

MỤC LỤC

CHƯƠNG I	8
TỔNG QUAN	8
1.1. Đại cương về ngộ độc cấp.....	8
1.1.1 Chất độc và ngộ độc cấp	8
1.1.2. Sơ lược về lịch sử ngộ độc cấp	8
1.1.4.1. Hoàn cảnh.....	9
1.1.4.2. Tác nhân	9
1.1.5. Sự hấp thu và thải trừ	9
1.1.5.1. Sự hấp thu chất độc vào cơ thể qua 3 đường chính	9
1.1.5.2. Sự thải trừ chất độc	9
1.2. Biểu hiện lâm sàng	10
1.2.1. Ngộ độc cấp ở mức độ tế bào.....	10
1.2.2. Biểu hiện ngộ độc trên các hệ cơ quan	10
1.2.2.1. Máu.....	10
1.2.2.2. Tiêu hóa.....	10
1.2.2.3. Gan	10
1.2.2.4. Tim mạch.....	10
1.2.2.5. Thận.....	10
1.2.2.6. Hô hấp	11
1.2.2.7. Chuyển hóa.....	11

1.3. Chẩn đoán ngộ độc cấp	11
1.4. Xử trí ngộ độc cấp.....	12
1.4.1. Đại cương	12
1.4.2. Các biện pháp xử trí	12
CHƯƠNG II.....	18
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	18
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	18
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	18
2.1.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân	18
2.2. Phương pháp nghiên cứu.....	18
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.....	18
2.2.2. Phương pháp chọn mẫu.....	18
2.2.3. Nội dung nghiên cứu	18
2.2.3.1. Thời điểm lúc vào viện	18
2.2.3.2. Kết quả điều trị:.....	19
2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:	20
2.4. Thu thập thông tin	20
2.5. Xử lý số liệu	20
CHƯƠNG III.....	21
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	21
3.1. Đặc điểm các yếu tố dịch tễ	21

3.1.1. Tuổi	21
3.1.2. Nghề nghiệp	21
3.1.3. Giới.....	22
3.1.4. Dân tộc	22
3.1.5. Khu vực	23
3.1.6. Thời gian từ khi tiếp xúc với chất độc đến khi tới viện.....	24
3.1.7. Loại ngộ độc thường gặp	24
3.1.8. Đường ngộ độc.....	25
3.1.9. Hoàn cảnh ngộ độc.....	25
3.2. Đặc điểm lâm sàng	26
3.2.1. Mức độ nặng lúc vào viện.....	26
3.2.2. Phân bố theo nhóm triệu chứng	26
3.3. Đặc điểm về cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc	27
3.4. Đặc điểm điều trị.....	29
3.4.1. Điều trị chung.....	29
3.4.2. Thuốc giải độc.....	29
3.4.3. Số ngày nằm viện.....	30
3.4.4. Kết quả điều trị.....	30
3.5. Các yếu tố liên quan tới ngộ độc.....	31
3.5.1. Liên quan giữa giới tính và hoàn cảnh ngộ độc.....	31
3.5.2. Liên quan giữa mức độ nặng và tác nhân	31

3.5.3. Liên quan giữa triệu chứng và tác nhân.....	32
CHƯƠNG IV	35
BÀN LUẬN	35

TÓM TẮT ĐỀ TÀI

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển. Ngộ độc cấp xảy ra trong các hoàn cảnh khác nhau: tai nạn, vô tình, cố ý, hay không mong muốn. Có nhiều loại chất độc có độc tính cao. Mèo Vạc là huyện vùng cao núi đá phía Bắc của tỉnh Hà Giang. Nằm trong khu Công viên địa chất toàn cầu Cao nguyên đá Đồng Văn. Với điều kiện tự nhiên khó khăn cho phát triển nông nghiệp, thì nhu cầu sử dụng các hóa chất bảo vệ thực vật nhằm nâng cao sản lượng ngày càng gia tăng, làm nguy cơ ngộ độc tăng cao. Đặc biệt các sản phẩm có xuất xứ từ Trung Quốc với những thành phần không rõ ràng, có nhiều chất có độc tính cao. Để làm rõ ràng hơn tình hình ngộ độc cấp tại huyện Mèo Vạc, từ đó đưa ra được các biện pháp ngăn ngừa các vụ ngộ độc xảy ra cũng như hậu quả của ngộ độc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Khảo sát tình hình ngộ độc cấp điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc”* với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị của ngộ độc cấp tại Bệnh viện Mèo Vạc

2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp của các bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Mèo Vạc.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu 139 bệnh nhân ngộ độc cấp điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc từ 01/7/2019 đến 31/01/2020, bằng phương pháp mô tả cắt ngang.

Kết quả:

Mục tiêu 1: Đối tượng nghiên cứu trung bình 28 ± 13.2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ ~1/1, chủ yếu là người Mông chiếm 87.8%; nghề nghiệp nông dân chiếm 79.1%. Hoàn cảnh ngộ độc chủ yếu là tự tử chiếm 56.1%; tác nhân hay gặp nhất là lá ngón, thuốc trừ sâu và rượu; đường tiếp xúc với chất độc chủ yếu là đường tiêu hóa (78.4%). Xã có tỷ lệ ngộ độc cao nhất là Cán Chu Phìn, chiếm 12.2%; mức độ nặng lúc vào viện đa số là mức độ nhẹ chiếm 81.3%. Nhóm triệu chứng thường gặp nhất là tiêu hóa, dấu hiệu ngộ độc thường gặp nhất là nôn (35.4%). Thuốc giải độc đặc hiệu được sử dụng 71.8% số ca có hội chứng ngộ độc. Kết quả điều trị chủ yếu là hồi phục nhanh, hoàn toàn (57.6%).

Mục tiêu 2: Tỷ lệ ngộ độc ở nữ giới cao hơn nam; Tỷ lệ ngộ độc do lạm dụng ở nam giới cao hơn nữ; Mức độ nặng không liên quan đến thời gian tiếp xúc; Tỷ lệ

ngộ độc do tai nạn cao nhất ở nhóm học sinh - sinh viên; Tỷ lệ ngộ độc do tự tử cao nhất ở nhóm bệnh nhân dân tộc Mông và nghề nghiệp nông dân.

Kết luận: Ngộ độc cấp đang là vấn đề nhức nhối đối với toàn xã hội nói chung, với ngành Y tế nói riêng. Đặc điểm văn hóa, tinh thần đặc thù của người dân khiến tỷ lệ ngộ độc do tự tử và lạm dụng cao. Việc tuyên truyền, vận động có trọng điểm theo nhóm đối tượng có tỷ lệ ngộ độc cao sẽ đem lại hiệu quả khả quan hơn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp không chỉ ở nước ta mà còn ở các nước phát triển. Ngộ độc cấp xảy ra trong các hoàn cảnh khác nhau: tai nạn, vô tình, cố ý, hay không mong muốn. Các triệu chứng và dấu hiệu của ngộ độc dễ thay đổi là những thách thức cho thầy thuốc, đặc biệt khi bệnh nhân có rối loạn ý thức hay tiền sử không rõ ràng. Các loại hóa chất sử dụng trong công nghiệp, nông nghiệp, các hóa chất sử dụng trong bảo quản và chế biến thực phẩm đang được sử dụng rộng rãi. Trong mỗi loại như vậy lại có rất nhiều nhóm khác nhau, cả về độc tính, cơ chế gây độc và thuốc đối kháng. Có những loại độc tính cao, tác dụng nhanh, đòi hỏi phải xử trí kịp thời mới có thể cứu sống người bệnh. Do nhiều nguyên nhân khác nhau, số ca ngộ độc vẫn ngày càng gia tăng gây tiêu tốn nhiều tiền của của xã hội.

Theo tổ chức Y tế thế giới, năm 2000 có hơn 3 triệu ca ngộ độc với 300000 ca tử vong trên thế giới. Trong đó, có đến hơn 70000 ca tử vong xảy ra ở trẻ em < 14 tuổi [10]. Cũng theo tổ chức y tế thế giới, số người chết vì ngộ độc thuốc trừ sâu năm 2004 là khoảng 200000 người. Tập trung chủ yếu ở vùng nông thôn Châu Á [11].

Một nghiên cứu hồi cứu và mô tả từ năm 2012 đến 2016 tại bệnh viện Thần Kinh, Thâm Dương, Trung Quốc, với 5009 bệnh nhân đã chỉ ra nguyên nhân ngộ độc phần lớn là do tự tử [9].

Trong những năm gần đây, tình trạng ngộ độc cấp nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Mèo Vạc ngày càng tăng, với những loại chất độc đa dạng, biểu hiện và diễn biến lâm sàng phức tạp. Trong các năm gần đây khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc đã điều trị nhiều trường hợp ngộ độc cấp nặng trong đó có các vụ ngộ độc nghiêm trọng... và hậu quả để lại rất nặng cho các bệnh nhân và gia đình.

Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: ***“Khảo sát tình hình ngộ độc cấp điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc”***. Với hai mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị của ngộ độc cấp tại Bệnh viện Mèo Vạc.**
- 2. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp của các bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Mèo Vạc.**

CHƯƠNG I

TỔNG QUAN

1.1. Đại cương về ngộ độc cấp

1.1.1 Chất độc và ngộ độc cấp

Chất độc là chất có thể gây hậu quả độc hại cho cơ thể từ mức độ nhẹ (đau đầu, buồn nôn...) tới mức độ nặng (rối loạn ý thức, hôn mê...), có thể gây chết người.

Paracelus đã nói: “Tất cả mọi chất đều là chất độc, không có chất nào không phải là chất độc. Liều lượng thích hợp sẽ phân biệt được một chất độc và một thuốc.”

Phơi nhiễm chất độc có nghĩa là tiếp xúc với chất độc đó.

Một ngộ độc xảy ra trong vòng 24 giờ sau khi tiếp xúc với một hoặc vài lần với một chất độc nào đó được gọi là ngộ độc cấp.

Phân biệt với ngộ độc mạn: là ngộ độc xảy ra sau nhiều lần phơi nhiễm với chất độc, trong nhiều tháng, nhiều năm, làm thay đổi sâu sắc về cấu trúc, chức phận tế bào, điều trị khó [1][2][6][7].

1.1.2. Sơ lược về lịch sử ngộ độc cấp

Chất độc và ngộ độc đã có lịch sử tồn tại hàng ngàn năm. Chất độc đóng vai trò quan trọng trong lịch sử loài người. Cùng với những hiểu biết mới về tự nhiên, con người dần dần phát hiện được chất độc và tách chiết chất độc từ cây cỏ, nọc độc, và khoáng chất.

- Cây độc: củ ấu tàu, lá ngón (mã tiền), thuốc phiện, vỏ sắn...
- Động vật: cá nóc, bọ cạp, rắn độc...
- Chất khoáng độc: chì, thủy ngân, arsen...

Trong thế chiến thứ II, các thuốc và hóa chất mới phát triển nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi trên nhiều lĩnh vực làm nguy cơ nhiễm độc và chết do ngộ độc càng nhiều [1][2][7].

1.1.3. Đặc điểm địa lý, hành chính huyện Mèo Vạc

Mèo Vạc là huyện vùng cao núi đá phía Bắc của tỉnh Hà Giang. Nằm trong khu Công viên địa chất toàn cầu Cao nguyên đá Đồng Văn. Thu hút một lượng lớn khách du lịch trong và ngoài nước tới thăm quan, nghỉ dưỡng. Với điều kiện tự nhiên khó

khăn cho phát triển nông nghiệp, thì nhu cầu sử dụng các hóa chất bảo vệ thực vật nhằm nâng cao sản lượng ngày càng gia tăng, làm nguy cơ ngộ độc tăng cao. Đặc biệt các sản phẩm có xuất xứ từ Trung Quốc với những thành phần không rõ ràng, có nhiều chất có độc tính cao. Bên cạnh đó, đặc điểm văn hóa, tinh thần... của người dân địa phương cố ý tự tử bằng các loại chất độc sẵn có: lá ngón, quả rừng... Trở thành mối quan tâm của xã hội và là vấn đề gây nhức nhối, làm tăng thêm sự phức tạp, khó khăn cho công tác y tế địa phương.

1.1.4. Hoàn cảnh và tác nhân gây ngộ độc cấp

1.1.4.1. Hoàn cảnh

- Do tự ý
- Do tai nạn
- Do nghề nghiệp
- Do bị đầu độc

1.1.4.2. Tác nhân

- Thuốc:
 - + An thần gây ngủ
 - + Giảm đau
 - + Kháng sinh
- Thuốc gây nghiện: Ma túy, rượu...
- Hóa chất.
- Động vật.
- Thực vật.

