

- Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. Diabetes Care Journal. [https://diabetesjournals.org/#8203;:contentReference\[oaicite:1\]{index=1}](https://diabetesjournals.org/#8203;:contentReference[oaicite:1]{index=1}).
3. **Thomas, N., Alder, E., Leese, G. P.** (2004). Barriers to physical activity in patients with diabetes. *Postgrad Med J*, 80:287–291. [https://pmj.bmj.com/#8203;:contentReference\[oaicite:2\]{index=2}](https://pmj.bmj.com/#8203;:contentReference[oaicite:2]{index=2}).
 4. **Manson, J. E., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., et al.** (1991). Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet*, 338:774–778.
 5. **Borhade, M. B., Singh, S.** (2019). Diabetes Mellitus, Exercise. *StatPearls*. Truy cập tại: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526095/#8203;:contentReference\[oaicite:3\]{index=3}](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526095/#8203;:contentReference[oaicite:3]{index=3}).
 6. **Mannucci, E., Bonifazi, A., Monami, M.** (2021). Comparison between different types of exercise training in patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and network meta-analysis. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases*, 31(7):1985–1992. [https://www.nmcd-journal.com/#8203;:contentReference\[oaicite:4\]{index=4}](https://www.nmcd-journal.com/#8203;:contentReference[oaicite:4]{index=4}).
 7. **American Diabetes Association.** (2024). Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care. *Diabetes Care*.
 8. **Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes—2024**, *Diabetes Care* 2024;47(Suppl. 1):S77–S110 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S005>
 9. **Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2024**, *Diabetes Care* 2024;47(Suppl. 1):S11–S19 | <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LIỆT CHU KỲ DO HẠ KALI MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ TỪ NĂM 2023 ĐẾN NĂM 2025

Phan Huỳnh Thy Khuê¹, Nguyễn Thế Luân¹, Lê Văn Minh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệt chu kỳ do hạ kali máu là một bệnh cơ trong nhóm bệnh lý kênh ion ở màng tế bào cơ xương gây liệt mềm toàn thân/cục bộ từng đợt với biểu hiện lâm sàng đa dạng gây khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân liệt chu kỳ do hạ kali máu. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Lâm sàng: liệt chu kỳ hạ kali máu (67,4%), liệt 2 chi dưới (60,5%), sức cơ 2/5 (27,9%), phản xạ gân xương bình thường (72,9%), nồng độ hạ kali máu lúc nhập viện nặng (60,47%). Bữa ăn giàu glucid và hoạt động thể lực trước cơn liệt là những yếu tố liên quan. **Kết luận:** Thể lâm sàng liệt chu kỳ hạ kali máu là thường gặp nhất. Lâm sàng thường gặp nhất là liệt 2 chi dưới, với mức liệt cơ nặng, phản xạ gân xương bảo tồn. Bệnh nhân vào viện chủ yếu với mức hạ kali máu nặng Bữa ăn giàu glucid và vận động thể lực có thể liên quan trong việc gây khởi phát cơn liệt. **Từ khóa:** Liệt chu kỳ do hạ kali máu, bệnh cơ, liệt mềm

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL, PARA-CLINICAL FEATURES, SOME RELATED FACTORS ON PATIENTS WITH HYPOKALEMIC PERIODIC PARALYSIS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL FROM 2023 TO 2025

Background: Hypokalemic periodic paralysis is a myopathy in the group of ion channelopathies in the skeletal muscle cell membrane that causes intermittent generalized/localized flaccid paralysis with diverse clinical manifestations, making diagnosis and treatment difficult. **Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristics and determine the rate of some related factors and evaluate the treatment results of patients with periodic paralysis due to hypokalemia. **Research method:** The study carried out a cross-sectional descriptive research method on 43 patients diagnosed and treated at Can Tho Central General Hospital. **Results:** Clinical: Hypokalemic periodic paralysis (67.4%), paraplegia (60.5%), muscle strength 2/5 (27.9%), normal tendon reflexes (72.9%), severe hypokalemia at admission (60.47%). A meal rich in carbohydrates and physical activity before the attack were related factors. **Conclusion:** The clinical form of hypokalemic periodic paralysis is the most common. The most common clinical manifestation is paraplegia, with severe muscle paralysis and preserved tendon reflexes. Patients were admitted to the hospital mainly with severe hypokalemia. A meal rich in carbohydrates and physical activity may be involved in the onset of the attack. **Keywords:** Hypokalemic periodic paralysis, myopathy, flaccid paralysis.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phan Huỳnh Thy Khuê

