

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NGỘ ĐỘC Ô ĐÀU-PHỤ TỬ

Phạm Ngọc Trung, khoa ICU¹ và Âu Mai Phụng, khoa YHCT²

ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học cổ truyền đóng một vai trò quan trọng trong mạng lưới y tế nước ta, hàng năm có hàng triệu lượt người được điều trị tại các phòng chẩn trị góp phần tích cực vào công cuộc phục hồi sức khỏe cho người dân. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp ngộ độc đã được nói đến, thậm chí gây tử vong cho người bệnh. Tháng 9 năm 2010 tại khoa Hồi sức Tích cực bệnh viện ĐKTT An Giang chúng tôi gặp một toa thuốc có sử dụng **phụ tử** gây ngộ độc rất nặng và bệnh nhân đã được cứu sống nhờ điều trị tích cực của các khoa kết hợp với các trang thiết bị hiện đại (máy sốc điện, máy thở). Người bị ngộ độc phụ tử có những triệu chứng sau: mới đầu có cảm giác như bị kiến đốt, tê môi, lưỡi và niêm mạc miệng, nôn nao, hoảng hốt, da xanh tái, chân tay lạnh, vã mồ hôi. Người bệnh lo lắng, hốt hoảng, mạch nhỏ yếu, khó bắt, tim đập chậm, không đều, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, tụt huyết áp... và rất dễ tử vong. Nhân trường hợp này chúng tôi xin được trình bày bệnh án và bình toa thuốc nhằm chia sẻ thông tin cùng quý đồng nghiệp.

TRÌNH CA LÂM SÀNG

- Họ và tên: Nguyễn T. L 40 tuổi, nam
- Địa chỉ Mỹ Hội Đông, Chợ Mới, An Giang
- Vào viện lúc 15h 30' 02/10/2010 do bệnh viện Chợ Mới chuyển
- **Bệnh sử:** Người bệnh (NB) hốt thuốc bắc uống do bị đau lưng, sau khi uống thuốc khoảng 15 phút NB cảm thấy tê tay chân, cứng hàm kèm mệt, vã mồ hôi được nhập viện BV Chợ Mới trong tình trạng khó thở, môi tím, nhịp tim không đều, HA: 60/40 mmHg được chẩn đoán: tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim nghi do **ngộ độc thuốc bắc**. Tại đây được xử trí Seduxen 10mg 1ống TMC, Natri clorua 9% 500ml TTM CCC giọt/phút và chuyển BV ĐKTT An Giang trong tình trạng lơ mơ, co giật toàn thân từng cơn, M:140l/phút, HA: 100/60 mmHg.
- **Tiền sử:** khỏe, không ghi nhận gì đặc biệt, đau nhức lưng chưa điều trị gì

- **Tình trạng nhập viện:** NB lơ mơ, GSC 10 điểm, vã mồ hôi, đồng tử 3mm đều 2 bên, phản xạ ánh sáng (+), chi lạnh, mạch không đều, co giật từng cơn. Xử trí: Hypnovel 5mg 1 ống TMC, Hydrocortisone 100mg 1 ô TMC, rửa dạ dày. Sau 35 phút NB tím tái ngưng thở, M=0, HA= 0, ECG: Rung thất, xoắn đỉnh, ngoại tâm thu thất. Xử trí: Đặt nội khí quản (NKQ), xoa bóp tim ngoài lồng ngực, sốc điện 200-270J, Lidocain 2%, Magne Sulfate 15%. Sau nhập viện 80phút NB vẫn trong tình trạng hôn mê, ECG nhịp xoang 75 lần/phút, HA 150/90 mmHg chuyển ICU.

Diễn biến:

Tình trạng tại khoa ICU: 17h ICU nhận: M= khó bắt, HA 50/30mmHg, hôn mê sâu Glasgow 3đ, đang bóp bóng qua NKQ. Xử trí: Thở máy xâm lấn, Lidocain 2%, vận mạch bằng Noradrenalin và Dobutamin. Sau 1 giờ NB dẫy dựa nhiều được xử trí Hypnovel 5mg.

