

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM CỦA BỆNH NHÂN BỊ RẮN CẮN

Trần Thị Phương Túy¹, Nguyễn Duy Thăng¹,
Đồng Sĩ Sang¹, Huỳnh Phước Hạnh¹,
Bùi Thị Thu Hương¹, Lê Thị Lan¹, Nguyễn Hân¹,
Phan Mai Quốc Thanh¹, Nguyễn Thị Ánh Tuyết¹.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân bị rắn cắn vào điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân bị rắn cắn vào điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 8/2012 đến tháng 9/2013.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu.

Kết quả: Tuổi nhỏ nhất: 17, tuổi lớn nhất: 75, tuổi trung bình: $39,2 \pm 16,7$. Nam: 61,9%. Nữ: 38,1%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,6/1. Rắn lục cắn: 47,6%, rắn hổ: 14,3%, rắn không rõ loại: 38,1%. Bị cắn ở tay: 54,8% và chân: 45,2%. Mức độ độc tính của nọc rắn lên tổn thương tại chỗ ở mức độ nhẹ: 73,8%, lên tổn thương toàn thân ở mức độ nhẹ: 78,8% và ở mức độ vừa đối với rối loạn đông máu: 47,6%. Thiếu máu nhẹ và vừa: 31%, thiếu máu nặng: 2,4%. Số lượng bạch cầu tăng: 40,5%. Số lượng BCHTT tăng: 76,2%. Số lượng tiểu giảm dưới $150 \times 10^9/l$: 31%. Không rối loạn đông cầm máu: 26,2%, rối loạn từ 1 đến 3 chỉ số đông cầm máu: 47,6% và DIC: 26,2%. Không có trường hợp rối loạn chức năng thận.

Từ khóa: Rắn cắn, rắn độc, rối loạn đông máu.

Chữ viết tắt: APTT: Activated Partial Thromboplastin Time (thời gian Thromboplastin từng phần hoạt hóa); BCHTT: Bạch cầu hạt trung tính, DIC: Dissemination Intravascular Coagulation (Đông máu rải rác trong lòng mạch); FDP: Fibrinogen/Fibrin Degradation Products (sản phẩm thoái giáng của Fibrin/Fibrinogen); Fib: Fibrinogen; PT: Prothrombin Time (thời gian Prothrombin); rAPTT: tỷ APTT bệnh/chứng. TC: tiểu cầu.

ABSTRACT

STUDYING ON SOME CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS BITTEN BY SNAKES

Tran Thi Phuong Tuy¹, Nguyen Duy Thang¹, Dong Si Sang¹,
Huynh Phuoc Hanh¹, Bui Thi Thu Huong¹, Le Thi Lan¹,
Nguyen Han¹, Phan Mai Quoc Thanh¹, Nguyen Thi Anh Tuyet¹.

Objective: To study some clinical and laboratory characteristics of the patients were bitten by snakes in Hue Central Hospital.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 30/9/2014; Ngày phản biện (revised): 15/11/2014;
- Ngày đăng bài (accepted): 29/11/2014
- Người phản biện: TS. Trần Thừa Nguyên; BSCKII Nguyễn Văn Tránh;
- Người phản hồi (corresponding author): Trần Thị Phương Túy
- Email: phuongtuy07@gmail.com

Material and Method: A retrospective study on 42 patients bitten by snakes in Intensive Care Unit of Hue Central Hospital from August, 2012 to September, 2013 by retrospective study.

Results: The age of patients were 17 - 75, the mean age was 39.2 ± 16.7 . The ratio of male/female was 1.6/1. The bites of the vipers was 47.6%, that of the elapidae: 14.3% and that of the others: 38.1%. The bites at the hands was 54.8% and at the feet: 45.2%. The severity of local and systemic envenoming were mostly at mild level with 73.8% and 78.8% (respectively) and the severity of coagulopathy was at moderate level with 47.6%. The mild and average anemia was 31%, the severe anemia was 2.4%. Leukocytose was 40.5%. Neutrophilia was 72.6%. Thrombopenia was 31%. There were no coagulation marker abnormalities: 26.2%; disorder from 1 to 3 coagulation marker abnormalities: 47.6% and DIC: 26.2%. There was no renal failure.

