

Baş-Boyun Muayenesi:

- İnspeksiyon
 - Palpasyon
 - Perküsyon
 - Oskültasyon ile başlar.
- Baş çevresi ölçümü : Baş çevresi, oksipital kemiğin en çıkıntılı noktası olan protuberansiya oksipitalis eksternadan başlayıp, kulakların ve kaşların üzerinden geçerek alında sonlanan hatta, esnek olmayan bir mezür kullanılarak yapılır. Mezür, glabella, kulak üstü ve oksiputtan geçmelidir.
 - 90 persentilin üzerinde ise makrosefali, 3 persentilin altında ise mikrosefali denir. Normal term yenidoğan: 33-38 cm > 35cm, 1 yaşında 47 cm dir.

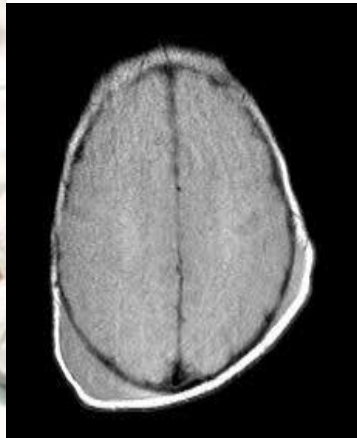
Fontaneller:

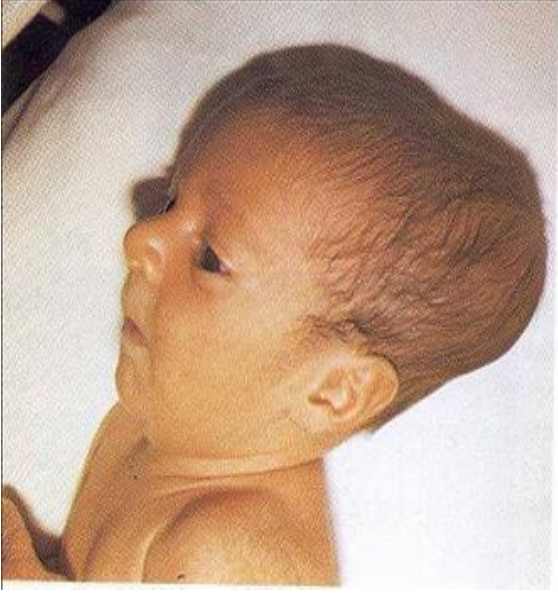
Ortalama kapanma zamanı, Arka fontanelde 4-6 ay, Ön fontanel 18 aydır. Ön fontanel 2-5 cm genişliğindedir.

- Anterior fontanel oturur pozisyonda, sakinken palpe edilir!!!
- Fontanel yumuşak hissedilmeli
- Fontanel çökük ya da bombe olmamalı
- Pulsasyon vermemeli
- Oskültasyon (Üfürüm varsa AV malformasyon ?)

Sefal hematom (kafa kemiklerinde periost altı kanama, sütür atlamaz, çökme kırığı olabilir, hiperbilirubinemi yapabilir, 3-4 haftada rezorbe olur)

Caput succedaneum (saçlı deri altında ödem, sütür atlar, 1 haftada iyileşir)

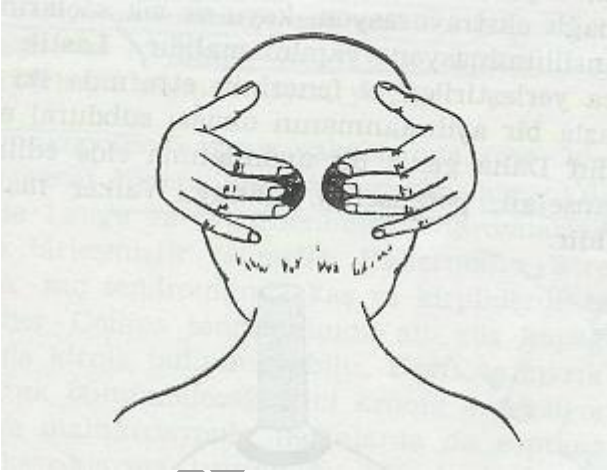




ilk 3 ay içinde kraniotabes alınması normaldir.

