir biçimde kasıktan başlanıp kaburga yayına kadar inspiyumda bekleyip ekspiriumda elin yukarı ilerletilmesi ile yapılır. Önce yüzeysel sonra derin palpasyon yapılır. Duyarlılık, kitle, herni (fitik) için dikkat edilir. Hafif duyarlılık artışında hastada ağrılı yüz ifadesi, orta derecede duyarlılık artışında karın kaslarında kasılma, şiddetli duyarlılık artışında elle bastırmaya aniden son verilirse karın ağrısında aniden bir artış (rebound) ortaya çıkarılır. Böbrek palpasyonu rutin muayenenin bir parçası olmamakla birlikte karaciğer ve dalak palpasyonu mutlaka yapılır

Standart yöntem seçeneği, iri ve obez hastalar için tercih edilir. Hastanın göğsünün yanında yüz ayaklara dönük biçimde durulur, parmaklar, kaburga yayının hemen altında çengel biçiminde karın duvarına hafifçe bastırılır, karaciğerin veya dalağın alt kenarı palpe edilebilir. Derin palpasyonda bir elin parmaklarının palmar yüzeyi ile palpe edilirken diğer el ile üzerine kesin ve yumuşak bir baskı yapılarak derinleştirilir. Daha iyi hissetmek için el, ekspirium sırasında derinleştirilebilir. Karında ağrılı noktalar tanıda yardımcı olabilir; Appendisit için Mc Burney, Akut kolesistit için Murphy noktaları kontrol edilir. Karında kitle ele gelir ise, yeri, şekli, boyutu, yüzey ve kenar özelliği, duyarlılığı, altındaki dokulara yapışık olup olmadığı, ışığı geçirgenliği (transillüminasyon), pulsasyon (nabazan) özelliği tanımlanmalıdır. Kitle duyarlı ise özellikleri tam tanımlanamayabilir. Böylesi duyarlı bir alanda doktor elini yavaş yavaş bastırıp ekspirium sırasında derinleştirerek karın kaslarının defansını yenebilir.

Karaciğer ve dalak palpasyonunda organların kenarının kaburga yayını köprücük kemiği orta çizgisi (medioklaviküler hat) üzerinde kaç santimetre geçtiği belirtilir. Süt çocuklarında, oyun çocuklarında iki santimetre kadar geçmesi normal sayılır.

Karaciğer ve dalak palpasyonunda organların kıvamı (sert/orta/yumuşak), yüzey özelliği (düzgün/yumrulu - nodüler), duyarlı olup olmadığı kaydedilir (duyarlı/ duyarlı değil).

Perküsyon ile timpanizm, matite, sağ üst kadranda karaciğeri büyüklüğü, Traube alanının açıklığı araştırılır. (Traube alanı alt sınırını kaburga yayının, üst sınırını göğüs kemiği alt ucundan (xiphoid) geçen sanal yatay çizginin, dış kenarını ön koltukaltı (axilla) çizgisinin oluşturduğu,

midenin hava cebi (fundusu) nedeniyle timpanizm alınması gereken bölgedir). Asit varlığı, yer değiştiren matite aranır.

"Çalkantı hissi" (sensation de flot), sırtüstü yatan hastada bir muayene eden doktora yardımcının karnın ortasına dikey konumda elinin hipotenar kısmını yerleştirerek deriden iletimi engellemesinin yanı sıra doktorun bir elin avucunu algılayıcı olarak karnın bir yanına koyup diğer eliyle karnın karşı yanından uyguladığı fiskeleri duyumsaması ilkesine dayanmaktadır.

Karın derisinin tonusu (gevşekliği) kaydedilir (tonus azalmış / tonus normal), karın derisi çimdiklenircesine buruşturulup eski haline hemen dönüp dönmediği kaydedilir (turgor bozuk / normal).

Karın palpasyonunda gereğinde supra-infra klaviküler lenf düğümü palpasyonu, femoral nabız, lenf düğümü ve fitik için kasık muayenesi de yapılır.

Batın perküsyonu ile neler hakkında fikir sahibi olunur?

Perküsyon ile timpanizm, matite, sağ üst kadranda karaciğeri büyüklüğü, traube alanının açıklığı araştırılır. (Asit varlığı, yer değiştiren matite aranır).

"Çalkantı hissi" (sensation de flot), sırtüstü yatan hastada bir muayene eden doktora yardımcının karnın ortasına dikey konumda elinin hipotenar kısmını yerleştirerek deriden iletimi engellemesinin yanı sıra doktorun bir elin avucunu algılayıcı olarak karnın bir yanına koyup diğer eliyle karnın karşı yanından uyguladığı fiskeleri duyumsaması ilkesine dayanmaktadır.

Traube alanı nedir?

Traube alanı alt sınırını kaburga yayının, üst sınırını göğüs kemiği alt ucundan (xiphoid) geçen sanal yatay çizginin, dış kenarını ön koltukaltı (axilla) çizgisinin oluşturduğu, midenin hava cebi (fundusu) nedeniyle timpanizm alınması gereken bölgedir.

Meningeal irritasyon bulguları nelerdir ?

Ense sertliği, kernig ve brudzinski belirtileri, pseudoense sertliği

Derin tendon refleksleri nelerdir?

Pektoralis, biceps, triceps, brakioradial, parmak fleksör, kuadriseps (patella), aşil refleksi

Ekstremiteler muayenesi nasıl yapılır?

Kaslar (kas gücü, kas kitlesi, kas tonusu, hassasiyet),

İskelet sistemi (anomaliler, asimetri, deformite, fonksiyon kaybı, duyarlılık, şişlik, büyüme ve genişleme, kostokondral bileşkeler, omurga anomalileri),

Eklemler (hareket kısıtlılığı veya hipermobilité, şişlik, kızarıklık, hassasiyet, fluktuasyon, asimetri)

Doğuştan kalça çıkığı muayenesi de yapılmalıdır.

Pediyatrik yaş grubunda anamnez alınırken nelere dikkat edilir?

Dosyanın protokol numarası, hastanın adı, cinsiyeti, yaşı, ana-baba adı, ev adresi, telefon no, doğum yeri-ve ailenin geldiği yer, öykünün alınış tarihi, saati, Doktor'un adı, soyadı yazılmalıdır.

Hastanın yaşı: 2 günlüğe kadar olan bebeklerde saatlik, 2 aya kadar günlük, 2 yaşına kadar aylık not edilmelidir. 6 yaşına kadar buçuklu yıllar sonraki yaşlarda yıl olarak belirtilir. Örnekler: 2 saatlik, 18/365 gün (veya 18 günlük), 17/12 (veya 17 aylık), 2.5 yaş, 9 yaş gibi.. Doğum tarihi/...../..... gün, ay, yıl olarak yazılır ve hesaplanır. Yeni girdiği yaş değil bitirdiği yaş dikkate alınır. Büyüme–gelişiminin devam ettiği çocukluk dönemlerinde 3, 6 aylık farkların bile çok önemi vardır. Hastanın cinsiyeti ile adı her zaman uyumlu değildir. Cinsiyet özel işaretlerle veya yazılı ifadelerle belirtilir.

Hasta büyük çocuk olup bir işte çalışıyorsa kaydedilmelidir. Hastanın doğum yeri ya da yaşadığı yer önemli ipuçları verebilir.

Pediyatrik öykü (anamnez) şu ana bölümlerden oluşur :

- Yakınma
- Öykü ve sistem soruları
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş

İç Hastalıkları

Bilinç değerlendirmesi yapınız. Bilinç bozukluklarını tanımlayınız?

Bilinç açıklığı somnolans--letarji-stupor-koma tanımı yapılabilmelidir.

Bilinci açık hasta uyanık ve çevreden gelen uyarılara uygun cevaplar verebilir halledir. Kendinizi tanıtır şikayetini sorduğunuzda uygun bir cevap alırsınız.

Hasta normalde uyumaması gereken ortamda uyuyor ama sesli uyarılarla uyandırılabilir ve uyanık kalıp muayeneye yeterince süre koopere oluyorsa somnolansdan bahsedilebilir.

Hasta normalde uyumaması gereken ortamda uyuyor, sesli uyarılarla uyandırılabilir ama ilgisini kısa sürede kaybederek tekrar uyumaya devam ediyor ve muayeneye devam için tekrar uyandırılması gerekiyorsa letarji denir.

Hasta ağırlı uyarılarla gözünü açıyor, ama sorulara cevap verecek kadar uyanık kalamıyorsa semikoma (stupor) denir.

Komadaki hastanın bilinci tamamen kapalıdır ve ağırlı uyarılarla bile (bazı reaksiyonlar verse de) uyandırılmamaktadır.

Vital bulgular nelerdir, normal değerleri tanımlayınız?

Kan basıncı, nabız, ateş, solunum sayısı vital bulgular olarak tanımlanmalıdır.

Ateş: Aksiller ölçümde 36-36,5°C, oral ölçümde 36,5-37 °C, rektal ölçümde 37-37.5 °C normal değerleridir. Aksiller ölçümde 37,5 dereceye kadar subfebril ateşten bahsedilebilir. Daha çok kronik enfeksiyonlarda gözükür.

Kan Basıncının normal değeri sistolik <130 mmHg, diastolik < 85 mmHg olmalıdır.

Solunum sayısı normal yetişkinde dakikada 10-20 arasındadır.

Nabız sayısı normal yetişkinde dakikada 60-100 arasındadır. Azalmasına bradikardi, artmasına taşikardi denir.

Hastanızın kan basıncını ölçün ve nabzını değerlendirin. Nasıl yaptığınızı anlatın?

Öğrenci kan basıncını ölçerken hastanın pozisyonuna, kolun kalp seviyesinde olmasına dikkat etmeli, her iki koldan ölçüm yapılması, bazı özel durumlarda bacak tansiyonunun ölçülmesi gerektiğini bilmelidir.

Manşon antekübital fossanın 1-2 cm yukarısına bağlanır. Plastik tüp kolun ön yüzünde olmalıdır. Brakiyal arter ve radial arter palpe edilmelidir. Palpasyon yönteminde manşon nabız kaybolana kadar şişirilir sonra saniyede 1 mmHg hızda düşürülürken arterlerden biri palpe edilir. Nabızın yeniden duyulduğu nokta sistolik basıncıdır. Bu yöntemle diyastolik basınç ölçülemez.

