



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

**BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
ZEHİRLENMELER
TANI ve TEDAVİ
REHBERLERİ
2007**



REFİK SAYDAM HIFZISSIHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI - HIFZISSIHA MEKTEBİ MÜDÜRLÜĞÜ



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
**ZEHİRLENMELER
TANI ve TEDAVİ
REHBERLERİ
2007**

ISBN: 978-975-590-228-9
Bakanlık Yayın Numarası: 712
HM Yayın No: SB-HM-2007/14

© Bu yayının tüm hakları

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz.

Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "SB, RSHMB, Hıfzıssıhha
Mektebi Müdürlüğü, yayın no ve tarihi" şeklinde olmalıdır.

5846 sayılı yasa gereği Mektep Müdürlüğünün onayı olmaksızın
tamamen veya kısmen çoğaltılamaz

Basım Tarihi:

Ekim 2007

Tasarım & Baskı:

Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.

Kazım Karabekir Cad. Kültür Çarşısı No: 7/12

06060 Ulus - ANKARA

Tel : (312) 34231 11-12 - 341 95 96 - 384 64 26

Fax : (312) 341 87 50

e-mail : yucelofsetank@superonline.com

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK
ZEHİRLENMELER TANI ve TEDAVİ REHBERLERİ
2007

Editör

Prof.Dr.Yeşim TUNÇOK¹
Prof.Dr.Nuri İhsan KALYONCU²

Editör Yardımcısı

Prof.Dr.Ufuk BEYAZOVA³
Prof.Dr.Ersin YARIŞ²

Danışma Kurulu*

Prof.Dr.Emin Sami ARISOY⁴
Prof.Dr.Bekir Faruk ERDEN⁴
Doç.Dr.Mustafa ERTEK⁵
Prof.Dr.Mustafa Oğuz GÜÇ⁶
Uzm.Dr.Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU⁷
Prof.Dr.Hakan S. ÖRER⁶
Prof.Dr.Necdet ÜNÜVAR⁸

Yayın Kurulu

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU⁹
Dr.Hüseyin ÖZBAY⁹
Dr.Mümine Nurdan DOĞUKAN⁹
Dr.Bekir Lütfi ÇELEPÇİKAY⁹
Dr.Sevil ÖZGER İLHAN⁹
Dr.Hakkı GÜRSÖZ⁹
Dr.Mehmet FIRINCI⁹
Dr.Ünal HÜLÜR⁹
Dr.Hasan Gökhan ÖNCÜL⁹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

³ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁴ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁵ Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı

⁶ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

⁷ Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

⁸ Sağlık Bakanlığı Eski Müsteşarı

⁹ Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

* Soyadı sırasına göre alfabetik olarak dizilmiştir.

Ulusal Zehir Merkezi (UZEM)
Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
(24 saat)
Tel: 114
(<http://www.rshm.saglik.gov.tr/uzem>)

Türkiye’de Zehirlenme Olgularına İlişkin
Danışmanlık Hizmeti Veren Kurumlar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
İlaç ve Zehir Danışma Merkezi
(24 saat)
Tel: 0-232-4123939
(<http://web.deu.edu.tr/zdm>)

Uludağ Zehir Danışma Merkezi
(24 saat)
Tel: 0-224-4428293
(<http://zehirinf.uludag.edu.tr>)

Hacettepe İlaç ve Zehir Bilgi Merkezi
(HİZBİM)
(08:30-17:30)
Tel: 0-312-3118940
(<http://www.farma.hacettepe.edu.tr/hizbim/hizbim.shtml>)



Kıymetli Meslektaşlarım;

Sağlık Bakanlığı, herkesin kolayca ulaşabileceği, her koşulda güvenilir sağlık hizmetlerini sürekli, düzenli ve kaliteli olarak vermekle, izlemekle ve denetlemekle görevlidir.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri, Bakanlığımızın öncelikli faaliyetlerinden biri olan akılcı ilaç kullanımı çalışmaları çerçevesinde ülkemize özgü, kendi hekim ve öğretim üyelerimiz tarafından geliştirilen standart tanı ve tedavi rehberleri hazırlama çalışmalarının devamı niteliğindedir. Bu rehberler, sahada çalışan tüm birinci basamak hekimlerimizin halen hizmetinde bulunmaktadır.

Bu kaynak eser, ülkemizin en uzak köşelerinden, en üst tanı ve tedavi imkanlarına sahip şehir merkezlerine kadar, bir zehirlenme olgusunun ilk başvurduğu tüm sağlık ocakları ve hastanelerde çalışan pratisyen ve uzman hekimlerimize yönelik olup, telefonla başvuru alan zehirlenme merkezlerine ek olarak el altında bulunacak güvenilir ve pratik bir yol gösterici olma niteliği taşımaktadır.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri; Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri, konularında uzman hekim ve öğretim üyeleri, uzmanlık dernekleri, birinci basamakta çalışan hekimler ve meslek örgütlerinin geniş katılımlarıyla hazırlanmıştır. Çalışmaya katkıda bulunan herkese teşekkür ediyorum. Bu çalışmanın tüm pratisyen ve uzman hekimlerimiz için yararlı bir kaynak olmasını diliyorum.

Uzm.Dr.Orhan Fevzi GÜMRÜKÇÜOĞLU
Müsteşar

Sevgili Meslektaşlarım,

Sağlık hizmetlerinin en üst düzeyde verilmesi, hekimler arası Sulaşmayı artırması, etkinliği kanıtlanmamış veya etkisiz, hatta zararlı kimi yanlış uygulamalardan kaçınılması ve gereksiz sağlık harcamalarının azaltılması amaçlarıyla hazırlanan tanı ve tedavi rehberlerinin geliştirilmesi çalışmaları ülkemizde de yürütülmektedir. Kendi hekimleri ve öğretim üyeleri tarafından geliştirilen rehberlere sahip sayılı ülkelerden birisi de bizim ülkemizdir. İlk olarak hazırlanan “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2003” sahada çalışan siz hekimlerimizin halen hizmetinde bulunmaktadır.

Sahada çalışan hekimlerimizin, zehirlenmeler ile ilgili konuların rehberlerin içinde yer alması yönünde gelen geri bildirimleri ve yoğun talepleri doğrultusunda Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü olarak zehirlenmeler rehberlerini ayrı bir rehberler topluluğu olarak hekimlerimizin hizmetine sunmaya karar verdik.

Bildiğiniz gibi, tanı ve tedavisinde pek çok zorluklarla karşılaşılan zehirlenmeler, ülkemizin her yerinde hekimlerimizin karşısına çıkabilmektedir. Zehirlenmeler nedeni ile çeşitli sağlık sorunlarından ölüme kadar gidebilen ciddi maddi ve manevi zararlar oluşabilmektedir. Nihai sonuçlarına saatler, hatta dakikalar içinde ulaşabilen zehirlenmelerin, klinik seyri içinde zamanında doğru tanısının konulabilmesi ve acilen tedaviye başlanması gereklidir.

Zehirlenen hastaya müdahalede dakikaların önemli olduğu ilk anlarda, klinik gelişimi izleyen hekime yardımcı olan zehir danışma merkezlerine ek olarak, elinin altında bulunacak, ülkemizde en sık görülen zehirlenmeler için hazırlanmış, bir üst sağlık kuruluşuna ne zaman ve hangi durumlarda sevk gerekeceğini de içeren, akış şemalarıyla destekli, kanıta dayalı, kapsamlı ve pratik olan bu rehberlerin son derece yarar sağlayacağına inancımız tamdır. Böylece kimi yanlış ve eksik uygulamalar da önlenebilecektir.

Elinizde bulunan bu rehberler uzun süreçli titiz bir çalışmanın ürünüdür. Bu eserin ortaya çıkmasında görev alan ve katkı sağlayan Sağlık Bakanlığı ilgili birimlerine, zehirlenme konularında uzman olan hekim ve öğretim üyelerine, uzmanlık derneklerine, birinci basamakta çalışan hekimlere, meslek örgütlerine, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü Ulusal Zehir Merkezi personeline ve Müdürlüğümüz çalışanlarına katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Dr.Salih MOLLAHALİLOĞLU
Hıfzıssıhha Mektebi Müdürü

“Bir rehber
pek çok hekimin günlük çalışma sürecini yansıtmıyorsa
yalnızca hayranlık duyulacak
bir altın standart olarak kalacaktır.”

Farmer
1993

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri'nin oluşturulmasında, hastaya ilk müdahale eden hekimler için bu alanda bilimsel, güncel bilgileri içeren ve uygulamaya yönelik bir kaynak eksikliğinin giderilmesi amaçlanmıştır. Rehberlerde Türkiye'de sık görülen zehirlenmelerin yer alması hedeflenmiştir. Sık görülen zehirlenme konu başlıkları Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü Ulusal Zehir Merkezinden alınan veriler doğrultusunda belirlenmiştir.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri geliştirilmesine yönelik ilk çalışmalar Nisan 2004 tarihinde başlamış, ilk toplantılar Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Daha sonra, 06-10 Aralık 2004 tarihleri arasında, konu ile ilgili öğretim üyeleri, uzman hekimler, sahada çalışan hekimler ve Bakanlığımız birimleri üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilen çalıştayda taslak rehberler oluşturulmuştur. Taslak rehberler geri bildirim istemiyle, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine, üniversitelerimizin tıp, eczacılık ve diş hekimliği fakültelerine, uzmanlık derneklerine, tıpla ilgili meslek örgütlerine, meslek hastalıkları hastanelerine, Jandarma Genel Komutanlığı ve Emniyet Genel Müdürlüğü ilgili birimlerine, Adli Tıp Kurumu Başkanlığına, Sağlık Bakanlığı ilgili genel müdürlükleri ile Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğüne resmi yazıyla gönderilmiş, ayrıca Müdürlüğümüz web sitesi aracılığıyla elektronik ortamda geri bildirimine açılmıştır. Alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi amacıyla 03-07 Ekim 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen geniş katımlı çalıştayda taslak rehberlerde düzeltmeler yapılmıştır. Çalıştaylarda her çalışma grubunda en az, sahada çalışan bir hekim, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü Ulusal Zehir Merkezinden bir hekim, bir farmakoloji uzmanı ve konuyla ilgili uzmanlık alan(lar)ından bir uzman bulunmasına özen gösterilmiştir.

Devam eden süreçte rehberler, Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri Danışma Kurulu tarafından bilimsel ve dil birliği yönünden gözden geçirilerek basıma hazır hale getirilmiştir. Rehberlerin basımından önce, önerilen tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanabilirliği ve kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla saha uygulaması çalışması yapılmıştır. Söz konusu çalışmada rehberler saha uygulaması anketi ve geri bildirim formu ile birlikte sahada denenmiş, aynı zamanda Müdürlüğümüz web sitesinde yayınlanarak geri bildirimlerin elektronik olarak gönderilmesine de olanak sağlanmıştır.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri'ni, çok sayıda katılımcının emeği ve uzun bir çalışmanın ürünü olarak siz değerli hekimlerimizin hizmetine sunuyoruz. Amacına ulaşması ve yaşayan metinler olması için, elektronik ortamda “<http://www.hm.saglik.gov.tr>” adresinden geri bildirimde bulunarak katkı sağlayabilirsiniz. Rehberinizin yaşayan ve güncel bir yol gösterici olması sizin geri bildirimlerinizle mümkün olacaktır.

Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri geliştirme çalışmalarında emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

**Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler
Tanı ve Tedavi Rehberlerinin Geliştirilmesine
Katkıda Bulunan Kurum ve Kuruluşlar**

Adnan Menderes Üniversitesi

Akdeniz Üniversitesi

Ankara Üniversitesi

Atatürk Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Celal Bayar Üniversitesi

Çukurova Üniversitesi

Dicle Üniversitesi

Dokuz Eylül Üniversitesi

Ege Üniversitesi

Erciyes Üniversitesi

Fırat Üniversitesi

Gazi Üniversitesi

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Hacettepe Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Kocaeli Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Mersin Üniversitesi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Osmangazi Üniversitesi

Pamukkale Üniversitesi

Trakya Üniversitesi

Uludağ Üniversitesi

S.B. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. İzmir Dr.Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. Ağrı Devlet Hastanesi
S.B. Akhisar Devlet Hastanesi
S.B. Antalya Devlet Hastanesi
S.B. Bingöl Devlet Hastanesi
S.B. Bursa Devlet Hastanesi
S.B. Denizli Devlet Hastanesi
S.B. Erzurum Numune Hastanesi
S.B. Isparta Doğum ve Çocuk Hastanesi
S.B. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi
S.B. Karşıyaka Devlet Hastanesi
S.B. Muğla Devlet Hastanesi
S.B. Muğla Mentеше Devlet Hastanesi
S.B. Ordu Devlet Hastanesi
S.B. Sakarya Devlet Hastanesi
S.B. Siirt Devlet Hastanesi
S.B. Şanlıurfa Devlet Hastanesi
S.B. Tekirdağ Devlet Hastanesi
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü
Batman İl Sağlık Müdürlüğü
Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü
Denizli İl Sağlık Müdürlüğü
Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü
Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü
Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü
İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşref Paşa Hastanesi
S.B. Kalite Koordinatörlüğü
S.B. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
S.B. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı
Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
Klinik Toksikoloji Derneği
Türk Farmakoloji Derneği
Türk Toksikoloji Derneği

**Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler
Tanı ve Tedavi Rehberleri Geliştirilmesi Çalışmalarına
Katılan ve Katkıda Bulunan Kişiler**

Prof.Dr.Afife MAT

Prof.Dr.Ahmet ŞAHİN

Prof.Dr.Ali Esat KARAKAYA

Prof.Dr.Asuman KARAKAYA

Prof.Dr.Benay CAN EKE

Prof.Dr.Berna MUSAL

Prof.Dr.Burhan K. KIRAN

Prof.Dr.Ekrem SEZİK

Prof.Dr.Emin Sami ARISOY

Prof.Dr.Erdem YEŞİLADA

Prof.Dr.Ersin YARIŞ

Prof.Dr.Faruk ERDEN

Prof.Dr.Filiz HINCAL

Prof.Dr.Gönül ŞAHİN

Prof.Dr.Gülin GÜVENDİK

Prof.Dr.Gürayten ÖZYURT

Prof.Dr.H. Zahide ELAR

Prof.Dr.Hakan S. ORER

Prof.Dr.Hülya GÜVEN

Prof.Dr.İ. Hamit HANCI

Prof.Dr.İsmet DÖKMECİ

Prof.Dr.Levent AKIN

Prof.Dr.Mustafa Oğuz GÜÇ

Prof.Dr.Mümtaz İŞCAN

Prof.Dr.Nuri İhsan KALYONCU

Prof.Dr.Nurşen BAŞARAN

Prof.Dr.Selim KURTOĞLU

Prof.Dr.Sema BURGAZ

Prof.Dr.Semra ŞARDAS

Prof.Dr.Türkan YURDUN

Prof.Dr.Ufuk BEYAZOVA

Prof.Dr.Yeşim TUNÇOK

Doç.Dr.Agop ÇITAK

Doç.Dr.Arzu TOPELİ İSKİT

Doç.Dr.Atila KARAALP

Doç.Dr.Betül ULUKOL

Doç.Dr.D. Berrin GÜNAYDIN

Doç.Dr.Figen COŞKUN

Doç.Dr.Gülay Sain GÜVEN

Doç.Dr.Işıl MARAL

Doç.Dr.Melikşah ERTEM

Doç.Dr.Sermin ÖZTEKİN

Doç.Dr.Sinan SÜZEN

Doç.Dr.Süleyman CEYLAN

Doç.Dr.Şule GÖK

Doç.Dr.Şule KALKAN

Doç.Dr.Turan ASLAN

Yard.Doç.Dr.Arif Alper ÇEVİK

Yard.Doç.Dr.Burcu EŞİYOK

Yard.Doç.Dr.Cem OKTAY

Yard.Doç.Dr.Çimen Gülben OLGUNER

Yard.Doç.Dr.Durgül ÖZDEMİR

Yard.Doç.Dr.Gürol CANTÜRK

Yard.Doç.Dr.Kerim Hakan ALTINTAŞ

Yard.Doç.Dr.Murat PEKDEMİR

Yard.Doç.Dr.Mustafa N. İLHAN

Yard.Doç.Dr.Sedat YANTURALI

Öğr.Gör.Dr.Alpaslan KILIÇASLAN

Öğr.Gör.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN

Öğr.Gör.Dr.Doğaç Niyazi ÖZÜÇELİK

Öğr.Gör.Dr.Mert AKAN

Uzm.Dr.Ayşegül YILMAZ DİLEKÖZ

Uzm.Dr.Birim Günay KILIÇ

Uzm.Dr.Can AKTAŞ

Uzm.Dr.Dilek YAZIOĞLU

Uzm.Dr.Filiz ŞİMŞEK

Uzm.Dr.Funda KARBEBEK AKARCA

Uzm.Dr.H. Ekmel OLCAY

Uzm.Dr.H. Hulki GENÇ

Uzm.Dr.Hakan TOPAÇOĞLU

Uzm.Dr.Hasan AĞIN

Uzm.Dr.Mehmet BOYRAZ

Uzm.Dr.Meltem HALİL

Uzm.Dr.Mesut ORTATATLI

Uzm.Dr.Murat ERSEL

Uzm.Dr.Müge GÜNALP YILMAZ

Uzm.Dr.Nevin ÖZCAN

Uzm.Dr.Nilgün ATAY ERKEK

Uzm.Dr.Nurdan ERGÜN

Uzm.Dr.Nurhayat BEYAZIT

Uzm.Dr.Onur POLAT

Uzm.Dr.Orhan ÇINAR

Uzm.Dr.Özlem GÜNEYSEL

Uzm.Dr.Sevsen CEBECİ

Uzm.Dr.Songül UYGUR

Uzm.Dr.Suat KIMAZ

Uzm.Dr.Şerife AKALIN

Uzm.Dr.Şit UÇAR

Uzm.Dr.Vermi DEĞERLİ

Uzm.Dr.Vesile ŞENTÜRK

Dr.A. Arzu SAYIN

Dr.Abdullah İlker ÖZ

Dr.Adnan KERKÜKLÜ

Dr.Ahmet Haki TÜRKDEMİR

Dr.Ahmet KAYA

Dr.Ahmet ÖZLÜ

Dr.Ali Kemal BAZO

Dr.Alper KIZILTEPE

Dr.Aydın Deniz KARATAŞ

Dr.Aytuğ GÜRTUNCA

Dr.Bayram Çelebi KARATAŞ

Dr.Bekir Lütfi ÇELEPÇIKAY

Dr.Berhan YÜZBAŞI

Dr.Cansın ARDA

Dr.Celalettin ARSLAN

Dr.Cemalettin KOÇ

Dr.Cezmi KARACA

Dr.Didem İKİNCİOĞULLARI

Dr.Deniz TÜRKÖĞLU

Dr.Ebru TEMEL GÜRSEL

Dr.Emel TÜRKBEY

Dr.Fatih TÜTEN

Dr.Fatih YILMAZ

Dr.Fatma YOLCU

Dr.Feray KARAMAN

Dr.G. Tuba KABAKÇI

Dr.Hakkı GÜRSÖZ

Dr.Hamdi ÖZTÜRK

Dr.Hanife ALKURT ALKAN

Dr.Hasan Gökhan ÖNCÜL

Dr.Hüseyin ÖZBAY

Dr.Hüseyin TAŞDELEN

Dr.İbrahim Murat ÖRSKİRAN

Dr.Kemal KESMEN

Dr.Mehmet Fatih ÇETİN
Dr.Mehmet Mahir KURT
Dr.Mesut SİĞA
Dr.Muharrem BAYTEMUR
Dr.Murat KORKMAZ
Dr.Murat YAZICI
Dr.Mustafa Yaşar YILMAZ
Dr.Mümine Nurdan DOĞUKAN
Dr.Naci ÖZER
Dr.Nilgün SOYSAL
Dr.Nuray IMİL DUYURAN
Dr.Nurhan DEMİRHAN
Dr.Nurhan ÖZCAN
Dr.Nurşin HARMANCI
Dr.Nüvit GÖNÜL
Dr.Oya ŞİNİK
Dr.Özgür ÇELEBİ
Dr.Özlem AKINCI BARDAKÇI
Dr.Özlem COŞKUN
Dr.Pelin TORLU
Dr.Ramazan GÜNEY
Dr.Salih MOLLAHALİOĞLU
Dr.Sedat GÜLAY
Dr.Selahattin YAVAŞ
Dr.Selçuk YAKIŞTIRAN

Dr.Semih KUNAK
Dr.Serdar Savaş GÜL
Dr.Sevil ÖZGER İLHAN
Dr.Sümer DOĞAN
Dr.Şenay ELMAS
Dr.Tülin TAMER
Dr.Ümit BAŞARA
Dr.Ünal HÜLÜR
Dr.Yıldırım CESARETLİ
Dr.Zeynep Gül KOÇ
Dr.Ecz.Nilgün OTO GEÇİM
Dr.Ecz.Serpil KARAYAKA
Uzm.Ecz.Nur ERGİN
Ecz.Emel AŞKIN
Dr.Biyolog Canan BAYAR
Uzm.Dyt.Biriz ÇAKIR
Hemşire Özgül KARAMAN
Sağ.Mem.Yasin KINDAP
Ziraat Müh.Ertuğrul ÇELİKCAN
Ziraat Müh. Zahide BEŞER
Dr.Kimya Müh.Ümran ÖZKAN
Uzm.Kimya Müh. Ahmet Bekir EROL
Dr.Kim. Suzan USANMAZ
Kıvanç YILMAZ
Vedat KAV

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

AKUT ZEHİRLENMELERE GENEL YAKLAŞIM	1
İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER	25
ANTİDEPRESAN İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	23
ANTİEPİLEPTİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	29
KLASİK ANTİHİSTAMİNİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	35
ANTİKOLİNERJİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER	39
ANTİPSİKOTİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER	43
BETA RESEPTÖR BLOKÖRÜ İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	49
DEMİR İÇEREN İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	53
KALSİYUM KANAL BLOKÖRÜ İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER.....	57
KARDİYAK GLİKOZİDLERLE ZEHİRLENMELER	61
LİTYUM ZEHİRLENMESİ.....	65
PARASETAMOL (ASETAMİNOFEN) ZEHİRLENMESİ	69
SALİSİLAT ZEHİRLENMESİ.....	75
SEDATİF HİPNOTİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER	79
TARIM VE BÖCEK İLAÇLARIYLA ZEHİRLENMELER	83
BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENMELER	83
ORGANOFOSFATLI BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME.....	84
KARBAMATLI BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME.....	88
ORGANOKLORLU BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME.....	90
PİRETRİN VE PİRETROİDLERLE ZEHİRLENME.....	92
AMİTRAZ (KENAZ) ZEHİRLENMESİ.....	94
KEMİRGEN ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME	96
FOSFİN VE FOSFÜRLERLE ZEHİRLENME	98
YABANIL OT ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME.....	100
MANTAR ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME	102
FUMİGANTLARLA ZEHİRLENME.....	103

EV KİMYASALLARIYLA ZEHİRLENMELER	105
HİDROKARBONLU BİLEŞİKLERLE ZEHİRLENMELER	113
KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ	119
BESİN ZEHİRLENMESİ	127
BOTULİZM.....	133
MANTAR ZEHİRLENMESİ	137
ZEHİRLİ HAYVAN ISIRMA ve SOKMALARI	143
AKREP SOKMASI.....	143
ARI SOKMASI.....	147
ÖRÜMCEK ISIRIĞI	151
YILAN ISIRIKLARI.....	155
BAĞIMLILIK YAPAN MADDELERLE ZEHİRLENMELER	159
ALKOLLERLE ZEHİRLENMELER.....	165
BİTKİLERLE ZEHİRLENMELER.....	171
AĞIR METALLERLE ZEHİRLENMELER	181
ARSENİK ZEHİRLENMESİ	181
CIVA ZEHİRLENMESİ	185
KURŞUN ZEHİRLENMESİ.....	189
ZEHİRLENME TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR ve ÖZGÜL ANTİDOTLAR	193



AKUT ZEHİRLENMELERE

GENEL YAKLAŞIM - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Türkiye’de en sık görülen akut zehirlenme etkenleri sırasıyla, ilaçlar (analjezik, antidepresan, antihistaminik, antihipertansif, antiepileptik vb.), tarım ilaçları ve böcek öldürücüler (organofosfatlı, karbamatlı, piretrin grubu vb.), ev içi kimyasallar (çamaşır suyu, lavabo açıcı, kireç çözücüler, deterjanlar, naftalin vb.), zehirli gazlar (karbonmonoksit, boğucu gazlar), diğer kimyasallar, bitki ve besinler (mantarlar, salon bitkileri, balık, delibal, kayısı çekirdeği, vb.) ve zehirli hayvan ısırma ve sokmaları (akrep, yılan, örümcek, arı vb.)’dır.

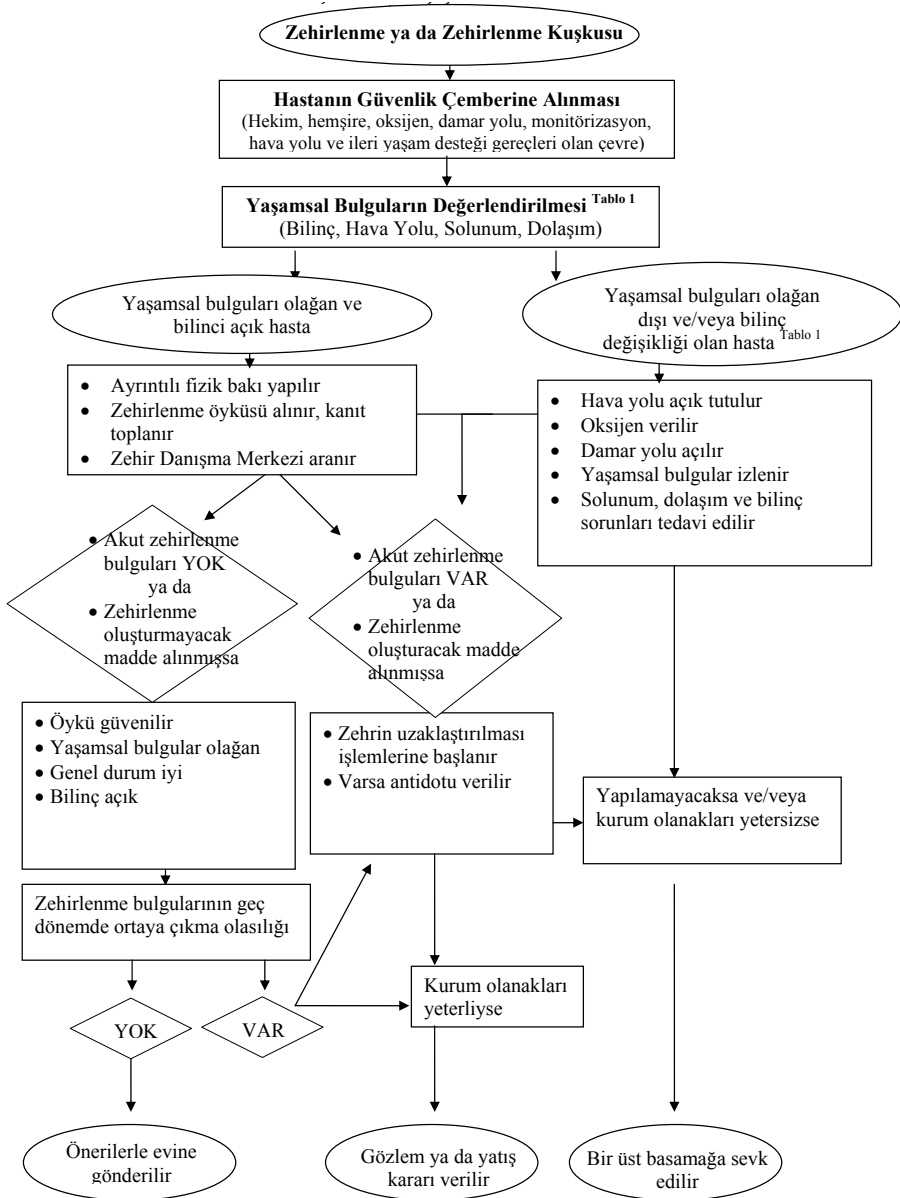
Bilinç değişikliği, bilinen bir kalp hastalığı olmaksızın ani ritim bozukluğu, birdenbire gelişen ve hiçbir hastalığa uymayan ya da aynı anda birçok kişide görülen benzer belirti ve bulgular, öyküde zehirlenme, psikolojik bozukluk ya da özkıyım varsa zehirlenmeden kuşulanılmalıdır.

Zehirlenen ya da zehirlendiğinden kuşulanılan hastanın önce yaşamsal bulguları ve bilinç durumu değerlendirilmeli, gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilmelidir (Şekil 1, Tablo 1). Zehirin değil hastanın tedavi edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Tüm zehirlenmeler adli olgulardır.

Türkiye’de Zehir Danışma Merkezleri zehirlenme olgularına ilişkin danışmanlık hizmeti vermektedir:

1. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Zehir Merkezi (UZEM) (24 saat)
Tel:114 (<http://www.rshm.saglik.gov.tr/uzem>)
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Zehir Danışma Merkezi (24 saat)
Tel: 0-232-4123939 (<http://web.deu.edu.tr/zdm>)
3. Uludağ Zehir Danışma Merkezi (24 saat)
Tel: 0-224-4428293 (<http://zehirinf.uludag.edu.tr>)
4. Hacettepe İlaç ve Zehir Bilgi Merkezi (HİZBİM) (08:30-17:30)
Tel: 0-312-3118940 (<http://www.farma.hacettepe.edu.tr/hizbim/hizbim.shtml>)

Şekil 1. AKIŞ ÇİZELGESİ



Tablo 1. Yaşamsal Bulguların Değerlendirilmesi**A-Hava yolu**

- Travma kuşkusu varsa boyunluk takılır, omurga korunmaya çalışılır.
- Hava yolu açılır (Travma kuşkusu varsa baş geriye itilmemelidir).
 - a. Baş koklama durumuna getirilir (baş geriye, çene yukarıya),
 - b. Çene öne-yukarı kaldırılır ve ağız açılır,
 - c. Hava yolundaki yabancı maddeler temizlenir (Parmakla ya da Magill pensi ile çıkarılır, aspire edilir),
 - d. Burun ya da ağızdan hava yolu yerleştirilir,
 - e. Endotrakeal entübasyon uygulanır.

B-Solunum

- Oksijen verilir (olabilirse maskeyle ≥ 6 L/ dk),
- Solunum yetmezliği, hipoksi ve bronkospazm varsa tedavi edilir.

C-Dolaşım

- Kan basıncı, nabız ve ritm değerlendirilir,
- Kardiyak izlem yapılır,
- Damar yolu açılır,
- Kan örneği alınır,
- Ven yoluyla sıvı verilmeye başlanır (Serum fizyolojik, laktatlı Ringer vb.),
- İdrar sondası takılır.

Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi: USAY (Uyanık, Sözlü uyarana yanıt var, Ağrılı uyarana yanıt var, Yanıt yok) ya da Glasgow Koma Ölçeği ile değerlendirilir (Tablo 2).

Tablo 2. Glasgow Koma Ölçeği

Yetişkinler İçin			Yetişkinler İçin		
Göz Açma (E)	Sözel Yanıt (V)	Motor Yanıt (M)	Göz Açma (E)	Sözel Yanıt (V)	Motor Yanıt (M)
4: Kendisi açık	5: Anlamlı, doğru yanıt	6: Emirlere uyma	4: Kendisi açık	5: Uyumlu, sosyal iletişim	6: Kendiliğinden hareket edebilme
3: Sözle açma	4: Anlamlı, dalgın yanıt	5: Ağrıyan yerini gösterebilme	3: Sözle açma	4: Kurma	5: Ağrıyan yerini gösterebilme
2: Ağrıyla açma	3: Anlamsız yanıt	4: Ağrıyla geri çekilme	2: Ağrıyla açma	3: Anlamlı dalgın yanıt	4: Ağrıyla geri çekilme
1: Yanıt yok	2: Anlamsız sesler	3: Üst ekstremitte fleksiyonu, alt ekstremitte ekstansiyonu	1: Yanıt yok	2: Anlamsız sesler, saldırganlık	3: Üst ekstremitte fleksiyonu, alt ekstremitte ekstansiyonu
	1: Yanıt yok	2: Üst ve alt ekstremitede ekstansiyon		1: Yanıt yok	2: Üst ve alt ekstremitede ekstansiyon
		1: Yanıt yok			1: Yanıt yok

Solunumla İlgili Sorunlar

Zehirlenme etkenleri solunum yetmezliği, hipoksi ya da bronkospazma neden olabilir (Tablo 3). Solunum yetmezliği olan hastalar balon-valf-maske yardımıyla ya da entübe edilerek desteklenir, gerekirse ventilatöre bağlanır. Hipoksidede olan hastaya oksijen verilir, gerekirse entübe edilir ve solutulur. Bronkospazm varsa beta₂ agonisti bronkodilatörler (Salbutamol) yetişkinde püskürtme (ilk 4 saatte 20 dakikada bir 4-8 püskürtme, daha sonra 4 saatte bir 2-4 püskürtme) ile ya da nebulizatörle (2,5-5 mg, gerekikçe yinelenerek), çocukta nebulizatörle (0,10-0,15 mg/kg, en çok 2,5 mg, gerekikçe yinelenerek) verilir.

Tablo 3. Solunumla İlgili Sorunlar

Bulgu	Zehirlenme Etkenleri	
Solunum yetmezliği	Solunum kaslarının felcine neden olanlar Botulinum toksini Nöromuskuler blokörler Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler Yılan venomu Striknin Tetanus toksini	Merkezi solunum baskılanması yapanlar Barbitüratlar Klonidin ve diğer sempatolitikler Trisiklik antidepresanlar Etanol ve diğer alkoller Opiyatlar Sedatif hipnotikler
Hipoksi	Gazlar Karbonmonoksit Metan, propan Azot Kardiyojenik akciğer ödemi yapanlar Beta blokörler Trisiklik antidepresanlar Kinidin, prokainamid, disopramid Verapamil Hüresel hipoksi yapanlar Karbonmonoksit Siyanür Hidrojen sülfür Methemoglobinemi yapanlar Lokal anestezipler Dapson Klorokin Naftalin Nitrit ve nitratlar Anilin boyaları	Pnömoni ya da kardiyojenik olmayan akciğer ödemi yapanlar Mide içeriğinin aspirasyonu Hidrokarbonların aspirasyonu Klorin ve diğer iritan gazlar Kokain Etiklorvinol Etilen glikol (antifriz) Cıva buharı Metal dumanı Azot dioksit Opiyatlar Parakuat Fosgen Salisilatlar Sedatif hipnotikler Duman solunması
Bronkospazm	Beta blokörler Klorin ve diğer iritan gazlar Hidrokarbon aspirasyonu	Metal dumanı Organofosfatlı böcek öldürücüler ve diğer kolinesteraz enzim inhibitörleri

Dolaşımla İlgili Sorunlar

Zehirlenme etkenleri bradikardi, atriyoventriküler bloklar, EKG'de QRS ve QT aralığında uzama, taşikardi, hipotansiyon ve hipertansiyona neden olabilirler (Tablo 4).

Tablo 4. Dolaşımla İlgili Sorunlara Neden Olan Zehirlenme Etkenleri

Bulgu	Zehirlenme Etkenleri	Sempatolitik ilaçlar
Bradikardi ve atriyum ventrikül (AV) bloğu	Kolinerjik ya da vagotonik ilaçlar Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler Kalp glikozidleri Fizostigmin	Beta blokörler Klonidin Opiyatlar
	Membran stabilizasyonu yapan ilaçlar Beta blokörler Trisiklik antidepressanlar Antiaritmikler (Enkainid, flekainid, kinidin, prokainamid ve dizopramid)	Diğerleri Kalsiyum kanal blokörleri Lityum Fenilpropanolamin ve diğer alfa adrenereklik agonistler Propoksifen Karbamazepin Hipertotasemi
EKG'de QRS uzaması	Beta blokörler Trisiklik antidepressanlar Kalp glikozidleri Difenhidramin Enkainid, flekainid gibi antiaritmikler	Fenotiyazinler (tiyoridazin) Propoksifen Antiaritmikler (Kinidin, prokainamid, dizopramid)
Taşikardi	Sempatomimetikler Amfetaminler ve türevleri Kafein Kokain Epinefrin, psödoefedrin Fensiklidin Teofilin Hüresel hipoksiye neden olanlar Karbonmonoksit Siyanür Hidrojen sülfür Methemoglobinemi yapanlar Lokal anesteziyeler Dapson Klorokin Naftalin Nitrit ve nitratlar Anilin boyaları	Antikolinerjikler <i>Amanita muscaria</i> Antihistaminikler Atropin ve antikolinerjikler Trisiklik antidepressanlar Fenotiyazinler Bazı bitkiler Diğerleri Etanol ve sedatif hipnotik ajan yoksunluğu Hidralazin ve diğer vazodilatörler Tiroid hormonu

Tablo 4. Dolaşımla İlgili Sorunlara Neden Olan Zehirlenme Etkenleri

Bulgu	Zehirlenme Etkenleri	Sempatolitik ilaçlar
	Ventrikül taşikardisi ya da fibrilasyonuna neden olanlar Amfetamin ve diğer semptomimetikler Aromatik hidrokarbonlar Kafein	QT uzaması ya da Torsade de Pointes'e (polimorfik VT) neden olanlar Amiodaron Arsenik Klorokin ve benzerleri Sitrat Trisiklik antidepresanlar Florür Organofosfatlı böcek öldürücüler Antiaritmikler (Kinidin, prokainamid, dizopramid) Kinin Talyum Tiyoridazin
Ventriküler aritmi	Kloral hidrat Klorlu veya florlu hidrokarbonlar Kokain Trisiklik antidepresanlar Kalp glikozidleri Florür Fenotiyazinler Teofilin	
Hipotansiyon	Taşikardiyle birlikte hipotansiyon yapanlar Zehirlenme etkenine bağlı sıvı kaybı Zehirlenme etkenine bağlı hipertermi Amatoksin içeren mantarlar Arsenik Kolşisin Bakır sülfat Demir Çıngıraklı yılan ısırması Sedatif hipnotikler Bradikardi ya da AV blokla birlikte hipotansiyon yapanlar Klonidin Ergot türevleri Metoksamin Norepinefrin Fenilefrin Fenilpropanolamin	Periferik ven ya da arterlerde dilatasyon Beta 2 agonistler Kafein Trisiklik antidepresanlar Hidralazin Zehirlenme etkenine bağlı hipertermi Nitritler Sodyum nitroprusid Fenotiyazinler Teofilin Hipotansiyon ve göreceli bradikardi yapanlar Sempatolitikler Beta blokörler Bretilyum Klonidin, prazosin, metildopa Hipotermi Opiyatlar Rezerpin Tetrahidrozolin

Tablo 4. Dolaşımla İlgili Sorunlara Neden Olan Zehirlenme Etkenleri

Bulgu	Zehirlenme Etkenleri	Sempatolitik ilaçlar
Hipotansiyon	Membran stabilizasyonu yapan ilaçlar Beta blokörler (propranolol) Trisiklik antidepresanlar Antiaritmikler (enkainid, flekainid, kinidin, prokainamid, dizopramid) Propoksifen Taşikardiyle birlikte hipertansiyon yapanlar Sempatomimetikler Amfetamin ve türevleri Kokain Efedrin Epinefrin Levodopa LSD Marihuana (esrar) MAO inhibitörleri Fensiklidin	Diğerleri Barbitüratlar Kalsiyum kanal blokörleri Siyanür Florür Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler Sedatif-hipnotikler Antikolinergikler Antihistaminikler Atropin Trisiklik antidepresanlar Fenotiyazinler Diğerleri Etanol ve sedatif hipnotik ilaç yoksunluğu Nikotin Organofosfatlı böcek öldürücüler

Bradikardi tedavisi

- Senkop ya da hipotansiyon gibi bulgular yoksa bradikardi ve atriyoventriküler bloğu tedavi etmek için acele edilmez. Hipertansiyona yanıt olarak gelişen bradikardi tedavi edilmemelidir. Hava yolu güvenliği sağlanır, solunum desteklenir, oksijen verilir, hipotermik hasta ısıtılır.
- Atropin yetişkinde ven içine 0,5-1 mg (en çok 3 mg), çocukta ven içine 0,02 mg/kg (en çok 0,5 mg) verilir.
- Beta blokör ve kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesinde glukagon (Glucagen Hypokit®, 1 mg/mL glukagon hidroklorür) yetişkinde 3-5 mg ven içine 1-2 dakikada verildikten sonra, yanıt alınıncaya dek 3 dakikada bir yinelelenerek en çok 17 mg verilir, ardından 1-5 mg/saat infüzyon yapılır. Çocukta ven içine 0,05 mg/kg her 3 dakikada bir bolus olarak en çok 10 mg verilir, ardından 0,05-0,1 mg/kg/saat hızda infüzyon yapılır.
- Kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesinde % 10'luk kalsiyum glukonat ven içine 20 mL (0,3-0,4 mL/kg) 5-10 dakika ara ile yinelenen dozlarda verilir.
- İlaç tedavisine yanıt vermeyen bradikardide kalp pili takılır.

QRS uzamasının tedavisi (>0,10 saniye)

- Hava yolu güvenliği sağlanıp solunum desteklenir, oksijen verilir.
- EKG'de QRS süresi 0,10 sn den uzunsa, hipotansiyon ve ventrikül aritmisi

varsa sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL, 10 mL'lik ampullerden 1 mEq/kg) % 0,9'lük sodyum klorür veya % 5'lik dekstroz çözeltileri içinde ven içine infüzyonla uygulanır. Kontrol EKG'de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.

- Hiperpotasemi ($K^+ > 5,5$ mEq/L) varsa ven içine sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL) çözeltisinden 1 mEq/kg, glukoz (dekstrozun sudaki çözeltisinin, yetişkinde % 50'liğinden 50 mL ya da % 30'lüğundan 80 mL, çocukta % 20'liğinden 2-4 mL/kg) ve insülin (0,1 U/kg) uygulanır.
- Bradikardi ve atrium ventrikül bloğu eşlik ediyorsa atropin verilir.
- Özgül antidotlar (beta blokör için glukagon, kalsiyum kanal blokörleri için kalsiyum ve glukagon, trisiklik antidepresanlar için sodyum bikarbonat) uygulanır.

Taşikardi tedavisi

- Hipotansiyon ve göğüs ağrısı ile birlikte değilse, sakin bir odada dinlenme ve gözlem yeterlidir.
- Ciddi taşikardide esmolol (Brevibloc® 10 mg/mL, 10 mL flakon ve premiks infüzyon çözeltisi) ven içine 0,5 mg/kg hızla bir dakikada yükleme yapıldıktan sonra, 0,05 mg/kg/dk hızda 4 dakika süreyle uygulanmalıdır. Yetersiz kaldığında doz 0,05 mg/kg/dk aralıklarla artırılarak hasta izlenmelidir. Ya da propranolol ven içine (yetişkinde 1-3 mg, 1 mg/dakika hızı geçmeyecek biçimde, yanıt alınıncaya dek 5 dakikada bir yinelenerek en çok 5 mg, çocukta 0,1 mg/kg % 5 dekstrozun sudaki çözeltisi içinde 5 dakikada, gerekirse 6-8 saatte bir yinelenerek) uygulanmalıdır.

Ventrikül aritmisi tedavisi

- Nabızsız ventrikül fibrilasyonu varsa kardiyopulmoner resusitasyon (yeniden canlandırma) uygulanır. İleri yaşam desteği protokollerine uyulur. Zehirlenme olgularında bu süre uzun tutulur.
- Hava yolu güvenliği sağlanır, solunum desteklenir ve oksijen verilir.
- Elektrolit, asit baz dengesi düzeltilir.
- Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain (%2 amp, 20 mg/mL) ya da amiodaron (Cordaron® 150 mg/3mL ampul) uygulanır. Lidokain, ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg'lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenebilir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Amiodaron, ven içine yetişkinde 300 mg günde en çok 2,2 g, çocukta 5 mg/kg 20-60 dakikada, günde en çok 15 mg/kg verilir.

- “*Torsade de Pointes*” tedavisinde magnezyum sülfat (% 15’lik ampul, 1,5 g/10 mL) yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir verilir. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

Hipotansiyon tedavisi

- Hava yolu güvenliği sağlanır ve solunum desteklenir, oksijen verilir.
- Çoğu hasta ven içine sıvı (10-20 mL/kg serum fizyolojik), düşük doz dopamin ya da adrenalin uygulamasına iyi yanıt verir. Dopamin ven içine 10-20 mikrogram/kg/dakika hızla başlanıp, infüzyon hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dakika, çocukta 30 mikrogram/kg/dakikaya kadar artırılabilir. Dopamine yanıt alınamazsa adrenalin yetişkinde 1-4 mikrogram/dk, çocukta 1-2 mikrogram/dk ya da 0,1-1 mikrogram/kg/dk ven içine infüzyon biçiminde uygulanır.
- Ritim bozukluğu varsa tedavi edilir.
- Hipotermik hasta ısıtılır.
- Varsa özgül antidot (Beta blokörler ve kalsiyum kanal blokörleri için glukagon, teofilin ve kafein için propranolol ya da esmolol, trisiklik antidepresanlar için sodyum bikarbonat) verilir.

Hipertansiyon tedavisi

- Hava yolu güvenliği sağlanır, solunum desteklenir ve oksijen verilir.
- Kan basıncı hızlı düşürülmez.
- Yetişkinlerde benzodiazepinlerle sedasyon (ven içine diazepam 5-10 mg, gerekirse 5-10 dakikada bir yinelenerek) yararlıdır.
- Taşikardi yoksa, nitroprussid (ven içine 0,1-10 mikrogram/kg/dk % 5 dekstrozun sudaki çözeltisi içinde) ya da nitrogliserin (yetişkinlere ven içine infüzyonla, 5-100 mikrogram/dk) verilir. Nitrogliserinin 40 mikrogram/dk’den daha hızlı infüzyonunun methemoglobinemiye neden olabileceği unutulmamalıdır.
- Taşikardiyle birlikteyse, esmolol ven içine 25-100 mikrogram/kg/dk ya da propranolol ven içine (Türkiye’de ven içine verilecek ticari biçimi yoktur) 0,02-0,1 mg/kg verilir.
- Sempatomimetik ilaçlarla zehirlenmeye bağlı hipertansiyonun tedavisinde, propranolol gibi seçici olmayan beta blokörler, alfa reseptörlerin uyarılmasına neden olarak hipertansiyonu artıracığından kullanılmamalıdır.

Bilinçle İlgili Sorunlar

Zehirlenme etkenleri bilinç değişiklikleri ve konvülsiyona neden olabilir (Tablo 5).

Komanın ayırıcı tanısında elektrolit bozuklukları, endokrin bozukluklar (diyabetik ketoasidoz, hipoglisemi, hipotiroidi), merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, hipoksi, hiperkarbi, üremi, hipo/hipertermi, kafa travması, psikiyatrik sorunlar, kafa

içi kanama ya da yer kaplayan oluşum, geçirilmiş nöbet, sepsis ve şok dikkate alınmalıdır.

Bilinç değişikliğinin tedavisi

- Hava yolu güvenliği sağlanıp solunum desteklenir, oksijen verilir.
- Koma durumunda dekstroz (ven içine yetişkinde %30'luk çözeltiden 80 mL ya da %50'lik çözeltiden 50 mL; çocukta % 10'luk dekstroz çözeltisinden 2,5-5 mL/kg ya da % 20'lik çözeltiden 2-4 mL/kg), tiamin (100 mg ven ya da kas içine), nalokson (yetişkinde 0,4-2 mg, çocukta 0-5 yaş arası 0,1 mg/kg, 5 yaşın üstüne en az 2 mg ven içine uygulanır, 2-3 dakika aralıklarla 10 mg'a kadar çıkılabilir) ve flumazenil (ven içine; yetişkinde 0,2 mg, yanıt alınmazsa 30 saniyede bir 0,3-0,5 mg, en çok 3 mg, çocukta 0,01 mg/kg, en çok 1 mg) uygulanması entübasyona gereksinimi ortadan kaldıracaktır.
- Beden (vücut) sıcaklığı normale getirilir.

Konvülsiyon tedavisi

- Hava yolu güvenliği sağlanıp solunum desteklenir ve oksijen verilir.
- Dekstroz, tiamin ve nalokson yukarıda belirtilen dozlarda uygulanır.
- Beden (vücut) sıcaklığı normale getirilir.
- Aşağıdaki ilaçlardan biri ya da daha fazlası kullanılabilir. Hızlı uygulandıklarında, solunum ve/veya kalp durması ve hipotansiyona neden olabilirler:
 - Diazepam: Ven içine yetişkinde 5-10 mg, en çok 30 mg; çocukta 5 yaşın altında 0,1-0,3 mg/kg, 5 yaşın üstünde 1-2 mg, en çok 10 mg verilir.
 - Midazolam: Ven içine 0,1-0,2 mg/kg verilir.
 - Fenobarbital: Ven içine 5-6 mg/kg yavaş infüzyon biçiminde 8-10 dk'da, daha sonra 0,5-3 mg/kg/saat sürekli infüzyonla verilir.
 - Fenitoin: Ven içine 15-20 mg/kg yavaş infüzyon biçiminde 25-30 dk'da verilir. İlaça bağlı konvülsiyon tedavisinde son seçenek olarak düşünülmelidir.
 - İzoniazid (INH) zehirlenmesine bağlı diazepam dirençli konvülsiyon tedavisinde piridoksin kullanılır. Alınan izoniazid dozu kadar piridoksin, 50 mL dekstroz ya da serum fizyolojik içinde 1g/dk hızda, alınan doz bilinmiyorsa yetişkinde 5 g, çocukta 70 mg/kg ven içine uygulanır.

Tablo 5. Koma / Konvülsiyona Neden Olan Zehirlenme Etkenleri

Bulgu	Zehirlenme Etkenleri	Hücre hipoksisi yapanlar
Bilinç değişikliği	Merkezi sinir sistemini baskılayanlar	Karbonmonoksit
	Antikolinerjikler	Siyanür
	Antihistaminikler	Hidrojen sülfür
	Barbitüratlar	Methemoglobinemi yapan maddeler
	Trisiklik antidepresanlar	Diğerleri
	Etanol ve diğer alkoller	Bromür
	Fenotiyazinler	Dikuat
	Sedatif hipnotikler	Disülfiram
	Sempatolitikler	Hipoglisemikler
	Klonidin	Lityum
	Metildopa	Fensiklidin
	Opiyatlar	Fenilbutazonlar
	Tetrahidrazolin	Salisilatlar
	Konvülsiyon	Sempatomimetikler
Amfetaminler ve türevleri		Antihistaminikler
Kafein		Beta blokörler
Kokain		Borik asit
Fensiklidin		Karbamazepin
Teofilin		Hücre hipoksisi yapanlar
Antidepresanlar		Organoklorlu böcek ve kemirgen öldürücüler
Antipsikotikler (haloperidol, loksapin, fenotiyazinler)		Kolinerjikler
		Sitrat
		Dietiltoluamid
		Metanol, etilen glikol
		Florür
		İzoniazid (INH)
		Ağır metaller (kurşun)
	Lokal anestezikler	
	Lityum	
	Meperidin	
	Fenoller	
	Fenilbutazon, piroksikam, salisilatlar	
	Sitriknin	
	Etanol ve sedatif hipnotik yoksunluğu	

Zehirlenme Tanısı

Zehirlenmelerin çoğunda öykü ve fizik muayene bulguları ile tanı konur. Yapılabilen özgül toksikolojik ve diğer laboratuvar incelemeleri tanıya yardımcıdır.

Zehirlenme Öyküsü

Fizik muayene ile eş zamanlı alınmalı, yanıtlayabilecek durumda ise hasta ile de konuşulmalıdır. Hasta ile ilgili bilgi verebilecek herkesten (ambulans personeli, hasta yakını vb.) bilgi alınmalıdır. Hastanın suçluluk duygusu ile hekimi yanıltmaya yönelik bilgi verilebileceği akılda tutulmalıdır. Bazı ilaç ve maddelerin ağızdan alındığında zehirlenme belirtileri oluşturmadığı, bazılarının ise küçük çocuklarda çok küçük miktarlarda bile öldürücü zehirlenme yapabileceği unutulmamalıdır (Tablo 6,7). Kasıtlı zehirlenme ve travma olasılığı göz ardı edilmemelidir. Öykü alınırken;

- Zehrin adı, içeriği, kutusu, rengi, kokusu,
 - Miktarı,
 - Ne kadar önce alınmış ya da karşılaşılmış olduğu,
 - Başka bir hastalığı olup olmadığı ve sürekli bir ilaç kullanıp kullanmadığı,
 - O anda yakınması olup olmadığı,
 - Aynı yakınmaları olan başka kişiler olup olmadığı,
 - Gelmeden önce her hangi bir tedavi girişimi yapıp yapılmadığı,
 - Zehrin kazayla mı yoksa bilerek mi alındığı,
 - Zehirlendiğinde hastanın yanında kimsenin olup olmadığı,
- sorulmalıdır.

Tablo 6. Ağızdan Alındığında Zehirlenmeye Yol Açmadığı Kabul Edilen Maddeler*

Kişisel bakım ürünleri	İlaçlar
Bebek şampuanı, losyon, sabun, alkolsüz ıslak mendiller	Antasitler (sürekli alınma dışında)
Banyo köpüğü	Antibiyotikli kremler
Kozmetikler (ruj, allık, maskara, göz kalemi, dudak ve tırnak parlaticıları, el losyonları)	Kalaminli losyonlar
Saç spreyi ve biçimlendiricileri	Karboksimetil selüloz
Şampuan (az miktar)	Klotrimazol içeren kremler
Sakız	Topikal kortikosteroidler
Ayakkabı cilası	Gliserol
Güneşten koruyucular	Gebelik önleyici ilaçlar (demir içermeyen)
Termometre sıvası	Titanyum oksit
Kırtasiye gereçleri**	Diğerleri
Mürekkep	Oda spreyleri
Tebeşir	Alüminyum folyo
Silgi	Kül, çıra
Su bazlı boya kalemleri	Parafinli mum
Kurşun kalem	Mangal kömürü
Fotoğraf	Gazete
Flaster	Sigara külü
Paket köpüğü	Nem giderici paketler (silika jel)
Parafin	Alçı taşı
Sulu boya, pastel boya	Kayganlaştırıcılar
Beyaz tutkal	Tütsü
Oyuncaklar	Camcı macunu
Oyun hamuru	Susam yağı
Diş halkası	Toprak
	Tatlandırıcılar (sakkarin, siklamat)
	Duvar kağıdı

* Bazıları mide barsak yakınmaları, öksürük, boğulma ve yabancı cisim aspirasyonuna yol açabilir.

** İçeriğindeki çözücü maddelerin etkileri dikkate alınmalıdır.

Tablo 7. Küçük Çocuklarda (<10 Kg) Bir Tableti/Çay Kaşığı Bile Öldürücü Olabilen İlaçlar

-
- Trisiklik antidepresanlar (amitriptilin, imipramin, desipramin)
 - Antipsikotikler (loksapin, tiyoridazin, klorpromazin)
 - Sıtma ilaçları (klorokin, hidroksiklorokin, kinin)
 - Antiaritmikler (kinidin, dizopramid, prokainamid, flekainid)
 - Kalsiyum kanal blokörleri (nifedipin, verapamil, diltiazem)
 - Beta blokörler (propranolol, sotalol)
 - Opiyatlar (kodein, hidrokodein, metadon, morfin)
 - Ağızdan alınan antidiyabetikler (klorpropamid, glibenklamid, glipizid)
-

Fizik Muayene

Benzer etki mekanizmaları ve ortak belirtileri olan toksik sendromlar dikkate alınmalıdır (Tablo 8). Pupil çapındaki değişiklik (Tablo 9) ve özel kokular (Tablo 10) tanıda önemli ipuçlarıdır.

Tablo 8. Sık Karşılaşılan Toksik Sendromlar

Toksik Sendrom	Zehirlenme Etkenleri	Sık Görülen Belirti ve Bulgular	Diğer Belirti ve Bulgular
Sempatometik sendrom	Kokain Amfetamin	Psikomotor ajitasyon, midriyazis, terleme, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi	Konvülsiyon, rabdomyoliz, kalp krizi, ölüm (kalp durması, konvülsiyon ya da hipertermi nedeniyle)
Kolinerjik sendrom	Organofofatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler Mantarlar (<i>Clitocybe</i> türü)	Tükrük ve gözyaşında artma, terleme, bulantı, kusma, idrar ve dışkı kaçırma, kas kasılmaları, siyanoz, güçsüzlük, bronş salgılarında artış	Bradikardi, miyozis, midriyazis, nöbet, solunum yetmezliği, ölüm (kas felci, solunum yollarının tıkanması ya da konvülsiyona ikincil olarak)
Antikolinerjik sendrom	Atropin, skopolamin Antihistaminikler Antiparkinson ilaçlar Antipsikotikler Trisiklik antidepresanlar Mantarlar (<i>Amanita muscaria</i>), Boru otu (<i>Datura stramonium</i>)	Bilinç durumundaki değişiklik (toksik deliryum), midriyazis, kuru/kırmızı deri, idrar retansiyonu, barsak seslerinde azalma, hipertermi, kuru muköz membranlar	Konvülsiyon, ritm bozukluğu, rabdomyoliz, koma, işitsel/görsel sanrılar, ölüm (hipertermi ya da aritmi nedeniyle)
Opiyoid sendrom	Eroin Morfin	Merkezi sinir sistemi baskılanması, miyozis, solunum baskılanması	Hipotermi, bradikardi, hipotansiyon, merkezi sinir sistemi uyarılması, konvülsiyon, ritm bozukluğu, midriyazis (meperidinle)
Yoksunluk Sendromu	Alkol Barbitüratlar Benzodiyazepinler Kloral hidrat Meprobamat Metakualon Opiyatlar Paraldehit	Hipertansiyon, taşikardi, nöbet, midriyazis, piloereksiyon, uyuyamama, gözyaşı artması, kas krampları, ishal	

Tablo 9. Pupil Çapında Değişiklik Yapan Zehirlenme Etkenleri

Miyozis yapanlar	Midriyazis Yapanlar
Sempatolitikler Klonidin, opiyatlar	Sempatomimetikler Amfetamin, kokain, dopamin, LSD, MAO inhibitörleri, nikotin
Kolinerjikler Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler, nikotin, fizostigmin, pilokarpin	Antikolinerjikler Trisiklik antidepresanlar
Diğerleri Barbitüratlar, etanol, izopropanol, fensiklidin, sedatif hipnotikler	

Tablo 10. Özel Kokular

Koku	İlaç ya da Zehir
Armut	Kloral hidrat, paraldehid
Acı badem	Siyanür
Sarımsak	Arsenik, organofosfatlı böcek öldürücüler, talyum
Çürük yumurta	Hidrojen sülfür
Çam	Metil salisilat

Özgül Yöntemler

İdrar ve kan örneklerinde bilinmeyen zehirlenme etkeninin nitelik ve niceliğinin belirlenmesi için özgül yöntemler olmasına karşın, ülkemizde bu yöntemler henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bazı zehirlenme etkenlerinin kanda ya da idrarda (kanda; salisilat, parasetamol, antiepileptikler, digoksin, etanol, metanol, pseudokolinesteraz aktivitesi, idrarda; esrar, kokain, eroin, amfetaminler gibi) bulunduğu donanımlı sağlık merkezlerince gösterilmesi ve düzeylerinin ölçümü olasıdır. Zehirlenmelerin çoğunda kan ya da idrarda etkenin saptanması uygulanacak tedaviyi etkilemezken; salisilat, alkoller, parasetamol, teofilin, digoksin, ağır metal zehirlenmelerinde antidot verilmesi ve atılmanın artırılması için uygulanacak yöntemlerin seçiminde belirleyicidir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Yapılabiliriyorsa laboratuvar incelemeleri için örnek alınır ve gönderilir. Sonuçları beklenmeden hemen destekleyici tedaviye başlanır. EKG, kan şekeri, elektrolitler, kan gazları, karaciğer ve böbrek işlev testleri tanıya yardımcıdır. Karın grafisinde bizmut, kalsiyum karbonat, demir tabletleri, kurşun, disk piller gibi metalik yabancı cisimler, potasyum tabletleri, cıva ve paketlenmiş kötüye kullanılan maddeler opasite verirler. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlarda gebelik testi istenmelidir.

