

thuyên tắc huyết khối, huyết khối tĩnh mạch, viêm phổi, tổn thương tỳ đờ, táo bón Qua quá trình nghiên cứu xét thấy chương trình ERAS cần sự phối hợp chặt chẽ theo quy trình điều trị - chăm sóc cho NB trước - trong và sau phẫu thuật của nhân viên bao gồm Bác sĩ điều trị, phẫu thuật viên, kỹ thuật viên vật lý trị liệu và Điều dưỡng. Tuân thủ theo chương trình ERAS trong giai đoạn trước phẫu thuật là việc tránh nhịn ăn kéo dài, giảm đau đa mô thức và phòng ngừa nôn sau phẫu thuật. Trong giai đoạn phẫu thuật, các quy trình gây mê, phòng ngừa hạ thân nhiệt và quản lý dịch xuất nhập, dự phòng kháng sinh, bảo tồn máu, giảm đau đa mô thức và phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Trong giai đoạn hậu phẫu, dinh dưỡng qua đường miệng sớm, điều trị dự phòng thuyên tắc huyết khối, vận động sớm, rút thông niệu đạo, rút dẫn lưu, ngưng dịch truyền sớm và lập kế hoạch xuất viện [1]. Chương trình ERAS cần ban hành thống nhất toàn viện để các nhân viên tuân thủ cũng như phối hợp theo quy trình điều trị chăm sóc NB và để nâng cao chất lượng điều trị, nâng cao hài lòng NB.

V. KẾT LUẬN

Chương trình ERAS đang áp dụng ở khoa bước đầu cho kết quả tốt và tỷ lệ biến chứng thấp so với các nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả của chương trình ERAS để làm sáng tỏ thêm về sự an toàn và hiệu quả của ERAS đối với NB được phẫu thuật TKH và cung cấp chăm sóc y tế dựa trên bằng chứng

cho thực hành lâm sàng. Chúng tôi hy vọng sẽ phát triển hơn nữa khái niệm ERAS cho tất cả nhân viên y tế nhằm mang lại lợi ích cho tất cả NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi YS, Kim TW, Chana MJ, Kana SB, Chang CB.** Enhanced recovery after surgery for major orthopedic surgery: a narrative review. *Knee Surg Relat Res.* 2022;34(1):8.
2. **Christelis N, Wallace S, Sae CE, et al.** An enhanced recovery after surgery program for hip and knee arthroplasty. *Med J Aust.* 2015;202(7):363-368.
3. **Frassanito L, Vergari A, Nestorini R, et al.** Enhanced recovery after surgery (ERAS) in hip and knee replacement surgery: description of a multidisciplinary program to improve management of the patients undergoing major orthopedic surgery. *Musculoskelet Surg.* 2020;104(1):87-92.
4. **Gwynne-Jones DP, Martin G, Crane C.** Enhanced Recovery After Surgery for Hip and Knee Replacements. *Orthop Nurs.* 2017;36(3):203-210.
5. **Kehlet H, Mementsoudis SG.** ERAS guidelines for hip and knee replacement - need for reanalysis of evidence and recommendations? *Acta Orthop.* 2020 Jun;91(3):243-245.
6. **Stowers MD, Manuopandaj L, Hill AG, Grav JR, Coleman B, Munro JT.** Enhanced Recovery After Surgery in elective hip and knee arthroplasty reduces length of hospital stay. *ANZ J Surg.* 2016;86(6):475-479.
7. **Soffin EM, YaDeau JT.** Enhanced recovery after surgery for primary hip and knee arthroplasty: a review of the evidence. *Br J Anaesth.* 2016;117(3):62-72.
8. **Zhu S, Qian W, Jiang C, và cs.** Enhanced recovery after surgery for hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Postgrad Med J.* 2017;93(1106), 736-742.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC TỰ TỬ TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Tuấn Vũ¹, Huỳnh Thị Nhung¹, Nguyễn Hồng Diệp³, Đặng Thị Lan Ngọc³, Lê Quang Thuận²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc

¹Trường Đại học Y Dược – ĐHQGHN

²Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

³Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thuận

Email: bstuanbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023

tự tử tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 317 bệnh nhân ngộ độc tự tử điều trị tại Trung tâm Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian nghiên cứu: 9/2021-5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 35,3 ± 15,4. Tỷ lệ nam/nữ là 0,8. Nguyên nhân do yếu tố mâu thuẫn gia đình chiếm 48,6%. Có 54 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tâm thần từ trước. 30,9% nguyên nhân tự tử ngộ độc là do uống thuốc diệt cỏ. 46,7% bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa. Tăng số lượng bạch cầu ở nhóm tử vong với mức trung bình là 17,19 ± 8,84 G/L. Tăng nồng độ ure và creatinine ở nhóm bệnh nhân tử vong với lần lượt là

7,11±5,05 mmol/L và 146,17±180,07 µmol/L. Truyền dịch và than hoạt là phương pháp giải độc được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 100% và 62,1%. Tỷ lệ tử vong là 11,4% trong đó 34/36 trường hợp do hóa chất bảo vệ thực vật. **Kết luận:** Ngộ độc tự tử xảy ra ở mọi lứa tuổi ở cả hai giới với nhiều nguyên nhân, yếu tố mâu thuẫn trong gia đình chiếm tỷ lệ cao. Tác nhân gây độc thường gặp là nhóm hoá chất diệt cỏ. Triệu chứng ngộ độc hay gặp nhất là ở hệ tiêu hóa. Bệnh nhân tử vong có biểu hiện tăng bạch cầu và suy thận rõ rệt. Tỷ lệ tử vong là 11,4%.

Từ khóa: ngộ độc, tự tử

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF SUICIDAL POISONED PATIENTS ADMITTED POISON CONTROL CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the treatment results of suicidal poisoned patients admitted Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study of 317 patients who committed suicide by poisoning and were treated at Bach Mai Hospital, Poison Control Center. **Methods:** Descriptive, retrospective. **Research period:** 9/2021-5/2022. **Result:** The average age was 35.3 ±15.4. The male/female ratio was 0.8. Family conflict accounted for 48.6% of all causes. There were 54 patients diagnosed with pre-existing mental illness. 30.9% of suicide poisoning causes were due to herbicide ingestion. 46.7% of patients had gastrointestinal symptoms. The average white blood cell count in the mortality group was 17.19 ± 8.84 G/L. Urea and creatinine concentrations in the mortality group were 7.11±5.05 mmol/L and 146.17±180.07 µmol/L, respectively. Fluid transfusion and activated charcoal were the most commonly used with 100% and 62,1%. There were 36/317 deaths, corresponding to 11.4%. **Conclusion:** Suicidal poisoned patients had many causes, the most common cause was family conflicts. Common toxic agents were herbicides, psychotropic drugs and other drugs. Symptoms were most common in digestive system. Severe poisoning patients in the group often had renal failure, coagulopathy condition, and leukocytosis. The mortality rate was 11.4%.

Keywords: Suicide, Poisoning.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự tử là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trên toàn cầu. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2019, hàng năm trên thế giới có khoảng 703000 người chết do tự tử và là nguyên nhân tử vong nhiều hơn sốt rét, HIV, chiến tranh [5].

Có nhiều cách thức tự tử như uống thuốc, uống hóa chất, tự gây thương tích... Trong đó, thuốc và hóa chất là phương thức được sử dụng nhiều hơn [5]. Đến năm 2019, số liệu của WHO

có 20% số vụ tự tử bằng thuốc trừ sâu. Ở Việt Nam, theo Tạ Văn Trầm nghiên cứu trên 120 trường hợp năm 2008 số ca tự tử bằng thuốc là 35% và bằng hóa chất 61,6% [3].

