

گزارش یک مورد حامل بدنی تریاک (Body Packer) و درمان موفقیت آمیز وی

دکتر حسین حسینیان مقدم^۱ - دکتر محمود بابایی^۲

چکیده

مرد ۵۵ ساله مجهول الهویه ای با کاهش سطح هوشیاری، کاهش تعداد تنفس، کبودی پوست و مردمک های تنگ از یک پایانه مسافری به بیمارستان منتقل شد. بیمار در معاینات عصبی، علائم یک طرفه نداشت و انتهاها کبود بودند. بیمار اندکی بعد از دریافت گلوکز هیپرتونیک و نالوکسان دچار تشنج، افت فشار خون و آپنه گردید و در نتیجه تحت لوله گذاری داخل نای و تهویه مکانیکی قرار گرفت. آزمایشات اولیه، اسیدوز تنفسی و هیپوکسمی را نشان داد. بعد از انجام سایر آزمایشات و سی تی اسکن، بیمار مجدداً تحت درمان با نالوکسان قرار گرفت و هوشیاری نسبی پیدا کرد. با شک به بلع بسته، برای بیمار عکس ساده شکم انجام شد و وجود بسته های متعدد تأیید گردید. درمان با پلی اتیلن گلیکول به میزان ۲ لیتر در ساعت همراه با انفوزیون نالوکسان و شارکول سریال برای بیمار آغاز شد و بیمار بسته ها را دفع نمود و در نهایت با حال عمومی خوب مرخص گردید.

واژه های کلیدی: حامل بدنی؛ تریاک؛ مسمومیت

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۸۸؛ ۱۶ (۲): ۷۶-۸۰.

دریافت: ۱۳۸۶/۲/۶ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۷/۸ پذیرش: ۱۳۸۸/۱/۲۰

^۱ نویسنده مسؤول؛ متخصص پزشکی قانونی، فلوشیپ سم شناسی بالینی و مسمومیت ها، استادیار مرکز مسمومین بیمارستان لقمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

آدرس: تهران - کارگر جنوبی - بیمارستان لقمان حکیم - بخش مسمومین. صندوق پستی ۴۹۴-۱۳۱۸۵

تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۰۹۵۳۴ نمابر: ۰۲۱-۵۵۴۰۹۵۳۴ پست الکترونیکی: hassanian@sbmu.ac.ir

^۲ متخصص پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور

مقدمه

درآوردند (۷). البته گاه، حتی با وجود علائم مسمومیت که ممکن است در ابتدا شبیه هر مسمومیت با مواد مخدر و یا محرک دیگری تظاهر یابد، پزشکان آن را جدی نمی‌گیرند. در این مقاله یکی از این موارد که با علائم مسمومیت به اورژانس ارجاع شد، معرفی می‌گردد.

شرح مورد

بیمار مرد ۵۵ ساله‌ای است که توسط اورژانس تهران با کاهش سطح هوشیاری از پایانه مسافری بدون هیچ‌گونه سابقه پزشکی و همراه ارجاع گردید. علائم حیاتی وی در بدو مراجعه به شرح ذیل بود:

فشار خون: ۱۱۰/۷۰ میلی‌متر جیوه؛ ضربان قلب: ۶۵ ضربه در دقیقه و منظم، تعداد تنفس: ۸ تنفس در دقیقه و سطحی، درجه حرارت: ۳۶ درجه سلسیوس

در معاینه عصبی، سطح هوشیاری[†] (GCS) بیمار در بدو ورود به اورژانس ۹/۱۵ بود؛ علائم لترالیزه نداشت؛ بازتاب‌های وتری کاهش یافته و بازتاب بابنسکی[‡] بدون جواب بود. مردمک‌ها تنگ[§] و قرینه بود اما به نور پاسخ‌دهی داشت. در معاینه سیستم قلبی-عروقی، نکته غیر طبیعی وجود نداشت و در سمع ریه رال‌های ظریف^{**} در قاعده هر دو ریه سمع شد. شکم نرم و انتهاها کبود^{††} بودند. بیمار تحت درمان اولیه با اکسیژن، یک ویال گلوکز هیپرتونیک و نالوکسان به میزان ۰/۸ میلی‌گرم قرار گرفت و همزمان آزمایشات معمول شامل کامل خون^{‡‡} (CBC) و بیوشیمی به همراه فشار گازهای شریانی^{§§} (ABG) ارسال می‌گردد. اندکی بعد، بیمار به دنبال افزایش نسبی سطح هوشیاری، ناگهان دچار کبودی شدید پوست و تشنج و سپس ایست تنفسی شد و بعد از کنترل تشنج با ۳۰ میلی‌گرم دیازپام، لوله‌گذاری داخل نای انجام شد و

