

Kolaylaştırılmış
Pediatrik
Klinik
Muayene

Kolaylaştırılmış Pediatrik Klinik Muayene

Denis Gill MB BSc DCH FRCP(1)

Pediatri Profesörü, İrlanda Kraliyet Cerrahi Koleji ve
Çocuk Hastanesi
Dublin, İrlanda

Niall O'Brien MB DCH FRCP(1)

Konsültan Pediatrist, Ulusal Doğum Hastanesi ve
Çocuk Hastanesi
Dublin, İrlanda

Çizimler: Des Hickey

DÖRDÜNCÜ BASKI

Editör: **Prof. Dr. Haluk Çokuğraş**



EDINBURG LONDRA NEW YORK OKSFORD PHILADELPHIA
ST LOUIS SIDNEY TORONTO 2003

**istanbul
medikal
yayıncılık**

©İstanbul Medikal Yayıncılık ÇEVİRİ ESERLER dizisi
Kolaylaştırılmış Pediatrik Klinik Muayene
Denis Gill, Nial O'Brien
Çeviri Editörü: Prof. Dr. Haluk Çokuğraş
.....

1. Baskı 2005

ISBN -

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları
istanbul medikal yayıncılık ltd.şti.'ye aittir.
Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden,
elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle
kısmen veya tamamen kopya edilemez;
fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

www.istanbultip.com.tr

2005 İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.
34104, Çapa-İstanbul-Türkiye

www.istanbultip.com.tr
e-mail: info@istanbultip.com

Deniz Abdal Mah., Başvekil Cad.,
Çeşme Sok., No. 3/Çapa, 34104 - İstanbul
Tel: 0212-584 20 60 - Faks: 0212 584 20 61



yayına hazırlayan	istanbul medikal yayıncılık ltd. şti.
imy adına sanat yöneticisi	a. metin övet 0212-584 20 60/13 - 0533-638 61 66
yazarlar	denis gill, niall o'brien
editör	haluk çokuğraş
sayfa düzeni	özlem arabacı 0212-584 20 60/13
redaksiyon ve düzelti	özkan kaya, aslı varol 0212-584 20 60/13
kapak	imy tasarım (orjinalden adapte)
baskı ve cilt	OHAN matbaacılık ltd. şti. zağra iş merkezi, b blok, zemin, maslak-istanbul / 0212-276 34 20

Dördüncü Baskının Önsözü

Bu kitapla ilgili bilgi, yetki ve kalite güvencesini aldığımız şu günlerde klinik deneyim ve değerlendirme bilgisi artık eskisinden daha önemlidir. Bizim deneyimlerimize göre klinikte geçirilen bir çok yıla rağmen öğrencilik yıllarında ve mezuniyet sonrasında doktor adaylarının klinik muayene ve tartışma konusunda yazılı bilgi eksikliğine veya sınav bilgilerini yorumlama eksikliğine bağlı bazı yetersizlikleri bulunmaktadır. Biz bu yenilenmiş baskıyı henüz öğrenim gören tıp öğrencilerine de tavsiye ediyoruz fakat Çocuk Sağlığı diploması alma ya çalışan adaylar, Kraliyet Koleji veya Uluslararası Board sınavlarına hazırlanan adayların da temel klinik bilgilerini geliştirmek için bu kitaba ihtiyaç duyacağını umuyoruz.

Bugünün aileleri, doktorların çocuklarını, yeterli ilgi ve bilgi, klinik güven ve tüm bu sayılanlara ilaveten özel uzmanlık alanında yetişmiş pediatristler olarak muayene etmelerini istemektedirler. Çocuklar farklıdır. Pediatri minyatür tıptan çok daha fazlasıdır.

Biz bu kitaptaki bilgilerin uzman hemşireler, stajyer hemşireler ve hemşirelik eğitimi alan ve çocuklarla ilgilenecek olanlar için de faydalı olmasını umuyoruz. Kaza ve acil bölümlerimizdeki en yararlı hemşirenin hasta çocuğu gözlemleyip hızla klinik değerlendirme yapabilen olduğuna inanıyoruz.

Okuyucularımızdan bu kitaba dair unutulmuş, eksik kalan veya ilave edilmesi gerekenler konusundaki ve içeriğine dair düşüncelerini bize iletmelerini istiyoruz.

Denis Gill
Niall O'Brien

Teşekkürler

Norma McEaney 'in yorulmaz çabaları,Thomas Nalan 'ın fotografik çalışmaları ve Des Hickey 'in çizimleri olmasaydı bu kitabı sizlere ulaştıramazdık, hepsine minnet borçluyuz. Ayrıca Profesör Alan Browne 'ye de Hipokratik gelenekçi görüşleri sebebiyle teşekkür ederiz.

D.G.G
N.O'B

Çevirmenin Önsözü

İnternet siteleri

İnternette her konuda limitsiz bilgiye ulaşılabilir. Öğrenciler istedikleri sitelere girip her istediklerini öğrenebilirler. Aşağıdaki liste hazırlanırken seçici davranılmıştır fakat tüm uygun başlangıç konularını içermektedirler.

- www.bmj.com
- www.medicalstudent.com
- www.aap.org
- www.ncbi.nlm.nih.gov/omim
- www.medic8.com/medicaldictionary.htm
- www.rarediseases.org
- www.jhu.edu/peds/neonatology/poi.html
- www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- www.rcpch.ac.uk
- www.cdc.gov
- www.who.int/home-page
- www.archdischild.com
- www.studentbmj.com

İçindekiler

Önsöz v

Teşekkürler vi

İnternet sitelerinin listesi vii

1. Giriş

Çocuklar ve Doktorlar 3

'Veteriner' pediatristler 5

Pediatrideki amaç ve hedefler 6

Çocukların yedi yaşı 7

Hastanedeki çocuklar 7

Tanının üç temel direği 9

2. Anamnez almak 13

Anneyi dinlemek 13

İp ucu kelimeler 18

Örnek anamnez 19

Çocuğun konuşmasına izin verin 25

Aile ile konuşmak 26

Aileye kötü haber vermek 29

3. Çocuğa yaklaşım 31

Yaklaşım kuralları 31

Yapılmaması gerekenler 37

Ağrılı bölgeler 39

Birleştirme 42

Bilmiyorum 44

Tanısal mantık 45

4. Farklı yaşlarda muayene

Yeni doğan 47

Altı haftalık muayene 69

Akut hastalıklı infant 73

Korkmuş çocuk 78

5. Sistemik muayene 81

Göğüs 81

Kardiyovasküler sistem 97

Karın 109

Gland muayenesi 121

İmmün sistemin klinik değerlendirilmesi 123

Kulak,burun,ağız ve boğaz 123

Cilt, saç ve tırnaklar 130

Nörolojik muayene 138

Kas-iskelet sistemi 157

Gözler 173

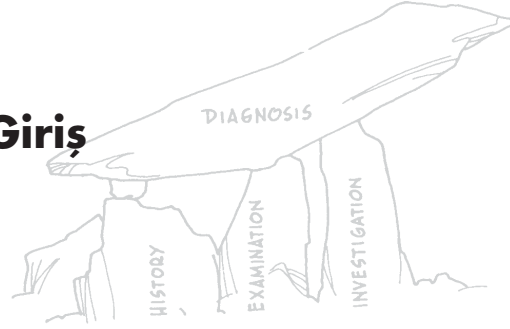
Cerrahi 182

İÇİNDEKİLER

6. İlerlemenin ölçümü 185	Tanıda kullanılan aletler 226
7. Hidrasyon ve beslenme 195	Tanıda kullanılan ipuçları 227
Dedidratasyonu saptama ve değerlendirme 199	Uyarıcı biyolojik işaretler 228
Beslenme 203	Klinik curios 229
8. Gelişimsel değerlendirme 203	Baş parmak kuralı 230
3 ay 204	Maternal hatalar 231
4-5 ay 205	Baş harflerden oluşan sözcükler 231
6-8 ay 205	A 'dan Z 'ye hastalıklara verilen kişi isimleri 232
9-10 ay 207	Alarm işaretleri: Kazasız yaralanmalar 236
12 ay 209	Hafıza kuvvetlendiriciler 237
18 ay 210	Genetik grafikler 241
3 yaş 212	Zamanla düzelen hastalıklar 242
4 yaş 212	'Çocuk insanların babasıdır' 243
9. Çıkartıların incelenmesi 213	Pediyatrik muayene tavsiyeleri 244
Gaytanın tıbbi inspeksiyonu 213	Temek klinik bilgiler 246
İdrar incelenmesi 215	Klinik sınavı 251
10. Hislerin kullanımı 219	Pediyatrik sinonimler ve günlük kullanılan sözcükler 254
Ağlamanın kokofonisi 219	Çocuklar farklıdır 255
Tanı hissi 222	Okuyucuya öneriler 257
Diagnostik dokunuş 223	İndeks 259
Son söz 223	
11. Pediyatrik tavsiye ve öğütler 225	
Normal bulgular 225	

1

Giriş



Çocuklar ve doktorlar 3
'Veteriner' pediatristler 5
Pediatriinin amaç ve hedefleri 6

Çocukların yedi yaşı 7
Hastanedeki çocuklar 7
Tanının üç temel direği 9

Bu metin pediatri stajı yapan tıp öğrencileri ve pediatri bölümünde göreve başlayacak yeni mezun doktorlar için hazırlanmıştır. Deneyimimiz bize, pediatriyle uğraşan kişilerin kendilerini çocuk sağlığı ve hastalıkları konusunda sık sık yenilemesi gerektiğini göstermektedir. Bu nedenle 'öğrenciler' terimiyle hem mezun olmuş hem de henüz eğitimi devam eden pediatristleri kastetmekteyiz. Farklı gibi görünse de mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim birbiriyle ilişkilidir. Tıbbi mezuniyet hayat boyu öğrenci olmayı da beraberinde getirmektedir. Bizim amacımız hem aile hem de çocuktan anamnez alma sanatını öğretmek, her yaş grubu çocukta edinilen bilgilerle fiziksel bulguları yorumlamayı ve ileri bilgiler için kaynak sağlamayı öğretmektir.

Küçük çocuklarla ilgilenen doktorlar hem gözlemsel hem de içgüdüsel becerilerini geliştirmek zorundadırlar. Bazen gözlemsel ipuçları ve içgüdüsel ipuçları kombinasyonu

1 GİRİŞ

anında tanıyı koydurabilir. Bizim baştan beri vurgulamak istediğimiz dikkatli gözlemin çok değerli olduğudur.

Aslında bizim hastalara yaklaşımımız klinikdir ve semptom ve bulgularla sınırlanmaktadır. Bu, pediatri kitaplarının anlatmaya çalıştığı şekilde yapılmamaktadır ve teşhis edilen sendromların tanımlanması, klinik durumlar, laboratuvar incelemeleri veya tedavi protokolleri için ayrıca çaba harcanmamaktadır. Tüm bunlar standart kitaplarda da bulunabilir. Bizim amacımız çok merkezli pediatrik problemleri çözmeye yardımcı olacak ilk birkaç bölümü mümkün oldukça geniş tutmaktır.

Fiziksel muayene ve anamnez almanın basit fakat gizli zorluklar içeren beceriler olduğuna ve kendini çocuklara adayan doktor olmak için zorunlu olduğuna inanmaktayız. Birçok öğrencinin yatak başında harcaması gereken vakti kütüphanede harcamasının uygunsuz olduğunu düşünüyoruz. Bizim inanışımıza göre öğrenciler daha fazla bebek, süt çocuğu ve çocuk muayene etmelidir. Anormali bilmek için önce normal olan bilinmelidir.

Bize göre tıp öğrencileri sık ve alışılmış problemlerden çok nadir ve alışılmamış vaka ve durumlarla karşılaşmaktadır. Neyin sık olduğu ve alışılmamışta başarılı olmak için öncelikle bunlarda tecrübeli olunması gerektiği unutulmamalıdır.

Biz özellikle en büyük değişim ve zorluğun yaşandığı yaş grupları olan yenidoğan, süt çocuğu ve okul öncesi çocukluk dönemleri üzerinde duracağız. Okul çocukları mantıklıdır, akıllı başındadır ve 'mini-erişkin' olarak muayene edilebilir.

Bu kitap pediatriyi seçecek öğrencilere klinik yöntemlerle tanı koymayı öğretmek amacı ile yazılmıştır. Bu nedenle; örneğin, krepitasyon, clubbing veya kore gibi basit klinik terimleri açıklamak için ayrıca uğraşılmamıştır. Öğrencilerin zorluk çekebileceği özel pediatrik terminoloji kutucuklar içerisinde belirtilmiştir. Kitap bilgileri bazen hastalıkları olduğundan daha komplike gösterebilir. Hastalıklar ve hasta-

2

lıkların ayrımı konuları yeterince vurgulanmamış olabilir. Üstü kapalı geçilmiş konular gizli hastalık semptomlarını saklayabilir ve bebeğin veya süt çocuğunun hasta olmadığını düşündürebilir. Problemlerin erken tanınması erken yorumlamayı ve komplikasyonların önlenmesini sağlar.

Çocuklar ve doktorlar

Çocuklar birçok sebeple doktora getirilebilir: Normallik hakkında güven vermek, immünizasyon sağlamak, gelişimsel kontrol, döküntülerin tanınması, vs. Tıp öğrencileri aşağıdaki konularla ilgileniyor olması konsültasyonların en önemli sebebidir.

- Akut hastalıkların tanısı (otit, solunum yolu enfeksiyonu, konvulsiyon, appendisit, vs..)
- Kronik hastalıkların tanısı ve/veya incelenmesi (gelişme geriliği, tekrarlayan wheezing, devam eden diare vs..)
- Gelişimsel dönüm noktalarına ulaşmada gelişme
- İmmünizasyon, beslenme, büyüme, normal varyantlar hakkında tavsiye
- Normallik konusunda güven verme
- Sendrom komplekslerini tanıma ve/veya doğrulama

Biz öğrencilerin bu başlangıçtan hoşlanacağından ve gördükleri herhangi bir eksiği sanki kendi problemleriymiş gibi bize bildireceğinden eminiz. Pediatristler (küçük insanların doktorları) yukarıda bahsedilen tüm konuları zevkli bulacaklardır. Çocukluk deneyimlerinizi düşündüğünüzde 'hastanede öğrenmenin', 'hastanede öğretmek' ten daha faydalı olduğunu hatırlayacaksınız.

Çocuğu dinleyin ve ondan öğrenin. Doğalarında var olan sürekli soru sorma özelliklerini taklit edin. Tekrar tekrar neden diye sorun.

- Bakın ve görmeye çalışın
- Sorun ve cevaplama çalışın



Şekil.1.1 Çocuklar birçok sebepten dolayı doktora getirilirler.

Pediatride klinik beceri kazanmak için gerekli olan temel maddeler, Hipokratik gelenekteki erişkin tıbbı ile hemen hemen aynıdır:

<i>Klinik beceri</i>	<i>Gereksinim</i>
Anamnez almak	Eğitim
Fizik muayene	Pratik
Tanı	Birleştirici mantık
Prognoz	Deneyim
Tedavi	Bilgi

Çocukların iyi doktorlara ihtiyacı olduğu düşüncesi ve sınavları geçme zorunluluğu iyi eğitim için yeterli özendirme-yi sağlamalıdır. Çocukları iyi muayene edebilmek için gerekli olan ve sizlere iyi bir pratik eğitimi aldırarak mesleğin zevkini yaşatacak gerekli beceriler bu kitapla kazandırılmaya çalışılacaktır.

Bazı atasözlerini her zaman hatırlayın:

- Duyarım ve unuturum
- Görürüm ve hatırlarım
- Yaparım ve anlarım

'Veteriner' pediatristler

'Veteriner' terimi kullanırken doktorları aşağılamaya çalışmıyoruz sadece küçük çocuklarla hayvanlar arasındaki benzerliklere dikkat çekmeye çalışıyoruz. Biz ayrıca sizi, muayeneye veterinerler gibi sadece bıkarak ve dinleyerek başlamanız gerektiğine de inandırmayı umuyoruz.

Hayvanlar ve küçük çocuklar arasındaki bazı ortak özellikler şunlardır:

- Gözlerini dikip bakmaktan hoşlanmazlar
- Hasta olduklarında uzanıp yatarlar
- Yemek yemek istemezler
- Kendilerini ifade etmek için çok az hareket ederler
- Kendilerini rahat ettiren bir pozisyon bulup sabit kalırlar
- Kendilerini koruma içgüdüleri kuvvetlidir

İnspeksiyon ve önsezi, pediatrik muayenenin önemli başlangıç basamaklarıdır.

Bazı espiritueller hastanede gördükleri nadir vakalar üzerinde çalışırken, yaptıkları işi 'pediatrik zooloji' olarak isimlendirirler.



Şekil.1.2 'Veteriner pediatristler': Küçük çocuklar ve hayvanların bazı benzer davranışları vardır.

Pediatrideki amaç ve hedefler

Çocuk sağlığıyla ilgilenen her bölümün kendi özel amaç ve hedefleri vardır. Bu amaçlar aşağıda ana başlıklar altında özetlenmiştir:

- 1) Sağlam ve hasta süt çocuğu ve çocukların tanınması ve tedavisi.
- 2) Hem normal hemde hasta çocuklarda büyüme ve gelişmenin önemini anlaşılması.
- 3) Çocuk sağlığı ve hastalıklarıyla ilgili temel bilgilerin verilmesi.
- 4) Tüm öğrencilere yeni doğmuş süt çocuğu, oyun çocuğu, çocuk ve erişkinlere tam bir fizik muayene yapabilecek beceriyi kazandırmak.
- 5) Aile veya çocuk bakıcısından yeterli tıbbi, gelişimsel, sosyal ve davranışsal anamnez almanın öğretilmesi.
- 6) Sağlam ve hasta çocuklarda aile ve sosyal geçmiş araştırmasının önemini vurgulanması.
- 7) İmmünizasyon, beslenme ve kazalardan sakınma ile pediatrik koruyuculuğunun önemini belirtmesi.
- 8) Oluşmuş malformasyon ve hastalıklarla ilişkili genetik ve çevresel faktörlerin belirlenmesi.
- 9) Çocukluk döneminde problem yaratabilecek durumların ve bunların düzelmesine yardımcı olabilecek kurumların bilinmesi.

Her öğrenci kendine doğru ve basit bazı hedefler belirlemelidir:

- 1) Anamnez ve fizik muayene ile saptanan bulguların yorumlanabilmesi.
- 2) Ayırıcı tanı ve problemler listesinin oluşturulabilmesi.

- 3) Uygun inceleme ve tedavi programının hazırlanabilmesi.
- 4) Çocuklar ve aileleriyle yeterli iletişimin kurulabilmesi.

Çocukların yedi yaşı

Çocuklar değişir, büyür, olgunlaşır ve gelişir. Çocukların fizik muayene tarzları onların yaşına, bağımsız davranışına ve algı yeteneğine bağlıdır. Çocukların yedi yaşı şunlardır:

- Yeni doğan neonatal: Hayatın ilk ayı
- Süt çocuğu: 1 ay-1 yaş arası
- Oyun çocuğu: 1 yaş-3 yaş arası
- Okul öncesi çocuğu: 3-5 yaş arası
- Okul çocuğu: 5-18 yaş arası
- Çocuk: 0-18 yaş arası
- Ergen: Erken :10-14 yaş
Geç:15-18 yaş

Bizim metin içinde kullandığımız 'kız,erkek,o' terimleri aslında hermafrodittir ve hem 'kız' hem 'erkek' anlamına gelmektedir.'o' kelimesiyle ise çocukları kastetmekteyiz.

Pediatristler, çocukların büyüme ve gelişmesinde dahil olmak üzere tüm tıbbi bakımlarıyla ilgilenirler.

Hastanedeki çocuklar

Daha öncede söylediğimiz gibi pediatristlerin birinci görevi çocukları hastaneden taburcu etmektir. Gelişmiş ülkelerde, çocukların hastanede kalış süresi ortalaması oldukça azalmış olup ortalama 2-4 gündür. Çocukların çoğu ise hastanede sadece 1-2 gün kalırlar. Öğrenciler eğer kendi ayakları üzerinde durmak istiyorlarsa tüm bunları da öğrenmelidirler. Hastane başvurularının yarısını ise süt çocukları ve okul çocukları oluşturmaktadır. Bu nedenle çocukların aileleri de önem kazanmaktadır.

1 GİRİŞ

Hastanede kalış süresi kıaldıkça hem medikal hem de cerrahi olarak bakım süreside azalır.Oldukça ilginç ve komplike olan pediatrik vakaların çoğuna ise plastik,ortapedi,üroloji ve sinir cerrahisi ünitelerinde de farklı tedaviler uygulanmaktadır.

Çocuklar neden hastanededir?

- Akut ve kronik hastalıkların tedavisi için
- Akut ve elektif cerrahi için
- Araştırma, tedavi ve tanı prosedürleri için
- Ciddi problem varlığında multidisipliner değerlendirme için
- Koruma için (kaza harici ciddi yaralanma durumlarında)
- Gözlem için (davranışsal veya diğer hastalıklarda)
- Sosyal nedenlerle.

İleride, pediatristler gezici olarak-her gün farklı bir bölgedeki kliniği veya polikliniği gezerek hizmet vereceklerdir. Pediatri eğitimi sırasında tüm bu aktivitelerde bulunmak zorunlu olacaklardır. Ek olarak biz, bu uygulamalara genel pediatri polikliniklerinin, mental ve fiziksel hastalık ünitelerinin ve aşılama programlarının da dahil edilmesini öneriyoruz.

Şehir içindeki çocuk hastaneleri giderek yoğun kaza ve Acil (konsültan) bölümlerine dönüşme eğilimlerindedirler. Gerçekte, bu bölümlerin işinin büyük bir bölümü (en az %50) primer bakım problemleri oluşturmaktadır. Biz öğrencilere kaza ve acil bölümlerindeki pratiklerinde gördükleri her durumdan yararlanıp kendilerine fayda sağlamalarını öneriyoruz. Solunum yolu enfeksiyonları, enfeksiyöz hastalıklar,minor yaralanmalar, döküntüler, belirsiz semptomlar..vs.

Unutulmamalıdır ki genel polikliniklerde oldukça nadir olmalarına rağmen lösemi, nötropenik sendrom ve epiglottitisli hastalara hastane polikliniklerinde daha fazla rastlanabilir. Genel poliklinikçiler ise yukarıda sayılanlardan daha

sık, demir eksikliği enermisi, idrar yolu enfeksiyonu ve viral krup ile karşılaşmaktadırlar.

Doğaları gereği çocuk hastanelerinde enteresan ve konjenital hastalıklarının görülmesinin belli bir oranı yoktur.Önce kuralları hatırlayın:

- Önce normal bil
- Sonra normalin varyantlarını bil
- Sonra anormal olanı bil,şunu da unutma ki;
-Normal ve anormal birbirleriyle çok yakın ilişkidedir ve bunları birbirinden çok ince bir çizgi ayırır.

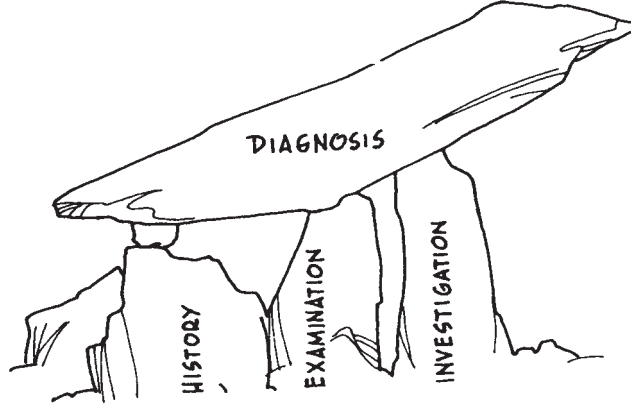
Çocukların %5-%7'si hastaneye yılda bir kez gelirken,7 yaşına gelmiş çocukların %50'si mutlaka hastanede bulunmuştur. Hospitalizasyonun çocuklar üzerindeki etkilerini gözlemleyin. Eğer ailesi yanında değilse, bunun çocuk üzerinde oluşturduğu travmayı belirleyin. Zaten hassas olan çocuk üzerindeki hospitalizasyon etkilerini, onunla oynayarak, konuşarak, resim yaparak ve onu hazırlayarak azalmayı öğrenin. Hemşireler bu kadar nazikken ve doktorlar ellerinden gelenin en iyisini yaparken, öğrenciler de çocuklara basit, doğrudan ve saygılı yaklaşmalıdırlar.'Tehlikeli insanlar bile siz hasta olduğunuzda kibarlaşırlar' ı yazan Marcus (6 yaşında)'un sözlerini unutmayınız.

Hasta olduğum ve yatakta olduğum zaman
Başımın altında iki yastık vardı
Ve bütün oyuncaklarım yanı başımdaydı
Tüm gün boyunca beni mutlu etmek için

Robert Louis Stevenson

Tanının Üç Temel Direği

Tıbbi tanı anemnez,fizik muayene ve inceleme üçlüsüne dayanır. Pediatrik problemler büyük oranda anamnez, kısmen mu-



Şekil.1.3 Tanının üç direği: Tarih, deney ve araştırma.

ayene (gözlem) ve kısmen de inceleme ile çözülür. Dikkatli alınmış ve özenle kaydedilmiş bir anamnez, klinik anahtar noktadır. Anamnez annenin endişelerini ve çocuğu doktora getiriş sebebini de içermelidir. Fizik muayene teknikleriyle birlikte, hile ve zorluklarını da içerecek şekilde kitabın ilerleyen bölümlerinde anlatılacaktır. Muayene sonuçları da okunaklı bir yazıyla, negatif bulguları da vurgulayacak şekilde yazılmalıdır. O/E NAD (muayenede anormal bulgu yok) gibi kısa açıklamalar henüz öğrenci olanlar için yeterli olmayabilir.

Tecrübe kazanıldıkça süt çocuğu ve çocukların muayeneleri daha kısa sürede tamamlanabilir. Doktor, aileyi rahatlatmalıdır. Çok fazla sayıda normal çocuğu muayene etmenin yerini hiçbir şey tutamaz. Önce normal bilerseniz, normalden sapmaları sonradan tanıyabilirsiniz. Bugünün aileleri çocukların normal olup olmadığını, değilse problemin ne olduğunu bilmek isterler. Siz olsaydınız sizi iyi muayene etmeyen, gelişi güzel inspeksiyon yapan ve sadece mevcut probleminizi muayene eden bir doktora güvenir miydiniz?

- Anamnez anahtar noktadır
- Çocuğu tamamen muayene edin
- Çok sayıda çocuk görün.

Biz bu kitapta yapılması gerekebilecek tetkiklerden bahsetmeyeceğiz, bu incelemeleri standart kitaplarda bulabilirsiniz.

Öğretmenlerin daha az öğrettiği ve öğrencilerin daha fazla öğrendiği bir metot bulmaya çalışıyorum.

Comenius (1630)

Klinik Çiftler Kuralı

Dinlemek için iki kulak
Bakmak için iki göz
Muayene için iki el
Karar vermek için iki hemisfer

2

Anamnez almak



Anneyi dinlemek	13
İşaret kelimeleri	18
Örnek anamnez	19
Çocuğun konuşmasına izin verin	25

Aile ile konuşmak	26
Aileye kötü haber vermek	29

Zeki bir anne, sıklıkla, kötü bir doktordan daha iyi teşhis koyar.

August Bier (1861-1941)

Anneyi dinlemek

Tüm iyi doktorların en önemli özelliği iyi bir dinleyici olmalarıdır. Anneleri dikkatli bir şekilde dinleyin ve söylediklerini not edin. Pediatrik problemlerin çözülmesinde anamnez, hayati bir köşe taşıdır. Fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinin daha önemli bilgiler iyi bir anamnezle sağlanır.

Anamnez almanın birinci önemli kuralı şudur: *Aksi ispat edilene kadar anneler haklıdır.* Anneler kendi çocukları konusunda çok iyi gözlemcidirler ve hasta oldukları zaman problemleriyle ilgili çok iyi yorumlar yapabilirler. Eğitim seviyesi çok düşük bir anne bile ön sezileriyle sizi şaşırtabilir. Neyin yanlış olduğunu tam olarak bilemeyebilirler fakat birşeylerin yanlış olduğunu kesin olarak hissederler. Eğer bir anne size

2 ANAMNEZ ALMAK



ŞEKİL: 2.1. Anneyi dikkatle dinleyin.

'Bence bebeği çok iyi duyamıyor' derse doktorun görevi bu durumu doğrulamak veya yanlış olduğunu kanıtlamaktır.

Bizim gözlemlerimize göre, hiç kimse, çocukların yakınmalarını anneler kadar hatasız tanımlayamamaktadır. Babalarda kendilerince endişelenirler fakat hem çocuk hakkında daha az bilgi sahibidirler hem de ön sezileri anneler kadar kuvvetli değildir. Annelerin genellikle babalardan daha üstün olmalarının sebebi babaların işaret ve gidişatı anneler kadar iyi takip edememesidir. Bununla birlikte, çağdaş yaşam babaların da bu konuda iyileşmesini sağlamaktadır. Diğer bakıcıların da 'dadi, teyze, hala' çocuklar hakkındaki bilgi dereceleri farklıdır. Başlangıç görüşmeleri ve anamnez alma sırasında bazı dede ve ninelerin baskıcı davranışlarını görüp etkilendiğimiz zamanlar da olmaktadır.

Başlangıçta önemli olan anne ile güzel bir iletişim kurmaya çalışmaktır. Annenin sizin konuyla gerçekten ilgilendiğinizi

anlamasına izin verin. Onu endişe ve beklentilerini anladığınıza ikna edin. En faydalı başlangıç sorusu 'siz çocuğun probleminin ne olduğunu düşünüyorsunuz?' veya 'çocuğun probleminin ne olduğuna dair bir fikriniz var mı?' dir.

Bu sorular sizi doğru yöne yönlendirecektir. Aksi takdirde aileler muayeneyi ve gerekli tetkikleri reddedebilirler. Çocuğun huy ve alışkanlıklarını annesinden harfiyen öğrenin. Anneler kendi önem derecelerine göre çok sayıda şey anlatırlar ve eğer bunları anamnez alırken kaydetmezseniz hemen unutabilirsiniz. Kendi aramızda konuştuğumuzda hepimizin ortak bir tecrübesi vardır: 'Eğer sadece bu anneyi dinlersem, bana neyin yanlış olduğunu söylemeye çalıştığını anlarım.'

Öğrenciler bazı terimleri tanımlamadan anneden çocuğun şikayetlerini anlatmasını bekleyebilirler. 'Diare' veya 'kusma' gibi bazı terimlerin açıklanması gerekmektedir. Diarenin anlamı sık dışkılama yoksa pis dışkılama mıdır? Siz veya anne normal dışkılama sıklığını biliyor musunuz? Siz genç ve yalnız bir anneden çocuğuyla ilgili her şeyi bilmesini bekliyor musunuz? 'Hiperaktivite' teriminin sizin için anlamı nedir? Tüm çocuklar değişen derecelerde aktif değil midir ?

Annenin söylediklerini dinleyin:

- Endişeleri nelerdir
- Ne düşünüyor?
- Harfiyen dinleyin
- Kullandığı tabirleri anlayın
- Kendi terimlerini açıklamasını isteyin (... ile ne demek istediniz?)

Aynı şeyden bahsettiğinizden emin olmalısınız, bu krup, anoreksi veya soluk tutma olabilir. Ayrıca bölgesel deyimleri ve argo kelimeleri de öğrenmelisiniz. (örneğin hasta yakınları penis yerine başka kelimeler kullanabilirler. Bizim hasta-

2 ANAMNEZ ALMAK

nemizde çalışanlar artık anne 'çocuk yatıyor veya oturuyor' dediğinde ne demek istediğini öğrenmişlerdir. Ve bunun anlamı bazen çok ciddi olabilmektedir.

Bilinmesi gereken bir şey de cevapları almamızı sağlayacak sorulardır. 'Bana çocuğunuzdan bahsedin' iyi bir başlangıç cümlesidir ve annenin kolayca konuşmasına yardımcı olur. Deneyim kazandıkça önemli noktaları yakalayacaksınız. Ve annenin anlatışını bozmadan, kısa sorularla araya girip ağzından laf almayı öğreneceksiniz.

Öğrenciler hastaya dair not alırken arasına kısa, özlü alıntılarda serpiştirmelidirler. Zamanla nasıl konuyu kapatacağınızı, tanıya doğru nasıl ilerleyeceğinizi veya önemli ip uçlarını nasıl tanıyacağınızı öğreneceksiniz. Anamnez almayı öğrenirken iyi bir dinleyici olmalısınız. Özellikle de ailelere karşı, fakat yine de sizin en iyi öğretmenleriniz eğitici klinik hikayelerdir.

Kötü alınmış ve kaydedilmiş anamnez:

Öksürük x3 gün
Beslenme x2 gün
Wheezing x1 gün
Ateş x1 gün
Kusma x2 gün

Bazı anekdotal ve açıklanamayan olayları içeren çok sayıda mevcut tablo vardır. Temel detaylar belirlendikten sonra genellikle araştırma ve tanımlamalar yetersiz kalmaktadır. Sonrasındaysa belki anamnezdeki belirsizlik belki de klinik tembellik nedeniyle tanı sadece 'göğüs enfeksiyonu' şeklinde kalmaktadır. Aileye her zaman mevcut yakınmaya sebep olan herhangi bir olay olup olmadığını sorun. 'En son ne zaman iyiydi? Hangisi önce başladı, öksürük mü wheezing mi? Nasıl ilerledi? Konvülsiyon anamnezi varsa, zaman, mekan, çevre, uyarı..vs. detaylarını sormak hem iyi bir başlangıç olacaktır hem de hayati önemi vardır. Ayrıca çocuk hakkında genel bir bilgiye de ihtiyacımız vardır. Ne çeşit bir insandır? Hareketli mi-

dir? Enerjik midir? Çok dışarı çıkar mı? Sosyal midir? Uyur mu? Okulda başarılı mıdır? Gelişimi normal mi? Ailenin hangi tarafına benziyor?

Annenin konuşmasına izin verin:

- Bana bebeğinizi anlatın.
- Ne çeşit bir insandır?
- En son ne zaman iyiydi?
- Bana ne olduğunu anlatın.

Aileler, kendileriyle kişisel olarak ilgilenen ve zaman ayıran (aceleyle de olsa) doktorlara minnet duyarlar. Dinlersen duyarsın. Anamnez almak için harcanan süre kısadır. Yazılı notlarınızın yeterli olduğuna dair güvence verin ve ilginizi gösterin. Bazı anneler asıl konuya gelmeyip, konuyu döndürüp dolaştırıp ilgisiz bir çok şey anlatırlar. Zamanla tecrübe kazandıkça nasıl olaya girip sorularınızın cevaplarını alacağınızı öğreneceksiniz.

Standart kitapların ve öğretmenlerin tümü öksürük veya ağrı gibi semptomların tamamını ortaya çıkartabilecek soru örnekleriyle doludur.

Ne zaman başladı?

Ne kadar süredir var?

Tanımlayabilir misiniz?

Bununla ilişkili başka bir şey var mı?

Ne kadar sürede sonlandı?

Ne kadar sürüyor ve ne sıklıkta tekrarlıyor?

İlişkili başka semptom var mı?

Bu oluştuğu zaman çocuk ne yapıyor?

Bunun için şimdiye kadar ne yaptınız?

İlişkili sistem hakkında da dikkatli ve ince bir araştırma yapılmalı sonrada sistemik muayeneye geçilmelidir. Zamanla ve deneyim kazanıldıkça sistemik muayeneler kılalacak ve daha kolay hale gelecektir. Yeterli geçmiş anamnezi, aile

2 ANAMNEZ ALMAK

anamnezi ve sosyal anamnez almak konusunda pediatriye özel veya farklı bir şey yoktur. Çocuğun ailede ki yeri, ailesiyle ve kardeşleriyle ilişkileri de geniş bir değerlendirme ile saptanabilir. Günümüz hastalıklarının çoğu sosyal ve davranışsal belirtilerle seyretmektedir.

Ailenin sosyoekonomik durumu, mevcut finansal durumu, iş durumu ve ev hayatının bilinmesi oldukça önemlidir. Ebeveynler evli mi, ayrı mı, anlaşılıyorlar mı? Anne bekar mı? Bazı özel ve metabolik hastalıklı olgularda ailesel geçiş konusunda da sağ duyulu olunmalı ve dikkatli bir araştırma yapılmalıdır.

İşaret kelimeleri

Bilgisayarın anahtar kelimeleri belirlemesi gibi, öğrencilerde anamnez alırken işaret kelimelerini arayıp bulmalıdırlar. Bu işaret kelimeleriyle, anamnezde saklanmış olan fakat tanıyı etkileyebilecek bazı anlamlar çıkartılabilir.

Şimdi bunlara birkaç örnek verelim:

- 1) İşaret: 'Bisküvi veya ekmeği sevmiyor'
Düşünce: Bu, gluten enteropatisi olabilir mi?
- 2) İşaret: 'Tuzu çok seviyor bazı şeylerin üzerindeki bile yalıyor'
Soru: Tuz kaybettiren bir durumu mu var?
- 3) İşaret: 'Kustuktan sonra karnı acıkıyor'
Cevap: Pırlar stenoza veya gastroözefageal reflü gibi sebeplere bağlı mekanik kusma düşünürüyor.
- 4) İşaret: 'Sürekli bir şeyler içiyor, her şeyi içiyor , tuvaletin içindeki suyu bile içiyor'
Cevap: Gerçek polidipsiye benziyor.
- 5) İşaret: 'Bu kadar yemeğin nereye gittiğini bilmiyorum'

Yorum: Bu durum nispeten inaktif bir çocukta ise Kistik Fibrozis gibi bir malabsorbsiyon durumunu düşündürür.

Anneler bazen kasten olmasa da sizi yanıltabilirler. Ana şikayet: 'Çocuğa hiçbir şey yediremiyorum' dur. Ve sizin karşınıza gelen çocuk ciddi, iyi beslenmiş, elindeki biberonu emen, peksimet veya çayı içen bir çocuktur. Sizin gördüğünüz durum bunun tam tersidir fakat anne ısrarla 'hiçbir şey yemiyor doktor', 'hiç yerinde durmuyor' diye yakınır. Bu çocuklar genellikle ellerinde şişeyle gezerler ve aşırı aktif gibi davranırlar (muhtemelen disiplinsizliğe bağlı) ve tüm gün ve gece boyunca karbonhidrat tüketirler.

Örnek Anamnez

Doğru cevapların alınabilmesi için öncelikle doğru soruların nasıl sorulacağı bilinmelidir. Bu basit kural her sisteme eklenebilir;bu kural özellikle de epilepsi veya konvulsiyon anamnezi alınırken uygundur. Her konvulsiyon vakasında bilinmesi gereken,çevresel şartları ve durumlarla olan ilişkisidir.

Anamnez örneği verirken biz sizin için altını ıslatan (enüretik) bir çocuğu olan anneye soruları seçtik. Bu ana yakınmanın kaynağı genellikle maternal bıkkınlık fakat detaylı ve gayretli alınmış bir anamnez ile tıbbi kaynağı saptanabilir.

Kaç yaşında?
Aileye nerede katıldı?
Altını ıslatmaya ne zaman başladı?
Ne sıklıkta altını ıslatıyor?
Gündüz de altını ıslatıyor mu?
Gün boyunca idrarını ne sıklıkta yapıyor?
İyi bir idrar akımı var mı?
Hiç böbrek enfeksiyonu geçirdi mi?
Kolayca mı yoksa zor mu kuruyor?

2 ANAMNEZ ALMAK

- Kendi yatağında mi oluyor?
- Altını ıslattığında uyanık mı oluyor?
- Gecede bir kereden fazla mı uyanıyor?
- Gece meme emiyor mu?
- Çarşafı kim değiştiriyor?
- Odada tuvalet var mı?
- Altını ıslatma konusunda ne yaptınız?
- Kuru kalmak istiyor mu?
- Kuru kaldığı geceler oluyor mu?
- En iyi kuru kalma süresi ne kadar?
- Uzaktayken kuru kalıyor mu?
- Kucağınıza alıyor musunuz?
- Sıvılarını kısıtladınız mı?
- Yeniden bezlediniz veya cezalandırdınız mı?
- Evde ve okulda başarılı mı?
- Tıbbi tedavi veya alarm sistemi denediniz mi?
- Altını ıslatan başka kardeşi var mı?
- Siz küçükken altınızı ıslatır mıydınız?
- Altını ıslatmak onu nasıl etkiliyor?
- Altını ıslatması sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Bu kadar soru çok fazlaymış gibi görünüyor fakat deneyim kazandıkça gerekli sorular direkt sorulabilmekte, çocuk ve problemine ait tablo hemen oluşturulabilmektedir. Yatağını ıslatma çocuk ve anneyi birlikte ve ayrı ayrı görmenin faydalı olabildiği şikayetlerden biridir.

Benzer sorgulamalar nöbet, baygınlık, beslenme zorluğu gibi değişken semptomların varlığında derinleştirip yeniden yapılandırılabilir. Çocuk çağı hastalıklarının tanısında tam ne eksiksiz anamnez için anlatılanlar yeniden kurgulanıp uygun şekilde cümlelere dökülmeli ve tam olarak kaydedil-

melidir. Astım, karın ağrısı veya anemi için ayrı ayrı anamnez yazılmaya çalışılmalıdır. Gerekirse bilgisayar desteği de kullanılarak uygun soru programı belirlenmeli ve konsültasyon beklenirken aileden gerekli tüm bilgiler alınmalıdır.

Pediyatrik tanuların yaklaşık %70'inin sadece anamnez alınarak koyulduğunu biliyor muydunuz.

Özet 1

Sekiz yaşındaki erkek özellikle kışın tekrarlayan göğüs enfeksiyonu noktürnal öksürük, sürekli burun akıntısı, egzama anamnezi. Bugün fiziksel bulgu yok.
Tanı: Astım

Özet 2

İki yaşında kız. Altı aylık diare anamnezi. Dışkı pis, yumuşak ve sindirilmemiş gıda içeriyor. Günde 3-5 dışkılama. Enerjisi ve iştahı güzel. Yaşına göre boyu ve kilosu normal. İyi beslenmiş. Bulgu yok.
Tanı: Çocuk diarezi (Bezelye ve havuç sendromu)

Özet 3

7 yaşında kız ilk okul çocuğu. Bir yıldır göz kararması, aile ve öğretmeni tarafından fark edilen dalgınlık dönemleri. Gözlerde titreme. Çocuk anlık olarak duruyor. Çocuk hiçbir şeyden etkilenmiyor. Hiçbir şeyin farkında değil. Bu epizodlar haftada 2-3 kez tekrarlanıyor. Bazen günde 2-3 defa oluyor. Zekası normal. Geçmişinde özellik yok. Fiziksel bulgu yok.
Tanı: Primer jeneralize epilepsi (petit-mal)

Yukarıdaki örnekler uygun şekilde özetlenmiş iyi bir anamnezin de pediatri de tanı koydurabileceğini göstermektedir.

2 ANAMNEZ ALMAK

Help Stratejisi

History :	Anamnez
Examination :	Muayene
Logial deduction :	Mantık yürütme
Plan of management :	Tedavinin planlanması

Beslenme Anamnezi

Beslenme, süt çocukluğunun içgüdüsel bir parçasıdır ve beslenme problemleriyle çok sık karşılaşılır, bu nedenle beslenme şekli ve içeriği çok önemlidir. Doktorların çoğu beslenme problemleriyle karşılaştıklarında sütü değiştirirler. Problem genellikle süte bağlı değildir fakat beslenmenin düzeltilmesi anne- çocuk ilişkisini olumlu etkiler. Eğer bugünün alerji konusunda bilinçli annelerinden birisiyle konuşuyorsanız, detaylı bir beslenme anamnezi yaşamsaldır.

Bebek biberonla mı yoksa meme emerek mi besleniyor? Eğer meme emiyorsa emzirmek ne kadar sürüyor? Bu hem anne hem de bebek için tatmin edici bir tecrübe mi? Ne kadar sıklıkla besleniyor? Çocuk halinden memnun mu? Herhangi bir problem var mı? Uykusu, beslenmesi, kilosu nasıl? İsteddiği zaman mı yoksa programa göre mi besleniyor? Anne sütüne ilaveten başka şeylerde alıyor mu?

Eğer *biberonla besleniyorsa*, formül mamayla mı yoksa inek sütüyle mi besleniyor? Hangi formül mamayla besleniyor? Nasıl hazırlanıyor? Her seferinde ne kadar miktar yiyor ve ne kadar sürüyor? Beslenme sıklığı? Toplam günlük alımı? Süte başka ilave (demir veya vitaminler) yapılıyor mu? Süt içmenin süresi ne kadar?

Sütten Kesmek

Katı gıdalara hangi yaşta başlandı? Hangi katılar? Nasıl verildi? Kaşıkla mı yoksa şişe içinde mi? Gluten içeren gıdalar

ilk olarak hangi yaşta verildi? Çocuğun herhangi bir tercihi var mıydı? Katı şekilde ki gıdaları ne zaman yiyebilmeye başladı?

Alerjiler

Bildiğiniz bir gıda alerjisi var mı? Bu maddeye alerjisi olduğunu neden düşünüyorsunuz? İyi emiyor mu? İyi yutuyor mu? Beslenmesini ne durduruyor? Doymak, uyumak veya nefessiz kalmak mı? Sütten kesme problemleri var mı? Nasıl anlaşıyorsunuz? Biberonla beslerken eşiniz yardımcı oluyor mu? Her ağladığında onu besliyor musunuz? Ona içmesi için su veriyor musunuz?

Eğer tüm bu sorular problemi saptamak için yetersiz kalırsa anneye ricada bulunabilirsiniz. 'Çocuğunuzu nasıl beslediğinizi bana gösterebilir misiniz?'

Öğrenciler hemşirelik görevleri yapmaktan da faydalanabilirler. Alt değiştirmek, yıkamak, kucaklamak ve bebekleri beslemek, yaparak öğrenilir.

Sonuç olarak iyi anamnez almak, iyi bir pediatri öğrencisi olmanın dönüm noktasıdır.

Tüm anamnezlerde problemin kökenine inmek zorunludur. Tekrarlamakta faydalı olabilir, aşağıdaki soruları aileye sorarak anamnezinizi kurgulayabilirsiniz:

- Bana tekrar cevap verin, çocuğunuzu buraya neden getirdiniz?
- Neden endişeleniyorsunuz?
- Problemin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

Tam bir pediatrik anamnez aşağıdaki genel başlıkları içermelidir:

Hamilelik
Doğum
Prinatal olaylar
Beslenme eğitimi

2 ANAMNEZ ALMAK

Gelişimsel ilerleme
İmmünizasyon
Enfeksiyon hastalıkları
Kaza ve yaralanmalar
Hastanede yatış ve ameliyatlar
Alerjiler
Küçük hastalıklar
Tedaviler
Eğer biliniyorsa boy,kilo takibi
Okul hayatı
Seyahatler

Anemnez alırken, mümkün olduğunca rahat bir ortamda bulunulmalı, çocuk ve aile ilişkileri, çocuğun yaratıcılığı, kendi başına nasıl oynadığı, mümkünse nasıl resim yaptığı da gözlenmelidir.

Tüm anamnez ve aslında hiç gibi görünen birçok şey anamneze dahildir.

- Tüm olaylar
- Şikayetlerin başlangıç sırası
- Hastalık başlangıcından itibaren ki değişiklikler

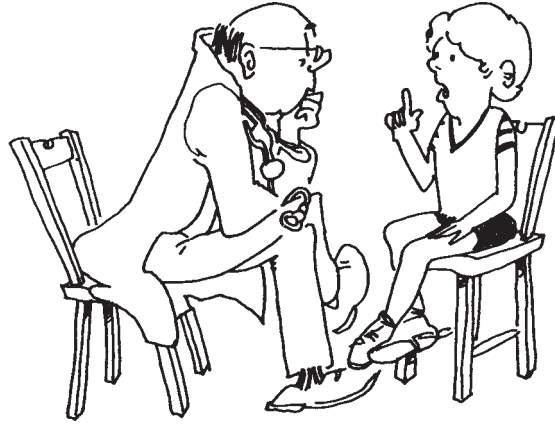
Öğrencilerin konuyla ilgilenirken uymaları gereken on *kayıt tutma emri* aşağıda sıralanmıştır:

Okunaklı yazmalılar
Gün ve saati not etmeliler
Anamnez ve muayene bulgularını not etmeliler
Kısaltmalardan kaçınmalılar
Kısa özet şeklinde not tutmalılar
Önemli problemleri listelemeliler
Tanı koymalılar veya eğer mümkün değilse,
Ayrııcı tanı yapmalılar
Aile adı ve durumunu kaydetmeliler
Yazılan şeyleri değiştirmemeliler

Çocuğun konuşmasına izin verin

Biz her ne kadar çocuğun yakınmalarının maternal anamnezinin önemini vurgulasak da, çocuğu da unutmayın. Çocuk size anamnez veremeyecek kadar gergin olabilir veya faydalı katkılarda bulunabilir. Sıklıkla, özellikle de, eğer çocuk konuşabiliyorsa, kronik bir hastalığı varsa veya hastaneler konusunda çok deneyimliyse, kendi durumunu size net bir şekilde anlatabilir. Çocuk dinlenmeli ve söylediklerine dikkat edilmelidir. 5 yaşından büyük çocuklardan, ailelerin de bazı önemli noktaları doğrulamaları koşuluyla olayları anlatmaları istenmelidir. Kısa bir örnek verelim. Geçenlerde duodenal ülseri olduğu kanıtlanmış 10 yaşında ve zeki bir erkek çocuğu gördük. Ağrısını şu şekilde tanımladı 'mideme doğru giden lazer ışığı demetine benziyor'. Çok zekiceydi.

Eğer çocuk suskun, utangaç veya donuksa onu zorlamayın. Belki sonra konuşabilir. Ondan kendisinin, ailesinin ve evlerinin resmini yapmasını isteyin bu onun psikolojik yapı-



Şekil 2.2. Çocuğun konuşmasına izin verin.

2 ANAMNEZ ALMAK

sını gösterebilir. Teyp kayıt cihazı veya video (Eğer çocuk sağlığı bölümü tam teçhizatlı ise) kullanmak faydalı olabilir, özellikle davranış ve iletişim bozukluğu varlığında çocuğun kendi ismi gibi ona takılan lakapları da bilmelisiniz.

Aile ile konuşma

Ailesel anksiyetenin değerlendirilmesi zordur.ve bazen agresif davranışları da kapsayacak şekilde derecesi hafif ilgili olmaktan, şiddetli duygusal yıkıma kadar değişebilir. Aileyle konuşurken rahat olmak, tecrübeyle ve deneyimli meslektaşları gözlemleyerek kazanılabilir. Neonatal anomalilerden ,çocuk sakatlıklarına ve sağlıklı çocukların akut hastalıklarına kadar çok sayıdaki pediatrik durumlar için birden çok sayıda uygun yaklaşım şekli vardır. Tercihen her iki ebeveynle, eğer bunlar yoksa tüm aileyle birlikte konuşulmalıdır.

Birçok vakada doktor ve aile birbirlerine yabancıdır. İlk yaklaşım karşılıklı değerlendirme şeklinde olmalıdır. Ailenin yaşının, eğitimlerinin ve sosyal durumlarının öğrenilmesi, doktora yardımcı olabilir. Aileye saygı göstermek ve konuşma sırasında sözlerini kesmemek önemlidir. Her zaman çocuğun ismini kullanın ve yaşını geçmiş anamnezini ve eğer gerekliyse kardeş anemnezini kısaca alın. Eğer mümkünse çocuk da yanınızda olmalı ve çocukla da aynı dilde saygılı ve ilgili bir iletişim kullanılmalıdır. Durumun elverdiği ölçüde olguya hakim olmak ve profesyonel bilginizin sınırlarını açıklamak ta önemlidir. Çocuğun gelişmesini istatistiksel veya yüzdesel olarak sorgularken dikkatli olun çünkü her çocuk bireysel olarak değerlendirilmelidir. O anda bu sorgulamayı çocuğun tıbbi takipçisi veya bakıcısıyla yapmak veya hastanın takip çizelgelerini detaylı olarak incelemek uygun olacaktır.

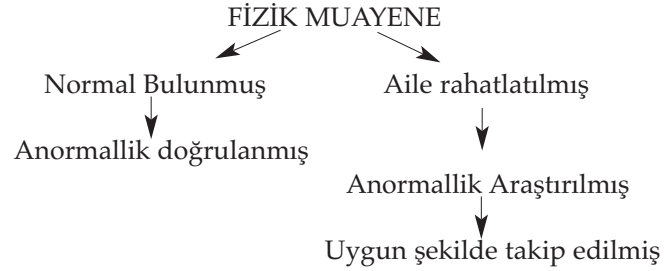
İyi dinlemenin öğrenmede payı vardır. İyi iletişim ise bakımın anahtarıdır.

Çocuğun akut (Örn:menenjit) veya kalıtsal (örn:yarık damak) olup olmamasına göre yukarıdaki tüm soruları net bir şekilde açıklayın. Eğer sorulardan birincisini cevaplayamazsanız. 2-3-4. Soruları cevaplamakta da çok zorlanacağınız

Hasta çocuğun ailesi dört ayrı bilgiye ulaşmaya çalışır.