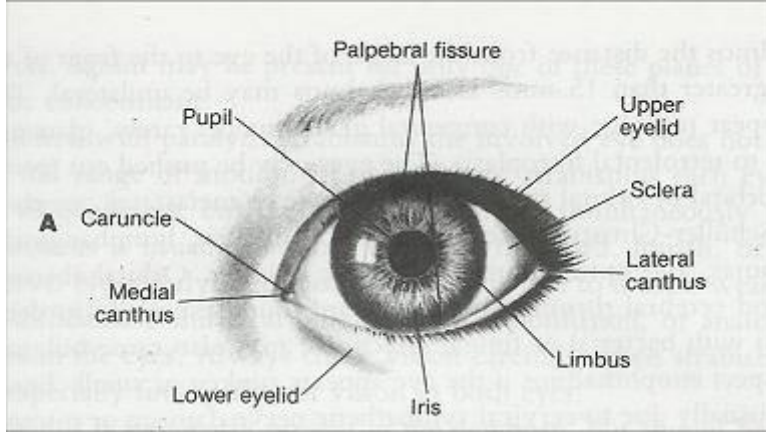
Kraniotabesin pozitif olduğu hastalıklar;

- Rikets
- Hidrocefali
- Osteogenezis imperfekta



GÖZLERİN İNCELENMESİ;

- Göz kapakları
- Konjonktiva
- Sklera
- Kornea
- Pupil



Gözler

Bir çok hastalıkta gözlerde bulgu olur. Kaş ve kirpikler yenidoğan ve prematürede genellikle yoktur. Alopesi yapan hastalıklar kaş ve kirpik dökülmesine neden olabilir. Ptozis üst göz kapakının düşük olmasıdır.

Konjunktiva: Alt göz kapakını hafif çekerek muayene edilir. Pürülan konjunktivitte gözde şişlik, kızarıklık, pürülan akıntı olur. Bakteriyel, viral, allerjik olabilir. Konjuktival kanama olabilir.

Sklera: Yenidoğan ve süt çocuklarında hafif mavi olabilir.

Mavi sklera: hiperfosfatazya, osteogenezis imperfekta, demir eksikliği anemisi.

Sarılık: hiperbilirubinemi (sarılığın ilk belirdiği ve en son kaybolduğu yer skleradır)



Pupilla (göz bebeği): İrisle çevrili olup gelen ışık miktarına göre küçülüp (miyozis) büyür (midriyazis). Normalde yuvarlak ve eşit büyüklüktedirler (izokori), eşit değilse anizokori denir.

İRİS: Gözün renkli kısmıdır. İrislerin farklı renkte olması heterokromi, İrisin olmaması aniridi, İrisin bir kısmının yokluğu koloboma denir.

Katarakt



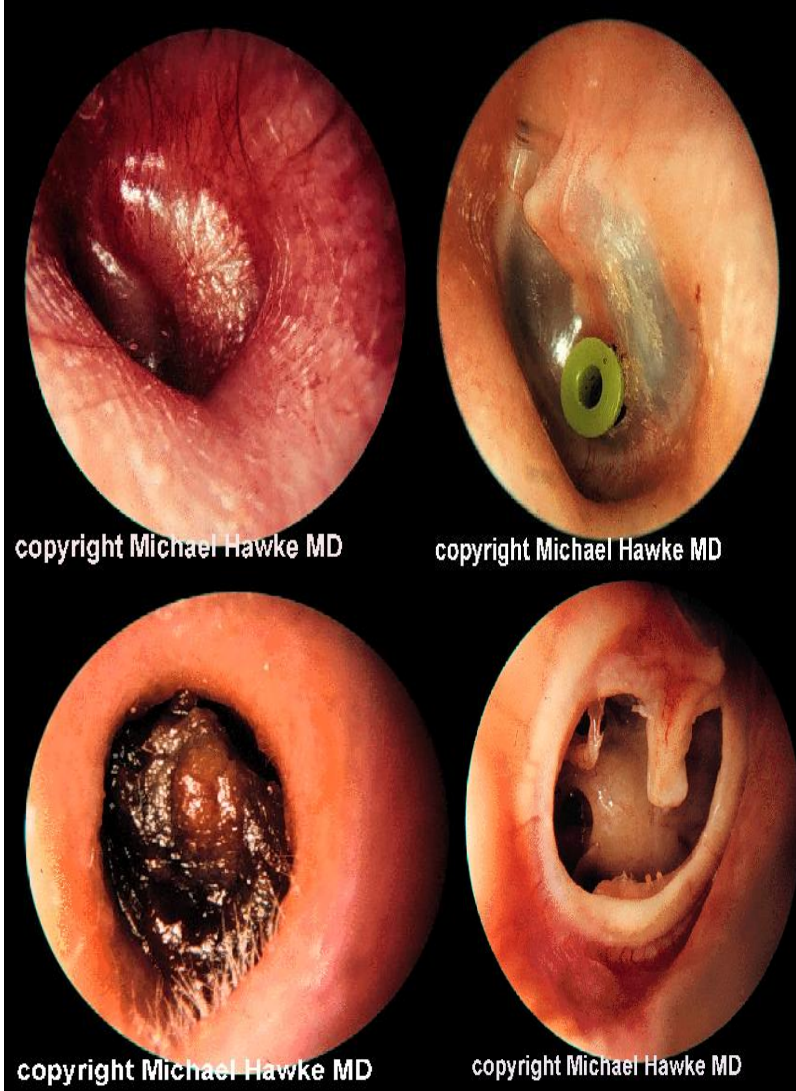
- Görme yeteneği, Göz hareketleri, Şaşılık, Nistagmus değerlendirilmelidir.

