

## بررسی یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و مشاهدات اندوسکوپی یک دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بستری شده با سابقه بلع مواد شیمیایی (اسید یا قلیا) در بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم در سال ۱۳۸۶ دکتر مهید آزادگان<sup>۱\*</sup>، دکتر هدی امینی رنجه<sup>۲</sup>

۱. استادیار، بخش داخلی گوارش، مرکز پزشکی آموزشی درمانی لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
۲. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**سابقه و هدف:** انجام ازوفاگوستروئودنوسکوپی (EGD) در ارزیابی اولیه بیماران با سابقه بلع مواد سوزاننده امری ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف تعیین یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و مشاهدات اندوسکوپی یک دستگاه گوارش فوقانی، در بیماران بستری شده با سابقه بلع مواد شیمیایی (اسید یا قلیا) در بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم از فروردین ۱۳۸۶ لغایت اسفند ۱۳۸۶ انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه به روش Routine data base انجام گرفت و طی آن پرونده ۶۶ بیمار مسموم با مواد سوزاننده شامل اسید و قلیا که در طی سال ۱۳۸۶ به بیمارستان لقمان حکیم مراجعه کرده و تحت اندوسکوپی قرار گرفته بودند، بررسی شد. اطلاعات استخراج شده از پرونده بیماران شامل سن، جنس، نوع ماده سوزاننده، میزان مصرف ماده سوزاننده، علت مصرف، زمان مراجعه، فاصله زمانی از ایجاد مسمومیت تا مراجعه به اورژانس، علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی بودند. یافته‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های مجذور کای یا دقیق فیشر تجزیه و تحلیل شدند و  $p < 0.05$  سطح معنی داری اختلاف در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی بیماران ۳۷ سال بود و زنان بیشترین تعداد مراجعه‌کنندگان را به خود اختصاص داده بودند (۵۱/۵٪). میزان مصرف اسید و باز به طور مساوی در میان مسمومین مشاهده شد (۴۳/۹٪) و بیشترین فراوانی از نظر نوع ماده مصرفی، مربوط به وایتکس بود (۳۳/۳٪). مصرف مواد سوزاننده به عمد و با قصد خودکشی، بیشترین موارد مصرف را شامل می‌شد (۷۲/۷٪). در میان علائم بالینی و آزمایشگاهی، بیشترین فراوانی به ترتیب مربوط به وجود آثار سوختگی و زخم دهانی (۶۰/۶٪)، آنمی و لکوسیتوز (هر کدام ۳۹/۳٪) بود. بیشترین فراوانی از نظر درجه بندی (grading) سوختگی دستگاه گوارش فوقانی، مربوط به Grade 0 یا نرمال و کمترین آن مربوط به Grade IIIb بود.

**نتیجه‌گیری:** هیچ کدام از علائم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی، به تنهایی و یا حتی مجموعه مشخصی از آنها، نمی‌توانند نیاز به انجام اندوسکوپی در بیماران با سابقه بلع مواد سوزاننده را رد کنند.

**واژگان کلیدی:** مواد سوزاننده، ازوفاگوستروئودنوسکوپی، کلاسیفیکیشن زارگر

### مقدمه

اندام‌ها در تماس با این مواد قرار می‌گیرند، ولی تمام موارد مرگبار، به دنبال خوردن این مواد رخ می‌دهند (۱). شیوع این مسمومیت‌ها در جوامع مختلف، متفاوت بوده و آمار دقیقی از درصد شیوع آن وجود ندارد (۵-۲). خوردن اسید یا باز قوی، باعث واکنش التهابی شدید در مخاط خواهد شد که در مری به نام ازوفازیت سوزاننده و در معده به نام گاستریت سوزاننده شناخته می‌شود (۶) و با تظاهرات بالینی از جمله درد و سوزش در دهان و پشت جناق سینه، افزایش بزاق، اودینوفازی، دیسفاژی و هماتمز همراه است.

