

بررسی مسمومیت با آلومینیوم فسفاید و راههای درمان آن در موش سوری

دکتر علی اکبر مقدم نیا^{(۱)*}، دکتر علیرضا فیروزجاهی^(۲)، شببم جوادیان^(۳)، نرجس دیباوند^(۳)
۱- استادیار گروه فارماکولوژی و ۲- استادیار گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- دانشجوی پزشکی

سابقه و هدف: آلومینیوم فسفاید (از دسته فسفین‌ها) در ایران بنام قرص برنج معروف است. مسمومیت با آن خطرات غیرقابل جبرانی در پی دارد، و بوسیله افراد به قصد خودکشی نیز مصرف شده است. تاکنون پاد زهر مناسبی برای آن معرفی نشده است. این مطالعه به منظور بررسی شدت مسمومیت و نیز تلاش برای دستیابی پادزهرهای احتمالی روی موش سوری انجام گردید.

مواد و روشها: در این مطالعه از موش های سوری نر به وزن تقریبی ۲۰-۳۰ گرم استفاده شد. اعضای حیوانات مثل قلب، ریه، کلیه و کبد پس از تماس با سم از بدن خارج شده و جهت مطالعات پاتولوژیک بوسیله فرمالین ثابت شدند. تمامی داروها بصورت تزریق IP (داخل صفاقی) مورد استفاده قرار گرفتند. میزان مرگ و میر، مدت زمان تأخیر مرگ و نیز یافته‌های پاتولوژیک، جزء داده‌ها بودند که نتایج آن با استفاده از تست آماری مناسب مورد آنالیز قرار گرفتند. یافته‌ها: دوز ۴۰ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن در این مطالعه بعنوان LD50 در نظر گرفته شد. موشهایی که تحت تأثیر این دوز قرار گرفتند، در عرض 25 ± 15 دقیقه از بین می‌رفتند. نتایج پیش مداوای سدیم سلنیت نشان داد که پس از دریافت سم تغییری در زمان مرگ ایجاد نشده ولی در یافته‌های پاتولوژیک کاهش قابل توجهی در عوارض کبدی (ادم، تغییرات چربی) نشان داده شد ($p = 0/028$). NAC نیز در دوزهای بکار رفته سبب بهبود قابل توجه عوارض کبدی و نیز حذف اثر نکروز گردید ($p = 0/0002$). گروه دریافت کننده ویتامین ث نیز تأخیر قابل توجهی در زمان مرگ در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند (46 ± 12 در مقابل 25 ± 7 دقیقه) ($p < 0/0005$). تأثیر سدیم سلنیت در کاهش عوارض ریوی نیز قابل توجه بوده است.

نتیجه گیری: سدیم سلنیت تأثیری در کاهش مرگ و میر و زمان آن نداشته ولی سبب بهبود یافته‌های پاتولوژیک می‌شود. ولی NAC سبب تأخیر مرگ و میر و بهبود قطعی عوارض کبدی می‌شود. از طرفی ویتامین ث نیز سبب تأخیر در مرگ می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آلومینیوم فسفاید، فسفین، ضایعات کبدی، آنتی دوت.

مقدمه

کشورهای همجوار شروع شد و بعد در ایران خصوصاً

آلومینیوم فسفاید (ALP)، از دسته فسفین‌ها)، یک سم پروتوپلاسمیک است و با ممانعت از سنتز آنزیمها و پروتئینها تأثیر سمی خود را بر سلول زنده اعمال می‌کند (۱و۲). استفاده از این سم ابتدا از شبه قاره هند و

□ - هزینه این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۷۷۶ از اعتبارات معاونین

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

به منظور دست یابی به مواد دارویی است که قادر باشند آثار و تبعات مسمومیت شدید ناشی از ALP کاهش دهند. این مطالعه سعی دارد که با آزمایشات مکرر بر روی موشهای سوری که از ALP مسموم شده‌اند، راهی برای دست‌یابی به یک پادزهر مؤثر بیابد.

مواد و روشها

۱- حیوانات

موشهای سوری نر به وزن تقریبی ۳۰-۲۰ گرم از نژاد آلبینو که از انستیتو پاستور ایران (تهران) تهیه گردید مورد استفاده قرار گرفتند. موشها در شرایط ۱۲ ساعت نور، ۱۲ ساعت تاریکی نگهداری شدند و در طی نگهداری دسترسی آسان به آب و غذای مخصوص داشتند. ۲۴ ساعت قبل از آزمایش موشها تحت هیچ‌گونه استرسی قرار نگرفتند.