1.1.5. Sự hấp thu và thải trừ

1.1.5.1. Sự hấp thu chất độc vào cơ thể qua 3 đường chính

- Đường tiêu hóa
- Đường hô hấp
- Da và niêm mạc

1.1.5.2. Sự thải trừ chất độc

- Qua hô hấp

- Qua thận [1][2][6]

1.2. Biểu hiện lâm sàng

1.2.1. Ngộ độc cấp ở mức độ tế bào

- Tổn thương thần kinh trung ương.
- Tác động lên synap hoặc đường dẫn truyền thần kinh.
- Ức chế các phản ứng sinh học.
- Một số độc chất vào cơ thể được tổng hợp thành các sản phẩm độc

[1][2][6][7].

1.2.2. Biểu hiện ngộ độc trên các hệ cơ quan

Chất độc dù vào cơ thể bằng đường nào, sẽ được phân bố đi toàn cơ thể. Tùy từng chất độc, khi phân bố trong cơ thể sẽ tập trung lại và tác động lên cơ quan nào là chủ yếu. Như vậy một vòng xoắn bệnh lý tổn thương cơ này do ngộ độc cấp lại làm nặng lên về cấu trúc và chức năng của cơ quan khác, bởi cơ thể là một thể thống nhất[1][2].

1.2.2.1. Máu

Thay đổi pH và các yếu tố đông máu.

Thay đổi số lượng và chất lượng tế bào máu[1][2]..

1.2.2.2. Tiêu hóa

Từ nhẹ đến nặng: buồn nôn, nôn, tăng tiết nước bọt, bụng chướng, đau bụng, ỉa chảy, chảy máu tiêu hóa[1][2]..

1.2.2.3. Gan

Đóng vai trò quan trọng trong dinh dưỡng, chuyển hóa, khử độc và thải độc. Không một ngộ độc cấp nào, dù là do nguyên nhân gây ngộ độc nào mà không gây độc cho gan[1][2]..

1.2.2.4. Tim mạch

Chất độc có thể gây rối loạn nhịp, giảm sức bóp cơ tim, rối loạn trương lực thành mạch.

Một số trường hợp gây ngộ độc nặng có thể tử vong ngay từ những phút đầu do rối loạn nhịp[1][6]..

1.2.2.5. Thận

Suy thận cấp thường gặp, nước tiểu đóng vai trò quan trọng trong theo dõi, điều trị, kiểm nghiệm chất độc, chẩn đoán nguyên nhân.

Thần kinh: Chất độc gây rối loạn cảm xúc, tinh thần, cảm giác, vận động, các trung khu sống[1][6]..

1.2.2.6. Hô hấp

Mọi rối loạn cơ quan khác đều gián tiếp hoặc trực tiếp ảnh hưởng tới hô hấp. Chất độc có thể trực tiếp làm tổn thương phổi, phế quản, đường hô hấp, ức chế trung khu hô hấp[1][2]..

1.2.2.7. Chuyển hóa

Rối loạn nước điện giải, thăng bằng kiềm toan, chuyển hóa đường...[1][2].

1.3. Chẩn đoán ngộ độc cấp

Chẩn đoán ngộ độc cấp trước hết là chẩn đoán lâm sàng, trong đó việc khai thác kỹ bệnh sử có vai trò hết sức quan trọng trong định hướng chẩn đoán xác định và xử trí cấp cứu. Việc đối chiếu với các xét nghiệm độc chất phục vụ cho chẩn đoán nếu có là cần thiết.

- Mỗi một loại ngộ độc cấp thường có những đặc điểm và triệu chứng lâm sàng nổi bật gợi ý cho chẩn đoán: hôn mê yên tĩnh hướng tới ngộ độc thuốc an thần, ngộ độc thuốc chuột Trung Quốc thường gây co giật.

- Một số chất kháng độc vừa là thuốc xử trí cấp cứu ngộ độc cấp, vừa là phục vụ chẩn đoán tác nhân gây ngộ độc: Naloxone trong ngộ độc ma túy...[1][2][6].

Phân độ mức độ nặng nhẹ theo thang điểm PSS (Bảng điểm đánh giá độ nặng ngộ độc) [7] gồm:

Độ 0	Không có triệu chứng
Độ 1 - Nhẹ	Triệu chứng nhẹ, thoáng qua và các triệu chứng có thể hồi phục
Độ 2 - Trung bình	Triệu chứng rõ hoặc kéo dài
Độ 3 - Nặng	Triệu chứng nặng đe dọa tính mạng
Độ 4	Tử vong

1.4. Xử trí ngộ độc cấp

1.4.1. Đại cương

Xử trí ngộ độc cấp là quy trình cấp cứu toàn diện, đòi hỏi thầy thuốc phải khẩn trương, càng sớm càng tốt, mức độ nặng nhẹ và tổn thương do ngộ độc cấp liên quan chặt chẽ không chỉ với tác nhân và liều lượng đưa vào cơ thể mà còn liên quan đến thời gian và tình trạng toàn thân của người bệnh.

- Khi nói tới ngộ độc cấp là phải nói tới thời gian:

+ Thời gian tiềm tàng: là thời gian từ khi chất độc vào cơ thể đến khi có triệu chứng đầu tiên. Thời gian này phụ thuộc tốc độ hấp thu và đột nhập các phủ tạng của chất độc.

+ Thời gian tác dụng: phụ thuộc vào sự chống đỡ của cơ thể, bằng cách làm mất độc tính của chất độc tại gan và thải trừ qua thận. Sự tích lũy và phân phối lại các chất độc vào tổ chức cũng là yếu tố quan trọng làm thay đổi thời gian tác dụng của chất độc[1][2][6]...

1.4.2. Các biện pháp xử trí

1.4.2.1 Cấp cứu ban đầu hay ổn định chức năng sống của bệnh nhân (ưu tiên số một)

- Nhiệm vụ: Ngay khi tiếp xúc với bệnh nhân, trong vòng vài ba phút đầu tiên, xác định và thực hiện ngay các biện pháp cần tiến hành nhằm bảo đảm tính mạng và ổn định tình trạng bệnh nhân (Không để bệnh nhân chết trong khi đang thăm khám...). Việc xác định được thực hiện bằng: Nhìn bệnh nhân, sờ mạch và lay gọi bệnh nhân. Các tình huống cần giải quyết ngay thuộc về 3 hệ cơ quan sống còn: Hô hấp, tuần hoàn và thần kinh.

- Hô hấp: Độc chất có thể gây suy hô hấp qua các cơ chế sau: ức chế thần kinh trung ương gây thở chậm, ngừng thở (heroin, morphin, gardenal và các thuốc ngủ, an thần); gây liệt cơ toàn thân bao gồm cơ hô hấp (ngộ độc Phospho hữu cơ, tetrodoxin - cá nóc...); gây tổn thương phổi do độc chất (paraquat) hoặc do sặc, thiếu Oxy đơn thuần hay hệ thống.

- Tuần hoàn

Có 2 tình trạng cần xử lý cấp: loạn nhịp và tụt huyết áp.

- Loạn nhịp:

+ Nhịp chậm dưới 60 chu kỳ/phút: Atropine 0.5mg tĩnh mạch, nhắc lại cho đến khi mạch > 60 lần/phút hoặc tổng liều = 2mg. Nếu nhịp chậm không cải thiện, thường kèm với tụt huyết áp: truyền Adrenalin TM 0.2 µg/kg/phút, điều chỉnh theo liều đáp ứng.

+ Nhịp nhanh: Ghi điện tim và xử trí theo loại loạn nhịp: nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh: sốc điện khử rung; nhanh xoang, nhanh trên thất: tìm và điều trị các nguyên nhân (Ví dụ mất nước, thiếu Oxy, kích thích), digoxin...

- Trụy mạch – Tụt huyết áp: Do giảm thể tích, do sốc phản vệ, giãn mạch, do viêm cơ tim nhiễm độc...

+ Trước hết xác định có giảm thể tích tuần hoàn hay không; nếu có truyền dịch. Đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) và điều chỉnh dịch truyền. Nếu giảm thể tích trong lòng mạch do thoát mạch mất huyết tương cần truyền dung dịch keo: huyết tương, dịch truyền thay thế huyết tương (Ví dụ Gelatin, Gelafundin...).

+ Khi đã loại trừ giảm thể tích và $CVP \geq 5$ cm nước mà vẫn tụt HA thì cho thuốc vận mạch: Dopamin (5 - 15 µg/kg/phút); nếu tụt HA do viêm cơ tim nhiễm độc: Dobutamin bắt đầu từ 10µg/kg/phút, tăng liều nếu chưa đáp ứng, mỗi lần có thể tăng 5 - 10µg/kg/phút cho đến khi đạt kết quả hoặc đạt 40µg/kg/phút.

+ Nếu tụt HA do giãn mạch giảm trương lực thành mạch: Dùng Noradrenalin, bắt đầu 0.05 µg/kg/phút, điều chỉnh theo đáp ứng, phối hợp với các thuốc vận mạch khác: Thường là Dobutamin nếu có suy tim, nếu không có Dobutamin có thể phối hợp với Dopamine hoặc Adrenalin

- Thần kinh: Co giật hay hôn mê là hai trạng thái mà nhiều độc chất gây ra và cần được điều trị kịp thời:

- Co giật: cắt cơn giật bằng các loại thuốc với liều hiệu quả là phải cắt được cơn giật, không phải liều tối đa trong các dược điển.

+ Seduxen ống 10mg tiêm TM (trẻ em tiêm 1/3 đến một nửa ống) nhắc lại cho đến khi cắt được cơn giật. Sau đó truyền tĩnh mạch hoặc tiêm bắp duy trì không chế cơn giật.

+ Thiopental lọ 1g: Tiêm tĩnh mạch 2 - 4 mg/kg, nhắc lại cho đến khi cắt cơn giật; duy trì 2 mg/kg/giờ. Điều chỉnh để đạt liều thấp nhất mà cơn giật không tái phát.

+ Nếu co giật kéo dài hay tái phát, có thể thay thuốc duy trì bằng Gardenal viên 0.1g uống từ 1 đến 20 viên/ngày tùy theo mức độ.

+ Kinh nghiệm tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai: Bé 6 tuổi co giật do hóa chất bảo vệ thực vật, được truyền Thiopental 6g/5 giờ mới khống chế được cơn giật, sau đó chuyển Midazolam và Propofol để tránh viêm gan do liều cao Thiopental. Cháu được cứu sống mà không có bất cứ di chứng nào. Hai bệnh nhân ngộ độc hóa chất bảo vệ thực vật co giật kéo dài đã phải dùng Gardenal kéo dài hàng tháng, liều cao nhất là 2g/ngày, giảm dần sau 2 tháng xuống 2 viên/ngày. Bệnh nhân tự ngừng thuốc và lên cơn giật tái phát, một bệnh nhân tử vong và bệnh nhân còn lại tiếp tục được điều trị nhiều tháng sau.

- Hôn mê:

+ Glucose ưu trương 30% 50ml tĩnh mạch, kèm Vitamin B1 200mg.

+ Naloxon 0.4mg tĩnh mạch chậm để loại trừ quá liều Heroin.

+ Bảo đảm hô hấp chống tụt lưỡi, hít phải dịch trào ngược... [1][2][6]

1.4.2.2. Chẩn đoán

- Hỏi bệnh: Khoảng 95% chẩn đoán nguyên nhân ngộ độc là do hỏi bệnh; cần kiên trì, hỏi người bệnh, người nhà nhiều lần để nắm được thông tin trung thực. Yêu cầu người nhà mang đến vật chứng nghi gây độc (đồ ăn uống, vỏ lọ, bao bì thuốc, hóa chất...) sẽ rất hữu ích cho việc chẩn đoán độc chất.

- Khám toàn diện phát hiện các triệu chứng, tập hợp thành các hội chứng bệnh lý ngộ độc để giúp cho việc chẩn đoán nguyên nhân; xét nghiệm độc chất và các xét nghiệm khác giúp cho chẩn đoán độc chất, chẩn đoán mức độ, chẩn đoán biến chứng [1][2][6]...

1.4.2.3. Áp dụng các biện pháp hạn chế hấp thu

- Chất độc qua đường hô hấp: Đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm, vùng thoáng khí.

