

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

DOÇ.DR. CEM ŞENGÜL

1

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

- Acil başvurularının yaklaşık %3-12'sini psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır.
- Psikiyatrik Aciller “**duygu, düşünce ve davranış alanlarının bir ya da bir kaçında ortaya çıkan belirtilerin, hasta veya diğer insanlar için tehdit oluşturduğu ve acil psikiyatrik yardım gerektiren durumlar**” şeklinde tanımlanabilir.

2

ACİL PSİKİYATRİK DURUMLAR

- Saldırgan Hasta ve Şiddet
- Psikoaktif Madde Kullanımı ile ilgili Aciller
- Deliryum
- Anksiyete ve Panik
- Bayılma
- Psikotropilara Bağlı yan etkiler ile ilgili Aciller

3

SALDIRGAN HASTA VE ŞİDDET

4

Saldırgan hasta ve Şiddet

- Acil psikiyatrinin en önemli konusudur. Saldırgan davranış önceden tanınip önlenmelidir.
- Şiddet genel olarak bir ruh hastalığının belirtisi olabilmekle birlikte, birçok organik hastalıkta da görülebilir.

5

Tablo 1. Şiddet veya saldırganlığa neden olabilecek bozukluklar

Primer psikiyatrik bozukluklar	<ul style="list-style-type: none">• İletişim bozuklukları• Demans, deliryum• Disosiyatif bozukluklar• İntermittant patlayıcı bozukluk• Mental retardasyon• Kişilik bozuklukları• Post travmatik stres bozukluğu• Premenstrüel disfonksiyonel bozukluk• Paranoid şizofreni• Seksüel sadizm• Madde bağımlılığı
Diğer nedenler	<ul style="list-style-type: none">• Kişilik değişikliklerine sebep olan intrakraniyal patolojiler (Travma, enfeksiyon, neoplazi, anatomik bozukluk, vasküler malformasyon, serebrovasküler olay, dejeneratif hastalık)• İlaçlar• Nöbetler veya nöbet benzeri sendromlar• Sistemik bozukluklar (Deliryum, kişilik değişikliklerine neden olan metabolik, endokrin, enfeksiyon ve çevresel hastalıklar ve diğer nedenler)

ŞİDDET DAVRANIŞI YÖNETİMİ

- Öncelikle mutlaka hastayı değerlendirmek gerekmektedir.
- Hastayı değerlendiren hekim öncelikle kendini takdim etmeli, neyi anlamayı arzu ettiğini açıkça beyan etmeli, alttan almalı ve hastayı kıskırtmaktan kaçınılmalıdır.
- Hastayı provoke eden yer ve kişilerden hasta uzaklaştırılmalı görüşme süresince mümkünse hasta ve hekim oturur durumda olmalıdır.
- Görüşmeci, hastaya olabilecek en yakın ilgiyle yaklaşmalı, hasta konuşmaya başladığında dikkatle dinlenmeli, görüşmenin amacı ve hastaya uygulanabilecek her türlü girişim tüm safhalarıyla açıklanmalı, meydan okunmamalıdır.

7

ŞİDDET DAVRANIŞI YÖNETİMİ

- Hastayla konuşurken otoriter olmayan, hastayı anlamaya yönelik konuşma tarzı benimsenmelidir.
- Ayrıca görüşmenin yapıldığı ortam sessiz olmalı, ortamda hastayla görüşen yalnız olarak bulunulmalıdır.
- Ancak gerektiğinde yardımcı personel kolaylıkla çağrılabilir.

8

ŞİDDET DAVRANIŞI TEDAVİSİ

- Medikal tedavide en önemli esas hastanın hızla denetim altına alınmasıdır.
- Sakinleştirme, ajitasyonu giderme kendisi ve çevresine zarar vermesini engelleme ilk hedeflerdir.
- Bu anlamda hastanın durumuna göre antipsikotikler, ve benzodiazepinler yalnız başlarına ya da kombine olarak uygulanabilirler.

