

قابل توجه کلیه همکاران محترم!

طبق نظر شورای آموزشی گروه سم شناسی بالینی، از این پس درمان مسمومیت با فسفید آلومینیم به شرح زیر است:

تایید مصرف قرص فسفید آلومینیم با شرح حال (قرصهای خاکستری یا متمایل به سبز تیره با بوی سیر در بسته های فلزی) و مثبت شدن تست سیلور نیترات (تیره شدن آن در مقابل بازدم بیمار) سپس:

(۱) خارج کردن لباسهای آلوده بیمار و دفع آنها با عنوان زباله خطرناک و شستشوی نواحی آلوده به استفراغ همراه با اقدامات حفاظت شخصی توسط پرسنل (ماسک و دستکش و گان و...).

(۲) قرار دادن اکسیژن ۱۰۰٪ برای بیمار و گرم کردن او.

(۳) داشتن ۲ لاین بزرگ وریدی و در صورت کاهش هوشیاری یا هیپوتانسیون، تعبیه CVL همراه با مانومتر و چک علایم حیاتی هر نیم ساعت و داشتن مونیتورینگ قلبی و پالس اکسیمتری.

(۴) در صورت وجود اسیدوز، هیپوتانسیون یا کاهش هوشیاری، بستری در ICU حداقل به مدت ۷۲ ساعت و در غیر این صورت در اورژانس به مدت ۲۴ ساعت تحت نظر باشد.

(۵) دادن حداقل 250cc روغن گیاهی، ترجیحا روغن کرچک یا روغن بادام شیرین به صورت خوراکی به بیمار و تحریک بیمار به استفراغ.

(۶) در صورت کاهش پایدار فشار خون، افت سطح هوشیاری، اسیدوز متابولیک با $pH < 7.2$ ، ساچوریشن اکسیژن کمتر از 90% یا دیسترس تنفسی (هر کدام

که بود) ،انجام اینتوباسیون اندوتراکئال و دادن روغن از طریق OGT (با بزرگترین سایز) و ساکشن ترشحات . (GASTRIC EVACUATION)

۷) اینتوباسیون و سدیشن بیمار با فنتانیل (3-5mic/kg) و میدازولام (0.1mg/kg) انجام شود و جهت حفظ سدیشن ، میدازولام با دوز 3-5mg/h ادامه یابد.

۸) تنظیمات ونتیلاتور:

FiO₂:100 → ≤60%

ARDS/ALI

VT:6-8cc/kg → 4-6cc/kg

Plateau pressure ≤30

RR:20 → ≤35

ARDS: Pao₂/ Fio₂ ≤200

ALI: 200 < Pao₂/ Fio₂ <300

Mode:SIMV

ARDS/ALI

PEEP:5-8 → 10

CPK;LDH;CBC;BUN;Cr;AST;ALT;ALK;BS;PT;PTT;INR;Ab;Trop; (۹ lip;Bil روزانه و STAT .

۱۰) STAT VBG و هر ۲ ساعت و STAT Na/K;Ca/P;Mg و هر ۴ ساعت و ABG هنگام افت ساچوریشن.

۱۱) BS با گلوکومتر STAT و هر ۲ ساعت.

۱۲) EKG STAT و هر ۲ ساعت همراه با long D.

۱۳) CXR STAT و تکرار آن در صورت افت ساچوریشن اکسیژن یا معاینه غیر نرمال.

۱۴) ویال گلوکونات کلسیم ابتدا یک گرم وریدی آهسته طی ۵ دقیقه و تکرار آن هر ۶ ساعت به شرط کلسیم سرم نرمال یا پایین.

۱۵) ویال سولفات منیزیم ابتدا یک گرم وریدی طی ۲۰ دقیقه و سپس یک گرم هر ۶ ساعت به شرط منیزیم سرم نرمال یا پایین.

۱۶) سرم بیمار به شرح زیر:

الف) سرم D/S یک لیتر طی نیم ساعت و سپس یک لیتر هر ۴ ساعت بشرط عدم هایپرتنشن و دیابت.

ب) در دیابتی ها N/S به روش فوق.

ج) در هایپرتنشن کنترل شده و غیر دیابتی H/S همراه با D/W به میزان ۳ لیتر از هر کدام در ۲۴ ساعت.

د) در هایپرتنشن کنترل نشده و غیر دیابتی یا دیابتی 1/3-2/3 یک لیتر هر ۶ ساعت .

۱۷) در صورت $SBP < 90$ یا افت تدریجی فشارخون: انجام اکوکاردیوگرافی اورژانس و شروع نور اپی نفرین با حداقل دوز 5mic/min و افزایش آن تا 50mic/min و همچنین افزایش مایع درمانی ترجیحا با کنترل CVP (حفظ CVP بین 8 تا 12).

-در صورت عدم اصلاح هیپوتانسیون با حداکثر دوز نوراپی نفرین: شروع دوبوتامین با دوز 5-10mic/kg/min و دادن voluven 500cc و در صورت عدم پاسخ، شروع میلرینون با دوز 50mic/kg و سپس 0.5mic/kg/min.

-در صورت وجود هیپوتانسیون و برادی کاردی: اضافه کردن دوپامین با دوز حداکثر و در نهایت، تعبیه پیس اکسترنال.

