

# İÇ HASTALIKLARI KLİNİK UYGULAMA REHBERİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD. öğretim üyeleri tarafından hazırlanmıştır.

## A) Öğrenme hedefleri

### Hasta değerlendirilmesi:

- 1) Öykü alabilme ve öyküyü sistematik olarak yazıya dökebilme
- 2) İyi bir hasta-hekim ilişkisi kurabilme
- 3) Hastanın genel durumu, sosyal düzey, bilinç düzeyi ve kognitif fonksiyonlarının değerlendirilmesi
- 4) Sistemik hastalık belirti ve bulgularının değerlendirilmesi

### Fizik Muayene:

#### 1) Hastanın vital bulgularının değerlendirilmesi

- Sistemik arteriyel tansiyon, nabız, solunum sayısının ölçümü ve değerlendirilmesi
- Sekonder hipertansiyon araştırma kriterleri

#### 2) Hastanın hidrasyon durumunun değerlendirilmesi

- Dehidratasyon tanımı, değerlendirilmesi
- Hipervolemi / ödem tanımı, değerlendirilmesi ve nedenleri, ödem yapan mekanizmaların bilinmesi
- Venöz dolgunluk nedenleri, değerlendirmesi

#### 3) Cilt ve mukozanın değerlendirilmesi ve sistemik hastalık bulguları ile ilişkilendirme

- Kornea ve skleraların incelenmesi ve değerlendirilmesi
- Diş eti hipertrofisine bakılması ve nedenlerinin bilinmesi

#### 4) Periferik lenf nodu muayenesi

- Lenf nodlarının incelenmesi, değerlendirilmesi, lenf nodu büyümelerinin önemi ve lenfadenomegali yapan nedenlerin bilinmesi

#### 5) Tiroid muayenesi ve değerlendirmesi

- Pemberton belirtisi

## **6)Solunum sistemi muayenesi**

-Göğüs topoğrafisi, inspeksiyon, solunum değişiklikleri, toraks şekil bozuklukları, solunum hareketleri, siyanoz, çomaklaşma, ciltte krepatasyon aranması, toraks ekspansiyonu, vibrasyon torasik bakılması, sinüs açıklığının değerlendirilmesi, normal ve patolojik solunum seslerinin değerlendirilmesi

## **7)Kardiovasküler sistem muayenesi**

- Kalp tepe atımı ve dinleme odaklarının bilinmesi
- Fizyolojik ve patolojik kalp seslerinin değerlendirilmesi
- Periferik nabızların değerlendirilmesi

## **8)Karın muayenesi**

- Karının topoğrafik bölgelerinin bilinmesi
- Barsak seslerinin değerlendirilmesi
- Karının yüzeysel ve derin palpasyonu
- Karaciğer palpasyonu, üst sınırının perküsyonla değerlendirilmesi
- Murphy işaretine bakılması, değerlendirilmesi
- Akut karın inceleme bulguları, defans ve rebound hassasiyete bakılması
- Dalak palpasyonu, Traube alanı muayenesi
- Asidin inspeksiyon, palpasyon ve perküsyon bulguları, asitli hastada organomegalinin değerlendirilmesi
- Akut apandisit inceleme bulguları
- Cullen ve Grey-Turner bulguları ve önemi
- Karında klepotaj bakılması
- Courvoisier-Terrier belirtisi
- Mc Burney ve Lanz noktası na bakılması
- Böbrek palpasyon bulguları

-Üreter traseleri ve suprapubik bölgenin değerlendirilmesi, glob vesicale inceleme bulguları, kostavertebral açı hassasiyetinin değerlendirilmesi

-Renal arter darlığı üfürümüne bakılması

-Derin ven trombozu muayenesi

### **9) Lokomotor sistem muayenesi**

-Eklemlerin değerlendirilmesi

-Kas gücünün değerlendirilmesi

### **10) Nörolojik muayene**

-Kafa çiftlerinin değerlendirilmesi

-Tremorun değerlendirilmesi

### **10) Diğer**

-Hipokalsemi belirti ve bulgularının değerlendirilmesi, Chvostek ve Trousseau testlerinin yapılması

-Karpal tünel sendromunun değerlendirilmesi, Thinnel ve Phallen testlerinin yapılması

-Kadınlarda hirsutizmin değerlendirilmesi

-Erkeklerde jinekomastinin değerlendirilmesi

## **B) Hasta Değerlendirme Rehberi**

Bilinen en eski İç Hastalıkları uzmanı olan Hipokrat'tan itibaren, İç Hastalıkları Anabilim dalı dünya genelinde tıbbın merkezindeki yerini korumaktadır. Hipokrat; tıp biliminde insan sağlığını korumanın ve hastalıkları yönetebilmenin ancak genel bütüncül bakış açısıyla mümkün olacağını savunmuştur. İç hastalıkları, bir ya da daha fazla karmaşık, akut veya kronik hastalığı olan erişkinlerin, hem hastane hem de toplum içindeki bakımından sorumlu ana tıbbi disiplindir.

İnsan sağlığını tehdit eden zorlu klinik sorunları çözmek için, öncelikle detaylı ve yol gösterici bir öykü alınmalı ve beraberinde tam kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır. Sonrasında hastanın şikayetleri ve muayene bulguları birlikte değerlendirilip uygun laboratuvar testleri seçilerek tanı konulmaya çalışılır.

### **Kimlik Bilgileri;**

Hastanın kimlik bilgileri içinde cinsiyeti, doğum yeri ve yaşadığı yer, medeni durumu ve mesleği sorgulanmalıdır.

### **Öykü Alma;**

Hastanın kendini rahat hissettiği bir ortam sağlanması uygun öykü alınmasına katkı saçlar. Hasta-hekim ilişkisinde, güven bağı kurulması önemlidir. Güven duygusu, muayenenin ilk dakikalarında, hastaya saygılı, nazik ve empati duyularak davranılması halinde kazanılır. Hekim, hastasını bir insan olarak algılayıp, hastanın sadece tıbbi bakımını değil sosyal durumunu, ailevi sorunlarını, mali durumunu da eş zamanlı değerlendirebilmelidir.

Hekim, hastasının hastaneye başvuru şikayeti başta olmak üzere tüm şikayetlerini dinler. Bu öykü, hastanın ifadeleri ve kronolojik sıra ile ve ara ara yol gösterici sorularla desteklenerek şekillendirilmelidir. Öykü, hastaların şikayetlerinin liste halinde sıralanmasından çok daha farklı bir anlatıma sahip olmalıdır. Hastaların ses tonu, yüz mimikleri yakınmalarının hasta için ne ifade ettiğini işaret eder ve mutlaka hekim tarafından değerlendirilmelidir. Hastanın şikayetlerinin başlangıç zamanı, şikayetlerini arttıran azaltan etkenler, birlikte bulunan yakınmalar ve diğer tıbbi değerlendirmeler kaydedilmelidir.

### **Özgeçmiş- Soygeçmiş;**

Hastanın özgeçmişinde; geçirdiği hastalıklar, tanımlı kronik hastalıkları, kullandıkları ilaçlar ve operasyonları sorgulanmalıdır. Hastanın bağımlılık ve alışkanlıkları not edilmelidir. Alerji öyküsü sorgulanmalıdır. Soy-geçmişinde; ailesinde birinci derece yakınlarındaki hastalıklar sorgulanmalıdır.

