

Demographical Features of Patients with Suicidal Drug Intoxication, Glasgow Coma Scale and Revised Trauma Score Relationship with Mortality

Özkıyım Amaçlı İlaç İntoksikasyonlu Hastalarımızın Demografik Özellikleri, Glaskow Koma Skalası ve Revize Travma Skoru'nun Mortalite ile İlişkisi

Roşin A. Özhasenekler¹, Haktan Karaman¹, Gönül Ö. Kavak¹, Adnan Tüfek¹, Zeynep Yıldırım¹, Feyzi Çelik¹, Orhan Tokgöz¹, Ayhan Özhasenekler²

¹Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

Abstract

Objective: It is aimed in this study to analyze whether a relationship exists between mortality and demographical features, Glasgow coma scale (GCS) plus revised trauma scores (RTS) of inpatients diagnosed with suicidal drug intoxication.

Material and Methods: Files of a total of 120 patients admitted in the reanimation unit because of suicidal drug intoxication whose data we could access were analyzed retrospectively.

Results: 75.8% (n=91) of our patients were female while female/male ratio was 3.13/1. The average age of our patients was 25.18±10.26 years whereas mean arterial blood pressure, mean pulse rate and mean respiratory rate were 85.09±18.08 mmHg, 105.25±27.07 and 11.54±4.39, respectively. Mean GCS and RTS values of our patients on initial admission were 10.48±3.34 and 6.52±1.20, respectively. Mean duration of hospital stay of our patients was 6.43±14.2 days. 64 of our patients (53.3%) ingested a tricyclic antidepressant, while 22 (18.3%) took organic phosphorus. 33 (27.5%) cases were multiple-drug intoxication. 37 patients (30.8%) required mechanical ventilation support and mean duration of follow-up under mechanical ventilation support was found to be 2.39±9.08 days. 11 of our patients (9.1%) died. A statistically significant relationship was found not only between mortality and organic chlorine (p=0.002) plus TCA intoxication (p=0.003), but also between mortality and GCS (p<0.001) plus RTS (p=0.003).

Conclusion: Since suicidal drug intoxications are among important issues faced in the emergency room and intensive care units, it was concluded that physiological scoring systems used for initial assessment and follow-up, as well as the kind of drug taken had impacts on mortality. (*JAEM 2012; 11:200-3*)

Key words: Drug intoxication, suicidal, mortality, GCS, RTS

Özet

Amaç: Özkıyım amaçlı ilaç zehirlenmesi tanısı ile yatan hastaların demografik özellikleri, mortaliteye etkili faktörler, Glaskow Koma Skalası (GKS) ve Revize Travma Skalası (RTS) ile mortalite arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Özkıyım amaçlı ilaç zehirlenmesi nedeniyle Reanimasyon Ünitesine yatan ve verilerine ulaşabildiğimiz toplam 120 hasta dosyası retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastalarımızın %75.8' i (n=91) bayan ve Kadın/Erkek oranı 3.13/1'dir. Hastalarımızın yaş ortalaması 25.18±10.26 yıl, Ortalama solunum sayıları; 11.54±4.59 solunum/dk, Ortalama arteriyel kan basınçları; 85.09±18.08 mmHg, ortalama nabız aralıkları; 105.25±27.07 atım/dk idi. Hastalarımızın ilk başvuru anındaki ortalama GKS; 10.48-3.34, ortalama RTS; 6.52±1.20 idi. Hastalarımızın ortalama yatış süresi 6.43±14.2 gün idi. Hastalarımızın 37'sinin (%30.8) mekanik ventilatör ihtiyacı oldu, Mekanik ventilatör ile takip süreleri ortalama 2.39±9.08 gün idi. Hastalarımızın 11'i (%9.1) öldü. Organik klor (p=0.002) ve Trisiklik antidepresan (p=0.003) ilaç zehirlenmesi ile, ayrıca GKS (p<0.001) ve RTS (p=0.003) ile mortalite arasında anlamlı ilişki bulundu.

