

tình trạng bệnh viêm quanh răng tại trường cao đẳng y tế Bình Dương, Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2/2014. Tr 48-52.

4. **Lê Thị Hằng (2008)** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu bệnh viêm quanh răng tại Viện răng hàm mặt quốc gia", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường đại học Răng hàm

mặt, Hà Nội.

5. **Nguyễn Mạnh Chiến (2008)** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm quanh răng bằng phương pháp nạo túi lợi tại bệnh viện Răng hàm mặt quốc gia Việt Nam năm 2008". Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường đại học Răng hàm mặt, Hà Nội.

SO SÁNH TÁC DỤNG GÂY TÊ TỦY SỐNG LIỀU THẤP BUPIVACAINE 4MG VÀ 5MG TRONG PHẪU THUẬT BỆNH TRỊ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

Lê Mạnh Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả gây tê tủy sống liều thấp Bupivacain 4mg và 5mg trong phẫu thuật bệnh trĩ. **Đối tượng:** 120 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bệnh trĩ tại Bệnh viện YHCT Trung ương. **Phương pháp:** Phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. Bệnh nhân được phân chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm Bupivacaine 4 mg+Fentanyl 0.02 mg và Bupivacaine 5 mg+Fentanyl 0.02mg. **Kết quả:** Cả hai liều Bupivacain 4mg và 5mg tương đương nhau về mặt an toàn và hiệu quả, tuy nhiên liều Bupivacain 4mg phong bế cảm giác tối đa và tác dụng ức chế vận động tốt hơn liều 5mg. **Kết luận:** Nên dùng Bupivacain 4mg phối hợp với fentanyl 0,02mg để gây tê tủy sống cho phẫu thuật bệnh trĩ đặc biệt cho những bệnh nhân có nguy cơ cao.

Từ khóa: Bupivacain, bệnh trĩ, gây tê tủy sống.

SUMMARY

COMPARING THE THERAPEUTIC EFFECT OF LOW-DOSE SPINAL ANESTHESIA BETWEEN BUPIVACAINE 4 MG AND 5 MG IN SURGERY FOR HEMORRHOIDS

Objectives: To evaluate the therapeutic effect of low-dose spinal anesthesia between bupivacaine 4 mg and 5 mg in surgery for hemorrhoids. **Subjects:** 120 patients have indications for hemorrhoid surgery in Vietnam's traditional medicine hospital. **Methods:** Prospective, randomized, comparative clinical trial. Patients were randomly divided into two groups: Bupivacaine 4 mg combined with Fentanyl 0.02 mg and Bupivacaine 5 mg combined with Fentanyl 0.02 mg group. **Results:** Both doses were safe and effective, but the 4 mg dose of Bupivacaine performs better in blocking maximal sensation and inhibiting motor activity than the dose of 5 mg. **Conclusion:**

¹Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mạnh Cường

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 28/1/2022

Ngày duyệt bài: 14/3/2022

Bupivacaine 4 mg in combination with 0.02 mg fentanyl is recommended for spinal anesthesia for hemorrhoid surgery, especially in high-risk patients.

Keywords: Bupivacain, hemorrhoids, spinal anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trĩ là bệnh lý thường gặp với tỷ lệ mắc cao trong cộng đồng và là một trong những bệnh đứng hàng đầu trong các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng. Tuy ít gây ra tử vong nhưng có tác động không hề nhỏ đến sức khỏe, sinh hoạt cũng như khả năng lao động của mỗi cá nhân [1,2]. Bệnh trĩ nếu không điều trị kịp thời, đúng phương pháp có thể dẫn đến chảy máu, tắc mạch hoại tử gây đau đớn, viêm vùng hậu môn, đau rát hậu môn, đại tiện khó khiến bệnh nhân sợ hãi khi đi đại tiện, không dám ăn uống gây nên suy kiệt, gây thiếu máu, nhiều bệnh nhân mất máu nặng đe dọa đến tính mạng của người bệnh [3].

