**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**

**2018-2019 EĞİTİM-ÖĞRETİM YILI**

**DERS NOTU FORMU**

**DERSİN ADI: GÖĞÜS HASTALIKLARINDA ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE**

**DERSİ VEREN ÖĞRETİM ÜYESİ: Prof. Dr. Oya KAYACAN, Prof. Dr. Özlem KUMBASAR**

**DÖNEM: 4**

**DERSİN VERİLDİĞİ KLİNİK STAJ: GÖĞÜS HASTALIKLARI**

|  |
| --- |
| **KLİNİK STAJLAR İÇİN;** **DERSİN AÜTF ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDAKİ ÖĞRENME DÜZEYİ:****T  □        XTT        Ön tanı A             İ                              K** |

|  |
| --- |
| **DERS İÇİN BİLİNMESİ GEREKEN ÖN BİLGİLER** 1. **Standardize hastadan öykü almayı bilme**
2. **Standardize hastada semptomları sorgulayabilme**
3. **Standardize hasta üzerinde fizik muayene yapabilme**
4. **Standardize hasta ile iletişim kurabilme**

 |

|  |
| --- |
| **ÖĞRENME KAZANIMLARI**Bu ders temel anamnez alma , fizik muayene yapma ve iletişim kurabilme becerileri kazanmış olan öğrencinin bu bilgilerini pekiştirmeyi amaçlar. Bu dersin sonunda öğrenciler;1. Toraks ve akciğer anatomisini hatırlar
2. Göğüs hastalıklarındaki anamnez almanın ve semptom sorgulamasının inceliklerini öğrenir.
3. Göğüs hastasıyla olumlu iletişim kurarak fizik muayene yapma becerisini hatırlar.
4. Fizik muayene bulgularını yorumlayabilir.

 |

|  |
| --- |
| **DERSİN İÇERİĞİ:**1. **Toraks ve akciğer anatomisi ve histolojisi**
2. **Göğüs hastalıkları özelinde öykü alma ve semptom sorgulamanın incelikleri**
3. **Göğüs hastalıkları özelinde fizik muayene yapmanın incelikleri ve bulguların yorumlanması**

