

EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL FEATURES AND CURRENT SITUATION FIRST AID, INITIAL TREATMENT OF PATIENTS VENOMOUS SNAKE BITE AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Duc Phuc*, Tran Thi Ly

Nghe An General Friendship Hospital - 5, Lenin avenue, Vinh Phu ward, Nghe An province, Vietnam

Received: 31/3/2025

Revised: 30/6/2025; Accepted: 08/7/2025

ABSTRACT

Objective: Survey the epidemiological and clinical characteristics and evaluate the status of first aid and initial treatment of patients with venomous snake bites.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study of 117 patients diagnosed with venomous snake bites treated at Nghe An General Friendship Hospital from November 2022 to August 2023.

Result: Epidemiology: men 61.5%; farmers 37.6%; self-employed 17.9%; rural 45.3%; mountainous areas 41.9%; snake bites at work 45.3%, at home 33.3%. Cobra family 65% (cobra 41%); vipers 31.6%, kraits and corporate snake 9.4%. Bites on hands and fingers 50.4%; feet and toes 42.7%. Hospitalized before 6:00 hour 71.8%.

Clinical: Scorpions and kraits bite drooping eyelids, difficulty swallowing 54.5%. Cobra bite pain 96.9%; bite swelling 93.8%; necrosis 63%. Viper bite swelling 91.8%; bite pain 86.5%; bite wound bleeding 35%.

Correct first aid: wash wounds 28.2%; immobile, fixed 12.8%. Improper first aid: tourniquet 71.7%; leaf poultice application 45.3%; injection, incision and bleeding 30.7%; 11.9% of leaf medicine users.

Admission to front-line medical facilities 61.5%; wound cleaning 48.6%; tetanus serum 34.7%; no treatment 20.8%.

Conclusion: Venomous snake bites are common in farmers and self-employed workers. Snake bites occur mainly at work and in the home, often in groups of cobras, king tigers, tigers, green snakes, kraits and corporate snake. Clinically, pain, swelling and necrosis of the bite site are common. First aid is rarely used, many incorrect first aid methods are used.

Keywords: Venomous snake bite, Nghe An General Friendship Hospital.

*Corresponding author

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com **Phone:** (+84) 963763676 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2802**



ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, THỰC TRẠNG SƠ CỨU VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN RẮN ĐỘC CẦN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc*, Trần Thị Lý

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An - 5, đại lộ Lenin, phường Vinh Phú, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 31/3/2025

Ngày chỉnh sửa: 30/6/2025; Ngày duyệt đăng: 08/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, đánh giá thực trạng sơ cứu và xử trí ban đầu bệnh nhân bị rắn độc cắn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 117 bệnh nhân bị rắn độc cắn, điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 11/2022 đến 8/2023.

Kết quả: Dịch tễ: nam giới 61,5%; nông dân 37,6%; lao động tự do 17,9%; nông thôn 45,3%; miền núi 41,9%; rắn cắn trong lao động 45,3%, trong nhà ở 33,3%. Họ rắn hổ 65% (rắn hổ mang 41%); rắn lục 31,6%; rắn cạp nong, cạp nia 9,4%. Vết cắn ở bàn tay, ngón tay 50,4%; bàn chân, ngón chân 42,7%. Nhập viện trước 6 giờ 71,8%.

Lâm sàng: rắn cạp nong, cạp nia cắn gây sụp mí, khó nuốt 54,5%. Rắn hổ cắn gây đau vết cắn 96,9%; sưng nề vết cắn 93,8%; hoại tử 63%. Rắn lục cắn gây sưng nề 91,8%; đau vết cắn 86,5%; xuất huyết vết cắn 35%.

Sơ cứu đúng: rửa vết thương 28,2%; bất động, cố định 12,8%. Sơ cứu không đúng: garô 71,7%; đắp thuốc lá 45,3%; chích rạch, nặn máu 30,7%; uống thuốc lá 11,9%.

Nhập cơ sở y tế tuyến trước 61,5%; rửa vết thương 48,6%; tiêm huyết thanh uốn ván 34,7%; không xử lý 20,8%.

Kết luận: Rắn độc cắn hay gặp ở nông dân và người lao động tự do, bị rắn cắn chủ yếu trong lao động và ở trong nhà, hay gặp nhóm rắn hổ mang, hổ chúa, hổ đất, rắn lục và rắn cạp nong, cạp nia. Lâm sàng thường gặp đau, sưng nề và hoại tử vết cắn. Cách sơ cứu đúng còn ít, còn sử dụng nhiều cách sơ cứu không đúng.