9

ANTİPSİKOTİKLER

- Haloperidol'un hasta sakinleşinceye kadar yarım ya da 1 saat arayla 5 mg kas içine uygulanması, birçok acil hekimi tarafından yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmuştur.
- Literatürde bu şekilde maksimum 15-30 mg uygulanabileceği, bunun üzerinde uygulanmasının tedaviye bir katkı sağlamamakla birlikte yan etki riskini arttıracığı belirtilmiştir.

10

ANTİPSİKOTİKLER

- Klorpromazin ise, kas içi en fazla 50 mg uygulanması, hipotansiyona temkinli yaklaşmak koşuluyla oral olarak 400 mg/gün verilebileceği ancak yaşlı, mental retarde, alkol kullanan ve epilepsisi olan hastalarda tercih edilmemesi gerektiği bildirilmiştir.

11

ANTİPSİKOTİKLER

- Zuklopentiksol asetat tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bir diğer klasik antipsikotiktir.
- Bir ampülü 50ng/ml zuklopentiksol içerir.
- Ajitasyon ve eksitasyon tablolarında 1 ampul IM enjeksiyon yapılır. En fazla 3 ampul yapılabilir.
- Etkisi 2-3 gün sürdüğü için hastanın ekstra piramidal sistem yan etkileri açısından takip edilmesi gerekir.

12

ANTİPSİKOTİKLER

- Atipik antipsikotiklerden en sık olarak risperidon, ziprasidon, olanzapin ve ketiyapin ajitasyon tedavisinde kullanılmış ve etkili bulunmuştur.
- Özellikle ziprasidon ve olanzapinin kas içi enjeksiyona uygun formlarının bulunduğu, Ziprasidon 2x20 mg/gün ya da olanzapin 3x10 mg/gün kas içi enjeksiyonunun ajitasyon tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir

13

BENZODİAZEPİNLER

- Benzodiazepinler acil serviste hem sedasyonu sağlamak için hem de ajitasyonun tedavisinde uzun zamandır en sık olarak kullanılan ilaçlar arasında yer almaktadır.
- Benzodiazepinlerin sağladığı sedasyon genel olarak ajitasyonun kontrolünde yarar sağlarken, bazen aşırı sedasyon hastalar tarafından olumsuz olarak algılanmakta ve daha sonraki acil başvurularını etkileyebilmektedir.
- Ayrıca paradoksal disinhibisyona neden olmaları ve bağımlılığa yol açma potansiyelleri nedeniyle de dikkatli kullanılmaları gerekmektedir

14

BENZODİAZEPİNLER

- Ülkemizde daha sık olarak diazepam kullanılmakla birlikte genel olarak tüm dünyada ajitasyon tedavisinde en sık olarak kullanılan benzodiazepin lorazepam'dır.
- 2 mg lorazepam enjeksiyonu 5 mg haloperidol kadar ajitasyon ve agresyonun tedavisinde etkili bulunmuş, ayrıca EPS yan etkilerine neden olmamasının da önemli bir avantaj olduğu belirtilmiştir.
- Ülkemizde her ne kadar lorazepamın kas içi enjeksiyona uygun formu bulunmamakla birlikte, ağızda hızlı eriyen tablet formunun (0,5-5mg/gün) acil serviste ajitasyon tedavisinde kullanılabilmesi önerilmiştir

15

KOMBİNE KULLANIM

- Genel olarak çalışmalardan, klasik bir antipsikotik (örneğin haloperidol) ile lorazepam gibi bir benzodiazepinin birlikte kullanımının tek başına kullanımından daha etkili olduğu izlenimi elde edilmiştir.
- Birlikte kullanımda, haloperidol yerine konulacak risperidonun da eşit bir etkinlik sağladığı da bildirilmektedir. Bu kullanım biçiminde lorazepamın, kullanılan antipsikotik ilaca bağlı olası EPS yan etkileri üzerine de olumlu etkisi olacağı dile getirilmiştir

16

UZUN DÖNEM TEDAVİ

- Şiddet davranışının uzun dönem tedavisinde; altta yatan mental bozukluğun tedavisi yapılmalıdır.
- Bu dönemde antipsikotikler (uzun etkili ya da depo formları), lityum, antiepileptikler kullanılabilir.
- İlaçlarla kontrol altına alınamayan manik eksitasyon gibi hallerde ise EKT uygulanabilir

17

ÖNERİLER

- Ajite ya da saldırgan hastaya yaklaşımda dikkat edilmesi gereken en önemli nokta mevcut durumun organik bir etiyolojik bir faktörle mi oluştuğunun tespiti.
- Sonrasında ise hastanın tedavisinin sağlanması ve tanı sürecinde hastanın kendine, çevresine ve tedavi ekibine zarar vermesinin engellenmesidir.

