

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ NGỘ ĐỘC PARACETAMOL TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I TỪ 01/01/2003 ĐẾN 31/05/2009

Nghiêm Phương Thảo\*, Bùi Quốc Thắng\*

### TÓM TẮT

Tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng I thành phố Hồ Chí Minh từ 01/01/2003 đến 31/05/2009 chúng tôi ghi nhận được 46 trường hợp ngộ độc Paracetamol.

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ngộ độc paracetamol tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhi đồng I từ 1/1/2003 đến 31/5/2009.

**Phương pháp:** mô tả loạt ca

**Kết quả:** Trong đó, 2 nhóm tuổi thường gặp nhất là 1-5 tuổi (41,3%) và 10-15 tuổi (43,5%), tỉ lệ nam/nữ là 1/1,3, nguyên nhân thường gặp nhất là tự tử (41,3%) và tò mò (30,4%). Phần lớn các trường hợp đến từ thành phố Hồ Chí Minh (82,6%). Triệu chứng tiêu hoá thường gặp nhất (32,6%), các thay đổi sinh hóa quan trọng là: giảm TP(26,1%), kéo dài TCK (13%), giảm fibrinogen (4,3%), tăng SGOT (5,3%), tăng SGPT (7,9%), hạ đường huyết (14%), tăng Ammoniac máu (77,8%). Đa số các trường hợp này không được xử trí tại nhà (73,9%) và không được xử trí đúng và đầy đủ tại tuyến trước. Tại bệnh viện Nhi Đồng, phần lớn các trường hợp được rửa dạ dày sớm (46% trước 3 giờ sau ngộ độc) và uống NAC sớm. Trong lô nghiên cứu này không có trường hợp nào tử vong.

**Kết luận:** Ngộ độc paracetamol có thể gây tổn thương gan cấp do đó cần được xử trí nhanh chóng ngay lúc nhập viện.

**Từ khóa:** ngộ độc, Paracetamol

### ABSTRACT

#### CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGY OF PARACETAMOL POISONING AT EMERGENCY DEPARTMENT, CHILDREN'S HOSPITAL 1 FROM 01/01/2003 TO 31/05/2009

Nghiêm Phương Thảo, Bùi Quốc Thắng

\* Y Học TP. Hồ Chí Minh \* Vol.14 – Supplement of No 1-2010: 341 - 347

At emergency department, Children's Hospital 1, Ho Chi Minh City from 01/01/2003 to 31/05/2009, 46 patients with Paracetamol poisoning had been admitted.

**Objective:** To determine the characteristics of epidemiology, clinical and laboratory features and treatment results of paracetamol poisoning in Emergency Department, Children's Hospital 1.

**Method:** case series study

**Results:** there were two age groups of 1 – 5 years old (41.3%) and 10 – 15 years old (43.5%), which were noted to have the most number of cases. The boy and girl ratio was 1/1.3; the most common cause was suicidal intentions (41.3%). The majority of hospitalized children lived in Ho Chi Minh City (86.2%). The gastrointestinal features were the most frequently identified (32.6%). The important abnormalities of laboratory examinations were: hypoglycemia (14%), prolonged APTT (13%), decrease of Prothrombin ratio (26.1%), and fibrinogen level (4.3%), increased plasma SGOT (5.3%), SGPT (7.0%) and ammoniac acid (77.8%) . The majority of poisoning cases did not received home intervention beforehand (73.9%) and did not received

\* Bộ môn Nhi - Đại học Y Dược Tp.HCM

Địa chỉ liên hệ: PGS.TS.BS. Bùi Quốc Thắng

ĐT: 0919796565

Email: buiquocthang@vnn.vn

*appropriate treatment when coming to district or provincial hospitals. When admitted to Emergency Department, Children's Hospital 1, most of these cases received early treatment of gastric lavage and NAC administration. There was no mortality in this case series study.*

**Conclusion:** *Paracetamol poisoning is known to cause acute liver damage that demands emergency management right after admission.*

**Key word:** *poisoning, paracetamol*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Paracetamol (Acétaminophène) trở thành thuốc không cần kê toa rất phổ biến tại hầu hết các quốc gia từ những năm cuối thập niên 50. Đây là loại thuốc hạ sốt, giảm đau nhẹ được ưa chuộng ở trẻ em. Ở nhiều quốc gia, paracetamol được xếp hàng cao nhất trong những nguyên nhân liên quan đến ngộ độc chủ ý hay vô ý. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc paracetamol ở Mỹ là 0,2-0,4%. Ở Anh và xứ Wales, ước tính mỗi năm có 100 – 150 người tử vong do ngộ độc paracetamol.

Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về ngộ độc paracetamol. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm Xác định đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của các trường hợp ngộ độc paracetamol.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trẻ em nhập khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng I từ 01/01/2003 đến 31/05/2009 được chuẩn đoán là ngộ độc paracetamol.

### Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Thu thập dữ liệu : bằng mẫu thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu : bằng chương trình SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Nhóm tuổi

Tuổi	Số ca	(%)
< 1 tuổi	5	10,9
1 - <5 tuổi	19	41,3
5 - <10 tuổi	2	4,3
10 - 15 tuổi	20	43,5
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét : Đa số các trường hợp ngộ độc nằm trong lứa tuổi 10-15 tuổi (43,5%) và nhóm 1-5 tuổi (41,3%).

### Giới tính

Giới	Số ca	(%)
Nam	20	43,5
Nữ	26	56,5
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét: Ngộ độc xảy ra ở giới nam và nữ là như nhau với tỉ lệ nam/nữ = 1/1,3.

### Hàn cảnh ngộ độc

Hàn cảnh ngộ độc	Số ca	(%)
Tự tử	19	41,3
Sai chỉ định	2	4,3
Sai liều	5	10,9
Tò mò	14	30,4
Bất chước	3	6,5
Uống lầm	3	6,5
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp ngộ độc là do tự tử : 19 (41,3%) và do tò mò: 14 (30,4%).

### Liều paracetamol đã uống

Liều thuốc đã uống	Số ca	(%)
<140mg/kg	23	50,0
140-280mg/kg	12	26,1
>280mg/kg	10	21,7
Không rõ	1	2,2
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét :Phần lớn các trường hợp uống liều <140mg/kg: 23 trường hợp , chiếm 50%. Liều thấp nhất là 20mg/kg, cao nhất là 816,33mg/kg., trung bình là 139,99 ±20,86 mg/kg.

### Phân bố thời gian từ lúc ngộ độc đến lúc phát hiện

Thời gian	Số ca	(%)
Ngay	7	15,2
< 1h	13	28,3
1 - < 6h	21	45,7
6 – 12h	3	6,5
Không rõ	2	4,3
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét: đa số trẻ được phát hiện ngộ độc trước 6 giờ chiếm 41 trường hợp (89,2%) và có 20 trường hợp phát hiện trước 1 giờ.

### Thời gian từ lúc phát hiện đến lúc nhập viện

Thời gian	Số ca	(%)
Ngay	0	0
< 1h	13	28,3
1- < 6h	26	56,5
6 h - <12h	4	8,7
12-24h	1	2,2
> 1 ngày	1	2,2
Không rõ	1	2,2
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét: Trẻ được nhập viện ngay trong vòng 1 giờ chiếm 28,3% (13 trường hợp), trong vòng 1-6 giờ chiếm 56,5% (26 trường hợp).

### Triệu chứng lâm sàng

Cơ quan	Triệu chứng	Số ca	(%)
Trí giác	*Lơ mơ	3	6,5
	*Hôn mê	0	0
Tiêu hóa	*Buồn nôn,nôn	15	32,6
	*Buồn nôn, nôn và đau bụng	3	6,5
Gan mật	*Vàng da	0	0
	*Gan to đau	6	13
Tiết niệu	* Thiếu niệu	0	0
	* Vô niệu	0	0
	* Tiểu máu	0	0
Da niêm	* xuất huyết da niêm	8	17,4

Nhận xét: triệu chứng tiêu hoá (buồn nôn, nôn) thường gặp nhất, chiếm 32,6% (15 trường hợp).