Arındırma

Sağlık çalışanı, eldiven, maske ve gözlük kullanarak önce kişisel güvenliğini sağlamalıdır.

Deriye bulaşmışsa; hastanın tüm giysileri çıkartılır. Göbek, tırnak içleri, saçlar ve tüm beden (vücut) su ve sabunla en az 30 dakika yıkanır. Basıncılı su ve krem kullanılmaz.

Göze bulaşmışsa; Kontakt lensler çıkarılır, hemen yıkama işlemine başlanır. Laktatlı Ringer, serum fizyolojik ya da çeşme suyu ile en az 20 dakika yıkanır. Her bir göz için en az 1 L kullanılır. Kornea zedelenmesi kuşkusu varsa göz kapatılmaz ve göz hastalıkları uzmanına gönderilir.

Solunum yoluyla bulaşmışsa; hasta ortamdan uzaklaştırılıp oksijen verilmeli, hava yolu tıkanıklığı yapabilecek nedenler açısından izlenmelidir. İlerleyici hava yolu tıkanıklığının bulguları varsa erken entübasyon düşünülür.

Ağız yoluyla alınmışsa;

- **Kusturma:** Bilinen en iyi kusturucu ipeka şurubu olmasına karşın kolay bulunamaması ve kusturma sonrası gelecek aşamaları geciktirmesi nedeniyle artık önerilmemektedir.
- **Mide Yıkaması:** Zehirlenme etkenininin uzaklaştırılmasındaki yararı tartışmalıdır. Zehir ağız yoluyla alındıktan sonra 1 saatten az süre geçtiyse, etkenin zehirlenme gücü yüksekse, alınan miktarı toksikse ve aktif kömür etkeni bağlamıyorsa mide yıkaması yapılabilir. Enterik kaplı, sürekli salıveren ya da mide boşalmasını geciktiren ilaçlar alındıysa daha geç dönemde de mide yıkanabilir.

Aşağıdaki durumlarda yıkama sakıncalıdır:

- Tüpün trakeaya kaçması, yemek borusu ya da mide yırtılması, aspirasyon gibi yaşamı tehdit eden olası komplikasyonlara müdahale koşullarının bulunmaması
- Bilinç değişikliğine ya da kısa sürede bilinç kapanmasına neden olabilecek zehir alınmışsa (Endotrakeal entübasyonla hava yolu güvenliği sağlandıktan sonra yıkanabilir)
- Konvülsiyon geçiriyor ya da yakın zamanda geçirme olasılığı varsa
- Yakıcı (kostik) madde alınmışsa

- Paketlenmiş kötüye kullanılan madde alınmışsa
- Hidrokarbon alınmışsa (aspirasyon riskinin yüksekliği nedeniyle)
- Zehirli olmayan madde alınmışsa

Yöntem: Mutlaka orogastrik tüp (çocuk: 24-28 F, yetişkin:36-40 F) kullanılır. Yıkama sıvısı olarak yetişkinde musluk suyu, serum fizyolojik (SF), çocukta yalnızca SF ya da ½ SF kullanılmalı, sıvı soğuk olmamalı, en iyisi beden (vücut) sıcaklığında olmalıdır. Musluk suyu ile özellikle küçük çocuklarda hipotermi ve hiponatremi olabileceği unutulmamalıdır. Yapılacak işlem konusunda hasta bilgilendirilir. Bilinci kapalıysa entübe edildikten sonra mide yıkanır. Hasta sol yana yatırılır. Çene ile ksifoid arası ölçülerek ilerletileceği uzunluk tüp üzerinde işaretlenir. Kayganlaştırmak için tüp su ya da serum fizyolojik ile ıslatılır. Tüp yutturulurken hastadan sık sık yutkunması istenir. Midede olup olmadığının anlaşılabilmesi için steteskop ile epigastriyumu dinlerken tüpten hava verilip ses gelip gelmediği kontrol edilir. Yıkama işlemine başlamadan önce toksikolojik inceleme için örnek alıp saklanır. Çocukta her seferinde 10 mL/kg, yetişkinde 120-300 mL sıvı verilip geri alınarak alınan sıvı duru gelene dek işlem sürdürülür. Tüp çıkarılmadan önce aktif kömür verilir.

- **Aktif Kömür** (Char Flo® 240 mL sıvı içinde 50 gram aktif karbon): Birçok toksin ve maddeyi bağlayarak sindirim kanalından emilimini önler. Alınan etkenin zehirlenme gücü yüksek, miktarı fazlaysa ağız yoluyla zehirlenmeyi izleyen ilk 1 saat içinde verilir. Yinelenen dozda aktif kömür verilmesinin yararlı olabileceği zehirlenme etkenleri, fenobarbital, teofilin, trisiklik antidepresanlar, digoksin, karbamazepin, dapson, nadolol, salisilat, siklosporin, propoksifen ve fenitoindir. Hava yolu korunmuyorsa, sindirim kanalında mekanik/paralitik tıkanıklık varsa, yakıcı madde alınmışsa ve hastaya endoskopi yapılacaksa aktif kömür verilmemelidir. Aktif kömür yakıcı alkali maddeler, siyanür, etanol ve diğer alkoller, florür, ağır metaller (demir, kurşun, lityum), potasyum ve bromürü bağlamaz. Bebeklerde 1 g/kg, 2-12 yaş grubu çocuklarda 25-50 gram, yetişkinde ve ergenlik çağındaki çocuklarda 25-100 gram tek dozda verilir. Toz biçimindeki aktif kömür 1 su bardağı (240 mL) su içine önerilen dozda eklenerek iyice çalkalanır. Aktif kömürün itici görüntüsünü engellemek için içi görünmeyen bir bardakta ve pipet ile verilmelidir. Yinelenen dozda aktif kömür 0,25-0,5 g/kg (en çok 50 g/saat) 2-6 saatte bir olacak biçimde uygulanır ve ilk dozla birlikte katartik de verilir. İçinde sorbitol olan ürünlerde buna gerek yoktur. Eucarbon® tablet çok az aktif kömür içermesi nedeniyle aktif kömür yerine kullanılmaz.

Katartikler: Ciddi sıvı elektrolit kaybına yol açabileceği için rutin olarak kullanılmaz. Yalnızca yinelenen dozlarda aktif kömür uygulamasında tıkaç oluşumunu önlemek için verilir. Tıkaç oluşumu ya da paralitik ileus, ishal,

hipovolemi, barsak delinmesi, karın travması, böbrek yetmezliği (magnezyum içeren katartikler) durumunda kesinlikle uygulanmamalıdır. En güvenilir katartikler sorbitol ve magnezyum sülfattır. Tek başına sorbitol Türkiye’de yoktur, jel aktif kömür içinde bulunmaktadır. Magnezyum sülfat, 250 mg/kg (en fazla 3 g) ağız yoluyla verilir.

- **Tüm Bağırsak Yıkaması:** Sürekli salıveren, enterik kaplı ilaçlar, eroin ve kokain gibi paket (prezervatif ve benzeri) içinde yutulmuş maddelerle ve aktif kömür tarafından bağlanmayan etkenlerle (lityum, kurşun gibi) zehirlenmelerde uygulanır. Mekanik barsak tıkanıklığı ve delinmesi varsa, yakıcı madde alınmışsa ve hava yolu güvenliği sağlanmamışsa uygulanmaz. Golytely® Bağırsak Temizleme Tozu, yetişkinde 2 L/saat, çocukta 500 mL/saat dozda ağız yolu ya da nazogastrik tüp ile 4-6 saat boyunca verilir. Rektum sıvısı temiz gelinceye kadar işlem sürdürülür.

Atılmanın Artırılması

Zehir emildikten sonra bedenden atılmasının artırılması için kısıtlı sayıda zehirlenmede ve donanımlı sağlık kuruluşlarında çeşitli yöntemler uygulanır (Tablo 11). Zehirlenme etkeninin farmakokinetik ve toksikokinetik özellikleri iyi bilinmelidir.

Tablo 11. Atılmanın Artırılmasında Kullanılan İleri Yöntemler

Yöntem	Etkili olduğu zehirlenme etkeni
İdrarın alkalileştirilmesi	Fenobarbital, klorpropamid, salisilat, ot öldürücüler (herbisidler)
Hemodiyaliz	Salisilat, metanol (ispirto), etilen glikol (antifriz), izopropil alkol, lityum, teofilin, bromür, valproik asit, aminoglikozidler, atenolol, sotalol, trikloroetanol
Hemoperfüzyon	Salisilat, teofilin, valproik asit, amatoksin, aminoglikozidler, atenolol, karbamazepin, dizopramid, meprobamat, fenobarbital, fenitoin
Hemofiltrasyon	Metotretsat, prokainamid, parakuat
Plazmaferez	Amatoksin, tiroksin, vinkristin

İdrarın alkalileştirilmesi: Yetişkinde % 8,4'lük sodyum bikarbonat çözeltisinden 225 mL (10 mL'lik ampullerden 23 ampul), çocukta ise 25 mL ven içine 1 saatte verilir. İdrar pH'sı, kan potasyum düzeyi, kan pH'sı ve santral venöz basınç saatte bir kontrol edilir. Sodyum bikarbonat idrar pH'sı 7,5-8,5 arasında kalacak, kan pH'sı 7,4'ü geçmeyecek biçimde verilir. Sıvı yüklenmesine bağlı akciğer ödemi en önemli istenmeyen etkidir.

Özgül Antidotlar

Zehir emilmeden önce ya da çoğunlukla emildikten sonra etkinliğini ortadan kaldıran ilaçlardır. Her zehirlenmenin antidotu yoktur, olanlarda da antidotun uygulanma kurallarına uyulmalıdır (Tablo 12).

Tablo 12. Özgül Antidotlar

Antidot	Kullanıldığı Zehirlenme
Atropin	Organofosfat ve karbamatlı böcek öldürücüler Alfa ₂ agonistler (klonidin, guanabenz, guanfasin) Alzheimer ilaçları (donepezil, galantamin, rivastigmin, takrin) Pridostigmin Bradikardi yapan ilaçlar (beta blokörler, kalsiyum kanal blokörleri, kalp glikozidleri) Kolinergik agonistler (betanekol) Muskarin içeren mantarlar (<i>Clitocybe ve Inocybe</i>) Sinir gazları (sarin, soman, tabun, VX)
Dikobalt EDTA	Siyanür
Siyanür Antidot Kiti (Amilnitrit, sodyum nitrit, sodyum tiyosülfat)	Siyanür
Hidroksikobalamin	Siyanür
Botulinum antitoksini	Botulizm
Dantrolen	Malign hipertermi ve nöroleptik malign sendrom
Desferrioksamin/ Deferoksamin	Demir
Diazepam, midazolam	Stimulanlar, sedatif hipnotik yoksunluk sendromu
Dimerkaprol (BAL)	Arsenik, altın, kurşun, cıva, bakır
DMSA (Succimer)	Kurşun ve diğer metal zehirlenmeleri
Biperiden, Difenhidramin	Ekstrapiramidal ilaç reaksiyonları
Diğoksin bağlayan antikor (Digibind®)	Diğoksin, dijitoksin ve diğer kalp glikozidleri
Penisilamin	Bakır, kurşun, arsenik, cıva
Etanol (oral ve parenteral)	Metanol, etilen glikol
4-metil pirazol (fomepizol)	Etilen glikol, metanol

Tablo 12. Özgül Antidotlar

Antidot	Kullanıldığı Zehirlenme
Flumazenil	Benzodiazepinler
Folinik asit	Metanol, metotreksat
Glukagon	Beta blokör, kalsiyum kanal blokörü
Kalsiyum disodyum EDTA	Kurşun, çinko tuzları
Kalsiyum glukonat	Oksalat, florür, hidroflik asit, etilen glikol, kalsiyum kanal blokörleri, hipermagnezemi
Metilen mavisi	Methemoglobinemi
N-asetil sistein	Parasetamol, karbon tetraklorür, hepatotoksik maddeler
Nalokson hidroklorür	Opiyatlar
Oktreotit (sandostatin)	Ağızdan alınan antidiyabetikler (sülfonilüreler; glipizid, gliburid)
Oksijen	Karbonmonoksit, siyanür, hidrojen sülfür
Pralidoksim	Organofosfatlı böcek öldürücüler
Protamin sülfat	Heparin
Piridoksin hidroklorür	Etilen glikol, izoniazid, <i>gyromitrin</i> mantarı
Sodyum bikarbonat	Etilen glikol, metanol, salisilat, trisiklik antidepresan, klorin gazı, hiperpotasemi, metotreksat, fenobarbital, kinidin, klorpropamid, klorfenoksi içeren ot öldürücüler
Tiamin	Etilen glikol, alkolizm (etanol)
K Vitamini	Varfarin, kemirgen öldürücü (rodentisid)

Kaynaklar

1. Hoffman RS, Hack JB. General Management of Poisoned Patients. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, New York, McGraw-Hill, 2000:1057-1063.
2. Editorial Staff: Drugs Used in Toxicology (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
3. Olson KR. Emergency Evaluation and Treatment. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:1-59.
4. Goldfrank LR. Principles of Managing the Poisoned or Overdosed Patient: An Overview. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGrawHill, 2002:37-39.
5. Weisman R. Principles and Techniques to Identify The Nontoxic Exposure. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGrawHill, 2002:40-43.
6. Bar-Oz B, Levichek Z, Koren G: Medications That Can Be Fatal for A Toddler With One Tablet or Teaspoonful. A 2004 update. *Pediatr Drugs* 2004;6:123-126.
7. AAPCC, EAPCCT. Position Statement: Ipecac Syrup. *Clin Toxicol.* 2004;42:133-43.
8. AAPCC, EAPCCT. Position Statement: Gastric Lavage. *Clin Toxicol.* 2004;42:933-943.
9. AAPCC, EAPCCT. Position Statement: Single Dose Activated Charcoal. *Clin Toxicol.* 2005;43:61-87.
10. AAPCC, EAPCCT. Position Statement: Cathartics. *Clin Toxicol.* 1997;35:743-752.
11. AAPCC, EAPCCT. Position Statement: Whole Bowel Irrigation. *Clin Toxicol* 1997;35:753-762.
12. Beyazova U, Üstel L, Üstel İ. Çocukluk Çağı Zehirlenmeleri, 1. baskı, Ankara, 1988
13. Akut Zehirlenmelerde Kullanılan İvedi Önlemler ve Tanı. Türkiye İlaç Rehberi, Dökmeci İ, Dökmeci AH (editör), 4. baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2004:705-708.
14. Tunçok Y, Kayaalp SO. Akut İlaç Zehirlenmesi Tedavisinde Genel İlkeler. İçinde: Kayalap SO, ed, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 11. baskı, Ankara, Hacettepe-Taş Kitapçılık, 2005:125-129.
15. Drugs for Pediatric Emergencies. Committee on Drugs, Committee on Drugs, 1996 to 1997, Liaison Representatives, and AAP Section Liaisons. *Pediatrics.* 1998;101(1):E13.
16. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.Part 10.2: Toxicology in ECC. *Circulation.* 2005;112:IV-126 – IV-132.



ANTİDEPRESAN İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

TRİSİKLIK ANTİDEPRESANLAR

Zehirlenme trisiklik antidepresanların (TSA) yetişkinlerde ve 6 yaşın üzerindeki çocuklarda özkıyım amacıyla, daha küçük çocuklarda ise kaza yoluyla alınması sonucu oluşur. Ülkemizde amitriptilin, klomipramin, imipramin, opipramol, maprotilin, trazodon ve mianserin ile zehirlenmeler sıkça görülmektedir (Tablo 1).

Toksik Etki Mekanizması

Bu ilaçların toksik etkileri başlıca dolaşım ve merkezi sinir sistemi üzerindedir. Zehirlenme tablosu ilaçların kolinerjik ya da alfa adrenerjik reseptörleri bloke edici güçlerine ya da katekolamin geri alımını ve kalpte iletiyi baskılama özelliklerine bağlı olarak gelişir. Karaciğerde oluşan aktif metabolitleri ve enterohepatik dolaşıma girmeleri de toksik etkilerini artırır. Dokulara ve plazma proteinlerine yüksek oranda bağlanırlar. Bu nedenle dağılım hacimleri büyük ve yarılanma ömürleri uzundur (Tablo 1).

Toksik Doz

Yaşamı tehdit eden doz 10-20 mg/kg olmakla birlikte daha düşük dozlarda bile ciddi zehirlenmeler görülebilir. Çocuklarda 15 mg/kg'ı öldürücü olabilir.

Tablo 1. Sık Kullanılan Trisiklik ve Benzeri Antidepresanlar

İlaç	Yarılanma ömrü (saat)	Günlük doz (mg)
Trisiklik antidepresanlar		
Amitriptilin	5-45	25-300
Klomipramin	15-60	25-300
İmipramin	5-30	25-300
Opipramol	6-9	50-300
Trisiklik Benzeri Antidepresanlar		
Maprotilin	25-50	25-225
Trazodon	6-11	150-250
Mianserin	1-40	10-160

Belirti ve Bulgular

Trisiklik antidepresan zehirlenmesinde antikolinerjik etkiler, kalp damar ve merkezi sinir sistemi bulguları görülür. Bu etkiler opipramol ve mianserin zehirlenmesinde daha hafiftir. Maprotilin zehirlenmesinde antikolinerjik etkiler görülmez.

Belirti ve bulgular genellikle ilaç alındıktan sonra 30-40 dakikada çıkar. Bu süre antikolinerjik etkileri nedeniyle mide boşalmasını geciktirdiklerinden 8 saate dek uzayabilir. Başlangıçta uyanık olan hastaların bilinci hızla kapanabilir ve konvülsiyonlar görülebilir. Ventrikül fibrilasyonu, tedaviye dirençli kardiyojenik şok, status epileptikus ve solunum yetmezliği sonucu ölüm ortaya çıkabilir.

Antikolinerjik bulgular: Uykuya eğilim, huzursuzluk, görsel ve işitsel sanrılar, deliryum, koma, midriyazis, deri ve mukozalarda kuruluk, terlemede azalma, taşikardi, hipertansiyon, mide ve barsak hareketlerinde azalma, idrar retansiyonu, miyoklonik sıçramalar ve yüksek ateş görülür.

Kalp damar sistemi bulguları: Genellikle ilk 8 saat içinde gelişir, iletide bozulma, aritmiler ve hipotansiyon gözlenir. Tipik EKG bulgusu PR, QRS ve QT aralıklarında uzamaya birlikte giden sinüs taşikardisidir. Değişik derecelerde atrium ventrikül bloğu, ventrikül taşikardisi ve fibrilasyonu, QT uzamasıyla giden atipik ya da polimorfik ventrikül taşikardisi ("*Torsade de Pointes*") görülebilir. Bradikardiler ciddi zehirlenme ve kötüye gidişin habercisidir.

Merkezi sinir sistemi bulguları: Konvülsiyonlar, miyoklonik sıçramalar, koma ve solunum baskılanması görülebilir. Konvülsiyonların yolaçtığı kas yıkımına bağlı akut böbrek yetmezliği gelişebilir.

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanarak konur. Bilinç bulanıklığı, koma ya da konvülsiyonlarla gelip EKG'de QRS genişlemesi (0,10 sn den uzun) olan tüm olgularda bu ilaçlarla zehirlenme akla gelmelidir. EKG'de en tipik bulgular sinüs taşikardisi, PR, QT uzaması ve QRS genişlemesidir. Ayırıcı tanıda konvülsiyon ve koma nedenleri ile EKG'de QRS genişlemesi ve QT uzaması yapan diğer ilaçlar göz önüne alınmalıdır.

Özgül Yöntemler

Serum ve idrarda ilaç düzeylerinin ölçülmesi tanıya yardımcıdır ancak tedavinin düzenlenmesine katkısı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Ciddi zehirlenmelerde serum elektrolitleri, kreatininin fosfokinaz ve kan gazları ölçülmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa koma, konvülsiyon ve hipotansiyon tedavi edilir. Trisiklik antidepresanlara bağlı konvülsiyon tedavisinde kardiyotoksik etkiyi artırabileceğinden fenitoin kullanılmamalıdır. Nabız alınamayan ventrikül taşikardisinde öncelikle defibrilasyon yapılmalıdır (**Bkz. s. 8**). Bulguları olan tüm hastalar EKG ile izlenmeli, bulgusu olmayan hastalarda bile izlem en az 8 saat sürdürülmelidir.

Sodyum bikarbonat: EKG’de QRS süresi 0,10 sn den uzunsa, hipotansiyon ve ventrikül aritmisi varsa sodyum bikarbonat 1 mEq/kg ven içine infüzyon (serum fizyolojik ya da % 5 dekstrozun sudaki çözeltileri içinde) ya da yavaş enjeksiyon (5-10 dakikada) yoluyla uygulanır. Kontrol EKG’de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.

Lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL): Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain uygulanır. Ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg’lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg’ı aşmamalıdır. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

Magnezyum sülfat (% 15’lik ampul, 1,5 g/10 mL): “*Torsade de Pointes*” tedavisinde yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir verilir. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

Sınıf Ia antiaritmikler (prokainamid, disopramid, amiodaron) kardiyotoksisiteyi artıracığından kullanılmamalıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Özgül antidotu yoktur. Fizostigmin kalpte ileti bozukluklarına, asistoliye neden olabileceği ve konvülsiyonları artırabileceğinden kullanılmamalıdır.

Arındırma

Mide yıkaması, ilk 6 saat içinde ve yüksek dozlarda (>10 mg/kg) TSA alındığı durumlarda yapılmalıdır. Aktif kömür bilinci açık hastalarda ağız yolu ile, bilinci kapalı hastalarda endotrakeal entübasyondan sonra nazogastrik sonda ile verilir. Ciddi zehirlenmelerde 4-6 saat arayla yinelenen dozlarda uygulanabilir (**Bkz. s.18**).

Atılmanın Artırılması

Hemodiyaliz, hemoperfüzyon ve zorlu diürez etkili değildir. Ciddi kardiyotoksisite gelişen olgularda hemoperfüzyon ve hemodiyaliz denenebilir.

Sevk Ölçütleri

TSA ilaçlarla zehirlenme ölümlerle sonuçlanabilir. Bu nedenle aşağıdaki durumlardan her biri, ilk müdahale yapıldıktan sonra donanımlı bir ambulans ile sağlık personeli eşliğinde yoğun bakım birimi olan bir sağlık kuruluşuna gönderilmeyi gerektirir:

1. Bilinç kapalı ya da bilinç bulanıklığı giderek artıyorsa
2. Solunum yetmezliği varsa
3. EKG bulguları (PR, QT uzaması ve QRS genişlemesi ile birlikte olan sinüs taşikardisi) varsa

DİĞER ANTİDEPRESANLAR

Diğer antidepresanlar depresyon tedavisinde daha çok kullanılan ilaçlardır. Sıklık antidepresanlardan daha az toksiktirler ancak seyrek de olsa konvülsiyon ve hipotansiyon yapabilirler. Bu ilaçların antikolinergik etkileri yoktur.

Tablo 2. Diğer Antidepresanların Özellikleri

İlaç Adı	Toksik Etkiler
Bupropion	Konvülsiyon, sinüs taşikardisi
Mirtazapin	Hipotansiyon, priapizm
Fluoksetin	Konvülsiyon, Serotonin Sendromu (Dalgınlık, huzursuzluk, miyoklonus, hiperrefleksi, aşırı terleme, eşgüdüm bozukluğu, titreme ve hipertermi), fluoksetine bağlı
Sitalopram	EKG’de minor ST-T değişiklikleri, sitaloprama bağlı QT uzaması
Sertralin	
Paroksetin	
Fluvoksamin	
Venlafaksin	

Toksik Doz

Genellikle tedavi dozunun 10 katından fazlası bile ciddi bir zehirlenme belirtisi oluşturmaz, ancak bupropion orta derece doz aşımalarında bile konvülsiyonlara yol açabilir.

Tanı

Depresyon öyküsü olup letarji, koma ve konvülsiyon gelişen hastalarda antidepresan ilaçlarla zehirlenme düşünülür. Sıklık olmayan antidepresanlar (sitalopram ve fluoksetin dışında) kalp damar sisteminde toksik etkiler yapmamaları yönüyle diğerlerinden ayrılırlar.

Özgül Yöntemler

Serum ve idrarda ilaç düzeylerinin ölçülmesi zor olup tedavinin düzenlenmesine de katkısı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

TSA ilaçlarla zehirlenmenin ayırıcı tanısı için EKG çekilmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

TSA ilaç zehirlenmeleriyle aynıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur. Serotonin Sendromunda, serotonin antagonisti etkileri bulunan siproheptadin ya da metiserjid yararlı olabilir. Siproheptadin ağız yoluyla yetişkinde 4-8 mg 1-4 saatte bir, çocukta 0,25 mg/kg/gün bölünmüş dozlarda 6 saatte bir verilir. Metiserjid Türkiye’de yoktur.

Arındırma

Mide yıkaması ilk 1 saat içinde ve ilaç yüksek dozda alınmışsa yapılır. Aktif kömür zehirin uzaklaştırılmasında yararlıdır. (Bkz. s. 18).

Atılmanın Artırılması

Hemodiyaliz, hemoperfüzyon ve zorlu diürezin tedavide yeri yoktur.

Sevk Ölçütleri

Bilinci kapalı ya da bilinç bulanıklığı giderek artan, solunum yetmezliği olan hastalar donanımlı bir ambulans ile sağlık personeli eşliğinde yoğun bakım birimi olan bir sağlık kuruluşuna gönderilmelidir.

Kaynaklar

1. Benowitz NL. Antidepressants, General (Noncyclic) and Antidepressants, Tricyclic. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:88-93.
2. Ellenhorn MJ. Cyclic Antidepressants. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn’s Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:624-650.
3. Editorial Staff: Antidepressants, Tricyclic, Citalopram and Related Agents (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Michael JB, Sztajukrycer MD. Deadly Pediatric Poisons: Nine Common Agents That Kill At Low Doses. Emerg Med Clin North Am 2004;22(4):1019-1050.
5. Geiss GL, Bond GR. Antidepressant Overdose: Tricyclic, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Atypical Antidepressants. In: Erickson TB, Ahrens WR, Aks SE, Baum CR, Ling LJ, eds. Pediatric Toxicology, NewYork, McGraw-Hill New, 2005:296-302.



ANTİEPİLEPTİK İLAÇLARLA

ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Antiepileptik ilaçlar tedavi dozlarında bile zehirlenme oluşturabilirler. En sık karbamazepin, valproik asit, fenitoin ve fenobarbital (**Bkz. s. 79**) zehirlenmesiyle karşılaşılır. Antiepileptik ilaçlarla zehirlenmeler; kaza ya da özkıyım nedeni ile “**akut**”, tedavi gören hastada doz aşımına bağlı olarak “**kronik üzerine akut**” ve tedavi sırasında diğer ilaçlarla etkileşme ve bireysel yatkınlık dolayısıyla “**kronik**” olmak üzere üç grupta toplanır.

Toksik Etki Mekanizmaları

Tablo 1. Antiepileptik İlaçların Toksik Etki Mekanizmaları

Antiepileptik İlaç	Toksik Etki Mekanizması
Karbamazepin	Merkezi sinir sistemi baskılanması Antikolinergik etki Trisiklik antidepresan benzeri yapı nedeniyle konvülsiyon ve kalpte ileti bozukluğu
Valproik asit	Gama aminobütirik asit (GABA) düzeyinin artması Sodyum kanallarının baskılanması Merkezi sinir sistemi baskılanması Üre döngüsüne etkisiyle amino asit ve yağ asidi metabolizmasının bozulması (karaciğere toksik etki, metabolik bozukluk, beyin ödemi ve kemik iliği baskılanması)
Fenitoin (difenilhidantoin)	Sodyum kanallarının baskılanması Çözücü olarak propilen glikol içeren parenteral preparatlarıyla miyokard baskılanması ve kalp durması

Toksik Doz

Karbamazepin, valproik asit ve fenitoinin akut alınmalarında tedavi dozları, toksik etkilerin görüldüğü sınırlar ve serum düzeylerine yansımaları Tablo 2’de görülmektedir. Bununla birlikte, bu antiepileptik ilaçları kullanan hastalarda daha düşük dozlarda alındığında ve tedavi edici serum düzeylerinde bile toksik etkiler görülebilir, ayrıca fenitoinin ven içine hızlı verilmesi (>50 mg/dakika) sırasında hipotansiyon, bradikardi ve kalp durması gelişebilir.

Tablo 2. Karbamazepin, Valproik Asit ve Fenitoinin Tedavi ve Toksik Dozları İle Bunların Serum Düzeylerine Yansımaları

	Karbamazepin	Valproik asit	Fenitoin
Tedavi dozu	15-25 mg/kg	25-30 mg/kg	15-20 mg/kg (başlangıç) 5-8 mg/kg (südüürme)
Toksik doz	>50 mg/kg	>60 mg/kg	>20 mg/kg
Tedavi edici serum düzeyi	4-11 mikrogram/ mL	50-100 mikrogram/mL	10-20 mikrogram/mL
Toksik serum düzeyi	>12 mikrogram/ mL	>100 mikrogram/mL	>20 mikrogram/mL

Belirti ve Bulgular**Tablo 3. Karbamazepin, Valproik Asit ve Fenitoin Zehirlenmelerinin Belirti ve Bulguları**

İlaç	Akut Zehirlenme	Kronik Zehirlenme
Karbamazepin	Ataksi	Hiponatremi ve hipopotasemi
	Nistagmus, midriyazis ve oftalmopleji	Hepatit
	Sinüs taşikardisi	Nötropeni, trombositopeni, agranülositoz, aplastik anemi
	Atriyum ventrikül bloğu	Eksfoliatif dermatit
	EKG'de PR, QRS ve QT uzaması	
	Konvülsiyon	
	Miyoklonus	
	Hipertermi	
	Koma ve solunum durması	
	Bulantı ve ishal	Karaciğer yetmezliği
	Miyozis	Hepatit
	EKG'de QT uzaması	Transaminazlarda geçici yükselme
	Hipotansiyon, taşikardi	Hiperamonyemik ensefalopati, Pankreatit
	Hipopotasemi ve hipernatremi	Lökopeni, trombositopeni, pansitopeni
Metabolik asidoz		
Konvülsiyon		

Tablo 3. Karbamazepin, Valproik Asit ve Fenitoin Zehirlenmelerinin Belirti ve Bulguları

İlaç	Akut Zehirlenme	Kronik Zehirlenme
Valproik asit	Beyin ödemi Hiperamonyemik ensefalopati Koma ve solunum durması Akut böbrek yetmezliği ve anüri Akciğer ödemi Geç dönemde optik sinir atrofisi, beyin ödemi, akciğer ödemi, anüri, pankreatit Lökopeni, trombositopeni, methemoglobinemi	Hepatit Böbrek yetmezliği Toksik epidermal nekroliz Çoklu organ vaskülit
Fenitoin	Ataksi Koreoatetoid hareket, diskinezi Nistagmus ve çift görme Dizartri Bulantı ve kusma Hiperglisemi veya hipoglisemi (seyrek) Ajitasyon ve huzursuzluk Sersemlik Letarji Reflekslerde artış Stupor ve koma Solunum durması Hipotansiyon ve bradikardi Sanrılar	

Diğer antiepileptik ilaçlarla (pirimidon, etosüksimit, gabapentin, lamotrigin, topiramet, zonisamit, progabit, vigabatrin, klonazepam, tiagabin, felbamet ve levetirasetam) zehirlenmelere daha seyrek rastlanılsa da benzer belirti ve bulgular görülür. Lamotrigin ek olarak, EKG’de QRS uzaması ve hipotasemi yapabilir.

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. Aşırı dozda antiepileptik alanlarda ilacı kullanmakta olup olmadığı ayrıca sorgulanmalıdır. Antiepileptikleri bir arada ya da başka ilaçlarla birlikte kullananlarda bulantı, kusma ve bilinç değişiklikleri varsa ilaç etkileşmesine bağlı kronik zehirlenme olasılığı akla gelmelidir.

Özgül Yöntemler

Antiepileptik ilaçların serum düzeyleri ile zehirlenme belirtileri arasında var olan ilişki, tanı ve tedavinin düzenlenmesinde yararlıdır (Tablo 2).

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Bilinç değişikliği olan hastalarda serumda glukoz ve elektrolitler ölçülmelidir. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları antiepileptiklerle tedavi sırasında ve aşırı dozda alınma durumlarında bozulabilir. Karbamazepin ve valproik asit zehirlenmesinde tam kan sayımı ve EKG izlemi, lamotrigin zehirlenmesinde EKG izlemi yapılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa koma, konvülsiyon ve hipotansiyon tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**). Hipertermi varsa soğuk uygulanır. İlaç alma öyküsü alınan ancak belirti ve bulgusu olmayan hastalar en az 6 saat, modifiye salıveren preparatları kullanan hastalar ise en az 12 saat izlenir.

Karbamazepin zehirlenmesinde EKG'de QRS süresi 0,10 sn den uzunsa sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL, 10 mL'lik ampullerden 1 mEq/kg) % 0,9'luk sodyum klorür veya % 5'lik dekstroz çözeltileri içinde ven içine infüzyonla uygulanır. Kontrol EKG'de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.

Özgül Antidot ve İlaç

Antiepileptik ilaçların antidotu yoktur.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. Mide yıkaması 1 saat içinde (karbamazepin zehirlenmesinde antikolinerjik etkisi nedeniyle ilk 6 saat içinde) ve yüksek dozlarda alındığında yapılır. Aktif kömür bilinci açık hastalarda ağız yolu ile, bilinci kapalı hastalarda endotrakeal tüp takılmasından sonra nazogastrik sonda ile verilir (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

Ciddi karbamazepin ve valproik asit zehirlenmelerinde yinelenen aktif kömür uygulaması, hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkilidir. Fenitoin zehirlenmesinde yinelenen aktif kömür uygulaması etkili, hemodiyaliz ve hemoperfüzyon yetersizdir. Gabapentin ve topiramamat zehirlenmelerinde destekleyici tedaviye yanıt alınmazsa hemodiyaliz yapılabilir.

Sevk Ölçütleri

Bilinci kapalı ve destekleyici tedaviye yanıt vermeyen, kalpte ritim bozukluğu olan, hemodiyaliz ya da hemoperfüzyon yapılması gereken hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff: Carbamazepine, Phenytoin, Valproic Acid, Lamotrigin, Felbamate, (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Barry JD. Phenytoin. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:303-305.
3. Kearney TE. Carbamazepine. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:148-150.
4. Kearney TE. Valproic Acid. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:362-364.
5. Ellenhorn MJ. Anticonvulsants. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:593-614.



KLASİK ANTİHİSTAMİNİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Klasik antihistaminikler (H_1 reseptör antagonistleri) alerjik rinit ve diğer Kalerji tiplerinde, taşıt tutması ve soğuk algınlığı tedavisinde yaygın olarak kullanıldıklarından bu ilaçların yol açtığı zehirlenmeler sık görülür (Tablo 1). H_2 reseptör antagonisti ilaçlar ciddi zehirlenmelere yol açmaz.

Toksik Etki Mekanizması

Klasik antihistaminik ilaçlar, histamin (H_1) reseptörlerini bloke ederek antikolinergik etki gösterir (Tablo 1). Difenhidramin, yüksek dozda membran stabilize edici etkisi nedeniyle kalpte ileti bozukluğu yapabilir. Yarılanma ömürleri 1-24 saat arasında değişir. Bu süre astemizol için 7-19 güne kadar uzar.

Toksik Doz

Klasik antihistaminik ilaçların çoğu için belirlenmiş toksik ve öldürücü doz yoktur. Günlük tedavi dozunun 3-5 katı ağız yoluyla alınırsa zehirlenmeye yol açar (Tablo 1). Çocuklar, antihistaminik ilaçların antikolinergik toksik etkisine yetişkinlerden daha duyarlıdır.

Belirti ve Bulgular

Zehirlenme belirtileri ilaç ağız yoluyla alındıktan 30-120 dakika sonra ortaya çıkmaya başlar, ancak bu ilaçların antikolinergik etkisi nedeniyle emilimleri geciktirdiğinden belirtiler daha geç ortaya çıkabilir.

Antikolinergik sendrom: Ağız kuruluğu, midriyazis, deride kuruma ve kızarma, ateş, taşikardi, hipertansiyon, idrar retansiyonu, bağırsak hareketlerinde azalma, deliryum, sanrılar, miyoklonik ve koreoatetoid hareketler görülür.

Bilinç değişiklikleri: Bilinç bulanıklığı, koma ve konvülsiyonlar görülür. Çocuklarda merkezi sinir sistemi uyarılması ve konvülsiyon sıkıdır.

Hipertansiyon ve hipotansiyon: Başlangıçta görülen kan basıncı yükselmesini daha sonra kan basıncı düşmesi izler.

Ritim bozuklukları: Difenhidramin zehirlenmesinde EKG’de QRS aralığı genişler. Astemizol zehirlenmesinde ise QT aralığı uzayarak “Torsade de Pointes” tipi ventrikül taşikardisine yol açar.

Tablo 1. Türkiye’de Bulunan Klasik Antihistaminik İlaçların Özellikleri

Sınıflandırma	Ağızdan bir kezlik doz / günlük toplam doz (mg)	Sedatif etki	Antikolinergik etki
Etanolaminler		++/+++	+++
• Difenhidramin	20 / 200		
• Dimenhidrinat	50 / 150		
• Karbinoksamin	12 / 24		
• Doksilamin	25 / 25		
• Klorfenoksamin	20 / 80		
Etilendiaminler		+ / ++	+ / -
• Antazolin	100 / 400		
• Mepiramin	50 / 150		
• Tripelenamin	50 / 150		
Alkilaminler		+	++
• Akrivastin	8 / 24		
• Deksklorfeniramin	2 / 12		
• Deksbromfeniramin	4 / 24		
• Bromfeniramin	16 / 48		
Piperidinler		+ / -	+ / ++
• Feksofenadin	120 / 120		
• Loratadin	10 / 10		
• Setirizin	10 / 10		
• Siproheptadin	4 / 20		
Piperazinler		+	+
• Buklizin (Longifene®)	25 / 100		
• Meklizin (Postadoxine®)	25 / 100		
• Sinarizin (Sefal®)	25 / 150		
• Hidroksizin	25 / 75		

Tanı

Öykü ve tipik antikolinjerjik sendromun bulunması tanıyı doğrular (**Bkz. s. 39**). Laboratuvar incelemeleri tanı ve tedavide yol gösterici değildir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilmelidir. Nabızsız ventrikül fibrilasyonu varsa defibrilasyon uygulanır (**Bkz. s. 8**). Antikolinjerjik etki nedeniyle zehirlenme belirti ve bulguları gecikebileceğinden, bulgusu olmayan hastalar en az 6-8 saat izlenmelidir. Ortaya çıkabilecek koma, konvülsiyon, hipertermi ve ventrikül taşikardisi durumları için izlem süresince hazırlıklı olunmalıdır.

- Konvülsiyon varsa diazepam ven içine yetişkinde 5-10 mg, en çok 30 mg; çocukta 5 yaşın altında 0,1-0,3 mg/kg, 5 yaşın üstünde 1-2 mg, en çok 10 mg verilir. Diğer seçenek midazolam (ven içine 0,1-0,2 mg/kg)'dır.
- Ciddi taşikardide ven içine propranolol (yetişkinde 1-3 mg, 1 mg/dakika hızı geçmeyecek biçimde, yanıt alınmaya dek 5 dakikada bir yinelenerek en çok 5 mg, çocukta 0,1 mg/kg % 5 dektrözün sudaki çözeltisi içinde 5 dakikada, gerekirse 6-8 saatte bir yinelenerek) ya da esmolol (Brevibloc® 10 mg/mL, 10 mL flakon ve premiks infüzyon çözeltisi) ven içine 0,5 mg/kg hızla bir dakikada yükleme yapıldıktan sonra, 0,05 mg/kg/dk hızda 4 dakika süreyle uygulanmalıdır. Yetersiz kalındığında doz 0,05 mg/kg/dk aralıklarla artırılarak hasta izlenmelidir.
- Difenhidramin zehirlenmesinde EKG'de QRS süresi 0,10 sn den uzunsa, sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL, 10 mL'lik ampullerden 1 mEq/kg) % 0,9'lük sodyum klorür veya % 5'lik dekstroz çözeltileri içinde ven içine infüzyonla uygulanır. Kontrol EKG'de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.
- Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL) ya da amiodaron (Cordaron® 150 mg/3mL ampul) uygulanır. Lidokain, ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg'lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenebilir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Amiodaron, ven içine yetişkinde 300 mg günde en çok 2,2 g, çocukta 5 mg/kg 20-60 dakikada, günde en çok 15 mg/kg verilir. Astemizole bağlı "Torsade de Pointes" tedavisinde magnezyum sülfat (% 15'lik ampul, 1,5 g/10 mL) yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir verilir. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

- Hipotansiyon genellikle aritmiye bağlıdır. Aritminin düzeltilmesi hipotansiyonun giderilmesinde yeterli olabilir. Çoğu hasta ven içine sıvı (10-20 mL/kg serum fizyolojik), düşük doz dopamin ya da adrenalin uygulamasına iyi yanıt verir. Dopamin ven içine 10-20 mikrogram/kg/dakika hızla başlanıp, infüzyon hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dakika, çocukta 30 mikrogram/kg/dakikaya kadar artırılabilir. Dopamine yanıt alınmazsa adrenalin yetişkinde 1-4 mikrogram/dk, çocukta 1-2 mikrogram/dk ya da 0,1-1 mikrogram/kg/dk ven içine infüzyon biçiminde uygulanır.
- Hipertansiyon genellikle farmakolojik tedavi gerektirmez.
- Elektrolit bozuklukları (hipokalsemi, hipopotasemi, hipomagnezemi) düzeltilmelidir.
- Hipertermi varsa soğuk uygulama yapılmalıdır.
- İdrar retansiyonu varsa mesane içine sonda yerleştirilmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Antihistaminik zehirlenmesinin özgül antidotu yoktur.

Arındırma

Kusturma önerilmez. Antihistaminik ilaçların antikolinergik etkilerine bağlı olarak emilimleri gecikebileceğinden yaşamı tehdit eden dozlar alınmışsa, bir saatten sonra bile mide yıkaması yapılabilir. Aktif kömür yararlıdır (**Bkz. s. 18**).

Sevk Öçütleri

Aşağıdaki durumlardan her birinde hasta donanımlı bir sağlık kuruluşuna sevk edilir.

1. Hipotansiyon, konvülsiyon ve ritim bozuklukları
2. Soğuk uygulamaya yanıt vermeyen hipertermi
3. Sıvı ve elektrolit bozukluğu

Kaynaklar

1. Manning B. Antihistamines In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:96-98.
2. Ellenhorn MJ. H₁-Receptor Drugs/Receptor Toxicology. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:883-898.
3. Editorial Staff. Antihistamines (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).



ANTİKOLİNERJİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Antikolinerjik maddelerle zehirlenme çok sayıda ilaç ya da ilaç dışı etkenle ortaya çıkabilir. Bazı mantarlar (**Bkz. s. 137**), bazı bitkiler (**Bkz. s. 171**), trisiklik antidepresan (**Bkz. s. 23**), antihistaminik (**Bkz. s. 35**), antipsikotik (**Bkz. s. 43**), antispazmodik, çizgili kas gevşetici, Parkinson hastalığının tedavisinde kullanılan santral etkili antikolinerjik (biperiden, bornaprin, benzatropin, orfenadrin, prosiklidin, triheksifenidil) ilaçlar ve atropin bu tip zehirlenmeye neden olur.

Toksik Etki Mekanizması

Antikolinerjikler asetilkolinin kalp, düz kaslar, ter, tükürük ve diğer dış salgı bezlerinde bulunan periferik ve santral muskarinik reseptörler üzerindeki etkilerini antagonize ederler. Bağırsak hareketlerini azalttıkları için emilimleri gecikebilir ve bu durum toksik etkinin geç başlayıp uzun sürmesine neden olabilir.

Toksik Doz

Toksik dozlar çok değişkendir ve öngörülemez. Küçük çocuklarda gözlere tedavi dozunda 1'er damla % 0,5 lik atropin damlatılması bile antikolinerjik toksik etkiler oluşturmaktadır.

Belirti ve Bulgular

Antikolinerjik sendrom: Sıcak, kuru ve kırmızı deri, ağız kuruluğu, midriyazis, bulanık görme, deliryum, taşikardi, hipertansiyon, ileus ve idrar retansiyonu, koreoatetoid hareketler ve miyoklonik nöbetler görülür.

Yaşlı hastalarda ve organik beyin sendromlu olgularda periferik antikolinerjik bulgular ortaya çıkmaksızın uyum bozukluğu, bilinç bulanıklığı, görsel ve işitsel sanrılar, paranoya, konuşma bozukluğu, hiperaktivite, anksiyete ve anormal motor davranışlar gibi merkezi sinir sistemi belirtileri görülebilir.

Ciddi zehirlenmelerde, merkezi sinir sistemi baskılanması, dolaşım yetmezliği ve hipotansiyon görülür. Koma ve iskelet kası felcini izleyen solunum yetmezliği ölüm nedenidir.

Tanı

Öykü ve antikolinerjik sendrom bulguları tanı koydurur.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Sinüs taşikardisi, erken vurular, supraventriküler taşikardi, QRS ve QT aralığında uzama, ST segmentinde çökme ve ventrikül aritmisi yönünden EKG izlemi yapılmalıdır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilmelidir. Ortaya çıkabilecek koma, konvülsiyon, hipertermi ve ventrikül taşikardisi durumları için izlem süresince hazırlıklı olunmalıdır. Nabız alınamayan ventrikül taşikardisinde öncelikle defibrilasyon kardiyopulmoner resusitasyon (yeniden canlandırma) yapılmalıdır (**Bkz. s. 8**). Antikolinergik etki nedeniyle zehirlenme belirti ve bulguları gecikebileceğinden bulgusu olmayan hastalar en az 6-8 saat izlenmelidir.

- Konvülsiyon varsa diazepam ven içine yetişkinde 5-10 mg, en çok 30 mg; çocukta 5 yaşın altında 0,1-0,3 mg/kg, 5 yaşın üstünde 1-2 mg, en çok 10 mg verilir. Diğer seçenek midazolam (ven içine 0,1-0,2 mg/kg)'dır.
- Sinüs taşikardisi genellikle tedavi gerektirmez. Ciddi taşikardide ven içine propranolol (yetişkinde 1-3 mg, 1 mg/dk hızı geçmeyecek biçimde, yanıt alınıncaya dek 5 dakikada bir yinelenerek en çok 5 mg, çocukta 0,1 mg/kg % 5 dektrözün sudaki çözeltisi içinde 5 dakikada, gerekirse 6-8 saatte bir yinelenerek) ya da esmolol (Brevibloc® 10 mg/mL, 10 mL flakon ve premiks infüzyon çözeltisi) ven içine 0,5 mg/kg hızla bir dakikada yükleme yapıldıktan sonra, 0,05 mg/kg/dk hızda 4 dakika süreyle uygulanmalıdır. Yetersiz kalındığında doz 0,05 mg/kg/dk aralıklarla artırılarak hasta izlenmelidir.
- Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL) ya da amiodaron (Cordaron® 150 mg/3 mL ampul) uygulanır. Lidokain, ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg'lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenenir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Amiodaron, ven içine yetişkinde 300 mg günde en çok 2,2 g, çocukta 5 mg/kg 20-60 dakikada, günde en çok 15 mg/kg verilir.
- Hipotansiyon genellikle aritmiye bağlıdır. Aritminin düzeltilmesi hipotansiyonun giderilmesinde yeterli olabilir. Çoğu hasta ven içine sıvı (10-20 mL/kg serum fizyolojik), düşük doz dopamin ya da adrenalin uygulamasına iyi yanıt verir. Dopamin ven içine 10-20 mikrogram/kg/dk hızla başlanıp, infüzyon

hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dk, çocukta 30 mikrogram/kg/dk'ya kadar artırılabilir. Dopamine yanıt alınmazsa adrenalin yetişkinde 1-4 mikrogram/dk, çocukta 1-2 mikrogram/dk ya da 0,1-1 mikrogram/kg/dk ven içine infüzyon biçiminde uygulanır.

- Elektrolit bozuklukları (hipokalsemi, hipopotasemi, hipomagnezemi) düzeltilmelidir.
- Hipertermi varsa soğuk uygulama yapılmalıdır.
- Hipertansiyon genellikle farmakolojik tedavi gerektirmez.

Özgül Antidot ve İlaç

Atropin gibi saf antikolinergiklerle zehirlenmenin antidotu olan fizostigmin (ven içine yavaş infüzyonla yetişkinde 0,5-2 mg, çocuklara 0,02 mg/kg) Türkiye'de yoktur. Fizostigminin, trisiklik antidepresanlar gibi saf olmayan antikolinergik etkili ilaçlarla zehirlenmede atrium ventrikül bloğu, asistoli ve nöbete neden olabileceği unutulmamalıdır.

Arındırma

Kusturma önerilmez. Antikolinergik ilaçların emilimi gecikebileceğinden yaşamı tehdit eden dozlar alınmışsa, bir saatten sonra bile mide yıkaması yapılabilir. Aktif kömür yararlıdır (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Tedaviye dirençli hipotansiyon, aritmi, konvülsiyon, soğuk uygulamaya yanıt vermeyen hipertermi sevk gerektirir.

Kaynaklar

1. Manning BH, Anticholinergics. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:84-86.
2. Türkiye İlaç Kılavuzu 2003 Formüleri. Kayaalp SO, ed, 3. baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2003:222-228.
3. Editorial Staff: Anticholinergics (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Ellenhorn MJ. Antimuscarinic Drugs / Receptor Toxicology. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:840-861.
5. Wolf RL. Anticholinergic Toxicity. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, New York, McGraw-Hill, 2000:1182-1185.
6. Freigang SH, Krohs S, Tiefenbach B. Poisoning After Local Application of Atropine Eye Drops in Children (Abstract). J Toxicol Clin Toxicol 2001;39:264.



ANTİPSİKOTİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Antipsikotik ilaçlar psikoz, depresyon, bulantı ve kusma tedavisinde kullanılmaktadır. Özkıyım amacıyla yüksek dozda alınmaları sıktır. Tedavide doz aralıkları yetişkinlerde geniş olduğundan yüksek dozda alınmaları seyrek olarak ölüme sonuçlanır. Çocuklarda tedavi dozlarında bile akut bilinç değişikliği ve distonik reaksiyonlar sıktır.

Toksik Etki Mekanizması

Toksik etkileri büyük oranda kalp damar sistemi üzerinedir. Antikolinergik etkilerine bağlı olarak taşikardi, alfa adrenerjik reseptör blokörü etkilerine bağlı olarak ortostatik hipotansiyon, EKG’de QRS ve QT uzaması, ventrikül aritmileri (*Torsade de Pointes*) görülür. Merkezi sinir sistemindeki dopamin reseptörlerini bloke ederek ekstrapiramidal distonik reaksiyonlara, alfa adrenerjik reseptörleri bloke ederek miyozise neden olurlar. “Atipik antipsikotikler” olarak bilinen yeni kuşak antipsikotik ilaçların, merkezi sinir sistemindeki dopamin reseptörlerinin yanı sıra serotonerjik ve noradrenerjik reseptörler üzerine de etkileri vardır.

Toksik Doz

Ekstrapiramidal bulgular, antikolinergik yan etkiler ve ortostatik hipotansiyon tedavi dozlarında bile görülür (Tablo 1). Akut ilaç alınma durumlarında toksik doz değişkendir. Çocuklarda klorpromazin 15 mg/kg, haloperidol 0,15 mg/kg, tiyoridazin 1,4 mg/kg, klozapin 2,5 mg/kg ve olanzapin 0,5 mg/kg dozlarda toksik etkiler yapar.

Tablo 1. Antipsikotik İlaçların Sınıflandırılması ve Toksik Etkiler

İlaç grubu	İlaç	Tedavi dozu (mg/gün)	Toksik etkiler
Klasik antipsikotikler	Klorpromazin	200-2000	Antikolinergik etki, ekstrapiramidal bulgular, hipotansiyon, QT uzaması, agranülositoz, nötropeni
	Tiyoridazin	150-600	Antikolinergik etki, hipotansiyon, QRS ve QT uzaması
	Mezoridazin	150-400	Antikolinergik etki, hipotansiyon, QT uzaması
	Trifluoperazin	1-40	Ekstrapiramidal bulgular
	Haloperidol	1-100	Ekstrapiramidal bulgular, QT uzaması
	Flufenazin	2,5-20	Ekstrapiramidal bulgular, antikolinergik etki
	Asepromazin	6-9	Bilinç kaybı, koma
Atipik antipsikotikler	Pimozid	2	Ekstrapiramidal bulgular, QT uzaması
	Olanzapin	5-20	Antikolinergik etki, ekstrapiramidal bulgular, hipotansiyon, QT uzaması
	Risperidon	4-16	Ekstrapiramidal bulgular, hipotansiyon, QT uzaması
	Ketiapin	150-750	Antikolinergik etki, hipotansiyon, QT uzaması
	Klozapin	100-900	Antikolinergik etki, hipotansiyon
	Sülpirid	200	Ekstrapiramidal bulgular, Antikolinergik etki
	Amisülpirid	400-800	Antikolinergik etki, ekstrapiramidal bulgular, QT uzaması
Ziprasidon	40-160	Antikolinergik etki, ekstrapiramidal bulgular, QT ve QRS uzaması	

Belirti ve Bulgular

Tablo 2. Antipsikotik İlaç Zehirlenmelerinde Görülen Belirti ve Bulgular

Hafif zehirlenme	Sedasyon, miyozis, ortostatik hipotansiyon, antikolinergik sendrom (ağız kuruluğu, deride kuruluk, taşikardi, idrar retansiyonu), klozapine bağlı tükrük salgısında artış.
Ciddi zehirlenme	Koma, konvülsiyon ve solunum durması, EKG’de QRS ve QT uzaması (özellikle tiyوريدazin zehirlenmesinde), hipotermi veya hipertermi.
Ekstrapiramidal bulgular	Tortikolis, kas spazmı, okülojirik kriz, rijidite, bradikinezi, tremor.
Malign Nöroleptik Sendrom	Kronik antipsikotik kullanımı sırasında rijidite, hipertermi, terleme, laktik asidoz, rabdomiyoliz

Tanı

Öyküye ve klinik bulgulara dayanılarak konur. Çocuklarda görülen distonik reaksiyonlarda antipsikotik ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Antipsikotik ilaçlarla zehirlenmelerin ayırıcı tanısında koma, konvülsiyon ve antikolinergik etki yapan diğer toksik etkenlerle zehirlenmeler düşünülmelidir.

Özgül Yöntemler

Kısıtlı sayıdaki laboratuvar tarama testlerinde varlığı nicelik olarak saptanabilir, ancak tedavinin düzenlenmesinde yararı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Bilinç değişikliği olan hastalarda kan şekeri, kan gazları, elektrolit düzeyleri ölçülür. Fenotiyazin grubu antipsikotik ilaçlar (tiyوريدazin, klorpromazin, mezoridazin vb.) karın grafisinde radyopak görüntü verir. QRS ve QT uzaması yönünden EKG izlenmelidir. EKG’de QTc süresi 0,42 sn den uzunsa “*Torsade de Pointes*” gelişebilir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa koma, konvülsiyon ve hipotansiyon tedavi edilir (**Bkz. 9, 10**). Malign Nöroleptik Sendrom’da ilaç kesilmeli, soğuk uygulama yapılmalıdır. Antipiretikler etkisizdir.

Özgül Antidot ve İlaç

Özgül antidot yoktur.

- Ekstrapiramidal bulguların tedavisinde biperiden laktat (Akineton® 5 mg/mL ampul) yetişkinde 2-5 mg kas veya ven içine günde 4 kez; çocukta 0,04 mg/kg (1,2 mg/m²) kas içine yarım saat ara ile en fazla 4 kez ya da 1-2 mg ven içine yavaşça uygulanır. Biperiden laktat ile tedavi edilen akut distonik reaksiyonların yinelenmemesi için 2-3 gün süreyle biperiden hidroklorür (Akineton® 2 mg tablet) ağız yoluyla 2 mg günde 1-3 kez ya da difenhidramin ağız yoluyla 0,5-1 mg/kg 6 saatte bir verilir. Diğer seçenek difenhidramindir (20 mg/2mL ampul, 25 mg kapsül). Yetişkinde ven içine ya da kas içine 50 mg, çocukta 0,5-1 mg/kg verilir. 30-60 dakikada yanıt alınmazsa yetişkinde toplam 100 mg olacak biçimde yinelenir. Belirtilerin yinelenmesini engellemek için difenhidramin yetişkinde 50 mg, çocukta 0,5-1 mg 4-6 saatte bir ağız yoluyla 2-3 gün sürdürülür.
- EKG’de QRS süresi 0,10 sn den uzunsa, hipotansiyon ve ventrikül aritmisi varsa sodyum bikarbonat (% 8,4’lük 1 mEq/mL, 10 mL’lik ampullerden 1 mEq/kg) % 0,9’luk sodyum klorür veya % 5’lik dekstroz çözeltileri içinde ven içine infüzyonla uygulanır. Kontrol EKG’de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.
- Nabız alınmadığı durumlarda öncelikle defibrilasyon uygulanır.
- Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL) uygulanır. Ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg’lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenebilir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg’ı aşmamalıdır.
- “Torsade de Pointes” tedavisinde magnezyum sülfat (% 15’lik ampul, 1,5 g/10 mL) yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir verilir. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

Arındırma

Kusturma yapılmaz. Antipsikotiklerin antikolinerjik etkileri nedeniyle emilimi gecikebileceğinden yaşamı tehdit eden dozlar alınmışsa, bir saatten sonra bile mide yıkaması yapılabilir. Aktif kömür yararlıdır (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

Antipsikotiklerin çoğu iyi dağılır. Yarılanma ömürleri uzundur (klorpromazin için 18-30 saat) ve karaciğerde metabolize edilirler. Bu nedenlerle zorlu diürez, hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkili değildir.

Sevk Ölçütleri

Bilinci kapalı, destek tedaviye yanıt vermeyen ve ciddi zehirlenme bulguları olan hastalar (Tablo 2) ve Malign Nöroleptik Sendrom görülen olgular donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Lackey GD. Antipsychotic Drugs. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:107-109.
2. Kayaalp SO. Türkiye İlaç Kılavuzu 2003 Formüleri, İstanbul, Turgut Yayıncılık, 2003:163-173.
3. Isbister GK, Balit CR, Kilham HA. Antipsychotic Poisoning in Young Children: A Systematic Review. Drug Saf 2005; 28 (11):1029-1044.
4. Burda AM, Lipscomb JW, Neuroleptic and Antipsychotic Drugs. In: Erickson TB, Ahrens WR, Aks SE, Baum CR, Ling LJ, eds. Pediatric Toxicology, NewYork, McGraw Hill, 2005:308-317.
5. Haddad PM, Anderson IM. Antipsychotic-Related Qtc Prolongation, Torsades de Pointes and Sudden Death. Drugs 2002;62:1649-1671.
6. Editorial Staff: Phenotiazines, Sulpiride (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).