Oskültasyon yönteminde pozisyon ve manşon aynı şekilde iken diyafram antekübital bölgeye brakiyal arter üzerine yerleştirilir. Diyafram manşon kenarının altına sıkışabilir ama tamamen manşonun altına sokulmaz!

Korotkof sesleri tanımlanmalıdır (Basınç sebebi ile kemik ile manşon arasında sıkışan damardan geçen kanın oluşturduğu türbülansa bağlı ses)

Faz 1: Manşonun uyguladığı basınç sistolik basınç seviyesine ulaştığında damardaki kollapsın ortadan kalkmasına bağlı duyulan tıklama sesidir.

Faz 2: Kan akımı başladığında duyulan yumuşak üfürüm-tıklama sesine 10 mmHg kadar sonra eklenir

Faz 3: Kan akımının artmasına bağlı olarak üfürümün şiddetinin artması.

Faz 4: Seslerde ani azalma-tıklamanın kaybolarak üfürümün şiddetinin önemli derecede azalması

Faz 5. Tüm seslerin kaybolması

Faz 1 sistolik basınç, Faz 5 diastolik basıncı gösterir. Aort yetmezliği örneğinde olduğu gibi Faz 4 – Faz 5 arasında >10 mmHg fark varsa Faz 4 ve Faz 5 ayrı ayrı yazılması daha uygundur.

Önce palpasyon yöntemi ile sistolik kan basıncı saptandıktan sonra oskültasyon yöntemi kullanılmalıdır. Aksi halde aort darlığı gibi kan akımının azaldığı durumlarda ilk tıklama sesinden sonra üfürümün duyulması çok gecikebileceğinden sistolik basınç kaçırılabilir.

Nabız muayenesi: Nabız muayenesi boyundan başlayarak ayağa kadar bilateral olarak yapılmalıdır.(Karotid, brakiyal, radyal, femoral, popliteal, dorsalis pedis ve tibialis posterior gösterilmelidir) Nabızın yükselme hızı, nabız basıncı nabız eğrisinde omuz çıkıntısı bakılarak kayıt edilmelidir. Nabız palpasyonuna göre saptanan değişiklikler

Sıçrayıcı nabız(corigan nabız) yükseliş hızının artması-trasede çıkan kolun dikleşmesidir.

Atım hacmi veya atım hızı artarsa görülür.(öneğin aort yetmezliği, anemi, tirotoksikoz, gebelik, yüksek ateş), çift tepeli nabız (hipertrofik KMP, AY+AD), düşük amplitüdü ve yavaş yükselen(AD), paradoks nabız (inspirationda sistolik kan basıncının 10 mmHg'dan daha fazla düşmesi-tamponad), defisit nabız(atrial fibrilasyon), alternans nabız(kalp yetm), filiform nabız(ciddi volum kaybı) gibi değişik nabız şekilleri bilinmelidir

İnspeksiyonda yüzün genel görünümü bazı hastalıklara işaret edebilir, örneklerle anlatınız?

Malar rash, aydede yüz (Cushing - yuvarlak ve hiperemik yüz ve kıllanma artışı), maske yüz (Parkinson, skleroderma), heliyotrop döküntü, aslan yüzü (lepra), Down sendromu (küçük

kulak, düz burun, büyük dil, oblik orbital fissür epikantik kıvrımlar), Turner sendromu (küçük çene, düşük kulak, balık ağzı, kısa yelken boyun, epikantik kıvrım, düşük saç çizgisi), Peutz-Jeghers (dudaklarda çil benzeri pigment lekeler), hipotiroidi (donuk bakış, yüz ve göz kapaklarında ödem, dudaklar kalın, burun kaba, dil büyük, renk soluk), hipertroidi (canlı bakış, göz kapağı retraksiyonu, ürkmüş ifade), akromegali (alt çenenin öne kayması, çizgilerde ve burunda belirginleşme) Addison (belirgin pigmentasyon) gibi hastalıkların yüz görünümü tanımlanabilmelidir.

Ağız içi (oral mukoza, boğaz ve diş) muayenesinde nelere dikkat edilmelidir?, Bu muayene sistemik hastalıklar açısından bize hangi bilgileri verir?

Bu muayenede inspeksiyon ve gerektiğinde palpasyon kullanılır.

Dudak ve ağız köşelerinde şişlik ve çatlaklar (Keliyosis) vitamin B12 eksikliği ve demir eksikliği, dil, stenon kanal çevresinde ödem ve ülserasyon niacin eksikliği (pellagra) dişeti kızarıklığı, şişlik, kanama ve ülserasyonları C vitamini eksikliği (skorbüt) düşündürür.

Fırsatçı kandidal enfeksiyonlar beyaz plaklar tarzında görülebilir.

Kızamıkta koplük lekeleri, kızılta çilek dil. Mukozalarda solukluk-anemi,

Ağır metal zehirlenmelerinde dişeti-diş bileşkesinde siyah-mor renk değişikliği

Oral aftlar (SLE, Behçet), dilde kızarıklık, hassasiyet düzleşme (glossit-B12 eksikliği), peteşi ve kanamalar (trombositopeni), mukozal hiperpigmentasyon (Addison)

Ayrıca herpetik lezyonlar, ağız içi benign ve malign lezyonlar, tonsil hipertrofisi enfeksiyonu, tonsiller kriptik apseler (tonsillit) gözlenebilir.

Işık refleksini değerlendiriniz. Olası anormallikler ne anlama gelir?

Direkt ışık refleksi: Bir göze ışık tutulduğunda aynı gözde miyozis

İndirekt ışık refleksi: Bir göze ışık tutulduğunda karşı gözde miyozis.

Refleksin afferent siniri 2. sinir, efferent siniri 3. sinirdir. 2. ve 3. sinir lezyonlarında bozulur. Ayrıca Marcus Gunn pupili (hasta gözde önce miyozis, ışık sağlam gözden sonra tekrar tutulduğunda midriyazis olması - optik nöropati), Argyll Robertson pupili (pupil bilateral miyotik ve ışık refleksi yok, akomodasyon normal, sfiliz, diabet, ensefalit) bilinmelidir. Horner sendromu tanımlanmalıdır: Miyozis. pitozis, enoftalmi, anhidrozis, servikal sempatik denervasyon sebebi ile olur.

Boyun venöz basıncını ölçünüz. Normali kaçtır?

Boyun venöz basıncını değerlendirmek için hasta 45 derecede arkaya yaslandırılmış olmalıdır. Boyun karşıya çevrilir ve sağ tarftan juguler ven osilasyonunun üst noktası ile Luis açısı (sternal bileşkedeki açı) arasındaki dikey mesafe ölçülür. Bu maksimum 4.5 cm'yi geçmemelidir. Toplam venöz basınç sağ atrium ile Luis açısı arasındaki mesafe (normalde 5 cm'dir ve pozisyonla değişmez) + Luis açısı ile venöz osilasyon arasında ölçülen değerdir. Sonuç olarak venöz basınç maksimum değeri 9.5 cm'dir.

Lenf nodu bölgelerini sayınız ve gösteriniz?

Periferden muayene edilebilenler: Servikal ön-orta-arka, jugulodigastrik, submandibular, submental, supraklavikular, preaurikular, postaurikular, suboksipital, aksiller, epitrokleal, inguinal, popliteal.

Diğerleri: Mediastinal, paraaortik, parakaval, perigastrik, perihiler, parailyak, obturator

Lenf nodu muayenesi yapınız. Neleri not etmeliyiz?

Lenf nodunun büyüklüğünü, kıvamı (sert-yumuşak-lastik gibi), alttaki dokulara ya da cilde fiske, yapışık olup olmadığı, ağırlı olup olmadığı, üzerinde kızarıklık ve ısı artışı olup olmadığı, palpasyonla hassas olup olmadığı, cilde fistülize olup olmadığına bakılmalıdır. Bunların her birinin hangi hastalıklar için ipucu olduğu bilinmelidir.

Tiroid büyüklüğü nasıl derecelendirilir?

Grade 0: palpe edilemiyor

Grade 1a: sadece palpe edilebiliyor

Grade 1b: baş hiperekstansiyonda iken görülebilen ve palpe edilebilen tiroid bezi

Grade 2. Baş normal pozisyonda iken yakın mesafeden görülebilen tiroid

Grade 3:10 metreden daha uzaktan fark edilebilen tiroid büyüklüğü

Tiroidi palpe ediniz ?

İnspeksiyon ile boyun ekstansiyona getirilip tiroid gözlenir. Hasta yutkündürularak tiroid hareketi gözlenir. Baş fleksiyona getirilip sternokleidomastoid kası gevşetilir ve tiroid ön veya arkadan palpe edilir. Bu sırada hasta yutkündürulur. Yutkunma sırasında tiroid dokusu palpe edilir ve nodul aranır.

Tiroid muayenesinde oskültasyon ve perküsyon kullanılır mı? Nasıl? Yapınız

Tiroid oskulte edilerek üfürüm olup olmadığı aranır. Özellikle üst polde duyulur. Bazen trill palpe edilebilir. Tiroide üfürüm kanlanmanın arttığı durumlarda sistolo-diastolik (örn toksik diffüz guatr) veya bir nodülün boyun arterlerine bası yapması ile (sistolik) oluşabilir. Palpasyonda ve oskültasyonda saptanan bulgular kaydedilir. Mediastene uzanan tiroid şüphesi varsa sternal çentikten aşağı doğru perküsyon yapılarak matite aranır. Normalde bu bölgenin rezonans ses vermesi gerekir.

Karın inspeksiyonunda neler görülebilir-hangi hastalıklara işaret eder?

Karının solunuma katılıp katılmadığı, skar dokusu, herni, kollateral oluşumların varlığı saptanır. Karının genel görünümü (diffüz şişlik, asimetri, kurbağa karının anlamı), göbek çukur görünümü-anlamı, Bağırsakbağırsak peristalsizmalarının gözlenebileceği, cilt rengi ve lezyonlarının incelenmesi gerektiği (ikter, hiperpigmentasyon, kıllanma, deri lezyonları vb.) bilinmelidir.