- Chất độc qua đường da, niêm mạc:

- Cởi bỏ quần áo bẩn lẫn hóa chất độc, tắm rửa bằng xối nước ấm và xà phòng, gội đầu. Chú ý nếu có nhiều người cùng bị ngộ độc hóa chất thì phải xối nước đồng loạt cùng một lúc, tránh để trì hoãn, đợi chờ.

- Rửa mắt khi chất độc bắn vào: Cần phải rửa mắt liên tục 15 phút bằng dòng nước muối 0.9% chảy liên tục trước khi đưa đi khám chuyên khoa mắt.

- Chất độc qua đường tiêu hóa:

- *Gây nôn:*

+ Chỉ định: Nếu mới ăn, uống và nạn nhân còn tỉnh táo, chưa có triệu chứng ngộ độc.

+ Chống chỉ định: Nạn nhân lơ đãng, hôn mê hay co giật, ngộ độc axit hay kiềm mạnh.

- Uống than hoạt:

+ Cho than hoạt với liều 1g/kg thể trọng hòa trong 100ml nước sạch cho nạn nhân uống. Sau 2 giờ có thể nhắc lại nếu thấy cần.

+ Kèm theo than hoạt bao giờ cũng phải cho Sorbitol với một lượng gấp 2 lần than hoạt.

- *Rửa dạ dày:*

+ Hiệu quả nhất trong 60 phút đầu bị ngộ độc cấp

+ Còn hiệu quả trong 3 giờ đầu và đã uống than hoạt.

+ Còn hiệu quả trong 6 giờ đầu với ngộ độc: Các thuốc gây liệt ruột, hoặc uống một số lượng lớn, bệnh nhân tụt huyết áp.

+ Chỉ định:

- Hầu hết các ngộ độc đường tiêu hóa

- Cho các bệnh nhân không gây nôn được

+ Chống chỉ định:

- Sau uống các chất ăn mòn: Axit, kiềm mạnh

- Sau uống các hóa chất: Dầu hỏa, ét xăng, paraffin: Đặt sonde nhỏ mềm và hút để phòng tránh biến chứng sặc vào phổi

- Bệnh nhân hôn mê, co giật trừ khi được đặt ống NKQ bơm bóng chèn và dùng thuốc chống co giật.

+ Kỹ thuật:

- Bệnh nhân nằm nghiêng trái, đầu thấp.

- Bôi trơn sonde đưa qua miệng hay mũi vào tới dạ dày.

- Nước đưa mỗi lần 200ml với người lớn, 50 - 100ml với trẻ em, lắc bụng rồi tháo ra. Nhắc lại nhiều lần cho tới khi sạch dạ dày.

- Dùng nước sạch, ẩm pha với muối 5g/lít nước, tổng số lượng nước rửa thường 5 - 10 lít với các trường hợp uống thuốc trừ sâu, 3-5 lít nước với hầu hết các trường hợp khác.

- *Nhuận tràng*: Nhằm kích thích co bóp ruột tống chất độc ra ngoài. Thường dùng là Sorbitol 1-4g/kg uống ngay sau khi dùng than hoạt hoặc trộn vào than hoạt[1][2][6]...

1.4.2.4. Các biện pháp tăng thải trừ độc chất

- *Bài niệu tích cực*:

+ Chỉ định: Ngộ độc các loại độc chất được đào thải qua đường tiết niệu: Gardenal, Paraquat, hoặc tình trạng tiêu cơ vân trong ngộ độc (ong đốt, rắn hổ mang cắn...)

+ Chống chỉ định: Suy tim, suy thận thể thiếu niệu hoặc vô niệu.

+ Thực hiện: Truyền dịch với tốc độ 150 - 200ml/giờ ở người lớn, 20 - 100ml/giờ ở trẻ em tùy theo cân nặng và tổng số dịch truyền.

+ Dịch truyền thường là dịch đẳng trương (một nửa là Glucose 5%, một nửa là Natriclorua 0.9%).

+ Theo dõi lượng nước tiểu theo giờ, nếu không đạt 100 - 200 ml/giờ cho người lớn và 2-4ml/kg cân nặng cho trẻ em thì cho thêm thuốc lợi tiểu mạnh (Furosemid). Điều chỉnh lượng dịch truyền vào theo lượng nước tiểu/giờ.

- *Lọc ngoài thận*: Khi kích thước phân tử chất độc đủ nhỏ để qua được lỗ lọc, thể tích phân bố thấp, chất độc gắn ít với protein huyết tương, bài niệu tích cực không có tác dụng, hoặc bệnh nhân suy thận, ngộ độc với số lượng lớn. Chỉ định chống chỉ định phụ thuộc vào biện pháp lọc và từng chất độc riêng. Các kỹ thuật đang được áp dụng hiện nay: Thận nhân tạo ngắt quãng, lọc máu liên tục...

- *Thay huyết tương hoặc thay máu*: Có thể được chỉ định với các chất độc có tỷ lệ gắn protein cao và các biện pháp thải trừ khác không hiệu quả.

- *Lọc máu hấp phụ*: Bằng than hoạt hoặc resin: Chỉ định cho các chất độc có trọng lượng phân tử cao, không đáp ứng với các biện pháp lọc khác...[1][2][6].

1.4.2.5. Sử dụng thuốc giải độc

1.4.2.5.1. Định nghĩa:

Thuốc giải độc (Antidote) là các chất có tác dụng đặc hiệu chống lại tác động hoặc hiệu quả độc hại của một chất độc[1][2][6].

1.4.2.5.2. Cơ chế tác dụng

- Giải độc qua tương tác hóa học
- Giải độc qua tác dụng dược lý
- Cạnh tranh thể cảm thụ
- Đối kháng tác dụng
- Phục hồi chức năng bình thường[1][2][6]

1.4.2.5.3. Liều thuốc giải độc

- Thuốc giải độc phải dùng đúng, đủ liều mới phát huy tác dụng. Hiện mới có ít thuốc giải độc có phác đồ điều trị đã được kiểm chứng qua lâm sàng.

Bảng 1.1. Một số chất độc với chất giải độc đặc hiệu [1]

Chất độc hoặc thuốc	Chất giải độc đặc hiệu
Acetaminophen	N- Acetylcysteine
Atropin và các thuốc ức chế phó giao cảm	Protigmin , Pilocacpin
Cyanua	Hydroxocobalamin
Muối kim loại nặng Hg, As, Au	BAL (dimercaprol)
Benzodiazepines	Flumazenil
Beta – block	Atropin, Glucagon
Chẹn kênh calci	Atropin, Calci, Glucagon
Phospho hữu cơ	Atropin, Pralidoxim(PAM)
Kháng Cholinesterase	Atropin, Pralidoxim(PAM)
Methemoglobin máu	Xanh methylen, Vitamin C
Ethylenen glycol	Ethanol, Thiamine, Pyrididoxine
Heparin	Protamin sulfate
Isoniazid	Pyridoxine
Methanol	Ethanol
Methotrexate	Folinic acid
Opioids	Naloxone

CHƯƠNG II

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bị ngộ độc cấp nhập viện điều trị trong 6 tháng từ tháng 07/2019 đến tháng 1/2020 (hồi cứu) tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Có bệnh án nội trú được chẩn đoán ngộ độc cấp với chẩn đoán ICD 10 là: T60, T62.2, T63.0, X20, W57, X28.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

- Các bệnh nhân không khai thác được hết các thông tin nghiên cứu.
- Các bệnh nhân có chẩn đoán bệnh chính là bệnh khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp quan sát mô tả, hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu từ tháng 07/2019 đến tháng 01/2020.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án thỏa mãn các nội dung nghiên cứu sau:

2.2.3.1. Thời điểm lúc vào viện

- **Bệnh sử**

Qua khai thác hồ sơ bệnh án thời điểm lúc vào viện, thu thập các thông tin sau:

- 1 . Chất độc là gì.
- 2 . Hoàn cảnh ngộ độc: Tự tử, lạm dụng...
- 3 . Đường tiếp xúc với chất độc: tiêu hóa, hô hấp...

4 . Thời gian từ khi tiếp xúc đến khi được xử lý.

5 . Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên.

6 . Xử trí ban đầu là gì.

- **Dấu hiệu lâm sàng**

- Các dấu hiệu sống: Mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, SpO2.

- Các dấu hiệu ngộ độc cấp:

- + Thay đổi ý thức: Điểm Glasgow.

- +Ức chế hô hấp: Nhịp thở, biên độ thở, ngừng thở.

- + Các dấu hiệu suy giảm hô hấp.

- + Hạ thân nhiệt: nhiệt độ < 35°C

- + Các dấu hiệu của việc sử dụng chất gây độc, vết châm chích..

- + Các hội chứng của ngộ độc cấp: Muscarin, Nicotin...

- Các biến chứng:

- + Phù phổi cấp.

- + Viêm phổi sặc.

- + Sốc.

- **Các xét nghiệm cơ bản.**

Quan sát mô tả các kết quả về:

- Công thức máu, đường máu, chức năng gan, thận, CK, đông máu cơ bản.

- Kết quả XQ tim phổi.

- Điện tâm đồ: Xác định rối loạn nhịp.

- **Xét nghiệm độc chất.**

Tìm thấy chất độc trong dịch dạ dày, máu, nước tiểu của bệnh nhân theo điều kiện xét nghiệm của Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc.

2.2.3.2. Kết quả điều trị:

Sau khi quan sát mô tả và xác định người bệnh bị ngộ độc cấp, tiếp tục đánh giá xem người bệnh được xử trí những gì.

- Xem xét người bệnh có được xử trí các dấu hiệu nguy kịch không.

- Người bệnh có được xử trí bằng các kỹ thuật nhằm hạn chế sự xâm nhập của chất độc hay không. Bao gồm những kỹ thuật loại bỏ chất độc ra khỏi cơ thể:

+ Các xử trí loại bỏ chất độc trên người bệnh nhân.

+ Các kỹ thuật loại bỏ chất độc ra khỏi đường tiêu hóa:

* Gây nôn: lựa chọn những trường hợp được gây nôn sau ăn hoặc uống chất độc sau 30 phút, mục đích để thu thập số liệu và đánh giá điều trị.

* Rửa dạ dày.

* Uống than hoạt hay không.

* Dùng thuốc nhuận tràng không.

- Quan sát mô tả các kỹ thuật tăng đào thải chất độc có được sử dụng với bệnh nhân ngộ độc cấp không:

+ Tăng bài niệu.

+ Kiềm hóa nước tiểu.

- Các thuốc giải độc đặc hiệu có được dùng cho bệnh nhân hay không và liều lượng dùng là bao nhiêu (Naloxone, N- Acetylcystein...). Số liệu lấy từ hồ sơ bệnh án trong thời gian làm nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc.

- Thời gian: 6 tháng, từ tháng 07/2019 đến tháng 01/2020.

2.4. Thu thập thông tin

- Kỹ thuật thu thập thông tin: Lập bệnh án mẫu nghiên cứu, khai thác hồ sơ bệnh án, ghi chép đủ thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Sau đó được nhập vào máy tính để lưu trữ và xử lý số liệu sau này.

- Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án mẫu.

2.5. Xử lý số liệu

- Các số liệu được làm sạch, mã hóa (coding) và nhập vào phần mềm phân tích số liệu SPSS (Statistic Packages for Sosial Science) phiên bản 22.