ماده سوزاننده یا corrosive caustic، ماده شیمیایی است که توانایی آسیب رساندن به بافتی که در تماس با آن قرار می‌گیرد، را دارد. این مواد، شامل مواد سوزاننده خانگی و صنعتی هستند. با اینکه اکثر مواقع صورت، چشم‌ها و انتهای

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مهید آزادگان، خیابان کارگر، چهارراه لشگر، خیابان کمالی، بیمارستان لقمان حکیم، بخش داخلی گوارش؛ پست الکترونیک: azadeganmajid@Hotmail.com

دسته دارای هیچ‌گونه علامت مثبت و دارای حداقل یک علامت مثبت تقسیم شدند.

برای تحلیل داده‌های موجود و انجام مطالعات آماری، در موارد مقایسه درصدها بین افرادی که اندوسکوپی نرمال و غیر نرمال داشتند، از آزمون مجذور کای و دقیق فیشر، و هنگامی که متغیر رتبه‌ای بود، از آزمون مجذور کای برای روند استفاده شد. تحلیل آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد و  $p < 0/05$  سطح معنی داری اختلاف‌ها در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

از ۶۶ بیمار مراجعه‌کننده، ۳۲ بیمار (۴۸/۵٪) مرد و ۳۴ بیمار (۵۱/۵٪) زن بودند. دوازده بیمار، کمتر یا مساوی ۲۰ سال (۱۸/۲٪)؛ ۳۲ بیمار (۴۸/۵٪) تا ۴۰ سال و ۲۲ بیمار (۳۳/۳٪)، بالاتر از ۴۰ سال بودند. مصرف اسید و باز به طور مساوی هر کدام در میان ۲۹ بیمار (۴۳/۹٪) مشاهده شد و ۸ بیمار (۱۲/۱٪) مصرف ماده‌ای نامشخص را ذکر کردند. از نظر فراوانی نوع ماده مصرفی، بیشترین فراوانی مربوط به مصرف وایتکس در میان ۲۲ بیمار (۳۳/۳٪) و کمترین فراوانی مربوط به مصرف سم سوسک‌کش توسط یک بیمار (۱/۵٪) بود که در گروه مصرف ماده نامشخص گنجانده شد (جدول ۱). ۱۸ بیمار (۲۷/۳٪) به طور تصادفی و ۴۸ بیمار (۷۲/۷٪) با قصد خودکشی، دچار مسمومیت شده بودند.

۴۸ بیمار (۷۲/۷٪)، در فاصله زمانی ۱۲ ظهر تا ۱۲ شب مراجعه کرده و ۱۸ بیمار (۲۷/۳٪)، در فاصله زمانی ۱۲ شب تا ۱۲ ظهر مراجعه کرده بودند. ۲۹ بیمار (۴۳/۹٪) در مدت زمان کمتر از ۲ ساعت، ۲۴ بیمار (۳۶/۴٪) در فاصله ۲ الی ۶ ساعت و ۷ بیمار (۱۰/۶٪) در فاصله بیش از ۶ ساعت از ایجاد مسمومیت، به اورژانس مراجعه کرده بودند. در مورد فاصله زمانی مراجعه ۶ بیمار (۹/۱٪)، اطلاعات دقیقی در پرونده موجود نبود. بیشترین فراوانی شکایات و علائم بالینی، مربوط به آثار سوختگی و زخم دهانی در ۴۰ بیمار (۶۶/۶٪) بود و کمترین فراوانی مربوط به کراکل ریوی بود که در ۳ بیمار (۴/۵٪) گزارش شد. فراوانی شکایات و علائم بالینی مراجعین، در جدول ۲ خلاصه شده است. در بررسی علائم آزمایشگاهی، ۲۲ بیمار (۳۳/۳٪) هیچ‌گونه یافته آزمایشگاهی مثبتی نداشتند. ۲۶ بیمار با آنمی (۳۹/۳٪) و ۲۶ بیمار با لکوسیتوز (۳۹/۳٪) مراجعه کردند که در واقع بیشترین فراوانی را در میان یافته‌های آزمایشگاهی، به خود اختصاص دادند (جدول ۳). بر اساس گروه‌بندی ذکر شده در قسمت مواد و روش‌ها، در بدو ورود به اورژانس، ۲۶ بیمار (۳۹/۴٪) دارای ۲ علامت بالینی یا

ازوفاگواستروئودونوسکوپی (EGD) اقدامی مهم در ارزیابی اولیه بیماری است که به دلیل خوردن مواد سوزاننده به اورژانس مراجعه کرده است و بر اساس آن، درجات سوختگی مری و سایر قسمت‌های دستگاه گوارش فوقانی تعیین می‌شود. براساس مشاهدات اندوسکوپی، سوختگی‌های مری و معده ناشی از مواد سوزاننده، به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

Grade 0 یا نرمال: مخاط طبیعی است.  
Grade I: ادم و پرخونی (هایپرمی) مخاطی وجود دارد.  
Grade IIa: ساییدگی و زخم‌های سطحی، خونریزی و غشای سفید وجود دارد.