Karın cildinde stria olup olmadığı ve bunların niteliği önemlidir. Pankreatitlerde Cullen ve Grey-Turner belirtileri aranır.

Yüzeysel damarlanmalar, kaput medusa, spider anjiom bilinmelidir.

Karının topografik bölgelerini ve bu bölgelerde bulunan organları tanımlayınız?

Sağ üst kadrant; karaciğer, safra kesesi, duodenum, pankreas, sağ böbrek,

Sol üst kadrant; mide, dalak, sol böbrek, pankreas, kolonun sol fleksuru,

Sağ alt kadrant; çekum, apendiks, sağ over ve tuba,

Sol alt kadrant; sigmoid kolon, sol over ve tuba

Alt orta hatta ise; idrar kesesi ve uterus yer almaktadır.

Oskültasyonda karın bölgesinde neler bulunabilir? Nasıl dinlenir?

Oskültasyonun inspeksiyondan hemen sonra ya da birlikte yapılması gerektiği bilinmelidir. Hasta uygun pozisyonda iken umblikusun biraz sağından Bağırsakbağırsak sesleri dinlenir, sonra dört kadranda tekrarlanır. Normalde 5-10 saniyede bir duyulur. Paralitik ileusda hiç duyulmaz. Mekanik obstrüksiyonda tıkalı alana doğru sıvı ve hava içeriğinin itilmesi sonucu artan peristaltik seslerle birlikte gurultu ve çınlama (metalik) sesler duyulabilir. Zayıf kişilerde sistolik üfürüm duyulabilir. Bunun dışında aort tıkanıklık ya da anevrizmalarında sistolik

üfürüm duyulur. Portal HT'da kollateral dolaşım kuvvetli ise ksifoid göbek arasında devamlı venöz üfürüm (Cruveilhier-Baumgarten sendromu) duyulabilir. Karaciğer tümörlerinde karaciğer üzerinde üfürüm-frotman duyulabilir

Karında yüzeysel ve derin palpasyon yapınız?

Yüzeysel palpasyonda karın kaslarının tonusu hakkında fikir sahibi olunur ve cilt-cilt altı dokulardaki lezyonlar ve ağrılı noktalar fark edilir. Palpasyon öncesi hastaya ağrısı olup olmadığı sorulmalıdır. Ağrı yoksa sol alt kadrandan dairesel hareketlerle başlanır. Ağrı varsa ağrılı bölgeye uzak bir noktadan başlanmalıdır. Tüm karın palpe edilmelidir. Daha sonra derin palpasyon yapılmalı ve daha derinde olabilecek lezyonlar ve ağrılı noktalar palpe edilmeye çalışılmalıdır. Özellikle Murphy ve Mc Burney noktaları da palpe edilmelidir. Üreter noktaları da palpe edilmelidir.

Direkt ve indirekt rebound nasıl değerlendirilir? Ne anlama gelir?

Direkt reboundda ağrılı olan yere basılarak hastanın ağrısı olup olmadığına bakılır. İndirekt reboundda ise ağrı olmayan yere basılıp çekildiğinde periton irritasyonu (peritonun dalgalanma hareketi ile inflame bölgeye teması) ile hastanın ağrı olduğunu ifade ettiği yerde ağrı hissi sağlanmaya çalışılır. İndirekt rebound klinik olarak direkt rebounddan daha değerli bulgu verir.

Asit muayenesi yapınız. Bulgular nasıl değerlendirilir?

İnspeksiyonda göbek sulkusları düzleşmiş, göbek platosu silinmiş olabilir. Kurbağa karnı görünümü olabilir. Ksifoidden ışınsal olarak inguinal bölgelere kadar tüm batın perküte edilir. Matite duyulan yerler işaretlenir. Eğer açıklığı yukarı bakan matite var ise asitten şüphelenir. Asit olduğundan emin olmak için matitenin yer değiştirmesi gerekir.

Az miktardaki asiti tesbit etme yolları nedir-hasta üzerinde gösteriniz?

Az miktarda asit olduğunda diz-dirsek pozisyonunda göbek bölgesi perküte edilir. Ayrıca dalgalanma hissi (sensation de flots) da aranabilir.

Karaciğer palpasyonu yapınız?

Hastanın sağında durulur. Sağ inguinal bölgeden ve midklavikular hattından başlanır. Hasta nefesini aldığı anda elin kenar kısımlarından biri (işaret parmağının veya 5.parmağın kenarı) karın cildine dik gelecek şekilde hafifçe bastırılır ve organ büyümüş ise ele çarpması beklenir. Hasta nefes verirken el bir-iki cm yukarı ilerletilir. Karaciğer büyük ise kot kavsini ne kadar aştığı, kıvamı, kenar özellikleri, yüzeysel özellikleri, ağrılı olup olmadığı söylenmelidir.

Dalak palpasyonu yapınız?

Hastanın sağında durulur. Sol inguinal bölgeden ve midklavikular hattından başlanır. Hasta nefesini aldığı anda elin kenar kısımlarından biri (işaret parmağının veya 5.parmağın kenarı) karın cildine dik gelecek şekilde hafifçe bastırılır ve organ büyümüş ise ele çarpması beklenir. Hasta nefes verirken el bir-iki cm yukarı ilerletilir. Dalak büyük ise kot kavsini ne kadar aştığı, kıvamı, kenar özellikleri, yüzey özellikleri, ağrılı olup olmadığı söylenmelidir.

Traube alanını tanımlayınız, muayenesini gösteriniz? Traube muayene bulguları ne anlama gelebilir?

Ksifoidden sol ön koltuk altı çizgisine çekilen dikey çizgi, ön koltuk altı çizgisi ve sol kot kavsini oluşturduğu üçgen alana Traube alanı denir. Burada mide fundusu bulunduğu için perküsyonla normalde timpan ses alınır. Mat ses alınır ise Traube alanı kapalı denir ve splenomegali akla gelir. Nadiren plörezi, perikardit ve o bölge kolon tümörleri de Traube alanını kapatabilirler.

Karaciğer üst sınırını bulunuz?

Sağ hemitoksta midklavikular hatta 2.interkostal aralıktan başlanarak perküsyon ile bulunur. 2 interkostal aralık manibrium steni ile korpus sterninin birleştiği eklem (Louis açısı) yanındaki interkostal aralıktır. Normalde 4 veya 5 interkostal aralıkta submatite, 6.interkostal aralıkta ise matite alınmalıdır.

Hepatojuguler reflü nedir, ne anlama gelir, nasıl muayene edilir?

Hasta sırt üstü yatarken ağızdan rahat nefes alması söylenir ve sağ elle karaciğer üzerine 20-30 saniye süre ile basınç uygulanır. Normalde ilk birkaç kalp siklusünde juguler venöz dolgunluk artışı olurken, basıncın devamında başlangıç düzeyine düşüş görülür. Sağ ventrikül yetmezliğinde, karaciğer sinüzoidlerinde genişleme ve kan göllenmesi olduğu için uygulanan basınç burada göllenmiş kanın sağ kalbe itilmesine, yani volümün yükselmesine neden olur. Basınç boyunca venler tam boşalmaz, dolgun kalır ve basınç kalkar kalkmaz doluluk hızla azalır. Hepatojuguler reflü sağ kalp yetersizliğine yol açmış durumlarda oluşur.

Eklem muayenesinde inspeksiyonda neler görülebilir?

Şişlik, kızarıklık, deformiteler ve hareket kısıtlılığı

Eklem muayenesinde palpasyonla neler görülür?

Palpasyonda hastada ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı (eklem fizyolojik hareketleri) tespit edilir.

Eklem hareketleri nasıl muayene edilir?

Önce aktif ve pasif muayene yapılır. Aktif muayenede hasta eklem fizyolojik hareketlerini kendisi yaptırır. Pasif muayenede ise hekim eklem hareketlerini kendisi yaptırır. Aktif muayenede kısıtlılık ve pasif muayene normal ise periartiküler yapılar (kas, tendon, ligament , eklem kılıfı) da sorun olduğu, aktif ve pasif muayene kısıtlı ise artiküler yapı yani eklemle ilgili sorun olduğu düşünülür. Pasif muayene ile eklem fizyolojik hareketlerini değerlendirilir. Sonra inspeksiyon, palpasyon uygulanır. Bu yollarla artrit 5 bulgusu şişlik, ağrı, kızarıklık, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı araştırılır.

Genel Cerrahi

Karında yüzeysel ve derin palpasyon yapınız?

Palpasyon öncesinde hastaya ağrısı olup olmadığı sorulur. Şayet ağrısı varsa ağrılı bölgeye en uzak yerden; ağrısı yoksa sağ veya sol inguinal bölgeden başlanması önerilir.

Yüzeysel palpasyona başlamadan önce karın derisi muayene edilmelidir. Karın derisi iki parmak arasında sıkıştırıldığında, normalde karın derisinin karın katlarından kolayca ayrıldığı ve bırakıldığında tekrar eski halini aldığı (buruşup kalmadığı) gözlenirse deri turgorunun normal olduğu söylenebilir. Deri turgoru dehidratasyonu hallerinde bozulur.

Yüzeysel palpasyonda parmak uçları ve avuç içi birlikte kullanılır ama parmak uçları ile biraz daha fazla bastırılır. Ağrı durumunda hasta kendini kasacağı için derin nefesler alması veya hastanın dikkatini dağıtacak yöntemler uygulanması gerekebilir. Yüzeysel palpasyonda karın kaslarının tonusuna bakılır. Atletik kişilerde veya gençlerde daha fazla, yaşlı veya çok doğum yapmış hastalarda daha azdır. Jeneralize peritonitlerde genel bir rijidite, akut inflamatuvar olaylarda -apandisit, kolesistit gibi- lokal bir rijidite saptanabilir. Ayrıca cilt-cilt altı dokulardaki problemler, hastanın ağrı duyumu ve lokalizasyonu ve kabaca karında yer işgal

eden bir lezyonun varlığı (dolgunluk, asimetri vs) saptanabilir. Yüzeysel palpasyonda fazla basınç uygulanmaz.