18

ÖNERİLER

- Bunu en kolay biçimde yapabilmek için hastayla öncelikle sözlü iletişim kurulmaya çalışılmalı, eğer kurulamıyorsa hastanın durumuna göre seçilecek medikal tedavi yönetimiyle kontrol altına alınması sağlanmalı, bu da mümkün olmuyorsa birtakım kurallara dikkat edilerek fiziksel kısıtlama uygulanmalıdır.
- Ajite-saldırgan hastaya müdahalenin deneyimli, eğitilmiş bir ekip işi olduğu, hastanın ilacı reddetme hakkı, sınırlama ve tecrit edilmesi ile ilgili yasal ölçütler hastanın yararı göz önünde bulundurularak karar verilmelidir.

19

DERLEME

Acil Serviste Şiddet Yönetimi

Management of violence in emergency service

Türkiye Acil Tıp Derneği - Turk J Emerg Med 2009;9(3):139-143
Cem ŞENGÜL,¹ Deniz ŞİMŞEK,² Mustafa SERİNKEN³

¹Emek Hastanesi, Acil Tıp Servisi,
²Emek Hastanesi, Acil Tıp Servisi,
³Emek Hastanesi, Acil Tıp Servisi

ÖZET

Şiddet, acil serviste dikkate alınması gereken ciddi problemlerden biridir. Şiddet genel olarak bir ruh hastalığının belirtisi olarak görülür, ancak organik hastalıklarda da görülebilir. Bu durum acil servis için önemli bir durum olarak değerlendirilmeli ve standart tedavi yaklaşımı bulunmalıdır. Ancak, bireyler de çok sayıda farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yaklaşımı bildirmiştir. Bu yazıda, acil serviste şiddet yönetimi konusundaki araştırmaların güncel görüşmeleri hedeflenmiştir.

Anahat kelimeler: Acil servis, ajitasyon, şiddet, tedavi.

SUMMARY

Violence is one of the serious problems that should be taken into consideration in emergency service. Violence may be the symptoms of a psychiatric disorder generally, but it may also be seen in many organic disorders. Although it is an important issue in emergency setting, there is no any standard treatment guideline for its management. However, many pharmacological and non-pharmacological treatment approaches have been reported in the literature. The aim of this article is to review the reports about the management of violence in emergency service.

Key words: Emergency department, agitation, violence, treatment.

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ ACİLLER

21

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ ACİLLER

- Psikoaktif madde kötüye kullanan kişiler intoksikasyona bağlı nedenler ya da yoksunluk ile acil servislere başvurabilir.
- Bazı maddeler psikotik tablolara ya da yoğun anksiyete nöbetlerine yol açabilir.
- Çeşitli psikiyatrik bozukluklarda ise hastanın psikoaktif madde kullanması tabloyu karmaşık bir hale getirir.

22

PSİKOAKTİF MADDE KULLANIMI İLE İLGİLİ ACİLLER

- Alkolle ilgili acil durumlar
- Opium ve türevleri ile ilgili acil durumlar
- Kokain ve Amfetamin ile ilgili acil durumlar
- Esrar ile ilgili acil durumlar
- İnhalanlar ile ilgili acil durumlar
- Halusinojenler ile ilgili acil durumlar

23

ALKOLLE İLGİLİ ACİL DURUMLAR

1. Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)
2. Alkol Koması
3. Patolojik Alkol Zehirlenmesi
4. Alkol Yoksunluğu
5. Deliryum Tremans
6. Alkolik Halusinoz

24

Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)

- Aslında acil servise başvuran hastaların hepsinin alkol alımı sorgulanmalıdır.



