ISSN 1016 - 5134

Yıl/Vol 12 Sayı/Number 1 Ocak / January 2000 1.750.000 TL

Aylık
Aktüel
Tıp
Dergisi

SENDROM

- Nörolojik Bozuklukların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu
- Viral Hepatit C
- Tüberküloz Peritonit
- Şuur Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım
- İlaç Ototoksisitesi
- Radyolojide Tanısal Amaçlı Kullanılan İyotlu Kontrast Maddeler ve Yan Etkileri
- Pendred Sendromu
- Hücrenin Strese Yanıtı
- Sneddon Sendromu

Postgraduate Medicine'den

(Tüm konu başlıkları sayfa 5 de)

- Peptik Ülser Hastalığının Sıklığı ve Sonuçları
- Peptik Ülser Hastalığının Tanınması
- Eozinofili İçin Pratik Ayırım Yolları



İnternet adresimiz:
http://www.logos.com.tr

ISSN 1016 - 5134

Yıl/Vol 12 Sayı/Number 1 Ocak / January 2000 1.750.000 TL

Aylık
Aktüel
Tıp
Dergisi

SENDROM

- Nörolojik Bozuklukların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu
- Viral Hepatit C
- Tüberküloz Peritonit
- Şuur Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım
- İlaç Ototoksisitesi
- Radyolojide Tanısal Amaçlı Kullanılan İyotlu Kontrast Maddeler ve Yan Etkileri
- Pendred Sendromu
- Hücrenin Strese Yanıtı
- Sneddon Sendromu

Postgraduate Medicine'den

(Tüm konu başlıkları sayfa 5 de)

- Peptik Ülser Hastalığının Sıklığı ve Sonuçları
- Peptik Ülser Hastalığının Tanınması
- Eozinofili İçin Pratik Ayırım Yolları



İnternet adresimiz:
http://www.logos.com.tr

Şuur Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım

Yrd. Doç. Dr. Gürkan Ersoy* Uz. Dr. Ülkümen Rodoplu Öğr. Gör. Dr. Rıdvan Atilla* Öğr. Gör. Cem Oktay***

*Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı, Alsancak Devlet Hastanesi Acil Servisi ***

Kelime olarak koma, hastanın uyanık olmaması veya uyandırılamaması hali olarak tarif edilebilir. Kişinin uyanıklık hali retiküler aktivatör sistemin (RAS) ve hatta her iki beyin hemisferinin tam çalışması durumunda sağlanabilmektedir. Retiküler aktivatör sistem veya her iki beyin hemisferi de yapısal olarak harap olursa veya endojen-eksojen etkenler yolu ile deprese olurlarsa koma meydana gelir. Tek bir hemisferin zarar görmesi, eğer RAS'ı etkilemedi ise, koma oluşumu için yeterli değildir.

Buradaki temel prensip, hastayı stabilize etmek, hastalığın ciddiyetini anlayabilmek ve düzeltilebilecek hastalıkları anında tedavi etmektir. Bunun için, doktor ve/veya paramediğin yapması gerekenler şunlardır :

a. Anamnez : Mümkünse kendinden, değile en yakınlarından, olayı gören kişilerden anamnez alınmalıdır. Sorulması gereken sorular genel olarak şunlar olabilir :

- Hastaya ne oldu? Nerede, nasıl buldunuz? Daha önceden benzer bir olay olmuş muydu, hastalık geçirmiş miydi?
- Hastada travma, nöbet, diabet veya başka hastalıklar var mıydı? Hastayı en son ne zaman ve nerede normal olarak gördünüz?
- Hastanın etrafında boş ilaç şişeleri, kutuları var mıydı *(intihar amacıyla yüksek dozda almış olabilir)*?
- Hastanın bulunduğu ortamda değişik bir koku var mıydı? Tüpgaz, duman vs...

b. Fizik muayene : Hastanın basit bir fizik muayenesi yapılarak süratle havayolu, solunum ve dolaşımı değerlendirilir.

