



# BİLİNÇ BOZUKLUĞU

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Bilinç, kendinden ve çevreden haberdar olabilme durumudur. Uyanıklık ve farkında olabilme şeklinde iki bileşeni vardır. Uyanıklıkta azalma, komaya kadar değişen düzeylerde bilinç bozukluğuna neden olabilir.

Bilinç bozukluğu çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilir:

- Enfeksiyonlar
- Metabolik ve endokrin nedenler (hipoglisemi)
- Sıvı-elektrolit dengesizliği
- Hipoksi, hiperkapni
- Kardiyak nedenler
- Hipertansif ensefalopati
- İlaçlar, alkol ve toksinler
- Serebrovasküler hastalıklar
- Travma
- Konvülsiyon
- Hipotermi, hipertermi
- Tümörler

Çocuklarda enfeksiyon, hipoglisemi, sıvı-elektrolit dengesizliği ve zehirlenmeler; yaşlılarda serebrovasküler hastalıklar, sıvı-elektrolit dengesizliği, kardiyak nedenler, enfeksiyon ve ilaçlar öncelikle düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda psikojenik yanıtızsızlık akılda tutulmalıdır.

Bilinç bozukluğu olan hasta değerlendirilirken, bir yandan da acil sevk için hazırlık yapılmalıdır.

Nedeni açıklanamayan her bilinç bozukluğu adli vakadır.

### Tanı

#### Öykü

- Bilinç değişikliğinin ortaya çıkış zamanı ve süresi
- Eşlik eden belirtiler (terleme, göğüs ağrısı, baş ağrısı, nöbet, çarpıntı, ateş)
- Alerji öyküsü
- Geçirilmiş hastalık ve ameliyatlar
- Kullanılmakta olan ilaçlar

- Alışkanlıklar (alkol, ilaç, madde)
- Travma öyküsü
- Daha önce benzer atak ve ailede benzer durum öyküsü
- Toksik maddelerle temas öyküsü
- Isırık öyküsü

#### Fizik Muayene

Travma şüphesi varsa, boyun kırığı olasılığı açısından ani boyun hareketlerinden kaçınmalı, boyun stabilize edilmelidir.

Travma düşünülüyorsa mutlaka ense sertliğine bakılmalıdır.

#### Laboratuvar

- Kan şekeri
- Elektrolitler (sodyum, kalsiyum)
- Tam kan sayımı
- Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri
- EKG

#### Tedavi

Bilinç bozukluğu olan hastaya yaklaşım zamana karşı bir yarıştır.

Öncelikle yaşamı tehdit eden durumlara yönelik girişimler başlatılmalıdır.

Yaklaşım tüm yaş gruplarında aşağıdaki sırayla olmalıdır.

**BİLİNÇ BOZUKLUĞU OLAN HASTAYA İLK YAKLAŞIM**

**HAVA YOLU AÇILMALI**  
(Travma şüphesinde boyun stabilize edilmeli)

**AĞIZ İÇİ KONTROL EDİLMELİ**  
(Salgı, yabancı cisim, takma diş)

**'AIRWAY' TAKILMALI**  
(Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız. Sayfa 135)

**SOLUNUM DEĞERLENDİRİLMELİ**  
(Solunum sayısı, derinliği, tipi)

**OKSİJEN BAŞLANMALI, YETERSİZSE AMBU İLE DESTEKLENMELİ**  
**GEREKİRSE ENTÜBASYON YAPILMALI**  
(Kardiyopulmoner Canlandırma rehberine bakınız. Sayfa 135)