۲- مواد

موادی که در این مطالعه بکار رفتند شامل سم آلومینیوم فسفاید ۵۶ درصد (وارداتی از کشور هندوستان)، سدیم سولنیت (Merk، آلمان)، N-استیل سیستئین یا NAC (Merk، آلمان)، سولفات منیزیم (Merk، آلمان) و ویتامین ث (داروپخش، ایران) بودند. به غیر از سم، بقیه مواد در سرم فیزیولوژی حل شده در حجم‌های حداکثر ۱/۱ ml در هر ۱۰ گرم وزن بدن موش بصورت داخل صفاقی (I.P) تزریق شدند. سم ALP چون در آب قابل حل نمی‌باشد و از طرفی در محیط مایع، گاز فسفین آزاد می‌کند و از این طریق ضمن کاهش اثرات سمی آن ممکن است سبب مسمومیت افراد گردد، لذا در یک پـایه روغنی (soybean oil) بصورت یک سوسپانسیون یکنواخت پخش شده و به‌طریقه I.P تزریق گردید. تمامی محلولها تازه تهیه شدند. دوزهای مصرفی ALP ۱۰، ۲۰، ۴۰، ۵۰، ۷۰، ۹۰ میلی‌گرم بر کیلوگرم وزن بدن، سدیم سولنیت ۳mg/kg NAC به مقدار ۵۰ و ۱۰۰mg/kg، ویتامین ث ۵۰۰-۱۰۰۰mg/kg بود.

مناطق شمالی جهت دفع آفات برنج مرسوم گردید (۳). مسمومیت با ALP اغلب بدنال خودکشی صورت می‌گیرد و در بزرگسالان متداول تر از نوجوانان است (۴). ALP در هند بعنوان یک داروی بسیار معمول و سریع‌الاثـر جهت خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۵). لذا فروش فرآورده‌های آن در مواردی اکیداً ممنوع است (۲). مواجهه شغلی نیز گهگاه در کارگران اتفاق می‌افتد که سبب بروز علائم مسمومیت مزمن می‌گردد (۲ و ۵). متأسفانه در مناطق شمالی ایران موارد مسمومیت شدید حتی مرگ در اثر مصرف عمدی یا اتفاقی این سم دیده شده است (۳). سالانه تعداد قابل توجهی در اثر مسمومیت ناشی از آن جان خود را از دست می‌دهند بعنوان مثال طی یک گزارش از کشور هندوستان نشان داده شد که از ۱۹۵ مسموم، ۱۱۵ نفر جان باختند (۶). در گزارش دیگر از این کشور میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت با فسفین‌ها بویژه آلومینیوم فسفاید ۴۹ درصد گزارش شد که علت عمده مرگ، کولپس قلب و عروق و آسیب‌های جدی بافت‌ها بود. طی مطالعات مستمر در استان مازندران از سال ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۷، مشخص گردید که یکی از موارد ایجاد مسمومیت‌ها استفاده عمدی از آلومینیوم فسفاید است که در این منطقه بنام قرص برنج معروف بوده و برای نگهداری برنج‌های انبار شده در مقابل آفات بکار می‌رود (۳). هرچند درصد مسمومیت با آن کم است ولی متأسفانه اکثر قریب به اتفاق موارد منجر به مرگ شده است (۷). با توجه به اینکه ALP یک سم مرگ‌آور است، فقدان آنتی‌دوت مشخص بعنوان یک جای خالی بزرگ در درمان مسمومیت ناراحت کننده می‌باشد. معمولاً میزان مرگ و میر متغیر بوده و از ۱۰۰-۳۷ درصد در نوسان است (۵). هرچند در سالهای اخیر مصرف آن محدودتر شده است، ولی هنوز آنقدر در دسترس می‌باشد که سالانه سبب فجایع انسانی گردد. دست‌یابی به پادزهر این سم خطرناک که می‌تواند کمک مؤثری نماید، نیازمند صرف وقت و هزینه و مطالعات جدی است. این بررسی،

۳- آزمایشات (روشه‌ها) یا روش مطالعه

این بررسی بصورت Laboratory Experimental Controlled Trial، با گروههای تحت آزمایش و شاهد در هر سری از آزمایشات اجراء گردید. آزمایشات طی مراحل ذیل انجام شده است:

الف) تعیین LD50 سم (دوز متوسط کشندگی سم): برای تعیین LD50 ابتدا حیوانات به گروههای ۶ تایی تقسیم شده و دوزهای مختلف ۹۰-۱۰ mg/kg آلومینیوم فسفاید به گروهها بطور جداگانه بصورت I.P تزریق گردید و درصد مرگ و میر و LD50 بدست آمد.

ب) مطالعه اثرات حاد و مزمن سم: دوزهای ۱۰ و ۲۰ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن موش از ALP بعنوان دوزهای مؤثر در مسمومیت مزمن و دوز ۴۰ میلی گرم بر کیلوگرم وزن بدن ALP بعنوان دوز مؤثر در مسمومیت حاد مورد استفاده قرار گرفت تا اثرات پایه سم بدست آید. گروه کنترل صرفاً حامل ALP با حجم مساوی دریافت نمودند.

