

NGUYÊN TẮC XỬ LÝ NGỘ ĐỘC CẤP

I- Tiêu chuẩn chẩn đoán

A- Chẩn đoán xác định

1- Lâm sàng

1.1- Hỏi bệnh

- Hỏi gia đình về tất cả các thuốc, hoá chất mà bệnh nhân đã uống, đã tiêm.
- Hỏi gia đình, bạn bè, nhân viên y tế về đơn thuốc, thuốc đã có ở nhà, khám được trên người bệnh nhân để tìm thuốc nghi ngờ, số lượng thuốc đó đã được dùng.
- Điều tra về tuổi, nghề nghiệp, quan hệ của người bệnh, những mâu thuẫn, bế tắc của bệnh nhân... thông qua gia đình, người thân, bạn bè.

1.2- Khám lâm sàng

- Phát hiện những triệu chứng nặng, các dấu hiệu sống còn nhằm điều trị cấp cứu.

a, Hôn mê

- Thường gặp trong ngộ độc các thuốc thuộc nhóm an thần, thuốc ngủ, thuốc mê nhóm opioids.
- Hoặc hậu của tình trạng thiếu oxy, suy hô hấp, hạ đường huyết, toan chuyển hoá, tăng áp lực thẩm thấu.

b, Suy hô hấp

- Có thể thở chậm. hoặc thở quá nhanh, phù phổi cấp, tím môi toàn thân, rối loạn ý thức, khạc bọt hồng.
- Có thể gặp trong ngộ độc cấp hay hậu quả của một bệnh lý cấp tính.

c, Co giật

- Là triệu chứng cấp cứu cần được xử trí ngay vì nhanh chóng dẫn đến thiếu oxy, tổn thương não, tiêu cơ vân – suy thận cấp.

d- Hạ huyết áp

- Huyết áp tâm thu < 90 mmHg.
- Do ngộ độc cấp nhưng cũng có thể do hậu quả của thiếu oxy, giảm thể tích.

- Cần nhanh chóng truyền dịch, dùng thuốc vận mạch để nâng huyết áp.

e- Rối loạn nhịp tim nguy hiểm

- Thường gặp nhịp nhanh trên thất, nhịp nhanh thất, bloc nhĩ – thất, ngoại tâm thu thất, xoắn đỉnh.

- Tuỳ theo từng loại loạn nhịp cụ thể mà có cách xử trí khác nhau.

f- Các dấu hiệu do rối loạn thần kinh thực vật

- Huyết áp, mạch, nhịp thở.
- Đồng tử

- Mồ hôi
- Nhu động ruột
- Phản xạ.

MỘT SỐ DẤU HIỆU LÂM SÀNG ĐẶC TRƯNG

♥ Đồng tử

Đồng tử co	<ul style="list-style-type: none"> - Ngộ độc Opiates, Clonidine, Phenothiazine - Ngộ độc photpho hữu cơ, Carbamaye, Nicotine, Physostigmine, Pilocarpine - Say sang, chảy máu dưới nhện, thân não.
Đồng tử giãn	<ul style="list-style-type: none"> - Ngộ độc Amphetamine, Cocaine và các chế phẩm. - Ngộ độc Dopamine, Antihistamine - Ngộ độc Atropin, Belladon - Ngộ độc thuốc chống trầm cảm 3 vòng - Ngộ độc nọc rắn cạp nia, rắn hổ mang. - Thiếu Oxy nguy kịch.
Rung giật nhãn cầu	<ul style="list-style-type: none"> - Ngộ độc barbiturates - Ngộ độc rượu Ethinol - Ngộ độc Carbamazepine - Ngộ độc Phenyltoin - Bọ cạp cắn.