حامین بدنی^{*} افرادی هستند که به منظور سودجویی اقدام به جاسازی موادی نظیر تریاک، هروئین، کوکائین، کراک، آمفتامین‌ها و حشیش در دستگاه گوارش، رکتوم و یا واژن می‌کنند و پس از رسیدن به مکان مورد نظر که می‌تواند یک شهر دیگر و یا یک مکان خاص نظیر زندان باشد، آن را به مشتریان خود تحویل می‌دهند (۱-۴). این افراد در هر بار حمل این مواد مقادیر زیادی از یک تا چندین کیلوگرم ماده مورد نظر را در بسته‌های مقاوم ۸ تا ۱۰ گرمی (و بعضاً بیشتر) که امکان بلع یا استعمال آن را داشته باشد، حمل می‌نمایند (۵). جنس این بسته‌ها متفاوت بوده و می‌تواند کاندوم، بادکنک، کیسه‌های پلاستیکی و ... باشد. گروه‌های پیشرفته‌تر نمونه‌هایی از بسته‌های مطمئن ماشینی را که مقاوم‌تر بوده و امکان شناسایی آن کمتر است، در اختیار این حاملین قرار می‌دهند. بیشتر این افراد به نیت خود رسیده و مواد مورد نظر را به مقصد خویش می‌رسانند. پیش‌بینی می‌شود که سالیانه حدود یک تن ماده مخدر به این ترتیب جابه‌جا شده و ۹۰٪ توزیع مواد مخدر در زندان‌ها از طریق قاچاق مواد توسط زندانی بازگشته از مرخصی و یا همسر وی در ملاقات خصوصی صورت می‌گیرد (۶).

تعداد کمی از این حاملین ممکن است به جهت انسداد، خونریزی گوارشی و یا علائم مسمومیت به سرویس‌های پزشکی راه پیدا کنند. این افراد و یا همراهان آنان چون از مشکلات قانونی بعدی بیم دارند، از دادن شرح حال دقیق خودداری می‌نمایند. تشخیص این بیماران و نیز محتوای بسته‌ها بسیار مشکل است و عملاً تا زمانی که علائم مسمومیت، انسداد و یا خونریزی گوارشی ناشی از فشار بسته در آنها ظاهر نشود، مراجعه نمی‌کنند. طبیعی است که علائم با توجه به نوع محتوای بسته‌ها متفاوت است. هر کدام از این بسته‌ها به مثابه بمب ساعتی هستند که هر لحظه ممکن است بیمار را دچار مسمومیت شدید کرده و او را از پای

[†] Glasgow Coma Scale

[‡] Babinski Reflex

[§] Myotic

^{**} Fine Crackles

^{††} Cyanotic

^{‡‡} Complete Blood Count

^{§§} Arterial Blood Gass

^{*} Body Packers

علائم حیاتی با اقدامات حمایتی، بیمار با کمک تنفس دهنده دستی به بخش رادیولوژی انتقال یافت و عکس ساده شکم انجام شد (شکل ۱). وجود توده‌های منظم در سراسر دستگاه گوارش و علائم مسمومیت با اُپیوئید به نفع بلع بسته بود. بیمار تحت شستشوی کل دستگاه گوارش با محلول پلی اتیلن گلیکول ۷٪ به میزان دو لیتر در ساعت به همراه تجویز منظم شارکول فعال** و نیز ادامه انفوزیون نالوکسان قرار گرفت و پس از چهار ساعت شروع به دفع بسته‌ها کرد (شکل ۲). بسته‌ها حاوی تریاک بودند. درمان‌های حمایتی ادامه یافت و بیمار در نهایت هوشیار و از دستگاه تنفس مصنوعی جدا گردید. به منظور پیگیری، یک روز بعد از دفع بسته‌ها سی تی اسکن انجام شد که یافته قابل توجهی نداشت و بیمار در نهایت با حال عمومی خوب مرخص شد.



