

Acil Servise Bilinç Bozukluğu ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

The Evaluation of Patients Admitted to the Emergency Service with Consciousness Disorders

Ahmet Demir¹, Fatma Sarı Doğan², Aytekin Oğuz³

¹ Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, İstanbul

² Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul

³ Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, İstanbul

Özet

Acil servis başvurularının %3-5'i bilinç bozukluğu nedeniyledir. Bunların çoğu hayati tehlike de doğurabilecek bir nedene bağlı olabileceğinden bu rakam hiç de azımsanamayacak ölçüdedir. Bu çalışmanın amacı, bilinç bozukluğu şikayetiyle acil servise başvuran travmaya maruz kalmamış hastaların demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin bilinç bozukluğuyla ilişkisini değerlendirmektir. Bu çalışmada 1 Ocak 2013 - 31 Mayıs 2013 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne nontravmatik bilinç bozukluğu şikayetiyle başvuran olgular, retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmanın sonunda olgular, nörolojik nedeni ve nörolojik olmayan nedeni bilinç bozukluğu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Gruplar; yaş, cinsiyet, bilinç bozukluğunun başlama zamanı, hastaneye başvuru yapana kadar geçen süre, bilinç bozukluğunun şiddeti, eşlik eden semptomlar, laboratuvar parametreleri ve nörolojik muayene bulgularına göre karşılaştırıldı. Çalışmaya 309 hasta dâhil edildi. Olguların 162'si erkek (%52.4), 147'si kadındı (%47.6). Erkek/kadın oranı 1.1 idi. Hastaların 139'unda (%45) nörolojik nedenler, 170'inde (%55) nörolojik olmayan nedenler saptandı. Hastalar yaş gruplarına ayrıldığında, 65 yaş üstü grup çalışmaya alınan hastaların toplamının %49.8'ini oluşturdu. Bilinç bozukluğu başlangıcından sonraki ilk iki saat içerisinde hastaneye başvuran hastalarda nörolojik sebeplerin oluşturduğu grup istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Nörolojik sebepler içerisinde en sık epilepsi ve beyin damar hastalıkları, nörolojik olmayan gruptaysa en sık sistemik-organik disfonksiyona bağlı etkenler saptandı. Bu çalışmada bilinç bozukluğu şikayetiyle acil servise başvuran hastalarda nörolojik olmayan nedenlerin daha sık olduğu görüldü. Semptomlardaki ani başlangıç, fokal semptomlar ve nöbet; bilinç bozukluğu etyolojisinde nörolojik sebeplerin varlığının daha muhtemel olduğunu gösterdi.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Bilinç bozukluğu, Nörolojik nedenler, Nörolojik olmayan nedenler

Abstract

3-5% of emergency admissions are due to consciousness disorders. This percentage cannot be ignored for the reason that most of them may be linked to a cause that could endanger life. The purpose of this study is to investigate the relationship between demographic and epidemiological characteristics of the patients, who apply to emergency service with the complaint of consciousness disorders not related with trauma, with consciousness disorders. In this study, the cases of consciousness disorders not related with trauma, which were admitted to the Emergency Service of Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital, are retrospectively assessed between 01/01/2013 and 31/05/2013. As a result of this study, the cases are categorized as neurological and non-neurological consciousness disorders. The groups are compared according to their age group, gender, the start date of the consciousness deficiency, the time until hospital admission, the severity of the consciousness deficiency, accompanying symptoms, laboratory parameters, and neurological examination evidences. 309 patients were included in this study. 52.4 % of the cases were men and 47.6 % of them were women. The proportion of men against women was 1.1. It was found out that 45 % of the patients' consciousness disorders were caused by neurological reasons and 55 % of them were caused by non-neurological reasons. The patients were divided into age groups: 18-45, 45-65 and above 65. The patients, whose age is above 65, formed 49.8 % of the group. Within the patients, who applied to the hospital within the two hours after consciousness disorders started, the group of neurological cause was statistically significantly higher than the group of non-neurological cause. The reasons detected in the consciousness disorders caused by neurological reasons were mostly epilepsy and cerebrovascular diseases and in the non-neurological group the detections were mostly related to systemic-organic dysfunctions. In this study, non-neurological causes were observed more frequently in the patients, who were admitted to the emergency service, with consciousness disorders. Sudden onset of symptoms, mean arterial pressure height, focal symptoms and seizures showed that the presence of neurological reasons is more likely to be in the etiology of consciousness disorders.

