

Bölüm 3

ÇOCUKLUK ÇAĞI ZEHİRLENMELERİNE YAKLAŞIM

Gamze GÖKALP¹

Toksik maddelere maruz kalım tüm dünya çocukları için halen ciddi bir sorundur. Bireyin yaşam boyu ciddi bir zehirlenme ile karşılaşma ihtimali %0.02-0.09 arasındadır. Ülkemizde ise bu oran %0.8-5 olarak saptanmıştır. Çocukluk çağı zehirlenmelerinin iki yaş döneminde pik yaptığını görürüz. Bunlar, altı yaşından küçük yaş grubunda kazara maruz kalanlar ve adolesan yaş grubunda kendine zarar verme amacıyla zehirlenenlerdir. Ayrıca nadir de olsa 1 yaş altı grupta zorla zehirlenme şeklinde çocuk istismarı durumları görülebilir. Beş yaşından küçük çocuklarda, erkek cinsiyette olmak, hiperaktivite gibi bir davranışsal bir hastalığa sahip olmak, pika sendromu gibi el ağız ilişkisinin fazla olduğu bir duruma sahip olmak, ebeveynlerdeki düşük sosyokültürel seviye, çocuk üzerindeki azalmış denetim zehirlenme gelişmesi için risk faktörü olarak sayılabilir.

Zehirlenmenin geliştiği yedi ana yol vardır. Bunlar oral, oküler, dermal, inhalasyon, transplasental, parenteral ve çevresel yol olarak sayılabilir. Etkilenme süresine göre ise akut ve kronik olarak da zehirlenmeler ikiye ayrılır. Zehirlenmelerin büyük çoğunluğu akuttur ve oral yol ile olur. Bazı ilaçların terapötik dozlarda kullanımında kümülatif toksisite görülebilir, bunun en iyi örneği ateşli çocukta arka arkaya verilen parasetamol dozlarıdır. 1960'lı yılların başlarından beri çocukluk çağındaki ölüm ile sonuçlanan zehirlenmeler %95 oranında azalma göstermiştir. Ürünlerin çocukların açamayacağı güvenli ambalajlarda bulundurulmaları, zehirlenmeler konusunda oluşan toplumsal bilinçlenme, zehir danışma merkezlerinin sayısının artması, acil tıp ve kritik hasta bakımlarında olan gelişmeler bu durumda rol oynamıştır.

KLİNİK BULGULAR

Klinik bulgular yelpazesi, tamamen asemptomatik olma durumundan kritik yaşamsal hastalığa kadar değişir. Kliniği esas belirleyen faktörler; hastanın yaşı, altta yatan hastalıkları, maruz kalınan madde, alınan miktar, sağlık yardımı alana kadar geçen süre, bilinçsizce uygulanan tedavi yöntemleri olarak sayılabilir. Çocuk acil servis gibi hastalara ilk müdahale edilen yerlerde çalışan sağlık personellerinin unutmaması gereken önemli bir kural da daha önceden sağlıklı olduğu

¹ Uzman Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gamze.gokalp@saglik.gov.tr

Beta bloker ve Kalsiyum kanal blokeri	Glukagon	0.15 mg / kg IV bolus takiben saatte 0.1 mg/kg/saat IV infüzyonu
Metethoglobinemi	Metilen mavisi	1-2 mg / kg yavaş İV infüzyon, tekrar dozları
Opioid	Nalokson	0,4 -2 mg IV
Organofosfatlı insektisit	Pralidoksime klortür (PAM)	20-40 mg / kg yavaş IV infüzyonu, ardından saatte 5-10 mg/kg/saat sürekli infüzyon veya her dört saatte 20 mg / kg inf.
Isoniazid (INH)	Piridoksine	Günde 1 gr PO veya 75 ml/kg-5 g IV bolus
Trisiklik Antidepresan Kokain	Sodyum bikarbonat	1-2 mEq / kg IV bolus, tekrarlama bolusları QRS süresi normale gelene kadar arteriyel pH 7.55'i aşmamalı)
Salisilatlar	Sodyum bikarbonat	150 mEq + 40 mEq KCl 1 L %5 Dekstozlu sıvıya eklenir idrar çıkışını saatte 1 ila 2 mL/kg sürdürecektir şekilde infüze edilir idrar pH'si yaklaşık 7.5 tutulur

KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics. (2016) Çocuk Acil Tıp Kaynak Kitabı Yılmaz H L.(Çev. Ed) 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
2. Bryant S, Singer J. Management of Toxic Exposure in Children. (2003)Emerg Med Clin North Am; 21:101
3. Cohle SD, Trestrail JD, Graham MA. (1988)Fatal Pepper Aspiration. Am J Dis Child; 142:633.
4. Çıtak A, Yılmaz H L (2011) Pediatrik Zehirlenmeler. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
5. Dine MS, McGovern ME. (1982) Intentional Poisoning of Children--An Overlooked Category of Child Abuse: Report of Seven Cases and Review of the Literature. Pediatrics; 70:32.
6. Friedman EM. (1987) Caustic Ingestions And Foreign Body Aspirations: An Overlooked Form Of Child Abuse. Ann Otol Rhinol Laryngol; 96:709.
7. Litovitz TL, Klein-Schwartz W, Rodgers GC. (2001) Annual report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. Am J Emerg Med 2002; 20:391.
8. Manoguerra A S, Cabaugh D J. (2008) Guideline on the Use of Ipecac Syrup in the out of Hospital Management of Ingested Poisons. Clinical Toxicology. 43:2005 /10.1081/CLT-46735
9. Osterloh JD. (1990) Utility and Reliability of Emergency Toxicologic Testing. Emerg Med Clin North Am 8:693.
10. Shaw K N. (2016) Textbook of Pediatric Emergency Medicine. (7. Baskı) Londra: Wolters and Kluwer
11. Soslow AR. (1981) Acute Drug Overdose: One Hospital's Experience. Ann Emerg Med; 10:18.

12. Watson WA, Litovitz TL, Rodgers GC. (2002) Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. Am J Emerg Med; 21:353.
13. Wiley JF. (1991) Difficult Diagnoses in toxicology. Poisons Not Detected By The Comprehensive Drug Screen. Pediatr Clin North Am; 38:725.
14. Woolf A, Alpert HR, Garg A, Lesko S. (2001) Adolescent Occupational Toxic Exposures: A National Study. Arch Pediatr Adolesc Med; 155:704
15. Wright N. (1980;) An Assessment Of The Unreliability of the History Given By Self-Poisoned Patients. Clin Toxicol 16:381.