

# Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı

DÖRDÜNCÜ BASKI

K. Joseph Hurt  
Matthew W. Guile  
Jessica L. Bienstock  
Harold E. Fox  
Edward E. Wallach

Çeviri Editörü  
Prof. Dr. Engin Oral



GÜNEŞ TIP  
KİTABEVLERİ



Wolters Kluwer  
Health

Lippincott  
Williams & Wilkins

# JOHNS HOPKINS JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK EL KİTABI

Dördüncü Baskı

*Editörler*

**K. Joseph Hurt, MD, PhD**  
**Matthew W. Guile, MD, MS**  
**Jessica L. Bienstock, MD, MPH**  
**Harol E. Fox, MD, MSc**  
**Edward E. Wallach, MD**

Department of Gynecology and Obstetrics  
The Johns Hopkins University School of Medicine  
Baltimore, Maryland

*Çeviri Editörü*

**Prof. Dr. Engin Oral**

İstanbul Üniversitesi  
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

*Çeviri Editörü Yardımcısı*

**Uzm. Dr. İlknur Çitil**

International Hospital  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

# Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı

Türkçe Telif Hakları 2013

ISBN: 978-975-277-438-4

**Orjinal Adı:** The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics

**Yayınevi:** Lippincott Williams & Wolters Kluwer

**Yazarlar:** K. Joseph Hurt, MD, PhD, Matthew W. Guile, MD, MS, Jessica L. Bienstock, MD, MPH, Harold E. Fox, MD, MSc, Edward E. Wallach, MD

**Çeviri Editörü:** Prof. Dr. Engin Oral

**Orjinal ISBN:** 978-1-60547-433-5

Kitabın 5846 ve 2936 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Yasası Hükümleri gereğince (kitabın bir bölümünden alıntı yapılamaz, fotokopi yöntemiyle çoğaltılamaz, resim, şekil, şema, grafik v.b.'ler kopya edilemez) tüm hakları Güneş Tıp Kitabevleri Ltd Şti.'ne aittir.

*Yayıncı ve Genel Yayın Yönetmeni:* Murat Yılmaz

*Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı:* Polat Yılmaz

*Yayın Danışmanı:* Ali Aktaş

*Yayın Koordinatörü:* Nuran Karacan

*Dizgi-Düzenleme:* Mehmet Akif Atasever

*Kapak Uyarlama:* İhsan Ağın

*Baskı:* Ayrıntı Basımevi - İvedik Organize Sanayi Bölgesi

28. Cad. 770 Sok. No: 105-A Ostim/ANKARA

Telefon: (0312) 394 55 90 - 91 - 92 • Faks: (0312) 394 55 94

## 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 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.

## GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

### ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No:3  
06410 Sıhhiye/Ankara  
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92  
Faks: (0312) 435 84 23

### İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak  
No: 7/2 Esentepe/İstanbul  
Tel: (0212) 356 87 43  
Faks: (0212) 356 87 44

### KOŞUYOLU ŞUBE

Koşuyolu Caddesi No: 51/1  
Koşuyolu-Kadıköy/İstanbul  
Tel&Fax: (0216) 546 03 47

[www.guneskitabevi.com](http://www.guneskitabevi.com)

# İçindekiler

Giriş xiii

Teşekkür xv

Çeviri Editörü Önsözü xvii

Yazarlar xix

Çeviriye Katkıda Bulunanlar xxv

## Kısım I Kadın Sağlığı 1

### 1 Koruyucu Hekimlik ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti 1

Sarah Cohen ve Sayeedha Uddin

Çeviri: Dr. Koray Elter

### 2 Meme Hastalıkları 15

Alejandra Alvarez ve Lisa K. Jacobs

Çeviri: Dr. Ümit Inceboz

### 3 Kritik Bakım 33

K. Joseph Hurt ve Pamela A. Lipsett

Çeviri: Dr. Samet Topuz, Dr Mehmet Özsürmeli

### 4 Gebelik Öncesi Danışmanlık ve Prenatal Bakım 56

Jessica B. Russell, Elizabeth Wood Denne ve David Schwartz

Çeviri: Dr. Ümit Inceboz

## Kısım II Obstetrik 73

### 5 Normal Eylem, Normal Doğum, Operatif Doğum ve Malprezentasyonlar 73

Frank Aguirre ve Betty Chou

Çeviri: Dr. Taner Usta

### 6 Fetal Değerlendirme 90

Melissa L. Russo, Janice Henderson ve Kathleen A. Costigan

Çeviri: Dr. Ali Galip Zebitay

### 7 Doğum Komplikasyonları 99

Elizabeth Purcell ve Jessica L. Bienstock

Çeviri: Dr. Yıldız Uyar

### 8 Gebelik Komplikasyonları 110

Valerie A. Jones ve Janice Henderson

Çeviri: Dr. Mehmet Adıyeke, Dr. Yıldız Uyar



# Kadın Sağlığı

## 1

### Koruyucu Hekimlik ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Sarah Cohen ve Sayeedha Uddin

Çeviri: Dr. Koray Elter

Kadın-Doğum doktoru, üreme çağındaki kadınlar için çok özel bir konumda bulunmakta ve birçoğu için koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetini veren tek hekim olma özelliğini korumaktadır. Birinci basamakta hizmet veren bir hekimin sorumlulukları seçilmiş bazı hastalıkların taramasını ve tedavisini yapmak, danışmanlık hizmeti vermek ve aşıları uygulamaktır. Ek olarak, bir Kadın-Doğum hekimi sık rastlanan fakat jinekolojik olmayan astım, alerjik rinit, solunum yolu enfeksiyonları, gastrointestinal hastalıklar, idrar yolu hastalıkları, baş ağrısı, bel ağrısı ve cilt hastalıkları konusunda da bilgili olmalıdır.

