

مسائل روزمره طب عمومی

درمان مسمومیتهای رایج (۲)

دکتر مهشید افشار (بیات)

ث- جلوگیری از خواب رفتن مسموم بکمک تحریکات مکانیکی و راه بردن. در این مورد تزریق موادی مثل: کافئین، آمفتامین و یا خوراندن قهوه و غیره مناسب است

۲- ضد سم:

اگر هوشیاری ضعیف بوده و تنفس کند باشد میتوان از برمورنالورفین Nalorphine-Hydrobromide بمقدار ۵ تا ۱۵ میلی گرم و در صورت لزوم تکرار آن هر ۱۵ دقیقه یکبار استفاده کرد تا به یک مقدار تام ۴۰ میلی گرم برسد؛ ولی در موارد حاد مسمومیت، تنها یک دره ۴۰ میلی گرم آن را بکار میبرند.

همچنین میتوان کلورنالورفین - Nalorphine Hydrochloride یا نالین Nalline بمقدار ۰/۸ میلی گرم برای هر کیلو وزن بدن بطور داخل وریدی یا تاثرات - لوالورفان Levallorphan tartrate یا لورفان Lorfان بمقدار ۰/۲ میلی گرم برای هر کیلو گرم وزن - بطور داخل وریدی یا زیر جلدی - هر پانزده دقیقه یکبار آنقدر تزریق کرد تا تنفس بحال طبیعی برگشته و مسموم به تحریکات، عکس العمل نشان دهد.

همچنین میتوان از کلور نالوکسون - Naloxone Hydrochloride استفاده نمود زیرا طول تاثیر آن بیشتر از

مسمومیت با تریاک

درمان مسمومیت حاد

۱- اقدامات فوری:

الف- نگهداری تنفس با تنفس مصنوعی و در صورت اغماء تجویز کربوژن.

ب- در بیماران هوشیار تخلیه معده بکمک آسپیراسیون و یا شستشو با تانن ۲٪ یا پرمنگنات پتاسیم ۰۲/۵٪ و تجویز استیکها - مثل سولفات سدیم ۳۰ گرم در ۲۵۰ میلی لیتر آب - تا با تسریع حرکات روده تخلیه سم نیز سرعت انجام گیرد.

بطور کلی اگر در ۲ ساعت اول مسمومیت اقدام به شستشوی معده شود، شانس نجات مسموم بیشتر خواهد بود و بدین ترتیب میتوان مقدار زیادی سم را از روده ها خارج کرد.

ولی در صورتی که بیمار افسرده و یا بیهوش باشد امتیکها را نباید استعمال نمود و بعلت خطرات زیاد، شستشوی معده صحیح نیست.

پ- اگر مسمومیت در نتیجه تزریق آنالژیکهای مخدر اتفاق افتاده باشد، در این صورت باید از بازوبند و کیف یخ استفاده نمود.

ت- معالجه اغماء و شوک.

نالورفین ولوالمورفان میباشد؛ لازم است مسموم را مدت ۲۴ ساعت تحت نظر قرارداد تا در صورت برگشت دپرسیون واغما، مقادیر فوق تکرار شود.

۳- درمان های عمومی :

الف- سیر کولاسیون را باید با انفوزیون پلاسما یا محلول الکترولیت مناسب دیگر ابقاء کرد.

ب- حرارت بدن و میزان مایعات آنرا باید ثابت نگهداشت.

پیش آگهی :

در مسمومیت حاد در صورتیکه بتوان از نالورفین و یا لورفان استفاده نمود، بهبودی پس از ۱ تا ۴ ساعت حاصل میشود. در معتادین قطع همیشگی دارو فقط در ۱۰ تا ۲۵٪ از بیماران مشاهده میشود.

مسمومیت از اتانل یا الکل اتیلیک

درمان مسمومیت حاد

۱- معالجات فوری :

خروج الکی که هنوز جذب نشده از بدن یا بکمک اسپیراسیون و یا شستشوی معده با آب نیم گرم زیاد و ادا کردن بیمار با استفراغ انجام میگردد؛ ولی باید مواظب بود و از برگشت مواد استفراغی بداخل ریهها جلوگیری کرد. همچنین میتوان از امتیکها (بجز آپومرفین) استفاده نمود.

۲- اقدامات کلی برای معالجه کهنه :

الف- اگر جریان تنفس خیلی کند و نارسا باشد، باید به مسموم تنفس مصنوعی داد. مریض را باید هر سه ساعت یکبار تغییر وضعیت داده و روی پشت یا پهلو خواباند. پاها باید کمی بلندتر از بدن قرار گیرند و برای اجتناب از بقب افتادن زبان و برای دادن اکسیژن (۶ لیتر در دقیقه) از سوند بینی استفاده میشود.

ب- گرم نگهداشتن مسموم بی نهایت ضروری است و اگر حرارت کمتر از ۳۵ درجه باشد میتوان از کیسه های آب گرم و یا لحاف الکتریکی استفاده کرد تا حرارت بیمار ثابت شود.

پ- هر دو ساعت یکبار تجویز ۲ گرم (۱/۲ قاشق غذا- خوری) بیکرینات دوسود (در ۲۵۰ میلی لیتر آب) و یک فنجان آب برای خنثی کردن یا مختصر قلیائی نمودن ادرار ضروری است.

ت- اجتناب از تجویز مایعات زیاد.