ج) استفاده از آنتی دوت‌ها قبل و بعد از دریافت سم: در این مطالعه از آنتی دوت‌های احتمالی سدیم سلنیت (به مقدار ۳ mg/kg، ۵ دقیقه پس از تزریق سم در گروه تحت آزمایش)، N - استیل سیستین یا NAC (به مقدار ۱۰۰ mg/kg و ۵۰، ۵ دقیقه بعد از تزریق سم، در گروه تحت آزمایش، سولفات منیزیم (۳ mg/kg، ۵ دقیقه بعد از دریافت سم) و نهایتاً ویتامین ث (۱۰۰۰ mg/kg و ۵۰۰، ۵ دقیقه پس از تزریق ALP در گروه تحت آزمایش) مورد استفاده قرار گرفتند. در هر سری از آزمایشات بطور همزمان از گروه‌های شاهد استفاده گردید. با این تفاوت که بجای ALP از حامل روغنی آن استفاده شد. در مورد سدیم سلنیت به گونه‌ای دیگر نیز عمل شد. طبق گزارشات قبلی اثر سدیم سلنیت در تقویت غشاء سلولی در صورتیکه سه روز متوالی با دوزهای ۳ mg/kg استفاده شود، بهتر است (۸) که به این دلیل، در یک سری از آزمایشات سدیم سلنیت به ترتیب مزبور هم استفاده شد. د) آزمایشات پاتولوژیک: در هر سری از آزمایشات پس

از بیهوش کردن حیوانات با کلروفرم و کشتن، آنها را بدقت تشریح کرده و نمونه‌هایی از چهار ارگان اصلی آنها (قلب، ریه، کلیه و کبد) برای تهیه لام پاتولوژی برداشته شد و سپس لام‌ها بوسیله پاتولوژیست خوانده شد. نتایج بررسی لام‌ها هم بصورت کیفی و هم کمی گزارش گردید. برای کمی کردن نتایج لام‌ها از مقیاسهای مخصوص از جمله McSween استفاده گردید (۹) و بر اساس آسیب‌های وارده به بافت به هر لام بین ۰ تا ۸ score داده شد و نهایتاً بر اساس scoreهای داده شده آنالیز آماری بین یافته‌های گروههای تحت تجربه و شاهد بعمل آمد. آثار تأخیری در حیوانات پس از ۲۴ تا ۴۸ ساعت مطالعه شدند.

۴- آنالیز آماری:

داده‌ها با استفاده از تست‌های آماری Mann-Whitney و Newman-Keuls Post ANOVA Wilcoxon U test، Kruskal-Wallis H-test، 1-way و ANOVA مورد آنالیز قرار گرفتند و اختلاف در هر نقطه با $p < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

۱- تعیین LD50:

در این مطالعه بر اساس روش ذکر شده میزان LD50، برای سم آلومینیوم فسفاید با احتساب ۵۶ درصد فرم موجود، برای موشهای سوری مقدار ۴۰ mg/kg بدست آمد. موشهایی که تحت تأثیر این دوز قرار گرفتند در عرض ۱۵ ± ۳۵ دقیقه از بین می‌رفتند. تعداد موشها در هر گروه از دوزهای دریافتی شش عدد بود.

۲- تعیین دوز حاد و مزمن:

طی آزمایشات متعدد با گروههای شش تایی از موشها سه دوز تعیین گردید که دوز ۴۰ mg/kg از ALP بعنوان دوز حاد و ۲۰ mg/kg و ۱۰ mg/kg بعنوان دوز ایجاد آثار مزمن سم تعیین گردید. لازم به ذکر است که معیار اثرات حاد و مزمن مدت زمان تأخیر در مرگ حیوانات بود. بطوریکه گروهها

در مقابل 12 ± 46 دقیقه با $p = 0/0005$ و $(-38/1, -367/9, 95\%CI)$ ، (جدول ۱).

ب) تغییرات بافتی

نتایج پاتولوژی در گروه‌های مختلف نشان داد که عمده‌ترین تغییرات در کبد بوده و ALP در دوزهای 40 mg/kg در کبد سبب ادم شدید، پرخونی، التهاب دور رگ، ارتشاح در رگ و تجمع لنفوسیت و ائوزینوفیل شد. البته تا حدی تغییرات چربی در سلولها وجود داشت ولی چون اثر ماده بطور حاد بروز می‌نماید، لذا تغییرات نکروتیک دیده نشد. در دوزهای 20 mg/kg آثار تأخیری دیده شد. مهمترین اثر پاتولوژیک در این دوز نکروز وسیع سلولهای کبدی است. score بدست آمده برای نکروز بر اساس جدول McSween برای گروه شاهد و گروه دریافت کننده سم (20 mg/kg)، ۷ می‌باشد. آثار بافتی دوزهای مختلف ALP بدون در نظر گرفتن کنترل تفاوت معنی‌داری نشان داد ($p = 0/0002$)، (جدول ۲).

اثرات سم بر روی بافت ریه بصورت خونریزی، احتقان، ادم، ارتشاح نوتروفیل در مقایسه با گروه شاهد قابل توجه بود ($p = 0/0002$). سم روی قلب و کلیه اثرات قابل توجهی نداشت ($p > 0/05$).

