

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Mai Phương, Hoàng Thái Hòa, Trần Trung Kiên, Nguyễn Thị Thu Thủy, Phạm Thị Thúy Vân (2020). Nâng cao hiệu quả chương trình kháng sinh dự phòng thông qua triển khai hoạt động được lâm sàng tại khoa Chấn thương Chính hình, Bệnh viện đa khoa Đức Giang. Nghiên cứu Dược & Thông tin thuốc 2020, tập 11, tr35-40.
2. Nguyễn Minh Phú, Nguyễn Minh Hoàng, Hoàng Thị Thu Hương (2021). Kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 91. Tạp chí Y Dược học Quân sự số 1.
3. Anderson DJ et al. Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection in adults. UpToDate. Accessed on March 25 (2016).
4. Berríos-Torres SI et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. 2017;152(8):784–791.
5. Geroulanos S et al. Cephalosporins in surgical prophylaxis. J Chemother. 2001 Nov;13 Spec No 1(1):23-6.
6. Mu Y et al. Improving risk adjusted measures of surgical site infection for the National Healthcare Safety Network. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2011 Oct;32(10):970-86.
7. Ling ML et al. The burden of healthcare-associated infections in Southeast Asia: a systematic literature review and meta-analysis. Clinical Infectious Diseases. 2015 Jun 1; 60(11):1690-9.
8. Turel MK et al. Survey of Prophylactic use of Antibiotics among Indian Neurosurgeons. Neuro India. 2021 Nov-Dec;69(6):1737-1742.

NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI ÁP LỰC NỘI SỌ VÀ SỰ THAY ĐỔI CỦA ĐƯỜNG KÍNH BAO DÂY THẦN KINH THỊ DƯỚI SIÊU ÂM CỦA CÁC BỆNH NHÂN ĐỘT QUI CẤP

Nguyễn Anh Tuấn¹, Vương Xuân Trung¹

TÓM TẮT

Siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu là một kỹ thuật mới, dễ thực hiện và tỏ ra có hiệu quả cao trong việc theo dõi xu hướng diễn biến của áp lực nội sọ trên những bệnh nhân hồi sức thần kinh tại các khoa hồi sức cấp cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu sự thay đổi của đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu trên 29 bệnh nhân có tăng áp lực nội sọ và có diễn biến tăng hoặc giảm dựa trên số liệu thu thập bằng các biện pháp đo áp lực nội sọ chính xác (xâm lấn). Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối tương quan chặt chẽ giữa áp lực nội sọ và đường kính bao thần kinh thị trên siêu âm với $r = 0.85$ ($p < 0.05$) khi áp lực nội sọ dao động trong khoảng từ 20 - 40mmHg. Khi ALNS ≥ 40 mmHg, không còn mối tương quan này. Mối tương quan giữa ONSD và ALNS chặt chẽ hơn khi ALNS tăng: $r = 0.84$ ($p < 0.05$) so với khi ALNS giảm: $r = 0.39$ ($p = 0.2$). Như vậy đo đường kính bao dây thần kinh thị có thể chẩn đoán nhanh khi áp lực nội sọ tăng, đặc biệt khi áp lực nội sọ từ 20 - 40mmHg có thể dùng ONSD để dự đoán ALNS được. Khi áp lực nội sọ có xu hướng giảm thì đường kính thần kinh thị trên siêu âm cũng đáp ứng nhưng chậm hơn.

