

بررسی همه‌گیرشناسی مسمومیت در کودکان بستری شده در بیمارستان آموزشی امام سجاد(ع) یاسوج طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹

علی کشتکاری^۱، لایلا منظوری^۲، محمود شهابت^۱، مهرزاد خاکی^۲

^۱ گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۲مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران،

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: مسمومیت کودکان در اثر بی‌احتیاطی والدین شایع بوده که، نیمی از این موارد به صورت غیر عمدی و چهارمین علت مرگ در کودکان می‌باشد. بیشترین عامل مسمومیت کودکان، مواد شیمیایی، دارویی و فرآورده‌هایی که مصرف خانگی دارند، می‌باشد که در اثر بی‌احتیاطی در دسترس کودکان قرار می‌گیرد. لذا هدف از این مطالعه تعیین و بررسی اپیدمیولوژی مسمومیت در کودکان بستری شده در بیمارستان آموزشی امام سجاد(ع) یاسوج در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بر روی ۳۴۸ کودک بستری شده به علت مسمومیت انجام شد. اطلاعات بیماران از جمله: سن، جنس، علت مسمومیت، محل زندگی و علایم بالینی بیماران در پرسشنامه‌هایی که بدین منظور تهیه شده بود درج گردید. سپس این اطلاعات استخراج و جداول فراوانی و نمودار آماری ترسیم گردید.

یافته‌ها: ۳۴۸ کودک با مسمومیت بررسی شدند. ۱۹۳ مورد (۵۵/۵ درصد) پسر و ۱۵۵ مورد (۴۴/۵ درصد) دختر بودند. میان سن ۳ سال بود. ۶۷ درصد پدران دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و شغل آزاد (۷۳/۳ درصد) داشتند و ۴۸/۹ درصد مادران دارای دیپلم و ۹۱/۴ درصد خانه‌دار بودند. داروهای بیشترین ماده مورد مصرف خوراکی و کمترین آن مواد آرایشی بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به حس کنج‌کاوای کودکان و عدم توانایی آنها در تشخیص خطرات احتمالی در محیط اطراف خود، باعث می‌شود که بیشتر دچار مسمومیت‌های اتفاقی بشوند. لذا توصیه به آموزش خانواده‌ها از طریق وسایل ارتباط جمعی و فضای مجازی، جهت نگهداری صحیح مواد مختلف از جمله: مواد شیمیایی و داروهای می‌تواند تا حد بسیار زیادی از بروز این گونه حوادث جلوگیری نماید.

واژه‌های کلیدی: مسمومیت، کودکان، اپیدمیولوژی، یاسوج

*نویسنده مسئول: علی کشتکاری، یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، گروه کودکان

Email: a_keshtkari@yahoo.com

مقدمه

تقریباً بیش از ۵ میلیون ماده شیمیایی در دنیا وجود دارد که حدود هشتاد هزار ماده آن به طور روزمره در صنعت، منازل، داروسازی، کشاورزی و غیره به کار می‌رود. حداقل حدود هزار ماده جدید نیز به طریق صنعتی و طبیعی به دست می‌آید. استفاده نابجا از این مواد می‌تواند همراه با بروز خطراتی باشد (۱). توسعه فزاینده صنایع تولید کننده مواد شیمیایی، سموم و داروها که به طور گسترده در دسترس عموم قرار گرفته، همگی سبب افزایش روزافزون مسمومیت‌ها در بین افراد جامعه می‌گردد. مسمومیت با مواد مخدر و نفت به ترتیب شایع‌ترین علل مرگ ناشی از مسمومیت در کودکان ایرانی می‌باشد. مسمومیت در کودکان معمولاً به صورت اتفاقی رخ می‌دهد و با مرگ و میر کمی همراه است، افزایش دسترسی و استفاده از مواد شیمیایی برای مقاصد مختلف نظیر؛ پزشکی، کشاورزی و صنعتی و از طرفی تغییر در شیوه زندگی افراد و رفتارهای اجتماعی منجر به افزایش موارد مسمومیت و مرگ و میر ناشی از آن در سرتا سر جهان شده است (۲ و ۳).

