

بررسی مسمومیت حاد در بیماران بستری مرکز پزشکی کودکان تبریز

دکتر ضیال‌الدین قرشی^۱، دکتر حسن سلطانی اهری

چکیده

زمینه و هدف: اکثر مسمومیت‌های حاد، خفیف و بدون عارضه بوده ولی ندرتاً عوارض خطیر داشته و حتی منجر به مرگ می‌شود. حدود ۹۰٪ موارد تصادفی و به راحتی قابل پیشگیری می‌باشند. عوامل شایع مسمومیت حاد کودکان در هر منطقه بخاطر تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متغیر است. افزایش تولید نوزید فرآورده‌های دارویی و شیمیایی جدید شیوع عوامل مسمومیت را تغییر می‌دهند. این مطالعه با هدف بررسی ت‌های شایع، ویژگی‌های کودکان مسموم در این منطقه جغرافیایی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت گذشته نگر انجام شد. از فروردین ماه ۱۳۷۸ لغایت اسفند ۱۳۷۸ تعداد ۳۰۶ پرونده با عنوان مسمومیت حاد کودکان بستری شده دیمرکز پزشکی کودکان تبریز تحت بررسی قرار گرفت. اطلاعات مربوط به سن، جنس، نوع (تصادفی- عمدی)، عوامل، نحوه مسمومیت، محل سکونت، مدت بستری، علایم بالینی، زمان مراجعه و مرگ و میر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

از ۳۰۶ بیمار مسموم مورد بررسی / % مذکر و / % ۷ بودند. بیشترین موارد مسمومیت (%) در گروه سنی ۱-۲ سال و کمترین آن (/) در گروه سنی زیر ۶ ماه قرار داشت. حدود ۹۵٪ موارد اتفاقی و % عمدی و اکثراً به قصد خودکشی در کودکان بالای ۱۰ سال اتفاق افتاده بود. محل سکونت ۶۳٪ آنان شهر تبریز / روستایی و ۷/۵٪ سایر شهرهای استان بود. از نظر عوامل مسمومیت داروها (۴۵/۵٪) در صدر قرار داشته و در مراتب بعدی به ترتیب شیوع هیدروکربن (۲۶٪)، ارگانوفسفره (۷٪)، ترکیبات آتروپینی و تاتوره (%) مرگ موش (/)، اویپات (۲/۱٪)، منواکسید کربن (۲/۲٪)، و بالاخره الکل، قارچ‌ها، گزش حشرات و حیوانات، مواد اسیدی و بازی با شیوع کم‌تر (جمعاً ۶/۸٪) قرار داشتند. متوسط زمان بستری در بیمارستان دو روز بوده است و سه مورد از ۳۰۶ بیمار فوت نمودند.

نتیجه گیری: مسمومیت دارویی شایع رین نوع مسمومیت بود و در درجه دوم هیدروکربن‌ها قرار داشتند. می‌رسد به منظور پیشگیری از وقوع مسمومیت، رسانه‌های گروهی به ویژه تلویزیون می‌توانند نقش محوری در افزایش سطح آگاهی خانواده‌ها داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: مسمومیت حاد کودکان، مسمومیت دارویی، مسمومیت با هیدروکربن

۱- مؤلف مسئول: استادیار اطفال دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- استادیار اطفال دانشکده پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی تبریز

اهداف اصلی درمان در بیمارستان ممانعت از جذب ماده، درمان با پادزهر مناسب و افزایش دفع سم جذب شده، می باشد. لازم به ذکر است که حمایت قلبی تنفسی اورژانس باید مقدم بر هر اقدام تشخیصی [و] . اخیراً مرگ و میر حوادث و مسمومیت ها در ایران نیز مانند کشورهای توسعه یافته افزایش یافته است . به طوری که مرگ و میر غیر عمدی کودکان ۴/۳۳ در هزار و سه علت عمده مرگ حوادث و (/)، غرق شدگی (/) و سوختگی (/) گزارش شده است [] .

با توجه به مطالب فوق و با توجه به اهمیت مسمومیت حاد در اطفال مطالعه حاضر با هدف بررسی مسمومیت های شایع، جدید و ویژگی های کودکان مسموم انجام گردید.

