

ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT SÂU RẦY

BV.NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

1. PHÂN NHÓM NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT SÂU RẦY:

1.1. PHOSPHO hữu cơ và CARBAMATE:

Hấp thu qua hệ tiêu hóa, qua da, kết mạc và qua đường hô hấp.

1.1.1. Lâm sàng

Triệu chứng của ngộ độc phospho hữu cơ có thể xuất hiện trong vòng 30 phút, nhưng có thể chậm hơn, đặc biệt là ngộ độc qua da.

Triệu chứng muscarinic: Tiêu tiểu không tự chủ, co đồng tử, nhịp chậm, co thắt phế quản, nôn ói, chảy nước mắt, tăng tiết nước bọt. Co đồng tử là triệu chứng thực thể thường gặp, còn nhịp chậm gặp điển hình trong diễn tiến ngộ độc.

Triệu chứng nicotinic: yếu và rung giật cơ, nhịp nhanh, vọp bẻ, tăng huyết áp. Ngoài ra, đổ mồ hôi và đặc biệt là giãn đồng tử tuy rất ít gặp nhưng vẫn có thể thấy.

Triệu chứng thần kinh trung ương: lo lắng, bứt rứt, ngủ gà, lú lẫn, hôn mê, co giật (hiếm gặp), ức chế trung tâm hô hấp và tim mạch. Carbamate gây ít độc tính trên hệ thần kinh trung ương hơn do khả năng xâm nhập vào hệ thần kinh trung ương kém hơn.

1.1.2. Cận lâm sàng: Định lượng men cholinesterase

Nồng độ cholinesterase huyết tương giảm trong ngộ độc phospho hữu cơ. Cũng giảm ở bệnh nhân có bệnh gan, suy dinh dưỡng hay mang thai.

Nồng độ cholinesterase thường giảm dưới 50% trước khi thấy triệu chứng.

1.1.3. Chẩn đoán

Bệnh sử có tiếp xúc với thuốc trừ sâu. Hơi thở mùi thuốc rầy.

Triệu chứng muscarinic, nicotinic và thần kinh trung ương.

Giảm nồng độ cholinesterase huyết tương

Đáp ứng với điều trị atropin và pralidoxime.

1.1.4. Diễn tiến lâm sàng

Thời gian kéo dài triệu chứng tùy thuộc vào độ nặng của nhiễm độc, loại hợp chất phospho hữu cơ hay carbamate cũng như tùy thuộc vào điều trị.

Ngưng thở vì yếu cơ hô hấp, vì ức chế hệ thần kinh trung ương, và do tăng tiết phế quản. Co thắt phế quản là một yếu tố làm nặng thêm.

1.1.5. Phân độ

Mức độ nặng	Lâm sàng (hội chứng)	Men cholinesterase
Nhẹ	Muscarinic	50-20%
Vừa	Muscarinic + Nicotinic	10-20%
Nặng	Muscarinic + Nicotinic + Thần kinh Trung Ương	<10%

1.2. PYRETHRUM, PYRETHRINS, PYRETHROIDS:

Hấp thu tốt qua đường tiêu hóa, hấp thu ít qua da.

Liều tử vong ở người được ước đoán từ 1-2 g/kg cân nặng

1.2.1. Lâm sàng

- Da: hồng ban, bóng nước và dị cảm nhẹ
- Hô hấp: Kích thích đường hô hấp trên (viêm mũi, kích thích họng, phù niêm miệng và thanh quản) và phản ứng đường hô hấp dưới (ho, khò khè, khó thở, đau ngực)
- Tiêu hóa: Buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy, và đau quặn bụng
- Thần kinh: Kích động, run, mất đồng vận, liệt hoặc co giật có thể xảy ra khi uống lượng lớn.

1.2.2. Cận lâm sàng

Do không tương tác với acetylcholinesterase, nồng độ cholinesterase vẫn bình thường.

1.3. CHLOR hữu cơ:

Hấp thu tốt qua đường uống và hô hấp, kém hấp thu qua da.

1.3.1. Lâm sàng

- Thần kinh: Kích thích hệ thần kinh trung ương với run, kích động, đau đầu, mất định hướng, co giật và/hoặc hôn mê
- Hô hấp: Ho, khò khè, rale hoặc xanh tím có thể gặp nếu hít phải hydrocarbon. Suy hô hấp hoặc ngưng thở sau co giật có thể xảy ra.
- Tiêu hóa: Buồn nôn, nôn ói và tiêu chảy

1.3.2. Diễn tiến

Các triệu chứng bắt đầu trong vòng 30 phút đến 6 giờ sau uống.