Derin palpasyon, el ve özellikle de parmaklar daha kuvvetli bastırılarak yapılır. Karın içindeki olayın tanısında daha bilgilendiricidir. Organomegali, intraabdominal kitleler ve yaklaşık boyutları, mobiliteleri, GiS organlarına ait dilatasyonlar bu yolla daha net değerlendirilebilir. Ayrıca hastanın en fazla ağrı duyusunun nerede olduğu, peritonit bulgularının olup olmadığı (defans, direkt/indirekt rebound vs.) yine bu yolla saptanabilir.

Direkt ve indirekt rebound nasıl değerlendirilir? Ne anlama gelir?

Karındaki dokuz kadran dikkatle muayene edilmelidir. Karnın belirli bir bölgesine yavaş yavaş bastırmakla hasta, şiddeti artan bir ağrıdan ve basının birden bire kaldırılması ile o bölgede şiddetli bir ağrıdan yakınıyor ise bu olay "direkt rebound" fenomenidir ve lokal bir periton iritasyonu belirtisidir. Akut karın olgularında çok sık ratlanan bir bulgudur.

Akut apandisitli bir hastada sol fossa iliaca bastırılıp baskının birden kaldırılması sonucunda sağ fossa iliaca ağrı hissedilmesi ise "indirekt rebound" fenomenidir.

Hasta üzerinde asit muayenesi yapınız. Az miktardaki asiti tespit etme yolları nedir? Bulgular nasıl değerlendirilir?

Distandü görünümlü bir karında, asit varlığını saptamak için perküsyon yöntemi kullanılır. Bu amaçla yapılan perküsyon, ksifoidden başlayarak inguinal bölgeye doğru ve radyer tarzda yapılır.

Karındaki distansiyon, GIS organlarının (incebağırsaklar veya kolon) dilatasyonuna bağlı ise, bu organların içerdiği gaz nedeni ile timpanik veya sonor bir ses alınır. Solid veya sıvı içeriği olan bölgelerde ise matite alınacaktır. Işımsal tarzda yapılan perküsyon sonucunda matite alınmayabasılanan noktalar birleştirildiğinde, açıklığı yukarı bakan bir yay çiziyorsa asit, aşağı bakan bir yay çiziyorsa solid bir kitleden bahsedilebilir.

Asit varlığını teyid eden bir diğer bulgu "yer değiştiren matite"dir. Perküsyonla en son timpanik ses alınan lateral bir bölge işaretlenir ve hastanın o tarafına yan yatması istenir. Şayet timpan ses mat sese dönüşüyorsa yine asit varlığından bahsedilir. Bu yöntem az miktardaki asitlerin saptanmasında da önemli yardımcıdır.

Karaciğer palpasyonu yapınız ve karaciğerin üst sınırını bulunuz ?

Karaciğer en büyük intraabdominal organlardan biridir ve ortalama 500 gram ağırlığındadır. Karaciğeri yerinde tutan faktörler hilus damarları, asıcı bağları, göğüs boşluğunun negatif basıncı ve karın içindeki pozitif basınçtır.

Karaciğerin alt kenarı normalde palpe edilemez veya çok derin inspiyumda palpe edilebilir. Solunum hareketleri ile yer değiştirdiği için, ne kadar büyüdüğü ekspiyumda belirlenmelidir. Karaciğerin palpasyonuna sağ inguinal bölgeden başlanır ve muayene eden hekimin parmakları hastanın başına veya aksiler bölgeye doğru yönlendirilmiştir. Ota parmak muayene sırasında hemen daima mid-klaviküler hat üzerine koyulmalıdır. Hastadan derin nefesler alıp vermesi istenir ve her ekspiyumda hekim elini biraz daha yukarı hareket ettirir. Midklavikular hat üzerinde karaciğer palpe edildiğinde ekspiyumda, Kosta kenarını ne kadar geçtiği ölçülür ve "karaciğer mid-klaviküler hatta kosta kenarını XX cm geçiyor" şeklinde ifade edilir.

Kosta kenarını geçen her karaciğer kenarı hepatomegali anlamına gelmez. Karaciğerin palpe edildiği durumlarda özellikle, interkostal alanların yukarı doğru perküsyonu ile anatomik yerleşimin üst sınırda karaciğer matite/submatitesinin araştırılarak (normalde 4-5. interkostal aralıkta submatite, 6. interkostal aralıkta matite alınır) pitosisten ayırt edilmesi gerekir.

Dalak palpasyonu yapınız.

Normal büyüklüğünün iki katını geçmeyen dalak palpe edilemez. Dalağın büyüklüğü arttıkça sol hipokondriumu doldurabildiği gibi sol fossa iliakaya, hatta karnın sağ tarafına da geçebilir. Dalağın palpasyonuna sol inguinal bölgeden başlanır ve muayene eden hekimin parmakları hastanın başına veya aksiler bölgeye doğru yönlendirilmiştir. Ota parmak muayene sırasında hemen daima mid-klaviküler hat üzerine koyulmalıdır. Hastadan derin nefesler alıp vermesi istenir ve her ekspiriyumda hekim elini biraz daha yukarı hareket ettirir. Mid-klaviküler hat üzerinde dalak palpe edildiğinde ekspiriyumda, Kosta kenarını ne kadar geçtiği ölçülür ve "dalak mid-klaviküler hatta kosta kenarını cm geçiyor, Traube kapalı" veya "dalak palpe edilmiyor fakat Traube kapalı" şeklinde ifade edilir.

Palpasyonla beraber mutlaka perküsyon da yapılmalıdır. Lateralde sol ön aksiler çizgi, yukarıda ksifoidden geçen ve ön aksiler çizgiye dik çizgi ve aşağıda kosta yayının sınırladığı üçgen şeklindeki alan "Traube alanı" olarak adlandırılır. Normalde sonor ses alınan bu alan, dalağın normalden 1,5-2 kat kadar büyümesi ve bu alanı doldurması ile birlikte mat ses vermeye başlar. Bu alandaki matite, dalak kenarının palpe edilebilmesi ve solunumla hareketliliği splenomegali düşündürür.

Hepato-juguler reflü nedir, ne anlama gelir, nasıl muayene edilir?

Kalp yetmezliğinde, karaciğer üzerine bir baskı uygulandığında artan venöz dönüş ve yetmezlikteki sağ kalbin bu yükü boşaltamaması nedeni ile juguler vendeki venöz basıncın artması bulgusudur. Hepatik ve juguler venler arasındaki kanalların açık olduğunu gösterir. Hepatik venlerin oklüzyonunda; ana mediasinal veya juguler venlerin tıkanıklığı durumunda bu bulgu görülmez. Kardiyak sirozlu olgularda da kaybolabilen bir bulgudur.

Safra kesesi palpasyonu yapınız. "Murphy belirtisi"ni açıklayınız.

Normalde safra kesesi ele gelmez. Kolelitiazisli hastalarda duktus sistikusun taş nedeniyle tıkanması sonucu safra kesesi hidropik bir hal alır ve palpasyonla karaciğerin altında palpe edilebilir hale gelir. Akut kolesistitte palpasyon oldukça ağrılıdır.

Parmaklar safra kesesi lojuna koyularak hastadan derin bir nefes alması istenir. Kesenin sıkışması nedeni ile hasta inspiyumu tamamlayamaz ve yarıda keser ise "Murphy belirtisi pozitif" olarak kaydedilir.

Klapotaj hissi nedir? Ne anlama gelir?

Hava ve sıvı ile dolu organlar üzerinden alınabilen bir bulgudur. El ile organın yerleşim bölgesine baskı uygulandığında, hem elle hissedilebilen hem de kulakla duyulabilen bir çalkantı hissi oluşur ve bu hisse "klapotaj" adı verilir. Genellikle postprandiyal 2 saat içindeki klapotaj hissi fizyolojik olarak kabul edilir. Pilor stenozlarında, yemekten 3-4 saat sonra da klapotaj hissi alınabilir.

"Ballotman" nedir?

Periton boşluğunda büyük sıvı miktarları olduğunda karın şiş ve gergindir. Bu durum palpasyonu güçleştirir. Bu durumda ballotman yoluyla organlar ve karın içindeki kitleler hakkında fikir sahibi olunabilir.

Su dolu bir kap içinde yüzen buzlar, el ile vurulduğunda önce batır sonra tekrar yüzeye çıkar. Bu olayda olduğu gibi, el ve karın duvarı ile asidi bir karında üzerine vurulan organlar, sıvı içinde hareket ederek önce batacak sonra ele vuracaktır. Bu hisse "ballotman" adı verilir.

Kardiyoloji

Boyun ven muayenesi nasıl yapılır? Yapılırken kan basıncının arttığı durumlar hangileridir? Normal venöz nabız dalgaları nelerdir?

Boyun ven muayenesi için hastanın sağ tarafından 45 derece arkaya yatırılmış olarak bir pozisyon alınır. Bulgular ven pozisyonunun veya dolgunluğunun üst noktası ile Luis açısı arasındaki dikey mesafe ölçülür. Eğer bu mesafe 4.5 cm üzerinde ise venöz dolgunluk var denilebilir. Venöz dolgunluk için Luis açısı sağ atrium merkezi arası 5 cm yukarısı ise 4.5 cm. (Yani $5+4.5\text{ cm}=9.5\text{ cm}$) maksimum değerdir.

Yuguler venöz basıncı arttığı durumlar;

Volüm yükü, sağ kalp yetmezliği, perikard tamponadı, pulmoner emboli, triküspit darlığı, vena kava superior sendromu, kronik pulmoner hipertansiyon
Venöz nabız dalgaları: Pozitif olanlar a,c,v, negatif olanlar x,x^y,y dalgalarıdır.

Nabız muayenesi nasıl yapılır? Nelere dikkat edilir? Nabız çeşitleri nelerdir?

Nabız muayenesi sistemik olarak ve bilateral olarak şu damarlarda bakılır: Karotis, radial, brakial, femoral, popliteal, dorsalis pedis ve tibialis posterior arterleri.