- Hastanın şuur seviyesi nedir?
- Pupillaların ışığa cevabı
- Hastada travma belirtileri var mı?
- Hastanın ağrılı uyaranlara, kötü kokulara, sese, dokunmaya cevabı var mı? Varsa nasıl?
- Hastanın Glaskow Koma Skalası kaç? Bunun en büyük yararı, hastanın o andaki nörolojik seviyesinin belirlenmesinin yanında, hastayı takip ederken elde bir bulgu olarak kalmasıdır.

c. Girişimler : Hastadan anamnez alırken diğer yandan da şu girişimler yapılmalıdır :

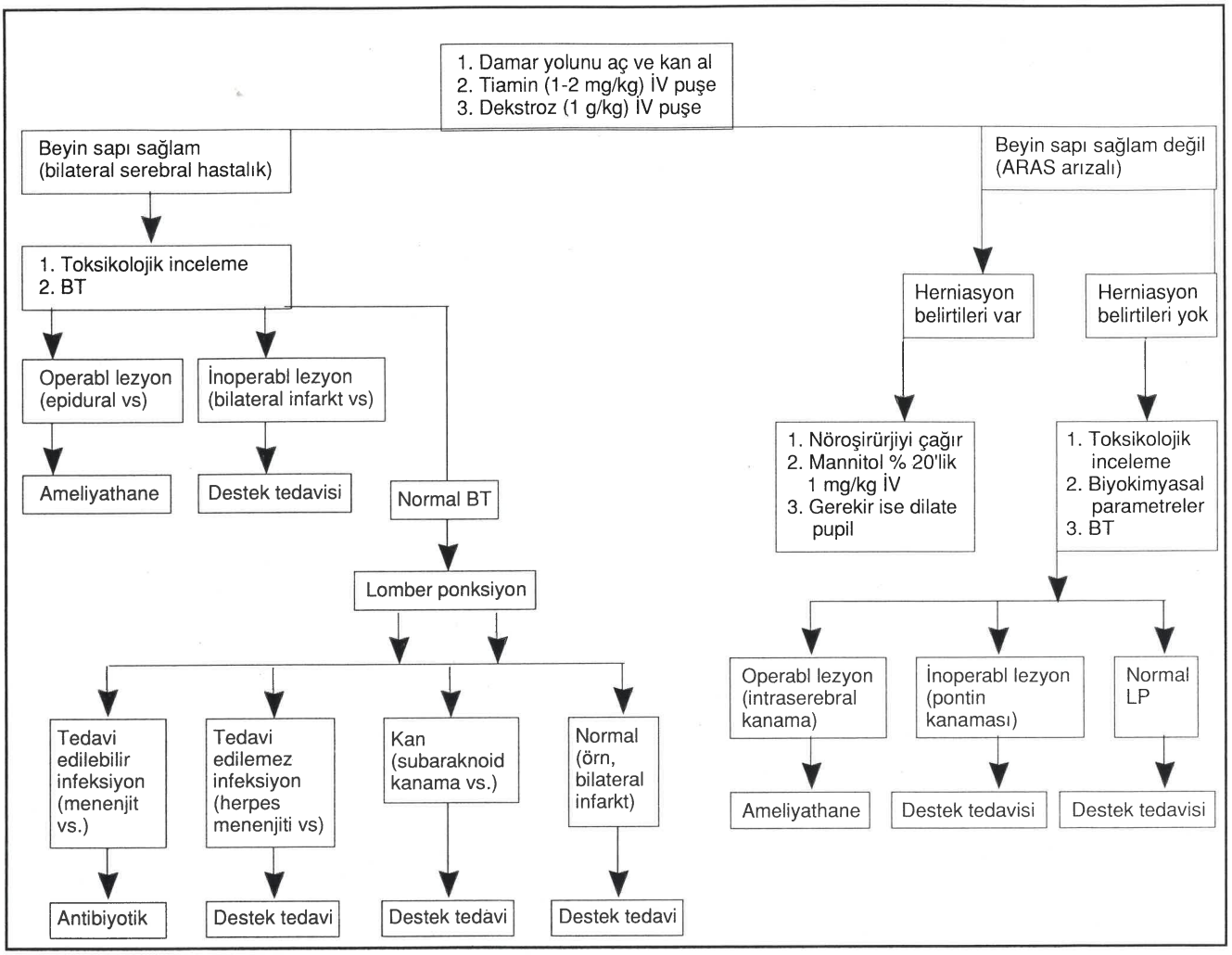
• Havayolu: Hastanın solunumu bir şekilde kontrol altında tutulmalıdır. Eğer yeterli ise nazofaringeal veya oral havayolu kullanarak havayolunun açıklığı sağlanabilir, fakat yetersiz ise zaman içinde hasta yorulacağı için mutlaka entübe edilmelidir. Şuur bozukluğu olan hastaların tümüne mutlaka ek oksijen desteği verilmelidir.

