

Bölüm 9

FİZİK MUAYENE VE OSKÜLTASYON

Abdulcebbar ŞİPAL¹
Tayyar AKBULUT²

GİRİŞ

Günümüz ileri teknolojisine paralel şekilde artan tanı araç ve tetkikleri iyi alınmış bir anamnez ve detaylı bir fizik muayene ile tamamlanmadığı sürece yetersiz kalabilir. Tanı ve tedavi için; anamnez ve fizik muayene en önemli basamakları oluşturmaya devam etmektedirler.

Genel fizik muayene hastayı ilk gördüğümüz anda başlar. Hastanın muayene odasına girişi, yürüyüşü, konuşması, korku veya kaygı içinde olması, oturması ve kalkması gibi davranışları bize hasta hakkında bir çok bilgi verebilir. Hastada postür bozukluğu, yürüme zorluğu, tik, tremor, dolgun boyun venleri, siyanotik dudaklar, ortopedik duruş, kaşeksi veya obezite fark edilerek not edilebilir.

Muayene esnasında hastanın mümkün olduğunca rahat durumda ve dinlenmiş olması gerekir. Hasta rızası alınarak olabildiğince elbise ve çamaşırların çıkartılması istenmelidir. Hastanın boy ve kilosunun ölçülerek vücut kitle indeksinin hesaplanması muayene esnasında unutulmamalıdır.

Baş ve Yüz Muayenesi

Yüz, alın ve kafa şekli, orbita ve çene yapısı bir çok konjenital kalp hastalığının tanısında yararlı olabilir. Homosistinüri ve Marfan sendromunda uzun ve ince kafa yapısı, Down sendromunda küçük kafa ve küçük orbita varlığı, Klippel Feil sendromunda asimetrik yüz şekli önemli bulgulardır. Supravalvüler aort darlığına sık eşlik eden küçük çene, uzun üst dudak, aşağı yerleşimli kulaklar

ve şaşılık birlikteliği fark edilebilir. Miksödemde kuru, şiş ve mimiksiz yüz ifadesi, kaşların kenarında dökülmeler, cansız saçlar gözlenir. Ciddi mitral darlığında facies mitrales (1) olarak tanımlanan; pembe yanak ve siyanotik dudak (al yanak ve mor dudak) saptanabilir (resim-1). Her kalp atışıyla başın bir tarafa sallanması (Musset belirtisi) ve küçük dilin pulsasyonu (Müller belirtisi) ileri derece aort yetersizliğinde görülür. Ksantelesmadenilen göz kapaklarındaki kolesterol birikintileri (2) (resim-2) veya 'ear lobe sendrome' (3) denilen kulak memesindeki çizgilenme (resim-3) erken ateroskleroz belirtileri olarak kabul edilir. Ekzoftalmi, titreme, terleme, çarpıntı ve kilo kaybı hipertoidiyi düşündürmelidir. Makroglossi; amiloidoz, akromegali, glikojen depo hastalıkları, hipotiroidizm, Hurler ve Down sendromlarını akla getirmelidir. Yüzde kelebek tarzında döküntü, perikardit, miyokardit ve endokarditin (Libman Sacks endokarditi) yanında, renal tutulum ve hipertansiyon da yapabilen, sistemik bağ dokusu hastalığı olan Sistemik lupus eritematosus (SLE) için tipiktir.



Resim-1. Facies mitrale (1).

¹ Uzm. Dr. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dr.sipal@hotmail.com

² Uzm. Dr. SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, tayyarakbulut1@hotmail.com

Çömelleme venöz dönüş ve periferik damar-sal dirençte artışa neden olur. Hipertrofik obstruktif kardiyomiyopati (HOMKP) ve mitral valv prolapsusu (MVP) üfürümleri azalırken, diğer üfürümler ise şiddetlenir. Aynı sonuç yatan hastanın ayaklarının havaya kaldırılması ile de olur. Hastanın ayağa kalkması ile çömelmenin tersi bir hemodinamik yanıt oluşur; HOKMP ve MVP üfürümleri şiddetlenirken, diğer tüm üfürümler şiddeti azalır.

Valsalva manevrası; derin inspiryum sonrası kapalı glotise karşı zorlu ekspiryum yapılmasıdır. Üfürümlerin hangi taraf kaynaklı olduğunu ayırt etmekte faydalıdır. Bu manevranın aktif ıkınma fazında kalbe venöz dönüş azaldığından HOKMP ve MVP üfürümleri şiddetlenirken, diğer üfürümler hafifler. Bu iki durumda ıkınmanın erken döneminde üfürümün şiddeti artarken, ıkınma devam ettikçe üfürümlerin süresi de uzar. ıkınma sonlandırıldığında artan venöz dönüş ile sağ taraf- lı üfürümler hemen şiddetlenirken, sol taraf- lı üfürümler ise birkaç atım sonra şiddetlenir. Böylece sağ ve sol kaynaklı üfürümler ayırt edilebilir.