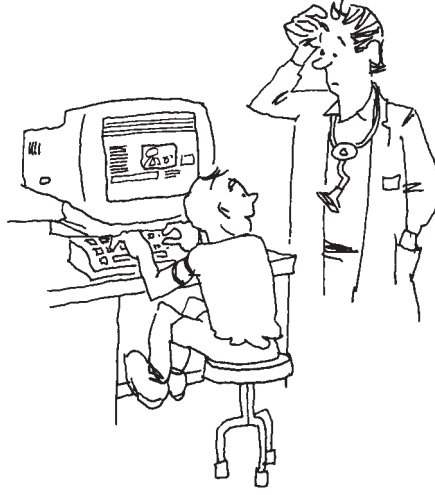
1. Bu nedir? Yanlış olan nedir?
2. Buna sebep olan ne?Bu nasıl oldu?
3. Bunun sonucu ne?
4. Bu tekrar olacak mı?

kesindir. Öğrenciler yeterli otorite ve çabuk karar verebilme yeteneğini kazanana kadar ailelerle tartışmaya girmekten ve sonuçları açıklamaktan uzak durmalıdırlar. Son olarak henüz sorulmamış olan soruyu (beşinci unutmayın) – bu lösemi kanser veya başka bir ailesel ölümcül hastalık mı?



Eski moda ve dağınık giyinmenin risklerini söyleyip öğrencilere presentabl giyinmeleri gerektiğini hatırlatmamıza gerek yok. Eğitimimizin son yıllarında insanlarla sanki öğrenci değilmişsiniz sanki uzmanlık yapan bir doktormuşsunuz gibi iletişime gireceksiniz. Bir çok öğrenci, ailelerin, döküntü, kılıksız ve traşsız öğrencilerle nasıl zorla konuştuklarına şahit olmuştur.

2 ANAMNEZ ALMAK



Şekil 2.3. Bu günler ve bu konularda internetten her konuda geniş bilgi elde edilebilir.

Başlangıçta bir ofis konsültasyonu yapmak muhtemelen en kolay olacaktır. Bununla birlikte ailenin her üyesi tarafından verilen anamnez yorumlanmak ta zaman alabilir. Bazı konular hakkında direkt sorular sormanız gerekebilir. "hakkında endişelendiğiniz veya bir şeyler okuduğunuz size ciddi gelen konular var mı? Birçok vakada aldığınız cevap sizi problemin kökenine indirecek, böylece fiziksel değerlendirme, uygun inceleme ve muhtemel tedaviye erkenden başlayabileceksiniz. (Direk ebeveynlerle görüşmektense akrabalarından anamnez almaktan kaçınmanızı öneriyoruz çünkü bu anemnezi karıştırabilir). Günümüzde aileler internet aracılığıyla istedikleri konularda geniş bir bilgiye sahip olabiliyorlar fakat unutmayın ki bazı bilgilerin yorumlanması bile problem yaratabilir.

Aileye Kötü Haber Vermek

Eğer mezun olmamış bir öğrenciyse sakın yapmayın. Otorite, deneyim ve empati eksikliğiniz vardır. Bununla birlikte egzersizle birlikte gerekli iletişim becerisini kazanabilirsiniz. (Video ile veya sonradan tartışarak ile) veya hastane gerçeğine benzer senaryolar yaratabilirsiniz. Ailelere yeni doğan bebeklerinin Down sendromlu, küçük çocuklarının ciddi menajitli veya resüsitasyon uygulanan çocuklarının öldüğünü söylemek her zaman için zor, yıkıcı ve üzücüdür. Kötü haberler eğer sakın, duyarlı ve ilgili bir şekilde söylenirse hafifletilebilir.

- Sakin ve anlaşılır bir şekilde konuşun
- Tıbbi terimlerden kaçının
- Mümkün olduğunca kısa ve açık konuşun
- Çok fazla bilgi vermeye çalışmayın
- Soruları olup olmadığını sorun
- Her zaman kibar olun
- Sempatini gösterin. Kötü haberleri asla telefonda vermeyin. Özel ve uygun ortamlarda konuşun. Aileye şok, üzüntü, suçluluk ve kızgınlık gibi duygularını yaşamaları için zaman verin.

2 ANAMNEZ ALMAK

Pediatric anahtar noktalar

Aileyi dinleyin ve endişelerini saptayın.

Henüz konuşamayan çocuklarla iletişim sınırlıdır. "Vücut dilini " dilini öğrenin ve bazı gözlem becerilerini kazanın (bakınız sayfa 75)

Bazı hastalıklar bazı yaşlarda daha sık görülür.:

Bronşiolit	<1
Laringotrakeo bronşiolit	<3
Geçici sinovit	<5
Üst femoral epifiz kayması	~10 yaş

Aileye konuşmayı bitirirken her zaman tam olarak anlayamadıkları bir konuyu olup olmadığını veya sormak istedikleri ya da unuttukları bir soruyu olup olmadığını sorun.

3

Çocuğa yaklaşım



Yaklaşım kuralları 31
Yapılmaması gerekenler 42
Ağrılı bölgeler 39

Birleştirme 42
Bilmiyorum 44
Tanısal Mantık 45

Yaklaşım kuralları

Çocuklara yaklaşımın ilk kuralı karşıdan karşıya geçmeye çok benzer. Dur, dinle, bak. Sonrada hislerini kullan. İlk yaklaşım "elini sürme dir. Dur. Öncelikle çocuğun size bakmasına ve güvenilir bir insan olduğunuza karar vermesine izin verin. Annesi ile konuştuğunuz süre içinde size bakmasına izin verin. Biraz zaman alabilir ama ani hareketler yapmayın. (zaten gergin olan çocuğu korkutabilirsiniz) ve çocuğu muayene ederken acele etmeyin. Sizin yanınızda oyun oynamasına izin vermeniz daha iyi olabilir. Dikkatli yaklaşın, nazik olun rahatsız edici sesler çıkarmayın

Anneyi *dinleyin*. Çocuk hastane, klinik veya cerrahi bölüme çok sayıda bakıcı eşliğinde getirilmiş olabilir. Anne baba dadı hemşire) Bizim görüşümüze göre hiç kimse annenin yerini tutamaz. Anneler çocuklarını bilirler. Dinlemenin yol gösterici prensibi şudur : Aksi ispat edilene kadar anne her-

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM



Şekil 3.1 Dur!



Şekil 3.2 Dinle!

**Şekil 3.3** Bak !

zaman haklıdır. Bu konudan anemnez alma bölümünde bahsetmiştik. Aynı zamanda çocuğun konuşmalarını da dinleyebilir, annesi ile ilişkilerini izleyebilir, solunumunu, öksürük, stridor (eğer varsa) ve ağlama gibi başka sesli belirtilerini dinleyebilirsiniz.

Sonra *bakın*. Hem çocuk hem de anneye bakın. İyi mi yoksa hasta mı? Normal mi? Yoksa anormal mi? Ailesine benziyor mu? Çocuğa bakarken gözlerinizi ona dikmeyin ve çok fazla yaklaşmayın. Bazı oyunlar çocukların davranışlarını, kendisine bakılmasından hoşlanmayan bazı hayvanlarınkiyle benzerlik gösterir. İç güdüsel bir ipucu var mı? Birileri öğrencilere gözlem yapmayı öğretmeli. Gözlemsel bir ipucu var mı?

"Görerek öğrenin. "

Yaklaşım kuralları

- Dur
- Dinle
- Bak
- Diğer duyularını kullan

Leonardo Da Vinci

Çocuğa yaklaşım için en uygun pozisyon kendini rahat hissettiği zamanlardır. - Süt çocuğunda düz zeminde yatarken, oyun çağında annesinin dizinde otururken, okul yaşına geldiğinde ayakta dururken, sonra kıyafetlerini çıkartın.- uy-

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

gun manavraları yapabileceğiniz şekilde kıyafetlerini çıkarın. Ne yapacağınızı açıklayın ve güven verici bir şekilde tekrarlayın mecbur kalmadığınız sürece çocuğu yatırmayın. Bu pozisyonda oldukça savunmasızdır. Annesinin ona dokunmasını sağlayın. Sevimsiz tüm muayeneleri - Boğaz muayenesini rektal muayene- en sona bırakın. Ve onlarda problem olduğuna emin olmadığınız sürece yapmayın.

Anneyi dinleyerek, çocuğunu muayene ederek ve grafikleri okuyarak her şeyi öğrenin öğrencilerin çoğu önce yazılı notları okurlar sonra bulmayı umdukları şeyi ararlar.

Asla sadece şikayeti olduğu bölgeyi muayene etmeyin eğitiminizin ilk gününden itibaren eksiksiz muayene yapmalı ve "bütüncü" olmalısınız. Temel kurallardan birini unutmayın iyi doktor kişinin tamamını tedavi eder – sadece ağrıyan karnını ya da ayağını değil.

Özet olarak süt çocuklarına ve oyun çocuklarına en iyi yaklaşım muayenede dokunma gerektirmeyen bir teknikle başlamaktır. İyi bir gözlemci olun

"Bütün gözlerinizle bakın bakın "

Jules Verne

Küçük çocuklarda gözlem – renk, solunum, aktivite vs. – tanının anahtarı olabilir. Fiziksel bulgular hasta çocuklarda hasta erişkinlere kıyasla daha siliktir. Ve öğrenciler palpasyon, perküsyon konusunda inspeksiyona kıyasla daha fazla heveslidirler. Sir Daminie Carrigan 1853' ın sözlerine katılıyoruz : "felaketler doktorlara çok fazla şey öğretmez fakat çok fazla şey görmelerini sağlar. Sözsüz iletişimin önemini unutmayın baktığınızda ne gördüğünüzü tanımlayın. İlginç olarak gözlemlerinizi kelimelere dökmenin ne kadar zor olduğunu göreceksiniz. Örneğin: "eğlenceli görünüşlü çocuk derken neyin eğlenceli olduğunu açıklamakta komik olabilir. Buna karşın bir çok dermatolojik problemin tanısına giden

yol ise sadece görülen kelimelere dökülmesinden ibarettir. (İngilizce veya latince yazılarda) Tanımlayıcı terimlerden çoğu öğrenciler tarafından da anlaşılmaz ve ağa takılmış som balığı gibi direk tanıya atlamalarına sebep olur.

Sendromları belirlemek gözlemcinin gözü ve zihnindeki bilgisayar vasıtasıyla olur. Öğrencilerin sendrom belirleyici olmasına gerek yoktur bununla birlikte, Down sendromu, Berlingin konjenital anomaliler veya önemli dismorfizmleri de tanınmalıdır.

Önce normal bilin. Sonra anormal ve farklı olanı anlarsınız. Kendinize şunu sorun, " Bu yüzde garip olan ne? ". Sonrasında – ilişkili bulgularla ve basit kelimelerle tanımlayın-Dikkatinizi çeken sizde şüphe oluşturan düşük kulaklar, yukarı kalkık burun, yüksek damak olabilir.

Ellerinize muayene edebildiğiniz kadar, gözlerinizle de muayene edebilmeye çalışmalısınız. Çocuğu "Vucuduyla konuşurken de dinlemeyi öğrenmelisiniz – çoğu çocukluk şikayetinin geçmişe dayalı davranışsal bir nedeni vardır.

Diğer duyularınızı da kullanın. Tanıya ulaşmak için dokun, kokla, tat (bazen). Bu konuya ileride ayrıntılarıyla değinilecektir. Çocuk doktoru dokunurken nazik (soğuk eller) kararlı (katı bir muayene yaklaşımı belirlemeden yapması gerekeni, yapabileceği zaman yapmalı) aynı zamanda hassas ve duyarlı olmalıdır.

Bebek veya çocukları muayene etmeye başlarken neşeli ve eğlendirici olmakta sıklıkla gerekmektedir. Yardımı olabilecek **dikkati çekici ipuçları** aşağıda sıralanmıştır.

- Bebek ve çocuklar la oynayın
- Bebekleri gıdıklayın (gıdıklanma 3 aydan sonra görülür).
- "eee" oynayın
- Bebekleri hoplatın
- Yüzlerine üfleyin (bunu severler)
- Oyun çocuklarının muayene aletleriyle oynamasına izin verin

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

- Tutmaları için bir şey verin
- Annesinden ilgisini çekebilecek bir oyuncak alıp onu veya kendi ışık kaynağınıza ona verin
- Küçük çocuklarla saçma sapan anlamsız şeyler konuşun – espri duyguları biraz gelişmiştir ve aptal gibi davrandığınıza düşünür.

" Sadece onlarla oynayarak bile çocuklara herşeyi yapabilirsiniz. "

Otto Van Bismarck
(19.Yüzyıl)

Çocuklara elinizi sallayın. Bu, çok, meraklı oyun çocuklarının bile dikkatini çekebilir. Israrla sizinle göz teması kurmasına çalışın. Sosyal bir kontakt kurmanız el ile muayene yapmanızı kolaylaştırabilir. Başka bir deyişle başlamadan önce çocuklarla dostça bir ilişki kurmayı denemelisiniz.



Şekil 3-4 Çocukla iyi bir göz teması ve dostça bir ilişki kurun.

Çocuğun yaş grubuna ve problemin olduğu bölegesine detaylı fizik muayene başlamadan önce size klinik muayene- de sağlanması gereken dört hedefi hatırlatmak istiyoruz.

- içindeki çocuğa (ve kendine) – Güven
- çocuğa yaklaşırken – Yeterlilik
- Muayenenin – Bütünlüğü
- her ne bulduysan özetleyip sonuç – Düzenleme çıkarabilirsin.

Yapılmaması Gerekenler

Sakın çocuğun *cinsiyetini* yanlış söylemeyin bu aileyi belirgin ölçüde şaşırtacaktır. Kendi çocuklarından bahsedip bahsetmediğinizi merak edeceklerdir. Sakın çocuktan "o" diye bahsetmeyin bu oldukça büyük bir zayıflıktır. Ailenin güvenini sarsar.

Çocuğu *hırpalayıcı* bir şekilde kaldırmayın nezaket, çocuk doktorunda olması gereken en önemli özelliktir. Kendi kendimize "eğer çocuk ağlarsa bu benim hatamdır." Demeyi alışkanlık haline getirin. Çok fazla uzatmaya gerek yok fakat fizik muayene sırasında da stres yaratmayın.

Çocuğun önünde aşağılayıcı konuşmayın.

Ailesinin önünde veya daha önceden aile ile görüşmeksiz çocuğa asla (komik görünüşlü çocuk demeyin "disknorfik" terimi daha uygun olacaktır.

Sakın çocuğu düşürmeyin çocuklar, kaygan kıpır kıpır veya verniks kaseoza ile kaplı olabilirler. Bizim deneylerimizde göre öğrenciler çocukları en çok moro refleksine bakmayı öğrenirken düşürüyorlar.

Endişe yaratması muhtemel terimleri aileye açıklamadan kesinlikle onların önünde kullanmayın "Pilor Tümörü" terimi sizin için zararsız olabilir. Fakat aile için tümör kanser anlamına gelebilir. "Benzer şekilde benign rekürren hematüri tanısında aileye açıklanarak ve içleri rahatlatılarak söylenmelidir. Yoksa aile bunun benign böbrek kanserine bağlı üriner

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM



Şekil 3.5 Çocuğu hırpalıyıcı bir şekilde kaldırmayın.

kanama şeklinde yorumlayabilir. Anemik çocukların ailesine bu durum açıklanırken " tabi ki lösemi değil" demekte akıllıca olacaktır. Bir çok ailenin aklına kanser korkusu gizli olarak bulunmaktadır. Ama hiçbir zaman doktora gittiklerinde akıllarına getirmezler.

Sakin çocuğun *yaşını* karıştırmayın – bu rakam konusunda çocuklar belirgin şekilde duyarlıdır. Yine de yaşını büyük söylemek küçük söylemekten daha iyidir.

Bazı çocuklar. Tamamen çıplak olmaktan rahatsız olamazken bazılarının durumu açıklamak ve ikna etmek mümkün değildir.



Şekil 3.6 Çocuktan ağrıyan yerini size göstermesini isteyin.

Ağrılı Bölgeler

Ağrı, pediatrik konsültasyonların en sık sebebidir. Geniş bir anamnezle aileden ağrı ile ilgili her şeyi öğrenebilirsiniz; bununla birlikte çocuktan ağrısını size tanımlamaya çalışmasını istemelisiniz.

Okul öncesi çocukların kelime bilgisi ve iletişim beceresi ağrısını tamamlamaya yetmeyebilir, fakat ağrısını kesin olarak belirtebilirler. Neresinin ağrıdığını size göstermesini isteyin uygun yerdeki ağrıyan noktayı sıklıkla size gösterebilirler.

Büyük çocuklardan, ailenin doğrulaması ve ilaveleri de sağlanarak ağrısını tanımlaması istenmelidir. İyi bir anne ço-

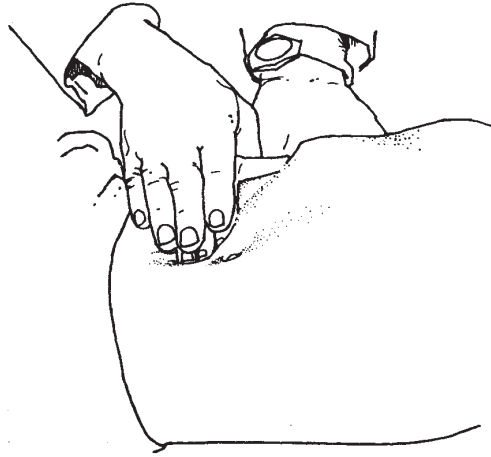
3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

cuğunu "Bu senin ağrın doktora onu sen anlat" şeklinde konuşturmaya çalışmalıdır.

Ağrı nerede?
Bana ağrıyan yerini gösterir misin?
Neye benziyor?
Başladığı zaman ne yapıyorsun?
Seni ağlatıyor mu?

Eğer çocuk yerini tam olarak gösterebiliyorsa bunu notlarınıza kaydedin "Sol temporal baş ağrısı" sadece "baş ağrısı"ndan yada "geceleri her iki üst uyluk ağrısı" sadece "bacak ağrısı"ndan daha iyidir.

Oyun çocuğu veya okul öncesi çocuklar karın muayenesine karşı koyabilirler. İlk olarak dikkatini başka tarafa çekme tekniği kullanılabilir. Eğer bu işe yaramazsa karın mu-



Şekil 3.7 Küçük çocuklar kendi ellerinin üstünden palpasyon yapmamıza izin verebilirler.

ayenesini çocuğun ellerini kullanarak yapmayı deneyin. Huysuz çocuklar bile bu durumda karın ağrısı veya hassasiyetini değerlendirmenize izin verebilirler.

Sinirli ve palpasyonda hassasiyeti olan çocuklarda özellikle de sağ iliak fossada rekürren karın ağrısı nadir bir durum değildir. Eğer hassasiyet şüphesi varsa " bir de stetoskopumla dinleyeceğim " diyerek küçük bir hile yapmak oldukça faydalıdır. Stetoskopu hafifçe karnının üstüne koyun, gerçekten dinleyin fakat giderek uyguladığınız basıncı da arttırın. Öncesinde hassasiyet olan bölgede sıklıkla hafif bir basınç tolere edilebilir.

Ağrısı değişken anatomik özellik gösteren ve dermatomlara uymayan çocuklarda ağrı, tuz tanesi kadar dikkate alınmalıdır. Çocukları uykudan uyandıran keyifli uğraşlar sırasında rahatsız eden, ağlamasına sebep olan ağrılar ise dikkatlice değerlendirilmelidir.



Şekil 3.8 Abdominal hassasiyete değerlendirilirken stetoskop kullanılması.

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Ekstremitelerini hareket ettirmek veya kullanmakta isteksizlik o bölgedeki bir ağrıyı düşündürebilir. Kucağa alınmaktan rahatsız olmak ise menenjit için tipiktir. Plöretik ağrı, sadece göğsün tek tarafında sınırlı hastalığın kanıtıdır. – nadir görülür ve deneyimi pediatrişler dışında gözden kaçabilir. Küçük çocuklar evcil hayvanlara benzer özellikler taşır. Ağrıları olduğunda veya hasta olduklarında konuşmadan ve hiçbirşey yapmadan yatarlar.

"Çocukların doğruyu söyledikleri tek zaman ağrıları olduğu zamandır. "

Bill Cosby

Bu söze tam olarak katılmıyoruz fakat yine de çocuğun ağrısının hayal ürünü olup olmadığından emin olmak gerekir.

Birleştirme

Henüz mezun olmamış öğrenciler tanıyı koymakla çok fazla ilgilenmemektedirler. Önemli olan tam ve doğru anamnez alabilmek muayene sırasında ilişkili fiziksel bulguları ortaya çıkarabilmek ve bunları yorumlayabilmektir. Anamnez ve fiziksel bulgular vasıtasıyla öğrenciler tanıyı koyabilmeli veya muhtemel tanıları belirleyebilmelidirler.

Öğrenciler tüm bulgularını genel inceleme için yazıp hazırlamalıdır. Bunlar yanlış olabilir fakat öğrenciler bu hatalardan da öğrenirler. Yanılmış olmak bazılarının doktorluk güvenini zedeleyebilir. Fakat bizim düşüncemize göre şunu söylemeye her zaman hazırlıklı olmalıyız.

" bilmiyorum fakat araştıracağım". Öğrencilerin eğitiminde anlamadıkları şeyleri veya açıklaması net olmayan bulguları " örn: esnemenin fizyolojisi nedir? " yazmaları ve bunların cevaplarını araştırmaları çok faydalıdır.

Anamnez ve fizik muayene birleştirilerek sonuçlara varılmalıdır.

Örneğin;

Problemler:

1. Febril konvulsiyon
2. foliküler tonsillit
3. Masum üfürüm

dip not olarak ekleme yapmakda faydalı olabilir.

Annenin endişeleri:

1. Beyin hasarı
2. Menenjitten ölmüş bir yeğen varsa taburcu etmeden önce bu endişeler dağıtılmalıdır.

Eğer herhangi bir yargıdan emin değilseniz biraz daha okuyun:

Kanı:

1. Gelişme geriliği
2. Muhtemel anemi
3. Malabsorpsiyon düşüncesi

Not: küçük ve fakir aile, öncesinde araştırılmamış.

Ayırıcı tanı, erişkin tıbbıyla karşılaştırıldığında pediatriye çok önemli değildir. Ve çoğu çocukluk çağı hastalığı dejeneratif erişkin dönemi hastalıklarına göre daha basit ve komplikasyonsuzdur.

Bununla birlikte diffüz lenfadenopati, poliartirit, akut ansefelopati, ataksi, hematüri ve başka bir çok klinik durm için ayırıcı tanı yapılabilir. Bugünün bilgisayar literatürü öğrencileri anahtar kelime yaklaşımını severler. Önemli pozitif bulgular ve ilişkili negatif bulguları yazıp toplayın ve cevabı bulun:

Eritematöz döküntü
Raynaud fenomeni
Poliartüküler artrit

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Alopesi
Kilo kaybı
Parotis bezi şişmesi

Yukarıdaki örnek baş dokusu hastalığını düşündürmektedir. Çocuğun fiziksel bulguları multipl veya kronik hastalıklarıyla birlikte kaydedilirken önerilen probleme- dayalı yaklaşımdır. Aşağıda spina bifidalı bir çocuğa ait not örneği görülmektedir.

<i>Problem</i>	<i>Plan</i>
Miyelomeningosel	Doğumdan sonra kapatılma
Hidrosefali ventriküloperitoneal şant	Fonksiyon kontrolü
Orta derecede skolyöz	Fizyoterapi postür
Konstipasyon	Diyet ve bakım düzenlemesi
Üriner inkontinans	Kataterizasyon
Kısa boy	Müdahale yok
Alt ekstremitte paralizisi	Fizyoterapi yürüme aleti

Bu liste daha da uzatılabilir. Fakat sanıyoruz mesajımızı aldınız. Problemin saptanması ve tedavisi sadece eğer iyileşmeyi sağlayacak bir müdahale yapılabilecekse anlamlıdır.

Bilmiyorum

Dilime şunu söylemeyi öğretin ;
"Bilmiyorum"

Maimonides (1135 –1204)

Doktorlar etraflarının onların herşeyi bildiğini sanan kişilerle çevrili olmasını severler. (kaç tane doktor önündeki metni hastaların önünde değerlendirir?). Öğrencilerden herşeyi

bilmeleri beklenmez. Eğer size cevabını bilmediğiniz bir soru sorulursa araştırıp cevaplayacağınızı söylemek tehlikeli tahminlerden daha iyi olacaktır. Fakat daha sonradan cevap, çözüm veya bilgi için mutlaka araştırma yapın veya size yardımcı olabilecek kişilere danışın. Sürekli araştırmacı bir zihin iyi bir kariyer için de gereklidir. Kitabın önceki sayfalarında cevap aranması gereken sorulardan bahsedilmiştir. Yukarıda bahsedilenleri sormaktan sakın utanmayın. Basit sorular sıklıkla tatmin edici cevabı sağlar.

Tanısıl Mantık

Doktor ve hasta çocuğun ailesi arasındaki konsültasyonun amacı endişelerin sebebini ortaya çıkarmak ve eğer mümkünse tanıyı koyup uygun inceleme ve tedaviyi planlamaktır. Tanı mantıksal bir sonucudur.

Tam ve doğru alınmış bir anamnez olguyu ortaya koyar. Verimli bir anamnez dikkatli bir dinleme ve nerede ve ne zaman gerekli soruyu soracağını bilmeye dayanır.

Fizik muayene doğru şekilde yapıldığında mevcut bulguları ortaya çıkartacaktır. Olaylar ve bulgular birleştirilip mantıklı bir şekilde düşünüldüğünde tanı veya ayırıcı tanıları saptanacaktır. Bu ilişkili olabilecek durumları düşünmeyi ve değerlendirmeyi veya problem listesi oluşturmayı gerektirir. İyi bir öğrencinin özelliği klinik konsültasyondan elde edilen önemli bilgiler, özetleme ve sentezleme yeteneğidir.

Biz sıklıkla kendi kliniğimizde öğrencilere şunları sorarız:

- mevcut problem (ler) konusunda bir tanıya vardınız mı?
- anahtar problemi özetleyebilir misiniz?
- belirli bir tanınız var mı?
- kanıtları belirleyip ayırıcı tanı yapabildiniz mi?

3 ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Önemli bilgileri düşünerek ve aşağıdaki senaryolara bakarak cevap sırasını öğrenebilirsiniz:

- yedi yaşında hala yatağını ıslatıyor
- erken meme gelişimi olan 8 yaşında kız çocuğu
- alnında çok sayıda yara olan oyun çocuğu
- sadece tek heceli sözcükleri söyleyebilen 2 yaşında çocuk

İyi bir tanı koyucu uyarıcı ipucu ve işaretleri kaçırmayan araŐtırıcı sorular soran ve mantıklı düşünen kişidir. Yani duyu, içgüdü deneyim ve gözlem özelliklerine sahiptir.

"Gözlemlerle kaydet sırala, iletişim kur, beş duyunu kullan"

William Osler

4

Farklı yaş gruplarına göre muayene



Yeni doğan 47
Altı haftalık muayene 69

Akut hastalıklı süt çocuğu 73
Korkmuş çocuk 78

"Pediatri yaşa göre özelleşmiştir sisteme göre değil"

Apley

Yenidoğan

Yenidoğan bebeklerin büyük çoğunluğu normal bir intrauterin süreç ve normal bir doğum geçirirler, doğumda iyi ve fiziksel olarak normaldirler. Bununla birlikte ailesel, genetik ve etnik faktörlere bağlı olarak normalin varyantı olan boy, şekil ve görünüşlerde olabilirler.

Pediyatrik tıbbın temelini öğrencilerin kendi başlarına çok sayıda normal yeni doğan, oyun çocuğu, okul öncesi çocuğu ve büyük çocuk muayene etmesi oluşturur. Buradan alınması gereken mesaj şudur: normal spektrumu bilin.

Doğum odası

Tüm yenidoğanlar, genel durumlarını gözlemek ve major anomalileri ekarte etmek için doğum odasında muayene

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

edilmelidirler. Apgar Skoru ölçülmelidir. Çünkü bu skorlama hem uluslararası kabul görmektedir hem de çocuğun re-süsitasyona ihtiyacı olup olmadığını belirler. 5. dakikada düşük skor (<5) uzun dönemi kapsayan bir problemle ilişkilidir. Tek arter olup olmadığını anlamak için göbek bağının muayenesi muhtemel gizli bir anomeliyi ortaya çıkarabilir. Süt çocuğunun özel veya yoğun bakım gerektirmediğinden ve tamamen normal olduğundan emin olunduktan sonra aile bilgilendirilmelidir.

Apgar skoru	Skor		
	0	1	2
İşaretler			
Renk	Mavi,soluk	Gövde pembe Ekstremiteler mavi	Tamamen pembe
Kalp hızı	Yok	<100	>100
Reflex Uyarı	Yok	Yüzünü buruşturma	Ağlama
Tonus	Gevşek	Hafif gevşek fleksiyon	Aktif hareket
Solunum	Yok	Yavaş, Düzensiz	Güçlü ağlama

Postanal bakım

Sonraki muayene genellikle doğumdan sonraki 3.gün yapılır. Ve bu zamanda bebek doğumda görüldüğünden tanınmayacak kadar farklıdır.- cilt yumuşak ve pembe baş normal şekilde, saçlar taranmış ve iyi emer. Bu evredeki muayene çok daha detaylıdır. Anne ve eğer mümkünse babada yanınızda bulunmalıdır. Yapılan muayene ve yapılan tüm testler anlatılıp açıklanmalıdır. Anneler genellikle boyu (normal ölçülerde mi?) yüz görünüşü, renk, cilt yumuşaklığı yaralanma, soyulma işareti, döküntü ve subkonjonktival kanama gibi görünüş özellikleri ile ilgilenirler.

Çok sayıda kırmızı eritematöz döküntü varsa bu büyük ihtimalle eritema toksikum dur. Cilt mekonyuma maruz kal-

mıssa soyulma ve pullanmalar olabilir. Bu durumda göbek kordonunun renk değiştirmesi ve tırnak içlerinin boyanması da olabilir. Tırnaklar genellikle uzun ve yumuşaktır ve tırmalama izlerine sebep olabilir. Ayak tırnakları genellikle yeni büyümeye başlamıştır ve henüz tam uzamamıştır.

Sarılık en iyi gün ışığında ve sklera, cilt ve mukoz membranlarda görülebilir. Genellikle sarılık saptanmaya çalışılırken fototerapi ışığı kapatılır. Bizce sarılığın derecesini klinik olarak saptamaya çalışmak doğrudur. Fakat sarılık her zaman serum bilirubini ölçülerek değerlendirilir. Fototerapi " bronz bebek " sendromuna sebep olabilir.

Baş ve yüz

Annenin çocuğun görünüşü ile ilgilenmesi gibi doktorlar da önce çocuğun baş ve yüzünün inspeksiyon ve muayenesini yapmalıdır. Lokal travma sıktır ve kaput suksadenum ve kafa derisinde minör soyulma, forseps izleri, nonpesifik yüz yaralanmaları, subkonjonktival kanama ve bazen de sefal hematomu kapsayabilir. Genellikle bu durumlar, kireçlenebilen ve 2-3 ayda düzelen sefal hematom hariç ilk 1 hafta içerisinde standart olarak düzelebilirler. Sefal hematom en sık perietal kemikte görülür. Ve kemik kenarları ile sınırlıdır. Bazen her iki perietal kemik birden tutulabilir. Nadiren bu durum oksipital kemikte görülebilir ve bu durumda ansefolasel ihtimali düşünölmelidir.

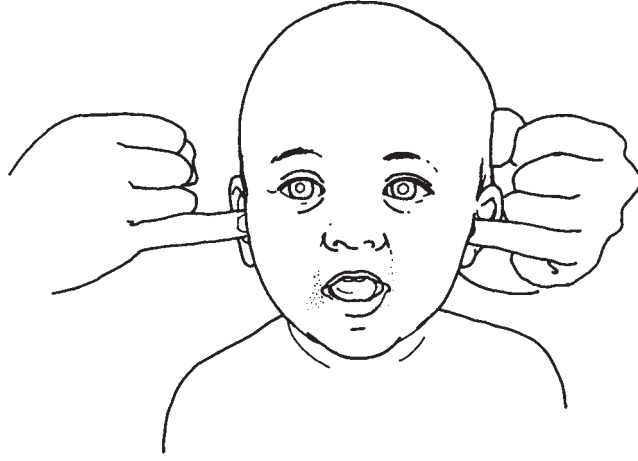
Yüzde asimetri genellikle forsepsli doğum sonrası oluşan 7. kranial sinir felcine bağlıdır. Baş şekli ilk 1 hafta içerisinde oldukça değişkendir. Bazılarında belirgin şekil bozukluğu görülebilir. İntrauterin basınç (infant makat pozisyonundayken) oksipital bölgenin şişip kafanın uzamasına neden olabilir. Defleksiyon yüz gelişi, yüzde göz kapakları ve dudaklarda ezilme ve şiddetli ödeme sebep olabilir. Chvostek işareti

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

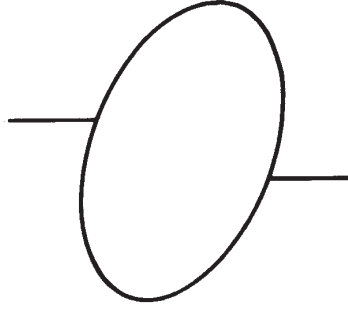
(fasial sinire vurunca ağız çevresi kaslarda kasılma) yeni doğanlarda normal bir bulgudur.

Plagi sefali, intrauterin pozisyona bağlı oluşan pek de nadir olmayan bir bulgudur. Baş, hafif veya belirgin bir şekilde bir tarafa yatıktır. Küçük bir manevra ile her iki elin birer parmağı her bir kulağa sokulup karşıdan bakıldığında plagiösefali kolaylıkla saptanabilir.

Ön fontanel normalde açıktır ve çapı 1 cm den 4-5 cm ye kadar değişebilir. Kranial suturlar genellikle hareketlidir ve posterior fontanel parmak uçları ile hissedilebilir.



Şekil 4.1 Büyük infanтта plagiosefalinin gösterilmesi.



Şekil 4.2 Plagiosefali.

Kulaklar

Kıkırdak miktarına bağlı olarak farklı boyut ve şekillerde olabilir.

Düşük kulak hattı, pinnanın üst kısmının tepesinin dış kantuslardan çizilen horizontal çizginin altında kalmasıdır ve preaurikuler çıkıntılarının varlığı gibi, bu da sendrom göstergesi değildir.

Ağız

Ağız şekli değişkendir. Ve alt çene intauterin kafa pozisyonuna göre yana eğilmiştir. Mevcut diş olup olmadığına bakılmalı ön ve arka diş etleri ranula veya kist için incelenmeli. Dilin şekli ve büyüklüğüne bakılmalıdır.

Frenum lingua dilin altından ağız tabanına doğru uzanır ve bütün çocuklarda vardır. Eğer dilin dışarı çıkartılması veya dil ucunun büyümesini engelliyorsa nadiren de olsa kesilmesi gerekebilir. Yumuşak damak ve uvula da gözlemlenmelidir.

Gerekli terimler: baş

frontal çıkıklık	= alının belirgin olması (frontal kemiğin parçası)
craniotabes	= yumuşak kafatası kemikleri.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Gerekli terimler: kafatası şekli

Skaphosefali	= Sandal şeklinde baş (uzun , dar)
Makrosefali	= Büyük baş (eş anlamlısı = nagalensefali)
Mikrosefali	= çok küçük baş
Pilagiosefali	= Paralel kenar (yatık) baş
Turrisefali	= Yüksek baş (eş anlamsısı akrosefali)
Brakisefali	= Düz baş (kısabaş)
Sinasitoz	= Bitişik kemiklerin erken kaynaşması
Trigonas sefali	= Üçgen şeklinde baş

Gözler

Göz kapaklarında ödem prematürelere daha fazla olmak üzere oldukça sıktır. Ödem sebebi ile gözleri açmak zor olabilir. Muayene eden kişi bebeği kaldırırsa ya da prone pozisyona getirirse çoğu vakada gözler açılır. Konjonktival kanama temiz kornea ve katarakt belirtilerine bakılmalıdır. Gözlerin boyutlarını karşılaştırın; eğer şüpheleniyorsa gözleri ve göz kürelerinin basıncını palpe edebilirsiniz. Sıklıkla gözler kısılıdır. Nadiren 6. Kranial sinirin etkilendiği vakalarda paralizi olabilir. Lakrimal sıvının skonder enfeksiyonu ve birikimi oldukça sıktır. Ve genellikle nazolakrimal kanal direnansının bozulmasına bağlıdır. Eğer iltihap çok fazla ise genokokal oftalmopati gibi spesifik enfeksiyonlar düşünülebilir.

Solunum sistemi

Solunum sisteminin en iyi muayene şekli gözlemdir. Bebeğin dudak, mukoza ve cilt renginin gözlenmesi, solunun hızı ve gücünün gözlenmesi ve sorunsuz olduğunun görülmesi perküsyon veya oskültasyonda daha önemlidir. Gözlem solunum hızı (dinlenme sırasında dakika da 30-50 solunum) solunum ritmi ve solunum işini de içermelidir. Normal yenidoğanın solunumu sessiz, gayretsiz ve belirgin olarak diyafrag-

matiktir. Göğüs hareketinden çok karın hareketi vardır.

Yenidoğanlarda solunum problemleri de siktir ve taşipne, solunum işinin artması ve siyanoz ile kendini gösterir. İnfanтта retraksiyon, çekilme ve solunum ritminde değışmeler görülebilir.öğrenciler, göğüs şekli ve yardımcı solunum kaslarının kullanılıp kullanılmadığı konusunda da bilgi sahibi olmalıdır.

Gerekli terimler: solunum

Taşipne	Solunum hızı >60/dk olması
Sternal retraksiyon	inspirasyonda stemumun çökmesi
İnterkastal çekilme	solunum sırasında interkastal kasların aşırı kasılıp kısılması
Periyodik solunum	Solunumun ritmi apne periyodlarıyla bölünmesi

Kardiyovasküler sistem

Gözleme, renk, solunum gücü, göğüs şekli, perikordial çıkıntı ve/veya kabartı ile başlayın. Trakea ve apeks vurusunun lokalizasyonu önemlidir. Apeks vurusunun pozisyonunu lokalize etmek zor olabilir. Fakat genellikle midklavikuler hatta 4. ve 5. kaburgalar arasındadır. Prekordial triller yenidoğanlarda nadir değildir ve araştırılmalıdır. Brakial ve femoral arter nabız palpasyonu da tam bir muayene için gerekir. En iyisi tekrar tekrar muayene yapmaktır. Kalp sesleri hem apeks hemde bazelde dinlenmelidir. Apekte duyulan birinci bazelde duyulan ikinci kalp sesidir. Nadir olmayacak şekilde fizyolojik üçüncü kalp sesi de duyulabilir. Kalp hızı dakikada 100-140 vuru arasındadır. Bazen ekstrasistoller saptanabilir fakat genellikle önemsizdir. Kalpte yapısal bir anomalı olmaksızın kalp bloğu görülmesi ise oldukça nadirdir.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Sistolik üfürümler oldukça sıktır ve en iyi sternal hat boyunca duyulur. Kısa yüksek atımlı üfürüm genellikle selimdir ve başka pozitif bulgu yoksa masum üfürüm tanısı alır. Önlem olarak bu durum taburcu olmadan önce ve 3 ve 6. haftalarda tekrar kontrol edilmelidir. Öğrenciler bu yaş grubundaki sistolik üfürümlerle özellikle ilgilenmelidir. Mümkün olduğu kadar çok dinleyin muayene muayene muayene! Sizin tecrübeniz arttıkça ve kalp sesleri yavaşladıkça diastolik üfürümler de yakalayabilirsiniz.

Karın

Yine önce gözlemleyin. Karın genellikle gergindir.- beslendikten (gerektiği kadar) sonra solunum daha fazla diyafragma yoluyla karın hareketlerine neden olur. Ve bu normaldir. Gerginliğin miktarı konusunda şüphemiz varsa umbilikusu gözlemleyin. Normal olarak kuruyor mu? Kanlı veya akıntılı mı? Kokuyor mu? Periumbilikal inflamasyon var mı? Umbilikal ven görülebiliyor mu? inflame mi? Göbek kordonunu spontan olarak 4-5 gün içinde düşüp düşmediğini anneye yeniden sorun? Erken umbiliktal herni kanıtı var mı? Bazen karın palpasyonu bebeklerde mukus veya besin regürisasyonuna neden olabilir. Dikkatli olun.

Karını yumuşakca palpe edin (gerekirse de sakinleştirmek amacıyla da) sağ elinizi, ucu kolayca elinize gelen dalağı muayene etmek için kullanın. Yenidoğanın karnını muayene ederken hangi taraftan yaklaştığınız önemli değildir rahat olun yeter. Avuç içinizi umbilikus ve sağ iliak çıkıntı arasına koyarak karaciğerin kenarını kontrol edin. Karın boşluğunu hissettikten sonra göğüs kafesine doğru ilerleyin. unutmayın ki ilk olarak dokunacağınız yer karaciğerin sağ lobudur. Karaciğerin kenarı yumuşaktır ve kolayca atlanabilir. Genellikle kaburga sınırının 2-3 cm aşağısında palpe edi-

lır. Yenidoğanların yarısında böbrek, özellikle de alt kısımları palpe edilebilir. Bununla birlikte bu kolay değildir ve bu konuyla ilgili pratik yapmaya gerek yoktur. En uygun metod, bir eli üst lomber bölgeye koymak ve diğer elle aktif palpasyon yaparken yukarıya doğru bastırmaktır. Eğer bymemişlerse böbrekler palpe edilemez. Muayene eden kişi böbrekleri palpe etmek isterse edemeyebilir.

Mesane (dolu olduğu zaman) yenidoğanda intraabdominal bir organdır. Ve iyi bir beslenmeden 15 dakika sonra hissedilebilir. Umbilikus indeks alınarak, başparmak ve ikinci parmak kısa gibi kullanılarak hissedilir. Mesane palpabl olduğunda hafif masaj yaparak kontraksiyon sağlanıp analiz için kontaminasyon olmadan orta akım idrarı alınabilir. Bebekte asfiksiyel ansefalopati veya şiddetli nöral tüp defekti varsa, mesane genellikle büyük bulunur.

İnguinal lenf bezleri de yenidoğanlarda sıklıkla palpablđır. Ve bu normal bir bulgudur.

Genitalya

Dişi. Labia hafif kırmızı olabilir ve özellikle de pretermlerde minoraların üzerini rtmez. Bazen labial füzyon da görülebilir ve eğer gerekliyse müdahale edilebilir. Vajinal ekler sıktır ve nemsenmemelidir. İlk hafta içerisinde spontan olarak kaybolurlar. Bazen vajinal hemoraji de ("Yenidoğan Dönemi") görülebilir. Eğer infant makat gelişe doğmuşsa yaralanmalar ve ezilmeler de oluşabilir. Artmış pigmentasyon ve büyümüş klitorise not edilmelidir.

Erkek. Penis normal boy ve şeklinde mi? Hipospadiasa ait bir kanıt var mı ? (epispadias oldukça nadirdir) Hipospadias sıklıkla glandda (veya koronal), daha az olarak gdede (penil) ve nadiren de tabandadır. (Perineal) Testisler palpabl ve

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

normal boyutta mı? Eğer testisler skrotumda değilse inguinal alandan başlayarak aşağıya doğru palpe edin. Eğer testisler normalden büyükse, hidrosel (sıklıkla) düşünün ve transilluminasyonla doğrulayın. Bu durum kızlarda özellikle pretermelerde daha sık görülen herni ile ilişkili de olabilir. Nadir olarak, çok büyümüş testiste tarsiyon oluşur. Ve bu durumda testis sert ve soluktur.

Kas-iskelet sistemi

Yenidoğan kemik , eklem ligament ve kas muayenesi yapmanın çok büyük önemi vardır..

Kalça dislokasyonu

Konjenital kalça çıkığı teriminin yerini günümüzde gelişimsel kalça displazisi (DDH) terimi almıştır. Çıkık veya çıkma-ya müsait kalçalarda klinik muayene sonuçları tamamen güvenilir değildir. Klinik muayeneyi tamamlamak için ultrasonografik tarama da kullanılmaktadır.

Ciddi nöral tüp defekti (meningo miyeloel) olan bebekler dışında doğumda gerçek kalça çıkığı oldukça nadirdir. "Unstable" kalça ise siktir ve her 1000 canlı doğumun 15-20 sinde görülür. Bu durum pretermelerde çok daha nadir dir. Her iki cinste de eşit riske neden olan makat doğum hariç tutulduğunda, unstable kalça , kızlarda daha sık görülür. Talocalcaneo valgus ta bu durumla ilişkilidir. Sol kalça sağ kalçaya göre 2 kat daha sık tutulur.

Kalça muayenesini mümkün olduğunca erken yapmak en iyisidir. Pozitif tanı şansının en yüksek olduğu gün birinci gündür. Genellikle Barlow metodu kullanılır. Bebeği supin pozisyonda düz zemin üzerine (muayene edecek kişinin belli hizasında) yatırmak önemlidir. Kalça ve dizler arasında 90°



Şekil 4.3 yeni doğmuş bebekte kalça muayenesi

açı olacak şekilde, her 2 diz, baş parmak ve 2. – 3. parmaklar arasında her 2 femurun dış trochanterlerinden tutulur. Kalça hafifçe arkaya doğru bastırılı sonra abduksiyona getirilir. Ve dışta kalan parmakla içeri itilir. – eğer kalça çıkığı varsa femur başı eklem boşluğunda itilirken bir takılma hissi alınır. Bu test yavaşça yapılırsa daha iyi sonuç alınır. Bu testi yaparken oldukça nazik olmak çok önemlidir. Ve test sürekli tekrarlanmalıdır. Kalça eklemine zarar vermek çok kolaydır. Muayene veya tedavi sırasında kalça eklemine kesinlikle total abduksiyon yaptırılmamalıdır.

Ortolani (yerleştirme) testi : Ortolani testi ile çıkmış olan kalça eklemi yerine yerleştirilir. Takılma femur başı asetabulumu geçerken oluşur. Bunu hatırlamanın bir yolu da şudur:

ORTOLANI =O,I (out-İ in)

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Lütfen, Barlow ve Ortolani testlerinin sadece neonatal dönemde yapıldığını unutmayın . 6 haftadan itibaren artan kas tonusu nedeniyle bu manevralardan sonuç alınamaz. 6 haftadan sonra kalça çıkığıyla ilgili tek klinik test sınırlı kalça abduksiyonudur.

Ayaklar

Tedaviye ihtiyaç olup olmadığını saptamadaki en önemli faktör ayak eklemlerinin hareketliliğidir. Ayak deformitelerine sık rastlanır ve farklı tipleri vardır.

Tarsus varus: Oldukça sıktır. – neredeyse her bebekte belirli bir derecede vardır. Ayak tarsal eklemden değişik derecelerde içeriye doğru dönüktür. Spontan düzelme kuralıdır. Bazen ise geçici manipulasyon ve masaj gerekebilir.

Kalkaneo Valgus: Bu durum da sıktır ve genellikle post-term doğanlarda görülür bazen kalça dislokasyonu da ilgilidir. Ayak sırtı bacağa çok yakın bir pozisyona gelmiştir. Baldır kaslarının tonusu, ayağın normal pozisyona çekilmesini sağlar genellikle 6-8. haftalar içinde görülür.

Talus equina varus : Bu durum her 100 doğumdan birinde görülür ve erkeklerde 2 kat daha sıktır. Vakaların %50 sinde bilateraldir. Ayağın hem ön hem de arkasını tutan sabit yapısal deformite vardır. Ve baldırın zayıflığı ile ilişkilidir. Erken manipulasyon ve fiksasyon tavsiye edilir.

Ayağın diğer minör anomalileri parmakların üstüste binmesini (genellikle 3. ve 4.) ve beşinci parmağın katlanmasını içerir. Yenidoğanlarda ayak tırnakları henüz tam uzamamış görülür. Bu normal bir fenomendir. Genellikle bu durumların hiç birisi için tedavi gerekmez. Minör varyantlar, minör anomaliler değildir.

- alt bacağın hafiften orta dereceye kadar çarpık olması
- 2. ve 3. ayak parmaklarında hafif sindaktili
- yüzeysel sakral gamze
- testislerde hidrosel
- tek üst palmar çizgi

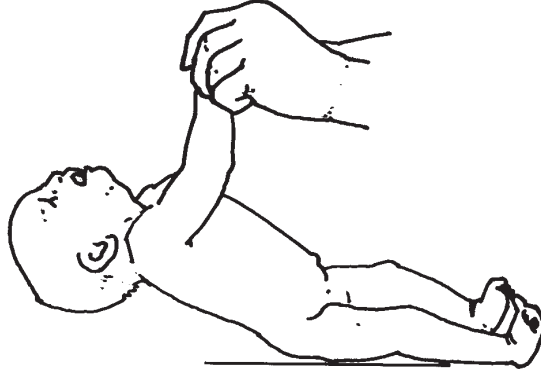
Omurga

Spinal yapıların muayenesi, bebek bir elinizin üzerinde prone pozisyonunda yatarken diğer elle omurga hissedilerek yapılır. Bazen spina bifida veya dermal sinüs saptanabilir. Sıklıkla postanal gamze vardır. Bunun bir önemi yoktur, ve anne bu konuda rahatlatılmalıdır.

Merkezi sinir sistemi

Yenidoğanda bu sistemin muayenesi büyük çocuklardan oldukça farklıdır. Postür, tonus, hareket ve primitif reflekslerin değerlendirilmesini içerir. Bu nedenle birkaç dakika bebeğin gözlenmesine ayrılarak çocuk hakkında bilgi edinmelidir. 37 haftayı tamamladığında makat veya defleksiyon postüründe olması gibi anormal intrauterin pozisyonlar olmadığı sürece postur tamamı ile fleksördür. Ekstremitte hareketleri normal mi, gözlenir. Hareketler titremeden gerginliğe kadar çok geniş bir aralıkta değişim gösterir. Ve her biride normal olabilir. Üst ve alt ekstremiteleri birlikte muayene edin. Fleksör irkilme refleksine bakın ve karşılaştırın eğer şüphe varsa baş orta hatta kalacak şekilde muayene tekrarlanmalıdır. Postür değerlendirmesi yaparken boyun fleksiyon testi de yaparak tonusu değerlendirin. Burada eller sıkıca tutularak bebek çekilir. Ve oturur pozisyona getirilir; baş fleksiyonda olmalı fleksiyonu an be an takip ederek dik pozisyona gelmelidir. Bu önemli bir testtir.

Vertikal suspansiyon bebek her iki aksilasından tutularak değerlendirilir. Normal bebek kendisini bu pozisyonda des-



Şekil 4.4 Boyun çekme.

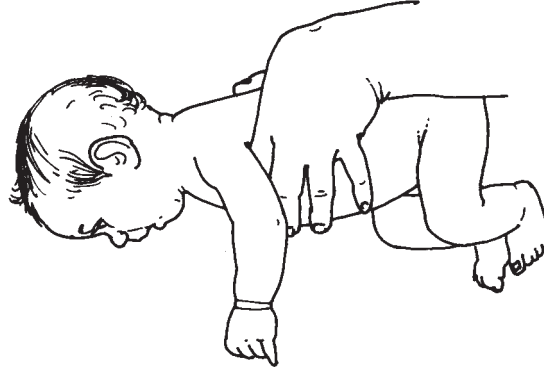
tekleyebilir. İnfantın aşağıya doğru sarkması anormaldir.

Vertikal suspansiyon bebek prone pozisyonda avuç içine alınarak da değerlendirilebilir. Normal cevapta sırt ekstansiyonda kollar ve dizler fleksiyonda kalça ekstansiyonda baş yukarıda ve rotasyondadır.

Supin pozisyonda alt ekstremitte postürü genellikle fleksördür. Kalçalar da hafifçe abduksiyondadır. Term bebeğin supin pozisyonda iken kalçalarının tam abduksiyonda olması hipotaniyi gösterir ve anormaldir.

Bu testlerden birinin ya da daha fazlasının hipotoniye düşündürüyor olması önemli bir durumdur ve doğrulama için muayene 24 saat sonra tekralanmalıdır. Tonus ve postürde belirgin değişiklikler hayatın ilk haftasında saatler içerisinde bile oluşabilir.

Derin tendon refleksi kolaylıkla saptanabilir – özellikle diz tendon refleksi. Ekstremitteyi aynı elle kaldırın ve tendona parmak ucunuzla hafifçe vurun normal bebeklerde intermittan diz klonosu görülebilir. Ve ayağın ani dorsofleksiyonu ile saptanabilir.



Şekil 4.5 Ventral süspansiyon.

Hipotoni belirtileri:

- başın geri kalması
- yukarı kalkarken başın düşmesi
- ventral süspansiyonda "oyuncak bebek" pozisyonu
- tam kalça abduksiyonu

Primitif refleksler

Çok sayıda primitif refleks vardır ve normal bebekte kolaylıkla saptanabilirler. Bunlar yavaşça azalır ve göz kırpma refleksi dışında altıncı ayın sonunda kaybolurlar ilk test kadar iyi cevapları alabildiğimiz sürece bu testleri yapmaya devam edin, tekrarlayın, testlerde alınan cevap azalma eğilimindedir. Göz kırpma cevabı nazal kemerin üzerine hafifçe vurulması genellikle göz kırpma cevabına neden olur. Çok hasta bebekler dışında bu test normaldir.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

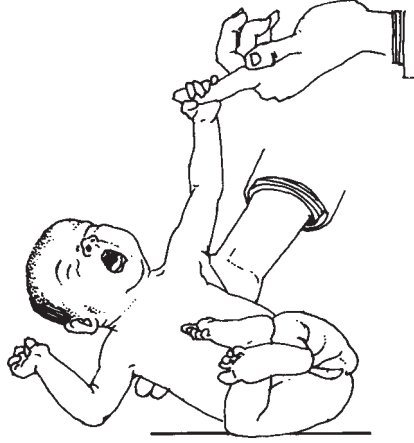
Kardinal bulgular. Bunlar yanak, dudaklar ve ağız çevresindeki cildin duysal uyarılmasını gösterir. Ağız kenarından yanağa parmaklarla bastırmak ve yana doğru ilerlemek bebeğin ağzını açmasına ve meme ucunu aramak için başını o tarafa çevirmesine neden olur. parmak veya meme ucu ağza sokulduğunda normal bebek gayretli bir şekilde (bir önceki beslenme zamanına bağlı olarak) ve uyum içinde emmeye başlar.

