

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BỊ RẮN CẠP NIA CẢN THÀNH CÔNG

Nguyễn Văn Sinh, khoa ICU

TÓM TẮT

Đây là trường hợp bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn nhập khoa Hồi Sức Tích Cực và Chống Độc bệnh viện ĐKTT An Giang trong tình trạng hôn mê, liệt hô hấp, liệt toàn thân. Loại rắn này rất độc và nguy hiểm nhất trong các loài rắn độc. Nọc độc của rắn cạp nia có thể gây tử vong cho người bệnh trong vòng 5-6 giờ. Nhưng nhờ được cấp cứu kịp thời và ứng dụng phương tiện hồi sức tích cực hiện đại cũng như chăm sóc điều dưỡng, vật lý trị liệu trong thời gian nằm viện. Bệnh nhân đã được cứu sống sau 39 ngày với 33 ngày thở máy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới ước tính mỗi năm có ít nhất 2,5 triệu trường hợp bị rắn cắn với 125.000 người bị tử vong. Các nước ở Đông Nam Á có số người bị rắn cắn nhiều nhất: Bangladesh năm 1988-1989 có 764 người bị cắn và 168 người tử vong. Ấn Độ nơi được xem là chơi và làm trò với rắn, có nhiều thầy chữa rắn nhưng số người bị cắn hàng năm khoảng 200.000 người và số người chết do rắn cắn từ 15 – 20.000 người mỗi năm. Myanmar năm 1991 có 14.000 trường hợp bị cắn và 1.000 bị chết. Thái Lan từ 1985 – 1989 có 6038 trường hợp bị cắn và tử vong 183 người, con số bị cắn mỗi năm tăng lên nhưng số tử vong giảm xuống. Năm 1994 bị cắn 8486 nhưng chỉ có 8 người tử vong. [8]

Việt Nam có tỉ lệ người dân bị rắn cắn khá cao, mỗi năm có hơn 30.000 người dân bị rắn cắn nhưng họ ít đến bệnh viện mà đến các thầy lang chữa rắn vì thế số người tử vong chắc chắn còn cao hơn các nước khác.

Ngày 8-9-2012 tại khoa Hồi Sức Tích Cực và Chống Độc bệnh viện ĐKTT An Giang chúng tôi đã tiếp nhận một bệnh nhân bị rấn **Hổ sơn (cạp Nia)** cần trong tình trạng rất nặng, hôn mê, thở máy, Glasgow 3 điểm, liệt hô hấp, liệt toàn thân. Bệnh nhân đã được cứu sống sau 35 ngày điều trị thở máy, chăm sóc tích cực và phục hồi chức năng.

Nhân trường hợp này chúng tôi xin trình bày bệnh án nhằm rút ra những bài học trong điều trị và chăm sóc để cùng nhau học hỏi và chia sẻ với quý đồng nghiệp.

II-BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Phan Ngọc S.....nữ 60 tuổi.

Địa chỉ: Ấp Phú Hòa, phường An Phú, Tịnh Biên, tỉnh An Giang.

Vào khoa Cấp Cứu lúc 12 giờ ngày 9-8-2012 bệnh viện Châu Đốc chuyển.

Bệnh sử: Bệnh nhân đang ngủ bị rấn hổ sơn (cạp nia) cắn vào lúc 0g30, người nhà đưa bệnh nhân đi hai thầy thuốc rấn nhưng không hiệu quả. Sau gần 4 giờ người bệnh cứng hàm, ói mửa, không thấy đường, sùi bọt mép nhập bệnh viện Tịnh Biên với tình trạng ngưng thở. Bệnh viện Tịnh Biên chuyển bệnh viện Châu Đốc. Tại Châu Đốc đặt nội khí quản thở máy, truyền dịch sau đó bệnh viện Châu Đốc chuyển bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang trong tình trạng đang thở máy, bệnh nhân mê, glasgow 5 điểm, đồng tử 2 bên 4mm, HA 126/73mmHg, M 97 lần/1p, SpO2 100%.

