

Bir LANGE tıp kitabı

SEMPATOMDAN TANIYA İÇ HASTALIKLARI

Kanıta Dayalı Yaklaşım

Dördüncü Baskı

Scott D. C. Stern, MD, FACP

*Professor of Medicine
Clinical Director of Clinical Pathophysiology and Therapeutics
University of Chicago
Pritzker School of Medicine
Chicago, Illinois*

Adam S. Cifu, MD, FACP

*Professor of Medicine
Co-Director, Junior Clerkship in Medicine
University of Chicago
Pritzker School of Medicine
Chicago, Illinois*

Diane Altkorn, MD, FACP

*Professor of Medicine
Director, Senior Student Clerkships in Medicine
University of Chicago
Pritzker School of Medicine
Chicago, Illinois*

Çeviri Editörü

Prof. Dr. Tufan Tükek

*İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

Çeviri Editör Yardımcıları

Uzm. Dr. Sedat Irmak

*Memorial Bahçelievler Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği*

Uzm. Dr. Hasan Eruzun

*Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı*

©İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti

Semptomdan Tanıya İç Hastalıkları - Kanıta Dayalı Yaklaşım, Dördüncü Baskı © 2022
ISBN: 978-625-8103-08-3

Orjinal Esere Ait Bilgiler

Adı: Symptom to Diagnosis: An Evidence-Based Guide, Fourth Edition

Yazar: Scott D. C. Stern, Adam S. Cifu, Diane Altkorn

ISBN: 978-0-07-180344-1

Yayınevi: Mc Graw Hill Education

Yasalar uyarınca, bu yapıtın yayın hakları İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti'ye aittir. Yazılı izin alınmadan ve kaynak olarak gösterilmeden, elektronik, mekanik ve diğer yöntemlerle kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, taksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan her ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.



Yayına Hazırlayan: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti

Yayıncı Sertifika Numarası: 12643

Yayın Koordinatörü: Seda Şahin

Dizgi ve Mizanpaj: İstanbul Tıp Kitabevleri

Çeviri Editörü: Prof. Dr. Tufan Tükek

Baskı ve Cilt: PlusOne Basım Matbaa Ambalaj ve Reklam Sanayi Maltepe Mahallesi Litros Yolu
No: 2-4 Topkapı İstanbul

Şubelerimiz

Merkez Turgut Özal Caddesi Börekçi Veli Sokak No: 4/A
Çapa-İstanbul Tel: 0212.584 20 58 (pbx)

Kadıköy Rasimpaşa Mahallesi Rıhtım Caddesi Derya İş Merkezi No: 28/16-17
Kadıköy-İstanbul Tel: 0216.336 20 60



Online Alışveriş
www.istanbultip.com.tr



Satış Hattı
0506 866 97 04

Kim Michele Stern, Suzanne Clamage Black'ın anısına
Scott Stern

Sarah, Ben, ve Amelia için
Adam Cifu

Babam, Robert Seidman'ın anısına,
Diane Altkorn

İçindekiler

Katkıda Bulunanlar	vii
Çeviri Kurulu	viii
Önsöz	ix
Çeviri Editörünün Önsözü	x
Teşekkür	xi
1. Tanısal Süreç	1
2. Tarama ve Halk Sağlığı	9
3. Karın Ağrısı	26
4. Asit-Baz Düzensizlikleri	55
5. AIDS/HIV Enfeksiyonu	72
6. Anemi	103
7. Sırt Ağrısı	119
8. Kanama Bozuklukları	136
9. Göğüs Ağrısı	147
10. Öksürük, Ateş ve Solunum Yolu Enfeksiyonları	168
11. Deliryum ve Demans	195
12. Diyabet	208
13. Akut Diyare	226
14. Baş Dönmesi	240
15. Dispne	265
16. Dizüri	291
17. Ödem	300
18. Halsizlik	319
19. Gastrointestinal Kanama	329
20. Baş Ağrısı	341
21. Hematüri	360
22. Hiperkalsemi	370
23. Hipertansiyon	379
24. Hiponatremi ve Hipernatremi	393
25. Hipotansiyon	417
26. Sarılık ve Karaciğer Enzim Anormallikleri	431
27. Eklem Ağrısı	451
28. Akut Böbrek Hasarı	472
29. Raş	488
30. Boğaz Ağrısı	508

31. Senkop	517
32. İstenmeyen Kilo Kaybı	546
33. Wheezing ve Stridor	572
İndeks	590

Katkıda Bulunanlar

Jason Alexander, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Chicago
Üniversitesi
Chicago, Illinois
Ödem, Hipertansiyon
Sarılık

Diane Altkorn, Tıp Doktoru Profesör Doktor

İç Hastalıkları Anabilim Dalı Chicago
Üniversitesi
Chicago, Illinois
Tanısal Süreç
Tarama ve Halk Sağlığı
Sırt Ağrısı
Diyabet

David Beiser, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Acil Tıp Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Göğüs Ağrısı

Nadia L. Bennett, Tıp Doktoru Öğretim Üyesi Profesör

Hastane Tıbbi Anabilim Dalı Pennsylvania
Üniversitesi Philadelphia, Pennsylvania
Wheezing ve Stridor

Jean Luc Benoit, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
AIDS

Adam S. Cifu, Tıp Doktoru

Profesör Doktor
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Chicago
Üniversitesi
Chicago, Illinois
Hipertansiyon, Eklem Ağrısı

Ernie L. Esquivel, Tıp Doktoru Öğretim Üyesi Profesör

İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Weill Cornell Medical College
New York, New York
Akut Böbrek Hasarı

Keith W. Hamilton, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı
Perelman School of Medicine at the
University of Pennsylvania Philadelphia,
Pennsylvania
Diyare

Philip Hoffman, Tıp Doktoru

Profesör Doktor
Hematoloji ve Onkoloji Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Kanama Bozuklukları

Matthew M. Kalscheur, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Kardiyovasküler Tıp Anabilim Dalı
University of Wisconsin School of Medicine
and Public Health Madison, Wisconsin
Hipertansiyon