Keywords: Consciousness disorders, Emergency service, Neurological reasons, Non-neurological reasons

Başvuru Tarihi / Received: 10.02.2016

Kabul Tarihi / Accepted : 14.04.2016

Giriş

Bilinç; kişinin kendisinden ve çevresinden haberdar olma durumu olarak tanımlanmaktadır

Adres / Correspondence : Ahmet Demir
Sultanbeyli Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, İstanbul
e-posta / e-mail : drahmetdemir46@gmail.com

(1,2). Bilinç durum değişikliği; çoğunlukla organik bir zeminde gelişen ve nörotransmitter işlev kaybıyla oluşan, santral sinir sistemindeki anatomik bütünlüğü zedeleyen bir patolojiden, nöronal metabolizmanın bozulmasına sekonder gelişebilecek kadar karmaşık bir durumdur (2).

Acil servis başvurularının %3-5'i bilinç bozukluğu nedeniyledir. Bunların çoğu hayati tehlike de doğurabilecek bir nedene bağlı olabileceğinden bu rakam hiç de azımsanamayacak

ölçüdedir. Yine bu nedenlerin önemli bir kısmı travma dışı sebepler olduğundan dolayı tanı konulması zordur (2,3).

Bilinç bozukluğu ile karşılaşabilecek olan her hekim; bu durumla alakalı temel bilgilere sahip olmalı, bilinç bozukluğuna yaklaşım algoritmalarını bilmelidir. Bu tür hastalarda genelde vital fonksiyonlar da stabil olmadığından bir yandan ayırıcı tanıyı değerlendirilirken bir yandan da spesifik ve nonspesifik tedaviye hemen başmalıdır (2).

Bu çalışmanın amacı, bilinç bozukluğu ana şikayetiyle acil servise başvuran nontravmatik hastaların demografik ve epidemiyolojik özelliklerinin bilinç bozukluğu üzerine etkilerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan izin alındıktan sonra 1 Ocak 2013-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında, travma ile ilişkili olmayan bilinç bozukluğu şikayetiyle acil servise başvuran 18 yaş üzerindeki olgular çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya acil servise başvuru sırasında bilinç bozukluğu bulunan ve hastaneye getirildiğinde şikâyetleri gerilemiş olsa da 112 acil yardım sistemini bilinç bozukluğu ana şikayeti ile aramış ve bunun üzerine ambulansla kliniğimize nakledilmiş hastalar dâhil edildi.

18 yaşından küçük hastalar, bilinç bozukluğu gelişmeden önce travmaya maruz kalmış hastalar, bilinç bozukluğu gelişmeden daha önce demans tanısı almış hastalar ve bilinç bozukluğu gelişmeden daha önce mental retarde tanısı almış hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, geliş şekli vb.), bilinç bozukluğunun başlama zamanı (ani-saniyeler veya dakikalar içinde, yavaş-saatler veya günler içinde) ve bilinç bozukluğu gelişimi öncesinde veya beraberinde eşlik eden semptomlar dosya bilgilerinden taranarak kaydedildi. Başvuru anında bilinç bozukluğu ile beraber olan şikâyetlerden; baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı kusma, senkop, epileptik nöbet ve fokal semptomlar (güçsüzlük, uyuşma, konuşamama, yüzde bir tarafa kayma), idrar/gayta inkontinansı varsa kaydedildi.

Bilinç bozukluğunun şiddeti için Glaskow Koma Skoru (GKS) kullanıldı. GKS skoruna göre hastalar bilinç düzeyi açısından ağır (3-8 arası), orta (9-12) ve hafif (13-15) olarak kaydedildi.