Nabız yükselme hızı, nabız volümü, nabız düzenine dikkat edilir.

Nabız çeşitleri:

Sıçrayıcı nabız (Corrigan nabızı)
Pulsus bisferiens, pulsus parvus et tardus
Pulsus paradoksus, pulsus defisit,
Pulsus alternans, pulsus filiformis
Dikrotik nabız

Sistolik üfürümlerin şiddeti nasıl değerlendirilir?

Sistolik üfürümlerin şiddeti altı derece üzerinden değerlendirilir:

1. Derece: İşitilmesi özel gayret isteyen çok hafif üfürümlerdir.
2. Derece: Hafiftir ancak hemen işitilir.
3. Derece: Orta derecede şiddetlidir ve kolaylıkla işitilir.
4. Derece: Şiddetli üfürümlerdir.
5. Derece: Çok şiddetli üfürümlerdir, ancak yine de stetoskop göğse koyulduğu zaman duyulur.
6. Derece: Stetoskop göğüs duvarından kaldırıldığında dahi duyulur.

Kan basıncı ölçülürken Korotkoff sesleri nasıl değerlendirilir, sistolik ve diyastolik kan basınçları nasıl saptanır?

Korotkoff sesleri 5 fazdan oluşur.

Manşon, palpe edilen radyal nabız kayboluncaya kadar şişirilerek bulunan yaklaşık sistolik kan basıncı değerinin 30 mmHg daha üzerine çıkacak şekilde şişirildikten sonra, Stetoskop antekübital fossa'da palpe edilen brakial arter üzerine yerleştirilir. Manşon basıncı 2 mm Hg/sn sabit hızla düşürülür.

İlk duyulan ses sistolik kan basıncını gösterir ve Korotkoff 1. fazı gösterir.

Korotkoff 2. fazda duyulan sesler kaybolur,

Korotkoff 3. fazda sesler yeniden duyulmaya başlar.

Korotkoff 4. fazda sesler yavaşlamaya başlar.

Korotkoff 5. fazda sesler tamamen kaybolur. Bu faz diyastolik kan basıncını gösterir.

Eğer Korotkoff sesleri 0 mmHg'a kadar devam ediyor ise ölçüm tekrarlanır ve Korotkoff 4. fazı bulunur ve her üç değer birden kaydedilir. (ör, 142/66/0 mmHg)

Dinamik oskültasyon nedir ve nasıl yapılır?

Bazı fizyolojik manevralar ve farmakolojik ajanlar kalp sesleri ve üfürümlerin değerlendirilmesinde özellikle ayırıcı tanıda önemli bilgiler verir.

Oskültasyonda bu şekilde fizyolojik manevra ve/ya farmakolojik ajan kullanımı sonrası tekrarlanması dinamik oskültasyon olarak adlandırılır.

Fizyolojik manevralar arasında Carvallo manevrası, çömelleme, Valsalva manevrası, İzometrik handgrip (yumruk sıkma) sayılabilirken, bu amaçla kullanılan farmakolojik ajanlar amid nitrit ve fenilefrindir.

Carvallo Manevrası'nda, derin inspiriyum sonrası nefesin tutulması istenir. İnspiriyumda sağ kalbe giden kan miktarının artışı buradan kaynaklı ses ve üfürümlerin şiddetlenmesine sebep olur. Çömelleme esnasında venöz dönüş ve periferik direnç artışı olur. Valsalva manevrasında kapalı glottise karşı zorlu ekspiryum yapılması istenir. Sağ ve sol kalp kökenli üfürümlerin ayırıcı tanısında yararlıdır. İzometrik 'handgrip'de 45 sniye süreyle hastanın yumruğunu sıkması istenir. Bu manevra ile kalp debisi ve periferik direnç artar. Amid nitrit inhalasyonunda önce periferik direnç düşer sonra refleks taşikardi ile venöz dönüş artar. Fenilefrin ise amid nitritin tersi etkiler gösterip sistemik ve vasküler rezistansı artırır.

Valsalva Manevrası'nın fazları nelerdir?

Dört fazdan oluşur.

Faz I: Kapalı glottise karşı ekspiryumun başlamasıyla birlikte toraks içi basınç artar. Bu artış hem sistolik hem diyastolik kan basıncına yansır, nabız basıncı değişmez.

Faz II: Artmaya devam eden toraks içi basınca bağlı olarak venöz dönüş azalır ve sonuçta kalp debisi, sistolik kan basıncı, nabız basıncı azalır. Aynı dönemde refleks taşikardi gözlenir.

Faz III: Zorlu ekspiryumun sonlandırılmasıyla kan basıncının daha da düştüğü dönemdir.

Faz IV: Venöz dönüşün artmasıyla kalp debisi ve kan basıncı artar. Bu dönem manevra öncesi dönemden daha fazla olduğu için 'overshoot fazı' olarak bilinir. Bu artışa sekonder refleks bradikardi gelişebilir.

Erken diastolde duyulan ek sesler nelerdir?

- Mitral açılma sesi
- S3
- Perikardiyal vuru
- Tümör lopn

En sık görülen anormal perikardiyal hareketler nelerdir, anlamı nedir?

- Porosternal epigastrik impuls: Sağ ventrikül hipertrofi
- Güçlü apikal impuls: Sol ventrikül basınç yüklenmesi
- Çift sistolde apikal impuls: Hipertrofik KMP.
- Presistolik impuls: S4
- Erken diastolik impuls: S3
- Hiperdinamik impuls: Mitral Aort Yetmezliği.

Pulsus paradoksus nedir? Nedenleri nelerdir?

Kan basıncında inspiriyumda beklenen düşmenin abartılı olmasına 'pulsus paradoksus' denilir.

Muayene yöntemi: Hastanın kan basıncını belirlemek üzere manşon koluna uygun biçimde bağlandıktan sonra manşon basıncı (her nefeste 2 mmHg gibi düşük hızda) yavaşça düşürülerek sistolik kan basıncını belirleyen Korotkoff (faz 1) seslerinin duyulduğu nokta belirlenmeye çalışılır. İlk olarak Korotkoff seslerinin solunumsal değişkenlik gösterdiği (sadece ekspiryumda duyulup, inspiryumda duyulmadığı) basınç not edilir, sonra manşon basıncı indirilmeye devam ederek solunumsal değişkenlikten kurtulduğu (hem ekspiryum hem de inspiryumda duyulduğu) basınç not edilir. İşte Korotkoff faz I seslerinde bu solunumsal değişkenliğin başladığı nokta ile bundan kurtulduğu nokta arasındaki basınç farkı >10 mmHg ise hastada Pulsus Paradoksus varlığı tanımlanmış olur. Nedenleri; perikard tamponadı, akut pulmoner emboli, KOAH, konstrüktif perikardit, restriktif kardiyomyopati, hipovolemik şok.

Paroksizmal nokturnal dispne (PND) nedir?

Gece uykudan uyandıran nefes darlığı nöbetidir. İnterstitial pulmoner ödeme bağlı olarak gelişen PND genellikle sol kalp yetmezliğine bağlıdır. Bu durum genellikle uykudan 2-4 saat sonra başlar. Beraberinde öksürük, terleme ve wheezing vardır. Genellikle hasta yatağın kenarında oturur pozisyona gelince 15-20 dakika içinde geçer. Kalp yetmezliğinde gelişen öksürüğün bir özelliği vardır: genellikle nefes darlığından sonra gelişir. Oysa kronik akciğer hastalıklarında hasta bütün gece uyuyamaz, sürekli öksürük, balgam ve wheezing vardır. Akciğer hastalıklarında hastanın dispneden kurtulması öne eğilmesi ile değil de balgam ve sekresyonların temizlenmesi ile mümkün olur.

Pulsus defisit nedir?

Kalp atımlarının bazıları palpe edilebilen nabız dalgaları oluştururken bazı atımların periferde nabız dalgası olarak hissedilememesidir. En iyi örneği atriyal fibrilasyondur.

Pulsus parvus et tardus nedir?

Klasik anlamda aort darlığı ile birlikte anılır, nabzın iki farklı özelliğinin birleşmesinden oluşur. Pulsus parvus nabız amplitüdünün düşük olması anlamına gelir ve atım hacminin azaldığı durumlarda gözlenir. Pulsus tardus ise nabzın çıkan kolunun hızının yavaşlaması anlamına gelir. Sıklıkla sol ventrikül çıkış yolunda sabit bir obstrüksiyon bulunmasına bağlı olarak ejeksiyon süresinin uzadığı durumlarda görülür. Ventrikül fonksiyonlarının korunduğu aort darlığı vakalarında bu nabız bulgusu sadece santral arterlerde gözlenir ve en az 50 mmHg lık gradient varlığına işaret eder. Ventrikülün deprese olduğu durumlarda ise aort darlığı hafif dahi olsa hem santral hem periferik arterlerde gözlenir.

Kalbin dinleme odakları nelerdir tarifleyerek gösteriniz?

Kalbin klasik anlamda beş dinleme odağı vardır. Bunlar: Mitral (apikal), Triküspit, Mezokardiyak, Aort, Pulmoner odaklardır.

Apikal odak palpasyonla bulunur ve normal bir insanda genel olarak mitklavikular hat ile 5. interkostal aralığın kesiştiği yerdir.

Triküspit odak; Sternumun sol alt ucunda 4.-5. interkostal aralığa rastlar.

Mezokardiyak odak: Sternumun sol kenarı ile 3. interkostal aralığın kesiştiği yerdir.

Aort odağı: Sternumun sağ kenarı 2. interkostal aralıktır.

Pulmoner odak: Sternumun sol kenarı 2. interkostal aralıktır.

İnterkostal aralıklar belirlenirken Luis açısı referans alınır. Bu açı manuilibrium sterni ile corpus sterni nin birleştiği yerdir. Bu açının sağında ve solunda 2. kostalar vardır. Bu kostaların altı ise 2. interkostal aralıktır. (Bunları gösterebilmesi gerekir)

Kalbi dinlerken duyulan devamlı üfürümlerin nedenleri nelerdir ?