**Cận lâm sàng:** được ghi nhận lúc bệnh nhân nhập viện.

### Chuyên đề Y học tuổi trẻ

**Xét nghiệm chức năng đông máu:** TP giảm (26,1%), TCK kéo dài (13%), giảm Fibrinogen máu (4%).

**Xét nghiệm sinh hóa máu:** Giảm Kali máu (42,1%), tăng NH<sub>3</sub> máu (77,8%), giảm đường huyết (36,8%), tăng đường huyết (18,4%), tăng SGOT(7,9%), tăng SGPT(5,3%).

**Nồng độ paracetamol máu** biểu diễn trên toán đồ Rumack-Mathew

**Thái độ xử trí tại nhà**

Xử trí	Số ca	(%)
Móc họng nôn	8	17,4
Uống nước chanh	1	2,2
Uống nước muối	1	2,2
Uống nước đậu xanh	1	2,2
Uống exomuc ( NAC)	1	2,2
Không	34	73,9
Tổng cộng	46	100,0

Nhận xét: có đến 73,9% trẻ không được xử trí tại gì sau ngộ độc.

**Thái độ xử trí tại tuyến trước**

Xử trí	Số ca	(%)
Rửa dạ dày	8	17,4
Than hoạt	4	8,7
N-acetylcystéine uống	4	8,7
Điều trị khác	1	2,2

Nhận xét: chỉ có 17,4% trẻ ngộ độc được rửa dạ dày và 8,7% trẻ được điều trị đặc hiệu bằng NAC uống tại tuyến trước.

**Các biện pháp điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng I:** Rửa dạ dày (78,3%), tỉ lệ rửa dạ dày <3h chiếm tỉ lệ cao (46%), uống than hoạt (54,3%), NAC uống (54,3%), NAC tĩnh mạch (2,2%).

**Kết quả điều trị:** 82,3% trẻ nằm viện ≤ 96 giờ, thời gian nằm viện trung bình là 69,96±35,9 giờ, ngắn nhất là 2 giờ, dài nhất là 168 giờ (7ngày). Trong lô nghiên cứu này, không có trường hợp nào tử vong, không có trường hợp nào suy gan bùng phát cần phải ghép gan, tất cả các trường hợp sống khỏe mạnh/xuất viện. Vì không theo dõi sau xuất viện nên chúng tôi không ghi nhận di chứng trên các bệnh nhân này.

**BÀN LUẬN**

**Đặc điểm dịch tễ học**

**Phân bố theo tuổi, giới, hoàn cảnh ngộ độc:** ngộ độc paracetamol có tỉ lệ cao ở 2 nhóm tuổi 1-5 tuổi và 10-15 tuổi. Những trẻ <5 tuổi luôn muốn tìm tòi, khám phá sự vật, trong nhóm tuổi này chúng tôi nhận thấy trẻ nam chiếm ưu thế và nguyên nhân ngộ độc thường do tò mò vì trẻ nam thường hiếu động hơn trẻ nữ. Ngược lại, trong nhóm tuổi từ 10-15 tuổi nguyên nhân chủ yếu là do tự tử và trẻ nữ chiếm ưu thế ( nữ/nam = 5/1). Đây là lứa tuổi thiếu niên, tâm lí trẻ trong giai đoạn này rất phức tạp, còn nhiều xáo trộn, nhu cầu chia sẻ rất lớn<sup>(12)</sup>. Đối với trẻ, tự tử được xem là 1 cách phản kháng lầm lỗi hay là một hình thức đe dọa người lớn hay là 1 cách để người lớn quan tâm tới trẻ nhiều hơn. Do đó người lớn trong gia đình hãy là chỗ dựa tinh thần, gần gũi, để từ đó sớm nắm bắt những biến đổi tâm lí của trẻ, an ủi cũng như động viên trẻ có những suy nghĩ tích cực, tự giác sửa chữa lỗi lầm của mình. Không nên la mắng hay đánh đập trẻ, vì như vậy sẽ

hướng trẻ đến những suy nghĩ tiêu cực và nhiều hành động nông nổi, trong đó có hành vi tự tử.