♥ Da

Da ướt hay khô	Trong bảng
Đỏ tím	<ul style="list-style-type: none"> - Ngộ độc cacbon monoxide (CO) - Ngộ độc acid boric - Bỏng hoá chất ăn mòn hay hydrocarbons - Ngộ độc Atropin, Belladon - Hậu quả giãn mạch (sau Phenothiazine, phản ứng Disulfiram – Ethanol)
Tái xanh và tăng tiết dịch	<ul style="list-style-type: none"> - Ngộ độc Opiates - Ngộ độc rượu Phenothiazine.
Tím	<ul style="list-style-type: none"> - Thiếu Oxy. - Sulhemoglobin - Methhemoglobin (ngộ độc sắt, CO...)

♥ Mùi vị chất nôn, hơi thở

- Hăng cay: Chloral hydrate, Paraldehyde
- Như quả hạnh đắng: ngộ độc Cyamide

- Cà rốt: ngộ độc Cicutoxin (cần sa nước)
- Kim loại: Ngộ độc Arsenic, Organophosphate, Thallium, Selenium
- Băng phiến: Ngộ độc Naphthalene, Paradichlorobenzene.
- Trùng thối: Hychogesnulfide, Stibine, Mercaptaus, thuốc sulfa cũ
- Acetone: Acetone, Isopropyl alcohol.

2- Cận lâm sàng

2.1- Các xét nghiệm cơ bản

- Công thức máu
- Đường máu
- Protein niệu
- Ure, Creatinin đánh giá chức năng thận.
- Men gan: AST, ALT, GGT
- Tỷ lệ Prothrombin.
- Điện giải đồ – khoảng trống anion.
- Phân tích nước tiểu: tìm Myeloglobin propyl
- Đo áp lực khí máu.
- Đo áp lực thẩm thấu máu và khoảng trống thẩm thấu.

2.2- Xét nghiệm độc chất

- Sắc kí lớp mỏng
- Sắc kí khí
- Sắc kí lỏng cao áp
- Khối phổ.

B- Chẩn đoán phân biệt

(giữa ngộ độc chất có tổn thương choc năng các cơ quan với bệnh lý của các cơ quan đó.)

II- Nguyên nhân

1- Tự tử

- Thường gặp nhất ở lứa tuổi 10 – 40 tuổi.
- Nữ > nam
- Thương gặp ở nhóm những người không nghề nghiệp, bệnh mạn tính (bệnh tâm thần), sống độc thân, mâu thuẫn tính cảm gia đình, bạn bè, tình yêu...

2- Uống nhầm

- Thường gặp ở trẻ nhỏ 1 – 5 tuổi hoặc người cao tuổi (> 70), người nghiện rượu.

3- Tai nạn

- Trong lao động, trường học, đường phố, gia đình
- Đặc biệt trong nghề nghiệp, ăn uống.

4- Bị đầu độc

- 5- Không rõ lý do.

III- Tiên lượng – phòng bệnh

Tiên lượng phụ thuộc vào

- Loại độc chất
- Số lượng độc chất.
- Thời gian tiếp xúc với độc chất.
- Các biện pháp cấp cứu và loại bỏ độc chất, hồi sức, thuốc giải độc.
- Thể trạng người bệnh.

VI- Điều trị

A- Xử trí ngay tại chỗ

- 1- Tẩy rửa chất độc trên người bệnh nhân (ở da, tóc, quần áo...)
 - Tắm rửa bằng xà phòng nếu chất độc bám vào da, tóc.
 - Rửa mắt bằng cách xối nước vào mắt trong 10 phút nếu chất độc là acid, kiềm mạnh bắn vào mắt rồi đưa ngay tới bệnh nhân tới bệnh viện.
- 2- Đưa bệnh nhân ra khỏi vùng có chất độc bay hơi, có thể hít vào khí độc.

