

Akkreditə olunmuş şəxs üçün istinad məlumatı

Xəstəyə özümü necə təqdim etməliyəm və bu nə üçün lazımdır?

Misal:

“Salam, mənim adım ____, mən tibb universitetinin altıncı kursun tələbəsiyəm / yerli terapevtəm /...” (istədiyiniz kimi səsləndirə bilərsiniz)

Xəstənin ona qulluq edənlərin adlarını və vəzifələrini bilmək hüququ var.

Qarşıdan gələn manipulyasiyalar haqqında məlumat

Misal:

“Bu gün mən sizin tənəffüs sisteminizi müayinə etməliyəm. Nəbzi yoxlamalıyam, temperaturu ölçməliyəm, döş qəfəsini yoxlamalıyam, ağciyərlərə qulaq asmalıyam. Bununla razılışırsınız?” (istədiyiniz kimi səsləndirə bilərsiniz)

Məlumatlı olduqda, xəstə özünü daha sakit və inamlı hiss edir və prosesə daha çox cəlb olunur.

Müayinə zamanı mənə nəyə deməyə ehtiyac varmı?

Müayinə zamanı, hər manipulyasiyadan əvvəl xəstəni xəbərdar etməyə dəyər:

“İndi əllərinizi yoxlayacağam. Xahiş edirəm belə edin...”

və həmçinin nəticələri şərh edin:

“Nəbz simmetrik, ritmikdir, doldurulma yaxşıdır, gərginliyi normaldır”

Həmişə xəstə ilə təmasda olmağa çalışın, bu, etibarlı və sakit bir atmosfer yaratmağa kömək edəcəkdir.

Məlumatların toplanması. Xəstə ilə sual-cavab

1. Özünüzü təqdim etdikdən və xəstənin tam adını və yaşını soruşduqdan sonra şikayətlərə aydınlıq gətirmək üçün sorğu **“Nə ilə əlaqədar gəlmisiniz?”** sualı ilə başlamalıdır. Bundan sonra sizə lazım olan tək şey xəstənin hekayəsini diqqətlə dinləməkdir.
2. Xəstə şikayətləri sadaladıqdan sonra xəstə: “Xeyr, hamısı budur” deməzdən əvvəl xəstənin onu narahat edən bütün şikayətləri (**“Başqa?”, “Əlavə?”**) söylədiyini aydınlaşdırmaq lazımdır.
3. Sonra, bütün məlumatın sizin tərəfinizdən yazıldığını və düzgün başa düşüldüyünü aydınlaşdırmaq üçün **xəstənin ifadə etdiyi bütün şikayətləri yüksək səsle sadalamalısınız**. Həm də bu, xəstənin etibarına müsbət təsir göstərir, onu diqqətlə dinlədiyinizi başa düşür.
4. Anamnez toplanması xəstədən ətraflı cavab tələb edən **açıq suallarla** başlamalıdır. (Məsələn: “Mənə vəziyyətiniz barədə əvvəldən danışın.”).
5. Xəstənin dəqiq cavabını nəzərdə tutan **qapalı suallara** tədricən keçmək. (Məsələn: “Nə cür öskürəyiniz var?”, “Dəqiq harada ağrıyır?”).

Bu prinsip **huni prinsipi** adlanır, burada siz “daha geniş” suallardan “dar” olanlara keçirsiniz.



Baxış

Xəstənin vəziyyəti

Xəstənin vəziyyəti aktiv, passiv və ya məcburi ola bilər.

Aktiv vəziyyət - xəstə asanlıqla və sərbəst şəkildə könüllü (aktiv) hərəkətləri yerinə yetirir.

Passiv vəziyyət - xəstə könüllü hərəkətlər edə bilməz, ona verilən mövqeyi saxlayır.

Məcburi vəziyyət - xəstənin özü ağrı və digər patoloji simptomları azaltmaq (səviyyəsini azaltmaq) üçün bir mövqe tutur.

Məcburi mövqelərə nümunələr:

Peritonun iltihabı ilə əlaqəli qarın ağrısı üçün xəstə qarına hər hansı bir toxunuşdan qaçaraq, əyilmiş ayaqları ilə yatır və ya oturur.

Plevrit ilə xəstə ağrıları azaltmaq və sağlam ağciyərin ekskürsiyasını asanlaşdırmaq üçün təsirlənmiş tərəfdə yatır.

Boğulma halında, nəfəs almağı asanlaşdırmaq və köməkçi əzələləri aktivləşdirmək üçün əllərini çarpayığa söykəyərək oturur (ortopne mövqeyi).

Tənəffüs sisteminin patologiyalarında qanın oksigenlə doymasının azalması səbəbindən **dərinin** diffuz siyanozu, bəzən boz və ya çəhrayı rənglə görünür.