25

ALKOL ETKİSİ (mg/dl)

- **50mg:** sıcaklık hissi, algı yavaşlaması, yüz kızarması, rahatlama (çakırkeyif)
- **100mg (açık sarhoşluk):** + reflekslere, kaslara hakim olamama, kendini dizginleyememe
- **150mg (sarhoşluk):** + sersemleme hissi, konuşmanın bozulması, çift görme, hafıza kaybı
- **250mg (aşırı sarhoşluk):** + ayakta duramama, kusma, sızma
- **350 mg (koma):** + bilinç kaybı, idrar kaçırma, TA ve ateş düşmesi, solunumda azalma, terleme
- **500mg:** ölüm ihtimali

26

Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)

- Sarhoş hastanın acil servise kabul edilmemesi malpraktistir.
- Hastayı yargılamadan sıcak ve nazik bir tutumla yaklaşılmalıdır.
- Vital bulguların takibi önemlidir.

27

Alkol Zehirlenmesi (Sarhoşluk)

- Hastaya sıcak bir çay veya kahve verilmesi basit sarhoşlukta yeterlidir.
- Daha ciddi durumlarda hastaya mayi takılması gerekebilir.
- Mümkün olduğunca MSS baskılayan ilaçlardan kaçınmak gerekir.
- Ancak saldırganlık durumlarında Haloperidol kullanılabilir.

28

Alkol Koması

- Genel koma tedavisi yapılır
- Diğer psikoaktif maddeler için tarama yapılır

29

Patolojik Alkol Zehirlenmesi

- Az miktarda alkolle ortaya çıkan idiosinkrotik zehirlenmede agresif impulsif davranışlar, paranoid düşünceler olur ve kişiler daha sonra bu dönemi hatırlamaz.
- Benzodiyazepinler ya da IM antipsikotik verilebilir.

30

Alkol yoksunluğu ve DT

- Otonomik hiperaktivite (taşikardi, terleme vb), elde tremor, uykusuzluk, bulantı ya da kusma, psikomotor ajitasyon, anksiyete, grand mal konvülsyonlar, gelip geçici görsele, dokunsal ya da işitsel **hallüsinasyonlar** ya da illüzyonlar görülebilir.
- DT, 24 saatten 7 güne kadar değişen bir süre içinde (en sık 48-72 saat sonra) gelişir.
- Risk faktörleri: DT öyküsü, Enfeksiyon, kafa travması, beslenme bozukluğu
- DT'de, alkol yoksunluğuna deliryum belirtileri eşlik eder. Otonomik sinir sistemi hiperaktivitesi diğer deliryum nedenlerinden ayırmada yardımcı olur.
- Beraberinde kullanılan ilaçlar (beta-blokörler taşikardiye, narkotikler midriyazisi, antiipretikler ateşi) maskeleyebilir.

31

Alkol yoksunluğu ve DT

- Yüksek doz **benzodiazepin** gerekir. Diazepam, ağızdan ilaç alabilenlere **40-120 mg/gün**, ağızdan alamayanlara sakinleşinceye kadar her 10-20 dakikada bir 5-10 mg IV, sakinleştikten sonra her 45-60 dakikada bir 10 mg IV verilir.
- IM diazepamın emilimi ve tutarlı bir kan düzeyi sağlanması güçtür.
- **Antipsikotik** ilaçlar ciddi psikotik belirtiler olmadıkça tercih edilmezler (hipotansiyon, otonomik belirtiler, ekstrapiramidal yan etkiler, epilepsi eşişini düşürme ve alkolle "cross tolerans" göstermediği için)
- **Tiamin**: WKS engellemek için ilk 5 gün Tiamin 100 mg IM ya da IV verilir. Tiamin yanında vitamin B12 ve folat (1mg) verilir.
- **Magnezyum**: Kronik alkoliklerde hipomagnezemi sıkır ve epileptik nöbetlere yol açabilir. Magnezyum sulfat 1 gr., IM ya da IV, 48 saat boyunca her 6-12 saatte bir ya da Magnezyum oksid 250-500 mg PO, günde 4 kez 48 saat boyunca verilir.