ث- اجتناب از تجویز داروهای دپرسیان.

ج- در حضور هیپوگلیسمی، تجویز داخل وریدی سرم گلوکز ۵۰-۱۰٪ این هیپوگلیسمی در نزد معتادین بعلت کمی ویتامین B_۱ است که در این صورت باید کامفر و آمفتامین بکاربرد.

چ- در مواردی که سطح الکل خون بالای ۵/۵٪ باشد میتوان از طریق صفاق، همودیا لیز و یا دیالیز نمود Peritoneal dialysis.

ح- Ph خون نباید از ۷/۶ تجاوز کند.

خ- تجویز ۵/۵ گرم کافئین توأم با بنزوات سدیم - داخل عضلانی- یا خوردن قهوه غلیظ از راه دهان، برای تحریک مسموم ضروری است.

د- الکل، ضد سمی ندارد.

ز- انفوزیون داخل وریدی ۵۰۰ میلی لیتر از محلول ۴۰٪ لولز، متابولسم الکل را تسریع میکند.

ر- درمان علامتی هیدروالکترولیتیک و کالریک- مخصوصاً نگهداری مقدار پتاسیم خون و ویتا مینو- تراپی (ویتامین B_۱ به مقدار ۱-۲ گرم).

ویتامین B_۱- از راه تزریق عضلانی- تجویز میشود.

درمان مسمومیت مزمن :

۱- معالجات فوری :

الف- مانی یا دلریوم حاد الکی را باید با تجویز ۱۰۰ میلی گرم پرومازین- داخل عضلانی- ۱۰ میلی لیتر پارالدئید (داخل عضلانی) و یا ۳۰-۵۰ میلی لیتر پارالدئید از راه دهان یا رکتال ۱۰۰۰ میلی گرم کلر پرومازین (لارگاکتیل)، تسکین داد.

ب- بیمار را باید آرام و ساکت نگهداشت و محیط اطرافش را یکنواخت نمود.

۲- درمان های عمومی :

الف- تجویز ۱۰۰ میلی گرم فنوباریتال یا ۱۰۰ میلی- گرم دیفنیل هیدانتوئین سدیم - روزانه یک تا چهار بار - برای رفع خستگی و جلوگیری از تشنج.

ب- تزریق ۲-۱ لیتر محلول ۵٪ دکستروز در نمک بطریق داخل وریدی (در صورتیکه بیمار نتواند مایعات را از راه دهان بنوشد).

پ- تجویز مایعات تا ۴ لیتر در روز ضروری است.

ت- دادن رژیم پرویتامین و پروپروتئین به مسموم.

پیش آگهی :

معمولاً مسمومیت حاد الکل اتیلیک کشنده نیست، و تا بهبودی کامل مدتی وقت لازمست.

در مسمومیتی که بهبود یافته باشند، ناراحتیهای مشاهده میشود که بر طرف شدنی است. این ناراحتیها عبارتند از : سنگینی سر، زبان سفید، دهان پراکف و متعفن؛ علاوه عضلات کم قدرت میشوند و بعد از مسمومیت یک فراموشی ناقص یا کامل باقی میماند.

گاهی نیز یک یرقان خوش خیم همراه سوء هضم، استفراغ، اسهال و تب مختصر مشاهده میشود.

در این حالت کبد قدری بزرگ و دردناک میگردد. این علائم ۱۵ روز طول میکشد و حتی ممکن است شخص را یا برای ابتلای به عفونتی مستعد نماید و یا کسالت موجود را - مثل سوزاک، پنومونی- نارسائی قلبی - تشدید نماید. گاهی نیز هذیانهای شدید و خونریزیهای مغزی مشاهده میگردد. همچنین در نزد الکلیها، گاهی کریزهای صرعی و پسیکوزهای تدریجی دیده میشود. معمولاً

در این مسمومیت اگر مسموم تا ۲۴ ساعت زنده بماند، بهبودی کامل بوجود خواهد آمد.

درپسیکوزهای الکلی، زنده بودن احتمالی ولی بهبودی کامل نادر است؛ همچنین پس از ترک کامل الکل اگر اغتشاش دماغی وجود داشته باشد ممکن است بهبودی تا حد کمی در دسترس باشد.

در اینجا لازم به تذکر است که اثرات الکل ممکنست با داروهای تریسیکلک آنتی‌دپرسان مثل: تریپتیزول، توفرانیل و غیره افزایش می‌یابد.

همچنین ممکنست الکل، اثرات داروهای مانند داروهای کند کننده سیستم عصبی مرکزی (هینوتیکها) بعضی آنتی‌هیستامینیکها و سداتیوهای مثل کلروپرومازین (لارگاکتیل) را زیاد کند.

مسمومیت از الکل متیلیک

درمان مسمومیت حاد:

۱- اقدامات فوری: اگر خوردن الکل محقق گشته و از مصرف آن نیز بیش از دو ساعت نگذشته باشد، تجویز شربت ایپکا - که بمنوان قی آور بکار میرود - مناسب است و نیز میتوان معده را بوسیله ۴-۲ لیتر آب نیم گرم حاوی بیکربنات سدیم ۵٪ (یک قاشق مربا خوری بی کربنات در یک لیتر آب) شستشود.