Bilinç bozukluğu kliniği ile ilgili olabileceği düşünülen tam kan sayımı (hemoglobin, beyaz küre, trombosit sayısı) ve acil biyokimya (glukoz, sodyum, potasyum, kalsiyum, üre, kreatinin değerleri) sonuçları kaydedildi.

Acil serviste ileri yaşlı, fokal nörolojik bulguları olan, başağrısıyla birlikte kusması olan, farklı

düzeylede bilinç bozukluğu olan, lomber ponksiyon planlanan, kanama diatezi olan ya da antikoagülan ilaç kullanan hastalara nörogörüntüleme uygulanmaktadır ki çalışmaya aldığımız vakalarda da bu hasta grubuna nörogörüntüleme yapıldığı görülmüştür. Nörogörüntüleme tetkiki için hastalara bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve/veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekilmiştir. Nörogörüntüleme neticesinde kanama, iskemi, tromboz, demiyelinizasyon, enflamasyon, abse ve kitle tespit edilen olgular nörolojik lezyonu var olarak kabul edildi.

Çalışmanın sonunda bilinç bozukluğunun sebebi nörolojik nedenlerden ötürü olan olgular nörolojik nedenli grupta toplanırken; sistemik ve metabolik hastalıklara bağlı tanılar alan olgular nörolojik olmayan nedenli grupta toplandı. Acil serviste tanı ve takipleri tamamlanan hastalar sonuç (taburcu, yatış, dış merkeze sevk, kendi isteği ile tedavi red ve exitus) açısından kaydedildi.

Hastalar yaş gruplarına göre 18-45 yaş, 45-65 yaş ve 65 yaş üzeri olarak alt gruplara ayrıldı.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 17.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (medyan, yüzde) yanı sıra, niteliksel parametrelerin gruplar arası karşılaştırmasında Ki-Kare, niceliksel parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında t- Test kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı 01 Ocak 2013-31 Mayıs 2013 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH acil servisine toplam 92.111 hasta başvurdu. Bu hastalardan bilinç bozukluğu şikayeti ile acil servise başvuran ve araştırmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 309'u çalışmaya alındı. Çalışmaya dahil edilen olgu sayısı çalışma süresince oluşan toplam acil servis başvurularının %0.33'ünü oluşturmaktadır.

Bilinç bozukluğu ile başvuran 309 hastanın, 162'si erkek (%52.4), 147'si kadın (%47.6) dır. Erkek/kadın oranı (E/K); 1.1'dir. Hastaların başvuru sırasındaki yaşları 18 ile 97 arasında değişmekteydi ve ortalama yaş (medyan) 64 yıl, kadın yaş ortalaması (medyan) 65 yıl, erkek yaş ortalaması (medyan) 63 yıl olarak bulundu.

Hastalar bilinç bozukluğunun nörolojik sebebe bağlı olup olmamasına göre iki gruba ayrıldığında; nörolojik sebebe bağlı olan birinci grubu 68'i erkek 71'i kadın olmak üzere 139 hasta, ikinci grubu ise 94'ü erkek 76'sı kadın olmak üzere 170 hasta oluşturmuştur.

Hastaların 199'unun (%64.4) ambulans ile acil servise başvurduğu tespit edilmiş olup, hastaların

hastaneye geliş şekilleri açısından gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Chi-Square test $p=0.908$, $p>0.05$). Hastaların 168'inin (%54.7) bilinç bozukluğu başladıktan sonraki ilk 2 saat içerisinde acil servise başvurduğu görüldü ve bilinç bozukluğu başladıktan sonra hastaneye başvuru süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edildi. (chi-square test, $p=0.004$; $p<0.05$). Bilinç bozukluğu ani başlayan hastalar 91 (%29.6) kişi, dakika ya da saatler içerisinde başlayan hastalar ise 174 (%56.7)

kişi olup, gruplar arasında bilinç bozukluğunun başlama süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (Chi-Square test $p=0.000$; $p<0.05$).

