

استامینوفن:

درمان شامل اقدامات حمایتی و پاکسازی دستگاه گوارش می باشد. نباید ایپکا تجویز کرد زیرا استفاده از آن تجویز پادزهر اختصاصی را به تعویق می اندازد. در صورت مراجعه بیمار در طول یک ساعت بعد از خوردن دارو، شستشوی معده انجام شده و بعد شارکول تجویز گردد. در صورتی که بیمار بعد از یک ساعت مراجعه نموده باشد شارکول فعال تجویز می شود. تجویز استیل سیستئین: پادزهر اختصاصی استامینوفن می باشد تجویز در ۸ ساعت اول بعد از خوردن استامینوفن در پیشگیری از سمیت کبدی بیشترین اثر را دارد و تا ۲۴ ساعت توصیه می شود.

تجویز آنتی دوت ممکن است تا ۳۶ ساعت بعد از مصرف دارو در صورت بروز مسمومیت کبدی مفید باشد. دوز اولیه: 140 mg/kg رقیق شده به صورت محلول ۵٪ در یک نوشابه ملایم، آب میوه یا آب، از راه دهان یا لوله معده. می توان همزمان با شارکول بدون ایجاد اختلال در کارایی مصرف نمود. مقادیر بعدی آنتی دوت 70 mg/kg هر ۴ ساعت و در مجموع ۱۷ دوز بر مبنای سطح استامینوفن اولیه پلازما تجویز شود. چنانچه سطح استامینوفن در حد توکسیک بود باید ۱۷ دوز کامل آنتی دوت داده شود و اگر نبود تجویز آنتی دوت اضافی ضرورت ندارد.

چنانچه استفراغ در کمتر از یک ساعت بعد از تجویز آنتی دوت ایجاد شود باید دوز را تکرار کرد. چنانچه استفراغ مکرراً رخ دهد و یا تجویز استیل سیستئین تداخل کند باید از متوکلوپرامید یا دروپریدول استفاده نمود و یا استیل سیستئین را از طریق لوله ای که بوسیله فلئوئر و سکویی از بینی در دوازدهه قرار داده شده در مدت ۳۰-۶۰ دقیقه وارد آن کرد.

استیل سیستئین وریدی توسط FAD مورد تایید قرار نگرفته اما ممکن است در بیمارانی که نمی توانند یا نمی خواهند استیل سیستئین را از طریق خوراکی مصرف کنند آن را به طور وریدی بکار برد فرآورده تزریقی استیل سیستئین در آمریکا موجود نیست اما می توان آن را از فرمولاسیون استنشاقی دارو تهیه نمود. به نظر می رسد استیل سیستئین وریدی چنانچه بیش از ده ساعت بعد از خوردن استامینوفن شروع شود در پیشگیری از سمیت کبدی موثرتر از نوع خوراکی آن باشد.

دوز شروع عبارت است از 140 mg/kg وریدی در یک ساعت و به دنبال آن 70 mg/kg هر ۴ ساعت به مدت ۴۸ ساعت برنامه درمانی ۲۰ ساعته چنانچه کمتر از ده ساعت بعد از خوردن دارو تجویز شود نیز به همین اندازه موثر خواهد بود دوز شروع 150 mg/kg وریدی در ۱۵ دقیقه در ۲۰۰ ml سرم D5W می باشد سپس به میزان 50 mg/kg در ۵۰۰ ml در ۴ ساعت و بعد 100 mg/kg در ۱۰۰ ml در ۵۰۰ ml در طول ۱۶ ساعت تجویز می گردد.

عوارض جانبی عبارتند از اسپاسم برونش راش برافروختگی و واکنش آنافیلاکتوئید که این عوارض عموماً وابسته به دوز هستند. برافروختگی نیاز به درمان ندارد. کهیر با دیفن هیدرامین و آنژیوادم و برونکوسپاسم به وسیله دیفن هیدرامین و درمان سیستمیک بهبود می یابد.

در مورد برونکوسپاسم باید آلبوترول و کورتیکوستروئیدها را تجویز نمود و می توان جهت درمان آنژیوادم از دیفن هیدرامین اپی نفرین و کورتیکوستروئیدها استفاده کرد باید تزریق وریدی سایمتیدین را در نظر داشت می توان تجویز استیل سیستئین را یک ساعت بعد از درمان موفق بدون آنکه خطری وجود داشته باشد ادامه داد.

باید میزان پایه اسپارتیت امینوترانسفراز آلآتین آمسینوترانسفراز سطح بیلی روبین BUN و PT را مشخص نموده و به مدت ۳ روز حداقل روزی یک بار تکرار نمود. چنانچه شواهد بیوشیمیایی نارسایی کبدی موجود باشد مشاوره هماتولوژی به منظور پیوند کبدی باید مورد ملاحظه قرار داد.

پیوند کبد در شرایط زیر مورد توجه قرار می گیرد:

چنانچه PT بیش از ۱۰۰ ثانیه باشد

کومای درجه ۴-۳ موجود باشد

pH بعد از ۲۴ ساعت کمتر از ۷/۳ باشد

داروهای ضدافسردگی:

ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای سنتی شامل آمی‌تریپتیلین، ایمپیرامین، دیسپرامین، نورتریپتیلین، دوکسپین و پروتریپتیلین می باشند.

نسل بعدی ضدافسردگی‌های حلقه‌ای عبارتند از آموکساپین، لوکسپین ماپروتیلین، میانسیرین، ترازودون.

درمان: عبارت است از اقدامات محافظتی و پاکسازی دستگاه گوارش از دارو

نباید به بیمار شربت ایپکا داد زیرا ممکن است سریعاً باعث ضعف بیمار شده و باعث آسپیراسیون گردد. شستشوی معده ممکن است بدون توجه به زمان خوردن دارو انجام شود، زیرا ضد افسردگی‌های حلقوی باعث تاخیر تخلیه معده می شوند.

تجویز مکرر شارکول فعال توصیه نمی گردد.

تجویز دیورز اجباری و همودیالیز توصیه نمی گردد.

هموپرفیوژن با رزین یا شارکول کمتر از ۳-۱٪ ظرفیت بدن در مورد دارو را خارج می کند اما همین مقدار کاهش ممکن است با بهبود عوارض کشنده قلبی یا CNS همراه باشد.

سمیت قلبی: مانیتور دائمی قلب الزامی است.

قلیایی کردن pH خون توسط ۱-۲ mEq/kg بیکربنات سدیم وریدی و حفظ pH شریانی در حد ۷/۴۵-۷/۵۵.

این pH قلیایی برای پیشگیری و درمان کاهش فشار خون آریتمی و اختلالات هدایتی موثر است.