KULAK MUAYENESİ;

Dış kulağın inspeksiyonu, yeri, şekli, büyüklüğü

Dış kulak yolu ve kulak zarı muayenesi

Dış kulak yolu: Az miktarda kıl, sarı-yeşil serümen içerir.
Kulak zarı pembe-gri, translüsen, doğal görünümündedir.



1.Akut otitis media, 2.Ventilasyon tüpü, 3.Serumen,buşon, 4.Perfore membran

AĞIZ VE BOĞAZ MUAYENESİ

Dişler: Süt dişleri 20 adet, 5-6.ayda çıkmaya başlar, 2,5 – 3 yaşta tamamlanır

Daimi dişler 6 yaşta başlar, 16-20 yaşta biter, 32 adettir.

Ağzın çatısı, renk, sert damağın yapısı tonsiller ve posteriyor farinks uvula, bakılmalıdır.

Dudaklar:Renk (soluk, mor, koyu kırmızı),Yarık dudak-damak muayenesi yapılmalıdır.

Dil:Makroglossi (konj hipotiroidi, hemanjiom),Tremor, Kuruluk (dehidratasyon, ateş, ağızdan solunum), atrofik dil (demir, vit B12 eks) yönünden muayene edilmelidir.

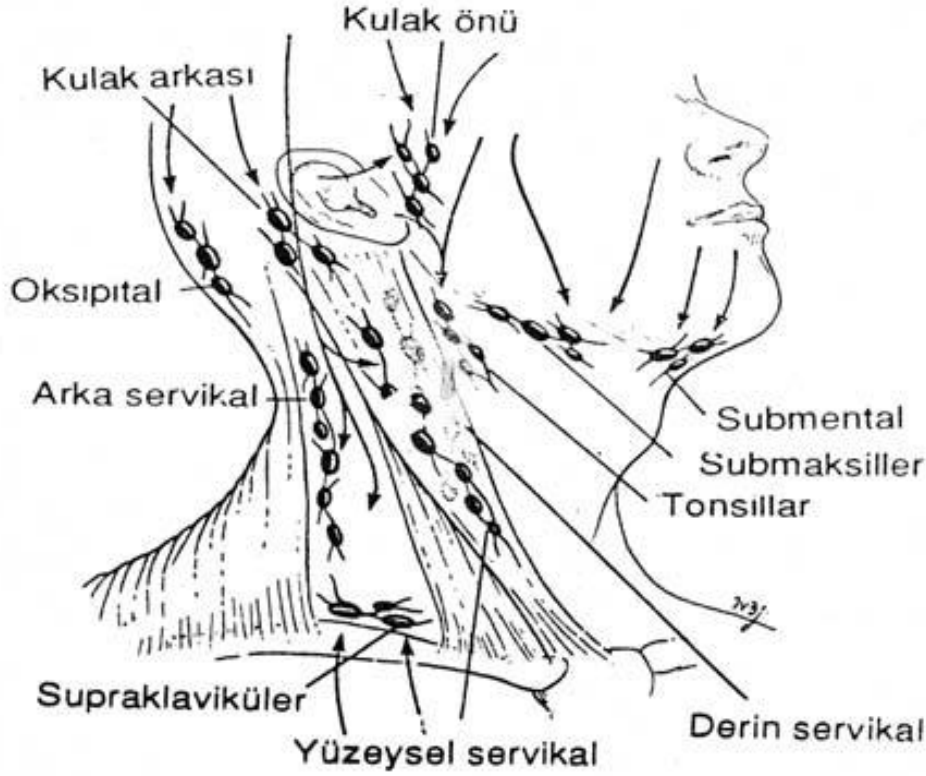


Boyun Muayenesi:

Boyun Palpasyonu: Hastanın önünde durulur, sol el oksiput üzerine konur, baş hafif ekstansiyona getirilir, diğer el ile palpasyon yapılır. Parmak uçları kullanılarak, hafif bastırılıp dairesel hareketler yapılır. Lenf bezlerinin yeri, büyüklüğü, hassasiyeti muayene edilmelidir. Trakea orta hatta olmalı, sağ ve sola kaymışsa atelektazi, yabancı cisim, plörezi, kitle olabilir. Boyun bölgesi kitleleri gerektiğinde perküsyon ile muayene edilmelidir.