۲- ضد سم: برای به تأخیر انداختن اکسیداسیون الکل متیلیک، تجویز ۲۵ میلی لیتر اتانل ۵۰٪ از راه دهان و سپس تکرار آن بمدت ۴ روز - هر سه ساعت یکبار - مناسب است. بدین ترتیب باعث وقفه در متابولیسم متانل شده و فرصتی پیش می‌آید تا متانل کاملاً دفع گردیده اسیدوز تصحیح شود.

درمانهای همرومی

۱- مبارزه با اسیدوز:

حالت مشخص مسمومیت ناشی از متانل، اسیدوز می‌باشد که باید آنرا با تجویز بیکربنات یا لاکتات سدیم از بین برد. این دارو در موارد شدید، از راه داخل وریدی تزریق میشود.

۲- برای نگهداری میزان ادرار، روزانه باید تا ۴ لیتر مایعات - چه از راه دهان و چه از راه داخل وریدی - به مسموم رساند.

۳- در مواردی که پیشرفت سمیتومها شدید باشد و به درمان با الکل اتیلیک یا مرفهای قلبی دیگر جواب ندهد و یا مقدر الکل متیلیک بیشتر از ۵۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر خون باشد، باید از دیالیز خارج صفاقی Extracorporeal dialysis استفاده نمود.

دیالیز خارج صفاقی را باید تا ۴ بار تکرار کرد تا اینکه دیالیز از طریق پرده صفاق انجام گرفته بتواند متانول را از خود

عبور دهد.

۴- نگهداری وضع تغذیه مسموم، با دادن غذاهای کم به فواصل مرتب هر سه یا چهار ساعت یکبار.

۵- در ضمن گرم نگه داشتن بدن بیمار، باید چشم او را از نور شدید حفظ کرد.

۶- معالجه کما.

۷- درمان‌های اختصاصی: با استعمال پنتو باربیتال تا سدیك بمقدار ۱۰۰ میلی گرم هر ۶ تا ۱۲ ساعت یکبار میتوان هذیان ناشی از متانول را تحت کنترل در آورد ولی تجویز آن نباید سبب دپرسیون تنفسی شود.

مسمومیت مزمن:

تنها راه دور کردن مسموم از فضا و محل آلوده به الکل متیلیک میباشد.

پیش آگهی:

سیر مسمومیت متانول غالب اوقات وخیم بوده و در اثر توقف تنفس منجر بمرگ میشود.

گاهی شخص از اغماء بیرون می‌آید ولی معمولاً اگر ۶-۲ ساعت بود و شخص از حالت اغماء بیرون نیامد، شانس بهبودی فوق‌العاده کم خواهد بود و اگر این مدت ۲۴ ساعت طول بکشد، مرگ اوحتمی است. بعلاوه در صورت بیرون آمدن از اغماء، خطر عوارض ریوی - برونشیت و برونکوپنومونی - همواره وجود خواهد داشت.

در این مسمومیت، بهبودی در ۲۵ تا ۵۰٪ از مسمومینی که میزان گاز کربنیک خونشان کمتر از ۲۰ میلی اکی والان در لیتر باشد مشاهده نمیشود. در صورت بهبودی، اختلالات چشمی در طی یک هفته بتدریج خوب میشود و از آن پس احتمال خوب شدن کمتر است؛ ولی بعضی اوقات بدنبال این بهبودی اولیه نایبائی مجدداً عود میکند که علت آن نوریت اپتیک است ولی نایبائی اولیه این مسمومیت، بعلت نرسیدن اکسیژن لازم و کافی بسلولهای چشمی میباشد.

اصولاً مسمومیت تدریجی ناشی از متانل، از مسمومیت حاد آن خطرناکتر بوده دارای سیر سریعی میباشد.

درمان مسمومیت ناشی از اگتینیک دو گرین

الف- اقدامات فوری:

۱- دور کردن مسموم از محیط آلوده و جلوگیری از تماس بیشتر با سم.

۲- در صورت لزوم میتوان از مکیدن استفاده کرد. برای بیرون آوردن مواد استرغی که در مجاری تنفسی رفته است و نیز برای کمک به تنفس میتوان از اکسیژن خالص ۱۰۰٪ - در صورت لزوم تحت فشار - و یا اکسیژن همراه با ۵٪ انیدرید کربنیک بمدت یکساعت استفاده نمود؛ تا مقداری کربوکسی هموگلوبین خون، به کمتر از میزان خطرناک برسد. در اینصورت باید کربوکسی هموگلوبین - طی ۱ تا ۲ ساعت - ۵۰٪ پائین آید.

۴- در صورت ضعف، بایستی تنفس مصنوعی و اکسیژن ۱۰۰٪ بکاربرد تا تنفس طبیعی شود.

پ- ضد سم: ضد سم در این مسمومیت، تنها اکسیژن خالص است.

ج- درمانهای عمومی:

۱- ثابت نگهداشتن حرارت بیمار.

۲- کنترل و ثابت نگهداشتن فشارخون.

۳- در صورتیکه ادم مغز موجود باشد، باید محلول ۵۰٪ گلوکز یا مانیتول - بمقدار ۵۰ میلی لیتر از راه ورید - را بکاربرد.

۴- بعد از یک مدت طولانی بیهوشی، در صورتیکه مسموم دچار دهیدراسیون شده باید دکستروز تزریقی (از راه وریدی) مصرف نمود. همچنین برای ابقاء سیر کولاسیون، میتوان از انفوزیون پلاسما یا محلول الکترولیت مناسب دیگری استفاده کرد.