Email: thykhue123456@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 10.4.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt chu kỳ là một nhóm các rối loạn đặc trưng bởi các bao gồm liệt chu kỳ hạ kali máu, liệt chu kỳ tăng kali máu và hội chứng Andersen-Tawil. Liệt chu kỳ hạ kali máu là thể bệnh phổ biến nhất, là một rối loạn do đột biến kênh ion cơ xương, chủ yếu ảnh hưởng đến kênh canxi hoặc natri. là một rối loạn trội trên nhiễm sắc thể thường đặc trưng bởi các cơn liệt mềm kéo dài từ vài giờ đến vài ngày và nồng độ kali huyết thanh thấp [3], [5]. Liệt chu kỳ do nhiễm độc giáp hạ kali máu là một rối loạn nội tiết hiếm gặp đặc trưng bởi triệu chứng lâm sàng cường giáp, hạ kali máu và yếu cơ cấp tính, và thường gặp nhất vào ban đêm [4].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về liệt chu kỳ do hạ kali máu trong phục vụ học tập, nghiên cứu, công tác chẩn đoán, điều trị và dự phòng còn rất hạn chế. Vì thế chúng tôi tiến hành: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân liệt chu kỳ do hạ kali máu tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2023-2025" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh liệt chu kỳ do hạ kali máu tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2023-2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân liệt chu kỳ do hạ kali máu từ 18 tuổi trở lên, điều trị tại khoa Nội thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ năm 2023 đến năm 2025.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn lâm sàng:

- + Bệnh khởi phát cấp hoặc bán cấp.
- + Yếu hay liệt hai chi dưới hoặc tứ chi.
- + Tính chất liệt phù hợp với bệnh lý tại cơ.

Không rối loạn cơ vòng, không dấu hiệu tổn thương bó tháp.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng: Kali máu <3,5mmol/L trong cơn liệt.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Không loại trừ được các nguyên nhân khác gây hạ kali máu.

Có tiền sử: đột quỵ, viêm tủy, nhược cơ, chấn thương sọ não, u não, viêm não, parkinson, bệnh thần kinh ngoại biên.

Bệnh nhân mắc các bệnh kèm theo: bệnh gan, thận mạn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim sung huyết và những bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần và thần kinh đã được chẩn đoán trước đó (hội chứng Guillain-Barre,

rắn cắn thần kinh, bệnh cơ trong giai đoạn sốc ban đầu).

Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, từ tháng 03/2023 đến tháng 05/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p \times (1 - p)}{(1 - \alpha)^2 d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu cần có

α : xác suất sai lầm loại I, chọn $\alpha=5\%$. Suy ra, hệ số tin cậy $1-\alpha=95\%$

Tra bảng, $Z(1-\alpha/2)=1,96$

p: Theo số liệu nghiên cứu của Bùi Minh Quang năm 2019, tỷ lệ bệnh liệt chu kỳ do hạ kali máu là 0,875 [7].

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,1$; Tính ra được $n = 42,02$. Thực tế chọn 43 mẫu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện bệnh nhân thỏa điều kiện chọn bệnh trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung

Tuổi: Chia làm 4 nhóm: từ 18-20, từ 21-30, từ trên 31-40, trên 40 tuổi.

Giới tính: là một biến định tính có 2 giá trị: nam và nữ.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan

a. Đặc điểm lâm sàng:

- Tiền sử bệnh liệt trước đó: biến định tính có 2 giá trị: có và không

- Thể lâm sàng của bệnh liệt chu kỳ do hạ kali máu: là một biến định tính có 2 giá trị: liệt chu kỳ do hạ kali máu và liệt chu kỳ do nhiễm độc giáp.

- Vị trí liệt cơ: ghi nhận các giá trị: chi trên; chi dưới; tứ chi; tứ chi và cơ mặt, cơ vận nhãn, cơ hầu họng, cơ hoành và các cơ tròn.

- Sức cơ 2 chi dưới khi nhập viện: Theo thang điểm đánh giá sức cơ của Hội đồng Y khoa Anh, ghi nhận sức cơ lực từ 0/5 đến 4/5 [1].

