

(2013), viêm phổi do *S. pneumoniae* và *H. influenzae* tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ lần lượt là 38,7% và 29,4%[8]. Tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2012, Nguyễn Thị Yến và Lê Văn Tráng ghi nhận vi khuẩn thường gặp nhất là *H. influenzae* (37,1%), *S. pneumoniae* (24,5%), *S. mitis* (17,2%), *M. catarrhalis* (15,9%) [9].

Các nghiên cứu đều cho thấy hai vi khuẩn hàng đầu gây viêm phổi là *H. influenzae* và *S. pneumoniae* nhưng tỷ lệ phân bố có sự khác biệt. Điều này có thể được giải thích do sự khác biệt về yếu tố địa dư và tỷ lệ tiêm phòng vaccin *H. influenzae* và *S. pneumoniae* của từng khu vực. Mặt khác tỷ lệ vi khuẩn phân lập được cũng bị ảnh hưởng bởi việc sử dụng thuốc kháng sinh trước đó.

Bảng 3.6 cho thấy số ngày điều trị trung bình là $10,51 \pm 6,39$ ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với Phạm Thu Hiền ($18 \pm 2,7$ ngày) [10]. Điều này được giải thích là do nghiên cứu của Phạm Thu Hiền thực hiện trên các bệnh nhân viêm phổi nặng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn qua cấy dịch tỵ hầu là 36,4%.

- Căn nguyên gây viêm phổi do vi khuẩn thường gặp nhất là *H. influenzae* (34,7%), *S. pneumoniae* (29,6%), *S. aureus* (14,1%). *H. influenzae*, *S. pneumoniae* thường gặp ở những trẻ > 2 tháng.

- Thời gian điều trị của nhóm vi khuẩn gram âm là $11,61 \pm 6,34$ ngày dài hơn thời gian điều trị của nhóm gram dương là $9,59 \pm 6,31$ ngày ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2019). Pneumoniae. WHO <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumoniae>. 2021.
2. Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em. In: Quyết định 101/QĐ-BYT, ngày 09/01/2014.
3. Đặng Đức Anh, Trần Văn Nam và cs (2008). Tỷ lệ mắc bệnh do phế cầu ở trẻ em dưới 5 tuổi nhập viện tại Thành phố Hải Phòng. Đề tài nghiên cứu cấp bộ - Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương.
4. Lê Văn Tráng (2012). Nghiên cứu tính kháng kháng sinh trong viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Luận văn chuyên khoa cấp 2. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Thị Hương (2018). Nghiên cứu nguyên nhân viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa tư nguyên Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Murphy CG, van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG (2007). Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. Acad Emerg Med. 14(3), 243-9.
7. Đặng Thị Thùy Dương, Nguyễn Thị Yến, Phí Đức Long (2018). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi do vi khuẩn ở trẻ dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Thái Bình. Tạp chí Nhi khoa. 11(4), 27-34.
8. Trần Đỗ Hùng (2013). Khảo sát kiến thức về chăm sóc của các bà mẹ có con bị viêm phổi tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Y học thực hành. 859(2), 74-76.
9. Nguyễn Thị Yến, Phạm Thu Nga và Lê Văn Tráng (2014). Tình hình kháng kháng sinh của *Haemophilus Influenzae* và *Moraxella Catarrhalis* tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa năm 2012. Tạp chí nghiên cứu Y học. 915, 54-56.
10. Phạm Thu Hiền (2009). Nghiên cứu nguyên nhân, lâm sàng, dịch tễ học viêm phổi nặng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại khoa hô hấp Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2008. Y học Thực hành. 666(6), 102-108.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN HỔ MANG CĂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc*, Nguyễn Văn Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rắn hổ mang cắn gây bệnh cảnh đa dạng, nặng nề và dễ tử vong hoặc di chứng hoặc tàn phế. Mục tiêu nghiên cứu xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn tại bệnh viện HNĐK Nghệ An. **Đối tượng và phương**

pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn từ tháng 01 – 9/2021.