Tiroid bezi :Normalde palpe edilmez.Hasta oturtulur, karşıya bakması söylenir, boyun rahatlatılır.Hastanın arkasına geçilir, her iki elin işaret parmakları krikoid kıkırdağın altına yerleştirilir. Hastaya yutkunması söylenir. Tiroid parmaklar arasından kayarken büyüklüğü, kıvamı, hassasiyet ve nodül olup olmadığı tespit edilir.Büyümüş tiroide guatr denir

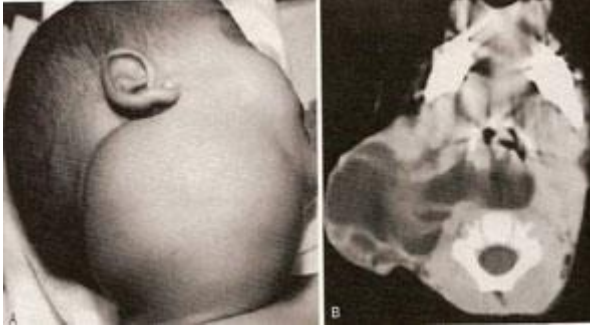
Lenf Nodülü Muayenesi



Lenf nodlarının gelişimi

Doğumda hiçbir lenf nodu palpe edilemez.Doğumdan sonra dışarıdan antijenik yapılara maruz kalmalar sonucu lenfoid doku kitlesinde devamlı artış vardır. Artış 8-12 yaşlarında maksimum miktarına ulaşır. Puberte döneminde lenfoid dokuda başlayan atrofiye gidiş tüm hayat boyu devam eder.

Boyun venlerinde dolgunluk olup olmadığına bakılır. Gerekirse oskulte edilmelidir.



Kistik Higroma



Tiroglossal kist



Hemanjiom

TIROİD MUAYENESİ

Tiroid bezi normal olarak boynun ön tarafında, tiroid kıkırdağı ile trakea arasına yerleşmiştir. İki lobu olup, bu loblar istmus aracılığı ile birleşmişlerdir(Şekil 1).

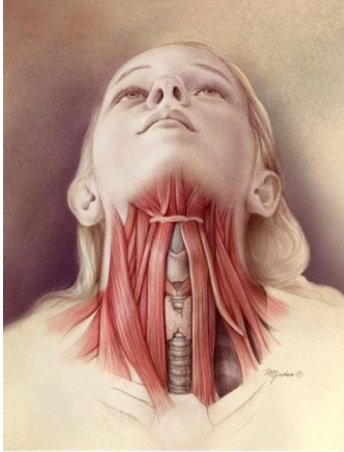
Tiroid bezinin inspeksiyonu: İnspeksiyon sırasında bezin lokalizasyonu, büyüklüğü, şekli, simetrisitesi ve yüzeyi hakkında bilgi sağlanabilir

Tiroid bezinin oksültasyonu:, guatr ve hipertiroidi bulguları olan hastalarda Tiroid bezi oksülte edilmelidir. Bu tip hastalarda tiroid üzerinde üfürüm duyulması bezin vaskülaritesinin arttığını belirtir.