Các thuốc và hóa chất bệnh nhân sử dụng để tự tử có rất nhiều tác động nguy hiểm tới cơ thể. Ví dụ: Paracetamol gây tổn thương gan, suy gan; Rotundin gây ức chế hệ thần kinh trung ương, loạn nhịp tim; thuốc diệt chuột kháng vitamin K gây xuất huyết; thuốc diệt cỏ paraquat, diquat gây xơ phổi, tổn thương não, suy đa cơ quan [4]...

Việt Nam còn ít nghiên cứu về ngộ độc tự tử. Một số nghiên cứu như Nguyễn Văn Tuấn (2009) [2], Trần Thị Thanh Hương (2005) [1] mới tập trung về dịch tễ tự tử, chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân ngộ độc tự tử, do đó nghiên cứu này góp phần làm rõ hơn các vấn đề trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 317 bệnh nhân ngộ độc tự tử điều trị tại Trung tâm Chống độc (TTCD), Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2021 đến tháng 05/ 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định ngộ độc tự tử được điều trị tại TTCD.
- Có đủ hồ sơ bệnh án lưu trữ và các thông tin theo mẫu bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Lý do ngộ độc không phải do tự tử.
- Các hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu thuận tiện, có 317 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trên.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Các bước tiến hành. Thu thập thông tin của đối tượng: đầy đủ thông tin của bệnh nhân theo bệnh án nghiên cứu: hành chính, đặc điểm lâm sàng khi vào viện, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, kết quả điều trị, số ngày nằm viện.

2.3.2. Các chỉ số nghiên cứu. Đặc điểm chung: tuổi, giới, lý do tự tử: Mâu thuẫn gia đình (mâu thuẫn với người trong nhà); Tâm thần (bệnh nhân đã được chẩn đoán tâm thần); Buồn chán cuộc sống (tự tử khi hỏi lý do khai do buồn chán, chưa được chẩn đoán tâm thần); Áp lực kinh tế (do tiền bạc), Mâu thuẫn tình cảm (tự tử vì thất tình), Áp lực học tập (tự tử vì lý do học tập), Không rõ nguyên nhân (không khai thác

được lý do tự tử).

Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện: Loại hóa chất ngộ độc, thời gian nhập viện, triệu chứng tiêu hóa, triệu chứng thần kinh, triệu chứng tiết niệu, triệu chứng tim mạch.

Đặc điểm cận lâm sàng lúc nhập viện: công thức máu, sinh hóa máu (ure, creatinine, AST, ALT), đông máu cơ bản.

Các phương pháp điều trị: Truyền dịch, gây nôn, rửa dạ dày, than hoạt, nhuận tràng, thuốc giải, lọc máu, thở máy và hồi sức tích cực.

2.3.3. Phương tiện nghiên cứu. Bệnh án của bệnh nhân điều trị ngộ độc tự tử tại Trung tâm Chống độc giai đoạn tháng 9/2021 đến 5/2022.

2.3.4. Thu thập và xử lý số liệu. Số liệu được thu thập bằng phần mềm Redcap, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các giá trị tự do được biểu diễn dưới dạng trị số trung bình, độ lệch chuẩn với độ tin cậy 95%. So sánh các giá trị trung bình và tỷ lệ bằng thuật toán ANOVA với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Khó khăn gặp phải: Nghiên cứu hồi cứu nên một số thông tin khai thác về nguyên nhân, yếu tố tự tử không khai thác được.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Tuổi	12	99	35,3 ±15,4
Giới tính	Nam	Tỷ lệ	Nữ
			Tỷ lệ

