

phương pháp can thiệp nội mạch trên bệnh nhân đái tháo đường đã đem lại sự tưới máu chi trung hạn hiệu quả, giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Bên cạnh đó, một số tác giả khác cũng ghi nhận nhóm có đái tháo đường có tỷ lệ lưu thông mạch máu thấp hơn nhóm không có đái tháo đường [1], [2], [3], [8]. Điều này cho thấy, đái tháo đường đã ảnh hưởng rõ rệt và có quan hệ mật thiết đến kết quả can thiệp động mạch chi dưới. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận biến chứng hầu hết ở giai đoạn trung hạn là đoạn chi lớn và đột quỵ não, chiếm 18,6% và 10,5% mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, cũng có một số ít biến chứng giả phình chiếm 1,2% mẫu nghiên cứu. Nhiều tác giả khác cũng cho thấy kết quả tương tự chúng tôi [1], [3], [8]. Qua đây cho thấy, kết quả lưu thông mạch máu ở giai đoạn trung hạn của phương pháp can thiệp nội mạch đã đem lại hiệu quả cao, cải thiện được các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái thông động mạch dưới đòn trái trên bệnh nhân đặt stent graft điều trị bệnh lý động mạch chủ ngực được thực hiện an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abularrage C. J., M. F. Conrad, và cs. (2010)**, Long-term outcomes of diabetic patients undergoing endovascular infrainguinal interventions, *J Vasc Surg*, số 52(2), tr. 314-22.e1-4.
2. **DeRubertis B. G., M. Pierce, và cs. (2008)**, Reduced primary patency rate in diabetic patients after percutaneous intervention results from more frequent presentation with limb-threatening

- ischemia, *J Vasc Surg*, số 47(1), tr. 101-8.
3. **Lee M. S., S. W. Rha, và cs. (2015)**, Comparison of diabetic and non-diabetic patients undergoing endovascular revascularization for peripheral arterial disease, *J Invasive Cardiol*, số 27(3), tr. 167-71.
4. **Liistro F., I. Porto, và cs. (2013)**, Drug-eluting balloon in peripheral intervention for below the knee angioplasty evaluation (DEBATE-BTK): a randomized trial in diabetic patients with critical limb ischemia, *Circulation*, số 128 (6), tr. 615-21.
5. **Mueller T., F. Hinterreiter, và cs. (2016)**, Mortality rates at 10 years are higher in diabetic than in non-diabetic patients with chronic lower extremity peripheral arterial disease, *Vasc Med*, số 21(5), tr. 445-452.
6. **Lin Y, Li W, Liu W, Liu M, Li Y, Chen Y.** Mid-term outcomes of endovascular treatment and risk factors for recurrence in patients with Trans-Atlantic-Inter-Society II C/D femoropopliteal lesions. *Quant Imaging Med Surg*. 2021 May;11(5):2028-2039.
7. **Norgren L., W. R. Hiatt, và cs. (2007)**, Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II), *J Vasc Surg*, số 45 Suppl S, tr. S5-67.
8. **Shammas A. N., H. Jeon-Slaughter, và cs. (2017)**, Major Limb Outcomes Following Lower Extremity Endovascular Revascularization in Patients With and Without Diabetes Mellitus, *J Endovasc Ther*, số 24(3), tr. 376-382.
9. **Shah AD, Langenberg C, Rapsomaniki E, et al.** Type 2 diabetes and incidence of cardiovascular diseases: a cohort study in 1.9 million people. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3:105-113.
10. **Xiao Liang, De-sheng Huang, và cs. (2012)**, Efficacy of endoluminal interventional therapy in diabetic peripheral arterial occlusive disease: a retrospective trial, *Cardiovascular Diabetology*, số 11, tr. 17-17.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẦN KINH TRÊN LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN CƠ Ở BỆNH NHÂN RẮN CẠP NIA CẢN

Nguyễn Huy Tiến<sup>1</sup>, Trần Hữu Thông<sup>2</sup>, Hà Trần Hưng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và điện cơ của tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị rạn Cạp nia cản. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 19 bệnh nhân bị rạn Cạp nia cản điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Kết**