El sıkma (*handgrip*); izometrik bir egzersiz örneği olup sistemik vasküler direnci, kalp hızını, kalp debisini ve sol ventrikül enddiastolik basıncını artırır. Sol taraf- lı üfürümlerin çoğu şiddetlenirken, fmvp üfürümünü etkilenmez ve HOKMP üfürümü ise hafifler.

Amilnitrit; kısa süreli (30sn) akut sistemik vazodilatasyona bağlı kan basıncında düşmeye yol açar. Sonrasında gelişen refleks yanıtı olarak taşikardi, venöz dönüş ve kalp debisinde artış gözlenir. Bunun sonucunda HOKMP de dahil olmak üzere tüm darlık üfürümleri şiddetlenirken, yetersizlik üfürümleri (MY, AY) ve VSD üfürümü hafifler. Sağ kaynaklı yetersizlik üfürümleri ise (TY, PY) artar.

Fenilefrin amilnitritin aksi etkiler gösterir. Hipertansiyon ve koroner arter hastalığında kullanılması önerilmez.

SONUÇ

Günümüz ileri teknolojisine paralel şekilde artan tanı araç ve tetkikleri; iyi alınmış bir anamnez ve detaylı bir fizik muayene ile tamamlanmadığı sü-

rece yetersiz kalabilir. Tanı ve tedavi için; anamnez ve fizik muayene en önemli basamakları oluşturmaya devam etmektedirler. Gün geçtikçe artan hasta sayısı ve poliklinik yoğunluklarındaki artış nedeniyle hasta başına düşen muayene süresi optimal olmasa da, hekimin mutlaka her hastayı olabildiğince muayene etmesi gereklidir. Dikkatli ve özenli bir fizik muayene ve oskültasyon ile kardiyak ve non kardiyak bir çok hastalığın ayırıcı tanısı yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Fizik muayene, kan basıncı, kalp sesleri, kalp yetersizliği, üfürüm

KAYNAKÇA

1. Academiaedu (2012). *Semiologia General inspeccion generely particular* (27/08/2019 tarihinde <http://academia.utp.edu.co/basicoclinica/files/2012/04/INSPECCION-GENERAL-Y-PARTICULAR.pdf> adresinden ulaşılmıştır).
2. Akçalı C, Saygılı O, İnalöz S, et al. Ksantelazma palpebrarum tedavisinde eksizyon sonrası sekonder iyileşme. *Türk J Dermatol* 2007;1(2):43-46
3. Suen L, Lau Y, Ma H, et al. Predictive value of auricular diagnosis on coronary heart disease research. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* Volume 2012, Article ID 706249, 9 pages
4. Das S, Bhatnagar K, Blue sclera and osteogenesis imperfecta - A rare association. *Kerala Journal of Ophthalmology*. 2017;29:240-243.
5. MSD MANUAL Professional Version (2019). *Infective Endocarditis*, By Guy P. Armstrong, MD, North Shore Hospital, Auckland. (27/08/2019 tarihinde <https://www.msdmanuals.com/en-jp/professional/cardiovascular-disorders/endocarditis/infective-endocarditis> adresinden alınmıştır).
6. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2017). *Lipid Metabolizma Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu* (27/08/2019 tarihinde <https://docplayer.biz.tr/50175194-Lipid-metabolizma-bozukluklari-tani-ve-tedavi-kilavuzu.html> adresinden ulaşılmıştır).
7. Charlton O. A, Dickison P. Et al. Nail clubbing in laxative abuse: case report and review of the literature, *Journal of Eating Disorders* volume 7, Article number: 6 (2019).
8. Vinayak G. A, Levitt J, Gehlbach B, et al. Usefulness of the External Jugular Vein Examination in Detecting Abnormal Central Venous Pressure in Critically Ill Patients. *Arch Intern Med*. 2006;166(19):2132-2137. doi:10.1001/archinte.166.19.2132
9. Applefeld M. M. (1990). The Jugular Venous Pressure and Pulse Contour. H. Kenneth Walker, MD, W. Dallas Hal, J. W. Hurst (eds.), *Clinical Methods, The History, Physical, and Laboratory Examinations* (3rd ed. pp. 107-111). Boston: Butterworths
10. On dokuz Mayıs Üniversitesi (2019). *Kardiyovasküler fizik muayene dönem-4* (28/07/2019 tarihinde https://personel.omu.edu.tr/docs/ders_dokumanlari/919_83705_1632.pptx adresinden ulaşılmıştır.)