۵- در صورتیکه حرارت مسموم زیاد باشد، باید با وسایل خنک کننده حرارت او را پائین آورد.

پیش آگهی:

اگر مسموم رو به بهبودی برود، سمپتومها بتدریج فروکش میکنند.

در صورتیکه تماس گاز با خون بمدت چند ساعت ادامه داشته باشد (اشباع)، ممکن است لرزش، ضایع شدن مغزی Mental deterioration و ناهنجاریهای رفتاری بوجود آید (مستی اکسید دوکربن) و یادرفاصله یکی دو هفته که سمپتومی وجود نداشت دومرتبه ظاهر شود.

اصولاً علائمی که در اثر ضایعه سیستم عصبی مرکزی بوجود میآید، ممکنست بطور همیشگی باقی بماند. اگر علائم ناشی از ضایع شدن مغزی بمدت دو هفته باقی ماند، بهبودی کامل مسیر نخواهد بود.

درمان مسمومیت از نفت

الف- مسمومیت حاد:

۱- اقدامات فوری:

در صورت استنشاق بخارات نفتی، باید مسموم را از محیط آلوده دور کرد.

در این مسمومیت باید نهایت دقت بعمل آید تا از آسپیر شدن مواد نفتی جلوگیری شود. اگر مقدار خورده شده زیاد باشد (۱ میلی گرم برای هر کیلو گرم وزن) شستشوی معده با آب نیم گرم (۲ تا ۴ لیتر) و یا بکربنات سدیم ۳٪ بعمل میآید. ولی قبل از شستشو و بمنظور ممانعت از ورود مواد نفتی به ریهها، بهتر است کانولی که دارای یک بادکنک لاستیکی باشد، از داخل نای عبور داد.

داروهای قوی آور نباید استفاده شود زیرا خطر آلودگی ریهها در کاراست؛ ولی عدهای تجویز ایپکا Ipeca را

توصیه میکنند.

— هر گاه مسموم استفراغ کند، باید سر او را تا ران پائین آورد تا مواد استفراغی وارد ریهها نشود؛ بهمین منظور در موقع شستشوی معده نیز باید سر مسموم را پائین تر از بدن قرار داد.

۲- درمانهای عمومی:

الف- در صورت ضعف دستگاه تنفس، دادن تنفس مصنوعی با اکسیژن ضروری است.

ب- تجویز کورتیکو ترابی بخصوص استات کورتیزون و یا کورتیکوستروئیدهای شبیه آن بمقدار ۱ میلی گرم برای هر کیلو وزن بدن (داخل عضلانی) بمنظور تخفیف و جلوگیری از واکنشهای التهابی مفید است.

ج- مصرف تونی کاردباکها، آنالپتیکها، همچنین تجویز آتروپین و آمینوفیلین - برای جلوگیری از افزایش ترشحات و از بین بردن اسپاسم - ضروری میباشد.

د- تا حال ضد سمی برای آن شناخته نشده است.

۳- درمان اختصاصی:

برای معالجه و جلوگیری از عوارض ریوی، میتوان از پنی سیلین (یک میلیون واحد) و یا از سایر آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف - حتی تا سه روز پس از آنکه حرارت بدن بحد طبیعی رسیده و ثابت ماند - استفاده نمود.

ب- مسمومیت مزمن:

درمان این مسمومیت شبیه مسمومیت حاد است.

پیش آگهی:

بعد از ۲۴ ساعت، اگر ضایعات ریوی وسعت پیدا کرد نشانه شدت مسمومیت و خطر است.

اگر ۳۰٪ از نسج ریه از مواد نفتی انباشته شده باشد Infiltration در این صورت برای بهبود مدت ۲ تا ۴ هفته وقت لازمست.

درمان مسمومیت از نفتالین

۱- اقدامات فوری:

الف- باید هر چه زودتر بکمک شستشوی معده یا استعمال داروهای قوی آور و یا مسهل، از جذب نفتالین ممانعت بعمل آورد.

ب- تشنج را نیز باید درمان کرد.

ج- تا حال ضد سمی برای نفتالین شناخته نشده است.

۲- درمانهای عمومی:

الف- قلبیائی کردن ادرار: برای این منظور باید از ۵ گرم بیکربنات سدیم استفاده نمود و اگر ثابت نگهداشتن این حالت قلبیائی ضروری باشد باید عمل را هر چهار ساعت یکبار تکرار نمود.

ب- ترانسفوزیون مقادیر کم خون - بدفعات مکرر -

شود ، مگر اینکه عفونت سالمونلائی و یا عفونت دیگری در کار باشد.

پیش آگهی :

در صورتیکه مسموم مدت ۴۸ ساعت زنده بماند ، احتمال بهبودی در کار است .

مسمومیت از اسیدها

الف- درمان اسید خورده شده :

A- اقدامات فوری :

۱- برای خارج کردن سم از بدن ، هرگز نباید از شستشوی معده ، آسپیراسیون و یا استیکها استفاده نمود .

