

buồng trứng nội khoa 25,7%. Thời gian sử dụng thuốc nội tiết trung bình $32,5 \pm 22,5$ tháng. Điều trị nội tiết hỗ trợ làm giảm đáng kể nguy cơ tái phát ung thư vú, tăng khả năng điều trị khỏi, tuy nhiên phải xem xét tác dụng phụ không mong muốn đối với sức khỏe hệ xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fahad Ullah, M., Breast Cancer:** Current Perspectives on the Disease Status. *Adv Exp Med Biol*, 2019. 1152: p. 51-64.
2. **Muhammad, A., et al.,** Postmenopausal osteoporosis and breast cancer: The biochemical links and beneficial effects of functional foods. *Biomed Pharmacother*, 2018. 107: p. 571-582.
3. **Welch, H.G., et al.,** Breast-Cancer Tumor Size, Overdiagnosis, and Mammography Screening Effectiveness. *N Engl J Med*, 2016. 375(15): p. 1438-1447.
4. **Nguyễn Thị Mai Lan,** Nghiên cứu tỉ lệ mắc mới ung thư vú ở phụ nữ Hà Nội giai đoạn 2014 - 2016. 2020, Trường đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
5. **Bailey, S. and J. Lin,** The association of osteoporosis knowledge and beliefs with preventive behaviors in postmenopausal breast cancer survivors. *BMC Womens Health*, 2021. 21(1): p. 297.
6. **Đặng Công Thuận,** Nghiên cứu các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh và tình trạng thụ thể nội tiết bệnh ung thư vú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. *Tạp chí Phụ sản*, 2012. 10(3): p. 250-257.
7. **Tống Thị Mỹ Phụng, et al.,** Nghiên cứu đặc điểm các trường hợp u vú được phẫu thuật tại bệnh viện Từ Dũ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 503(1).
8. **Embaye KS, et al.,** Distribution of breast lesions diagnosed by cytology examination in symptomatic patients at Eritrean National Health Laboratory, Asmara, Eritrea: a retrospective study. *BMC Womens Health*, 2020. 20(1): p. 250.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RẮN LỤC ĐUÔI ĐỎ CẢN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH QUẢNG NGÃI TỪ NĂM 2020 ĐẾN NĂM 2022

Nguyễn Đình Tuyên¹, Hồ Kim Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở trẻ em, bị rắn độc cắn thường có triệu chứng nặng nề, nguy cơ tử vong cao. Trường hợp bệnh nhi bị rắn lục đuôi đỏ cắn là một cấp cứu nội khoa; đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng đa dạng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị rắn lục đuôi đỏ cắn ở trẻ em tại Bệnh viện sản nhi tỉnh Quảng Ngãi. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trẻ nhập viện tại Khoa hồi sức tích cực- chống độc, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ 01/2020 đến 12/2022. **Kết quả:** Gồm 81 trường hợp, tuổi hay gặp trên 6, trung bình $9,9 \pm 3,8$ tuổi; nam nhiều hơn nữ. Triệu chứng tại chỗ gồm: móc độc, đau, sưng tại chỗ (>90%), chảy máu tại chỗ 13,5%; bầm tím 65,4%; bóng nước 21%; hoại tử 3,7%; nhiễm trùng 25,9%. Vị trí vết cắn ở chân 77,4%; Chảy máu chân răng 5%, chảy máu cam 5%. Bạch cầu tăng ở nhóm nặng; 21% PT kéo dài; 19,8% INR tăng; 16% aPTT kéo dài; 22,2% rối loạn đông máu; Các biện pháp sơ cứu như đắp thuốc 29,6%, bắt động bằng nẹp 18,5%, garrot 11%, rửa vết thương 60,5%. Dùng huyết thanh kháng nọc rắn (HTKNR) 53,1%; truyền 2 lần 4,65%; 3 lần 2,32%. Tổng số lọ HTKNR từ 4-6 34,6%; 90,7% truyền trong 24 giờ kể từ khi bị rắn cắn; 80,2% bệnh nhân dùng kháng sinh. Thời gian nằm viện trung bình là $5,38 \pm 3,25$ ngày;

không có biến chứng và tử vong. **Kết luận:** Triệu chứng tại chỗ chủ yếu là móc độc, đau, sưng. Vết cắn đa số ở bàn chân; tỉ lệ chảy máu ít. Rối loạn đông máu ở nhóm trung bình- nặng, bạch cầu tăng nhóm nặng. Đắp thuốc nam, garrot làm tăng nguy cơ nặng; bắt động bằng nẹp, rửa vết thương là yếu tố làm giảm độ nặng. HTKNR sử dụng hiệu quả nhất trong 24 giờ đầu, đặc biệt trong 6 giờ đầu kể từ lúc bị rắn cắn; đa số cần dùng kháng sinh. Thời gian nằm viện ngắn, không có biến chứng và tử vong.