**Phân bố địa chỉ:** đa số các trường hợp ngộ độc paracetamol đến từ thành phố Hồ Chí Minh, tính chất địa phương lân cận và niềm tin của cha mẹ đối với bệnh viện Nhi Đồng I đóng vai trò quan trọng trong vấn đề này. Mặt khác, do sự khác nhau về điều kiện kinh tế, tập quán sản xuất nông nghiệp của từng vùng miền mà trẻ ở thành phố có xu hướng tự tử bằng thuốc tây nhiều hơn, trong khi đó trẻ ở các vùng nông thôn có xu hướng tự tử bằng thuốc diệt cỏ, thuốc trừ sâu.

#### **Yếu tố thời gian:**

Phần lớn các trường hợp được phát hiện sớm và nhập viện sớm, ngay trong 1 giờ hay trong 6 giờ đầu sau ngộ độc, điều này giống như nhận định của tác giả Bùi Quốc Thắng<sup>(5)</sup>. Có thể do sự lo lắng của cha mẹ hay tính chất địa phương đóng vai trò quan trọng trong điều này. Thật vậy, những trường hợp đến trễ là những trường hợp đến từ các tỉnh khá xa thành phố Hồ Chí Minh (Gia Lai, Bình Thuận).

Thời gian từ lúc ngộ độc đến lúc nhập viện rất quan trọng, vì nó sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Vì rửa dạ dày và uống than hoạt sẽ có tác dụng tốt nhất nếu bệnh nhân bắt đầu trong vòng 1-2h sau ngộ độc<sup>(9,16,8)</sup> và NAC chỉ phát huy hiệu quả hoàn toàn nếu bắt đầu điều trị trong vòng 8-10h sau ngộ độc<sup>(1,2,6,8,13)</sup>.

**Liều paracetamol đã uống:** Trong lô nghiên cứu này liều paracetamol trung bình là 139,99 ±20,86 mg/kg. Liều paracetamol uống giả định này có thể nói là ở mức gây độc theo nhiều tác giả (150mg/kg), tuy nhiên theo nhiều tác giả khác liều 150mg/kg còn quá an toàn để nói là độc, ngay cả liều 200mg/kg có thể cũng sẽ không gây độc<sup>(1)</sup>. Tuy nhiên liều paracetamol uống giả định này chỉ có tính chất tham khảo, ít giá trị nhất trong tiên lượng vì có nhiều yếu tố làm liều hấp thu thực sự ít hơn liều uống giả định: mót hợng-nôn, nôn ói, rửa dạ dày sớm sau ngộ độc.

**Thuốc kết hợp:** Thuốc kháng histamin thường được uống kết hợp nhiều nhất trong các trường hợp ngộ độc paracetamol do trên thị trường có những dạng paracetamol kết hợp với diphen-hydramin hay với thuốc khác (Tylenol, Decolgen liquid). Hơn nữa, paracetamol là thuốc hạ sốt, giảm đau nên thường hay được dùng kết hợp với các thuốc khác trong việc điều trị bệnh cảm cúm, ho....Mặt khác, thói quen lưu trữ thuốc cùng một nơi, cũng là yếu tố góp phần quyết định trong sự kết hợp thuốc này. Tuy nhiên thuốc kết hợp thay đổi tùy theo hoàn cảnh ngộ độc. Trong các trường hợp tự tử, thuốc hay được kết hợp nhất là thuốc an thần, điều này cũng giống như nhận định của các tác giả tại trung tâm chống độc Paris<sup>(7)</sup>.

Cần lưu ý thuốc an thần, kháng histamin là những thuốc trong nhóm cảm ứng men làm tăng nguy cơ độc gan do paracetamol. Hơn nữa, những thuốc này làm chậm sự hấp thu paracetamol, do đó, nguy cơ độc gan có thể cao hơn nếu chúng ta chỉ đơn thuần dựa trên toán đồ của Rumack-Matthew.

#### **Triệu chứng lâm sàng**

Có 3 trường hợp có rối loạn tri giác (lơ mơ), không có trường hợp nào tăng men gan và NH<sub>3</sub> máu, trong đó có 1 trường hợp uống thuốc an thần kèm theo, có 2 trường hợp hạ

đường huyết, do đó tình trạng lơ mơ này không phải nằm trong bệnh cảnh não gan do suy gan bùng phát mà có thể do thuốc an thần và tình trạng hạ đường huyết.