Birinci grup hastaların ortalama olarak 315.07 dakika ikinci grup hastaların ise ortalama olarak 259.6 dakika müşahade altında kaldığı tespit edilmiş olup iki grup arasında müşahade süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Independent-t test $p=0.533$; $p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Bilinç bozukluğunun nörolojik sebebe bağlı olup olmamasına göre grupların karşılaştırılması

	1.Grup (n=139)	2.Grup (n=170)	Toplam (n=309)	p
Hastaneye Geliş Şekli				
Ambulans	90 (%45.2)	109 (%54.8)	199 (%64.4)	0.908
Diğer	49 (%44.5)	61 (%35.9)	110 (%35.6)	
Hastaneye Başvuruya Kadar Geçen Süre				
0-2 saat	90 (%53.6)	78 (%46.4)	168 (%54.7)	0.004*
2-12 saat	33 (%33.7)	65 (%66.3)	98 (%31.9)	
12-24 saat	2 (%20)	8 (%80)	10 (%3.3)	
24<	12 (%38.7)	19 (%61.3)	31 (%10.1)	
Bilinç Bozukluğunun Başlama Şekli				
Ani	71 (%78)	20 (%22)	91 (%29.6)	0.000*
Dakika-saatler	56 (%32.2)	118 (%67.8)	174 (%56.7)	
Saatler-günler	10 (%23.8)	32 (%76.2)	41 (%13.7)	
Hastaneye Başvuru Zamanı				
08:00-17:00	57 (%44.9)	70 (%55.1)	127 (%41.2)	0.303
17:00-24:00	54 (%50)	54 (%50)	108 (%35.1)	
00:00-08:00	28 (%38.4)	45 (%61.6)	73 (%23.7)	
Müşahade süresi(dk)				
Ort ±Std.S	315.07±211.76	259.68±225	233.01±225.05	0.533
Min/max	40/1215	25/1081	25/1081	

*:p<0.05

1.grup: nörolojik nedenler, 2. Grup: nörolojik olmayan nedenler

Hastaların üre ve kreatin değerleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup, nörolojik olmayan seberlerle başvuran hastaların üre ve kreatinin seviyelerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür

(Independent-t test, $p=0.002$; $p=0.038$ $p<0.05$). Diğer laboratuvar bulguları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Hastaların laboratuvar bulgularının gruplara göre dağılımı Tablo 2'de belirtilmiştir.

Tablo 2. Grupların laboratuvar değerleri

Laboratuvar Parametreleri	1.Grup (n:129)	2.Grup (n:158)	Toplam (n:287)	p
WBC	10.2±6	12±10.1	11.2±8.5	0.094
Hemoglobin	12.9±1.9	12.5±2	12.7±1.9	0.121
Trombosit	232.9±86.9	223.8±80.7	227.9±83.5	0.363
Glukoz	152.4±82.9	137.1±84.1	144.03±83.8	0.121
Üre	40±18.2	51.2±38.4	46.2±31.4	0.002*
Kreatin	1±0.83	1.3±1.3	1.2±1.1	0.038*
Na	137.6±3.71	137.6±5.53	137.6±4.7	0.920
K	4.7±3.9	6.3±23.6	9.3±17.7	0.430
Ca	9.1±0.8	9.5±6.1	9.3±4.5	0.490

*:p>0.05

1.grup: nörolojik nedenler, 2. grup: nörolojik olmayan nedenler

Hastaların 216'sına (%69.9) konsültasyon istendiği, 103'üne (%33.3) MRG ve 213'üne (%68.9) BT istemi yapıldığı görülmüştür. Nörolojik sebeplerin ön planda olduğu grupta 132 kişiye nörogörüntüleme yapılmasına rağmen ancak 40 hastada bilinç bozukluğunun etyolojisi açısından anlamlı bulguların tespit edildiği görüldü. Bilinç bozukluğuna eşlik eden semptom ve tanılara bakıldığında, nörolojik sebeplerle başvuran hastalarda çoğunlukla nöbet (%51) ve fokal semptomların (%28.7) olduğu, nörolojik olmayan sebeplerle başvuran hastaların ise çoğunda ek semptom görülmediği (%45.8), görülenlerdeyse düşük oranda baş dönmesi (%14.1), senkop (%27.7) ve bulantı kusmanın (%17) eşlik ettiği saptanmıştır.