Kết quả: 2 loài rắn hổ mang cắn đã gặp: *N. astra* (13,3%), *N. kaouthia* (86,7%). Các tổn thương thường gặp bao gồm sưng nề (93,3%) và hoại tử (66,7%). CK tăng ở hầu hết các bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn với giá trị trung bình là $1023,7 \pm 926,5$ mmol/l, cao nhất là 4875mmol/l, thấp nhất là 196mmol/l. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng rắn hổ mang cắn hay gặp là sưng nề và hoại tử, cận lâm sàng là tăng men CK

Từ khóa: Rắn hổ mang; *Naja.astra*, *Naja.kaouthia*

SUMMARY

DETERMINE THE CLINICAL AND SUBCLINICAL

*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc
 Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com
 Ngày nhận bài: 31.5.2022
 Ngày phản biện khoa học: 21.7.2022
 Ngày duyệt bài: 29.7.2022

CHARACTERISTICS OF PATIENT BITTEN BY COBRAS AT THE NGHE AN HOSPITAL

Objective: Cobra bites cause diverse, severe and fatal diseases or sequelae or disability. The objective of the study is to determine the clinical and subclinical characteristics of patients bitten by cobras at the Nghe An hospital. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 30 patients bitten by a cobra from January 2021 to September 2021. **Result:** 2 species of cobra bite were encountered: *N.astra* (13.3%), *N.kaouthia* (86.7%). Common lesions include swelling (93.3%) and necrosis (66.7%). CK increased in most patients bitten by cobra with an average value of 1023.7 ± 926.5 mmol/l, the highest was 4875 mmol/l, the lowest was 196 mmol/l. **Conclusion:** Common clinical symptoms of cobra bite are swelling and necrosis, subclinical is increased CK enzymes

Keywords: Cobra; *Naja.astra*, *Naja.kaouthia*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn là một cấp cứu nội khoa thường gặp nước ta và trên toàn thế giới, người bị rắn cắn có tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề [1]. Rắn độc được phân thành các họ, giống và loài khác nhau, mỗi loại rắn độc gây ra các bệnh cảnh nhiễm độc khác nhau. Ở miền Bắc Việt Nam gặp chủ yếu loài *Naja astra*, trong khi ở miền Nam gặp chủ yếu các loài *Naja kaouthia*, *Naja siamensis* [2]. Độc tính giữa các loài này cũng khác nhau trên lâm sàng. Rắn hổ mang cắn gây bệnh cảnh đa dạng, nặng nề và dễ tử vong hoặc di chứng hoặc tàn phế. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán rắn hổ mang *N.astra* hoặc *N.kaouthia* cắn và điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Xác định được loại rắn cắn là rắn hổ mang bằng 1 trong các trường hợp sau:

Trường hợp 1: Được xác định là rắn hổ mang bành *N.astra* hoặc *Naja kaouthia*. Bệnh nhân hoặc người nhà nhận dạng đúng mẫu rắn hổ mang bành

Trường hợp 2: Có tổn thương tại chỗ phù hợp tổn thương nhiễm độc nọc rắn hổ mang bành. Tổn thương tại chỗ: vết răng (móc độc), phù nề, hoại tử tím đến đen, bọng nước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân rắn hổ mang cắn nhập viện và điều trị.

Biến số nghiên cứu: Các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân được nghiên cứu.

– Đặc điểm chung: Tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, số ngày nằm viện, địa chỉ.

– Lâm sàng: Loại rắn cắn. Triệu chứng: Tại chỗ (Sưng nề, hoại tử); toàn thân: (Mạch, nhịp tim, huyết áp, thân nhiệt, hô hấp, liệt.)

– Cận lâm sàng: Công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hoá máu.

Dụng cụ hỗ trợ nghiên cứu: Bảng điểm đau, bảng chia ô đo diện tích hoại tử..

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, thời gian nhập viện sau rắn cắn.

| Chi tiêu | | Số bệnh nhân (n=30) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|----------|---------------------|-----------|
| Giới tính | Nam | 21 | 70,0 |
| | Nữ | 9 | 30,0 |
| Tuổi 48,6 ± 14,16 (16 - 81) | ≤20 | 1 | 3,3 |
| | 21 - 60 | 25 | 83,3 |
| | > 60 | 4 | 13,4 |
| Phân bố thời gian nhập viện | <3 giờ | 7 | 23,3 |
| | 3-10 giờ | 15 | 50,0 |
| | >10 giờ | 8 | 26,6 |

Bệnh nhân nhập viện chủ yếu vào khoảng 3-10h (50%) sau khi bị rắn cắn.