Từ khóa: Siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu, tăng lực nội sọ

SUMMARY

¹Bệnh Viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn

Email: bstuanccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

COMMENT ON CHANGE IN INCRANIAL PRESSURE AND OPTIC NERVE SHEATH DIAMETER BY ULTRASOUND IN ACUTE STROKE

The ultrasound of ONSD (optic nerve sheath diameter) is a modern and noninvasive technique to evaluate the trend of intracranial pressure (ICP) in clinical setting. It is more crucial bedside method to apply in severe stroke patient at the emergency department. We setup the study to compare the variation of ONSD in ultrasound with the change of ICP to increase or decrease by invasived method in 29 neuroICU patients at Bachmai hospital to appraise the technique. **Results:** there is a close correlation between two values with $r = 0,85$ ($p < 0,05$) if the ICP number range of 20-40 mmHg. If ICP increased greater than 40 mmHg, we did not find the correlation. The correlation is better with the increase of the ICP ($r=0,84$, $p < 0,05$) than the decrease of it ($r=0,39$, $p=0,2$). **Conclusion:** Ultrasound of ONSD was accurated if ICP number between 20-40 mmHg.

Keywords: Ultrasound of optic nerve sheath diameter, increased intracranial pressure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới nay, trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu cho thấy có mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu và các triệu chứng lâm sàng của tăng áp lực nội sọ, các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ trên chụp cắt lớp vi tính sọ não, chụp cộng hưởng từ sọ não, cũng như tương quan với chỉ số áp lực nội sọ thụ được qua các phương pháp xâm lấn. Các nghiên cứu được thực hiện trên nhiều đối tượng khác nhau và cho nhiều điểm tham chiếu về đường

kính bao dây thần kinh thị để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ khác nhau.

Theo dõi áp lực nội sọ trong hồi sức cấp cứu là kim chỉ nam cho điều trị trên những bệnh nhân hồi sức thần kinh. Các phương pháp theo dõi áp lực nội sọ xâm nhập có ưu điểm là tính chính xác cao nhưng phải tiến hành trong phòng mổ và không phải không có các biến chứng (viêm não thất, chảy máu não...). Ngoài việc theo dõi áp lực nội sọ tại một thời điểm thì xu hướng cũng rất quan trọng, đặc biệt là những bệnh nhân áp lực nội sọ có xu hướng tăng ¹.

Siêu âm đường kính bao dây thần kinh thị sau nhãn cầu là một kỹ thuật mới, dễ thực hiện và tỏ ra có hiệu quả cao trong việc theo dõi xu hướng diễn biến của áp lực nội sọ trên những bệnh nhân hồi sức thần kinh tại các khoa hồi sức cấp cứu. Cần nghiên cứu để trả lời câu hỏi, giá trị của siêu âm ONSD chính xác nhất ở khoảng tham chiếu nào, thay đổi của đường kính bao dây thần kinh thị ra sao nếu áp lực nội sọ tăng hoặc giảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân tai biến mạch não trên 18 tuổi được theo dõi áp lực nội sọ liên tục tại Khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiến hành siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị:

+ Đầu dò siêu âm được đặt ngang lên mi trên, về phía thái dương của mắt

+ Thực hiện động tác quét tìm tìm hướng trông thấy rõ nhãn cầu và cấu trúc giảm âm chạy từ nhãn cầu ra phía sau và vuông góc với nhãn cầu (thần kinh thị) với viên tăng âm xung quanh (bao dây thần kinh thị), chọn góc nhìn thấy được chiều dài thần kinh thị lớn nhất

+ Dừng hình và tiến hành đo

+ Lấy từ viên võng mạc vuông góc ra sau dọc theo thần kinh thị 3mm, đánh dấu là điểm đo đường kính bao dây thần kinh thị.

+ Đo ngang qua điểm đánh dấu, vuông góc với bờ bao dây thần kinh thị và lấy hết viên tăng âm phía ngoài của bao dây thần kinh thị ta được kích thước đường kính bao dây thần kinh thị.

+ Lập lại phép đo 3 lần, lấy trung bình cộng của 3 lần đo làm giá trị đường kính bao dây thần kinh thị để ghi vào bệnh án nghiên cứu, làm lần lượt từng mắt.

Quy trình lấy dữ liệu ALNS. Trong phòng mổ, ngay sau khi đặt được catheter vào trong não thất thì khóa lại không cho dịch não tủy chảy ra, kết nối hệ thống đo và đo ALNS lấy chỉ số

ALNS ở thời điểm T₀, sau đó mới tiến hành dẫn lưu dịch não tủy ra ngoài.