## **Sistemik Sorgulama;**

### **DERİ VE SAÇLAR**

**DERİ:** Renk : Pigmentasyon : Sıcaklık: Ter : Döküntü: Kaşıntı: Kepeklenme:  
Morarma: Kanama

**SAÇLAR:** Renk: Doku: Anormal dökülme veya artma:

**TIRNAKLAR:** Renk değişiklikleri: Kırılganlık: Düzensizlik: Çukurlaşma: Eğilme-eğrilik:

### **LENF NODLARI**

Lokalizasyon: Büyüme: Ağrı: Süpürasyon: Akıntı:

### **BAŞ**

Baş ağrısı: Migren öyküsü : Travma: Baş dönmesi (Vertigo): Senkop (Bayılma):  
Konvülzyon:

### **GÖZLER**

Görme kaybı : Renk körlüğü: Çift görme (Diplopi): Yarım görme (Hemianopsi):

Ağrı: Travma: İnflamasyon: Epifora (Gözyaşı artışı): Gözlük:

### **KULAKLAR**

İşitme kaybı (Sağırılık): Çınlama (Tinnitus): Baş dönmesi (Vertigo): Kulak akıntısı:

Ağrı : Hassasiyet : Operasyon:

### **BURUN**

Rinit- Nezle: Sinüzit: Akıntı: Tıkanıklık: Epistaksis (Burun kanamısı):

### **AĞIZ ve BOĞAZ**

Ağız ve dilde ağrı-yanma: Boğaz ağrısı: Horlama: Ses değişiklikleri (ses kısıklığı vb):

### **BOYUN**

Şişlik: Lenf nodu büyümesi: Guatr: Hareketlerde kısıtlılık ve sertlik:

## **MEMELER**

Laktasyon: Travma: Ağrı: Meme başından akıntı : Meme başlarında değişme: Jinekomasti:  
Memede kitle-yumru:

## **HEMOPOETİK SİSTEM**

Anemi: Lenfadenopati: Kanamalar(spontan, travmatik, ailesel):

## **ENDOKRİN SİSTEM**

Vücut gelişim öyküsü : Baş, el ve ayak boyutları:

Saç ve kıl dağılımı: Deride pigmentasyon: Güçsüzlük: Guatr : Ekzoftalmus:

Deride ve saçlarda kuruluk: Sıcak veya soğuk intoleransı: Polifaji: Polidipsi: Polüri:

Sekonder seks karakterleri: İmpotans: Kısırlık:

## **SOLUNUM SİSTEMİ**

Öksürük: Balgam: Dispne (Nefes darlığı): Hırıltılı solunum (Wheezing): Hemoptizi: Siyanoz:  
Yan ağrısı: Gece terlemesi:

## **KALP VE DOLAŞIM SİSTEMİ**

Göğüs ağrısı: Efor dispnesi: Paroksimal nokturnal dispne: Ortopne: Çarpıntı: Ritim bozukluğu:  
Siyanoz: Asit: Ödem: Tansiyon yüksekliği veya düşüklüğü: Postür ile tansiyon değişiklikleri:  
Baldır ağrısı (İntermittan kladikasyo): Varis: Ekstremitelerde solukluk-soğukluk : Halsizlik:

## **SİNDİRİM SİSTEMİ**

İştah: Oral aft veya yara: Tad değişikliği: Dilde yanma: Ağız kuruluğu: Siyalore: Halitozis:  
Regürjitasyon: Pyrozis : Aerofaji: Retrosternal ağrı: Disfaji (Yutma zorluğu): Odinofaji (Ağrılı  
yutma): Polifaji (Çok yeme): Bulantı ve öğürme : Kusma: Karın ağrısı veya kolik (Kalite, bölge,  
şiddet, süre, zaman, yayılım, etki eden faktörler): Epigastrik ağrı, yanma, ekşime: Gaz ve geğirme:  
Şişkinlik: Erken doyma: Hematemez: Kabızlık: İshal: Tenezm: Melena: Hematokezya (Rektal  
kanama): Akolik dışkı: Meteorizm: Flatus: Anüsta ağrı, yanma, kaşıntı: Rektal akıntı:  
Parazitöz: Sarılık (ağrı, ateş, şiddet, süre, idrar ve gaita rengi):

## **GENİTOÜRİNER SİSTEM**

Poliüri: Pollaküri: Dizüri: Hematüri: İdrar renginde değişiklik (koyulaşma): Piyüri: Noktüri:  
Bel ağrısı: Kolik vasıflı kasık ağrısı: İdrar retansiyonu: İdrar kaçırma: Genital bölgede yara:

**Kadın hasta;** Menstruasyon başlama yaşı: Adet düzeni, süresi ve miktarı: Amenore: Vajinal akıntı (Lökore): Menoraji: Metroraji : Dismenore: Son normal ve önceki periyod tarihi: Dispranü: Libidoda azalma : Menopoz ( Tarih ve karakter): Postmenopozal kanama:

Gebelikler: Sayı, abortus, canlı doğum, komplikasyon: Gebelikten korunma yöntemleri:

**Erkek hasta;** İdrar kalibresinde azalma: İdrar projeksiyonunda azalma: İdrar yaparken çatallanma: Ereksiyon bozukluğu: Ejekülasyon bozukluğu: Libidoda azalma: Korunma yöntemleri:

## **SİNİR SİSTEMİ**

Koku alma bozukluğu (1.kafa çifti):

Görme bozukluğu (2.; 3.; 4.; 6.):

Orofasiyal parastezi ve çiğneme güçlüğü (5.):

Fasiyal güçsüzlük ve tad alma bozukluğu (7.):

İşitme ve denge bozukluğu (8.):

Konuşma, yutma ve tad alma bozukluğu (9.; 10. ;12.) :

Boyun hareketlerinde kısıtlanma (11.):

Uyku bozukluğu: Halüsinasyon: Baş ağrısı. Baş dönmesi: Kulak çınlaması: Denge bozukluğu: Senkop (bayılma): Konvülsyon: Tremor: Ataksi: Dizartri: Paralizi veya parazi. Duyu bozukluğu (Parastezi, hiperestazi, anestezi): Kas krampları veya fasikülasyon: Kas güçsüzlüğü: Ense sertliği:

## **ROMATOLOJİK SORGU**

Oral aft: Genital Ülser: Papülloüstüler lezyonlar:

Artralji: Artrit: Eklem kısıtlılığı: Eklem şişliği: Myalji: Sabah tutukluluğu:

Ağız kuruluğu: Göz kuruluğu: Fotosensitivite: Raynoud: Saç dökülmesi:

Bel ağrısı: Topuk Ağrısı: Psöriazis öyküsü:

# FİZİK MUAYENE

## Vital Bulguların Değerlendirilmesi

### -Nabız Muayenesi

#### Tanımlar

**Bradikardi:** Nabız hızının dakikada 60' ın altında olmasıdır.

**Taşikardi:** Nabız hızının dakikada 100' ün üzerinde olmasıdır.

**Filiform Nabız :** Nabızın şiddetinin, dolgunluk hissini azalması veya kaybolmasıdır. Nabız sayısı 130'un üzerinde ve belli belirsiz hissedilir.

**Nabız Defisiti:** Radial ve apikal nabız arasındaki farktır. Bu fark kalbin yaptığı zayıf atımların periferik yansımaması sonucu oluşur. Eğer defisit nabız tespiti yapılacaksa (aritmide) aynı anda bir kişi apektan nabız sayısını değerlendirirken, ikinci kişi radial arterden nabız sayısını değerlendirir

İşleme başlama ve sonlandırma komutunu genellikle nabız apektan değerlendiren kişi verir.

**Disritmi:** Atımların düzenli ve eşit aralıklı olmamasıdır.

#### Dikkat Edilecek Noktalar

- Nabız sayma işleminden önce hasta en az 15, tercihen 30 dakika dinlendirilmelidir.
- Periferik nabız alırken başparmak kullanılmamalıdır.
- İnvaziv girişimler, arteriovenöz fistül vb. varsa o arterden nabız alınmamalıdır

Radial arterden ölçüm yapılacak bilek açılır. Hastanın elinin gevşek olması sağlanır. Hastaya rahat edebileceği supine pozisyonu verilir. Hasta supine pozisyonunda ise eli göğüs üzerine ya da abdomen üstüne el bileğini bükmeden avuç içi vücuda bakacak şekilde yerleştirilir. Hasta oturuyorsa dirseği desteklenerek 90° açı oluşturacak şekilde ve bileği bükülmeden tutulur.