Trong ngộ độc paracetamol triệu chứng rất nghèo nàn, trong đó triệu chứng tiêu hoá (buồn nôn, nôn) là thường gặp nhất<sup>(8,9)</sup>. Hơn nữa, trong lô nghiên cứu này trẻ <5 tuổi chiếm tỉ lệ khá cao (24 trường hợp), đối với trẻ <6 tuổi, thường biểu hiện triệu chứng buồn nôn – nôn sớm dù nồng độ paracetamol máu có thể ở mức không gây độc<sup>(9)</sup>.

Trong lô nghiên cứu này, không có trường hợp nào biểu hiện bất thường nước tiểu trên lâm sàng (vô niệu, thiếu niệu, tiểu máu), điều này có thể được giải thích như sau: paracetamol được chuyển hóa chủ yếu qua gan, chỉ 1 tỉ lệ nhỏ (2- 5%)<sup>(2,3)</sup> được thải qua thận dưới dạng không biến đổi nên khả năng gây độc cho thận là rất ít. Kết quả này giống với nhận định của các tác giả tại trung tâm chống độc Tours<sup>(10)</sup>.

Có 8 trường hợp xuất hiện chấm pétéchie trên mặt. Cả 8 trường hợp này đều đang nhiễm siêu vi, không có trường hợp nào có rối loạn đông máu trên xét nghiệm, do đó, triệu chứng xuất huyết da niêm này không liên quan đến rối loạn đông máu do ngộ độc paracetamol.

Như vậy, triệu chứng trong ngộ độc paracetamol rất nghèo nàn, không đặc hiệu và cũng không có giá trị tiên lượng. Triệu chứng tiêu hóa (buồn nôn-nôn) là triệu chứng thường gặp nhất. Ngoài ra có thể gặp triệu chứng đau bụng, gan to đau, lơ mơ.

### **Cận lâm sàng**

#### ***Nồng độ paracetamol huyết tương***

Trong lô nghiên cứu này có 12 bệnh nhân được định lượng nồng độ paracetamol huyết tương. Có 4 bệnh nhân có thể có nguy cơ độc gan do paracetamol nếu không được điều trị đặc hiệu bằng NAC, cả 4 trường hợp này đều uống paracetamol liều cao, trong đó có 2 trường hợp uống liều >280 mg/kg, tuy nhiên không có trường hợp nào tiến triển thành suy gan bùng phát do đã được rửa dạ dày và điều trị NAC sớm.

#### ***Xét nghiệm đông máu***

Có sự rối loạn các xét nghiệm đông máu là vì có tình trạng hoại tử tế bào gan và suy chức năng gan, do đó sẽ giảm các yếu tố đông máu do gan sản xuất : I,II,V,VII,VIII,IX,X,XI,XII, XIII<sup>(14)</sup>. Từ đó sẽ ảnh hưởng đến con đường đông máu nội sinh (được khảo sát bởi TCK) và đường đông máu ngoại sinh (khảo sát bởi TP).

TP giảm có thể là do suy tế bào gan, tuy nhiên TP không phải là yếu tố tiên lượng tình trạng suy tế bào gan. Trong 6 trường hợp giảm TP được ghi nhận, có 5 trường hợp giảm TP đơn thuần không kèm theo tăng men gan. Điều này có thể được giải thích như sau: có thể là do sự tương tác của NAC với yếu tố đông máu chứa cầu nối disulfide, hoặc cũng có thể là do tác động của paracetamol trong việc ức chế quá trình cacboxyl hoá yếu tố Gamma trong sản xuất yếu tố đông máu phụ thuộc vào vitamin K làm suy giảm chức năng yếu tố VII<sup>(4)</sup>.

#### ***Xét nghiệm sinh hoá***

**Ion đồ:** Trong nghiên cứu này có 16 trường hợp giảm K<sup>+</sup> máu, có thể là do bệnh nhi nôn ói nhiều vì trong ngộ độc Paracetamol, triệu chứng nôn ói là thường gặp nhất (32,6%).