Ryan W. Nall, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Florida Üniversitesi
Gainesville, Florida
Boğaz Ağrısı

Deepa Rani Nandiwada, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
University of Pennsylvania, Perelman School
of Medicine Philadelphia, Pennsylvania
Gastrointestinal Kanama

Andrew Olson, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Medical Educator Scholarship and
Development Direktörü, Becoming a
Doctor Course Direktörü
Tıp ve Pediatri Departmanı
University of Minnesota Medical School
İstemsiz Kilo Kaybı

Amber Pincavage, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Dizürü

Jennifer Rusiecki, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Baş ağrısı

Payal K. Sanghani, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Wisconsin
Üniversitesi
Milwaukee, Wisconsin
Deliriyum

Elizabeth Schulwolf, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Hastane Tıbbi Bölümü
Loyola Medicine
Maywood, Illinois
Tarama ve Halk Sağlığı

Sachin Shah, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Chicago
Üniversitesi
Chicago, Illinois
Hematüri

Jeremy Smith, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Wisconsin
Üniversitesi
Madison, Wisconsin
Anemi

Shobha W. Stack, PhD, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Washington
Üniversitesi
Seattle, Washington
Karın Ağrısı

Sarah Stein, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Dermatoloji Bölümü
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Raş

Scott D. C. Stern, Tıp Doktoru

Profesör Doktor
İç hastalıkları Anabilim Dalı
Chicago Üniversitesi
Chicago, Illinois
Asit baz
Öksürük ve Ateş
Baş Dönmesi
Hipnatremi, Senkop

Robert L. Trowbridge, Tıp Doktoru

Öğretim Üyesi Profesör
Tufts University School of Medicine Maine
Medical Center
Portland, Maine
Dispne

Amy R. Weinstein, Tıp Doktoru

MPH Assistant Professor
Division of General Medicine
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts
Yorgunluk

Çeviri Kurulu

EDİTÖR

Prof. Dr. Tufan Tükek

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

EDİTÖR YARDIMCILARI

Uzm. Dr. Sedat Irmak

Memorial Bahçelievler Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Hasan Eruzun

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Prof. Dr. Tufan Tükek

İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat Akarsu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Ayşe Ferhunde Yanmaz

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Feride Can

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Hasan Eruzun

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. İlkin Deniz Toprak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. İpek Bilge Aslan

Osmaniye Düzici İlçe Devlet Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. M. Genco Erdem

Beykent Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Merve Irmak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Mine İşçimen

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları
Bilim Dalı

Uzm. Dr. Sedat Irmak

Memorial Bahçelievler Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Semih Kalyon

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Eğitim ve
Araştırma Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Uğur Yılmaz

Çerkezköy Devlet Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Uzm. Dr. Yasin Kutlu

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi
Onkoloji Bilim Dalı

Uzm. Dr. Zeki Toprak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Nefroloji Kliniği

Uzm. Dr. Zekiye Nur Harput

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Dr. Buşra Uzunyayla

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr.
Cemil Taşcıoğlu Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Dr. Fatma Zülal Özek

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr.
Cemil Taşcıoğlu Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Dr. Nur Beyza Tükek

İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Kliniği

Dr. Selin Sağlam

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr.
Cemil Taşcıoğlu Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
İç Hastalıkları Kliniği

Dr. Uğur Hatipoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Önsöz

Semptomdan Taniya kitabını oluştururken amacımız iç hastalıklarında tanısal süreci öğretmede ilgi çekici, pratiğe dayalı, bilgisel yaklaşım geliştirmekti. İlgi çekici çünkü gerçek vakalar her bölümle entegre, aksi halde düz ve sıkıcı olabilecek konuyu tamamlıyor. Bilgisel, çünkü Semptomdan Taniya klinisyen olmadaki en zorlu süreci açıkça ortaya koyuyor: doğru tanıyı koyma. Diğer birçok kitap hastalıkları açıklamakla birlikte, hasta sunumundan tanıya kadar süreci tanımlamakta başarısız olmaktadır. Öğrenciler bu süreci, kendi sezgi ve tecrübeleriyle öğrenebilir ve sıklıkla öğreniyor olmalarına rağmen, bu zorlu sürecin açıklanabilir ve onlar için kolaylaştırılabilir olduğuna inanmaktayız. Dahası, birçok kitapta hastalığın tanımı aşırı basitleştirilmiştir ve semptomların, bulguların ve test sonuçlarının prediktif değeri hakkındaki mevcut kanıt dahil edilmemiştir. Klasik sunuma dayalı öğretme az tecrübeye sahip klinisyenlere yaygın ama atipik vakaları tanıırken yardımcı olmada yetersiz kalmaktadır. Bu gözetim, test karakteristiklerinde eksik bilgiyle birlikte olduğunda, erken tanı koyabilmeyi engeller. Semptomdan Taniya öğrencilere ve asistanlara iç hastalıklarını öğrenmede yardımcı olmayı hedefler ve tanı koymadaki zorluklara odaklanır. Bölüm 1’de sunulan terminoloji ve ana yapıyı kullanarak, her bölüm yaygın bir şikayete yer verir, göğüs ağrısı gibi. Bölüm vaka ve bir ifadenin açıklamasıyla ya da ayırıcı tanıların düzenlenmesiyle başlar. Vaka ilerledikçe klinik doğrular açıkça ortaya konur. Vakanın ayırıcı tanısı, önde gelen tanı hipotezi ve önemli alternatif tanı hipotezleri için klinik ipuçlarını ve testleri tanımlayan tablolarla özetlenmiştir. Bölüm ilerledikçe uygun hastalıklar gözden geçirilir. Tıpkı gerçekte olduğu gibi testler uygulandıkça vaka adım adım açılır, tanı doğrulanır ya da dışlanır. Okuyucular değerlendirmeyi yönlendirecek bir dizi soruyla karşılaşır. Her bölüm birkaç vaka ve bir tanı algoritması içerir.