**DOLAŞIM KONTROL EDİLMELİ**  
(Nabız, kan basıncı)

**DAMAR YOLU AÇILMALI**  
(Kan örneği alınmalı)  
(İlk verilecek sıvı %5 dekstroz olmalıdır.)

<b>Erişkin</b>	<b>Çocuk</b>
<p><i>Tiamin</i> (B1 vitamini)* 100 mg ven içine %10 dekstroz ven içine puşe <i>Glikoz</i> ** 25 g (%50'lik dekstroz 50 ml veya % 20 dekstroz 125 ml) %0,9 NaCl (SF) veya laktatlı Ringer, hipoglisemi şüphesinde %5 dekstroz ile devam edilir.</p>	<p><i>Glikoz</i> 0,2-0,5 g/kg olacak şekilde %10 dekstroz ven içine puşe Hemodinamik bozukluk yoksa yaşa uygun derişimde sıvı*** ile devam Hemodinamik bozukluk varsa laktatlı Ringer veya SF ile 20 ml/kg/saat yükleme</p>

**KISA NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME YAPILMALI**

**Pupil değerlendirmesi** (anizokori, ışık reaksiyonu), **göz**  
**dibi muayenesi**

ve  
**Glasgow Koma Çizelgesi (GKÇ)** veya **AVPU** 'ya göre  
hastanın değerlendirilmesi yapılmalıdır.  
(Travmalı Hastaya Yaklaşım rehberine bakınız. Sayfa 155)

**KUSMA VARSA ANTİEMETİK YAPILMALI**

(Boyun korunarak hasta yan çevrilmeli)

\* Kronik alkol, ilaç bağımlılığı veya uzun süreli açlıkta glikoz verilmeden önce mutlaka tiamin verilmelidir: Ven içine infüzyon 10 dakikadan kısa sürmemeli, anafaksi için önlem alınmalıdır.

\*\* Bakılabiliriyorsa glikoz verilmeden önce test çubuğu ile kan şekeri bakılması uygundur.

\*\*\* Yenidoğan döneminde ilk gün %5 dekstroz, sonraki günlerde  $\frac{1}{5}$  SF, 1-24 ay arasında  $\frac{1}{5}$  SF, 2-6 yaş arasında  $\frac{1}{3}$  SF, 6 yaştan büyük çocuklarda  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{2}$  SF, erişkinde SF verilir.

**Glasgow koma çizelgesi\***

Göz Açma		Sözel		Motor	
Spontan	4	Yönelimi tam (yer, kişi, zaman)	5	Emirlere uyuyor	6
Sözlü uyarı	3	Yönelimi yetersiz	4	Uyarıya yöneliyor	5
Ağrı ile	2	Uygunsuz kelime	3	Ağrıdan kaçıyor	4
Kapalı	1	Anlaşılmaz sesler	2	Ağrıya fleksiyon yanıtı (dekortike)	3
		Yanıtsız	1	Ağrıya ekstansiyon yanıtı (deserebre)	2
				Hareketsiz	1

\* GKÇ puanı üç alanda alınan toplam puandır. Puanın düşüklüğü komanın derinliğini gösterir. İzlemede puan değişikliği kaydedilmelidir.

**Nedene yönelik tedavi**

Acil girişimler yapıldıktan sonra, neden belirlenebilmişse nedene yönelik tedavi düzenlenir.