سالانه قریب به بیش از دو میلیون مورد مسمومیت در ایالت متحده آمریکا گزارش می‌گردد و بیش از ۵۰ درصد این موارد در کودکان کمتر از ۶ سال رخ می‌دهد. عمدتاً نحوه بروز مسمومیت در این گروه سنی به صورت سهوی و در اثر استفاده از یک ماده بوده که شایع‌ترین راه مسمومیت از طریق خوردن رخ داده است. هرچند طرق دیگری مثل تماس

پوستی، چشمی، گزیدگی‌ها و یا استنشاقی نیز از سایر راه‌های مسموم شدن بوده است (۳). مطابق گزارش سالانه مرکز کنترل مسمومیت‌های آمریکا در سال ۲۰۱۲ حدود دو و نیم میلیون مواجهه با موارد مسمومیت بین کودکان و بالغین آمریکا به آن مرکز گزارش شده است که ۵ دسته عمده مواد که کودکان زیر ۵ سال با آن در تماس بودند، به ترتیب شامل؛ آنالژژیک‌ها، مواد پاک کننده خانگی، جسم خارجی فرآورده‌های آرایشی زیبایی، اسباب بازی و در نهایت فرآورده‌های موضعی بودند (۴). از بین محصولات خوراکی می‌توان به انواع فرآورده‌های دارویی (مسکن‌ها، داروهای اعصاب و روان - آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تقویتی) و عمدتاً محصولات غیر دارویی از قبیل؛ تمیز کننده‌های سطوح، مواد آرایشی، نفت و سایر ترکیبات مشابه و گیاهان سمی و غیرسمی می‌توان نام برد. بیشتر موارد در منازل و حتی در حضور والدین اتفاق می‌افتد، اما از طرف دیگر خوشبختانه به دلیل آگاهی بیشتر والدین در خصوص نحوه برخورد با کودک مسموم، مراجعه سریع‌تر، کم بودن یا زیاد سمی نبودن ماده خورده شده، شاهد میزان بالای مرگ و میر در این گروه سنی نمی‌باشیم و عمدتاً حتی بدون مداخلات پزشکی پیشرفته بر طرف می‌گردند. به گونه‌ای که در کشوری مثل آمریکا قریب به کمتر از ۲ درصد موارد مرگ ناشی از مسمومیت‌ها را کودکان زیر ۶ سال تشکیل می‌دهند و دلیل آن را وجود سیاست‌های پیشگیرانه از قبیل سیستم

بسته‌بندی مقاوم در برابر کودک و استفاده از ظروف حاوی دوزهای محدود می‌دانند (۳ و ۴).

مسمومیت به مجموعه‌ای از اختلالات در بدن گفته می‌شود یا به عبارت دیگر مسمومیت رویدادی است که طی آن بدن ماده‌ای را از طریق دهان، تنفس، مخاطها، عروق و غیره جذب کرده و این روند منجر به ایجاد یک سری عوارض ناشی از مسمومیت می‌شود که این عوارض می‌توانند باعث آسیب شده و یا تهدید کننده حیات باشند (۵ و ۶).

مسمومیت یک مشکل جدی، مهم و یکی از شایع‌ترین علل مراجعه به اورژانس بیمارستان‌ها در بسیاری از کشورها است (۷).

مسمومیت را می‌توان در دو گروه عمدی و غیر عمدی طبقه‌بندی کرد. اکثر مسمومیت‌های عمدی در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد که به دلیل سمیت بالای مواد و کمبود مراکز پزشکی در دسترس، تعداد زیادی از موارد آن منجر به فوت می‌شود (۸-۱۰). مسمومیت در همه افراد و در گروه‌های سنی مختلف به صورت روزمره ممکن است رخ دهد. مسمومیت در کودکان اکثراً ناشی از داروهای مختلف و هیدروکربن‌ها مثل: نفت، محلول‌های سفیدکننده، سموم دفع آفات نباتی، حشره کش‌ها و لوازم آرایشی بوده و در بیش از ۷۵ درصد موارد از طریق خوردن مواد سمی اتفاق می‌افتد. شیوع مسمومیت در کشورهای پیشرفته بالا و در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است، به طوری که ۱/۶ میلیون نفر از آنها را کودکان، که اکثراً زیر سن ۶ سال می‌باشند تشکیل می‌دهند (۱۱-۱۴).

طبق گزارش مرکز تحقیقات و سلامت آمریکا یکی از علل مهم حوادث مهم منجر به بستری در تمام گروه‌های سنی اطفال، مسمومیت است. مسمومیت حاد اطفال یک اورژانس شایع و یکی از علل مهم مرگ و میر کودکان خصوصاً در کشورهای در حال توسعه است (۱۳ و ۱۴).

