

Birinci Basamakta

Ayaktan Hasta Takibi

Güncel Yaklaşım

Editörler

Muzaffer ASLAN

Aydın ÇİFCİ

İhsan SOLMAZ

Alpaslan TANOĞLU

©2023 Birinci Basamakta Ayaktan Hasta Takibi: Güncel Yaklaşım

ISBN: 978-625-6429-45-1

Tüm hakları saklıdır. 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri yasası gereği; bu kitabın basım, yayın ve satış hakları Hipokrat Yayınevi'ne aittir. Anılan kuruluşun izni alınmadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kağıt ve/veya başka yöntemlerle çoğaltılamaz, basılamaz, dağıtılamaz. Tablo, şekil ve grafikler izin alınmadan, ticari amaçlı kullanılamaz. Bölümler içinde kullanılan resim ve bilgilerin sorumluluğu o bölümün yazar(lar)ına aittir.

Editörler

Muzaffer ASLAN

Aydın ÇİFCİ

İhsan SOLMAZ

Alpaslan TANOĞLU

Yayıncı

Hipokrat Yayınevi

Proje Koordinatörü

Meryem YAVUZ

(MediHealth Academy)

Grafik-Tasarım

Fatih Şamil ULUDAĞ

Furkan Selçuk AYDOĞDU

Özlem ESEN

(MediHealth Academy)

Baskı-Cilt

Ankara Özgür Matbaacılık Basım Yayın Dağ. San. Tic. A.Ş.

1250 Cadde No: 25 Ostim OSB Yenimahalle / Ankara

Sertifika No: 46821

Hipokrat
Yayıncılık

Süleyman Sırrı Cad. No:16/2 Sıhhiye
Tel: (0312) 433 03 05-15 ANKARA
www.hipokratkitabevi.com



İÇİNDEKİLER

Bölümler.....	i
Yazarlar.....	iii
Önsöz.....	vii

BÖLÜMLER

1. Bölüm Hastaya İlk Yaklaşım: Öykü Alma ve Sistemlerin Fizik Muayenesi	1
2. Bölüm Laboratuvar Testlerini Etkileyen Parametreler	7
3. Bölüm Eritrosit Sedimentasyon Hızı ve ASO Yüksekliğine Yaklaşım, Akut Faz Reaktanları	11
4. Bölüm Okul Öncesi Yaşta Gelişimin Değerlendirilmesinde Kullanılan Testler.....	19
5. Bölüm Pediatrik Hastalarda Lökopeni, Trombositopeni, Pansitopeniye Yaklaşım	25
6. Bölüm Polistemik Hastaya Yaklaşım	39
7. Bölüm Anemik Hastaya Yaklaşım	45
8. Bölüm Ödemli Hastaya Yaklaşım	53
9. Bölüm Uyku Bozuklukları.....	57
10. Bölüm Baş Ağrısına Yaklaşım	65
11. Bölüm Hipertansiyona Yaklaşım ve Sekonder Hipertansiyon.....	75
12. Bölüm Tip 2 Diabetes Mellitus: Tanı ve Tedavi	83
13. Bölüm Diyabetin Akut Komplikasyonları.....	91
14. Bölüm Diyabetin Kronik Komplikasyonları: Diyabetik Retinopati.....	99
15. Bölüm Diyabetin Kronik Komplikasyonları: Diyabetik Ayak	107
16. Bölüm Metabolik Sendrom	113
17. Bölüm Menopozal Semptomlara Yaklaşım	123
18. Bölüm Guatr ve İyot Eksikliği.....	129
19. Bölüm Tiroid Nodülleri, Tanısal Yaklaşım	141
20. Bölüm D Vitamini Eksikliği ve D Vitamini İntoksikasyonu.....	145
21. Bölüm Akut Böbrek Hasarı	153
22. Bölüm Kronik Böbrek Hastalığı.....	159
23. Bölüm Sistit Hastalarına Yaklaşım.....	165
24. Bölüm Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	171
25. Bölüm Üriner İnkontinansa Yaklaşım	179
26. Bölüm Sistemik Hastalıklar ve Böbrek Tutulumu	189
27. Bölüm Halsizlik ve Kronik Yorgunluk	199
28. Bölüm Yaygın Kas İskelet Sistem Ağrısına Yaklaşım	203
29. Bölüm Fibromiyalji Sendromu	211
30. Bölüm Osteoartrit.....	225
31. Bölüm Gut Hastalığı.....	231
32. Bölüm Erişkin Still Hastalığı, Dev Hücreli Arterit ve Polimiyaljiya Romatika	257
33. Bölüm Mikrobiyota, Probiyotik ve Prebiyotikler	265
34. Bölüm Gastrointestinal Sistem Kanamalarına Yaklaşım	277