32

Alkol yoksunluğu ve DT

- **Sıvı-elektrolit dengesizliği**: Aşırı hareketlilik, kusma, ateş sıvı kaybına neden olabilir. Ağızdan alabilen hastalarda şekerli su, çay, hoşaf gibi şekerli sıvılar ve ayran gibi tuzlu sıvılar bol bol (günde 3-5 lt.) verilir.
- Ağızdan alamayanlara %5 Dekstroz ve serum fizyolojik günde 3-4 lt. verilir.
- Kötü beslenmeye bağlı metabolik asidoz görülebilir. Bulantı, kusma ve karın ağrısına yol açar. Glukoz karaciğerde keton yapılmasını önler.
- **DT'de ölüm nedenleri**: elektrolit dengesizliği, enfeksiyon, kardiyak aritmiler, korkutucu hallüsinasyonlardan kaçmak için yüksek bir yerden atlama ya da araç önüne atlama vb.

33

Alkolik Hallüsinoz (Alkolün yol açtığı psikoz, hallüsinasyonlarla giden)

- Canlı işitsel ya da diğer hallüsinasyonlar vardır.
- Diğer bilişsel işlevler doğaldır.
- Yönelimi tamdır ve içgörü olabilir.
- Sesler, genellikle suçlayıcı ve tehdit edicidir. Bu nedenle bu hastalar kendilerine ya da başkalarına zarar verebilirler.
- Hallüsinasyonlar alkol alımı ya da yoksunluğu sırasında ya da epizotlar arasında olabilir.
- DT'den daha seyrektrir. Deliryum ile ilişkisi yoktur.
- Alkol kötüye kullanımı olan şizofrenik bir hastadan ayırt edilmesi güç olabilir.
- Hallüsinasyonlar genellikle alkolün kesilmesinden sonra 30 gün içinde kaybolur.

34

OPIUM VE TÜREVLERİYLE İLGİLİ ACİL DURUMLAR

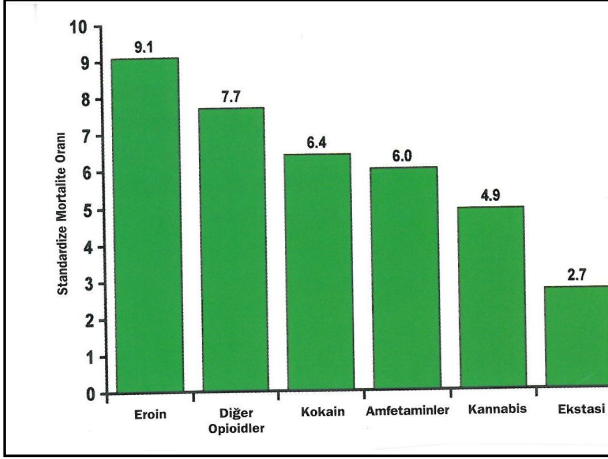
1. Opiyat zehirlenmesi
2. Opiyat yoksunluğu

35

Opiyat zehirlenmesi

- IV alımdan 2-5 dk sonra başlayan ve 10-30 dakika süren öforinin ardından
- 2-6 saat süren yorgunluk, halsizlik, sıkıntı, üzüntü, moral bozukluğu, psikomotor ajitasyon ya da retardasyon. Sosyal işlevselliğin bozulması ve yargılama bozukluğu
- Pupillerde konstriksiyon (ya da aşırı dozdan kaynaklanan anoksiye bağlı pupiller dilatasyon), uyku hali ya da koma, peltek konuşma, dikkat ya da bellek bozukluğu. Gerçeği değerlendirme yeteneğinde bozulma ya da deliryum olmaksızın illüzyon ya da hallüsinasyonlar görülebilir.

36



Opiyat zehirlenmesi Tedavisi

- Temel Önlemler: Solunum yolu açılır, hipotansiyon ve hipoksi düzeltilir. Sıvı verilir.
- Naloksan: Saf opiyat antagonisti olan Naloksan 0.01mg/kg verilebilir. Cevap alınamazsa 5-10 dakika sonra tekrarlanabilir.
- Tıbbi Komplikasyonların Tedavisi: Akciğer ödemi, bakteriyel pnömoni, endokardit gibi komplikasyonların tedavisine çalışılır.