۲- رقیق و خنثی کردن اسید

برای این منظور میتوان از آب فراوان ، شیر ، تخم مرغ زده شده (۱۲ عدد) و همچنین مواد پانسمان کننده مانند : روغن زیتون ، اکسید منیزی ، شیر منیزی و یا سایر مرهمها استفاده نمود ؛ اگر ممکنست باید از مصرف کربناتها خودداری شود ، زیرا باعث آزاد کردن گاز ، خطر سوراخ شدن معده و وجود خواهد داشت . عمل رقیق کردن باید آنقدر انجام گیرد تا اسید خورده شده صبرابر رقیق شود ، تا بتوان از بروز ضایعات کشنده جلوگیری بعمل آورد . در این مسمومیت هرگز نباید وقت را برای یافتن یک ضد سم جهت آن تلف نمود ؛ زیرا تنها چند دقیقه تاخیر ممکن است ضایعات کشنده در مری و معده بوجود آورد .

اگر مسموم استفراغ میکند ، باید به او مرتباً مقدار زیادی آب داد .

۳- کاهش درد :

در صورت لزوم برای کاهش درد میتوان هر ۴ ساعت یکبار از ۵ تا ۱۰ میلیگرم سولفات مرفین بطور تریقی استفاده کرد ؛ ولی باید توجه داشت که مصرف آن باعث دپرسیون سیستم عصبی مرکزی نشود .

۴- در فواصل اقدامات درمانی - هر ۱ تا ۲ ساعت - میتوان از مواد پانسمان کننده فوق و یا روغن نباتی همچنان استفاده نمود .

۵- ضد سم : ضد سم این دسته از مسموم ، ۲۰۰ - ۱۰۰ میلی لیتر شیر منیزی است .

B- درمان عمومی :

الف - معالجه خفگی مربوط به دهانه حنجره
glottal asphyxia

ب- درمان شوک : در این صورت باید با تزریق یا محلول ۵٪ دکستروز در سرم نمکی و یا ترانسفوزیون ، فشار خون را در حد طبیعی ثابت نگاهداشت .

ج- اگر علائم شدید و حدس سوراخ شدن مری و معده وجود داشته باشد بهیچ وجه نباید از راه دهان چیزی به بیمار خوراند ؛ اقدام بعمل جراحی در موارد حداد بینهایت خطرناک بوده و هرگز نباید دست به چنین کاری زد .

د- برای تغذیه میتوان از تزریق ۴۰۰ گرم ماده قندی بطور

تا مقدار هموگلوبین بمیزان ۶۰ تا ۸۰٪ مقدار طبیعی برسد .

ج- تجویز هیدروکورتیزون یا کورتیکواستروئیدهای شبیه آن بمقدار ۲۵ - ۱۰ میلی گرم - هر چهار ساعت یکبار و از راه خوراکی - تا هم-ولینز ناشی از نفتالین-ازبین برود .

د- در صورت سمپتومهای شدید سیستم عصبی مرکزی همودیالیز یا تعویض خون Exchange transfusion انجام میگردد .

۳- درمانهای اختصاصی :

در این مرحله ، باید آنوری مسموم را درمان کرد .

پیش آگهی :

اگر پیشرفتی سریع بطرف کوما و تشنج مشاهده شود ، نشانه وخامت عاقبت مسموم میباشد .

در این مسمومیت ، آنوری حتی يك تاد و هفته ادامه داشته و مسموم ممکن است کاملاً بهبود یابد .

اثرات و عوارض موضعی ناشی از نفتالین ، يك تا شش ماه پس از قطع تماس با سم از بین میرود .

درمان مسمومیت های غذائی

۱- اقدامات فوری :

استفراغ شدید را باید با دادن کلروپرومازین بمقدار ۲۵ تا ۱۰۰ میلی گرم - از راه رکتال یا تزریق عضلانی - کنترل کرد و در صورت لزوم هر چهار ساعت یکبار مصرف آنرا تکرار نمود .

۲- درمانهای عمومی :

مسموم را در حال استراحت کامل قرار داده و از دادن هر گونه غذا یا مایعی از راه دهان بایستی پرهیز نمود تا استفراغ بمدت چهار ساعت قطع شود ؛ سپس ، ۱۲ تا ۲۴ ساعت قبل از شروع رژیم غذایی مناسب ، میتوان به مسموم مایعات مختلف خوراند .

- اگر استفراغ و اسهال شدید باشد ، برای ابقا و برقراری مایعات بدن ، باید از محلول ۵٪ دکستروز در نمک - بطریق داخل وریدی - استفاده نمود .

- بعد از هرا جابت مزاج ، باید برای مسموم ۳۰ میلی گرم کدئین (از راه دهان یا تزریق زیر جلدی) و یا ۴ تا ۱۲ میلی لیتر (۳ - ۱ قاشق چایخوری پر) الگزیل پاره کوریک (تننورترياك كامفاره) تجویز کرد .

- اگر فعالیت معده وروده ادامه یابد ، تجویز ۱ میلی گرم آتروپین خوراکی یا از راه تزریق زیر جلد ، ضروری است .

- ولی در موارد خفیف ، میتوان بعد از هرا جابت مزاج مقدار ۱ گرم سوکربنات بیسموت بکاربرد .

- بایستی از تجویز آنتی بیوتیکها خودداری

۲- ضد سم - در این مورد هم مانند موارد پیش هرگز نباید از ضد سم های شیمیائی استفاده کرد .

۳- درمانهای عمومی : نواحی آسیب دیده را باید با پانسمانهای مرطوب که حاوی تیورترسین یا سولفات ۱٪ درصد پولی میکسین B می باشد زخم بندی نمود تا از پیدایش عفونت جلوگیری بعمل آید . همچنین میتوان در این مورد کمپرس بیکر بنات سدیم در نمک و یا پانسمان با بیکر بنات سدیم را تجویز نمود . به مسمومی که دچار سوختگی پوستی شده ، نباید لباس های بسته و محکم پوشاند .