35. Bölüm	<i>Helicobacter Pylori</i> Enfeksiyonuna Yaklaşım	285
36. Bölüm	Sarılıklı Hastaya Yaklaşım	289
37. Bölüm	Safra Kesesi ve Safra Kanallarının Hastalıkları	297
38. Bölüm	Akut ve Kronik Pankreatitli Hastanın Yönetimi	305
39. Bölüm	Siroz	313
40. Bölüm	Onkolojik Aciller	319
41. Bölüm	Derin ven Trombozu Tanı ve Tedavi	329
42. Bölüm	Erişkin Bağışıklama	335
43. Bölüm	Ayaktan Hasta Tedavisi: ÜSYE, Bronşit, Pnömoni	343
44. Bölüm	Ateşli Hastaya Yaklaşım	349
45. Bölüm	Alerjik Konjonktivit	359
46. Bölüm	Sistemik Hastalıkların Göz Bulguları	363
	Dizin	373

YAZARLAR

Abdurrahman ARPA

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Abdurrahman GÜLMEZ

Aydın Atatürk Devlet Hastanesi, Mikrobiyoloji Bölümü, Aydın

Artuner VARLIBAŞ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Aydın ÇİFCİ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Aykut HACİÖMEROĞLU

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Ayşegül TUNA

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Bayram YEŞİL

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kırıkkale

Berkay KIZILTAŞ

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Adana

Beyza Hilal BALCI

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Birgül KAÇMAZ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Bülent GÜNEŞ

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Şanlıurfa

Büşra Nur ÜNAL

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

Ercan YUVANÇ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Erdal GÜNGÖR

Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Batman

Fatma ŞENGÜL

Adıyaman Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık Temel Bilimleri Bölümü, Adıyaman

Güray CEYLAN

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

Hakan ÇOMAKLI

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Hastanesi, Cerrahisi Kliniği, Ankara

Hatice AKTAŞ

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

İbrahim Halil DÜŞÜNCELİ

Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Zonguldak

İsmail SEZİKLİ

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çorum

Kaan CANAL

Hitit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Çorum

Mehmet Burak AKTUĞLU

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Mehmet Fatih KÜÇÜK

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Antalya

Mehmet Selim MAMİŞ

Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Siirt

Miraç ATAMAN

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Mustafa ÇOMOĞLU

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Hastalıkları Kliniği, Ankara

Mustafa TUNA

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Şanlıurfa

Mustafa YİĞİT

Hitit Üniversitesi, Erol Olçok Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Çorum

Nurcan YÖRÜK

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum

Osman İNAN

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Öykü EREN

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

Raziye YAZICI

Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Konya

Reha BARAN

Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

Serdar GÜL

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Serkan CERİTLİ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara

Serkan YAZICI

Ankara Mamak Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Ankara

Süeda ZAMAN

Ankara Mamak Devlet Hastanesi, Acil Tıp Bölümü, Ankara

Tuba MERT

Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Tuęba ÖZÜDOęRU ÇELİK

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara

Turgut KÜLTÜR

Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kırıkkale

Yusufcan YILMAZ

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Ankara

Zehra AYDIN

Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Nefroloji Kliniği, Batman

Zeynep KATIPOęLU

Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Göz Kliniği, Balıkesir

Zeynep KURALAY

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, Erzurum

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım;