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DERS NOTU****GÖĞÜS HASTALIKLARINDA ANAMNEZ VE FİZİK MUAYENE****Anamnez (Öykü alma)**Göğüs Hastalıklarında anamnez diğer sistemlerde olduğu gibi kimlik bilgileri (ad, soyad, doğum tarihi, doğum yeri, cinsiyet, medeni durum, meslek) ile başlar. Daha sonra başlıca yakınması/yakınmaları, bunların ne zamandan beri olduğu, bu yakınmaların nasıl geliştiği sorulur. Hastalar yakınması sorulduğunda sıklıkla bir tanı söylemek gereğini duyarlar, oysa hekimin hedefi hastanın semptomlarını öğrenmektir. “Sizi buraya getiren en önemli rahatsızlık nedir?” sorusuyla bu amaca ulaşılabilir. Başvuru semptomlarının zaman içindeki gelişimi, nelerle tetiklenip nelerle rahatladığı sorulur. Daha önceki rahatsızlıkları sorularak devam edilir. Solunum sisteminin başlıca semptomları ·         Öksürük·         Balgam çıkarma·         Hemoptizi·         Göğüs ağrısı ve ·         Dispnedir.  Her semptom tek tek sorgulanmalıdır. *Öksürüğü* olan hastaya·         Ne zamandır öksürdüğü (Akut-kronik)·         Balgam çıkarıp çıkarmadığı (Kuru- yaş)·         Nöbetler halinde olup olmadığı·         Pozisyonla ilişkisi olup olmadığı·         Günün veya yılın hangi zamanlarıyla ilişkisi olup olmadığı sorulmalıdır. Bu soruların yanıtlarıyla ayırıcı tanı yapılabilir. **Tablo 1**’de öksürükte başlıca ayırıcı tanı ipuçları görülmektedir.*Balgam tükürdüğünü* söyleyen hastaya şu sorular sorulmalıdır: ·         Günlük miktarı nedir?·         Rengi, kıvamı nasıl?·         Kokusu ve tadı var mı?·         Pozisyonla ilişkisi var mı?Günlük miktarını öğrenmek için hastaya “Bir gün boyunca balgamınızı biriktirseniz ne kadar eder?” diye sorulabilir. Hastanın tanıdığı hacimler (kaşık (5cc), fincan (30cc), çay bardağı (100cc) v.b.) kullanılabilir. Bol balgam çıkaran hastada Bronşektazi, bol ve sulu balgam (bronkore) çıkaranda ise bronkoalveoler Ca düşünülür. **Tablo 2**’de balgam özelliklerine göre ayırıcı tanıda düşünülecek hastalıklar görülmektedir.*Hemoptizi* alt solunum yollarından gelen kandır. Kan tükürme hastayı çok korkutarak doktora başvurmasına yol açar. Diş eti, üst solunum yolları, üst gastrointestinal sistem araştırılıp hemoptiziye öyle karar verilir. Hemoptizideki kan canlı kırmızı renkli, gastrointestinal sistemden kaynaklanan kan (hematemez) ise sindirilmiş olduğu için kahve telvesi görünümündedir. Hemoptizi materyalinin pH’sı nötral-alkali iken hematemezde ise asit özelliktedir. Ancak sindirilmeye fırsat bulamamış özofagus varis kanamalarında da taze kan gelebilir. Hemoptizi tanımlayan hastaya kanın balgamla birlikte mi, balgam üzerinde çizgi gibi mi, balgamla karışık mı, yoksa tamamı mı kandan oluştuğu sorulmalıdır.   48 saat içinde 600cc’den fazla kan tükürmeye *Masif kanama* adı verilir. Tablo 3’te başlıca hemoptizi nedenleri görülmektedir. *Göğüs* *ağrısı*’ndan yakınan hastaya çeşitli sorular sorularak özellikle kardiyak-plöretik ağrı ayırt edilmelidir. Ağrının ne zaman başladığı, yeri, yayılımı, niteliği, nelerle tetiklenip hafiflediği ve eşlik eden semptomlar sorulmalıdır. Koroner iskemisine bağlı ağrılar sıklıkla efor gelen, birkaç dakika süren, istirahatle geçen, sternum arkasında baskı şeklinde hissedilir; kola, sırta, çeneye yayılabilir. Plöretik ağrı ise lezyonun bulunduğu tarafın toraks duvarında, eforla ilişkisiz, derin nefes almakla artan, batıcı özelliktedir; epigastriuma, lomber bölgeye yayılabilir. Hastalar o taraf hemitoraks üzerine yatarak ağrıyı hafifletmeye çalışırlar. Diafrağm kubbesini tutan plevra hastalıklarında ağrı omuza vurur. Çünkü bu bölgenin innervasyonu C3-5’ten kaynaklanan n. frenikus ile sağlandığı için ortak dermatom olan omuzda hissedilir. **Tablo 4**’te göğüs ağrısına yaklaşımın ipuçları görülmektedir.*Dispne* (nefes darlığı) göğüs hastalıklarında en sık semptomlardandır. Nefes darlığından yakınan hastaya ne zaman başladığı, başlangıcından beri nasıl geliştiği, nelerle tetiklendiği, günün saatleri veya yılın mevsimleriyle ilişkisi, pozisyonla ilişkisi olup olmadığı ve ataklar halinde olup olmadığı sorulmalıdır. Ayrıca dispneye yol açabilecek *fizik kondisyonsuzluk*, *kansızlık* ve *ruhsal endişe* durumları da akılda tutulmalıdır. **Tablo 5**’te dispnede ayırıcı tanı görülmektedir. Ayrıca hem semptom hem bulgu olan hışıltılı solunum (Wheezing), stridor, siyanoz, hıçkırık sayılabilir. **Tablo 6**’da bu semptom ve bulguların anlamları belirtilmiştir. **Tablo 1. Öksürükte ayırıcı tanı**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Başlangıcına göre** | **Kuru veya yaş olmasına göre** | **Pozisyonla (yatınca) artan öksürük** | **Sabah saatlerinde artan öksürük** |
| ***Akut*** | ***Kuru*** |   |   |
| Akut bronşit, bronşiolit, pnömoni, yabancı cisim aspirasyonu | Plevra hastalığı, mediasten hastalığı, dış kulak yolu irritasyonu,                üst solunum yolu infeksiyonu,             akut bronşit,  pnömoni,               astım | Allerji              Mediasten hastalıkları (Sarkoidoz, akciğer Ca’da mediasten tutulumu)          Dolaşım yetmezliği Diafrağm hernileri Gastroözofageal reflü Özofagus divertikülü | Sigara içenler          Rinit ve sinüzit Bronşektazi      Amfizem                Astım |
| ***Kronik*** | ***Yaş*** |   |   |
| Bronşektazi, tüberküloz, kronik bronşit, akciğer kanseri | Bronşektazi,          kronik bronşit,  |   |   |
|   | ***Önce kuru sonra yaş*** |   |   |
|   | Tümör |   |   |