Brakial, temporal ve karotis arterden nabız alınacak ise hastaya rahat edebileceği supine pozisyonu verilir.

Femoral, dorsalis pedis ve posterior tibial arterden ölçüm yapılacaksa supine pozisyonu verilir.

Popliteal arterden ölçüm yapılacaksa prone pozisyonu verilir. İşaret, orta ve yüzük parmağı arter üzerine, başparmak bileğin üstüne gelecek şekilde parmakların uç kısımları fazla basınç uygulamadan yerleştirilir.



Nabız ilk kez ölçülecekse ve düzensiz ise; apekten steteskop ile 1 dakika sayılır.

Nabız düzenli ise 30 saniye sayılır ve iki ile çarpılarak kalp atım sayısı bulunur. Her atımın dolgunluğu ve ritmi değerlendirilir.

## **Kan Basıncı Ölçümü**

### **1-Hastanın hazırlanması**

Hastaya işlem anlatılmalıdır.

Hasta gergin ise rahatlaması sağlanmalıdır. Kan basıncı ölçümünden yarım saat önce egzersizden kaçınılmalı, en az 5 dk istirahat etmelidir. Ölçüm sırasında konuşmaması için bilgilendirilmelidir.

Ölçüm öncesi hasta dinlenmelidir. İşlem öncesi kafein almamalı, sigara içmemelidir

### **2-Hastanın pozisyonu**

Yatar pozisyondan, ayağa kalktıkça kan basıncı düşme eğilimindedir. Klinikte oturur pozisyonda ölçüm yapılması önerilir. Ancak postural hipotansiyon düşünüldüğünde, yatarak ve ayakta kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. Hastanın sırtı arkadan desteklenmelidir. Rahat oturmalıdır. Bacak bacak üstüne atmamalıdır.

### **3-Kolun desteklenmesi**

Kol desteklenmediği zaman izometrik egzersiz nedeniyle diyastolik kan basıncı %10 yüksek ölçülebilir.

### **4-Kolun pozisyonu**

Kol kalp düzeyinde olmalıdır. Kolun kalp düzeyinin altında olması sistolik ve diyastolik kan basıncının yüksek, üzerinde tutulması ise düşük ölçülmesine neden olur.

### **4-Hangi koldan ölçüm?**

İlk muayenede her iki koldan ölçüm yapılmalı, hangisinde yüksek ölçülüyorsa takipte o koldan yapılan ölçümler kullanılmalıdır. Her iki kol kan basıncında; sistolik için 20mmHg, diyastolik için 10mmHg'dan fazla fark varsa hastanın arteriyel hastalığı dışlamak üzere kardiyovasküler merkeze gönderilmesi önerilir. Mastektomiki kadınlarda lenfödem yoksa her iki koldan da ölçüm yapılabilir.

### **5-Manşon seçimi**

Manşonun kısa veya dar oluşu kan basıncının yüksek ölçümüne (manşon hipertansiyonu), uzun

veya geniş oluşu kan basıncının düşük ölçümüne neden olur. Manşonun kesesi kolun en az %80'ini sarmalıdır.

## **Baş- Boyun Muayenesi:**

### **-Lenf Bezlerinin Muayenesi:**

Lenf bezi muayenesi yaparken. 3 ana nodal alan- baş ve boyun, aksiller ve inguinal bölge dikkatle muayene edilmelidir . Dalak ve karaciğer muayenesinin de bu muayenenin bir parçası gibi değerlendirilmesi gerekir.

Servikal bölgede 1cm'den inguinal bölgede 1.5-2 cm'den büyük lenf nodları lenfadenopati olarak tanımlanır.

Baş boyun lenf nodu bölgeleri şunlardır: Submandibular, submental, ön servikal , arka servikal, supraklavikular, suboksipial.

Bir lenf nodu palpe edildiğinde muayene notuna, iki çapı (örn 2x2 cm), kıvamı (sert, yumuşak, lastik kıvamı), ağrılı olup olmadığı, üzerindeki cildin durumu- renk değişikliği, fixe veya mobil olup olmadığı, hangi bölgede ve kaç tane olduğu yazılmalıdır.

Her iki tonsil submandibuler bölgede ele gelebilir. Bazen tiroid nodülü lenf nodu ile muayenede karışabilir. Ayırıcı tanıda yutkunmakla lenf nodunun muayenede hareket etmediği hatırlanmalıdır.

Lenfadenopati lokalize olduğunda klinisyen lenf nodlarının drene ettiği bölgeyi enfeksiyon, deri lezyonları veya tümör bulguları yönünden muayene etmelidir

### **Lenadenopati sebepleri:**

- Enfeksiyon (viral, bakteriyel, paraziter. TBC yi unutmayın!)
- Malignite
- Lenfoma
- Solid malignite metastazı
- İmmün sistem hastalıkları: Bağ doku hastalıkları (örn: Still hastalığı), Sarkoidoz..)
- Diğer (ilaç, aşı, Castleman hast, depo hastalıkları...)

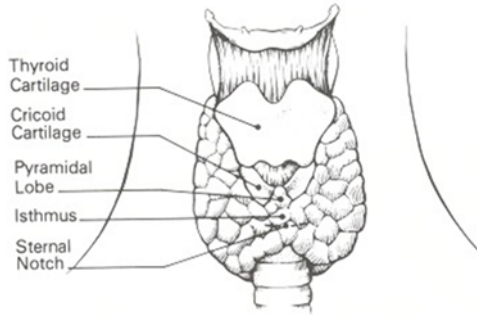
**Lenf nodunun ve hastanın hangi özellikleri malignite düşündür?**

- Hasta ne kadar yaşlı ise malignite riski o kadar artar
- B semptomlarının eşlik etmesi
- Karaciğer ve/veya dalak büyüklüğünün eşlik etmesi
- Yaygın olması
- Çapı arttıkça malignite riski artar
- Sert olması
- Fixe olması
- Üstündeki cildi infiltre etmesi
- Ağrısız büyümesi
- Boyutunun zamanla artış göstermesi, sayısının artış göstermesi
- Bir araya gelme ve yapışma eğilimi göstermesi (Radyolojik olarak konglomerasyon olarak ifade edilir)
- Ultrasonografik olarak malign kriterler göstermesi: hilusunun izlenmemesi, kortexinin kalın ve düzensiz olması, ovoid olması)

**Lenf nodu örnekleme yapılırken nelere dikkat etmek gerekir?**

- Lenf nodunda malignite şüphesi varsa eksizyonel biyopsi alınmalıdır.
- İnce iğne veya tru cut alınması vakit kaybettirir.
- İmkan varsa alınan lenf nodundan flow sitometri de çalışılmalıdır
- Çok sayıda lenf nodu varsa; en yukarda, en son büyüyen, ortadaki, en patolojik görünen alınmalıdır.
- Lenfoma kesin tanısı lenf nodu biyopsisi ile konur

## Tiroid Muayenesi:



Boyun muayenesi; odanın iyi ışık aldığı kısımda, hasta oturur halde ve boyun gevşek pozisyondayken yapılmalıdır. Hastanın yutkunmasını sağlamak için bir bardak su verilmelidir. Klinisyen hastanın boynu hafif fleksiyonda iken ve yutkunma sırasında da incelemelidir. Eski skar varlığı, genişlemiş venler, pulsasyon, kızarıklık yada ciltte çekilme belirtilmelidir. Trakeanın pozisyonu not edilmeli, boyunda kitle varsa yutkunma ile hareketinin olup olmadığı not edilmelidir. Boyun orta hattında kitle saptanmış ise ve bu kitle dil dışarı çıkarıldığında hareket ediyor ise bu durum tiroglossal kanal artığı yada kistini düşündürür.

Yutkunma sırasında, tiroid glandı pretrekeal fascia kılıfında olması nedeni ile hareket eder. Tiroid bezi boyun lateraline doğru çok fazla büyüdü ise yutkunma ile hareket etmeyebilir. Hekim dilin arka kısmına da bakmalıdır, burası tiroglossal kanaldan köken alır ve lingual tiroid dokusu bu bölgede olabilir.