38

Opiyat yoksunluğu tedavisi

- Disforik duyu durumu, bulantı ya da kusma, kas ağrıları, göz yaşarması ve burun akıntısı, pupillerin genişlemesi, piloereksiyon, terleme, diyare, esneme, ateş, uykusuzluk.
- Yoksunluğun öznel belirtileri erken başlar. Bunlar anksiyete, aşırma (craving), depresyon, iritabilite kas krampları, sırt ağrısı, kemik ağrısı, genel disforidir.
- Tipik yoksunluk morfin ve eroinde son kullanımdan 8-12 saat sonra başlar, 48 saat sonra max düzeyine ulaşır.
- Nezleye çok benzer, 5-7 gün içinde azalarak kaybolur.
- Opioid yoksunluk sendromunda epileptik nöbet görülmez. Epileptik nöbetin görülmesi Meperidin (Aldolan) ya da alkol, sedatifler gibi maddelere bağımlılığı düşündürür.

39

Opiyat yoksunluğu tedavisi

- Metadon ya da **Buprenorfin (AGONİST)**
- **YOKSUNLUK DÖNEMİNDE ANTAGONİST (Nalokson, Naltrekson) VERİLMEZ!!!!!!!**
- Semptomatik tedavi
 - Diazepam (ve/veya Ketiapin)
 - IV sıvı
 - Analjezik,
 - miyorelaksan,
 - antiemetik,
 - antidiyareik

40

DELİRYUM

DELİRYUM

- Deliryum serebral metabolizma ve fonksiyonlarında yaygın ve geçici bozulmayla karakterize, akut veya daha nadiren subakut başlangıçlı, hayatı tehdit eden bir tablodur.
- Yatan hastalardaki yaygınlığı %15-18 arasındadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda psikiyatri dışı yataklı servislerde deliryum sıklığı %7-9 arasında rapor edilmiştir.

41

42

Prevalence of delirium

Setting	% with delirium
Hospitalised medically ill patients*	10-30%
Hospitalised elderly patients	10-40%
Hospitalised cancer patients	25%
Hospitalised AIDS patients	30-40%
Terminally ill patients	80%

*High risk conditions and procedures include cardiomy, hip surgery, transplant surgery, burns, renal dialysis, and lesions of the central nervous system

Riskli Gruplar

- 60 yaşın üstündekiler
- Madde ve alkol bağımlıları
- Büyük ameliyat geçirenler
- Ağır yanıklar
- Yatağa bağımlı hastalar
- Beyin hasarlı hastalar (demans dahil)

44

Deliryum Nedenleri

- Kafa içi enfeksiyonlar
- Sistemik enfeksiyonlar
- Kesilme sendromları
- Akut metabolik ned.
- Travmalar
- MSS patolojileri
- Hipoksi
- Vitamin eksiklikleri
- Endokrin bozukluklar
- Akut vasküler ned.
- Toksik nedenler
- Diğer

45

Klinik

- Konfüzyon ve amaçsız hareketler, mood değişiklikleri, bazen hareketsiz bazen de saldırgan olabilir.
- Bilinç bulanık ve sisli, gün boyu açılıp kapanmalar.
- Yönelim bozuk, dikkat dağınık, illüzyonlar ve halüsinasyonlar...
- Soyut düşünce ve muhakeme bozuk, düşünce dağınıktır.

46

DSM-IV DELIRYUM TANI ÖLÇÜTLERİ

- Dikkati belirli bir konu üzerinde odaklama, sürdürme ya da yeni bir konuya kaydırma yetisinde azalma ile birlikte bilinç bozukluğu (çevrede olup bitene uyanıklık düzeyinin azalması).
- Daha önceden var olan, yerleşik ya da gelişen demans ile açıklanamayan algı bozukluğunun ortaya çıkması ya da bilişsel değişiklik (bellek, yönelim, dil bozukluğu gibi) olması.
- Bu bozukluğun kısa bir süre içinde gelişmesi (genellikle saatler ya da günler içinde) ve gün içinde dalgalanmalar gösterme eğilimi taşıması.
- Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen verilerde, bu bozukluğun genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar bulunması.