Những năm gần đây gây tê tủy sống để phẫu thuật bụng dưới, chi dưới... bằng các loại thuốc như Lidocain, Mebivacin, Bupivacain, Ropivacain... đang được áp dụng rộng rãi [4,5]. Trong đó Bupivacain được dùng phổ biến tại Bệnh viện Y học Cổ Truyền trung ương để phẫu thuật bệnh trĩ. Tuy nhiên trong quá trình sử dụng còn gặp một số tác dụng không mong muốn như: tụt huyết áp, mạch chậm, buồn nôn, bí tiểu, ức chế vận động kéo dài khiến bệnh nhân nằm lâu ở hậu phẫu[6]... Để hạn chế tác dụng phụ, tác dụng không mong muốn này, giảm liều thuốc tê là quan trọng nhất nhưng vẫn chưa có đánh giá cụ thể trên lâm sàng. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu so sánh tác dụng gây tê tủy sống liều thấp Bupivacain 4mg và 5mg trong phẫu thuật bệnh trĩ tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 120 bệnh nhân

có chỉ định phẫu thuật bệnh trĩ tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- ✓ Tuổi > 10, trọng lượng cơ thể > 30 kg.
- ✓ Bệnh nhân xếp loại ASA I, II, III.
- ✓ Có chỉ định vô cảm bằng phương pháp gây tê tùy sống.
- ✓ Thời gian phẫu thuật dưới 90 phút.
- ✓ Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- ✓ Bệnh nhân có chống chỉ định với gây tê tùy sống.
- ✓ Bệnh nhân không hợp tác với thầy thuốc, có tình trạng tâm thần không ổn định, rối loạn cảm nhận cảm giác xúc giác.
- ✓ Diễn biến gây mê, phẫu thuật bất thường như chảy máu nhiều, phẫu thuật kéo dài hơn 90 phút.
- ✓ Bệnh nhân không đồng ý hoặc không muốn tiếp tục tham gia nghiên cứu..

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. 120 bệnh nhân được phân chia ngẫu nhiên thành hai nhóm, mỗi nhóm gồm 60 bệnh nhân.

+Nhóm 1: 60 bệnh nhân có sử dụng Bupivacain 4mg + fentanyl 0,02mg

+Nhóm 2: 60 bệnh nhân có sử dụng Bupivacain 5mg + fentanyl 0,02mg

- Kỹ thuật tiến hành:

- ✓ Đặt tư thế bệnh nhân nằm nghiêng 90° trên bàn phẫu thuật, đầu cúi, lưng cong gập về bụng tối đa, tư thế đầu ngang so với mặt bàn phẫu thuật.
- ✓ Sát khuẩn vùng chọc kim 3 lần sát trùng từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới, trải sang có lỗ.
- ✓ Chọc kim L2-3 đường giữa cột sống, chiều vát của kim song song với cột sống, khi có nước não tủy chảy ra thì xoay chiều vát của kim khoảng 90° lên phía trên đầu, cố định kim. Nhóm

1: lấy 4mg thuốc Bupivacain bằng bơm tiêm 5ml, sau đó lấy 0,02mg Fentanyl. Nhóm 2: lấy 5mg thuốc Bupivacain bằng bơm tiêm 5ml, sau đó lấy 0,02mg Fentanyl.

- ✓ Tiêm hỗn hợp vào khoang dưới nhện của liên khe đốt sống L2 – L3 trong khoảng 10 giây, không pha thuốc với dịch não tủy. Theo dõi các biến động về hô hấp, tuần hoàn trên máy.

- Chỉ tiêu đánh giá:

- ✓ Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác ở mức T12.
- ✓ Thời gian vô cảm.
- ✓ Mức phong bế cảm giác tối đa.
- ✓ Ức chế vận động
- ✓ Mức độ giảm đau trong phẫu thuật
- ✓ Mức độ giảm đau sau phẫu thuật
- ✓ Tác dụng không mong muốn

2.3. Xử lý số liệu.

Số liệu thu thập được biểu diễn dưới dạng $X \pm SD$ và được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. So sánh các giá trị trung bình bằng kiểm định T- Student. So sánh các tỷ lệ bằng test Chi bình phương. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu được hội đồng Y đức của Học viện Y dược học Cổ truyền Việt Nam thông qua. Tất cả các đối tượng nghiên cứu sẽ được giải thích cụ thể về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu đáp ứng các tiêu chuẩn của nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. Các đặc điểm chung về tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng giữa hai nhóm là tương đương nhau. Hơn nữa cả hai nhóm cũng có sự tương đồng về bệnh tật theo ASA và các bệnh phổi hợp đi kèm. Thời gian phẫu thuật và các loại phẫu thuật cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