CHƯƠNG III

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các yếu tố dịch tễ

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
0 – 15	27	19.4
16 – 30	54	38.8
31 – 45	44	31.7
46 – 60	12	8.6
≥61	2	1.4
Σ	139	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 28.0 ± 13.2 tuổi, nhỏ nhất là 0 tuổi (4 tháng); cao nhất là 61 tuổi; Nhóm tuổi ngộ độc cấp chủ yếu là 16 - 30 chiếm 38.8%; sau đó là nhóm tuổi 31 - 45 chiếm 31.7%

3.1.2. Nghề nghiệp

Bảng 3.2. Nghề nghiệp của bệnh nhân

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Nông dân	110	79.1
Học sinh - Sinh viên	18	12.9
Cán bộ - Viên chức	3	2.2
Trẻ em (≤ 6 tuổi)	7	5.0
Tự do	1	0.7
Σ	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ ngộ độc cấp cao nhất là nhóm nghề nghiệp nông dân (79.1%);

3.1.3. Giới

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Nam	71	51.1
Nữ	68	48.9
Σ	139	100

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ giới tính của bệnh nhân ngộ độc ($p > 0.05$)

3.1.4. Dân tộc

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo dân tộc

Dân tộc	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Mông	122	87.8
Dao	9	6.5
Tày	1	0.7
Giáy	2	1.4
Lô Lô	2	1.4
Kinh	3	2.2
Σ	139	100

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có 87.8% bệnh nhân người dân tộc Mông; 6.5% bệnh nhân người dân tộc Dao, các dân tộc khác chiếm 5.7%

3.1.5. Khu vực

Bảng 3.5. Khu vực sinh sống của bệnh nhân ngộ độc cấp

Khu vực	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
TT Mèo Vạc	19	13.7
Cán Chu Phìn	17	12.2
Giàng Chu Phìn	10	7.2
Khâu Vai	12	8.6
Lũng Chinh	10	7.2
Niêm Sơn	4	2.9
Niêm Tông	9	6.5
Pải Lũng	1	0.7
Pả Vi	4	2.9
Sủng Máng	7	5.0
Sủng Trà	10	7.2
Sơn Vĩ	6	4.3
Tả Lũng	8	5.8
Tát Ngà	3	2.2
Thượng Phùng	3	2.2
Xín Cái	3	2.2
Đồng Văn:		
- Hố Quáng Phìn	1	0.7
- Lũng Phìn	4	2.9
- Sủng Trái	2	1.4
- Xà Phìn	1	0.7

Nhận xét: Tỷ lệ ngộ độc gặp nhiều nhất ở khu vực thị trấn Mèo Vạc (13.7%), tuyến xã nhiều nhất là Cán Chu Phìn (12.2%).

3.1.6. Thời gian từ khi tiếp xúc với chất độc đến khi tới viện.

Bảng 3.6. Thời gian từ khi tiếp xúc với chất độc đến khi tới viện

Thời gian đến viện (giờ)	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
≤ 1	12	8.6
2 - 3	83	59.7
4 - 5	28	20.1
≥ 6	16	11.5
Σ	139	100

Nhận xét: Thời gian đến viện trung bình là 3.47 giờ, sớm nhất là 0 giờ (30 phút); muộn nhất là 24 giờ (1 trường hợp); nhóm bệnh nhân đến viện trong khoảng thời gian từ 2 - 3 giờ chiếm đa số (59.7%)

3.1.7. Loại ngộ độc thường gặp

Bảng 3.7. Loại ngộ độc thường gặp

Độc chất	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Rượu	29	20.9
Thuốc trừ sâu	32	23.0
Lá ngón	38	27.3
Thuốc diệt cỏ	3	2.2
Rắn cắn	9	6.5
Thuốc diệt chuột	1	0.7
Ong đốt	19	13.7
Côn trùng đốt	1	0.7
Xăng - dầu	2	1.4
Quả rừng	4	2.9
Σ	139	100

Nhận xét: Loại ngộ độc thường gặp nhất là lá ngón (27.3%); sau đó là thuốc trừ sâu (23.0%) và rượu (20.9%)

3.1.8. Đường ngộ độc

Bảng 3.8. Đường vào của ngộ độc

Đường ngộ độc	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Tiêu hóa	110	79.1
Đốt, cắn	29	20.9
Khác	0	0
Σ	139	100

Nhận xét: Đường vào của ngộ độc hay gặp nhất là đường tiêu hóa (78.4%); còn lại là đường vào do đốt, cắn (21.6%). Không ghi nhận trường hợp ngộ độc do tiếp xúc qua đường khác.

3.1.9. Hoàn cảnh ngộ độc

Bảng 3.9. Hoàn cảnh ngộ độc

Hoàn cảnh	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Tự tử	78	56.1
Lạm dụng	20	14.4
Tác dụng phụ	0	0
Đầu độc	0	0
Dùng sai - cố ý	0	0
Tai nạn	41	29.5
Σ	139	100

Nhận xét: Hoàn cảnh ngộ độc chủ yếu do tự tử (56.1%); sau đó là do tai nạn (29.5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Mức độ nặng lúc vào viện

Bảng 3.10. Mức độ nặng lúc vào viện

Mức độ nặng	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Không	10	7.2
Nhẹ	113	81.3
Trung bình	11	7.9
Nặng	5	3.6
Σ	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nặng vào viện chiếm 5%, chủ yếu bệnh nhân vào viện trong tình trạng nhẹ 81.3% . Bệnh nhân vào viện không có triệu chứng chiếm 7.2%

3.2.2. Phân bố theo nhóm triệu chứng

Bảng 3.11. Phân bố theo nhóm triệu chứng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Tim mạch	0	0
Hô hấp	8	5.1
Tiêu hóa	64	41.0
Thần kinh	55	35.3
Tại chỗ	29	18.6

Nhận xét: Tỷ lệ nhóm triệu chứng tiêu hóa xuất hiện cao nhất (41.0%); sau đó là nhóm triệu chứng thần kinh (35.3%)

3.2.3. Triệu chứng chính của ngộ độc cấp

Bảng 3.12. Triệu chứng chính của ngộ độc

Triệu chứng ngộ độc	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Hôn mê, lơ mơ	31	23.8
Kích thích	9	5.4
Nôn	46	35.4
Muscarin	18	13.8
TKTW	1	0.8
Đau bụng	35	26.9
Đau tại chỗ	28	21.5
Sưng tại chỗ	24	18.5
Hoại tử	3	2.3

Nhận xét: Triệu chứng ngộ độc cấp thường gặp nhất là nôn 35.4%

3.3. Đặc điểm về cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc

Bảng 3.13. Xét nghiệm sinh hóa và huyết học ngoài giới hạn bình thường

Chỉ số		N	%
AST	Tăng nhẹ (38 - 80UI/l)	27	81.8
	Tăng nhiều (> 80UI/l)	6	18.2
	$X \pm SD$	65.4 \pm 32.5	
	Min - Max	39 - 193	
ALT	Tăng nhẹ (41 - 80UI/l)	24	68.6
	Tăng nhiều (> 80UI/l)	11	31.4
	$X \pm SD$	72.7 \pm 36.6	
	Min - Max	41 - 199	
Tăng Bilirubin toàn phần (>17.1 μ mol/l)		13	9.3

Tăng Bilirubin trực tiếp ($>4.3\mu\text{mol/l}$)	13	9.3
Giảm tiểu cầu ($<150 \text{ G/l}$)	9	6.5
Giảm Prothrombin ($<80\%$)	0	0
Tăng Thời gian APTT ($>40\text{s}$)	0	0
Tiêu cơ vân ($\text{CK}>1000$)	0	0
Suy thận (Creatinin > 120)	0	0
Hạ đường huyết (Glucose < 3.9)	36	25.9

Nhận xét:

- AST tăng trung bình 65.4 ± 32.5 ; đa số tăng nhẹ (81.8%); ALT tăng trung bình 72.7 ± 36.6 ; đa số tăng nhẹ (68.6%).
- 9.3% bệnh nhân có tăng Bilirubin toàn phần và trực tiếp trong máu; 25.9 bệnh nhân đến viện trong tình trạng hạ đường huyết; 6.5% bệnh nhân có giảm tiểu cầu.

Bảng 3.14. Xét nghiệm nồng độ Ethanol máu

Nồng độ Ethanol	N	%
1 - 11	1	2.4
11 - 22	4	9.5
22 - 33	15	35.7
33 - 66	4	9.5
>66	18	42.9
Σ	42	100
$X \pm SD$	63.3 \pm 35.7	
Min - Max	13 - 183	

Nhận xét: Có 42 bệnh nhân được xét nghiệm có nồng độ Ethanol trong máu, nồng độ Ethanol ở mức cao chiếm chủ yếu; 42.9% bệnh nhân có nồng độ Ethanol $> 66 \text{ mmol/l}$; 35.7% bệnh nhân có nồng độ Ethanol trong khoảng 22-33 mmol/l.

3.4. Đặc điểm điều trị

3.4.1. Điều trị chung

Bảng 3.15. Các phương pháp điều trị chung

Điều trị	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Rửa dạ dày	73	53.7
Than hoạt	74	54.4
Nhuận tràng	71	52.2
Tăng bài niệu (Thuốc)	105	77.2
Tăng bài niệu (Dịch)	135	99.3
Bù điện giải uống	8	5.9
Thở oxy	8	5.9
Nội khí quản	6	4.4
Thở máy	1	0.7
Cấp cứu ngừng tuần hoàn	1	0.7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được tăng bài niệu khi vào viện cao: 99.3%

3.4.2. Thuốc giải độc

Chỉ ghi nhận các trường hợp sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu trong các bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu (N=32)

Bảng 3.16. Bệnh nhân được sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu trên tổng số bệnh nhân nghiên cứu

	Được dùng thuốc giải độc		Không được dùng thuốc giải độc		Tổng	
	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Thuốc giải độc	23	16.5	116	83.5	139	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc giải độc là 16.5%.

Bảng 3.17. Bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu được sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu

Thuốc giải độc	Được dùng thuốc giải độc		Không được dùng thuốc giải độc		Tổng	
	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)	Số bệnh nhân (N)	Tần suất (%)
Atropin	23	71.8	9	28.2	32	100
Atropin + Pralidoxime	11	34.3			32	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc giải độc là 71.8% trên tổng số 32 ca ngộ độc thuốc trừ sâu.

3.4.3. Số ngày nằm viện

Bảng 3.18. Số ngày nằm viện

	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 ngày	59	42.1
2 Ngày	57	40.7
3 Ngày	17	12.1
4 Ngày	5	3.6
>4 Ngày	2	1.4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian nằm viện ≤ 1 ngày là cao nhất (42.1%); Sau đó là bệnh nhân có thời gian nằm viện 2 ngày (40.7%) => đa số bệnh nhân có thời gian nằm viện < 2 ngày chiếm 82.8%.

3.4.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.19. Kết quả điều trị

	Số bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục nhanh, hoàn toàn	80	57.6
Hồi phục chậm	13	9.4

Nặng, xin về	1	0.7
Ổn định xin ra viện	39	28.1
Bỏ trị	6	4.3

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được điều trị có kết quả hồi phục nhanh, hoàn toàn (57.6%).

3.5. Các yếu tố liên quan tới ngộ độc

3.5.1. Liên quan giữa giới tính và hoàn cảnh ngộ độc

Bảng 3.20. Mối liên quan giữa giới tính và hoàn cảnh ngộ độc

Hoàn cảnh	Nam		Nữ		Tổng	
	N	%	N	%	N	%
Tự tử	33	42.3	45	57.7	78	100
Lạm dụng	15	75.0	5	25.0	20	100
Tai nạn	23	56.1	18	43.9	41	100

Nhận xét: Tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở nữ giới (57.7%) cao hơn nam giới (42.3%); Tỷ lệ ngộ độc do lạm dụng ở nam giới (75.0%) cao hơn nữ giới (25.0%); Tỷ lệ ngộ độc do tai nạn ở nam giới (56.1%) cao hơn nữ giới (43.9%). Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

3.5.1. Liên quan giữa mức độ nặng và tác nhân

Bảng 3.21. Liên quan giữa mức độ nặng và tác nhân

Tác nhân	Mức độ nặng lúc nhập viện			
	Không	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Rượu	0	25	3	1
Thuốc trừ sâu	3	27	3	1
Lá ngón	5	26	3	3
Thuốc diệt cỏ	1	2	0	0
Rắn cắn	0	8	1	0
Thuốc diệt chuột	1	0	0	0

Ong đốt	0	19	0	0
Côn trùng đốt (không rõ)	0	1	0	0
Quả rừng	0	3	1	0
Xăng dầu	0	2	0	0

Nhận xét: Mức độ nặng khi vào viện do các tác nhân ngộ độc khác nhau, nặng nhất là ngộ độc lá ngón và thuốc trừ sâu.

3.5.2. Liên quan giữa triệu chứng và tác nhân

Bảng 3.22. Liên quan giữa triệu chứng và tác nhân

Tác nhân	Triệu chứng, hội chứng							
	Hôn mê	Kích thích	Suy hô hấp	Nôn	Muscarin	Thần kinh TW	Đau bụng	Sưng tại chỗ
Rượu	15	9	1	10			3	
Thuốc trừ sâu	6	2	1	11	18	1	12	
Lá ngón	10	2	5	18			15	
Thuốc diệt cỏ				2			1	
Rắn cắn								8
Thuốc diệt chuột								
Ong đốt								15
Quả rừng				2			4	
Xăng dầu				2				

Nhận xét: Các tác nhân gây nhiều triệu chứng trên các cơ quan chủ yếu là: rượu, thuốc trừ sâu và lá ngón.