Nörolojik sebeplerle başvuran hastalarda en çok sırasıyla epilepsi (64 (%46)), serebrovasküler hastalıklar (59 (%42.4)) intrakraniyal kitle (15 (%10.7)) tanısı konulduğu tespit edilmiştir. Nörolojik olmayan sebeplerle başvuran hastalara en çok sırasıyla toksikolojik-farmakolojik tanılar (40 (%23.5)), sistemik-organik fonksiyon bozukluğu (37(%21.7)) ve enfektif faktörlerle ilgili tanılar (34(%20)) konulduğu görülmüştür. Hastalara istenen konsültasyon dağılımlarına bakıldığında nörolojik sebeplerle başvuran hastalarda en çok nöroloji (%84.1), beyin cerrahi (%17.2) ve yoğun bakımdan (%10) konsültasyon istendiği, nörolojik olmayan sebeplerle başvuran gruptan ise çoğuna konsültasyon istenmediği (%47.6), istenen konsültasyon dağılımının ise nöroloji (%14.7), yoğun bakım (%23.5) ve dahiliye (%18.8) olarak şekillendiği saptanmıştır.

Hastaların 207'sinin (%67) GKS'ü 14'ün üstünde, 101'inin (%33) GKS 'u 14'ün altında bulundu. Hastaların GKS değerlerinin yaş grupları açısından istatikel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (independent t test, p=0.009, p<0.05). İki grup arasında (nörolojik sebepler ve nörolojik olmayan sebepler) GKS değerleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (İndependent t test, p=0.394).

Nörolojik sebeplerle başvuran hastaların 126'sına (%90.6) ek işlem yapılmadığı, 13'üne (%9.4) resüsitasyon yapıldığı, yine nörolojik olmayan sebeplerle başvuran hastaların 137'sine (%80.6) ek işlem yapılmazken, 33'üne (%19.4) resüsitasyon yapıldığı tespit edilmiştir. Tüm gruplar baz alındığında vakaların 174'ünün (%56.3) acil servisten taburcu edildiği, 52'sinin (%16.8) hastaneye yatırıldığı, 51'inin (%16.5) dış merkeze sevk edildiği, 29'unun (%9.4) acil servisteki tetkik ve tedaviyi redderek kendi isteği ile hastaneden ayrıldığı ve 3 (%1) hastanın ise acil serviste hayatını kaybettiği görülmüştür.

Tartışma

Bu çalışmada bilinç bozukluğu ile acil servise başvuran hastalarda nörolojik olmayan nedenlerin daha sık olduğu görüldü. Semptomlardaki ani başlangıç, fokal semptomlar ve nöbet; bilinç bozukluğu etyolojisinde nörolojik sebeplerin varlığının daha muhtemel olduğunu gösterdi.

Bilinç bozukluğu şikayetinin acil servis başvuruları içindeki sıklığı %4 ile %10 arasında değişmektedir (1,4). Leong ve ark. (5) 967 vakalık araştırmalarında bu oranı %0.62 olarak bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oran tüm acil servis başvuruları değerlendirildiğinde %0.33'dür.

Çalışmada nörolojik sebepler bilinç bozukluğu ile başvuruların %45'ini (139), nörolojik olmayan sebeplerse %55'ini (170) kapsamaktadır. Literatürde bilinç bozukluğu olan olguların etiyolojik nedenlerinin incelendiği farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Kanisch ve ark. (6) çalışmalarında, nörolojik nedenli bilinç bozukluğu sebeplerinin oranını %42 olarak hesaplarken, nörolojik olmayan sistemik nedenli bilinç bozukluğu etkenlerinin oranını %58 olarak hesaplamıştır. Xiao ve ark. (4) nörolojik sebepleri %35, nörolojik olmayan sebepleri ise %65 olarak tespit etmiştir. Bu çalışma oranları farklı olmakla birlikte nörolojik olmayan sebeplerin oranı daha yüksek olması bakımından literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada bilinç bozukluğu %52.4'lük oranla erkeklerde daha çok görüldü. Ülkemizde de Kekeç ve ark. (7) tarafından yapılan çalışmada bilinç bozukluğunun erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Yine başka bir çalışmada da oranın %57 ile erkekler lehine olduğu bulunmuştur (6). Bu çalışmanın sonuçları da bu anlamda literatürle uyumludur.