#### TARAMA VE TEDAVİ

- 65 yaş üstü kadın ölümlerinin çoğu önlenebilir (Tablo 1 – 1).
- *Birinci basamakta koruyucu hekimlik*: Hastalık oluşmadan önce risk faktörlerinin saptanması ve kontrolü.
- *İkinci basamakta koruyucu hekimlik*: Morbidite ve mortalitenin azaltılması için hastalığın erken teşhisi.
- Bir hastalığın, tarama için iyi bir hedef olması için; aşağıdaki özelliklere sahip olması gerekmektedir:
  - Hayatın hem kalitesine hem de süresine anlamlı bir etki
  - Kabul edilebilir ve kullanışlı bir tedavi
  - Saptandığı ve tedavi edildiği takdirde, morbidite ve mortalitenin anlamlı derecede azalmasını mümkün kılan asemptomatik bir dönem
  - Tarama maliyetinin hakkını verecek bir insidans
  - Tedavinin, semptomlar geliştikten sonra uygulanacak tedavilere göre daha etkin olduğu asemptomatik bir dönem
- Tarama testinin şu özellikleri olmalıdır:
  - Hastalar için kabul edilir olmalı ve uygun maliyette olmalı
  - Kabul edilebilir doğrulukta, duyarlılık ve özgüllükte olmalı
    - Sensitivite (Duyarlılık): Hastalıklı olan grubun test pozitif çıkanlara olan oranıdır.
    - Spesifisite (Özgüllük): Hastalısız olan grubun test negatif çıkanlara olan oranıdır.

TABLO 1-1 Amerika Birleşik Devletlerinde Tüm Irklara Mensup Kadınlarda Önde Gelen Ölüm Sebepleri (2002-2007)

Sıra	15-24 yaş	25-34 yaş	35-44 yaş	45-54 yaş	55-64 yaş	65 yaş ve üstü	Tüm yanıtlar
1	Kazalar	Kazalar	Kanserler	Kanserler	Kanserler	Kalp hastalığı	Kalp hastalığı
2	Cinayet	Kanserler	Kazalar	Kalp hastalığı	Kalp hastalığı	Kanserler	Kanserler
3	Kanserler	Kalp hastalığı	Kalp hastalığı	Kazalar	Kronik akciğer hastalığı	Serebrovasküler	Serebrovasküler
4	İntihar	İntihar	İntihar	Serebrovasküler	Diyabet	Kronik akciğer hastalığı	Kronik akciğer hastalığı
5	Kalp hastalığı	Cinayet	HIV	Diyabet	Serebrovasküler	Alzheimer hastalığı	Alzheimer hastalığı

Amerikan Ulusal Hasar Önleme ve Kontrol Merkezi İstatistik ve Planlama Ofisi ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi—Web tabanlı Hasar Sorgulama ve Raporlama Sistemi (WISQARS) verilerinden adapte edilmiştir. Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi Ulusal Yaşam İstatistikleri Sisteminden alınmış veriler. <http://webappa.cdc.gov/saweb/ncipc/lead-cause/0.html> sayfasından erişilebilir. 6 Ağustos 2010 tarihinden temin edilmiştir.

## KANSER

### Meme Kanseri Taraması

- İkinci bölümü okuyunuz.
- Meme kanseri kadınların en sık kanseridir ve hayatboyu insidansı %12'dir. Ortalama riske sahip olan kadınlarda, Amerikan Kadın-Doğum Cemiyeti (ACOG) ve Önleyici Servisler Görev Gücü (USPSTF) kırklı yaşlarda bir – iki yılda bir, sonrasında ise yılda bir mamografi çekilmesini önermektedir. Ek olarak, ACOG yıllık meme muayenesi yapılmasını önermektedir.
- Aşağıdaki durumlarda kadın genetik danışma için yönlendirilmeli ve BRCA testi yapılmalıdır:
  - En az biri 50 yaşından önce saptanmış, meme kanseri olan iki birinci derece akrabanın varlığı.
  - Hangi yaşta tanı konmuş olursa olsun, meme kanseri olan üç veya daha fazla birinci veya ikinci derece akrabanın varlığı.
  - Meme veya over kanseri saptanan birinci ve ikinci derece akrabanın beraber varlığı.
  - Çift taraflı meme kanseri olan birinci derece akrabanın varlığı.
  - İki veya daha fazla birinci veya ikinci derece akrabada over kanseri varlığı.
  - Hem meme hem de over kanseri olan birinci veya ikinci derece akrabanın varlığı.
  - Meme kanseri olan erkek bir akrabanın varlığı.
- Meme veya over kanseri olan en az bir birinci veya ikinci derece akrabası olan Aşkenaz Yahudi kadınları genetik danışma için yönlendirilmeli ve BRCA testi yapılmalıdır.

### Akciğer Kanseri Taraması

- Kadınlardaki en sık ikinci kanser olan akciğer kanseri, kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir. 2000 yılında akciğer kanserine bağlı bir milyondan fazla ölüm gerçekleşmiştir.
- Sigara (akciğer kanserlerinin %90'ı ile ilişkilidir), radyoterapi, asbest gibi çevresel zararlı maddeler ve pulmoner fibroz risk faktörleridir.
- Akciğer kanseri tarama yöntemlerinin (Akciğer filmi, balgam sitolojisi, bilgisayarlı tomografi) hiçbirinin tutarlı bir şekilde mortaliteyi azalttığı gösterilememiştir. Günümüzde asemptomatik toplumda tarama yapılması önerilmemektedir ve sigara bırakma kampanyaları halen en önemli önleyici tedbir olarak durmaktadır.
- Sigara içimi kadınlardaki relatif riski erkeklere göre daha fazla arttırmaktadır. Ancak, akciğer kanser taraması ile ilgili yapılan ilk çalışmaların çoğunda kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Kadınlardaki taramanın, perifer yerleşimli adenokanserlerin kadınlarda daha yüksek oranda gözlenmesine bağlı olarak, daha farklı sonuçlara sahip olacağı kuramı ortaya atılmıştır.

