

500-1000ml Coca-Cola trước mỗi bữa ăn trong 3 tuần làm mềm và giảm đáng kể kích thước khối BTA(phytobezoars) sau đó lấy khối BTA qua NSDD.

Phần lớn các tác giả bơm DD hay cho uống 500 ml Cocacola/ 3 lần/ ngày. Khối BTA mềm ra và giảm kích thước tạo thuận lợi cho NSDD cắt nhỏ và lấy BTA.[8]

Kết quả phẫu thuật cho thấy không có BN tử vong hay mổ lại vì tắc ruột hoặc có khối BTA thứ 2 trong vòng 6 tháng, có 2 BN nhiễm trùng vết mổ.

V. KẾT LUẬN:

8 BN TRBTA, nam 4 BN (50%), nữ 4 BN (50%), Tuổi TB: 68,9 ±3,18; Tiền sử: Đã cắt DD bán phần 75%.

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Đau bụng cơn 75%; Buồn nôn, nôn 75%; Bí trung đại tiện 75%, Quai ruột nổi và rắn bò 75%,Tắc ruột rõ 75%; Chụp CLVT xác định khối BTA62,5%;

2. Kết quả phẫu thuật: Điều trị phẫu thuật 100%;

+ Bóp đẩy BTA xuống đại tràng 12,5%; Đẩy BTA lên DD và mở dạ dày lấy BTA 12,5%; Mở ruột lấy BTA 75%.

+ Vị trí khối BTA: BTA ở quai đi cách miệng nổi < 30 cm 50%, Khối BTA cách góc HMT < 1m 50%; 1 BN có 2 khối BTA (ở DD và ở hồng tràng).

+ Kích thước (chiều dài nhất) khối BTA ≤ 5

cm 25%, kích thước > 5 cm 75%; BTA thực vật 100% (Phytobezoars).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Katharine Eng, Marsha Kay.** Gastrointestinal Bezoars:History and Current Treatment Paradigms.Gastro Hepatol.2012 Nov;8(11): 776-778.
- Konstantinos A et al.** Pathophysiological and clinical aspect of the diagnosis and treatment of Bezoars.onstantinos A et al. Pathophysiological and clinical aspect of the diagnosis and treatment of Bezoars. Ann Gastroenterol 2019 32 (3):224-232.
- Fatih Altintoprak et al:** intestinal Obstruction due to Bezoar in Elderly Patients: Risk Factors and treatment Results. Emergency Medicine International 2019 (issue 1) 3647536.
- Oleh.O et al.** Stomach Bezoaris, causes of development, diagnosis and methods of treatment. WiadLek.2021;74(1):128-131.
- Christine Boumitri et al.** Gastric Bezoar after Vagotomy and Billroth I Presenting With Gastric Outlet Ostruction. Journal of Medical Cases, volume 7(1)2016:1-4.
- Chung YW et al.** Huge gastric diospyrobezoars successfully treated by oral intake and endoscopic injection of Coca-cola. Dig Liver Dis, 2006; 38(7): 515-517.
- Hayashi et al.** Persimmon bezoar successfully treated by oral intake of Coca-Cola. A case report. Cases J.2008;1(1)385.
- Gokhan Ertugrul et al.** Treatment of gastric phytobezoars with Coca-cola given oral rout: a case report. Int J Gen Med 2012 23;5: 157-161

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC CẤP METHANOL BẰNG PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP LỌC MÁU TÍCH CỰC VÀ ETHANOL ĐƯỜNG UỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong¹, Bùi Đức Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống ở người bệnh ngộ độc cấp methanol tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp theo thực hành lâm sàng thường quy, đánh giá trước - sau điều trị, tiến hành trên 35 người bệnh được chẩn đoán ngộ độc cấp methanol điều trị bằng phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống tại Bệnh viện

Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 35 người bệnh ngộ độc methanol, tuổi trung bình 48,6 ± 13,2, chủ yếu là nam giới (88,6%); nguồn phơi nhiễm chủ yếu là rượu không rõ nguồn gốc (82,9%). Thời gian từ uống đến nhập viện trung vị 18 giờ. Người bệnh nhập viện với biểu hiện lâm sàng đa dạng và tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng. Lọc máu được thực hiện sớm (trung vị 4 giờ), 40,0% cần ≥ 2 lần lọc; 100% sử dụng ethanol. Thời gian hồi phục pH > 7,3 trung vị 18 giờ, thời gian nằm viện trung bình 7 ngày. Sau điều trị, mức độ nặng theo PSS cải thiện rõ rệt (p < 0,001). Tỷ lệ hồi phục hoàn toàn đạt 68,6%, di chứng 17,1% và tử vong 14,3%. **Kết luận:** Phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống có hiệu quả trong cải thiện nhanh tình trạng lâm sàng và rối loạn chuyển hóa, góp phần nâng cao tỷ lệ hồi phục và giảm mức độ nặng ở người bệnh ngộ độc cấp methanol.