**NH<sub>3</sub> máu:** số 7 trường hợp mà chúng tôi ghi nhận có tăng NH<sub>3</sub> máu không có trường hợp

nào có rối loạn tri giác (lơ mơ hay hôn mê). Do vậy, NH<sub>3</sub> máu tăng đơn thuần chỉ là do suy chức năng gan và phù hợp với nồng độ urê máu trong giới hạn bình thường (vì giảm tổng hợp urê từ NH<sub>3</sub>).

**Urê và Créatinine:** Tất cả các trường hợp đều có Urê và Créatinin nằm trong giới hạn bình thường. Điều này giải thích tại sao trên lâm sàng không có trường hợp nào biểu hiện bất thường nước tiểu (vô niệu, thiếu niệu).

**SGOT, SGPT:** Đa số các trường hợp có transaminase trong giới hạn bình thường, có rất ít trường hợp tăng transaminase vì trong ngộ độc paracetamol, transaminase bắt đầu tăng giữa giờ thứ 12-24, mà trong lô nghiên cứu này, đa số các trường hợp đến sớm trước 6 giờ (84,4%) và được lấy máu xét nghiệm men gan ngay tại thời điểm nhập viện nên chưa đủ thời gian để men gan tăng.

**Đường huyết:** Trong ngộ độc paracetamol, hạ đường huyết đã được mô tả bởi nhiều tác giả, nhưng chưa có tác giả nào đề cập đến tăng đường huyết. Hạ đường huyết hay tăng đường huyết đều là biểu hiện của suy chức năng gan vì gan là bộ máy điều hòa, dự trữ và cung cấp glucose cho toàn cơ thể. Kết quả này còn phụ thuộc vào thời gian giữa bữa ăn trước đó với thời điểm nhập viện.

### **Điều trị**

**Xử trí tại nhà:** Tại nhà hầu như không có phương tiện để xử trí ngộ độc cấp nên đa số trẻ không được xử trí tại nhà. Trong ngộ độc paracetamol, triệu chứng rất nghèo nàn nên cha mẹ thường không quá lo lắng, mặt khác cha mẹ thiếu thông tin y tế, không biết xử trí trước 1 trường hợp ngộ độc cấp. Hơn nữa, cũng có thể là quá lo lắng cho con nên các bậc cha mẹ đã đưa con đến cơ sở y tế gần nhất mà chưa xử trí gì ở nhà. Điều này được thể hiện qua thời gian từ lúc ngộ độc đến lúc nhập viện rất sớm.

**Xử trí tại tuyến trước:** Đa số các trường hợp không được xử trí 1 cách đúng đắn và đầy đủ. Điều trị ngộ độc paracetamol không phải là vượt quá khả năng của các bệnh viện tuyến trước vì ở đó có thể thực hiện rửa dạ dày ngay lập tức, NAC uống là thuốc rất dễ tìm thấy ở bất kỳ nhà thuốc và bệnh viện nào. Kết quả này chứng tỏ kiến thức và trình độ chuyên môn nhân viên y tế của tuyến trước còn hạn chế, chưa được đào tạo một cách đầy đủ. Nếu như mọi trường hợp đều được xử trí sớm và đầy đủ ở tuyến trước sẽ góp phần đáng kể cho kết quả điều trị sau này.

### **Điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng I**

**Rửa dạ dày:** những trường hợp không được rửa dạ dày tại bệnh viện Nhi Đồng I là những trường hợp đã được rửa dạ dày tại tuyến trước, hay liều paracetamol uống vào thấp, hay nhập viện trễ. Đa số các trường hợp được rửa dạ dày sớm, trong vòng 3 giờ kể từ lúc ngộ độc, chính vì vậy hiệu quả điều trị rất tốt.