Bảng 3.3. Liên quan giữa nhóm bệnh nhân có tiền sử tâm thần với hóa chất tự tử

Loại hóa chất	n	Tỷ lệ	Có tiền sử tâm thần		Không có tiền sử tâm thần		p
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Thuốc diệt cỏ	98	30,9%	9	16,67%	89	33,8%	0,013
Các thuốc tân dược khác	73	23%	26	48,14%	47	17,87%	0,001
Thuốc ngủ	54	17,0%	8	14,8%	46	17,49%	0,635
Thuốc diệt chuột	45	14,2%	6	11,1%	39	14,8%	0,477
Thuốc trừ sâu	24	7,6%	4	7,4%	20	7,6%	0,960
Uống nhiều loại thuốc	11	3,5%	2	3,7%	9	3,4%	0,918
Thuốc tẩy rửa	9	2,8%	0	0%	9	3,4%	0,169
Thuốc diệt côn trùng, nấm	7	2,2%	0	0%	7	2,7%	0,277
Kết hợp nhiều phương pháp	5	1,6%	3	5,5%	2	0,7%	0,01
Tổng số bệnh nhân	317	100%	54	100%	263	100%	

Nhận xét: Bệnh nhân có bệnh tâm thần từ trước tự tử bằng thuốc tân dược với tỷ lệ 48,14% cao gần gấp 3 lần nhóm còn lại. Bệnh nhân tiền sử tâm thần kết hợp nhiều phương thức tự tử với tỷ lệ 5,5% cao gấp gần 8 lần so với nhóm còn lại.

	143	45,1%	174	54,9%
Đặc điểm các nhóm tuổi				
Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %		
<15	11	3,5%		
15-24	69	21,8%		
25-34	100	31,5%		
35-44	59	18,6%		
45-54	43	13,6%		
55-64	17	5,4%		
≥65	18	5,7%		

Nhận xét: Tuổi trung bình là 35,3 ±15,4, nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 99. Độ tuổi hay gặp nhất là từ 25-34 tuổi chiếm 31,5%. Nữ chiếm tỷ lệ cao hơn với 54,9%.

3.1.2. Đặc điểm về các yếu tố dẫn đến tự tử

Bảng 3.2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ

Yếu tố dẫn đến tự tử	n	Tỷ lệ %
Mâu thuẫn gia đình	154	48,6%
Tâm thần	54	17%
Buồn chán cuộc sống	42	13,2%
Không rõ nguyên nhân	40	12,6%
Áp lực kinh tế	17	5,4%
Mâu thuẫn tình cảm	16	5,0%
Áp lực học tập	6	1,9%

Nhận xét: Yếu tố mâu thuẫn gia đình có 154 trường hợp chiếm 48,6%, các trường hợp đã được chẩn đoán mắc các bệnh tâm thần tự tử có 54 trường hợp chiếm 17%, có dấu hiệu mắc bệnh tâm thần chưa được chẩn đoán và điều trị tự tử chiếm 13,2%.

3.1.3. Đặc điểm về các nhóm hóa chất bệnh nhân hay dùng để tự tử

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Triệu chứng tiêu hóa	148	46,7%
Triệu chứng hô hấp	31	9,8%

Triệu chứng thần kinh	86	27,1%
Triệu chứng tim mạch	46	14,5%
Triệu chứng tiết niệu	2	0,6%

Nhận xét: 148 bệnh nhân nhập viện có các triệu chứng biểu hiện ở hệ tiêu hóa chiếm 46,7%. Triệu chứng về thần kinh chiếm 27,1%.

Bảng 3.5. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số xét nghiệm	Tử vong	Nhẹ chuyển tuyến	Ra viện khám TT	p
Số lượng hồng cầu (T/L)	4,84±0,63	4,70±0,69	4,68±0,58	0,341
Số lượng bạch cầu (G/L)	17,19±8,84	13,74±7,31	10,39±4,40	0,001
Số lượng BC trung tính (G/L)	16,54±14,29	10,95±7,22	7,62±4,35	0,001
Số lượng BC Lympho (G/L)	1,91±1,74	2,42±2,96	2,26±2,79	0,707
Số lượng tiểu cầu (G/L)	279,08±89,06	281,2±74,18	273,34±61,04	0,729
Ure (mmol/L)	7,11±5,05	5,3±2,52	4,3±2,03	0,001
Creatinine (μmol/L)	146,1±180,07	84,9±61,25	74,5±56,85	0,001
AST (U/L)	150,2±262,99	34,5±34,71	78±433,58	0,442
ALT (U/L)	85,1±165,61	30,5±37,16	95,5±663,23	0,813
PT giây	16,2±20,05	17,6±27,93	12,9±6,07	0,081
PT%	102,5±23,42	93,2±31,39	96,5±19,92	0,211
INR	1,1±0,92	1,4±1,53	1,1±0,69	0,213
APTT giây	29,7±6,41	34,4±21,32	29,3±3,70	0,004
APTT bệnh chứng	0,9±0,23	1,1±0,68	0,9±0,13	0,009