3.5.3. Liên quan giữa mức độ nặng và thời gian đến viện.

Bảng 3.23. Liên quan giữa mức độ nặng và thời gian đến viện

Thời gian đến viện (giờ)	Mức độ nặng				Σ
	Không	Nhẹ	Trung bình	Nặng	
≤ 1	3	7	2	0	12
2 - 3	5	70	6	2	83
4 - 5	1	24	1	2	28
≥ 6	1	12	2	1	16
Σ	10	113	11	5	139

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng nhẹ nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân đến sớm < 3 giờ.

3.5.4. Liên quan giữa hoàn cảnh ngộ độc và nghề nghiệp

Bảng 3.24. Liên quan giữa hoàn cảnh ngộ độc và nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tự tử		Lạm dụng		Tai nạn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nông dân	72	65.5	19	17.3	19	17.3	110	100
Học sinh - sinh viên	5	27.8	0	0	13	72.2	18	100
Cán bộ - Viên chức	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100
Trẻ em ≤ 6 tuổi	0	0	0	0	7	100	7	100
Tự do	0	0	0	0	1	100	1	100

Nhận xét:

- Trong nhóm nông dân, tỷ lệ ngộ độc do tự tử là cao nhất (65.5%); sau đó là do lạm dụng (17.3%) và tai nạn (17.3%).
- Nhóm học sinh - sinh viên có tỷ lệ ngộ độc do tai nạn chiếm tỷ lệ cao nhất (72.2%).

3.5.5. Liên quan giữa hoàn cảnh ngộ độc và dân tộc

Bảng 3.25. Liên quan giữa hoàn cảnh ngộ độc và dân tộc

Dân tộc	Tự tử		Lạm dụng		Tai nạn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mông	75	61.5	17	13.9	30	24.6	122	100
Dao	2	22.2	1	11.1	6	66.7	9	100
Tày					1	100	1	100
Giáy			1	50	1	50	2	100
Lô lô			1	50	1	50	2	100
Kinh	1	33.3			2	66.7	3	100

Nhận xét:

- Trong nhóm bệnh nhân dân tộc mông, hoàn cảnh ngộ độc do tự tử chiếm tỷ lệ cao nhất (61.5%); sau đó là do tai nạn (24.6%).
- Trong nhóm bệnh nhân dân tộc dao, hoàn cảnh ngộ độc do tai nạn chiếm tỷ lệ cao nhất (66.7%).

3.5.6. Liên quan giữa tình trạng có thai và hoàn cảnh ngộ độc

Bảng 3.26. Liên quan giữa mang thai và hoàn cảnh

	Tự tử		Lạm dụng		Tai nạn		Tổng	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Có thai	4	80	0	0	1	20	5	100
Không có thai	41	65.1	5	7.9	17	27.0	63	100
Tổng số nữ	45	66.1	5	7.4	18	26.5	68	100
Tổng số bệnh nhân	78	56.1	20	14.4	41	29.5	139	100

Nhận xét: Số bệnh nhân ngộ độc cấp có thai là 5 bệnh nhân; trong đó có 4/5 bệnh nhân (80%) ngộ độc do tự tử. Tỷ lệ này cao hơn so với nhóm không có thai (65.1%) và tổng số bệnh nhân (56.1%). Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

CHƯƠNG IV

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ngộ độc cấp nhập viện tại khoa Hồi sức cấp cứu - Chống độc.

4.1.1 Đặc điểm dịch tễ

4.1.1.1 Tuổi

Ngộ độc cấp gặp ở hầu hết các lứa tuổi, thấp nhất là 0 tuổi (4 tháng), cao nhất là 61 tuổi. Nhóm tuổi ngộ độc chủ yếu là 16 - 30 chiếm 38.8%; nhóm tuổi 31 - 45 chiếm 31.7%; nhóm tuổi dưới 15 tuổi chiếm 19.4% và nhóm tuổi trên 61 tuổi, chiếm 2.2%

Như vậy, nhóm bệnh nhân ngộ độc cấp nhiều nhất là nhóm tuổi từ 16 - 30 và 31 - 45 tuổi, là nhóm tuổi lao động chính của xã hội.

So sánh với nghiên cứu của Hoàng Đại Thắng tại Bệnh Viện Đa khoa Đồng Nai, một tỉnh nằm ở miền Nam nước ta, với đa số dân tộc là dân tộc Kinh. Lứa tuổi ngộ độc cấp gặp nhiều nhất cũng nằm trong nhóm tuổi 16 - 30 tuổi, chiếm 59.5%. Qua đó có thể thấy việc tiếp xúc với chất độc ở người trong độ tuổi lao động rất cao, dù ở bất cứ vùng miền nào trên đất nước. Những hậu quả, di chứng của ngộ độc sẽ nặng nề hơn rất nhiều vì đối tượng bị ảnh hưởng trực tiếp lại là những người làm ra của cải vật chất, nuôi sống những lứa tuổi khác trong gia đình [3].

4.1.1.2. Giới

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ ngộ độc cấp ở nam giới (51.1%) tương đương nữ giới (48.9%) với $p > 0.05$.

Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Hoàng Đại Thắng tại Bệnh Viện Đa khoa Đồng Nai với 54.8% ở nam giới và 45.2% ở nữ giới [3].

4.1.1.3. Về địa dư

Xét theo tỷ lệ của từng khu vực thì tỷ lệ ngộ cấp ở thị trấn là cao nhất (13.7%). Nhưng xét theo tuyến thì bệnh nhân nhập viện đến từ tuyến xã chiếm đa số (79.8%); Xã có tỷ lệ ngộ độc cao nhất là Cán Chu Phìn (12.2%); thuộc nhóm xã có tỷ lệ ngộ độc cao nhất cùng với Khâu Vai (8.6%), Giàng Chu Phìn (7.2%) và Lũng Pù (2.9%);

Tổng tỷ lệ ngộ độc cấp của 4 xã tại nhóm này là 30.9%; các xã này có chung tỷ lệ ngộ độc cao, ở cùng trục đường và có đặc điểm cư dân sống gần gũi với nhau.

Nhóm các xã có tỷ lệ ngộ độc cao thứ hai trong nghiên cứu này thuộc về các xã: Tả Lũng (5.8%), Sủng Trà (7.2%), Sủng Máng (5.0%) và Lũng Chinh (7.2%) với tổng tỷ lệ bệnh nhân 25.2%. Nên việc đẩy mạnh hơn nữa việc tuyên truyền đối với các nhóm xã này là rất quan trọng.

4.1.1.4. Về dân tộc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87.8% bệnh nhân là người dân tộc Mông; 6.5% là người dân tộc Dao, còn lại là các dân tộc khác. So với tỷ lệ các dân tộc tại huyện Mèo Vạc với gần 80% người dân tộc Mông thì tỷ lệ ngộ độc này cũng tương đồng với cấu trúc dân tộc tại huyện Mèo Vạc.

4.1.1.5. Về nghề nghiệp

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhiều đối tượng nghề nghiệp khác nhau. Nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nông dân 79.1%, tiếp đến là các nhóm nghề nghiệp khác gồm chủ yếu là học sinh (12.9%); nhóm trẻ em ≤ 6 tuổi chiếm 5% tổng số bệnh nhân ngộ độc được nghiên cứu. Có thể thấy rằng môi trường lao động của nhóm nghề nghiệp nông dân có sự tiếp xúc nhất định với các loại chất độc tự nhiên và chất độc sử dụng trong canh tác nông nghiệp, các động vật có nọc độc... nên có tỷ lệ ngộ độc cao hơn các nhóm nghề nghiệp khác.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thắng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, một tỉnh phát triển mạnh về kinh tế, có tỷ lệ ngộ độc cao nhất tại nhóm nghề nghiệp công nhân, chiếm 41.8%; nhóm nông dân chỉ chiếm 6.0%. Có thể thấy trong cơ cấu ngành nghề của tỉnh Quảng Ninh thì nhóm công nhân chiếm tỷ lệ cao, có môi trường làm việc có sự tiếp xúc với chất độc, hóa chất công nghiệp nhiều hơn các nhóm nghề khác nên tỷ lệ ngộ độc trong nhóm này là cao nhất. Như vậy, tuy không có cùng cơ cấu ngành nghề nhưng ở cả nghiên cứu của chúng tôi và của Nguyễn Tiến Thắng thì tỷ lệ ngộ độc cao nhất vẫn nằm ở nhóm nghề nghiệp có môi trường lao động tiếp xúc với chất độc cao nhất [4].

4.1.1.6 Về loại ngộ độc

Loại ngộ độc gặp nhiều nhất là lá ngón (27.3%); sau đó là thuốc trừ sâu (23.0%) và rượu (20.9%); ngộ độc do ong đốt chiếm 13.7% và rắn cắn 6.5%.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thắng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh, loại ngộ độc gặp nhiều nhất là độc chất từ động vật (50.8%); ngộ độc

hóa chất trong canh tác (trừ sâu, diệt cỏ...) chỉ chiếm 13.4%. Điều này do đặc điểm địa lý của tỉnh Quảng Ninh có đầy đủ loại địa hình, từ đồng bằng, rừng núi đến biển và hải đảo, có nhiều loại động vật có nọc độc (rắn, ong, sứa...) nên tỷ lệ tiếp xúc với động vật có nọc độc ngoài tự nhiên là cao hơn. Còn tại Mèo Vạc do địa hình nhiều đất trống đồi núi trọc nên ít có chỗ trú ngụ cho các loài động vật có nọc độc, dẫn đến tỷ lệ ngộ độc do động vật có nọc độc thấp hơn [4].

4.1.1.7. Về đường ngộ độc

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận được 2 đường tiếp xúc với chất độc là đường tiêu hóa và đốt, cắn. Không ghi nhận được các trường hợp ngộ độc do đường tiếp xúc khác (da, niêm mạc, hô hấp..)

Đường vào tiêu hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (79.1%), sau đó là đường vào do đốt, cắn (20.9 %). Điều này có thể lý giải là do đa số bệnh nhân vào viện do tự tử và lạm dụng.

4.1.1.8. Về hoàn cảnh xảy ra ngộ độc

Hoàn cảnh xảy ra ngộ độc chủ yếu là do tự tử (56.1%); sau đó là do tai nạn (29.5%); do lạm dụng chiếm 14.4%.

So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thắng, hoàn cảnh ngộ độc chủ yếu do tai nạn (61.2%); do tự tử chiếm tỷ lệ thấp (23.9%).

Có thể thấy, tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều lần so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Thắng. Điều này có thể lý giải do đặc điểm văn hóa của người dân địa phương tại Mèo Vạc, họ rất dễ tổn thương về tinh thần và tìm đến chất độc để tự tử hơn so với người dân tại vùng khác [4].

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Về mức độ nặng lúc vào viện

Tỷ lệ bệnh nhân vào viện không có triệu chứng chiếm 7.2%. Tỷ lệ bệnh nhân vào viện cao nhất là với biểu hiện ngộ độc ở mức độ nhẹ 81.3%. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân chỉ sử dụng một lượng nhỏ chất độc vì mục đích chính là dọa người thân, nên cũng được người thân phát hiện sớm và đưa đến viện sớm (68.3% đến viện trước 3 giờ).

4.1.2.2. Về nhóm triệu chứng xuất hiện nhiều nhất

Tỷ lệ nhóm triệu chứng xuất hiện nhiều nhất là tiêu hóa (41.0%); sau đó là thần kinh (35.3%) và tại chỗ (18.6%).

4.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- Có 7/139 bệnh nhân có tăng men gan, có mặt ở tất cả các nguyên nhân gây ngộ độc, đều ở lứa tuổi 45-54. Đối chiếu với số liệu nghiên cứu về xơ gan của Dương Trọng Bình (2019) tại Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc thì lứa tuổi xơ gan trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 42.5 ± 10.5 tuổi. Cho thấy 7/139 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có khả năng bị tổn thương gan từ trước khi ngộ độc nhiều hơn [5].

- Nồng độ Ethanol ở các bệnh nhân được xét nghiệm thường rất cao, có 16/29 trường hợp (55.1%) có nồng độ Ethanol cao trên mức 66 mmol/l (nguy cơ tử vong), cá biệt có trường hợp nồng độ Ethanol 183 mmol/l. Cũng theo nghiên cứu của Dương Trọng Bình, có tới 96.2% bệnh nhân thường xuyên uống rượu, ở cả nam lẫn nữ, thời gian uống rượu trên 20 năm chiếm 61%. Điều này cho thấy, việc sử dụng rượu ở người dân tại Mèo Vạc là rất thường xuyên, dẫn đến khả năng dung nạp rượu của người dân rất cao (Bệnh nhân có xét nghiệm Ethanol 183mmol/l tỉnh chỉ sau 8 giờ)[5].