### Kolorektal Kanseri Taraması

- Kolorektal kanser kadınlarda üçüncü en sık rastlanan kanserdir. Aynı zamanda, kansere bağlı ölüm sebepleri arasında üçüncü sıradadır. Hayatboyu insidansı %5'tir.
- Risk faktörleri arasında aile anamnezinde kolorektal kanser varlığı, kişisel hikayede kolon polip veya kanser varlığı, kişisel anamnezde enflamatuvar barsak hastalığının, ailesel adenomatöz polipozis ve herediter nonpolipozis kolon kanseri gibi genetik sendromların bulunması sayılabilir. Yüksek riske sahip kişiler, sahip oldukları riskin büyüklüğüne bağlı olarak kolonoskopi ile taranmaya daha erken yaşlarda başlamalıdır.

- Altmış yaşından önce kolon kanseri teşhisi konan akrabası olan veya herhangi bir yaşta kolon kanseri teşhisi konan en az iki birinci derece akrabası olan kadınlar.
- Herediter nonpolipozis kolon kanseri (HNPCK) olan kadınlar, 20 – 25 yaşlar arasında veya ailede rastlanan yaşça en erken kanserden 10 yıl önce taramaya başlamalıdır.
- USPSTF kolorektal kanser taramasını 50 yaş ve üstü herkes için önermektedir. Amerikan Gastroenteroloji cemiyeti daha yüksek riske sahip olan ve daha erken yaşlarda ortaya çıkan Afrika asıllı Amerikalılarda taramanın 45 yaşında başlamasını önermektedir.
- Beş yılda bir fleksibil sigmoidoskopi, 10 yılda bir kolonoskopi, 5 yılda bir çift kontrastlı baryum enema, 5 yılda bir bilgisayarlı tomografi ile kolonografi, yıllık gaytada gizli kan testi (3 ardışık yapılan gaytadan ikisinin testi), yıllık gaytada immünokimyasal test ve gaytada DNA testi gibi çok sayıda tarama protokolü bulunmaktadır. 2007 yılında çok sayıda ilgili cemiyetin yayınladığı rehberde bu sayılan tarama yöntemlerinden hepsi desteklenmekteyse de ACOG kolonoskopiyi desteklemektedir.

### Endometriyal Kanser Taraması

- Bölüm 44'ü okuyunuz.
- Asemptomatik kadınlarda rutin tarama önerilmemektedir. Bazı yüksek riskli gruplarda endometriyal biopsi, pelvik USG veya her ikisi birden tarama amacıyla uygulanabilir. Tüm postmenopozal kanama olguları incelenmelidir.

### Cilt Kanser Taraması

- Kadınlarda kansere bağlı ölümler arasında melanoma 6. sıradadır. Açık cilt tonu, ultraviyole ışına maruz kalma, özellikle de çocukluktaki güneş yanıkları risk faktörleridir. Elli–100 arası tipik nevüsü veya büyük konjenital nevüsü olan kişilerde de artmış risk (relatif risk değerleri sırasıyla 5-17 arası ve >100'dür.) söz konusudur.
- Tüm cilt muayenesi için fikir birliğine varılmış bir görüş olmasa da, ACOG riskli kişilerin değerlendirilmesini önermektedir. Tüm hastalar güneş koruyucu kullanmak ve UV ışınlardan kaçınma konusunda eğitilmelidir.
- Şüpheli lezyonların değerlendirilmesinde kriterler şunlardır;
  - Asimetri
  - Sınırların düzensizliği
  - Renk heterojenitesi
  - Çapın >6 mm olması
  - Renkte, şekilde veya semptomlarda büyüme veya değişiklik

### Over Kanser Taraması

- Bölüm 45'i okuyunuz
- Kuzey Amerikan derneklerinden hiçbiri rutin over kanseri taramasını önermemektedir. Bunun yerine, tüm kadınlar için detaylı bir aile anamnezi ve yıllık pelvik muayene önerilmektedir.

### Serviks Kanser Taraması

- Bölüm 42'yi okuyunuz.
- Serviks kanser taramasının, 21 yaşını geçmemek şartıyla, cinsel aktivite başladıktan 3 yıl sonra başlayan ve yıllık tekrarlanan Papanicolaou (Pap) testleri ile yapılması önerilmektedir. Amerikan Kanser Cemiyeti ve ACOG, arka arkaya yapılan 3 test negatif geldiği takdirde ve beraberinde CIN2 veya daha kötü bir lezyon hikayesi yoksa, HIV pozitif değilse, immün yetersizlik yoksa veya diethylstilbestrola maruz kalma hikayesi yoksa, test aralıklarının 3 yıla çıkabileceğini önermektedirler. Taramanın sonlandırılabilmesi için yaş sınırı ile ilgili yeterli düzeyde kanıt bulunmamaktadır.



- Hem ACOG hem de USPSTF selim nedenlerle yapılan bir histerektomi sonrası, CIN2 veya daha kötü bir lezyon hikayesi de yoksa, servikal kanser taramasının kesilebileceği konusunda mütabıktır.
- 30 yaş ve üstü kadınlarda, sitoloji ile beraber HPV yüksek riskli tiplerinin de taraması yapılabilir. Her ikisi de negatifse 3 yıldan önce herhangi bir tarama yapılmamalıdır.