Eyni səbəblərə görə, **əllərin və ayaqların terminal falanqları** qalınlaşır ("təbil çubuqları") və deformasiyaya uğramış dirnaqlar "saat şüşələri" görünüşünü alır. (Bax "İstinad məlumatı (Ürək-damar sistemi)")

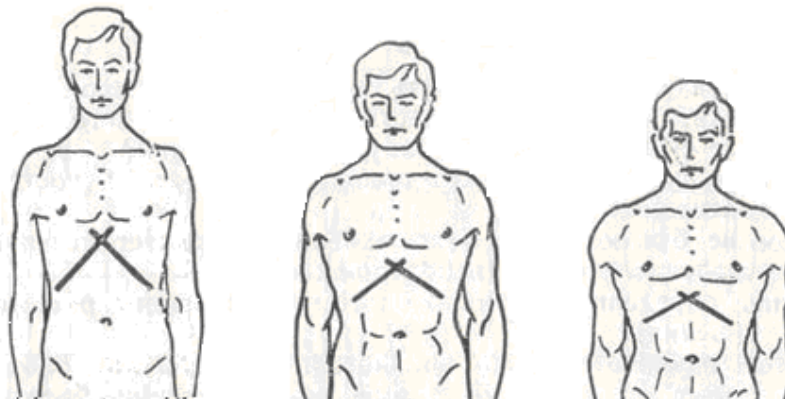
Döş qəfəsinin forması

Döş qəfəsinin anteroposterior diametri lateral diametrdən az olmalıdır.

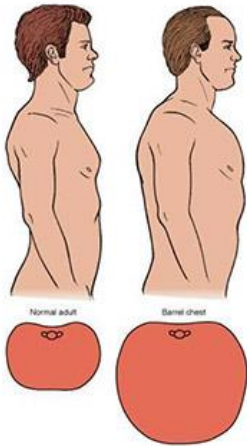
Kostal bucağa da baxırıq - xiphoid prosesinin altındakı qabırğa kənarları arasındakı bucaq.

Normalda təxminən 90° olmalıdır.

- *Normostenik döş qəfəsi* - kəsilmiş konus forması, zəif müəyyən edilmiş körpücüküstü və körpücükaltı çuxurlarla xarakterizə olunur.
- *Astenik döş qəfəsi* - kiçik diametr və uzunsov forma ilə, güclü şəkildə tələffüz olunan körpücük sümüklərlə, körpücüküstü və körpücükaltı çuxurlarla xarakterizə olunur.
- *Hiperstenik döş qəfəsi* - döş nahiyəsinin yaxşı inkişaf etmiş əzələlərinə malikdir, silindr şəklindədir - ön arxa və yan mövqelərin diametri demək olar ki, eynidir.

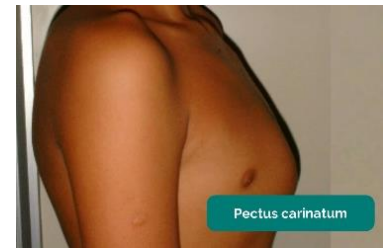


Döş qəfəsinin deformasiyaları



Çəllək formasında döş qəfəsi – böyük döş qəfəsi və çox genişlənmiş sinə. Əsasən emfizem ilə əlaqələndirilir.

Pectus carinatum (toyuq döş qəfəsi): döş sümüyünün önə doğru çıxıntı şəklində deformasiyasıdır. Adətən idiopatik və ya raxit ilə əlaqələndirilir.



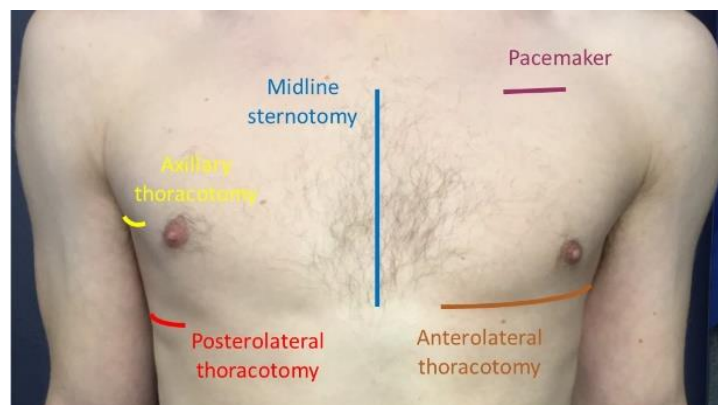
Pectus excavatum (çəkməçi döş qəfəsi): sinə qabarması və batıqlığı. Bu anadangəlmə qüsurdur



Kifoz: torakal onurğanın əyriliyinin artması.

Skolioz: onurğanın yan əyriliyinin artması.

Lordoz: onurğanın önə doğru qabarıqlıqla patoloji əyriliyi.



Döş qəfəsinin simmetriyası sakit nəfəs zamanı qiymətləndirilir. Sağlam bir insanda sinə həm inhalyasiya, həm də ekshalasiya zamanı simmetrikdir.

- Bir yarının həcmnin artması – hidro- və ya pnevmotoraks.
- Azalması – obstruktiv ateletaz və ağciyər sirrozu.