Semptomdan Taniya 3 şekilde kullanılabilir. Birincisi, 3. Sınıf tıp öğrencisine rehberlik etmesi için okunması amacıyla tasarlanmıştır. Semptomları ve hastalıkları seçmek için Core Medicine Clerkship Curriculum Guide of the Society of General Internal Medicine/Clerkship Directors in Internal Medicine kullandık ve eminiz ki metin iç hastalıklarının temelini öğretmede mükemmel bir iş çıkarmaktadır. İkincisi, ayrı bir bölümü okumak yoluyla belirli bir problemi öğrenmek için harikadır. Bir bölüme odaklanmak ele alınan probleme kapsamlı yaklaşımı sağlayacaktır: Ayırıcı tanıların çerçevesi, birkaç ilginç vakayı çalışma fırsatı, uygun hastalıkların gözden geçirilmesi. Üçüncüsü, Semptomdan Taniya belirli sorunlar-

da bilgi sağlamak için indeks kısmı kullanılarak spesifik hastalıkları gözden geçirmek için oluşturulmuştur.

Belirli bir hastalığı tartışmada yaklaşımımız diğer birçok metinden farklıdır. Sadece bilgiyi kısa ve okunabilir olması için direkt vererek değil, her hastalığın tartışması 4 bölüme ayrılmıştır. Textbook sunumu hastalığın yaygın ya da klasik sunumunu kısaca önümüze seren kısım, ilk bölümdür. Diğer bölüm Hastalığın Öne Çıkan Noktaları en uygun epidemiyolojik ve patofizyolojik bilgileri gözden geçirir. Üçüncü kısım, Kanıta Dayalı Tanı hikaye, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik testlerin doğruluğunu inceler. Mümkün olduğunca, bu bulgular ve test sonuçları için duyarlılıkları, özgüllükleri ve ihtimal oranlarını listeledik. Bu bölüm, çeşitli hastalıkları “doğrulan” veya “dışlayan” bulguları belirtmemizi sağlar. Hikaye ve fizik muayene bulguları, o kadar spesifik ki, doğrudan doğruya belirli bir teşhise işaret ediyorlarsa, aşağıdaki “parmak izi” simgesi ile gösterilir:

 = parmak izi

Ayrıca sıkça seçilmesi için bir test öneriyoruz. Bu kitabın diğerlerinden ayrılan kısmıdır. Son bölüm; Tedavi, ele alınan hastalığın tedavi temellerini gözden geçiriyoruz. Tedavinin hızlı bir şekilde geliştiğini kabul ederek, tartışmamızı hızla eskiyecek ayrıntılardan ziyade terapinin esaslarına sınırlamayı seçtik.

Dördüncü baskı, ilgili literatürün kapsamlı bir inceleme- siyle tamamen güncellendi ve birçok bölüm yeni yazarlar tarafından önemli revizyonlardan geçti. Değişiklikler arasında Göğüs Ağrısı, Senkop, Baş dönmesi ve diğerleri ile ilgili bölümlerde yeni algoritmalar ve yaklaşımlar bulunmaktadır. Yakın zamanda geliştirilen yeni tanı araçları İshal, Sarılık ve Öksürük ve Ateş bölümlerinde tartışılmaktadır, Tarama, Diyabet ve Hipertansiyon bölümlerine yeni kılavuzlar dahil edilmiştir.

Nesiller boyunca teşhise yaklaşım, çıraklık ve sezgi yoluyla öğrenildi. Hastalıklar ayrıntılı olarak tanımlanmıştır, ancak tanıya yaklaşım resmileştirilmemiştir. Semptomdan Taniya’da bu bilim ve sanatı ifade etmeyi başardığımızı ve aynı zamanda metni okumayı ilginç hale getirdiğimizi hissediyoruz.

Scott D. C. Stern, Tıp Doktoru
Adam S. Cifu, Tıp Doktoru
Diane Altkorn, Tıp Doktoru

Çeviri Editörünün Önsözü

Değerli okuyucular;

İç hastalıkları alanı oldukça geniş ve sürekli yenilenen bilgilerle dolu bir alan. Tıp eğitimi süresince karşılaşılan zorluklar, özellikle iç hastalıkları pratiğinde bilgi ve tecrübeyi harmanlayan paylaşımların daha iyi bir model olduğunu bize göstermiştir. Vaka bazlı tartışma ve yeni gelişmeleri paylaşma bir eğitim modeli olarak bizim de yıllarca uyguladığımız ve en randıman aldığımız eğitim modeli olmuştur. Bu kitap şu ana kadar olan diğer kitaplardan farklı olarak hekimlerin uğraştığı en önemli semptomları bir vaka üzerinden giderek tartışmakta ve hekimlere yol göstermekte. Bu kitapta önce vaka sunulmakta, en az olası tanılar öncelikle tartışılmakta, vakanın ilerlemesi ile ortaya çıkan yeni semptom ve laboratu-

var bulguları ile gerçek tanıya ulaşılmaktadır. Bu tarz ile okuyucuya hem sistematik bilgi aktarılmakta hem de eğlenceli bir zaman geçirilmektedir. Gerçekten seçilen vakalar ve yapılan tartışmalar o konunun en ince ayrıntısına kadar düşünülmüş. İç hastalıkları pratiğinin en seçkin hasta grupları bu kitapta en ince ayrıntısına kadar tartışılmıştır. Bugüne kadar hayalimde düşündüğüm ancak şu ana kadar gerçekleştirme fırsatı bulamadığım böyle bir eğitim setinin çevirisini yaparken çok mutlu olduğumu söylemek isterim. Tıp eğitimi sürecinde ve iç hastalıkları eğitiminde kitabın önemli bir ihtiyacı karşılayacağını düşünüyorum. Tüm okuyucularımız için güzel ve eğitici bir kitap olmasını diliyorum, sevgilerimle.