- PDA
- Sinüs valsalva rüptürü
- Arteryo-venöz fistüller
- Koroner arter fistüller
- Koroner arter darlıkları
- Aort koarktasyonuna bağlı kollateral dilatasyon
- Koroner by-pass greftleri
- Aorta-pulmoner pencere

Kardiyak oskültasyonun yapıldığı dört prekordiyal odak nereleridir?

Aort odağı - Sağ 2. interkostal aralık

Pulmoner odak - Sol 2. interkostal aralık

Triküsbit odak - Sol parasternal 4. ve 5. interkostal aralık

Mitral odak - Sol 5. interkostal aralık ve midklavikular hattın kesiştiği nokta (kardiyak apeks)

Kalp tepe atımı nerededir, lokalizasyonu nasıl yapılır?

5. interkostal aralık ve midklavikular hattın kesiştiği bölgededir.

Manubrium sterni ile korpus sterni bileşkesinin hizası 2. interkostal aralığa yaklaşık karşılık gelir ki buradan kostalar tek tek sayılarak 5. interkostal aralık bulunur. Mid klavikular hattın aşağı doğrusal bir hat alınırsa 5. interkostal aralık ile kesişme bileşke bölgesi kalp tepe atımı olarak tanımlanır.

Göğüs Hastalıkları

Solunum sistemi inspeksiyonunda nelere dikkat edilir?

Hastanın vücudunun üst yarısı çıplak ve uygun pozisyonda olmalıdır.

Pozisyonuna bakılır (ortopne?)

Göğüs kafesinin şekil bozuklukları değerlendirilir (kifoza, skolyoz)

Cilt rengindeki değişiklik (siyanoz?) olup olmadığı kaydedilir

Horner sendromu bulguları?

Vena kava superior sendromu bulguları?

Çomak parmak?

Solunum dinamiklerine bakılır

- Solunum sayısı
- Solunum paterni, patolojik solunum var mı?
- Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor mu?
- Göğüs kafesi ve karın hareketlerinin uyumu?
- İnterkostal çekilme var mı?

Toraks palpasyonu yapınız ?

Önce inspeksiyondaki anormal değişiklikleri palpasyonla kesinleştirmek gerekir. Göğüs kafesinde ağrılı yerler, cilt değişiklikleri, tümöral değişikliklere, subkutan amfizemle ilişkili krepitasyonlara bakılır ve bunların yerleri not edilir.

Her iki hemitoraksın karşılaştırmalı bir şekilde ekspansiyonunu, önde iki el parmakları, göğüs yan duvarına yapıştırmak ve başparmakları da göğüs ön-orta noktasına, arkada ise; gene el parmakları yanda, orta parmaklar ise vertebra üzerine konmak suretiyle ölçülür. Mediasteninin

pozisyonu, trakeanın pozisyonu ile anlaşılır. Bu, trakea ile sternokleidomastoid kası iç kenarı arasındaki alan genişliğinin araya işaret parmağını yatay olarak konulup ölçülmesi ile yapılabilir. Toraksla ilişkisinden ötürü özellikle supraklaviküler lenf nodlarına ayrıntılı olarak bakılır.

Vibrasyon torasik değerlendirilip bulgular kaydedilir. Bunun için de hastaya titreşimi fazla kelimeler (on, onbir vb) yüksek sesle ve tekrar ettirilerek söylenir.

Toraks perküsyonu yapınız?

Uygun perküsyon tekniği kullanılarak yapılır. Bunun için göğüs duvarına konan sol elin orta parmağının proksimal ve interfalangeal eklem arasındaki sahanın üst tarafına, sağ elin orta parmağının ucu ile vurulmalıdır. Perküsyon sırasında elin hareketi bilekten olmalıdır. Supraskapular ve subskapular alanda interkostal aralıklara paralel, interskapular alanda interkostal aralıklara dik ve simetrik olarak yapılması ile elde edilen bulgular kaydedilir.

Kosta – diyafragmatik sinüsler inspiriumda ve ekspiriumda ayrı ayrı perküte edilerek sinüslerin açık veya kapalı olup olmadığı konusunda bilgi edinilir.

Toraks oskültasyonu yapınız?

Akciğerlerin oskültasyonu; dikkati dağıtmayan sakin bir ortamda yapılmalıdır. Akciğerlerin oskültasyonunda, hastalar sakin bir şekilde, ağızdan ve ses yapmadan solumalı ve stetoskopun diafram kısmı kullanılmalıdır. Amaç solunumun inspirasyon ve ekspirasyon evrelerini iyi değerlendirmek ve ek seslerin hangi evrede ortaya çıktıklarını saptamaktır. Oskültasyonun simetrik yapılması ve toraks ön duvarının da oskulte edilmesi önemlidir.

Nöroloji

Motor muayenede neler değerlendirilmektedir?

- kas tonusu
- kas gücü
- istemsiz hareketler
- kas trofisi

Kas tonusu nedir?

İstemli hareket yokken kasta palpe edilen sertliktir.

Kas tonusu nasıl muayene edilir?

Pasif hareket sırasında eklem hareket ettirilerek bakılır. İki taraf kıyaslanır.

Trofi muayenesinde neyi değerlendiriyoruz?

Atrofi - kasta erime

Hipertrofi - kas kitlesinde artma

Refleks muayenesinde hangi refleksleri değerlendiriyoruz?

Derin tendon refleksleri (DTR)

Yüzeyel refleksler

Patolojik refleksler

Üst ekstremitede hangi DTR lere bakılır?

Biceps

Triceps

Stiloradyal

Alt ekstremitelerde hangi DTRLere bakılır?

Patella

Aşil

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

Kas-iskelet sisteminde ağrı yakınımı olan hastanın hikayesinin alınması;

Ağrının süresi belirtilmelidir.(akut mu kronik mi olduğu belirtilmeli - 6 haftadan uzun süreli ağrılar kronik olarak kabul edilir),

Ağrının başlangıcı ani ya da sinsi midir? (travmatik ağrılar genellikle ani başlangıçlıdır, buna karşılık enflamatuvar ağrılar genellikle sinsi başlar-akut gut gibi kristal artropatileri buna istisna oluşturur)

Ağrının şiddeti ve karakteri tanımlanmalıdır (künt, keskin, süreğen veya saplanıcı/kolik tarzda mıdır?)

Ağrının yeri lokalize edilmeye çalışılmalıdır (hasta eklemlerinden mi yakınıyor, yoksa yaygın bir ağrıdan mı yakınıyor?),

Ağrı yaygın bir tarzda ise yansıyan veya yayılan bir tarzda olup olmadığı sorulmalıdır. (belden bacağına veya boyundan kola yayılan ağrılar radiküler nedenli ağrılar olabilir, kolik tarzdaki ağrılar safra kesesi ya da idrar yolları koliğinden kaynaklanabilen yansıyan ağrılar olabilir.)

Ağrı eklemde lokalize ise tutulum paterninin nasıl olduğu sorgulanmalıdır (monoartiküler? oligoartiküler? poliartiküler? gezici? simetrik? asimetrik?),

Ağrının sıcak veya soğuk uygulamayla şiddetinde değişme olup olmadığı sorgulanmalıdır. (ağrı soğuk uygulamayla azalıyorsa enflamatuvar, sıcak uygulamayla azalıyorsa non-enflamatuvar nedenlidir)

Ağrının gece nasıl bir seyir izlediği sorulmalıdır (hastanın gece ağrısı olmuyorsa non-enflamatuvar, gece uykudan uyandıran ağrısı oluyorsa enflamatuvar nedenler akla gelmelidir)

Ağrının aktiviteyle ilişkisi sorulmalıdır (ağrı hareketle artıyorsa non-enflamatuvar, istirahatla artıyorsa enflamatuvar nedenler akla gelir)

Ağrıya sabah tutukluğu eşlik etmekte midir? (30 dakikayı geçen sabah tutukluğu süresi genellikle enflamatuvar artropatileri düşündürmelidir)

Eklemde ağrının yanı sıra şişlik, kızarıklık, ısı artışı, hareket kısıtlılığı gibi yakınmaların da eşlik edip etmediği sorulmalıdır. (bunların herhangi birisi enflamatuvar neden olasılığını artırır)

Hastada ağrının yanı sıra uyuşma, karıncalanma, güçsüzlük gibi belirtilerin olup olmadığı sorgulanmalıdır. (bunların varlığında radiküler ağrı ya da vaskülit gibi enflamatuvar nedenler akla gelmelidir)

Ağrıya eşlik eden ateş, kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, terleme, titreme gibi konstitüsyonel semptomlar da sorgulanmalıdır (bunların eşlik etmesi enflamatuvar nedenleri özellikle bir sistemik tutulumu düşündürmelidir)

Kas-iskelet sisteminde ağrı yakınımı olan hastanın eklem muayenesinin yapılması;

İnspeksiyon

İnspeksiyonda öncelikle hastanın yürüyüş bozukluğu olup olmadığına bakılır. Ayakta durma esnasında postür bozukluğu olup olmadığına bakılmalıdır (boyun asimetrisi, aksiyel iskelette lordoz veya kifozda artış, skolyoz, ekstremite kısalığı, vs.)

Periferik eklemlerde deforme olup olmadığına bakılmalıdır (örneğin, dizde genu varum, genu valgum, genu rekurvatum, el parmaklarında deformateler, Dupuytren kontraktürü, vs.) Eklemlerde şişlik ve kızarıklık olup olmadığına bakılmalıdır.

Cilt inspeksiyonu yapılmalı, döküntü, nodül, yara ve diğer cilt lezyonları belirtilmelidir. Kas atrofisi olup olmadığı belirtilmelidir.

Palpasyon

Palpasyonda eklemlerde hassasiyet, şişlik, ısı artışı olup olmadığına bakılır. Entesis, tendon ve bursa gibi periartiküler yapılarda da hassasiyet ve şişlik olup olmadığına bakılır. Hassasiyet, şişlik veya kızarıklığın eklemde tüm çevresi boyunca saptanması enflamasyonun artiküler kaynaklı olduğunu, bunların eklemde yalnızca bir tarafında ya da daha küçük bir alanda saptanması ise periartiküler kaynaklı olduğunu düşündürür. Diz eklemde minimal efüzyon olup olmadığını değerlendirmek için “şok patella= patellar tap” testi yapılır. Yumuşak dokularda yaygın hassasiyet olup olmadığı palpasyonla değerlendirilir.