Từ khóa: Rắn độc cắn, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn là một cấp cứu thường gặp ở nước ta và trên toàn thế giới, người bị rắn cắn có tỷ lệ tử vong cao và di chứng nặng nề [1]. Mỗi năm thế giới có tới 5 triệu người bị rắn cắn, làm chết khoảng 20.000 đến 125.000 người, trong đó 50% số nạn nhân này thuộc về các quốc gia châu Á và châu Phi [2]. Rắn độc được phân thành các họ, giống và loài khác nhau, mỗi loại rắn độc gây ra các bệnh cảnh nhiễm độc khác nhau. Một số cách sơ cứu sai lầm đã gây hậu quả nghiêm trọng, thậm chí là bệnh nhân (BN) có thể tàn phế hoặc tử vong.

Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, BN bị rắn độc cắn đứng thứ 5 trong các trường hợp đến cấp cứu. Nhiều người dân vẫn còn sử dụng các biện pháp sơ cứu không đúng như: garô, chích rạch vết cắn, đắp thuốc lá... Vì vậy, để nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và hướng dẫn cho người dân về cách sơ cứu đúng khi bị rắn cắn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục

tiêu khảo sát các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và đánh giá thực trạng sơ cứu, xử trí ban đầu BN bị rắn độc cắn điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tiêu chuẩn 1: Xác định được loại rắn cắn là rắn độc bằng 1 trong các tình huống sau:

+ Mang rắn đến hoặc chụp ảnh được con rắn và được chuyên gia là bác sĩ khoa chống độc xác định là rắn độc.

+ BN hoặc người nhà chứng kiến BN bị rắn cắn là người chuyên nuôi hoặc bắt rắn, mô tả đúng và nhận dạng đúng.

- Tiêu chuẩn 2: Có tổn thương tại chỗ phù hợp tổn thương nhiễm độc nọc rắn độc hoặc có các triệu chứng lâm sàng điển hình khác.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyenducphuckhoacc@gmail.com Điện thoại: (+84) 963763676 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2802>

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN và người thân không nắm được thông tin về tai nạn rắn cắn, BN không hợp tác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả.
- Cỡ mẫu và chọn mẫu: tất cả 117 BN được chẩn đoán rắn độc cắn điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 11/2022 đến tháng 8/2023.

- Biến số nghiên cứu:

+ Thông tin chung và đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, địa dư, hoàn cảnh xảy ra rắn cắn, vị trí rắn cắn, thời gian nằm viện.

+ Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị, biến chứng.

+ Tình hình sơ cứu của BN và thân nhân.

+ Tình hình xử trí ban đầu tại tuyến trước.

- Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2016.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới tính, thời gian nhập viện sau rắn cắn (n = 117)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	72	61,5
	Nữ	45	38,5
Tuổi	< 18	11	9,4
	19-60	82	70,1
	> 60	24	20,5
	$\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	47,6 $\pm$ 18,01 (5-83)	
Nghề nghiệp	Học sinh	11	9,4
	Nông dân	44	37,6
	Công nhân	9	7,7
	Cán bộ, viên chức	8	6,8
	Lao động tự do	21	17,9
	Người già, mất sức lao động	24	20,6
Địa dư	Nông thôn	53	45,3
	Miền núi	49	41,9
	Thành thị	15	12,8
Hoàn cảnh xảy ra rắn cắn	Trong nhà	39	33,3
	Trên đường đi	19	16,2
	Trong lao động	53	45,3
	Bất rắn	6	5,2

Nam giới chiếm tỷ lệ 61,5%; nhóm tuổi 19-60 chiếm tỷ lệ 70,1%; nông dân chiếm tỷ lệ 7,6%; lao động tự do 17,9%; nạn nhân sống ở nông thôn chiếm tỷ lệ 45,3%; ở miền núi 41,9%; rắn cắn trong lao động chiếm 45,3%, ở trong nhà 33,3%.