BETA RESEPTÖR BLOKÖRÜ İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Beta reseptör blokörleri hipertansiyon, aritmi, anjina pektoris, migren, glokom ve esansiyel tremor tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Zehirlenme, ilaç etkileşmelerine bağlı olarak tedavi dozlarında, kazayla ya da özkıyım amacıyla bu ilaçların yüksek dozda alınmasıyla oluşur. Ülkemizde bulunan beta reseptör blokörlerinin özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Beta Reseptör Blokörlerinin Sınıflandırılması ve Özellikleri

İlaç grubu	İlaç	Yarılanma ömrü (saat)	Ağızdan tedavi dozu (mg/gün)		
			Stabil anjina	Hipertansiyon	Aritmiler (Ven içine)
Seçici olmayan beta reseptör blokörleri					
	Propranolol	2-5	120-240	120-160	1-10
	Oksprenolol	1-2	80-160	80-320	40-240
	Pindolol	2-5	5-15	10-30	-
	Sotalol	7-16	-	-	80-320
	Nadolol	14-24	40-160	80-240	40-160
	Timolol	2-5	10-45	10-60	-
	Tertatolol	3	20	20	-
	Karteolol	6	2,5-10	2,5-10	-
	Karvedilol	7-10	25-50	12,5-25	-
	Labetalol	3-4	100-400	100-800	-
Seçici beta reseptör blokörleri					
	Metoprolol	3	100-300	100-450	-
	Atenolol	6-9	50-10	50	-
	Asebutolol	2-7	400-1200	400-800	12,5-50
	Esmolol	0,13	-	5	0,05-2/dk *
	Betaksolol	10-25	20	20	-
	Bisoprolol	8-12	10-20	-	-
	Seliprolol	4-12	200	200	-

*0,05-2 mg/dk hızla başlanıp alınan yanıtı göre, ven içine infüzyon hızı 5 dakikada bir artırılarak 25 mg/dk hıza kadar çıkarılır. Ven içine enjeksiyonla da verilebilir.

Toksik Etki Mekanizması

Beta adrenerjik reseptörleri bloke ederek kalbin kasılma gücünü ve iletiyi baskırlar. Yüksek dozlarda beta reseptör seçiciliği ortadan kalkar. Propranolol ayrıca, uyarılabilir hücrelerde sodyum kanallarını bloke ederek kalbi ileri derecede baskılar ve iletiyi engeller.

Toksik Doz

Kalsiyum kanal blokörleri, nitratlar ya da diüretiklerle birlikte kullanıldığında, beta blokörlerinin dolaşım sistemi üzerindeki etkileri şiddetleneceği için tedavi dozlarında bile ciddi zehirlenme bulgularına ve ölüme neden olabilirler. Akut alınma durumunda, günlük tedavi dozunun 2-3 katında yaşamı tehdit edici bulgular görülür (Tablo 2).

Tablo 2. Beta Reseptör Blokörlerinin Eşik Zehirlenme Dozları

İlaç	Yetişkin (mg)	Çocuk (mg/kg)
Asebutolol	> 600	> 12
Atenolol	> 200	> 2
Karvedilol	> 50	> 0.5
Labetalol	> 400	> 20
Metoprolol	> 400	> 2.5
Nadolol	> 320	> 2.5
Propranolol	> 240	> 4
Sotalol	> 160	> 4
Timolol	> 30	Güvenli dozu yok

Belirti ve Bulgular

Hipotansiyon ve bradikardi en sık görülen bulgulardır. Diğer etkileri atriyum ventrikül bloğu, ventrikül ileti bozuklukları, konjestif kalp yetmezliği ve asistolidir. EKG’de QRS normal, PR aralığı uzamıştır. Beta blokörler çok yüksek dozda alınmışsa ve özellikle propranolol alınmışsa QRS uzaması görülebilir. Konvülsiyon, koma ve solunum durması propranolol, asebutolol, karvedilol, metoprolol ve timolol gibi yağda eriyen ve merkezi sinir sistemine kolayca geçenler alınmışsa görülür. Bronkospazm, astım ve kronik tıkalıcı akciğer hastalığı olanlarda daha sıktır. Parsiyel beta agonist etkisi olan pindolol, asebutolol, seliprolol ve oksprenolol taşikardi ve hipertansiyona yol açabilir. Sotalol doza bağımlı olarak EKG’de QT uzaması, “Torsade de Pointes” ve ventrikül fibrilasyonu oluşturur. Hipoglisemi ve hiperpotasemi görülebilir.

Tanı

Öyküye ve bradikardi, hipotansiyon gibi bulgulara dayanılarak konur. Olası ilaç etkileşmesi yönünden hastanın altta yatan hastalığı ve kullandığı diğer ilaçlar sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıda sempatotik, antihipertansif, kardiyak glikozid ve kalsiyum kanal blokörü ilaçlarla zehirlenmeler düşünülmelidir.

Özgül Yöntemler

Kan düzeyi ölçümünün tedavide yararı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

İleti bozukluklarının tanısı ve izlemi için EKG çekilmeli, hiperpotaseminin saptanması için elektrolit düzeyleri ve hipoglisemi yönünden kan şekeri ölçülmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa koma, nöbet, hipoglisemi ve hiperpotasemi tedavi edilir (**Bkz. s. 8**). Belirti ve bulgusu olmayan hastalar, beta blokör alındıktan sonra en az 6 saat boyunca izlenmeli, sürekli salıveren (SR) farmasötik biçimler alınmışsa gözlem süresi 12 saate uzatılmalıdır.

- Hipotansiyonu olan hastada konjestif kalp yetmezliği yok ise 10-20 mL/kg serum fizyolojik infüzyonla verilir. Sıvı verilen hastalar akciğer ödemi bulguları yönünden izlenmelidir.
- Hipotansiyon, tek başına sıvı tedavisine yanıt vermiyorsa düşük doz dopamin verilir. Dopamin ven içine 10-20 mikrogram/kg/dk hızla başlanıp, infüzyon hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dk, çocukta 30 mikrogram/kg/dk'ya kadar artırılabilir. Dopamine yanıt alınmazsa adrenalin yetişkinde 1-4 mikrogram/dk, çocukta 1-2 mikrogram/dk ya da 0,1-1 mikrogram/kg/dk ven içine infüzyon biçiminde uygulanır. Hipotansiyonun eşlik edebileceği tüm aritmiler tedavi edilir.
- Bradikardi atropine (Ven içine yetişkinde 0,5-1 mg, en çok 3 mg, çocukta 0,02 mg/kg, en çok 0,5 mg) yanıt vermiyorsa kalp pili takılmalıdır.
- EKG'de QRS 0,10 sn den uzunsa, sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL, 10 mL'lik ampul): Serum fizyolojik ya da % 5'lik dekstroz içinde 1 mEq/kg ven içine infüzyonla uygulanır. Kontrol EKG'de QRS genişlemesi ve hipotansiyon sürüyorsa aynı doz yinelenir.
- Nabız alınabilir ventrikül taşikardisi varsa lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL) ya da amiodaron (Cordaron® 150 mg/3 mL ampul) uygulanır. Lidokain, ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg'lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenabilir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Amiodaron, ven içine

yetişkinde 300 mg günde en çok 2,2 g, çocukta 5 mg/kg 20-60 dakikada, günde en çok 15 mg/kg verilir.

- Sotalol ile zehirlenmelerde görülen “*Torsade de Pointes*” tedavisinde magnezyum sülfat (% 15’lik ampul, 1,5 g/10 mL) yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir verilir. Serum potasyum düzeyleri düzeltilmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Tedaviye dirençli bradikardi ve hipotansiyon varsa glukagon verilir.

- **Glukagon (GlucaGen Hypokit® , 1 mg/mL glukagon hidroklorür):** Yetişkinde 3-5 mg ven içine 1-2 dakikada verildikten sonra, yanıt alınmıyca dek 3 dakikada bir yinelelenerek en çok 17 mg verilir, ardından 1-5 mg/saat infüzyon yapılır. Çocukta ven içine 0,05 mg/kg her 3 dakikada bir bolus olarak en çok 10 mg verilir, ardından 0,05-0,1 mg/kg/saat hızda infüzyon yapılır.

Arındırma

Yaşamı tehdit edecek miktarda beta blokör ilaç alındıktan sonraki 1 saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir. Modifiye salıveren tabletlerle oluşan zehirlenmelerde geç dönemde de mide yıkaması önerilir (**Bkz. s. 17**).

Atılmanın Artırılması

Propranolol gibi yağda eriyen ilaçların dağılım oranı yüksek olduğundan tedavide zorlu diürez, hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkisizdir. Dağılım oranı göreceli olarak daha düşük ve yarılanma ömrü daha uzun olan bazı beta reseptör blokörleri (asebutolol, atenolol, nadolol, sotalol) ile zehirlenmede hemoperfüzyon, hemodiyaliz ya da yinelenen dozda aktif kömür etkilidir.

Sevk Ölçütleri

Bilincin kapalı olması ve destek tedaviye yanıt alınmaması, dirençli hipotansiyon ve bradikardi, EKG izleminin yapılamaması durumunda hasta donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Wax PM, Erdman AR, Chyka PA et al. β -Blocker Ingestion: An Evidence-Based Consensus Guideline for Out-of-Hospital Management. Clin Toxicol 2005;43:131-146.
2. Benowitz NL. Beta-Adrenergic Blockers. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:131-133.
3. Gürdal H, Kayaalp SO. Beta-Adrenergik Reseptör Blokörleri. İçinde: Kayaalp SO, ed. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 11. baskı, Ankara, Hacettepe Taş Kitapçılık, 2005:457-468.



DEMİR İÇEREN İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Bu ilaçların, çocuklarda kaza ile, yetişkinlerde ise özkıyım amacıyla yüksek miktarlarda alınması zehirlenmeye yol açar. Demir içeren vitaminlerin kullanımı sırasında da doz aşımına bağlı zehirlenmeler görülebilir. Demir fumarat % 33, demir klorür % 28, demir sülfat % 20, ve demir glukonat % 12 oranında elementel demir içerir.

Toksik Etki Mekanizması

Demir ağız yoluyla alındığında sindirim kanalı mukozasını aşındırır. Serbest radikal oluşumu ve lipid peroksidasyonu hücre yıkımına neden olur.

Toksik Doz

Elementel demirin 20 mg/kg'dan çok alınması doz aşımına, 40 mg/kg'dan çok alınması ise ciddi demir zehirlenmesine neden olur. Ölümcül etkisi 60 mg/kg'dan daha çok alındığında görülür.

Belirti ve Bulgular

Demir içeren ilaçların ağız yoluyla alınmasına bağlı zehirlenme akut evrede nekrotizan gastroenterit bulguları ile gider. Belirti ve bulgular, her hastada görülmesi gerekmeyen dört evrede izlenebilir:

Birinci evre: Zehirlenmeden 0,5-2 saat sonra başlar ve kusma, karın ağrısı, hematemez, hematokezya, hipotansiyon, hiperglisemi, ciddi olgularda letarji, lökositoz, şok, metabolik asidoz ve pıhtılaşma bozukluğu ile gider.

İkinci evre: Birinci evreden sonra gelişen, zehirlenmeyi izleyen ilk 12 saat içinde karşılaşılan geçici ve yanıtıcı bir iyileşme dönemidir.

Üçüncü evre: Birinci evreden sonra, 12-48 saat içinde gelişen, ağır şok, şiddetli asidoz, siyanoz ve ateşle giden bir süreçtir. Sepsis, çoklu organ yetmezliği, pıhtılaşma bozukluğu ve hipoglisemi gelişir.

Dördüncü evre: Zehirlenmeden sonra günler/haftalar alan süreçtir. Demirin aşındırıcı etkisi ile oluşan nekroz sonucu mide-barsak sisteminde skarlar, darlık, hatta tıkanma görülebilir.

Tanı

Öykü ve bulguların değerlendirilmesi ile konur.

Özgül Yöntemler

Serum demir düzeyi ilaç alındıktan 4-6 saat sonra ölçülür. Normal serum serbest demir düzeyi 50-150 mikrogram/dL, total demir düzeyi 450-500 mikrogram/dL'dir. Toplam demir düzeyininin 800-1000 mikrogram/dL'ye ulaşması ciddi zehirlenmeyi gösterir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Tam kan sayımı: Lökositoz (>15000'in üzerindeki değerler ciddi zehirlenme belirtisidir)

Biyokimyasal incelemeler: Sıvı ve kan kaybı nedeniyle elektrolit tablosu bozulur. Kan şekerininin 150 mg/dL'nin üzerinde olması ciddi zehirlenme belirtisidir. Ağır olgularda karaciğer işlev testleri bozulabilir, PT, PTT uzar.

Kan gazları: Laktik asidoz görülebilir.

Ayakta karın grafisi: Demir radyopak olduğundan, ciddi olgularda mide bağırsak kanalında görüntülenebilir.

Tedavi

Bulantı, kusma gibi sindirim sistemine ilişkin bulguları olan ve 6 saat boyunca belirtileri kötüye kötüye gitmeyen hastalar genellikle iyileşirler, ancak, ilk 12 saatteki yanıltıcı belirtisiz dönem atlanmamalıdır. Ciddi zehirlenmelerde hızlı ve etkin tedavi gerekir.

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği sağlanır. Nekrotizan gastroenterit, kan ve sıvı kaybına, hipotansiyon ve şoka neden olabileceğinden ven yoluyla sıvı desteği, hipotansiyon ve şok tedavisi uygulanmalıdır. Varsa sıvı elektrolit dengesizliği düzeltilmeli, konvülsiyon tedavi edilmelidir (**Bkz. s. 10**).

Özgül Antidot ve İlaç

Aşağıdaki durumlardan herbirinde deferoksamin ile şelasyon tedavisi yapılır:

- 1- Ciddi klinik bulguları (letarji, asidoz, hipovolemi, karın ağrısı) olan hastalar
- 2- Yineleyen hafif belirtileri olan tüm hastalar (birden fazla kusma, bir kereden fazla yumuşak dışkılama)
- 3- Serum demir düzeyi 350-500 mikrogram/dL olan, belirti gösteren ve göstermeyen tüm hastalar
- 4- Mide yıkamasına karşın karın grafisinde radyopak demir parçacıkları görülen hastalar

Deferoksamin (Desferal® 0,5 g flakon) 15 mg/kg/saat hızında ven içine infüzyon ile verilir. Günlük toplam ilaç miktarı 6 g aşmamalıdır. Tedavi hastanın durumuna

göre 24 saat sürdürülebilir. Daha uzun süre kullanılacaksa akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) gelişebilir. İnfüzyon sırasında hipotansiyon, döküntü, yüzde kızarıklık hatta anafilaksi olasılığı akılda tutulmalıdır. Gebelere de deferoksamin tedavisi uygulanabilir.

Arındırma

Aktif kömür etkili değildir. Alınan elementel demir 20 mg/kg'ın üzerinde ise, zehirlenme belirtileri ya da radyolojik olarak midede demir bulunduğuna ilişkin bulgu varsa mide yıkanır. Yıkama sonrası radyolojik inceleme yinelenir. Bulgu sürüyorsa polietilen glikol ile tamponlanmış elektrolit çözeltisi (Golytely® Barsak Temizleme Tozu) tüm bağırsak yıkaması yapılır (**Bkz. s. 19**).

Atılmanın Artırılması

Serum demir düzeyi 1000 mikrogram/dL üzerinde ise kan değişimi yapılır, ancak klinik etkinliği kanıtlanmamıştır.

Sevk Ölçütleri

Şelasyon tedavisi gereken hastalar acil, destekleyici tedavileri yapıldıktan sonra donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff: Iron (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Ellenhorn MJ. Metals and Related Compounds. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1532-1613.
3. Manoguerra AS. Iron. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:230-231.
4. Baranwal AK, Singhi SC. Acute Iron Poisoning: Management Guidelines. Indian Pediatrics 2003;40:534-540.
5. Manoguerra AS, Erdman AR, Booze LL, Christianson G, Wax PM, Scharman EJ, Wolf AD, Chyka PA, Keyes DC, Olson KR, Cravati EM, Troutman WG. Iron Ingestion: An Evidence-Based Consensus Guideline for Out-of-Hospital Management. Clin Toxicol (Phila). 2005;43 (6):553-70.



KALSIYUM KANAL BLOKÖRÜ İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Kalsiyum kanal blokörleri hipertansiyon, hipertrofik kardiyomyopati, supraventriküler aritmi, migren ve anjina pectoris tedavisinde kullanılırlar. Zehirlenme, ilaç etkileşmelerine bağlı olarak tedavi dozlarında, kazayla ya da özkıym amacıyla bu ilaçların yüksek dozda alınmasıyla oluşur.

Toksik Etki Mekanizması

Hücre içine kalsiyum girişini azaltarak koroner ve periferik damarlarda genişleme, kalbin kasılma gücünde azalma, atrium ventrikül iletisinde yavaşlama ve sinüs düğümünde baskılanma yaparlar. Periferik damar direncinin düşmesine bağlı olarak refleks taşikardi görülebilir. Sık kullanılan kalsiyum kanal blokörlerinin özellikleri Tablo 1’de görülmektedir.

Toksik Doz

Beta blokörler, nitratlar ya da diüretiklerle birlikte kullanıldığında, kalsiyum kanal blokörlerinin dolaşım sistemi üzerindeki etkileri şiddetleneyeceği için tedavi dozlarında bile ciddi zehirlenme bulgularına ve ölüme neden olabilirler. Akut olarak alındığında günlük tedavi dozlarını aşan dozların tümü toksik kabul edilir (Tablo 1). Küçük çocuklarda tek bir tabletin alınması bile öldürücü olabilir.

Belirti ve Bulgular

Hipotansiyon ve bradikardi sıktır. EKG’de PR uzaması (verapamil ile tedavi dozunda bile), QT uzaması ile birlikte ventrikül aritmileri (“*Torsade de Pointes*”, özellikle biperidil ile) olabilir. Kardiyojenik olmayan akciğer ödemi, uykuya eğilim, bilinç değişiklikleri, bulantı, kusma, metabolik asidoz ve hiperglisemi görülür.

Tanı

İlaç alma öyküsü ile birlikte hipotansiyon ve bradikardi gibi bulgularla konur. Olası ilaç etkileşmesi yönünden hastanın altta yatan hastalığı ve kullandığı diğer ilaçlar mutlaka sorgulanmalıdır. Hipotansiyon ve bradikardinin eşlik ettiği atrium ventrikül bloklarında QRS’te uzama yoksa kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesi düşünülmelidir. Sempatolitik ve beta blokör ilaçlarla zehirlenmelerde de benzer bulgular oluşabilir.

Tablo 1. Kalsiyum Kanal Blokörlerinin Özellikleri

İlaç	Yarılanma ömrü (saat)	Ağızdan tedavide günlük en yüksek doz	Başlıca etki yerleri*
Amlodipin	30-50	Yetişkin: 10 mg Çocuk: 0,6 mg/kg	Damarlar
Felodipin	11-16	Yetişkin: 20 mg Çocuk: 0,6 mg/kg	Damarlar
İsradipin	8	Yetişkin: 20 mg Çocuk: 0,8 mg/kg	Damarlar
Nifedipin	2-5	Yetişkin: 180 mg Çocuk: 3 mg/kg	Damarlar
Nisoldipin	4	Yetişkin: 60 mg Çocuk: Bilinmiyor.	Damarlar
Nitrendipin	2-20	Yetişkin: 80 mg Çocuk: Bilinmiyor	Damarlar
Verapamil	2-8	Yetişkin: 480-720 mg Çocuk: 8 mg/kg	Kalp, Damarlar
Bepredil	24	Yetişkin: 300-400 mg Çocuk: Bilinmiyor	Kalp, Damarlar
Diltiazem	4-6	Yetişkin: 360-540 mg Çocuk: 3,5 mg/kg	Kalp, Damarlar
Nikardipin	8	Yetişkin: 120 mg Çocuk: Bilinmiyor	Kalp, Damarlar

*Yüksek dozlarda seçicilik kaybolabilir.

Özgül Yöntemler

Serum ya da kan düzeyleri ölçümünün tedavinin düzenlenmesinde yararı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

İleti bozukluklarının tanısı için EKG izlemi yapılır, asidoz tanısı için kan gazı, hiperglisemiye saptamak için kan şekeri ölçülür.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir. (Bkz. s. 3). Ağız yoluyla kalsiyum kanal blokörü almış, belirti ve bulgusu olmayan hastalar en az 6 saat, başta sürekli salıveren (SR) olmak üzere modifiye salıveren tablet alanlar en az 18 saat, sürekli salıveren verapamil içeren tablet alanlar ve klinik belirtileri olan tüm hastalar EKG izlemiyle en az 24 saat gözlemlenmelidir.

- Hipotansiyonu olan hastada konjestif kalp yetmezliği yok ise 10-20 mL/kg serum fizyolojik infüzyonla verilir. Sıvı verilen hastalar akciğer ödemi bulguları yönünden izlenmelidir.
- Hipotansiyon, tek başına sıvı tedavisine yanıt vermiyorsa düşük doz dopamin verilir. Dopamin ven içine 10-20 mikrogram/kg/dk hızla başlanıp, infüzyon hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dk, çocukta 30 mikrogram/kg/dk'ya kadar artırılabilir. Dopamine yanıt alınmazsa adrenalin yetişkinde 1-4 mikrogram/dk, çocukta 1-2 mikrogram/dk ya da 0,1-1 mikrogram/kg/dk ven içine infüzyon biçiminde uygulanır. Hipotansiyonun eşlik edebileceği tüm aritmiler tedavi edilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesinde kalsiyum ve glukagon tedavisine yanıt vermeyen olgularda insülin ve glukoz kullanılır. Tüm bu girişimlere yanıt vermeyen bradikardisi olan hastalara kalp pili takılır.

- **Kalsiyum** (Calcium-Picken®, % 10'luk kalsiyum glukonat/levulinat, 10 mL ampul): Yetişkinde % 10'luk kalsiyum glukonat/levülinattan 10-20 mL, çocukta 0,2 mL/kg ven içine yavaş infüzyonla verilir. Bradikardi oluştursa infüzyon durdurulur. Damar dışına kaçarsa nekroz oluşturur.
- **Glukagon (GlucaGen Hypokit®, 1 mg/mL glukagon hidroklorür):** Yetişkinde 3-5 mg ven içine 1-2 dakikada verildikten sonra, yanıt alınmıyorsa 3 dakikada bir yinelelenerek en çok 17 mg verilir, ardından 1-5 mg/saat infüzyon yapılır. Çocukta ven içine 0,05 mg/kg her 3 dakikada bir bolus olarak en çok 10 mg verilir, ardından 0,05-0,1 mg/kg/saat hızda infüzyon yapılır.
- **İnsülin ve glukoz:** İnsülin ven içine 0,5-1 U/kg bolus biçiminde verilir, sonrasında 0,5-1 U/kg/saat hızda infüzyon sürdürülür. İnsülinle birlikte glukoz tedavisi için yetişkinde dekstrozun sudaki % 50'lik çözeltisinden 50 mL ya da % 30'luk çözeltisinden 80 mL, çocukta % 10'luk çözeltisinden 2,5-5 mL/kg, kan şekeri 100-150 mg/dL arasında tutulacak biçimde yinelenen dozlarda verilir. İnsülin düzeyi yükseltilirken glukoz düzeyi normal tutularak insülinin pozitif inotropik etkisinden yararlanılması amaçlanır.

Arındırma

Kusturma yapılmaz. Yüksek dozda alınmışsa ilk 1 saat içinde aktif kömür verilmelidir. Mide yıkaması yaşamı tehdit edecek miktarda ilaç alınmasından sonraki 1 saat içinde yapılır. Modifiye salıveren tabletlerle oluşan zehirlenmelerde geç dönemde de mide yıkaması önerilir (**Bkz. s. 17**).

Atılmanın Artırılması

Kalsiyum kanal blokörlerinin proteinlere bağlanma oranı yüksek olduğundan

hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkisizdir. Modifiye salıveren tabletler yüksek dozda alındığı yinelenen dozda aktif kömür önerilir.

Sevk Ölçütleri

Bilincin kapalı olması ve destek tedaviye yanıt alınamaması, dirençli hipotansiyon ve bradikardi, EKG izleminin yapılamaması durumunda hasta donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Neal L. Benowitz. Calcium Antagonists. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:144-147.
2. Olson KR, Erdman AR, Woolf AD, Scharman EJ, Christianson G, Caravati EM, Wax PM, Booze LL, Manoguerra AS, Keyes DC, Chyka PA, Troutman WG. Calcium Channel Blocker Ingestion: An Evidence-Based Consensus Guideline for Out-of-Hospital Management. Clin Toxicol 2005;43:797-822.
3. Megarbane B, Karyo S, Baud FJ. The Role Of İnsulin and Glucose (Hyperinsulinaemia/Euglycaemia) Therapy in Acute Calcium Channel Antagonist and Beta-Blocker Poisoning. Toxicol Rev 2004;23(4):215-222.
4. DeWitt CR, Waksman JC. Pharmacology, Pathophysiology and Management of Calcium Channel Blocker and Beta-Blocker Toxicity. Toxicol Rev 2004;23(4):223-238.



KARDİYAK GLİKOZİDLERLE ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Kardiyak glikozidler (digoksin, digitoksin) tablet, damla ve ampul biçiminde kalp yetmezliği tedavisinde kullanılmaktadır, ayrıca zakkum, yüksük otu, vadi zambağı, ada soğanı gibi bitkiler ve bazı kurbağa venomları da kardiyak glikozid içerir. Kazayla ya da özkıyım amacıyla yüksek dozda alınması “**akut zehirlenme**”ye, tedavi dozlarında kullanılırken birlikte kullanıldığı ilaçlarla etkileşme ya da organ yetmezliği “**kronik zehirlenme**”ye neden olur.

Toksik Etki Mekanizması

Kardiyak glikozidler kalpte sodyum potasyum ATPaz pompasını inhibe eder. Akut zehirlenmede; potasyum hücre dışında yükselir, vagal tonus artar, sinüs ve atriyum ventrikül düğümlerde ileti yavaşlar ve Purkinje liflerinde otomatizma artar. Ektopik odakların etkinlik kazanmasıyla ventrikül kaynaklı ekstrasistoller oluşur. Purkinje liflerinde otomatizmanın daha da artışı ve iletinin engellenmesiyle ventrikül fibrilasyonu oluşur. Kardiyak glikozidlerin merkezi sinir sistemini etkileyerek kalpte aşırı sempatik uyarıma neden olmaları da ventrikül taşikardisi ve ventrikül fibrilasyonu oluşumuna katkıda bulunur. Kusma, “*kemoreseptör trigger zon*”un uyarılmasına, bradikardi ise sinüs atrium ventrikül düğümlerinde vagal etkinliğin artmasına bağlıdır.

Toksik Doz

Çocuklar kardiyak glikozidlerin toksik etkilerine yetişkinlerden daha dirençlidir. Ağız yoluyla akut olarak alındığında, çocuklarda 4 mg, yetişkinlerde 10 mg ciddi zehirlenme oluşturur. Digoksin kullanan hastalarda daha düşük miktarlar akut olarak alındığında zehirlenme yapabilir. Kronik zehirlenmenin şiddeti her zaman alınan dozla ilişkili değildir.

Tanı

Öykü ve kalpte ritim bozukluklarının saptanmasıyla konur. Ayırıcı tanıda, kalp damar sistemini etkileyen ilaçlarla (kalsiyum kanal blokörleri, beta blokörler ve diğer antiaritmik ilaçlar) zehirlenme düşünülmelidir. Kronik zehirlenme tanısında birlikte kullanılan ilaçlar ve diğer hastalıklar sorgulanmalıdır.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Kardiyak Glikozidlerle Akut ve Kronik Zehirlenmelerin Belirti ve Bulguları

Belirti ve bulgular	Akut zehirlenme	Kronik zehirlenme
Kalp dışındaki bulgular	<ul style="list-style-type: none"> • Sindirim Sistemi: Bulantı, kusma, karın ağrısı • Merkezi Sinir Sistemi: Letarji, dalgınlık 	<ul style="list-style-type: none"> • Sindirim Sistemi: İştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı • Merkezi Sinir Sistemi: Baş ağrısı, uyum bozukluğu, dalgınlık, sanrılar, deliryum, fotofobi, sarı-yeşil görme
Kalple ilgili bulgular	<ul style="list-style-type: none"> • Bradikardi • 2. ya da 3. derece atriyum ventrikül bloğu • Supraventriküler ritim bozuklukları • Ventrikül taşikardisi • Ventrikül fibrilasyonu 	<ul style="list-style-type: none"> • Jinekomasti • Bradikardi • 2. ya da 3. derece atriyum ventrikül bloğu • Supraventriküler ritim bozuklukları • Ventrikül taşikardisi • Ventrikül fibrilasyonu
Serum potasyum düzeyi	Normal ya da yüksek	Düşük
Serum digoksin düzeyi	Yüksek	Değişken
Serum magnezyum düzeyi	Düşük	Düşük

Özgül Yöntemler

Serum digoksin düzeyi ölçümü (terapötik aralık: 0,8-2,0 ng/mL): İlaç alındıktan 6-8 saat sonra ölçüldüğünde doğru sonuç verir. Bu süreden önce yapılan ölçümler yalancı olarak yüksek çıkar. Kronik zehirlenmelerde kan düzeyi normal sınırlarda olabilir, klinik değerlendirme önemlidir (Tablo 1).

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Kardiyak glikozidlerle zehirlenmede EKG ve elektrolit düzeyleri izlenir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 3**). Dokulara dağılım gecikebildiğinden, toksik dozda alındığında belirti ve bulguları olmayan hasta en az 24 saat gözlenmelidir.

- Hiperpotasemi ($K^+ >5,5$ mEq/L) varsa; sodyum bikarbonat (% 8,4'lük, 1 mEq/mL'lik çözeltiden ven içine 1 mEq/kg dozda), ven içine glukoz (% 50'lik dekstrozun sudaki çözeltisinden yetişkinde 50 mL veya % 30'luk çözeltisinden 80 mL; çocukta % 20'lik çözeltisinden 2-4 mL/kg) ve insülin (ven içine 0,1 U/kg dozda) ile tedavi edilir. Hiperpotasemi tedavisinde kalsiyum kullanılmamalıdır.
- Bradikardi ve kalp bloğu varsa atropin (ven içine; yetişkinde 0,5-1 mg, en çok 3 mg, çocukta 0,02 mg/kg, en çok 0,5 mg) verilir.
- Ventrikül taşikardisi varsa lidokain (% 2 amp, 20 mg/mL) ya da amiodaron (Cordarone® 150 mg/3 mL ampul) uygulanır. Lidokain, ven içine yetişkinde 1-1,5 mg/kg bolus ve 1-4 mg/dk infüzyon, çocukta 1 mg/kg bolus ve 20-50 mikrogram/kg/dk infüzyon biçiminde verilir. Ektopik atımlar sürerse 0,5-1 mg/kg'lık dozlar 10 dakika aralıklarla yinelenabilir. Ven içine uygulanan toplam doz çocukta ve yetişkinde 3 mg/kg'ı aşmamalıdır. Amiodaron, ven içine yetişkinde 300 mg günde en çok 2,2 g, çocukta 5 mg/kg 20-60 dakikada, günde en çok 15 mg/kg verilir.
- Hipomagnezemi varsa magnezyum sülfat (% 15'lik ampul, 1,5 g/10 mL) yetişkinde 1 g, çocukta 25-50 mg/kg ven içine 6 saatte bir) verilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Digoksine özgül antikorlar, aritmileri tedaviye yanıt vermeyen, ciddi hiperpotasemisi ve, serum digoksin düzeyi 10-15 ng/mL'den yüksek olan hastalarda kullanılır (Türkiye'de bulunmamaktadır).

Arındırma

Akut olarak toksik dozda ağız yoluyla alındıktan sonraki bir saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir.

Atılmanın Artırılması

Hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkili değildir. Böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz ve yinelenen dozda aktif kömür uygulanır.

Sevk Ölçütleri

Kalpte ritim bozukluğu olan hastalar yoğun bakım koşulları olan bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff. Cardiac Glycosides(Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Benowitz NL. Cardiac Glycosides. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:155-157.
3. Linday L, Dobkin JF, Wang TC, Butler VP Jr, Saha JR, Lindenbaum J. Digoxin Inactivation by The Gut Flora in Infancy and Childhood. Pediatrics 1987;79(4):544-8.
4. Dribben WH, Kirk MA. Digitalis Glycosides. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczyinski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, USA, McGrawHill, 2000:1139-1143.



LİTYUM ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Lityum başta duygudurum bozuklukları olmak üzere psikiyatride pek çok hastalıkta ve nötropeni tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Endüstride geniş bir kullanım alanı olmasına karşın mesleki zehirlenme seyrektrir. İlaç olarak kullanıldığında, terapötik indeksinin dar olması ve diğer ilaçlarla etkileşmesi nedeniyle sıklıkla zehirlenmeye yol açar. Lityum tedavisi alan olguların yaklaşık % 75-90'ı, tedavilerinin herhangi bir döneminde hafif zehirlenme belirti ve bulguları gösterir.

Tiyazid diüretikler, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (ibuprofen, indometasin, fenilbutazon, diklofenak, piroksikam vb), anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, mazindol, fenitoin ve tetrasiklin gibi ilaçlarla etkileşme lityum zehirlenmesine yol açabilir. İleri yaş, kan basıncı yüksekliği, diyabet, konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, dehidratasyon, akut gastroenterit, nefrojenik diyabetes insipidus, Addison hastalığı ve şizofreni lityum zehirlenmesine yatkınlık sağlar. Lityum zehirlenmeleri; kaza ya da özkıyım nedeni ile **“akut”**, tedavi gören hastada dozaşımına bağlı **“kronik üzerine akut”** ve tedavi sırasında diğer ilaçlarla etkileşmesi ve bireysel yatkınlık dolayısıyla **“kronik”** zehirlenmeler olmak üzere üç grupta toplanır.

Toksik Etki Mekanizması

Lityum hücre içinde sodyum, potasyum ve kalsiyum ile etkileşir, hücre zarının duyarsızlaşmasına yol açarak nöron iletimini baskılar ve uyarılabilirliği azaltır. Ağız yolu ile alındıktan 6-8 saat sonra çoğu emilir. Beyne ve tüm dokulara girişi yavaş olduğundan merkezi sinir sistemi bulguları geç başlayabilir. Çoğu böbrekler yolu ile atılır. Yarılanma ömrü 14-30 saat kadardır.

Kronik lityum tedavisi alan hastalarda dehidratasyon ve hiponatremi durumunda, bazı ilaçlarla etkileşme sonucunda böbreklerden anyon atılmasının azalmasına bağlı olarak lityumun da atılması azalır ve toksik düzeylere ulaşabilir.

Toksik Doz

Günlük tedavi dozu olarak 300-2400 mg arasında kullanıldığında, serumda 0,6-1,2 mEq/L'lik bir ilaç düzeyi oluşturur, ancak akut olarak 40 mg/kg (20-30 tablet) alınması ciddi zehirlenmeye neden olur.

Belirti ve Bulgular

Akut zehirlenmede belirti ve bulgular genellikle hafif bulantı, kusma ve ishal gibi özgül olmayan ve/veya hafif sistemik bulgular biçimindedir. Kronik zehirlenmede ise sistemik belirti ve bulgular ön plana çıkar.

Tablo 1. Lityum Zehirlenmesine Bağlı Belirti ve Bulgular

Serum lityum düzeyi	Belirti ve bulgular
1,5-2,0 mEq/L	Bulantı, ishal
2,0-2,5 mEq/L	Poliüri, görme bulanıklığı, güçsüzlük, letarji, baş dönmesi, reflekslerde artış, kas fasikülasyonları
2,5-3,0 mEq/L	Miyokloni, idrar ve dışkı kaçırma, uyuklama, huzursuzluk, koma
>3,0 mEq/L	Konvülsiyon, hipotansiyon, aritmi, dolaşım yetmezliği, ölüm

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Terapötik aralık 0,6-1,2 mEq/L'dir. Serum lityum düzeyleri klinik bulgularla birebir ilişki göstermeyebilir.

Diğer Laboratuvar Yöntemleri

- **Biyo kimyasal incelemeler:** Serum elektrolitleri özellikle sodyum ve anyon açığı yönünden, BUN ve kreatinin düzeyleri ölçümü ve tam idrar incelemesi böbrek yetmezliği yönünden yapılmalıdır.
- **EKG izlemi**

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa koma, konvülsiyon ve hipertermi tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**). Dehidratasyonu olan hastalarda 1-2 L serum fizyolojik (çocuklara 10-20 mL/kg) verildikten sonra hipernatremiyi engellemek için hipotonik çözeltilerle sıvı kaybı yerine konulur.

Özgül Antidot ve İlaç

Sodyum polistren sulfonat (Kayexalate®) lityum emilimini azaltabilir. Yetişkinde ağız yoluyla 15 g (60 mL süspansiyon) günde 4 kez, rektum yoluyla 30-50 g (120-

200 mL süspansiyon) bir kez, çocukta 1g/kg ağız yoluyla günde 4 kez ya da rektum yoluyla günde 4-12 kez verilir.

Arındırma

Akut lityum zehirlenmesi için geçerlidir. Lityumu bağlamadığından aktif kömür verilmez. Mide yıkaması ağız yoluyla alınmayı izleyen 1 saat içinde uygulanır. Alınan miktar fazla ya da sürekli salıveren ilaç alınmışsa polietilen glikol ile tamponlanmış elektrolit çözeltisi (Golytely® Bağırsak Temizleme Tozu) kullanılarak tüm bağırsak yıkaması yapılır. **(Bkz. s. 19)**.

Atılmanın Artırılması

Aşağıdaki durumlardan herbirinde hemodiyaliz yapılır:

- Konvülsiyon, koma ya da solunum yetmezliği ile giden ağır zehirlenmeler,
- Tedaviye karşın bulguların kötüye gitmesi,
- Lityum tedavisi alan hastalardan serum lityum düzeyi 4mEq/L üzerinde olanlar,
- Serum lityum düzeyi 2,5-4 mEq/L olup ciddi merkezi sinir sistemi ya da kalp damar sistemi bulgusu olan hastalar,
- Serum lityum düzeyi 6-8 mEq/L olan akut zehirlenme olguları,

Hemodiyaliz, serum lityum düzeyi 1mEq/L altına ininceye dek sürdürülür.

Sevk Ölçütleri

Lityum zehirlenmesi öyküsü olan, belirti ve bulguları ile zehirlenme kuşkusu güçlenen tüm hastalar serum lityum düzeyinin ölçülebileceği bir sağlık merkezine sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff: Lithium (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Groleau G. Lithium Toxicity. Emerg Med Clin North Am 1994;12(2):511-31.
3. Ellenhorn MJ. Metals and Related Compounds. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1532-1613.
4. Gadallah MF, Feinstein EI, Massry SG. Lithium Intoxication: Clinical Course and Therapeutic Considerations. Miner Electrolyte Metab 1988;14:146-149.
5. Miller MA, Benowitz NL. Lithium. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:243-246.



PARASETAMOL (ASETAMİNOFEN)

ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Parasetamol ateş düşürücü ve ağrı kesicidir. Ülkemizde ağız ya da rektum yoluyla uygulanan, tek başına ya da başka ilaçlarla birlikte olan farmasötik biçimleri vardır.

Toksik Etki Mekanizması

Parasetamol büyük oranda karaciğerde glukronik asit ya da sülfat ile konjuge edilerek metabolize edilir. Kalan % 2-4'lük kısmı da mikrozomal enzimlerle toksik metaboliti N-asetil p-benzokinonimine (NAPQI) çevrilir. NAPQI karaciğerdeki glutatyonla bağlanarak detoksifiye edilir ve idrarla atılır. Toksik dozda alındığında, oluşan NAPQI miktarı glutatyonun bağlama kapasitesini aşarak karaciğer ve böbrek hasarına neden olur.

Toksik Doz

Parasetamol 6 yaşın üstündeki çocuk ve yetişkinde bir kezde 200 mg/kg ya da 24 saat içinde toplam 10 gram, 6 yaşın altındaki çocukta ise bir kezde 200 mg/kg ve üstündeki dozda alındığında akut zehirlenmeye yol açar. Birkaç gün süreli kullanıldığında ise 6 yaşın altındaki çocukta 72 saatten uzun süre ile 100 mg/kg'ın üstünde, 6 yaşın üstündeki çocuk ve yetişkinde 48 saatten uzun süre ile 6 g ya da 150 mg/kg'ın üstünde alındığında zehirlenmeye neden olabilir. Alkolizm, uzun süreli açlık ve izoniazid kullanımı gibi parasetamol toksisitesine duyarlılığın arttığı durumlarda parasetamolün toksik dozu günde 4 g ya da 100 mg/kg'dır.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Parasetamol Zehirlenmesinde Belirti ve Bulgular

Zehirlenme Evreleri	Belirti ve Bulgular
1. Evre (ilk -24 saat)	Hastada belirti olmayabilir İştahsızlık, bulantı, kusma, halsizlik Transaminazlarda yükselme
2. Evre (25-72 saat)	İştahsızlık, bulantı, kusma Karın sağ üst kadranda ağrı Transaminazlarda yükselme Bilirubin düzeyinde artma Protrombin zamanında uzama Böbrek işlevlerinde bozulma
3. Evre (73-96 saat)	Fulminan karaciğer yetmezliği (sarılık, pıhtılaşma bozukluğu, hepatik ensefalopati) Çoklu organ yetmezliğine bağlı ölüm

Tanı

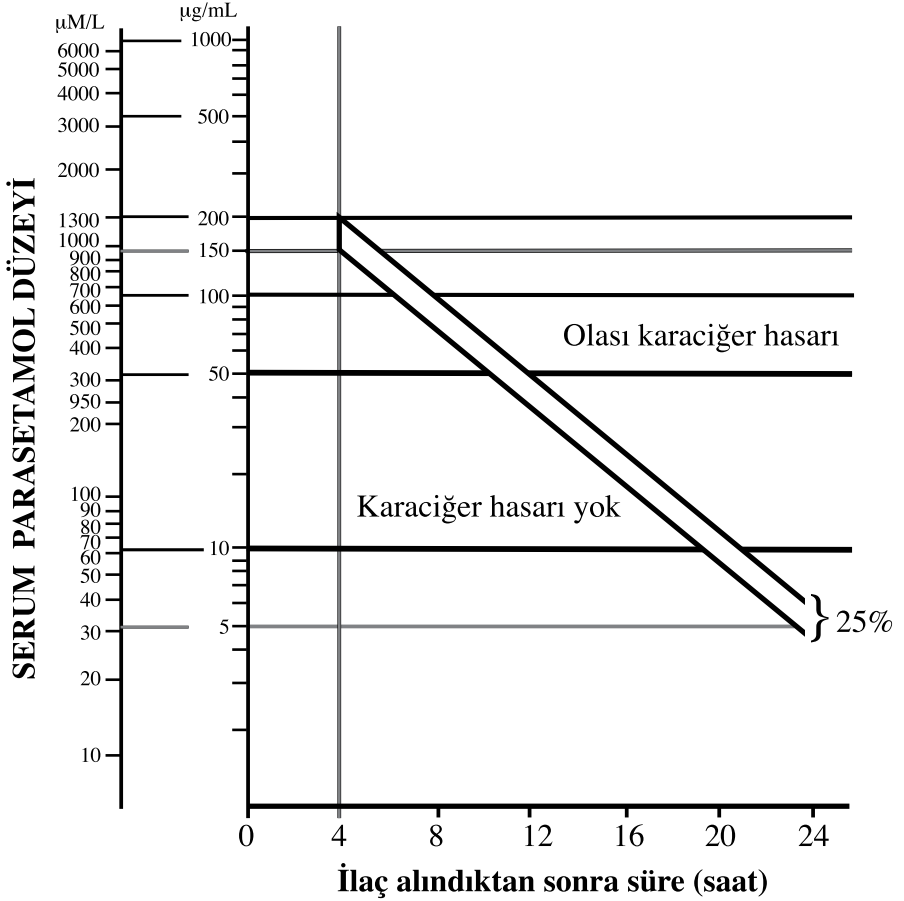
Öykü ile ve yapılabiliyorsa serum parasetamol düzeyi ölçülerek konur.

Özgül Yöntemler

Olanak varsa alındıktan en az 4 saat sonra ölçülen serum parasetamol düzeyi ile, karaciğer hasarı riski öngörülebilir (Şekil 1). Serum düzeyi 200 mikrogram/mL' nin üzerindeyse bu risk yüksektir. Kronik zehirlenmelerde ve parasetamol alındıktan sonra 24 saatten daha uzun süre geçmişe değerlendirme yapılamaz.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Parasetamol alınmasını izleyen 24-48 saat içinde transaminaz (ALT ve AST) düzeylerinin 1000 IU/L'yi aşması karaciğer hasarını gösterir, ayrıca protombin zamanı uzar, serum bilirubin ve kreatinin düzeyleri yükselir.



Şekil 1. Parasetamol serum düzeyinin zamana bağlı değişimini gösteren eğrinin karaciğer hasarı ile ilişkisi (Rumack-Matthew nomogramı)

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir (Bkz. s. 1). Protrombin zamanı uzamasına bağlı kanama varsa kas ya da ven içine K_1 vitamini (Bkz. s. 232) kullanılır.

Özgül Antidot ve İlaçlar

N-asetilsistein (NAS): NAS karaciğerde eksilmiş glutatyon havuzunu tamamlayarak karaciğeri korur, ağız yoluyla ya da ven içine uygulanır (Tablo 2). Toksik dozda parasetamol alan ve/veya Rumack-Matthew nomogramına göre olası hepatotoksisite riski olan hastalara NAS verilmelidir. Parasetamol alındıktan sonra ilk 8-10 saat içinde verilmeye başlanırsa etkinliği en yüksektir. Bununla birlikte, parasetamol aldıktan 24 saat ya da daha fazla süre geçtikten sonra başvuran hastalara; ölçülebilen kan parasetamol düzeyi ya da biyokimyasal testlerle kanıtlanan hepatotoksisite varsa NAS verilmelidir. Hasta ağız yoluyla NAS verildikten sonraki 1 saat içinde kusmuşsa doz yinelenmelidir. Kusmayı önlemek için ven içine metoklopramid (0,5-1 mg/kg) ya da ondansetron (0,15 mg/kg) verilir, kusma sürüyorsa NAS nazogastrik tüp yardımıyla verilir. İlk 8-10 saat içinde verilmeye başlanırsa etkinliği en yüksektir.

Tablo 2. Parasetamol Zehirlenmesinde N-Asetil Sistein (NAS Uygulama Protokolleri*

Ağız yoluyla uygulama **	Ven içine 20 saatlik uygulama	Ven içine 48 saatlik uygulama
Doz	Doz	Doz (1:5 seyreltilir)
<u>Yükleme:</u> 140 mg/kg	<u>Yükleme:</u> 150 mg/kg/ 15 dakikada	<u>Yükleme:</u> 140 mg/kg/ 1 saatte
<u>Sürdürme:</u> 70 mg/kg 4 saat arayla 17 kez (72 saatte toplam 1330 mg/ kg)	<u>Sürdürme:</u> 50 mg/kg/ 4 saatte 100 mg/kg/ 16 saatte (20 saatte toplam 300 mg/kg)	<u>Sürdürme:</u> 70 mg/kg/ 1 saat 4 saat arayla 12 kez (48 saatte toplam 980 mg/kg)
Veriliş şekli % 10-% 20'lik NAS solüsyonları, meyve suyu içinde % 5'lik hale getirilerek	Veriliş şekli*** % 0,9 serum fiziolojik veya % 5 dekstroz içinde	Veriliş şekli*** % 5 dekstroz içinde

* Alerjik reaksiyonlar görülebilir.

** Aktif kömürle birlikte kullanılmamalıdır.

*** Çocuklarda NAS 40mg/mL solüsyon haline getirilerek uygulanmalıdır.

Arındırma

Ağız yoluyla toksik dozda alındıktan sonraki 1 saat içinde mide yıkanır ve aktif kömür verilir (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

Antidotu olduğundan bu yöntemler kullanılmaz. Geç gelen olgularda hemodiyaliz ve hemoperfüzyonun parasetamol ve metabolitlerinin atılmasında yararı yoktur. Oligürik böbrek yetmezliği, tedaviye dirençli asidoz ya da sıvı elektrolit dengesizliği varsa hemodiyaliz yapılır.

Sevk Ölçütleri

NAS yoksa, kronik alkol kullanımı öyküsü ve karaciğer hastalığı varsa hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Bizovi KE, Smilkstein MJ. Acetaminophen. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffman RS, Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, USA, McGraw- Hill Medical, 2002:480-501.
2. Olson KR. Acetaminophen. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:66-69.
3. Editorial Staff: Acetaminophen (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Buckley N, Eddleston M. Paracetamol (Acetaminophen) Poisoning. Clin Evid 2004;12:1954-61.
5. Brok J, Buckley N, Gluud C. Interventions for Paracetamol (Acetaminophen) Overdoses. Cochrane Database Syst Rev. 2002;(3):CD003328. Review.
6. Marzullo L. An Update of N-Acetylcysteine Treatment for Acute Acetaminophen Toxicity in Children. Curr Opin Pediatr 2005;17(2):239-245.
7. Dart TC, Erdman AR, Olson KR, Christianson G, Manoguerra AS, Chyka PA, Caravati EM, Wx PM, Keyes DC, Woolf AD, Scharman EJ, Booze LL, Troutman WG. American Association of Poison Control Centers. Acetaminophen Poisoning: An Evidence-Based Consensus Guideline for Out-of-Hospital Management. Clin Toxicol (Phila) 2006;44 (1):1-18.
8. Rumack BH, Matthew H. Acetaminofen Poisoning and Toxicity. Pediatrics 1975;55(6):871-876.



SALİSİLAT ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

En sık kullanılan salisilat türevi asetilsalisilik asitdir. Sodyum salisilat ve topikal Emetil salisilat türevleri ise daha seyrek kullanılır. Tüm salisilat türevleri bir kezde yüksek dozda alındığında akut, uzun süreli yüksek dozda kullanıldığında kronik zehirlenmeye neden olur.

Toksik Etki Mekanizması

Salisilat zehirlenmesinin belirti ve bulguları sindirim kanalının iritasyonu, solunum merkezinin uyarılması, metabolizma hızının artması, karbonhidrat ve yağ metabolizması ile hemostazın bozulması sonucu oluşur (Tablo 1).

Tablo 1. Salisilat Zehirlenmesinde Toksik Etki Mekanizması ve Klinik Yansıması

Mekanizma	Klinik yansıma
Solunum merkezinin uyarılması	Solunumsal alkaloz
	Böbrekten bikarbonat atılmasında artış
	Fark edilmeyen sıvı kaybında artış
Oksidatif fosforilasyon zincirinde bozulma	Metabolik asidoz
	Isı üretimi ve sıvı kaybında artış
	Hipoglisemi
Trikarboksilik asit döngüsünün baskılanması	Metabolik asidoz
Amino asit metabolizmasının baskılanması	Metabolik asidoz
Glikoneojenezin artması	Hiperglisemi
Yağ metabolizmasının artması	Metabolik asidoz
Akciğerde kılcaldamar geçirgenliğinin artması	Akciğer ödemi
Trombosit işlevlerinde bozulma	Protrombin zamanında uzama

Toksik Doz

Kısa süre içinde 150-300 mg/kg alındığında hafif ya da orta, 300 mg/kg'dan çok alındığında ciddi zehirlenmeye neden olur. Kronik zehirlenme 100 mg/kg/gün'den yüksek salisilat iki günden uzun süreyle alındığında ortaya çıkar.

Belirti ve Bulgular

Tablo 2. Akut Salisilat Zehirlenmesinde Belirti ve Bulgular

Zehirlenmenin derecesi	Belirti ve bulgular
Hafif /orta (150-300 mg/kg)	Hipertermi, kulak çınlaması, sağırılık, bulantı, kusma, dehidratasyon, takipne, letarji ile birlikte şiddetli hiperpne, uyarılabilirlikte artma, solunumsal alkaloz, metabolik asidoz, konvülsiyon ve koma
Ciddi (300 mg/kg'ın üzerinde)	Şiddetli hiperpne, konvülsiyon, koma, ensefalopati, beyin ödemi, ritim bozukluğu, akciğer ödemi, asidoz, pıhtılaşma bozukluğu, kan basıncında düşme

Kronik salisilat zehirlenmesinde (salisilizm) bulantı, kusma, kulak çınlaması, dalgalılık, takipne, hipertermi, dehidratasyon, akciğer ve beyin ödemi, akut böbrek yetmezliği gibi özgül olmayan belirti ve bulgular görülür. Bu nedenle tanı koymak zordur.

Tanı

Kısa sürede aşırı dozda ilaç alma öyküsüne eşlik eden tipik belirti ve bulgularla kolayca tanı konur. Yüksek dozda ilaç alma öyküsü yoksa, nörolojik belirti ve bulgularla birlikte kan gazları ölçümünde karma asit baz denge bozukluğu (solunumsal alkaloz, metabolik asidoz) salisilat zehirlenmesini düşündürür. Küçük çocuklarda metabolik asidoz sıktır.

Özgül Yöntemler

Olanak varsa serum salisilat düzeyi ölçülür. Akut olarak alındığında serum salisilat düzeyinin 90-100 mg/dL (6,6-7,3 mmol/L)'den yüksek olması ciddi zehirlenmeyi gösterir. Enterik kaplı tabletlerin alınması ya da yutulan tabletlerin sindirim kanalında kitle oluşturması ilacın emilimini geciktirebilir. Bu durumda serum salisilat düzeyi birkaç saat aralıklarla ölçülmelidir. Kronik zehirlenmede serum salisilat düzeyi 60 mg/dL'nin üzerinde ise metabolik asidoz ve bilinç değişiklikleri ortaya çıkabilir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Olanak varsa sıvı elektrolit dengesizliğinin saptanması için serum sodyum, potasyum, klor, kalsiyum düzeyleri, asit baz denge bozukluklarının saptanması için kan gazları ölçülür. Çocuklar ve alkoliklerde hipoglisemi görülür. Ciddi zehirlenmede karaciğer ve böbrek işlev testleri (ALT, AST, BUN, kreatinin) ölçülmelidir. Akciğer ödemi akciğer grafisi ile tanınır. İdrar alkalileştiriliyorsa idrar pH'sı ölçülür.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**). Enterik kaplı olmayan asetilsalisilik asit tabletlerinin ağız yoluyla yüksek dozda alınmasıyla zehirlenme belirtilerinin başlaması 12 saate dek, enterik kaplı olanlarda 24 saate dek gecikebilir. Bu nedenle, ağız yoluyla yüksek dozda enterik kaplı olmayan asetilsalisilik asit alma öyküsü olan, belirti ve bulgusu olmayan hastalar 12 saat, enterik kaplı tablet alanlarda 24 saat gözlenmelidir.

- Metabolik asidoz (kan pH < 7,25) varsa sodyum bikarbonat (% 8,4'lük 1 mEq/mL çözeltisinden 1-1,5 mEq/kg) ilk verilecek sıvıya eklenmelidir.
- Dehidratasyon varsa 10-20 mL/kg/saat hızında % 0,9'lük sodyum klorür 1-2 mL/kg/saat idrar çıkışı gözleninceye dek uygulanır. Aşırı sıvı yüklenmesi akciğer ödemeine yol açar.
- Serum potasyum ve kreatinin düzeylerine bakılarak potasyum verilmelidir. İdrarın alkalileştirilmesi sırasında hipopotasemi riski artar. Ciddi hipopotasemide yetişkinde 10 mEq/saat (en fazla 40 mEq/L yoğunlukta, 24 saatte 200 mEq potasyum) ven içine infüzyonla verilmelidir. Çocuklarda 30 mEq/L aşılmamalıdır. Anürik hastalara potasyum verilmemelidir.
- Hipoglisemi varsa ven içine yetişkinde % 30'lük dekstroz çözeltisinden 80 mL, % 50'lik dekstroz çözeltisinden 50 mL, çocuklara % 10'lük dekstroz çözeltisinden 2,5-5 mL/kg ya da % 20'lik dekstrozdandan 2-4 mL/kg verilir.
- Hipertermi varsa soğuk uygulanır.
- Konvülsiyonların tedavisinde ilk seçenek benzodiazepinlerdir. Diazepam ven içine yetişkinde 5-10 mg, en çok 30 mg; çocukta 5 yaşın altında 0,1-0,3 mg/kg, 5 yaşın üstünde 1-2 mg, en çok 10 mg verilir. Diğer seçenek midazolam (ven içine 0,1-0,2 mg/kg)'dir.

Özgül Antidot ve İlaç

Özgül antidotu yoktur.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. İlaç toksik dozda alınmışsa ve/veya zehirlenme bulguları varsa zehirlenmeyi izleyen 1 saat içinde mide yıkanır yapılır, aktif kömür uygulanır (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

İdrarın alkalileştirilmesi: Yetişkinde % 8,4'lük sodyum bikarbonat çözeltisinden 225 mL (10 mL'lik ampullerden 23 ampul), çocukta ise 25 mL ven içine 1 saatte verilir. İdrar pH'sı, kan potasyum düzeyi, kan pH'sı, serum salisilat düzeyi ve santral venöz basınç saatte bir kontrol edilir. Sodyum bikarbonat idrar pH'sı 7,5-8,5

arasında kalacak, kan pH'sı 7,4'ü geçmeyecek biçimde verilir. Sıvı yüklenmesine bağlı akciğer ödemi en önemli istenmeyen etkidir.

Hemodiyaliz: Aşağıdaki durumlardan herbirinde hemodiyaliz yapılmalıdır:

- Akut zehirlenmede serum salisilat düzeyi 100 mg/dL'nin üzerindeyse,
- Kronik zehirlenmede serum salisilat düzeyi 60 mg/dL'nin üzerinde ve bilinç değişiklikleri, asidoz varsa,
- Tedaviye dirençli asidoz varsa,
- Böbrek yetmezliği varsa,
- Konjestif kalp yetmezliği varsa,
- Akut akciğer yetmezliği varsa,
- Tedaviye dirençli merkezi sinir sistemi bozuklukları varsa.

Sevk Ölçütleri

Serum salisilat düzeyi ve kan gazlarının ölçülemediği ciddi salisilat zehirlenmesinde, hemodiyaliz gerektiyse hasta donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Krenzelok EP, Kerr F, Proudfoot AT. Salicylate Toxicity. In: Haddad LM, Shannon MW, Winchester JF, eds. Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 3th edition, Philadelphia, WB Saunders Company, 1998:675-687.
2. Yip L, Dart RC. Salicylates. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, NewYork, McGraw-Hill, 2000:1121-1125.
3. Editorial Staff: Salicylates (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Proudfoot AT, Krenzelok EP, Vale JA. Position Paper on Urine Alkalinization. J Toxicol Clin Toxicol 2004;42(1):1-26. Review.



SEDATİF HİPNOTİK İLAÇLARLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Sedatif hipnotik ilaçlar, anksiyete ve uyku bozukluğunun tedavisinde yaygın olarak kullanılırlar. Antihistaminik, santral etkili kas gevşetici, antidepresan ve antikolinerjik ilaçların da sedatif hipnotik etkileri vardır. Ülkemizde görülen ilaca bağlı zehirlenmelerin önemli bir bölümünü oluştururlar.

Tablo 1. Sedatif Hipnotik İlaçların Sınıflandırılması, Yarılanma Ömürleri ve Tedavi Dozları

İlaç grubu	İlaç	Yarılanma ömrü(saat)	Ağızdan tedavi dozu (mg/gün)
Benzodiazepinler	Alprazolam	6,3-26,9	0,25-0,5
	Klordiazepoksid	40-120	5-50
	Klonazepam	18-50	0,5-2
	Klorazepat	40-120	3,75-30
	Diazepam	40-120	5-20
	Flunitrazepam	20	1-2
	Lorazepam	10-20	2-4
	Oksazepam	5-20	15-30
	Zolpidem	1,4-4,5	5-10
	Midazolam	3-8	Ven ve kas içine dozları değişkendir
Barbitüratlar	Fenobarbital	80-120	100-320
	Tiyopental	8-10	50-75 (Ven içine)
Santral etkili kas gevşeticiler	Baklofen	2,5-4	40-80
	Klorsoksazon	1	1500-300
	Metokarbamol	1-2	4000-5000
	Tizanidin		24-36
	Feniramidol		1200-2400
	Fenprobamat		800-2400
	Tiyokolşikozid		16
	Mefenoksalon		6000-1200
Diğerleri	Buspiron	2-4	20-30
	Passiflora		2100-4200
	Kloral hidrat	8-11	Yetişkinde 500-1000 Çocukta 30-50 mg/kg

Toksik Etki Mekanizması

Merkezi sinir sisteminde, gama amino bütirik asidin (GABA) etkinliğini artırıp koma ve solunum durmasına neden olurlar. Santral etkili kas gevşeticilerden tizanidin klonidin benzeri santral sempatotik etki yapar.