شیوع مسمومیت بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و جغرافیایی جوامع مختلف متفاوت است. به عنوان مثال بیشترین علت مسمومیت در کشورهای توسعه یافته سوء مصرف داروهای پزشکی درمانی و در کشورهای در حال توسعه استفاده از حشره‌کش‌ها (ارگانوفسفره‌ها) است. اخیراً WHO گزارش کرده است که سالانه فقط بالغ بر سه میلیون موارد مسمومیت با حشره کش‌ها را در سراسر جهان داریم که از این میان حدود سیصد هزار مورد منجر به فوت می‌شوند. افزایش دسترسی و استفاده از مواد شیمیایی برای مقاصد مختلف نظیر: پزشکی، کشاورزی و صنعتی و از طرفی تغییر در شیوه زندگی افراد و رفتارهای اجتماعی منجر به افزایش موارد مسمومیت و مرگ و میر ناشی از آن در سرتاسر جهان شده است. بروز انواع مسمومیت‌ها بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اقتصادی جوامع مختلف متفاوت است و تشخیص صحیح و زودهنگام مسمومیت و درمان مناسب آن می‌تواند حیاتی باشد (۳-۵). در اکثر شهرهای بزرگ کشور از قبیل: تهران، مشهد، اصفهان و تا حدودی شیراز، مراکزی خاص با افرادی دوره دیده و متخصص آمادگی پذیرش و درمان سریع بیماران

والدین جمع‌آوری، هم‌چنین از همه بیماران معاینه فیزیکی کامل انجام و اطلاعات به دست آمده در پرسشنامه‌هایی که بدین منظور تهیه شده بود درج گردید.

سپس با استخراج از محتوای پرونده بالینی آنها و یا سیستم HIS بیمارستان تکمیل و ثبت گردید.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک شامل؛ سن، جنس، تحصیلات بیمار، والدین و چک لیست مسمومیت شامل موارد ذیل؛ راه مسمومیت (دهانی، استنشاقی، گزش و تماس پوستی)، ماده ایجاد کننده مسمومیت (داروها، مواد آرایشی بهداشتی، بلع مواد سوزاننده، اپیوم‌ها، آفت‌کش‌ها، گزیدگی، گاز (CO))، محل وقوع (خانه، خارج از خانه)، علت مصرف ماده مسمومیت (عمدیه وسیله کودک، سهوی به وسیله کودک، عمدی به وسیله والدین، سهوی به وسیله والدین) و زمان بین بروز مسمومیت تا ارجاع کودک استفاده شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۳۴۸ کودک مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاده (ع) یاسوج طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ وارد مطالعه شدند. ۱۹۳ مورد (۵۵ درصد) پسر و ۱۵۵ مورد (۴۵/۵ درصد) دختر بودند.

مسموم را دارند که به دلیل داشتن مجموعه‌ای متمرکز و ساختارمند سطح مطلوب تری از خدمات را ارائه می‌دهند. نبود چنین مرکزی در سطح استان و حتی مرکز استان (شهر یاسوج)، یکی از انگیزه‌های انجام این مطالعه به منظور توجیه علمی و مالی مسئولان جهت پشتیبانی از تأسیس چنین مراکزی در مرکز استان و سایر شهرستان‌ها است. لذا با هدف تعیین و بررسی اپیدمیولوژی مسمومیت در کودکان بستری شده در بیمارستان آموزشی امام سجاده یاسوج در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ این مطالعه انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ بر روی تمام کودکان در بازه سنی ۱ تا ۱۵ ساله که با علایم مسمومیت به بیمارستان امام سجاده (ع) مراجعه کردند، انجام شد و پس از توضیح فرآیند مطالعه، ۳۴۸ بیمار با رضایت آگاهانه به مطالعه وارد شدند.

شرایط ورود به مطالعه، کلیه کودکانی که در بازه سنی ۱ سال تا ۱۵ سال با علایم مسمومیت حاد به اتفاقات بیمارستان امام سجاده مراجعه نمودند و شرایط خروج از مطالعه افراد کوچک‌تر از یکسال و بزرگ‌تر از ۱۵ سال یا افراد دچار علایم مسمومیت مزمن می‌باشند.

اطلاعات بیماران شامل؛ سن، جنس، نوع ماده، محل سکونت، علایم بالینی بدو ورود و طی ۲۴ ساعت اول مراجعه به وسیله دستیار کودکان با پرسش از

از ۶۴ مورد مسمومیت ناشی از گزیدگی ۲۸ مورد مربوط به گزیدگی به وسیله عقرب (۴۳/۷۵ درصد) بوده است (جدول ۳).

از میان ۲۴ مورد، مسمومیت با ماده استنشاقی مسمومیت‌زا در بین این کودکان همگی موارد مربوط به گاز مونواکسید کربن بود (۷/۲ درصد). بیشترین علت مصرف ماده خوراکی مسمومیت‌زا در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاده (ع) شهر یاسوج به صورت سهوی به وسیله بیمار (۸۲/۲۴ درصد) مصرف شده است (جدول ۴).

بیشترین محل ایجاد مسمومیت در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاده (ع) در خانه بیماران بوده است.