مواد و روش

این مطالعه گذشته نگر بر اساس اطلاعات ثبت شده در پرونده بیماران مسموم بستری شده در بیمارستان کودکان تبریز از فروردین ماه سال لغایت اسفندماه ۱۳۸۱ انجام شده است. در مجموع ۳۵۰ پرونده در بخش مسمومیت قید شده بود که به دلیل ناقص بودن تعدادی حذف و در نهایت پرونده مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات مربوط به محل (تصادفی و عمدی)، عوامل، نحوه مسمومیت، محل سکونت برحسب شهر (حاشیه، مرکز) و روستا، مرگ و میر، مدت بستری، علایم بالینی زمان مراجعه، اقدامات انجام شده طی بستری و نیاز به ICU به دست آمده و مورد ارزیابی قرار گرفت.

۵۳/۳٪ از ۳۰۶ بیمار مذکر و بقیه مؤنث بودند. در تمام گروه‌های سنی به استثنای گروه سنی - سال (که به نسبت یکسان بوده) این نسبت برقرار بود.

مسمومیت به پیدایش اثرات زیان آور تماس با مواد شیمیایی در فرد مسموم گفته می‌شود. همه افراد در گروه‌های سنی مختلف به صورت روزمره ممکن است در تماس با عواملی باشند که ایجاد مسمومیت کند [] .

بج به ۷۰٪ موارد مسمومیت در کودکان رخ می‌دهد که بیش از ۹۰٪ آن اتفاقی است [و] بیش از ۲ میلیون مورد مسمومیت سالانه توسط مرکز کنترل مسمومیت در امریکا گزارش می‌گردد [] .

درمان مسمومین در سال ۱۹۹۲ در امریکا سه بیلیون دلار بوده است [۵]. تقریباً ۶٪ کل مسمومیت‌ها در کودکان کمتر از سال اتفاق می‌افتد. گروه سنی - سال با بیشترین شیوع در مرتبه اول قرار دارند و در جنس مذکر شایع‌تر است [۱]. بیش از ۹۰٪ تماس با سموم در منازل رخ می‌دهد که ۶۱٪ این تماس علت عدم نگهداری سموم و مواد شیمیایی در محل مناسب می‌باشد. مسمومیت اغلب با یک نوع بوده و خوردن شایع سومیت است (۷۵٪). تماس پوستی، چشمی و استنشاقی (هرکدام کمتر از ۱٪) شیوع کمتری دارند. بیش از ۱٪ موارد مسدود می‌توان در منزل بدون مداخله پزشکی اداره کرد [و] .

مرگ و میر ناشی از مسمومیت‌های تصادفی در کودکان کم سن شایع نیست در نوجوانان با توجه به احتمال عمدی بودن و قصد خودکشی بیشتر است [۴]. مسمومیت در هر بیماری حاد غیر قابل توجیه بویژه در گروه سنی -

شرح حال دقیق و انجام معاینه فیزیکی جهت‌دار و تست‌های آزمایشگاهی لازم ممکن است پزشک را به سمت تشخیص بالینی مسمومیت و متعاقب آن کاربرد پادزهر و انتخاب تست‌های اختصاصی م‌شناسی سوق دهد [] .

تظاهرات بالینی (غیر از مسمومیت هیدروکربن) شامل اختلال هوشیاری، تشنج، هذیان، آتاکسی، استفراغ، سرگیجه، تب، کاهش رفلکس‌های وتری، میوز، میدریاز، تاکی کاردی، هیپوتونی، کراکل درسمع ریه و فلاشینگ بودند. در مسمومیت با هیدروکربن تظاهرات بالینی شایع به ترتیب استفراغ، سرفه، دس تنفسی، خواب آلودگی، کراکل درسمع ریه، تب و بی‌حالی بود.

جدول ۱. فراوانی داروهای دخیل در مسمومیت

نوع دارو	تعداد
بنزودیازوپین	
ضد التهاب غیر استروئیدی	
ضد افسردگی های ای	
آنتی سایکوتیک	
کاربنامازین	
فنوبارینال	
آنتی هیستامین	
فنی توئین	
فروس سولفات	
متوکلوپرامید	
باکلوفن	
دیگوکسین	
نالیپدیکسیک اسید	
فورسم	
دیفنو کسلیلات	
کلوبوتینول	
چند دارویی	
نامعلوم	

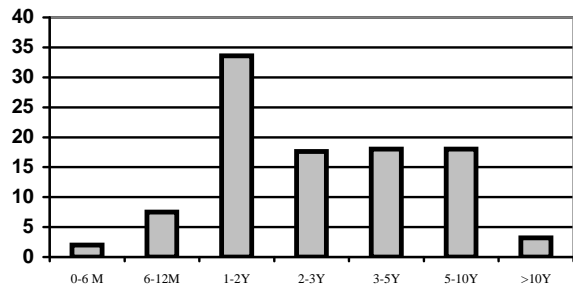
جدول ۲. فراوانی عوامل مسمومیت

عوامل مسمومیت	درصد
داروها	/
هیدروکربنها	/
ازگانیوسفره	/
ترکیبات آتروپین و ناتوره	/

کمترین موارد مسمومیت در گروه سنی زیر ۶ ماه و بیشترین آن مربوط به گروه سنی ۱-۱۰ سال بوده است. نمودار (۱) فراوانی مسمومیت در گروه‌های سنی مختلف را نشان می‌دهد.