تأثیر آنتی دوت‌های احتمالی نیز مشخص گردید. سدیم سلنیت بصورت پیش مداوا کاهش قابل توجهی در عوارض کبدی از جمله ادم و تغییرات چربی نسبت به گروه شاهد (گروه فقط سم) نشان داد ($p = 0/012$). سدیم سلنیت بر روی بافت ریه نیز اثر کاهش سمیت قابل توجهی داشت ($p = 0/013$). نتایج اثرات بافتی NAC نیز نشان داد که NAC در دوزهای ۵۰ و ۱۰۰ کاهش قابل توجهی در آسیب‌های بافتی ایجاد می‌کند. دوز 100 mg/kg و ۵۰ NAC، اثرات بافتی (40 mg/kg) ALP را کاهش می‌دهد ($p = 0/002$ و $p = 0/0031$). دوزهای 100 mg/kg و ۵۰ NAC، باعث ممانعت از بروز آثار تخریبی در مسمومیت مزمن ALP با دوز 20 mg/kg می‌شود و این اثر بسیار قابل توجه است ($p = 0/002$) (جدول ۲). آثار

پس از دریافت دوز 40 mg/kg بطور متوسط ۳۵ دقیقه از بین می‌رفتند. در حالیکه پس از دریافت دوزهای ۲۰-۱۰ میلی گرم زمان تأخیر مرگ حتی به ۲۴-۴۸ ساعت افزایش می‌یافت که در این مورد از تست Newmann-Keuls post ANOVA استفاده گردید و تفاوت بین گروهها با $p < 0/01$ معنی دار بود. در همه موارد لامهای پاتولوژیک از اعضاء قلب، ریه، کبد و کلیه موشهای سریهای مختلف تهیه گردید و از نظر کیفی و کمی بر اساس استاندارد مربوطه، رتبه بندی شدند.

۳- اثر آنتی دوت‌های احتمالی

دوزهای مختلف سم در مقابل آنتی دوت‌های احتمالی مثل سدیم سلنیت روزانه (3 mg/kg) طی سه روز قبل از دریافت سم، بصورت تک دوز و بعنوان پیش مداوا premedication و نیز تزریق ۵ دقیقه بعد از دریافت سم در سریهای مختلف آزمایش به میزان هر سری 3 mg/kg برای هر موش، NAC (به مقدار ۵۰ و 100 mg/kg)، ۵ دقیقه پس از دریافت سم، سولفات منیزیم (به مقدار 3 mg/kg)، ۵ دقیقه پس از دریافت سم) و ویتامین ث ($1000-5000$ میلی گرم بر کیلوگرم، ۵ دقیقه پس از دریافت سم) مورد استفاده قرار گرفتند و نتایج به شرح ذیل می‌باشند:

الف) نتایج پیش مداوای سدیم سلنیت

پس از دریافت سم تغییری در زمان مرگ نسبت به گروه شاهد ایجاد نشد. این نتایج تفاوت قابل ملاحظه‌ای با داده‌های حاصل از تزریق سدیم سلنیت پس از دریافت سم نداشتند ($p = 0/062$). NAC در دوزهای 100 mg/kg سبب تأخیر قابل ملاحظه‌ای در مرگ حیوانات پس از سم (40 mg/kg) نسبت به گروه شاهد گردید (138 ± 13) دقیقه، $p < 0/001$ و $(-37/3, -92/19, 95\%CI)$. در گروه دریافت کننده سولفات منیزیم تغییر قابل توجهی در میزان مرگ و میر و زمان تأخیر مرگ دیده نشد. ولی گروه‌های دریافت کننده ویتامین ث تأخیر قابل توجهی در زمان مرگ در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند (250 ± 17)

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار استاندارد (mean ± SEM) زمان تأخیر در مرگ ناشی از ALP در گروههای آزمایش.

گروهها	زمان (دقیقه)	زمان تأخیر گروه کنترل (سالین)	زمان تأخیر گروه دارو (پیش مداوا)	ارزش P	حدود اعتماد ۹۵٪ CI
آلومینیوم فسفاید و سالین	۳۵ ± ۱۵	۳۹ ± ۱۴	p> ۰/۰۵	-	
آلومینیوم فسفاید و سدیم سلنیت	۴۲ ± ۱۲	۴۵ ± ۱۶	p> ۰/۰۵	-	
آلومینیوم فسفاید و NAC	۴۵ ± ۲۰	۱۳۸ ± ۱۳	۰/۰۰۱	۳۷/۳ و -۹۲/۱۹	
آلومینیوم فسفاید و ویتامین C	۴۶ ± ۱۲	۲۵۰ ± ۱۷	۰/۰۰۰۵	۳۸/۱ و -۳۶۷/۹	

آلومینیوم فسفاید (ALP) = ۴۰ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 سدیم سلنیت = ۳ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 ان-اسیتیل سیستئین (NAC) = ۵۰ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 ویتامین C = ۵۰۰ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 سالین = ۱۰ میلی لیتر بر کیلوگرم وزن بدن

جدول ۲. تغییرات عوارض کبدی ALP پس از آنتی دوت های احتمالی بر اساس جدول McSween در گروههای آزمایش.