- Trong tất cả các trường hợp rắn cắn, bệnh nhân và người nhà không mang được con rắn đến cũng như không cung cấp được mô tả (ảnh chụp) của con rắn nên không thể xác định được chính xác do loại rắn nào gây ra. Không ghi nhận trường hợp rối loạn đông máu nào ở các bệnh nhân bị rắn cắn. Các triệu chứng của bệnh nhân bị rắn cắn trong nghiên cứu này là sưng nề, đau, hoại tử; là đặc trưng thương tổn của họ rắn hổ. Tuy nhiên, cần có bằng chứng cụ thể (con rắn hoặc hình ảnh) mới có thể kết luận.

- Không ghi nhận trường hợp tiêu cơ vân nào ở các bệnh nhân bị ong đốt.

- Không ghi nhận trường hợp bất thường chỉ số cận lâm sàng nào ở các bệnh nhân ngộ độc quả rừng.

- Trong tổng số các bệnh nhân ngộ độc được nghiên cứu, có 25.9% bệnh nhân hạ đường huyết (Glucose <3.9 mmol/l). Cho nên trong điều trị, cần chú ý thêm dung dịch Glucose cho bệnh nhân để tránh làm nặng hơn tình trạng của bệnh nhân. Đặc biệt là ở những bệnh nhân ngộ độc rượu.

4.1.4. Nhận xét về điều trị

- Các biện pháp thải trừ chất độc là: rửa dạ dày, than hoạt, nhuận tràng, tăng bài niệu.

- Biện pháp giải độc đặc hiệu: Atropin và Pralidoxime cho ngộ độc thuốc trừ sâu có hội chứng Muscarin; chỉ có 23 bệnh nhân được sử dụng thuốc giải độc đặc

hiệu, chiếm 16.5% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Do hầu hết các trường hợp không cung cấp được vỏ thuốc, nhãn thuốc; hoặc sử dụng thuốc không nhãn mác và thuốc chỉ có chữ Trung Quốc nên gây ra khó khăn rất lớn cho việc xác định được chính xác loại chất độc gây ra ngộ độc trong các trường hợp này. Vì vậy, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ được sử dụng thuốc giải độc khi có triệu chứng điển hình của hội chứng Muscarin. Dẫn đến việc chậm trễ trong dùng thuốc giải độc đặc hiệu ở những bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng muộn.

- Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc Pralidoxime thấp hơn rất nhiều so với bệnh nhân được dùng thuốc Atropin. Trong khi việc sử dụng đồng thời 2 loại thuốc này đã được chứng minh mang lại lợi ích lớn hơn cho bệnh nhân (theo nghiên cứu của Phạm Duệ năm 2005). Nguyên nhân do số lượng Pralidoxime tại bệnh viện không đủ để sử dụng nên nhiều bệnh nhân chỉ được sử dụng duy nhất Atropin. Chỉ có 41 lọ Pralidoxime được sử dụng trong 6 tháng nghiên cứu. Dẫn đến sự chênh lệch về tỷ lệ bệnh nhân dùng Pralidoxime với Atropine. Làm chậm thời gian hồi phục ở nhóm bệnh nhân này [8].

- Các trường hợp ngộ độc do rắn cắn đều không được sử dụng thuốc giải độc đặc hiệu. Một phần nguyên nhân là do không xác định được chính xác loại rắn để sử dụng huyết thanh, một phần nguyên nhân là do cơ sở điều trị không có sẵn huyết thanh dự trữ. Chưa bàn luận đến vấn đề tỷ lệ đồng chi trả với bảo hiểm nếu dùng huyết thanh kháng nọc rắn rất cao, khó tiếp nhận được sự đồng thuận của người dân điều kiện kinh tế khó khăn.

- Thời gian điều trị trung bình là 1.8 ngày. Số ngày nằm viện tỉ lệ lớn nhất là ≤ 1 ngày, chiếm 42.1%; Số bệnh nhân có thời gian nằm viện ≤ 2 ngày chiếm 82.8% trong đó có 31.8% trường hợp xin ra viện. Số ngày điều trị trung bình này tương ứng với mức độ nặng của các bệnh nhân đến viện đa phần là nhẹ (81.3%), một phần bệnh nhân không triệu chứng (7.2%). Tuy được yêu cầu ở lại theo dõi và điều trị, nhưng tỷ lệ bệnh nhân xin ra viện cao (31.8%) dẫn đến số ngày điều trị thấp. Điều này một phần do bệnh nhân đến viện đa số là ngộ độc mức độ nhẹ (81.3%) nên khả năng đáp ứng với điều trị và phục hồi nhanh hơn; một phần do sự tuân thủ điều trị ở bệnh nhân không được cao, chỉ cần thấy đỡ là đã xin ra viện (31.8%) hoặc bỏ trị (4.3%). Việc xin ra viện sớm và bỏ trị có thể dẫn đến việc không theo dõi được diễn biến của bệnh, không kiểm soát được tình trạng bệnh đã thật sự đỡ chưa hoặc di chứng, gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Cần có sự tuyên truyền giải thích nhiều hơn để nâng cao ý thức bệnh tật cho bệnh nhân cũng như người nhà.

- Kết quả điều trị: Đa số các bệnh nhân hồi phục hoàn toàn (57.6%); có 13 bệnh nhân hồi phục chậm do ngộ độc thuốc trừ sâu (9.4%); 1 bệnh nhân nặng xin về do ngộ độc thuốc trừ sâu. Điều này cũng được lý giải bởi tỷ lệ bệnh nhân nhập viện ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao (81.3%). Nguyên nhân gây ra tỷ lệ 9.4% hồi phục chậm như chúng tôi đã đề cập đến ở phần thuốc giải độc đặc hiệu.

4.2. Các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp

4.2.1. Liên quan giữa giới tính và hoàn cảnh ngộ độc

Tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở nữ giới (57.7%) cao hơn nam giới (42.3%), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; Có thể lý giải bằng việc giới nữ có xu hướng tự tử cao hơn so với nam giới. Tuy nhiên tỷ lệ nam giới tự tử ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Yajie Zhang và cộng sự tại Thẩm Dương, Trung Quốc, với tỷ lệ nam giới tự tử là 29.5%

Tỷ lệ ngộ độc do lạm dụng (rượu) ở nam giới (75%) cao hơn nhiều so với nữ giới (25%), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$; So sánh với Yajie Zhang và cộng sự tại Thẩm Dương, Trung Quốc, tỷ lệ ngộ độc do lạm dụng rượu ở nam giới gấp 2.5 lần nữ giới, cho thấy sự tương đồng giữa thói quen sử dụng rượu ở nam giới ở trên thế giới có sự tương đồng[9].

4.2.2 Liên quan giữa mức độ nặng và tác nhân

Tỷ lệ bệnh nhân ngộ độc lá ngón, thuốc trừ sâu và rượu vào viện với mức độ nặng cao hơn các tác nhân khác. Cho nên việc tuyên truyền, giải thích cho người dân về tác hại của các chất độc này là rất cần thiết để hạn chế tối đa những trường hợp này.

4.2.3. Liên quan giữa nhóm triệu chứng và tác nhân

+ Nhóm tác nhân thuốc trừ sâu gây nên triệu chứng đa dạng ở các cơ quan. Có thể lý giải do khi đến viện người nhà không cung cấp được vỏ chai thuốc hoặc thông tin nhãn thuốc, dẫn đến không phân loại được rõ loại thuốc trừ sâu gì. Chủ yếu điều trị theo triệu chứng.

+ Nhóm tác nhân rượu, lá ngón gây nên triệu chứng nặng nề ở các cơ quan: suy hô hấp, hôn mê...

4.2.4. Liên quan giữa mức độ nặng và thời gian đến viện

Do đa số bệnh nhân được đưa đến viện sớm nên các triệu chứng biểu hiện chủ yếu là nhẹ. Tuy nhiên, không có sự khác biệt trong thời gian đến viện ở nhóm bệnh

nhân có biểu hiện nặng ($p>0.05$). Điều này cho thấy mức độ nặng của ngộ độc ở những bệnh nhân được nghiên cứu không phụ thuộc vào thời gian đến sớm hay muộn.

4.2.5. Liên quan giữa hoàn cảnh tự tử và nghề nghiệp

Trong nhóm nghề nghiệp nông dân, tỷ lệ ngộ độc do tự tử là cao nhất (65.5%); sau đó là do lạm dụng (17.3%) và tai nạn (17.3%).

Nhóm học sinh - sinh viên có tỷ lệ ngộ độc từ cao xuống thấp là tai nạn (38.9%); sau đó là nguyên nhân do tự tử (27.8%). Với lứa tuổi cấp sách đến trường thì tỷ lệ ngộ độc do tự tử và tai nạn như vậy là rất cao. Cần có biện pháp tuyên truyền đến các em ngay từ lứa tuổi này để các em nhận biết được các loại chất độc cũng như có ý thức hơn trong việc bảo vệ chính mình.

Nhóm trẻ em ≤ 6 tuổi có 7 trường hợp ngộ độc (5.0%). Điều này xảy ra là do sự chủ quan, ít chú ý, quan tâm của người lớn đến trẻ nhỏ. Một phần do bố mẹ đi làm nương rẫy, đưa trẻ đi theo, để trẻ tự chơi tại nương rẫy nên dễ tiếp xúc với động vật có nọc độc; một phần là do việc cất giữ các chất có khả năng gây độc trong nhà không tốt, các chai lọ đựng dầu hỏa, thuốc trừ sâu... nằm trong tầm với của trẻ. Vì vậy tạo điều kiện cho trẻ tiếp xúc hơn với chất độc dễ hơn.

4.2.6. Liên quan giữa hoàn cảnh ngộ độc và dân tộc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở bệnh nhân người Mông là 75/122 bệnh nhân, chiếm 61.5%; trong khi đó, tỷ lệ này ở người Dao là 2/9 bệnh nhân, chiếm 22.2%; ở người Kinh là 1/3 bệnh nhân, chiếm 33.3%. Tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở nhóm bệnh nhân dân tộc Mông là cao nhất. Điều này nói lên rằng thực trạng tự tử ở người dân tộc Mông ở huyện Mèo Vạc là rất đáng lo ngại. Người dân hay tìm đến cái chết nhằm giải quyết những mâu thuẫn trong cuộc sống. Vì vậy công tác tuyên truyền, vận động cần đưa nhóm dân tộc Mông làm trọng tâm để góp phần hạn chế thấp nhất số ca ngộ độc do tự tử ở nhóm dân tộc này.

4.2.7. Liên quan giữa mang thai và hoàn cảnh ngộ độc

Số bệnh nhân ngộ độc cấp có thai là 5 bệnh nhân. Có 4/5 bệnh nhân ngộ độc do tự tử, chiếm 80%. Tuy khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$) nhưng vẫn nên chú ý đến nhóm bệnh nhân này vì việc tự tử khi mang thai sẽ kéo theo hậu quả rất lớn; dù các bệnh nhân đều được ra viện trong tình trạng ổn định nhưng không thể biết được ảnh hưởng và di chứng của chất độc đối với thai nhi như thế nào.

KẾT LUẬN

Qua mô tả dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét điều trị chúng tôi nhận thấy:

1. Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị của ngộ độc cấp tại Bệnh viện Mèo Vạc

Đặc điểm dịch tễ

- Tổng số ca ngộ độc cấp nhập viện vào khoa HSCC-CD từ tháng 7/2019 đến tháng 1/2020 thuộc diện nghiên cứu là 139 ca.
- Độ tuổi trung bình: 28.0 ± 13.2 tuổi. Thấp nhất 4 tháng tuổi, cao nhất 61 tuổi.
- Tỷ lệ nam/nữ ~ 1/1.
- Đối tượng chủ yếu là người dân tộc Mông, chiếm 87.8%; nghề nghiệp chủ yếu là nghề nông (79.1%).
- Khu vực nhiều bệnh nhân nhất là thị trấn Mèo Vạc(13.7%); xã nhiều bệnh nhân nhất là Cán Chu Phìn (12.2%).
- Tác nhân gây ngộ độc chủ yếu là lá ngón, thuốc trừ sâu và rượu.
- Ngộ độc lá ngón và thuốc trừ sâu gặp nhiều nhất tại xã Cán Chu Phìn, ngộ độc rượu gặp nhiều nhất tại thị trấn Mèo Vạc.
- Hoàn cảnh ngộ độc chủ yếu do là do tự tử 56.1%, sau đó là tai nạn 29.5%.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Nhóm triệu chứng biểu hiện nhiều nhất là tiêu hóa và thần kinh. Triệu chứng hay gặp nhất là nôn, hôn mê, Muscarin...
- Mức độ nặng khi vào viện chiếm chủ yếu là mức độ nhẹ chiếm 81.3%.
- Ngộ độc mức độ nặng gặp nhiều nhất là ngộ độc lá ngón và thuốc trừ sâu.
- Không có mối liên hệ giữa bất thường các chỉ số xét nghiệm và chất độc.

