

بررسی مسمومیت حاد در بیماران بستری مرکز پزشکی کودکان تبریز

دکتر ضیا الدین قدرشی^۱، دکتر حسن سلطانی‌اهری

چکیده

زمینه و هدف: اکثر مسمومیت‌های حاد، خفیف و بدون عارضه بوده ولی ندرتاً عوارض خطیر داشته و حتی منجر به رگ‌مندی حدود ۹۰٪ بیش از کودکان رخ‌مندی دهد. بیش از ۹۰٪ موارد تصادفی و به راحتی قابل پیشگیری می‌باشند. عوامل شایع مسمومیت حاد کودکان در هر منطقه با خاطر تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی متغیر است. افزایش تولید نو زیع فرآورده‌های دارویی و شبیه‌سازی جدید شیوع عوامل مسمومیت را تغییر می‌دهند. این مطالعه با هدف بررسی هدای شایع، ویژگی‌های کودکان مسموم در این منطقه جفرایی انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت گذشته نکر انجام شد. از فروردین ماه ۱۳۷۸ لغاًیت اسفند ۱۴۰۵ تعداد ۳۰۶ پرونده با عنوان مسمومیت حاد کودکان بستری شده در مرکز پزشکی کودکان تبریز تحت بررسی قرار گرفت. اطلاعات مربوط به سن، جنس، نوع (تصادفی - نعمتی)، 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 ۲۶٪ مذکر و ۷۴٪ بودند. بیشترین موارد مسمومیت (۹۵٪) در گروه سنی ۱-۲ سال و کمترین آن (۱٪) در گروه سنی زیر ۶ ماه قرار داشت. حدود ۹۵٪ موارد اتفاقی و ۵٪ نعمتی و اکنراً به قصد خودکشی در کودکان بالای ۱۰ سال اتفاق افتاده بود. محل سکونت ۶۳٪ آنان شهر تبریز و ۳۷٪ روستایی و ۷٪ سایر شهرهای استان بود. از نظر عوامل مسمومیت داروها (۴۵٪)، در صدر قرار داشته و در مراتب بعدی به ترتیب شیوع هیدروکربن (۲۶٪)، ارگانوفسفره (۷٪)، ترکیبات آتروپینی و تاتوره (۳٪) مرگ موش (۱٪)، اوپیات (۱٪)، منواکسید کربن (۲٪)، و بالآخره الکل، قارچ‌ها، گزش حشرات و حیوانات، مواد اسیدی و بازی با شیوع کمتر (جمعاً ۱٪) قرار داشتند. متوسط زمان بستری در بیمارستان دو روز بوده است و سه مورد از ۳۰۶ بیمار ۰-۶۰ فوت نمودند.

نتیجه گیری: مسمومیت دارویی شایع‌ترین 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 پادرزه ر مناسب و افزایش دفع سم جذب شده می باشد. لازم به ذکر است که حمایت قلبی تنفسی اورژانس باید مقدم بر هر اقدام تشخیصی [۱]. اخیراً مرگ و میر حوادث و مسمومیت ها در ایران نیز مانند کشورهای توسعه یافته افزایش یافته اند . به طوری که مرگ و میر غیر عمدى کودکان ۴/۳۳ در هزار و سه علت عمده مرگ حوادث و (%) . غرق شدگی (/) و سوختگی (/) گزارش شده است [۲]. 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 مل (تصادفی و عمدى)، عوامل، نحوه مسمومیت، محل سکونت بر حسب شهر (حاشیه، مرکز) و روستا، مرگ و میر، مدت بستری، عالیم بالینی زمان مراجعه، اقدامات انجام شده طی بستری و نیاز به ICU به دست آمده و مورد ارزیابی قرار گرفت.

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

مسومومیت به پیدایش اثرات زیان آور تماس با مواد شیمیایی در فرد مسموم گفته می شود. همه افراد در گروههای سنی مختلف به صورت روزمره ممکن است در تماس با عواملی باشند که ایجاد مسمومیت کند [۳].