Key words: Snakebites, venomous snake, coagulopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2009, rắn cắn được Tổ chức Y tế Thế giới đề cập đến là một trong những vấn đề về sức khỏe cộng đồng bị quên lãng nhất là ở các vùng nông thôn nhiệt đới nghèo nàn, trong đó vùng Nam và Đông Nam châu Á được xác nhận là có tỷ lệ rắn cắn và tử vong cao nhất [10]. Ở nước ta có tới 30.000 nạn nhân rắn cắn mỗi năm nếu không được điều trị kịp thời, tử vong trong nhóm bệnh nhân nhiễm độc nặng lên tới 20% và nghiên cứu của Trịnh Xuân Kiếm có khoảng 1500 bệnh nhân rắn cắn nhập viện Chợ Rẫy, Bạch Mai, Nhi Đồng 1, 2 và các BV địa phương trong cả nước thời gian từ 1990 - 2010 [2]. Tại Thừa Thiên Huế, tình hình nghiên cứu về rắn cắn hiện tại còn hạn chế, vì vậy chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của bệnh nhân bị rắn cắn vào khoa Hồi sức Cấp cứu Bệnh viện Trung ương Huế, nhằm góp phần vào việc nâng cao chất lượng chẩn đoán và theo dõi điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

42 bệnh nhân bị rắn cắn nhập viện điều trị tại khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 8/2012 đến tháng 9/2013.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Do côn trùng các loại khác cắn
- Không có dấu rắn cắn mặc dù bệnh nhân khai bị cắn và/hoặc đau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu.

Thu thập các dữ liệu theo mẫu điều tra phù hợp mục tiêu nghiên cứu.

2.2.2. Xét nghiệm:

- Công thức máu: thực hiện trên máy đếm tự động Sysmex 8000i.
- Xét nghiệm đông máu thực hiện trên máy đông máu StaCompact: PT, APTT, định lượng fibrinogen.
- Bán định lượng FDP huyết tương bằng phương pháp ngưng kết hạt latex đã gắn kháng thể đơn dòng. Kết quả đọc bằng mắt thường:
 - + Bình thường: FDP < 5 $\mu\text{g/ml}$.
 - + Dương tính độ pha loãng 1/2 và âm tính độ pha loãng 1/8: $5 \leq \text{FDP} \leq 20$.
 - + Dương tính ở độ pha loãng 1/8: FDP > 20 $\mu\text{g/ml}$.
- Định lượng Creatinin máu: thực hiện trên máy Olympus Au 680, Nhật Bản, thực hiện tại khoa Hóa Sinh BVTW Huế. Giá trị bình thường: 65 - 115 ($\mu\text{mol/l}$).
- Tiêu chuẩn chẩn đoán DIC theo Hiệp hội Cầm máu và Huyết khối Quốc tế (ISTH) [3]: Hệ thống thang điểm đối với DIC:
 - + Đánh giá nguy cơ: Bệnh nhân có bệnh lý có thể gây DIC không?
 - Nếu có: Tiếp tục thuật toán sau
 - Nếu không: Không dùng thuật toán sau:
 - + Làm các xét nghiệm đông máu toàn bộ: (PT, số lượng tiểu cầu, fibrinogen, dấu ấn liên quan fibrin)
 - + Điểm kết quả các xét nghiệm:

Bệnh viện Trung ương Huế

* Tiêu cầu ($>100 \times 10^9/l = 0$ điểm, $< 100 \times 10^9/l = 1$ điểm, $< 50 \times 10^9/l = 2$ điểm)

* Dấu ấn fibrin tăng (DDimer /PDF) (không tăng = 0 điểm, tăng vừa = 2 điểm, tăng mạnh = 3 điểm)