Prof. Dr. Tufan Tükek

Teşekkür

Bu metni genişletmede yoğun çabaları için sayısı sekizi bulan yazarlarımıza teşekkür ederiz. Bu süreçte bize yardımcı olan ve vizyonumuza inanan McGraw-Hill'deki Harriet Lebowitz ve James Shanahan'ın desteğine minnettarız. Özenli düzenleme ve yayın için Jennifer Bernstein'a teşekkürler. Son olarak, hastalarımız, yaşamlarını bizimle paylaşmaları, bize güvenmeleri ve sınırlı yetilerimiz yanıldığında bizi affetmeleri nedeniyle en özel teşekkürü hak ediyorlar. Sanatımızı icra ettiğimiz onlar içindir.

Scott Stern: Bu projeye doğrudan veya dolaylı olarak katkıda bulunan pek çok kişiye teşekkür ediyorum. İlk olarak, hayatımın son 32 yılı boyunca süresiz desteği olan ve bu proje sırasında işi mümkün kılan eşim Laura'ya teşekkür ediyorum. Ailemin diğer üyeleri de çok destek oldu çocuklarım Michael,

David ve Elena; anne babam Suzanne Black ve Robert Stern; ve büyükbabam Elsie Clamage. İki akıl hocası özel bir sözü hak ediyor. David Sischy, birlikte çalıştığımız 10 harika yıl boyunca benimle olan muazzam klinik bilgelik ve anlayışını paylaştı. David, tanıştığım en iyi klinisyen ve bana klinik tıp hakkında kariyerimdeki herkesten daha fazla şey öğretti. Ona borçlu kalıyorum. Ayrıca son danışmanım Dr. John Ultmann'a minnettarlığımı belirtmek isterim. Dr. Ultmann, 1983 yılında yoğun hematoloji onkoloji servisinde günlük hasta doktor ilişkilerinin temelinde yatan şefkat sanatını gösterdi.

Adam Cifu: Mükemmel akıl hocaları bulmak zor. Hayatım ve kariyerim boyunca harika olanları bulmak konusunda şanslıydım. Ailem bana hayal edilebilecek her fırsatı verdi.

Claude Wintner bana organizasyon, özveri ve odaklanmanın önemini öğretti ve benim için üstün yetenekli bir eğitimci modeli oldu . Olaf Andersen, bilime olan ilgimi artırdı ve tıpa girişimi yönlendirdi. Carol Bates, genel dahiliye uzmanı ve klinisyen eğitimci olmanın ne anlama geldiğini gösterdi. Ailem, Sarah, Ben ve Amelia ise bana her zaman neyin en önemli olduğunu hatırlatıyor. Teşekkür ediyorum.

Diane Altkorn: Chicago Üniversitesi'nde bulunan öğrenciler ve memurlara, klinik tıp hakkındaki düşüncelerimi, onu nasıl uygulayacağımı ve öğreteceğimi sürekli olarak inceleme ve iyileştirmeme yardım ettikleri için teşekkür etmek istiyorum. Birçok harika akıl hocası ve öğretmene sahip olduğum için şanslıyım. Özellikle klinik akıl yürütmeyi bana ilk öğretten ve beni genel dahiliye uzmanı ve klinisyen eğitmeni olmak için beni etkileyen Dr. Steven MacBride'den bahsetmek istiyorum. Bir asistan ve genç öğretim üyesi olarak, Chicago Üniversitesi'nde Dr. Arthur Rubenstein'in Tıp Bölümü'nün bir parçası olma ayrıcalığına sahip oldum. Rubenstein'in tıbbın her alanında mükemmelliğe olan bağlılığı, her zaman çok isteyeceğim bir standarttır. Onun nazik teşviği ve yardımcı tavsiyesi, mesleki gelişimimde çok değerli olmuştur. Son olarak, ailem için minnettarım. Ailem ömür boyu destek ve cesaret verdi. Kocam, Bob'un tükenmeyen bir sabrı var ve yaptığım her şeyi destekliyor. Ve çocuklarım Danny ve Emily olmadan, hayatım eksik olurdu.

Problemi olan bir hastam var. Sorunu nasıl çözebilirim?

TANI SÜRECİ

Bir hekim için ayırıcı tanı yapmak, tanı testlerini seçmek ve sonuçları yorumlamak temel becerilerdir. Genellikle klinik akıl yürütme olarak adlandırılan tanısıl süreç karmaşıktır ve akıl yürütmedeki hataların, tüm olumsuz olayların %17'sini oluşturduğu düşünülmektedir. Tanı koyma sürecindeki hatalar; hatalı bilgi, hatalı veri toplama ve hatalı bilgi işleminden dolayı ortaya çıkabilir. Bu bölümde, akıl yürütme sürecine odaklanırken, bazen ön laboratuvar testleri ile birlikte anamnez ve fizik muayeneden edindiğiniz verilerin ilk klinik izleniminizin temelini oluşturduğunu unutmayın. Hatasız bir mantıkla bile, doğru verileri kullanmayı başaramazsanız son teşhisiniz yanlış olur. Bu nedenle iyi bir anamnez ve fizik muayene becerisine sahip olmalısınız.

Klinisyenler genellikle bir vaka üzerinde çalışmak için ikili muhakeme süreçlerini kullanırlar. Nispeten hızlı ve sezgisel olan sistem 1 muhakemesi; daha önce örnek hafızada depolanmış olan bir model tanıma dayanır ve hastanın sunumunu bir hastalık senaryosuyla eşleştirmeyi içerir. Sistem 2 muhakemesi, klinisyenin açık bir analitik yaklaşım kullandığı daha yavaş bir süreçtir. Sistem 1, deneyimli bir klinisyen basit bir vakayla karşılaştığında; sistem 2 ise vaka daha karmaşık olduğunda veya klinisyen daha az deneyimli olduğunda baskındır. Çoğu zaman iki sistemin farkında olmadan harmanlanması söz konusudur. Klinisyenler, klinik muhakemelerde yaygın olan önyargıların farkında olmalıdır (Tablo 1-1) ve olası hataları arayan muhakeme süreçlerini gözden geçirmelidir. Bu bölüm, muhakeme sürecini; geniş ayırıcı tanımlarla çalışmanıza, yanlılığı önlemenize ve tanı yanlış olduğunda retrospektif olarak hata kaynaklarını belirlemenize yardımcı olabilecek bir dizi adıma böler.