ب ب به ۷۰٪ موارد مسمومیت در کودکان رخ می دهد که بیش از ۹۰٪ آن اتفاقی است [۴] بیش از ۲ میلیون مورد مسمومیت سالانه توسط مرکز کنترل مسمومیت در امریکا گزارش می گردد [۵]. درمان مسمومین در سال ۱۹۹۲ در امریکا سه بیلیون دلار بوده است [۵]. تقریباً ۶٪ کل مسمومیت ها در کودکان کمتر از سال اتفاق می افتد. گروه سنی - سال با بیشترین شیوع در مرتبه اول قرار دارند و در جنس مذکر شایع تر است [۶]. بیش از ۹۰٪ تماس با سموم در منازل رخ می دهد که ۶۱٪ این تماس علت عدم نگهداری سموم و مواد شیمیایی در محل مناسب می باشد. مسمومیت اغلب با یک نوع بوده و خوردن شایع تر است (٪ ۷۵). تماس پوستی، چشمی و استنشاقی (هر کدام کمتر از ٪ ۳۰ شیوع کمتری دارند. شن از ٪ موارد مس را می توان در منزل بدون مداخله پزشکی اداره کرد [۷].

مرگ و میر ناشی از مسمومیت های تصادفی در کودکان کم سن شایع نیست در نوجوانان با توجه به احتمال عمدى بودن و قصد خودکشی بیشتر است [۸]. مسمومیت در هر بیماری حاد غیر قابل توجیه بویژه در گروه سنی -

شرح حال دقیق و انجام معاینه فیزیکی جهت دار و تست های آزمایشگاهی لازم ممکن است پزشک را به سمت تشخیص بالینی مسمومیت و متعاقب آن کاربرد پادرزه و انتخاب تست های اختصاصی م شناسی سوق دهد [۹].

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

جدول ۱. فراوانی داروهای دخیل در مسمومیت	
نوع دارو	تعداد
بنزوپیازوین	
فند الیاب غیر استروئیدی	
فند افسردگی‌های ای	
آنتی سایکوتیک	
کاربامازپین	
فتوپارینال	
آنتی هیستامین	
فنی توئین	
فروس سولفات	۱
منوکلوبیرامید	
باکلوفن	
دیگوکسین	
نالیدیکسیک اسید	
فورسم	

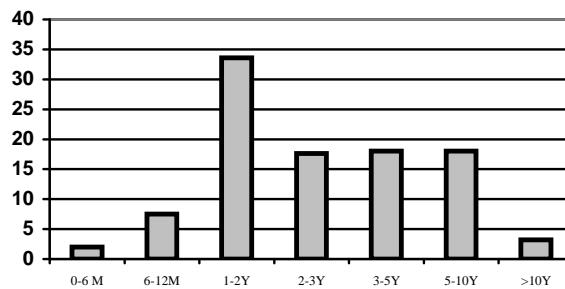
جدول ۲. فراوانی عوامل مسمومیت	
رصد.	عوامل مسمومیت
/	داروها
/	هیدروکربنها
	ارگانوفسفره
/	ترکیبات آنزروپین و ناتوره

کمترین موارد مسمومیت در گروه سنی زیر ۶ ماه و بیشترین آن مربوط به گروه سنی ۱-۶ 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. ۲۰٪ روستایی و ۷٪ مربوط به سایر شهرستان‌ها بود. ۴٪ و میت‌ها تصادفی و ۳٪ عمدى بود. اکثر مسمومیت‌ها در کودکان بالای ۵ سال عمدى و به قصد خودکشی بوده است.

ت‌های زیر ۶ ماه عمدى بوده و توسط والدین جیت 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 الكل، اسید، مایع ظرفشویی، قارچ، گزش حشرات و حیوانات با شیوع کمتری قرار داشتند. جدول (۲) فراوانی عوامل مسمومیت را به ترتیب شیوع نشان می‌دهد. راه مسمومیت اکثراً خوراکی (۴٪)، استنشاقی (۱٪)، گزش (۱٪)، و تزریق (۱٪) بوده است.

