



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
- Konvülsyon
- Hipotermi, hipertermi
- Tümörler

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

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

acil sevk için

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 anı boyun hareketlerinden kaçınmalı, boyun stabilize edilmelidir.

Travma düşünülmüyorsa mutlaka ense sertliğine bakılmalıdır.

Laboratuvar

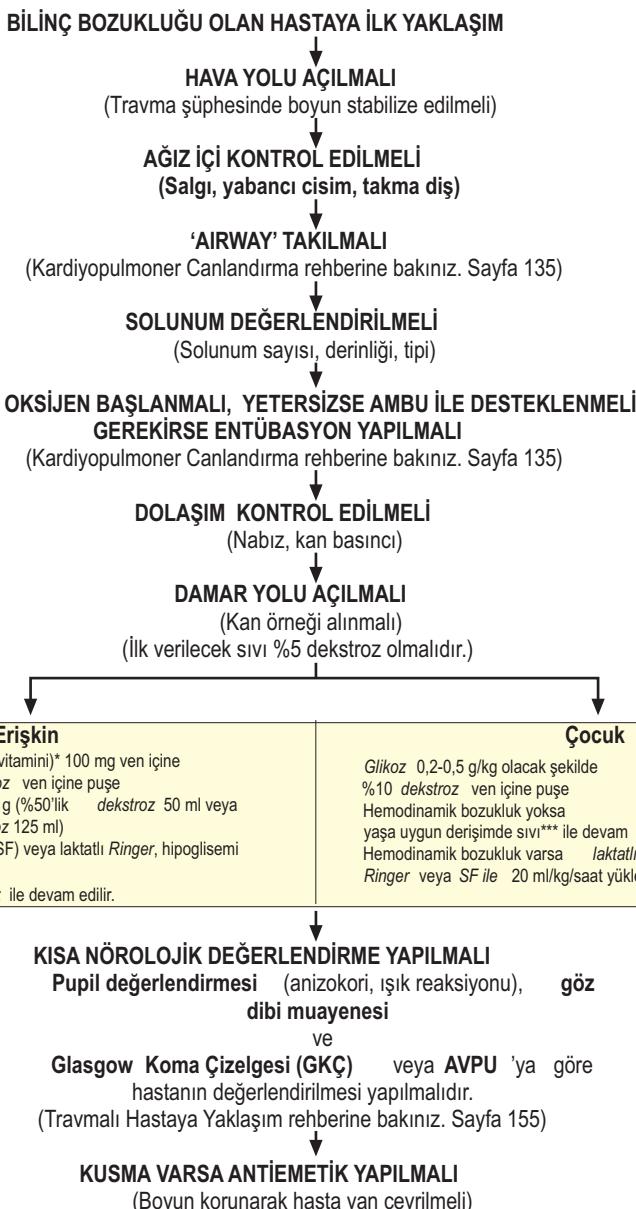
- Kan şekeri
- Elektrolitler (sodyum, kalsiyum)
- Tam kan sayımı
- Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri
- EKG

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.



* Kronik alkol, ilaç bağımlılığı veya uzun süreli aşılcıkta glikoz verilmeden önce mutlaka tiamin verilmelidir: Ven içine infüzyon 10 dakikadan kısa sürememeli, anafilaksi için önlem alınmalıdır.

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

*** Yenidögen döneminde ilk gün %5 dekstroz, sonraki günlerde $\frac{1}{5}$ SF, 1-24 ay arasında SF, 2-6 yaş arasında $\frac{1}{3}$ SF, 6 yaştan büyük çocuklarda $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ SF, adolesan ve 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 (dekontekst)	3
		Yanıtsız	1	Ağrıya ekstansiyon yanıtı (deserebre)	2
				Hareketsiz	1

* GKÇ puanı üç alanda alınan toplam puandır. Puanın düşüklüğü komanın derinliğini gösterir.

İzlemde puan değişikliği kaydedilmelidir.

Nedene yönelik tedavi

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

Hipoksi	Oksijen verilir.
Hiponatremi Hipernatremi	Hızlı düzeltilememelidir
Kafa içi basınç artışı (bilinc kapalı, anizotaksi varsa)	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
Hipertansiyon	Akut iskemik inme düşünülmüşse, kan basıncı sistolik 220 mmHg ve/veya diyalistolik 140 mmHg üstünde dejilde acil tedavi gerekmektedir; üstündeyse <i>kaptopril</i> 6,25-12,5 mg ağızdan veya dil altına verilebilir (Diğer durumlar için Hipertansiyon rehberine bakınız. Sayfa: 37).
Enfeksiyon	Ateşin düşürülmesi Menenjit (Akut Menenjit rehberine bkz. Sh. 167) veya sepsis düşünülmüşse uygun antibiyotik
Süren veya tekrarlayıcı nöbetlerle status epileptikus tablosu	Erişkin <i>Diazepam</i> 2-5 mg ven içine, en çok 15 mg/doz, en çok 2 mg/dak hızda verilmelidir. Nöbet kontrolü sağlanamazsa: <i>Fenitoïn</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme, en çok 50 mg/dak hızda verilmelidir. Çocuk <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 aralığı 2 doz verilebilir.) <i>Fenitoïn</i> 15-20 mg/kg ven içine yükleme 1-3 mg/kg/dak hızda verilmelidir. Nöbet geçiren hastalarda damar yolu açılamamışsa, <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.
Zehirlenmeler	Zehirlenmeler yönünden değerlendirin.
Hipertermi	Uygun periferik soğutma ve sıvı tedavisi
Travma	Travmalı Hastaya Yaklaşım rehberine bakınız. Sayfa: 155

- *Mannitol* solüsyonu kristalleşmişse şişe ısıtılarak kristalin çözülmesi sağlandıktan sonra verilmelidir
- *Diazepam*, çocukların ve yaşlılarda ani solunum durması yapabileceğinden ven içine hızlı verilmemelidir.
- *Fenitoin* dekstrozda 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

Bilinc 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. Zai 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. Kurbaş D, Varlı K. Delirium. Kirbaş 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.