ضد افسردگی‌ها سه حلقه‌ای در شرایط قلیایی متصل به پروتئین بوده و در شرایط اسیدی سمی هستند بنابراین سمیت قلبی آنها در اسیدوز متابولیک یا تنفسی تشدید می شود. درمان اولیه باید به صورت پیشگیری کننده باشد زیرا اغلب وقتی عوارض توکسیک ایجاد شوند مقاوم به درمان هستند.

چنانچه بیمار انتوبه شده باشد باید هیپرونتیله شود تا pcO_2 کمتر از 25mmhg نبوده و pH شریایی ۷/۴۵-۷/۵۵ باشد

که این مقدار نشانه قلیایی شدن موثر بوده و دیگر نیازی به تجویز مقادیر زیاد سدیم نخواهد بود.

*نباید جهت درمان آریتمی از فیزوستیگمین استفاده نمود. استفاده از داروهای ضد آریتمی نوع ۱ به دلیل ایجاد سمیت فزاینده ممنوع می باشد.

آریتمی‌های بطنی مقاوم را باید با لیدوکائین و فنی توئین درمان نمود.

تورساد دوپوننتس را باید با منیزیوم ایزوپروترونول و پپس میکر دهلیزی درمان نمود.

در بلوکهای کامل قلبی باید از پپس میکر موقت بطنی استفاده کرد.

هیپوتانسیون مقاوم به قلیایی نمودن خون باید با نوراپی نفرین و تجویز مایعات درمان شود

عوارض CNS: قلیایی کردن عوارض CNS را بهبود نمی بخشد.

فیزوستیگمین سریعاً تضعیف CNS را در بیمارانی که داروهای ضد افسردگی حلقوی را به طور خالص با دوز بیش از حد مصرف نموده اند برطرف می‌کند البته چون باید از دوزهای مکرر فیزوستیگمین استفاده نمود و این مقدار فیزوستیگمین ممکن است باعث اختلال ریتم قلب و ایجاد حملات تشنجی گردد معمولاً استفاده از آن توصیه نمی‌شود معمولاً مراقبت حمایتی از کوما کافی است.

تشنج باید با دیازپام فنی توئین درمان شود. عده‌ای از محققین جهت درمان تشنج ناشی از دارو، باربیتورات‌ها را بر فنی توئین ترجیح می‌دهند.

صرع پایدار را باید به طور تهاجمی و با استفاده از دوزهای بالای باربیتورات ایجاد فلج و بیهوشی به منظور پیشگیری از آسیب دائمی عصبی درمان گردد.

هیپرترمی را باید از طریق خنک کردن بیمار درمان نمود

ضعف تنفسی: این عارضه شایع را باید با انتوباسیون تراشه و تنفس مکانیکی درمان نمود. ادم ریوی و آسپیراسون نیز شایعند.

* چنانچه سطح هوشیاری کاهش یافته و یا ضعف تنفسی، کاهش فشارخون، اریتمی، بلوک هدایتی یا حملات تشنجی موجود باشد باید بیمار در ICU بستری شود.

* فرد بدون علامت با ECG طبیعی، باید در بخش اورژانس تحت نظر بوده و به مدت ۶ ساعت از نظر قلبی مانیتور شود و چنانچه در این مدت بدون علامت بود و ECG طبیعی باقی ماند و صداهای روده طبیعی بودند می‌توان بیمار را از نظر روانی ارزیابی نمود چنانچه هر گونه علائم یا نشانه روانی موجود بود باید بیمار را بستری کرد.

رعایت احتیاط، واجب است:

۲۵ درصد از موارد مرگ و میر در بیمارانی که در زمان مراجعه بیدار و هوشیارند رخ می‌دهد. ۳/۴ این بیماران ریتم سینوسی طبیعی دارند.

پس از بستری نمودن بیمار معیار مرخص نمودن از ICU عبارت است از: طبیعی بودن وضعیت روانی، موجود نبودن هیچ یک از علائم مربوط به ضد افسردگی های حلقوی و موجود نبودن اختلالات ECG به مدت ۲۴ ساعت در بیماری که همه این معیارها را داشته باشد به ندرت آریتمی قابل توجه ایجاد می‌شود.

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین:

شامل فلوکستین، سرتالین، پاروکستین، فلووکسامین و سیتالوپرام: باید از ایجاد استفراغ اجتناب نمود.

اگر بیمار کمتر از یک ساعت بعد از خوردن دارو مراجعه کرده باشد شستشوی معده انجام شده و شارکول بخصوص در صورتی که بیمار بیهوش باشد تجویز گردد.

اگرچه سمیت قلبی عروقی و CNS نادر است باید ECG پایه از بیمار گرفته شود.

بیمارانی که مقادیر زیادی دارو مصرف نموده اند بخصوص چنانچه دارای علائم می‌باشند یا چند نوع دارو خورده اند باید بستری شوند.

حملات تشنج باید با دیازپام و فنی توئین درمان شود.

در صورتی که بیمار بدون علامت و از نظر وضعیت پزشکی بعد از ۶ ساعت تحت نظر بودن پایدار باشد می‌توان بدون آنکه خطری موجود باشد ارزیابی روانی انجام داد و در مورد مرخص نمودن یا بستری کردن وی تصمیم گرفت.

سندرم سروتونین:

۱- قبل از هر درمان دیگری باید یک راه وریدی برقرار نمود.
۲- چنانچه بیمار در طول یک ساعت بعد از خوردن دارو مراجعه کرده شستشوی معده و تجویز شارکول فعال ضرورت دارد. نباید شربت ایپکا به بیمار داده شود زیرا ممکن است اختلال قلبی به سرعت ایجاد گردد. همچنین افزایش در تون واگال همراه با استفراغ ممکن است کلاپس قلبی عروقی را تشدید نماید چنانچه بیمار دچار برادیکاردی شده یا تظاهرات واکنش واگال در او ایجاد گردد باید حداکثر 2mg آتروپین وریدی تزریق نمود در مورد مصرف بیش از حد سوتالول باید چندین دوز شارکول داده شود.

۳- هیپوتانسیون باید با سالیین وریدی درمان شود کنترل دقیق همودینامیک بیمار ممکن است جهت سنجش برقراری ایده ال مایعات ضرورت یابد.

گلوکاگن ۱۵۰-۵۰ mg/kg وریدی در یک دقیقه و به دنبال آن ۱-۵ mg در ساعت در دکستروز ۵۰٪ قدرت انقباض قلب و ضربان آن را افزایش داده و اولین داروی انتخابی در درمان مصرف بیش از حد آنتاگونیست آدرنژیک میباشد. ممکن است ایزوپرتنول مفید باشد اما احتمال دارد به دوزهای بالای آن نیاز باشد چنانچه فشار خون بهبود نیافته یا پایین بیفتد باید نور اپی نفرین اضافه نمود اپی نفرین باید با احتیاط بکار رود بخصوص در مصرف بیش از حد پروپرانولول زیرا احتمال ایجاد هیپرتانسیون و برادیکاردی رفلکس وجود دارد.