“**Birinci Basamakta Ayaktan Hasta Takibi Güncel Yaklaşım**” kitabımız başta aile hekimleri olmak üzere ayaktan hasta takibi ile ilgilenen branşlar hedeflenerek planlanmıştır. Hem nüfusun yaşlanmasıyla hem de yaşadığımız çevrenin giderek bozulmasıyla tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de diyabet, tiroid, enfeksiyon hastalıkları, gastrointestinal sistem problemleri, kas-iskelet problemleri ve pek çok hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Aslında meslektaşlarımız bunlar dışında çok fazla farklı durumla da karşılaşılıyor ama bu kitapta ayaktan hasta takibinde sık karşılaşılan durumların bazılarını ele almaya çalıştık. Tüm meslek hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, her zaman yanımda olan sevgili eşime, oğlum Arda ve Eray’a, anneme ve rahmetli babama, yetişmemizde emeği geçen tüm hocalarıma minnetlerimi sunarım. Kitaba katkıda bulunan değerli editörlere, yazarlara ve herhangi bir aşamada emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Kitabımızın meslektaşlarımıza faydalı olması temennisiyle...

Prof. Dr. Aydın ÇİFCİ
ANKARA, 2023

HASTAYA İLK YAKLAŞIM: ÖYKÜ ALMA VE SİSTEMLERİN FİZİK MUAYENESİ

Artuner VARLIBAŞ, Aydın ÇİFCİ

GİRİŞ

Geçirdiğimiz yüzyıl insanlık daha öncesinde hiç olmadığı kadar teknik ve bilimsel ilerleyişe şahitlik etti. Tıp ve biyoloji ise bu ilerleyişe hem öncülük etti hem de bu ilerleyişten kendisine büyük faydalar sağladı. Şunu iddia etmekte herhangi abartı yoktur: Birkaç nesil öncesindeki meslektaşlarımızın hayalini kurduğu “deus ex machina”lar artık elimizin altında bir istem formundan ibarettir. Bizim hayal ettiğimiz ve hayal bile edemediğimiz teknikler de, ümit ederiz ki, gelecekte meslektaşlarımızın elinde basit birer seçenek olacaktır.

Artık daha öncesinde hiç olmadığı kadar laboratuvar ve radyolojik tekniklere başvuruyor, elektronik ve mekanik cihazları günlük pratiğimizin bir parçası haline getiriyoruz. Tüm bu değişime karşı duran tek bir geleneğimiz mevcut: “anamnez (öykü alma ve fizik muayene)”.

Anamnez ve fizik muayene ile hasta hakkında ihtiyaç duyulan bilgilerin çoğunluğunu elde etmek mümkündür. Gerçek hastalar üzerinde yapılan bir deneyde, hastaneye başvuran hastaların muayeneleri gözlemlenmiş ve görülmüş ki; hastaların %76’sında öykü tek başına nihai tanıya ulaşmayı sağlamıştır (1). Bu oran aynı çalışmada fizik muayene için %12 ve laboratuvar tetkikleri ile %11 olarak görülmüş. Hasta ile iletişim ve güven kurulmasını sağlayan, önemli bilgiler edinilmesini sağlayan ve hekimliği sanat haline getiren anamnez ve fizik muayenenin tüm klinisyenler için önemi açıktır.

ANAMNEZ

Anamnez hastanın taleplerinin dinlendiği ve şikayetlerinin sorgulandığı bir mülakattan çok daha öte; hasta ile güvene dayanan, yapıcı bir ilişki fırsatı olarak yaklaşmak gereklidir. Anamnez klinik kararlarımızın dayanağı, en eski geleneğimiz ve mesleğimizin temelidir.

Uygun ve yeterli bir anamnez için öncelikle görüşme için uygun, dikkat dağınıklığına sebep olmayan ve hasta-hekim mahremiyetini teminat altına alan fiziki şartlara ihtiyaç vardır (2). Bunun yanı sıra hastanın ve hekimin rahatlıkla kendisini ifade edebileceği ve karşısındakini dinleyebileceği yeterli görüşme süresi de gereklidir.

İlk aşamada kimlik bilgilerinin öğrenilmesi ya da teyidi gereklidir. Hastanın adı, soyadı, yaşı ve cinsiyeti temel demografik veriler olup ayırıcı tanı aşamasında yaş ve cinsiyet fayda sağlayabilir. Bunun dışında doğum yeri, yaşanılan yer ve meslek bilgisi de hem daha kaliteli iletişim hem de ayırıcı tanı açısından öğrenilmesi gereken diğer verilerdir.