Từ khóa: Huyết thanh kháng nọc rắn, rắn lục đuôi đỏ.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS OF PEDIATRIC PATIENTS WITH CRYPTELYTROP ALBOLABRIS BITES AT QUANG NGAI OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL FROM 2020 TO 2022

Introduction: Cases of venomous snake bites in children often have severe symptoms and a high risk of death. In which, a patient bitten by cryptelytrops albolabris is an internal emergency; clinical and paraclinical features are varied. **Objective:** Description of clinical, paraclinical characteristics and assessment of treatment results of pediatric patients with cryptelytrops albolabris bites at Quang Ngai Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Method:** Cross-sectional description of children hospitalized with cryptelytrops albolabris bites at Intensive Care Unit-Poison Control Department, Quang Ngai Pediatrics and Obstetrics Hospital between January 2020 and

¹Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tuyên

Email: nguyendinhhtuyen889@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 10.5.2023

December 2022. **Result:** Most cases are over 6 years old, an average of 9.9 ± 3.8 years old; the ratio of male to female is 2.2/1; accidents happen any time of the year, especially from April to June with 39.6%, the most frequent time of snake bites is at 1.00 p.m to – 12. 00 p.m per day; the figure for hospitalizing before 6 hours was 79%; Most were accidentally bitten by a snake. Local symptoms with toxic hook, pain and local swelling are over 90%, hemorrhage accounts for 13.5%; bruising reaches 65.4%; bullous skin is 21%; necrosis is 3.7%; and the proportion of infection is 25.9%. Snake-bite on the leg accounts for 77.4%, of which at the foot is 70.4%. The percentage of Odontorrhagia and epistaxis is equal, by 5%; there is no gastrointestinal bleeding. Hemoglobin is normal, platelets do not decrease; leukocyte increase in a severe group; prolonged PT with 21%; 19.8% INR increase; 16% prolonged aPTT; 22.2% coagulopathy; it belongs to moderate and severe toxicity. First aid can include applying herbal medicine at 29.6%, immobilization with splints at 18.5%, 11% garrot, and wound washing by 60.5%. Using anti-snake venom (ASV) is 53.1%; among them, using ASV 2 times is 4.65%, and ASV 3 times is 2.32% in the group of assigning to use ASV. The number of vials of 4-6 ASV vials accounts for the highest rate of 34.6%. 90.7% of patients in the group are indicated for ASV infusion within 24 hours of snake bite. A hundred percent record no side effects while using ASV. 80.2% of patients need antibiotics. Among them, oral antibiotics get a high rate of 63%. Two severe cases receive plasma transfusion. The mean hospitalization is 5.38 ± 3.25 days (27-2). All are without complications and death. **Conclusion:** Applying herbal medicine and garrot increases severe risk; immobilization with splints and wound washing reduces the severity. ASV is most effective within the first 24 hours, especially within the first 6 hours after a snake bite. However, it can be considered for severe poisoning cases even if hospitalization is later than 24 hours. It is necessary to repeat ASV infusion when clinical and paraclinical still do not improve much. **Keywords:** anti-snake venom, cryptelytrops albolabris.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn cắn là một tai nạn thường gặp ở nước ta và trên thế giới. Tiên lượng rắn độc cắn tùy thuộc vào loại rắn độc, lượng độc chất vào cơ thể, vị trí cắn và cách sơ cứu tại chỗ. Trẻ em bị rắn lục đuôi đỏ cắn là một bệnh cấp cứu nội khoa, bệnh cảnh lâm sàng có triệu chứng tại chỗ đa dạng, triệu chứng toàn thân nguy hiểm nhất là rối loạn đông máu gây biến chứng chảy máu đa cơ quan đe dọa đến tính mạng của bệnh nhân. Tại Quảng Ngãi, vẫn còn nhiều trẻ em bị rắn lục đuôi đỏ cắn trong các trường hợp đến cấp cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của của trẻ em bị rắn lục đuôi đỏ cắn.
2. Đánh giá kết quả điều trị của trẻ em bị rắn lục đuôi đỏ cắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhi bị rắn cắn nhập viện tại Khoa hồi sức tích cực- chống độc, Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Quảng Ngãi từ 01/2020 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân hay người nhà nhìn thấy rắn, mô tả lại và nhận biết rắn lục đuôi đỏ qua ảnh mẫu; hoặc Vết cắn có dấu mốc độc, sưng, đau, bầm tím tại chỗ, xuất huyết.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