• Omurganın stabilizasyonu: Hastada ek servikal, torakal veya lomber vertebra yaralanması olabileceğini de düşünerek hastayı travma tahtası üzerine almak ve boyunluk takmak gerekecektir.

• Damar yolu: Hastadan damar yolu açılıp öncelikle kan şekeri için kan alınır ve genel olarak izotonik kristaloid solüsyon infüzyonuna başlanır. Hastaya 25-50 ml % 50 Dextroz hızla verilir *(hipoglisemik*

AN APPROACH TO THE PATIENT WITH ALTERED MENTAL STATUS "COMA"

G. Ersoy, Ü. Rodoplu, R. Atilla, C. Oktay, Dokuz Eylül University Medical Faculty, Department of Emergency Care İzmir, Turkey



Tablo 1. *Şuur bozukluğu olan hastaya yaklaşım için algoritma.*

koma düşünülüyorsa), yine erişkinlerde 100 mg tiamin *(alkol overdozu)* ile 2 mg naloksan *(narkotik overdozu)* verilerek hasta en uygun şartlarda en uygun ve yakın hastaneye sevk edilir.

• Kardiyak monitörizasyon: Hastada ritm bozuklukları olabileceğinden monitörize edilmesi gerekir.

Şuur bozukluğu olan hastaya acil serviste ilk yaklaşım

Acil serviste komadaki bir hastayı muayene iki aşamalı olmalıdır. Ön muayenede hastadan çok yüzeyel anamnez alınır ve basit bir fizik muayene yapılır. Stabilizasyon için gerekli girişimlerde bulunulur. Sekonder incelemede ise yapılan girişimler daha ayrıntılı olarak tekrarlanır.

a. Vital bulguların stabilizasyonu: Hastanın havayolu (A: airway), solunumu (B: breathing) ve dolaşımı (C: circulation) süratle değerlendirilip stabilizasyonu sağlanır.

b. Hastanın daha fazla zarar görmesinin engellenmesi

c. Hastalığın tedavisinde hemen mümkün olanların düzeltilmesi.

Bu noktaları becerebilmek için şu aşamalar gerçekleştirilir :

I. Anamnez: Hastanın cepleri araştırılır. Burada boş ilaç şişeleri ve eğer intihar etti ise ilgili notlar bulunabilir.

II. Fizik muayene ve girişimler

Havayolu: Hastanın boynu korunurken hava yolu mutlaka açık tutulmalı, gerekirse entübe edilmeli-

Tablo 2. Glasgow koma skalası.

Gözlerini Açma (E: Eye)

4. Spontan açık
3. Sözel uyaranla
2. Ağrılı uyaranla
1. Yok

Motor Yanıt (M: Motor)

6. İstemli
5. Ağrılı uyaranı lokalize eder
4. Ağrılı uyaran ile geri çekme şeklinde
3. Ağrılı uyaran ile fleksör yanıt
2. Ağrılı uyaran ile ekstansör yanıt
1. Yok

Sözel Yanıt (V: Verbal)

5. Spontan, anlamlı yanıt
4. Dağınık, konfüze yanıt
3. Uygunsuz kelimelerle yanıt
2. Anlamsız sesler
1. Yok

dir. Hastaya ek oksijen tedavisi faydalıdır.

Vital bulgular: Hastanın rektal ateşi de dahil olmak üzere tüm vital bulgularına bakılır.

Monitörizasyon: Bu şekilde hastada ritm bozukluğu var ise fark edilir ve düzeltilir.