Hastaların yaş dağılımı sonuçları incelendiğinde; yaşın yükselmesiyle birlikte bilinç bozukluğu şikayetiyle acil servise başvuran hasta sayısının da arttığı, hatta tüm başvuran hastaların yaklaşık yarısının (%49.8) ileri yaş grubu olarak adlandırdığımız 65 yaş üstü grupta yer aldığı görüldü. Xiao ve ark. (4) da vakalarının yaş ortalamasını 51,95 yıl olarak bildirmiş ve %41.2'nin 65 yaş üstü olduğunu ifade etmişlerdir. 65 yaş üstü grup oranı literatür ile uyumlu görünmektedir.

Olgular bilinç bozukluğunun başlangıcından acil servise başvurana dek geçen süre açısından irdelendiğinde; olguların %54.7'sinin (168 kişi) ilk iki saat içerisinde hastaneye başvurduğu tespit edildi. Leong (5) hastaların 2/3'ünün ilk 24 saatte başvurduklarını, Xiao ve ark. (4) ise ilk 2 saat içindeki başvuru oranının %40 olduğunu bildirmiştir. Semptomların başlangıcından hastaneye başvuruya kadar geçen süre açısından elde edilen veriler literatürle uyumludur.

Bilinç bozukluğu şikayetine eşlik eden semptomların nörolojik nedenli tanı alan olgularda ve nörolojik olmayan nedenli tanı alan olgularda yapılan incelenmesinde; fokal semptomlar ve epileptik nöbet; nörolojik sebeplerin olduğu grupta, baş dönmesi, bulantı-kusma ise nörolojik olmayan sebeplerin oluşturduğu grupta daha fazla tespit edilmiş olup bu sonuçlar literatürle uyumlu olarak yorumlanmıştır. Literatürde fokal semptomlar ve epileptik nöbetlerin nörolojik hastalıklarla, baş dönmesinin nörolojik olmayan nedenli hastalıklar ile birlikteliği gösterilmiştir (8-10).

Çalışmada GKS değerlerine göre hafif bozukluktan ağır bozukluğa doğru ilerledikçe, yaşın da arttığı görülmüştür. 18-45 yaş grubu hastaların %80.9'unun GKS skoru 13-15 aralığında olduğu tespit edilirken, GKS skoru 8-12 arasında olan hastaların %67.2'sinin ve GKS skoru 8'in altında olan hastaların %53.1'inin 65 yaş üstü hastalar olduğu görülmüştür. Bu durum; literatür ile de desteklendiği üzere yaşlanma ile birlikte özellikle diyabet, serebrovasküler ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlığın artması ve kronik hastalıkla bağlantılı ve/veya bağımsız olarak akut hastalıkların varlığı neticesinde kliniğin hızlı dekompanse olması sebebiyle yaşlı hastaların bilinç bozukluğuna daha duyarlı olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (11).

Hastaların laboratuvar sonuçları açısından incelendiğinde; glukoz, üre, kreatinin ve potasyum için hesaplanan değerlerin nörolojik nedenli olmayan tanılarda daha yüksek olduğu görülürken; üre ve kreatin değerlerinin nörolojik olmayan sebeplerin yer aldığı grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu değerleri, kronik hastalıkların ve/veya sistemik organik disfonksiyonun, metabolik ve endokrin nedenlerin nörolojik olmayan grupta bilinç bozukluğunun nedenini oluşturduğu gerçeğiyle açıklayabileceğimizi düşünmekteyiz.