Sonuç: Özkıyım amaçlı zehirlenme olguları, acil servislerde ve yoğun bakımlarda karşılaşılan önemli sorunlardan biri olduğundan, alınan ilaç cinsinin yanı sıra, hastanın ilk değerlendirilmesinde ve takibinde kullanılan fizyolojik skorlama sistemlerinin mortalite üzerine etkili olduğu sonucuna varılmıştır. (*JAEM 2012; 11: 200-3*)

(*JAEM 2012; 11: 200-3*)

Anahtar kelimeler: İlaç intoksikasyonu, özkıyım, mortalite, GKS, RTS

Giriş

İlaç intoksikasyonu acillere başvuru nedenlerinden biridir. İlaç intoksikasyonları çocukluk yaş grubunda sıklıkla kazara alım sonucu, ancak erişkin yaş grubunda sıklıkla özkıyım amaçlı meydana gelmek-

tedir. Ülkemizde, acil servislerin sıklıkla karşılaştığı önemli sorunlardan biri olmasına karşılık güvenilir morbidite ve mortalite istatistiklerine ulaşmak oldukça güçtür (1).

Bu yazıda kliniğimizde özkıyım amaçlı ilaç intoksikasyonu nedeniyle takip ettiğimiz hastaların demografik özelliklerini, mortaliteye

Correspondence to / Yazışma Adresi: Ayhan Özhasenekler, Urfa Yolu 3. Km, Mega Konutları A Blok No: 7 Diyarbakır, Türkiye
Phone: +90 412 248 80 01 - 4180 e.mail: drhasenek@mynet.com

Received / Geliş Tarihi: 05.10.2011 **Accepted / Kabul Tarihi:** 17.11.2011

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.akademikaciltip.com

©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.akademikaciltip.com web sayfasından ulaşılabilir.

doi:10.5152/jaem.2012.006



ait faktörleri ve bu hastalarda başvuru anındaki Glasgow Koma Skalası (GKS) ve Revize Travma Skoru (RTS)'nin mortalite ile ilişkisini paylaşmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler

Ocak 2007-Aralık 2010 tarihleri arasında Fakültemiz Acil Servisine ilaç intoksikasyonu nedeniyle 8417 hasta başvurmuş, bunların yaklaşık %16'sı (n=1400) hastanemizin Anestezi ve Reanimasyon, Dahiliye ve Kardiyoloji yoğun bakımlarına yatmış, kalan hastalar Acilde tetkik ve takipleri sonucunda taburcu edilmişlerdir. Anestezi ve Reanimasyon Ünitesi' ne yatan yaklaşık 200 hastadan, özkıyım amaçlı ilaç zehirlenmesi nedeniyle yatan ve verilerine tam ulaşabildiğimiz 120 hasta çalışmaya dahil edildi ve çalışma 120 hasta dosyası üzerinden retrospektif olarak planlandı.

Bu çalışma için Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı. Özkıyım amaçlı ilaç zehirlenmesi olanlar, 15 yaş üstü hastalar ve dosyadaki verileri tam olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Olgular mortaliteye etkili faktörlerin belirlenmesi ve GKS ve RTS'nun mortalite ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla yaşayanlar ve ölenler olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, ek hastalıkları, kabul anındaki temel fizyolojik parametreleri [solunum sayısı (SS), ateş, nabız (NS), sistolik, diyastolik, ortalama arteriyel basınç değerleri (OAKB)], daha önceki özkıyım girişimi, ilaç cinsi, miktarı, tek ilaç mı çoklu ilaç mı, laboratuvar değerleri (beyaz küre (WBC), aspartat transaminaz (AST), alanin transaminaz (ALT), üre, kreatinin) ve kan gazı değerleri (pH, pO₂, pCO₂, HCO₃), hastaların diyaliz ihtiyacı olup olmadığı, mekanik ventilatör (MV) ihtiyacı, MV süresi, yatış süresi, hastaların yoğun bakım ünitesine kabul anındaki GKS ve RTS' ları standart çalışma formuna kayıt edildi. RTS hesaplanırken, Champion ve ark.'ları tanımladığı "Ağırlıklı RTS" [RTS=(0.9368xGKS)+(0.7326xSK)+(0.2908xSS)] formülü kullanıldı (2).