¹ Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 29.1.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026

Từ khóa: *Ngộ độc cấp methanol, lọc máu tích cực, ethanol đường uống*

ABSTRACT

TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE METHANOL POISONING MANAGED WITH COMBINED INTENSIVE HEMODIALYSIS AND ORAL ETHANOL THERAPY AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To evaluate the therapeutic effectiveness of a combined regimen of intensive hemodialysis and oral ethanol in patients with acute methanol poisoning at Military Hospital 175. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive interventional study following routine clinical practice, with a before-after treatment evaluation, was conducted on 35 patients diagnosed with acute methanol poisoning and treated with a combined regimen of intensive hemodialysis and oral ethanol at Military Hospital 175 from December 2022 to December 2024. **Results:** The study included 35 patients with methanol poisoning, with a mean age of 48.6 ± 13.2 years; the majority were male (88.6%). The primary source of exposure was illicit alcohol (82.9%). The median time from ingestion to hospital admission was 18 hours. Patients presented with diverse clinical manifestations and severe metabolic acidosis. Hemodialysis was initiated early (median 4 hours), with 40.0% requiring ≥ 2 sessions; all patients received ethanol therapy. The median time to pH recovery (> 7.3) was 18 hours, and the median hospital stay was 7 days. After treatment, the severity score based on the Poisoning Severity Score (PSS) improved significantly ($p < 0.001$). The complete recovery rate was 68.6%, with sequelae in 17.1% and mortality of 14.3%. **Conclusion:** The combined regimen of intensive hemodialysis and oral ethanol is effective in rapidly improving clinical status and metabolic disturbances, contributing to higher recovery rates and reduced severity in patients with acute methanol poisoning.

Keywords: *acute methanol poisoning; intensive hemodialysis; oral ethanol.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc methanol cấp là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm với tỷ lệ tử vong, di chứng thần kinh, thị lực cao do các chất chuyển hóa axit formic gây toan chuyển hóa nặng và tổn thương tế bào [1]. Nguyên tắc điều trị cốt lõi bao gồm ức chế men alcohol dehydrogenase (ADH) để ngăn chặn chuyển hóa methanol thành chất độc, đồng thời loại bỏ cả methanol và các chất chuyển hóa qua lọc máu [2]. Mặc dù fomepizole được khuyến cáo là thuốc ức chế ADH hàng đầu do tính an toàn và dễ sử dụng [2], nhưng chi phí cao và hạn chế về tính sẵn có ở nhiều cơ sở y tế tại Việt Nam khiến ethanol vẫn là lựa chọn thay thế quan trọng. Phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống đã được áp dụng

như một giải pháp thực tiễn [3], nhưng bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị cũng như các yếu tố tiên lượng trên đối tượng người bệnh Việt Nam vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống ở người bệnh ngộ độc cấp methanol tại Bệnh viện Quân y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán ngộ độc cấp methanol điều trị bằng phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2024.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:*

+ Người bệnh được chẩn đoán ngộ độc cấp methanol theo tiêu chuẩn của tác giả Lee [4]: Bệnh sử/lâm sàng nghi ngờ ngộ độc methanol; Xét nghiệm có methanol trong máu;

+ Đủ tiêu chuẩn lọc máu và dùng ethanol đường uống (theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội các Trung tâm Chống độc Hoa Kỳ) [2] khi có 1 trong các triệu chứng: Toan chuyển hóa ($\text{pH} < 7,30$); Tổn thương thị giác: nhìn mờ, khám và soi đáy mắt có tổn thương; Dấu hiệu sinh tồn điển hình xấu mặc dù được điều trị hồi sức tích cực; Tổn thương thận cấp; Rối loạn điện giải không đáp ứng với điều trị nội khoa; Nồng độ methanol ≥ 50 mg/dl; Tiền sử gần đây có uống rượu chứa methanol và có khoảng trống áp lực thẩm thấu > 10 mOsm/kg H₂O.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Ngộ độc phối hợp với các chất khác (ngoài ethanol).