Literatürde yer alan tüm endikasyonlar ve hastalar ile ilgili ortaya çıkabilecek özel durumlar nörogörüntüleme endikasyonlarını çok geniş bir aralıkta tutmakta ve sonuçta ilgili tetkiklerin gereğinden fazla kullanımına neden olmaktadır. Bu çalışmada da 213 (%68.9) hastaya nörogörüntüleme uygulanmıştır. BBT istenen ve nörolojik sebeplerin oluşturduğu grupta yer alan 132 hastadan ancak 40'ında o anki bilinç bozukluğunu açıklayacak lezyon rapor edilmiştir ve bu rakam nörolojik grup için %30.3'e tekabül etmektedir. Ülkemizde Emre ve ark. 2009 da 780 hastayı kapsayan bir çalışmada olguların %55'inden BBT istemişler ve %35.9'unda patolojik bulgu tespit etmişler, ancak bu patolojik bulguların ne oranda o anki klinik durumu aydınlattığını ifade etmemişlerdir. Diğer bir 967 vakalık çalışmada araştırmacılar vakaların %70'ine kraniyal tomografi çekildiğini ve bunlardan %36'sında o anki bilinç bozukluğunu açıklayacak patolojiyi tespit ettiklerini ifade ederken, başka bir

çalışmada ise bilinç bozukluğu mevcut hastalardan %82'sine BBT istendiği ancak BBT'nin tek başına sadece %15 vakada etyolojiyi aydınlattığı belirtilmiştir (4,5). Bu çalışma nörogörüntüleme açısından literatürle uyumlu olsa da ülkemizde son yıllarda uygulanmaya başlayan malpraktis v.b kanunların hekimler üstünde oluşturduğu baskı nedeniyle nörogörüntüleme istem oranının fazla olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmada nörolojik olmayan sebeplerin oluşturduğu grupta olgular en sık toksikolojik-farmakolojik sebepler, sistemik-organik disfonksiyonlar ve enfeksiyon hastalıklarıyla ilgili tanılar almışlardır. Nörolojik sebeplerin oluşturduğu gruptaysa olgular en çok epilepsi, serebrovasküler hastalık ve intrakranyal kitle tanılarını almışlardır. Genç ve orta yaş grubu olguları beraber değerlendirdiğimizde serebrovasküler hastalıkların %11.6, epilepsinin %26.45, toksikolojik –farmakolojik hastalıkların %24.5, sistemik-organik disfonksiyona bağlı hastalıkların %14.8, enfeksiyona bağlı hastalıkların ise %3.8 olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Xiao ve ark. (4) bu yaş aralığında nörolojik faktörlerden travmatik beyin hasarını %7.8, serebrovasküler patolojileri %7.5 ve epilepsiyi %3.7 olarak, nörolojik olmayan grupta ise toksikolojik-farmakolojik faktörleri %34.9, sistemik-organik disfonksiyona bağlı etmenleri %11.1, metabolik-endokrin sebepleri %9, enfektif hastalıkları ise %8 civarında tespit ettiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %69.9'una konsültasyon istenmiş olduğu görülmüştür. Konsültasyon istenen bölümler arasında nöroloji %45.9, yoğun bakım %17.4, dahiliye %11.6 ve beyin cerrahisi %8.7'lik oranla ilk sıralardadır. Kanich ve ark. (6) acil servis konsültasyon oranlarını bu hasta grubu için %67 olarak ifade etmişler ve %33 oranındaki olgulardan ise konsültasyona gerek görmediklerini bildirmişlerdir. Konsültasyon istenen klinikler ve oranlar arasında farklar olsa da çalışma konsültasyon isteme oranı bakımından literatürle uyumludur.

Acil servisteki değerlendirilmelerinin ardından hastaların %56.3'ü acil servisten taburcu edilirken, %16.8'inin hastanemize, %16.5'inin dış merkez hastanelere yatırıldığı görülmüştür. 45 (%14.5) hastaya acil serviste endotrakeal entübasyon uygulandığı, 22 (%7.1) hastaya kardiyopulmoner resusitasyon uygulandığı ve 3 hastanın hayatını kaybettiği tespit edilirken, hastanemizde resusitasyon yapılan 45 hastanın 34'ünün (%75) hastanemizde yer olmadığı için dış merkez yoğun bakım ünitesine sevk edildiği görüldü. Ülkemizde bu konu ile ilgili acil tıp kliniklerince yapılan ender çalışmaların birinde Dr. Eden (13) merkezlerine nontravmatik bilinç bozukluğu şikayeti ile başvuran olguların %70.4'ünün aldıkları tanı ile ilgili bölümlere yatırıldığını, %6.5'inin acil servisten taburcu edildiğini, %16.9'unun servislerin