Bảng 3.2. Đặc điểm liên quan đến rắn

| Thông số nghiên cứu | | Số lượng (n=30) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------------|-----------------|------------|
| Loại rắn | <i>N. astra</i> | 4 | 13,3 |
| | <i>N. kaouthia</i> | 26 | 86,7 |
| | Tổng | 30 | 100 |
| Vị trí cắn | Tay | 16 | 53,3 |
| | Chân | 14 | 46,7 |
| | Tổng | 30 | 100 |
| Triệu chứng | Sưng nề | 28 | 93,3 |
| | Hoại tử | 20 | 66,7 |

Loại rắn hổ mang *N. kaouthia* (86,7%) phổ biến hơn. Vị trí bị rắn cắn gặp nhiều là ở tay 16 bệnh nhân (53,3%), triệu chứng sưng nề có 28 bệnh nhân (93,3%), 20 bệnh nhân (66,7%) có triệu chứng hoại tử.

Bảng 3.3. Triệu chứng lâm sàng tại chỗ lúc vào viện.

| Triệu chứng lúc vào | Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$) (Min - Max) |
|--------------------------------------|--|
| Điểm đau (VAS) | 6,88 ± 1,11 (5,0 - 10,0) |
| Chu vi sưng nề (cm) | 2,76 ± 1,53 (1,0 - 6,0) |
| Diện tích hoại tử (cm ²) | 12,3 ± 10,9 (0,5 - 22,8) |
| Độ lan xa (cm) | 23,9 ± 19,1 (4,0 - 52,0) |

Có 10 bệnh nhân khi nhập viện có điểm đau từ 8 điểm trở lên, mức độ lan xa phụ thuộc vào mức độ nhiễm độc nọc rắn và thời gian đến viện sớm hay muộn, thời gian được dùng huyết thanh kháng nọc rắn

Bảng 3.4. Đặc điểm chỉ số Sinh hoá máu

| Xét nghiệm | Chỉ số ($\bar{x} \pm SD$) (Min - Max) |
|--------------------|--|
| Creatinin (pmol/L) | 71,26 \pm 13,23 (51 - 108) |
| GOT | 56,58 \pm 55,84 (21 - 205) |
| GPT | 32,74 \pm 24,83 (14 - 122) |
| Na (mmol/L) | 139,26 \pm 2,66 (131 - 143) |
| CK (mmol/L) | 1023,7 \pm 926,5 (196 - 4875) |

Bệnh nhân có dấu hiệu tiêu cơ vân (CK: 1023 \pm 926,5mmol/l), tăng men GOT 56,58 \pm 55,84, các chất điện giải và chức năng thận trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn là 48,6 \pm 14,16 tuổi, nhỏ nhất 16 tuổi, cao nhất 81 tuổi, nam giới 70%. Thời gian nhập viện trung bình sau rắn cắn 7,5 \pm 5,23 giờ, sớm nhất 01 giờ và muộn nhất 24 giờ. Chủ yếu gặp loài rắn hổ mang bành N. Kaouthia 86,7% là loài phân bố, sống ở miền bắc, cả trong điều kiện tự nhiên và nuôi nhốt. Vị trí vết cắn: Tay (53,3%), chân (46,7), phù hợp với Nguyễn Kim Sơn [3], Wei Wang [4] (2014) tay 64,7%.

Đặc điểm lâm sàng: Có 28 bệnh nhân (93,3%) có triệu chứng sưng nề, 20 bệnh nhân (66,7%) có triệu chứng hoại tử. Theo Nguyễn Trung Nguyên, rắn Naja Kouthia cắn, 90% bệnh nhân có triệu chứng sưng nề, 65% bệnh nhân có dấu hiệu hoại tử [5], Yan-Chian Mao, Po-Yu Liu, Liao-Chun Chang và cs. (2017) [6], có 94,5% bệnh nhân bị sưng nề, 65,6% bệnh nhân có dấu hiệu hoại tử. Điểm đau khi nhập viện: Trung bình (6,88 \pm 1,11), thấp nhất 5 điểm và cao nhất 10 điểm.. Tình trạng đau tại vết cắn cũng phần nào phản ánh mức độ nhiễm độc. Theo M P GUO [7] chính cytotoxin và proteolysis là yếu tố gây ra tình trạng tổn thương tại chỗ và gây đau nhức cho bệnh nhân. Do đó khi bị rắn cắn cần chú ý giảm đau cho bệnh nhân và theo dõi sát diễn biến lâm sàng để chỉ định huyết thanh kháng nọc rắn cho phù hợp. Khi sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn điểm đau sẽ giảm, là dấu hiệu kết hợp với triệu chứng khác để quyết định có hay không dùng thêm huyết thanh kháng nọc rắn. Sưng nề do nọc rắn gây ra: Có 28 bệnh nhân có biểu hiện sưng nề (93,3%), là dấu hiệu biểu hiện sớm khi bị rắn hổ mang cắn, phù hợp với kết quả của Wei Wang [4]. Chu vi cắt ngang qua vết cắn tại