Co giật kèm suy hô hấp là biểu hiện đe dọa tính mạng quan trọng nhất trong ngộ độc chlor hữu cơ, thường tự giới hạn nhưng cũng có thể tái diễn. Hôn mê có thể xảy ra.

Hít phải các sản phẩm chưng cất dầu thô có thể gây ra viêm phổi hydrocarbon.

2. ĐIỀU TRỊ:

2.1. Điều trị ngộ độc nhóm PHOSPHO

2.1.1. Loại chất độc ra khỏi cơ thể:

a. Rửa dạ dày:

Nếu bệnh nhân mê sâu, đặt nội khí quản có cuff để bảo vệ đường thở trước.

Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái, giúp ngăn cản các chất trong dạ dày bị đẩy xuống tá tràng trong quá trình rửa.

Đặt sonde dạ dày cỡ lớn (36-40F). Cho 200-300ml nước cất hoặc nước muối ấm vào dạ dày và sau đó tháo dịch ra theo trọng lực hoặc hút chủ động. Rửa nhiều lần cho đến khi nước trong và không mùi. Lưu ý rửa với lượng dịch quá lớn hoặc chỉ dùng nước máy có thể gây rối loạn điện giải hoặc hạ thân nhiệt ở nhũ nhi hoặc trẻ nhỏ.

Tắm gội và thay quần áo nếu ngộ độc qua da. Tắm với nước và xà phòng, kể đến là dùng nước và ethanol. Rửa mắt với nước sạch hoặc nước muối sinh lý khi bị tiếp xúc vào mắt.

b. Than hoạt:

Than hoạt 1g/kg PO hoặc qua sonde dạ dày. Nếu biết chính xác lượng thuốc uống, cho than hoạt liều tối thiểu gấp 10 lần liều độc chất tính theo cân nặng

2.1.2. Chất đối kháng Acetylcholin: ATROPINE

Nồng độ Atropin có thể tăng nhanh nếu Atropin và Pralidoxime được cho cùng lúc ở bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu phospho hữu cơ

Liều lượng: tùy thuộc vào mức độ ngộ độc

- Nhẹ: 0,5-1 mg mỗi 30 phút TM.
- Trung bình: 1-2 mg mỗi 15-30 phút TM.
- Nặng: 2-4 mg mỗi 15 phút TM.

Tiêm TM trực tiếp hoặc truyền tĩnh mạch liên tục bằng Bơm tiêm tự động

Theo dõi: cần theo dõi sát các dấu ngấm Atropine

- Bút rút, kích động, sáng
- Da ứng đỏ, sốt
- Hết xuất tiết, khô miệng, phổi trong
- Đồng tử giãn
- Hết dấu rung giật cơ
- Nhịp tim nhanh trên 100l/phút
- Cầu bàng quang

Chỉnh liều:

- Dùng Atropine liều phù hợp với tình trạng ngộ độc của bệnh nhân cho đến khi có dấu hiệu ngấm no Atropine và tiếp tục duy trì liều này trong 12–24 giờ, sau đó giảm dần liều.
- Có hai cách giảm liều: hoặc giảm nửa liều hoặc kéo dài thời gian giữa hai liều. Nên giảm nửa liều đang điều trị và đánh giá lại mỗi 4–6 giờ để tiếp tục chỉnh liều.
- Tránh để nhịp tim trên 120l/phút, đặc biệt là các bệnh nhân lớn tuổi có bệnh lý tim mạch đi kèm.
- Khi giảm liều Atropin cần theo dõi sát, nếu bệnh nhân nằm yên, mệt, vã mồ hôi, lưỡi ướt, mạch chậm lại, đồng tử co nhỏ hơn nghĩa là liều Atropine không đủ, phải trở lại liều Atropin trước đó ngay.

Ngưng Atropine:

- Đối với những bệnh nhân rất nặng thời gian duy trì Atropine từ 10–12 ngày, đối với các bệnh nhân nặng có thể ngưng Atropine sau 7 ngày nhưng phải theo dõi sát các dấu hiệu tái ngộ độc như dấu tăng tiết, vã mồ hôi, tiêu chảy, suy hô hấp, hôn mê dần...