Nhận xét: Số lượng tế bào bạch cầu trung bình ở nhóm tử vong là 17,19±8,84 G/L cao hơn 2 nhóm sống với p=0,001. Ure ở nhóm bệnh nhân tử vong là 7,1±5,05 mmol/L cao hơn so với 2 nhóm còn lại với giá trị lần lượt là 5,3±2,52 và 4,3±2,03 (mmol/L) với p=0,001. Creatinin ở nhóm bệnh nhân tử vong là 146,1±180,07 cao hơn nhóm nhẹ chuyển tuyến và ra viện lần lượt là 84,9±61,25 và 74,5±56,85 (μmol/L) với p=0,001. Nhóm kết quả nhẹ chuyển tuyến có kết quả trung bình đông máu nặng hơn.

3.3. Đặc điểm về các phương pháp điều trị và kết quả điều trị

Bảng 3.6. Các phương pháp điều trị

Phương pháp	n	Tỷ lệ
Truyền dịch	317	100%

Bảng 3.7. Đặc điểm về số ngày nằm viện và giờ nhập viện của bệnh nhân

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ	Số ngày nằm viện	p	Thời điểm vào viện (giờ thứ)	p
Tử vong	36	11,4%	2,0±1,46	0,001	8,6±4,88	0,026
Nhẹ - Chuyển tuyến dưới	39	12,3%	7,1±5,77		7,5±4,86	
Ra viện - Khám tâm thần	242	76,3%	4,2±3,11		6,3±5,19	
Tổng số bệnh nhân	317	100%	4,3±3,63		6,7±5,16	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nằm viện dài ngày nhất là nhóm bệnh nhân được điều trị giảm nhẹ sau đó chuyển xuống tuyến dưới. Nhóm nằm viện ít ngày nhất là nhóm bệnh nhân tử vong. Nhóm bệnh nhân tử vong có thời điểm vào viện muộn nhất, nhóm được điều trị đến ra viện vào viện sớm nhất. Có 36 trường hợp chiếm

Triệu chứng về tuần hoàn chiếm 14,5% với 46 trường hợp, triệu chứng về hô hấp có 31 trường hợp chiếm 9,8%. Triệu chứng hệ tiết niệu có 2 bệnh nhân với 0,6%

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Than hoạt	197	62,1%
Nhuận tràng	182	57,4%
Rửa dạ dày	177	55,8%
Thuốc giải độc	31	9,8%
Gây nôn	25	7,9%
Thở máy	21	6,6%
An thần	20	6,3%
Lọc máu	19	6,0%
Bài niệu tích cực	14	4,4%

Nhận xét: Truyền dịch, rửa dạ dày, than hoạt, nhuận tràng là các phương pháp thường sử dụng nhất với tỷ lệ lần lượt 100%, 55,8%, 62,1% và 57,4%. Lọc máu thường sử dụng cho các trường hợp nặng với 19 bệnh nhân được lọc máu chiếm 6%.

11,4% tử vong. Số bệnh nhân được điều trị giảm nhẹ và chuyển tuyến dưới tiếp tục điều trị là 39 bệnh nhân chiếm 12,3%. Còn lại là các trường hợp nhẹ hơn, được điều trị ổn định và cho ra viện được tư vấn khám chuyên khoa tâm thần để tránh tự tử tái diễn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là $35,3 \pm 15,4$, tuổi nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 99 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là từ 25-34 tuổi, khác với các nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương [1] và Nguyễn Văn Tuấn [2], nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở các nghiên cứu này là từ 15-24. Sự khác biệt này có thể là do hiện nay các mâu thuẫn, áp lực cuộc sống về kinh tế, tình cảm ngày càng gia tăng của nhóm 25 – 34 tuổi cụ thể trong nhóm này có 92/100 bệnh nhân có áp lực về kinh tế, tình cảm.