Şuur seviyesi: Hastanın Glasgow Koma Skalası (Tablo 3) hesaplanır ve alandaki değer ile karşılaştırılarak hastalık seyri incelenir. Hastalar, bu aşamada temel olarak iki ayrı gruba ayrılabilirler; yaygın metabolik/toksik veya fokal hastalıklar nedeniyle komaya girenler.

Pupilla cevabı: Pupillanın aşırı genişleme veya daralmaları, asimetri gibi ışığa olan cevapları gözden geçirilir. Bunlardaki bozukluklar ciddi santral sinir sistemi bozukluklarına işaret edebilir.

Damar yolu: Hastanın hemodinamik tablosuna göre bir veya iki damar yolu açılır ve sıvı replasmanı yapılır.

Glukoz, naloksan ve tiamin: Eğer o ana kadar hastaya İV yoldan glukoz verilmedi ise, hemen yatak başında kan örneği alınarak glukometre ile kan şekerine bakılır. Eğer kişi hipoglisemik ise 25-50 ml % 50 glukoz süratle verilir. Hasta hipoglisemik değil ise verilecek glukoz beyin hasarını daha da artırabilir, dikkat etmek gerekir. Ayrıca hastaya ampirik olarak 2 mg naloksan ve alkolik olduğundan şüphelenilirse ayrıca 100 mg tiamin İV verilir.

Foley sonda: Hastanın idrar çıkışını kontrol ve takip edebilmek için mutlaka takılmalıdır.

Nöbetlere karşı tedbir: Eğer hastada kafa içi lezyona bağlı olarak nöbetler ortaya çıkıyor ise bunların İV yoldan uygulanacak benzodiazepin ile durdurulması gereklidir.

Menenjit şüphesi: Eğer hastada KİBAS belirtileri veya fokal nörolojik belirtiler yok, fakat menenjit veya ensefalit şüphesi var ise, acile girdikten sonraki ilk 30 dakika içinde İV antibiyotik verildikten sonra lomber ponksiyon yapılır. Hastaya tüm girişimlerden önce antibiyotik başlanmalıdır.

Kafa içi basınç artışı (KİBAS): Bunun belirtileri *(hastanın şuuru çok hızlı kapanmış, anizokori ve ışık refleksinin olmayışı vs)* varsa bir herniasyon olabilir; hastayı hemen entübe ederek hiperventile etmek gerekir. Bunun yanında 0.5-1 mg/kg dozunda mannitol İV verilir, beyin BT çekilir ve nöroşirürji uzmanı konsültasyona çağrılır.

Laboratuvar tetkikleri: Bu aşamada hastadan hemogram, elektrolitler, kan şekeri, BUN, kreatinin, kan gazı ve idrar tahlili istenir. Alınan kan ve idrar örneklerini olası diğer incelemeler *(toksikolojik incelemeler gibi)* için de saklamak uygun olur .

Ayrıntılı anamnez : Aşağıdaki sorulara yanıtlar aranır;

1. Hastanın son durumunu gören var mı, hastanın daha önce baş ağrısı, ateş gibi bazı ilave yakınmaları var mıydı? CO zehirlemesi, menenjit, beyin kanaması belirtileri var mı?
2. Bu tablo çok çabuk mu gelişti? Hipoglisemi, entoksikasyon, kafa içi kanama, travma gibi ani değişiklikler genellikle ciddidir.
3. Hastanın bulunduğu andan şu ana kadar durumunda bir değişiklik oldu mu?
4. Kişinin geçmiş dönem hastalıkları? Daha önceden böyle bir olay geçirmiş miydi?
5. Hasta halen hangi ilaçları kullanmakta?
6. Hasta alkolik mi? İlaçlara bağımlılığı var mı?

Fizik muayene : Buradaki hedefler; vital bulguların değerlendirilmesi, koma nedeninin ortaya konması ve fokal nörolojik belirtilerin araştırılmasıdır.

I. Vital bulgular

Sistemik arter basıncı : Hipotansiyona komadaki hastalarda nadir rastlanmaktadır.