 **Tablo2. Balgam özelliklerine göre ayırıcı tanı**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renk** | **Kıvam** | **Koku-tad** | **Pozisyonla ilişki** |
| *Beyaz:*Enfekte olmamış bronşitlerde olabilir.Üst solunum yolundan (post nazal akıntı) kaynaklanabilir. | *Mukoid:*        Bronşektazi,         kronik bronşit  | *Pütrit koku:*        Enfekte bronşektazi, akciğer absesi   | Akciğer absesinde bol, kötü kokulu ve belli pozisyonla gelen balgam kusarcasına (vomik) balgam çıkarılabilir. |
| *Pembe-köpüklü*:        Sol kalp yetmezliği(akciğer ödemi) | *Köpüklü:*                      Sol kalp yetmezliği  | *Tuzlu kaya suyu:* Perfore kist hidatik   |   |
| *Sarı-yeşil (pürülan-mukopürülan):* Bronşektazi,         kronik bronşit   | *Yapışkan, iplik gibi uzayan:* Astım  |   |   |
| *Paslı:* Pnömoni   |   |   |   |
| Kanlı (Hemoptizi) |   |   |   |
| *Siyah:* Hava kirliliği, pnömokonyoz (melanoptizi)  |   |   |   |
| *Sarı:* Bronkobilier fistül (biliptizi) |   |   |   |

 **Tablo3. Başlıca hemoptizi nedenleri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bronş adenomu | Kist hidatik rüptürü  | Akciğer absesi  | Mitral stenozu  |
| Akciğer Ca  | Tüberküloz | Pnömoni  | Arteryovenöz fistül |
| Akciğer infarktüsü  | Bronşektazi  | Bronşit | Aort anevrizması |
|   |   |   | Goodpasture send. |

 **Tablo 4. Göğüs ağrısına yaklaşım**

|  |  |
| --- | --- |
| **Başlangıç şekli:** Akut- kronik | **Niteliği:** Künt, batıcı, intermittan  |
| **Yeri:** Substernal, interkostal, plevra  | **Etkileyen faktörler:** Derin nefes alma, öksürük, aksırık, efor, yemek yemek |
| **Yayılımı:** Kardiak: Boyna, kola, çeneye,   Plevral: Omuza, göğsün aşağı kısmı, lomber bölge, epigastrium, karın | **Eşlik eden semptomlar**  |