<b>Hipoksi</b>	Oksijen verilir.
<b>Hiponatremi Hipernatremi</b>	Hızlı düzeltilmemelidir
<b>Kafa içi basınç artışı (bilinç kapalı, anizokori varsa)</b>	Boyun korunarak baş 30° yükseltilir. <i>Mannitol</i> %20 ven içine infüzyon: 1 g/kg 30 dakikada yükleme 0,25-0,5 g/kg devam edilir (4-6 saatte bir) Çocuklarda 0,25 - 0,5 g/kg ve/veya <i>Furosemid</i> 0,5-1 mg/kg ven içine
<b>Hipertansiyon</b>	Akut iskemik inme düşünülüyorsa, kan basıncı sistolik 220 mmHg ve/veya diyastolik 140 mmHg üstünde değilse acil tedavi gerekmez; üstündeyse <i>kaptopril</i> 6,25-12,5 mg ağızdan veya dil altına verilebilir (Diğer durumlar için Hipertansiyon rehberine bakınız. Sayfa. 37).
<b>Enfeksiyon</b>	Ateşin düşürülmesi Meningit (Akut Meningit rehberine bkz. Sh. 167) veya sepsis düşünülüyorsa uygun antibiyotik
<b>Süren veya tekrarlayıcı nöbetlerle status epileptikus tablosu</b>	<b>Erişkin</b> <i>Diazepam</i> 2-5 mg ven içine, en çok 15 mg/doz, en çok 2 mg/dak hızda verilmelidir. Nöbet kontrolü sağlanamazsa: <i>Fenitoin</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme, en çok 50 mg/dak hızda verilmelidir. <b>Çocuk</b> <i>Diazepam</i> 0,2-0,4 mg/kg ven içine (En çok 1 ay-5 yaş arasında 5 mg/doz, 5 yaş üstünde 10 mg/doz; 15-30 dakika aryla 2 doz verilebilir.) <i>Fenitoin</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme 1-3 mg/kg/dak hızda verilmelidir. Nöbet geçiren hastalarda damar yolu açılmamışsa, <i>diazepam</i> 0,2-0,5 mg/kg rektal veya <i>midazolam</i> 0,15-0,30 mg/kg kas içine nazal veya bukkal mukozaya uygulanmalıdır.
<b>Zehirlenmeler</b>	Zehirlenmeler yönünden değerlendirin.
<b>Hipertermi</b>	Uygun periferik soğutma ve sıvı tedavisi
<b>Travma</b>	Travmalı Hastaya Yaklaşım rehberine bakınız. Sayfa: 155

- *Mannitol* solüsyonu kristalleşmişse şişe ısıtılarak kristalin çözülmesi sağlandıktan sonra verilmelidir
- *Diazepam* , çocuklar ve yaşlılarda ani solunum durması yapabileceğinden ven içine hızlı verilmemelidir.
- *Fenitoin dekstroza* çökeceğinden *serum fizyolojik* içinde yalnızca ven içine infüzyon şeklinde verilmeli, ven dışına kaçması önlenmeli, kas içine verilmemelidir. Uygulama sırasında solunum ve kalp fonksiyonları izlenmelidir .

## Sevk

Bilinç bozukluğu ile gelen tüm hastalar acil değerlendirme ve stabilizasyon sağlandıktan sonra derhal sevk edilmeli ayrıntılı nörolojik muayene için zaman kaybedilmemelidir.

### Sevk edilirken

- Sevk öncesinde idrar sondası takılmalı
- Hasta donanımlı bir ambulansla sevk edilmeli
- Mümkünse hastaya, gelişebilecek komplikasyonların tedavisini yapabilecek bir sağlık görevlisi eşlik etmeli
- Tanı ve tedaviyle ilgili tüm işlem ve izlemlere ait yazılı belgeler hastayla birlikte gönderilmeli ve sevk edilen kuruma hasta hakkında telefonla bilgi verilmeli
- Damar yolu açılırken alınan 10 ml kan örneği hastayla birlikte gönderilmelidir.

## Kaynaklar

1. Plum F, Posner JB. The Diagnosis of Stupor and Coma. 3rd ed. Philadelphia: Davis Company; 1982:1-16.
2. Ziai WC, Mirski MA. Evaluation and Management of the Unconscious Patient. Johnson RT, Griffin JW, Mc Arthur JC, ed. Current Therapy in Neurological Disease. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2002:1-8.
3. Hacke W, Kaste M, Olsen TS, et al. Acute Treatment of Ischemic Stroke. Cerebrovasc Dis 2000;10 (suppl 3): 22-33.
4. Kırbaş D, Varlı K. Delirium. Kırbaş D, Varlı K, ed. Birinci Basamakta Nörolojik Hastalıklar: Tanı, Tedavi, Rehabilitasyon. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 1997:134-52.
5. Smith BJ. Treatment of Status Epilepticus. Wyllie E, ed. Epilepsy Neurol Clin 2001;19:347-69.