Tiroid muayenesinde ilk olarak insisura jugularisin boş olup olmadığına bakılmalıdır. Bu bölgede bir dolgunluk var ise dolgunluğun alt kenarının yutkunma ile insisuranın üzerine çıkıp çıkmadığına bakılmalıdır. Bu bölgede dolgunluk olması tiroid bezinin sternumun gerisine (retrosternal) büyümesi hakkında bilgi verir.

Hastanın boyun muayenesinde tiroid istmusu bulunmalıdır. Tiroid istmusu muayene için başlangıç noktamızı belirler. Boyun orta hattındaki en çıkıntılı nokta tiroid kıkırdağıdır. Tiroid kıkırdağından elimizi kaldırmadan aşağıya doğru indirdiğimizde elimize gelen çıkıntılı bölüm krikoid kıkırdağıdır. Tiroid bezi istmusu krikoid kıkırdağın altındadır. Hekim tiroid istmusuna parmağı ile hafif bir baskı uygular yutkunma ile hareketini izler. Tiroid istmusunun kalın yada sert olması tiroid bezinde genel bir büyüme olduğunu gösterebilir. Tiroid bezi çok aşırı büyümediği sürece hasta oturur pozisyondayken rahatlıkla tiroid bezi muayenesi yapılabilir. İstmus bulunduktan sonra medialden laterale doğru dairesel hareketler ile loblar muayene edilir. Yutkunma ile lobların hareketi izlenir. Lobların palpasyonu ile hassasiyet, boyut, simetri, lobların pozisyonu, ve varsa nodüllerin not edilmesi gerekir(Normal bez sıklıkla palpabl değildir). KOAH'lı hastalarda ve body yapan kişilerde

sternokleidomastid kas hipertrofik olabilir ve bu durumda tiroid bezinin derinde kalması nedeni ile palpasyonu zorlaşabilir. Bu durumda istmus bulunduktan sonra sağ loba denk gelen kısım elimizle sol tarafa doğru itilir bu esnada derinde kalan sol lobun palpasyona uygun hale gelmesi sağlanır ve sol lob muayene edildikten sonra aynı işlem sol lobda baskı uygulanak sağ lobun muayenesinde uygulanır.

Muayenede tiroidin şekli, boyutları, kıvamı (yağ dokusundan daha sert, kas dokusundan daha yumuşak) not edilir. Tiroidin boyu baş parmağın son falanksı kadardır. Lateral loblar 30-40 mm uzunluk ve 15-20 mm genişliktedir. İstmus 12-20 mm uzunluk 20 mm genişliktedir.

Diffuz guatr yada Graves olan hipertiroid hastalarda tiroid daha yumuşakken Hashimoto olan hastalarda tiroid daha serttir. İrregüler yüzey, kıvamındaki değişiklikler, hassas bölgeler belirtilmelidir. Nodul farkedilir ise boyut, çevre dokuya göre şekil, kıvam, pozisyon belirlenmelidir. Nodul sert ise kistik yada malign olabilir. Palpasyon ile tiroid büyümesi (guatr) ve ele gelen tril varlığında tiroid bezi oskulte edilir ve üfürüm olup olmadığına bakılır.

Tiroid muayenesinde insisura jugularisin dolu olan ve tiroidin alt kenarının yutkunma ile insisuranın üzerine çıkmadığı hastalarda retrosternal uzanımı olan guatrdan şüphelenilir. Böyle bir hasta kollarını başının iki yanında yukarı kaldırdığında ile hastanın yüzünde kızarma, boyun venlerinde dolma ve nefes darlığı oluyorsa bu durum tiroidin retrosternal büyüdüğünü ve bası bulgusu yarattığını gösterir ve Pemberton bulgusu olarak bilinir.

**Tiroid boyutları büyük ise guatr düşünülür.**

**Guatr Dünya Sağlık Örgütü(WHO) Sınıflaması;**

**Evre 0:** Palpasyon ve inspeksiyonla guatr yok

**Evre 1:** Normal duruş sırasında tiroid palpe edilebilir ancak dışarıdan görülmez

1a: Palpasyonla tiroid palpe edilir fakat ekstansiyonda görülmez

1b: Palpasyonla tiroid palpe edilir fakat ekstansiyonda görülür.

**Evre 2:** Normal duruş sırasında tiroid palpe edilebilir ve görülür

**Evre 3 :** 5-6 metre uzakıtan tiroid bezi büyümüş olarak görülür.

**Kardiyovasküler Sistem Muayenesi**

**Öğrenim Hedefleri:**

Volüm Durumunun Değerlendirilmesi:

Dehidratasyon tanımı , sınıflaması ve fizik muayene bulguları

Hipervolemi/ödem tanımı, nedenleri ve fizik muayene bulguları

## **Dehidratasyon ve muayene bulguları**

Dehidratasyon gastrointestinal, deri ve renal yolla sıvı kaybını tanımlar

### **Sıvı kaybı 3 aşamada değerlendirilebilir**

**Hafif derecede sıvı kaybı (%<5)**: Hastanın sadece susuzluk hissettiği, ama hiçbir muayene bulgusunun eşlik etmediği evre

**Orta derecede sıvı kaybı(%5-10)**; Orta derece sıvı kaybında hastanın göz küreleri çökük, dudaklar ve dil kuru ,ağladığı zaman gözyaşı azalmış olabilir. Eğer hasta bebek ise fontaneli çökük ve yumuşak olabilir. Bunun yanı sıra deri elastisitesi azalmış bulunabilir.kan basıncı ve nabız normal olduğu halde oturma ve ayağa kalkma ile belirginleşen hipotansiyon vardır (Tilt testi)

Ayrıca idrar miktarında azalma, kalp atım sayısında artma, kan basıncında düşme gibi belirtiler yavaş yavaş su kaybının ağır derecede olduğunu işaret eder.

**Ağır derecede (>%15)** sıvı kaybı olan hasta su içemeyecek kadar bitkin, halsiz görünümündür. Genellikle idrar miktarı oldukça azalmıştır.Deri turgor tonusu azalmıştır.Yatar pozisyonda bile hipotansiyon ve şok tablosu oluşur.

Dehidrasyonu tartı ile de yoklamak mümkün. Ancak çoğu kez orijinal tartısını bilemediğimiz için kişinin su kaybı yüzdesini ancak muayene bulgularıyla değerlendirebiliriz.

-Ağzın ve dudakların kuruması, tükürüğün azalması ve daha yapışkan olmaya başlaması

-Bebeklerde fontanelin çökmesi.

-İdrar miktarının azalmaya ve idrar renginin koyulaşmaya başlaması

-Derinin kuruması ve terlemenin ortadan kalkması

-Susama hissi

-Halsizlik, bitkinlik, iştahsızlık, uyku hali

-Baş ağrısı, baş dönmesi, çarpıntı, karın ağrısı

-Dehidratasyonun dercesine göre uyku halinden komaya kadar giden bilinç değişiklikleri.

## **Hipervolemi ve muayene bulguları**

Hipervolemi, alınan su ve tuzun renal ve ekstrarenal kayıpların toplamından fazla olduğu durumda ortaya çıkar.iki şekilde görülebilir

**Efektif kan volümünün azaldığı durumlar:**KKY,siroz,nefrotik sendrom,\_konstriktif perikardit

**Efektif kan volümünün arttığı durumlar:** Primer hiperaldosteronizm,Cushing sendromu,Uygunsuz ADH (SIADH), Akut glomerülonefritler

## **Belirti ve bulgular**

• **Ödem :** vücutta %5`den fazla sıvı olduğunda ortaya çıkar.

Ödemin değerlendirilmesi: Bölgeye baş parmak ile 5sn bası uygulanır

Ödem muayenesi pretibial,ayak sırtı,ayak bileği çevresi, immobil hastalarda sakral bölgeden yapılır.