Diễn biến: Lúc 12g45 ngày 9-8-2012 nhập khoa ICU bệnh nhân hôn mê, Glasgow 3 điểm, bóp bóng qua nội khí quản, M90 lần/1p, HA 110/70mmHg, đồng tử 2 bên 4mm, phản xạ ánh sáng (-), sụp mi hoàn toàn, liệt toàn thân. Chẩn đoán: ngưng tim, ngưng thở/ rấn cắn. Xử trí: Cho bệnh nhân thở máy Vela, mode AC, FiO2 40%, f 14, PEEP 5, I/E 1:2, Vt 520. Truyền Natri clorua 9%, Acetate Ringer. CLS: Creatinine 82mmol/l, Ure 4.6 mmol/l, Na+ 133.8 mmol/l, TQ 13.6/giây, TCK 26.1/giây

Từ ngày 10-14/8 (ngày thứ 2 đến ngày thứ 5) tình trạng bệnh vẫn chưa cải thiện chẩn đoán: Suy hô hấp/ Rấn cắn TD tổn thương não do thiếu oxy kéo dài xử trí: kháng sinh, kháng viêm,

truyền dịch, truyền đạm, nuôi ăn qua sonde, xoay trở võ lưng, tập tay, tập chân 2 giờ một lần.

CLS ngày thứ 3: BC 10.2, TQ 14.2, TCK 30, NA+ 128.4, K 3.0

Ngày 15-30/8 (ngày thứ 6-21) bệnh nhân hỏi biết trả lời bằng cử động ngón chân cái và từ từ các ngón khác của bàn chân và ngón tay. Xử trí: Thở máy mode AC chưa có nhịp tự thở, truyền dịch, truyền đạm, chống đông, xoay trở, võ lưng, tập tay chân, hút đàm. Nội khí quản đặt 21 ngày bệnh nhân đau mỗi lần xoay trở. Mời khoa Tai Mũi Họng mở khí quản nhưng chưa can thiệp vì đang dùng kháng đông. CLS ngày thứ 21 BC 13.3, Na+ 130.5

31/8- 11/9 (ngày thứ 22-33) bệnh nhân hỏi trả lời mấp máy môi, bàn chân, tay cử động khá hơn. Xử trí: truyền dịch, truyền đạm, thở máy AC vẫn chưa có nhịp tự thở, kháng sinh, hút đàm, vật lý trị liệu tích cực. Bệnh nhân đau họng nhiều có thể do loét vùng họng, khó xoay trở vì thể vùng xương cụt loét nhẹ. Hội chẩn lần hai với TMH ngày thứ 32 vẫn chưa thể can thiệp mở khí quản. CLS ngày thứ 31: Na+ 132, K+ 5.8, BC 7.69, TQ 16, TCK 27

12/9- 17/9 (ngày thứ 34-39) Ngày thứ 34 bệnh nhân tiến triển tốt, có nhịp tự thở, chuyển mode thở SIMV, rồi chuyển mode CPAP PSV, f 6 bệnh nhân đáp ứng tốt, cai máy cho thở T tube. Ngày thứ 35 rút nội khí quản, cho bệnh nhân thở oxy túi 10 l/p, SpO2 99%, chiều cùng ngày chuyển thở oxy gọng SpO2 99%. Ngày 14/9 bệnh nhân nói bình thường, tay cử động tốt, chân cử động được tới cẳng chân, rút ống sonde dạ dày, bệnh nhân ăn được qua đường miệng. Xử trí truyền dịch, nâng thể trạng, vật lý trị liệu tích cực. Kết quả tới ngày thứ 39 cơ bản bệnh nhân đã thoát tay tử thần ngưng thở oxy và đang tiến triển rất tốt. CLS Na+ 136 đã cải thiện, TQ chưa ổn định 16.3; TCK 28.2 nhưng tay đã đưa lên cao được, chân nhúc nhích tới đầu gối, tổng trạng tốt.

III. BÀN LUẬN

Ở Việt Nam và Đông Nam Á thường gặp hai nhóm (họ) rấn độc, gồm:

Họ rấn hổ: có hai móc độc (cặp răng lớn) ngắn, dựng lên và cố định ở phần trước của xương hàm trên, gồm: rấn hổ đất, hổ mèo, hổ mang, hổ chúa, cặp nia, cặp biển, rấn biển...

Họ rắn lục: có hai móc độc dài, bình thường gấp theo hai bên xoang hàm trên, khi bị tấn công hai móc độc giương lên, gồm rắn lục điển hình, rắn lục hốc má, rắn lục tre...