3.2. Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác ở mức T12 (onset)

Bảng 3.1. Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác ở mức T12

Biến số	Nhóm		Nhóm 1	Nhóm 2	p
	X ± SD	Min-Max			
T12 đau (Phút)	X ± SD		4,23±1,12	3,86 ± 1,25	<0,01
	Min-Max		3-8	1-6	
T12 lạnh (Phút)	X ± SD		2,86±1,15	2,32 ± 0,35	<0,01
	Min-Max		1,3-4,2	0,86-3,95	

Thời gian trung bình xuất hiện ức chế cảm giác đau và cảm giác lạnh của nhóm 1 chậm hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong một nhóm, cảm giác lạnh sẽ bị ức chế trước, sau đó mới ức chế cảm giác đau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3. Thời gian vô cảm (phút)

Bảng 3.2. Thời gian vô cảm ở T12

Biến số	Nhóm		Nhóm 1	Nhóm 2	p
	X ± SD	Min – Max			
T12 đau (Phút)	X ± SD		87,62 ± 6,35	88,45 ± 7,62	>0,05
	Min – Max		69-95	76-101	
T12 lạnh (Phút)	X ± SD		112,3 ± 6,8	113,5-8,2	>0,05
	Min – Max		85-125	96-132	

Thời gian vô cảm ở T12 của hai loại cảm giác đau và lạnh ở hai nhóm như nhau với $p > 0,05$. Ở mỗi nhóm thời gian vô cảm trung bình ở T12 của cảm giác đau ngắn hơn cảm giác nóng lạnh với $p < 0,01$.

3.4. Mức phong bế cảm giác tối đa

Bảng 3.3. Mức phong bế cảm giác tối đa (cảm giác đau)

Mức phong bế tối đa	Nhóm 1		Nhóm 2	
	Bệnh nhân	%	Bệnh nhân	%
Dưới D12	0	0,0	0	0,0
D12	6	10,0	0	0,0
D11	24	41,7	18	30,0
D10	28	45,0	23	38,3
D9	2	5,0	14	23,3
D8	0	0,0	5	8,3
Tổng	60	100	60	100
p	<0,05			

Nhóm 1 mức phong bế chủ yếu là dưới T10 tức là từ ngang rốn trở xuống chiếm tỷ lệ 95%, trong khi đó phong bế T8, T9 là 5% thấp hơn so với nhóm 2 mức phong bế T8, T9 là 31,6% như vậy liều cao hơn mức phong bế cao hơn có ý nghĩa. ($p < 0,05$).

3.5. Đánh giá mức độ giảm đau trong và sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Tác dụng giảm đau sau phẫu thuật (giờ)

Thời gian	Nhóm 1	Nhóm 2	p
X ± SD	5,59 ± 1,0	5,66 ± 0,73	>
MIN – MAX	3-8	4-7,5	0,05

Cả 2 nhóm có tỷ lệ mức độ giảm đau trong phẫu thuật tốt là 100%. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật của nhóm 1 là 5,59 ± 1,0 giờ, tối đa 8 giờ, nhóm 2 là 5,66 ± 0,73 giờ, tối đa 7,5 giờ, Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.6. Số bệnh nhân liệt vận động ở các mức độ

Bảng 3.5. Số bệnh nhân liệt vận động ở các mức độ

Nhóm	Nhóm 1		Nhóm 2	
	Bệnh nhân	%	Bệnh nhân	%
M0	55	91,7	26	43,3
M1	5	8,3	34	56,7
M2	0	0,0	0	0,0
M3	0	0,0	0	0,0
P	< 0,01			

Nhóm 1 có tỷ lệ bệnh nhân có ức chế vận động M1 là 8,3%, nhóm 2 có tỷ lệ ức chế vận động là 56,7%. Nhóm 1 ít bị ức chế vận động hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.7. Tác dụng không mong muốn. Tỷ lệ các tác dụng không mong muốn chỉ gặp là (ngứa, run) chung trong và sau phẫu thuật lần lượt là 3,3% ở nhóm 1 và 3,3% ở nhóm 2, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tuần hoàn và hô hấp được duy trì ổn định cả trong và sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào tụt huyết áp ở cả hai nhóm.