نوع درمان	قبل از آنتی دوت	پس از آنتی دوت	ارزش P
آلومینیوم فسفاید و سالین	۵-۸*	۵-۸	-
آلومینیوم فسفاید و سدیم سلنیت	۵-۸	۱-۳	۰/۰۱۲
آلومینیوم فسفاید و NAC	۵-۸	۰-۱	۰/۰۰۲

* اعداد، نشان دهنده وضعیت تخریب یا عدم تخریب بافتی طبق جدول McSween می باشند.

۰ = بدون علامت، ۱ = خفیف، ۳ = متوسط، ۵ = قابل توجه، ۶ = شدید، ۸ = خیلی شدید برای آنالیز آماری نیز از روشهای پارامتری استفاده شده است.

آلومینیوم فسفاید (ALP) = ۴۰ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 سدیم سلنیت = ۳ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 ان-اسیتیل سیستئین (NAC) = ۵۰ میلیگرم بر کیلوگرم وزن بدن
 سالین = ۱۰ میلی لیتر بر کیلوگرم وزن بدن

بافتی سولفات منیزیم و ویتامین ث در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت.

بحث

در این بررسی، اثرات حاد و مزمن دوزهای مختلف آلومینیوم فسفاید مورد مطالعه قرار گرفت. همچنین تلاش شد که روی بعضی از آنتی دوت های احتمالی کار شود. یافته ها نشان داد که سم مزبور در دوزهای ۴۰ mg/kg در موش سوری، سبب آثار حاد شده و بطور متوسط پس

از ۳۵ دقیقه سبب مرگ حیوان می شود. بنظر می رسد که عمده ترین عامل مرگ و میر در این مدت کوتاه شوک قلبی باشد. ممکن است اثر سمی آلومینیوم فسفاید که شامل ادم شدید، پر خونی و درجاتی از نکروز بافتی ناشی از آسیب غده فوق کلیوی بوده و بدین ترتیب میزان کورتیزول به شدت پائین آمده و نهایتاً شوک کاردیوژنیک بروز نماید (۱۱ و ۱۰) ممکن است آسیب های شدید قلبی ناشی از آزاد شدن واسطه های reactive اکسیژن، باشد (۱۲). در بررسی پاتولوژیک نمونه های تهیه شده از کبد، کلیه، قلب

و ریه، درجات متفاوتی از احتقان، ادم، ارتشاح لوکوسیتیک، خونریزی، تغییرات اندک چربی و حالات نکروتیک و نیز تغییراتی ناشی از هیپوکسی سلولی دیده شد. این تغییرات در مطالعات دیگر هم دیده شد (۱۴ و ۱۳ و ۱۱). اما در مسمومیت‌های مزمن که با دوزهای 10 mg/kg و 20 mg/kg وزن بدن موشها، ایجاد گردید، تغییرات بافتی به نفع نکروز بیشتر است (جدول ۲). بیشترین آسیب در بافت‌های کبدی و سپس ریه‌ها دیده شد. مهمترین آسیب کبدی نکروز بود. البته تغییرات بافتی غیر از نکروز بطور غیر وابسته به دوز ایجاد گردید. ولی نکروز بافت‌های کبدی در دوزهای 20 mg/kg دیده شد. این نشان می‌دهد که شرایط ایجاد نکروز کبدی باید فراهم گردد. بنظر می‌رسد که یکی از علت‌های اصلی مرگ در اثر مسمومیت‌های غیر حاد با آلومینیوم فسفاید در انسان، نکروز سلولهای اساسی از جمله سلولهای کبدی و قلبی باشد. البته در این مطالعه پس از کبد، ریه تغییرات بافتی نسبتاً قابل توجهی داشت، ولی قلب و کلیه در موشها در پاسخ به آلومینیوم فسفاید تغییرات چشمگیری از خود نشان ندادند. هرچند در بعضی از مطالعات که در افراد پس از مرگ بعمل آمده است، عمده‌ترین آسیب‌ها در بافت‌های ریه دیده شد (۱۵). علاوه بر این تغییرات بافتی، یافته مهم دیگر در مسمومیت با دوزهای کم، تأخیر در مرگ بود که گاهی با دوزهای کمتر (10 mg/kg) این زمان حتی به ۴۸ ساعت به تعویق می‌افتاد. چنین تغییراتی در مسمومیت‌های انسانی که اغلب به قصد خودکشی اتفاق می‌افتد دیده می‌شود (۱۶-۱۸). بنابراین با عدم مشاهده عوارض جدی در ساعات اولیه مسمومیت نباید از پیگیری مسموم در ساعات بعدی سرباز زد. متأسفانه تاکنون اقدام برجسته‌ای در دستیابی به آنتی دوت اختصاصی مسمومیت با این سم خطرناک صورت نگرفته است. هرچند در این زمینه تلاشهایی صورت می‌گیرد (۲۲-۱۹). در این مطالعه ۴ ماده که می‌توانند بعنوان آنتی دوت احتمالی آلومینیوم فسفاید مطرح باشند، بکار رفتند. اولین