81 trường hợp bị rắn lục đuôi đỏ cắn.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm chung

		n=81	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	56	69,1
	Nữ	25	30,9
Nhóm tuổi	Dưới 6 tuổi	13	16,1
	6-10 tuổi	28	34,5
	11-16 tuổi	40	49,4
Thời gian bị rắn cắn đến khi nhập viện	Dưới 6 giờ	64	79
	6-24 giờ	8	9,9
	Trên 24 giờ	9	11,1

Nhận xét: tuổi gặp nhiều nhất trên 6; nam nhiều hơn nữ. Đa số nhập viện trước 6 giờ từ lúc bị rắn cắn (79%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

		n=81	Tỉ lệ %
Vị trí vết cắn	Bàn tay	17	21
	Cẳng tay	1	1,2
	Bàn chân	57	70,4
	Cẳng chân	6	7,4
Độ nhiễm độc tố rắn	Nhe	38	46,9
	Trung bình	28	34,6
	Nặng	15	18,5
Triệu chứng tại chỗ vết cắn	Mốc độc	78	96,3
	Sưng	73	90,1
	Đau	79	97,5
	Chảy máu tại chỗ	11	13,5
	Bóng nước	17	21
	Nhiễm trùng	21	25,9
	Hoại tử	3	3,7
Vị trí xuất huyết	Bầm tím	53	65,4
	Chảy máu cam	3	3,7
	Chảy máu chân răng	4	5
	Xuất huyết dưới da	4	5
Độ lan rộng vết thương	Chảy máu tại chỗ	11	13,5
	Dưới 1 khớp	22	27,1
	Qua 1 khớp	22	27,1
	Qua 2 khớp	37	45,8

Nhận xét: vị trí vết cắn ở chân, mức độ nhiễm độc nhẹ và trung bình

3.1.2. Cận lâm sàng

Bảng 3. Số lượng bạch cầu

Độ nhiễm độc	n	Số lượng bạch cầu				p
		Tối thiểu	Tối đa	Trung bình		
Nhẹ	38	4,19	16,37	9,3±2,9	< 0,05	
Trung bình	28	5,26	31,72	11,7±5,6		
Nặng	15	8,83	37,19	17,4±8,2		
Tổng	81	4,19	37,19	11,6±5,9		

Nhận xét: Bạch cầu tăng ở nhóm trung bình, nặng.

Bảng 4. Các yếu tố đông máu

		Độ nhiễm độc rắn			Tổng	Tỉ lệ (%)
		Nhẹ	Trung bình	Nặng		
PT	Bình thường	38	23	3	64	21
	Kéo dài	0	5	12	17	79
INR	Bình thường	38	24	3	65	80,2
	Tăng	0	4	12	16	19,8
APTT	Bình thường	38	27	3	68	84
	Kéo dài	0	1	12	13	16
RLDM	Không	38	23	2	63	77,8
	Có	0	5	13	18	22,2

Nhận xét: PT kéo dài, INR tăng, APTT kéo dài, RLDM chỉ ở nhóm nặng và trung bình.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 5. Các biện pháp sơ cứu

Độ nhiễm độc rắn	Đắp thuốc nam		Garrot		Bất động bằng nẹp		Rửa vết thương	
	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có
Nhẹ	34	4	37	1	25	13	3	35
Trung bình	19	9	27	1	27	11	19	9
Nặng	4	11	9	6	14	1	10	5
Tổng	57	24	73	8	66	15	32	49

Nhận xét: Đắp thuốc nam hoặc garrot làm tăng tỉ lệ nặng; bất động bằng nẹp, rửa vết thương làm giảm tỉ lệ nặng.