Kavrama ve çekme cevabı. Bu konuya daha önce tonustan bahsederken de değinilmiştir. Bu test parmak veya bir kalemin tek taraflı olarak bebeğin avucuna yerleştirilmesi ile yapılır. Bu kavrama ön kol ve omuz kaslarının kasılarak yukarıya doğru çekilmelerine çekilmelerine doğru neden olur. Bebeği yattığı yüzeyden 2-3 cm kalktığı zaman test uygun şekilde

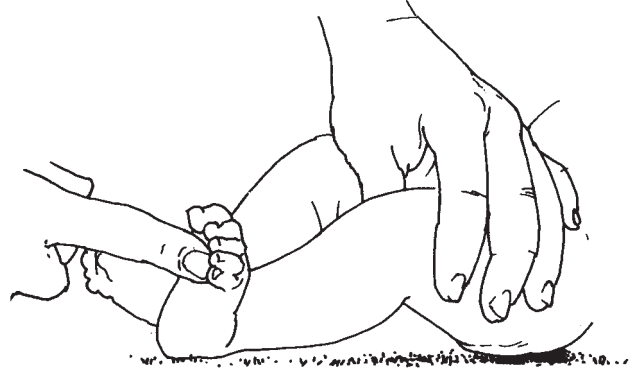


Şekil 4.6 Kardinal noktalar.

yapılmış demektir. İnfant avucunun ulnar yüzeyi hafifçe okşanarak yatırılırsa kavrama hareketini bırakır.



Şekil 4.7 Palmar kavrama ve omuz çekme cevabı.



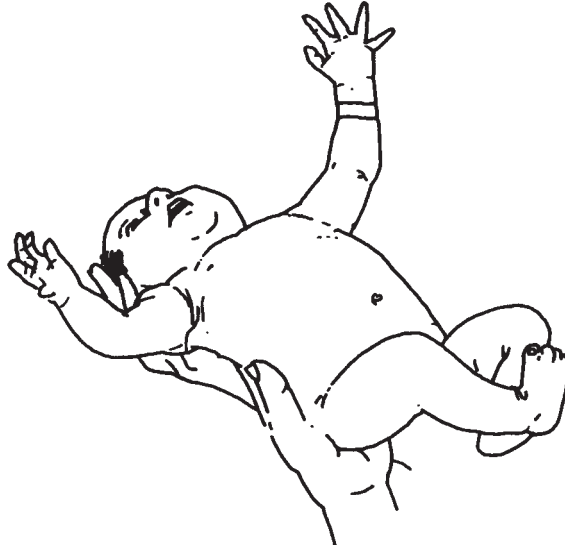
Şekil 4.8 Ayak parmağı kavraması.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Aşağıdaki bahsedilecek testlerde optimal cevabı alabilmek için bebeğin başını orta hatta olmalıdır.

Asimetrik tonik boyun refleksi. Bu test bebeği supin pozisyon-
da düz bir zeminde yatırarak ve başını 90 sağa ve sola çevi-
rerek kolaylıkla yapılabilir. Üst ve alt ekstremiteler yüz tara-
fında ekstensiyon, karşı tarafta ise fleksiyondadır. Yani klasik
olarak eskrim postürü oluşturur.

Moro refleksi. En iyi bilinen ve en sık yapılan testtir. Süt
çocuğu supin pozisyonunda ön kol ve el üzerine yatırılır. Ve baş
diğer elle tutulur. Baş birkaç cm "düşürüldüğünde " cevap
oluşur. Bu hareketi takiben üst ekstremitelerde simetrik ola-
rak sırası ile abduksiyon , ekstensiyon ve fleksiyon oluşur.
Zayıf cevap veya cevapsızlık ciddi bir problemi gösterir. Bu-



Şekil 4.9 Moro cevabı.

nunla birlikte tek taraflı cevap klasik erb parazisini düşündürür. 5 ve 6. servikal kök hasarını (genellikle geçici) düşündürür.

Spinal kavis veya Galant refleksi. Bebeğin tek elinizle kaldırın (ventral suspansiyon testindeki gibi) ve midtorasik alanda aşağıya doğru spinal kasların lateral kenarını sıvazlayın. Bu hareket pelvisin aynı ataraf doğru eğilmesine neden olacaktır. Benzer cevap karşı tarafa uygulandığında da alınmalıdır. çapraz taraf ekstansiyon refleksi bebeğin supin pozisyonda tutarken bir dizini ekstansiyona getirin ve aynı taraf vurun .Bu, hareketi yapan eli "uzağa itecek" şekilde karşı taraf bacağına fleksiyon abduksiyon ve ekstansiyona neden olur. *Ekstensör itme basma ve yürüme refleksi.* Bu hareketler alt ekstremitate fonksiyonları ile ilişkili ve bunların kanıtıdır. Bebek



Şekil 4.10 Basamak refleksi.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

iki el arasında tutulduğunda bacaklar zemine doğru yaklaştırıldığında ve ayak tabanları yere bastırıldığında alt ekstremitelerde ani bir ekstansiyon olur ve ekstansör itme meydana gelir. Bebek aynı pozisyonda tutulurken ayaklar muayene masasının kenarına bastırılırsa fleksiyon cevabı oluşur. bebeğin ayakları muayene masasına 10-20 ° lik bir açı ile yaslanırsa yürüme hareketi oluşacaktır.

Duyma. Yenidoğan döneminde duyma cevabı kabaca saptanabilir. En basit test ağlayan infantın kulağına 3-4 cm uzaklıktan "aaaah" diye bağırmasıdır. Bu genellikle ağlamanın durmasına neden olur. Yüksek gürültüye cevap vermek duymanın kabaca bir göstergesidir. Artık spesifik tarama testleri de yapılabilmektedir.

Görme. Yenidoğan görebilir ve ışık kaynağına doğru dönebilir. Örneğin başını oda veya kabin çerçevesine doğru çevirebilir, supin pozisyonda yüzü muayene edecek kişiye bakabilecek şekilde rahat pozisyonda tutulduğunda yaklaşık 20 cm lik mesafede göz teması kurabilir. Bebeğin önünden 5-6 cm çapında kırmızı bir top yavaşça geçirilirse takip zamanına göre görme alanı saptanabilir. Bu testler zaman, uyumlu bir bebek ve tecrübe gerektirir. Pozitif cevaplı duyma ve görme testleri anneleri oldukça rahatlatmaktadır.

Sonuç

Merkezi sinir sistemi muayenesi için detaylara dikkat edilmesi hastanın katılımı ve bebeğin uygun zamanında olması gereklidir. Bir, iki hatta her üç testin birden değeri henüz tam olarak net değildir. Bununla birlikte yapılan çok sayıda çalışma vardır. Ve en küçük bir şüphe varlığında bile dikkatli ve tekrar tekrar muayene yapılması hem eğitici

Yenidoğan Muayenesi : amaçları

Gün 1 :	1. Genel durumun değerlendirilmesi 2. Normal olanı saptamak 3. Major anomalileri saptamak
Gün 3-5 :	1. Normalliği doğrulamak 2. Minör anormallikleri saptamak 3. Nörolojik durumu değerlendirmek

hem de denemeye değer. Detaylı muayene kaydının sonraki yıllardaki gelişimi takip açısından hayati önemi vardır.

Taburcu olduktan sonra pretem bebek

Çoğunun doğum ağırlığının düşük olması ve immatüritesi genel pediatri kliniklerine çok sayıda klinik problemle getirilmelerine neden olur. Buna bağlı olarak klinik ve gelişimsel değerlendirme her çocuğa özgü farklı alanları hedeflemektir. Gelişim değerlendirmesinde hafta bazında immatürite süresi, postnatal dönemde geçirdiği ciddi hastalıklar ve süresi de göz önüne alınmalıdır. Çocuk 3-4 yaşına ulaştığında bu faktörler daha az önemli hale gelmektedir.

Genellikle 32 haftadan önce doğan bebeklerin çoğu, başlarını bir taraftan diğer tarafa çevirme yeteneği kazanamadıkları için dar ve uzun bir başa sahiptirler. Başın bu şekli gelişimsel durumla ilgili değildir. Muayenede başın boyutları (30 haftadan küçüklerde periventriküler hemoraji siktir) ve ventrikülo-peritoneal şant olasılığı dikkate alınmalıdır. Kas dokusu ve kaba motor gelişim optimümdan daha azdır.- perinatal morbididite nedeniyle. Görme,ince hareket ve sosyal davranış değerlendirmesi gelişim yaşı hakkında faydalı bilgiler verecektir. Pretermelerde duyma bozukluğu sık değildir.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Bununla birlikte kesin sonuçlar veren duyma testleri de mevcuttur.

Oldukça immatür olanlarda çeşitli derecelerde retinopati siktir ve infantların çoğu taburcu olmadan önce göz muayenesinden geçirilirler ve eğer gerekiyorsa tedavi(laser) edilirler. Hemen hepsinde görme problemleri siktir, ve detaylı şaşılık muayenesi de yapılmalıdır.

Bronkopolmoner displazi (BPD) sıklıkla ilk yılda bazen de ikinci yıl boyunca sürer. Bazı infantlar, bronşiolit gibi solunum yolu enfeksiyonu ataklarına daha yatkındırlar. Bununla birlikte normal solunum fonksiyonlarını yavaş yavaş kazanırlar. Dinlenme sırasında taşipnesi olan bebekler muayene sırasında saptanmalıdır. Solunum hızı, özellikle de ilk yılda kullanılan solunum uyarıcılarından (teofilin) etkilenebilir.

Umbilika herniler de sık görülür. Fakat nadiren tedavi gerektirir. İnguinal herni erkek pretermeleri yaklaşık %25 'inde görülür. İnguinal herni tanısı strangülasyon ve obstrüksiyon gibi acil şartlarda konulabilir.

Genellikle gastrointestinal problemler nadirdir. Bununla birlikte eğer bebekte pastnatal periodda nekrotizan enterokolit varsa sonradan sekonder disakkarid intoleransı ve bazı vakalarda da striktürler oluşabilir.

Ciltte skar oluşumu, serum verme alanlarında, göğüs dreni ve özellikle topuktan kan almaya bağlı oluşabilir. Bazen uzun süren trakeal entübasyon yumuşak damağın şeklini değiştirebilir. Bu damak oluşu olarak adlandırılır. Kapiller hemanjiomlar pretem bebeklerde daha sık görülür. İlk büyüme periodundan sonra ilk 2-5 yılda spontan regresyon görülebilir.

Pretermelerde talus equina varus (TEV) görülebilirken gelişimsel kalça displazisi oldukça nadirdir. Bununla birlikte eğer kuvvetli bir aile kalça displazisi anamnezi varsa ilk yıl içinde ileri değerlendirmede yapılmalıdır.

Altı haftalık muayene.

Altı haftalık muayene postnata önemli bir olaydır ve tüm bebekler bu zamanda muayene edilmelidir.

Altı haftalık muayenenin amaçları

1. Beslenme paternini değerlendirme
2. Büyüme ve kilo alımının ölçümü
3. Neonatal dönemde saptanmayan anormalliklerin saptanması
4. Erken gelişimin değerlendirilmesi
5. Bebek-anne bağının sağlanması

Altı haftalık değerlendirmede doğum ağırlığı baş çevresi tepe topuk boyu gibi perinatal detayların tümünün yeniden değerlendirilmesi önemlidir.

Ölçümler

- baş çevresi
- boy
- ağırlık.

Perinatal anamnezde saptanan olumsuzluklar

- asfiksi
- düşük doğum tartısı
- enfeksiyon
- hipoglisemi
- travma.

muayene dikkatli ve nazik bir şekilde yapılmalıdır. Anne veya bakıcının çocuğun kıyafetlerini çıkartmasına izin verme-

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

yin. Bunu muayenenin bir parçası olarak kendiniz yapın ve bebeği hissedin. Eğer mümkünse rahatsızlık vermeden gözleyin ve genel bakıma dikkat edin. Yüzüne bakın – rengi iyi, temiz, döküntü yok, kafa derisi temiz, normal sessiz solunum ve başka bir şey, burnunu çekme veya gürültülü solunum var mı? Dudakların rengi iyi mi? Konjonktivaları nazikçe kontrol edin.

Başı ve fantaneleri kontrol edin, sebore arayın. Eğer infant uyanıksa, 20 cm mesafeden göz teması kurmaya çalışın. Göz teması kurarsanız bebek size gülümseyecektir. Anlamli gülümseme önemli bir dönüm noktasıdır. Eğer bebek ağlıyorsa kulağına düşük bir tonla "aah" dediğinizde ağlamasını kesecektir. Eğer olmazsa ayağa kaldırın ve öne doğru eğin. Ağlama kesilecektir ve gözleri açılacaktır. Sonra yeniden başlayın.

Baş büyümesini kontrol edin, ön fontaneler ve suturları palpe edin. Erken baş kontrolü için bakın. Bebeği oturur pozisyona kaldırdığınızda baş öne düşebilir, fakat eğer sallanıyorsa bu baş kontrolü sayılır. Ekstremitelerine hareketlerine bakın ve tonusunu kontrol edin. Elleri gözleyin- başparmağın abduksiyon, parmakların fleksiyonda olup olmadığına bakın eğer eller yumruk şeklinde ise avucu açın ve palmar kıvrımlarında toz birikip birikmediğine bakın. Avuç derisi terli ve soluktur. Bu ellerin doğumdan beri sıkıca kapalı olduğunu gösterir. Persistan ayak bileği klonusu olup olmadığına bakın moro, asimetrik tonik boyun ve yürüme reflekslerinin kuvvetlenip kuvvetlenmediğini anlamak için primitif refleksleri kontrol edin. Bundan sonra çocuğun üzerindeki kıyafetleri çıkartın-üzerinde sadece bezini bırakın (belirli nedenden dolayı) ve beslenme durumu, solunum hızına ve genel görünüşüne bakın. Dehidratasyon, subkutanöz ve kilo kaybı belirtisi var mı? Ağız nazikçe gözlemleyin ve candida enfeksiyonu kanıtı olup olmadığına bakın. Konjonktival enfeksiyon belirtisi arayın. Parmak uçlarınızı iç kantustan lakrimal kanala doğru gezdirin.

Gelişim göstergeleri

• Kaş çatma	3-6 hafta
• Anlamlı gülümseme	5-8 hafta
• Erken baş kontrolü (5-10sn)	5-8 hafta
• Yüz muayenesinde göz teması	6 hafta (20-30cm)
• Konuşma (ses çıkarma) olabilir (genellikle kardeşi olan çocuklarda)	6 hafta

Nazo lakrimal kanalın geçici tıkanıklığı oldukça sıktır. Burun çekme olup olmadığını kontrol edin, -genellikle önemli değildir fakat oldukça sık bir bulgudur. Bebeğin memelerinde şişme olabilir. Bu bazen bir inflamasyon ve abse oluşumunun kanıtıdır. El ve ayak tırnağı kenarlarının inflamasyon ve enfeksiyonu da (paranişi) oldukça sıktır.

Cilt

Sebore olup olmadığını anlamak için kafa derisine bakın ve bebek bezi dermatiti olup olmadığını kontrol edin. Genellikle yüzdeki "leylek ısırığı izi" solmuştur. Buna ters olarak çilek nevüsler daha belirgin hale gelmiş ve büyümüştür. Cilt solmaya başladıkça porto şarabı lekesi de daha belirgin bir hale gelmeye başlamıştır. Bazen anne sütüyle beslenmeyle ilişkili olarak sarılık devam edebilir. Bununla birlikte sarılığın 6. Haftada yeniden artması kötü bir işarettir ve mutlaka araştırılmalıdır.

Solunum

Bebeğin solunum hızını ve tipini gözleyin: Gürültülü mü? eğer öyleyse nasıl bir gürültü – yüksek, alçak, inspiratuar veya ekspiratuar? Bu yaş grubunda insparatuar stridorun en sık sebebi laringomalazidir. Öksürük alt solunum yolu en-

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

feksiyonu anlamına gelir- düşünülen spesifik anormal sesler, oskültasyonda nadiren saptanabilir.

Kardiyovasküler sistem

Kalp hızı ve nabızlar mutlaka kontrol edilmelidir. Eğer çocuk ağlıyorsa nabız önemli oranda artmıştır. Prekordium ve apeks virusunu kontrol edin. Unutmayın ki bu yaş grubunda tril daha kolay hissedilir. Kalp seslerini hem apekte hem de bazalde dinleyin. İlkinde duyulan birinci, sonrakinde duyulan ikinci kalp sesidir. Üfürüm (sistoliklerin neredeyse tamamı doğaldır) var mı? En iyi nerede lokalize? Başka yere yayılıyor mu? Yüksek sesli mi? Tril var mı? Tüm bunlardan daha önemlisi, süresi ne kadar ve pansistolik mi? Üfürümün önemli olup olmadığına karar vermeye çalışın.

Unutmayın ki selim sistolik üfürüm kısadır. Yüksek perdeli tril yoktur, ve etrafa yayılmaz. Venöz uğultu (oyun çocuklarında daha siktir) bazalde duyulabilir. Juguler ven üzerine basılınca bu ses büyük ölçüde azalır.

Karın

Şekline bakın, distansiyon var mı? Göbeği tamamen iyileşmiş mi? Herniasyon veya rezidüel granülasyon dokusu var mı? Dalak palpasyonu yapın ucu elinize gelebilir. Karaciğer kenarını saptayın (2-3 cm) ve gerekliyse perküsyon yapın bu son muayeneler bebek büyüdükçe gittikçe zorlaşacaktır. Genital bölgeye bakın. Her iki testiste palpable mi? Hidrosel veya inguinal herni belirtisi var mı? Prepusyum deliği yeterince açık mı? Kızlarda labial füzyona dikkat edin. Anüse bakın kan veya fissür olup olmadığını kontrol edin – nadir bir problem değildir.

Kas-İskelet

Büyük çoğunlukla ayaklar normaldir, tarsus varus ve kalkaneo valgus gibi problemler ilk 4 hafta içinde spontan olarak düzelirler.

Kalça muayenesi ilk haftaya göre daha az olmakla birlikte yine de önemlidir. Barlow testini yeniden yapın. Bazı bebeklerde selim aduktor spazm bulunabilir. Kalçayı tam abduksiyona zorlamayın çünkü bu manevra kalça eklemine zarar verebilir. 6. haftada subluksasyon nadirdir.

6 haftalık muayene

6. haftada 3 önemli bölge vardır.

- 1 baş: çok büyük = ? hidrosefali
çok küçük = ? mikrosefali
- 2 Kalp: üfürüm duyabilir.
- 3 Kalça: abduksiyonu test edin

Baştan ayak ucuna kadar tam bir muayene yapmak kolaydır. Altı haftalık bebekler ve anneler de genellikle bu muayeneye katılırlar.

Uyarıcı işaretler: 6 hafta

- Majör maternal anksiyete
- Anormal derecede büyük ve küçük baş
- Hipotoni : zayıf ventral süspansiyon, zayıf boyun traksiyonu
- Persistan iritabilite
- Persistan başparmak abduksiyonu

Akut hastalıklı çocuk

Bebeklerin mortalite oranlarının düzeltilebilmesi için doktorların bilgilerini ve içgüdülerini geliştirmelerinin gereği çok açıktır. Bebekler kendini ifade edebilmek için çok az klinik kelimeye sahiptirler ve aynı semptomları (beslenmeme, kusma, ateş, letarji) menenjit, pnömeni veya idrar yolu enfeksiyonlarını anlatmak içinde kullanırlar.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE



Şekil 4.11 Akut hastalıklı bebek.

Bebekler çok çabuk hastalanabilirler. Doktorlar için sevindirici olan ise uygun şekilde tedavi edildiklerinde hızla iyileşmeleridir. Bebeklerde ilgilenirken annelerin yargılarına ve düşüncelerinde mutlaka başvurulmalıdır. Tekrar edecek olursak hasta bebekte yaklaşımda şunlar önemlidir.

- dikkatli gözlem
- tam muayene
- içgüdüsel şüphe.

Bebeklerin bazı semptomları derhal dikkatimizi çekmelidir. Bunların bazıları aşağıda listelenmiştir. Annelerin bu semp-

tomlara cevap hızı değişkendir. Fakat büyük çoğunluğu bu şikayetlerin ciddiyetini , çocuğun yardıma ihtiyacı olduğunu anlarlar. Bizim ülkemizde anneler bebeklerin iyi hallerindeki değişimi " kendisi gibi değil" cümlesiyle tarif ederler.

Bebeklikte her zaman ciddi olan semptomlar

- yüksek sesli çığlık veya ağlama
- uyku düzeninde değişiklik ve iritabilite
- konvulsiyon
- beslenmeyi reddetme (birbirini izleyen 2 yada daha fazla öğün)
- tekrarlayan kusma
- hızlı ve zorlu solunum
- alışılmadık morarma ve solmaz dönemleri
- >2 mm çapında yaygın purpurik noktalar.

Daha az ciddi olan fakat ihmal edilmemesi gereken semptomlar da aşağıda listelenmiştir. Bu tür semptomları olan hastalar sıkı takip altında tutulmalıdır. Çocuklarının bu durumu atlatabileceğini düşünseler bile aileler için krup, bir anksiyete kaynağıdır.

Bebeklikte bazen ciddi olan semptomlar

- tekrarlayan diare
- uzamış ağlama
- krup (stridor, kaba sesli, havlar tarzda öksürük)
- yüksek ateş 40 °C / 104°F)
- tuhaflığın devamı.

Akut ve ciddi hastalığı olan bebekte ilk yaklaşım onu rahat bir pozisyonda gözlemlemektir. Kalp hızı, solunum hızı ve sıkıntısı, döküntü olup olmaması, renk ve ateşini saptayın. Hasta bebeklerin cildi genellikle alacalı bir renktedir. Solunumları sıklıkla hızlı ve hırıltılıdır. Uzaklara bakarlar. Genellikle santral bölgeleri sıcak periferik bölgeleri soğuktur. Ateşlenince kolaylıkla konvulsiyon geçirebilirler.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Hareketlerini (veya hareketin olmaması) kaydedin. Ekstremitelerini hareket ettirmeyi reddetmesi o bölgede ostemiyelit gibi bir enfeksiyonu düşündürmelidir. Göğüs hareketlerinde farklılık bazen pnömonide görülebilir. Boyunda gerginlik menenjitte görülür. Hareketsiz karın bebeklerde çok önemlidir. Çünkü bu dönemde apandisit ve peritoniti saptamak çok zordur.

Şunlar hakkında da bilgi edinilmelidir:

- hastalığın derecesi
- hidrasyon
- beslenme
- dolaşım.

Detaylı muayeneye başlamadan önce kilo , ateş , nabız hızı ve solunum hızı ölçülerek kaydedilmelidir. Hasta bebekler genellikle pasiftirler ve muayene usulüne göre yapılabilir.

Hastalığın derecesi

Bu yalnızca öğrenilebilir, kitap ve öğretmenler tarafından öğretilemez. Yani zamanınızı acil odası ve polikliniklerde harcamanız. Görün ve değerlendirin. İlgilenin ve unutmayın. Ciddi şekilde hasta mı? Orta derecede hasta mı? Hafif hasta mı?

Hidrasyon

Bu çok kolay ve hızlı değerlendirilebilir. (bakınız sf: 199-201) Saptanması gereken tek şey bebeğin normal hidrate, dehidrate veya daha nadir olarak aşırı hidrate olup olmadığıdır.

Beslenme

Beslenme, çocuğa bakılarak subkutanöz yağ dokusunu hissederek kalçalara ve kas kitlesine bakarak aksilla ve kasıktaki gevşek cilt katlarına bakarak ve tabii ki çocuğu tartarak kolaylıkla değerlendirilebilir. Eğer gerekliyse deri kıvrımı kalınlığı ve orta kol çevresi ölçümü de yapılabilir. Tombul mu? Normal mi? Yoksa az mı beslenmiş?

Dolaşım

Dolaşımı nasıl görülüyor? Dil dudaklar mukoz membranlar ve tırnak yataklarının rengi normal mi? Çocuğun rengi alaca veya siyanoze mi? Çocuğun periferi sıcak mı? Ayaklarındaki venöz dolun hızı yeterli mi? Sıcak ayak parmakları (özellikle de palpabl dorsalis pedis veya posterior tibial nabız ile birlikte) dolaşım durumunu yeterliğinin iyi bir göstergesidir. Atlanmaması gereken bir şeyde akut hastalıklı bebeklerde kan basıncının ölçülmesidir.

Bebeklerde akut hastalık

Medikal hastalık	Cerrahi hastalık
Menenjit	İntussepsiyon
Pnömoni	Apendisit/ peritonit
Ostemiomyelit	İntestinal Obstrüksiyon
Gastroenterit	İnkarsere herni
Septisemi	
İdrar yolu enfeksiyonu	
Krup sendromu	

Basit Gözlemler

Bebeğe basit bir şekilde *bakarak* bir çok faydalı bilgi edinebilirsiniz, örneğin;

- normal bebek
- orta derecede hasta
- normal hidrate
- iyi bakılmış
- muhtemelen anemik
- solunum yolu enfeksiyonu şüphesi

Beslenmeyi reddetme bebeklikte ciddi bir semptomdur. Bunun tersi olarak , iyi beslenen bebekte hasta olabilir. Fakat bu kadar ciddi değildir. Biz aşağıdaki 3 maddede sahip bebeklerin annelerini çocuklarının iyiliği konusunda rahatlatıyoruz.

- iyi görünüyorsa
 - iyi beslenmişse
 - ateş yoksa
- Çocuk iyi demektir.

Korkmuş çocuk

Pediatristlerinde korkusu olan oyun çocukları (1-3) yaş özel ilgi gerektirmektedir. Çocuk muayeneyi imkansız hale getirecek şekilde tırmanır, direnir, bağırır veya kendini kasar. Ona yaklaşırken onu köşeye sıkıştıracak metodlar bulmalısınız. Yavaş, dikkatli ve ilgili olmalısınız. Deneyim ve uzmanlığınız arttıkça onları daha iyi muayene edebilmeyi öğreneceksiniz. Onu annesinin dizleri veya kucağı gibi kendisini güvende hissettiği yerden ayırmayın bu çocuklar baş çevre-



Şekil 4.12. Korkmuş bebek.

lerinin ölçülmesini, kulak zarı veya boğazlarına bakılmasını sevmezler. Bunları en sona bırakın. Onlara her iki ellerini de meşgul edecek şekilde bir oyuncak (veya spatula) verin. Bunların hepsi muayenenizi nasıl yapacağınızı ona öğretmek için, basit bir hilelerdir. Steteskopunu onun dizlerine koyun. Bu onun size kalbini dinlemeniz için izin vermesini sağlayacaktır.

Oyun çocuğuna yaklaşırken hem akıl hemde iç güdüler kullanılmalıdır. Çocuğu uyurken muayene ederekde çok fazla şey öğrenebilirsiniz. Rengini, solunum hızını ve derinliğini gözleyebilirsiniz. Nabzını palpe edebilirsiniz (örn: preaurikuler cilt ısısına bakabilirsiniz. Rahat görünüp görünmediğini gözleyebilir, hidrasyon, beslenme ve dolaşımını (ayak parmağı ısısına bakarak) değerlendirebilirsiniz. Göz ve iç güdülerinizle tanı yapabilirsiniz. Tecrübeli bir gözlemci uyuyan bir çocuğu ciddi şekilde hasta olup olmadığına hızla karar verebilir. Bazı çocuklar sessiz görünmelerine ve hasta olmalarına rağmen gerekli muayeneye karşı gelirler. Daha keyifli olduğu bir zamanda tekrar deneyin.

John Apply (ünlü bir pediatrist) “eğer çocuk ağlarsa bu benim hatamdır” demiştir. Biz bu düşünceye tam olarak katılmıyoruz. Oyun çocukları çok hassastırlar ve farklı yüzler ve steteskopa karşı toleransları azdır. Bazen muayeneleri imkansız, gerçekten kopmuş çocuklarla da karşılaşacaksınız. Bu durumda yapamadığınız muayeneleri de kaydetmelisiniz.

Fundoskopi – imkansız

Kan-basıncı ölçülmedi (ağlıyor)

ve sonra tekrar denemelisiniz. Değerlendirmenin bazı anahtar noktalarından sayfa 227-228 de bahsedilecektir.

4 FARKLI YAŞ GRUPLARINA GÖRE MUAYENE

Kaydedilecek sayılar (Vital bulgular)
Boy Kilo Baş çevresi Nabız (kalp hızı) Solunum Kan basıncı (nerede uygunsa) Pik ekspiratuar akım hızı (nerede uygunsa) Vücut ısı

5

Sistemik muayene



Göğüs 81
Kardiyovasküler sistem 97
Karın 109
Glant muayenesi 121
İmmün sistemin klinik
değerlendirilmesi 123

Kulak, burun, ağız ve boğaz 123
Cilt, saç ve tırnaklar 130
Nörolojik muayene 138
Kas – iskelet sistemi 157
Gözler 173
Cerrahi 182

GÖĞÜS

Bebek ve oyun çocuklarının doktora getirilmelerinin tek başına en sık sebebi özellikle kulak, burun, ağız ve boğaz olmak üzere üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Bununla birlikte iyi bir gözlemci sadece bakarak ve dikkatle dinleyerek alt ve ya üst solunum yolu enfeksiyonu ayırımını yapabilir. Öğrencilerin çoğu ellerini ve steteskoplarını işin içine karıştırmaya çok heveslidirler. Ancak geride durmak ve gözlemek daha iyidir. Solunum paternini, solunum işini ve solunum hızını gözleyin. Ekspiratuar ek sesler için dinleyin, öksürüğün tipini saptayın. Bebeğin ağzında köpüklenme veya burun kanatlarında açılıp kapanma var mı? Wheezing var mı? Beslenebiliyor mu? Çocuğun rengi nasıl?

5 SİSTEMİK MUAYENE

Anamnez

Solunum yolu enfeksiyonu anamnezi öksürük, wheezing stridor, beslenme azlığı ve ateş gibi semptomların kombinasyonundan oluşur. Şiddetli vakaların çoğunda hızlı solunum, hırıltı, siyanoz, huzursuzluk ve bazen de bayılma bulunabilir.

Viral ve bakteriyel enfeksiyon ayrımını kişisel olarak yapmak çok zordur. Bununla birlikte "Lightwood'un Kuralları" dediğimiz bazı özellikler ayırmada kullanılabilir: Bakteriyel enfeksiyon lokalize kalma eğilimindedir. Tek kulak bademcik, akciğer lobu. Bununla birlikte viral enfeksiyonlar yayılma eğilimindedir. Yaygın virüs enfeksiyonuna kızamık iyi bir örnektir. Kırmızı gözler, kırmızı kulaklar, kırmızı boğaz, kırmızı cilt ve eğer bakabilirsiniz kırmızı trakea. "Toksosite"yi klinik olarak tanımlamak zordur. Şiddetli bakteriyel enfeksiyonu olan çocuklar daha "toksik" olma eğilimindedirler. Daha hasta, daha durgun, daha alacalı renklidirler.

Üst solunum yolu enfeksiyonunu ayırmaya çalışmak faydalıdır. Fakat unutulmamalıdır ki. ÜSYE ve ASYE bir arada bulunabilir.

Semptomları başlangıç önceliğine göre sıralamak önemlidir. Örneğin:

- 4 gün öksürük
- 2 gün zayıf beslenme
- 2 gündür ateş
- 1 gündür wheezing
- 1 gündür dispne

Şunları sormak önemli olabilir:

- Önce hangisi başladı?
- Öksürük mü wheezing mi?
- Gittikçe kötüleşti mi ?
- Çocuk iyi rengini koruyor mu?

- Biberonunu tutabiliyor ya da kendi kendine yiyebiliyor mu?

Solunum sistemi muayenesinin komponentleri inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oksültasyondur. Bunlardan inspeksiyon özellikle de bebeklerde kesinlikle en değerli olanıdır. İnspeksiyon sırasında sadece görmez aynı zamanda dinlersiniz de. Biz deneyimlerimizle şunu saptadık ki: Öğrenciler pediatri konusunda tecrübe kazandıkça muayene odasının kapısında bile, solunum yolu enfeksiyonu olan bebekleri tanıyabilmektedirler.

Palpasyon ve perküsyon alt solunum yolu enfeksiyonu olan bebek ve oyun çocuklarında çok ta faydalı uygulamalar değildir. Karaciğer, düzleşmiş diyafram tarafından aşağıya itilmiştir. Trakea nadiren yer değiştirmiştir hepatik ve kardiyak matitenin gösterilmesi çok faydalı değildir. Lober pnömonide perküsyonla matite sesi alınması da bebeklerde nadirdir. Şunun da altını çizmeliyiz ki yukarıdaki özellikler sadece bebekler için geçerlidir. Büyük çocuklarda palpasyon ve perkülasyonun geleneksel faydaları "erişkin" tıbbındaki gibidir, ve çok önemlidir.

İnspeksiyon

İnspeksiyon yorumları da içermeli ve kaydedilmelidir:

1. Renk
2. Çocuk nasıl davranıyor, rahat mı? Solunum gürültülü mü? Solunum sıkıntısı var mı? Solunumu için çok zorlanmasına rağmen durumu stabile mi?
3. Rahat edebildiği pozisyon nedir?
4. Solunum hızı – çocuğun yaşı için normal olan nedir? (aşağı bakınız)
5. Göğüs hareketi simetrik mi? Göğsün bir tarafı farklı mı hareket ediyor?
6. Göğüs şekli: Göğsü dar veya fıçı şeklinde mi? Pektus ekskavatus (kunduracı göğsü), pektus karinatus (güvercin göğsü) veya Harrison oluğu var mı?

5 SİSTEMİK MUAYENE

Gerekli terimler: solunum

Taşipne	=Solunum hızında artma
Dispne	=Zahmetli veya zorlu solunum
Hiperpne (Hiperventilasyon)	=Solunum derinliğinde artma
Ortopne	=İstirahat halinde dispne

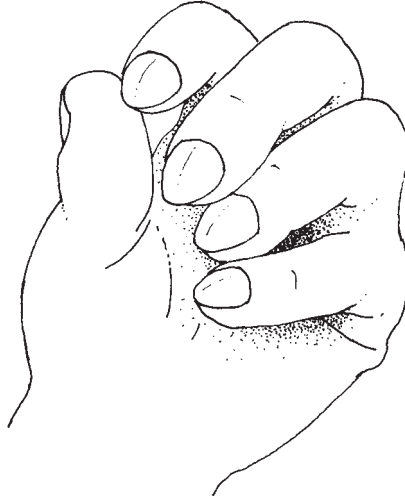
Normal solunum hızı (istirahatte)

Yaş	Normal Aralık (Solunum/ dk)	Hızlı
Yenidoğan	30-50	>60
Süt çocuğu	20-30	>50
Oyun Çocuğu	20-30	>40
Çocuk	15-20	>30

Taşipne tanımlaması (WHO Kriterleri)

Süt çocuğu	<2 ay > 60	solunum/dk
Süt çocuğu	2-12 ay >50	solunum/dk
Çocukluk	> 12 ay >40	solunum/dk

- Ekspirasyonda dudaklarda büzülme var mı?
- Solunum sırasında burun kanadı hareketleri veya hırıltı var mı?
- Solunum hareketlerinin tipi. Normal solunum göğsün içe ve dışa hareketi sırasında sessizdir.
- Dispne? Bu istirahat halinde solunum çabasının artması ile saptanır. Solunum işinin artması subrasternal , interkostal ve subkostal çekilme ile gösterilir. Tek taraflı çekilme ise bazen lobar pnömoni veya yabancı cisim inhalasyonunda görülür.
Solunum sayısı ve hızındaki artış infantlerdeki pnöminin en önemli işaretidir.
- Parmaklarda çomaklaşma var mı? Çocuklarda el ve ayak parmaklarında çomaklaşma genellikle siyanotik konje-



Şekil 5.1 Parmakta Clubbing

Gerekli terimler: göğüs şekilleri

pektus karinatus	= çıkıntılı sternum, güvercin göğüs
pektus ekskavatus	= belirgin sternal depresyon
Harrison oluğu	= kaburgalarda çıkıklık ile alt göğüste içine çökme (diyafragmatik çekilme)

nital kalp hastalığı veya kronik süpüratif akciğer hastalığına sekonderdir. Eğer çomaklaşma konusunda emin değilseniz ayak başparmağına bakın. Çomaklaşma ayrıca ailesel veya kronik diare ile ilişkilidir de olabilir. Clubbing olan parmaklarda cilt ve tırnak yatağı arasındaki aç kaybolmuş ve her iki yönde konveks yapı artmış, gaga ya benzemiştir ve transvers fluktuasyon gösterir.

12. Balgam varlığı: küçük çocuklarda balgam incelemesi yapmak nispeten zordur. Ancak kistik fibröz gibi kronik sü-

5 SİSTEMİK MUAYENE

püratif akciğer hastalığı olan çocuklarda oldukça önemlidir. Süt çocuklarında öksürük prodüktif olarak değerlendirilirse de balgam yutulduğundan görülemez. Maunsell (1839) durumu tam olarak tanımlamıştır: " küçük çocuklar incelenebilecek tüm materyalleri daima yutarlar ve bu nedenle tanı her zaman için zordur. " Balgamın yutulması öksürüğü takiben kusan çocukların bu durumundan sorumludur. Öksürük sonrası kusma tipik olarak boğmacada da görülür.

13. Bazen göz kapakları yüz ve boyunda şiddetli öksürük ataklarını takiben travmatik peteşiler görülebilir. Bunlar ayrıca uzamış ağlama veya lomber ponksiyon sırasında da oluşabilir.

Palpasyon

Palpasyon göğüs genişlemesi ve simetri açısından bilgi verir. Göğüs genişlemesi okul çocuklarında yaklaşık 3-5 cm olmalıdır.

Trakeanın pozisyonu da belirlenmelidir. Trakea deviasyonu bebek ve okul çocuklarında nadirdir.

Lokal firemitus ağlama sırasında bebeğin göğüs duvarının palpasyonu ile değerlendirilebilir. İletilen sesler palpe edilebilir.

Perküsyon

Perküsyon nazikçe ve her iki taraf karşılaştırılarak yapılmalıdır. Bebek ve okul çocuklarında perküsyonla alınan ses erişkinlere göre daha derindir. Bebek ve okul çocuklarında detaylı perküsyon gerekli değildir. Bununla birlikte okul öncesi ve okul çocuklarında perküsyon erişkinlerdeki gibi yapılmalıdır.

İlk bakışta astım?

Astımlı çocuklarda şunlar vardır:

- hızlı solunum (içeri-dışarı göğüs hareketlerinden çok yukarı aşağı hareketler)
- derin inspirasyonda omuzların kulaklara doğru yükselmesi
- alt göğüste Harison oluşu varken üst göğüste çıkıntı

Skaltasyon

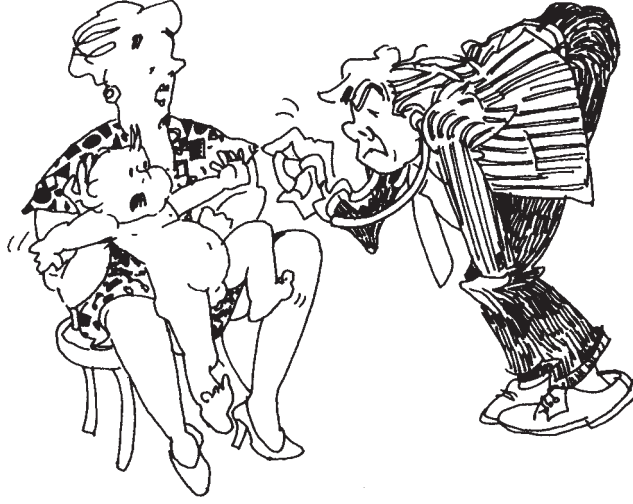
Steteskop

Steteskop tercihen pediatrik diafram ve çan içermelidir. Ancak öğrencilerin çoğu her amacı için steteskopun diyafram kısmını kullanmaktadırlar. Çan kısmı süt çocuğu, oyun çocuğu ve çocuklarda daha faydalı olan parçadır.

Çan en iyisidir

- Çan daha küçüktür- erişkin steteskopunun diyaframı ne onatal veya bebek göğsünün büyük bir alanını kaplar
- Çan daha ılıktır –diyafram çok soğuk olabilir.
- Çan göğüse daha kolay uyum sağlar.
- Çan yüzeye bağlı sesleri daha az iletir, ve düşük perdeli sesleri daha iyi ulaştırır. Hatta göğüs doktorlarının steteskoplarında diyafram yoktur. Göğüs oskültasyonunda yaygın diyafram kullanımı istenmeyen bir olaydır. Diyafram özellikle kardiyak bulgular ve sesler için tasarlanmıştır.

Oskültasyon steteskop kulağa takılarak yapılır. Her zaman öksürüğün tipini çok dikkatli dinleyin ve çok dikkatli bir şekilde tanımlayın. Hırıltı olup olmadığını dinleyin. Ekspiratuar hırıltı pnömonik olayı düşündürür. Duyulabilir wheezing genellikle ekspiratuardır ve bronşit , bronşiolit veya bronkopnömo-



Şekil 5.2 Doktor, diyafram soğuk olabilir.

ni gibi oldukça değişik alt solunum yolu enfeksiyonlarında duyulabilir. uzamış ekspirasyonla birlikte ekspiratuar wheezing akut astım ile ilişkili brankospazm için tipiktir.

Unutmayın ki, steteskop bebeklerde çok da güvenilir bir alet olmayabilir. Bazen göğüs radyografisinde pnömoni bulguları varken bebeğin göğsünü dinlemekte tamamen temiz bulunabilir.

Yansıyan sesler hakkında söylenecek birkaç söz vardır. Sıklıkla bebeklerde özellikle de balgamlı olanlarda duyulurlar ve öğrencilerde karışıklığa neden olurlar. Yansıyan sesler orofrenksten göğse yansıyan seslerdir ve infantlar ve oyun çocuklarında sıktır. Bu sesler üst solunum yollarında özellikle de orofrenkstekteki sekresyonlar arttıkça şiddetlenirler. Aspirasyon, oksuruk ve tedavi bu sesleri temizleyebilir. Bu sesler kaba olduğundan ilk dinleyişte öğrenciler tarafın-

dan plevral sürtünme ile karıştırılabilir.

İnfanntın ince göğüs duvarı bir taraftan diğerine sesin iletilmesini kolaylaştırır ve alışık olmayan kulakların solunum seslerinin şiddetinin artmış olduğu izleniminin olmasına neden olur. infantlardaki solunum sesi bronkoveziküler karakterdedir. Okul öncesi ve okul çocuklarındaki solunum sesleri erişkinlerdekine benzer şekilde vezikülerdir.

Plevral sürtünme okul öncesi çocuklarda nadir bir bulgudur.

Dışarıdan duyulan sesler

Wheezing = ronküs= sürekli = kurues=hışıltı

Crankle = krepitasyon = kesintili ses = yaş ses.

İnfanntlarda *wheezing* daralmış hava yollarından hava geçişine bağlıdır, ve bu daralma şu sebeple oluşur:

1. mukozal ödem
2. aşırı mukus
3. bronkospazm.

Bunlar arasında bronkospazm en az önemli olanıdır. Yapılan bir çok çalışma 1 yaşından küçük çocuklarda bronkodi-latatörlerin yeterli etkisi gösterilememiştir. Wheezing çok çeşitli göğüs enfeksiyonlarında görülebilir. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

Akut bronşit terminolojisinde tam bir uzaklaşma pek yoktur. Biz " wheezy bronşit" ile " spazmodik bronşiti" snomin

Wheezing ile ilişkili solunum enfeksiyonları (WARI)

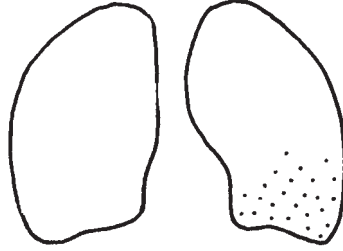
- Akut larengotrakeabronşit
- Akut bronşit
- Akut bronşiolit
- Akut bronkopnömani

5 SİSTEMİK MUAYENE

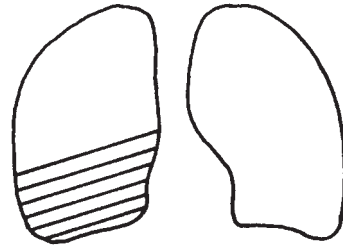
olarak kabul ediyoruz. "Kış bronşiti" terimi ise faydalı değildir. İnfantların çoğunda wheezing nadirdir ve enfeksiyonla birlikte. Wheezing tekrarlıyorsa doğru terim "astım" veya "Astmatik bronşit" tir. Tekrarlayan wheezingin diğer sebepleri ise aspirasyon sendromları, yabancı cisim, kistik fibrozis ve trakeal kompresyondur.

Solunum sistemi de dahil olmak üzere pek çok sistem için bir bulguya bağlı olarak bir şekil oluşturmak yararlıdır. Şekil 5.3 ve 5.4 te buna dair örnekler gösterilmektedir.

Ronkus (Wheezing, kuruses) ve kreptitasyon (krankle, ral, yaş ses) çocuklarda erişkinlerden farklı değildir. Burada tanımlanmayacaktır. Bununla birlikte infantlarda ronkusun bronkopazmdan çok ödem veya mukus ile daralmış hava yolundan



Şekil 5.3 Sol Bazal Kreptitasyon



Şekil 5.4 Sağ orta ve alt lobda konsolidasyon

havanın geçişine bağlı olduğunu da unutmamak gerekir.

Solunum yolu enfeksiyonlarına tanısal yaklaşımda solunum yollarını üst, orta ve alt olarak ayırmak faydalıdır. Bugün çizelgelerde daha kolayca bir tanı olarak "ÜSYE" veya "Göğüs" enfeksiyonu ifadesini görmekteyiz. Bu ifadeler net değildir. Ve klinik değerleri yoktur. Daha spesifik davranmak gerekmektedir. en azından altı tane ÜSYE ve " göğüs enfeksiyonu vardır. Benzer olarak modern "Pnömoni " teriminde bunlara denk tutulmaktadır.

"Krup" terimi tanısal anlamda kullanılmaktadır fakat değildir. Krup kelimesi İskoç' ça da gaklamak kelimesinden gelmektedir. Ve genellikle havlar tarzda öksürük ve kaba sesin eşlik ettiği inspiratar stridor şeklinde tanımlanır. Krup'un en-

ÜSYE: üst solunum yolu enfeksiyonu		
rinit	otit	sinüzit
tansillit	mastoitit	farenjit

feksiyon, allerji ve yabancı cisim gibi pek çok sebebi vardır.

" Göğüs enfeksiyonu " tanısı , tıp öğrencileri ve doktorlar

Krup: orta solunum yolu enfeksiyonu
spazmatik larenjit
larengotrakeo bronşit (LTB)
epiglottit (supraragloti)

için de değerli değildir. " Alt solunum yollarını tutan çok sayıda enfeksiyon vardır.

Akut solunum yolu enfeksiyonu tanısı, bulguların biraraya

ASYE : Alt Solunum yolu enfeksiyonu		
trakeit	pnömoni	bronşiolit
bronşit	bronkopnömoni	ampiyem

5 SİSTEMİK MUAYENE

getirilmesine ve yorumuna bağlıdır. Deneyimlerimiz bize şüpheli bazı durumların bebeklikte değerli bulguları olduğunu göstermektedir. Bazı örnekleri aşağıda örneklenmiştir.

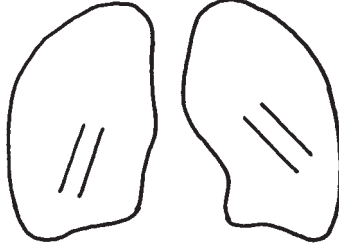
Bazıları *homurtuyu* " oto PEEP" (otomotik pozitif, ekspirasyon sonu basınç " tanımlanmaktadır).

Bazı göğüs bulguları

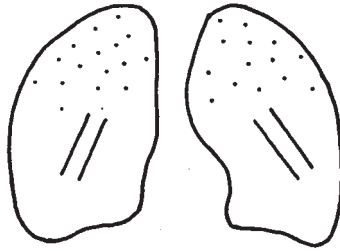
Bulgu	Durum
Krup	Larenjit ,LTB
Wheezing	Wheezy bronşit
Dolu Göğüs	Bronşit
Dalgalanma Homurtusu	Bronkopnömoni

1. *Plöritik ağrı*: pnömonisi olan çocuklar bazen keskin ve şiddetli plöritik ağrıdan yakınır. Bu bulgu bölgeyi saptamada yeterlidir. Küçük çocuklar etkilenen bölgeyi gösterebilirler. Plevral sürtünme çocuklarda özellikle de okul öncesi çocuklarda oldukça nadirdir.
2. *Pnömotoraks*: akut astım veya şiddetli öksürük atakları olan (örneğin boğmaca) çocuklarda bazen komplikasyon olarak küçük pnömotoraks veya pnömomediastium oluşabilir. Pnömotoraks genellikle klinik olarak gösterilemez bununla birlikte oskültasyonda duyulan sesin kardiyak sistolle eş zamanlı olması karaktersitiktir.
3. Astımda bazen *subkutanöz anfizem* de görülebilir. Kardinal klinik bulgular üst ön göğüste klavikula üstünde veya boyunda çıtırtı hissidir.
4. Astımlı çocuklar bazen de boğazlarındaki kaşıntıdan yakınır.

Whezy bronşit	
Semptom	Bulgu
Öksürük	Taşipne, çekilme
Wheezing	Eşlik eden wheezing
Hafif ateş	Bilateral ronkus
Değişken seyir	



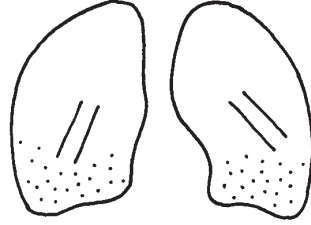
Bronşiolit	
Semptomlar	Bulgular
Öksürük	Ağızda köpüklenme
Wheezing	Solunum zorluğu
Hızlı solunum	Göğüste aşırı havalanma
Zayıf beslenme	Yaygın kreptasyon
	Bilateral ronkus



Şekil 5.6 Bronşiolit.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Bronkopnömoni	
Semptomlar	Bulgular
Öksürük	Burun kanatlarında açılıp-kapanma
Wheezing	Hırıltı
İritabilite	Solunum zorluğu
Ateş	Tek veya iki taraflı krepatasyon
Zayıf beslenme	Bazen ronküs



Şekil 5.7 Bronkopnömoni

5. *Trakeal ağrı* akut bakteriyel trakeitinin önemli bulgusudur.

Kitaplar sınıflama ve basitleştirme eğilimindedirler. Bronşiolit ve bronkopnömoniyi pratikte ayırmak zor olabilir. Bunları birbirinden ayırmanın en iyi yolu göğüs radyografisi ve periferik beyaz hücre sayısıdır.

Öksürüğün niteliği

Öksürük kuru veya balgamlı (prodüktif) olabilir. Prodüktif öksürük bronşial mukozadaki inflamasyon veya enfeksiyona bağlı oluşur. Tekrarlayan veya sürekli olan kuru öksürük üst solunum yolu iritasyonu veya bronş duvarındaki yabancı cisim veya ekstrinsik kitleye bağlı oluşabilir. Balgamın miktarı ve görünüşü 5 yaşından küçük çocukların balgamlarını yuttukları unutulmadan değerlendirilmelidir. Temiz, mukoit balgam veya yapışkan inatçı balgam genellikle asti-

mın göstergesidir. Yeşil, sarı, gri (kirli) balgam varlığı genellikle enfeksiyon varlığını gösterir. Hemoptizi gelişmiş ülkelerde çocuklarda nadir görülen bir fenomendir. Buna karşılık ilerlemiş kistik fibroziste görülebilir.

Öksürüğü dinleyin ve tanımlamaya çalışın. Aşağıda sık duyulan bazı özellikler listelenmiştir.

- krup öksürük: stridor ve hırıltı ile ilişkili havlar tarzda
- boğmaca öksürüğü: inspiratuar nefes durması, uzamış zorlu öksürük ötme sesi ile sonlanma, öksürüğü takip eden kusma
- göğüsten gelen: nemi, sıvı, prodüktif öksürük öksürük

Altta yatan solunum probleminin saptanması için öksürüğün zamanı ve tipi önemlidir.

Öksürüğün Tipi Ve Zamanı :	
Öksürük	Şüphe
Nonprodüktif Nokturnal	Postnazal akıntı, astım
Egzersiz sırasında	Astım
Paroksizmal	Boğmaca, Yabancı cisim
Beslenme sırasında veya sonrasında	Aspirasyon
Sabahları prodüktif	Kistik fibrozit astım
Yavaş ama kaba	Trakeit
Uyku sırasında yok	Psikojenik

Bakteriyel veya viral hastalık

Bazı klinik genellemeler aşağıdaki kural dışı durumlar dışında viral hastalıkları , bakteriyel hastalıklardan ayırabilme-yi sağlar:

1. Viral hastalıklar bir çok alana yayılma eğilimindedir. – boğaz kulak, cilt. Tipik örneği kızamığın yaygın kızarıklığıdır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

2. Bakteriyel hastalıklar bir alanda lokalize kalma eğilimin dedirler.- Akciğer lobu, tek eklem, abse. Bununla birlikte bakteriyemi ve sepsis te oluşabilir.
3. Bakteriler iltihap oluşturma eğilimindedirler. Örneğin, foliküler tonsillit. Bununla birlikte enfeksiyöz mononükleoz yumuşak tonsiller eksuda oluşturur.
4. Çocuklar şiddetli bakteriyel enfeksiyonlarda daha toksik olma eğilimindedirler. Pnömonokok pnömosine eşlik eden delirium buna tipik örnektir.