Bảng 2. Phân loại rắn (n = 117)

Họ rắn	Loại rắn	n	Tỷ lệ (%)
Họ rắn hổ	Rắn hổ mang	48	41,0
	Rắn hổ đất	15	12,8
	Rắn hổ chúa	2	1,7
	Rắn cạp nong, cạp nia	11	9,4
Họ rắn lục	Rắn lục đuôi đỏ	33	28,2
	Rắn lục cườm	1	0,9
	Rắn chàm quạp	3	2,6
Không rõ loại		4	3,4

Họ rắn hổ chiếm tỷ lệ 65,0%; rắn hổ mang 41,0%; rắn lục 31,6%; cạp nong, cạp nia 9,4%.

Bảng 3. Vị trí rắn cắn (n = 117)

Vị trí cắn	n	Tỷ lệ (%)
Bàn tay, ngón tay	59	50,4
Cánh tay	1	0,9
Bàn chân, ngón chân	50	42,7
Đùi, cẳng chân	5	4,3
Vị trí khác	2	1,7

Vết cắn ở bàn tay, ngón tay chiếm tỷ lệ 50,4%; ở bàn chân, ngón chân chiếm 42,7%.

Bảng 4. Thời gian từ khi bị rắn cắn đến khi nhập viện (n = 117)

Thời gian	n	Tỷ lệ (%)
< 6 giờ	84	71,8
6-12 giờ	21	17,9
> 12 giờ	12	10,3
$\bar{X} \pm SD$	7,8 $\pm$ 17,66	
Min-max	1-144	

BN vào viện trước 6 giờ kể từ khi bị rắn cắn chiếm 71,8%; sau 6-12 giờ chiếm 17,9%.

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng của rắn độc cắn

Đặc điểm lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Rắn cạp nong, cạp nia (n = 11)	Suy hô hấp	3	27,3
	Sụp mí	6	54,5
	Khó nuốt	6	54,5
	Yếu tứ chi	3	27,3
Rắn hổ mang, hổ đất, hổ chúa (n = 65)	Đau vết cắn	63	96,9
	Sung nề	61	93,8
	Hoại tử	41	63,0
	Triệu chứng tiêu hóa	3	4,6
	Suy hô hấp	3	4,6
	Sốt	1	1,5

Đặc điểm lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Rắn lục (n = 37)	Đau vết cắn	32	86,5
	Sung nề	34	91,9
	Xuất huyết tại vết cắn	13	35,1
	Hoại tử tại vết cắn	6	16,2
	Rối loạn đông máu	30	81,1

Rắn cạp nong, cạp nia cắn có triệu chứng nổi bật là sưng mi, khó nuốt (54,5%). Rắn hổ cắn gây đau tại vết cắn (96,9%; sưng nề vết cắn (93,8%); hoại tử (63%). Rắn lục cắn gây sưng nề (91,8%); đau vết cắn (86,5%); xuất huyết vết cắn (35%).

Bảng 6. Những biện pháp sơ cứu của tuyến trước (n = 117)

Biện pháp sơ cứu		n	Tỷ lệ (%)
Sơ cứu đúng	Bất động, nẹp cố định	15	12,8
	Băng ép	2	1,7
	Rửa vết thương	33	28,2
	Đưa rắn đến	18	15,4
Sơ cứu không đúng	Garô	84	71,7
	Chích rạch, nặn máu	36	30,7
	Đắp thuốc lá	53	45,3
	Uống thuốc lá	14	11,9

Sơ cứu đúng chiếm tỷ lệ thấp, bao gồm: rửa vết thương (28,2%); bất động, cố định (12,8%). Sơ cứu không đúng chiếm tỷ lệ cao với các biện pháp: garô (71,7%); đắp thuốc lá (45,3%); chích rạch, nặn máu (30,7%); uống thuốc lá (11,9%).

Bảng 7. Số lượng BN vào cơ sở y tế tuyến trước (n = 117)

Vào cơ sở y tế tuyến trước	n	Tỷ lệ (%)
Có	72	61,5
Không	45	38,5

BN có vào cơ sở y tế tuyến trước chiếm tỷ lệ cao (61,5%).

Bảng 8. Các biện pháp xử trí của cơ sở y tế tuyến trước (n = 72)

Biện pháp xử trí	n	Tỷ lệ (%)
Rửa vết thương	35	48,6
Băng ép	2	2,8
Tiêm huyết thanh kháng uốn ván	25	34,7
Truyền dịch	18	25,0
Giảm đau	7	9,7
Kháng sinh	1	1,4
Đặt nội khí quản, thở máy	2	2,8
Không xử trí gì	15	20,8

Xử trí ở cơ sở y tế tuyến trước gồm: rửa vết thương (48,6%); tiêm huyết thanh uốn ván (34,7%). Có 20,8% BN không xử lý gì.