DELIRYUM

- Deliryum, psikomotor ajitasyon veya retardasyon varlığına göre hiperaktif, hipoaktif ve karışık tip olmak üzere üç gruba ayrılabilir.

48

HIPOAKTIF DELIRYUM

- Bir grup hastada, motor yavaşlık, şaşkınlık, apati, uykuya eğilim, konuşmada yavaşlık, dikkat dağınıklığı, komutları anlama ve yerine getirme becerisinde yetersizlik hali ön planda olabilir ve bu tipteki klinik görünüm **hipoaktif deliryum** olarak adlandırılır.

49

Tedavi

- Deliryumun tedavisi iki boyutludur. **Altta yatan nedenin bulunup ortadan kaldırılması tedavinin esasını oluşturur. Diğer boyut ise var olan psikiyatrik belirtilere müdahaleyi içerir.**
- Vital bulguların takibi çok önemli
- Çevresine ve kendisine zarar verebileceğinden sedasyonu önemlidir.
- Genel durum gözlenmeli, sıvı-elektrolit dengesi dikkate alınmalıdır.
- Sedasyon için uygun ilaç haloperidol

50

Hasta

- Fazla uyanların bulunmadığı bir odaya alınmalı, kapı kapatılmamalıdır
- Yanına aile bireylerinden birinin alınması
- Bakıcı ve sağlık görevlileri aynı kişiler olmalı
- Çok gerekmedikçe tespit edilmemeli
- Yapılacak müdahaleler her seferinde hastaya anlatılmalıdır.

51



ANKSİYETE VE PANİK

54

Anksiyete ve Panik

- Acil servise en sık başvurma nedenleri arasında yer almaktadır.
 - Isberg acil serviste gözlenen anksiyeteyi 4 gruba ayırmıştır.
1. Primer psikiyatrik hastalık olarak anksiyete
 2. Stresör bir duruma cevap olarak anksiyete
 3. Anksiyete benzeri belirtileri olan tıbbi hastalıklar veya madde kötüye kullanımı
 4. Tıbbi veya psikiyatrik bir bozuklukla birlikte bulunabilen anksiyete

55

Anksiyetenin Periferik Belirtileri

- İshal
- Baş dönmesi
- Terleme
- Reflekslerde artma
- Hipertansiyon
- Çarpıntı
- Pupiller genişleme
- Huzursuzluk
- Senkop
- Titreme
- Midede rahatsızlık
- Sık idrara çıkma

56

Panik Bozukluk Belirtileri

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da huzursuzluk döneminin olması:

- 1- Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2- Terleme
- 3- Titreme ya da sarsılma
- 4- Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyumları
- 5- Soluğun kesilmesi
- 6- Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7- Bulantı ya da karın ağrısı
- 8- Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9- Derealizasyon (gerçek dışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10- Kontrolünü yitireceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11- Ölüm korkusu
- 12- Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)
- 13- Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

Acil Tedavi ve İzlem

- Birincil hedef hastanın anksiyete düzeyini azaltmaktır.
- Bazı nadir durumlarda başka tedaviye gerek kalmayabilir ama genel olarak takip ve uzun süreli tedavi gerekir.
- Klinisyenin yapacağı görüşme çoğu zaman anksiyeteyi azaltır.
- Bazı durumlarda farmakolojik tedavi gerekebilir.

58

Acil Tedavi ve İzlem

- Farmakolojik tedavide benzodiyazepinler ilk seçenektir.
- Genelde hastalara 3 günden daha uzun süre devamlı benzodiyazepin verilmemelidir.
- Hastalar acil sonrası psikiyatri polikliniğine yönlendirilmelidir.