Aşağıdaki hastalıklar tanıları koyulduğunda güvenle viral olarak kabul edilebilirler:

- Rinit
- Farenjit
- Laringotrakeobronşit
- Bronşiolit
- Wheezy bronşit

Sistemik viremi olan bebekler ya da/okul çocukları genellikle, düşkün görümlü, gözleri kızarmış ve sulanmış, burunları akan, döküntülü ve sıklıkla da kaba öksürüklüdürler.

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM

Her 100 yenidoğan bebeğin 1 tanesinde görülen konjenital kalp hastalıkları en sık karşılaşılan ikinci defektir. Konjenital kalp hastalıklarının yaklaşık yarısı neonatal dönemde saptanabilirken geriye kalanlar ileri yaşlara kadar belirti vermeyebilirler – bu da her yaştaki rutin muayenenin önemini göstermektedir. 10 tanesi sık görülmek üzere tanımlanmış 40 kadar konjenital kalp hastalığı (KKH) vardır. Kolaylık olsun diye bunları aşağıdaki gibi sınıflandıracamız:

Siyanotik KKH :	büyük damarların transpozisyonu Fallat tetralojisi pulmoner atrezi
Potansiyel siyanotik KKH (Sol-Sağ şantlı):	atrial septal defekt vantriküler septal defekt patent duktus arteiosus
Obstrüktif KKH:	aort koartasyonu pulmoner stenoz aort stenozu

Bebeklikteki konjenital kalp hastalığı ile ilişkili Konjestif kalp yetmezliğini düşündüren *septom* ve *bulgular*:

1. Taşipne (solunum hızı > 50-60 dk istirahatte)
2. İstirahatte veya beslenmede sonrası dispne. Dispne nede niyle beslenmeyi bitirememek karakteristiktir.
3. Terleme. Bebeğin yattığı çarşafın üzerinde başının etrafın da "halo işareti" gibi terleme halkası oluşur.
4. Kalorik alıma göre beklenenden fazla kilo alımı
5. Taşikardi (kalp hızı > 140-160 / dk istirahatte)
6. Hepotamegali.

5 SİSTEMİK MUAYENE

7. Gallop ritmi
8. Siyanoz, özellikle de santral. Bebeğin %100 oksijen tedavisi altında değerlendirmek kardiyak sebebi respiratuar sebepten ayırmayı sağlar.

Not : Pulmoner krepatasyon ve ödem kalp yetmezliğinin geç bulgularıdır.

<i>Ateş ve kalp/solunum hızı</i>
1 °C † kalp hızında artış : 10 vuru/dk
1 °C † Solunum hızında artış : 4 nefes/dk

Kardiyovasküler muayeneye yaklaşım

Perifenden başlayın ve kalbe doğru ilerleyin. Siyanoz, çomaklaşma, solunum güçlüğü, anemi veya polisitemi arayın bebek boynun kısa olması nedeniyle juguler venöz nabız ve basıncı değerlendirmek zordur.

Biz bu durumda John Apley'in muayene yaklaşımına katılıyoruz: "Kulaklarınızdan önce gözlerinizi ve ellerinizi kullanın. Kalbi ensone bırakın ve sıra ona geldiğinde de en sonokültasyon yapın".

Nabız

Nabız, radial, brakial ve femoral arterlerin üzerinden hissedilebilir. Tercihen parmak uçlarınızı kullanın, eğer zor geliyorsa baş parmağınızı kullanabilirsiniz. Fakat bu istenen bir durum değildir. Femoral nabız palpe etmek zordur fakat mutlaka aranmalıdır. Yoksa aort koarktasyonu gözden kaçırılabilir. Eğer femoral nabzın azaldığı düşünülüyorsa radyo-femoral gecikme belirtileri arayın- yüksek kalp hızında bunu belirlemek zor olabilir. Dorsalis pedis nabzının palpasyonu, bebeklerde koarktasyonu ekarte ettirir. Periaurikuler nabız, uyuyan infantlarda kolaylıkla palpe edilebilir.

Nabız volümü

Nabızın volümü normal, küçük yoksa dolgun mu? Normal volümü değerlendirebilmek için parmak pulpası veya ucuyla çok sayıda nabız palpe edilmiş olmalıdır. Dolgun nabız volümü, geniş nabız basıncına bağlı oluşur ve en iyi radial nabızda hissedilir. Neonatal ve bebeklerde ayak nabızlarının kolay palpasyonu artmış nabız basıncının göstergesidir.

Zayıf veya küçük nabız volümü, nabız basıncında azalmayı gösterir. Sıklıkla hipotansiyon ve infantlarda şok öncesi dönemde görülür. Pulsus paradoksus, solunumla birlikte nabız volümünde değişiklik saptanmasıdır.

Nabız hızı

Nabız hızı yavaş ve maruz kalınan stress, ateş, egzersiz ve heyecana göre değişiklik gösterir. Değerlendirilmesi basittir. Fakat nabızın dikkatli gözlenmesi romatizmal ateşin erken bulguları olan (a) sabit taşikardi (uyku ve uyanıklık nabızları arasındaki değişim yok) ve (b) sinüs aritmisi kaybını ortaya çıkartabilir.

Vücüt ısısındaki her 1°C lik artış için nabız hızı yaklaşık 10 vuru/dk artar.

İstirahatte normal kalp hızı		
Yaş	Ortalama Hız	Normalin Üst sınırı
0-6 ay	140	160
6-12 ay	130	150
1-2 Yaş	110	130
2-6 yaş	100	120
6-10 yaş	95	110
10-14 yaş	85	100

5 SİSTEMİK MUAYENE

Normal nabız varyasyonları

- Sinüsa ritmisi – inspirasyonda nabız hızında artma, ekspirasyonda ise azalma olur. Çocuklarda oldukça sıktır.
- Bazen ektopiler- olabilir.Önemsizdir.
- Çocuk ve adolesanlarda , özellikle de iyi yüzücülerde bradi kardi (nabız hızı < 60 /dk)
- Heyecanlanmaya bağlı hafif taşikardi; örneğin klinik muayene veya hastaneye müracaat sırasında görülebilir.

Kan basıncı

Bu aşağıda anlatılacaktır. Postural hipotansiyon çocuklarda nadir bir bulgudur. Postural hipotansiyon (otururken ayağa kalkınca sistolik kan basıncında 20 mm Hg düşme) hipovolemimin önemli bir bulgusudur.

Konjenital kalp hastalığı olan bebe ve çocuklarda kan basıncı rutin olarak ölçülmelidir. Biz hastaneye veya kliniklere başvuran tüm çocukların, hasta bebek ve yenidoğanların hepsinin kan basıncının ölçülmesini öneriyoruz.

Renk

Santral siyanoz kolaylıkla saptanabilir. Uzamış santral siyanoz, polistemiye bağlı olarak paletorik bir görünüşe neden olur. Şiddetli siyanozu olan çocuklar bazen. Periferik rezistansı arttırmak pulmaner venöz dönüşü arttırmak ve kanın soldan sağa şantını arttırmak için, egzersiz sonrası çömelme pozisyonu alırlar

Çomak parmaktan sayfa 84-85 de bahsedilmiştir.

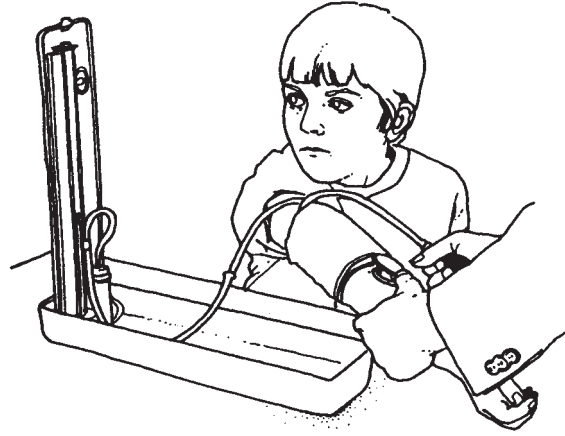
Kan basıncı

Çocukların kan basınçlarıyla ilgili en belirgin durum ölçülüyor olmasıdır.Çocukların çoğunda tansiyon ölçülmez, veya ciddi şekilde ölçülmez .

Bebek ve çocuklarda kan basıncını ölçmek genellikle zor ve zaman alıcıdır ve sonuçlar genellikle normaldir. Çocuklarda kan basıncı ölçümü dikkat ve tecrübe gerektirir ve seçilecek manşon 3-13 cm genişliğinde olmalıdır.

Teknik

Kan basıncı sağ koldan ölçülmeli.
Çocuk tercihen ayakta veya oturuyor olmalı.
Çocuk rahat olmalı. Ağlarken ölçülen kan basıncı doğru sonuç vermez.
Üst kola uyan en geniş manşonu seçin.
İç lastiğin üst kolu tamamen sardığından emin olunmalıdır.
YD ve bebeklerde doppler ultrasonografi yapılmalıdır. Büyük çocuklarda standart oskültatör sfigmomanometri kullanılmalıdır.
Kol -Kalp ve sfigmomanometri aynı horizontal düzlemde tutulmalıdır.



Şekil 5.8 Çocuklarda kan basıncı ölçümü.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Diastolik basınç tercihen sesin hafiflediği (faz 4) noktada ölçülür. Çocukların %5 inde sesin hafifliği tam olarak saptanamaz. Böyle durumlarda faz 5 i diastolik basınç olarak kayıt edin. Eğer faz 4 (hafifleme) ve Faz 5 (seslerin kaybolması arasında belirgin fark) varsa her ikisininide kaydedin.

Kan basıncıyla ilgili pozisyonları kısaca belirtebilirsiniz:



Ayakta



Oturarak



Yatarak

Hangi kolu ve kullandığınız manşon ölçüsünü de kaydedin.

Çocuklarda artmış kan basıncının en sık rastlanan nedeninin anksiyete ve hatalı ölçüm tekniği olduğunu unutmayın. Tek bir seferlik artmış değer bir önemi yoktur. Ölçüm bir çok kez tekrarlanmalıdır. Hastaneye ilk başvuruda ölçülen kan basıncı güvenilir değildir. Çocuklarda anksiyete ve obezite kombinasyonu kan basıncını yanlış olarak yükseltebilir. Çocuğa civanın iniş çıkışını izlettirmek dikkatini dağıtmak adına oldukça faydalıdır.

Yenidoğanlarda, özellikle de eğer çocuk hasta ise doppler ultrasonik veya Ossillometrik yöntemler kan basıncını tam ve doğru saptamak konusunda daha faydalıdır.

İnfanlarda sabırlı ve azimli olunursa standart oskültatuar yöntemler kullanılabilir. Genellikle oyun çocukları kan basınçlarını ölçtürmeyi sevmezler ve bu yaş grubuna ait doğru bilgilerin edinilmesi zordur.

5 yaşından itibaren çocuklarda kan basıncı kolaylıkla ölçülebilir ve bazı araştırmacılar en az yılda bir kez ölçülmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Anormalliği saptamak şart değildir. Önemli olan normalliği görmektir. Manşon genişliği değişkendir. İhtiyaca göre 7 cm, 9 cm, 11 cm ve 13 cm kullanılabilir. Biz sabit bir kural olarak kolu tamamen sarabilecek ve rahat

Normal Sistolik Kan Basıncı

Yaş (yıl)	Sistolik KB (mm Hg)	Standart Sapma	Normalin Üst Limiti (+ 225)
0,1 (neonatal)	60 – 70	10	90
1-4 (oyun çocuğu)	90	10	110
6	100	10	120
8	105	10	125
10	110	10	130
12	115	10	135
14	120	10	140

Farklı olarak 6 yaşında sistolik KB = 100 mm Hg . KB her yaş için yaklaşık 2.5 mm Hg artar (çocuklarda kan basıncı kontrolü özel çalışması raporundan alınmıştır. Pediatri 1977 sf: 803.)

Standart sapmalar ve diğer rakamlar kolaylaştırmak için yuvarlanmıştır. Rakamların hiç birisi özel çalışma değerlerinden belirgin oranda farklılık göstermemektedir.

Normal Diastolik Kan Basıncı

Yaş (Yıl)	Diastolik KB (mm Hg)	Standart sapma	Normalin Üst limiti (+255)
2	62	8	78
4	64	8	80
6	66	8	82
8	70	8	86
10	72	8	88
12	74	8	90
14	76	8	92

Veya 60 + yaş = çocuklarda yaklaşık ortalama diastolik kan basıncı kontrolü özel çalışması raporundan alınmıştır. (Pediatri 1977 59:803)

Standart sapmalar ve diğer rakamlar kolaylaştırmak için yuvarlanmıştır. 12 yaşına kadar "kızlar" ve "erkekler" in kan basıncı arasında belirgin bir fark yoktur.

bir şekilde kola oturacak en geniş manşonu kullanmaktayız. Çocukların kan basıncı ölçümü konusunda şüpheleri olabilir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Kan basıncı ölçümünde sık görülen hatalar:

- uygulama hatası
- manşonun çok küçük olması
- sinirli ağlayan çocuk
- sistolik KB sırasında titreşim – eğer faz 1 veya faz 5 i duyamazsanız manşonu söndürün ve yeniden başlayın.
- otomatik makinelere aşırı güven

Kalp

Nabız sayısı, volümü, renk, solunum hızı ve gücü kontrol edilerek kalbe doğru ilerlenir. Burada da inspeksiyon palpasyon perküsyon ve oskültasyon becerisi kullanılır. Bunlar sadece uygulanabilecek çocuklarda tavsiye ediyoruz.

İnspeksiyon

Araştırılması gereken 2 major konu vardır:

- prekordial çıkıntı
- görülebilir ventriküler kasılma

Prekordial çıkıntı sternum ve kaburgaların göğüse aşırı havalanmış görüntüsü verecek şekilde öne doğru kabarmasına sebep olur. Sağ ventrikülün kasılması Ksifoid altında görülebilir. Sol ventrikül kasılması (veya apeks vuruşu) zayıf, hiperdinamik dolaşımı (ateş veya heyecanlanmaya bağlı) olan ve gerçek sol ventrikül büyümesi olan çocuklarda sıklıkla görülebilir.

Palpasyon

Palpasyon, sağ ve sol ventrikül büyümesini saptamak, palpable sesleri ve üfürümleri değerlendirmek için apeks vuruşunun olduğu lokalizasyona uygulanır. Palpe edilmesine üfürümlerin tril denir.

Sağ ventrikül büyümesi en iyi parmak uçları sternumun sol kenarında 2.;3 ve 4. kaburgaların arasına koyularak hissedilir. Bazıları sağ ventrikülü değerlendirirken o taraftaki ellerini kullanırlar. Sağ ventrikül hipertrofisindeki anormal palpasyon vuru veya yükselme olarak isimlendirilir. Zayıf çocukların göğüslerinde hafif bir sağ ventrikül vuruşu alınabilir. Bu normal bir bulgudur. Apeks vuruşu infant ve oyun çocuklarında midklavikuler hatta (veya meme başı) 4. İnterkostal aralıkta bulunur. Tombul bebek ve oyun çocuklarında lokalizasyon zor olabilir. Eğer apeks vurusu lokalize edilmiyorsa dektrokardi veya perikardial efüzyon (her ikisi de oldukça nadirdir) düşünülmelidir.

Okul çocuklarında apeks vurusu midklavikuler hatta 4. -5. Sol interkostal aralıktadır. Sol ventrikül hipertrofisi yaygın kuvvetli ve yer değiştirmiş apeks vurusuna neden olabilir. Bu his elin kaldırılması olarak tanımlanabilir. Tril palpasyonu her zaman önemlidir. Suprasternal çentikteki tril koarktasyon veya aort stenozunu düşündürür. Palpabl kalp sesleri genellikle bu seslerin belirginleşmesi (genellikle pulmoner ikinci ses) anlamına gelmektedir. Palpasyon kalbin aktif veya hiperdinamik olduğunu gösterir.

Perküsyon

Biz kalp perküsyonunu çok da faydalı bulmuyoruz. Bununla birlikte siz sınavlarda sorulduğunda kalp perküsyonunu gösterebilirsiniz. Teknik erişkinlerdeki ile aynıdır.

Oskültasyon

Oskültasyon, önceden de bahsettiğimiz gibi en sona bırakılmalıdır. Eski bir atasözünde dendiği gibi " önce sesler, ikinci olarak üfürümler" Öğrenciler aksi ispat edilene kadar duydukları üfürümleri sistolik olarak kabul etmelidir. Eğer siz yüksek kalp hızına rağmen sütçocuklarında diastolik üfürüm saptayabilirsiniz, bu, siz oskültasyon konusunda iyi eğitilmişsiniz demektir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Dinlerken:

- çocuğun ağlamadığından emin olun
- hem çan hem de diyaframı kullanın (tercihen pediatrik boy)
- hastayı oturur ve yatar pozisyonda dinleyin
- solunumsal değişiklik varsa kaydedin

Önce sesler. Birinci ses en iyi apekte ve çanla, ikinci ses ise en iyi bazalde ve diyaframla duyulur. İnfantlarda birinci ses ikincisinden daha şiddetlidir. Hafiflemiş 1. Ses karditin erken bir bulgusudur. Birinci seste çiftleşme olabilir.

İkinci ses çocuklarda normalde çifttir. Bu çiftleşme fizyolojiktir ve inspirasyonda genişler. Bazı çocuklarda üçüncü kalp sesi de normal bir bulgu olabilir.

Üfürümler. Öğrenciler için pediatrik üfürümler 2 probleme neden olurlar:

- sürekli üfürüm duymak
- önemli ve masum üfürümleri birbirinden ayırmak

Üfürüm için dinlerken dışarıdan gelecek tüm sesleri önleyin ve hem diyafram hemde çam kullanarak tüm kalp alanlarında birinci ve ikinci sesler arasını *dikkatlice dinleyin*. Üfürümler subjektif olarak 1-5 arası derecelendirilir. Biz aşağıdaki basit sistemi öneriyoruz.

Üfürüm Derecelendirilmesi

- | |
|--|
| Grade 1: ancak duyulabilir, masum |
| Grade 2: yumuşak, değişken, genellikle masum |
| Grade 3: duyulması kolay, orta, tril yok |
| Grade 4: yüksek, herkes tarafından duyulabilir, tril var |
| Grade 5: tren sesi gibi, çok önemli, tril var |
| Grade 6: stetoskop gerektirmez tril var |

Evre 4-6 arası üfürümler her zaman ciddidir. Evre 1-2 genellikle masumdur. Evre 3 ise orta derecelidir. Üfürümün süresi de önemlidir. Pansistolik, ciddiyet; midsistolik ise masumiyet düşündürür.

Masum üfürümler çocukluk döneminde oldukça sıktır. (Ayrıca fizyolojik, ejeksiyon veya akım üfürümü olarak da bilinirler) çocukların %50 sinde duyulurlar. Ayırıcı bulguları aşağıda listelenmiştir.

Masum Üfürümler: Alışılmış bulgular

- midsistolik
- hafif kuvvette (Grade 1-3)
- lokalize
- zayıf iletilir
- müzikal veya titrek karakterde
- pozisyon veya solunuma göre değişken.
- kalp hastalıklarının diğer bulguları ile ilişkisiz.

Önemli üfürümler: Alışılmış bulgular

- pansistolik
- tüm prekordiuma yayılır
- yoğunluğu hafifleten şiddetliye (grade 4-6)
- tril ile ilişkili
- başka bulgular da eşlik eder örn:ventrüküler büyüme
- diastolik üfürüm

Probleme neden olabilen bir masum üfürüm de *venöz uğultudur*. Bu düşük perdeli sürekli bir gürültüdür ve en iyi sağ klavikula altında duyulur. Genellikle dik oturulduğunda şiddetlenir, yatarken azalır ve internal jugular ven üzerine basınç uygulandığında ortadan kalkar.

Öğrenciler için büyük bir sorun da önemli üfürümleri masum üfürümlerden ayırmaktır. Tüm üfürümler uygun şekilde tanımlanmalıdır. Sistolik diastolik, şiddet, süre maksimal yoğunluk noktası yayılım vs. Diastolik üfürümler ço-

5 SİSTEMİK MUAYENE

cuklarda nisbeten nadirdir. Ve eğer duyulurlarsa tekrardan dikkatle dinlenmeyi gerektirir. Eğer bir öğrenci üfürümün önemli olduğunu saptarsa, ondan sonraki basamak orjinini saptamaktır. Buna karar verirken renk, nabız, ventriküler kasılma, kalp sesleri ve üfürümün karakteristiği göz önüne alınmalıdır. Mezun olmadan önce öğrenciler iyi bir üfürüm eğitim ve öğretimi almalırlar. Eğer tanı için veriler yetersizse aşağıdaki ip uçları yardımcı olabilir.

- Siyanoz + üfürüm genellikle Fallot tetralojisi
- Siyanoz + üfürüm + operasyon muhtemelen fallot tetralojisi veya büyük arterlerin transpozisyonu
- Pembe + kuvvetli palpable edilemeyen femoral nabız muhtemelen aort koarktasyonu
- Sürekli düşük perdeli üfürüm patent duktus arteriosus ihtimali
- Pembe +kuvvetli sistolik üfürüm olası VSD (en sık rastlanan doğumsal kalp hastalığı)

Kardiyak üfürümün özelliklerini gösteren bir grafik çizmek iyi bir uygulamadır. (Şekil 5.9)



Şekil 5.9

Karın

Bu bölümde karının rutin muayenesini genital bölge ve rektumda dahil ederek anlatmayı amaçlıyoruz. "Akut cerrahi karın" da palpasyon ve oskültasyonu önermiyoruz. Önce kusma hakkında bir şeyler söyleyeceğiz.

Kusma

Tanımlamayı gerektirir. Miktar deyince annelerin ve nbakıcıların kusma miktarını abarttıklarını unutmamak gerekir. Sıklığı ve zamanlaması nasıldır? Ne içerir? Sindirilmiş süt, kan, besin safra? Zorlanma var mı? Yoksa kendiliğinden mi oluyor? Projektil kusmayı regürsitasyondan ayırmaya çalışın. Küçük tükürmeleri gerçek kusmadan ayırın . Tüm bebekler bazen kusarlar. Kusma beslenmeyle ilişkili mi? Beslenme miktarı uygun mu? Kustuktan sonra acıkıyor mu " kusmaya rağmen hala aç " tanımlaması pilor stenozu için karakteristiktir. Kusma onu rahatsız ediyor mu? Kusma annesini rahatsız ediyor mu? Bunun için bir şey yapmış mı?

İnspeksiyon

Oyun çocukları ve çocuklarda ayaktayken karın genellikle dışarıya doğru çıkıktır. Deneyimli doktorlar bile normal bir şiş göbeği patojik olandan ayırmakta zorlanabilirler. Abdominal şişkinlik genellikle ayaktayken görülen abartılı bir lordozla ilişkilidir.

Okul çocukluğu yaşında normalde solunum abdominal tiptedir. Küçük umbilikal herniler sık rastlanılan bir bulgudur. Rektus kaslarında hafif ayrılma (uzaklaşma) normaldir. Venlerde genişleme görülebilir. Beslenmesi bozuk infantlarda bazen barsak ansları farkedilebilir.

Epigastrik herniler nadirdir. Buna zıt olarak inguinal herniler özellikle de erkek çocuklarda sıktır. Bazen karın içi kit-

5 SİSTEMİK MUAYENE

leler de görülebilir. Aileler banyo sırasında çocuklarında kitle saptayarak Wilms tümörü ile hastaneye başvurabilirler. Görülen bir operasyon izi varsa bu da not edilmelidir.

Karın distansiyonu genellikle gaza bağlıdır. Basit bir perküyon distansiyonu solid, veya kistik bir oluşuma, ya da gaza bağlı olup olmadığının ayırımında yardımcı olabilir.

Abdominal distansiyon nedenleri:

- yağ
- sıvı
- feçes
- gaz
- organomegali
- kas hipotani
- aşırı lordoz

Palpasyon

Palpasyon oldukça önemlidir. Ve karın palpasyonu yapılırken bebek ve çocuk rahat olmalıdır. Gerekli olan; sabır, beceri ve dikkattir. Eller mutlaka sıcak olmalıdır. Çocuğu ağlatmaktan kaçınınız; bazen infantları emeklerken de muayene etmek zorunda kalabilirsiniz. Bazı oyun çocukları ayakta duruken karınlarını palpe etmenize izin verirler. Fakat önce onları yatırmayı denemelisiniz.

Karın palpasyonunun amaçları şunlardır:

1. Normal karın yapısının araştırılması
2. Karın organlarındaki büyümenin saptanması
3. Karında kitle veya sıvı varlığının araştırılması

Dalak muayenesi

Dalak sol üst karın kadranında bulunur ve normalde bebeklerde sol kaburga sınırının 1-2 cm aşağısına kadar palpabledir. Yumuşaktır ve inspirasyonda parmakların ucuna vurur.



Şekil 5.10 Oyun çocuğu otururken karın palpasyonu

Büyümüş dalak solunumda hareket eder. Perküsyonda matite verilir. Çentiği vardır, ve yukarıya doğru itilemez. Dalağı içeriye doğru bastırmayın. Sağ elinizi nazikce karın üzerine koyun sol elinizle alttan desteklerken dalağın elinize gelmesini sağlayın. Dalak boyutu kaburga kenarından itibaren cm olarak kaydedilmelidir. Eğere umbilikus altından başlamaz ve yukarı doğru yavaşça ilerlemezseniz çok büyümüş dalakları atlayabilirsiniz. Dalak çentiği bazen görülebilir. Kronik büyümelerde dalak genellikle sertleşmiştir. Nadiren hassastır. Dalak umbilikusa doğru medial, sol iliak fos-



Şekil 5.11 Dalak palpasyonu.

saya doğru aşağıya büyüyebilir. Bebeklerde dalak doğrudan olarak aşağıya doğru büyüme eğilimindedir.

Karaciğer palpasyonu

Karaciğer infantlarda nispeten en büyük organdır. 2-3 yaşlarına kadar sağ kosta kenarından 1-2 cm aşağıya doğru uzanır. Karaciğer büyüdüğü zaman infant ve çocuklarda kolaylıkla palpe edilebilir. Kenarı yumuşaktır, ve solunumla aşağı doğru hareket eder.

Karaciğer palpasyonu yaparken sakın bastırmayın. Bu karın kaslarının gerilmesine sebep olur. Palpasyon yaparken parmak uçlarınızı veya işaret parmağınızın yanını karın üzerine hafifçe koyun ve solunum hareketlerinin karaciğeri parmaklarınıza getirmesini bekleyin.

Karaciğer büyümesini parmaklarınızla değil cm olarak ölçün. Karaciğer matitesini perküste etmek ve tüm karaciğer

boyutlarını cm olarak ifade etmek, kaburga altından uzanan kenarın seviyesini ölçmekten daha iyidir.

Bununla birlikte üst sınırı saptamak kolay değildir. 6-12 yaşlarında çocuklarda karaciğer boyu 6-12 cm boyundadır.

Normal boyutlardaki karaciğer, bronşiolitte olduğu gibi diyafram tarafından aşağıya doğru itilebilir.

Kaburga kenarından aşağı uzanan karaciğer büyümesi bebeklerde konjestif kalp yetmezliğinin oldukça faydalı bir göstergesidir. Karaciğer büyümesi başlangıç halindeki kalp yetmezliğinin en erken bulgusu olabilir.

Çocuklarda hepatomegalinin depo hastalıklarından tümörlere kadar pek çok sebebi vardır. Karaciğer hassasiyeti bazen akut hepatitte görülebilir.

Özet olarak karaciğer aşağıdakilerle karakterizedir.;

- sağ hipokondriumda palpe edilebilen kenar
- solunumla hareket



Şekil 5.12 Karaciğer palpasyonu

5 SİSTEMİK MUAYENE

- perküsyonda matite

Pediatride karaciğer üzerinde palpabl nodüleer ve duyulabilir üfürüm oldukça nadirdir. Karaciğerin küçüklüğünün (veya atrofi) çocuklarda klinik olarak gösterilmesi, karaciğerin kendisinde anormallik olmadığı sürece, imkansızdır.

Böbrekler

Bazı araştırmacılar tersini savunsa da infant ve çocuklarda böbrekleri palpe etmek kolay değildir. Biz bu konuda deneyimsiz öğrencilere şunu söylüyoruz. " Eğer böbrekleri palpe edebilirsiniz muhtemelen büyümüşlerdir."

Hipotenik yenidoğanda böbrekler (özellikle de alpol) palpable ve ballotabl olabilir. Böbrekler solunumla hareketlidir. Kenarları yumuşaktır ve yukarı doğru hareket edebilir. Böbrekler en iyi bimanuel muayene edilir, baş parmakların kullanıldığı önden yaklaşım tekniğini pek önermiyoruz. Yenidoğan böbreğinin normal fetal lobulasyonu klinik olarak değerlendirilemez

Yenidoğanlarda böbreğin büyümesi bilateral veya unilaterale olabilir. Eğer unilaterale konjenital mezonefroma/ nefroblastoma (Wilms), multikistik displazi, hidronefroz veya renalven trombozu (üreteral valve sekonder) veya konjenital nefrotik sendromu gösterir.

Mesane

Mesane , yenidoğan ve sütçocuklarında palpe edilebilirler ve dolu olduğunda kolaylıkla perküte edilir. Hatta çok dolu mesane bazen görülebilir.

Genital bölge

Genital organların inspeksiyonu ve muayenesi bebek, oyun çocuğu ve okul çocuklarının rutin muayenesinin bir parçasıdır. İnspeksiyonla palpasyondan daha fazla şey öğrenilebilir.

Erkeklerde normal (veya normalden sapmaları)görmek için penis, skrotum ve testislere bakılmalıdır. " İnmemiş testis" lerin çoğu retraktıl testislerin tekrar muayenesi sırasında saptanmaktadır. Soğuk ellerle yapılan acele bir muayene de kremaster refleksinin aktifleşmesini sağlayabilir. Eğer bu şekilde yaklaşırsanız testisler kendilerini korumak için büzüşürler çalışırlar. Testislere saldırmayın.

Üretral delik glandın ucunda normal yerinde mi? Eğer değilse epispadias (dorsal açılma) veya hipospadias (ventral açılma) olabilir. Hipospadias glanduler (sık), penil (nadir) veya perineal (çok nadir) olabilir. (Bakınız sf 56).

Erkek

Peniste büyüme bazı endokrin ve nörolojik durumlarda görülür. Konjenital adrenal hiperplazide penis büyük fakat testiküler hacim normaldir. Küçük penisin en sık nedeni normal penisin yağ ile örtülmesidir. Gerçek mikropenis (penilcilt ve üretra çok az palpe edilebilir) oldukça nadirdir. Normal penils uzunluğu ve çevre ölçüsü alınmalıdır.

Skrotum inspeksiyonunda normal kıvrımlar ve testisler görülür. Oyun çocukları ve çocuklarda testisler en iyi ayakta muayene edilir. Diğer bir seçenekte çocuğu masaya yatırmak ve sonradan çömelmiş pozisyona geçmesini istemektir.

Çömelme pozisyonu kremasterik refleksin baskılanmasını sağlar. Retraktıl testis vakalarında çok değerlidir.

Küçük, düz, gelişmemiş skrotum inmemiş testisin önem-

5 SİSTEMİK MUAYENE

li bir göstergesidir. Eğer inmemiş testisin konusunda emin değilseniz muayeneyi tekrarlayın. İnmemiş testis preterm infantlarda sık bir bulgudur.

Normal testikuler hacim bilgisine doktorların çoğu sahip değildir. Ama normalliği değerlendirebilmek yeterlidir. Prader (Zürih'den) testiküler volüm değerlerini gösteren bir arşidometre (veya testiküler tespih) üretmiştir.

Testiküler volümün farkında olmak önemli olabilir. Örneğin lösemili çocuğu değerlendirirken (testisler nüks bölgesi olabilir) veya testis torsiyonunun cerrahi düzeltilmesi sonrası (testis büyümesi normal mi?)

Skrotum büyümesi testis büyümesine hidrosele (transiluminasyon) veya inguinal herniye bağlı olabilir. Hidrosel yenidoğanlarda oldukça sıktır.

Kızlar

Kızlarda genellikle vulva inspeksiyonu yapılır. Labial mukozaya yapışıklığı nadir değildir. Eğer yabancı cisim şüphesi sekşüel istismar şüphesi, vajinal akıntı gibi klinik endikasyonlar yoksa vajinal palpasyon genellikle yapılmaz.

Preterm infantlarda klitoris belirgindir. Kanlı postnatal vajinal akıntı ("yenidoğan döneminde") normal bir olaydır. Uterus ve overler normalde bebek ve çocuklarda palpable değildir.

Gerekli terimler : karın

atrezi	= kapalı lümen
omfalosel (exomfalos)	= kese ile kaplı karın içi organları içeren orta hat hernisi
gastroşizis	= kesesiz paramedion herni
urakus	= mesane ve umbilikus arasında embriyolojik bağlantı

Asit muayenesi

Yenidoğanda asitin özellikleri şunlar olabilir:

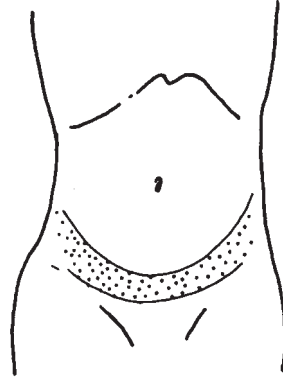
- hidrops, ve kalp yetmezliğindeki gibi transüda
- peritonitteki gibi eksüda
- safıralı (ana safıra kanalında rüptür)
- idrar (mesanenin spontan veya travmatik rüptürü)
- şilöz (lenf kanalı rüptürü)

Yukarıdakilerden transüda en sık görülenidir. Asit ayrıca kronik karaciğer hastalıklarında ve çocukluk döneminin nefrotik sendromuna eşlik ederek de görülebilir.

Asiti gösterebilmek genellikle muayene eden kişiye bağılıdır ve önemli bir klinik beceri gerektirir.

Aşırı asit:

- inspeksiyonda belirgin olabilir.
- karın gergindir.
- umbilikus dışı çıkıktır.



Şekil 5.13 Asitli sıvının dağılımı.

5 SİSTEMİK MUAYENE

- ciltte belirgin basınç işaretleri vardır
- karın yanlara doğru taşkındır.
- cilt ödemli görünür
- vulva veya skrotum doludur.

"Sıvı titreşimi" güvenilir bir bulgudur, ve çok obez çocuklarda gözden kaçabilir. Daha güvenilir, bir bulgudur ise yer değiştiren matite dir. Matite ararken perküsyon timpanik bölgeden (yukarıdan) matiteye (aşağı) doğru yapılmalıdır. Eğer karnın yan tarafında matite saptanıyorsa çocuğu yan tarafa yatırarak perküsyonun rezonansa dönüştüğünü gösterilmelidir. Asit matitesinin dağılımı "at nalı" şeklindedir. Matide kontrolü yapılmadan önce çocuğun 30-60 sn yatması sağlanmalıdır. Asitli çocuğun karnı "jöleli karın" şeklindedir ve bu karında serbest hareketli sıvı hissidir.

Rektal muayene

Rektal muayene çocuklarda rutin değildir. Yapmadan önce çocuğa ne yapacağınızı her zaman açıklayın. Bunu yapmaktan nefret ettiğinizi ama zorunlu olduğunuzu söyleyin. Her zaman bir kayganlaştırıcı kullanın. Çocuğu mümkün olduğu kadar rahatlatın. Rektal muayene en sık akut karın, kronik kabızlık ve rektal kanamada yapılır. Küçük çocuklar (infantlar ve neonateller) için küçük parmağınızı büyük çocuklar için işaret parmağınızı kullanın. Çocuğun bacaklarını yukarı çekerek yan tarafına yatırın. Rektuma her zaman alt taraftan yaklaşın ve parmağınızı sokmadan önce perianal bölge inspeksiyonu yapın. Bazen solucan-kurt deri parçaları veya sarkan polipler görebilirsiniz. Çocuklarda hemoroid nadirdir. Kalçaları birbirinden ayırdığınızda anal fissürleri görebilirsiniz. Anal fissürler sıklıkla saat 6-12 hizasındadırlar. Cilt ekleri eşlik edebilir.

Parmağınızı anüse yerleştirdiğinizde anal tonusu kolaylıkla değerlendirilebilirsiniz. Parmağı sıkı dar anüs anal stenozu düşündürür. Genişlemiş anüs ise genellikle miyelomeningosel veya diastematomiyeli gibi bir alt spinal lezyonun göstergesidir.

Rektum muayenesi sırasında öncelikle şunlar aranmalıdır :

- kitle (feçes, polip, teratom)
- lokal abdominal hassasiyet
- muayene eldivenine bulaşan kan veya başka bir şey

Çocuklarda "akut abdomen apandisit" de klinik durumun değerlendirilmesinde rektal muayenenin değerine dair farklı cerrahi düşünceler vardır. Biz , herhangi bir hassasiyet (retroçekal apendikte) ve bazen de apendiks kitlesi saptamanın çok faydalı olduğunu düşünüyoruz.

Rektal prolapsus ve çekal polip pediatri hastalarında nadir bir bulgudur. Çocuklar yabancı cisimlere her tür orifislerine soktuklarından rektal yabancı cisimlere oldukça sık rastlanır. Anneler bazen rektumdan düşen yuvarlak solucan veya şeritleri getirebilirler. Bunlar uygun inceleme için alınmalıdır.

Çocuklarda iç çamaşırları ve perianal bölgenin inspeksiyonu fekal bulaşma veya kirlenme için önemlidir. Rektal muayene kabızlık ile rektumun aşırı miktarda sert dışkı ile dolduğu aşırı dolum inkontinansı (yalancı daire) ayırımını da sağlayabilir.

Perfore olup olmadığını anlamak için her yenidoğana anüs inspeksiyonu yapılmalıdır. Özellikle mekonyumu vajinal fistülden gelen kızlarda inperfore anüs kolaylıkla gözden kaçabilir. Hirschsprung hastalığı neonatal intestinal obstrüksiyonun sebepleri arasındadır. – gazın patlar gibi serbest kalmasının karakteristik olduğu söylenebilir.

Perianal bölgeye vurulduğunda anüsün kasılmasıyla oluşan "anal büzüşme" veya anokutanöz refleksi spina bifidalı infantlarda araştırılmalıdır.

Çocuk cinsel istismarı

Çocuk cinsel istismarı sıklığının belirlenmesi, doktorların çocuklardaki normal ve varyant genital ve anal görüntüyü bilmesine bağlıdır. Biz bu konuyu bu kitabın dışında olduğuna inanıyoruz çünkü bize göre normal ve anormal bulgular en iyi fotoğraflardan ve videolardan görülerek öğrenilebilir. Önemli olan öğrencilerin ve doktorların normal girim ve hymen görüntülerini ve varyantlarını tanımalarıdır. Normal anal görünüş oldukça değişkendir. Kontipasyon etkilerini penetratif seksüel istismardan ayırmak gereklidir. Refleks anal dilatasyon (kalçaları ayırınca anüste genişleme) her zaman anormal veya patolojik değildir.

Diğer anormal bulgular

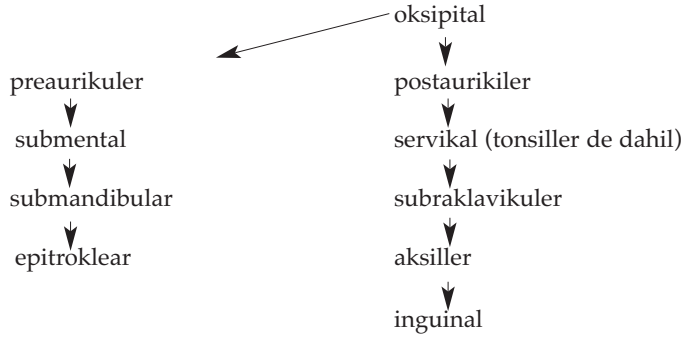
1. *Fekal kitleler* merkezde veya sol alt karın kadranında hissedilebilir mobil ve ağrısız olduklarından bazen "fekal taş" adını da alırlar. Özellikle de şiddetli serebral hastalıklı hareketsiz çocukların çok sık kabız olacağını unutmayınız.
2. Midedeki trikobezear'ın (saç topu) çocukları rahatsız etmesi nadir bir bulgudur.
3. Tümörler Büyük tümör kitleleri nefroblastom, nöroblastom kistik teretom, hepatoblastom veya mezenterik kiste bağlı oluşabilir. Bunlar sıklıkla infantlarda ve oyun çocuklarında görülürler.
4. Kızlarda overler genellikle palpabl değildir. Büyümüş palpabl overler overial kist, tereto ve tümörlerle ilişkili olabilir.
5. Yeni doğanda nisbeten daha büyük olsalar bile adrenal bezler asla palpe edilemezler. Adrenallerin büyümesi bir tümör bulgusudur. (- genellikle feokromasitoma ve nöroblastom.)

BEZELERİN MUAYENESİ

Çocuklar, sıklıkla doktora sürekli büyük olması ailede eendişe kaynağı olan servikal lenf bezleri nedeniyle getirilirler. Boyundaki bezeler zayıf çocuklarda gözle de görülebilirler. Lösemi ihtimali ve korkusu söylenmeden konsültasyon yapılabilir. Bu “şişmiş bezelerin” çoğu normaldir. Geçirilmiş bir enfeksiyonu gösterirler ve endişelenmeye gerek yoktur. Servikal ve inguinal zincirdeki bezelerle boyutunda, hassas olmayan shotty bezeler okul öncesi çocuklarda normal bir bulgudur. Inguinal bezeler bazen yenidoğanlarda palpabl olabilir.

Büyümüş unilateral aksiller bezeler genellikle neonatal BCG aşısından sonra oluşurlar. Genellikle enjeksiyon yerindeki lokal inflamasyon enfeksiyona bağlıdır. BCG sonrası nadiren tüberküloz aksiller lenfadeniti de görülebilir.

Lenforeteküler sistem muayenesi çocuk muayenesinin bütünüleyici bir parçasıdır. Sistemik olarak lenf bezlerinin bulunduğu tüm bölgeler sırasıyla muayene edilmelidir. Ya da diğer vücut sistemlerinin muayenesi sırasında da yapılabilir. Biz lenf nodlarının sistematik şekilde baştan ayağa kadar sırasıyla muayene edilmesini öneriyoruz. Daha az zaman alır.



BCG yenidoğan döneminde yapılmıyor.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Boyun bezleri hem çocuğun önünden hem de arkasından muayene edilmelidirler. Nodüllerin yeri, boyutu, kıvamı hassasiyeti hareketi ve yapışık olup olmadığı belirlenmelidir. Tek bir büyümüş hodülün çapıda not edilmelidir. Eğer çok sayıda büyümüş lenf bezi varsa splenomegali ve hepatomegali de aranmalıdır.

Persistan, büyümüş servikal lenf bezleri genellikle akut tonsillitin göstergesidir. Akut tonsillit hızla düzelse de lenf nodları bir süre daha büyük kalabilir. Atopik ekzemalı çocuklarda da sıklıkla büyümüş bölgesel lenf nodları vardır. Yaygın lenf bezi büyümesi varlığında akut enfeksiyon, inflamasyon veya neoplazi araştırması yapılmalıdır. (aşağıya bakınız):

Lenf nodu büyümesi

Servikal lenfadenopati:

- tronsillit, farenjit, sinüzit
- kronik jinvostamatit
- "glanduler ateş " (enfeksiyöz mononükleoz/sitomegalovirüs)
- tüberküloz (gelişmiş ülkelerde nadir)

Yaygın lenfadenopati:

- akut ekzantem
- "glanduler ateş "
- sistemik juvenil kronik artrit (Still hastalığı)
- akut lenfoblastik lösemi
- ilaç reaksiyonu
- mukokutanöz lenf nodu sendromu (Kawasaki sendromu).

İMMÜN SİSTEMİN KLİNİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Bugünlerde immün sistem serum immüoglobulin, lökosit fonksiyonu lenfosit grupları gibi bir seri labarotuar parametresi ile değerlendirilmektedir. Klinik muayene tanıya yardımcıdır.

İmmün sistemin klinik değerlendirilmesi

Tonsilleri var mı?
Lenf bezleri palpable mi?
BCG aşısı yapılmış mı? (bu lenfosit transformasyon testidir.)
Püstüller cilt enfeksiyonu geçirdi mi?
Allerjik döküntüleri oldu mu?

KULAK, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ

Kulak

Kulak heliksi (kepçenin ucu) göz kapağı fissüründen geçen horizontal hattın altında kalıyorsa "düşük kulaktan" bahsedilir. Kulak kepçesini çekerken ağrı oluşması eksternal kanalda iltihap olduğunu düşündürür. Bazı anneler otitis medialis çocukların kulaklarını çekiştirdiklerini orta kulak enfeksiyonunda ise kulak kepçesinin kızardığını söylemektedirler.

Kulak kepçesi anomalileri Treacher-Collins'den Down sendromuna kadar pek çok sendromda görülebilir. Dış kulak anomalileri ile böbrek anomalileri arasında da zayıf da olsa bir ilişki olabileceği iddia edilir. (Sivri kulak, yarasa kulak) gibi kozmotik bozukluklar sıktır. "Fragile X " sendromunda ise büyük kulaklar tanımlanmaktadır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Kulak zarı muayenesi

Otoskop ile muayene öğrencilere çok az yaptırılmaktadır. Çocuğu telaşlandırabilir, nasıl yapılacağını anneye uygun şekilde anlatamayabilir, çok küçük spekulum, kullanabilir ve bazen çocuğa zarar verebilirler.

Anne çocuğu nazik fakat sıkı bir şekilde bir eli ile göğsünden çocuğun elinide tutacak şekilde diğer eliyle de alından tutmalıdır.

Çocuğun bacaklarının annenin dizlerinin arasında olmasında da fayda vardır.

Bebeklerde kulak kepçesi kulak kanalı direkt karşımıza gelene kadar aşağıya çekilmelidir. Büyük çocuklarda ise ku-



Şekil 5.14 Kulak muayenesi.

lak zarı otoskopla görülebilene kadar kulak yukarı doğru çekilmelidir. Çok nadir olmayan kulak kiri görüntüyü bozabilir. Çıkarılmalı mıdır? Kesinlikle acemi öğrenciler tarafından yapılmamalıdır.

Her zaman için uyacağını düşündüğümüz en büyük spekulumu kullanın. Biz genellikle otoskopu sıkıca kavramayı sağlayan ve çocuğun her hareketiyle uyum sağlayabilen "kalem tutuşu" pozisyonun'u tercih ediyoruz. Bunu yaparken dış kulak kanalını da değerlendirin.

Eğer çocuk otoskoptan korkarsa ne yapacağınızı önce anede gösterin. Otoskopu infantlarda 0.8 cm, büyük çocuklarda 1 cm den daha içeri sokmayın. Kanalda otitis eksterna veya fronkül (oldukça ağrılı) görebilirsiniz. Bazen hiç umulmadık boncuk gibi yabancı maddelere de rastlayabilirsiniz.

Kulak zarının normal görünüşü gri beyazdır. Ve beyaz ışıkta şeffaflaşır. En sık görülen patoloji bombelesmenin eşlik ettiği kızarıklık ve orta kulak enfeksiyonlarında görülür.

Kulak zarında pembeleşme ve kızarıklık kolaylıkla saptanabilir. Ağlamanın kulak zarına yanlışlıkla "inflamasyon" görüntüsü verdiğini unutmayın. Kanaldan iltihabın sızdığı durumlarda perforasyonun lokalizasyonu zorluk yaratmaktadır. Işık refleksinin kaybıyla birlikte donukluk, retrakte veya dolgun kulak zarı efüzyonlu otitis medianın (sıklıkla seröz otit, glue ear olarak bilinir) göstergesidir. Pek çok sebebi olan bu durum Eustachi tüpü drenajında tıkanıklığına bağlı oluşur.

Mastoidit artık oldukça nadir bir durumdur. Akut mastoidit kulak kepçesinin protrüzyonuyla ilişkili olabilir ve mastoid üzeri kırmızı ve şiştir. Çok benzer olarak postariküler şişlik veya hassasiyet lenf nodu inflamasyonuna bağlı oluşabilir. Preauriküler sinüsler ve çukurluklar kulak önünde görülebilirler. Bunlar konjenitaldir. Fakat bazen enfekte olabilirler.

Kulak korunarak dikkat ile tedavi edilmeli ve eğer kızarıklık, retrekasyon ve perforasyon görülürse değerlendirilerek gereği yapılmalıdır.

Burun

Yenidoğanlarda solunum genellikle *nazal*dır. Nazal obstrüksiyon solunum güçlüğüne hatta apneye bile sebep olabilir. Her bir burun deliğinden geçen hava parmak uçlarıyla hissedilerek, steteskopla dinlenerek veya burun delikleri önüne ayna konularak değerlendirilebilir. *Eğer yeni doğanda bir şüphe varsa burun deliklerinden kateter sokularak pasaj kontrol edilebilir. Unilateral veya bilateral kanal atresi nadir bir bulgudur.

Burun kökü basıklığı genellikle normaldir. Bununla birlikte Down sendromunda belirgin bir bulgudur.

Burun, unilateral pürülan akıntıya neden olan yabancı cisimlerin (boncuk vs) sık yerleşim yeridir. Burun auriskop kullanılarak nazikçe muayene edilebilir. Yapışkan burun mukozası allerji düşündürür. Nazal polipler, astım veya kistik fibrosizi düşündürür. Kışın görülen kronik mukopürülan burun akıntısı soğuk havalarda sık rastlanan bir bulgudur.

Çocukların sık bir yakınması da persistan nazal akıntıdır. Akıntı berrak (Viral veya allerjik rinitte olduğu gibi) veya pürülan (sinüzüt veya adenoidal obstrüksiyonunu düşündürür) olabilir. Kanlı burun akıntısı (epistaksis) sıklıkta burun karıştırmaya bağlıdır. Spontan epistaksis genellikle nazal mukozanın minör vasküler malformasyonunun sonucudur. Aileler (anlaşılmaz şekilde) epistaksiste kaybedilen kan miktarını abartırlar.

Ağız

Oral kavite problemleri bir bölgedir ve sıklıkla stajyerler ve doktorlar tarafından ağız muayenesi sevilmez. Ağız açmak zordur.Çene kilitlenirse dil basacağı ile açılmaya çalışılır. Dişler kenetlenir, tonsil ve titrek uvulaya anlık kısa bir bakış atılabilir. İnfantlar ve küçük çocuklar ağız ve boğazlarının muayene edilmesini sevmeyiz. Bu nedenle bu muayene müm-

* Tüm yeni doğanlarda bu yapılmalıdır.



Şekil 5.15 Ağız ve boğaz muayenesi.

kün olduğunca sona bırakılmalıdır. Bazıları ise dil basacağı kullanmayacağına söz verildiğinde, ağızlarını esneme olduğu kadar açarlar. Bazen de parmaklar yanaklara sokularak ağız zorla açılabilir. Gerekli olduğunda çocuklar oldukça uyumlu olabilirler (Şekil 5.15).

İyi bir ışık kaynağı iyi açılmış ağız ve hızlı bir gözlemlerle doğru ve tam bir tonsil inspeksiyonu yapılmalıdır.

Neonatal ve infantlarda her zaman yukarı kalkmış olarak görülen dil, tonsilleri görmeyi zorlaştırır. Yeni, doğanlardaki yumuşak damak yarıkları da kolaylıkla gözden kaçabilir. Bazen yumuşak damağın submuköz yarığı ile ilişkili olan yarık uvula ile de karşılaşılabilir.

Orofarekstekki kızarıklık, eksuda veya sekresyonları göre-

5 SİSTEMİK MUAYENE

bilmek çok kısa bir süre alır. Klasik streptokok tonsilliti, unilateral veya bilateral foliküler eksudaya sebep olur. Kremsi, yaygın eksuda infeksiyöz mononükleoza özgüdür. Bu hastalığın diğer bulguları ise palatal peteşi ile şişmiş uvuladır. Bazı kitaplar infeksiyöz mononükleozun küçük çocuklarda görülmediğini yazarlar fakat bu bizce doğru değildir. Difteri artık nadir, fakat unutulmaması gereken bir hastalıktır. Şiddetli lenfadenit "boğa boynu" yeşilimsi membran ve belirgin toksisiteye neden olur. Erişkinlerde atipik veya tedaviye cevapsız enfeksiyon varlığında gonokokal tonsillit düşünülmelidir.

Tonsilleri muayane ederken öğrenciler farenjit, eksuda veya postnazal akıntı için orafarenkse de bakmalıdırlar. Postnazal akıntı muayane sonunda çocuktan "Aaa" demesi istenerek kontrol edilebilir.

Anormal bir büyüklük olmadığı sürece tonsillerin boyunun önemi yoktur. Aşırı büyük tonsil, tonsiller orta hatta birleşmiş demektir. (bazen'öpüşen tonsiller olarak isimlendirilir.) Art arda enfekte olan tonsillerde çukurlaşmalar oluşabilir.

Dil

Büyümüş dil konjenital hipotroidinin bulgusudur. Makroglossi lokal vasküler veya lenfatik anomaliler sonucunda da oluşabilir. Down sendromunda olduğu gibi ağzın küçük olduğu durumlarda dil rölatif olarak büyük bulunabilir. Coğrafik dil ise düzensiz kırmızı çizgiler ve soluk alanlar içeren dil demektir. Bunun bir önemi yoktur.

Beyaz tabakalı dil genellikle süt ile beslenmeyi takiben oluşur. Kandida enfeksiyonu (pamukçuk) ise dil üzerinde spatula ile kolaylıkla kaldırılamayan tabakalar oluşturur. Herpetit stomatit dil mukoza ve yanakları etkileyebilir. Vezikülerdir ve gevrektiler. Dokununca kanar ve belirgin tükürük oluşumu ile ilişkilidir.