Sau 14 giờ nhập viện: NB tỉnh, Mạch 80 lần/phút đều, HA 120 / 80 mmHg, ngưng thở máy, rút NKQ, thở oxy mũi 4lít/phút.

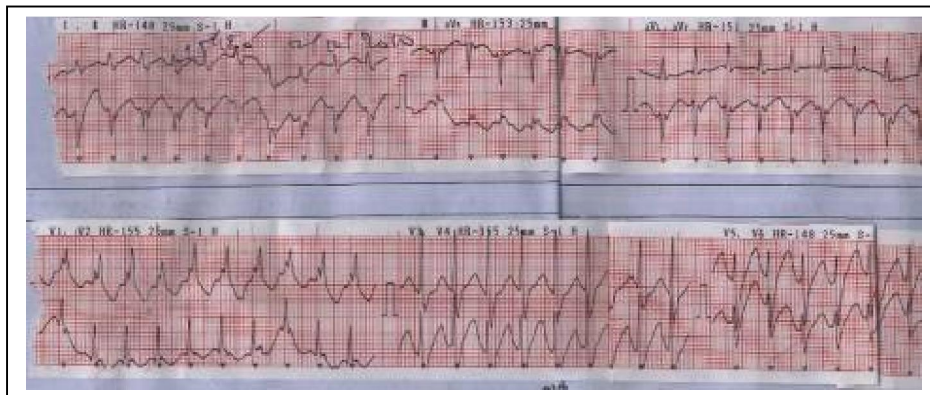
Ngày thứ 2 của bệnh: NB tỉnh, HA 110/60mmHg, ngưng thở oxy, ngưng Levonor theo dõi, sau đó chuyển khoa nội TH.

Bệnh nhân ra viện vào ngày thứ bảy của bệnh.

Cận lâm sàng (2/10/2010)

- BC: 15,2 K/ μ L; Hb: 11,9 g/dL; Tc: 171 K/ μ L; TQ, TCK bình thường; Ure: 4,3 mmol/L; Creatinine 120 \rightarrow 107 μ mol/L; Glucose: 14,7 \rightarrow 6,9 mmol/L; Bilirubin TP 13,6 μ mol/L (5-21); Bilirubin; TT 6,2 μ mol/L (<4,3); Ion đồ: bình thường; GOT: **223.9** U/L; GPT: **124** U/L; Troponin-T: 0.057 ng/ml (0-0.03); CK-MB: **11,56** ng/ml (0.97-4.94); Xquang tim phổi thẳng tại giường: bình thường.

- ECG



ECG
lúc
nhập
viện



III. BÀN LUẬN

Đây là một trường hợp ngộ độc ô đầu-phụ tử nặng được điều trị thành công do sự điều trị tích cực của nhiều khoa: Cấp cứu, Hồi sức Tích cực, Nội tổng hợp và đã sử dụng nhiều trang thiết bị hiện đại: máy sốc điện, máy thở, máy bơm điện

3.3. Phân tích toa thuốc bệnh nhân ngộ độc:

3.3.1. Toa thuốc : 15 loại dược liệu

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| - Đơn qui 3c (12g) | - Kinh giới 3c (12g) |
| - Táo nhân 3c (12g) | - Mộc hương 3c (12g) |
| - Đẳng sâm 3c (12g) | - Phụ tử 3c (12g) |
| - Trần bì 3c (12g) | - Mộc qua 3c (12g) |
| - Nhục quế 3c (12g) | - Hoàng kỳ 3c (12g) |
| - Bạch truật 3c (12g) | - Thăng ma 3c (12g) |
| - Xuyên ô 3c (12g) | - Càng cương 3c (12g) |
| - Cam thảo chích 3c (12g) | |