+ Tiền sử bệnh có di chứng thần kinh trung ương.

+ Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp theo thực hành lâm sàng thường quy, đánh giá trước - sau điều trị.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả người bệnh bị ngộ độc cấp do methanol có chỉ định điều trị bằng phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2024 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Thực tế chúng tôi đã khảo sát được 35 người bệnh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:**

Lựa chọn tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Người bệnh được khám lâm sàng,

làm các xét nghiệm cận lâm sàng, điều trị bằng lọc máu tích cực và ethanol 20% đường uống theo phác đồ cũng như các biện pháp điều trị khác. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên cải thiện trên lâm sàng (giảm tỉ lệ tử vong và di chứng, giảm độ nặng PSS), thời gian nằm viện, thời gian phục hồi.

- Phương thức lọc máu:

Lọc máu được thực hiện bằng máy Fresenius với màng lọc high-flux Rexeed-13L (1,3 m²), tốc độ dịch thẩm tách 500 mL/phút, tốc độ máu 200-220 mL/phút, nhiệt độ 37°C. Thời gian lọc ban đầu 8 giờ và được điều chỉnh theo nồng độ methanol nhập viện; nếu thời gian ước tính > 8 giờ, tiếp tục phiên lọc bổ sung, nếu < 8 giờ, kết thúc theo thời gian tính toán.

Ethanol 20% được sử dụng qua ống thông dạ dày theo phác đồ Mc Coy [5], với liều bolus 4 mL/kg, sau đó duy trì 0,5 mL/kg/giờ (không nghiện rượu) hoặc 1 mL/kg/giờ (nghiện rượu); trong quá trình lọc máu, tăng tương ứng lên 1 mL/kg/giờ và 2 mL/kg/giờ.

Người bệnh được theo dõi lâm sàng trước, sau điều trị và hằng ngày cho đến khi hoàn thành phác đồ.

Chẩn đoán mức độ ngộ độc cấp theo thang điểm PSS phân loại mức độ ngộ độc thành 5 mức, từ không có triệu chứng đến tử vong [6]: 0- Không có dấu hiệu hay triệu chứng ngộ độc; 1 (nhẹ)-Các triệu chứng nhẹ, thoáng qua và tự hồi phục; 2 (trung bình)-Các triệu chứng rõ rệt, kéo dài hơn nhưng không đe dọa tính mạng. Cần phải can thiệp điều trị; 3 (nặng)-Các triệu chứng nặng, đe dọa tính mạng; 4 (tử vong)-Người bệnh tử vong do ngộ độc.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh giá trị 2 trung bình bằng Student test (Mann-Witney U test nếu phân bố không chuẩn), so sánh nhiều giá trị trung bình bằng ANOVA test, so sánh tỷ lệ % bằng test χ^2 hoặc Fisher Exact test, mức ý nghĩa thống kê 95%.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên người bệnh điều trị theo thực hành thường quy, không thay đổi chỉ định và phác đồ. Người bệnh hoặc đại diện hợp pháp đã được giải thích và đồng ý điều trị. Dữ liệu được mã hóa, bảo mật, sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được phép của Bệnh viện Quân y 175.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 35)

| Đặc điểm | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|-------------------------|-----------|
| Tuổi (năm), X ± SD | 48,6 ± 13,2 | |
| Giới tính | Nam | 31, 88,6 |
| | Nữ | 4, 11,4 |
| Tiền sử nghiện rượu | Có | 22, 62,9 |
| | Không | 13, 37,1 |
| Nguồn phơi nhiễm | Rượu không rõ nguồn gốc | 29, 82,9 |
| | Cồn công nghiệp | 6, 17,1 |
| Thời gian từ uống đến nhập viện (giờ), trung vị (IQR) | 18 (10-28) | |

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh 48,6 ± 13,2, nam giới chiếm đa số (88,6%). Phần lớn người bệnh có tiền sử uống rượu và nhập viện trong tình trạng nặng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện (N=35)

| Đặc điểm | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|--------------|-----------|
| Rối loạn ý thức (GCS < 13) | 18 | 51,4 |
| Rối loạn thị giác | 21 | 60,0 |
| Thở nhanh/Kussmaul | 19 | 54,3 |
| Nôn/buồn nôn | 24 | 68,6 |
| Hạ huyết áp | 7 | 20,0 |