Yanak mukozası

Pamukcuk mukoza üzerinde yayılım gösteren beyaz lekeler oluşturur. Koplik lekeleri, kırmızı bir zemin üzerindeki tuz tanelerine benzer. Kızamığın prodrom evresinde bukkal mukozada görülür. Parotis kanalının inflamasyonu genellikle akut viral parotite (kaba kulak) bağlı meydana gelir. Akut sü-püratif paratit (Taşlı veya taşsız) çocukluk döneminde nadirdir.

Dişler

Diş hekimleri tıbbın bir parçasıdır. Doktorlar tıbbi müfredatın eksikliği nedeniyle dişçilik hakkında çok az şey bilirler. Erken çocukluk döneminde doktorların tek tecrübesi koruyucu dişçilik yönündedir. Çocuğun oral kavitesine kısaca bakıp dişleri ve diş etlerini gözlemek bile faydalı bir egzersizdir.

Aşağıda dental muayenenin bazı faydaları sıralanmıştır.

1. Diş çürümleri özellikle de ekonomik düzeyi düşük olan toplumlar da hala yaygındır. Üst kesici dişlerin çürümesi bazen "Biberon çürüğü" adını alır.
2. Kusurlu diş çıkışı, kapanma kusuru ve düzensiz dizilimin erken saptanması

Gerekli terimler: oral kavite

ranula	= ağız tabanının önünde kist
"quinsy"	= peritonsiller abse
glossopitoz	= dilin geriye kayması
mikrognati	= küçük çene

5 SİSTEMİK MUAYENE

3. Dişleri boyamanın tanısasal önemi olabilir. Diş minesini hipoplazisi neonatal hipokalseminin bir sonucudur. Dişlerin kahverengi veya sarıya boyanması, gebelik ve erken çocukluk döneminde tetrasiklin kullanımının yan etkisi olarak oluşabilir. Bazen demir alımına bağlı olarak dişlerde siyaha boyanma da görülebilir.
4. Normal veya özürlü çocuklarda dişleri de aşırı sıkılaşmaya bağlı düzleşme olabilir. (Diş gıcırdatma)
5. Diş eksikliği ektodermal displazinin bulgusudur.
6. Jinjivit sıklıkla çürüklerle ilişkilidir. Jinjivit olsun ya da olmasın jinjiva hiperplazisi uzun süre fenitoin ve siklosporin kullanan çocuklarda görülür.

CİLT, SAÇ VE TIRNAKLAR

Biz bu bölümde bazı normal cilt varyantları, ciltte saç ve tırnaklarda bulunan bazı ipuçlarından ve cilt muayenesinden inspeksiyon, palpasyon ve tanımlamaya dayalı başarı sırlarından bahsedeceğiz. enfeksiyöz ekzantemelere değinmeyeceğiz.

Cilt

Cilt rengi. Cilt rengindeki ırksal değişiklikler bizim konumuzun dışındadır. Öğrenciler çapraz ırksal ilişkilerin artmasına bağlı oluşan pigmentasyon değişiklikleri konusunda uyanık olmalıdırlar.

Mangolian mavi lekeler sakrum, kalça ve bazen de bacakta Orta Doğu ,Afrikalı ve Asyalı ailelerin çocuklarında görülen siyah veya morumsu alanlardır. Skrotum pigmentasyonu da ilişkili bir bulgu olabilir.

Cilt pigmentasyonunun yokluğu albinizmde görülür,

bebeklerin çoğunda doğum anında cilt rengi açık olduğu için bu da pembe lensler gibi kolaylıkla gözden kaçabilir.

Çiller (çok sayıda küçük pigmente nokta) başta sarı tenli kişilerde olmak üzere oldukça sıktır.

Cafe – Au – lait lekeleri çapı 1,5 cm'den fazla olan sütlü kahve rengine lekelerdir. Sayıları altıdan fazla ise nörofibromatozis düşünülmelidir ve bu durum aksiller çillenme ile karakterizedir.

Yürüme yeteneğini yeni yeni kazanan okul çocuklarında alında *küçük yaralanmalar* olması normal bir bulgudur. Benzer küçük yaralanmalara okul öncesi ve okul çocuklarında dizler ve bacaklardada rastlanır. Yaralanmaların karakteristik yerleri ve görünüşleri, daha sonra anlatılacak olan kaza dışı yaralanmalar işaret edebilir (bakınız pediatrik tavsiye ve öğütler 10).

Karatenemi (cildin sarı renk alması) çocukların aşırı miktarda havuç ve turunçgil almasına bağlı oluşur.

Gerekli terimler: saç/cilt

hirsutizm	= aşırı kıllanma; sinonimi "hipertrikozis"
hiperhidrozis	= aşırı terleme
çillenme	= ciltte kahverengi pigmentasyon ve noktalar.
vitiligo	= depigmente lekeler.

Vitiligo depigmente cilt alanlarıdır ve tuberozklerozda ve bazı otoimmün durumlarda görülür.

Sklerema hipotermi veya vasküler staza bağlı ciltte eritematöz kalınlaşma ve sertleşmedir. Lokal sklerem genellikle el ve ayaklarda oluşur. Jeneralize sklerem ciddi sistemik hastalığı gösterir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Ödem: Cildin yaygın ödemi preterm infantlarda normal bir bulgudur. Yenidoğanıda hidrops, yaygın godet bırakan ödeme neden olur. Yenidoğanlarda bağımlı ödem nadirdir fakat konjestif kalp yetmezliği olan infantlarda görülebilir.

Lenfödem (Godet bırakmayan) klasik olarak Milroy sendromluların (konjenital lenfoödem) alt ekstremitelerinde ve xo yeni doğanlarda (turner sendromu) bulunur.

Eritema nodozum, tibial yüzeyde oluşan kırmızı, ağırlı şişliktir. Lezyonlar değişik boyut ve sayıdadır. Streptokok enfeksiyonu ilaçlar, tüberküloz, inflamatuvar barsak hastalıkları ve sarkoidoz ile ilişkili olabilir.

Saçlar

Saçın rengi, kalınlığı ve dağılımı ırksal özellik gösterir. Preterm infantlarda yumuşak ince tüyler (lanugo) bulunabilir. Doğumda çalı gibi saçlar normal varyanttır. Fakat konjenital hipodroizmi de düşündürebilir. Çalı gibi kaşlar mukopolisakkaridoz ve de Lange sendromunun bulgusudur. Uzun kirpikler özellikle de kızlarda normal varyanttır. Bu durum ayrıca kronik zayıflatıcı hastalıklarda görülür.

Alında, ensede ve sırttaki belirgin siyah tüyler normalin varyantıdır. Kafa derisinde beyaz lekeler Waardenburg sendromunun belirtisidir. Menkes sendromunda ise garip şekilde dolaşık saçlar tanımlanır. Bazen çöliak hastalığında da zayıf "cansız" saçlar görülür.

Oksipital bölgede saç olmaması veya kısa olması geç doğmuş infantlarda görülür veya supin pozisyonda uzun süre yatmakla oluşur. Down sendromlu çocuklarda tipik düz saçlar görülür. Saçların tamamen yokluğu ektodermal displazi de (nadir bir durumdur) ve sitotoksik ilaçların yan etkisi olarak oluşur.

Saçlarının lokal olarak yokluğu alopesi veya trişilomani (saç çekmek) görülebilir. Alopesik olanlar tamamen kel iken trişilomani de kısa saç kökleri genellikle vardır.

Bit (peduculosis capitis) bugünler de sık bir bulgudur. Saç shaftına yapışır, ayrılması zordur ve kepekten ayrılması gerekir. Bizim hocalarımız bite (mekanikleşmiş kepek) derlerdi.

Aşırı kıllanma (Hipertrikozis, hirsutizm) fenitoin, diazoksid, minoksidil, sikloperin A ve kortikosteroidler gibi bazı ilaçların yan etkisi olabilir.

Tırnaklar

Postterm (postimatür) yenidoğan infantlarda tırnaklar sıklıkla uzundur. Tırnak yokluğu ektodermal displazinin belirtisidir. Tırnak yataklarında periferik siyanoz (akrosiyanoz) normal yeni doğan varyantıdır.

Kaşık şeklinde tırnak (koilonişa) bazen normal varyanttır ama anemi ile ilişkili de olabilir. Tırnak üzerinde beyaz çizgilenmeler (Lokonişi) nefrotik sendrom ve karaciğer hastalıkları gibi kronik hipoalbuminemik durumlarda görülür. Tırnak üzerinde küçük beyaz noktalar kalsiyum eksikliğini göstermez.

Tırnaklarda çukurlaşmalar fungal hastalıklarda ve psöriaziste görülür. Tırnak yeme alışkanlığı da çocuklarda sık görülen bir bulgudur.

Ciltte başarılı olmanın sırları

Dermatolojide başarının sırrı gördüğünü doğru tanımlamaktır. Geride durun, döküntüye dikkatlice bakın ve rengini, görünüşünü dağılımını ve uyandırdığı etkiyi tanımlayan açıklayıcı kelimeler kullanın. Öğrencinlerin çoğu lezyona bakıp ağa takılmış sazan gibi tanıya atlarlar. Tanımlama ve palpasyonun gücünü kullanmak daha fazla katkı sağlar.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Bugünün öğrencileri cildi anlamaya yardımcı olan Latin ve Yunan dili hakkında çok az yüzeysel bilgilere sahiptirler. Biraz latince bilen öğrenciler psöriazisin sabit dairesel lezyonlarına "eritema multiforme" demezler. Aşağıda karışıklıkları önleyebilecek bazı klasik sözcükleri içeren bir ek sözlük bulunmaktadır.

Biz size aşağıdaki döküntüleri bir an önce görmeyi ve dikkatli bir şekilde tanımlayabilmenizi öneriyoruz:

- psöriazis
- tinea korporis
- eritema nodosum
- anafloktoit purpura
- molluskum kontagioum

Kırmızı döküntü, mor (purpurik) döküntü, veziküler döküntü ve büllöz erupsiyonların klinik ayrımının yapılabilmesi önemlidir.

Dermatolojik termonoloji sözlüğü

eritem	= kızarıklık
eritema multiforme	= çeşitli şekillerde kızarıklık
eritema marginatum	= kırmızı kenarlı eritem
eritema anulare	= kırmızı, dairesel
atopik ekzama	= "atopi" yunanca'da topas don getir litare tür anlamı "yerinden taşmadır"
sentrifugal	= merkezden uzaklaşma
sentripedal	= merkeze doğru
morbiliform	= kızamık benzeri
variselliform	= suçiçeği benzeri
iktiozis	= kuru, pullanan cilt. (Yunanca balık)

Döküntüler sanki kör bir insana anlatıyormuş gibi tanımlanmalıdır. Yer, boyut, şekil, dağılım, his. Makül, papül veya vezikül mü? Kaşıntılı mı? Yaş mı, kuru mu? Sentrifugal mı, Sentripedal mı? Kabarıklık mı, düz mü? Size ne ifade ediyor.

makül	= düz lezyon
papül	= kabarıklık lezyon
vezikül	= sıvı dolu lezyon
bül	= büyük vezikül .
püstül	= iltihap içeren vezikül

Ekzema (atopik dermatit) çocukluk döneminin en sık kronik döküntü sebebidir. Ekzemalı cilt şöyle olabilir:

- eritematöz (kırmızı)
- kuru
- papüller (kabarıklık)
- pullanma (kaşıntılı)
- ekzematöz (çizikli)
- kalınlaşmış (likenoid)
- ağrılı (enfekte)

Çocuklar ekzemanın 4 özelliğinden şikayet ederler:

- kaşıntı
- iktiyoz (pullanma)
- enfeksiyon
- görüntü (kendilerine)

Döküntünün palpasyonu çok önemli olmasına rağmen genellikle yapılmaz. Pediatri hastalarının döküntülerinin çok azı ağrılıdır. Kayıt amacıyla lezyonların ölçülmesi ve klinik fotoğraflanması da çok faydalıdır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Soyulan döküntüler: Deskumasyonun anlamı cildin yerinden kalkması veya soyulmasıdır. Deskuamasyon sık değildir. Fakat tanışal bir uyarıcıdır. Çocuklarda deskuamasyona neden olan döküntüler şunlardır:

- Kawasaki hastalığı ("tırnak ucu cevresi, eller, ayaklar ve bebek bezi bölgelerinde soyulmalar tipiktir")
- Kızıl
- Şiddetli kızamık
- Stafilaksik haşlanmış deri sendromu

Peteşi veya purpura? Pediatriye purpurik döküntüler çok önemlidir. Bu terimler bir biri ile karışabilir veya birbiri yerine kullanılabilir. Peteşi, mor, üzerine basmakla solmayan, palpable olmayan genellikle 1 mm çapında lekelerdir. Purpura da 2 mm veya daha geniş çapta üzerine basmakta solmayan mor noktaldır. Purpura palpable olabilir. Purpuranın pek çok sebebi vardır. Bununla birlikte infantlarda hızla yayılan purpurik döküntüler septisem iyi düşündürmelidir. Hızlı başlangıç yaygınlık, dağılım ve travmayla bağlantısı olması, değerlendirilmesi gereken klinik faktörlerdir. Hastalığın (veya iyiliğin) derecesi önemlidir. "Islak" purpuranın (mukozal yüzeylerde) "kuru" purpuralardan (ciltte daha ciddi olduğu düşünülmektedir. Purpuranın sık sebepleri aşağıda sıralanmıştır:

- akut meningokokal septisemi. Yaygın mor noktaların hızlı oluşumu. Bebek veya çocuğun durumunu şiddetle kötüleştirir. İngilterede aileler televizyondan cam testi yapmayı öğrenmişlerdir. – cam üzerin bastırıldığında lekeler solmaz.
- koagülopati, en sık olarak da idiopatik trombositopenik purpura çocuk genellikle iyidir ve purpurik noktalara ekimozlar ve çürükler eşlik eder.
- vaskülopati en sık olarak Henoch-Schönlein purpurası: purpurik döküntüler kalça, bacak arkası ve kollarda en belirgindir.

Purpuranın pek çok sebebi vardır ve klinik özellikler çocuğun yaşı ile ilişkilidir. Yenidoğandaki özellikleri adolesan dakinden çok daha farklıdır.

Cilt, dişler, saç ve tırnakların ektodermal yapılar olduğu ve birbiriyle ilişki gösterdiği, ektodermal displaziye neden olan konjenital anomalilerden etkilenebileceği unutulmamalıdır. Saçlar ve cilt kısmen de olsa çocuğun beslenme durumunun klinik bir değerlendirmesi olarak da kullanılabilir.

Bebek bezi alanı döküntüleri:

- seboreik dermatit (kafa derisi, boyun ve aksila tutulabilir)
- amonyağa bağlı iritan dermatit (cilt kıvrımları genellikle tutulur)
- kandida (pamukçuk) dermatiti (satellit lezyonlarla karakterize)
- ekzema (herhangi bir yerde tipik lezyonlar)
- akrodermatitis enteropatika (çinko eksikliğiyle ilişkili nadir bir durumdur).
- erozif ve ülseratif bebek bezi dermatiti iritan amonyak dermatitinin şiddetli bir tipidir.

Bebek bezi alanı döküntüleri oldukça sıktır ve görülmeli ve eğer mümkünse yukarıdaki lezyonlardan klinik ayrımı yapılmalıdır. 4 ana sebebi sebore, amonyak, kandida ve ekzematadır.

Donma (perniozis) bazen soğuk iklimlerde soğuk evlerde yaşayan çocuklarda görülebilir. Parmaklar ayak parmakları ve bazende kulaklarda olabilir: ülserleşen inflamatuvar kabarcıklardır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Aşırı kilolu bebek ve çocuklarda *intertrigo* görülebilir. Bu kasık, aksilla ve bazen de boyun gibi karşılıklı gelen cilt yüzleri gibi kırışıklıklar arasında oluşan ıslak kırmızı kabarcıklardır.

Özet olarak *Döküntülerin muayenesi şunları içermelidir:*

- inspeksiyon
- palpasyon
- iyi tanımlama

Gerekli terimler: deri

Dermotiglif	= parmak izi ve el kırışıklıklarına dayalı çalışma
Dermotografi	= cilt yazısı- cildi çizmeye bağlı oluşan kırmızı kenarlı beyaz çizgi
Dermoid	= cilt yapılarının teratomu
<i>Dermatophagoides</i>	= ev tozu canlısı
<i>Pteronyssinus</i>	

NÖROLOJİK MUAYENE

Ayrıntılı bir nörolojik sistem muayenesi yapmayı amaçlamıyoruz. Fakat bebek, oyun çocukları ve okul öncesi çocuklarda nörolojik sistemle ilgili bazı noktaları ve bunlar arasındaki farkları bilmek gerekmektedir. Bu yaş gruplarında nörolojik muayene her zaman kurallarına göre yapılamaz.

Bunun tersi ne koopere okul çocuklarında klasik tam nörolojik muayene yapılabilir. Bu konuyla ilgili ip uçları ve teknikler temel kitaplarınızda tam olarak anlatılmıştır. Bu nedenle burada ayrıntılı anlatılmayacaktır. Yenidoğanların nörolojik muayenesi bölüm 4 te anlatılmıştır. İnfantın nörolojik sisteminin gelişimi MSS gelişimi ile yeni primitif reflekslerin kaybı, pozitif becerilerin kazanılması ile takip edilir. Gelişimsel muayene konuşma, duyma, kaba ve ince hareketleri kapsar ve Bölüm 8 de anlatılacaktır.

Nörolojik yaklaşımın ilkeleri şunlardır:

1. Dikkatli anamnez doğum, perinatal olaylar, gelişim, anne endişeleri vs
2. İnfantta aktivite ve simetri, oyun çocuklarında hareket oyun ve sosyal ilişkilerin gözlenmesi
3. Tonus, kuvvet, koordinasyon refleksler ve duyumun uygun muayenesi bebeklerde duyunun kesin olarak değerlendirilmesi zor olabilir.

Anamnez

Öncelikle in utero hareketler araştırılmalıdır. Annenin intra-uterin hareketleri hissetmesi yanıltıcı olabilir. de ama, azalmış fetal hareketler önemli olabilir. Perinatal olaylar önemlidir. Her ne kadar prognostik değeri olmasa da 1 ve 5 dakikalar-daki düşük Apgor skoru (<5) çocuğun değerlendirilmesine katkıda bulunur.

Bebeğin emmesi nasıldı? Ya hareketleri? Neonatal nörolojik muayeneden geçirildi mi?

Bana gelişiminde bahsedin. Normal gelişim mi gösterdi? İlk anlamlı gülümsemesini ne zaman yaptı? İlk olarak desteksiz ne zaman oturdu? vs. Bugünün modern anneleri tüm bu dönüm noktalarını bebeklerin kitap veya günlüklerine kaydetmektedirler. Eğer böyle bir şey varsa ona bakın.

Eğer bir anne çocuğunu size muhtemel bir gelişimsel veya nörolojik problemle getirirse , öncelikleri hatırlayın:

- anne her zaman haklıdır.
- endişeleri sıklıkla doktora gelmeden önce başlamıştır.
- iç güduları doktorun gözlemlerinden daha acıdır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Anneyi rahatsız eden durumlar

- " Nadiren uysal bir bebek" (bunun anlamı sürekli ağlıyor veya hareket ediyor, nadiren besleniyor ve uyuyor).
- " Her an birbirinden farklı davranıyor."
- " 9 aylığa kadar normaldi ama şimdi gelişimi durmuş gibi görünüyor."
- " Gelişimi sanki geriye gidiyor gibi görünüyor."

Perinatal problemleri olan infantlar davranışsal anomaliler gösterme eğilimindedirler. Nörödejeneratif hastalığı olan bebekler bir süre normal gelişirler. Sonra gelişimleri durur ve gerilemeye başlarlar.

Nörologlar ve tüm uzmanlar iyi bir anamnez olma konusunda takıntılıdır. Problem ne zaman başladı? Çocuk bundan önce nasıldı? Tam olarak ne oldu? Bundan itibaren olayların sırası nedir? Konvülziyon anamnezi nöroloğa bir heyet karşısında sınav veriliyormuş gibi anlatılmaldır. Eğitiminizi tamamlamadan önce bu sanatı öğrenmelisiniz: kendinize güvenin, cümlelerinizi tamamlayın ve kelimelerinizi dikkatli seçin. Başka bir deyişle iyi bir anamnez alın veya: nörolog tarafından çekiçlenme riskini göze alırsınız.(!)

Muayene teknikleri

Biz burada sadece çok ilgi çeken bazı uygulamalar ve pediatrik önemi kesin olarak bulgulardan bahsedeceğiz. Nörolojik muayenenin detaylı tanımlaması için ders kitaplarınızın klinik bulgular kısmına bakmalısınız.

Tendon refleksleri

Neonatalerde diz refleksini almak için parmak uçları kullanılabilir fakat pratik gerektirir. Yenidoğan döneminden sonra biz küçük refleks çekiçlerini kullanmanızı öneriyoruz. Çekiçle tendonu vururken sertçe değil salları şekilde vurmalıdır.- başka bir deyişle çekiç havada sallanırken kendisi vur-

malıdır. Diz refleksi en iyi çekiç bacağına paralel tutulup hafifçe vurularak alınır.

Tendon reflekslerini stetoskop diyaframının yan kısmını kullanarak almak hatalı sonuca neden olabilir ve tavsiye edilmez.

Derin tendon refleksleri eğer gerekli ise subjektif olarak değerlendirilip kaydedilebilir

0 = yok

1+ = zayıf cevap

2+ = normal cevap

3+ = abartılı cevap

4+ = çok aktif cevap

Abartılı cevap üst motor nöron (piramidal) lezyonlarının özelliğidir. Azalmış refleks kas güçsüzlüğünü ve alınamayan refleksler ise periferik nöropatiyi (alt motor nöron) düşündürür.

Fundoskopi

İnfantlara ve oyun çocuklarına fundoskopi yapmak ileri bir beceri ve sabırlı çalışma gerektirir. Bu durumlarda fundoskopi hareket eden trenin içindeki yolcuyu görmeye çalışmaya benzer. Yapabileceğinizin en iyisini yapın. Eğer başaramazsanız üzülme- bu herkesin başına gelir. (daha fazla bilgi için bakınız sf 174).

Neonatal

Nörolojik muayenesi bölüm 4'te ayrıntılı şekilde anlatılan yenidoğan konusuna burada kısaca değinilecektir.

Yenidoğan bebek ve infantların postürlerini gözleyin. Ekstremitelerinin simetrik olup olmadığını gözlemleyin. Sağlıklı infantların normal fleksör pozisyonlarına dikkat edin. Infantların "kurbağa pozisyonunu" tanıyın. Serebral iritasyonu veya şiddetli menenjitli olan infantlarda boyun ekstensiyonu arayın. Spontan hareketleri ve anormal hareket gözleyin.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Normal yenidoğan bulgular:

- Titreme
- Kitle cevabı
- Ekstensör plantar cevap
- Süreksiz ayakbileği klonusu.

Babinski cevabı (ekstensör) 8 aya kadat devam edebilir.

Süt çocuğu

İnfant nasıl kucağa alınıyor? Bunu gözlemek önemlidir. Kucağa alınınca rahatsız oluyor mu (örneğin menenjitli infantlar)? gevşek mi? Elimize alıp yukarı kaldırdığınızda aşağı kayıyor mu? Rijit mi? Elinize aldığınızda tek bir parça gibi hareket etme eğiliminde mi? Kas tonusu azalmış mı?

Kranial sinir muayenesi

İnfant ve çocuklarda tam bir kranial sinir muayenesi yapmak zordur. Bununla birlikte gülme, ağlama, emme , bakma ve çiğneme gibi günlük aktivitelerin izlenmesi oldukça faydalıdır. Okul öncesi çocuklarda 1. kranial siniri muayene etmek imkansızdır. Zaten bu da nörolojik hastalıklarda nadiren tutulur. Aşağıda normal kranial sinir fksiyonları için gerekli aktiviteler listelenmiştir.

Bebeklerde en sık görülen kranial sinir problemleri şaşılık (paralitik veya konkomitan) ve fasial sinir felcidir (konjenital veya kazanılmış). İnfantta emme zayıflaması veya yokluğu önemli bir nöroloji bulgusudur. 6 haftalık bir bebekte anlamlı gülümsemenin bulunmadığının gözlenmesi de endişe vericidir. Anneler bebeklerinin kendilerine uyumu ve bakma, duyma, gülümseme ve ses çıkarma gibi sosyal vcevapları konusunda samimidirler. Anneler çocuklarını sizden daha

Aktivite	Kullanılan Kranial sinir	Yorum
Koklama	1	İmkansız
Görme şiddeti	2	Görebiliyor mu?
Göz hareketleri	3	Yukarı, mediala, aşağı, içeri
Göz hareketleri	4	Aşağı ve dışarı
Çiğneme	5	Veya kemirme
Göz hareketleri	6	Lateral
Ağlama, gülme	7	Yüz ifadesi
Duyuma	8	Korku refleksi,
Emme	5,7,9	Yokluğu ciddi
Yutma	9,10,11	Koordine mi?
Fonasyon	9	Veya gag refleksi testi
Fonasyon	10	Damak hareketleri
Baş hareketi	11	Gözlenmeli
Dil çıkarma	12	

iyi gözlemlerler fakat siz de deneyin, öğrenin unutmayın ki bebekler ve oyun çocukları arkadaşça tepki verirler. Işık, kalem, oyuncak veya başka küçük objeler verildiğinde gülümselerler.

Nörolojik muayenenin sonunda aşağıdaki gibi bazı genel sonuçlara varmak faydalı olur:

1. Her yönüyle tamamen normal.
2. Muhtemelen normal fakat bazı küçük uyuşmazlıklar var. Tekrar tekrar kontrol et.
3. Muhtemelen anormal gülümseme yokluğu zayıf emme veya hareketlerde azalma gibi normalden sapmalar var – tekrar muayene.
4. Kesinlikle anormal görsel fiksasyon yokluğu persistan primitif refleksler, tonus değişikliği (genellikle gevşek) vs gibi kesin bulgular.

Nörolojik ve gelişimsel muayene birbiri ile ilişkilidir ve bilgi ve pratik gerektirir. Öğrenciler kendilerini anormallik konusunda sınırlamalıdır. Normalliğin gösterilmesi ve

5 SİSTEMİK MUAYENE

majör anomalilerin saptanması, mezuniyet sonrası eğitim ve pratikle, bu alanda beceri ve bilgiler artacaktır.

Bebek ve oyun çocuklarının duysal muayenesi henüz öğrenci olanlar için çok zor ve çok subjektiftir. Ve bizim konumuz dışında olduğu için anlatılmayacaktır. Ağrıyı saptamak kolaydır fakat yine de – önce zarar verme- ilkemiz daha önemlidir.

Neyse ki infant ve çocuklardaki nörolojik hastalıkların çoğu duysal sistemden çok motor sistemi tutar. Duyu yokluğu myelomeningoselle ilişkili alt ekstremitte paraplejisi ve assenden polinöritte (Guillain –Barre sendromu) görülebilir.

Primitif reflekslerin kaybıyla birlikte pozitif becerilerin geliştiğinin görülmesi gelişimsel bir sıradır. Primitif reflekslerin sürmesi nörolojik açıdan kötü bir durumdur.

Fontanel muayenesi

<i>Primitif refleksler: görülmesi ve kaybolması</i>		
Adımlama	Yenidoğan	2 ay
Moro	Doğum	3-5 ay
Palmar kavrama	Doğum	2 ay
Plantar kavrama	Doğum	8-10 ay
Asimetrik tonik boyun	Yenidoğan	1-6 ay

Eğer gözler ruhun aynasıysa fontanel de bebeğin beyninin aynasıdır.

Ön fontanelin gerginliği bebeğin kafa içi basıncının yükselip yükselmediğinin, dehidrasyonun varlığının ve bunun derecesinin göstergesidir. Fontaneller (nazikçe) palpe edilir . Bu işlem bebek dik otururken ve sakinken yapılmalıdır. Fontanelin bombe olması ve kafa içi basıncı artışının kanıtıdır. Bunun en sık sebepleri menenjit ve hidrosefalidir. Bebek eğer ağlıyorsa bu konuda yorum yapılmamalıdır.

Menenjit varlığında ön fontanel üzerinde sistolik üfürüm

duyulur. Bu genellikle 2-3 gün içinde kaybolur.

Başın hızlı büyümesi buna sebep olabilir. Baş çevresi ölçümünün düzenli yapılması önemlidir. Eğer baş büyüklüğü-

Ön fontanelin geç kapanmasını (18 aydan geç) sebepleri:

- normal varyasyon
- hidrosefali
- Down sendromu
- hipotroidi
- kemik hastalığı (raşitizm)
- bazı sendromlar
- arteriovenöz malformasyon

ne ayrık sutürler ve geniş fontaneler de eşlik ediyorsa sebep muhtemelen kafa içi basınç artışıdır.

Baş büyüklüğünün bazı sebepleri

- ailesel makrosefali (ailenin baş çevresini ölçün)
- hidrosefali
- yer kaplayan lezyon
- depo hastalıkları
- kemik hastalıkları
- Sotos sendromu

Baş büyümesi beyin büyümesinin yansımasıdır. Bununla birlikte baş boyutları zeka ile ilişkili değildir. Küçük başlara (*3 persantilin altı*) mikrosefali denir.

Mikrosefalinin bazı sebepleri:

- perinatal hipoksi
- intrauterin enfeksiyon
- kromozomal hastalıklar
- ailesel
- dismorfik sendrom
- şiddetli metabolik hastalıklar.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Başın büyümesi bazen durabilir veya yavaşlayabilir. Bu durumlarda genellikle yapılacak bir şey yoktur.

Ense sertliğini saptamak

Menenjit veya ense sertliği saptanması çok önemli özelliklerdir. Öğrenciler çok nazik olmalıdır. Fleksiyona pasif dirençten önce bir aktif direncin olup olmadığına bakmalı ve kordandan dolayı istemli bir direnç olup olmadığından emin olmalıdır. Ense sertliği, çok şiddetli ve belirgin olmadığı sürece infant ve neonatallerde güvenilir bir bulgu değildir.

İlk olarak infantın rahat olduğu pozisyonu gözlemleyin tam rahat çocuklar kucaklar gibi fleksör pozisyonda uyurlar. Hasta çocuklar ekstansiyon pozisyonundadırlar. Şiddetli meningeal iritasyonu olan çocuklar *opistotonus* veya boynu ve gövdeden hiperekstensiyon pozisyonu alırlar.



Ense sertliği aranırken bir sternuma konup, öbür elle ekspital bölgeden tutulup boyna fleksiyon yaptırmak daha iyidir.

Şekil 5.16 Ense sertliği için muayene.

Çocuktan ışığı takip etmesini isteyin. Çenesini göğsüne doğru, fleksiyona getirmesini isteyin. Dizlerini öpmesini isteyin. Oturur pozisyondayken ondan yukarı bakmasını isteyin eğer bunların hepsini tam olarak yapabiliyorsa ense sertliği yok demektir. Varsa da minimaldir.

Sonra oksipital bölgeden destekleyerek boynunu hafifçe fleksiyona getirin harekete direnci hissedin. Şiddetli menenjitlerde çocuk yerinden " tahta gibi" kaldırılır. Hafif menenjizm fleksiyonda çocukta korku veya ağlamaya neden olur. Menenjit muayenesi yaparken her zaman yüz ifadelerine de bakılmalıdır. Çocuk dizleri ekstensiyondayken otururken ense sertliğine bakmakta bir diğer duyarlı muayenedir.

Kernig Bulgusu (yatarken bacağın kaldırılmasına direnç)

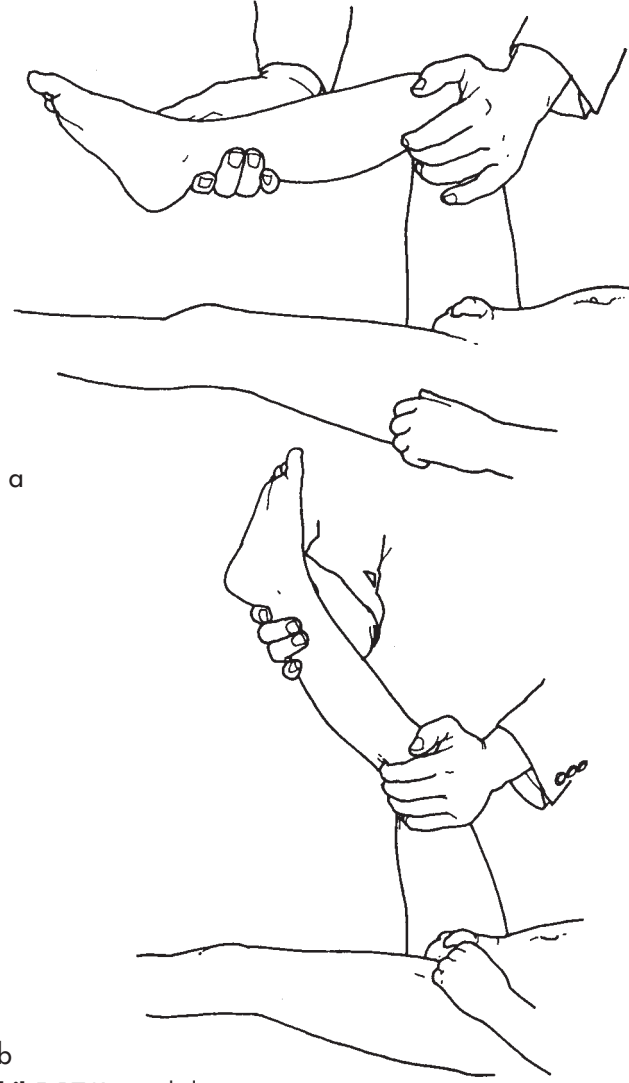
Bu çocuklarda da bakılabilir ve erişkinlerdeki ile aynı öneme sahiptir. Kernig bulgusu 3 yaş altı çocuklarda güvenilir değildir. Kernig bulgusuna kalça ve dizler fleksiyonda iken bacak yavaşça ekstensiyona getirilerek bakılır. Pozitif bulguda hareket sırasında ağrı ve kısıtlılık vardır. Bu manevra uygulanırken hamstring kaslarının kasıldığını hissetmek faydalıdır. Çocuk bu sırada Brudzinski bulgusunu da alt ekstremitelerde gerçinken karşı taraf dizini fleksiyona getirerek gösterebilir.*

Yalancı menenjit (meningismus)

Gerçek menenjit, tiz ve yüksek perdeli bir ağlamaya neden olur. Bebek uykulu ve irritable olabilir, yemeyi reddedip yalnız kalmak isteyebilir. Yalancı menenjit her zaman menenjit anlamına gelmez. Bilinmelidir ki yalancı menenjit üst solunum yolu veya diğer enfeksiyonlarla ilişkilidir.

* Bu konuda farklı görüşler vardır: Ense sertliği aranması sırasında her iki dizin fleksiyona gelmesi Brudzinski belirtisi olarak kabul edilir. Bir başka bulgu da bir bacağı diz ve kalçadan fleksiyona getirdiğimizde, öbürünün aynı duruma gelmesiydi.

5 SİSTEMİK MUAYENE



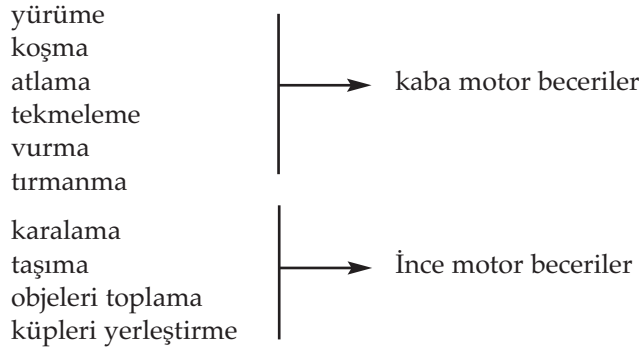
Şekil 5.17 Kerning bulgusu.

Yalancı menenjitin bazı sebepleri

- Menejit, unsefalit
- Akut otitis media
- Şiddetli konsillit
- Servikal lenfadenit
- Pnömoni
- Retrofarangeal abse

Oyun çocuğu

Hareketli çocuklarda, normal fizik muayeneden çok gözlemlenilen amatör nörologlar, tonus kas gücü, koordinasyon ve hareket hakkında daha fazla bilgi edinebilirler, yani aşağıdaki becerileri, motor gelişimi deperlendirmek için dikkatle gözlenmelidir.



1¹/₂- 4 yaşındaki yeğen, kuzen ve akraba çocuklarıyla pratik yapabilirsiniz. Bu yaştaki çocuklar kendi becerilerini göstermek konusunda çok isteklidirler. Tekrar etmek gerekirse öğrenciler, patolojik bulguların çokluğuna ve ayrıntılarına yoğunlaşmaktansa normal ve normalden major sapmalara konsantre olmalıdırlar.

Tüm alanlarda beceri kazanılması kronolojik ve gelişimsel yaşa bağlıdır. Yukarıda bahsedilen motor becerileri ka-

5 SİSTEMİK MUAYENE

zanma hızı ve ustalığı oldukça bilgi verici olabilir. Çocuğu önceden düzenlenmiş bir zemine bırakıp oyun oynamasını izleyin. Oyun tüm meraklı oyun çocuğu ve okul öncesi çocukların dikkatini çeker. Tüm nörolog meslektaşlarımız nörolojik muayenenin çoğunu yerde yaptıklarını söylemektedirler. Bu nedenle klinik ve hastanelerin oyun odaları iyi hazırlanmış olmalıdır. Buralarda oyun kurma, konsantrasyon, sohbet (tüm çocuklar oyun oynarken kendileri ile konuşurlar) koordinasyon ve ilgi saptayabilirsiniz. Zihinsel özürü olan çocuklar kısa dikkat süresi, zayıf oyun kurma yeteneği, konsantrasyon azlığı, diğer çocuklara ve çevresel etkenlere karşı ilgi yokluğu gösterirler. Oyun odasının karmaşası altında önemli olan iş uygun ortamı sağlamaktır.

Yatak veya sedye kenarındaki küçük küpler lego parçaları veya basit oyuncaklar da çok kıymetlidir. İyi bir anne anamnezi el becerisinin gözlenmesi ve oyuncak ilgi kombinasyonu nörolojik bilginin yapılandırılmasına yardımcı olacaktır.

Yüm yaşlarda şunların gözlenmesi önemlidir:

- uyanıklık (parlak gözler, parlak gülümseme, parlak yüz)
- aktivite
- sosyal adaptasyon

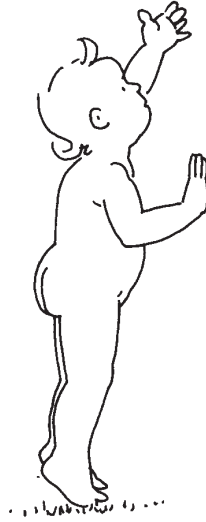
Oyun çocuğunun yürüyüş tarzı, el veya ayak tercihi (eğer belirlenmişse) ve hareketlerindeki simetriyi gözlemleyin not edin Hemiplejili çocuklar etkilenen taraftaki ellerini kullanmama eğilimdedirler. Hemipleji yürümenin gecikmesine neden olur; çocuk bacağını veya ekstremitesini sürükler. Yürümeye ilk başladığı tüm yürüme düzensizdir. Düzensizliğin devam etmesi sık düşmeler ve objeleri düşürmek ataksiyi düşündürür. Oyunun gözlenmesi koordinasyonun saptanmasında zorunludur.

Nörolojik hastalık şüphesi olan her çocukta en iyisi yürümenin gözlenmesidir. Çocuklar genellikle bağımsız yürüme becerisini 10-18 ayda kazanırlar. Başlangıçta yürümesi

düzensiz ve tutunarak olur. Güven ve koordinasyon hızla kazanılır. 18 ayda hala bağımsız yürümenin kazanılmamış olması açıklama gerektirir (ailesel, obezite) ve muayene ile normallik ve sebep saptanmalıdır.

Bazı *karakteristik yürüme* tipleri kaydedilmeli, eğer mümkünse videoya kaydedilmelidir.

1. Muskuler distrofide yürüme ördekvaridir. Kalça bir taraftan diğer bir tarafa atılır.
2. Ataksik yürüyüş düzensiz ve zayıf koordinasyon
3. Hemiplejik yürüyüş – bacak ve ekstansiyondaki ayak orak gibi dairesel bir hareketle sürüklenme eğilimindedir.
4. Alt ekstremité güçsüzlüğünde ayak yerde sürüklenir ve yere vurularak yürünür.



Şekil 5.18 Parmak uçlarında duran çocuk.

5 SİSTEMİK MUAYENE

5. Parmak ucu yürüyüşü kendi başına anormal değildir ve prematür doğan bebeklerde görülür.
6. Topallayarak yürümenin sebeplerinden sayfa 162-163 te bahsedilecektir. Unutmayın ki geç tanılı veya gözden kaçmış kalça çıkığı çocuk yürürken saptanabilir.

Okul çocuğu (5+ yaş)

Kooperatif okul çocukları genellikle normal nörolojik muayene yapmanıza izin verirler. Bu sizin ders kitaplarınızda klinik muayene bölümünde anlatıldığı için biz burada tekrarlamayacağız. Yapılması gereken çocuğun güvenini, kooperasyonunu ve anlama-kavrama yeteneğini saptamaktır. Muayene edecek kişi sabırlı nazik ve yeniden başlamaya hazırlıklı olmalıdır. Çocuğun duyularını araştırmak genellikle gerekmez ama yapılırsa çocuğun cevapları araştırılarak tanımlanmalıdır. Çocuklar her zaman yardıma hazırdır fakat eğer size güvenmezlerse korkudan yanlış cevaplar verebilirler).

Okul çocuklarında koordinasyonu ölçmenin en iyi yolu şunlara bakmaktır:

- tek ayak üzerinde duruş
- tek ayak üzerinde zıplamak
- parmak uçlarında yürüme
- topuklar üzerinde yürüme

5 yaş veya daha büyük çocuklar, tek ayak üzerinde zıplayabilirler ve koordinasyonları daha iyidir. Bizim ülkemizde küçük kızlar becerilerini basit çingene dansı veya makarena dansı ile gösterirler. Bu koşullarda , düz çizgi üzerinde yürümek veya bir ayağın topuğunu diğer bacak üzerinde gezdirmek gibi nörolojik testler saçma ve lüzümsüz olmaktadır.

Ek olarak çocuğun yazmasını, topu tekmelemesini ,ayak-kabılarını bağlamasını, topu tutmasını, düğmelerini ilikle-



Şekil 5:19 Tek ayak üzerinde duruş.

mesini gözlemlemek isteyebilirsiniz. Yaklaşık 5 yaş dolaylarında dominant olan el belirlenir- çocukların çoğunda baskın olan sağ el, sağ ayak ve sağ gözdür.

Aşağıdaki klinik konular hakkında bilgi sahibi olmadan nörolojik muayene tamamlanmış sayılmaz:

- görme
- konuşma
- duyma
- zeka

Benign Tremor sebepleri

- ailesel tremor
- anksiyöz tremor
- kafeine bağlı tremor
- ilaca bağlı tremor (örn: salbutamol, siklasparin)

Hepsi nispeten sıktır ve ilk üç tanesine sıklıkla muayene sırasında sıklıkla rastlanır.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Gerekli terimler: Garip hareketler

kore	= Kaba, istemsiz,amaçsız hareketler
atetoz	= yavaş, kıvrımlı inkoordine hareketler
tik	= tekrarlayan garip hareketler, habitüel spazm
tremor	= sabit küçük hareketler
fasikülasyon	= bir grup kas lifinde kasılmalar
myoklanus	= ani, tek, şok benzeri kas kasılmaları

Tonusun belirlenmesi

Tonus, pasif hareketlere direnci gösterir ve değerlendirilmesi yaşla ilgilidir. Yenidoğan ve bebeklerde tonus, boyun traksiyonu, ventral ve ayakta süspansiyon ve ekstremitte eklemlerinin pasif hareketleri ile değerlendirilir. Tonus normal, azalmış (hipotonik veya gevşek) veya artmış (hipertonik,spastik) olabilir. Dik pozisyonunda ellerin arasından kayan infantlar (post neonatal) hipotoniktir. Hipotoni, kas güçsüzlüğü veya zayıflığına bağlı olabilir (malnütrisyon, myopati, serebral lezyonlar ve nöropatide olduğu gibi). El ve ayak bileği eklemleri gevşek olabilir ve kaslar sarkık hissedilebilir. İnfantlarda el ve ayak bileği eklemlerinin sallanması da tonusun değerlendirilmesinde faydalıdır.

Spastisite kas tonusunda artış ve derin tendon reflekslerinde şiddetlenme ile karakterizedir. Tutulan eklemlerde fleksiyon ve ekstansiyon hareketleri zorlaşır. Rijidite "Kurşun boru" (hareket aralığı hep aynıdır), "çakı bıçak" (başlangıçta sert sonra gevşer) veya "dişli çark" tipindedir. (kasılır gibi).

MSS bulgularının seçilmesi

1. Vurulunca çatallı bir ses çıkaran kap deliktir., başa perküsyon yapıldığında çatallı sesin alınması ise artmış kafa içi basıncını ve kapalı fontanelleri gösterir. Muayene eden kişinin kulakları direkt baş üzerine koyulmalı tek par-

makla baş perküsyonu yapılmalıdır. Yer kaplayan lezyonu olan veya suturleri ayrı olan büyük çocuklarda da "delik sesi" alınabilir. Bu ses başın solid sesinden biraz daha farklıdır. Kranial ultrasonun kullanıma girmesiyle birlikte transilluminasyonun bir gereği kalmamıştır.

2. Skleranın iris üzerinde görülmesine batan güneş bulgusu denir. Kafa içi basınç artışıyla seyreden hidrosefalide görülür. Gözleri faltaşı gibi açık olan infantlarda normal olarak da görülebilir.
3. Başın eğik olması da enteresan ve önemli bir bulgudur. Tortikollisin kanıtı olabilir ve şaşılığı ve pitozu olan çocuklarda da görülebilir. Nadiren oksipital tümörlerin erken belirtisi olarak da tanımlanabilir.
4. Taş bebek gözü reflekslerinde ise gözler başın hareketinin aksi yönünde hareket eder.

Serebral felç

Tanımlama: İnfantlıkta görülen hareket ve postür hastalığıdır ve hipotoni, spastisite, ataksi, istemsiz hareket veya bunların kombinasyonundan oluşur.

Serebral felcin en sık görülen tipleri :

- hemipleji kuadripleji
 - dipleji
 - ataksi
 - diskinezi – koreoatetosis, distoni
- } spastik

Hemipleji

Üst ekstremiteler alt ekstremitelerden daha fazla tutulur. Baş parmakta adduksiyon, ellerin yumruk şeklinde tutulması ve artmış pronator tonus belirgindir. Kontraktürler görülebilir ve ekstremitte büyümesi geri kalabilir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Kuadripleji

Bu durumda başta üstler olmak üzere tüm ekstremiteler tutulur. Baskın olan bulgu el bilekleri, dirsekler, ayak bilekleri dizler ve kalçada belirgin olan hipertonidir.

Dipleji

Simetrik dağılım olmakla birlikte alt ekstremiteler daha şiddetli tutulur. Klinik prezantasyon gövdenin altı ve kalçalarda ekstansiyon şeklindedir. İnfantların kendilerini fileksiyondaki kolları, ekstansiyondaki bacakları ile yerde sürüklemeleri tipiktir. Kalçalar ve dizlerdeki ekstansör spastisite alt ekstremitede klasik makaslama hareketine neden olur.

Bazı ortopedik deformiteler de tonus değişikliğine neden olabilir. Bunlar:

- torasik omurgalarda kifoz
- lomber omurgalarda skolyoz
- kalça çıkıklığı
- ekuinovarus veya valgus ayağı.

Ataksi

- Displeji (yukarıda tanımlandığı gibi)
- Serebral tutulum
- Başlangıç hipotonisi
- İntensiyonel tremor
- Ayaklarını vurarak yürüme.

Diskinezi

Bazı veya tüm kas gruplarında düzensiz ve istemsiz hareketlerdir. Bu hareketler sürekli olabilir, veya ekstremiteler hareket ettirildiğinde ortaya çıkar. Diskinezi bulguları hipotoni,

yavaş ve amaçsız hareketler ekstremitelerin distal kısımlarına tutulma ve artmış istemli hareketlerdir.

Serebral felçle ilişkili sakatlıklar

- %75 mental gerilik (IQ< 70)
- Görsel –şaşılık, kırılma kusurları
- Duyma- kısmi sağırılık
- Konuşma – duyu, anlayış ve dil gelişim kusurları
- Epilepsi
- Duysal problemler

Fiziksel ve nörolojik muayenenin amacı şunları saptamaktır:

- serebral felcin tipi
- problemin şiddeti ve dağılımı
- mental ve fiziksel geriliğin tipi ve yayılımı

KAS-İSKELET SİSTEMİ

Bu bölümde ekstremiteler, kaslar kemikler ve eklemleri bir bütün olarak ele alacağız. Ve biraz da konjenital malformasyonlardan bahsedeceğiz. Ortopedi kliniklerinde de çok sayıda ilginç pediatri hastasına rastlanmaktadır. Bizim amacımız kronolojik gelişim içinde birkaç noktayı aydınlatmaktır.

Tam yapılan muayene baştan ayak ucuna kadar olmalıdır. Öğrencilerin çoğu kendi sistematik soruları ve sistem muayaneleri içinde hareket ederler. Eğitimsiz gözler hastalıkla ilişkili olabilecek küçük şeyleri gözden kaçırabilirler: Poli-daktili 2.-3. Parmaklarda kısmi sindaktili (sık bir bulgu)veya 5. Parmakta klinodaktili Poland sendromlu (Pectoralis major kası ve / veya meme başı yokluğu)okul çocuklarında aileler bile deformiteyi saptamakta başarısız olabilirler. Skolyoz ise özellikle aranmadığı sürece kolaylıkla gözden kaçabilir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Çocuk veya infantın tercih ettiği pozisyonu gözleyin eğer mobilse çevrede nasıl hareket ettiğini izleyin. Yerde sürünüyor, emekliyor mu? Yürüyüşünü gözlemleyin koşabiliyor mu? Koordinasyon beceri ve hareketlerdeki simetriği kaydedin. Tek ayak üzerinde zıplayabiliyor mu? Bu kas gücü kadar koordinasyonun da iyi bir göstergesidir. Zıplayabiliyor mu? Oturur pozisyondan ayağa kalkabiliyor mu? Topallama veya ördek yürüyüşü var mı? Ekstremiteleri simetrik ve aynı boyda mı? Aileler sık sık normal postural varyantlar hakkında tıbbi bilgi almak isterler: İçe dönük ayak parmakları (metatarsal abduksiyon nedeniyle çarpık bacaklı (genu varum) ve lomber lordoz (dışarı çıkık karına neden olur).

Parmak ucunda yürümek normal olabilir ve genellikle prematür doğan bebeklerde görülür. Ek olarak spastik diplejide Achilles tendonunun gerilmesine bağlı bir erken bulguda olabilir.

Anomali Tipleri

- Malformasyon = bir organ veya bölgenin yapısal defekti
- Deformasyon = bir bölgenin kompresyona bağlı anormalsekli veya pozisyonu
- Disrapsiyon = normal gelişmiş yapıların bozulması

Gerekli terimler: Ortopedi

talipes equino varus	= golfçü ayağı
genu varum	= çarpık bacak (o-bem)
genu valgum	= X bacak
genu recurvatum	= arkaya dönük dizler
gibbus	= dar açılı kifoz

Ortopedik KurallarOK?

- Herşeyden önce çocuğa zarar vermeyin aktif hareketler her zaman pasiften önce gelir.
- Eklemi asla zorlamayın – özelliklede konjenital kalça çıkığı şüphesi varsa
- Eğer zarar vereceğinizden şüphelenirseniz varsa yapmayın

Yenidoğan

Bu yaş grubunda en önemli şey konjenital anomalilerin saptanmasıdır. 10 el, 10 da ayak parmağı var mı? Aralarında perde var mı? Ekstremiteler simetrik mi? Postürel deformite var mı? Varus (içe dönme) veya valgus (dışa dönme) gibi hafif pozisyonel deformiteler sıktır. Nazik bir manipülasyon ayağı doğru pozisyona getirebilir.

Golfçü ayağı gibi sabit deformiteler genellikle spina bifida ile ilişkilidir ve manipülasyonla düzeltilemez.

Konjenital kalça çıkığı (bakınız yeni doğan muayenesi, bölüm 4)

Doğru kalça muayenesi tekniğinin öğrenilmesi önemlidir. Eğer kalçanın konjenital çıkığının yeni doğan döneminde saptanmışsa tedavisinin oldukça zorlaştırdığı yürüme dönemine kadar belirti vermeyeceği unutulmamalıdır. Kalça muayenesi ilk haftada ve 6. Haftadan önce yapılmalıdır. 6.aydan sonra yapılması gereksizdir. Yenidoğan döneminden sonra konjenital kalça çıkığının (KKÇ) en önemli belirtisi kısıtlı kalça abduksiyonudur. Ne zaman " yukarı-aşağı" hareketle yürüyen genç bir bayan görseniz kendinize şunu sormalısınız " konjenital dislokasyon? " ve bu problemi bebeklerin kalçasını uygun şekilde muayene ederek önleyebiliriz.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Gerekli terimler: el ve ayak parmakları

sindaktili	= parmakların yapışık olması
klinodaktili	= içe dönük parmaklar
komptodaktili	= flekse parmaklar
polidaktili	= extra parmak
araknodaktili	= uzun ince parmaklar

Ekstremitte deformiteleri

Ekstremitte gelişim defektleri (gebelikte talidomid kullanımına bağlı oluşabilir), nadirdir ve detaylı şekilde anlatılmayacaktır. Ekstremitte boyunun uygun şekilde ölçülmesi asimetri şüphesi varsa değerlidir. Alt ekstremitelerin doğru ölçülmesi spina iliaka anterior ile medial malleolun altı arasında yapılır. Hemihipertrafinin örneğin aniridi (iris yokluğu) veya nefroblastom ile olan ilişkisi olabilir.