* PT kéo dài so với chứng (≤ 3 giây = 0 điểm, > 3 giây và < 6 giây = 1 điểm, ≥ 6 giây = 2 điểm)

* Lượng fibrinogen ($>1g/l = 0$ điểm, $\leq 1g/l = 1$ điểm)

+ Tính điểm:

* ≥ 5 điểm: DIC rõ: lập lại hàng ngày

* < 5 điểm: không phải DIC, nghi ngờ: lập lại 1- 2 ngày sau.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán mức độ độc tính của nọc rắn theo bảng hướng dẫn của Gold và cộng sự (2002)[7]:

Bảng 1: Mức độ độc tính của nọc rắn

Triệu chứng	Nhẹ	Vừa	Nặng
Tại chỗ	Sung, ban đỏ, hoặc bầm máu tại chỗ cắn.	Sung, ban đỏ, hoặc bầm máu tăng dần vượt ngoài chỗ cắn.	Sung, ban đỏ nhanh hoặc bầm máu toàn thân.
Toàn thân	Không có triệu chứng hoặc hội chứng toàn thân	Không có dấu chứng và hội chứng đe dọa (buồn nôn, nôn mửa, dị cảm và hạ huyết áp nhẹ)	Có các triệu chứng/hội chứng nặng (hạ huyết áp tâm thu $< 80\text{mmHg}$, rối loạn nhận cảm, mạch nhanh, khó thở nhanh và suy hô hấp)
Đông máu	Không có bất thường về đông máu hoặc xét nghiệm quan trọng nào khác bất thường	Về đông máu rối loạn bất thường nhẹ, không có chảy máu nặng nề trên lâm sàng, các xét nghiệm khác bất thường nhẹ.	Bất thường đông máu nặng nề với bằng chứng chảy máu hoặc đe dọa chảy máu tự phát (PT, APTT và fibrinogen không đo được; giảm TC nặng $< 20.000/\text{mm}^3$) các xét nghiệm khác bất thường nặng.

2.2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học SPSS 11.5.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi: tuổi nhỏ nhất: 17, tuổi lớn nhất: 75, tuổi trung bình: $39,2 \pm 16,7$.

Giới: Nam: 26 bệnh nhân (61,9%). Nữ: 16 bệnh nhân (38,1%). Tỷ lệ nam/nữ: 1,6/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Tỷ lệ các loại rắn cắn: Rắn lục: 20 bệnh nhân (47,6%), rắn hổ: 6 bệnh nhân (14,3%), rắn không rõ loại: 16 bệnh nhân (38,1%).

Phân bố vị trí chỗ cắn: Bị cắn ở tay: 54,8% và chân: 45,2%.

Bảng 2: Mức độ độc tính của nọc rắn

Mức độ độc tính		Nhẹ	Vừa	Nặng	Tổng cộng
Tại chỗ	n	31	10	1	42
	%	73,8	23,8	2,4	100
Toàn thân	n	33	4	5	42
	%	78,6	9,5	11,9	100
Đông máu	n	11	20	11	42
	%	26,2	47,6	26,2	100

3.3. Đặc điểm xét nghiệm

Bảng 3: Các chỉ số huyết học

Các chỉ số huyết học	Giá trị trung bình	Giá trị thấp	Giá trị cao
Hồng cầu ($\times 10^{12}/l$)	$4,46 \pm 0,56$	2,61	6,14
Hb (g/dl)	$12,50 \pm 1,66$	7,70	16,80
Tiểu cầu ($\times 10^9/l$)	$174,2 \pm 79,7$	10,0	362,0
Bạch cầu ($\times 10^9/l$)	$10,3 \pm 4,0$	4,2	21,9
BCHTT ($\times 10^9/l$)	$8,02 \pm 3,9$	2,4	19,7
PT (giây)	$16,1 \pm 4,5$	12,0	29,1
PT (%)	$68,3 \pm 28,3$	10	120
rAPTT bệnh/chứng	$1,2 \pm 0,5$	0,6	3,2
Fibrinogen (g/l)	$1,7 \pm 1,2$	0,1	3,9
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	$79,5 \pm 14,7$	46	118