**quả:** Liệt thần kinh sơ và thần kinh vận động ngoại vi bao gồm sụp mi (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương (89,5%). Triệu chứng sụp mi ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc tồn tại trung bình  $4,0 \pm 1,83$  ngày ngắn hơn so với nhóm không dùng huyết thanh kháng nọc ( $7,86 \pm 3,13$  ngày), với  $p = 0,013$ . Điện cơ trong ngày đầu vào viện cho thấy: Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động trong giới hạn bình thường tuy nhiên có trung vị biên độ sóng vận động giảm, trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền cảm giác, biên độ sóng cảm giác dây thần kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. 10,0% bệnh nhân có test kích thích

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Tiến

Email: drtien97tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

lặp lại dương tính, 30,0% bệnh nhân có nghi ngờ dương tính. **Kết luận:** Điện cơ trong ngày đầu của bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn bước đầu cho thấy phát hiện tổn thương synap thần kinh cơ, phù hợp với cơ chế của alpha neurotoxin và beta-neurotoxin có trong nọc độc của rắn cạp nia.

**Từ khóa:** rắn Cạp nia cắn, điện cơ

## SUMMARY

### CLINICAL FEATURES AND ELECTROMYOGRAPHIC CHANGES OF NERVE DAMAGE IN PATIENTS ENVENOMED BY BUNGARUS MULTICINCTUS

**Objective:** To describe the clinical features and electromyographic changes of nerve damage in patients bitten by Bungarus multicinctus. **Method:** A descriptive study of 19 snakebite patients treated at Poison Control Center of Bach Mai Hospital. **Results:** Symptoms of cranial nerve and peripheral motor nerve paralysis included ptosis (100%), diplopia (89.5%), mydriasis (100%), extraocular muscle paralysis (89.5%), limited mouth opening (100%), neck muscle paralysis (100%), upper and lower limb muscle weakness (89.5%), and decreased deep tendon reflexes (89.5%). The duration of ptosis in the antivenom group was significantly shorter with a mean of  $4.0 \pm 1.83$  days compared to the non-antivenom group with a mean of  $7.86 \pm 3.13$  days, with a statistically significant difference of  $p = 0.013$ . Electromyography on the first day of hospital admission showed that the average latent period, conduction velocity of motor nerves were within normal limits, but the amplitude of motor nerve wave was reduced. The average latent period, conduction velocity of sensory nerves, and the amplitude of sensory nerve wave in the intermediate nerve were within normal limits. Among the patients who underwent repetitive stimulation tests on the first day, 10.0% had a positive result, and 30.0% had suspected positive results. **Conclusion:** Electromyography on the first day of patients bitten by Bungarus multicinctus initially indicates the detection of synaptic motor nerve damage, which is consistent with the mechanism of alpha-neurotoxin and beta-neurotoxin found in krait venom. **Keywords:** Bungarus multicinctus, Electromyography

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn là một cấp cứu thường gặp ở các nước có khí hậu nhiệt đới. Theo Joerg Blessman tại Đông Nam Á năm 2019 có 242.648 nạn nhân bị rắn cắn trong đó 15.909 nạn nhân đã chết<sup>3</sup>. Tại Việt Nam rắn Cạp Nia cắn thường gây bệnh cảnh nặng nề nhất, bệnh nhân dễ tử vong do liệt cơ hô hấp nếu không được cấp cứu kịp thời. Nọc rắn cạp nia có chứa nhiều chất độc thần kinh khác nhau, gây ra các rối loạn dẫn truyền thần kinh, gây ra yếu, liệt vận động từ nhẹ đến nặng, trong đó nặng nhất là liệt cơ hô hấp, khiến cho bệnh nhân phụ thuộc máy thở dài ngày, có nhiều biến chứng, thậm chí là tử vong.

Ghi điện cơ là một phương pháp hiệu quả đánh giá dẫn truyền thần kinh cơ cho phép ta xác định được vị trí tổn thương thần kinh, giai đoạn tổn thương cấp hay mạn tính. Do đó, việc đánh giá điện cơ nhằm xác định các tổn thương thần kinh - cơ do rắn cạp nia cắn thực sự có ý nghĩa giúp cho quá trình điều trị, tiên lượng bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn. Nghiên cứu của Trevett và cs (1995) cho kết quả bệnh nhân bị rắn độc cắn có đáp ứng giảm biên độ điện cơ sau đo điện thế kích thích lặp lại liên tiếp với tần số (3Hz/s)<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Panduranga và cs (2015) trên bệnh nhân bị rắn độc cắn cũng khẳng định có tình trạng giảm đáp ứng biên độ điện cơ sau đo điện thế kích thích lặp lại liên tiếp (3Hz/s) do tổn thương thần kinh - cơ hậu synap và tiền synap<sup>5</sup>. Hiện ở Việt Nam còn ít nghiên cứu đánh giá, theo dõi về các đặc điểm tổn thương thần kinh - cơ, thay đổi trên điện cơ ở các bệnh nhân nhập viện, điều trị trong viện sau khi bị rắn cạp nia cắn. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá các đặc điểm lâm sàng và điện cơ của tổn thương thần kinh ở bệnh nhân bị rắn Cạp nia cắn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn điều trị tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai có chỉ định điện cơ từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Chẩn đoán xác định rắn cạp nia cắn theo Hướng dẫn của Bộ Y Tế năm 2015<sup>1</sup>, Hướng dẫn chẩn đoán rắn cắn của WHO năm 2016<sup>6</sup>

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử hoặc bệnh sử bị mắc các bệnh lý thần kinh - cơ.
- Bệnh nhân đang cấy ghép các thiết bị điện tử
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu nặng kèm theo

**2.2. Địa điểm nghiên cứu.** Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai.

**2.3. Thời gian nghiên cứu.** Từ tháng 1/2023 đến tháng 9/2023

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu

**Chọn mẫu:** Chọn tất cả các bệnh nhân bị rắn Cạp nia cắn thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, thực tế chúng tôi thu thập được 19 bệnh nhân.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Dữ liệu thu thập được ghi chép vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

### Các biến số, chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp, hoàn cảnh, thời gian vào viện, địa điểm bị rần cắn, tiền sử bị dị ứng, tiền sử rần cắn, BMI.

- Lâm sàng:

+Triệu chứng tại chỗ: Vị trí cắn, dấu mốc độc, sưng nề, hoại tử, đau.

+Triệu chứng toàn thân:

- Triệu chứng thần kinh: Sụp mí, nhìn đôi, kích thước đồng tử, phản xạ ánh sáng, liệt vận nhãn, há miệng hạn chế, khó thở, cơ lực các cơ nâng cổ, chi trên, chi dưới, phản xạ gân xương.
- Triệu chứng tim mạch: Huyết áp, mạch.

- Điện cơ:

+ Dẫn truyền thần kinh vận động: DML, MCV, CMAP

+ Dẫn truyền thần kinh cảm giác: DML, SCV, SNAP

**2.5. Xử lý số liệu:** Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị hoặc trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần suất và phần trăm. Các biến số được so sánh trung bình giữa hai nhóm chuẩn bằng T-Test. Tỷ lệ bằng kiểm định Chi-square, kiểm định chính xác Fisher và trung vị của các biến không chuẩn bằng Mann-Whitney U test.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đánh giá đề cương thạc sĩ của Trường Đại học Y Hà Nội.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 44,8 tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 72 tuổi trong đó giới nam có tỷ lệ cao hơn chiếm 68,72% ca bệnh. Đa số các ca bệnh bị cắn vào ban đêm trong khoảng từ 18h đến 06 giờ 16 ca (84,2%) và trong khi ngủ là chiếm đa số 9 ca (47,3%). Bệnh nhân đến viện sau thời gian bị cắn trung bình là 3 giờ.

Triệu chứng của rần cắn nia cắn sẽ bao gồm triệu chứng tại chỗ và triệu chứng toàn thân. Dấu mốc độc tại vị trí cắn nhỏ, khó quan sát,

không có phù nề, hoại tử. Triệu chứng toàn thân trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm triệu chứng liệt thần kinh sọ và thần kinh vận động ngoại vi bao gồm có sụp mí (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%) (Bảng 1,2,3), giảm phản xạ gân xương ghi nhận ở 17 (89,5%) bệnh nhân. Triệu chứng liệt cơ nâng cổ, cơ chi trên, chi dưới cải thiện vào ngày 3 và ngày 7 (Bảng 4)

**Bảng 1. Triệu chứng sụp mí**

	n	Tỷ lệ/ X±SD	Min- Max		
Sụp mí	19	100%			
Thời gian bắt đầu sụp mí	17	3,76± 2,56	2-12		
Thời gian kéo dài sụp mí	18				
Có dùng HTKN	4	4± 1,83			
Không dùng HTKN	14	7,86± 3,13		p= 0,01 3	95% CI [-6,672;- 1,042]

**Bảng 2. Triệu chứng đồng tử**

	n	Tỷ lệ/ X±SD	Min- Max (mm)
Kích thước đồng tử vào viện (mm)	19	6,32±1,25	4-8
Phản xạ ánh sáng lúc vào viện	Có	2 10,5%	
	Không	17 89,5%	

**Bảng 3. Triệu chứng liệt vận nhãn**

	n	Tỷ lệ/ X±SD	
Liệt vận nhãn	Có	17 89,47%	
	Không	2 10,53%	
Thời gian liệt vận nhãn	Nhóm dùng huyết thanh kháng nọc	3 2,67± 0,58	p= 0,001
	Nhóm không dùng	13 5,77± 2,39	99% CI [-4,69;-1,51]

**Bảng 4. Triệu chứng liệt cơ nâng cổ, chi trên, chi dưới**

	n	Bậc 0	Bậc 1	Bậc 2	Bậc 3	Bậc 4	Bậc 5
Cơ nâng cổ	Ngày 1	15 (78,9%)	1(5,3%)	1(5,3%)	1(5,3%)	1(5,3%)	0
	Ngày 3	6(31,6%)	5(26,3%)	2(10,5%)	3(15,8%)	1(5,3%)	2(10,5%)
	Ngày 7	2(10,5%)	3(15,8%)	3(15,8%)	2(10,5%)	2(10,5%)	7(36,8%)
Gốc chi trên	Ngày 1	13(68,4%)	0(0%)	2(10,5%)	1(5,3%)	1(5,3%)	2(10,5%)
	Ngày 3	5(26,3%)	4(21,1%)	4(21,1%)	1(5,3%)	1(5,3%)	12(63,2%)
	Ngày 7	3(15,8%)	3(15,8%)	2(10,5%)	1(5,3%)	2(10,5%)	8(42,1%)
Ngón chi trên	Ngày 1	6(31,6%)	2(10,5%)	5(26,3%)	2(10,5%)	1(5,3%)	3(15,8%)
	Ngày 3	4(21,1%)	0(0%)	2(10,5%)	3(15,8%)	4(21,1%)	6(31,6%)
	Ngày 7	2(10,5%)	0(0%)	1(5,3%)	2(10,5%)	2(10,5%)	12(63,2%)

<b>Gốc chi dưới</b>	Ngày 1	19	12(63,2%)	2(10,5%)	1(5,3%)	1(5,3%)	1(5,3%)	2(10,5%)
	Ngày 3	19	5(26,3%)	4(21,1%)	3(15,8%)	1(5,3%)	4(21,1%)	2(10,5%)
	Ngày 7	19	2(10,5%)	3(15,8%)	3(15,8%)	2(10,5%)	3(15,8%)	6(31,6%)
<b>Ngọn chi dưới</b>	Ngày 1	19	5(26,3%)	4(21,1%)	3(15,8%)	1(5,3%)	4(21,1%)	2(10,5%)
	Ngày 3	19	2(10,5%)	0(0%)	2(10,5%)	5(26,3%)	3(15,8%)	7(36,8%)
	Ngày 7	19	2(10,5%)	0	0	0	5(26,3%)	12(63,2%)

Điện cơ trong ngày đầu vào viện của bệnh nhân thấy: Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động trong giới hạn bình thường tuy nhiên có trung vị biên độ sóng vận động giảm (Bảng 5). Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền cảm giác, biên độ sóng cảm giác dây thần

kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. Trong 10 bệnh nhân làm được test kích thích lặp lại ngày 1 có 10,00% bệnh nhân có test kích thích lặp lại dương tính, 30,00% bệnh nhân có nghi ngờ dương tính (Bảng 6).

**Bảng 5. Dẫn truyền vận động, cảm giác ngày đầu**

	Dây thần kinh	n	DML	MCV	CMAP (Median)
<b>Dẫn truyền vận động</b>	Giữa	13	4,25±0,41(Min-Max: 3,4 – 4,9)	56,77±5,17(Min-Max: 46 -68)	0,90
	Trụ	13	3,87±0,85(Min-Max: 2,3 – 5,1)	60,77±6,26(Min-Max: 48-71)	0,20
	Chày	13	6,76±1,76(Min-Max: 4,20-9,90)	47,31±8,52(Min-Max: 35,00-60,00)	1,70
	Mác	14	4,79±1,21(Min-max: 3,10-7,20)	51,79±9,72(Min-max: 37,00-69,00)	0,75
<b>Dẫn truyền cảm giác</b>		N	DML	SCV	SNAP (Median)
	Giữa	17	2,36±0,38(Min-Max: 1,7-3,3)	59,06±10,91(Min-Max: 42,00–82,00)	20,81
	Trụ	17	2,12±0,24(Min-Max: 1,8-2,5)	65,18±8,19(Min-Max: 55,00–80,00)	20,63

**Bảng 6. Test kích thích lặp lại ngày đầu**

	N	Tỉ lệ (tổng số bệnh nhân)	Tỉ lệ (bệnh nhân làm được test kích thích lặp lại)
<b>Âm tính (&lt;5%)</b>	6	31,58%	60,0%
<b>Dương tính (&gt;10%)</b>	1	5,26%	10,0%
<b>Nghi ngờ (&gt;5%)</b>	3	18,79%	30,0%
	10	52,63%	

**IV. BÀN LUẬN**

Đa số các ca bệnh bị cắn vào ban đêm trong khoảng từ 18h đến 06 giờ 16 ca (84,2%) và trong khi ngủ là chiếm đa số 9 ca (47.3%). Bệnh nhân đến viện sau thời gian bị cắn trung bình là 3 giờ. Trong nghiên cứu của Hà Trần Hưng số bệnh nhân bị cắn vào ban đêm chiếm 69%.

Triệu chứng của rắn cắn nia cắn sẽ bao gồm triệu chứng tại chỗ và triệu chứng toàn thân. Trong nghiên cứu có 15 bệnh nhân xác định được rắn cắn bằng cách mang được rắn đến, chụp được ảnh rắn hoặc mô tả được rắn có triệu chứng dấu mốc độc tại vị trí cắn nhỏ, khó quan sát, không có phù nề, hoại tử phù hợp với dấu mốc độc rắn cắn nia được mô tả trong y văn. 4 ca bệnh còn lại không rõ thời điểm bị rắn cắn, không quan sát được dấu mốc độc. Trong số 15 ca xác định được, 11 ca (73,3%) bệnh nhân bị

cắn ở chi trên, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hiến năm 2017<sup>2</sup>.

Triệu chứng toàn thân trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm triệu chứng liệt thần kinh sọ và thần kinh vận động ngoại vi bao gồm có sụp mi (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương (89,5%) gần giống với nghiên cứu của Hà Trần Hưng trên 60 bệnh nhân trong vòng 4 năm tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai thấy có 93% sụp mi, 93% giãn đồng tử, 85% liệt cơ nâng cổ, 85% liệt cơ gốc chi, 77% liệt cơ ngọn chi, 78% giảm phản xạ gân xương<sup>6</sup>, sự chênh lệch do sự khác biệt về cỡ mẫu.

Triệu chứng sụp mi ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc tồn tại trung bình 4±1,83 ngày ngắn hơn so với nhóm không dùng huyết thanh kháng nọc 7,86±3,13 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,013. Theo Hà Trần Hưng, thời gian sụp mi nhóm dùng huyết thanh là 3,5±1,5 ngày, nhóm không dùng 6,3±4,7 ngày<sup>7</sup>.

Điện cơ trong ngày đầu vào viện của bệnh nhân thấy: Trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền vận động trong giới hạn bình thường tuy nhiên có trung vị biên độ sóng vận động giảm (Bảng 5), trung bình thời gian tiềm, tốc độ dẫn truyền cảm giác, biên độ sóng cảm giác dây thần

kinh giữa, trụ trong giới hạn bình thường. Trong 10 bệnh nhân làm được test kích thích lặp lại ngày 1 có 10,00% bệnh nhân có test kích thích lặp lại dương tính, 30,00% bệnh nhân có nghi ngờ dương tính (Bảng 6), điều này phù hợp với cơ chế gây tổn thương thần kinh của nọc rắn cạp nia, tác động lên synap thần kinh cơ, ít tác động lên dẫn truyền dọc sợi trục của dây thần kinh.

## V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị rắn cạp nia cần bao gồm các dấu hiệu liệt thần kinh sọ, thần kinh vận động ngoại vi: sụp mí (100%), nhìn đôi (89,5%), giãn đồng tử (100%), liệt vận nhãn (89,5%), hạn chế há miệng (100%), liệt cơ nâng cổ (100%), cơ chi trên, chi dưới (89,5%), giảm phản xạ gân xương ghi nhận ở 17 (89,5%) bệnh nhân.

Điện cơ trong ngày đầu của bệnh nhân bị rắn cạp nia cần bước đầu cho thấy phát hiện tổn thương synap thần kinh cơ, phù hợp với cơ chế của alpha neurotoxin và beta-neurotoxin có trong nọc độc của rắn cạp nia.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí

ngộ độc, Ban hành kèm theo Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Bộ Y tế, Hà Nội.

2. Nguyễn Naoc Hiền (2017). Nhiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện cơ ở bệnh nhân liệt cơ do rắn độc cắn, luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội.
3. Patikorn C, Blessmann J, Nwe MT, et al. (2022) Estimating economic and disease burden of snakebite in ASEAN countries using a decision analytic model. PLoS Negl Trop Dis 16(9): e0010775. [https://doi.org/ 10.1371/ journal.pntd.0010775](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010775)
4. Trevett A. J., Laloo D. G., Nwokolo N. C., et al. (1995), Electrophysiological findings in patients envenomed following the bite of a Papuan taipan (Oxyuranus scutellatus canni). Trans R Soc Trop Med Hyg, 89(4), pp. 415-417.
5. Panduranga P., Sangle S.A., Mane A.A., et al. (2015), Comparative study of electrophysiological changes in snake bites. Neurol India, 63(3), pp. 378-381.
6. Warrel David A. (2010), Guidelines for the management of snake-bites, WHO Library cataloguing-in-publication data, India.
7. Hung H.T., Hojer J., and Du N.T. (2009), Clinical features of 60 consecutive ICU-treated patients envenomed by Bungarus multicinctus. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 40(3), pp. 518-524.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT MẠCH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Nguyễn Văn Tiến\*, Danh Sơn\*, Ngô Văn Dũng\*, Nguyễn Hữu Huy\*, Trần Quốc Vĩ\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp nội mạch bảo tồn lách trong chấn thương bụng kín. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca các trường hợp chấn thương lách điều trị bằng phương pháp can thiệp mạch tại Bệnh viện đa khoa Đồng Nai. **Kết quả nghiên cứu:** 23 bệnh nhân (BN) chấn thương lách được chụp mạch và can thiệp mạch tại Bệnh viện Đa Khoa Đồng Nai từ tháng 09 – 2019 đến tháng 12 - 2022. Tất cả 23 BN (100%) được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch không còn chảy máu trên phim chụp mạch, không phải chuyển mổ mở để cầm máu sau can thiệp. Tuy nhiên, 01 ca tử vong do chấn thương kết hợp nặng. Các xét nghiệm sau can thiệp không thấy dấu hiệu của chảy máu tiếp tục sau can thiệp. **Kết luận:**

Đây là một phương pháp hiệu quả, cần được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng và tính khả thi cao vì có kỹ thuật tương đồng với phương pháp nút mạch gan.

**Từ khóa:** chấn thương lách, nút mạch, điều trị bảo tồn

## SUMMARY

### RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF BLUNT SPLEEN INJURY AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

**Objective:** The study aimed to evaluate the effectiveness of endovascular intervention to avoid splenectomy in blunt abdominal trauma. **Methods:** Description of a series of cases of spleen injury treated by endovascular intervention at Dong Nai General Hospital. **Research results:** 23 patients with splenic injury underwent angiography and transarterial embolization of splenic artery at Dong Nai General Hospital from September 2019 to December 2022. All 23 patients (100%) were treated successfully by endovascular intervention method, no bleeding was recorded on postoperative angiogram, no conversion to open surgery required. Early mortality was 4,3% (1 patient) due to severe concomitant traumas.

\*Bệnh viện đa khoa Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiến

Email: drngvantien@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023