Các thời điểm khác: Điều dưỡng tiến hành lấy các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, spo₂, điểm CGS, khóa chặt ba không cho dịch não tủy dẫn ra ngoài

Đợi khoảng 5 phút khi ALNS trên monitoring ổn định, lấy kết quả ghi vào bệnh án nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố theo tuổi của mẫu nghiên cứu:

Tuổi	n	%
≤ 40	4	13.8
40-60	12	41.4
>60	13	44.8
Tổng	29	100

Nhận xét: + Đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung và cao tuổi, trong đó gần một nửa là trên 60 tuổi.

+ Tuổi trung bình là 56.03 ± 13.74; Trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 26, lớn nhất là 78 tuổi

Bảng 3.2: Mức độ ý thức khi đặt catheter theo dõi ICP.

Glasgow	n	%
≤ 8	20	69
8 - 12	9	31
≥ 13	0	0

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu được đặt catheter theo dõi áp lực nội sọ khi hôn mê. Trong đó, số bệnh nhân có điểm Glasgow lúc đặt catheter dưới 8 điểm chiếm đa số

Bảng 3.3: So sánh đường kính bao dây thần kinh thị của nhóm tăng áp lực nội sọ và nhóm người khỏe mạnh.

	n	ONSD (mm)
Nhóm TALNS	35	6.05 ± 0.31
Nhóm người khỏe mạnh	61	5.1 ± 0.35
p		0.000

Nhận xét: + Trong một nghiên cứu được thực hiện trên 61 người khỏe mạnh tại khoa Cấp cứu, chúng tôi có được ONSD là: 5.1 ± 0.35mm, giá trị này nhỏ hơn giá trị ONSD của nhóm có ALNS ≥ 20mmHg (6.05 ± 0.31mm) có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

+ Khi so sánh ONSD của nhóm có ALNS ≥ 20 với giá trị cận trên 5.7 mm của nghiên cứu trên người khỏe mạnh, ta thấy ONSD của nhóm này lớn hơn 5.7 mm có ý nghĩa thống kê với p < 0.05

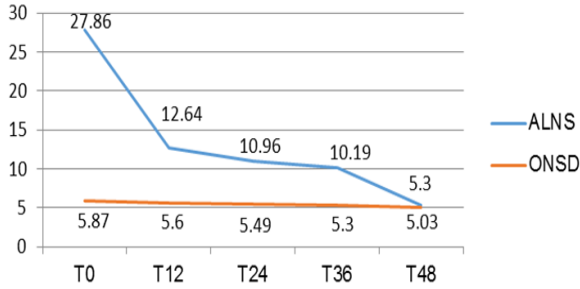
Bảng 3.4: Mối tương quan giữa ONSD và ALNS ở các mức tăng ALNS.

ALNS	20 – 40 mmHg	≥ 40 mmHg
n	23	5

ONSD (mm)	5.97 ± 0.29	6.3 ± 0.29
p	0.000	0.227
r	0.85	- 0.66

Nhận xét: + Khi áp lực nội sọ tăng từ 20 tới 40mmHg, có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa ONSD và ALNS với $r = 0,85$ ($p < 0,05$).

+ Khi áp lực nội sọ tăng trên 40mmHg, không có mối tương quan giữa ONSD và ALNS. Tuy nhiên nhóm này có ONSD lớn hơn nhóm có ALNS < 40mmHg.