## **Gode derinliğine göre ;**

Gode derinliği 2mm ise (+)

Gode derinliği 4mm ise (+ +)

Gode derinliği 6mm ise (+ + +)

Gode derinliği 8mm ise (+ + +)

**Vücuttaki lokalizasyonu bakımından ödem;** Ekstremitelerde, yüz ve göz çevresi, genital bölge(testis ve labialar), sacral bölge, bütün vücutta bulunabilir.

## **Hipervolemik bir hastada semptom ve bulgular:**

- Dispne,
- Hipertansiyon,
- Akciğer bazallerinde krepitan raller,
- S3, S4, galo ritmi,
- Boyun venöz dolgunluğunda artış,
- Asit

## **Kardiyovasküler sistem muayenesi;**

**Venöz dolgunluk:** sağ kalp yetersizliği, intratorasik basıç artışı, konstriktif perikardit ve perikardiyal efüzyon gibi kanın sağ atriyuma dönüşünü engelleyen durumlarda saptanır. Venöz dolgunluk muayenesi, hasta 45° lik açı ile yatarken veya otururken ve baş öbür yana hafif dönükken yapılmalıdır. Bu pozisyonda eksternal juguler venlerin görülmesi venöz dolgunluk işaretidir

**Mitral odak:** Mitral odak 5. Interkostal aralık, midklavikular hatta bulunur ve genellikle apekte, palpasyonla apeksin hissedildiği yer mitral odaktır.

**Triküspid odak:** Triküspit odak, solda 4. Interkostal aralık sternal kenarındadır.

**Pulmoner odak:** Sol 2.inter kostal aralığın sternumla birleştiği yerdir.

**Aort odağı:** Sağ 2.inter kostal aralığın sternumla birleştiği yerdir.

**Mezokardiyak odak(Erb odağı):**S ol 3-4. Interkostal aralığın sternumla birleştiği yerdir.

## **Solunum Sistemi Muayenesi:**

### **Solunum sistemi fizik muayenesinde öğrenilmesi gereken başlıklar:**

Göğüsün topografik anatomisindeki önemli bölgeler

#### **1.Göğüs çizgileri:**

orta sternal çizgi

orta (mid) klavikuler çizgi

orta spinal çizgi

orta skapular çizgi

ön- orta-arka aksiller çizgiler

2.Supraklaviküler bölgeler

3.Manibriosternal açı (Louis açısı)

4.Ksifoid bölge



## **İnspeksiyon ile saptanan bulgular**

### 1.Solunum değişiklikleri

Dispne, apne, takipne, bradipne, hiperventilasyon, periyodik solunum (Cheyne –Stokes solunumu), Biot solunumu

### 2.Hoover belirtisi

3.Toraks hareketlerinin tek veya iki taraflı azalması (hemitoraksların solunuma katılmasında olan bozukluklar)

### 4.Deri değişiklikleri

### 5.Toraksın şekil değişiklikleri

Fıçı göğüs, pectus excavatum (kunduracı göğüsü), pectus carinatum (güvercin göğüsü), kifoskolyoz, yelken göğüs

### 6.Siyanoz

### 7.Clubbing (çomaklaşma)

## **Palpasyon ile saptanan bulgular**

### 1.Ciltte krepitasyon

### 2.Toraksın ekspansiyonu (palpasyon yoluyla karşılaştırılması)

### 3.Vibrasyo torasik (vokal fremitus bakılması)

## **Perküsyon ile saptanan bulgular**

### 1.Diafragma hareketlerinin değerlendirilmesi- sinüs açıklığı bakılması

### 2.Akciğer perküsyonu

## **Oskültasyon ile saptanan bulgular**

### **1. Normal solunum sesleri**

Veziküler sesler, bronkoveziküler sesler, bronşial veya tubuler sesler

### **2.Patolojik solunum sesleri**

Yaş raller (ince raller, kaba raller, krepitan raller)

Kuru raller

Ronküs (siblan ronküs, sonor ronküs)

Frotman

Tuber sufl (bronşial solunum sesi)

Amforik sufl

Solunum seslerinin azalması ve kaybolması

### **Bazı tanımlamalar:**

Normal solunum sayısı dakikada 12-16'dır.

**Periyodik solunum** (Cheyne –Stokes solunumu): Solunum hız ve derinliğinin yavaş yavaş artması, ardından yavaş yavaş azalması, ardından durması (apne) ve sonra tekrar aynı döngünün tekrarlanmasıdır.

**Biot Solunumu:** Düzensiz solunum. Merkezi sinir sistemi hastalıklarında görülür.

**Hoover Belirtisi:** Göğüs alt tarafında kosta ve kosta aralıklarının inspirasyon sırasında içeri doğru çekilmesidir

**Yelken Göğüs:** Kosta kırıkları nedeniyle göğüs duvarında bir parçanın inspiriyum ile içeri çökmesi ve bu şekilde serbest hareket etmesi

**Clubbing (çomaklaşma):** Tırnak kökü açısının genişleyerek 180 derece üzerine çıkması , tırnak kökünün dışa doğru bombe hale gelmesidir

**Ral ;** Genelde İspiriyumda bazen ekspiriyumda sekresyon veya fibrozis ile tıkanmış hava yollarına hava girmesiyle ortaya çıkar. Duyulan sesin karakterine göre yaş, kuru, ince, kaba, krepitan olarak tanımlanabilirler

**Ronküs:** Bronşların daralması ile ortaya çıkan müzikal seslerdir. Sesin karakterine göre sibilan veya sonor olarak tanımlanabilirler

**Frotman:** Normalde plevral ve parietal plevralar arasında bulunan sıvının kaybolması sonucunda plevranın birbirine sürtünmesi ile ortaya çıkar

**Tuber sufl:** Normalde trakea üzerinde duyulan solunum sesinin toraksın başka yerlerinde duyulması ile ortaya çıkar. **Amforik Sufl:** Bronşa açık kavitele pnomotoraksda bronko- plevral fistül olduğunda boş testi içine üfleniyormuş gibi duyulan bir sestir.

## **Karın Muayenesi**

Gastrointestinal(GIS) kanal, pankreas, karaciğer ve dalak ile ilişkili klinik şikayetleri olan hastalarda karın muayenesi önemlidir. Karın ağrısı, regürjitasyon, yanma hissi, disfaji, odinofaji, dispepsi, bulantı/kusma, gaz, şişkinlik, kilo kaybı, diyare, konstipasyon, inkontinans gibi yakınmalar ile başvuran hastaların öyküsü dikkatlice alındıktan sonra karın muayenesine geçilir.

Karının fizik muayenesinde de 4 temel fizik muayene(inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon) yöntemi uygulanır. Karın muayenesinde bu temel yöntemlerden palpasyon ve perküsyon büyük bir önem taşır.

### **Abdominal Muayene:**

Karın muayenesi, karın topografik bölgelere ayırarak yapılır. Klasik olarak; sağ üst, alt ve sol üst ve alt kadranda olarak ya da Sağ hipokondrium, sağ lomber, sağ inguinal, epigastrik, umbilikal, hipogastrik, sol hipokondrium, sol lomber ve sol inguinal olarak 9 bölgeye ayrılarak genişletilmiş bir biçimde tariflenerek muayene yapılır. İyi bir karın muayenesi için hasta sırt üstü yatmalı, baş altına bir yastık konmalı, doktor hastanın sağında bulunmalı ve ışıklandırma normal olmalıdır. Hastanın bacakları ya hafif fleksiyon durumunda, ya da uzatılmış durumda karın bölgesi tamamen çıplak olmalıdır. Ayrıca karın fizik muayenesinin tam olarak yapılması açısından sol supraklaviküler çukuru ve anorektal bölgenin de muayenesi gerekir.