Grade IIb: ساییدگی، خونریزی، غشای سفید و اولسراسیون عمیق یا سیرکولار دیده می‌شود (Circumferential lesions).  
Grade IIIa: نکروز سطحی و زخم‌های متعدد دیده می‌شود.  
Grade IIIb: نکروز عمقی و زخم وسیع و گسترده دیده می‌شود (۶).

این مطالعه با هدف تعیین یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی و مشاهدات اندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی در بیماران بستری شده با سابقه بلع مواد شیمیایی (اسید یا قلیا) در بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم، از فروردین ۱۳۸۶ لغایت اسفند ۱۳۸۶ انجام گرفت.

### مواد و روش‌ها

این تحقیق به صورت گذشته‌نگر و با مراجعه به پرونده بیماران صورت گرفت. پس از تعیین متغیرهای لازم برای رسیدن به اهداف کلی و جزئی و تکمیل پرسشنامه، اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد. این اطلاعات شامل سن و جنس بیماران، نوع و میزان ماده سوزاننده، علت مصرف، ساعت مصرف، مدت زمان مراجعه پس از مسمومیت با ماده سوزاننده، شکایات بیمار و علائم بالینی در معاینه فیزیکی، یافته‌های آزمایشگاهی، مشاهدات اندوسکوپی و اقدامات درمانی (محافظه‌کارانه یا جراحی) بوده است. نوع و حجم ماده بلع شده به طور تقریبی بیش از یک استکان (معادل ۸۰ میلی‌لیتر) عنوان گردیده و اندوسکوپی تشخیصی در تمام بیماران طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از مصرف، انجام شده است.

برای تعیین ارتباط معنی‌دار بین علائم بالینی و یافته‌های اندوسکوپی، بیماران براساس تعداد علائمشان در بدو ورود به اورژانس، به دو گروه دارای ۲ علامت یا کمتر و دارای بیش از ۲ علامت دسته‌بندی شدند. همچنین برای تحلیل آماری و تعیین ارتباط معنی‌دار بین یافته‌های آزمایشگاهی و یافته‌های اندوسکوپی، بیماران بر اساس تعداد علائم آزمایشگاهی، به دو

جدول ۱- توزیع فراوانی نوع ماده سوزاننده مصرفی در بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

نوع	تعداد	درصد
داروی نظافت	۱۸	۲۷/۳
آب باتری	۴	۶/۱
سود سوزآور	۳	۴/۵
وایتکس	۲۲	۳۳/۳
لوله بازکن	۴	۶/۱
جوهر نمک	۷	۱۰/۶
سوسک‌کش	۱	۱/۵
نامشخص	۷	۱۰/۶
جمع	۶۶	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی شکایات و علائم بالینی در بین بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

شکایت/علامت بالینی	تعداد	درصد
سیالوره	۴	۶
استفراغ	۳۲	۴۸/۴
درد شکم	۳۸	۵۷/۵
خونریزی گوارشی	۱۲	۱۸/۱
دیسفاژی	۱۰	۱۵/۱
ادینوفازی	۲۳	۳۴/۸
زخمهای سوختگی	۴۰	۶۰/۶
تندرنس اپیگاستر	۲۹	۴۳/۹
تنگی نفس	۱۱	۱۶/۶
رال ریوی	۳	۴/۵
طبیعی	۱	۱/۵

جدول ۳- توزیع فراوانی یافته‌های آزمایشگاهی در بین بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

تست آزمایشگاهی	تعداد	درصد
نرمال	۲۲	۳۳/۳
آنمی	۲۶	۳۹/۳
اختلال اسید و باز	۵	۷/۵
اختلال کلیوی	۶	۹/۰
اختلال کبدی	۰	۰
اختلال انعقادی	۲	۳/۰
هیپوگلیسمی	۰	۰
لکوسیتوز	۲۶	۳۹/۳