doluluğu nedeniyle başka merkezlere sevk edildiğini bildirmiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada bilinç bozukluğu ile acil servise başvuran hastalarda nörolojik olmayan etkenlerin daha fazla olduğu görüldü. Semptomlardaki ani başlangıç, eşlik eden fokal semptomlar ve nöbet; etyolojide nörolojik sebeplerin varlığının daha olası olduğunu gösterdi. Üre ve kreatin yüksekliğinin nörolojik olmayan etkenlerle daha sık birliktelik gösterdiği izlendi. Yaş arttıkça bilinç değişikliği şikâyetlerinin arttığı ve bilinç bozukluğu şiddetinin de arttığı yani; yaşlıların bilinç bozukluğuna daha duyarlı oldukları görüldü.

Limitasyon: Bu çalışmanın sınırlayıcı faktörlerinden en önemlisi retrospektif oluşudur. Zira bulgular hasta dosyaları incelenerek edinildiğinden bir çok olgunun alışkanlıkları, eğitim düzeyleri, şikâyeti başladığında nerede olduğu gibi demografik özellikleri ve kullandığı ilaçlar, EKG bulguları, meningeal irritasyon bulguları, bilinç bozukluğunun içeriği gibi verilerin tamamına ulaşılamamıştır. Yine çalışma süresinin kısa oluşu nedeniyle bilinç bozukluğunun aylara ve mevsimlere göre ne derece etkilendiği de tespit edilemedi. Çalışma prospektif olarak planlanıp veriler toplansaydı bu gibi soruların cevaplarına ulaşmak daha kolay olabilirdi.

Kaynaklar

1. Jeremy L. Cooke: Depressed consciousness and Coma. In Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al (eds): Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice (7th ed). 2010: 106-112.
2. Kürtüncü M, Aydın S. "Geçici Bilinç Kaybı: Ayırıcı Tanı ve Klinik Yaklaşım. Yaklaşım adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/4.pdf. ulaşım tarihi: 16.06.2015
3. Saip S, Siva A. Bilinç bozuklukları. In Ongen Z, Oşar Z, Kadioğlu P (eds): İç hastalıklarında aciller. İstanbul, Kaya basım; 2002: 191-214.
4. Xiao HY, Wang YX, Xu TD, Zhu HD, Guo SB, Wang Z, Yu XZ. Evaluation and treatment of altered mental status patients in the emergency department: Life in the fast lane. World J Emerg Med. 2012;3(4):270-7
5. Leong LB, Jian KH, Vasu A, Seow E. Prospective study of patients with altered mental status: clinical features and outcome. Int J Emerg Med. 2008; 1(3):179-82
6. Kanich W, Brady WJ, Huff J S, Perron AD, Holstege C, Lindbeck G, Carter CT Altered mental status: Evaluation and etiology in the ED. Am J Emerg Med. 2002; 20: 613-7.
7. Kekeç Z, Senol V, Koc F, Seydaoglu G. Analysis of altered mental status in Turkey. Int J Neurosci. 2008; 118: 609-17.
8. Jerome B. Posner. Pathophysiology of signs and symptoms of coma. Plum and posner's diagnosis of stupor and coma. 4th ed. Published by Oxford University Press, Inc. 2007.
9. Delanty N, Vaughan CJ, French JA. Medical causes of seizures. Lancet. 1998;352:383-90.
10. Eicher T, Avery E. Toxic encephalopathies. Neurol Clin. 2005;23:353-76.
11. Kekeç Z, Koc F, Büyük S. Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. Akademik Acil Tıp Derg. 2009;8(3):21-4.
12. Emre U. Acil serviste değerlendirilen nöroloji hastalarının profili. Türk nöroloji dern. 2009;15:134-9
13. Eden AO. Acil servise bilinç bozukluğu nedeniyle başvuran nontravmatik hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi 2008, Samsun, Türkiye