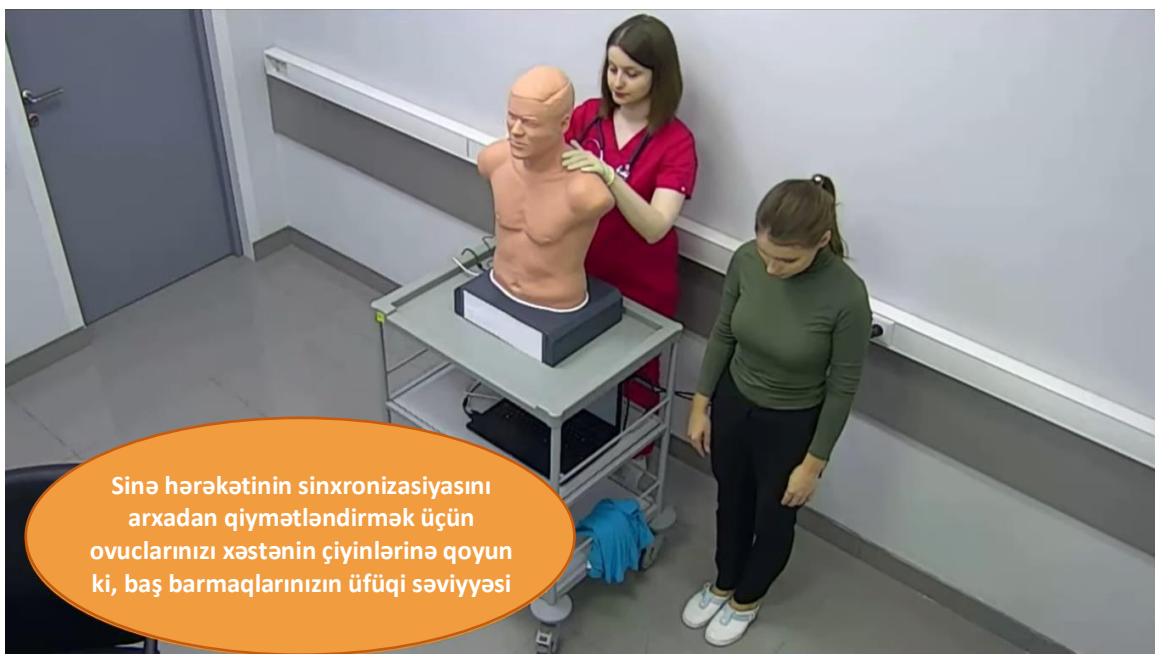
Nəfəsin tipinin qiymətləndirilməsi inhalyasiya və ekshalasiyanı təmin edən əzələ qrupunun müəyyənləşdirilməsinə əsaslanır: qarın mətbuatı və diafraqma qarın nəfəs növü üçün, qabırğaarası əzələlər isə torakal nəfəs növü üçün cavabdehdir. Qarın və torakal komponentin üstünlük təşkil etmədiyi qarışıq bir tənəffüs növü də var.

- Kişilər və uşaqlar – qarın növü üstünlük təşkil edir.
- Qadınlar – döş (torakal) növü üstünlük təşkil edir.

Nəfəs alma növünün dəyişməsi qabırğaların sınıqları, plevranın iltihabı və s. ilə bağlı ola bilər.

Tənəffüs sinxronizasiyası xəstənin dərin nəfəs hərəkətləri fonunda qiymətləndirilir. Bu vəziyyətdə, ön tərəfdəki uyğun əlamətlər qabırğa tağlarının vəziyyəti və onların tənəffüs ekskursiyası, arxadan – kürək sümüklərin vəziyyəti və nəfəs alma zamanı hərəkətləridir.

- Sağlam bir insanda sinənin hər iki yarısı sinxron şəkildə nəfəs almada iştirak edir.
- Onların hər hansı birində gecikmə ağciyərlərdə və ya plevra boşluğunda birtərəfli patoloji proseslərdə baş verir.



Nəfəs ritmini təsvir edərkən nəfəs almanın dərinliyi, inhalyasiya və ekshalasiya fazalarının nisbəti və nəfəsin həcmi nəzərə alınır.

Tənəffüs hərəkətləri arasındakı zaman intervalları eyni olarsa, tənəffüs ritmikdir, eyni deyilsə - aritmikdir.

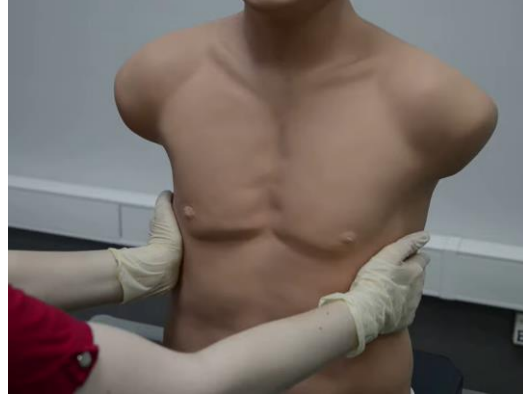
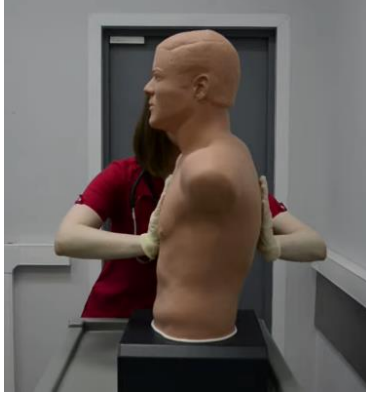
Döş qəfəsinin **uyğun yerlərinin** (məsələn, **qabırğaarası boşluqların**) **geri çəkilməsinin mövcudluğunun** müəyyən edilməsi