   **Tablo 5. Nefes darlığında ayırıcı tanı**·         Ne zaman başladı?o   *Akut dispne* – dakikalar/saatler içinde gelişir.§  Çocuk: Epiglottit, larenjit, trakeobronşit, yabancı cisim aspirasyonu§  Erişkin: Sol kalp yetmezliği, pulmoner tromboemboli, pnömotoraks, pnömonio   *Kronik dispne* – 1 aydan uzun sürelidir: Astım, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), İnterstisyel akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği (KKY), pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon·         Nefes alırken mi verirken mi oluyor?o   *İnspiratuar dispne* : Larinks ve büyük hava yollarında obstrüksiyona bağlıdır. Beraberinde stridor bulunabilir. Larinks ödemi, anaflaksi, yabancı cisim aspirasyonu, trakea/ karina/ana bronşlarda darlık/tümöro   *Ekspiratuar dispne*: Havayollarındaki darlığa bağlıdır. Beraberinde hışıltılı solunum (wheezing) bulunur. KOAH, Astım.·         İlk başladığından bu yana değişiklik var mı?o   *Progresif dispne*: Başlangıcından bu yana artan dispne (KOAH)·         Nelerle tetikleniyor?o   Efor: düz yolda, yokuş yukarı yürüme, merdiven çıkma, öz bakım işlevleriyleo   Toz, duman, yemek/parfüm kokuları: Astım, KOAH·         Günün hangi saatlerinde belirgin?o   Sabah erken saatlerde: Astımo   Gece geç saatlerde: KOAH, KKY·         Yılın hangi mevsimlerinde artıyor?o   Bahar ayları: Astımo   Kış ayları: KOAH·         Pozisyonla ilişkisi var mı?o   Ortopne: Sırtüstü yatınca artış-Akciğer ödemio   Trepopne: ·         Ataklar halinde mi geliyor?o   Günün erken saatlerinde veya bahar aylarında ataklar halinde gelip sonra kendiliğinden veya ilaçlarla gerileyen: Astım o   Gece geç saatlerde uykuda gelip hastanın yataktan kalkıp pencereye koşarak derin derin nefes almasına neden olan dispne: Paroksismal noktürnal dispne (PND): KKY**Tablo 6. Diğer semptomlar**·         Hışıltılı solunum (Wheezing) o   Çıplak kulakla özellikle ekspiriumda duyulan hışıltı: Diffüz havayolu obstrüksiyonunu gösterir.·         Stridor o   Çıplak kulakla inspiriumda duyulan kaba ses: Larinks ve büyük hava yollarının akut obstrüksiyonunu gösterir.·         Siyanoz o   Mukozalar ve tırnak yataklarında morarma: Solunum yetmezliğini düşündürür.·         Hıçkırıko   Frenik sinirin mediasten seyri sırasındaki tutulumu nedeniyle oluşur. Özellikle akciğer malignitesini düşündürür. **Fizik Muayene**Solunum sistemi hastalığı bulunan hastalara tüm sistemleri içeren tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Genel bulgular **Tablo 7**’de gösterilmiştir. **Tablo 7. Göğüs hastalıklarında genel bulgular*** *Bilinç düzeyi:* Uykuya meyil solunum yetmezliğini düşündürür.
* *Vücut yapısı:* Obez, piknik yapıda hastalarda uyku apnesi, kronik bronşit; astenik hastalarda amfizem, pnömotoraks düşünülebilir.
* *Solunum sıkıntısı:* Dispnesi olan hastalardaki bulgular solunum sıkıntısının objektif bulgularını oluşturur.
	+ Yardımcı solunum kaslarının kullanılması
	+ Büzülmüş dudak solunumu
	+ Ortopne
	+ Supraklaviküler/interkostal retraksiyon
* *Siyanoz :* Solunum yetmezliğini düşündürür.
* *Horner sendromu:* Tek taraflı pitozis, miyozis, enoftalmi ve anhidrozis bulguları öncelikle Pancoast tümörünü düşündürmelidir. Superior sulkusta yer alan bu tümörler sempatik trunkusta ganglion stellareyi tutarak bu bulgulara yol açar ve hasta küratif cerrahi açısından inoperabl kabul edilir.
* *Vena cava superior sendromu:* VCS’un tümör veya malign lenf bezi tutulumu nedeniyle dıştan basılanması veya insitu tromboz ile içten tıkanması sonucunda oluşur. Hastalar sabahları kalkınca baş ağrısı, boyun ve üst ekstremitelerde şişlik ile uyandıklarını gün içinde yakınmalarının azaldığını anlatırlar. İnoperabl akciğer kanseri, lenfoma veya Behçet Hastalığı düşünülür.