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện, rối loạn thị giác (60,0%), nôn/buồn nôn (68,6%) và rối loạn ý thức (51,4%) là các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất. Hạ huyết áp ghi nhận ở 20,0% người bệnh.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng khi nhập viện

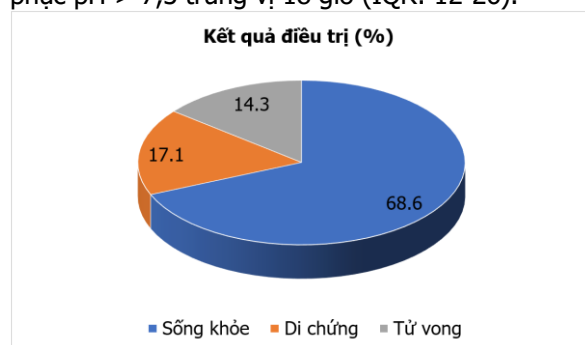
| Thông số | Giá trị |
|--|---------------|
| pH máu, X ± SD | 7,12 ± 0,11 |
| HCO ₃ ⁻ (mmol/L), X ± SD | 11,5 ± 4,2 |
| Lactate (mmol/L), trung vị (IQR) | 4,8 (3,2-6,5) |
| Khoảng trống anion (mmol/L), X ± SD | 28,6 ± 6,4 |
| Khoảng trống thẩm thấu (mOsm/kg), X ± SD | 32,1 ± 10,3 |
| Nồng độ methanol (mg/dL), trung vị (IQR) | 45 (28-72) |

Nhận xét: Người bệnh nhập viện trong tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng với pH trung bình 7,12 ± 0,11, HCO₃⁻ 11,5 ± 4,2 mmol/L, khoảng trống anion 28,6 ± 6,4 mmol/L và khoảng trống thẩm thấu 32,1 ± 10,3 mOsm/kg. Nồng độ methanol máu trung vị là 45 mg/dL (IQR: 28-72).

Bảng 4. Đặc điểm điều trị

| Biến số | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|---|--------------|-----------|
| Thời gian bắt đầu lọc máu (giờ), trung vị (IQR) | 4 (2-7) | |
| Số lần lọc máu | 1 lần | 21 |
| | ≥ 2 lần | 14 |
| Sử dụng ethanol | 35 | 100 |
| Thở máy | 16 | 45,7 |
| Dùng bicarbonate | 30 | 85,7 |
| Thời gian nằm viện (ngày), trung vị (IQR) | 7 (5-11) | |
| Thời gian hồi phục pH > 7,3 (giờ), trung vị (IQR) | 18 (12-26) | |

Nhận xét: Phác đồ lọc máu được khởi động sớm với thời gian trung vị 4 giờ (IQR: 2-7); 40,0% người bệnh cần lọc máu ≥ 2 lần. Thời gian nằm viện trung vị 7 ngày (IQR: 5-11), thời gian hồi phục pH > 7,3 trung vị 18 giờ (IQR: 12-26).

**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung**

Nhận xét: Tỷ lệ sống khỏe là 68,6%, tử vong 14,3% và di chứng 17,1%.

Bảng 5. Hiệu quả cải thiện mức độ nặng trên lâm sàng theo thang điểm PSS (n = 35)

| Mức độ theo PSS | Vào viện, n (%) | Ra viện, n (%) | p |
|-------------------|-----------------|----------------|---------|
| Không triệu chứng | 1 (2,9) | 17 (48,6) | < 0,001 |
| Nhẹ | 2 (5,7) | 4 (11,4) | < 0,001 |
| Trung bình | 7 (20,0) | 5 (14,3) | < 0,001 |
| Nặng | 25 (71,4) | 4 (11,4) | < 0,001 |
| Tử vong | - | 5 (14,3) | - |

