

kê (OR= 10,1; 95%CI: 1,27-49,31; p<0,05).

Điều này cũng cho thấy công tác tuyên truyền, tư vấn giáo dục cho bố, mẹ/người chăm sóc về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị là rất quan trọng. Ngoài ra, phòng khám ngoại trú cần rà soát những trường hợp bệnh nhân không đến khám đúng hẹn hoặc rà soát lại lịch hẹn tái khám và cấp phát thuốc cho bệnh nhân để đảm bảo tỉ lệ tái khám đúng hẹn.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá sự tuân thủ điều trị trên 107 bệnh nhân lupus ban đỏ, chúng tôi đưa ra kết luận: tỷ lệ tuân thủ điều trị bệnh là 57%. Trẻ gái tuân thủ điều trị cao hơn trẻ trai. Tỷ lệ tuân thủ điều trị cao hơn ở nhóm trẻ mà người chăm sóc có kiến thức về bệnh tốt. Cần tuyên truyền, giáo dục cho người chăm sóc và bệnh nhân về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mc Curdy DK, Lehman TJ, Bernstein BH, et al** (1989). Systemic lupus erythematosus in the first decade of life; *Pediatrics*, 83(2):235-9.
2. **Deborah M. Levy, MD MS FRCPC, Sylvia Kamphuis, MD Ph** (2012). Systemic Lupus Erythematosus in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*; 59(2): 345-364.
3. **Charras, E. Smith, M.D, and C.M. Hedrich** (2021). Systemic Lupus Erythematosus in

- Children and Young People; *Curr Rheumatol Rep*, 23(3): 20.
4. **Thái Thiên Nam** (2010). Bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Nhi Trung ương: Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị ban đầu. *Tạp chí Thông tin Y dược*, 8 (4), 18-22.
5. **Nguyễn Thị Liên, Phạm Thị Vân Anh, Hoàng Thị Lâm** (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có kháng thể anti-smith dương tính. *Tạp chí Y học Việt nam*; 509(1), 243-246
6. **Tạ Thành Hưng, Trần Thúy Nguyên, Nguyễn Hữu Lộc** (2022). Đặc điểm bệnh nhi Lupus ban đỏ hệ thống có kháng thể Antiphospholipid tại Bệnh viện Nhi đồng I. *Tạp chí Nhi khoa*, 15(5), 38-45.
7. **Đoàn Thị Thu Mỹ, Nguyễn Thị Út, Bùi Thị Mỹ Anh, Phạm Thị Thu Hiền** (2018). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân viêm thận lupus được quản lý điều trị tại phòng khám Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2018. *Tạp Chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe Và Phát triển*, 2(3), 87-90.
8. **Nguyễn Xuân Phước và các cộng sự** (2010). Khảo sát cách dùng thuốc và phân tích sự tuân thủ điều trị hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai năm 2010. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (4), 54-57.
9. **Chagas Medeiros MM, Bezerra MC, Braga FN, et al** (2016). Clinical and immunological aspects and outcome of a Brazilian cohort of 414 patients with systemic lupus erythematosus (SLE): comparison between childhood-onset, adult-onset, and late-onset SLE. *Lupus*; 25(4), 355 -63.

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG BỎNG TRẺ EM

Trần Bích Thủy¹, Phùng Nguyễn Thế Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng 383 trẻ em bỏng nhập viện Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Đối tượng và phương pháp:** 383 trẻ em bỏng được điều trị tại khoa Bỏng - Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 15/08/2022. Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc. **Kết quả:** Trong thời gian từ 01/02/2021 đến 15/08/2022 có 383 nhập Bệnh viện Nhi Đồng 1 có phản ứng tăng bạch cầu sau bỏng, cao nhất 49,3 x 10³/μL, Hct máu tăng cao nhất 57%, Tiểu cầu máu cao nhất 743 x 10³/μL. Có 57,1% albumin máu giảm khi diện tích bỏng ≥ 40% TBSA và có tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ giữa diện tích bỏng và albumin máu (R = -0,72, p = 0,003) với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = -

0,029 x diện tích bỏng + 3,416. Có natri máu thấp nhất là 127 mmol/L và natri máu cao nhất 153 mmol/L; kali máu thấp nhất là 2,2 mmol/L và kali máu cao nhất 6,1 mmol/L; calci máu thấp nhất là 0,9 mmol/L và calci máu cao nhất 1,4 mmol/L. CRP máu cao nhất là 210,7 mg/L. Lactate máu cao nhất 21,5 mmol/L. **Kết luận:** Trong 72 giờ sau bỏng trẻ em có thể gây ra các rối loạn cận lâm sàng về huyết học, điện giải, albumin máu và các rối loạn cận lâm sàng khác. Điều chỉnh các rối loạn cận lâm sàng kịp thời và phù hợp sẽ tăng chất lượng điều trị bệnh nhi bỏng. **Từ khóa:** bỏng trẻ em, cận lâm sàng bỏng trẻ em.

