



PSİKİYATRİK ACİLLER



Dr. Murat Yücel

ACİL SERVİS YAKLAŞIMI

Acil servis hekimi psikiyatrik hastanın saldırganlığı veya ajitasyonu ile karşı karşıya kalırsa kendi güvenliğini ve hastanın iyiliğini garanti altına almalıdır. Olası şiddetin erken tanımlanması zarar görme ihtimalini azaltır. Hastanın yükselen sesi, tehdit içeren ifadeler kullanması, yumruklarını sıkması, saldırgan vücut pozisyonu alması, objelere saldırmaması hekimi uyarmalıdır. Hasta ile mesafe korunarak iletişime geçilmeli, hasta yakınlarından yardım alınmalıdır. Konuşarak hastanın koopere olması sağlanmalı ve yumuşak ifadeler ile hasta sakinleştirilmelidir. Ajitasyonun artışı takip edilerek gerektiğinde güvenlik ekibi eşliğinde fiziksel sınırlama, sedasyon veya kimyasal kısıtlama uygulanabilir.

Psikiyatrik hastanın tanısında tıbbi öykü çok önemlidir. Hastanın hikayesi ailesi, arkadaşları veya ambulans personelinin öğrenilebilir. Acil servise başvuru sebebi araştırılır. Önceki tedavisi, nöbet geçirme, madde kötüye kullanımı veya özkiym girişimleri sorgulanmalıdır. Hastanın oryantasyonu, hafızası, konsantrasyonu, anormal düşünce içeriği (halüsinasyonlar, paranoid düşünceler) ve duygulanım bozuklukları (depresyon, mani) değerlendirilir. Yaşamsal bulgulara dikkat edilerek nörolojik değerlendirmeyi içeren fizik muayene gerçekleştirilir. Ayırıcı tanılara yönelik fiziksel işaretler araştırılır.

Tam kan sayımı, kan glikoz düzeyi, elektrolit seviyeleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, toksikolojik testler ve tiroit fonksiyon testleri gibi biyokimyasal testler hastanın değerlendirilmesinde yardımcı olabilir. Nabız oksimetre, elektrokardiyografi ve bilgisayarlı beyin tomografisinden faydalanılabilir.

Genel olarak, tıbbi öykü, mental durum değerlendirmesi, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda davranış bozukluğunun medikal sebepleri dışlanırsa psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Kendisine ve yakınlarına zarar verebilme riski yüksek olan veya özkiym düşüncesi olan hastalar psikiyatri servisine yatırılarak tedavi edilmelidir. Ayrıca klinik değerlendirme sonucunda geri dönüşümsüz veya ilerleyen olguların hastaneye yatırılması gerekir.

PSİKİYATRİK HASTALIKLAR

A. KOGNİTİF BOZUKLUKLAR

Deliryum Ani başlayan ve geri dönüşümlü olan bilinç bulanıklığı ve bilişsel fonksiyonlarda azalma durumudur. Dalgali seyreden bu tabloda dış

duyu bozuklukları veya yalancı nöbetler, paraliziler gibi motor bozukluklar görülebilir. Belirtilerin sebebi olabilecek organik hastalıklar dışlanmalıdır.

Acil servis yaklaşımında tanı konulabilmesi önemlidir. Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastaların yaklaşık yarısında belirtileri açıklayacak bir tıbbi durum mevcuttur. Bu yüzden hasta çok dikkatli değerlendirilmelidir. Anksiyetenin eşlik ettiği durumlarda sedasyon gerekebilir.

Somatizasyon Bozukluğu Birçok organın etkilenmesi ile konversiyon bozukluğundan ayrılır. Çoğunlukla nörolojik, gastrointestinal veya cinsel belirtilere kontrol edilmesi zor ağrılar eşlik eder. Çok sayıda acil servis başvurusu ve cerrahi girişim hikayesi, çeşitli tedavi ve tıbbi araştırmaların bolca yapılmış olması dikkati çeker. Hipokondri hastalarında ise herhangi bir hastalık olmadığı kanıtlandığı halde ciddi bir tıbbi duruma sahip olma endişesi vardır.

Konversiyon bozukluğunda olduğu gibi acil serviste tanısının konulması zor olabilir. Tekrarlayan acil servis başvurularında akla gelmelidir.

E. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Panik Bozukluk Akut başlayan, tekrarlayan ve tekrarından korkulan yoğun anksiyete ve korku ataklarıdır. Kadınlarda 2-3 kat daha sık görülür. Çarpıntı, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, terleme, bulantı, baş dönmesi, güçsüzlük gibi otonomik hiperaktivite bulguları ve ölüm korkusu görülebilir. Belirtiler hızlı başlangıçlıdır ve çoğunlukla bir saat sonra sona erer. Yaygın anksiyete bozukluğu, belirtilerin en az 6 ay devam ettiği, akut atakların olmadığı kronik anksiyete bozukluğudur. Posttravmatik stres bozukluğu ise ciddi psikososyal stres faktörlerinin (şiddet, travma) ardından gelişen ve tekrarlanan anksiyete reaksiyonudur.

Acil serviste hayatı tehdit edici ciddi durumların ekarte edilmesinin ardından sedatif etkili benzodiazepinler ile tedavi edilebilir. **Lorazepam** 2 mg IM/IV başlangıç dozu ile kullanılabilir. İstenilen etki sağlanana kadar doz titre edilebilir.

Kaynaklar

1. Leslie Zun, Mental Health Disorders: ED Evaluation and Disposition. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, editors. Tintinalli's Emergency Medicine. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2016.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
3. Hopper AB, Vilke GM, Castillo EM, Campillo A, Davie T, Wilson MP. Ketamine use for acute agitation in the emergency department. J Emerg Med. 2015;48(6):712-719.
4. Stephanie N. Baker, Management of Acute Agitation in the Emergency Department. Adv Emerg Nurs J. 2012;Oct-Dec;34(4):306-318
5. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, Bowden C, Licht RW, Moller HJ, Kasper S. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. World J Biol Psychiatry. 2009;10(2):85.