Nhận xét: Mức độ nặng theo thang điểm PSS cải thiện rõ rệt sau điều trị: tỷ lệ người bệnh mức độ nặng giảm từ 71,4% xuống 11,4% (p < 0,001), đồng thời tỷ lệ không triệu chứng tăng từ 2,9% lên 48,6% (p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngộ độc methanol chủ yếu xảy ra ở nam giới (88,6%), với độ tuổi trung bình $48,6 \pm 13,2$. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khi ngộ độc rượu thường gặp ở nam giới và độ tuổi trung niên (40-59) [3], [7], do thói quen tiêu thụ rượu cao hơn. Đáng chú ý, 82,9% người bệnh có nguồn phơi nhiễm từ rượu không rõ nguồn gốc, cao hơn so với nghiên cứu của Hà Thị Bích Vân (71,9%) [3], sự khác nhau này có thể do thói quen dùng rượu bia ở miền Nam khác hơn so với miền Bắc. Điều này phản ánh thực trạng phổ biến tại Việt Nam khi rượu tự pha chế, không có nhãn mác và không được kiểm soát chất lượng vẫn được bán rộng rãi. Thời gian trung vị từ khi uống đến nhập viện là 18 giờ (IQR: 10-28), tương tự báo cáo từ các nghiên cứu khác cho thấy người bệnh thường đến viện muộn sau khi các triệu chứng lâm sàng đã rõ ràng [3], [4].

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh khi nhập viện

Các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện cho thấy người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi ở tình trạng khá nặng. Tỷ lệ rối loạn ý thức (51,4%), rối loạn thị giác (60,0%) và thở nhanh/Kussmaul (54,3%) tương đồng với các nghiên cứu trước đây [8]. Đặc biệt, pH máu trung bình là $7,12 \pm 0,11$, HCO_3^- $11,5 \pm 4,2$ mmol/L, khoảng trống anion $28,6 \pm 6,4$ mmol/L và khoảng trống thẩm thấu $32,1 \pm 10,3$ mOsm/kg, cho thấy tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng do tích tụ axit formic - chất chuyển hóa độc của methanol, tương tự như nghiên cứu của Hà Thị Bích Vân khi rối loạn ý thức, hôn mê gặp ở 36 người bệnh (40,4%), có 7 người bệnh co giật (7,9%) [3]. Nồng độ methanol máu trung vị 45 mg/dL (IQR: 28-72) tương đối cao và đa số nằm trong ngưỡng cần chỉ định lọc máu theo khuyến cáo quốc tế [9]. Các chỉ số này cho thấy được mức độ nặng của đối tượng nghiên cứu, đặt ra thách thức không nhỏ cho chúng tôi trong quá trình điều trị.

Hiệu quả của phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống

Phác đồ điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi áp dụng lọc máu sớm với thời gian trung vị 4 giờ (IQR: 2-7) sau khi nhập viện. Đây là yếu tố quan trọng góp phần không nhỏ trong cải thiện kết quả điều trị, vì lọc máu không chỉ loại bỏ methanol mà còn loại bỏ axit formic - chất gây toan chuyển hóa và tổn thương mô [10]. Việc sử dụng ethanol đường uống (100% người bệnh) thay thế fomepizole - thuốc ức chế men alcohol

dehydrogenase được khuyến cáo [2] nhưng có chi phí cao và hạn chế về tính sẵn có tại Việt Nam. Cơ chế tác dụng của ethanol dựa trên ái lực với men alcohol dehydrogenase cao gấp 10-20 lần so với methanol, do đó ức chế chuyển hóa methanol thành các chất độc. Kết quả điều trị của chúng tôi cho thấy hiệu quả của phác đồ này khi tỷ lệ tử vong (14,3%) thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Xuân (32,8%) [7] và Hà Thị Bích Vân (40,4%) [3], Lee (34,4%) [4]. Điều này có thể do các người bệnh trong các nghiên cứu trên nhập viện muộn và mức độ tổn thương nặng hơn, dẫn đến quá trình can thiệp sẽ bị muộn so với giờ vàng cấp cứu, từ đó hiệu quả đạt được sẽ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ di chứng là 17,1%, chủ yếu là rối loạn thị giác và tổn thương thần kinh. Các yếu tố nguy cơ gây di chứng bao gồm pH < 7,0 khi nhập viện, rối loạn ý thức nặng và thời gian từ uống đến điều trị kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hồi phục pH > 7,3 trung vị là 18 giờ (IQR: 12-26), phản ánh hiệu quả của lọc máu trong việc điều chỉnh nhanh chóng rối loạn toan kiềm.