Bảng 6. Dùng huyết thanh kháng nọc rắn

		Độ nhiễm độc rắn			Tổng
		Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Dùng HT	Không	38	0	0	38
	Có	0	28	15	43
Số lần dùng HT	Không	38	0	0	0
	1 lần	0	28	12	40
	2 lần	0	0	2	2
Sử dụng HT từ khi bị cắn	Trên 2 lần	0	0	1	1
	Dưới 6 giờ	19			44,1
	7-24 giờ	20			46,5
	Trên 24 giờ	4			9,3

Nhận xét: Mức độ TB trở lên sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn.

Bảng 7. Đánh giá các điều trị khác

		Độ nhiễm độc rắn			Tổng
		Nhẹ	Trung bình	Nặng	
Dùng kháng sinh	Không	15	1	0	16
	Uống	21	21	9	51
	Tiêm	2	5	5	12
Truyền máu	Tiêm truyền	0	1	1	2
	Không	38	28	13	79
	H.tương	0	0	2	2

Nhận xét: Chủ yếu kháng sinh đường uống

Bảng 8. Thời gian nằm viện

Độ nhiễm độc rắn	n=81	Thời gian nằm viện				p
		Trung vị	25 th - 75 th	Tối thiểu	Tối đa	
Nhẹ	38	4	2-5,25	2	9	0.01
Trung bình	28	6	4-7	3	9	
Nặng	15	6	5-9	3	27	
Tổng	81	5	3-6,5	2	27	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình 5,38 ± 3,25 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi: trung bình là 9,9 ± 3,8, nhỏ nhất 2 tuổi, lớn nhất 15 tuổi; trên 6 tuổi chiếm 83,9% (68/81). Nghiên cứu của Trần Đình Điệp^[2], 40 bệnh bị rắn độc cắn tại Bệnh viện Nhi đồng 1 năm 2011, tuổi trung bình là 9,15; nhỏ nhất là 8 tháng, lớn nhất 15 tuổi; tuổi trên 6 là 80%, trên 11 tuổi là 42,5%. Một số tác giả nước ngoài như Usman A Sanni và cộng sự^[8] nghiên cứu trên 19 ca trẻ em rắn lục đuôi đỏ cắn, tuổi trung bình 10,5 ± 3,3; trên 11 tuổi chiếm 66,7% tương tự nghiên cứu chúng tôi.

Giới: Nam nhiều hơn nữ, tỉ số nam/nữ là 2,2/1. Tương tự Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[6] trên 148 trẻ, đa số là nam; tỉ số nam/nữ: 1,8/1.

Thời gian bị rắn cắn đến khi nhập viện: Đa số bệnh nhân (79%) đến trước 6 giờ; 9,9% BN đến trong 7-24 giờ (8/81) trong đó có 15,28% nặng; 11,1% (9/81) nhập viện sau 24 giờ trong đó nặng 44,4% (4/9). Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Nam^[5] 100% trường hợp nhập viện trước 24 giờ; tác giả Trần Đình Điệp^[2] 82,5% trường hợp rắn cắn nhập viện trước 24 giờ, trong đó 45% trước 6 giờ, chỉ có 17,5% nhập viện sau 24 giờ. Tác giả nước ngoài Anil Kumar Hanumanna và cộng sự^[1], 75% đến trước 6 giờ;

Vị trí vết cắn: Vết cắn ở chân nhiều hơn ở tay (77,8% - 22,2%); bàn chân (70,4%). Tương

tự với nghiên cứu của Trần Đình Điệp^[2], vết cắn ở chân nhiều hơn ở tay (72,5% - 17,5%) và bàn chân (67,5%); tác giả Nguyễn Thanh Nam^[5], vết cắn ở chi dưới chiếm 73,4%, trong đó 56,7% ở bàn chân. Nghiên cứu nước ngoài, Usman A Sanni và cộng sự^[8] 55,6 % tại chi dưới, Anil Kumar Hanumanna và cộng sự^[1], 67 % ở chân.

Độ nhiễm độc: 34,6% BN ở mức trung bình, BN nặng 18,5%. Khác với một số nghiên cứu của các tác giả, theo Nguyễn Thanh Nam^[5], độ nhiễm độc chiếm 21,7% tử trung bình trở lên, trong đó 6,7% độ nặng. Tác giả Anil Kumar Hanumanna và cộng sự^[1] BN nhẹ chiếm 1/3. Nghiên cứu của chúng tôi, độ nhiễm độc trung bình và nặng trong nhóm trung bình-nặng lần lượt chiếm 66% và 34%, tương tự với các tác giả Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[6] tỉ lệ tương ứng 68,9% và 31,1%.