- Phản xạ gân xương: chia 2 nhóm: giảm hoặc mất phản xạ và phản xạ bình thường.

b. Đặc điểm cận lâm sàng:

- Kali máu ở thời điểm nhập viện: chia làm 3 nhóm: nhẹ ($3,0 - <3,5\text{mmol/L}$), vừa ($2,5 - <3\text{mmol/L}$), nặng ($< 2,5\text{mmol/L}$).

- Chỉ số TSH ở thời điểm nhập viện: chia làm 3 nhóm: thấp ($<0,27 \mu\text{U/mL}$), bình thường

(0,27-4,20 μ U/mL), cao (>4,20 μ U/mL).

- Chỉ số FT4 ở thời điểm nhập viện: chia làm 3 nhóm: thấp (<0,93ng/dL), bình thường (0,93-1,70ng/dL), cao (>1,70ng/dL).

c) Một số yếu tố liên quan:

- Sau bữa ăn nhiều tinh bột, đường: ghi nhận: hơn 60%, 40 đến dưới 60%, dưới 40%.

- Vận động gắng sức trước khi khởi phát cơn liệt: có gắng sức và không gắng sức

2.4. Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu. Tất cả BN đủ tiêu chuẩn được tiến hành thu thập dữ liệu qua các bước: Bước 1: Chọn các BN nghi ngờ mắc bệnh. Bước 2: Thăm khám và thực hiện cận lâm sàng. Bước 3: Tổng kết số liệu và phân tích số liệu, sau đó đưa ra kết quả và bàn luận.

2.5. Phương pháp kiểm soát sai số. Số liệu thu thập được xử lý, kiểm soát sai số trước khi tiến hành phân tích. Các máy móc được chuẩn định theo thông số quy định.

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Thông qua Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học và Hội Đồng Y Đức của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 03/2023 đến tháng 05/2025 thu được 43 mẫu, tiến hành đưa vào nghiên cứu và thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân Liệt chu kỳ do hạ kali máu

Đặc điểm chung	Nhóm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Từ 18-20 tuổi	0	0
	Từ 21-30 tuổi	13	30,2
	Từ 31-40 tuổi	11	25,6
	Từ trên 40 tuổi	19	44,2
	Tổng	43	100
	Tuổi trung bình	38,98 $\pm$ 11,99	
Giới	Nam	39	90,7
	Nữ	4	9,3
	Tổng	43	100

Độ tuổi trung bình là: 38,98 $\pm$ 11,99, thấp nhất là 21 và cao nhất là 73. Nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,2%), chưa ghi nhận nhóm tuổi từ 18-20. Nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là: 90,7% và 9,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Nhóm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử liệt trước đó	Có	23	53,5
	Không	20	46,5
	Tổng	43	100
Thể lâm sàng	Liệt chu kỳ hạ kali máu	29	67,4
	Liệt chu kỳ do nhiễm độc giáp	14	32,6
	Tổng	43	100
Vị trí liệt cơ	Chi trên	1	2,3
	Chi dưới	26	60,5
	Tứ chi	15	34,9
	Tứ chi và tứ chi và cơ mặt, cơ vận nhãn, cơ hầu họng, cơ hoành và các cơ tròn	1	2,3
	Tổng	43	100
	Tổng	43	100
Sức cơ 2 chi dưới khi nhập viện	Cơ lực 4/5	9	20,9
	Cơ lực 3/5	7	16,3
	Cơ lực 2/5	12	27,9
	Cơ lực 1/5	7	16,3
	Cơ lực 0/5	8	18,6
	Tổng	43	100
Phản xạ gân xương	Giảm hoặc mất	12	27,9
	Bình thường	31	72,1
	Tổng	43	100

Bệnh có tiền sử liệt trước đó chiếm 53,5%. Thể lâm sàng thường gặp nhất là liệt chu kỳ hạ kali máu chiếm 67,4%. Đặc điểm lâm sàng hay gặp nhất là: yếu chi dưới (60,5%), sức cơ 2/5 (27,9%), phản xạ gân xương bình thường (72,1%).