جدول ۴- یافته‌های اندوسکوپی مری با توجه به نوع متغیرها در بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

متغیر	مری		مقدار p
	طبیعی	غیرطبیعی	
جنس	مرد	۲۱ (۵۶/۶)	۰/۱۸۶۲
	زن	۲۳ (۶۷/۶)	
سن	۰-۲۰	۱۱ (۹۱/۷)	۰/۰۱۴
	۲۱-۴۰	۲۲ (۶۸/۸)	
نوع ماده	اسید	۱۷ (۵۸/۶)	۰/۳۶۶
	قلیا	۲۲ (۷۵/۹)	
نامشخص	۵ (۶۲/۵)	۳ (۳۷/۵)	

کمتر و ۴۰ بیمار (۶۰/۶٪) دارای بیش از ۲ علامت بالینی بودند. مقدار p محاسبه شده برای یافتن ارتباط معنی‌دار بین تعداد علائم بالینی با یافته‌های اندوسکوپی مری، معده و دئودنوم به ترتیب ۰/۱۵۴، ۰/۰۷۰، ۰/۳۳۸ بود و هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری بین تعداد علائم بالینی و یافته‌های اندوسکوپی مشاهده نشد (جدول ۴، ۵ و ۶). ۴۴ بیمار (۶۶/۷٪) دارای حداقل یک علامت مثبت آزمایشگاهی بودند. مقدار p محاسبه شده، جهت یافتن ارتباط معنی‌دار با یافته‌های اندوسکوپی مری، معده و دئودنوم به ترتیب ۰/۱۹۶، ۰/۲۷۸، ۰/۳۱۰ بود که هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. از مجموع ۶۶ بیمار مسموم مراجعه کننده، ۲۵ بیمار (۳۷/۸٪) دارای اندوسکوپی کاملاً نرمال بودند. بیشترین فراوانی در هر سه قسمت مری، معده و اثنی‌عشر مربوط به Grade 0 (نرمال) و کمترین فراوانی مربوط به Grade IIIb بود. در میان این ۲۵ نفر، ۹ بیمار با شکایت بالینی مراجعه کرده و در معاینه فیزیکی نکته مثبتی نداشتند، ۱۵ بیمار هم شکایت بالینی داشته و هم علائم مثبت در معاینه فیزیکی داشتند و یک بیمار هم فقط دارای نکات مثبت در معاینه فیزیکی بود ولی شکایت بالینی اولیه نداشت. در این میان، ۲ مورد مسمومیت منجر به مرگ وجود داشت. هر دو مورد زن بودند و مسمومیت با قصد خودکشی صورت گرفته بود.

مقدار p	مری		متغیر
	غیرطبیعی	طبیعی	
۰/۵۵۸	۷(۰/۳۸/۹)	۱۱(۰/۶۱/۱)	غیر عمد
	۱۵(۰/۳۱/۲)	۳۳(۰/۶۸/۸)	عمدی
۰/۰۷۹	۱۳(۰/۲۷/۱)	۳۵(۰/۷۲/۹)	۱۲ ظهر تا شب
	۹(۰/۵۰)	۹(۰/۵۰)	۱۲ شب تا ظهر
	۱۰(۰/۳۴/۵)	۱۹(۰/۶۵/۵)	۰-۲ ساعت
	۱۲(۰/۳۲/۴)	۲۵(۰/۷۶/۶)	>۲ ساعت
۰/۱۵۴	۶(۰/۲۳/۱)	۲۰(۰/۷۶/۹)	۱-۲ علامت
	۱۶(۰/۴۰)	۲۴(۰/۶۰)	>۲ علامت
۰/۱۹۶	۵(۰/۲۲)	۱۷(۰/۷۷/۳)	طبیعی
	۱۷(۰/۳۸/۶)	۲۷(۰/۶۱/۴)	حداقل یک تست
۰/۱۰۸	۲۰(۰/۳۱/۲)	۴۴(۰/۶۸/۸)	غیر طبیعی
	۲(۰/۱۰۰)	۰(۰/۰)	زنده فوت شده