شکل ۱- عکس ساده شکم



شکل ۲- بسته‌های دفع شده از بیمار

با تنفس دهنده دستی* تحت تهویه مصنوعی قرار گرفت. در معاینه مجدد بیمار بعد از تشنج مشخص شد که اندازه مردمک‌ها متوسطی بوده و به نور پاسخ کندی می‌دهند. علائم حیاتی بیمار در این زمان به شرح ذیل بود:

فشار خون: ۸۸/۴۰ میلی‌متر جیوه، ضربان قلب: ۸۰ ضربه در دقیقه، درجه حرارت: ۳۷/۵ درجه سلسیوس

از مغز بیمار قبل از اعزام به بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، سی تی اسکن شد و پس از آن تحت اقدامات درمانی حمایتی قرار گرفت. نتایج آزمایشات اورژانس بیمار به شرح ذیل بود:

WBC=12000 - seg: 65%
 RBC: 5,200,000 - Hct: 55% - Hgb: 14mg/dl
 Na=135meq/L - K= 5.2meq/L
 BS=65mg/dl
 BUN=25mg/dl, Cr=1.5mg/dl
 ABG: PH=7.30
 PO₂=55mmHg
 HCO₃=24meq/L
 PCO₂: 55mmHg
 BE: -2meq/L

در سی تی اسکن مغز به جز ادم خفیف نکته قابل توجهی وجود نداشت. عکس قفسه سینه بیمار نیز که به صورت سیار† تهیه شد، طبیعی بود. بیمار که تحت تنفس مصنوعی از طریق دستگاه تهویه مکانیکی قرار داشت، هیچ کوشش تنفسی را از خود نشان نمی‌داد و همچنان دچار کاهش سطح هوشیاری با مردمک‌های سرسوزنی‡ بود. تنفس خودبه‌خودی بیمار با تزریق مجدد ۰/۸ میلی‌گرم نالوکسان، برقرار شد و پس از آن افزایش هوشیاری نسبی پیدا کرد. بیمار تحت انفوزیون مداوم نالوکسان به میزان ۰/۸ میلی‌گرم در ساعت قرار گرفت. با افزایش تدریجی میزان نالوکسان تا ۲ میلی‌گرم، مردمک‌ها بازتر و تنفس‌های خودبه‌خودی بیمار عمیق‌تر و بیشتر شد اما بعد از مدتی بیمار مجدداً فاقد تنفس شد و افت فشار پیدا کرد. با احتمال بلع بسته، ابتدا بیمار تحت معاینه مقعدی§ قرار گرفت اما نکته‌ای به دست نیامد. پس از ثابت شدن نسبی

* Ambo Bag

† Portable Chest X-ray

‡ Pinpoint Pupil

§ Rectal Touché

** Activated Charcoal

بحث

مجاورت ایران با افغانستان، تعداد زیاد مصرف‌کنندگان عادی و زندانیان معتاد به مواد مخدر و سودآور بودن قاچاق این قبیل مواد از شهرهای مرزی به سایر نقاط داخل و خارج کشور و نیز سودآور بودن فروش آن به سایر زندانیان، در کنار احتمال کشف قاچاق مواد از طریق جاسازی‌های معمول بخصوص در فرودگاه‌ها، سبب شده تا قاچاق این گونه مواد توسط افراد خاص نیازمند و حتی کودکان و زنان باردار صورت پذیرد (۹،۸). انتظار می‌رود که به طور معمول ۹۵٪ افرادی که اقدام به حمل این گونه مواد می‌نمایند، بدون وجود مشکلی بسته خود را به مقصد برسانند. با استفاده از بسته‌بندی‌های بهتر این رقم افزایش می‌یابد (۶).

این قبیل افراد بعد از بلع بسته‌ها از مواد بی‌هست‌زایی نظیر دیفنوکسیلات استفاده می‌کنند و از هر فعالیتی که منجر به افزایش حرکات دستگاه گوارش گردد، خودداری می‌ورزند. امتناع از خوردن، آشامیدن، تحرک و وجود رفتارهای مشکوک در کنار بوی بد دهان، بوی خاص ناشی از اثر اسید معده بر جدار بسته‌ها از این علائم این افراد می‌باشد. این افراد بعد از رسیدن به مقصد خویش، معمولاً از ملین برای دفع گوارشی استفاده می‌کنند (۱۰). گاهی نیروهای انتظامی باتجربه، به رفتار غیر عادی این افراد مشکوک می‌شوند و ایشان را برای تأیید تشخیص به اورژانس‌ها راهنمایی می‌کنند (۷).

