

# اهمیت مسمومیت‌ها در تشخیص افتراقی بیماران مشکوک

## The Importance of Poisonings in the Differential Diagnosis of Suspected Patients



Corresponding author:  
Maryam Vahabzadeh; MD, PhD

E-Mail: vahabzadehm@muums.ac.ir

نویسنده مسئول: دکتر مریم وهاب زاده؛

استادیار سم‌شناسی و مسمومیت‌ها، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

How to cite this article:  
Vahabzadeh M. The Importance of Poisonings in the Differential Diagnosis of Suspected Patients. *J Mashhad Med Coun* 2017;21:18-9.

مسمومیت یکی از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به بیمارستان است. در بیشتر موارد شرح حالی از مصرف بیش از حد مواد مخدر، داروها و یا مواد دیگر توسط بیمار، همراه بیمار، شاهدان دیگر و یا تکنسین فوریت‌های پزشکی ارائه می‌شود، به گونه‌ای که به آسانی تشخیص قطعی داده می‌شود. لکن در برخی مواقع ممکن است تشخیص به سادگی امکان‌پذیر نباشد؛ مانند زمانی که بیمار قادر به ارائه شرح حال نباشد و در موارد اندکی که مشخص نیست بیمار در معرض تماس با چه نوع سمی قرار گرفته و یا چه دارویی مصرف کرده است. در بیمارانی که یافته‌های بالینی غیرقابل توضیح دارند، گرفتن شرح حال دقیق از بیمار و یا شاهدان و همچنین معاینه بالینی کامل ضروری است. یافتن سرنخ‌هایی مانند بسته‌های قرص یا ادوات مربوط به استعمال مواد مخدر نیز می‌تواند به تشخیص بیماری کمک کند.

با توجه به تغییر الگوی مسمومیت‌ها در سال‌های اخیر، افزایش سوءمصرف داروها و مواد و همچنین برخورد با بیمارانی که تظاهرات بالینی غیر اختصاصی دارند، تشخیص به‌موقع و صحیح مسمومیت‌ها می‌تواند یکی از چالش‌های پیش‌روی پزشکان، به‌خصوص همکاران شاغل در اورژانس باشد. لذا توصیه می‌شود در هر بیمار مشکوک که دارای یک یا چند مورد از یافته‌های بالینی زیر باشد، احتمال مسمومیت به عنوان یک تشخیص افتراقی مهم به صورت جدی مدنظر پزشک قرار گیرد:

### ۱- وضعیت کما غیرقابل توجیه

کما غیرقابل توجیه معمولاً در اثر مصرف بیش از حد مواد مخدر، به‌خصوص در افراد جوان، رخ می‌دهد. در بیشتر موارد، مخدرهای اوبیوتیدی و در مراتب بعدی، آرام‌بخش‌ها مانند بنزودیازپین‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها، داروهای ضد افسردگی سه‌حلقه‌ای، الکل‌ها و غیره ممکن است علت کاهش سطح هوشیاری باشند. به تشخیص‌های افتراقی دیگر کما همچون وضعیت پست ایکتال، انفارکتوس مغزی و خونریزی داخل جمجمه، هیپوگلیسمی و ضربه به سر نیز باید توجه کرد.

### ۲- وضعیت گیجی ناگهانی

مسمومیت با مواد مخدر و یا مواد شیمیایی از دلایل شایع گیجی ناگهانی حاد، به ویژه در بزرگسالان جوان، می‌باشد. معمولاً علل کانفیوژن مواردی هستند که سبب کاهش سطح هوشیاری می‌شوند؛ اما گیجی ناگهانی ممکن است با مصرف مواد محرک یا توهم‌زا، آنتی‌کولینرژیک‌ها (برای مثال؛ قارچ‌های سمی)، فلزات سنگین (مانند جیوه و ترکیبات تالیوم) و یا مونواکسیدکربن نیز رخ دهد. کانفیوژن ناشی از مسمومیت‌ها ممکن است همراه با هیپوکسی، هیپوگلیسمی، هیپرترمی، هیپوناترمی، عفونت‌ها (مانند پنومونی آسپیراسیون) و سندرم محرومیت تشدید شود.

### ۳- هیپوگلیسمی

هیپوگلیسمی یکی از عوارض شایع درمان با انسولین در بیماران مبتلا به دیابت است اما می‌تواند در مسمومیت با سولفونیل‌اوره‌ها، مگلی‌تینید، الکل، سالیسیلات‌ها، سدیم و آلپروات و آنتاگونیست‌های بتا آدرنرژیک رخ دهد. همچنین، علل غیرسمی هیپوگلیسمی مانند نارسایی کبد یا انسولینوما نیز باید در لیست تشخیص‌های افتراقی در نظر گرفته شوند.

### ۴- اسیدوز متابولیک غیرقابل توضیح

مسمومیت یک علت شایع اسیدوز متابولیک است. در این شرایط، محاسبه آنیون گپ و اندازه‌گیری لاکتات سرم به تشخیص بیماری کمک می‌کند. همراهی آنیون گپ بالا با اسیدوز لاکتیک نشان‌دهنده

جدید مانند Rivaroxaban، Apixaban، Dabigatran و برخی سموم چونده کش می‌باشند. در صورت ظن بالینی پزشک به هریک از موارد فوق، تست‌های انعقادی کامل خون ضرورت دارد. در مسمومیت با وارفارین و چونده کش‌ها، زمان پروترومبین و TNR افزایش می‌یابد.