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là $47,6 \pm 18,01$, nhỏ nhất 5 tuổi, cao nhất 83 tuổi; 70,1% BN trong nhóm tuổi 19-60. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn và cộng sự, tuổi trung bình của BN là 33 và 72,97% trong nhóm tuổi 21-60 [3]; nghiên cứu của Chian Mao Y và cộng sự có tuổi trung bình là $51,5 \pm 18,5$ [4]. Nam giới chiếm 61,5%; tương tự nghiên cứu của Chian Mao Y và cộng sự (63,4%) [4].

Nông dân chiếm 37,6%; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn và cộng sự (40,54%) [3]; thấp hơn nghiên cứu của Mai Đức Thảo (60%) [5].

Rắn độc cắn chủ yếu gặp ở vùng nông thôn và miền núi (45,3% và 42,9%). Đây là vùng có số lượng người dân lao động đông, vì vậy nguy cơ xảy ra rắn độc cắn thường cao hơn vùng thành thị; phù hợp với Trần Kiên và cộng sự nghiên cứu các loài rắn độc ở Việt Nam [6]. Rắn độc cắn xảy ra trong lao động chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,3%; xảy ra ở trong nhà chiếm 33,3%, tương tự nghiên cứu của Nguyễn Độ và cộng sự [7].

Họ rắn hổ chiếm 65%, trong đó rắn hổ mang chiếm 41%. Rắn lục đuôi đỏ chiếm 28,2%, phù hợp với Trịnh Xuân Kiêm và cộng sự nghiên cứu các loài rắn độc tại Việt Nam [8]. Theo Blessmann J và cộng sự, rắn hổ mang và rắn lục đuôi đỏ gây phần lớn các vết cắn cho người dân [9].

Rắn cắn vào bàn tay, ngón tay chiếm tỷ lệ 50,4%. Nguyên nhân chủ yếu liên quan đến đi rừng, làm rẫy, nuôi rắn, bắt rắn, gặt lúa, làm cỏ. Trong các hoạt động này, tay tiếp xúc trực tiếp rất dễ bị rắn cắn hoặc nạn nhân cho rắn ăn, bắt rắn bằng tay, chạm vào rắn trong quá trình lao động. Tỷ lệ này phù hợp kết quả của Nguyễn Kim Sơn và Wei Wang (64,7%) [3], [10]. Vị trí cắn gặp nhiều thứ hai là bàn chân, ngón chân (42,7%), đây cũng là bộ phận mà rắn dễ tiếp cận khi khi chuyển vào khu vực có rắn.

Thời gian nhập viện sau khi bị rắn cắn là trung bình là $7,8 \pm 17,66$ giờ, sớm nhất là 1 giờ và muộn nhất là 144 giờ, nhập viện trước 6 giờ chiếm 71,8%. Theo Nguyễn Trung Nguyên, nồng độ nọc rắn tăng sớm trong 6 giờ đầu sau khi bị cắn và tăng nhanh, đạt đỉnh khoảng 6-12 giờ sau khi bị rắn cắn; sau đó, nồng độ bắt đầu giảm nhanh, sau 24 giờ thì nồng độ nọc còn thấp [11]. Do vậy nhập viện sớm sau khi bị rắn cắn và các biện pháp sơ cứu tại chỗ đúng cách và nhanh chóng góp phần làm hạn chế tổn thương.

Triệu chứng khi bị rắn hổ mang, hổ đất, hổ chúa cắn hay gặp là đau vết cắn (96%). Theo Adam W Anz và cộng sự, chính cytotoxin và proteolysis là yếu tố gây ra tình trạng tổn thương tại chỗ và gây đau nhức, sưng nề (93,8%) [12]. Đây là dấu hiệu biểu hiện sớm. BN bị rắn cắn nếu có tổn thương sưng nề tại chỗ có thể nghĩ đến

do rắn hổ cắn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Wei Wang và cộng sự [10].

Nhóm bị rắn cắn nông, cắn nia cắn có 11 trường hợp, trong đó triệu chứng sụp mí, khó nuốt có ở 6 trường hợp (54,5%), 3 trường hợp bị liệt cơ hô hấp gây suy hô hấp, phải đặt ống nội khí quản và thở máy (27,3%).