SUMMARY

LABORATORY CHARACTERISTICS IN BURN CHILDREN

Objectives: Describes the subclinical characteristics of 383 burn children admitted to Children's Hospital 1. **Materials and methods:** 383 burned children were treated at the Burns - Plastic Surgery Department of Children's Hospital 1 from February 1, 2021 to August 15, 2022. Research method is descriptive prospective, longitudinal follow-up. **Results:** During the study period from February 1,

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Nguyễn Thế Nguyên

Email: nguyenvphung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

2021 to August 15, 2022, there were 383 admissions to Children's Hospital 1. There was leukocytosis reaction after burns, the highest was $49,3 \times 10^3/\mu\text{L}$, the highest blood Hct was 57%, the highest blood platelets was $743 \times 10^3/\mu\text{L}$. There was 57,1% decrease in blood albumin when burn area $\geq 40\%$ TBSA and there was a very close negative linear correlation between burn area and blood albumin ($R = -0,72$; $p = 0,003$) with regression equation linear is blood albumin = $-0,029 \times \text{burn area} + 3,416$. Have the lowest blood sodium of 127 mmol/L and the highest blood sodium of 153 mmol/L; the lowest blood potassium is 2,2 mmol/L and the highest blood potassium is 6,1 mmol/L. The lowest serum calcium was 0,9 mmol/L and the highest serum calcium was 1,4 mmol/L. The highest blood CRP was 210,7 mg/L. The highest blood lactate 21,5 mmol/L. **Conclusions:** In 72 hours after burns, children can cause clinical weight disorders of hematology, electrolytes, blood albumin and other subclinical disorders. Timely and appropriate correction of subclinical disorders will increase the quality of treatment for pediatric burns. **Keywords:** burned children, paraclinical pediatric burn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau khi bị bỏng, bệnh nhi sẽ diễn tiến qua ba giai đoạn theo thứ tự thời gian. Giai đoạn 1 là giai đoạn rối loạn huyết động có thể gây sốc bỏng (24 - 72 giờ đầu sau bỏng) do giảm thể tích tuần hoàn, huyết tương thoát ra ngoài mạch máu, ngấm vào tổ chức mô gây phù nề. Những thay đổi về histamine, bradykinin, cytokine, yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu, các yếu tố chuyển hóa như ATP và bạch cầu trung tính hoạt hóa đều ảnh hưởng đến tính thấm thành mạch của cơ thể¹. Tính thấm thành mạch tăng dần và đạt tối đa 8 giờ đến 24 giờ sau bỏng, giảm dần về bình thường từ 24 giờ đến 72 giờ sau bỏng. Ngoài ra, tổn thương hệ bạch huyết và các mao mạch cũng làm hạn chế sự hấp thu dịch ở nơi tổn thương. Tình trạng sốc bỏng có thể trở nên trầm trọng hơn do cung lượng tim thấp, tăng độ nhớt máu và suy giảm sức co bóp của tim². Sự suy giảm cung lượng tim và cô đặc máu kèm với sự thoái biến myoglobin (bong sâu độ III, IV) có thể gây nên tình trạng suy thận cấp trước thận và tại thận. Rối loạn huyết động cũng làm giảm tưới máu não, biểu hiện bởi rối loạn tri giác, ban đầu là kích thích vật vã, sau là lơ mơ và hôn mê. Tình trạng sốc nếu không được dự đoán, nhận biết và xử trí kịp thời sẽ dẫn đến suy đa cơ quan và cuối cùng là tử vong³. Giai đoạn 2 là giai đoạn lành vết bỏng (24 - 72 giờ sau bỏng đến vết bỏng lành) là giai đoạn có thể xuất hiện nhiễm trùng do hấp thụ các chất độc từ mô bỏng hoại tử và độc tố vi trùng, hoặc do hậu quả của những rối loạn gan, thận sau giai đoạn sốc bỏng^{4,5}. Giai đoạn 3 là giai đoạn phục hồi hoặc

suy kiệt, tái hòa nhập gia đình xã hội, vết bỏng lành có thể rối loạn sắc tố da và tạo sẹo^{4,5}.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 383 trẻ em bị bỏng điện nhập khoa Bỏng - Tạo hình Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 01/02/2021 đến 15/08/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