Nöral tüp defekti özellikle de Celtic ırkında sıktır. Defektler genellikle inspeksiyonda belirgindir.ve yerine ve boyutuna göre sakatlık ve deformite ile ilişkilidir. Lezyonun boyu ve genişliği ölçülmelidir. Nöral tüp defektlerinin tipleri ensefaloşel myelomeningosel meningasel, sipina bifida okülta veya disrafizmdir. Küçük ve alçak seviyedeki spina bifina tipinde gizli klinik bulgular omurgada üzeri kılı lipomatöz kitle ve

Gerekli terimler: ekstremitte deformiteleri

ameli	= ekstremitte yokluğu
hekimeli	= ekstremitelerin distal yarısının yokluğu
fokomeli	= el ve ayakların direkt gövdeden çıkması
artrogripozis	= eğri eklemler
osteogenesis imperfecta	= gevrek kemik hastalığı (fragilitas assium)

Gerekli terimler: nöral tüp defektleri

spina bifida	= vertebral arklarda füzyon defekti (sinonim=rachischisis)
meningosel	= üzerinde kese içinde CSF bulunan açık vertebral ark
myelomeningosel	= nöral dokularını dışarı çıkardığı açık vertebral arklar
hidronensefali	= serabral hemisferlerin komplet yokluğu
anensefali	= kafa tasitavanının konjenital yokluğu
ensefalosel	= beyin dokusunun konjenital kafa tası defektinden herniasyonu

alt ekstremitelerde güçsüzlüktür. Nöral tüpdefekti ile hidro-sefali arasında kuvvetli bir ilişki vardır.

Spina bifida bazan yanlış anlamda kullanılmaktadır. Bu terim radyografilerde serabral yapıların inkomplet fizyonunu tanımlar. Spina bifida okülta ne nöral tüp defektinin bir tipidir, ne de nörolojik defisitle ilişkisi vardır.

Boyun

Yeni doğanlarda kısa boyun görüntüsü sıktır. Normal boyun hareketleri bebeğin başı her 2 tarafa 90 derece çevrilerek kontrol edilmelidir.

Sternomastoid boyunca orta hattaki fibröz nodül (sternomastoid şişlik) neonatallerde zaman zaman görülebilen bir bulgudur. Genellikle spontan olarak kaybolur.

Yeni doğanlarda troid glandı ne görülebilir ne de palpe edilebilir. Belirgin guatr hipotroidizm (Tiroid enzim defektine sekonder) veya geçici hipertroidizmi düşündürür.

Troglossal kistler nadir orta hat lezyonlarıdır ve dil hareketleri ile pozisyon değiştirirler.

5 SİSTEMİK MUAYENE

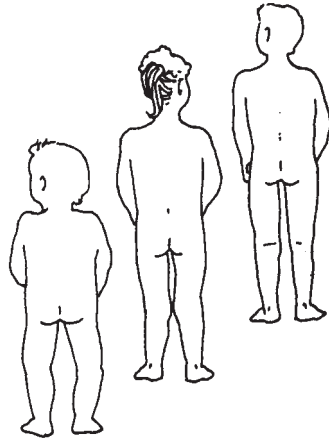
Oyun çocuğu ve okul öncesi çocuğu

Normal oyun çocuklarında genellikle hafif çarpık bacaklı yürüyüş vardır. Bu bazen okul öncesi yaşlarda x-bacak postürüne dönüşebilir. Aşırı olmadığı sürece önemsizdir. Oyun çocuklarının çoğu düz tabanlıdır. Metatarsus varus veya tibial torsiyona bağlı içe dönük ayaklara da sık raslanır.

Topallama

Topallama küçük çocuklarda sık görülen bir klinik problemdir ve dikkatli omurga, kalça, diz ve ayak muayenesi gerektirir.

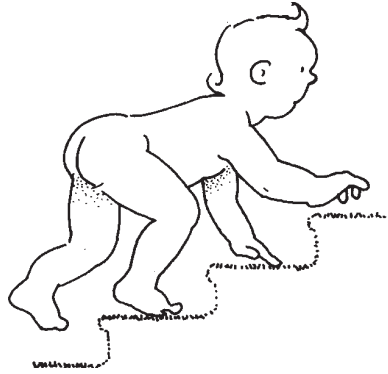
Topallayan çocuğa yaklaşım (a) anemnez (b) yaş değerlendirmesi ve (c) klinik muayeneye dayanır. Çocuklarda kalça hastalıklarının kronolojisi iyi tanımlanmalıdır. Çocuğun pozisyon, yürüme ve alt ekstremitte inspeksiyonu fikir verebilir. Bunu kalça diz ve ayak bileği hareket açıklığı muayenesi izlemelidir. Lokal ısı artışı veya hassasiyet yabancı cisim, döküntü veya kitle araştırılması da faydalıdır. Çocuk-



Şekil 5.20 Normal alt ekstremitte varyantları.

larda akut topallamanın pek çok sebebi olup bazıları aşağıda sıralanmıştır:

- İritabl kalça
- kemik tümörü
- inguinal herni
- geçici sinovit
- travma
- testiküler torsiyon
- pyojenik artrit
- perthes hastalığı
- osteomyelit
- femoral epifiz kayması
- diskit
- anaflaktoid purpura
- osteokondrit
- lenfatik lösemi
- tibia veya fibulanın spiral kırığı
- kaagülasyon bozukluğu
- romatoid artrit
- yara, pansiyonu, ayakta yabancı cisim, siğil, nasır.



Şekil 5-21 Merdiven tırmanan oyun çocuğu.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Kas-iskelet sistemi

Ortopedinin gerçek anlamı " düzgün çocuk"* tur. Pediatristin anlamı ise " çocuk doktoru" dur. Çocuklar doktora, malformasyonlarının düzeltilmesi (eğer mümkünse, kırılan kemiklerinin fiksasyonu (sıklıkla) ve bunların ağrı ve acıları nedeniyle getirilirler. Çocukların hastanelere getirilişinin en sık sebebi kazalar ve yaralanmalardır. Bu bölümle ilgili ortopedi bölümleri hastanelerin en yoğun bölümleridir. Bizim inanışımıza göre pediatri doktorları ve ortopedi cerrahları hep birlikte çalışmalıdırlar.

Kas ve sinirlerin muayenesi birarada yapılır. Kas ve eklem muayenesi de bir bütün olarak yapılmalıdır. Bu bölümlerin sinir, kas ve eklem olarak ayrılması hatalı ve subjektiftir. Ve en iyisi birlikte ele alınmalarıdır. Kas ve eklemde kendi başlarına değerlendirilmemelidir ve lezyonları izole olmaktan çok multiplidir.

Kaslar

Çocukluk dönemindeki kas hastalıkları genellikle nörolojik hastalığın bir göstergesi ya da instrinsik kas hastalığıdır. Nöromuskuler hastalıkların erken ip uçları azalmış intrauterin aktivite, postnatal solunum stresi, gevşeklik, zayıf emme ve yutma ve gelişim geriliğidir. Etkilenen çocukta daha sonra geç yürüme, koordinasyon eksikliği ve sakarlık, çabuk yorulma (her yere kucakta taşınmak isteme) ve sık düşme görülür.

Kas muayenesi, inspeksiyon, palpasyon, kas gücü testleri ve nörolojik hastalığın dışlanması içerir. Kas inspeksiyonu: primer olarak boyut ve simetri değerlendirilerek yapılır. Bazı sendromlarda kas gruplarında yokluk veya hipoplazi görülür.(konjenital kalp hastalığında ağız kenarında, Poland sendromunda pektoralis major ve "Prune Belly" sendromunda karın kasları)

* Düzgün ayak

Unilateral eklem hastalığı (örneğin dizlerde) unilateral kas zayıflığının sonucu olabilir. Fraktüre bağlı uzamış immobilizasyon ekstremitenin (örneğin Quadriceslerin) kas zayıflığına yol açabilir.

Kas gruplarında hipertrofi fiziksel kullanıma bağlı oluşabilir. (yüzücüler kuvvetli omuz kaslarına sahiptirler) bazı çocuklarda dikkat çekecek derecede kısa ekstremiteler neden olan kemik hastalıkları bulunabilir. Hipokondroplazili veya akondroplazili çocukların bacakları "kaslı" görünümde olabilir. Duchenne muskuler distrofisinde baldır kasları çok gelişmiş fakat lastik kıvamındadır.

Kasların palpasyonu. Kas hassasiyeti miyoziti gösterir. Akut viral miyozitte yürüme, baldır kaslarında hassasiyet ve hafif yapısal bozukluk vardır. Genellikle 5-10 yaşları arasındaki çocuklarda görülür. İnfluenza virüs ve Coxsackie virüs enfeksiyonu, çocuklarda miyaljiye (kas ağrısı) sebep olabilir, fakat genellikle miyozit yapmaz. Kas ağrısı ve hassasiyeti çocuklarda assenden polinöritin / Gulliai-Barre sendromu) en iyi göstergeleridir. Kas hassasiyeti çocuklarda nadir görülen bir durum olan dermatomiyozitte de görülebilir. Biz şimdiye kadar viseral larva migransın kasta neden olduğu şişliğe bir tek olguda rastladık; fakat bu gelişmekte olan ülkelerde daha sıktır. Kas tümörleri (miyosarkom gibi) veya kemik tümörleri (Osteosarkom veya kondrosarkom gibi) çocuklukta nadirdir. Fakat yine de görülebilir.

Kas gücü. Bunu değerlendirmek okul öncesi çocuklarda zor olabilirken okul çocuklarında oldukça kolaydır. Öğrenciler genellikle farklı yaşlarda değişik kas gruplarının gücü hakkında bilgi sahibi değildirler. Kas gücünü değerlendirmek subjektif bir yöntem aşağıda gösterilmiştir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Doğruyu söylemek gerekirse pediatristlerin çoğu kas gruplarının gücünü tam ve doğru olarak ölçmek için nörolog veya fizyoterapistlerin yardımına ihtiyaç duyarlar.

Derece	Kabaca Değerlendirme	Güçsüzlük derecesi
0	Yok	Hareket yok
1	Minimal	Kasılma hareketi
2	Zayıf	Yerçekimsiz
3	Orta	Yer çekimsiz hareket
4	İyi	Hafif güçsüzlük
5	Normal	Normal

Bazı tarama testleri de yardımcı ve yol gösterici olabilir. Kendinizi düşünün – baldırınızın (parmak ucuna kalkmak) biceps veya karın kaslarınızın (yatarken oturur duruma gelmek) gücünü göstermeniz istense hangi hareketleri yaparsınız şimdi bu düşüncelerinizi çocuklara uygulayın.

- Kollarının altından tutup çocuğu kaldırın- üst ekstremitelerin proksimal kaslarını test edin.
- Çocuğu parmak uçlarından kaldırın (distal kol kaslarını test edin)
- Çocuktan merdivenleri emekleyerek çıkmasını isteyin – alt ekstremitelerinin proksimal ve distal kaslarını test edin.
- Çocuktan, oturur pozisyondan kalkmasını isteyin bu baldır kaslarını test eder. Gower bulgusu, muskuler distrofinin klasik bulgusudur. Fakat kas güçsüzlüğün diğer tiplerinde de görülür.
- Çocuktan 2 parmağınızı sıkmasını isteyin – " eğer yapabilirsen acıt beni" genellikle bundan hoşlanırlar. Gücü test eder.

- Çocuktan saçınızı çekmesini isteyin (sadece parmaklarıyla) – bundan gerçekten hoşlanırlar.

Daha fazla devam edebilirsiniz fakat eminiz ki mesaj aldınız. Yalancı kavgalar, onun gücüne karşı sizinki gibi oyunlar oynayın, ona cesaret verin ve pozitif olun:

" Ne kadar güçlüsün görelim."

" Hadi ! bundan daha iyisini yapabilirsin."

Erkeklerde çoğu bundan hoşlanırlar, günümüz kızları da yadırgamaz.

Okul çocuğu

Bu bölümde amacımız (a) eklem muayenesi (b) artrit ve (c) skolyoz muayenesinden bahsetmektir.

Okul çocuğunda kas, eklem ve kemiklerin sistemik muayenesi erişkinlerdeki gibidir. Ekstremitte ve eklem ağrısı araştırılması gereken en sık semptomlardır. "Artralji" kelimesinin anlamı eklem ağrısıdır. Bir çocuğun ekstremitte ağrısı periyodikse, tetikleniyorsa başka olaylarla ilişkili ise ve daha önemlisi etkilenen yerde şişme veya kızarıklık varsa bu önemlidir.

Tüm öğrenciler başta (a) el, (b) kalça ve (c) diz olmak üzere tüm eklemleri muayene edilmelidir. Bunlar atritik olayların en sık tuttuğu eklemlerdir.

Eklem muayenesi

Artrit veya eklem inflamasyonu pediatriye sık bir durumdur. Rubella özellikle dizi tutar. Enfeksiyöz monolükleoz Henoch-Schönlein sendromu (büyük eklemleri etkiler) romatoid ateş (eklemleri yalar, kalbi ısıtır) sistemik lupus eritematozus gibi kollajen –vasküler hastalıklar ve çocukluk çağı-

5 SİSTEMİK MUAYENE

nın kronik artritlerinde görülebilir. Artrit klasik inflamasyon bulguları ile prazente olur.

- rubor (kızarıklık)
- calor (sıcak)
- dolor (ağrı)
- tümör (şişlik)
- fonksiyon kaybı

Eklemler enfeksiyöz olaylarla da tutulabilir. Septik artrit kalça veya dizleri tutabilir. Tüberküloz artriti sıklıkla kalça ve omurgaları tutar, fakat batı ülkelerinde çok sık görülmemektedir. Meningokoksesemi de eklem enfeksiyonuna sebep olabilir.

Eklemler artrogripozis multipleks veya asetabular displazi gibi konjenital malformasyonlarla hasara uğrayabilirler ve fonksiyonları bozulur. En sık ilişkili olan durum kalça çıkığıdır.

Artritin ana yakınması ağrıdır. Çocuklar doktora (a) ağrıdan kurtulma (b) inflamasyon veya enfeksiyonun iyileştirilmesi (c) eklem pozisyonu ve fonksiyonunu düzeltilmesi (d) deformitenin önlenmesi için getirilirler. Eklem muayenesinin primer amacı anatomik patolojik ve fonksiyonel tanı ve tedavinin sağlanmasıdır. Daha basit terimlerle bilinmesi gereken, hangi eklemin etkilendiği, ne kadar kötü olduğu ve sebebinin bilinmesidir.

Sonuç olarak, artralji ve artrit, travma , kanama hastalığı (faktör 8 veya 9 eksikliği) Osgoog-schlatter hastalığı gibi osteokondritler sebebiyle oluşabilir. Henüz konuşamayan küçük çocuklar ve oyun çocuklarında eklem ağrısı ekstremiteleri hareket ettirmeyi istememe veya yıkanırken ve kıyafetini çıkartırken ağlama ile belirti verir. Still hastalıklı bir çocuğun annesi bir gün şöyle demişti: " Ben ona dokununca hemen ağlıyordu"

Eklemlerin doğru muayenesi şunlara dayanır:

- inspeksiyon ve görülenlerin doğru tanımlanması
- sıcaklık, hassasiyet, şişlik ve krepitasyonun palpasyonu.
- hareket aralığının kontrolü

Muayenenin temel kuralları önce bakmak, nazikçe incitmeden palpe etmek ve pasif hareketlerden önce aktif hareketleri yaptırmaktır. Yürüyüş rutin olarak gözlenmelidir. - fiziksel büyüme ağırlı değildir, fakat fizyolojik büyüme cehennem gibi yakar".

Eklem inspeksiyonu, eklem şişliği psikolojik aramak, normal eklem kontürü ve genellikle zayıf çocuklarda görülen kemik çıkıntılarının aranması ve kas gücünün değerlendirilmesini kapsar. Eklem şişmesi sinoviyal kalınlaşma veya eklem efüzyonu veya her ikisini de birden sebep olabilir. Diz, el bileği ve interfalangeal eklemlerde şişlik belirgin olabilir. Henoch-Schönlein sendromunun purpurik döküntüleri ayak bileğinde daha fazladır. dizde belirgin artrit ile birlikte olabilir ve bu tanıyı kolaylaştırır. Şişmiş interfalangeal eklemler parmaklarda işsi deformitelere sebep olabilir. El bileğinin şişliği ise "yemek çatalı" deformitesine sebep olur. Omuz ve kalça ekleminde şişlik ise genellikle görülemez.

Eklem palpasyonunda tercihe göre avuç içi veya el sırtı kullanılarak eklem ısısına bakılır. Eklem ısısı diğer eklemlerle ve çevre dokularla kıyaslanmalıdır. Belirgin eklem ısısı artışı inflamatuvar artrit düşündürür. Eklem hassasiyeti hafifçe bastırılarak kompresyon yaparak veya eklemi sıvazlayarak değerlendirilir. Eklem şişliği sinoviyal kalınlaşmaya neden olur ve kalınlaşmış sinoviyum el bileğinde hissedilebilir. Eklem efüzyonunki en kolay diz ekleminde saptanır. Dizde az miktardaki sıvı hareket edebilir ve eklem için yapılar arasında sıkıştırılarak saptanabilir. Diz eklemindeki büyük miktardaki sıvılar ise pozitif patellar ponksiyon ile gösterilebilir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Eklem	Hareket	Normal Aralık
El bileği	Fleksiyon	90 derece
	Ekstansiyon	90 derece
Dirsek	Fleksiyon	0-15 derece
	Ekstansiyon	0-15 derece
Diz	Fleksiyon	30 derece
	Hiperekstansiyon	0-5 derece
Ayak bileği	Dorsifleksiyon	30 derece
	Plantar fleksiyon	30 derece

Eklem Hareketi. Eklem hareketini kontrol etmek için, eklem normal hareket aralığını bilmek gerekmektedir. Örneğin el bileğinde 180 derece, dizde 140 derece değişik yaşlardaki farklı eklemlerin fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve abduksiyon hareketlerinin derecelerini ders kitaplarınızda bulabilirsiniz. Bir infant ayak parmağını ağızına getirebilir. Fakat infantlar için bunu yapmak eğitim gerektirir, veya bir işkencedir. Ama siz ayak bileği, diz, kalça, el bileği, dirsek, omuz ve boyun eklemine hareket açıklığını bilmelisiniz.

Son olarak her zaman aktif hareketleri pasif hareketleri önce yapın, başka türlü yaparsanız çocuğa zarar verebilirsiniz. Eğer muayene sırasında çocuğa zarar verirsiniz ve o ağlarsa muayene sonucunda üzgün çocuk, kızgın anne ve sınavdan kalmış bir öğrenci olur.

"Juvenil İdiopatik Artrit (JİA) terimi çocuk döneminin değişik kronik artritlerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Sir Frederick Still, sistemik özelliklerine göre cilt, bezeler, dalak, karaciğer, kemik iliği, ve eklemler ile ilgili patolojileri gruplandırarak tanımlamıştır.

Juvenil İdiopatik Artritin (JİA) Sınıflaması

JİA: artrit 6 hafta veya daha fazla sürer ve sebebi bulunamayabilir.

Alt grupları

1. Oligoartiküler başlangıçlı JİA: Hastalığın ilk altı ayında 5'ten az eklem tutulmuştur. Persisten takip eden süre içinde tutulan toplam eklem sayısı dört veya daha azdır. Yaygın: takip eden süre içinde dörtten fazla eklem tutulur.
2. Poliartiküler başlangıçlı JİA: hastalığın ilk altı ayında beş veya daha fazla eklem tutulmuştur. Genellikle küçük eklemler tutulur ve simetrik dağılım görülür ve Romatoid faktör +/-
3. Sistemik başlangıçlı JİA (Still hastalığı olarakta bilinir) kronik artrite yüksek ateş geçici epizodik döküntüler, lenfadenopati hepatosplenomagali gibi sistemik bulgular eşlik eder.
4. Psöriatik artrit: kronik artrit genellikle asimetrik küçük ve büyük eklem tutulumu şeklindedir ve psöriazis veya psöriatik diatez (aile anamnezi, tırnak bulguları) eşlik eder.
5. Entezitisle ilişkili artrit öncesinde bilinen juvenil spondiloartropati vardır. Kronik artrit, entezitis (tendon, ligament veya fasyanın kemiğe doğru inflamasyonu) veya alt aksiyal iskelet tutumu ile ilişkilidir. HLA B27 ile ilişkili bir artropatidir. Hastaların büyük çoğunluğunda erişkinlerdeki gibi sakroileit gelişir. Fakat çocukluk dönemi boyunca sakroiliak eklem tutulumu nadirdir.

Gerekli Kelimeler

miyalji	= kas ağrısı
artralji	= eklem ağrısı
nöralji	= sinir ağrısı
proktalji	= rektal ağrı
migren	= unilateral baş ağrısı (hemi-krania = yarım baş)

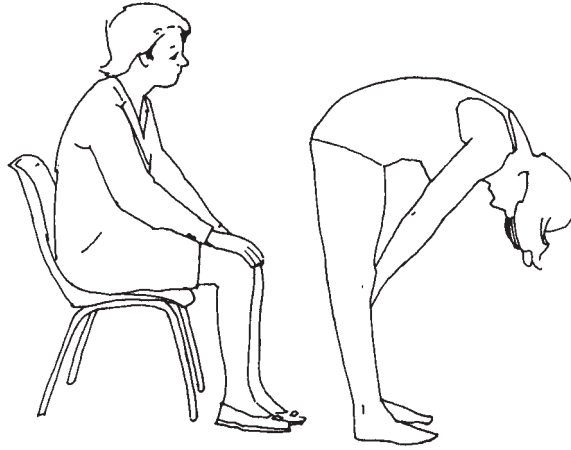
5 SİSTEMİK MUAYENE

6. Sınıflanamayan yukarıdaki kategorilerin hiç birine giremeyen idiopatik kronik artrit tipleridir.

Skolyoz

Rutin muayene özellikle de adolesan dönemdeki okul kızlarda skolyoz açısından inspeksiyonunu da içermelidir. Skolyoz araştırmaları:

1. Ayaktayken postürde arkadan inspeksiyon yapılır. Bir omuz daha yukarıda olabilir. Lomber veya göğüs omurgası eğik görülebilir. Konveksliğin yönüne göre (sağa veya sola) eğrilik tanımlanmalıdır.
2. Çocuktan ayak parmaklarına dokunmasını isteyin muayene eden kişi gözleriyle hastanın beli arasında horizontal bir hat olacak şekilde hastanın arkasına oturmalıdır. Sabit skolyoz kambur bir görüntü oluşturur. Postüral skolyoz ise eğilmekle düzelir.



Şekil 5.22 Skolyoz inspeksiyonu.

Kalça Yaşları

Doğum:	KKÇ / DKH
1-3yaş:	geçici sinovit
5 yaş:	perthes hastalığı
10 yaş:	epifiz kayması
her yaş:	inflatuar artrit

GÖZLER

Gözler ruhun pencereleridir.

Gözler bizim hakkımızda çok şey söyleyebilir. Fiziyonominin sanatına kapıldığınızda (yüz hatlarından karakter tayinine başlamak) ilk olarak gözlere bakarsınız. Bu çocuklarda da aynıdır. Dehidratasyonda donuk, çökük gözler marasmik malnutrisyonda üzgün deprese gözler, sarılıkta sarı sklera, albinizmde pembe iris, neşeli ve sağlıklı çocuklarda parlak ışıltılı gözler gibi.

Göz muayenesi şunları içermelidir.

- göz, pupil, iris ve skleranın genel inspeksiyonu
- simetri veya başka bir şey için göz hareketlerinin değerlendirilmesi. Mümkünse pupiller, akomodasyon ve korneal refleks kontrolü.
- kırmızı röfle
- retinal fundoskopisi (oftalmoskop ile)
- görme keskinliğinin değerlendirmesi.

Oftalmoskopisi

İyi bir oftalmoskopisi yaşa bakılmaksızın her çocuğun muayenesinin bütünleyici bir parçasıdır. Yenidoğanlarda yardım alınarak baş orta hatta tutulmalıdır. Göz kapakları yumuşak-

5 SİSTEMİK MUAYENE

ça bir birinden ayrılabilir. Her iki gözde de 20 cm uzaklıktan kırmızı refleks kontrol edilmelidir. Kornea netliğini kontrol edin, lenste opasite araştırın ve hemoraji retinopati ve disk görüntüsü için fundus muayenesi yapın.

Oyun çocukları ve okul öncesi çocuklarda fundoskopi çok zor olabilir. İnfant ya da çocuğun rahat ettiği pozisyonda tutun – yatarken kendi başına ve annesinin dizlerinde otururken eğer gerekliyse odayı karartın, ofatalmoskopun ışık yoğunluğunu düşük tutun. Midiriatik (izin almadan) kullanmayın. Çocuğu ilgi çekici şeylere baktırmaya çalışın. Gözleri açmak için zorlamayın – Bu genellikle direnç ve redde neden olur sabırlı olun ve uzaktan yavaş yavaş yakalaşın sabırlı ve azimli olursanız ödül olarak teşhis edilebilecek bir retinopatiyi tanıyabilirsiniz. (örneğin rubella sitomegalovirüs veya toksoplazma retinopatisi olup, problemi daha önceden belirlenemeyen çocuklar.

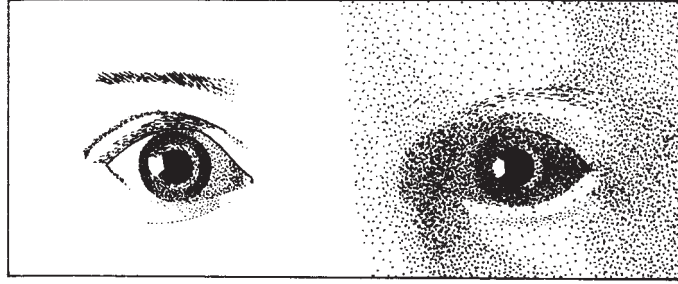
Diğer nadir bulgular prematüre retinopatisi (retrolental fibrolazi), hipertansif retinopati koroidal tüberkül, toksokardır. (oküler larva migrans). Fontaneller ve suturlerin açık olması nedeniyle papillödem oldukça nadir bir durumdur.

Fundoskopi Bulgular

- Rubella retinopatisi = retinada "tuz ve biber" görüntüsü
- Tosoplazmozis = bir veya daha fazla pigmentli veya atrofik skar
- Kiraz kırmızısı lekeler = nadir bazı katılımsal hastalıklarda görülür.

İnfant ve çocuklar önce annelerine sorun : çocuğunuz iyi görüyor mu?

Eğer cevabı "evet" ise nereden anladığını sorun anne genellikle haklıdır. Eğer çocuğunun az gördüğünü düşünüyorsa sebeplerini araştırın. Doktorun tek sorumluluğu annesinin haklı olup olmadığını saptamaktır.



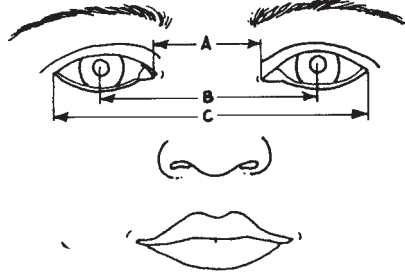
Şekil 5.23 Işık refleksi kontrolü her yaşta faydalıdır.

Önemli olmayan bazı göz bulguları

1. *Psödostrabismus* "psödo şaşılık" geniş burun kökü veya belirgin epikantrik kıvrımlar nedeniyle gözün yanlışlıkla şaşılık görünmesidir.
2. *Mavi sklera* bebeklerde genellikle normaldir. İleri derecede mavi sklera osteogenesis imperfekta, kalıtsal bağ dokusu hastalıkları ve bazen de demir eksiliğinde görülür.
3. *Göz kırpması* okul çocuklarında görülen spazm alışkanlığı veya tiktir. En iyisi görmemezlikten gelmektir.
4. *Işık refleksi* her yaşta faydalıdır. Uzaklıkta bir ışık kaynağı (pencere, lamba veya ampul) simetrik olarak pupiller üzerine düşürülmeli ve hareket aralığına bakılmalıdır.

Oküler belirteçlerin normal değerlerini (şekil 5,24) konu ile ilgili özelleşmiş kitaplarda bulabilirsiniz gözler birbirinden çok uzaktaysa hipertelorizimden bahsedilir. "mongoloid eğim" terimi gözlerin aksi ve dışa çekik olduğu zaman kullanılır aksi olarak anti mongoloid eğimde ise gözlerin aksi aşağıya ve dışa dönüktür.

5 SİSTEMİK MUAYENE



Şekil 5.24 oküler belirteçler: A= internal mesafe, B = interpupiller mesafe C= dış kantallı mesafe.

Gözlemsel oftalmolojisi

Biz bu kitapta sürekli ve dikkatli gözlemin önemini vurguladık. Gözler iyi bir şekilde bakmaya değerdir.

1. *Katarakt* görülebilir. Katarakt konjenital rubella ve galaktozemi ile ilişkili olabilir.
2. *Kornea bulanıklığı* olabilir. Bu durum mukopolisakaridozu düşündürür.
3. *Nistagmus* saptanabilir.
4. Görme bozukluğu olan bebeklerde amaçsız göz hareketleriyle küçük görsel fiksasyonlar tipiktir.
5. Göz kapaklarında *pitozis* belirgin olabilir.
6. Fragile x sendromlu erkeklerin sıklıkla soğuk ve insanı rahatsız eden mavi gözleri vardır.
7. Döğülmüş veya istismar edilmiş çocuklarda donuk bir uyanıklık vardır. Gözünü dikip bakmaları sizi suçlar gibi ürkütücüdür.

Gerekli terimler: gözler

ambliyapi	= "tembel" göz, kısmi görme kaybı
aniridi	= irisin konjenital yokluğu
anoftalmi	= gözün (orbitanın) konjenital yokluğu
afaki	= lensin konjenital yokluğu

Göz muayenesi konusunda unutulmaması gereken birkaç nokta, çocukların gözlerinin zorlanarak açılmasını sevmemeleri, okul öncesi çocuklarda akomodasyonun güçlü olduğu, pupillerin eşit olmamasının bazen normal bir bulgu olduğu ve hareketlerin simetrisi, reaksiyon ve renk kontrolü yapılmasının önemli olduğudur.

Farklı yaşlarda göz muayenesi

Yenidoğan

Yeni doğan çocuklar kuvvetli ışığı sevmezler, bununla birlikte ışığa doğru dönmek ilk ay boyunca kullanılan faydalı bir klinik testtir. Görme alanına 30-50 cm mesafeye bir kırmızı obje (top getirildiğinde geçici fiksasyon saptanacaktır.

Yeni doğanın gözleri en iyi dik durumda, eğer mümkünse emerken muayene edilir. Bu pozisyonda genellikle gözler açıktırlar. Sabırlı olursanız uyumlu bir bebeğin, gözlerinin, annesinin gözlerine kilitlendiğini görebilirsiniz.

Doğum sonrasında yapılan muayenede büyük anomaliler, muhtemel travma kanıtları, konjenital veya kazanılmış enfeksiyonları belirlenir. Bu dönemde göz hareketleri gelişmiştir ve vestibüler okuler refleks kullanılabilir. Bebek başını yandan yana arkaya, öne, yukarı, aşağı, hareket ettirek her yöndeki göz hareketi kontrol edilebilir.

İlk 1 veya iki hafta içinde konjuge göz hareketleri saptanabilir. Fakat bu durum genellikle 4. haftada biter. Gözün çok büyük (glokom) veya çok küçük (mikroftalmi) olması ekarte edilecek şekilde göz boyutları kontrol edilmelidir. Doğumdan sonraki 1-2 gün içinde kornea tamamen temiz olmalıdır. Pupiller çift ve reaktif olmalıdır. Farklı göz renkleri konusunda her zaman şüpheli olmalısınız. Göz dibi muayenesi en iyi 0,5 m uzaklıktan oftalmoskop ile yapılır. Bu mesafede muayene eden kişi her iki pupilide eş zamanlı gözleyebilir ve kırmızı refleksin rengini ve parlaklığı karşılaştırabi-

5 SİSTEMİK MUAYENE



Şekil 5.25 Gülümseme cevabı.

lır. Eğer kırmızılık eşit değilse, strabismus veya gözde opasite ihtimali düşünölmelidir. Bu evrede fundoskopi, özellikle de disk çevresi ve posterior alandaki hemorajileri gösterebilir. Eğer hemoroji yoğunsa oftalmolojik konsültasyon yapılmalıdır. Bazen ilk günlerde göz kapağındaki ödem muayene için gözlerin açılması zorlaştırır. Bu durumda infanti prone pozisyona getirmek gözlerin açılmasını sağlayabilir.

6-8 haftalar

İnfant hareket eden objelere karşı uyanıktır, konverjans ve takip refleksleri vardır. Muayene eden kişi 30cm uzaklıktan infanti dikkatini çekebilir ve "anlamli gülümseme" yanıt olarak gözlenir. On iki haftada 180 derecelik baş ve göz hare-

ketleri görülebilir. Bu yaşta lakrimal bezler duygular yansıtmaya başlar.

16-20 haftalar

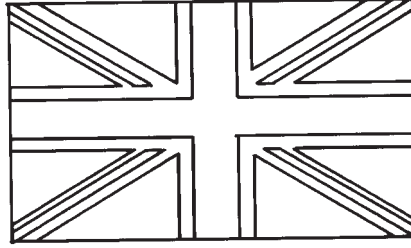
El hareketleri gelişir küçük bir küp, 1m mesafeden dikkatini çekip fiksasyona neden olabilir. Renk tercihi 20-28 haftalarda gelişir ve el/göz koordinasyonu (palmar kavrama) küp veya kağıt kullanılarak saptanabilir. Görme netliği 9 dan 12 aya kadar dramatik olarak düzelir ve çok küçük objeler bile görülebilir. İşaret ve baş parmak ile tutulabilir. Hem horizontal hemde vertikal planda göz hareketleri vardır. 1 yaşında korneanın transvers çapı (12 mm) erişkin boyutlarına erişir. Konverjan 18. ayda iyice saptanabilir. 4 yaşında görme keskinliği neredeyse 20/20 dir.

Göz muayenesi her yaştan hastaya her gelişlerinde uygulanmalıdır. Oftalmoskopun doğru şekilde kullanılması bol klinik pratikle öğrenilir. Değerlendirme hem neonatal dönemde hem de oyun çocukluğu döneminde yapılmalıdır. Erken (2-3 yaş) ve beş yaşında (okul öncesi) tekrar takip edilmelidir. Onlu yılların sonuna kadar her iki üç yılda bir tekrarlanmalıdır.

Strabismus (şaşılık)

Aileler sıklıkla, çocuklarının şaşı olduğunu düşünürler. Şaşılık çocuk yorgun olduğu zaman daha belirgindir. Akrabalar veya arkadaşlar da aileleri şaşılık konusunda uyarabilirler Öğrenciler her zaman ailelerinin şaşılık konusundaki düşüncelerini dikkate almalı ve gözleri uygun şekilde muayene etmelidirler. Yenidoğanlardaki şaşılık önemli değildir ve uzun sürmediğinden retiroblastomayı ekarte edebilirsiniz. Şaşılığa yaklaşım aşağıdaki kuralları izler:

5 SİSTEMİK MUAYENE



Şekil 5-26 Büyük Britanya ulusal bayrağı

1. Tüm hareketlerde ışık refleksini arayın.
2. Her yönde göz ve kas hareketini test edin, tüm göz hareketlerini kontrol etmenin basit yolu çocuktan parmağınızı takip etmesini isteyerek havaya hayali bir "Büyük Britanya Ulusal Bayrağı" çizmektir.
3. Basit soruları cevaplamaya çalışın – şaşılık değişken mi (konkomitan) yoksa paralitik mi?
4. Korneal opasite ve katarakt arayın.
5. Kapama testi yapın çocuğun dikkatini çekmek için ilginç bir obje (oyuncak) kullanın.
6. Bir gözünü görme ekseninde kapatın ve tek gözüyle görmesini sağlayın. Eğer çocuk kapatılan gözüyle fiksasyon yapıyorsa öbür gözde şaşılık varlığında aşırı fiksasyon oluşur.

Doğumdan sonra 5-6 ay boyunca devam eden şaşılık önemlidir. Ve derhal oftalmoloğa yönlendirilmelidir. Psödo şaşılık sık bir minör varyanttır. Paralitik şaşılık nadirdir. Ve değişken şaşılıktan daha önemli bir durumdur.

Gerekli terimler: göz kitleleri

şalazyon	= göz kapağında küçük inklüzyon kisti
hordelum	= göz kapağında arpacık (püstül)
dermoid	= gözde eksternal açılı dermoidi
pingecula	= kornea kenarında küçük sarı leke

Kırmızı refleks

Her iki göze de 0,5 metreden kuvvetli ışık tutulduğunda simetrik kırmızı refleks oluşmalıdır. Katarakt, retina blastoma ve prematürite retinopatisinde beyaz pupiller refleks oluşur. Kırmızı refleksin yokluğuna ise lökokori denir.

Bazı göz bulguları

1. *Dilate* konjonktival damarlar ataksi – telenjektazi düşündürür.
2. *Brushfield lekeleri* (irisin çevresinde beyaz lekeler). Down sendromunda bazen de normal çocuklarda görülür.
3. *Morgan – Dennie kıvrımı* göz altında çift çizgidir. Egzamatöz allerjik çocuklarda görülür.

Gözün nörolojik muayenesi ve yorumları çocuklarda da erişkinlerdekiyle aynıdır. Pupiller normalde eşit, merkezi, yuvarlak olmalı, ışık refleksine cevap vermeli ve akomodasyon yapılmalıdır. Göz hareketleri her yönde tam olmalıdır. Korneal refleks kontrolü hoş olmayan bir durumdur ve nadiren değerlendirilir. Burada değişik yaşlardaki görme keskinliği kontrolünün detaylarına girmeyeceğiz – detaylı bilgi için Mary Sheridan'ın (1977) kitabına veya oftalmoloji kitaplarına bakabilirsiniz. Uyumlu çocuklarda görme alanı yüzleştirme testleri ile değerlendirilebilir.

Erken süt çocuğu döneminde zayıf görme aktivitesinin uyarıcı işaretleri

- düzensiz göz hareketi
- el takibinin devamı
- el hızla yüze doğru getirilirken göz kırpma cevabının olmaması
- nistagmus

Şaşılığın erken saptanması ve tedavisi ambliopiye önleyebilir. Görme keskinliğinin azlığının erken saptanması da uygun şekilde tedavi edilebilir.

5 SİSTEMİK MUAYENE

Tüm klinik muayenelerinde anneye şunları sorun:

Bebeğiniz iyi görebiliyor mu?
Neden böyle düşünüyorsunuz anlatır mısınız?

Eğer anne bebeğin görmesi konusunda endişeliyse bunu onun kelimeleriyle değerlendirin. Görüşleri genellikle doğrudur! Unutmayın ki infantlar hızla annelerinin gözlerine fikse olurlar ve kalem stetoskop veya başka hareket eden bir obje gördüklerinde yüzünüze dostça gülümserler. Tanıdık bir bebek veya oyuncak da sizin gülüşünüzün yerine geçebilir.

CERRAHİ

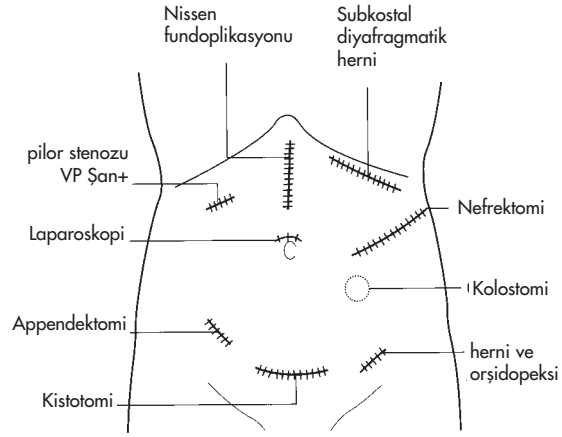
Bu bölümde erken veya geç cerrahi müdahale gerektiren durumların gözlem ve muayenesi anlatılacaktır.

1. İnguinal herni ilk üç ayda özellikle de preterm infantlarda çok sık görülür. Etkilenen infantların büyük çoğunluğu erkektir. Nadiren kız infantlarda da aynı durum görülebilir. Preterm infantlar cerrahi öncesi eve yollanmazlar çünkü strangülasyon ihtimali çok yüksektir. Herni varlığının aranması ve pozisyonla değişmesi muayenenin parçalarıdır. Soğuk eller ağlayan bir infant değerlendirmeyi zorlaştırır ve tanıda şüphe yaratır. Sıcak eller ve çabuk muayene ve oldukça faydalıdır.
2. Umblikal herni – infantlarda özelliklede pretermelerde daha sıktır. Genellikle cerrahi gerektirmez ve ilk 2 yıl içerisinde kendiliğinden düzelir. Bazen, özelliklede paraumblikal hernide girişim gerekebilir. Umbilikal herni aciliyeti olmayan bir durumdur.
3. Testis torsiyonu (biri ve her ikisi) bu durum oldukça nadirdir ve genellikle doğumdan önce oluşur. İlk 48 saatte

muayene edildiğinde büyük sert ve rengi değişmiş olduğu farkedilir. Fakat birkaç haftada dağılır ve kaybolur.

4. Kulak muayenesi. Kulak zarı bombeleşmesiyle giden orta kulak enfeksiyonu nadirdir. Erken teşhis ve bazen de otolojik cerrahi gerektirir. Mastoidit daha da nadirdir. Muayenede orta kulak enfeksiyonu bulguları aranmalıdır. Hassasiyet açısından mastoidler her zaman palpe edilmez.
5. Tonsiller- tonsiller bazen otolojik muayene gerektirecek kadar büyüyebilirler. Bununla birlikte en sık görülen durum glandüler ateşe neden olan püstülle kaplı tonsil enfeksiyonudur. – benign bir durumdur.
6. Batık tırnak YD ve süt çocuklarının neonatal ve infantların büyük çoğunluğunda tırnak batması görülür. Stafilokok enfeksiyonu paronişiye sebep olabilir. Cerrahi girişim nadirdir. Eğer lokal tedavi iyi iyileşmiyorsa uygulanır.
7. Akut osteomyelit nadir bir durum değildir. Akut ağrı ve hassasiyet açısından çok dikkatli bir muayene ile lokalizasyon saptanır. Neyseki cerrahi nadiren gerekli olmaktadır.
8. Akut apandisit – bu tanıyı çocuklarda koymak çok zordur. İnfantlarda çok nadirken, okul çocuklarında daha sık görülür. Ağrının lokalizasyonu için karın çok dikkatli muayene edilmelidir. Nazik olunmalıdır. Ellerin sıcak olması zorunludur. Eğer mümkünse aile çocuğu rahatlatmak ve güven vermek için yanınızda bulunmalıdır. Eğer şüpheleniz varsa daha kıdemli meslektaşınızdan yardım isteyin. Eğer perforasyon ihtimali varsa rektal muayene ve karın ultrasonografisi tanıyı doğrulamakta faydalı olabilir.
9. Periorbital enfeksiyon – periorbital cilt ve altta yatan dokuda ödem ve inflamasyon gözlenir. Acil bir durumdur. Ve derhal oftalmolojik konsültasyon istenmelidir.

5 SİSTEMİK MUAYENE



Şekil 5.27 Çocuklarda görülen bazı abdominal skarlar. Bu operasyonların çoğu artık laparoskopik olarak yapılmaktadır.

6

Gelişimin değerlendirilmesi



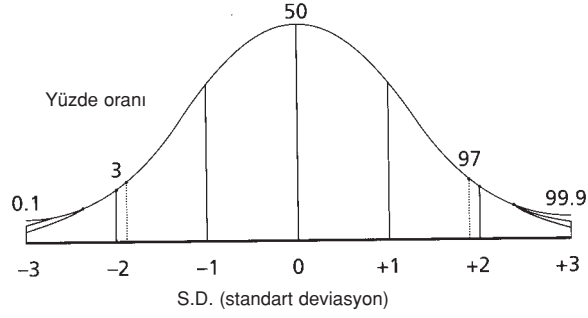
Pediatristler ölçüm doktorlarıdır.

Apley

Chesterton bir insanı en iyi bilen, onu her görüşte yeniden ölçüsünü alan terzisi olduğunu savunmaktadır. Aynı şey tüm infant ve oyun çocuklarının her görüşünde boy (uzunluk), kilo ve baş çevresini ölçen çocuk doktorları için de söyleyebiliriz. Ek olarak kol çevresi, cilt katı kalınlığı, kan basıncı, alt – üst segment oranı vs. ölçülmesi de uygundur.

Bebeklerde yatma boyu ölçülür. Bu kabaca tepe – topuk boyu ölçülerek yapılır. Daha doğru yöntemler horizontal stadiometre veya "pedobaby" mezuralarıdır. Ayakta uzunluk en kolay duvar tablolarıyla vertikal cetvelle veya stadiometre kullanılarak ölçülür. En doğru yöntemler Tannerin 'grubu tarafından tanımlanmıştır. Buckler'in kitabı da (1996) faydalı tablo grafik, liste, ve bilgilerle doludur. Uzunluk mutlaka yaşa cinsine ve ırka göre hazırlanan persantil eğrilerine işaretlenmelidir. Erken yaşlarda 7 yaşına kadar sadece küçük bir cinsiyet farkı vardır. Uluslararası tablolar da oluşturulmuştur. Boy artışı iyilik halini göstermek açısından kilo artışından

6 GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ



Şekil 6.1 Persantiller ve standart sapmalar arasındaki ilişki.

daha iyi bir göstergedir.

Çocukların boyunu değerlendirirken bazı yaşları bilmek faydalıdır. (kutuya bakınız)

Boy değerlendirilmesi için faydalı basit yaşlar

- kronolojik yaşlar. Örneğin: erkek, 6, 0 yaş, 100 cm
- boy yaşı = 4 yaş. Başka bir deyişle 4 yaş çocuklarının ortalama boyunda
- radyolojik Kkemik yaşı değerlendirilmesi. Bu çocuğun boyu 4 yaşında gibi değerlendirilir.
- kıyafet yaşı. Anne çocuklarına 4 yaş çocuğuna uygun kıyafetler alıyor.

Büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesinde faydalı ilaveler:

- eğer mevcutsa çocuğun sağlık kayıtlarını görmek isteyin
- boyu ve kilosunun benzediği söylenen akrabasının aile fotoğraflarına bakın.
- ailesel özellikleri araştırın
babası ergenliğe geç mi girmiş?
annenin adetleri ne zaman başlamış?

Boy referans noktaları	
doğum:	50 cm
1 yaş:	75cm
4 yaş:	100 cm
12-13 yaş:	150 cm

Kutsal kitapta söylediği gibi kilo lordların zevkidir ve pediatriye iğrençlikle arasında sahte bir denge vardır. Tüm bebeklerin infant ve oyun çocuklarının kiloları düzenli olarak ölçülmelidir. İlaç dozları ve sıvı ihtiyaçları da vücut kütlesiyle ilişkilidir. Hayatın ilk yılında kilo 3 katına çıkarken boy %50 baş çevresi ise 1/3 oranında artar.

Baş çevresi veya daha doğru olarak maksimal oksipital çap, esnek olamayan ve güvenilir bir bantla ölçülmelidir. Baş çevresi beyin büyümesinin (fakat zekanın değil) göstergesidir. Başına bakılarak birisinin normalden hızlı veya yavaş büyüdüğü anlaşılabilir. Normal pratikte üstten ve alttan üçüncü persantiller. ($\pm 2sd'$ na denk gelir) normalliğin sınırındadır. 3. Persantilden düşük ölçümler de her zaman anormalliği göstermez: bunların büyük çoğunluğu küçük normallerdir.

Baş çevresi ortalaması	
doğum:	35 cm
1 yaş:	47 cm
2 yaş:	49 cm
4 yaş:	50 cm
8 yaş:	52 cm
15 yaş:	55 cm

Boy ve baş çevresi aileye de bağlıdır. Anne-babanın boyunun uzunluğu kısa boy değerlendirilmesinde mutlaka bilinmelidir. Çocuğunun boyunun aile ortalamasına göre değer-

6 GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

lendiren tablolar da mevcuttur. Ailesel makrosefali iyi tanınan bir özelliktir. Alışılmıştan büyük bir başı olan infant veya çocukların değerlendirilmesinde ailesel baş çevresi ölçümleri de gereklidir.

Diğer faydalı ölçümler de şunlardır.

1. *Kollar arası açıklık*: omuzlar arasında parmak ucundan parmak ucuna ölçümdür. Bu ölçüm 3-4 yaşındaki ayakta ki boyuna uygun olmalıdır. Eğer daha küçükse kısa ekstremiteyi düşündürür.
2. *Alt – üst segment oranı*: pubisten tepeye, pubisten yere olan ölçümlerin oranıdır. – okul çocuklarında bu oran birbirine eşittir. Yeni doğanlarda ise 1.7/1'dir.
3. *Kol çevresi* omuzlar ve dirsek arasındaki orta nokta ölçülür. Gelişmekte olan ülkelerde beslenme durumunun faydalı bir göstergesidir.
4. *Cilt kalınlığı*: uygun bir kaliber kullanılarak ölçülür. Ölçüm genellikle sol orta triseps bölgesinden ve sol subskapüler alandan yapılır. Aşırı ya da az beslenmeyi değerlendirmede kullanılır.
5. Uzama ve kilo alma hızı boy ve kilodaki değişme hızının ölçümüdür.
6. *Vücut kitle indeksi (BMI) = kilo (kg) : boy (m) normali 18-25* tir çocuklarda obezitenin faydalı bir göstergesidir.

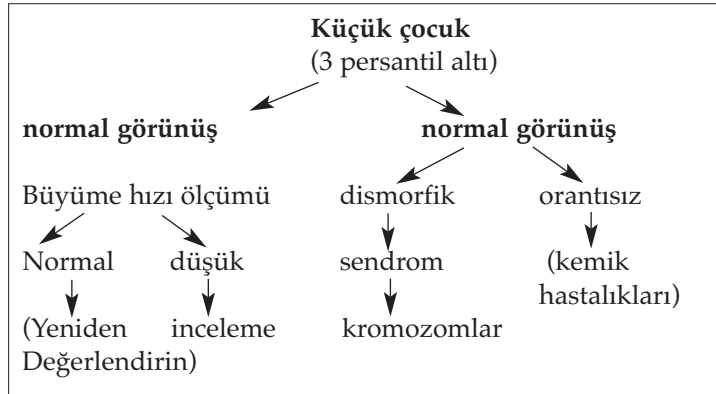
Büyüme yakalama ; 8 yaşında erkek çocuk

Kronolojik yaş	= 8 yaş
Boy yaşı	= 4 yaş
Kemik yaşı	= 4 yaş
Kıyafetler yaşı	= 4-5 yaş
8 yaşında Çöliak hastalığı teşhisi konmuş glutensiz diyetten sonra büyüme göstergeleri.	

Bir kişi çocukla ilgili akla gelebilen her şeyi ölçmeli – inter pupiller mesafe, penis boyu, testiküler hacim, böbrek boyu, kardiyotorasik – ve bunların normal değerlerine özel testlerle doğrulanmalıdır.

- Persantil eğrilerine işaretleme yapılmalıdır.
- Seri ölçümler tek bir taneden daha önemlidir.
- Büyüme paterni bozuklukları iyi tanımlanır
- Çocuklar persantil aralıklarını izleme eğilimindedir.

Anormal uzun veya küçük çocuğa yaklaşımda, basit sorular doğru ölçümler ve uygun persantil büyüme hızı saptamaları çok fazla zaman harcamaktan ve gereksiz incelemelerden sizi kurtarabilir. Küçük çocuğa yaklaşımın tipik algoritması aşağıda gösterilmiştir.



Eğer küçük çocukla ilgili daha önce bir ölçüm yapılmamışsa annesine, ayakkabı numarası, kıyafet boyu ve yaşını (bazı mağazalar kıyafetleri yaşa göre etiketler) sormalı ve aile fotoğraflarına bakmalısınız. Doktor çocukla çok fazla ilgilenmediği için anne "benim ailemde herkes yavaş büyür" diyebilir.

6 GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çocuklar özellikle de erkekler boyları konusunda daha ilgilidirler ve akranlarının boyuna ulaşmayı daha fazla isterler. Biz aşağıdaki küçük şiir nedeniyle "alt sınır" a pek katılmıyoruz:

Önce küçük Elfman'la görüşüm,
Zambakların ucundaki yerde,
Neden bu kadar olduğunu sordum,
Ve neden büyümediğini.
Hafifçe kaşlarını çattı ve gözlerini kısıtı,
Uzun uzun bana baktı.
"ben kendim için yeterince büyüğüm" dedi.
"tıpkı senin de senin için olduğun gibi".