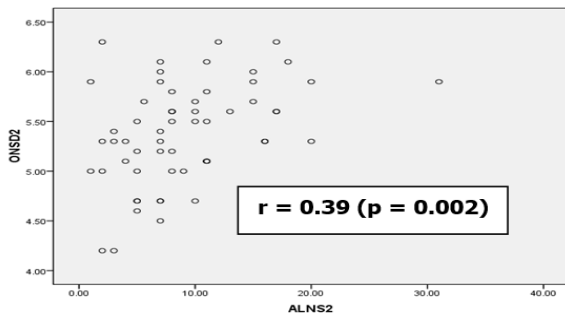


Biểu đồ 3.1: Diễn biến của ONSD khi ALNS có xu hướng giảm

(ALNS: mmHg; ONSD: mm)

Nhận xét: + Trong 29 bệnh nhân nghiên cứu, có 23 bệnh nhân có áp lực nội sọ có xu hướng giảm. Áp lực nội sọ có xu hướng giảm nhanh trong 12 giờ đầu sau khi đặt catheter đo ICP từ 27.86mmHg xuống 12.64mmHg, sau đó giảm từ từ: 12.64 mmHg => 10.96 mmHg => 10.19 mmHg => 5.3 mmHg.

+ Đường kính bao dây thần kinh thị lại có xu hướng giảm từ từ và chậm trễ hơn so với áp lực nội sọ: 5.87mm => 5.6 mm => 5.49 mm => 5.3 mm => 5.03 mm.

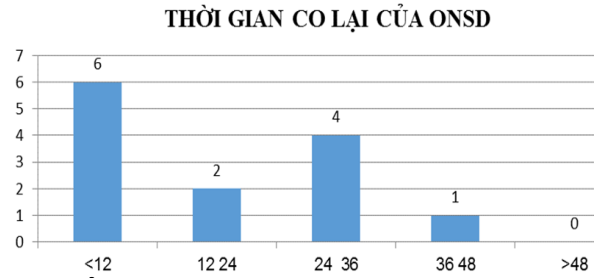


Biểu đồ 3.2: Mối tương quan giữa ONSD và ALNS khi ALNS giảm

(ALNS2: mmHg; ONSD2: mm)

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến nhưng yếu giữa đường kính bao dây thần kinh thị và áp lực nội sọ khi áp lực nội sọ có xu hướng giảm với $r = 0.39$ ($p = 0.002$).

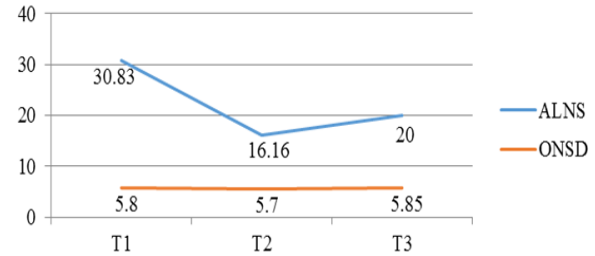
Thời gian co về giới hạn bình thường của bao dây thần kinh thị:



Biểu đồ 3.3: Thời gian co lại của đường kính bao dây thần kinh thị

Nhận xét: Thời gian co về giá trị bình thường của đường kính bao dây thần kinh thị sau khi áp lực nội sọ đã về giới hạn bình thường giao động nhiều trong 48 giờ.

Diễn biến của đường kính bao dây thần kinh thị khi áp lực nội sọ có xu hướng tăng:



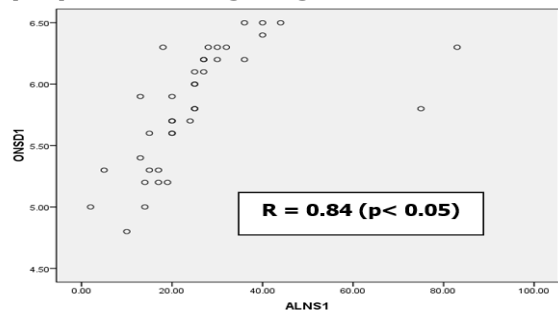
Biểu đồ 3.4: Diễn biến của ONSD khi ALNS có xu hướng tăng

(ALNS: mmHg; ONSD: mm)

Nhận xét: + Có 6 bệnh nhân có diễn biến áp lực nội sọ có thời gian tăng trở lại sau khi giảm: từ 16.16mmHg tới 20mmHg.