Test Atropine: thực hiện khi nghi ngờ ngộ độc nhóm phospho hữu cơ.

- Tiêm TM 2mg Atropine, nếu không phải ngộ độc phospho hữu cơ thì sẽ có dấu ngấm no Atropine.

Ngộ độc Atropine: có thể gây chết người.

- Triệu chứng kháng cholinergic như da khô, ấm, ửng đỏ, môi khô, dẫn đồng tử, sáng, nhịp tim nhanh, liệt ruột, bí tiểu. Tăng thân nhiệt, hôn mê, ngưng thở.

2.1.3. Chất đối kháng nhóm OXIME: PRALIDOXIME (PAM)

- Ngộ độc mức độ nhẹ không cần dùng PAM.
- Ngộ độc mức độ trung bình: PAM 0,5-1g pha trong 50-100ml NS hay DW5% TTM trong 30-60 phút. Tiếp theo TTM 3mg/kg/giờ, duy trì tối thiểu 2 ngày.
- Ngộ độc mức độ nặng: PAM 1-2g pha trong 50-100 ml NS hay DW5% TTM trong 30-60 phút. Tiếp theo TTM 6mg/kg/giờ, duy trì tối thiểu 3 ngày, có thể tiếp tục đến 7-10 ngày.

Lưu ý: Phải kết hợp với Atropine, không bao giờ điều trị PAM đơn độc. Khi có thuốc đối kháng phải giảm ½ liều Atropin so với liều định sử dụng.

Truyền tĩnh mạch chậm. Phải có monitor theo dõi

2.1.4. Điều trị phối hợp:

- Khai thông đường thở và hô hấp hỗ trợ, hút đàm nhớt thường xuyên.
- Điều trị co giật khởi đầu bằng nhóm Diazepam, Lorazepam TM. Nếu co giật còn diễn tiến dùng Phenobarbital TM (10-20mg/kg với tốc độ tối thiểu 50mg/phút) hoặc Phenytoin TM (18mg/kg với tốc độ tối thiểu 50mg/phút).
- Bù đủ nước và điện giải

2.1.5. Dinh dưỡng:

Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch trong 3-5 ngày đầu, có thể truyền thêm các dung dịch đạm nếu bệnh nhân không ăn được qua đường miệng hoặc thở máy kéo dài nhưng tránh truyền dung dịch mỡ.

Dùng Atropine liều 0,5 mg/ 6giờ mà không có dấu ngấm no Atropine hay dấu ngộ độc phospho hữu cơ thì cho uống nước đường.

Không ăn dầu mỡ, chất béo, trứng, sữa trong 1 tháng.

2.2. Điều trị ngộ độc nhóm CHLOR hữu cơ:

Hỗ trợ hô hấp, kiểm soát co giật và loại chất độc ra khỏi cơ thể.

- Hỗ trợ hô hấp: đặt NKQ khi có suy hô hấp hoặc khi cần bảo vệ đường thở.
- Co giật: Diazepam hay Lorazepam TM, nếu vẫn còn co giật dùng Phenobarbital TM.

2.3. Điều trị ngộ độc nhóm CARBAMATE

Cũng là nhóm ức chế men nhưng nhóm carbamate tự hủy ở đầu gắn kết với men cholinesterase trong vòng 48 giờ nên tiên lượng tốt hơn và tình trạng ngộ độc lui dần dù có hay không có điều trị.

Điều trị tương tự như điều trị ngộ độc phospho hữu cơ nhưng PAM không được đề nghị dùng

2.4. Ngộ độc nhóm PYRETHRUM, PYRETHRINS, PYRETHROIDS:

Điều trị nâng đỡ dựa trên các dấu hiệu và các triệu chứng lâm sàng.

Không có chỉ định rửa dạ dày trừ khi bệnh nhân uống $\geq 1\text{g/kg}$ pyrethrum hoặc pyrethrines.

Than hoạt 1g/kg

Atropine và Pralidoxime không có hiệu quả

3. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 3.1.** Emergency Toxicology - Peter Viccellio 1998.
- 3.2.** Poisoning and drug overdose – Kent R.Olson 1999.
- 3.3.** Hồi sức cấp cứu nội khoa - Bộ môn nội 2004.