B- Xử trí tại bệnh viện và y tế cơ sở

- 1- Gây nôn (nếu ăn hoặc uống phải chất độc)
 - Chỉ định:
 - + Ngay sau khi ăn uống (1- 30 phút)
 - Chống chỉ định
 - + Uống hoặc ăn chất độc > 1h
 - + đã có rối loạn ý thức
 - + Biết chắc chắn chất độc ấy sẽ gây co giật
 - + Trẻ nhỏ < 1 tuổi
 - Phương pháp
 - + Ngóáy họng
 - + Uống siro Ipeca 70% uống 1 lần với 30 ml cho người lớn, 1 ml/kg cho trẻ em. Sau 15 phút sẽ có tác dụng.
- 2- Uống than hoạt
 - Cơ sở khoa học
 - + Than hoạt là một chất bột màu đen, làm từ một sản phẩm cất ra của gỗ được nghiền nát.
 - + Có tính chất hấp thu độc chất cao.
 - + Than hoạt trải khắp bề mặt dạ dày ruột, hấp phụ gần hết chất độc.
 - Chỉ định
 - + Cho tất cả các loại chất độc đi qua đường tiêu hoá (kể cả thuốc uống) mà bị than hoạt hấp phụ không cho đi vào máu
 - + Liều nhắc lại than hoạt cũng có thể tăng đào thải một số thuốc trong máu.
 - Chống chỉ định

- + Ngộ độc chất ăn mòn (axit, kiềm mạnh) than hoạt không những không hiệu quả mà còn bám vào nơi tổn thương niêm mạc.

- + Uống xăng, dầu hoả người bệnh thường nôn và sặc nhiều nên không nên cho than hoạt.

- + Ở những bệnh nhân hôn mê, co giật thì phải đặt NKQ, cắt cơn co giật, đặt xông dạ dày rồi mới được đưa than hoạt qua xông.

- Tác dụng phụ

- + Gây táo bón nên thường phải cho thêm thuốc nhuận tràng như Sorbitol.

- + Hấp thụ các thuốc khác trong dạ dày và ruột nếu cho cùng một thời điểm (Ipeca, Benzodiazepine)

- Liều lượng

- + Cho liều duy nhất: 1 g/kg qua xông hay uống nếu biết chắc lượng chất độc uống vào từ 1 – 5 g.

- + Liều nhắc lại: sau khoảng 2 – 3 h nếu số lượng chất độc lớn và đảm bảo cho sự hấp thụ độc chất cả ở ruột thì tỷ lệ độc chất và than hoạt là 10/1.

3- Rửa dạ dày

- Vai trò

- + Là một thủ thuật xâm nhập có thể áp dụng sớm ngay sau khi gây nôn cho bệnh nhân hoặc sau uống một liều than hoạt vẫn cần phải rửa dạ dày

- + Tuy nhiên cần làm thủ thuật này ở trong bệnh viện một cách an toàn bằng bộ rửa dạ dày kín.

- Chỉ định

- + Lấy các dịch, thuốc, chất độc trong dạ dày khi người bệnh vừa uống một số lượng quá mức hoặc một chất độc nguy hiểm.

- + Rửa dạ dày có hiệu quả nhất trong 30 – 60 phút sau khi ăn, uống chất độc, tuy nhiên cũng còn hiệu quả sau 2 – 3 h nếu số lượng chất độc uống, ăn vào lớn.

- + Đưa than hoạt và thuốc nhuận tràng vào dạ dày sau khi rửa nhằm đưa nốt phần chất độc còn lại hấp thu vào than hoạt và đào thải qua phân.

- Chống chỉ định

- + Bệnh nhân có rối loạn ý thức, hôn mê, co giật. Muốn rửa dạ dày cần đặt nội khí quản có bóng chèn bảo vệ đường dẫn khí, dùng thuốc chống co giật trước.

- + Bệnh nhân uống một lượng lớn chất bào mòn.

- Tác dụng phụ

- + Chảy máu mũi trong khi đưa ống qua.

- + Khó đặt khi có ống nội khí quản.