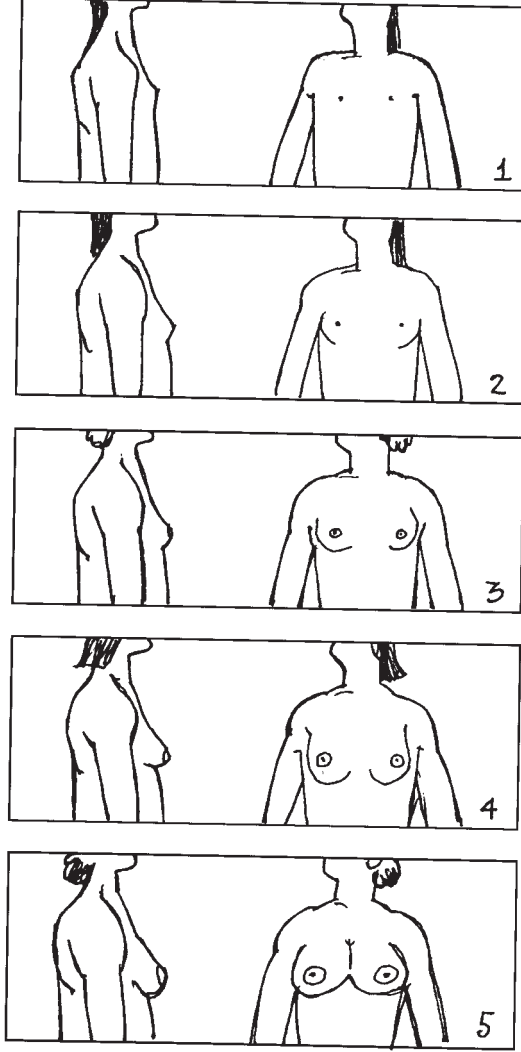
John K. Bangs

Son olarak bazı basit ip uçları:

- persantil eğrileri ne olduğunu gösterir ne olması gerektiğini değil
- boy konusunda toplumun en iyi ve en kötü kesimleri arasında önemli farklar vardır, fakat kiloda yoktur
- kısa çocukların çoğu ailesi de kısa olan ya da sosyal olarak yoksun grupların, "küçük normal" çocuklardır
- 6-12 aydan sonra normal büyüme hızı gösteren küçük çocuklarda (3. persantilin altı) muhtemelen kötü bir durum sözkonusu değildir.
- çocuklardaki durağan boy ve kilo alışılmadık bir şeydir ve bir hastalık belirtisi olabilir
- persantil düşüşleri anormaldir.

Gerekli terimler

diastropfik dworfizm	= yalancı cücelik
tanatroforik dworfizm	= ölümlü ilişkili cücelik
akandroprazi	= kısa ekstremiteli cüceliğin bir çeşidi
osteopetrozis	= mermer kemik hastalığı



Şekil 6.2 Kızlarda meme gelişiminin beş evresi.

6 GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

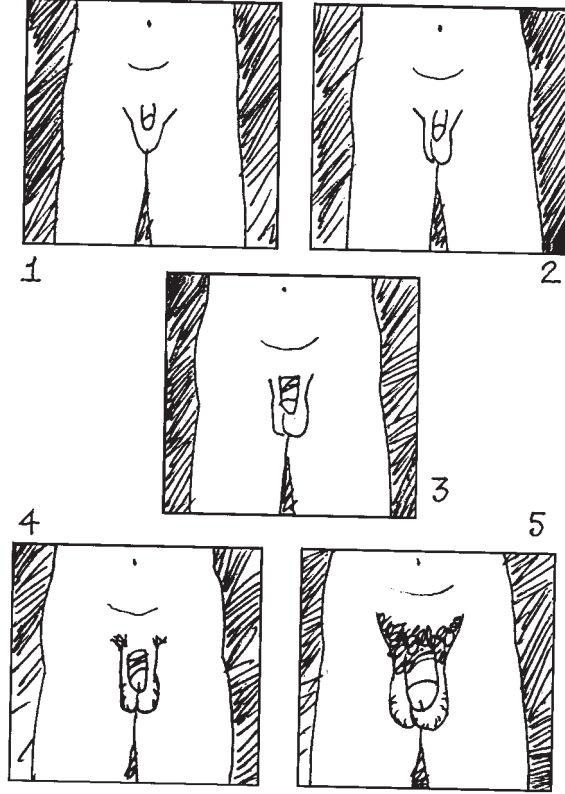
Bize göre öğrenciler nedir ve alışılmadık vakalara çok fazla zaman harcamamalıdır. Eğer neyin farklı olduğunu tanıma becerisini edindiyseniz ne gördüğünüzü tanımlaya biliyorsanız ve daha fazla bilgi için kaynak bulabiliyorsanız bu sizin için yeterli olmalıdır.

Dismorfoloji, tanım, tanımlama ve ölçüme dayanır. Bunun için uygun testler veya uygun bilgisayar programları kullanılabilir.

Dismorfolojide kullanılan ölçümler şunlardır:

- boy
- kollar arası mesafe
- alt üst segment oranı
- el uzunluğu
- metakarpal uzunluk
- kulak uzunluğu
- intraokuler mesafe
- alın açısı
- interkantalar mesafe
- kemik yaşı.

Prepubertal ve pubertal çocuklarda puberte durumunun değerlendirilmesi de faydalıdır. Puberte durumunun değerlendirilmesi Tanner- Whitehouse (UK büyüme standartlarına göre yapılır ve meme, genitalya ve pubik kıl büyümesine dayanır (şekil 6.2 ve 6.3)



Şekil 6.3 Erkeklerde genitelya ve pubik kıl gelişiminin 5 evresi.

7

Hidrasyon ve beslenme



Dehidratasyonun saptanması ve değerlendirilmesi 195

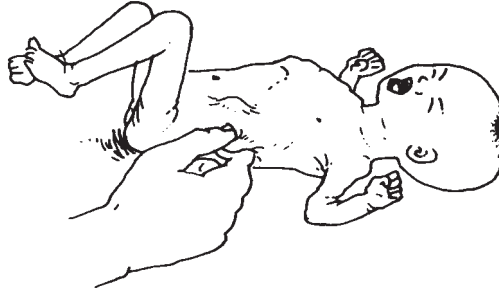
beslenme 199

Dehidratasyonun saptanması ve değerlendirilmesi

İnfanlarda normal hidrasyonun devamı bakıcıların (anne dadı vs) onlara yeterli miktarda sıvı vermesine bağlıdır. Fizyoloji ve uygulamaya bağlı sebeplerle infanlarda kolayca ve hızla dehidratasyon gelişebilir. Bu nedenle dehidratasyonun erken saptanması ve değerlendirilmesi zorunludur.

İnfanlarda dehidratasyon neden sıktır?

1. İnfantların vücut bileşenleri erişkinlerden farklıdır. – erişkin vücudunun %60 ı infant vücudunun ise %70-80 i sudur.
2. Aşırı sıvı alımı – 30-40 ml/kg/gün olan erişkinle karşılaştırıldığında 150 ml/kg/gün
3. Erişkinlerde günlük su döngüsü vucüt ağırlığının %3- 5 i iken İnfanlarda %10-15'i dir.



Şekil 7.1 Normal cilt turgorunun kaybı.

4. Böbreklerin idrarı konsatre etme yeteneklerinde rölatif azlık
5. Geniş vucüt alanı / kitle oranı cilt ve solunum ile insensibl sıvı kaybının artmasına sebep olur. (2-3 misli artar).
6. Yüksek bazal metabolik hız + enfeksiyonlara yüksek ateşle evap
7. İnfantların aşırı sıvı alımını kontrol edememeleri

Normal hidrasyon parlak gözler, nemli dil ve iyi cilt turgoru ile anlaşılır. Şişman infantlarda (cilt turgoru saptamak zordur) dehidratasyon özellikle de hipertonic tipi belirsiz kalabilir. Normal cilt turgoru veya esnekliği normal infantların çoğunda saptanır.

Dehidratasyon bulguları

İnfantlardaki dehidratasyon şöyle prezante olur:

1. çökük ön fontanel
2. donuk, kuru gözler ve azalmış göz küresi turgoru (normal infantlerde çoğumuz göz küresi turgorunu değerlendirmeyiz, kesin bir bulgu değildir).
3. kuru dil ve ağız

4. karın cildi tutularak bakılan cilt turgoru veya esnekliğinde azalma
5. letarji ve zayıf ağlama ,
6. nabız volümünde azalma
7. idrar çıkışında azalma (kuru bebek bezleri)
8. kan basıncında düşme

Dehidratasyonun erken bulgularının intertisyel sıvı volümünün azalmasına, geç bulgularının ise intravasküler sıvı volümünün azalmasına bağlı olduğu önemlidir ve unutulmamalıdır. Gelişmiş ülkelerdeki infantların çoğu dehidratasyon derecesi hafif – orta aralıktan getirilirler. Gelişmekte olan ülkelerde ise şiddetli dehidratasyon sık bir bulgudur. Dehidrate bebeklerde çoğu kez izotonik veya hipotoniktir ve bu çocuklar genellikle letarjik ve halsizdir. Ters olarak hipertonic ve hipernatremik dehidratasyon ise hastanın serebral bulgularını ortaya çıkartır ve bu çocuklar iritabldırlar.

Çok şiddetli dehidratasyona metabolik asidoz (derin göğüs hareketli solunum) veya şok (soluk, soğuk, sessiz infant) eşlik edebilir.

Sıvı Bilgileri	1 hafta	1 yaş	20 yaş
Ağırlık (kg)	3-0	10.0	70.0
Uzunluk (cm)	50	75	175
Baş çevresi (cm)	35	47	55
Vücut yüzey alanı (m ²)	0.25	0.5	1.73
Kan basıncı (mmHg)	70/40	90/50	120/80
Sıvı alımı (L/ gün)	0-45	1.0	2.5
Sıvı alımı (% B/VA)	15	10	3.5
Sıvı alımı (ml / kg/gün)	150	100	35

Tablodaki değişkenler neonatal , infant ve erişkinler arasındaki önemli sıvı dengesi farkını göstermektedir. Burada

7 HİDRASYON VE BESLENME

Dehidratasyon Tipleri

- İzotonik: (%70) halsiz, letarjik
- Hipotonik: (%20 -30)
- Hipertonik: (%2-5), iritabl " hamur" gibi cilt, konvulsiyon

verilenlerin "tipik" durumlar olduğu ve birçok varyasyonun olduğu da vurgulanmaktadır.

Dehidratasyon tipinin klinik olarak tanımlanması zor olabilir. Uyanık olmak ve dehidratasyonu saptamaya çalış-

Dehidratasyonun derecesi

- Hafif (<%5 vücut ağırlığı kaybı) = birkaç klinik bulgu muhtemelen kuru dil, çökük fontanel
- Orta (%5 -10 vücut ağırlığı kaybı) = interstisyel sıvı kaybına ait belirgin klinik bulgular - çökük fontanel ,kuru dil, azalmış cilt turgoru
- Şiddetli (%10-15 vücut ağırlığı kaybı) = ciddi hastalık. İntravasküler volüm kaybı bulguları- zayıf hızlı nabız, düşük kan basıncı, zayıf idrar çıkışı ilaveten erken bulgular

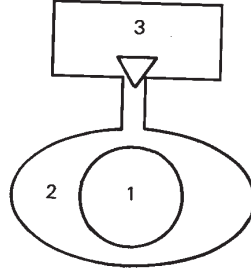
mak çok önemlidir çünkü konvulsiyon ve beyin hasarına neden olabilir.

Vücut boşluklarının genel yapısı düşünüldüğünde vücut sıvıları daha iyi anlaşılabilir. Birinci, ikinci ve üçüncü olmak üzere toplam 3 vücut boşluğu vardır. İkinci ve birinci boşluk-

Birinci boşluk	= intravasküler olan
İkinci boşluk	= interstisyel olan
Üçüncü Boşluk	= plevral boşluk peritoneal boşluk, Gastrointestinal kanal vs deki sıvı

lardan emin olunmadığı durumlarda "üçüncü boşluğu tanımlama çok zor olmaktadır.

Hafif-orta dehidratasyon	= interstisyel volüm ↓
Şiddetli dehidratasyon	= intravasküler volüm ↓



Şekil 7.2 Üç sıvı boşluğu.

Üçüncü boşluklardaki sıvı kaybı gizli kalmaktadır ve ihmal edilebilmektedir.

Aşırı hidrasyon çocuklarda nadir görülen bir durumdur. Fakat kalp yetmezliği veya aşırı intravenöz sıvı alımında görülebilir. Sıvı yüklenmesinin derecesi klinik olarak saptanmalı (eğer kuru vucüt ağırlığı biliniyorsa ona göre hesaplanabilir) ve sıvı kısıtlaması diüretikler veya dializ ile sıvı miktarı dengelemeye çalışılmalıdır. Kardinal klinik bulgu ödemdir.

Beslenme

Beslenmenin klinik değerlendirilmesi nisbeten basittir. Modern batı toplumunda çocukların yanlış besinlerle (çok miktarda karbonhidrat) beslenmesi ve çok fazla kalori alması obeziteye neden olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise protein, kalori, vitamin ve mineral eksikliği sıktır. Yetersiz besin alımı dünyanın her yerinde gelişme geriliğinin en sıkı sebebidir.

Beslenmenin değerlendirilmesi

- Bak
- Tart, ölçü ve persantil tablosuna işaretlerle
- Spesifik eksikliklerinin muayenesini yap.

7 İLERLEMENİN ÖLÇÜMÜ

Gözlem

Sağlıklı infantın yanakları dolgundur, kalçaları yuvarlaktır, kas tonusu iyidir ve cildi sağlıklıdır. İnfantın kalçaları devenin hörgücüne benzer – zor zamanlar için yağların ve kasların depolandığı yerdir. Bebeklikte akut malnutrisyon kilo kaybı, subkutanöz dokuların kaybı ve apati ile belirti verir. Kronik malnutrisyon solukluk, zayıflık belirgin kemikler, şiş karın hipotoni, düz kalçalar ve bitkinliğe neden olur. Cilt ince ve parlak olabilir, saçlar donuk ve azdır, tırnaklar gevrek olabilir.

Kilo almak ve ölçüm

Bu, bölüm 6 da anlatılmıştır. Persantil eğrilerini ve yapılması gerekenleri hatırlayın. Bunları araştırılan popülasyondaki normal çocuklara göre ayarlanmıştır. Batı ülkelerinde çocukların çoğu verilen persantillerin " normal" aralığının üzerindedir, şişman çocuklardır.

Siz persantil eğrisinin altına inen çocuklara dikkat edin.

" Normal" zayıf çocuklar ailelerine benzeme eğilimindedir, aktif güçlüdürler ve boylarıyla kiloları daha orantılıdır. Boy uzaması çoğu kez kilo almaya göre daha iyi bir "iyilik hali" göstergesidir. Toplumların çoğunda alt ve üst sosyal gruplar arasında belirgin boy farkları vardır, kilo farkı ise bu kadar belirgin değildir.

Spesifik eksikliklerin muayenesi

En sık görüleni demir eksikliğidir.

Anemi. Konjunktival muköz membran, bukkal muköz membran, palmar çizgiler, kulak memeleri ve tırnak yatakları kızarıklık veya solukluk açısından gözlenmelidir. Kontrol için kendi avuç içlerinizi kullanın. (anemik olmadığımızdan

eminseniz) Demir eksikliği olan çocuklar genellikle mutsuz ve halsizdir. Kafkas çocuklarında yüzdeki solukluk genellikle cilt yapısına ve güneş ışığı azlığına bağlıdır. Bununla birlikte sağlıklı bebeklerin cildi pembe renklidir. Aneminin klinik değerlendirilmesi çok da güvenilir değildir. Hemoglobin seviyesi 10 g/dl (100g/l) nin altına düşmediği sürece aneminin klinik belirtileri kolay anlaşılır değildir. Belirgin klinik belirtiler ise hemoglobin seviyesi <7 g/dl / (70 g / l) olduğunda ortaya çıkar. Mavi sklera demir eksikliği anemisi bulgusu olarak değerlendirilebilir.

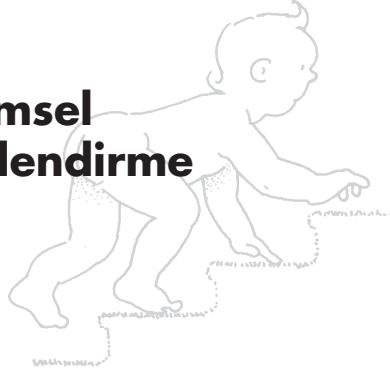
Raşitizm, D vitamini eksikliğine bağlı oluşur ve ekstremitelerde ağrı, el bileği kemiklerinde genişleme, çvrpık dizler ve "raşitik tesbih" ile karakteristiktir. "raşitik tesbih" kostokondral bileşkelere belirginleşmesiyle oluşur ve çoğu öğrencinin düşündüğünden daha lateraldir.

Folik asit, B12 vitamini ve C vitamini eksikliği batılı ülkelerde nadirdir. Bununla birlikte vejeteryan diyetle beslenen çocuklarda askorbik asit ve diğer vitaminlerin eksikliği görülebilir.

Obezite özellikle de batılı çocuklarda önemli bir klinik problemdir. Obezitelerin çoğu diyetsel, çevresel ve ailesel faktörlerle meydana gelmektedir. Endokrin obezite (Hipotroidizm, Cushing sendromuna ikincil) nispeten daha azdır. Beslenme ile ilişkili obezite daha yaygındır. Genellikle ileri erken büyüme ile ilişkilidir. Puberte öncesi hızlı kilo alan çocuklarda strialara görülebilir. Hormonal ve sendromik obezite sıklıkla boy kısalığıyla ilişkilidir. Obezite derecesi, boy ve kilo persantil çizgilerinin birbirinden uzaklaşması ile belirlenebilir. Normalde bu iki parametre ile ilgili persantil değerleri birbirine yakındır.

8

Gelişimsel değerlendirme



3 ay 204
4-5 ay 205
6-8 ay 205
9-10 ay 207

12 ay 209
18 ay 210
3 yaş 212
4 yaş 212

Gelişimin değerlendirilmesi pediatrik muayenenin tamamlayıcı bir parçasıdır ve bu nedenle normal gelişim ve normalin varyasyonları çok iyi anlaşılmalıdır. Genellikle bu değerlendirme ergenliğe doğru yapılır fakat okul öncesi dönemde daha önemlidir. (0-5 yaş)

Eğer gelişime dair bir şüphe varsa detaylı perinatal, aile ve çevresel anamnez alınması zorunludur. Çocuğun şahsi gelişimi anamnezini almak zor ve zaman alıcı olabilir. Fakat çok değerlidir.

Fiziksel muayene zorunludur. Özellikle de minör anomalilerin aranması, baş, boyut ve şeklinin, boy ve kilonun kaydedilmesi önemlidir. Çocuğun fiziksel bir hastalığı olmadığı anlaşıldıktan sonra aşağıdaki değerlendirmeleri yaparak gelişimini neyin etkilediği anlaşılmalı çalışılır:

8 GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME

1. kaba motor hareketler
2. görme ve ince motor hareketler
3. duyma, konuşma
4. sosyal davranışlar

Bu maddelerin hepsi birbiriyle ilişkili ve birbirini tamamlayıcıdır. Genel bir anlatımla infantın dikkat süresi ve çevre ile olan ilgili kaba motor gelişiminden daha önemlidir. Özellikle de kaba motor hareketler obezite veya fiziksel hastalıklardan etkilenmişse

Gelişim değerlendirmesinin başlangıç yaşı 6-8 haftalardır ve bu, Bölüm 4'te detaylı olarak anlatılmıştır. Tüm gelişimsel kontroller hem annenin hemde infantın huzurlu ve rahat olduğu bir zamanda yapılmalıdır. Başlangıçta anamnez alınmalı ve infantın genel davranışları incelenmelidir. Annenin bebekle ilgili tamamlayıcı ilaveleri faydalıdır. Asla bu ilk yapılan fizik muayene olmamalıdır. Oturun, izleyin, özellikle de, boyut, pozisyon, görünüş ve sizin ilginize karşılık olan davranışlarını gözlemleyin.

3 ay

Kaba motor. Başını dik tutabilir, 30° de oturabilir ve ventral pozisyonda uzun süre başını dik tutabilir. Ayrıca prone pozisyondayken omuzlarını masadan da kaldırabilir.

Görme ve ince hareketler. Uyanık görünür, objeleri izleyebilir ve ellerini uzatabilir. Bu devrede eller açıktır ve yakalama refleksi kaybolmuştur.

Duyma ve Konuşma. Gürültüye daha fazla cevap verir ve başını sese çevirir anlamsız sesler çıkarabilir.

4-5 ay

Kaba Motor: baş kontrolü ilerlemiştir. Sırt daha düzdür.

Görme ve İnce Hareketler: sallanan ve hareket eden objeleri izler – eliyle yakalamaya çalışır. Oynarken kıyafelerini yüzüne doğru çeker. Strabismus araştırılmalıdır. Konverjans vardır.

Duyuma. sese başını çevirir ve çok ses çıkartır.

6-8 ay

Bu evredeki normal kaba motor gelişim desteksiz oturma, yuvarlanma, kollarını uzatma ve prone pozisyondayken göğsünü kaldırmayı içerir. Lateral righting ve paraşüt refleksleri belirlemeye ve ilerlemeye başlar.

Görme keskinliği, Sheridan (1977)'nin tanımladığı yöntemler kullanılarak değerlendirilebilir. 3m uzaklıktan bir beyaz topu hareket ettirin. Göz hareketlerini bu şekilde belirleyebilirsiniz. Bu yaşta strabismus önemlidir. Görme keskinliğinin iyileşmesi el/göz koordinasyonunun gelişmesi için önemlidir. İnfant küçük objelere uzanıp onları tutabilir. Diğer eline geçirebilir ve son olarak ta ağızına atabilir. El dominansı genellikle henüz belirginleşmemiştir. Bu yaştaki infant 0,5m uzaklıktaki horizontal hattan gelen sese dönebilir. Sıklıkla 5-6 aylarda bir kulak sese diğer kulaktan daha iyi cevap verir. Kendisi ile ilgilenen kişinin genellikle yaklaştığı taraftaki kulağın cevabı daha fazladır. Uyarı gibi kabul edilen sesler konuşma frekansı (500-2000 Hz), kağıt hışırtısı bardak ve kaşık tıkırtısı olabilir. Sosyal olarak infant genellikle yabancılarla mutludur. Kolay gülümser konuşmalara cevap verir ve tekrarlayan "baba" "dede" gibi heceleri söyleyebilir.



Şekil 8.1 6-8 aylık infant desteksiz oturabilmelidir.

Motor:

- iyi baş kontrolü
- yuvarlanma
- oturma
- sırt düzleşmesi.

Görme ve İnce Hareketler:

- uyanıklık
- her yöne göz hareketi
- Küçük objelere fiksasyon -20cm
- palmar yakalama – bir elden öbürüne geçirme

Duyuma ve konuşma:

- 0,5 m sese dönme
- annenin sesini tanıma
- vokalizasyon – "ka", "dah"

Sosyal aktivite:

- her şeyi ağza götürme
- şişeyi kaldırmaya çalışma
- sesi tıkırtıdan ayırma
- gıdıklanmaya cevap

Uyarılar:

- maternal anksiyete
- baş çevresinin 3. persantilden az olması
- hipotoni – zayıf baş kontrolü
- hipertoni – artmış refleksler ve klonus
- ilgisizlik – fiksasyon eksikliği veya şaşılık
- sese dönmeme (tek taraflı cevaba dikkat)
- persistan primitif refleksler

9-10 Aylar*Motor:*

- tek başına oturabilir ve bakmak için dönebilir.
- yerde hareket edebilir. – yuvarlanma, sürünme, emekleme.
- ayakta tutulduğunda veya kucağa alındığında kendi ağırlığını destekleyebilir.
- oturur pozisyondan yatar pozisyona geçmeyi sevmez.
- koruyucu refleksleri gelişmiştir.



Şekil 8.2 9-10 aylık infant iyi bir manipulasyonla kıskaç gibi kavrayabilir.

Görme ve İnce Hareketler:

- gözlemcidir
- iyi manipulasyon ve kıskaç kavraması
- küçük objeleri 3m den görebilir.

Duyuma ve Konuşma:

- adını bilebilir ve seslenince dönebilir
- bir metreden duyması test edilmeli
- sürekli ve yüksek sesle heceler söyler.

Sosyal:

- Bisküviyi tutar, ısırır ve çiğner
- Beslenirken biberonunu tutar
- Yabancılara karşı şüphelidir

Uyarılar:

- materyal aksiyete
- baş çevresi < 3. persantil
- oturmuyor
- korunma refleksleri zayıf
- asimetrik tonus
- Artmış refleksler veya klonus
- zayıf konuşma
- sese zayıf cevap
- çiğneyememe.

12 ay

12 ayda gelişim seviyesinde özellikle de kaba motor hareketlerde bazı değişiklikler olabilir. Bu zamanda infant oturabilmesi ve zorlanmadan dönebilmelidir. Çocukların çoğu emekler veya yuvarlanma popo üstünde sürünme veya ayı yürüyüşü (bacaklar ekstansiyonda) gibi farklı şekillerde ilerlemeler gösterirler. Destekli veya desteksiz ayakta durabilmelidirler. Bazıları destekle veya kendi başına yürüyebilirler. Genel bir ifadeyle eğer bir yaşındaki infant muayene odasında yürüyorsa onu etrafında döndürmeli ve odanın dışına kadar yürütmelisiniz.

Görme keskinliği artmıştır ve 1cm çapındaki topu 3 metreden takip edebilir ve objeleri baş ve işaret parmağını daha iyi kullanarak daha iyi kavrayabilir. Objelere karşı daha ilgili ve dikkatlidir. Bununla birlikte hala hepsini ağızına götürür, görüş alanındaki objeleri takip eder. Ses frekanslarını 5 aylıktan itibaren ayırabilirken bu yaşta 180 derece yanından ve bir metre uzağından gelen sesleri algılayabilir. Hem telaffuzu iyileşir ve hem de bildiği kelime sayısı (2-3) artar bazı basit komutları anlayabilir. – el sallama (day day), el çırpma. Sosyal olarak artık yabancılarından korkar ve annesine sığınır.

8 GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME

Bununla birlikte kendi ismini söyleyebilir. Ve oyuncaklarıyla anlamlı oyunlar oynayabilir.

Bu yaşta bazı majör alanlarda problemle karşılaşabilir – beyin az gelişmişse kaba motor hareketlerde gecikme, görme ve duyma bozukluğu ve spastik tipte serebral felç görülebilir. Eğer bunlar erken evredeyse prognostik iyileşme mümkün olabilir.

18 ay

Motor:

- yürüme
- bazen koşabilir
- merdivenlerden geriye doğru sürterek inme
- düşmeden oyuncalarını yerden toplama.

Görme ve ince hareketler:

- 2-3 küpten kule yapma
- uzaktaki objeleri gösterme (dışardaki)
- el tercihinin belirginleşmesi
- insan yüzüne karşı belirgin ilgi gösterme.

Sosyal aktivite:

- dökmeden içebilme
- erişkinlerin arkasından el sallama
- oyuncakları ağızına atmayı kesme.

Uyarılar:

- maternal anksiyete
- ayakta duramama

- yürümeme
- kısa dikkat süresi.

Gelişimsel değerlendirme her klinik kontrolün tamamlayıcı bir parçasıdır. Bizim gelişim değerlendirmesi yapmaktaki amacımız problemlerin erken saptanmasıdır. Biz burada özel bakımı zorunlu olan uyarıcı işaretleri saptamaya çalışıyoruz ve size ileri yaşlardaki takipler için özelleşmiş testler uygulamanızı öneriyoruz.

Not. Gelişim hızı çocuktan çocuğa farklılık göstermektedir. Gelişim sırası ise belirgin farklılıklar göstermez. Primitif reflekslerin kaybını, pozitif becerilerin kazanılması izler.

Gelişimsel Kararlar

- normal
- muhtemelen normal – tekrar bakın
- şüpheli – sonradan tekrar bakın
- anormal – tanı ve tedavi için yönlendirin

Bazı yayıncılar gelişimsel "adım başı" terimi yerine gelişimsel "mihenk taşı" terimini tercih etmektedir. Unutmayın ki hangi terimi kullanırsanız kullanın gelişim, ilerleme ve değişim anlamına gelmektedir. Aşağıda normalliğin aralığını gösteren bazı hareket varyantları tanımlanmıştır.

Hareket varyantları:

- bazı infantlar asla emeklemez : durur ve yürürler
- bazıları bükülmüş dizlerle normal emekler
- bazıları tek tarafı felçli gibi (sallanarak) emekler
- bazıları ayı yürüyüşü yaparlar (dizler ekstansiyonda)

8 GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRME

- bazıları yuvarlanır
- bazıları komando gibi sürünür
- Merdiven çıkabilir veya merdivenlerden a- elleri yerine dirsekleri üzerinde sürünmek,

3 yaş

Merdiven çıkabilir veya merdivenden aşağı atlayabilir. Tek ayak üzerinde durabilirler- üç tekerlekli bisiklet sürebilirler.

Küplerden kule yapabilirler, kısmen giyinebilirler, kopya çekerek daireler çizebilirler. Bir veya 2 rengin adını bilebilirler. 3-5 kelimelik cümleler kurabilirler, 10 'a kadar sayabilirler. Kendi tam ismini bilebilir, kaşık ve çatal kullanabilir.

4 yaş *

Bu yaş grubundaki çocukların değerlendirilmesi okula başlayacak olmaları nedeniyle daha önemlidir. Öncelikle aile, kardeşler çevre ve sosyal faktörlerle ilgili dikkati anamnez alınmalı bilgiler kontrol ve analiz edilmelidir.

Ayakta durma, tek ayak üzerinde zıplama, merdiven çıkma, topu yakalama, yardımsız giyinme ve soyunma gibi kaba motor hareketler daha profesyonel bir hal almıştır. Daire, kare, insan gibi nesnelere kalemle çizebilir. Sağ veya sol el hakimiyeti belirlenmiştir. 3-4 rengi ismiyle bilebilir. Tuvalet eğitimi alabilir. Konuşması daha da ilerlemiştir. Çok konuşur, sorular sorar- hikaye anlatır.

* Bu yaşta tamamlayıcı oftalmolojik değerlendirme de yapılmalıdır.

9

Çıkartıların incelenmesi



Dışkının Tıbbi inspeksiyonu 213

| idrar incelemesi 215

Dışkının tıbbi inspeksiyonu

Pediyatrik servis çalışanları, sıklıkla yeni başlayan doktorların ve öğrencilerin dışkılarla yeterince ilgilenmemelerinden yakınıdır. Bazı doktorların neyin normal olduğu konusunda çok az şey bilmelerine rağmen anormal dışkıyı tanıyabilmelerine şaşmaktayız. Uygun bir şekilde paketlenip, transparan film ile sarılıp, kokusu giderilse bile ya istemeden incelenir yada tiksinierek gözlemlenir.

Dışkının normal sıklığı, içeriği, rengi, kokusu nedir? Bu yenen besinlere ve içeriklerine göre belirlenir. Tecrübeli görevliler bazı durumlardaki dışkının karakteristik özelliklerini bilirler ve şöyle bir göz atmakla dışkıyı inceleyebilirler. Aşağıda verilen tanımlamalar klasik örnekler olsa da infantlardaki dışkı posasının tanımlanmasını ve görünüşünün belirlenmesi açısından tanı yolunda yardım sağlar. Çocuğun dışkısı tıbbi inspeksiyon için getirildiğinde annenin tanımlamaları ve görevlinin yorumlamalarını dikkatlice dinleyin.

9 ÇIKARTILARIN İNCELENMESİ

Unutmayın ki kanıtlanmış Çöliak veya Kistik Fibrozis hastalıklarında bile dışkı normal olabilir.

Anne sütü beslenmesi. Yumuşak parlak sarı (omlet gibi) ve güzel kokuludur. Sıklığı 3-6 arasında değişir. Miktarı formül mamalardan daha azdır.

Formül mamalarla beslenmede dışkı genellikle anne sütüyle beslenenlere göre daha formendir. Kahverengi, sarı yeşil gibi renklerde olabilir. Bazı marka mamaların karakteristik dışkıları vardır. Açlık dışkısı batılı ülkelerde pek sık görülmemektedir. Sıklıkla ıspanak gibi yeşil ve sıvı olarak tanımlanır.

Çöliak hastalığı. Tipik dışkısı bol, soluk, fazla miktarda ve kötü kokuludur. Normal dışı paterni veya kabızlık, çöliak hastalığını ekarte ettirmez.

Kistik fibrozis. Dışkı çok yağlı ve çok kötü görünüşlüdür. Fakat zaten bütün dışkılar öyle değil midir. Kesinlikle. Kistik fibrozis tanısı olan bir çocuğun annesi bize şöyle demişti "altını değiştirmek için gaz maskesi gerekiyor" .

Oyun çocuğu diarezi (infantların irritabile barsağı). Dışkılama sık (3-5 gün) bacaklarından aşağı şekilde bol, kahverengi, mukusludur ve sebze parçaları (özellikle bezelye, havuç, mısır, domates) içerir. Amerikalılar buna bezelye ve havuç sendromu derler.

Disakkarid intoleransı. Sık, sulu, asidik (çocuğun poposunu yakar) dışkı. Sıklıkla gaz oluşumuyla ilişkilidir.

Akut gastroenterit. Sulu yeşil, sık, pis kokulu ve yumuşak kıvamlıdır. Kanlı diare etyolojisi de E-coli, *Salmonella* veya *Shigella*'yı düşündürür. Rotavirüs gastroenteritinde dışkı maun yaprağı gibi kokar ve tohum benzeri maddeler içerir.

Karaciğer hastalığı. Dışkı açık renkli olabilir.

İntussepsiyon. Klasik dışkısı "çilek jölesi gibi" diye tanımlanır ve bu geç evrede görülür. Önemli erken semptomları ise ağrı, solukluk ve şok görüntüsüdür.

Demir. Koyu renkli dışkılama

Rifampisin. Dışkıyı turuncuya boyayabilir.

Solucan. Taze dışkıda kıl kurdu, halkalı kurt, şerit ve kancalı kurt görülebilir.

Sonuç olarak çocuklarda akut ve kronik diarenin sebebinin belirlenmesi önemlidir. Pediatrik gastroenterolojinin başlangıcında dışkı incelemesi önemlidir.

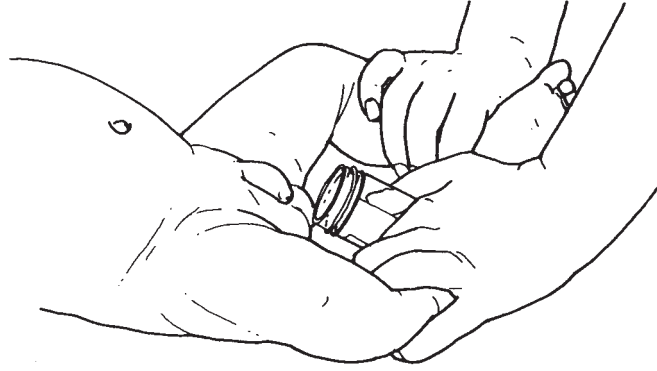
İdrar incelemesi

Balgam, kusmuk veya dışkı incelenmesi öğrenciler tarafından kaytarırken idrar incelemesi daha fazla önemsenir. İdrara inspeksiyon yapılmalı, koklanmalı, dipstick batırılmalı ve ışık mikroskopunda incelenmelidir. Bu kitapta hematüri veya kırmızı idrar (hemastiks negatif) ile lökositüriden bahsedilmeyecektir.



Şekil 9.1 İdrara inpeksiyon yapılmalıdır.

9 ÇIKARTILARIN İNCELENMESİ



Şekil 9.2 Steril idrar yakalamak için bekleyiş.

Fakat biz öğrencilerin rutin dipstick testi ile protein, kan, keton cismi beyaz veya kırmızı kan hücresi, çökelti bakabilmeyi öğrenmesini istiyoruz.

Londra'daki bir çocuk hastanesinin analiz odasının kapısında "Richard Bright mikroskopla idrar inceleme yapılmasına izin vermemiştir. – siz daha iyisini yapabilirsiniz" yazmaktadır. (Richard Bright 1850 yılında glomerülonefriti tanımlayan kişidir).

İdrarın rengi ve konsantrasyonu gözlenebilir. Turuncu idrarın nedeni sarılık veya rifampisin olabilir. Akut glomerülonefritin ilk belirtisi kırmızı, koyu, çay rengi idrar olabilir. Dilüe sulu idrar diabetes insipidusda (santral veya nefrojenik) ve polidipside görülebilir. Albümin içeren idrar ilk olarak Hipokrat zamanında tanımlanmıştır.

İdrar Toplanması		
Yaş	Yöntem	Yorum
İnfant	Temiz sürgü	En iyisi, sabır gerektirir.
İnfant	Mesane masajı	bakınız sayfa 56
İnfant	mesane perküsyonu	Bazen işe yarar
İnfant, oyun çocuğu	Poşet	Çabuk çıkar Kontaminasyondan kaçının
Oyun çocuğu	Tuvalette ayakta	Orta akım idrarı almanın faydalı yolu, en iyisi
Tuvalet eğitilmiş çocuk	Klasik MSU	
Her çocuk	Katater	Nadiren gerekli
İnfant	Mesane girişimi,	Şiddetli hasta,MSU başarısızsa
		Nadiren gerekir
Her çocuk	Soğuk su	Sıklıkla işe yarar.

İdrarda granüler veya kırmızı hücre varlığı akut glomerülonefrit için patognomoniktir. Akut hematürili çocuklarda da çökelti aranmalıdır. Eğitimli kişiler ve meraklı öğrenciler temiz idrardaki kırmızı hücre, beyaz hücre ve bakterileri tanıyabilirler. Hiyalin atıkları ise normal bulgudur.

İdrarın bulanıklaşması sık bir bulgudur. Çözülmeyen kimyasallar (ürat, fosfat) veya lökositler nedeniyle oluşabilirler. Çözülmeyen üratlar çökebilirler ve ve bebek bezlerinde pembe renkli lekeler oluşturabilirler. Bu normal bir bulgudur. Lökositüri idrar yolu enfeksiyonunu düşündürür.

Bazen taze idrarda kıl kurdu yumurtalarına da rastlanabilir.

9 ÇIKARTILARIN İNCELENMESİ

İdrar renkleri	
Kırmızı	= hematüri
Kırmızı (hemastiks negatif)	= hemoglobinüri, pancar, fenolftalein boyası
Mor	= porfiria (çok nadir)
Turuncu	= sarılık veya rifampisin
Beyaz	= şilüri
Kola rengi	= glomerülonefrit
Mavi	= metilen mavisi, methemoglobinemi tedavisinde kullanılır
Su gibi	= polidipsi, psikojenik veya diabetes inspidusa bağlı
Pembe	= ürat varlığı
Siyah	= alkoptonüri (nadir)

10

Hislerin kullanımı



Ağlamanın kokofonisi 219
Tanı hissi 222

Diagnostik dokunuş 223
Son söz 223

Ağlamanın kakofonisi

Fakat ben neyim
İnfant gece ağlıyor
İnfant gündüz için ağlıyor
Konuşma yok fakat ağlama

Tennyson

Muhtemelen en önemli, en zevkli ve en uzun beklenen ağlama çocuğu doğum kanalından çıkınca attığı çığlıkla başlayan hayatın ilk ağlamasıdır.

İnfantın kendini ifade yeteneği özellikle de ilk günler ve aylarda oldukça sınırlıdır. Aynı semptomlar beslenme güçlüğü, letarji, kusma, ateş –farklı enfeksiyon veya hastalıkların bulgularıda olabilir. Çocuğun ağlaması onun için çok önemli bir iletişim aracıdır. Ağlayarak size birşeyler anlatmak istiyor olabilirler. Anneler zamanla çocukların ağlamalarının açlık, üşüme, ıslanma ya da yalnızlık nedeniyle olduklarını ayırtebilirler. Öğrenciler bunun için kulaklarını açarak daha iyi dinlemelidirler.



Şekil 10.1 Ağlayan infant belki de size birşeyler anlatmak istiyordur.

Kısa bakım işleri – beslenme- alt değiştirme bebekleri gözleme – pediatri stajı boyunca tüm öğrencilere yaptırılır. Ne kadar tekrarlarsak bu çok fazla sayılmaz– normali iyi bilmediğiniz sürece anormali tanıyamazsınız.

Kısaca şu konulara değinmek istiyoruz:

- ağrı ağlaması
- bazı hastalıkların ağlaması
- bazı durumların ağlaması.



Şekil 10.2 Ağlayan infant.

Ağrı

Muhtemelen tanınması en önemli ağlama sebebi infantlardaki ağrıdır. En uyarıcı ağlama menenjit, ensefalit veya artmış kafa içi basıncının sebep olduğu ağlamalardır. Anneler genellikle bu ağlamayı yüksek perdeli, tiz çığlık tarzında ve insanın içine işleyen şeklinde tanımlar. Eğer bir anne "ağlaması değişti, farklı" diyorsa bunu mutlaka ciddiye alın. Kafa içi lezyonu gibi olaylara bağlı ağlamaları susturmak mümkün değildir. İnfantil spazma bağlı ağrı da kısa keskin, yüksek perdelidir ve nadir olmayarak "kolik" sebeplidir. Epileptik nöbetlere bağlı ağlamalar da farklıdır.

Kısaca ağrı ağlaması, infantın normal ağlamasından *farklıdır*. Anne bunu anlayabilir. Yani anneye kulak verin.

Hastalık Ağlaması

Akut krup ağlaması kabadır. Krup öksürüğü havlamaya benzer. Akut bronkopnömani ağlaması zayıf ve hırıltıdır. Akut intussepsiyonlu infantın ağlaması da ani ve homurtuludur. Çok hasta bebek güçsüz ve inleyerek ağlar.

Karakteristik ağlamalar

Bazı durumlara özgü karakteristik ağlamalar tanımlanmıştır. Konjenital hipotroidizm kaba, derinden ağlama ile kendini gösterebilir. Neyse ki yenidoğan taramaları sayesinde iyice nadirleşmiştir. Cri-du-chat sendromunun anormal ağlaması da bir kez duyulunca bir daha unutulmaz. Karga sesi gibi ağlama ise laringomalazi veya diğer laringeal hastalıkları da duyulur.

Tüm bebekler ağlar, ağlamaları normaldir. Unutmayın ki "asla ağlamayan" bebek normal değildir. Gelişim geriliği şüphesi taşır.

Tanı Hissi

Çoğumuz tanı koyarken gözlerimizi, ellerimizi, kulaklarımızı kullanmak konusunda iyi eğitilmişizdir. Fakat 2 duyumuzu kullanmak konusunda beceriksizdir = tat ve koku. Bazı kısa örnekler:

- fenilketonüri – " fare" kokulu idrar
- diabetik keto asidoz – nefeste aseton kokusu
- akça ağaç şurubu hastalığı – idrarda taze akça ağaç kokusu
- balık kokulu idrar –proteus enfeksiyonu
- öperken tuz tadı – kistik fibröz düşündürür.

Diagnostik Dokunuş

Bu kitabın farklı bölümlerinde Pediatrik fiziksel muayenede inspeksiyon ve palpasyonun önemini vurguladık.

El sırtınızı veya elinizin ulnar kenarını ısı değişikliğini anlamak için kullanmayı öğrenin. Döküntüleri her zaman palpe edin. (Bakınız sayfa 136). Parmak uçlarınızı, infantın baş el ve ayaklarındaki nabızları palpe etmek için eğitin.

Son söz

Bu kitap, eğer öğrenciler sadece okur, anlatılan ilkeleri uygulamazlarsa yetersiz kalmaktadır. Arabayı nasıl kullanacağını veya bilgisayarı el kitabı yardımı ile kullanmayı öğrenmek zordur. Yani gidin ve yapın ve izin verildiği kadar çok çocuk muayene edin.



Pediatric tavsiye ve ögütler



Normal bulgular	225	Zamanla düzelen hastalıklar	242
Tanıda kullanılan aletler	226	'Çocuk insanların babasıdır'	243
Uyarıcı biyolojik işaretler	228	Pediatric muayene tavsiyeleri	244
Tanıda kullanılan ipuçları	227	Temel klinik bilgiler	246
Klinik önemi olan durumlar	229	Klinik sınavı	251
Başparmak kuralı	230	Pediatric sinonimler ve günlük kullanılan sözcükler	254
Maternal hatalar	231	Çocuklar farklıdır	255
Baş harflerden oluşan sözcükler	231		
A'dan Z'ye hastalıklara verilen kişi isimleri	232		
Alarm işaretleri: ?			
Kazasız yaralanmalar	232		
Hafıza kuvvetlendiriciler	237		
Genetik grafikler	241		

NORMAL BULGULAR

- Çocukların ellerinde veya yüzlerinde telenjektaziler (spider nevüs) Okul çocuklarında 1-3 telenjektazi sık bir bulgudur.
- Cafe-au-lait lekeleri biraz dağınıktır. Çapı 1.5 cm'den fazla, sayısı 6 dan fazla ise nörofibromatozis düşünölmelidir.
- Lenf bezleri-dağınık, küçük bezeler (bakınız sayfa 122)

11 PEDIATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

- Masum (fizyolojik) üfürümler, çok sıktır.
- Alın ve ensede leylek gagası lekesi (kapiller hemanjiom)
- Ağız tavanında Epstein (epitelial) incileri
- Kız ve erkek infantlarda hafif meme şişliği
- Afrika/ Asya ırkı veya karışık ırktan olan infantlarda mavi Mongol lekesi
- Sinüs aritmisi
- Periyodik solunum (infantlarda değil prematüre yenidoğanlarda)
- Yenidoğanda akrosiyanoz (periferik siyanoz)
- Yürümeyi yeni öğrenen oyun çocuklarının alınlarında yaralanmalar
- Infantlarda mavi sklera
- Avuç içinde tek bir transvers çizgi-insanların %5'inde
- Oyun çocuklarında hafif eğri bacaklar
- Oyun çocuklarında diz ve bacaklarda ezikler, travma izleri.

TANIDA KULLANILAN ALETLER

1. Steteskop,tercihen 'pediatrik' çan ve diyaframlı
2. Bant mezura,tercihen metal veya tek kullanımlık. Plastik bantlar eğer kaynatılırsa uzar.
3. Değişik yaş ve cinsiyetteki çocuklar için uygun boy tabloları
4. Sfigmomanometre.Manşon genişlikleri seçilebilir
5. Kulaklığı değişik boyutlarda olan Otoskop. Uygun olan en büyük kulak parçasını kullanın. Kullanılan parçayı emme tüpüne takmak faydalı olabilir.
6. Boğaz muayenesi için iyi bir ışık kaynağı.
7. Oftalmoskop.Unutmayın ki çocuklar gözlerinin içine doğru parlayan ışığı sevmezler, ışığı aşağı doğru tutun.
8. Kağıt ve kalem. Siz anneyle konuşurken çocuğun bir şeyler yazması veya çizmesine izin verin.

9. Seçilmiş oyun veya okuma kitapları.
10. Birkaç oyuncak
11. Oyun küpleri
12. Ayna
13. Çıngırak
14. Zil
15. Cilt lezyonlarını incelemek için büyüteç.

Artı: (eğer mümkünse) bir çeşit ısıtılı gülümseme ki çocukların ellerini ısıtabilsin. (J.M.Barrie)

Bazı çocuk sağlığı üniteleri kimseyi strese sokmadan ve zarar vermeden faydalı bilgiler sağlayan simulatörlere sahiptirler. Bazı örnekler:

1. Babby-hippy, Medical plastics,Chicago
2. Resusci-baby, Laerdal, Norway
3. Oftalmoskopy mannequin, oftalmik geliştirme lab. Iowa. USA

TANIDA KULLANILAN İPUÇLARI

1. Steteskopla burnun üzerini dinlemek (bakınız sayfa 126)
2. Dikkat çekme teknikleri.(bakınız sayfa 35-36)
3. Müsait olan nabızları baş parmak kullanarak palpe etmek yerinde duramayan infantların femoral nabızlarını parmak ayaları ile değil de baş parmak ile belirleyip palpe etmek daha iyidir.
4. Karın ağrısı veya hassasiyetini,çocuğun elinin üzerinden palpasyon yaparak değerlendirmek. (bakınız sayfa 40)
5. Şüpheli abdominal hassasiyeti saptamak için steteskopu kullanmak. (bakınız sayfa 41)
6. Otoskopu en iyi kalem kutusu ile tutmaktır, yoksa

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

- çocuğa zarar verebilirsiniz. (bakınız sayfa 124)
7. Otoskopu burnuna bakmak için kullanın (yabancı cisimler için)
 8. Yeni doğanın gözlerini açmak için onu dik tutun ve ona emecek bir şeyler verin.(bakınız sayfa 179) Zorla açmaya çalışmayın, işe yaramaz.
 9. Plagiosefali'i değerlendirirken (paralellogram kafa tası) parmaklarınızı her iki kulak kanalına koyun ve her ikisinin pozisyonunu karşılaştırın (bakınız sayfa 50-51)
 10. Çocuktan ağrının yerini göstermesini isteyin (bakınız sayfa 39)
 - 11.Boğaz muayenesini yaparken çocuktan kocaman esnemesini isteyin.(bakınız sayfa 39)
 12. Okul öncesi ve okul çocuklarını mümkünse muayene boyunca ayakta tutmaya çalışın.Bu kendini daha rahat hissetmesini sağlar.
 13. Çocuğu ne kadar iyi olduğu,elbisesinin ne kadar güzel olduğu, onun ailenin patronu olduğu konusunda övün.
 14. Çocuğun konuşma ve tartışma seviyesini değerlendirmek için en sevdiği televizyon programını sorun.
 15. Eğer inmemiş testisler konusunda şüphemiz varsa çocuğu muayene masasında çömelirken de muayene edin. (bakınız sayfa 115)

UYARICI BİYOLOJİK İŞARETLER

- Tuzu seven infant.Kistik fibröz veya tubulopati gibi tuz kaybettiren durumu var.
- Ekmek ve bisküviyi reddeden oyun çocuğu. Çöliak hastalığı olabilir mi?
- Meyve suyu ve şeker sevmeyen çocuk. Sükraz-izomaltaz eksikliğini düşünmelisiniz.
- Her şeyi içen çocuk.Diabetes insipidusu olabilir, genellikle gece bir şey içmek için uyanır.

- Sütü reddeden çocuk. Laktoz intoleransı veya süt allerjisini düşündürür.
- Yatan çocuk. Hastadır. Hasta çocuklar evcil hayvanlara benzer, onlar da hasta olduklarında yatar, iyileştiklerinde ise ayağa kalkarlar.
- Bir ekstremitisini hareket ettirememesi veya rahatsız olması ciddi bir durum olduğunu düşündürür. Örneğin fraktür veya osteomyelit.
- Kronik böbrek yetersizliği olan çocuklar genellikle suyu, süte veya şekerli içeceklere tercih ederler.
- Yemesi iyi olan, fakat iyi gelişemeyen çocuk Kistik fibröz gibi malabsorpsiyon durumunu düşündürür.
- Egzersiz sonrası öksürük veya nefes darlığı çeken çocukta tanı sıklıkla Bronşial Astımdır.

KLİNİK ÖNEMİ OLAN DURUMLAR

1. *Allerjik durumlar.* Allerjik riniti olan çocuklar sürekli burunlarını çekerler ve ellerinin tersiyle silerler.
2. *'Tornavida' Ajite* veya üzgün infantların karakteristik hareketi ellerini tornavida hareketi yapar gibi çevirmeleridir.
3. *Esneme.* Yeni doğanlarda nöbet aktivitesinin göstergesi olabilir.
4. *Çatlak kap sesi* kafa tası basıncı artmış infantların kafa tası perküsyonunda duyulur.
5. Burun delikleri, kulaklar, vajina ayrıca mide hava yollarında yabancı cisimler olabilir.
6. İnfantlardaki ve oyun çocuklarındaki 2 önemli semptomu daha değineceğiz. Topallama ve tortikollis. Topallamanın pek çok sebebi olmasına rağmen uzun süren topallama akut lösemının belirtisi olabilir. Akut tortikollis erken çocukluk döneminde nadirdir. Başka bir açıklaması yoksa posterior fossa tümörleri düşünülmelidir.

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

7. Emzirme dönemleri spontan olarak sonlanır. Bununla birlikte bazen 'soluk senkop (vazovagal bir atak) veya 'refleks anoksik nöbet'e dönüşebilir.
8. Yalanma ve alt ekstremitelerin pedal çevirme hareketleri hayatın ilk 48 saatinde istemsiz olarak görülebilir ve asfiktik ansefalopati ile ilişkili olabilir.
9. *Sandıfer Sendromu*. Reflu özofajiti reflüsü olan çocuklarda gerilme gibi distonik hareketler.
10. Meme emerek büyümüş bir erişkini nasıl tanırız?
Burun ucuna bakın. Emmek, meme dokusunun fiziksel yapısının baskısı sonunda iki nazal kıvrığın ayrılmasına neden olur. Biberon emen çocukların burun kıvrıkları tek ve sivridir ve erişkinde de böyle gözükür.
11. Kronik hastalıklı çocukların uzun ve gür kirpikleri vardır.

BAŞ PARMAK KURALI

- Tüm wheezingler astım değildir fakat tekrarlıyorsa genellikle öyledir.
- Nöbet yapan tüm öksürükler boğmaca değildir fakat çoğu öyledir. Adenovirüs ve parapertusis de öksürük nöbetine neden olabilir.
- Çok yaygın olan ağrı genellikle organik değildir.
- Beslenmeye devam eden çocuk da hasta olabilir fakat çok da ciddi değildir.
- Viral enfeksiyonlar yayılma (kulaklar, boğaz, deri, örneğin kızamık gibi) eğilimindedirler. Halbuki bakteriyel enfeksiyonlar lokalize olmaya yatkındırlar. Lightwood'un kanunu:
- Hastanedeki çocuk doktorlarının birinci görevi çocuğu taburcu etmektir.
- Aksi ispat edilene kadar anneler haklıdır.
- Bademciklerin fonksiyonlarından biriside enfekte olmaktır.

- İnspeksiyon gözlemlemekten daha iyi olabilir.
- Eğer bir major malformasyon bulursanız başkalarını da arayın. Malformasyonlar multipl olma eğilimindedir.
- Öğrenciler sistem uzmanı olmamalıdır.

MATERNAL HATALAR

Sürekli anne içgüdülerinin doğruluğunu vurgulasak da annelerin de hatalı olduğu konular vardır. Aşağıda öğrencilerin karşılaşılabileceği bazı örnekler sıralanmıştır. Kendi tecrübelerinize göre kendi derlemelerinizi de yapabilirsiniz.