Sinə içərisində hava təzyiqinin azalması səbəbindən baş verirlər. Bu, yuxarı tənəffüs yolları (**traxeya**) və ya ağciyərlərin kiçik tənəffüs yolları (bronxiollar) qismən bağlandıqda baş verə bilər. Nəticədə, nəfəs alarkən qabırğaarası əzələlər içəriyə çəkilir. Bu tənəffüs yollarının tıxanmasının əlamətidir.

Döş qəfəsinin palpasiyası

Döş qəfəsinin elastikliyi əsasən qabırğa qığırdaqlarının ossifikasiya dərəcəindən asılıdır və onun sıxılma müqaviməti hissi ilə müəyyən edilir.

- Döş qəfəsində sərtliyin artmasının ən çox görülən səbəbləri emfizem, ağciyər toxumasının kütləvi sıxılması və plevranın bəzi xəstəlikləri, məsələn, eksudativ plevritdir.

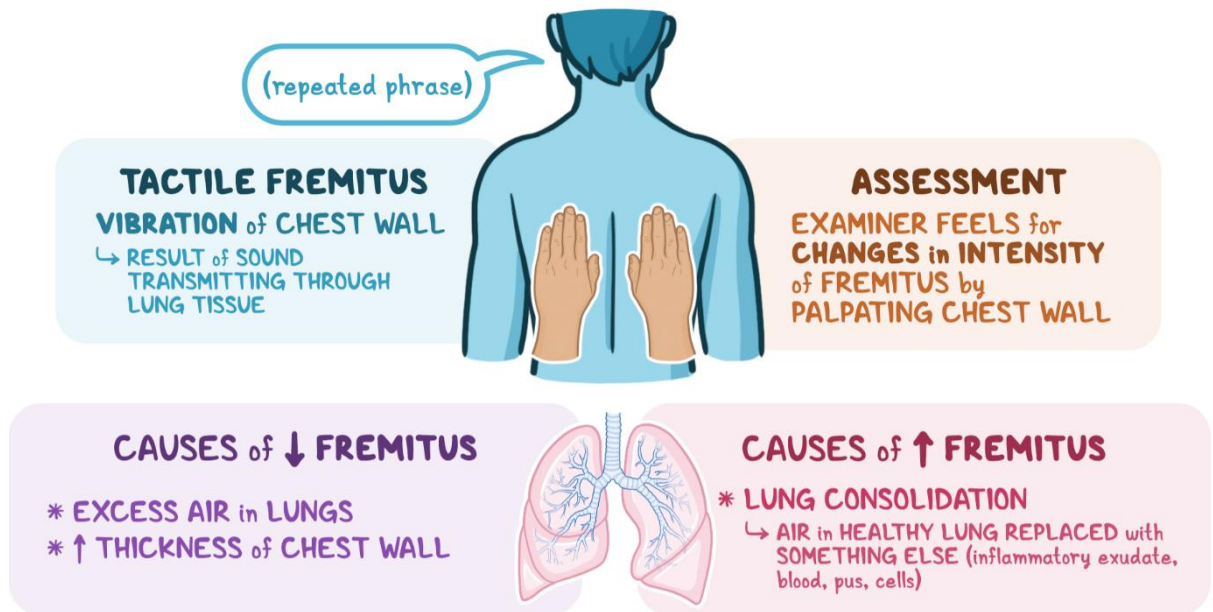


Taktil fremitusunun tərfi toxumaların səs telləri gərgin olduqda baş verən titrəmələri keçirmə qabiliyyətinə əsaslanır.

Xəstə "r" hərfi olan sözləri tələffüz etdikdə, əllərini döş qəfəsinin simmetrik bölgələrinə qoyarkən palpasiya ilə müəyyən edilir.

- Normalda taktil fremitusu hər iki tərəfdə bərabər şəkildə keçirilir
- Onun birtərəfli zəifləməsi hidro- və ya fibrotoraks zamanı müşahidə olunur
- Gücləndirmə, məsələn, lobar və ya fokal iltihablı topaq, kompression atelektaz zamanı ola bilər

Ağciyər toxumasının havadarlığının artması ilə (ağciyər emfizemi) bu göstəricinin ikitərəfli zəifləməsi müşahidə olunur.