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 اشاره‌کم درآمدو پر جمعیت بیشتر دیده می‌شود [۱]. در مطالعه حاضر مسمومیت در افراد مذکور شایع‌تر بود که با منابع معتبر همخوانی دارد [۱]. بیش از ۳% موارد مسمومیت در گروه سنی ۱-۳ سال رخ داده و در سینین 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 تمايل کودکان نوپا برای گذاشتن هر چیزی در دهان می‌باشد [۱ و ۲]. اکثریت قریب به اتفاق موارد مسمومیت این بررسی و مطالعات دیگر اتفاقی و آن عمدی و به قصد خودکشی بوده است [۱] مدت بسترهای بیماران حاضر ۱-۲ روز بوده که با حال عمومی خوب مرخص شده‌اند که نشانگر خفیف بودن اکثریت می‌باشد [۱]. فوت شدگان (۰/۰٪) در اثر مسمومیت با اکسید کربن، نفت و سموم گیاهی بوده است که در سایر مطالعات نیز موارد مرگ در اثر مسمومیت با اکسید کربن و نفت گزارش شده است [۱۱]. به طوری که بیش از ۱۰٪ مرگ در سال در ایرلند در اثر مسمومیت با اکسید کربن گزارش شده است و اکثریت موارد در خانه اتفاق می‌افتد [۱]. بیش از ۳% کودکان تصادفی است که اکثراً خود کودک اقدام به خوردن مواد سمی نموده است [۱۰]. این امر نشانگر تهدیداری و ذخیره نامناسب داروها و عوامل دخیل در مسمومیت می‌باشد لذا برای کاهش مسمومیت و عوارض آن نکات زیر پیشنهاد می‌گردد:

/	مرگ موش
/	لپانها
/	اکسید کربن
/	عوامل متفرقه

طول مدت بسترهای در ۳۶٪ موارد یک روز و ۱٪ موارد کمتر از یک روز، ۱٪ دو روز، ۱٪ سه روز و ۱٪ چهار روز و بیشتر بود. رگ در سه مورد (۹٪) 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 تمهیمات ساده و اطلاع رسانی قابل پیشگیری است. آن چه مسلم است برای مبارزه با یک بیماری، پیشگیری بیشتر از درمان خواهد بود در مورد مسمومیت‌ها نیز این امر کاملاً صادق است [۹]. هر چند بسیاری از موارد مسمومیت خفیف بوده و ممکن است نیازی به بستره 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 یا فاقد علایم بالینی واضح هستند لذا شیوه‌گیرانه مسمومیت خیلی بیشتر از موارد بسترهای شده در بیمارستان‌ها است. به طور کلی در این مطالعه مسمومیت با عوامل غیردارویی شایع‌تر از دارویی است که با آمارهای کتابهای مرجع مطابقت دارد [۱]. ولی اگر هر کدام از عوامل مسمومیت زا بطور جداگانه در نظر بگیریم عوامل شایع به ترتیب شامل داروها، هیدروکربن‌ها، سموم ارگانوفسفره، حشره کش‌ها و تاتوره . لوله کشی گاز منازل که در سطح وسیعی از کشور انجام گرفته است، مسمومیت لاف سال‌های قبل که شد ..

- 7- Bryant S, Singer J. Management of Toxic Exposure in Children. *Emerg Med Clin North Am.* 2003; 21(1): 101-19.
- 8- کوشانفر اکبر. شایع ترین مسمومیت نزد کودکان، مجموعه مقالات یازدهمین همایش بین المللی بیماری های کودکان نجات .
- 9- کوشانفر اکبر. مسمومیت با ناتوره، مسایل رایج طب اطفال، زمستان نجات .
- 10- رفیعی ماندانا. بررسی سه ساله مسمومیت های 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.

- 1- ایجاد مرکز کنترل مسمومیت در هر استان به طوری که خانواده ها و کادر بهداشتی درمانی اطلاعات لازم را بتوانند سریعاً کسب کنند.
- 2- گنجاندن سرفصل هایی در ارتباط با مسمومیت در آموزش پزشکان عمومی.
- 3- مواد سمی غیر لازم و داروهایی که مصرف نمی گردد دور ریخته شود.
- 4- داروهای سموم ضروری دور از دسترس بچه ها و در ظروفی که به راحتی باز نمی گردد در قفسه مخصوص نگهداری شود.
- 5- آگاه سازی مردم از خطرات، مرگ و معلولیت حاصل از مسمومیت از طریق رسانه های گروهی، مجله ها، روزنامه و وجود پوستر در مراکز بهداشتی می تواند آموزنده و مؤثر باشد.
- 6- 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, Nelson 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.