## KALP VE DAMAR HASTALIKLARI

### Koroner Kalp Hastalığının (KKH) Taraması

- Kadınlarda KKH sıklığı, %5 ile 15 arasında değişmekle birlikte, yaş ile beraber artmaktadır. Risk faktörleri hipertansiyon, dislipidemi, diyabet, sigara ve aile anamnezinde erken (erkek birinci derece akrabalarda <55 yaş, kadın birinci derece akrabalarda ise <65 yaş) KKH varlığıdır.
- Onaylanmış risk modellerinden biri, KKH atağının 10 yıllık riskini tahmin eden Framingham risk skorlamasıdır. Framingham modeli, Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (NCEP) Erişkin Tedavi Paneli III (ATP III) tarafından güncellenmiştir ve şu değişkenler için riski düzeltir; yaş, cinsiyet, LDL kolesterol, HDL kolesterol, kan basıncı, diyabet ve sigara. USPSTF, asemptomatik, düşük riskli hastaların, KKH açısından, dinlenme elektrokardiogramı (EKG), ambulator EKG veya eforlu EKG kullanılarak rutin taranmasını önermemektedir.

### Kardiyovasküler Hastalıkların Primer Önlenmesinde Aspirin Kullanımı

- USPSTF, postmenopozal kadınlar ve yüksek kolesterolü, hipertansiyonu, diyabeti olan veya sigara içen premenopozal kadınlar da dahil olmak üzere, KKH riski yüksek hastalarda aspirin profilaksisinin kullanılmasını güçlü bir şekilde önermektedir. KKH'nın önlenmesi ile elde edilebilecek faydaların, gastrointestinal ve intrakraniyel kanama gibi potansiyel risklerle karşılaştırılması yapılmalıdır.
- Günlük 75 mg'lık dozun daha yüksek dozlarla aynı etkinliğe sahip olduğu düşünülmektedir.

### Dislipidemi Taraması

- Dislipidemi KKH için direk ve modifiye edilebilir bir risk faktörüdür ve USPSTF, 45 yaşını geçmiş KKH riski yüksek kadınlarda açlık lipid profili bakılarak taranmasını güçlü olarak önermektedir. Yirmi – 45 yaş arası yüksek riskli kadınların taranması önerilmektedir. Düşük riskli kadınların ise ne taranması ne de taranmaması önerilmektedir.
- Tablo 1-2'de NCEP/ATPIII tedavi önerileri özetlenmektedir.
  - Hayat tarzı değişiklikleri, yağ tüketiminin sınırlandırılmasını (özellikle de trans ve doymuş yağ), lif ve bitki sterol tüketimini arttırma, kilo kaybı ve fiziksel aktivite artışını kapsamaktadır.
  - Dislipideminin farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan seçenekler, safra asidi bağlayan rezinler, statinler, nikotinik asit, fibrik asit derivatları ve kolesterol emilimini azaltan ilaçlardır. İlaç seçimi lipid profiline göre değişmekle birlikte kalbin korunmasında statinler ilk seçenektir.

### Hipertansiyon Taraması

- Hipertansiyon (Tanımlandığı şekliyle tansiyonun  $\geq 140/90$  olması veya antihipertansif tedavi gerekliliği) KKH'nın, konjestif kalp hastalığının, inmenin, aort anevrizma oluşumunun, böbrek hastalığı ve retinopatinin önde gelen risk faktörüdür. Tüm dünyadaki ölümler için ilk sıradaki risk faktörüdür düzensiz tansiyon.



TABLO 1-2 NCEP/ATP III Kolesterol Tedavi Önerileri (2002)

Risk Grubu	LDL Hedefi (mg/dL)	Hayat Tarzı Değişikliklerini Gerçekleştirmek için Gerekli LDL Düzeyi	İlaç Tedavisine Başlamak için Gerekli LDL Düzeyi
KKH veya denk bir risk <sup>a</sup>	<100	>100	100-130
2+ risk faktörleri <sup>b</sup>	<130	>130	130-160
0-1 risk faktörleri <sup>b</sup>	<160	>160	>190

<sup>a</sup>KKH risk dengi = diyabet, abdominal aort anevrizması perifer arter hastalığı semptomatik karotid arter hastalığı<sup>b</sup>. Risk faktörleri Sigara, hipertansiyon HDL kolesterol < 40 mg/dL, ailede erken KKH anamnezi, yaş (erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaş). HDL kolesterolün > 60 mg/dL olması negatif risk faktörüdür. ATP III rehberinden ve Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN, ve ark. Son klinik çalışmaların INCEP/ATP III rehberine etkileri. Circulation 2004;110:227-239'dan uyarlanmıştır.

- Esansiyel veya primer hipertansiyon, fazla tuz tüketimi, obezite, düşük meyve/sebze tüketimi, düşük potasyum veya fazla alkol kullanımından kaynaklanabilir. Hipertansiyonun sekonder sebepleri arasında kronik böbrek hastalığı, aort koarktasyonu, feokromasitoma, Cushing hastalığı, primer aldosteronizm, renovasküler hastalık, uyku apneleri ve tiroid hastalığı sayılabilir.
- USPSTF, 18 yaş ve üstü erişkinlerin 1-2 yılda bir (prehipertansiyon saptanırsa daha sık olarak) hipertansiyon için taranmalarını önermektedir.

TABLO 1-3 Hipertansiyon için JNC-7 Tedavi Önerileri (2003)

Kan Basıncı (mm Hg)	Hayat Tarzı Değişiklikleri	İlaç Tedavisi
Normal (<120/<80)	Desteklenmekte	Hayır
Prehipertansiyon (120-139/80-89)	Evet	Sadece geçerli endikasyonlar <sup>a</sup>
Evre 1 Hipertansiyon (140-159/90-99) düşünülebilir	Evet	Tiazid (ACE, ARB, BB, CCB'de
Evre II Hipertansiyon (≥160/≥100)	Evet	İki ilaç kombinasyonu: Genellikle tiazid ve ACE veya ARB veya B veya CCB

Hedef kan basıncı <140/90'dır. <sup>a</sup>Geçerli endikasyonlar diyabet ve kronik böbrek hastalığını kapsar ve hedef <130/80 mmHg'dir. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR ve ark. ve Ulusal Hipertansiyon Eğitim Programı Koordinasyon Komitesi. Hipertansiyonun önlenmesi, saptanması değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda Birleşik Ulusal Komite 7. raporu: JNC 7 raporu. JAMA 2003; 289: 2560-2572 yayınından alınmıştır.