Đặc điểm điều trị

- Các biện pháp thải trừ chủ yếu là rửa dạ dày, than hoạt, nhuận tràng, tăng bài niệu.

- Thuốc giải độc đặc hiệu Atropin và Pralidoxime cho ngộ độc thuốc trừ sâu có hội chứng Muscarin.
- Đa phần các bệnh nhân hồi phục hoàn toàn. Có tỉ lệ nhỏ bệnh nhân hồi phục chậm.
- Có 1 trường hợp nặng xin về: Ngộ độc thuốc trừ sâu.
- Không có trường hợp tử vong tại viện.

2. Các yếu tố liên quan đến ngộ độc cấp của các bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Mèo Vạc

- Tỷ lệ ngộ độc do tự tử ở nữ giới cao hơn so với nam giới ($p < 0.05$).
- Tỷ lệ ngộ độc do lạm dụng rượu ở nam giới cao hơn so với nữ giới ($p < 0.05$).
- Mức độ nặng của bệnh nhân không liên quan đến thời gian từ khi tiếp xúc đến khi tới viện ($p > 0.05$).
- Tỷ lệ ngộ độc do tai nạn cao nhất ở nhóm học sinh - sinh viên.
- Tỷ lệ ngộ độc do tự tử cao nhất ở nhóm nghề nghiệp nông dân.
- Tỷ lệ ngộ độc do tự tử cao nhất ở nhóm dân tộc Mông.
- 4/5 bệnh nhân có thai ngộ độc do tự tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc*. Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (2012). *Bệnh học nội khoa ,tập 2*. Tr. 520 - 559.
3. Hoàng Đại Thắng, Lê Bảo Ngọc, Đỗ Thị Huế (2014). *Khảo sát tình hình ngộ độc cấp tại khoa Hồi sức tích cực - Chống độc Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai 2014*. Đề tài cấp cơ sở - Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
4. Nguyễn Tiến Thắng (2016) *Nghiên cứu tình hình ngộ độc cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh trong 2 năm 2015 - 2016*. Đề tài cấp cơ sở - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh.
5. Dương Trọng Bình, Nguyễn Thị Thu Hồng, Hoàng Thị Múi (2019). *Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân xơ gan, ung thư gan tại Bệnh viện Đa khoa Mèo Vạc*. Đề tài cấp cơ sở - Bệnh viện Đa khoa huyện Mèo Vạc.
6. Bệnh viện Bạch Mai (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa*. Tr. 155-209.
7. Vũ Văn Đính và cộng sự (2002). “*Các nguyên tắc và xử trí ngộ độc cấp*”, Hồi sức cấp cứu toàn tập. Nhà xuất bản Y học.Tr. 348 - 356.
8. Phạm Duệ (2005). *Nghiên cứu kết hợp PAM và Atropine trong điều trị ngộ độc cấp phosphor hữu cơ*. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Yajie Zang, Boxin Yu, Nana Wang, Tiegang Li (2018). *Acute poisoning in Shenyang, China: a retrospective and descriptive study from 2012 to 2016*. Pubmed PMC6119445.
10. World Health Organization (2004). *Guidelines on the prevention of toxic exposures*. P. 6 - 18.
11. World Health Organization (2008). *Clinical Management of Acute Pesticide Intoxication: Prevention of Suicidal Behaviours*. P. 7 - 9.
12. M. Ellenhorn, D.G. Barceloux (1988). “*General approach to the poisoned patient*”, Medical Toxicology, 1st edition, Lippincott William & Wikins, PP.21-39.

13. Andrew R. Erdman (2004). *"Insecticides"*, Medical Toxicology, 3rd edition, Lippincott William & Wilkins, PP. 1475 - 1507.
14. Sonya M. S. Azab, Jon Mark Hirshon, Bryan D. Hayes, Maged El-Setouhy, Gordon S. Smith, Mahmoud Lotfy Sakr, Hany Tawfik, Wendy Klein-Schwartz (2016). *Epidemiology of acute poisoning in children presenting to the poisoning treatment center at Ain Shams University in Cairo, Egypt, 2009–2013*. Pubmed PMC4933840
15. Richard C. Dart (2004), *"Initial Management of the Poisoned Patient"*, Medical Toxicology, 3rd edition, Lippincott William & Wilkins, PP. 21-39.
16. M. Yamashita, H Matsuo, J Tanaka (1996). *Analysis of 1,000 consecutive cases of acute poisoning in the suburb of Tokyo leading to hospitalization*. Pubmed 8825748.
17. Subash Vijaya Kumar, B Venkateswarlu, M Sasilaka, G Vijay Kumar (2007). A study on poisoning cases in a tertiary care hospital. Pubmed PMC3217281.

PHỤ LỤC

Hình 5.1. Cây và hoa lá ngón



Hình 5.2. Thuốc trừ sâu Phospho hữu cơ



BỆNH ÁN MẪU

Họ tên bệnh nhân:

Mã khám bệnh: **Số bệnh án** **Tuổi:** **Giới:** 1Nam ☐
2Nữ ☐

Dân tộc: 1Mông ☐ 2Dao ☐ 3Tày ☐ 4Xuông ☐ 5Nùng ☐ 6Giáy ☐
7Lô lô ☐ 8Kinh ☐ 9Khác ☐

Học vấn: 0Không đi học ☐ 1Cấp 1 ☐ 2Cấp 2 ☐ 3Cấp 3 ☐
4Chuyên nghiệp, đại học ☐

Nghề nghiệp:

1Nông dân ☐ 2Học sinh/SV ☐ 3Cán bộ/Viên chức ☐ 4Trẻ em ☐
5Tự do ☐ 6Hưu ☐ 7Khác ☐

Mang thai: Có ☐ Không ☐

Địa chỉ: Xã/Thị trấn:.....Huyện/Quận:.....Tỉnh/Thành
phố.....

Thời gian từ khi tiếp xúc đến khi vào viện: giờ

Loại chất độc:

1Rượu ☐ 2Thuốc trừ sâu ☐ 3Lá ngón ☐ 4Thuốc diệt cỏ ☐ 5Opiat ☐
6Rắn cắn ☐

7Thuốc diệt chuột ☐ 8Ong đốt ☐ 9Thuốc an thần ☐
10NSAID/Paracetamol ☐

11 Khác ☐

Đường tiếp xúc với chất độc:

1Tiêu hóa ☐ 2Đốt/cắn ☐ 3Tiêm, chích ☐ 4Hô hấp ☐
5Khác ☐

Hoàn cảnh ngộ độc:

1Tự tử ☐ 2Lạm dụng ☐ 3Tác dụng phụ ☐ 4Bị đầu độc ☐
 5Dùng sai ☐ 6Không mong muốn, vô ý ☐ 7Tai nạn ☐

Mức độ nặng lúc vào viện:

1Không ☐ 2Nhẹ ☐ 3Trung bình ☐ 4Nặng ☐

Nhóm triệu chứng biểu hiện lúc vào viện:

1Tim mạch ☐ 2Hô hấp ☐ 3Tiêu hóa ☐ 4Thần kinh ☐ 5Da, niêm mạc ☐
 6Tiết niệu ☐

Triệu chứng chính của ngộ độc:

1Hôn mê/lơ mơ ☐ 2Suy hô hấp ☐ 3Tiêu cơ vân(CK>1000) ☐ 4Nôn ☐

5Co giật ☐ 6Suy thận cấp ☐ 7Suy gan cấp ☐ 8Xuất huyết tiêu hóa ☐

9Muscarin ☐ 10Nicotin ☐ 11Seretonin ☐ 12Đau bụng ☐

12Khác ☐

Đặc điểm cận lâm sàng:

HC (T/L)		GOT (UI/L)	
Hb (G/L)		GPT (UI/L)	
Hct		CK	
BC (G/L)		BiTP	
TC (G/L)		BiTT	
Ure (mmol/L)		Ethanol	

Glu (mmol/L)			
Crea(mmol/L)			

Đặc điểm điều trị:**Điều trị chung:**

- 1 Rửa dạ dày ☐ 2 Than hoạt ☐ 3 Nhuận tràng ☐ 4 Tăng bài niệu ☐
- 5 Bù điện giải ☐ 6 Thở Oxy ☐ 7 Đặt NKQ ☐ 8 Thở máy ☐

Thuốc giải độc đặc hiệu

- 1 Có ☐ 0 Không ☐ Tên thuốc (nếu có):.....

Ngày vào viện:..... Ngày ra viện:.....

Thời gian nằm viện: ngày **hoặc** giờ

Kết quả điều trị:

- 1 Hồi phục nhanh, hoàn toàn ☐ 2 Hồi phục chậm, hoàn toàn ☐
- 3 Di chứng ☐ 4 Nặng Xin về ☐ 5 Ổn định xin rv ☐ 6 Tử vong ☐
- 7 Chuyển tuyến ☐

DANH SÁCH BỆNH NHÂN

ST T	Mã khám chữa bệnh	Họ và tên	Tuổi	Chẩn đoán	Ngày vào vệ	Ngày ra viện
1	1900016320	Sinh Thị V	41	Ngộ độc rượu	01/7/2019	02/7/2019
2	1900017734	Già Thị M	32	Ngộ độc thuốc trừ sâu	14/7/2019	15/7/2019
3	1900017704	Hồ Thị P	14	Ngộ độc thuốc trừ sâu	13/7/2019	16/7/2019
4	1900017366	Thò Mí S	21	Ngộ độc lá ngón	10/7/2019	12/7/2019
5	1900017738	Lầu Thị P	15	Ngộ độc thuốc diệt cỏ	14/7/2019	15/7/2019
6	1900016950	Vằn Thị M	37	Ngộ độc lá ngón	08/7/2019	04/7/2019
7	1900017527	Giàng Thị S	8	Ngộ độc rượu	11/7/2019	11/7/2019
8	1900017716	Thò Chúng N	45	Ngộ độc thuốc diệt cỏ	13/7/2019	16/7/2019
9	1900017248	Hạ Mí P	20	Ngộ độc lá ngón	09/7/2019	09/7/2019
10	1900016729	Mua Mí L	27	Ngộ độc thuốc trừ sâu	04/7/2019	06/7/2019
11	1900016885	Mua Mí C	3	Ong đốt	06/7/2019	07/7/2019
12	1900016155	Và Cá D	40	Ngộ độc rượu	01/7/2019	03/7/2019
13	1900017200	Giàng Chá V	32	Ngộ độc lá ngón	09/7/2019	10/7/2019
14	1900017686	Giàng Mí S	27	Ngộ độc thuốc trừ sâu	12/7/2019	14/7/2019
15	1900019118	Chảo Mí L	11	Ngộ độc thuốc trừ sâu	21/7/2019	20/7/2019
16	1900019136	Giàng Thị P	31	Ngộ độc thuốc trừ sâu	22/7/2019	21/7/2019
17	1900019584	Sùng Thị I	12	Ong đốt	24/7/2019	26/7/2019