Không gặp các biến chứng nặng như dị ứng thuốc tê, đau đầu, đau lưng, buồn nôn sau gây tê...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác ở mức T12. Ức chế cảm giác đau ở mức T12 là ức chế ở ngang nếp bẹn. Khi mức ức chế cảm giác đạt tới T12 thì có thể phẫu thuật các bệnh lý vùng tầng sinh môn, chi dưới, phù hợp với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác đau ở mức T12 của nhóm 1 dài hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Hữu Long năm 2012 trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt thời gian trung bình xuất hiện mức ức chế cảm giác đau ở T12 là 4,12 ± 0,67 (3-5) phút [7]

Thời gian xuất hiện ức chế cảm giác đau được quyết định bởi pKa của thuốc tê. Bupivacain có pKa là 8,1 điều này chứng tỏ liều 4mg có thời gian xuất hiện ức chế cảm giác đau chậm hơn liều 5mg bupivacain khi gây tê tủy sống. Tuy nhiên khoảng thời gian này chưa tới 10 phút cho cả hai nhóm, khoảng thời gian này cũng là thời gian cho phẫu thuật viên kê tư thế, chuẩn bị bệnh nhân, rửa tay, đi găng phẫu thuật.

Tương tự như cảm giác đau, thời gian trung bình xuất hiện ức chế cảm giác lạnh của nhóm 1 chậm hơn nhóm 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Trong cùng một nhóm chúng tôi thấy rằng, cảm giác lạnh mất trước cảm giác đau ở cùng một khoảng tủy với $p < 0,01$. Kết quả này cũng phù hợp với sinh lý của thuốc tê khi vào khoang

dưới nhện tủy sống.

4.2. Thời gian vô cảm. Thời gian mất cảm giác đau trung bình ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt đều dài hơn so với thời gian phẫu thuật trung bình đủ đảm bảo giảm đau cho phẫu thuật. Thời gian vô cảm của một loại thuốc tê được quyết định bởi tỷ lệ gắn protein huyết thanh của thuốc tê. Tỷ lệ gắn protein huyết thanh của bupivacain. Thời gian vô cảm này đủ cho những phẫu thuật nội soi bàng quang, tiền liệt tuyến, cắt trĩ hay phẫu thuật khu vực tầng sinh môn trong thời gian dưới 60 phút và có thể kéo dài tới 90 phút mà bệnh nhân vẫn chưa thấy đau.

Trong cùng một nhóm, thời gian vô cảm trung bình cảm giác lạnh dài hơn so với thời gian vô cảm trung bình cảm giác đau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Như vậy, thứ tự xuất hiện ức chế và phục hồi cảm giác là: Cảm giác lạnh mất trước cảm giác đau, sau thời gian vô cảm có tác dụng của thuốc tê cảm giác đau lại phục hồi sớm hơn cảm giác lạnh ($p < 0,05$).

4.3. Mức phong bế cảm giác tối đa. Nhóm 1 mức phong bế cảm giác tối đa của thuốc tê ngang mức T10 trở xuống chiếm tỷ lệ cao 95%, phong bế đến T9 chiếm tỷ lệ 5% , không có mức phong bế T8 so với 31,6% ức chế T8,T9 ở nhóm 2 ($p < 0,05$).

Từ kết quả trên cho thấy gây tê tủy sống bằng bupivacain 4mg kết hợp 0,02 mg Fentanyl mức phong bế ngang trở xuống, đảm bảo cho phẫu thuật và giảm đau bệnh trĩ, bệnh lý tầng sinh môn, cắt u tuyến tiền liệt, phẫu thuật chi dưới ..., điều đáng chú ý chỉ 5% thuốc phong bế lên T9, không bệnh nhân nào mức phong bế lên T8 điều này lý giải bệnh nhân không bị ức chế tim mạch, hô hấp. Nhóm 2 mức phong bế lên T8,T9 chiếm 31,6% lý giải được liều thuốc càng lớn thì mức phong bế càng cao, nguy cơ thuốc lan lên cao gây ức chế tim mạch, hô hấp tuy nhiên liều 5mg Bupivacain với 0,02 Fentanyl thuốc chỉ phong bế tối đa lên T8 nên ở liều này mức an toàn vẫn rất cao..