Hastanın başvuru şikâyeti hastayı hastaneye getiren temel sorun ve o anki randevunun sebebi olarak öğrenilmelidir. Hastayı yakınları zoraki getirmiş ya da başka bir doktor ya da branştan kısa bir pusula ile yönlendirilmiş olabilir. Yine de hastanın ağzından has-

POLİSTEMİK HASTAYA YAKLAŞIM

Mehmet Burak AKTUĞLU

TANI İÇİN İPUÇLARI

Polistemi için; erkekte Hgb > 16,5 gr/dL ya da Htc > %49; kadında ise Hgb > 16 gr/dL ya da Htc > %48

Eğer hastada dehidratasyon bulguları varsa acilen övolemik hale getirilmelidir

Övolemik olduktan sonra halen polistemi devam ediyorsa, parmak ucu saturasyonu normal, kardiyovasküler hastalık bulgusu yoksa, hepatosplenomegali eşlik ediyorsa ileri bir merkeze eritropoetin, görüntüleme ve genetik testler için yönlendirilmelidir.

Polistemi ile eritrositöz aynı anlamda kullanılsa da arada bazı farklılıklar vardır. Polistemi; lökosit ve trombosit sayısından bağımsız olarak eritrositlerin toplam kitle artışıdır. Eritrositöz ise eritrosit konsantrasyon artışıdır. Güncel pratikte eritrosit kitlesini hesaplamak zor bir laboratuvar tetkiki olması nedeni ile eritrosit konsantrasyonunun belirteçleri olan eritrosit sayısı, hemogloblin ve hematokritrin değerlendirilmesi daha çok tercih edilir.

Polistemisi olan hasta ile karşılaştığımızda ilk yapılması gereken relatif/yalancı polistemi ile gerçek polistemi ayırt etmektir.

Tablo 1. Polistemi Nedenleri			
A-Relatif Polistemi	I-Hemokonsantrasyon		
	II-Gaisböck sendromu		
B-Gerçek Polistemi	I-Primer Polistemi	a-Polistemia Vera	
		b-Familyal Polistemi	
	II-Sekonder Polistemi	a-Doku hipoksisine sekonder polistemi (Fizyolojik EPO artışı)	
		1. Yüksek seviyede yaşam (Dağ hastalığı)	2. Akciğer hastalıkları
		3. Kor pulmonale	4. Konjenital siyanotik kalp hastalıkları
		5. Hipoventilasyon sendromu	6. Uyku apne sendromu
		7. Anormal hemogloblinemiler	
		b-Abberan artmış EPO üretimi yada yanıtı (Patolojik EPO artışı ya da yanıtı)	
		1. EPO salgılayan tümörler	2. Uygunsuz EPO kullanımı

BAŞ AĞRISINA YAKLAŞIM

Abdurrahman ARPA

GİRİŞ

Baş ağrısı toplumda en yaygın şikayetlerin biri olup hayat boyu en az bir kez baş ağrısından şikayet oranı toplumun %90'ının üzerindedir. Primer ve sekonder olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Primer baş ağrıları hastalık olarak değerlendirilirken sekonder baş ağrıları semptom olarak değerlendirilmelidir (1).

EPİDEMİYOLOJİ

Tanımlama ve yaklaşım farklılıkları nedeniyle prevalans ve insidansı değişiklik gösterse de uluslararası baş ağrısı topluluğunun kriterleri ile tanımlanan migren insidansı %12-18 seviyelerinde bulunmuştur. Migren kadınlarda daha sık görülürken (K/E: 2-3/1) gerilim tipi baş ağrısının cinsiyet farklılığı saptanmamıştır. Baş ağrısı beyaz ırkta daha sık görülmektedir.

Düşük sosyoekonomik düzey, az eğitim, stresli yaşamın baş ağrıları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda baş ağrısı sıklığının artış gösterdiği bilinmektedir (2).

SINIFLAMA

Uluslararası baş ağrısı derneği sınıflama sisteminde baş ağrıları iki başlıkta incelenmektedir.