بیشترین علایم در بدو ورود کودکان مسموم مراجعه کننده مربوط به بی‌علامتی (۵۴/۶ درصد) بوده و پس از آن کاهش سطح هوشیاری (۲۱/۸ درصد) علامت بارزتر بود.

اکثر این کودکان (۹۴/۸ درصد) نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نداشتند و فقط ۵/۲ درصد از آنها نیاز به بستری در این بخش داشتند.

خوشبختانه هیچ موردی از مرگ در بین کودکان مراجعه کننده با مسمومیت رخ نداد. در مطالعه حاضر میانگین زمان بین ایجاد مسمومیت تا مراجعه به اورژانس $4/6 \pm 9/30$ ساعت، میانگین ۱/۵ ساعت، حداقل و حداکثر زمان به ترتیب ۱۰ دقیقه و ۴۸ ساعت بود.

میانگین و انحراف معیار سن کودکان (۳/۹۵ \pm ۴/۷) با میانگین سنی ۳ سال و حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱ و ۱۵ سال بود

حداقل و حداکثر هزینه بستری به ترتیب ۱۱۸۰۰ و ۹۵۴۵۸۴۱۲ ریال بود

حدود ۷۳/۳ درصد از پدران این کودکان دارای شغل آزاد و ۶۷ درصد آنها دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. درحالی که ۴۸/۹ درصد مادران دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر و ۹۱/۴ درصد آنها خانه‌دار بودند

بیشترین راه ایجاد کننده مسمومیت در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاده (ع) شهر یاسوج از طریق دهان (۷۴/۴ درصد) بوده است. حدود ۱۸/۴ درصد به دلیل گزش و ۷/۲٪ ناشی از گازگرفتگی بود (جدول ۱).

بیشترین ماده مصرفی خوراکی ایجاد کننده مسمومیت در این کودکان، داروها (۵۵ درصد) و کمترین ماده مصرفی خوراکی، مواد آرایشی (۰/۳۸ درصد) بودند (جدول ۲).

بیشترین نوع داروی مصرفی به وسیله این کودکان از دسته داروهای اعصاب و روان ۴۹ مورد (۳۴/۳ درصد) بودند.

بیشترین داروها در هر دسته دارویی به ترتیب از بین داروهای اعصاب و روان، متادون و ترامادول، از دسته آنتی‌بیوتیک‌ها، آزیترومایسین و مترونیدازول و از دسته سایر داروها، قرص ال‌دی، آهن و برم هگزین بودند.

هم‌چنین حداقل و حداکثر هزینه به ترتیب ۱۱/۸۰۰ ریال و ۹۵/۴۵۸/۴۱۲ ریال بود.

میانگین مدت بستری کودکان در بخش اطفال ۲/۰۵±۱/۹۶ روز و حداقل و حداکثر به ترتیب ۱ و ۲۰ روز بود و در بخش مراقبت‌های ویژه ۲/۷۷±۱/۷۳ روز و حداقل و حداکثر به ترتیب ۱ و ۷ روز بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی راه ایجادکننده مسمومیت در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاد(ع) شهر یاسوج

راه مسمومیت	توزیع فراوانی (درصد) تعداد
دهان	۲۵۹ (۷۴/۴)
پوست	۶۴ (۱۸/۴)
استنشاقی	۲۵ (۷/۲)
جمع	۳۴۸ (۱۰۰)

جدول ۲: توزیع فراوانی نوع ماده مصرفی خوراکی ایجادکننده مسمومیت در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان

امام سجاد(ع) شهر یاسوج

نوع ماده مسمومیت زا	توزیع فراوانی(درصد) تعداد
دارو	۱۴۳ (۵۵/۲۱)
مواد نفتی	۴۶ (۱۷/۷۶)
پاک کننده	۱۴ (۵/۴)
مخدر	۱۰ (۳/۹)
سموم علف کش و حشره کش	۲۴ (۹/۲۴)
مواد آرایشی	۱ (۰/۳۸)
گیاهان محلی	۸ (۳/۰۸)
سایر	۱۳ (۴/۵)
جمع	۲۵۹ (۱۰۰)

جدول ۳: توزیع فراوانی نوع گزش در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاد(ع) شهر یاسوج

نوع گزش	توزیع فراوانی(درصد) تعداد
مار	۴ (۶/۲۵)
عقرب	۲۸ (۴۳/۷۵)
زنبور	۸ (۱۲/۵)
نامشخص	۲۴ (۳۷/۵)
جمع	۶۴ (۱۰۰)