- Hipertansiyonun önlenmesi, saptanması, değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda Birleşik Ulusal Komitenin 2003 yılı rehberindeki (JNC-7) tedavi önerileri Tablo 1-3'te sunulmuştur.
- Hayat tarzı değişiklikleri, kilonun azaltılmasını, sodyum alımının kısıtlanmasını, az alkol kullanımını, artmış fiziksel aktiviteyi ve dengeli DASH (Hipertansiyonu engelleyen diyetel yaklaşımlar, "Dietary Approaches to Stop Hypertension") diyetini kapsamaktadır.
- İlaç kullanımı, eşlik eden hastalıklara ve kontraendikasyonlara göre düzenlenmektedir. Tedavide tablo 1-3'te de belirtildiği gibi tiazid diüretikler, ACE inhibitörleri, anjiotensin II reseptör blokerleri (ARB), beta blokerler (BB), kalsiyum kanal blokerleri (CCB) veya bunların kombinasyonu kullanılabilir.

## ENFEKSİYON HASTALIKLARI

Cinsel yolla bulaşabilen hastalıklar için yüksek riskli olan kişiler arasında, çok sayıda cinsel eş hikayesi, cinsel yolla bulaşan hastalık hikayesi, düzenli kondom kullanmama hikayesi, para kazanmak için seks yapma hikayesi veya uyuşturucu ilaç kullanım anamnezi olanlar sayılabilir. Cinsel perhiz, partner sayısının azaltılması ve çeşitli bariyer şeklindeki kontrasepsiyon yöntemleri tüm hastalarla tartışılmalıdır.

### HIV Taraması

- 2006 Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control, CDC) kılavuzuna göre; risk faktörleri ne olursa olsun 13 - 64 yaş arası tüm bireylerin HIV açısından, reddebilecekleri tarama yöntemleri ile taranması önerilmektedir.

### Klamidya Taraması

- 2006 CDC Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Tedavisi rehberine göre; 25 yaş altı cinsel aktif kadınlarda ve yeni/birden fazla cinsel partneri olan veya yüksek riskli cinsel davranış içinde olan daha yaşlı kadınlarda yılda bir klamidya taraması yapılmalıdır. Bkz. Bölüm 25.
- USPSTF ve CDC, düşük riskli gebe olmayan hastalarda hepatit B, hepatit C, gonore ve sifilizin rutin taranmasını önermemektedir.

## METABOLİK, ENDOKRİN VE BESLENME HASTALIKLARI

### Diyabet Taraması

- Bakınız Bölüm 13.
- USPSTF, kan basıncı yüksekliği devamlı olarak >135/80 mmHg saptanan asemptomatik erişkinlerde tip II diyabet taraması yapılmasını önermektedir.
- 45 yaş üstü olmak, obesite, birinci derece akrabalarda diyabet öyküsü, Kafkas dışında bir ırktan olmak, gestasyonel diyabet öyküsü veya >4 kg bir bebek doğurmuş olmak, inaktivite, dislipidemi, polikistik over sendromu ve vasküler hastalıklar normotansif yetişkinlerde tarama gerektiren risk faktörleridir.
- Tarama testleri: Açlık Kan Şekeri (AKŞ) veya 2-st 75 gr glukoz yükleme testi (GYT).
  - Diyabet = AKŞ  $\geq$ 126 mg/dL VEYA  
GYT  $\geq$ 200 mg/dL VEYA  
Herhangi bir anda, semptomlarla beraber plazma glukozu  $\geq$ 200 mg/dL olması. Poliüri, polidipsi ve kilo kaybı klasik semptomlar olarak kabul edilir.

- Bozulmuş glukoz regülasyonu = AKŞ 100–125 mg/dL VEYA  
GYT 140–199 mg/dL
- Bozulmuş glukoz regülasyonu olan hastalar kilo verme ve egzersiz konusunda danışmanlık almaya yönlendirilmelidir. Yüksek riskli obes hastalarda ise medikal tedaviye başlanabilir.
- Diyabet tanısının konmasıyla birlikte, hastaların retinopati, nefropati, nöropati, KKH, serebrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalığı ve dental problemler açısından taranması gerekir.

### Tiroid Bozukluklarının Taranması

- Bakınız Bölüm 13.
- USPSTF, asemptomatik kişilerin hipotiroidizm açısından taranmasını önermemektedir. ACOG ise otoimmün hastalığı olan veya tiroid hastalığı açısından güçlü bir aile hikayesi olan hastaların serum TSH düzeyleri ile kontrolünü önermektedir.

### Beslenme ile İlgili Danışmanlık

- 2005 Amerikan Ziraat Departmanı (U.S. Department of Agriculture, USDA) Diyet Rehberi; temel besin kaynakları arasından besin değeri yüksek yiyecek ve içeceklerin seçilmesini ve bunu yaparken de sature ve trans yağların, kolesterol, ilave şeker, tuz ve alkol alımını kısıtlayan bir yaklaşımın benimsenmesini önermektedir. Spesifik öneriler ise;
  - 50 yaş üstü yetişkinler ek vitamin B<sub>12</sub> desteği almalı,
  - Doğurganlık çağındaki kadınlar yüksek oranda demir ve folik asit içeren besinler almalı. Tercihen, yüksek demir içerikli besinler emilimi arttırmak için C vitamini ile birlikte alınmalıdır.
  - Daha yaşlıların, daha koyu tenli olan insanların ve güneş ışığına minimal bir şekilde maruz kalanların 400 IU/gün ek D vitamin desteği alması gerekir.
- Yetişkin kadınlarda tahmini kalori ihtiyacı aktivite durumuna göre 1800 ile 2400 kcal arasında değişir.

