



ŞUUR KAPANIKLIĞI



Dr. Cahfer Güloğlu
Dr. Mahmut Yaman

İlk Yaklaşım-Genel Değerlendirme

Komanın birçok nedeni vardır. Bu nedenlerden geri dönüşlü sebepleri hızlı teşhis etmek ve tedavi etmek için algoritmik bir yaklaşım gereklidir. Hasta stabilize edilirken veya ilk tedavi uygulanırken öykü ve muayene de eş zamanlı yapılmalıdır^(1,2). Hastanın stabilitesinin sağlanması ve altta yatan nedeni değerlendirmek amacıyla yaşamsal bulgulara bakılmalıdır. Hastanın solunum yolu açık tutulmalıdır. Solunum zorluğu ile ilgili herhangi bir şüphe olduğunda hasta entübe edilmelidir^(3,4,5). Komanın en sık rastlanan nedenleri Tablo-1’de gösterilmiştir⁽⁶⁾.

Tablo 1. Komanın sık rastlanan nedenleri

Metabolik toksik nedenler	Hepatik ensefalopati, üremi, hipoglisemi, hipoksi, hiponatremi, diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar koma, laktik asidoz, hipo-hipertermi, addison krizi, alkol (wernicke ensefalopatisi), ilaç entoksikasyonları.
İnfeksiyon	Menenjit, ensefalit, beyin apsesi, nörosifiliz, sepsis.
Nörolojik	İnme, epilepsi, kafa travması, Hipertansif ensefalopati, beyin tümörleri, multipl skleroz.

Nörolojik Değerlendirme

Komadaki hastanın tam bir nörolojik ve fizik muayenesinin yapılması lezyon lokalizasyonu açısından çok önemlidir⁽⁶⁾. Bilinç bozukluğunu değerlendirmek amacıyla çoğunlukla kullanım kolaylığı ve tüm dünyada kabul görmüş olan Glasgow koma skalası (GKS)’nı kullanırız (Tablo-2). GKS’nın tekrarlayan kayıtları belli bir zaman süresinde klinik durumu izlemeye ve hastanın nörolojik muayenesinde düzelme meydana gelip gelmediğini saptamaya yarar. Göz açma, sözel ve motor olmak üzere başlıca üç fonksiyon değerlendirilir ve puanlanır^(7,8). Bunun dışında daha ince nörolojik muayene değişikliklerini değerlendirmek için FOUR (Full Outline of Un Responsiveness) skoru kullanılır (Tablo-3). Bu skorlama sisteminde göz cevabı, motor cevap, beyin sapı refleksleri, solunum paterni olmak üzere dört bölümden oluşur⁽⁹⁾.

3. Benzodiazepin over dozunda Flumazenil 0,2 mg IV başlanır, maksimum 1 mg doza kadar uygulanabilir.
4. Artmış intrakranial basınçtan (İKB) şüpheleniliyorsa başı 30° yükseltin ve orta hatta tutun. Mannitol (0,25-1 g/kg) İKB'ı azaltmaya yardımcı olabilir.
5. İlaç zehirlenmelerinden şüpheleniliyorsa hava yolu güvenliği sağlandıktan sonra gerekli durumlarda mide lavajı ve aktif kömür uygulanabilir.
6. Antikonvülfif Profilaksisi: Kafa travması, kortikal iskemi, menenjit, SAK ve beyin tümörü olgularında fenitoin vb antiepileptik ilaçlar uygulanabilir.
7. Malign hipertansiyon hemen tedavi edilmelidir, fakat daha az şiddette hipertansiyon için bu kadar acil davranmak gerekmez.
8. Kardiyak açıdan monitörize edilmeli ve yaşamı tehdit edici aritmiler hemen tedavi edilmelidir.
9. Ajitasyonu olan olgularda diazepam veya haloperidol 2-10 mg IM veya IV) uygulanabilir.
10. Diğer tedavi yöntemlerine başvurmada önce laboratuvar değerlendirmesi için kan ve idrar tahlilleri alınmalıdır.
11. Hikaye ve fizik muayene detaylı bir şekilde yapılmalıdır.
12. Hastanın genel durumu stabilize edildikten sonra altta yatan nedene yönelik BBT, MRG, Akciğer grafisi, LP, EEG planlanmalıdır.

Yatış ve Taburculuk

Koma nedenleri hızla geridöndürülebilir hastalar, eğer evdeki bakımları ve takipleri yeterli ve atağın sebebi net olarak belli ise taburcu edilebilirler. Diğer hastalar ileri değerlendirme ve tedavi için hastaneye yatırılır⁽¹⁴⁾.

Kaynaklar

1. Edlow JA, Rabinstein A, Traub SJ, Wijdicks EF. Diagnosis of reversible causes of coma. Lancet. 2014 Dec;384(9959):2064-76. Epub 2014 Apr 21.
2. Edlow JA, Rabinstein A, Traub SJ, Wijdicks EF. Diagnosis of reversible causes of coma. Lancet. 2014;384(9959):2064-76
3. Kadayıfçı A, Karaaslan Y, Köroğlu E. Acil Durumlarda Tanı ve Tedavi, 2008, 3. Baskı.
4. Wijdicks E, The Practice Of Emergency And Critical Care Neurology, 1st Edition, Oxford University Press, 2010.
5. Salıhoğlu Z. Bilinci Kapalı Hastaya Yaklaşım. Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3:1-5.
6. Altıntop L, Karaaslan Y, Acil El Kitabı, 2003.
7. Gökhan Ş, Çelik G K, Yıldırım Ç, Karakayalı O; Acil Tipta Sınıflama ve Skorlama Sistemleri, 2019, sf 225-226.
8. Ahmet Demir, Fatma Sarı Doğan, Aytekin Oğuz; Acil Servise Bilinç Bozukluğu ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2016;3(1):7-12
9. Wijdicks EF, Bamlet WR, Maramattom BV, Manno EM, McClelland RL. Validation of a new coma scale: the FOUR score. Ann Neurol. 2005;58:585-93.
10. Siva A. Komalı Hastaya Yaklaşım. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 1997 Acil Hekimlik Sempozyumu S:113-136
11. Ertan S. Bilinç Bozukluğu Olan Hastaya Tanısal Yaklaşım. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. 2005;42:87-102
12. Stevens RD, Bhardwaj A. Approach to the comatose patient. Crit Care Med 2006;34(1) :31-41
13. Moore SA, Wijdicks EF. The acutely comatose patient: clinical approach and diagnosis. Semin Neurol. 2013 Apr;33(2):110-20
14. Judith E. Tintinalli O. John Ma, Donald M. Yealy, Garth D. Meckler, Joseph Stephan Stapczynski, David M. Cline, Stephen H. Thomas. Altered Mental Status and Coma. Tintinalli's Emergency Medicine. Ninth Edition. p:1137-1142.