Sonuçlar ortalama±standart sapma (ort±SD) olarak verildi. Univariate istatistiksel analizler kategorik değişkenler için ki-kare testi ve sürekli değişkenler için student-t testi kullanılarak yapıldı. Grup içi karşılaştırmalarda gruplar normal dağılım göstermediği ve gruplardaki denek sayısı eşit olmadığından dolayı Kruskal Wallis tek yönlü varyans analizi ve çoklu karşılaştırma yöntemi olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hastalarımızın genel ve yaşayan/ölen gruptaki; cinsiyet, yaş, kabul anındaki OAKB, NS, SS, GKS ve RTS ortalamaları, ortalama yatış süreleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastalarımızın %24 (n=29)'ü erkek, %75.9 (n=91)'u bayandı. Tüm hastaların genel yaş ortalaması 25.18±10.26 yıl idi. Ölen ve yaşayan grupta cinsiyet ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Tüm hastaların başvuru anındaki ortalama arteriyel kan basınçları; 85.09±18.08 mmHg, ortalama nabız sayıları 105.25±27.07 atım/dk, ortalama solunum sayıları 11.54±4.39 solunum/dk idi. Ölen ve yaşayan grup arasında, ortalama arteriyel kan basıncı, ortalama nabız sayısı ve ortalama solunum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Tüm hastaların başvuru anındaki ortalama GKS; 10.48±3.34 iken, yaşayanların ve ölenlerinki sırasıyla 10.91±3.07 ve 6.27±3.04 idi. GKS açısından yaşayan ve ölen grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p<0.01).

Tüm hastaların başvuru anındaki ortalama RTS; 6.52±1.20 iken, yaşayanların ve ölenlerinki sırasıyla 6.69±1.00, 4.79±1.60 idi. RTS açısından yaşayan ve ölen grup arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p=0.03).

Tüm hastalarımızın ortalama yatış süresi 6.43±14.2 gün idi. Yaşayan ve ölen grupta yatış süresi açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Hastalarımızın WBC, karaciğer fonksiyon testleri (AST, ALT), böbrek fonksiyon değerleri (üre, kreatinin), arteriyel kan gazı sonuçları (pH, pCO₂, pO₂, HCO₃) sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların

Tablo 1. Olgularımıza ait demografik ve fizyolojik verileri ve mortalite ile ilişkileri (ort±SD, %)

	Yaşayan	Ölen	p	
Cinsiyet	n (%)	n (%)	>0.05	
	♂	24 (22.1)		5 (45.4)
	♀	85 (77.9)		6 (54.6)
	Toplam	109 (100)		11 (100)
Yaş (ort±SD; yıl)	25.18±10.26		>0.05	
	24.79±9.55	29.09±15.82		
Arteriyel Kan Basıncı (ort±SD; mmHg)	85.09±18.08		>0.05	
	85.62±15.72	79.81±35.09		
Sistolik Kan Basıncı (ort±SD; mmHg)	113.88±24.70	90.05±10.55	>0.05	
Nabız sayısı (ort±SD; atım/dk)	105.25±27.07		>0.05	
	106.11±25.57	96.73±39.69		
Solunum Sayısı (ort±SD; solunum/dk)	11.54±4.39		>0.05	
	11.44±3.59	12.55±9.40		
GKS (ort±SD)	10.48-3.34		<0.01	
	10.91±3.07	6.27±3.04		
RTS (ort±SD)	6.52±1.20		0.03	
	6.69±1.00	4.79±1.60		
Yatış süresi (ort±SD; gün)	6.43±14.2		>0.05	
	4.72±4.30	23.36±43.07		