تعداد معدودی از این افراد ممکن است به بیمارستان‌ها نرسند و قبل از رسیدن به مقصد تلف شوند. تشخیص علت این گونه مرگ‌ها با اتوپسی انجام می‌شود و آمار پزشکی قانونی تهران در مقایسه با سایر مراکز بین‌المللی در این موارد قابل ملاحظه است (۱۱). باید توجه داشت که چنانچه این افراد به تنهایی سفر نمایند، همراهیان آنها ممکن است بعد از فوتشان از پزشکان درخواست جواز دفن نمایند تا علت مرگ و مسائل بعدی آن پوشیده بماند.

تشخیص این گونه بیماران در بیمارستان بر اساس علائم بالینی، شرح حال، معاینه و روش‌های تصویربرداری صورت

می‌گیرد. مسمومیت شدید و مقاوم به درمان در بیماری که در پایانه‌های مسافری یافت شده و یا از زندان ارجاع گردیده می‌تواند شک‌برانگیز باشد. در معاینه شکم و مقعد ممکن است بتوان بسته را کشف نمود، اما در هر حال مهمترین اقدام تشخیصی با وجود عدم قطعیت، انجام سی‌تی‌اسکن و یا عکس ساده شکم است. با توجه به تراکم بسته‌ها، ممکن است نیازی به استفاده از ماده حاجب نباشد (۱۲)؛ گرچه روش‌هایی که در آنها از مواد حاجب استفاده می‌شود، از عکس ساده دقیق‌تر هستند و می‌تواند اثر درمانی هم داشته باشند، اما معمولاً به عنوان یک روش غربالگری مورد استفاده قرار نمی‌گیرند. بسته‌ها در عکس ساده شکم ممکن است هم‌تراکم^{*}، پرتراکم[†] و یا کم‌تراکم[‡] باشند و مهمترین تشخیص افتراقی آنها، توده‌های مدفوعی است. نشانه کاندوم جفت[§] که در واقع ناشی از به دام افتادن هوا بین محتوای بسته و جدارهای آن است و نیز محل قرارگیری برخی بسته‌ها، می‌تواند به تشخیص کمک نماید. استفاده از آزمایشات سم‌شناسی بیشتر برای شناسایی نوع ماده استفاده شده کارایی دارد (۱۳،۷).

روش درمان حاملین بدنی مواد غیر قانونی در مواردی که بیمار با انسداد مراجعه کند، در هر حال جراحی است. در مورد بیماران بدون علامت هم اقدامات، صرفاً طبی و استفاده از پلی‌اتیلن گلیکول^{**} در جهت دفع بسته‌ها می‌باشد. در مورد افرادی که با علائم مسمومیت مراجعه می‌کنند، بسته به نوع ماده درمان متفاوت است. اگر بیمار ماده خطرناکی مانند کوکائین را حمل نماید، از آنجا که پادزهری برای آن وجود ندارد، درمان به صورت جراحی خواهد بود و در صورت حمل ماده‌ای نظیر هروئین که جذب کمی دارد و از نالوکسان می‌توان به عنوان پادزهر استفاده کرد، درمان صرفاً طبی است (۱۴،۷).

* Isodense

† Hyperdense

‡ Hypodense

§ Double Condom Sign

** Polyethylene Glycol

در مورد مواد بینابینی نظیر تریاک اتفاق نظر وجود ندارد و بسته به تعداد بسته‌ها، جنس پوشش، محل قرارگیری آنها، شدت مسمومیت، پیشرفت علائم و نیز مؤثر بودن اقدامات طبّی، سلیقه‌های درمانی متفاوت است.

استفاده از نالوکسان گرچه به طور مستقیم می‌تواند علائم مسمومیت را برگرداند، اما به شکل غیرمستقیم از طریق افزایش حرکات روده‌ای باعث نشت بیشتر محتوای بسته‌ها می‌شود و از این طریق جذب ماده مخدر را افزایش می‌دهد. عود مکرر علائم در مورد اخیر با این دلیل قابل توجیه است؛ بنابراین خروج بسته‌ها علاوه بر تجویز پادزهر و تجویز منظم شارکول فعال بایستی مدّ نظر باشد. تشنج در زمینه بلع بسته‌های تریاک به طور عمده به علت کاهش اکسیژن (Hypoxia) ناشی از نارسایی تنفسی اتفاق می‌افتد.

که در این صورت درمان آن حمایتی و بیش‌تهویه (Hyperventilation) می‌باشد که در مورد اخیر نیز استفاده از بنزودیازپین در کنار اقدامات حمایتی می‌تواند از پیشرفت علائم عصبی بیمار جلوگیری نماید. خاطر نشان می‌سازد وجود هیپوکسی و یا علائم بعد از تشنج می‌تواند وضعیت مردمک سر سوزنی ناشی از مسمومیت با اپیوئیدها را تغییر دهد؛ همان‌گونه که در مورد اخیر نیز مشاهده گردید.

