

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC METHANOL TẠI BVĐKTT AN GIANG

Bs Huỳnh Trinh Trí, Khoa Nội tổng hợp

Tóm tắt

Ngộ độc methanol bằng đường uống thường hiếm, có thể gây rối loạn toan chuyển hóa trầm trọng, mù mắt, rối loạn chức năng thần kinh lâu dài và tử vong.

Sự hiện diện toan chuyển hóa kết hợp với sự gia tăng anion gap và tăng khoảng trống áp lực thẩm thấu là xét nghiệm quan trọng được tìm thấy.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ngộ độc rượu methanol ở một bệnh nhân 56 tuổi uống rượu thường xuyên, bệnh nhân vào bệnh viện chúng tôi sau 20 giờ uống rượu, triệu chứng đầu tiên là mờ mắt, xét nghiệm lâm sàng toan chuyển hóa nặng với pH máu động mạch : 6,7 và HCO₃- 4,5 meq/L. Bệnh nhân được điều trị ngộ độc methanol gồm hồi sức cấp cứu chung, điều chỉnh toan chuyển hóa và lọc máu cố gắng để loại bỏ methanol, acid formic.

Abstract: A case of methanol poisoning was treated at AnGiang Central General Hospital

Methanol ingestion is an uncommon form of poisoning that can cause severe metabolic disturbances, blindness, permanent neurologic dysfunction and death. The presence of metabolic acidosis associated with an increased anion gap and increased osmol gap are important laboratory findings.

We report a case of methanol alcohol poisoning in a 56-year-old chronic alcoholic patient who was presented at our hospital after 20 hours of alcohol drinking. The initial symptom was of blurred vision. The clinical findings of acidosis was very severe with arterial pH values of 6.7 and plasma bicarbonate concentrations of 4,5 meq/liter. The patient was treated with standard supportive care combined with the correction of metabolic acidosis and hemodialysis in an attempt to eliminate both methanol and formic acid from his blood.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ :

Methanol thường dùng như một chất chống đông lạnh, là dung môi, dùng trong mực in, nước rửa kính xe... Ngộ độc rượu methanol hiếm gặp, có khả năng dẫn tới tử vong. Độc tính do methanol bị men alcohol dehydrogenase oxy hóa thành formaldehyde, sau đó formaldehyde bị men acetaldehyde dehydrogenase oxy hóa thành acid formic. Acid formic gây toan chuyển hóa, mù mắt và tử vong (Anderson, 1994).

Triệu chứng ngộ độc thường xảy ra 18-24 giờ sau khi uống, gồm nhức đầu, dấu hiệu ở mắt : từ nhìn mờ đến mù mắt, buồn nôn, ói mửa, đau bụng, thở nhanh và suy hô hấp, hôn mê và co giật có thể xảy ra khi ngộ độc methanol nặng [2]. Một khi đã chẩn đoán, việc điều trị phải nhanh chóng và dứt khoát. Điều trị gồm những biện pháp nâng đỡ, điều chỉnh toan máu bằng sodium bicarbonate, truyền tĩnh mạch ethanol, fomepizol và lọc máu.[6]

Ở Na Uy một thống kê suốt 4 tháng năm 2002 có 33 bệnh nhân nhập viện vì ngộ độc methanol, tử vong 5 bệnh nhân .[3]

Một báo cáo ở bệnh viện Christchurch, New Zealand ghi nhận trong 26 ca ngộ độc methanol (đa số là có tiền sử uống rượu mãn tính) thì có 4 bn chết trước khi vào viện, 4 bn chết ở ICU [Meyer, 2000].

Ở AnGiang trong 9 bn uống rượu có methanol, thì có 6 bn chết trước khi vào bệnh viện, Tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm AnGiang (ĐKTT AnGiang), chúng tôi gặp 3 trường hợp ngộ độc methanol, 2 bn đầu đã tử vong sau vài giờ nhập viện, bệnh nhân thứ 3 tới bệnh viện (sau 24h uống rượu có methanol) đã được cứu sống. Nhân trường hợp này chúng tôi muốn bàn luận thêm về ngộ độc methanol qua đó cần nhận biết sớm ngộ độc methanol để cấp cứu kịp thời cũng như tuyên truyền cho người dân phòng tránh ngộ độc rượu methanol.