Eklem hareket açıklığı (EHA) muayenesi

Muayene edilen eklemde anatomik eklem hareket açıklığı önce hastanın kendisine yaptırılır (aktif EHA), daha sonra muayene eden hekimin kendisi EHA'nı değerlendirir (pasif EHA). Ağrı ve hareket kısıtlılığı olup olmadığı belirtilmelidir. Hem aktif hem de pasif olarak hareket kısıtlılığı varsa kontraktür olduğu belirtilir. Pasif EHA bakılırken bir el eklemde hareket yaptırırken diğer elle eklemde krepitasyon olup olmadığına bakılır (krepitasyon alınması dejeneratif eklem hastalığını düşündürmelidir)

Dermatoloji

Dermatolojik muayenede iyi bir inspeksiyon yapabilmesi için gereken koşullar nelerdir?

İnspeksiyon iyi aydınlatılmış bir yerde ve gün ışığında yapılmalıdır. Gün ışığı arkaya alınmalı, hasta ışık karşısında muayene edilmelidir. Gün ışığı yeterli değilse floresan lambalardan yararlanılmalıdır. Sarı tonda olduklarından diğer ampul ışıkları altında renkler iyi seçilemez.

Muayene odasının ısısı ne çok yüksek ne de çok düşük olmalıdır. Normal oda ısısında, deride aşırı sıcak veya soğuğa bağlı fizyolojik değişiklikler oluşmayacağı için lezyonların incelenmesi esnasında herhangi bir olumsuzluk görülmez.

Dermatolojik muayenede hastanın tam soyunması gerekir. Sadece bir bölgeye bakarak tanıya gitmek ise daima yanıltıcıdır. Bu nedenle hasta, aydınlatılıp ikna edilerek tam soyunmanın sağlanması en iyi çözümdür.

Ciltteki lezyonların palpasyonunda neler değerlendirilir?

Lezyonların kıvamı, deri yüzeyinden yüksekliği, tabanının sert olup olmadığı, çevreye veya derin dokulara yapışık olup olmadığı, flüktüasyon gösterip göstermediği, ağrılı olup olmadığı, atrofi olup olmadığı ve ısı artışı değerlendirilmelidir.

Muayene sırasında, deri yüzeyinde bir krut varsa ne yapılır, neden?

Kaldırıp altı incelenmelidir. Böylece krut altındaki lezyonun (erozyon ya da ülser) ne olduğu saptanır.

Diyaskopik (vitropresyon) inceleme nedir? Ne zaman kullanılır?

Deriye cam baskısı uygulayarak alttaki dokuların renginin değerlendirilmesi işlemidir. Granüloamatöz lezyon (örn: lupom) düşünüldüğünde diaskopi uygulanabilir. Yüzeysel kapillerlerin solmasıyla, granülom yapılarının soluk zeminde elma jölesine benzer mat sarımsı renk aldığı gözlenir.

Bu yöntem ayrıca, purpurik lezyonları vazodilatasyondan ayırt etmede de kullanılmaktadır.

Lezyonları deri seviyesine göre gruplandırınız ve örnekler veriniz?

A - Deri seviyesinde olan elementer lezyonlar: Makül (macula, leke)

B - Deri seviyesinden yüksekte olan elementer lezyonlar: Papül, Likenifikasyon, Nodül, Tüberkül, Tümör, Urtika, Plak, Vejetasyon, Skuam, Vezikül, Bül, Püstül

C - Deri seviyesinden aşağıda olan elementer lezyonlar: Atrofi, Erozyon, Ekskoryasyon, Ragat, Ülser, Sikatris, Skleroz, Gangren, Poikiloderma

Deri seviyesinde olan elementer lezyon nedir? Meydana geliş nedenlerine göre sınıflandırınız ve özelliklerini belirtiniz?

Deri seviyesinde, lokal deri renginden farklı olan belirtilerdir. Bazı kaynaklarda 1 cm'den büyük maküller, patch (yama) olarak tanımlanır. Maküller meydana geliş nedenlerine göre 4 gruba ayrılırlar.

1. **Damarsal kökenli:** Damarlarda geçici veya kalıcı genişlemelere bağlı gelişen, kırmızı renkte lekedir. Hangi tipte olursa olsun bu lekeler; cam basacakla basıldığında (diyaskopi) renkleri solar ve baskı kaldırıldığında eski renklerini alırlar.
 - a. Geçici damar genişlemeleri; genel olarak hiperemi olarak adlandırılır. Hiperemi; deride meydana gelirse eritem, mukozalarda ise enanem adını alır. Aktif ve pasif olmak üzere iki türüdür.
 - i. Aktif eritem: arteriollerin genişlemesine bağlı renk daha canlı kırmızıdır ve o bölgede lokal ısı artışı vardır. Diyaskopi yapıldığında renk çabuk solar, baskı kalkınca çabucak geri döner.
 - ii. Pasif eritem: venlerin genişlemesiyle gelişen renk mor-kırmızı olup, lokal ısı artımı görülmez. Diaskopide renk solar, fakat baskı kaldırılınca renk yavaş geri döner.
 - b. Kalıcı damar genişlemeleri; kılcal damar genişlemeleri şeklinde olacak olursa telenjektazi adını alır. Eğer daha büyük damarlarda genişleme olacak olursa hemangioma denir.

Damarların daralmasına bağlı olarak meydana gelen lekeler anemi denir. Genellikle kalıcı olup, konjenitaldirler (nevus anemicus).

2. **Kan elemanlarına bağlı:** Eritrositlerin damar dışına çıkması sonucu oluşan renk değişikliklerine purpura denir. Toplu iğne başı büyüklüğünde ise peteşi, daha büyük ise ekimoz olarak tanımlanır. Önce kırmızı veya koyu kırmızı olak renk, sırasıyla, mor-kırmızı, mavi, yeşil ve kirli sarıya dönüşür ve tamamen kaybolur. Purpuralar diaskopi ile renklerini kaybetmezler ve eritemden kolayca ayrılırlar.
3. **Deri pigmentine bağlı:** Normal deri renginin azalması, kaybolması ya da artması sonucunda ortaya çıkarlar. Melanositlerin yaptığı melanin pigmenti, deriye renk verir. Bu pigment azalırsa ortaya çıkan lekeye hipopigmente makül denir (lepra, sifiliz, t versikolor). Pigment tamamen kaybolursa depigmente veya apigmente makül (vitiligo) denir. Pigment artmasına bağlı gelişen lokal renk değişikliklerine ise hiperpigmente makül adı verilir.
4. **Artifişyel:** Dışarıdan deri içerisine giren boyalı maddelerle oluşur. Boya maddeleri bazal membranı geçerek dermise girecek olursa tatuaj (dövme) olarak adlandırılan kalıcı lekeler meydana gelir. Boya maddeleri epidermiste herhangi bir seviyede bulunacak olursa, zamanla epidermal turn-over sonucu kaybolur. Dövme; istemli olarak veya bir kaza sonucu (baruta bağlı) meydana gelebilir.

Deri seviyesinden yüksek olan elemanter lezyonlardan en az dört tanesini sayınız ve özelliklerini belirtiniz?

Papül: Çapları 1 cm'den küçük, deriden kabarık, solid (içinde sıvı olmayan) oluşumlara papül denir. Yüksekliği çoğunlukla 0.5 cm'yi geçmez. Papüller epidermisten (verruka vulgaris), dermisten (sifiliz papülü) veya her iki kattan birden (likan planus) köken alabilirler.

Papüller; değişik renk ve şekillerde olabilir. Normal deri renginden (v. vulgaris), kırmızı-kahverengiye (sifiliz papülü) veya mora (likan planus) kadar değişiklik renklerde olabilir. Likan planusta çok köşeli (poligonal), sifilizde yuvarlak, keratozis pilariste ise konik-sivri görünüme sahiptirler. Papüllerin üzeri, düz (likan planus) veya vejetatif (v. vulgaris) olabilir.

Likenifikasyon: Ufak papüllerin biraraya gelmesiyle ortaya çıkan, sınır keskinliği göstermeyen, orta kısmı daha belirgin, dışa doğru silikleşen plaklardır. Deri bu bölgelerde kalınlaşmış, kabalaşmış ve hiperpigmente bir görünüm almıştır. Derinin kronik kaşıntıya yanıtı olarak kabul edilmektedir.

Kronik ekzema, erişkin atopik dermatitte (antekubital ve popliteal bölgelerde), scabies (uyuz) ve pedikülozis (bitlenme-interskapuler bölgede) gibi kronik kaşıntılı deri hastalıklarında gelişir.

Nodül: Deriden kabarık, 1-3 cm çapta, solid oluşumlardır. Nodül, genellikle subkutan yerleşimlidir. Derin yerleşimlerinden dolayı, deriden kabarıklıkları papüller kadar keskin ve belirgin değildir (eritema nodozum). Nodüller gözle görülmeden çok, palpasyonla hissedilirler. Nodüllerin bir kısmı yumuşayıp açılmaya eğilimli iken (sifiliz gomu), bir kısmı kesinlikle açılmazlar (eritema nodozum).

Tüberkül: Çapları 1 cm civarında olan, papül ile nodül arası büyüklükte solid oluşumlardır. Dermise yerleşim gösterirler. Seyirleri kronik ve yavaştır. Seyirleri sırasında açılıp ülser olabilirler, bazen açılmadan iyileşirler. Ancak ülser olsun veya olmasın, iyi olduklarında skatris (nedbe) bırakmaları; tüberkülün tipik özelliğidir. Tüberküller; lupus vulgaris (lupom), sifiliz (sifilom), lepra (leprom) ve leishmaniasis cutis' in esas lezyonudur.

Lupom; kırmızı-kahverenginde bir lezyon olup diaskopide ayva kompostosu veya elma jölesi rengini alır. Künt bir cisim (toplu iğnenin başı) tüberküle bastırılacak olursa, künt cisim tüberkül içine girer. Bu özellikler lupom için tipiktir. İyileştikten sonra gelişen skatrisi üzerinde yeni tüberküller ortaya çıkabilir.