۶۳٪ موارد ساکن شهر تبریز که دو سوم آن حاشیه نشین بودند. / ۲٪ روستایی و / ۷٪ مربوط به سایر شهرستان‌ها بود. / ٪ و میت‌ها تصادفی و / ٪ عمدی بود. اکثر مسمومیت‌ها در کودکان بالای ده سال عمدی و به قصد خودکشی بوده است. ت‌های زیر ۶ ماه عمدی بوده و توسط والدین جهت آرام کردن کودک از تریاک استفاده شده بود. از نظر عوامل مسمومیت داروها با ۱۳۹ مورد در صدر بودند.

نمودار ۱. فراوانی مسمومیت‌ها در گروه‌های سنی مختلف



جدول (۱) فراوانی انواع داروهای دخیل در مسمومیت را نشان می‌دهد. عوامل متفرقه دیگر مثل الکل، اسید، مایع ظرفشویی، قارچ، گزش حشرات و حیوانات با شیوع کمتری قرار داشتند. جدول () فراوانی عوامل مسمومیت را به ترتیب شیوع نشان می‌دهد. راه مسمومیت اکثراً خوراکی (/ %) استنشاقی (/ %)، گزش (/ %)، و تزریقی (/ %) بوده است.

مرگ موش	/
لیپانها	/
اکسیدکربن	/
عوامل متفرقه	/

بود [۱۰] در مطالعه حاضر داروها در صدر عوامل دخیل در مسمومیت قرار دارند.

چون نفت سفید در روستاها و حاشیه شهر سوخت اصلی خانواده‌ها را تشکیل می‌دهد هنوز هم از علل شایع مسمومیت می‌باشد، که مثل بقیه موارد مسمومیت در اقشار کم درآمد و پرجمعیت بیشتر دیده می‌شود [۱۱]. در مطالعه حاضر مسمومیت در افراد مذکر شایع‌تر بود که با منابع معتبر همخوانی دارد [۱۲]. بیش از ۹۸٪ موارد مسمومیت در گروه سنی ۳-۱ سال رخ داده و در سنین کمتر از ۶ ماه حداقل موارد وجود داشته است که در مطالعات قبلی نیز بیشترین موارد مسمومیت زیر ۵ سال ذکر شده است و این امر ناشی از تمایل کودکان نوپا برای گذاشتن هر چیزی در دهان می‌باشد [۱۳ و ۱۴].

اکثریت قریب به اتفاق موارد مسمومیت این بررسی و مطالعات دیگر اتفاقی و ۵٪ آن عمدی و به قصد خودکشی بوده است [۱۵ و ۱۶]. مدت بستری بیماران حاضر ۲-۱ روز بوده که با حال عمومی خوب مرخص شده‌اند که نشانگر خفیف بودن اکثریت میته‌ها در کودکان است [۱۷ و ۱۸]. فوت شدگان (۰/۰٪) در اثر مسمومیت با اکسیدکربن، نفت و سموم گیاهی بوده است که در سایر مطالعات نیز موارد مرگ در اثر مسمومیت با اکسیدکربن و نفت گزارش شده است [۱۹ و ۲۰]. به طوری که بیش از ۱۰٪ موارد مرگ در سال در ایرلند در اثر مسمومیت با اکسیدکربن گزارش شده است و اکثریت موارد در خانه اتفاق می‌افتد [۲۱]. بیش از ۱۰٪ کودکان تصادفی است که اکثراً خود کودک اقدام به خوردن مواد سمی نموده است [۲۲ و ۲۳]. این امر نشانگر نگهداری و ذخیره نامناسب داروها و عوامل دخیل در مسمومیت می‌باشد لذا برای کاهش مسمومیت و عوارض آن نکات زیر پیشنهاد می‌گردد:

طول مدت بستری در ۳۶٪ موارد یک روز و ۱۰٪ موارد کمتر از یک روز، ۱٪ دو روز، ۱٪ سه روز و ۱٪ چهار روز و یا بیشتر بود. مرگ در سه مورد (۰/۹۸٪) با منواکسید کربن، سم گیاهی و نفت بوده است.