### Obesite ile İlgili Danışmanlık

- Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Kontrolü Anketinin 2005-2006 sonuçları bize yetişkin kadınların %35'ine yakınının obes olduğunu göstermektedir. Amerikalıların %60'ından fazlasının ya şişman ya da obes olduğu tahmin edilmektedir.
- Tip II diyabet, hipertansiyon, infertilite, kalp hastalıkları, safra kesesi rahatsızlıkları, uterus kanseri ve kolon kanseri gibi hastalıkların görülme oranı obesitede artış göstermektedir.
- Obesite için tarama yaparken vücut kitle indeksine (VKİ) bakılması, bel çevresinin ölçülmesi ve eşlik eden hastalıkların varlığına göre bütün risklerin değerlendirilmesi gerekmektedir.
- VKİ obesitenin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçüttür ve vücudun yağ oranı ile koreledir.
  - Düşük kilolu: VKİ <18.5 kg/m<sup>2</sup>
  - Şişman: VKİ 25-29.9 kg/m<sup>2</sup>
  - Obes: VKİ >30 kg/m<sup>2</sup>
    - Sınıf I Obesite = VKİ 30-34.9 kg/m<sup>2</sup>
    - Sınıf II Obesite = VKİ 35-39.9 kg/m<sup>2</sup>
    - Sınıf III (morbid) Obesite = VKİ ≥40 kg/m<sup>2</sup>
- USPSTF, obesite tanısı alan tüm hastaların diyetlerini ve fiziksel aktivitelerini iyileştirmek adına, etkili bir danışmanlık almasını ve bu bağlamda çeşitli dav-

ranişsal müdahaleler uygulanmasını önermektedir. Orlistat ve sibutramin gibi bazı medikal çözümler ya da cerrahi tedavi bazı kadınlar için gerekebilir.

## DIĞER MEDİKAL DURUMLARIN TARANMASI

### Osteoporoz Taraması

- Bakınız Bölüm 40.
- 65 yaşında (veya 60 yaşında risk faktörleri olan kadında) ya da fraktürü olan postmenopozal bir kadında rutin kemik mineral dansite incelemesi yapmak gerekmektedir.
  - Düşük kilo (<70 kg), sigara, ailede osteoporoz hikayesi, kronik kortikosteroid kullanımı, sedanter yaşam, alkol veya kafein kullanımı, düşük kalsiyum veya vitamin D alımı düşük kemik mineral dansitesi için risk faktörleri arasındadır.
  - T-skorunun -1.5 ile -2.5 arasında olması osteopeniyi göstermektedir.
  - T-skorunun  $\leq$  -2.5 olması osteoporozu göstermektedir.
- İki KMD ölçümü arasındaki süre 2 seneden az olmamalıdır.
- Risk faktörleriyle birlikte olan osteopeni, 35 mg/hafta alendronate veya 35 mg/hafta risedronate ile tedavi edilmelidir.
- Osteoporoz, 70 mg/hafta alendronate veya 35 mg/hafta risedronate ile tedavi edilmelidir.
- Günlük total kalsiyum alımı 1200 mg ve günlük total D vitamini alımı 800 IU olmalıdır.

### Depresyon Taraması

- Depresyon, her sene 30 milyonun üzerinde Amerikalı yetişkini etkilemektedir. Tüm yaşam boyunca major depresyon gelişme ihtimali kadınlarda %10-%25 ile erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır.
- Kadınlarda depresyon açısından predispozan faktörler şöyle sıralanabilir; perinatal kayıp, infertilite, düşük, fiziksel ya da cinsel istismar, sosyoekonomik yoksunluk; destek ihtiyacı, izolasyon, yardıma ihtiyaç duyma, ailede duygudurum bozukluğu hikayesi, çocukluk çağında (10 yaş öncesi) ebeveyn kaybı, madde bağımlılığı öyküsü ve menopoz.
- Depresyon semptomları için SIG-EM CAPS gibi bir hatırlatıcı kısaltma kullanabiliriz (major depresyon tanısının konabilmesi için dokuz semptomun en az beşinin bulunması gerekmektedir ve bunun yanında depresif duygudurumu ve ilgi istek kaybından biri olmalıdır).
  - Sleep (uyku)—insomni veya hipersomni
  - Interest (ilgi)—belirgin ilgi istek kaybı veya aktivitelerden zevk alamama
  - Guilt (suçluluk)—değersizlik hissi veya neredeyse hergün yerli yersiz gelen suçluluk hissi
  - Enerji—bitkinlik, enerji kaybı
  - Mood (duygudurum)—günün büyük kısmında depresif duygudurum
  - Concentration (Konsantrasyon)—düşünme yeteneğinde, konsantrasyonda veya karar verme yeteneğinde azalma
  - Appetite (iştah)—kiloda ve iştahta önemli ölçüde değişiklikler
  - Psikomotor—görünür bir psikomotor retardasyon veya ajitasyon
  - Suicide (İntihar)—tekrarlayan ölüm ve suisid düşünceleri
- En az iki yıl devam eden ve çoğu günde kronik depresif duygudurumun olduğu ve major depresyon kriterlerinin olduğu listeden en az iki semptomun üstüne eklendiği durum distimik bozukluk olarak adlandırılmaktadır.
- USPSTF, yetişkinlerin depresyon açısından taranmasını önermektedir. Çok sayıda karakter tayini yapan hasta anketi bulunmaktadır.



- *Psikososyal terapi*, tek başına ya da antidepresan tedavi ile birlikte uygulanabilir. Depresyonu hafif vey aorta derecede olan hastalarda psikososyal terapinin en az farmakolojik tedavi kadar etkili olduğu görülmüştür. Genellikle kullanılan yöntemler davranışsal terapi, kognitif-davranışsal terapi ve kişilerarası terapilerdir.
- *Selektif serotonin geri alım inhibitörleri*, selektif norepinefrin geri alım inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar depresyonun farmakolojik tedavisini oluşturmaktadırlar. Ağır, kronik depresyonu olan hastalar veya en az 12 haftalık psikoterapiye cevap vermeyen olgularda medikal tedaviye başlanmalıdır. Hastaların büyük bir bölümü medikal tedavi sonucunda tam remisyona kadar varan önemli ölçüde iyileşmeler göstermektedir.