Tablo 2. Olgularımızın laboratuvar verileri (ort±SD, min-max) ve mortalite ile ilişkileri

	ort±SD	min	max	p
WBC (K/UL)	12.08±6.01	3.15	32.8	>0.05
AST (U/L)	33.02±48.36	3	310	
ALT (U/L)	26.92±46.69	1	329	
Üre (mg/dL)	25.31±12.69	6	106	
Kreatin (mg/dL)	0.85±0.51	0.2	3.14	
pH	7.34±0.11	6.7	7.68	
pCO ₂ (mmHg)	37.91±8.89	18.2	76.3	
pO ₂ (mmHg)	102.52±36.99	33.6	248	
HCO ₃ (mmol/L)	22.00±7.73	4.9	88	

laboratuvar değerleri ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın %25.8'nin ($n=31$) ek hastalığı mevcuttu. Sırasıyla 7 hastamızda (%22.56) depresyon, 5 hastamızda (%16.12) panik atak, 4 hastamızda (%12.91) şizofreni, 4 hastamızda (%12.91) gebelik, birer hastada da epilepsi, astım, migren, diyabet, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, kronik lenfositik lösemi mevcuttu. Hastaların ek hastalığının bulunması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın 3'ünün özgeçmişinde daha önce intihar girişimi hikayesi mevcuttu. Hastaların özgeçmişlerinde daha önce intihar girişimi olması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Bu 3 hastamız da şifa ile taburcu edildi.

Olgularımızın özkıym amaçlı aldıkları ilaçların dağılım oranları Tablo 3'de gösterilmiştir. TCAD' lar %53.3 ($n=64$) oranında en sık alınan ilaç olarak görülürken, organik fosfor %18.3 ($n=22$), TCAD dışı antidepresanlar %16.6 ($n=20$), organik klor %8.8 ($n=6$) oranında görüldü. TCAD intoksikasyonu ve organik klor intoksikasyonu ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.02$).

Hastalarımızın 33'ü (%27.5) çoklu ilaç intoksikasyonu idi. Hastaların çoklu ilaç intoksikasyonları ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın 2'sinde diyalize ihtiyaç duyuldu. Bir hastamız metformine bağlı ABY geliştiği için, diğeri de kronik böbrek yetersizliği olduğu için diyalize alındı. Hastaların diyalize alınması ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın 37'sinin (%30.8) MV ihtiyacı oldu, hastaların MV ihtiyaçları ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın mekanik ventilatör ile takip süreleri; yaşayanlarda 0.98 ± 2.56 gün, ölenlerde 16.36 ± 25.93 gün, ortalama 2.39 ± 9.08 gün idi. MV takip süreleri ile mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

Hastalarımızın 11'i (%9.1) öldü. Ölen hastalarımızın hiçbirinin özgeçmişinde daha öncesinde intihar girişimi hikayesi yoktu. Ölenlerin 3'ü çoklu ilaç intoksikasyonu (biri TCAD + antipsikotik + diğer, biri antikonvülsan+diğer, biri antipsikotik+diğer), 8'i tekli ilaç intoksikasyonu idi (2'si organofosfat, 4'ü organik klor, biri antipsikotik, biri çinko fosfid idi).

Tablo 3. Alınan ilaçların hasta sayılarına göre dağılımı (%) ve mortalite ile ilişkileri

İlaç türü	Olgu sayısı (n)	Yüzde (%)	p
TCAD	64	53.3	$p=0.03$
Organik fosfor	22	18.3	>0.05
TCAD dışı antidepresan	20	16.6	>0.05
Antipsikotik	16	13.3	>0.05
Organik klor	8	6.6	$p=0.02$
Çinko fosfid	6	5	>0.05
Antikonvülsan	5	4.1	>0.05
Antikolinergik	2	1.6	>0.05
Amfetamin türevi	1	0.83	>0.05
Diğer *	16	13.3	>0.05

*Antibiyotik, PPI, OAD, analjezik, myorelaksan, antihipertansif

Tartışma

Acil servislere başvuran hastalar arasında intoksikasyon oranları %0.7 ile %10.1 arasında değişmektedir. Bu intoksikasyon olgularının çoğunu ilaç intoksikasyonları oluşturmaktadır (1).