Bảng 4: Kết quả XN đông cầm máu trước và sau 24 giờ:

Kết quả XN đông cầm máu	Trước 24 giờ		Sau 24 giờ	
	n	%	n	%
Bình thường	12	30,8	4	16,7
Bất thường	27	69,2	20	83,3
Tổng số	39	100	24	100

Bảng 5: Kết quả rối loạn các chỉ số đông cầm máu:

Kết quả rối loạn các chỉ số đông cầm máu	n	%
Không rối loạn về các chỉ số đông - cầm máu	11	26,2
PT kéo dài	1	2,4
Tăng FDP	6	14,3
Tăng FDP + Tăng rAPTT	1	2,4
Tăng FDP + PT kéo dài	3	7,1
Tăng FDP + Giảm Fib	1	2,4
Tăng FDP + Giảm TC	2	4,8
Tăng FDP + PT kéo dài + Giảm Fib	2	4,8
Tăng FDP + PT kéo dài + Tăng rAPTT	2	4,8
Tăng FDP + Giảm TC + PT kéo dài	1	2,4
Tăng FDP + Giảm TC + Giảm rAPTT	1	2,4
DIC	11	26,2
Tổng số	42	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Nghiên cứu này có tuổi nhỏ nhất: 17, tuổi lớn nhất: 75, tuổi trung bình: $39,2 \pm 16,7$ so với nghiên cứu của Sharma N. ở 142 bệnh nhân có tuổi nhỏ nhất: 12, tuổi lớn nhất: 80, tuổi trung bình: 31,2 [9].

Giới: Nghiên cứu này có tỷ lệ nam/nữ: 1,6/1 tương đương với tỷ lệ của Moriarity R.S. là 1,9/1 trong khi nghiên cứu của Sharma N. tỷ lệ này là: 4,25/1; nói chung bệnh nhân chủ yếu là nam ở độ tuổi lao động [7], [9].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Tỷ lệ các loại rắn cắn: Nghiên cứu này có tỷ lệ rắn lục cắn cao nhất: 47,6% so với nghiên cứu của Sharma N. 36,6% [9]. Theo Trịnh Xuân Kiếm cho rằng có 17 loài rắn lục xanh đuôi đỏ phân bố khắp mọi miền đất nước, trong đó số bệnh nhân bị rắn lục xanh cắn cao nhất trong số các loài rắn (39,5%) [2]. Ở nghiên cứu này, việc nhận định các loại rắn cắn chủ yếu dựa theo lời khai của bệnh nhân, và Alirol E. cho rằng nhiều trường hợp không nhìn thấy rắn, hoặc có nhìn thấy thì sự mô tả của bệnh nhân thường sai lạc, thậm chí cả khi mang xác rắn đến cơ sở y tế, nhân viên y tế cũng không nhận dạng được là chuyện thường gặp [5].

4.2.2. Phân bố vị trí cắn: Bị cắn ở tay: 54,8% và chân: 45,2%, nghiên cứu của Sharma N. bị cắn ở chân là 38% [9], điều này cũng phù hợp với y văn [4], [6].

4.2.3. Mức độ độc tính của nọc rắn:

Chúng tôi chọn bảng hướng dẫn của Gold và cộng sự 2002 vì hiện tại không có công cụ nào khác khách quan hoàn toàn cho phân loại lâm sàng mức độ độc tính của rắn độc [7]. Nghiên cứu này mức độ độc tính của nọc rắn lên tổn thương tại chỗ chủ yếu ở mức độ nhẹ 73,8% và mức độ độc tính của nọc rắn lên toàn thân là 78,8%, trong khi rối loạn đông máu vừa và nặng chiếm 73,8%, khác với nghiên cứu của Sharma N. triệu chứng thần kinh chiếm: 60,6% và rối loạn đông máu chiếm: 36,6% và trong nhiều nghiên cứu khác, hội chứng xuất huyết sau rắn cắn

xảy ra từ 47,8 - 90%, sự biểu hiện rối loạn khác nhau này có thể giải thích do bởi tính khác nhau của dưới loài rắn độc (subspecies) hoặc có thể do số lượng bệnh nhân của nghiên cứu này còn ít [9].