ماده، سدیم سلنیت است که به دو صورت پیش مداوا (premedication) طی سه روز و سه دوز و نیز تجویز پس از تماس با سم مصرف گردید. از آنجایی که سم آلومینیوم فسفاید بعلت ایجاد استرس اکسیداتیو سبب افزایش تولید رادیکالهای آزاد اکسیژن و نیز تسریع در پراکسیداسیون چربی می‌شود (۲۳ و ۲۴)، بنظر می‌رسد که عواملی که سبب مهار پراکسیداسیون چربی می‌شوند از جمله سدیم سلنیت (۸) بتوانند در این زمینه نقش داشته باشند. در این بررسی مشخص شد که استفاده از سدیم سلنیت چه بصورت پیش مداوا یا تزریق فوری پس از سم، اثری بر روی مدت زمان مرگ و میر ناشی از سم در گروه تحت آزمایش با گروه شاهد ندارد. اما سدیم سلنیت بصورت پیش مداوا قادر است آثار بافتی ناشی از سم را روی کبد بطور قابل توجهی کاهش دهد ($p=0/012$). همچنین این ماده اثر سم را روی ریه نیز کاهش داد ($p=0/013$). این مسئله نشان می‌دهد که هرچند سدیم سلنیت تأثیری بر زمان مرگ و میر حیوانات نداشته است ولی کاهش چشمگیری در آثار بافتی ناشی از سم بصورت پیش مداوا داشته است. لذا در جای خود می‌تواند حائز اهمیت باشد. بعبارت دیگر، افزودن این ماده تا حد مجاز به رژیم غذایی ممکن است در ایجاد مقاومت احتمالی در مقابل مسمومیت‌های ناشی از آلومینیوم فسفاید مورد توجه باشد. هرچند برای اثبات کارایی آن، نیاز به مطالعات عمیق‌تر در این زمینه است. لازم به توضیح است که مصرف سدیم سلنیت بصورت فوری تأثیری بر تخریب بافت ناشی از سم نداشته است. از جمله مواد دیگری که می‌تواند بعنوان یک آنتی دوت احتمالی مورد توجه باشد، N-استیل سیستین است که بعنوان پادزهر اختصاصی متابولیت سمی استامینوفن مطرح است (۲). NAC با تأمین گروههای SH- قادر است جفت الکترونها را غیر پیوندی خود را در اختیار متابولیت‌های شدیداً واکنش دهنده الکتروفیل قرار داده و آنها را غیرفعال نمایند. لذا عامل بسیار مؤثری در پیشگیری از نکروز کبدی می‌باشد.

مسموم با مانتورینگ مداوم قلبی و نیز استفاده از عوامل آنتی‌آریتمی، افزایش می‌یابد و از طرفی تجویز سولفات منیزیم بقاء را بهبود نمی‌بخشد (۲۵). اما در گزارش دیگر مشخص شد که تجویز سولفات منیزیم میزان مرگ و میر را در گروه دریافت‌کننده نسبت به گروه شاهد بطور چشمگیری کاهش می‌دهد (۲۰ نفر در مقابل ۴۴ نفر) (۲۳). بنظر می‌رسد که آلومینیوم فسفاید با ایجاد استرس اکسیداتیو سبب کاهش منیزیم سلولی شده و میزان گلوتاتیون (GSH) وابسته به منیزیم کاهش می‌یابد. بنابراین، این مسئله سبب افزایش حساسیت به آسیب ناشی از رادیکالهای آزاد اکسیژن و تسریع عمل Lipid peroxidation می‌شود (۲۳ و ۱۲). لذا تحت این شرایط از سولفات منیزیم برای مسمومیت ناشی از ALP استفاده می‌شود. در این مطالعه سولفات منیزیم تغییر قابل توجهی در میزان مرگ و میر ناشی از سم ایجاد نکرد. در این بررسی آثار پاتولوژیک سولفات منیزیم مطالعه نشد. با توجه به اینکه اثر آنتی‌اکسیدان در کاهش مسمومیت ناشی از سموم می‌تواند مؤثر باشد (۲۳)، از ویتامین ث استفاده شد. ویتامین ث با دوزهای مورد استفاده (۵۰۰-۱۰۰۰ mg/kg)، اثر قابل توجهی در تأخیر مرگ نسبت به گروه شاهد نشان داد ($p = 0/024$). هرچند اثر جالب توجه است، ولی جهت اطمینان از این اثرات نیاز به مطالعات عمیق‌تر تجربی و کارآزمایی‌های کنترل شده بالینی است. شاید بتوان در مسمومیت‌های ناشی از آلومینیوم فسفاید تا حد مجاز از ویتامین ث استفاده نمود، اما به شرطی که به سرعت پس از مسمومیت از آن استفاده شود.