**Batını gözle muayene etme (inspeksiyon):** Bu muayene oda ısısında, mahremiyeti sağlanmış, aydınlık bir odada batının izlenmesi, (daha sonraki muayenelerde hastanın yüzünde acı ifadesi olup olmadığının görsel olarak tespiti için yüz ifadesi de gözlenir). Sindirim sistemi muayenesi ağızdan başlar, ağız, dudaklar, dişler, damak, tükürük bezleri ve orofarenks incelenir. Karın inspeksiyonu yapılır.

### **İnspeksiyonla neler görülebilir?**

Normal bir insanın karını göbek çevresinde hafif kabarıktır. Göbekten yanlara doğru hafif bir meyli vardır. Karın, şişman kişilerde genellikle bombe ve kabarık, zayıf şahıslarda ise gevşek ve çökük görünümde olabilir. Göbek çukuru karının tam ortasında bulunur, yani göbek- ksifoid mesafesi göbek pubis mesafesine eşittir. Hastanın karını dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir.

Karın derisinde değişiklikler (peteşi- ekimoz- döküntü ,renk değişimleri, skar, nodülarite, diastasis rekti, distansiyon, herni, peristaltizm, pulsasyon, damarsal değişikliklerin tespiti sağlanır)

\*Göbekte ekimoz olabilir ve göbek mavi bir renk alabilir. Buna mavi göbek adı verilebilir. Periton içi kanamalar (hemoperitoneum) sonucu meydana gelebilir. Akut pankreatit nedeni ile oluşmuşsa

“Cullen” bulgusu denir. Yine aynı nedenle karın ve yanlarda da ekimozlar görülebilir buna ise “Grey-Turner” bulgusu denir.

**Batını dinleyerek muayene etme (oskültasyon):** Hastaya batının dinlenerek muayene edileceğinin bildirilmesi, steteskopu batın duvarına bastırmadan yerleştirme, en az 2 dakika(paralitik ileus için 5 dk) batının 4 kadrnında barsak seslerinin dinlenmesi.

### **Oskültasyonla neler görülebilir?**

Barsak motilitesi, vasküler akış ve peritonun solunum ile ilişkili hareketlerinden kaynaklanan normal ve anormal seslerin varlığını belirlenmesi (Barsak seslerinin normal, artmış veya azalmış oluşu ile ileus, enteritler tespit edilebilir, ayrıca aort, renal, iliak arterler ile ilişkili üfürümle, venöz kollaterallere ait üfürümler duyulabilir, damar anevrizmaları bulunabilir).

\*İnce bağırsak içindeki sıvı veya gazın uzun mesafeler katedecek şekilde fokurtularına; **Borborygmus**

\*Uzaktan duyulacak sesler; **garguyma**

\*Göbek çevresinde duyulan sürekli, mırıltı veya uğultu şeklindeki venöz üfürüme (portal hipertansyon, caput medusae) **Cruveilhier-Baumgarten sendromu** denir.

### **Batını dokunarak muayene etme (Palpasyon) ve karın duvarı perküsyonu;**

**Palpasyon:**Hastaya batının dokunarak ve bastırılarak muayene edileceğinin bildirilmesi ve ağrı olduğundan söylemesinin istenmesi, kalça ve diz eklemine hafif fleksiyon yaptırılması, parmaklar yapışık vaziyette 1 /2 elin palmar yüzeyi ile 1 – 4 cm derinliğinde aşağı bastırılması, palpasyona alt kadrnlardan başlanması, gereğinde hastanın öksürtülmesi önemlidir.

**Batını vurma sesini dinleyerek muayene etme (perküsyon):** Hastaya batının dokunarak ve dinlenerek muayene edileceğinin bildirilmesi, pasif elin 3. parmağı batın cildine yerleştirilir, 90 derece fleksiyon yapılan diğer elin 3. parmak ucu ile, dirsek sabit tutularak, el bileğinin hareketi ile, cilde yerleştirilen parmağın tırnak dibi ile birinci falanksının eklemi arasına kısa darbeler vurarak perküsyon yapılması. Batının 4 kadrnı ışınsal tarzda perküte edilmesi (Normalde batının tümünde timpanik ses alınır).

Aniden ve soğuk elle yapılan palpasyon karın kaslarında kasılmalara ve palpasyonun güçleşmesine neden olabilir. Önce yüzeysel sonra derin palpasyon yapılır. Yüzeysel palpasyona inguinal bölgeden başlayarak, yavaş yavaş, karnı okşar gibi kosta yayına doğru yükselmek iyi bir kuraldır.

Böylece yumuşak oluşumların (karaciğer, dalak) kenarlarını belirlemek mümkün olur. Yüzeysel palpasyonda en fazla 1 cm bastırılmalıdır. Yüzeysel palpasyonda elde edilen bulgular, daha sonra derin palpasyonla ayrıntılı olarak incelenmelidir.

**Yüzeysel palpasyonun amacı:** Yüzeyle yakın yapılar ve duyarlılığın değerlendirilmesi; karın duvarının durumu, hassasiyet, krepitasyon, karın kaslarının durumu

**Derin palpasyonun amacı:** Organların boyutları ile kütleler gibi anormallikler bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi ve özelliklerine ilişkin bilgiler edinilmesi.

Karında organomegali, hassasiyet, karında olmayan bir kütlenin varlığı araştırılır.

Derin palpasyonla; epigastrium(mide- duodenum hastalıkları), sağ hipokondrium( Murphy noktası), appendiks noktaları, ureter trasesi, costalomber bölgelerde hassasiyet saptanabilir.

\*Mide boşken ele gelmez. Dolu mide çalkalanınca, su-hava çarpışmasından çalkantı sesi (**klapotaj**) meydana gelir. Mide tonüsü normale bu bulgu normal midelerde alınmaz, fakat mide gevşek (hipotonik) ve genişlemiş ise, belirgin çalkantı sesi verir.

**Klapotaj:** Pilor stenozunda midede sıvı toplanacağından epigastriumda ve göbek çevresinde darbeler halinde perküsyon yapılacak olursa midede fazla sıvı ve gaz varlığı nedeniyle bir çalkantı sesi duyulur. Buna klapotaj adı verilir.

\* Normal safra kesesi palpe edilmez ve ağrısızdır. Taşla dolu olduğu zaman ve kanserlerde kese sert olarak ele gelir. Kolesistit ve serozaya yayılmış safra kesesi kanserinde kese hassastır ve Murphy manevrası pozitifdir. Akut duktus sistikus tıkanmasında kolikle birlikte (taş) kese ağırlı olarak şişer (safra kesesi hidropsu). Pankreas başı kanserinde ise, kese yavaş yavaş ve ağrısız olarak, bazen gözle görülecek kadar büyür, şişer ve ele gelir. Vater ampullası ve koledok kanalının kanserle tıkanmasına bağlı olan bu belirti daima sarılıkla birlikte dir. Buna **Courvoisier –Terrier** belirtisi denir.

\*Sağ hipokondriumda rektus kasının dış kenarının kosta yayını kestiği nokta Murphy noktası (safra kesesi noktası)'dır. Tam safra kesesi lojuna uyar. Bu noktaya uyacak şekilde el karın cidarına konur ve hastaya derin soluk alıp vermesi söylenir. Derin nefes alırken el kosta yayına doğru hafif itilir. Bu esnada hasta ağrı duyabilir ve bu noktada duyarlılık olabilir. Buna **Murphy manevrası** adı verilir.

\*Appendiks normal anatomik yerinde ise göbekte ön-üst spina iliakayı birleştiren noktanın dış 1/3 ve orta 1/3'ünü birleştiren nokta klasik **Mc. Burney noktası**, iç 1/3 ve orta 1/3 hattı birleştiren nokta Morris noktası ve iki ön-üst spina iliakayı birleştiren hattın 1/3 sağ noktası (midklavikular hattın ön üst spina iliakaların birleşim noktası) **Lanz noktası** olarak bilinir. Akut appendisitlerde appendiksin lokalizasyonuna göre belirtilen noktalarda ağrı ve duyarlılık olabilir. Ayrıca bu bölgede deride aşırı bir hiperestezi varlığı da teşhise yardımcı eder.