Supraklavikulyar sahələr



Subklavikulyar sahələr



Yan sahələr



Supraskapulyar sahələr



Kürəklərərası sahələr



Subkapulyar sahələr

Xəstədən başını aşağı salaraq bir az irəli əyilməsini və ovuclarını çiyinlərində tutaraq qollarını sinəsinin üstündə çarpazlaşdırmasını xahiş etmək

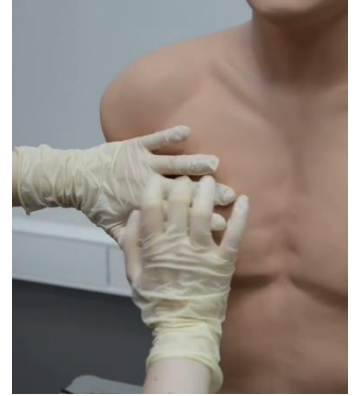
Ağciyərlərin perkussiyası

Döş qəfəsinin perkussiyası altında yatan toxumaların sıxlığından asılı olaraq cingiltidən kar səslərə qədər müxtəlif səslər əmələ gətirir.

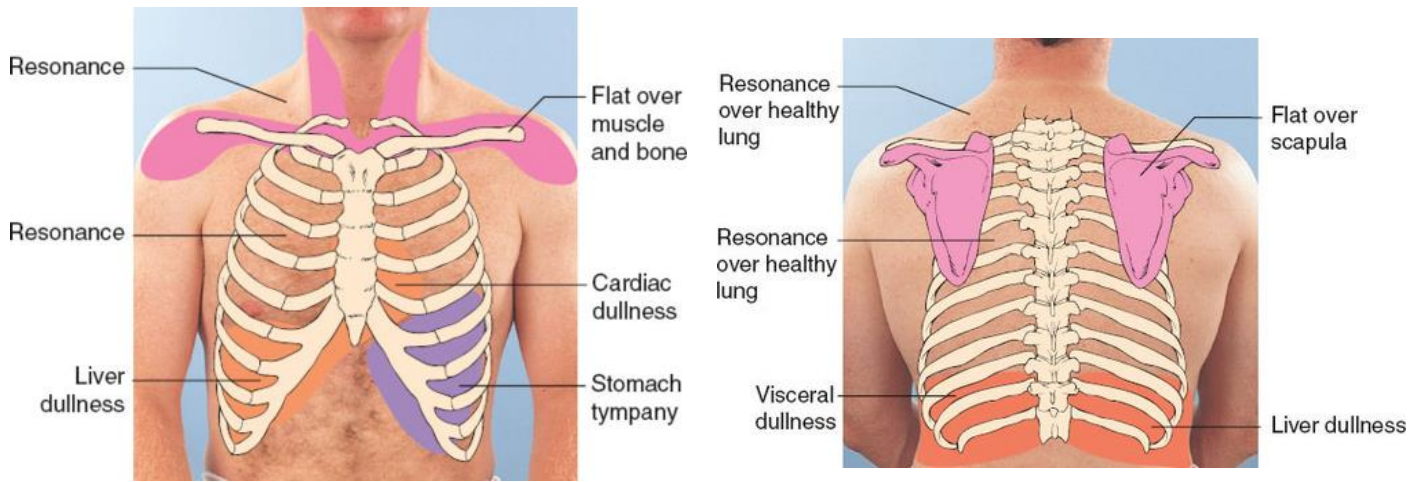
Normalda ağciyər toxuması üzərində perkutor səsi bütün bədəndə ən aydındır və ağciyər adlanır (Resonance).

Qutu perkutor səsi (Hyperresonance) – emfizematoz dəyişikliklər, ağciyər toxumasının havadarlığının artması, pnevmotoraks.

Kar perkutor səsi efuzyon və ya konsolidasiya sahələri kimi daha sıx toxumaları göstərir.



Perkussiyanın norması:



Patologiyada perkutor səsinin dəyişməsi



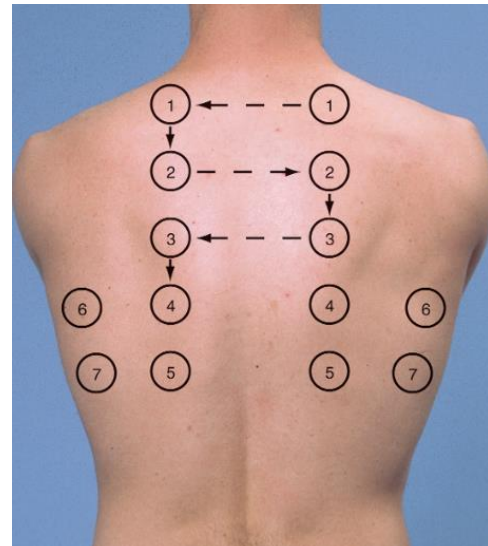
Sound	Intensity	Pitch	Duration	Quality	Source
Resonance	Mod-Low	Low	Long	Hollow	Normal Lung
Tympany	Loud	High	Moderate	Drum-Like	Gastric Air Bubble Intestinal Air
Dullness	Soft-Mod	High	Moderate	Thud-Like	Liver Spleen Full Bladder Pregnant Uterus Diaphragm Pleural Effusion Lobar Pneumonia
Hyperresonance	Very Loud	Very Low	Long	Booming	Hyperinflated Lung Emphysema Pneumothorax
Flatness	Soft	High	Short	Flat	Muscle Bone Thigh