Nọc rắn gồm hơn 20 thành phần khác nhau, chủ yếu là protein chứa các men và độc tố polypeptide. Nọc gây ra các hậu quả lâm sàng: gây không đông máu, gây chảy máu hệ thống tự phát, phù nề, độc tố thần kinh-cơ... Triệu chứng và dấu chứng thay đổi tùy thuộc vào chủng loại rắn đã cắn và số lượng nọc rắn xâm nhập vào cơ thể. Số lượng nọc cũng rất thay đổi, phù thuộc vào chủng loại, kích thước của rắn, ảnh hưởng cơ học của vết cắn, một hoặc hai móc độc xâm nhập, bị cắn một hoặc nhiều lần cùng một lúc... Triệu chứng toàn thân: Tổng trạng: buồn nôn, nôn, khó chịu, đau bụng, yếu toàn thân, ngủ gà, mệt lả. Tim mạch: chóng mặt, ngất xỉu, sốc, tụt huyết áp, loạn tim mạch, phù phổi, phù kết mạc. Rối loạn đông cầm máu: chảy máu từ vết thương, chảy máu hệ thống tự phát. Thần kinh: liệt mềm hoàn toàn, bất thường về khứu giác, mất tiếng, khó nuốt. Thận: thiếu hoặc vô niệu, tiểu huyết sắc tố, dấu hiệu tăng Urê máu. Nội tiết: sốc, giảm đường huyết; sau đó yếu mệt toàn thân, suy tuyến giáp, suy sinh dục. Đặc biệt là nạn nhân bị hạ Na máu nghiêm trọng. TS Phạm Duệ - Giám đốc trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai cho biết, với những nạn nhân bị rắn cắn nia cắn, hạ Na máu có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề như hôn mê, co giật, phù não, liệt cơ làm tăng nguy cơ tử vong. Nguyên nhân là trong nọc rắn có natriuretic peptides gây tăng đào thải Na và nước qua thận dẫn đến hạ Na máu. Tình trạng hạ Na máu do rắn cắn nia cắn thường xảy ra sớm (trong 3 ngày đầu) với tốc độ hạ nhanh, nhiều, kéo dài nhiều ngày làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn

Trên bệnh nhân này có liệt hô hấp, liệt mềm hoàn toàn, đồng tử giãn to 4mm hai bên, phản xạ ánh sáng (-), sụp mi hoàn toàn, được chẩn đoán chính xác là rắn cắn nia cắn vì người nhà đã đập chết được con rắn. Bệnh nhân được đưa đến bệnh viện dù trễ nhưng chưa muộn, can thiệp thở máy sớm, tuy nhiên không sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn vì thời điểm hiện tại không có.

Vấn đề đặt nội khí quản lâu dài (34 ngày) có thể làm tắc đàm do cục đàm đóng trong lòng ống nội khí quản, khó chăm sóc, hút đàm sâu dễ bị nhiễm trùng, lâu ngày đưa tới loét vùng hầu họng và làm dính nội khí quản vào thành hầu họng. Tại khoa Hồi Sức chúng tôi đã xoay nội khí quản mỗi ngày khi chăm sóc răng miệng và nội khí quản vì thế nội khí quản không bị dính khi rút nhưng đau và có chảy máu ít. Tuy nhiên mỗi lần xoay trở bệnh nhân rất đau có khả năng đã bị loét họng vì vậy cần phải có kế hoạch can thiệp mở khí quản sớm hơn.

Vai trò chăm sóc của điều dưỡng là rất quan trọng khi bệnh nhân thở máy kéo dài, liệt nằm lâu: Các điều dưỡng của khoa đã phối hợp chặt chẽ với người nhà 2 tiếng xoay trở một lần để chống loét, vỗ lưng, hút đàm kiểm tra, tích cực nuôi ăn qua sonde theo chỉ định, đặc biệt là tập vật lý trị liệu tay, chân. Nhờ vậy mà 24 ngày liên tục bệnh nhân không bị loét, chỉ đến ngày thứ 25 mỗi lần xoay trở bệnh nhân đau do nội khí quản, có khả năng bị loét trong họng do nội khí quản đặt lâu vì thế số lần xoay trở giảm, dẫn đến loét nhẹ vùng xương cụt, tuy nhiên tình trạng đã được khắc phục ngay. Sau 3 ngày vết loét khô. Với bệnh nhân này, trong quá trình điều trị chủ yếu là thở máy, nâng thể trạng, chống đông, điều chỉnh Na⁺, thời gian thở máy dài, liệt chậm hồi phục nếu không kết hợp chặt chẽ với chăm sóc, vật lý trị liệu sẽ có nhiều biến chứng xảy ra và chắc chắn không có sự thành công trên.