کلسیم کلراید ۱۰٪ وریدی ممکن است در موارد مصرف بیش از حد پروپرانولول مقاوم به درمان باید استفاده از پمپ بالون داخل آئورتی را مورد ملاحظه قرارداد.

۴- در مورد تورساده دو پوینتس همراه با مصرف بیش از حد سوتالول ایزوپرتنول منیزیوم و تنظیم ریت ارو- درایو می‌تواند مفید واقع گردد. ممکن است در برادیکاردی شدید یا بلوک قلبی مقاوم به دارو استفاده از پیس میکر استفاده می‌شود.

۵- جهت درمان برونکوسپاسم از آگونیستهای B آدرنژیک و تئوفیلین استفاده می‌شود.

۶- حملات تشنجی باید با بنزودیازپین وریدی و سپس فنی توئین وریدی درمان شود.

۷- هیپوگلیسمی باید به گلوکز وریدی و در صورت مقاوم بودن گلوکاگن وریدی درمان شود.

۸- ضعف تنفسی شدید ممکن است به تنفس مکانیکی نیاز داشته باشد.

۹- دیالیز ممکن است جهت دفع نادلول سوتالول اتنولول واسپرتولول مفید واقع گردد اما در مورد پروپرانولول متوپرولول و تیمولول بی اثر است

یک ECG پایه از بیمار گرفته شده و ریتم قلبی حتی در صورتی که علائم موجود نباشد حداقل به مدت ۶ ساعت مانیتور می‌گردد چنانچه هر نوع علائم قلبی عروقی تنفسی یا عصبی موجود باشد باید بیماری به منظور درمان و ادامه کنترل دقیق در ICU بستری گردد. البته در صورتی که ۶ ساعت بعد از خوردن دارو علائم سمیت موجود نباشد می‌توان ضمن مشاوره با روانپزشک بیمار را مرخص نمود.

آنتاگونیست های کانال کلسیم:

- ۱- نباید ایجاد استفراغ نمود: به دلیل احتمال کلاپس قلبی عروقی سریع و آسپیراسیون. اگر بیمار به زودی بعد از خوردن دارو مراجعه کرده باشد شستشوی معده و به دنبال آن تجویز شارکول ضرورت دارد. گاستروسکوپی یا شستشوی تمام روده به وسیله محلول پلی اتیلن گلیکول به منظور خارج نمودن قرصهای پیوسته رهش باقی مانده باید انجام شود.
- ۲- هیپرتانسیون را باید به وسیله سالین ۰/۹٪ وریدی درمان نمود و اگر مقاوم به درمان بود دوپامین وریدی تزریق می شود. کلسیم کلراید ۱۰٪ به منظور درمان کاهش فشار خون، برادی کاردی یا بلوک قلبی تجویز می گردد و در صورت لزوم سه یا چهار بار به فاصله هر ۱۰ دقیقه تکرار می شود. گلوکونات کلسیم (۳ گرم) در مواردی که بیمار شدیداً اسیدوتیک است ترجیح دارد. گلوکاگن (۱۵۰-۵۰ وریدی، در یک دقیقه و به دنبال آن ۵-۱ در ساعت) ممکن است جهت درمان بلوک قلبی و کاهش فشار خون مفید باشد. اگر هیپوتانسیون به اقدامات قلبی مقاوم بود، باید پمپ بالون داخل آئورتی قرار داده شود.
- ۳- آتروپین (تا ۲ وریدی) نیز می توان جهت درمان برادیکاردی یا بلوک دهلیزی بطنی تجویز نمود، هرچند که بندرت با موفقیت همراه است. ایزوپروتنول اثر کمتری دارد. باید یک پیس میکر از طریق در موارد وجود بلوک های قلبی مقاوم به دارو قرار داده شود.
- ۴- حملات تشنجی با ید با بنزودیازپین وریدی و فنی توئین درمان شوند. همودیالیز و هموپرفیوژن جهت تسریع دفع دارو مفید نیستند. همه بیمارانی که علائم قلبی عروقی یا تشنج دارند و یا مقادیر بیش از حد فراورده پیوسته رهش خورده اند باید به منظور کنترل مداوم قلبی عروقی در ICU بستری شوند. چنانچه بیمار فراورده غیر پیوسته رهش خورده اند و بدون علائم باشد، یک ECG پایه گرفته و ریتم ECG حداقل به مدت ۸ ساعت مانیتور می شود و چنانچه در آن هنگام بیمار به طور کامل بدون علامت و ECG او طبیعی بود بعد از مشاوره روانپزشکی مرخص می گردد.

خوردن مواد قلیایی:

- این مواد عبارتند از محلول ها و کریستال های قلیایی، محلول های ماشین ظرفشویی، پاک کننده اجاق گاز، نرم کننده مو، قرص های تست قند ادرار و بعضی مواد شوینده توالت و دستشویی. محلول های قلیایی قوی مثل مایعات تمیز کننده فاضلاب بیش از همه باعث آسیب می شوند.
- ۱- باید فوراً دهان با مقدار فراوان آب سرد شستشو شود.
 - ۲- نباید بیمار را وادار به استفراغ نمود زیرا ممکن است سبب افزایش آسیب گردد تجویز شارکول مسهل و شستشوی معده توصیه نمی شود تجویز شیر جزئیات آناتومیک را جهت اندوسکوپی بعدی مخفی می سازد استفاده از رقیق کننده ها مورد بحث می باشند و ممکن است باعث استفراغ شوند. اخیراً توصیه می کند که از رقیق کننده ها استفاده شود اگرچه متخصصین دیگر با این کار مخالفند نباید سعی شود تا ماده قلیایی با اسید ضعیف خنثی گردد زیرا این کار باعث ایجاد واکنش حرارتی خارجی شده و آسیب نسجی را افزایش می دهد

- ۳- باید محافظت از راه هوایی بعمل آورد و اکسیژن تجویز نمود ممکن است انتوباسیون تراشه یا تراکئوستومی زودرس مورد نیاز باشد.
- ۴- برقراری راه وریدی و دادن مایعات با هدایت علائم حیاتی ضروری است.
- ۵- رادیوگرافی قفسه سینه و شکم جهت مشخص شدن پرفوراسیون
- ۶- چنانچه آبریزش از دهان استریدور یا درد هنگام بلع موجود بودن باید با متخصص گوارش جهت آندوسکوپی فوری مشاوره شود در غیر اینصورت می توان آندوسکوپی را ۲۴-۱۲ ساعت به تاخیر انداخت نباید برای بیمار لوله معده قرارداد.
- ۷- مشاوره جراحی باید انجام شود
- ۸- درمان سوختگی مری با گلوکوکورتیکوئید به منظور پیشگیری از تنگی مورد بحث است آنتی بیوتیکهای پیشگیری کننده مناسب نمی باشد.
- ۹- بلع باریم ۲-۴ هفته بعد به منظور ارزیابی تنگی مری انجام می شود.