د- درمان در موارد تنفس سم :

۱- اقدام به تنفس مصنوعی .

۲- درمان شوک .

۳- درمان ادم ریه : تجویز ۱۰ تا ۲۵ میلی گرم هیدرو کورتیزون یا کورتیکو استروئیدهای مشابه - هر ۴ ساعت یکبار - ممکنست در درمان ریه مناسب باشد .

۴- پنومونی را باید با مقادیر زیادی پنی سیلین یا آنتی- بیوتیک های وسیع الطیف دیگر درمان نمود .

مسمومیت مزمن :

عبارتست از دور کردن مسموم از محیط آلوده .

پیش آگهی :

تقریباً ۵۰٪ از افرادی که اسید میخورند بعلت اثرات فوری آن تلف میشوند . پیشرفت ضایعه مری و معده - که معمولاً پس از خوردن اسید ایجاد میشود - ممکن است تا ۲ الی ۳ هفته نیز ادامه یابد . مرگ در اثر پریتونیت معمولاً یکماه پس از مصرف اسید فرامیرسد . معمولاً ۹۵٪ آنهایی که از مرگ فوری ناشی از خوردن اسید رهایی یافته اند ، مبتلا به تنگی مری میشوند .

سوختگی پوست با پیدایش اسکار دنبال میشود ، که در اینصورت پیوند پوستی برای بهبود مسموم ضروری است . زخم قرنیه معمولاً منجر به کوری میشود .

بعد از تنفس هوای حاوی مواد سوزاننده ، معمولاً دوره نقاهت طولانی بوده وغالباً مسموم بحال اول مسمومیت برگشته و مسمومیت دوباره عود میکند . مرگ پس از گذشت ۳۰ روز یا بیشتر از تماس با گاز سمی ممکن است فرا برسد .

مسمومیت از قلیائیه ها

مسمومیت حاد :

۱- درمان موارد خوراکی

الف- اقدامات فوری :

۱- رقیق کردن : بلافاصله پس از مصرف ماده قلیائی، جهت رقیق کردن آن باید شیر ، آب ، آب محتوی ۱٪ اسید استیک یا سرکه به بیمار داد تا استفراغ کند ؛ واگر ۳۰ گرم از ماده قلیائی مصرف شده باشد باید لااقل تا ۲ لیتر آب به مسموم خوراند .

داخل وریدی استفاده کرد .
ه- مصرف کورتیکو استروئیدها برای تخفیف التهابات و نیز جلوگیری از تنگ شدن مری - که در اثر پیدایش نسج اسکاروزه ایجاد میگردد - ضروری است .

و- در بچه های ۵ - ۱ ساله که مسموم شده باشند ، میتوان روزانه ۶۰ میلی گرم پردنیزولون - به دوزهای تقسیم شده - تجویز نمود ؛ همچنین میتوان در مسمومین ، روزانه ۱ میلی گرم کورتیزون برای هر کیلو وزن و با تعداد سه قرص آنرا از راه دهان تجویز کرد . استعمال این دارو همچنین در جلوگیری از ساخته شدن فیبروسیتها و پیدایش بیماری هیالن در ریه ها موثر خواهد بود .

ز- سیر کولاسیون را باید با آنفوزیون پلاسما یا الکترو لیت های مناسب دیگری ابقاء کرد .

C- درمانهای اختصاصی :

برای جلوگیری از تنگ شدن مری ، میتوان از بوژی هایی که روی آن ورقی از جیوه کشیده شده و قطر آن در حدود ۱ سانتی متر میباشد ، استفاده نمود . این عمل را معمولاً یک روز پس از رفع خطر پارگی مری انجام میدهند . فواصل بین بوژی زدن معمولاً ۳ الی ۴ ماه بوده ولی تا آخر عمر باید این عمل تکرار گردد .

ب- درمان تماس اسید با چشم :

۱- اقدامات فوری ، رقیق کردن اسید : باید به ناحیه آلوده با استفاده از دوش های مخصوص یا آب پاشهای چشمی - بمدت پانزده دقیقه - آب فراوان پاشید . بلك چشم در موقع شستشو باید کاملاً باز باشد تا با ناحیه آلوده تماس پیدا نکند .

استعمال چند قطره از بی حس کننده های موضعی مثل lignocaine Hydrochloride 2٪ در تسکین اسپاسم پلكها و سهولت شستشو مفید است .

۲- ضد سم : هرگز نباید از ضد سم های شیمیائی استفاده کرد ؛ زیرا حرارتی که در این نوع واکنشها ایجاد میگردد ، خود سبب توسعه ضایعه حاصل از سوختگی اسید خواهد شد .

۳- درمانهای عمومی : هنگام سوختن چشم فوراً باید از یک متخصص چشم نیز استمداد نمود .

اگر حضور فوری متخصص چشم میسر نیست چشم را باید شسته و سپس آنرا بدون استفاده از هیچ دارویی بطور استریل بانداز کرد . برای تسکین درد ، میتوان از آنالژزیکها استفاده نمود .

ج- درمان تماس های پوستی :

۱- اقدامات فوری : باید پوست را با آب فراوان بمدت ۱۵ دقیقه شستشو داد تا کاملاً اسید روی پوست پاک شود . در صورتیکه لباس هم آلوده شده باشد - قبل از در آوردن آن از زیر لباس - باید پوست را شستشو داد .