·         *Stridor:* Larinks ve üst solunum yolunda akut gelişen ödem, yabancı cisim aspirasyonu gibi durumlarda ortaya çıkan inspiratuar kaba sestir.·         *Ses kısıklığı:* Uzun süren ses kısıklığında vokal kord paralizisi düşünülmelidir. Mediastende malign nedenli lenf bezi tutulumu sonucunda n.rekürrens basılanır ve indirekt laringoskopi veya bronkoskopi ile vokal kord paralizisi saptanabilir. Sol vokal kord aort ve ana pulmoner arter arasından geçtiği için mediastende uzun bir yol kat eder ve paralizisi daha sık görülür. Bu da inoperabl akciğer kanserini düşündürür. ·         *Çomak parmak:* Tırnak yatağı ve parmak arasındaki geniş açının daha geniş hale gelmesidir. Başlıca akciğer kanseri, bronşektazi, tüberküloz, siyanotik kalp hastalıkları, crhon hastalığında görülür. ***Toraks Muayenesi*** Göğüs muayenesi solunum sayısıyla başlar. Hasta 45º yatar pozisyonda yatarken el epigastriuma konur ve 1 dakika boyunca sayılır. Daha sonra hasta bir tabureye oturtulup etrafında dönerek 4 adımda yapılır (**Tablo 8**). Dikkat edilirse atelektazi ve plörezinin muayene bulguları aynı olup trakea palpasyonu ile ayırt edilir. Atelektazide trakea lezyon tarafına doğru, plörezide ise karşı tarafa doğru yer değiştirir. Fizik muayene bulguları topoğrafik anatomik terminoloji; klavikula altı alan, meme başı altı alan, koltuk altı çizgileri, skapula kenarı, skapula altı alan, akciğer bazalleri ile  ifade edilir. Göğüs hastalıklarında kullanılan temel patolojiler **Tablo 9**’da gösterilmiştir. **Tablo 10**’da bazı patolojilerin fizik muayene bulguları özetlenmiştir. **Tablo 8. Göğüs Muayenesi** * **İnspeksiyon**
	+ *Toraks deformiteleri:* Ön-arka çap artmışlığı (fıçı göğüs), kifoz-kifoskolyoz, pektus ekskavatum (kunduracı göğsü), pektus karinatum (güvercin göğsü), kollateral venler, interkostal-suprasternal çekintiler, operasyon skarları saptanabilir.
	+ *Her iki hemitoraksın solunuma katılımı*
* **Palpasyon**
	+ *Her iki hemitoraksın solunuma katılımı:* Her iki hemitoraksın solunuma katılımı hem inspeksiyonla hem de palpasyonla bakılır. Atelektazi, plörezi, pnömotoraks, fibrotoraksta bir hemitoraksın ekspansiyonu azalır.
	+ *Vibrasyon torasik:* Hastaya göğüs titreşimine neden olan bir kelime söyletilerek titreşimlerin iki tarafta eşit olup olmadığına bakılır. Atelektazi, plörezi, pnömotoraks, fibrotoraksta bir hemitoraksta vibrasyon torasik azalır. Pnömonik konsolidasyonda ise artar.
* **Perküsyon**
	+ *Direk:* 3 parmak ile göğüs duvarına vurularak bakılır.
	+ *İndirek:* Sağ elin orta parmağı göğüs duvarına konup sol elin orta parmağıyla diğerine vurularak bakılır. Normal toraksta sonor ses alınır. Atelektazi, plörezi, pnömoni, fibrotoraksta bir hemitoraksta matite alınır. Pnömotoraksta ise hipersonor ses alınır.