۱۸) در صورت بروز دیس ریتمی فوق بطنی یا تایید نارسایی قلبی در اکو: آمپول دیگوکسین STAT 0.5mg/IV سپس هر ۸ ساعت تا ۲۴ ساعت سپس 0.25mg/IV روزانه.

۱۹) با شروع هیپوتانسیون: **Hyperinsulinemia-Euglycemia Therapy** آغاز شود.

۲۰) در صورت بروز دیس ریتمی بطنی: آمیودارون طبق پروتکل شروع شود.

۲۱) با شروع اسیدوز متابولیک:

-ابتدا دوز بولوس وریدی بی کربنات به میزان:

$$1/2(0.6 \times \text{Body weight} \times \text{Base Excess})$$

-تکرار آن هر ۲ ساعت بر اساس VBG تا رسیدن به pH: 7.4-7.45

-در صورت وجود اسیدوز مقاوم به درمان یا نارسایی کلیه یا Fluid overload: شروع همودیالیز.

-اضافه کردن KCL 15% 15cc به هر لیتر سرم نگهدارنده به شرط پتاسیم کمتر از ۴.

۲۲) در صورت SBP < 90 یا افت تدریجی فشارخون: شروع هیدروکورتیزون وریدی با دوز 200mg STAT و سپس 100mg هر ۶ ساعت.

۲۳) آمپول سایمتیدین 200mg وریدی هر ۶ ساعت و در نارسایی کلیه adjust شود.

۲۴) انفوزیون وریدی NAC به میزان 300mg/kg روزانه .

۲۵) شروع انفوزیون وریدی Vit.C به میزان 150mg/h.

۲۶) آمپول ویتامین E عضلانی 300IU STAT; و هر ۱۲ ساعت.

۲۷) تعبیه سوند ادراری و کنترل I/O.

۲۸) ممنوعیت مطلق مصرف خوراکی یا گاوآژ آب یا ترکیبات آبی.

۲۹) در صورت الیگوری یا آنوری علیرغم ساپورت کامل همودینامیک: 0.5gr/kg/IV مانیتول داده شود.

۳۰) در صورت وجود امکانات: ECMO یا IABP را در نظر داشته باشید.

۳۱) در صورت همولیز و افت هموگلوبین، به بیمار پک سل بدهید.

۳۲) در صورت بروز تشنج آنرا به طور معمول درمان کنید.

۳۳) در صورت سیانوز (متمایل به آبی) و اشباع اکسیژن بالا در ABG علیرغم اشباع اکسیژن پایین در پالس اکسیمتری با احتمال متهموگلوبینمی، Methylene blue 1-2mg/kg in 5min شروع کنید.

۳۴) در صورت ARDS شدید ($Pao_2/Fio_2 \leq 100$)، بیمار را زیر ونتیلاتور با انفوزیون آتراکوریوم فلج کنید (0.005mg/kg/min).

۳۵) ویال پنتوپرازول 80mg وریدی در شروع و سپس 8mg/h انفوزیون شود.

۳۶) در صورت بهبودی، Q10 100mg/BD به همراه لیورگل ۱۴۰ هر ۸ ساعت ۲ عدد و کورکومین هر ۸ ساعت ۲ عدد تا حداقل دو هفته داده شود.

۳۷) قبل از ترخیص، برای بیمار حتما اکوکاردیوگرافی و مشاوره قلب انجام شود.

در بیمارانی که روزهای زوج ماه مراجعه میکنند بشرط حضور شرایط بند ۶، موارد زیر اضافه شود:

الف) ویال پرالیدوکسیم ۲ گرم در مدت یک ساعت سپس ۶۵۰ میلی گرم انفوزیون در ساعت.

ب) قرص سیلیمارین به میزان ۵-۸ گرم هر ۸ ساعت آسیاب یا خرد شده و با روغن گاوآژ شود.

ج) قرص کورکوما به میزان یک گرم هر ۸ ساعت آسیاب یا خرد شده و با روغن گاوآژ شود.

Amiodarone: 150 mg in 100cc D5W in 10min then 360 mg over the next 6h then 540mg over the remaining 18h.

High-Dose Insulin Therapy:

Check serum glucose, and if <200 milligrams/dL (<11 mmol/L), administer 50 mL of 50% dextrose (0.5 gram/mL) in water IV (children 1 mL/kg of 25% dextrose).

Administer regular insulin 1 unit/kg IV bolus.

Begin regular insulin infusion at 0.5–1.0 unit/kg per hour along with dextrose 10% (0.1 gram/mL) in water at 200 mL/h (adult) or 5 mL/kg per hour (pediatric).

Titrate infusion rate up to 10 units/kg per hour according the hemodynamic goal of HR >50 beats/min and SBP >100 mm Hg (>13.3 kPa).

Monitor serum glucose every 15–20 min.

Titrate dextrose infusion rate to maintain serum glucose level between 100 and 200 milligrams/dL (5.3 and 10.7 mmol/L).

Once dextrose infusion rates have been stable for 60 min, glucose monitoring may be decreased to hourly.

Monitor serum potassium level and start IV potassium infusion if serum potassium level is <2.8 mEq/L (<2.8 mmol/L).

Maintain serum potassium between 2.8 and 3.2 mEq/L (2.8 and 3.2 mmol/L).

دوره انسولین تراپی ۲ روز است و پس از پایداری وضعیت بالینی ، 1unit/kg/h از دوز آن کاسته میشود.

با تشکر واحترام ۹۶/۹/۲۵