جدول ۶- یافته‌های اندوسکوپی دئودنوم با توجه به نوع متغیرها در بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

P	دئودنوم		متغیر
	غیرطبیعی	طبیعی	
۰/۰۷۲	۳(۰/۹/۴)	۲۹(۰/۹۰/۶)	مرد
	۹(۰/۲۶/۵)	۲۵(۰/۷۳/۵)	زن
۰/۱۵۱	۱(۰/۸/۳)	۱۱(۰/۹۱/۷)	۲۰-۳۰
	۵(۰/۱۵/۶)	۲۷(۰/۸۴/۴)	۴۰-۲۱
۰/۶۸۸	۶(۰/۲۷/۳)	۱۶(۰/۷۲/۷)	>۴۰
	۶(۰/۲۰/۷)	۲۳(۰/۷۹/۳)	اسید
۱/۰۰۰	۴(۰/۱۳/۸)	۲۵(۰/۸۶/۲)	قلیای نامشخص
	۲(۰/۲۵)	۶(۰/۷۵)	غیر عمد
۰/۰۷۳	۳(۰/۱۶/۷)	۱۵(۰/۸۳/۳)	عمدی
	۹(۰/۱۸/۸)	۳۹(۰/۸۱/۲)	۱۲ ظهر تا شب
۰/۱۸۶	۶(۰/۱۲/۵)	۴۲(۰/۸۷/۵)	شب
	۶(۰/۲۳/۳)	۱۲(۰/۶۶/۷)	۱۲ شب تا ظهر
۰/۳۳۸	۵(۰/۱۷/۲)	۲۴(۰/۸۲/۸)	۰-۲ ساعت
	۷(۰/۱۸/۹)	۳۰(۰/۸۱/۸)	>۲ ساعت
۰/۳۱۰	۳(۰/۴/۵)	۲۳(۰/۸۸/۵)	۱-۲ علامت
	۹(۰/۲۲/۵)	۳۱(۰/۷۷/۵)	>۲ علامت
۰/۳۳۳	۲(۰/۹/۱)	۲۰(۰/۹۰/۹)	طبیعی
	۱۰(۰/۲۲/۷)	۳۴(۰/۷۷/۳)	حداقل یک تست
			غیر طبیعی
			زنده

جدول ۵- یافته‌های اندوسکوپی معده با توجه به نوع متغیرها در بیماران بستری شده در بخش مسمومین بیمارستان لقمان در سال ۱۳۸۶

P	معده		متغیر
	غیرطبیعی	طبیعی	
۰/۱۷۷	۹(۰/۷۸/۱)	۲۳(۰/۷۱/۹)	مرد
	۱۵(۰/۴۴/۱)	۱۹(۰/۵۵/۹)	زن
۰/۰۰۹	۱(۰/۸/۳)	۱۱(۰/۹۱/۷)	۰-۲۰
	۱۰(۰/۳۱/۲)	۲۲(۰/۶۸/۸)	۲۱-۴۰
۰/۵۹۸	۱۳(۰/۵۹/۱)	۹(۰/۴۰/۹)	>۴۰
	۱۱(۰/۳۷/۹)	۱۸(۰/۶۲/۱)	اسید
۰/۷۹۴	۹(۰/۳۱)	۲۰(۰/۶۹)	قلیای نامشخص
	۴(۰/۵۰)	۴(۰/۵۰)	غیر عمد
۰/۱۵۸	۷(۰/۳۸/۹)	۱۱(۰/۶۱/۱)	عمدی
	۱۷(۰/۳۵/۴)	۳۱(۰/۶۴/۶)	۱۲ ظهر تا شب
۰/۴۵۳	۱۵(۰/۳۱/۲)	۳۳(۰/۶۸/۸)	شب
	۹(۰/۵۰)	۹(۰/۵۰)	۱۲ شب تا ظهر
۰/۰۷۰	۱۲(۰/۴۱/۴)	۱۷(۰/۵۸/۶)	۰-۲ ساعت
	۱۲(۰/۳۲/۴)	۲۵(۰/۷۶/۶)	>۲ ساعت
۰/۲۷۸	۶(۰/۲۳/۱)	۲۰(۰/۷۶/۹)	۱-۲ علامت
	۱۸(۰/۴۵)	۲۲(۰/۵۵/۱)	>۲ علامت
۰/۱۲۹	۶(۰/۲۷/۳)	۱۶(۰/۷۲/۷)	طبیعی
	۱۸(۰/۴۰/۹)	۲۶(۰/۵۹/۱)	حداقل یک تست
			غیر طبیعی
			زنده
			فوت شده