Sifilom; yuvarlak ve serttir bir lezyondur. Sifiliz tüberkülünün skatrisi üzerinde yeni tüberküller gelişmez (sifiliz skatrisine saygılıdır).

Tümör: Nodülden daha büyük olan (3 cm'den büyük) elemanter lezyonlardır. Derinin her katından gelişebilir ve zamanla ülserleşebilirler. Derinin malign ve benign hastalıklarında ortaya çıkabilirler.

Urtika: Ödemli papül veya plaklardır. Stratum papillarenin akut ödemi sonucunda ortaya çıkarlar. Önemli özelliklerinden birisi de kaşıntılı olmalarıdır. Kızarma, kabarma, kaşınma ve kaybolma özellikleriyle, kısaca 4K belirtisi ile tanımlanır. Birden bire ortaya çıkmaları ve bir süre sonra gerileyip iz bırakmadan kaybolmaları en önemli özelliğidir. Büyüklükleri 3-4 mm'den el ayası büyüklüğüne kadar değişebilir. Renkleri kırmızı (rubra), beyaz (alba), bazen de alacalı (porselenea) olabilir.

Plak: Birkaç papül, tüberkül, nodül veya urtikanın bir araya gelerek birleşmesi sonucu ortaya çıkan yapıdır. Çok değişik şekil ve boyutlarda olabilirler. Bazen ortaları gerilemiş ve normal deri görünümünü almıştır.

Vejetasyon: Papül, plak, nodül, tümör, tüberkül, erozyon ve ülserasyon üzerinde gelişen, çok sayıda, girintili çıkıntılı, karnıbahar görünümündeki oluşumlardır. Epiderminin veya dermisteki bağ dokusu elemanlarının, bazen de her ikisinin aşırı proliferasyonu sonucu gelişir.

Skuam (Kepek): Normal deride görülmeyen kepeklenme, patolojik olarak epidermisteki anormal keratinizasyon (parakeratoz) sonucu ortaya çıkar. Stratum corneum (korneum katı)' u oluşturan keratinositler arasındaki bağların kopması sonucu, bu tabaka hücrelerinin dökülmesi ile oluşan elemanter lezyondur. Klinik olarak çeşitli büyüklüklerde görülürler. Kepekler; un gibi ise furfurik, un kepeği gibi ise pitiriazik ve daha büyük çaplarda ise lamellöz olarak tanımlanırlar.

Kepeklerin rengi, parlak gümüşü beyazdan (psoriasis), siyaha kadar (iktiyozis) değişebilir. Bazı kepekler kolayca döküldüğü halde (psoriasis), bazıları kolayca dökülmez (discoïd lupus eritematodes).

Keratoz: Str korneumun kalınlığının artması ile meydana gelen boynuzumsu elemanter lezyondur. Hücreler arasındaki bağlar, kepekte olduğu gibi kolayca ayrılmaz, tersine sıkı bir yapışıklık gösterir. Bu nedenle klinikte keratin yığılmaları şeklinde görülürler. Bu kalınlaşma lokal olarak ve aşırı olursa hiperkeratoz denir. Palmoplantar keratodermalar ve kallus (nasır) lokal, iktiyozis genel hiperkeratozdur.

Crusta-Kurut (Kabuk): Deri yüzeyinde serum, lenf, kan veya pü elemanlarının tek başlarına veya kombine şekilde koagülasyonu sonucu oluşan elemanter lezyondur. Altındaki yara veya ülserin tamiri tamamlandıktan sonra kendiliklerinden düşerler. Bazen alttaki patolojik olayın ilerlemesine bağlı olarak üst üste yığılıp istiridye kabuğu görünümü (rupia) alabilirler. Krut rengine bakarak önceki lezyon az çok tahmin edilebilir. Kabuğun rengi bal sarısı ise önceki lezyonun vezikül, yeşilimtırak ise püstül ve siyah-kahverengi ise kan elemanlarına işaret edebilir.

İmpetigoda kabuklar kolayca kalktığı halde, bazı dermatozlarda (şark çıbanı, CDLE) altlarına sıkıca yapışık olup kolayca kaldırılamazlar (çivi arazi).

Vezikül: Deri seviyesinden kabarık, içi pürülan olmayan (lenf, serum, kan veya ter) sıvı ile dolu, çapı 0.5 cm'den küçük olan elemanter lezyondur.

Bül: Çapı 0.5 cm'den büyük, içerisinde seröz, kanlı ya da pürülan sıvı bulunduran lezyondur. Vezikül veya bül; histolojik olarak epidermis içinde veya altında olabilir. Epidermal yerleşimliler; stratum korneumun hemen altında ise subkorneal (herpes simpleks, impetigo), epidermis içerisinde ödeme bağlı gelişmiş intraepidermal (allerik kontakt dermatit, egzema) veya bazal katın hemen üstünde ayrışma (akantoliz) sonucu

gelişmişse suprabazal (pemphigus vulgaris) olarak tanımlanırlar. Epiderminin altında ise subepidermal (büllöz pemfigoid, dermatitis herpetiformis) denir.

Püstül: Çapları 0.5 cm'ye kadar olan, içi pü (cerahat) dolu, deriden kabarık oluşumlardır. Cerahat, lökosit, hücre artıkları veya bakterilerden oluşur. Bazı dermatozlarda püstüller sterildir (püstüler psoriasis).

Deri seviyesinden aşağıda olan elemanter lezyonlardan en az 4 tanesini sayınız ve özelliklerini belirtiniz ?

Atrofi: Atrofi, genel anlamda incelmeyi ifade eder. Ancak, burada derinin incilmesi (kalınlığının azalması) anlamında kullanılmaktadır. Hücrelerin sayısında ve hacminde azalma söz konusudur. Atrofi derinin her 3 tabakasını da tutabilir.

Epidermal atrofi, epidermisteki hücrelerin sayıca azalmasına bağlı olarak derinin ince, şeffaf bir görünüm almasıdır. Altındaki damar ve tendonlar kolayca görülebilir. Dermal atrofi, papiller ve retiküler katta konnektif doku elemanlarının azalması sonucu oluşur. Bu olay iltihabi hastalıklar sonucu veya travmayla ortaya çıkabilir. Deri o bölgede çökmüş olarak izlenir. Dermal atrofi bazan epidermal atrofi ile birlikte görülür.

Bir yerde atrofi olup olmadığını anlamak için sigara kağıdı fenomenine bakılır. Şüpheli lezyon, işaret-baş parmak arasında bir araya getirilirken, ince kırışıklıklar şeklinde buruşma gözlenirse sigara kağıdı fenomeni pozitif kabul edilir.

Erozyon: Epidermiste görülen ve bazal membrana kadar olan yüzeysel doku kayıplarıdır. Kanama görülmez, seröz bir sızıntı olur ve iyileştikten sonra skariz gelişmez. İmpetigo ve herpes simplekste veziküllerin açılması sonrası erozyonlar gelişebilir.

Ekskoryasyon: Epiderminin tamamını ve derminin üst kısımlarını içeren, nokta veya çizgi tarzındaki küçük doku kayıplarıdır. Seröz sızıntı ile birlikte kanama da görülür. Çoğu kere çizgisel hemorajik kurutlar şeklinde gözlenir. Genellikle kaşıntılı dermatozlarda (pedikülozis, scabies-gale, nörotik ekskoryasyon) görülür. İyi olduklarında genellikle iz bırakmazlar.

Ragat (Çatlak): Kronik enflamasyona bağlı olarak, dermisteki elastik liflerin dejenerasyonu sonucu, epiderminin tamamını ve derminin üst kısmını içine alan çizgi şeklindeki doku kayıplarıdır. Genellikle küçük eklemelerin üzerinde gözlenirler. Sıklıkla, kronik ekzamatöz hastalıklarda ortaya çıkarlar. Ekskoryasyon ve ragatlar, enfeksiyon ajanların giriş kapısıdır.

Yara-Ülser: Epiderminin tamamı, derminin bir kısmını/tamamını veya daha derin tabakaları içeren doku kayıplarına yara denir. Lezyon, patolojik bir olay sonucu oluşmuşsa ülser adını alır. İyileştiklerinde skariz (nedbe) bırakmaları önemli özelliklerindedir. Tüberkül, nodül ve tümörler ülserleşebilirler.

Bazı hastalıklardaki ülserlerin görünüşleri tanı koydurucudur. Sifiliz ülserleri zımbayla delinmiş gibi düzgündür. Tüberküloz ülserlerinin altı oyuktur (dekole).

Sikatri (Nedbe): Ülser ve yara sonucu ortaya çıkan dermisi de içine alan doku kaybı, bağ dokusu elemanları ile tamir edilir. Bu tamir sonucunda, deri seviyesinden aşağıda, hipopigmente ve üzerinde deri klavajları (deri çizgileri) olmayan bir yapı oluşur, buna skariz denir. Eğer madde kaybı derminin derin katlarını içerecek olursa, sikatri dokusunda deri ekleri bulunmaz.

Tamir sürecinde, bağ dokusu elemanları bazen anormal proliferasyon gösterirler. Bunun sonucunda, skarizler deriden yüksek sert, şekilsiz tümöral bir görünüm kazanırlar.

Bunlara hipertrofik sikatri veya keloid adı verilir.

Skleroz: Dermiste, lokal veya yaygın patolojik bağ dokusu artımına bağlı, derinin sertleşmesi ile karakterize bir elemanter lezyondur. Sertlik palpasyonla hissedilir. Lokalize formu morfea ve jeneralize formu sklerodermada görülür.

Gangren (İskemik gangren): Arterlerin tıkanması sonucu ortaya çıkan, ağrılı, keskin sınırlı, mavi-siyah renkli, nekrotik bölgelerdir. Dolaşım bozukluğuna bağlı olarak ekstremitelerde (çevre deride) solukluk, soğukluk ve trofik değişiklikler vardır.

Poikiloderma: Deri üzerinde aynı bölge içinde, iç içe atrofi, depigmentasyon, hiperpigmentasyon ve telenjektazilerin bir arada olmasıdır.