Bệnh nhi nhập khoa được chẩn đoán và điều trị theo phác đồ bỏng của Bệnh viện Nhi Đồng 1. Các biến số cho nghiên cứu được thu thập theo một phiếu thu thập thống nhất.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa trong 72 giờ sau bỏng

Xét nghiệm sinh hóa	Số ca (n)	Trung bình	Thấp nhất - Cao nhất
Natri máu thấp nhất (mmol/L)	100	133,1±3	124 - 140
Natri máu cao nhất (mmol/L)	100	135,8±3,4	127 - 153
Kali máu thấp nhất (mmol/L)	100	3,9±0,5	2,2 - 4,8
Kali máu cao nhất (mmol/L)	100	4,5±0,5	3,5 - 6,1
Calci máu thấp nhất (mmol/L)	100	1,1±0,1	0,9 - 1,3
Calci máu cao nhất (mmol/L)	100	1,2±0,1	1 - 1,4
CRP máu (mg/L)	64	78,7±62,1	0,4 - 210,7
Ure máu (mmol/L)	58	4,2±2,3	1 - 12,8
Creatinine máu (umol/L)	58	56,1±30,7	4,9 - 182
AST máu (U/L)	54	60,2±55,9	19 - 284
ALT máu (U/L)	54	38,9±40,1	9 - 219
Lactate máu (mmol/L)	15	4,9±4,8	2,4 - 21,5
Ferritin máu (ug/L)	12	557,8±839,2	7 - 2311
Nước tiểu có máu	6		
Nước tiểu có đạm	6		

Nghiên cứu chúng tôi đối tượng nghiên cứu từ 0 đến 16 tuổi có diện tích bỏng trung bình là $9,9 \pm 11,2\%$ TBSA (ít nhất 1% TBSA - nhiều nhất 98% TBSA), 67,9% có diện tích bỏng < 10% TBSA, 61,9% bỏng sâu độ II (bao gồm bỏng sâu độ IIa 52,2% và bỏng sâu độ IIb 9,7%). Bỏng sâu độ II - III là 37,1%. Bỏng sâu độ III - IV 1%.

Kết quả cận lâm sàng trong 72 giờ sau bỏng trẻ em chúng tôi ghi nhận được là natri máu thấp nhất là 127 mmol/L và natri máu cao nhất 153 mmol/L; kali máu thấp nhất là 2,2 mmol/L và kali

máu cao nhất 6,1 mmol/L; calci máu thấp nhất là 0,9 mmol/L và calci máu cao nhất 1,4 mmol/L.

CRP máu cao nhất là 210,7 mg/L. Lactate máu cao nhất 21,5 mmol/L.

Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm huyết học trong 72 giờ sau bỏng

Xét nghiệm huyết học	Số ca (n)	Trung bình	Thấp nhất - Cao nhất
Hct máu thấp nhất (%)	357	35,4±4,8	11,9 - 49,3
Hct máu cao nhất (%)	357	38±4	25,7 - 57
Bạch cầu máu (x 10 ³ /μL)	357	15,8±6,3	2 - 49,3
Tiểu cầu máu (x 10 ³ /μL)	357	361,6±122,7	43 - 743
PT phần trăm (%)	96	79,4±22,7	5 - 117
Fibrinogen (g/L)	95	5,3±3,6	1,1 - 24,2

- Sau bỏng, cơ thể phản ứng tăng bạch cầu, cao nhất 49,3 x 10³/μL. Có 1 bệnh nhi bạch cầu máu 2 x 10³/μL là sốc nhiễm trùng, bỏng lửa xăng độ II - III diện tích 46% TBSA.

- Hct máu tăng cao nhất 57%.
- Tiểu cầu máu cao nhất 743 x 10³/μL.

Bảng 3.3. Đặc điểm quang tim phổi thẳng

Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
X quang tim phổi thẳng bất thường	9	2,3
Viêm phổi	5	1,3
Viêm xẹp phổi	3	0,8
Tràn dịch màng phổi	1	0,3

- 1,3% viêm phổi.
- 0,3% tràn dịch màng phổi.