Yếu tố mâu thuẫn gia đình dẫn đến tự tử là 48,6%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ. Yếu tố này theo nghiên cứu của Trần Thị Thanh Hương là 73,8% [1].

Có mối liên quan giữa nhóm bệnh nhân có tiền sử tâm thần và tiền sử không mắc tâm thần với các loại hóa chất tự tử. Ở bảng 3.3 cho thấy nhóm bệnh nhân không có tiền sử tâm thần tự tử bằng thuốc diệt cỏ với tỷ lệ gần gấp 2 lần so với nhóm còn lại với $p=0,013$; nhóm bệnh nhân có tiền sử tâm thần tự tử bằng thuốc tân dược nhiều gần gấp 3 lần so với nhóm còn lại với $p=0,001$; nhóm bệnh nhân có tiền sử tâm thần tự tử bằng cách phối hợp nhiều phương thức tự tử có tỷ lệ nhiều gấp gần 8 lần với $p=0,01$. Bởi vậy cần quản lý chặt chẽ các loại thuốc tân dược và các dụng cụ có thể gây nguy hiểm (dao, kéo...) đối với nhóm bệnh nhân tâm thần. Việc quản lý thuốc bảo vệ thực vật, đặc biệt là diệt cỏ cũng cần phải rất sức lưu ý, đặc biệt là đối với các cơ quan quản lý.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu cho thấy có 148 bệnh nhân có triệu chứng về tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 46,7% tiếp theo là triệu chứng về thần kinh với 27,1% trong đó có 17 bệnh nhân vào viện trong tình trạng hôn mê, triệu chứng tim mạch có 46 bệnh nhân chiếm 14,5% và triệu chứng hô hấp có 31 bệnh nhân chiếm 9,8%. Triệu chứng của mỗi tác nhân gây độc có ảnh hưởng nhất định lên toàn cơ thể, phụ thuộc vào bản chất của chất độc.

Tìm hiểu về tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, số liệu từ bảng 3.5 cho thấy số lượng bạch cầu của nhóm tử vong là $17,19 \pm 8,84$ G/l cao hơn rõ rệt so với nhóm còn sống với $p = 0,001$. Đi sâu phân tích cho thấy trong tổng số 36 bệnh nhân tử vong có 34 bệnh nhân uống thuốc bảo vệ thực vật (27 trường hợp do thuốc diệt cỏ Diquat và Paraquat), những chất này khi vào cơ thể có thể được nhận diện là chất lạ, cơ thể huy động bạch cầu theo nguyên lý phản ứng của hệ miễn

dịch, làm tăng tổng số lượng bạch cầu trong máu. Như vậy, tăng bạch cầu ở bệnh nhân ngộ độc tự tử là một con số có ý nghĩa quan trọng liên quan nguy cơ tử vong; với các bệnh nhân ngộ độc tự tử cần hết sức lưu ý chỉ số này đặc biệt là khi chưa có kết quả xét nghiệm độc chất.

Về các chỉ số sinh hóa, số liệu từ bảng 3.5 cho thấy nhóm tử vong nồng độ ure là $7,11 \pm 5,05$ mmol/L và creatinin là $146,1 \pm 180,07$ μ mol/L cao hơn so với nhóm bệnh nhân còn sống với $p = 0,001$. Điều này cho thấy chức năng thận đã bị ảnh hưởng ngay từ đầu, phù hợp với hầu hết các bệnh nhân ngộ độc tự tử bởi thuốc diệt cỏ diquat và paraquat, các chất này đều gây ra suy thận.