بروز مسمومیت در کودکان را می‌توان صرفاً یک حادثه دانست، حادثه‌ای که به آسانی و با انجام تمهیدات ساده و اطلاع رسانی قابل پیشگیری است. آن چه مسلم است برای مبارزه با یک بیماری، پیشگیری بهتر از درمان خواهد بود در مورد مسمومیت‌ها نیز این امر کاملاً صادق است [۲۴]. هر چند بسیاری از موارد مسمومیت خفیف بوده و ممکن است نیازی به بستری نداشته باشند، با این وجود برخی از موارد ممکن است به عوارض تهدید کننده حیات و حتی مرگ بینجامد. بسیاری از مسمومیت‌ها مورد غفلت واقع شده و با فاقد علائم بالینی واضح هستند لذا شیوع بالقوه مسمومیت خیلی بیشتر از موارد بستری شده در بیمارستان‌ها است. به طور کلی در این مطالعه مسمومیت با عوامل غیر دارویی شایع‌تر از دارویی است که با آمارهای کتاب‌های مرجع مطابقت دارد [۲۵]. ولی اگر هر کدام از عوامل مسمومیت را بطور جداگانه در نظر بگیریم عوامل شایع به ترتیب شامل داروها، هیدروکربن‌ها، سموم ارگانوفسفره، حشره کش‌ها و تاتوره. ه لوله کشی گاز منازل که در سطح وسیعی از کشور انجام گرفته است، مسمومیت لاف سال‌های قبل که ش

7- Bryant S, Singer J. Management of Toxic Exposure in Children. *Emerg Med Clin North Am.* 2003; 21(1): 101-19.

۸- کوشانفر اکبر. شایع‌ترین مسمومیت نزد کودکان، مجموعه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی بیماری‌های کودکان نجات

۹- کوشانفر اکبر. مسمومیت با ناتوره، مسایل رایج طب اطفال، زمستان نجات

۱۰- رفیعی ماندانا. بررسی سه‌ساله مسمومیت‌های دارویی، شیمیایی و گیاهی در کودکان، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۱۳، شماره نجات

11- Nagi N, Abdulallah Z. Kerosene Poisoning in Children in Iraq. *Postgrad Med J.* 1995; 71(837): 419-22.

12- Crowley D, Scallan E, Hebert J, Staines A, Herity B, Tracey J. Carbon Monoxide Poisoning in the Republic of Ireland. *Ir Med J.* 2003; 96(3): 83-6.

۱- ایجاد مرکز کنترل مسمومیت در هر استان به طوری که خانواده‌ها و کادر بهداشتی درمانی اطلاعات لازم را بتوانند سریعاً کسب کنند.

۲- گنجاندن سرفصل‌هایی در ارتباط با مسمومیت در آموزش پزشکان عمومی.

۳- مواد سمی غیرلازم و داروهایی که مصرف نمی‌گردد دور ریخته شود.

۴- داروها و سموم ضروری دور از دسترس بچه‌ها و در ظرفی که به راحتی باز نمی‌گردد در قفسه مخصوص نگهداری شود.

۵- آگاه‌سازی مردم از خطرات، مرگ و معلولیت حاصل از مسمومیت از طریق رسانه‌های گروهی، مجله‌ها، روزنامه و وجود پوستر در مراکز بهداشتی می‌تواند آموزنده و مؤثر باشد.

۶- آموزش ارتباط عاطفی صحیح والدین با نوجوانان در جلوگیری از خودکشی کودکان بالای ده سال مؤثر خواهد بود.

1- Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. *Harrison's principles of internal medicine.* 14th ed. New York: McGraw-Hill, 1998: 2523-44.

2- Riordan M, Rylance G, Berry K. Poisoning in children. *General Management. Arch Dis Child.* 2002; 87(5): 392-6.

3- McMillan J, DeAngelis C, Feigin R, Warshaw J. *Oski's Pediatrics.* 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999: 617-40.

4- Behrman R, Kliegman R, Jenson H. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000: 2160-73.

5- Gerrard JM, Klasner AE, Madhok M, Scalzo AJ, Barry RC, Laffey SP. Poison prevention counseling. *Arch Pediatr Adolesc Med J.* 2000; 154 (1): 65-70.

6- Rudolph A. *Rudolph's Pediatrics.* 19th ed. Toronto: Appleton and Lange, 1991: 779-825.