Cải thiện mức độ nặng theo thang điểm PSS

Thang điểm PSS là công cụ được sử dụng rộng rãi để phân loại mức độ nặng trong ngộ độc cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh ở mức độ nặng giảm đáng kể từ 71,4% khi nhập viện xuống 11,4% khi ra viện, đồng thời tỷ lệ không triệu chứng tăng từ 2,9% lên 48,6% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Hà Thị Bích Vân (2021) [3] khi điểm PSS mức độ nặng, và trung bình giảm nhiều, mức độ không triệu chứng tăng nhiều. Sự cải thiện này phản ánh hiệu quả của phác đồ điều trị trong việc kiểm soát nhanh chóng tình trạng nhiễm độc và ngăn ngừa tiến triển nặng.

V. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU:

Điểm mạnh của nghiên cứu là thời gian bắt đầu lọc máu sớm và tuân thủ các khuyến cáo quốc tế về chỉ định lọc máu. Tuy nhiên, nghiên cứu có một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ (N=35), thiết kế mô tả tiến cứu không có nhóm chứng, không đo được nồng độ ethanol máu để đánh giá mức độ ức chế men alcohol dehydrogenase. Cỡ mẫu còn hạn chế và được chọn theo phương pháp thuận tiện tại một trung tâm duy nhất, do đó có thể ảnh hưởng đến tính đại diện và khả năng khái quát hóa kết quả.

VI. KẾT LUẬN

Phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống được áp dụng sớm ở người bệnh ngộ độc methanol cho thấy hiệu quả trong việc cải thiện nhanh tình trạng lâm sàng và điều chỉnh rối loạn chuyển hóa. Sự cải thiện rõ rệt về mức độ nặng theo thang điểm PSS sau điều trị ($p < 0,001$) cùng với tỷ lệ hồi phục hoàn toàn đạt 68,6% gợi ý đây là lựa chọn điều trị khả thi trong điều kiện nguồn lực còn hạn chế, góp phần nâng cao hiệu quả quản lý ngộ độc methanol tại các cơ sở y tế tuyến cuối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alrashed M., Aldeghaither N.S., Almutairi S.Y., et al.** (2024). The Perils of Methanol Exposure: Insights into Toxicity and Clinical Management. *Toxics*, 12(12), 924.
- Barceloux D.G., Bond G.R., Krenzelok E.P., et al.** (2002). American Academy of Clinical Toxicology practice guidelines on the treatment of methanol poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*, 40(4), 415-446.
- Hà Thị Bích Vân** (2021). Đánh giá hiệu quả của phác đồ lọc máu tích cực phối hợp với ethanol đường uống trong điều trị ngộ độc cấp methanol, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Lee C.-Y., Chang E.K., Lin J.-L., et al.** (2014). Risk factors for mortality in Asian Taiwanese patients with methanol poisoning. *Ther Clin Risk Manag*, 10, 61-67.
- McCoy H.G., Cipolle R.J., Ehlers S.M., et al.** (1979). Severe methanol poisoning. Application of a pharmacokinetic model for ethanol therapy and hemodialysis. *Am J Med*, 67(5), 804-807.
- Persson H, Sjöberg G, Haines J, Pronczuk de Garbino J.** (1998). Poisoning Severity Score: Grading of acute poisoning. *J Toxicology - Clinical Toxicology*. 36:205-13.
- Đặng Thị Xuân** (2021). Hiệu quả của phác đồ điều trị giải độc ethanol đường uống ở bệnh nhân ngộ độc cấp methanol. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 500(1), 112-116.
- Namthaisong K., Paisarnrodjanarat B., Wasuthapitak N., et al.** (2025). Assessment and Initial Management of Methanol Poisoning Symptoms from Herbal Liquor in the Emergency Room. *Journal of The Department of Medical Services*, 50(2), 137-146.
- Barceloux D.G., Bond G.R., Krenzelok E.P., et al.** (2002). American Academy of Clinical Toxicology practice guidelines on the treatment of methanol poisoning. *J Toxicol Clin Toxicol*, 40(4), 415-446.
- Kim D., Dalal A.R., and Madireddy V.** (2025). Early Hemodialysis in Methanol Poisoning Without Severe Acidosis or End-Organ Damage: A Case for Preemptive Intervention: TH-PO0431. *Journal of the American Society of Nephrology*, 36(10S), 10.1681/ASN.202572v8w77m.