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	Nhóm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Nồng độ Kali máu lúc nhập viện	Nhẹ (3,0 – <3,5mmol/L)	7	16,28
	Vừa (2,5 – <3mmol/L)	10	23,25
	Nặng (< 2,5mmol/L)	26	60,47
	Tổng	43	100
	Nồng độ trung bình	2,18 $\pm$ 0,63	
Chỉ số TSH lúc nhập viện	Thấp (<0,27 μ U/mL),	22	55,0
	Bình thường (0,27-4,20 μ U/mL)	17	42,5
	Cao (>4,20 μ U/mL)	1	2,5
	Tổng	40	100
Chỉ số FT4 lúc nhập viện	Thấp (<0,93ng/dL)	9	22,5
	Bình thường (0,93-1,70ng/dL)	24	60
	Cao (>1,70ng/dL)	7	17,5
	Tổng	40	100

Hầu hết bệnh nhân nhập viện chủ yếu thuộc nhóm hạ kali máu nặng chiếm 60,5%. Nồng độ TSH và FT4 được khảo sát ở 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu: tập trung chủ yếu ở nhóm TSH

thấp (55%) và nhóm FT4 bình thường (69%).

3.2.3. Một số yếu tố liên quan

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan

Yếu tố liên quan	Nhóm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Lượng Glucid trong bữa ăn trước cơn liệt	Trên 60%	30	69,8
	Từ 40-60%	11	25,6
	Dưới 40%	2	4,7
	Tổng	43	100
Vận động gắng sức trước cơn liệt	Có	33	76,7
	Không	10	23,3
	Tổng	43	100

Bệnh nhân nhập viện điều trị có bữa ăn giàu glucid trước khi khởi phát cơn liệt chiếm tỷ lệ cao nhất 69,8%. Trước khởi phát, hầu hết bệnh nhân không có hoạt động thể lực chiếm 76,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung

Độ tuổi trung bình là: $38,98 \pm 11,99$ thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Minh Quang (2019) với độ tuổi trung bình là 40,5 và cao hơn của Đào Xuân Hải (2016) [6] với tuổi trung bình là $34,89 \pm 12,72$. Nghiên cứu của Ashok K. Kayal năm 2013 [2] có độ tuổi trung bình $36,76 \pm 13,72$. Nhóm tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ cao nhất (44,2%), từ 21-30 tuổi (30,2%), từ 31-40 tuổi (25,6%), tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Minh Quang với nhóm tuổi trên 40 tuổi chiếm hầu hết ở cả 2 thể lâm sàng của bệnh.

Bệnh nhân phân bố không đồng đều giữa 2 nhóm, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 90,7%, giới nữ chỉ chiếm 9,3%. Theo Bùi Minh Quang ghi nhận 78,1% nam và 21,9% nữ và trong nghiên cứu của Đào Xuân Hải là nam chiếm 93,2%, nữ chiếm 6,8%. Điều này cho thấy nam có xu hướng mắc bệnh nhiều hơn nữ.

4.2. Về đặc điểm lâm sàng. Trong 43 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử liệt trước đó là 53,5%, lần đầu mắc bệnh là 46,5%. Theo Bùi Minh Quang, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử liệt trước và lần đầu mắc bệnh lần lượt là 56,25% và 43,75%. Nghiên cứu của Ashok K. Kayal năm 2013 cũng cho thấy có 55,35% bệnh nhân có tiền sử liệt chi trước khi nhập viện.

Bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc 2 thể bệnh liệt chu kỳ do hạ kali máu và liệt chu kỳ do nhiễm độc giáp, bệnh nhân liệt chu kỳ do hạ kali máu chiếm hầu hết 67,4%, liệt chu kỳ do nhiễm độc giáp 32,6%, kết quả này tương tự với nghiên cứu Bùi Minh Quang ghi nhận tỷ lệ lần lượt là 87,5% và 12,5%.

Bệnh nhân xuất hiện liệt chủ yếu ở 2 chi dưới, chiếm tỷ lệ 60,5%; 34,9% bệnh nhân liệt

tứ chi, có 2,3 % bệnh nhân liệt 2 chi trên và 2,3% liệt tứ chi và cơ mặt, cơ vận nhãn, cơ hầu họng, cơ hoành và các cơ tròn. Kết quả này gần tương đương với nghiên cứu của Bùi Minh Quang, ghi nhận: yếu 2 chi dưới (65,6%) và liệt tứ chi (34,4%). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Đào Xuân Hải với 25% bệnh nhân liệt 2 chân đơn thuần và 75% liệt tứ chi tính chất liệt mềm đối xứng 2 bên ở thời điểm nhập viện.