Solunum: Solunumun tipi bazen bizlere tanıda yardımcı olabilmektedir. Hastada hiperventilasyon varsa asidoz olabilir ve pons lezyonlarında ortaya çıkar. Cheyne-Stokes solunumu beynin diffüz kortikal lezyonları ve yetersiz perfüzyonunda ortaya çıkabilir.

Vücut ısısı: Genellikle infeksiyon

hastalıklarında ve bazen de uzamış nöbetlerden sonra ortaya çıkar. Hipotermi de hastalarda şuurun kapanma nedeni olabilir.

II. Kafa, kulaklar ve nazofarinks : Kafada travma izi, kırık araştırılır. Mastoidte ekimoz ve kulakta hemotimpanium kafa tabanı kırığını gösterir. Ağızda koku var ise bu diabet koması veya aşırı alkol alımı neticesi olabilir.

III. Gözler

Pupillanın çapı ve ışık reaksiyonu : İnsanların % 10'unda 1-2 mm asimetri görülebilir. Hastada anizokori, unilateral pupil dilatasyonu ve ışığa cevap alınamaması herniasyonu düşündürür. Bilateral fiks ve dilate göz beyin ölümünü, bilateral miyotik gözler pontin lezyonu veya opiat aşırı dozunu düşündürür.

Kornea refleksi: Özellikle beyin sapı hakkında bilgi verir.

Fundus muayenesi: Şiddetli subaraknoid kanama tablolarında kanamalar görülebilir. Genellikle olay olduktan 6-12 saat sonra ortaya çıkarsa da pupillada kanama bulunması kanama lehine iyi bir bulgudur.

IV. Boyun : Hastada ense sertliğinin bulunması menenjit veya subaraknoid kanamayı düşündürür

V. Kardiyopulmoner sistem : Koma tablosunda gelen hastalarda kalp ve akciğerlerin mutlaka çok iyi muayene edilmesi gerekir. Çünkü, mevcut ritm bozuklukları, valvüler bozukluklar, kalp yetersizliği koma nedeni, ağırlaştıran neden vs. olabilir.

VI. Karın : Karın içinde infeksiyon, böbrek ve karaciğer yetersizliği, tümör olup olmadığı araştırılır.

VIII. Nörolojik muayene : Bu muayene sırasında hastada araştıracağımız noktalar; şuur seviyesindeki değişiklikler, kafa çiftlerinin muayenesi ve ağrılı uyaranlara karşı hastanın motor cevabı *(deserebrasyon veya dekortikasyon postürü)* olmalıdır.

Ön tanı

Hastanın primer ve sekonder muayeneleri tamamlandıktan sonra şu sorulara cevapları bulunmalıdır:

I. Hastadaki bu şuur kaybının nedeni hayatı tehdit eden bir durum olabilir mi? En ciddi nedenler şunlar olabilir :

a. Kardiyopulmoner hastalıklar
b. Hipo-hipertermi
c. Zehirlenme (CO_2, siyanür vs.)
d. İnfeksiyon (menenjit, ensefalit)
e. Fokal lezyonlar (tümör vs.)

II. Komanın nedeni hastadaki santral sinir sistemi ile ilgili bir hastalık mı yoksa sistemik bir hastalığın devamı mı? Bunu ayırt etmek için hastanın nörolojik muayenesinde fokal bulguların olup olmadığına bakmak gerekir. Fokal bulguların varlığı, bize olayın daha çok santral sinir sistemi ile ilgili olduğunu düşündürür, ama kural değildir. Çünkü, hiponatremi ve nonketotik hiperosmolar komada da fokal nörolojik bulgular bulunabilir. Yani, hastada fokal nörolojik bulgular var ise mutlaka kafa içinde yer kaplayan bir kitle araştırılmalıdır.

