

- 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 bupivacaine 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 tuỷ 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 tuỷ 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

tử thường là dấu hiệu chỉ dẫn mức độ nhiễm độc. Tổn thương hoại tử phần mềm thường xuất hiện sớm và lan rộng, làm mất hàng rào bảo vệ và dễ bội nhiễm.³ Nếu không được điều trị thỏa đáng, các tổn thương này có thể dẫn đến giảm hoặc mất chức năng của chi thể. Bên cạnh việc điều trị huyết thanh kháng độc và điều chỉnh các rối loạn toàn thân do độc tố gây ra, việc điều trị tạo hình, chăm sóc tổn thương tại chỗ do rắn hổ mang cắn cũng vô cùng quan trọng, tuy nhiên vẫn chưa được quan tâm đúng mức. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu về rắn cắn cũng chủ yếu đề cập đến các triệu chứng toàn thân, xét nghiệm và điều trị chống độc mà chưa có nhiều nghiên cứu tập trung đánh giá, điều trị tổn thương phần mềm tại chỗ. Nghiên cứu này mô tả rõ nét hơn đặc điểm tổn thương tại chỗ do rắn hổ mang cắn, là cơ sở khoa học để xây dựng phươg án điều trị toàn diện cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân với chẩn đoán hoại tử phần mềm do rắn hổ mang cắn điều trị tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, ảnh chụp tổn thương và ảnh theo dõi sau mổ, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/2021 đến 11/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành với thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

Bệnh nhân được thu thập các số liệu về đặc

Bảng 1. Bảng phân bố vị trí hoại tử theo vị trí bị cắn ban đầu

Vùng bị cắn	Vùng bị hoại tử			Tổng N (%)		
	Khu trú ở vùng bị cắn	Lan lên trên	Lan xuống dưới			
Chi trên	Ngón tay	11	7	0	18 (27,7%)	36 (55,4%)
	Mu tay	4	4	3	11 (16,9%)	
	Gan tay	3	0	0	3 (4,6%)	
	Cẳng tay	3	1	0	4 (6,2%)	
	Cánh tay	0	0	0	0 (0%)	
Chi dưới	Ngón chân	2	3	0	5 (7,7%)	29 (44,6%)
	Mu chân	18	5	0	23 (35,4%)	
	Gan chân	0	0	0	0 (0%)	
	Cẳng chân	1	0	0	1 (1,5%)	
	Đùi	0	0	0	0 (0%)	
Tổng N (%)	42 (64,6%)	20 (30,7%)	3 (4,6%)	65 (100%)	65 (100%)	



điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp) và các đặc điểm lâm sàng của tổn thương (vị trí, kích thước, mức độ...). Các giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm được tính trên phần mềm Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi bệnh nhân từ 6-81, trung bình là 43,4. 68% số trường hợp nằm trong độ tuổi lao động. Nam giới chiếm 69,3% ca bệnh.

Tổn thương do rắn hổ mang cắn luôn có 2 vùng: vùng tổn thương trung tâm, (ngay tại chỗ có vết cắn) và vùng ngoại vi. Vùng tổn thương trung tâm bao giờ da cũng hoại tử. Vùng ngoại vi thường sưng nề, đỏ tím, nổi nốt phỏng nước. Kích thước vùng hoại tử trung bình tổn thương rắn cắn ở chi trên là 2,9 x 6,1cm, ở chi dưới là 4,9 x 10,9 cm.

Một số dấu hiệu lâm sàng khác tại chỗ thường gặp ở vùng ngoại vi, quanh vị trí hoại tử: sưng nề 63 ca (97%), bầm tím 43 ca (66%), bong nước 41 ca (63,1%), tê bì tại chỗ 42 ca (64,6%).

Vị trí bị rắn cắn ở chi trên nhiều hơn với 55,4% ca bệnh, trong số đó phần lớn là ở ngón tay. Tuy nhiên, ở chi dưới, tổn thương chủ yếu tập trung ở vùng mu chân. (Bảng 1)

64,6% tổn thương hoại tử và sưng nề chỉ khu trú trong đơn vị giải phẫu có vết cắn. Số còn lại (35,4%) tổn thương lan rộng sang đơn vị giải phẫu lân cận, trong đó, chủ yếu tổn thương sưng nề lan về phía gốc chi chiếm 30,7%, sưng nề lan ra đơn vị giải phẫu phía ngoại vi chỉ 4,6%. Tuy nhiên, ở vùng tổn thương lan tỏa, chỉ tổn thương hoại tử mô mỡ dưới da mà không có hoại tử da, gân, cơ, xương. (Bảng 1)

Hình 1. A: Tổn thương hoại tử da ở vùng trung tâm và sưng nề, đỏ da phía ngoại vi, **B:** Sau khi cắt lọc thể hiện tổn thương hoại tử gân và cân sâu tại vùng trung tâm, hoại tử mỡ dưới da tại vùng ngoại vi.