Bảng 3.4. Đặc điểm phân bố albumin máu theo diện tích bỏng

Albumin máu (g/dL)	Diện tích bỏng (% TBSA)				p*
	10- <20	20- <30	30- <40	≥ 40	
Tổng số ca n=13	2	1	3	7	
Albumin < 2 n theo TBSA (%) n = 5 (%)			1 33,3 20	4 57,1 80	0,003
2 ≤ albumin < 2,5 n theo TBSA (%) n = 4 (%)		1 100 25	2 66,7 50	1 14,2 25	0,003
2,5 ≤ albumin < 3 n theo TBSA (%) n = 4 (%)	2 100 50			2 28,6 50	0,003

* Hồi quy tuyến tính albumin máu theo diện tích bỏng.

Nhận xét: 57,1% albumin máu giảm khi diện tích bỏng ≥ 40% TBSA; Có tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ giữa diện tích bỏng và albumin máu (R = -0,72, p = 0,003) với

phương trình hồi quy tuyến tính là; Albumin máu = -0,029 x diện tích bỏng + 3,416

IV. BÀN LUẬN

Bảng 4.1. Đặc điểm cận lâm sàng giữa các nghiên cứu

Nghiên cứu	Chúng tôi (n = 383)	Thổ Nhĩ Kỳ 7 (n=491)
Năm	2021 - 2022 0 - 16 tuổi	2017 - 2018 0 - 16 tuổi
Tổng số ca có cận lâm sàng	357	491
Bạch cầu máu lần đầu (x 10 ³ /μL) (trung bình)	2 - 49,3 (15,8 ± 6,3)	3,7 - 48,9 (11,4)
Hct máu cao nhất (%) (trung bình)	25,7 - 57 (35,4 ± 4,8)	19,5 - 68,1 (36,3)
Tiểu cầu máu lần đầu (x 10 ³ /μL) (trung bình)	43 - 743 (361,6 ± 122,7)	-
Albumin máu thấp nhất (g/dL) (trung bình)	1 - 4,4 (2,1 ± 0,9)	1,2 - 5,6 (4,3)
CRP máu lần đầu (mg/L) (trung bình)	0,4 - 210,7 (78,7)	0,01 - 170,8 (14,3)

CRP. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận kết quả đối tượng nghiên cứu có giá trị CRP trung bình 78,7 (0,4 - 210,7) cao hơn so với nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ ⁷ giá trị CRP trung bình 14,3 (0,01 - 170,8). Trẻ em sau bỏng có phản ứng tăng CRP rất cao.

Bạch cầu máu. Trong nghiên cứu chúng tôi có 93,2% bệnh nhi xét nghiệm công thức máu, ghi nhận bạch cầu máu 2 - 49,3 x 10³/μL tương đồng với nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ ⁷ bạch cầu máu 3,7 - 48,9 x 10³/μL. Trong 72 giờ sau bỏng, cơ thể phản ứng tăng bạch cầu rất cao, có thể gây nhầm lẫn với bệnh lý nhiễm trùng và bệnh lý máu ác tính.

Thể tích khối hồng cầu máu. Trong nghiên cứu chúng tôi 72 giờ sau bỏng, thể tích khối hồng cầu máu (Hct) là 11,9 - 49,3% thấp hơn so nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ ⁷ 19,5 - 68,1%, giá trị Hct thể hiện sự cô đặc máu do thất thoát huyết tương ra mô kể sau bỏng, Hct càng cao thể hiện bệnh nhân thất thoát nhiều và bù dịch chưa đủ. Ngược lại, Hct thấp thể hiện bệnh nhi có thể bị xuất huyết, Hct thấp nhất trong nghiên cứu chúng tôi 11,9% trên bệnh nhi chảy máu vết bỏng, xuất huyết tiêu hóa, bỏng lửa do cháy nhà độ II - III - IV diện tích 98% TBSA.

Tiểu cầu máu. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong 72 giờ sau bỏng, tiểu cầu máu có thể giảm hoặc tăng. Đa số chúng tôi nhận thấy

tiểu cầu giảm khi đối tượng nghiên cứu có xuất huyết hoặc nhiễm trùng.

Albumin máu. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trong 72 giờ sau bỏng, albumin máu thấp nhất trung bình là $2,1 \pm 1$ (1 - 4,4) và albumin máu cao nhất trung bình $2,9 \pm 0,6$ g/dL (2,1 - 4,4 g/dL) có giá trị thấp hơn so nghiên cứu Thổ Nhĩ Kỳ⁵ là 1,2 - 5,6 g/dL (4,3 g/dL).

