

Nörolojik Acillerde Güncellemeler

DR HAMİT ÇELİK

İNME

Zaman=Beyin

Akut iskemik inme kalp krizi kadar acildir. (beyin krizi)

Iv trombolitik

Orta şiddette inme (NIHS 5-14) endikedir.(büyük damar oklüzyonu yok, geniş düzüfyon kısıtlaması yok ise)

3 ay sonra her 7 vakadan 1 inde tam düzelme(nörolojik defisit kalmaz)

büyük damar okluzyonlarında (ica ,mca, basiller arter) rekanalizasyon oranı düşük ve kanama sık.

IA trombolitik (trombolizis, trombektomi, tromboaspirasyon)

Şidetli inme (NIHS >14) büyük damar oklüzyonu var ise.

- Epilepsi

Status epileptikus: (SE)

Mortalite yaklaşık % 20.

Tedavide gecikme nöbetin uzamasına ve mortalitenin artmasına sebep olur.

Airway

Breathing

Circulation

En az iki damar yolu kan almak için ve iv tedavi için.

Parmak ucundan kan glukoz ölçümü

Kan ve idrar tetkikleri

Kardiak moniterizasyon ve pulse oksimetre

Vital takibi ve ateş yüksek ise düşürülmeli

- Tedavi

1. basamak

benzodiazepam(diazepam, midazolam, lorazepam(-), klonozepam(-))

Diazepam

5-10 mg dozunda gerektiğinde 20 mg a kadar verilebilir.

Dk da 5mg dan hızlı verilmez.%50-80 nöbeti durdurur.IM verilmez.
(suda çözülmediği için düzensiz emilim)

Midazolam iv ve im

Nazal ve bukkal form ülkemizde yok.

0,2 mg/kg veya 13-40 kg arasına 5 mg, >40 10 mg

10 dk sonra tekrarı yapılabilir.

- Bu tedavi ile nöbet durmuş olsa nöbetin tekrarını engellemek için uzun etkili antiepileptikler verilmelidir.

Sadece bzn % 30

Bzn + AEİ (Fenitoin, Valproat, Levetiresetam) %70

2. basamak

Fenitoin: 15-20 mg/kg yükleme dozu, kardiyak yan etki takibi(aritmi), bradikardi varsa verilmemeli. Glikozlu mayi ile verilmez.yan etkisi daha az olan fosfenitoin kullanmak daha uygun.

Valproikasit: 20-40 mg/kg yükleme dozu, 10 dk dan uzun sürede verilmeli.

Levetiresetam: 2500-4000 mg yükleme dozu, yakın zamanda subkutan formu geliştirildi.

- DİRENÇLİ STATUS: benzodiazepam ve AEİ lara rağmen devam eden nöbetlere denir.
- Aşırı dirençli SE: 24 saatten uzun süren ve anestezi maddelerinin kesilmesi ile devam eden nöbetler.
- 3. basamak tedavi: hasta entübe edilerek terapötik koma oluşturulmalı.
- Midazolam a rağmen 45 dk devam eden nöbetlerde propofol nöbet devam ederse pentobarbital e geçilmeli.
- 3 basamak tedaviye geçilen hastalara en az 2 AEİ BAŞLANMALIDIR.
- Hasta nöbetsiz en az 24 saat uyutulmalıdır.

KETAMİN(yeni bir seçenek)

- ACİL SERVİSTE BAŞAGRISI HASTASI DEĞERLENDİRMESİ!!!

Öykü (hastayı dinlemeliyiz her ne kadar zor olsada)

Primer BA (Migren, gerilim, küme...)

Sekonder BA

Analjezik ile rahatması her zaman primer BA sını düşündürmemeli.yıllarca primer BA olan hastalarda sekonder BA olabileceği unutulmamalıdır.

Hasta yoğunluğu nedeni ile dikkat edilmeli.

- Akut çok şiddetli , 1-2 dk da en şiddetli haline ulaşan, hayatımdaki en şiddetli ağrı diye tanımlanan ağrıya dikkat
- Anevrizmatik sak, reversibl serebral vazokonstriksiyon sendromu(psödoefedrin kullanımı), sinüs ven trombozu, hipofizer apopleksi, akut HT atağı, subdural hematoma, spontan intrakranial hipotansiyon,
- Bt çekilmeli bt temiz ise ve ŞÜPHE varsa lüzüm halinde LP ve MRG ve herşeye rağmen geçmeyen BA da hasta yatırılmalı.
- Başağrısı ile gelen hastada ateş, bilinç değişikliği, ense sertliği ,travma hikayesi, yeni kullanılan ilaç hikayesi varsa dikkat edilmeli

- Baş ağrısı olan hastada bizi alarma geçirecek bulgular

Sistemik semptom/bulgu/hastalık olması

Nörolojik semptom/bulgu varsa

İleri yaşta başlayan ve daha önce baş ağrımayan hastada

Gebelik 3. trimester veya postpartum dönemde ısrarlı baş ağrısı(SVT)

Baş ağrısının patern değiştirmesi

!!! Kesinlikle BT çekilmelidir.!!!

- Ensefalitler:

Herhangi bir nedenle açıklanamayan 24 saatten uzun süren bilinç düzeyinde azalma ve değişme, laterji, kişilik değişikliği varsa,

>38 derece üstü ateş

daha önce varolmayan yeni başlamış nöbet (parsiyel,jeneralize nöbet)

- Tiamin eksikliği

Alkol kullanımı, uzun süre aç kalma öyküsü, majör GİS cerrahisi geçirme, hiper emezis gravidarum varlığı, diyalize giren KBY lilerde, kanser hikayesi olanlarda : Konfüzyon, ataksi, oftalmopleji(göz hareketlerinde kısıtlılık) varsa tiamin verilmelidir.

- Deliryum

Bilinç dikkat oryantasyon bellek ve davranış bozukluğu ile seyreden ,ani başlangıçlı, dalgalı seyir ile katarakterize nöropsikiatrik bir sendrom

Yeni başlanan ilaç, demans varlığı, enfeksiyon varlığı, şiddetli ağrı, metabolit bozukluğu, SSS hasarı....

Mutlak tedavi edilmelidir.Hastanın uyku düzeni sağlanmalıdır.

- Myastenia graves ve myastenik kriz/kolinerjik kriz
- Hipokalemik/Hiperkalemik periyodik paralizi
- GBS
- Botulizm
- Organofosfat ve diğer intoksikasyonlar

Teşekkürler...