4.4. Ức chế vận động. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ so sánh và đánh giá định tính có hay không ức chế vận động chi dưới mà không đánh giá thời gian xuất hiện tiềm tàng ức chế vận động và thời gian kéo dài ức chế vận động.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm 1 có tỷ lệ bệnh nhân có ức chế vận động là 8,3%, nhóm 2 có tỷ lệ bệnh nhân có ức chế vận động là 56,7% khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tê tủy sống bằng bupivacain 4 mg ít ức chế vận động hơn bupivacain 5 mg.

Mức độ liệt vận động khác nhau theo nhiều nghiên cứu là do sử dụng liều thuốc tê khác nhau, có hoặc không kết hợp với opioids khi gây tê tủy sống. Vì tác dụng ức chế vận động chủ yếu là do thuốc tê ức chế dẫn truyền xung động thần kinh của dây thần kinh vận động. Với thời gian phục hồi vận động như trên hoàn toàn đủ thời gian mềm cơ cho một cuộc phẫu thuật diễn ra thuận lợi và khoảng thời gian bất động sau mổ, đó là khoảng thời gian cần thiết và an toàn

4.5. Đánh giá mức độ giảm đau trong phẫu thuật. Cả 2 nhóm có tỷ lệ mức độ giảm đau trong phẫu thuật tốt là 100%, không có trường hợp nào ở mức độ trung bình và kém. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân năm 2010 hiệu quả của gây tê tủy sống trong phẫu thuật cắt trĩ, 100% bệnh nhân ở 2 nhóm dùng 6mg Bupivacain + 0,025mg fentanyl và 10mg Bupivacain đều đạt kết quả tốt [8].

Kết quả này cho thấy hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật của bupivacain 4 mg và 5 mg như nhau khi sử dụng gây tê tủy sống trên bệnh nhân phẫu thuật trĩ và phẫu thuật trĩ có kèm theo phẫu thuật một số bệnh lý vùng hậu môn kết hợp.

4.6. Đánh giá mức độ giảm đau sau phẫu thuật. Thời gian giảm đau sau phẫu thuật của hai nhóm phụ thuộc chủ yếu tác dụng của các thuốc opioid trong hỗn hợp thuốc tê. Trong nghiên cứu của chúng tôi đều sử dụng thuốc opioid với hàm lượng 0,02 mg Fentanyl như nhau. Kết quả thu được cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) về thời gian giảm đau trung bình sau phẫu thuật của hai nhóm.

Với những phẫu thuật ngắn, can thiệp ít, việc sử dụng liều 0,02mg Fentanyl tủy sống với mục đích giảm đau là rất hợp lý, tạo cho bệnh nhân cảm giác thoải mái hơn sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Cả hai liều Bupivacain 4mg và 5mg tương đương nhau về mặt an toàn và hiệu quả, tuy nhiên liều Bupivacain 4mg phong bế cảm giác tối đa và tác dụng ức chế vận động tốt hơn liều 5mg. Do đó có thể dùng Bupivacain 4mg phối hợp với fentanyl 0,02mg để gây tê tủy sống cho phẫu thuật bệnh trĩ đặc biệt cho những bệnh nhân có nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fathallah N, Spindler L, Zeitoun JD (2019). Anal fissure. Rev Prat.;69(9):1005-1010.
2. Huỳnh Yên Phi, Nguyễn Trung Tín (2019). Vai

- trò của cộng hưởng từ trong phẫu thuật điều trị áp xe hậu môn. Y học thành phố Hồ Chí Minh.;23(1):153-157.
3. **Divarci E, Ergun O (2020).** General complications after surgery for anorectal malformations. *Pediatr Surg Int.* 36(4):431-445.
 4. **Lu TJ1, Chen JH, Hsu HM (2011).** Efficiency of infiltration with bupivacain after modified radical mastectomy. *Acta Chir Belg.* 111(6):360-363.
 5. **Dostalova V, Visnovsky P, Dostal P (2008).** The epidural postoperative analgesia after a major urological procedures--a comparison of trimecaine and morphine to bupivacaine and fentanyl. *Bratisl Lek Listy.* 109(3):111-115.
 6. **Kyung S, Jeon J (2013).** Bupivacaine injection to lateral rectus in abducens nerve palsy. *Korean J Ophthalmol.* 27(4):304-307.
 7. **Ngô Hữu Long (2012).** So sánh gây tê tủy sống bằng bupivacain kết hợp sunfentanil hoặc fentanyl trong phẫu thuật nội soi cắt u phì đại lành tính tuyến tiền liệt. *Tạp chí Y dược học quân sự.* 2(2): 137-142.
 8. **Nguyễn Văn Tân (2011).** So sánh hiệu quả của gây tê tủy sống với marcain tăng trọng liều thấp phối hợp fentanyl và marcain tăng trọng đơn thuần trong phẫu thuật cắt trĩ tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn năm 2010. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 15(4):68-76.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG TẠI CHỖ DO RẮN HỔ MANG CẮN