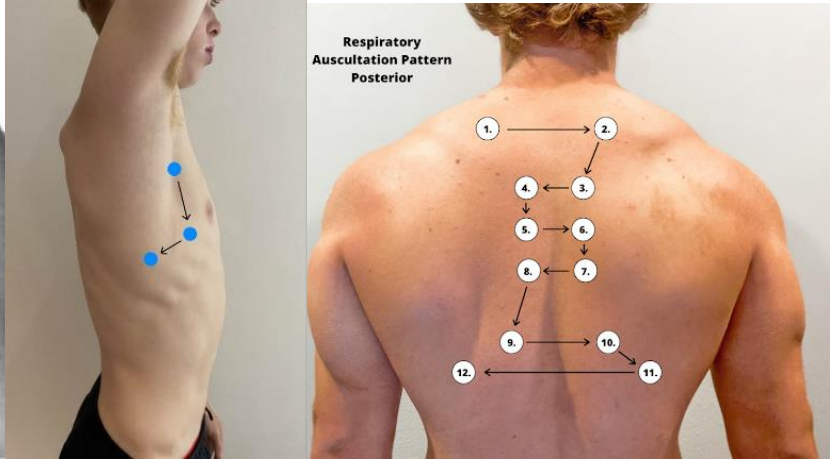
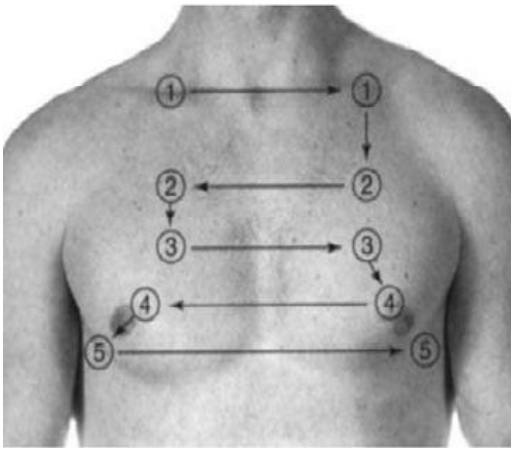
Kürəklərarası boşluğun yuxarı, orta və aşağı hissələri



VII, VIII və IX qabırğaarası boşluqlarda kürəkaltı nahiyələr



Ağciyərlərin auskultasiyası



Ağciyər zonaları:

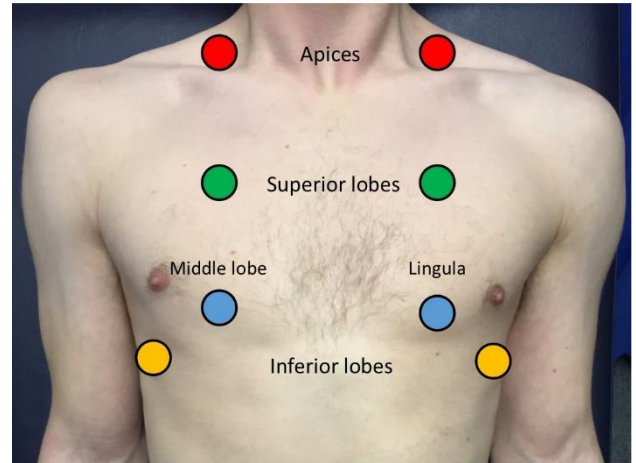
Ön tərəf

Zirvələr: Körpücüküstü çuxurlarda (Supraclavicular fossa)

Yuxarı paylar: orta körpücük xətti boyunca 2-ci qabırğaarasında

Orta paylar: 5-ci qabırğa səviyyəsində, orta körpücük xətti boyunca

Aşağı paylar: 7-ci qabırğaarasında, orta qoltuqaltı xətti boyunca



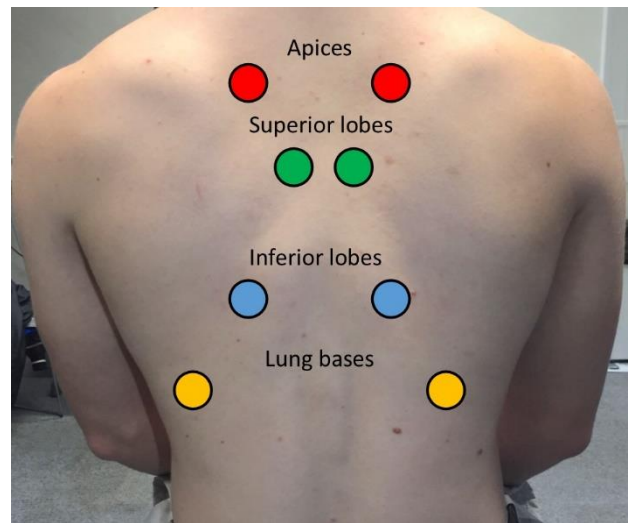
Arxa tərəf

Zirvələr: spina scapularis-in medial bucağının üstündə

Yuxarı paylar: spina scapularis-in medial hissəsində

Orta paylar: skapulanın aşağı bucağından 5 sm aşağıda və medial

Əsaslar: T10 səviyyəsində, onurğa sütununun 5 sm lateral sahədə



AĞCIYƏR AUSKULTASIYASI ZAMANI NƏYİ MÜƏYYƏN ETMƏLİYƏM?