İlaç intoksikasyonu ile ilgili verilere ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Hizmetleri veri tabanından, 112 Acil Sağlık Hizmetleri veri tabanından ve son dönemde ağırlıklı olmak üzere Acil Tıp kliniklerinin bilimsel çalışmalarından elde edilen verilerden ulaşılmaktadır.

Güloğlu ve ark.'ları (3) yaptığı bir çalışmada ilaç intoksikasyonu nedeniyle acile başvuran hastaların %74.1'nin bayan olduğu, hastaların genel yaş ortalamasının 23.3 ± 6.3 yıl olduğu, Karcioğlu ve ark.'ları (4) yaptığı bir çalışmada hastaların %70.1'i bayan, hastaların genel yaş ortalamasının 24 ± 10.3 yıl olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastalarımızın %75.8'ini bayanlar oluşturmaktaydı ve kadın/erkek oranı 3.13/1 idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 25.18 ± 10.26 (min: 14-max:70) yaş idi. Hastalarımızın cinsiyet ve yaş ortalamaları literatürlerle uyumlu idi.

Pekdemir ve ark.'ları (5) acil serviste yaptığı erişkin yaş grubundaki bir çalışmada, hastaların en sık %16.9 oranla antidepresan aldıkları, Al ve ark.'ları (6) yine acil serviste yaptığı başka bir çalışmada tümü ilaç intoksikasyonu olan 986 vakanın en sık %17.3 oranla antidepresanlarla zehirlenmeler olduğu bildirilmiştir. Kaygusuz ve ark.'ları (7) yaptığı başka bir çalışmada ise ilaç intoksikasyonu nedeniyle yoğun bakımda takip edilen 245 vakada, en sık alınan ilacın %54 oranla TCAD olduğu bildirilmiştir. Kaya ve ark.'ları (8) yaptığı bir çalışmada tümü yoğun bakımda takip edilen ilaç intoksikasyonlu hastalarda en sık alınan ilaç olarak %48 oranda organik fosfat olduğu, TCAD' ların %36 oranda ikinci sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Bizim hastalarımız arasında da intihar amacıyla en sık kullanılan ilaç grubunu, %53.3 oranıyla TCAD oluştururken, organik fosfor %18.3 oranla ikinci sıklıkta idi.

Hastalarımızın %25.8'nin ($n=31$) ek bir hastalığı mevcuttu. En sık depresyon, panik atak ve şizofreni tespit edildi (sırasıyla %22.56, %16.12, %12.91). Ek hastalıkların olması TCAD'a bağlı ilaç intoksikasyonunun sık görüldüğünü de desteklemektedir. Bu oran, psikotrop tedavi alan olguların daha yakın izlenmesi gerektiğini ve bu tür tedavi verilmesi düşünülen hastaların, verilen ilaçları, intihar amaçlı da kullanabileceğinin akıldan çıkartılmamasının gerekliliğini de düşündürmektedir.

Karcioğlu ve ark.'ları (4) yaptığı bir çalışmada ilaç intoksikasyonlarının %53.6'sı tekli ilaç, %46.4'ü çoklu ilaç zehirlenmesi iken, Kaygusuz ve ark.'ları (7) yaptığı bir çalışmada intoksikasyonların %41.2'sinin tekli ilaç, %53.5'nin çoklu ilaç intoksikasyonu olduğu bildirilmiştir. Ancak bizim hastalarımızın %27.5'i ($n=33$) çoklu ilaç intoksikasyonlu olgulardan oluşmaktaydı.

Kaya ve ark.'ları (8) yaptığı 55 hastalık bir çalışmada 34 (%62) hastanın mekanik ventilasyon ihtiyacı olduğu ve mekanik ventilatör ile ortalama takip süresinin 8.5 ± 10.6 gün olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da hastalarımızın %30.8' nin MV ihtiyacı oldu ve MV ile ortalama takip süresi 2.39 ± 9.08 gün idi.