Tanı yöntemleri

I. Laboratuvar

♠ Hemogram: Anemiyi, infeksiyonu ekarte etmede faydalı olabilir.
♠ Kan biyokimyası: Glukoz, elektrolitler, kalsiyum, BUN, kreatinin ve gerekiyorsa karaciğer enzimleri.
♠ Alkol ve toksikolojik inceleme: Kandaki alkol düzeyi, opiatlar, benzodiazepinler, salisilatlar ve parasetamol gibi gerektiğinde tedavi amacıyla antidotların kullanılabileceği maddelerin varlığı ve serum düzeyleri ölçülmelidir.
♠ Kan gazı: Bu tip hastaların hepsinde mutlaka istenmelidir. Özellikle hastada hipoksi, hiperkapni, metabolik asidoz veya alkalozu ayırt etmede yardımcı olur.
♠ Karboksihemoglobin: Anamnez bulguları var ise *(aynı aileden aynı anda birçok bireyin zehirlenme veya baş ağrısı gibi şikayetler ile müracaat etmesi gibi)* mutlaka istenmelidir.

II. Radyoloji

Akciğer grafisi : Pnömoni, kalp yetersizliği gibi koma nedeni olabilecek faktörleri ekarte etmiş oluruz. Yine, çok nadir olarak beyin metastazları olan bir hastada tümörün kaynağı tesbit edilmiş olur.

Kafa grafisi : Endikasyonu yoktur. Eğer çökme fraktürü vs. düşünülürse, o zaman beyin tomografisi çektirmek gerekir.

Bilgisayarlı tomografi (BT): Endikasyonları şunlardır :

✶ Travma şüphesi
✶ Kafa içi kanama şüphesi
✶ Açıklanamayan fokal nörolojik bulgular
✶ Papilla ödemi
✶ Koma nedeni bir türlü başka nedenler ile açıklanamıyor ise

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) : Acil serviste komadaki bir hastanın tanısı için kullanım endikasyonu yoktur. Yalnız hasta stabilize edildikten sonra ve komanın nedeni ortaya konamıyor ise yatırıldığı serviste belki istenebilir. En çok demans tanısında bizlere yardımcı olabilir.

III. EKG
Ritm bozuklukları, iskemi ve metabolik veya toksik hadiselerin bulunması için faydalı olur. Hiperpotasemide T sivriliği, trisiklik antidepresan zehirlenmelerinde ortaya çıkan QRS genişlemesi gibi.

IV. Lomber ponksiyon
Menenjit şüphesi olan tüm hastalarda mutlaka yapılmalıdır. Hastada papilla ödemi gibi kafaiçi basınç artışı belirtileri yok ise güvenle yapılabilir. Eğer koma nedeni olarak menenjitten şüpheleniyor, fakat Kİ BAS bulguları varsa, o zaman hiç beklemeden hastaya antibiyotik verip BT'e göndermek gerekir.

Ayırıcı tanı

Akılda kalması kolay olduğu için şu kısaltma bize çok faydalı olabilecektir: **AEIOU-TIPPS**

❖ **Alkol :** Hastanın nefesindeki koku tanıya gitmemize bize yardımcı olabilir. Önemli diğer bir nokta da hasta sarhoş iken düşüp kafasını çarpmış da olabilir. Onun için çok yönlü düşünmek ve şu noktalara dikkat etmek gerekir:

a. Hastanın genel durumu kan alkol seviyesi ile uyumlu mu? Örneğin kan alkol seviyesi % 250 mg'dan az ise çok nadir olarak hastada komaya neden olur.

b. Hastanın mental durumu saatler geçince düzeliyor mu? Evet ise bu alkol koması olabilir, çünkü zaman içinde alkol metabolize olacaktır. Yok eğer hastanın durumu ve nörolojik tablosu kötüye gidiyor ise o zaman hastada başka nedenler araştırılmalıdır.

c. Hastada fokal nörolojik bulgular varsa, bunları alkol koması ile açıklamak mümkün değildir.

❖ **Epilepsi, elektrolitler, ensefalopati :** Epileptik bir hasta post iktal dönemde komada gibi görünebilir. Ensefalopati, genel olarak hepatik ensefalopati şeklinde ortaya çıkmaktadır. Elektrolitlerden ise en sık olarak sodyum (hiponatremi) ve kalsiyum (hiperkalsemi) şuur bozukluğu nedenidir.

❖ **İnsülin :** Hem hipo hem de hiperglisemi neden olabilmektedir.