KLİNİK TANISAL SÜREÇ MODELİ (Şekil 1-1)

1. Adım: Şikayetin Tanımlanması

Hastanın söylediklerini doğru anlamalısınız. Bazen “yoruldum”, “yürürken nefes alamıyorum” anlamındadır, bazen “kaslarım zayıf” anlamında kullanılır. Şikayet, kronik aktif prob-

Tablo 1-1. Klinik mantığa ilişkin genel yanlılıklar.

Yanlılık	Açıklama
Kullanılabilirlik	Kolay hatırlanması göz önünde bulundurulmuş tanımlar, prevalanstan bağımsız olarak daha olasıdır
Temel oran ihmal	Çok nadir görülen tanımlara odaklanmak
Temsil edilebilirlik	Tanı ile tutarsız atipik özelliklerin yok sayılması
Onaylanmış yanlılıklar	İlk hipotezi çürütmek yerine doğrulamak için veri aramak
Erken bitirme	Teşhis sürecini çok erken durdurmak

lemeler (diyabet veya hipertansiyon gibi) ve geçmişteki önemli sorunlar (bağırsak tıkanıklığı veya kanser öyküsü gibi), diğer akut semptomlar ve fizik muayene anormalliklerinden oluşan eksiksiz bir problem listesi oluşturun. Nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi ilgili olması muhtemel sorunlar birlikte gruplandırılmalıdır. Bir hastayı değerlendirirken her zaman problemi doğru bir şekilde tespit etmek gerekir.

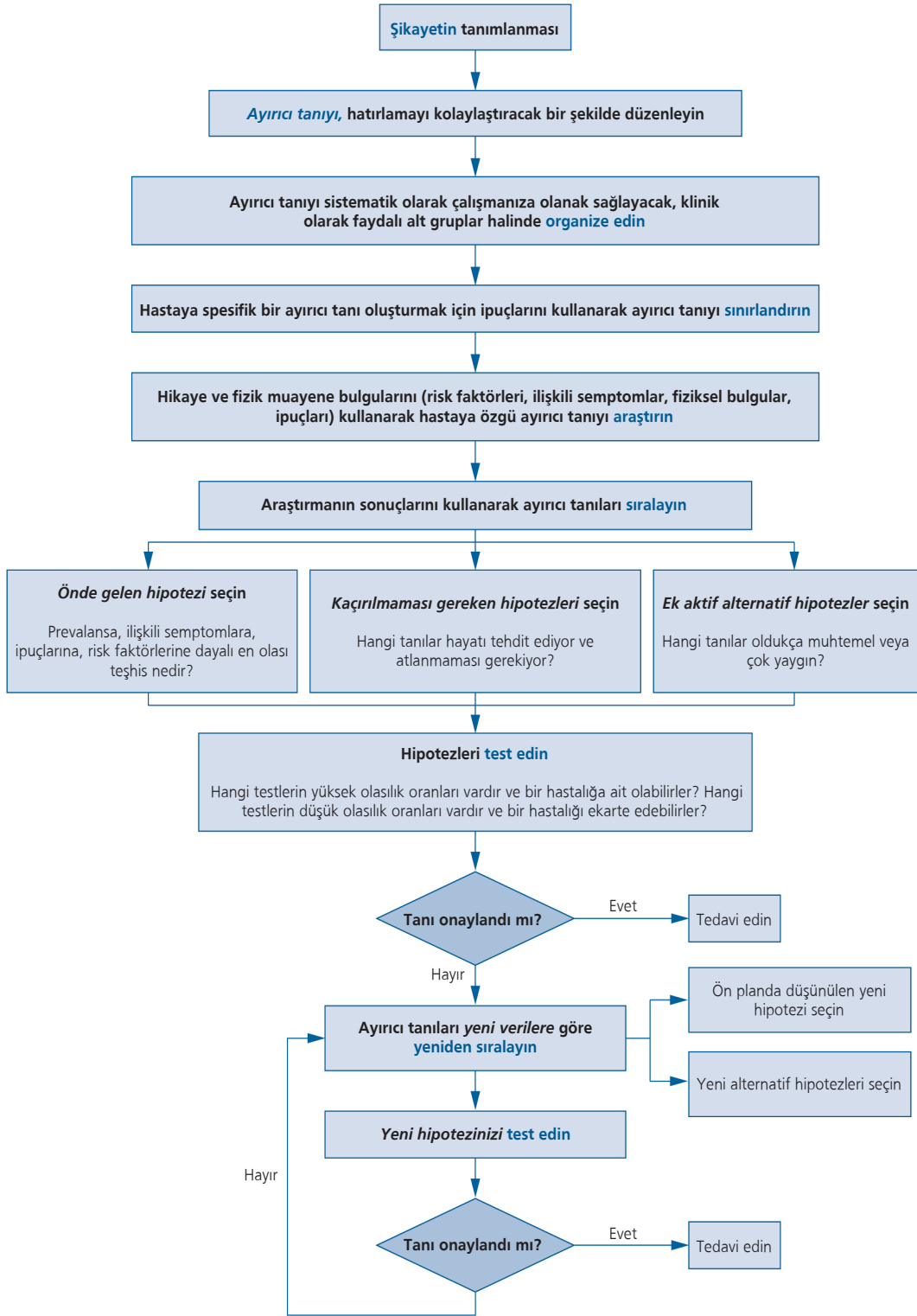
2. Adım: Ayırıcı Tanıyı Şekillendirmek

Ayırıcı tanı, **hatırlamayı kolaylaştıracak** bir şekilde düzenlenmelidir. Çeşitli sorunlar için nedenlerin veya ayırıcı tanıların uzun listelerini hatırlamak mümkün olabilir. Ancak, bunu yapmanız ayırıcı tanıları hatırlamanıza ya da kullanmanıza yarayan kullanışlı bir organizasyona yol açmaz. Bunun yerine; ayırıcı tanıları, hatırlanması daha kolay ve genellikle klinik olarak faydalı olacak şekilde alt kategoriler halinde düzenleyen, bir çeşit *probleme özgü algoritma* kullanmak tercih edilebilir. Probleme özgü algoritma **anatomik** (göğüs ağrısı için sıklıkla kullanılır), **organ/sistem** (yorgunluk gibi geniş spektrumlu semptomların varlığında kullanılır), fizyolojik veya **kilit noktalara odaklı** (aşağıda tanımlanmıştır) olabilir. *Semptomdan Tanıya* içerisindeki her bölüm bir ayırıcı tanı için probleme özgü algoritma ile başlar. Bu algoritmaların kullanılması tıp öğrencilerinin tanı doğruluğunu iyileştirmek için gösterilmiştir.