Bệnh nhân nhập viện giảm sức cơ nặng ở mức 2/5 chiếm tỷ lệ cao nhất với 27,9% ; còn lại 20,9% bệnh nhân có sức cơ 4/5, 18,6% bệnh nhân sức cơ 0/5, sức cơ 3/5 và 1/5 đồng tỷ lệ là 16,3%. Theo Bùi Minh Quang, bệnh nhân có sức cơ 4/5 chiếm 56,25%, sức cơ 3/5 chiếm 18,75%, 12,5% có sức cơ 2/5, 3,13% sức cơ 1/5 và sức cơ 0/5 chiếm 9,37%. Kết quả có sự khác biệt lớn giữa 2 nghiên cứu, điều này cho thấy bệnh có biểu hiện lâm sàng ở nhiều mức cơ lực khác nhau.

Hầu hết bệnh nhân không có mất phản xạ gân xương chiếm 72,1%, còn lại là 27,9% bệnh nhân giảm hoặc mất phản xạ gân xương. Kết quả này khá tương đương với Bùi Minh Quang với 3,1% bệnh nhân mất phản xạ gân xương, 96,9% bệnh nhân có phản xạ gân xương bình thường. Chúng tôi thấy rằng, mặc dù cơn liệt trong bệnh cảnh liệt chu kỳ hạ kali máu mang tính liệt liệt cơ nhưng giảm hoặc mất phản xạ gân xương cũng có thể xuất hiện.

4.3. Về đặc điểm cận lâm sàng. Hầu hết bệnh nhân nhập viện chủ yếu thuộc nhóm hạ kali máu nặng chiếm 60,47%, nhóm vừa chiếm 23,25% và hạ kali máu nhẹ chiếm 16,28%. Nồng độ Kali huyết thanh trung bình là $2,18 \pm 0,63$ mmol/L. Theo Bùi Minh Quang, nhóm nặng chiếm 78,1%, nhóm vừa chiếm 12,5% và nhóm nhẹ chiếm 9,4%. Kali huyết thanh dao động trong khoảng 1,2-3,4 mmol/L (trung bình $2,4 \pm 0,59$ mmol/L)

Nồng độ TSH được khảo sát ở 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tập trung chủ yếu ở nhóm thấp và bình thường (55,0% và 42,5%), còn lại 2,5% bệnh nhân có nồng độ cao. Trong số 40 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm FT4 cho thấy chủ yếu ở nhóm có nồng độ bình thường chiếm 60,5%, nhóm FT4 nồng độ cao được phát hiện ở 17,5% và 22,5% bệnh nhân có nồng độ FT4 thuộc nhóm thấp.

4.4. Một số yếu tố liên quan. Bệnh nhân nhập viện có bữa ăn giàu glucid (trên 60%) trước khi khởi phát cơn liệt cơ chiếm cao nhất là 69,8%, nhóm glucid từ 40-60% chiếm 25,6% và thấp nhất ở nhóm glucid dưới 40% với tỷ lệ 4,7%. Trước khởi phát, hầu hết bệnh nhân

không có hoạt động thể lực chiếm 76,7%, còn lại 23,3% bệnh nhân thuộc nhóm có vận động thể lực. Trong nghiên cứu của Bùi Minh Quang cũng ghi nhận bệnh nhân có gắng sức chiếm 25% và 71,9% bệnh nhân có bữa ăn giàu glucid trước khi khởi phát cơn liệt. Điều này cho thấy hàm lượng glucid cao và hoạt động gắng sức là yếu tố liên quan gây khởi phát cơn liệt trong bệnh liệt chu kỳ hạ kali máu.

V. KẾT LUẬN

Liệt chu kỳ hạ kali máu thường gặp ở lứa tuổi từ 40-60 tuổi, đa phần là nam giới. Bệnh nhân liệt chu kỳ thường có cơn tái phát, thể lâm sàng liệt chu kỳ hạ kali máu là thường gặp nhất. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là liệt 2 chi dưới, với mức liệt cơ nặng, phản xạ gân xương bảo tồn. Bệnh nhân vào viện chủ yếu với mức hạ kali máu nặng, chỉ số TSH thường thấp hoặc bình thường, mức FT4 bình thường. Bữa ăn giàu glucid và vận động thể lực có thể liên quan trong việc gây khởi phát cơn liệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Compston** (2010), "Aids to the investigation of peripheral nerve injuries. Medical Research Council: Nerve Injuries Research Committee. His