II. TÓM TẮT BỆNH ÁN VÀ QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ:

- ✚ Họ và tên BN : NGUYỄN VĂN SANG, nam, 56 tuổi, nghề nghiệp : đạp xe lôi; Địa chỉ : Trung I, Phú Mỹ, Phú Tân, AnGiang; nhập viện : 21h35' 24/03/2005
- ✚ Khoảng 10h ngày 23/03, người bệnh uống rượu một mình 0,5 lít rượu , đến chiều 17h uống thêm 0,5 lít rượu, người bệnh ngủ đến sáng hôm sau thấy nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, đau bụng, cảm giác người không được khỏe, đến chiều 19h ngày 24/03 thấy mờ mắt xin nhập TTYT Huyện Phú Tân. Tiền sử : người bệnh uống rượu thường xuyên trên 10 năm.
- ✚ Tại TTYT Huyện Phú Tân : khám thấy mờ mắt, đồng tử dẫn 3,5 mm đều 2 bên, tri giác lơ mơ , Huyết Áp 220/120 mmHg, ECG nhịp nhanh xoang+ Thiếu máu cơ tim, Đường huyết 15 mmol/l. Xử trí : Adalat 10 mg 3 giọt nhỏ dưới lưỡi, Risordan 5mg NDL, Lactat Ringer . Kết quả Huyết áp xuống -> 150/100 -> 120/90 mmHg, sau khi sơ cứu 30 phút -> chuyển tới Bệnh viện ĐKTT AnGiang lúc 21h 35' 24/03.
- ✚ Tại bệnh viện ĐKTTAG (21h 35' 24/03) tri giác lơ mơ, thở nhanh, ts 30 lần/ phút, vã mồ hôi, giẫy giụa nhiều, đồng tử dẫn 3,5 mm đều 2 bên, Huyết áp 110/60mmHg -> 23h40' huyết áp 90/60 mmHg.
 - Xét nghiệm : Urê 5,59 mmol/l , Đường huyết 19,3 mmol/l , Na⁺ 129 mEq/l , K⁺ 7,5 mEq/l , Cl⁻ 96 mEq/l , Khí máu: pH: 6,76 pCO₂ 25,7 mmHg HCO₃⁻ 4,5 mmol/l SaO₂ 86,3% ; Alcohol/máu 1,93 g/l , Troponin I (-), CKMB 34,4 ui □ toan chuyển hóa với Anion gap tăng rất cao 28,5 , osmolar gap 6.8 mmosl/l
 - Xử trí : Thở O₂ 3l/p, Sodium bicarbonat 8,4% 20 ml TM, Seduxen 10 mg 2A TM,
 - Lúc bắt đầu lọc máu (23h40') : người bệnh giẫy giụa, lơ mơ ,thở nhanh, vã mồ hôi ,HA 90/60 mmHg, sau khi lọc máu được 2h, người bệnh bớt giẫy giụa, bệnh tình dần, bớt nhìn mờ , hết thở nhanh,HA 110/60 mmHg. Xử trí thêm : SBH 1,4 ‰ 250ml TTM xx g/p
- ✚ 8h57' 25/03 : Người bệnh tỉnh, Huyết áp 110/60 mmHg, mắt nhìn hết mờ, đồng tử 2,5 mm đều 2 bên, nước tiểu 1500ml/24h ,
Blood gaz: pH: 7,2 pCO₂ 17.4 mmHg HCO₃⁻ 11,9 mmol/l SaO₂ 97,4 %
- ✚ 9h45 25/03:pH: 7.36 pCO₂ 29,3 mmHg HCO₃⁻ 16,3 mmol/l , SaO₂ 97,6 %
- ✚ 9h 27/03: pH: 7,4 pCO₂ 32,5 mmHg HCO₃⁻ 20.3 mmol/l , SaO₂ 95,9%
Na⁺ 140 mEq/l, K⁺ 3 mEq/l, Cl⁻ 103 mEq/l => Anion gap 16,7
- ✚ 28/03 người bệnh tỉnh , sinh hiệu ổn, ăn uống bình thường, thị lực nhìn bình thường → ra viện ngày 29/03/2005.

III . BÀN LUẬN :

- ✚ Khi tiếp nhận bệnh nhân uống rượu ở vùng dịch tễ , chúng tôi đã chú ý các dấu hiệu lâm sàng của ngộ độc methanol. Triệu chứng lâm sàng của BN này có các dấu hiệu gợi ý ngộ độc methanol như:
 - Nhức đầu , chóng mặt, buồn nôn, đau bụng.
 - Tăng Huyết áp (HA)