3. Adım: Ayırıcı Tanıyı Düzenlemek

Ayırıcı tanıyı klinik olarak faydalı alt gruplara yapılandırmak, ayırıcı tanı yoluyla sistematik olarak çalışmanızı sağlayabilir. Bazen, dispnenin kardiyak veya pulmoner nedeni olarak gruplandırılması gibi akılda kalan en kolay algoritma akıl yürütmeyi kolaylaştırmaz. O zaman çeşitli tanıların dikkate alınması için ayırıcı tanı algoritmasının bir şekilde yeniden düzenlenmesi, anlamamıza yardımcı olur. Ayırıcı tanıda klinik olarak en kullanışlı yöntemler; bir çift karşıt (kıyaslamalı ve karşılaştırmalı) tanımlayıcıyı esas nokta olarak organize etmek veya klinik özellikleri kullanmaktır. Örnekler arasında; yeni baş ağrısına karşı eski baş ağrısı, bilateral ödeme karşı tek taraflı ödeme, epigastrik ağrıya karşı sağ alt kadranda ağrı yer alır. İlk etapta ayırıcı tanının çatısını oluştururken kullanılan kilit noktalar, bir tanı algoritması oluşturmak için ayırıcı tanının yeniden yapılandırılmasında gerekli değildir.

Ayırıcı tanıyı, kendiniz oluşturabilir ve yeniden yapılandırabilirsiniz veya size mantıklı gelebilecek bir kaynak bulabilirsiniz. *Semptomdan Tanıya* içerisindeki her bölüm, her bir semptom için mantıksal yolları vurgulayan esas noktaları içeren bir tanısıl algoritmaya sahiptir. Karşılaştığınız her problem için 2. ve 3. adımların sadece bir kez yapılması gerekir; deneyimle birlikte, karşılaştığınız sorunlara mantıklı ayırıcı tanılarından ve tanısıl yaklaşımlardan oluşan bir repertuar geliştireceksiniz.



Şekil 1-1. Klinik mantık için bir model.

4. Adım: Ayrırcı Tanıyı Sınırlamak

Ayrırcı tanı içindeki her bir hastalık, her hasta için bireysel olarak geçerli olmayabileceğinden; hastaya özgü bir ayrırcı tanı oluşturmak için kilit noktalar kullanmak, listeyi daraltmaya yardımcı olabilir. Özgeçmiş ve fizik muayenedeki kilit noktaları ayırmak, klinisyen için büyük ve komple bir ayrırcı tanıyı, o hasta ile ilgili daha odaklanmış bir tanı kümesine çevirebilir. Bu adım ve 5 ile 9 arasındaki adımlar, tüm hastalar için klinik mantığınıza dahil edilmelidir.

5. Adım: Hikaye ve Fizik Muayene Bulgularını Kullanarak Olası Tanıları Araştırmak

Bir sonraki adım, en olası tanıyı işaret eden klinik ipuçlarını araştırmaktır. Hastanın belirli bir tanı için risk faktörü var mı? Hastanın semptomu tanımlaması, olası bir nedeni akla getirmiyor mu? Fizik muayenede ne gözlemlediniz? *Hikaye ve fizik muayenedeki olumlu-pozitif bulgulara odaklanma önemlidir* (Pozitif bulguların %65'inde özgüllük >%80 ve pozitif bulguların %43'ünde

özgüllüğü >%90'dır). Üçte birinde LR +> 5 ve %16'sında bir LR +> 10 bulunur. Bazı çok spesifik bulgular, spesifik bir tanıyı akla getirir; çünkü, tıpkı parmak izlerinin belirli bir kişiyi işaret etmesi gibi, 1'den fazla bireyde görülmeyişi için, hastalığı olmayan bireylerde nadiren görülürler. Öte yandan, *negatif bulguya kanmayın*; "klasik" bulgular, özellikle de hastalığa özgün bulgular hastalarda genellikle mevcut değildir. Negatif bulguların sadece %21'i >%80 duyarlılığa ve sadece %11'i >%90 duyarlılığa sahiptir. Sadece %7'sinin LR değeri 0.1'den düşüktür.

6. Adım: Ayırıcı Tanıda Sıralama

Ayırıcı tanı, 5. adımda elde edilen sonuçlar kullanılarak sıralanır. Sınırlı bir ayırıcı tanıda bile, tüm tanıları eşit derecede muhtemel ya da eşit derecede önemli değildir. Belirli bir sorunun ayırıcı tanısını sıralamak veya önem sırasına göre düzenlemek için 4 yaklaşım vardır: Olabilirlik, olasılık, prognostik ve pragmatik.

- A. Olabilirlik Yaklaşımı:** Bilinen tüm sebepleri eşit derecede dikkate alın ve aynı anda hepsini test edin. Bu kullanışlı bir yaklaşım değildir.
- B. Olasılık Yaklaşımı:** Önce daha olası bozuklukları, yani ön tanı olasılığı en yüksek olanları dikkate alır. Bu sayede bir hastalığın daha fazla test yapılmadan önce bulunma ihtimali vardır.
- C. Prognostik Yaklaşım:** Önce en ciddi tanıları dikkate alır.
- D. Pragmatik Yaklaşım:** Tedaviye en önce yanıt veren tanıları dikkate alır.