Toa thuốc đồng hàm lượng (12g) là không đúng với qui chế kê đơn và sử dụng 2 loại thuốc độc bảng A quá liều (Phụ tử và Xuyên ô). Tổng liều sử dụng 2 loại dược liệu: 24g, gấp 6 lần bình thường. Bên cạnh đó Cam thảo chích làm cho thuốc hấp thu vào dạ dày nhanh hơn và Càng cương dùng làm thuốc dẫn không đúng làm tăng tác dụng độc. Hơn nữa Nhục quế, Mộc hương, Huỳnh kỳ, Đảng sâm, Trần bì, Thăng ma, phát huy tác dụng độc của thuốc Phụ tử, Xuyên ô. Như vậy toa thuốc sử dụng rất nhiều “Dương dược” trong cùng một toa thuốc (10 loại) làm tăng tác dụng của Xuyên ô và Phụ tử. Toa thuốc không được sử dụng bằng đường uống. Ô đầu-Phụ tử là loại dược liệu quý, được xếp độc bảng A, Ô đầu-Phụ tử đều do rễ của một cây cùng cấp, Ô đầu là củ mẹ, Phụ tử là củ con, nhưng cách chế biến khác nhau nên được chia thành hai loại thuốc khác nhau. *Tên khoa học:* Ô đầu: Radix Aconiti Ranunculaceae (củ mẹ); Phụ tử : Aconitum sinensis Paxt Ranunculaceae (củ con). Thành phần hóa học chính trong Ô đầu-Phụ tử là Ancaloit có tên là Aconitin ($C_{34}H_{47}O_{11}N$) chiếm 90 %, ngoài ra còn có đường, chất nhựa, axit amin chiếm 5%, với liều lượng từ 1mg -1,5mg Aconitin nguyên chất có thể làm chết người. Aconitin dễ bị phân hủy trong nhiệt độ cao và dễ bị thủy phân, tỷ lệ Ancaloit trong cây phụ thuộc vào từng loại cây, từng địa phương, thời gian thu hái, cách chế biến và cách bảo quản thuốc trong môi trường khác nhau. Aconitin kích thích đầu dây thần kinh gây tê lưỡi là triệu chứng dễ phát hiện nhất.đồng thời độc tính của Ô đầu-Phụ tử cũng dữ dội trên tim mạch và dễ đưa đến tử vong. **Triệu chứng ngộ độc:** tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ, bệnh nhân hốt hoảng khi khởi đầu với triệu chứng tê lưỡi, tê các ngón tay, tê ngón chân, tay chân lạnh buốt, rồi không đứng được, cảm giác hai chân khụy xuống, hoa mắt chóng mặt, vã mồ hôi, nói khó, chảy nước dãi, tiêu chảy, buồn nôn, ngực tức, da lạnh, tim đập nhanh; loạn nhịp sau đó chậm dần, huyết áp tụt, nuốt khó, thở chậm dần do trung khu hô hấp bị ức chế, co giật, hôn mê, trụy mạch đưa đến tử vong nhanh chóng. Xét nghiệm máu thấy rối loạn điện giải, thông thường giảm kali, canxi, suy chức năng gan, thận. Thuốc tân dược dùng để giải độc : Atropin, xử lý cấp cứu cũng giống như các trường hợp ngộ độc khác, thao tác xử trí nhanh và phải phối hợp nhiều thầy thuốc, và bệnh viện phải có đủ phương tiện. Rửa dạ dày bằng acid tannic kèm theo than hoạt. Ủ ấm, cho thở oxy, thở máy khi suy hô hấp nặng không đáp ứng với điều trị thông thường. Bù nước và điện giải, xử trí các rối loạn về tim mạch, hỗ trợ chức năng gan

thận; chống co giật. *Thuốc giải độc* theo Đông y: Huỳnh liên: liều gấp 2 lần Ô đầu-Phụ tử, Cam thảo: liều gấp 5 lần Ô đầu-Phụ tử, gừng tươi: liều gấp 5 lần Ô đầu-phụ tử. Bài thuốc căn bản giải độc đối với những trường hợp nhẹ: Cam thảo 60g, Đậu đen 30g, Hoàng liên 20g, Sinh khương 15g, Ngân hoa 15g, Khổ sâm căn 30g.