Triệu chứng thường gặp nhất ở các loài rắn lục cắn là đau tại chỗ cắn (86,5%), sưng nề (91,9%), xuất huyết (35,1%); và 16,2% bị hoại tử vết cắn. BN có xuất huyết và hoại tử tại chỗ thường là do thời gian nhập viện muộn; tương tự tỉ lệ này của Mai Đức Thảo là 100% ở cả 2 triệu chứng [5]; và Mã Tú Thanh thấy đau tại chỗ ở 100%, dấu mốc độc ở 92,6% BN [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81,1% có rối loạn chức năng đông máu, đặc trưng bởi sự rối loạn của các yếu tố đông máu, giảm tiểu cầu; phù hợp với Mai Đức Thảo và Mã Tú Thanh [5], [13].

Sơ cứu ban đầu rắn độc cắn rất quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị. Tuy nhiên, không phải ai cũng được tiếp cận với các kiến thức về sơ cứu khi bị rắn cắn, chỉ có 12,8% được bắt động chi bị cắn trước khi nhập viện, cao hơn Nguyễn Thành Nam (1,9%) [14], thấp hơn Mai Đức Thảo (62,5%). Có sự khác biệt giữa nhóm được bắt động và nhóm không bắt động về số BN nặng, chính vì vậy bắt động chi bị cắn và trấn an BN có tác dụng làm giảm sự lan tỏa của nọc rắn [5]. Trong nghiên cứu này, có 28,2% BN được rửa vết thương sau khi bị rắn độc cắn, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam (13%) [14]. Chỉ có 1,7% BN được băng ép vết thương. Có 18 trường hợp (15,4%) đưa rắn đến để bác sĩ nhận dạng rắn, giúp sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn sớm nhất và có phác đồ điều trị phù hợp.

Cho đến nay, các biện pháp sơ cứu tại chỗ như garô, rạch vết thương hút máu, uống thuốc nam, đắp thuốc nam còn nhiều tranh luận về biện pháp cũng như hiệu quả sơ cứu. Một số nghiên cứu trong nước đã cho thấy khi sử dụng biện pháp sơ cứu không đúng sẽ làm tăng nguy cơ xảy ra các biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị [14]. Trong nghiên cứu này, có 71,7% BN tự garô sau khi bị rắn cắn; tương tự Mai Đức Thảo (72,5%) [5]; có 30,7% BN được sơ cứu bằng chích rạch, nặn máu trước khi nhập viện. Thực tế thấy rằng chích rạch, nặn máu không làm cải thiện lâm sàng mà nó có thể làm cho tình trạng nhiễm khuẩn tại vết cắn tăng lên; chích rạch thực sự nguy hiểm khi bị rắn lục tre cắn, gây tăng chảy máu. Có 45,3% đắp thuốc lá vào vết cắn và 11,9% sử dụng thuốc nam; tương tự Mai Đức Thảo sử dụng thuốc nam 47,5% [5]; Nguyễn Thành Nam đắp thuốc nam 38,9%, sử dụng thuốc nam 14,8% [14]. Tất cả thuốc nam do thầy lang cung cấp cho là không rõ loại, không rõ cơ chế tác dụng, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng vết cắn, tăng diện tích hoại tử tại vết cắn, đặc biệt là ở các loài rắn hổ mang, hổ đất, hổ chúa. Sử dụng thuốc nam cũng làm trì hoãn thời gian nhập viện sớm sau khi bị rắn cắn, làm chậm thời gian được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn, làm nặng

thêm tổn thương. Việc tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho người dân về phòng tránh tai nạn rắn cắn cũng như các biện pháp sơ cứu khi bị rắn cắn là rất cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 61,5% BN được sơ cứu tại cơ sở y tế tuyến trước, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Nam (66,7%) [14]. Một số biện pháp được cơ sở y tế tuyến trước sử dụng là rửa vết thương (48,6%), dùng huyết thanh kháng độc tố uốn ván (34,7%), truyền dịch (25%). Tuy nhiên, đối với trường hợp rắn hổ mang, hổ đất, hổ chúa và rắn lục cắn, cần chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt, để được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn sớm nhất khó thể, giúp tăng hiệu quả điều trị, hạn chế xảy ra các biến chứng.