+ Khi áp lực nội sọ tăng trở lại sau khi giảm thì đường kính bao dây thần kinh thị cũng tăng lên tương ứng: từ 5.7mm tới 5.85mm.

Mối tương quan giữa đường kính bao dây thần kinh thị và áp lực nội sọ khi áp lực nội sọ có xu hướng tăng:



Biểu đồ 3.5: Mối tương quan giữa ONSD và ALNS khi ALNS tăng

Nhận xét: Có mối tương quan đồng biến chặt chẽ giữa đường kính bao dây thần kinh thị và áp lực nội sọ khi áp lực nội sọ tăng với $r = 0.84$ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Thời điểm đặt catheter để đo áp lực nội sọ xâm lấn thì tất cả các bệnh nhân đều có điểm GCS dưới 12 điểm, trong đó phần lớn bệnh nhân có điểm GCS dưới 8 điểm (68.9%). Như vậy, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tổn thương não nặng và rất nặng.

Tương tự trong nghiên cứu của Moretti (2009) và Geeraerts (2008), ngoài các bệnh nhân Xuất huyết não, Xuất huyết dưới nhện còn cả những bệnh nhân Chấn thương sọ não và tất cả những bệnh nhân trong nghiên cứu của họ đều có điểm GCS lúc nhập viện nhỏ hơn 8 điểm^{2,3}.

Chúng tôi so sánh đường kính bao dây thần kinh thị trong mẫu nghiên cứu với đường kính bao dây thần kinh thị trên người khỏe mạnh. Kết quả phân tích cho thấy đường kính bao dây thần kinh thị của nhóm có ALNS ≥ 20 ($n = 35$, $6.05 \pm 0.31\text{mm}$) lớn hơn nhóm người khỏe mạnh với $p < 0.05$, trong khi đó nhóm có ALNS < 20 có giá trị đường kính bao dây thần kinh thị nằm trong khoảng giới hạn bình thường ($n = 98$, $5.36 \pm 0.48\text{mm}$). Như vậy là sự giãn ra của đường kính bao dây thần kinh thị liên quan trực tiếp đến tăng áp lực nội sọ hơn là bản chất bệnh gây nên tăng áp lực nội sọ.

Diễn biến của đường kính bao dây thần kinh thị khi áp lực nội sọ có xu hướng giảm: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 bệnh nhân có áp lực nội sọ diễn biến theo chiều hướng giảm dần trong quá trình theo dõi. Chúng tôi thấy áp lực nội sọ giảm nhanh trong 12 giờ đầu (Từ 27.86mmHg xuống 12.64mmHg) sau khi đặt catheter vào trong não thất theo dõi áp lực nội sọ và dẫn lưu não thất ra ngoài, sau đó áp lực nội sọ giảm từ từ cho tới khi ổn định ở giá trị thấp. Cùng với diễn biến áp lực nội sọ như vậy thì đường kính bao dây thần kinh thị cũng có xu hướng giảm dần. Tuy nhiên không giống như diễn biến của áp lực nội sọ giảm nhanh và về giá trị bình thường trong 12h đầu, thì đường kính bao dây thần kinh thị giảm một cách từ từ và trở về giới hạn bình thường muộn hơn. Như vậy diễn biến của đường kính bao dây thần kinh thị có pha trễ hơn so với diễn biến của áp lực nội sọ. Cụ thể khi dùng tương quan Spearman để đánh giá mối tương quan giữa áp lực nội sọ và đường kính bao dây thần kinh thị những lúc áp lực nội sọ có xu hướng giảm, chúng tôi thấy có mối tương quan yếu giữa áp lực nội sọ và đường kính bao dây thần kinh thị với $r = 0.39$ ($p = 0.2$).