Triệu chứng tại chỗ vết cắn: gần 100% trường hợp tìm thấy móc độc, đau; sưng tại chỗ chiếm tỉ lệ 90,1%; chảy máu 13,5%, bầm tím 65,4%; bóng nước 21%; hoại tử 3,7%, nhiễm trùng 25,9%. Tương tự nghiên cứu của Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[6] sưng nề 100%, đau tại chỗ 100%, dấu móc độc 92,6%. Tác giả Trần Đình Điệp^[2], trên 95% thấy dấu hiệu móc độc, đau, sưng nề; chảy máu tại vết cắn 80%, bầm máu 67,5%, bóng nước 32,5%, nhiễm trùng và hoại tử chiếm 52,5% và 32,5%; Usman A Sanni^[8] và cộng sự 100% đau; 88,9% sưng; 44,4% chảy máu tại chỗ. Nói chung các triệu chứng: móc độc, đau nhức, sưng nề tại chỗ có tỉ lệ giống nhau giữa các nghiên cứu, các triệu chứng khác tỉ lệ xuất hiện có thể khác nhau tùy vào từng loại rắn ở từng địa phương, bệnh nhân đến sớm hay muộn.

Vị trí xuất huyết: xuất huyết tại chỗ 13,5%, chảy máu chân răng 5%, chảy máu cam 5%, không có xuất huyết vị trí khác. Theo Mã Tú Thanh, Phạm Xuân Quang^[6] tỉ lệ xuất huyết chung 8,8% (chảy máu vết cắn, xuất huyết da, xuất huyết kết mạc mắt, chảy máu mũi răng). Tác giả Trần Đình Điệp^[2], 80% bệnh nhân có dấu hiệu xuất huyết tại chỗ, chảy máu chân răng 17,5%, xuất huyết tiêu hóa 5%, chảy máu tai 2,5%, tỉ lệ xuất huyết nhiều hơn có thể là do độc tố rắn chàm quạp nặng hơn.

Độ lan rộng vết thương: Trong 81 BN có 27,1% trường hợp vết thương khu trú tại chỗ và lan rộng dưới 1 khớp lớn; 27,1% vết thương lan rộng qua 1 nhưng dưới 2 khớp lớn; 45,8% qua 2 khớp lớn. Tương tự tác giả Trần Đình Điệp^[2] 20% vết thương khu trú tại chỗ và lan rộng dưới 1 khớp lớn, 80% trường hợp còn lại vết thương

lan rộng qua ít nhất 1 khớp lớn, trong đó 37,5% qua 2 khớp lớn. Độ lan rộng vết thương tại chỗ có liên quan tới mức độ nặng của bệnh, trong 44 trường hợp vết thương lan rộng không quá 2 khớp lớn, chỉ có 6,8% (3/44) thuộc nhóm nặng; 6,8% (3/44) thuộc nhóm trung bình; trong 37 trường hợp tổn thương lan rộng quá 2 khớp lớn; chiếm 32,4% (12/37) thuộc nhóm nặng; 67% (25/37) ca thuộc nhóm trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Như vậy nếu bị rắn lục cắn tổn thương tại chỗ càng lan rộng thì mức độ của bệnh càng nặng.

Số lượng bạch cầu: trung bình là $11,6 \pm 5,9$ ($\times 1000/\text{mm}^3$). Nghiên cứu Meryem Essafti và cộng sự^[4] bạch cầu trung bình $18,4 \pm 8,5$ ($\times 1000/\text{mm}^3$). Bạch cầu ở 3 nhóm BN nhiễm độc có sự khác biệt với giá trị trung bình 3 nhóm nhẹ, trung bình, nặng tăng dần tương ứng là 9,3 ($\pm 2,9$); 11,7 ($\pm 5,6$); 17,4 ($\pm 8,2$) ($\times 1000/\text{mm}^3$). Điều này cũng cho thấy độ nhiễm độc nọc rắn cũng làm tăng thêm nguy cơ nhiễm trùng ở bệnh nhân.