۴۸/۵٪ مرد و ۵۱/۵٪ زن بودند. میانگین سنی بیماران ۳۷ سال بود که بیشترین سن مراجعه ۸۱ سال و کمترین سن مراجعه ۱/۳ سال بود. افراد در محدوده سنی ۲۱ الی ۴۰ سال،

بیماران بستری شده در طی سال ۸۶ مراجعه کرده بودند،

بحث

در مطالعه‌ای که توسط دکتر نوربخش در سال ۲۰۰۴ انجام شد، بین دیسفاژی و سوختگی اندوسکوپییک دستگاه گوارشی فوقانی ارتباط معنی‌داری وجود داشته است (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر که توسط دکتر بحرینی در سال ۲۰۰۵ انجام شد، میان هماتوژی، لکوسیتوز و اسیدوز با مورتالیتی ارتباط معنی‌داری وجود داشته است (۹).

در مطالعه حاضر، میان تعداد علائم بالینی و تعداد علائم آزمایشگاهی با سوختگی دستگاه گوارش فوقانی ارتباط معنی‌دار آماری وجود نداشت. لازم به ذکر است که در مورد نوع ماده مصرفی، علت مصرف، علائم بالینی و آزمایشگاهی نتیجه این تحقیق مشابه سایر مطالعات است و تنها بین تعداد علائم آزمایشگاهی و تعداد علائم بالینی با درجه سوختگی دستگاه گوارش، ارتباط معنی‌داری وجود نداشت که آن هم به علت نوع ماده سوزاننده مصرفی و اثرات مستقیم آن بر روی مخاط دستگاه گوارش بود.

به علت دسترسی آسان به مواد سوزاننده اسیدی یا قلیایی که اغلب به عنوان مواد شوینده و پاک‌کننده در اختیار افراد قرار دارد، همواره خطر مسمومیت با این مواد، چه به صورت تصادفی و چه به قصد خودکشی، وجود دارد. از آنجا که خطر مسمومیت با این مواد، در هر صورت وجود خواهد داشت، وجود مراکز مجهز تشخیصی و درمانی به حد کافی، جهت ارجاع بیماران مسموم امری ضروری است. بدون شک، انجام اقدامات تشخیصی و درمانی زودرس تأثیر بسزایی در بهبود پیش‌آگهی بیماران خواهد داشت.

### نتیجه‌گیری

هیچ‌کدام از علائم بالینی به تنهایی و یا حتی مجموعه‌ای از علائم بالینی و آزمایشگاهی مشخص، نمی‌توانند نیاز به انجام اندوسکوپی زودهنگام در بیماران مسموم با مواد سوزاننده را رد نمایند.

بیشترین تعداد بیماران را به خود اختصاص داده بودند که در سایر مطالعات نیز محدوده سنی جوانان اغلب از این ویژگی برخوردار بوده است (۷ و ۸). در این مطالعه مانند سایر مطالعات، خودکشی (۷۲/۷٪)، بیشترین علت مسمومیت بوده است. از نظر نوع ماده مصرفی، در هر جامعه با توجه به دسترسی به این مواد و نوع فرهنگ غالب آن جامعه، تفاوت محسوسی در آمار و ارقام مشاهده می‌شود. در این مطالعه، وایتکس که ماهیت قلیایی دارد، بیشترین فراوانی را در میان مواد سوزاننده مصرفی داشته است. در سایر مطالعات، سفیدکننده‌ها، داروی نظافت و سایر مواد به عنوان شایع‌ترین مواد مصرفی بیان شده‌اند (۹ و ۱۰).