**Than hoạt:** Những trường hợp dùng than hoạt và NAC uống là không hợp lý vì theo lý thuyết, than hoạt có thể hấp phụ NAC mặc dù ở liều điều trị thông thường sự hấp phụ NAC là không đáng kể<sup>(6)</sup> và than hoạt không làm giảm hiệu quả điều trị của NAC<sup>(1)</sup>. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận rằng cả 5 trường hợp này chỉ được sử dụng lúc mới vào viện, sau đó không được tiếp tục khi khởi động điều trị NAC uống. Như vậy theo chúng tôi, việc uống than hoạt trong những trường hợp này sẽ không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của NAC.

**NAC:** NAC là chất đối kháng hiệu quả trước 1 tình trạng ngộ độc paracetamol. NAC có thể được sử dụng đường uống hay đường tĩnh mạch (nếu bệnh nhân nôn ói nhiều) và hiệu quả điều trị là như nhau<sup>(1,2)</sup>. Trong lô nghiên cứu này, mặc dù triệu chứng buồn nôn, nôn thường gặp nhất nhưng đa số các trường hợp lại được điều trị bằng NAC đường uống vì những lí do sau đây: trẻ ngừng ói khi nhập viện, mặt khác nôn ói không phải là chống chỉ định sử dụng NAC uống, nếu nôn ói xảy ra trong vòng 1h sau uống NAC, có thể lặp lại liều NAC<sup>(1,8,9)</sup> hoặc sử dụng thuốc chống nôn như metoclopramide hay ondansetron<sup>(11)</sup>. NAC đường uống dễ tìm và có sẵn hơn NAC đường tĩnh mạch. NAC đường tĩnh mạch có những phản ứng phụ không mong muốn, chiếm 10-14%<sup>(2,9)</sup>. Bên cạnh đó, NAC tĩnh mạch làm tăng nguy cơ tai biến rối loạn đông máu (biểu hiện trên cận lâm sàng).

Tuy nhiên, NAC đường tĩnh mạch được ưa chuộng hơn đường uống vì khi truyền tĩnh mạch sẽ cung cấp ngay lượng glutathion đang cạn kiệt, đặc biệt cần thiết với những trường hợp suy gan bùng phát. Hơn nữa, những tác dụng phụ của NAC có thể được điều trị một cách dễ dàng và hầu như không lặp lại nếu được điều trị kháng histamin hay corticoid và kéo dài thời gian truyền tĩnh mạch NAC<sup>(9,16)</sup>.

### **Kết quả điều trị**

Trong lô nghiên cứu này, phần lớn các trường hợp có thời gian nằm viện tương đối ngắn (82,3% nằm viện ≤ 4 ngày), 100% bệnh nhân khoẻ mạnh và xuất viện, kết quả của chúng tôi có vẻ khả quan hơn các tác giả khác, có thể giải thích như sau: đa số các trường hợp được phát hiện sớm và nhập viện sớm, liều paracetamol đã uống vào không cao, những trường hợp uống liều cao đã được móc họng-ói tại nhà, hiệu quả của việc rửa dạ dày và điều trị đặc hiệu bằng NAC sớm.

Chúng tôi không theo dõi sau khi xuất viện nên không ghi nhận di chứng trên những trường hợp này. Tuy nhiên một vài nghiên cứu đã chỉ ra rằng đa số các trường hợp tử vong do suy gan bùng phát sẽ diễn ra trong vòng tuần lễ đầu tiên sau ngộ độc, các trường hợp hồi phục sẽ không tiến triển thành suy chức năng mạn tính sau đó<sup>(1)</sup>.

### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy hầu hết trẻ ngộ độc paracetamol nằm trong 2 nhóm tuổi 1-5 tuổi và 10-15 tuổi. Đối với nhóm 1-5 tuổi nguyên nhân chủ yếu là do tò mò, do sự phát triển tâm thần vận động. Đối với nhóm 10-15 tuổi, nguyên nhân chủ yếu là do tự tử và trẻ nữ thường tự tử nhiều hơn trẻ nam do sự phát triển tâm sinh lý. Các trẻ đến từ thành phố Hồ Chí Minh chiếm đa số. Đa số các trường hợp được phát hiện sớm và nhập viện sớm. Triệu chứng lâm sàng rất nghèo nàn, không đặc hiệu. Các xét nghiệm cận lâm sàng đều cho thấy tình trạng độc gan do paracetamol (giảm TP, TCK kéo dài, giảm Fibrinogen máu, tăng SGOT và SGPT, hạ đường huyết). Phần lớn trẻ không được xử trí tại nhà và không được xử trí đúng đắn và hiệu quả tại tuyến trước. Tại bệnh viện Nhi Đồng I, hiệu quả điều trị khá khả quan, 100% khoẻ mạnh/xuất viện, không có trường hợp nào tử vong.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy rằng cần phải trông nom trẻ nhỏ cẩn thận, thuốc nên được bảo quản cẩn thận và hợp lí. Lứa tuổi dậy thì có diễn biến tâm lí rất phức tạp, cần được sự chia sẻ và chỗ dựa tinh thần từ phía gia đình, nhà trường và xã