1. Primer baş ağrısı bozuklukları

- Migren
- Gerilim tipi baş ağrısı
- Trigeminal otonomik baş ağrısı
- Diğer primer baş ağrıları

2. Sekonder baş ağrısı bozuklukları

- Kafa travması ile ilişkili baş ağrısı
- Kranyal ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan baş ağrısı
- Damar dışı intrakranyal hastalıklarla ilişkili baş ağrısı
- Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili baş ağrısı
- Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
- Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
- Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapısına bağlanan baş ağrısı
- Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı
- Kraniyal nevrалjiler ve yüz ağrısının santral nedenleri (3).

DIYABETİN AKUT KOMPLİKASYONLARI

Reha BARAN

Diyabetin akut komplikasyonları, diyabetli hastaların takibinde erken tanınması gereken, mortaliteye sebep olabilecek önemli durumlardır. Bunlar hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz (DKA), hiperglisemik hiperosmolar durum (HHD) ve laktik asidozdur.

1. HIPOGLİSEMİ

1.1. Tanı için İpuçları

Diyabetik hastalarda terleme, halsizlik, bilinç bozukluğu gibi semptomlar bulunduğu hipoglisemiden şüphelenilmeli, kan şekeri bakılmalıdır.

1.2. Tanım, Etiyoloji ve Sınıflandırılması

Hipoglisemi acil tanı ve tedavi yapılması gereken, serum glukoz seviyesi düşüklüğüne bağlı adrenerejik (titreme, soğuk terleme, bulantı vb.) ve nöroglükopenik (baş dönmesi, baş ağrısı, halsizlik, konfüzyon vb.) semptomların görüldüğü durumdur. En sık insülin dozunun fazla olması, diyet uyumsuzluğu (kısa etkili insülin tedavisi sonrası yemek yenilmemesi gibi), fiziksel egzersiz, insülin sekretogoglarının kullanımı sebeplerine bağlı görülür.

Diyabetik olmayan hastalarda hipoglisemi tanısı için “Whipple triadı” (serum glukoz düzeyinin 50 mg/dl’den düşük saptanması, hipoglisemi semptomları bulunması ve bu semptomların hipoglisemi ortadan kaldırıldıktan sonra düzelmesi) kullanılır. Diyabetik hastalarda ise 50mg/dl seviyesi üzerinde dahi hipoglisemi semptomları görülebilmektedir. Bu sebeple DM tanılı hastalarda hipoglisemi için alt sınır olarak 70 mg/dl kullanılması önerilir.

Diyabetli bazı hastalarda otonom nöropatiye bağlı hipoglisemi semptomları görülme-yebilir, bu hipogliseminin tanınmasını zorlaştırabilir. Bu sebeple diyabetik hastalar takiplerinde hipoglisemi açısından dikkatli olmalıdır. Ayrıca özellikle kötü kontrollü diyabetik hastalarda kan şekeri 70 mg/dl üzerinde iken bile hipoglisemi semptomları görülebilir, bu duruma psödohipoglisemi adı verilir. Diyabetik hastalarda hipoglisemi semptomları saptanması durumunda hemen kan şekeri ölçülmelidir.

Hipoglisemi klinik olarak üç grupta sınıflandırılır:

- 1. Seviye 1:** Yüksek hipoglisemi riskini ifade eder. Kan glukoz düzeyi 70 ile 54 mg/dl arasındadır.
- 2. Seviye 2:** Klinik önemli hipoglisemiyi ifade eder. Kan glukoz seviyesi 54 mg/dl altındadır.
- 3. Seviye 3:** Ciddi hipoglisemiyi ifade eder. Herhangi bir kan glukoz eşik değeri yoktur. Hastaların hipoglisemi tedavisi için dışarıdan yardım alması gereklidir.

SİSTİT HASTALARINA YAKLAŞIM

Miraç ATAMAN, Ercan YUVANÇ

GİRİŞ

Mesane enfeksiyonu (sistit), patajenik suşların mesaneyi döşeyen epitel dokusuna invazyonu sonucu oluşan inflamatuvar yanıttır. Sistit, polikliniğe başvuran kadınların en sık karşılaştığı problemlerin başında yer almakla birlikte erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Hastaların çoğunda nonkomplike akut sistit şeklinde prezente olmakla birlikte bir kısmında ise tekrarlayan sistit atakları devam etmektedir.