1. Burun çekmek bağırsak kurtları ile ilişkilidir.
2. Laksatifler çocukların içindeki kötülükleri temizlerler.
3. Yapışkanlar ve merkurokrom sürülmesi parmak emmeyi tedavi eder.
4. Barsak kurtları alt ıslatmanın sebebidir.
(gerçekten çok nadirdir)
5. Metal para bağlamak umbilikal herniyi tedavi edebilir.
(kendiliğinden iyileşir)
6. Keçi sütü ekzama için iyidir.
7. Meme emen bebekler asla obez olmazlar.
8. İlk dişlerdeki çürükler asla önemli değildir.
9. Diş çıkarmak konvulziyona neden olur.
10. Erken yürüyenin bacakları eğri olur.
11. Portakal çekirdeği apendikse yerleşir.

BAŞ HARFLERDEN OLUŞAN SÖZCÜKLER

TORCH	= toksoplazma, diğ er, rubella, sito megalovirüs, herpes
NTD	= nöral tüp defekti
CHD	= konjenital kalp hastalığı (KKH)
CDH	= konjenital kalça çıkığı (KKÇ)

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

FLK	= 'iyi görünüşlü çocuk' iyi anlamda kelimeler
IRDS	= idiopatik respiratuar distres sendromu
LBV	= düşük doğum ağırlığı
VLBV	= çok düşük doğum ağırlığı
SGA	= gestasyon yaşına göre küçük (bazen 'gününe göre hafif')
IDM	= diabetik anne çocuğu
IVH	= intraventriküler hemoraji
CPAP	= sürekli pozitif hava yolu basıncı
PEEP	= pozitif ekspirasyon sonu basıncı
IPPV	= intermitan pozitif basınçlı solunum
NEC	= nekrotizan enterokalit
PFC	= persistan fetal dolaşımı
BPD	= bronkopulmoner displazi
RLF	= retrolental fibroplazi
TTN	= yenidoğanın geçici taşipnesi
TAPVD	= total pulmoner venöz dönüş anomalisi
ZIG	= zoster immünglobulini
DTP	= difteri, tetanoz, boğmaca
FAS	= fetal alkol sendromu

Biz kısaltmaları sürekli kullanırız. Fakat siz bunları sakın sınav kağıdınıza bu şekilde yazmayın. Unutmayın ki MI, miyokard enfarktüsü, mitral yetmezlik, mental hastalık veya iyi bilinen motor yol anlamlarına gelebilmektedir.

A'DAN Z'YE HASTALIKLARA VERİLEN KİŞİ İSİMLERİ

Alport Sendromu	= Konjenital nefrit + sağırılık.
Arnold-Chiari	= Spinal kanalda medulla ve
Malformasyonu	serebellumda yer değiştirme.
Apert Sendromu	= Akrocefali + sindaktili

Barlow manevrası	= Konjenital kalça çıkığı muayene tekniği
Barr cisimleri	= Hücre nükleusunda kromatin kitleleri
Beckwith-Wiedemann sendromu	= Büyük dil,büyük iç organlar, jigantizm
Berger hastalığı	= Ig A nefropatisi
Bright hastalığı	= Post-streptokoksik glamerülonefrit
Blackfan-Diamond Sendromu	= Konjenital saf kırmızı hücre aplazisi
Caffey hastalığı	= İnfantil kortikal hiperostazis
Cornelia de lange sendromu	= Mental ve fiziksel retardasyon ve tipik yüz
Criggler-Najjar Sendromu	= Nadir glukronil transferaz eksikliği
Dandy-Walker malformasyonu	= Magendie ve Luschka deliklerinde atrezi
Dr George Sendromu	= Konjenital timus aplazisi ile ilişkili sendrom
Epstein incileri	= Ağız tavanında epitelyal inciler
Erb paralizisi	= Üst kolda brakial felç
Fallot tetralojisi	= Ventriküler septal defekt, pulmoner stenoz,sağ ventrekül hipertrofisi, ata binen aorta
Fankoni anemisi	= Konjenital aplastik anemi
Fankoni sendromu	= Fosfat, glukoz, aminoasit, bikarbonatüri, proksimal tubuler asidoz sızıntı.Toni-Debre-Fankoni sendromu olarak da bilinir.
Gilbert sendromu	= Persistan unkonjuge hiperbilirubinemi
Guillain-Barre	= Asenden polinörit sendromu

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

Henoch-Schönlein	= Vaskülit, artrit, nefrit, karın sendromu ağrısı ile karakterize sendrom
Hand-Schüller-Christian	= Diabetes insipidus ve kemik hastalığı lezyonlarıyla seyreden histiositoz tipi
Hirschsprung hastalığı	= Kolonik aganglionozis
Kaposi'nin variselli	= Egzematöz çocuklarda herpetik form eripsiyonu cilt lezyonları
Kawasaki hastalığı	= Mukokutanöz lenf nodu sendromu
Klinifelter sendromu	= XXY genotipiyle ilişkili fenotip
Koplik lekeleri	= Kızamığın prodrom evresinde bukkal mukozadaki beyaz lekeler
Laurence-Moon-Biedl sendromu	= Polidaktili ,obezite, mental retardasyon
Louis Bar sendromu	= Ataksi telenjiektazi
Lowe sendromu	= Oküloserebrorenal sendrom
Marfan sendromu	= Lens dislokasyonu,uzun yapı, zayıf aort duvarı
Meckel divertikülü	= Aberan ektopik gastrit mukoza
Morgan-Dennie çizgisi	= Egzamatöz çocuklarda çift infraorbital çizgi
Ortolani testi	= Konjenital kalça çıkığı muayenesi
Potter yüzü	= Oligohidroamniyozla ilişkili ezilmiş yeni doğan yüzü
Reye sendromu	= Akut ansefalopati ve karaciğer yetmezliği
Ritter sendromu	= Haşlanmış deri sendromu
Russel-Silver sendromu	= Üçgen yüz, kısa boy, asimetrik vücut

Sprengel deformitesi	= Skapulanın konjenital yukarı yerleşimi
Treacher Collins sendromu	= Mandibulofasial dizositoz
Von Recklinghausen hastalığı	= Nörofibromatozis
Van Gierke hastalığı	= Glikojen depo hastalığı
Von Willebrand hastalığı	= Faktör VII eksikliği
Wilms tümörü	= Nefroblastom
Zellweger sendromu	= Serebrohepatorenal sendrom

Yukarıdaki listede ayrıntılara yer verilmemiştir. Kişi isimleri, sendromları ve olayları tanımlamak, daha kolay anlaşılmasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır. Bunların çoğu aklımızda olan isimlerdir ve bu sendromların isimleri içerdikleri componentleri de açıklamaktadır.

Unutmayın ki bu günün doktorlarının verdiği Henoch-Schönlein Sendromu gibi isimler, yüz yıl önce Alman doktorlarının yaptıklarına benzememektedir.

Soylulara yakışır isimleri olan Sendromlarda bazı esrarlı yönler vardır ve doktorlar bunları Matthew Arnold'un aşağıdaki dizeleri gibi anlatamayabilirler:

Bana hayatı durdurup seytettirmeyin
Bazı doktorlar söz ve şöhret doludur
Başlarını salları ve verirler
Hasta insan tedavi olamaz.

Sendromlara kişi ismi vermek, semptom ve bulguların topluluğunu vaftiz etmek gibidir.

Tirotoksikoza verilen Dublin ismi yerini Graves'e bırakmış-

tır. Bazı hastanelerde glomerülonefrite Bright hastalığı denmekte ve buna karşılık Corrigan nabızı unutulmaya yüz tutmuştur.

ALARM İŞARETLERİ=? KAZASIZ YARALANMALAR

Aşağıdaki listedeki fiziksel bulguların varlığı kaza yaralanmalarından çok istemli yaralanmalarını düşündürür.

- biberonla beslenen çocukta frenulum yırtığı
- oyun çocuğunda mor gözler
- yanakta parmak izleri
- kulak kepçesinde peteşi
- tırnak izleri
- herhangi bir yerde diş izleri
- non-travmatik alanlarda yaralanmalar
- retinal hemoraji
- perivajinal yaralanmalar
- farklı yaşlardaki yara-bereler

Ek olarak, deneyimli bir gözlemci aşağıdakileri de uyarıcı olarak değerlendirir:

- donuk bakışlar (soğuk, duygusuz bakış)
- göz temasından kaçınmak
- özensiz görünüş
- şiddetli bebek bezi kızarıklığı

Kaza dışı yaralanmalarda kayıt zorunludur. İşaretler, yaralanmalar veya ezilmeler tanımlanmalı, çizilmeli ve eğer mümkünse fotoğflanmalıdır. Birikmiş kanıtlar tekrarlayan vakalarda çok önemlidir ve mahkemelere sevk edilir. Yara-

lanma ve ezilmelerin yaşının tespiti deneyim ve klinik uzmanlık gerektirir.

HAFIZA KUVVETLENDİRİCİLER

Tıpta kolay hatırlamayı sağlayan pek çok şey vardır. Bunlar genellikle öğrenciler arasında kuşaktan kuşağa yayılırlar. Bazıları bunları toplar ve saklar, bazıları ise nefret eder. Bazı öğrenciler kendilerininkini üretirler. Eğer bunları aklınızda tutabilirseniz, sınav stresinde bu formüller size çok yardımcı olurlar.

Burada birkaç örneğini göreceksiniz. Bazıları eskiden kalma, bazıları bizim öğrencilerimizin ve bazıları da bizim kreasyonumuzdur. Size başka kaynaklardan da örnekler sunacağız.

1. Çocukluk çağı astımının tetikleyicileri=ASTHMA

- A** = Alerji (ev tozu canlıları; polen, hayvan tüyü)
- S** = Spor (egzersiz, oyun)
- T** = Temperatur (soğuk, nemli, rüzgarlı havalar)
- H** = Heredite (astıma ailesel yatkınlık; gen lokusu)
- M** = Mikrobiyoloji (virüsler, mikoplazma vs.)
- A** = Anksiyete (stres, endişe)

2. Astımın şiddetini değerlendirme (6 S)

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| Okul: (school) | kaç gün kaçtı? |
| Uyku: (sleep) | ne kadar rahatsız oluyor? |
| Spor: | nasıl yapıyor? Vazgeçiyor mu? |
| Sosyal aktivite: | ne kadar içine kapalı? |
| Semptom skor kartı: | ne kadar şiddetli? |
| Steroidler: | ilaç gereksinimi? |

3. Egzamanın 6'sı

kaşıntı (antihistaminikler,vs.)
iktiyozis (yumuşaticılar,vs.)
inflamasyon (topikal steroidler)
enfeksiyon (antibiyotikler)
iritabilite (yukarıdakiler sebebiyle)
kişisel imaj (psikolojik destek)

4. Epiglotit'in (supraglottis) 5 D'si

Dışarı salya akıtmak
Disfaji
Disfoni
Dispne
Distres
Son olarak korkulan fakat muhtemel olan D ise ölümdür.
(Death)

5. Splenomegali sebepleri = SPLEEN

Sekestrasyon (Hemolitik onemi)
Proliferasyon (viral enfeksiyonlar vs.)
Lipid birikimi (Gaucher vs.)
Aşırı kanlanma (portal hipertansiyon)
Kitle (hemanjiom, kist)
İnvazyon (malignite)

6. Romatizmal Ateş 5 sayısına sahiptir

5 majör kriteri: kardit
artrit
kore
subkutanöz nodül
eritama marginatum

5 minör kriteri: uzamış PR aralığı
romatizmal ateş anamnezi
artralji
pozitif laboratuvar testleri (ESR, ASO, vs.)
Etkilenme yaşı primer olarak 5 -15' dir.
En az 5 yıl kardit prafilaksisi gerektirir.

7. PS = Pilor Stenozu

PV = projeksi kusma
PV = görülebilen peristalsis
PT = palpable tümör
PS = pozitif tarama (ultrason)
PR = ploromyotomi Ramstedt

8. Neden sünnet yapılır: 6M

Musa (Jewish dini)
Muhammed (Müslümanlar)
Anne isteği (Maternal istek)
Para (Money)
Mistik sebepler
Medikal sebepler (fimosiz, parafimosiz)

9. Hematürinin ABC'si

Anatomi (kist vs.)
Mesane (sistit)
Kanser (Wilms tümörü)
İlaç kullanımı (Siklofosfamid)
Egzersize bağlı
Suni
Glomerülonefrit (cast+)
Hematoloji (kanama hastalıkları, oral hücreli anemi)

11 PEDIATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

Enfeksiyon (AÜS)
Yaralanma (travma)
Böbrek taşları (hiperkalsiüri)

Tüm bunların içinde çocuklarda ki en sık sebepler:

1. Enfeksiyon
2. İnflamasyon
3. Yaralanma
4. Hiper kalsiüri ve taş

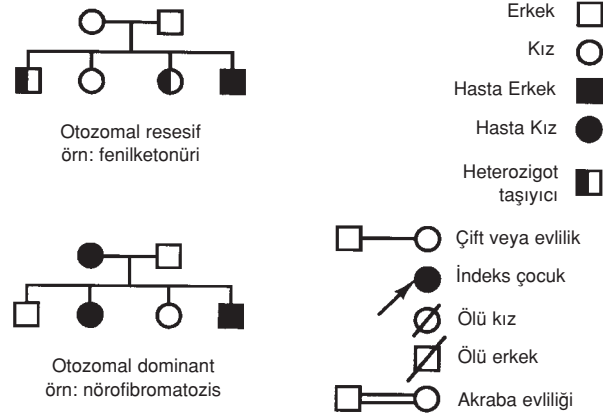
Diğer sebepler nispeten nadirdir. Yaş, semptomlar veya ağrı yokluğu ve üriner semptomlar diğer ilişkili faktörlerdir.

10. *Bizim düşüncemize göre pediatrideki 3 önemli P:*

1. Aile (Parenting)
2. Yoksulluk (Poverty)
3. Önleme (Prevention)

Bir çok zeki akademisyen bu bilgileri öğrencilerine farklı yollarla öğretebilirler. Biz bu fomüllerin eğlenceli olduğu düşünüyoruz ve eğer güvenle öğrenerseniz, hızlı düşünmeniz gereken zamanlarda işinize yarayabilir.

GENETİK GRAFİKLER



Şekil 11.1

İyi çizilmiş bir aile ağacı genetik haritalamanın anahtarıdır. Yukarıda resesif ve dominant durumlara ait 2 basit soy ağacı verilmiştir. Lütfen daha detaylı bilgi ve açıklama için kendi pediatri ders kitaplarınızı veya genetik kitaplarınıza bakınız. İyi çizilmiş bir aile ağacı yazıyla ifade edilenden daha görülür ve fazla bilgi verir. Rutin anamnezinin bir parçası olarak aile ağacı çizmenizi alışkanlık haline getirmenizi diliyoruz.

ZAMANLA DÜZELEN HASTALIKLAR/BOZUKLUKLAR

Pediatrinin keyiflerinden birisi çocukların hastalıklarının eğiliminde olmalarıdır. Sıklıkla doktorun işi çocuğa yardım etmek, ailelerle ilgilenmek ve hastalıkları kontrol altına almaktır. Pediatri stajınız boyunca pek çok durum konusunda deneyim edineceksiniz. Aşağıda bazı örnekleri listelenmiştir:

- astım
- ekzama
- enürezis (%15'i 5 yaşına kadar sürebilir)
- yapısal kısa boyluluk
- laktoz intoleransı
- idiyomatik epilepsi
- nefrotik sendromun minimal leyzon tipi
- Gastroözefageal reflü
- hafif-orta veziko üreteral reflü
- oyun çocuğu diarezi (bezelye ve havuç sendromu)
- küçük ventriküler septal defekt

Bu listeye eklemeler yapmakta serbestsiniz. Bu teste ekleme adına yapmak istediğiniz her yardıma açığız. Soru şu olabilir: Çocukluk çağı hastalıklarını değerlendirirken zamanla spontan olarak gerileme eğiliminde olanlarla da değinebilir misiniz? Daha derin düşünmek isteyenler için ise şöyle olabilir, astım, epilepsi, nefrotik sendromun spontan remisyonunun fizyolojik mekanizması nedir?

'ÇOCUK İNSANLARIN BABASIDIR'

William Wordsworth (1770-1850)

Erişkin hastalıklarının çoğunun kökenlerini çocukluk dönemindeki faktörlerden aldığına dair pek çok düşünce ve kanıt vardır. Esansiyel hipertansiyonla ilişkili bir çok faktörle de 'tuz alımı, kolesterol, obezite, stres, kilo, fiziksel yapı' çocukluk ve ergenlik döneminde birikmeye başlamaktadır. Bu düşünce yeni değildir ve aşağıda bunu gösteren bazı alıntılara yer verilmiştir.

Biz mezarlarımızı kendi dişlerimizle kazıdık.

İnsanın sadece 4 dönemi vardır: İnfantlık, çocukluk, ergenlik ve yaşlılık.

Anonim

Çocukluk dönemi insanı, sabah ise günü gösterir.

John Milton (1608-1674)



Şekil 11.2 Çocuk insanların babasıdır.

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

Erişkinlerde eski çocuklardır.

Dr. Seuss (1904-1991)

Erişkin nedir? Yaş ile irileşen çocuktur.

Simone De Beauvoir

Büyüyüp fidanlıktan çıkmış meşe dalını düzeltmek kolay değildir.

Gaelic atasözü

Bir insan arterleri kadar yaşlıdır.

Thomas Sydenham (17. yüzyıl)

Ülkelerin alinyazıları kendilerini besleme yoluna bağlıdır.

Anthelme Brillant-Saverin (18. yüzyıl)

Ülkelerin geleceğlerinin Tanrının ve çocukların karakter ve durumlarının kontrolü altında olduğu tartışma gerektirmeyecek kadar kesindir...Tıpkı dikilmiş bir fidanın büyüyeceği gibi.

Lord Shaftesburg (1870)

PEDİATRİK MUAYENE TAVSİYELERİ

Pediatric değerlendirme genellikle muayene sırasında (sürekli izlem) değerlendirme ve muayene sonu değerlendirmeden oluşmaktadır. Bu, vaka çalışmalarını, proje sunumlarını, yayınları, çoklu soru listeleri, yapısal ve oral klinik muayenelerini kapsar.

Aşağıda ister uzun bir vaka ister kısa, isterse hazırlanmayacak bir vaka olsun size geleneksel bir muayene için yol gösterecek ip uçlarını bulacaksınız. Muayene edecek kişiler çocuklarla ilgilenirken becerikli ve kendilerine güvenli olmayı isterler. Doktorlar her bilim dalını bilmek zorunda değildir. Eğer bir şeyin cevabını bilmiyorsanız, bunu söyleyin, tehlikeli tahminler yapmaktan daha iyidir.

Unutulmaması gereken bazı sağduyu kuralları:

1. Anne veya bakıcıdan alabileceğiniz tüm bilgileri alın. Unutmayın ki çocukların kronik hastalıkları (kalp hastalığı, Kistik Fibrozis) bilgi verici olabilir. Çocuğun hemşireler tarafından ilk kontrolleri ve testleri yapılmadan önce yiyecek veya şeker vermeyin.
2. Fiziksel temas kurmadan önce birkaç dakika çocuğu gözleyin. Anamnezdeki semptomlarla ilişkili olabilecek klinik bulguları gözleyip kaydedin. Hastalığın derecesini değerlendirin (iyi, hasta, hafif hasta). Gelişim durumunu (uyanıklık, sosyal ilişkiler vs.) yorumlayın.
3. Tüm endişelerinize rağmen çocuğa karşı nazik olun.
4. Çocuğun kilosunu ve diğer ölçümlerini alıp persantil eğrisine işaretlemeyi unutmayın.
5. Hoşa gitmeyen kısımlarını en sona bırakarak tam bir fiziksel muayene yapın.
6. Öncelikle şikayetlerle ilişkili pozitif anamnez bulgularını belirleyin. Pozitif anamnez bulguları önemlerine göre sıralayın. Eğer bir sonuca varırsanız, şöyle özetlemeniz uygun olacaktır. 'Johnny Murphy, 5 yaşında, Down sendromu bulguları, ventriküler septal defektle ilişkili üfürüm ve düzeltilmiş duodenal atreziye bağlı abdominal skarı var.'
7. Pozitif klinik bulgulara göre ayırıcı tanı yapın. Eğer muhtemel tanıya ulaşmak istiyorsanız her zaman için nadir olanlardan uzak durun ve sık karşılaşılan durumları düşünün.
8. Gereksiz şeyler yapmaktan kaçının, görüşmeyi siz yönlendirmeye çalışın. Eğer bulgularınızı düşünme fırsatınızı onlara verirsiniz. Bu çok yararlı olacaktır. Doktorlar yardım etmeye çalışırlar, yanılmaya değil.
9. Eğer mümkünse rahatlayın. Sınav sırasında hocalarınız güven ve becerilerinize bakarlar. Eğer iyi bir eğitim

11 PEDİATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

almışsanız, eğer her ikisine de sahipsiniz demektir.
10. Eğer bir şey bilmiyorsanız sakın uydurmayın veya tahmin yürütmeyin. 'Korkarım bilmiyorum' demeniz daha iyidir.

Tarafsız hazırlanmış klinik sınav (OSCE)

Çok detaylı tavsiyeler için yerimiz müsait değil. Bununla birlikte sık karşılaşılan kısa vakaların bazı temel kurallarından bahsedeceğiz:

- bak, gözlemlen ve neyin sorulduğunu kaydet.
- döküntü, büyüme grafikleri, reçete, radyografi veya size sorulması muhtemel şeyleri çalışın.
- konuşmadan önce mantıklı düşünün.
- zaman değerlendirme zamanıdır, sakın vaktinizi boşuna harcamayın.

Bazı OSCE merkezleri idrar analizi, inhaler tekniklerin gösterilmesi, döküntülerin tanınması, biyokimyasal sonuçların analizi vs. ide içerirler. Bu konuda faydalı kitap; Pediatri-deki OSCE'dir. (Khan 1999, Churchill Livingstone)

TEMEL KLİNİK BİLGİLER

Biz bu listeleri kendi henüz mezun olmamış öğrencilerimiz için hazırladık. Bunları, kendi klinik pediatri eğitimleri sırasında kontrol listesi olarak kullanmalarını umuyoruz. Bizim listelerimizdeki bazı maddelere katılmayabilirsiniz, fakat pediatri bölümlerinin çoğunun bu listeleri kabul edeceğini düşünüyoruz. Öğrenciler 'bilinmesi gerekenler' ile 'bilinmesi iyi olanlar' arasındaki ayrımı yapmalıdırlar.

Bize göre bu listeler faydalıdır ve gözardı edilmemelidir. Biz bu listelerin, yeni aldığınız arabanızın mevcut kullanım kılavuzları veya kalite kontrol testlerinin kontrol listelerinin-

den daha kısa ve daha az korkutucu olduğunu düşünürüz. Tıp fakültesine girebilmek isteyenler çoktur. Biz inanıyoruz ki; pediatri uzmanlığı yapabilmek de aynı derecede zordur. İyi eğitilmiş ve iyi yetişmiş öğrenciler kendi becerilerinin değerini bilecek ve bu uzmanlıklarını meslek hayatları boyunca ilerleterek devam ettireceklerdir.

Mezun olmamış öğrenciler için zorunlu klinik beceriler

Aile ve çocuktan tam bir anamnez alma becerisi.

İnfant, oyun çocuğu ve büyük çocuğa tam bir klinik muayene yapabilme becerisi.

Normalliğin geniş aralığını tanıma.

Anamnez ve muayeneye dayanarak ayırıcı tanı yapabilme, incelemeleri planlama ve tedavi planını oluşturabilme.

1. Kalp damar sistemi

Kan basıncı ölçümü

Kalp ve büyük damarların palpasyonu

Sağ ve sol ventrikül büyümesinin saptanması

Tril palpasyonu

Kalp sesleri ve ek seslerin oskültasyonu

Önemli kalp üfürümlerinin saptanması ve tanımlanması

Siyanoz, çomak parmak ve polisiteminin saptanması

Konjestif kalp yetmezliği belirtilerinin gösterilmesi.

2. Solunum sistemi

Solunum güçlüğü bulgularının inspeksiyonu

Göğüs perküsyonu

Göğüs deformatelerinin saptanması

Normal ve patolojik göğüs sisteminin oskültasyonu

Kollaps/konsolidasyon, plevral efüzyon, pnömotoraks gibi önemli olayların saptanması ve tanımlanması

3. Karın

Karaciğer,dalak palpasyonu
Karaciğer sınırlarının perküsyonu
Karın kitlelerinin saptanması
Asitin gösterilmesi
Gaz, feçes veya sıvıya bağlı karın şişliğinin ayrılabilmesi
Erkeklerde normal penil ve testiküler görünüşün aranması
Hidrosetel, herni, inmemiş testis muayenesi
Büyümüş dolu mesanenin palpasyon ve perküsyonu

4. Cilt

Hemanjiom,nevüs vs. gibi sık doğum işaretlerinin tanınması
Ekzama, psöriazis, impetigo, purpura döküntülerinin tanınması ve tanımlanması
Kızamık, rubella, suçiçeği, kızıl gibi sık enfeksiyöz hastalıkların ekzantemlerinin tanınması
Değişik yerlerdeki sarılığın saptanması
Vitiligo, cafe-au-lait lekelerinin tanınması
Orta dereceli ve şiddetli dehidratasyon bulgularının gösterilmesi

5. Eklemeler

Major eklemelerdeki hareket açıklığının değerlendirilmesi.
El bileği, dirsek, kalça, diz,ayak bileği. Aktif ve pasif hareketler.
Eklem inflamasyonu bulgularının saptanması. Kızarıklık, ısı artışı, ağrı, şişlik ve fonksiyon kaybı.

6. Nörolojik Sistem

Derin tendon reflekslerini göstermek için refleks çekici kullanılması.

Menengizmi saptayabilme

Anormal ve normal fontanel boyutu ve gerginliğini bilin

Tonus,yürüyüş,koordinasyon ve duyguyu değerlendirin

Görme alanı

Kas tonusu değişiminin saptanması

Serebral felcin major tiplerinin saptanması

7. Ölçümler

Boy ve uzunluk

Kilo

Baş çevresi

Persantil eğrilerinin işaretlenmesi

Puberte evrelemesi

8. Gelişim

6 hafta değerlendirmesi

6 ay değerlendirmesi

1 yıl değerlendirmesi

Primitif reflekslerin gösterilmesi. Moro, kavrama, emme, tonik, boyun, vs.

6 ayda görme ve duyma değerlendirmesi

Normal gelişimden büyük sapmaların değerlendirmesi

9. Konjenital Anomaliler

Down sendromu gibi major sendromların tanınması

Myelomeningosel ve hidrosefali gibi major

malformasyonların tanınması

10. Genel

Akut şiddetli hastalığın tanınması
Beslenmenin, özellikle de yetersiz beslenme ve obezitenin değerlendirilmesi
Normal hidrasyonun saptanması
Aneminin saptanması
Çürük veya gingival hastalık kanıtları için diş ve diş eti inspeksiyonu
Yarık dudak ve damak tipinin tanınması

11. Ortopedi

Konjenital kalça çıkığı testi
Skolyoz için sırt muayenesi
Trendelenburg testi
Gerçek ve görünüşte kısıklığı saptamak için alt ekstremité ölçümü

12. Kulak-Burun-Boğaz

Otoskop kullanımı
Boğaz ve gırtlak muayenesi
Weber ve Rinne testleri

13. Oftalmoloji

Eksternal gözün muayenesi
Pupil reaksiyonu testi
Göz hareketlerinin değerlendirilmesi
Kapama testinin yapılması
Oftalmoskopi

KLİNİK SINAVI

1. Parmaklarda çomaklaşmanın özelliklerini tanımlayınız. Çocukluk döneminde bunun sebebi nelerdir?
2. Sinüs aritmisi nedir?
3. 12 aylık bir infantın sahip olduğu 6 beceriyi listeleyiniz
4. Atopik ekzema döküntüsünü tanımlayınız.
5. Masum/fizyolojik/akım üfürümünün bulguları nelerdir?
6. İnfantlıkta büyük başa dair 4 açıklama yapınız.
7. (a) kore,(b) dişli çark rijiditesi, (c) anazarka nedir?
8. Larengotrakeobronşiti, epiglottitten klinik olarak nasıl ayırırsınız?
9. (a) Kernig, (b) Koplik, (c) Koratkof nedir tanımlayınız.
10. Siyonatik kalp hastalığındaki çömelmenin fizyolojisini açıklayın.
11. Çocuklarda hırıltılı solunum güçlüğünün sebepleri nelerdir?
12. (a) pulsus paradoksus, (b) pulsus alternans, (c) kollaps nabızı nedir?
13. Neden infantlar hasta olduklarında alacalı renk alırlar?
14. Titremenin nedeni nedir?
15. 3 yaşındaki bir çocukta akut topallamanın 5 sebebini sayın.
16. Meningismin,menenjitten 5 farkını sayın.
17. Diastolik basınç noktası hangisidir? Faz 4 (azalma) veya faz 5 (sesin kaybı)?
18. İnfantlarda akut wheezing'in 4 sebebini yazın.
19. Kaza dışı yaralanmayı düşündüren 10 bulgu sayın.
20. Hirsutizme sebep olabilen ilaçların isimleri nelerdir?
21. İki yaşındaki bir çocuğun boy ortalaması, bir erişkinin boy ortalamasının 1/3,1/2 veya 2/3'ü müdür?

11 PEDIATRİK TAVSİYE VE ÖĞÜTLER

22. Avuç içindeki tek bir transvers palmar çizgi normal midir?
23. Boyu 3. persantilin altında olan çocukların çoğu 'normal kısa çocuklardır' Bu doğru mudur? Yanlış mı?
24. Okul öncesi çocuklarda gerçek polidipsiyi,habitüel polidipsiden (kompulsif,psikojenik) nasıl ayırırsınız?
25. Çocukların zirve ekspiratuar akım hızı, yaş, cinsiyet, boy veya göğüs genişlemesinden hangisi ile daha çok ilişkilidir?
26. Kan basıncı hayat boyunca yükselme eğilimindedir. Bu normal mi?
27. Boğa boynu nedir?
28. Bufalo hörgücü nedir?
29. Kimin öksürüğü deniz aslanınıninkine benzer?
30. Wormian kemikleri nedir?

Biz bu klinik sınavıyla pek çok soruya cevap sağlamaktayız ve öğrencilerden bunları araştırıp cevaplarını kendilerine bulmalarını bekliyoruz.

ÇOCUKLARIN 'WISDOMİSMS'

Çocuklar bazen akıllı sözleri,basit düşünceleri birleştirmeleri ve ifade şekilleriyle bizi şaşırtırlar. Aşağıda Nanette Newman'ın koleksiyonundan ve bizim dışarıdan takip ettiğimiz hastalarımızdan seçtiğimiz bazı örnekleri görebilirsiniz.

(Meme sütü paketlenebilir mi?)

Sen bebekken, annen seni kendi memesinden besledi yani o sadece süt yapabilir.

7 yaşında kız çocuğu

(Çok modern bir küçük hanım)

Büyüdüğüm zaman çok sayıda bebeğim olacak. Sonra evleneceğim ve hep mutlu olacağım.

6 yaşında kız çocuğu

(Hipogliseminin küçük bir çocuk tarafından iyi bir tanımlaması)

Bacaklarımın başı dönüyor.

5 yaşında erkek çocuğu

(Abdominal migren)

Karnımın başı ağrıyor.

9 yaşında erkek çocuğu

Ülser benim mideme giden bir lazer ışını gibi.

11 yaşında erkek çocuğu

Benim annem sadece bebekleri seviyor. Benim gibi büyüdükleri zaman onlara tokat atıyor.

8 yaşında kız çocuğu

Bebekleri annelerinin sevmeleri gerekir çünkü büyüdüklerinde herkes onlardan nefret eder.

7 yaşında erkek çocuğu

(Parapleji tanımı)

Ben tekerlekli sandalyede doğdum.

9 yaşında kız çocuğu

PEDIATRİK SİNONİMLER VE GÜNLÜK KULLANILAN SÖZCÜKLER

Bu küçük liste anadili İngilizce olmayanlar ve İngiliz/ Amerikan İngilizce'sinde farklılık gösteren kelimeleri karıştıranlar için hazırlanmıştır.

<i>Sinonim</i>	<i>Günlük Sözlük</i>
Abdomen	göbek, karın
Anüs	arka çıkış
Popo	fiçi, bum
Genu varus	eğri, çarpık bacak
Klavikula	köprücük kemiği
Konstipasyon	tıkalı popo
Bebek bezi	kundak
Febril	kaynıyor
Feçes, gaita	dışkı
Genitalya	özel parça
İnfüzyon, IV	damlama
Penis	pipi, küçük adam, vs.
Emzik, meme ucu	meme
Pitozis	sarkık
Nöbet, konvulziyon	sara
Sternum	göğüs kemiği
Strabismus	kayan göz, şaşılık
Talipes	golfçü ayağı
Testis	toplar
Tortikollis	eğri boyun
Trakea	nefes borusu
Umbilikus, göbek	göbek deliği
İdrar	çiş işeme
Kusma	istifra etmek

ÇOCUKLAR FARKLIDIR

- Gövde/ekstremitte oranı
- Vücut yüzey alanı
- Kan basıncı
- Kalp hızı
- Solunum hızı
- Sıvı ihtiyacı
- Pik ekspiratuar akım hızı volümü
- Beslenme ihtiyaçları
- İlaç dozları
- Böbrek fonksiyonu olgunlaşması
- İlaç dağılımı ve metabolizma
- İletişim yeteneği
- Anlama yeteneği
- Değişik olgunlaşma ve gelişim hızı



Önerilen Kaynaklar

Pediatric Textbook

- Behrman R 1998. Nelson's textbook of paediatrics. Saunders, Philadelphia
- Bellman M 2000. Paediatrics and child health: a textbook for the DCH. Harcourt, Edinburgh
- Cockburn F 1995. Children's medicine and surgery. Arnold, London
- Hall D 1996. Health for all children. Oxford University Press, Oxford
- Illingworth R 1991. The normal child. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Lissauer T Clayden G 2001. Illustrated textbook of pediatrics. Mosby-Wolfe, London
- McMahon R A 1991. An aid to paediatric surgery. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Meadow R 1997. ABC of child abuse, 3rd edn. BMJ Publishing Group,
- Polin R A 1997. Paediatric secrets. Hanley and Belsus.
- Robinson M 1998. Practical pediatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh
- Sheridan M D 1997. From birth to five years. Routledge, London
- Valman H B 1995. ABC of first year of life. BMJ Publishing Group, London
- Valman B 2000. ABC of 1 to 7. BMJ Publishing Group, London

Resimli Atlaslar

- Barraister M 1995 Colour atlas of congenital malformations. Mosby-Wolfe, London
- Craig A 1997 Picture tests for the MRCP (paediatrics) Saunders, Philadelphia
- Heyer W 1998 Neonatology and paediatrics. Churchill Livingstone, Edinburgh

ÖNERİLEN KAYNAKLAR

- Hobbs C 2001 Physical signs of child abuse. WB Saunders, Philadelphia
- Hurwitz R 1993 Clinical paediatric dermatology. WB Saunders, Philadelphia
- Milner R 1996 Self assessment tests in medicine: paediatrics. Mosby-Wolfe, London
- Shah B 1999 Atlas of paediatric clinical diagnosis. WB Saunders, Philadelphia
- Taylor S 1997 Diagnosis in colour. Paediatrics. Mosby- Wolfe, London
- Wales J K 1995 Colour atlas of paediatric endocrinology and growth. Mosby-Wolfe, London
- Winrow A P 1994 100 paediatric picture tests. Churchill Livingstone, Edinburgh

Referans textbook

- Berhman R 1998 Nelson's textbook of paediatrics. Saunders, Philadelphia
- Buckler J M H 1996. Reference manual of growth and development. Blackwell, Oxford
- Jones K 1997 Smith's recognizable patterns of human malformation, 5th edn. Saunders, Philadelphia
- Kingston H M 1997 ABC of clinical genetics, 2nd edn. BMJ Publishing Group, London
- Oski F 1999. Principles and practice of paediatrics. Lippincott, Philadelphia

Klinik Tanı

- Goldbloom R B 1997 Paediatric clinical skills. Churchill Livingstone, London
- Zitelli B J, Davis H W 2002 Atlas of paediatric physical diagnosis. Mosby, St Louis

İndeks

- Abdomen 109-20, 248
Artirit 167-72
Akut 118
Artrogripozis 160
Distansiyon 110
Asit 117-8
İnfant 72-3
Astm 87,230,237
İnspeksiyon 109-10
Ataksi 151-56
Yeni doğan 54-5
Atetoz 154
Palpasyon 110
Atrezi 116
Kaza ve acil departmanı 8
Auriskop 126,226
Akondroplazi 165,190
Aksiller bezler 121
Akrosiyanoz 133.226
Akronim 231
Adrenal bezler 120
Babinski cevabı 142
Adventisyal sesler 89
Albinizm 130-1
Bakteriyel
Alerjik rinit 229
hastalık 95-6
Alopesi 133
Enfeksiyon 235
Ambilyopi 176
Ameli 162
Barlow testi 57
Anemi 200-1
Alt ıslatma 19-20
Anensefali 161
Mesane 114
Aniridi 176
Yeni doğan 55
Anoftalmi 176
Göz kırpma cevabı 62
Göz kırpma 175
ANÜS
Kan basıncı 100
Fissür 118
Vücut kütle indeksi 188
İmperfore 119
Fontanel muayenesi 51
İnfant 72
Biberonla beslenme 22
Refleks dilatasyon 120
Brakisefali 52
Bradikardi 100
Aort stenozu 97
Meme gelişimi 191
Apeks vurusu 53,104
Meme şişliği 226
Apgar skoru 48,139
Nefes durması 230
Afaki 176
Solunum, periyodik 53,226
Bronşiolit 68,91,93
Görünüş
Akut 89
Çocuk 34-5
Öğrenci doktor 28
Bronşit
Araknodaktili 160
Akut 89
Kolspazmı 192
Wheezing 91,92
Artralji 168-72
Bornz bebek sendromu 49
Bronkopnömoni 91,93
Brudzinski bulgusu 148
Bronkopulmoner displazi 68
Yaralanmalar 131-2, 230
Aort koarktasyonu 97,108
Brushfield lekeleri 183
Çöliak hastalığı 214,228
Bukkal mukaza 129-30
Konjenital anomali 249
Konjenital kalp hastalığı 97
Cafe-au-lait lekeleri 131,225

İNDEKS

- Konjenital kalça çıkığı 56-7,152,160
Calcaneo valgus 58
Konstipasyon 118-9
Kamptodaktili 161
Koordinasyon testleri 152
Kapiller hemonjiom 226
Korneal bulanıklık 176
Kardinal bulgular 62
Öksürük 94-5
Kardiyovasküler sistem 97-8,247
Çatlak kap sesi 154-2,229
İnfant 72
Çıtırıtı 89
Yeni doğan 53-4
Kranial sinir muayenesi 142-4
Karotenami 132
Kraniotabes 51
Katarakt 178
Krepitasyon 90-1
Persantil eğrisi 189,192
Cri-du-chat sendromu 222
Merkez sinir sistemi 138-57
krup 91
Değerlendirme 249
Ağlama 219-22
Anamne 139-40
Siyanoz 97-8,108
İnfant 142-8
Periferik 226
Yeni doğan 59-67.142
Kistik fibrozis 214,229
Okul çocuğu 153-6
Oyun çocuğu 148-52
Günlük bakım 8
- Dehidratasyon 195-9
Sefalhematom 49
Doğum odası muayenesi 47-8
Serebral felç 155-7
Diş çürükleri 130
Servikal lenfadenopati 122
dermatoglipiks 138
Selazyon 180
- Dermatografi 138
Kiraz kırmızısı leke 174
Dermoid 180
Mayasıl 138
Desquamasyon 136
- Gelişimsel değerlendirme 203-12,249
Çocuk
Displazi 56
Görünüş 34-5
Ölçümler 185-93
Yaklaşım 31-45
gelişim göstergeleri infant 71
Dinlemek 25-7
Diabetes insipidus 218,228
- Diabetik ketoasidoz 222
Kore 154
Tanı 42-6
Chvostek bulgusu 50
İp ucu kelimeler 18-9
Dolaşım değerlendirme 77-8
Tat ve koku 222
Sünnet 239
Dokunma 223
Yarık damak 127
Tanısal mantık 45-6
Klinik bulgular 246-50
Diare 214
Klinodaktili 160
Diastematamyeli 119
Klitoris 55,116
Difteri 128
Klonus, ayak bileği 61, 70.142
Golfçü ayağı 58,159
Clubbing 84-5
Diplesi, spastik 155
Parmakta clubbing 84-5
Disakkarid intoleransı 218
Parmak tırnakları 49.71.133-4
Distraksiyon 35-6
Fissür 118

- Doll'un göz refleksi 155
Yumruk 70
Dopper ultrason 101-2
Fontanel 50,145-6
Down sendromu
124,126,129,133,145
Yemek reddi 77
İlaç reaksiyonu 122
Yabancı cisim 29
Duchenne muskuler distrofisi 166
kulak 125
Dwarfizm 194
burun 126
Diskinezi 157
rektum 119
Dismorfoloji 192
Fragil X sendromu 176
Dispne 84,97
Çil 131
Konjenital kalp hastalığı 97
Frenum linguale 51
Fundoskopi 141-2
Kulak 124-6,250
Egzama 135-6,234,242
Yürüyüş 151-2
Amfizem,subkutanöz 92
Galant refleksi 64
Ampiyem 91
Gastroenterit 214
Ansefalosel 162
Gastroşizis 116
Enürezis 19-20
Genetik haritalar 241
Epiglottit (supraglottit) 91,238
genitalya
Epistaksis 127
Kız 116
Kişi isimleri 232-5
Erkek 115-6,193
Epstein incileri 226
Yeni doğan 55-6
Erb paralizisi 64
Genu recurvatum 158
Eritema 134
Genu valgum 158
Nodozum 132
Genu varum 158
Taksikum 49
Coğrafik dil 129
Muayene 47-80
Gibbus 158
Egzantem 122
Gingivostomatit 122
Omfalosel 116
Bezler 121-2
Göz kapağı 173-82
Glanduler ateş 122
Göz 173-82
Glamerülonefrit 218
Kapama testi 180
Glossopitoz 129
İnfant 177-81
Yapışkan kulak 126
Işık refleksi 175
Goitre 163
Yeni doğan 52,177-8
Kavrama cevabı 62
Yüz 49-52
Hırıltı solunum 87
Sinir felci 143
Hırıltı 92
Feçes
Guillain-Barre sendromu 165
Muayene 213-5
Hematüri 239-40
Kitle 120
Hemoraji
Kirlenme 119
periventriküler 68
Fallot tetralojisi 97,108
Vajinal 116
Aile anamnezi 18
Saç 133
Fasikülasyon 154
Harrison oluşu 85,87
Beslenme anamnezi 22-3

İNDEKS

- Baş çevresi 187
Ayak 58
infant 69 ,
boyut 48 ,
eğik 158,
büyük 136
Moulding 49
Yeni doğan 49
İnfant
Duyma 204,205,207,208,210
akut hasta 74-7
Yeni doğan 66
gelişim göstergeleri 71
Kalp 104-8
taburcu olmuş preterm 67-9
Oksültasyon 105-6
ciddi semptomlar 74-6
Konjenital hastalıklar 97
infeksiyöz mononükleoz 122
İnspeksiyon 104
inspeksiyon 34
Palpasyon 104-5
interkostal çekilme 53
Perküsyon 105
intertrigo 138
Hız 99
Önsezi
Sesler 53
doktorun 5
Uzunluk 187-8
annenin 13
Hemimeli 160
intusepsiyon 214-5
Henipleji 150
Demir eksikliği anemisi 200-1
Yürüyüş 151
iritable barsak sendromu 214
Spastik 155
SARILIK
Hepatomegali 97
infant 71-2
Herni 68-109
neonatal 49
Herpetik stomatit 129
eklemler 167-70,248
Kalça
Juvenil kronik artrit 122
Konjenital çıkık 65-7,152,159
Kernig bulgusu 148
İnfant 73
Ketoasidoz 222
Yeni doğan 56-7
Yaklaşımında anahtar kelimeler 43-4
Hirschprung hastalığı 119
Böbrek 114
Hirsutizm 133
yenidoğan 55
Anamnez almak 13-29
koilonişi 134
Örnek anamnez 19-21
koplik lekeleri 129-30
Hordeolum 180
kwashiorkar 201
Hidrocefali 162
lobial füzyon 55
Hidrasyon,değerlendirme 76
Lakrimal sıvı birikimi 52
Hidrozel 116
Lanugo tüyleri 133
Hiperhidrozis 132
Larenjit 91
Hiperpne 84
spazmodik 91
Hipertoni 154
Loringotrakeobranşit 89,91
Hipertrikozis 132
sol ventrikül hipertrofisi 105
Hipokondroplazi 165
Lösemi,akut lenfatik 122
Hipospadias 56
lökonişi 134
Hipotoni 60-1,154
lightwood kanunu 82,230
İktiyozis 134

- ekstremitte deformitesi 160
 İmmatürite değerlendirmesi 67
 topallama 162-3,229
 İmmün sistem 123
 Duyma
 Çocuk25-7
 Anne 13-29,31
 Karaciğer
 İnfant 72
 Yenidoğan 54-5
 Palpasyon 112-4
 Lenf nodları 121-2,225
 Yenidoğan 55
 Lenfadenopati 122
 Lenfödem 132
 Malrosefali 52
 Makroglosi 129
 Malnutrisyon 199
 Akça ağaç şurubu hastalığı 222
 Mermer kemik hastalığı 190
 Mastoidit 91
 Ölçüm 185-93,249
 Meningism(ense sertliği) 146-7,148
 Meningosel 161
 Mental gerilik 150-1
 Mikrosefali 52
 Mikrognati 129
 Migren 173
 Süt allerjisi 233
 Hafıza kuvvetlendiriciler 243-6
 Mongolian mavi leke 131,230
 Moro refleksi 64,70
 Anneler
 Dinlerken 13-29,31
 Rivayet 236
 Ağız127-9
 Yenidoğan 51
 Mukokutanöz lenf nodu sendromu
 (kawasaki sendromu) 122
 kabakulak 130
 üfürüm 106-7,230
 infant 72
 yenidoğan 54
 kaslar 166-8
 Muskuler distrofi 151,166,168
 kas iskelet sistemi 157-73
 infant 73
 yenidoğan 56,159-61
 okul çocuğu 167-73
 oyun çocuğu 162-7
 miyalji (kas ağrısı) 167
 miyelomeningosel 119,144,161
 myoklonus 154
 Miyozit 165
 Gizem 231
 Nevüs 71
 Spider 225
 Tırnaklar 133-4
 Bebek bezi alanı döküntüleri 137-8
 Nazolakrimal kanal 52,71
 Boyun
 Bezler 122
 Hiperekstansiyon (epistotonus)
 147
 Yenidoğan 161
 Sertlik 146-7
 Tonik refleks 62-4,70
 Traksiyon testi 60-1
 Nefrotik sendrom 117
 Nöral tüp defekti 160-1
 Nöralji 171
 Nörofibromatozis 131,225
 Nörolojik muayene 138-57
 Yenidoğan47-68
 muayene amaçları 67
 Kaza dışı yaralanmalar 236
 Burun 126-7,250
 Beslenme 199-202
 Değerlendirme 76-7
 Nistagmus 179,181
 Obezite 201-2
 Tarafsızlık 6-7
 Ödem 132
 Göz kapakları 52
 Aşırı hidrasyon 199
 Omfalosel 116

İNDEKS

- Oftalmoloji 250
 Gözlemsel 176
Oftalmoskopi 173-4
Ortopedi 256
Ortopne 84
Ortolani testi 57-8
Osteogenesis imperfekta 160
Osteomiyelit 229
Osteopetrozis(mermer kemik hastalığı) 190
Otit 91
Otoskop 124-6
Overler 120
Aşırı hidrasyon 199
Ağrı 39-42
 Ağlama 221
 Eklem 168-9
 Kas 165
 Plöretik 92
 Trakeal 94
Palmar yakalama 63
Paralellogram kafatası 228
Aileler
 Dinlerken 13-18,31
 Konuşurken 26-8
Paronişi 71
Parotit 130
Patent duktus arteriozus 97,108
Pektus karinatus 85
Pektus ekskavatus 85
Pedikulosis kapitis 133
Bit 133
Penis115
 Yenidoğan 56-7
Peritonsiller abse 129
Boğmaca 235
Peteşi,travmatik 86
Farenjit 91,122,129
Fenilketonüri 222
Fokomeli 162
Pinguecula 182
Plagiosefali 50,51,228
Oyun 150-1
Pnömoni 91
Pnömotoraks 92
Poland sendromu 157-8,165
Polidaktili 160
Polinörit(Guillain-Barre sendromu) 165
Polip
 Nazal 127
 Rektal 118
Posturel hipotansiyon 100
Preterm infant 67-9
Proktalji 171
Prolaps,rektal 119
Protein eksikliği 201
Prune Belly sendromu 165
Psödostrabismus (psödoşaşılık) 175
Pulmoner atrezi 97
Nabız 98-100
 Femoral 98
 İnfant 72
 Neonatal 53
 Normal varyasyonlar 100
 Hız 99
 Volüm 99
Purpura 135
Pilor stenozu 139
Quadripleji ,spastik 156
Quinsy(peritonsiller abse) 129
Ranula129
Döküntü 134-8
Kayıt tutma 24
Rektum 118-9
Kırmızı refleks 4,175,181
Refleks anal dilatasyon 120
Refleksler
 Karşı ekstansör 65
 Derin tendon 61,154
 Doll'un göz 155
 Ekstansör itme 65
 Diz tendon 61
 Moro 64
 Adımlama 65
 Primitif 61-5,70,144

İNDEKS

- Spinal kavis(Galant) 64
Tendon 141
Tonik boyun 59-61,62-4
Yürüme 65
- Renal yetmezlik 229
- Solunum hızı,normal 84
- Solunum sistemi 72,81-96,247
- Oskültasyon 87-9
- Muayene 81-96
- İnfant 72
- İnspeksiyon 83-6
- Yenidoğan 52-3
- Palpasyon 86
- Perküsyon 86
- Retinopati
- Preterm infantlarda 68
- Rubella 176
- Romatizmal ateş 99,238-9
- Rinit 91
- Rikets 205
- Sağ ventrikül hipertrofisi 105
- Yuvarlak solucan 119
- Rubella retinopatisi 174
- Sakrokoksigeal çukur 226
- Sandifer sendromu 230
- Skaphosefali 52
- Schramroth bulgusu 85
- Sklera,mavi 175,230
- Sklerem 132
- Skolyoz 159,172
- Tornavida 229
- Skrotum 115
- Septal defekt
- Atrial 97
- Ventriküler 97,108
- Septisemi 136
- Batan güneş bulgusu 155
- Seksüel istismar 120
- Sinüs aritmisi 99,226
- Sinüzit 91,122
- Cilt 131-3,248
- İnfant 68,71-2
- Yenidoğan 48-9
- Turgor 200
- Cilt katı kalınlığı 188
- Gülümseme 70,143
- Sosyal anamnez 18
- Kirlenme 119
- Spastisite 156
- Spider nevüs 225
- Spina bifida 161
- “anal kasılma”119
- Omurga 59
- Dalak 110-2
- İnfant 72
- Splenomegali 244
- Sebepleri 244
- Balgam 85-6
- Şaşılık 143,279-80
- Ayakta durma 215
- Sternal çekilme 53
- Sternomastoid tümör 161
- Steteskop 87-9
- Still hastalığı 122,168
- Strabismus 179-80
- Arpacık 180
- Sutur,kafatası 51
- Terleme 97
- Semptomlar
- Yansıyan 17-8
- İnfantlıkta ciddi olanlar 74-5
- Sindaktili 159,160
- Sendrom belirteçleri 35
- Sinonimler 254
- Sinositoz 52
- Taşikardi 97,99
- Taşipne 53,68,84,97
- Talus equino varus
- Yassı solucan 119
- Tarsus varus58
- Dişler 130
- Telenjektazi (spider nevüs) 225
- Testis
- Yenidoğan 56
- İnmemiş 116
- Teofilin 68

İNDEKS

- Kıl kurdu 118
Thrill 105,107
 İnfant 71
 Yenidoğan 53
Boyun 257
Pamukçuk 129
Tiroglossal kist 161
Troid bezi 161
Tik 153
Parmak ucu 159
Oyun çocuğu 78-80
Parmak kavrama 63
Parmaklar, anomaliler 58
Tonus saptanması 154
Dil 129-30
Tonsillit 91.122
Tonsil 128-9
Tortikollis 234
Toksoplasmosis 174
Traksiyon cevabı 62
Geçici sesler 88
Büyük damarların transpozisyonu 97,108
Tremor 153
 Beniğn 154
Trichillomani 133
Trikozoz 120
Trigonosefali 52
Tuberküloz 122
Tümör
 Abdominal 121
 Kas 166
 Sternomastoid 161
Turrisefali 52
Ultrason 100
Umbilikus
 İnfant 68
 Yenidoğan 54
Çıplak 35
 İnfant 69,70
Urakus 116
İdrar
 Toplama 217
 Renk 216-8
 Muayene 215-8
Vajinal ekler 55
Venöz hum 72,107
Ventral süspansiyon değerlendirmesi 60
Ventriküloperitoneal şant 67
Ventriküler septal defekt 97,108
Vertikal süspansiyon değerlendirmesi 60
Viral enfeksiyon 230
Görme,yenidoğan 66
Görme keskinliği 177-9,181,208, 209,10
Vitamin eksikliği 205
Vitiligo 131
Kusma 109
Vulva 116
Yürüme 150-3,211-2
Yürüme refleksi 65
Memeye alıştırma 22-3
Kilo 188,200
Werdnig-Hoffman hastalığı 145
Wheezing 89,90
Wheezing ile ilişkili solunum enfeksiyonları 90-1,92
Boğmaca 93,95
Wilms tümörü(nefroblastom)110
Solucan 215
Esneleme 228, 229