64,6% tổn thương tại chỗ do rạn hổ mang cắn chỉ hoại tử da và tổ chức dưới da, tổn thương thêm lớp gân/màng gân/cơ chiếm 21%, tổn thương cả xương 14%. Tổn thương tới gân chủ yếu xảy ra khi bệnh nhân bị rạn cắn ở bàn-

ngón tay, bàn- ngón chân. Hoại tử đến xương chỉ gặp ở tổn thương vùng ngón. Trong tất cả các tổn thương có hoại tử xương, luôn có hoại tử cả gân phía trên xương (Bảng 2)

Bảng 2. Lớp tổ chức sâu nhất bị tổn thương hoại tử

Vùng bị cắn		Tổn thương lớp sâu nhất			Tổng N (%)	
		Da/ tổ chức dưới da	Cơ/ gân/ màng gân	Xương		
Chi trên	Ngón tay	7	5	6	18 (27,7%)	
	Mu tay	3	8	0	11 (16,9%)	
	Gan tay	3	0	0	3 (4,6%)	
	Cẳng tay	4	0	0	4 (6,2%)	
	Cánh tay	0	0	0	0 (0%)	
Chi dưới	Ngón chân	2	0	3	5 (7,7%)	
	Mu chân	22	1	0	23 (35,4%)	
	Gan chân	0	0	0	0 (0%)	
	Cẳng chân	1	0	0	1 (1,5%)	
	Đùi	0	0	0	0 (0%)	
Tổng N (%)		42 (64,6%)	14 (21,5%)	9 (13,9%)	65 (100%)	100%

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 65 bệnh nhân trong nghiên cứu, nam giới chiếm 69,3%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Bế Hồng Thu và Nguyễn Kim Sơn lần lượt là 75% và 84,2%.⁴ Nam giới bị rạn hổ mang cắn nhiều hơn so với nữ giới vì nam giới thường là đối tượng chính tham gia sản xuất nông nghiệp, nuôi rạn, bắt rạn. Tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu là 43,4 (từ 6 - 81 tuổi), chủ yếu nằm trong độ tuổi lao động (68%) lý giải cho kết quả này có thể do trong hoạt động lao động, đặc biệt trong lĩnh vực nông lâm nghiệp, có khả năng cao tiếp xúc và bị rạn cắn nhiều hơn các lứa tuổi khác.

Về đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân bị rạn hổ mang cắn ở chi trên chiếm 55,4%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Wei Wang là 64,7%.⁵ Vị trí bị cắn ở chi trên thường là vùng ngón (18/36) trong khi đó, mu chân là vị trí tổn thương chủ yếu ở chi dưới (23/29). Điều này cũng liên quan nhiều đến cơ chế bị rạn cắn khác nhau ở 2 vùng. Những bệnh nhân bị rạn cắn ở chi trên thường liên quan đến cơ chế chủ động nên phần lớn bị rạn cắn ở vùng tiếp xúc trực tiếp, trong khi rạn cắn ở chi dưới thường có cơ chế ngẫu nhiên như vô tình dẫm phải rạn nên vị trí tổn thương thường ở vùng giải phẫu có diện tích tiếp xúc lớn nhất.

Rạn hổ mang cắn chủ yếu gây tổn thương phần mềm khu trú trong cùng một đơn vị giải phẫu (64,6%). Một số vết cắn gây tổn thương sừng nề, hoại tử mỡ dưới da lan rộng sang cả đơn vị giải phẫu lân cận. Các tổn thương ở vùng mu bàn - ngón tay, mu bàn - ngón chân hay bị tổn thương lan rộng lên đơn vị giải phẫu lân cận

phía trung tâm, trong khi đó, tổn thương ở vùng gan tay, cẳng tay, cẳng chân thì thường khu trú ở ngay chính đơn vị giải phẫu có vết cắn. Tổn thương sừng nề, hoại tử mỡ dưới da lan rộng chủ yếu lên đơn vị giải phẫu lân cận phía trung tâm 30,7% trong khi lan ra đơn vị giải phẫu phía ngoại vi chỉ 4,6%. Điều này có thể giải thích khi hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy cơ chế khuếch tán độc tố theo đường bạch huyết và theo đường tĩnh mạch là chủ yếu.⁶ Trong khi đó, theo Shao-Xiao Zang và cộng sự, có tới 70% số nhánh từ các hệ tĩnh mạch ở đầu chi có van 1 chiều, do đó ngăn cản sự khuếch tán độc tố ra khỏi vùng giải phẫu bị cắn.⁷ Mạng tĩnh mạch nổi tiếp phong phú ở vùng mu bàn - ngón tay, cũng như mu bàn - ngón chân phù hợp với tỷ lệ tổn thương lan rộng lên các đơn vị giải phẫu lân cận phía trung tâm của các vùng này cao hơn ở vùng gan tay, cẳng tay và cẳng chân. Vùng ngoại vi vết cắn chỉ sừng nề và hoại tử tổ chức mỡ dưới da trong khi da bình thường, chứng tỏ khi khuếch tán ra xung quanh, độc tố của nọc rắn đã giảm đi, không đủ để gây hoại tử da và cân cơ.