### Aileiçi Şiddetin Taranması

- Bakınız Bölüm 30.
- Sağlık kontrolü ziyaretleri aile içi şiddet ile alakalı değerlendirmeleri içermeli, birebir yapılan görüşmeler ve hasta anketleri ya da her ikisi de bu süreçte kullanılmalıdır.

### Madde Bağımlılığı Konusunda İnceleme ve Rehberlik

- 2007 Amerikan Ulusal Sağlık ve İlaç Kullanımı Anketi verilerine göre yaklaşık 20 milyon Amerikalı (%8) illegal ilaç kullanmakta, 58 milyonu (%23) aşırı miktarda alkol tüketmekte ve 71 milyonu (%29) tütün ürünleri kullanmaktadır.
- Bütün hastalar, illegal ilaç kullanımı ile ilgili sorgulanmalıdır. Bazı tarama yöntemleri bulunmaktadır (örneğin CAGE soruları (*Cut down*; Kesmeyi denediniz mi?; *Annoyed*; Sizin, kullanımınız ile ilgili başkaları yorum yaptığında kızarmısınız?; *Guilty*; İçtiğiniz için suçluluk hisseder misiniz?; *Eye-opener*; Sabah içkisine ihtiyacınız olur mu?).
  - USPSTF, alkol istismarını azaltmak için danışmanlık yapılmasını önermiştir. 15 dakikalık kısa görüşmelerin tehlikeli miktarlarda alkol alım oranını azalttığı gösterilmiştir.
- Bir - 3 dakikalık görüşmelerin bile bırakma oranlarını önemli ölçüde arttırdığı bilindiğinden dolayı, USPSTF, tütün kullanımı ve bıraktırma konusunda danışmanlık yapılmasını şiddetle önermektedir.
  - Nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin bu süreçteki medikal tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır.

### DANIŞMANLIK

- Rutin sağlık bakım ziyaretleri hastalara sağlıkla alakalı herhangi bir konuda danışmanlık vermek için ideal bir zamandır.
- Doktorun, bu kısa süreli danışmanlığı için birkaç teknik geliştirilmiştir. Bunlardan bir tanesi de 5 A modelidir;
  - *Assess* for problem (problemi belirlemek)
  - *Advise* making a change (bir değişikliğin tavsiye edilmesi)
  - *Agree* on action to be taken (hazırlanan eylemin alınabilmesi için anlaşmak)
  - *Assist* with self-care support to make the change (değişiklik yapmak için öz-bakım konusunda yardım)
  - *Arrange* follow-up to support the change (değişikliğe destek için takip düzenlenmesi)



- Hastaların yaklaşık %80'i, onlarla olan ilk görüşmede bir yaşam tarzı değişikliğine hazır olmamaktadırlar. Bu nedenle, hastanın gönüllülük durumunu iyi analiz etmek önemlidir. Değişim Modeli Basamakları (*The Stages of Change Model*) içeriğinde şunlar bulunmaktadır;
  - Karar öncesi: Davranışı değiştirmeye yönelik bir girişim yoktur. Görüşmenin hedefi = ambivalansın (karşıt duyguların bir arada olması, kararsızlık) ortaya çıkarılması.
  - Tasarlama: Değişiklik yapmayı düşünme. Görüşmenin hedefi = hastanın seçiminin değerlendirilmesi ve davranış belirlemede yardım.
  - Hazırlık: Değişikliğe kararlı olmak. Görüşmenin hedefi = değişim için başarılı stratejiler oluşturmak.
  - Aksiyon: Davranışta değişimi sağlamak. Görüşmenin hedefi = Başarısızlığa neden olacak her türlü etkenle alakalı çözümler sunmak, gereğini yapmak.
  - Devamlılık: Değişimi sağlamak. Görüşmenin hedefi = Hastanın değişiminin sürekli hale geldiğine dair taahhütünü sağlamlaştırmak.

## AŞILAMA

- Aşılama primer ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hastanın aşılama hikayesi düzenli bir şekilde incelenmeli ve yeniliklere göre güncellenmelidir (Bakınız Şekil 1-1 ve 1-2).

## DİĞER BİRİNCİ BASAMAK PROBLEMLERİ

- İdrar yolu enfeksiyonları: Komplike olmayan sistit için genellikle ilk önerilen 3 günlük trimethoprim-sülfametaksazol tedavisidir. Alternatif olarak florokinolonlar ve nitrofurantoin verilebilir. Dizürisi olan, idrar analizinde lökosit ve nitrit saptanan gebe olmayan hastalara idrar kültürü yapılmaksızın ampirik antibiyotik tedavisi verilebilir. Ateş ve kostovertebral açı hassasiyeti olması üst idrar yolu enfeksiyonu için anlamlıdır ve daha agresif bir tedaviye gereksinim vardır. Bakınız Bölüm 16.
- Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE): Sıklıkla viral kaynaklı olan hafif derecedeki ÜSYE, öksürük baskılayıcılar ve dekonjestanların kombinasyonları ile semptomatik olarak tedavi edilmelidir. Rinosinüzit semptomlarının 7 günden fazla devam etmesi ve pürülan nasal akıntı, tek taraflı diş ağrısı, fasyal veya maksiller sinüs ağrısı gibi bulguların varlığı ve ilk iyileşmeden sonra daha da kötüleşen semptomların olması sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişimini düşündürmelidir. Şiddetli ağrısı, ateşi olan ve bir sürelik müşahadeden sonra iyileşme göstermeyen hastalar 10-14 gün süre ile amoksisilin, trimetoprim-sülfametaksazol veya makrolidler gibi bir dar spektrumlu antibiyotik ile tedavi edilmelidir. Bakınız Bölüm 15.
- Astım: Akciğer fonksiyonunun monitörize edilmesi ve allerjenlere maruziyeti azaltmanın yanında farmakolojik tedavi de aşamalı olarak devam eder. Hafif intermitan astım, albuterol gibi kısa etkili inhale beta-agonistlerle tedavi edilebilir. Hafif seyreden persistan astımda ise tedaviye düşük doz inhale glukokortikoid veya lökotrien blokeri eklenebilir. Orta dereceli persistan astımı olan hastalarda ise orta-doz inhale glukokortikoid ve beraberinde uzun etkili inhale beta-agonist veya yüksek doz glukokortikoid tedavide kullanılabilir. Dirençli astımı olan hastayı ise bir göğüs hastalıkları uzmanına veya bir allerji uzmanına yönlendirmek gerekir. Bakınız Bölüm 15.