chi tổn thương lớn hơn chu vi cắt ngang chỉ lành tại vị trí tương ứng trung bình là (2,76 \pm 1,53). Chênh lệch chu vi này lớn nhất là 6cm, nhỏ nhất là 1cm. Hoại tử là dấu hiệu thường gặp khi bị rắn hổ mang cắn. Khi nghiên cứu 30 bệnh nhân, có 20 bệnh nhân bị hoại tử chiếm (66,7%), phù hợp với kết quả của Nguyễn Kim Sơn [3], Wei Wang [4]. Diện tích hoại tử trung bình (12,3 \pm 10,9 cm²), thấp nhất 0,5 cm² do BN đến sớm, lớn nhất là 22,8 cm² gặp ở BN nhập viện muộn 17 giờ sau khi bị rắn cắn vị trí cắn ở đùi, khác với Nguyễn Kim Sơn [3] là (186 \pm 219) cm² da. Diện tích hoại tử có kết quả thấp như vậy có thể là do bệnh nhân nhập viện sớm hơn, không bị trì hoãn bởi sử dụng thuốc nam hoặc các biện pháp sơ cứu dân gian khác. Kích thước hoại tử nhỏ hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn phần nhiều là do tất cả các BN của chúng tôi đều được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn với liều phù hợp trong khi các bệnh nhân của Nguyễn Kim Sơn [3] đa phần là không có hoặc có nhưng với liều thấp huyết thanh kháng nọc rắn. Dấu hiệu hoại tử là một dấu hiệu rất trung thành và có thể nói là một dấu hiệu hữu ích trong chẩn đoán xác định loại rắn độc trên lâm sàng. Lan xa của sưng nề do nọc rắn: Khi nghiên cứu 30 BN đều có dấu hiệu lan xa của sưng nề từ vị trí vết cắn chiếm 100%. Mức độ lan xa trung bình là (23,9 \pm 19,1cm), nhiều nhất là 52 cm có thể do BN nhập viện muộn sau khi bị rắn cắn hoặc do nhiễm độc nhiều, thấp nhất là 4cm do bệnh nhân đến sớm hoặc do mức độ nhiễm độc ít hơn. Lan xa biểu hiện nhiễm độc nọc rắn và sự lan rộng của tổn thương làm cho sưng nề của chi, vùng bị cắn ngày càng mở rộng. Lan xa càng nhiều tương ứng với diện tích sưng nề càng tăng. Đây là dấu hiệu được các bác sĩ của Trung tâm chống độc-Bệnh viện Bạch Mai sử dụng để theo dõi trong quá trình điều trị huyết thanh kháng nọc rắn cũng như quyết định dùng liều bổ sung hoặc dùng huyết thanh kháng nọc rắn. Vì lan xa là dấu hiệu rõ ràng, dễ quan sát thấy sự thay đổi trong quá trình điều trị nên dễ sử dụng cho việc theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc rắn: khi chưa đủ liều thì tổn thương phù nề còn tiếp tục lan xa, khi hết lan xa đồng nghĩa với nọc rắn đã được trung hòa hết và hết chỉ định của huyết thanh kháng nọc rắn. Tuy nhiên sự lan xa những ngày sau cắn cũng có thể pha trộn với sưng nề do nhiễm khuẩn, do vậy khi đánh giá dấu hiệu này cần loại trừ tình trạng nhiễm khuẩn. Theo dõi Procalcitonin, phối hợp với theo dõi công thức bạch cầu và thân nhiệt bệnh nhân giúp ta loại trừ nguyên nhân nhiễm

khuẩn và đánh giá mức độ lan xa do nọc rắn chính xác hơn và quyết định ngừng điều trị huyết thanh kháng nọc rắn chính xác, kịp thời hơn.