1. **TƏNƏFFÜS NÖVÜ (ƏSAS TƏNƏFFÜS KÜYÜ)** (inhalyasiya və ekshalasiya fazalarının müddətini müqayisə edin);
2. **ƏLAVƏ TƏNƏFFÜS KÜYÜ** varmı?;
3. Bu əlavə küylər **TƏNƏFFÜS DÖVRÜNÜN HANSI MƏRHƏLƏSİNDƏ (INHALYASIYA, EKSHALASIYA)** eşidilir?


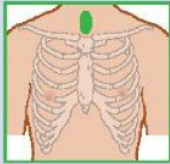



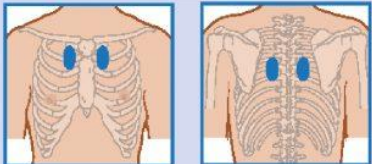

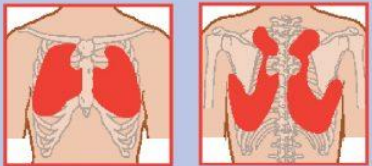
HANSI TƏNƏFFÜS NÖVLƏRİ VAR (ƏSAS TƏNƏFFÜS KÜYÜ)?

Traxeal - nəfəs borusu üzərində

Bronxial - (biraz aşağı) döş sümüyünün manubriumundan yuxarıda və arxa tərəfdən paravertebral 3-4 torakal fəqərə səviyyəsinə qədər

Bronxovezikulyar - böyük bronxlar

Vezikulyar – periferiya

Breath sound	Intensity and pitch	Inspiratory: expiratory ratio	Positions to hear sounds
Tracheal 	Very loud, high pitch	Inspiratory and expiratory sounds equal	Over the trachea (above the subclavicular notch) 
Bronchial 	Loud, relatively high pitch	Inspiratory sound shorter than expiratory	Over the manubrium (just above the clavicles) 
Bronchovesicular 	Medium loudness, intermediate pitch	Inspiratory and expiratory sounds equal	First and second intercostal spaces next to the sternum and between the scapula 
Vesicular 	Soft, relatively low pitch	Inspiratory sound longer than expiratory	Most of the lung field 

NÖVÜ NECƏ MÜƏYYƏN EDİM? (NORMA)

- **Inhalyasiya və ekshalasiya müddətindəki fərqə görə**

Vezikulyar tənəffüs:

- inhalyasiya və ekshalasiya müddətlərinin nisbəti 3:1 ya da 3:0 (inhalyasiyani tamamilə eşidirəm, amma nəfəs verməni çətinliklə);
- inhalyasiya və ekshalasiya arasında fasilə yoxdur;
- döş qəfəsinin simmetrik nahiyyələri üzərində bərabər eşidilir;
- sağlam ağciyər toxuması üzərində eşidilir.

Bronxial tənəffüs (və traxéal):

- inhalyasiya və ekshalasiya müddətlərinin nisbəti 1:1;
- inhalyasiya və ekshalasiya arasında səssiz bir fasilə var;
- normal olaraq yalnız müəyyən yerlərdə eşidilir (döş sümüyünün manubriumundan yuxarı və 3-4-cü döş fəqərələrinin səviyyəsinə qədər arxa tərəfdən paravertebral).

Bronxovezikulyar tənəffüs:

- inhalyasiya və ekshalasiya müddətlərinin nisbəti 1:1 (BRONXIAL ƏLAMƏTİ);
- inhalyasiya və ekshalasiya arasında fasilə yoxdur (VEZİKULYAR ƏLAMƏTİ);
- adətən kürəklərarası nahiyyədə eşidilir.

Normal traxéal/bronxial tənəffüs hər iki tənəffüs siklində suprasternal çentikdə və ya boynun lateral hissəsində aydın eşidilən, geniş tezlik diapazonunda olan küt, qeyri-musiqili səsdir.

Anormal traxéal/bronxial tənəffüs ağciyərlərin periferik nahiyyələrində eşidilir və ağciyərlərin konsolidasiyasını (iltihab, infeksiya, qanaxma, zülal və ya bədxassəli şişlərə görə) göstərə bilər. Yuxarı tənəffüs yollarının obstruksiyası olan xəstələrdə traxeya səsləri musiqiyə çevrilə bilər və stridor və ya lokallaşdırılmış xırıltılar şəklində özünü göstərə bilər.

Tənəffüs növü lazım olmadığı yerdə eşidilsə - BU PATOLOGİYADIR

Vezikulyar tənəffüs nə vaxt dəyişə bilər?

Vezikulyar tənəffüsün fizioloji zəifləməsi - əzələləri və ya piy toxuması çox inkişaf etmiş xəstələrdə baş verir.