Quay lại với nghiên cứu trên những bao dây thần kinh thị tách khỏi tử thi mới của Hansen và Cộng sự⁴, ông thực hiện tăng dần áp lực khoang

dưới nhện quanh dây thần kinh thị theo mức và sau mỗi mức thì giảm áp lực về 0mmHg. Nghiên cứu của ông cho thấy khi áp lực tăng tới dưới 35mmHg thì sau khi giảm áp lực về 0 mmHg, bao dây thần kinh thị co lại được về kích thước ban đầu. Khi tăng áp lực lên tới 45mmHg thì sau khi giảm áp lực về 0mmHg đường kính bao dây thần kinh thị không co được về kích thước ban đầu với sự chênh lệch tới 0.34 mm. Khi áp lực tăng lên tới 55mmHg thì sau khi giảm áp lực về 0mmHg bao dây thần kinh hoàn toàn không co lại được nữa. Như vậy, mặc dù không nói về vấn đề co lại theo thời gian, nhưng nghiên cứu của Hansen và Cộng sự cho chúng ta thấy rằng có sự biến tính gây giảm hoặc mất hoàn toàn khả năng co lại của bao dây thần kinh thị khi áp lực trong khoang dưới nhện quanh dây thần kinh thị tăng lên tới một giới hạn nhất định. Hiện tượng này phần nào giải thích cho sự chậm trễ co về của bao dây thần kinh thị khi áp lực nội sọ giảm.

Như vậy chúng ta sẽ gặp những tình huống khi mà áp lực nội sọ đã giảm về bình thường rồi mà đường kính bao dây thần kinh thị vẫn giãn. Vì vậy khi dùng siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị để chẩn đoán tăng áp lực nội sọ sẽ bị dương tính giả. Đây cũng chính là một trong những hạn chế khi sử dụng siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị trong việc chẩn đoán và theo dõi áp lực nội sọ.

Mối tương quan giữa áp lực nội sọ và đường kính bao dây thần kinh thị khi áp lực nội sọ có xu hướng tăng: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân có diễn biến áp lực nội sọ theo xu hướng giảm trong giai đoạn đầu sau đó tăng lại. Theo dõi diễn biến của đường kính bao dây thần kinh thị trên những bệnh nhân này chúng tôi thấy khi áp lực nội sọ tăng trở lại thì đường kính bao dây thần kinh thị cũng tăng lên theo mà không có pha trễ như khi áp lực nội sọ giảm. Dùng tương quan Spearman đánh giá mối tương quan giữa áp lực nội sọ và đường kính bao dây thần kinh thị chúng tôi thấy có mối tương quan đồng biến chặt chẽ ở những thời điểm áp lực nội sọ có xu hướng tăng với $r = 0.84$ ($p < 0.05$). Như vậy rõ ràng rằng siêu âm đo đường kính bao dây thần kinh thị mặc dù không phải là công cụ tốt để theo dõi áp lực nội sọ khi áp lực nội sọ có xu hướng giảm nhưng lại là một công cụ nhạy trong phát hiện tăng áp lực nội sọ. Trong nghiên cứu của chúng tôi áp lực nội sọ lớn nhất là 83mmHg tương ứng với đường kính bao dây thần kinh thị là 6.3mm, trong khi đường kính bao dây thần kinh thị lớn nhất là 6.5 mm tương ứng với áp lực nội sọ là 44 mmHg.

V. KẾT LUẬN

+ Có mối tương quan chặt chẽ giữa ALNS và ONSD với $r = 0.85$ ($p < 0.05$) khi ALNS từ 20 - 40mmHg. Khi ALNS ≥ 40 mmHg, không còn mối tương quan giữa ALNS và ONSD

+ Có sự chậm trễ trong việc cơ về của đường kính bao dây thần kinh thị khi ALNS giảm.

+ Mối tương quan giữa ONSD và ALNS chặt chẽ hơn khi ALNS tăng: $r = 0.84$ ($p < 0.05$) so với khi ALNS giảm: $r = 0.39$ ($p = 0.002$).