Toksik Doz

Sedatif hipnotik ilaçların toksik dozları alınan ilaca, kullanan kişinin yanıtına ve birlikte alınan diğer ilaçlara göre değişir. Alkolle birlikte alındıklarında tedavi dozlarında bile toksik etkileri ortaya çıkabilir. Benzodiazepinlerin terapötik aralığı çok geniş olduğundan, ağız yolundan önerilen tedavi dozunun 15-20 katı alındığında bile bilinç kaybı görülmeyebilir. Bununla birlikte diazepam, midazolam ve diğer benzodiazepinlerin ven içine hızla verilmesinden sonra solunum durması görülebilir. Barbitüratların toksik dozuna ise hipnotik dozunun 5-10 katı alındığında ulaşılır. Kas gevşeticiler ve diğer sedatif hipnotik ilaçların hipnotik dozlarının 3-5 katı koma ile sonuçlanır. Kas gevşeticilerin parasetamol ile birlikte bulunan preparatları alındığında parasetamol için de toksik doz hesaplanmalıdır (**Bkz. s. 69**).

Belirti ve Bulgular

Ağız yoluyla yüksek dozda alındıktan sonraki 30-120 dakika içinde hipotansiyon, bilinç bulanıklığı, konuşma bozukluğu, ataksi, nistagmus, hipotermi, koma ve solunum durması gelişir. Santral etkili kas gevşeticilerden tizanidin ile olan zehirlenmelerde bu bulgulara ek olarak miyozis, paradoksik hipertansiyon ve kalpte ileti bozuklukları ortaya çıkabilir. Bu ilaçlar alkolle birlikte alındığında koma gelişme olasılığı daha yüksektir.

Tanı

Öykü, merkezi sinir sistemi belirti ve bulgularıyla konur. Komaya neden olan diğer zehirlenme etkenleri ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Özgül Yöntemler

Sedatif hipnotiklerin çoğu, toksikolojik tarama testi ile idrarda niteliksel olarak ölçülebilir. Yalnızca serum fenobarbital düzeyi hastanın tedavisinin düzenlenmesi ve hemodiyaliz kararı vermede yararlıdır. Serum fenobarbital düzeyinin 80 mikrogram/mL üzerinde olması komaya yol açabilir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Bilinci kapalı hastada, hipoglisemiyi ayırdetmek amacıyla kan şekeri ölçümü yapılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği uygulanır. Varsa koma ve hipotansiyon tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**). Belirti ve bulgusu olmayan hastalar, ilaç alındıktan sonra en az 6 saat gözlenmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Benzodiyazepinlerin antidotu flumazenildir. Diğer sedatif hipnotiklerin özgül antidotu yoktur.

Flumazenil (Anexate® , 0,5-1 mg, 5-10 ml'lik ampul): Koma ile gelen hastada birden fazla ilaç alındığı kuşkusuna varsa ayırıcı tanıda kullanılır. Benzodiazepinler uzun etki süreli ilaçlar olmalarına karşın flumazenil kısa etki sürelidir. Bu nedenle benzodiazepin zehirlenmesinde antidot olmaktan çok tanı amacıyla kullanılır. Trisiklik antidepressanlarla birlikte benzodiazepinlerin alınma kuşkusuna varsa flumazenil konvülsiyon eşliğini düşüreceğinden kullanılmamalıdır. Koma ile gelen yetişkinde ven içine verilen 0,2 mg flumazenile yanıt alınamazsa doz önce 0,3 mg'a daha sonra 0,5 mg'a çıkarılır ve 30 saniyede bir yinelenir (en çok 3 mg). Komadaki çocukta ven içine 0,01 mg/kg (en çok 1 mg) uygulanır. Etkisi 1-5 saat içinde sonlanacağından hasta yakından izlenmelidir. Uygulama yinelenen ven içine 0,2-1 mg/saat infüzyonla verilir.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. Mide yıkaması 1 saat içinde ve yüksek dozlarda alınma durumlarında etkilidir. Aktif kömür bilinci açık hastalarda ağız yolu ile, bilinci kapalı hastalarda endotrakeal tüp konulmasından sonra nazogastrik sonda ile uygulanır (**Bkz. s. 17, 18**).

Atılmanın Artırılması

Yinelenen dozda aktif kömür: Fenobarbital zehirlenmesinde yinelenen dozda uygulanan aktif kömür fenobarbitalin yarılanma ömrünü kısaltır.

İdrarın alkalileştirilmesi: Fenobarbitalin atılması idrarın alkali duruma getirilmesiyle artırılır. Yetişkinde % 8,4'lük sodyum bikarbonat çözeltisinden 225 mL (10 mL'lik ampullerden 23 ampul), çocukta ise 25 mL ven içine 1 saatte verilir. İdrar pH'sı, kan potasyum düzeyi, kan pH'sı, serum fenobarbital düzeyi ve santral venöz basınç saatte bir kontrol edilir. Sodyum bikarbonat idrar pH'sı 7,5-8,5 arasında kalacak, kan pH'sı 7,4'ü geçmeyecek biçimde verilir. Sıvı yüklenmesine bağlı akciğer ödemi en önemli istenmeyen yan etkidir.

Hemodiyaliz ve hemoperfüzyon: Yalnızca fenobarbital ve kloral hidrat zehirlenmelerinde etkilidir.

Sevk Ölçütleri

Bilinç değişikliği olan ve destek tedaviye yanıt vermeyen hastalar ile fenobarbital ve kloral hidrat zehirlenmelerinde hemodiyaliz gereken hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Tunçok Y. Türkiye’de İlaç ve Zehir Danışma Merkezi Aktiviteleri, Türkiye Klinikleri Toksikoloji Özel Sayısı 2003;1:66-69.
2. Kim S. Skeletal Muscle Relaxants. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:339-341.
3. Spiller HA, Bosse GM and Adamson LA. Retrospective Review of Tizanidine (Zanaflex) Overdose. J Toxicol Clin Toxicol 2004;42:593-596.
4. Palmer BF. Effectiveness of Hemodialysis in the Extracorporeal Therapy of Phenobarbital Overdose. Am J Kidney 2000;36:640-643.
5. Editorial Staff: Benzodiazepines, Barbiturates, Skelatal Muscle Relaxants (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).



TARIM VE BÖCEK İLAÇLARIYLA ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Besin maddelerinin üretimi, depolanması ve tüketimi sırasında besinlere zarar veren mikroorganizma ve zararlıları uzaklaştırmak ya da yok etmek, ek olarak bitkilerin büyümesini düzenlemek amacıyla da kullanılabilen kimyasal ya da biyolojik ürünlerin tümüne tarım ve böcek ilaçları (pestisid) denir. Tarım ve böcek ilaçları; böcek öldürücüler (insektisidler), yabancı ot öldürücüler (herbisidler), kemirgen öldürücüler (rodentisidler) ve mantar ve sporlarını öldürücüler (fungusidler, fumigantlar) olarak sınıflandırılır. Ağız, solunum, deri ve göz yoluyla alınabilirler.

BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENMELER

Tablo 1. Türkiye’de Zehirlenmeye Neden Olan Böcek Öldürücüler

Gruplar	Etken madde	Ticari isimleri
1. Asetilkolinesteraz enzim inhibitörleri		
Organofosfatlı böcek öldürücüler	Metil parathion Diazinon Dichlorvos Chlorpyrifos	Folidol® Bazinon®, Basudin® DDVP®, Didifos®, Nogos® Dursban®, Agrosban®, Megaban®, Korban® Hektion®, Malaton®, Malathion®
Karbamatlı böcek öldürücüler	Malathion Bromophos Aldicarb Carbofuran Carbosulfan Methomyl Dioxicarb Carbaryl	Bromo® Temik® Furadan® Marshal®, Agrostar®, General® Lannate® Hexacarb® Agrovin®, Hektavin®, Thiodan®, Korsulfan®, Hektionex®, Endol®
2. Organoklorlu böcek öldürücüler	Endosulfan	
3. Piretrin ve piretroidler	DDT* Cypermethrin Cyhalothrin Deltamethrin Permethrin	İmperator®, Arrivo®, Matador®, Siperkor® Karate®, Kung-fu®, Tekvando®, Tomcat®, Tornado® K-othrin®, Decis® Helisin®, Primethrin®

* DDT'nin Türkiye’de üretimi ve tüketimi yasaklanmış olmasına karşın halk arasında böcek ilaçları sıklıkla “DDT” olarak bilinir. Etken maddenin ne olduğu öğrenilmelidir.

ORGANOFOSFATLI BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME

Toksik Etki Mekanizması

Merkezi ve otonom sinir sisteminde sinapslar ve sinir kas kavşağındaki asetilkolinesteraz enzimine geri dönüşümsüz olarak bağlanırlar. Asetilkolin birikimine neden olarak aşırı kolinerjik etkinlik ortaya çıkarılırlar.

Toksik Miktar

Kimyasal yapılarına ve emilim kinetiklerine göre değişkenlik gösterir. Akut alınmada her miktar toksik kabul edilir.

Belirti ve Bulgular

Zehir özkıyım amacı ile alınmışsa belirtiler kazayla alınmaya göre daha ağırdır. Belirtiler zehirlenmeden sonra dakikalar ya da saatler içinde ortaya çıkabileceği gibi, özellikle deri yoluyla alınmışsa belirtilerin ortaya çıkışı 2-3 güne dek gecikebilir. Organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmede muskarinik, nikotinik ve merkezi sinir sistemine ait etkiler görülür (Tablo 2).

Tablo 2. Organofosfatlı Böcek Öldürücülerle Zehirlenmelerde Görülen Belirti ve Bulgular

Muskarinik etkiler	Nikotinik etkiler	Merkezi Sinir Sistemi (MSS) etkileri
Miyozis	Midriyazis	MSS baskılanması
Bradikardi	Taşikardi	Ajitasyon
Bronkospazm	Hipertansiyon	Dalgınlık
Bronş salgısında artış	Seyirmeler	Deliryum
Tükrükte artma	Kas krampları	Konvülsiyon
Göz yaşarması	Kas zayıflığı	Koma
Burun akıntısı	Solunum felci	
Terleme		
Kusma		
İshal		
İdrar kaçırma		

Ara (intermediate) sendrom: Zehirlenmeyi izleyen 1-4 gün içinde ortaya çıkar. Proksimal ekstremitelerde kasları, solunum kasları ve kafa çiftlerinde motor paralizi ile gider. İyileşme 5-15 gün içinde gözlenir.

Gecikmiş polinöropati: Özellikle yağda eriyen bileşiklerle zehirlenmelerden sonra 6-21 gün içinde ortaya çıkan distal duyu motor nöropatisidir.

Tanı

Alınma öyküsü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. Hastalarda bazen sarımsak benzeri kötü bir koku duyulabilir. İshal, ter, tükürük ve gözyaşı salgılarında, idrar miktarında artış, solunum sıkıntısı ve miyozis olan tüm hastalarda organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenme düşünülmelidir.

Özgül Yöntemler

Plazma psödokolinesteraz aktivitesi % 50'den fazla düşmüşse ciddi zehirlenme bulguları gözlenebilir. Plazma psödokolinesteraz aktivitesi ile bulgular arasında her zaman doğrusal ilişki görülmemesinin nedeni organofosfatlı böcek öldürücülerin farklı kimyasal yapılarda olmasıdır. Plazma psödokolinesteraz aktivitesinin normale dönmesi haftalar sürebilir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın izlemi sırasında biyokimyasal inceleme testleri (elektrolitler, kan şekeri, BUN, kreatinin, transaminaz düzeyleri, kan gazları), EKG ya da akciğer grafisi gerekebilir.

Tedavi

Tedaviye olabildiğince erken başlanır. Sağlık çalışanı önce kendi güvenliğini sağlamalı, hastaya maskesiz ve eldivensiz yaklaşmamalıdır.

Acil ve Destekleyici Tedavi

Temel ve ileri yaşam desteği gereksinimi değerlendirilir, gerekiyorsa destek verilir (Bkz. s. 1).

Özgül Antidot ve İlaç

Etkili iki antidotu atropin ve oksimlerdir. Türkiye'de oksimlerden pralidoksim bulunur.

Atropin: Muskarinik belirtilerin (Tablo 2) egemen olduğu tüm organofosfat zehirlenme kuşkusu olan hastalara verilmelidir. Nikotinik belirtileri düzeltmez. Atropinin etkisi 3-4 dakikada başlar, 12-16 dakikada en yüksek düzeye ulaşır. Öykü güvenilir değilse atropin testi yapılır. Atropin ven ya da kas içine yetişkinde 1 mg, çocukta 0,25 mg(0,01 mg/kg) verildikten sonraki 5 dakika içinde kalp hızında ani yükselme (20-25 atım/dk) ve yüzde kızarıklık olursa organofosfatlı bir bileşikle zehirlenme olmadığı kabul edilir.

Tedavi amacıyla atropin yüklemesine başlandıktan 3-5 dakika sonra pupil genişliği, solunum, terleme, kalp hızı ve kan basıncı değerlendirilir. Atropinizasyon belirti ve bulgularının tümü gelişene dek yükleme dozunu gerekirse artırarak 3-5 dakikada defalarca yinelemek gerekebilir (Tablo 4). Atropinizasyona ulaşıncaya hasta 15

dakika süreyle yakından izlenir. Bronkospazm ve salgılarda artış yinelerse atropin sürdürme dozuna geçilir (Tablo 3). Bu doz için belirlenmiş bir üst sınır ve süre yoktur.

Tablo 3. Atropin Dozları

	Yetişkin	Çocuk
Yükleme dozu	1,5-3 mg ven içine (3-5 dakikada bir yinelenir)	0,05 mg/kg ven içine (3-5 dakikada bir yinelenir)
Sürdürme dozu	Ven içine 3-5 mg/saat ya da 0,02-0,08 mg/kg/saat infüzyonla	Ven içine 0,02-0,05 mg/kg (10-15 dakikalık aralarla) ya da 0,02-0,08 mg/kg/saat infüzyonla

Tablo 4. Atropinizasyon Belirti ve Bulguları

- Aşırı bronş salgısının ortadan kalkması
- Kalp hızının 80 atım/dk üzerinde olması
- Normal pupil büyüklüğü
- Aksilla kuruluğu
- Sistolik kan basıncının 80 mmHg'nın üzerinde olması

Pralidoksim: Ciddi nikotinic ve merkezi sinir sistemi belirtileri (Tablo 2) olan organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmelerde tedaviye pralidoksim eklenir. Etkisini, asetilkolinesteraz enzimini yeniden etkinleştirerek gösterir. Bazı organofosfatlı bileşiklerle zehirlenmelerde etkisizdir. Etkili olduğu zehirlenmelerde organofosfatlı bileşiğin kimyasal yapısına göre en geç 7-48 saat içinde başlanmalıdır.

Tablo 5. Pralidoksim Dozları

	Yetişkin	Çocuk
Yükleme dozu	1-2 g, 100 mL % 0,9'luk sodyum klorür içinde 15-30 dakikada ven içine infüzyon ya da 30 mg/kg ven içine bolus	20-40 mg/kg (en çok 1 g) 100 mL % 0,9'luk sodyum klorür çözeltisi içinde 15-30 dakikada ven içine infüzyon
Sürdürme dozu	Kas zayıflığı ve fasikülasyonlar sürüyorsa yükleme dozu 1 saat sonra ve her 3-8 saatte bir yinelenir ya da 500 mg/saat (8 mg/kg/saat, en çok 12 g/gün) % 0,9'luk sodyum klorür içinde ven içine infüzyonla verilir.	Kas zayıflığı ve fasikülasyonlar sürüyorsa yükleme dozu 1 saat sonra ve her 3-8 saatte bir yinelenir ya da 10-20 mg/kg/saat % 0,9'luk sodyum klorür içinde ven içine verilir.

Arındırma

- Hastanın giysileri çıkartılmalı, saçlar, tırnak altları ve tüm vücut bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Göze bulaşmışsa, en az 15 dakika süreyle suyla yıkanmalıdır.
- Ağız yolu ile alındığında 1 saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Arındırma işlemleri yapılan ve antidot tedavisine başlanan hastalar yoğun bakım koşulları bulunan sağlık kuruluşlarına gönderilir.

KARBAMATLI BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME

Toksik Etki Mekanizması

Merkezi ve otonom sinir sisteminde sinapslar ve sinir kas kavşağındaki asetilkolinesteraz enzimine geri dönüşümlü olarak bağlanırlar. Asetilkolin birikimine neden olarak aşırı kolinerjik etkinlik ortaya çıkarırlar.

Toksik Miktar

Kimyasal yapılarına ve emilim kinetiklerine göre değişkenlik gösterir. Akut alınmada her miktar toksik kabul edilir.

Belirti ve Bulgular

Karbamatlı böcek öldürücülerin yağda çözünürlüğü düşük olduğundan belirtiler zehirlenmeden 0,5-2 saat sonra ortaya çıkabilir ve uzun sürmez. Enzim inhibisyonu geri dönüşümlü olduğu için bulgular genellikle 24 saat içinde geriler. Geçişleri tam olmadığı için Merkezi Sinir Sistemine etkileri azdır. Ortaya çıkan diğer belirti ve bulgular organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmeye benzer.

Tanı

Alınma öyküsü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın izlemi sırasında biyokimyasal inceleme testleri (elektrolitler, kan şekeri, BUN, kreatinin, transaminaz düzeyleri, kan gazları), EKG ya da akciğer grafisi gerekebilir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**).

Özgül Antidot ve İlaç

Antidotu atropindir. Atropin tedavisi, organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmeye benzer. Pralidoksim ciddi klinik bulguları olmayan hastalarda gereksizdir.

Arındırma

- Hastanın giysileri çıkartılmalı, saçlar, tırnak altları ve tüm vücut bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Göze bulaşmışsa, en az 15 dakika süreyle suyla yıkanmalıdır.
- Ağız yolu ile alındığında 1 saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Arındırma işlemleri yapılan ve antidot tedavisine başlanan hastalar yoğun bakım koşulları bulunan sağlık kuruluşlarına gönderilir.

ORGANOKLORLU BÖCEK ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME

Toksik Etki Mekanizması

Organoklorlu böcek öldürücüler nörotoksiktir. Sodyum kanallarını tıkayarak sinirsel iletiyi bozarlar. Solunum merkezini baskırlar. Miyokardın katekolaminlere duyarlılığını artırırılar.

Toksik Miktar

Değişkendir. Endosülfanın yetişkinde toksik miktarı ağız yolundan alındığında 17,5-175 g arasındadır. Lindanın 1 g'ı ağız yolundan alındığında çocuklarda konvülsiyona neden olabilir. Yetişkinde, ağız yoluyla alınan lindanın 10-30 g'ı, aldrin ve klordanın 3-7 g'ı, dieldrinin 2-5 g'ı öldürücüdür.

Belirti ve Bulgular

Akut zehirlenmeden sonraki ilk saatlerde bulantı, kusma, yüzde, dilde, dudakta uyuşmalar, dalgınlık, tremor, konvülsiyon, koma ve solunum durması görülür. Konvülsiyonlar yineleyebilir ve *Status epilepticus* tablosu oluşabilir. Miyokardın katekolaminlere duyarlılığını artırdıkları için ritim bozukluklarına neden olabilirler. Yağ dokusunda biriktikleri ve atılmaları yavaş olduğu için belirtiler geç ortaya çıkıp uzun sürebilir. Metabolik asidoz, böbrek ve karaciğer hasarı, geç dönemde anemi ve trombositopeni olabilir.

Tanı

Alınma öyküsü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. Acil servise *status epilepticus* tablosunda gelen hastalarda organoklorlu böcek öldürücülerle zehirlenme düşünölmelidir.

Özgöl Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın izlemi sırasında biyokimyasal inceleme testleri (elektrolitler, kan şekeri, BUN, kreatinin, transaminaz düzeyleri, kan gazları), tam kan sayımı, protrombin zamanı, EKG ya da akciğer grafisi gerekebilir.

Tedavi

Acil Destekleyici Tedavi

Temel ve ileri yaşam desteği gereksinimi değerlendirilir, gerekiyorsa destek verilir (Bkz. s. 1).

Özgül Antidot ve İlaç

Özgül bir antidotu yoktur.

Arındırma

- Hastanın giysileri çıkartılmalı, saçlar, tırnak altları ve tüm vücut bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Göze bulaşmışsa, en az 15 dakika süreyle suyla yıkanmalıdır.
- Ağız yolu ile alındığında 1 saat içinde mide yıkanır ve aktif kömür verilir.

Atılmanın Artırılması

Enterohepatik dolaşıma girdiği için yinelenen dozlarda aktif kömür uygulanabilir. Diğer yöntemler etkisizdir.

Sevk Ölçütleri

Arındırma işlemleri yapılan hastalar yoğun bakım koşulları bulunan sağlık kuruluşlarına gönderilir.

PİRETRİNLER VE PİRETROİDLERLE ZEHİRLENME

Toksik Etki Mekanizması

Piretrinler hücre zarındaki sodyum ve kalsiyum iyon alışverişini bozarak paraliye yol açarlar. Deride ve üst solunum yollarında aşırı duyarlılık reaksiyonlarına neden olurlar.

Toksik Miktar

Toksik miktarı 100-1000 mg/kg, öldürücü dozu 10-100 g'dır.

Belirti ve Bulgular

Ağız yoluyla zehirlenmeden sonraki bir saat içinde bulantı, kusma ve karın ağrısı ortaya çıkabilir. Deri yolu ile maruz kalındığında yanma, uyuşma ve kızarıklık gelişebilir.

Ağız ya da deri yoluyla çok yüksek miktarda alınmışsa, kan basıncında düşme, taşikardi, uyuşmalar, baş ağrısı, sersemlik ve konvülsiyon gözlenir. Solunum yolu ile alınmada ani bronkospazm, larinks ödemi ve anafaksi benzeri tepkiler oluşabilir.

Tanı

Alınma öyküsü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Serum elektrolit ve glukoz düzeyleri ölçümü, kan gazları izlemi gerekebilir.

Tedavi

Acil Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa konvülsiyon ve bronkospazm tedavi edilir (**Bkz. s. 4, 10**).

- Anafaksi varsa; adrenalin (Adrenalin® ampul 0,25 mg/mL (1:4000), 0,5 (1:2000) ve 1 mg/1mL (1:1000)'lık ampullerde) yetişkinde 0,3-0,5 mg dozda deri altına ya da kas içine, çocukta 0,01 mg/kg deri altına, en çok 0,5 mg verilir. Yanıt alınmıyorsa 10-15 dakikada bir yinelenir. Ciddi anafakside ise adrenalin ven içine, yetişkinde 5-10 dakikada bir 0,05-0,1 mg, çocukta 0,01 mg/kg, en çok 0,1 mg verilir. Ven içine infüzyon hızı 1-4 mikrogram/dakikadır. Ven yoluyla verilemiyorsa endotrakeal tüp içine 0,5 mg verilebilir. Hafif ya da orta dereceli alerjik belirtiler varsa antihistaminikler ve metilprednizolon (ven

içine yetişkinde 1-2 mg/kg, 6-8 saatte bir, çocukta 1-2 mg/kg (en çok 125 mg) 6 saatte bir) verilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur.

Arındırma

Hastanın giysileri çıkartılmalı, saçlar, tırnak altları ve tüm vücut bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Göze bulaşmışsa, en az 15 dakika süreyle suyla yıkanmalıdır. Ağız yolu ile alındığında 1 saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir. Solunum yolu ile alınmışsa hasta zehrin bulunduğu alandan uzaklaştırılmalı ve oksijen verilmelidir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Konvülsiyon ve koma ile gelen hastalar arındırma işlemleri tamamlandıktan sonra hastalar yoğun bakım koşulları bulunan sağlık kuruluşlarına gönderilir.

AMİTRAZ (KENAZ®) ZEHİRLENMESİ

Veteriner hekimlikte ya da tarım ilacı olarak kullanılır. Ticari biçimlerinde, genellikle % 20 konsantrasyonda ve % 75'lik ksilen çözücüsü içinde bulunur. Ağız, deri, göz ve solunum yolu ile alındığında zehirlenme yapar.

Toksik Etki Mekanizması

Nörotoksin ve alfa₂ adrenerjik reseptör agonisti olma özelliklerine dayanır.

Toksik Miktar

Ağız yolundan 6 g alındığında yetişkinde ciddi toksik etki oluşturur. Çocukta 2,5 mg/kg alındığında bile ciddi toksik etkilere neden olur.

Belirti ve Bulgular

Konvülsiyon, koma, miyozis, midriyazis, solunum baskılanması, hipotermi, hipotansiyon, bradikardi, kusma, sık idrara çıkma ve mide bağırsak hareketlerinde azalma görülür. Hiperglisemi ve serum transaminaz düzeylerinde artma saptanabilir.

Tanı

Alınma öyküsü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Kan, idrar şekeri ve serum transaminaz düzeyleri dikkatle izlenmelidir. Kanda kolinesteraz ölçümü ile organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmenin ayırıcı tanısı yapılabilir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**).

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. Yüksek miktarda alınmışsa hava yolu güvenliği sağlanarak (amitrazın çözücüsü ksilen aspirasyon pnömonisine neden olabileceği için) ilk 1 saat içinde mide yıkanır, aktif kömür verilir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Yoğun bakım koşulları gereken hastalar, bu olanağın bulunduğu sağlık kuruluşlarına gönderilir.

KEMİRGEN ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENMELER

Sıçan, fare, köstebek ve diğer kemiricileri öldürmek için kullanılan bileşiklerdir. Antikoagülan nitelikteki kemirgen öldürücüler uzun etkili “supervarfarin” (brodifacoum, bromadiolone, difenacoum vb) içerirler.

Toksik Etki Mekanizması

Karaciğerde K vitaminine bağlı pıhtılaşma faktörlerinin (Faktör II, VII, IX ve X) sentezini engelleyerek pıhtılaşmayı bozarlar.

Toksik Miktar

Değişkendir. 1-2 mg brodifacoum yetişkinde pıhtılaşma bozukluğu yapar. Altı yaşından küçük çocuklarda anlamlı pıhtılaşma bozukluğu yapmadığı prospektif çalışmalarında bildirilmiştir.

Belirti ve Bulgular

En yaygın bulgu kanamadır. Sindirim kanalında yaygın kanamalar ve kafa içi kanama yaşamı tehdit edebilir. Antikoagülan etki 8-12 saat içinde başlasa da doruk etki 2 gün sonrasına kadar gecikebilir.

Tanı

Alınma öyküsü, pıhtılaşma bozukluğuna ilişkin belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Protrombin zamanı ya da INR (International Normalized Ratio) uzaması 12 ile 24 saat içinde başlar, 36 ile 72 saat içinde en yüksek düzeye ulaşır. Normalin iki katının üzerinde olması artmış kanama riskini gösterir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Kanamaya yol açan diğer nedenlerin ayırıcı tanısı için gerekli incelemeler yapılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyorsa temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**).

Özgül Antidot ve İlaç

K₁ vitamini (Fitonadione) (Konakion MM® ampul, K₁ vitamini, fitonadion, 2 mg/0,2 mL (pediyatrik), 0,2 mL’lik 5 ampul ve 10 mg/mL fitonadion içeren 1 mL’lik 5 ampul içeren ambalajda): Süpervarfarin çok küçük miktarda alınmışsa K₁

vitamini; ağız yoluyla günde 2-4 kez, yetişkinde 10-50 mg, çocukta 5-10 mg, deri altına ya da kas içine 6-8 saatte bir yetişkinde 10-25 mg, çocukta 1-5 mg verilir. K₁ vitaminin etkileri geç görüleceği için kanamalı hastada taze donmuş plazma ya da taze tam kan verilir. K₃ vitamini (Menadione) kullanılmaz (Bkz. s. 232).

Arındırma

Olası kanama riski nedeniyle hasta kusturulmaz ve mide yıkanmaz. Aktif kömür ilk saat içinde en etkilidir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Yoğun bakım koşulları gerekiyor ve pıhtılaşma testleri yapılamıyorsa, hasta bu olanakların bulunduğu bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

FOSFİN VE FOSFÜRLERLE ZEHİRLENME

Renksiz ve sarımsak kokulu bir gaz olan fosfin, magnezyum fosfür, alüminyum fosfür ve çinko fosfür tabletlerinden salınır ve fumigan etki gösterir. Metal işleme sırasında açığa çıkan fosfin, işyeri ortamında zehirleyici etki yapar.

Toksik Etki Mekanizması

Fosfin gazı akciğerler, beyin, böbrekler, kalp ve karaciğere toksik etkisini sitokrom oksidaz enzimini baskılayarak ve dokularda işlevsel birimlerin NH_2^- , OH^- , SH^- gruplarına bağlanarak gösterir.

Toksik Miktar

Fosfin gazının işyeri havasında izin verilen miktarı 0,3 ppm, akut öldürücü miktarı 50 ppm'dir. Alüminyum fosfürün 500 mg'ı, çinko fosfürün 4 gramı ağız yoluyla alındığında öldürücüdür.

Belirti ve Bulgular

Genellikle fosfin gazının solunmasından 1-2 saat sonra öksürük, dispne, baş ağrısı, letarji, kusma, koma, konvülsiyonlar görülür. Fosfür tabletleri ağızdan alınırsa bulantı, kusma, ishal, ciddi hipotansiyon, nefeste sarımsak ya da çürümüş balık kokusu olur.

Tanı

Maruz kalınma öyküsünün yanı sıra sarımsak ya da çürümüş balık kokusu yardımcıdır.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Akciğer ödemi olanlarda akciğer grafisi, organ tutulumu olanlarda karaciğer ve böbrek işlev testleri ve kan gazları izlenmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Solunum yoluyla fosfine maruz kalan hasta temiz havaya çıkarılır ve oksijen verilir. Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği sağlanır. Bronkospazm varsa tedavi edilir (Bkz. s. 4).

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur.

Arındırma

Ağız yolu ile fosfür alındığında, midede zehirli fosfin gazı açığa çıktığından hasta kusturulmaz. Kusma durumunda, özellikle kapalı alanlarda ikincil bulaşım açısından dikkatli olunmalıdır. Mide yıkaması ve aktif kömür uygulaması ilk 1 saat içinde en etkilidir.

Atılmanın Artırılması

Etkili yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Yoğun bakım koşulları gereken hastalar, bu olanağın bulunduğu bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

YABANIL OT ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME

Zararlı otları öldürmek için kullanılan bileşiklerdir. Ölümle sonuçlanan zehirlenmelerden genelde parakuat ve dikuat sorumludur.

Toksik Etki Mekanizması

Deri ve mukozalara yakıcı etki yapar. Serbest radikaller üreterek, lipid peroksidasyonu aracılığıyla doku yıkımına yol açar. En çok etkilenen organlar akciğer, karaciğer, kalp kası ve böbreklerdir.

Toksik Miktar

% 20'lik çözeltileriyle öldürücü miktarları parakuat için yetişkinde 7,5 mL, çocukta 4-5 mL, dikuat için 20 mL (6-12 g)'dir.

Belirti ve Bulgular

Parakuat

Ağız ve boğaz mukozasında ülserler, bulantı, kusma ve karın ağrısı görülür. Yüksek dozda alındığında sindirim sisteminde hasar, böbrek yetmezliği, kas nekrozu, şok ve ölüme yol açabilir. Hastaların çoğu akciğer fibrozisi nedeni ile kaybedilir.

Dikuat

Başlangıç belirtileri parakuata benzerdir. Ağır gastroenterite, sıvı ve elektrolit kaybı ile böbrek yetmezliğine yol açabilir. Akciğer fibrozisi bildirilmemiştir.

Tanı

Öyküye, gastroenterit ve ağızda yanıkların görülmesine dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Elektrolit düzeyleri, karaciğer ve böbrek işlev testleri, kan gazları izlenmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**). Akciğer fibrozisine neden olduğu için özellikle parakuat zehirlenmesinde oksijen verilmemeli, verilecekse parsiyel oksijen basıncı 60 mmHg dolayında tutulacak biçimde en düşük yoğunlukta verilmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur. Antioksidan tedavi deneme aşamasındadır.

Arındırma

Hasta kusturulmaz; soyulur, su ve sabunla yıkanır. Göze bulaşmışsa su ve serum fizyolojikle 15 dakika yıkanır. Alınmayı izleyen ilk 1 saat içinde mide yıkanır ve toksin geri dönüşümsüz olarak bağlandığı için aktif kömür en hızlı biçimde verilir. Herhangi bir yiyeceğin verilmesi bile koruyucu olabilir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Yoğun bakım koşulları gereken hastalar, bu olanağın bulunduğu bir sağlık kuruluşuna aktif kömür verilerek gönderilir.

MANTAR ÖLDÜRÜCÜLERLE ZEHİRLENME

Mantar ve küfleri yok etmek için kullanılan benzen türevleri, tiyokarbamatlar, bakır bileşikleri gibi maddelerdir. Çoğu, sistemik zehirlenmelere neden olabilecek kadar emilmemektedir. Deri ve gözler zehirden arındırılır ve mide yıkanır.

FUMİGANTLARLA ZEHİRLENME

Kapalı alanlarda depolanmış tarım ürünlerindeki zararlıları yok etmek için kullanılan gaz ve kolay buharlaşan sıvılardır (etilen dibromür, metil bromür vb.). Belirti ve bulgular maddeye bağlı olarak değişmektedir. Çoğu iritasyon yapar. Karbon disülfid, kloroform ve hidrojen siyanür, merkezi sinir sisteminde ciddi etkilere yol açabilir. Metil bromür akciğer ödemeine, hidrojen siyanür erken dönemlerde siyanoz olmadan ciddi hipoksiye neden olur. Deri ve göz zehirden arındırılır, akciğer ödemi tedavi edilir.

Kaynaklar

1. Ellenhorn MJ. Pesticides. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. *Ellenhorn's Medical Toxicology*, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1614-1662.
2. Clark RF. Insecticides: Organophosphorus Compound and Carbamates. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies*, 7th edition, NewYork, McGrawHill, 2002:1346-1378.
3. Micheal AM. Organophosphorus and Carbamate Insecticides. In: Olson KR, ed. *Poisoning and Drug Overdose*, 4.baskı., Connecticut: Appleton and Lange, 2004:291-295.
4. Editorial Staff: Organophosphates, Carbamate Pesticide, Parquat, Diquat, Herbicides, Organochlorins, Pyrethrines, (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): *POISINDEX® System*. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
5. Eddleston M, Dawson A, Karalliedde L, et al. Early Management After Self-Poisoning with An Organophosphorus or Carbamates Pesticide-A Treatment Protocol for Junior Doctors. *Critical Care* 2004;6:R391-397.
6. Eddleston M, Eyer P, Worek F, Mohamed F, Senarathna L, von Meyer L, Juszcak E, Hittarage A, Azhar S, Dissanayake W, Sheriff MH, Szinicz L, Dawson AH, Buckley NA. Differences Between Organophosphorus Insecticides in Human Self-Poisoning: A Prospective Cohort Study. *Lancet*. 2005;366(9495):1452-9.
7. Darren HL, Shelly L. Chlorinated hydrocarbon pesticides. In: Olson KR, ed. *Poisoning and Drug Overdose*, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:161-162.
8. John PL. Pyrethrins and Pyrethroids. In: Olson KR, ed. *Poisoning and Drug Overdose*, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:322-324.
9. Anderson IB. Warfarin and Related Rodenticides. In: Olson KR, ed. *Poisoning and Drug Overdose*, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:378-380.
10. Geller RJ. Paraquat and diquat. In: Olson KR, ed. *Poisoning and Drug Overdose*, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:296-298.
11. Agin H, Calkavur S, Uzun H, et al. Amitraz Poisoning: Clinical and Laboratory Findings. *Indian Pediatr*. 2004;41:482-6.
12. Kalkan S, Erdogan A, Aygoren O, Capar S, Tuncok Y. Pesticide Poisonings Reported to The Drug and Poison Information Center in Izmir, Turkey. *Vet Hum Toxicol* 2003;45(1):50-2.



EV KİMYASALLARIYLA

ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Evlerde günlük kullanılan maddeler, kimyasal yapıları ve oluşturabilecekleri zehirlenmeler yönünden aşağıdaki biçimde sınıflanabilir (Tablo 1). Ev kimyasalları çok geniş bir küme oluşturduğundan, burada yalnızca sık karşılaşılan zehirlenme etkenleri ile yaygın kullanılan maddeler ele alınmıştır.

Tablo 1. Sıklıkla Zehirlenmeye Neden Olan Ev Kimyasalları

Toksik olmayan ya da pek az toksik etki gösteren maddeler	Sıvı bulaşık deterjanı Sabunlar Şampuanlar Yüzey arındırıcılar Yumuşatıcılar Oyun hamuru, kalemler, kırtasiye tipi boyalar
Mide bağırsak kanalında iritasyon yapan maddeler	Ağartıcılar (Çamaşır suyu-sodyum hipoklorid) Parlatıcılar (Sitrik asit)
Yakıcı maddeler	Kireç ve yağ çözücüler (Kostik soda [sodyum hidroksid]) Lavabo açıcılar (Sodyum hidroksid, potasyum hidroksid) Fırın temizleyicileri (sodyum hidroksid) Tuvalet temizleyicileri (kezzap -nitrik asit-, sülfirik asit, tuz ruhu -hidroklorik asit-) Metal parlatıcılar ve pas gidericiler (okzalik, fosforik ve kromik asitler) Otomatik çamaşır ve bulaşık makinesi deterjanları Çamaşır makinesi kireç koruyucuları (sitrik asit, sodyum hidroksid)

Ülkemizde ev kimyasalları ile zehirlenme etkeni olarak ilk sıralarda çamaşır suyu, yakıcı maddeler ve deterjanlar yer almaktadır. Bu zehirlenmelerin büyük çoğunluğu 5 yaşından küçük çocuklarda kaza ile ya da ürünlerin yanlış kullanımı sonucu oluşmaktadır. Özkıyım amaçlı aşırı miktarda alınmaların dışında ölüm seyrekdir.

Toksik Etki Mekanizması

- Sıvı deterjanlar, sabunlar, şampuanlar ve yüzey arındırıcıların bileşiminde anyonik ve iyonik olmayan yüzey etkin maddeler ile suyun sertliğini gideren, pH'yı düzenleyen dolgu maddeleri yer alır. Zehirleyici etki güçleri genellikle düşüktür ve sistemik etkilere neden olmazlar. Otomatik çamaşır ve bulaşık makineleri deterjanları bazı yüzey etkin maddelerin eklenmesi ile daha alkali duruma getirilmiştir (pH>10,5). Bu nedenle sindirim sisteminde ciddi yanıklara yol açabilirler.
- Yumuşatıcılar kuarterner amonyum yapısında katyonik deterjan içerirler. Katyonik deterjanlar, anyonik ve iyonik olmayan maddelere göre daha toksiktirler.
- Yakıcı maddeler güçlü asit ya da alkali maddelerdir. Sindirim sisteminde yanıklara ve delinmelere neden olurlar. Hastada yakınma olmaması ciddi zehirlenme olasılığını ortadan kaldırmaz. Güçlü asitler yüzeysel nekroza, alkali maddeler ise sürekli doku içine işleme sonucu daha derin nekroza neden olurlar.
- Evlerde kullanılan ağartıcılar genellikle % 3-6 oranında sodyum hipoklorid içerirler. Yoğunluğa ve maruz kalma süresine göre hafif iritan ya da yakıcı etkili olabilirler. Ağartıcıların asit ya da amonyak içeren diğer temizlik ürünleri ile birlikte kullanılması klorin ya da kloramin gibi gazların açığa çıkmasına ve solunum yoluyla ciddi zehirlenmelere yol açabilir.
- Bulaşık makinesi parlaticıları sitrik asit ve koku maddeleri içeren pH'sı 2,5 dolayında asit özellikli iritan maddelerdir.

Toksik Miktar

Değişkendir. Çocuklarda kaza ile az miktarda, ticari olarak pazarlanmış klorak (sodyum hipoklorid) içilmesi hafif mide bağırsak kanalı irritasyonu dışında belirti oluşturmaz, ancak açıkta satılan klorak daha derişik olabildiğinden içildiğinde küçük miktarları bile yakıcı etki yapabilir.

Belirti ve Bulgular

Zehirlenme belirtileri alınma yoluna göre genellikle sindirim sistemi, solunum sistemi, deri ve gözde görülür. Alınan maddenin kimyasal yapısı, yoğunluğu, maruz kalınan süre, hastanın kusup kusmadığı, yutma güçlüğü ve epiglot ödemi bulgularının (öksürük, krup, ses kısıklığı v.b) bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

Fizik muayenede; orofarenkste ödem, kızarıklık ve maddenin kokusu ilk bulgulardır. Maruz kalmanın şiddetine göre epigastriyumda duyarlılık, karında "rebound" ve defans bulguları tanı ve tedavinin biçimlendirilmesine yardımcı olur. Solunma yoluyla ya da aspirasyon sonucunda oluşan zehirlenmelerde akciğer dinleme bulguları hasarın şiddetini belirlemek açısından önemlidir (Tablo 2).

Tanı**Özgül Yöntemler**

Bu maddelere yönelik özgül tanı yöntemleri yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Kanama izlemi açısından tam kan sayımı, elektrolit dengesini, karaciğer ve böbrek işlevlerini izlemek için biyokimyasal incelemeler yapılır. Akciğerlerin durumunu değerlendirmek için akciğer grafisi, mide bağırsak delinmesi açısından ayakta karın grafisi istenir. Sindirim sistemindeki zedelenmeyi değerlendirmek için erken dönemde endoskopik inceleme gerekebilir.

Tablo 2. Ev Kimyasallarıyla Olan Zehirlenmelerin Belirti ve Bulguları

	Deri	Göz	Ağız	Solunma ya da aspirasyon
Sıvı deterjan, sabun, yüzey arındırıcılar	İrritasyon	İrritasyon	Bulantı, kusma, ishal, seyrek olarak dehidratasyon, elektrolit bozukluğu, hipokloremik alkaloz, metabolik asidoz	Üst solunum yollarında iritasyon, ödem, solunum sıkıntısı
Yumuşatıcılar	Dermatit, nekroz	Kornea zedelenmesi	Bulantı, kusma, ishal, hipotansiyon, konvülsiyon, koma, metabolik asidoz, methemoglobinemi	Akciğer ödemi, bronkospazm, solunum felci
Ağartıcılar	İrritasyon	İrritasyon	Bulantı, kusma, sindirim sisteminde iritasyon, fazla miktarda alınmada hematemez, hipernatremi, hiperkloremi	Akciğer ödemi, dilde ödem, bronkospazm
Parlatıcılar	İrritasyon	İrritasyon	Bulantı, kusma, ishal, epigastrik ağrı	Baş ağrısı, öksürük, solunum güçlüğü, akciğer ödemi, bronkospazm

Tablo 2. Ev Kimyasallarıyla Olan Zehirlenmelerin Belirti ve Bulguları

	Deri	Göz	Ağız	Solunma ya da aspirasyon
Yakıcı maddeler	Şiddetli, hatta ölümcül yanıklar	Kornea zedelenmesi	Sindirim sisteminde irritasyon, kanama, delinme, nekroz, özofagus ödemi, geç dönemde darlık, fistül, hemoraji. Uzun süreli hipotansiyon olmuşsa böbrek yetmezliği, metabolik asidoz, lökositoz	Solunum yolu irritasyonu, öksürük, akciğer ödemi, solunum güçlüğü, bronkospazm, solunum felci, hızla gelişen dolaşım yetmezliği ve özofagus ödemi.

Tedavi**Acil ve Destekleyici Tedavi**

Olguların çoğunda belirtilere yönelik tedavi ve kısa süre izleme yeterlidir. Varsa konvülsiyon ve bronkospazm tedavi edilir (**Bkz. s. 4, 10**). Solunma yoluyla alındıklarında hasta pnömoni yönünden izlenmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Özgül antidot ve ilaç bulunmamaktadır. Asit madde alındığında alkali, alkali madde alındığında asit çözeltileri ile nötralizasyon, ısı açığa çıkışına neden olarak doku yıkımını artırdığından kesinlikle uygulanmaz. Yakıcı madde yanıklarında kortikosteroid uygulaması tartışmalıdır.

Arındırma

Arındırma yöntemleri Tablo 3'de özetlenmiştir. Yakıcı maddelerin ağız yoluyla alınmasında kusturma, mide yıkaması ve aktif kömür kesinlikle uygulanmaz. Özkıyım amacıyla asit madde alındığında asidin mide bağırsak kanalından emilerek metabolik asidoza neden olmasını engellemek amacıyla ilk 90 dakika içinde, ince ve yumuşak bir nazogastrik sonda ile mide içeriğinin aspirasyonu önerilmektedir.

Atılmanın Artırılması

Bilinen etkin yöntem yoktur.

Tablo 3. Maruz Kalma Biçimine Göre Arındırma Yöntemleri

Maruz kalma biçimi	Sıvı deterjan, sabun, yüzey arındırıcılar	Yumuşatıcılar	Ağartıcılar	Parlatıcılar	Yakıcı maddeler
Deri	15 dakika bol su ile yıkanır.				15 dakika bol su ile yıkanır. Damar yolu açılıp vital bulgular izlenir.
Göz	15 dakika bol su ile yıkanır.				15 dakika bol su ile yıkanır, göz kapatılarak sevk edilir.
Ağız	120-240 mL su içirilir. Aktif kömür yatarsızdır.	Mide yıkama ve kusturma kesinlikle yapılmaz. Erken dönemde aktif kömür kullanımı yararlıdır.	Mide yıkama, kusturma, aktif kömür, seyreltme kesinlikle yapılmaz. İlk 24 saat içinde endoskopi yapılmalıdır		Mide yıkama, kusturma, aktif kömür uygulaması kesinlikle yapılmaz. İlk 24 saat içinde endoskopi yapılır.
Solunma ya da aspirasyon	Prnömoni yönünden izlenir.		Solunma durumunda açık havaya çıkarılır ve/veya oksijen verilir.	Solunma durumunda açık havaya çıkarılır ve/veya oksijen verilir.	Solunma durumunda açık havaya çıkarılır ve/veya oksijen verilir.

DİĞER EV KİMYASALLARI

Naftalin ve paradiklorobenzen

Evlerde güve kovucu ve koku giderici olarak kullanılır. Buharı göz ve buruna iritandır. Akut zehirleyici etkisi düşüktür. Ağızdan alındığında bulantı, kusma, yüksek dozda karaciğer yıkımı gözlenir. Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği olanlarda hemoliz ve sarılık yapar. Ağız yoluyla 5 g (çocuklarda 100 mg/kg)'dan çok alındığında sindirim sisteminden arındırma (kusturma, mide yıkaması ve aktif kömür) önerilir. Konvülsiyon varsa tedavi edilir. Solunum yoluyla alınmalarda oksijen ile destekleyici tedavi uygulanır. Alınmayı izleyen 2 saat boyunca süt ve yağlı besinler verilmez. Hemoliz gelişen olgularda kan transfüzyonu, idrarın alkalileştirilmesi ve kortikosteroidler yararlı olabilir.

Kibrit

Güçlü oksidan madde olan sodyum klorata bağlı toksik etkiler görülür. Yirmi ve daha fazla sayıdaki kibrit çöpü toksik olarak kabul edilir. Maruz kalma sonucunda hemoliz, methemoglobinemi ve pıhtılaşma bozukluğu gelişebilir, ayrıca alerjik reaksiyonlar, hipotansiyon, siyanoz, letarji, konfüzyon, koma, karaciğer, böbrek ve solunum yetmezliği ortaya çıkabilir. Mide yıkanır ve aktif kömür uygulanır. Sodyum bikarbonatla idrar alkalileştirilir, kloratı etkisizleştirmek için tiyosülfat, methemoglobinemi tedavisi için metilen mavisi (% 1'lik çözeltiden 0,1-0,2 mL/kg ven içine birkaç dakika içinde yavaş infüzyonla) verilir.

Diş bakım ürünleri

Bu ürünler düşük oranda sodyum florür içerirler. Elementel flor ağız yoluyla 3-5 mg/kg'ın üzerinde (6,6-11 mg/kg sodyum florür) alındığında toksiktir. Bakım ürünlerindeki flor bu miktarın çok altındadır. Diş macununda en çok 1 mg/g sodyum florür bulunmaktadır. Yüksek miktarda alınması durumunda bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı gibi sindirim sistemi bulguları gözlenir. Tedavide seyreltme önerilir.

Alkol temelli cam silici temizlik maddeleri

(Bkz. s. 165)

Sigara tütününü (Nikotin)

Bir sigarada 13-30 mg nikotin bulunur. Yetişkinde öldürücü doz 40-60 mg iken, küçük çocuklarda 1 mg (0,2 mg/kg) nikotin, ya da 1 sigaranın yenmesi bile zehirlenmeye yol açabilir. Ciddi zehirlenme 1,4-1,9 mg/kg nikotin alındığında ortaya çıkar. Bir sigara ya da 1 g tütün çiğnendiğinde yaklaşık 2,5 mg nikotin alınır. Ağız yoluyla alındığında bulantı, kusma, karın ağrısı, tükrük salgısında artış, konfüzyon, ajitasyon, bilinç bulanıklığı, konvülsiyon, koma, hipertansiyon, taşikardi

ve takipne görülür. Tedavide mide yıkanır ve aktif kömür uygulanır. Konvülsiyonlar için diazepam (ven içine 0,1-0,2 mg/kg 5 mg/dakikayı aşmayacak biçimde) ya da midazolam (ven içine 0,05 mg/kg 20-30 saniyede ya da kas içine 0,1-0,2 mg/kg) verilir. Kan basıncı izlenmelidir.

Sevk Ölçütleri

Endoskopi ve solunum desteği gereken hastalar bu olanakların bulunduğu merkezlere gönderilir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff: Acids, Corrosives-Alkaline, Nicotine, Sodium Fluoride (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Ellenhorn MJ. Household Poisonings. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1078-1123.
3. Temple AR, Lovejoy FH Jr. Emergency Management Outline for Household Cleaning Product Ingestion. Household Cleaning Products and Their Accidental Ingestion. SDA. Scientific and Technical Report No:5R Soap and Detergent Association; New York, 1980.
4. Rao RB, Hoffman RS. Caustics and Batteries. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffman RS, Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, USA, McGraw- Hill Medical, 2002:1323-1340.
5. Neumann CM, Giffin S, Hall R, Henderson M, Buhler DR. Oregon's Toxic Household Products Law. J Public Health Policy 2000;21(3):342-359.



HİDROKARBONLU BİLEŞİKLERLE ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

En yaygın hidrokarbonlu bileşikler petrol ürünleridir (Tablo 1). Mobilyacılıkta, sanayi bölgelerinde, tarım ilacı üretiminde, ayakkabı yapımında, metallere yağ ya da boya çıkarılmasında çalışan işçilerde hidrokarbonlu bileşiklerle zehirlenme görülebilir. Ev ortamında kullanılan bazı kimyasal maddeler de hidrokarbon yapısında olduğundan kazayla ya da kasıtlı olarak alınmaları zehirlenmeye neden olur. Madde bağımlısı çocukların sürekli koklayarak kötüye kullandığı ve bağımlılığa neden olan maddeler de hidrokarbonlu bileşiklerdir.

Tablo 1. Hidrokarbonların Sınıflandırılması

Sınıf	Ürün/ Bileşik
Alifatik hidrokarbonlar (Petrol ürünleri)	Benzin, gaz yağı, n-hekzan, tiner, vernik, propan (sanayi tipi LPG), butan (evlerde kullanılan tüp gaz)
Aromatik hidrokarbonlar	Benzen, toluen, ksilen, naftalin, tiner, vernik
Halojenli(klorlu) hidrokarbonlar	Karbontetraklorür, metilen klorür, kloroform, perkloroetilen, trikloroetilen, trikloreten, freon (buzdolabı gazı)
Terpenler	Neft yağı

Toksik Etki Mekanizması

Hidrokarbonlar ağız yoluyla alındıktan sonra aspire edilerek akciğerlerde; ağız, solunum ve deri yoluyla alınmaları sonucu ise sistemik toksik etkiler yaparlar.

Toksik Miktar

Zehirlenme belirtisi oluşturacak hidrokarbon miktarını belirlemek güçtür. Bazı hidrokarbonların 1 mL'den az miktarda ağız yoluyla alındıktan sonra solunum yollarına aspirasyonunun ciddi kimyasal pnömoni ve ölüme neden olduğu gösterilmiştir.

Belirti ve Bulgular

Akut zehirlenme: Belirtiler ilk 24 saatten sonra ilerleyebilir. Ölüm sıklıkla ilk 24 saat içinde gerçekleşir (Tablo 2). Petrol ürünlerinin çoğunun aspirasyon riski yüksektir.

Maruz kalındıktan sonra kısa sürede öksürük ve tıkanma gibi bulgular ortaya çıkar. Bu bulgular birkaç saat içinde takipne, hışıltı ve kimyasal pnömoneye ilerleyebilir. İkincil bakteriyel enfeksiyon ve solunum komplikasyonlarına bağlı ölüm gelişebilir. Ağız yoluyla alınmada, bulantı, kusma ve seyrek olarak hemorajik gastroenterit gözlenir. Sistemik toksik etkiler bileşiğin yapısına göre değişir. Dalgınlık, ataksi, letarji ve baş ağrısı yanı sıra ciddi ölçüde maruz kalındığında, bayılma, koma ve solunum durması gözlenir. Miyokardın katekolaminlere duyarlılığının artmasına bağlı aritmi gelişir.

Kerosen (gazyağı), terebentin ya da benzinin enjeksiyonu ateş, bölgesel doku iltihabı ve akciğer ödemi, pnömone, hafif merkezi sinir sistemi baskılanması gibi sistemik belirtilere neden olur.

Kronik zehirlenme: Bazı hidrokarbonların (toluen, tiner, trikloretan gibi) sürekli koklanması ani ölüm, ensefalopati, nörolojik bozukluklar, karaciğer ve böbrek hasarı, asit baz dengesizliği ve rabdomiyolize neden olur. Bazı aromatik ve klorlu hidrokarbonlara uzun süreyle ya da yineleyen biçimde maruz kalınmışsa hematolojik sistem (benzen), karaciğer (klorlu hidrokarbonlar) ve böbreklerde (klorlu hidrokarbonlar) toksik etki, nöropsikiyatrik (toluen), nörolojik (n-hekzan) bozukluklar ve karsinojenik (benzen, vinil klorür) etki görülür. Klorlu aromatik hidrokarbonlar (dioksin) deride hiperkeratinizasyonla giden klorakneye neden olurlar.

Tablo 2. Hidrokarbonlara Maruz Kalınan Yola Göre Zehirlenme Belirti ve Bulguları

Hidrokarbon sınıfı	Maruz kalınan yol	Belirti ve bulgular
Petrol ürünleri	Ağız, solunum yolu	<ul style="list-style-type: none"> • Öksürük, tıkanma, takipne, bronkospazm, hırıltılı solumaya eşlik eden takipne, siyanoz, koma, konvülsiyon • Enfeksiyon • Bilinç bozukluğu • Merkezi sinir sistemi baskılanması ya da uyarılması
Halojenli ve aromatik hidrokarbonlar	Ağız, solunum yolu	<ul style="list-style-type: none"> • Merkezi sinir sistemi baskılanması, aritmiler, solunum baskılanması, sindirim sistemi, böbrek ve karaciğer işlevlerinde bozulma • Propana bağlı asfiksi • Toluene bağlı aritmi ve ventrikül fibrilasyonu nedeniyle ani ölüm, ensefalopati, karaciğer ve böbrek işlevlerinde bozulma, asit baz dengesizliği
Tüm hidrokarbonlar	Deri, göz	<ul style="list-style-type: none"> • Uzamış akut maruz kalınma durumunda deride yanıklar • Seyrek olarak sistemik toksik etki • Göz irritasyonu • Klorakne (dioksin)

Tanı

Hidrokarbon zehirlenmelerinde, farklı sınıftan bileşikler karışım olarak bulunduğundan kesin tanı koymak her zaman olası değildir. Hidrokarbonun üyesi olduğu kimyasal sınıf ve maruz kalınan yola göre belirtiler değişkendir (Tablo 2). Tanı öykü ve klinik bulgular dikkate alınarak konur. Hastanın mesleği mutlaka sorgulanmalıdır.

Özgül Yöntemler

Hidrokarbon düzeylerini ölçmenin tedavinin düzenlenmesinde yararı yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

- **Akciğer grafisi:** Solunum sistemi belirtileri olan hastalarda akciğer grafisinde bileşiğin alınmasından 30 dakika sonra kimyasal pnömoni bulguları görülebilir. Belirti olmayan hastada bu süre iki saattir.
- Aşağıdaki durumlarda tam kan ve idrar incelemesi, karaciğer ve böbrek işlev testleri, sıvı elektrolit dengesi ve kan gazları izlemi yapılmalıdır:
 - Toluen bağımlılığı,
 - Hidrokarbon alınmasına bağlı uzun süreli bilinç kaybı, hipoksi,
 - Hidrokarbonla uzun süreli, yaygın deri teması,
 - Halojenli ya da aromatik hidrokarbonlara maruz kalma.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**). Çoğu hastada tedavi, belirti ve bulgulara yöneliktir. Özellikle aspirasyon pnömonisi ve merkezi sinir sistemi baskılanması olasılığı dikkate alınmalıdır.

- Bronkospazm varsa beta₂ agonisti bronkodilatörler (Salbutamol) yetişkinde püskürtme (ilk 4 saatte 20 dakikada bir 4-8 püskürtme, daha sonra 4 saatte bir 2-4 püskürtme) ile ya da nebulizatörle (2,5-5 mg gerektiğinde yinelenerek), çocukta nebulizatörle (0,10-0,15 mg/kg, en çok 2,5 mg, gerektiğinde yinelenerek) verilir. Bronkospazm tedavisinde kortikosteroidler ve koruyucu antibiyotiğin yeri yoktur. İlk 24-48 saatten sonra ateş, lökositoz ve infiltrasyon bulgularında artma görülürse ikincil bakteri pnömonisi tanısıyla tedaviye antibiyotik eklenebilir.
- Halojenli ve aromatik hidrokarbonlar kalbin katekolaminlere duyarlılığını artırarak aritmi oluşturabildiğinden toluen bağımlılarında ortaya çıkan bronkospazma karşı adrenalin önerilmez.

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur.

Arındırma

- Aspirasyon riski yüksek olduğundan hasta kusturulmaz.
- Mide yıkama önerilmez, ancak özkıyım gibi bir nedenle yüksek miktarda hidrokarbon alınmışsa (4-5 mL/kg) ya da başka toksik maddeleri içeren hidrokarbonlu bileşiklerle zehirlenen hastalar ve bilinç bulanıklığı olanlarda endotrakeal tüp takıldıktan sonra mide yıkanabilir.
- Aktif kömür, yalnızca ciddi sistemik toksik etkileri olan halojenli hidrokarbonlar ya da diğer toksik maddeleri de içeren hidrokarbonlar yüksek miktarda alınmışsa verilir.

- Deriden uzaklaştırma için, elbiseler çıkarılıp, bulaşmış bölgeler bol su ve sabunla yıkanır.
- Göze bulaşma varsa en az 15 dakika serum fizyolojik ile yıkanır.

Atılmanın Artırılması

Etkin bir yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

- Belirtileri olan ya da ilk akciğer grafisi normal olmayan hastalar,
 - Özkıyım girişiminde bulunmuş ya da yüksek miktarda hidrokarbon almış olanlar,
 - İçeriğindeki ağır metaller ve tarım ilaçları gibi diğer toksik etkenlere bağlı belirtilerin ortaya çıktığı hidrokarbon zehirlenme olguları,
 - Yakın izlem ve inceleme yapılamayacak tüm hastalar,
- donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Ellenhorn MJ. The Hydrocarbon Products. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1420-1440.
2. Spiker RC, Morris GB. Solvents and Industrial Hygiene. In: Hayes AW, ed. Principles and Methods of Toxicology, 4th edition, Philadelphia, Taylor and Francis, 2001:531-564.
3. Editorial Staff: Hydrocarbons (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 126, expires 12/2005).
4. Gummin DD, Hryhorczuk DO. Hydrocarbons. In: Goldfrank's LR, Tlowland MA, Flomenbaum NE, Hoffman RS, Lewin NA, Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGraw Hill, 2002:1303-1322.
5. Gotto CS. Hydrocarbons. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:183-185.



KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Zehirlenmeler, yapısında karbon taşıyan bileşiklerin tam yanmaması sonucu karbonmonoksit açığa çıkmasıyla oluşur. Karbonmonoksit fabrika gazları, egzoz gazları, odun, kömür ve doğal gaz gibi karbonlu yakıtların dumanlarında bulunur. Kötü baca sistemleri, yangınlar, kapalı garajlar, hava dolaşımının olmadığı yerler ve fırtınalı hava koşulları karbonmonoksit oluşması ve birikmesini sağlar. Çocuklar, yaşlılar, trafik polisleri, itfaiye ve kapalı garaj çalışanları, propan yakıtlı araç kullananlar, çelik endüstrisi çalışanları, boya temizleyicileri (metilen klorür), kalorifer kazan dairesi çalışanları, otomobil tamircileri, iskemik kalp, kronik akciğer ve anemi hastaları, gebe kadınlar ve fetus genel topluma göre daha fazla risk altındadır.

Toksik Etki Mekanizması

Akciğerlerden emilen karbonmonoksidin % 85'i hemoglobinle, % 15'i miyoglobine birleşir. Karbonmonoksidin hemoglobine bağlanma yeteneği oksijenden yaklaşık 200 kat fazladır. Fetusta hemoglobine bağlanabilirliği daha da yüksektir. Oluşan karboksihemoglobin (COHb) nedeniyle, oksijenin dokulara sunumu azalır. Sonuçta dokularda parsiyel oksijen basıncı (PO₂) düşer ve hipoksi gelişir. Karbonmonoksit, sitokrom oksidaz enzimini baskılayarak hipoksiyi artırır. Fetus kanında birikim anne kan düzeyine göre % 10-15 daha yüksek olup, dolaşımdan atılması daha yavaştır.

Toksik Miktar

Sekiz saatlik çalışma süresi için iş yeri havasında izin verilen karbonmonoksit düzeyi 25 ppm'dir. Yaşam ve sağlık için ani tehdit oluşturan miktarı ise 1200 ppm'dir. Maruz kalınan süre en az maruz kalınan miktar kadar önemlidir.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Karbonmonoksit Zehirlenmesinde Belirti ve Bulgular

Akut Zehirlenme Belirtileri	Kronik Zehirlenme Belirtileri	Hipoksinin Geç Dönem Sonuçları*
Şiddetli baş ağrısı	Şiddetli baş ağrısı	Rabdomiyoliz
Güçsüzlük, halsizlik	Bulantı, kusma	Kardiyojenik olmayan akciğer ödemi
Baş dönmesi	Karın ağrısı	Çoklu organ yetmezliği
Görme kaybı	Halsizlik	Yaygın Damar İçi Pıhtılaşma (DIC)
Unutkanlık	Bilişsel işlevlerde azalma	Akut tubuler nekroz
Grip benzeri belirtiler	Sersemlik hissi	Bilinç değişiklikleri
Bulantı-kusma	Uyuşmalar	İdrar, dışkı kaçırma
Göğüs ağrısı	Göz kararması	Mutizm
Kalp ritim bozukluğu	Homonium hemianopsi	Bellek bozuklukları
Bayılma	Papil ödemi	Parkinson benzeri belirtiler
Dikkat Bozukluğu	Retinada kanama	Kore
Uyuşmalar	Unutkanlık	Afazi
Motor ve serebellar bulgular	Kişilik değişiklikleri	Duygudurum bozuklukları
Letarji	Huzursuzluk	Kronik baş ağrısı
İnme	Cinsel işlev bozukluğu	Yer ve zamana uyum bozukluğu
Nöbet	Denge bozukluğu	
Koma		
Solunum durması		

* Belirtiler 2 gün-1 ay içinde görülebilir

Tanı

Ayrıntılı bir öykü ve özenli fizik bakımın yönlendirdiği aşağıdaki laboratuvar testlerinin yardımıyla konulabilir. COHb % 20-30'luk düzeylere ulaştığında zehirlenme bulguları ortaya çıkar, % 60-70'e ulaşıncaya koma ve ölüm görülebilir, COHb düzeyi ile klinik gidiş arasında her zaman doğrudan ilişki beklenmemelidir.

Özgül Yöntem

- Ko-oksümetre ile COHb düzeyi ölçümü

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

- Kan gazı (Metabolik asidoz saptanabilir)
- EKG (İskemik kalp hastalığı bulguları saptanabilir)
- Tam kan sayımı (Hemoglobin ve hematokrit yükselebilir)
- Serumda kreatinin kinaz ve myoglobin, idrarda myoglobin düzeyi (yükselebilir)
- Kan şekeri, kalp ile ilgili enzimler, beynin bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans (MR) ile görüntülenmesi ayırıcı tanı için kullanılabilir.
- Nabız-oksometre ile oksijen doygunluğu ölçümü karbonmonoksit bağı hipoksi tanısında yanlıcıdır, kullanılmamalıdır.

Ayırıcı Tanı

- Karbonmonoksit zehirlenmesinin belirtileri pek çok hastalığın ve zehirlenmenin belirtileriyle karışabilir.

Tablo 2. Karbonmonoksit Zehirlenmesi İle Karışabilen Durumlar

Sinir sistemiyle ilgili	Serebrovasküler olay Gerilim tipi baş ağrısı ve migren Menenjit ve ensefalit Parkinsonizm
Kalple ilgili	Kalp krizi Aritmiler
Toksikolojik	İlaç doz aşımı Etil alkol ve etilen glikol zehirlenmesi İlaç kötüye kullanımı
Ruhsal durumla ilgili	Anksiyete ve depresyon Akut konfüzyonel durum Hiperventilasyon sendromu
Enfeksiyon	Viral enfeksiyonlar Gastroenterit ve besin zehirlenmesi
Diğer	Akut karın Kafa travması

Tedavi

Tedavinin amacı yaşamsal organlara oksijen taşınmasını artırmaktır.

Acil ve Destekleyici Tedavi

Tedavi, COHb düzeyinden daha çok klinik belirtilere göre yönlendirilmelidir. Gerekiyorsa hastaya temel ve ileri yaşam desteği verilir, varsa koma ve konvülsiyon tedavi edilir (**Bkz. s. 10**). Zehirlenen kişi gebe ise fetusun izlenmesi gerekir. Eğer hasta, havalandırması kötü bir iş yerinde çalışıyorsa, ortam havasının temizlenmesi önerilmeli, nörolojik iyileşmeler 20 güne kadar uzayabileceğinden geç nörolojik etkiler için hastalar ikinci ve dördüncü haftalarda kontrole çağırılmalıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Karbonmonoksit zehirlenmesinin antidotu normobarik ve/veya hiperbarik oksijendir. Zehirlenen her hastaya % 100 normobarik oksijen yeniden solumasız maske aracılığıyla verilmelidir. Hiperbarik oksijen tedavisinin etkinliği tartışmalıdır.

Hiperbarik Oksijen (HBO) kullanım gerekçeleri:

- Uzun süren bilinç kaybı
- Koma, konvülsiyon
- EKG'de iskemi ya da ritm bozukluğu
- Belirtiler çok az da olsa % 25'in üzerindeki COHb düzeyi
- Gebe ve çocukta % 15'in üzerinde COHb düzeyi
- Metabolik asidoz

HBO kullanılmaması gereken durumlar:

- Uzamış diştan kalp masajı
- Pnömotoraks
- Tıkayıcı akciğer hastalığı (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı)
- Solunum yolu enfeksiyonları
- Epilepsi

HBO tedavisinin istenmeyen etkileri:

- Timpanik zar yırtılması
- Gerilim pnömotoraks
- Hipotansiyon
- Ritm bozuklukları
- Dekompresyon hastalığı

Arındırma

Karbonmonoksit ile zehirlendiği düşünülen hasta hemen açık havaya çıkarılmalıdır.

Atılmanın Artırılması

COHb yarılanma ömrü oda havasındaki oksijen ile soluyan hastada 320 dakika, yeniden solumasız maskeler aracılığı ile % 100 oksijen verildiğinde 60 dakika ve 2,8 atmosfer basınçlı % 100 hiperbarik oksijen tedavisi ile 23 dakikadır.

Belirtileri hafif olan ve 6 saatlik normobarik oksijen tedavisi sonrasında gerileyen hastalar evlerine gönderilebilirler. Belirtileri yinelerse hemen; yoksa 24-48 saat sonra yeniden değerlendirilmek üzere çağrılırlar. Kontrolde EKG, solunum sistemi değerlendirilmesi ve miyoglobüri bakılması iyi olur.

Sevk Ölçütleri

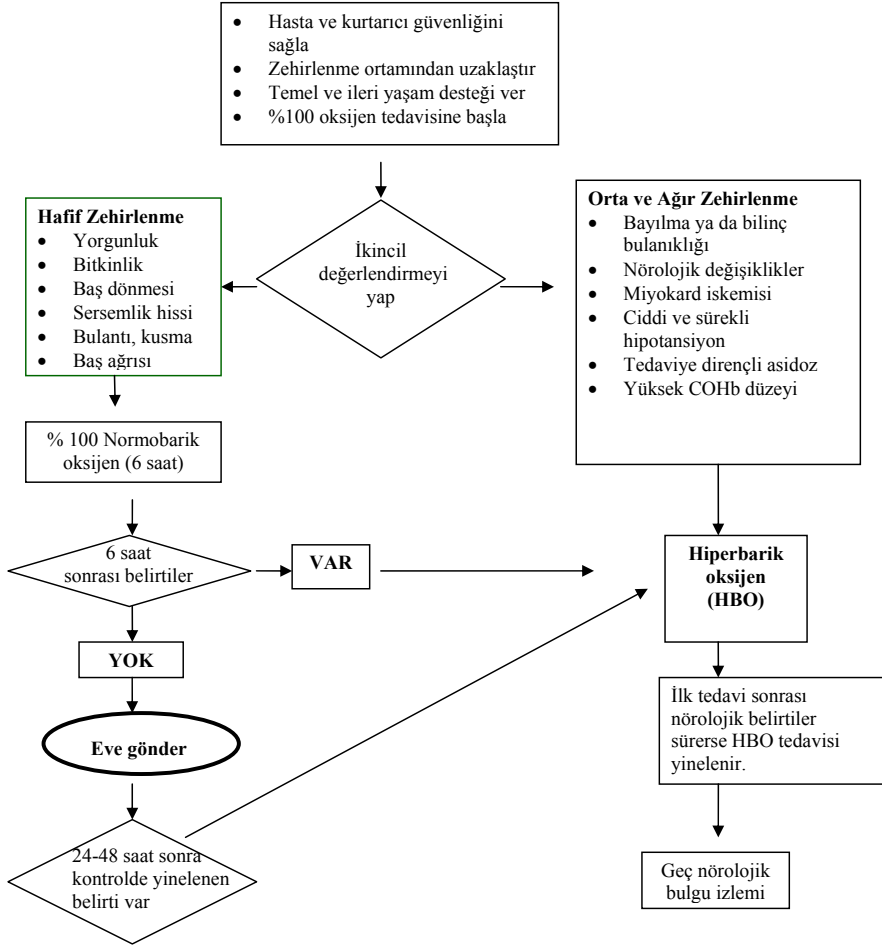
Belirtileri gerilemeyen hastalar hiperbarik oksijen tedavisi uygulanmak üzere bu tedavinin uygulanabileceği bir merkeze gönderilmelidir. Geç dönem nörolojik belirtileri çıkan hastaların nöroloji kliniği olan bir merkeze yönlendirilmelidir.

Korunma

Karbonmonoksit zehirlenmesi yaygın görülen ve engellenebilir zehirlenmelerdendir. Engellenebilmesi için topluma aşağıdaki önerilerde bulunulmalıdır:

1. Evinizde kullandığınız tüm ısıtma sistemlerinin ve bacaların bakımını, her yıl düzenli olarak yetkin kişilere yaptırınız.
2. Baş dönmesi, baş ağrısı, halsizlik, bulantı, görme bozukluklarından yakınıyor ve zehirlendiğinizden kuşkulaniyorsanız hemen bir sağlık kurumuna başvurunuz.
3. Ev içinde, kapalı garajlarda ya da pencere kenarlarında jeneratör ve bacasız ısıtma araçlarını kullanmayınız.
4. Banyo içinde şofben kullanmayınız ya da bu ısıtıcıların baca sistemlerinin etkin çalıştığından emin olunuz.
5. Pencere açık olsa bile kapalı garajınızda aracınızı çalışır durumda bırakmayınız

Karbonmonoksit Zehirlenmesinin Tedavisinde Akış Çizelgesi



Kaynaklar

1. Keith W, Meter V. Carbon Monoxide Poisoning. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, USA, McGrawHill, 2000:1302-1306.
2. S. Choi. Delayed Neurologic Sequelae in Carbon Monoxide Intoxication. Arch Neurol 1983;40:433-435.
3. Ellenhorn MJ. Respiratory Toxicology. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1465-1474.
4. Editorial Staff: Carbon Monoxide (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
5. Scheinkestel CD, Jones K, Myles PS, Cooper DJ, Millar IL, Tuxen DV. Where to Now With Carbon Monoxide Poisoning? Emerg Med Australas. 2004;16:151-4.
6. Buckley NA, Isbister GK, Stokes B, Juurlink DN. Hyperbaric Oxygen For Carbon Monoxide Poisoning : A Systematic Review and Critical Analysis of the Evidence. Toxicol Rev 2005;24:75-92.



BESİN ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Besin zehirlenmesi; bir mikroorganizma ya da toksini ile bulaşmış ya da kendisi toksik etki gösteren bir besini yemiş olan çoğu kez birden çok kişide aynı zamanda ortaya çıkan, sıklıkla mide, bağırsak ve merkezi sinir sistemi belirti ve bulgularının görüldüğü bir hastalık tablosudur. Çoğu bakteri kaynaklı olmakla beraber, kimyasal maddeler, parazitler ve viruslar da sorumlu olabilir. Yaz aylarında görülme sıklığı artmaktadır. Besin zehirlenmeleri, enfeksiyon etkenlerine bağlı olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırılır.

1. ENFEKSİYON ETKENLERİNE BAĞLI BESİN ZEHİRLENMELERİ

Tablo 1. Enfeksiyon Etkenlerine Bağlı Besin Zehirlenmelerinin Özellikleri

Sorumlu etken	Kuluçka süresi (saat)	Hastalığın Süresi	Belirtiler			Besinler
			Kusma	İshal	Ateş	
<i>S.aureus</i>	1-6	12-24 saat	+++	++	(-)	Et ve et ürünleri, süt ve süt ürünleri Konserve besinler
<i>Clostridium botulinum*</i>	12-36	Değişken	+	+	+	
<i>Clostridium perfringens</i>	6-24	12-24 saat	+	+++	(-)	Et ve et ürünleri, kümes hayvanları, et suyu, kurutulmuş yiyecekler Kümes hayvanları, yumurta, et, süt ürünleri, sebze, meyve
Tifo dışı Salmonellalar	12-72	3-10 gün	+	+++	++	Balık, kabuklu deniz hayvanları Et, çiğ süt, salam, salata sosu, marul
<i>Vibrio parahemolyticus</i>	4-96	1-7 gün	++	+++	++	Yumurta, sebze Domuz eti, çiğ süt
Enterohemorajik <i>E.coli</i>	48-120	2-12 gün	++	+++	+	Kümes hayvanları, çiğ süt Kabuklu deniz hayvanları
<i>Shigella</i>	7-168	2-10 gün	+	+++	+++	Krema, pilav, unlu besinler
<i>Yersinia enterocolitica</i>	48-240	3-20 gün	+	+++	+++	Peynir, çiğ süt, sosis, lahana, soğuk etler
<i>Campylobacter jejuni</i>	24-168	2-14 gün	+	+++	+++	Böğürtlen, sebze
<i>Vibrio cholerae</i>	6-120	1-7 gün	++	+++	+	Su, midye, salata, buz, meyve, soğuk sandviç
<i>Bacillus cereus</i>	6-16	12-24 saat	+	+++	(-)	
<i>Listeria monocytogenes</i>	11-70	Bilinmiyor	+	+	+++	
<i>Cyclospora cayatanensis</i>	24-300	1-5 hafta	+	+++	+	
Norwalk virus	12-48	1-2 gün	+++	+++	++	

+++ Büyük çoğunlukla, ++ sık sık, + çok sık değil, (-) seyrek

* Nörolojik bulgular belirgindir (Bkz. Botulizm).

2. ENFEKSİYON ETKENLERİNE BAĞLI OLMAYAN BESİN ZEHİRLENMELERİ

Kimyasal Maddelerle Besin Zehirlenmesi

Yiyecek ve içeceklerin kadmiyum, bakır, kurşun, çinko, antimon vb. içeren kaplarda saklanması ile besin zehirlenmesi oluşabilir. Bu maddeler sindirim kanalını zedeleyerek bulantı, kusma ve ishale yol açabilir. Belirtiler 24-48 saat sürer.

Uskumrugil Balık Zehirlenmesi

Uskumrugil (scrombidae) cinsi bazı balıklar (ton, torik, hamsi, vb) çok yüksek miktarda histidin içerirler. Histidin uygun olmayan koşullarda (20-30 °C) histamine dönüşerek histamin reaksiyonu oluşturur. Baltığın yenmesinden 30-120 dakika sonra yüzde ve boyunda kızarma, baş ağrısı, bulantı, kusma ve ishal oluşur. Seyrek olarak bronkospazm ve ürtiker görülür. Bazı olgularda şok ve kalpte ritim bozukluğu gelişebilir.

Deli bal (Acı bal) Zehirlenmesi (Bkz. s. 171)

Rhododendron (orman gülü, kumar) türü bitki polenleri grayanotoksin (andromedotoksin) içermektedir. Toksin çiçek özü toplayan arılar aracılığıyla bala karışmaktadır. Akut zehirlenme, bu bal yendikten 30-120 dakika sonra hipotansiyon, bradikardi, ağız çevresinde yanma, duyu kaybı, bulantı, kusma, aşırı terleme, konvülsiyon ve koma ile ortaya çıkar.

Patates Zehirlenmesi

Filizlenmiş ve güneşte bekleyerek yeşil renge dönüşmüş patatesin içindeki solanin maddesi zehirlenmeye yol açar. Bu patates yenildikten sonraki birkaç saat içerisinde baş ağrısı, ateş, karın ağrısı, bulantı ve ishal gelişir. Seyrek olarak dalgınlık, apati, sanrılar, parestezi, bradikardi, hipotansiyon ve solunum güçlüğü ortaya çıkabilir.

Amigdalın (kayısı, şeftali çekirdeği) Zehirlenmesi (Bkz. s. 171)

Mantar Zehirlenmesi (Bkz. s. 137)

Besinlere Bulaşmış İlaç ve Kimyasal Artıklar (Bkz. s. 83)

Tanı

Bulantı, kusma, ishal belirtileriyle gelen ve besin zehirlenmesi kuşkusu olan olguların değerlendirilmesinde Şekil 1'deki akış çizelgesi kullanılabilir. Besin zehirlenmesine çocuklar ve yaşlılar daha duyarlıdır.

Özgül Yöntemler

S. aureus, tifo dışı salmonella zehirlenmesinde kuşkulu yiyecek, dışkı ve kusmuk kültüründe mikroorganizma üretilebilir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Kusma ve ishali olan hastalarda elektrolitler ve kan gazları izlenmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği sağlanır (**Bkz. s. 1**). Besin zehirlenmesinde tedavi sıvı ve elektrolit dengesinin düzeltilmesi ve destekleyici tedavi temeline dayanır. Sıvı açığı kapatılır, asit ve baz dengesi sağlanır, kusma şiddetli ve sürekli ise antiemetik uygulanır. Şiddetli karın ağrısı için sedasyon ve analjezik verilmesi gerekebilir.

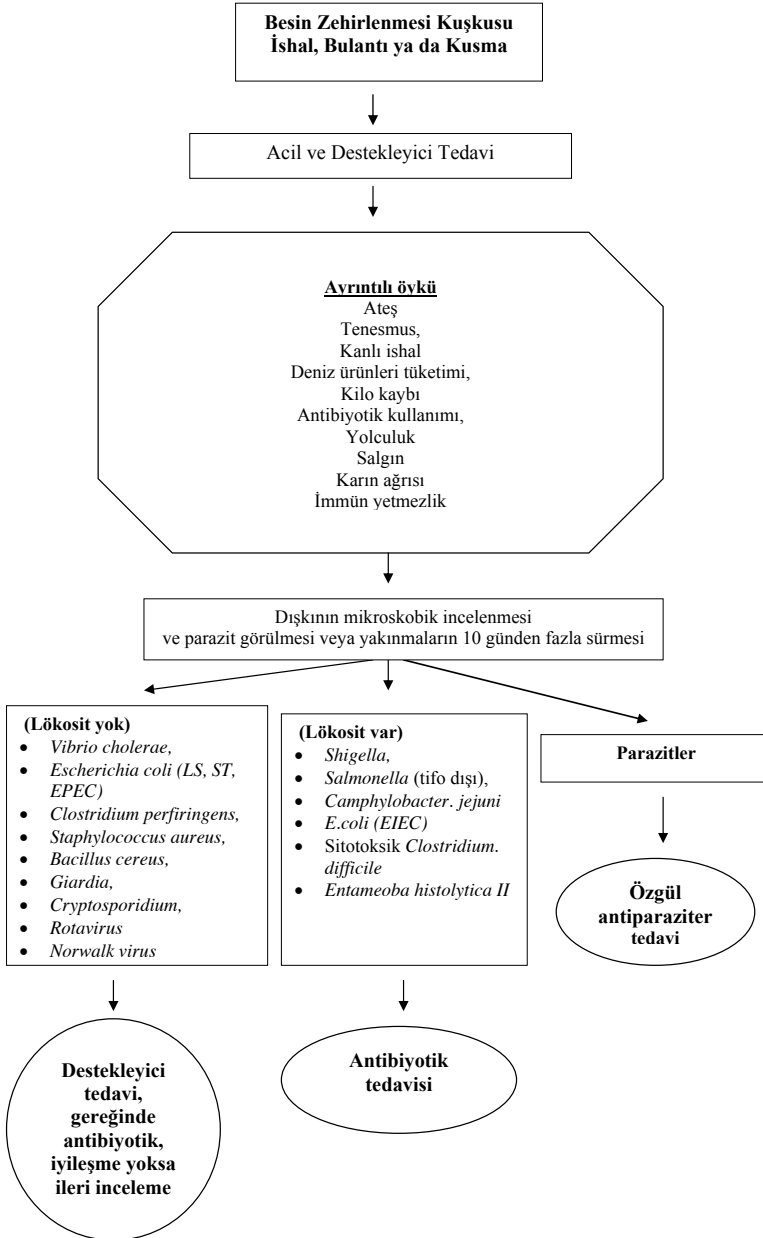
Özgül Antidot ve İlaç

- Besin zehirlenmelerinin çoğunda antibiyotik verilmesi gereksizdir. Sağlıklı yetişkin ve çocuklarda belirtiler genellikle 2-7 gün içinde geriler. İshal ve ateşin 5 günden uzun sürdüğü şiddetli olgularda hastanede izlem ve antibiyotik tedavisi gerekebilir. Antibiyotik seçimi antibiyogram sonucuna göre belirlenmelidir. Kültür ve antibiyogramın yapılamadığı ancak büyük olasılıkla salmonella enfeksiyonu düşünülen olgularda, yetişkinde fluorokinolon türevleri, bebeklerde ampisilin ya da seftriakson önerilmektedir.
- Kesin olarak tanı almış şigellosis, enterotoksijenik ve enteroinvaziv *E.Coli*, giardiazis, tifo, siklosporiadis ve kolera olgularında antibiyotik kullanılır.
- Uskumrugil balık zehirlenmesinde olguların çoğu tedavi gerektirmeden düzelse de antihistaminik tedaviye hızla yanıt verir. Difenhidramin ven içine yetişkinde 20-50 mg 2 dakikada (en çok 400 mg/gün) çocukta 1,2-5 mg/kg/doz (en çok 300 mg/gün) uygulanır.
- Deli bal ve solanin zehirlenmelerinde olguların çoğunluğu ilk 24 saat içinde kendiliğinden düzeler. Bradikardi varsa atropin ven içine yetişkinde 0,5-1 mg (en çok 3 mg), çocukta 0,02 mg/kg (en çok 0,5 mg) verilir.

Sevk Ölçütleri

Tedaviye karşın sıvı ve elektrolit dengesizliği düzelmeyenler, bebekler, kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, izlem sırasında genel durumu kötüleşen, kusma ve karın ağrısı düzelmeyen hastalar donanımlı bir sağlık merkezine gönderilmelidirler.

Şekil 1. İshal, bulantı ve kusma ile başvuran hastanın besin zehirlenmesi açısından değerlendirilmesi



Kaynaklar

1. Pavia AT. Foodborne and Waterborne Disease. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 2nd edition, USA, Churchill-Livingstone,2003:388-394.
2. Le Loir Y, Baron F, Gautier M. Staphylococcus Aureus and Food Poisoning. Genet Mol Res 2003;2:63-76. Review
3. Todd JK. Gram-Positive Bacterial Infections-Staphylococcus. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed, USA, Saunders Company; 2004:861-865.
4. Topçu AW. Tifo ve Tifo Dışı Salmonellozlar. İçinde: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, editörler. İnfeksiyon Hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1996:491-505.
5. American Medical Association; American Nurses Association-American Nurses Foundation; Centers for Disease Control and Prevention; Center for Food Safety and Applied Nutrition, Food and Drug Administration; Food Safety and Inspection Service, US Department of Agriculture. Diagnosis and Management of Foodborne Illnesses: A Primer for Physicians and Other Health Care Professionals. MMWR Recomm Rep. 2004;16;53:1-33.
6. Ellenhorn MJ. Food Poisonings. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1036-1077.
7. Nasreddine L, Parent-Massin D. Food Contamination by Metals and Pesticides in The European Union. Should We Worry? Toxicol Lett 2002;127:29-41.
8. Editorial Staff: Food Poisoning (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).



BOTULİZM - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Botulizm, *Clostridium botulinum* toksininin neden olduğu bir hastalıktır. **Besin kaynaklı botulizm**, ticari ya da evde hazırlanan konserve, sucuk ve jambon gibi anaerob, vakumlu, tuzsuz ya da şekersiz ortamda depolanmış besinlerin pişirilmeden yenmesiyle; **bebeklik botulizmi**, 1 yaşından küçük bebeklerde botulinum sporları içeren balın yenmesiyle; **yara botulizmi**, yaraya bulaşan sporların ürettikleri toksine bağlı oluşur. Botulinum toksini besinlere, suya karıştırılarak biyolojik terör aracı olarak kullanılabilir. Bu durumda ağız yoluyla alındığında ya da toz biçiminde bulunduğu zehirlenme tablosu oluşturur.

Toksik Miktar

Ağız yoluyla bir tadımlık (0,05 mikrogram) botulinum toksininin alınması bile zehirleyicidir. Öldürücü miktarları; 70 kg'lık bir yetişkinde ven içine verildiğinde 0,09-0,15 mikrogram, solunum yoluyla alındığında 0,8-0,9 mikrogram, ağız yoluyla alındığında 70 mikrogramdır.

Toksik Etki Mekanizması

Zehirlenmelerin çoğundan *C. botulinum*'un A, B, E ve seyrek olarak F tipi toksinleri sorumludur. *C. botulinum* toksini, periferik sinir sistemi ve kafa çiftlerinde presinaptik kolinerjik sinir uçlarından asetilkolin salıverilmesini engeller ve sinir kas kavşağında iletimi bozarak zehirleyici etkilerini gösterir. Besin kaynaklı botulizmde toksinle bulaşmış besinin yenmesi gereklidir. Bebeklik botulizminde ise bebeğe yedirilen balın içindeki sporların onun olgunlaşmamış mide bağırsak kanalında çoğalarak botulinum toksini oluşturduğu bilinmektedir. Yara botulizminin oluşması için de botulinum sporlarının yaraya bulaşması, üremesi ve toksinin açığa çıkması gereklidir.

Belirti ve Bulgular

Besin kaynaklı botulizm: Kuluçka süresi 12-36 saat olmakla birlikte 3 saatten 14 güne dek değişebilir. Çift görme, pitozis, midriyazis, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü ve ses kısıklığı en sık görülen belirti ve bulgulardır. Kabızlık, bulantı, kusma, idrar retansiyonu ve baş dönmesi de görülür. Kafa çiftlerinin uyardığı kaslardan başlayan simetrik, aşağı doğru, ilerleyici, duyu değişiklikleri olmayan gevşek felç, solunum yetmezliği ve ölümlü sonuçlanır.

Bebeklik botulizmi: Bir yaşından, özellikle 6 aydan küçük bebeklerde gelişir. Kabızlığı izleyen belirgin hipotoni, zayıf sesle ağlama, emme, yutma ve solunum güçlüğü, giderek başını tutamama görülür.

Yara Botulizmi: Genellikle deri içine ya da kas içine eroin enjeksiyonu sonucu oluşursa da açık kırıklar, diş apseleri, silah yaralanmaları ve sinüzit sonrası da olabilir. Kuluçka dönemi 1-3 haftadır. Belirtileri besin kaynaklı botulizmdeki gibidir.

Tanı

Öykü, belirti ve bulgularla konur. Boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, çift görme yakınmaları yanı sıra ev yapımı konserve yeme öyküsü olanlarda, çoğu kez aynı konserveden yiyen birden çok kişide besin kaynaklı botulizm akla gelmelidir. Botulizm düşünülen hastada myastenia gravis, poliomyelit, Guillain-Barré sendromu, diğer kimyasal madde ya da besin zehirlenmeleri, trişinöz ve difteri ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Kabızlık, hipotoni, emmeme belirtileri ve bal yedirilme öyküsü olan 1 yaşından küçük bebeklerde bebeklik botulizmi düşünülmelidir. Yara botulizminin tanısında madde bağımlılığı ve eroin kullanımı soruşturulmalıdır.

Özgül Yöntemler

Botulizmin kesin tanısı besinde, hastanın serumunda ve dışkıusunda özgül toksinlerin saptanması ile konur, ancak ileri laboratuvar yöntemleri gerektirdiği için uygulamada kullanılmaz.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Miyastenia gravis ve diğer felç yapan hastalıkları dışlamak için ayırıcı tanıda elektromiyografi kullanılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Botulizm kuşkusu olan her hasta mutlaka yoğun bakım koşullarında ve gerekirse ventilatör desteği ile izlenmelidir. Botulizme bağlı felç haftalar, hatta aylar sürebilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Besin kaynaklı botulizmin tek özgül tedavisi botulinum antitoksininin uygulanmasıdır. Polivalan botulinum antitoksini (Botulism Antitoxin Behring®, A,B,E tipi toksinlere karşı, 250 mL) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir. Antitoksin yalnızca serbest toksini nötralize ettiğinden belirtilerin başlamasından sonraki ilk 24 saat içinde verildiğinde en etkilidir. Botulizm kuşkusu ya da belirti ve bulguları olan hastalara 250 mL'lik 1 şişe antitoksin ven içine yavaş infüzyonla verilir. Belirti ve bulgular iyileşmezse 250 mL daha verilebilir ancak çoğunlukla gerekli değildir. Antitoksin verildikten sonra

hastalar en az 2 saat anafaksi ve şok gelişimi yönünden izlenmelidir. Antitoksin serum hastalığına da neden olabilir.

Bebeklik botulizm antitoksinin etkisi yoktur. Antibiyotik tedavisi de etkin değildir. İnsan kaynaklı botulizm immün globulini denetlenmektedir.

Yara botulizm cerrahi yara temizliği yanı sıra yüksek doz benzil penisilin ve antitoksin uygulanır.

Arındırma

Botulizm kuşkusu varsa, mide yıkaması ve aktif kömür nörotoksinlerin sindirim sisteminden daha fazla emilmesini önlemeye yardım eder. İleus tablosu yoksa katartikler uygulanabilir.

Atılmanın Artırılması

Etkin yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Botulizm kuşkusu ya da botulizm belirti ve bulguları olan tüm hastalar acil ve destekleyici tedavileri yapıldıktan sonra yoğun bakım koşulları, ventilatör desteği sağlanabilecek ve antitoksin uygulanabilecek bir sağlık kuruluşuna gönderilmelidir.

Korunma

Ev yapımı konserveler ve kapağı bombeleşmiş ticari konserveler yenmemeli, yiyecekler buzdolabı koşullarında saklanmalıdır. Botulinum toksini 85°C'de 5 dakika ısıtmakla etkinliğini yitirir, ancak sporların da ölmesi için 120°C'de en az 30 dakika kaynatılmalıdır. Bir yaşından küçük bebeklere bal verilmemelidir.

Kaynaklar

1. Long SS. Clostridium Botulinum (Botulism). In: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 2nd edition, USA, Churchill-Livingstone, 2003:984-991.
2. Anderson IB. Botulism. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:136-138.
3. Editorial Staff: Botulism (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Sobel J. Botulism. Clin Infect Dis 2005;41:1167-1173.



MANTAR ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Doğada yetişen ve yapısında toksik madde içeren bazı şapkalı mantarların taze, dondurulmuş, kurutulmuş ya da konserve olarak çiğ ya da pişirilerek yenmesi sonucu görülür. Özellikle ilkbahar ve sonbahar aylarında zehirlenmelerin görülme sıklığı artar. Toksinin türüne göre değişen belirti ve bulgular erken (İlk 2 saat) ya da geç (>6 saat) ortaya çıkar.

Toksik Etki Mekanizması

Zehirlenmeden sorumlu toksinin niteliğine göre değişir. Etki mekanizması aydınlatılmayan birçok mantar türü sindirim sistemi mukozasında irritasyonla toksik etkiler yapar.

- **Muskarin**, muskarinik kolinerjik reseptörleri uyararak asetilkolin benzeri etkiler oluşturur.
- **İbotenik asit** glutamat reseptör agonistidir.
- **Musimol** GABA reseptör agonistidir.
- **Koprin**, aldehid dehidrogenaz enzimini inhibe ederek “disulfiram benzeri” etki yapar.
- **Siklopeptidler (amatoksin, fallotoksin, virotoksin)** hücrelerde RNA polimeraz II enzimini bloke ederek karaciğer ve böbrek hasarına yol açar.
- **Monometilhidrazin** piridoksal fosfat antagonistidir.
- **Psilosibin ve psilosin**, LSD benzeri etkileri ile sanrılara neden olur.
- **Orellin ve orellanin**, nefrotoksiktir ve böbrek tubuluslarında hasara yol açar.

Toksik Miktar

Muskarin içeren 100g taze mantarın yenmesi ile toksik belirtiler ortaya çıkar. **İbotenik asit** 30-60 mg, **musimol** 6 mg alındığında toksik etkileri ortaya çıkar (2-20 mantar şapkası). **Koprinin** toksik etkileri 10-20 mg alındığında görülür. **Amatoksinin** 0,1 mg/kg'ının ağız yoluyla alınması öldürücüdür. Bir amanita şapkası yaklaşık 10-15 mg amatoksin içerdiğinden tek bir mantar bile ölüme neden olabilir. **Monometilhidrazinin** 10-30 mg/kg'ı çocukta, 20-50 mg/kg'ı yetişkinde öldürücü etki gösterir. **Psilosibin** 12 mg'ın üzerindeki miktarlarda toksiktir. **Orellin** ve **orellanin** içeren taze mantarlardan 100-200 g/kg (3-10 mantar şapkası) yenmesi öldürücüdür.

Belirti ve Bulgular

Zehirlenme bulgularının ortaya çıkma süresine göre mantar zehirlenmeleri, erken ve geç belirti gösterenler olarak iki gruba ayrılır. Mantarın içerdiği toksin türüne göre değişen belirti ve bulgular Tablo 1 ve 2’de gösterilmiştir. Doğada yetişen ve halk tarafından zehirsiz olduğu bilinen bazı mantarlar bile yenildiğinde bulantı, kusma ve ishal gibi sindirim sistemine ait belirtiler oluştururlar. Bakteriyel bulaş, alerjik reaksiyonlar ve mantar bitkisinin topraktan aldığı ağır metaller nedeniyle sindirim sistemi bulgularıyla giden besin zehirlenmeleri de görülebilir.

Tanı

Mantar yeme öyküsü, belirti ve bulguların değerlendirilmesi ile konur. Mantar örneğinin makroskopik ya da mikroskopik incelemesiyle mantarın türü saptanabilir ancak, bu yöntem zordur ve zaman kaybına yol açar. Öncelik zehirlenmeye genel yaklaşım ilkelerinin uygulanmasına verilmelidir.

Öyküde mutlaka sorulması gereken sorular:

- Belirtiler mantar yendikten kaç saat sonra ortaya çıktı?
- Kaç tür mantar yendi?
- İlk yakınmalar nelerdir?
- Son 72 saat içerisinde alkol alındı mı?
- Mantarı yiyen herkes hastalandı mı?
- Mantar yemeyip hastalanan var mı? (Etken mantar değildir)
- Mantarın toplandığı ve saklandığı koşullar nedir? (Besin zehirlenmesinden ayırtetmek için)

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Amatoksine bağlı karaciğer ve/veya böbrek hasarının tanısı ve izlemi için karaciğer ve böbrek işlev testlerine bakılır. Sindirim kanalında irritasyon yapan mantarlarla zehirlenmeye bağlı sıvı elektrolit dengesizliğinde elektrolit düzeyleri izlenir. Komayla gelen hastada ayırıcı tanı için kan şekeri ölçülür.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Temel ve ileri yaşam desteği gereksinimi değerlendirilir ve gerekliyse verilir. Varsa koma, konvülsiyon, hipotansiyon ve sıvı elektrolit dengesizliği tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**). Amatoksin içeren mantar yeme kuşkusu varsa zehirlenme belirti ve bulgusu olmayan hastalar en az 24 saat hastanede yakın gözlem altında, 24-72 saat

süreyle karaciğer ve böbrek işlev testleri ölçülerek izlenir. Türkiye’de var olduğu gösterilmeyen orellin ya da orellanın içeren mantarlarla zehirlenme kuşkusunda böbrek işlevlerinin bozulmasının 14 güne kadar gecikebileceği akılda tutulmalıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Mantar zehirlenmelerinde özgül bir antidot yoktur. Kullanılan antidotlara yardımcı antidot demek daha doğrudur (Tablo 3).

Penisilin G: Amatoksin içeren mantar zehirlenmesinde yüksek doz penisilin G, ven içine 300,000-1,000,000 U/kg/gün infüzyonla verilebilir, ancak etkinliğini kanıtlanmamıştır.

Silibinin (Legalon® SIL, Silybin dihidrojensüksinat): Amatoksin içeren mantar zehirlenmesinde yükleme dozu 5 mg/kg ven içine 1 saatte verildikten sonra 20 mg/kg/gün hızda infüzyonla karaciğer işlev testleri normale dönünceye dek uygulanır.

Piridoksin: Monometilhidrazin içeren mantar zehirlenmesinde konvülsiyonların tedavisinde 20-30 mg/kg ven içine verilir.

Atropin: Muskarin içeren mantar zehirlenmesinde kolinerjik belirtilerin tedavisinde ven içine yetişkinde 1-2 mg, çocukta 0,01-0,05 mg/kg verilir. İbotenik asit ve musimol içeren mantar zehirlenmelerinde kullanılması sakıncalıdır.

Metilen mavisi: Methemoglobinemiye yol açan Gyromitra sendromuna neden olan mantar zehirlenmesinde, yetişkin ve çocuklara 1-2 mg/kg (% 1’lik çözeltiden 0,1-0,2 mL/kg) ven içine birkaç dakikada yavaş infüzyonla verilir, 30-60 dakika içinde yinelenabilir.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. Mide 1 saat içinde yıkanır, aktif kömür verilir. Amatoksin içeren mantar zehirlenmelerinde, amatoksinin enterohepatik siklusa girmesi nedeniyle aktif kömür yinelenen dozda verilebilir (**Bkz. s. 18**).

Atılmanın Artırılması

Amatoksin içeren mantar zehirlenmesinde ilk 48 saat içinde yapılabilirse, hemofiltrasyon, hemodiyaliz ve plazmaferezin yararlı olduğu bildirilmektedir. Amatoksine bağlı ciddi karaciğer yetmezliğinde karaciğer transplantasyonu gerekir.

Sevk Ölçütleri

Amatoksin, orellin ya da orellanın içeren mantar zehirlenmesi kuşkusu varsa hasta donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Tablo 1. Erken Belirti Gösteren Mantar Zehirlenmeleri

Belirti ve bulguların ortaya çıkış süresi	Sendromlar ve etken mantar türleri	İçerdiği toksin	Türkiye'de sık görülen bölgeler	Belirti ve bulgular	Tedavi
0,5-2 saat	Pantherina sendromu 1. <i>Amanita muscaria</i> (Gelin mantarı), 2. <i>Amanita pantherina</i>	İbotenik asit, musimol	Karadeniz Bölgesi, Kars, Bolu, Bursa, Balıkesir, Akdeniz Bölgesi, İstanbul	Yetişkinlerde sersemlik, uykuya eğilim, deliryum, disfori, sanrılar, çocuklarda hiperaktivite, miyoklonus,	Semptomatiktir. <u>Atropin kesinlikle kullanılmaz.</u>
0,5-2 saat	Muskarin sendromu ▪ <i>Clitocybe dealbata</i> ve <i>phyllophila</i> ▪ <i>Inocybe fastigiata</i> , <i>geophylla</i> ve <i>patouillardii</i> ▪ <i>Mycena pura</i> ve <i>rosea</i>	Muskarin ve diğer muskarinik bileşikler	İstanbul, Bursa, Bolu, Balıkesir, İzmir, Sinop, Samsun, Elazığ, Van, Isparta, Kars, Bitlis, Diyarbakır, Muş, Uşak, Manisa, Malatya, İçel, Meşin, Konya, Adana Doğu Karadeniz, Elazığ, Malatya, Isparta, Konya, Van, Eskişehir, Akdeniz Bölgesi, Aksaray, Kars, Muş, Bitlis	Kolinergik belirtiler, hipotansiyon, bulanık görme, miyozis, bronkospazm	Atropin
Alkol alındıktan 30 dk-5 gün sonra	Köprinus sendromu (Disülfram benzeri etki) <i>Coprinus atramentarius</i>	Koprin	Yüz ve boyunda kızarma, taşikardi, hipotansiyon, metal tadı, bulantı, kusma ve terleme	Semptomatiktir. Mantar yendikten sonra en az 5 gün mantar yenmemelidir.	Semptomatiktir.
0,5-2 saat	Gastrointestinal sendrom Farklı tür birçok mantar kimyasal bileşik	Farklı yapıda bir çok kimyasal bileşik	Türkiye'de sık rastlanır.	Bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı	Semptomatiktir. Sıvı elektrolit dengesizliği düzeltilir.

Tablo 2. Geç Belirti Gösteren Mantar Zehirlenmeleri

Belirti ve bulguların ortaya çıkış süresi	Sendromlar ve etken mantar türleri	İçerdiği toksin	Türkiye'de sık görülen bölgeler	Belirti ve bulgular	Tedavi
6-24 saat (ortalama 10-13 saat)	Phallooides sendromu <i>Amanita phalloides</i> (Evcik kıran, köy göçüren), <i>A.verna</i> , <i>A. virosa</i> , <i>Galerina marginata</i> , <i>G. unicolor</i> , <i>Leptota brunneoincarnata</i> , <i>L. helveola</i>	Amatoksin, fallotoksin, virotoksin	Türkiye'de sıktır.	1. evre (6-24 saat): Bulantı, kusma, ishal, ateş, taşikardi, sıvı elektrolit ve asit baz dengesizliği 2. evre (25-72 saat): Belirti ve bulgularda geçici iyileşme, karaciğer ve böbrek işlev testlerinde bozulma 3. evre (3-5 gün): Karın ağrısı, sarılık, ağır karaciğer ve böbrek yetmezliği, çoklu organ yetmezliği, koma ve ölüm	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destek tedavi ▪ Aktif kömür ▪ Penisilin G ▪ Silibinin ▪ Hemoperfüzyon, hemofiltrasyon, plazmaferez ▪ Böbrek yetmezliği varsa hemodiyaliz ▪ Karaciğer yetmezliği varsa karaciğer transplantasyonu
4-12 saat	Gyromitra sendromu <i>Gyromitra esculenta</i> (Kuzugöbeği ebesi), <i>G. gigas</i> , <i>G. ambigua</i> , <i>Hebella crispa</i> , <i>Paxina leucomelas</i> ,	Gyromitirin (Monometilhidrazin)	Türkiye'de tüm bölgelerde yetişir.	Şişkinlik, bulantı, kusma, sulu ya da kanlı ishal, karın ağrısı, kas krampları, konvülsiyon, hepatit, böbrek yetmezliği, methemoglobinemi, koma ve ölüm (5-7 gün)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destek tedavi ▪ Piridoksin ▪ Metilen mavisi
24 saat- 14 gün	<i>Sarcosphaera crassa</i> Orellanus sendromu <i>Cortinarius orellanus</i> , <i>C. orellanoides</i>	Orellin, orellanın	Türkiye'de varlığı bilinmiyor.	Gastrit ve böbrek yetmezliği	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Destek tedavi ▪ Zorlu diürez yapılmaz. ▪ Hemodiyaliz ▪ Böbrek transplantasyonu

Korunma

Kültür mantarı dışında mantar kesinlikle yenmemelidir. Bir mikolojist (mantar uzmanı) tarafından incelenmeden doğadan toplanan bütün mantarlar zehirli olarak kabul edilmelidir.

Kaynaklar

1. Mat A. Türkiye’de Mantar Zehirlenmeleri ve Zehirli Mantarlar, 2.baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004.
2. Yurdun T. Mantar Zehirlenmelerinde Laboratuvar Tanı Yöntemleri ve Tedavi İlkeleri. İçinde: Küçükardalı Y, ed. Mantar Zehirlenmelerinin Tanı ve Tedavisi, İstanbul, İzdüşüm Yayınları, 2001:33-47.
3. Editorial Staff: Mushrooms (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Enjalbert F, Rapior S, Nougier-Soule J, Gullion S, Amouroux N, Cabot C. Treatment of Amatoxin Poisoning: 20-Year Retrospective Analysis. *J Toxicol Clin Toxicol* 2002;40(6):715-757.
5. Marquardt K, Mushrooms. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:271-275.
6. Leikin JB, Paloucek FP. Poisoning and Toxicology Compendium, 1st edition, Hudson, Lexi-Comp Inc, 1998:805-808.
7. Goldfrank LR. Mushrooms. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank’s Toxicologic Emergencies, 7th edition, NewYork, McGrawHill, 2002:1115-1128.



AKREP SOKMASI - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Türkiye’de bulunan 12 adet akrep türünden en sık rastlanana *Mesobuthus gibbosus* türüdür ve tüm bölgelerde özellikle İç Anadolu ile Ege Bölgesi’nde yaygındır. Çoğunlukla sarımsı kahverengi renkte ve yaklaşık 6-7 cm uzunluktadır (Resim 1).



Resim 1. *Mesobuthus gibbosus*

© Photo: Dietmar Huber

www.ub.ntnu.no/scorpion-files/a_crassicauda4.jpg
http://www.futura-sciences.com/uploads/tx_oxcsfutura/comprendre/d/images/gibbosus.jpg



Resim 2. *Androctonus crassicauda*

Androctonus crassicauda, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin egemen türüdür (Tablo 1, Resim 2). Türkiye’de bulunan diğer türlere göre iri yapılı (9-10 cm) olan bu koyu kahverengi ya da siyah renkli akrepler, insanlar için en tehlikeli türler arasında yer almaktadır.

Toksik Etki Mekanizması

Zehirlenme belirti ve bulgularından akrep venomunun yapısındaki sindirim enzimleri ve nörotoksinler sorumludur. Nörotoksinler sodyum ve potasyum kanal akımını değiştirerek sinir kas kavşağı ve otonom sinir sisteminin aşırı uyarılmasına neden olur.

Toksik Doz

Akrep zehir kesesinin dolu ya da boş olmasına göre enjekte edilen venom miktarı değişkendir. Her sokma zehirlenme ile sonuçlanmayabilir.

Belirti ve Bulgular

Bölgesel: Yanıcı ağrı, eritem, şişlik ve parestezi

Sistemik: Hipertansiyon, hipotansiyon, taşikardi, terleme, kas güçsüzlüğü, çift görme, nistagmus, akciğer ödemi, aşırı uyarılabilirlik, kas seyirmeleri, tükürük ve ter salgısında artış, pıhtılaşma bozukluğu, konvülsiyon, kas felci ve koma

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. *Mezobuthus gibbosus* sokmasına bağlı olarak daha çok bölgesel belirtiler görülürken *Androctonus crassicauda* öldürücü zehirlenmelere neden olabilir. Her iki tür akrep sokmasında da, 10 yaşından küçük çocuklar ve 65 yaşın üzerindekiilerde ciddi toksik etki ve ölüm riski fazladır.

Özgül Yöntemler

Yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Androctonus crassicauda sokmasında lökositoz ve hiponatremi görülür. Serum amilaz ve kreatin fosfokinaz düzeyleri yükselir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**). Küçük çocuklar ve 65 yaşın üzerindeki yetişkinler yatırılarak tedavi edilmelidir.

- Konvülsiyon varsa diazepam ven içine yetişkinde 5-10 mg, en çok 30 mg; çocukta 5 yaşın altında 0,1-0,3 mg/kg, 5 yaşın üstünde 1-2 mg, en çok 10 mg verilir. Diğer seçenek midazolam (ven içine 0,1-0,2 mg/kg)'dır.
- Hipertansiyonda yetişkinlerde benzodiazepinlerle sedasyon (ven içine diazepam 5-10 mg, gerekirse 5-10 dakikada bir yinelenerek) yararlıdır. Taşikardi yoksa, nitroprussid (ven içine 0,1-10 mikrogram/kg/dk % 5 dekstrozun sudaki çözeltisi içinde) ya da nitrogliserin (yetişkinlere ven içine infüzyonla, 5-100 mikrogram/dk) verilir. Nitrogliserinin 40 mikrogram/dk'dan daha hızlı infüzyonunun methemoglobinemiye neden olabileceği unutulmamalıdır. Taşikardiyle birlikteyse, esmolol ven içine 25-100 mikrogram/kg/dk ya da propranolol ven içine (Türkiye'de ven içine verilecek ticari biçimi yoktur) 0,02-0,1 mg/kg verilir.
- Kardiyojenik şok ve akciğer ödeminin tedavisinde dobutamin (Konsantre Dobutamin® 250 mg/20 mL flakon, ven içine 5-20 mikrogram/kg/dakika infüzyonla) verilir.
- Ağrıyı azaltmak için opioid türevleri verilir (Tablo 1).

Tablo 1. Analjezik Olarak Kullanılan Opioidlerin Dozları

Opioidler	Yetişkin Dozu	Çocuk Dozu
Morfin	2-10 mg (ven içine) 10-15 mg (kas içine ya da deri altına)	0,2-0,5 mg/kg (ağız yoluyla) 0,05-0,2 mg/kg (ven ya da kas içine)
Meperidin	25-100 mg (kas içine)	0,5-2 mg/kg (kas içine)
Fentanil	50-200 mikrogram (ven içine)	3-5 mikrogram/kg (ven ya da kas içine)

Özgül Antidot ve İlaç

Akrep antivenomunun etkinliği tartışmalıdır. Sistemik belirti ve bulgular gözlemlendiğinde antivenom uygulanabilir. Antivenom, at serumu kaynaklı olması nedeniyle anafilaksi ve serum hastalığına neden olabilir. Deri döküntüleri, yüzde özellikle dudaklarda ve göz kapaklarında ödem, bronkospazm (öksürük, soluk almada güçlük), solgunluk ve hipotansiyon gibi belirtiler yönünden hasta izlenmelidir. Alerji öyküsü olanlar ya da geçmişte antivenom almış olan hastalar IgE taşıdıklarından anafilaksi için yüksek risk grubundadırlar. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı *Androctonus crassicauda* türü akrep sokmasına özgül antivenom üretmektedir.

Prazosin (ağız yoluyla 30 mikrogram/kg 6 saatte bir belirtiler düzelinceye kadar) özellikle çocuklarda akrep sokmasına bağlı ölüm oranını azaltmaktadır.

Arındırma

Sokulan yer su ve sabun ile yıkanır. Tetanoz profilaksisi yapılır. Ağrıyı azaltmak için yara üzerine kısa süreli buz ya da soğuk uygulanır. Sokulan bölge kesilerek kanatılmaz, turnike uygulanmaz ve amonyak sürülmez.

Sevk Ölçütleri

Ciddi sistemik bulguları olan hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Korunma

Ayakkabılar ve elbiseler silkelendikten sonra giyilmeli, çıplak ayakla dolaşılmalı, yataklar yatmadan önce kontrol edilmeli, taşlar elle kaldırılmamalı, evlerin sıvaları iyi yapılmalı ve evin bol güneş alması sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Demirsoy A, Durmuş Y, Akbulut A, Türkiye Scorpiones (Akrep) Faunasının Sistematik ve Biyolojik Yönden İncelenmesi, T. C. Çevre Bakanlığı, Rapor. No: 1998 K 100140, 2001:118.
2. Hahn IH, Lewin NA. Arthropods. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, NewYork, McGrawHill, 2002:1573-1588.
3. Osnaya-Romero N, de Jesus Medina-Hernandez T, Flores-Hernandez SS, Leon-Rojas G. Clinical Symptoms Observed in Children Envenomated by Scorpion Stings at The Children's Hospital From The State of Morelos, Mexico. *Toxicon*, 2001;39:781-785.
4. Abroug F, Elatrous S, Nouria S, Haguiga H, Touzi N, Bouchoucha S. Serotherapy in Scorpion Envenomation: A Randomized Controlled Trial. *Lancet* 1999;354:906-909.
5. Bawaskar HS, Bawaskar PH. Clinical Profile of Severe Scorpion Envenomation in Children at Rural Setting. *Indian Pediatrics* 2003;40:1072-1081.
6. Ismail M. Treatment of Scorpion Envenoming Syndrome: 12-years Experience With Serotherapy. *Int J Antimicrobial Agents*. 2003;21(2):170-174.
7. Biswal N, Bashir RA, Murmu UC, Mathai B, Balachander J, Srinivasan S. Outcome of Scorpion Sting Envenomation After a Protocol Guided Therapy. *Indian J Pediatr* 2006;73:577-582.



ARI SOKMASI - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Hymenoptera grubundan bal arısı, eşek arısı, sarıca arı ve yaban arısı sokmasıyla oluşur.

Toksik Etki Mekanizması

Arı venomu (zehiri) peptidler, enzim etkisi olmayan proteinler (apamin, melitin, kinin, mastoparan), enzimler (fosfolipaz A ve B, hiyaluronidaz) ve vazoaaktif aminler (histamin ve serotonin) içerir. Bal arısı venomunda türe bağlı olarak tek tip fosfolipaz bulunmasına karşın yaban arısı ve eşek arısında farklı tipte fosfolipazların bulunması, insanlarda arı sokmalarına karşı değişik şiddette alerjik olayların ortaya çıkmasına neden olur.

Toksik Miktar

Arının zehir bezinin dolu ya da boş olmasına göre enjekte edilen venom miktarı değişkendir. İmmünolojik toksik yanıt bireysel duyarlılığa göre değişir. Bağışıklık sisteminin duyarlı olduğu dönemde ya da bireysel genetik yapı farklılığı nedeniyle tek bir arının sokması bile ölüme neden olabilir. İmmünolojik olmayan ciddi toksik etkiler 150'den fazla bal arısı ya da 20'den fazla eşek arısı sokmasından sonra ortaya çıkar.

Belirti ve Bulgular

Bölgesel belirtiler: Sokma bölgesinde ağrı, kaşıntı ve kızarıklık

Aşırı duyarlılık belirtileri: Hafif (baş ağrısı, ateş, halsizlik, kızarıklık, eklem ağrısı), orta dereceli (baş dönmesi, karın ağrısı, bulantı, kusma, hırıltılı solunum, sokulan yerin şişmesi) ya da, şiddetli (nefes almada zorlanma, kasılma, konuşma yeteneğinde ve duyuda zayıflama) belirtiler görülebilir. Kan basıncı düşmesi, bilinç kaybı ve solunum güçlüğü kötüye gidiş işaretleridir. Ağız, dil ve boğaz gibi ödemi solunum güçlüğüne neden olan bölgelerden arı sokmasının sonuçları daha ağırdır. Duyarlı kişilerde 5-8 dakika içinde şiddetli bulgular ortaya çıkabilir, 20-30 dakika içinde ağız ya da boyun çevresinde şişme, bilinç kaybı, solunum güçlüğü, kan basıncı düşmesi gelişebilir. Ölüm 1-96 saat içinde görülür.

İmmünolojik olmayan toksik belirtiler: Ödem, kusma, ishal, baş ağrısı, hipotansiyon, konvülsiyon, koma, böbrek yetmezliği çok sayıda arının sokması sonucu oluşur. Geç belirtiler hemoliz, pıhtılaşma bozuklukları, trombositopeni, rabdomiyoliz, karaciğer yetmezliği ve yaygın damar içi (DIC) pıhtılaşmadır.

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. Tanıda kullanılan özgül yöntem yoktur. Çok sayıda arının sokmasında tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek işlev testleri, pıhtılaşma testleri yapılmalıdır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

- Gerekirse temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**).
- Arının soktuğu bölgeye buz uygulanması şişmeyi azaltır ve venomun emilimini geciktirir. Uygulama 30 dakika aralıklarla 15 dakika süreyle buz konulması biçiminde yapılır.
- Hidrokortizon içeren merhemler deride lezyon oluşumunu engeller.
- Hafif, orta dereceli alerjik belirtiler varsa antihistaminik uygulanır.
- Anafilaksi varsa; adrenalin (Adrenalin® ampul 0,25 mg/mL (1:4000), 0,5 mg/mL (1:2000) ve 1 mg/mL (1:1000)'lık ampullerde) yetişkinde 0,3-0,5 mg dozda deri altına ya da kas içine, çocukta 0,01 mg/kg deri altına, en çok 0,5 mg verilir. Yanıt alınamıyorsa 10-15 dakikada bir yinelenir. Ciddi anafilakside ise adrenalin ven içine, yetişkinde 5-10 dakikada bir 0,05-0,1 mg, çocukta 0,01 mg/kg, en çok 0,1 mg verilir. Ven içine infüzyon hızı 1-4 mikrogram/dakikadır. Ven yoluyla verilemiyorsa endotrakeal tüp içine 0,5 mg verilebilir.
- Bronkospazm varsa beta₂ agonisti bronkodilatörler (Salbutamol) yetişkinde püskürtme (ilk 4 saatte 20 dakikada bir 4-8 püskürtme, daha sonra 4 saatte bir 2-4 püskürtme) ile ya da nebulizatörle (2,5-5 mg, gerektiğinde yinelenerek), çocukta nebulizatörle (0,10-0,15 mg/kg, en çok 2,5 mg, gerektiğinde yinelenerek) verilir.
- Metilprednizolon ven içine yetişkinde 1-2 mg/kg, 6-8 saatte bir, çocukta 1-2 mg/kg (en çok 125 mg) 6 saatte bir verilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Yoktur.

Arındırma

Sokulan bölge bol su ve sabunla yıkanır, antiseptik bir madde sürülerek enfeksiyon riski azaltılır. Sokulan bölge sıkılmaz. Kronik inflamasyon ya da derin dokuya işleyerek granülom oluşumunu engellemek amacıyla arı iğnesi cımbız yardımıyla çıkarılır. Tetanoz profilaksisi yapılır.

Atılmanın Artırılması

Etkin bir yöntem yoktur.

Korunma

Daha önce arı sokmasına karşı alerjik reaksiyon görülen kişilere, yanlarında adrenalın ampülü ve enjektör taşımaları gerektiği belirtilmeli ve bunların kullanılışı öğretilmelidir. Arı sokmasından korunmak için arı bulunan açık alanlarda parfüm, saç spreyi ve losyon gibi böcekleri çekebilecek kokulardan, açık renkli, parlak giysilerden kaçınılmalıdır.