4.2. Đặc điểm về các phương pháp điều trị và kết quả điều trị. Tất cả các phương pháp giải độc bao gồm hạn chế hấp thu, tăng thải trừ, giải độc đặc hiệu đều được áp dụng cho các bệnh nhân ngộ độc tự tử. Số liệu từ bảng 3.6 cho thấy truyền dịch và than hoạt là biện pháp được sử dụng nhiều nhất với lần lượt là 317 bệnh nhân và 197 bệnh nhân, lần lượt chiếm 100% và 62,1%. Thuốc nhuận tràng sorbitol sử dụng cho 182 bệnh nhân, 57,4%.

Số ngày nằm viện trung bình là $4,3 \pm 3,63$ ngày, ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 27 ngày. Nhóm bệnh nhân tử vong có thời gian nằm viện ngắn với trung bình $2,0 \pm 1,46$ ngày, ngắn hơn nhóm còn sống với $p=0,001$. Thời gian nhập viện trung bình là $6,7 \pm 5,16$ giờ, sớm nhất là 1 giờ, muộn nhất là 15 giờ sau thời điểm tự tử. Nhóm bệnh nhân tử vong có thời gian nhập viện sau ngộ độc muộn hơn so với nhóm còn sống với thời gian muộn trung bình là $8,6 \pm 4,88$ giờ với $p=0,026$. Do vậy, cần chú ý đưa đến bệnh viện sớm hơn để kịp thời chẩn đoán và điều trị, giảm tỷ lệ tử vong.

Có 36 bệnh nhân tử vong chiếm 11,4% trong đó có 34 trường hợp do thuốc bảo vệ thực vật.

V. KẾT LUẬN

Ngộ độc tự tử xảy ra ở mọi lứa tuổi ở cả hai giới thường gặp nhất ở lứa tuổi 25-34. Nhiều yếu tố dẫn đến tự tử trong đó yếu tố mâu thuẫn trong gia đình chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm bệnh nhân tâm thần có xu hướng sử dụng thuốc tân dược và kết hợp nhiều phương pháp tự tử. Tác nhân ngộ độc tự tử thường gặp nhất là hoá chất diệt cỏ. Triệu chứng ngộ độc hay gặp nhất là ở hệ tiêu hóa. Nhóm bệnh nhân tử vong có biểu hiện tăng bạch cầu và suy giảm chức năng thận rõ rệt. Tất cả các phương pháp điều trị cấp cứu chống độc được sử dụng cho bệnh nhân ngộ độc tự tử. Tỷ lệ tử vong là 11,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thanh, H. T. và các cộng sự.** Attempted suicide in Hanoi, Vietnam. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005; 40(1), tr. 64-71.
2. **Tuan, N. V. và các cộng sự.** Suicide attempts by poisoning in Hanoi, Vietnam: methods used,

3. **Tạ Văn Trâm.** Tự tử ở trẻ vị thành niên tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang. 2008.
4. **BỘ Y TẾ.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc. 2015
5. **WHO.** Suicide worldwide in 2019. 2019.

BÀI XUẤT NATRI NIỆU MỘT THỜI ĐIỂM TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG LỢI TIỂU QUẠI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP

Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Lý Quang Sang^{1,2}, Trần Nguyễn Phương Hải²