Các yếu tố đông máu: Nghiên cứu 81 người bệnh rắn cắn, 16% (13/81) aPTT kéo dài, trong số này, mức độ nhiễm độc nặng chiếm 92,3% (12/13), nhiễm độc TB là 7,6% (1/13), sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[6], aPTT kéo dài 12,2%, Nguyễn Thành Nam^[5] 20% BN có aPTT kéo dài, tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi ghi nhận 21% (17/81), PT kéo dài, trong số này, mức độ nhiễm độc nặng chiếm 70,59% (12/17), nhiễm độc TB là 29,41% (5/17), sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[6], PT kéo dài chiếm tỉ lệ 25%, Nguyễn Thành Nam^[5] 28,3% BN có PT kéo dài, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi; khác với nghiên cứu Trần Đình Điệp^[2], 62,5% trường hợp PT kéo dài.

Trong 81 BN: 19,8% (16/81), INR tăng, trong số này, mức độ nhiễm độc nặng chiếm 75% (12/16), nhiễm độc TB là 25% (4/16), sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

RLDM chiếm 22,2% (18/81), trong số này nhiễm độc nặng là 72,2% (13/18), nhiễm độc TB là 27,8% (5/18), sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Các biện pháp sơ cứu: Đắp thuốc nam 29,6%, bất động bằng nẹp 18,5%, garrot 11%, rửa vết thương 60,5%. Nghiên cứu Lê Thị Thuỳ Linh^[3] sơ cứu đắp thuốc nam tỉ lệ 15,15%, garrot 9,09%, rửa vết thương 10,06%. Các biện pháp garrot, đắp thuốc nam tăng tỉ lệ nặng, do mất

thời gian đến viện làm tăng độc tính nọc rắn; rửa vết thương, và bất động bằng nẹp được khuyến cáo giảm độ nặng trong rắn lục đuôi đỏ cắn.

Dùng huyết thanh kháng nọc rắn: BN dùng huyết thanh kháng nọc rắn 53,1% (43/81), tương tự tác giả Lê Thị Thùy Linh^[3] tỉ lệ 55,2%; Meryem Essafti và cộng sự^[4] 52%, sự khác nhau có ý nghĩa về sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn ở các nhóm nhiễm độc với $p < 0,05$. Độ nặng và trung bình chỉ định dùng huyết thanh kháng nọc rắn.

Số BN dùng huyết thanh kháng nọc rắn 1 lần 49,3% (40/81), 2 lần chiếm 2,5% (2/81); 3 trường hợp truyền HT 2 lần trở lên đều nằm trong nhóm nặng và chiếm tỉ lệ 7% (3/43) trong nhóm có chỉ định truyền huyết thanh. Khác với Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang^[7], số BN dùng huyết thanh kháng nọc rắn 2 lần chiếm tỉ lệ 19,6%.

Số BN có tổng lọ huyết thanh kháng nọc rắn từ 4-6 lọ 34,6% (28/81); từ 6-8 lọ 14,8% (12/81); trên 8 lọ chiếm tỉ lệ 3,7% (3/81). Trong 43 BN cần truyền HT có 40 BN sử dụng 4-8 lọ, như vậy tổng tổng lọ huyết thanh kháng nọc rắn ở trẻ em có chỉ định truyền HT tại BV chúng tôi bị rắn lục cắn cần 4-8 lọ là chủ yếu. HTKN trong 24 giờ đầu chiếm 90,6% trong đó 44,2% trong 6 giờ và 46,5% trong 7-24 giờ; 9,3% sử dụng HTKN sau 24 giờ. Tương tự với Trần Đình Điệp^[2] 82,14% sử dụng HTKN trong 24 giờ đầu sau khi bị rắn cắn. Tác giả Nguyễn Thành Nam^[5] 100% được truyền HTKN trước 24 giờ nhập viện; trong đó 54,5% sau 6 giờ. Không có tác dụng phụ, tai biến trong và sau truyền huyết thanh.

Đánh giá các điều trị khác: Số BN cần điều trị kháng sinh chiếm 80,3%; trong đó kháng sinh uống 63% (51/81), kháng sinh tiêm 14,8% (12/81), kháng sinh tiêm truyền 2,5% (2/81); không dùng kháng sinh 19,7% (16/81). Tác giả Trần Đình Điệp^[2] có 95% BN dùng kháng sinh, trong đó 86,85% sử dụng Cefotaxim; nghiên cứu Nguyễn Thành Nam^[5], 63,3% BN được chỉ định kháng sinh. Trong nghiên cứu chúng tôi đa số không cần dùng kháng sinh hoặc kháng sinh uống (81%). Các ca cần phải tiêm kháng sinh, hoặc truyền ở trường hợp nhiễm trùng nặng.

Nghiên cứu chúng tôi rất ít bệnh nhân phải truyền máu và các chế phẩm của máu, chỉ có 2,5% (2/81) mức độ nặng cần được truyền huyết tương. Tương tự với Nguyễn Thành Nam^[5] có 3,3% truyền huyết tương tươi đông lạnh. Thực tế đa số ca khi được chẩn đoán và điều trị đúng, truyền huyết thanh kháng nọc rắn kịp thời thì tình trạng rối loạn đông máu sẽ tự cải thiện, không cần phải truyền huyết tương tươi, 2 ca

truyền từ năm 2020 có thể khi đó chưa có kinh nghiệm điều trị nên cho truyền huyết tương tươi đông lạnh. Sau này chúng tôi không còn truyền HTTĐL nữa nhưng CNĐM vẫn cải thiện tốt sau khi truyền HTKN rắn.

Thời gian nằm viện: Trung bình là $5,38 \pm 3,25$ ngày. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thùy Linh^[3], nằm viện trung bình 8,14 ngày; dài nhất là 50 ngày; Nguyễn Thành Nam^[5] nằm viện trung bình $3,6 (\pm 2,2)$ ngày, lâu nhất là 10 ngày. Số ngày nhập viện trong từng nhóm nhiễm độc có khác nhau, độ nhiễm độc càng nặng thì thời gian nằm viện càng lâu.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng tại chỗ chủ yếu là móc độc, đau, sưng. Vết cắn đa số ở bàn chân; tỉ lệ chảy máu ít. Rối loạn đông máu ở nhóm trung bình-nặng, bạch cầu tăng nhóm nặng. Đắp thuốc nam, garrot làm tăng nguy cơ nặng; bất động bằng nẹp, rửa vết thương là yếu tố làm giảm độ nặng. HTKN sử dụng hiệu quả nhất trong 24 giờ đầu, đặc biệt trong 6 giờ đầu kể từ lúc bị rắn cắn; đa số cần dùng kháng sinh. Thời gian nằm viện ngắn, không có biến chứng và tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anil K H, Mallesh Kariyappa, Vinutha G. N (2017), "Clinico-epidemiological profile of snake bite in children in a tertiary care centre: a hospital based study", International journal of contemporary pediatrics, 2018 January, 5(1), pp. 124-128.
2. Trần Đình Điệp (2011), "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhi bị rắn chàm quạp cắn nhập khoa cấp cứu bệnh viện Nhi đồng 1 từ năm 2005 đến 2010", Luận văn thạc sĩ Nhi khoa, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Lê Thị Thùy Linh (2016) "Tình hình sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ năm 2010 đến 2014". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20 (4), tr.79-86.
4. Meryem Essafti, Mohamed Fajri, Chadi Rahmani, Sihami Abdelaziz, Youssef Mouaffak, Said Younous (2022), "Snakebite envenomation in children: An ongoing burden in Morocco", Annals of Medicine and Surgery Volume 77, May 2022.
5. Nguyễn Thành Nam (2020), "Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhi bị rắn cắn nhập cấp cứu nhi bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2015 đến năm 2019", BV Đa Khoa Tiền Giang. Truy cập ngày 09/12/2022, từ <http://benhvientiengiang.vn/chi-tiet-tin/?/-anh-gia-ket-qua-ieu-tri-o-benh-nhi-bi-ran-can-nhap-cap-cuu-nhi-benh-vien-a-khoa-trung-tam-tien-giang-tu-nam-2015-en-nam-2019/31374528>.
6. Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang (2017) "Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (4), tr.252-259
7. Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang (2017) "Đánh

giá kết quả điều trị đặc hiệu huyết thanh kháng nọc rắn lục tre tại Bệnh viện Nhi Đông 1". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (4), tr.96-104.

8. **Usman A Sanni, corresponding author**
Taslim O Lawal,1 Tawakaltu L Musa,1

Abdurrazzaq Alege, (2021), "Prevalence and Outcome of Snake Bites Among Children Admitted in the Emergency Pediatric Unit, Federal Medical Centre, Birnin Kebbi, Nigeria", Cureus Journal of Medical Science, Published online 2021 Aug 24.