Albumin máu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ($R = -0,72$, $p = 0,003$), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = $-0,029 \times$ diện tích bỏng + 3,416.

Theo phương trình hồi quy tuyến tính dự đoán khi diện tích bỏng khoảng 31% TBSA thì albumin máu khoảng 2,5 g/dL và diện tích bỏng khoảng 49% TBSA thì albumin máu khoảng 2 g/dL.

Theo phác đồ Bệnh viện Nhi Đồng 1 điều trị truyền albumin khi albumin máu < 2 g/dL. Như vậy, theo nghiên cứu chúng tôi khuyến cáo về chỉ định điều trị albumin cho bệnh nhi trong 48 giờ sau bỏng như sau khi diện tích bỏng $\geq 49\%$ TBSA nên bù dịch chống sốc bằng albumin cho bệnh nhi, 31% TBSA \leq diện tích bỏng < 49% TBSA xem xét từng bệnh nhi cụ thể và diện tích bỏng < 31% TBSA không có chỉ định chống sốc bằng albumin.

Tuy nhiên, nhiều trung tâm bỏng trên thế giới khuyến cáo truyền albumin điều trị sốc bỏng khi albumin máu < 2,5 g/dL. Vì thế diện tích bỏng < 49% TBSA và có albumin máu < 2,5 g/dL, truyền albumin điều trị sốc bỏng được xem xét từng bệnh nhi cụ thể bao gồm bệnh nền, độ sâu bỏng, dinh dưỡng, đã chống sốc bằng dung

dịch điện giải cao phân tử liều cao và bệnh nhi phù nhiều.

V. KẾT LUẬN

Albumin máu nghiên cứu tương quan tuyến tính nghịch rất chặt chẽ với diện tích bỏng ($R = -0,72$, $p = 0,003$), khi diện tích bỏng tăng thì albumin máu sẽ giảm với phương trình hồi quy tuyến tính là albumin máu = $-0,029 \times$ diện tích bỏng + 3,416.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi Y, Liu X, Chai J.** A narrative review of changes in microvascular permeability after burn. *Annals of Translational Medicine.* 2021;9(8):pp. 1-20.
2. **Herndon DN.** Epidemiological, Demographic and Outcome Characteristics of Burns. *Total burn care.* Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 35-50. vol. 3.
3. **Lê Thế Trung.** Đại cương bỏng. Bỏng những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học; 2003:tr. 17-72. vol. 1.
4. **Guillory AN, Porter C, Suman OE, Zapata-Sirvent RL, Finnerty CC, Herndon DN.** Modulation of the hypermetabolic response after burn injury. *Total burn care.* Elsevier Health Sciences; 2018:pp. 301-306. vol. 2.
5. **Flores O, Stockton K, Roberts JA, Muller MJ, Paratz JD.** The efficacy and safety of adrenergic blockade after burn injury: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma Acute Care Surgery.* 2016;80(1):pp. 146-155.
6. **Tam N. Pham LCC, Nicole S. Gibran.** American Burn Association Practice Guidelines Burn Shock Resuscitation. *Journal of Burn Care & Research.* 2008;29(1):pp. 257-266.
7. **Asena M, Aydin Ozturk P, Ozturk U.** Sociodemographic and culture results of paediatric burns. *International wound journal.* 2020;17(1):pp. 132-136.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN LỤC TRE CẮN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Văn Thủy¹

sàng ở bệnh nhân bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 38 bệnh nhân rắn lục cắn từ 08/2021 đến 08/2022. **Kết quả:** Rắn lục tre cắn gây đau tại vết cắn và có mức độc 100%; sưng nề 55,3%; xuất huyết 31,6%; bỏng nước 7,9% và hoại tử tại vết cắn 5,3%. Fibrinogen giảm 73,7%; Giảm số lượng tiểu cầu 26,3%; PT kéo dài 23,7%; tăng INR 26,3%; aPTT kéo dài 5,3%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng rắn lục tre cắn gây đau tại vết cắn, sưng nề, xuất huyết; cận lâm sàng bao gồm giảm số lượng tiểu cầu, tăng thời gian đông máu và phổ biến nhất là giảm giá trị fibrinogen.

Từ khóa: Rắn lục tre.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rắn lục tre cắn **gây bệnh cảnh đa dạng**, một số triệu chứng tại chỗ rất nhẹ nhưng toàn thân rất nặng, nhiều trường hợp rơi vào tình trạng đông máu nội mạch rải rác và tử vong do chảy máu não. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Phúc

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024