❖ **Opiatlar veya diğer toksinler :** Morfin ve türevi maddeler sorumludur. Hastaların pupillaları bilateral nokta şeklindedir, solunumları deprese olmuştur. Hastalara naloksan verilmesiyle birlikte hastanın hemen düzelmesi bize tanıyı doğrulatır. Diğer toksinler de sorumlu olabilir, bu nedenle bu maddelerin toksikoloji laboratuvarında taranması gerekir.

❖ **Üre/metabolik :** Çok sık olmamakla birlikte böbrek yetersizlikleri de hastalarda koma nedeni olabilmektedir. Bunun için, ürenin 100 mg/dL, kreatinin de 7'nin üzerine çıkması gereklidir.

❖ **Travma :** Travma, hastada primer beyin hasarı yaratabileceği gibi santral sinir sisteminde kanama da yapabilir. Fokal nörolojik bulgular varsa KİBAS'ı aklımıza getirir ve BT tanı ve/veya ayırıcı tanıda bizlere yardımcı olabilir.

❖ **İnfeksiyon :** Santral sinir sistemi infeksiyonları ve ensefalitler sıklıkla koma ve şuur bozukluğu nedeni olabilmektedir.

❖ **Psikiyatrik :** Psikojenik komaya acil servislerde sıklıkla rastlanmaktadır.

❖ **Poison (zehir) :** Çeşitli tip maddeler ile olan zehirlenmeleri gözden kaçırmamak gerekir.

❖ **Şok :** Beyinin yetersiz perfüzyonu, yer kaplayan oluşumlar koma için bir nedendir.

Tedavi prensipleri

I. Ampirik tedavi: Glukoz, tiamin, naloksan ve oksijen tedavisi hemen uygulanmalıdır.

II. Vital bulguların desteklenmesi: Vital bulgularda olan bozukluklar hemen düzeltilmelidir. Örneğin, hava yolunu korumak için hasta hemen entübe edilmeli, şok tablosu varsa hızlı sıvı ve/veya kan replasmanı, ciddi bir hipertansiyon tablosu (diastolik > 130 mmHg), hipo veya hipertermi var ise bunlar süratle düzeltilmelidir.

III. Komplikasyonların veya santral sinir sisteminin daha fazla harap olmasının engellenmesi: KİBAS belirtileri varsa mannitol, diüretikler ile veya hiperventilasyon ile basınç düşürülmeye çalışılır. Hasta nöbet geçiriyorsa benzodiazepin ile durdurulur ve gerekiyor ise fenitoin ile proflaksi uygulanır. Boyunluk ve travma tahtası kullanılarak hasta stabilize edilir. Çünkü, aksi ispat edilinceye kadar komadaki hastalarda servikal yaralanma olduğu düşünülmelidir.

IV. Tanıya yönelik kesin tedavi: Alınan anamnez, fizik muayene ve tanı yöntemlerine bakılarak hastanın tanısı konur ve ona yönelik tedavi uygulanır.

Hastaneye yatış endikasyonları

a. Koma tablosundan çıkamayan ve yoğun bakım tedavisini gerektiren hastalar,
b. Hipoglisemi tanısı alan hastalar ve bu hastalar tedavi veya intihar amacıyla uzun etkili oral antidiabetik aldılarsa,

c. Opioid aşırı dozu ile gelen hastaların verilen naloksan ile durumları düzelse de yatırılmaları gerekir. Çünkü, naloksan'ın etki süresi ortalama 1-2 saattir, daha sonra hasta tekrar kapanabilir ve bu arada hasta şuuru kapalı iken düşmüş ve başka yaralanmalara da neden olmuş olabilir. Bunların araştırılması gerekir.
d. Hastanın kesin tanısı kondu ise, yine bunların da yatırılarak gerekli tedavilerinin yapılması gerekir. Taburcu edilen hastalar hastaneden çıkarılırken, yakınları ve arkadaşları mutlaka hastayı en azından 24-48 saat gözlemeleri açısından uyarılmalıdırlar.