پیشنهادهات

- عدم استفاده از سم آلومینیوم فسفاید یا هرگونه فرآورده‌هایی که حاوی مواد فسفین‌دار است و جایگزین کردن آن با مواد کم خطر.
- در صورت توزیع این سم در مناطق مختلف ایران، باید

باتوجه به اینکه فسفین‌ها می‌توانند نقش رادیکالهای آزاد اکسیدان در تخریب بافت‌ها داشته و نیز عوامل ایجادکننده نکروز و تغییرات چربی را افزایش دهند (۲۳ و ۱۲)، بنظر می‌رسد که عوامل تأمین‌کننده الکترون، قادر باشند که از آثار بافتی سموم مزبور از جمله آلومینیوم فسفاید ممانعت بعمل آورند. نتایج تأثیر NAC در این مطالعه جالب توجه بود. در این مطالعه مشخص شد که NAC ضمن اینکه افزایش قابل توجهی در زمان تأخیری مرگ در گروه دریافت‌کننده NAC نسبت به گروه شاهد ایجاد می‌کند ($p < 0/001$)، بلکه آثار تخریبی سم روی بافت کبدی را کاهش می‌دهد. جالب‌تر اینکه NAC اثرات نکروتیک مسمومیت مزمن با دوز ۲۰ mg/kg سم را بکلی از بین می‌برد و این اثر در مقایسه با شاهد بسیار قابل توجه است. البته NAC تأثیر بسزائی در پیشگیری از آسیب‌های بافتی در بافت‌های دیگری غیر از کبد از خود نشان نداد. این ممکن است ناشی از حساسیت بسیار زیاد سلولهای کبدی به تخلیه گلوتاتیون ناشی از سم باشد (۲۳). این مسئله عامل اصلی تخریب سلولهای کبدی در مقابل عوامل شدت الکتروفیل است. لذا، نقش NAC می‌تواند در این مورد قابل توجه باشد ولی هنوز تا رسیدن به مرحله عمل و پیشنهاد برای درمان مسمومیت‌ها نیاز به مطالعات کنترل شده تجربی و سپس در صورت امکان بالینی است. اما این نمی‌تواند دلیل قاطعی بر عدم مصرف یا منع مصرف NAC در موارد مسمومیت با سم باشد. بنظر می‌رسد در صورت دسترسی و به محض مسمومیت، بتوان از NAC در مقادیر توصیه شده استفاده نمود.

گزارشات متعددی در دست است که نشان می‌دهد در مسمومیت با آلومینیوم فسفاید میزان منیزیم کم می‌شود (۲۳ و ۲۵). البته در بعضی از گزارشات، نشان داده شد که میزان منیزیم افزایش می‌یابد (۱۶). تصحیح غلظت منیزیم در موارد هیپومنیزیمی با استفاده از سولفات منیزیم می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از مرگ و میر داشته باشد (۲۰). ولی مطالعات نشان داده است که بقاء

همچنین در صورتیکه حال عمومی بیمار نسبتاً خوب است ولی بدلیل ایجاد آثار تأخیری باید حداقل تا ۷۲ ساعت تحت نظر مستقیم قرار داشته باشد، در این مدت هم می‌توان از NAC استفاده نمود.

تقدیر و تشکر

از شورای محترم پژوهشی دانشگاه که نسبت به تصویب و تأمین اعتبار این پروژه مهم اهتمام ورزیدند، تشکر می‌گردد. از همکاریهای سرکار خانم ماریا هاشمی کارشناس محترم آزمایشگاه فارماکولوژی و جناب آقای قلی اسداله‌زاده متصدی آزمایشگاه در آماده سازی آن نیز قدردانی می‌گردد.

حتی الامکان از دسترس اطفال و افرادی که از نظر روحی متعادل نیستند، دور نگهداشته شود.

- افزایش آگاهی کادر درمانی و نیز سیستم‌هایی که با این مواد سروکار دارند و تجهیز بیمارستانهای مربوطه در صورت امکان.

- انجام مطالعات بیشتر در تأیید یافته‌های مختلف از جمله یافته‌های این مطالعه بالاخص مطالعات کنترل شده تجربی و بالینی.

- پیشنهاد می‌شود که در لحظات اولیه مسمومیت با آلومینیوم فسفاید برای اطمینان، از NAC و ویتامین ث استفاده شود و بیمار تحت آزمایشات مکرر کبدی و سایر فاکتورهای بیوشیمیایی همراه با تصاویر بالینی قرار گیرد.