Vezikulyar tənəffüsün patoloji azalması:

- erkən kəskin lobar pnevmoniya zamanı (alveolların efüzyonla doldurulması səbəbindən);
- inhalyasiyanın zəifləməsi mərhələsində (tənəffüs əzələlərinin, qabırğaarası sinirlərinin iltihabı, qabırğaların sınıqları);
- ağciyər emfizeması zamanı - onların distrofiyası səbəbindən funksional alveolların sayının əhəmiyyətli dərəcədə azalması;
- böyük bronxun lümeni tıxandıqda;
- plevra boşluğunda çoxlu miqdarda maye və ya hava olduqda.

Fizioloji intensivləşmə – əzələlərin və ya dərialtı piy qatının zəif inkişafı ilə, fiziki fəaliyyət zamanı.

Vezikulyar tənəffüsün patoloji artması:

artan ekshalasiya ilə eşidilə bilər - kiçik bronxlardan havanın keçməsində çətinlik səbəbindən; bu maneə adətən kiçik bronxların və bronxiolların lümeninin daralması (bronxospazm, selikli qişanın iltihablı şişməsi) nəticəsində yaranır.

Belə artan vezikulyar tənəffüs sərt nəfəs adlanır və kiçik bronxların vahid daralması ilə (bronxit) özünü göstərir.

Vezikulyar tənəffüsün kəmiyyət dəyişikliklərinə aşağıdakılar daxildir:

- zəifləmə
- artma

Vezikulyar tənəffüsün keyfiyyət dəyişikliklərinə aşağıdakılar daxildir:

- sərt vezikulyar tənəffüs;
- uzadılmış nəfəsvermə ilə vezikulyar tənəffüs;
- aralıqlı vezikulyar tənəffüs.

Əlavə tənəffüs küyləri

(Patoloji; normal olaraq heç bir yerdə eşidilməməlidir)



+ Plevral sürtünmə küyü, stridor, eqofoniya və s.

1) **Yaş xırıltı** — qeyri-musiqili, qısa (<0,25 saniyə), ağciyərlərin iki sahəsi arasında qaz təzyiqinin qəfil bərabərləşməsi nəticəsində yaranan, əsasən nəfəsalma zamanı eşidilən partlayıcı nəfəs səsləri. Onlar əvvəllər bağlanmış kiçik tənəffüs yolları açıldıqda baş verir. Sağlam insanlarda xırıltı müvəqqəti görünə bilər, lakin bir neçə dərin nəfəsdən sonra yox olur.

a) **Kiçik qabarcıqlı**, əvvəllər krepitasiya adlanan, nəfəsalmanın ortasında və sonunda eşidilir, öskürək və ya bədən mövqeyindən təsirlənmir. Bu yüksək səslər pulmonar fibroz, konjestif ürək çatışmazlığı və ya pnevmoniya nəticəsində yarana bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, sarkoidozda incə xırıltılar minimaldır və ya yoxdur, çünki xəstəlik ilk növbədə ağciyərlərin mərkəzi zonalarına təsir göstərir.

b) **İri qabarcıqlı** nəfəsalmanın əvvəlində və bütün nəfəsvermə zamanı eşidilir, ağıza keçə bilər və öskürəklə dəyişə bilər, lakin bədən mövqeyinin dəyişməsindən təsirlənmir. Bu yavaş səslər adətən bronxoektaz və tənəffüs yollarında sekresiya ilə xarakterizə olunan digər hallarda müşahidə olunur.

2) **Vızıldaııcı və fitverici quru xırıltılar** davamlı musiqi səsləridir (>0,25 saniyə), yüksək (fitverici) və ya alçaq (vızıldaııcı) ola bilər və adətən nəfəsvermədə eşidilir. Fitverici (fit səsləri) daralmış tənəffüs yollarından turbulent hava axınından, vızıldaııcı xırıltı isə əsasən tənəffüs yollarında olan ifrazatlardan yaranır. **Nəfəsvermə zamanı fitverici xırıltı** ən çox astma, xroniki obstruktiv ağciyər xəstəliyi (KOAH), mədə məzmununun aspirasiyası və ya ürək çatışmazlığı ilə baş verə bilən sinə içində tənəffüs yollarının daralması nəticəsində yaranır. Qeyd etmək lazımdır ki, lokallaşdırılmış fitverici xırıltı fokal prosesi, o cümlədən şiş, yad cisim və ya selikli tıxacla bağlı ola bilər.

3) **Stridor** yuxarı tənəffüs yollarından nəfəs alarkən daha aydın, bəzən stetoskopsuz eşidilən, xüsusilə güclü, yüksək tonlu, davamlı səsdır. Bu səs tənəffüs yollarının kəskin daralması nəticəsində yaranır və qırtlaq və ya traxeyanın tıxanmasını göstərə bilər. Səs telinin disfunksiyası, epiqlottit, tənəffüs yollarının ödemə, anafilaksiya, larinqotraxeit, traxeyanın xarici sıxılması və ya yad cisim olan xəstələrdə stridor eşidilə bilər.

- 4) **Plevral sürtünmə küyü** iltihablı və ya neoplastik proses zamanı fibrin çökməsi nəticəsində plevranın parietal və visseral təbəqələrinin sürtünməsi nəticəsində yaranır. Adətən ikifazalıdır və bazal və qoltuqaltı bölgələrdə daha yaxşı eşidilir.