18	1900020164	Giàng Mí S	20	Ngộ độc thuốc trừ sâu	29/7/2019	30/7/2019
19	1900018634	Sùng Thị C	28	Ngộ độc thuốc diệt cỏ	17/7/2019	17/7/2019
20	1900018637	Phàn Tông S	14	Ngộ độc rượu	17/7/2019	18/7/2019
21	1900018987	Sùng Thị M	27	Ngộ độc thuốc diệt chuột	19/7/2019	21/7/2019
22	1900020624	Sùng Thị M	36	Ngộ độc lá ngón	01/8/2019	3/8/2019
23	1900020506	Thò Thị L	22	Ngộ độc lá ngón	01/8/2019	02/8/2019
24	1900018347	Hạ Thị S	61	Rắn cắn	16/7/2019	20/7/2019
25	1900021342	Già Thị M	20	Ngộ độc rượu	07/8/2019	08/8/2019
26	1900021565	Vừ Thị C	27	Ngộ độc lá ngón	08/8/2019	09/8/2019
27	1900021555	Lầu Mí X	14	Ong đốt	08/8/2019	11/8/2019
28	1900021336	Lò Thị M	44	Rắn cắn	07/8/2019	10/8/2019
29	1900021556	Lầu Mí N	12	Ong đốt	08/8/2019	10/8/2019
30	1900021745	Tráng Tà T	11	Ngộ độc lá ngón	10/8/2019	11/8/2019
31	1900021767	Giàng Mí S	43	Ngộ độc rượu	10/8/2019	10/8/2019
32	1900021758	Và Sáu C	30	Rắn cắn	10/8/2019	12/8/2019
33	1900021723	Già Mí P	0	Dầu hỏa	09/8/2019	09/8/2019
34	1900021995	Vừ Mí P	35	Ngộ độc rượu	11/8/2019	13/8/2019
35	1900022008	Vừ Thị D	18	Ngộ độc lá ngón	10/8/2019	10/8/2019
36	1900022147	Vừ Thị C	20	Ngộ độc lá ngón	12/8/2019	12/8/2019
37	1900021117	Vàng Mí T	37	Rắn cắn	14/8/2019	17/8/2019
38	1900020800	Giàng Thị M	10	Ngộ độc lá ngón	15/8/2019	16/8/2019
39	1900020798	Giàng Thị L	14	Ngộ độc lá ngón	17/8/2019	18/8/2019
40	1900020902	Thò Thị D	19	Ngộ độc lá ngón	22/8/2019	23/8/2019
41	1900034109	Già Mí S	26	Ngộ độc thuốc trừ	21/8/2019	23/8/2019

				sâu		
42	1900033502	Thò Thị D	46	Ngộ độc rượu	23/8/2019	24/8/2019
43	1900033532	Sùng Mí S	36	Ngộ độc rượu	29/8/2019	30/8/2019
44	1900032588	Thào Thị D	31	Ngộ độc rượu	03/9//2019	04/9//2019
45	1900032658	Thò Thị S	51	Ngộ độc thuốc trừ sâu	09/9/2019	11/9/2019
46	1900032735	Lầu Thị M	38	Ngộ độc thuốc trừ sâu	09/9/2019	09/9/2019
47	1900032553	Vàng Thị P	43	Ngộ độc lá ngón	15/9/2019	16/9/2019
48	1900031994	Sùng Thị S	33	Ngộ độc thuốc trừ sâu	13/9/2019	5/9/2019
49	1900031617	Lờ Mí L	20	Ngộ độc thuốc trừ sâu	16/9/2019	17/9/2019
50	1900031624	Phàn Thị C	35	Ngộ độc lá ngón	20/9/2019	21/9/2019
51	1900026916	Giàng Mí P	38	Ngộ độc rượu	23/9/2019	24/9/2019
52	1900027102	Vừ Thị D	30	Ngộ độc thuốc trừ sâu	24/9/2019	26/9/2019
53	1900027680	Vừ Chá S	45	Ngộ độc rượu	24/9/2019	25/9/2019
54	1900027297	Vừ Thị L	31	Ngộ độc thuốc trừ sâu	22/9/2019	24/9/2019
55	1900027677	Vàng Mí C	29	Ngộ độc rượu	27/9/2019	28/9/2019
56	1900028606	Già Thị M	16	Ngộ độc lá ngón	30/9/2019	32/9/2019
57	1900028370	Ly Mí P	47	Ngộ độc lá ngón	01/10/2019	02/10/2019
58	1900026360	Sùng Mí H	5	Ngộ độc quả rừng	06/10/2019	08/10/2019
59	1900026333	Lầu Xía C	49	Rắn cắn	16/10/2019	19/10/2019
60	1900026361	Sùng Thị H	7	Ngộ độc quả rừng	19/10/2019	20/10/2019
61	1900025921	Già Mí M	29	Ngộ độc rượu	29/10/2019	30/10/2019
62	1900025919	Nguyễn Duy	35	Ong đốt	27/10/2019	29/10/2019

		H				
63	1900026296	Phàn Thị H	22	Ong đốt	18/10/2019	20/10/2019
64	1900024497	Vừ Thị M	12	Ngộ độc quả rừng	23/10/2019	25/10/2019
65	1900024259	Lý Thị T	33	Ngộ độc rượu	19/10/2019	20/10/2019
66	1900024303	Giàng Mí L	44	Ngộ độc rượu	30/10/2019	31/10/2019
67	1900024527	Sùng Chá D	38	Ngộ độc thuốc trừ sâu	03/11/2019	05/11/2019
68	1900024498	Vừ Thị M	12	Ngộ độc quả rừng	04/11/2019	05/11/2019
69	1900025126	Lầu Chá C	61	Ngộ độc rượu	06/11/2019	07/11/2019
70	1900024788	Lê Quý T	1	Ngộ độc xăng, dầu	08/11/2019	09/11/2019
71	1900024792	Vừ Mí T	18	Ong đốt	09/11/2019	11/11/2019
72	1900024117	Sùng Mí T	19	Ong đốt	12/11/2019	14/11/2019
73	1900025544	Nguyễn Minh H	2	Côn trùng đốt	14/11/2019	15/11/2019
74	1900025561	Sùng Mí P	29	Rắn cắn	15/11/2019	18/11/2019
75	1900023614	Pao Thị T	41	Rắn cắn	17/11/2019	20/11/2019
76	1900023383	Giàng Mí N	30	Ong đốt	16/11/2019	18/11/2019
77	1900023265	Vừ Thị S	25	Rắn cắn	19/11/2019	23/11/2019
78	1900022629	Phàn Mây Q	17	Ong đốt	17/11/2019	19/11/2019
79	1900022647	Giàng Mí N	25	Ngộ độc lá ngón	21/11/2019	22/11/2019
80	1900022628	Phàn Văn S	10	Ong đốt	22/11/2019	24/11/2019
81	1900022837	Vừ Thị M	14	Ong đốt	19/11/2019	21/11/2019
82	1900022848	Lầu Mí T	20	Ngộ độc thuốc trừ sâu	20/11/2019	22/11/2019
83	1900022976	Vàng Thị D	26	Ngộ độc lá ngón	18/11/2019	19/11/2019
84	1900022648	Sùng Mí N	24	Ngộ độc lá ngón	21/11/2019	22/11/2019
85	1900022646	Sùng Mí S	25	Ngộ độc thuốc trừ	24/11/2019	25/11/2019

				sâu		
86	1900022289	Và Thị L	13	Ong đốt	25/11/2019	27/11/2019
87	1900022243	Thào Thị M	27	Ngộ độc thuốc trừ sâu	24/11/2019	26/11/2019
88	1900022713	Ly Thị S	19	Ngộ độc thuốc trừ sâu	15/11/2019	17/11/2019
89	1900022313	Ly Thị S	22	Rắn cắn	26/11/2019	29/11/2019
90	1900022316	Lò Mí D	39	Ngộ độc rượu	28/11/2019	29/11/2019
91	1900022564	Vừ Thị D	26	Ngộ độc lá ngón	27/11/2019	28/11/2019
92	1900022290	Già Thị M	32	Ong đốt	29/11/2019	01/12/2019
93	1900023200	Lầu Mí L	34	Ong đốt	27/11/2019	29/11/2019
94	1900022291	Hồ Thị K	49	Ong đốt	01/12/2019	03/12/2019
95	1900029363	Tráng Tà Đ	29	Ong đốt	03/12/2019	05/12/2019
96	1900029364	Vàng Mí S	14	Ngộ độc rượu	02/12/2019	03/12/2019
97	1900029320	Vừ Thị S	40	Ngộ độc thuốc trừ sâu	05/12/2019	07/12/2019
98	1900029472	Lầu Mí M	40	Ngộ độc lá ngón	07/12/2019	08/12/2019
99	1900028820	Chứ Mí L	18	Ngộ độc thuốc trừ sâu	06/12/2019	08/12/2019
100	1900029485	Sùng Thị C	4	Ngộ độc lá ngón	05/12/2019	06/12/2019
101	1900030349	Già Thị C	16	Ngộ độc rượu	08/12/2019	09/12/2019
102	1900037266	Sùng Thị V	21	Ngộ độc rượu	08/12/2019	09/12/2019
103	1900036597	Mua Thị C	14	Ngộ độc lá ngón	09/12/2019	09/12/2019
104	1900037891	Hồ Sính H	51	Ngộ độc thuốc trừ sâu	11/12/2019	13/12/2019
105	1900035741	Chá Mí T	23	Ngộ độc lá ngón	09/12/2019	10/12/2019
106	1900036203	Giàng Mí P	33	Ngộ độc rượu	10/12/2019	11/12/2019
107	1900035492	Phan Văn T	45	Ngộ độc rượu	11/12/2019	11/12/2019

108	1900035524	Sùng Thị D	33	Ngộ độc thuốc trừ sâu	08/12/2019	10/12/2019
109	1900035720	Thò Mí H	10	Ngộ độc lá ngón	12/12/2019	13/12/2019
110	1900035028	Vừ Thị X	24	Ngộ độc lá ngón	14/12/2019	15/12/2019
111	1900035238	Sùng Chá P	54	Ngộ độc rượu	12/12/2019	13/12/2019
112	1900036044	Mè Thị M	49	Ong đốt	13/12/2019	16/12/2019
113	1900034500	Ly Chá S	55	Ngộ độc thuốc trừ sâu	15/12/2019	17/12/2019
114	1900034514	Sùng Mí P	27	Ngộ độc lá ngón	17/12/2019	18/12/2019
115	1900039742	Ly Thị S	29	Ngộ độc rượu	15/12/2019	16/12/2019
116	1900039747	Thò Thị M	30	Ngộ độc thuốc trừ sâu	16/12/2019	18/12/2019
117	1900039558	Vừ Mí L	17	Ngộ độc lá ngón	17/12/2019	18/12/2019
118	1900038690	Mua Mí S	35	Ngộ độc rượu	19/12/2019	20/12/2019
119	1900039508	Thò Thị S	27	Ngộ độc thuốc trừ sâu	20/12/2019	22/12/2019
120	1900039277	Giàng Mí T	52	Ngộ độc thuốc trừ sâu	21/12/2019	23/12/2019
121	1900037975	Lầu Mí G	54	Ngộ độc rượu	22/12/2019	23/12/2019
122	1900038421	Lâm Trúc T	39	Ngộ độc rượu	21/12/2019	22/12/2019
123	1900038621	Vừ Mí T	22	Ngộ độc lá ngón	24/12/2019	25/12/2019
124	1900038247	Sùng Thị S	47	Ngộ độc thuốc trừ sâu	23/12/2019	25/12/2019
125	1900038093	Và Mí C	11	Ong đốt	25/12/2019	27/12/2019
126	1900038015	Sùng Mí H	23	Ngộ độc lá ngón	27/12/2019	28/12/2019
127	1900040568	Thào Xì C	38	Ngộ độc rượu	25/12/2019	26/12/2019
128	1900040359	Thào Mí S	34	Ngộ độc rượu	28/12/2019	29/12/2019
129	1900040341	Thò Thị M	38	Ngộ độc thuốc trừ	30/12/2019	01/01/2020

				sâu		
130	1900040729	Thò Thị C	28	Ngộ độc lá ngón	02/1/2020	03/1/2020
131	1900041135	Vừ Thị M	20	Ngộ độc lá ngón	05/1/2020	06/1/2020
132	1900040745	Giàng Mí S	37	Ngộ độc thuốc trừ sâu	04/1/2020	07/1/2020
133	1900041140	Và Thị M	20	Ngộ độc lá ngón	08/1/2020	09/1/2020
134	1900040744	Mua Thị V	27	Ngộ độc lá ngón	13/1/2020	14/1/2020
135	1900040561	Sùng Sĩa G	44	Ngộ độc rượu	15/1/2020	16/1/2020
136	1900041389	Vừ Thị C	33	Ngộ độc lá ngón	12/1/2020	13/1/2020
137	1900040204	Già Thị L	32	Ngộ độc thuốc trừ sâu	19/1/2020	22/1/2020
138	1900040202	Phàn Lão S	18	Ngộ độc thuốc trừ sâu	20/1/2020	22/1/2020
139	1900039969	Lầu Thị C	34	Ngộ độc thuốc trừ sâu	24/1/2020	26/1/2020

Mèo Vạc, ngày tháng năm 2020

**XÁC NHẬN CỦA PHÒNG
KẾ HOẠCH TỔNG HỢP**

LÃNH ĐẠO BỆNH VIỆN