References

- Goswami M, Bindal M, Sen P, Gupta SK, Avasthi R, Ram BK. Fat and oil inhibit phosphine release from aluminium phosphide its clinical implication. Indian J Exp Biol 1994; 32(4): 647-649.
- Schelble T. Phosphine and phosgene, in: Haddad LM, Winchester JF. Clinical management of poisoning and drug overdose, third edition, W.B. Saunders Co, 1998; pp: 963-965, 872-873.
- مقدم‌نیایع ا، عبدالحی م. بررسی مسمومیت‌های حاد شهرستان بابل طی سالهای ۱۳۷۳ الی ۱۳۷۵، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۳۷۷؛ ۱(۱): ۲۶-۱۹.
- Aluminium phosphide and phosphine, in: Diagnosis and management of common poisoning. 1995; pp: 317-320.
- Ellenhorn M. Metals and related compounds, in: Textbook of medical toxicology. chapter 67, 1998; pp: 1657-1659.
- Singh S, Singh D, Wif N, Jit I, Sharma BK. Aluminium phosphide ingestion: A clinico-pathologic study. J Toxicol Clin Toxicol 1996; 34(6): 703-706.
- مقدم‌نیایع ا، حدادی م.ع. بررسی مسمومیت‌های حاد شهرستان گنبد (۱۳۷۳). مجموعه خلاصه مقالات چهارمین کنگره سراسری مسمومیت‌ها- تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۴.
- Yazdanpanah H, Roshanzamir F, Shafagi B, Faizi M, Elhami M, Rasekh H. Assessment of possible protective roles of selenium, zinc, and Cis-stilbene oxide against acute T-2 toxin poisoning: a preliminary report. Nat Toxins 1997; 5(4): 133-5.
- Macsween RM, Scheuer PJ. Pathology of the liver, 3rd ed. 1994.
- Chugh SN, Ram S, Sharma A, Arora BB, Saini AS, Malhotra KC. Adrenocortical involvement in aluminium

- phosphide poisoning. Indian J Med Res 1984; 90: 289-294.
11. Siwach SB, Dua A, Sharma R, Sharma D, Mehla RK. Tissue magnesium content and histopathological changes in non-survivors of aluminium phosphide poisoning. J Assoc Physicians India 1995; 43(10): 67-68.
 12. Lall SB, Sinha K, Mittra S, Seth SD. An experimental study on cardiotoxicity of aluminium phosphide. Indian J Exp Biol 1997; 35(10): 1060-1064.
 13. Arora B, Punia RS, Kalra R, Chugh SN, Arora DR. Histopathological changes in aluminium phosphide poisoning. J Indian Med Assoc 1995; 93(10): 380-381.
 14. Misra UK, Tripathi AK, Pandey R, Bhargava B. Acute phosphine poisoning following ingestion of aluminium phosphide. Hum Toxicol 1988; 7(4): 343-345.
 15. Singh RB, Rastogi SS, Singh DS. Cardiovascular manifestations of aluminium phosphide intoxication. J Assoc Physicians India 1989; 37(4): 590-592.
 16. Singh RB, Sharma RB, Sharma VK. Can aluminium phosphide cause hypermagnesaemia? a study of 121 patients. Magnes Trace Elem 1990; 9(4): 212-218.
 17. Rumack BH, Augenstein WL. Analgesics; in: Haddad LM, Winchester JF. Clinical management of poisoning and drug overdose, 2nd edition, 1990; pp: 893-908.
 18. Patial RK, Bansal SK, Kashyap S, Sharma AK, Sharma B. Hypoglycemia following zinc phosphide poisoning. J Assoc Physicians India 1990; 38(4): 306-307.
 19. Rowe FP, Swinney T, Bradfield A. Field trials of the rodenticide gophacide against wild house mice (*Mus musculus* L). J Hyg Lond 1975; 74(1): 109-114.
 20. Chugh SN, Kumar P, Aggarwal HK, Sharma A, Mahajan SK, Malhotra KC. Efficacy of magnesium sulphate in aluminium phosphide poisoning, comparison of two different dose schedules. J Assoc Physicians India 1994; 42(5): 373-375.
 21. Jaraczewska W, Kotwica M, Jarosz A, Kolacinski Z. Telephone toxicological information service on pesticide poisonings. Przegl Lek 1997; 54(10): 731-733.
 22. Bouzoubaa A, Benkiran A, Chraïbi N, El-Makhlouf A. Treatment of poisoning by aluminium phosphide ingestion: experimental approach. J Toxicol Clin Exp 1988; 8(3): 193-199.
 23. Chugh SN, Koley I, Kakkar R, Chugh K, Sharma A. A critical evaluation of anti peroxidant effect of intravenous magnesium in acute aluminium phosphide poisoning. Magnes Res 1997; 10(3): 225-230.
 24. Abder-Rahma H. Effect of aluminium phosphide on blood glucose level. Vet Hum Toxicol 1999; 41(1): 31-32.
 25. Siwach SB, Singh P, Ahlawat S, Dua A, Sharma D. Serum and tissue magnesium content in patients of aluminium phosphide poisoning and critical evaluation of high dose magnesium sulphate therapy in reducing mortality. J Assoc Physicians India 1990; 42(2): 107-110.