خوردن مواد اسیدی:

- اسیدهایی که به طور متداول در منازل بکار می روند شامل تمیزکننده های توالت، تمیزکننده های فاضلاب، پاک کننده فلزات، اسیدباتری و تمیزکننده های استخر شنا می باشند.
- ۱- دهان باید با آب سرد فراوان شستشو شود.
 - اغلب استفاده از رقیق کننده ها توصیه می شود اما اثر بالینی ثابت شده ای ندارند.
 - ۲- خنثی نمودن اسید با یک باز ضعیف، ایجاد استفراغ، شستشوی معده یا تجویز شارکول ممنوع است. نباید لوله معده قرارداد شود احتمال گرفتاری راه هوایی نسبت به مواردی که در سوختگی با مواد قلیایی ایجاد می شود کمتر است.
 - ۳- برقراری راه وریدی و تجویز مایعات با هدایت علائم حیاتی ضروری است
 - ۴- سوکرافیت ممکن است علائم را کاهش دهد. اما به نظر نمی رسد عوارض یا احتمال پرفوراسیون را کم کند
 - ۵- سوختگی های غیر منتظره مری و معده و آسیب دوازدهه به طور شایع در آندوسکوپی که باید در ۲۴ ساعت اول انجام شود دیده می شود احتمال ایجاد تنگی پیلور یا مری و پرفوراسیون بستگی به میزان اسید خورده شده دارد.
 - ۶- باید یک رادیوگرافی ایستاده قفسه سینه جهت تعیین پرفوراسیون بعمل آید و مشورت با جراح صورت گیرد.
 - ۷- تجویز گلوکوکورتیکوئیدها مورد بحث است اما احتمالاً استفاده از آنها از فواید اضافی برخوردار نمی باشد آنتی بیوتیکهای پیشگیری کننده توصیه نمی شوند.
 - ۸- بعد از ۲-۴ هفته باید رادیوگرافی UGI انجام شود.

اتانول:

سمیت اتانول وابسته به دوز است اما تحمل نسبت به آن به طور وسیع بسته به مصرف فبلی متغیر است. سطوح خونی بالای ۱۰۰ با آتاکسی همراهند، در حالی که بیماران در سطوح خونی ۲۰۰ خواب آلود و گیج می شوند. در سطوح بالای ۴۰۰ ضعف تنفسی شایع است و احتمال مرگ وجود دارد. نباید استفراغ ایجاد کرد زیرا ممکن است وضعیت ذهنی بیمار سریع افت نماید و آسپیراسیون رخ دهد. در صورت مراجعه بیمار ۶۰ دقیقه بعد از خوردن الکل مراجعه نموده باشد، شستشوی معده و تجویز شارکول ضروری است. در مورد تماس‌های جلدی باید پوست شسته و لباس‌های آلوده خارج گردد. راه هوایی باید باز نگه داشته شده و فشار خون مورد حمایت قرار گیرد. همودیالیز در بیمارانی که علیرغم درمان محافظتی به هیپوتانسیون مقاوم مبتلا هستند به کار می رود.

متانول MeOH:

ضدانجماد خطوط انتقال گاز، مایع کاربراتور، مایع دستگاه تکثیر و مایع مخزن شیشه شوی اتومبیل اگر بیمار کمتر از یک ساعت بعد از خوردن متانول مراجعه کرده ، باید شستشوی معده انجام شود . شارکول به مقدار قابل ملاحظه MeOH را جذب نمی کند.

۱- اسید فولینیک (لکوورین) ۱mg/kg (حداکثر ۵۰ mg) وریدی و سپس اسید فولیک ۱mg/kg ، وریدی ، هر ۴ ساعت ، مجموعاً ۶ دوز ، جهت افزایش متابولیسم فورمات تجویز می گردد.

NaHCO₃ وریدی که جهت اسیدوز شدید داده می شود ممکن است باعث کاهش آسیب بینایی دائمی گردد .

۳- متیل پیرازول (Fomepizole)، نوعی آنتاگونیست الکل دهیدروژناز ، به طور روتین در اروپا مصرف می شود و در آمریکا، قابل دسترسی است. این دارو جهت درمان مسمومیت MeOH تایید FDA قرار نگرفته و مقایسه مستقیمی با EtOH انجام نشده است. با وجود این به نظر می رسد این ترکیب موثر بوده و راحت تر از EtOH بکار می رود، اگر چه خیلی گرانتر است.

مقدار مصرف آن ۱۵ mg/kg ، وریدی و سپس ۱۰ mg/kg وریدی، هر ۱۲ ساعت، در چهار دوز می باشد. سپس باید دارو به مقدار ۱۵ mg/kg هر ۱۲ ساعت، وریدی ادامه یابد تا سطح MeOH به کمتر از ۲۰ mg/dl برسد. در طول همودیالیز، فاصله بین دوزهای دارو باید به هر ۴ ساعت یک بار تغییر یابد.

تجویز فومپیزول (Fomepizole) در طول دیالیز

فاصله زمانی با آخرین دوز	دوز
کمتر از ۶ ساعت	در شروع دیالیز هیچ دوز برنامه ریزی شده بعدی داده شود.
بیشتر از ۶ ساعت	در طول دیالیز دوز نگهدارنده هر ۴ ساعت در پایان دیالیز
کمتر از یک ساعت	هیچ ۱/۲ دوز برنامه ریزی شده
۱-۳ ساعت	دوز برنامه ریزی شده بعدی داده شود.
بیشتر از ۳ ساعت	

EtOH-3 متابولیسم متانول به متابولیت های توکسیک آن را، از طریق رقابت برای الکل دهیدروژناز به تاخیر می اندازد.

EtOH را باید در موارد زیر تجویز نمود:

حداکثر سطح MeOH بالاتر از ۲۰ mg/dl باشد .

تا زمان آماده شدن نتایج مربوط به سطوح ماده خورده شده که احتمال دارد MeOH باشد.

وجود اسیدوز متابولیک افیون

گپ بعد از خوردن ماده مشکوک.