Điều trị đặc hiệu: Nếu được xử trí bằng huyết thanh kháng nọc rắn cạp nia bệnh nhân sẽ hồi phục sớm, ra viện sớm và không để lại di chứng, theo thống kê của bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm với 57 trường hợp khi sử dụng kháng nọc bệnh nhân sẽ hồi phục sau 24-72 giờ, vì đây là thuốc chủ yếu điều trị bệnh nhân rắn cắn, nhưng tại bệnh viện chưa có huyết thanh rắn cạp nia. Riêng bệnh viện Bạch Mai đã sản xuất được huyết thanh này với giá 200.000đ – 300.000đ một liều và đã cứu sống được nhiều bệnh nhân, nhưng thời điểm này đã hết[1]

IV-KẾT LUẬN

Rắn cạp nia là loài độc và nguy hiểm nhất trong các loài rắn độc. Do rắn cạp nia cắn không thấy đau nên nạn nhân thường chủ quan vì nọc độc của nó 5 - 6 tiếng sau mới phát,

nạn nhân có thể bị ngừng thở vài tiếng sau đó. Với bệnh nhân này nhờ các phương tiện cấp cứu hiện đại và được cấp cứu kịp thời, mặc dù không có huyết thanh kháng nọc đặc hiệu, nhưng bệnh nhân đã được điều trị hồi sức tích cực (thở máy) kết hợp với việc chăm sóc điều dưỡng và phục hồi chức năng nên sau 39 ngày bệnh nhân đã được cứu sống.

V- KIẾN NGHỊ

Bệnh viện nên dự trữ một số liều huyết thanh kháng nọc rắn cho mỗi loại vì tỉnh An Giang là tỉnh có sông, núi, rừng là nơi sinh sống của nhiều loại rắn độc. Hàng năm có nhiều người bị rắn cắn

Tuyên truyền cho người dân ngủ giường có mùng vì các loài bò sát thường đi kiếm mồi ban đêm dễ cắn vào người khi không ngủ mùng và nằm dưới sàn nhà.

Tuyên truyền rộng rãi cho người dân khi bị rắn độc cắn không nên đưa đi các thầy lang mà phải đưa ngay bệnh nhân vào bệnh viện để cấp cứu kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Bệnh viện Bạch Mai, chăm sóc người bị rắn cắn, đơn vị Hồi Sức Tích Cực và chống độc, *VietNamNet*
- 2- Trịnh Xuân Kiếm MD, rắn cắn, Đơn vị nghiên cứu rắn Trường Đại học Y Dược TP.HCM, *VietNamNet*
- 3- Bhetwal BB, O'Shea M, Warrell DA (1998). Snakes and snake bite in Nepal. *Tropical Doctor* 28: 193-5.
- 4- Chugh KS (1989). Snake-bite-induced acute renal failure in India. *Kidney International* 35: 891-907.
- 5- Warrell DA (1990). Treatment of snake bite in the Asia-Pacific Region: a personal view. In: Gopalakrishnakone P, Chou LM (eds). *Snakes of medical importance(Asia-Pacific region)*. National University of Singapore Press, pp 641-670.
- 6- Warrell DA (1992). The global problem of snake bite: its prevention and treatment. In: *Recent Advances in Toxinology Research* [Gopalakrishnakone P, Tan CK (eds)], National University of Singapore, Vol 1, pp 121-153. *59 Guidelines for the Clinical Management of Snake bite in the South-East Asia Region*

- 7- Warrell DA (1995). Clinical toxicology of snake bite in Asia. In: Clinical Toxicology of Animal Venoms and Poisons (Meier J & White J [eds]), CRC Press, Boca Raton, pp 493-594.
- 8- World health organization, guideline Guidelines for the Clinical Management of Snake bite in the South-East Asia Region, Tropical medicine and public health, vol 30, supplement, 1999



Hình rắn cạp nia