Ülkemiz verilerine göre ilaç intoksikasyonuna bağlı ölüm oranları %0.4 ile %11 arasında değişmektedir. Ölüm oranları organik fosfor intoksikasyonlarında oransal olarak daha yüksektir (1). Kaygusuz ve ark.'ları (7) yaptığı bir çalışmada TCAD intoksikasyonu en sık %54 oranında görülmesine rağmen ölüm oranı %2.9 olarak bildirilmiş, Kaya ve ark.'ları (8) yaptığı bir çalışmada organik fosfor intoksikasyonu %48 oranda en sık görülürken, ölüm oranı %11 olarak bildirilmiştir. Bizim hastalarımızın da %9.1'i ($n=11$) öldü. Ölenlerin 3'ü çoklu ilaç

intoksikasyonu (biri TCAD+antipsikotik+diğer, biri antikonvülsan+diğer, biri antipsikotik+diğer), 8'i tekli ilaç intoksikasyonu idi (2'si organofosfat, 4'ü organik klor, biri antipsikotik, biri çinko fosfid idi). TCAD ve organik klor intoksikasyonu ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulundu (sırasıyla $p=0.03$, $p=0.02$).

Hastaların başvuru anından itibaren klinik gidişin takibinde kullanılan fizyolojik puanlama sistemlerinden birisi olan GKS; bilinç düzeyini ifade edebilen, hastanın önceki durumunun tespiti ve hastanede bilinç düzeyinin standart olarak tanımlanmasında, koma derecesinin güvenilir bir şekilde değerlendirilmesinde sık kullanılan, basit, objektif bir puanlama sistemidir (10). GKS, bilinci değerlendiren bir skorlama sistemi olmasından dolayı, zehirlenme olgularında da bilinç düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılabileceğini düşünüyoruz.

GKS skoru ile zehirlenme olgularının entübasyonuna karar verilmesi için objektif bir kanıt bulunup bulunmadığı araştırılmıştır. Zehirlenme olgularının değerlendirilmesinde de 8 değeri referans alındığında, yararlı sonuçların sağlandığı bildirmiştir (11). Cosgrove ve ark.'ları yüksek dozda zehire maruz kalan hastalarda 8 ve daha az olan GKS' nu entübasyonun bir kriteri olarak ele almışlardır (12). Toksik maddelerin bilinç düzeyinde meydana getirdikleri değişikliklerin, mortalite de çok önemli olan solunum, dolaşım sistemi fonksiyonları ile de korele olması, bir başka deyişle ilaçların artan toksik etkilerinin bilinç düzeyini düşürerek dolaşımı, solunumu, sinir sistemini deprese etmeleri göz önüne alındığında elde edilen sonuçlar şaşırtıcı olmadığı bildirilmiştir (12). GKS' nun zehirlenme olgularında hayati tehlike kararı açısından da kullanışlı olduğu gösterilmiştir (10, 11). İlaç intoksikasyonlu hastalarda GKS ile ilgili bu kadar çalışmanın olması, bizde, GKS' nun mortalite ile ilişkisinin olup olmayacağını belirleme düşüncesi doğurmuştur. Bizim hastalarımızda ilk değerlendirmedeki GKS ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.001$).

Hastalarımızın Ortalama AKB ve ortalama SS ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

RTS ise, travma hastalarının ilk başvuru anındaki klinik ve fizyolojik verilerine dayalı bir skorlamadır. GKS, sistolik kan basıncı ve solunum sayısını temel alır. RTS değerleri 0-7.8408 arası değerler almaktadır (2). RTS' nu oluşturan parametrelerin herhangi bir organa, sisteme özgül olmadığı, hatta ilaç intoksikasyonunun da vücut için, çoklu sistem travması olarak düşünüldüğünde, RTS' nun ilaç intoksikasyonlu hastalarda da mortalite ile ilişkisinin olup olmayacağını belirleme düşüncesi doğurmuştur.