Hasta ile ilgili kayıtlar

Hastaların dosyalarına şu bilgilerin mutlaka kayıt edilmeleri gereklidir:

a. Anamnezin kimlerden alındığı, hastanın nerede ve ne şekilde bulunduğu,
b. Diğer organlara ait bakı bulguları,
c. Özellikle pupilla da dahil olmak üzere, hastanın ayrıntılı nörolojik muayene bulguları,
d. Hastanın bulunduğu andan itibaren yapılan fizik ve nörolojik muayenelerindeki değişiklikler, iyiye veya kötüye gidiş,
e. Özellikle hastaya verilen glukoz, tiamin ve naloksan tedavisine karşı hastanın durumundaki değişiklikler,
f. Radyoloji ve laboratuvar tetkiklerinin sonuçları,
g. Konsültasyona çağırılan nöroşirürji, nöroloji ve psikiyatri hekimlerinin muayene bulguları.
h. Eğer hasta taburcu ediliyorsa çıktıktan sonra bu kişinin bakımını kimin üstleneceği, kişinin telefon numaraları, kendisine yapılan öneriler ile verilen ilaçlar.

Sonuç

a. Koma ciddi bir tablodur, dikkatli olup ayrıntılı düşünmemizi gerektirir. Hastanın ilk muayenesi ABC'nin değerlendirilmesinden sonra koma nedeninin ortaya konması şeklindedir.
b. Glasgow koma skalası, şuuru kapalı bir hastayı değerlendirebilmek için oldukça objektif bir yöntemdir.
c. Pupil refleksleri, gözlerin motor hareketlerini ve santral sinir sistemini değerlendirmek açısından önemli bulgulardır.
d. Hasta, birçok etken nedeniyle komaya girmiş olabilir. Örneğin, hipoglisemi komasına giren bir hasta aynı anda düşmüş ve bir epidural kanama meydana gelmiş olabilir. Hatta, aynı anda birkaç neden etkin olabilir. Bu nedenle, öncelikle hayati tehlike yaratan nedenler ortadan kaldırılmalıdır.
e. Ayrıntılı tanı yöntemleri uygulanmadan önce hastaya ampirik tedavi yöntemi (naloksan, oksijen, tiamin) mutlaka hemen uygulanmalıdır, ki bazı düzeltilebilir koma nedenleri hemen ekarte edilebilsin.
f. Ayırıcı tanı açısından **AEIOU-TIPPS** kısaltmasını unutmamak gerekir.
g. Hastada menenjitten şüpheleniliyorsa ilk yapılacak iş antibiyotik vermektir. Hastayı muayene ederek veya BT çektirerek bu değerli süreyi atlamamak gerekir.
h. Komadaki hastanın nörolojik muayenesi aralıklara tekrarlanmalıdır. Çünkü, sürekli değişiklik gösterebilir. Eğer sizin de karşınıza komada bir hasta gelecek olur ise bu hastayı sistemik olarak değerlendirip tedavi etmek için Tablo 1'deki algoritmlerden yararlanabilirsiniz.

Summary

Here in this review article we will try to discuss the main points (such as taking history, physicial examination, differential diagnosis and treatment modalities) about an approach to a patient with altered mental status (coma).

Kaynaklar

1. Ferrera PC, Chan L: Initial management of the patient with altered mental status. Am Fam Physician 55:1775-1781, 1997.
2. Gleen CH: Neurologic Disease, Emergency Medicine, WB Saunders Company, 1996; 807-829. Giacino JT: Disordres of consciousness.
3. Giacino JT: Disorders of consciousness: differential diagnosis and neuropathologic features. Semin Neurol 17:105-11, 1997.
4. Guff DL, Wells DL: Post comatose unawareness/vegetative state following brain injury. J Neurosci Nurs 12:301-313, 1997.
5. Gregory LH: Coma and altered states of consciusness. McGraw-Hill Book Company 1996; 128-138.
6. Michael CS, Melvin DW: The comatose patient. Lea and Febiger.
7. Kelly POKeefe, Tracy GS: Elderly patients with altered mental status. Emergency Medicine Clinics of North America 16 (4):701-717, 1998.
8. Steven KF: Coma and Confusional States: Emergency diagnosis and management. Neurologic Clinics, 16(2):237-257, 1998.