دوز یک جای اولیه EtOH، ۱۰-۷/۶ ml/kg از یک محلول ۱۰٪ است که به صورت وریدی تجویز میگردد، یا

۸-۰/۱ ml/kg الکل ۶۵٪ از راه خوراکی همراه با آب پرتقال.

* EtOH (۱۰٪) را می توان جهت آنفوزیون وریدی از طریق خارج نمودن ۵۰ ml از یک محلول اصلی EtOH پنج

درصد و جایگزین نمودن آن با ۵۰ml الکل مطلق و یا از طریق خارج کردن صد میلی لیتر D5W از سرم یک لیتری

آن و جایگزین نمودن ۱۰۰ ml الکل مطلق به جای آن ، آماده نمود.

دوز نگهدارنده بسته به مورد مصرف قبلی الکل توسط شخص، متغییر است.

دوزاژ نگهدارنده اتانول در مورد مسمومیت با اتیلن گلیکول و متانول

Hemodialysis with 10% ethanol IV (mg/kg/ hr)	65% Ethanol PO (mg/kg/ hr)	40% Ethanol po mg/kg/ hr)	10% Ethanol IV (mg/kg/ hr)	
۳/۳	۰/۱۵	۰/۳	۱/۴	فردی که به مقدار متوسط اتانول می خورد
۳/۹	۰/۲	۰/۴	۲/۰	فردی به طور مزمین اتانول می خورد

فردی که اتانول نمی خورد	۰/۸	۰/۲	۰/۱	۲/۷
-------------------------	-----	-----	-----	-----

محلول دیالیز با غلظت ۱۰۰ mg/dl ترجیح دارد

هدف دستیابی به سطح الکل خون مساوی با ۱۵۰-۱۰۰ mg/dl به منظور اشباع الکل دهیدروژناز موجود و پیشگیری از تشکیل متابولیت های سمی متانول می باشد.

سطوح EtOH را باید یک ساعت قبل از دوز یک جای اولیه و سپس حداقل ۲ تا ۳ بار در روز، در طول آنفوزیون نگهدارنده کنترل نمود. (بعضی محققین توصیه می کنند سطوح EtOH هر ساعت اندازه گیری شود).

EtOH باید به طور مداوم تجویز شود تا زمانی که: سطح متانول کمتر از ۱۰ mg/dl و سطح فورمات کمتر از ۱/۲ mg/dl شود، اسیدوز از بین برود، علائم CNS کاهش یابد و آنیون گپ طبیعی گردد.

اگر نتوان سطوح متانول را به آسانی اندازه گیری کرد باید EtOH را حداقل ۹ روز بدون دیالیز (یا یک روز همراه با دیالیز) و تا وقتی علائم بالینی بر طرف شوند ادامه داد.

۴- همودیالیز به طور کلی در مواردی که سطح متانول بالاتر از ۵۰ mg/dl است، اسیدوز شدید و مقاوم وجود دارد، نارسایی کلیه، یا علائم بینایی موجود است توصیه می شود.

اتیلن گلیکول (EG) و دی اتیلن گلیکول:

معمولاً در ضد یخ و محللول آب کننده یخ شیشه شوی اتومبیل بکار می روند.

۱- به نظر نمی رسد شستشوی معده و شارکول، هیچ کدام موثر باشند اما چنان چه بیمار تا یک ساعت بعد از خوردن مراجعه کرده باشد بخصوص اگر مواد مزبور همراه با مواد دیگر باشد، باید شستشوی معده و تجویز شارکول صورت گیرد.

نباید به بیمار مسهل های حاوی ملح منیزیوم داده شود چون احتمال دارد ایجاد نارسایی کلیه نمایند.

۲- اسیدوز تهدید کننده حیات بیمار باید تا هنگام دیالیز، توسط بیکربنات سدیم وریدی تصحیح گردد.

۳-۱ meq/kg بیکربنات سدیم، وریدی تجویز شده و میزان آن تا طبیعی شدن pH به تدریج تنظیم میگردد. باید سطح کلسیم کنترل شود چون ممکن است هیپوکلسیمی ایجاد گردد.

۴- اندیکاسیون های تزریق وریدی EtOH (هر چند مورد تایید FDA واقع نشده و هرگز به صورت آینده نگر مورد مطالعه قرار نگرفته است) عبارتند از؛

بالا تر بودن سطح اتیلن گلیکول از ۲۰ mg/dl.

وجود شک به خوردن EG (تا هنگامی که نتیجه سطح خونی آن مشخص شود).

وجود اسیدوز متابولیک آنیون - گپ همراه با سابقه خوردن EG بدون توجه به سطح خونی.

تزریق وریدی EtOH باید تا وقتی که سطح EG به صفر برسد و یا کمتر از ۲۰ و بدون وجود علائم و همراه با pH طبیعی باشد ادامه یابد.

سطح EtOH را باید حداقل به میزان ۱۰۰ mg/dl نگه داشت.

۵- پیریدوکسین (۱۰۰ mg وریدی ، در روز) به منظور تشدید تبدیل گلیکوکسیلات به گلیسین و تیامین (۱۰۰ mg وریدی در روز) جهت تشدید تشکیل اسید الفا - هیدروکسی بتا - کتوادیپیک غیر سمی.

۵- دیالیز در موارد شدید بسیار موثر است، انفوزیون EtOH باید در طول دیالیز ادامه یابد.

اندیکاسیون های دیالیز عبارتند از:

سطح گلیکول بالاتر از ۵۰ mg/dl (مگر اینکه بیمار در حال دریافت ۴- متیل - پیرازول بوده و بدون علامت باشد و pH طبیعی داشته باشد).

وجود اختلالات الکترولیتی که به درمان استاندارد پاسخ نمی دهند،

بدتر شدن علائم حیاتی علیرغم درمان محافظتی

وجود نارسایی کلیه یا pH کمتر از ۷/۳۰ - ۷/۲۵ مقاوم به درمان.

چه موقع باید دیالیز قطع شود:

وقتی سطح گلیکول کمتر از ۱۰ mg/dl باشد.

سطح اسید گلیکولیک قابل تعیین نباشد.

اسیدوز، وضعیت بالینی و آنیون گپ طبیعی شده باشند.

وقتی نتوان سطح EG را به خوبی اندازه گیری کرد، تجویز EtOH حداقل به مدت ۳ روز ، بدون دیالیز (یا یک روز با

همودیالیز) و تا وقتی علائم بالینی بهبود یابند، هر کدام که طولانی تر باشند ادامه می یابد.

۴-۷- متیل پیرازول فومپیزول (Fomepizole) از جانب FDA به منظور استفاده در مسمومیت EG مورد تایید قرار

گرفته است این دارو باید قویاً به عنوان جانشین EtOH در موارد زیر مورد ملاحظه قرار گیرد:

*وقتی مواد دیگری که همراه با EG خورده شده سطح هوشیاری را کاهش دهند که این امر ممکن است با تجویز

EtOH دچار ابهام گردد.