64,6% số bệnh nhân chỉ tổn thương hoại tử tại da và tổ chức dưới da vùng bị cắn, 21,5% hoại tử sâu xuống lớp gân và màng gân, 13,9% tổn thương hoại tử cả xương. Tổn thương tới gân và màng gân xảy ra khi bị cắn vùng bàn tay và bàn chân. Tổn thương xương chỉ xảy ra ở ngón tay và ngón chân. Lý giải cho hiện tượng này là do đặc điểm cấp máu của vùng ngón, mạch nuôi của vùng này đều là các nhánh mạch tận, đây là nguồn cấp máu chung cho cả da, gân và xương. Khi phần mềm bị hoại tử, mạch nuôi xương cũng

bị tác động trên cùng đoạn tổn thương. Tại các vùng khác có hệ thống tuần hoàn phụ, mạng mạch tiếp nối rộng rãi, nên tổn thương xương thường ít gặp.⁸

Kích thước vùng hoại tử da trung bình của chi trên và chi dưới lần lượt là: 2,9 x 6,1cm² và 4,9x10,9cm². Vùng hoại tử luôn trực tiếp ở chỗ vết cắn. Bên cạnh đó, luôn có tổn thương sưng nề, đỏ da vùng xung quanh và xu hướng lan nhiều về phía trung tâm. Ở các vùng tổn thương ngoại vi này, da thường có khả năng hồi phục, chỉ hoại tử lớp mỡ dưới da.

V. 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 phươg án điều trị có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO/SEARO Guidelines for the clinical

management of snake bites in the Southeast Asian region. The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health. 1999.

2. **Lê Xuân Quý.** Đặc Điểm Lâm Sàng, Vi Khuẩn Học Của Thương Tôn Tại Chỗ và Mô Mềm Do Rắn Hổ Mang Cắn. Luận văn thạc sỹ HSCC. 2018.
3. **Homma M, Tu AT.** Antivenin for the treatment of local tissue damage due to envenomation by Southeast Asian snakes. Ineffectiveness in the prevention of local tissue damage in mice after envenomation. Am J Trop Med Hyg. 1970; 19(5): 880-884
4. **Nguyễn Kim Sơn, Rắn Hồ Cẩn,** Cẩm Nang Cấp Cứu. Nhà xuất bản Y học; 2000.
5. **Wang W, Chen Q-F, Yin R-X, et al.** Clinical features and treatment experience: a review of 292 Chinese cobra snakebites. Environ Toxicol Pharmacol. 2014;37(2):648-655.
6. **Kp C, Cs L, Sd L.** Management of poisonous snake bites in southern Taiwan. The Kaohsiung journal of medical sciences. 2007; 23(10).
7. **Zang and Schmidt.** Clinical anatomy of the subcutaneous veins in the dorsum of the hand Ann Anat. 1993 Aug;175(4):381-4.
8. **Trịnh Văn Minh.** Giải Phẫu Người. Nhà xuất bản Y học; 2011

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THẢI SẮT TRÊN BỆNH NHÂN THALASSEMIA CÓ QUÁ TẢI SẮT BẰNG DEFERASIROX TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thế Tùng*, Mã Thị Ánh**,
Nguyễn Quang Hào** Lê Thùy Dung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bằng Deferasirox trên bệnh nhi Beta Thalassaemia có quá tải sắt. **Đối tượng:** Gồm 32 bệnh nhân beta thalassaemia được chẩn đoán có quá tải sắt tại Khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2021 đến 06/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang **Kết quả:** 32 bệnh nhân theo dõi kết quả điều trị trong thời gian nghiên cứu: Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng trước và sau điều trị tương ứng là 75,00% và 68,76%. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có giảm sức co bóp cơ tim là 54,17% giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị 62,50%. Tỷ lệ bệnh nhân quá tải sắt mức độ nặng sau điều trị có rối loạn nhịp tim là (58,33%) giảm hơn so với tỷ lệ trước điều trị (70,83%). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân nam là 53,12%, nữ là 46,88%. Hemoglobin trung bình của

nhóm bệnh nhân nam và nữ tương ứng là: $71,9 \pm 15,4$ và $77,5 \pm 16,1$. Deferasirox 35-50mg/kg/24h kết hợp truyền máu đảm bảo Hb > 100 g/l thường xuyên, liên tục có hiệu quả trong duy trì không làm tăng tình trạng quá tải sắt và biến chứng suy tim trên bệnh nhân beta thalassaemia

Từ khóa: Beta thalassaemia, Deferasirox, quá tải sắt.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF DEFERASIROX TREATMENT IN PEDIATRIC PATIENTS BETA THALASSEMIA WITH HEART FAILURE DUE TO IRON OVERLOAD AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of Deferasirox treatment in pediatric patients Beta Thalassaemia with heart failure due to iron overload. **Subjects:** 32 Beta thalassaemia patients diagnosed with heart failure due to iron overload at the Department of Clinical Hematology in Thai Nguyen National Hospital from 01/2021 to 6/2021. **Methods:** A descriptive Cross-sectional. **Results:** 32 patients followed up treatment results during the study period: The rates of patients with severe iron overload before and after treatment were 75.00% and 68.76%, respectively. The difference was not statistically significant with $p >$

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tùng

Email: drtungk32@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/1/2022

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2022

Ngày duyệt bài: 16/3/2022