از آنجا که در این موارد معمولاً شرح حال درستی از سوی بیمار و یا همراهیان او بیان نمی‌گردد، به پزشکان شاغل در بخش‌های فوریت‌های پزشکی توصیه می‌گردد در صورت مواجهه با علائم شدید مسمومیت و عود آن، ضمن انجام اقدامات حمایتی پیشرفته، اقدامات تشخیصی اشاره شده را در نظر داشته باشند.

منابع:

- 1- Brogdon B.G. Smuggling. In: Brogdon BG. (eds.). Forensic Radiology. 1st ed. (Boca Raton Boston London New York Washington, DC): CRC Press; 1998. pp: 251-255.
- 2- Wetli CV, Mittleman RE. The "bodypacker syndrome" toxicity following ingestion of illicit drugs packaged for transportation. J Forensic Sci. 1981; 26 (3): 492-500.
- 3- McCarron MM, Wood JD. The cocaine 'body-packer' syndrome: diagnosis and treatment. JAMA. 1983; 250 (11): 1417-20.
- 4- Greenberg R, Greenberg Y, Kaplan O. 'Body Packer' Syndrome: Characteristics and Treatment. Eur J Surg. 2000; 166 (1): 89-91.
- 5- Shannon M, Borron S, Burns M. Haddad and Winchester's Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 2007.
- 6- Pidoto RR, Agliata AM, Bertoline R, Nainini A, Rossi G, Giani G. A new method of packaging cocaine for international traffic and implications for the management of cocaine body-packers. J Emerg Med. 2002; 23 (2): 149-53.
- 7- Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing--the internal concealment of illicit drugs. N Engl J Med. 2003; 349 (26): 2519-26.
- 8- Traub SJ, Kohn GL, Hoffman RS, Nelson LS. Pediatric "body-packing". Arch Pediatr Adolesc Med. 2003; 157(2): 174-7.
- 9- Greenberg MI, Shrethra M. Management of the pregnant body packer. J Toxicol Clin Toxicol. 2000; 38: 176-7. [Abstract]
- 10- Jones OM, Shorey BA. Body-packers: grading of risk as a guide to management and intervention. Ann R Coll Surg Engl. 2002; 84(2): 131-2.
- 11- Hassanian-Moghaddam H, Abolmasoumi Z. Consequence of Body Packing of Illicit Drugs. Arch Iranian Med. 2007; 10(1): 20-23.
- 12- Sanei Taheri M, Hassanian-Moghaddam H, Birang Sh, Hemadi H, Shahnazi M, Jalali A H, et al. Swallowed opium packets: CT diagnosis. Abdominal Imaging 2008; 33 (3): 262-6.
- 13- Hahn IH, Hoffman RS, Nelson LS. Contrast CT scan fails to detect the last heroin packet. J Emerg Med. 2004; 27 (3): 279-83.
- 14- Farmer JW, Chan SB. Whole Body Irrigation for Contraband Bodypackers. J Clin Gastroenterol. 2003; 37 (2): 147-150.

A report of a body packer and successful treatment of him

H. Hassanian Moghaddam¹, M. Babaee²

Au unknown 55 years old man with loss of consciousness, bradypnea, cyanosis and miotic pupil was referred to hospital from a bus terminal. Neurological examination revealed no lateralized sign and acrocyanosis was positive. A short time after administration of hypertonic glucose and naloxone, he had seizure, hypotension and apnea, therefore, he underwent intubation and mechanical ventilation. Primary laboratory examinations revealed respiratory acidosis and hypoxemia. After brain CT scanning and other lab tests, he received naloxone again and showed more consciousness. Since the man was on suspicion of body packing, plain abdomen X-ray was done and the existence of several packs was confirmed. Treatment by polyethylene glycol 2 lit/h and naloxone and serial activated charcoal started and finally, the patient excreted the packets and was then discharged with good condition.

Key Words: Body packer; Opium; Intoxication

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2009; 16 (2): 76-80.

Received: 26.4.2007 Last Revised: 29.9.2008 Accepted: 9.4.2009

¹ Corresponding Author; Assistant Professor, Department of Clinical Toxicology and Forensic Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences. Tehran, Iran. hassanian@sbmu.ac.ir

² Forensic Medicine Specialist, Forensic Medicine Organization of Iran