hội. Cần phải luôn bồi dưỡng và nâng cao kiến thức điều trị ngộ độc cấp nói chung, ngộ độc paracétamol nói riêng cho cán bộ y tế địa phương để các trường hợp ngộ độc paracétamol có thể điều trị sớm, đúng và tích cực hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Algren. D.A, M.D "Review of N-Acetylcysteine for the treatment of Acetaminophen (Paracetamol) Toxicity in pediatrics," Second Meeting of Subcommittee of the Expert Committee on the selection and use of Essential Medicines: pp1-12.
2. Baud F, (1998), "Réanimation des intoxications aiguës," Masson: pp77-107.
3. Broue P., J. Carles, I. Claudet, C. Cabot, (2005), "Intoxication par le paracetamol chez l'enfant," Cah Anesthesiol, 53(2): pp119-123.
4. Bruno Mégarbane MD, Nicolas Deye, M.D, Frédéric J.Baud, M.D (2008), "Acetaminophen poisoning," N England J Med, 359(18): pp1962-1965.
5. Bùi Quốc Thắng, (2003), "Đặc điểm dịch tễ học ngộ độc tại khoa cấp cứu bệnh viện nhi đồng I từ 01/06/2001 đến 31/05/2002," Y học thành phố Hồ Chí Minh, 7: pp51-56.
6. Ford M.D., (2001), "Clinical toxicology," Philadelphia : Saunders: pp34-39,262-272,1044-1056.
7. Garnier R, G. Riboulet-Delmas, M.L. Efthymiou, (18 Février 1982), "Intoxications aiguës par le Paracétamol soluble : Étude rétrospective des données du Centre Anti-Poisons de Paris 1974-1981," Sem. Hôp.Paris, 58, n°7: pp435-439.
8. Henry.J. , Wiseman H., (1997), "Management of poisoning, a handbook for health care workers," WHO: Geneva: pp260-263.
9. Jaeger .A, Vale JA, (1999), "Réanimation : Intoxications aiguës," Société de réanimation de langue française: pp13-37,249-261.
10. Jonville A.P., E. Autret, S.Majzoub, Y.Furet, D. Ernouf, M.Breteau, (1990), "Épidémiologie des intoxications au paracétamol en pédiatrie (analyse rétrospective des appels recus au centre anti-poison de Tours)," Journal de Toxicologie clinique et Expérimentale, 10(1): pp21-25.
11. Olson .K.R., (2004), "Poisoning and drug overdose," Boston: Mc Graw Hill, 4: pp66 - 69, 405- 407
12. Phạm Lê An, (2006), "Các thời kỳ của tuổi trẻ," Trong Bài giảng nhi khoa tập 1. Bộ môn nhi- Trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh.: pp29-45.
13. Renaud VIELLEVOYE, (2008), "Quelques urgences pédiatriques," CHU de Liège: pp87-89.
14. SAMAMA M.M. et collaborateurs, (2004), "Hémorragies et thromboses: du diagnostic au traitement," II, Masson,Paris: pp3-28.
15. Vincent Danel , Philippe Saviuc, (30 avril 2008), "Intoxication aigue par le paracétamol," La revue du praticien, 58:pp861-865
16. Zagagnoni C., F.Testud, (2006), "Intoxications aiguës par le paracetamol: données actuelles sur la prise en charge," VIGItox, 30.