Sevk Ölçütleri

Arı sokmasına bağlı aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişen ya da çok sayıda arının sokmasına bağlı ciddi toksik etkilerin görüldüğü hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Banks BEC, Shipolini RA. Biochemistry and Pharmacology of Honeybee Venom. In: Piek T, ed. Venoms of the Hymenoptera: Biochemical, Pharmacological and Behavioural Aspects, Orlando:FL, Academic Pres, 1986:330-403.
2. Editorial Staff: Hymenoptera Stings (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
3. Clark RF. Hymenoptera. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:225-226.



ÖRÜMCEK ISIRIĞI - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Örümcek ısırığı sıcak aylarda daha sık görülür. Örümceğin en zehirli türleri “Karadul Örümceği” ve “Kahverengi Örümcek”tir. Venomları (zehirleri) çok güçlüdür.

Toksik Etki Mekanizması

Karadul örümceğinin venomu nörotoksiktir. Sinir kas kavşağında ve postganglionik noradrenerjik sinapslarda kalsiyum kanallarının açılmasına, böylece asetilkolin ve noradrenalin salıverilmesine neden olur. Isırdığı bölgede nekroz yapan kahverengi örümceğin venomu ise lokal ve sistemik toksik etkilerinden sorumlu olan çok sayıda sindirim enzimi ve hücre zehiri içerir.

Toksik Miktar

Toksik etkiler bedene giren venomun miktarına ve kişinin yetişkin ya da çocuk olmasına göre değişir.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Örümcek Isırığının Belirti ve Bulguları

Karadul Örümceği

(Black widow, *Latrodectus mactans*)

1-2 cm boyunda, parlak siyah renkli, karın bölgesinde kırmızı çizgiler



Black widow spider

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19582.htm>

Lokal

- Isırma yerinde hafif şişlik ya da iğne batması biçiminde ağrı
- Eritemli ısırık izi, ürtiker ve kaşıntı
- 1-2 saat içinde artan dayanılmaz şiddette yaygın ağrı

Sistemik

- Yaygın ağrı ve kas krampları
- Karın, omuz ve sırtta kas rijiditesi
- Hipertansiyon ve taşikardi
- Baş ağrısı
- Anksiyete ve sanrılar
- Pitozis, göz çevresinde ödem
- Bulantı, kusma, aşırı terleme
- Solunum zorluğu, tükürük salgısında artma
- Böbrek yetmezliği (oligüri, anüri)

Örümceğin Adı ve Özellikleri

Örümceğin Adı ve Özellikleri Kahverengi Örümcek (Brown recluse, *Loxosceles reclusa*)

1-3 cm boyunda, koyu kahve renkli, gövdesinde keman biçiminde işaret



Brown recluse spider

www.in.gov/dnr/entomolo/images/recluse.jpg

Belirti ve Bulgular

Belirti ve Bulgular

Lokal

- Ağrısız, kaşıntı ve lokal sıcaklık artışı
- 1-2 saat içinde eritem ve 24 saat içinde ekimozla çevrili vezikül
- Nekroz oluşumu ile mavi renk (Boğa gözü görünümü)

Sistemik (24-72 saatte başlar)

- Ateş, üşüme, titreme, halsizlik
- Kas ve eklem ağrıları, bulantı, kusma
- Yaygın ürtiker
- Solunum yetmezliği
- Hemoliz, trombositopeni, yaygın damariçi pıhtılaşma (DIC)
- Böbrek yetmezliği

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur. Parlak siyah renkli bir örümcek tarafından ısırılma öyküsü varsa karadul örümceği ısırığı, deride nekroz saptanmışsa kahverengi örümcek ısırığı akla gelmelidir.

Özgül Yöntemler

Taniya özgül bir test yoktur.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Karadul örümceği ısırığı kuşkusu varsa kan gazları, karaciğer ve böbrek işlev testleri değerlendirilmelidir. Ayırıcı tanıda yaygın karın ağrısı ve lökositozla giden akut karın, kas iskelet sistemi hastalıkları, miyokard iskemisi, dermatitler, diğer eklemli hastalıkları ve hipertansiyon dışlanmalıdır. Kahverengi örümcek ısırığından kuşulanıldığında karaciğer ve böbrek işlev testleri ve tam kan sayımı yapılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Temel ve ileri yaşam desteği gereksinimi değerlendirilir, gerekliyse verilir (**Bkz. s. 1**). 10 yaşından küçük ve 65 yaşından büyükler, şiddetli ağrı ve ısırk bulgusu olanlar ile kalp hastalığı olanlar hastaneye yatırılmalı, en az 24 saat izlenmelidir.

Karadul örümceği ısırığı:

- Ağrıyı gidermek için opioid analjezikler kullanılır. Morfin, yetişkinde 2-10 mg ven ya da kas içine, çocukta 0,1-0,2 mg/kg kas içine ya da 0,05-0,1 mg/kg ven içine, 2-4 saatte bir yinelenerek verilir. Koma ve solunum yetmezliği olan hastalarda steroid olmayan antiinflamatuvar analjezikler kullanılır.
- Hastanın aşırı terleme sonucunda kaybettiği sıvı kristalloid çözeltiler kullanılarak yerine konulmalıdır.
- Kas gevşemesi ve sedasyon sağlamak amacıyla benzodiazepinler kullanılır. Çocukta 0,1-0,2 mg/kg ven içine 3 dakikadan uzun sürede ya da 0,3 mg/kg ağızdan, yetişkinde 2-10 mg, 5 mg/dk'yı aşmayacak biçimde ven içine ya da ağızdan uygulanır. Uygulama 1-4 saat aralıklarla yinelenenbilir. Kas içine diazepam uygulanmaz.

Kahverengi örümcek ısırığı:

- Ürtiker varsa kortikosteroid ve antihistaminikler uygulanır.
- Nekrotik ülserin tedavisinde dapson ve hiperbarik oksijen uygulamasının yararına ilişkin kesin kanıt yoktur.

Özgül Antidot ve İlaç

Her iki tür örümceğin ısırığına karşı antivenom Türkiye'de yoktur.

Arındırma

Su ve sabunla yara temizlenir. Varsa enfeksiyon tedavi edilir. Ağrıyı azaltmak amacıyla soğuk ya da sıcak pansuman yapılır. Tetanozdan koruyucu aşı ve/veya antikor kullanılır. Isırılan bölge kesilerek kanatılmaz, turnike uygulanmaz ve amonyak sürülmez.

Atılmanın Artırılması

Etkin bir yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Destekleyici tedaviye yanıt vermeyen ve organ yetmezliği gelişen örümcek ısırığı olguları acil tedavileri yapıldıktan sonra donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Hahn IH, Lewin NA. Arthropods. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGrawHill, 2002:1573-1578.
2. Editorial Staff: Spider-Latrodectus Species, Spiders-Other (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
3. Isbister GK, White J. Clinical Consequences of Spider Bites: Recent Advances in Our Understanding, *Toxicon* 2004;43(5):477-92.
4. Karcioğlu O, Gumustekin M, Tuncok Y, Celik A. Acute Renal Failure Following Latrodectism. *Vet Hum Toxicol* 2001;43(3):11-163.



YILAN ISIRIKLARI - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Türkiye’de yaşadığı saptanan 41 yılan türünden 28’i zehirsiz, 13’ü zehirlidir. Zehirli yılanların 10 türü *Viperidae* (Engerekgiller), 2 türü *Colubridae* ve 1 türü de *Elapidae* (Kobralar) ailesine aittir.

Ülkemizde Bulunan Engerek Yılanları

- | | |
|---|---|
| • <i>Vipera monspessulanus</i> : Çukurbaş yılan | 4. <i>Vipera pontica</i> : Çoruh engereği |
| • <i>Vipera ammodytes</i> : Boynuzlu engerek | • <i>Vipera raddei</i> : Ağrı engereği |
| • <i>Vipera barani</i> : Baran engereği | 5. <i>Vipera ursinii</i> : Küçük engerek |
| • <i>Vipera kaznakovi</i> : Kafkas engereği | 6. <i>Vipera wagneri</i> : Vagner engereği |
| • <i>Vipera lebetina</i> : Koca engerek | 7. <i>Vipera xanthina</i> : Şeritli engerek |

Toksik Etki Mekanizması

Zehirli yılan venomu pıhtılaşma mekanizmalarını etkileyen bazı maddeleri, ödeme ve inflamasyona neden olan serotonin ve histamin gibi otakoidleri, bazı proteolitik enzimleri ve nörotoksinleri içerir. Bu maddeler deri altı yapılarda ve kapiller endotelinde yıkım oluştururlar. Ayrıca hemolize ve pıhtılaşma bozukluğuna neden olurlar. Nörotoksinler ise sinir kas kavşağında iletimi engelleyerek etkisini gösterir.

Toksik Miktar

Venomun gücü ve ısırma sonucu dokuya geçen miktarı değişkendir. Yılan ısırıklarının yaklaşık % 20’si, yılan venomunu daha önce boşaltmış olduğundan zehirlenmeye neden olmaz.

Belirti ve Bulgular

Bölgesel Belirtiler

Genellikle ısırılmadan sonraki bir saat içinde, ağrı, ödem, kol ya da bacakta ödeme bağlı kompartman sendromu, eritem, kanama, ekimoz, lenfanjit, lenfadenopati, bül, doku nekrozu ve deri soyulmaları biçiminde görülür. Ödem 48-72 saat içinde ısırılan bölgeden yayılabilir.

Sistemik Belirtiler

Zehirin cinsine göre aşağıdaki belirti ve bulgulardan biri ya da birkaçı gelişir.

- **Sindirim sistemi:** Bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı, seyrek olarak kanama
- **Dolaşım sistemi:** Taşikardi, hipotansiyon, dolaşım yetmezliği, şok, EKG’de T dalga düzleşmesi ya da ters dönmesi, atrium fibrilasyonu, ikinci derece atriyum ventrikül blokları, taşiaritmiler
- **Sinir sistemi:** Baş dönmesi, anksiyete, uyku hali, bilinç değişiklikleri, seyirmeler, seyrek olarak konvülsiyon ve kafa çiftlerinde paralizi
- **Böbrekler:** Proteinüri, hematüri, oligüri, şok ve hemolize ikincil akut böbrek yetmezliği
- **Solunum:** Bronkospazm, akciğer ödemi, takipne, anjiyonörotik ödem, özellikle çocuklarda akut akciğer hasarı
- **Kan:** Trombositopeni, lökositoz, orta derecede anemi, PT ve PTT uzaması, hemoliz belirtileri olmaksızın fibrinojen azalması ve fibrin yıkım ürünlerinde artış
- **Göz:** Kobra gibi tüküren yılanlarda konjonktivit, ağrı, fotofobi, kornea ülseri
- **Diğer sistemik belirtiler:** Seyrek olarak kas güçsüzlüğü, alerjik reaksiyonlar, terleme, titreme, ağız çevresinde ve periferde paresteziler, hiperpotasemi ve hipoglisemi

Tanı

Yılan ısırma öyküsü ya da zehirlenmeye ilişkin bulguların görülmesi ile konur (Tablo 1, Şekil 1). Diğer zehirli hayvan ısırıklarından ayırt edilmelidir.

Tablo 1. Zehirli Ve Zehirsiz Yılan Ayrımı

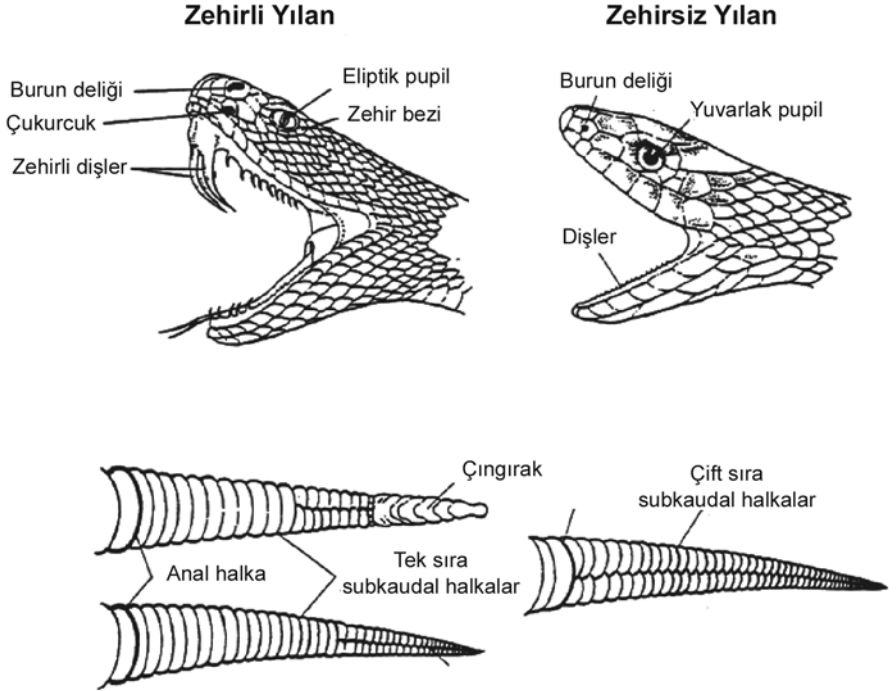
Özellik	Zehirli Yılan	Zehirsiz Yılan
Morfoloji	Desenli ve renkli	Yalın desenli veya desensiz
Baş-boyun	Üçgen başlı ve belirgin boyunlu	Baş oval ve boyun belirsiz
Pul-plaka	Baş ve vücuttaki pullar aynı büyüklükte ve baştaki pullar arasında küçük plaka var	Başın üst kısmı aynı büyüklükteki plakalar ile kaplı ve arada küçük plakalar yok
Gözbebeği	Dikey elips	Yuvarlak
Kuyruk yapısı	Künt olarak sonlanır	Kuyruk gittikçe incelen yapıdadır

Özgül Yöntemler

Kan ya da serumda venomun analizi yapılmaz.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Trombositopeni, lökositoz, orta derecede anemi, PT ve PTT uzaması, fibrinojen azalması ve fibrin yıkım ürünlerinde artış saptanır.



Şekil 1. Zehirli ve zehirsiz yılanların morfolojik özellikleri

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Zehirli yılan ısırığı olduğundan kuşkulanan her hasta en az 6 saat gözlenmelidir. Gözlem sırasında sistemik etkiler gelişen ya da ödemi yayılan hastalar yatırılarak en az 24 saat gözlenmelidir. Hipotansiyon varsa tedavi edilir (**Bkz. s. 9**).

Özgül Antidot ve İlaç

Engerek türlerine etkili 'polivalan yılan antivenomu', yılan ısırmasına bağlı şok, hızlı ilerleyen yaygın ödem, nörotoksik bulgular, uzun süren sindirim sistemi belirtileri, pıhtılaşma bozukluğu, metabolik asidoz, hemoliz, ciddi hipotansiyon, spontan kanama, EKG değişiklikleri varsa verilmelidir. Yılan venomuna bağlı pıhtılaşma bozukluğunun ve kompartman sendromunun en etkin tedavisi antivenom uygulamasıdır. Antivenom at serumundan elde edildiği için ciddi allerjik reaksiyonlar görülebilir. Anafaksi tedavisi için, ikinci bir damar yolu açık bulundurulmalıdır. Vipser Venom Antiserum Avrupa (10 mL vial, Zagrep) İl Sağlık Müdürlüklerinden sağlanabilir.

Yetişkin ve çocukta kas içine ya da ven içine 10 mL verilir. Yaşamı tehdit eden ciddi yılan ısırmasında ven içine 40 mL antivenom yavaş olarak -olası anafaksi tedavisi için gerekli koşullar altında- uygulanmalıdır.

Arındırma

Isırılan bölge su ve sabunla yıkanır. Isırılan bölge kesilerek kanatılmaz, emilmez, turnike uygulanmaz ve amonyak sürülmez. Tetanoz profilaksisi yapılır.

Atılmanın Artırılması

Bilinen etkin bir yöntem yoktur.

Sevk Ölçütleri

Ödemi yayılan ya da sistemik belirtiler gelişen hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Demirsoy A. Türkiye Omurgalıları – Sürüngenler. Danışmanlar: Tok V, Baran İ, Atatürk M, Budak A, Ankara, Meteksan A.Ş., 1997.
2. Uğurtaş İH. Türkiye'de Yaşayan Zehirli Yılanlar, Isırık ve Sokmalar, Klinik Toksikoloji Derneği 10. Toplantısı Kitabı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2004:5-10.
3. Clarke RF. Snakebite. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:343-345.
4. Ellenhorn MJ. Envenomations-Bites and Stings. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1737-1775.
5. Editorial Staff: European Snakes, Snakes Middle Eastern (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
6. White J. Snake Venoms and Coagulopathy. Toxicol 2005;45:951-967.



BAĞIMLILIK YAPAN MADDELERLE

ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Kötüye kullanılan ve bağımlılık yapan çok sayıda madde zehirlenmeye neden olur. Sık kullanılan bağımlılık yapan maddeler ve kullanım biçimleri aşağıda gösterilmiştir:

- 1- Opioid analjezikler (afyon, morfin, eroin, fentanil, meperidin): Ven ya da kas içine, deri altına, ağızdan, koklama ile, sigara içinde.
- 2- Sedatif, hipnotik ve anksiyolitik ilaçlar (Benzodiazepinler, barbitüratlar): Ven içine ya da ağızdan.
- 3- Amfetamin ve türevleri, diğer sempatomimetikler (MDMA=Ecstasy, efedrin, metilfenidat): Ven içine, ağızdan, sigara içinde.
- 4- Kokain: Ven içine, ağızdan, koklama ile, sigara içinde, deri yoluyla.
- 5- Kannabinoidler (Esrar ve marihuana): Ağızdan, sigara içinde ya da nargile ile.
- 6- Halüsinojenler (LSD, fensiklidin, psilosibin içeren mantarlar, boru otu): Ağızdan, sigara içinde.
- 7- Uçucu maddeler (Benzin, kerosen, toluen (Bally®, Derby®), ksilen, plastik ve kauçuk, boyalar, vernikler, etanol, aerosoller, aseton, yapıştırıcılar içindeki çözücüler): Koklama ile.
- 8- Etil alkol: Ağızdan

Toksik Etki Mekanizması

Yukarıdaki maddelerin çoğu merkezi sinir sistemine çeşitli düzeylerde uyarıcı ya da baskılayıcı etkiler yaparlar.

Toksik Miktar

Amfetamin ve türevleri: Terapötik aralığı dardır. Uzun süreyle kullanıldıklarında tolerans gelişir. Dekstroamfetaminin 1 mg/kg'ın üzerinde, Ecstasy'nin 200 mg'ın üzerinde alınması yaşamı tehdit eder.

Kokain: Toksik dozu bireysel toleransa göre değişir, 1 g ve üzerinde alındığında öldürücüdür.

Kannabinoid: 30 mg/kg dolaşıma karışırsa öldürücüdür.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Bağımlılık Yapan Maddelerle Zehirlenmelerde Belirti, Bulgular ve Ayırıcı Tanı

Madde	Sık görülen belirti ve bulgular	Ayırıcı Tanı
Opioid analjezikler	Bilinç değişikliği, koma ve konvülsiyon, huzursuzluk, uyuşukluk, kişilik değişiklikleri, bulantı, kusma, iştahsızlık, baş dönmesi, inme, terleme, miyozis, hiper ve hipotermi, hipoglisemi, hipotansiyon, ritim bozukluğu, solunum baskılanması, akciğer ödemi, bronkospazm, bağırsak seslerinde azalma ve ileus, karaciğer yetmezliği, akut böbrek yetmezliği, kas spazmı.	Hipoglisemi, hipoksi, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, ponsta kanama, organofosfat ve karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenme, klonidin, fenotiyazin, sedatif hipnotik ilaçlarla zehirlenme, karbonmonoksit zehirlenmesi
Amfetaminler ve diğer sempatomimetikler	Aşırı konuşkanlık, huzursuzluk, yerinde duramama, uykusuzluk, paranoid eğilim, görsel ve işitsel sanrılar, ağız kuruluğu, kilo kaybı, görme bulanıklığı, bulantı, kusma, dalgınlık, deliryum, konvülsiyon, koma, baş ağrısı, midriyazis, tremor, ağızda kötü koku, taşikardi, aritmi, yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC), trismus, terleme, fasikülasyon, kore, distoni, takipne, hipo ve hipertansiyon, hipertermi, rabdomiyoliz, akut böbrek yetmezliği, karaciğer yıkımı, dolaşım yetmezliği, niştagmus, hiponatremi	Akut koroner sendrom, ensefalit, menenjit, hipo ve hiperkalsemi, malign nöroleptik sendrom, status epileptikus, distonik reaksiyon, alkol ve benzeri madde alınması, şizofreni, subaraknoid kanama, kokain, halusinojenik ilaç ve mantar, sempatomimetik ilaçlarla zehirlenmeler, yoksunluk sendromu

Tablo 1. Bağımlılık Yapan Maddelerle Zehirlenmelerde Belirti, Bulgular ve Ayırıcı Tanı

Madde	Sık görülen belirti ve bulgular	Ayırıcı Tanı
Halüsinojenler	8-12 saat süresince bellekte geri dönüş, uyum bozukluğu, görsel sanrılar, paranoid düşünce, gerçeği değerlendirme yeteneğinin kaybı, kişilik bozukluğu, akut psikotik reaksiyon, bulantı, kusma, özkıyım ya da öldürme eğilimleri, midriyazis, göz yaşarması, ataksi, hiperemik konjonktiva, taşikardi, hipertansiyon, konvülsiyon, kas güçsüzlüğü	Yoksunluk sendromu, deliryum tremens, demans, amnezi, deliryum, ensefalit, epidural ve subdural enfeksiyonlar, herpes enfeksiyonları, hipoglisemi, hiponatremi, menenjit, alkol ve benzeri madde, amfetamin, antikolinerjik, antidepresan, antihistaminik, karbamazepin, klonidin, kokain, etilen glikol zehirlenmeleri, organoklorlu böcek öldürücüler ve halüsinojenik mantarlar ile zehirlenmeler
Kannabioidler	Duygulanım ve davranış bozuklukları, huzursuzluk, kuşkuculuk, uygunsuz gülmeler, zaman algısında bozulma, depresyon, iştah artışı, ağız kuruluğu, kısa süreli bellek kaybı, midriyazis, hiperemik konjonktiva, bilinç değişikliği ve koma, ataksi, motor eşgüdümde azalma, miyoklonik kasılmalar, hipotoni, solunum baskılanması, nistagmus, hipo ve hipertermi, dalgınlık, taşikardi, postural hipotansiyon	Yoksunluk sendromu, bipolar duygudurum bozuklukları, depresyon, panik bozukluk, şizofreni, anksiyete, distimik bozukluk, uçucu madde, kokain, fensiklidin, halüsinojenler, alkol ve benzeri madde zehirlenmeleri, nikotin bağımlılığı, damar içi madde kullanımı

Tablo 1. Bağımlılık Yapan Maddelerle Zehirlenmelerde Belirti, Bulgular ve Ayırıcı Tanı

Madde	Sık görülen belirti ve bulgular	Ayırıcı Tanı
Uçucu maddeler	Öfori, algı değişikliği, anlaşılmaz konuşma, psikotik belirtiler, bilinç değişikliği, kendisine ve çevresine zarar verme, nefeste koku, dudak çevresinde beyaz halka, ventrikül fibrilasyonu, taşikardi, karaciğer, böbrek, akciğer hasarı, nistagmus, ataksi, solunum ve merkezi sinir sistemi baskılanması, konvülsiyon, yüz ve boyunda kızarıklık	Diğer hidrokarbonlarla zehirlenmeler, yoksunluk sendromu.
Kokain	Titreme, göğüs ağrısı, baş dönmesi, huzursuzluk, iştah azalması, kişilik değişikliği, ateş, aşırı konuşkanlık, midriyazis, tremor, konvülsiyon, merkezi sinir sistemi uyarılması, hipertermi, kafa içi kanama, akut distonik reaksiyon, hipoglisemi, hipoksi, elektrolit bozuklukları, hipertansiyon, ritim bozukluğu, kalp krizi, kardiyomiyopati, pnömotoraks, akciğer embolisi, spontan düşük, plasenta ayrılması, piloereksiyon, mezenterik iskemi, rabdomyoliz, depresyon ve paronoya, deliryum, koma.	Akut koroner sendrom, ensefalit, menenjit, hipo ve hiperkalsemi, malign nöroleptik sendrom, status epileptikus, alkol ve benzeri madde alımı, paranoid şizofreni, halusinojenik ilaç, mantar, semptomimetik ilaç zehirlenmeleri, inme, kafa içi kanama, hipertansif kriz, yoksunluk belirtileri.

Tanı

Öykü, belirti ve bulgulara dayanılarak konur.

Özgül Yöntemler

İdrarda toksikolojik analiz ile bağımlılık yapıcı maddelerin niceliksel ölçümü yapılarak tanı desteklenir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Ritim bozukluklarının tanısında EKG yardımcıdır. Elektrolit, glukoz, BUN, kreatinin ve kreatinin fosfokinaz enzim ölçümleri oluşabilecek organ işlev bozukluklarını tanımak amacıyla yapılır.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Hipotansiyon, hipoglisemi, konvülsiyon tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**).

- Hipokalsemi (< 9 mg/dL) varsa kalsiyum glukonat levülinat (Calcium-Picken®), % 10'luk 10 mL ampul ven içine 5-10 dakikada, çocukta 0,6 mL/kg (en çok 10 mL), yetişkinde 10 mL verilir.
- Ajitasyon ve anksiyete varsa diazepam çocukta 0,1-0,2 mg/kg ven içine 3 dakikadan uzun sürede ya da 0,3 mg/kg ağızdan, yetişkinde 2-10 mg, 5 mg/dk'yı aşmayacak biçimde ven içine ya da ağızdan uygulanır. Uygulama 1-4 saat aralıklarla yinelenebilir. Kas içine diazepam uygulanmaz.

Tedavide Dikkat Edilmesi Gereken Özel Durumlar

1. Lizerjik asit dietilamid (LSD) zehirlenmesinde gelişebilecek ajitasyonun tedavisinde klorpromazin (Largactil®) kullanılmaz.
2. Halusinojenik amfetamin (Ecstasy) zehirlenmesine bağlı taşikardi ve hipertansiyon tedavisinde ilk seçenek benzodiazepinlerdir.
3. Kokain zehirlenmesinde gelişen akut koroner sendromun tedavisinde ilk seçenek benzodiazepinlerdir. Beta blokörler kokain zehirlenmesinde kalple ilgili belirtileri şiddetlendireceklerinden kullanılmaz.
4. Tedavisi tamamlanan hastalar mutlaka psikiyatrik yönden değerlendirilmelidir.

Özgül Antidot ve İlaç

Nalokson (Naloxone®, nalokson hidroklorür, 0,4 mg ampul): Opioid analjeziklerle zehirlenmenin antidodudur. Ven içine, yetişkinde 0,4-2 mg, 5 yaşından küçük çocuklarda 0,1 mg/kg, 5 yaşından büyük çocuklarda en az 2 mg verilir 2-3 dakika aralıklarla 10 mg'a kadar çıkılabilir. Opioid analjezik bağımlısı olduğundan kuşkulanan hastalarda yoksunluk sendromu oluşabileceğinden naloksonun küçük dozları (0,05 mg) ile tedaviye başlanır.

Flumazenil: Flumazenil (Anexate®), 0,5-1 mg, 5-10 ml'lik ampul):

Benzodiazepinlerin antidotudur. Koma ile gelen hastada birden fazla ilaç alındığı kuşkusuna varsa ayırıcı tanıda kullanılır. Benzodiazepinlerin uzun etki süreli ilaçlar olmalarına karşın flumazenil kısa etki sürelidir. Bu nedenle benzodiazepin zehirlenmesinde antidot olmaktan çok tanı amacıyla kullanılır. Koma ile gelen yetişkinde ven içine verilen 0,2 mg flumazenile yanıt alınmazsa doz önce 0,3 mg'a daha sonra 0,5 mg'a çıkarılır ve 30 saniyede bir yinelenir (en çok 3 mg). Komadaki çocukta ven içine 0,01 mg/kg (en çok 1 mg) uygulanır. Etkisi 1-5 saat içinde sonlanacağından hasta yakından izlenmelidir. Uygulama yinelenen ven içine 0,2-1 mg/saat infüzyonla verilir. Benzodiazepin bağımlısı hastada yoksunluk sendromu oluşturabilir.

Arındırma

Hasta kusturulmaz. Ağız yoluyla alınmışsa 1 saat içinde mide yıkaması yapılmalı ve aktif kömür verilmelidir. Eroin ve kokain gibi paket içinde yutulmuş maddelerle zehirlenmelerde tüm bağırsak yıkaması yapılır (**Bkz. s. 19**).

Atılmanın Artırılması

Bağımlılık yapıcı ve kötüye kullanılan maddelerin çoğu dokulara iyi dağıldığından bu maddelerin uzaklaştırılmasında hemodiyaliz ve hemoperfüzyon etkili değildir.

Sevk Ölçütleri

Destekleyici tedaviye karşın hastanın yaşamsal işlevleri normale dönmüyorsa ve sıvı, elektrolit dengesizliği varsa donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

Kaynaklar

1. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Drugs of Abuse. In :Ellenhorn MJ Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellerhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:306-339.
2. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Amphetamines and Designer Drugs. In :Ellenhorn MJ Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellerhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:340-355.
3. Doyon S. Opioids. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczyinski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, USA, McGrawHill, 2000:1109-1112.
4. Perrone J, Hoffman RS. Stimulants, Cocaine and Amphetamines. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczyinski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, USA, McGrawHill, 2000:1112-1116.
5. Hansen KN. Hallucinogens. In:Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczyinski JS, eds. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 5th edition, USA, McGrawHill, 2000:1117-1121.
6. Editorial Staff: Cocaine, Amphetamines, LSD (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
7. Keckes SA. Fluid, Electrolytes and Acid-Base Management. In: Erickson TB, Ahrens WR, Aks SE, Baum CR, Ling LJ, eds. Pediatric Toxicology, NewYork, McGraw-Hill, 2005:160-170.



ALKOLLERLE ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

En sık etanol (etil alkol), metanol (metil alkol) ve etilen glikol ile zehirlenmeler görülmektedir.

Etanol, alkollü içecekler (bira; % 4-6, şarap; % 10-20, viski; % 40-45, rakı; % 40-45), dezenfektan amaçlı (% 70) çözeltiler, kolonya (% 40-60) ve bazı gargaralar, tıraş losyonları, parfümler ve ilaçlar içinde bulunur.

Metanol, ispirto, kaçak üretilen kolonya, rakı ve diğer alkollü içkiler, boya çıkarıcılar, vernik, antifriz, teksir makinası ve araba camı yıkama sıvıları içinde bulunur. Küçük miktarlarda alındığında bile zehirleyici etki yapabildiğinden tanınması çok önemlidir.

Etilen glikol, cam temizleyici çözeltiler ve antifriz içinde bulunur.

Toksik Etki Mekanizması

Etanol merkezi sinir sistemi üzerine baskılayıcı etki yaparken, metanol formik aside, etilen glikol asitik metabolitlerine dönüşerek toksik etkilerini gösterir.

Toksik Miktar

Etanol: Yetişkinde akut alınmada öldürücü miktar 300-400 mL saf etanoldur. Kronik kullanıcıların etanole dayanıklılıkları daha fazladır.

Metanol: Yetişkinde öldürücü miktar 30-200 mL (0,5 mL/kg) saf metanoldür.

Etilen glikol: Yetişkinde öldürücü miktar ortalama 100 mL (1,4 mL/kg) dir.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Alkollerle Akut Zehirlenmelere Bağlı Belirti ve Bulgular

	Belirti ve bulgular	Laboratuvar inceleme bulguları
Etanol	Bulantı, kusma, öfori, çift görme, denge bozukluğu, baş dönmesi, ince motor eşgüdüm kaybı, karar verme ve değerlendirme yetisinde bozulma, yürüme ve denge bozukluğu, letarji, solunum baskılanması, koma	Metabolik (laktik) asidoz ve ketoasidoz, nonpankreatik hiperamilazemi (tükrükteki izoamilaza bağlı), özellikle çocuklarda hipoglisemi

Tablo 1. Alkollerle Akut Zehirlenmelere Bağlı Belirti ve Bulgular

	Belirti ve bulgular	Laboratuvar inceleme bulguları
Metanol	Evre I (Alınma sonrası ilk saatler) Sarhoşluk, gastrit	Evre I (Alınma sonrası ilk saatler): Ozmolar açıkta artış
	Evre II (Asemptomatik dönem, 3-30 saat)	Evre II (Asemptomatik dönem, 3-30 saat)
	Evre III (Semptomatik dönem) Halsizlik, baş ağrısı, kusma, karın ağrısı, görme bozuklukları (çift görme, bulanık görme, karyagdı görünümü (tipili bir alanda yürüyormuş gibi), renk saptamada değişiklikler, görme alanında daralma, optik diskte hiperemi ya da solukluk, venöz dolgunluk, papil ödemi, idrarda formaldehid kokusu, karın ağrısı, kusma, ishal, konvülsiyon ve koma, bradikardi, taşikardi, kalp yetmezliği, hipotansiyon, pankreatit, toksik ensefalopati, polinöropati, parkinsonizm, böbrek yetmezliği, Kussmaul solunumu	Evre III (Semptomatik dönem) Yüksek anyon açıkli metabolik asidoz, ciddi hipopotasemi
Etilen Glikol (antifriz)	Evre I (0,5-12 saat): Bulantı, kusma, etanol zehirlenmesinde olduğu gibi geçici sarhoşluk ve öfori, merkezi sinir sistemi baskılanması, koma, hipotoni, hiporefleksi, konvülsiyon Evre II (12-24 saat): Taşikardi, takipne, hipertansiyon, hiperventilasyon, hipoksi, konjestif kalp yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) Evre III (24-72 saat): Oligüri, hematüri, proteinüri, böbrek yetmezliği ve anüri	İdrarda kalsiyum oksalat kristalleri, hipokalsemi, yüksek anyon açıkli metabolik asidoz

Tanı

Ayrıntılı bir öykü ve özenli bir fizik muayene sonucunda yukarıdaki belirti ve bulguların saptanmasıyla konur.

Ayrırcı Tanı

Zehirlenme kuşkusu olan hastada alkol bağımlılığı ile birlikte kolonya ya da ispiroto içme öyküsü varsa metanol ile zehirlenme olasılığı düşünölmelidir. Alkollerle zehirlenme düşünölen hastalarda aşğıdaki durumlar gözönüne alınmalıdır:

- Bağımlılık yapıcı madde alınması
- Bilinç kaybına neden olan diğeri ilaçlarla ya da toksinlerle zehirlenme
- Hiperglisemi koması
- Hipoglisemiye neden olan durumlar
- Pankreatit
- İnme, subaraknoid kanama

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Havayolu, solunum, dolaşım durumu değeriendirilerek gerekliyse temel ve ileri yaşam desteğı verilir. Koma, konvülsiyon ve hipoglisemi tedavi edilir (**Bkz.s. 9, 10**). Kronik alkolizm ya da malnütrisyon varsa, Wernicke ensefalopatisini önlemek amacıyla 100 mg tiamin ven içine verilir. Bu uygulama sırasında anafilaktik şok gelişebileceğı unutulmamalıdır. Metanol ve etilen glikol zehirlenmesinde metabolik asidoz (pH <7,20) varsa; 1-2 mEq/kg sodyum bikarbonat ven içine bolus olarak verilir ve uygulama kan pH'sı 7,4-7,5 düzeyine yükselinceye dek yinelenir.

Özgöl Antidot ve İlaç

Etanol: Metanol ve etilen glikolün antidotudur. Alkol dehidrogenaza afinitesinin metanol ve etilen glikolden fazla olması nedeniyle metanolün formaldehid ve formik asit gibi toksik metabolitlerine dönüşümünü engelleyerek etki eder. Ağızdan ya da ven içine uygulanır (Tablo 2). Etanolla tedavi sırasında hastaların merkezi sinir sistemi baskılanması ve hipoglisemi yönünden izlenmesi gerekir.

Tablo 2. Kronik Alkol Kullanımı Öyküsü Olanlarda, Olmayanlarda ve Diyaliz Sırasında Etanolün Farklı Derişimleri İçin Antidot Dozları

Etanol derişimi	% 96'lık (ağız yolu)	% 40'lık (ağız yolu)	% 20'lik (ağız yolu)	% 10' luk (ven içine)
Yükleme dozu	0,8-1 mL/kg	1,8-2 mL/kg	5 mL/kg	0,8 mL/kg
Südüürme dozu				
Kronik alkol alınması yok	0,07 mL/kg/ saat	0,2 mL/kg/ saat	0,4 mL/kg/ saat	0,83 mL/kg/ saat
Kronik alkol alınması var	0,16 mL/kg/ saat	0,46 mL/kg/ saat	0,8 mL/kg/ saat	1,96 mL/kg/ saat
Diyaliz sırasında				
Kronik alkol alınması yok	0,23 mL/kg/ saat	0,5-0,65 mL/kg/saat	1,3 mL/kg/ saat	2,13 mL/kg/ saat
Kronik alkol alınması var	0,32 mL/kg/ saat	0,77-0,9 mL/kg/saat	1,8 mL/kg/ saat	3,26 mL/kg/ saat

Fomepizol (Antizol® , 1 g/mL , 1 ve 5 mL vial): Metanol ve etilen glikolün antidotudur. Alkol dehidrogenaz enziminin özgül inhibitörüdür.

Yükleme dozu: Ven içine 100 mL % 0,9'luk sodyum klorür ya da % 5 dekstroz içinde, 15 mg/kg 30 dakikada uygulanır.

Südüürme dozu: Ven içine 10 mg/kg 12 saat arayla toplam 4 kez, ardından 15 mg/kg 12 saatte bir, 30 dakikalık infüzyonlarla verilir. Fomepizol, hastanın asidozu ve genel durumu düzelineceye ya da ölçülebiliyorsa metanol düzeyi 20 mg/dL'nin altına düşene dek südüürülür.

Fomepizolün etanole göre etkisinin daha özgül ve yan etkilerinin daha az olduğu belirtilmesine karşın, klinik açıdan üstünlüğünü kanıtlayan kontrollü araştırmalar bulunmamaktadır.

Lökovorin kalsiyum (15 mg'lık tablet, 5 mg/mL, 7,5 mg/mL, 10 mg/mL folinik asit içeren ampul ve flakonlar): Folik asidin etkin biçimidir. Metanol ve etilen glikol zehirlenmelerinde yardımcı ilaçtır. Yetişkinde 50 mg, çocukta 1 mg/kg (en çok 70 mg) ven içine 4 saatte bir 6 kez uygulanır. Daha sonra, aynı dozda, ağızdan

4-6 saat ara ile, hastanın belirti ve bulguları gerileyinceye kadar 2 gün boyunca verilir.

Piridoksin: Etilen glikolün toksik olmayan metabolitlerine yıkılmasını kolaylaştırmak için sıvı desteği ile birlikte 50 mg piridoksin ven ya da kas içine 6 saatte bir, belirtiler düzelinceye kadar verilir.

Arındırma

Alkollerle zehirlenmelerde hasta kusturulmaz. Fazla miktarda alındığında 1 saat içinde mide yıkanabilir. Aktif kömür alkolleri bağlamadığı için kullanılmaz. Metanolün göze bulaşması durumunda, oda sıcaklığındaki su ile 15 dakika yıkanmalıdır. Deri yolu ile bulaşma durumunda, sabun ve su ile yıkanır.

Atılmanın Artırılması

Metanol ve etilen glikol zehirlenmelerinde hemodiyaliz etkindir.

Aşağıdaki durumlardan her birinde hemodiyaliz yapılır:

- Destekleyici tedaviye karşın derin metabolik asidoz (pH <7,15)
- Böbrek yetmezliği
- Metanol zehirlenmesinde göz bulguları ya da merkezi sinir sistemi işlev bozukluğu
- Yoğun destek tedaviye karşın yaşamsal işlevlerin bozulması
- Ölçülebiliyorsa serum metanol ya da etilen glikol düzeylerinin ≥ 50 mg/dL üzerinde olması.

Hemodiyaliz, metanol ya da etilen glikol düzeyleri saptanamayacak düzeye inene ya da metabolik asidoz düzeleneye (pH > 7,3) dek sürdürülür.

Sevk Ölçütleri

Destek tedaviye karşın hastanın durumu düzelmeyorsa, hemodiyaliz ve yoğun bakım gereksinimi varsa, hastalar bu birimlerin olduğu en yakın merkeze, en kısa sürede gönderilmelidir.

Kaynaklar

1. Editorial Staff: Methanol, Ethylene Glycol, Ethanol (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
2. Ellenhorn MJ. Alcohols and Glycols. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1127-1165.
3. Berk WA, Henderson WV. Alcohols. Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczyinski JS, ed. Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 6th edition, USA, McGraw-Hill; 2004:1064-1070.
4. Barceloux DG, Bond GR, Krenzelok EP, Cooper H, Vale JA. American Academy of Clinical Toxicology Practice Guidelines on The Treatment of Methanol Poisoning. J Toxicol Clin Toxicol 2002;40(4):415-446.
5. Sharma AN. Toxic Alcohols. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGrawHill, 2002:980-990.
6. Howland MA. Ethanol. In: Goldfrank LR, Flomenbaum NE, Lewin NA, Howland MA, Hoffmann RS and Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 7th edition, New York, McGrawHill, 2002:995-998.
7. Lheureux P, Penaloza A, Gris M. Pyridoxine in Clinical Toxicology: A Review. Eur J Emerg Med. 2005;12(2):78-85.



BİTKİLERLE ZEHİRLENMELER - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Bitkilerin çocuklar ve yetişkinler tarafından tedavi amacıyla, yanlışlıkla ya da özkıyım amacıyla alınması sonucu ortaya çıkar. Bitkisel ilaçlarla tedavi son yıllarda yaygın olarak kullanılmakta, kullanıcıların eğitim eksiklikleri nedeniyle ölüme yol açabilen zehirlenmeler gelişebilmektedir.

Toksik Etki Mekanizması

Bitkilerin çoğu ağız yoluyla alındıklarında sindirim sisteminde irritasyon bulgularına neden olurlar. Sindirim sisteminden emildikten sonra bazı bitkilerin içeriğindeki alkaloidler, siyanojenik glikozidler ve kardiyak glikozidler sistemik toksik etkiler yapabilirler. Difenbahya, deve tabanı ve ışkın gibi bitkiler içerdikleri kalsiyum oksalat tuzlarıyla mukozada ödem ve ağrı oluştururlar, ayrıca sindirim kanalında irritasyon, akut hipokalsemi, böbreklerde akut tubuler nekroz ve çoklu organ yetmezliğine yol açarlar. Boru otu (*Datura stramonium*) gibi antikolinerjik bulgulara yol açan bitkilerin alınması, taşikardi, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, midriyazis, idrar retansiyonu, dalgınlık ve sanrılara neden olur. Bazı bitkiler dermatit oluştururlar.

Toksik Miktar

Alınan bitkinin ve içerdiği toksinin miktarına göre değişir.

Belirti ve Bulgular

Tablo 1. Halk Arasında Tedavi Amacıyla Kullanılan Bazı Zehirli Bitkiler

Bitkinin Bölgesel Adı	Bitkinin Latince Adı	Zehirli Bileşimler	Belirti ve Bulgular
Acı kavun, Cırtatan, Eşek hıyarı, Acı düvelek	<i>Ecbalium elaterium</i>	Elaterin	Burun, ağız ve solunum yollarında nekroza kadar gidebilen irritasyon, ödem, boğaz ağrısı, salgı artışı, yutma ve solunum güçlüğü

Tablo 1. Halk Arasında Tedavi Amacıyla Kullanılan Bazı Zehirli Bitkiler

Bitkinin Bölgesel Adı	Bitkinin Latince Adı	Zehirli Bileşikler	Belirti ve Bulgular
Hint yağı, Dedemene, Hint baklası, Hint çiçeği, Kene tohumu, Keneotu	<i>Ricinus Communis</i>	Tohumların içerdiği risin adlı toksalbumin	İlk 6 saat içinde bulantı, kusma, ishal Geç dönemde (2-5 gün) karaciğer, merkezi sinir sistemi, böbrek, böbrek üstü bezi hasarı, alerjiye bağlı astım.
Üzerlik otu	<i>Peganum Harmala</i>	Tohumlarının içerdiği harmin alkaloidi	Merkezi sinir uyarılması, tremor, takipne, nefes darlığı
Çöpleme, Ak çöpleme, Beyaz çöpleme, Kökenfiye	<i>Veratrum Album</i>	Steroidalkaloidler (Veratrin, jervin) protoveratrinler)	Bulantı, kusma, bradikardi, bayılma, konvülsiyon, parestezi, halsizlik,
Adam otu, Adem otu, At elması, İnsan otu	<i>Mandragora officinarum</i>	Alkaloidler (hiyosiyamin, atropin, skopolamin)	Ağız kuruluğu, midriyazis, taşikardi, sanrı
Ada soğanı	<i>Urginea Maritima</i>	Kardiyak glikozidler (sillaren)	Bulantı, kusma, karın ağrısı, bradikardi, blok, hipotansiyon, ventrikül aritmisi, asistoli, hiperpotasemi
Sinameki	<i>Cassia angustifolia, C.acutifolia</i>	Antrakinin glikozidleri	İrritan katartik etki, bulantı, kusma, ishal, karın krampları, sindirim sisteminde kanama, taşikardi, konvülsiyon, nefes darlığı, böbrek yetmezliği
Deli bal	<i>Ericaceae (Rhododendron luteum ve ponticum)</i>	Grayanotoksin I (andromedotoksin)	Ağızda yanma, bulantı, kusma, terleme, hipotansiyon, bradikardi, koma, konvülsiyon

Tablo 2. Zehirli Salon Bitkileri

Bitki Adı	Zehirli Bileşikler	Belirti ve Bulgular
Difenbahya (<i>Dieffenbachia</i>)	Suda çözünmeyen kalsiyum oksalat kristalleri	Göz, ağız mukozası, dil ve dudaklarda, irritasyona bağlı bulgular, ağız yoluyla alındığında kusma ve ishal
Deve tabanı (<i>Philodendron</i>)	Suda çözünmeyen oksalat kristallerine bağlı etkiler	Dudak, ağız ve boğaz ağrısı, dilde ödem, larinks irritasyonu , yutma güçlüğü ve alerjik kontakt dermatit
Atatürk çiçeği (<i>Euphorbia pulcherrima</i>)	Terpenik bileşikler	Alerjik kontakt dermatit, bulantı, kusma

Tablo 3. Zehirli Bahçe ve Kır Bitkileri

Bitkinin Bölgesel Adı	Bitkinin Latince Adı	Zehirli Bileşikler	Belirti ve Bulgular
Acı badem (Acı badem çağlası), Zerdali çekirdeği, Şeftali çekirdeği	<i>Amygdalus communis</i> L	Siyanojenik glikozidler	Genellikle 1,5–2 saat içerisinde bulantı, kusma, epigastrik ağrı, baş dönmesi, baş ağrısı, uyum bozukluğu, konvülsiyon, letarji, hipertansiyonu izleyen hipotansiyon, siyanoz, midriyazis, koma
Ban otu, Pat pat otu, Bat bat otu, Çanak çömlek otu,	<i>Hyocyamus niger</i>	Alkaloidler (Hiosiyamin, atropin, skopolamin)	Ağız kuruluğu, midriyazis, taşikardi, sanrı
Güzel avratotu, Ayı çileği, Ayı ligarbası	<i>Atropa belladonna</i>		
Tatula, Tatala, Boru otu	<i>Datura stramonium</i>		
Zakkum, Zıkkım, Ağrı çiçeği	<i>Nerium oleander</i>	Kardiyak glikozidler (Oleandrin)	Ağızdan alındığında ağız, yemek borusu ve midede yanma, bulantı, kusma, ishal, kramp tarzında karın ağrısı, güçsüzlük, kalp blokları, bradikardi, ventrikül aritmisi, hipotansiyon, asistoli

Tablo 3. Zehirli Bahçe ve Kır Bitkileri

Bitkinin Bölgesel Adı	Bitkinin Latince Adı	Zehirli Bileşikler	Belirti ve Bulgular
Baldıran otu, Ağu otu, Yılan Otu	<i>Conium maculatum</i>	Alkaloidler (Konin, konisein, konhidrin)	Bulantı, kusma, tükürükte artma, midriyazis, çift görme, körlük, taşikardi, bradikardi, konvülsiyon, merkezi sinir sisteminde baskılanma, karaciğer ve böbrek hasarı
Sarmaşık	<i>Hedera helix</i>	Saponin glikozidleri (Hederagenin)	Kontakt dermatit, bulantı, kusma, ishal
Akasya, Beyaz salkım, Salkım ağacı	<i>Robinia pseudoacacia</i>	Toksalbuminler (Fasin, rosin, robutin)	İlk 6 saat içinde bulantı, kusma ve ishal Geç dönemde (2-5 gün) karaciğer, merkezi sinir sistemi, böbrek, böbrek üstü bezi hasarı
Acı çiğdem, Güz çiğdemi, Kalkgıt, Vargit	<i>Colchicum</i> türleri	Alkaloidler (Kolşisin, demakolsin, kolşikozid)	Soğanlar yendikten 3-6 saat sonra ağızda ve boğazda yanma, yutma güçlüğü, şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal, beden sıcaklığı ve kan basıncında düşme, konvülsiyonlar, solunum felci

Tanı

Öykü, alınan bitkinin görülmesi ya da tanımlanması ile konur. Hekim bitkinin örneğini görmeli ya da bölgesel adını öğrenmeye çalışmalıdır.

Özgül Yöntemler

Serum ya da kanda bitki toksinlerinin ölçümü çoğunlukla yapılamamaktadır. Kardiyak glikozid içeren bazı bitkilerle zehirlenme, serum digoksin düzeyi ölçülerek belirlenebilir. Şifalı bal yiyenlerde deli bal zehirlenmesinden kuşulanılmalıdır.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

İshali olan hastalarda biyokimyasal incelemeler (elektrolitler, kan şekeri, BUN, kreatinin, idrar analizi) yapılmalıdır.

Tedavi**Acil ve Destekleyici Tedavi**

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Varsa, koma, konvülsiyon, aritmi ve hipotansiyon tedavi edilir (**Bkz. s. 9, 10**). İshal şiddetli ise sıvı elektrolit kayıpları yerine konulmalıdır. Deli bal zehirlenmesine bağlı bradikardi atropine (ven içine yetişkinde 0,5-1 mg, toplam 3 mg; çocukta 0,02 mg/kg, toplam 0,5 mg) yanıt vermiyorsa kalp pili takılmalıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Bitkilerle zehirlenmelerde sınırlı sayıda etkin antidot bulunmaktadır. Kardiyak glikozid içeren bitkilerle zehirlenmede digoksine özgül antikor kullanılabilir (Türkiye’de yoktur). Siyanojenik glikozidlerle zehirlenmelerde kullanılan antidotlar, dikobalt EDTA (Kelocyanor®, Türkiye’de vardır), Siyanür Antidot Kiti (Amil nitrit, sodyum nitrit, sodyum tiyosülfat) ya da hidrosikobalamindir.

- **Dikobalt EDTA (Kelocyanor® 300 mg/20 mL ampul):** Yetişkinde 1-2 ampul (300-600 mg) ven içine 1-5 dakikada verilir. Klinik iyileşme olmazsa 5 dakika sonra 1 ampul daha verilebilir. Daha sonra aynı ven içine 50 mL % 50 dekstroz çözeltisi verilmelidir. Çocukta 0,5 mg/kg 20 mL’yi geçmeyecek biçimde uygulanır.
- **Siyanür Antidot Kiti:** Amil nitrit ampulu hastanın burnuna yakın kırılarak solutulur. Sodyum nitrit ven içine yetişkinde 300 mg, çocukta 6 mg/kg; sodyum tiyosülfat ven içine yetişkinde 12 g, çocukta 400 mg/kg verilir.
- **Hidrosikobalamın:** Yetişkinde 5 g, çocukta 70 mg/kg 30 dakikada ven içine infüzyonla verilir. En çok 15 g verilir.

Arındırma

- Deri yolu ile bulaşmışsa su ve sabun ile çok iyi yıkanmalıdır. Göz etkilenmişse bol su ile en az 15 dakika yıkanmalıdır.
- Sistemik etki gösteren, suda çözünen kalsiyum oksalat kristalleri içeren bitkilerin ağızdan alınmasına bağlı zehirlenmelerde aktif kömür verilmeli ve mide yıkanmalıdır.
- Sistemik etki göstermeyip yalnızca sindirim sisteminde irritasyona yol açan suda çözünmeyen kalsiyum oksalat kristalleri içeren bitkilerle oluşan zehirlenmelerde kusturma yapılmaz, mide yıkanmaz ve aktif kömür uygulanmaz.

Atılmanın Artırılması

Yalnızca hint yağı bitkisi ile zehirlenmelerde ciddi olgularda idrarın alkalileştirilmesi yararlı olabilir.

Sevk Ölçütleri

Ciddi sistemik etki gösteren ve siyanojenik glikozid ya da kardiyak glikozid içeren bitki zehirlenmelerinde hastalar donanımlı bir sağlık kuruluşuna gönderilir.

**Cassia senna (Sinameki)**

http://www.rolv.no/images/planteleksikon/C/cassia_senna.jpg

<http://www.detuingids.be/images/artikels/archief/veratrum%20album.jpg>

Veratrum album (Çöpleme)



Urginea maritima (Ada soğanı)

www.freewebs.com/stevenholemans/zeeui-small.jpg

http://www.lachevredor.com/websitefiles/Image/IMG_0715_1.JPG

Urginea maritima (Ada soğanı)



Ricinus Communis (Hint yağı)

www.lagomania.com/castorbean.jpg



***Ecbalium elaterium* (Eşek hıyarı)**

<http://www.xtec.es/col-anunciata-cerdanyola/plantes/flor%20cogombre01.jpg>



***Hyoscyamus Niger* (Ban otu)**

http://botany.cs.tamu.edu/FLORA/schoepke/hyo_ni_1.jpg



Rhododendron luteum

www.rosebay.org/chapterweb/images/gh_luteum.jpg

Kaynaklar

1. Baytop T. Türkiye’de Bitki Zehirlenmeleri, Zehirli Bitkiler ve Tedavi Yöntemleri, İstanbul, İ.Ü.Yayınları, No:3560, Eczacılık Fak.No:54, 1989.
2. Baytop T. Türkiye’de Bitkilerle Tedavi, 2. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi,1999.
3. Editorial Staff: Plants Anticholinergic, Cardiac Glycosides, Cyanogenic Glycosides, Dieffenbachia (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Alsop JA. Plants. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, NewYork, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:309-319.
5. Ellenhorn MJ. Plants, Mycotoxins, Mushrooms. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn’s Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1832-1896.
6. Frohne D, Pfander HJ. A Colour Atlas of Poisonous Plants, USA, Wolfe Publishing Ltd, 1984.



ARSENİK ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Bazı tarım ilaçları ve veteriner hekimlikte kullanılan ilaçlar gibi arsenik içeren bileşiklerin üretimi ya da kullanılması sırasında zehirlenme olayları görülebilir. de, olguların çoğu, arsenikli bir bileşik olan arsin (AsH_3 , arsenik hidrit) gazının solunması ya da ağız yoluyla arsenik trioksit alınması sonucu oluşur. Arsin renksiz ve sarımsak kokulu bir gazdır. Endüstride cevherlerin ayrıştırma ve arılaştırması sırasında ya da galvanizleme, kaynaklama gibi işlemlerde içinde arsenik kalıntısı olan metallerin asidik çözeltilere temas etmesi ile açığa çıkar. Arsenikli atıklarla kirlenmiş kanalizasyon sularında mantarlar da arsin sentezleyebilir. Arsenik trioksit ise metalürji, seramik ve cam endüstrisinde kullanılmaktadır.

Toksik Etki Mekanizması

Arsin solunum yoluyla vücuda alındıktan sonra hemoglobinle etkileşerek arsenik metabolitlerine dönüşür. Bu metabolitler eritrosit zarını parçalayarak hemolize yol açar. Özellikle akut arsin zehirlenmelerinde ani ve şiddetli hemoliz ortaya çıkar. İnorganik arsenik bileşikleri ağız yoluyla alındıklarında mukozaları aşındırıcı etkilidir. Emildikten sonra oksidatif stresi artırır, hücre sinyal iletimini bozar ve bazı enzimleri baskılar. Arsenat (As^{+5}) ve arsenit (As^{+3})'in karsinojen etkisi tanımlanmıştır.

Toksik Miktar

Arsenik bileşiğinin özelliğine göre toksik ve öldürücü dozlar değişkendir. İnorganik arsenik bileşiklerinin ağız yoluyla 100 mg'dan fazla alınması ciddi toksik etki yapar. Suda eriyen arsenik trioksidin (sodyum arsenit) 200 mg'dan fazla alınması öldürücüdür. Arsin işyeri ortamında 0,05 ppm'den yüksek olduğunda toksik etkiler başlar. 25-50 ppm arsine 30 dakika maruz kalınması öldürücüdür; 250 ppm (800 mg/m^3) arsin ise anında ölüme yol açar.

Belirti ve Bulgular

Akut arsin zehirlenmesi: Arsin gazına maruz kalımdan sonraki ilk saatlerde sarımsak kokusu dışında bir belirti olmayabilir. Belirti ve bulgu olmayan (2-24 saat) dönemin ardından karın krampları, hematüri ve sarılık başta olmak üzere, üşüme, titreme, ateş, ekstremitelerde soğukluk, baş, bel ve yan ağrısı gibi belirti ve bulgularla giden klinik tablo ortaya çıkar.

Arsenik zehirlenmesi: Arsenik bileşiklerinin ağızdan alınmasıyla akut, arsin ya da inorganik arsenik bileşiklerinin uzun süreyle solunması sonucu kronik zehirlenme oluşur. Kronik zehirlenme seyrekdir (Tablo 1).

Tablo 1. Etkilenen Sisteme Göre Arsenik Zehirlenmesinin Belirti ve Bulguları

Etkilenen sistem	Akut zehirlenme	Kronik zehirlenme
Kalp damar sistemi	Hipovolemik ya da hemorajik şok, aritmiler (<i>Torsade de Pointes</i> , ventrikül fibrilasyonu, taşikardi, EKG’de QTc uzaması ve T değişiklikleri	Hipertansiyon, miyokardit
Sinir sistemi	Bilinç değişiklikleri, deliryum, ensefalopati, koma (ilk günler içinde)	Periferik sinir sistemi bulguları (el ve ayaklarda duyu kusuru, yanma hissi, ağrı, parestezi, kas fasikülasyonları, tremor), ataksi, eşgüdüm bozukluğu, bilinç bulanıklığı, kas güçsüzlüğü, motor ve duysal nöropati
Solunum sistemi	Takipne, ciddi zehirlenmelerde kardiyojenik ya da kardiyojenik olmayan akciğer ödemi	Üst ve alt solunum yollarında iritasyon bulguları
Sindirim sistemi	Karın ağrısı, kusma, kanlı ya da sulu ishal, ağız ve burun mukozasında kuruma, nefeste ve dışkıda sarımsak kokusu	İştahsızlık, burun septumunun delinmesi
Karaciğer	Karaciğer işlev testlerinde bozukluk (seyrek)	Karaciğer işlev testlerinde bozukluk (sık), siroz
Hematolojik sistem	Alındıktan 1-2 hafta sonra pansitopeni, lökopeni ve anemi	Pansitopeni, aplastik anemi ya da lösemi
Böbrekler	Hematüri, oligüri ve akut tubuler nekroz (1-3 gün içinde)	Nefrit
Göz		Kornea ve konjonktivada pigmentasyon
Deri	Saç dökülmesi, tırnaklarda çizgilenme (Ağız yoluyla alındıktan 2-3 hafta sonra)	Eritematöz kaşıntılı dermatit, hipo ve hiperpigmentasyon, melanozis, püstüllü, ülserli ve gangrenli deri lezyonları, el ve ayaklarda hiperkeratoz
Diğer		Akciğer, mesane deri ve diğer kanser gelişimi ile ilişkili.