*در مواردی که تسهیلات ICU یا آزمایشگاهی جهت کنترل درمان با EtOH ناکافی باشد.

*وقتی بیماری فعال کبدی موجود باشد.

* هنگامی که دیگر موارد منع مصرف EtOH وجود داشته باشد.

درمان با ۴- متیل پیرازول باید تا وقتی سطح EG به کمتر از ۲۰ mg/dl برسد ادامه یابد

خوردن هیدروکربن

با اختلالات گوارشی آسپیراسیون ریوی و تغییرات CNS مشخص می شود. عوارض و مرگ و میر معمولاً به آسپیراسیون

ریوی مربوط می شوند. احتمال آسپیراسیون هیدروکربن های با چسبندگی کم (مثل نفت سفید ، بنزین و واکس مایع و

لوازم منزل) بیشتر است. روغن موتور روغن جعبه دنده. روغن های معدنی ، روغن بچه و روغن های مخصوص برنزه شدن

پوست معمولاً سمی نیستند .

درمان در مواردی که بیمار هیدروکربن غیر سمی خورده:

در صورتی که علائمی موجود نباشد ضرورت ندارد.

این مواد توان بالقوه زیادی جهت آسپیراسیون دارند اما جذب گوارشی نداشته یا خیلی کم جذب می شوند . تخلیه معده

هرگز ضرورت ندارد.

تنها در صورتی که بیمار علائم ریوی داشته باشد باید رادیوگرافی قفسه سینه بعمل آید.

می توان این بیماران را در صورتی که علایمی نداشته باشند بعد از ۶ ساعت مرخص نمود. بیماران را که رادیوگرافی قفسه سینه آنها غیر طبیعی است یا گازهای خون شریانی غیر طبیعی دارند باید در بیمارستان بستری کرده و تحت درمان حمایتی قرار داد.

درمان ابتدایی فردی که هیدروکربن سمی خورده:

عبارت است از خارج نمودن لباسهای آلوده و شستشوی بدن بیمار به منظور پیشگیری از درماتیت و جذب پوستی اکسیژن برای بیماران که مبتلا به آسیب های قابل توجه ناشی از آسپیراسیون شده اند، تجویز شود. تخلیه معده: مورد بحث است

در موارد خوردن هیدروکربن های سمی به خصوص هیدروکربن های هالوژنه (تری کلرواتیلن، کربن تتراکلرید، متیلن کلراید) و یا هیدروکربن های دارای مواد سمی اضافی (مثل فلزات سنگین، حشره کش ها، نیتروبنزن، آنیلین، کافور) توصیه می شود. هر چند که بعضی از محققین فقط شارکول فعال را توصیه می نمایند.

چنان چه تخلیه معده انجام می شود در واقع یکی از موارد محدود اندیکاسیون ایپکا می باشد. چون به نظر می رسد احتمال آسپیراسیون در صورت استفاده از ایپکا کمتر از شستشوی معده است. بنابراین در بیماران هوشیار باید ۳۰ ایپکای خوراکی ایجاد استفراغ نمود.

دیگر هیدروکربن های بالقوه سمی (بنزین، بنزن، نفت سفید، مایع فندک، تینرنقاشی، تولوئن) مگر در مواردی که به قصد خودکشی مقادیر زیادی از آن ها خورده شده نیاز به تخلیه معده ندارند.

شستشوی معده در بیماران دچار ضعف CNS، بیماران که رفلکس استفراغ آن ها کاهش یافته و یا در صورت وجود حملات تشنج باید بعد از قرار دادن لوله تراشه دارای کاف صورت گیرد.

اپیوئیدها:

برقراری راه هوایی، حمایت تنفسی و حمایت از گردش خون و پیشگیری از جذب بیشتر از دارو نباید ایجاد استفراغ نمود

شستشوی معده در مواردی که بیمار تا یک ساعت بعد از خوردن مراجعه کرده باشد باید انجام گردد. استفاده از شارکول فعال توصیه می شود.

شستشوی کامل روده ممکن است برای افرادی که بسته های مواد مخدر را در داخل روده خود جای می دهند، بی خطر و موثر باشد .

جراحی مگر در موارد وجود انسداد توصیه نمی شود.

نالوکسون هیدروکلراید بخصوص ضعف تنفسی و عصبی و هیپوتانسیون ناشی از اپیوئیدها را درمان می نماید. دوز شروع ۲ mg داخل ورید است. ممکن است به منظور از بین بردن اثرات پروپوکسیفن، دیفنوکسیلات، بوپرنورفین و پنتازوسین استفاده از دوزهای بالای نالوکسون ضرورت داشته باشد در صورتی که نتوان برای بیمار رگ گرفت، می توان نالوکسون را زیر زبانی یا از طریق لوله تراشه تجویز نمود.

چنانچه به 10mg نالوکسون در مجموع پاسخ داده نشد احتمال مصرف بیش از حد اپیوئید به تنهایی منتفی است. ممکن است دوزهای مکرر نالوکسون (مدت اثر دارو ۴۵ دقیقه است) لازم شود و این کار باید علیرغم بازگشت هوشیاری، بیمار ضمن بستری نمودن او در بیمارستان انجام شود.

چنانچه بیمار به مدت ۶ ساعت بعد از خوردن ماده اپیوئید و دریافت دوز منفرد نالوکسون و یا برای مدت ۴ ساعت بعد از درمان عوارض مصرف بیش از حد اپیوئید وریدی، هوشیار و بدون علامت باشد می توان او را با اطمینان مرخص نمود. ممکن است در مصرف بیش از حد متادون لازم باشد که بیمار ۲۴-۴۸ ساعت تحت درمان قرار گیرد در حالی که مسمومیت با لوو - آلفا - استیل متادول ممکن است به ۷۲ ساعت درمان نیاز داشته باشد. انفوزیون مداوم نالوکسون رقیق شده در $D5W$ به مقداری که $2/3$ دوز اولیه آن را تامین نماید، ممکن است جهت برقراری هوشیاری بیمار لازم باشد افرادی که بسته های مواد مخدر را در روده خود جای می دهند باید در ICU بستری شده و از نظر سرعت تنفس و سطح هوشیاری تحت کنترل دقیق قرار گیرند. حمایت تنفسی در بیمارانی که به نالوکسون جواب نمی دهند و در موارد وجود ادم ریوی ضروری است.

سموم ارگانوفسفره

پاراتیون و مالاتیون متداول ترین حشره کش ها هستند که موجب مسمومیت می شوند.