TÓM TẮT

Mở đầu: Có 20-30% bệnh nhân suy tim cấp đề kháng với lợi tiểu quai, điều này làm giới hạn hiệu quả điều trị giảm sung huyết, từ đó làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Đánh giá đáp ứng với lợi tiểu quai là một thách thức trong thực hành, những nghiên cứu gần đây đã cho thấy vai trò hữu ích của các chỉ dấu bài xuất natri niệu một thời điểm trong việc đánh giá đáp ứng lợi tiểu ở giai đoạn rất sớm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của bài xuất natri niệu một thời điểm sau điều trị lợi tiểu quai và khảo sát mối liên quan của các chỉ dấu này với các thang đo lâm sàng trong đánh giá đáp ứng lợi tiểu quai ở bệnh nhân suy tim cấp. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 51 bệnh nhân suy tim cấp nhập khoa Nội Tim Mạch – Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2020 đến tháng 12/2021. Ghi nhận kết quả nồng độ natri niệu và phân suất thanh thải natri thời điểm ngay sau điều trị lợi tiểu quai; và các thang đo lâm sàng gồm mức sụt cân, thể tích nước tiểu, cân bằng xuất nhập âm sau 24 giờ điều trị lợi tiểu. **Kết quả:** Bệnh nhân suy tim cấp sau điều trị furosemide tĩnh mạch với liều trung vị ban đầu là 20 (20-40) mg; có trung vị của nồng độ natri niệu thời điểm và phân suất thanh thải natri lần lượt là 104 (70 – 123) mmol/L và 2,62 (0,97 - 7,58)%. Nồng độ natri niệu và phân suất thanh thải natri một thời điểm đều tương quan thuận ở mức độ vừa - có ý nghĩa thống kê với các thang đo lâm sàng: mức sụt cân, thể tích nước tiểu, và cân bằng xuất nhập âm sau 24 giờ. Nhóm bệnh nhân có nồng độ natri niệu thấp (≤ 60 mmol/L) có đáp ứng với lợi tiểu quai kém hơn đáng kể so với nhóm có nồng độ natri niệu cao (> 60 mmol/L). **Kết luận:** Bài xuất natri niệu một thời điểm thấp có liên quan với đáp ứng lợi tiểu quai kém; thể hiện bởi mức sụt cân, thể tích nước tiểu và cân bằng xuất nhập âm sau điều trị lợi tiểu thấp hơn đáng kể. **Từ khóa:** bài xuất natri niệu một thời điểm, đáp ứng lợi tiểu quai, suy tim cấp

SUMMARY

SPOT URINARY SODIUM EXCRETION IN EVALUATING DIURETIC RESPONSE IN ACUTE HEART FAILURE PATIENT

Introduction: 20-30% of patients with acute heart failure (AHF) are found to be diuretic resistant, which limits the effectiveness of decongestive therapy, thereby increasing the risk of cardiovascular events. The response to loop diuretics is challenging to assess in practice, recent studies have shown the useful role of spot urinary sodium excretion markers in the assessment of diuretic response at very early stages. **Objectives:** We aim to describe the characteristics of spot urinary sodium excretion after loop diuretic treatment and determine the relationship between these markers with clinical measurements in assessing loop diuretic response of AHF patients. **Methods:** A retrospective descriptive cross-sectional study was performed on 51 AHF patients admitted to Cardiology Department - Cho Ray Hospital from 09/2020 to 12/2021. We recorded the results of spot urinary sodium concentration and fractional excretion of sodium after loop diuretic treatment; and clinical scales including weight loss, urine output, and net fluid loss after 24 hours of diuretic treatment. **Results:** With a median initial dose of 20 (20-40) mg intravenous furosemide treatment; median spot urinary sodium concentration and fractional excretion of sodium were 104 (70 – 123) mmol/L and 2.62 (0.97 – 7.58)%, respectively. Both urinary sodium concentration and fractional excretion of sodium were moderately positively correlated - statistically significant with the clinical scales: weight loss, urine output, and net fluid loss after 24 hours with initial loop diuretic treatment. The group with low urinary sodium concentration (≤ 60 mmol/L) had a significantly worse response to loop diuretics than the group with high urinary sodium concentration (> 60 mmol/L). **Conclusion:** Low spot urinary sodium excretion is associated with poor loop diuretic response; demonstrated by significantly lower weight loss, urine output and net fluid loss after diuretic treatment.

Keywords: spot urinary sodium excretion, loop diuretic response, acute heart failure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lợi tiểu quai được xem là điều trị nền tảng

¹Đại học Y dược TP. HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải
Email: drtranguyenphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2023

Ngày duyệt bài: 7.7.2023