Theo Alirol E. nghiên cứu của 10 bệnh viện ở Nam Nepal cho thấy rằng các vết cắn bởi rắn không độc là thường gặp và vết cắn của rắn độc không phải luôn luôn đi kèm với nọc độc (vết cắn khô), và độc rắn chỉ xảy ra chỉ 10% bệnh nhân. Ở Kerala, Ấn Độ, 34% bệnh nhân (219/635) được chứng minh rắn cắn phát triển triệu chứng độc toàn thân, hay ở Bangladesh, tỷ lệ vết cắn không độc trong các nghiên cứu ở các bệnh viện cơ sở thay đổi từ 60 - 80% [5].

Nọc độc rắn là một hỗn hợp phức của các độc tố và các enzym, mỗi một loại có thể chịu trách nhiệm của một hoặc nhiều tác dụng độc khác nhau [5]. Lượng nọc độc được tiêm vào nạn nhân thay đổi tùy vị trí cắn, kích cỡ rắn, loài rắn, lượng và mức độ độc tính của nọc độc, tình trạng tuyến và răng nọc, loại rắn, tuổi tác, mức độ nhạy cảm của bệnh nhân và nhiều yếu tố khác... [4], [6].

Theo White J., trước đây, có giả thiết cho rằng mỗi loại rắn nói chung có thể gây ra tác động hoặc tại chỗ hoặc toàn thân và rằng rắn lục gây ra tác động tại chỗ và/hoặc xuất huyết, trong khi rắn hổ chỉ đơn thuần gây ra tác động toàn thân mà không gây xuất huyết. Giả thiết này hoàn toàn không đúng. Một số trường hợp rắn hổ cắn gây ra tổn thương tổ chức tại chỗ nặng nề, trong khi một số trường hợp rắn lục cắn gây ra tổn thương tại chỗ rất nhẹ. Tương tự, một số rắn lục có thể gây ra liệt mềm hoặc tiêu cơ, trong khi một số rắn hổ lại gây ra rối loạn đông máu nặng nề [11].

Trong khi nghiên cứu của Sharma đến 60,6% bệnh nhân bị liệt thần kinh (neuromparalytic) theo thứ tự giảm dần: chứng sa mi mắt, liên quan cơ hô hấp, yếu nhãn cầu, và yếu chi... [9], nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp (2,4%) có triệu chứng về thần kinh nhẹ là buồn nôn, nôn và đau quặn bụng trong vòng 30 phút sau khi bị cắn, tuy nhiên theo Alirol E. các triệu chứng kết hợp với đau hoặc đôi lúc stress

giả như các triệu chứng độc sớm làm các nhà lâm sàng khó khăn trong việc xác định có độc xảy ra hay không... [5]. Nghiên cứu này không có trường hợp nào suy thận, 100% bệnh nhân có mức creatinin trong giới hạn bình thường ($79,5 \pm 14,7 \mu\text{mol/l}$ (dao động từ $46 - 118 \mu\text{mol/l}$) (số liệu không trình bày) giống với nghiên cứu của Trịnh Xuân Kiếm [1].

4.3. Đặc điểm xét nghiệm

4.3.1. Các chỉ số huyết học:

Trong nghiên cứu này: 28 trường hợp không thiếu máu (66,6%), thiếu máu nhẹ và vừa: 13 trường hợp (31%) và thiếu máu nặng Hb giảm $< 8\text{g/dl}$ chỉ có 1 trường hợp (2,4%), các trường hợp thiếu máu nằm trong bệnh cảnh xuất huyết dưới nhiều hình thức: xuất huyết dưới da, mảng bầm tím trên tay chân, thân mình, xuất huyết tiêu hóa và 1 trường hợp nặng là xuất huyết não.