- Majesty's Stationery Office: 1942; pp. 48 (iii) and 74 figures and 7 diagrams; with aids to the examination of the peripheral nervous system. By Michael O'Brien for the Guarantors of Brain. Saunders Elsevier: 2010; pp. [8] 64 and 94 Figures", Brain, 133(10), pp. 2838-44.
2. **A. K. Kayal, M. Goswami, M. Das, R. Jain** (2013), "Clinical and biochemical spectrum of hypokalemic paralysis in North: East India", Ann Indian Acad Neurol, 16(2), pp. 211-7.
3. **U. Farooque, A. Y. Cheema, R. Kumar, et al** (2020), "Primary Periodic Paralysis: A Review of Etiologies and Their Pathogenesis", Cureus, 12(8), pp. e10112.
4. **Q. Z. Iqbal, M. Niazi, Z. Zia, S. B. A. Sattar** (2020), "A Literature Review on Thyrotoxic Periodic Paralysis", Cureus, 12(8), pp. e10108.
5. **P. Phuyal, B. S. Bhutta, S. Nagalli** (2025), "Hypokalemic Periodic Paralysis", StatPearls, StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL).
6. **Đào Xuân Hải** (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các nguyên nhân thường gặp gây hạ kali máu có liệt chi", Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Bùi Minh Quang** (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, phả hệ và đánh giá kết quả điều trị của bệnh liệt chu kỳ hạ kali máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019-2022", Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Luận văn chuyên khoa cấp II.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH CƠ TIM DO TẠO NHỊP TIM

Trần Song Giang¹, Nguyễn Hữu Tuyển¹

TÓM TẮT

Bệnh cơ tim do tạo nhịp tim (BCTDTN) là tình trạng chức năng tâm thu thất trái giảm $\geq 10\%$, dẫn đến phân suất thất trái (LVEF) sau cấy máy $< 50\%$. Tạo nhịp thất phải nhiều ở bệnh nhân mang máy tạo nhịp vĩnh viễn có thể gây ra BCTDTN. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ và tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BCTDTN ở bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn có tạo nhịp thất phải. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh-chứng. Tiến hành nghiên cứu dữ liệu từ các bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp tim vĩnh viễn với thời gian mang máy tạo nhịp tối thiểu là 01 tháng. **Kết quả:** 112 bệnh nhân được cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn có tạo nhịp thất phải, thời gian mang máy trung bình là 5,6 năm, trong số đó 14 bệnh nhân được chẩn đoán BCTDTN, chiếm tỷ lệ 12,5%. 42,8% bệnh nhân mắc BCTDTN có biểu hiện triệu chứng lâm sàng (khó thở, gan to, phù và tức ngực). Nhóm bệnh nhân mắc BCTDTN có tỷ lệ tạo nhịp thất phải cao hơn, khoảng pQRS rộng hơn so với nhóm không mắc bệnh ($65,1 \pm$

41,7), $p < 0,001$. Khoảng QRS khi tạo nhịp tim (pQRS) trung bình ở nhóm bệnh nhân mắc BCTDTN ($165,5 \pm 18,1\text{ms}$) rộng hơn so với nhóm không mắc bệnh ($135,2 \pm 29,9\text{ms}$), $p < 0,001$. Về đặc điểm siêu âm tim, ở thời điểm trước cấy máy, LVEF của 2 nhóm mắc và không mắc bệnh là như nhau ($p=0,06$); 83,3% bệnh nhân có giãn buồng thất trái trước cấy máy mắc BCTDTN. **Kết luận:** Bệnh cơ tim do tạo nhịp tim có thể gặp với tỷ lệ không nhỏ ở bệnh nhân có tạo nhịp thất phải, đặc biệt ở những bệnh nhân có giãn buồng thất trái trước khi cấy máy. Nhóm bệnh nhân mắc BCTDTN có tỷ lệ tạo nhịp thất phải cao hơn, khoảng pQRS rộng hơn so với nhóm không mắc bệnh.

Từ khóa: Bệnh cơ tim do tạo nhịp tim, tạo nhịp thất phải, suy tim.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PACING INDUCED CARDIOMYOPATHY

Background: Right ventricular pacing in patients with permanent pacemakers can cause pacing-induced cardiomyopathy (PICM), which, in this study, was defined as a decrease of more than 10% in LVEF, resulting in post-implantation LVEF of less than 50%. **Purpose:** This study aimed to investigate the prevalence and explore some clinical and paraclinical characteristics of PICM in patients with permanent pacemakers with right ventricular pacing. **Method:**

¹Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang
Email: trangiang1972@yahoo.com
Ngày nhận bài: 5.2.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025
Ngày duyệt bài: 11.4.2025