·         **Oskültasyon**o   *Normal* (bronkoveziküler/veziküler)o   *Şiddetli (bronşial ses):* Trakea üzeri, paravertebral alan (zayıf kişilerde), pnömonik konsolidasyon, üst lob atelektazisi, plevra sıvısının üst sınırında (rölaksasyon atelektazisi) duyulur.o   *Solunum seslerinde azalma:* amfizem, astım atağı, atelektazi, plevra sıvısı, pnömotoraks o   **Ek sesler**o   *Ekspirium uzunluğu:* amfizem, kr. bronşit, astımo   *Ral* (çıtırtı): Hava yolu açılma sesidir. İnspirium sonunda yüksek frekeanslı ise ince, inspirium başında düşük frekanslı ise kaba adını alır. Akciğer ödemi, pnömoni, amfizem, bronşektazi, interstisyel fibrozis (*Velcro ral:* tüm inspiriumu dolduran  yüksek frekeanslı ral)o   *Ronküs:* Hava yolu obstrüksiyonunu gösteren müzikal seslerdir. Sıklıkla ekspiriumda bazen hem ekspirium hem ekspiriumda duyulur. *Sibilan ronküs* ıslık gibi bir sestir (çıplak kulakla wheezing duyulur (Bronşit, astım) ,   *ronflan/sonor ronküs* ise daha kaba, horultulu (Bronşit) bir sestir. o   *Ronküslerin paradoksal yokluğu:* akut alevlenme gösteren amfizem, kr. bronşit, astımo   *İnspiratuar ronküs (squeak):* peribronşial fibroz, bronşektazi, interstisyel akciğer hastalığıo   *Frotman:* Plevra yapraklarındaki inflamasyon nedeniyle solunum sırasında plevra yapraklarının sürtünmesiyle oluşur. Plörit, kuru plörezide duyulur. Plevra boşluğunda sıvı toplandığında bu ses kaybolur. **Tablo 9. Göğüs hastalıklarında temel patolojiler**·         *Konsolidasyon*: Alveolde sıvı veya doku toplanarak akciğerin katılaşması·         *Fibroz(is):* Fibröz doku artımı (Peribroşiyal, interstisyel, plevral)·         *Plörezi:* Plevra yaprakları arasında sıvı toplanması·         *Pnömotoraks:* Plevra yaprakları arasında hava toplanması·         *Amfizem:* Hiperinflasyon (aşırı havalılık)o   Obstrüktif (alveol duvar harabiyeti vardır)o   Kompanzatris (alveol duvar harabiyeti yoktur)·         *Kollaps:* Akciğerin sönmesi (Pnömotoraksta akciğerin sönüp hilusa toplanması)·         *Atelektazi:* Akciğerin sönmesio   Obstrüktif: bronşta endobronşial veya ekstrabronşial bası ile tam obstrüksiyon vardır.o   Rölaksasyon: plörezi/PNX’ta akciğerin dıştan basılanması o   Kompresyon: göğüs kafesine ait patolojilerin akciğeri basılaması o   Kontraksiyon: kronik inflamasyon/fibrozise bağlıo   Adeziv: sürfaktan eksikliğine bağlı  **Tablo 10. Başlıca patolojilerde fizik muayene bulguları**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Patoloji* | *İnspeksiyon* | *Palpasyon* | *Perküsyon* | *Oskültasyon* | *Trakea pozisyonu* |
| *Pnömoni Konsolidasyon* | Ekspansiyon azalır. | Vibrasyon torasik artar. | Matite | Bronşial ses | Orta hattadır. |
| *Atelektazi* | Ekspansiyon azalır.               O hemitoraks basık olabilir. | Vibrasyon torasik azalır. | Matite | Solunum sesleri alınmaz. Üst lob atelektazisinde, trakea deviasyonuna bağlı olarak, klavikula altında VT artmıştır, bronşial ses duyulur.  | Lezyon tarafına yer değiştirir. |
| *Plevra sıvısı* | Ekspansiyon azalır.                   O hemitoraks bombe olabilir. | Vibrasyon torasik artar. | Matite | Solunum sesleri alınmaz. | Lezyonun karşı tarafına yer değiştirir. |
| *Pnömotoraks* | Ekspansiyon azalır. | Vibrasyon torasik azalır. | Hipersonor | Solunum sesleri alınmaz. | Tansiyon PNX’da karşı tarafa yer değiştirir. |
| *Amfizem* | Göğüs ön-arka çapı artar. Ekspansiyon azalır. | Vibrasyon torasik azalır. | Bilateral hipersonor | Solunum sesleri hafiflemiştir. | Orta hattadır. |
| *Astım atağı* | Ekspansiyon azalır. | Vibrasyon torasik azalır. | Bilateral hipersonor | Solunum sesleri hafiflemiştir. | Orta hattadır. |

  |

|  |
| --- |
| **ÖNERİLEN KAYNAKLAR:**Basılı Kaynaklar:1. **Kayacan O.** Fizik muayene. (Numanoğlu N. editörlüğünde Solunum Sistemi ve Hastalıkları içinde) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp A.Ş. Yayınları Serisi, No:29, 1997: 60-77.2. Ekim N, Oğuzülgen K. Klinik Öykü Alınması ve Temel Semptomlar. Arseven O. editörlüğünde Temel Akciğer Sağlığı ve Hastalıkları. Toraks Kitapları, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul 2011. S: 33-43.3. Elektronik Kaynaklar: 1.       www. uptodate.com 2.      www.toraks.org.tr |

|  |
| --- |
| **Dersle ilgili kısa sınav soruları ve/veya doğru-yanlış soruları** 1.       Solunum sistemi burundan başlar. **Doğru/**Yanlış**?**2.       Terminal bronşiol taşıyıcı havayollarının son bölümüdür. **Doğru/**Yanlış**?**3.       Göğüs Hastalıklarında hastaya doğduğu ve oturduğu yerler ve iş ortamı sorulmalıdır. **Doğru/**Yanlış**?**4.       Aşırı dispneik bir hastada solunum seslerinin alınamaması çok ileri bir bronkospazmı gösterir. **Doğru/**Yanlış**?**5.       Atelektazi ve plevra sıvısı olduğunda fizik muayene bulguları aynıdır. **Doğru/**Yanlış?6.       Akciğer kanserinde vena cava superior sendromu veya Horner sendromu varsa hastaya küratif cerrahi girişim yapılabilir.Doğru**/Yanlış?**   |