XÂY DỰNG QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN RÒ XOANG LÊ

Nguyễn Nhật Linh¹, Phạm Tuấn Cảnh¹, Hoàng Hòa Bình²,
Nguyễn Thị Huệ¹, Ngô Duy Thịnh², Nguyễn Văn Luận¹, Nguyễn Cảnh Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng quy trình chẩn đoán rò xoang lê, bao gồm chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 60 người bệnh (NB) được chẩn đoán xác định là rò xoang lê vào điều trị tại BV Tai Mũi Họng TW từ T1/2020 đến T8/2022 theo dõi đến 03/2023. **Kết quả:** 27 nam và 33 nữ từ 2-56 tuổi (TB: 17.2 ± 13.59), trong đó 65.0% vào viện có tiền sử đã từng bị viêm tấy vùng cổ trước đó ít nhất 1 lần. Các triệu chứng lâm sàng bao gồm: sốt (61.7%), đau cổ (83.3%), khạc mủ (10.0%), viêm tấy/áp xe cổ bên (58.3%) hoặc có lỗ rò vùng cổ bên. Nội soi hạ họng cho thấy lỗ rò yếu ở đáy xoang lê (88.3%) và xoang lê bên trái chiếm 85.0%. **Kết luận:** Chẩn đoán rò xoang lê cần phối hợp lâm sàng và các thăm dò cận lâm sàng, trong đó quan trọng nhất là nội soi hạ họng xoang lê tìm lỗ rò.

Từ khóa: rò xoang lê, chẩn đoán, nội soi hạ họng xoang lê.

SUMMARY

DEVELOP A DIAGNOSTIC PROCEDURE FOR PYRIFORM SINUS FISTULA

Objectives: Develop a diagnostic procedure for pyriform sinus fistula (PSF), including definitive and differential diagnosis. **Material and methods:** A descriptive study on a cluster of 60 patients with a confirmed diagnosis of PSF and treated at the Hanoi National Otorhinolaryngology Hospital from January 2020 to August 2022. **Results:** 27 men and 33 women from 2 to 56 years old (mean: 17.2 ± 13.59), of which 65.0 % were recurrent episodes. The clinical symptoms were abundant, including: fever (61.7%) neck pain (83.3%), purulent discharge (10.0%), inflammation/abscess of the lateral neck (58.3%) or fistula in the lateral neck area. Endoscopy of the hypopharynx and pyriform sinus cavity showed fistulas mainly at the fundus (88.3%) and on the left side (85.0%). **Conclusion:** Diagnosis of PSF requires a combination of clinical and paraclinical investigations,

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Linh

Email: dr.linhent@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 8.5.2023

the most important of which is hypopharyngeal endoscopic to find the fistula.

Keywords: sinus fistula, diagnosis, hypopharyngeal endoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại bệnh lý rò vùng đầu mặt cổ, rò xoang lê (RXL) được quan tâm đặc biệt do tính chất khó khăn trong chẩn đoán cũng như điều trị. Nguyên nhân của bệnh là do còn tồn tại túi mang III và IV từ thời kỳ bào thai [1]. Nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ bệnh ở Việt Nam cao hơn hẳn so với các nước Âu Mỹ [2] và việc chẩn đoán cũng như điều trị còn gặp nhiều khó khăn, dẫn tới NB thường có thời gian mang bệnh kéo dài [3],[4],[5]. Từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2022, chúng tôi đã tiếp nhận và điều trị cho 60 NB được chẩn đoán xác định là rò xoang lê, với các biểu hiện lâm sàng rất phong phú. Trong số này, có khá nhiều NB đã được các bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán muộn hoặc chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý khác như viêm/áp xe tuyến giáp, nang rò giáp lưỡi bội nhiễm hoặc áp xe hạch..., dẫn đến việc NB chưa được thực hiện các điều trị thích hợp trong thời gian sớm nhất. Nhằm cải thiện khả năng chẩn đoán bệnh cho các bác sĩ Tai Mũi Họng, nhất là ở tuyến cơ sở, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm của bệnh lý rò xoang lê, từ đó xây dựng quy trình chẩn đoán bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 60 NB được chẩn đoán xác định rò xoang lê vào điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 8/2022, và thời gian theo dõi tới 03/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** các NB được chẩn đoán xác định rò xoang lê (dựa vào lâm sàng có sưng tấy/áp xe hay lỗ rò chảy dịch vùng cổ bên và nội soi hạ họng có lỗ rò ở xoang lê), được vào điều trị (nội khoa hoặc ngoại khoa) trong thời gian nghiên cứu, có bệnh án nội trú. Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.