Phạm Thị Việt Dung^{1,2,3}, Nguyễn Quốc Mạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng tổn thương phần mềm tại chỗ do rắn hổ mang cắn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 65 bệnh nhân bị tổn thương tại chỗ do rắn hổ mang cắn, điều trị tại Khoa Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm mỹ, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến hết tháng 11/2021. **Kết quả:** Bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn thường gặp ở độ tuổi lao động, nam nhiều hơn nữ. Tổn thương hay gặp nhất ở bàn, ngón tay và mu chân. Luôn hoại tử da ở vùng trung tâm và sừng nề, hoại tử mỡ dưới da ở vùng xung quanh. Tại vùng trung tâm tổn thương, có thể hoại tử cả gân ở vùng bàn ngón tay, bàn ngón chân, hoặc hoại tử cả xương ở vùng ngón. Tổn thương có thể khu trú ở trong cùng một đơn vị giải phẫu hoặc lan sang đơn vị giải phẫu lân cận, chủ yếu về phía gốc chi. **Kết luận:** Hình thái lâm sàng tổn thương phần mềm tại chỗ do rắn hổ mang cắn rất đa dạng. Việc đánh giá đúng mức độ, tính chất của tổn thương có vai trò quan trọng trong việc xây dựng phương án điều trị có hiệu quả.

Từ khóa: Rắn hổ mang, hoại tử, tổn thương phần mềm

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERS OF TISSUE DAMAGE CAUSED BY COBRA BITES

Objective: Describing the clinical anatomical characteristics of soft tissue damage caused by cobra bites. **Subject and methods:** A cross-sectional

descriptive study performed on 65 patients with local injuries due to cobra bites at the Department of Plastic and Reconstructive Surgery of Bach Mai Hospital from January 2021 to November 2021. **Results:** Most of patients were at working age and male patients outnumbering female patients. The most common bite sites were at the fingers and dorsum of the foot. The trauma caused swelling, skin necrosis at the puncture site, and subcutaneous fat necrosis in the surrounding area. From the wound center, necrosis can spread to the tendons of the hand and foot or to the bone of fingers. The tissue damage caused by a cobra bite can be localized in the same anatomical unit or spread to adjacent anatomical units, toward the center. **Conclusion:** The clinical morphology of local soft tissue lesions caused by a cobra bites is varied. Correct assessment of the extent and nature of the injury plays a crucial role in formulating an effective treatment plan.

Keywords: Cobra, soft tissue necrosis, soft tissue damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới mỗi năm có khoảng 3 triệu người bị rắn độc cắn.¹ Ở Việt Nam, ước tính có khoảng 30.000 nạn nhân bị rắn độc cắn mỗi năm. Theo tổng kết tại Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai: 10 tháng đầu năm 2016, trong tổng số 546 ca rắn cắn cũng có tới trên 65% là do rắn hổ mang.² Rắn hổ mang cắn thường gây tổn thương phần mềm trực tiếp tại vị trí cắn. Rắn hổ mang cắn gây triệu chứng tại chỗ nặng và tiến triển dẫn với dấu hiệu đau, sưng nề, đỏ da, hoại tử. Trong trường hợp nặng hơn có biểu hiện phỏng rộp, bọng nước, bầm máu lan rộng. Trong một số trường hợp, sưng nề và tổn thương tổ chức tại chỗ có thể gây hội chứng khoang, tăng nguy cơ thiếu máu chi thứ phát. Tốc độ tiến triển của sưng nề, hoại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện ĐHYHN

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Việt Dung

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 8/1/2022

Ngày duyệt bài: 5/2/2022