Tanı

Ani başlayan, hipotansiyon ve metabolik asidozla giden tüm ishallerde arsenik bileşikleri ile zehirlenmeden; aniden ortaya çıkan hemoliz, hemoglobinüri ve ilerleyici oligüri ile gelen ve uygun meslek öyküsü olan hastalarda ise arsin gazı zehirlenmesinden kuşkulandırılmalıdır.

Özgül Yöntemler

İdrar arsenik düzeyi Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü laboratuvarında ölçülebilmektedir. Akut arsin zehirlenmesinde tedavi için laboratuvar sonuçları beklenmemelidir. Saç ve tırnakta arsenik düzeyi saptanması güvenilir değildir.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

- Periferik yayma ve kan sayımı: Hemoliz ve anemi bulguları, pansitopeni
- Kan bilirubin düzeyinde artma
- EKG: QTc uzaması ve T dalgası değişiklikleri, ciddi aritmiler (ventrikül fibrilasyonu, *Torsade de Pointes*).
- Karın ve akciğer grafisi: Arsenik radyoopaktır, sindirim kanalında görülebilir. Akciğer grafisinde ödem saptanır.

Tedavi

Arsin gazı ve arsenik zehirlenmelerinde tedaviye acil olarak başlanmalıdır, gecikmeler hastanın yaşamını tehdit edebilir.

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği verilir. Konvülsiyon geçiren, hipotansiyonu ya da aritmisi olan hastalar yoğun bakım birimlerine alınmalıdır. Arsin gazı zehirlenmesinde hemoglobininüriye bağlı akut böbrek yetmezliğini engellemek amacıyla ven içine sıvı verilir, mannitol (ven içine 1 g/kg, 30-45 dakikada) ile ozmotik diürez sağlanır. Ağır olgularda bronkospazm varsa bronkodilatör verilir (**Bkz. s. 4**).

Özgül Antidot ve İlaç

İnorganik arsenik bileşikleriyle zehirlenmede şelasyon tedavisi, belirtileri olan hastalarda hemen, olmayan hastalarda ise idrar arsenik düzeyi 200 mikrogram/L olduğunda başlanıp 50 mikrogram/L'nin altına düşünceye dek sürdürülmelidir. Tedaviye ne kadar erken başlanırsa başarı şansı o kadar fazladır. Tanı kuşkulu bile olsa tedaviye başlamakta gecikilmemelidir. Şelasyon tedavisi yataklı tedavi kurumunda yapılmalıdır. Arsin gazı zehirlenmesinde şelasyon tedavisinin yararı kanıtlanmamıştır.

Hasta ağız yoluyla alabiliyorsa, Dimerkaptosüksinik asit (DMSA, Succinaptal® 200 mg) 10 mg/kg ya da 350 mg/m² dozda 5 gün süresince 8 saatte bir, izleyen 14 gün süresince 12 saatte bir verilir.

Diğer seçenek olan penisillamin (Metalcaptase® 300 film kaplı tablet, 300 mg penisillamin, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.) ağız yoluyla akşam aç karnına (yemek yemeden 1 saat önce ya da yedikten en az 3 saat sonra) yetişkinde 1000-1500 mg/gün 2-4 doza bölünmüş olarak, çocukta 10-30 mg/kg/gün 2-3 doza bölünmüş olarak verilir. Günlük en yüksek doz yetişkinde 2 g, çocukta 1 g'dır. Tedavi süresi arseniğin kan ve idrar düzeylerinin haftalık ölçüm sonuçlarına göre belirlenir, 3 aya kadar uzatılabilir. Uzun süreli tedavide ağız yoluyla 40 mg/kg/gün aşılmamalıdır.

Hasta ağız yoluyla alamıyorsa ve zehirlenme ağrsı, British anti-Lewisite (BAL, dimerkaprol) yetişkin ve çocukta 3-5 mg/kg kas içine 4 saatte bir 2 gün süreyle, devamında hastanın belirtileri gerileyinceye dek 7-10 gün boyunca 12 saatte bir verilir.

Arındırma

Arsin gazı zehirlenmesinde hasta öncelikle zehirlenme ortamı dışına çıkarılmalıdır. Kurtarıcılar kendilerini korumak amacıyla gaz maskesi takmalıdır. İnorganik arsenik bileşiklerine maruz kalan hastalar soyulup, temas alanları sabunla yıkanmalıdır. Arsenik bileşiklerinin ağızdan alınmasına bağlı zehirlenmelerde ilk 1 saat içinde mide yıkaması yararlıdır. Aktif kömürün yararı yoktur.

Atılımın Artırılması

Arsin gazı zehirlenmesine bağlı oligüri varsa kan değişimi ya da hemodiyaliz yapılmalıdır. Arsenik bileşikleri ile zehirlenmede ise böbrek yetmezliği olan hastalarda hemodiyaliz etkindir, zorlu diürez ve hemoperfüzyonun yararı yoktur.

Sevk Ölçütleri

Şelasyon tedavisi gereken hastalar sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Lewis R. Occupational Exposures Metals. In: LaDou J, ed. Current Occupational and Environmental Medicine, 3rd edition, USA, McGraw-Hill Medical, 2003:429-459.
2. Editorial Staff: Arsine, Arsenic, Arsenic Trioxide (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
3. Ellenhorn MJ. Metals and Related Compounds. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1532-1613.
4. Kosnett MJ. Arsenic and Arsine Gas. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:115-121.
5. National Institute for Occupational Safety and Health: Criteria for A Recommended Standard Occupational Exposure to Inorganic Arsenic. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, DHEW (NIOSH) Publication No. 75-149(1975).



CIVA ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Cıva oda sıcaklığında sıvı halde olan tek metal olup, kolayca buharlaşabilir. Tepkimeye girmemiş metalik cıva (elemental cıva), inorganik ve organik cıva bileşikleri kağıt, deri, boya endüstrisinde ve elektrikli aygıtlar, pil, termometre gibi ölçüm gereçlerinde, antiseptik olarak, diş hekimliğinde amalgam yapımında kullanılmaktadır. Cıva, klorür ve yakıcı madde üretiminde elektroliz basamağında ve altının arıtılmasında da yaygın olarak kullanılır. Deniz canlıları da biyolojik olarak metil cıva biriktirebilir ve bunların tüketilmesi yoluyla zehirlenme belirtileri görülebilir.

Toksik Etki Mekanizması

Cıvanın toksik etkisi kimyasal bileşimine ve karşılaşma yoluna göre değişir. Zehirlenme daha çok metalik cıva buharının solunması sonucu olur. Buharı renksiz ve kokusuz olduğundan varlığı fark edilmeyebilir. Cıva organizmada sülfidril gruplarıyla etkileşime girer, enzim etkinliğini bozar, hücre ölümüne neden olur.

Toksik Miktar

Metalik cıva buharının acil yaşam tehdidi oluşturan miktarı 10 mg/m^3 'tür. Ortamda izin verilebilecek en yüksek cıva (buhar) miktarı $0,1 \text{ mg/m}^3$ 'tür. Cıva klorür en toksik inorganik cıva bileşiklerindedir. Ağız yoluyla alındığında $0,5-2 \text{ g}$ 'ı öldürücüdür. Organik cıvanın öldürücü miktarı $10-60 \text{ mg/kg}$ 'dır. Kronik olarak $10 \text{ mikrogram/kg/gün}$ alındığında ise sinir sistemi ve üreme sistemi üzerine toksiktir.

Belirti ve Bulgular

Cıva tuzlarının ağız yoluyla alınması: Hipertermi, karın krampları, kanlı ishal, sindirim kanalında kanamalı ülser ve nekroza neden olabilir.

Metalik cıvanın ağız yoluyla alınması: Cıvalı termometre ve amalgamda bulunan metalik cıvanın emilimi çok yavaştır ve dışkı yoluyla atılmasını geciktirecek sindirim kanalı motilitesinde yavaşlama olmadıkça akut zehirlenmeye yol açmaz.

Akut metalik cıva solunması: Başlangıçta ateş, baş ve kas ağrısı, ağız ve boğazda yanma, gingivostomatit, ağızda metal tadı, bulantı, kusma, ishal ve karın krampları görülür. Metalik cıva buharı akciğerlerden kolayca emilerek beyne ulaşır. Tremor, aşırı sinirlilik, unutkanlık, güçsüzlük ve görme bozuklukları gibi merkezi sinir sistemi belirtileri gelişir. İlk 4 saat içinde akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS)

gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Ölümcül kimyasal pnömoni ve kardiyojenik olmayan akciğer ödemine neden olabilir, seyrek olarak akut böbrek ve karaciğer hasarı gelişebilir.

Kronik cıva solunması: Kronik zehirlenmede sinir sistemi ve böbreklerde kalıcı hasar oluşabilir. Sık rastlanan bulgular arasında nöropsikiyatrik bulgular, böbrek işlevlerinde bozukluk ve gingivostomatit bulunur. Böbrekte proksimal tubul hasarı sonucu, oligüri, anüri, üremi, proteinüri, bikarbonat düşüklüğü görülebilir ve nefrotik sendrom gelişebilir. Daha seyrek olarak kas felci görülür. Cıva plasantadan geçer, çok küçük miktarda cıvayla kronik olarak karşılaşan gebelerde fetus olumsuz etkilenebilir.

Tanı

Öykü, belirti, bulgu ve laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi ile konur.

Özgül Yöntemler

İdrar ve kan cıva düzeyleri ölçülmelidir (Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Zehir Araştırmaları Müdürlüğü Laboratuvarı referans değerleri: tam kanda 0,6-59 mikrogram/L, idrarda 0,1-20 mikrogram/L). İdrar cıva düzeyleri tablonun ciddiyetini değerlendirmede yetersizdir ancak tanıyı kesinleştirir. İdrar ve kan cıva düzeyleri daha önce cıvaya maruz kalmamış bireylerde 5 mikrogram/L'nin altındadır. İşyerinde cıvaya maruz kalanlarda düzey, haftalık ölçümlerde kanda 15 mikrogram/L'nin, idrarda ise gram kreatinin başına 35 mikrogramın altında olmalıdır.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Radyolojik bulgular: Solunum yolu ile olan zehirlenmelerde akciğerde yaygın, iki taraflı infiltrasyon, ağız yoluyla zehirlenmelerde ise bağırsakta cıva birikimi saptanabilir.

Biyokimyasal bulgular: BUN, kreatinin ve elektrolit değerlerinde bozulma görülür.

Tedavi

Acil ve destekleyici tedavi

Gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği verilir (**Bkz. s. 1**). Solunum yolu ile olan zehirlenmelerde solunum sıkıntısı gelişme riski nedeniyle hava yolu açık tutulmalıdır.

- Bronkospazm varsa beta₂ agonisti bronkodilatörler (Salbutamol) yetişkinde püskürtme (ilk 4 saatte 20 dakikada bir 4-8 püskürtme, daha sonra 4 saatte bir 2-4 püskürtme) ile ya da nebulizatörle (2,5-5 mg gerektiğince yinelenerek), çocukta nebulizatörle (0,10-0,15 mg/kg, en çok 2,5 mg, gerektiğince yinelenerek) verilir.

- Ağız yoluyla cıva tuzu alınmasına bağlı sıvı kaybı yerine konmalıdır.

Özgül Antidot ve İlaç

Şelasyon tedavisi erken başlamalıdır. Tedavinin etkinliği başlama zamanı geciktikçe azalır.

Ağız yoluyla cıva tuzu alındıysa, British anti-Lewisite (BAL, dimerkaprol) yetişkin ve çocukta 3-5 mg/kg kas içine 4 saatte bir 2 gün süreyle, hastanın belirtileri gerileyinceye dek 7-10 gün boyunca 12 saatte bir verilir.

Hasta ağız yoluyla alabiliyorsa Dimerkaptosüksinik asit (DMSA, Succinaptal® 200 mg) 10 mg/kg ya da 350 mg/m² dozda 5 gün süresince 8 saatte bir, izleyen 14 gün süresince 12 saatte bir verilir.

Ağız yoluyla organik cıva bileşikleri alındıysa, DMSA yukarıda belirtilen protokolle verilir. BAL, cıvanın merkezi sinir sistemine yeniden dağılımına neden olup sinir sistemine olan toksik etkisini artırdığından kullanılmaz.

Solunum yoluyla metalik cıva alındıysa, DMSA yukarıda belirtilen protokolle uygulanır ya da penisillamin (Metalcaptase® 300 film kaplı tablet, 300 mg) ağız yoluyla yetişkinde günde 1000-1500 mg (en çok 2 g), çocukta 25-100 mg/kg/gün (en çok 1 g) 2 ya da 4 doza bölünerek 5 güne (kadar) dek, daha uzun süreli tedavi gerekiyorsa 40 mg/kg/gün'lük doz aşılmadan verilir.

Arındırma

Deriden cıvayı uzaklaştırmak için, hastanın üzerindeki giysiler çıkarılmalı, bulaşmış alan bol sabunlu suyla yıkanmalıdır. Kornea yıkaması da yapılmalıdır.

Ağız yoluyla zehirlenmelerde, metalik cıvanın emilimi olmadığı için hastalar kusturulmamalıdır. Aktif kömür ve katartikler yararsızdır. Gastrointestinal fistül ya da delinme olan hastalarda cıvanın bağırsaklarda uzun süre kalıp atılamaması nedeniyle polietilen glikol ile tamponlanmış elektrolit solüsyonu (Golytely® Bağırsak Temizleme Tozu) kullanılarak tüm bağırsak yıkaması yapılır (**Bkz. s. 19**).

Atılmanın Artırılması

Böbrek yetmezliği gelişmişse hemodiyaliz yapılır.

Sevk Ölçütleri

Şelasyon tedavisi gereken tüm hastalar bu tedavinin yapılabileceği sağlık kuruluşlarına gönderilir.

Korunma

Cıvalı termometrelerin kırılması sonucu çevreye dağılan cıva parçacıkları buharlaşarak zehirleyici etki oluşturabilir. Bu durumda parçacıklar döküldüğü yüzeyden çok iyi temizlenmeli ve ortam havalandırılmalıdır. Temizlik, elektrik ya

da çalı süpürgesi kullanılmadan, eldiven giyilerek elle yapılmalı ve parçacıklar ağzı kapalı torbalarda saklanmalıdır. Metalik cıvanın toplanması için granül biçiminde çinko ya da kükürt kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Lewis R. Occupational Exposures Metals. In: LaDou J, ed. Current Occupational and Environmental Medicine, 3rd edition, USA, McGraw-Hill Medical, 2003:429-459.
2. Ellenhorn MJ. Metals and Related Compounds. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1532-1613.
3. Editorial Staff: Mercury, Organic, Inorganic, Metallic (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
4. Rowens B, Guerrero-Betancourt D, Gottlieb CA, Boyes RJ, Eichenhorn MS. Respiratory Failure and Death Following Acute Inhalation of Mercury Vapor. Chest 1991;99:185-190.
5. Kosnett MJ. Mercury. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:254-257.



KURŞUN ZEHİRLENMESİ - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

Kurşun zehirlenmeleri, maden cevherinin işlenmesi ya da hurdadan geri kazanım sırasında, akü, boya, matbaacılık, pil, plastik, kaynak, seramik, cam ve deri endüstrisinde çalışanlarda, toprak yeme öyküsü (pika) olan çocuklarda, kurşunlu boyalar, bu boyalarla sırlanmış seramik kaplar ya da kurşun boruların kullanıldığı içme suyu şebekesinden ya da egzoz gazlarının yoğun olduğu yerlerde yaşanması sonucunda kronik bazen de akut olarak gelişebilir. Kurşun, gebelikte plasentadan geçerek fetusta ölüm, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olabilir.

Toksik Etki Mekanizması

Kurşun, proteinler üzerindeki sülfidril, fosfat ya da karboksil köklerine bağlanarak enzimleri etkisizleştirir, ayrıca kalsiyum, çinko ve demir ile etkileşir. Böylece hücre zarlarını etkiler, sinirsel iletiyi bozar, hücrenin redoks olaylarını etkiler ve nükleotid metabolizmasını bozarak çoklu sistem hasarı oluşturur.

Toksik Miktar

Kurşunun deriden emilimi çok azdır. Ağız yoluyla alındığında emilen oran, kurşun parçacıklarının büyüklüğü ile ters orantılı olarak artar. Silah kurşunu ile yaralanmalarda, olta kurşunu ve perde ağırlığı yutma durumlarında ise günler içinde zehirlenme oluşabilir. İçme suyunda izin verilen güvenlik sınırı milyarda 15 kısımdır, günlük yiyeceklerle 1-4 mikrogram alındığı varsayılr. İşyeri havasında metreküpte 50 mikrogram üst sınır olup zımparalama, kaynak gibi işlemler sırasında metreküpte 2500 mikrogram düzeylerine ulaşılabilir. Düzey 100 mg ise ani yaşamsal tehlike oluşturur.

Belirti ve Bulgular

Akut zehirlenme

Karın ağrısı, hemolitik anemi, toksik hepatit ve ensefalopati.

Kronik zehirlenme

Bitkinlik, huzursuzluk, baş ağrısı, bulantı, kusma, iştahsızlık, uykusuzluk, kilo kaybı, kas ve eklem ağrıları gibi bulgular nedeniyle basit viral enfeksiyon tablosu ile karıştırılabilir. Öyküde, kurşuna maruz kalma sorgulanmalıdır. Hipertansiyon, konsantrasyon bozukluğu, azalmış görsel motor eşgüdüm, bebeklerde ve küçük çocuklarda gelişme bozukluğu, periferik motor nöropati, özellikle üst ekstremitelerde ekstansör kaslarında güçsüzlük, normokrom ya da mikrositer anemi, hemoliz,

hiperürisemi, gut ve akut tubuler işlev bozukluğu gibi belirti ve bulgular varsa kurşun zehirlenmesi düşünülmelidir.

Tanı

Özgül Yöntemler

Kan kurşun düzeyinin ölçülmesi en kolay ve güvenilir yöntemdir. Kan örneği EDTA'lı, kurşundan arındırılmış özel tüplere alınmalıdır. Çocukta kabul edilebilir kan kurşun düzeyi 10 mikrogram/dL'dir. Yetişkinde kan kurşun düzeyi mikrogram/dL olarak 25-60 arasındaysa anemi ve hafif nöropsikiyatrik belirtiler, 60-80 arasındaysa sindirim sistemi ve böbrek tutulumu, 80-100 arasındaysa karında kolik tarzında ağrı, ensefalopati ve periferik nöropati görülür.

Diğer Laboratuvar İncelemeleri

Ayakta karın grafisinde radyopak kurşun parçacıkları ya da kemik dokunun aşırı belirginleşmesi görülebilir. Kan sayımı ve periferik yaymada eritrositlerde bazofilik noktalanma görülebilir. Böbrek işlev bozukluklarının tanısı için BUN ve serum kreatinin, hiponatremi tanısı için elektrolit düzeyleri ölçülmelidir.

Tedavi

Acil ve Destekleyici Tedavi

Gerekliyse temel ve ileri yaşam desteği sağlanmalıdır (**Bkz. s. 1**). Karın krampları için spazm çözücü ilaçlar verilebilir.

Özgül Antidot ve İlaç

Kan kurşun düzeyi 45 mikrogram/dL olan yetişkin ve çocuk hastalarda şelasyon tedavisi uygulanmalıdır. Şelasyon yataklı tedavi kurumlarında yapılmalıdır. Kullanılacak tedavi protokolünün seçimi zehirlenmenin ağırlığına göre yapılır:

- **Kan kurşun düzeyi 45 mikrogram/dL üzerinde olan ve belirtileri olmayan çocukta** ağız yoluyla Dimerkaptosüksinik asit (DMSA, Succinaptal® 200 mg) 10 mg/kg ya da 350 mg/m² dozda, 8 saatte bir, 5 gün boyunca verildikten sonra aynı doz 2 hafta süreyle 12 saatte bir verilerek sürdürülür.
- **Kan kurşun düzeyi 80-100 mikrogram/dL arasında olan, ensefalopati ve kusması olmayan yetişkinde** DMSA 30 mg/kg dozda, 8 saatte bir 5 gün boyunca verildikten sonra 20 mg/kg, 12 saatte bir 2 hafta süreyle verilir.
- **Belirtileri olan ancak ensefalopatisi olmayan yetişkin ve çocukta** DMSA ağız yoluyla, yukarıda belirtilen dozlarda kullanılır. Bu olgularda DMSA yerine Kalsiyum disodyum EDTA (Ca EDTA, Libenta® ampul, % 20'lik, 400 mg/2mL), yetişkinde 30-50 mg/kg/gün, çocukta 20-30 mg/kg (1000-1500 mg/m²) ven içine yavaş infüzyon ya da kas içine derin enjeksiyonla 4-8 saat arayla 5 güne kadar verilir.
- **Ensefalopatisi olanlarda** British anti-Lewisite (BAL, dimerkaprol) yetişkinde

4 mg/kg, çocukta 75 mg/m² kas içine derin enjeksiyonla verilir. BAL 2 gün boyunca 4 saat arayla, daha sonra 3 gün boyunca 4-6 saat arayla, sonraki 7 gün boyunca 6 saat arayla verilir. BAL'ın ilk dozundan 4 saat sonra CaEDTA yukarıda belirtilen dozlarda tedaviye eklenir.

- **DMSA'nın kullanılmadığı kurşun zehirlenmesinde** Penisillamin (Metalcaptase® 300 film kaplı tablet, 300 mg penisillamin) ağız yoluyla günde dört kez 250 mg, 5 gün süreyle uygulanır.

Arındırma

Hastanın kurşun ile temasının durdurulması, kurşun sindirim kanalındaysa mide yıkama ya da cerrahi yolla uzaklaştırılması gerekir. Radyolojik olarak görülüyorsa Golytely® Bağırsak Temizleme Tozu ile tüm bağırsak yıkaması yapılır (**Bkz. s. 19**). Etkinliği kesin olmamakla birlikte, ayakta düz karın grafisinde kurşun parçacıkları görülüyorsa kurşun alındıktan sonraki bir saat içinde aktif kömür ve katartik verilebilir.

Atılmanın Artırılması

Hemoperfüzyon ve hemodiyaliz gibi yöntemler etkisizdir.

Sevk Ölçütleri

Acil ve destekleyici tedavi yapıldıktan sonra kurşun zehirlenmesi kuşkusu olan tüm hastalar, kan kurşun düzeyinin ölçülebildiği ve şelasyon tedavisinin yapılabileceği sağlık kuruluşlarına gönderilmelidir.

Kaynaklar

1. Lewis R. Occupational Exposures Metals. In: LaDou J, ed. Current Occupational and Environmental Medicine, 3rd edition, USA, McGraw-Hill Medical, 2003:429-459.
2. Papanikolaou NC, Hatzidaki EG, Belivanis S, Tzanakakis GN, Tsatsakis AM. Lead Toxicity Update. A Brief Review. Med Sci Monit. 2005;11(10):RA329-36. Epub 2005 Sep 26.
3. Ellenhorn MJ. Metals and Related Compounds. In: Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, eds. Ellenhorn's Medical Toxicology, 2nd edition, Baltimore, Williams and Wilkins Publishing, 1997:1532-1613.
4. Editorial Staff: Lead (Management/Treatment Protocol). In: Klasco RK (Ed): POISINDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol 125, expires 9/2005).
5. Kosnett MJ. Lead. In: Olson KR, ed. Poisoning and Drug Overdose, 4th edition, New York, Lange Medical Books/McGrawHill, 2004:238-242.



ZEHİRLENME TEDAVİSİNDE KULLANILAN İLAÇLAR ve ÖZGÜL ANTİDOTLAR - 2007

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
ADRENALİN (EPİNEFRİN)	195
AKİNETON	197
ATROPİN	199
BAL-British anti-Lewisite (DİMERKAPROL).....	201
BENZODİAZEPİNLER	203
BOTULİNUM ANTİTOKSİNİ	205
DEFEROKSAMİN (DESFERRİOKSAMİN)	206
DİFENHİDRAMİN	207
DİGOKSİN ÖZGÜL ANTİKORLARI.....	208
DİKOBALT EDETAT	210
DMSA (Dimerkaptosüksinik Asit).....	211
DOPAMİN	212
ETANOL	214
FENİTOİN	216
FİZOSTİGMİN ve NEOSTİGMİN	218
FLUMAZENİL	220
FOMEPİZOL	221
GLUKOZ	222
HALOPERİDOL	223
HİDROKSİKOBALAMİN	225
İNSÜLİN.....	226
KALSİYUM	228

KALSİYUM DİSODYUM EDTA (Ca EDTA)	230
K1 VİTAMİNİ (FİTONADİON)	232
LÖKOVORİN KALSİYUM (KALSİYUM FOLİNAT)	234
METİLEN MAVİSİ	236
MORFİN	238
N-ASETİLSİSTEİN (NAS)	239
NALOKSON	241
PENİSİLLAMİN	243
PİRİDOKSİN (B6 VİTAMİNİ)	245
PRALİDOKSİM	246
SİLİBİNİN	248
SİYANÜR ANTİDOT KİTİ	249
SODYUM NİTROPRUSSİD	251
TİAMİN (B1 VİTAMİNİ)	253
YILAN ANTİVENOMU	254

ADRENALİN (EPİNEFRİN)

Farmasötik Şekiller

Adrenalin® ampul 0,25 mg/mL (1:4000), 0,5 mg/mL (1:2000) ve 1 mg/mL (1:1000)'lık ampullerde

Kullanıldığı Durumlar

- Kalsiyum kanal blokörü ya da beta-blokörler gibi kalpte baskılayıcı etkili diğer ilaçların yüksek dozda alınmalarına bağlı hipotansiyon tedavisi
- İlaç ya da toksinlere bağlı anafaksi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Adrenaline bilinen aşırı duyarlılık
- Kardiyak glikozidler ve halojenli, aromatik hidrokarbon içeren ilaçlar (halotan, kloral hidrat) ya da çözücüler (toluen) gibi kalbi katekolaminlere duyarlı hale getiren ilaçlar ya da toksinlere maruz kalma, aritmojenik etkiyi artıracığından kullanılmamalıdır.
- Dar açılı glokom

Yan Etkiler

- Huzursuzluk, baş dönmesi, baş ağrısı, tremor, soğuk terleme, solukluk
- Bulantı, kusma
- Taşikardi, hipertansiyon, dispne, akciğer ödemi
- Beyin kanaması, akciğer ödemi, miyokard nekrozu ya da infarktüse yol açabilen ciddi hipertansiyon
- Arter içine enjeksiyonu ya da damar dışına çıkışı sonucu doku nekrozu ve gangren oluşumu
- Bisülfid alerjisi olanlarda, koruyucu olarak bisülfid bulunan adrenalin kullanımında anafaktoid reaksiyon oluşabilir.
- Hipopotasemi, hipofosfatemi, hiperglisemi ve lökositoz

Gebelikte Kullanımı

- Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Kokain ve siklik antidepressanlarla birlikte kullanıldığında merkezi sinir sistemini uyarıcı etkisi artar.

- Propranolol ya da diğer seçici olmayan beta blokörlerle birlikte kullanımı hipertansiyona neden olabilir.
- Monoamino oksidaz (MAO) inhibitörleri, adrenalinin metabolizmasını azaltarak etkisini artırır.

Doz ve Veriliş Yolu

Hafif-orta dereceli alerjik reaksiyon: Yetişkinde deri altına ya da kas içine 0,3-0,5 mg, çocukta deri altına 0,01 mg/kg, toplam 0,5 mg verilir. Yanıt alınmıyorsa 10-15 dakikada bir tekrarlanır.

Ciddi anafilaksi: Yetişkinde ven içine 5-10 dakikada bir 0,05-0,1 mg, çocukta 0,01 mg/kg, toplam 0,1 mg verilir. Ven içine infüzyon dozu 1-4 mikrogram/dakikadır. Ven yoluyla verilemiyorsa endotrakeal tüp içine 0,5 mg verilebilir.

Hipotansiyon: Ven içine infüzyonla 1 mikrogram/dakika verilir, 5 dakikada bir doz ayarlaması yapılır.

Uyarı: Adrenalin ışığa duyarlı olduğundan koyu renkli ambalajda saklanmalıdır. Adrenalinin damar dışına kaçmasına bağlı deri nekrozunu önlemek için lokal nitrogliserin uygulaması ve terbutalin infiltrasyonu yararlıdır. Uygulama bölgesinde ağrı, soğukluk ya da endürasyon gibi bulguların olması, infüzyon sırasında adrenalinin damar dışına kaçtığını gösterir.

AKINETON

Farmasötik Şekiller

- Akineton® tablet, biperiden hidroklorür, 2 mg, 100 tablet içeren blister ambalajda
- Akineton® ampul, biperiden laktat, 5 mg/mL, 1 mL'lik 5 ampul içeren ambalajda

Kullanıldığı Durumlar

- Parkinson, spastisite, kapalı beyin travması, trigeminal nevralji ve bronkospazm
- İlaça bağlı ekstrapiramidal bulguların tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Dar açılı glokom
- Mide-barsak kanalındaki mekanik tıkanıklıklar, megakolon
- Biperidene aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

- Ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, yorgunluk, baş dönmesi, taşikardi, kabızlık, idrar retansiyonu
- Parenteral uygulama kan basıncı düşmesine neden olabilir. Yüksek dozda huzursuzluk, oryantasyon bozukluğu ve psikoz tablosu ortaya çıkabilir.
- Yan etkiler antidepresanlar ya da antipsikotiklerle birlikte yüksek dozda uygulanmasında da oluşabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Diğer antiparkinson ilaçlar ya da trisiklik antidepresanlarla birlikte uygulandığında, periferik ve merkezi sinir sistemi yan etkileri artabilir. Bu durumda doz azaltılmalıdır.
- Alkol biperidenin merkezi sinir sistemi etkilerini artırır.

Doz ve Veriliş Yolu

Ekstrapiramidal (distonik) reaksiyonlar: Biperiden laktat yetişkinde ven içine

ya da kas içine 2-5 mg, günde 4 kez, çocukta kas içine 0,04 mg/kg (1,2 mg/m²) yarım saat ara ile en fazla 4 kez ya da ven içine 1-2 mg, yavaş uygulanır. Biperiden laktat ile tedavi edilen akut distonik reaksiyonların yinelenmesi için biperiden hidroklorür ağız yoluyla 2 mg günde 1-3 kez, 2-3 gün süreyle verilir.

ATROPİN

Farmasötik Şekiller

Atropin sülfat içeren 0,25, 0,50 ve 1 mg/mL'lik enjeksiyonluk solüsyonlar

Kullanıldığı Durumlar

- Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenmelerde muskarinik kolinerjik belirtilerin tedavisi
- Sinir gazlarına maruz kalımda muskarinik kolinerjik belirtilerin tedavisi
- İlaç ya da toksinlere bağlı (kardiyak glikozitler, beta blokörler, kalsiyum kanal blokörleri, fizostigmin, organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücüler) atriyoventriküler ileti bozukluğunun tedavisi
- *Clitocybe* ve *Inocybe* türü mantar zehirlenmesinde muskarinik kolinerjik belirtilerin tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Atropine bilinen aşırı duyarlılık
- Hipertansiyon, taşikardi, tirotoksikoz, konjestif kalp yetmezliği ya da koroner arter hastalığı olan ve taşikardiyi tolere edemeyecek hastalar
- Dar açılı glokom
- Pilor stenozu ya da prostat hipertrofisi

Yan Etkiler

- Antikolinerjik belirtiler (ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, midriyazis, çarpıntı, taşikardi, kabızlık, idrar retansiyonu, deliryum)

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Mide-barsak kanalında motiliteyi azalttığından birlikte ağızdan alınan ilaçların emilimini geciktirebilir.
- Diğer antimuskarinik ve antihistaminik ilaçların etkisini artırır.

Doz ve Veriliş Yolu

Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenme

Tablo 1. Atropin Dozları

	Yetişkin	Çocuk
Yükleme dozu	1,5-3 mg ven içine (3-5 dakikada bir yinelendir)	0,05 mg/kg ven içine (3-5 dakikada bir yinelendir)
Süzdürme dozu	Ven içine 3-5 mg/saat ya da 0,02-0,08 mg/kg/ saat infüzyonla	Ven içine 0,02-0,05 mg/kg (10- 15 dakikalık aralarla) ya da 0,02- 0,08 mg/kg/saat infüzyonla

Özellikle salguların artışı, bradikardi ve sindirim sistemi belirtileri gibi muskarinik belirtileri olan tüm organofosfat zehirlenme kuşkusu olan hastalara verilmelidir. Nikotinik belirtileri düzeltmez. Atropinin etkisi 3-4 dakikada başlar, 12-16 dakikada en yüksek düzeye ulaşır. Öykü güvenilir değilse atropin testi yapılır. Atropin ven ya da kas içine yetişkinde 1 mg, çocukta 0,25 mg (0,01 mg/kg) verildikten sonraki 5 dakika içinde kalp hızında ani yükselme (20-25 atım/dk) ve yüzde kızarıklık olursa organofosfatlı bir bileşikle zehirlenme olmadığı kabul edilir.

Tedavi amacıyla atropin yüklemesine başlandıktan 3-5 dakika sonra pupil genişliği, solunum, terleme, kalp hızı ve kan basıncı değerlendirilir. Atropinizasyon belirti ve bulgularının **tümü** gelişene dek yükleme dozunu gerekirse artırarak 3-5 dakikada defalarca yinelenmek gerekebilir (Tablo 2). Atropinizasyona ulaşıncaya hasta 15 dakika süreyle yakından izlenir. Bronkospazm ve salgularda artış yinelenirse atropin süzdürme dozu geçilir (Tablo 1). Bu doz için belirlenmiş bir üst sınır ve süre yoktur.

Tablo 2. Atropin Uygulamayı Sonlandırma Ölçütleri

- Aşırı bronş salgısının ortadan kalkması
- Kalp hızının 80 atım/dk üzerinde olması
- Normal pupil büyüklüğü
- Aksilla kuruluğu
- Sistolik kan basıncının 80 mmHg'nin üzerinde olması

İlaça bağlı bradikardi: Ven içine yetişkinde 0,5-1 mg, çocukta 0,02 mg/kg, bir defada en az 0,1 mg uygulanır. Yetişkinde 3 mg vagolitik dozdur. Bradikardi bu dozda devam ediyorsa organofosfatlı ya da karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenme dışında atropin tedavisi süzdürülmemelidir.

BAL-British anti-Lewisite (DİMERKAPROL)

Farmasötik Şekiller

BAL® i.m. enjektabl solüsyon, Dimerkaprol, British anti-Lewisite, 100 mg/mL, 2 mL'lik 12 ampul/kutu, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

- Akut inorganik arsenik zehirlenmesi (ilk 24 saat içinde)
- Cıva zehirlenmesi (İnorganik cıva tuzlarının ağız yoluyla alınmasını izleyen ilk 4 saat içinde verilirse böbrek hasarını engeller. Elementel cıva buharının solunması ile oluşan akut ve kronik zehirlenmenin tedavisindeki yeri belirsizdir.)
- Kurşun zehirlenmesi (Ca EDTA ile birlikte uygulanır.)
- Altın zehirlenmesi (İlaç olarak kullanılan altın preparatlarının yan etkilerinin tedavisi)

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Çözücüsü fıstık yağı olduğundan fıstığa aşırı duyarlılığı olan bireyler
- Karaciğer ve böbrek yetmezliği olanlarda dikkatli kullanılmalıdır.
- Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği olanlarda (hemoliz oluşturması nedeniyle)
- Organik cıva zehirlenmesinde, beyin cıva düzeyini artırarak nörolojik bulguların alevlenmesine neden olabileceğinden kullanılmamalıdır.

Yan Etkiler

- Kas içine enjeksiyon alanında ağrı, steril ya da piyojenik apse
- Doza bağlı 15 dakikada başlayan, 2 saat süren hipertansiyon
- Trombositopeni ya da koagülopatisi olanlarda kas içine verilmesi hematoma neden olabilir.
- Bulantı, kusma, baş ağrısı, gözler, dudaklar, ağız ve boğazda yanma duygusu, gözyaşı, burun, tükürük salgılarında artış, kas ağrısı, parestezi, ateş, anksiyete

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Demir ile toksik bir bileşik oluşturduğundan aynı anda demir yerine konulması yapılmamalıdır.
- Romatoid artritli hastalarda altına bağlı iyileşmeyi sonlandırır.

Doz ve Veriliş Yolu

Kas içine derin olarak verilmelidir. Ven içine uygulanmamalıdır.

Arsenik, cıva, altın zehirlenmesi: Yetişkin ve çocukta 3 mg/kg kas içine 4 saatte bir 2 gün, devamında hastanın belirtileri gerileyinceye dek 7-10 gün boyunca 12 saatte bir verilir. Ciddi arsenik ve cıva zehirlenmelerinde başlangıç dozu kas içine 5 mg/kg'dır. Hasta stabil ve ağız yoluyla alabilir duruma gelince DMSA (Succicaptal®)'ya geçilir.

Kurşun ensefalopatisi: Yetişkinde 4 mg/kg, çocukta 75 mg/m² kas içine derin enjeksiyonla verilir. BAL 2 gün boyunca 4 saat arayla, daha sonra 3 gün boyunca 4-6 saat arayla, sonraki 7 gün boyunca 6 saat arayla verilir. BAL'ın ilk dozundan 4 saat sonra Ca EDTA tedaviye eklenir.

BENZODİAZEPİNLER

Farmasötik Şekiller

Diazepam: 10 mg/2mL ampul; 2 ve 5 mg'lık draje; 2, 5 ve 10 mg'lık kapsül; 5 mg'lık tablet; 5 ve 10 mg'lık rektal tüp.

Midazolam: 1 mg/mL, 5 mL'lik 10 ampul; 5 mg/mL, 3 mL'lik 5 ampul; 5 mg/mL, 10 mL'lik 5 ampullük ambalajda.

Lorazepam: 1 mg ve 2,5 mg'lık 20 tabletlik blister ambalajda (Ativan Expidet®).

Kullanıldığı Durumlar

- İlaça ya da toksik maddeye bağlı konvülsiyon tedavisinde ilk seçenektir.
- Sempatomimetik ya da halüsinojenik ilaçlarla zehirlenmelerde anksiyete ve ajitasyonun kısa süreli tedavisi
- Klorokin zehirlenmesinde kardiyotoksisitenin engellenmesi
- Akut alkol yoksunluğuna bağlı akut ajitasyon, tremor, akut deliryum tremens ve halüsinasyonun tedavisi
- Striknin zehirlenmesi, kara dul örümcek ısırığına bağlı kas krampları ve rijiditesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Bilinen aşırı duyarlılık reaksiyonu
- Dar açılı glokom
- Myastenia gravis
- Solunumun baskılanması

Yan Etkiler

- Sık görülenler: Uyuklama, bitkinlik ve ataksi
- Seyrek görülenler: Konfüzyon, kabızlık, depresyon, diplopi, dizatri, baş ağrısı, hipotansiyon, sarılık, libido değişiklikleri, bulantı, deri döküntüleri, konuşma bozuklukları, idrar retansiyonu, baş dönmesi ve görme bozuklukları
- Paradoksik anksiyete, halüsinasyon, uyku bozuklukları ve saldırganlık
- Ven içine hızlı enjeksiyonu sonucu solunum durması

Gebelikte Kullanımı

Status epilepticus ya da alkol yoksunluk sendromu dışında gebede kullanılmamalıdır.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Opioidler, etanol ve diğer sedatif hipnotik ilaçların merkezi sinir sistemi etkilerini artırabilir.

- İdrarda glikoz bakılan stik testlerinde yanlış pozitif sonuca neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Anksiyete, ajitasyon, kas krampları:

- Diazepam: Ven içine çocukta 0,1-0,2 mg/kg 3 dakikadan uzun sürede, yetişkinde 2-10 mg 5 mg/dakikayı aşmayacak biçimde verilir, 1-4 saatte bir yinelenir. Ağız yoluyla 0,1-0,3 mg/kg verilir. Kas içine uygulanmaz.
- Lorazepam: Ven içine yetişkinde 1-2 mg, çocukta 0,04 mg/kg verilir. Türkiye’de ven içine verilmek için ticari biçimi yoktur. Ağız yoluyla yetişkinde günde 2-6 mg verilir.
- Midazolam: Ven içine 0,05 mg/kg, en çok 0,35 mg/kg 20-30 saniyede ya da kas içine 0,1 mg/kg uygulanır. İnfüzyon dozu yetişkinde 1-7 mg/saat, çocukta 1-2 mikrogram/kg/dakikadır.

Konvülsiyon:

Benzodiazepinlere yanıt vermeyen konvülsiyonlarda diğer antikonvülzanlar kullanılmalıdır.

- Diazepam: Ven içine yetişkinde; 5–10 mg, en çok 30 mg, 5 yaş altı çocukta; 0,2–0,5 mg, en çok 5 mg, 5 yaş üzeri çocukta; 1–2 mg, en çok 10mg verilir, 5 mg/dakikayı aşmayacak biçimde 5–10 dakikada bir yinelenir.
- Lorazepam: Ven içine yetişkinde 1–2 mg, yenidoğanda 0,05-0,1 mg/kg, daha büyük çocukta 0,04 mg/kg verilir, 2 mg/dakikayı geçmeyecek biçimde 5–10 dakikada bir yinelenir. Status epileptikusta ven içine 2 dakika içinde 4 mg yavaş olarak, eşit miktarda serum fizyolojik ile seyreltilerek verilebilir. Kas içine 0,05 mg/kg, en çok 4 mg verilir, etkisi 6-10 dakika içinde ortaya çıkar.
- Midazolam: Ven içine 0,05 mg/kg 20-30 saniyede (yanıt vermeyen status epileptikusta ven içine 0,2 mg/kg 20-30 saniyede) ya da kas içine 0,1-0,2 mg/kg verilir. Doz 5-10 dakikada bir yinelenir ya da 0,75-10 mikrogram/kg/dakika infüzyona geçilir.

Klorokin ya da hidrosiklorokin zehirlenmeleri:

Klorokin ya da hidrosiklorokin zehirlenmelerinde kardiyotoksisite varsa ya da ağız yoluyla yetişkinde 5 gramdan, çocukta 30 mg/kg’dan çok alım varsa diazepam ven içine 1-2 mg/kg 30 dakikada, ardından 2 mg/kg/24 saat infüzyonla verilir.

Alkol yoksunluk sendromu:

- Diazepam: Ven içine 5–10 mg verilir, sedasyon sağlanıncaya dek 10 dakikada bir 5 mg yinelenir (en çok 100 mg/saat). Ağız yoluyla 10–20 mg verilir, 1–2 saatte bir hastanın sedasyonu sağlanıncaya dek yinelenir.
- Lorazepam: Ven içine 1-2 mg verilir, hasta sakinleşinceye dek 10 dakikada bir 1mg yinelenir (en çok 20 mg/saat). Ağız yoluyla 2-4 mg verilir, 1–2 saatte bir hastanın sedasyonu sağlanıncaya dek yinelenir.

BOTULİNUM ANTİTOKSİNİ

Farmasötik Şekiller

Botulinum antitoksini (Botulism Antitoxin Behring®, A, B, E tipi toksinlere karşı, 250 mL) Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

Besin kaynaklı ve yara botulizminde nörolojik belirti ve bulguların ilerlemesini önlemek için kullanılır. Bebek botulizminin tedavisinde önerilmez.

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Antitoksine ya da at serumuna karşı bilinen aşırı duyarlılığı olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

Yan Etkiler

- At serumu antikorlarına karşı gelişebilecek ani aşırı duyarlılık reaksiyonu (Anafilaksi)
- Serum hastalığı

Gebelikte Kullanımı

Teratojenik etkisine ilişkin veri yoktur. At serumuna karşı aşırı duyarlılığa bağlı oluşabilecek anafilaktik şok ya da hipoksemi fetüsü etkileyebilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Bilinen etkileşim yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Antitoksin yalnızca serbest toksini nötralize ettiği için, belirtilerin başlamasından sonraki ilk 24 saat içinde verildiğinde en etkilidir. Botulizm kuşkusu ya da klinik belirti ve bulguları olan hastalara 250 mL'lik 1 şişe antitoksin ven içine yavaş infüzyonla verilir. Belirti ve bulgular kötüleşirse 250 mL daha verilebilir ancak çoğunlukla gerekli değildir. Antitoksin verildikten sonra hastalar en az 2 saat anafilaksi ve şok tablosu gelişimi yönünden izlenmelidir. Olası anafilaksi durumunda kullanmak için adrenalin hazır bulundurulmalıdır.

Ciddi zehirlenme bulgusu olan ve özellikle ven içine uygulamadan klinik yarar görmeyen hastalarda 20 mL kadar antitoksinin spinal kanal içine uygulanması önerilmektedir. Bu durumda 20 mL beyin omurilik sıvısı çekilir ve 20 mL antitoksin yavaş enjeksiyonla uygulanır. Bu işlem 24 saat aralıklarla yinelenir.

DEFEROKSAMİN (DEFERRİOKSAMİN)

Farmasötik Şekiller

Desferal®, deferoksamin, 500 mg flakon, 10 flakon kutu

Kullanıldığı Durumlar

Akut ve kronik demir zehirlenmesinde aşağıdaki bulgulardan herhangi birinin varlığında uygulanır:

- Şok belirtileri
- Bilinç değişikliği
- İnatçı sindirim sistemi bulguları
- Ciddi metabolik asidoz
- Mide yıkaması yapıldıktan sonra karın grafisinde radyopak demir parçacıklarının görülmesi
- Serum demir düzeyinin 350 mikrogram/dL' den yüksek olması
- Ağız yoluyla 60 mg/ kg' dan fazla elementel demir alımı

Alüminyum birikiminin olduğu durumlarda da kullanılabilir, ama bu hastalarda dikkatli olunmalıdır.

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Deferoksamine alerjisi olanlarda dikkatli olunmalıdır. Anüri ve ciddi böbrek yetmezliği varlığında hemodiyaliz ile birlikte kullanılmalıdır.

Yan Etkiler

Alerjik reaksiyonlar, hipotansiyon, şok, baş ve boyunda kızarıklık, taşikardi, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), göz bulguları (görme keskinliği kaybı, bulanık görme, görme alanı daralması, gece körlüğü, optik nöropati), mukormikozis, yersinya enfeksiyonu, ototoksosite

Gebelikte Kullanımı

Gebede akut demir zehirlenmesinde kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Deferoksamin serum demirinin yalancı düşük, demir bağlama kapasitesinin yalancı yüksek olarak ölçülmesine neden olabilir. Ayrıca alüminyumu bağlayarak atılımını sağlayabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ven içine 15 mg/kg/saat yavaş infüzyonla verilir. Çok ciddi zehirlenmelerde 40-50 mg/kg/saat dozuna çıkılabilir. Toplam günlük doz 6 gramdır. Zehirlenme bulguları düzelineye ve serum demiri normal düzeye ininceye dek sürdürülür.

DİFENHİDRAMİN

Farmasötik Şekiller

20 mg/2mL ampul, 25 mg kapsül, 2-14 mg/mL difenhidramin içeren şurup

Kullanıldığı Durumlar

- Antiemetik etkisi nedeniyle taşıt tutması tedavisi
- Antimuskarinik özelliği nedeniyle ilaçlara bağlı ekstrapiramidal bozuklukların ve parkinsonizmin tedavisi
- Ürtiker ve anjionörotik ödem gibi aşırı duyarlılık belirtilerinin tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Dar açılı glokom, prostat hipertrofisi, monoamin oksidaz inhibitörleri ile tedavi

Yan Etkiler

- Sedasyon, ataksi, çocuklarda aşırı uyarılma
- Antikolinergik etkiler (yüz ve boyunda kızarıklık, ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, görmede bulanıklık, kabızlık, taşikardi, hipertansiyon, bronş salgısında koyulaşma, deliryum, psikoz)

Gebelikte Kullanımı

Gebeliğin son trimestrinde uterus kasılmasını artırarak erken doğuma neden olabildiğinden dikkatli kullanılmalıdır.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Alkol, sedatif hipnotikler, opioid analjezikler ve antipsikotiklerle birlikte kullanıldığında sedatif etkileri artar.
- Aminoglikozidler gibi ototoksisite riski olan ilaçların, bu riskle ilgili uyarı işaretlerini maskeleyebilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Kasıntı tedavisi: Yetişkinde ağız yoluyla 25-50 mg, çocukta 5 mg/kg/gün günde 3-4 kez verilir.

İlaça bağlı ekstrapiramidal belirtilerin tedavisi: Yetişkinde ven içine ya da kas içine 50 mg, çocukta 0,5-1 mg/kg verilir. 30-60 dakikada yanıt alınamazsa yetişkinde toplam 100 mg olacak biçimde yinelenir. Belirtilerin yinelemesini engellemek için difenhidramin yetişkinde 50 mg, çocukta 0,5-1 mg 4-6 saatte bir ağız yoluyla 2-3 gün sürdürülür.

DİGOKSİN ÖZGÜL ANTİKORLARI

Farmasötik Şekiller

- Digibind®, Digoxin Immune Fab (Ovine) 38 mg/vial, Glaxo Smith Kline
 - Digifab®, Digoxin Immune Fab (Ovine) 40 mg/vial, Proterics
 - Digitalis Antidot BM® Digitalis Antitoxin Ovine (Fab) 80 mg/vial, Roche
- Türkiye’de hiçbiri bulunmamaktadır.

Kullanıldığı Durumlar

Akut digoksin ya da diğer kardiyak glikozidlerle zehirlenmede yaşamı tehdit edici ritim, iletim bozuklukları ve hiperpotasemi tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Koyundan elde edilen antikörler kullanıldığı için bu ürünlere alerjisi olduğu bilinen hastalarda dikkatli olunmalıdır. Aşırı duyarlılığın belirlenmesi için seyreltilmiş ilaçla deri testi yapılabilir. İlacın bir kezden daha fazla uygulandığı durumlarda sonradan ortaya çıkan aşırı duyarlılık reaksiyonu bildirilmemiştir.

Yan Etkiler

Altta yatan kalp yetmezliğini kötüleştirebilir. Daha önceden atriyal flutter ya da fibrilasyonu olan hastalarda nabız hızını artırabilir. Hipopotasemiye ve seyrek olarak da alerjik reaksiyona neden olabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede akut ve kısa süreli kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Digoksine özgül Fab fragmanları digitoksin, ovabain, zakkum glikozidleri ve kurbağa venomundaki kardelonidleri de bağlar. Kantitatif immunosay tekniklerinde kullanılan antikörlerle çapraz reaksiyon verdiğinden inaktif Fab komplekslerinin de ölçüme girmesiyle yanlış yüksek serum digoksin düzeylerinin gözlenmesine neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Digibind® ve Digifab®’ın her bir viali 0,5 mg, Digitalis Antidot BM®’in 1 viali 1 mg digoksin bağlayacak kadar antikör içerir. Antikor dozunu hesaplamak için vücudun total digoksin yükünü bilmek gereklidir. Bu da ancak alınan miktar yaklaşık olarak bilindiği ya da ilacın dağılım sonrası kararlı durum konsantrasyonu bilindiğinde

hesaplanabilir (Kararlı durum konsantrasyonu için ölçüm ilaç alındıktan en az 12-16 saat sonra yapılmalıdır).

Alınan Miktarın Bilindiği Durumda Digoksin-Fab Doz Çizelgesi

0,125 mg tab. (Kaç tane aldığı)	0,25 mg tab. (Kaç tane aldığı)	Yaklaşık emilen miktar (mg)	Önerilen Doz Vial sayısı
5	2.5	0.5	1
10	5	1	2
20	10	2	4
50	25	5	10
100	50	10	20

Digoksin Kararlı Durum Konsantrasyonu Biliniyorsa;

Digoksin : Uygulanacak antikor vial sayısı = $\frac{\text{Serum Digoksin Kons. (ng/ml) \times \text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{100}$

Digitoksin: Uygulanacak antikor vial sayısı = $\frac{\text{Serum Digitoksin Kons. (ng/mL) \times \text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{100}$

Bu hesaplama göre başlangıç dozu bir düzeltme sağlamıyorsa doz % 50 oranında artırılır. Hastanın aldığı miktarın bilinmediği ya da kararlı durum konsantrasyonunun saptanamadığı durumda hastanın yaşamı tehdit edici ritim bozukluğu varsa ampirik olarak akut zehirlenmelerde 20 (çocuklarda 10), kronik zehirlenmelerde 6 vial verilmesi önerilir. Hasta hemodinamik yönden stabilse, antikor ampirik olarak her seferde 1 vial olacak biçimde istenen klinik etki gerçekleşinceye dek uygulanabilir. Vialler ven içine 30 dakikada 0,22 mikronluk filtre kullanılarak verilebildiği gibi yaşamı tehdit eden ritim bozukluğu varlığında ven içine bolus olarak da uygulanabilir.

DİKOBALT EDETAT

Farmasötik Şekiller

Kelocyanor[®], 300 mg dikobalt edetat/20 mL ampul ve 4 gram sudaki dekstroz solüsyonu Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

Akut ciddi siyanür zehirlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Yoktur.

Yan Etkiler

- Ciddi yan etkiler: Hipotansiyon, ritim bozuklukları, beyin kan akımında azalma ve boyun-yüz ödemi
- Diğer yan etkiler: Bulantı, kusma, mide barsak kanaması, göğüs ağrısı, aşırı terleme, sinirlilik, titreme ve konvülsiyon

Gebelikte Kullanımı

Teratojenik etkisine ilişkin bilgi yoktur. Anafilaktik reaksiyonlara neden olabildiğinden fetus etkilenebilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Yetişkinde 1-2 ampul (300-600 mg) ven içine 1-5 dakikada verilir. Klinik iyileşme olmazsa 5 dakika sonra 1 ampul daha verilebilir. Daha sonra aynı ven içine 50 mL % 50 dekstroz çözeltisi verilmelidir. Çocukta 0,5 mg/kg 20 mL'yi geçmeyecek biçimde uygulanır.

DMSA (Dimerkaptosüksinik Asit)

Farmasötik Şekiller

Succicaptal® 200 mg DMSA, 15 kapsül, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

- Kurşun zehirlenmesi
- İnorganik cıva zehirlenmesi
- Arsenik zehirlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Böbrek yetmezliği
- Bilinen ilaç alerjisi

Yan Etkiler

- Hastaların % 10'unda anoreksi, bulantı, kusma ve ishal
- Karaciğer transaminazlarında hafif, geriye dönüşlü yükselme
- Deri döküntüsü
- Hafif orta derece nötropeni

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Bilinen etkileşme yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Kurşun zehirlenmesi: Çocukta kan kurşun düzeyinin 45 mikrogram/dL üzerinde olduğu durumlarda ağız yoluyla, 10 mg/kg ya da 350 mg/m² dozda, 8 saatte bir, 5 gün boyunca verildikten sonra aynı doz 2 hafta 12 saatte bir verilerek sürdürülür. Yetişkinde de ensefalopati ve kusma olmayan durumlarda 10 mg/kg, 8 saatte bir, 5 gün verildikten sonra aynı doz 2 hafta 12 saatte bir verilerek sürdürülür.

Arsenik ve cıva zehirlenmesi: Kurşun zehirlenmesinde verilen dozun aynısıdır.

DOPAMİN

Farmasötik Şekiller

Dopamin ampul, 200 mg/5 mL dopamin hidroklorür

Kullanıldığı Durumlar

- Hipotansiyon tedavisi
- Septik şok, hipovolemik şok, kardiyojenik şok tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Ergot zehirlenmesi
- Halotan gibi halojenli anesteziyelerle birlikte
- Böbrek üstü bezi tümörü (Feokromositoma)
- Hipertiroidizm (Tirotoksikoz)
- Dar açılı glokom
- Prostat hipertrofisi
- Taşikardi ve ventrikül fibrilasyonu
- Trombozlu tıkaçıcı periferik arter hastalığı

Yan Etkiler

- Kardiyovasküler: Göğüs ağrısı, hipertansiyon, çarpıntı, taşikardi, ventrikül aritmisi, beyin kanaması
- Dermatolojik: Enjeksiyon yerinde damar dışına kaçmaya bağlı nekroz
- Gastrointestinal: Bulantı, kusma
- Nörolojik: Baş ağrısı
- Psikiyatrik: Anksiyete
- Nefrolojik: Oligüri
- Solunum: Akciğer ödemeğine bağlı dispne

Gebelikte Kullanımı

Gebede yaşamı tehdit eden zehirlenmede kullanılabilir. Gebeliğin son trimestrinde doğumu başlatabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Sodyum bikarbonat gibi alkali çözeltiler dopamini inaktive eder.
- Monoaminooksidaz inhibitörleri, diüretikler, trisiklik antidepressanlar kan basıncını artırıcı etkiyi güçlendirir.

- Halojenli anestezipler (halotan) ve kloral hidrat kalpte ritim bozukluğu riskini artırır.
- Fenitoin hipotansiyon riskini artırır.
- Alfa ve beta blokörler dopaminin adrenerjik etkilerini azaltır.

Doz ve Veriliş Yolu

- İnfüzyon yapılan venin bulunduğu ekstremitede solukluk, soğukluk ve endurasyon yönünden izlenmelidir. Damar dışına kaçma durumunda o bölgeye nitrat ve terbütalin uygulanır.
- **İnotropik etki için:** Ven içine 1 mikrogram/kg/dakika infüzyon hızıyla başlanır, 5-10 mikrogram/kg/dakika'ya çıkarılabilir.
- **Kan basıncını yükseltici etki için:** Ven içine 10-20 mikrogram/kg/dakika hızla başlanıp infüzyon hızı yetişkinde 50 mikrogram/kg/dakika, çocukta 30 mikrogram/kg/dakikaya kadar artırılabilir. Bu dozların üzerinde periferik vazokonstrüksiyon ve gangren gözlenir. Dopamin infüzyonu doz yavaş yavaş azaltılarak kesilmelidir.

ETANOL

Farmasötik Şekiller

% 96'luk etanol ağız yoluyla kullanım amaçlı,

% 10'luk etanol, ven içine kullanıma uygun, GATA üretimi, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

Metanol ve etilen glikol zehirlenmeleri (Fomepizolün etanole göre etkisinin daha özgül ve yan etkilerinin daha az olduğu belirtilmesine karşın, klinik açıdan üstünlüğünü kanıtlayan kontrollü araştırmalar bulunmamaktadır).

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Disülfiram benzeri ilaç etkileşmelerine neden olabilecek ilaç kullanımı (metronidazol, furazolidon, klorpropamid, bazı sefalosporinler, *Coprinus* türü mantarlar)

Yan Etkiler

- Ağız yoluyla uygulamada bulantı, kusma, gastrit ve pankreatit
- Çocuklar ve beslenme bozukluğu olan yaşlılarda sarhoşluk, sedasyon ve hipoglisemi
- Ven içine verilşte flebitis
- Aldehid dehidrogenaz enzim polimorfizmi gösteren bireylerde yüz ve boyunda kızarıklık, çarpıntı, postural hipotansiyon

Gebelikte Kullanımı

Gebelikte kronik etanol kullanımının doğumsal anomalilere neden olduğu bilinmektedir. Metanol ya da etilen glikol zehirlenmesinde ise akut ve kısa süreli kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Etanol merkezi sinir sistemini baskılayan ilaçlar ve hipoglisemik ilaçların etkilerini artırır.
- Disülfiram, metronidazol, furazolidon, klorpropamid, bazı sefalosporinleri kullanan ve *Coprinus* türü mantarları yiyenlerde disülfiram reaksiyonu olarak bilinen yüz ve boyunda kızarıklık, çarpıntı ve postural hipotansiyon gelişir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ağızdan ya da ven içine, % 5'lik dekstrozun sudaki çözeltisi içinde uygulanır (Tablo 1). Etanolle tedavi sırasında hastalar merkezi sinir sistemi baskılanması ve hipoglisemi açısından izlenmelidir. Kan etanol düzeyininin 100-150 mg/dL arasında tutulması istenir.

