

Acil Tıpta kural olarak zehirlenme olgularında hastaya ilk stabilizasyon sağlanırken yapılması gereken tedavi destek tedavidir.¹ Ancak etken maddenin ne olduğunu bilmek ve eğer mümkün ise spesifik tedaviyi uygulamak ideal şartlardaki tedaviyi uygular. Toksikolojide tanı araçları mümkün olan tüm vücut doku örnekleri ile başlayıp ileri görüntüleme teknikleri ile devam etse de pratik hayatta tüm bu testlerin anlamlı olmadığını görmekteyiz. Acil Tıpta zehirlenme sonucunda başvuran hastanın **şikayeti** çoğunlukla zehirlenme olmayacağı için hastanın Toksikoloji hastası olduğu ilk başvuruda belli olmayabilir.^{1,2,3} Bunun sonucunda hastaların başvuru anından itibaren alınan öykü, yapılan fizik muayene, EKG, biyokimyasal testler, kan gazı ölçümleri, RIA ve Spektrometre analizleri toksikoloji tarama testleri gibi yön gösterici olabilirler. Özellikle zehirlenme olarak prezente olmayan hastalarda bu ölçüm ve yöntemler ile tanı yakalanabilir.^{4,5} Tanı araçları olarak aşağıda bahsedilen yöntemler içinde acil servislere hasta kliniği için en hızlı ve faydalı tetkiklerin kan şekeri, EKG ve arteryel kan gazı olduğunu tüm Acil Tıp uzmanları kabul etmektedirler.^{4,6}

► Öykü ve Fizik Muayene

Acil tıpta tanı araçlarından önce gelen tek yöntem iyi bir öyküdür. Toksikoloji vakalarında hasta veya yakınlarından alınan öyküleri sayesinde etken maddenin kimliği ve yarattığı sonuçlar hakkında bilgi edinmek mümkün olabilir. Buradaki en önemli sorun öyküde özellikle intihar amaçlı alımlardan sonra yanıtıcı bilgilerin de verilmesi olasılığıdır. Çalışmalarda hastalar tarafından verilen öykülerin daha sonra testler sonucunda ulaşılan son tanıya göre doğruluk oranının %27 olduğudur.^{2,4} Hastalar özellikle sekonder kazanç için aldıkları ilaçları ve dozlarını fazla söyleyebilirler veya yardım almamak için inkâr da edebilirler. Bu gibi alta yatan psikiyatrik tabloların olduğu durumlar dışında ise özellikle çevresel etkenlerin olduğu veya kaza ile alımlarda ise öyküye rağbet etmekte fayda vardır. Öykü herhangi bir nedenden dolayı yetersiz veya güvenilmez ise de şahitler veya yakınlarından kanıt istemek her Acil

EKG de QT süresini uzatan durumlar sadece zehirlenmeler değildir¹⁴. Bu yüzden QT süresini uzatan hastalıklar ekarte edilmelidirler. Aşağıdaki tabloda bu süreyi uzatan metabolik durumlar vardır. (Tablo 11)

TABLO 11. EKG de QT Uzamasına Yol Açan Metabolik Durumlar ve Hastalıklar⁷

Elektrolit bozuklukları	Hipokalsemi, hipokalemi, hipomagnesemi, hipoglisemi
İskemik durumlar	AKS, kardiyomiyopatiler
Hipotiroidizm	
Obezite	İskemik eğilim artar. İlaç dağılımı hacmi (Vd) bozulur
Hipertansiyon	İskemi eğilim artar. İleti bozukluğuna yol açan dolma basıncı bozuklukları
IKR (Rektifiye edici Potasyum kanalı inhibitörleri)	Bu kanallar kapanınca QT süresi uzar ve fokal uyarılar veya reentran taşikardiler oluşur.

► Özet

Klinik ve vital bulgular acil serviste tanı yöntemi olarak her zaman testlerin önündedir. Eğer imkan yoksa seçilmesi gereken ve yaşamsal olan iki toksikoloji testi vardır; Glukoz ve EKG. Bunların yanı sıra arteriyel kan gazı pek çok durumda yol gösterici tedaviyi belirler.

Kaynaklar

1. American College of Emergency Physicians. Poison information and treatment systems. *Ann Emerg Med*, 1996;28:384
2. Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, and Heard SE. 2007 Annual report of the American Association of Poison Centers' National Poison Data System (NPDS): 25th annual report. *Clin Toxicol (Phila)* 2008;46:927–1057
3. Green S. General Management of poisoned patients. Ed. J Tintinalli. 8th edition. *Emergency Medicine. A comprehensive study guide*. 2016. Section 15. p. 1207- 13.
4. McCaig LF, and Burt CW. Poisoning-related visits to emergency departments in the United States, 1993-1996. *J Toxicol Clin Toxicol* 1999;37:817–826.
5. American Academy of Clinical Toxicology (1993) Facility assessment guidelines for regional toxicology treatment centers. *J Toxicol Clin Toxicol* 31:211–217

6. Thygesen K, Alpert JS, and White HD. Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2007;50:2173–2195
7. Malik M, Farbom P, Batchvarov V, Hnatkova K, and Camm AJ. Relation between QT and RR intervals is highly individual among healthy subjects: implications for heart rate correction of the QT interval. *Heart* 2002; 87:220–8.
8. Batchvarov VN, Ghuran A, Smetana P, Hnatkova K, Harries M, Dilaveris P, Camm AJ, and Malik M. QT–RR relationship in healthy subjects exhibits substantial intersubject variability and high intrasubject stability. *Am J Physiol Heart. Circ Physiol* 2002; 282:H2356–63.
9. Henry CR, Satran D, Lindgren B, Adkinson C, Nicholson CI, Henry TD. Myocardial injury and long-term mortality following moderate to severe carbon monoxide poisoning. *JAMA* 2006;295:398–402
10. Straus SMJM, Kors JA, De Bruin ML, van der Hoof CS, Hofman A, Heeringa J et al. Prolonged QTc interval and risk of sudden cardiac death in a population of older adults. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:362–367
11. Sauer AJ, Moss AJ, McNitt S, Peterson DR, Zareba W, Robinson JL et al. Long QT syndrome in adults. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:329–337
12. Yap YG, and Camm J. Risk of torsades de pointes with non-cardiac drugs – doctors need to be aware that many drugs can cause QT prolongation. *Br Med J* 2000; 320: 1158–9.
13. Roden DM. Drug-induced prolongation of the QT interval. *N Engl J Med* 2004; 350: 1013–22.
14. Manini AF, Nelson LS, Skolnick AH, Slater W, and Hoffman RS. Electrocardiographic predictors of adverse cardiovascular events in suspected poisoning. *J. Med. Toxicol.* (2010) 6:106–115
15. Isbister GK, and Page CB. Drug induced QT prolongation: the measurement and assessment of the QT interval in clinical practice. *Br J Clin Pharmacol* 2013;76:1: 48–57.