#### ۸- چند بیمار با علائم بالینی مشابه

گاهی پزشک با بیمارانی مواجه می‌شود که همزمان به اورژانس مراجعه می‌کنند و علائم بالینی مشابه‌ای دارند. در این شرایط که اغلب در اعضای یک خانواده، افراد شاغل در یک محل، شرکت‌کنندگان در یک مراسم، مسافران یک هتل و موارد مشابه رخ می‌دهد، مسمومیت‌های انتقال یافته از هوا، آب و غذا باید در نظر گرفته شوند. به عنوان مثال، بروز نشانه‌های عصبی غیراختصاصی مانند سردرد، سرگیجه و تهوع در اعضای یک خانواده ممکن است در اثر مسمومیت با مونوکسید کربن ایجاد شود که علت عمده مرگ ناشی از مسمومیت‌های اتفاقی است. بوتولیسم غذایی از دیگر مسمومیت‌های حاد در بیمارانی است که شرح حالی از مصرف غذای مشترک داشته و نیازمند اقدامات درمانی فوری هستند.

#### ۹- آریتمی قلبی غیرقابل توضیح

بسیاری از مسمومیت‌های دارویی و غیردارویی می‌توانند بر قلب اثرگذار باشند و تغییراتی را در نوار قلب ایجاد کنند. داروهای ضدافسردگی حلقوی و داروهای ضد جنون از جمله مهم‌ترین داروهای مولد آریتمی هستند.

با توجه به اهمیت دانش تخصصی و تجربه در درمان مسمومیت‌ها و ضرورت انجام اقدامات تشخیصی و درمانی لازم بدون اتلاف وقت، در صورت مواجهه با هریک از علائم و نشانه‌های غیراختصاصی نامبرده و یا هرگونه ظن بالینی پزشک معالج به مسمومیت‌ها، در کوتاه‌ترین زمان ممکن باید اقدامات لازم نسبت به اخذ مشاوره از متخصص سم‌شناسی و یا ارجاع بیمار به مرکز مسمومین انجام شود.

مسمومیت با اتیلن گلیکول، متانول، سدیم والپروات، آهن، مونوکسیدکربن و سیانید و نیز پرفیوژن بافتی ضعیف است. درحالی که آنیون گپ بالا بدون اسیدوز لاکتیک در مسمومیت با سالیسیلات‌ها، دیابت و یا کتواسیدوز الکلی مشاهده می‌شود.

#### ۵- تشنج بدون علت مشخص

تشنج ممکن است به دنبال مسمومیت با مصرف داروهای متعدد و یا به سبب محرومیت از آن‌ها بروز کند. اگرچه اطلاعات مرتبط با مصرف داروهای منجر به بیماری می‌تواند مفید باشد، لکن در صورت عدم دسترسی به این اطلاعات، تست‌های غربالگری ادراری سم‌شناسی مفید است. سایر تشخیص‌های افتراقی تشنج شامل؛ سرع ایدیوپاتیک، ضایعات ساختاری مغز (بررسی با انجام سی‌تی‌اسکن یا ام‌آر‌آی) و علل متابولیک مانند هیپوگلیسمی و هیپوکلسمی می‌باشند.

#### ۶- اختلال در عملکرد کبد

در صورت افزایش قابل توجه آنزیم‌های کبدی در تست‌های عملکردی کبد، پزشک باید به مسمومیت‌های احتمالی مشکوک شود. تظاهرات بالینی همراه شامل؛ استفراغ، حساسیت کبد به لمس و اختلال کلیوی، در بیشتر موارد وجود دارند. علل سمی شایع در القای سمیت کبدی دربردارنده طیفی از داروهای شایع مانند استامینوفن تا موادی با رواج کمتر همچون تتراکلریدکربن، قارچ‌های سمی و برخی آنتی‌بیوتیک‌ها است. عوارض جانبی داروها و مواد مخدر و همچنین مصرف خودسرانه داروهای گیاهی را می‌توان از علل دیگر اختلال در عملکرد کبد در نظر گرفت.

#### ۷- خونریزی غیرطبیعی

روند انعقاد ممکن است تحت تأثیر چندین مکانیسم ناشی از مسمومیت قرار گیرد و در نتیجه منجر به خونریزی غیرطبیعی شود (برای نمونه؛ هماچوری در فردی با سیستم ادراری طبیعی). عوامل مؤثر در بروز این وضعیت شامل وارفارین، داروهای ضدانعقاد خوراکی

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید و به شماره پیامک مجله (۳۰۰۰۷۸۳۸) ارسال فرمایید.

کد مقاله: ۷۳۰۵ نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

## References

1. Horsting MW, Franken MD, Meulenbelt J, van Klei WA, deLange DW. The Etiology and Outcome of Non-Traumatic Coma in Critical Care: a Systematic Review. *BMC Anesthesiol* 2015;15:65.
2. Guzman JA. Carbon Monoxide Poisoning. *Crit Care Clin* 2012;28:537-48.
3. Nirantharakumar K, Marshall T, Hodson J, Narendran P, Deeks J, Coleman JJ et al. Hypoglycemia in Non-Diabetic in-Patients: Clinical or Criminal? *PLoS One* 2012;7:e40384.
4. Thundiyil JG, Kearney TE, Olson KR. Evolving Epidemiology of Drug-Induced Seizures Reported to a Poison Control Center System. *J Med Toxicol* 2007;3:9-15.
5. Morris CG, Low J. Metabolic Acidosis in the Critically Ill: Part 2. Causes and treatment. *Anaesthesia* 2008;63:396-411.
6. Prentice CR. Acquired Coagulation Disorders. *Clin Haematol* 1985;14:413-42.