جدول ۴: توزیع فراوانی علت مصرف ماده خوراکی مسمومیت‌زا در کودکان مراجعه کننده با مسمومیت به بیمارستان امام سجاد(ع) شهر یاسوج

توزیع فراوانی(درصد)تعداد	علت مسمومیت
۲۷ (۱۰/۴۲)	عمدی به وسیله بیمار
۳ (۱/۱۶)	عمدی به وسیله دیگران
۲۱۳ (۸۲/۲۴)	سهوی به وسیله بیمار
۱۱ (۴/۲۵)	سهوی به وسیله دیگران
۵ (۱/۹۳)	به قصد درمان
۲۵۹ (۱۰۰)	جمع

بحث

مسمومیت یک مشکل جدی، مهم و یکی از شایع‌ترین علل ارجاع کودکان به اورژانس بیمارستان‌ها در بسیاری از کشورها است(۷). بروز انواع مسمومیت‌ها بر اساس ویژگی‌های فرهنگی و اقتصادی جوامع مختلف متفاوت است و تشخیص صحیح و زودهنگام مسمومیت و درمان مناسب آن می‌تواند حیاتی باشد(۳-۵). هدف از این مطالعه تعیین و بررسی اپیدمیولوژی مسمومیت در کودکان بستری شده در بیمارستان آموزشی امام سجاد یاسوج در سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود.

در مطالعه حاضر از ۳۴۸ بیمار، ۱۹۳ مورد (۵۵/۵ درصد) پسر و ۱۵۵ مورد(۴۴/۵ درصد) دختر بودند. در مطالعه پیراسته (۵۵ درصد)، کوشانفر (۶۴/۲۷ درصد)، شمس و همکاران (۶۳ درصد) و در مطالعه طالبیان و همکاران در کاشان(۶۳ درصد) بیماران مسموم پسر بودند. در نهایت مطالعه آندریان و همکاران شیوع مسمومیت در پسران ۵۳/۵ درصد بوده است(۱۴-۱۸). نتایج پژوهش‌های فوق با مطالعه حاضر، از نظر شیوع بیشتر مسمومیت در پسرها

مشابه است، این موضوع می‌تواند به علت حس کنجکاوی و ماجراجویی بیشتر در پسران باشد. میانگین و انحراف معیار سن کودکان در این مطالعه ۴/۷±۳/۹۵ سال، میانه سنی ۳ سال و حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱ و ۱۵ سال بود. در مطالعه کاشف و همکاران بیشترین گروه سنی مسمومیت ۱ تا ۵ سال، مطالعه شمس وزیری و همکاران گروه سنی ۴-۲ ساله، مطالعه زنگویی مفرد و همکاران، میانگین سن کودکان ۲/۰۴±۲/۵۴ سال و در مطالعه حقیقت و همکاران شایع ترین گروه سنی مسمومان بین ۲ تا ۵ سال بود که نتایج با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشته است(۱۷-۲۱ و ۱۷).

۶۷ درصد از پدران کودکان دچار مسمومیت، دارای مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر و ۷۳/۳ درصد از پدران دارای شغل آزاد بودند. در این خصوص ۴۸/۹ درصد مادران دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر و ۹۱/۴ درصد آنها خانه‌دار بودند. در مطالعه احمد آبادی و همکاران مسمومیت‌های کودکان در بین خانواده‌های کم سواد بیشتر بوده است(۱۱). در مطالعه الهی مهر و همکاران ۸۸/۱ درصد از والدین از سطح تحصیلات

داروها متادون بیشترین فراوانی را داشت که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۰ و ۲۱).

شایع‌ترین یافته این مطالعه، بی‌علامتی بود و در میان کودکان دارای علایم بالینی به ترتیب کاهش سطح هوشیاری، بی‌قراری و استفراغ بوده است. در مطالعه مینتگی و همکاران شایع‌ترین علایم مسمومیت، تظاهرات عصبی بوده که با نشانه کودکان دارای علایم در مطالعه حاضر همخوانی دارد و می‌تواند به دلیل نوع داروهای مصرف شده در دو مطالعه باشد (۲۳).

در مطالعه شمس و زیری و همکاران، منواکسیدکربن کمترین فراوانی مسمومیت را داشت که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۶) و این ممکن است مربوط به فصل انجام مطالعه و میزان تفاوت در برودت هوا و نوع وسیله گرمایشی باشد.

در مطالعه شمس و همکاران، سال ۱۳۸۵ در کرمانشاه، ۱/۸ درصد از مرگ‌ها به دلیل گزش به وسیله عقرب بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۱۶).