**Karaciğer alt kenarının palpasyon ile belirlenmesi:** Karaciğerin palpasyonunu yapabilmek için, şu özelliklere dikkat etmek gerekir. Hasta sırt üstü yatar pozisyonda olmalı, hekim, solak değilse, hastanın sağında bulunmalı, el sol koltuk altına bakacak şekilde yerleştirilmeli ve palpasyona daima

sağ inguinal bölgeden başlanmalıdır. Karaciğer solunumla hareket eden bir organ olduğu için el inspiyumda sabit tutulmalı ekspiyumda yukarı doğru hareket ettirilmelidir. Böylece **inspiyum esnasında diafragma hareketi ile aşağıya doğru inen karaciğer şayet büyük ise elimizle hissedilir**. Bu tip palpasyonla palpasyon yapan sağ elin işaret ve orta parmağının kenarları karaciğeri hisseder. Önce midklaviküler hat üzerinde karaciğerin kosta yayını ne kadar geçtiği santimetre olarak belirtilir. Daha sonra tüm büyümüş karaciğer yüzeyi palpe edilir. **Parmaklar karnın içine doğru dik olarak batırılmamalıdır**.

#### **Palpasyonla hepatomegali tespit edildiğinde;**

1. Karaciğer ne kadar büyümüştür? Büyüklüğü cm olarak belirtilmelidir.
2. Yüzeyi nasıldır? Düzgün mü, nodüllü mü, intizamsız mı?
3. Ağrılı mı değil mi? Karaciğerde ağrılı kısım Glison kapsülüdür. Kapsülün ani gerilmeleri ağrı uyandırır. Karaciğer dokusu ağrılı değildir.
4. Karaciğerin kenarı nasıldır? Keskin mi, künt mü, düzensiz mi?
5. Karaciğerin kıvamı nasıldır? Yumuşak mı, orta sertlikte mi, çok sert mi? bakılmalıdır.

Karaciğerin üst kenarını saptamak ve KC'in fizik muayesini tamamlamak için perküsyon yapmak gerekir. **Karaciğer perküsyonu** yapmak için sırt üstü yatan hastada klavikula altından başlayarak parmaklar interkostal aralıklara konarak, sağ hemitoraks, midklaviküler hat üzerinde yukarıdan aşağıya doğru önden normal toraks perküsyonu yapılır. Submatitenin başladığı yer karaciğerin izafi (rölatif) matitenin, mutlak matitenin başladığı yer ise üst sınırını gösterir. Normal şahıslarda submatite 4. veya 5. interkostal aralıkta, mutlak matite ise 6. interkostal aralıktadır. Karaciğer üst sınırı karaciğeri büyüten KC absesi, hidatik kist, tümör vb. durumlarda yükselir. Aksine KC ptozunda ve atrofik siroz durumlarında üst matite aşağıya kayar. Mide, duodenum gibi içinde hava bulunan karın organlarının delinmesi sonunda sağ diyafragma altına hava kaçmışsa karaciğer matitesi kaybolur, o bölge sonor olur. Bu muayene perforasyonu kanıtlayan önemli bir bulgudur.

**Dalak alt kenarının palpasyon ile belirlenmesi:** Dalak palpasyonu tıpkı karaciğer palpasyonu gibi yapılır. Yine hasta sırt üstü pozisyonda yatar ve karın bölgesi tamamen açıktır. Dalak normalde palpe edilmez. Ele geliyorsa, normalin 2-3 katı büyümüş olduğu kadul edilir. Palpasyona sol inguinal bölgeden ve parmak uçları yine sol koltuk altına bakacak şekilde başlanır. Hastanın her soluk alışında el sabit tutulur, soluk verişte ise yukarıya doğru hareket ettirilir. Yine inspiyumda dalak şayet büyük ise elin kenarına çarpması beklenir. Normalde dalak palpe edilmez. Dalak alt ucu ele geliyorsa kosta yayını kaç santimetre aşmış olduğu saptanır. Sonra bu kütlelin dalak olup olmadığının araştırması yapılır. Dalağın ön kenarında bulunan çentiğin palpe edilmesi kütlelin dalak olduğu hakkında önemli bir ip ucu verir. Ayrıca kütlelin önde oluşu ve solunumla hareket etmesi de dalak olduğu lehine

değerlendirilmelidir. Dalak kistlerinde ve çok nadir olan tümörlerinde bu özellikler bulunmayabilir ve sadece bir kütle palpe edilebilir. Dalak ile en çok karışan kütle büyümüş böbrektir. Böbreğin şekli keskin kenarlı olmayışı ve bimanuel muayene ile palpabl oluşu büyümüş böbrek lehinedir. Ayrıca sol kolon fleksura tümörleri de, nadiren büyümüş dalakla karıştırılabilir. Dalak büyüklüğünün araştırılmasında perküsyonun da önemi büyüktür. Normalde dalak orta koltuk altı çizgisi üzerinde 9. ve 11. kostalar arasında perküte edilebilir. Bu normal dalağın perküsyon alanıdır. Dalak perküsyonu için hasta sağ yanına yatırılmalı sol kolunu çok germeden başına doğru kaldırmış olmalıdır. Perküsyon hattı ön ve arka koltuk altı çizgisini taşmaz. Dalak yukarıdan aşağı, soldan sağa ve genellikle öne doğru büyüdüğü için ön koltuk altı çizgisini geçmez. Geçtiği taktirde gerçekten büyümüş dalak söz konusudur. Yani dalak perkütabl denir. Her perkütabl dalak palpabl değildir. Buna karşın her palpabl dalak perkütabl değildir. Dalak perküsyonundan bahsederken **Traube üçgeniden** bahsetmek gerekir.

**Traube Üçgeni:** Bu üçgenin sınırlarını solda ön koltuk altı çizgisi, alt kenarını sol kosta yayı ve üst kenarını ise ksifoidden geçen yatay hat oluşturur. Bazen de dalak yalnız yukarıya doğru büyüyebilir. Bu takdirde Traube üçgeni perküte edilirse, dalağın büyüklüğü ile orantılı olarak matite bulunur. Orta derecede splenomegalilerde Traube üçgeninin yalnızca dış bölümü kapalı bulunur. Çok büyük dalaklarda bütün üçgen kapalı bulunur. Normalde bu alan mide fundusunun göğüs cidarı üzerindeki projeksiyondur ve perküte edildiğinde timpanik ses verir. Dalak perkütabl olup bu bölgeyi kapatırsa, timpanik ses yerini mat sese bırakır. Dalak dışında, plörezi, perikardit, nadiren kolon tümörleri ve fundus tümörleri de Traube alanını kapatabilir.

Batın muayenesinde özel değerlendirmeler: Periton irritasyonunun değerlendirilmesi;

**Rebound hassasiyet:** Karma elle batına derin bastırma, bir süre bekleyip hızla eli çekme, eli çekince hastanın ağrısında artış olup olmadığını sorma, gözleme.

Renal hastalıkların değerlendirilmesi:

Kostovertebral açı hassasiyeti: Hastayı muayene masasına oturtma, el açık ve parmaklar birbirine yapışık olarak hipotenar bölge ile sağ ve sol kostovertebral açılara sertçe vurma, hastanın ağrısında artış olup olmadığını sorma, gözleme.

**Peritoneal asitin belirlenmesi:**

Asit (ascites) yunanca torba anlamına gelir. Normal olarak periton boşluğunda, diğer seröz boşluklarda olduğu gibi 50 ml'den az miktarda ve yüksek (4gr/dl) proteinli bir sıvı vardır. Periton boşluğunda normalden fazla-patolojik miktarlarda sıvı birikmesine assit, bu sıvıya ise assit sıvısı denir. Assit dendiği zaman periton boşluğunda (belli bir yere lokalize olmayanpozisyonla yer değiştiren) sıvı birikmesi anlaşılmalıdır. Abse, kistik-lokalize sıvı birikmesi bu tanımın dışındadır. Asit çok önemli ve

sık rastlanan klinik bir bulgudur. Diffus karın şişliğinin en sık nedenlerinden biridir. Karnın fizik muayene ilkeleri asitli hastalar içinde geçerlidir.