در مطالعات انجام شده قبلی، دو متغیر فاصله زمانی مسمومیت تا مراجعه و فاصله زمانی ایجاد مسمومیت تا مرگ، کمتر از سایر متغیرها بررسی شده‌اند. در مطالعه حاضر، بیشترین موارد مسمومیت با مواد سوزاننده (۷۲/۷٪)، در فاصله زمانی ۱۲ ظهر تا ۱۲ شب رخ داده و اغلب بیماران در فاصله کمتر از ۲ ساعت از ایجاد مسمومیت، به اورژانس مراجعه کرده‌اند (۴۳/۹٪). در مطالعه‌ای که توسط بحرینی در سال ۲۰۰۵ انجام شده، بیشترین میزان مراجعه در فاصله ۱۲ ظهر تا ۱۲ شب بوده است (۵۵/۸٪)، در حالی که بیشترین تعداد مرگ در فاصله زمانی ۱۲ شب تا ۱۲ ظهر رخ داده و ارتباط معنی‌دار آماری بین این ۲ متغیر وجود داشته است ( $p=0/03$ ) (۹).

در مطالعه ما به دلیل عدم وجود اطلاعات کافی، تعیین این ارتباط امکان‌پذیر نشد، زیرا در هیچ‌کدام از دو مورد مسمومیت منجر به مرگ، فاصله زمانی مصرف مواد تا مراجعه به اورژانس، در پرونده مشخص نبود.

در میان علائم بالینی و آزمایشگاهی بیماران مراجعه‌کننده، آثار سوختگی و زخم دهانی و لکوسیتوز بیشترین فراوانی را در اغلب مطالعات به خود اختصاص داده است که در مطالعه حاضر نیز این چنین بوده است.

## REFERENCES

1. Arevalo-Silva C, Eliashar R, Wohlgelelnter J, Elidan J, Gross M. Ingestion of caustic substances: a 15-year experience. *The Laryngoscope* 2006;116(8):1422-26.
2. Mamede RC, de Mello Filho FV. Ingestion of caustic substances and its complications. *Sao Paulo J Med* 2001;119(1):10-5.
3. Garcia Diaz E, Castro Fernandez M, Romero Gomez M, Castillo Higuierol. Upper gastrointestinal tract injury caused by ingestion of caustic substances. *Gastroenterologia* 2001;24(4):191.
4. Poley Jw, Steyerber Ew, Kuipers Ej, Dees J, Hartmans R, Tilanus HW, et al. Ingestion of acid and alkaline agents: out come and prognostic value of early upper endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004;60:372

5. Ertekin C, Alimoglu O, Akyildiz H, Galoglu R, Taviloglu K. The results of caustic ingestions. *Hepatogastroentology* 2004;51:1397-1400
6. Branicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. *Schwartz's Principles of surgery*, 8<sup>th</sup> ed. USA: McGraw Hill; 2006:626-8.
7. Eslamiamirabadi N. Study of the results of surgeries done due to caustic ingestion in Loghman Hakim Hospital in 4 recent years. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences:1379-1380.
8. Jahangiri F. Esophagial Injury due to caustic ingestion during 10 years in medical center of Mofid and Taleghani. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences:1382
9. Bahreyni S. Study of clinical and paraclinical results in the patients poisoned with cleanser that referred to Loghman Hakim Hospital during 1381-1382. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences:1384.
10. Pagumand A, Jalali N, Avarsi M, Sadatian SA. *Poisoning, Principal Features and Treatment of Diseases*. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Esharat:1373.
11. Nurbakhsh SK. Study of clinical process and effects of caustic ingestion according to endoscopy in children referred to Loghman Hakim Hospital during 1381-1383. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Sciences:1383.
12. Boukthir S, Fetni I, Mazigh Mrad S, Mongalgi MA, Debbabi A, Barsaoui S. High doses of steroids in the management of caustic esophageal burns in children. *Archives de Pediatrie* 2004;11(1): 13.
13. Salzman M, Rika N, o'Malley. Updates on the evaluation and management of caustic exposures. *Emerg Med Clin North Am* 2007;25(2):459-76.
14. James L, Talbert MD. *Sabiston Textbook of surgery*, 16<sup>th</sup> ed. USA: Elsevier; 2002:393-4.
15. Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB, Walker WA. *Pediatric Gastrointestinal Disease Pathophysiology, Diagnosis, Management*. 3<sup>rd</sup> ed. Hamilton: B.C. Decker 2000. p. 357-63.

Archive of SID