- + Nôn gây sặc phổi, nhất là nếu không đặt nội khí quản có bóng chèn.

- Kỹ thuật

- + Đặt ống nội khí quản có bơm bang và thuốc chống co giật nếu they cần.
- + Để bệnh nhân nằm nghiêng trái, đầu không kê gối.
- + Đưa ống rửa dạ dày qua mũi hoặc qua miệng vào dạ dày. (30 – 40 F ở người lớn và 26 – 32 F ở trẻ em)
- + Kiểm tra vị trí ống bằng ống nghe.
- + Dùng một bơm tiêm hút dịch dạ dày hoặc hệ thống ba chạc có túi đựng dịch đưa vào để cao 1,2 m và túi đựng dịch chảy ra để thấp 1 m so với vị trí bệnh nhân nằm.
- + Mỗi lần dịch đưa vào là 200 ml (trẻ em 50 – 100 ml) rồi lại cho chảy ra.
- + Tổng số dịch đưa vào cho một lần rửa chỗ từ 5 – 10 lit
- + Kết thúc rửa nên đưa than hoạt 1 g/kg và Sorbitol 1g/kg vào dạ dày.
- + Tránh đưa nhiều dịch rửa gây biến chứng thừa dịch và sặc phổi.

4- Nhuận tràng

- Vai trò: Tăng đào thải chất độc qua phân
 - Thuốc: có thể dùng thuốc nhuận tràng, tốt hơn là dung dịch Sorbitol 70%.
 - Chỉ định
 - + Ngộ độc đường tiêu hoá, không gây nôn được.
 - Chống chỉ định
 - + Tắc hồi tràng và ruột non
 - + Người suy thận, suy tim không được dùng loại nhuận tràng có Natri và Magnesia.
 - Tác dụng phụ
 - + Mất nước - điện giải.
 - Kỹ thuật
 - + Đưa Sorbitol 70% với liều 1 – 2 ml/kg tiếp sau than hoạt hoặc trộn cùng với than hoạt.
 - + Có thể cho liều nhắc lại sau 6 giờ nếu không thấy than hoạt ra phân.
- 5- Truyền dịch gây lợi tiểu đồng thời kiềm hoá nước tiểu sao cho có một lượng nước tiểu 2,5 - 4 lit/ngày. Bù dịch và điện giải đầy đủ.

C- Xử trí tại bệnh viện - y tế tuyến tỉnh

1- Lọc máu

- Thận nhân tạo
- Thận nhân tạo
- Lọc qua cột than hoạt
- Siêu lọc
- Lọc màng bụng

2- Các thuốc giải độc đặc hiệu

a, Qua liều Opiates: Dùng Naloxon ống 0,4 mg với liều 1 – 2 ống tiêm tĩnh mạch. Theo dõi đáp ứng sau 5 phút, có thể nhắc lại sau 5 phút và duy trì truyền tĩnh mạch.

b, Ngộ độc rượu Ethanol

- Glucose 20% tiêm tĩnh mạch

- Vitami B 200 mg tiêm tĩnh mạch.

c, Paracetamol

- Dùng N.Acetylcystein tiêm 1 – 2 mg/kg truyền tĩnh mạch.

d, Kim loại: BAL

e, Sắt: Defferal

f, Barbituric: Ahypnon

g, Photpho hữu cơ: Atropin sulfat

h, INH: B₆

3- Các biện pháp hồi sức

a, Hỗ trợ hô hấp: thở oxy, đặt NKQ, thở máy nếu cần thiết.

b, Đảm bảo tuần hoàn tối ưu: với các biện pháp truyền dịch, thuốc vận mạch (Dopamin, Noradrenalin, Dobutamin)

c, Xử trí rối loạn nhịp tim, nhịp chậm: Lidocaine, Atropin hay đặt máy tạo nhịp.

d, Xử trí hôn mê, chống co giật

4- Khám tâm thần trong và trước khi ra viện.