سموم ارگانوفسفره اغلب در حلال های هیدروکربن نگهداری می شوند.

خوردن این سموم به قصد خودکشی و مسمومیت در اثر تماس با آنها کشاورزی، (شامل جذب از طریق پوست) دیده می شود.

۱-درمان عبارتست از انجام اقدامات لازم جهت حمایت از تهویه و گردش خون، رفع آلودگی از پوست و شستشوی معده در صورتی که بیمار حداکثر تا یک ساعت بعد از خوردن سم مراجعه کرده باشد ایجاد استفراغ ممنوع است شارکول فعال باید به بیمار داده شود. کنترل دقیق گازهای شریانی خون و ECG ضروری است طولانی شدن OTC نشانه بد بودن پیش آگهی است.

آتروپین (بدون ماده نگهدارنده) داروی انتخابی مسمومیت با ارگانوفسفاتهاست.

دوز اولیه 1mg داخل ورید است. چنانچه عوارض جانبی ایجاد نشد هر ۱۵ دقیقه 2mg آتروپین تکرار می شود تا زمانی که آتروپینیزاسیون رخ می دهد (که با خشک شدن ترشحات ، تاکیکاردی ، برافروختگی ، خشکی دهان و گشاد شدن مردمک مشخص می شود به طور متوسط بیمار به حدود 40mg در روز آتروپین نیاز دارد اما دوزهای بالاتر 1500mg - 500 در روز ممکن است ضرورت یابد. تجویز متناوب ممکن است حداقل ۲۴ ساعت ادامه یابد تا سموم ارگانوفسفره متابولیزه شوند. موارد شدید ممکن است نیاز به چندین روز درمان (یا بیشتر) داشته باشد ، زیرا بازسازی فعالیت استیل کولین به آهستگی صورت می گیرد آتروپین ضعف عضلانی را برطرف نمی سازد.

B پرالیدوکسیم (pralidoxime) $1-2\text{g}$ در 500ml نرمال سالین در ۳۰ دقیقه از طریق وریدی، کولین استراز را مجدداً فعال و با ضعف ، پرش های عضلانی ضعف تنفسی مقابله می نماید باید هر ۶-۱۲ ساعت دارو را تکرار نمود تا حداکثر دوز ۱۲ در ۲۴ ساعت حاصل گردد. می توان پرالیدوکسیم را به صورت انفوزیون مداوم و به صورت 500mg در ساعت و در صورت لزوم به مدت چند روز بکار برد . مسمومیت کاربامات ، بر خلاف ارگانوفسفاته ها به طور غیر قابل بازگشت کولین استراز را مهار نمی کنند و از این رو، در این مورد معمولاً پرالیدوکسیم لازم نمی شود و ممکن است علایم را بدتر کند.

c. تشنج بیمار را باید با بنزودیازپین و فنی توئین درمان نمود، اگر تشنج های شدید نیاز به شکل کننده های عضلانی داشتند نباید از سوکسینیل کولین استفاده کرد زیرا ممکن است باعث ایجاد فلج طولانی گردد.

d. هموپرفیوژن باید در موارد شدید مصرف بیش از حد پاراتیون مورد ملاحظه قرار گیرد.

e. حمایت از نارسایی تنفسی با تهویه مکانیکی ضرورت دارد .

فن سیکلیدین

داروی بیهوشی از نوع تفکیکی است و به صورت غیر مجاز و با برچسب های قلبی مانند LSD، ساکلین، پسیلوسیپین و تتراهیدروکانابینول در دسترس می باشد .

درمان عمدتاً به صورت حمایتی است و کنترل مرتب الکترولیت ها ، کراتینین و CPK باید انجام شود.

به حداقل رساندن تحریکات حسی و دور نمودن وسایل بالقوه آسیب رسان از دسترس بیمار ضرورت دارد.

جهت کنترل اضطراب باید از دیازپام استفاده نمود و در صورت وجود اضطراب شدید ، هالوپریدول تجویز میگردد.

واکنش های دیستونیک با دیفن هیدرامین کنترل می شود.

تظاهرات آدرنرژیک (مثل افزایش فشار خون) در صورتی که برونکوسپاسم موجود نباشد باید با مهارکننده های B – آدرنرژیک کنترل شوند و در موارد شدید ممکن است سدیم نیتروپروساید لازم شود. استفاده از ایپکا ممنوع است.

شستشوی معده ممکن است باعث برانگیخته شدن رفتار خشن بیمار شود و فقط در مسمومیت های شدید و تنها بعد از محافظت از راه هوایی صورت می گیرد.

تجویز مکرر شارکول ممکن است گردش های روده ای معده و روده ای کبدی دارو را قطع نماید اما دیده نشده که اثری بر نتیجه درمان داشته باشد.

دیورزاسیدی توصیه نمی شود.

باید از بستن بیمار خودداری کرد زیرا ممکن است رابدومیولیز را تشدید نماید.

باید افزایش دمای بدن با خنک کردن و دادن مایع درمان گردد.

بیمارانی را که مبتلا به مسمومیت با دوز کم دارو بوده و علائمشان برطرف شده، باید به دنبال مشاوره‌ی روان پزشکی از بخش اورژانس مرخص نمود. بیماران مبتلا به مسمومیت های شدیدتر باید در بیمارستان بستری شوند.

نورولپتیک ها:

کلرپرومازین، تیوریدازین، پروکلرپرازین، هالوپریدول (نوعی بوتیروفنون است) و تیوتیگزن متداول ترین فنوتیازین ها هستند.

حفاظت راه هوایی، حمایت تنفسی و همودینامیک و تجویز شارکول فعال.

ایجاداستفراغ ممنوع است.

شستشوی معده تا چندین ساعت بعد از خوردن این داروها موثر است زیرا تخلیه معده در اثر فنوتیازین ها با تاخیر صورت

می گیرد.

ریتم قلب باید مانیتور شده و آریتمی بطنی با لیدوکائین و فنی توئین درمان گردد، داروهای گروه Ia مثل پروکائین آمید، کینیدین و دیسوپرامید (ممنوع می باشند).

کاهش فشار خون با مایعات وریدی و تنگ کننده های عروقی آدرنرژیک (نوراپی نفرین) درمان می شود. می توان به جای آن از دوپامین استفاده کرد.

درمان تورساده دو پوینتس مکرر ممکن است نیاز به منیزیم، ایزوپروتنول، تنظیم ریت اور-درايو داشته باشد. تشنج باید با ديازپام و فنی توئین و افزایش حرارت بدن با خنک کردن درمان شود.

دیورز اجباری، همودیالیز و هموپرفیوژن مفید نیستند.