پوست مشخص میشود. این شستشو بعداً باید با اسید استیک رقیق ادامه یابد.

۲- مسمومیت مزمن : دور کردن بیمار از محیط آلوده و معالجه درماتیت.

پیش آگهی :

تقریباً در حدود ۲۵٪ از افرادی که مواد قلیائی غلیظ میخورند، بعثت اثرات آنی این مواد میمیرند. ضایعه مری و معده حاصل از این مواد، ممکنست ۲ تا ۳ هفته پس از خوردن آنها نیز ظاهر شود. مرگ در اثر پریتونیت - حتی پس از یکماه - نیز مشاهده میگردد؛ تقریباً ۹۵٪ از مسمومین که از اثرات آنی آن بهبود یافته اند دچار تنگی مری میشوند. ضایعه قرنیه، تقریباً دائمی است.

بهبود هیپت ناشی از گزش مار

A- معالجات فوری :

- ۱- استراحت مطلق اولین راه درمان است.
- ۲- محل گزش را باید بخوبی با آب شست تا سم موضعی شسته شود ولی از هر نوع دستکاری سطح گزیده شده باید اجتناب نمود. بهیچوجه نباید بمسموم اجازه راه رفتن، دویدن یا نوشتن مشروبات الکلی یا داروهای محرک داد. مشروبات الکلی جذب سم را تسریع میکنند.
- ۳- اگر سمیتومها بسرعت پمشرفت میکنند و سرم در دسترس نیست و یا درموقعی که تارسیدن به بیمارستان مدتی وقت تلف میشود، باید بالای محل گزش را بایاند یا تورنیکه یا ریسمانی محکم بست. ولی اگر از گزش مار نیم ساعت گذشته باشد، این عمل بی فایده است که در اینصورت بهتر است در محل گزیدگی شکافی ایجاد نمود و زخم را مکید (در صورتیکه در دهان زخمی نباشد) و با از سایر وسایل مکیدن استفاده نمود.

قبلاً باید محل گزش را با آب ژاول رقیق ۰.۲٪ و آب اکسیژنه شستشود؛ ولی هیچگاه نباید از پرمنگنات پتاسیم برای شستشو استفاده نمود و تا رسیدن سرم باید محل گزش همچنان بسته بماند و هر ۱۰ دقیقه یکبار بمدت ۱۰ ثانیه باز شود.

B- ضد سم :

پس از تست حساسیت باید سرم ضد مار تزریق نمود (۱) ولی اگر از گزش مار چهار ساعت گذشته باشد، سرم کمتر مفید بوده و احتمالاً پس از ۱۲ ساعت بی اثر میشود. بهترین محل تزریق سرم : کتف، شکم یا ناحیه خارجی ران است.

در حالات خفیف مار گزیدگی تزریق ۲-۱ واحد (۱ واحد آمپول) و در حالات سخت گزش ۶-۲ و در موارد خطرناک ۱۰ و گاهی تا ۴۰ واحد سرم پلی والان تزریق میشود. مقادیر بیشتر برای اطفال است. در مورد تزریق داخل وریدی بهتر است سرم قطره قطره وارد رگ شود (۱۵ قطره در دقیقه)

برای خنثی کردن اثر ماده مزبور، میتوان از آب میوه، سرکه یا آب لیموی تازه استفاده نمود. باید هر چه ممکنست زودتر بکمک ازوفاگوسکوپ و شستشوی نواحی آسیب دیده با محلول اسید استیک ۱۰٪، قلیائی بکار رفته را کاملاً خنثی کرد.

۲- از شستشوی معده یا مصرف امتیکیهای مختلف باید شدیدا خودداری کرد؛ زیرا این اعمال ممکن است باعث سوراخ شدن معده شوند.

۳- میتوان از مواد پانسمان کننده مثل: شیر، سفیده تخم مرغ و یا پارافین مایع استفاده نمود.

ب- ضد سم :

برای هر ۳۰ گرم ماده قلیائی باید لا اقل ۲ لیتر آب میوه یا سرکه به مسموم خوراند.

ج- درمان های عمومی :

- ۱- گرم نگهداشتن مسموم.
- ۲- تجویز ۱۰ میلی گرم مرفین (زیر جلد داخل عضله) بمنظور تسکین درد.

۳- در صورت لزوم، دادن اکسیژن به مسموم.

۴- در بچه های ۱-۴ ساله، روزانه ۶۰ میلی گرم پردنیزولون در فواصل مختلف بترتیب زیر تجویز گردد :

تا چهار روز اول روزانه ۶۰ میلی گرم، چهار روز دوم روزانه ۴۰ میلی گرم و بعداً روزانه ۲۰ میلی گرم بمدت سه هفته تا زوفاژ کاملاً بهبود یابد. مقدار پردنیزولون در بچه های بزرگتر ۱۰۰-۶۰ میلی گرم می باشد.

همچنین باید از آنتی بیوتیکهای وسیع الطیف (بطور خوراکی) در حین تجویز پردنیزولون استفاده نمود؛ و در مواردی که مسموم تب داشته و یا امکان سوراخ شدن معده موجود باشد بایستی مقادیر زیادی پنی سیلین تزریقی بکار برد.