Đối với bệnh nhân này, đã được điều trị tích cực tại bệnh viện Chợ Mới khi bệnh nhân trong tình trạng sốc và co giật, được xử trí truyền dịch nhanh, chống co giật và chuyển nhanh chóng đến bệnh viện ĐKTT An Giang. Tại khoa Cấp cứu được rửa dạ dày, trong quá trình rửa người bệnh ngưng tim ngưng thở, M=0, HA=0, ECG: rung thất, xoắn đỉnh, ngoại tâm thu thất được đặt NKQ, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, sốc điện, lindocain 2%, Magne Sulfate 15%. Sau 80 phút tại cấp cứu ECG nhịp xoang 75 lần/phút, HA: 150/90 mmHg nhưng người bệnh vẫn trong tình trạng hôn mê nên được chuyển đến khoa ICU. Diễn biến tại ICU bệnh vẫn trong tình trạng rất nặng: hôn mê sâu, Glasgow 3 điểm, mạch khó bắt, HA 50/30 mmHg đang bóp bóng qua NKQ. Xử trí thở máy xâm lấn, vận mạch noradrenalin và dobutamin; sau đó NB dây dựa nhiều được xử trí thêm hypnolvel. Sau 14 giờ nhập viện NB tỉnh, Mạch 80 lần phút, HA: 120/80 mmHg; cận lâm sàng không có gì đặc biệt nên bác sĩ cho ngưng thở máy, rút NKQ. Đến đây công tác hồi sức đã thành công bước đầu, nhưng cần theo dõi tái phát dấu hiệu nặng cũng như tổn thương cơ quan: gan, thận, tim mạch huyết học. Ngày thứ 2 của bệnh người bệnh tỉnh, sinh hiệu ổn được cho ngưng thở oxy, giảm liều thuốc vận mạch sau đó ngưng và chuyển khoa Nội Tổng hợp. Người bệnh được ra viện vào ngày thứ sáu của bệnh, các xét nghiệm trở về giới hạn bình thường.

KẾT LUẬN

Ô đầu và Phụ tử đều là rễ của một cây cung cấp, Ô đầu là củ mẹ, Phụ tử là củ con, là loại dược liệu quý dùng trong Đông y và Tây y, được xếp loại độc bảng A, thành phần có Ancaloid độc, tác dụng rất mạnh vào hệ thống thần kinh, hô hấp, tim mạch và làm suy chức năng gan thận, đa phần người ta hay dùng làm côn xoa bóp để điều trị đau nhức cơ xương khớp, làm ấm cơ thể, liệt nửa người. Khi dùng ở dạng uống, thầy thuốc phải nắm vững quy chế kê đơn cũng như phải biết phối hợp thuốc để hạn chế tác dụng độc của dược liệu, đồng thời phải theo dõi người bệnh trong quá trình sử dụng thuốc, không để người bệnh tự ý dùng thuốc. Thuốc Đông cũng như thuốc Tây, thuốc nào dùng quá liều hoặc dùng không đúng chỉ định đều có thể gây ngộ độc, cho

nên lúc chỉ định dùng thuốc, người Thầy thuốc phải hết sức thận trọng, phải nắm vững chỉ định của thuốc, tác dụng phụ của thuốc, và liều lượng thường dùng, có làm được như vậy, chúng ta mới tránh được tác hại xảy ra cho người bệnh, có khi gây tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tất Lợi (2003), Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Nhà xuất bản y học.
2. Nguyên tắc xử trí độc cấp (2005), Hướng dẫn điều trị tập I, trang 92-98
3. Kỹ thuật bào chế Đông dược (1978), Trường Đại học Dược Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.