بیمارانی که مقادیر زیاد دارو خورده اند باید حداقل ۴۸ ساعت به منظور مانیتور کردن قلب بستری شوند.

کلوزاپین:

* در صورت بروز ضعف تنفسی، کنترل مرتب فشارخون و وضعیت تنفسی، شامل گازهای خون شریانی ضروری است. ECG و مانیتور مداوم ریتم قلبی، شمارش گلبول های سفیدخون و تست های عملکرد ریوی باید انجام شود. ایجاد استفراغ ممنوع است. * چنانچه بیمار در طول یک ساعت بعد از خوردن دارو مراجعه کرده باشد، شستشوی معده باید انجام شود.

* کاهش فشارخون باید با کریستالوئیدها و در صورت مقاوم بودن با نوراپی نفرین یا دوپامین درمان شود.

* تشنج با بنزودیازپین ها و فنی توئین درمان می شود.

* در صورت نارسایی تنفسی، حمایت تنفسی ضرورت دارد.

* شواهدی دال بر این که دیورز اجباری، همودیالیز یا هموپرفیوژن مفید باشند، وجود ندارد.

* فیلگراستیم (Filgrastim) را می توان جهت درمان اگرانولوسیتوز تجویز نمود.

* در مواردی که علائم شدید مسمومیت وجود داشته باشد باید بیمار را به مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر بستری نمود.

اولانزاپین:

مسمومیت با سالیسیلات:

* شستشوی معده در صورتی که بیمار تا یک ساعت بعد از خوردن دارو مراجعه کرده باشد ضروری است.

* شارکول فعال باید تجویز گردد. در مسمومیت های شدید استفاده از چندین دوز شارکول ممکن است مفید باشد ولی به طور روتین توصیه نمی شود.

* دیورز قلیایی در سطوح خونی بالاتر از ۴۰ mg/dl سالیسیلات توصیه می شود. چنانچه بیمار از نظر بالینی دچار کاهش حجم است باید تا زمانی که جریان ادرار برقرار گردد، ۸۸ یا ۱۰۰ mEq (دو آمپول) بیکربنات سدیم در ۱۰۰۰ ml سرم D5W با سرعت ۱۰-۱۵ ml/kg در ساعت انفوزیون گردد. باید آلکالینیزاسیون با استفاده از همین محلول به میزان ۳-۲ ml/kg در ساعت برقرار گردیده و حجم ادرار، PH ادرار (هدف= رسیدن PH ادرار به ۷-۸) و پتاسیم سرم مانیتور شود. دستیابی به دیورز قلیایی اغلب نیاز به تجویز همزمان حداقل ۲۰ mEq/L پتاسیم کلراید دارد. چون شواهد ناچیزی در مورد بهبود نتیجه با دیورز قلیایی در دسترس است و به دلیل آن که بیماران مسن تر ممکن است مبتلا به بیماری های قلبی، کلیوی و ریوی هم باشند، باید از مایع درمانی شدید در افراد مسن اجتناب نمود زیرا ادم ریوی در این گروه محتمل تر است.

* اگرچه استازولامید باعث قلیایی شدن ادرار می شود، اسیدی حاصله، سمیت سالیسیلات را افزایش می دهد و از این رو نباید از آن استفاده نمود.

* همودیالیز در سطوح خونی بالاتر از ۱۰۰-۱۳۰ mg/dl به دنبال مسمومیت حاد توصیه می شود اما ممکن است در موارد مسمومیت مزمن نیز که سطوح خونی زیر ۴۰ mg/dl است چنانچه دیگر اندیکاسیون های دیالیز موجود باشد، مفید

واقع گردد. اسیدوز مقاوم، وجود علائم شدید CNS، و خامت پیشرونده ی علائم بالینی، ادم ریوی و نارسایی کلیه از جمله این موارد می باشند.

*درمان ادم ریوی همچنین ممکن است نیاز به تهویه ی مکانیکی با غلظت بالای اکسیژن در دم و PEEP داشته باشد. درمان ادم مغزی و هیپرونتیلیاسیون و دیورزاسموتیک باید صورت گیرد.

*بیماران مبتلا به علائم خفیف (تهوع، استفراغ، وزوز گوش) و بیمارانی که کمتر از 150 mg/kg دارو خورده اند و بیمارانی که اولین سطح خونی آن ها کمتر از 65 mg/dl است را می توان در بخش اورژانس درمان نمود. باید سطح خونی دارو هر ۲ ساعت یک بار تا زمانی که سطح مزبور کاهش یابد اندازه گیری شود. این بیماران اغلب از نظر پزشکی پایدار و قابل مرخص نمودن هستند و می توان براساس ارزیابی روانی آن ها را بستری یا مرخص نمود.

*بیمارانی که دارای علائم متوسط هستند باید حداقل ۲۴ ساعت بستری شوند.

*بیمارانی که مسمومیت شدید دارند باید در ICU بستری شوند. علائم مسمومیت شدید عبارتند از تاکی پنه، دهیدراتاسیون، ادم ریوی، تغییر سطح هوشیاری، تشنج، کما و یا مصرف بیش از 300 mg/kg دارد.

*افراد مسن در معرض خطر زیاد می باشند. چنانچه سطوح خونی دارد مکررا بالا بوده و کاهش نمی یابد، باید رادیوگرافی با ماده ی حاجب از معده انجام شده و در صورت وجود داروهای متراکم در دستگاه گوارش باید شستشو با بیکربنات و تجویز دوزهای متعدد شارکول و شستشوی کامل روده مورد ملاحظه قرار گیرد.

باربیتورات ها:

*برقراری راه هوایی و تهویه ی کافی باید صورت گیرد.

*نباید ایجاد استفراغ نمود. شستشوی معده در صورتی که بیمار تا یک ساعت بعد از خوردن دارو مراجعه کرده باشد و تجویز شارکول فعال ضروری است.

تجویز چندین دوز شارکول به طور چشمگیری نیمه عمر فنوباربتال را کاهش می دهد.

*دیورز اجباری قلیایی، شبیه به آن چه در مورد مسمویت سالیسیلات به کار می رود در افزایش دفع فنوباربتال موثر است اما در مورد باربیتورات های کوتاه اثر تاثیر ندارد.

*هموپرفیوژن ممکن است جهت دفع فنوباربتال و باربیتورات های کوتاه اثر موثر باشد.

هموپرفیوژن با شارکول یا رزین در مرحله IV کما، همراه با سطوح بالای خونی و اختلال همودینامیکی مقاوم به درمان به کار می رود و در این موارد از همودیالیز موثر تر است.

*درمان کاهش فشارخون عبارت است از تجویز کریستالوئید و اگر موثر نبود باید از نوراپی نفرین یا دوپامین استفاده کرد.

درمان بنزو