Hastalarımızın RTS' ları ile mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.003$). RTS ile mortalite arasında anlamlı bir ilişkinin bulunması, ilaç intoksikasyonlu hastalarda RTS' nun; arteriyel kan basıncı, solunum sayısı ve GKS' nu içermesinden dolayı GKS' dan daha güvenilir bir parametre olabileceği düşüncesine vardık. Ancak hastalarımızın takiplerinde de GKS ve RTS' nu kullanabilseydik, özgüllük-

özgünlük açısından daha değerli olacaktı. Bu düşüncemizin ilaç intoksikasyonlu hastalarla ilgili bundan sonra yapılacak daha kapsamlı çalışmalara ışık tutacağını düşünüyoruz.

Sonuç olarak, özkıyım amaçlı ilaç zehirlenmesi olan hastaların, mortalitelerini, ilacın cinsi, miktarı gibi değişkenler belirlemekle birlikte, ilk başvuru anında ve takiplerinde GKS, RTS gibi hastaların fizyolojik parametrelerini içeren skorlama sistemlerinin kullanılmasının mortalite tahmininde yararlı olabileceği sonucuna varılmıştır.

Kısıtlama Kriterleri: Acil servislere başvurunun çok olmasına rağmen bizim çalışmaya dahil ettiğimiz hasta sayısının az olması, GKS ve RTS' nu hastaların klinik takiplerinde kullanmamamız kısıtlayıcı kriterlerdir. İleride yapılacak bu tür çalışmalarda bu kısıtlanma kriterlerinin olacağını düşünüyoruz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Seydaoğlu G. Zehirlenme Epidemiyolojisi. Doç Dr Salim Satar, Editör; Acilde Klinik Toksikoloji: Nobel Kitapevi. 2004: 19-38.
2. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, et al. A Revision of the trauma score. J. Trauma, 1989; 29: 632-9. [\[CrossRef\]](#)
3. Güloğlu C, Kara İH. Acute poisoning cases admitted to university hospital emergency department in Diyarbakir, Turkey. Hum Exp Toxicol. 2005; 24: 49-54. [\[CrossRef\]](#)
4. Özgür Karcıoğlu, Yasemin Demirel, Zeynep Eser, İrazca Özer, Muhammed Salama. Acil Serviste İlaç İle Zehirlenmeler: Bir Yıllık Olgu Serisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2002; 2: 26-33.
5. Pekdemir M, Yıldız M, Durukan P, Kavalcı C. Acil Servise Başvuran Erişkin Zehirlenme Olgularının Prospektif Olarak İncelenmesi. Toksikoloji Dergisi 2004; 2: 41-8.
6. Al B, Güllü M, Küçüköner M, Yılmaz B, Aldemir M, Kara İ. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine İlaçlara Bağlı Zehirlenmeler İle Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri. Toksikoloji Dergisi 2006; 4: 11-20.
7. Kaygusuz K, Gürsoy S, Kılıçcıoğlu F, Özdemir İ, Mimaroglu C. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yoğun bakım ünitesinde 1998-2004 yılları arasında akut ilaç zehirlenmesi tanısı ile takip edilen olguların geriye dönük analizi. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2004; 26: 161-5.
8. Kaya S, Kararmaz A, Karaman H, Turhanoğlu S. Yoğun Bakımımızdaki Zehirlenme Olgularının Geriye Dönük Analizi. Dicle Tıp Dergisi, 2006; 33: 242-4.
9. Treasdale G, Jennet B. Assessment of Coma and Impaired Consciousness, A Practical Scale. Lancet, 1974; 2: 81-3.
10. Chan B, Guadry P, Gratton-Smith TM, McNeil R. The Use of Glasgow Coma Scale in Poisoning. J Emerg Med, 1993; 11: 579-82. [\[CrossRef\]](#)
11. Cosgrove JF, Gascoigne AD. Inadequate assessment of the airway and ventilation in acute poisoning, A need for improved education. Resuscitation, 1999; 40: 161-4. [\[CrossRef\]](#)