NONKOMPLİKE AKUT SİSTİT

Üriner sistemde fonksiyonel ve anatomik anormalliği bulunmayan, komorbid hastalıkları ve gebeliği olmayan kadınlarda akut prezente olan mesane enfeksiyonu nonkomplike akut sistit olarak tanımlanır.

Kadınların yaklaşık üçte biri 24 yaşına kadar, yarısı ise hayatı boyunca en az bir kez sistit geçirmektedir. Kadınların % 10'u ise yılda en az bir kez sistit atağı geçirmektedir. Kadınlar hayatları boyunca en sık 18-24 yaşlarında (cinsel aktif dönem) sistit ile karşılaşmaktadır.

Tablo 1. Nonkomplike akut sistit risk faktörleri

Cinsel ilişki	Yeni cinsel partner	Çocukluğunda sık ÜSE öyküsü
Spermisit kullanımı	Annede sık ÜSE öyküsü	

Nonkomplike akut sistite neden olan üropatojen suşlar arasında en sık (% 75-90) E. Coli görülmeyle birlikte, S. Saprophyticus (2. en sık), Proteus, Klebsiella ve Enterobacter spp de sık görülmektedir. Patojen suşların başlıca bulaş yolu, fekal floradan perivajinal/periüretal bölgeye ulaşip, sonra üretradan asendan yolla mesane epiteline ulaşip kolonize ve invaze olmasıdır. Ayrıca nadiren hematogen ve lenfatik yollarla da üropatojenler mesaneye ulaşabilmektedir. Enfeksiyonun gelişmesinde üropatojenlerin virülans faktörleri ile konağın savunma sistemi de önemli rol almaktadır.

Klinik Prezantasyon ve Bulgular

Akut sistit hastaları, genellikle dizüri (idrar yaparken yanma), pollaküri (sık idrara çıkma), nokturi (gece sık idrara çıkma), urgency (aniden sıkışma) gibi irritatif işeme semptomları ile polikliniğe başvururlar. Şikayetleri arasında hematüri (mikroskopik veya makroskopik kanlı işeme), suprapubik veya pelvik ağrı ve kötü kokulu idrar sık görül-

OSTEOARTRİT

Erdal GÜNGÖR

GİRİŞ

Osteoartrit, fonksiyonel kısıtlılık ve yaşam kalitesinde kayıplarla karakterize en sık görülen kas-iskelet sistemi hastalıklarından biridir. Eklem ağrısı, hassasiyet, krepitasyon, sertlik ve hareket kısıtlılığı, ara sıra efüzyon ve değişken derecelerde lokal inflamasyon ile klinik göstermektedir (1). Osteoartritte ağrı sıklıkla aktivite ile ilişkilidir; sürekli ağrı sıklıkla hastalığın ilerleyen dönemlerinde bir özellik haline gelir (2). Ağrı, sadece etkilenen eklemdaki yapısal değişikliklere atfedilemez, ancak yapısal değişiklik, periferik ve merkezi ağrı işleme mekanizmaları arasındaki etkileşimin sonucudur (3).

EPİDEMİYOLOJİ

40 yaşından önce osteoartrit insidansı düşük olduğu ve bu yaş öncesi çoğunlukla travmaya sekonder geliştiği bilinmektedir (4). Prevalans 40-60 yaşları arasında yükselmekte olup, ileri yaşlarda da lineer bir artış görülmektedir (5). 60 yaş ve üzerindeki erkeklerin %9,6'sının, kadınların ise %18'inin muhtemelen semptomatik osteoartrit olduğu tahmin edilmektedir(6).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise 50 yaş ve üzeri popülasyonda semptomatik diz osteoartrit prevalansı %14,8 olup, kadınlarda %22,5, erkeklerde ise %8 olarak rapor edilmiştir (7). Prevalans, klinik ve radyolojik tanı kriterlerine göre veya sadece radyolojik tanı kriterlerine göre değişiklik gösterebilmekle birlikte, diz osteoartrit oranı, kalça osteoartrit oranından daha fazla görülmektedir (8,9).