Không gặp trường hợp nào số lượng bạch cầu giảm dưới $4 \times 10^9/\text{l}$. Số lượng bạch cầu bình thường: 59,5%, tăng số lượng bạch cầu ($>10 \times 10^9/\text{l}$) chiếm 40,5% cũng phù hợp với y văn [4]. Số lượng BCHTT bình thường: 23,8%, tăng trên $7,5 \times 10^9/\text{l}$ chiếm 76,2%. Không có trường hợp nào số lượng BCHTT giảm dưới $2 \times 10^9/\text{l}$.

Số lượng tiểu giảm dưới $150 \times 10^9/\text{l}$ chiếm 31%. Mối liên hệ giữa giảm tiểu cầu và chảy máu nhiều trong rắn cắn vẫn chưa được biết rõ [11]. Các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu nghiên cứu này tương đương với các chỉ số trong nghiên cứu của Trịnh Xuân Kiếm: $4,46 \pm 0,56$; $10,3 \pm 4,0$; $174,2 \pm 79,7$ và $4,50 \pm 0,60$; $15,60 \pm 6,50$ $130,6 \pm 60,50$ tương ứng [1].

4.3.2. Kết quả XN đông cầm máu trước và sau 24 giờ:

Nghiên cứu này, 12 trường hợp bình thường trong 24 giờ đầu. Sau 24 giờ: 7 trường hợp không làm lại xét nghiệm, 4 trường hợp xét nghiệm lại cho kết quả bình thường, và 1 trường hợp bất thường xét nghiệm đông cầm máu sau 24 giờ diễn tiến đến DIC, điều này cho thấy nên xét nghiệm theo dõi tiếp bệnh nhân sau 24 giờ, cũng phù hợp với White J. cho rằng bệnh lý đông máu có thể phát triển nhanh

chóng, nhưng không phải luôn luôn, một số trường hợp khởi đầu quá trình đông máu bình thường 1 - 2 giờ sau cắn, nhưng sau 4 - 8 giờ thậm chí muộn đến 2 tuần rối loạn đông máu nặng với tiêu fibrin [11].

4.3.3. Kết quả rối loạn các chỉ số đông cầm máu:

Tăng FDP chiếm tỷ lệ cao nhất trong các rối loạn về đông cầm máu: 71,4% (30/42 trường hợp). Một vài nghiên cứu lâm sàng cho thấy rằng tăng FDP, D Dimer và các đơn phân fibrin hòa tan nhạy cảm cao nhưng ít đặc hiệu đối với chẩn đoán DIC, và sự tăng giá trị của chúng thường đi trước DIC vài ngày, chúng có thể tin tưởng trong việc phản ánh mức độ hoạt hóa cả tình trạng đông máu và tiêu sợi huyết, giá trị bình thường của chúng có thể loại trừ DIC [3].

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán DIC của Hiệp hội Cầm máu và Huyết khối Quốc tế, nghiên cứu này có 11 trường hợp có số điểm từ 5 đến 8, trong đó có 4 trường hợp số lượng tiểu cầu vẫn còn trong giới hạn bình thường, tuy nhiên theo chiều hướng giảm động học nên chúng tôi vẫn nghi ngờ về chẩn đoán DIC ở 4 trường hợp này. Giảm số lượng tiểu cầu hoặc xu hướng giảm động học rõ ràng ở các lần xét nghiệm liên tiếp là một dấu hiệu nhạy (dù không đặc hiệu), giảm tiểu cầu liên quan mạnh mẽ với các dấu ấn của sự sinh thrombin, vì sự ngưng tập tiểu cầu gây ra bởi thrombin chủ yếu chịu trách nhiệm cho sự tiêu thụ tiểu cầu. Sự xác định số lượng tiểu cầu một lần không giúp ích nhiều vì số lượng tiểu cầu nguyên thủy có thể vẫn còn trong giới hạn bình thường dao động từ $150 - 450 \times 10^9/\text{l}$. Cùng lúc đó, sự giảm liên tục thậm chí trong phạm vi bình thường cũng có thể cho biết quá trình sinh thrombin thật sự [3].