**Periton boşluğunda sıvı birikmesi anlamına gelen asit inspeksiyonunda şu özellikler dikkati çeker;** Karın diffüz olarak şiştir, yan akıntılar silinmiştir ve karın kurbağa karnı görünümünü almıştır. Asit fazla olduğunda karın oldukça gergin, şiştir ve solunuma az katılır. Göbek platosu silinmiş hatta göbek dışı doğru fırlamış olabilir (göbek fitiği). Göbek-ksifoid mesafesi uzamış, göbek aşağı doğru kaymış ve göbek- pubis mesafesi kısalmıştır.

**Asit varlığını anlamının en iyi muayene yöntemi karın perküsyonudur.** Karın perküsyonu ışınsal tarzda, en az beş hat üzerinde proc. ensiformisten başlayarak, aşağıya doğru yapılır. Karnın perküsyonu ile normal şahıslarda timpanik bir ses alındığı karnın fizik muayenesinde anlatılmıştır. Yapılan ışınsal perküsyonla kaide olarak ne kadar çok asit olursa olsun epigastrium daima timpandır, aşağıya inildikçe bir noktada timpan ses biter matite başlar. Bu nokta işaretlenir. Aralıklı olarak bütün yönlerde yapılan muayene sonunda açıklığı yukarı bakan bir matitenin varlığı asiti gösterir. Diğer diffüz karın şişliği nedenlerinden olan over kisti, mesanenin idrarla aşırı dolu olduğu haller ve gebelikte ise açıklığı aşağı bakan bir matite vardır.

Asitin varlığında karaciğer, dalak veya bir kütleinin aranması için özel bir muayene usulü uygulanır. Karın palpasyonunda olduğu gibi, yine ingüinal bölgelerden başlanmak üzere karnın tüm bölgelerine el hareketleri ile küçük darbeler vurulur.

**Değişen matite:** Hastanın karnını perküte ederek matite ve timpan alanları saptama, hastayı hafifçe çevirme, hastanın karnını perküte ederek matite ve timpan alanları yeniden saptama, değişen matite ve timpan alanları belirleme.

Asit miktarına göre; 150-500ml (çok az), orta düzeyde ve tense(çok yoğun) asit miktarına göre muayene değişmektedir.

**\*Asit çok az** 150-500 ml arasında ise, hasta diz-dirsek pozisyonuna getirilerek muayene edilir. Karın ön duvarının orta çukurunda toplanan asit, aşağıdan yukarıya doğru yapılan perküsyonla göbek çevresinde matite alınması asit varlığını gösterir. Eğer 120 ml'den daha az asit varsa, hasta diz-dirsek pozisyonuna getirilerek 3-5 dk. tutulur. Stetoskop göbek etrafına konur, karnın bir yanına fiske vurularak dinlenir.

**\*Orta miktardaki asit muayenesi:** En anlamlı muayene pozisyonla yer değiştiren matitenin (shifting dullness) varlığının gösterilmesidir. Yer değiştiren matite ile asit tespit edilmesi için 1500 ml sıvı olmalıdır. Bunun için sırt üstü yatan hastanın karnı perküte edilirse, göbek altından yanlara doğru gidildikçe timpan (sonor) sesin iki tarafa gidildikçe matlaştığı saptandıktan sonra bu matitenin hastanın pozisyonu ile yer değiştirip değiştirmediğine bakılır. Karnın sağ yanında bir matite alanı



saptanır hastanın sol yanına yatması söylenir, biraz bekleddikten sonra saptanan matite alanı tekrar perküte edilir. Mat ses yerini timpan sese bırakmışsa yani sıvı yer değiştirmişse asitin serbest olduğuna karar verilir. Aynı işlem soldan da tekrarlanabilir. Bu manevranın tek sakıncası ankiste ve bir taraflı asitlerde özellikle peritonitis tüberkülozada, peritondaki ve organlardaki yapışıklıklar nedeni ile asit serbest değildir ve matite yer yer tespit edilir (Dama tahtası matitesi).

**\*Çok fazla miktarda (tense) asit muayenesi:** Bu durumda bütün belirtilerle şiş ve gergin karın, göbek fitiği, kurbağa karın, yer değiştiren matite, karında kollateral venaların ve splenomegalinin bulunması vb. asiti düşündürür. Çok fazla miktarda ve gergin asitte dalgalanma duyusu (**sensation des flots**) manevrası ile asit gösterilir. Bunun için bir el ayası karının iç tarafına yerleştirilir, diğer el ile karının diğer tarafına fiskeler tarzında darbeler vurulur. Bu darbelerin oluşturduğu dalgalanmalar karının diğer yanına konan el ayasında hissedilir (Tıpkı havuza bir taş atıldığında oluşan dalgalanmaların havuz kenarına çarpması gibi). Asit fazla olduğunda karın gergin olacağı için asitin serbest olup olmadığını anlamada bu yöntem oldukça yararlıdır. Asit az ise yada yağlı bir karın duvarının titreşimi iletebilmesinden doğabilecek yanılmayı önlemek için, ya hasta kendi elinin ya da bir yardımcının elinin ulnar kenarı ile orta hatta karın duvarına hafifçe bastırması gerekir.

\*Asitin kesin varlığını ve niteliklerini belirlemek için periton ponksiyonu yapılır ve buna **parasentez** adı verilir

### **Romatolojik Muayenede Öğrenim Hedefleri:**

-Romatolojik hastalıkların büyük bir kısmına detaylı bir öykü ve fizik muayene ile tanı konulabilir.

-Romatizmal hastalıklar kas iskelet sistemi yanında deri, göz, akciğerler, kalp gibi diğer sistemleri de etkileyebildikleri için hastanın hiçbir yakınması olmasa bile önce genel bir sistemik muayene yapılması gerekir.

Bunlara göre 4. Sınıf stajyer doktorların romatolojik öykü almayı bilmesi ve anamnez alarak hastalıkların tanı ve ayırıcı tanısını yapmaya çalışması beklenir.

### **Romatolojik ve nörolojik fizik muayene:**

1. Eklem muayenesi

a) Eklem hassasiyetini, eklem şişliğini, deri ısısı palpasyonla anlaşılır. Hastanın şikayeti olan veya olmayan her eklem ısısı artışı, hassasiyet, ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı açısından değerlendirilir. Varsa gelişmiş deformateler tanımlanır.

b) Entezit noktaları değerlendirilir ve entezit olup olmadığı belirlenir.

c) Kalça eklem muayenesi için FABERE ve FADIR yöntemi kullanılarak bakılır.

2. Cilt muayenesi

Ciltte döküntü olup olmadığı değerlendirilir ve varsa bu döküntü tanımlanır (purpurik, palpabl purpurik, maküler döküntü, ülser, nekrotik, malar raş vb)

3. DVT (Derin ven trombozu) muayenesi ve nabız muayenesi

DVT değerlendirmesi açısından hastanın baldır muayenesi yapılır ve homans testi uygulanır. Nabız muayenesi yapılır ve belirli bölgelerden üfürüm olup olmadığı dinlenir.

4. DTR (Derin tendon refleksleri) muayenesi

DTR'ler değerlendirilerek patoloji olup olmadığı belirlenir.

5. Kafa çiftlerinin herbirinin muayenesi yapılır ve patoloji olup olmadığı belirlenir.

6. Kas gücü muayenesi

Hem distal hem proksimal kaslar ayrı ayrı değerlendirilir ve kas gücünün derecesi belirlenir.

7. Karpal tünel sendromu varlığını saptamak için Tinel ve Falen testi uygulanır.