بیشترین علت مصرف ماده مسمومیت‌زا در بین موارد این مطالعه، به شکل سهوی به وسیله خود فرد (۸۲/۲۴ درصد) و از طریق دهان (۷۴/۴ درصد) مصرف شده است. در پژوهش‌های احمد آبادی و همکاران، الهی‌مهر و همکاران، شمس و همکاران و همچنین زنگویی مفرد و همکاران، بیشترین تعداد کودکان به شکل اتفاقی و از طریق خوردن مسموم

پایین (زیر دیپلم) برخوردار بوده‌اند (۱۲). در مطالعه پیراسته و همکاران مادران دارای سواد بیشتر در اقدام به موقع و سریع برای درمان کودک مسموم بر مادرانی که سواد کم تر داشتند، برتری داشتند (۱۴). در مطالعه عمر حسن چودری و همکاران؛ کودکانی که پدر آنها سطح سواد پایین‌تری داشتند، بیشتر در معرض مسمومیت‌های ناخواسته بودند (۲۲)، که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و علت آن می‌تواند تفاوت در سطح فرهنگی و تحصیلات در دو مکان مورد مطالعه باشد.

بیشترین ماده مصرفی خوراکی ایجادکننده مسمومیت در این مطالعه، داروها (۵۵ درصد) و کمترین ماده مصرفی خوراکی ایجادکننده مسمومیت مواد آرایشی (۲۸/۰ درصد) بودند. در مطالعه‌های الهی‌مهر و همکاران، شمس و همکاران، کاشف و همکاران زنگویی مفرد و همکاران، حقیقت و همکاران بیشترین علت مسمومیت داروها بودند (۲۱-۱۹ و ۱۶، ۱۲) که با مطالعه حاضر همخوانی داشتند، اما در مطالعه کوشانفر و همکاران، نفت و مشتقات آن بیشترین عامل مسمومیت بود که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۵).

بیشترین نوع داروی مصرفی این مطالعه از دسته داروهای اعصاب و روان بودند. در مطالعه کوشانفر و همکاران بیشترین مسمومیت دارویی با داروهای اعصاب و آرام بخش بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۵). در مطالعه زنگویی مفرد و همکاران و همچنین مطالعه حقیقت و همکاران در بین

شده بودند، که نتایج با مطالعه حاضر همخوانی داشته است (۲۰ و ۱۶، ۱۲، ۱۱).

بیشترین مکان بروز مسمومیت در مطالعه حاضر، در خانه بیماران بوده است که در مطالعه حقیقت و همکاران این متغیر دیده شد (۲۱).

اکثر کودکان مراجعه کننده به بیمارستان در این مطالعه نیاز به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نداشتند. در مطالعه زنگویی مفرد و همکاران ۶۳ درصد از کودکان مسموم در بخش مراقبت‌های ویژه بستری شده‌اند. در مطالعه الهی مهر و همکاران ۵۵ درصد بیماران نیاز به بستری در بخش PICU را داشته‌اند که این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و ممکن است به علت اختلاف در نوع مسمومیت و یا نوع مصرف داروی مسموم کننده بوده باشد (۲۰ و ۱۲).

در بررسی که به وسیله محمدی و همکاران بر روی ۱۸۴ کودک زیر دوازده سال در بیمارستان قدس قزوین رخ داد، حدود یک چهارم موارد در روز پذیرش و حدود سه چهارم در روز بعد ترخیص شدند (۲۴).

با توجه به این که در این مطالعه میزان مرگ صفر بود، لذا امکان تعیین عوامل پیش‌بینی کننده مرگ وجود نداشت. در مطالعه احمد آبادی و همکاران، مرگ و میر رخ نداده است که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۱). همچنین، در مطالعه شمس و همکاران در کرمانشاه، تعداد مرگ و میر کودکان بستری شده ۴ نفر (۲/۴ درصد) بوده است که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۶)، این تفاوت احتمالاً بر اساس نوع

ماده مسمومیت‌زا و زمان شروع اقدامات درمانی قابل انتظار است

در مطالعه حاضر میانگین زمان بین ایجاد مسمومیت تا مراجعه به اورژانس $9/30 \pm 4/6$ ساعت، میانه ۱/۵ ساعت، حداقل و حداکثر زمان به ترتیب ۱۰ دقیقه و ۴۸ ساعت بود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر مراجعه برخی از بیماران به دیگر بیمارستان‌های سطح شهر و لذا عدم ثبت اطلاعات آنها در مطالعه حاضر است. لذا پیشنهاد می‌گردد بسط و گسترش شیوه‌های مختلف آموزش والدین از طریق فضای مجازی فراگیر و رسانه ملی استانی جهت پیشگیری از بروز مسمومیت و آموزش صحیح اقدامات اولیه در مواجهه با مسمومیت در خانه و در فصول سرد آموزش‌هایی در مورد جلوگیری از گازگرفتگی برای عموم ارایه گردد. همچنین به افرادی که داروهای اعصاب مصرف می‌کنند می‌توان در هنگام تجویز به وسیله پزشک و داروخانه آموزش نحوه نگهداری و جلوگیری از دسترسی کودک داده شود.