Đặc điểm cận lâm sàng: Natri máu thấp nhất là 131mmol/l, cao nhất là 143mmol/l. Jonas Höjner [8] cho rằng tình trạng giảm natri máu được xem như kết quả của tăng tiết ADH và tác dụng của các peptide hoạt tính trong rắn cắn có tác dụng như những natriuretic peptide. Chất này làm giãn mạch và tăng thải muối rất mạnh. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị hạ Natri máu nặng và chỉ truyền Natriclorua 0,9% Natri máu cũng trở về mức bình thường. Có lẽ tỉ lệ thấp và không nặng có sự đóng góp của huyết thanh kháng nọc rắn. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị suy thận cấp, giá trị Creatinin trung bình khi nhập viện là $(71,26 \pm 13,32\mu\text{mol/l})$ cao nhất 108 $\mu\text{mol/l}$, thấp nhất 51 $\mu\text{mol/l}$. Giá trị CK trung bình 1023,7 \pm 926,5mmol/l, cao nhất 4875mmol/l, thấp nhất 196mmol/l. Chúng tôi chưa gặp bệnh nhân nào bị suy thận do tiêu cơ vân. Tình trạng hoại tử mô của nhóm bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn thường diễn ra nhanh chóng và rầm rộ. Nhiều trường hợp đến muộn hoại tử đã lan rất rộng, lúc đầu vết hoại tử đen khô, sau đó có thể nhiễm trùng, tạo mủ, đây chính là nguyên nhân làm trị số CK tăng nhanh. Theo Mittal B.V [9] có khoảng 14,6% BN bị suy thận cấp do tiêu cơ vân do rắn cắn.

V. KẾT LUẬN

Hai loài rắn hổ mang cắn đã gặp: N.astra (13,3%), N.kaouthia (86,7%)

Đặc điểm lâm sàng; tổn thương sưng nề

(93,3%) và hoại tử (66,7%)

Cận lâm sàng: Tăng CK tăng ở hầu hết các bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn giá trị trung bình 1023,7 \pm 926,5mmol/l, cao nhất là 4875mmol/l, thấp nhất là 196mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williams D, Gutierrez J.M., Harrison R.A. et al. (2010).** The global snake bite initiative: an antidote for snake bite. *Lancet*, 375:89 – 91.
2. **Vũ Văn Đính (2007),** Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
3. **Nguyễn Kim Sơn (2008).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ (Elapidae) ở miền bắc Việt nam, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Wei Wang, Quang Fang Chen, Rui- Xing In et al. (2014)** Clinical feature and treatment experienghiên cứu e: a review of 292 chinese cobra snakebites. *Environmental toxicology and pharmacology* 37, 648-655.
5. **Nguyễn Trung Nguyên (2019),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ nọc độc trong máu và giá trị của xét nghiệm nhanh trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn. Luận án Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108.
6. **Yan - Chian Mao, Po - Yu Liu, Liao - Chun Chang, et al. (2017).** Naja astra snakebite in Taiwan, *Clinical Toxicology* 2017, DOI: 10.1080/15563650.2017.1366502.
7. **M P GUO, Q-C Wang, G-F Liu.** Pharmacokinetics of cytotoxin from Chinese cobra (Naja Naja Astra) venom. *Toxicon* 31, 339-343, 1993.
8. **Jonas Höjner, Hà Trần Hưng, Trịnh Xuân Kiêm et al (2010),** Life - threatening hyponatremia after krait bite envenoming - a new syndrome. *Clinical Toxicology*: 48, 956-957
9. **Mittal B. V (1994).** Acute renal failure following poisonous snakebite, *J Postgrad Med*, 40 (3), pp. 123

HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG THEO CHƯƠNG TRÌNH ERAS TRÊN BỆNH NHÂN CẮT ĐOẠN DẠ DÀY DO UNG THƯ

Nguyễn Thị Phương¹, Trịnh Thị Thanh Bình², Ngô Thị Linh², Thạch Minh Trang², Đặng Đức Huấn², Nguyễn Thu Huyền², Lê Thị Hương¹, Đỗ Thị Hòa¹, Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Xuân Hòa¹, Đỗ Tất Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Thực hành nhịn ăn đến khi xuất hiện trung tiện theo quan điểm truyền thống đã được chứng minh

không đem lại lợi ích và hiện nay đang dần được thay đổi. Nuôi dưỡng đường miệng sớm sau phẫu thuật được khuyến cáo trong hầu hết hướng dẫn của các Hiệp hội Dinh dưỡng lớn và các chương trình tăng cường hồi phục sau mổ trên thế giới. Chúng tôi tiến hành thử nghiệm lâm sàng có đối chứng trên 42 bệnh nhân cắt đoạn dạ dày do ung thư được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Nhóm can thiệp được nuôi dưỡng đường miệng sớm trong vòng 24-48 giờ sau phẫu thuật. Nhóm chứng được nuôi dưỡng theo thực hành thường quy của bệnh viện. Thời điểm khởi động ruột trung bình của nhóm can thiệp và nhóm chứng

¹Trường Đại học Y Hà Nội.

²Bệnh viện HN Việt Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Thành

Email: DoTatThanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 2.8.2022