RİSK FAKTÖRLERİ

Osteoartrit gelişiminde hem lokal hem de sistemik risk faktörleri önemli rol oynamaktadır. Hastalık insidansını ve hastalığın ilerlemesini engellemek için osteoartrit risk faktörlerini iyi bilmek ve düzeltilebilir risk faktörlerini belirlemek önemlidir (10). Genel risk faktörleri içerisinde ileri yaş, obezite, genetik yatkınlık, gelişimsel bozukluklar, hipermobilite ve endokrin hastalıklar yer almaktadır. Travma, eklem yapısal özellikleri, mesleki faktörler, bazı fiziksel aktiviteler (derin diz çökme gibi) ve kuadriseps zayıflığı lokal risk faktörleri arasında sayılmaktadır (8). Osteoartritte en önemli risk faktörü yaştır. Genetik özellikler hastalığın kuvvetli bir belirleyicisidir ve osteoartrite yatkınlığın %50'den fazlası genetik faktörlerle açıklanabilir (11). Beden kitle indeksi (BKİ) ≥ 30 kg/m² olan kişilerde diz OA riski 6,8 kat artmaktadır (12). Yapılan çalışmalarda on yıllık

SİROZ

Mustafa ÇOMOĞLU

Siroz, hepatik yapının bozulması ve ilerleyici hepatik fibrozis ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle ileri evrelerinde geri dönüşümsüz olarak kabul edilir ve bu noktada tek tedavi seçeneği karaciğer naklidir (1). Daha erken aşamalarda, karaciğer hastalığının altta yatan nedenine yönelik spesifik tedaviler sirozu iyileştirebilir ve hatta tersine çevirebilir. Bu nedenle siroz tanısı konulduğunda etiyojoloji yönünden hastalar ayrıntılı araştırılmalı, etiyojolojiye yönelik tedaviler açısından değerlendirilmelidir (2).

Etiyojiler ve Sınıflandırma

Kronik hepatik inflamasyon veya kolestaz yoluyla siroza neden olabilecek çok sayıda karaciğer hastalığı vardır. Gelişmiş ülkelerde sirozun en yaygın nedenleri arasında kronik viral hepatitler (hepatit B, C), alkolle ilişkili karaciğer hastalığı ve non-alkolik karaciğer hastalığı bulunur (3). Sirozun diğer nadir nedenleri arasında wilson hastalığı, ilaçlar, enfeksiyonlar (bruselloz, sifiliz, ekinokokoz gibi), primer sklerozan kolanjit, otoimmün hepatit, primer biliyer siroz, sağ kalp yetmezliği bulunur (4).

Siroz için tarihsel olarak çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmıştır. En sık kullanılan morfolojik sınıflandırma makronodüler ve mikronodüler sınıflandırma sistemidir (5). 3 mm çapında nodüllerle karakterize edilen mikronodüler sirozun, alkol, hemokromatoz, kolestatik siroz nedenleri ve hepatik venöz çıkış tıkanıklığından kaynaklandığına inanılıyordu. 3 mm den büyük nodüllerle karakterize edilen makronodüler sirozun, kronik viral hepatite ikincil olduğuna inanılıyordu. Ancak morfolojik sınıflandırma sisteminin tarihi açıdan önemli bir yeri olmasına rağmen, bir takım sınırlamaları nedeniyle günümüzde büyük ölçüde terk edilmiştir.

Klinik Özellikler

Sirozun klinik belirtileri anoreksiya, kilo kaybı, zayıflık, yorgunluk gibi nonspesifik olabildiği gibi hastalarda hepatik dekompanasyonu gösteren sarılık, kaşıntı, üst gastrointestinal kanama, hepatik ensefalopati, asit gibi bulgularda görülebilir. Başlıca fizik muayene bulguları; asit, palmar eritem, flapping tremor, spide anjiomlar, sarılık ve jinekomastidir. Sirozlu hastalarda laboratuvar incelemesinde serum bilirubin ve aminotransferaz yükseklikleri, gama-glutamil transpeptidaz ve alkalın fosfataz yükseklikleri, protrombin zamanında uzama, trombositopeni, hiponatremi ve hipoalbuminemi görülebilir (6).