Tablo 1. Kronik Alkol Kullanımı Öyküsü Olanlarda, Olmayanlarda ve Diyaliz Sırasında Etanolün Farklı Derişimleri İçin Antidot Dozları

Etanol derişimi	% 96'lik (ağız yolu)	% 40'lık (ağız yolu)	% 20 lik (ağız yolu)	% 10' luk (ven içine)
Yükleme dozu	0,8-1 mL/kg	1,8-2 mL/kg	5 mL/kg	0,8 mL/kg
Sürdürme dozu				
Kronik alkol alınması yok	0,07 mL/kg/saat	0,2 mL/kg/saat	0,4 mL/kg/saat	0,83 mL/kg/saat
Kronik alkol alınması var	0,16 mL/kg/saat	0,46 mL/kg/saat	0,8 mL/kg/saat	1,96 mL/kg/saat
Diyaliz sırasında				
Kronik alkol alınması yok	0,23 mL/kg/saat	0,5-0,65 mL/kg/saat	1,3 mL/kg/saat	2,13 mL/kg/saat
Kronik alkol alınması var	0,32 mL/kg/saat	0,77-0,9 mL/kg/saat	1,8 mL/kg/saat	3,26 mL/kg/saat

FENİTOİN

Farmasötik Şekiller

50 mg/mL ve 250 mg/mL fenitoin sodyum içeren enjeksiyonluk solüsyonlar, 100 mg fenitoin sodyum içeren kapsül ve tabletler

Kullanıldığı Durumlar

- Tonik-klonik (grand mal) tipte status epileptikusun kontrol altına alınması
- Beyin cerrahisi ve/veya ağır kafa travması sırasında ya da sonrasında konvülsiyonların önlenmesi ve tedavisi
- Migren, trigeminal nevralsi ve psikoz tedavisi
- Dijital glikozidleriyle zehirlenmeye bağlı ritim bozukluklarının tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Trisiklik antidepressanlara bağlı konvülsiyon tedavisinde kardiyotoksik etkiyi artırabileceğinden kullanılmamalıdır.
- Fenitoin ya da diğer hidantoinlere bilinen aşırı duyarlılık
- Fenitoinin ventrikül otomatitesisi üzerindeki etkisi nedeniyle sinüs bradikardisi, sino-atriyal blok, ikinci ve üçüncü derece atriyum ventrikül bloğu ve Adams-Stokes Sendromu olan hastalar

Yan Etkiler

- Merkezi sinir sistemi baskılanması
- Ven içine hızlı verilmesi (yetişkinde 50 mg/dakika, çocukta 1 mg/kg/dakikadan daha hızlı) sonucu hipotansiyon, atriyum ventrikül bloğu ve kardiyovasküler kollaps
- Nistagmus, ataksi, konuşmada güçlük, koordinasyon azalması ve mental konfüzyon, baş dönmesi, uykusuzluk ve baş ağrısı
- Ven içine verilen fenitoinin damar dışına çıkmasıyla ya da çıkış olmadan bölgesel inflamasyon, duyarlılık, nekroz ve deride dökülme

Gebelikte Kullanımı

Gebede kronik kullanımı konjenital anomali oluşumuyla ilişkilendirilmiştir. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Akut kullanımında etkileştiği ilaç yoktur.
- Kronik kullanımı sırasında çok sayıda ilaçla etkileşir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ven içine: Yükleme dozu (15-20 mg/kg, yetişkinde 50 mg/dakika'yı, çocukta 1 mg/kg/dakikayı aşmayacak biçimde) 50-150 mL serum fizyolojik içinde verilir.

Ağız yoluyla: Ven içine uygulandıktan sonra ağız yoluyla 5 mg/kg/gün, günde 1-2 kez verilir.

FİZOSTİGMİN ve NEOSTİGMİN

Farmasötik Şekiller

Neostigmin® ampul, neostigmin, 0,5 mg/mL

Antilirium®, fizostigmin salisilat, 1 mg/mL (Türkiye’de yoktur.)

Kullanıldığı Durumlar

- Fizostigmin, antimuskarinik ilaçların (benztropin, atropin, difenhidramin) ve bitkilerin (*Datura stramonium*) oluşturduğu ciddi antikolinergik bulguların (ajitasyon, deliryum, idrar retansiyonu, ciddi sinüs taşikardisi, terlemenin eşlik etmediği ateş yüksekliği) tedavisinde kullanılır.
- Fizostigmin seyrek olarak, antikolinergik deliryum ve fonksiyonel psikozun ayırt edilmesinde tanısall amaçlı kullanılır.
- Neostigmin, non-depolarizan nöromuskuler blokörlerin (pankuronyum, vekuronyum, rekuronyum vs.) etkilerini geri döndürmek için kullanılır.

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Fizostigmin, sıklık antidepresan zehirlenmesinde, kalpte bradiaritmi ya da asistoli oluşturabildiği ve konvülsiyon oluşumunu tetikleyebildiğinden antidot olarak kullanılmamalıdır.
- Depolarizan nöromuskuler blokörlerle (süksinil kolin) birlikte kullanılmamalıdır.
- Bu ilaçlara ya da koruyucusu benzil alkole karşı bilinen alerji öyküsü

Yan Etkiler

- Bradikardi, kalp bloğu, asistoli
- Konvülsiyon (özellikle hızlı, yüksek doz fizostigmin uygulamalarında)
- Bulantı, kusma, ishal ve tükürük salgısında artış
- Solunum yolu salgılarında artış ve bronkospazm
- Fasikülasyon ve kas güçsüzlüğü

Gebelikte Kullanımı

Gebede akut ve kısa süreli kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Kolinesteraz enzimi ile metabolize olan ilaçlar (depolarizan nöromuskuler blokörler- süksinil kolin, kokain, esmolol), kolinesteraz inhibitörleri (organofosfatlı ya da karbamatlı insektisidler) ve diğer kolinerjik ilaçlarla

(pilokarpin) ile birlikte alındıklarında etkilerini potansiyalize eder.

- Neostigmin, non-depolarizan nöromuskuler blokörlerin (pankuronyum, vekuronyum) etkilerini baskılamak ya da geri döndürmek amacıyla kullanılır.
- Birlikte kullanıldığında, siklik antidepressanlar, beta blokör ve kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesinde kalpteki ileti bozukluklarını artırabilir.
- Fizostigmin, özgül olmayan analeptik etkisi ile, opioid, benzodiazepin ya da sedatif hipnotik ilaçlarla zehirlenmeleri tetikleyebilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Fizostigmin: Ven içine yetişkinde 0,5-2 mg (1 mg/dakika hızından yavaş), çocukta 0,02 mg/kg (0,5 mg/dakika hızından yavaş), kalp monitorizasyonu eşliğinde verilir, 10-30 dakikada bir yinelenir. Yetişkinde en çok 4 mg verilir. Kas içine ya da ven içine infüzyonla uygulanmamalıdır.

Neostigmin: Ven içine yetişkinde 0,5-2 mg, çocukta 0, 025-0,08 mg/kg, en çok 5 mg verilir. Neostigminin muskarinik etkilerini (bradikardi, salgılarda artış) önlemek amacıyla, dakikalarca önce ya da eş zamanlı atropin (0,4 mg-neostigminin her mg'ı için; yetişkinde 0,6-1,2 mg, çocukta 0,01-0,04 mg/kg) kullanılabilir.

FLUMAZENİL

Farmasötik Şekiller

Anexate® 0,5-1 mg, 5-10 ml'lik ampul

Kullanıldığı Durumlar

- Benzodiazepinlerin yüksek dozda alınmasına bağlı koma ya da solunum baskılanmasının tanı ve tedavisi
- Operasyon sonrası benzodiazepin sedasyonunun geri döndürülmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Flumazenil ya da benzodiazepin alerjisi öyküsü
- Siklik antidepresan zehirlenmesi kuşkusu
- Status epileptikus ya da kafa içi basınç artışı sendromu gibi benzodiazepinlerle kontrol edilen yaşamı tehdit eden durumlar

Yan Etkiler

- Anksiyete, ajitasyon, baş ağrısı, sersemlik, bulantı, kusma, tremor, yüz ve boyunda kızarıklık
- Benzodiazepin bağımlılığı olan hastalarda, yoksunluk sendromu belirti ve bulguları
- Siklik antidepresan zehirlenmesinde konvülsiyon ya da ritim bozukluğu
- Benzodiazepin ve yüksek dozda kloral hidrat alınmasında ritim bozukluğu riskinde artış

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Bilinen bir ilaç etkileşimi yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Yüksek dozda benzodiazepin alınması: Ven içine yetişkinde 0,2 mg 30 saniyede verilir. Yanıt alınmazsa ardışık olarak 0,3-0,5 mg'lık dozlar, en çok 3 mg verilebilir. Çocukta ven içine 0,01 mg/kg, en çok 1 mg verilebilir. Etkisi 1-5 saat içinde sonlanacağından hasta sedasyon yönünden gözlemde tutulmalıdır. Ven içine 0,2-1 mg/saat hızla infüzyonla sürdürülebilir.

Benzodiazepinlerin anestezi dozlarına bağlı sedasyonun geriye döndürülmesi:

Ven içine 0,2 mg, en çok 1 mg verilir.

FOMEPIZOL

Farmasötik Şekiller

Antizol® , fomepizol, 1 g/mL, 1, 5 mL vial, 4 viallık pakette, Orphan Medical

Kullanıldığı Durumlar

Metanol ve etilen glikol zehirlenmeleri (Fomepizolün etanole göre etkisinin daha özgül ve yan etkilerinin daha az olduğu belirtilmesine karşın, klinik açıdan üstünlüğünü kanıtlayan kontrollü araştırmalar bulunmamaktadır.)

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Bilinen aşırı duyarlılık reaksiyonu

Yan Etkiler

- Ven içine verildiğinde iritasyon ve flebit
- Baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, kusma, taşikardi, hipotansiyon, deri döküntüsü, ateş ve eozinofili
- Doza bağlı olmayan geçici transaminaz yüksekliği

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Alkol dehidrogenaz ile metabolize edilen kloral hidrat, etanol, izopropanol atılmasında azalma
- Mikrozomal enzimlerle metabolize edilen ilaçlar fomepizolün metabolizması ve atılmasını etkileyebilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Yükleme dozu: Ven içine 100 mL % 0,9'luk sodyum klorür ya da % 5 dekstroz içinde, 15 mg/kg 30 dakikada uygulanır.

Südüme dozu: Ven içine 10 mg/kg 12 saat aryla toplam 4 kez, ardından 15 mg/kg 12 saatte bir, 30 dakikalık infüzyonlarla verilir. Fomepizol, hastanın asidozu ve genel durumu düzelineye ya da ölçülebiliyorsa metanol düzeyi 20 mg/dL'nin altına düşüncüye dek sürdürülür. Hemodiyaliz sırasında fomepizol 4 saatte bir verilmelidir.

GLUKOZ

Farmasötik Şekiller

- Enjektabl formu: % 10, % 20, % 30 ve % 50'lik dekstrozun sudaki çözeltisi

Kullanıldığı Durumlar

- Hipoglisemiye bağlı olduğu düşünülen bilinç değişiklikleri, koma ve konvülsiyon
- Kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesinde dirençli hipotansiyon tedavisinde insülin infüzyonu ile birlikte

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Beyin iskemisi ya da akut inme kuşkusu varsa, beyin hasarını artırabileceğinden, kan şekeri ölçümü ile hipoglisemi kesinleştirilmeden glukoz verilmemelidir.

Yan Etkiler

- Hiperglisemi ve serumda hiperozmolarite
- Konsantrasyonu % 10'un üzerindeki çözeltilerin ven içine verilmesi sırasında glukozun damar dışına kaçmasına bağlı lokal flebit ve selülit
- Tiamin eksikliği olan hastalarda yüksek oranda glukoz yüklemesi akut Wernicke-Korsakoff Sendromunu ortaya çıkarabilir. Alkolik ve malnütrisyonu olan hastalarda glukoz ile birlikte tiamin uygulanmalıdır.
- Sodyum içermeyen dekstroz çözeltilerinin yüksek hacimde uygulanması aşırı sıvı yüklenmesi, hiponatremi, hipopotasemi ve hipofosfatemiye neden olabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Bilinen etkileşimi yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Koma tedavisi: Ven içine yetişkinde % 30'luk çözeltiden 80 mL ya da % 50'lik çözeltiden 50 mL; çocukta % 10'luk dekstroz çözeltisinden 2,5-5 mL/kg ya da % 20'lik çözeltiden 2- 4 mL/kg) verilir.

Tedaviye dirençli hipoglisemi: Sulfonilüre türevi oral antidiyabetik zehirlenmesinde tedaviye dirençli hipoglisemide; yetişkinde % 50'lik ya da % 30'luk, çocukta % 10'luk ya da % 20'lik dekstrozla başlangıç tedavisini izleyen yinelenen bolus dozları ve % 5-10'luk dekstroz infüzyonu gerekebilir.

HALOPERİDOL

Farmasötik Şekiller

5, 10, 20 mg haloperidol içeren tablet, 2 mg/mL haloperidol içeren damla, 5 mg/mL haloperidol içeren ampul biçiminde

Kullanıldığı Durumlar

- Uyarıcı ya da halüsinojenik ilaçlarla tetiklenen, benzodiazepinlere yanıt vermeyen akut ve kronik psikotik bozukluklar

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Komada solunum yolu kontrol altında değilse
- Parkinson hastalığı
- EKG’de QTc aralığında uzama

Dikkatli Kullanılması Gereken Durumlar

- Geçici hipotansiyon ya da anjinal ağrıyı artırması nedeni ile ciddi kalp damar sistemi hastalıkları olan kişiler
- Konvülsiyon eşliğini düşürebilmesi nedeni ile antikonvülzan ilaçlar ile tedavi, nöbet öyküsü, EEG anormallikleri olan kişiler

Yan Etkiler

- Ekstrapiramidal sistem ile ilgili yan etkiler: Parkinson benzeri belirtiler, akatizi, distoni ve tardif diskinezi
- Sedasyon ve hipotansiyon
- Taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon ve QTc aralığında uzama (*Torsade de Pointes* aritmisine neden olabilir.)
- Mastalji, adet düzensizlikleri, jinekomasti, impotans, hipoglisemi, hiperglisemi ve hiponatremi

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Merkezi sinir sistemi üzerine etki gösteren opioid, antidepresan, fenotiyazinler, etanol, barbitürat ve diğer sedatiflerin etkilerini artırır.
- Lityum ile birlikte kullanımı malign nöroleptik sendrom riskini artırabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ağız yolu: Hafif şiddette olgularda başlangıç dozu 2 mg/gün, şiddetli olgularda başlangıç dozu 3-5 mg/gün, iki ya da üçe bölünerek verilir. Yaşlı hastalarda başlangıç dozu 2 mg/gün iki ya da üçe bölünmüş dozda, çocuklarda 0,05 mg/kg/gündür.

Kas içine: Ajite hastalarda başlangıç dozu 2-5 mg 4-8 saat ara ile ajitasyon yatışınca dek yinelenir. Çocuklarda kas içine uygulanmasına ilişkin kontrollü çalışmalar yoktur.

Ven içine: Ajitasyon ve deliryum tedavisinde ven içine de verilmektedir. QTc aralığını uzatması ve *Torsade de Pointes* ritim bozukluğuna neden olabilmesi nedeniyle ven içine verilmesi sırasında kalp monitorizasyonu gereklidir. Ven içine, hafif ajitasyonda 0,5 mg, orta şiddette ajitasyonda 2 mg, ağır şiddette ajitasyonda 5 mg verilir, ajitasyon yatışınca dek yarım saat ara ile yinelenir.

HİDROKSİKOBALAMİN

Farmasötik Şekiller

Siyanür zehirlenmesinde kullanılacak dozda hidrosikobalamin içeren farmasötik şekil Türkiye’de yoktur. Var olan ampuller kullanıldığında 4-5 L gerektiğinden bu preparatlar kullanılmamalıdır. Avrupa’da 2,5 gram liyofilize hidrosikobalamin içeren vialler (Cyanokit®, Groupe Lipha) biçiminde bulunur.

Kullanıldığı Durumlar

- Akut siyanür zehirlenmesi
- Nitroprussid infüzyonu sırasında gelişebilecek siyanür zehirlenmesinin önlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Aşırı duyarlılık durumlarında kullanılmamalıdır.

Yan Etkiler

- Kas içine kronik uygulama sonrası aşırı duyarlılık reaksiyonları
- Uygulama sonrası idrar, ter, gözyaşı ve diğer salgılar pembe ya da kırmızıya boyanabilir ve bu etki 3-7 gün sürebilir.
- Bulantı, kusma, hipertansiyon ve kas spazmları

Gebelikte Kullanımı

Teratojenik etkisine ilişkin bilgi yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Serum örneğinin renklenmesi, transaminazlar ve kreatin düzeylerinin yanlış düşüklüğüne, magnezyum ve bilirubin düzeylerinin yanlış yüksekliğine neden olabilir. İlaç etkileşimi bildirilmemiştir.

Doz ve Veriliş Yolu

Akut siyanür zehirlenmesinde: Ven içine yetişkinde 5 gram, çocukta 70 mg/kg infüzyonla 30 dakikadan uzun sürede verilir.

Nitroprussid infüzyonu sırasında siyanür zehirlenmesinin önlenmesi: Ven içine 25 mg/saat hızla verilir.

İNSÜLİN

Farmasötik Şekiller

- Enjektabl formu: (100 Ü/mL) regüler insülin içeren flakonlar

Kullanıldığı Durumlar

- Hiperglisemi ve diyabetik ketoasidoz, hiperpotasemi
- Kalsiyum kanal blokörleri ile ciddi zehirlenmeler ve ciddi hiperpotasemide glukoz ile birlikte

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Hipoglisemi
- Bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

- Hipoglisemi
- Hipopotasemi
- Enjeksiyon bölgesinde lipohipertrofi veya lipoatrofi

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Etanol, sulfonilüre grubu oral antidiyabetikler ve salisilat ile birlikte kullanılması hipoglisemiye artırır.
- Kortikosteroidler, glukagon ve adrenalın insülinin etkilerini antagonize edebilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Hiperglisemi tedavisi:

- **Yetişkin:** Başlangıç dozu ven içine 5-10 Ü, sürdürme dozu 5-10 Ü/saat infüzyon
- **Çocuk:** Başlangıç dozu ven içine 0,1 Ü/kg, sürdürme dozu 0,1 Ü/kg/saat infüzyon

Hiperpotasemi tedavisi:

- **Yetişkin:** Ven içine 10 Ü, 50 mL % 50'lik dekstroz ya da 80 mL % 30'luk dekstroz çözeltisi ile birlikte
- **Çocuk:** Ven içine 0,1 Ü/kg, % 10'luk dekstrozun 2,5-5 mL/kg'ı ile birlikte

Kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesine bağlı hipotansiyon tedavisi:

Ven içine 0,5-1 Ü/kg (yetişkinde ortalama 10-20 Ü) bolus biçiminde verilir, sonrasında 250 Ü regüler insülin 250 mL serum fizyolojik içinde seyreltildikten sonra 0,5-1 Ü/kg/saat hızda infüzyonla sürdürülür. İnsülinle birlikte glukoz tedavisi için yetişkinde dekstrozun sudaki % 50'lik çözeltisinden 50 mL ya da % 30'luk çözeltisinden 80 mL, çocukta % 10'luk çözeltisinden 2,5-5 mL/kg, kan şekeri 100-150 mg/dL arasında tutulacak biçimde yinelenen dozlarda verilir. İlk 4 saatte 30 dakikada bir, daha sonra saatte bir kan glukoz düzeyi ölçümü yapılır. Kan potasyum düzeyi 2,5 mEq/dL üzerinde tutulmalıdır. İnsülin düzeyi yükseltilirken glukoz düzeyi normal tutularak insülinin pozitif inotropik etkisinden yararlanılması amaçlanır.

KALSİYUM

Farmasötik Şekiller

Calcium-Picken®, % 10'luk kalsiyum glukonatlevülinat, 10 mL ampul

Kullanıldığı Durumlar

- Florür, oksalat tuzları ya da ven içine verilen antikoagülan sitrat zehirlenmelerine bağlı hipokalsemi
- Hidroflorik asit zehirlenmesi
- Kalsiyum kanal blokörü zehirlenmesine bağlı hipotansiyonun tedavisi
- Kalp bulguları olan hiperpotasemi
- Belirtileri olan hipermağnezemi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Hiperkalsemi
- Kardiyak glikozidlerle zehirlenmede ventrikül aritmisini artırması nedeniyle

Yan Etkiler

- Kalsiyum klorür tuzlarının deri içine, deri altına ya da arter içine uygulamasında doku nekrozu
- Böbrek fonksiyonları bozulmuş hastalarda hiperkalsemi
- Ven içine hızlı infüzyonda, hipotansiyon, bradikardi, bayılma ve ritim bozuklukları
- Kalsiyum tuzlarının ağız yoluyla alınmasında kabızlık

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Kardiyak glikozidlerin inotropik ve aritmojenik etkileri kalsiyum tarafından artırılır.
- Çözünebilir karbonat, fosfat, sülfat tuzları ya da çeşitli antibiyotiklerle aynı çözeltiye eklenmesi çökelti oluşumuna neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Semptomatik hipokalsemi, hiperpotasemi: Ven içine yetişkinde % 10'luk kalsiyum glukonattan 10-20 mL, çocukta 0,2-0,3 mL/kg yavaş infüzyonla verilir.

Yanıt alınmıyorsa 5-10 dakikada bir yinelenir.

Kalsiyum kanal blokörleri ile zehirlenme: Ven içine yetişkinde % 10'luk kalsiyum glukonattan 10-20 mL, çocukta 0,2-0,3 mL/kg yavaş infüzyonla verilir, 10-20 dakikada bir 1 gram ya da 20-50 mg/kg/saat infüzyonla sürdürülür.

Deriden hidroflorik asit maruziyeti:

- **Lokal:** % 2,5-33'lük çözeltiler uygulanır.
- **Deri altına enjeksiyon:** Lokal tedavi ağrıyı dindirmede yeterli olmazsa deri altına % 5-10'luk kalsiyum glukonat 0,5-1 mL/cm² uygulanır, 1-2 saat içinde 2-3 kez yinelenebilir.
- **Arter içine uygulama:** Brakial ya da radial arter içine 10 mL % 10'luk kalsiyum glukonat (50 mL % 5'lik dekstrozun sudaki çözeltisi ile seyreltilmiş) infüzyon ile 4 saat içinde verilir. Sonraki 4-6 saat boyunca hasta yakın izleme alınmalı, ağrı oluştursa doz yinelenmelidir.

Diğer bölgelerden hidroflorik asit maruziyeti:

- Nebulize % 2,5 kalsiyum glukonat solunma yoluyla maruziyetin tedavisinde uygulanır. Vücudun % 5'inden daha geniş alanlar maruz kalmışsa yine nebulizasyonla tedavi uygulanır.
- Göz maruziyetinde % 1'lik kalsiyum glukonat 4-6 saatte bir uygulanabilir. Ancak bu tedavinin su ya da serum fizyolojik ile yıkamaya üstünlüğü kanıtlanmamıştır. Göz konsültasyonu istenmelidir.

KALSİYUM DİSODYUM EDTA (Ca EDTA)

Farmasötik Şekiller

Libenta® ampul, % 20'lik, 400 mg/2mL Ca EDTA, 10 ampulluk kutuda

Kullanıldığı Durumlar

- Belirtileri olan kurşun zehirlenmesi
- Belirtisiz ancak kan kurşun düzeyi yüksek hastalar
- Manganez, nikel, çinko gibi bazı ağır metal zehirlenmeleri, plutonyum, uranyum gibi bazı radyoaktif ve nükleer füzyon ürünleri ile olan zehirlenmelerin tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Altın, arsenik ve cıva zehirlenmelerinde etkili değildir.
- Böbrek fonksiyon bozukluğu olan hastalarda Ca EDTA birikimi nefropatiye yol açabileceği için düşük dozlarda kullanılmalıdır, anürik hastalarda kullanılmaz.

Yan Etkiler

- Böbreklerde akut tubuler nekroz, proteinüri ve hematüri
- Kurşun ensefalopatisi gelişen hastalarda hızlı ya da yüksek hacimdeki infüzyonlar kafa içi basınç artışına neden olabilir.
- Kas içine uygulamada oluşabilecek lokal ağrı enjeksiyonluk çözeltiye lidokain eklenerek engellenir.
- Hipokalsemi
- Çinko eksikliği

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Ven içine verildiğinde % 10'luk dekstroz, amfoterisin ya da hidralazinle birlikte geçimsizlik reaksiyonları oluşur.

Doz ve Veriliş Yolu

- Ensefalopati gelişmeyen semptomatik hastalarda ya da kan kurşun düzeyi 50-100 mikrogram/dL ise yetişkinde ven içine 2-4 g (30-50 mg/kg), çocukta 20-30 mg/kg (1000-1500 mg/m²) % 5 dektroz ya da serum fizyolojik içinde

infüzyonla 24 saat içinde ya da kas içine derin enjeksiyonla 4-8 saat arayla verilir. Tedavi süresi 5 günü geçmemelidir.

- Ensefalopati varsa; tedaviye BAL (dimerkaprol)'ın tek dozuyla başlanıp 4 saat sonra Ca EDTA ile birlikte devam edilmesi önerilir. BAL 3 gün sonra kesilir, Ca EDTA 5 güne kadar sürdürülür.
- Ağız yoluyla Ca EDTA, kurşunun mide barsak kanalından emilimini artırdığından kurşun zehirlenmesinin tedavisinde ya da önlenmesinde önerilmez.

K₁ VİTAMİNİ (FİTONADİON)

Farmasötik Şekiller

Konakion MM® ampul, K₁ vitamini, fitonadion, 2 mg/0,2 mL (pediyatrik), 0,2 mL'lik 5 ampul ve 10 mg/mL fitonadion içeren 1 mL'lik 5 ampul içeren ambalajda

Kullanıldığı Durumlar

- Kumadin (varfarin, süpervarfarin) türevi antikoagülan içeren kemirgen öldürücülerle zehirlenme
- Kumadin türevi antikoagülanların sülfonamidler ya da salisilatlar ile birlikte uzun süreli kullanımı sonucu oluşan protrombin zamanında uzama
- K vitamini eksikliği (malnutrisyon, malabsorpsiyon, yenidoğanın hemorajik hastalıkları)

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Fitonadiona karşı bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

- Ven içine enjeksiyonundan sonra anafilaktoid reaksiyon ve flebit
- Kas içine uygulanması büyük ve ağrılı hematomlara neden olabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Akut yüksek doz antikoagülan alındığında ampirik olarak kullanılması protrombin zamanında artışın gecikmesine neden olarak tedavinin yanlış yönlendirilmesine neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ağız yoluyla uygulama: Belirti ve bulguları olan süpervarfarin zehirlenmesinde parenteral tedavi uygulandıktan sonra tedavinin sürdürülmesinde kullanılır. Yetişkinde 10-50 mg, çocukta 5-10 mg günde 2-4 kez verilir, 48 saat sonra protrombin zamanı kontrol edilerek doz artırılabilir. Bazı olgularda günlük doz 200 mg'a (7 mg/kg/gün) kadar çıkarılmıştır. Süpervarfarinin etki süresi çok uzun olduğundan ağız yoluyla tedavi gerekli durumlarda haftalar ya da aylar sürebilir.

Deri altına uygulama: Kas içine uygulamaya tercih edilir. Yetişkinde 10-25 mg, çocukta 1-5 mg verildikten sonra 6-8 saatte bir yinelenir. Olası en kısa sürede ağız yoluyla uygulamasına geçilir.

Ven içine uygulama: Anafilaksi riski olduğundan nadiren kullanılır. Kanama olduğu durumlarda kullanılır. Yine de bu durumlar için taze donmuş plazma ilk seçenektir. Ven içine yetişkinde 10-25 mg, 12 yaşın altındaki çocukta 0,6 mg/kg dekstroza ya da sodyum klorür çözeltisi içinde yavaş infüzyonla (1 mg/dakika) verilir.

LÖKOVORİN KALSİYUM (KALSİYUM FOLİNAT)

Farmasötik Şekiller

15 mg'lık tablet, 5 mg/mL, 7,5 mg/mL, 10 mg/mL lökovorin içeren ampul ve flakonlar

Kullanıldığı Durumlar

- Folik asit antagonistleri (Metotreksat (MTX), trimetoprim ve primetamin) ile zehirlenme
- Metanol zehirlenmesinde folik asit tedavisine alternatif olarak

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Yoktur.

Yan Etkiler

Alerjik reaksiyonlar

- İnfüzyon hızı 16 mL/dakikayı geçtiğinde hiperkalsemi

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Metotreksatın antifolat etkisini geriye çevirir.

Doz ve Veriliş Yolu

Metotreksat zehirlenmesi: Zehirlenmeyi izleyen ilk bir saat içinde verilmelidir. Metotreksat dozu yüksek ancak miktar bilinmiyorsa, ven içine yetişkinde 75 mg, çocukta 10 mg/m²/doz verilir, 6 saatte bir 12 mg, 4 doz yinelenir. Tedavinin izlenmesinde serum metotreksat düzeyi ölçümü yol göstericidir (Tablo 1). Metotreksat zehirlenmesinde ağız yoluyla lökovorin verilmez. Metotreksat alınmasını izleyen ilk 24 saat içinde serum kreatinin düzeyi % 50 artarsa, lökovorin, metotreksat düzeyi 5 mikromol/L'nin altına düşünceye dek 3 saatte bir verilmelidir.

Diğer folik asit antagonistleri ile zehirlenmeler: Kas içine, ven içine ya da ağız yoluyla günde 5–10 mg, 5-7 gün süre ile verilir.

Metanol zehirlenmesi: Ven içine yetişkinde ve çocukta 1 mg/kg (50-70 mg'a kadar) 4 saatte bir, bir ya da iki dozda verildikten sonra ağız yoluyla, aynı dozda, 4-6 saatte bir, iki gün boyunca hastanın klinik belirti ve bulguları gerileyinceye dek uygulanır.

Tablo 1. Metotreksat (MTX) Zehirlenmesinde Lökovorin Dozu

Serum MTX düzeyi ($\mu\text{mol/L}$)	MTX alınmasından sonra geçen süre	Lökovorin dozu (Yetişkin ve Çocuk)
0,1-1	24 saat	10-15 mg/m ² , 6 saatte bir, 12 doz
1-5	24 saat	50 mg/m ² , 6 saatte bir, serum MTX düzeyi 0,1 $\mu\text{mol/L}$ 'nin altına düşünceye dek
5-10	24 saat	100 mg/m ² , 6 saatte bir, serum MTX düzeyi 0,1 $\mu\text{mol/L}$ 'nin altına düşünceye dek

METİLEN MAVİSİ

Farmasötik Şekiller

10 mg/mL metilen mavisi içeren ampul, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

- Methemoglobinemi (dispne, konfüzyon ve göğüs ağrısı olan ya da ölçülebiliyorsa methemoglobin düzeyi % 30'un üzerinde olan hastalar)

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği bilinen hastalarda hemoliz riski nedeniyle
- Ciddi böbrek yetmezliği
- Öyküde metilen mavisine aşırı duyarlılık
- Siyanür zehirlenmesinde nitrite bağlı methemoglobinemi tedavisi

Yan Etkiler

- Karın ağrısı, ishal, bulantı ve kusma
- Hipotansiyon
- Baş ağrısı, baş dönmesi ve sersemlik
- Aşırı terleme
- Yüksek dozda (>7 mg/kg) methemoglobinemi, yenidoğanda 15 mg/kg'ın üzerinde hemoliz
- Uzun süreli uygulamada anemi
- Damar dışına kaçmasına bağlı lokal doku nekrozu
- Salgıları ve mukozayı maviye boyadığından siyanozun klinik belirtileriyle karışıklık oluşturur.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Bilinen ilaç etkileşimi yoktur.
- Ven içine verilirken diğer ilaçlarla karıştırılmamalıdır.
- Ven içine 2 mg/kg metilen mavisi verilen hastalarda yanlış pozitif methemoglobin düzeyleri saptanabilir. Nabız oksimetre değerlerinde yanlışlıklara neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ven içine yetişkin ve çocukta 1-2 mg/kg (% 1'lik çözeltiden 0,1-0,2 mL/kg) birkaç dakika içinde yavaş infüzyonla verildikten sonra 30-60 dakika içinde yinelenabilir. Ardışık iki doz uygulamasından sonra metilen mavisine yanıt yoksa tedavi kesilmeli ve glukoz 6 fosfat dehidrogenaz ya da methemoglobin redüktaz eksikliği düşünülmelidir. Dapsona maruz kalındığında 2-3 gün boyunca 6-8 saat arayla verilmelidir.

MORFİN

Farmasötik Şekiller

- Morfin HCl®, 10-20 mg/mL morfin hidroklorür içeren ampul
- 10, 30, 60 ve 100 mg morfin hidroklorür içeren film tablet ya da morfin sülfat içeren mikropolet kapsül

Kullanıldığı Durumlar

- Zehirli hayvan (karadul örümceği, yılan, akrep gibi) ısırma sokmalarına bağlı şiddetli ağrı
- Göz, deri ve sindirim sistemi mukozası yanıklarına bağlı ağrı
- Konjestif kalp yetmezliğine bağlı akciğer ödemi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Morfine aşırı duyarlılık öyküsü
- Solunum ve merkezi sinir sistemi baskılanması, solunum durması

Yan Etkiler

- Solunum baskılanması, durması
- Hipotansiyon, bradikardi
- Bulantı, kusma ve kabızlık
- Kaşıntı, yüz ve boyunda kızarıklık, döküntü

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Diğer opioid analjezikler, etanol, sedatif hipnotikler ve antidepresanlar ile birlikte kullanıldığında merkezi sinir sistemini baskılayıcı etkisi artar.
- Aminofilin, fenitoin, fenobarbital ve sodyum bikarbonat solüsyonları ile geçimsizliği olduğundan aynı enjektöre çekilmemelidir.

Doz ve Veriliş Yolu

Deri altı, kas içi ya da ven içine verilir. Ağız yolu ve rektum içine uygulama, emiliminin değişken olması nedeniyle önerilmez. Yetişkinde ven içine 5-10 mg, deri altına ya da kas içine 10-15 mg verildikten sonra 4 saatte bir 5-20 mg dozda sürdürülür. Çocukta ven içine, deri altına ya da kas içine 0,1-0,2 mg/kg, 2-4 saatte bir, en çok 15 mg/doz olacak biçimde verilir.

N-ASETİLSİSTEİN (NAS)

Farmasötik Şekiller

Ağızdan uygulama için efervesan tablet (200- 600 mg), kapsül (200 mg), saşe (200-600 mg) ve pediyatrik şurup (200 mg/5 mL); ven içine uygulama için ampul (100 mg/mL, 3 mL) biçiminde ticari şekilleri vardır.

Kullanıldığı Durumlar

- Parasetamol zehirlenmesi
- Sisplatine bağlı böbrek toksisitesi
- Karbontetraklorür ve kloroform zehirlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Öyküde bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

Ağız yoluyla alındığında bulantı kusmaya neden olur. Verilen doz kusulduğunda yinelenmelidir. Kusmayı önlemek için ven içine metoklopramid (0,5-1 mg/kg) ya da ondansetron (0,15 mg/kg) verilir, kusma sürüyorsa NAS nazogastrik tüp yardımıyla verilir.

Ven içine hızlı verilmesi yüzde ve boyunda kızarıklık, deri döküntüleri, hipotansiyon ve bronkospazma neden olur (Anafilaktoid reaksiyon). Dozun %3-4'lük seyreltilmiş çözeltiler biçiminde 60 dakikada verilmesi anafilaktoid reaksiyon olasılığını azaltır.

Gebelikte Kullanımı

Parasetamol zehirlenmesinde gebede kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Aktif kömürün N-asetilsisteini bağladığı ve sistemik emilimini azaltabileceği düşünülmeye karşın bu durumun klinik yönden önemi kanıtlanmamıştır. Ayrıca idrarda ketonların yalancı pozitifliğine neden olur.

Doz ve Veriliş Yolu

Toksik dozda parasetamol alan ve/veya Rumack-Matthew nomogramına göre olası hepatotoksiste riski olan hastalara NAS verilmelidir. Parasetamol alındıktan sonra ilk 8-10 saat içinde verilmeye başlanırsa etkinliği en yüksektir. Bununla birlikte, parasetamol aldıktan 24 saat ya da daha fazla süre geçtikten sonra başvuran hastalara; ölçülebilen kan parasetamol düzeyi ya da biyokimyasal testlerle kanıtlanan hepatotoksiste varsa NAS verilmelidir. Hasta ağız yoluyla NAS

verildikten sonraki 1 saat içinde kusmuşsa doz yinelenmelidir. Kusmayı önlemek için ven içine metoklopramid (0,5-1 mg/kg) ya da ondansetron (0,15 mg/kg) verilir, kusma sürüyorsa NAS nazogastrik tüp yardımıyla verilir.

Tablo 1. Parasetamol Zehirlenmesinde N-Asetil Sistein (NAS) Uygulama Protokolleri*

Ağız yoluyla uygulama **	Ven içine 20 saatlik uygulama	Ven içine 48 saatlik uygulama
Doz	Doz	Doz (1:5 seyreltilir)
<u>Yükleme:</u> 140 mg/kg	<u>Yükleme:</u> 150 mg/kg/15 dakikada	<u>Yükleme:</u> 140 mg/kg/1 saatte
<u>Südüme:</u> 70 mg/kg 4 saat arayla 17 kez (72 saatte toplam 1330 mg/kg)	<u>Südüme:</u> 50 mg/kg/4 saatte 100 mg/kg/16 saatte (20 saatte toplam 300 mg/kg)	<u>Südüme:</u> 70 mg/kg/1 saat 4 saat arayla 12 kez (48 saatte toplam 980 mg/ kg)
Veriliş şekli	Veriliş şekli***	Veriliş şekli***
% 10-% 20'lik NAS solüsyonları, meyve suyu içinde % 5 lik hale getirilerek	% 0,9 serum fizyolojik veya % 5 dekstroz içinde	% 5 dekstroz içinde

* Alerjik reaksiyonlar görülebilir.

** Aktif kömürle birlikte kullanılmamalıdır.

*** Çocuklarda NAS 40 mg/mL solüsyon haline getirilerek uygulanmalıdır.

NALOKSON

Farmasötik Şekiller

Naloxone®, nalokson hidroklorür, 0,4 mg ampul

Kullanıldığı Durumlar

- Koma, solunum baskılanması ya da hipotansiyon ile karakterize akut opioid zehirlenmesi
- Opioid zehirlenmesinden kuşku edilen stupor ya da koma durumunda ampirik olarak
- Klonidin, etanol, benzodiazepin ve valproik asit zehirlenmelerinde merkezi sinir sistemi ve solunum baskılanması varsa

Kullanılmaması Gereken Durumlar

İlaça karşı bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

- Opioid bağımlılarında akut yoksunluk sendromunu kötüleştirebilir.
- Opioid zehirlenmesinde akciğer ödemi ya da ventrikül fibrilasyonuna neden olabilir. Akciğer ödemi özellikle katekolaminler ve yüksek hacimde sıvı uygulanmış olgularda naloksonun anestezi sonrası kullanımında da görülebilir.
- Eroinle birlikte kokain ya da amfetamin almış olan hastalarda nalokson uygulanması ajitasyon, hipertansiyon ve ventrikül aritmisi oluşur.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir. Opioid bağımlısı gebede naloksona bağlı yoksunluk sendromu erken doğumu başlatabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Nalokson opioidlerin analjezik etkilerini antagonize eder.

Doz ve Veriliş Yolu

- Ven içine yetişkinde 0,4-2 mg, çocukta 0-5 yaş arası 0,1 mg/kg, 5 yaşın üstünde en az 2 mg verildikten sonra, 2-3 dakika aralıklarla 10 mg'a kadar çıkılabilir. Opioid bağımlısı olduğundan kuşku edilen hastalarda yoksunluk sendromu oluşabileceğinden naloksonun küçük dozları (0,05 mg) ile tedaviye başlanır.

- Opioidlerin etkilerini geri çevirmek için gerekli olan toplam doz değişkendir. Propoksifen, difenoksilat/atropin (Lomotil®), buprenorfin, pentazosin ve fentanil zehirlenmelerinde 10-15 mg nalokson ile yanıt alınır.
- **İnfüzyon dozu:** Ven içine 0,4-0,8 mg/saat serum fizyolojik ya da % 5' lik dekstroz içinde istenilen etki görülünceye dek (bebeklerde 0,04-0,16 mg/kg/saat) verilir. Diğer bir yöntem hastayı uyandırmak için gerekli dozun üçte ikisinin hesaplanarak saatte bir uygulanmasıdır.
-

Dikkat: Naloksonun etkisi 1-2 saatte kaybolduğundan hasta tekrar sedasyona girebilir. Uzun yarı ömürlü, yavaş salınımlı ya da paket (prezervatif ve benzeri) içinde yutulmuş opioidlerin etkilerinin geri çevrilmesinde nalokson dozlarının yinelenmesi gerekebilir.

PENİSİLLAMİN

Farmasötik Şekiller

Metalcaptase® 300 film kaplı tablet, 300 mg penisillamin, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

- Şelatör etkisi zayıf olduğundan, ağır metal zehirlenmelerinde diğer şelatörlerle tedaviye başlandıktan sonra yardımcı olarak tedavinin sürdürülmesinde kullanılır.
- DMSA'nın tolere edilemediği kurşun zehirlenmesi
- İnorganik cıva zehirlenmesinde BAL tedavisinden sonra DMSA tolere edilemiyorsa
- Bakır zehirlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Penisillamine bilinen aşırı duyarlılık
- Böbrek yetmezliği
- Kemik iliğini baskılayan ilaçlarla birlikte kullanılması
- Kadmiyum zehirlenmesi

Yan Etkiler

- Aşırı duyarlılık reaksiyonları: döküntü, kaşıntı, ateş, hematüri, proteinüri
- Lökopeni, trombositopeni, hemolitik anemi, aplastik anemi ve agranülositoz
- Hepatit ve pankreatit
- Anoreksi, bulantı, kusma, epigastrik ağrı ve tad alma duyusunda bozulma
- Günlük piridoksin gereksiniminde artış

Gebelikte Kullanımı

Gebede doğumsal anomalilere neden olduğundan kullanılmamalıdır.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Kemik iliğini baskılayan ilaçların etkisini artırır.
- Antasitler ve demir sülfat penisillaminin mide barsak kanalından emilimini azaltır.
- İdrarda keton cisimlerinin yalancı pozitifliğine neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Penisillamin ağız yoluyla akşam aç karnına (yemek yemeden 1 saat önce ya da yedikten en az 3 saat sonra yetişkinde 1000-1500 mg/gün 2-4 doza bölünmüş olarak günde en çok 2 gram, çocukta 10-30 mg/kg/gün 2-3 doza bölünmüş olarak, günde en çok 1 gram verilir. Tedavi süresi, ilgili ağır metalin kan ve idrar düzeylerinin haftalık ölçüm sonuçlarına göre belirlenir, 3 aya kadar uzatılabilir.

PIRIDOKSİN (B6 VİTAMİNİ)

Farmasötik Şekiller

B6 Vigen®, piridoksin 250 mg/5mL, 10x5 mL ampul kutu

Libavit B6 Fort®, piridoksin 300 mg/2mL, 3x2 mL ampul kutu

Kullanıldığı Durumlar

- İzoniazid ve gyromitra türü (monometilhidrazin) mantar zehirlenmelerine bağlı konvülsiyonların tedavisinde diazepam ile birlikte
- Etilen glikol zehirlenmesi
- Levodopaya bağlı gelişen diskinezinin düzeltilmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Piridoksin ya da koruyucu maddeye karşı bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

Akut alınmada yan etki beklenmez. Kronik alınmada periferik nöropatiye neden olabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede akut ve kısa süreli kullanımı güvenlidir. Gebelik sırasında uzun süre yüksek dozda kullanıldığında yenidoğanda yoksunluğa bağlı konvülsiyon görülebilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Akut kullanımda yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

İzoniazid zehirlenmesi: Ven içine alınan izoniazid kadar piridoksin 50 mL dekstroz ya da serum fizyolojik içinde 1 gram/dk verilir. Alınan doz bilinmiyorsa 5 gram piridoksin ven içine verildikten sonra 5-20 dakikada bir yinelenir. Çocuklarda 70 mg/kg aşılmamalıdır. Diazepam ile birlikte kullanılması tedavideki etkinliğini artırır.

Monometilhidrazin zehirlenmesi: Ven içine 25 mg/kg verilir, gereksinim durumunda doz yinelenir.

Etilen glikol zehirlenmesi: Kas içine 6 saatte bir 50 mg zehirlenme tablosu düzelineceye dek verilir.

PRALİDOKSİM

Farmasötik Şekiller

Contrathion®, Pralidoksım metilsülfat 200 mg vial, 10 viallık kutu

Kullanıldığı Durumlar

- Organofosfatlı ve karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenmede nikotinik kolinerjik belirtilerin tedavisi
- Karbamatlı böcek öldürücülerle zehirlenmede etkinliği tartışmalıdır.

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Myastenia graviste krizi artırır.
- Böbrek yetmezliğinde düşük dozda kullanılmalıdır.

Yan Etkiler

- Bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi, çift görme ve hiperventilasyon
- Ven içine hızlı enjeksiyonu taşikardi, hipertansiyon, laringospazm, kas rijiditesi ve geçici kas felcine neden olur.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Pralidoksım verilmesiyle eritrosit kolinesteraz aktivitesi, plazma pseudokolinesteraz aktivitesine göre daha hızlı yükselir.

Doz ve Veriliş Yolu

Pralidoksım: Bazı organofosfatlı bileşiklerle zehirlenmede etkisiz kalırken, diğerlerinde etkin olabilmesi için, zehrin kimyasal yapısına göre ilk 7-48 saat arasında başlanmalıdır.

Ciddi nikotinik ve merkezi sinir sistemi belirtileri olan organofosfatlı böcek öldürücülerle zehirlenmelerde tedaviye pralidoksım eklenir.

Tablo 1. Pralidoksim Dozları

	Yetişkin	Çocuk
Yükleme dozu	1-2 g, 100 mL % 0,9 sodyum klorür içinde 15-30 dakikada ven içine infüzyon ya da 30 mg/kg ven içine bolus Kas zayıflığı ve	20-40 mg/kg (en çok 1 g) 100 mL % 0,9 sodyum klorür çözeltisi içinde 15-30 dakikada ven içine infüzyon Kas zayıflığı ve fasikülasyonlar
Süürme dozu	fasikülasyonlar sürüyorsa yükleme dozu 1 saat sonra ve her 3-8 saatte bir yinelenir ya da 500 mg/saat (8 mg/kg/saat, en çok 12 g/gün) % 0,9'luk sodyum klorür içinde ven içine infüzyonla verilir.	sürüyorsa yükleme dozu 1 saat sonra ve her 3-8 saatte bir yinelenir ya da 10-20 mg/kg/saat % 0,9'luk sodyum klorür içinde ven içine verilir.

SİLİBİNİN

Farmasötik Şekiller

Legalon® SIL, 350 mg silybin dihidrojensüksinat içeren ampul, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ulusal Zehir Merkezinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

- *Amanita phalloides* mantarına bağlı zehirlenmede akut karaciğer hasarının tedavisi
- Parasetamol, diğer ilaç ve kimyasallara bağlı zehirlenmelerde karaciğer hasarının önlenmesi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Bildirilmemiştir.

Yan Etkiler

Bulantı, kusma, karın ağrısı, gaz, anoreksi, ürtiker, kaşıntı ve anafilaksi gibi alerjik reaksiyonlar

Gebelikte Kullanımı

Teratojenik etkisine ilişkin bilgi yoktur.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Silibinin karaciğerde bazı mikrozomal enzimlerin aktivitesini inhibe ederek bu enzimlerle metabolize olan ilaçların (amitriptilin, diazepam, klozapin, varfarin, mirtazapin, ketokanozol) kan düzeylerini artırır.

Doz ve Veriliş Yolu

- Zehirlenmeyi izleyen ilk 48 saat içinde verilmeli ve tedaviye başlandıktan sonra 48-96 saat sürdürülmelidir.
- *Amanita phalloides* türü mantar zehirlenmesinde yükleme dozu ven içine 5 mg/kg 1 saatte verildikten sonra 20 mg/kg/gün 2'şer saatlik aralıklarla 4 kezde infüzyonla ya da sürekli infüzyonla uygulanır. Karaciğer işlev testleri normale dönünceye dek devam edilir.
- Toksik hepatitte ağız yoluyla 420 mg/gün (1 ya da 2 doza bölünerek) verilir.

SİYANÜR ANTİDÖT KİTİ

Farmasötik Şekiller

Amil nitrit, sodyum nitrit ve sodyum tiyosülfattan oluşur. Türkiye’de bulunmamaktadır.

Amil nitrit : 0, 3 mL ampul. Her kitte 12 ampul

- Sodyum nitrit : 300 mg/10 mL enjeksiyonluk solüsyon. Her bir kitte 2 ampul
- Sodyum tiyosülfat : % 25’lik solüsyondan 50 mL şişe

Kullanıldığı Durumlar

- Amil nitrit ve sodyum nitrit yalnızca belirti ve bulguları olan siyanür zehirlenmesinde kullanılmalıdır. Siyanür zehirlenmesinden kuşulanılmıyorsa ampirik tedavi olarak kullanılmamalıdır. Sodyum tiyosülfat ise yangında duman solunmasına bağlı olası siyanür zehirlenmesinde ampirik olarak kullanılabilir.
- Nitritler hidrojen sülfür zehirlenmesinde kullanılabilir.
- Sodyum tiyosülfat nitroprussid infüzyonuna bağlı siyanür zehirlenmesini engellemek amacıyla profilaktik olarak kullanılabilir.

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Nitritler, methemoglobinemi varlığında (> % 40), ciddi hipotansiyon varsa ve aynı anda karbonmonoksit maruz kalmış hastalarda kullanılmamalıdır.
- Sodyum tiyosülfatın kullanılmaması gereken durum yoktur.

Yan Etkiler

- Baş ağrısı, yüz ve boyunda kızarıklık, baş dönmesi, bulantı, kusma, taşikardi, terleme (Bu bulgular siyanür zehirlenme bulgularıyla maskelenebilir.)
- Ven içine hızlı uygulama hipotansiyona yol açabilir.

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Alkol, vazodilatör ya da antihipertansif bir ilaç varlığında hipotansiyon derinleşebilir.
- Metilen mavisi nitritler tarafından indüklenen methemoglobinemi tersine çevirip serbest siyanür iyonlarını artırabileceğinden siyanür toksisitesi gelişen bir hastaya verilmemelidir. Ciddi methemoglobinemi varlığında (> % 70) metilen mavisi uygulanması düşünülmelidir.

- Sodyum tiyosülfat ölçülen siyanür konsantrasyonunu yanlış olarak düşürebilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Amil nitrit:

1 ya da 2 ampul bir gazlı bez ya da kumaşın içine kırılıp hastanın burnunun altına yerleştirilir, derin derin 30 saniye soluması sağlanır, 30 saniye aralıklarla yinelenir. Ven içine sodyum nitrit vermeye başlanınca amil nitrit tedavisi kesilir.

Sodyum nitrit:

Ven içine 300 mg'lık 10 mL'lik ampul (çocukta 0,15-0,33 mL/kg, en çok 10 mL), % 0,9'luk sodyum klorür ile 100 mL'ye seyreltikten sonra en az 20 dakikalık bir sürede infüzyonla verilir. Hipotansiyon oluşabileceğinden kan basıncı sık aralıklarla izlenmelidir.

Sodyum tiyosülfat:

Siyanür zehirlenmesinde ven içine yetişkinde 12,5 g (% 25'lik çözeltiden 50 mL), çocukta 400 mg/kg (% 25'lik çözeltiden 1,6 mL/kg, en çok 50 mL) 2,5-5 mL/dakika hızda verilir. Başlangıç dozunun yarısı 30-60 dakika sonra yinelenir.

Nitroprussid infüzyonu sırasında ven içine nitroprussidin her mg'ı başına 10 mg sodyum tiyosülfat infüzyon çözeltisine eklenerek verilir.

SODYUM NİTROPRUSSİD

Farmasötik Şekiller

Nipruss® ampul 60 mg/5mL

Kullanıldığı Durumlar

- Ciddi hipertansiyonun hızlı kontrol edilmesi istenen durumlar (Örneğin; Monoamin Oksidaz (MAO) İnhibitörü zehirlenmesi)
- Ergot alkaloidlerinin alınmasında oluşan periferik arter spazmının tedavisi

Kullanılmaması Gereken Durumlar

- Kafa içi basıncı artışı ya da yer kaplayan oluşuma bağlı hipertansiyon
- Aort koarktasyonu
- Böbrek yetmezliğinde siyanür metabolizması bozulabileceğinden dikkatli kullanılmalı.

Yan Etkiler

- Bulantı, kusma, baş ağrısı ve terleme
- **Siyanür zehirlenmesi:** Sodyum nitroprussidin hızlı, yüksek doz infüzyonu ($\geq 10-15$ mikrogram/kg/dakika 1 saat ya da daha uzun süreyle) sonucu oluşur. Bilinç durum değişiklikleri ve metabolik (laktik) asidoza neden olur. Siyanür toksisitesini sınırlamak amacıyla sürekli hidroksikobalamin infüzyonu (25 mg/saat) ya da tiyosülfat uygulaması önerilir. Ciddi siyanür zehirlenmesi gelişirse nitroprussid tedavisi sonlandırılır, tiyosülfat ve sodyum nitrit ya da yüksek doz hidroksikobalamin önerilir.
- **Tiyosiyanat zehirlenmesi:** Özellikle böbrek yetmezliği olan hastalarda uzun süreli, yüksek doz nitroprussid uygulaması ($\geq 1-3$ mikrogram/kg/dakika, 48 saatten uzun süre), oryantasyon bozukluğu, deliryum, kaslarda titreme ve psikoz yapabilir. Tiyosiyanat hemodiyaliz ile vücuttan atılabilir.
- Ani olarak kesildiğinde rebound hipertansiyon

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

İnhalasyon anestezikleri ve diğer antihipertansif ilaçların hipotansif etkilerini artırır.

Doz ve Veriliş Yolu

- Yalnızca acil durumlarda ve sürekli kalp monitorizasyonu ile verilmelidir.
- **Seyreltilmesi:** Perfüzörde kullanıldığı durumda 60 mg sodyum nitroprussid 3 mL sodyum sitrat içinde çözüldükten sonra 50 mL'lik perfüzör enjektörüne çekilir, % 5'lik dekstroz ile sırasıyla 50 mL'ye tamamlanır, 1 mL/saat infüzyonla başlanır. Yetişkin ve çocukta ortalama infüzyon hızı 0,5-10 mikrogram/kg/dakikadır. Aluminyum folyo ile sarılarak ışıktan korunmalıdır.
- Akut siyanür zehirlenmesi oluşma riski nedeniyle ven içine infüzyon hızı 10 mikrogram/kg/dakika'yı geçmemelidir. İlk 10 dakikada istenilen etkiye ulaşılamazsa infüzyon kesilip başka bir vazodilatör ilaç verilmelidir.
- Siyanür zehirlenmesini önlemek ya da azaltmak amacıyla, 1 mg sodyum nitroprussid'e 10 mg sodyum tiyosülfat eklenebilir.

TİAMİN (B1 VİTAMİNİ)

Farmasötik Şekiller

Ven içine ya da kas içine uygulama için 12,5-250 mg/mL'lik ampul biçiminde ticari şekilleri vardır.

Kullanıldığı Durumlar

- Acil servise başvuran bilinci kapalı hastalarda etiyoloji bilinmiyorsa glukoz ile birlikte
- Wernicke-Korsakof Sendromu
- Etilen glikol zehirlenmesinde glikolik asit atılımını artırmak amacıyla

Kullanılmaması Gereken Durumlar

Tiamin ve içerdiği koruyucu maddelere bilinen aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

- Ven içine hızlı infüzyonda, anafktoid reaksiyonlar, vazodilatasyon, güçsüzlük, yüz ve boyunda ödem
- Beriberili hastalarda ani damar direnci artışına bağlı akut akciğer ödemi

Gebelikte Kullanımı

Gebede akut ve kısa süreli kullanımı güvenlidir.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

- Kas gevşetici ilaçların etkisini artırabilir, ancak bunun klinik bulgulara yansması bilinmemektedir.
- Ürik asit düzeyi ve idrarda Erlich reaktifi ile ürobilinojen spot testini etkileyerek yanlış pozitif sonuç alınmasına neden olabilir.

Doz ve Veriliş Yolu

Ven içine ya da kas içine yetişkinde 100 mg, çocukta 50 mg verilir. Yanıt alınamazsa 8 saatte bir 50-100 mg tekrarlanır. Wernicke ensafalopatisinde ven içi ya da kas içine 50-100 mg/gün kişi normal diyetine dönüncüye dek yinelenir. Akut Wernicke-Korsakof Sendromunda 12 saatte en çok 1 gram verilebilir.

YILAN ANTİVENOMU

Farmasötik şekiller

Viper venom Antiserum, Avrupa (at) 10 mL vial, Zagrep, İl Sağlık Müdürlüklerinden sağlanabilir.

Kullanıldığı Durumlar

Yılan ısırmasına bağlı;

- Şok, hipotansiyon, EKG anormallikleri
- Bilinç bozukluğu
- Kanama
- Lokal şişliğin yayılması

Kullanılmaması Gereken Durumlar

At serumuna karşı aşırı duyarlılık

Yan Etkiler

Aşırı duyarlılık reaksiyonları (Anafilaksi ve serum hastalığı)

Gebelikte Kullanımı

Gebede kullanımının güvenliliği konusunda kesin kanıt yoktur. Ciddi bulguları olan gebede akut ve kısa süreli kullanılabilir. Anafilaktik reaksiyon sonucu gelişen şok ve hipoksinin fetus üzerinde olumsuz etkisinin olabileceği akılda tutulmalıdır.

İlaç ve Laboratuvar Etkileşimleri

Bilinen etkileşimi yoktur.

Doz ve Veriliş Yolu

Yetişkin ve çocukta kas içine ya da ven içine 10 mL verilir. Yaşamı tehdit eden ciddi yılan ısırmasında ven içine 40 mL antivenom yavaş olarak, olası anafilaksi tedavisi için gerekli koşullar altında uygulanmalıdır.

FOTOĞRAFLAR



Resim 1. *Mesobuthus gibbosus*

© Photo: Dietmar Huber

http://www.futura-sciences.com/uploads/tx_oxcsfutura/comprendre/d/images/gibbosus.jpg



Resim 2. *Androctonus crassicauda*

www.ub.ntnu.no/scorpion-files/a_crassicauda4.jpg



Black widow spider

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/imagepages/19582.htm>



Brown recluse spider

www.in.gov/dnr/entomolo/images/recluse.jpg



Cassia senna (Sinameki)

http://www.rolv.no/images/planteleksikon/C/cassia_senna.jpg

<http://www.detuingids.be/images/artikels/archief/veratrum%20album.jpg>



Veratrum album (Çöpleme)



Urginea maritima (Ada soğanı)

www.freewebs.com/stevenholemans/zeeui-small.jpg

http://www.lachevredor.com/websitefiles/Image/IMG_0715_1.JPG

Urginea maritima (Ada soğanı)



Ricinus Communis (Hint yağı)
www.lagomania.com/castorbean.jpg



Ecbalium elaterium (Eşek hıyarı)

<http://www.xtec.es/col-anunciata-cerdanyola/plantes/flor%20cogombre01.jpg>



Hyoscyamus Niger (Ban otu)

http://botany.cs.tamu.edu/FLORA/schoepke/hyo_ni_1.jpg



Rhododendron luteum

www.rosebay.org/chapterweb/images/gh_luteum.jpg



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
REFİK SAYDAM HIFZISSIHHA MERKEZİ BAŞKANLIĞI

Rüzgarlı Cad. İbrahim Müteferrika Sok. No: 5
Ulus / ANKARA

www.hm.saglik.gov.tr

e-posta : mektep@hm.saglik.gov.tr

ISBN: 978-975-590-228-9

Bakanlık Yayın Numarası: 712

HM Yayın No: SB-HM-2007/14

0312 342 31 11 - 12

HIFZISSIHHA
OFSET