+ Thời gian cơ về giới hạn bình thường của ONSD sau khi ALNS đã về bình thường giao động trong 48 giờ

Đo đường kính bao dây thần kinh thị có thể chẩn đoán nhanh khi áp lực nội sọ tăng, đặc biệt khi áp lực nội sọ từ 20 – 40mmHg có thể dùng ONSD để dự đoán ALNS được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bellner J, Romner B và Reinstrup P** (2004). Transcranial Doppler sonography pulsatility index (PI) reflects intracranial pressure. Surg Neurol, 62, 45-51.
2. **Bellner J, Romner B và Reinstrup P** (2004). Transcranial Doppler sonography pulsatility index (PI) reflects intracranial pressure. Surg Neurol, 62, 45-51.
3. **Thomas Geeraerts, Yoann Launey, Laurent Martin và cộng sự** (2007). Ultrasonography of the optic nerve sheath may be useful for detecting raised intracranial pressure after severe brain injury. Intensive Care Med, (33), 1704–1711.
4. **Hansen H và Helmke K** (1996). The subarachnoid space surrounding the optic nerves: An ultrasound study of the optic nerve sheath. Surg Radiol Anat, 6, 34-37.
5. **Thomas Geeraerts, Yoann Launey, Laurent Martin và cộng sự** (2007). Ultrasonography of the optic nerve sheath may be useful for detecting raised intracranial pressure after severe brain injury. Intensive Care Med, (33), 1704–1711.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP THUỐC DIQUAT TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lương Quốc Chính^{1,2,3}, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngộ độc thuốc diệt cỏ Diquat là mặt bệnh ngộ độc mới nổi trong khoảng thời gian vài năm trở lại đây, với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phức tạp, tổn thương nặng nề biểu hiện trên đa cơ quan dẫn đến kết cục tử vong nhanh chóng cho người bệnh. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc cấp thuốc diệt cỏ Diquat tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 68 bệnh nhân ngộ độc Diquat điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ tử vong do ngộ độc Diquat cao, chiếm 64,7%. Trong các biện pháp hạn chế hấp thu và tăng thải trừ, lọc máu hấp phụ là biện pháp duy nhất làm giảm tỷ lệ tử vong, mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,125$). **Kết luận:** Ngộ độc thuốc trừ cỏ Diquat có tỷ lệ tử vong cao. Biện pháp lọc hấp phụ làm giảm tỷ lệ tử vong, cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả.

Từ khóa: Ngộ độc Diquat, lọc máu hấp phụ.

SUMMARY

THE RESULTING TREATMENT OF DIQUAT POISON PATIENTS AT THE POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Background: Diquat herbicide poisoning is an emerging poisoning disease in the past few years, with complicated clinical and subclinical characteristics, severe lesions manifesting on multiple organs leading to resulting in rapid death for the patient. **Objective:** To evaluate the treatment results of patients with acute poisoning of the herbicide Diquat at the Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** 68 Diquat poisoning patients treated at Bach Mai Hospital Poison Control Center from January 2021 to August 2022. **Research results:** The mortality rate due to Diquat poisoning is high, accounting for 64.7%. Among the measures of restriction of absorption and increased elimination, adsorbent dialysis was the only measure to reduce mortality, although there was no statistically significant difference ($p=0.125$). **Conclusion:** Diquat herbicide poisoning has a high mortality rate. Adsorption filtration reduces mortality, more studies with larger sample sizes are needed to confirm the results.

Keywords: Diquat poisoning, adsorbent dialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, hóa chất bảo vệ thực vật gây nhiều trường hợp ngộ độc nặng thường gặp nhất là các loại hóa chất diệt cỏ nhóm bipyridinium. Sau khi Việt Nam chính thức

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia

Chịu trách nhiệm chính: Lương Quốc Chính

Email: luongquocchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023

Ngày duyệt bài: 24.3.2023