Açıkçası, bu bireysel yaklaşımların her biri için sınırlamalar vardır. Deneyimli klinisyenler, testin ne zaman gerekli olduğuna ve hangi testin verileceğine karar vermek için, ayırıcı tanıyı yeniden organize edip sıralarken; olasılık, prognostik ve pragmatik yaklaşımları da eş zamanlı olarak entegre ederler (Tablo 1-2). Klinisyenler öne çıkan tanıları, atlanmaması gereken tanıları ve diğer olası alternatif tanıları belirlerken, hastalıkların ipuçları, anahtar noktaları, risk faktörleri, hastalığın tipik ya da textbook prezentasyonları, prezentasyon çeşitlilikleri ve prevalans ile prognoz hakkındaki bilgilerini kullanır.

7. Adım: Hipotezleri Test Etmek

Bazen ilk verilere dayalı tanı konulması konusunda emin olursunuz ve tedaviye devam edebilirsiniz. Bununla birlikte, çoğu zaman, tanı hipotezlerinizi doğrulamak için ek veri gerekebilir; başka bir deyişle, tanı için ek tetkikler gerekebilir. Bu durumda, hangi testleri yaparsanız sorguladığınız hastalığı tespit etme olasılığınızın ne kadar değişeceğini iyi anlamanız gerekmektedir.

8. Adım: Yeni Veriye Dayalı Ayırıcı Tanıların Yeniden Sıralanması

Bir hastalığın ekarte edilmesi genellikle yeterli değildir; hastanın semptomunun nedenini de belirlemelisiniz. Örneğin; göğüs ağrısı nedeni olarak miyokard enfarktüsünü (MI) ekarte etmiş olabilirsiniz, ancak yine de ağrının gastroözofageal reflü, kas gerimi, aort diseksiyonu vb. sebeplerden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemeniz gerekir. Tanı koyamadığınızda ya da orijinal hipotezlerinizle çatışan verilerle karşılaştığınızda, ayırıcı tanıya geri dönün ve yeni veriyi dikkate alarak yeniden sıralama yapın. Olasılıkları gözden geçirmemek, klinisyenler tarafından yapılan en yaygın tanı hatalarından biridir(bkz. Tablo 1-1).

Tablo 1-2. Ayırıcı tanıları sıralama.

Tanı Hipotezleri	Etkileri Test Etmek
Ön Planda Düşünülen Hipotez • Yaygınlık, demografik özellikler, risk faktörleri, semptomlara dayalı en olası tanı	Tanıyı onaylamak için testleri seçin. • Yüksek Özgüllük • Yüksek LR+
Aktif Alternatifler • Yaşamı tehdit eden tanılar • Gözden kaçırılmamalı • Yüksek prevalanslı tanılar—en yaygın tanı • Demografik, risk faktörleri, belirtiler ve bulgulara dayalı oldukça muhtemel tanı	Bu tanıları dışlayacak testleri seçin. • Yüksek duyarlılık • Çok düşük LR–
Hipotezler • Dışlanmadı • Ciddi, tedavi edilemez veya başlangıçta test edilebilecek kadar olası değil	Başlangıçta bu hastalıkları test etmeyin • Öncü hipotez veya aktif alternatifler geliştirildiğinde daha sonra test edin
Dışlanan Hipotezler • Tanı; demografik, risk faktörleri, semptomlar ve bulgulara göre çürütülür	Başka test gerekli değildir

9. Adım: Yeni Hipotezleri Test Etmek

Bir tanı konana kadar işlemi tekrarlayın.

AYIRICI TANININ OLUŞTURULMASI

1. Adım: Şikayetin Tanımlanması

HASTA 1

Bayan S, 58 yaşında kadın hasta. 2 gün süren sol bacağına şişlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Hafif derecede ateş yüksekliği var ancak göğüs ağrısı, nefes darlığı veya karın ağrısı gibi başka hiçbir semptom yok. Hipertansiyon, dizlerde osteoartrit haricinde tamamen sağlıklı ve kolesistektomi haricinde başka tıbbi problem, ameliyat veya kırık öyküsü yok. Tek ilacı hidroklorotiyazid. 1 ay önce normal pelvik muayene ve Pap smear öyküsü var. Fizik muayenede, sol bacağın çevresi sağ bacağından 3.5 cm daha büyük ve +1 pretibial ödem olduğu saptandı. sol uyluğun medial homojen olarak kırmızı ve çok ince, popliteal ven ve medial sol uyluk boyunca hafif hassasiyet mevcut. Sol ayağında bir skar izi var. Ateşi 37.7 °C'dir. Muayenenin geri kalan kısmı normal.



Bayan S'nin şikayet listesi nedir?

Şikayet listeleri akut şikayetlerle başlamalı ve onu aktif olmayan şikayetlerle biten kronik aktif şikayetler takip etmelidir. Bayan S'nin şikayetleri, (1) eritemle birlikte sol bacakta ödem, (2) hipertansiyon, (3) diz osteoartriti ve (4) kolesistektomi sonrası durumdur.

2. Adım: Ayırıcı Tanıyı Şekillendirmek



Ödem için ayırıcı tanı nasıl düzenlenir?

Bölüm 17’de tartışıldığı gibi, ödem konusunda tam ayırıcı tanıya ait soruna özgü düzenleme, ödemin; tek taraflı ekstremitelerde lokalizeden generalizeye kadar değişen dağılımı ile başlar. Ödemin nedenleri bu alt kategorilerin her biri için oldukça farklıdır. Örneğin, kalp yetmezliği ve kronik böbrek hastalığı tek taraflı ödem değil jeneralize ödeme neden olur.

3. Adım: Ayırıcı Tanıyı Düzenlemek

Ödemin ayırıcı tanısı, ödem dağılımının temel noktası kullanılarak şekillendirildiği için, bunu organize etmek gerekli değildir. 3.adım zaten yapılmıştır.