توجه علمی مسئولان ذیربط جهت پشتیبانی مالی از تاسیس و راه‌اندازی یک مرکز مجهز مسمومیت‌ها در مرکز استان جهت فراهم نمودن سریع و علمی اقدامات مؤثر درمانی و افزایش مهارت‌های علمی و عملی در برخورد با مسمومیت‌ها در پرسنل مرکز بهداشتی درمانی شهری و بلاخص روستایی انجام شود.

نتیجه‌گیری

نتیجه مطالعه حاضر هم نشان داد شبیه اکثر پژوهش‌ها بیشتر بیماران؛ کودکان با سن کم که قادر به تشخیص عوامل خطرزا نیستند و حس کنجکاوی آن‌ها باعث مصرف مواد مختلف می‌گردد، درگیر شده‌اند و اکثراً به شکل سهوی و از راه دهان مسموم شده‌اند، لذا آموزش خانواده‌ها در زمینه نگهداری مواد مختلف از جمله مواد شیمیایی و داروها می‌تواند تا حد بسیار زیادی از بروز این گونه حوادث جلوگیری نماید.

تقدیر و تشکر

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دکترای حرفه‌ای با کد اخلاقی IR.YUMS.REC.1398.134 از دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد، بدین وسیله از همکاری آسیه مکاری و زینب محمدحسینی در جمع‌آوری اطلاعات، کمال تشکر را داریم.

REFERENCES

1. Goodarzi M. Forensic medicine book Iran .Tehran: Einstein Publications;1370; 617-18.
2. Behrman RE, Vaughan VC. Nelson textbook of pediatrics. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics 1988; 9(4): 239-43.
3. James B. Mowry, Daniel A. Spyker, Louis R. Cantilena Jr, J. Elise Bailey, Marsha Ford. Annual report of the American association of poison control centers national poison data system(NPDS): 30th annual report. Clinical Toxicology 2013; 51(10): 949-1229.
4. Lamireau T, Llanas B, Kennedy A, Fayon M, Penouil F, Favarell-garrigues JC, et al. Epidemiology of poisoning in children: a 7-year survey in a pediatric emergency care unit. European Journal of Emergency Medicine 2002; 9(1): 9-14.
5. Momayyezi M, Peigan P, Fallahzadeh H. Epidemiological Pattern of Poisoning in Children under the Age of 15 Admitted to the Referral Teaching Hospitals of Yazd and Taft Cities (2014 -2019). Journal of Environmental Health and Sustainable Development. 2021; 6(3): 1357 -66.
6. Thundiyi I, Josef G, Stober J, Besbelli N, Pronczuk J. Acute pesticide poisoning: a proposed classification tool. Bulletin of the World Health Organization 2008; 86: 205-9.
7. McLoone P, Crombie IK. Hospitalisation for deliberate self-poisoning in Scotland from 1981 to 1993: trends in rates and types of drugs used. The British Journal of Psychiatry 1996; 169(1): 81-5.
8. Townsend E, Hawton K, Harriss L, Bale E, Bond A. Substances used in deliberate self-poisoning 1985–1997: trends and associations with age, gender, repetition and suicide intent. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001; 36(5): 228-34.
9. Jafarzadeh S, Khyali Z, Safdar S, Mobasheri F, Malaki Z. Characteristics of hospitalized patients due to various intentional and unintentional poisonings in Fasa city in 2016-2017. Journal of Emergency Care 2017; 1(2): 9-18.
10. Haratipour H, Yahyaei B, Jahanpour H. Determination of pediatric poisoning factors in children. Journal of Gorgan University of Medical Sciences Summer 2016; 18(2): 127-31.
11. Ahmadabadi F, Davoodi A, Ahmadabadi F, Rezazadeh H. Unintentional poisoning in children admitted to tabriz pediatric hospital. Pharmaceutical Sciences 2016; 22: 132-7.
12. Elahimehr N, Tavakoli-far B, Bayat GH, Sadri H, Arjmand R, Fatemi Abhari SM. Prevalence of acute intoxication in children visiting shahid bahonar hospital in Karaj, Iran, 2014-2015. Alborz University of Medical Sciences Journal 2020; 9(2): 209-18.
13. Farzaneh E, Amani F, Mirzarahimi M, Nasrollahabadi M, Sayad Rezaei I. Epidemiological study of acute poisoning in children referred to bu-ali hospital of Ardabil, 2007-2011. J Ardabil Univ Med Sci 2014; 14(1): 55-62.
14. Pirasteh A, Eftekhari Ardebili H. The epidemiologic study of children poisoning, aneshvar medicine 2001; 8(32): 15-22.
15. Kushanfar A. Evaluation of 501 cases of poisoning in children with "bleachers, disinfectant and cosmetic materials loghman hakim hospital 1997. Researcher Bulletin of Medical Sciences (Pejouhandeh) WINTER 2001; 4(20): 403-8.
16. Wazirian SH, Muhammad AM, Maqdisi AR. Epidemiology of poisoning in children admitted to razi and shahid fahmideh hospitals in kermanshah (2002-2003). Journal of Kermanshah University of Medical Sciences 2004; 8(2): 29-36.
17. Talebian A, Doroodgar A, Salehi I, Akbari H. Epidemiologic study of poisoning in children admitted at Shaheed Beheshti Hospital of Kashan during 1997-2001. Feyz 2007; 46.
18. Andiran N, Sarikayalar F. Pattern of acute poisonings in childhood in Ankara: what has changed in twenty years. Turk J Pediatr 2004; 46(2): 147-52.
19. Kashaf S, Harati H. Acute poisoning in pediatric age group. Journal Of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2002; 1(2): 42-6.