۲- درمان درموارد تماس چشمی :

۱- اقدامات فوری : شستشوی چشم بمدت ۱۵ دقیقه با آب.

۲- ضد سم : شستشوی چشم بمدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه با سرم فیزیولوژی و یا با فرسفات دوسود. شستشو باید با محلول بافر و یا لوسیون چشمی کلورسیدیم ادامه یابد.

۳- درمان های عمومی :

الف : بکار بردن بانداژ استریل و رساندن مسموم به چشم پزشک.

ب : تسکین درد با مصرف آنالژیکها.

۴- درمان درموارد تماس پوستی :

شستشوی پوست با آب جاری تا زمانیکه ماده مزبور از روی پوست پاک شود؛ که این زمان با از بین رفتن نمای صابونی

تزریق ۳۰ میلی لیتر ویابیشتر از سرم ، باعث بوجود آمدن
راکسیون سرم میشود .

۲- برای معالجه تشنج و فلج تنفسی ، باید بمسوم تنفس
مصنوعی داد .

۳- تزریق سرم آنتی توکسین تتانوز ضروری است و اگر
مسموم قبلا با این سرم ایمن شده ، باید سم تتانوز تزریق نمود .

۴- تاسه روز ، دادن پنی سیلین یا آنتی بیوتیکهای دیگر
برای جلوگیری از عفونت موضعی ضروری است .

۵- حتی المقدور برای جلوگیری از ترس
بیمار بایستی روحیه او را تقویت کرد زیرا در بهبودی مریض
بی نهایت مفید است .

۶- برای تسکین درد میتوان از کدئین یا اسپیرین
استفاده نمود .

۷- برای تقویت قلب میتوان از داروهائی مثل کورامین
یا دادن مایعاتی مثل چای و قهوه تنها و یا همراه با شیر و شکر
استفاده کرد .

۱- سرم ضد مار بازار ایران که توسط موسسه رازی تهیه میشود بردونوع است :

۲- سرم مونووالان (در صورتیکه مار گزنده شناخته شده باشد) بیشتر درخود موسسه مصرف میشود .

۳- سرم پلی والان که ازسم مارهای -

halysPersicus Echis - carinatis و V.L atifi و Agkistrodon Naja - naja و vipera - lebetina Pseudocerastes

تهیه میشود در مواقع مارگزیدگی که مار شناخته نشده باشد بکار میرود . این سرم تحت نام Antivenin بفروش میرسد .

REFERENCES

- 1— Aronow, R, paul, S.D. & P.V. Woolley childhood poisoning An unfortunate Consequence of Methadon availability. J.A.M.A. 219: 321-324, 1972.
 - 2— Brookes and Jacobs. "Poisons". 1958. D. van Nostrand company London-New York.
 - 3— Christensen P.A. "the treatment of snake-bite" S.A. Med. Jour. PP. 1253-1258, 1969.
 - 4— C.P. Stewart, A. Stolman. "Toxicology." Mechanisms and Analytical Methods. 1961. Academic press New York and London.
 - 5— Encyclopedie Medico-chirurgical. "Intoxication Maladies par agents physique" 1969 printed in France. Paris.
 - 6— Gleason, Gosselin, Hodge, smith, "Clinical toxicology of commercial Products." 1969. the Willians & Wilkins co, America.
 - 7— Goodman. L.S. and A. Gilman. The pharmacological Basis of therapeutics 1956. The MacMillan co. New York.
 - 8— H.J. Walls "Forensic science." 1974, Sweet & Maxwell Limited London.
 - 9— John Glaister, "Medical jurisprudence and Toxicology" 1957. E. & S. Livingstone LTD. London.
 - 10— J. Meunier. "Toxicologie D'urgence." 1972 L'expansion scientifique FRANCAISE Paris.
 - 11— Léon Derobert, "Intoxication et maladies professionnelles.", flammariion, Paris.
 - 12— Norman W. Blacow. "Martindale" the extra pharmacopoeia 26 edition 1975, the pharmaceutical Press. London.
 - 13— Robert. H. Dreisbsch, "handbook of poisoning:" Diagnois treatment 1974. Lange Medical publication, California.
 - 14— Sidney Kaye. "Handbook of Emergency Toxicology." 1961 charles C. Thomas Illinois. U.S.A.
 - 15— S. Locket "Clinical Toxicology." 1957. Henry Kimpton. London.
 - 16— Swissman, N. and J. Jacoby. Strychnine poisoning and its Treatment. Clin. Pharmacol, therap. 5: 136-140 1964.
 - 17— Wilson, F.F. Rich, T.H., & H.C. Messman, "the hazardous hibachi: Carbon monoxide poisoning following use of charcoal J.A.M.A. 221: 405-406. 1972.
- منابع فارسی :**
- ۱ — دکتر مهشید افشار ، سم ماروسرم ضد آن (پایان نامه) ۱۳۴۲ .
 - ۲ — دکتر هوشنگ رشید یاسمی ، مسمومیتهای ، دانشگاه تهران ، ۱۳۴۴ .
 - ۳ — دکتر صمد قضائی ، مسمومیتهای ، دانشگاه تهران ۱۳۵۴ .
 - ۴ — دکتر محمود لطیفی و دکتر محمدعلی خلعتبری مارهای سمی ایران و درمان مارگزیدگی ، مجله نظام پزشکی — شماره ۶ — سال چهارم ، ۵۱۴ — ۵۰۵ — ۱۳۵۴ .