Tiroid bezinin palpasyon: Tiroid bezinin palpasyonu, inspeksiyonundan farklı olarak çift veya tek elle ve önden veya arkadan yaklaşımla çeşitli şekillerde uygulanabilir En sık olarak posterior bimanuel yaklaşım uygulanır(şekil2). Hastanın arkasında dikilirken her iki elin

ikinci ve üçüncü parmakları orta hatta yerleştirilir. Eller suprasternal çıkıntının 2 cm yukarısında ve sternokleidomastoid kasın medial sınırının 0.5 cm iç tarafında olmalıdır. Bu pozisyon kullanılarak önce tiroid istmusu bulunur (krikoid kıkırdağın altında ve subrasternal çıkıntının üzerinde) ve sonra tiroid lobları palpe edilir. Asimetri yada nodül varlığı durumunda lob detaylı olarak palpe edilmelidir. Bu bir elle trakeayı sabitleyip diğer elle tiroid lobu palpe edilerek yapılabilir. Guatr, tiroid bezinin yaygın ya da nodüler sekilde büyümesidir(şekil3). Tiroid bezinin yaygın olarak büyümesine diffüz guatr, nodül içeren guatlara ise nodüler guatr denilir. Diffüz guatr daha sık görülür ancak zaman içinde diffüz guatrlar nodüler guatr haline dönüşebilir. Önceleri tiroid bezi büyüklüğü palpasyonla değerlendirilirken,günümüzde fizik muayene yanı sıra tiroid ultrasonografisi ile tiroid hacmi değerlendirilmektedir. Guatr büyüklüğünün değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kriterleri kullanılır.(Evre 0: Görünen veya palpe edilebilen guatr yok.Evre 1: Boyun normal pozisyonda iken görünen guatr yok, ancak palpe edilebilir. Evre 2: Boyun normal pozisyonda iken gözle görülen büyümüş tiroid bezi.) Ultrasonografi ile tiroid hacminin değerlendirilmesi objektif bir yöntemdir.

Fizik muayenede guatr büyüklüğü ile birlikte bezin kıvamına, simetrik ya da asimetrik büyüme olup olmadığına, yüzeyine, yaygın ya da nodüler olup olmadığına bakılmalıdır. Hassasiyetine, solunum güçlüğü, ses kısıklığı,yutma güçlüğü gibi başı bulgularının varlığına, boyunda lenf bezi büyüklüğüne dikkat edilmelidir. Yumusak kıvamda tiroid bezi büyümesi kompensatuar guatr ve inflamasyonu düşündürürken, lastik kıvamında olması Haşimoto tiroiditini, sert kıvam ise maligniteyi akla getirir. Diffüz ancak asimetrik bir büyüme söz konusu ise tiroid disgenезisi, kist veya malignite düşünülmelidir. Guatrın yüzeyinde çok sayıda nodül palpe edilmesi iyot eksikliğine bağlı multinodüler guatr veya kronik lenfositik tiroiditi, tek ve sert nodül ise tiroid malignitesini düşündürmelidir. Ağrılı, hassas, ısı artısının olduğu bir guatr varsa inflamasyon üzerinde durulmalı akut süpüratif veya subakut tiroidit araştırılmalıdır. Bası bulguları yanı sıra guatr tespit edilen bir olguda irdelenmesi gereken hipo ya da hipertiroidi ve ait klinik bulguların olup olmadığıdır. Guatr ile birlikte hipotiroidi klinigi varlığında kompensatuar guatr, kronik lenfositik tiroiditin geç evresi gibi patolojiler üzerinde durulurken, guatr ile birlikte hipertiroidi kliniginde Graves hastalığı ya da kronik lenfositik tiroiditin erken evresi gibi nedenler araştırılmalıdır.



Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3