AŞI	Yaş Grupları (Yıl)		
	19-49	50-64	≥65
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/dap)*		Her 10 yılda bir 1 doz Td rapel Td yerine 1 doz Tdap yap	
İnsan papillom virüsü (HPV)	3 doz (kadınlara) (0.,2.,6 aylar)		
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR)*	1 veya 2 doz		1 doz
Varisella*		2 doz (0, 4-8 hafta)	
Influenza*		Yıllık 1 doz	
Pnömonok (polisakkarid)		1-2 doz	1 doz
Hepatit A*		2 doz (0, 6-12 ay, veya 0,6-18 ay)	
Hepatit B*		3 doz (0.,1-2., 4-6 aylar)	
Meningokok*		1 veya daha fazla doz	
Zoster			1 doz

\*Aşı Hasarı Telifi Programı tarafından  Bağışık olduğuna dair bir gösterge olmayan ve yaş  Başka bir risk faktörü varsa önerilmektedir. raporlanmıştır. olarak aşı için uygun olan bu kategorideki tüm kişiler  dir (Örneğin tıbbi, mesleki, hayat için (Örneğin aşı kaydının olmaması veya geçirilmiş enfeksiyon anamnezi bulunmaması) tarzına bağlı risklerde).

Şekil 1-1. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü Aşılama Uygulamaları Üzerine Oluşturulan Öneri Komitesinin Erişkin Aşılama Şemasından (2010) elde edilmiştir. Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi ("Center for Disease Control", CDC) web sayfasından (<http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/adult-schedule.htm>) daha fazla bilgi edinebilir. 28 Eylül 2008 tarihinde elde edilmiştir.

Aşı	Gebelik	Bağışıklığı baskılayan durumlar (HIV dışındaki ilaçlar radyasyon)	HIV enfeksiyonu		Aspleni (elektif splenektomi ve terminal komplanenanti eksiklikleri dahil olmak üzere)	Kronik karaciğer hastalığı	Böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, hemodiyaliz ihtiyacı olanlar	Sağlık çalışanları
			CD4 + T lenfosit sayısı	<200 hücre/µL				
Tetanoz, difteri, boğmaca (Td/dap*)			Her 10 yılda bir 1 doz Tdap rapel					
İnsan papillom virüsü (HPV)			Td yerine 1 doz Tdap yap					
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR)*		Kontrendike	26 yaş sonrası kadınlar için 3 doz (0, 2, 6 ay)			1 veya 2 doz		
Varisella*		Kontrendike	2 doz (0,4-8 hafta)					
Influenza*			Her yıl 1 doz TIV				1 doz TIV veya her yıl LAIV	
Prnömokok (polisakkarid)			1-2 doz					
Hepatit A*		2 doz (0,6-12 ay veya 0,6-18 ay)						
Hepatit B*		3 doz (0,1-2,4,-6. aylar)						
Meningokok*		1 veya daha fazla doz						
Zoster		Kontrendike	1 doz					

\*Aşı Hasan Telifi Programı tarafından raporlanmıştır.  Başka bir risk faktörü varsa önerilmektedir (Örneğin tıbbi, mesleki, hayat tarzına bağlı risklerde).

Başka bir risk faktörü varsa önerilmektedir (Örneğin tıbbi, mesleki, hayat tarzına bağlı risklerde).

TIV, Trivalan inaktif aşı  
LAIV, Canlı Zayıflatılmış İnfluenza aşısı

Şekil 1-2. Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü Aşılama Uygulamaları Üzerine Oluşturulan Öneri Komitesinin Erişkinlerdeki tıbbi ve diğer endikasyonlardaki aşı uygulamaları raporundan alınmıştır. Amerika Birleşik Devletleri, 2010. Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi ("Center for Disease Control", CDC) web sayfasından (<http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/adult-schedule.htm>) daha fazla bilgi edilebilir. 28 Eylül 2008 tarihinde elde edilmiştir.

**ÖNERİLEN KAYNAKLAR**

- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2008. *Diabetes Care*. 2008; 31 (Suppl 1): S12 - S54.
- American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association medical position statement on Obesity. *Gastroenterology* 2002;123:879.
- Centers for Disease Control and Prevention web site: <http://www.cdc.gov/Chobanian> AV, Bakris GL, Black HR ve ark. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 2003; 289 (19): 2560 - 2572.
- Levin B, Lieberman DA, McFarland B ve ark. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008; 134 (5):1570 - 1595.
- Primary and preventive care: periodic assessments. ACOG Committee Opinion Number 452. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114:1444-1451.
- Routine cancer screening. ACOG Committee Opinion Number 356. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2006;108:1611-1613.
- Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2008: a review of current American Cancer Society guidelines and cancer screening issues. *CA Cancer J Clin* 2008; 58(3): 161 - 179.
- Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002;106(25):3143-3421.
- U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. *Dietary Guidelines for Americans, 2005*, 6<sup>th</sup> Ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2005:vii,12,31.
- U.S. Preventive Services Task Force web site: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm>