

Long-term durability of bicuspid aortic valve repair. Ann Thorac Surg. 2014;97(5):1539-1547; discussion 1548. doi:10.1016/j.athoracsur.2013.11.036

7. **Ozaki S, Kawase I, Yamashita H, et al.** Reconstruction of Bicuspid Aortic Valve With Autologous Pericardium. Circ J. 2014;78(5):1144-1151. doi:10.1253/circj.CJ-13-1335

## PHẪU THUẬT GHÉP DA ĐIỀU TRỊ KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG BÀN TAY DO RẮN HỔ MANG CẢN

Tạ Thị Hồng Thúy<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Vân<sup>1</sup>, Phạm Thị Việt Dung<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm đánh giá kết quả tạo hình che phủ khuyết tổn phần mềm vùng bàn tay do rắn hổ mang cắn bằng phương pháp ghép da. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 21 bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn vùng bàn tay có tổn khuyết được tạo hình che phủ bằng phương pháp ghép da tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch mai từ 01/2022 đến 07/2023. **Kết quả:** Vị trí bị rắn hổ mang cắn ở ngón tay 11/21 bệnh nhân (52.4%) và mu bàn tay 10/21 bệnh nhân (47.6%). Hầu hết bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn chỉ hoại tử khu trú tại vùng bị cắn 15/21 bệnh nhân (71.4%), 6/21 bệnh nhân (28.6%) có thêm tổn thương lan toả về phía trung tâm. 4/21 bệnh nhân (19.05%) được cắt lọc và ghép da 1 thì, thời gian nằm viện trung bình 18.5 ngày. Trong đó, 3/4 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn và 1 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. 17/21 bệnh nhân (80.95%) được phẫu thuật ghép da thì 2 sau cắt lọc và đặt hệ thống hút áp lực âm, thời gian nằm viện trung bình 23.6 ngày, có 10/17 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn, 5/17 bệnh nhân da ghép sống 80% và 2 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. **Kết luận:** Đa phần những khuyết tổn do rắn hổ mang cắn sâu cắt lọc cần phải chăm sóc để chuẩn bị nền cho phẫu thuật ghép da. Phẫu thuật ghép da là phương pháp đơn giản mà khả năng che phủ tốt đối với những tổn thương rộng, không tổn thương gân xương. **Từ khóa:** Rắn hổ mang, tổn khuyết bàn tay, ghép da

### SUMMARY

#### RECONSTRUCTION OF HAND SOFT TISSUE DEFECTS CAUSED BY COBRA BITES USING SKIN GRAFT

**Objective:** To evaluate the results of plastic surgery to cover hand soft tissue defects caused by cobra bites using skin grafting. **Methods:** Describes a cross-sectional study on 21 patients bitten by cobras in areas of the hand with defects covered by skin grafts at the Department of Aesthetic Plastic Surgery

<sup>1</sup>Bệnh Viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Hồng Thúy

Email: tahongthuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

of Bach Mai Hospital from January 2022 to July 2023. **Results:** The location of the cobra bite involved the fingers in 11 of 21 patients (52.4%) and the wrist in 10 of 21 patients (47.6%). Most patients bitten by cobras only had localized necrosis in the bitten area in 15 of 21 patients (71.4%), 6 of 21 patients (28.6%) had additional lesions extending centrally. Four of 21 patients (19.05%) had excision and skin grafting in a single session, with an average hospital stay of 18.5 days. Three-fourths of the skin grafting in those patients survived completely and 1 patient had poor skin graft adhesion and slow healing of the incision edges. Seventeen out of 21 patients (80.95%) received skin grafting, secondary to excision and placement of a negative pressure suction system. The average hospital stay was 23.6 days, 10 of 17 patients with skin grafts that survived completely, 5 out of 17 patients had skin grafts with 80% survival and 2 patients with skin grafts had poor adhesion and slow healing of the incision edges. **Conclusion:** Most defects caused by cobra bites after skin excision require care to prepare the foundation for skin graft surgery. Skin graft surgery is a simple method, has good coverage if the lesions are extensive, and does not damage tendons and bones.

**Keywords:** Cobra, hand defect, skin graft.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổng kết tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, trong tổng số 546 ca tai nạn do rắn cắn trong 10 tháng đầu năm 2016 cũng có tới trên 65% do rắn hổ mang cắn, trong đó bệnh nhân bị rắn cắn vào bàn tay là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 73,9%<sup>1</sup>. Rắn hổ mang cắn thường gây tổn thương trực tiếp tại vị trí bị cắn với các dấu hiệu như: đau, sưng nề, bong nước và bầm tím, nặng hơn có thể dẫn tới hội chứng khoang, hoại tử mô tại chỗ không hồi phục. Bàn tay có giải phẫu đặc biệt với mô mềm che phủ gân, thần kinh, mạch máu và các khớp, xương rất mỏng nên các cấu trúc này dễ bị tổn thương, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe lao động, sinh hoạt và thẩm mỹ<sup>2</sup>. Bên cạnh việc sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn để hạn chế các triệu chứng toàn thân, kháng sinh để điều trị nhiễm trùng bàn tay thì các tổn thương tại chỗ bàn tay cũng cần được quan tâm đánh giá<sup>3</sup>. Ghép da là một phẫu thuật tương đối đơn giản, dễ thực hiện và có thể áp

dụng rộng rãi tại các tuyến y tế cơ sở để che phủ tổn khuyết do nhiều nguyên nhân khác nhau<sup>4</sup>. Phẫu thuật bàn tay nói chung và tạo hình, chăm sóc tổn thương bàn tay do rạn hổ mang cần nói riêng đều chưa được quan tâm đúng mực. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, hầu hết các nghiên cứu về rạn cần chủ yếu đề cập đến các triệu chứng toàn thân, xét nghiệm và chống độc, rất ít tài liệu mô tả tổn thương tại chỗ và cách điều trị. Nghiên cứu này nhằm mô tả rõ nét hơn đặc điểm tổn thương vùng bàn tay do rạn hổ mang cần và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật che phủ các khuyết phần mềm vùng bàn tay do rạn hổ mang cần bằng phương pháp ghép da.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 21 bệnh nhân có chẩn đoán và điều trị hoại tử phần mềm bàn tay do rạn hổ mang cần bằng phương pháp ghép da tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến hết tháng 07/ 2023. Các bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án và hình ảnh được lưu đầy đủ. Đối tượng nghiên cứu loại trừ các bệnh nhân có bệnh lý toàn thân ảnh hưởng tới chỉ định phẫu thuật và quá trình liền thương: bệnh tự miễn, bệnh mạch máu, rối loạn đông máu...

Bệnh nhân được thu thập các số liệu về đặc điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp), các đặc điểm lâm sàng của tổn thương (vị trí bị cần, kích thước vùng hoại tử, hướng lan của vùng hoại tử, thành phần tổn thương...). Căn cứ vào đặc điểm lâm sàng để đưa ra chỉ định phẫu thuật ghép da một thì sau cắt lọc hoặc ghép da thì hai. Đối với những tổn khuyết nhỏ thì có thể ghép da dày, tổn khuyết lớn 100% thực hiện ghép da mỏng.

- Nếu tổn thương sau cắt lọc để lại tổn khuyết, nền tổn thương sạch, không lộ gân xương tiến hành tạo hình ngay thì đầu ghép da.

- Nếu sau cắt lọc để lại tổn khuyết, nghi ngờ hoại tử mô tiến triển hoặc nền tổn thương xấu, tiến hành chăm sóc tại chỗ, hút áp lực âm (VAC) xác định không có tổn thương xương và gân. Thực hiện ghép da thì 2 tạo hình che phủ.

Sau mổ: tháo da ghép sau 7 ngày, đánh giá kết quả phẫu thuật sớm sau phẫu thuật 1-2 tuần, mức độ sống của da ghép sống hoàn toàn (tốt), da ghép sống 80% (trung bình), da ghép hoại tử, chậm liền (kém).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi bệnh nhân từ 44- 87 tuổi, trung bình là 59,5 tuổi. Nam giới chiếm 76% số ca bệnh, chủ yếu bệnh nhân ngoài độ tuổi lao động chiếm

66.7%. Tổn thương do rạn hổ mang cần đa phần khu trú ở vùng bị cần. Trung tâm tổn thương là vùng hoại tử, xung quanh thường viêm tấy, sưng nề, đỏ da. Kích thước tổn khuyết sau cắt lọc đều lớn hơn kích thước vùng da hoại tử 4.8 x 10.4 cm. Vùng ngoại vi hướng về trung tâm thường sưng nề, đỏ lan rộng.

**Bảng 1: Bảng phân bố vùng hoại tử tương ứng với vị trí bị cần (n=21)**

Vùng bị cần ở bàn tay	Vùng bị hoại tử đa			Tổng (%)
	Khu trú ở vùng bị cần	Lan trung tâm	Lan ra ngoại vi	
Ngón tay	9	2	0	11(52.4%)
Mu tay	6	4	0	10(47.6%)
Tổng (%)	15(71.4%)	6(28.6%)	0	21(100%)

Vùng bị cần ở ngón tay chiếm tỷ lệ cao nhất 52.4%. Hầu hết bệnh nhân bị rạn hổ mang cần chỉ hoại tử khu trú tại vùng bị cần 15/21 bệnh nhân (71.4%). Số còn lại lan ra xung quanh chủ yếu lan về phía gốc chi 6/21 bệnh nhân (28.6%). Xung quanh vùng hoại tử trung tâm của vết cần tổn thương thường chỉ hoại tử mô mỡ dưới da mà không có tổn thương gân, xương, đồng thời kích thước vùng hoại tử da cũng không tương ứng với kích thước hoại tử tổ chức mỡ dưới da.

Trong 21 bệnh nhân bị rạn hổ mang cần ở bàn tay, có 15/21 (71.43%) bệnh nhân chỉ tổn thương ở lớp da và tổ chức dưới da; 6/21 (28.57%) bệnh nhân tổn thương thêm lớp gân/màng gân/cơ. Tất cả bệnh nhân có tổn thương một phần gân cơ đều được biểu mổ sau chăm sóc và hút áp lực âm.

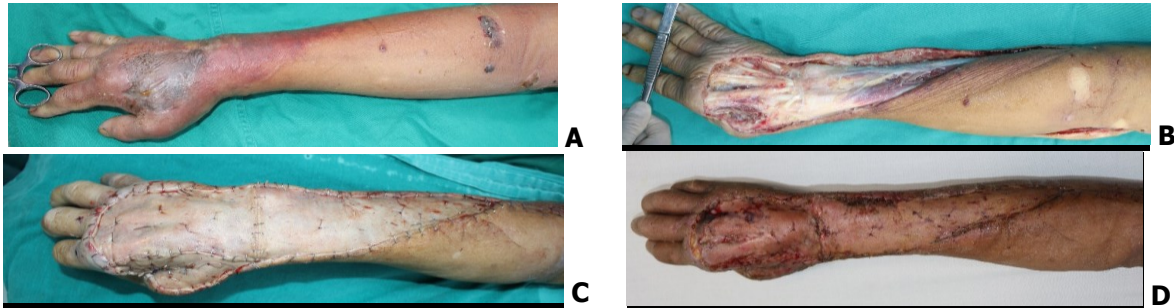
Tất cả các bệnh nhân của nghiên cứu đều được làm xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn từ dịch vết thương, cho tỷ lệ vi khuẩn dương tính cao (71.4%). Trong đó, vi khuẩn Enterococcus faecalis được phát hiện nhiều nhất với tỷ lệ 52.4%.

Trong 4 bệnh nhân được cắt lọc và ghép da 1 thì với kích thước thương tổn nhỏ, có 3 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn và 1 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. Trong 17 bệnh nhân được phẫu thuật ghép da thì 2 sau cắt lọc và hút VAC 1-2 đợt, có 10 bệnh nhân da ghép sống hoàn toàn, 5 bệnh nhân da ghép sống 80% và 2 bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền. Tất cả các bệnh nhân da ghép bám kém, mép vết mổ chậm liền, vết thương đều tự biểu mô hóa, không cần phẫu thuật ghép da bổ sung thêm.. Các bệnh nhân được ghép da dày là chủ yếu 16/21 bệnh nhân (76%). 5 bệnh nhân ghép da mỏng đều được lấy từ vùng đùi, trong khi mảnh ghép da dày đều được lấy ở vùng bẹn.

**Bảng 2: Kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện**

	Kết quả khi ra viện			Thời gian điều trị tại Khoa
	Tốt	Trung bình	Kém	

Cắt lọc+ Ghép da 1 thì (4)	3	0	1	18.5 ngày
Cắt lọc+VAC+ Ghép da thì 2(17)	10	5	2	23.5 ngày



**Hình 1: Hình ảnh sau cắt lọc tổ chức hoại tử và ghép da mỏng che phủ tổn khuyết vùng mu tay và mặt sau cẳng tay**

Bệnh nhân Trần Văn S.56 tuổi. Mã BA: 228510902. A: Hình ảnh tổn thương hoại tử da vùng mu tay phải, B: Tổn thương sau cắt lọc da hoại tử vùng mu và cẳng tay, C: Ghép da mỏng lấy từ vùng đùi D: Kết quả ghép da sau mổ 11 ngày.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu có 21 bệnh nhân tuổi từ 44-87, trung bình 59.5 tuổi; nam giới chiếm 76% ca bệnh, chủ yếu làm nông nghiệp. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu cao hơn độ tuổi trong nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn, lý giải cho điều này có thể là do các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là người già, thường bị rắn hổ mang cắn khi đang làm việc tại vườn nhà, đồng ruộng hoặc cho gà vịt ăn. Tỷ lệ nam giới bị rắn hổ mang cắn nhiều hơn nữ giới, có thể do nam giới thường là đối tượng chính tham gia lao động sản xuất nông nghiệp hoặc nuôi rắn, bắt con rắn khi quan sát thấy<sup>3,4</sup>.

Về đặc điểm lâm sàng, vị trí bị rắn hổ mang cắn ở bàn tay thường là ngón tay (52.4%) và mu bàn tay (47.6%). Điều này thường liên quan đến cơ chế chủ động, bệnh nhân bị rắn cắn khi đang làm việc hoặc trực tiếp bắt rắn nên thường bị cắn tại vị trí tiếp xúc trực tiếp. Tổn thương phần mềm do rắn hổ mang cắn chủ yếu khu trú trong cùng một đơn vị giải phẫu bàn tay (71.4%) và vùng hoại tử da lan về phía gốc chi (28.6%), không có bệnh nhân nào tổn thương lan ra ngoại vi. Điều này có thể giải thích bởi giả thuyết, độc tố được dẫn lưu chủ yếu theo đường bạch huyết và đường tĩnh mạch. Mạng tĩnh mạch nối tiếp phong phú ở vùng mu tay - ngón tay phù hợp với tỷ lệ cao tổn thương lan rộng về phía trung tâm của vùng này. Khi phẫu thuật cắt lọc tổ chức hoại tử, thường quan sát thấy hệ thống tĩnh mạch tắc và tổn thương. Tổn thương phần mềm

do rắn cắn thường biểu hiện trên da ở hai vùng: vùng trung tâm vết cắn và vùng xung quanh. Vùng trung tâm biểu hiện bằng bầm tím, hoại tử da đen khô hoặc ướt và hoại tử lớp cân mỡ dưới da, có thể kèm theo cả hoại tử gân hay xương trong trường hợp hoại tử và nhiễm trùng bàn tay mức độ nặng. Xung quanh vùng hoại tử của vết cắn biểu hiện bằng sưng nề và thay đổi màu sắc da, đôi khi có phỏng nước. Khi cắt lọc, xung quanh vùng trung tâm thường chỉ hoại tử lớp mỡ dưới da, ít tổn thương da bề mặt hoặc lộ các cấu trúc gân, xương, khớp nên khi phẫu thuật ưu tiên nạo bỏ tổ chức mỡ hoại tử, các lớp còn lại có thể bảo tồn. Về đặc điểm lớp tổn thương và sự phân vùng trung tâm, ngoại vi này, chúng tôi chưa thấy các tác giả khác mô tả trong y văn<sup>2,5</sup>.

Tổn thương do rắn hổ mang cắn là sự kết hợp của hai yếu tố tổn thương do độc tố của rắn và tổn thương do nhiễm trùng vi khuẩn ở khoang miệng của rắn. Kết quả nuôi cấy phân lập vi khuẩn từ dịch vết thương bàn tay do rắn hổ mang cắn thường gặp nhất là chủng vi khuẩn *Enterococcus faecalis*, chiếm 52.6%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả phân lập vi khuẩn từ khoang miệng rắn hổ mang của tác giả Shek<sup>5</sup>. Toàn bộ các bệnh nhân nuôi cấy ra vi khuẩn *Enterococcus faecalis* đều nhạy cảm với kháng sinh được làm kháng sinh đồ. Kết quả này là do các chủng vi khuẩn phân lập được từ vết thương rắn độc cắn đều từ khoang miệng rắn và mang tính chất cộng đồng<sup>6</sup>.

Kết quả ghép da thì đầu và ghép da thì hai cho thấy thời gian nằm viện của bệnh nhân được ghép da thì đầu ngay sau khi cắt lọc cũng không ngắn hơn đáng kể so với nhóm ghép da thì hai sau khi đã chuẩn bị nền nhận bằng chăm sóc tại chỗ và hút VAC. Nhóm ghép da thì đầu cũng