59

BAYILMA

60

BAYILMA

- Disosiyatif Bayılma
- Epileptik Bayılma
- Koma durumları

61

EPİLEPTİK NÖBET İLE PSODO NÖBET AYIRIMI

PSODO NÖBET	EPİLEPTİK NÖBET
•Aura görülmez	•Aura vardır
•Bilinç değişikliği olabilir ama ağrı uyarana yanıt vardır	•Bilinç kaybı olur, ağrı uyarana yanıt vermez
•Düşmeden önce kendini korur	•Kendini yaralar, dilini ısırır
•İdrar kaçırma nadir olur	•İdrar kaçırma sık görülür
•Süresi değişkendir. 10–15 dakika sürebilir	•1–2 dakika sürer
•Ardından çok az konfüzyon olur	•Postiktal konfüzyon ya da geçici paralizi olur
•Patolojik refleks alınmaz	•Nöbetten sonra babinski alınır.
•EEG normaldir	•EEG sıklıkla anormaldir

62

Tanı ve Tedavi

- Öncelikle organik patoloji mutlaka dışlanmalı
- Hasta dinlenebileceği sakin bir ortama alınmalı
- Hastaya olanların yalandan olduğunu söylemek belirtilerin daha da kötüleşmesine neden olabilir.
- Hastanın yakın çevresi de tedaviye katılabilir.
- Aile bu durumda nötr olmalıdır.
- Gerekli olgularda anksiyolitik ve antidepresan ilaç kullanılabilir.

63

PSİKOTROPLARA BAĞLI YAN ETKİLER İLE İLGİLİ ACİLLER

64

Psikotroplara Bağlı yan etkiler ile ilgili Aciller

- Psikotroplara bağlı intoksikasyon
- Psikotroplara bağlı hareket bozuklukları

65

Psikotroplara bağlı intoksikasyon

- İlaça göre gerekirse zehir danışma aranabilir.
- Bu tür durumlarda hastanın acil dahili tedavisi tamamlandıktan sonra, psikiyatrik değerlendirmesinin yapılması gerekir

66

Psikotroplara bağılı hareket bozuklukları

• DSM IV'E GÖRE İLAÇLARIN YOL AÇTIĞI HAREKET BOZUKLUKLARI

- 1-Nöroleptiklerin Yol Açtığı **PARKİNSONİZM**
- 2-Nöroleptiklerin Yol Açtığı **NÖROLEPTİK MALİGN SEND.**
- 3-Nöroleptiklerin Yol Açtığı **AKUT DİSTONİ**
- 4-Nöroleptiklerin Yol Açtığı **AKUT DİSKİNEZİ**
- 5-Nöroleptiklerin Yol Açtığı **GEÇ DİSKİNEZİ**
- 6-İlaçlara Bağlı **POSTURAL TREMOR**
- 7-BTA İlaçların Yol Açtığı **HAREKET BOZUKLUKLARI**

67

Akut Distoni

- Antipsikotik kullanan özellikle genç erkek hasta ve yakınlarını endişeye düşüren akut bir tablodur.
- İlaçların EPS'de DA reseptörlerini tutmasına bağlıdır. Antiemetikler de yapabilir.
- Öz. Boyun, ense, sırt, dil, yüz ve göz kaslarında aralıklı ya da sürekli kasılmalar
- Tortikollis, opistotonus, oküler kriz, dil büyümesi ve sarkması, grimas, dizartri, çene kasılması, nadiren çene çıkması
- IV ya da IM Akineton tabloyu genellikle düzeltir. Antihistaminikler de faydalıdır.

68

EPS Tedavisinde Kullanılan Ajanlar

ANTİKOLİNERJİKLER Biperiden Benzotropin	Akut distoni, parkinsonizm, akinezi, akatizi
ANTİHİSTAMİNİKLER Difenhidramin	Akut distoni, parkinsonizm, akinezi
DOPAMİN AGONİSTLERİ Amantadin	parkinsonizm, akinezi
BETA BLOKÖR Propranolol	Akatizi, tremor
ALFA AGONİST Klonidin	Akatizi
BENZODİAZEPİNLER Klonozepam Lorazepam	Akatizi, Akut distoni

69

SONUÇ

- Her türlü psikiyatrik acilde hastanın öncelikle hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve organik bir sorununun olup olmadığının araştırılması gerekir.
- Ardından yapılacak uygun müdahale ile acil durumun tedavisi ve hastanın rahatlatılması en uygun seçenektir.

70