4. Adım: Ayırıcı Tanıyı Sınırlamak



Bayan S’nin sunumunda kilit noktalar nelerdir? Ayırıcı tanıyı nasıl sınırlarsınız?

Bayan S’de, ödem ayırıcı tanısının kısıtlı bir bölümünü oluşturan, akut tek taraflı bacak ödemi mevcuttur.

Olası tanılar, anatomik algoritma kullanılarak sınırlandırılmıştır:

- A. Deri: Staz dermatiti
- B. Yumuşak doku: Selülit
- C. Dizaltı venler: Distal derin venöz tromboz (DVT)
- D. Diz: Rüptüre Baker kisti
- E. Uyluk venleri: Proksimal DVT
- F. Pelvis: Lenfatik tıkanmaya neden olan kitle

5. Adım: Hikaye ve Fizik Muayene Bulgularını Kullanarak Olası Tanıları Araştırmak

Olası tanıların her birinin yanı sıra bunlara bağlı semptom ve bulgular için risk faktörlerini göz önünde bulundurun. Örneğin; venöz yetmezlik, staz dermatiti için bir risk faktörüdür ve fizik muayene sırasında malleoller yüzey boyunca hemosiderin boyanması olabilir. Selülit sıklıkla cilt yaralanmalarını takip eder ve fizik muayenede eritem ve hassasiyet gözlenir. DVT, altta yatan malignite veya yakın zamanda immobilitesi olan hastalarda daha sıktır ve pıhtı embolize olursa nefes darlığı olabilir.

6. Adım: Ayırıcı Tanıları Sıralamak



Bayan S’nin prezentasyonunda önemli klinik ipuçları nelerdir? Sınırlanmış ayırıcı tanıyı nasıl sıralar ve öncelik verirsiniz? Öncü hipoteziniz nedir? Aktif alternatifleriniz nelerdir?

Bayan S, ana hipotez olan sellülit tanısını destekleyen; ateş, ağrı, ayağında enfeksiyona neden olan bir odak ve kızamık, hassas, şişmiş bir bacak gibi; bir takım semptom ve bulgulara sahiptir. Aktif alternatifleri proksimal ve diz altı derin ven trombozları olan DVT, risk faktörleri olmadan bile hem yaygın hem de atlanmaması gereken tanılardır. Selülit ve DVT mevcut değilse, rüptüre Baker kisti ve pelvik bir kitle düşünülmelidir. Son olarak, staz dermatiti, kronik bacak şişmesi öyküsü olmayan bir hastada dışlanır.



Bayan S’in sellülitli olduğuna nasıl emin olursunuz? Onu antibiyotikle tedavi etmeli misiniz? DVT’si olmadığına nasıl emin olursunuz? DVT için test yapmalı mısınız?

TANI TESTİNİN ROLÜ

7. Adım: Hipotezleri Test Etmek



Ön planda bir hipotezim ve aktif bir alternatifim var - bir test yaptırmam gerekip gerekmediğini veya tedaviye başlamam gerektiğini nasıl anlarım?

Aktif alternatifler olsun veya olmasın, önde gelen bir hipotez oluşturduktan sonra, tedaviye başlamadan önce veya başka tanıları ekarte etmeden önce daha fazla bilgiye ihtiyacınız olup olmadığına karar vermeniz gerekir. Kesinlik açısından düşünmenin bir yolu: Hipotezinizin doğruluğundan nasıl emin olursunuz ve tedaviye başlamadan önce ne kadar daha emin olmanız gerekir? **Olasılık** açısından düşünmenin bir başka yolu da: Tetkik yapmadan önce tanıya dair olasılığınız; daha fazla tetkik gerektirmeyecek kadar yüksek veya düşük mü?

Test Öncesi Olasılığını Belirlemek

Öngörülen hipotezinizin ve en önemli (çoğunlukla en ciddi) aktif alternatiflerin test öncesi olasılığını belirlemenin birkaç yolu vardır: Geçerli bir klinik karar kuralı (CDR) kullanmak, bir semptomun nedenleri/etiyojileri ile ilgili prevalans verileri ve genel klinik izlenimini kullanmak.

A. Onaylanmış bir CDR kullanmak

1. Araştırmacılar bir hastalığın potansiyel prediktörlerinin bir listesini oluşturur ve daha sonra prediktörlerin ve hastalığın mevcut olup olmadığını belirlemek için bir grup hastayı inceler.
 - a. Lojistik regresyon, daha sonra hangi prediktörlerin en güçlü olduğunu ve hangilerinin atlanabileceğini belirlemek için kullanılır.
 - b. Model, diğer hasta popülasyonlarına uygulandıktan sonra doğrulanır.
 - c. Kullanımı basitleştirmek için, modeldeki klinik prediktörler genellikle nokta değerlerine atanır ve farklı nokta toplamaları farklı test öncesi olasılıklarına karşılık gelir.
2. CDR’ler nadiren bulunur, ancak test öncesi olasılığını tahmin etmenin en kesin yoludur.
3. Onaylanmış bir CDR bulabiliyorsanız, test öncesi olasılığınız için kesin bir sayı (veya küçük bir sayı aralığı) bulabilirsiniz.

B. Bir semptom için etyolojilerin prevalansı hakkındaki bilgiyi kullanın.

1. Bazen bu bilgileri ders kitaplarında veya inceleme makalelerinde bulabilirsiniz.
2. Verileri kullanmadan önce bulduğunuz herhangi bir çalışmanın kalitesini değerlendirmek önemlidir.
3. Verileri kullanmadan önce bulduğunuz çalışmaların kalitesini değerlendirmek önemlidir. *Guyatt’ın Tıbbi Literatürdeki Kullanıcı Kılavuzları*, ayırıcı tanı ve hastalık sıklığı hakkındaki makaleleri değerlendirmek için kriterler sağlar.

C. Genel klinik izleniminizi kullanın.

1. Klinik gözlem; sizin klinik tecrübeniz ve “klinik yargının” birleşimi ile elde edilen, hastanın öykü