Các metalloprotease của nọc rắn có liên quan trực tiếp và gián tiếp qua tổn thương mạch và các đáp ứng viêm. Tác động toàn thân trội nhất của rắn lục lõ (pit vipers) là hướng đến fibrinogen và tiểu cầu. Mặc dù nọc độc rắn làm đông fibrinogen (tác động giống Thrombin) và hoạt hóa tiểu cầu in vitro, những cục đông và ngưng tập tiểu cầu dễ vỡ này nhanh chóng bị tiêu khối tuần hoàn in vivo, gây ra giảm fibrinogen máu được gọi hội chứng tiêu

fibrin (defibrination) và giảm tiểu cầu [5]. Nọc rắn độc gây ra hội chứng xuất huyết bởi hoạt hóa hệ thống đông máu theo nhiều cách khác nhau. Một số là serin protease cắt fibrinogen thành fibrinopeptid A hoặc B hoặc cả hai, gây rối loạn đông máu và tiêu sợi huyết thứ phát. Một số hoạt hóa đường đông máu chung qua yếu tố X và V gây chảy máu do DIC [5], [8], [10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm xét nghiệm của 42 bệnh nhân bị rắn cắn vào Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 8/2012 đến tháng 9/2013, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Rắn lục cắn: 47,6%, rắn hổ: 14,3%, rắn không rõ loại: 38,1%. Bị cắn ở tay: 54,8% và chân: 45,2%.

- Mức độ độc tính của nọc rắn lên tổn thương tại chỗ 73,8% và lên tổn thương toàn thân chủ yếu ở mức độ nhẹ là 78,8% và chủ yếu mức độ vừa đối với rối loạn đông máu: 47,6%.

- Thiếu máu nhẹ và vừa: 31% và thiếu máu nặng Hb < 8g/dl: 2,4%. Số lượng bạch cầu bình thường: 59,5%, tăng số lượng bạch cầu >10 x 10⁹/l: 40,5%. Số lượng BCHTT bình thường: 23,8%, tăng > 7,5 x 10⁹/l: 76,2%. Số lượng tiểu giảm dưới 150 x 10⁹/l: 31%. Không có rối loạn về đông cầm máu: 26,2%, rối loạn từ 1 đến 3 chỉ số đông cầm máu: 47,6%, DIC: 26,2%. Chưa gặp trường hợp nào rối loạn chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Xuân Kiếm (2010), “Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân rắn hổ đất, rắn hổ mang và điều trị bằng huyết thanh kháng nọc đặc hiệu”, *Y học Việt Nam*, 1, tr. 38- 43.
2. Trịnh Xuân Kiếm (2010), “Các loài rắn độc chủ yếu tại Việt Nam”, *Y học Việt Nam*, 2, tr. 57- 61.
3. Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation, (2009), *British Journal of Haematology*, 145, pp. 24- 33.
4. Adukauskienė D. (2011), “Venomous Snakebites”, *Medicina (Kaunas)*, 47(8), pp. 461- 467.
5. Alirol E. (2010), “Snake bite in South Asia: A Review”, *N Engl J Med*, 4(1), pp. 1- 9.
6. Gold B.S. (2002), “Bite of venomous snakes”, *N Engl J Med*, 347(5), pp. 347- 356.
7. Moriarty R. S. (2012), “The role for coagulation markers in mild snakebite envenomations”, *West J Emerg Med*, 13(1), pp. 68- 74.
8. Rojnuckarin P.(2009), “Snake Venom and Haemostasis - An Overview”, *Asia - Pacific Oncology & Haematology*, 1, pp. 93- 96.
9. Sharma N. (2005), “Snake envenomation in a North Indian hospital”, *Emerg Med J*, 22, pp. 118- 120.
10. Warrell D. (2010), “Snake bite”, *N Engl J Med*, 375, pp. 77- 88.
11. White J. (2005), “Snake venoms and coagulopathy”, *Toxicon*, 45, pp. 951- 967.