thường chỉ định cho những bệnh nhân có tổn thương nhỏ, triệu chứng ít rầm rộ, đã được trích rạch hoặc can thiệp vào vết thương từ trước. Kết quả này có thể lý giải do ghép da ngay trong thì đầu, cùng thì với phẫu thuật cắt lọc không đảm bảo nền tổn khuyết sạch vi khuẩn, đồng thời tổn thương tại chỗ do rắn độc cắn thường gây tắc những mạch nhỏ xung quang tổn thương. Do vậy, việc tạo hình tổn khuyết ngay cùng 1 thì sau khi cắt lọc có thể cho kết quả kém. Một giả thuyết nữa là nền tổn khuyết cũng bị ảnh hưởng một phần do độc tố dẫn đến tăng tiết dịch và kém nuôi dưỡng mảnh da ghép<sup>7</sup>. Trong nhóm 17 bệnh nhân được ghép da thì hai sau khi đã cắt lọc + đặt VAC 1-2 đợt, có 2 bệnh nhân da ghép bám kém một phần, mép vết mổ chậm liền, cần chăm sóc thêm. Các trường hợp này đều là những bệnh nhân có tổn thương bàn tay rộng phối hợp cả vùng cẳng tay và cánh tay, triệu chứng hoại tử và nhiễm trùng rầm rộ, trước khi ghép da vẫn còn lộ một phần gân duỗi mặc dù đã được chăm sóc và hút VAC 1-2 đợt. Tuy nhiên, tất cả các tổn thương chậm liền vết mổ này đều được chăm sóc tự liền thương, không cần phải phẫu thuật ghép da bổ sung thêm, các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả sau phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Những tổn khuyết do rắn hổ mang cắn thường phức tạp, luôn có tình trạng nhiễm khuẩn nên việc chăm sóc sau phẫu thuật cắt lọc, đặt hệ thống hút áp lực là điều rất cần thiết. Những tổn thương không ảnh hưởng tới gân, xương khớp, lựa chọn phương pháp ghép da là phương pháp tạo hình đơn giản mà mang lại hiệu quả điều trị che phủ tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Quý (2018), Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học của thương tổn tại chỗ và mô mềm do rắn hổ mang cắn, Luận văn thạc sỹ HSCC.
2. Bozkurt M., Kulahci Y., Zor F., et al. (2008). The management of pit viper envenomation of the hand. *Hand N Y N*, 3(4), 324-331.
3. Nguyễn Kim Sơn (2000). Rắn Hổ Cắn, Cẩm Nang Cấp Cứu. Nhà Xuất Bản Học.
4. Ince B, Gundeslioglu AO. The management of viper bites on the hand. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014;39(6):642-646.
5. Panda SK, Padhi L, Sahoo G. Oral bacterial flora of Indian cobra (Naja Naja) and their antibiotic susceptibilities. *Heliyon*. 2018 Dec 17;4(12): e01008.
6. Rha J.H., Kwon S.M., Oh J.R., et al. (2015). Snakebite in Korea: A Guideline to Primary Surgical Management. *Yonsei Med J*, 56(5), 1443.
7. Grace TG, Omer GE. The management of upper extremity pit viper wounds. *J Hand Surg Am*. 1980; 5(2): 168-177. doi: 10.1016/ s0363-5023(80) 80149-3.

## ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU NÃO CÓ GIÃN NÃO THẤT CẤP

Trần Hữu Thông<sup>1,2</sup>, Phạm Mạnh Cường<sup>2</sup>,  
Nguyễn Tuấn Đạt<sup>1</sup>, Lương Quốc Chính<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp. **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 110 bệnh án của bệnh nhân chảy máu não có giãn não thất cấp vào khoa Cấp cứu từ tháng 1 năm 2015 đến hết tháng 6 năm 2018. **Kết quả:** tuổi trung bình của người bệnh là 56, nam giới chiếm đa số 66,7%, bệnh hay gặp người có tiền sử tăng huyết áp (58,2%). Điểm Graeb, áp lực trong sọ, điểm hôn mê Glasgow là những yếu tố độc lập với tiên lượng tử vong ở bệnh nhân chảy

máu não thất có giãn não thất cấp. Khi áp lực trong sọ tăng mỗi 1mmHg thì nguy cơ tử vong tăng gấp 1,9 lần. Mỗi điểm Graeb tăng thì nguy cơ tử vong tăng 22 lần. Mỗi điểm hôn mê Glasgow giảm thì nguy cơ tử vong tăng gấp 2,5 lần. **Kết luận và khuyến nghị:** Cần phối hợp chặt chẽ giữa lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh để định hướng điều trị và xác định tiên lượng tử vong sau chảy máu não thất có giãn não thất cấp. **Từ khóa:** Chảy máu não thất, giãn não thất cấp, điểm Graeb, điểm IVH

### SUMMARY

#### EVALUATION OF SOME PROGNOSTIC FACTORS OF MORTALITY IN HEMORRHAGE STROKE PATIENTS WITH ACUTE VENTRICULAR DILATATION

**Purpose:** Identify some factors predicting mortality in intraventricular hemorrhage (IVH) patients with acute ventricular dilatation. **Design:** Retrospective study. **Methods:** Study on 110 medical records of IVH patients with acute ventricular

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024