- Rối loạn thị giác : mờ mắt, đồng tử giãn
- Rối loạn tri giác
- Dấu hiệu của toan chuyển hóa : thở nhanh nông
- CLS: toan chuyển hóa pH 6,76 , Anion gap tăng rất cao 28,5 .
- + Với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trên, chúng tôi chẩn đoán đây là trường hợp ngộ độc methanol. BN được xử trí thở oxy, truyền sodium bicarbonate và tiến hành lọc thận nhân tạo sớm. Các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng hồi phục dần sau lọc thận, người bệnh tỉnh dần, giảm mờ mắt, HA ổn, pH máu về bình thường. BN xuất viện sau 6 ngày điều trị.
- + Nhờ chẩn đoán đúng, sớm, xử trí kịp thời và BV được trang bị máy lọc thận nhân tạo người bệnh đã được cứu sống.
- + Bệnh nhân này lúc vào viện đã bị toan chuyển hóa nặng với pH máu :6,76 và anion gap tăng rất cao 28.5, theo Meyer và cộng sự (2000) ở BN bị ngộ độc rượu methanol nếu pH < 7.0 thì tiên lượng tử vong cao tuy nhiên không có mối liên hệ giữa nồng độ methanol và tử vong [4] .
- + Omolar gap chúng tôi tính được là 6,8 mmol/L : không tăng, Theo Hovda KE và cộng sự (2004) quan sát 28 BN ngộ độc methanol ở bv Ullevaal University, Na Uy thì cả hai osmolar gap và anion gap đều tăng ở 24 bn, có 3 bn Omolar gap không tăng (vì nồng độ methanol/máu thấp), nhưng anion gap thì tăng ở 28 bn do sự tích tụ formate. Họ ghi nhận có mối liên hệ tuyến tính giữa osmolar gap và nồng độ methanol/máu, cũng như có mối tương quan mạnh giữa anion gap và nồng độ formate/huyết thanh [5] .
- + Sau khi uống rượu 14 giờ, bn có triệu chứng ở mắt nhìn mờ, đồng tử giãn, điều này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Hunderi và cộng sự (2004) quan sát 33 bn nhập viện vì ngộ độc methanol, họ ghi nhận bn có dấu hiệu ngộ độc sau uống rượu 12-72 giờ.[3]
- + Nồng độ Ethanol/máu chúng tôi đo được ở bn lúc vào viện : 1,9 g/L, có thể chính nhờ nhờ có nồng độ ethanol trong máu cao nên đã gắn kết với men alcohol dehydrogenase, ngăn cản bớt sự oxy hóa methanol thành formaldehyde.

IV KẾT LUẬN:

- + Ngộ độc rượu là một loại cấp cứu rất hay gặp ở các cơ sở Y tế. Trong đó ngộ độc methanol là loại ngộ độc nguy hiểm nhanh chóng đưa đến tử vong nếu không được chẩn đoán đúng và điều trị kịp thời
- + Bệnh nhân được cứu sống nhờ nhiều yếu tố:
 - BN đến sớm, được chẩn đoán đúng, và điều trị kịp thời.
 - Nhờ trang thiết bị cấp cứu - máy lọc thận nhân tạo và đội ngũ thầy thuốc khoa cấp cứu ngộ độc đã phối hợp cứu sống BN.
- + Qua trường hợp này chúng ta cần phổ biến sâu rộng cho mọi tầng lớp nhân dân đặc biệt là người nghiện rượu biết được sự nguy hiểm đến tính mạng của ngộ độc methanol, cần nhận biết sớm dấu hiệu ngộ độc để đưa BN đi cấp cứu kịp thời.
- + Nên phối hợp giữa các cơ sở y tế với cơ quan vệ sinh an toàn thực phẩm thường xuyên kiểm tra các cơ sở chế biến rượu để tránh ngộ độc xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Anderson I.B. *Methanol. Poisoning & Drug Overdose* 2nd Edition. Prentice-Hall International, 1994, 215-216.
2. *Overdosage*, The Washington Manual of Medical Therapeutics 31st Edition , 577- 579.

3. Hunderi OH, Hovda KE, Lie B , *Methanol poisoning in Norway 2002*, Tidsskr Nor Laegeforen. 2004 Dec 16;124(24):3199-202
- 4 . Meyer RJ, *Methanol poisoning*. N Z Med J. 2000 Jan 28;113(1102):11-3.
5. Hovda KE, Hunderi OH, Rudberg N, Froyshov S, Jacobsen D, *Anion and osmolal gaps in the diagnosis of methanol poisoning: clinical study in 28 patients*. Intensive Care Med. 2004 Sep;30(9):1842-6.
6. Williams GF, Hatch FJ, Bradley MC, *Methanol poisoning: a review and case study of four patients from central Australia*. Aust Crit Care. 1997 Dec;10(4):113-8.