5. KẾT LUẬN

- Dịch tễ học: nam giới 61,5%; nông dân 7,6%; lao động tự do 17,9%; sống ở nông thôn 45,3%; ở miền núi 41,9%; rắn cắn trong khi lao động 45,3%; trong nhà ở 33,3%. Họ rắn hổ 65%, trong đó rắn hổ mang 41%; họ rắn lục 31,6%; họ rắn cạp nong, cạp nia 9,4%. Vết cắn ở bàn tay, ngón tay 50,4%; bàn chân, ngón chân 42,7%. Nhập viện trước 6 giờ 71,8%.

- Lâm sàng: rắn hổ cắn gây đau vết cắn 96,9%; sưng nề vết cắn 93,8%; hoại tử 63%. Rắn lục cắn gây sưng nề 91,8%; đau vết cắn 86,5%; xuất huyết vết cắn 35%. Rắn cạp nong, cạp nia cắn gây sụp mí, khó nuốt 54,5%.

- Sơ cứu đúng: rửa vết thương 28,2%; bắt động, cố định 12,8%. Sơ cứu không đúng: garô 71,7%; đắp thuốc lá 45,3%; chích rạch, nặn máu 30,7%; uống thuốc lá 11,9%. Nhập cơ sở y tế tuyến trước 61,5%.

- Xử lý của tuyến trước: rửa vết thương 48,6%; sử dụng huyết thanh uốn ván 34,7%; không xử lý 20,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Williams D, Gutierrez J.M, Harrison R.A et al. The global snake bite initiative: an antidote for snake bite. Lancet, 2010, 375, p. 89-91.
- [2] Ariaratnam C.A, Sjostrom L, Raziak Z et al. An open, randomized comparative trial of two antivenoms for the treatment of envenoming by Sri Lankan Russell's viper. Transactions of the Royal Society of Tropical medicine and Hygiene, 2001, 95, p. 74-80.
- [3] Nguyễn Kim Sơn, Vũ Văn Đình. Một số nhận xét điều trị rắn hổ cắn bằng huyết thanh kháng nọc tại Khoa Chống độc, Bệnh viện Bạch Ma. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học cấp cứu - chống độc - hồi sức, 2000, tr. 311-323.
- [4] Chian Mao Y, Yu Liu P, Chun Chang L et al. Najaatra snakebite in Taiwan. Clinical Toxicology, 2017.
- [5] Mai Đức Thảo. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị rắn lục cắn ở miền Bắc Việt Nam. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2017, tr. 78-79.
- [6] Trần Kiên, Nguyễn Quốc Thắng. Các loài rắn

độc ở Việt Nam, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, Hà Nội, 1995.

- [7] Nguyễn Đệ, Thái Thị Hồng và cộng sự. Nhận xét tình hình bệnh nhân bị rắn độc cắn đến Bệnh viện Đa khoa Quảng Ngãi từ tháng 1/1996-7/2002. Hội nghị tập huấn chống độc toàn quốc lần thứ III, 2002, tr. 133-134.
- [8] Trịnh Xuân Kiêm, Trần Thị Ngân, Lê Khắc Quyền. Rắn độc và độc tố các loài rắn độc tại Việt Nam. Tạp chí Y học Việt Nam, 2014, số 415, tr. 72-76.
- [9] Blessmann J, Thanh Phuc Nhan Nguyen, Thi Phuong Anh Bui et al. Incidence of snakebites in 3 different geographic regions in Thua Thien Hue province, Central Vietnam: green pit vipers and cobras cause the majority of bites. Toxicon, 2018, 156, p. 61-61.
- [10] Wei Wang, Quang Fang Chen, Rui Xing In et al. Clinical feature and treatment experience: a review of 292 chinese cobra snakebites. Environmental toxicology and pharmacology, 2014, 37, p. 648-655.
- [11] Nguyễn Trung Nguyên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ nọc độc trong máu và giá trị của xét nghiệm nhanh trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn. Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108, 2019.
- [12] Adam W Anz et al. Management of venoms snake bites injury to the extremities. J Am Acad orthop surgery, 2010, V18, p. 749-759.
- [13] Mã Tú Thanh, Phạm Văn Quang. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhi bị rắn lục tre cắn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2018, tập 21 (số 4), tr. 45-68.
- [14] Nguyễn Thành Nam, Tạ Văn Trâm. Đặc điểm dịch tễ học và tình hình sơ cứu ban đầu ở bệnh nhi bị rắn chàm quạp cắn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, tập 503 (1), tr. 186-191.