20. Zanguie Mofrad S, Talebian Khorasani S. The epidemiologic study of acute poisoning in children under 14 years old during two years in Birjand Valieasr hospital (Mehr 1391mehr 1393).
21. Haghghat M, Keshtkari A, Mahmoudi M. The prevalence of poisoning among children in Shiraz, southern Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal 2009; 11(3):346-347.
22. Qadri H, Mir U, Ahmed B. *Unintentional childhood poisoning, epidemiology, and strategies for the prevention and policy change in Pakistan*. JAMC: Journal of Ayub Medical College, Abbottabad 2013; 25(3-4): 90.
23. Mintegi S, Fernández A, Alustiza J, Canduela V, Mongil I, Caubet I. *Emergency visits for childhood poisoning: a ۲-year prospective multicenter survey in Spain*. Pediatric Emergency Care 2006; 22(5): 334-8.
24. Mohammadi N, Rastgoo N, Esmail Zadeh S. Epidemiological and Clinical Features of Acute Poisoning in Children in a Referral Teaching Hospital in Iran, 2015 – 2018. Journal of Comprehensive Pediatrics 2020; 11(3): e97867.

Epidemiological Investigation of Poisoning in Children Hospitalized in Imam Sajjad Teaching Hospital of Yasuj During 2018-2019

Keshtkari A^{1*}, Manzouri L², Shahamat M¹, Khaki M³

¹Department of Pediatrics, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ²Research Center for Social Factors Affecting Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran,

Received: 03 May 2022 Accepted: 16 Oct 2022

Abstract:

Background & aim: Poisoning of children due to carelessness of parents is common. Half of these cases are unintentional and it is the fourth cause of death among children. The most common cause of children's poisoning is chemicals, pharmaceuticals, and household products that are made available to children due to carelessness. Therefore, the purpose of this study was to determine and investigate the epidemiology of poisoning in children hospitalized in Imam Sajjad Teaching Hospital of Yasuj in 2018-2019.

Methods: The present descriptive study was conducted on 348 hospitalized children due to poisoning during 2018-2019. Patient information such as age, gender, cause of poisoning, place of residence and clinical symptoms of the patients were included in the questionnaires prepared for this purpose. The required information was extracted and frequency tables and statistical charts were drawn.

Results: 348 children with poisoning were examined. 193 cases (55.5%) were males and 155 cases (44.5%) were females. The median age was 3 years. 67% of fathers had a diploma or higher education and self-employment (73.3%), and 48.9% of mothers had a diploma and 91.4% were housewives. Medicines were most commonly being oral substances, and cosmetics were the least.

Conclusion: Due to children's sense of curiosity and their inability to recognize possible dangers in their surroundings, it causes them to suffer more accidental poisonings. Therefore, it is recommended to educate families through social media and virtual space, in order to properly store various materials, including; Chemicals and medicines can prevent such accidents to a great extent.

Keywords: Poisoning, Children, Epidemiology, Yasuj

***Corresponding author:** Department of Pediatrics, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
Email: a_keshtkari@yahoo.com

Please cite this article as follows: Keshtkari A, Manzouri L, Shahamat M, Khaki M. Epidemiological Investigation of Poisoning in Children Hospitalized in Imam Sajjad Teaching Hospital of Yasuj During 2018-2019. Armaghane-danesh 2022; 27(6): 732-744.